

## 書評

アーサー・クラインマン著  
「臨床人類学 文化のなかの病者と治療者」  
Book Review  
Patients and Healers in the Context of Culture  
An Exploration of the Borderland Between Anthropology,  
Medicine, and Psychiatry by Arthur Kleinman

田中奈美  
Nami Tanaka

順天堂大学大学院医学研究科医科学専攻

Department of Medical Interpreting, Graduate School of Medicine, Juntendo University

### 1. 序文

患者の語り（ナラティブ）は従来の医療では、不確かな情報と認識される傾向がある。しかし近年、Greenhalgh T, Hurwitz B らによって「Narrative based medicine (NBM)」が提唱され、患者の語りは「Evidence Based Medicine (EBM)」を補うものとして注目されるようになってきている[1]。

医療人類学の草分け的存在として知られる精神科医・人類学者のアーサー・クラインマンが、「説明モデル（explanatory model）」を提唱したのは、1970年代のことであった。説明モデルは「臨床人類学 文化のなかの病者と治療者」（以下、「臨床」）で、「臨床過程にかかわる人すべてがそれぞれにいただいている病気エピソードとその治療についての考え」と定義され、「病者と治療者のいづく説明モデルの相互作用が、ヘルス・ケアの中心的な構成要素をなしている」とされる（臨床, 118）。

説明モデルには「この障害の本質とは何か」「なぜ自分がその病いに冒されてしまったのか」「自分のからだにどんな影響を及ぼすか」「どんな治療をしてほしいと思っているのか」「自分がこの病いと治療についてもっとも恐れているものは何か」などの問いが含まれ、「病いとはいったい何なのかということについてのこうした非公式な説明には、臨床上きわめて大きな意味があるため、それを無視することは致命的になることがある」とクラインマンは述べる[2]。

デビュー作である「臨床」では、説明モデルという概念が、どのような背景のもとに提示されたが記されている。原著は1980年にアメリカで刊行され、邦訳初版は1992年に出版された。その後、邦訳版は長らく絶版となっていたが、2021年末に復刊された。本稿で医療人類学の古典ともいべき「臨床」を取り上げる目的は、その初期の研究を紹介することではない。クラインマンがいかに、「病者の個別的経験」（臨床, 463）というパーソナルな問題から、「医療と文化がどのようにかかわりあっているのかを研究するための理論的な枠組を提唱する」（臨床, i）という大きな研究課題を導きだしたかという点に着目し、その過程の一端を読み解くことを試みた。

なお、本稿で示した「臨床」の引用頁はすべて復刊版の頁数を記したものである。

### 2. 「臨床」の構成

「臨床」は主に1975年から1976年に台湾で行ったフィールド調査の比較研究をもとに、医療と文化の関わりに関する研究の枠組を提示した。

表1で示したように、1章から3章で調査の背景と全体像、研究の枠組と概念モデルを提示し、4章から5章では概念モデルに基づいた疾病・病いのケース分析を展開する。さらに6章から9章では疾病・病いと社会的文化的背景との関連に関する分析を行い、最終章で「臨床」が医療人類学、医学・精神医学においてどのような意義をもつかを考察する。

表 1 「臨床」の構成と目次

1-3 章 調査の背景事情と全体像、概念モデルの提示 第一章 オリエンテーション (I) 問題・背景・アプローチ 第二章 オリエンテーション (II) 文化、ヘルス・ケア・システム、臨床リアリティ 第三章 オリエンテーション (III) 中核的臨床機能と説明モデル
4-5 章 概念モデルの基づいた疾病・病いのケース分析 第四章 病気体験と病気行動の文化的構成 (I) 中国文化における情動と症状 第五章 病気体験と病気行動の文化的構成 (II) 情動変調と情動障害の身体化モデル
6-9 章 疾病・病いと、社会的文化的背景との関連 第六章 家族を中心とするヘルス・ケア 民間ヘルス・ケア・セクターの実態調査 第七章 病者と治療者 (I) 宗教的民俗治療者とクライアントの関係 第八章 病者と治療者 (II) 専門的治療者と患者の関係、および家族と病者の関係 第九章 癒しの過程 土着治療者の追跡調査
10 章 「臨床」の医療人類学、医学・精神医学における意義 第十章 エピローグ 医療人類学、医学・精神医学への提言

