

日本の地域保健における、社会資源としての文化人類学者

星野晋

(山口大学医学部医療環境講座)

山口大学の星野です。このシンポジウムで、司会の松岡先生をのぞくと、生粋の文化人類学の人間は私ひとりです。おそらくここに来ていらっしゃる方々の中には文化人類学の人ほとんどいないのかもしれませんが。その辺が医療人類学の、もしかしたら面白いところかもしれません。最近、文化人類学のほうでも、若い人で医療人類学を学ぶ人も増えてきています。また、このシンポジウムは、サトウ先生のボトムアップ・プロジェクトと私たち、江口先生、松岡先生も関わっております、国立民族学博物館共同研究会「健康・医療・身体・生殖に関する医療人類学の応用的研究」（代表：波平恵美子）と協賛でやっています。そういうことで、文化人類学の方からも医療面、その他の応用というものに関心はかなり高まってきている状況です。

さて今日の話の前にクラインマン先生の思い出についてお話しておきます。一度だけお会いしたことがあります。1987年、国際シンポジウム「医療人類学の可能性」が東京で開かれました。当時、私はまだ大学院生でした。後に健康日本 21 の基本理念を作ることになる長谷川敏彦氏のもとで、シンポジウムの事務局のバイトをして、その後の飲み会でクラインマン先生にお会いすることができました。大学院生のたどたどしい英語に非常に丁寧な答えてくださって、非常にすばらしい人物であるという印象を持っております。その時話題にしたテーマが、当時非常に興味を持っていた“Suffering”というテーマです。クラインマン先生は「私も Suffering に関心があって、ちょうど本を書いたところなんだ」とおっしゃって、それが後に出た『病いの語り』です。もうひとつは、Gregory Bateson のファンであるということで非常に盛り上がりました。

私は、もともとシャーマニズムの研究をやっていました。シャーマンを治

療師と位置づける見方に対して、「シャーマンは治療師ではなく、その行為は医療ではない。シャーマンがやっているのは、Suffering を life の文脈において意味づけること。そして、問題を見出して解決していく。むしろ、病気よりも life を問題にしている」というのが私の立場でした。

その後医療人類学からは遠のいていたのですが、8年前に山口大学の医学部に所属することになって、新たに医療人類学を名乗ることになりました。これも面白い話で、山口大学の医学部では、教養部の解体の時に専門教育としての医学教育と教養教育の間を結ぶ講座、そして、教育プログラムを作ろうということで、生命倫理、健康科学、科学史、医療人類学のスタッフからなる医療環境学講座を作りました。ですから、今起こっている医学教育の改革のはしりみたいな時期で非常にユニークな講座に属することになったのです。そしてそこで、また医療人類学を名乗らなければならなくなったわけです。私は大学のある宇部市に移り住んで、そこで医学部に所属していたこともあり、宇部市の健康づくり計画とか、さまざまな宇部市の事業になぜか関わることになりました。今日は、宇部市でのさまざまな保健医療の活動にどんなふうに関わって、その中で私がどんなかたちで使われているのかという話をしながら、テーマである「他分野連携における医療人類学の可能性」についてのひとつのヒントみたいなものを示すことができればと思います。

宇部市との関わりは、宇部市障害者ケア協議会というものを作るのだけでも、参加しないかというのを整形の教授から誘われたことから始まりました。障害者ケア協議会というのは、宇部市の機関というよりは、行政と民間の中間的ボランティア的なグループで、3 障害（精神、知的、身体）を全て含めて、宇部のまちづくりを見据えながら障害者の問題を検討していく会を作って、実践活動もやっていこうと。地域医療にも関心があるのだったらおいでよということで関わりました。

そこで出会ったのが保健師さんたちです。保健師さんたちとの付き合いの中で宇部市の保健事業とりわけ保健師さんたちの活動評価の手伝いを頼まれました。評価についての色々なディスカッションや試みをやりましたが、その中のひとつとして、私は、活動自体の評価以前に自分たちは何者かという

ことから始めませんかという提案をしました。新人、中堅、ベテランの3グループを構成して、保健師とは何か、保健師の資質とは何か、保健師を表すキーワードとは何かということを語る場を設けました。わりとラフなかたちのグループ・インタビューです。打ち解けていくうちに保健師さんたちがどういう存在かということ把握できるようになりました。

