



TITLE:

<特集論文 1>序-- 医療人類学における「理想」のナラティブと現実の間

AUTHOR(S):

澤野, 美智子

CITATION:

澤野, 美智子. <特集論文 1>序-- 医療人類学における「理想」のナラティブと現実の間. コンタクト・ゾーン 2018, 10(2018): 107-117

ISSUE DATE:

2018-06-30

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/232960>

RIGHT:

序

—医療人類学における「理想」のナラティブと現実の間

澤野美智子

<要旨>

医療人類学における「病いの語り (illness narratives)」研究は、病者自身の語りを通して個別的な病いの経験を明らかにしようとしてきた。医療者による病者のナラティブへの注目は、病者の生物学的な症状を診断・治療することに傾倒する医療の現状を乗り越えようとし、病者の個別の苦しみを中心に据えることによって最適な治療やケアの提供につなげることに主眼が置かれている。そもそも「病いの語り」は、話し手と聞き手がお互いに他者の苦悩に応答し、巻き込みあい、それぞれの癒しを得るものとして位置づけられる。このナラティブは他者との相互的な共鳴のなかで形作られ、意味を持ち、他者の生に働きかけることによって自らの生を変えてゆく。全人的ケアは医療者－病者間でそのように双方向的なやりとりがなされることを理想とする。

しかし現実の医療者－病者間におけるナラティブは、それが全人的ケアを標榜するものであっても、権威やリテラシーの格差のもとに形作られる。お互いの物語空間に真っ向から巻き込まれることはなく、そこに生々しい相互作用を見出すことは難しい。同じ様相は、人類学者－医療者間、人類学者－病者間においてもみとめられるであろう。

さらに、医療人類学のみならず文化人類学全体においても、調査者－研究協力者間には権威やリテラシーの格差が存在する。これに加え、特に短期の調査において、「お互いの物語空間に真っ向から巻き込まれる」のではない形式でナラティブを収集することもある。どの程度の深さまで相互作用することが望ましいのか、また、生々しい共鳴が必要であるのかどうかは、研究者によって見解が異なりうる。本特集で検討する課題は、文化人類学全体における調査者の参与の度合いとデータの真正性をめぐる問題にもつながっている。

1 医療とナラティブ

1970年代以降の医療人類学においてさかんになった「病いの語り (illness narratives)」研究は、病者自身の語りを通して個別的な病い¹の経験を明らかにしようとしてきた。

アーサー・クラインマン [1996] は、生物学的な構造や機能における変化としてのみ再構成される「疾患」ではなく、症状や能力低下が生活のなかに作り出す困難としての「病いの問題 (illness problem)」に注目する。「病い」という用語を用いることで「病者やその家族メンバーや、あるいはより広い社会的ネットワークを結ぶ人びとが、どのように症状や能力低下 (disability) を認識し、それとともに生活し、それらに反応するのか」ということに目を向ける重要性を示す [クラインマン 1996: 4]。さらにはそのような病いの経験がつねに文化的に形作られていること、病者と医療者の間で病気を理解する基盤が異なることを指摘する。このことをクラインマンは「説明モデル (explanatory model)」という用語で表す。説明モデルとは「患者や家族や治療者が、ある特定の病いのエピソードについていざ考え」 [クラインマン 1996: 157] のことである。説明モデルの齟齬を埋め、よりよいケアを形作るために、クラインマンは、病者が肉声で語る「病いの語り」を医療やケアの中心に据えることを提唱する。

医療者の側からも、病者のナラティブを臨床での治療に生かそうとする動きが見られる。1998年に「ナラティブ・ベイスト・メディスン (以下、NBMと表記)」の教科書が英国で初めて発行される [斎藤・岸本 2003: 5]。ここで言う「ナラティブ」とは「あるできごとについての記述を、何らかの意味ある連関によりつなぎ合わせたもの」 [斎藤・岸本 2003: 15] であり、NBMとは「ナラティブの視点を実際の医療に導入し、医療/医学の全ての分野をこの視点から再検討しようというムーブメント」である [斎藤・岸本 2003: 26]。

