

# アドバンス・ケア・プランニングにおける 「話し合い」あるいは「対話」に関する一考察

— ナラティブ・アプローチを手がかりにして —

足立 智孝

## 目次

はじめに

1. ナラティブ・アプローチ

2. ナラティブ・アプローチから見た ACP における対話

おわりに

## はじめに

2018年3月に厚生労働省は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスガイドライン（以下、「ガイドライン」）」を改訂した。「ガイドライン」の改訂経緯について、ガイドライン解説編には、「近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつある ACP [Advance Care Planning]（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込んだと明記された<sup>1)</sup>。「ガイドライン」の改訂を周知する厚生労働省のウェブサイトには、改訂ポイントの第二番目に「医療の現場における心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ ACP の取組）の重要性を強調」したことを挙げている<sup>2)</sup>。つまり「ガイドライン」は、人生の終盤期の医療・ケア（エンド・オブ・ライフケア）を実施するにあたり、わが国の今後の政策の中心に ACP を置くことを明示したものと考えられる。

ACP に関する研究は国内外で進められ、現在までに様々な定義されている<sup>3)</sup>。国際的に

1) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスガイドライン 解説編」（平成 30 年 3 月）<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>（2020 年 8 月 26 日閲覧）

2) 厚生労働省「『人生の最終段階における医療の決定プロセスガイドライン』の改訂について」<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>（2020 年 8 月 26 日閲覧）

3) ACP に関する教科書のうち、拙稿が含まれるものを列挙する。西川満則・長江弘子・横江由里

は、2018年に大規模なデルファイ法による研究が発表され、その定義や推奨項目が提唱されている<sup>4)</sup>。わが国においても各種機関および団体がACPをそれぞれ定義している。代表的なものを挙げると、先に述べた厚生労働省の「ガイドライン」では、ACPは「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義されている<sup>5)</sup>。日本医師会は2018年に「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのこと」と定義した<sup>6)</sup>。また日本老年医学会は2019年に「将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」と定義した<sup>7)</sup>。これらの定義には、患者本人が主体となること、家族等の信頼できる人や医療・ケアチームと一緒に、将来の治療やケアについて話し合いを行うこと、そして繰り返し行われるプロセスであること、という共通点が見られる<sup>8)</sup>。

筆者は、米国におけるACPの展開過程をたどりながら、ACPに関する考察をした研究の中で、ACPを構成する要素を「患者を取り巻く関係者による話し合い」「話し合いの多様性」「話し合いの継続」「話し合いの更新性」等としてまとめ、ACPの構成要素の共通基盤に「話し合い」があることを示した<sup>9)</sup>。「話し合い」の意味を辞書で引くと、「理解を深めたり問題を解決したりするため、はなしあうこと。相談。交渉。」(「広辞苑」第7版)とある。「話し合い」には、「話し言葉」のやり取りが必要となるが、劇作家の平田オリザは、「話し言葉」を「意識」という視点で分類している。平田によると、「話し言葉」の種

子編『本人の意思を尊重する意思決定支援—事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング』(南山堂、2016)、長江弘子編『看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア 第2版』(日本看護協会出版会、2018)、角田ますみ編『患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング—医療・介護・福祉・地域みんなで支える意思決定のための実践ガイド』(メジカルフレンド社、2019)。

4) デルファイ法とは、アメリカのLAND研究所が開発した方法で、ある事象に対する将来予測を行うにあたり、専門家の持つ予測能力をより客観化して活用する方法論のことをいう。専門家に対して同様の質問の反復により意見を集約することを何度か繰り返し、専門家間での意見を収め、コンセンサスを得ようとする方法である。デルファイ法によるACPの定義等を探る文献は以下である。Judith AC Rietjens, Rebecca L. Sudore, Michael Connolly, et al. "Definition and Recommendations for Advance Care Planning: An International Consensus Supported by the European Association for Palliative Care," *Lancet Oncology* 18.9 (2017): e543-e551; Rebecca L. Sudore, Hilary D. Lum, John J. You, et al. "Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel," *Journal of Pain and Symptom Management* 53.5 (2017): 821-832.

5) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスガイドライン 解説編」

6) 日本医師会「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307\\_32.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_32.pdf) (2020年8月26日閲覧)

7) 日本老年医学会「ACP推進に関する提言」[https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf) (2020年8月26日閲覧) 同学会の提言には、ACPの実践について、以下のように補足説明されている。「ACP実践のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために共同することが求められる。ACPの実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思をくみ取り、本人が望む医療・ケアをうけることができるようにする。」

8) 森雅紀「国内外のACPのエビデンスを読み解く」『看護管理』30.2 (2020): 117-127.

9) 足立智孝、鶴若麻理「アドバンス・ケア・プランニングに関する一考察—米国のアドバンス・ディレクティブに関する取り組みを通して—」『生命倫理』25.1 (2015): 69-77.

類は、意識的である形式から無意識的であるものの順に、「演説 address」「談話 speech」「説得・対論 debate」「教授・指導 teaching」「対話 dialogue」「挨拶 greeting」「会話 conversation」「反応・叫び reflection」「独り言 monologue」に分類される<sup>10)</sup>。これらのうち「話し合い」に含まれる形式は、「対話」と「会話」であろう。平田は「対話」とは「他人と交わす新たな情報交換や交流のこと」であり、「会話」とは「すでに知り合った者同士の楽しいお喋りのこと」と区別する<sup>11)</sup>。さらに平田は「対話」は「知らない者同士を前提として行う意識的コミュニケーション」であり、「他者との異なった価値観を擦り合わせ」ることとも述べる<sup>12)</sup>。患者や家族、そして医療関係者が参加するACPの「話し合い」は、一般的には知らない者同士で行うものであり、また意識して情報交換する要素が強いと考えられる。そこで本稿では、「話し合い」を「対話」と同義として論じる。

