

日本遺伝看護学会誌 10巻第2号 (2012年3月発行) 別刷

【日本遺伝看護学会第10回学術大会 基調講演】

看護人類学から人類学的看護へ

池田 光穂

日本遺伝看護学会第10回学術大会

—基調講演—

看護人類学から人類学的看護へ

Prolegomena to Anthropological Nursing

池田 光穂

大阪大学コミュニケーションデザイン・センター

1. はじめに

私は〈医療を提供する側の文化〉と〈医療を受益する側の文化〉の間の、文化摩擦・文化的衝突として、この状況を見立て、この両者を対話させ〈人々が生きる世界〉と〈看護者が生きる世界〉が出会う場としてのあいまみえる接触領域、すなわちコンタクトゾーンについて考えたいと思う。この文化摩擦を端的に表象する事例をひとつ取り上げてみたい。

前の晩、私は恐れと不安で一睡も出来なかった。その二日前、コロンビア長老教会医療センター乳幼児病院の医師たちのチームが、1年半前に心臓切開手術を受けた息子のマークの定期検診を行ない、稀少な肺病の兆候を見出したのだ。この結果に衝撃を受けた医師たちは、さらに六時間に及ぶ精密検査を行なった末に初めて私たちを呼び、マークが肺高血圧症である、と告げた。「助かる見込みはありません」と彼らは言った。「あとどのくらい生きられますか」と私は訊ねた。「判りません。数ヶ月なのか、それ数年か」。

翌日、医師のチームは、肺生検を受けさせる許可を求めた。これは非常な苦痛を伴う、侵襲的な〔針やカテーテルなどを用い、体を傷つけて行なう〕手技だ。「それをすれば良くなるんですか?」。彼らは答えた、「いや、良くはなりません。ただ、これによって病気がどの程度進

行しているかが判ります」。マークは既に、前日の辛い検査で消耗し切っていた。息子を胸に抱きながら、もしもこれ以上、手術室の中でマスクをした見知らぬ人々が彼に針を突き立てるなら、彼の小さな心臓は悲鳴を上げ、そのまま息絶えてしまうだろう、と私は感じた。私たちは生検を拒否し、マークの毛布と衣類、それにピーター・ラビットを纏めて、彼を家に連れ帰った」(ペイゲルス 2005:10-11)。

このエピソードは、相対的に高度な近代専門医療をおこなう病院で起こる出来事としては、取りたてて珍しいことではないように思える。しかしながら、医療を提供する側と、医療を受益する側の齟齬が「侵襲を伴う検査」をめぐる鋭く対立するものとして、医療(ないしは医療技術)を受益する側からの〈拒絶の理由〉について見事に語られているために、私はこの議論に先立って冒頭に掲げることにした。

10周年を迎えた日本遺伝看護学会・学術大会の今回のテーマは「遺伝看護と文化：人々のもつ多様な文化を尊重した遺伝看護の探求」であった。このテーマを拝見するだけで、たぶん私の専門領域である文化人類学やその下位領域である医療人類学の同胞の研究者たちは、このテーマにまつわる医療人類学的課題について、軽く数時間は議論をすることができることだろう。そのことからまず始めてみよう。メインタイトルの「遺伝看護と文化」では、人間の生物学的遺伝現象にまつわる強度(intensity)と斉一性(uniformity)の見事な対照性がある。ここで言

う強度とは、遺伝子決定論がもつ遺伝子型の選択の余地のない一義的な決定や、選択的中絶のような遺伝学的な出現頻度にも影響を与える社会文化的介入の度合いの強さである。斉一性とは、遺伝子の驚くべき多様性に比べた時に明らかになる、驚くべき文化現象のシンプルさである。例えば人類において言語や民族の種類は数千種以上もあると言われているが、チチ・ハハ・オジ・オバ等で呼ばれる親族の範疇、すなわち親族名称のカテゴリー分類は、(大方の予想を外れて)全世界の民族ではわずか6パターンに還元されてしまうのである。

サブタイトルの「人々のもつ多様な文化を尊重した遺伝看護の探求」についても見てみよう。生物医療 (biomedicine) の治療や看護のこれまでの手続きの上に、遺伝看護学という領域が、個人が属する文化的側面にいたるケアに、今後より一層の関心を持つとすることがわかる。それに対して、私が属する文化人類学界はいったい、どのような貢献をすることができるだろうか。その問いかけに対するひとつの応答が、この講演における私の課題である。

知っていることを腹藏なく話し、(自分の心意に反する)嘘についてはならず、不確実なことは言わないのが、科学者の信条である。しかしながら、社会学者の扱う「社会」、心理学者の扱う「心理」と同様、あるいはそれ以上に、文化人類学者の扱う「文化」は、日々それを飯の種にしているのにも関わらず、知らないことだらけというのが私たちの偽らざるところであろう。そのような自らの無知を自覚しながら、遺伝看護の専門家たちに何が「文化」であるかを、私が科学者のように振る舞って説明することは私にはできない。そのため、私はこの論文において「文化の概念に感受性が豊かになれば看護実践がうまくいく」という不確実な一般化あるいは約束はおこなわないつもりである。むしろ「看護者が考える文化」と「一般の人たちが考える文化」が、どのように違っているのかについて考えてみよう。そして、この分析をおこなう文化人類学者が、どうしてそのような発想に到ったのかについて説明することで、その学問の背景にある思考法を門外漢の人たちに分かりやすく伝えようと思う。

2. 看護にとって理論とは何か?

