

## 著者解題・総合討論

美馬 達哉

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

中村 友香

(筑波大学人文社会系)

高橋 花子

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

本間 三恵子

(埼玉県立大学健康開発学科)

柏崎 郁子

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

美馬：こんにちは。立命館大学の先端総合学術研究科の美馬達哉です。医療社会学研究会の幹事として、司会をさせていただきます。

本日のテーマは、2022年に出された中村友香さんの『病いの会話 ネパールで糖尿病を共に生きる』です。分野としては、医療人類学になります。中村さんとは、以前に立命館大学総合心理学の澤野美智子さんからの紹介でお話をしたことがあります。博論を出版されていて、ネパールという地域研究だけでなく、医療人類学・社会学として興味深いので、合評会を企画しました。

著者の中村さんから著書の内容を紹介してもらって、高橋花子さん、本間三恵子さん、柏崎郁子さんという順番でコメントや質問を受けていきます。参加者ネット上で30人ちょっとですから、なかなかの盛況です。

では、中村友香さん、よろしくお願いいたします。

中村：ちょっとどういうふうに進めたらいいかなと思ってはいたんですけど、簡単にネパールの医療状況と背景のお話を1で先にさせていただいて、2以降のところは多分みなさんからの質問・コメントをいただいた後のお返しというか、簡単な回答のようなかたちになっているのですが、1の部分だけ先にお話していいのでしょうか。

本の全体というよりは、ネパールの医療状況がこうなっていますという、本の1章あたりのところを簡単に背景知識としてまとめてまいりました。とくに、今日コメントをして下さるみなさん看護関係の方が来て下さっているというところもありましたので、少し看護師と看護については補足もほんとに簡単にですけど加えながらというふうに思っております。中村友香と申します、よろしくお願いいたします。

まずネパールという国について、みなさんがどのぐらい親しみを持ってですね、ご存知かどうかわかりませんので、ほんとに簡単な基礎情報としていくつかの話をしておきたいと思います。2021年の統計では人口2919万人の人口であるというふうに言われておりますけれども、ネパールはGDPのかかなりの割合を海外出稼ぎ労働者におおっていますので、おそらくネパールのなかにいる人数というのかなり流動的ではありますけれども、こんなにたくさんはいないというような状況にだいたいなっていると思います。

地理的にはインドと中国のチベット自治区のあいだに位置する内陸国で、三方向をインドに、そして北側だけがインド、チベット自治区に接している国になっています。チベット国境側は簡単には現在では国境を越えられない状況になっていますが、インド側はボーダーフリーで、ネパール国籍を持っている人であればパスポート等々いらずに行き来ができるということで、今日ご紹介させていただく本のなかの人たちも、糖尿病の治療のために国境を越えてインド側で治療を受けているという人たち、もしくは薬の調達をしているという人たちもいるような関係になっていますし、もう少しマクロなレベルで言いましても、薬がかなりインドから輸入されてきたりとか、それが生物医療の薬だけじゃなくてアーユルヴェーダの薬であったり、もしくは伝統的なヨーガとは言えないんですけど、もう少しエクササイズ化された現代的なヨーガのネットワークというのもネパール・インドの国境を越えて現在では広がっているというような関係性になっています。

宗教は8割がヒンドゥー教徒というふうにいわれていて、今回のこの糖尿病患者さんたちもこのヒンドゥー教徒の人たちにあたります。カーストとしてはおおまかに

分けると4つのカーストがあるというふうに言われていますけれども、この本で対象となるのは上から2番目のチェトリ、タクリカーストの人たちが対象となっています。もちろん現在ではカーストと経済状況がぴったりと一致するという現状はありませんけれども、しかしですね、やはりダリット、カーストの低い人たちと比べると比較的、たとえば公務員の仕事についていたりとか、もしくは土地を持っていたりとか、比較的裕福というか中間層あたりに属する人が多いということもできるようなカーストにはなっていますし、私が調査をした調査地は地方都市ですので、比較的そういった意味でも地理的にも医療アクセスが比較的容易であるというふうな地域のこうしたカーストの人たちが対象となっています。

ここから(2)のところに行きますけれども、ネパールの医療の歴史の特徴について簡単にご説明したいと思います。今日取り上げている本著は医療史は背景知識ということになりますけれども、しかし、じつはどうしてこういうふうな糖尿病患者さんが実践をしているのかということを考えるときに、このネパールがたどってきた医療の歴史というのは非常に深く関わっているとも言えるところで、今日はその前提をディスカッション、コメンテータのかたのコメントをお伺いする前に、ネパールの状況をふまえてディスカッションができるように、この部分についてお話を簡単にではありますがしておきたいと思います。

ネパールは1951年まで約104年間の鎖国状態にありました。そのため、たとえばほかの多くの南アジアの国が植民地時代に経験をしたような、海外からのさまざまな医療的な開発にほとんど影響を受けないまま1951年に至ったというのがネパールのもっとも大きな特徴であるといえます。51年に体制が変わって鎖国状態が終わると、国外から国際援助が大量に流入します。これはたとえばキリスト教団の支援であったり、あとはネパールはヒマラヤ山脈をめざして山岳登山隊がかなりこの鎖国以降集まってきましたので、そうした山岳登山隊が連れてきたさまざまな医療プロジェクト、医師らの活動というのがまずありました。

それから低開発地域の経済協力プログラムや冷戦下での国際開発援助、プログラムにもほかの低開発地域とともに対象になっていったというのが50年代以降ということになります。しかし地域的にも期間的にも限定的で不均質なプロジェクトの導入によって、もちろんプロジェクトの内容も偏ってはいますけれども、支援を受けることができた地理的な条件というのも非常に偏りがあ

ります。たとえばエベレストがある東ネパールは保健医療も含めたさまざまなインフラの開発が進んだ一方で、本書が対象としている西ネパールは、2000年代近くになるまで低開発の状況のまま進んでいるといわれていて、いまま東西の格差というのはかなり大きな状態のまま残っています。

このように、開発の初期からこのようなプロジェクトの偏りがありました。実際には多くの一般人口は、生物医療とのかかわり、近代医療・生物医療どちらの言い方もありますが、いちおう本書の内容に沿って生物医療という言い方をここでは使わせていただこうと思いますが、生物医療とのかかわりをほとんど持たないままであったのが1960年代くらいまでというふうに言えます。生物医療の知識や薬剤、医療従事者の権威や影響力というのは非常に不安定で、時々やってきては去っていく、けれどもなんだかよくわからない、というふうに受けとられていたという文献が残っています。

1970年代になるとプライマリーヘルスケアの時代にネパールも突入していきます。とくにアルマ・アタ宣言以降のコミュニティベースの開発の促進によって、村を対象とした、コミュニティを対象とした保健医療プロジェクトというのが進んでいきますが、ここで生じたこととしては、もちろん村でのさまざまな開発が進んだんですけども、それを理解しない人々を「村人」、ネパール語で「ガウンゴマンチェ」というふうに呼んで、開発プロジェクトと対立するような、もしくは障壁となるような、もしくは啓発の対象となるような人々というのが言説として構築されていったというのがこの時代になります。

海外ドナーはプライマリーヘルスケアを行なうためにネパールに入ってきましたけれども、どのドナーの支援を受けるのか、もしくはどのドナーが広い規模でプロジェクトを行なうことができるのかというところで競合をし、保健医療を含む開発政策は横領と汚職の温床になっていったというふうに分かれています。とくにですね、首都カトマンズにこうしたドナーの競合が集中したため、首都をはじめとするカトマンズ盆地の外の人たちというのは安定的で一貫したプロジェクトの恩恵をあずかることが困難になっていったということが指摘されています。もちろんこれは先ほども挙げた東ネパールのエベレスト地域というのはまた一種例外ではあるんですけども、そうした地域とカトマンズ以外の地域では、本当にごく少数のプロジェクトにとどまっていったというふうに言われています。

そして大きく状況が変わったのが1990年代以降です。

ここでネパールは民主化が起きました。民間営利セクターがそれにもなって拡大をし、とくに1990年代後半には新自由主義的な構造調整政策のなかで保健医療政策についても自由競争的な医療財政プランに移行していきました。これは1997年がいちおうで政策的な境目だったというふうにいえると思います。

しかしですね、それと同時にネパールは1996年から2006年に国内での人民戦争の時代に突入しており、公共部門の幅広い展開というのが困難な状況にもなっていました。そのためですね、民間営利部門主導のサービスの拡大と、しかしそれをうまく連動したり管理することができなかった公共部門の状況によって、保健医療制度や規則、法律の遵守がとくに地方を中心に困難になっていったというのが90年代以降です。

一般市民にとっては生物医療サービスへのアクセスが向上し、薬を買ったり、医者にかかるのはむしろかきかきとしても、医者以下のさまざまなヘルスワーカーに体の状態を見せるということではできるようになっていった時代ではありますけれども、しかし質の不均質な大小さまざまな医療サービスが著しい地域格差をはらみながら歪に展開していったというのがこの時代ということになります。なので、いま現在ではカトマンズを中心にひじょうに大きな医療施設、総合病院というのが多く展開する一方で、やはり地方都市、もしくは農村部においては、そうした場所にまで公共交通サービスを使ってそこまで行かないとそれなりの医療が受けられない、みたいな状況というのが起きているというのがネパールの現状になります。

(3)の医療制度のポイントとしてすごくシンプルにまとめましたけれども、公立病院と私立施設の差というのがかなり大きな状況です。公立医療施設は安価ですが、設備や開院時間、医療人材、医療資源にひじょうに制限があって、多くの人は私立医療施設を利用したいという希望を持っています。しかしこちらも一方で商業主義的であるという疑いが持たれていて、たとえば診察料がひじょうに高かったりとか、検査料が公立の5倍も10倍もする場合があったりですとか、さまざまな金銭的な問題というのがあるというような状況はあります。

国民健康保険については2015年以降じょじょに拡大しており、いちおう今はすべての地域で健康保険に入ることができる状態にはなっていますが、加入率はけっこう高くありません。また1年間での加入選択ができるので、今年に入ったけれどもけっきょく要らなかったから次の年は入らない、みたいなこともかなり起きていたり

します。多くの人は自費で私立病院にかかる、かからざるをえないような状況が起きている地域もありますし、私立医療施設がないのでやむをえず公立施設にかかるけれども、という地域も多くあるようなのがネパールの状況です。

そして、こうした医療施設、私立医療施設はかなり、とくに2000年代以降増加していますが、そうしたところで医療人材も必要とされていて、私立の医療施設の増加にもなって私立の医療系教育機関の乱立もこの20年間くらいでかなり起きている状況です。しかし教育機関も、たとえば臨床実習ができないような教育機関もひじょうに多く、質を疑う報道や、あとは教育費の異常高騰が起きていたり、そちらもやはり地方と都市の格差がかなり広がっているような状況があり、施設だけではなく、そこで働いている人材についても患者たちは不安をおぼえるような医療状況ということになっています。

今日コメントしてくださる方がたが看護にもかかわっていらっしゃるかたが多く来てらっしゃるということだったので、ちょっと看護師と看護について、ここではほんとに小さい※印ですがまとめました。

ネパールの多くの医療施設の看護師というのは、4年制大学を出ている「スタッフナース」と呼ばれる看護師たちと、ANM(エーエヌエム)と呼ばれる日本語でいうと補助看護助産師がおりますが、この4年制大学を出た看護師というのはひじょうに貴重であります。なので、ほとんどがANM、もしくはそのさらにアシスタントであったり、実習の学生が病院で働いていたりというのがとくに今回の本で舞台になるネパールの地方都市の状況です。

彼らは日本の看護師さんの働いている姿とは大きく違って、医師から独立した領分をほとんど持たないというのが現状です。ケアや看護の専門家というよりは、医師もしくは医師よりももうひとつ下のヘルスアシスタントというポジションがありますが、そうしたおもに男性が担う直接的な治療行為を行なうポジションの助手というような役割がおもになっています。なので、患者側も看護師に何か聞いてもまったく答えてくれなくて意味がない、っていうふうに言っていたりとかするようなポジションになっていますし、看護師たち自身も、私たちは医師が言ったことやっているだけだからべつに責任をそんなに深く負ってない、っていうふうに発言されたりもするように、日本の看護師さんとはちょっとようすがちがう、というふうに思っていたらいいんじゃないかなと思います。

たとえば入院病棟でも食事や排せつの補助の世話や、薬や医療品の調達というのは家族の仕事であります。で、看護師さんたちはそのあたりというのは職務に入っていません。医師になるのに莫大な教育費がかかる一方で、とくにこの ANM は安価な教育費で教育を受けて資格を取ることができ、さらに現金収入を見込める仕事が得られるとして女性にはひじょうに人気の職業ですし、現在ではこうした医療系の比較的取得しやすい資格を持っていると、オーストラリアなどに移住しやすいというふうに思っている人たちもすごくたくさんいて、女性のなかでは国内での医療状況うんぬんというよりは、海外に留学する切符のようなかたちでこの ANM の資格を取る人たちもすごく増えています。なので、教育機関の増加が直接的にネパールのなかの医療状況の改善につながってはいないというようなことも一種この看護師資格については言える部分であると思います。