先述したように、国内外でACPの研究は蓄積されている。しかしそれらの研究の多くは、たとえばどのような対象者に対して、だれが、どのタイミングで、どんな内容の話し合いをするのかなど、医療者がACPを実践する上での研究疑問を明らかにしたものが主流である。ACPで行われる「話し合い」あるいは「対話」の患者あるいは医療者にとっての意義はどのようなものか、といった哲学的な疑問を探求する研究は見当たらない。そこで本稿では、ACPにおける対話について、「ナラティブ」概念を用いた「ナラティブ・アプローチ」を手がかりにして考察する。最初にナラティブ・アプローチに関して、特にナラティブ概念およびナラティブ・アプローチの特徴的な三つの方法や考え方について概観する。その上で、ナラティブ概念やナラティブ・アプローチの方法や考え方を手がかりにして、ACPにおける対話の意義を考察する。

## 1. ナラティブ・アプローチ

ここでは主にナラティブ・アプローチ研究の第一人者である社会学者の野口裕二の文献を参考に、ナラティブ・アプローチを概観する。野口の関心は、「ナラティブ」概念の臨床実践への応用展開であるため、本稿の目的である医療現場における話し合いの意義について示唆が得られると考えるからである。

### (1) ナラティブについて

ナラティブ・アプローチを概観するまえに「ナラティブ」概念に関する基本事項を整理する。

#### ア. 「ナラティブ」の定義

ナラティブは英語 narrative のカタカナ表記である。手元にある英語辞書で narrative を

10) 平田オリザ『対話のレッスン—日本人のためのコミュニケーション術』（講談社、2015）15頁。

11) 前掲書 16-17頁。

12) 前掲書 165頁、235頁。

引くと、「(事実に基づく) 物語、話…」 「語ること、話術」 …とあり、また narrative の動詞形 narrate は、「(口頭・文字で、順序立てて) 語る、述べる；〈映画・放送などに〉語りを入れる」(「ジーニアス英和大辞典」とある。つまり、ナラティヴは、「出来事や経験などの事実について順序立てて語ったもの」であり、またそれらを「語る」行為そのものも含んでいる。野口によると、narrative は通常は「語り」あるいは「物語」と訳され、「語る」行為および行為の結果の産物である「語られたもの」を同時に含む用語である。日本語では、この両義性を表すために「物語り」と表記されることもあるが、話し言葉では、「物語」と「物語り」は同じ「ものがたり」となり、聞き分けるのが難しいため、現在ではカタカナ表記の「ナラティヴ」が汎用されるようになっている<sup>13)</sup>。

### イ. 「ナラティヴ」の形式的特徴

#### ①出来事の順序立て

次に、「ナラティヴ」の特徴について述べる。野口は、ナラティヴの最小限の要件は「複数の出来事が時間軸上に並べられている点」であるとする<sup>14)</sup>。私たちは自分の経験した出来事を語るときに、いくつかの出来事の生じた順に語る人が多いと思われる(「語り」)。たとえば、「今朝はいつもより早く目が覚めた。外を見ると晴れていたので、ウォーキングをした。その時偶然に、近所に住む職場の同僚 A と会い、いつもとは違うコースを一緒に歩いた。その日、勤務中に A と早朝の話題になり、…」というように、出来事の連鎖を語る人が多い。また「物語」の多くも、出来事の連鎖で成立している。もちろん「語り」や「物語」は、出来事のみで成立するのではなく、そこに登場する人物の「思い」や「感情」も含まれることが多い。しかし、「物語」は、登場人物の「思い」や「感情」だけで成立することは少ない。何かの出来事に伴って生じる「思い」や「感情」であるから意味を持つ<sup>15)</sup>。また、その「思い」や「感情」が、出来事となることもある。たとえば、「患者さんに最期まで寄り添おうと思った」という文章は、ある医療者の「思い」を表明した「出来事」である。したがって、「ナラティヴ」の特徴の一つは、「複数の出来事を時間軸上に並べてその順序関係を示すこと」といえるだろう。

#### ②意味の不確定

「物語」に相当する英単語は何かと問われると、私たちの頭に最初に思い浮かぶのは、narrative (ナラティヴ) よりも story (ストーリー) ではないだろうか。では、ナラティヴとストーリーは、何が異なるのであろうか。

ナラティヴとストーリーを区別しない研究者もいるが、ここでは野口が参考にするパラ・チャニオウスカ (Barbara Czarniwska) による両者の整理を参考にする。すなわち「ナラティヴ」は、複数の出来事を時間軸上に並べたものであり、「ストーリー」は、ナラ

13) 野口裕二『ナラティヴ・アプローチ』(勁草書房、2009) 1-2 頁。

14) 前掲書 2 頁。

15) 前掲書 2 頁。

ティヴにプロット（複数の出来事との関係を示す筋立てのこと）が加わったものという区分である<sup>16)</sup>。以下の例文を用いて違いをみていく。

例文A) 彼は、早起きした。そしてウォーキングをした。そして出勤した。

例文B) 彼は、早起きした。しかしウォーキングをした。そして出勤した。

例文Aは、三つの出来事を時間的な順序で並べた文章で「ナラティヴ」である。一方の例文Bは、例文Aと同様、出来事を時間的な順序で並べている。加えて、逆接「しかし」によって出来事の関係も示している。つまり「しかし」によって「早起きをする」と「ウォーキングをする」の出来事の関係が当然のものではないことを示している。当初、彼は、早起きをして、別のことをする予定であったが、ウォーキングをすることになった。こうした解釈をする時には、例文Bには、何らかの理由でウォーキングすることになった、という意味が加えられたことになる。しかし、ウォーキングをすることになったことが、自発的で積極的な意味での予定変更だったのか、それとも意図しないことによるものであり、かつ消極的な意味での変更であったかについては確定できない。しかし例文では、確かに「しかし」によって、「早起き」の出来事と「ウォーキング」の出来事の間には、こうした関係性や意味が生じている。関係性や意味を持ち、筋立てることを「プロット」という。したがって、例文Bは「ストーリー」と言われる文章である。「ナラティヴ」は、一つひとつの文章相互の関係性や意味がなくても成立するのに対し、「ストーリー」はプロットを得て、文章相互に関係性や意味を持たせる。このように両者には確かに違いがある。したがって、「ストーリー」は「ナラティヴ」がプロットを得た場合の、特殊形とみることもできる。

