

フィールドワークすること、無知であること —ナラティヴへの遠回り？

野村直樹*

Fieldwork and Not-knowing : Coming a Long Way Around to Narrative ?

Naoki Nomura, Ph. D.

Nagoya City University, School of Humanity and Social Sciences

This paper reflects back on my own fieldwork experience (1984-1985) at a Japanese psychiatric hospital. The initial purpose of my fieldwork was to gather data on schizophrenic interaction among the patients, and, between the patients and the hospital staff. Gradually, however, I began to notice that an ethnographic understanding was imperative in order to fully understand what was going on in terms of communication in the life of the psychiatric ward. I then changed the way of gathering data toward more descriptive, ethnographic directions in order to produce comprehensive pictures of the entire hospital. For this goal, I went through a trial hospitalization for 21 days and collected life histories of the patients.

The fieldwork did not proceed smoothly—it was simply full of trials and errors. Clumsy as it was, the trial hospitalization became the turning point of the research. After being “discharged”, I could more easily relate to the patients, and the patients more willingly talked about their private lives and family histories. After 10 months of the research, I could finally obtain a comfortable position to conduct fieldwork.

The paper highlights awkward adaptive processes of the anxious anthropologist, who did not possess professional knowledge of the setting (i.e., not-knowing), but learned at the end how to more effectively listen to the patients' personal narratives.

*名古屋市立大学人間文化研究科

キーワード

フィールドワーク fieldwork

人類学者 anthropologist

精神病院 psychiatric hospital

無知の姿勢 not-knowing

ナラティブ narrative

はじめまして、名古屋市立大学の野村です。今日は悠長な話をしますが、日々の臨床の現場では悠長なことを言っている暇はないかと思います。ぼくがやっていることは文化人類学といって、簡単に言ったら（簡単に言えないんですけど）少し変わった人たちを研究する分野だと言われています（これはやや不正確ですが）。ぼくが研究してきたのは精神病院という現場です。文化人類学というのは、フィールドワークといって、現地に赴いてその中に長期間自分を置いて調査する、そういうたいへん時間のかかる研究方法をとっています。この方法、つまりフィールドワークは文化人類学からは切り離すことができない作業です。

昨日からこの学会でお話を伺ってきて、多くの参加者のみなさんが研究ということ、特に質的研究という点に高い関心を示しているような気がします。その質的研究の一つが現地調査、つまりフィールドワークだといえます。そこでこの会場へ来るまで、自分の15年前のフィールドノート（調査中書いて記録したもの）を読み返しながらか、何を話そうかと悩みました。（違った腹案はあったのですが）こんな話から始めようと思います。

ちょうど1年という期間、ぼくはある関東地方の田舎に建つ160床くらいの精神病院でフィールドワークをしました。アメリカの文化人類学に詳しい方はご存知でしょうが、調査は長い時には2年、2年半、短くても1年くらいはかけます。調査が目的の現地滞在です。そうやって大学での学位論文を書かされます。そんな調査をぼくがしたのは、1984年の夏から85年の夏にかけての12ヶ月です。人類学者というのは（以下、文化人類学者と同義）、学校から飛び出て行って、こういう研究をやってくるよ、なんて言って威勢よく出かけていくんですが、いざ現場に着くと「自分が思っていたのと全然違うじゃん」という現実には直面します。

勢い立派な研究計画書なるものを書いて、調査のためのお金なんかもらって、かつこよく出かけるんですけど、かつこいいのはここまでなのです（少なくともぼくの場合

合は)。フィールドワークを始めて3ヶ月くらい経った時には、こんなこと続けられるかよ、もう帰ろうかな、なんて真剣に考えたものです。何をやっていいのかがわからなくなって、自分は「誰」なのかわからなくなって。それだけをマジにやると、つまりフィールドワークだけをやる人間として入っていくとですね、精神病院という場所、まあ病院という言い方がいいかもしれませんが、「居場所」がないんです。周りの人から見て、あんた誰かわからない、というわけで。先生じゃない、患者じゃない。そういうのを1年間続けるとですね、非常に精神面によくありません。ならなくてもいいのに十二指腸潰瘍になる。これはおまけで他の理由かもしれませんが、とにかく立派な研究計画にもかかわらず、現場というのはそれとはまた違ったロジックを持っているのです。

