

基調講演

クラインマン医療人類学の意義

ー 沖縄シャーマニズム研究をふまえて

大橋英寿

(放送大学教授・副学長：東北大学名誉教授)

クラインマンへの共感

大橋でございます。基調講演の大役にとまどっております。急遽この大役が私に回ってきましたのは、たまたま、われわれがクラインマンの最初の著書『臨床人類学ー文化のなかの病者と治療者ー』¹⁾を翻訳したことにあるかと思えます。私の専門領域は、精神医学でもなく人類学でもなく、社会心理学です。しかし、クラインマンの研究に強烈なインパクトを受け、その視点や方法論に大いに啓発されたのはたしかです。その理由をあらためて振り返ってみますと、3つあるかと思えます。

1つ目は、私の専門領域は社会心理学ですが、そこで主流になってきたのは、実証主義的、実験的、仮説検証的なアプローチです。しかし私は主流から離れており、フィールドワークによる解釈的、仮説生成的なアプローチをとってきました。私の立場を敢えて言いますと、フィールドワーク社会心理学、あるいはエスノグラフィック社会心理学です。このような立場は社会心理学では長い間マイノリティでしたが、この10数年来、フィールドワークや質的心理学がようやく評価されるようになってきました。私は、そういう立場をずっと貫いてきましたので、“フィールドワーク臨床人類学”ともいうべきクラインマンの視点や方法論に同じスタンスを感じとり、共感し、共鳴したのです。

2つ目は、クラインマンが台湾のヘルスケア・システムの中でタンキー

(Tang-ki ; 童乩) と呼ばれるシャーマンの病気治療に注目して、西洋医学や中国医学などと同等に扱い、且つ、正当に扱っていることです。特に、なぜタンキーのような土着の、indigenousな治療者の治療が効果的なのかということ執拗にケース・スタディしています。私は、沖縄のシャーマン、ユタの病気治しにとりつかれて、その実態把握と方法論的な位置づけに悪戦苦闘しておりました。著書との出会いはそういう時期でしたので、クラインマンにはこの上なく貴重なパースペクティブを示唆されると同時に、シャーマニズム研究を継続することに勇気を与えられました。

3つ目は、クラインマンと私は同世代だということです。クラインマンは1941年の生まれで、私は1939年の生まれです。年齢が近いということだけではなく、たまたま同じ時期、1975年から1980年にかけてクラインマンはアメリカから台湾へ本格的な調査に向かっており、私は、同じ1975年に確たる見通しがないまま仙台から沖縄へシャーマニズムの研究に出向きました。同時期に、共に土着の治療者であるシャーマン、すなわちクラインマンは台湾での探究、私は沖縄のユタを追いかけていたということの後日知りました。振り返りますと、1970年代は、医療人類学 (medical anthropology) と呼ばれる新しい学際的な分野がようやく市民権を得つつあった時代ではなかったかと思われます。クラインマンはこのような状況下で、実践と理論の両面で医療人類学を飛躍的に発展させる貢献をしております。私は彼との直接の交流はありませんでしたが、同じ世代としてクラインマンの研究の一端にふれることができたのは幸運でした。

基調講演で私に与えられたテーマは「クラインマン医療人類学の意義」ですが、クラインマンの医療人類学の全体像にふれることはとてもできません。それはこの後のシンポジウムで論じていただきます。ここでお話できるのは、クラインマン医療人類学の一般的な意義ではなく、私にとっての意義であることをお断りしておかなければなりません。資料を作ってまいりましたので、それを参照しながらお話していきたいと思ひます。