ただ一方で、そうしたものすごく、なんとといいますか、医者とは異なって、ある部分においては患者の感覚と近いものを持っている看護師さんたちもたくさんいて、それがケアと看護の提供として行なわれるというよりは、個人として患者に共感をするみたいな場面ってというのはじつはあって、そうした専門家と非専門家のあいだに良くも悪くも立っているような人たちというふうな場面も糖尿病治療の場合では多くみられたりもします。ですので、医者がぜんぜん言っていないような、わりと眉唾な情報というのを看護師がじつはこっそりと患者に教えていたりすることが非常にたくさん起きているというのも現状です。それを患者がどういうふうにとるかというのもまた場面によってさまざまではあるんですけども、そういった微妙な絶妙なポジションに立っているのがこの看護師の人たちであると言えます。

最後に簡単にですけれども、ネパールの疾病構造として 2018 年の WHO の資料を参照すると、慢性疾患による死亡者数は総数の 66 パーセント程度というふうに言われています。感染症と非感染性慢性疾患の二重負荷状態であると言われていています。ただし、この死亡者数の統計というのは、ネパールにおいては死亡診断書等が書かれているわけではないという現状や、病院での病院死というのがひじょうに限られているというところもありますので、実際この 66 パーセントというのがどれくらい現状に見合った数字なのかというのは正直なところわからないというふうにも言われていますけれども、いちおう資料としては 3 分の 2 が慢性疾患であるというふうに言われています。

2 型糖尿病、この本で主題となっている 2 型糖尿病は、ネパールの医療政策のなかでも、そして患者さんたちのなかでも比較的新しい近代の病気としてとらえられていて、ここ 20 年、30 年間で一気に急増したというふうにと考えられているというような状況になります。

2 以降はみなさまのコメントを受けて回答というかたちでお話をしたいと思いますので、いったんここまででネパールのお話、背景のお話というのは終わりにしたいと思います。こうした医療状況を受けて、糖尿病患者たちがどういうふうにも生物医療と、もしくは日常での医療資源と、もしくは患者の家族たちとかかかわっているのかというのがこの本での議論したいところ、議論してきたところというふうになります。

では以上になります。

美馬：ありがとうございます。ネパールに関して事実関係の質問はありますか。

司会からですが、ネパールの看護師で、4 年制大学を出ている人々、いわゆる trained nurse は、政府が政策的にケアワーカーとして出稼ぎに行かせていますか、それとも本人の自発的意志での国外流出ですか？

中村：どちらかというとも後者です。

美馬：フィリピンとかインドネシアのように、国家として組織的に、看護師を出稼ぎ労働者として養成しているわけではないわけですね？

中村：しているわけではないです。というのも、ネパール国内の実際の看護師の教育というのはネパールの人が出ていく外の国の教育よりもかなり水準が低いと言われていて、切符としては留学の権利が得られても、向こうでほんとうに看護師として働けるかというともたちょっと別の問題なので、政策的に送り出すほどの教育状況ではないというのが実際のところだと思います。

美馬：はい、ありがとうございます。次は、高橋さん、お願いします。

高橋：立命館大学先端総合学術研究科博士課程、院生の高橋と申します。最初に少し本書の概要を説明して、そのあとに私からの論点をいくつか提示させていただければと思います。

私自身の立場ですが、これまで小児医療にかかわる看

護師として、1型糖尿病の子どもと家族を対象に病院の看護相談という形式で相談業務を行なっていました。そういった背景から、現在は慢性疾患を持つ子どものセルフケア、子どもと親と医療者の関係性に関心を持っています。そうしたところで、今日提示する論点は、本書から得られた示唆をもとに、私の背景にある小児看護の観点から提示したいと思っています。本書から得られたことをだいたい飛躍して取り出しているかもしれないですが、現状のところでのどのように考えられるか、ヒントがどう得られるか、というところで出しています。

では本書の概要に移ります。本書の調査背景ですが、著者はまず現代ネパールの2型糖尿病患者は二つの不確かな状況の中にいることを説明しています。その不確かさとは、2型糖尿病の不確かな身体症状という疾患特性自体の持つ不確かさと、ネパールの不安定な供給状態にある生物医療サービスそのものの不確かさ、そういった二重の不確かさがあって、そのなかで患者が病いを経験する状況にいることをまず説明しています。

その生物医療施設において、生物医療の治療に従わない患者のことを医療者側が理解できない「村人」と表象する医療者側の視点がある、ということを示しています。そのようなその治療に従わない患者が理解できない人であるという位置づけについて、著者は糖尿病研究やネパール開発に関する先行研究を用いて、患者たちは生物医療的価値だけではなくて日常の社会関係のなかで選択行動するということや、意思と責任に基づく行為には限界があることを示し、そういった医療者がみる患者の位置づけが不適切であるという一面を論じています。著者はそのような不確かさや村人言説の中にあるネパールの2型糖尿病患者の病いに生きる経験に接近するために、本書の調査においてネパールの2型糖尿病患者と周囲の人々の病いの会話に焦点を当てています。

著者は、権力装置としての生物医療による疾病観ではなく、患者の主観的な病いの経験を浮き彫りにするため、クライマンやグッドの「病いの語り研究」と視座を共有しつつ、患者個人がする語りではなく、患者が他者との相互行為として病いの経験をつくりあげる、その会話や患者と他者が持つ関係性に着目しています。そして、ネパールにおいて2型糖尿病に関する不確かさが患者にどのように経験されて、病いをめぐって他者とともに生きる在り方が患者たちにどのような意味を持つのか、ということを問いとして提示しています。

本書の調査は、調査地をネパール中西部ルンビニ州トゥルシプール市と、その周辺農村、首都カトマンズに

されており、調査方法はインタビュー調査、観察調査、資料収集とされています。調査対象は2型糖尿病患者だけではなく、患者家族や友人、近所の人、生物医療とアーユルヴェーダもふくめた医療従事者、ヨーガのグル、と患者の周囲にいる多くの人々を対象にされています。

本書の意義として、私自身がこういった意義があるのではないかと考えるところで二つあげます。一つ目は、2型糖尿病という慢性疾患が生物医療により発見される疾患の立ち位置から語られるのではなく、生活の中で患者や周囲の人々との経験から作られていく病いという、そういった新たな病いの形として提示されていること。二つ目に、不確かな2型糖尿病という慢性疾患に人々が対峙するための独特の会話である病いの会話が提示され、人々が他者とその会話をする関係性を持ち、不確かさとありながら治癒ではなく安寧や安心、心地よさにつながっていく可能性を示されたこと、そのようなことが意義としてあるかと思っています。

著書の中に出てくる独特の会話である病いの会話は、様々な形であげられています。一方が語りに耳を傾ける物語を聞く関係性ではなくて、会話の場にいる人々が次々と役割を変えながら病いの経験を作り上げていくこと。時に、糖尿病と日常的な様々な出来事を結びつけたり、時に別の場面では簡単にほどいてしまうような、日常の出来事と、身体症状と糖尿病の病名の結びつきが持つ複層性。あと、不確かな糖尿病に対峙するためにされている人々の不器用な配慮というところにも多く出てきています。そして、プロットの無い断片的な会話が繰り返されることで作られる他者との間身体的な関係性。診察室の中で患者たちが医療者を日常的な会話に巻き込もうとして、思わず看護師が笑ってしまったりとか、医師が意図せずに日常的な会話を続けてしまったりするような、日常的な経験の中に医療従事者を巻き込んで再配置しようとするような患者の働きかけであったり。そのような独特な病いの会話が、ネパールの2型糖尿病患者やその周囲にいる人々が、病の不確かさの中でともに病いの経験を上げる会話としてあることを本書が示しています。

次に論点に移りたいと思います。

一つ目に、他者が患者の病いを語るることについてです。本書には、他者が患者の病いを語るることについてどのような視点があります。ネパールの人々の日常において、繰り返し経験を人々に語り、それらを共有して他者の経験を次第に自分のことのように語るようになる、という形の会話が自然になされていた。それは2型糖尿病患者と

周囲の人々の病いの会話にも同様に見られていたと書かれています。人々が自分のことを勝手に話したり決めつけたりするような会話は、煩わしさと同時に、誰かに気にされているという安心や愛情を感じる行為ともなっていた、とも書かれています。人々の会話は病因論を検討するような会話や責任を迫するような会話ではなく、病いと行為が不確かなのが「ただそうだった」ことが共有される会話であった、とあります。人々が、繰り返し会話をして不確かさを共有し、他者との間身体的関係に支えられて病いの不確かさに対峙していた、と著者は考察されています。

そのような患者と他者の関係性から、病院の診察の場で患者の同伴者が患者のように語るやりとりの場が本書のなかに出てきます。そのやりとりについて、外国人医師が、他者が代わりに語ることを親子関係やジェンダーと結びつけて否定的に捉えていた。著者はそのような否定的な捉え方をグッドのいう語りの専有に近い捉え方である、と考察をしています。それは、糖尿病の子どもと親の語りというところで繋げて考えていくと、他者が代わりに語る、親が語りを占有するということが、糖尿病をはじめとした慢性疾患を持つ子どもと親の関係性のなかでも指摘されてきています。それは自分のことを説明できる発達段階にないような子どもの代弁者として親が医療者と語るということだけではなくて、子どもが成長して話せるようになっても親が語る、そういった関係性が診察の場で固定されがちであることを指しています。そのため、近年日本の小児医療では親が語るだけでなく子どもを自分の言葉で語らせるということが意識されています。その背後には、子どもの意見表明を尊重する子どもの権利擁護の視点であったり、行為の主体である子どもに行為の責任を移行させていこう、そういう患者の自立を意識した目的があるというように言われています。

そういった病院で起こる親と医療者の会話というところについて、本書の視点を借りるならば、子どもの語りを親が占有するような観点だけではなくて、実は子どもと親が日常の中でいろいろと作り上げていく病いの経験というものを親が代表して病院で語るというような一つの見方もあるのかというように思いました。診察の場面で子どもを会話に参加させていこうという試みは、それまで親と医療者で会話されてきた、子どもの病いの会話に子ども本人を参加させていくという、責任を移行していこうというような観点とは異なる新たな病いの会話を作り経験を共有していく会話になる、そういった見方も

できるのかなと思います。

他者が自分のことを語るることについて、すごく煩わしいけれども、気にかけてくれて愛情を感じるというネパールの人の話がありましたが、そういったところでも、子どもが成長して行って、親に自分のことを語られる煩わしさとか、そういう決めつけられるようなことを「どこか気にかけてくれて安心」するような部分も、実はそういう見方もできるのではないかと少し思いました。ですので、小児医療で問題だとされている会話の在り方が、本書の視点をを用いることで、子どもにとって占有されるだけではない会話の意味もあるのではないかとというように思いました。

二つ目の論点は、患者と医療者の関係性についてです。本書の視点を見ると、生物医療従事者は正しい知識を理解せず行動しない患者を「村人」と表象して、患者の話し方に苛立ちを感じていたり、一方で患者は生物医療の効果の可能性に期待を持ちながら医療従事者への違和感・不信感を持っていたというようにあります。そのような印象を双方が持つ中で、医師・看護師が患者と会話をして、患者の求める関係性や不器用な配慮の中に取り込まれまいとしつつ、患者の働きかけに意図せずうっかりと巻き込まれていく。そのようなことがクリニックの場面であったかと思えます。

著者はそういったその関係性や会話から、患者が病いに関する会話を通じて、権威的な立場である医師との関係性自体をずらして、患者たちが自らのほうに医師を引き寄せようとして、医師達の方が職業倫理を持って抵抗しようとしていたのだ、と捉えられていました。つまりは診察という医療従事者主導になりがちな場で、患者がする病いの会話により、主導がどちらにあるのか不確かになっていって、患者と医療者の立場が平等に近づくことが出来るような示唆だと考えられました。

一方、日本では、糖尿病患者と生物医療の看護師がどのような関係性を持っているか、というところに少し触れます。

病院で行なわれる2型糖尿病看護というのは、ネパールのクリニックでもあったかと思えますけれども、インスリン注射の指導、食事・運動指導など、いわゆる患者教育といわれる看護師から患者への教育というような関わりがかなり多く、それらが単発もあれば継続的にもあるというように、関係性自体が継続するか一回で終わるか、そういうところはまちまちな状況があると言えます。

そういうところで、2型糖尿病の場合、治療を行なう医師とは違って、看護師は人々やその生活に介入するこ

とが看護の目的ということが強調されるところはありません。糖尿病看護にかかわる看護師のインタビュー調査の中でも、「疾患と現在の患者の状態を患者の生活の中において捉える、そういったことが重要だと私たちは思っている」ということが語られていたりしています。看護師が、患者の生活に焦点をあてて、生活を主軸においた関係性を持つとする、そういった傾向はあると思います。しかしながら、病院で糖尿病看護が焦点をあてる患者の生活には、生物医療の正しさに向かう教育という手段が介在している、そういった関係性はやはりあるだろうとも言えます。

