

Title	<特集論文 1>脳卒中のリスクを伝える・脳卒中のリスクと暮らす--心房細動に対する抗血栓療法の実践での医師と患者のリスクのナラティブ
Author(s)	磯野, 真穂; 上田, みどり
Citation	コンタクト・ゾーン = Contact zone (2018), 10(2018): 118-142
Issue Date	2018-06-30
URL	http://hdl.handle.net/2433/232961
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

脳卒中のリスクを伝える・脳卒中のリスクと暮らす

—心房細動に対する抗血栓療法の現場での医師と患者のリスクのナラティブ

磯野真穂・上田みどり

<要旨>

リスクの内面化はどのように行われるのだろうか？これまでの医療人類学におけるリスク研究は、主に専門家により提示されたリスクとその対処法に抗する人々の生き方を描いてきた。一方、本研究は、専門家から提示されるそれらに従順な人々を研究の対象に置く。具体的には、2011年から2016年の5年にわたる循環器専門医療機関でのフィールドワークをもとに、心房細動と呼ばれる不整脈とその治療に伴うリスクが、①どのように医師から患者に伝えられ、②患者はどのようにそのリスクを理解し、日常を過ごしているのかを明らかにすることを目指す。心房細動に罹患すると、心原性脳梗塞という脳梗塞の中でも広汎で重篤なタイプの脳梗塞に罹患するリスクが上昇する一方、その予防のための治療が、大出血のリスクを上昇させることが知られている。つまり心房細動の治療においてはふたつの拮抗するリスクが存在し、この点で心房細動という疾患は本研究の目的に適している。分析の視座として本研究はナラティブ・アプローチを用い、とりわけ次の3点に注意を払った。まず一つには、ナラティブは出来事と出来事をつなぎ合わせるという点、二つには、出来事を作り出すという点、そして三つには、目的を内在し、語り手あるいは聞き手の意図の変容を伴う、という点である。データを分析したところ、医師は直喩と隠喩を駆使したナラティブを自在に用いながら、エビデンスをナラティブの参照点の三つとした、価値の体系を患者に伝えていることが判明した。患者の語りにも医師のナラティブは反映されていたが、その一方で患者のナラティブには、決して消えることのない心原性脳梗塞のリスクと向き合う困難が刻まれていた。本研究により、エビデンスとナラティブを二項対立的に捉え、前者を科学的真実、後者を尊重すべきではあるが不十分な知識に形作られた患者の信念と捉えることの弊害が一層明らかになるとともに、患者の未来に危機を作り出しはするが、その危機との対峙の仕方については患者および臨床医に最終的にゆだねてしまう、予防医学の道徳的無関心が明らかになった。

キーワード：リスク、心房細動、脳卒中、確率、ナラティブ
ISONO Maho 国際医療福祉大学大学院 isonomaho@gmail.com
UEDA Midori 公益財団法人日本心臓血管研究振興会榭原記念クリニック

1 序論

脳梗塞と脳出血の双方を含む名称である脳卒中は、どのくらい恐ろしい病気なのだろう。まずはデータを見てみたい。

世界脳卒中機構によると脳卒中の生涯有病率は6人に1人である。またこの予測のもととなった論文の一つを参照すると、55歳以上では女性の5人に1人（20～21%）、男性では6人に1人（14%～17%）が脳卒中を罹患する。そのなかでも高血圧がある人の確率はさらに上がり、女性の4人に1人（26%）、男性の5人に1人（21%）が脳卒中を経験する [Seshadri et al. 2006]。

脳卒中が死につながる、あるいは重篤な後遺症を残す病気であることは、広く知られる事実であろう。しかし世界脳卒中機構が強調する有病率6人に1人というデータを知り、目の前に迫りくる危険として、脳卒中をとらえる人々はどれだけいるだろう。

この数値を聞かされ、うすぼんやりと、塩分に気を付けた方がいい、運動をした方がいい、体重を減らした方がいいと感じる人はいるかもしれない。しかしたいていの場合、この決意は持続しないはずである。いま仮にそう思っても、明日になればその不安は意識の彼岸に遠のき、これまでと同様の生活を続ける人がほとんどのはずだ。

私たちは、脳卒中のような致命的な病気に、明日罹患するかもしれない危険を突き付けられても、それを気にせずに生きていく力を持っている。6人に1人といわれても、自分がその1人になるはずはないとどこかで確信しながら生きることができる。

脳卒中に始まり、糖尿病、がん、心不全といった様々な病気の啓発活動が絶えることなく世界各地で行われているのは、人間が未来の危険を突き付けられても、それを大して気にせず生きることのできる能力を持っているゆえともいえるだろう。

119

1-1 心房細動患者の憂鬱

ひるがえって本稿の中心となるのは、脳卒中の危険を我が事として受け取っている心房細動患者である。お風呂に入ったらドキドキしたため、心配になって心拍数を測ってみたり、朝起きたら指に若干のしびれを感じ、それは脳梗塞の兆候かもしれないと心配をしたりする人たちである。

それでは心房細動とはどのような病気で、それにはどのような治療が存在するのか。次節で簡単に解説したい。

1-1-1 心房細動とその治療

本稿に登場する患者はすべて心房細動と呼ばれる不整脈に罹患している。心房細動は加齢とともに増加する不整脈であり、国内における罹患率は80歳代男性で4%、女性で2%を超える。一方、欧米では80歳以降10%に達する。心房細動は当初は発作性に始まり、年間5～8%の率で慢性化するとされる。心房細動の40%は無症候性であり、自覚症状に乏しい場合も多い [井上ほか 2013]。

心房細動を通常の脈に戻す治療としては、抗不整脈薬あるいは、カテーテルアブレー

ションといったものがあるが、前者は内服をしても思うような効果が得られないことも多く、また後者は侵襲性が高い割には再発率が高い。したがって、確立した根治治療とはいえずれも言い難い現状がある [奥村 ほか 2012; 井上ほか 2013]。

年齢が若く器質的な心臓の病気がない場合、心房細動それ自体は致命傷になることは少ない。しかし心房細動になると、心臓の中に血栓ができやすくなり、それが運悪く脳に飛んだ場合、脳梗塞の中でも致死率が高く重篤な後遺症を残すことの多い心原性脳梗塞を引き起こす。たとえばフィリップ・ウォルフ (Wolf, F.) ら [Wolf et. al. 1991] の調査によると、心房細動患者の脳梗塞発症率は、心房細動がない人の 4.8 倍である。

また、脳梗塞発症のリスク集積により脳梗塞の発症率はさらに上昇する。したがって日本循環器学会のガイドラインでは、元々特定の心臓病がない症例に対して、CHADS 2 スコアと呼ばれるリスク尺度に沿った抗血栓療法が指針として推奨されている。具体的には、心不全、高血圧症、75 歳以上、糖尿病はそれぞれ 1 点、脳梗塞の既往は 2 点とスコア化し、治療の目安とされる [井上 ほか 2013]。

ガイドラインで定められたスコアで一定の条件を満たすと、抗血栓療法という治療がすすめられる。これは血を固まりにくくするための治療であり、こうすることによって血栓ができるリスクを下げるができる。たとえば抗血栓薬として長い歴史を持つワルファリン (商品名: ワーファリン) という薬剤を使うと、心房細動患者の心原性脳梗塞発症率を 64% 下げることができる [Hart et al. 2007]。

この 64% というのはどのくらいの減少なのか。心原性脳梗塞の発症率が非有病者の 4.8 倍というデータは、心房細動がない人と心房細動患者の 2 年間の発症率を比べることで導かれている。実際のグラフは、前者が 1000 人中 10 人、後者が 48 人である。つまり抗血栓療法を行うと、この 48 名が 64% 減ることになる。単純計算するとその人数は約 18 名、すなわちこの場合の発症率は 1.8% だ。ワルファリンを内服すると、心房細動を持っていない人の発症率 1% に近いレベルにまでリスクを下げられることがわかる。

1-1-2 大出血——抗血栓療法のデメリット

しかし抗血栓療法には、大出血という合併症が存在する。抗血栓療法は血を固まりにくくし、血栓を防ぐ治療であるため、抗血栓薬の内服により、脳出血を含む大出血の可能性が必然的に上がってしまうのである。たとえば先に引用したロバート・ハート (Hart, R.) ら [Hart et. al. 2007] の研究によると、ワルファリンでの抗血栓療法は大出血のリスクを 0.3% 上昇させる。

大出血のリスクを回避するため、ワルファリンを内服する患者は、定期的な血液検査を受ける。臨床医は、血液の固まりやすさの指標である PT-INR という値を見ながら、血栓も作らず、大出血を起こす確率も低い目標値に PT-INR が治まるよう微妙なワルファリン処方量の調整を一人一人の患者に対してするのである。