そもそもぼくが精神病院で何をやろうと思ったかということ、精神分裂病の人のコミュニケーションを勉強してみたかったんです。コミュニケーションの研究をする上で、最も困難を伴う場所の一つが精神病院だと考えたわけです。人類学者というのはヘンなもので、自分のフィールドに関しては特に、不思議なくらいロマンチックな理解、憧れみたいなものを求めるようです。それはアフリカやニューギニアの奥地にいる部族であっても、どこかの金融街、例えばニューヨークのウォール・ストリートの企業文化を研究する場合であっても。何らかの自分が行こうとするところに関して、おぼろげなロマンチズムを持っているものです。ぼくのロマンチズムというのは、まさに「精神分裂病」という世界だったんです、非常にヘンですけどね。自分がもうロマンチズムを感じているから仕方がないんです。それまでの読書で頭デッカチになっていることも手伝っています。

はじめはコミュニケーションとか会話とかそういう相互作用の観点から本格的な分析を色々やってみたかったんです。が、いざ自分が現場に到着して、なるべくスタッフの邪魔にならないようにして身を置いてみると、(暗い映画館に入ってだんだん辺りが見えてくるように)現場の様子がようやく見えてきます。そこで、ここでは精神分裂病のコミュニケーションは、自分が考えてきたようなやり方で研究するのはふさわしくない、この場にそぐわないし、あまり意味をなさない、ということを知覚しはじめます。事はそれだけで回っているんじゃないですから。現場のロジックと研究者のロジックが衝突するのです。

もっと複雑ないろんな要因があって、いろんな事が絡み合っている中で、分裂病の人がコミュニケーションをしている。それはある種の会話が大きな文脈(精神病院と

いうコンテキスト)の中で起こっているという視点を優先することです。つまり分裂病だからこういう会話になるのではなく、こういう社会状況とコミュニケーションのパターンがこのような会話を構成していく。そう考える方が、民族誌的な接近の仕方に近いと言えるでしょう。

で、一から書いたものをほとんど放ってしまってますね、こりゃもうやり直さないかん、これは何かというともう、精神病院そのものを「村」のように見立てて、そこを一からどういうふうになっているかと基礎固めをした上で、その上で病棟の中で分裂病の人たちがどんな会話をしているか、ということが初めて言えるんだ、ということに気づいたのです。医療関係者の人からは当たり前じゃんと言われそうですが、そのぐらいこちらはブレが大きいもんです。このブレというのはおそらく医療に関わっている方が、そのまま自分たちの仕事現場を研究したら、そこまではブレない。こちらはもうむちゃブレなんです。もう止めとこうかという感じでブレるんです。その辺から自信を無くして、いやになっちゃって。もうこれはぼくに人類学なんて出来るのかな、と本気で悩みましたけど。1年とにかく何とかですね、途中でドロップアウトしそうになったり、一人旅に出たりとか、いろんなことがあったんですが、なんとかやり終えました。

ぼくたちは大学を出発する時、何を言われるかという、「お前の仕事はとにかく帰ってくることだよ、何かモノを書いて帰ってくる。それがミッション(使命)だよ」という言い方をされます。それはね、何も大発見をして来なさい、ということじゃないんです。時たま、行ったら行ったきりになる人がいるんです。(こんな心配は医療者が医療現場を研究する時はないでしょうが)これは人類学の恐ろしいところですが、これには名前がついていて、“going native”(ゴーイング・ネイティヴ)と呼ばれています。ネイティヴというのは現地ということですから、現地に行って「現地人になっちゃう」という意味です。行った先が有名な企業だったり好きな人のところだったらいいんですけどね。行った先が車泥棒のグループだったり精神病院だったりして、それで帰らなかったら大変。だからゴーイング・ネイティヴということはちょっと人類学者の間では、その理論や概念として使うのではなく、フィールドワークをしたらとにかく帰ってくる、というそのための警告です。

1年の内でぼくはいろんなことをやったわけです。写真機を持って歩いてみたり、テープレコーダで録音してみたり、変わったこととしては望遠レンズを使って撮ってみたり、あるいは一人の看護士に一日くっついて、彼の後ろをどこへ行くのも(えっ、

ここまで来るの？　と言われるような所まで) 付いて行ったり、給食室で一日の献立を聞いたり、まあ行動学的な事から始めてあらゆるデータを採ろうとやりました。しかし最後の方になって、でもやはり、精神病棟のことでなにか大事なことがわかっていない気がしてきたんです。データはたまっていくんですけど、でも本当はよくわかっていない、というような。なにか基本的なことが欠けている、そんな気がだんだんしてきたんです。

