

医療における現実の多元性と多層性
——アーサー・クラインマンの
現象学的・解釈学的医療人類学——

梶谷真司

<目次>

はじめに

第1章 医療人類学における現象学的・解釈学的研究

第2章 クラインマンの基本的志向

第3章 ヘルスケア・システムと臨床的現実

——多元性と多層性の交錯する場

第4章 民衆的合理性への問い

結び ～ 主観的・個別的なものへ向かって

文献表

はじめに

現代の医療は、私たちの意識や行動にどんな影響を与えているのだろうか。身体や病気・健康に関する私たちの考え方は、それによってどれくらい変わったのか。またそれは、異なる時代や文化の考え方とどう違うのか。このような問いに対してしばしば、現代社会の人間はヨーロッパに由来する近代の生医学の圧倒的な支配下にあり、その視点から身体も病気

や健康も捉えるようになっていて、といった解答がなされる。だが本当にそうだろうか。問題はそれほど単純ではないように思われる。日本を含めて多かれ少なかれ西洋化された社会では、近代医療以外にも様々な代替医療や伝統医療が共存している。それらは私たちの身体観や病気観にどのような影響を及ぼしているのだろうか。

こうした様々な医療体系それぞれに特有の理論や実践の特徴を明らかにして、それらに対比することはできるし、実際そのような研究は数多くなされてきた。しかし私がここで問いたいのは、それらの間に立つ私たちの意識や行動のあり方である。それは異質なものの折衷か、並存か、それとも矛盾のなかの分裂か。このような問題を論じる場合にさらに厄介なのは、それが“誰にとって”の医療なのかという問題である。ある医療体系のもつ意味や影響は、その専門家と一般の民衆で同じなのだろうか。医者と患者の立場の違いは、身体観や病気観に差異をもたらさないだろうか。

しかも医療に携わっているのは、いわゆる医者だけではない。医学研究者、看護婦、薬剤師はもちろん、医療の技術や領域が著しく拡大した現代においては、放射線技師などの医療機器を扱う人、製薬会社、健康食品・健康器具メーカーの人、医療機器を研究・開発する人、公衆衛生に携わる人、ジャーナリストやマスコミ、広告業界など、多種多様な人々を巻き込んでいる。また医療とは、直接の当事者として見た場合、医者と患者と、その家族との相互作用、共同作業である。その意味では、一つの社会の近代医学だけとってみても、けっして一枚岩ではなく、きわめて錯綜した構造をもっている¹⁾。さらに、上述したように、近代化した現代の社会には、多かれ少なかれ伝統医療その他の代替医療が存在しており、その周辺にも、近代医学の場合と同様、いろいろな種類の人たちがいる。そしてどの立場の人も、それぞれに特有の仕方で医療に関わっており、そこには健康や病いに関する様々な行動や慣習、考え方、意味づけといったものが潜んでいる。

さて、医療というものがこのように途方もない複雑さと曖昧さを備えたものであるなら、それを不用意に単純化したり明確化したりすべきで

はないだろう。おそらくそれは、現代の医療と関わる私たちが身をおく“現実”そのものの性質なのである。ではこうした医療の“現実”をどのように捉えればいいのか。本論では、医療人類学、とりわけそのなかでも、現象学的・解釈学的な医療人類学の視点や方法論、課題や意義について考察し、それを手がかりにして、このような複雑で曖昧な現実のあり方、特徴、そこに含まれる問題について論究する。そこで第1章では、個別性と一般性、主観性と客観性という基本的問題から医療の現象学的・解釈学的研究の必然性を明らかにし、どのような意義や課題をもつのかを考えていく。第2章以降は、この流れの医療人類学研究の第一人者アーサー・クラインマンを取り上げ、その方法論と問題点を考察してみたい。第2章ではクラインマンの研究の基本的志向を、彼の記念碑的著作『文化のなかの病者と治療者』に即して明らかにする。第3章では彼の主要概念である「ヘルスケア・システム」と「臨床的現実」について詳しく論じ、彼の研究意図がどのような形で具体化されているかを見ていく。そして第4章では、クラインマンの理論の問題点とさらに追求すべき課題を考えることにする。

第1章 医療人類学における現象学的・解釈学的研究

近代自然科学は、他の様々な知識体系と並ぶ一つの学問ではない。それは現実に関する客観的で普遍的で真なる知識として自己規定し、社会的にもそのように認知されてきた。そしてその結果、科学は自らの基準に従って他の知識の成否を判定し、社会を啓蒙する役割を果たしてきた。こうした傾向は、人文科学や社会科学によって科学の前提や限界が指摘され、社会的にも科学に対する疑念・反発が強くなった今日でも、なお変わっていないように見える。ほとんど同じことが、近代の生医学についても言える。医療に関して言えば、中国医学やインドのアーユルヴェーダといった伝統医学のように、精緻な理論と確かな実績を上げているものもある。その点で言えば、西洋医学と伝統医学の間には、自然に関する伝統的な知

識と自然科学ほどの明白な優劣はないのかもしれない。しかし実際には近代医学は、近代自然科学の方法と権威を借りることによって、“正当”で特権的な医療体系として、他の医療体系の是非を判定し、民衆を正しい医療へと啓蒙する。さらには、伝統医療や民間医療のような近代医療に対抗しようとする代替医療でさえ、自らの正当性を主張するために、結局は“科学の実証”という敵の権威に寄りかからざるをえなかったりするるのである。

こうした近代医学の位置づけが、科学者・医学者の側の意見であったり、社会一般のイメージや要請であったりするのは理解できるし、仕方のないことだろう。実際近代医学は、もろもろの批判にもかかわらず、そうした社会的役割を担うだけの貢献はしてきただろうし、少なくともそれだけのインパクトは与えてきたと言える。ところがこのようなことが、知の相対化に貢献するはずの文化人類学や医療人類学にも言えるとしたら、問題はかなり根深いことになる。パイロン・グッドによれば、医療人類学にも様々な立場があるが²⁾、多くの場合、近代医学は現実を正しく捉えており、文化的制約を受けない普遍妥当なものとされている³⁾。それは必ずしもはっきり表明されているわけではないが、西洋医学と他の社会の医学を「知 (knowledge)」と「信 (belief)」の対比によって捉えようとする姿勢に現われている。というのも、knowledgeには真理、確実、正しさといったニュアンスが含まれ、beliefは逆に誤り、不確実といった意味合いがあって、医療人類学においても、しばしば西洋医学を「知の体系」とし、異文化の医学や伝統医学を「信の体系」と見なしているからである⁴⁾。立場の違いと言え、信の体系を遅れた不完全なものとするか、それはそれである一貫した理論として正面から論じるかの違いである。同様のことは異文化でなくても、近代医学が標準となっている社会でもある程度言える。すなわち民間医療や代替医療の考え方は、あくまで「信」であって、それを西洋近代医学の普遍的な知を基準にして評価・訂正するのが、社会の健康のためには必要だという考え方が根強くある⁵⁾。

しかし問題はまさに、この普遍的な性格、確実さ、正しさにある。どんな

病気がどのような意味をもつのか、それをどう受け止め、どう対処するのか、何をもち健康とし、そのために何をするのか、等々は文化によっても違うし、地域によっても違う。さらには個人によっても、時と場合によっても異なってくる。そこには普遍的でも確實でもないものがたくさん含まれている。正しいとか間違っているとか、一義的に決められないことも多い。こうした問いは、個別性と一般性、主観性と客観性、その複雑な絡みあいと相互作用の問題に集約して考察することができるだろう。