一方患者には、定期的な血液検査に加え、納豆や青汁のようなビタミン K を多く含む食べ物の禁止が課される。これら食べ物に大量に含まれるビタミン K がワルファリンの効き目を抑えてしまうからだ。

しかし定期的な血液検査や、食べ物の禁止といったある種の煩わしさが一切なくなる薬が2011年に登場した。この薬剤はDOAC（直接経口抗凝固薬）と呼ばれ、類似の効果を持つ4種類の薬剤の総称である。脳梗塞発症の予防率がワルファリンと同等でありながら、ワルファリンの利用に伴う煩わしさが消えるだけでなく、従来薬ワルファリンより脳出血のリスクも低い、という鳴り物入りでの臨床デビューであった¹。

1-2 研究設問——消えないリスク

さてここで注目したいのは、ワルファリンあるいはDOACのいずれを内服したとしても、脳卒中になる可能性をゼロにすることはできないという点である。先に提示したように、抗血栓療法を受けることで、脳卒中になる可能性を、心房細動を持っていない人に近いレベルまで下げることができる。しかしだからといって、かれらが心房細動を持っていない人たちと同じような心持ちで日々を過ごせるわけではないことが、我々が2011年から2016年まで実施した調査の中で明らかになっている。

心房細動を持たない人は、生涯で6人に1人が脳卒中になるといわれても、多くの場合、それを自分のこととは思わずに日々を過ごすことができる。しかし心房細動患者の場合、抗血栓療法を受けてもなお、脳卒中という差し向けられたリスクが自分にとってのいつか来る未来になることを危惧する場合がある。

心房細動とその治療に伴うリスクはどのように医師から患者に伝えられるのだろうか。さらにそれを伝えられた患者は、そのリスクをどのように受け止め日々を過ごすのだろうか。本稿は上記の問いについて、フィールドワークを通じて得た資料をもとに検討を進めることとする。

121

2 リスク論の中の抗血栓療法

2章では、医学に関するリスク論の概略を押さえたのち、本研究をこれまでの医療人類学的なリスク研究に位置づけ、その意義を明確にする。そして3章において、ナラティブ・アプローチを用いた本研究の分析の視座を明確にする。

2-1 リスク算出と監視医学の到来

哲学者のイアン・ハッキング (Hacking, I.) [1999] は、著書『偶然を飼いなす』において、それまでは天文学などで使われていた、複数回の測定が生み出すデータのずれを修正するための方法が、19世紀中盤に人間集団に適用され、「平均人」なる考えが生み出されたこと、そしてその「平均人」が、集団内の人間の根源的かつ客観的な特徴であるとみなされるようになったことを指摘する。現実にはどこにも存在しない「平均人」が集団に先行し存在し、集団の客観的特徴を表しうるというパラダイムシフトが起こったことによ

1 とはいえDOACの問題も指摘されている。DOACの問題については、磯野 [2017]、磯野・上田 [2016b] を参照のこと。

り、疫学統計は人間科学において外すことのできない学問領域となった。

疫学統計が医学の根幹を形作るようになるのは1960年過ぎからである。心理学者のJ・スコルベッケン (Skolbekken, J. A.) [1995] は、1960年代から1990年代にかけて、リスクを冠する論文が急増したことを実証的に指摘し、これは偶然の増加ではなく、医学のあり方の根本的な変化によると述べる。

医学がリスクに関心を寄せだしたことと、統計的に算出されたリスクあるいはチャンスをもとに、未来をコントロールしようとする20世紀後半の社会の欲望——社会学者のアンソニー・ギデンズ (Giddens, A.) [2005] がいうところの「未来の植民地化」——がパラレルであることはいうまでもない。

未来の植民地化に向けての欲望は、いまある不調を治療するのではなく、不調を未然に察知し、それを予防しようという形へと医学を変化させた。社会学者のデビット・アームストロング (Armstrong, D.) [1995] は、権力が人の生に積極的に介入する様を指す、ミッシェル・フーコー (Foucault, M.) の生権力の概念を下敷きにしなが、この変化を「監視医学 (Surveillance Medicine)」の到来と名付けている。

リスクに基づく人体への介入を推奨する予防医学において、病人と健康人の境目は揺るがされる。それまで取り立てて医学の視座に入らなかった「健康」な人々が、次々と介入の対象になり、いま取り立てて不調を感じていない人たちも、血圧が高い、体重が多いといった理由で、生活改善を促され、その結果、消費社会と結びついた壮大なヘルスプロモーションがいたるところで展開される [美馬 2012]。

このような医学のあり方には批判の声が上げられる一方で、リスクを事前に算出し、そこに介入しようという予防医学の勢いは、消費主義と結びつきながら、ますますその勢いをましている。たとえば医学哲学が専門のB・ホフマン (Hofmann, B.) と、先に紹介した心理学者のスコルベッケン [Hofmann & Skolbekken 2017] は、早期発見に関する論文が1950年代から2000年代にかけて81倍に増加し、それらの論文は早期介入のよさを訴える一方で、その弊害に対してはあまり強調しない傾向があることを指摘している。

2-2 リスクの政治性

しかし予防の名のもとに実施される「健康」な人々への介入が、必ずしも介入された人々の安寧や健康を保証しないことは既に指摘がなされている。

なぜなら科学技術によって、私たちが体験することのできないリスクが明らかにされればされるほど、私たちは自分では感じることも、ふれることもできないいまの身体の「よからぬ」状態に気を払い続ける必要が生じるからだ。加えて統計的に算出されたリスクは、その不幸がいつ訪れるのか、あるいは訪れないのかという、リスクを突き付けられた個人にとっての差し迫った問いは答えを出すことができない [Kaufman 2015]。リスク管理という名の包囲網をこれから到来する時間に向けて張り巡らしたとしても、未来が本質的に不確実であることは何も変わらないのである。

加えて、リスクを取り巻く不確実性は、政治の問題に目を向けることにより一層増大する。たとえば疫学統計上は多い、少ないの濃淡で表されたリスクであっても、ガイドライ

ンのような指針にそれを載せる際には、診断基準といったカットオフポイントが示される。安全と危険の境界が示された瞬間に、そこには政治の問題が介入する。さらに、客観的事実であると思われていたエビデンスが、データの再解釈、さらには後から開示されたデータにより、客観的な事実とは程遠い政治的判断や製薬会社の利益目的との絡み合いの中で成立していることが判明する場合もある [ヒーリー 2005; Wieringa et al. 2017]。そうすると、どの治療を選択するかという個人のいまと未来に関わる問いは、同時にすこぶる政治的なものとなり、問題が起こった際には、責任の所在を求めて闘争が繰り上げられることとなる [ベック 1986]。

リスクが政治の問題であることをはっきり主張したのが、文化人類学者のメアリー・ダグラス (Douglas, M.) である [Douglas 1992]。ダグラスは「危険」という否定的価値に彩られた言葉が、公正中立であることを匂わせる「リスク」という言葉に置き換えられること、さらに、提示されたリスクに則り未来を選び取る姿勢が理性的な人間のしるしであるかのような論調が展開されることを強い口調で批判する。そして確率論的思考は、「理性的近代人」の専売特許ではなく、統計学が社会を席卷する以前からどの社会にも、どんな人の中にも存在することを指摘し、統計を知る理性的な専門家が、確率論的な思考の弱い素人を教育すれば、問題は解決するといった素朴な理想主義は誤りであると指摘する。

ダグラスは、人が確率論的な思考を停止するのは、未来に予測される事態が自分の経験知を超える時であり、そのような時人は、自分が所属する組織、あるいは自分が信頼する個人に自分に変わって判断をゆだねると述べる。

つまりどのようなリスクを我が事として受け取るかは、究極的にはその個人が所属する組織に共有される価値観を引き受けることと同意なのである。ダグラスによれば、何をリスクとして受け止めるかはどこまでいっても価値と政治的な問題なのだ。

ニコラス・ルーマン (Luhmann, N.) [2005]、ウルーリッヒ・ベック (Beck, U.) [1986]、ギデンズ [2005] といった社会学の大家たちが、リスクの問題を近代社会のあり方に絡めて体系的に論じたのに対し、文化人類学者であるダグラスは、呪術や妖術に代表される災因論から疫学統計学に基づくリスクまでをひとつの認識論の中に統合し、「近代」VS「未開」あるいは「専門家」VS「素人」といった、ありがちな二項対立を解体しようと試みる。その上で、リスク認識の問題を社会の中で人々が共有する否定的価値——避けるべきと考えられていること——と結びつけたことがダグラスの功績といえるであろう。