看護学生なら現在の状況を、そして現場の看護師の方ならかつての学生時代を思い出してほしい。それは理念や一般化ばかりで退屈だった看護理論について考えることである。洋の東西を問わず、そして近代看護学の黎明期から今日にいたるまで、「よい看護とはいったいどのような臨床実践なのか?」ということは重要な課題であり続けている。言い方を変えると、看護の実践者はこのような疑問を常に抱き続け、具体的な看護の現場で働いている。また、このように自問自答しつづけることが看護者の実践の質を維持したり、向上したりすることに貢献しているのだと言えるかもしれない。しかしながら、看護理論の流れを追いかけてみると、どうも「よい看護実践」がめざす目的は、その時代や社会の変化に応じて変化しているようだ。これは、看護が人類にとって普遍的かつ恒久的な価値である／そうでなければならぬと信じたい人たちにとっては、極めて居心地の悪い指摘である。しかし、医療が変化するのに、看護は変化しないというのも変な話である。

近代看護の黎明期には、ナイチンゲールの1860年の著書『看護覚え書 (Notes on Nursing)』にみられるように、さまざまな具体的なケアの技法を実践することの究極の意義は、患者への細心の気遣い、忍耐力を伴った公平無私の実践を通じた専門職性の確立にあった。なぜなら、それ以前にはそのような実践と理念を結びつけることがまったくなかったからである。

第二次世界大戦前後からは、看護職が近代病院制度のなかで効率的かつ組織的に働くことが期待されたために、科学として看護実践を正当化することが重要な課題になった。看護学は科学でなければならないという使命が生まれたのではないかと私は考える。その流れは第二次世界大戦後も続く。たとえば、治療の現場における対人プロセスの記録 (= プロセスレコード) をとることが、看護現場における患者の本復 (= 回復のこと) への穏やかな航海のために必要な海図 (チャート) の役割を果たした。

そして、第二次世界大戦後の行動科学や対人コ

コミュニケーション理論の発達、看護学にも大きな影響を与えるようになる。患者と医療者の人間的成長や発達、あるいは要求（ニーズ）の充足などの重要性が指摘された。その結果、看護実践を人間中心的（＝ヒューマニズム）モデルや心理的モデルのなかで理想の基とするための議論が熱心に交わされるようになった。1970年代以降は、患者の病気からの本復を自律という観点から支援する援助モデルへとその関心はシフトする。このことは、関係者が考える看護実践の焦点が臨床現場でケアすることから、患者の社会生活への復帰について移行した時期であることがよくわかる。つまり、患者が社会生活に復帰することも看護の大きな役割だと認識されはじめたために、社会生活における患者の多様な生活様式についてよく知ることが、看護教育のなかでも強調されるようになったのである。患者の思考や行動にはきわめてダイナミックな多様性がある。患者を理解することは、従来の〈援助を必要とする患者〉という観点からだけでとらえるのではなく、生活者という観点から捉えなおさねばならなくなった。これを前者と対比してダイナミックな〈生活者としての患者〉モデルと呼んでおこう。患者に必要なものは、治療のための自律すなわちセルフケアであり、看護者はそのための伴走者あるいは同僚であるべきだといういわゆる民主主義的な人間観をもつ視点も登場する。

他方で自然科学的分類に基準をおく医療診断学の発達、同時に看護診断分類という技法が開発され、患者の疾患や治療に必要な看護ニーズに応じたものでなければならないとまで言われるようになる。つまり患者の病態というタイプにあわせることがよい看護の基本であり、それゆえに看護者は客観的な観察者でなければならないという主張が登場するのである。医学診断学の発達、看護者もまた科学者でなければならないという自画像をもつべきだという意識の変更をもたらした。そこでの患者像は〈科学の対象としての患者〉モデルほかならない。

先に述べた〈生活者としての患者〉モデルと、ここで言う客観的な医学的・看護学的なまなざしの対象である〈科学の対象としての患者〉モデルに、完

全に分裂していた。このことは言うまでもなく、現場における大きな混乱の反映かもしれない。その反動として、患者像を統一した人間観の基で捉えなおそうという動きが生まれる。これには患者の権利概念の登場が大きな役割を果たすわけだ。

患者の権利やプライバシーの尊重、あるいは個性的人間像への回帰は、患者を健全な生活スタイルに復帰させるということに看護の使命がシフトする機運を生むことになる。先の〈生活者としての患者〉モデルをより拡張して、患者も看護者も人間のみならず物理的環境をも含めたエコロジカルな環境の中で生きているのだという主張が登場する。患者から健全者に復帰することは、人間の環境に対する適応そのものであるという、エコロジー的な観点が生まれた。

エコロジー的な観点で患者を捉えることは重要である。しかし、そのうちに患者や看護者が環境のなかで、あたかもモノのように動くのだという見方が過ぎていてのではないかという批判が登場する。それゆえ経験的な知識や身体的な知識にもとづく看護実践の「技（わざ）」に着目することが求められるようになるのはこの揺り戻しの結果であるとみることができる。ここでの患者像は、看護者の心や身体の動きに合わせながら回復しようとする〈パートナーとしての患者〉モデルに他ならない。