まず個別性と一般性の問題から始めよう。これは、個々人や個別的なケースに当てはまることと、社会全般や一般的なケースに当てはまることの違い、および両者の相互関係である。その中間には、地域や身分など、限られた領域、集団に当てはまるものが位置づけられる。病気や健康、身体に関して、今日の日本の社会において一般的な標準となっているのは、近代医学のものの方の見方であろう。しかし、個々人がどの程度これに沿った見方をしているかは、一般的な知識として受け取るとき、自分の健康や体調を考えると、実際に病気になったときなど、それぞれの場合でも変わってくるだろうし、その人の職業や教養や生活環境（都市か山間の村か）にもよるであろう。このように近代医学が支配的な社会であっても、そこには潜在的に様々な病気観、健康観、身体観があり、一人ひとりをとってみても、その人が身を置いている状況によって違ってくるだろう⁶⁾。こうした個別的な差異は、一般理論としての医学にとっては非本質的な偏差にすぎないかもしれないが、臨床の現場ではもっと重要な契機であろう。それに何より、病者本人にとってはこの個性こそが、彼らの生きる現実なのである。

次の主観性と客観性の問題は、この「病者自身が生きる現実」ということと密接に関わっている。ここで言う主観性とは、ある出来事や事態を自ら体験する主観の側から捉えた様相や意味を指し、他方客観性とは、こうした出来事や事態に関して多くの人が共有しうる様相や意味である⁷⁾。その中間に、当の出来事や事態についての解釈や語りがある。医療に関して言えば、患者にとっての病気、その痛み、苦しみ、深刻さ、意味づけなど

が病気の主観的側面であり、患者の身体の状態の端的な描写、その医学的データや診断が病気の客観的側面となる。そしてその病気についての語りは、言語化によって多かれ少なかれ客観化されているが、そこで表明される内容は、語る立場——患者、家族、医者——に応じて主観的なニュアンスを帯びるので、主観的なものと客観的なものが混在する中間的性格をもつ。ただし、健康と病気、正常と病理の区別自身、カンギレムも指摘しているように、客観的に根拠づけることはできず、最終的に主観的な感覚に根ざしている。そして病気や健康はもちろん、医療の全体がその切実さと存在意義を受け取るのは、その当事者たちの主観性によるのである⁸⁾。

病気や健康、医療を取り巻く現実というのは、現実一般と同様、こうした個性性と一般性、主観性と客観性が複雑に絡みあい、それ自身が多義的で多面的、様々な不確かさや曖昧さを含んでいる。そしてそうした現実が生成し、展開する場となるのが、「経験」と「意味」だと言っている。かくして医療人類学に現象学的・解釈学的研究の必要性が出てくる。ただし、ここで言う現象学とは、フッサールのように意識の内領域の分析や、ハイデガーのように存在理解に現われる有意義性としての世界の分析に限定されるものではなく、もっと広義に理解しなければならない。それは次の二つの原則をもつ。まず身近な直接経験可能なものに依拠する、もう一つは、意味の観点から経験を見ていく、ということである。

これら二つは、一見すると異なった探求原理のように思われるかもしれない。しかし私たちが自ら経験している現実、通常すでに意味を帯びており、意味から独立した中立的な経験や事実というのは存在しない。とはいえ広義に解すれば、実際これこそが、フッサールやハイデガーの現象学の原則なのである。そもそもフッサールは、意識から独立した世界や事物が実在するという思い込みを留保（エポケー）し、一切の経験を意識における意味付与として捉えなおした。またハイデガーによれば、あらゆるものの存在は、有意義性の連関としての世界のうちで捉えられる⁹⁾。したがって現実の経験の理解は、そこで意味づけられたことをどう捉えるかという問いから切り離すことができず、必然的に解釈学とも結びつく。こ

のようなことは、医療、病気、健康といった様々な意味を帯びたことについては、決定的に重要である。そしてさらに注意しなければならないのは、経験にせよ意味にせよ、一元的に捉えてはならないということである。もし特定の経験や意味に特権的な正当性や真理性を与えるとすれば、自然科学のような実在論と同様の過ちを犯すことになる¹⁰⁾。

したがってこの流れの医療人類学が、シュッツの現象学的社会学から「多元的現実 (multiple reality)」という概念を援用しているのは、まったく正当なことであろう。そしてこの点に関してさらに重要なのは、シュッツが経験のなかでも日常的な経験を重視し、これを現実の基礎的な位相と考えた点である¹¹⁾。日常生活というのは、私たちが通常生きている場であり、そこから出てそこへ戻る生の基本になっているわけである。このような視点はむしろ、フッサールが生活世界論を展開し、ハイデガーが現存在分析で日常性を範例としたことに由来し、現象学に特徴的な考え方だと言えよう。ただしシュッツの場合、日常的世界は、夢や科学、芸術、宗教などと並んで、現実を形成する諸層の一つであって、日常的世界自身が多元的であるとは考えておらず、いくつもある現実の様態の一つとして位置づけている¹²⁾。同様の問題は、フッサールやハイデガーにも言える。シュッツやフッサールでは、こうした現実の経験様態の違いは意識状態の違いに、ハイデガーでは、現存在が存在者に対して取る態度の違いとして捉えられる。いずれの現象学者においても、そうしたそれぞれの位相が、あたかも背反しあうかのように扱われる。しかし私たちの実際の日常は、様々な作用、態度、要因、構造が混ざりあい、影響しあい、浸透しあっているのではないだろうか。とりわけ医療や病気、健康に関してはそうした側面が強いに思われる。それゆえ現象学的・解釈学的医療人類学は、こうした複雑な現実の構造を、病いの経験、意味づけ、語りに着目し、多角的に考察していかなければならないだろう。この流れの研究の基礎を築き、多くの実り豊かな成果を上げている第一人者が、アーサー・クラインマンである。彼の理論、洞察はきわめて多岐にわたるが、第2章以下では、それを「医療の多元性と多層性」というテーマのもとに考察していく。

第2章 クラインマンの基本的志向

1980年に公刊されたアーサー・クラインマンの『文化のなかの病者と治療者 (*Patients and Healers in the Context of Culture*)』¹³⁾は、台湾とアメリカにおける彼自身の臨床経験とフィールドワーク¹⁴⁾、および様々な比較文化研究から結実した。これは文化人類学と精神医学の両方を修め、その境界に立つ彼だからこそ書きえたものであり¹⁵⁾、医療人類学の古典の一つとなっている。この本の目的は、「医学と精神医学と文化の関係を研究するための理論的枠組を提供する」(PH, ix) ことにある。そこにはクラインマンの経歴に根ざした二重の視点が含まれている。一つは臨床医療の本質的諸要素に対する比較文化論的・人類学的な視点、もう一つは医学と精神医学の人類学的研究に対する臨床的な視点である。そうして彼は、臨床医学と精神医学における社会科学(とくに人類学と比較文化研究)の批判的役割を示し、反対に人類学者や比較文化研究に携わる学者が臨床的問題を研究するように促すのである(cf. PH, ix)。このような医療と文化の相互関係の理論的考察、その比較文化的研究は、一見したところ、医療人類学のなかではそれほど独特なものとは思われないかもしれない¹⁶⁾。しかしあたり次の3つの点は、クラインマンの研究スタイルの大きな特徴と言えるだろう。

まず1つ目は、近代化された社会の平凡な領域、その意味でまさに日常的な領域を問題にしているという点である。このことは、医療人類学においてもけっして当たり前のことではなく、むしろ珍しい。もともと医療人類学は、その名称どおり人類学をルーツの一つにもっているため、未開社会や前近代社会(伝統社会)の民俗医療を対象とすることが多く、近代的思考法にとって異質なものを解説したいというエキゾチズムに動機づけられている面が強い¹⁷⁾。他方クラインマンは、たしかに中国(台湾)という異文化を大きく扱ってはいるが、彼の主たる関心は、近代化された社会、近代医学が制度的に確立している社会における医療のあり方である¹⁸⁾。し

