

「病の語り」について —医療人類学の立場から—

波平恵美子*

Narrative on Illness :
View from Medical Anthropology
Emiko Namihira, PhD. Former Ochanomizu University

キーワード

医療人類学 medical anthropology

文化人類学 anthropology

解釈 interpretation

病 illness

語り narrative

I. はじめに —解釈的アプローチと文化人類学—

目的が研究であれ、治療であれ、自分から見ても対象となる人（人々）の行為や語る内容を、初め全く理解できないか、できたとしても共感できない場合であっても、その対象の人の行為や語りの内容を何とか理解しさらには共感を持つとうと意図するとき、採用される方法の一つが「解釈学的アプローチ」である。その理解の仕方は、完全ではないにしても、研究者や治療者がすでに持っている、自分を取り巻く環境や社会や人間及び人間の行為についての解釈や理解の仕方からできるだけ自由になって、対象の人々の生きている世界を理解することである。ところで、「解釈」あるいは「解釈的アプローチ」は哲学と文化人類学とにその源流があるといえる。本論では、文化人類学と「病の語り」について論じる。

*元お茶の水女子大学

文化人類学は1920年代以降、研究者自らの育った文化とは異なる文化（他文化）のなかで生活し、対象となる人々の言語をマスターし、生活全般を記録し、人々が生きている世界が如何なるものか、そして、その世界が自分の文化と或いはすでに研究がなされている他の文化とどのように異なるかを比較してきた。その目的は、人間の生き方の多様性を探ることにある。21世紀に至り、文化人類学では、研究者は自分の文化と異なる文化の人々を「研究対象にする」ことを問題視し、その人々自身が必ずしも明確にはその意味について明言しないのに「解釈する」ことの是非さえも問い直すほど、自らの学問の存立理由に厳しい目を向けるようになってきている。しかし文化の「グローバル化」が進行するなかで、現実はともかく、世界中で多くの人々が「自分たち独自の生きる世界が失われる」と感じている現在、人間の生き方の多様性を観察し記録し解釈する文化人類学の営みは、研究者が自らの文化的束縛から完全に自由になってそれを行うことは不可能だとしても、現時点においても後世になってもその学問的意義があると筆者は考えている。

文化人類学の方法として開発され、長い間文化人類学の学問的アイデンティティでもあったフィールドワークと呼ばれるものは、現在では多くの分野で採用されるようになってきている。研究者は、研究分析の中心となる資料を他人が集めた資料に依存せず、対象となる人々が生きている世界に直接入りこみ、そこで自分が感じたこと経験したことも含めて、自ら得た資料を分析の対象とする。フィールドワークこそが、自分とは異なる世界に生きている人々の世界を理解すること、その人々自身の解釈にできるだけ迫る最も効果的な手段だと現在でも考えられている。フィールドワークを通して集める一次資料の質と量が、或いは何を対象としているのか、対象のどの領域の資料が多いかという比率の偏りが、それぞれの学問領域で異なるだけであり、多くの領域でフィールドワークは重要な研究方法だと考えられている。文化人類学と医療実践との共通点は、対象となる人（人々）の立場にできるだけ立ち相手が考えたり感じたりすることの内容に迫ることである。このように文化人類学と医療実践とは、本来は異なる立場にいる両者の関係をできるだけ近いものとする、それは医療者や文化人類学者の方から対象の人へと近づくことによって成立するという共通点である。

ところで文化人類学では「ホリスティック・アプローチ」に基づいた資料の収集が現在でも行われる。それは次のような方法論である。「人間の生きている世界は様々な行為や制度や習慣に満ちている。それらは一見バラバラであるように見える。しかし、その中で生きている人は、意識しているにしろ無意識であるにしろ、自ら行って

いる行為或いは受け入れている行為や習慣制度には何らかの意味を認めているのであり、したがって、存在しているものは当該の人々にとって何らかの存在意義があり、また、同じ時期の同じ社会における行為や制度や習慣は互いに何らかの関連性がある「存在している」という前提の下に、調査研究する方法である。