昨今の看護理論研究における「語り」や「質的調査法」あるいは「現象学的解釈」が重要視される背景には、合理的システム論や数量化では把握できない部分に〈看護の本質〉が潜んでいるのではないかという、看護の全体性への回帰（あるいはその願望）があるのではないかとさえ言える。学問としての看護学の強みは、これらの理論がお互いに切磋琢磨しながらも共存していることで、「よい看護実践とはなにか」という現場からの問いかけに対して複数の答を用意できることにある。すべてを自然科学で説明しようとする臨床医学には決して真似のできない看護学の学問的な強みが、ここにある。

「人々のもつ多様な文化を尊重した遺伝看護」学が、その探究の新たな一步を踏み出す時に、この先端的な分野は、自らの学問的基礎や視点を提供して

きた看護の諸理論がもつ可能性について、今一度再確認しておくことが重要であろう。

3. 医療の実践遂行能力を〈医療者に内在する能力〉 信仰から解放する

遺伝看護学も、人間の病気と健康を研究対象にする文化人類学 (= 医療人類学) も、ひろく現代医療とその諸研究に深く関係を持つものである。したがって、現代医療がもつ志向性についてここで整理しておくことは、これからの私たちの探究に重要な意義を齎す^{もたら}はずである。

現代医療の諸研究が探究しているものは、おおきく次の5つに大分類できるのではないだろうか。すなわち (1) 人間の生物学的要因、(2) 人間の進化学的要因、(3) 生活の社会学的要因、(4) 病原の生態学的要因、(5) 人間行動の社会的変化、である。そのなかでも最もバランスのとれた医療の見方や立ち位置としては、人間の存在を「生物・心理・社会性」(Bio-Psycho-Sociality) として統合的に見ようとする立場であると私は確信する。しかしながら、この理念は多少なりとも熟慮のゆき届いた医療や看護の専門家でも実践はともかくとして「常識」の如く語られ、若い学生を前に授業ではいつもリップサービスのように語られる。しかし、それを実際の研究に援用する人は驚くほど少ないのも事実である。

Bio-Psycho-Socialityとは、人間の身体の成り立ちは、生物(医学)・心理・社会的な要素がそれぞれ分離しているのではなく、相互に作用し、かつ総合的な性質をもつとみる人間観のことである。したがって、人間の不調や病気は、生物・心理・社会の複合的な問題からなり、それぞれの側面における対処を試みるだけでなく総合的に人間をみる必要があると、考えるのである。

私の専門は医療人類学という分野である。医療人類学者としての私は、このような生物・心理・社会性^性の人間観をもって、医療的現象における文化の影響や相互作用について考察することを、自らの使命としている。私たちのこの分野において、文化の具

体的な諸相をみるのは、医療人類学を包摂するより上位の文化人類学という学問が取り扱う文化とほぼ共通の認識の見方である。私たちがコンセンサスを得ている(それはある意味でこの分野の人たちに「すでに判っている」という感情を喚起する)ものを以下の8項目で述べてみよう。

1. 文化 (culture) : 文化とは、人間が後天的に学ぶことができ、集団が創造し継承している認識と実践のゆるやかな「体系」ないしは、そう理解できる概念上の構築物のこと。人間の社会的活動、およびその産物とされている。

2. レンズ・眼鏡 (lens) : 人間は素直に (= 普遍的に) 身の回りの社会の出来事を受け入れることができない。人間が世界をみるのは、ある種の眼鏡のようなものを通して世界を把握するのであり、そのメガネ=レンズは文化によって異なる。残念ながら、人はレンズを外して事物を素直に (つまりありのままに事物を) みるができないが、多種のレンズを通してみること (= 異文化比較) で、相対的な見方をとることができ、自分たちがもつ偏見や偏りを軽減することができる。

3. 文化的多様化 (cultural diversity) : 世界の文化は、どこをとっても唯一のひとつの形をとるものではなく、多種多様な文化がある。その文化のレンズ (= 眼鏡) のひとつを「言語」にたとえると、世界には数千の言語、すなわち文化の種類があると考えられる。

4. 文化的多元主義 (multiculturalism) : 多様な文化のそれぞれには、極端な優劣をつけることができない。この見解を、文化相対主義 (cultural relativism) という。多種多様な文化は、競うことなく共存すべきだという考え方を文化的多元主義あるいは文化多元論という。そして自分の文化が一番すぐれているという偏見を自文化中心主義 (ethnocentrism) という。これは文化相対主義とは、基本的に相いれないものとされている。ただし自文化中心主義は、自文化への尊敬やプライドとは異なる。

5. コンテキスト・文脈 (context, cultural context) : 言語活動が可能になる社会的空間のことをコンテキストあるいは文脈と呼ぶ。多くの言語活動は、〈発話の文脈〉に大きく依存するために、発話者も聴取者も、この文脈に関する情報収集は不可欠である。

6. 文化的感受性 (cultural sensitivity) : 看護者の仕事において重要なことは、患者の文化的背景、知識水準や意図を事前に十分に把握し、状況に応じて反応の観察や対話を通して、適切な看護を柔軟におこなうことにある。このような認識論あるいは身体論的構えを、我々は文化的感受性が備わっていると