それまでに医療現場では次のような問題が起こっていたという。「本来分割できない一人の病む人間である病者を、『臓器や組織の集合体』と見なす傾向を助長し、その結果さまざまな問題が医療実践の現場において生じるようになった。その最大のものは、患者が医療現場において、人間的に疎外されるという問題であり、当然のことながらこの傾向は、医療における患者の満足度を著しく低下させている。同時に、医師・医療従事者も、医学と医療、専門知識と現場で実際に生じる現象の乖離に悩まされることになり、これは医療従事者の専門職としての達成感・充実感を低下させる一因となっている」 [斎藤・岸本 2003: 3-4]。

そこで、医学を物語的活動 (narrative activity) として理解することが提案される。これにより、医師と病者の双方が、疾患の診断ではなく、病者を苦しめるものに対するケアに医学の焦点を合わせることが可能になる。第一に、ある特定の病んだ身体に関する知識

1 医療人類学において、病い (illness) とは病者が個別に経験する病気を、疾病 (disease) とは生物学的実体としての病気を指す。病気 (sickness) は、病いと疾病を含む包括的な概念である [奥野・山崎 2007]。

は、医師の意識を通じて濾過される必要がある。第二に、医学が身体的な知を表現するために考案し、作り出した物語は、その不確実性の人間的な表現を考慮に入れることができる [モンゴメリー 2016: 8-9]。

NBM を推し進めるキャサリン・モンゴメリー [2016] によれば、医学の実践とは解釈的活動 (interpretive activity) である。それは科学の抽象概念を個々の事例に適合させる技術である。医師の日常実践のほとんどは臨床判断の繰り返しである。臨床判断は、まず生物学的な側面によってなされ、多種多様な事例と照合され、一例一例が物語として記述され、吟味される。医学界では全体論的医学 (holistic medicine) が軽蔑の対象であり続けているが、身体はこころの一部であるという捉え方のほうがケアはより適切なものとなるという。

このように、医療者による病者のナラティブへの注目は、病者の生物学的な症状を診断・治療することに傾倒する医療の現状を乗り越えようとし、病者の個別の苦しみを中心に据えることによって最適な治療やケアの提供につなげることに主眼が置かれている。このような研究は NBM のほか、第 3 章で検討する全人的ケアの発展に貢献してきた²。

2 ナラティブと他者

クラインマンや NBM が、病者の治療やケアにおける有用性という医療者の観点から「病いの語り」を捉えているのに対し、アーサー・フランクは病者の観点からそれを捉えた。フランク [2002] によれば、重い病気にかかることは、病む前にその病者の人生を導いていた「目的地や海図」を喪失するということである。そして病者は、新たな海図を描き、自分と世界との関係を再構築するために、自分の物語を必要とする。脱近代社会では、病気に関しても自己責任が問われ、自分自身の物語を語る能力が要求される。そのため脱近代の病いとは、身体と自己、人生の海図とその目的地について思いをめぐらせることであるという。

このような背景から、病者自身が「病いの語り」を語ることに積極的であることも珍しくない。梅村絢美 [2017] は、後期近代あるいは脱近代社会において、病者たちが「病いの語り」を語ることが歓迎され、時には要請されると指摘する。なぜならこの時代においては、病者個々人が自分の人生において病気に罹ったことの意味を把握し、それに対して責任を持たねばならないためである。自分の抱える症状が一般化できる「疾病」であるのみならず、自分に特有の苦悩を伴う「病い」であるという側面を強調することは、すなわち「疾病」治療のように専門家にすべて任せておけば何とかなるものではなく、自分自身でしか対処できないものであることを浮き彫りにする。近代は専門家に自分の身体を支配された時代でもあり、別の見方をすれば専門家に自分の病気を丸投げすればよかった時代でもあった。それに対し脱近代は病者に対して、病いの経験を再帰的・反省的に把握し、

