

医療人類学から見た補完代替医療の世界 ナラティブ・ベイスト・メディスンへの期待

辻内 琢也

早稲田大学人間科学学術院 健康・生命医学研究領域 准教授

中上 綾子

早稲田大学人間科学研究科

谷口 礼

同左

key words ナラティブ・ベイスト・メディスン, 補完代替医療, 医療人類学, 語り

補完代替医療 (Complementary and Alternative Medicine : CAM) が脚光を浴びていると言う。ではいったい“今・なぜ”CAMが注目されているのか? CAMに何が期待されているのか? 実際にCAMはどのように利用されているのか? はたしてCAMは信頼に値する医療なのか?

筆者はかつて内科医・心療内科医として、東洋医学や各種心理療法を取り入れた臨床を行っていた。医学系大学院の博士論文として、糖尿病治療に対する気功健康法のエビデンスを立証する研究¹⁾を行ったほど、CAMに魅力を感じていたのだ。しかし、CAMへの興味関心が高じて、世界中の様々な医療を研究してみたいという動機から、臨床を離れ医療人類学 (medical anthropology) の道を歩み始めたところ、そこには“補完”や“代替”とは呼べないような、多彩な医療の世界が広がっていた。医師として病院やクリニックにいては決して見られないようなフィールドに遭遇したのである。

本稿では、語り＝ナラティブを重

要視する医療人類学の立場から見た、CAMの世界を紹介していきたい。

CAMへの医療人類学調査

筆者らは、2001年よりCAMが実践される臨床現場へのフィールドワークと、インタビュー調査、地域におけるアンケート調査を行ってきた²⁾。

地域におけるCAMの利用状況を調査するために、「健康日本21所沢市計画 策定基礎調査」³⁾に併せて、埼玉県所沢市在住市民のうち30～50代の各年代を250人ずつ無作為に抽出し、合計1,500人に対してアンケート調査を実施した。

その結果、過去1年間に病院や診療所における医療以外の治療・健康法を利用した者は、回答者433人 (回収率29%)のうち335人であり、77.4%という利用率が示された。最も多かったのが、生物学的治療法 (健康食品、栄養補助食品、保健機能食品など)で、黒酢108人、ビタミン剤94人、野菜ジュース83人であった。続いて多かったのは専門的

治療者による手技療法で、按摩・指圧・マッサージ59人、整体36人、リフレクソロジー23人、鍼灸21人、カイロプラクティック19人であった。この他には、医師の処方する漢方薬22人、病氣平癒の祈禱が19人であった。これらCAMの高い利用率は、日本全国1,000人に対するランダム電話質問調査法を行った山下らの調査⁴⁾に非常に類似した結果であった。

筆者らの調査では、CAMを利用する理由として「健康に良い・病氣予防」68%、「テレビや雑誌などの宣伝」48%、「病院へ行くほど重症ではない」39%が上位に挙げられたが、中には「病院は時間がかかって面倒」11%、「西洋医学の副作用が怖い」7%、「西洋医学より効く」4%、「西洋医学より苦痛がない」2%といった西洋近代医療への批判的な理由も数多く認められた。

