

► *Original Paper* ◀

# “Witness-Based Medicine” in Psychosomatic Medicine : Qualitative Research in Cultural Anthropology (2<sup>nd</sup> report)

Katsumi Suzuki, MA\*<sup>1</sup> Takuya Tsujiuchi, MD, PhD\*<sup>1\*2</sup>  
Yuko Tsujiuchi, MD, PhD\*<sup>3</sup> Hiroaki Kumano, MD, PhD\*<sup>3</sup>  
Tomifusa Kuboki, MD, PhD\*<sup>3</sup>

## Abstract

**Objectives :** We argue for a key concept in “Narrative-Based Medicine” through detailed analysis of interactions in illness narratives. The purpose of this research is to illustrate that practical knowledge based on a patient’s lived experience of illness has significant meanings and functions for medical treatments that advocate a holistic medical care.

**Subjects and method :** Subjects of this research are 5 patients placed in the 3<sup>rd</sup> stage of Four-stage model (1<sup>st</sup>report). This research adopted the qualitative research method from an anthropological point of view, because it was necessary to mention the influence of a researcher upon subjects. An anthropological research for narrative analysis can deal with interactions among patients, a doctor and a researcher as academic agenda.

**Results :** We examined illness narratives for clarification of a key concept in “Narrative-Based Medicine”. It was clarified that illness narratives as “witness” were proving the truth of their illness experience. We found there are 3 aspects on dynamics of witness (**Fig. 1**) ; (1) illness narratives as witness of subjects in the 3<sup>rd</sup> stage, (2) a medical doctor as a witness person for their illness narratives, (3) a researcher or a family member as a second witness person. We found that each interaction among these 3 aspects could be considered indispensable conditions in order to conduct medical treatments based on the dynamics of witness. Significance of illness narratives as witness lies in that subjects will be able to live together with chronic illness through interactions among these 3 aspects.

**Conclusion :** In analysis of illness narratives in this research, it was clarified that the dynamics of witness in the above mentioned 3 aspects could generate medical phenomenon that encouraged patients to live together with chronic illness. We regarded the dynamics of witness as one of the key concepts of “Narrative-Based Medicine”. Hence we named this medical phenomenon “Witness-Based Medicine”.

■ **Key words :** illness narrative, Narrative-Based Medicine, witness, cultural anthropology, qualitative research

---

Received June 30, 2004 ; accepted March 11, 2005

\*1 Department of Health and Environment, Graduate School of Social Sciences and Humanities, Chiba University (*Mailing Address* : Katsumi Suzuki, 1-13 Yayoi-cho, Inage-ku, Chiba-shi, Chiba 263-8522, Japan)

\*2 Department of Health Science and Social Welfare, School of Human Sciences, Waseda University

\*3 Department of Psychosomatic Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

原著

# 心身医療における“証言に基づく医療”

## —文化人類学による質的研究（第2報）—

鈴木 勝己\*<sup>1</sup> 辻内 琢也\*<sup>1\*2</sup> 辻内 優子\*<sup>3</sup>  
熊野 宏昭\*<sup>3</sup> 久保木富房\*<sup>3</sup>

〔抄 録〕

本研究は文化人類学の立場から病いの語りを分析する質的研究である。分析対象は、第1報において報告された臨床プロセスの第3段階における病者の語りと聴き手との相互作用である。第3段階の医師-患者関係は、疾病を慢性の病いとして受容していく関係性であり、病者が自らの病いの経験を意義あるものとして語り、医師がその語りに対して感嘆しつつ傾聴する姿勢が確認された。本研究では、この治療関係が外部の第三者から確認されることによって、病いの語りにおける“証言(witness)”というべき現象が生成されていく仮説が導き出された。この現象は、全人的医療の理解に貢献し、“物語りに基づく医療(Narrative-Based Medicine)”の核となる重要な概念と考えられた。病者・医師・第三者の相互作用は、病いの語りを精錬させ、病者が病いの専門家として自立していく臨床プロセスを導くと分析されたからである。