7. 素人の文化的一般化 (lay cultural generalization) : 発話者が育ち現在生活している文化的背景をもとに「その人の行動をその人が属する文化に基づいて一般化すること」。例えば「日本人だから寿司が好きだろう。韓国人だから焼肉が好きだろう」(これは日本人の文化的一般化の例)」という見解が、文化的一般化の例である。文化的一般化は、その人の発話の中身を推論するための重要な参考資料になるが、逆に、その情報に縛られるとそのレンズから自由にならず、実際の意味把握に失敗することもある(例:すべての日本人が寿司好きでないのは自明のことであり、ましてや寿司嫌いは日本人ではないという主張は、根本的誤謬である)。

8. 文化的ステレオタイプ (cultural stereotype) : 文化的一般化のうち、文化の様式を固定的に決めつけることを「文化的ステレオタイプ」と呼ぶ。文化的ステレオタイプは、自文化中心主義から生まれることが多く、また、異文化・異民族への差別の偏見の原因になるものもある。ただし、どのような社会や集団においても、自分たち以外の人たちをステレオタイプで観る思考パターンがみられ、また「さまざまな事件」を通して新しく生まれることがあるために、完全に廃絶することは困難である。専門家においてもしばしば、このステレオタイプという罠に陥りやすい。

19世紀のプロイセン王国の細胞病理学者ルドルフ・ウィルヒョウ (Rudolf Virchow, 1821-1902) は、医療とは徹頭徹尾、社会科学であるという有名な言葉を残している。言うまでもなく医療制度は、社会制度である。社会制度では個人と社会の価値概念を考えることは極めて重要である。だから医療のアカデミックな活動の細部においても、さまざまな価値判断が求められるのは言うまでもない。つまり、社会的価値概念にもとづく判断が徹頭徹尾つきまとうわけだから、医療実践は臨床実践であると同時に社会実践でもあることを確認しておこう。社会制度医療の実践にはリソース (知識・技能・場所) が不可欠である。どんな専門家も一人では治療できない。当人の体に身体化されているにせよ、されていないにせよ、(1)医療実践に不可欠な個人に内在する「技術的資源」、(2)病院や診断機器や手術室のような「物理的資源」、そして(3)複数の人間が関わり分業することで大きな効率性を発揮する「人的資源」の3つが大きく大別できよう。これらのうちどれが欠けても現代医療は円滑には進まない。そして、これが私にとっては最重要なのだが、医療の実践には病人 (患者) が不可欠である。もし病人 (もちろん

遺伝病の保因者も含まれる) がこの世からいなくなれば、看護者も含めて医療者も失業してしまう。医療者も看護者も、この地上から病いやそれによる苦痛からすべての人々が解放されることを、建て前では望んでいるが、それは、同時に医療人類学者も含めて、私たちの失業を意味するのは、皮肉なことである (これは「救済業者の職業的パラドックス」と呼ぶことができる)。

でも本当に私たちが病む人を完全に救済する力を (たとえ技術の進歩の助けをもってしても) もつことが、本当に良いことなのだろうか。そしてそのことを医療者は現実に希求していることは、著名な医学研究者の新発見の記者会見でも明らかである。私たちの身の回りをみると、医療者が内在すべき〈治療の力〉への信仰は抜き難く存在し、医療の能力はその社会制度の能力に大きく依存しているとは考えず、治療者の力量で測定評価できると誤解する人があまりにも多い。私はその意味で、それとは異なる立場をとる少数派=マイノリティだ。私たちは、病む人を完全にそして完璧に救済する力をもつべきではないし、そのような考え方はこれまでの看護の方向性から逸脱している。そしてこの私の立論は正しいと思う。その意味で、看護者の能力をエキスパート [達人] という内面性=気づきに由来するエクセレントな権能として理想化するパトリシア・ベナー (2005) も (その志向性において) 方向の混乱があるように思われる。

この節のタイトルと趣旨は、医療の実践遂行能力を〈医療者に内在する能力〉信仰から解放するということであった。それがなぜ先のような枠で囲んだ文化の概念と関係するのか。それは、ひとつには(1)医療者を文化の社会的位相のもとにおいてみることの具体的意義について考えを促したいこと、そして(2)文化もまた社会実践の意義を持ちうるわけであるから、それ自体も医療者の実践遂行能力の資源のひとつになりうる可能性を示唆したかったためである。

4. コンタクトゾーンとしての病=気 (dis-Ease)

看護(ケア)を表現することばとして「苦悩する存在」に寄り添う実践というほどの確なものはない。苦悩する存在とは病む人のことを指す。生きるうえで人間は苦悩することを避けることはできない。したがって、苦悩する存在とは人間存在そのものを指す(ホモ・パティエンス)。苦悩の代表格にあげられるのが病気であり、病気を抱えることの間たるところに〈痛み〉があることは、ほとんど必然とも言える随伴現象である。この痛み表現を我々はしばしば拡張して使われる。身体の痛みだけでなく〈心の痛み〉と表現され、痛みは苦悩の同義語としても語られる。

医療人類学の教科書には、ふつうの人たちが理解し、感じている病気の概念や経験を「病い・やまい」(illness)とよび、医療の専門家——とくに医師ないしは彼/彼女らが依拠する生物医学(biomedicine)——が定義する病者への診断のことを「疾病・しっぺい」(disease)と呼ぶと書いてある。このように病気(sickness)に関する全体的な経験を、病いと疾病(時に疾患と訳すこともある)に分けることは、きわめて重要である。とりわけ、医療の専門家は、病人やその家族の経験や理解を片時も忘れてはいけないからである。