かもそこで彼が考察の中心に置くのは、例えば、最先端の医療や医療過誤、突発する伝染病のような特異なケースではなく、環境問題や福祉政策や経済構造と関連するような大局的なレベルの問題でもない。彼にとって重要なのはむしろ、ごく普通の人々の比較的ありふれたエピソードである。それは通常、重大な社会問題として注目されはしないだろうが、身近であるがゆえに人々にとって日常的な関心事であったり、より切実で問題であったりするのである。

第2点は、そうした近代的な社会における医療の多元的・多層的構造、およびそこに含まれる諸契機の相互作用を明らかにしようとする姿勢である。医療の多元性とは、ある社会のなかに近代医学の他、伝統医療や民間医療、代替医療など異なる複数の医療システムが並存し、しばしば影響を及ぼしあったり混合したりして、言わばシンクレティズムの状態にあることを指す。クラインマンはこの分野の研究の基礎を築いた一人のようだが¹⁹⁾、本論ではこれと区別して医療の多層性に着目したい。“多層性”という言葉で私が主に考えているのは、病いや健康に関わる時に立場の違いから生じる考え方や振舞い方の差異である。すなわち、理論的立場（研究医や公式の医学知識）、実践的立場（臨床医や他の種類の治療者）、患者やその家族（主に一般庶民）では、病気や健康、身体の捉え方が異なり、それに応じて行動様式も変わってくるだろう²⁰⁾。このようなことはどの医療システムの内部にもありうることで、多元性が横軸の多様性だとすれば、多層性は縦軸の多様性と言える。こうした医療の多層的な構造に注目しているのも、クラインマンの特徴である。

このような医療の多元的多層的構造には、種々の医療システムや様々な立場の人の他、病いと健康に関わるありとあらゆる事象——観念、制度、慣習、規範、価値観、意味づけ、治療者や患者のあり方、家族形態、人間関係など——が含まれ、その社会に特有の文化的特徴が刻印されている。そしてこうした医療に関わる諸要素の相互連関を、クラインマンは「ヘルスケア・システム」と呼んでいる（cf. PH, 24）。彼によれば、上に挙げたような様々な要素と医療との関連は従来の研究でも——さしあたりこの本が

出版された1980年以前の話だが——たしかに論じられてきた。しかしここでは個々のテーマが別個に扱われており、その社会のヘルスケア・システムとの関連を考慮してそのなかに位置づけていないため、社会的現実を歪めているという (cf. PH, 27)。それに対して彼が問うのは、このヘルスケア・システムにどのような契機が含まれるかということだけではなく、それらが互いにどのように関連しあっているか、そこにいかなる文化的特徴が見られるか、ということである (cf. PH, 34)。そうして取り出されるヘルスケア・システムは、病気に対して人々がその社会的・文化的状況²¹⁾のなかでどのように対処するか、病気をどのように受け止め、いかなるものと見なし、説明し、扱うかということの結果であると同時に、その条件にもなっている (cf. PH, 26)。

さらにこのヘルスケア・システムには、外的構造と内的構造があるとされる。外的構造には、地理、気候、人口、飢餓、洪水、環境汚染、農業や工業、よくある病気などの環境要因の他、政治的要因、経済的要因、社会構造上の要因、歴史的要因などが含まれる (cf. PH, 45f.)。他方、内的構造とは、次の章で詳述する専門職セクター、民衆セクター、民俗セクターという治療の場となる領域の区分とそれらの間の相互作用を指す。クラインマンは自らの研究をヘルスケア・システムの内的構造の分析に限定しているが (cf. PH, 45)、彼によれば、従来は外的構造に関する研究が多く、それらはヘルスケア・システム全体との関連や、その社会ごとの文化的要因を考慮していないと言われる²²⁾。彼の言う「外的な構造」が本当にどれくらい外的であるかは疑問だが²³⁾、彼の言わんとするところは、病いと健康に関わる物や人、制度や組織、観念や慣習など様々な要因相互の関連を考えてはじめて、ある社会の医療の全体像は捉えられる、ということだろう。

さて、次に挙げるクラインマンの第3の特徴は、彼自身のキャリアに裏づけられた臨床への関心である。これはおそらく彼の際立った独自性であると同時に、彼にとってもっとも重要であり、上に挙げた2つの点を根底から支えている。彼によれば、従来の研究は臨床家の主要な関心から縁遠いかどうでもいいものが多い (cf. PH, xii)。“臨床家の関心”とは、「人

間の体験としての病いという切迫した困難な現実と、臨床的ケアの核となる人間関係と任務」(PH, xii)である。ここには臨床において彼が何を重視しているのか、あるいは、なぜ彼にとって臨床が重要なかが記されており、彼のより根本的な関心が伺える。それは“体験としての病いの現実”である。この意味での病いとは、第一次的にはあくまで患者の体験であり、医学理論によって説明される概念としての病気でもなければ、医者が診断・処置をする対象としての病気でもない。患者にとって病いとは自らの経験そのものであり、病院内での治療対象にとどまらず、程度の差こそあれ、その人の生活全般に浸透している。そしてこのような患者の体験を巡って、病気や治療に関するその人自身の考え方や態度、患者の置かれた境遇(社会的身分、職業、家族構成、生活史など)、患者に対する種々の治療者、その家族や身近な人たちの振舞いが絡みあい、患者の生きる現実が形成される。これがクラインマンの基本概念の一つ、「臨床的現実 (clinical reality)」である²⁴⁾。

臨床的現実については次の章でもさらに論じるが、この現実を生きる患者は大多数が普通の人々、民衆であり、どんな病いであれ、どんな深刻な事態であれ、それは誰もが自分のことや身近な人の問題として引き受けざるをえない平凡なエピソードなのである。クラインマンによれば、この民衆の領域については研究がもっとも遅れており、医療人類学が土着の伝統医療を研究するさいにも考慮に入れられていないことが多い(cf. PH, 51)。このように彼の臨床への関心には、民衆レベルの医療への眼差しが含まれていると言える。また臨床的現実とは、個人的であると同時に、ヘルスケア・システムとの相互作用によって、その社会で一般的な文化的刻印を受ける²⁵⁾。したがってクラインマンが「医療と文化の相互関係」を論じると言う場合、患者が体験する病いを巡る現実に文化的社会的要因がどのように絡んでくるかを問題にしているのである。

またクラインマンは、こうした医療と文化の関連を探求するさいの具体的な論点として、病いの経験 (illness experience)、治療者と患者の間のやりとり (practitioner-patient transaction)、治療のプロセス (healing process)

を挙げている。そしてこれらを異なる文化間で比較し、そこに文化的要因がどのように作用するか、各文化に固有の特徴、汎文化的な共通点は何かを分析しようとするのである (cf. PH, 4)。とはいえ実際には、彼はこれだけではなく、もっと多様な契機とその相互関係を分析し、医療の現実を多角的に捉えようとしている。そこで以下、このような医療の多層的・多層的構造、および臨床的現実の形成についてクラインマンがどのように考えたかを、細かく考察していこう。

