

## マルチファクター(多因子)の足がかりを求めて リハビリテーションにおける物語りの可能性

○齋藤 信<sup>1)</sup>

マルチファクターの足がかりを求めるにあたり「ひとをみる」ことの可能性を「ナラティブ」に求めた。EBM (Evidence Based Medicine) と NBM (Narrative Based Medicine) は相互に補完し合う関係にあり、シングルファクターに偏重してはいない。リハビリテーション専門職はナラティブを実践するにあたり、徒手的介入を対話の道具として活用できる。その過程において、新たな物語りの創出をすることこそリハビリテーションである。だがそれらの実践にあたり、シングルファクターに偏重せず、マルチファクターに対応できる人材となるには、ナラティブ能力が求められると考えられる。

キーワード: Narrative, NBM, EBM, ナラティブ能力, マルチファクター

### 1 はじめに

一般社団法人国際統合リハビリテーション協会(以下、当協会)では、「明確な診断名に準ずる多因子が関わるもの」を多因子—マルチファクターとしている。対して「明確に診断名として挙げられるもの」を単一因子—シングルファクターとしている。リハビリテーション専門職はクライアントのからだに触れる機会が多いことから、クライアントとの心理的距離感が近くなり、疾病をみると同時にクライアントの社会的背景などに接する機会も多い<sup>1)</sup>。だが、クライアントの社会的背景—マルチファクターの対応を迫られながらも、EBM (Evidence Based Medicine) 根拠に基づく医療として、標準治療を適応させようとし、対応を困難にさせている<sup>1)</sup>。加えてリハビリテーション専門職は、クライアント自身の苦しみを他人に理解してもらえない苦しみ—心身相関的悪循環の原因となる対応をしていると考えられる。

当協会は、多方面の知識を持ち、多くの手段を持ちながら、それにクライアントを当てはめるのではなく、「まずひととして見て」多面的な視点から、症状を生み出している複雑な関係性(原因)を紐解いていくことができる人材を育成することを目指している。

マルチファクターの足がかりを求めるにあたり「ひとをみる」ことの可能性を「物語り(Narrative)」の観点から探っていく。

### 2 EBM と NBM

昨今、NBM (Narrative Based Medicine)、対話に基づく医療が市民権を得つつある。いまだに EBM との対立、対極として論じられている<sup>2)</sup>が、元文化庁長官の河合隼雄氏によれば「EBM と NBM とは相容れぬものではなく、むしろ互いに補完し合うものなのである。診断にも NBM は必要なのだ」、「医療において、両岸に対峙する EBM と NBM の間の橋を、頻繁に複雑に行き来する過程で、医療的な観点と生きた体験としての物語りをすり合わせていくことが不可欠である<sup>2)</sup>と指摘している。

だが、リハビリテーション専門職は、リハビリテーションの機能分化という名の元、病院等における治療を主体とする現代西洋医学モデル(20世紀型医療モデル)に傾倒しており、脱却できていない<sup>1)</sup>と言われている。

EBM 三位一体説における、EBM 実践の三要素(科学的根拠、患者の意向、医師の臨床能力)<sup>4)</sup>で言及されるように、リハビリテーション専門職は本来の EBM ではなく、EBM の一側面のみ取り上げ、

「ヒトをみる」のではなく、シングルファクターに偏重していないだろうか。

とはいえ、これはリハビリテーション専門職またはその教育にあたった者の問題や責任であるとは言い難い。当時教育を行なった際、時代に合致した最新の教育が施されてきた。ここにもまた、EBM と NBM の間の橋を頻繁かつ複雑に行き来し、生み出されたリハビリテーション専門職の物語りであったのだろう。