2 ナラティブ・アプローチに対しては様々な批判もなされてきた。本特集に収録されている各論文で多様な角度からレビューされている。

病いの経験の意味を見出して責任を負うことを求める時代である。

このことから、梅村は「病いの語り」を語ることの孤独について論じる。混沌を言語化するには、混沌から距離をとらなければならない。ゆえに混沌の渦中にいる人は経験を言語化できない。脱近代社会は病者に対して、病いの経験の意味を見出して責任を持つことを要請するが、それは病者が生の経験から距離をとることによって可能となる。その意味で、病者の語りは孤独であるという。

たしかに語ることは直接的な混沌の経験から距離をとることであり、その意味で孤独な作業かもしれない。しかし語ることは果たして孤独に結びつくだけであろうか。自分だけが知覚している独自の混沌を、他者が理解できる言葉にし、物語として発信するという事は、それを聞く他者の存在を前提としている。その点で、語るという作業は決して1人で完結するものではないはずである。

鷺田清一 [2017]によれば、人間は、自分が他人にとってわずかでも意味のある存在であると確認できて初めて、自分の存在を実感できる（《他者の他者》としての自己）。本章の文脈で言えば、誰かに向けて語る、その行動が相手に及ぼす意味や、その行動に対して相手が示す反応を見ることで、自分が何者であるかを知り、相手にとって意味あるものとして自分の存在を経験する。語ることは一方的な行為であるかのように見えるが、他者からなんらかの逆規定を受けるという意味において双方向的な行為である。

さらには、病者自身が新たな物語を得ていくことで「傷ついた癒し人」となりうる。フランク [2002]によれば、病者は自分のためだけでなく、その後続く他者を導くためにも病いの物語を語る。彼らは他者を導こうとしているわけではなく、自分自身の海図を再構成する経験の証人になろうとしている。物語が語られるなかで初めて、伝達する身体（communicative body）となる人格が作りだされ、証人となる。証人は声を必要とし、声は身体化された記憶を証言することに責任を見出す。物語ることの相互性のなかで、語り手は自らを提示することで他者の自己形成を導く。他者はその導きを受け取ることは、語り手を承認するだけでなく、価値づけることにもなる。物語ることの本質は、語り手と聴き手の双方が他者のための物語空間に入っていくことにある。物語の語りは、他者の生に働きかけることによって自らの生を変えようとする試みである。その意味で語り手と聴き手の双方が、苦しむ他者に巻き込まれ、責任を引き受けざるをえない状況に立たされる。

フランクの論では、物語を発信するのは既に苦しみを脱した人であり、今まさに苦しんでいる他者はそれを聞く側である。そしてまた同時に、既に苦しみを脱した人は、今まさに苦しんでいる他者の苦悩に責任を持ち、その他者の「ことば」も聞くことになるであろう。「病いの語り」は、自分が他者に一方的に巻き込まれるだけでなく、自分を巻き込んできた他者を逆に自分が巻き込む動きも同時に引き起こしており、双方向的に物語を織りなすものとして捉えられる。

「傷ついた癒し人」は、まさにこの相互性のなかで育まれる。東畑開人 [2015]は、民間医療の施術者たちがかつて苦難を経験した「傷ついた」人たちであり、今まさに苦しんでいる誰かを癒すことによって施術者自身が癒されていることを指摘している。お互いに他者の苦悩に応答しあい、巻き込みあい、それぞれの癒しを得る。鷺田 [2017]の言葉を

借りれば、看護する／されるという一見一方通行的な関係においても、看護師は現場で他者と関わり、他者からの逆規定を受け、〈わたし〉の自己同一性を補強してもらっている。「自分は病者との関係をもたなくても〈わたし〉でありうる」というのは錯覚であるという。

「傷ついた物語」は、他者との相互的な共鳴のなかで形作られ、意味を持ち、他者の生に働きかけることによって自らの生を補強し、あるいは変えようとする方向性を定めていく。