■ **Key words** : 病いの語り, 物語りに基づく医療, 証言, 文化人類学, 質的研究

### 研究の背景と目的

今日の医療現場では、患者中心の医療のあり方を模索する動向から、患者の声に耳を傾けようとする“物語りに基づく医療(Narrative-Based Medicine; NBM)”に注目が集まっている<sup>1)</sup>。本稿はNBMの理解を深めていくために、第1報で示された仮説モデルをより深く考察していく研究である。

本研究第1報<sup>2)</sup>では、都内心療内科クリニックに通院する病者の語りをNBMの枠組みにおいて分析した。その結果、4つの段階の臨床プロセスが仮説モデルとして導き出された。この仮説モデルでは、制度的医療における治療を検

討する第0段階から医学的診断が確定していく第1段階を経て、医療者と病者における物語りの共同執筆<sup>3)</sup>が顕著になる第2段階へ移行し、病者が経験を読み解き、主体的に新しい病いの語りを創出していく第3段階へと推移していくプロセスが想定された。第3段階における病者は、医療者に向けて日常の経験に根ざしたプロトタイプ(prototype)としての病いの知を語ると分析された。

本研究第2報では、この病いの知の解釈をめぐる相互作用を分析対象とする。病いの知には、固定的な医学の文脈や医師の価値観だけでは適切に理解できない深い意味が込められていたと考えられる。本研究の目的は、病いの語りに込

2004年6月30日受稿, 2005年3月11日受理

\*1 千葉大学大学院社会文化科学研究科健康環境論(連絡先: 鈴木勝己, ☎ 263-8522 千葉県千葉市稲毛区弥生町1-13)

\*2 早稲田大学人間科学部健康福祉科学科 \*3 東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学

められた意味を読み解こうとする語り手と聴き手の相互作用が、NBMにおいて意義深い現象として引き出され、病いの語りや定式化できない病者の実践知として創出されていく可能性を示唆することにある。

## 対象と方法

本研究は第1報で扱った対象20名の中から、第3段階に位置づけられると判断された5名の聴き取り調査データを主要な分析対象としている。対象5名の語りの分析には、担当医師が抱く患者像や病像についての口述情報も参考にされている。対象5名の調査時間は平均約3時間であり、文書資料の字数は平均約1万3千字であった。

本研究は象徴的相互作用論 (symbolic interactionism)<sup>4)</sup>に依拠した質的調査 (qualitative research) を研究上の方法論としている。本研究では、語り手と聴き手の相互作用を通して探求された、主観的な意味の理解が重要視されるからである。語りの質的分析では、当事者の抱く意味をていねいに理解し、読み解いていく作業が不可欠<sup>5)</sup>とされている。象徴的相互作用論に依拠するならば、病いの経験の意味は語り手の視点から主観的に構成され、その意味は聴き手である他者との関係性に従って生成し、語り手と聴き手の解釈の過程において変化していくと考えられる。

文化人類学における語り研究では、研究対象を客観的な中立性をもつ存在として扱うことに対して懐疑的であり、情報提供者と調査者との関わり方や調査者自身が分析の対象になる<sup>6)</sup>。生身の人間である病者を質的研究の対象とするかぎり、その研究成果は対象・医療者・調査者の相互作用によって生じる影響を考慮せねばならない。このような相互作用が病いの語りにおける個別の意味を作り出していくと考えられるからである。対象と深く関わる質的調査では、病いの語りにおける意味を精緻に分析し、深く

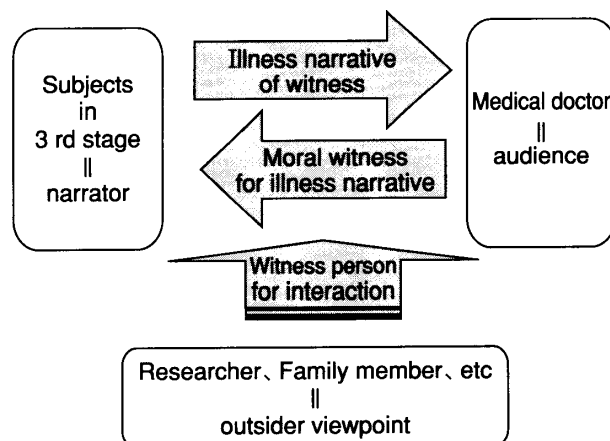


Fig. 1 Dynamics of witness

理解していくことが重要である。質的調査は解釈や分析の妥当性が問われる研究方法だからである<sup>4)</sup>。

倫理的配慮については、聴き取り調査を実施する前に調査協力者に対して、プライバシーの保護が十分に配慮されることが文書で伝えられた。また調査内容は研究目的に限り、話者が特定できない形で公表されることが口頭で承認された。

