

▶ *Original Paper* ◀

# Illness Narrative in Psychosomatic Medicine : Qualitative Research in Cultural Anthropology

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 :** This research attempts to examine illness narrative as health resource in psychosomatic medical treatment. In clinical process, illness narratives in which explanatory models are implicated show considerable plasticity reflecting doctor-patient relationships. We argue for relevance of Narrative-Based Medicine, through detailed analysis of this plasticity in illness narratives.

**Subjects and Method :** Illness narratives were collected from 20 outpatients at a clinic in Tokyo. From March 2000 to August 2000, we conducted non-structured interview in order to examine illness narratives qualitatively from an anthropological point of view.

**Results :** We found that these illness narratives should be considered as health resources for every patient to cope with various stress-factors in their daily life. We hypothesized four-stage model of clinical process according to the observation on transition of doctor-patient relationship and changing contents of a patient's illness narratives. At the beginning of illness symptom, all patients suffer deeply from not being able to express their mind-body discrepancy verbally. At the first stage, they visit medical facility to seek an orthodox explanatory model of medical science. In the second stage, they begin to ask personal explanatory model of the doctor in charge. Finally, they become able to narrate their illness experience fluently, since they have developed a definition of their health conditions while maintaining mind-body discrepancy in certain degree. In the third stage, patients become an expert of "illness experience", while medical doctors remain as a specialist of "disease".

**Conclusion :** It is clear that to continue narrating illness experience has important meaning and function for a patient's health care. In the third stage, some patients become enable to narrate their feelings and sensations particular to their bodily experience. At the same time, medical doctor respects their knowledge of bodily experience and shows proper attitude as audience in their illness narrative.

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

---

Received January 16, 2004 ; accepted May 7, 2004

\*<sup>1</sup> 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)

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

\*<sup>3</sup> Department of Psychosomatic Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

原著

# 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）—

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、文化人類学の研究手法を用いて病いの語りと医師-患者関係を分析したものである。文化人類学者による質的分析は、病いの語りの意味と機能の考察から語りの動態性と医師-患者関係の推移を抽出し、“物語りに基づく医療 (Narrative-Based Medicine)”との関連性を明らかにした。本研究における臨床プロセスの4段階モデルは、難治性の慢性疾患を患う患者が心身の相関性と自己の身体の固有性を自覚していくプロセスである。病者は各段階を経るにつれて“疾病 (disease)”を“慢性の病い (chronic illness)”として受容するようになり、病いの語りは精錬され、より自省的かつ解釈的になっていくことが明らかになった。

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

### 研究の背景と目的

人間は社会的文脈の中に生きており、社会の変化によって病気の原因となるストレスも多種多様に变化していくことが予測できる。例えば、高度情報化社会の到来によるコンピュータの普及は、結果的にテクノ・ストレスという新しいストレス性疾患を生み出したと考えられている<sup>1)</sup>。人間の身体が社会変化と密接な関連性をもつことに立脚するならば、ストレスに対する生理学的反応だけではなく、新しい社会的制度や人間関係の在り方がストレス性疾患の社会文化的背景となる事実にも着目しなければならぬだろう<sup>2)</sup>。

文化人類学の視点は病気そのものではなく、

社会文化的背景を視野に入れながら病気・治療者・病者の相互関連性を分析する。医療人類学はこの文化人類学の視点に依拠し、異なる社会文化的背景を有する人々の病気の捉え方を扱う<sup>1)</sup>。Kleinman<sup>3)</sup>は台湾における伝統医療の分析を通して、治療者と病者がそれぞれ社会文化的影響を受けた説明モデル (explanatory model) をもち、それぞれ固有の医療文化を形成していることを明らかにした。Kleinmanの依拠した説明モデルは、①病因論、②症状の始まり、③病態生理、④病気の過程、⑤必要な治療法の5つの要素から成っている。

説明モデルは、治療者と病者が病気を認識するための概念であり、必ずしも医科学的事実と一致しているとは限らない。病者の語る説明モ

2004年1月16日受稿, 2004年5月7日受理

\*<sup>1</sup> 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1-33)