3 「理想」のナラティブと現実の間

第1章で検討したように、医療者による病者のナラティブへの注目は、病者の生物学的な症状を診断・治療するばかりの医療を乗り越え、病者の個別の苦しみを中心に据えることによって最適な治療やケアの提供につなげることに主眼が置かれている。医療人類学でも、近代の生物医療が個人としての病者を疎外していることを批判し、病者の個別の苦悩やその乗り越え方に焦点を当てる研究がなされることがある。病者をおしなべて生物学的に扱うのではなく、個別の苦悩に注意を払い、病者のナラティブに耳を傾けることは、医療人類学が医療者に対して求めてきたことのひとつのはずであった。にもかかわらず、医療者がそのような高い意識を持って取り組む実践の一部に対して、筆者は違和感を覚えてしまう。本章では、この違和感の原因について、第2章で論じた内容との関わりから検討してみたい。本章で取り上げるのは、全人的ケアとそれを推し進める医学系の学会における事例である³。

まず全人的ケアについて説明しておこう。全人的ケアとは、トム・ハッチンソン [2016a] によれば、「治療と癒しの統合」である。ここで言う治療とは「病気を治し、問題を解決すること」、癒しとは「傷害や病気に対して患者がより統合性と一体性へ導かれる過程」である。言い換えれば、治療とは「疾病」を治すものであり、癒しとは「病い」を治すものである。ハッチンソンによれば、治療においては病者よりも医療者のほうが、病気についての知識と専門的スキルを持っている。一方、癒しが起こるのは病者自身の内側であり、医療者の役割は病者の人生に同伴することである。

トム・ハッチンソン [2016b] によれば、全人的ケアを象徴するものとして、カドゥケウス（ギリシャ神話での神々の使者であるヘルメスが持つ杖）の比喩がある。その杖には、白い蛇1匹と黒い蛇1匹が左右対称になる体勢でからまりついている（図1）。白い蛇は治療を、黒い蛇は癒しを表している。これが医療に内在する二分法であり、技術的にこれら二つを融合することはできないため、二分法の両側面を1人で包括することのできる生身の全人が必要とされるという。

3 ただし筆者は全人的ケアやNBMを否定しているわけではなく、これらが患者にとって有用なケアのあり方のひとつであると考えている。そのうえで、これらのケアにおけるナラティブの性質について検討する目的でこの章を書くものである。

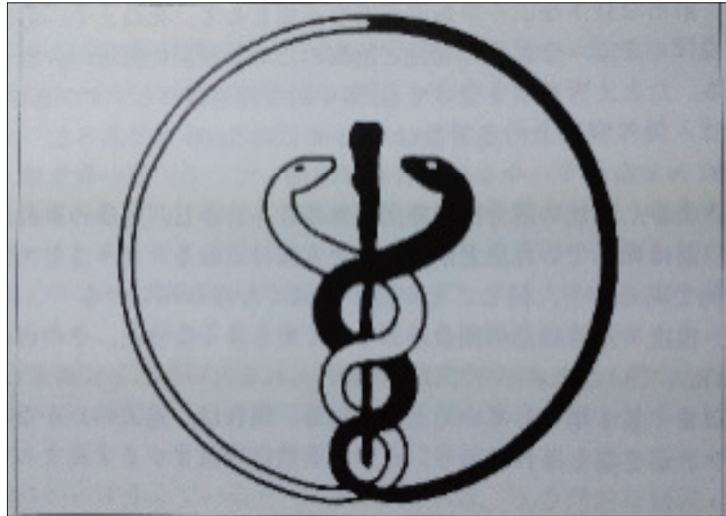


図1 二匹の蛇の比喩 画像出典：ハッチンソン [2016b: 270]