## 結果

対象5名の語りは、病いという苦悩を日常生活の文脈で読み解き、そこから得られた病いの知の正しさや意義深さを証明していく語りであった。病いの知は、客観的に実証される医科学の知識とは異なり、病者の病いとの関わり方に基づいて創出されていく個別の知であったため、聴き手に新鮮な感動を与えるものであった。病いの知は病者が経験から学ぶことのできた苦しみの教え (Frank)<sup>7)</sup>であり、その知を理解しようとする聴き手の姿勢は倫理的証人 (Kleinman)<sup>8)</sup>といえるものであった。両者によって精錬された病いの知は、外部から確認されていくこと (Myerhoff)<sup>9)</sup>によって、“証言 (witness)”と名づけるべき3者の相互作用の場を生成していった (Fig. 1)。

本稿では、第3段階の対象5名のうち、病い

の知をめぐる相互作用の考察に最適と思われる2事例を結果として紹介したい。同時に対象の語りから抽出された医師像にも言及する。なお紹介する対象の語りは、紙数の関係から二次資料として要約された。本文中における引用箇所には下線および番号#1~#15を付している。

## 1 事例1

事例：C (25歳, 女性, 公務員)

診断名：書痙 (DSM 診断名：転換性障害)

処方薬：alprazolam, clonazepam

受療行動履歴：大学病院心療内科を経てAクリニックへ

**症状**：高校1年生のとき、突然字が書けなくなりました。後頭部がしびれて肩こりのような重さを感じて、右手が震えて思ったように動かさなくなりました。大学は利き手を左手に変えて受験して、どうにか志望校に合格できました。大学卒業後に就職した会社は、仕事内容が自分には合わないと感じたので、辞めてしまいました。そのときは手の状態も悪くなっていました。次に医療事務の仕事を始めましたが、手の調子は悪いままでした。今は、奇跡的に公務員試験に合格できたので、医療事務の仕事辞めて公務員として働いています。

**病いの知**：今は病気が本当に治るのかな、と不安に感じるときもありますが、治らなくてもいいとも思っています。もちろん病気は治ってほしいのですが、期待しすぎることなく、現状に満ち足りることも大切だと思います。今の職場で必要とされて、私が邪魔者扱いされなければ、病気は大きな問題ではないことに気がつきました。この病気で私が得たものは、病気をきっかけにして結果的に自分の心を自由にできた、と感じられたことです。私は見栄っ張り負けず嫌い、生真面目な性格だったので、学生時代にうまくみんなに溶け込めなくて苦しい思いをしましたが、今は自由に生きていけます。#1 たとえ書痙でも、健やかな心で生きていける今の方がよいと感じ

ます。#2 やつとここまで来たのだから、病気のままでもよいと感じたりもします。

**倫理的証人**：診察では、最初は何を話せばいいのかわからず不安でした。私が積極的に話さないと治療が進まないし、自分から話をするので徐々に心療内科の患者になっていく感じがしました。S先生のおかげで、字が書けないというからだのトラブルと心の問題が関係していたことを理解できました。#3 Aクリニックへの通院はS先生と病気のことについて話せるので、楽しく感じるがあります。S先生は話し方のペースが自分にあっており、興味ももてる治療の進め方を提案してくれます。たとえ占いのような治療でも積極的に試してみたいと思えました。#4 S先生の話は、先生が医者じゃなくても信用できると思えます。いつも医学的な理論を話されると、自分がそこにはまらなければならない感じがするので、自分が必要なときにだけそういう説明をしてほしいです。S先生はこのことを考慮してくれます。