### 3. 研究の背景

クライマンが初めて台湾で調査を行ったのは 1969 年のことである。1 年 2 か月の滞在中、現地の医療者と知り合い、自身も医療に携わり、「ハンセン病と結核に関する土着的な信念や対処法について」(臨床,18) フィールド調査を行った。中国語も身につけ、中国社会に深く入りこんだが、「伝統的な治療者のいる店や寺の数のほうが、現代医療の治療者の診療所の数をはるかに上回っている」(臨床,16) 現地でのフィールド調査や臨床体験から、「生物医学モデル biomedical model という概念的枠組では十全な説明ができないことを認識した」(臨床,18)。

そして、クライマンは「問い」を抱く。それは「病気というものを説明するのにさまざまな文化が作りあげてきた(中略)パラバラな枠組を、体系的に比較できるような民族医学的なモデルを練りあげることにはできないだろうか」(臨床,19) というものであった。

帰国後、クライマンは医療人類学を修め、アメリカでのいくつかのフィールド調査を行ったのち、1975 年に再度、台湾に渡った。このとき行ったフィールド調査とそこから導きだされた研究成果が、「臨床人類学」にまとめられている。

### 4. 調査の概要

調査は表 2 の通り、以下の 5 つの課題にもとづき、質問紙や構造化面接などの手法で行われた(臨床,22)。

- (1)病者と家族を対象にした、病気についての信念と病気エピソードへの対応方法に関する調査。
- (2)治療者と病者を対象にしたコミュニケーションの調査。
- (3)抑鬱症候群の患者を対象にした、台湾とアメリカの文化的パターンの比較。
- (4)シャーマンの治療を受けている者と、中国医・西洋医の治療を受けている者の治療に関する調査。
- (5)シャーマンから西洋医まで各治療者群の説明モデルに関する調査。

これらの調査内容については、4 章以降で詳細を報告している。特筆すべきは、調査対象が病者やその家族から、西洋医、中国医、シャーマンなど各種の治療者まで多岐にわたり、さらに 100 人を超える研究対象について、非常に詳細な調査を行い、中には 1 人につき 5 時間から 25 時間かけて調査を行うケースもあったということだ。これは『病いの語り』[2]で提示された微小民族誌(ミニ・エスノグラフィー)にも通じる。

また、台湾という異文化のフィールドを扱う目的が、ローカルの医療事情を明らかにすることそのものではなく、前述の「問い」を明らかにするためのものであるという点は、本書の大きな特徴である。そして「問い」の解明のために、「臨床」では、いくつかの鍵となる概念を提示する。その根幹となる概念の一つが、次に示す「ヘルス・ケア・システム」である。

表 2 「臨床」における調査の概要

	課題	対象
1	病氣一般についての信念と特定の病氣エピソードへの対応の仕方	保健所の登記簿などから選んだ 150 家族及び精神科病棟で治療中の患者を持つ 30 家族
2	治療者と病者のコミュニケーション	中国医、西洋式開業医、公立病院西洋医、シャーマン(各 5 名)とその患者(各 25 名)
3	抑鬱の文化的パターンの考察	抑鬱症候群で国立台湾大学精神科に通院中の台湾人患者 25 名およびボストンのマサチューセッツ総合病院で受療中の非中国人患者
4	土着的な治療に対する病者の反応と治療について評価	台湾の民族治療者(とくにシャーマン)の治療を受けている病者 100 名、中国医・西洋医の治療を受けている 500 名
5	特定のケースをめぐる各治療者群の説明モデルを民族医学的に明らかにすることなど	西洋医、中国医、タンキー(シャーマン)各 25 名、その他の民俗的な治療専門家 15 名