糖尿病の患者に限定されてはいないのですが、興味深い、生物医療の正しさに踏み込まないような、そういった訪問看護師と慢性疾患患者の会話の例があるので、ここで出しているんですが、中田明子さんという方がされた訪問看護師のインタビュー調査の中で、飲酒・喫煙とか病状が悪化する行為の理由を患者にあえて聞かない訪問看護師の事例を出されていて。専門的知識とは異なる素人知を持つ患者に対して、理解の暴力という抑圧をあえて回避し、関係の構築を行なうというような看護師の会話がそこで展開されていたことがそこで提示されています。それは、その患者の身体状況が悪化したときに看護師が介入できるように、患者の危機的状況に対応するための関係構築というところを優先にする、という意図的な看護師の会話ではあるんですけども、抑圧者と非抑圧者の関係に陥ることを回避しようとする、そういった興味深い関係性を示す会話がインタビュー調査から提示されていました。

これらのことを踏まえて、本書から得られた生物医療従事者への示唆というところで少し考えました。

日本では、生活者としての2型糖尿病患者を捉えようとする看護の方向性というのはあるけれども、でも病院ではやはり患者教育というような、看護師と患者の教育する・されるような関係が展開されています。一方で、患者の生活の場に出向く訪問看護では、抑圧と非抑圧の関係性を回避して、正しくない行動の理由を問わない看護師の試みというのも見られていました。

ネパールの病院では生物医療者とその患者双方が苦々しい思いを抱きながらも、患者は医療者から無駄にもみえる会話をして、その無駄にも見えるような会話につきあった医療者と患者の会話に、その場の主導が誰であるかが揺らがされて、主導を引きあうような状況を起こしていたのではないかとこのところがありました。日本の訪問看護とそのネパールの病院で、誰かが意図している・

意図していないということは置いておいても、患者のその正しさをそうな会話に付き合うということを医療者がしていたというところは少し共通点があるのではないかとこのように思いました。

生物医療従事者と患者の両者がきちんと会話するということではなくて、よくわからない、なんだかよくわからないんだけど会話につきあう、ということが、正しい知識・行動を教育する・される関係性に揺らぎを起こして、両者が平坦に交わる場になる可能性があるのか、というようなことを示唆として考えました。

評者は、本書の示唆から医療者がその職業倫理が揺らぐような患者の病いの会話にどっぷり参加するというよりは、患者の会話に付き合うことで患者の持つ不確かさを共有し主導を引きあいながら、患者にうまく生物医療の専門的知識が利用される場になる可能性もあるか、というように考えました。

最後に、病いにある「不確かさ」と「確かさ」というところでお伺いしたい点を出します。本書では割と「不確かさ」がひとつのキーワードのように多く登場してきます。ネパールの2型糖尿病患者は、糖尿病という病いそのものにある不確かさと、生物医療の不安定な供給とか拝金主義とか、そういった不信からの不確かさなど、複数の不確かさの中で病いを経験しているといえます。その患者たちが不確かさの中で身体感覚や周囲の人々との関係性、日常の論理からも様々な方法を批判的に検討して試し、その場で適切な方向を判断・選択されていたと思います。そして、その患者たちが糖尿病の持つ不確かさや偶発性をそのままにしておこうとする立場をもって、「そういうものなんだ」というところで周囲の人々と認めながらも生きていた、というようなことが本書にあったと思います。

著者は、2型糖尿病患者が様々な不確かさに囲まれていることを強調しながら、患者たちが不器用な配慮とか周囲の人々との会話を持つことで、不確かさの解消に躍起するのではなく、不確かさを「そうなったのだ」と受けとめて生きているということを示されています。

それで、「不確かさ」が本書に多くあったので、「確かさ」はこの本で使用されているのかなと思ってみると、ほぼ使用されていないですが、わずかに使用されている終章で次のようにありました。

「自分の信じる確かさに縛られて苦しんだり、別の可能性に目を向けることが難しい状況になってしまうこともあったかもしれない。もしくは、その確かさを他者に押しつけたり、それが実践できない人への想像力を失うこ

とで他者を傷つけてしまったかもしれない。」

ここで著者が記されている「確かさ」というのは、自分や他者に正しい行動を強いる苦しさとしての意味を持つ「確かさ」として示されているのではないかと思います。

一方で、生物医療にある確かさというところを考えると、2型糖尿病の生物医療で行なわれる治療では、合併症を起こさないこととか、悪化させない、そういったリスク管理の側面があって、それは生物医療の正しさとか確かさというようにも捉えることが出来ると思います。病院で2型糖尿病患者にされる食事指導とか、インスリン注射指導とか、日常の生活指導というのが病を悪化させない正しさを提供して、正しさが確かな値になっていくことを目指す傾向というのがあると思います。そういった生物医療での検査による身体の数値化を行ない患者の身体を視覚化し、確かさ提供していくというのも生物医療の一つの役割となっているということがあります。

では、患者が持つ確かさってということが何だろうと考えると、生物医療から見た確かさではなくて、ネパールの2型糖尿病患者が試行錯誤しながら自ら確かさを感じる、確かさを作っていくって獲得する側面もあったのではないかと、本書を読んでいるとそういったことは実はあるのではないかと感じられます。それは絶対に間違いないような、言い切る、限定するような確かさということではなくても、患者が以前処方された薬と同じ箱の薬を探して、それを確実に探していくとか、あと薬はその指示量の半量で丁度いいように感じられるとか、そういったその患者が感じる確かさのような例はあったと思います。その患者が持つ確かさが、生物医療がその知識と技術を修正してアップデートというか修正していくように、その患者が作りあげていく確かさであったり知であったりというところも、個人の感覚とか周囲の人々とのやりとりで更新・修正されながら作りあげて確かさになっていくという可能性も実はあるのではないかと、このように考えます。

そういったその患者の確かさを考えていると、ひとつ質問として浮かぶのが、もしネパールの2型糖尿病患者や人々に確かさを感じて作りあげていく側面があるならば、本書で示される人々が不確かさをそのままにしておくということと、人々の確かさがどのような形で共存していくのだろうか、ということです。そのようなところを、中村さんに伺えたらと思います。

コメントは以上になります。

美馬：ありがとうございます。次は、本間さん、お願いします。

本間：よろしく願いいたします。本間と申します。

私はいま埼玉県立大学の健康開発学科にいますが、もともと文系で保険会社で「何が病気で何が病気ではないのか」査定する仕事をしていて、そこから医学系、保健学に進みました。特にヘルスコミュニケーション周りを専門にしている、今日はこの視点からお話・ご質問させていただくと思いますが、いわゆる「不定愁訴」的な疾患をめぐって研究をしてきました。先ほど高橋さんが非常にいい要約していただいたので、私のほうは安心して(笑)、手前みそながら、私が以前修士論文で行なった語り研究を見直しつつ、線維筋痛症という疾患を持つ人たちの語りと比較する形で読ませていただこうと思います。

こういう場であまり自分の個人的背景をお話することは無いんですが、私はほかのお二人と違って、いわゆる医療専門職ではない立場の研究者として読んでるなと感じましたし、自分自身が慢性疾患を持つ患者という立場もあって、やっぱり読み方に影響していると思いました。

今回の中村さんの本をコメンテータとして割り当てていただいて、非常にラッキーだと思っています。私がもう少し若かったら、正にこういう研究がやりたかったっていう、憧れみたいなものもありますし、あと書きぶりがすごくいいので、ここまでうなずける本ってそんなに多くないんじゃないかなと思います。

とかく自己決定とか自己管理とか、リテラシー的なものが正しいとされがちですが、「無知な人を理解してあげよう」ではなくて、実はそちらが賢い戦略でもありうると教えてくれる点ですごく魅力的だなと思います。本書の引用にもあるように「悪いときは悪いからしょうがない」というか、「意思と責任と知識を持って適切に判断すれば、常に肯定的な結果にたどりつけるとは限らない」と、先ほど高橋さんも引用された「ただそうだった」というワードなんて、本当にその通りだなと思うんですけども。自然とか、身体もそうですが、完全にコントロールなんてできない、それを見ないふりして生きているけれども、本当にそうなんだな、ということを改めて実感させていただきました。

冒頭にも申し上げた、私は線維筋痛症という慢性の痛みとか不定愁訴的な、全身に色々な症状が出る、でも医学的にそれに見合う異常が見当たらない疾患の患者さん

にインタビューをしてきました。それをまとめた時に、いろんな方から「本間さんの研究、ナラティブですよ〜？」と言われて。それに対して、知識がなかったのもありますが、なぜかすんなり「はい」と言えず、躊躇したことも思い出しました。その戸惑いみたいなものって、この本でも、まさにタイトルについて「病いの〈会話〉であって、〈語り〉ではない」と言われていて、私の戸惑いを非常に明確にさせていただいているなと思いました。

患者さんの語りだけではなくて、私はその後いわゆる量的な調査でアンケートをして、患者・医師関係も見たいんですけども。医師・患者関係でも、純粋な二者関係なんて、本当はありえなくて、診察室の外のいろんなものを両者が背負って、診察の場で出会うみたいな。そういう意味で複雑にいろんなものが絡みあっていると思うので、「ナラティブ」で終わるかという、ちょっと違うな、もっと多面的に見たいな、みたいなことを思っていた時期がありました。

調査では尺度も使って、「病気の認識モデル」、例えば何個か病気の原因を挙げて「どれが病気の原因だと思いますか？」ということも尋ねたんですが、本書でもさまざまな病気の「原因」が語られていて、非常に面白かったです。

私は不定愁訴というか線維筋痛症という疾患を扱っていたのもあって、今回対比しながら拝読しました。対比した一つの理由は、本書のキーワードである「不確かさ」自体は慢性疾患の一般的な特徴ですが、2型の糖尿病と線維筋痛症を対比すると、対照的な「不確かさ」みたいなものがあるそうだという点で興味深くて、着目して読みました。具体的には、浮ヶ谷幸代さんの本にも、糖尿病の患者さんは「病気だけど病気ではない」という箇所があって。これはつまり、「disease だけど illness ではない」そういう生活世界の経験だと思います。糖尿病の方は、常に苦しいとか症状を感じているとは限らないのに対して、線維筋痛症の方は、強く症状を感じるけれども、何か特定の所見とか診断がつきにくいという特徴があって。そういう意味で、対照的な「不確かさ」がありそうなので、取り上げてみました。

この本で取り上げられているネパールというところについて、私はあまり知識がないのですが、ネパールではなぜ違う系統の説明モデルのようなものが、ある意味混在しながら共存しているのかな、と思いました。「説明モデル」という言葉を出したのですが、「説明モデル」という言葉は、医療者の方はあまりお好きじゃないのか、「あくまで患者さんの主観だよ」的なニュアンスで、「解釈モ

デル」と言われることが多いと思うんですが。つまり、何か各々の理屈というのが存在しているよというニュアンスかと思います。ここも、対比ばかりで恐縮なんですが、2型糖尿病と線維筋痛症を、生物医療化という観点で対比させて考えてみました。

で、ネパールの糖尿病の患者さんは、本書で「壊れた医療」と描かれる状況に対して、なんとなくの不信感、「金儲けなんじゃないか」とか、そういう不信感はある。でも意図的に医師とか医療制度に反抗するぞとか、従いたくないとかいう明確な意思表示ということじゃないのかなと読んだんですけども。いわば「そうじゃない世界観もあるよ」みたいな、代替的って言えばいいのかわからないんですが、「多元的な医療を実現するぞ」とかではなくて、気負いなく、ナチュラルに「そうじゃないものがある」と。で、それが私たちから見ると代替医療っぽいものだったりもすると。そういう意味で脱医療的な要素もあるなと思いました。

この辺を「生物医学的説明からの逃げ道」と表現してみたんですが。昔私が卒業論文を書いていた頃「唯一正しい健康言説的なものを超えるにはどうすればいいのか？」という、締めくくりを考えていたときに、周りの方からは、「もっと強く障害とか病気を肯定したほうがいい」というご意見もあったんですが、私の中でなぜかしっくりこなくて。そういう持っていく方は自分にはしっくりこなかったのと、「患者の復権」的で捉えようとすると、それが対立構造っぽくなってしまっているのがいやだったので。それで逃げる、じゃないですが、「健康からの逃げ道」っていう、終章のタイトルを付けた。この本を読んでいて、別に対立してるわけではなくて、ナチュラルにさまざまな説明が共存し得るという意味で、「逃げ道」の話を思い出しました。

ここも対照的だなと思うんですが、ネパールの糖尿病の患者さんに対して、日本とか欧米の線維筋痛症の患者さんは、「医学的な正当な疾患」と認めてもらうために、生物医学的な説明を強く求めると、一般的に文献などで言われているんですが、私が調査すると、日本の患者さんは、欧米に比べるとそんなに生物医学的な説明に固執するところはなかったんです。その辺、欧米と日本とネパールみたいな、何かグラデーションのような、少しネパールと日本と似てるところもあるのかなと思いついて読みました。