**外部の証人**：病院のサポートはせいぜい週1回で、自分の生活のすべてを支えてもらうことはできません。区別しにくいけどS先生は友人ではないので、サポートを期待しすぎるとがっかりすると思います。元気がないときに、家族や友達がサポートしてくれれば、私の症状は安定します。私の病気は特別なもので、普通のかぜや癌と違い、簡単に説明することができません。#5 今は人間観察に優れていて、冷静に話を聴いてくれる人なら、お医者さんじゃなくてもケアをしてもらえると感じます。#6 病気のことを話したいときもあるので、インタビューは苦痛ではありません。#7 Fさん(調査者)が言うように、私は文字のない無文字社会なら病気じゃないと思えました。同じ病気に苦しんでいる人に会いたいと思うときもあります。お医者さんは書痙になったことがないと思うので、同じ病気の人と話すことは意味があると思います。#8 長く書痙を患っている人と話し合っ、自分の治療に生かしてみたいとも思います。

## 1 事例 2

事例：E (43歳, 女性, 会社員)

診断名：心因性うつ病 (DSM 診断名：大うつ病性障害, 単一エピソード), 自律神経失調症

処方薬：clotiazepam, 漢方薬

受療行動履歴：他の心療内科から A クリニックへ

**症状**：外資系企業の極東支部マネージャー秘書として働いていました。会社の事業縮小で同僚が解雇され、人手不足になったときに、上司の仕事まで代行させられてしまいました。会社に残れたことはうれしかったのですが、全部自分がやらねばならないという重責からストレスを感じて、厭世的な気分になりました。そのうち仕事の過労から“登社拒否”を起こしてしまい、なにか自分が燃え尽きて落ちてしまったように感じました。身体がだるくて、買い物などの主婦の仕事ができなくなりました。朝は起きてもからだは動かず、からだ中の皮膚がカメレオンのようにこわばっていました。まわりの景色の色がぼやけてしまって、色調のトーンが下がったようにみえました。

**病いの知**：結果的に仕事を辞めてしまったことに対して、もう少しがんばれたのでは、という気持ちを完全にはぬぐえないでいます。あの当時は時間が必要だったので、仕事を辞めてよかったとも思っています。でも、その一方で仕事をキープしたまま、ゆっくり病気を治すべきだったかもしれない、とも思います。#9 病気になって仕事を辞めたことによって、自分の人生を掘り下げの機会を手に入れたと思います。今でも、新しい方向性がみえてこないという悩みは、絶えず“還流”しています。必ずしも白黒をはっきりと決断できない自分に気づかされたようにも思います。以前は完全主義者でしたが、今は不完全で何が悪いのだろうと思うようにもなりました。#10 今でも完全を求める気持ちは変わりませんが、すべてにおいて完全を求めるのは無理なことに気がつきました。

**倫理的証人**：前の心療内科では、燃え尽き

症候群と診断されました。そこで渡された精神安定剤には抵抗を感じましたが、その病院には約半年間通院しました。治療方針はただこちらの話を聞いてくれるだけ、すべてを受け入れるおおらかさ、クリスチャニティを前面に出すものでした。#11 A クリニックの S 先生は前の先生とは違って、積極的に患者の健康を取り戻そうとする気持ちが感じられました。#12 まさに物語りの出会いだったと思います。S 先生は私の夢を解釈し、さりげなく私とは異なる視点を示してくれました。診察は自分の中で固まった紐を解きほぐす作業でした。S 先生に「仕事を辞めた瞬間に本当にうつ病になったのでは」と言われて、今では自分でもそう感じています。クリニカルセッションを重ねて、自分の成長が確認できました。

**外部の証人**：ごく身近な家族である夫にも、自分のうつ状態はなかなか理解してもらえませんでした。最初は夫に健康雑誌などでうつ病の知識をもってもらい、S 先生の診察の様子を伝えていました。今では A クリニックでの私と S 先生のやり取りを聴いて、私の本当の苦しさを理解してくれるようになりました。#13 夫が最終的に理解してくれたことが何よりも救いになりました。私が独身で夫がいなければ今でも“怠け病”だったと思います。専業主婦になることに抵抗感があったので、求人情報誌に自分の条件にあう求人広告を見つけると安心できました。病気のことを話すことは3カ月前だったらリバウンドがあつて苦しかったと思いますが、今は相対化できるので苦痛ではありません。#14 当時は、F さん(調査者)の言うとおりに、病気になって環境に“適応”するしかなかったんだと思います。#15 物語りの終わりに(調査者に)出会えて本当によかったと思っています。