## 5. ヘルス・ケア・システムの概念モデル

クラインマンによれば、「ヘルス・ケア・システムの基本的な構成要素は、病者と治療者」であり、「病者も治療者も、文化的意味と社会関係の特殊な構図のなかにはめ込まれている」(臨床, 27)。また、医療の通文化的研究では「どの社会でもヘルス・ケアをめぐるさまざまな活動が多少なりとも相互に関連しあっているという事実をはっきり認識すること」が肝心だと述べる(臨床, 26)。しかし、「臨床」刊行当時、このような見解は十分に認識されているとはいえなかった。

そこでヘルス・ケア・システムについての見解を提示するにあたり、「個人を超えて存在する、人々のあいだの相互作用の世界」を「社会的リアリティ」と定義し、ヘルス・ケア・システムはこの社会的リアリティにほかならないと考えた(臨床, 41)。さらにこのなかで、健康関連の側面、とくに「病気についての態度や規範、臨床の場面での人間関係、治療活動」を「臨床リアリティ(clinical reality)」と称した(臨床, 44)。

社会的リアリティが異なれば、ヘルス・ケア・システムについての見方も異なる。しかし、そのように個々人で解釈の異なるヘルス・ケア・システムに注目するのではなく、むしろ「個々のセクター、臨床の場での人間関係、役割からなる多少とも統合されたローカルなシステムについてのモデルを提出したい」(臨床, 44)と考えたところにクラインマンの原点がある。

こうして提示されたものが、「民間セクター(popular sector)」「専門職セクター(professional sector)」「民俗セクター(folk sector)」(臨床, 56)の3つの円が一部で重なりあうヘルス・ケア・システムの構造モデルである。民間セクターは個人や家族、地域社会など複数のレベルから構成され、専門家ではない「素人の民間文化の場」と定義され、ヘルス・ケア・システムの最も大きな部分を占める。「専門職セクター」「民俗セクター」はともに治療者のセクターで、前者は制度化された専門の治療者、後者は民俗の治療者を指す。

このように、ヘルス・ケア・システムと臨床リアリティを多元的かつ多層的に捉え[3]、各セクター間で臨床リアリティとそれを構成する要素が大きく異なることに注目した。その結果、「ヘルス・ケアにおける認知とコミュニケーションの特徴を研究するための概念モデル」として、冒頭の「病いの説明モデル」を提唱するに至った(臨床, 93)。

## 6. 説明モデルの枠組

説明モデルを理解するための一例として、「鬱傷」の事例がわかりやすい。「鬱傷」は「台湾の民衆文化特有の病いの一カテゴリー」(臨床, 129)だが、人によって認識は異なる。病者の中には、精神生理学的な愁訴を「鬱傷」のためだと考える者もいれば、そうではなく、呼吸器系の症状にかぎって使うという者もいる。また、治療者の側も、タンキーと呼ばれる台湾のシャーマンなど民俗治療家や台湾人の中国医は「鬱傷」ということばを使う一方で、中国大陸出身の中国医は聞いたことがない、あるいは中国医学にはない概念で俗信だと考える者もいる(臨床, 95, 129)。「台湾の西洋医に民間の説明モデルについての理解が欠けていると、文化特有の病いカテゴリーと結びついた典型的な社会的緊張を、認識することも治療することもできない」と、クラインマンは指摘する(臨床, 131)。

このような課題に対し、前述のヘルス・ケア・システムの各セクターに依拠する病者、治療者それぞれの説明モデルを見分けることが有益となる。また、「治療者の説明モデルと病者の説明モデルとの相互作用を研究することによって、臨床場面のコミュニケーションで起こるさまざまな問題を、いっそう正確に分析することが可能となる」だけでなく、より重要な点として、説明モデルを前述のヘルス・ケア・システムのセクターと関連づけて研究することで、

「文化的・社会構造的なコンテクストが病者＝治療者関係をはじめとするヘルス・ケアの諸関係に影響をおよぼす主要なメカニズムのひとつが解明できる」ことを挙げる (臨床, 118)。