出来事の中に意味を持つか否かに関して付言すると、「ナラティヴ」は意味が不確定でも成立するが、「ストーリー」は何らかの意味を読み手に伝えるという違いがある。ここで注意すべき点は、「ストーリー」が伝える意味は、「語り手」と「聞き手」の両者の関係性や、両者の置かれた状況、文脈によっても変わる可能性があることである<sup>17)</sup>。この点については後述する。

#### ウ. ナラティヴの作用

前項ではナラティヴの形式的な特徴を見てきた。本項は、ナラティヴが私たちに伝えることや、私たちがナラティヴという形式を用いて何を表現し、その表現から何を読み取るのかに関して、すなわちナラティヴがどのような作用を及ぼすのかについて見ていくことにする。ここでは、ジェーン・エリオット (Jane Elliott) がナラティヴの三つの特徴として挙げている「時間性 chronology」「意味性 meaning」「社会性 sociality」について紹介す

16) 前掲書 3 頁。

17) 前掲書 4 頁。

る<sup>18)</sup>。

### ①時間性

ナラティブの第一の作用には「時間性」が挙げられる。先にナラティブの形式的特徴の一つに、出来事の順序立てがあると述べた。言い換えると、ナラティブは、私たちに生じた出来事の時間的順序を伝えるという作用がある。先の例文Aの「早起きした」「ウォーキングした」「出勤した」という文章は、私たちに文章の主語である誰かが行ったこと(出来事)の時間的な順序を伝えている。

例文Aでは、三つの出来事を提示しているだけで、一見、出来事の間での因果関係はないように見える。しかし、ウォーキングをするために早起きをした、といったような、二つの出来事に因果関係が明らかにされる場合には、例文Aはプロットを得て、ストーリーに近づくと考えられる。また、現在は出来事間の関係が不明でも、後になってそれら出来事間の因果関係が明らかになり、ストーリーに近づくとした場合も考えられる。しかしプロットがあるか否か、つまり、ナラティブであるかストーリーであるかに関わらず、私たちは、両者の形式を用いながら出来事の連鎖を語っている。野口は、ナラティブの形式をとって、出来事の連鎖を語ることは、私たちの「生きられた時間」を他者に伝えようとするものと述べている<sup>19)</sup>。

### ②意味性

第二の作用としては「意味性」が挙げられる。先ほど「ナラティブ」と「ストーリー」の違いについて説明したように、ナラティブはプロットを得て、意味を伝えるようになる。先の例文では、接続詞の「そして」が「しかし」に置き換わると、その文章には予定していた行動とは異なる行動をとったという意味が加わると述べた。ウォーキングは、早起きをして本来予定していたこととは異なる行動だったという、意味が加わったのである。また同時にその行為者がなぜそのような予定外の行為をしたのかという意図も暗示される。さらに、行為の結果、他者にどのような影響が与えられたのかという他者への意味も伝えられるようになる。しかし、そのことに意味を見いだすか否かについては、聴き手の想定内であるかどうか、あるいは聴き手の置かれている状況によって異なるものと思われる。たとえば、聴き手が行為者のことをよく知っている人であれば、ウォーキングをするといった予定外の行動に対してさほど大きな違和感を覚えないかもしれない。しかし行為者のことをよく知らない聴き手の場合には、捉え方は異なってくると思われる。したがって、ナラティブが伝える意味は、一義的なものではなく、常に聴き手によって異なる可能性が含まれると考えられている<sup>20)</sup>。

18) Jane Elliott, *Using Narrative in Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches* (London: Sage, 2005) 7-12.

19) 野口『ナラティブ・アプローチ』9頁。

### ③社会性

そして第三の作用として「社会性」が挙げられる。私たちが何かを語る時、誰かに対して語ることが多いと思われる。つまり、ナラティブは通常、具体的な対象があり、その対象に向けて語られる。その時に重要なのは、語り手はその語る対象が誰なのかを考えて、語り方を変える必要があることである。なぜならば、語る対象によって語り方を変えなければ、自分の語る内容が相手に伝わらない可能性が高くなるからである。聴き手にとって意味があるように伝えるためには、語り手は聴き手の知識や関心に沿った語りの内容にする必要がある。

筆者は現在、看護師を目指す看護学部で学ぶ看護学生と医療機関で看護師として実践経験を積み、その中で生じた問題を解消・解決するために大学院看護学研究科で学ぶ大学院生に対して、「看護倫理(学)」という科目を担当している。授業の基本的な内容は、学部と大学院ともほぼ同じである。しかし臨床実習での経験は一応あるものの、看護師資格を有する専門職としての臨床実践の経験を持たない学部生と、看護師としての経験を積んだ大学院生とは、知識面および看護実践経験において大きな違いがある。そのため、学部生に対しては、具体的な臨床場面を想像できるような事例や映像を取り入れるなど、授業方法を工夫する必要がある。このように、授業における語り手である教員が、聴き手である学部生や大学院生の知識背景や経験等を考慮して、伝えたい内容を分かりやすく伝えられるように工夫することが、通常、行われている。

大学や大学院の授業では、知識の伝達という目的があるため、特殊な状況といえるかもしれない。しかし語る対象について考えながら、語る内容を変えることは、日常生活においても一般的に行われている。語り手は聴き手に語る内容が伝わるように語らないと、日常生活において支障がでることもあるだろう。つまり、ナラティブは、語り手と聴き手の間で成立する「社会性」という作用がある。野口はこのことについて、「ナラティブは語り手と「聴」き手の共同作業によって成立する社会的な行為であり、社会的な産物である」と述べている<sup>21)</sup>。

以上、ナラティブは、私たちに出来事の時間的な流れを意識させ、出来事間に意味を持たせることがあり、またその意味を持たせるうえで、ナラティブをやり取りする「話し手」と「聴き手」の関係を意識付けるといふ社会性の作用がある。