この二分法は、医学哲学者(現在はバイオエシスト)であるH・トリストラム・エンゲルハート, Jr.が、1974年に、医療を説明モデル(Explanatory models)という解釈図式で説明しようとしたときに論理的に引き出されるものとして、彼はそれを提唱した。しかし、この二分法分類が医療人類学民族誌的理解に貢献できることを、実例をもって効果的に示したのはアーサー・クラインマン(1992[1980])の功績である。さらに、クラインマンは、クリニカル・リアリティというある種の現象学的な概念を編み出して、病者とその家族が形成する意味世界を、臨床家や人類学者が十分に理解することの重要性を常に訴え続けてきた。

ただし、このような二分法には、病いと疾病ははたして本当に相互排除するものかという難問(アポ

リア)を投げ掛けるもとなった。我々はビュリダンの驢馬^{ろば}1)ではないので、あれかこれかで悩むことはない。そのような常識的批判ではあるが、極めて明確な形でこの問題の克服を試みたのがアラン・ヤング(Young 1982)である。

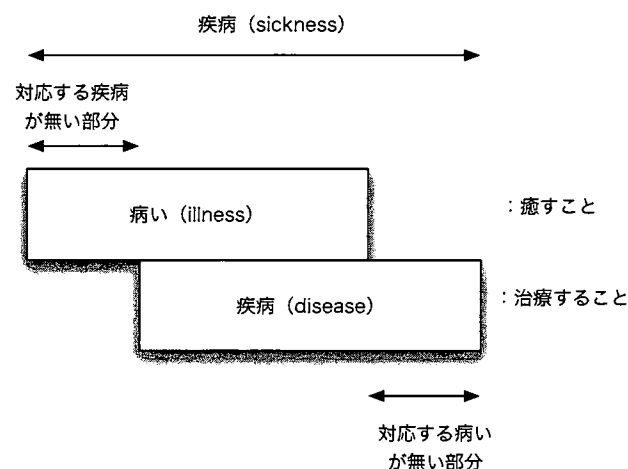


図. 疾病と病いへのアプローチ
(アラン・ヤング [1982:266] を池田が翻訳)
Young, A., 1982. The Anthropology of Illness and Sickness.
Annual Review of Anthropology 11:257-285

ヤングは人間が経験する病気経験の総体を病気(sickness)と名付け、そこに、病いと疾病の2つのバンドのような領域があると仮定した。また、それぞれの領域(=経験の幅)に対応する技法をそれぞれ、病いに対処する「癒し」(healing)と疾病に対処する「治療」(curing)と名付けている。ヤングの図式では、病いと疾病は、病気という長い領域をもつバンド(光学の隠喩で表現するとスペクトルの領域)で、病いと疾病はカバーする領域に重複があるが、相互に共有しない部分があることを指摘し、それぞれ、病いではあるが「対応する疾病の領域がないもの」(no disease counterpart)、疾病ではあるが「対応する病いの領域がないもの」(no illness counterpart)と呼んでいる。

このような対比がありながら、クラインマンもヤングも、人類学の研究対象は病いにあることを信じていることは間違いがない。なぜなら当時の医療人類学は、民族医学に焦点化した病者の行動や理解や解釈の問題を重視していたからである。そしてその論理的な帰結として、次に焦点化されるのは、患者

やその家族にみられるアイデンティティの問題や苦悩理解における人類学の可能性についてであった。

このような疾病と病いの対比は、医学哲学や医療人類学という分野だけの特異でユニークなものでは決してない。自然と文化、野蛮と文明、男と女のように、自分の身の回りにある構成物を二元的な秩序に分類して、世界を整理してみようとする人間の基本的な思考法のパターン的一种だからである。ただし、医療人類学が使う疾病と病いの二分法は、西洋近代科学の2つの伝統的区分である「自然科学と人文社会科学」(C.P.スノー)の二項対立、啓蒙主義思想に起源をもち人間を自然から袂を分かった「自然と社会」あるいは「自然と文化」の二項対立の発想の延長上にある。現在はヤングの提唱から30年近くなるわけだが、今日の医療人類学者——私のことだが——においても、このような二分法にどうしても安住しがちである。しかし10数年ぐらい前から、その図式を批判する、病気に関する新しい意味把握の方法が浮上してきた。それが病=気 (dis-ease) という奇妙な書記法なのである。

病=気 (dis-ease) とは、医療人類学における illness/disease の二分法的な理解を批判し、生物医学的な診断である疾患 (disease) においてもなお、社会的な苦悩のもとにあることを示唆する言葉遊び、ないしは言語学的分解に由来する、病気の新しい概念である。つまり、病=気 (dis-ease) とは、デイス (否定-の接頭辞) + イーズ (楽ちん) の合成である「容易ならざる状態」のことであり、病者の存在様式の全体の雰囲気を指し示す用語である。端的に言うと、人は病=気になるのであり、病=気は、疾病と病いに分けられるものでもない。この用語を使い始めた一人にカレン=スー・タウシグ (Karen-Sue Taussig) がいる。従来、病いは 病気の民俗的概念であり、人々の生活世界を映し出すものとして、生物医学的な疾病とは区別されるという概念的整理がなされてきた。しかしながら、疾病を取り扱う医療者・保健従事者の文化社会的な研究から、疾患概念においても時代や社会的価値観が投影されたものであるという指摘がなされており、久しく病いと疾病を対立的に描くことの限界については多くの研究者

