

社会的実践としての「ナラティブ」

— 地域医療・福祉の現場で —

小松田 儀 貞

はじめに——問題の所在

医療や福祉の世界で「ナラティブ」への関心が高まっている。社会構成主義をその理論的源泉とする、「物語」「語り」を意味するこの語は、多くの人々の間で人間と社会の現実を捉え、実践的な問題解決の手段につながるものとして理解されつつある。また、この語は、「ナラティブ・セラピー」や「ナラティブ・アプローチ」といった療法あるいは方法論として用いられるが、少し広く（ある意味では曖昧に）、既存の医療者・患者関係（専門職とクライアントの関係）を越える新たな関係性構築の方向性を示すものとして使われる傾向がある。「科学的説明・理解」に「物語的説明・理解」の意義を対置する「ナラティブ」をめぐっては、人文科学、社会科学、臨床科学の世界では既に1980年代後半に重要なキーワードとなっており、とりわけ「ケア」や「援助」をめぐってこの概念が大きな役割を果たしうることについては関心を共有する人々の間では知られていた（野口 2002）。

人類学や心理学、社会学だけでなく、医療・福祉の領域でこの「ナラティブ」が今なぜ関心を集め、どのように現場に影響を与えているのか。本稿では、「ナラティブ」をめぐった問題について特に地域医療・福祉の「現場」の視点から考察することにしたい。ここで注目したいのは理論としての「ナラティブ」と言うより社会的実践としての「ナラティブ」である。筆者のここ数年の調査研究の問題意識は、「現代医療におけるシティズンシップ（市民参加・協働）」にある（小松田 2013b；小松田 2016）が、こうした観点から「ナラティブ」を

めぐる今日的情況を概観しそれが意味するところについて考えてみたい。（なお、本稿では、引用元の表記が異なる場合を除き基本的に「ナラティブ」と表記する。）

医療における「ナラティブ」への注目

「新しいパラダイム」か？

現代医療は、生命科学、生物医学の急速な発展に支えられて、とりわけ20世紀後半以降長足の進歩を遂げてきた。それはいわば医療の技術的な側面の拡大でもあったが、この一方で社会経済的環境の激変や価値観の多様化などを背景にして医療と社会の関係もより複雑なものになってきた。医療においては診断や治療をめぐる信頼性の問題も大きい。この間、医療（医療者）と患者の関係、特に医療におけるコミュニケーションの問題が焦点化されるようになった（小松田 2013b）。

こうした状況の中で、1990年代の終わり頃から医療においても「ナラティブ」に注目が集まるようになってきている。とりわけ「ナラティブ・ベイスト・メディスン」（Narrative Based Medicine(NBM)）という語については、これも医療の質向上の文脈で最近よく強調される「エビデンス・ベイスト・メディスン」（Evidence Based Medicine(EBM)）と対比されて、「望ましい・求められる医療」のいわば理念型の一つとして言及される機会が増えており、これらに関する研究、出版も盛んになっている。¹ この語は現在それなりの広がりを持っているが、ごく単純に言えば、両者はそれぞれ「ナラティブ（物語、語り）」を基盤とした医療、「科学的エビデンス（根拠）」を基盤と

した医療」ということになる。後者の認識つまり科学に基づくのが近代（現代）医療であるとの認識は一般的ではあるだろうが、前者には人として患者を見ないデータ・数値偏重に傾きがちの現代医療の一側面に対する批判の意図がある。それはもちろん近代医学の科学性の単純な否定を意味しない。その枠組みが抱えているある限界を超越しようとする試みとさしあたり理解すべきだろう。² 実際、両者は対立関係にあるというよりいずれも現代医療が目指す方向性を示すものと言えるが、医療における「ナラティブ」の日本への紹介者の一人である斎藤清二氏によれば、実は前者に関してはそれほど明確な定義があるわけではないという（斎藤 2010：5）。理論枠組みとしてのそれに対する評価はひとまず措くにしても、後述するように、同氏を始め「ナラティブ」に大きな可能性を感じている医療関係者は多い。