ここから特に私は4章と5章っていうのが面白かったので、キーワードを雑多なメモ的に持ってきました。

「不確かさ」については、「病気そのものの不確かさ」、

「誰が」「なんで」「糖尿病になるのか」は自明ではないということ、高橋さんにもまとめていただきましたが、それと「症状の不確かさ」では複層的と表現されていたかと思えます。これも自分が以前、「不確かさ」というか、線維筋痛症のような疾患の「見えなさ」を、自分は「重層化された不可視性」という、ひと言で、階層的なモデルとして表現できないかと思ったんですね。全部でなしにしろ、ネパールの糖尿病患者さんと共通の部分もあるんじゃないかと思いました。

そのモデルでは、一番ベースに共有してる文化のようなもの、たとえば「痛み」だったら、痛みは我慢するのが美德みたいな、考え方があって。そして次のレベルの「見えなさ」として、「外見からわからない」というのは、糖尿病の方をはじめ、内部疾患の方に共通する部分ですね。その次のレベルの「生物医学的な所見が乏しい」という「見えなさ」から上のレベルは、糖尿病の方には当てはまらないかもしれないですが、「診断されても認知されていない」とか、「制度的に認められていない」というレベルの「見えなさ」ですね。糖尿病は内科的疾患なので、共有する文化での「見えなさ」と内部疾患としての「見えなさ」が共通するかなあとあって、比較材料として提示してみました。疾患の違いだけでなく、ネパールと日本の文化の違いもあると思うので、その辺もどうかと思っています。

あと非常に面白いのは、「ただそうだった」というキーワードですね。私、これすごい好きだなあとあったんですが。本書では「単線的な因果みたいなものでは説明できない、複雑なものごとのつながり」と説明されています。医療生物学的な理屈からは「村人」と表現される、で、最近の医療分野の言葉で言い換えると、「ヘルスリテラシーの低い人」となって、じゃあ高めるべきだと評価されてしまいがちなのかなと。おそらく「村人=前近代的で非合理的な人」と、それに対して「市民=近代的で合理的な人」という対比があるのかもしれないですが。

あと語りのところですね。「腑に落ちる」というワードは私の論文からの引用ですが、本書で描かれる「ただそうってしまった」という現象は、私が「腑に落ちる」と表現して言いたかったこととも近い気がしました。なんていうか、決して100パーセント受け入れるとかではなくて。「ポジティブな諦め」とか、いろいろ言い換えてみましたが「まあなんか、しょうがないよね」みたいな感覚ですよ。で、その「腑に落ちる」とか、「ただそうだった」というような経験っていうのは、私の調査の場合だと、決してひとりでそこに到達するわけではなくて。私

は患者会に参加した方にお話しを聞いていたので、そこで仲間と語るとかのプロセスを経ないと起きにくいという意味で、何か共に創られる、「共創される納得」と書いてみましたが、本書の状況と似ている気がしました。

で、患者会というのは単に情報交換だけではなくて、自分の置かれた状況に対して、自分なりに理屈の通った説明を見出す機能もあるのかなと思っていて。なので、医学的に明快な因果関係や説明をそこで得ようなんて、みんなそこまで思っていない。それよりも、今までお医者さんにたくさん受診して、ドクターショッピングもして、でもなんか腑に落ちなくてという状況が、なんかそこで話してるうちに、ふっと「しかたない」となる瞬間があるのかなと。そこも似ているなと思って読みました。

あとはですね、本書でイギリスの患者さんとの比較もあったと思うんですが、あまり「自己コントロール」とか「自己管理」的なものを求めない感覚は、欧米と欧米以外を単純に対比するのはよくないかもしれませんが、東アジア的というのか、欧米とは違うものも確かにあるのかなと思いました。私がカナダとか、北欧に行ったときに、ストレスマネジメントへの執着に近いものに驚いたっていう記憶があるんです。たとえば最近だと「マインドフルネス」も、日本から欧米に行って、それがまた逆輸入されていますが、元々は執着しないという思想がひとつのコアだと思うんですが、それがセルフコントロールのツールみたいになってしまった面もあります。そういう、欧米とは違う感覚というのが、ネパールにも日本にもあるのかなと思って、その辺りもお考えを聞いてみたいと思いました。

それからスライドにある、漢方クリニックでの経験も、本書を読んで思い出したことで。私たちは病院で、ついつい「結局私の診断は何なんでしょうか？」と聞きたくなくなってしまう。漢方クリニックだと何回か受診しても言われなから、「先生、私はどういう診断なんでしょうか？」って聞くと、「いや、別に診断とかそういうのはないですよ。状態の説明ならできるけど」と言われて、「あ、そうか。診断って当たり前じゃないんだ」と思ったという記憶があるんです。本書では「病名やさまざまな身体的不調が弱い結びつきを持って、その都度組み替えられながら経験されていて、原因、症状、対処が確固たる結びつきを持っているわけではない」と書かれています。こういう弱い結びつきも、実は症状と対処が1対1対応みたいなものではなくて、例えばこの糖尿病はストレスのせいとか、祟りのせいだとか、解釈がいろいろあってもいいところが、私の経験とも結びついて「わか

るわかる」と感じました。

あと「責任」に関することも本書で何点か言及されていて、自己責任をあまり問われないんだと。これはすでに糖尿病を持っている人たちが、原因、解釈を含めて、医学的に「正しい」対処を行わないことで責任を問われるかといったら問われないという話でしたよね。それとまた別に、たとえば日本では、糖尿病のような疾患に対して、「発症の原因として悪い生活習慣がある、だから病気になったのは自己責任」、という自己責任論的な主張もありますが、その辺の違いも興味があります。病因論については、本書で一つ項があったと思いますが、例えば、疾患の威信ランキングを調査した論文があって。威信は“Prestige”とあって、少し訳しづらいんですが。そこでは医師とか医学生に調査していて、38個の疾患を挙げて、どれが一番重要・威信があると思いますか？という話で、で、上位が白血病とか心筋梗塞、38個の中に糖尿病はなかったのですが肝硬変とかが下位にきていて、ちなみに線維筋痛症は最下位だったんですが。論文ではいわゆる「悪いライフスタイル」が原因と考えられる疾患が下位なので、病名へのネガティブイメージは、ネパールだとどうなのか伺ってみたいです。

それから、言語の話、「中動態」のところ。つまり糖尿病をめぐって「私が何かする」のではなくて、「何か私をめぐって起こる」という。ネパール語はもちろんわからないのですが、日本語だとあまり主語を明確にしないし、日常会話だとむしろ主語があると不自然というのがありますが、そういう言語的なものと私達の感覚って関連するのかな、ネパールはどうかのかなと思いました。自分と他者の感覚、自他の感覚みたいなのところに関連があるのかなという点にも興味を持ちました。

もう一つですね、4章で興味深かったのが「つながり方」というか、「共に生きる」というところに非常に興味を持ちました。例えば本書で「自身のパトス（痛み・苦しみ）を媒介にした人間関係の連鎖や共同性と書かれていますね。患者会なども、言ってみればこうした、パトスを媒介とした人間関係の共同性に入るのかもしれないのですが。何か自然発生的な、村の街角とか、沖縄の共同売店なんていうのも思い出したんですけど、この人たちは買いに来たお客さんなのかお茶飲んでる人なのか、なぜそこにいるのかよくわからないけど、そこにそういう場が成立しているみたいな、自然発生的なつながりの中で起きることと、「患者会です。情報を共有しましょう。支えあいましょう」というように、目的が明確なつながりとの違いはどうかというのも、是非伺ってみたい

です。

それから、「共に生きるあり方」という箇所も重要どころだと思います。「なんらかの目的に対する手段としての行為ではなく、自己犠牲的な、パターナリスティックな同情、共感ではなく、苦しみ、不安がそこにあるという世界を共に経験し確認しあうようなやりかた」、これも大好きな箇所ですが、「傾聴しよう」とか、「ケアをしよう」という何か目的があってすることではないんですね。私は「下町的コミュニケーション」というふうに表示してみたんですが、いい意味で大阪のおばちゃん的なコミュニケーションを思い浮かべたんですけども。意味はあまりないけれど、絡んでくれること自体の良さみたいなものが、コロナのこの状況で再評価されつつあるのかなと、ちょっと思っているんですけども。線維筋痛症の患者さん、よく「理解してほしいんだ」ということを、キーワードのように言われるんですが、自分で「理解してほしい」と言っているけれども、本当は「理路整然と説明できる形で状況を完全に理解してほしい」というニュアンスではないんじゃないかなと。そこに病名はつかないかもしれないし、ついても不確かなものかもしれないけど、「あなたの痛みは本当にあるよね」と認めてほしいという意味で「理解」と表現されていたのかなあと。そうすると、非常に本書で言われていることと近いのかなと考えたりしました。

5章では「不器用な配慮」というキーワードが出てきますが、この辺りでは自分の健康管理において、本当の意味で主体的であるというのはどういうことなんだろう、と再考させられました。「不器用な配慮」は、試行錯誤とか即興的实践と注釈がついています。プリコラージュとも近いのかもしれないですが、私はジャズとかの即興の掛け合いという意味のインプロビゼーションという言葉が浮かびました。外国から来た友達が、自国の料理を日本で作る時に、その国で使われる調味料そのものが手に入るわけではないけれど、それに近いもので工夫して作っているというような話で“Just improvised.”という言い回しよくしていたなあと。手元にあるものでなんとかするみたいなのところも、非常に面白かったですね。

あと、「配慮」ということも述べられていて。「物事の検討や心配」と説明されていましたけれども、このへんは「養生」的なものと近いのかと思って、伺ってみたいところですね。別に「多元的な医療」的な話ではなくて、ナチュラルに資源を使い分けていて、自分で医療資源を再配置しているという。そうした医療資源を自分でうまく

配置できる、チョイスすることが、どういうシチュエーション・条件だとスムーズにいくのかなということもご意見伺いたいと思いました。

本書の知見からいろんな示唆が得られると思います。特に語り、ナラティブとの関連で述べられているところですね。「病いの会話と病の語り研究との射程の違い」という箇所、語る側／聞く側という構図を乗り越えるとか、あるいは概念を拡張していく可能性があるのかなと。もともと患者＝素人と医療者＝専門家という単純な二項対立のモデルではないです。あとインタビューなんかをしてみると実感しますが、物語をしっかりと語れる人の方が実は少ないのかもしれないし、わかりやすい物語としてアウトプットできる人はそんなにいないのかなと思います。語りの場に出ることがもちろんすべてではないです。とはいえ、語ることでセラピー的な効果、物語を編み直す中で、自分なりに納得していく効果とか。あと、「聞いてくれてありがとう」的なこともあると思うんですが、「語れる人っていうのもそうそういないよね」というところも共感しました。

あと、「断片的な語りの意義」ですね。わかりやすい首尾一貫性みたいなものを求める以外のコミュニケーションもあると。例えばキャッチボールみたいに、1対1で「言語という球を受け取って、それから投げて」みたいなやりとりではなくて、同時的に、言語的なもの、非言語的なもの、いろんなものが飛びかっているみたいな、そういうちょっとしたコミュニケーションを重ねることで、生まれる関係性もあるなと思いました。

あと示唆が得られると感じたのが、私たちはリテラシーの向上のように、明確なソリューションとか処方箋を求めすぎてるんじゃないかなって思ったり、柔軟な知恵的なものが弱くなってんじゃないかと思ったりしました。

それから、医療従事者が苦しみを取り除いたりすることに「役立つ」ようなあり方を検討してるわけじゃないんだというくだりも示唆的です。製薬会社の人のお話を思い出したんですが、最近「患者さんの経験を聞く研修」的なものがよく行われているけれど、ちょっと違和感があるんだというのを聞いたことがあって。もちろん導入当初は意義深いものだったのだろうけれど、なんかこう、やってます感、声を聞きました感みたいなものを出すことが目的になっていないか、ということ、その方は問題点として指摘されて。別に病気のことだけじゃなくて、そういうのってあるあるだよなと思いつつ。そんなわけで、語りを何かに「役立つ」あり方を検討

するのではないという箇所は、非常に共感できたところですね。

最近、「不確実性」が各所ですごく着目されていますが、考えてみれば不確実なのは当たり前だよなと改めて思わせていただいたという意味でも、医療だけでなく、本書は現代社会のさまざまな行き詰まりにも示唆に富むんじゃないかと思います。本当に良い本を読ませていただきました。

美馬:はい、ありがとうございます。次は、柏崎さん、お願いします。博論でもかなりのボリュームで本書を取り上げてましたね。

柏崎: 柏崎と申します。私は本当に短く話します。何者だということはいちおう自己紹介を入れましたが、一番大事なのはこの右上にある黒いのは、ただの黒いものじゃなくて、『狂気な倫理』っていう今年の8月に出た本で、私も一部書かせていただいで。『共依存の倫理』っていう本を書かれている小西真理子さんと、あとサド・マゾ研究の河原梓水さんが編著で。すごくおもしろい本なので興味がある方はぜひ。まずはこれが第一の点です。