フィールドワークでは、CAMを実践する医師や治療家の治療実践の場への参与観察だけでなく、一患者として治療を受けたり、彼らが開催する私的な勉強会や研究会での質疑

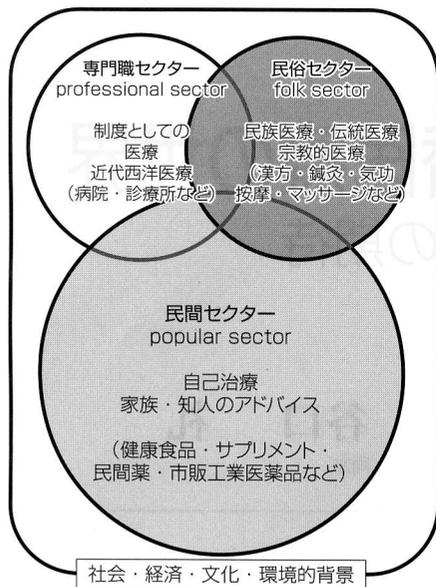


図1 多元的医療システム

文献6) Kleinman A(1980)より筆者改変

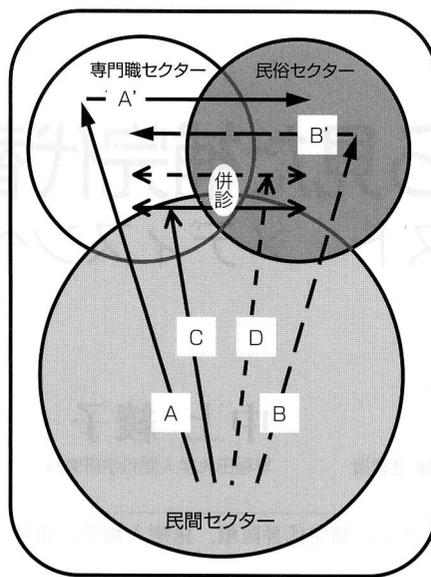


図2 多元的医療システムにおける受療行動パターン

文献8) 辻内琢也, 他(2005)より

応答, 公の講演会への参加などを行った。インタビュー調査では, 医師や治療家, そして彼らの治療を受ける患者へ個別に聞き取りをし, ライフストーリー(人生の物語)や病氣治療に関する価値観の語りを記録した。彼らのナラティブは後に紹介する。

多元的医療システム(図1)

英国における医療人類学を確立した Helman⁵⁾ は, 「医療人類学とは, 異なる社会文化的背景を有する人々が, 病いや健康の原因をどのように考え, 病氣になった時にどのような対処法が適しているか考え, どのような行動をとろうとするか, などを扱う研究分野である」と定義している。「医療」を広く「人間の病氣に対する対処行動の全体系」として捉えれば, そこにはCAMも含めた多彩な医療のありようが見えてくる。

現代社会には治療の基盤となる根本原理がまったく異なる複数のヘルス・ケア・システムが多元的・多層的に存在しており, 多元的医療システム(pluralistic medical systems)と呼ばれている。Kleinman⁶⁾ は, 人々の様々な病氣への対処行動や保健活動を, 大きな1つの文化システムとして捉え, 次の3つのセクターに分類した。

1. 民間セクター(popular sector)

自己治療や家族・知人などの素人間のネットワークからなる医療。古くから“家庭の医学”と言われてきたものや, 工業性医薬品(市販薬), 民間薬, 健康食品, サプリメントの利用などがこれに該当する。クライマンによれば, 病氣エピソード全体のおよそ70~90%が, この民間セクター内部でのみ処理されているので, 図1の中ではこの枠が最も大きく描かれている。

2. 民俗セクター(folk sector)

多くの伝統・民族医療, 信仰や宗教的医療の治療家による準専門的医療である。わが国で医業類似行為とされる国家資格を持つ鍼灸・指圧・按摩・マッサージ師や柔道整復師による治療, 協会資格のカイロプラクティックやリフレクソロジストによる施術などはこの範疇に入る。

3. 専門職セクター(professional sector)

病院や診療所, 薬局や保健所などで行われている, 科学的な生物医学に基づく医療, 制度として認められている正統医療である。

CAMはこの分類のうち, 民間セクターと民俗セクターのすべてと, 一部の専門職セクターに該当する(図1: 網かけ部分に相当)。一部の専門職セクターとは, 医師や薬剤師など正統医療の資格を持った者が行う非近代医療を指す。

人々の受療行動(illness behavior)は, 次のような様々な要素が絡み合って決定されることが知られている⁷⁾。

- 患者の属性(社会経済的背景, 病氣に関する経験や信念のパターンなど)
- 治療者の属性(民族性, 地域性, 専門性, 人間関係の広さなど)
- 病氣そのものの性質(病因や症状の種類や重症度など)
- 患者を取り巻く家族・親族・地域共同体の患者への関わり方
- 治療法の選択や評価を支配している社会規範・諸制度など

多くの人々は, 心身の不調を認識すると, まずは民間セクターにおいて自己治療を試みる。しかし, そこ

でうまく自覚症状が解消しなかったり、逆に悪化したりした場合に、人々はそれぞれの価値観に照らし合わせて、専門職セクターを受診するか、民俗セクターを受診するかを選択する。筆者らの調査⁸⁾によれば、図2のパターンA→A'のように、先に専門職セクターを受診したものの、そこでの診断・治療に満足がいかなかった場合、民俗セクターのよい治療師を探して受診する。またパターンBのように、これまでの受療経験から西洋近代医学に対する不信感を抱いている者や、できる限り自然な素材を使って自然治癒力を導く治療法を求める者は、はじめから民俗セクターを利用する。しかしその民俗セクターで満足できなかった場合はパターンB'のように、専門職セクターに移ることもある。パターンCやDは、それぞれ専門職セクターあるいは民俗セクターのどちらかを先に受診しながら、双方に良い点を見つけた者たちであり、併診する形がとられている。現代社会における人々の受療行動の多くは、このパターンC、Dに該当すると思われる。