それでぼくは「もうこれは入院しかないな」と感じて、21日間という短い期間でしたが、閉鎖病棟と開放病棟に、無事、「入院」したわけです^{註1}。それまで8ヶ月間も調査していたもんですから、あんたが誰だっていうことは患者さんもわかっているわけです。わかっていますから、あつ、あの調査に来ている先生ね、くらいに思っているんですね。次の日ぼくはパジャマみたいな格好してボロい靴でベランダに出てきたら、女性の患者に言われました。「どうしたんですか？　えっ、入院したんですか？　あっそうですか、サルも木から落ちるんですね。」うまいこと言うなあって思いました。

特に閉鎖病棟内での人の行き来っていうのは、ぼくにとっては恐怖体験でした。それまでぼくはアイデンティティを隠さずに、人類学者として見に来てるんだ、ということ公言してやっていますので、こういう病棟の入院で何かものを書いたりは当然しないまでも、本当の入院とは違っている。そういうわけで、攻撃の対象になるのでは、というようなことを思ったりしました。(実際、入院患者の喧嘩がガソリンに火をつけたようにあつ！と始まるということがあります。) でもその恐怖というのは2

註1　人類学者が精神病院で患者となって調査したのには前例があります。ウィリアム・コーディル³⁾が1950年代アメリカの私立大学付属の小さな精神病院で、自分が患者であると偽って入院し、病院全体がどのようなつながりの中で機能しているか報告した優れた研究があります。しかし、この本の中で著者コーディルは、患者であると偽って入院したことを、すぐさま後悔した、と語っています。胸が痛み、やりづらかったんだと思います。ぼくの場合は、自分が病気になるって入院したというふうには、決して患者に言わないことにしました。あくまで調査のための入院であることを、事あるごと伝えるようにしました。

しかし、当然こういうスタンスで臨むことは、フィールドワークの倫理上より良いことだとしても、そのことから来る問題も背負い込みます。「じゃ、やっぱりオレたちを調べているんじゃないか」、そしてさらには「あいつはアメリカのスパイじゃないか」というふうに「妄想的」にとられる可能性もあります。事実そのとおりでした。一年間調査したこの病院に来る前、予備調査のため2ヶ月間他の精神病院でフィールドワークをしました。その折、上に書いたそのままのことが起こり、さらに「スパイなら殺してもいい」というように患者さんが思い始め、病棟全体も不穏になりました。ぼくは院長に退去を求められて、そこを去らねばならなかった苦い経験があります。

日も持たなかったんです。3日目ぐらいにはすでになくなって。でもたしかに最初は閉鎖状態で、夜9時になってボタンと鉄の扉を閉められると、次の朝の5時まで、ああ、どうしようここで何か起こってもすぐ誰も来ないな—という不安があったんですけど、何にも心配することはなくなりました。それは絶対に大丈夫だという妙な自信が3日目くらいから生まれてきたんです。

この方法、入院の体験というのはぼくの中に何か「化学変化のようなもの」を起こさせました。で、ちょっと楽観的になれて、良かったと思います。まず驚いたのが、患者さんたちはぼくの今まで歩いていたスピードの約3分の1くらいの速さで歩いていたことに気付かされました。入院するまではわからなかったんです。患者さんの歩くスピードがあれだけだった、というふうに自分の体が知るのに、やっぱり人間って。わかんなかったです、それだけ鈍なんですかね（特にぼくという）人間は。

その入院を何とか終えてですね、ぼくは少し「こういうことかしら」っていう感じで自分の中で納得がいくというか、アタマの中で整理されるような時期が訪れました。それはやはり「退院」したあと10ヶ月以上たった頃でした。それでその頃「もう2ヶ月したら（フィールドワークも）終わりかなあ」なんて思っていたので、ライフヒストリーといって患者さんの生活史を聞くということをやり始めました。今考えれば、ぼくはコミュニケーションに関心があるんで、会話やインターアクションの構造を分析することを考えていたんですが。その入院経験のあと、やはり彼らの生の声を聞かないといけないと、その時初めて10ヶ月以上たって気がついたんですね。それから何人かの入院患者に語ってもらえる範囲で、（話すことで疲労する場合には）2時間たったらまた来てね、というふうにくだけた感じで、その人のこれまでの人生を語ってもらったんです。