で、私は先端研、美馬先生にお世話になっています。いわゆる終末期、延命とかっていうところに興味があって、まさに先月博論を出したところ。そのような背景があって、ちょっといくつか聞きたいところがあるところに行くまえに、なんでそういう疑問なのかっていうところをご理解いただくために、少し説明します。私に関心があるところで、この中村さんのご著書から示唆を得たものはなんでかっていうと、そもそもこの看護師っていうのはおもにアメリカから来ましたけど、1950年代60年代ぐらいから、医者とは違う看護師であるっていうことを主張するために、生物医学的な身体観にとどまらない、全人的な人間理解をするものであるというようなアイデンティティーを主張してきた背景があります。特にここ近年の、延命が関係するような文脈において、意思決定支援とかっていうことを担うような役割を自ら担いやすいような立場にあるんじゃないかというふうには私考えています。で、実際こんなふうになんとなく文献をレビューしてみると、まさにこう一生懸命、いろんな場面で看護師は延命に関係するようところで患者さんの意思決定を支援するために、患者さんの理解を確認したり、価値観や好みを確認したり、患者さんが納得しているかをよくよく確認したりとかですね、っていう活動を実際に、まさにこうよくやってるわけです。熱心に、世界中で。そ

のような関心背景がある中で、この医療人類学の、ちょうど中村さんのご著書に会うまえに、このアネマリー・モルの糖尿病患者さんの本を読んでいました。で、そのあとに中村さんに出会って「あっ、どちらも糖尿病患者さんを対象として、医療人類学という分野でこういう書き方ができるんだ」っていうことですごくおもしろくて。それがこの、私が調べていくなかで、看護師さん達がやたら一生懸命に意思決定支援とかやってることはまったくぜんぜん違う文脈というか見方ができるから、むりやり持ってくるとおもしろいかもしれないと思って自分の博論の中でもとりいれさせてもらったっていう背景があります。

それでアネマリー・モルのほうですけど、モルはオランダなので日本の状況と似てはいないですけど、すごくわかる感じがします。いわゆる選択のロジックっていうか、患者さんに選択を迫るようなロジックで医療が実は展開する、というか、っていうふうに思われがちだけれども、よくみてみるとケアのロジックで糖尿病患者さんの外来診療とかが行われているんだっていうこと。そのケアっていうのは、下のほうで引用したところでいうと、「ケアの技法とは、コントロールを求めずに行為をすることである」ということを詳にしたわけです。

それに対して中村さんのネパールはですね、中村さんもモルとの対比、度々というか何回か書いてらっしゃいますけど、モルが調査したオランダとは異なって、医療者が継続的に一人の患者さんの様子を診続けるっていうことは難しいっていう背景があります。モルの調査のように試行錯誤して治療を継続する患者さんに出会うことはできないっていう状況なので、そのような背景があって、ここらへんがすごくおもしろくて。けっこう私、本当に笑いながら読みました。すごい失礼なんですけど。たとえば、「もう食事を減らしてください」とかですね、「インスリンの量を勝手に減らさないでください」とか、「薬局の人の言うことを聞きたいならもうここにわざわざ来なくてもいいですよ」とか、「歩いてください。太りすぎですよ」みたいな。こういうことを医療従事者のかたが患者さんにズバズバと書いていて、とにかく困り果てつつも、なんかこう診察室でおもしろいやりとりがなされているところが詳にされて、すごくおもしろく読んだんですけど。こういうところを読んで私が思ったことっていうのが……ここは、そうですね、中村さんは、このようにときに患者さんたちは、医療従事者も顔見知りとして、間身体的な経験を共有できるような環境をつくらうとしてたんじゃないかっていうふうに分析されていま

す。ですが、医療従事者はあくまで顔見知りとしてではなくて、職業上の立場から患者さんたちが生物医療の理に適った方法で対処してくれることを望むので、ここでちょっと先ほど本間さんは「対立ではない」というふうにおっしゃってましたが、でも対立っていうか、まあちょっと対立ってここでは書いてますけど、対立のような状況が生じていたと。

それですね、論点1として、医療従事者が自らの立場から医療が一方的に患者に行動変容を迫っているようにみえるその方法は、モルのオランダとか、あと日本でその意思決定支援を一生懸命しようとしている看護師さんたちのほうからみるとですね、むしろこれは生物医療の本来の立場を貫こうとしているだけっていう、そのなんていうんですかね、純粹なっていうか、いわゆる清潔感があるというか、むやみにその患者さんの意思決定をやたら支援したりしようとか、価値観とかを尊重しようとしたりするのではなくて、本当の本来の立場でパートナーリスティックに関わっているともいえるなと思いました。だとするならば、なぜむしろオランダとかでは医療従事者と患者が協働できていて、優しいケアのロジックが成立しているのかっていうことが、逆に不思議だなという見方もできるなと思ったわけです。

論点2としてはそういう協働ができるように患者さんがやっぱり飼いならされてるっていう見方もできると思います。本来は専門家なので、看護師もお医者さんも。情報の非対称性っていうのがどうしてもあります。それに対して家族とか患者さんに対して指導というふうな立場を取らざるを得ない面はあるんだけれども、たとえば、「患者さんが自己決定するべきなんだから、その父権主義的な関わりはけしからん」と、「だから意思決定支援するべきである」というような言われ方を、今のいわゆる一般的な……「いわゆる一般的な」っていう言い方はおかしいですね、日本の医療の規範からするならばそういう上から目線の一方的な「歩きなさい」というような関わりは不適切なんじゃないかっていうふうに言われるのかなとも思ったんですけど。

ということで、論点1をもう一度言いますと、ネパールでは患者さんが生物医療に支配されず、医療従事者も間身体的関係性に再配置しようとするのはバイタリティー、あるいは自立性、主体性を有しているともいえるのかなと思いました。人々は医療従事者たちをもそのような関係性に再配置しようとしていることとして、仮にそれが実現するとすると、どういう医療が実現することになるのかっていうようなことは、ちょっと知りたい

なと思いました。中村さんのビジョンでけっこうなんですけど、ちょっとそこを知りたいなと思いました。もし患者さんたちの思惑通りにですね、医療従事者をまき込むことが可能になったとして、そうするとどう感じるようになるのかっていうことが、もしイメージがあれば教えていただきたいです。

論点2は、飼いならされていない患者さん、ネパールの患者さんと医療者との対立、仮に対立として、対立は回避されるべきものなののでしょうか？ ネパールの医療者たちも父権主義的な態度を改めて、ケアのロジックで意思決定支援をすることが望ましい。というか、それが可能なんだろうか？ っていうふうな素朴な疑問を持ちました。

おもしろい本でした。ありがとうございました。

美馬：ありがとうございます。では、中村さん、レスポンスよろしくお願いします。

中村：みなさん、すごく丁寧に読んでくださって、いろんな論点を出していただいて、大変うれしく思います。

いちおう、レジュメにはいくつかの論点について説明させていただいたのでレジュメ順でいきたいと思いますが、すいませんこれ、発表順にもしかしたらなかったかもしれないですが。本間さんのコメントがたぶん2番目にきてしまっ。

じゃあすいません、この上から順に行きたいと思えます。

本間さんからいただいたコメントをご覧になっていると思うので。すいません、ぜんぶじゅうぶんにここにお答えを準備できていない論点もあるんですが、まずここに書いてあるものからいきたいと思えます。

まず最初に、複層的な糖尿病の。今回の私の本の「不確かさ」と、あとFMの患さんの重層化された不可視性について、本間さんのスライドの6枚目の、大きな三角形の図形が入っているところからなんですけど。私、あまりほかの病気について詳しくなくて、「あ、そうか。そういうふうにも整理できるんだな」と、たいへんおもしろくコメントをおうかがいしました。

そのうえでちょっと、お答えになっているかどうかあれなんですけど、私が考えたこととしてお話しできればなと思ったのが、ネパールの糖尿病の場合、病院において不可視化されていることは、確かに不確かさの帰結ではあると思います。というのも、血糖値を検査しても、その血糖値の検査が本当に正しい数値を表わしているのか

疑わしいみたいな、見えなさ、身体の状態の見えなさっていうのは、患者さんの経験する不確かさの帰結ではあるんですが、患者さんの日常をみていると、それって問題でもあるし、不満でもあるし、不快感にもつながっているんですが、大きな問題にはなっていないのではないかっていうふうにも思われます。それは、家族や周囲の人たちからの視線においては、不可視化されておらず、ものすごくよく見えている、患者さんの状態がものすごくよく見えているっていう状況があります。患者さんたちにとってはむしろ、医療従事者からの不可視性よりも、周囲の人たちからの可視、どれぐらい可視されているのか、可視的な状態にあるのかっていうほうが重要視されているように思いました。

これはもしかすると、日本とネパールっていう違いなのかもしれませんし、病気同士の違いなのかもしれませんが、特に国の状況の違いとしては、たぶん働き方とか、あとは家族、外側の人に病気をどういうふうにみられて、「この人どういうことができ、こういうことができない」とか、制度として「これが認められて、認められない」とかっていうところで、可視化されるのか、不可視化されるのかっていうところがどれぐらい重要なかっていうのが変わってくるのかもしれないなと思いました。

ネパールの場合、たとえば医療的な数値で「この人はこういう状態だから、こういうお仕事が難しいです」みたいなことっていうのを、病院から何か証明をしてもらったりとか、することによって立場を担保するみたいなことっていうのは、あんまり行われていないというか、病院の権力がそんなに強くないというか。ですので、それよりももっとローカルなレベルでその人のことを周りの人がわかっておれば、会社に遅れようが、なんか具合が悪くて帰ってしまおうが、周りの人が困るだけでそんなに急に首になったりとか、そういう問題にはならないという意味で、病院での不可視化っていうのは実はこのネパールの問題ではそんなに重視されていないところが、もしかすると、こうなんというかな、社会状況的に違うところなのかもしれないなと、お話をうかがって、おもしろいポイントとして考えました。

それから、「ただそうだった」ということについてなんですが、この「腑に落ちる」という経験についていろいろと口頭でもご説明いただいて、すごく共通性があるおもしろいなと思いました。すごく似ているのかもしれないなとあらためて気づきました。同時に、ネパールの患者たちの場合は、日本のFMの患者さんたちの現状を

私はあんまり詳しく存じあげないので、はっきりと申し上げられないところもあるんですが、ネパールの患者たちの場合、自己管理の執着をこう手放すというよりは、なんかもともとそれほど執着していないとか、そういうところはあるのかなと思いました。ただ、同時にですね、じゃあまったくぜんぶ放っておかれているかというところとぜんぜんそういうことでもなくて、身体への配慮っていうのはその都度行われ続けるものでもあるし、「実験をしている」というような感じがあると思います。それを考えてみると、もともと自分の身体に対する支配感、「私がこの身体の支配者なんだ」という感覚というのは、もともとそれほど強くないのかもしれないというふうに、コメントをいただいて考えました。

あとは、「診断というアイデンティティーを求める」というコメントについてなんですけれども、診断というアイデンティティーが求められる場合っていうのは、おそらく何らかの条件があるんじゃないかなという気がしました。自分の状態の名づけがなくて苦しかったり困っているのはなぜなのかということを考えてみました。で、さっきの社会的な不可視化と可視化の問題のところともつながると思うんですけど、ネパールの様子を見てみると、確かに病名というのは、ネパールで糖尿病のことを「シュガー」「シュガーだ」というふうにみんな言うんですが、「私はシュガーだ」とかっていうふうに言ったりもして。もちろん、疾病名っていうのはみんな知っていて、言葉にしたりすることもあるんですけど、しかしやっぱり状態のほうが重視されていて。診断がシュガーといふふうについても、結局そのあとどうになってしまうのかとか、自分がどうするのかとか、あとは周りの人がその人をどう扱うのかっていうのは、その病気だからというよりは、その人がどういう状況にあってどういう身体症状があって、どういう社会関係があるのかっていうところのほうに、どちらかというところと依存しているんで、診断がつくことがあんまり救いにはなっていないように思いました。

で、あとは、精緻な分類については、どういう立場に立つのかにもよるのかなと思うんですけど、柏崎さんの中にも出てきたように、アネマリー・モルの研究と同様の立場に立つとするならば、疾病というのはその場所によって異なるように実行されているというふうに説明することができるわけです。なので、たとえば一つの病院の中であっても、分類自体が多層性を持ちますし、さらにそれが経験される段階になると、生活の状況の中で、もしくは社会関係の中でまったく別々に存在したり経験されたりするっていうことはあると思います。なので、疾

病名がすごく有効に働く場面と、なんかぜんぜん意味がない場面とっていうのがおそらく出てきているのではないかなというふうに思いました。

それから、これはちょっと私が適切に回答できているかちょっと自信がないところなんですけど、その次のスライドの「診断自身の威信とスティグマ」のところです。ネパールの場合の糖尿病や生活習慣へのスティグマについては、あんまり個人に対するスティグマとしては「ない」と言ってもよい状況だと思います。むしろ、1990年代の民主化とそのあとの近代化との関連で語られることが多くて、これは患者さんにとっても医療従事者にとってもそうなんですけど、否定されるのは個人というよりは社会であるという傾向は強いと思います。ただ、糖尿病治療に専門的に関わってお医者さんにとっては、ひじょうに苦々しいことっていうのがたくさん患者さんによって話されているので、やっぱりそれは叱責の対象になるというところではありますが、完全に個人のせいというよりは、「まあ、いろいろと変わってきたからね、この社会は」っていうところは共通の認識としてあるのではないかなと思います。