著書『臨床人類学』との出会い

クラインマンの最初の著書は1980年にカリフォルニア大学から刊行された『Patients and healers in the context of culture』¹⁾ サブタイトルが“An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry”です。私がこの本に出会ったのは刊行から5年後の1985年だったと思います。当時、私は東北大学文学部の心理学研究室で東北の主に津軽地方と沖縄のシャーマニズム現象について、比較も念頭において、社会心理学の立場から一連のフィールドワークを学生たちと一緒に継続しておりました。その過程でシャーマニズムに埋め込まれている、内在する、信仰治療（faith healing）がクローズアップされてまいりました。関心のポイントは、信仰治療の心理-社会的なメカニズムとともに、こうした土着的な治療法と、現代医療、特に精神科医療との二重構造をめぐって、病者と家族がどのような対処行動をとるのかということでした。対処行動の実態を3段階の広狭深淺の分析レベルで調査をし、作業を一通り終えていました。その後でクラインマンの著書に出会ったのですが、その方法論や構成概念一つ一つにうなずきました。私自身が、こうした課題に近づいていく時のフレームワークとその構成概念に試行錯誤し、たいへん苦勞をしておりましたので、彼の著書にいっそう親近感をおぼえたわけです。まさに目からうろこという感じでした。さらに、もっと一般的に言えば、クラインマンの立場、すなわち個人と社会と文化の視点を有機的に統合させて、当事者間のinteraction（相互作用）、あるいはtransaction（交互作用）をケース研究で迫っていくクラインマンのパラダイムに、私が構想している社会心理学的なアプローチときわめて近いものを感じたわけです。

この本に描かれている台湾の多種多様な治療者と治療法の錯綜した光景がどうしても見たくて私は台湾へ出かけました。ひと月ほど台湾をうろうろして、多様な民間療法の光景にふれ、とくに廟びょうと呼ばれる道教の寺院をいくつも訪れてシャーマン、タンキー（童乩）の活動を目の当たりにしたのでし

た。

原著は大学院の社会心理学演習のテキストとして2年ほどかけて1987年暮れに読み終わりました。たまたま東京でクラインマン先生を招いて、「医療人類学の可能性—21世紀の医療とその展望—」という学際的なシンポジウムが開かれました。その会場でクラインマン先生に会い翻訳の了承を得たのでした。翻訳書が弘文堂から出版されたのは1992年ですから、原著が刊行されてから12年、クラインマンの了承を得てから5年を経っていました。翻訳書は必ず売れるという自信がありましたが、弘文堂の編集長に「専門書は今さばけなくてね」と言われて、結局2000部しか出版できませんでした。たちまち売れて今は絶版です。

当時の院生3人と翻訳したわけですが、われわれは医者でもなく人類学者でもありませんので、特に医学関係の用語の翻訳には苦慮しました。例えば、“patient”という言葉は普通に訳せば「患者」です。ところが、これでは正確な意味をなさないわけです。「患者」と訳すと、すでに病院の顧客というイメージがあるからです。そういうわけで、「病者」というあまり使われない言葉を充てました。同じ人間が、状況次第で、ある時は「具合の悪い家族」であり、ある時は「患者」であり、ある時は「クライアント」です。これらを含めて「病者」と訳したのが翻訳の苦労のひとつでした。それから、原著のタイトルがやたらと長いわけです。直訳すると「文化のコンテキストにおける病者と治療者」、副題が「人類学、医学、精神医学の境界を探る」となります。そこで、敢えて「臨床人類学」というタイトルにしました。その理由は、クラインマンの著書は私が当時抱いていた医療人類学とは少しニュアンスが違ったからです。私の偏見によると、医療人類学というのは人類学者が医学的な知識や素養が十分でないままでやっている感じがどこかにありました。ですから、医療人類学と呼ぶには違和感がありました。そして、この著書の趣旨が、臨床場面の詳細なフィールドワークを通して現代医療に積極的な提言を行なっていること。その視点をクラインマン自身が、最後の章で、

Clinical Anthropology（臨床人類学）と呼んでいることに着目しました。そこで、クライマンに手紙で「医療人類学ではなく臨床人類学というタイトルで翻訳出版したいけれどもよろしいでしょうか」と問い合わせをしたところ、賛同していただきました。その後、江口先生たちが翻訳された『病いの語り』でも副題に「慢性の病いをめぐる臨床人類学」というように「臨床人類学」という言葉を用いていただいていることを知り、間違いではなかったと安心しました。

480ページにのぼるこの翻訳書の内容の詳細をここで紹介するのは不可能です。たまたま2003年に弘文堂から刊行された『精神医学文献事典』²⁾で、本書を1頁で紹介するようにとの依頼を受けました。この文献事典には『臨床人類学』とともに、江口先生たちが翻訳された『病いの語り』³⁾も頁を連ねて紹介されております。