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

Table 1 Subjects

Subject	Age	Sex	Occupation	Diagnosis	Stage	Interview time (min)
A	26	male	part time worker	reactive depression	1	90
B	35	male	office worker	panic disorder	1	60
C	25	female	public servant	writer's cramp	3	240
D	43	female	house wife	panic disorder	2	120
E	43	female	office worker	reactive depression	3	180
F	67	male	jobless	irritable bowel syndrome	1	45
G	58	female	house wife	endogenous depression	2	90
H	39	male	musician	depressive neurosis	2	75
I	52	female	public servant	reactive depression	3	120
J	50	female	public servant	HIV, depressive state	3	270
K	55	female	nurse	reactive depression	1	45
L	60	female	house wife	hypochondriac neurosis	2	120
M	53	male	self employed worker	endogenous depression	1	30
N	35	male	self employed worker	panic disorder	1	60
O	66	female	self employed worker	masked depression	2	180
P	34	male	public servant	chronic headache (psychosomatic disease)	1	45
Q	34	male	office worker	depressive neurosis	2	60
R	33	male	office worker	diabetes mellitus (psychosomatic disease)	3	90
S	28	male	student	reactive depression	1	45
T	42	female	office worker	migraine (psychosomatic disease)	1	60

デルは、いわば物語りの真実として絶えず新しく再構成されるからである<sup>4)</sup>。医科学と病者の語りの間隙は、身体に対する両者の認識の違いにある。医科学は人類共通の普遍的身体を扱うが、全人的医療が求められる臨床の場では、病者の身体の固有性に着目する必要がある。この身体の固有性は、医科学の知見によって推し測ることのできない、いわば文化としての身体を意味している。医療人類学における説明モデル分析は、病者のもつさまざまな身体観・健康観を明らかにし、bio-psycho-socio-ethicalな心身医学モデルに基づく全人的医療の実施に貢献する余地があると考えられる<sup>5)</sup>。

本研究の目的は、医師-患者間における病いの語りの動態性を分析することによって、心身の不調として経験される苦悩を病者のライフヒストリーの中に位置づけ、臨床の現場から必要性が問われている“物語りに基づく医療 (Narrative-Based Medicine)<sup>6)</sup>”に、新たな視点をつ

け加えることにある。

## 対象と方法

本研究は、都内心療内科クリニックに通院する患者のうち、聴き取り調査に耐えられると判断された20名 (Table 1) を主たる分析対象とした。患者側の視点から今日の心身医療の全体像を明らかにするために、特定の疾患に焦点を当てるのではなく、年齢・性別・診断名がある程度拡散するように配慮されている。また聴き取り調査の直後に、患者からの同意を得たうえで担当医師に対して病名、病状および医師からみた患者像に関して聴き取り調査が行われた。なお20名という事例数は、本研究における理論的飽和に至ったと考えられた時点で終了した結果であり、個々の対象には聴き取り調査順にアルファベットを付している。

調査期間は2000年3~8月までの5カ月間であり、1日につき1人から2人のペースで聴

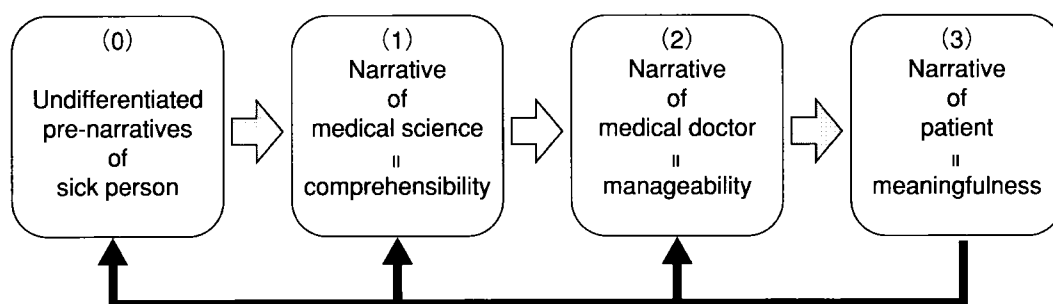


Fig. 1 Four-stage model in clinical process

き取り調査が進められた。調査時間は平均約1時間40分であり、調査内容は対象からの同意に基づき、録音・データ化された。文書資料の字数は平均約8,000字であった。調査時間は30分～4時間以上と対象によって大きな偏差があるが、これは聴き取り調査そのものが対象の意欲や主体性に大きく左右される形態で行われたことを意味している。