この両側面を1人で包括するにはどうすればよいか。全人的ケアを推し進めるマイケル・カーニーとラドリー・ヴァインガー [2016] によれば、医療者は病者の身になって「傷ついた癒し人 (wounded healer)」の役割を担う必要があるという。例えば「死ぬことはない」と約束してください」という終末期の病者の希望を叶えることができないことに、医療者は傷つく。「患者の問題を解決できないにもかかわらず、治療を通して共感的に患者に寄り添おうとする医療従事者は、患者の苦悩と向き合いながら患者を励ますことになる。そうする時に好むと好まざるとにかかわらず、患者はあるがままの現実に基づき、受け入れ始めることがある。このことを通して、わずかであるが重要な転換が患者にみられることがある。苦悩のなかでもゆとりがあり、その程度は緩和され、「苦痛は依然としてあるが、苦痛とともに生きていくことができる」と表現することが可能になる場合がある。ここで起きていることは、患者自身が内なる癒し人を実際に経験しているのである。今まさに患者は傷ついた癒し人にもなったのである。(中略) 共感 は医療従事者から患者へ、患者から医療従事者へと双方向となる。そしてお互いが相手は人間として傷ついていることに気づき、人間として深い絆による変容の力を経験するのである」[カーニー&ヴァインガー 2016: 153]。つまり全人的ケアにおいては、まさに前章で検討したような、お互いに他者の苦悩に応答しあい、巻き込みあい、それぞれの癒しを得るという双方向的な状態が理想として掲げられている。

筆者が上記内容に関するハッチンソンの口頭発表を聞いたのは、2017年に日本で開催された、ある医学系の学術大会においてであった。この学術大会においては、全人的ケアをテーマとするパネルでハッチンソンがキーノート・スピーチを行ったほか非学会員である「患者・家族向け」のプログラムが組まれており、そのプログラムのなかでは全人的ケアに熱心に取り組んでいる医師が患者向けの講演を行った。つまり学術大会の要所要所で全人的ケアもしくは患者・家族の参加を促し、医療者と患者・家族が対話するような姿勢

を意識していた。この学術大会において筆者の感じた違和感を記述し、その原因を探ってみたい。

この大会では、学会員が発表する学会本体のプログラムと並行して、「患者・家族向け」のプログラムを組んでいた。具体的な内容としては、学会開催期間中、学会会場の建物内にある部屋を患者・家族用にセッティングし、朝から昼過ぎまでは医師たちが平易な言葉で最新治療動向のレクチャーを行い、午後からは患者会同士の交流を目的として各団体の活動報告をするというものであった。学会員ではない筆者は、この「患者・家族向け」プログラムのみ一般参加者として参加した。学会本体に正式参加する学会員は高額の参加費を払わなければならないが、「患者・家族向け」のプログラムに参加する一般参加者は低額の参加費のみ払えばよいしくみになっていた（一般参加者も学会本体の口頭発表を聴講することは許されていた）。

このプログラムでは、学会員に向けては「医療従事者の皆様のご参加を歓迎いたします」、それに対して一般参加者に向けては「本プログラム以外での発表者・医療者への質問はお控えください」「ご多忙な先生方への質問はご遠慮ください」と呼びかけていた。すなわち医療者は、学会本体および「患者・家族向け」プログラムで自由に発言できる。それに対して患者・家族は発言の機会が大きく制約され、「患者・家族向け」のプログラムに組み込まれた患者会の代表者が活動実態を報告することと、当該プログラム内に設けられた短い質疑応答時間で質問することのみ許されていた。

筆者は最初、このような発言権の不均衡に違和感を抱いたが、実際に「患者・家族向け」プログラムに参加してみて、この不均衡なルールも仕方がないのかもしれないと思うようになった。なぜなら、「患者・家族向け」プログラムの質疑応答時間に手を挙げた一般参加者たちのなかには、質問は特にないにもかかわらず自身の闘病経験を長々と語り出す人、自身の詳細な病状に関する相談を始める人が多く見られたためである。一方、学会本体では、疾病（治療）の研究発展に資する質問をすること、客観的な観点から質問することが求められている。これは暗黙の前提として学会員がわかまえている、学会における質問のルールのようなものである。このルールを身につけていない一般参加者が学会本体で質問すれば、学術大会としての進行に滞りが出るかもしれない。