病者はこのヘルス・ケア・システムの中を縦横無尽に渡り歩きながら、自分の心身の不調に適切に対応してくれる治療者を見つけようとしていることがわかる。

CAM を利用する病者の物語

事例1：システム・エンジニア、30代男性

父親が外科医、母親が薬剤師という家庭に育った彼は、幼少期からア

トピー性皮膚炎を患っており、特に思春期以降の苦悩は重い。父親から「ステロイドはちゃんと使えばリバウンドもなく良い薬だ」と言われているものの、彼は自分のアトピーを医師である父親に診察してもらった記憶はまったくない。母親は彼が思春期の頃から東洋医学の勉強を始め、彼に漢方薬を処方してきた。

アトピーには治療法がないってことを先に知っていたから、半分あきらめているって、西洋でも完全に治るものでもないし、漢方でも治ればラッキーって思っていましたから。

大学時代には、尊敬する女性の先輩に勧められてマクロビオティックという自然食食餌療法を始め、多少は良くなったと言う。しかし、サプリメントに対しては「流行りモノ」と捉え、商業原理に基づく情報に騙されまいと考えている。彼はアトピーの悩みを、一種の麻薬患者の抱える悩みに近いと語っている。

痒くなる、そして掻けば一応気持ちよくなる、掻くと症状が悪くなるのは一応わかっているけど、でも掻いちゃって悪くなる。そういうのを繰り返しちゃうんです。

自分は意思の弱い人間だ、と掻くたびに想起される自責の念・罪悪感である。そして25歳の折、親友に誘われて自己啓発セミナーに参加したことをきっかけに、「最強最悪のアトピー症状」に襲われ「まさにリビング・デッド(行ける屍)」「自殺寸前まで落ちた」という重度の抑うつ状態に陥る。人目が障害になって「自分を出すことを常に抑えてきた」彼の「アトピーになって醸成された性格」は、セミナーによって打ち碎かれ、同時に彼の皮膚はボロボロに

崩れた。しかしその1年後、「呪うしかなかった自分の病氣」に転機が訪れる。

忘れもしない1月20日の夜、ふと「毎日俺はずっと死にたい死にたいと思ってたけど、でも死ねねえなあー」て思ったんです。じゃあどうしたらいいのかって思った時に、そこに基本的にプラスの自分がいたみたいなんです。自分のアトピーという病氣を認めるしかないじゃんって、そう思ったんです。

彼に人生の大転換は「目覚め」のように瞬間的に訪れた。ちょうどこの頃から、彼は母親の東洋医学の師匠が処方する漢方煎じ薬を内服し始めている。この師匠は、霊的啓示によって漢方処方をする高齢の薬剤師であるが、母親はその霊力を信じているものの、彼は信じていない。したがって、彼の中では、この霊的漢方薬は目覚めのエピソードにまったく関与していない。彼は今、自分の「汗はどんな塗り薬にも勝る保湿剤」だと考え、「ランニングと中国拳法の真似ごと」を続けている。

治療世界を広げる医師の物語

事例2：内科医、40代男性(谷口⁹⁾)

スポーツ少年だった彼は整形外科治療に加え整体や鍼灸にもよく通い、複数の医療を受けることの利点を体験していた。鍼灸も整体もできるスポーツ整形外科医を目指して医学部に進学した彼だが、医学部では客観的データから見出せない不定愁訴や、近代西洋医療の技術では「なすすべもない」症例に数多く出会い、救命救急などの全身管理ができ、代替医療も行える内科医になることを決めた。近代医療の研修を終えた後、東

洋医学を学べる大学院へ進学し、漢方や鍼灸にとどまらず、食養生や栄養学、ハーブやホメオパシーなどの勉強に乗り出した。

1人ですべての専門家になれないって思って、いろんないい代替医療があって、目の前の患者さんにコーディネートするにはどうしたらいいんだろうって、ある意味で壁にぶつかったんですよ。勉強すればするほど、それぞれが深くて。

そこで彼は、米国CAMの先駆者であるアンドルー・ワイル¹⁰⁾の問題解決型の統合医療に出会う。患者の訴えを聞き、西洋医学・東洋医学・ホメオパシーなどそれぞれの観察技術で患者を診たうえで問題を明確化し、患者の年齢や経済状況、そして価値観を踏まえたうえで治療方針を提案する方法である。