これを「語り」という行為においてたとえると、次のようになる。人は語る時、それほどまい語り手ではなくてもある道筋に沿って話す（話しているつもりである）。聞き手にとってストーリーが見えやすい場合もあれば見えにくい場合もある。聞き手がそのストーリーを見いだすのは、まずなんらかの「脈絡（文脈）」つまり「意味あるもの」を語りのなかに見だし、それをつなげていくという作業を通してである。語り手の側が自らの語りに与えている意味と聞き手が見いだした意味との間にその「意味あるもの」が差異があっても、聞き手はなんとか語りのなかに「意味」を見いだすことに努める。どんな意味も語りのなかに見いだせないと聞き手が感じたとき、語り手そのものの存在がそれまでとは異なる意味をもってくる。一方、語り手の方は、聞き手が自分の語りに全く脈絡を見いだしていないことに気づき、相手にとって自分の語りが意味のないものになっていると感じられたとき、自分の行為の意味が変わってくるだけでなく、聞き手の存在の意味も以前とは異なったものになってくる。文化人類学が研究対象とする人々の文化を解釈することにおいては、少なくともこうした状況は生じない。なぜなら、研究者は、研究対象としている文化に必ず文脈を見いだすことを大前提としているからである。それがどれほど研究者自身の文化とは異なっていたとしても、人間が創り出した文化には存在意義があり、それが文脈を成立させている根拠であると考えられるからである。「ホリスティック・アプローチ」はこうした前提に立っている。

問題は、文脈を見いだすことが大前提であるが故に、自分が理解できないものに出会った場合、その対象を無理矢理自分たちの解釈の枠に当てはめる恐れがあることである。「相手の立場に立った解釈」というのは研究者自身の思いこみであり勝手な解釈かもしれないことをどのように検証するかということである。現在、文化人類学では、研究者が、研究対象となっている人々に自分の解釈を記したものを読んでもらい、議論し修正し、対象の人々によって注釈を加えてもらいながら、研究者と対象となった人々との共同作業で研究を進めることも一部では行われているのは、そうした研究者の側の勝手な解釈、ときにはそれはとても魅力的に読者には見えることがある、を最小限にとどめようとする試みである。なお、嘗て文化人類学では相手の文化を研究

し理解したと思ひこむだけではなく、自分の文化と比べて「劣っている」或いは「遅れている」という評価をしていた。現在では意識的にそのようなことを考える文化人類学者はいないが、知らず知らずのうちにそうした評価を自らの解釈のなかに滑りこませていることがあり、文化人類学者は以前とは比べようがないくらい自らが陥りがちな傾向に用心深くなっている。

ところで医療者と患者との関係は、文化人類学者と研究対象となる人々との関係とは、「相手の立場にできるだけ近づくこと」という共通点はあっても、全く同じではない。なぜなら、「患者と医療者とは同等である」とどのように主張したとしても、医療者はその専門的な知識と技術によって患者の状態を診断し、治療や看護の対象とすることが大前提であり、また、患者はそれを求めているからである。医療者が患者に対し、患者の感情や希望がどのようなものであれ、医学の理論や方法を前提として患者の生存のありように介入する。それを否定することは、医療という行為そのものを否定することになる。他方、文化人類学の研究対象となる人々は自ら望んで研究対象になることは決してない。しかし、医療実践においては患者や治療を受けることを望んで医療者との関係をもつことになる。そのことが、医療実践者を自信過剰に導く可能性を生じさせることになる。医療における「患者理解」にはこのような条件のあることを改めて認識しておかなければならない。