そもそも学会本体では、病者には理解しづらい専門用語が口頭発表で用いられ、大半の発表が英語で進行する。それらの事実を病者に見せつけるだけでも十分に、医療者の知識や言語能力の高さを提示し、病者を黙らせる。言い換えれば、病者・家族（非医療者）と医療者の間にはリテラシーおよび権威の格差が存在する。病者から素朴な言葉で発せられるナラティブは格式ある「疾病」研究の俎上には載らず、医療者から発せられるナラティブは一般向けに噛み砕いて説明するレクチャーでないかぎり病者には理解しづらい。当該学会は患者・家族が「参加」できることを謳ってはいるが、非常に表層的な「参加」にならざるをえない。

また、医療者－非医療者間の格差を象徴するのが、患者・家族の交流プログラム中に学会長が会場へ挨拶に訪れたときの様子であった。このときはある市民がプレゼンをしている途中であったが、突然会場を訪れた学会長が挨拶をするために、前触れもなく急遽プレ

ゼンを中断させられた。ひとりの病者でもある司会者は、多忙の合間を縫って会場を訪れてくれた学会長に感謝の言葉を述べ、挨拶の言葉を頂戴したい旨を述べた。学会長は患者・家族に向けた挨拶の言葉を述べてせわしなく去ってゆき、その後、市民のプレゼンが再開された。この事例は、非医療者のナラティブがいつでも簡単に医療者の都合で中断させられること、医療者のナラティブが大きな権威を持って一方的に非医療者の間に割り込むのが許されることを示している。

医療者と非医療者の間の権威およびリテラシーの格差が、両者の中で交わされるナラティブに偏りを持たせている様相は、当該学会のケースに限ったことではないであろう。加えて、医療者が自分自身の個人的なナラティブを病者に聞かせることはしないという一方向性も存在する。全人的ケアにおいて医療者は「傷ついた癒し人」であることが理想であるとされるが、ハッチンソン [2016a; 2016b] が全人的ケアについての著書に載せている具体的な事例を見ると、医療者は自分の傷を病者には見せずに、なるべく自分が傷つかない位置から弱者の語りを聞いてあげる人という印象を受ける。病者・家族が医療者の個人的なナラティブを聞くことはめったにないであろうし、聞こうとしても権威あるいはリテラシーの格差に阻まれうる。逆の見方をすれば、医療者は個人的な苦悩を病者・家族に伝えることができず、医療者の苦悩が行き場を失っているということでもあるかもしれない。医療者が病者・家族に向けて発するのは、「疾病」に関する、病者用に噛み砕かれたナラティブばかりである。

もちろんモンゴメリー [2017] が述べるように、ある特定の病んだ身体に関する知識は医師を通じて濾過される必要があるとあり、医師からのフィードバックを受けて改めて病者のナラティブがまとまってゆく側面もあるので、このこと自体を批判するつもりはない。また、短時間で多くの病者を相手にしなければならない医療者がひとりひとりの病者と苦悩を相互に共鳴させている仕事にならないという現実もあろう。

ここで筆者が述べたいのは、病者－医療者間で見られるナラティブの様相が、全人的ケアを標榜するものであっても、前章で検討した双方向的なナラティブとは異なる性質のものであるということである。つまり、ナラティブを重要視する主義の医療者が念頭に置いてきたナラティブの性質と現実の間には乖離が存在する。

前章で検討した双方向的なナラティブとは、語り手と聴き手の双方がお互いの物語空間に入っていくことであった。また、自分を巻き込んできた他者を逆に自分も巻き込み、双方向的に物語を織りなすものでもあった。「傷ついた癒し人」は、お互いに他者の苦悩に応答しあい巻き込みあうという、生々しい相互性に基盤を置く。「傷ついた物語」は、他者との双方向的な共鳴のなかで形作られ、意味を持ち、他者の生に働きかけることによって自らの生を変えていく。それに対し、現実の病者－医療者間で見られるナラティブは、権威やリテラシーというガラスの板を一枚隔てて繰り広げられる。お互いの物語空間に真っ向から巻き込まれることはなく、そこに生々しい相互侵食を見出すことは難しい。