## 考 察

### 1 病いの知の証言

本研究における病いの語りは、病いという苦の経験を主体的に読み解き、病いとともにある自己を証明していく“証言 (witness)”と考え

られた。医療社会学者 Frank<sup>7)</sup>は、難病からの生存者の証言は医科学の知識にも劣らない苦しみの教え (pedagogy of suffering) であり、病者中心の医療倫理の形成に不可欠なものとなした。Frank によれば、証言は一般には知られていない病者の知を社会に向けて語ることだからである。本研究における証言は、社会に向けられているだけではなく、迷いや葛藤を含みつつ自己の内面に向けられた病者自身の「生きることの意味への問い」<sup>10)</sup>であり、自己治療的な側面をもつ病いの知と考えられた。第3段階の対象は、病者としての自己の存在を肯定的にとらえ、病いの知の正しさや意義深さを確かめようとしていたからである。

対象 C は自らを納得させるように #1 「たとえば書痙でも、健やかな心で生きていける今のほうがよい」と病いの知を語り、病いとともに生きている自己を肯定的にとらえていた。書痙は根治技術の開発されていない病気であり、近代医療の枠組みでは扱いきれない、いわばポストモダンの病い<sup>11)</sup>である。発症以来、幾多の試練を乗り越えて #2 「やっところまで来たのだから、病気のままでよい」と語る言葉は、治そうとする気持ちがかえって症状を悪化させてきた事実に対する、不安や恐れを併せもつ病いの知であった。

対象 E も慢性化する不安や葛藤を抱えつつ、#9 「仕事を辞めたことによって、自分の人生を掘り下げる機会を手に入れた」と病いの知を語り、苦悩の経験を肯定的に受け入れようとしていた。さらに対象 E は、自らを説き伏せるように #10 「すべてにおいて完全を求めるのは無理」と語り、病いとともに生きている自己を再確認する。これは対象 E の心理状態や聴き手の存在によって意味が変化し、状況に依存する病いの知であった。対象 E の病いの知は、“還流”する悩みによって変化生成していくと分析されたからである。

対象 C と対象 E は、病いと共生する自己を否

定的にはとらえていない。むしろ対象 C・E の語りは、個々の人生における正しさや意義深さを見出せる病いの知を肯定的に受け止めることにより、苦を乗り越えつつある生存者の証言であった。この生存者の証言は、患う経験を共有できなかった者が病いの知を確認していく語りの場を生成すると考えられた。Frank によれば、社会に向けられた証言は、痛みのわかちあいを求め、他者と“ともにある (being with)”ことを望むものといえるからである。

## ② 病いの語りの倫理的証人

本研究における担当医師 S 氏は、医療人類学者 Kleinman が言及する病いの語りに対する“倫理的証人 (moral witness)”に近い存在と考えられた。医療者が倫理的証人であることは、「患うという領域において患者とともに存在しようとする」ことであり、病者の苦悩に対して全身全霊で向きあおうとすることを意味する<sup>8)</sup>。S 氏は対象 5 名の人生に深く関わっているものの、具体的な治療的介入はほとんど行わず、語りに対して短いコメントやうなずきや相槌のうち、語られた病いの知に対して深い感銘を示すだけであった。この S 氏の姿勢は、疾病の専門家である医師が真摯に病いの専門家の知を学び、病いの経験において病者とともに存在しようとする意欲を示していた。

第3段階の語りの分析では、S 氏が倫理的証人として対象に向き合おうとする際、生を対峙させようとする S 氏の身体的・心理的構えが、対象によって感知されていたことが理解された。本研究における身体的・心理的構えには、病いの知に対する医療者の素朴な共鳴や感嘆、そして身体の諸感覚を通して非言語的に伝わる居住まいや姿勢などが含まれる<sup>2)</sup>。一般に人間のコミュニケーションは、言語情報以上に身振りや仕草などの非言語情報が重要であることが指摘<sup>12)</sup>されている。第3段階の対象は、各段階の臨床プロセスを経ていく中で、言語化された情