第3章 ヘルスケア・システムと臨床的現実

——多元性と多層性の交錯する場

医療の多層的・多層的構造をクラインマンは、「ヘルスケア・システム」と呼ぶ。これは先に述べたように、病いと健康に関わるありとあらゆる事象——観念、制度、慣習、規範、価値観、意味づけ、治療者や患者のあり方、家族形態、人間関係など——の全体的連関である (cf. PH, 24)。その内部構造は治療の場となる領域に従って、「民衆セクター (popular sector)」、「専門職セクター (professional sector)」、「民俗セクター (folk sector)」の3つに分けられる。1つ目の民衆セクターには、民衆自身による治療の領域で、一般の人が自分で行なったり、家族や友人など身近な人たちの間で行なう医療や健康法を指す (cf. PH, 51)。2つ目の専門職セクターとは、病気の治療を専門的職業とする人による治療で、多くの社会では近代の生医学的治療を指す (cf. PH, 53)²⁶⁾。最後の民俗セクターは、主として宗教的医療と民間療法からなる (cf. PH, 59)²⁷⁾。クラインマンは、これら3つのセクターそれぞれの特徴やその間の相互関係を分析している²⁸⁾。そのなかで考察の中心になるのは、この相互関係におけるセクター間の“力学”である。以下ではこれを、臨床の現場で一番問題になる民衆セクターと専門職セクター、患者と治療者の関係に即して見ていこう。

一般的に言って、各セクターは病いについて語るのに、異なった言語・

語彙をもっており (cf. PH, 53)、病気や治療をどのように捉えるか、ある症状が何を意味するのか、どのような治療があり、望ましいと考えるのか、治療の経過や結果をどう捉えるのかなどは、セクターによって様々である。例えば、ある人の身体的不調に関して、専門職セクターでは、生医学なり漢方なりの理論に従って病名や原因を挙げるだろうし、民俗セクターでは、宗教的・道徳的原因を挙げるかもしれない。民衆セクターでは、他のセクターからの影響を反映した説明をすることもあろうが、過去の辛い経験、失業や人間関係のトラブル、家庭内の問題など、実生活上の出来事と結びつけられるかもしれない²⁹⁾。こうした異なる医療体系やセクターの説明は、互いに相容れないことも多い。もちろん病気の捉え方が違えば対処の仕方も変わる。場合によってはその人がそもそも病気かどうかと、治療の結果治ったかどうかという判断すら変わることがある³⁰⁾。

こうした様々な要因や考え方が絡みあい、作用しあってその時々々の臨床的現実が形成される。この現実には、これまでの論述からも明らかのように、実際にはそれ自身が多元的・多層的構造をもっている。ここでは近代医学の理論や思考法といえども、そうした多様な契機の一つにすぎないのである。ところが他方で、そこに関与する人たちが意見、捉え方が競合すれば、いずれの構成する現実が“真の”あるいは“唯一の”臨床的現実かを決定し、自らを正当化しようとする力が働く。その力の度合い、強さは、すべてのセクターに均等に配分されているわけではない。クラインマンによれば、そこでは専門職セクターが卓越した力をもっている。その主たる理由を彼は、専門職セクターが制度化 (institutionalization) の点で他を圧倒していることに見出している (cf. PH, 52, 54, 58)。ここで言う専門職セクターが、主に近代の生医学的医療を指しているとするれば、これは要するに、病気や治療についての現実が何であるかは、強大な社会的権力をもつ近代医学によって決められるという、よくある見解とほぼ同じである。このような見方は、近代医学の側はもちろん、それを批判する側も共有しており、その点で広く受け入れられた根強いものであろう。クラインマンも一方ではこうした認識の上に立っている。

だが他方で彼の視線は、ここでもやはり民衆のレベルへ向けられている。彼によれば、民衆セクターはヘルスケア・システムのもっとも広い部分を占め、病気に対する最初の処置をする場である。それはまた、病気が最初に定義され、それへの対処、多様な治療法の選択や評価、他のセクターへの移行を方向づける基盤でもある (cf. PH, 50f.)。ここでは異なる医療体系——近代医学と漢方や他の代替医療——の間に見られるような対立や隔たりはなく、患者はその間を自由に行き来する (cf. PH, 3)。このように民衆セクターは、個々別々の医療体系の基層として、それらを相互に結合する役割をもつとされる (cf. PH, 51, 60)。すると実際の臨床的現実、主として、この根底にある民衆セクターの力と、他のセクター——主として専門職セクター——の力とのせめぎあいによって生じてくると言っているであろう。その具体的な分析の材料となるのが、治療者と患者がコミュニケーションのさいにそれぞれが使う「説明モデル (explanatory model)」の関係である。

この「説明モデル」もまた、クラインマンの重要な概念で、臨床的プロセスに関与する当事者 (患者、その家族、治療者) が、病気の個別的なケースについてそれぞれの仕方でも説明するさいに使う諸観念を指す (cf. PH, 105)³¹⁾。それは大まかにはセクターごとに異なるが (cf. PH, 105)、実際には個人や地域によっても多かれ少なかれ異なる。例えば治療者であれば、どのような医療システムに属するかにもよるし、患者やその家族であっても、それぞれの育った環境や受けた教育、文化的背景などによって、個々の病気や治療をどのように理解し、説明するかは違ってくる。いま議論を分かりやすくするために、臨床的現実を患者と治療者の関係だけで考えてみよう。その場合それぞれの説明モデルの間関係は、“乖離”と“接近”に大別できる。“乖離”とは、患者が医者 of 言うことを理解していない、誤解している、医者が患者の訴えをきちんと聞かない、そもそも医者が患者にほとんど説明しない、などを指す (cf. PH, 57f.)。他方、“接近”には、患者が医学的な知識や見方を身につけていることで治療者の説明を理解できる場合と (cf. PH, 74)、逆に治療者が臨床の場では患者のほうへ歩み寄っ

て普通の人にも分かるような言葉で説明する場合に分けられる (cf. PH, 98)³²⁾。

上述したような“乖離”は、現代の西洋医学批判の文脈でよく言われることだが、治療者が自らの領域にとどまって自分だけが医療の専門家と考えているかぎり、治療者と患者の関係は知る者－無知の者、言う者－聞く者という非対称なものにならざるをえないし (cf. PH, 57)、同じような問題は伝統医学でも起こりうる³³⁾。それに対してクラインマンのように、ヘルスケア・システムのうちに民衆セクターを設定するということは、患者が経験する病いに固有の意味を認め、患者自身を自らの病いの“専門家”と見なすことでもあろう。したがってもし治療というのを治療者と患者の共同作業と考えるならば、説明モデルは何らかの仕方で接近させなければならない。それは具体的には治療者の側の配慮や患者の啓蒙といった形でなされる。そうやって相手の説明モデルを摂取し、自らを再構成していくことで、両者は近づき、あるいは同じ説明モデルを共有するようになる (cf. PH, 111f.)³⁴⁾。

しかも上述したように、この民衆セクターは、ヘルスケア・システムにおいて、他のセクターを関連づける基層としての役割をもつとされている。それにその社会で共有された病いに関する慣用表現 (illness idiom) は民衆セクターに属しており、患者と治療者が最初に出会ったときお互いを理解しあうための共通の基盤を作る (cf. IN, 5)。だからいかなる医療システムも民衆セクターに多かれ少なかれ適合し、土着化 (indigenization) ないし民衆化 (popularization) していく (cf. PH, 55f.)。したがって近代医療といえども、民衆セクターを一方的に変えるとか支配するといったことはありえず、この専門的医療システムそのものがそれぞれの文化に特有の変容を受ける³⁵⁾。ましてさらに様々な文化的要因が絡んでくる臨床的現実とは、文化や社会によって大きく異なっているだろう。

このように民衆セクターは、ヘルスケア・システムの基層であり、臨床的現実の形成において決定的な役割を果たす。次の章ではこの民衆セクターを導き、方向づける原理について、さらに考察していこう。