社会的実践としての「ナラティブ」

斎藤清二氏は、この語＝概念が医療で注目されている背景について次のように述べている。

「現代の医療において私たちが経験している現象のかなりの部分は、これまでの近代医科学パラダイムの理論で説明することが難しい。例を挙げれば、なぜ医療者が燃え尽きる寸前まで献身的な努力を行っても、患者や一般市民からの医療に対する信頼は低下したままなのか、なぜ最新の感染症や疫学の知見を動員しても、新型インフルエンザなどの新しい感染症の流行にパターンや有効な対処法を策定することができないのか、なぜ国を挙げての自殺対策を行っても自殺者が減少しないのか、などである」（斎藤 2010：7）ここには医療の当事者（医療の供給側）としての無念や苛立ちさえうかがえる。これは「現場」の論理が社会化されないこと、医療と社会の関係の不整合状態についての指摘と理解できるだろう。

この「近代医科学パラダイム」に替わりうるのが NBIM ということになるのだろうか。「ナラティブ」関連論文を紹介しながら、斎藤氏はそれを「パラダイム」と呼べるかどうかは断定しないものの、少なくともその可能性を示唆している（同：8-10）。例えば、同氏は、「社会

の実践としてのナラティブ」に注目し、地域医療の実践者佐藤伸彦氏の「ナラティブホーム構想」に言及している。

「医療は社会的実践である。実践なくして学問で終わるわけにはいかない」「一つのコミュニティで、住民参加で高齢者の今後を看取りまで含めて考えていくという取り組みもまた、『ナラティブ』であろう」「理念だけでは良いケアの実践はできない。いかにそれを現実化していくのか、社会的に作り上げていくのか、それもまた一つのナラティブである」という佐藤氏の発言（佐藤（伸） 2010）を取り上げ、「つまり、語ることと行為することはまさに循環的な過程であり、それが社会実践あるいはアクションリサーチと呼ばれるものと結びつく時、それはまさに医療のパラダイムの見本例となるのではないだろうか」（斎藤 2010：9）と述べている。

佐藤氏は、自身、「ナラティブ」は EBM と共にあるもので両者は対立するものではなくお互いを補い合う形で出現し、今後も発展していくという考えを示しているが（佐藤（伸） 2010：64-65）、彼はそうした議論を自分なりに発展させ「ナラティブホーム」という語を「造語」し、その「構想」を実現するべく多職種と連携しながら富山県砺波市で実践を続けている。³ 理論的、学術的な議論というよりまさに実践の基盤としての「ナラティブ」の実例がここにあると言ってよいだろう。

こうした佐藤氏の構想と実践の影響は大きく、この「社会的実践としてのナラティブ」といういわば「理念」は、最近の SNS（ソーシャル・ネットワーク・サービス）の力もあって、それを共有する「仲間」も増えている。「ナラティブ」は、全国各地で医師、看護師、理学療法士、介護福祉士など、多くの医療・福祉関係者に共感を持って受け入れられており、そこからそれぞれの地域で発展的な試みが生まれている（佐藤（伸） 2015：243）。

必ずしも「ナラティブ」という視点で考えることはなくても、医療不信など医療と社会の間の不整合状態を憂いあるいは悩み、そうした状況を変えていきたいと考える医療福祉関係者は少なくない。全人的なコミュニケーションを志

向する「ナラティブ」の発想に関心を持ち親近感を持つ人々が、「ナラティブ」をめぐる互いに惹かれ合い接近するということが今起きているようにも見える。厳格にこの語＝術語をどう定義するか、どう捉えるかという事も重要だが、ここでは、こうした「ナラティブ」をめぐる様々な試みが各地で同時多発的に生まれていることに注目したい。「ナラティブ」の実践の事例に目を向けてみよう。