本研究では質的調査 (qualitative research) を研究上の方法論としている。一般的に質的調査は、扱う事例数の少なさから結果に偏りがあり、客観性に乏しいと指摘される。だが、病いと社会文化的背景の関係性の理解においては、対象の情報を詳細に収集する質的調査が研究上の妥当性をもつといえる。質的調査は調査者の先入観にとらわれない仮説が得られる可能性<sup>7)</sup>を有しているからである。

本研究における聴き取り調査は、直接面接法による非構造的なインタビューである。対象には、調査協力を依頼した担当医師を通してインタビュー内容に関連する話題を文書にて事前に提示してあるものの、実際のインタビューでは病いの経験を語ろうとする対象の主体性を尊重したため、調査者側からは文書内容に言及することは一切なかった。本研究は理論検証ではなく、インタビューで収集されたデータに基づく仮説理論の生成に重点を置くからである。

なお本研究は聴き取り調査を実施する際、調査協力者のプライバシーの保護には十分配慮されることが事前に文書にて伝えられた。またイ

ンタビュー内容は、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ている。

## 結果と考察

質的研究は考察を積み重ねながら結果を引き出していくものであるため、本研究では結果と考察を同時に記述する形式を取った。以下、仮説モデルの提示と事例報告およびそれらの考察を順次記述していきたい。

### ① 4段階モデルとヘルスリソース

本研究における心療内科医師の説明モデルは、脳生理学や精神神経免疫内分泌学をもとにした生物学的モデルや、精神分析論や認知行動論をもとにした心理学的モデルが患者に応じて使い分けられていた。一方、患者の説明モデルは、治療プロセスにおいて医学・医師の説明モデルとの乖離や融合を経て、最終的に患者自身による病いの意味づけがなされていくことが、語りの動態性の分析から明らかにされた。本研究では、この語りの動態性に着目し、医師-患者関係の推移を分析したところ、心身症ないし難治性ストレス性疾患の治療過程における4段階モデル (Fig. 1) という仮説が抽出された。

本研究の4段階モデルは、対象の語りから心身医療や医師像に対する意味や解釈を中心に拾い上げていくナラティブ分析の枠組み<sup>8)</sup>において想定された。4段階モデルは、対象の語りの内容から理解できる医師像ないし医師との関係性

の質的变化が、治療関係の深度によって3つの段階に区切られ、対象の思い描く心身医療や医師像に関連するさまざまな意味づけや解釈が段階的に語られていたことを根拠としている。対象の心身医療や医師像に関する意味づけや解釈は、結果的に対象に医師や医療施設の変更を促し、そのプロセスには少なくとも3つの段階が想定されると分析された。ただし、4段階モデルはすべての病者が順次この治療プロセスを経るわけではなく、例えば第3段階の病者が第0・1・2段階に戻ってしまう治療プロセスの円環的推移が起こる可能性も想定できる。

最初に対象は言語化困難な心身の不調を自覚し、不調の説明を求めて受療行動の開始を検討する。ただし、この段階は対象が心身の不調に飲み込まれた苦悩の時期の記憶であり、多くを語れない状態であったため、本論ではこの段階を“病いの原体験”の段階と想定するにとどめる(第0段階)。次に対象は、医学の説明モデルを求めて医療施設を訪れる。この段階における医師は公的医療サービスの提供者として交換可能であるため、医師-患者関係は社会制度的な関係と考えられた(第1段階)。症状の改善が見込めない場合、対象は担当医師に対して交換不可能な個人的な治療関係を期待するようになる。この段階では、患者の社会的文脈において期待される役割(友人、夫、恋人など)を擬似的に果たすことで全人的医療の実施を試みる医師像が確認された(第2段階)。最終的に対象は、自らの病気の難治性を受容し、病気を内面化させていく段階を迎える。対象はいわば“病いの専門家”として医学や医師から自立し、医療サービスの供給と需要の関係は流動的になり、医師-患者関係は限りなく水平化していくのである(第3段階)。

