

## 医療人類学とヘルスケア思想の変容

Medical anthropology and the transformation of healthcare thought.

江口重幸

(財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院)

### はじめに

私が同僚と 10 数年前にクラインマンの『病いの語り』<sup>1)</sup>を訳した当時の事情からお話したい。そして主要にはクラインマンやグッドの視点を中心に、今日までの医療人類学の流れをたどりたい。その頃私は、都立の総合病院の病床のない神経科に勤務し、午前中は外来、午後は他の身体科から依頼されるリエゾン精神医学に携わっていた。午後の仕事は入院患者の不眠やせん妄、不穏の鎮静の依頼が中心であった。依頼票をもってベッドサイドにおもむくと、処方し「セデーション」することでは片づかない問題をつきつけられることになった。

たとえば白血病の患者に病名が知らされておらず、次第に自分の病気の深刻さと病名に気づいて夜間不安になり、それによってひき起こされる不穏・行動化を怖れたスタッフが不眠の改善と夜間の鎮静化を依頼してくる...、という構図である。そして訪室して話を聴くと、患者は自分の病いを含めた長いストーリーを語るのだった。それは病気の訴えばかりでなく、希望や絶望、将来への夢、医療への不満などが含まれたライフストーリーであった。1990 年はまだ 15 年位前のことであるが、医療シーンはそうしたものであった。

### なぜ『病いの語り』だったのか？

私が当惑したのは、相談を受ける患者の検査データは丹念に追跡され「治

療」されてはいるものの、彼らがどういう人物で、何を考え、長期の治癒することのない疾患を抱えて生活することをどうとらえているかについて耳を傾けられることが一切ないことだった。患者は不安を表現できず、一方医療者はそれを尋ねることを回避するようにふるまってしまう。そうした臨床的出会いを次々経験するにつけ、私の困惑も昂じた。病いが治癒せずに慢性化する際のケアについて医学教育や臨床現場で何かを教えられた記憶はなく、それは今日の病院・病棟の機能分化による入院期間の制限と転院というシステム下ではさらに加速しているが、一人の患者の生活史やライフヒストリーをまったく欠いた医療につながっている。

当時いろいろな関連書に当たったが、抽象的な医の倫理を説くものはあっても、何ら具体的な解決にはたどり着かなかった。私たちが『病いの語り』に行き当たり、クラインマンに「再会」したのはこうした文脈においてである。慢性的な病いへのアプローチを方法的に論じたものでこれ以上のものはなかった。もちろん私はそれ以前からクラインマン教授の仕事や医療人類学について知っていた。その前におこなった憑依事例の研究では『臨床人類学』<sup>2)</sup>が唯一の案内書であったし、クラインマンが創刊した『Culture, Medicine, and Psychiatry』は1977年の創刊号からの愛読雑誌だった。しかし、そうした医療人類学の視点を今日の医療現場に持ち込んだ時にもたらされる方法的な視点の転換について、その時はじめて腑に落ちるように納得できたのであった。さらにこの時期、1987年と91年のクラインマン教授の来日時、講演会の聴衆だった私は、その考えや方法論に、臨床医や精神科関連の医療者に向けられたメッセージが含まれていることを強烈に感じた。私が職場の同僚と『病いの語り』を読み、それを翻訳するまでに至ったのはこうした背景がある。

## 医療人類学の初期の定式化

初期のクラインマンの仕事は、当時のハーバード医科大学における臨床教育の変革に密接に連携したものだ。それはシンプルな定式化で、従来の

疾病観や臨床的視点に大きな変更をもたらすものである。以下の3つにまとめられると思う。

まず第1は、疾患 (disease) と病い (illness) との二分法である。つまり、医学モデルにしたがって、医療専門家が、いわば「外側」から分類しカテゴリー化するものである「疾患」と、患者やその周囲の者が、いわば「内側」から経験する「病い」とを、分けて考えるということである。後者の「病い」は医学教育において過小評価されがちだがこの強調こそが重要であり、患者や家族の発言を医療に真剣に取り入れるものであった。これはさらに人間科学における「物語的転回」と連動しており、ブルナーの述べる「科学—論理的思考モード」と「物語的思考モード」の二分や、マッティングリーの「診療録をみながらの会話 (chart talk)」と「ストーリーテリング」の二分法につながるものである。

2番目は、患者と治療者とがそれぞれ「説明モデル (explanatory model)」を持っていて、治療過程をその相互交渉として想定することである。一般に治療過程とは、医療者が医学的知を患者にどう噛み砕いて伝えるかという問題とみなされがちだ。しかしそうではなく、医療者側と患者側の、二つの本質的に異なる「説明モデル」が相互交渉の過程でどれだけ接近 (ないし乖離) するかという力動的過程として再定義されることになる。