### (2) ナラティブ・アプローチについて

「ナラティブ・アプローチ」とは、「ナラティブ」という視点あるいは形式から、現実にかけている事象に対して接近(アプローチ)する方法と定義される<sup>22)</sup>。野口裕二は、ナラティブ・アプローチは社会における様々な課題に取り組み、成果を出してきたが、どのようなことをしてきたかについては、臨床領域と臨床以外の領域に分けられると述べてい

20) 前掲書9頁。

21) 前掲書10頁。

22) 野口裕二『ナラティブの臨床社会学』(勁草書房、2005)5頁。

る<sup>23)</sup>。本稿の主題は医療における「話し合い」あるいは「対話」であるため、ここでは野口のいう臨床領域における「ナラティブ・アプローチ」が及ぼした影響やその成果について取り上げる。

臨床領域におけるナラティブ・アプローチは、特に「対話」を重視する心理療法あるいは家族療法において展開されてきた。「ナラティブ」概念を用いる臨床実践法にナラティブ・セラピーがある。ここでは、ナラティブ・セラピーの代表的な実践である「問題の外在化」「無知の姿勢」「リフレクティング・チーム」を取り上げる。

#### ア. 問題の外在化

ナラティブ・セラピーは、1990年代まで家族療法の主流であった病気や症状の原因を個人に見いだすのではなく、家族システムの産物として捉える家族システム論に代わる実践として、1990年代以降に登場した。「ナラティブ」をキーワードとするナラティブ・セラピーの中でも、「ナラティブ」の語を前面に出したマイケル・ホワイト (Michael White) とデイヴィッド・エプストン (David Epston) の実践が注目された<sup>24)</sup>。

ホワイトらが行うセラピーの特徴は「外在化する会話」にある。一般的に精神科的な問題は、個人のなかに「内在」するものとみなされ、セラピストはその内在するものへの対応を検討する。しかしホワイトらは「人と問題を分ける」ことを提唱し、その「問題の染み込んだストーリー」から本人を脱出させるために、「問題」に名前をつけ、「問題」と「ひと」を分離することをした。このような問題を本人と切り離すことを「外在化」という。ここで大切なことは、単に「問題の原因」を本人から切り離すだけではなく、「問題そのもの」を本人から切り離し「外在化」したことである。

問題が個人のなかにあると考えることを「内在化」という。「内在化」した場合の解決方法は、個人の中の問題探しを行うため、結局は個人が悪いことになり、その問題を解消や解決するには、問題を抱える本人を変える以外に方法がない、という結論に行きつく場合が多い。したがって、「内在化」して問題の解決に取り組む場合は、問題を抱える本人が苦しむ可能性がある。その一方で、問題そのものを本人とは別にあると考える「外在化」する立場は、問題のある外部が変わったり、外部を変えていく方向で対話が進められる可能性がある<sup>25)</sup>。

ホワイトらは「問題が問題であってひとが問題なのではない」というスタンスから対話が始まると考える<sup>26)</sup>。自分の中に問題があると考えよりも、問題は自分の外にあると考えのほうが、精神的負担が軽減され、対話が進むように思われる。

23) 野口裕二『ナラティブと共同性—自助グループ・当事者研究・オープンダイアローグ』(青土社、2018) 9頁。

24) 野口裕二『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、2002) 70頁。

25) 前掲書 71頁。

26) Michael White and David Epston, *Narrative Means to Therapeutic Ends* (New York: W.W. Norton, 1990) = マイケル・ホワイト、デイヴィッド・エプストン『物語としての家族』小森康永訳(金剛出版、1992)。

ホワイトらの「外在化」による対話を重ねることはまた、それまで混在していた「問題」、「問題の原因」、「問題の影響」を区分して考えることを助けることになる。外在化によって、問題そのものや問題を引き起こす原因、また問題による影響を区分して考えることにより、混然としている中では考えられなかったことが、整理され、それまで考えられなかった世界にまで広がる可能性があるという<sup>27)</sup>。野口によると、「外在化」は、様々な視点からの厚みのある対話することに力点が置かれたものであり、したがって、ホワイトらの「対話」は、新しい世界、新しい物語を探索し、それをより豊かにするための手段と位置づけられる<sup>28)</sup>。

#### イ. 無知の姿勢

二つ目に紹介するアメリカの臨床家ハーレーン・アンダーソン (Harlene Anderson) とハロルド・グーリシャン (Harold A. Goolishian) によるアプローチにおいても対話は重要とされる。彼らの方法は「他者との会話のなかで生み出され経験される『意味』に注目する見方」であり、またセラピーを「語り、言葉、会話の思いがけない展開の中にのみ存在するもので、意味論と物語論の領域に根ざすもの」として捉えている<sup>29)</sup>。

アンダーソンらは、彼女らの理論的立場を以下のようにまとめている<sup>30)</sup>。

- ①人が関与するシステムは、言葉を作り出し、同時に意味を作り出すシステムである。コミュニケーションあるいは言説が社会の組織化のありようを決定する。つまり、人が関わるシステムは言語的システムであり、治療システムもその言語的システムに含まれる。
- ②意味と理解は人々の間で構成されるものであり、私たちはコミュニケーションによって意味や理解を手に入れる。つまり、コミュニケーションは自分にとって何らかの意義のあるシステムの中で、意味を生み出す議論や対話に参加することである。したがって、治療システムとは、コミュニケーションが対話的な交流という形式をとることが特別に意義を持つシステムである。
- ③どのような治療システムも、ある「問題」に関する対話によって結びつけられる。このシステムが発展させていく言語や意味は、そのシステムに固有のものであり、またその組織に沿ったもので、同時に問題を解決しないことに関わるものである。この

27) 野口『物語としてのケア』74-75頁。

28) 野口『ナラティブと共同性』110-111頁。

29) Harlene Anderson and Harold A. Goolishian, "The Client is the Expert in Therapy as Social Construction," S. McNamee and KJ Gergen eds. (London: Sage, 1992). =ハーレーン・アンダーソン、ハロルド・グーリシャン「クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ」『ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践』野口裕二・野村直樹訳 (遠見書房、2004) 45頁。なおアンダーソンらは、言葉として「対話」(dialogue)よりも日常的な「会話」(conversation)を用いるため、ここでは「対話」と「会話」を互換性のある言葉として用いる。