II. 医療人類学における病の語りの研究

文化人類学において開発され、採用され、洗練されてきた概念や理論或いは方法論に依拠しながらも、医療人類学は医療実践の領域や公衆衛生、保健、介護などの領域と重なり合いながら発展してきた。医療人類学の領域で研究する人がどの程度の距離を医療実践と保つのか、また、医療制度や行為に対してどのような視座をもって関わるかは、それぞれの研究者が、医療人類学とそれ以外のどの研究領域を自分の専門としているかによって異なる。共通しているのは、病氣、健康、身体、生や死、を社会的文化的な脈絡において捉えること、医療行為とは社会的文化的要素によって大きく規定される人間の行為であることを認める立場をとるという点である。筆者は文化人類学をもう一つの専門領域とし医療人類学を研究する立場にある。そのことは医師や看護師のようなかたちで医療実践とは関わらないこと、「対象を理解する」のは治療や看護のためではない（それを望んでも制度的には許されない）ことを意味する。一

方医療実践に携わる人々は、医療人類学を研究領域としていても最終の目的は治療である。患者を「解釈の対象」と見なしても、それはよりよい治療、より効果的な治療が行われるための「対象を解釈すること」である。

文化人類学からの「対象の解釈」は実践から離れているだけ「より自由に」解釈できるかもしれない。しかし、その解釈の内容は治療効果によって検証されることはない。こうした矛盾を抱えながらも文化人類学の立場に立って医療人類学を研究するのは、文化人類学が「他者を理解する」ことを最大の課題としていることから、医療実践の人々の解釈の限界を越えたところでの解釈が可能であるかもしれないからである。「病氣」は医療の領域では取り除くべきものとして立ち現れるのだが、文化人類学における知識の蓄積は、「病氣」が必ずしも取り除かれる対象としての存在ではなく、様々な意味を持って存在していることを示してきた。この1点をとっても、文化人類学の立場から医療人類学への貢献が可能であると筆者は考える。次の例は、筆者自身の調査資料である。

1960年代の半ば、吉田貞吾先生（文化人類学）をリーダーとする九州大学の文化人類学研究チームは四国のある山村に共同調査に入った。100戸ほどのその集落は四国山脈の端に位置し、隣の集落からは5キロメートルほど離れていて、谷沿いにはそれより奥に集落がない。また、同じ谷沿いの集落のなかでは例外的に大きく、このような大きな集落が谷の最奥に存在していることに地域の人々自身が驚く。この集落（ムラ）の人々の間に、調査当時ムラの起源についての伝説の類はなかったが、近世文書から1600年代の初めにはすでにここに集落があったことが明らかである。ただし、調査当時住んでいた人々が、近世初期の住人の子孫であるか否かは明らかではない。住人は「集落の起源は知らないが、このムラを構成する家々には2グループあって、一方は先に来て定住した人々の子孫、もう一方は後からこの村にやって来た人々の子孫である」と語っていた。「村落社会の変貌」というテーマでこのムラの調査に入ったのであったが、やがて、私たちが尋ねたわけでもないのに、ムラの人々が病氣について頻繁に語ることに気づいた。それは特定の人ではない。全戸調査において、それぞれの世帯の、質問に応じてくれた人のほとんどが、なんらかのかたちで病氣について語るのである。それは現在家族の誰かが患っているという話もあれば、数年前、数十年前の病氣の話であり、筆者自身が聞いた話で最も古いのは大正年間の眼病についてであった。

吉田貞吾先生を初めとし、調査チームのメンバーは最初それが意味するところを理

解することができなかった。最初の調査の後ようやく得た結論は、この語りはこのムラにおいて当時存在していた社会的な緊張関係を表現すると同時にそれを解消し、一つの共同体としての統合を高めるという社会的機能を持っているというものであった。この結論は、現在でも有効である。