地域医療における「ナラティブ」の実践 ——岩手県藤沢町

医療者と地域住民の対話

——ナイトスクールの試み

岩手県藤沢町（現在は市町合併（2011年）を経て一関市藤沢町）は、保健・医療・福祉の一体化を進め高水準の地域医療、地域包括ケアシステムを実現したことで知られる。筆者は1990年代から折に触れ当該地を訪れその地域と医療福祉の状況について記述してきた（小松田 1996；小松田 1998；小松田 2001；小松田 2013c）。この間、市町合併などの環境変化もあり、当然ながら医療福祉をめぐる状況は大きく変わっている。しかしながら、かつてそれまであった県立病院を失い（1968年）無医地域になった時期を経験した町が、長年の努力の末の町民病院（国民健康保険病院）の開設（1993年）、そして介護保険制度導入（2000年）を経て、医療・福祉資源の整備・充実化を続け、一関市国保藤沢病院となる現在に至るまで——困難な時期があったとはいえ——常に地域住民の参加・協働ということを重視してきたことは特筆されてよい。指導的立場にあった佐藤元美医師（現在同病院管理者）を始め、関係者の努力の結果と言えばそれまでだが、危機的な時期があったことも確かである。「困難な時期」はどのように乗り越えられてきたか。これについて佐藤医師は「語ること」（「ナラティブ」）の重要性を指摘している（佐藤（元） 2010）。⁴

藤沢町には医療関係者と地域住民が相互に交流し、意見交換する場が数多くある。そういう場の重要なものの一つが「(地域) ナイトスクール」である。

病院開設当初、身近にある病院の存在意義を実感していた地域住民も、やがてその状況が当たり前になってくる。町内の医療資源が充実したことで、町外の医療機関から町の病院に転院される患者が増え、保健活動、検診の効果もあって、外来は慢性疾患の患者で溢れるようになる。こうした中、住民から病院に対する苦情が出てくるようになった。特に無診療投薬を認めないことと長い待ち時間に関しての不満は高まったという。確かに長い待ち時間は苦痛だし、待たずに薬だけもらって帰りたいというのは感情としては自然なものかもしれない。住民が町民病院に便利さだけを求める傾向は明らかだった。

もとより無診療投薬は医師法にも保険診療のルールにも反する行為であり罰則もある。最悪の場合医療機関としての存続も危うくなる。医療者側として決して受け入れられないことである。そのことをどこでどういう形で説明し理解を得るべきか。医師と患者の関係をなかなか越えられない診療室でそうした会話は難しい。何より「患者としてではなく住民として」考えてもらわなければこの困難が解決に向かうことはないと佐藤医師は考えた。佐藤医師は、病院がある町の中心部から遠い地域に出向いて話をする事が望ましいと考え、きめ細かく町内10カ所に住民の参加しやすい夜間に場を設けることにした。これが2016年現在も形を変えて続く「ナイトスクール」の始まりである（1994年より）。佐藤医師は「従来の健康講話や病気の話ではなく、藤沢の医療や介護について語り合うことを主眼とした」（佐藤（元） 2010：72）という。ナイトスクールの効果は大きかった。開始約1年のうちに、苦情は激減し、無投薬診療に関するトラブルはほとんどなくなり、待ち時間の短縮は進まなかったが、患者たちも我慢強く待つようになったという。さらに思わざる効果として多くの寄付がよせられるようになったことがある。危機的でさえあった病院と地域住民の関係は激変した。

特に「単なる受益者から支える側へ」という意識の変化は大きかったと言える。佐藤医師自身も次のように振り返っている。「地域で住民と医療スタッフが語り合うことは、双方の理解と成長を促し、患者のいない医療や医師のいな

い医療はあり得ず、医療はお互いがつくりあげる関係であることを確認するプロセスになる」(同：73)。

「ナラティブ」から生まれる相互作用

医療者がこういう姿勢で医療に向かうことはまた別の効果も生んだ。当時病院では病院開設の趣旨に基づいて「生活医療・出前医療」をスローガンに掲げて、訪問診療を開始していた。医療者が病院の外に出ること、すなわち地域社会に入っていくことは様々な発見につながったという。

訪問診療を続けるうち、当時病院に勤務していた医師の詳細な調査によって、対象者の家庭での介護の状況が分かってきた。介護者は家庭や地域で孤立し、情報も入らず心理的に追いつめられているという極めて深刻な状況が浮き彫りになった。「長期入院から施設へ、施設から在宅復帰へと邁進していた私たちには、その陰で苦しむ家族の姿が見えなくなっていた。家族を代表して決定権を持つ家長と実際に介護する嫁とは違う考えを持っていることにも気付かなかった」(同：73)