報だけでは、自らの病いの苦しみが適切に伝えられないという経験を重ねてきた。ゆえに第3段階の対象は、明確に言語化されていない情報まででいねいに聴き取ろうとする意欲や姿勢を、聴き手に期待する傾向があると考えられた。

S氏は語りを傾聴することで対象の人生に向きあい、苦悩を追体験して痛みをわかちあおうとする姿勢を示していた。対人恐怖症およびアレキシサイミアの傾向が指摘されていた対象Cは、S氏との臨床プロセスを経て、Aクリニックへの通院を#3「病気のこについて話せるので、楽しく感じる」とまで語れるようになっていた。その理由には、S氏が倫理的証人に近い存在であったことを対象Cが感知していた可能性を指摘できよう。対象Cは#4「先生が医者じゃなくても信用できる」と語り、その理由として診察時のS氏の物腰や雰囲気や挙げていた。対象Cの語りの分析からS氏が病いの知に感銘し、倫理的証人としての身体的・心理的構えを伝えていた可能性が理解された。

倫理的証人として医療者は、単に病いの語りを傾聴し、すべてを“受容”する聴き手ではない。倫理的証人として対象Eの人生に向き合おうとする身体的・心理的構えは、前医とは異なる#11「健康を取り戻そうとする気持ち」を対象Eに感じさせるものであった。

S氏の身体的・心理的構えは、臨床プロセスを経て獲得された対象Eの価値観に対する深い理解や敬意が反映されていたと考えられた。ゆえにS氏は対象Eにとって#12「まさに物語り的な出会い」と評される医療者であったのであろう。倫理的証人として病いの知を理解しようとするS氏の姿勢は、単なる技巧ではなく一個人として病者の生と対峙していこうとする医療者の決意と考えられた。

### ③ 外部の証人

第3段階の相互作用を経て精錬された病いの知は、外部から第三者に確認されることに

よって、より重要な意義を生じさせると考えられた。文化人類学者 Myerhoff は、社会的少数者であるユダヤ系移民のアイデンティティに関する調査を実施した。Myerhoff<sup>9)</sup>は、外部の他者に目撃されながら自己の存在理由を語る機会こそが、アイデンティティの認証に不可欠であったと分析した。家族療法では、この視点を“外部の証人 (outsider witness group)”として活用する。治療家と相談者の限定的な対話を外部から検証することは、相談者に有益な語り直しを促すからである<sup>13)</sup>。本研究における病いの知の相互作用は、外部の証人の存在を考慮することによって適切に理解されると考えられた。

対象CはS氏との治療関係の継続を望みつつも、#5「人間観察に優れていて、冷静に話を聴いてくれる人」や#8「長く書癪を患っている人」との対話を求め、専門医療とは異なる外部の第三者からの見解に期待を寄せていた。これは対象CがS氏との治療関係を第三者の視点から理解し、相対化していこうとする意欲の表れと考えられた。同様に、対象EもS氏の治療に感謝しつつも、夫に対して#13「最終的に理解してくれたことが何よりも救い」と感謝の気持ちを語っている。対象Eの感謝の気持ちは、外部の証人としての夫の存在に向けられたものと考えられた。対象Eの病いに対して表面的な理解であった夫は、対象EとS氏との臨床プロセスを外部の証人として確認していくことによって、対象Eの病いの知に対して深い理解と敬意を示せるようになった、と考えられたからである。

精神分析学に造詣の深い文化人類学者 Crapanzano<sup>6)</sup>は、調査者と情報提供者の相互作用を積極的に描き、文化人類学の調査そのものが病者への治療的介入を意味する場合があることを明らかにした。対象Cは本研究の調査者の言葉を取り込み、#7「無文字社会なら病気じゃない」と語り、新しく病いの知を創出させてい

く可能性を示していた。同様に対象 E も調査者の言葉から#14「病気になって環境に“適応”する」という新しい病いの知を創出していた。本研究の聴き取り調査は、対象 C と対象 E の病いの語りに対して外部の証人としての役割を果たしていたと考えられた。#6「病気のことを話したいときもある」#15「物語りの終わりに（調査者に）出会えて本当によかった」という語りから判断するかぎり、対象 C と対象 E は病気の発症と医療者との出会いという一連のライフイベントの中で、聴き取り調査という語りの場を好意的に位置づけていたことが理解されたからである。