加えて3番目として、それらが独特な意味を帯びた患者の「病いの経験」の解釈につながることを明らかにした点であろう。それをグッド夫妻は「意味を中心としたアプローチ」として定式化した。医学的な知が最終的にすべてを覆うことを治療のゴールにするのではなく、それにおさまらない多声的で異言語混交なものとして臨床を考えることである。医療におさまらぬ「他者の声」を聞き、その相手の主観的世界に入っていこうとする。この具体的な方法として、語りや民族誌学的スタンスを重要視することになる。

今日北米の医学や看護教育ではこれらが「常識」のごとくに教えられているが、日本で組織だって教えられることはない。しかし実際今日日本の卒後医学教育の際に、これらを提示すると驚くほどしっかりと受容される。臨床の実際の壁に突き当たった医療者や援助職にとって、とくに最初の2つを頭の

片隅に入れておくだけで、医療やケアの質は、格段と“非侵襲的”で“治療的”なものに変貌するはずである。

## 医療人類学をめぐる論争と思考実験

ところでクラインマンらの、臨床に着地しようとする医療人類学は当初から激しい論争に直面さらされていた。私はこれを「3大論争」と名づけているが、いずれも疾病観や医療観や文化の在りかの根幹を問う重大な問題であり、それらを考え抜くことは今日でも十分に意味のあるものだと考える。1977年クラインマンを編集主幹として創刊された『*Culture, Medicine and Psychiatry*』は、おのずとこうした対話的思考実験を読者に課すものとなった。

### ①合理的な人間 (Rational Men) 論争：

Allan Young : When rational men fall sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine, and Psychiatry* Vol.5 (4), 1981 →Young & Kirmayer : “chain complex”

### ②文化結合症候群 (ラター) (Culture-Bound Syndrome ; latah) 論争：

Simons & Hughes eds. : *The Culture-Bound Syndromes*. Reidel, 1985.→*Culture, Medicine, and Psychiatry* Vol.11 (1), 1987 special issue; Culture-Bound Syndromes.

### ③臨床的対批判的医療人類学 (Clinical vs. Critical Medical Anthropology) 論争：

Scheper-Hughes : Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Soc. Sci. Med.* Vol.30.No.2. pp.189-197. 1990. ←1986, spring; *The Anthropology of Sickness* (symposium)

これらの論争によって、きわめて重要な視点が濃縮して論じられたことになる。しかし舌鋒鋭い批判にさらされたにもかかわらず、医療者の自己省察

や民族誌的視点を取り入れながら、あくまで臨床に着地しその豊富化にこだわったクラインマンやグッドのスタンスに私は魅入られるようになった。もちろん彼らは、これらをハーバード医科大学の教育改革（1985-86年にはじまった **New Pathway**）の根幹に用いよう腐心したものであるが、それは、社会的・政治的な大枠からの医療批判によってではなく、学生や医療者を内側から発見的に変える方向を選んだように思う。既成の医療批判に流されないうちこうした一連の作業を欠いたなら、1970年代後半から90年代の、変容するヘルスケアをめぐる考え方の大幅な前進は得られなかったのではないかと考えられる。

## 医療人類学がヘルスケアにもたらす視点

医療人類学が提起した先の基本的視点は、今日すでに「古典的」とみなされ、これだけ取出すと当然すぎるとみられるかもしれない。しかし実は、従来の医学教育で教えられる生物医学的な疾病観や治療観を正反対のものに反転させる発想が内蔵されている。英国の医療人類学者リトルウッドは、それを、「疾患カテゴリーから文化的コンテキストへ」という言葉で簡潔にまとめた。

まず第1に、これらは、通常の生物医学的な視点から文化的な事柄を扱う時に決まって持ち出され、それ以前の文化精神医学も前提としていた枠組み、つまり疾病の本質的な（病像成因的な部分の）「形式」に結びついた「典型」と、二次的な（病像形成的な部分である）「内容」に結びついた「亜型」とを分けて考える視点に根本的な疑問を投げかけた点だ。

これは2番目のもの、つまり文化的な夾雑物（＝外皮）を剥ぎとっていったら必然的に疾病の生物学的な実体（entity）にいたるとする上記の典型／亜型問題自体が、じつは欧米の自文化中心的な先入観ではないかという批判につながった点である（リトルウッドはこうした先入見を **Artichoke** 型、あるいは **Russian Doll** 型バイアスと呼んだ）。クラインマンがかつて、旧来の