事典では冒頭で『臨床人類学』を次のように位置づけました。「本書は医学と人類学を習得した著者が、西洋医療・中国医療・シャーマニズム・多様な民間療法が併存交錯する台湾をフィールドにして長期間調査した、病者と家族がとる対処行動の追跡事例研究、病者と治療者の相互作用の綿密な観察知見に基づき、アメリカとの比較も視野に入れて、医療・臨床人類学を体系づけたものである」。つづけて主要な視点と概念を5点紹介しました。(1)民間セクター・民俗セクター・専門職セクターで構成される地域の「ヘルスケア・システム」、(2)社会的リアリティのひとつとしての「臨床リアリティ」、(3)「疾病(disease)」と「病い(illness)」の二分法、(4)病気と治療について専門家や素人がいっている「説明モデル」、(5)病者による援助希求行動。これらが本書のキーワードとなっていると思います。そして、「上のような諸概念を創案することによって、ヘルスケア・システムの各セクターで構成されているリアリティの違いが浮き彫りにされると同時に、病者が一連の対処行動を通してどのように臨床リアリティを形成していくのか、その過程を具体的に理解することが可能となる。とりわけ、各セクターでの治療者(家族、シ

ヤーマン、中国医、西洋医など)と病者との相互作用場面が綿密な観察で比較対照されている。こうした視点に立つと、現代医療を含めたどのような治療場面も説明モデルの“取り引き”としてとらえなおされ、現代医学だけが臨床リアリティを一元的に支配していると考える人びとに再考を迫る。あなたの前に座っている患者は、あなたの説明にうなずいてはいるが、まったく違ったりリアリティに生きているのかもしれない」とまとめてみました。

クラインマンを理解する手がかりとして、私個人の関心のもとにごく簡単な年譜を作ってみました(Table 1.)。ここで確認しておきたいのは、クラインマンが、スタンフォード大学医学部を1967年に卒業して医者としてスタートし、その直後に国立保健研究所の特別研究員として初めて台湾へ行き1年2か月ほど滞在。そこでの経験から現代医学が拠って立つ生物医学 (biomedicine) モデルの限界に気づいたことです。そして、その経験をもとに、アメリカへ帰ってハーバード大学の大学院で人類学を学びます。つまり、医学と人類学の両方をマスターしていることです。その実績をもとに、1975年に5年ぶりに台湾へ出向く。台湾でのフィールドワークでは次の5つの課題をテーマにしたと「まえがき」に記しています。(1) 病気エピソード(sickness episode)への対応、あるいは健康希求行動 (health seeking behavior)、(2) 治療者と病者のコミュニケーション。特に様々な治療者の「説明モデル」の比較、(3) 抑うつの文化的パターンの対照比較、(4) 病者の観察と追跡調査、(5) 治療者の臨床場面の観察。クラインマンはこれらのテーマを設定して1975年から台湾で本格的な調査に踏み込むわけです。

私の沖縄シャーマニズム研究

ちょうどそのころに私は沖縄シャーマニズムの研究を始めたのです。スタートは1975年10月から5ヶ月間の琉球大学への内地留学でした。ユタとラポートを形成したり方言を理解するまでの苦労を考えるとフィールドワークの困

難さは容易に予想されましたが、それでも当初の目論みでは集中して3年もやれば終わるだろうと思っていました。ところが実際には、1975年に始めて、終わったのが1994年ですから、丸20年間、沖縄シャーマニズムの世界に巻き込まれていました。22回調査に出向いています。もっとも、最後の4回はブラジルでした。ブラジルには沖縄県からの移民が12万人ほど暮らしています。移民先社会では宗教はどのようになっているのか。ユタを必要としないのか。そのことがずっと気になっていたのです。20年間の22回にわたる調査の時期・主要課題・同行者を一覧表に整理したのが、Table 2「沖縄シャーマニズム研究の現地調査概要」です。20年間の成果は『沖縄シャーマニズムの社会心理学的研究』⁴⁾のタイトルで1998年に著書にしました。心理学では異端の研究ですからさほど話題にされませんでした。精神医学や宗教学、文化人類学の人々が関心をよせてくださって、こうした分野の方々と早くから交流ができました。