が気づいていた。

また、文化主義にもとづく素朴な病いに焦点を当てた研究アプローチも、社会生活そのものの医療化現象²⁾のために、疾病のことを考慮するようになってきていた。もちろん、このような認識論的区分は、用語法にまつわる政治的問題——認識論区分は病者の存在様式にかかわる政治性とは何ら関係がない——が浮上してきたため、早くからその限界性が指摘されていた。そのことなどについて疑問をもったので、当時オーストラリア在住 (現在は米国のミネソタ州) のタウシグさんと2003年頃、2、3メールのやりとりをして、以下のようなことを教えてもらった (Rapp et al. 2001)。

【私の質問】

私は、英語ネイティブスピーカーの一般的な学術用語において、Dis-Easeがどのように使われているかを知りたいと思います。ご存じのように疾病と病いの二分法のように、あなたは、Dis-Easeを「社会化した疾病 (socialized disease)」というふうに〔疾病概念を〕拡大したかたちで使っています。つまりそれ [=Dis-Ease] を疾病あるいは人間の苦悩の社会的意味である、というふうにお考えなのでしょう。

【Karen-Sue Taussig さんの答】

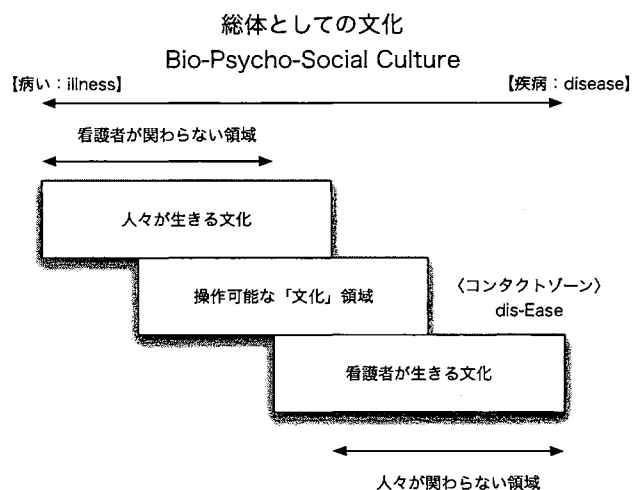
私は、病気=安易ならざるもの (“disease”) 概念というふうに [disとeaseを] 節合せたあなたの理解——少なくとも私はそう考えますが——は、まったく正しいと思います。私は、この用語を第一に次のことを想起させる、あるいは発見的な手段としてとらえています。つまり、個人の「疾病 (disease)」から、社会の疾病へと移行させることです。それは、「障害」[という言葉] のように、規範の外にある存在として見なされかつ理解がなされているような、具体的な状態が容易に引き起こしている、社会的落胆、不快、不安、安楽の欠如 [そのものである] というふうに、疾病をとらえることです。

もちろん、医療人類学の研究者として、私たちは dis-ease [という言葉] を「疾病 (disease)」の理念がどのように理解されているかと仮想的に定義していると考えたいのですが、しかしながら「病気=安易ならざるもの (“dis-ease”)」という言葉を使用することによって、我々自身 (=医療人類学者) と人類学の他の下位領域とそれらの幅広い関連領域における我々の同僚の双方に対して、[この病気=容易ならざるものの存在を] 常に思い起こさせてくれるものとして考えたいのです。

このやり取りから、私が得た結論は次のとおりである。それは現代では大文字の “Disease” 概念の解体がはじまっていることではないか。大文字の Disease とは本来、生物医学の領域で取り扱われ、その診断と治療は生物医学を基調とする臨床医学者たちがおこなうものとされてきた。しかし、患者や

その家族、あるいは一般の人達が近代医学の病名を理解する際の小文字の“disease”——生物医学由来で語彙そのものは同じなので“illness”と呼ぶことはできない——に、当の生物医学者たちもまた注目する必要があるのだ。他方、患者やその家族は、大文字の Disease がもつ限界を自らの身体と情動経験を通して、さらにそれを解体し、さらにそれを推し進めて“disease”概念の解体、つまり“dis-ease”（病=気）の新しい意味の獲得にもつき進んでいるのだ、と。リンダ・ガロが報告する慢性痛に悩む女性ゲイルは、（医療の専門家ではなく）病人のみが病気のみならず健康の意味を知りえると言う。「私は、病人だけが健康とは何か知るのでと思っている。しかし、病人たちはまさにそれを失うことによってそれを知るのである」（フランク 2002:196）。

この病=気 [概念] の誕生は、先の医療人類学における病いと疾病の意味論における位相の差異——表現型の遺伝現象にも連なるウイトゲンシュタインの家族的類似性を示唆する——を、「人々が生きる文化」の領域と「看護者が生きる文化」の領域という2つの世界の差異として考えることを私たちに要求する。今を去ること30年以上前に、まだ私が大学院生であった頃、日本保健医療行動科学会の研究大会において病いと疾病の二分法について講演したところ、「患者が使う生物医学的病名レットル（例：自律神経失調症）は、イルネスではなく、それは用語法から言ってもディジーズではありませんか？」とフロアから質問があり、私はしどろもどろで「ディジーズのイルネス的用法だと思います」と返答した。しかし、30年後の現在の私は、不定愁訴ゆえにドクターショッピングを重ねるそのような自律神経失調症の患者は、まさに病=気（dis-Ease）の世界を生きており、苦悩をもつ患者と看護者が期せずして出会うこの領域=この位相とは近代医療者と患者が出会うコンタクトゾーン³⁾に他ならないことに気付いた。ようやく私は自分なりに納得出来る文化概念を用いた説明に到達したわけである。