第4章 民衆的合理性への問い

上述したように、臨床的現実、各セクターの力の相互作用によって形成されるものと見るができるだろうが、そこでクラインマン自身は、さらに次の2つの問題を論じている。1) 臨床的現実の形成において、どのような力が主要な役割を果たすのか。2) このときの力関係を規定し、相互作用の行方を左右する主要因は何か。

1) の答えとしては、専門職セクターが挙げられ、近代化された社会では、近代の生医学的医療の影響力を指すことが多いとされる。2) の問いに対しては、1) の答えを説明する形で解答がなされている。すなわち、近代医療は制度化の点で他を圧倒しているから影響力が強く、セクターどうしの力関係を制するとされる (cf. PH, 52, 54, 58)。近代医療の“強み”としては、制度以外にその治療効果、診断精度、学問としての客観性、自然科学一般への信頼などを挙げる人もいるだろう。だがいずれにせよ、近代医療がヘルスケア・システム全体のなかでもつ何らかの優位が、臨床的現実の形成に反映されるというのが、クラインマンの考えであろうし、他の研究者も同様の考え方をするにちがいない。この傾向は、社会の医療化 (medicalization) が進んで専門職セクターが拡大すれば、いっそう強まるかもしれないし、おそらく一般にはそう考えられているだろう。

このようにクラインマン自身、近代医療の優位を否定しているわけではない。ただし前章でも指摘したとおり、彼は他方で民衆セクターの力や役割を様々な形で論じ、その重要性を強調している。これは少し矛盾しているように思えるかもしれない。おそらく彼が言いたいのは、近代医療という専門セクターの優位は過大評価されているが、他のセクター、とくに民衆セクターの意義や役割をもっと認めるべきだ、ということだろうし、これは彼が臨床経験で実感したことでもあろう。

しかし以下では、上の2つの問いに関連して問題点を提起し、民衆セクターの性質や役割について、もう少し掘り下げて考えてみたい。まず1)

の問いについてであるが、ここには2つの前提が潜んでいるように思われる。一つ目は、

① 潜在的に対立する見方は、実際に対立・衝突し、最終的にはどちらか一方が優位に立つか、どこかで妥協点を見出すかして決着するはずだという前提

もう一つは、

② ヘルスケア・システムを含め、社会システムの全体的な性格や動向を決めるのに主導的な役割を果たすのは、専門職セクターであるという前提

である。①は相応の論理的一貫性と整合性をもった知識体系どうしであれば、実際によくあることだろう。専門職セクターの異なる医療システムの間で起こる対立や衝突は、その典型的な例であろうし、同様のことは西洋哲学と東洋思想、儒教と道教などについても言える。したがって、前提①は前提②に基づいていることが多いと考えられる。実際、異なる医療システムの対立や衝突を論じるとき、通常問題にされるのは、西洋医学の理論と東洋医学の理論のような、専門職セクターに属する理論の間の違いである。

このように病気や治療の捉え方を巡って対立や衝突が生じるのは、主として体系的理論をもつ専門職セクターにおいてではないかと思われる。他方、民衆セクターの観念や説明モデルは、そうした一貫性、整合性に乏しいという特徴をもっている。クラインマンも述べているように、民衆セクターのレベルでは、近代的なものや伝統的なもの、その他様々な由来をもつ観念、知識が雑多に混合し、境界が曖昧で変わりやすい。そして公的な一般観念からズレていることが多く、個人的な偏差も大きい (cf. PH, 69, 95, 107, 265)。その結果、専門職セクターから民衆セクターが非合理的で当てにならないように見えたりする³⁶⁾。

ところがこの“いいかげんさ”“まとまりのなさ”は、別の面では、民衆的な知は包容力が大きく柔軟だということでもある。それは矛盾に対して寛容で、容易には反証されにくい“しぶとさ”ももっている (cf. PH,

109)³⁷⁾。だから民衆セクターはその内部のみならず、専門職セクターとの間でも、それほど鋭い対立は引き起こさないことが多いのではないだろうか。異なる医療システムの間にも立っても、民衆にとってはそれが深刻な矛盾には感じられないのも、そのせいであろう。逆に民衆セクターとの対比で見ると、専門職セクターの物の見方はあまりにも狭すぎる。専門的な知識体系は、その理論的枠組に合うものだけを妥当なものとして他の部分を排除し、現実を歪曲しがちである。一方、民衆セクターには一貫性や整合性はなく、そこに備わっている物の見方を体系的な形で明らかにすることは難しい。しかしだからといって、それは理解も記述も不可能な混沌としたものであるというわけではなく、それなりの“論理”をもっているにちがいない。この論理をクライマンは「民衆的合理性 (popular rationality)」と呼び、専門的治療者の論理に代表される専門的合理性と区別している³⁸⁾。この民衆的合理性はおそらく、民衆セクターにおける様々な行動や判断を方向づけるだけでなく、専門職セクターや民俗セクターとの関わり、臨床的現実の形成、さらにはヘルスケア・システムの全体的性格にもかなり大きな影響を及ぼしているはずである。ジョルジュ・カンギレムも、専門家の合理性を「〈高位の〉合理性」、民衆の合理性を「〈低位の〉合理性」と呼び、次のように述べている——「知識の保持者とそれを適用する人々における〈高位の〉合理性の権能は、各々の社会のなかで、治療学の新展開に自らの肉体を通して関与している人々の意見のなかにある〈低位の〉合理性に従属している」³⁹⁾。もちろん一概にはそう言えない面もある。一般の民衆は他方で専門家の権威には従順なことも多い。ヴァイツェッカーも指摘しているように、「人々は自分が最初に抱いていた教育のない見解を捨てることによってのみ、より高い真理に近づけると考える」⁴⁰⁾からである。

こうした専門的合理性と民衆的合理性の違いと関係は、おそらく専門家の知と民衆の知のあり方から起因している。医者が個々の病気について知りうるのは、その状態に関する正確なデータと、それに基づく病気の本体（名称、定義、仕組み、性質など）、その原因、効果的な治療法である。それに対して患者は自分の病気に関して、その苦しみ、深刻さ、生活に与

える影響などを知っているか、あるいは知ろうとする⁴¹⁾。医師の知は、一般性と客観性を備えており、問題はそれが目の前の患者の場合に正しく当てはまるかどうかである。他方、患者の知は個人的・主観的なものであり、その人の生の現実そのものに属している。したがって正しいかどうかは問題ではないし、決めることもできない。そして第1章で述べたように、医療がその切実さと存在意義を受け取るのは、その患者の主観性からであるとすれば、専門的合理性は、民衆的合理性に依拠せざるをえないだろう。もちろん医療化の進む今日では、前者が後者に及ぼす力も強い。だから結局この二つは相互作用する関係にあると言える。しかもそこには、様々な文化的・社会的要因がそこに絡んでくるので、もっと両者の影響関係はもっと複雑になるはずである。臨床的現実には、こうした様々な契機を多角的に考察していかなければならない。だが民衆的合理性に関しては、その探求の重要性も必要性もいまだ十分に認知されてはいない。それだけにいっそうこの方面の研究が求められる。

結び ～ 主観的・個別的なものへ向かって

クラインマン本人の言によれば、彼の研究のルーツは、象徴人類学と現象学にある。研究対象は当初、医療システムそのものの概念、その形式的構造や象徴体系などであった。しかしその後、「生きられた苦しみの経験や歴史的に規定された社会的世界内存在の様態」、その主観性、相互主観性へと関心が移るにつれ、現象学的アプローチの比重が高くなっていったという (cf. WM, 6)。この展開の最初の頂点をなすのが、本論で主に扱った『文化のなかの病者と治療者』(1980)である。