この気づかなかつたことへの「気づき」は、いわば「声なき声」に耳を傾ける必要性を関係者に実感させた。このことは、保健師らとの連携を通して介護体験者がその体験や気持ちを語り合う「介護者の会」の発足(1999年)へとつながる。さらに、地域住民と研修医らとの交流を図る「意見交換会」、病院の存在意義を住民にアピールし医療福祉関係者など町外の人々との交流を支援する「病院を支える会」などもこうした一連の動きの中から生まれてきた(小松田 2013c：22-25)。このように「聴くと語るの相互作用は深まり拡がっている」(佐藤(元) 2010：75)。

また、この後に佐藤元美・松嶋大両医師が中心になって同病院で展開される「健康増進外来」(2004年開始)にもこうした姿勢は生かされている。高齢者医療の主たる課題は生活習慣病である。検診と外来診療による「正しい知識」を伝えれば生活習慣病は改善すると考えていた佐藤医師らは、工夫を凝らした「糖尿病教室」の成果がなかなか上がらないことから、理学療法

士や薬剤師も交えた研究会を立ち上げ、この問題に取り組んだ。重要なのは何より患者自身の生活構造と本人の自己管理ではないか。そこに治療の要点があると考えた医師らは、新たなタイプの診療システムを健康増進外来として作り上げた。ここでは健康に不安がある来訪者の話を看護師が1時間ほど時間をかけて聞き取りをし、それを元にその後の目標を本人と医療者が一緒に立てて実行していくという形が取られている。端的に言えば、生物医学的アプローチに偏らない心理・社会的なアプローチに基づいた医療でありそれは、聞き取り・対話を通じての自己管理の重要性に着目した医療にはほかならない。これは短期的な治療が困難な生活習慣病には極めて適的なものと言えるだろう(佐藤, 松嶋 2011)。この診療方式は、医療界でも注目される試みとなった。ここにも「ナラティブ」の論理が生かされていると見ることができる。

「ナラティブ」の実践としての「聞き書き」

「聞き書き」の広がり

もう一つ「ナラティブ」の実践の事例として「聞き書き」を取り上げたい。

2000年前後から、地域で身近な高齢者から聞き取りをして文章にまとめる「聞き書き」への関心が高まり、ここ数年の間に医療や福祉の世界で急速に広がっている(秋山 2010)。2000年に「日本聞き書き学会」が発足しているが⁵、その後、2003年に始まる、ホームホスピス宮崎(市原美穂理事長)での「宮崎聞き書き隊」の活動(市原 2010)、白十字訪問看護ステーション(秋山正子理事長)を母胎とする「白十字在宅ボランティアの会」の活動(2007年開始。2002年の秋山の活動がその端緒)などが契機となって、全国にこれを医療や福祉の場で生かそうという動きが強まっている。市原氏も秋山氏もそれぞれ本来の活動の場であるホスピス、訪問看護の領域で広く知られる実践家である。

上記の2例もそうだが、元編集者で聞き書き作家・日本聞き書き学会講師の小田豊二氏が示す枠組みが「聞き書き」関係者の間で基本的に共有されている(小田 2012)。小田氏は、聞き書きの「メリット」として、高齢者を尊敬す

る心を育てる、先人の知恵や教訓を学べる、(話し言葉で書くことによる) 気持ちの共有ができる、高齢者に生きがいをもってもらえることなどを挙げている(同:13-20)。

その誕生から現在まで、言葉一つ一つに耳を傾け一人の人間の一生に向き合う。聞き取りを通じて濃密な時間を共有し、それを再構成して書き起こす。この作業は対面する者同士の深いコミュニケーション過程であり、これもまた「ナラティブの実践」と言えるだろう。