病いの語りの分析では、語る行為そのものが健康の生成に寄与する資源とみなすことができる<sup>14)</sup>。外部の証人の存在は、病者に病いの知をもつ専門家としてのアイデンティティが存在することを確認し、新しい語りを創出させていく契機になっていたと考えられた。外部の証人は、病いの語りという健康資源が心身医療という枠を超えて外部へと広がっていく可能性を示しているからである。

## 結 論

病いの知は、病者・医療者・第三者における解釈を経て精錬され、“証言 (witness)” という相互作用の場を生成した。病いの知は、病いとともにある病者の生を意味づけ、その意味に向き合おうとする医療者の生のあり方を証明していく語りの場を生成し、その語りの場は外部の第三者によって制度的医療の枠を超えた広がりをもつことが示唆されたからである。本稿では、3つの生の対峙を証明していく語りの場に着目する NBM を“証言に基づく医療 (Witness-Based Medicine)” と表現し、その重要性を提起したい。

## 文 献

- 1) Greenhalgh T, Hurwitz B (eds) : Narrative

Based Medicine, Dialogue and Discourse in Clinical Practice. BMJ Books, 1998 (斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史 (監訳) : ナラティブ・ベイスト・メディスン; 臨床における物語りと対話。金剛出版, 2001)

- 2) 鈴木勝己, 辻内琢也, 辻内優子, 他 : 心身医療における病いの語り; 文化人類学による質的研究 (第1報), 心身医 45 : 449-457, 2005
- 3) 斎藤清二, 岸本寛史 : ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践。金剛出版, 2003
- 4) Flick U : QUALITATIVE FORSCHUNG. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 1995 [ウヴェ・フリック (著), 小田博志, 山本則子, 春日 常, 他 (訳) : 質的研究入門; <人間の科学>のための方法論。春秋社, pp 23-26, pp 271-294, 2002]
- 5) 小田博志 : 質的研究とミーニング・ベイスト・メディスン。心身医 44 : 257-262, 2004
- 6) Crapanzano V : Tuhami ; Portrait of a Moroccan. University of Chicago Press, Chicago, 1980 [V. クラパンザーノ (著), 大塚和夫, 渡部重行 (訳) : 精霊と結婚した男—モロッコ人トゥハーミの肖像。紀伊國屋書店, 1991]
- 7) Frank AW : The Wounded Storyteller. University of Chicago Press, Chicago, 1995 [AW フランク : 傷ついた物語の語り手—身体・病い・倫理。ゆみる出版, 2002]
- 8) Kleinman A : The Illness Narratives, Suffering, Healing and The Human Condition. Basic Books Inc., 1988 [江口重幸, 五木田紳, 上野豪志 (訳) : 病いの語り; 慢性の病いをめぐる臨床人類学。誠信書房, 1996]
- 9) Myerhoff B : Life not death in Venice. In : Turner V, Bruner E (eds) : The Anthropology of Experience. University of Illinois Press, Illinois, pp 261-284 1986
- 10) 柏木哲夫 (監), 淀川キリスト教ホスピス (編) : ターミナルケアマニュアル第3版。最新医学社, 1992
- 11) Morris D : Illness and Culture in the Post-modern Age. University of California Press, California, 2000
- 12) Vargas MF : Louder Than Words ; An Introduction to Nonverbal Communication. Iowa State Press, 1986 [M ヴァーガス (著), 石丸 正 (訳) : 非言語コミュニケーション。新潮選書, 1987]
- 13) Morgan A : What is narrative therapy? An easy-to-read introduction. Dulwich Centre Publications Inc, 2000 [A モーガン (著), 小森康永, 上田牧子 (訳) : ナラティブ・セラピーって何?。金剛出版, 2003]
- 14) 小田博志 : サリユートジェネシス論の概観と展望。河野友信, 山岡昌之, 石川俊男, 他 (編) : 最新心身医学。21世紀に向けた心身医学の展開。三輪書店, pp 141-146, 2000