シャーマン(伝統的治療師)の現場って、里山から葉っぱを採ってきてお香にしたり、ダンス療法があったり、タッチ療法やイメーჯ療法があったり、本来そういうのは一緒にやっていいわけですよ。西洋医学の検査1つとっても、理学的検査・心電図・採血・レントゲンにMRIがありますよね。全然体系の違う、もの見方が違うものが共存するというのはいりう話だと思ってます。

治療の基盤となる根本原理がまったく異なる複数の医療の併用を、彼は伝統的治療師シャーマンと、西洋医学の世界の多様な検査法になぞらえて語っている。

自然っていうか、すべてですね。最も基本的にはそうですね、生かされている。自然の中に自分がいて、人間の作ったものにも生かされているけれども、でももっと前提は自然ありきっていう感覚。

彼は今、自然との共生と日本文化の再興を目指して新しい医療施設の

建設を試みている。

NBM と本来の EBM

ナラティブ・ベイスト・メディスン(Narrative Based Medicine: NBM)、すなわち「物語と対話に基づく医療」を、わが国におけるNBMのパイオニアである斎藤¹¹⁾は次のように定義している。

病いを、患者の人生という大きな物語の中で展開する一つの物語であるとみなし、患者を物語の語り手、病いの経験の専門家として尊重する一方で、医学的な疾患概念や治療法もあくまでも一つの医療者側の物語ととらえ、さらに治療とは両者の物語を摺り合わせる中から新たな物語を創り出していくプロセスである、と考えるような医療

NBMは、単に“患者の語りに傾聴すること”だけを強調する医療ではない。大切なのは「患者の病苦の物語」と「医療者の医学という物語」を、あくまでも対等なものとして捉えることであり、その2つの異なる物語が出会い、「対話」を通じて摺り合わされ、そこから「新しい物語」を創り出していこうとする姿勢である。事例1のような患者の物語と、事例2のような医療者の物語、その双方の存在を認め、その価値を等価に置き、双方の対話を重要視するのである。

われわれの日常の経験は、出来事と出来事のつながりを個々の価値観に基づいて意味づけしていく中で、ある種の「物語」として筋立てされ、組織化されている。この物語は、さらに他者へ「語る」という行為と、他者との「対話」という相互行為を通じて、自らの現実が深く自己の中

に定着し、一連の物語として構成されていくのである。

事例1には彼の物語のほんの一部しか紹介できていないが、親子関係に影響された病気観、アトピーゆえに形成された自己像、麻薬患者になぞらえた苦悩、長年の病気との格闘のすえ得られた、病いとうまくつき合う生活上の知恵、そして衝撃的な「目覚め」のエピソードが描かれている。彼の病いが「人生という大きな物語の中で展開する1つの物語」であることがよく理解できるだろう。一方、事例2からは、医師個人の医療観にも「人生という大きな物語」が基礎となっていることがわかる。

エビデンス・ベイスト・メディスン(Evidence Based Medicine: EBM)研究で知られるMulrowら¹²⁾は、臨床判断(clinical decision)で考慮されるべき因子として、大きく3つ挙げている。①科学的なエビデンス、②患者と医師の因子、③社会的制約である。この②としては、「文化的信念」「個人の価値観」「経験」「教育」が挙げられており、これはまさにNBMにおける患者の物語と医師の物語に相当する。NBMの提唱者Greenhalgh¹³⁾も、もともとはEBMの先駆者であった。EBMがランダム化比較試験のような科学的根拠ばかりを追い求めてしまうことに危機感を覚えNBMを創始したのである。本来のEBMは決して文献データばかり重視するものではなく、また実証主義や客観主義のみを主張したり、治療者自身の医療経験や技術を軽視したものでもない。

入手可能な範囲で最も信頼できる根拠を把握したうえで、個々の患者に特有の

臨床状況と患者の価値観を考慮した医療を行うための一連の行動指針

わが国における EBM の泰斗である福井¹⁴⁾ は、EBM をこのように翻訳定義している。EBM の中には NBM の要素が確実に含まれているのである。

結 語

本稿では、CAM をマクロレベルで広く「多元的医療システム」として捉えるとともに、ミクロレベルで病者と医療者双方の「物語＝ナラティブ」に目を向ける必要性について論じた。多元的医療システムを横断して生きる人々の多様な世界観は、NBM の実践を通じてこそ、相互に理解し共有されるものである。