しかし、やはりこの人々の行為は私たちにとって不可思議であり続ける。なぜ、それぞれの家族において、過去から調査当時までの間に多くの病気の経験があったに違いないのに、必ずしも生命に関わるというわけではない眼病が半世紀にもわたって語られるのか。なぜ特定の病気の経験が選ばれるのか。なによりも、なぜ人々は作物について語るように、日常的に、病気のことを、尋ねられたわけでもないのに語るのだろうか。この疑問は、人々が語りつづける病気の原因についていずれもこのムラ在住の祈祷師によって山の神や金神（こんじん）の祟り（たたり）か死霊或いは生き霊の憑依（ひょうい）が原因とされていたことがわかった後も残るのである。それだけではなく、ムラうちのどの家の誰が現在不調であるということにも人々は詳しく、大きな規模のムラであるにもかかわらず、情報がよく行き届いていた。それはまるで挨拶代わりのように人々が会う人ごとに誰かの病気や不調について話すからであった。

こうした事例、つまり誰もが病気のことを話し、まるで、現在の状況にたとえれば、若い人々が芸能界のできごとでも話すように、まるで楽しみごとであるかのように、病気のことを日常生活のなかで話す事例をその後文献でも知ることになる。1例は石塚道子の研究報告によるカリブ海のマルチニック島の人々の例である。1970～1980年代、人々は夕方になると集まって長い時間おしゃべりをするが、トピックとしてなによりも病気を選んでいった。また、河合香吏の研究報告によると、東アフリカに住むチャムスの人々は、1990年代、会う人は互いに自分や自分の家族の身体の不調を、微に入り細をうがって語り合った。或いは、茅根美保の論文（2005年度お茶の水女子大学に提出された博士論文）によると、中南米コスタリカの先住民であるブリブリの人々は、1990年代から2000年において、自分たちが先住民であることのアイデンティティを、自分たちの身体がそれ以外の人々と異なることに求めている。そして、その根拠を、自分たちが罹る病気のありよう、その原因、その治療法とその効果などが他の集団の人々におけるものと異なっていることに求める。

以上からも、「病気を語る」という行為が自分や自分の家族の身体の不調を周りの人々に知らせ援助や治療を求めるという以外の目的や意味をもつことを推測させる。マルチニック島の事例では、病気だと判断する身体の状態についての認識、それに対

応する病気の原因の追及そして治療法が、現代医療と同様に互に関連し合うところは同じであっても、現代医療とは異なり、個人の生物学的身体だけでなく、人間関係における葛藤、自然環境や人間が作り出した文化的環境と、病気だとされた人との関係がアンバランスになっていることに求める。現代医学では、人間関係におけるストレスや環境による身体への影響は間接的なものであると考えられているのに対して、マルチニック島では、それらは細菌やウイルスのように直接人間の身体に影響を及ぼし病気を引き起こすと考えられているので、「病を語る」ことはできるだけおっぴらにしなければならないし、共同体の仲間と議論してその原因を突き止めなければならない。従って、個人が自分の病気を語ることは病人を含む全ての人への情報提供であり、皆がなんらかのかたちで参加しつつ人間関係や環境との調整を図るうえで病の語りは義務的なものともいえる。病気になったことで自分を責める必要がないし、周囲の誰もが病の語りに耳を傾ける。それは他人の病気はまた自分の病気であるかもしれないという認識に基づいている。同じことは、筆者たちが調査した四国の山村についてもいうことができる。

Ⅲ. 「病の語り」が個人化するときもたらされるもの

現代の都市生活者の場合、「病の語り」に常に耳を傾けてくれる人は家族以外にほとんどいない。病院施設では治療に当たる医師を初め医療者はもちろん耳を傾けてくれるがそれは治療が目的であって、多忙な業務の中で1人の患者にいつでも喜んで十分な時間を割くことはできない。医療者は治療に直接役立つ話ならば聞くであろうが、精神医療や心理療法以外では多くの場合、身体症状以外の語りは「病の語り」とは捉えない。

しかし、人が幾分かでも上記のような伝統的社会の人々の病の語りにおける傾向をもっている場合、つまり病の語りが個人のさらには人間の存在の根元に関わるような意味をもって語られる場合、治療者はその語りに耳を傾けることが重要であるし、病む人にとっては聞いてもらうことが重要である。しかし、仮にそのことがわかっても、治療にどのような効果があるのか明らかでない場合、医療者はそのために自らの専門職としての時間を割くことはしない。また、病気が個人の身体に起きる状態でありあくまでも「閉鎖系」である個人の身体に閉じこめられた状態だと捉えると、個人は自分の病について語ることは、他の人の病について細かに聞き出すことは個人の尊