看護と文化の概念図（池田原図）2011

5. 結論：人類学的看護へ

天職（英語calling；ドイツ語Beluf）の定義を思い出してみよう。天職とは、自分に定められた生涯の使命としての仕事や活動、あるいは運命的な職業と表明するものである。または、その職業的生涯を振り返った時に、結果的に良かったとその人にとって肯定できるものである。人類学的看護（anthropological nursing）とは、それに類似して、人類学という学問との出会いの後では、看護という現場での意識や行動が「天職に出会った時のように」その後の臨床実践の行動が根本的に変化することかも知れない。いや、私は敢えてそれを人類学的看護と呼んでみたい。

医療人類学は、人類学・社会学の民族誌学的方法、第二次大戦後に本格化する国際的な医療援助の現場での手法、そして臨床現場における人間行動の微細な観察などの手法を用いて、健康と病気について人類学から実践的に研究する分野であると言われてきた。これは身体にかかわる文化的事象を研究しようとする人類学の学問的志向（=嗜好）と、よりよい生活の質をもとめる近代医療の社会实践が折衷的に融合したものとみてよい。アーサー・クラインマンがかなり昔に、この認識に基づき、人類学的な感覚と理想をもち、そこから既存の医療を組み替えてゆく実践を「人類学的医療」と呼んだ。看護人類学にもこのような学問的志向性を持たせるならば、看護

学と人類学の遭遇と相互交渉が、お互いの他者意識を変えることを通して、やがて自らの主体も造り変えることだってあるはずだ。このような意識的な変身（メタモルフォーゼ）を成し遂げた患者が、おこなう看護こそが、人類学的看護であると言いたい。

実際のところ、私は、看護者の日常業務への気づきを通してこのようなテーマに取り組むことが、中長期的にその観察者としての視点や実践者としての具体的行動を組み替えてゆくのではないかと信じている。人類学的看護とは、文部科学省や厚生労働省が喧伝する、何らかの「変革の物語」を通して無理やりに職場に導入されるような大袈裟で窮屈なものでなく、日々の臨床経験を内省的にずらし——例えばD・ショーンのやり方を通して——同じ職場の人達との実践的対話を通して着実に実現されてゆくものではないかと考える。

実践という観点から、さらに考えてみよう。現場で協働する人たちは、他者の発話や身体の動きを観察しながら、同時に自己の存在（＝身体）を効果的に周囲に提示している（提示＝演技すること）（Goffman 1959）。現場力を考察するためには、その行為者の自己への意識がどの程度働いているか、またどのような影響をもたらすかについて知ることは重要である。だが〈意識〉は身体を駆使した〈実践〉に先立つという近代の主知主義的な考え方に呪縛されてきた我々は、それについて十分な考察をおこなってこなかった。

反省的实践（reflective practice）とは、行為がおこなわれている最中にも行為者の〈意識〉はそれらの出来事をモニターするという反省的洞察をおこなっており、そのことが行為そのものの効果を支えているさまを示す言葉である。これはドナルド・ショーンの命名による。ショーンは、この洞察を〈行為の中の反省 reflection-in-action〉、その行為者を〈反省的实践家 reflective practitioner〉と呼んでいる。同名の著作『反省的实践家』（2007[1983]）は、この反省的实践の重要性を説きつつも、実際にはこの種の実践がいかに難しいものであるのかを同時に説いている。

さて現場で自らの身体をつかう〈実践〉と、この

ことを把握し自己の行為について再帰的（self-reflective）に思考する〈意識〉の関係については、いくつかの可能な解釈が考えられる。まず（1）実践状況のなかで〈意識〉は忘却され無反省のまま放置されているという主張。あるいは（2）身体がおこなう〈実践〉と〈意識〉は融合した状態となって行為遂行のために最適化された状態になっているという主張。さらには（3）身体による〈実践〉状況におかれた〈意識〉のあり方は個々の状況によって多様な関係にあり一般化できないという主張が考えられる。ショーンの反省的实践の見方は明らかに（2）の考え方、つまり「身体がおこなう〈実践〉と〈意識〉は融合した状態となって行為遂行のために最適化された状態になっているという主張」の系譜に属するものである。

ショーンの前掲書を子細に読めば〈実践〉と〈意識〉の関係は容易に解き明かせるものではないし、また言語化しにくい暗黙知や身体知の説明をもって片づくものとも考えていない。にもかかわらずショーンの過剰とも言える理論的説明が、彼が批判してやまない〈技術的合理性〉の延長上に彼がいまだ留まっていることを示している。看護学業界に人気のあるドナルド・ショーンであるが、その理論を有り難く押し頂くのではなく、看護の現場にチューニングして再構成する必要がある。でないとならば先に指摘したように、これまで世に数多出てきた看護理論のひとつになり、他の理論と同じように専門家からもやがて忘れ去られてしまうようになるだろう。それは、本講演で取り上げた「文化」の概念を自分たちの実践の外側に、かつ無反省に道具として飼い馴らし、実践がもつ可能性と限界を見極めない学術的怠慢に繋がるのではないだろうか。大切なのは、そのような危険な怠慢から決別することである。