2-3 本研究の意義

本研究はこのようなリスク論の中に位置づけられるものであり、この中で、心房細動の抗血栓療法を論じることの意義は以下にあると考えている。

2-3-1 意義①——診察現場のフィールドワーク

まずはフィールドの選定についてである。とりわけ国内の医療人類学者が行ったリスクに関する研究は、病気の当事者、あるいは当事者団体を対象としたものが多く、診察室という医師から患者にリスクが伝達される場所をフィールドにしたものは少ない。もち

ろん診察の現場でフィールドワークを実施した研究も存在する [c.f. モハーチ 2008; 飯田 2013]。しかしそれらの研究は本稿の焦点であるリスクに焦点を当てたものではない。

2-3-2 意義②——アドヒアランスの高い人々

疫学統計的に算出されたリスクに基づく健康指導に従わない人々を、不正確な知識ゆえに非合理的な選択をする素人とみなす見方は、医療専門家にしばしばありがちな態度である。しかし医療人類学者はそのような見方を脇に退け、エビデンスに基づく正確な知識さえあれば、人は望ましい未来に向けて適切なリスクヘッジをするはずであるという、合理主義の限界を指摘してきた。

たとえばラオスの女性の産後の伝統的な食物規制を調査した岩佐光広 [2016] は、公衆衛生の観点から見れば、栄養失調を招きかねない食物規制を女性が実践し続けるのは、彼女たちが伝統に盲従しているからではなく、個々の身体はそれぞれ異なるという身体観に基づき、何が自分の身体に適しているのかを、実際に食べることを通じて選び取る、「試しの実践」を行っているからと指摘する。この「試しの実践」と同様の試みは、予防医学の範疇からはずれるものの、牛山美穂 [2015] が実施した、標準治療とされるステロイド治療に対して、脱ステロイド治療を選択する患者および患者団体のエスノグラフィでも報告されている。

また碓陽子 [2014] は、太っていることはさまざまな病気のリスクになりうるという、アメリカ社会に深く根付いた見方に対し、「ファット・アクセプタンス」という運動を通して対抗する女性たちを描いた。ファット・アクセプタンスを推進する女性たちは、太っていても健康であるという従来の見方に対抗する言説を作り出すため、自らも科学的データを積極的に用いる。つまり「ファットを受け入れる」という彼女たちの運動は、科学とはいっけんかけ離れた世界に見えるが、彼女たちの世界観は、太っていることを病気のリスクとみなす人々の世界観のすぐ隣にあるというのが碓の論点である。

岩佐と同様に医学が提示する合理主義に疑義を唱えるのが、新ヶ江章友 [2013] である。新ヶ江は、ゲイ男性が HIV 感染リスクが極めて高いとされる不特定多数との性行為や、コンドームなしの性行為に自ら望んでしまうのは、かれらがそのようなリスクを十分に知らないからではなく、性行為における選択と決定が、自分と相手との間で行われるからであると指摘する。つまり正確な知識があれば人は適切な選択ができるという合理主義は、人間の選択と決定が関係性の中で行われることを考慮に入れていないため、ゲイ男性の行動を、無知で非合理的な行動と捉える以外の見方ができないのだ。

これらの研究の設問にはそれぞれずれがあるものの、疫学統計的に示された処方箋に対し、無意識的にせよ、意識的にせよ、対抗する人々を描いたものであること、また「かれらは、正確な知識を欠いた非合理的な人々である」という、専門家にありがちな視座を解体しようとする点においてもすべて共通する。

本研究もかれらと同様の視座を共有するものの、上述の研究が対象としたインフォーマントとは、対極に位置する人々を研究の対象に定めている。本研究のフィールドは循環器専門医療機関であり、患者は定期的に来院し、医師の指示のもと抗血栓療法を受ける。つ

ましかれらは医学的な言い方をすれば「アドヒアランスの高い人々」であり、現代の周縁にいる人々を多く描いてきた医療人類学の研究とは趣を異にする。

2-3-3 意義③——心房細動および抗血栓療法の特異性

本稿の三つ目の意義として心房細動および抗血栓療法の特徴を他の慢性病と比較しながらあげてみたい。

まず心房細動は、自助努力による発症の予防および改善がほとんど見込めない病気である。もちろん無理な運動をしないと、塩分を摂りすぎないといった、どの病気にも通ずるようなアドバイスはなされる。しかし食生活や運動習慣を見直すとHbA1cが改善するとか、数値の改善がそれなりに見込まれる、糖尿病 [c.f. 浮ヶ谷 2004] のような病気とは明らかに性質が異なる。心房細動発症のリスクそのものは、他の生活習慣病等に比べると累積に乏しい。

加えて、心房細動の合併症である心原性脳梗塞はある日突然やってくる。心房細動になったばかりで流れ弾に突然当たるように心原性脳梗塞になることもあれば、10年放置しても何も起きない場合もある。

同様に抗血栓療法も特徴的な治療である。まずこの治療は、あくまで血を固まりにくくすることが目的であり、心房細動をもとの正常な脈に戻すための治療ではない。これも多くの慢性病治療が、その病気の重症度を示す指標の改善のために薬剤が処方されたりすることとは明らかに方向性が異なる。

また抗血栓療法の場合、治療の合併症が、心房細動そのものによる合併症と同様に致命的になり得る点も特徴である。たとえば降圧剤の副作用には頭痛といった症状があるが、これら副作用の中で直接死に結びつくようなものはほとんどない。一方、抗血栓療法で最も恐れられるのは大出血、その中でも最も重篤であるのは脳出血である。つまり治療によってその真逆ともいえる病気のリスクが上昇するのである。このように治療のメリットとデメリットが究極で拮抗する点も、他の慢性病の治療と大きく異なる点といえる。

これまでの医療人類学的な研究において、このような特徴を持つ病気および治療が研究されたことはほとんどなく、研究が焦点を当てる病気および治療の特徴という点からも研究の意義がある。

3 研究の概要と方法

本章では研究の概要および分析の視座を述べる。

3-1 研究の概要

第1筆者は、第2筆者の協力のもと、2011年から2016年の5年間、都内の循環器専門医療機関にて、患者ご本人の承諾を得た上で4名の循環器専門医の診察室の参与観察、診察後の担当医へのインタビュー、および患者へのインタビューを実施した。陪席回数は320回であり、患者数は300名であった。このうち心房細動の診断を受けていたのは100

名である。うち男性は、68名、女性は32名であり、患者の平均年齢は71.2歳±9.1歳であった。また診察後時間のあった27名の患者にインタビューを実施した。初診での第1筆者の陪席は、患者への心的負荷が高くなる可能性があるため、来院が2回目以降の患者に絞り、診察の参与観察を実施した。

3-2 分析の視点——ナラティブからのアプローチ

本研究は、①心房細動治療に関するリスクがどのように医師から患者に伝達され、②患者はそのリスクをどのようにとらえているのか、の2点を明らかにすることを目指す。

この目的を達成するため、本研究はナラティブを分析装置として用いる。本節では、医療人類学におけるナラティブの立ち位置を振り返った後、本研究におけるナラティブ分析の視座を明らかにする。

3-2-1 医療人類学とナラティブ

ナラティブは、日本語では、語り、物語あるいはストーリーと訳されることが多い。ナラティブは、生物医学が描くことのできない病いのあり方を描くことを可能にするツールとして、70年代後半から90年代前半にかけて医療人類学の中で新鮮味を持って使われた。

しかしそこから40年余りが過ぎた現在、ナラティブは医療人類学において少々使い古された感があり、医療人類学者の専売特許としてナラティブあるいは病いを前面に押し出すことに対しては批判的な声も聞こえてくる。

アーサー・クラインマン (Kleinman, A.) [1996] やバイロン・グッド (Good, B.J.) [2001] に代表されるナラティブ・アプローチ、すなわち医療人類学でいうところの「病いの語り」研究が、研究の主流から徐々に外れた理由の一つには、医療人類学の研究射程が病いの語りを超え出たことがあるだろう。

「病いの語り」研究は従来の医学が描くことのできない病気の様相を描き出したとして、90年代に確立されるナラティブ・ベイスド・メディシンの端緒となり、医学会にも影響を与えた。しかし医療人類学内においては、そのころすでに「病いの語り」研究への批判の声が上がっている。

その批判を端的にまとめると、病気の象徴的側面を表す媒体としてのナラティブに着目しすぎたことにより、身体および疾患といった病気の物質的側面が、医療人類学は扱うことのできないブラックボックスになってしまったというものである [Lock 1993]。

この結果、治療者と患者の権力関係を転覆させるものとして当初力を持った「病いの語り」研究は、疾患に属するのがエビデンス、病いに属するのがナラティブという理解をいみじくも生んでしまい、前者は創始者の意図に反してさらに本質化される事態を生んだ。この弊害については、医療人類学におけるナラティブ・アプローチの牽引者であるクラインマン自身が、“Writing at the Margin” [Kleinman 1995] の中で明確に述べている。