30) アンダーソン、グーリシャン「クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ」46-48頁を参考にまとめた。

点で治療システムとは「問題」の意味を共同で創造し、発展させていくことで識別されるシステムである。治療システムとは、問題によって編成され問題を解決するのではなく解消するシステムである。

④セラピーとは、治療的会話と呼ばれる中で生じる言語的な出来事である。治療的会話は、対話を通してのお互い同士の探索であり、相互交流のなかでアイデアの交換を通じて、従来とは異なる新しい意味を発展させ、問題を正面から「解決するのではなく解消する」方向に向かわせるものである。

⑤セラピストは、会話の創造者（芸術家）、対話の構築者（建築家）としての役割があり、セラピストの専門性は対話の空間を拡張し、対話を促進することである。

⑥セラピストの治療的質問は、会話の展開する空間と対話プロセスを発展させる主要な手段となる。これを達成するために、セラピストは、マニュアル的な質問や特定の回答を求める質問ではなく、「無知の姿勢」で質問するという専門性を発揮する。

⑦セラピーで扱われる問題は、我々の主体性や自由の感覚を損なうようなかたちで表現された物語である。問題とは、自分で適切な行為ができそうもない事態に対して異議を唱えるものである。それゆえ、問題は言葉のなかに宿り、その意味が引き出されてくる物語の文脈に固有のものである。

⑧セラピーにおける変化とは、新しい物語を対話によって創造することであり、それゆえ、新たな主体となる機会を拓けることである。物語が変化をもたらす力をもつのは、人生の出来事を今までとは異なる新しい意味の文脈へと関係づけるからである。人は、他者との会話によって育まれる物語的アイデンティティのなかで、そして、それを通して生きる。

上記の理論的背景を基にしたアンダーソンらの臨床実践における特徴は、「問題は言語の世界のなかに存在する」という立場をとることである。治療システムを「言語システム」ととらえ、「問題を解決するのではなく解消するシステム」と捉える<sup>31)</sup>。「問題」に関する会話が、「問題」をより現実感のあるものにしていく。しかし「問題」をめぐる会話の占める割合が減ると、その分「問題」そのものの重要度は低くなる。つまり「問題」そのものは解決していないが、解消する方向には向かうことになる。したがって、会話は「問題」を生み出すが、同時に「問題」を「問題」ではなくする力も持っていると考える。アンダーソンらにおける会話は、「問題」の存立と消滅の鍵を握る重要なシステムと位置づけられる<sup>32)</sup>。

そのような「会話」をセラピストはどのように進めるのか。上記⑤と⑥で記載したよう

31) H. Andersen and HA. Goolishian, "Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory," *Family Process* 27.4 (1988): 371-393. この論文は以下の翻訳書を参照。ハーレーン・アンダーソン、ハロルド・グーリシャン『協働するナラティヴ・グーリシャンとアンダーソンによる論文「言語システムとしてのヒューマンシステム」』野村直樹訳（遠見書房、2013）。

32) 野口『ナラティヴと共同性』111-112頁。

に、アンダーソンらがセラピストに求めることは、新たな角度に対話を拡げて促進することであり、また「無知の姿勢」が大切と述べる。無知の姿勢とは、「セラピストの旺盛で純粋な好奇心がそのふるまいから伝わってくるような態度ないしスタンス」のことをいう<sup>33)</sup>。

アンダーソンらの実践は、統合失調症患者の妄想内容の詳細を尋ねるといふ新しい試みであった。従来は、妄想について患者本人に尋ねることは妄想を強化する危険性があると考えられており、禁忌とされていた。しかし、尋ねないことで患者の心が閉ざされる危険性があると考え、「肯定も否定もしない尋ね方」が推奨されてきたという。たとえば、患者の「重い伝染病にかかっている」という妄想に対して、通常医療者は「あなたが伝染病にかかっているからどのくらいですか」と尋ねるのではなく、「あなたがその伝染病にかかったと思ってからどのくらいですか」と尋ねる。しかし「かかっている」ではなく「かかったと思って」という言い方は、そもそも「伝染病にはかかっていない」という医療者側の判断を前提としており、そのことが言外に患者に伝わる可能性がある。もし患者が医療者に信じてもらえていないことを察知したら、患者は自分自身のことを話す意欲を無くしてしまう恐れがある。そこでアンダーソンらは、専門家が患者に対して上の位置から直面する問題に関する判断や診断、治療をするのではなく、専門家は患者のことを何も知らない状態にあり、患者に教えてもらう「無知の姿勢」から、患者に尋ねることが重要と考えた<sup>34)</sup>。専門家は、自分自身の経験や専門的知識から患者を見る傾向がある。しかし、その見方は時として患者が経験した真実を覆い隠す危険性がある。その危険性を回避するために専門家は、無知の姿勢で患者に耳を傾ける必要がある<sup>35)</sup>。無知の姿勢から、専門家は患者と「会話のパートナー」になることで、「いまだ語られなかった物語」が語られ、また新しい物語が創造されると考えられている。

#### ウ. リフレクティング・チーム

最後に取り上げるノルウェーの臨床家トム・アンデルセン (Tom Andersen) のリフレクティング・チームと言われる実践も対話に焦点が置かれている。彼らの方法は、従来、家族療法で行われてきたワンウェイ・ミラー<sup>36)</sup>越しの専門家チームによる家族の対話を観察するという方法を逆転させ、家族が専門家チームの対話を観察しながら対話をする方法である。

従来のミラー越しに家族を観察するという家族療法の方法は、観察室にいる専門家たちのチームは面接室で展開されている家族のコミュニケーションの特徴や問題点を分析し、意見を出し合い、問題点をより明確にするために、面接室にいる専門家に指示を出したり、さらには面接室の専門家が進め方に困っているときには助言も行ったたりしていた。こ