「聞き書き」は、一般市民(専門のあるなしを問わない)のボランティア活動として始まったが、医療・福祉の専門職にとってどういう意味があるだろうか。本来、職務に当たって、医療・看護職、介護職またこれに関連する様々な職種間のコミュニケーションが重要であることは言うまでもない。しかしそれぞれの専門知・専門的技術の対象として患者を見がちである。「聞き書き」はそうしたものの見方を相対化したり客観化したりすることに大きな役割を果たすと考えられる。超高齢化・多死社会とも言われる状況が深化し、慢性疾患系の医療ニーズが高まっている現在、高齢者医療、ターミナルケア、看取り、緩和ケアなど、医療技術的な対応だけでなく、患者個別の生活の質に関係する患者本人やその家族のニーズや希望にきめ細かく対応することが求められるようになっている。実際そういう観点から医療・福祉の現場では「聞き書き」の重要性や専門職に対する教育効果を認め、この活動を進める気運は高まっている。⁶

上述の藤沢町の医療・福祉の現場でも、日頃の活動を延長する形で「ナラティブ」に対する「聞き書き」への関心が高まっている。2014年末には小田豊二氏と天野良平氏(日本聞き書き学校講師・金沢大学名誉教授)を招き「聞き書き講座」が開かれている。これを機に「藤沢聞き書き隊」も生まれ、地元の人々だけでなく北海道など地域を越えた人々との連携の活動も進んでいる。「聞き書き」の活動は、「ナラティブ」の理念を分かりやすく伝えたり、共有したりする一つの「ツール」として全国各地に広がっているとも言えるだろう。

地域医療における「ナラティブ」の展開

超高齢化・多死社会を迎えている中で、特に高齢者医療、地域医療の領域で「ナラティブ」への関心が高まっている。これまでの医師(医療者)中心の医療、病院中心の医療は、今日、患者(クライアント)・地域・在宅を中心とした医療へと転換が求められ、実際にそれは地域包括ケア・システムの形成という方向性にほぼ沿う形で進みつつある。

地域包括ケアは、介護を必要とする高齢者の場合(実際、その対象は高齢者に限らないが)、「住まい」と「医療」、「介護」の間でどのように必要な資源を適切に調達するかが問われる(秋山 2016)。地域包括ケアという地域資源の総合調整システムが適切に作動するためには、そのいわば環境条件としての関係者間のコミュニケーションの質が重要になってくる。「ナラティブ」への関心は、そうしたコミュニケーションの質を担保しようとする取り組みと軌を一にするものと言える。

佐藤元美医師は、医療の対象としての人間を一つの統合体として捉え、生活史を持つ存在として理解することを通して治療に当たる「総合医療・包括医療」の考え方を示しているが(小松田 2013:21)、こうした医療観は、「かかりつけ医」や「総合医」の重要性の認識の高まりと共に広がりつつある。

実際、患者(クライアント)本位の医療・福祉を追求しようとする以上、チーム医療や多職種連携など、これまでのような機能分化的な治療やケアは統合的なそれらにならざるをえないし、その流れは確かなものになっている。

また、もう少し別の観点から「ナラティブ」の重要性について考えることができる。

諸々の背景はあるが、医療や福祉に対する社会一般の不安や不信はなかなか減じることはない。医療・福祉現場での患者・利用者と専門職スタッフ、またスタッフ間での行き違い、摩擦、不信は、現実には決して少なくない。当然、患者にとってだけでなく個々の専門職にとっても、それらは時に専門職としてのアイデンティティを揺るがしかねない、激しい感情を伴う辛い経

験となる。程度に差はあれ、「感情労働」の担い手でもある⁷、医師や看護師、薬剤師、理学療法士、介護福祉士など専門職自身が、専門職としての、また職務に対する誇りや自信を持ち続けるためにも「ナラティブ」のような対話的コミュニケーションが職場に与える影響は重要な意味を持っている。職場によっては単純な上下関係になりがちな多職種間における信頼（仲間意識）の醸成という点でも、このことは重要である。職場の雰囲気や風通しの良いものにするという効果も期待できる。それは情報共有による関係者間の調整の精度と質を高め、チーム医療や多職種連携が円滑に機能するためにもプラスとなるだろう。