ここで言う“現象学的”とは、大まかに言えば、患者自身の経験に定位するということであるが、第1章で論じたように、私たちの経験はそれ自身が意味を帯びているがゆえに、その分析は同時に意味の理解であり、したがってそれは解釈学的アプローチにもなる。クラインマン自身は、それ

を医療人類学の立場から捉えなおし、「異なる文化的諸条件における病気の経験様式の現象学的解明」と「異なっている場合によっては対立する病気の妥当な解釈学的解明」と規定している (cf. PH, 18)。それは具体的には、治療者と患者とその家族の語りといった医療の当事者の語りを分析すること、その社会的・個人的背景を探り、両者を関連づけて理解すること、こうした作業を様々な種類や境遇について考察し、相互に比較すること——したがって、ナラトロジーとエスノグラフィーの方法を援用することで行なわれる。それでもこのころはまだ、文化的体系として捉えた医療を、「社会制度の特定のあり方と人間どうしの相互関係のパターンに根ざした象徴的意味のシステム」と規定しており (cf. PH, 24)、象徴人類学的アプローチも重視している。

後年 (1997) クラインマンは、この時期の方法論はモデル化、図式化に偏重しており、以前からあって距離をとろうとしていた象徴人類学的・構造主義的傾向の残滓であったと反省している (cf. WM, 7)。むしろモデルや図式を提示することじたいには、必ずしも問題があるわけではない。彼自身が述べているように、それは現実を大雑把であれ、新しい視点から分かりやすい仕方で捉えるのに有効であるし、個人と社会、個別と一般の事例を橋渡ししてくれる。しかしそこには、物事をあまりにも整然と決定論的に捉えてしまう危険が潜んでいる。他方、生きられる現実、社会的世界内存在は、そのようなものではない。だからクラインマンは差異、不在、裂け目、矛盾、不確かさを正面から捉えることに重点を移していく (cf. WM, 8f.)。それはつまり、医療や病気の客観的・一般的側面よりも、病いや苦しみの主観性、個別性をクローズアップすることである。『文化のなかの病者と治療者』以降、彼がナラトロジーやエスノグラフィーの方法論を中心に据えるようになっていくのも、こうした彼の問題意識の変化に呼応していると考えられる。その実り豊かな成果が『病いの語り』(1988)であろう。

こうしたクラインマンの方法論のさらなる展開については、また稿を改めて論じなければならないが、本稿でも考察してきたように、そこには

たんに方法論上の示唆だけではなく、そもそも私たちの生きる現実をどのように捉えるべきか、というより根本的な問題が潜んでいる。それは言うまでもなく、医療や人類学にとどまらない、きわめて哲学的な問いでもあるのだ。

文献表

クラインマンからの引用・参照は以下の記号によって略記する。

Arthur Kleinman

PH : *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkley / Los Angeles / London: University of California Press 1980.

* 邦訳は『臨床人類学——文化のなかの病者と治療者』（大橋英寿・作道信介・遠山宜哉・川村邦光訳 弘文堂、1992年）があるが、実見していない。本文中の引用・参照箇所は原書の頁数である。

IN : 『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、2004（第1刷1996）；*The Illness Narratives. Suffering, Medicine, and Psychiatry*, Berkley / Los Angeles / London: University of California Press, 1988.

* 本文中の引用・参照は邦訳からしてある。

WM : *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkley / Los Angeles / London: University of California Press, 1997 (1st edition 1995).

その他の文献

池田光穂

『医療と神々 医療人類学のすすめ』（宗田一監修）平凡社、1989年。

ヴァイツゼッカー、ヴィクトーア・フォン（Weizsäcker, Viktor von）

『病いと人 医学的人間学入門』（木村敏訳）新曜社、2000年。

大貫恵美子

『日本人の病気観 象徴人類学的考察』岩波書店、2000年（初版1985年）。

梶谷真司

『シュミッツ現象学の根本問題 身体と感情からの思索』京都大学学術出版会、2002年。

カンギレム、ジョルジュ (Canguilhem, George)

『正常と病理』（滝沢武久訳）法政大学出版局、1987年。

『科学史・科学哲学研究』（金森修監訳）法政大学出版局、1991年。

佐藤純一

「『治る』と『効く』を語ること」、『文化現象としての癒し』（佐藤純一編）メディカ出版、2000年。

野村一夫

「メディア仕掛けの民間医療」、同上に所収。

ペイヤー、リン (Payer, Lynn)

『医療と文化』（円山誓信・張知夫訳）世界思想社、1999；*Medicine and Culture*, New York: Henry Holt and Company, 1996 (1st edition 1988)。

村岡潔

「民間医療のアナトミー」、『文化現象としての癒し』（佐藤純一編）メディカ出版、2000年。

D'Andrade, Roy G.

A Propositional Analysis of U.S. American Beliefs about Illness, in: *Meaning in Anthropology*, ed. by Keith H. Basso and Henry A. Selby, Albuquerque: University of New Mexico Press 1976.

Good, Byron J.

Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective, Cambridge: Cambridge University Press 1994.

* 邦訳は『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・五木田紳・下地明友・大月康義・三脇康生訳 誠信書房、2001年）があるが、実見していない。本文中の引用・参照箇所は原書の頁数である。

Heidegger, Martin

Sein und Zeit, Tübingen 1986.

Husserl, Edmund

Husserliana III/1, Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: *Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*, 1. Halbband, Text der 1. - 3. Auflage, hrg. v. K. Schumann, Den Haag 1976.

Lock, Margaret

Protests of a Good Wife and Wise Mother: The Medicalization of Distress in Japan, in: *Health, Illness, and Medical Care in Japan. Cultural and Social Dimensions*, ed. by Edward Norbeck and Margaret Lock, Honolulu: University of Hawaii Press 1987.

Schutz, Alfred

On Multiple Realities, in: *Collected Papers I, The Problem of Social Reality*, ed. by Maurice Natanson, The Haag: Martinus Nijhoff 1973.

Kleinman, Arthur / Kunstadter, Peter / Alexander, E. Russell / Gate, James L.

Culture and Healing in Asian Societies. Anthropological, Psychiatric and Public Health Studies, Cambridge: Schenkman Publishing Company 1978.

注

- 1) Margaret Lock, Protests of a Good Wife and Wise Mother: The Medicalization of Distress in Japan, in: *Health, Illness, and Medical Care in Japan. Cultural and Social Dimensions*, 132.
- 2) 池田光穂『医療と神々』、160 - 222頁、とくに186 - 200頁も参照。
- 3) Byron J. Good, *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, 3, 8, 38.
- 4) B. J. Good, *ibid.*, 17f. とくに初期の医療人類学、リヴァース、テイラー、フレイザーらに顕著であるが、グッドは、エヴァンス＝プリチャードもこの枠組みから脱していないとする (*ibid.*, 18f.)。またグッドは、宗教史家の Wilfred Cantwell Smith の説に依拠して、believe の意味が過去 300 年の間に激変した経緯を説明している。それによれば、もともと believe は“愛しむ”、“大切にする”、

中世では“恭順に従う”であり、believe in Godも“神に忠誠を誓う”という程度の意味であった。17世紀になると、“ある言明を真だと見なす”ことを指すようになったが、それでもフランシス・ベーコンはbelief of truthを“真理の享受”の意味で使っていた。しかし19世紀ごろまでには、beliefが疑いのニュアンスを含み、誤りや間違いと結びつけられるようになった (Good, *ibid.*, p. 15 - 17)。