その結果、90年代前後の医療人類学は、生物医学の周縁ではなく、生物医学そのものを研究の対象に据えるようになる。70年代から90年代にかけて主流であった「病いの語り」研究は、①生物医学においていっけん所与とされるものがどのように構成され、また

多様な形をとるのかを歴史的、政治的、社会・文化的側面から解き明かしていく研究 [c.f. Kitanaka 2012; ロック 2005; Young 1995]、②医療者側のナラティブを明らかにしていく研究 [c.f. Luhrmann 2000]、③文化の写し鏡としての語りではなく、既存の構造を組み替えたり、揺るがしたりする可能性を持つ実践に着目した研究 [c.f. Whyte 1997]、にその座を譲るようになっていく。

加えてこの時期は文化人類学が存在論的転回というパラダイムシフトを迎えた時期でもあり、医療人類学も当然大きな影響を受けた。ダナ・ハラウェイ (Haraway, D.) [2000]、マリリン・ストラザーン (Strathern, M.) [2015]、ブルーノ・ラトゥール (Latour, B.) [2008] といった、存在論的転回の実行者たちの視座を借りながら描かれたアネマリ・モル (Mol, A.) [2002] の ”The Body Multiple: Ontology in Medical Practice” は、疾病と病い、およびそれに付随する形でのエビデンスとナラティブの対立図式の解体に成功しており、その意味で彼女の作品は 90 年代以降の医療人類学の一つの結実と言える。

3-2-2 ナラティブから捉えるリスク

このような学問的潮流の中でナラティブを前面に押し出す研究は医療人類学において影が薄くなりつつあるといえる。しかし 70 年代から 90 年代にかけて花開いたナラティブ研究の成果には確かなものがあり、それを捨て去ることは惜しい。

特に本論文の焦点であるリスクを検討するうえで、ナラティブ研究の成果を応用する価値は高いと筆者は考える。なぜならリスクに関する本論の問いを考察するうえで、これまでの研究の知見が明らかにした、①出来事と出来事をつなぐ、②出来事を生み出す、③意図の変容をもたらすという、ナラティブの三つの特徴は、有用な分析の視座を我々に与えるからである。

3-2-2-1 ①出来事をつなぐ装置としてのナラティブ

ナラティブ (narrative) はその語源において、出来事と出来事をつなぎ合わせるという意味を持つ [Oxford University Press 2005]。つまり語るとは、世界に無数に存在する出来事を任意に選び出し、それを他の出来事と意味を持たせてつなげる行為であり、それこそがナラティブのエッセンスといえる。

一般的なナラティブ研究は、その点に着目し、どの出来事とどの出来事が選び出され、どのような形で結びあわせられ提示されるのか、あるいは、そのナラティブが、語り手の人生経験、およびその人が住まう政治・経済的、および社会・文化的背景にどのように埋め込まれているのかといった点に着目してきた [フリック 2011]。

本研究もまずはこれに倣い、たとえ会話の中で発せられた言葉であっても、出来事と出来事が連結されている場合にはそれをナラティブとみなす。そして診察室およびインタビューにおいて、どのような出来事と出来事が、どのように連結されるのかに注目をする。

3-2-2-2 ②出来事を生み出す装置としてのナラティヴ

人文・社会学のナラティヴ研究で注目すべき点は、ナラティヴが出来事を生み出すという、ナラティヴの動的側面に着目している点である。

フランスの批評家であるモーリス・ブランショ (Blanchot, M.) [2013] が「ナラティヴとは出来事そのものである」と大胆に言いきっているように、語り手から離れて出来事そのものは存在しない。ブランショのこの発言は、ある知識が生み出された背景は、その知識から切り離されて存在しないと指摘した、文化人類学者であるマイケル・タウシグ (Taussig, M.A.) [1992] の見解に当たる。同様に池田光穂 [2018 (in press)] は、ブランショの言葉にバフチンのポリフォニーの理論を加えながら、語りが自己を自由にする可能性を持つのは、それは語りが、語り手を含む出来事そのものを作り上げる力があるからだ」と指摘する。

年表の上にピンを刺し、その年表に描かれた出来事との関係性を説明することがナラティヴ研究ではない。むしろピンを置くという行為そのものが、年表に新しい出来事を付け加えたり、すでに書かれた出来事の内容を変えたりする力を持つ。ナラティヴ、つまり語りは、出来事そのものを生み出しているのである。

疫学統計的に提示されるリスクは、出来事を生み出すというナラティヴの作用とはいっけん無関係に思える。しかしリスクが、それまで平坦に見えていた未来に、ある種の危機を想起させ、それと現在をある形でつなぐために使われることを考えると、ナラティヴとリスクは切っても切り離せない関係にあることがわかる。

3-2-2-3 ③ナラティヴに内在する目的とそれが引き起こす意図の変容

心理学者のジェローム・ブルーナー (Bruner, J.) [1998] は、人間の意図の変容 (the vicissitudes of human intentions) を扱うものがナラティヴであるという。ここでいう意図の変容とは、ある出来事に遭遇した時に、その出来事と交渉をしたり、乗り越えたりしようとする最中において、縦横無尽に変容する人間の意図のことを指す。つまりナラティヴとは、単なる過去の記録ではなく、語る人間がいかなる意図を持つか、言い換えると、語り手がいかなる未来を望み、そこに向かってどのように進みたいかという、未来への指針を示す。その意味でナラティヴには語る人間の目的が内在されており、また語ることそのものが、もともとの目的を作りかえる場合もある。

出来事を作り出すという、ナラティヴの行為遂行的な側面に着目したヴォルフガング・イーザー (Iser, W.) の読書論や、ポール・リクール (Ricoeur, P.) の物語論を援用しつつ、病気における語りの役割を体系化したのがグッド [1977, 2001] である。グッドは、病気の当事者が自らの病いを語る行為を「假定法化」と名付けた。これは、過去から現在まで続く病者の苦悩が、治癒や寛解を望む語りによってゆるがされることであり、このような語りそのものが苦悩の物語に裂け目を作り、それによって癒しがもたらされるとグッドは指摘する。

グッドが提言する病いの假定法化は、癒しではなく、不安の想起という点で、リスクの語りにも応用できる。たとえば医療専門家が一般人に対してリスクを語る時、そこには

いまのままでいくと甚大な危機に遭遇するかもしれないという可能性としての出来事が提示される。そして、それを回避するための術が患者の未来に向かい提示され、医師は患者の意図をリスク回避に向かわせるよう言葉を選ぶ。

つまりこの点で医療者の説明には、患者の意図をしかるべき方向に定め、それに伴われる行動を変えるという目的が内在されており、その点で医療者の語りはナラティブ分析に足るものとなる。

以上、本研究における三つの視座を提示した。本論では、①心房細動をとりまく医師と患者のナラティブにおいて、どのような出来事がナラティブとして選ばれ、どのように連結されるのか、②どのような出来事が作り出されるのか、そして③そのナラティブにはどのような目的が内在し、どんな意図の変容を目指しているのかに注目をする。

4 本論

心房細動の治療において医師と患者が最低限共有すべきリスクは、大まかにいうと三つある。まず1点目は心房細動によって上昇する心原性脳梗塞のリスク、2点目は抗血栓療法によって減少する心原性脳梗塞のリスク、そして3点目は、抗血栓療法によって上昇する大出血のリスクである。

以下、3章で示した分析の視座をもとに、上記三つのリスクがどのようなナラティブの中に現れるのかを分析する。

129

4-1 臨床医による攻めと守りのリスクのナラティブ

心房細動患者に対して医師が使うナラティブは大きく分けて三つあり、そのそれぞれが三つのリスクに対応する形で、心房細動全般へのリスク対応という大きなナラティブを形成する。この三つのナラティブには、ふたつの形式がある。まず一つには、ある出来事を患者の未来の中にはっきりした輪郭で作り出し、その出来事と患者の現在をつなげ、患者の意図の変容を強力に狙う形式である。二つには、起こりうる出来事は提示されるが、一つ目に比すると、その出来事と患者の現在は弱くつながれる、という形式である。

ここでは前者のタイプを、患者の意図の変容を強力に狙うという意味で「《攻め》のナラティブ」、後者の形式を、意図の変容が前者ほど強力には目指されないという点で「《守り》のナラティブ」と呼ぶこととする。

4-1-1 ナラティブ1（攻）——現在の心房細動+心原性脳梗塞≒長嶋茂雄

心原性脳梗塞のリスク上昇は、現在の患者の心房細動と、将来の心原性脳梗塞の二つの出来事をつなぎ合わせる形で伝えられる。そして、このナラティブを特徴づけるのが、心原性脳梗塞の直喩としての「長嶋茂雄」である。