このようなナラティブをめぐる状況は、医療人類学のみにあてはまるものではない。文化人類学全体においても、調査者－研究協力者間には権威やリテラシーの格差が存在する。加えて、特に短期の調査においては「お互いの物語空間に真っ向から巻き込まれる」

のではない形式——例えば調査者が研究協力者に対し一方的に質問を投げかけて語らせる形式——でナラティブを収集することもある。この場合も、調査者が質問し研究協力者が応答する行為や、研究協力者の語りに調査者が相槌を打ったりメモを取ったりする行為が存在し、相互性のなかでナラティブが生みだされているには違いない。先に述べたように、語ること自体、他者からなんらかの逆規定を受けるという意味において双方向的な行為である。しかし一方的に質問を投げかけて語らせる行為は、「お互いに他者の苦悩に応答しあい、巻き込みあう」状況と比べると、共鳴の深度や生々しさが異なっている。どのような深度まで双方向的に生々しく共鳴すれば良いデータを得られるかについては、研究者によって見解が分かれるところであろう。生々しく共鳴することが必ずしも望ましいわけではないという見方も存在しうる。これはすなわち、調査者の参与の度合いとデータの真正性をめぐる問題である。その意味で、本特集で検討するナラティブの問題は、文化人類学全体における課題にもつながっている。

4 本特集の構成について

本特集は、5人の執筆者による論文と2人の執筆者によるコメントから構成されている。

磯野・上田論文は、脳卒中のリスクの内面化について、ナラティブ・アプローチを用いた方法で論じている。この方法を用いるにあたり、①ナラティブが出来事と出来事をつなぎ合わせる事、②ナラティブが出来事を作り出す事、③ナラティブが目的を内在し、語り手あるいは聴き手の意図の変容を伴うことに注目している。この論文ではまず、エビデンスを科学的真実、ナラティブを不十分な知識による患者の信念と捉えることの弊害を明らかにしている。さらには、予防医学が患者の未来に危機を作り出すものの、危機との対峙の仕方については患者および臨床医にゆだねるという、予防医学の道徳的無関心について指摘している。

新ヶ江論文は、HIV陽性者によって書かれた本において「語られなかったこと」を分析している。積極的に「語られた」のはHIV感染予防のナラティブであり、逆に「語られなかった」のは死を意識しながら病気と共に生きてきた経験のナラティブである。「語られなかった」ことは、エイズ施策における公衆衛生、その背後にある生政治と関連している。生政治は、HIV/AIDS患者の死と直面する経験を隠蔽する一方で、公衆衛生的予防施策を強化しようとする。ここから浮かび上がるのは、ナラティブの生成において当事者すら意識していないところで影響を与えている、目に見えない力の存在である。

専攻が人類学ではなく心理学である皆藤の論文は、心理療法における心理臨床家とクライアントの関係について論じている。心理療法は、クライアントの悩みや症状が治まるナラティブが創出されるプロセスである。心理療法の営みがクライアントの語りから真にかけがえのないものを掬い取って初めて、人生のナラティブと臨床のナラティブは深い接点を持ち、クライアントの人生に意味あるものとして機能する。「生」を希求するクライアントの語りを誠実に必死に聴く姿勢がクライアントに伝われば、両者の関係は機能する。心理療法の間では、個人を根底において支える「たましい」の働きの気配を読む心理臨床

家とクライアントのところが交錯する。双方の「たましい」に触れる在りようのなかに、関係が生まれナラティブが創出されていくという。

浮ヶ谷論文は、精神医療を専門とする診療所で実践される非言語コミュニケーションについて論じている。人前で話すのが苦手な人たち、語る言葉を獲得できない人たちにとって、パフォーマンスは「生」の表現のひとつであり、日々の生と連続している。浮ヶ谷は診療所における語り手と聴き手の関係性を描き出し、「聴き取ること」の相互行為性、そして語り手と聴き手の「生」がつながる可能性を示す。この序の3章で論じたように医療現場においては権威やリテラシーの格差によって双方向的なナラティブが妨げられうるが、浮ヶ谷論文では非言語のパフォーマンスによってそのような限界を乗り越える可能性が示唆される。