33) アンダーソン、ゲーリシャン「クライアントこそ専門家である」50頁。

34) 野口『ナラティブと共同性』200-201頁。

35) アンダーソン、ゲーリシャン「クライアントこそ専門家である」51頁。

36) 日本ではしばしば「マジック・ミラー」と言われる。

うして面接室の専門家チームと観察室の専門家チームの共同作業によってセラピーが進行された。このような方法は、家族の問題を客観的に観察し分析する上では有効と考えられ、また治療を行う上で、家族と直接対峙している専門家が家族に巻き込まれるのを観察室にいる専門家が救済するという利点もあった<sup>37)</sup>。

しかし、この方法には問題点があった。その一つが、観察室にいる専門家間で意見が一致せずに、治療や介入方針が定まらないことであった。専門家たちはお互いに自分の意見や介入方法を競い合うような関係になりがちで、また家族がいない観察室で家族の悪口や批判的な言葉が飛び交うこともあった<sup>38)</sup>。こうした状況に違和感を覚えたアンデルセンらは、専門家同士の話し合いを逆に家族に観察してもらい感想を言う方法を考案した<sup>39)</sup>。後にリフレクティング・チームと言われるこの方法のプロセスは、①家族による対話、②それを観察する専門家チームによる対話、③専門家チームによる対話を観察する家族の対話、④それを観察する…という具合に、アンデルセンの著書 *The Reflecting Team* の副題である「対話とその対話についての対話 Dialogues and Dialogues about the Dialogues」が繰り返される。野口によると、この対話のプロセスで重要なのは、対話の内部にとどまって対話を深めるのではなく、対話の外部からの視点を参照（リフレクト）することであるという。つまり、自分たちが行っている対話が外からはどう見られているかという視点を取り入れながら対話を深めていく点である。このようなプロセスをたどりながら対話することで、自分たちが暗黙のうちに前提としている文脈が浮かび上がり、「問題」とそれを支える文脈との関係が見えてくるという。また専門家が家族に観察されていることを意識しながら対話することで、結果として、専門家と家族が対等な立場で対話することが成立すると考えられている<sup>40)</sup>。したがって、このリフレクティング・チームの方法は、専門家が家族より一段上において治療や指導をする従来の前提を放棄することで、家族と専門家の「平等性」のある空間を作り出し、「平等性」を担保したコミュニケーション・デザインと考えられている<sup>41)</sup>。

## 2. ナラティブ・アプローチから見た ACP における対話

前項で述べてきたナラティブ・アプローチの実践は、主に心理療法の領域で展開されてきた。では、ナラティブ・アプローチは、当該領域の専門家にはかできないものなのだろうか。もしそうであるならば、本稿の主題である ACP の話し合いに参加する医療者は、心理療法を事前に学ぶ必要があることになる。この疑問については、生命倫理学分野でナ

---

37) 野口『物語としてのケア』108-109頁。

38) 野口『ナラティブと共同性』201頁。

39) Tom Andersen, *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues* (New York: W. W. Norton, 1991). = トム・アンデルセン『リフレクティング・プロセス』鈴木浩二監訳（金剛出版、2001）。リフレクティング・チームを初めて実践した時の状況は、第1章に詳述されている。

40) 野口『ナラティブと共同性』111-112頁。

41) 前掲書 202頁。

ラティヴ研究を展開する宮坂道夫の考え方が参考になる。宮坂によると、ナラティヴ・アプローチはナラティヴ・セラピーの特殊技法を取得した専門性の高い人でなくても、私たちが日常で普通に行っている対話的営みのなかに存在していると述べる<sup>42)</sup>。ここでいう「私たち」とは、専門家を含む一般の人々全体をさしている。宮坂は、日常の対話的営みの例として、夫婦のどちらかが病気になっているとき、相手の気持ちを分かろうとして、難しい選択について話し合ったり、沈みそうになる相手の気持ちを解きほぐそうとする場合を挙げ、夫婦の対話にもナラティヴ・アプローチが実践されていると述べる<sup>43)</sup>。広く一般人の対話の中にもナラティヴ・アプローチは実践されているという。

では、ナラティヴ・アプローチは、一般人にも実践されていることであるのなら、医療専門家の実践として特別に取り上げて論じなくても良いのではないかと、という疑問が浮かぶ。この疑問に対して宮坂は、医療専門家が行う患者や家族との「対話」の中にこそ、もっとナラティヴ・アプローチの意義を見いだすべきであり、その意義は医療専門家が診療報酬の対象として実践される行為（たとえば、検査、診断、治療、カウンセリング、リハビリテーション、看護、介護等）と同じくらい重要な行為として位置づけられる必要性を述べている<sup>44)</sup>。筆者は宮坂と同様に、ナラティヴ・アプローチは一部の心理療法の専門家の専売特許として実践されるものではなく、医療や介護福祉等に係る対人援助職が患者や介護福祉施設の利用者などの支援対象者との対話においても、ナラティヴ・アプローチの考え方や方法が実際に活用されていることを検証したり、またその活用の意義を見いだす必要があると考えている。

そこで本項では、ナラティヴ・アプローチの考え方や方法が、ACPの話し合いの実際にどう活用されているのか、そしてそれがどのような意義があるのかについて考察する。最初に患者の対話について、次に医療専門家の対話について考察する。なお本稿では、口頭による対話が可能な状態の患者を想定して論じる。

#### (1) 患者の話し合いにおける意義

ACPは何のために行われるのか。日本老年医学会の「ACP推進に関する提言」<sup>45)</sup>のACPの目標をみると、「本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援すること」とある。つまりACPは患者が「本人らしい…人生をまっとうする」ために行われる。医療者にとっては、患者が本人らしい人生をまっとうするために、どのような医療・ケアを実現して支援すればいいのかを考えることが、ACP実践における最大の課題となる。