文化精神医学を批判し、欧米で流通する疾患カテゴリーを、それを欠く地域に持ち込んで共通尺度のごとく具体的事例に押し当て、その疾患の普遍的存在を論じる姿勢を「カテゴリー錯誤」と呼んだのと通底したものである。

そして3番目は、(私の見解だが)、医学モデルが社会性を強調する時に決まって持ち出される、——生物学から社会までをスムーズにつなげる——**Biopsychosocial** モデルへの疑問につながる点だ。ジグソーパズルのように bio- psycho- social-の断片を組み合わせると疾病の全体像が得られるというのではなく、生物、心理、社会、スピリチュアルなどの選択するベクトルによってまったく異なる疾病の相貌が浮上しうるのである。これを病いの異言語混交的性質と呼ぶことができるだろう。

### 『病いの語り』以降の臨床人類学

さて、クラインマンは1990年代中盤以降、先の定式化を基礎に、さらに社会的・政治的文脈を取り入れる枠組みを形成していく。こうした変貌は95年の『**Writing at the Margin**』<sup>3)</sup>に見て取ることができる。96年の『病いの語り』の日本語版序文ではすでに「病いの経験」の三角測定の図式を示し、より広い集会的、文化的なものを視野に入れようとしている。

以降クラインマンは、『**World Mental Health**』(1995)<sup>4)</sup>、『**同 Casebook**』(2002)<sup>5)</sup>とつながる精神保健改革へのグローバルな視点を提示する系譜の仕事と、『**Writing at the Margin**』(1995)を皮切りに、『**Social Suffering**』(1997)<sup>6)</sup>、『**Violence and Subjectivity**』(2000)<sup>7)</sup>、『**Remaking a World**』(2001)<sup>8)</sup>...とつながる、現在文化と人間の苦悩の経験を論じる human suffering 論の系譜を形成するにいたる。後者のひとつの結節点が、1998年にスタンフォード大学で行なわれたタナー講義 (the Tanner Lectures on Human Values) 「**Experience and Its Moral Modes**」<sup>9)</sup>であろう。この講演は、それまでの一連の仕事、つまり医療人類学と文化精神医学と社会医学の視点が、モラルセオリーとどのように結びつくかを論じたものである。主観

性（主体性）と経験をめぐる議論から、今日のメディアをとおした社会的経験の変容や危機、さらには道徳的・政治的・医学的なものをめぐる省察へと発展し、以下の諸点を明らかにしている。

①「臨床的作業は民族誌的語りにもとづいてモデル化できる」。

②病いは物語的構造をもち、心理的理解から社会的・政治的文脈への「厚い記述」が必要である。

③参加者を自己省察的な「ethnographer's sensibility」「moral discourse」へと導く契機として民族誌的アプローチは重要な意味をもつ。

さいごのものは、モラルな領域と政治的な部分と医療とを不可分の一体化したものと考える「ローカル（＝モラル）・バイオロジー」という概念として提示している。

こうした定式化は、今日の日本のヘルスケア思想の変容—その可能性と限界の双方を—を考える際にも数多くのヒントを与えてくれる。それは「ethnographer's sensibility」に結びついた「臨床人類学的なスタンス」をわれわれに考えさせる。臨床人類学的なスタンスとは、今日有用とされる治療手段を使い、一方それ自身のもつ問題点をたえず検討しながら、具体的な対象へとかかわることにつながる。

## うつ病対策を例に

ここで日本の自殺とうつ病対策を例にとろう。2003年から自殺は大幅な増加を見て、国内では年間300万人以上、一日平均100名弱が命を落している。実際、東京で月曜の朝に電車が止まっていたら「また〇〇駅で飛び込みか」という以上の反応を通勤客はしない。厚生労働省は自殺への対策を掲げ、2010年までに自殺者2万2000人以下への減少を目標に掲げ、うつ病対策と結びつけようとしている。一方政府はこの事態を重視して、7月「自殺予防総合対策センター」（仮称）の設置を提案し、従来の「個人への対症療法」的施策ではない社会的自殺予防対策を掲げている。

さてこうしたうつ病対策の重要な面を担う精神医学分野では、今日薬物療法が中心に据えられ、治療アルゴリズムが形成されつつある。つまり、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）と呼ばれる一群の抗うつ薬を中心とする標準化された治療手順の整備である。そしてこうした動きは、巨大製薬会社の市場化と密接に連動している。そしてどうやら抗うつ薬の臨床エビデンスはマーケット化の動きと連動して形成されており、ヒーリーの力説するように、SSRI は薬理的に、かえって自殺者を生み出す傾向に独特な拍車をかける作用を及ぼしているのではないかと指摘されている。