長嶋茂雄氏（以下敬称略）は、2004年に心房細動になってまもなく心原性脳梗塞に罹患し、重篤な後遺症を残すことになった。そして彼の事件が全国に大きく報道されたことで、心房細動は広く知られる病気となる。実際、私が診察の陪席をした4名の医師全員

が、長嶋茂雄のニュース以来、抽象的で説明しづらいこともあった心房細動および抗血栓療法の説明が、やりやすくなったことを述べている²。

「長嶋茂雄」はたとえば診察では下記のように使われていた。

①この前ワーファリンっていうお薬を始めたんですが、脈が（正常に）戻ってれば中止が可能ですが、（心房細動が）出たり出なかったりだと、長嶋さんみたいに血栓ができる可能性があるので³。

②ご自身で「どどどっ」という脈の乱れを感じたんでしょうけど、あまり心配はないですね。脈の乱れがひどくなると、長嶋さんみたいなこともあるので注意が必要ですけど、そういう不整脈（＝心房細動）ではないようです。

心原性脳梗塞と長嶋茂雄を結び付けるナラティブは、診察室の中だけではなく、ネット検索でも簡単に見つけることができる。

[I] 心房細動とは心房が細かく震えるだけで収縮しなくなり、ばらばらに脈打つような不整脈のこと。心臓全体が規則正しく拍動せず、心房内の血液がよどんでしまい、比較的大きな血栓ができる。

この血栓が動脈を通過して脳の血管に入り込むと、太い血管をふさぎ、心原性脳塞栓症と呼ばれる脳梗塞を引き起こす。脳の損傷の範囲が大きく、死亡率は約20%、寝たきりなど介護が必要な状態になる率は40～50%と高い。巨人軍終身名誉監督の長嶋茂雄氏らもこの病気になった。（産経新聞2015年2月10日⁴）

[II] 心房細動は、60歳をこえると急に増え始め、70歳代で5%前後、80歳代では10%前後にみられる不整脈です。

小淵恵三元首相や、長嶋茂雄元巨人軍監督もかかっていたことで、近年、有名になってきました。（東京女子医科大学付属成人医学センター⁵）

これらの語りと記事から明らかなように、長嶋茂雄は、心原性脳梗塞という病気がどの

2 ただ一方で、心配症の患者にこの話をするとうるまに怖がってしまうので、見極めが必要という意見も1人の医師から得た。

3 この後、医師は「薬についてはどうしたらいいですか？」という患者の問いかけに対し、「ワーファリンを飲み始めてから疲れやすくなった気がする」という患者の訴え、および今回は心房細動の所見なしという結果をもとに、ワーファリンの中断を決めた。ちなみに「疲れやすくなった」という訴えに対しては、「そのようなことは起こらないと思う」とやんわり否定しつつ、患者の考えを尊重する形をとった。またワーファリンはワルファリンの商品名である。

4 坂口至徳.「重症の脳梗塞起こす「心房細動」(中略)高齢者ほどリスク高く 出張検診も登場」産経新聞 2015年2月10日 <http://www.sankei.com/life/news/150210/lif1502100015-n1.html> 2017年11月15日閲覧。

5 藤田悦子.「心房細動と脳梗塞」東京女子医科大学病院成人医学センター 2012年10月1日 <http://www.twmu.ac.jp/IOG/column/file36.html> 2017年11月15日閲覧。

ようなものかを一般の人にわかりやすく伝えるための事例として用いられている。つまり、長嶋茂雄は心房細動の直喩である。

そして専門家からこのような形で示されるナラティブ1は、次のような形で患者のナラティブにも反映されていた。

【A】(はじめて診断された時に) 心房細動、不整脈。つまり「野球選手の長嶋さんみたいになりたくなかったら、ワーファリンを飲んだ方がいいですよ」というのを先生から言われたんです。

【B】最初にあれですよ、叩き込まれたのは長嶋茂雄ですよ。「不整脈の関係で血液が凝固して、脳に飛ぶと、脳血栓になります」という話を聞きました。

上のふたつの言葉は「心房細動をどのような病気と捉えていますか?」という第1筆者の問いかけに対する患者の答えである⁶。長嶋茂雄と同様の出来事が、未来の自分にも起こり得るとはつきり想起されていることがわかる。

ナラティブ1は、「長嶋茂雄のような後遺症を抱える自分」という出来事を、患者の未来にわかりやすく作り出し、それを患者の現在の症状とつなげる作用を持つ。その結果、患者は、その未来の出来事を回避するために、治療を始める決意をする。患者の未来に危機的な出来事としての心原性脳梗塞を作り出し、それによって患者の意図の変容を狙うという点で、このナラティブは《攻め》のナラティブである。

131

4-1-2 ナラティブ2(攻)——抗血栓薬の内服+心原性脳梗塞のリスク減少=血液さらさら

ナラティブ2は、「抗血栓薬の内服」と「心原性脳梗塞になりにくい身体の作り上げ」というふたつの出来事を結びつける。ナラティブ2の目的は、抗血栓薬を飲むとリスクが下がるというエビデンスを患者と共有し、抗血栓薬の内服に患者を導くことである。このため、「リスクが下がる」という出来事を、目の前の患者の未来の中に作り上げることが重要となる。

ナラティブ2を特徴づけるフレーズが、「血液さらさら」である。長嶋茂雄は、若い医師であれば使わないこともあるし、長嶋と異なる世代の患者にこの直喩を使うことの意味は薄い。他方、抗凝固療法の説明としての「血液さらさら」は、抗血栓療法が作り上げる身体の隠喩として、長嶋茂雄以上に広く使われる。

診察ではたとえば下記のように使われていた。

6 初診の際に、患者の記憶通りの言葉を医師が用いたのか、あるいは「叩き込むような」言い方をしたのかについては議論の余地がある。第1筆者の4年間の陪席経験に基づくと、医師が目の前の患者に対し、同じ病気になった有名人の事例を連呼し、それと同じ未来が患者に降りかかると強調する場面に遭遇したことはない。したがってここでは、診察室で得た情報および日常生活で得た情報が混ぜ合わされ、患者の記憶の中にそのような形で織り込まれたと捉えたい。長嶋茂雄の比喩は、それほどまでにインパクトのあるエピソードとして患者の心に刻まれるようである。

①もともと心臓のこと⁷があるので、抗血栓療法といって、血液さらさらの治療はやっぱり必須になってきます。

②75歳はひとつの目安で、血栓ができやすい年齢なので、バイアスピリンとは作用機序が異なる、血液さらさらの治療に切り替えていった方がよいので、考えてみてください⁸。

「血液さらさら」は、医療者から一般に向けて使われる言葉であり、長嶋茂雄と同様、ネットでも簡単に目にすることができる。

血栓症を起こさないため、つまり血管を詰まらせないようにするため、血液を“さらさらにする薬”が必要になります。このページでは、血栓と血栓症の仕組み、血液をさらさらにする薬が、どんな場合に必要で、どのように働くのか、患者さんが服用するときに注意すべき点などを解説します。(国立循環器病研究センター⁹)

一方、患者は下記のように「さらさら」を使っていた。

【A】ワーファリンで血がさらさらして、切ったときに血が止まらなると困るので¹⁰。

【B】(ワーファリンは)えらく飲みすぎると血液のさらさら度が上がって出血しやすい。でも量が足りないとちょっと力不足みたいになる。

ナラティブ2では「抗血栓薬を内服する」という出来事と「血液がさらさら」になるという出来事が連結される。この際、「さらさら」という明るい情景を想起させる擬態語が選ばれることにより、この治療がよき結果をもたらすことが暗示される。その結果、ナラティブ1によって作られた心原性脳梗塞という危機的な出来事の手前に、それを回避できる身体が立ち上がり、それによって患者は抗血栓療法に導かれるのである。薬の内服に患者の意図を向けさせるという点で、ナラティブ2もナラティブ1と同様に《攻め》のナラティブである。

4-1-3 ナラティブ3(守) — 抗血栓薬の内服+大出血のリスク上昇≠「血液ドバドバ」

前の二つの攻めのナラティブと異なり、抗血栓薬の内服によって増大する大出血のリス

7 「心臓のこと」というのは、この患者にやや心肥大が見られ、また心臓のポンプの働きがやや弱いことを指す。

8 この患者はワルファリンに強い抵抗感を持っていたため、本来ワルファリンを使うところをバイアスピリンという異なる種類の抗血小板薬を内服していた。

9 宮田茂樹 & 小原延章 『[80] 血液をさらさらにする薬』国立循環器病研究センター <http://www.ncvc.go.jp/cvdinfo/pamphlet/blood/pamph80.html#Chapter08> 2017年11月15日閲覧