一方で、もっと別の、ネパールでスティグマの強い病気としては、やっぱり HIV エイズとかハンセン氏病というのは現在でも非常にスティグマが強くて、そういった病気だと社会的な排除につながったりとか、あと診てくれるお医者さんがいないとか、そういうような問題も糖尿病とはぜんぜん違うところではありますので、すべての病気が個人に帰されないという社会であるというわけではなくて。生活習慣病に限ってはそういう傾向がある、「個人よりも社会」というような傾向があるというふうに考えられます。

それから、中動態的な主体の状態と言語的な特徴の関連なんですけど、私もちょっとあんまり言語学的な分析というのはまだ検討できていないところなんですけど、ネパールの場合には、主語と動詞の形の一致があります。なので、「この主語を使ったら語尾はこうなる」というふうに、必ず主語と動詞というのがセットになっているので、主語をたとえ発さなくてもネパールの場合も別に、日本語と一緒に必ず主語を言わなければならないという言語形態ではないんです。でも動詞は必ずだいたい言うことになるので、動詞で誰が主語なのかっていうのが予想できるような文法構造になっています。にもかかわらず、誰が主語なのかかわからなくなるような会話っていうのが行われていて、なぜこれが起きるかというところ、ほかの人のことを一人称の主語と動詞で語るっていうことが

しょっちゅう行われているから、こういうことが起きます。私がしゃべって主語が「私」、一人称の動詞なのにもかかわらず、ふたを開けてみると自分のお兄さんの話を自分の一人称の動詞で説明をしていたりみたいなことってというのが起きています。混乱が、診察室でも日常の中でも、そこに初めて飛び込んだ人にとってはわからない、生じるってということが起きます。あともう少し病気に関する中動的な言い方としては、日本語だと「病気になる」っていう言い方をすると思うんですけど、ネパール語だと「病気になる」という言い方も実はなくはないんですけど、どっちかというこの「ラギョ」っていう言葉が使われて、この「ラギョ」はどういう意味かという、「くつつく」とか「おびる」とか「とりつく」みたいなニュアンスがある。あと、「湧き起こる」とかいうニュアンスがあります。ですから、病気というの、身体の中から起きるものというよりは「外からやってきてくつつく」みたいなニュアンスがもしかしたらあるのかもしれない。ただ、それが実際どれぐらい実践されているとか、あとは病気を考えるときの考え方に言語形態が影響しているのかっていうところは、ちょっとまだ調査できていないところなので、どういうふうに調査するのかも検討しなきゃいけないところだと思うんですけど、考えてみたいと思います。ありがとうございます。

あとは、「下町的コミュニケーション」のところなんですけど、確かななあと思いつつながら。お茶屋さんでみんな話しているような会話というのは、本当に下町っぽいコミュニケーションだなと思ったところです。ただ、さっき口頭で補足をいただいたので、きっとFM患者さんの「理解してほしい」という関係と近いのかもしれないと思う一方で、どれぐらい一致するのは詳細な検討が必要かなと思いました。ネパールの患者さんの場合は、患者の経験や感情をそのまま理解するということが生じているとは必ずしもなくて、もしFMの患者さんたちがそういうびったり一致するような理解というのを欲しているとしたら、たぶん異なることが起きている可能性があるなと思いました。ネパールの患者さんの場合、理解というよりは「追体験をする」というかたちに近くて。なので、治療や癒しを目的とした理解や共感では、もちろんないですし、患者さんもそういうふうに理解してもらったり、共感してもらったり……理解というか、近くにいるいろいろあれこれ言ってもらって嬉しいという場面だけではなくて、すごい不快だとか、「なんであんなこといちいち言うんだ」とか、そういうことも込み込みの関係性ではあるので。でももしかすると、FMの患者さ

んたちもそういうことも込みで認めるというか、関わるということを求めているのであれば、もしかしたら近いのかもしれないなと思いました。

それからすいません、レジュメには入っていないんですけども「自然発生的な共同体と人為的な共同体」というところです。これは私もちょっと考えてきたところではあります。下町的コミュニケーションと同じスライドの上のほうです。ネパールのこの関わり合いというのは、完全に自然発生的な共同体というか、近くのメンバーの特に決まっていなくて人たちの中で行われているコミュニケーションなんですけど、このやりとりのおもしろいところは、まったくぜんぜん興味のない、もしくはめっちゃめっちゃ病気に理解のない人も混ざっていることなんじゃないかなと思います。なので、すごいひどいことを言ったり、もしくはまったくとんちんかんなことを言ったりもしているんですけども、なんかこうそれもやんわり訂正されたり、そのままなんか「そうなのかなあ」とかって受け入れられたりしながらやりとりが進んでいきます。そのことが、逆になんかこう意味を持っている……という言い過ぎかもしれませんが、特徴なんじゃないかなと思います。で、やっぱり「ここからここまで」というふうに患者さんだけで集まっている会が実はなくもないんですけど、そういうところでわりと高度なやりとり、高度な知識のやりとりができる一方で、その中に閉じていくような傾向もやっぱりあります。だから、それとは違う、開かれた情報と開かれた関係というのが町の中のこういうやりとりの中にはあるかなと思います。それがすごくある意味でポジティブにはたらいてる場面としては、「糖尿病はうちにはいないから関係ない」みたいな話にならずに、糖尿病よりもさらに死に直結するような病気の場合にもいろいろとシェアされていて、「あ、うちはこれだったら助けられるよ」みたいな話がなんか出てきて偶然助かったとか、そういうなんだろうな、手を差し伸べてくれる人が見つかりやすい、意地悪な人も出会ってしまうけれどっていう、そういう可能性っていうのがある関わりかたなんじゃないかなというふうに思います。

それから、自らの健康管理において主体的であることはどういうことか？っていうところを最後にお答えしたいと思います。これは実は、ほかのかたのコメントとも合わさるところなのでちょっとシンプルに思うんですけど、このネパールの事例から考えてみると、主体が実行できるための協働性っていうのが必要なんじゃないかなっていうふうに考えています。というの、なにか誰

かが主体的に動くという時というのは、個人でその人が完全に独立して自立してなにかをしてというよりは、それができるための自立性とか、個人を支えるような周りの関係というのがあってはじめて何かを決めたり、試したりすることができるのではないかなというふうに思います。なので、この「不器用な配慮」という言葉を使った部分も、あとは「配慮」「検討」や「心配」というところも、病気をなされたことがあるかただただどなたでもわかると思うんですけど、一人でやるってものすごく苦しいことだと思いますし、しかもそれが先がぜんぜんみえていないとなるとさらに苦しい、「やっててこんな意味があるのだろうか」と思ったりもするんですが、それを一緒に取り組んでくれる人がいる、そういう試すものを提供してくれる人たちもいるという中で、健康管理、もしくは健康までいかなくともちょっとでもましになるための努力というか、お試してみたいのができるということなんじゃないかなというふうに思います。

すいません、じゅうぶんにお答えになっていないかもしれないんですが、いったん本間さんのコメントに対するお答えはこのあたりにしておきたいと思います。このままいってしまっていていいですよね？

次に高橋さんからいただいた、特に3つ目の論点というか、質問についてなのですが、ちょっといろいろと余分なことも書いてあるので、そのあたりはさらっと時間のあるときに読んでいただいたらいいと思うんですが。この「確かさ」についての回答をというか、私が考えていることについてお話しできればなと思います。

まず第一に、生物医療のほうの確かさにも揺らぎがあるというふうに思っていて、ネパールにおいては、生物医療による確かさの提供というのが、患者にとって身体の不確かさをよけいに経験するというか、「私の身体はでもそうではない」というきっかけになっているのではないかなというふうに思います。患者の確かさについては、確かにご指摘いただいたとおりで、だんだんと確かさが作られていくという場面が、なんというか、修正して実験してまた修正して実験してという繰り返しの中で「これがなんか確かっぽいこと」というのがつくられていっているのではないかなと思いました。ただ、ネパールの人たちの実践の中では、この糖尿病にかかわらずほかのさまざまな日常でも、この「試してうまくいかなくて、ちょっとなおして、また試してうまくいかなくて、いったん保留して、思い出したときにまた試して」とみたいなことが、病気にかかわらずすごくたくさん起きているんです。病気にかかわらず、ものすごいいろんなこと

の要素というのが常に動いているような状況になります。なにかものごとを「確かにして、安定させていく」とみたいな実践も、もちろん特に身体のことにとっては重要ではあるんですけど、やっぱりそれよりもむしろ、不確かであることは仕方ないというか、いつもそうであるので、もしその不確かさがまずい方向にいったときにどうやって立て直せるのか？ っていうところの、ここでは「回復力のレジリエンス」という言葉を使ったんですけど、その力を蓄えておくことがすごく大事にされているような気がします。ですので、どっちも同時に起きていることではもちろんあるんですが、「たぶんこれもそのうち何らかの理由で壊れるだろう」ということを、みなさん心のどこかで思っていて、もしそうなったときに、じゃあ自分が使える資源とか、あとは自分を助けてくれる人っていうのは誰なんだろう？ っていうところがすごく重要視されているような気がします。ネットワークというのはこの病気のこと以外にも張り巡らせていて、今回の新型コロナウイルスの状況のときにも、私がこの調査をしていた場所では、盆地なんですけど外からの農作物が全部ストップしてしまって食料調達すごい大変な状況はあったんですけど、でもなんか、「あそこのうちの農家のこの部分の土地が余っていることを知っていた私は、そこに種を植えた」とか、そういうことがすごくなんかたくさん起きていました。それは普段は直接に「その土地を使わせてよ」とみたいな交渉っていうのは行われていないけれども、それが可能であろう関係を普段から作っているっていうところで、なにか起きたときに発揮できる潜在力みたいなのを蓄えるっていうことが生きる術として実践されているような気がしました。

ただ、確かにこの「確かさ」とか、あとは「不器用な」という言葉を使ったんですけど、「器用な配慮」とってなんなのかとか、そういうふうに裏返して考えてみるってっていうのはすごく重要だなと、ご指摘いただいて思いました。ちょっとそういう視点で今後調査できる場所があれば実践していきたいなというふうに思います。ありがとうございます。

あと、柏崎さんのご質問で2点挙げていただいたのですが、ちょっとここに書いてくださったノート、私のレジュメにずれがあるのですが、ですので、これではじゅうぶんな答えになっていないかもしれないのですが、まず1点目の論点として、ネパールの患者さんたちが医療従事者たちも再配置するようなバイタリティー、自立性を有しているというふうに言っていました。仮にそれが実現するとどういう医療が実現することになるの

かっていうのは、すごく難しいご質問だなと思いました。というも、今がんばって医療従事者たちはそうならないように抵抗しているというか、自分たちの職業倫理を守るために半ばハードな態度をとっているという状況なので、医療の制度的に「こうなると、両方にとって良い」というのをなにか私が構想できるほどの構想がないのですが、もしかすると、すごくネガティブな、消極的な回答としては、このまま拮抗し続けるというのは案外悪くないんじゃないかなというふうにも思ったりはします。もちろんほかの部分でのいろんな問題はありますが、ひとつそれが答えとしてありうるかなというふうに思います。

2つめは、これも個人的な見解ではあるのですが、どうなるとよいと思うかということですよ。アネマリール・モルのいっている「ケアのロジック」とか、日本で一生懸命取り組まれている意思決定支援というのは、いずれもですね、いずれも……ちょっと今の回答のところ、私のレジュメの3の「病と治療をめぐる基盤的コミュニティ」っていうほうの内容に若干入ってしまっているのですが、そちらも参照しながら聞いていただければと思います。これは実は本の中には書いていないことで、今回みなさんからコメントをいただいて、どういうふうにこれが考えられるのかっていうのを考えて。すいません、とても拙い検討ではあるんですけど、参照していただければありがたいと思うのですが、こういうネパールの半ばカオスな状況を、しかしポジティブにどうやらとらえられる部分があるんじゃないかっていうふうに考えたときに、これがなにを意味していて、そしてどういう可能性をもっているのかっていうふうに考えたのが、この3番のところになります。それをこの柏崎さんの論点1、論点2のお答えにかえてというふうに思います。

まず、生物医療に支配されずに再配置しようとするバイタリティー、自立性をどうとらえられるのかというので、もしかするとデイビット・グレーバーという人類学者の述べた「基盤的コミュニティとしての配慮やケアの社会環境を示す事例」にあたるのではないかとこのように今は考えています。この「基盤的コミュニティ」っていうのはなんなのかっていうとすごく簡単な定義がされていて、「各人がその能力に応じて貢献し、各人にはその必要に応じて与えられるという原理に基づくすべての人間関係を基盤的コミュニティと呼ぶ」というふうに、グレーバーは述べています。これはコミュニティという言葉から想像されるような共産主義的な政治体制とか未来の目標ではなくて、人間生活の基盤のなかに今も根付い