ACPでは、患者本人の人生をまっとうするために、話し合いが行われるのだが、いつたい、どのような話し合いを行えばよいのだろうか。日本老年医学会の「ACP推進に関

42) 宮坂道夫『対話と承認のケア—ナラティヴが生み出す世界』(医学書院、2020) 20-21頁。

43) 前掲書 21頁。

44) 前掲書 21-22頁。

45) 日本老年医学会「ACP推進に関する提言」<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html> (2020年11月17日閲覧)

する提言」をさらに読むと、「ACPの実現のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有」すると明記されている。つまり、ACPでは「本人らしい…人生をまっとうする」ために必要とされる医療・ケアを明らかにする目的で、患者「本人の価値観・意向・人生の目標など」が、話し合われる内容と考えられている<sup>46)</sup>。

では、ナラティブ概念やナラティブ・アプローチの観点から、患者にとって自分の価値観や人生の目標を話し合うことについて考えてみたい。ACPでは、患者本人の人生の終い方<sup>しま</sup>について考える時に、治療やケアの選択のみに焦点を当てるのではなく、治療やケアの選択も患者の人生のうちの一部と捉える。つまり、治療やケアの選択は、患者自身の生き方や考え方、あるいは価値観から導き出されるものと考えられている。したがってACPにおいて患者は、程度の差はあるにせよ、自分の人生について振り返る作業を行う必要がある。自己で振り返る、言い換えると自己対話を行うことになる。そして自分に起こった様々な出来事を思い起こし、「自分の人生とはいったいどんなものだったのか」といった哲学的思索をしながら、自己対話をするようになるだろう。

自分の人生を振り返り、まとめる作業は、自分のナラティブ（物語）の構成を作り出す作業と言い換えられるであろう。しかし、これは極めて難しい作業になるのではないだろうか。自分の人生のなかに起こった多くの出来事（物語）をうまく関連づけて、自分の人生物語としてのストーリーを作ることはそれほど容易なことではないように思われる。しかし、そうした振り返りの作業は自分だけで行うより、他者との「対話」をしたほうが進む可能性がある。梶谷真司は自分の考えを他者に話すことの意義について以下のように述べる。

私たちが考えていることは、声に出して語る（あるいは文字で書く）ことで、初めて明確な形をとる。ただ頭の中で考えているだけでは、ぼんやりしたまま、フワフワ浮かんでは消え、グルグル回り続けるだけである。声に出しても、独り言であれば、黙って考えているのと大差ない。

大事なのは、他者に対して語ることだ。言葉に出して、他者に語りかける時、私たちは自分が考えていることを相手に伝えようとする。そして「伝える」ということは、通じる言葉、分かる言葉を探し、選び、口に出し、届けることである。そこではじめて考えていることが、相手にとってのみならず、自分にとっても明白になる<sup>47)</sup>。

46) ACPの対話の内容については、ACPの効果を医療機関で検証したオーストラリアのDeteringらによる研究の中で、ACPの「コミュニケーションの焦点が、特定の治療法や介入よりも、治療の目標や患者の価値観や考え方・思想・信条に当てられていると、患者・家族はコミュニケーションのプロセスそのものに意義を見いだす」と述べられている。次の論文を参照。Karen M. Detering, Andrew D. Hancock, Machael C. Reade, and William Silvester, "The Impact of Advance Care Planning on End of Life Care in Elderly Patients: Randomized Controlled Trial," *British Medical Journal* 340 (2010): c1345.

47) 梶谷真司『考えるとはどういうことか—0歳から100歳までの哲学入門』（幻冬舎、2018）145頁。本稿では、原文の傍点箇所を下線で表した。

梶谷は、言葉を伝える相手が存在することが、自分自身の考えを明確にすることにつながると述べる。相手が分かるように自分で考えて、言葉を選んで話すからである。このプロセスは、ナラティブの作用である「社会性」に該当するものと思われる。

ナラティブの「社会性」作用については、語り手と聴き手の共同作業によって成立する社会的行為の側面があると先に述べた。こうしたナラティブの社会性について、病者の語りを医療人類学的に考察したアーサー・クラインマン (Arthur Kleinman) も『病いの語り』の中で、次のように述べている。

患者は彼らの病いの経験を、つまり自分自身や重要な他者にとってそれがもつ意味を、個人的なナラティブとして整理するのである。病いのナラティブは、その患者が語り、重要な他者が語り直すストーリーであり、思うことに特徴的な出来事やその長期にわたる経過を首尾一貫したものにする<sup>48)</sup>。

ACPにおける患者によって語られるナラティブは、患者自身の様々に体験してきた病気による出来事を、医療者等の他者に語り、またその語りを聴き手である他者が語り直す共同作業を通して、病いの体験を自分の中で意味づける作用を行っていると考えられる<sup>49)</sup>。語り手である患者と聴き手である医療者が、お互いに相手を意識して語ることが「社会性」であり、それを繰り返して行うことで、何度も患者の物語を書き換えながら、患者自身はその物語の中に一貫した意味を見いだすときに、自分らしい最期を迎えるための医療やケアの選択肢が見つけられるのかもしれない。

ACPにおける患者が行う対話については、ナラティブ・アプローチの特徴である「外在化」の方法を用いる意義についても言及したい。精神科領域で行われるナラティブ・セラピーでは、問題は個人に「内在」するものとみなされていたが、ホワイトらは、問題の原因や問題そのものを本人と分離する「外在化」を行った。ACPの話し合いの中では、必ずしも患者本人の問題ではない場合もあると思われる。しかし、ホワイトが言うように、「問題が問題であってひとが問題なのではない」というスタンスを取ると、患者本人の精神的負担は軽くなると思われる。さらに「外在化」の利点としては、混在しがちな「問題」、「問題の原因」および「問題の影響」を区分して考える手助けになることである。患者の意向を明確にし、その意向に基づいた選択の実現性を考える場合には、しばしば選択の実現を妨げる障害要因が議論される。たとえば、患者本人の看取りの希望場所は自宅であり、在宅でそれを実現するためには様々な障壁があり、在宅での看取りが困難であるという場合を考えてみよう。この事例の「問題」をどう設定したらいいだろうか。問題を