色々な話を聞くうちに、保健師さんたちが初心者の中には自分の専門性が見えないことに悩む姿が見えてきました。それは行政なのか、保健医療の専門職なのかということです。保健医療の専門職といっても、看護のような専門性は期待されないし、医師でもない。求められることは、事務的作業、そして現場では住民の色々な訴えに応えることであり、それらは保健師でないといけない仕事なのかということで悩みます。しかし何でも屋であることが彼女らの独特の専門性につながっていくとも考えられます。ある意味、行政、保健医療、福祉といったさまざまな専門家、加えて民間（現場に入る）との狭間にいる非常にジェネラリスト的な存在だということに保健師の特徴が見いだせるわけです。もう一点は、彼女らがいちばん生きがいを感じているのは、（特にベテランの人）生活の現場に入っていくことです。これは、やはり何でも屋で、人を総合的に捉え、フィールドワーク（生活の現場に入っていく）を基本とする文化人類学の研究スタイルと共通しています。もちろん保健師は行政の立場であり、実践者であるのに対して、文化人類学は探求者であるという違いはありますが、少なくともこの二点に関しては非常に共感を覚え、意気投合する部分がありました。また、保健師はフィールドに出ています。それを言語化、モデル化、議論が苦手であることも併せて見えてきました。

深い付き合いを彼女たちとしているうちに、あるとき「先生、宇部市で健康づくり計画を策定しますが、メンバーに入れたからね」と言われました。「医療の専門職でもないのにどんな肩書きで僕を入れるの？」と言うと、「この保健事業評価会議の代表としました」と言われました。そこで、宇部市健康づくり計画の策定に参加することになります。なぜ保健師さんたちは、私をこの会へ送りこんだのかということですが、信頼関係があったということ

と、全体が見えているというのがキーポイントだったのではないかと思います。

宇部市健康づくり計画の話に入る前に、「健康日本 21」に簡単に触れておきます。その背景となっているのは、当然少子・高齢化の問題です。とりわけ高齢者の医療はあまりお金がかかるわけではありませんが、財源の方が不足してくるわけです。健康づくりだけではなく、福祉の問題、年金の問題などが関わっている中で、政府は小さな政府を目指しているわけです。教育やその他の面でも同じです。例えば、医療であれば入院在日数を減らして外来へ、外来から診療所へ。診療所から在宅へということで、個人を家庭や地域へ帰していくように流れています。介護保険制度もそうです。介護保険対象者が誰かをクリアにする反面、そこからあふれる人を地域へ帰していくわけです。あるいは、最近よく言われている「地域リハビリテーション」という概念も、地域で住民がどうするかということを経験で考えるシステムを考えていく。つまり、行政の手から離れていくという方向にあります。図にすると、要専門治療、要介護・障害者というものを出きる限り減らしていく。そこからあふれた者は地域へ帰していく。逆に、それが要介護や要専門の方へ行かないように住民で何とかしていくのが「健康日本 21」です。それから、厚生労働省が今のところ手をつけずにおいてあるのが「プライマリーケア(かかりつけ医)」です。これもこれから動きが出てくるであろうと思われます。

「健康日本 21」とは、国民の早世を減らし、健康寿命を延ばすことを目指す、国の現在進行中の保健施策です。非常にややこしいのが、これまでの健康づくりが、健康の水準がこういうもので、皆で目指しましょう。そして、健康は増えていくものだ。健康増進をしていきましょうというモデルでしたが、高齢社会の健康観というのは、みんなどこか悪いところを抱えていてだんだん悪くなっていく。最後に死に行き着くわけです。つまり、増えていく健康というモデルを使えないということです。この点については、長谷川敏彦氏とよくディスカッションした覚えがあります。けっきょく国民一人一人が自分にあった健康を実現すべく努力する。さらにはそのような健康づくりを通して QOL を高める。一人では実現できない部分についてはまわりの

人が、場合によっては行政がサポートするという形にシフトしたというところが特徴です。そして、住民主体と地域の独自性、すなわち全国一律これを目指しましょうというのではなく、地域であるいは自分たちで健康課題を立てて、自分でやりなさいとやったわけです。しかしこの政策が中央からおりてきた際に、独自性に慣れていない地方の現場では大きな混乱が起こることになりました。

さて宇部市は、人口 17 万人強で、宇部興産の企業城下町です。宇部という、セメントかと言われるますが、もともとは石炭の町から興ったところです。他に大きな企業としては、協和発酵の拠点です。公害対策では、宇部方式が成功してかつて有名になったと聞いています。近年産業はふるわず商店街はシャッター街となっています。大学が人口に対して多く、市民活動が山口県内では比較的盛んという特徴もあります。現代日本彫刻展という彫刻家の間では有名な野外展覧会が 2 年に一度開催されます。このような町で、「アクティブライフ宇部」という健康づくり計画を作っていくことになり、私はその策定委員として関わることになりました。