ているものだというふうにグレーバーは考えています。

ネパールの状況というのが、もし基盤的コミュニティとして説明できるのであれば、それはどことどういうふうに関わってこれが可能になっているのかと考えたときに、人は一人で生きていくわけではないということが前提とされている人間像が、この基盤的コミュニティを支えているのではないかと考えています。これが、先ほど申し上げたような「協働的な回復力」の醸成につながっているのではないかと考えました。これを先にお話しすればよかったんですけど、南アジアでは、ディビジュアルな人格というのがあるというふうに説明されてきました。それは、カースト関係を説明する時にも、分割可能な人格、つまり独立する個人が存在するというよりは、つながり合う者とか、人格の結節点として個人というのが存在するというふうに考えられるような社会関係があるというふうに、南アジア、主にヒンドゥー社会の説明として論じられてきました。これは、日常の実践と人間観に関する議論としてディビジュアルというのは言われてきたわけですが、モラルの原理としていわれている基盤的コミュニティとこの部分というのが、もしかしたらなんらかのつながりがあるんじゃないかというふうに、今は考えています。医療従事者に患者がケアされたり介入されたり話を聞いてもらうのではなくて、患者たちのコミュニティ的な日常的ななかに医療従事者や医療的知識が配置されるやり方っていうのが考えられないかなというふうに思っています。

実際にネパールの街角ではこういうことが起きているとも言えるんですが、それは半ば生物医療従事者の困難とかうまくいかない感覚ということもふくみながらということなんですけど、そこは両者がもう少し歩み寄りながら、こうした再配コミュニティ的な医療のありかたというのが実践できないかなあというふうに考えました。これは、医学や医療従事者たちの価値観にもとづく治療や回復に患者たちがあわせていくというよりは、むしろ日常の実践からつくられて「よし」とされる価値観や倫理観のほうから、医療のあり方を考えていくという方向になっていくと、より患者に近いかたちで、人々に近いかたちで医療が配置されるということが可能になるのではないかと考えました。

モルが言った「ケアのロジック」も、もしくは意思決定支援の現場も、どうしても生きていることに対する強い関心を保持するようなケアのとらえかたが前提となっているというふうに考えられます。つまり死ぬことっていうのはいずれにしてもネガティブなことですし、状

態が悪化することも、モルのケアのロジックのなかではネガティブなことなわけですけど、そうではなくて、その時その場所でその人をめぐるケアのロジック、つまり、死んでしまうかもしれないことも含めたケアのロジックというのを、各所にちりばめられた病と治療をめぐる基盤的コミュニズム的实践のなかから医療倫理として検討することができないだろうかというふうに考えています。

「こうなったらいいと思います」みたいな明確なプランがあるわけではもちろんないのですが、逆向きに、日常の小さな各人がその能力に応じて貢献し、各人はその必要に応じて与えられるという、すごく素朴なやりとりから医療のあり方というのを考えていくことというのができないかなあと、このネパールの事例を通して今は考えています。

すいません、ちょっとまとまりがないのですが、以上でいちおうお答えということにしたいと思います。ありがとうございます。

美馬：ありがとうございます。もう一度、コメントをいただいた3人にお話しただいて、会場全体に開こうと思います。

まず、高橋さんから追加質問あればお願いします。

高橋：さきほどお答えいただいた「確かさ」と「不確かさ」についてです。レジリエンスのところが出されていて。結局うまくいかないかもしれないけど、今やってるものが確かだろうなと思ったり、うまくいかないかもしれないというところがどこかにありながらするやりかた、とさっきおっしゃっていた事ですが、私、話を聞いていて、とても腑に落ちました。コメントを考えている時、不確かさと確かさなんて、そんなに割り切れるものじゃないだろうし、それが行ったり来たりするような感じなんだろうとどこかで思う部分もありましたが、そのあたりは実際どうなのかな、と思っていたので。ひとつのやり方を構築していくというよりは、あっちに行ってこっちに行って、それができる方法が周りにたくさんあるというような、そういう確かなものということが、お話を伺っていてとても腑に落ちました。ありがとうございます。

中村：ありがとうございます。お話をうかがっていて思ったんですけど、もしかすると、ネパールの患者さんたちにとっての確かなものがあるとするならば、「周りに

人がいる」ってということなのかもしれない。なにか手を差し伸べてくれたり、わいわいがやがやと何かを言う人がいる確かさというのはすごく重要かもしれないです。それがなくなるとたぶんものすごい大変な状況に陥ってってしまうかもしれないなど、今おうかがいしました。

高橋：なるほど、わかります。コメントのところで、小児医療の会話を出させていただいたんですけども、そういう側面も実はあるのではないかと考えています。子どもから成人に移行して、一人でやっていく、責任持ってやっていかなきゃいけない、そういう一つの見方の裏に、会話を親が占有していくとかいう側面だけではなくて、実は親がリソースのような安心材料になるとか、そういう「人の配置」じゃないですけど、そういう位置付けも実はあるのかな、と。それだけではないとは思いますが。今のお話を聞いていても、何となく繋がってくるようなところがありました。ありがとうございました。

中村：ありがとうございます。

美馬：次に、本間さん、よろしくお願いします。反論でも良いですよ。

本間：とんでもございません。こんなに雑多に出させていただいたのに丁寧にお答えいただいて恐縮です。

「理解してほしい」というところで、共感とか癒し的な意味での相互理解とは限らない、ということをお答えいただいたと思うんですが、実際は鬱陶しい関わりも、当然存在するというのは、本当にそうだよねと。最近、お題目のように「共感を高めよう」とか、「多様性を理解しよう」みたいなことが言われていて。学生と接する中で、関連するテーマを持ち出すと、みんな「多様性、共感って言っとけばいいんでしょ？」みたいな（笑）、そういう共感疲れとか理解疲れみたいなのが生じている気がしたので、今日ひとつのヒントをいただいたかなと思います。傷つくこととか「うざい」ことを避けて、ムラ的なコミュニケーションに伴うそういう「うざさ」が、嫌だからみんな都会に出てきたけれども、ちょっと揺り戻し的なものが起きているっていうのは、最近思っていて。それに対してヒントをいただいた気がします。

あと、そういうカオティックなコミュニケーションの中で、糖尿病のことを話す以外にも、偶然何か違う情報が入ってきたり、支えになる人が見つかったりっていう

のもお答えいただいたんですが、そういう「偶然性」みたいなものこれからのキーワードなのかなと思っています。偶然出会うとか、たとえば本屋に足運んで、ふと出会ったものが運命的なものであるとかってあると思うんですが、学生を見て思うのは、自分が得たい情報だけが流れてきちゃうとか、Amazon みててもおすすめの本だけが表示されちゃうみたいな。そういうことはあちこちで言われていますが、やっぱり偶然性って大事だよねという、非常に本質的なことを思ったりもしました。ありがとうございました。

中村：ありがとうございます。

美馬：最後に、柏崎さん、よろしくお祈りします。

柏崎：すごく答えにくいような質問してほんとに申し訳なかったんですけど。

中村：いえ、とんでもないです。

柏崎：でも本当に、ちょうど最後のところで、基盤的コミュニティの話でちょっとあげてくださったグレーバーの名前とか、あとインディビジュアルとディビジュアルの対比とか、すごいなんかちょっと考えるヒントになるようなキーワードをいっぱい出してもらったと思うので、とってもありがたく聞きました。すごい難しいこと聞いて、すいません。私何が聞きたいのかまとまってないからすごく答えにくいんだろうなと思いながら聞いて。すいませんでした、ありがとうございました。

中村：ありがとうございました。

これはたぶんすごく重要だけれども、この本では行きつかなかったところだなと、コメントをいただいて思いながら。今後、糖尿病のための実践以外にも実はたぶん基盤的コミュニティとか、すごく小さな実践っていうのはネパールにはたくさんあるので、そういうところをみながら、もう一度こう、私が見せてもらったこの糖尿病のやりとりっていうのがなんだったのかっていうのは、今後ちょっと考えていきたいなと思いました。ありがとうございます。

美馬：リアル会場でも、遠隔参加のことも、ご意見やコメントをお願いします。

黒田（黒田浩一郎、龍谷大学社会学部・教授）：よろしいですか？

大学学部の卒論演習の定番質問みたいになるんですけど。ネパールの糖尿病ですよね、ですから、まずバイオメディシン（生物医学）の疾患の中から、研究対象とする疾患を選ぶにあたって糖尿病をなんで選んだのかという質問です。高血圧でも癌でもない、糖尿病を選ぶに当たって、生物医学における糖尿病の位置付けのようなものがある、それに基づいて糖尿病が選ばれたのか、という質問です。

佐藤（佐藤純一、龍谷大学社会学部・客員教授）：じゃあもっと質問を。これ、糖尿病をどうやって摘発してるんですか？

中村：摘発？

佐藤：生物医学が、ですね。集団研修もないでしょうし、そんな簡単に近代医療のところにはいかないだろうし。それでこの2型糖尿病の多くは症状がないから、特にですよ。これだけの糖尿病という患者を診断するには、どういう摘発法を使っているんですか？だから同じことですよ。言ってることは。

中村：ありがとうございます。じつはですね、ここの糖尿病患者として出てきている人たちというのは、おそらく日本で診断を受けたとしたら糖尿病じゃない人も混ざっていると思われます。というのも、ネパールの人たちが「自分は糖尿病だ」というふうに主張するのには、いくつかのパターンがあって、ひとつは、すごく簡易な、ちょっとだけ針で血を出してピッと数値を出して測る血糖値検査がじつはものすごく流通しています。それは村の小さな薬局にも置いてあったりもして、お医者さんにはかかれないんだけど薬局にはよく行くみたいな人たちは、みんなそういうところで検査をしています。なんで検査にいたるかというのは、ものすごく単純に「やってみたいから」みたいなことがすごく多いです。「誰々もやったらしいから自分もやってみよう」とか、そのレベルのことでわかっているという人も、実はたくさんいます。

ただ、そういう患者さんの中に、やっぱり重症化している人たちというのもたくさんいるわけです。薬を飲んだほうがいいというのが、薬局、主に薬局のやりとりのなかからでてきていて、なんとなくやっぱり自分は糖尿

病患者なんだっていうふうに思っている人と、血糖値はすごい高いけど別に患者じゃないって言うてる人と、そのあたりがはっきりしないような状況というのは実はあります。

佐藤：血糖値検査キットは何のために置かれているんですか？

中村：何のために置かれているか。そうですね。

佐藤：糖尿病をセルフでチェックするために置かれている？

中村：薬局の場合にはそうです。もうひとつ言うならば、薬局が薬を売りたいからです、というのがあります。国の政策としても、糖尿病と高血圧、それから高血圧と糖尿病に起因する心疾患あたりはすごく対策されるべき問題だっているのが2014年あたりから言われていて、で、フリーキャンプをするような団体というのもすごく増えています。そういうところから半ば流行りのように血糖値を検査する、あと血圧を検査するというのは起きていますし、実際に検査してみても患者が多いので、需要があるというので置いているという薬局も増えているような状況です。

佐藤：そうすると、疫学的に、もしくはシステムティックに糖尿病を摘発というか構築しているとかいうわけではなくて。ただ、その場合には糖尿病っていうコンセプトがなきゃ人々はチェックしませんよね。セルフチェック。

中村：そうですね。

佐藤：そうすると、それなりにこの近代医学が言う糖尿病の概念とはちょっとずれているでしょうけど、コンセプトとして糖尿病っていうのが、この人々のあいだで受け入れられてるわけですか？

中村：そうですね。あの糖尿病、シュガーという病気が受け入れられてるというのがありますし、あとアーユルヴェーダでマドゥメーハという病気っていう病気があります。アーユルヴェーダのマドゥメーハっていうのは糖尿病と一致するというふうにいちおうは言われていて、「あー、あれは病気、あのアーユルヴェーダでよくいうマ

ドゥメーハのことね」っていうのでシュガーが受け入れられていく。まったくゼロから糖尿病という病気が広まったというよりは、マドゥメーハとの関係で理解されて。

佐藤：そうですね。近代糖尿病は、アーユルヴェーダで確かに糖尿病という概念は使っていますから、そのアーユルヴェーダの糖尿病概念が先に入ってたっていうことで受け入れやすかったってことですか？

中村：それはそうだと思います。本当に古くから、もうここ20年とか30年の糖尿病患っているという患者さんたちは実はシュガーという言い方をしないで「自分はマドゥメーハだ」っていうふうに説明をしたりもしています。ただ、そこがどれくらい一致するのかっていう問題はうやむやにもなっているので、「シュガーだ」って言ったり「マドゥメーハだ」って言ったり、今はほとんど同じ病気を示すものとして二つの言葉が使われている状況です。

黒田：西洋医学の中でも、そのような疾病の捉え方や診断方法の変化はあります。糖尿病に関して言うと、近代医学の成立までは、西洋医学の医師たちはずっと問診中心だったけれども、尿検査だけはずっとしているんですよね。