### 3 マルチファクターとナラティブ

ナラティブを幅広く定義すると、「ある出来事の記述同士を何らかの意味ある関連でつなぎ合わせたもの、あるいはつなぎ合わせるもの」<sup>4)</sup>となる。また、クライアントは病に対して独自の考えを持っており、このような病の物語りをナラティブとも呼ぶ。ナラティブとストーリー(story)は一般的に分けて使われる。ストーリーは物語と表現され、文学形式の一つや、特定の事柄を一部始終語ることであり、すべての情報から一部分を切り出されたものである。リハビリテーション専門職の視点で説明的な対応をするものはナラティブではなく、ストーリーである。だが、それはまた別な「お話し」である。今回はストーリーについて言及はしない。

では、マルチファクターの足がかりとしての、NBM—対話に基づく医療とは何か。また EBM—根拠に基づく医療とは何か。斎藤ら<sup>3)</sup>によれば、EBM は「客観的な実体の解明」をめざしており、NBM は「主観的な体験を大切にするもの」と言及している。クライアントは身体等で起きている現象を認識し、その現象の起きている原因を求め因果関係を推定し、原因を仮設してしまう。「●●が痛いのは▲▲の所為だ」と言語化できずとも、不快感や不安感として残り、認識されている現象のみを訴えてくる。つまり「●●が痛い」などである。ここでマルチファクターの対応に迫られているが、シングルファクターに注目せざるを得ず、客観的な実体の解明を優先する対応の散見が、20世紀型医療モデルで見られた。リハビリテーション専門職の視点で説明的な対応をし、クライアントの主観的な体験(不快感

や不安感など)を引き出すことを怠れば、心身相関的悪循環の原因をリハビリテーション専門職自身がうみだす可能性がある。EBM と NBM は相互に補完し合うものであり、リハビリテーション専門職がクライアントの物語りを受け止めることが求められると考える。

その際、課題となるのは、クライアントが持つ非論理的信念である。クライアントの社会・心理面に介入する際、クライアントの物語りには、本人すら気づき得ない信念が隠されている。例えば「私は絶対に○○でなければならない。でなければ私に価値はない」などの非論理的な思い込みである。先にクライアントが原因を仮設してしまうと言ったが、その因果関係を推定する際の思考の方向性に大きな影響を与えているものである。

### 4 リハビリテーションと価値

では、現在のリハビリテーション専門職が行うリハビリテーションの全てに価値がないのであろうか。ここで20世紀型医療モデルに傾倒したリハビリテーション専門職には価値がない、あるいはリハビリテーション専門職は絶対に根拠に基づいたリハビリテーションを提供しなければならず、でなければ価値はない、と解釈したのであれば、非論理的信念に陥っていることになる。認知療法の基礎を築いた Albert Ellis<sup>5)</sup>は「この世の中に、絶対に正しいということは一つしかなく、それは絶対など絶対に無いということだ」<sup>5)</sup>と主張するように、絶対と論じ、思考の不動が生じることがないよう、中立的立場で常に在ることにリハビリテーション専門職の価値があるのではないだろうか。

リハビリテーション専門職の価値の一つに、ナラティブを実践するにあたり、対話の道具として徒手療法を行うことができる点があると考えられる。リハビリテーション専門職は、クライアントを意図した方向に操作したいわけではない。クライアントの選択のもと、本人が操作されたと感じ、不快感や不安感を抱くことなく、信念の変容が起きることを期待しているのである。



図1 第二回リハビリプレゼン大会 2018

だが、リハビリテーション専門職の視点で説明的な対応をしてしまい、クライアントの主観的な体験を引き出すことを怠れば、心身相関的悪循環の原因となる対応をしていることになる。

それはリハビリテーション専門職自身であっても同様の体験をする場面がある。過去のストレスフルな臨床実習形態、新人教育時の指導者視点のみの対応による主観的な体験の抑圧などが、現在も後をみない。

## 5 リハビリテーションとナラティブ

リハビリテーション専門職が NBM を実践するにあたり、一つの示唆を得た体験があるので紹介する。

当協会が 2018 年に開催した、統合リハビリテーションフェスタ-患者と共創するリハビリテーションという物語り-では、リハビリテーションとナラティブについて当協会の会員らが発表を行なった。その発表の一つ、第二回リハビリ・プレゼンテーション大会(図 1)では、各プレゼンターの主観的な体験が物語られた。