クライマンの臨床人類学と関心が重なるところを中心に私の研究をお話しします。当初の数年間にはユタの自宅でユタとクライアントがinteraction（相互作用）する場面、ハンジ（判じ）場面の事例観察をひたすら重ねることから始めました。ハンジ場面の観察と記録を重ねながら、一方で、ユタがユタに成っていくまでの生活史、つまりユタの成巫過程^{せいふ}の聞き取りを深めました。他方で、ユタを訪れるクライアントである地域の主婦たちの生活史とユタ依存の実態を把握するために戸別訪問による面接調査を組織的に行いました。シャーマニズムはクライアントがいてはじめて成り立つ現象だからです。ユタ依存が、主婦の発達課題と分かちがたく結びついている事実が見えてきました。

ハンジ場面の観察と主婦面接から、沖縄シャーマニズムの世界は一種の病氣治療システムを内在させており、地域社会で重要な役割を担っているということに気がつきました。こうしてユタの信仰治療と、現代医療、特に精神科医療とはどのような関係にあるのかということが一大テーマになりました。

そこでまず、沖縄の3つの精神病院で、受診者、つまり病院へやってくる人たちの聞き取り調査を組織的に実施し、次いで一病院で入院患者50人の事例研究を行ない、そこから10人ほどについてインテンシブな事例研究を行いました。他方で、ユタの家に上がりこんでユタとクライアントとのやりとりを見ていると、明らかに精神的な病を抱えて来ているケースに出会うわけです。病者と家族が、病院とユタをどういうふうに使っているのかが私の関心でした。

後に振り返ってみると、課題も方法もクラインマンが台湾でされていたのときほど違ってはいないわけです。ただし当時、クライマンの研究については全く知りませんでしたので、沖縄でのこの課題の設定、アプローチ、概念化は試行錯誤の繰り返しでした。

ヘルスケア・システム

病者の対処行動を理解するフレームとして助かったのはクラインマンのヘルスケア・システムという概念です。特定の地域の社会文化的状況下で人々がどのように心身不調に対処するのか、すなわち病気をどのように認知し、命名し、説明し、処置するのかの総体をヘルスケア・システムと呼び、それは民間セクター・民俗セクター・専門職セクターの3つのケアの場からなり、人はセクター間を行き来しながら対処していくという枠組みはたいへん重要でした。Figure 1は、典型的な地域を想定して、日本のヘルスケア・システムを描いてみるとどうなるかを試作したものです。民間セクターにはセルフケア、日常的な保健行動があり、専門職セクターには西洋医学をはじめ、漢方医などがある。民族セクターとして信仰治療とかシャーマニズム。その重なっているところに薬草、健康器具、健康食品、マッサージ、鍼灸などが位置づけられる。特に慢性病の場合にはこのセクター間を回遊するわけです。そこから人々のいなく「臨床リアリティ」が浮かびあがってくるわけです。

これに関連してクラインマンの指摘で強く印象に残ったことの一つは、民間セクターでの日常的な保健行動、すなわちセルフケアやホームケアが重要な役割をはたしているのにその実態が把握されていない、データがない、と繰り返し強調していることです。病院での調査はあります。待合室で受診者から聞き取ったりする調査です。しかし、心身の具合が悪くなったときに地域の人たちが日常どうしているのか、何のデータもないと言っているわけです。クラインマンは、データはないが台湾でもアメリカでも病気エピソード(sickness episode)にさいして、たぶん7～8割がセルフケアやホームケアで終わっているのではないかと予想していました。私はこの指摘と予想に興味をいだき、日本で実態調査をやってみることにしました。その調査結果の一部の要点がTable 3の「ヘルスケア資源と保健行動の地域間比較—津軽・沖縄・塩釜—」です。