48) Arthur Kleinman, *Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition* (New York: Basic Books, 1988. =アーサー・クラインマン『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』(誠信書房、1996))。翻訳書、61頁より引用した。

49) 野口は、このような病いのナラティブを「組織化作用」と「制約作用」と表現している。病いの体験に一貫性のある意味づけすることが「組織化」であり、その意味付けられたストーリーにその後の将来が「制約」されるという意味である。詳細は以下を参照。野口『物語としてのケア』57頁。

「患者本人の意向そのもの」に設定するのか、あるいは「自宅での看取り」に設定するの  
かによって、問題の解消や解決に向けたアプローチが異なると思われる。患者からすると  
「患者本人の意向そのものである自宅での看取り」が問題そのものに設定されると、患者  
本人の主観的な思いに支配される可能性があるが、「本人の意向」と「自宅での看取り」  
と切り離して、「自宅での看取り」を問題とする場合に、患者は「自宅での看取り」につ  
いて距離を置いた立場から考え、実現可能性に対する客観的な意見を言う可能性がでてく  
るであろう。したがって、ACPにおける話し合いにおいて、「外在化」は対話の促進に有  
用な方法と思われる。

## (2) 医療者の話し合いにおける意義

次に、ACPにおける医療者の患者や家族への関わりについて、ナラティブ・アプロ  
ーチはどのように活用されているのか、あるいはそれはどのような意義があるのかについて  
考察する。

再度、日本老年医学会「ACP推進に関する提言」にあるACPの目標を確認しておく  
と、「本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本  
人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援すること」である。  
ここで最も重要なことは、支援は「本人の意向に沿った」ものであることである。つま  
り、医療者は患者の意向を知ることが支援の出発点になる。では医療者はどのようにした  
ら患者の意向を知ることができるのか。ACPでは、どのような話し合いをすれば、患者  
の意向を知り得るのか。

この問いに対して、確実に知り得る方法を回答するのは難しい。しかし、医療者がどの  
ような態度や姿勢で患者に向き合えばよいかについては、ナラティブ・アプローチで述べ  
た「無知の姿勢」および「リフレクティング・チーム」の考え方が参考になるとされる。

アンダーソンらによるナラティブ・アプローチは、「他者との会話のなかで生み出され  
経験される『意味』に注目する見方」であり、そうした意味のある経験をjする会話（対  
話）をするために、セラピストに求められることは、「新たな角度に対話を拡げて促進す  
ること」と「無知の姿勢」である。無知の姿勢とは、セラピストの患者に対する純粋な好  
奇心を示した態度やスタンスのことである。この「無知の姿勢」は医療者が患者の意向を  
知るために、重要な態度や姿勢と思われる。なぜなら、私たちは相手が自分に興味や関心  
のあることを窺い知ったとき、この人には「話をしてもいいかな」と心を開くことが多い  
と考えるからである。また、アンダーソンらも指摘しているように、医療者は患者の言動  
に対して判断する態度を見せてはいけない。なぜなら、患者は医療者にどんなことでも受  
け入れられるという安心感を得た時に語り始められると思われるが、「自分の話を信じてもら  
っていない、聴いてもらえていない」と察知したら、自分自身のことを話す意欲を無くし  
てしまう恐れがあるからである。だからこそ、アンダーソンらが提案するように、専門家  
はそれぞれの分野の専門的知識はあるものの、患者についての専門家ではないため、患者

に患者のことを教えてもらうという「無知の姿勢」で患者に尋ね、患者の話を聴くことが重要になるのである。

他者の話を聴くことの意義について鷺田清一は、「聴くことが、ことばを受け止めることが、他者の自己理解の場を劈（ひら）くことになる」と述べている<sup>50)</sup>。本人の思いや意向、あるいは真意を引き出せたときには、その本人自身の自己理解も進むと述べる。聴き手が語り手の真意や意向を知り得ることだけでなく、語り手自身の理解をも促進するという視点は興味深い。このことは、先に梶谷真司が自分の考えを他者に話すことの意義で紹介した、他者に語るという作業は、相手に自分の考えを分かりやすく伝えるために、自分で考えをまとめて明確にするという作業を伴うことを行うこととも整合する。「無知の姿勢」は「他者の語り」を引き出し、本人の意向を把握するだけでなく、その本人の自己理解を深めることにもつながる可能性がある。

「無知の姿勢」はまた、ナラティブ・アプローチの方法の一つである「リフレクティング・チーム」の考え方にも通じる。「リフレクティング・チーム」の実践方法は、専門家の話し合いを患者や家族に見せて、それについてまた話し合う、というものである。この方法自体が、ACPの話し合いになじむ実践的な方法かについてはさらに検討が必要である。しかし、「リフレクティング・チーム」の専門家と家族のお互いが対等な立場で対話する「平等性」のある空間を作り出すという考え方は、ACPにおける両者の対話促進には必要なことと思われる。

## おわりに

ナラティブ概念やナラティブ・アプローチの方法や考え方を手がかりにして、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定プロセスの中心的概念であるACPにおける話し合いの実際的な活用やその意義について考察した。患者の話し合いに関しては、話し合いの実際において医療やケアの選択を支える患者本人の人生観や価値観を明確にするための作業に、ナラティブの「社会化」作用が行われていることを明らかにし、話し合ううえでの「外在化」という方法の意義について述べた。また医療者の話し合いに関しては、「無知の姿勢」や「リフレクティング・チーム」の考え方に基づく医療者の態度や姿勢が話し合いの促進の参考になると述べた。ナラティブ・セラピーを専門的に学んでいない医療者がACPの対話の機会において、ナラティブの手法や考え方に自覚的であるだけでも、対話が促進される可能性がある。本稿では、こうしたナラティブ的な対話がケアにつながる可能性については言及しなかった。今後の課題としたい。

(キーワード：アドバンス・ケア・プランニング、ナラティブ、対話)

---

50) 鷺田清一『「聴く」ことの手―臨床哲学試論』(阪急コミュニケーションズ、1999) 11頁。