各段階で語られた内容は、病者のヘルスリソースになっていると考えられた。それぞれの段階では、Antonovskyが指摘した健康生成の3つの感覚、理解可能感(comprehensibility)・

処理可能感(manageability)・意義深さ(meaningfulness)<sup>9)</sup>が語られていたからである。言語化できないストレスの影響を病気として理解する感覚は、主に医学の説明モデルに依拠している。ストレスを実際に処理できる感覚は、医療者としての医師個人の説明モデルに依拠している。ストレスとその身体的影響に意義深さを見出していく語りは、病気に対する患者自身の信念としての説明モデルに基づいている。対象の語りの内容は、各段階の治療プロセスを経て精練されていく傾向にある。語りとヘルスリソースとの関連性を考慮するならば、4段階モデルは心身症ないし難治性ストレス疾患の治療技法に役立つと考えられよう。

## ② 第1段階における病いの語り：理解可能感—先生の説明は正しかったと思う

事例：S(29歳、男性、理系大学院生)

診断名：心因性うつ病

処方薬：sulpiride, amoxapine, etizolam

受療行動履歴：一般内科を経てAクリニックへ(インターネットで検索)

病気になった理由は大学での研究活動の過労が原因だと思います。大学に泊まり続ける生活をしてから体がだるくなり体調を崩してしまいました。あちこちの医者(内科)に診てもらいましたが、どこも悪いところがみつからなかったの、考えられるのは精神関係の病気ではないか、と思いました。内科医には精神科を勧められましたが、精神科は自分には敷居が高いと思いました。自分の場合は、心療内科が適切だと思いました。

心療内科医師の説明はわかりやすく、説明のしかたに特に不満はありません。ただ、うつ病の原因として「脳内のホルモンバランスが悪くなっている」という説明には、最初疑問を感じていました。脳内のホルモンバランスが原因なので、薬を飲みさえすれば必ず症状はよくなると言われました。そのときは心の病いが脳内のホルモンバランスで説明できるのかな、と思いました。自分の心の病いが

脳の生理学的な説明と結びつきませんでした。しかし、今は自分の経験を通して納得しています。結果的に体調がよくなり、薬が効いたということは、先生の説明が正しかったのだと思っています。

この対象は第1段階に位置づけられ、医学の説明モデルを全面的に受容した語りであった。この段階の医師-患者関係は、医学知識の教育者と学習者としての上下関係が根底にある。担当医師は理系大学院生という患者の立場を考慮し、うつ病の発生原因に生物医学的な説明モデルを与えている。この対象は心身の不調を“疾病(disease)”として理解可能であったため、医師と患者の治療関係がきわめて良好であったと考えられた。病因の説明に対して対象が感じていた違和感は、服薬による体調の改善を自覚したことにより解消し、担当医師の説明や自分の症状に対して理解可能感を示すようになった。

### ③ 第2段階における病いの語り：処理可能感—今の先生は自分の症状を病気として認めてくれたんです

事例：L (60歳, 女性, 主婦)

診断名：心気神経症, 仮面うつ病

処方薬：clomipramine, fluvoxamine, sulphiride, bromazepam, etizolam, 漢方薬  
 受療行動履歴：10カ所以上の内科・心療内科を経てAクリニックへ

最初は大学病院の神経内科に通院し、その後、近所の内科へ行きましたが、どちらの病院でも自分の訴えそのものを病気として認めてもらえませんでした。その後、心療内科を含めて10カ所以上、医療施設を転々しましたが、いずれの病院でも症状に診断がつかず、病気として扱われませんでした。医者は「悪いところがないから治せない」「絶対に病気ではない」と断言していました。医者は自分の悩みよりも検査結果などの機械的なデータを重視していたようにみえました。

1999年の12月から現在に至るまでAク

リニックへ通院しています。今の先生は、自分の症状を病気として認め、気功による診察や漢方薬で治療してくれています。治療を始めた最初の頃、一時的に症状がよくなりました。クリニックで処方されている漢方薬は2~3年前から服用しています。自分の病気の原因は、お尻の血管、神経、筋肉がぶつかり合っているためであり、それが張りの根本的原因と考えています。今の医学の水準では神経と筋肉のぶつかり合いを調節したり管理したりすることはできず、医学の限界を感じています。自分の病気は普通の病気ではないと思います。しばらくこの症状は続くけれども最終的には治ると信じたいです。