10 緑内障の手術を受けるに当たって入院が必要になったことを眼科の医師からこの患者は説明されていた。その際に医師から受けた説明の患者也の要約である。

クは《守り》のナラティブの中で示される。言い換えると、「抗血栓薬の内服」という出来事と、「大出血」という出来事は、連結されはするものの、前の二つのナラティブに比べると、弱い連結の中でしか示されない。

この解釈は次の2点から導くことができる。

まずナラティブ3にはどのような比喩も招き入れられない。医師は、抗血栓療法の効果をも「血液さらさら」と表現するが、大出血の可能性を「出血ドバドバ」と表現することは決してないし、過去に大出血を起こした患者のことを挙げ、それを長嶋茂雄のような患者の未来の直喩として使うこともない。そうではなく大出血のリスクは、「出血しやすくなる」、「血が止まりにくくなる」といった、より直接的な説明にとどめられる。

比喩は、比喩として使われる事象に近接する情報をまとめて相手に伝えることができるために話法として効果を持つ [Lakoff & Johnson 1980; 辻 1995]。たとえば長嶋茂雄を心原性脳梗塞の直喩として使うことにより、「人々を魅了するような現役時代のパフォーマンス」から、「心房細動」、「突然の脳梗塞」、そして「麻痺を残し、日常生活に不便を抱える身体」といった一連の情報が、それらを言葉にせずとも、まとめて患者に伝えられる。

同様に「さらさら」が血液の状態の隠喩になることで、「小川がさらさら流れる」、「さらさらな雪」、「さらさらとした髪」といった、さらさらによって表される情景も一緒に伝えられる。しかも「血液さらさら」は、「～のような」、「～みたいな」という言葉が省かれた隠喩であるため、比喩の効果はより強力となる。

その結果、「血液がさらさらで、血が止まらない」といった奇妙なナラティブが患者から発せられることに注目したい。

このナラティブは抗血栓療法の文脈では違和感がない。しかし通常の文脈ではありえない使われ方である。血が止まりにくい状況というのは恐るべき事態であり、「小川がさらさら流れる」といったのどかな情景と同じクラスターには入りえない。しかし患者の中では、「さらさら」という隠喩と、大出血という出来事が違和感なくつなわれ、ナラティブを形成している。つまり心原性脳梗塞のリスクを下げるための抗血栓療法という《攻め》のナラティブが、さらさらの新しい意味を喚起し、大出血の恐怖を和らげる形に作用しているのである。

患者は生活の中で、抗血栓療法を始めたことで、自分の身体が出血しやすくなっていることを感じる場にしばしば遭遇する。たとえば下肢をぶつけたら、下肢が内出血で真っ黒になったとか、持っていたバッグが手につかったらその形の青たんができたりとか、採血の際に血が止まりにくいから脱脂綿を長めに押さえているようにと看護師から指示をされたり、といった場面を通じてである。

しかしそのような経験をしてもお、患者は強い恐怖に襲われることなく抗血栓薬を飲み続けることができていた。そのようなことができるのは、抗血栓薬の内服が、心原性脳梗塞を避けることにつながっているという患者の確信からおよび、そのための治療により「血がさらさら」になっているのだから、血が止まりにくいのは仕方がないという患者のリスクの引き受けからである。

何を避けるべきリスクとし、何をリスクとして引き受けるのか。患者のこの選択は、臨

床医から伝えられる心房細動のナラティブを通じて形成されていることがわかる。

4-1-4 総括

心房細動および抗血栓療法により生じる三つのリスクは、それぞれ語り方の異なる三つの小さなナラティブの協奏により患者に説明されていた。

心原性脳梗塞のリスクおよび抗血栓療法の効果については、患者の意図の変容を強力に狙う《攻め》のナラティブが用いられ、一方、大出血のリスクについては、新たな出来事が作られながらも、患者の現在とは弱い形でしか連結されない、《守り》のナラティブの中で示されていた。治療の目的に沿って、出来事が選ばれ、生み出され、つながれて、一つの大きなナラティブとして患者に伝えられる。そしてそのナラティブに沿う形で患者のナラティブもまた形成されるのである。

4-2 脳卒中の危険と向き合う

しかし患者のナラティブには、医師から患者へのナラティブではあまり現れない形式もあった。それは消えることのない心原性脳梗塞のリスクといかに向き合うべきかという《迷い》のナラティブであり、それは心房細動に罹患してかなりの時間が経過した患者の中にも示されていた。ここでは心房細動に罹患し13年目の永田さんのエピソードを見てみたい。

4-2-1 心電図計を自分で購入

永田さんは、心房細動13年目の大ベテランである。動悸や息切れのような自覚症状は永田さんにはない。

永田さんは、会社の健康診断で心房細動の可能性を指摘され、専門病院で確定診断を受けていまに至る。医師が調査の依頼をすると、「もう先生とは何十年もの付き合いなんだから」と冗談をいい、笑顔で快諾してくださった。

永田さんは第1筆者とのインタビューで自分の心房細動について次のように語った。

磯野：心房細動をどういう病気だというふうに考えてらっしゃいますか。

永田：怖いと思ってますね。脈が飛ぶじゃないですか。その時に「薬を飲んでいないと心臓の中に固まりができてしまって、脳に飛んだらもうアウトだ」って言われているから。

永田さんは心房細動と診断された当初、オムロンの携帯型心電図を購入し、心房細動がいつ出ているかを確認していた。しかし画面を見ると、常時脈は乱れており、それを確認し続けること自体がだんだんと負担になってきた。永田さんは、抗血栓薬を内服していること、定期的な診断で「心臓の状態も安定している」と担当医から言われていることも踏まえ、心電図計を持ち歩くことはやめてしまう。

4-2-2 三つの懸念

心電図計を持ち波形を確認することもせず、また自覚症状もない永田さんであるが、自身の病気についての不安は診察の中に現れていた。第1筆者が陪席した診察は、ペースメーカー埋め込みの手術から3か月が経過したところである。ホルター24時間心電図検査で、心房細動の脈が遅くなり6秒ほど心臓が停止している場面が見つかり、医師の判断でペースメーカー埋め込みの手術を受けたのだ。

ペースメーカー埋め込み後、永田さんは、夜の手足の冷えが消えたことを感じており、それはペースメーカーにより脈が増え血液の循環がよくなったからではないかと感じていた。しかし一方で、永田さんは次の三つの不安を診察の中で医師に漏らした。

①深夜に目覚める

まず永田さんは、夜11時過ぎに布団に入り、だいたい2時くらいに目覚めてしまうことを医師に訴えた。就寝後1～2時間が一番疲れの取れる時間帯であると何かで耳にしていたため、夜中に起きてしまう自分は疲れが取れていないのでは、と心配していたのである。

医師は、日中眠くなっていないことを確認したうえで、永田さんの年齢であれば夜中起きるのはそれほど珍しいことではないこと、また、一度起きても朝まで寝られれば睡眠時間はきちんと稼げているから問題はないことを説明した。

②下の血圧が少し高い

診察は血圧測定に入った。「上が120台、下が90台。いい数値ですね」と医師が言うと、「下の血圧は、ほんとうは80台であってほしい」と彼は答える。なぜそう思うのかを、診察の後のインタビューで訊ねたところ、いろいろなところでみかける健康人の下の血圧はたいだい80台であることが多いため、自分の血圧もその基準値内でありたいと考えている、と教えてくれた。

③ペースメーカーの動き

診察は、心電図の解説に移る。医師が心電図を見せながら、心臓とペースメーカーが丁度いい配分で働いていることを解説すると、永田さんは、「(ペースメーカーが)間違ったところで働いたら困っちゃう」とぼろっとこぼす。それを聞いた医師は、「そのようなことにならないよう、ペースメーカーを定期的にチェックし、遠隔でモニタリングしているから大丈夫ですよ。心臓の大きさも問題ないですし」と話し、血液検査の結果が説明され、診察は終了となった。

インタビュー時の永田さんは、脳梗塞の不安について語ったものの、具体的にどういふ気持ちになるのかはそれほど話さなかった。しかし診察室の医師とのやりとりから、永田さんは、夜中に目覚めることや、血圧の僅かな上下動といった身体の小さな変化に心を配り、それを未来のよからぬ出来事とつなげていることがうかがえる。

このような懸念の表明は、永田さんに限ったことではない。我々が2016年にまとめた調査では、心房細動患者が、日々の些細な身体感覚の変化や、家庭で測定した脈および血圧の変化、さらには友人やメディアから得た情報などを総合し、自分なりの疾患理解を作り上げ、それを脳梗塞の兆候ととらえていることが明らかにされた [磯野・上田 2016b]。その中には「お風呂に入ったらドキドキした」、「朝起きたら薬指がしびれた気がする」といった心房細動を持たない人間であれば、出来事として認識されないような事象が含まれていた。これら訴えのほぼすべては、医学的には問題のない経過観察として扱われていた。他方、患者は、定期的な診察の度に「問題ないでしょう」と医師から言われてもなお、このようなささやかな出来事を脳梗塞の兆候として捉え続けるのである。