精神病院についてぼくが書いたものはいろいろありますが^{6, 7, 8, 15)}、より本格的に民族誌的なものが出版できたのはフィールドワークを終えてから10年後あるいはそれ以降でした^{14, 9, 11)}。それも病棟内でのある出来事を出版するのに（あとから当事者たちと話して10年は決して長すぎるわけではないことを知りましたが）、看護の専門誌から人類学の研究を出版することに対する反発もありました。出来事から来る個人的影響への配慮と両方あいまってですね、すぐ出せなかったんですけども、まだ書けなかった人のこともあります。その一つ今日ここに持っているYさんという男性の事例ですが、今日ここでYさんのことを話すために（壇上に）上がってきたわけではありません。Yさんに対してぼくから「あなたのお母さんって、どういう人だったんで

すか」と一言聞くに至るまでに、ぼくはずいぶん時間がかかったなあと思ったんです。

それは10ヶ月間の試行錯誤とそれから何日間の体験入院を通して、ようやく自分という調査者が、人類学者として外部者として、「居場所」を見つけた瞬間、水平な完全ではないけどより水平な形で「あなたのお母さんって」と患者と対話できた時だったんです。それだけにそういう言葉を発せられるまでにぼくには時間がなかったということだったと思います。そう聞けたとき、いわゆる患者さんの方も自分の話を普通に、またゆるぎない自分の言葉で語ってくれているような気がします⁴²。でも語られる話の半分以上は、悲しいっていうか悲劇の人生のストーリーであって、これらについて今でも書けないということが多くあります。

そういうフィールドワークという手法は、じっくり時間をかけてその人たちと関わっていく有力な方法であるとはいえ、あまりにも非効率的で時間がいるし理想的とはいえない、そう思われるのも当然です。また（誰がやっても同じ成果があるとは限らず）やっても失敗するんじゃないかと心配する空気が（臨床、福祉などの分野で）往々にしてあったかと思うんです。

でも人類学者がフィールドに入っていく時っていうのは、やはり（その文化、社会については）知らないわけですから、かなりの好奇心にあおられて行くということがあります。好奇心を持つということは裏を返せば、その現場について全く知らないわけで、その知らないということが、実は自分を前に押してくれる原動力、つまりドライブ（動機）になるんです⁴³。そういう意味でフィールドワークと「不慣れ」と

註2 水平な対話環境を創るのには日常でも時間と手間がかかります。調査者として現地の人と向き合うときも同様で、無知なフィールドワーカーならなおさらでしょう。「相手に対して」語るモードから「相手と共に」語るモードに変換されていくと、語りは、狭い場所から広々とした場所へ踊り出たように、前進しかつ多様性を帯びます。

その対話という連続を静止画像にして切り取れば、ストーリー、物語として認識され、一方、動画として見れば、会話、対話、そしてコミュニケーションとして認識されます。ナラティブという視点は、この2つの側面に対応できるから魅力的なのでしょう⁴³。ぼくたちは映画を観たあとでもスチール写真に（いい映画だったしたら）惹かれますよね。わざわざ買って求めたりします。それはきっと動画、静止画それぞれに捨て難いよさがあるからです。

静止画としての物語も動画としての対話・会話も、しながって補完関係にあります。これらの両方を含むことで、始めと終わりのある一定の物語として見ることができると、またしかし対話を通して変化していくことも可能、という認識が作動してくれます。人にとりついた不幸の物語もまたしかりです。こういうダイナミックな捉え方にナラティブの特徴があり、ナラティブ・セラピーを「物語療法」と訳さない理由もそこにあります⁵¹。

いうことのつながり方が、今になってばやけながらも見えてきたのかなと思います。（不慣れな子育てなどはフィールドワークとよく似ています。）今わが家には「小さな親分」がいるんですけど、3歳になるうちの息子ですが、その一ホントうるさいんですよね、「コレしてー、アレしてー」とか言って叫びますから、パパとしては走り回ってですね。今朝も朝はやく起こされて、「パパ、散歩、散歩」とせがむので、犬の散歩みたいなもんですけど、ここに来るまでに済ませて来ました。