新しい医療・福祉文化？

「ナラティブ」に関心を持つ医療・福祉関係者の間に地域を越えて結びつきが生まれている。先進事例の視察や意見交換などを通して関心を共有する人々が、藤沢病院（町民病院時代を含め）や佐藤伸彦氏らを拠り所としながら交流を深めていることは興味深い。こうしたネットワーク形成は一種の選択的親和性の作用のようにも見える。実際、藤沢町民病院（合併後の現在は一関市国民健康保険藤沢病院）で勤務したり研修で訪れたり、また継続的に行われている地域医療セミナー（年1回夏期開催。2010年開始以後2016年まで7回開催）に参加したり、と藤沢の医療・福祉との関わりがあった人々がこうしたつながりの要所要所にいることは興味深い。この場での経験が生かされ、一種の「藤沢スクール」の感がある。こうしたネットワークが、新しい医療・福祉文化を生み出す力になりうるかもしれない。⁸

本稿では、繰り返した述べてように、理論というより実践としてのナラティブに注目してきた。シンプルに表現すれば、「ナラティブ」とは対話コミュニケーション的な実践的態度のことと言えるかもしれない。

佐藤元美医師と共に健康増進外来という診療形式を構築し同氏との共著もある松嶋大医師は、生活習慣病の患者に対する塩分制限指導をめぐる事例を示しながら、「患者のナラティブ」と

「医師のナラティブ」の葛藤状況から、医師の「強制指導」も患者の自己中断（診察に来なくなる）も共に避けながら、どのように前向きの展開を導き出すかについて次のように述べている。「生活習慣病の診療では医師に求められることは、患者と医師という治療共同体の新たなナラティブの展開、熟成だと思う」（松嶋2011：26）。ここで松嶋医師は、論理的に「正答」を導出することに向かうのではなく、「治療共同体」という、権威主義的な関係性を越えた対話的・「ナラティブ」的な関係性の認識を踏まえながら、「ナラティブ」を理論的資源というよりむしろ実践的な態度として考えていると見てよいだろう。

現在同氏は、自ら看護・介護を一体化した事業組織等を立ち上げ地域で在宅医療を中心に医療・福祉の実践に向き合っているが、その活動の中で「ナラティブ」がどのような形で具体的展開するのか注目したい。⁹

「理論か実践か」といった単純な対立図式で「ナラティブ」について考えることにあまり意味はないだろう。それは実際「実践の哲学」という様相も持っている。とはいえ「実践としてのナラティブ」が医療や福祉の現場をどのように変化させ、それがどのような帰結をもたらすのかについて、なお今後を見守る必要があるだろう。

医療・福祉の関係者からは、「ナラティブ」について、それに惹かれながらも「本当のところはよく分からない」という声もしばしば聞く。実際、医療改革の一種のシンボリックな標語になっている面があることも確かである。

ともあれ、権威主義的な関係（パターンリズム）をなかなか脱することができなかった医療・福祉が、より広い市民層を巻き込みながら変化しつつあり、これまでとは別様の医療・福祉文化が育ちつつあることは確かではないだろうか。

付 記

ここでは各々名前は挙げないが、この間、特に2012年～2016年にかけて、ナイトスクールや地域医療セミナーなどでお邪魔した藤沢町（岩手県一関市）の皆さんを始め、各地各所で聞き

取りや資料提供にご協力いただいた方々に改めて感謝申し上げたい。

本稿は、2015～2018年度基盤研究(C)「高度化する現代医療における市民協働とシティズンシップの可能性に関する社会学的研究」(課題番号15K03850)(研究代表者・小松田儀貞)の研究成果の一部である。

註

- ¹ 欧米では1990年代から医療の世界でも「ナラティブ」に注目が集まりだしたが、日本では2000年代に入る頃からこれに関する出版が盛んになっている。2010年にはナラティブに関する専門誌『N：ナラティブとケア』(年1回発行)が創刊されている。最近では「ナラティブ・ベイスト・メディスン」という語も「エビデンス・ベイスト・メディスン」(EBM)と同様、NBMと簡略化され用いられることが多くなっている。生命学者の島菌進は、「患者は自らの生活史を踏まえてその病に悩むようになった経験を語り、医療の助けを得て病によって生じる困難を克服し、新たな生活を組み立てていくための希望を育もうとしている」(島菌 2011: 212)と「ナラティブ・ベイスト・メディスン」に「語りに基づく医療」の意義を高く評価している。
- ² 両者は対立するものではないという捉え方はむしろ一般的である。両者はむしろ「重なり合う」ものとして構築できるという主張もある(メザ, パッサーマン, 2013)。メザらは以下のような生物医学的なモデルと異なる知識として考えている。「contingent, emergent, and situated within a social context」(メザ, パッサーマン 2013: x iii)。訳者はこれを「括弧付きの、立ち現れる、条件次第の、文脈依存的な(医療)」としているが、分かりにくい。「状況依存的で創発的で社会的文脈の中にある(医療)」とするべきだろう。
- ³ 佐藤伸彦氏は、市立砺波総合病院地域総合診療科部長、外来診療部内科部長を経て、2009年医療法人社団ナラティブホーム創設、2010年ものがたり診療所開設、同所長。「ナ