この課題については2つの方法で調査しました。一つは健康日記法(ヘルス・ダイアリー)という方法で、もう一つは戸別訪問して聞き取る通常の方法です。ここでは健康日記法の方法とそこからの知見を紹介します。健康日記法の仕組みは簡単で、家庭の主婦に「家族の健康日記帳」という冊子を手渡して、「今日のあなたの健康状態はどうでしたか? 家族の健康状態はどうでしたか? もし、具合が悪かった時はどうしましたか?」を、2～3週間つづけて毎日記入してもらうのです。調査地域は、津軽・沖縄・塩釜で、事前にそれぞれの地域のヘルスケア資源、すなわち医者は何人いるのか、薬局はどうなっているのか、家庭配置薬(富山の薬)の業者数、按摩さん、鍼灸・針整骨院、それからシャーマン(カミサマ、イタコ、ユタなど)の人数をおさえておきます。1988年から1990年にかけて3地域の100世帯以上の家庭の主婦に記帳を依頼しました。

細かいことはともかくとして、一点だけ注目してほしいのです。それは、心身の具合が悪くなった病気エピソード(sickness episode)にさいして、医療を受診したパーセントです。津軽では17.7%、沖縄では16.9%、塩釜では19%で

した。6割前後はセルフケア、ホームケアで処置しており、2割は何もしないで「放置」しているのです。確認ができたことは、具合が悪くなったからといって病院へ行くのは16%から19%だということです。ただし、受診率は乳幼児と高齢者で高くなり年齢によって違います。全体としてはこういう数字だということです。大半は薬を飲んだり、横になったり、冷やしたり温めたりなどのセルフケア、ホームケアで済ましている実態が確認できたわけです。健康日記法の利点是对処行動の細部をリアルタイムで追えることです。一軒、一軒歩いて主婦に話を聞くという方法は、記憶を呼びもどさせるわけですから大きい病気への対処は分かりますが、日常どうしているのかは記憶から漏れがちです。それが掬えるわけです。

戸別訪問して聞き取った項目の一つで「病気時のシャーマン（カミサマやユタ）への依存体験」を尋ねました。「依存あり」と答えたのは、津軽で19.8%、沖縄で18.0%、塩釜で17.2%で、これも地域間で大差はありませんでした。“医療万能視社会”では正直に答えるのに抵抗が予想されるデリケートな問いであり、よほど工夫しないと正確な実状把握は困難に思われます。

Table 4「両治療システムの対照比較」は、沖縄での知見をもとに、病気治療の諸相について、シャーマニズムと現代精神医療の特質を理念的に比較対照したものです。両者を、<病い(illness)の癒し(healing)>と<疾病(disease)の治療(curing)>と総括できるかもしれません。強調したいのは、文化との関係です。シャーマニズムの病気治し、例えばユタの病気治療ですが、仮にそれがいかに効果があったとしても、それを輸出はできません。その部分だけを沖縄社会から切り離して本土へ持ってくるわけにはいかないわけです。なぜならば、そのバックにある沖縄固有の人間観、他界観、死生観、つまりコスモロジーと分かちがたく結び続いて成り立っている治療法だからです。ですから、**culture-bound**であることは間違いないわけです。ではひるがえって、現代の精神科医療で取り入れられている概念や治療法というものは、タテマエは**culture-free**だとされて、世界のどこへでも輸出できるものとして受け入れ

られていると思いますが、本当にculture-freeなのか。私の長年の疑問です。心理療法の世界を管見すると、多種多様な治療法が次から次と“輸入”されては消えていき、どれも根付かない印象を持ちます。そして思い出したように「森田療法」が話題になります。つまり、自分たちの人間観、世界観というものと切り離して、治療法だけをつまみ食いできるのかというのが、私なりの見方です。

結び

終わりに、「クラインマン医療人類学の特徴」というより、私が啓発された点を3点指摘して結びとさせていただきます。

第1に、ヘルスケア・システムは一つの文化システムとして全体論的に研究されなければならないと強調していることです。宗教や言語などと同じように、医療もまた一つの文化システムに他ならない。すなわち、ヘルスケア・システムは、社会的な諸制度と人びとの相互作用のパターンを特定の方法で秩序づけている象徴的な「意味のシステム」であると言っています。文化現象であるから、エテックとイーミックの両面から、いわば「旅人の眼」と「村人の眼」の両方から、複眼的に見なければならないことを強調し実践しています。