最初に直面した課題は、「健康日本 21 の理念」が共有できないことでした。計画策定のメンバーは、医師会のメンバー、栄養士会の会長とか、理事など、それぞれが専門の何かを背負っています。ひとつのテーブルについて考えていく時に、まず「厚生労働省は何を求めているの？」、「よく分からない」という話になる。面白いことに、ただの文化人類学者に過ぎない私が健康日本 21 の背景について解説させられる事態にもなりました。そして、非常に大きかったのが「健康概念の不一致」です。特に、医師会の先生たちは、「基本的に健康というのは個人の問題。個人の問題を自分で管理していき、医療はそれを指導する。それが住民参加型でまちづくりにつながるというのがさっぱり分からない。」と言う。一方では、公衆衛生のヘルスプロモーションの立場に立つ人たちがメンバーにいて、「そうではない。ヘルププロモーションはまちづくりなんだ」という具合に、医師会の方たちと喧々諤々の議論を繰り広げます。それから、計画策定段階での住民参加を考える場合、誰を住民の代表とするかという問題や住民のニーズをどうやって把握するのかという問題

に頭を抱えることになります。また縦割り行政の問題などに直面しました。そのような議論をしている一方で保健師さんたちは、色々な市民のグループ、高齢者のグループ、高校生のグループや市民活動のグループに行って会を設けて、健康やまちづくりについての語り合う場を作りました。

そして、ここに書いてある十の項目に集約して持ってきました。それから、アクティブライフ宇部という計画の理念を作っていくことになります。さらに、その中で四つのグループ、「動く」「食べる」「楽しむ」「守る」という非常に分かりやすい言葉に落とし込んで四つの班を作りました。最後の「守る」のたばこについては違和感がありますが、健康増進法の問題もありましたし、医師会の先生たちで健康は個人の問題だと言っている人たちで、タバコをやめさせると言っている人たちを、グルーピングの時に、保健師さんたちがそちらに固めたというかたちです。ちなみに私は「楽しむ」班（心の生きがいとか社会的なアクティビティの向上をめざす）のワーキングリーダーをつとめることになりました。

それから、公募して、市民や、高校の先生で退職された方とか、子育ての活動をやっているお母さんたちや社会福祉協議会の人たちに加わってもらいチームを作り、心の生きがいとは何だろうか、宇部市でどういうふうな社会資源を使ってそれを実現していったらいいのかと議論します。健康課題と言えば、「自殺を減らしましょう」とか、何とかを減らしましょうなどの目標を立てますが、「居場所を見つけ、役立ち感を楽しもう」というちょっと変わった目標を立てることになりました。

専門的治療対象からはずされコミュニティに帰された、あるいはできるかぎり専門的治療のお世話にならずに自分たちで何とかやっていくことが求められている生活者が支え合うネットワークやシステムを形成することは、まさにまちづくりということにつながってくるわけです。それは保健に限らず、医療、福祉、教育など色々な分野で全く同じことになります。そこで利用する社会資源も専門領域を超えて共通しています。障害者であろうと、一般の人の健康づくりであろうと同じです。例えば、宇部市で彫刻展をやっているのであれば、その彫刻をうまく活用すればいいとか、みんなで支え合うネ

ットワークをどう作っていくか。それは、福祉であろうと、医療であろうと、保健であろうと、教育であろうと一緒にはずです。ところがうまくいかないわけです。行政の中では異なる部署間でネットワークを作ることが難しいし、専門家にしてもそれぞれの専門家がいるわけで、ひとつのテーブルにつかせるというのは難しいということを経験しました。その状況を変えるためには、より上位の総合的な視点のモデルが必要となります。そのモデルにおいておそらくキーワードとなるのは「生活者」であると私は考えます。そういった意味で、人類学は他領域の連携の前提となるようなモデルを提示可能ではないかと感じて、今試行錯誤しています。

ここで、モデルの一部を紹介します。私は現在、「生活者中心のヘルスケア」というモデルを提案しようと考えています。実は今、長谷川氏から、「かかりつけ医、プライマリーケアの再編をこれから考えなければいけないが、プライマリーケアとは何ということについて、医療サイドからの色々な提案も出てきてはいるが、生活者側からの提案がほしい。だから考えてくれ。」という非常に重たい課題を出されています。その答えも「生活者中心のヘルスケア」だと考えます。