お尻の張りや痛みは孫や家族の世話をしているときや何かに集中しているときには、ほとんど気になりませんでした。仕事をしているときのように程よい緊張度があると我慢できます。身体は自分の気持ちを如実に反映するものであり、いつか必ず治ると前向きに考えています。自分の気持ちのもち方によってお尻の症状に変化があります。自分の病気は、心のもちようで身体に影響を与える病気なので、病気の治療には、再就職して生き生きと暮らしていこうという前向きな気持ちが大切だと思います。

この対象は第2段階に位置づけられる。この対象は望ましい治療関係を求めて多くの医療施設を遍歴した経験を持ち、その経験から医学・医師の説明モデルを獲得していた。インタビュー当時の担当医師は、対象の症状を公的に認めてくれる唯一の医師であり、対象にとって交換不可能な個人的な存在であった。そのため、対象は担当医師に対して深い信頼を寄せており、担当医師との関係性は友人や家族との関係性に類似している。ただし、この医師-患者関係は治療技法上の必要性から生じた擬似的に親密な関係性といえる。この担当医師との関係性は、対象に担当医師の個人的な説明モデルを受容させ、自己の心身の不調が経験に根ざした“病い(illness)”であることを自覚させ、身体の不調をうまく処理できる感覚を抱かせている。

#### ④ 第3段階における病いの語り：意義深さ —HIV のおかげで相手を引き止められる かもしれない

事例：J (50代, 女性, 教員)

診断名：HIV, 抑うつ状態

処方薬：etizolam, 漢方薬

受療行動履歴：大学病院心療内科を経て A  
クリニックへ

仕事は公立の小学校の美術・図工の教員です。私が HIV ポジティブであることは、職場でふせたまま仕事を続けています。病気が治るということは、社会参加すること、と考えているからです。インタビューを受けることによって自分が社会的に役に立てることに喜びを感じています。病気について話すことは、ある面ではとても落ち込むときがありますが、私たち感染者は「せっかくこの病気になったのだから」という言い方をよくします。

私が落ち込んでしまう理由は、いい年をしてみっともないのですが、恋愛のことなのです。病気のことを考えたら、今後お互いの関係は成り立つわけがないと思っています。私たちが本当に愛し合っていれば克服できる問題だと思いますが、うまくいかなかったときは病気のせいでうまくいかなかったと考えてしまうでしょう。まだ完全に諦めたわけではありません。私が相手に病気のことを伝えたために、今までとは違う結論になればよいとも思っています。

病気になったとき、私はまるで HIV が自分の恋人のようにも思えました。これからの自分の人生はずっと HIV と一緒に歩んでいくのだから。今は HIV が人格化されているような気持ちもあります。現在の恋愛は、HIV のおかげで男に騙されずにすんだのかもしれないし、HIV のせいで恋愛がうまくいかないのかもしれないかもしれません。もしかしたら、逆に、HIV のおかげで相手の男性を引き止めておけるのかもしれないという期待もあります。私の考えは、非常に揺れており、行ったり来たりしています。だけど、一般的にマイナスがプラスに転ずる可能性はあると思います。

第3段階に位置づけられるこの対象は、HIV 罹患という事情のため、恋愛に対して多大なストレスを抱え続けている。この対象の語りは、これまでの人生における恋愛に関する苦悩、男性に対する強い失望感・不信感に満ちていた。HIV 罹患の要因が恋愛沙汰と無関係でないことを深慮するならば、対象の病いの語りに表出した心境はきわめて自然のなりゆきといえよう。この対象の語りは、日常のすべてを HIV と恋愛の行く末と関連づけるものであり、心身の不調を“慢性の病い (chronic illness)”として受容していくための深い自省を伴うものであった。対象の深い自省は、苦悩に対して新しい意味づけを見出していく解釈的な語りを可能にし、担当医師をその語りのよき聴き手としていた。第3段階の語りの特徴は、自力で病気をライフヒストリーの中に位置づけ、経験に秩序を与えていく筋立て<sup>10)</sup>が何度もできる点にある。この段階の語りは、因果的な関係性をもつ以上に、過去の出来事と現在の状況が隣接性や類似性に基づく推論様式で結びつけられた“病いの知識”である。