第2に、治療者と病者について、両者の相互作用、交互作用を徹底的に参与観察し分析をこころみていることです。その対象は、中国医と患者、西洋医と患者、シャーマンとクライアント、「籤^{くじ}」の解釈者とクライアント、家族と病者と広範です。そして、これらのそれぞれについて、制度上の位置づけ（セクターとそこでの位置）、相互作用の特徴、コミュニケーションでの「イデオム」（キーワード）、臨床リアリティ（例えば説明が宗教的か世俗的か、疾病(disease)志向か、病い(illness)志向かなど）、さらに治療のメカニズムを追究しています。これ

らの詳細な比較分析から、それぞれのセクターで構成されていく独自の臨床リアリティを浮き彫りにしております。この部分は圧巻です。

第3に、社会的構成主義の先駆者としてのクラインマンです。近年、人間諸科学で社会的構成主義(social constructionism)が声高に主張されていますが、クラインマンは「社会構築主義」などという表現は使ってはいないものの、表現や行間から、クラインマンこそ、説得力をもった実践的な先駆者ではないかと思えます。社会構成主義を私の専門の社会心理学にひきつけてみると、これまで自明だと考えられてきた社会心理学の知識や概念は絶対的なものでも普遍的なものでもないとして、伝統的な実証主義、普遍主義をベースにした社会心理学が批判されています。人びとが現実世界を理解する仕方、すなわち日常用いる概念やカテゴリーは歴史的、文化的、言語的に構築されたもののだとして、それを明らかにすることで個人や集団の行動を理解しようとする立場が「社会的構成主義」かと思えます。今回クラインマンの著書を読み返して、社会的構成主義的視点の必要性、必然性を再確認したのでした。

クラインマンについての、私の個人的な視点からの舌足らずの紹介が、この後のシンポジウムに役立てば幸いです。ありがとうございました。

文献

- 1) Kleinman, A. 1980 *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
(大橋英寿他(訳) 1992 臨床人類学：文化のなかの病者と治療者 弘文堂)
- 2) 松下正明他(編) 2003 精神医学文献事典 弘文堂
- 3) Kleinman, A. 1996 *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books
(江口重幸他(訳) 1996 病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学

誠信書房)

4) 大橋英寿 1998 沖縄シャーマニズムの社会心理学的研究 弘文堂

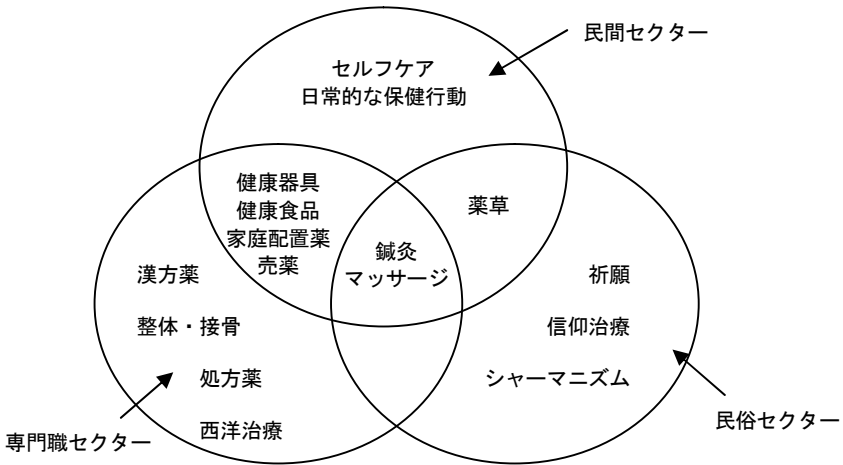


Figure 1. 日本におけるヘルスケア・システムの概念図(大橋・安保・早坂, 1989)

Table 1. Kleinman, A.(1941～)の年譜(大橋の関心にひきよせて)