敵の侵害と受け取られかねない。こうして病の語りが個人化したとき、病の語りに対してはその意味を問うことがなござりにされ、ひいては語ることさえも否定的に捉えることになりかねない。「また同じようなことを語る。自分の身体のこととは自分の問題であるのだから、やたらと人に話すべきではない。自分の問題として、自分で処理し克服するべきである」というように。上記の伝統的社会における人々は、病氣こそ周りの人に語るべきであり、一方、周りの人々は誰かの語る病についての話のなかに多くの「よりよく生きていくこと」の知恵や情報があると信じている。

医療人類学者であり精神科医でもあるアーサー・クラインマンは『病の語り——慢性の病をめぐる臨床人類学』（原著は“THE ILLUNESS NARRATIVES……Suffering, Healing, and the Human, Condition”, 1988年）のなかで病の語りに治療者が耳を傾けることの重要性を次のように論じている。つまり、患者の病の語りから「病の意味」を治療者は読みとること（それをクラインマンは「ソフト」と呼ぶ）によって治療効果が上がることにもっと気づくべきである。しかし現在の医療者教育においては「ソフト」は過小評価されており、科学的で症状のコントロールを技術的に追求すること（それをクラインマンは「ハード」と呼んでいる）が過大に評価されていることのためにソフトはハードによって「破壊的に」その価値が置き換えられている。それは現代医学（生物医学）の大きな欠点であり、非難されるべきであるという。そして、1人の個人が語る病の語りのなかにはその人特有の病の意味があり、治療者はその意味を理解することで慢性の病に苦しむ人が陥っている苦悩の連鎖を断ち切るヒントがあるという（pp.10～11）。以上のようなクラインマンの指摘は、21世紀になった現在では多くの人々によって受け入れられている。しかし、医療実践の場ではなかなか実現されないのは、「語る」「聞く」という関係が医療実践の場に限定されていること、治療目的として「病の語りを聞く」ということが実践者によって行われるに過ぎないからである。伝統的な社会では、「語る」「聞く」は常に文化的社会的脈絡のなかに一旦置かれることによって価値を与えられた。今後重要なことは、病の語りをいかに社会的文化的脈絡のなかに引き出すかということである。部分的には闘病記や遺族が亡くなった家族の誰かがどのように病み、生き、そして死んでいったかを語ることでそれが果たされている。多くの人々がそれによって強い印象を受けるかを考えるとき、それによって病の語りを個人化しない工夫がなされ、結果として、「ハード」なものによって「ソフト」なものが「破壊的に」置き換えられてきた歯車の回転を逆転することができるかもしれない。

参考文献

- 1) デイルタイ, W. : 解釈学の成立, 以文社, 東京, 1981
- 2) フリック, U. : 質的研究——〈人間科学〉のための方法論, 春秋社, 東京, 2002
- 3) ギアーツ, C. : 文化の解釈学 I・II, 岩波書店, 東京, 1987
- 4) グッド, B. : 医療・合理性・経験——バイロン・グッドの医療人類学講義, 誠信書房, 東京, 2001
- 5) クラインマン, A. : 臨床人類学——文化のなかの病者と治療者, 弘文堂, 東京, 1992
- 6) クラインマン, A. : 病の語り——慢性の病をめぐる臨床人類学, 誠信書房, 東京, 1996
- 7) 波平恵美子 : 病気と治療の文化人類学, 海鳴社, 東京, 1984
- 8) 波平恵美子 : 医療人類学入門, 朝日新聞社, 東京, 1994
- 9) 波平恵美子 : からだの文化人類学, 大修館書店, 東京, 2005
- 10) 波平恵美子, 道信良子 : 質的研究 Step by Step, 医学書院, 東京, 2005