本稿では、これこそが脳卒中の危険と暮らすことの実体だと捉えたい。心房細動治療の導入の際には、平坦に見えていた患者の未来に、心原性脳梗塞という致命的な出来事を何らかの形で立ち上げる作業が必要になる。さらにこの出来事が定期的に患者の意識に上らなければ、リスク回避の手段としての抗血栓療法は継続しにくい。しかし、繰り返し本稿で述べているように、治療をしたところで心原性脳梗塞の可能性はゼロになるわけではなく、その危険とどう向き合うべきかの処方箋を現在の医学は提示しない。

だからこそ、その来るやもしれない未来に対抗するために、そのきっかけとなる兆候を、身体感覚や血圧の変化といった自分が感じたり、目で確認したりできる出来事に求め、万が一の危険を回避しようとすることは何らおかしいことではない。患者は自分の身の回りにあるものを総動員し、その都度それらを自在に組み合わせながら、プリコラージュ的な危機管理をしようとしていると考えられる。

5 考察——価値・信頼・消えないリスク

4章では具体例を示しながら、脳卒中のリスクが患者にどう伝えられ、そして患者はそれをどう受け止めているのかを明らかにした。そこから見えるのは、医師と患者のやり取りは、多くのナラティブがあふれる場所であり、ナラティブなしに治療は成り立たないという現実である。

これは臨床にいる人々にとってはあまりにも当たり前の事実であろう。しかしここに着目することで、エビデンスとナラティブを対立概念として扱い、エビデンスを医療者が持つ正しい知識、ナラティブを不十分な知識に基づく患者の信念といった形で整理してしまうことの不毛さが明らかになる。

診察室での医師の言葉を分析すると、心房細動の治療において、医師はエビデンスを伝えるのではなく、エビデンスを構成要素の一つとしたナラティブを伝えていることがわかる。

一見この二つに大した違いはない。しかしこの差異は重要である。

心房細動とその治療に伴う二つのリスクは、雨雲が空の上にあると雨が降りやすいことと同じくらいの統計的な事実である。しかしこの事実、薄いガラスのコップを2mの高さから固い床に落とすと壊れる、という事実ほどの強度はない。患者は心原性脳梗塞にな

るのではない。なる「かもしれない」のだ。しかも統計上、罹患しない人の方がはるかに多い。

このような統計的事実はどのように患者に伝えられるべきなのか。

長嶋茂雄のようになる可能性がある、と伝えるのか。心房細動を持たない人の4.8倍の可能性で脳梗塞になる可能性がある、というのか。あるいは1000人中950人は大丈夫と伝えるのか。抗血栓療法を「血がさらさら」になる、と伝えるのか。血液の凝固作用を抑える治療と表現するのか。あるいは血が固まりにくく止まりづらくなる治療というのか。

コップを落としたら割れるという事実を伝える際に、表現は大した問題とはならない。どんな言い回しをしたところで、そのコップを落としたら十中八九割れるからである。

しかしそこまでの強度のない事実を患者と共有し、患者をそのための回避策に誘導するとき、その事実をいかに表現するかは、最重要課題となる。その事実がどの程度の強度を持って患者に伝わるかで、患者の選択が変わりうるからだ。

それでは心原性脳梗塞をとりまく統計的事実を、どの程度の強度の事実で仕立て上げるべきなのか？

この問いに答えられるのは、科学ではない。なぜならこれは価値の問題であるからだ。

ガイドラインを含む現行の医学の中で共有される価値は、「心原性脳梗塞のリスクはできる限り減らすべき」というものである。何もしなくても1000人中950人は平気なのだから、あとは運に任せればよい、という価値を現在の医学は共有していない。その結果、心房細動が心原性脳梗塞を引き起こすというリスクは、強度の高い事実として語られる必要が生じる。その結果4-1節で示した、比喩を効果的に使う二つの《攻め》のナラティブと、治療の副作用を前者二つほど強調しない、一つの《守り》のナラティブが選取られる。

文学者のキャサリン・モンゴメリー (Montgomery, K.H.) [2016] が主に医学教育の現場を通じて、医師に共有されるナラティブを明らかにしたように、リスクが伝えられる診察現場もまた、医師のナラティブに満ちている。そしてそこで患者に伝えられるのは、エビデンスを一つの参照点とした価値であり、その価値を患者が受け取るかどうかは、患者の医師への信頼にかかっている。診察室で医師と患者はナラティブを媒介にしながら価値と信頼を交換し合っているのである。

5-1 消えない不安と予防医学の道徳的無関心

医療人類学者の西真如 [2017] は、エチオピアで政府が主導して行う HIV 対策が HIV 陽性患者の困窮や孤立といった人としての苦しみに無関心であることを、現地の HIV 陽性患者へのフィールドワークから明らかにする。他方、本研究のフィールドは最先端の技術が集う循環器専門医療機関であり、西のフィールドとは対照的であるが、このような道徳的無関心は同様に垣間見ることができる。

心房細動に関する国内外の調査の主な関心は、疫学統計的なリスクをいかに削減できるかに向いている。その意味で新薬の DOAC は期待を持って迎えられた。しかし従来薬のワルファリンにおいてすでに心原性脳梗塞の発生割合は1%台であり、副作用としての

脳出血の割合も1%を切っている。つまりDOACによるリスク削減は、1%以下の戦いであったのだ。

我々はその1%以下の戦いを否定したいわけではない。そうではなく、どれだけリスクを削減しても、自分がある日心原性脳梗塞になるかもしれない、という恐怖から患者は逃れることはできず、「そのような恐怖に囚われたときどうすればいいのか」という問いについては、脇によけられたままであることを強調したいのである。

心房細動という不整脈が発見され、心原性脳梗塞とのつながりが判明する以前から、心房細動による心原性脳梗塞を患う患者は存在していただろう。しかし「自分がある日突然心原性脳梗塞になるかもしれない」という恐怖は、当然のことながら存在しえない。

4-2節で示したように、患者が感じる断続的な恐怖や不安感を作り出したのは、現在の患者の状況と未来の危機的な出来事を、エビデンスという名のナラティブでつなげ、その危機を回避すべしという価値のもとに動く、20世紀後半以降の予防医学である。しかし本稿で示したような患者の不安の対処法は、患者と、患者の声に耳を傾ける現場の臨床医の個人的な対応にゆだねられている。現代の予防医学は、「リスクを自覚せよ、そして適度に心配せよ」という無理な要請を、介入に成功した個々人に課しているのである。

6 結語

本研究は心房細動とその治療に関する診察室のフィールドワークおよび担当医と患者へのインタビューをもとに、心房細動とその治療を取り巻くリスクがどのように医師から患者に伝えられ、そして患者はそのリスクを日常生活においてどのように経験するのかを明らかにしようと試みた。医師はエビデンスを一つの参照点とした三つのナラティブを用い、医学に共有される価値を患者に伝えていた。他方、患者は、医師のナラティブに信頼を置きつつも、決してゼロにすることはできない心原性脳梗塞のリスクに対し自分なりの対処をしようと試みていることが明らかになった。

<参考文献>

- 飯田淳子 2013 「「手当て」としての身体診察——総合診療・家庭医療における医師 - 患者関係」『文化人類学』77(4): 523-543。
- 碓陽子 2014 「オルタナティブな世界の構築——アメリカ合衆国のファット・アクセプタンス運動を事例に」東賢太郎・市野澤潤平・木村周平・飯田卓編『リスクの人類学——不確実な世界を生きる』世界思想社、pp. 306-338。
- 池田光穂 2018 (in press) 「病い研究とポリフォニー——ミハイル・バフチンから刺激を受けて——」『保健医療社会学論集』28(2)。
- 磯野真穂 2017 『医療者が語る答えなき世界——「いのちの守り人」の人類学』ちくま新書。
- 磯野真穂・上田みどり 2016a 「心房細動の抗血栓療法における不確実性——人文・社会科学の立場から」『メディカルサイエンスダイジェスト』42(11): 509-513。