### 総括的考察

#### ① 病いの語りのプロトタイプ

Kleinman によって提唱された説明モデル概念は、臨床上の治療関係やある種の実用性に固執し、語り手の合理的な思考を過信しすぎていると批判されてきた。例えば Good<sup>11)</sup>は、病いが美的対象にもなりえると考え、説明モデル概念をより包括的に用いた病いの物語的表象こそが重要と主張する。Young<sup>12)</sup>は、語り手の説明モデルが合理的な因果関係に基づいた意志を表明する概念として理解するだけではなく、発話に伴う感情などの非言語的情報、言語能力の差異、思考と実際に語られたこととの乖離、などが含まれていることを考慮しなくてはならないと指摘する。

本研究における第3段階の語りにおいても、

さまざまな個人的経験と関連する病気の知識が合理的な因果関係だけではなく、語りの共約不可能性に基づくライフストーリーの形態<sup>13)</sup>で語られていたことが明らかになった。第3段階の対象は「恋愛がうまくいかなかったら、病気のことを今とは違うように話すと思う」(事例J)と述べ、一般的に理解可能な合理的知識だけではなく、病いの原体験に根ざした感覚が隣接性や類似性をもつ“病いの経験的知識”を生成し続ける可能性を示唆した。したがって第3段階の対象の語りは、“個人的に特異な信念=プロトタイプ<sup>12)</sup>”を核として構成されていると考えられた。

## ② 身体的・心理的構え

第3段階の語りにおいて重要視されるべき点は、聴き手である医療者が物語療法や臨床心理の治療上の技巧に陥らずに真摯に病者の人生に接する態度が示されていたことであろう。このような聴き手の態度は、精神療法面接法において指摘される治療の場における非言語的な影響力<sup>14)</sup>と考えられるからである。物語りに基づく医療では、状況に応じて多様に変化生成する病者の語りに聴き手が対応していく必要がある。第3段階において担当医師は、臨床の場における身振り・しぐさ・雰囲気などの非言語情報によって、聴き手としての身体的・心理的構えを対象に伝えていた。身体的・心理的構えの伝達は、容易に定式化や法則化することのできない医療者の実践知であると考えられた。聴き手の身体的・心理的構えが、医師-患者間の相互作用において第3段階の語りを引き出していると考えられたからである。

第3段階では、病者の身体観や健康観が一般的な医科学の説明モデルと合致しない状況であっても治療上の障壁にはならず、水平化した医師-患者関係を背景に担当医師は対象の病いの経験におけるプロトタイプを尊重し、学習していく傾向があることを指摘できる。疾病の専

門家である医療者が聴き手としての身体的・心理的構えを語り手に示すことによって、個別の現象としての病いの知識が病者の語りから引き出されるのである。

## 結 論

本研究における病いの語り分析では、医療者と病者の相互の説明モデルを分析することによって、病者の語りがいかに重要な意味をもつかが明らかにされた。説明モデル概念を中心とした分析により、病いの語りは4段階の治療プロセスを経て精錬されていくことがモデル化された。医師-患者関係の変化は、病者が自らの経験を主体的に語るという行為を成立させ、語るという行為そのものがヘルスリソースとして健康回復および維持に役立っていることが明らかにされた。

## 文 献

- 1) Helman CG : Culture, Health and Illness, 3rd ed. Butterworth-Heinemann, Oxford, 1994
- 2) Young A : The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Soc Sci Med* 14 B : 133-146, 1980
- 3) Kleinman A : Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. University of California Press, California, 1980 [大橋英寿, 作道信介, 遠山宜哉, 他 (共訳) : 臨床人類学 ; 文化のなかの病者と治療者. 弘文堂, 1992]
- 4) Spence DP : Narrative truth and historical truth : Meaning and interpretation in psychoanalysis. Norton & Company, Inc, New York, pp 175-214, pp 279-297, 1982
- 5) 辻内琢也, 河野友信 : 文化人類学と心身医学. *心身医* 39 : 585-593, 1999
- 6) Greenhalgh T, Hurwiz B (ed) : 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]
- 7) 佐藤郁也 : フィールドワーク. 新曜社, 1992
- 8) ウヴェ・フリック, 小田博志, 山本則子, 他 (訳) : 質的研究入門 : 人間の科学のための方法論. 春秋社, 2002