ラティブホーム構想」の提唱者・実践者として全国から注目されている。具体的、実践的な事例を取り上げ経営問題にも触れた、氏の著書(佐藤(伸) 2015)も広く読まれ、その「構想」の理解者・共感者も増えている。

- ⁴ 藤沢町における地域医療の一連の危機と「対話」が契機となったその乗り越えについて、佐藤元美医師は、後にある講演会(2014年9月)で、専門職としての自分自身の危機と重ね合わせて、「ナラティブ・ターン」(ナラティブ的転回)と表現していることは興味深い。佐藤医師は、当時、M・フーコーや社会構築主義系の理論書、ナラティブ・アプローチ関連の書籍を読みこした問題について考えを深めていたという。
- ⁵ 日本聞き書き学会(2000年10月設立。以下参照 <http://www.kikigaki.gr.jp/>)は、「話し言葉」で一人の人間の人生や地域の歴史を書き記すことの重要性を認め、広くこれを実践していこうという趣旨で設立され、井上ひさしが顧問を務めていた。ワークショップや講習会を通して全国に活動が広がっている。医療・介護の分野で「聞き書き」活動を先導する一人でもある秋山正子氏によれば、「聞き書き」は、「北海道の開拓に入った方たちが、二〇世紀の開拓の歴史を二一世紀に語り継ごうと、始めた運動」で、北海道にその端緒があるという。その影響もあり、秋田で「秋田聞き書き学会」が立ち上がることになった。こうした活動に強い関心を抱いていた秋山が、自身の母親(当時秋田在住)からの聞き書きを同会に依頼したところからこの活動との関わりが始まったという(秋山 2010: 91-98)。秋田は「聞き書き」活動の先進地でもある。同氏は、看護教育から活動の場を広げ訪問看護・在宅ケア分野の開拓者として知られ、最近では2016年10月、日本初のがん相談施設「マギーズ東京」設立、初代センター長として活躍している。
- ⁶ 「聞き書き」は話者の話を文章化して終わるのではなく、編集、デザイン、製本といった一連の過程を経て一冊の本となる。いわば一つの人生が一つの实体を持つことになる。それは話し手本人に贈り物として提供され、

形を持ったものとして後に残されることになる。これは、一種魂を入れる儀式にも似ているが、やはり深いコミュニケーションの過程として欠かせない過程である。その技術は難しくはないもののその習得にはそれなりのトレーニングの場が必要である。東京、宮崎、長崎、秋田、金沢、富山など各地で講習会、ワークショップが行われており、仙台、宇都宮、千葉、名古屋、松坂などでもサークルが生まれている（小田 2012：27-28）。これは技術研修と共に「聞き書きの」理念の共有と交流の場にもなっていると考えることができる。

⁷ 水谷英夫氏は、感情（管理）労働を「自己や他者の感情管理を核心的もしくは重要な要素とする労働」（強調原文のまま）（水谷 2013：3）としている。苛酷な状況を強いられる現代の職場において感情管理が重要な問題となってきたことへの社会的関心は高まっている。特に直接人間の身心に向き合う医師や看護師、ケア労働などはその典型と言えるが、実際「ドクター・ハラスメント」「モンスター・ペイシエント」などという言葉に表れているような医療・福祉の現場でのトラブルは近年頻発している。理性／感情、公的領域／私的領域という二分法では捉えがたい現実の感情活動に注目して、職場やコミュニケーションの諸問題について考えることが現在求められている。