- 5) B. J. Good, *ibid.*, 40.
- 6) 拙論「医学的治療と宗教的癒しの多面性と民衆の病気観」、『帝京国際文化』第18号、67-88頁、とくに67-73頁を参照。
- 7) これは事実や事態の主観性・客観性と言われるものである。拙著『シュミッツ現象学の根本問題』、第2章を参照。
- 8) ジョルジュ・カンギレム『正常と病理』、72、211頁参照。
- 9) Cf. Edmund Husserl, *Husserliana III/1, Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*, 1. Halbband, 120f.; Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, 87f.; 拙著『シュミッツ現象学の根本問題』の第6章を参照。
- 10) 構造主義的発想や、フーコーの権力理論のようなものにも同様の批判が当てはまる。これは実在論ではないが、何か固定した中立的客観的な真理があるとし、現実の多層性、多面性を考慮せず、それを一元的な図式のなかに還元してしまう。
- 11) Cf. Alfred Schutz, On Multiple Realities, in: *Collected Papers I, The Problem of Social Reality*, 208.
- 12) Cf. Alfred Schutz, *Ibid.*, 231, 233f.
- 13) 邦訳は『臨床人類学——文化のなかの病者と治療者』（大橋英寿・作道信介・遠山宣哉・川村邦光訳）弘文堂、1992年。
- 14) クラインマンの台湾滞在は1969から1970年と1975年である。
- 15) *Writing at the Margin*という最近の著作のタイトルに表されているように、クラインマンはたんに文化人類学と精神医学の境界に立つだけではなく、彼自身が何重もの意味で境界的・周縁的 (marginal) な存在である。そもそも彼の専

門分野の1つである精神医学がすでに生医学の周縁に位置し、さらに精神医学のなかでも比較文化的アプローチは周縁的であり、また文化人類学は人文学と社会科学の境界分野である。そしてユダヤ人であることも、彼が自分を周縁的だと感じる一因かもしれない、と述べている (cf. RM, 2)。

- 16) 医療人類学にどのような分野があるのかは、池田光穂が『医療と神々 医療人類学のすすめ』の第2部「医療人類学入門」で詳しく述べている。
- 17) 池田光穂、前掲書、187頁を参照。
- 18) 実際に彼は、台湾と同様のフィールドワークをアメリカでも行なっているし、アメリカにおける慢性病患者の生活史を論じた *Illness Narratives* (1988; 邦訳『病いの語り』1996) もその延長線上にあると言える。
- 19) 第2章で取り上げる専門職セクター、民衆セクター、民俗セクターというクラインマンの区分は、医療の多元性を論じるさいによく使われる。Cf. 池田光穂、前掲書、198頁以下; 村岡潔「民間医療のアナトミー」、『文化現象としての癒し』、44頁。
- 20) こうした多層性は、医療に特有のことではなく、知識や行動のあり方一般に関わることだろう。古代ギリシア哲学でも、エピステーメ (理論知)、テクネー (技術知)、フロネーシス (知恵)、およびドクサ (思いこみ) が区別されていたが、これに近いと言っていい。本論で着目する民衆的な知は、この分類で言えば、ドクサに当たるだろう。これはもともと通常訂正・反省されるべき知としてネガティブな意味合いを持たされてきたが、現代哲学のなかでは積極的に捉えなおそうとする動きもある。フッサールの現象学における「根源的な信 (Urdoxa)」や、として見直されているガダマーの解釈学の「先入見 (Vorurteil)」はそのような試みであろう。ここでは否定的な意味でも肯定的な意味でもなく、後に出てくる民衆の合理性、すなわち、一般の人が広く共有し、その文化や社会の深層をなし、様々な判断や行動を方向づける観念や思考法、といった程度の意味合いである。
- 21) こうした病気や治療を巡る人々の考え方や振舞い方に影響を与える契機としては、社会制度 (病院などの医療施設、職業的なグループ、行政)、社会的役割 (病人の役割、治療者の役割)、人間関係 (医者と患者、患者と家族、社会的ネッ

トワーク)、相互作用の起こる場(家庭、診察室)、経済的・政治的条件、享受可能な治療、健康問題の種類など様々なものがある(cf. PH, 26)。

- 22) 生物学的な還元主義と科学技術による解決に合うものだけを重視する研究や、近代医学による専門的な医療システムとの関連だけを考察し、民間医療や伝統医学の役割を無視している研究や、治療のプロセスはどこでも同じで文化的社会的条件には左右されないという前提で進められる研究などを指す(cf. PH, 32f.)。またイヴァン・イリッチのような研究も、ヘルスケア・システムの欠点を医療専門家たちの策略としか見ておらず、まるで医療が社会的、政治的、文化的コンテクストから独立しているかのように考えている点で間違っているとす(cf. PH, 49)。
- 23) 彼自身、分析のなかでは政治的、経済的要因や歴史的要因を考慮しており、外的構造と内的構造の境界は明確ではなく、相互に浸透しあっていると考えるべきであろう。
- 24) 「臨床的現実」はクラインマンの術語であるが、A. シュッツ、P. バーガー、Th. ルックマンらの「社会的現実」の一種として位置づけられる。社会的現実とは、大まかに言えば、社会的・文化的な意味や役割、制度、人間どうしの相互作用から構成される一方で、これらを構成する現実を指す。個々人はこれを、象徴的意味や自分の行動を規制する規範、知覚する世界のあり方、他者とのコミュニケーション、外的環境や人間関係の理解のシステムとして内面化するとされる(cf. PH, 35f.)。これは国や地域、社会集団、職業、家族、教育、社会的身分、階層などによって異なるし、個人によっても異なり、とくに先進国ではその傾向が強い(cf. PH, 36f., 39)。このような社会的現実のうち、健康や病気に関わる側面、病気や健康についての考え方、病者の行動、治療に対する期待、病者に対する家族や治療者の態度など——とくに病気や臨床的な関係、治療活動に関わる態度や規範——が臨床的現実と呼ばれる(cf. PH, 38)。その他クラインマンは、社会的現実とは別の位相として、①心理学的現実(個人の精神状態)、②生物学的現実(個人の体の状態)、③物理学的現実(周囲の環境)を区別し、この3つと社会的現実の橋渡しをするものを象徴的現実と呼んでいる(cf. PH, 41)。個人は象徴的現実を内面化することで、社会と調和したアイ

デンティティを形成していく (cf. PH, 41f.)。臨床的現実も象徴的現実によって媒介されている (cf. PH, 43; 42頁の図2を参照)。実際にクラインマンが「臨床的現実」を考えるに当たって、本論で説明しているように「患者の体験としての病い」をつねに中心に据えているかどうかは定かではなく、そうでないような仕方でも議論しているところもある。しかし42頁の図2を見るかぎり、基本的には病いの体験を軸にしていると考えられる。