20 世紀末と 21 世紀の精神医学シーンを知りたければ、——あるいはうつ病や抗うつ薬に関心があるなら、あるいは無作為化対照試験（RCT）の歴史やエビデンスに基づく医療（EBM）の問題点を考えたければ——ヒーリーの『抗うつ薬の時代』<sup>10)</sup>と『抗うつ薬の功罪』<sup>11)</sup>という 2 冊の“名著”にあたられることを是非とも薦めたい。うつ病の流行、その症状もそれをめぐる医学的知や情報のあり方も、精神医学自体も今日大きく変容を遂げている。その非常に錯綜し複雑化している精神医学の現状を、『抗うつ薬の功罪』ではまさに参与観察者として歴史的・民族誌的に緻密に描きながら、そこからの脱出口を、ヒーリーは how ではなく why を問う医療に見ようとしている。それは具体的には、個々の患者の語りを医学的な知に取り込み、少なくとも how と同等に why を問う、クラインマンらの医療人類学的方法にみているのである。

## 人間の苦境の語りと why を問う医療

うつ病を例にしたが、それ以外の場面でも、今日のわが国のヘルスケア思想は大きな転換点を迎えている。それは医学・医療の一筋縄では解決しない多様な問題の迷路へとわれわれを導く。その結果もう一度医療とは何かという再定義に直面することになる。生物医学（biomedicine）や EBM のみが席卷する隘路から、社会的・歴史的・政治的なコンテクストへと脱け出すことは、クラインマンらの定式化した民族誌的な方法を Operating System と考

えることで実現可能ではないか。それは医学教育における先の基本的視点から、今日合衆国で注目されている「文化的なものを適切に扱う能力 (cultural competence)」までをカバーし、EBM が覇権を握る時代の NBM (語りに基づく医療) を含む「語り」のもつ意味に再度われわれの目を向けさせてくれる。

最後に、民族誌的な語りに基礎を置くことで、大きく変化する点を列挙して小論を終えることにする。

- ① how ではない why を問う医療に焦点をあてることで、「病いの経験」や「社会的な苦悩」(Kleinman)、あるいは「人間の苦境」(Bruner) という共通の体験へと向かう。
- ② エスノグラフィックな細部は理論枠を通過し、医療や医療者自身の置かれた「ニッチ」を反省的に示す。
- ③ そして、医療者の骨の髄まで染み込んだ医学的知やものやり方以外に、まったく異なる方法で苦悩の領域や、病いの経験や、病む人の存在を想定しうる：異言語混濁性と「moral listening」。
- ④ さまざまな臨床的概念の可能性と同時に限界をみることを教える。
- ⑤ 「患者を中心にする医療」や「語り一聞き取る」ことの基礎を再考する機会を与える。

これらのほとんどは、すでに『病いの語り』の中で萌芽的に展開されたものであるが、ヘルスケアを豊かに変容させる力を与えるものではないか。

## 文献

- 1) Kleinman, A. : *The Illness Narratives: Suffering, healing and the human condition*. Basic Books, 1988. (江口重幸・五木田紳他訳：病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房, 1996)
- 2) Kleinman, A. : *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, 1980. (大橋英寿・遠山宜哉他訳：臨床人類学：文化のなかの病者と治療者. 弘文堂, 1992)

- 3) Kleinman, A. : *Writing at the Margin: Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press, 1996.
- 4) Desjarlais, R., Eisenberg, L. et al. : *World Mental Health: Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Press, 1995.
- 5) Cohen, A., Kleinman, A. et al. : *World Mental Health Casebook: Social and mental health programs in low-income countries*. Plenum Publishing Corporation, 2002.
- 6) Kleinman, A., Das, V. et al. : *Social Suffering*. University of California Press, 1997.
- 7) Das, V., Kleinman, A. et al. : *Violence and Subjectivity*. University of California Press. 2000.
- 8) Das, V., Kleinman, A. et al. : *Remaking a World: Violence, social suffering, and recovery*. University of California Press, 2001.
- 9) Kleinman, A. : Experience and Its Moral Modes: Culture, human conditions, and disorder. In. *The Tanner Lectures on Human Values*. University of Utah Press, pp.355-420, 1998.
- 10) Healy, D. : *The Antidepressant Era*. Harvard University Press, 1997. (田島治・林建郎訳：抗うつ薬の時代：うつ病治療薬の光と影。星和書店，2004)
- 11) Healy, D. : *Let Them Eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York University Press, 2004. (田島治監修・谷垣暁美訳：抗うつ薬の功罪：SSRI 論争と訴訟。みすず書房，2005)