で、もう一つ、あと時間は2、3分らしいですが、申し上げておきたい事があるんです。それはどうやって研究者その人を研究と記述の中に組み入れていくか、ということです⁴⁾。この問題は、やはり客観的なものだけが望ましい、プラスだとする思考からはどうしても出てこないし、また方法論的にも無理な部分だったんです。（調査者の個性に関係ない現場の真実を手に入れたい要請から、その人は透明人間のように扱われてきましたが）けれども、そこが今ぼくが大きな関心をもつところです。つまり調査者である自分をどうやってエスノグラフィー（人類学という報告書のこと、あるいは民族誌ともいう）の中に組み入れていくか。今まではフィールドワーカーである「自分」というのは調査の対象外だったものですから。

自分を抜きにした相手の姿っていうのは、（ありえないし、あったとしても）ストーリーあるいは記述の半分でしかないはずです。それは相互作用という点から考えたらわかりやすいですが、（描かれたものがあれば、描いた人がいる）それと同じことだと思うんです。その時に人類学者は自分をどうやって記述するか。つまり全人格的な関与でのフィールドワークは一つの顔を持った個人によるものなので、その時に人類学者という存在を報告から消してしまったら、それは片手落ちのワンサイドからのみ見た画像に過ぎないのではないかと思うのです。

科学至上主義の時代からナラティブ、語りの時代と言われる今日、あらためて考えていっていい問題じゃないかと思います。この調査者や研究者をキャンパスの中にどう描きこんでいくか、方法論的に議論できる時が来たと感じています。どうもありがとうございました。

註3 ぼくのフィールドワークはたんなる無知のような気がしますが、ナラティブ・セラピーの分野で、アンダーソンとグーリシャンが、「無知の姿勢」(Not-knowing)という考え方を発展させました^{2, 1, 10)}。患者やクライアントは自分の苦しみの内容、経験している病いについては専門家である、という考え方です。セラピストはその「専門知識」を教えてもらう学習者の位置にあたります。この位置はちょうど現地の人の専門知識を学ぼうとするフィールドワーカーの位置にも相当します¹²⁾。

参考文献

- 1) アンダーソン, ハーレーン (2001): 野村直樹, 青木義子, 吉川悟訳, 会話・言語・そして可能性—コラボレイティブとは? セラピーとは?, 金剛出版.
- 2) アンダーソン, ハーレーン, ハロルド・グーリシャン (1997): 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, マクナミー, ガーゲン: ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践. 金剛出版.
- 3) Caudill, William (1958): *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge, Harvard University Press.
- 4) 小森康永, 野口裕二, 野村直樹編 (2003): セラピストの物語/物語のセラピスト. 日本評論社.
- 5) マクナミー, S., ガーゲン, K. (1997): 野口裕二, 野村直樹訳 ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践. 金剛出版.
- 6) 野村直樹 (1989): 精神病院と小学校—インターアクションから見た類似性. 季刊人類学20 (2), 66-81.
- 7) 野村直樹 (1989): 「医師と患者のコミュニケーション—ケーススタディ. 中川米造, 宗像恒次編, 応用心理学講座第13巻, pp.295-308. 福村出版.
- 8) Nomura, Naoki (1992): "Psychiatrist and Patient in Japan: An analysis of interaction in an outpatient clinic." In *Ethnopsychiatry*. Edited by Atwood Gaines, *The cultural construction of professional and folk psychiatries*. pp.273-289.
- 9) 野村直樹 (1998): 語りから何が読み取れるか—精神病院のフィールドノートから. 文化とところ, 2 (3), 5-22.
- 10) 野村直樹 (1999): 「無知のアプローチとは何か—拝啓セラピスト様」小森康永, 野口裕二, 野村直樹編, ナラティブ・セラピーの世界. 日本評論社.
- 11) 野村直樹 (2001): 物語としての共文化—精神病院のフィールドノートを読み直す. 文化とところ, 5: 146-156.
- 12) 野村直樹 (2003): ナラティブ・セラピーとフィールドワークとの接点. 小森康永, 野村直樹編, ナラティブ・プラクティス. 現代のエスプリ433. 至文堂.
- 13) 野村直樹 (2003): Narrative-Based Medicine (NBM) の背景—医師—患者のコラボレイティブな関係と会話にむけて. JIM 13 (10), 839-842.
- 14) 野村直樹, 宮本真巳 (1995): 患者—看護者のコミュニケーションにおける悪循環の構造—ある精神科閉鎖病棟での患者の死をめぐる. 看護研究, 28 (2), 49-69.
- 15) 野村直樹, 志村宗生, 志村由美子, 中村伸一, 牧原浩 (1987): すりかえ—インターアクションの視点から. 家族療法研究, 4 (2), 137-146.