プレゼンテーションに対する参加者の感想より、「気持ち伝わりました」「すごく感動しました。私も言葉で表現するのが苦手です。私もきっかけを与えるヒトになりたいと思いました」「できない療法士でよかった……なかなか言えない言葉です。私もそう思いたい」など他多数の声が寄せられた。一定の

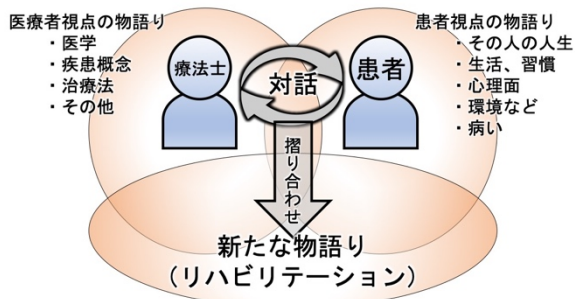


図2 NBM の定義とリハビリテーション  
(斎藤の NBM の定義<sup>4)</sup>より筆者作成)

共感が得られたと見るが、これらは共感だったのであろうか。

有田<sup>8)</sup>は、他者の痛みに共感する脳領域が存在すると言う。「他者の不快な体験(中略)から、不快な情動体験と反応が発現され、同時に自己意識・他者理解の脳領域も活性化され、共感の脳内変化が形成される」<sup>8)</sup>と言う。また、福田<sup>9)</sup>は共感を思考成分と感情成分(情動的共感、認知的共感)に分類している。それらの相互の作用のなか、個人の成長と発達の過程で無意識に蓄積された感性が、苦しむ他者を見た時、心に描いた情報により、「人に涙を流す感動とぬぐいきれない反感を与える」<sup>9)</sup>と言う。

プレゼンテーション大会における共感、プレゼンターのプレゼンテーションにのみ共感したのではなく、プレゼンテーションの内容から、参加者自身の記憶や体験が想起され、自身の記憶や体験と重ね合わせてことで、当時の感情のみが再現され、涙したと考えられる。だが、プレゼンターはそれを意図してプレゼンテーションをしていない。自身の記憶と体験を物語っただけである。

この体験より、リハビリテーション専門職が NBM を実践するにあたっての、一つの示唆を得た。プレゼンターと参加者の関係が、リハビリテーション専門職とクライアントと置き換えられるように、それぞれの物語りが摺り合わせるなか、新たな物語りが生み出されるプロセスを体験したのだ。斎藤の定義<sup>4)</sup>によれば、NBM とは「病を、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『物語を語る主体』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』と捉え、さらに治療とは両者の物語を摺り合わせる中から『新たな物語り』創り出していくプロセスである、と考える医療<sup>9)</sup>である(図2)。この体験を形を変えて経験することができたのだ。つまり、「リハビリテーションとは両者の物語を摺り合わせる中から『新たな物語り』創り出していくプロセスである」とも言えるのだ。この過程こそマルチファクターを求める足がかりである。

## 6 マルチファクターの足がかりと可能性を求めて

先に論じた通り、マルチファクターは、明確な診断名に準ずる多因子が関わるものである。高齢化による疾患の重複、家族構造や社会、地域の変化、価値観の多様化により、シングルファクターのみでは対応が困難となってきた<sup>10)</sup>。だが、ナラティブの要素が加わることで、リハビリテーションが関わる両者の新たな物語創出プロセスが足がかりとなる可能性を示した。とはいえ、これらは新規性のあるものではなく、多くの先行研究もあり、NBMとして語られている。であるにも関わらず、なぜ現在の医療、リハビリテーションの現場では、実践されることなく、リハビリ専門職個人の能力に依存しているのだろう。エモリー大学のF. ドゥ・ヴァールの「One for All」<sup>11)</sup>のなかで、「人間は評判に非常に敏感な生物」と言っている。共感や利他の行動は人間以外の霊長類にも観察されるものの、人間のみが組織化された大集団のなかで協力するという独特の能力を持っている。だが、評判と罰に基づく複雑な道徳を実践している、と言う。所謂「医療の常識」と表現されるものや、各医療機関、その内部組織毎に存在する組織風土や文化によって、醸成され、世代をまたぎ保存、継承されてきたものがある。また E. フェールらの研究<sup>12)</sup>によれば、公益性の高い目的に向かい組織が行動しようとするとき、利己的な行為をする個人を排斥することで組織を強固にする強い利他行動を起こすと言う。医療やリハビリテーションのもつ公益性を潜在的な理由として、EBM と NBM