最後になるが、CAM は近代医療への批判的イメージである「攻撃的で侵襲的な治療」「薬の副作用や薬害」「3 分間診療と揶揄される医師患者関係への不満」などへの対抗文化として発展してきたという言説がある。いかにも CAM は侵襲的でなく、患者の個々の訴えにうまく対応するものだ、というイメージである。本稿では紹介できなかったが、筆者らの調査^{15,16)} によれば必ずしもそうとは言えない。複数の患者を一望に見渡せる治療ベッドの配置、患者管理の効率性、患者着を着せることによって剥奪される患者の社会的属性、

患者の語りを聞くことなく機械的に行われる治療など、近代医療への批判がそのまま CAM に当てはめられる状況が数多く認められた。

医療人類学の立場からすれば、1 つの正統医療だけが権威的な力を持つのではなく、多種多様な医療が同時に存在でき、病者は自由に安全にそれらの医療にアクセスできる社会、すなわち“正統”や“補完”や“代替”といった医療に優劣をつけない社会こそ、健全な医療社会のあり方だと考える。そのような社会を目指すためにこそ、近代医療と同様 CAM にも NBM が必要であり、本来の EBM が必要なのである。

文 献

- 1) Tsujiuchi T, et al : The Effect of Qi-gong Relaxation Exercise on the Control of Type2 Diabetes Mellitus : A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care* 25(1) : 241-242, 2002
- 2) 辻内琢也 : 民俗セクター医療をめぐる語り—その社会・文化・歴史的構築。江口重幸, 他(編) : ナラティブと医療, pp129-143, 金剛出版, 2006
- 3) 辻内琢也, 他 : 壮年期分科会・調査報告書, 野村忍(編) : 「健康日本 21 所沢市計画」策定基礎調査・平成 16 年度調査報告書, pp61-94, 早稲田大学人間科学学術院「健康日本 21 所沢市計画」委員会, 2005
- 4) 山下仁, 他 : 日本における相補・代替医療の利用の現状と課題, *病院* 63(5) : 379-383, 2004
- 5) Helman C : Culture, Health and Illness (fifth edition), Hodder Arnold, Oxford University Press Inc. 2007
- 6) Kleinman A : Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology,

Medicine, and Psychiatry, University of California Press, 1980 / 大橋英寿, 他(訳) : 臨床人類学—文化のなかの病者と治療者, 弘文堂, 1992

- 7) 福井次矢 : 臨床医のための医療人類学。メディカル・ヒューマニティ 4(2) : 46-52, 1989
- 8) 辻内琢也, 他 : 民俗セクター医療を利用する患者の社会文化的背景—医療人類学的視点による質的研究。心身医学 45(1) : 53-62, 2005
- 9) 谷口礼 : 補完代替医療を実践する医師たちの世界観に関する質的研究。早稲田大学人間科学研究科修士論文, 2009
- 10) アンドルー・ワイル(著), 上野圭一(訳) : 人はなぜ治るのか—現代医学と代替医学にみる治療と健康のメカニズム。日本教文社, 1993
- 11) 斎藤清二 : NBM(narrative based medicine)からみた FSS。日本臨床 67(9) : 1689-1694, 2009
- 12) Mulrow, et al : Systematic reviews : critical links in the great chain of evidence. *Annals of Internal Med* 126(5) : 389-391, 1997
- 13) Greenhalgh T : What Seems to be the Trouble? : stories in illness and healthcare, The Nuffield Trust, 2006 / 斎藤清二(訳) : グリーンハル教授の物語医療学講座, 三輪書店, 2008
- 14) 福井次矢 : EBM への誤解をとく ; Editorial. *EBM ジャーナル* 1(1) : 5-7, 2000
- 15) 辻内琢也 : ポストモダン医療におけるモダン—補完代替医療の実践と専門職化。近藤英俊・浮ヶ谷幸代(編) : 現代医療の民族誌, pp183-224, 明石書店, 2004
- 16) 辻内琢也 : 補完代替医療は近代医療の問題性を克服できるか—ポストモダンの中のモダン。現代のエスプリ 458(クリニカル・ガバナンス特集号) : 63-71, 2005

つじうち たくや

早稲田大学人間科学学術院 健康・生命医学科学研究領域 准教授 : ☎ 359-1192 埼玉県所沢市三ヶ島 2-579-15
tsujiuchi@waseda.jp

なかがみ あやこ

早稲田大学人間科学研究科 : 同上

たにぐち ゆき

同上