- 2016b「ブリコラージュとして捉える心房細動患者の語り——診察の参与観察に基づく医療人類学的考察」『第7回 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会』2016/6/16-17。
- 井上博・新博次・奥村謙・鎌倉史郎・熊谷浩一郎・是恒之宏・杉薫・三田村秀雄・矢坂正弘・山下武志 2013 『心房細動治療（薬物）ガイドライン（2013年改訂版）』日本循環器学会・日本心臓病学会・日本心電学会・日本不整脈学会。
- 岩佐光広 2016 「産後の食物規制のオルタナティブな捉え方——ラオスでの産後食物規制の「生きられた経験」へのアプローチ」谷川竜一・原正一郎・林行夫・柳澤雅之編『衝突と変奏のジャスティス』青弓社、pp.138-160。
- ウヴェ、フリック 2011(1995) 『質的研究入門——人間の科学のための方法論』小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子訳、春秋社。
- 浮ヶ谷幸代 2004 『病気だけど病気ではない——糖尿病とともに生きる生活世界』誠信書房。
- 牛山美穂 2015 『ステロイドと「患者の知」——アトピー性皮膚炎のエスノグラフィー』新曜社。
- 奥村謙・相澤義房・相原直彦・青沼和隆・沖重薫・熊谷浩一郎・庄田守男・住友直方・高橋淳・内藤滋人・中村好秀・野上昭彦・平尾見三・松本万夫・村川裕二・山根禎一 2012 『カテーテルアブレーションの適応と手技に関するガイドライン2012』循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2010－2011年度合同研究班報告）。
- ギデンズ、アンソニー 2005(1991) 『モダニティと自己アイデンティティ——後期近代における自己と社会』秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳、ハーベスト社。
- グッド、バイロン J. 2001(1993) 『医療・合理性・経験——バイロン・グッドの医療人類学講義』江口重幸・下地明友・三脇康生・五木田紳・大月康義訳、誠信書房。
- クラインマン、アーサー 1996(1988) 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』江口重幸・五木田紳・上野豪志訳、誠信書房。
- ゲルゲイ、モハーチ 2008 「差異を身につける——糖尿病薬の使用にみる人間と科学技術の相関性」『文化人類学』73(1): 70-92。
- 2017 「薬物効果のループ——西ハンガリーにおける臨床試験の現場から（特集 薬剤の人類学——医薬化する世界の民族誌）」『文化人類学』81(4): 614-631。
- 新ヶ江章友 2013 『日本の「ゲイ」とエイズ——コミュニティ・国家・アイデンティティ』青弓社。
- ストラザーン、マリリン 2015(1991) 『部分的つながり』大杉高司・浜田明範・田口陽子・丹羽充・里見龍樹訳、水声社。
- 辻大介 1995 「隠喩解釈の認知過程とコミュニケーション」『東京大学社会情報研究所紀要』50: 21-38。
- 西真如 2017 「公衆衛生の知識と治療のシチズンシップ——HIV 流行下のエチオピア社会を生きる」『文化人類学』81(4): 651-669。
- ハッキング、イアン 1999(1990) 『偶然を飼いならす——統計学と第二次科学革命』石原

英樹・重田園江訳、木鐸社。

浜田明範 2017 「魔法の弾丸から薬剤の配置へ——グローバルヘルスにおける薬剤と
ガーナ南部における化学的環境について」『文化人類学』81(4): 632-650。

ハラウェイ、ダナ 2000(1991) 『猿と女とサイボーグ——自然の再発明』高橋さきの訳、
青土社。

ヒーリー、デイヴィッド 2005(2004) 『抗うつ薬の功罪——SSRI 論争と訴訟』田島治監
修、谷垣暁美訳、みすず書房。

ブランショ、モーリス 2013(1959) 『来るべき書物』粟津則雄訳、筑摩書房。

ブルーナー、ジェローム 1998(1986) 『可能世界の心理』田中一彦訳、みすず書房。

ベック、ウルーリッヒ 1988(1986) 『危険社会』東廉訳、二期出版。

美馬達哉 2012 『リスク化される身体——現代医学と統治のテクノロジー』青土社。

モンゴメリー、キャサリン 2016(1991) 『ドクターズ・ストーリーズ——医学の知の物語
的構造』斎藤清二・岸本寛史監訳、新曜社。

ラトゥール、ブルーノ 2008(1991) 『虚構の「近代」——科学人類学は警告する』川村久
美子訳、新評論。

ロック、マーガレット 2005(1993) 『更年期——日本女性が語るローカル・バイオロ
ジー』江口重幸・北中淳子・山村宜子訳、みすず書房。

Armstrong, David 1995 The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health and Illness* 17(3):
393-404.

Douglas, Mary 1992 *Risk and Blame*. New York: Routledge.

Good, Byron J. 1977 The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. *Culture,
Medicine and Psychiatry* 1(1): 25-58.

Hart, Robert G., Lesly A. Pearce & Marla I. Aguilar 2007 Meta-analysis: Antithrombotic Therapy
to Prevent Stroke in Patients Who Have Nonvalvular Atrial Fibrillation. *Annals of Internal
Medicine* 146(12): 857-867.

Hofmann, B. & J. A. Skolbekken 2017 Surge in Publications on Early Detection. *British Medical
Journal* 357: j2102.

Kaufman, Sharon R. 2015 *Ordinary Medicine : Extraordinary Treatments, Longer Lives, and
Where to Draw the Line*. Durham: Duke University Press Books .

Kitanaka, Junko 2012 *Depression in Japan : Psychiatric Cures for a Society in Distress*. Princeton,
N.J.: Princeton University Press.

Kleinman, Arthur 1995 *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*.
Berkeley: University of California Press.

Lakoff, George & Mark Johnson 1980 *Metaphors We Live by*. Chicago: University of Chicago
Press.

Lock, Margaret 1993 Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice
and Knowledge. *Annual Review of Anthropology* 22: 133-155.

- Luhmann, Niklas 2005 *Risk: A Sociological Theory*. London: Routledge.
- Luhmann, T. M. 2000 *Of Two Minds: The Growing Disorders in American Psychiatry*. New York: Alfred A. Knopf.
- Mol, Annemarie 2002 *The Body Multiple Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Oxford University Press 2005 Oxford Dictionaries of English. In J. Pearsall, P. Hanks & B. Trumble eds., *Oxford Dictionaries*. Oxford: Oxford University Press; 2nd edition.
- Seshadri, Sudha, Alexa Beiser, Margaret Kelly-Hayes, Carlos Kase, Rhoda Au, William B. Kannel & Philip A. Wolf 2006 The Lifetime Risk of Stroke: Estimates from the Framingham Study. *Stroke* 37(2): 345-50.
- Skolbekken, J. A. 1995 The Risk Epidemic in Medical Journals. *Soc Sci Med.* 40(3): 291-305.
- Taussig, Michael T. 1992 *The Nervous System*. New York: Routledge.
- Whyte, Susan Reynolds 1997 *Questioning Misfortune : The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda*. New York: Cambridge University Press.
- Wieringa, Sietse, Eivind Engebretsen, Kristin Heggen & Trish Greenhalgh 2017 Has Evidence-based Medicine ever been Modern? :A Latour-inspired Understanding of a Changing EBM. *J Eval Clin Pract* 23(5): 964-970.
- Wolf, Philip A., Robert D. Abbott & William B. Kannel 1991 Atrial Fibrillation as an Independent Risk Factor for Stroke: The Framingham Study. *Stroke* 22(8): 983-988.
- Young, Allan 1995 *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.

**Telling the Risk of Stroke, Living with the Risk of Stroke :
Anticoagulation Treatment for Atrial Fibrillation and the Narratives Told by Doctors and Patients**

Maho ISONO, Midori UEDA

Keywords : risk, atrial fibrillation, stroke, narrative, surveillance

Around the 1970s, surveillance medicine—medicine based on probability statistics and promoting risk management to the public—became prevalent. Medical anthropologists have attempted to illustrate the complexity of human lives under the influences of surveillance medicine, and their studies mostly focus on those who resist its power. This research, however, focuses on those who adhere to the power of surveillance medicine in order to understand the communication of

risks to individuals and how individuals internalize these risks. This study focused on patients with atrial fibrillation and doctors who treated them. This population was chosen because patients with atrial fibrillation usually need to deal with two concomitant risks: brain infarction caused by blood clots, and major bleeding. Atrial fibrillation increases the risk of brain infarction so anticoagulation treatment is often chosen to decrease its risk. Anticoagulation treatment, however, increases the risk of major bleeding including cerebral hemorrhage. This study is based on periodic fieldwork conducted between 2011-2016, including participant observation at a cardiovascular clinic in Tokyo and interviews with patients with atrial fibrillation and their doctors. This research found that doctors employed similes and metaphors to communicate these risks to patients. The use of metaphor in their narratives was especially significant. Japanese doctors often used a Japanese onomatopoeic term, *sarasara*, which might refer to the murmur of a beautiful stream, to express the condition of blood under the influence of anticoagulation drugs. Although the drugs predispose the patients to bleeding, patients understood their blood condition becoming *sarasara* as if the medications transformed their blood into a desirable state. We argue that abstract, scientifically calculated risks take on meaning by being embedded in a narrative laden with cultural values—a narrative that complicates the very notion that “risk” itself is calculable.