人類学的看護を実践するとは（本来は偶然の邂逅に過ぎなかったものが）なぜ、あなたにとって必然的な天職のように立ち現れるようになったのか、実践を通して、それを言葉に表す試みかもしれない。この理論を学問的に説明するには、文化人類学や医療人類学の知識は不可欠かもしれないが、ショーンの反省的实践家に似て、実際にはすでに、遺伝看護の

現場で実践されている方がいらっしゃるかもしれない。ただ私が知らないだけかも知れない。それは、奇遇なことにナイチンゲールが『看護の覚え書き』に中でなげなく記しており、その後160年間も誰も気がつかなかった彼女の〈本質的な看護の定義〉を、現代に甦らせるプロジェクトのひとつの試みなのである。

謝辞

本稿は、日本遺伝看護学会第10回学術大会（2011年9月24日、於：日本赤十字看護大学広尾キャンパス）での基調講演を基にしています。御招待いただきました大会会長の溝口満子先生に深謝いたします。司会の労をお取りくださった座長の横山寛子先生には的確なコメントを頂きました。そして私は横山先生に対して基調講演にもかかわらずフロアの会員の方々への質問とコメントという仲介の労をお願いしたところ快諾していただき、そのため様々な興味深いフィードバックをいただきました。さらに日頃から大学院生向けの授業を通して、遺伝看護学における学際的協働の意義についてご教示くださり、私をこのチャレンジングな本学会へのご紹介の労をくださった西村ユミ先生にも御礼申しあげます。

註

1) ビュリダンの驢馬(ろば)の喩えとは、2つの飼い葉桶から等距離に置かれたロバはどちらから食べてよいか解らないので、最後は餓死してしまう中世哲学の思考実践に登場する架空の想定である。実際にはあり得ない話で誰もがこれを信じないが、さまざまな実践の現場では、決断を先延ばしにする理由として、これに類した「物語」を聞くことがしばしばある。教育の現場では、倫理問題における二者択一のジレンマやあるいは娯楽番組などの出演者に対する仮想質問における「究極の選択」という語彙で表現されるものによく類似している。

2) 医療化 (medicalization) とは、病気の治療以外の健康管理や身体未来予測 (例: 発症前診断) などを含む日常生活の領域に、医療技術とその思想

が踏み込んできて、日常生活そのものが医療的管理の元に置かれる現象やそのような傾向をさす。日本語では「病院化社会」という標語で呼ばれたことがあるが、この言葉を逆に英語に翻訳すると生まれる hospitalization には、価値中立なニュアンスのある「病院に入院すること」という意味がある。それゆえに「病院化」という混乱を招く用語は、英語がもつ医療化のもともとの意義から大きく外れてしまうため、なるべく使わないほうがよい。

3) コンタクトゾーンとは、マリー・ルイーゼ・プラットによる造語で、異種の言語使用者が接触するチャンス—商業や交易の他に植民地化、軍事的占領や戦争なども含まれる—が生起する2つの言語や文化が交わっていく空間概念のことをさす (Pratt 1922)。この空間概念はしばしば意味領域にも拡張されて、言語や思考の異種混交が起こる特殊な領域であると言われている。それらの混交のプロセスは平等かつランダムに起こるのではなく、力の強度のあるものからないものへ、そして不均質におこるとされている。遺伝カウンセリングの現場は言うまでもなくコンタクトゾーンのひとつである。

文献 (翻訳と原著の表記は参照したものを優先して先に置いています)

- ベナー、パトリシア『ベナー看護論』井部俊子監訳、医学書院、2005年 (Benner, Patricia., 2001. *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.)

- フランク、アーサー『傷ついた物語の語り手』鈴木智之訳、ゆみる出版、2002年 (Frank, Arthur W., 1995. *The Wounded Storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.)

- Goffman, Erving . 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Norwell, MA: Anchor. (ゴッフマン、E.『行為と演技：日常生活における自己呈示』石黒毅訳、誠信書房、1974年)

- Kleinman, Arthur., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press. (クラインマ

ン、アーサー『臨床人類学』大橋英寿ほか訳、弘文堂、1992年)

- ペイゲルス、エレヌ『禁じられた福音書：ナグ・ハマディ文書の解明』松田和也訳、Pp.10-11、青土社、2005年 (Pagels, Elaine., 2003. *Beyond belief: the secret Gospel of Thomas*. New York: Random House.)

- Pratt, Mary L., 1992. *Imperial Eyes: Travel writing and transculturation*. London: Routledge.

- Rapp, Rayna., Deborah Heath, and Karen-Sue Taussig, 2001. Genealogical Dis-Ease: Where Hereditary Abnormality, Biomedical Explanation, and Family Responsibility Meet. In *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies*, Sarah Franklin and Susan McKinnon eds., Pp.384-409. Durham: Duke University Press.

- ショーン、ドナルド『省察的实践とは何か：プロフェッショナルの行為と思考』柳沢昌一・三輪健二監訳、鳳書房、2007年 (Schön, Donald A., 1995. *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. Aldershot, Hants: Arena.)

- Young, Allan. 1982. The anthropology of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285.