⁸ 藤沢町民病院で研修、勤務経験がある医師は、自治医科大学、岩手医科大学始め数多いが、地域医療で活躍している人材として、北海道で地域医療に携わり「ささえる医療」を標榜し展開している村上智彦氏（2009年若月俊一賞受賞）、盛岡市で「ものがたり診療所」を開設している松嶋大氏らがいる。両人は先述した佐藤伸彦氏らと「ナラティブ」を通じて互いに交流を続けており、全国の医療・福祉専門職や一般市民と共に実践的な課題を掲げた各種の勉強会や研究会等の活動を精力的に展開している。

⁹ 松嶋氏は、医師として早い時期から新潟、岩手、沖縄で地域医療に従事。その後、藤沢町民病院などを経て、医療・福祉の会社組織

の経営する形で、2015年より自ら立ち上げた「ものがたり診療所もりおか」の所長を務め、一般社団法人もりおかナラティブ勉強会（代表理事）の活動を続けている。

参考文献

- 秋山正子（2010）.『在宅ケアの不思議な力』医学書院.
- 秋山正子（2016）.『つながる・ささえる・つくりだす 在宅現場の地域包括ケア』医学書院.
- 市原美穂（2010）.「聞き書きボランティア—NPO 法人ホームホスピス宮崎の取り組み」（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会『ホスピス・緩和ケア白書2010』（財）日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，48-53.
- 小松田儀貞（1996）.「「町づくり」としての地域福祉—岩手県東磐井郡藤沢町の試み—」『富士大学地域経済文化研究所研究年報』第4号，29-40.
- 小松田儀貞（1998）.「保健・医療・福祉の地域的総合化—岩手県藤沢町における高齢者ケアシステムの形成と展開—」『富士大学地域経済文化研究所研究年報』第6号，22-38.
- 小松田儀貞（2001）.「中山間地域自治体における保健・医療・福祉システム地域的総合化の展開—岩手県藤沢町の事例を中心に—」『富士大学紀要』第33巻第2号，123-132.
- 小松田儀貞（2013a）.「バイオテクノロジーと生バイオポリティクス政治の未来—生命科学／技術と現代社会のゆくえ—」北川隆吉・中山伸樹編『科学・技術革新・人間（21世紀への挑戦4）』日本経済評論社，53-87.
- 小松田儀貞（2013b）.「「生物学的シティズンシップ」論の意義と課題」『秋田県立大学総合科学研究彙報』第14号，15-23.
- 小松田儀貞（2013c）.「岩手県藤沢町における地域包括ケアシステムの形成と展開」『社会学研究』東北社会学研究会，第92号，15-38.
- 小松田儀貞（2016）.「医療における市民協働の試み—「カトレアの森」の事例を中心に—」『秋田県立大学総合科学教育研究彙報』第17号，9-17.

- 松嶋大 (2011). 「対話とカルテ：生活習慣病とカルテ」『N：ナラティブとケア』第2号, 22-28.
- メザ, ジェイムズ. P., パサーマン, ダニエル. S. (2013). 『ナラティブとエビデンスの間』メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 水谷英夫 (2013). 『感情労働とは何か』信山社.
- 野口裕二 (2002). 『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院.
- 小田豊二 (2012). 『「聞き書き」をはじめよう』木星舎.
- 斎藤清二 (2010). 「特集によせて：Narrative Based Medicine は新しいパラダイムたりうるか？」『N：ナラティブとケア』第1号, 4-10.
- 佐藤元美 (2010). 「コミュニティ力と治癒力」『N：ナラティブとケア』第1号, 71-75.
- 佐藤元美, 松嶋大 (2011). 『健康増進外来——理想の糖尿病外来をめざして』新興医学出版.
- 佐藤伸彦 (2010). 「ナラティブホーム構想とその実践」『N：ナラティブとケア』第1号, 35-41.
- 佐藤伸彦 (2015). 『ナラティブホームの物語』医学書院.
- 島菌進 (2011). 「未来をどう生きる」矢崎義雄編『医の未来』岩波書店, 203-220.