ところで私は、医学部に所属してみて、大変なカルチャー・ショックを覚えたわけです。私たち、社会科学系の領域の考え方や行動様式、人間関係の作りかたとは全く違うものが、教育に関して展開しているわけです。もちろん人類学との違いだけではなく、一般の生活者、素人の世界とも違う世界が広がっています。私は台湾でシャーマニズムの調査をしていましたが、そのときに受けたカルチャー・ショックとも勝るとも劣らないものでした。それは、一般の生活者と医療者の文化的なギャップを意味します。そのようなカルチャー・ショックと付き合いながらこれまで医学教育にずっと関わってきて、医療者の視点の中でいくつかの特徴を見いだしました。

ひとつは、よく言われる「身体と精神」を分けて考える思想。キュアとケアの二分法もその延長にあります。それから、もうひとつが「普遍と個別」からなるモデルです。そのことに気がついたのが、解剖実習の前後で学生がどう変わるかという調査をした時です。実習に際して学生たちは標準化され

た教科書と異なる、ひとつひとつ違うご遺体に接して、いろいろ悩みながら知識を身につけていきます。また、ご遺体は最初の患者であり、献体されたものであり、その思いに敬意をはらわなければならないと指導されるわけです。そのような中で、死体を科学的な対象物として見る見方と、人として見るという見方の板ばさみにあって、そのどちらでもない「ご遺体」という表現を彼らは用いるようになってきます。この表現を用いながら、普遍的な科学的な知識と個別性のモードを切り替えて、人（心）と物とを行き来して、ご遺体という同じ言葉によって敬意をはらいます。それは、臨床における患者という概念と非常に似ています。まさに臨床というのは、科学的で「普遍的な知識をもって、人格をもった「個」人に接する場になるわけです。実は、「普遍と個別」の間に位置する「生活者」というのは社会的存在です。医学教育においては、対象を「患者」という概念で捉える見方と知識を身につけていく一方で、「生活者」、或いは、社会的な存在としての「病者」というものの見方が欠落していることに気がつきました。

生活者にとっての病・健康とは何か。それは、まず病気・健康以前に、生活者は **Suffering** を軸に行動する。そして、病いは **Suffering** を軸に **LIFE** (生命、生活、人生、実存) との関連で意味づける。それを「生活の言語」で理解し、人に語り、納得される。仕事を休まなければいけない状態、兄弟を別に寝かせた方がいい状態、遺言状を書いた方がいい状態が、私が今病んでいる状態です。これは医学的な意味での疾患とは異なります。

では、臨床で何が起きているかと言えば、このふたつの文化、生活者の言語で語る世界と医療者の言語で語る世界が出会って、そこで交渉と翻訳が行なわれる。それこそが臨床の現場だといえます。それも医療のあり方によって場面によって違う。つまり、入院してしまうと、最近医療者の間で盛んに言われている「患者中心の医療」で十分ですが、プライマリーケアとか、在宅ケアになると、むしろ生活者の領域に当事者の軸足はあるのです。生活者は自分や身近な病者を患者という言葉で捉えることはありません。患者として行動しない人たちの領域、セルフケアの領域に軸足があるのです。それゆえ私は、プライマリー・ケアを考えていく場合、「患者中心の医療」ではな

く「生活者中心のヘルスケア」というモデルを用いる必要があるだろうと考えるのです。

最後に、他分野連携が求められるミッションにおいて、それぞれが専門家であるがゆえに見えない、全体的、総合的なものが見えるポジションに人類学の人間は立てるということを付け加えておきます。その立ち位置により専門家同士、行政と専門家、そして民間の生活者との溝を埋め、つないでいくことが可能となります。それから、専門家にとってその専門性ゆえに見えにくい社会資源についても、ジェネラリストであり生活の現場に分け入る訓練を受けている人類学者は、見つけ出しやすいと思われます。例えば、彫刻というものが健康づくりに使えるというのは、医療者はなかなか思いつきにくい。地域の伝統的な行事を使えるじゃないか、というふうにはもっていけない。健康資源をどういうふうに関係づけられるかという物語を提供できる。それから調査手法面でも人類学は貢献できると思っています。

ところで私の宇部市でのさまざまな保健事業への参加は、保健師さんたちの采配の結果でした。そこで思うことは、保健師さんたちにとって私もまた地域の「社会資源」の一つであったということです。人類学者は社会資源を見つけていくのは得意という話をしましたが、それだけではなく、人類学者自身が社会資源のひとつになるということに、医療人類学のこれからの面白い方向性があるのではないかと思っています。ご清聴ありがとうございました。