「臨床」の訳者のことばを借りると、クラインマンは治療場面を、病者やその家族と、民俗治療者や西洋医などとの説明モデルの「取引の場」としてとらえなおすことで、「臨床リアリティを現代医学が一元的に支配していると考えられる人びと」に再考を迫る (臨床, 459)。さらにこのような視座が、その後の「病いの語り」などの研究に引き継がれていくことは、よく知られている通りである。

なお、クラインマンは近年、説明モデルの問題にも言及している。それは、説明モデルが「たった一度の検査データで判断してしまうように、これらの質問をたった一度聴取しただけで、その結果を断定的に扱うような用いられ方をするようになった」という点である。「説明モデルは、このような単純化されたステレオタイプではない方法で、対話を促進するために使われるように、ケアをする人と受ける人の間で活きるオープンな質問にしていくことが大切」であると語る [4]。

また、ステレオタイプな文化的解釈にも警鐘を鳴らし、医師が微小民族誌から理解すべきことは、患者やその家族が真に抱える問題であり、それは文化的コンピテンシーとは異なるものであると言う。さらに、他者にとって最も大切なことを知るといのは、技術的スキルではなく、患者との「選択的親和性 (elective affinity)」であると述べる [5]。

## 7. 考察

クラインマンの研究は、「病の語り」の側面で語られることが多いかもしれない。しかし、その多岐にわたる膨大なフィールド調査とそこで収集された個人のエピソードの背景には、大きな「問い」がある。説明モデルはそうした「問い」を解明するために開発されたツールでもあり、臨床リアリティ、ヘルス・ケア・システムなどの概念モデルの提唱により研究の枠組を構築するという手法が、「臨床」を特徴づけている。

「臨床」の新版訳者あとがきで、本書の魅力について、概念モデルの提唱を通し「さまざまな文化で展開されている苦しみや悩みへの対処について全体的な見通しを示した点」(臨床, 463) を挙げる。それに対して、「図式的」「大雑把」などと批判はあるかもしれないとしながら、「そうした概念をもとに病者と治療者との実際の相互作用場面を生き生きと分析して見せることを通して、画期的な方法を提案した」と述べ、その後の影響の大きさを評価する (臨床, 463)。

以上の点から、現代の医療現場のコミュニケーションの問題を考察するうえでも、「臨床」というクラインマンの研究の原点を垣間見ることは、新たな気づきを得る一助となるのではないかと考えた。

近年、医学の発展にともない、医療現場のコミュニケーションは容易になるどころか、病者と治療者の知識の乖離はますます進み、より複雑化しているようである。クラインマンが 1970 年代に台湾で遭遇した「鬱傷」の問題は、現在の民間医療や代替医療、あるいはワクチン接種の可否などの問題に相当するかもしれない。このようななかで、改めて、「個」というマイクロと社会への大きな「問い」というマクロの双方に目を向けることの意義について考えたいと思う。

利益相反自己申告：なし

## 引用文献

- [1] 斎藤清二. 医療におけるナラティブ・アプローチの最新状況. 日本内科学会雑誌. 2019; 108: 1463-1468.
- [2] アーサー・クラインマン. 病いの語り. 誠信書房. 1996.
- [3] 梶谷真司. 医療における現実の多元性と多層性—アーサー・クラインマンの現象学的・解釈学的医療人類学—. 帝京国際文化. 2006; 19: 93-122.
- [4] 皆藤章, アーサー・クラインマン, 江口重幸. ケアをすることの意味. 誠信書房. 2015.
- [5] Kleinman A, Benson P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. PLOS Medicine. 2006; 3(10): e294.
- [6] C. G. ヘルマン. ヘルマン医療人類学. 金剛出版. 2018.
- [7] 石川ひろの. 保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門. 大修館書店. 2020.

\*責任著者 Corresponding author : 田中奈美 (e-mail: n.tanaka.ku@juntendo.ac.jp)