これらの論文に対し、人類学者の浜田と飯田がコメントを寄せ、さらなる議論の方向性を示唆している。

本特集は、病者が、あるいは心理臨床家や医療者が、自身の身体やクライアント、ひいては科学技術や社会情勢といった諸要素と向き合いながら生み出す多様なナラティブを描き出す。厳密に見ると、いずれもがなんらかの要素と双方向的に作用しながら形作られるナラティブでありながら、それぞれの方向性や深度は異なっている。この多様な取り組みや試行錯誤のなかに、「医療人類学にとってナラティブとは何か？」を考えるヒントがいくつも詰まっているはずである。

<参考文献>

- 梅村絢美 2017 『沈黙の医療——スリランカ伝承医療における言葉と診療』風響社。
- 奥野克巳・山崎剛 2007 「病気と文化——人間の医療とは何か？」池田光穂・奥野克巳編『医療人類学のレッスン——病いをめぐる文化を探る』学陽書房、pp.31-54。
- カーニー・マイケル&ヴァインガー・ラドリー 2016 (2011) 「自己覚知による自己ケア」ハッチンソン、トム A. 編『新たな全人的ケア——医療と教育のパラダイムシフト』恒藤暁訳、青海社、pp.145-165。
- クラインマン、アーサー 1996 (1988) 『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。
- 斎藤清二・岸本寛史 2003 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版。
- 東畑開人 2015 『野の医者は笑う——心の治療とは何か？』誠信書房。
- ハッチンソン、トム A. 2016a (2011) 「全人的ケア」ハッチンソン・A・トム編『新たな全人的ケア——医療と教育のパラダイムシフト』恒藤暁訳、青海社、pp.1-13。
- 2016b (2011) 「全人的ケア——結論」ハッチンソン・A・トム編『新たな全人的ケア——医療と教育のパラダイムシフト』恒藤暁訳、青海社、pp.267-279。
- 檜垣立哉 2006 『生と権力の哲学』筑摩書房。
- フランク、アーサー W. 2002 (1995) 『傷ついた物語の語り手——身体・病い・倫理』鈴木智之訳、ゆみる出版。
- モンゴメリー、キャサリン 2016 (1991) 『ドクターズ・ストーリーズ——医学の知の物

語的構造』斎藤清二・岸本寛史監訳、新曜社。
鷺田清一 2005 『ちぐはぐな身体——ファッションって何?』筑摩書房。

Introduction: Between Ideal Narratives in Medical Anthropology and Reality

Michiko SAWANO

Keywords : medical anthropology, narrative, patients, medical staffs, interactivity

Studies about "illness narratives" in medical anthropology have tried to clarify individual experiences of illness through patients' narratives. Some medical staffs pay attention to patients' narratives to overcome the problems of diagnosing and treating just the patient's biological symptoms in current medical care. They try to provide optimal treatments to each patient by grasping individual sufferings of the patients. In illness narratives, both speaker and listener respond to each other's suffering, give and take effects, and receive comfort from each other. Narratives are formed in mutual resonance with others, get their own meanings, and change the speaker's life by encouraging others' lives. "Hole person care" is ideally this kind of an interactive communication between medical staffs and patients. However, narratives between patients and medical staffs are formed under the disparity of authority and literacy. Both patients and medical staffs don't give and take effects deeply, and it is difficult to find deep mutual interactions there. Furthermore, there is a disparity in the authority and literacy of anthropologists and that of their research collaborators, not only in surveys at medical fields but also in the general research of cultural anthropology. In addition, especially in short-term surveys, anthropologists sometimes collect research collaborators' narratives in a form of questioning unilaterally. The problem discussed in this special edition is related with the topic about the depth in which researchers participate and the authenticity of data in cultural anthropology overall.