ではなく、EBM にのみ偏重した組織風土を練り上げ、保存・継承してきた結果なのかもしれない。

だが、A. アインシュタインが言うように、「常識は18歳までに積み上げられた先入観の堆積物に過ぎない」のであれば、医療モデルの変化に伴い、常識が変わろうとする今、医療に対する認識の変革が求められていると言っても過言ではない。何より、組織風土や組織文化こそ、ナラティブなものであり、組織の先人たちが生み出し、その時代や状況にあわせて創り出してきた物語りそのものである。

E. フェールらは、遺伝的要因と文化的要因の組み合わせによって利他的傾向が次の世代へ保存され、永続していくことを示唆している<sup>12)</sup>。利他的傾向に限らず、これまで人類は複数の立場の物語りをすり合わせながら発展してきた。そこには、あらゆる種類の協力をしあう個人が複雑なネットワークで結びついた社会を形作る能力、お互いに協力する才能が大きな鍵である。

この過程もまたナラティブであり、ナラティブこそ人間特有の能力の一つである。このナラティブを実践する能力を醸成することが、マルチファクターに対応する可能性を秘めていると考える。

## 7 ナラティブの実践に向けて

では、リハビリテーション専門職がクライアントとの対話を通じて、新しい物語を共同構成していく過程とは何か。またその過程で必要とされる能力は何だろうか。

斎藤は一般医療における NBM の実践プロセス<sup>6)</sup>として、以下の5つを挙げている(図3)。

- 1) 「患者の病いの体験の物語」の聴取プロセス
- 2) 「患者の物語についての物語」の共有プロセス
- 3) 「医師の物語」の進展プロセス
- 4) 「物語の摺り合わせと新しい物語の浮上」のプロセス
- 5) こまごまの医療の評価のプロセス

図3 一般医療における NBM の実践プロセス

1)「患者の病いの体験の物語」の聴取プロセス(listening)、2)「患者の物語についての物語」の共有プロセス(emplotting)、3)「医師の物語」の進展

プロセス(abduction)、4)「物語の摺り合わせと新しい物語の浮上」のプロセス(negotiation and emergence of the new story)、5)ここまでの医療の評価のプロセス(assessment)、である。

そして、NBM を実践するにあたり必要な能力は、ナラティブ能力(narrative competence)<sup>3)</sup>であると言っている。ナラティブ能力とは、1)患者の言葉に耳を傾け、病いの体験を物語として理解し、解釈し、尊重することができる。2)患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、共有することができる。3)医療における多様な視点からの複雑な物語を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎ出すことができる。4)患者の物語に共感し、患者のために行動することができる。などにまとめられている(図4)。

- |   |
|---|
| <p>1)患者の言葉に耳を傾け、病いの体験を物語として理解し、解釈し、尊重することができる。<br/>                 2)患者がおかれている苦境を、患者の視点から想像し、共有することができる。<br/>                 3)医療における多様な視点からの複雑な物語を把握し、そこからある程度の一貫性を持つ物語を紡ぎ出すことができる。<br/>                 4)患者の物語に共感し、患者のために行動することができる。</p> |
|---|