- 9) 小田博志：サリュートジェネシスと心身医学。心身医 39：507-513, 1999
- 10) Bruner JS：Actual Minds, Possible Worlds. Harvard University Press, 1986〔ブルーナーJS(著), 田中和彦(訳)：可能世界の心理。みすず書房, 1998〕
- 11) Good B：Medicine, Rationality, and Experience：An Anthropological Perspective. Cambridge University Press, 1994〔江口重幸, 五木田紳, 大月康義, 他(訳)：医療・合理性・経験：パイロン・グッドの医療人類学講義。誠信書房, 2001〕
- 12) Young A：When rational men fall sick：An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Cult Med Psychiatry* 5：317-335, 1981
- 13) Hunter K：Doctor's Stories：The Narrative Structure of Medical Knowledge. Princeton University Press, 1991
- 14) 神田橋條治：精神療法面接のコツ。岩崎学術出版社, 1990

## □海外文献□

### 「日本の成人間生体肝移植における自発的同意の3パターン」

Fujita M, Slingsby BT, Akabayashi A：Three patterns of voluntary consent in the case of adult-to-adult living related liver transplantation in Japan. *Transplant Proc* 36：1425-1428, 2004

1988年に第1例目が施行されて以来、生体肝移植は全世界で増加の一途をたどっている。従来、成人から小児肝不全患児への移植がほとんどであったが、近年、脳死ドナーの不足や技術の向上により、成人間での移植数が急増するようになった。それに伴い、成人間生体肝移植の生物医学的側面については幅広い研究が報告されてきたが、心理・社会的側面についての研究はいまだ数少ないのが現状である。そこで本研究では、成人間生体肝移植におけるドナーの、特にインフォームド・コンセント(IC)のあり方に焦点を当て、質的研究を行った。

対象は、成人間生体肝移植のドナーにICの最終確認を行った経験のある、医の倫理委員会委員ら5名とした。半構造化面接(平均57分)によって、主にドナーへのIC確認における経験について尋ねた。面接の内容は参加者の了承を得たうえで録音し、逐語録を作成した後、Grounded Theoryに基づき質的分析を行った。

参加者からは、臓器提供に対するドナーの自発的同意を確認することの難しさが一様に指摘された。そこで、この点を中心に分析を進めたところ、確認の難しい同意のあり方として次の3つのパターン——「無条件の同意(unconditional consent)」、「やむを得ない同意(pressured consent)」、「動機のある同意(ulterior-motivated consent)」——が抽出された。無条件の同意とは、移植を必要とする家族への強い愛情から、何かなんでも助けたいという一心で臓器提供に同意するあ

り方である。やむを得ない同意とは、明らかな強制はないが、移植を拒否することへの良心の呵責や周囲の視線といった、暗黙のプレッシャーが存在するあり方のことである。動機のある同意とは、純粋な愛情だけではないさまざまな動機が疑われるあり方のことである。

生体ドナーに対するICにおいて、最も重要視されるのは、①意思決定に際して強制がなかったか、②移植の利益と危険性について十分理解しているか、の2点といわれる。この2つが満たされて初めてドナーの意思は自発的であるとみなすことができる。しかし、無条件の同意の場合、条件②にあたる移植の利益や危険性は意思決定の主たる判断材料になっていない可能性があった。やむを得ない同意の場合、条件①にあたる明白な強制はないが、潜在するプレッシャーが意思決定に影響していることは否定できなかった。動機のある同意の場合、条件①と②を満たした自発的意思さえ確認できれば、臓器提供の動機は何でもよいのか、経済的理由や遺産目的など、どこまでが社会的に容認されるのが問題であった。

本研究の結果は、生体肝移植における自発的意思とはいったい何か、ICで本当に確認できるものなのかという問題を提起している。加えて、よりよいICの確認やケアやサポート体制のあり方を模索するうえで、有意義な視点を提供するものと思われる。

(東京大学大学院医学系研究科生命・医療倫理)  
 (人材養成ユニット 藤田みさお)