- 25) 『病いの語り』ではこの点がさらに明瞭に述べられている。すなわち個人的経験 (individual experience) はまったく個人的で独自なわけではなく、文化的表象 (cultural representations: その社会において広まっている身体や病気のイメージや意味、苦悩の慣用表現など) と集合的経験 (collective experiences: 苦難を耐えていく共有された行動様式) との相互作用によって形作られ、それらを反映する (cf. IN邦訳, ivf.)。
- 26) いわゆる伝統医療 (中国医学や日本の漢方、アーユルヴェーダなど) も、一部は専門職セクターの一種であり、その他様々な代替医療も、公的に認可されているものはこれに含まれる。
- 27) 民俗セクターの一部は専門職セクターに関わるが、大部分は民衆セクターに関わる (cf. PH, 59)。
- 28) 実際『文化のなかの病者と治療者』では、西洋医学の医者、中国医学の医者、接骨師、民間の眼科医 (中医でも西医でもない)、歯科医、薬屋 (西医薬、中医薬、民間薬)、健康食品を売る人、易者・風水師、護符やお守りを売る人、童乩 (タンキー)、さらには治療法や健康法の助言をする家族や友人 (とくに老人や中年女性) など、多種多様な立場の人を“治療者”として分析対象にしている。
- 29) ヴァイツゼッカーは、医師としての立場から病気の原因の多義性、決定不可能性について詳細に論じている。『病いと人 医学的人間学入門』、222 - 242 頁。
- 30) 同じ生医学のなかですら、専門分野、病気の種類、治療手段などによって異なる病気や治癒の判断基準は違う。例えば、同じ疾病でも治療方法が異なれば、治癒の状態も異なる。例えば胆石症を外科的に治療すれば、胆嚢切除をもって治癒とし、内科的に胆石溶解剤で治療すればエコー・CT検査で胆石像の消

失が確認されれば治癒となる。Cf. 佐藤純一「「治る」と「効く」を語ること」、『文化現象としての癒し』、252頁以下。

- 31) 説明モデルは、病気や治療に関する一般的な観念とは区別される。一般的な観念は、個別の事例に先行して独立に存在し、そのセクター特有のイデオロギーをもつものに対し、説明モデルは特定の病気に関わるものとされる (cf. PH, 106)。
- 32) クラインマンによれば、専門家セクターの説明モデルが臨床上では民衆セクターに接近する傾向があるということは、伝統医療にも民俗医療にも近代医療にも、原則的には同じように当てはまる (cf. PH, 259, 264, 284)。したがって治療者の説明モデルについては、学問的・理論的なものと、臨床的・実践的なものを区別して考えるべきだと言う (cf. PH, 109f.)。伝統医療や民俗医療の場合は、治療者と患者の説明モデルや理解の基盤が同じ、ないし近くて、近代医療では両者が乖離しているとか相容れないといったことが言われるが (cf. 大貫『日本人の病気観』、154頁；村岡「民間医療のアナトミー」『文化現象としての癒し』、49頁)、それは医療システムそのものの特性ではないはずである。説明モデルの間の隔たりは、どのセクターにおいても結局、治療者と患者がどの程度文化的・社会的基盤を共有しているかによるのであって、これはその社会の医療体制、知識の普及度などによって大きく変わるだろう。現代の先進国であれば、伝統医療や民俗医療よりも近代医療のほうに馴染みがある人も多いと考えられる (cf. PH, 74)。むしろそのことは、コミュニケーションの可能性がより高い、より容易だということであって、医師と患者が実際にきちんと理解しあっているかどうかはまた別の問題である。
- 33) 例えば台湾では、中国医学の医者も患者は医学のことをほとんど分かっていないと考えたり、自分の脈診だけで原因も判断できるから、何か聞かれないかぎり病気については患者に説明せず、処方しか言わないことが多いという (cf. PH, 90, 261)。また病気や治療に関する説明が十分になされるかどうかは、治療者がどれだけの患者を見ているかにもよるし、個人の診療所か大病院かによっても違ってくるだろう (患者と治療者の親密度、治療者一人当たりの患者の数などによる)。近代西洋医学の医者が説明不足だというイメージが強い

とすれば、それはおそらく、西洋医学のほうが伝統医学よりも圧倒的に多数の患者をかかえ、一人当たりにつけられる時間が少ないことが主な要因だと思われる (cf. PH, 289)。そもそも患者にどの程度説明するかは、医療の理論的性格そのものとは関係がないはずで、西洋医で患者の話をじっくり聞いて説明も十分する人がいても、その人が医者として理論的・実践的に自己矛盾しているわけではない。

- 34) ただし、医者と患者が理解を共有することが、臨床上どのような意味で重要なのかは、一概に言えない。診断が受け入れられ、治療がうまくいくためには共通の理解と、認知上の一貫性が不可欠であるという考え方もあれば、現代のように多元化と専門化が進み、知が細分化された社会においては、そもそも理解の共有は難しいとも言える。ただしそれでも、インフォームド・コンセントが重視され、患者の権利、自己決定、自己責任が問われる時代においては、可能な限り理解や知識を共有することが求められるのは当然であろう。 Cf. A. Kleinman and P. Kunstadter, *Culture and Healing in Asian Societies*, Introduction, 9f.
- 35) クラインマンが土着化と民衆化をどのように捉えているかは分からないが、土着化とはある医療システムがヘルスケア・システム全体によってその社会に特有の文化的規定を帯びること、民衆化とはそれが民衆セクターへ接近することを指すと考えられるだろう。ペイヤーは『医療と文化』のなかで、近代医療が欧米諸国(イギリス、フランス、ドイツ、アメリカ)で、どのように土着化し、各国ごとの文化的特徴をもっているかを論じている。近代医療の民衆化の例としては、現代の民間療法が挙げられるだろう。
- 36) カンスタッターはすでに1978年に、次のような重要な問題を提起している。「宇宙観と身体や癒しについての考えとの間に平行関係がある場合と、それらがずれている場合とでは、どのような違いが出てくるのか。人々は本当に、自分の思考と態度を一貫したものとして形成しようとしているのか。そうする場合と、そうできない場合とでは、どのような違いが生じるのか。そうした形成を行なうのは、知識階級なのか、それとも一般の人たちなのか。」 Cf. Peter Kunstadter, *The Comparative Anthropological Study of Medical Systems in Society*, in: *Culture and Healing in Asian Societies*, 394. 「思うに、説明上の仮説として、

人間は自分の志向や態度のパターンを厳密に調和したものや正統なものにしようとする傾向に依拠するのは、間違いであろう。たしかに一部の人はそうしようとするが（社会の知識人層が多い）、明らかにすべての人がそうするわけではない。[・・・] 考えが異なっていることが普通であり、考えが正統だとか均質なものは例外で異常だというふうに、そろそろ考えてもいいのではないか」(ibid., 396)。

- 37) クラインマン自身、次のように言っている。「医療に関する民衆的な知識の“まとまりのない (diffused)”性格は、専門的医療の知識の“系統だった (institutionalized)”性格や、民俗的医療の特殊化された知識と対照的である。そのため民衆的な説明モデルは、めったに経験によって妥当性を否定されない。それはきわめて柔軟なので経験の広い範囲を包括でき、それほど厳密ではないので特定の出来事によっては反駁されない」(PH, 109)。この箇所の前後でクラインマンは、どの説明モデルも暗黙の部分をもっており、必ずしも一貫性がなく、曖昧で場当たりの (ad hoc) などところがあると指摘している。とくに臨床的・実践的な説明モデルは、民衆のそれに似ているという (cf. PH, 109f.)。
- 38) 民衆的合理性と専門的合理性は、とくにクラインマンが術語的に使っているわけではないが、治療者と患者の説明モデルが共有する基盤として、両者のコミュニケーションを円滑にし、治療のプロセスに貢献するとされる (cf. PH, 110)。私としてはこれをより広い意味で理解したい。
- 39) カンギレム『科学史・科学哲学研究』、478頁。ここでカンギレムは、臓器移植が社会によって大きな抵抗なく受け入れられたり、激しく拒絶されたりした事実を挙げ、こうした違いが結局は一般の人たちの「(低位の) 合理性」によって決められるとしている。
- 40) ヴィクトーア・フォン・ヴァイツゼッカー『病いと人 医学的人間学入門』、196頁。
- 41) Cf. Roy G. D'Andrade, A Propositional Analysis of U.S. American Beliefs about Illness, in: *Meaning in Anthropology*, 177f.