図4 ナラティブ能力

当協会が「触診はコミュニケーションである」と言うように、徒手的な介入も含め、医療におけるコミュニケーション能力を醸成することが、目前の課題であると言える。

## 8 まとめ

今回、マルチファクターの足がかりを求め、物語り、NBM に可能性を見出した。一見、全てが当たり前のことであり、一言で「クライアントの話しに聴き入れ」と乱暴にまとめられることでもある。だからこそ、私がいって相手がいるという関係性のなか、新たな物語りを共創することにリハビリテーションの未来を感じずにはいられない。未来を悲観的に捉えるか、創造的に捉えるか、そこにもまた物語りが存在する。創造的な未来を観測し、創り出していきたいところだ。そのためにも、ナラティブ能力を高め、「まずひととして見て」多面的な視点から、症状を生み出している複雑な関係性(原因)を紐解いてく

とができる—マルチファクターの対応ができる人材が増えていくことに期待する。

## 利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) 森本義朗(2017).「リハビリテーションと統合医療」『日本統合医療学会誌』, 10(1).
- 2) Greenhalgh T, Hurwitz B, eds(1998). Narrative based medicine – Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books, London, [斎藤清二、山本和利、岸本寛史監訳(2001).「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]
- 3) 斎藤清二(2010).「医療学教育におけるコミュニケーションとナラティブ -現状と展望-」『日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌』, 1(1), pp.29-33.  
[http://healthcommunication.jp/pdf/2010/dr.saitou\\_P29-33.pdf](http://healthcommunication.jp/pdf/2010/dr.saitou_P29-33.pdf) (閲覧日:2019年1月5日).
- 4) 斎藤清二、岸本寛史(2003).『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』, 金剛出版.
- 5) 今村義正、國分康孝編(1989).『論理療法に学ぶ』, 川島書店.
- 6) 斎藤清二(2005).「ナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)」『日本医事新報』, (4246), pp.22-27.
- 7) 斎藤清二(2011).『ナラエビ医療学講座 物語りと科学の統合をめざして』, 北大路書房.
- 8) 有田秀穂(2011).『人間性とニューロサイエンス 前頭前野, 帯状回, 島皮質の生理学』, 中外医学社.
- 9) 福田正治(2008).「共感と感情コミュニケーション(I)—共感の基礎—」『富山大学杉谷キャンパス一般教育』, (35), pp.45-58.
- 10) 平成28年版 厚生労働白書(平成27年度厚

- 生労働行政年次報告) — 人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える—, pp201-216. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/> (閲覧日:2019年2月3日).
- 11) Frans de Waal (2014).One for all, SCIENTIFIC AMERICAN September 2014. [「助け合いのパワー」『別冊日経サイエンス SCIENTIFIC AMERICAN 日本版』, pp.12-15. ]
- 12) Ernst Fehr / Suzann-Viola Renninger (2004). The Samaritan Paradox, SCIENTIFIC AMERICAN MIND December 2004. [「無私は最高の戦略」『別冊日経サイエンス SCIENTIFIC AMERICAN 日本版』, pp17-23. ]

〈Abstract〉

**What is a patient's factor?  
Possibility of multi interaction to a person's narrative**

○ Makoto Saito. OTR<sup>1)</sup>

Narrative has one of the possibility to see a whole of person and understand one's circumstances. Evidence-Based-Medicine(EBM) and Narrative-Base-Medicine(NBM) complement each other without biased each single factor of being illness. Professionals of rehabilitation can utilize manual interventions as a tool of dialogue to practice narrative approach. Rehabilitation should be creating to new narrative in such a process. I will explain about narrative which the professionals are needed in 21th century.

Key words: Narrative,NBM,EBM,Narrative competence,Multifactor

---

注

1) 一般社団法人 国際統合リハビリテーション協会

(〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿 1-15-9 シルク恵比寿 403)

International Association of Integrated Rehabilitation(Head Office:Room403 Silk Ebisu,9-15-1 Ebisu Shibuya-Ward Tokyo, 1500013 Japan)