1967	スタンフォード大学医学部卒業
1969-70	初めて台湾へ。国立保健研究所の特別研究員として。 「調査経験から生物医学biomedicineモデルの限界に気づく」
1973	ボストンの中国人街で患者の調査
1974	ハーバード大学大学院卒業(人類学)
1975-	5年ぶりに台湾へ。 フィールド調査の課題 1)病気エピソードへの対応、健康希求行動: 150家族。質問紙と構造化面接。 2)治療者と患者のコミュニケーション: 対象は、中国医、西洋医学の開業医、公立病院外来病棟の西洋医、シャーマン。 目的は病者と治療者の説明モデルの比較 3)抑うつの文化的パターンの対照比較: 対象は台湾大学精神科の通院患者とボストンの総合病院の非中国人受療者 4)病者の観察と追跡調査: 対象は、民俗治療者(シャーマン)のクライアント、中国医西洋医の患者 5)治療者の臨床現場の観察。生活史や説明モデルの構造化面接: 対象は、西洋医、中国医、シャーマン、各種の民俗的治療者
1980	最初の著書刊行 Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry.
1987	来目。国際シンポジウム「医療人類学の可能性—21世紀の医療とその展望」で基調講演。
1992	著書の邦訳『臨床人類学—文化のなかの病者と治療者—』弘文堂
1996	The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Condition(1988)の邦訳『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房

Table 3. ヘルスケア資源と保健行動の地域間比較－津軽・沖縄・塩釜－(大橋・安保, 1995)

調査地域とヘルスケア資源				
		津軽	沖縄	塩釜
地域の概要	市町村	五所川原市を中心とする津軽地方、計7市町村	名護市を中心とする沖縄本島北部(伊是名村・伊平屋村を含む)、計9市町村	塩釜市・多賀城市
	人口	117,820人	95,421人	118,703人
	人口密度	165.8人/km ²	135.7人/km ²	3,113.1人/km ²
ヘルスケアの資源	医師の人数	212人	78人	80施設
	医師数(対10万人あたり)	179.9人	82.2人	(病院7+医院73)
	薬局・薬店数	77店	150店	56店
	家庭配置薬の営業所数	7店	2店	3店
	按摩師・マッサージ師・鍼灸師・整骨師の総数	88人	13人	54施設
	シャーマンの人数	25人	35~40人	15人
「健康日記帳」調査				
調査期間		1988年11月下旬 ～12月上旬	1988年12月 ～1989年1月	1990年11月中旬 ～11月下旬
対象者数		127世帯、551人	126世帯、558人	164世帯、663人
sicknessエピソードの体験者数(人数、比率)		306人(55.5%)	268人(48.0%)	255人(38.5%)
sicknessエピソード数		464件	382件	375件
主たるsicknessエピソード(上位5位)		1. 風邪 2. 頭痛 3. 四肢痛 4. 消化器の問題 5. 疲労	1. 風邪 2. 四肢痛 3. 頭痛 4. 消化器の問題 5. 疲労	1. 風邪 2. 四肢痛 3. 頭痛 4. 消化器の問題 5. 疲労
対処行動	医療受診	17.7%	16.9%	19.0%
	セルフ・ケアのみ	63.4%	61.0%	60.2%
	放置・観察	18.8%	22.1%	20.8%
セルフ・ケアの内容(上位5位)		1. 服薬 2. 休息・横になる 3. 体温測定 4. 食事に注意 5. 冷やしたり 温めたりした	1. 服薬 2. 休息・横になる 3. 体温測定 4. 食事に注意 5. 冷やしたり 温めたりした	1. 休息・横になる 2. 服薬 3. 体温測定 4. 食事に注意 6. 冷やしたり 温めたりした
薬の入手先	売薬	49.1%	25.9%	28.8%
	病院からの薬	6.3%	22.2%	37.7%
	家庭配置薬	14.0%	9.7%	7.0%
	自家製の薬	1.4%	0.5%	0.9%
不明	29.3%	41.6%	25.6%	

Table 4. 両治療システムの対照比較(大橋, 1998)

	シャーマニズム <illness>	現代精神医学 <disease>
事例性への感度(閾値)	鈍い(高い)	鋭い(低い)
住民の心理的距離	近い	遠い
生活世界との関係	連続性	非連続性
病因の説明・帰属	{ 超自然的 Why 歴史関連の 外在化	{ 自然的 How 機能関連の 内在化
治療の場	{ 地域中心 開放的 親族の関与	{ 施設中心 拘束的 親族からの分離
治療法	{ 心的 意味的 関係の修復	{ 心身的 技術的 疾患の除去
agent間の関係, 役割	{ 非組織的 付随的	{ 組織的 専門的
相手システムへの態度	容認	黙認
文化との関係	culture-bound	culture-free(?)



写真 講演時の様子