佐藤：いつの話ですか？

黒田：それこそ中世とか、近世とか。

佐藤：だから、ヒポクラテス以来ですね。人間の体でチェックできるのはおしっこぐらいしかなかったんで。

黒田：その場合はだから、それは「症状」とまではいえないけれども、おしっこの臭いで診断する。それが、尿中の糖の濃度の検査、それから血液中の糖の濃度の検査へと、そういう技術の発展に合わせて診断方法が変わり、さらに、同じ検査方法でも、リスクファクター・エビデミオロジーの発展により、合併症との相関から基準値が下げられたりしている。そういう糖尿病の西洋医学の疾病の捉え方の歴史における位置づけとかいうか、こういう話がちょっとあるといいのかなっていう感想です。それと、もうひとつはどうしてネパールを選んだのかっていう質問です。

佐藤：ネパールはもう選んでしまったんだからしょうがないんだよ。

黒田：いや、わかりますけど。「途上国の中でこういう位置にある」とか、そういう話がもう少しあればという感想です。19世紀からの展開、たとえば鎖国をしたとか一応書いてはあるんですけどね。関連して、気になったことがあるのですが、1980年代か90年代に Social Science & Medicine 誌に載った論文を読むと、インドのアーユルヴェーダ医は、当時、多くが西洋医学の医師と比べて、西洋医学の薬をより多く処方してる。ところが、この本を読むと、今日のネパールのアーユルヴェーダ医はむしろ、今日のオルターナティブ・メディスンの治療者がいうような、「自分たちの医療ではナチュラルな薬を使ってる」とか……。

中村：アーユルヴェーダについては、ネパールはインドと違うところはたぶん二つあると思っています。一つは、インドの場合は植民地時代に西洋医療が入ってきたことによって、アーユルヴェーダがいったん立場を強くしようという動きが出たんですね。しかしやっぱり「科学としてのアーユルヴェーダ」をどういうふうの説明していけるのかみたいな動きが、アーユルヴェーダのなかから起きたという流れがあります。ネパールももちろんその影響を強く受けてはいるんですけど、しかしネパールのアーユルヴェーダ医の場合は、生物医療というのがもう少しぬるっと入ってきてしまったっていうところがあって、明確な対立関係にならなかった、比較の問題ですけど、そこまでならなかったのではないかというふうなことがいわれています。それは制度上の対立ですけども。

佐藤：アーユルヴェーダが制度化されたのはインドではすごい早いわけですよね。アーユルヴェーダ大学をつくって、1950年代には完全にもう第二の医学になって。ところが、ネパールがアーユルヴェーダを制度化したのは、まだ完全に制度化されてないんだけど、80年代の後半ですよね。90年代入ってはじめてアーユルヴェーダ協会ができて。だからその時に全然時代差があって。僕はインドのアーユルヴェーダはだいたい一通り読んだんだけど、ネパールのアーユルヴェーダってなんなのかというのが今回のね、引用されてる文章みると、これどうも近代的、現代的、インド的なアーユルヴェーダとは違うなというような。

ヨガもそうですね。現代ヨガがまた入ってきて。今度ネパールでまたさらにネパール的なヨガになるわけですよね。

中村：そうですね。

佐藤：だからちょっと非常に変わった形での伝統医療の近代化が行われていて、その近代医学の制度化が遅れてきたところにまた近代伝統医療の制度化も遅ればせながらくっついていくという。不思議な現象やなと思ってこの文章みてたんですが。

ですからね、もうひとつ聞いたかったのは、この糖尿病の治療してる内分泌の医者たちでもいいんだが、この人たちっていうのは、ネパールで医学教育を受けたんですか？それとも海外で医学教育を受けたんですか？

中村：糖尿病の内分泌科の専門医をとっている人たちはほとんど海外で専門医の制度、資格を取っています。

佐藤：専門医って、ベーシックな医学教育も海外で受けているってことですか？

中村：それはケースによるんですけど。

佐藤：だから制度化されたのが、ずいぶん遅いですよね。医学教育が成立したのが、ネパールではね。

中村：はい。MBBSも、この五章に出てくる専門医の3人はみんなロシアで取っています。二章でちらっとでてくる、地方の公立病院で取ってるお医者さんは国内で取ってるお医者さんもなかにはいますし、あとはバングラデシュとかインドとか、そういうところで取ったというお医者さん。あと、中国で取ったお医者さんなどが帰ってきてるっていう。

佐藤：やっぱり近代医学の教育のなかにですね、その土地の伝統医療のコンセプトが続いてあるわけですよね。ですから、どの国で医学教育を受けたかっていうのは非常に問題になるんですよね。日本は漢方みたいものをシンクレティズムでも導入してる近代医学でしょ？これは日本で医学教育を受けた人は、漢方自体にはそれは非常に親和性をもっているわけですよ。ところが海外で医学教育を受けた人間っていうのは、漢方はもうオカルトだって。同じ日本人でもですね。

ですからそこが、医学教育を受ける、その国の土着上の影響っていうのは非常に近代医学教育のなかには反映されていくわけですよ。もしこれだったら、アーユルヴェーダの土着の医療があるところでネパールで医学教育を受けたネパールの医者と、それからイギリスが多いですけどね、イギリスで医学教育を受けたネパールの医者たちの対応ってのは、ちょっと違うんじゃないかと僕思うんで。だから、世代的にはもうほとんど現地でネパールで医学教育を受けた人たちですよ。

中村：実はそれも山があって。もちろん受けられる時代にはなっているんですけど、ものすごく教育費が高騰したので国内で受けられなくてっていう世代が今どんどん増えていて、ちょうどその間ぐらい。

佐藤：むしろ東欧に行ったほうが安上がりという。

中村：はい。中国とかロシアだとすごく安価に受けられるので。今はそういう学生がすごく増えてはいます。エリートだけが国内で教育を受けることができる。

佐藤：金持ちだけが？

中村：はい。もしくはものすごくお金持ちか、どちらかという。

佐藤：面白いですね。どうもありがとうございました。

だからちょっと気にはなってるのが、社会でまだ伝統医療が主流のときに、その西洋医学が入ってくると、西洋医学の薬をむしろ伝統医療の側のほうが、どんどん使ってますね。で、その当時はここに書いてある効き目が穏やかとか自然の生薬を使ってるなんてことは、一切伝統医学は言わない。ところが主流でなくなって復興運動が出てくるときに、自分たちの医療はその西洋医学とこんなふうに違うんだみたいなことを言い出すので。ちょっとそこは、気にはなるっていうか。

中村：きちっと調査をしてみないとはっきりとしたことは言えないんですが、私の現地での感覚からすると、衰退する前というか、生物医療が主流になっていると同時に復興運動も起きたくらいの、ものすごく速いスピードで両方が半ば重なりあって展開しているような印象は受けます。生物医療はものすごく信頼というか、期待はされていて、「使用したい」という希望は患者さんたちの

なかにもものすごくありますが、しかしそんなにうまくいかないみたいなのところもあります。そこがなんというか、ある意味チャンスになって、アーユルヴェーダが「いや、これにはこっちのほうが向くんだ。なぜなら」というかたちででてきている。

佐藤：うまくいかないっていうのは、医学的にはうまくいなくて当たり前なんだけど、むしろ医療者たちの不祥事とかそっちのほう。つまり、医者の問題であって医学の問題ではないということはいえませんか？ これは有名ですよ。近代化のなかで医療における不正が非常に盛んだったネパールってのは。

中村：純粹に医学がどうというよりは、たぶん医学と医療を分けて考えたほうがいいと思います。医学としてはもちろんさまざまなことが確かになってきているところがあるとは思いますが、やっぱり薬ってあるだけではだめなわけじゃないですか？ どういうふうに使われるかとか、とういうことがすごく重要であるので。医者汚職とかという問題に加えて、医学的に消費されるのが困難な状況ですとか、そういうことも絡まって、有効には使われていないっていうか、無効になっている場面っていうのがすごくたくさんあるといえるのではないかな。

佐藤：ですから、人々の近代医学の不信感っていうのはむしろ、ネパールの近代医療のあり方に対する不信感のほうであって、どっちなんだろうかなと思って。

もうひとつ聞いたかったのは、HIVとハンセン病は差別されてる、排除されてるって。同じく病気でありながら、糖尿病は「みんなで一緒に生きていこう」とかたちで許容されてると。この差はどう自分でみなしたんですか？ いや、ぼくは、ハンセン病が許容されてる文化に医療者で入り始めましたから、ハンセン病がまだ町のなかにいるんですよ。もちろん隔離するように頑張ってたけど、政府は。でも町ん中でこう杖ついてね、ハンセン病で、みんなこう物乞いしたりね。だから村に行くと、「あれはあのおっちゃん、あれやんなあ」とかいうのがいるし、ぜんぜん差別してないんですよ。レアな社会だったんですかね、ハンセン病が差別されないって、もう例外的に。医療事例学で出てくるところにいたんで。このハンセン病と、新しい病気であればHIV、古くからはハンセン病が差別されてるっていうことは、どういう形で差別されてるのかっていうのは、同じ共同体でありな

から、こっちはなんで差別され、こっちはなんで受け入れられてるのかって、考察とか調査はしました？

中村：しっかりとそれに向けて調査をしたわけではないんですけど、その人たちが話す説明のほうから考えてみると、HIV エイズとかハンセン病というのはすごく宗教的に問題だっていうふうに意味づけられて語られる傾向が強いです。割とどこの社会も広くそうだと思うんですけど。で、糖尿病とか、あとは高血圧というのは、なんかあの、ネパールだとダルマの問題、つまり道徳ですかね。道徳とか宗教の問題とは関係がないという問題として説明されます。

ただあの、インドでもすごく流行っているんですけど、ラムデブ・ババのヨガ、ここにも少しだけ出てきますが、そういうヨガの人たちだと、やっぱり「これはダルマの問題なんだ」というふうに説明する人たちもいて。そこがどれくらい今後力を持つかによってもまた少し変わる可能性はあるかなとは思いますが、ただ、今広く一般的にはダルマの問題でもないし、カルマの問題でもないというふうに考えられています。ただ、なぜそうなのかといわれると、ちょっと難しい。

黒田：すいません。あとコメントだけ。聞いていただけで、回答は不要です。

まず、用語の使い方で、民間・営利・非営利という言葉が使われていますけど、たとえば日本の私立病院は民間非営利です。世界的に先進国で病院が民間営利部門っていうのは、アメリカの株式会社病院ぐらいなんです。ですから、ちょっとここでの「民間営利」の使い方が、それを連想させる。いや、そういう意味でしか使わないのに、違う意味で使ってるような感じがする。民間＝営利ではないです。

中村：そうですね。すいません。

黒田：用語としては民間病院というか、民営病院とかですね。

それとあと、非感染性慢性疾患という用語がありますけど、これ原語は“Noncommunicable diseases”で、“chronic”は入ってないと思うんです。noncommunicable はバイオメディカルな概念ですけど、chronic っていうのはバイオメディカルな概念ではありません。

佐藤：80年代にね、医療社会学者たちがこの「chronic

diseases」って言葉をつくりあげたんですよ。医学のなかには chronic diseases っていう概念がなかったんですよ、ところが医学はいいかげんな連中だから「あ、これ採用しよう」といって、で、行政とか政府は chronic diseases っていう言葉を採用したんだけど、chronic diseases っていうのは、純粋に近代医学的には概念ってないです。

黒田：だから疾患分類のなかで、そういう Noncommunicable chronic diseases というタイプはないと思います。気をつけて。あともうひとつ、コ・メディカル (co-medical) の使い方、もともとこれは英語圏で使われたかもしれないけど、今はもう使わないので、和製英語ですね。強いていえば、コ・メディカルだから、病院のなかで医師の指示のもとに働く医療職種という意味になるから、これもこの本のなかでの使い方とちょっと違うような感じがします。だから、コ・メディカルは使わないほうがいいと思うよ。

佐藤：だから最初パラメディカルって使ったら、「パラ」ってなると延長上、下だっていうことになって、それで日本のそういう看護とかそういうものの人たちをエンパワーメントしようとする人たちがこのコ・メディカルという言葉を考えてしたんです。それがうけて「コ・メディカル」ってやったんだけど、そして黒田くんの言うように文法的には「コ・メディカル」になったら、メディカルと cooperation するスタッフになるから、看護はそしたらコ・メディカルっていわれたらメディカルじゃなくなっちゃうんですね。

中村：ありがとうございます。

土屋 (土屋貴志、大阪公立大学文学研究科・准教授)：土屋といいます。大阪公立大学にいます。私は人類学とか社会学じゃなくて、倫理学とか哲学の人間なので。なおかつ今回、他の研究会があって1時間遅れて来たので最初のほう聞いてなくて申し訳ないんですけど、ただご本はしっかり読ませていただきました。久しぶりに人類学のしっかりした本を読んだので、すごく楽しく読みました。

ところで最後の、柏崎さんとのやりとりでも触れられた「基盤的コミュニズム」のことですが、私は倫理屋なんで、倫理とかいうところはびびっと反応しちゃうんですけど、全般的には美しいイメージとしてはよくわかるんですけど、ネパールの実際を見たあとで、ここで

いわれている「交換」されるものについての質問です。たとえば、②の交換の等価性は、交換されるのが共通のものでないと成り立たないと思うんです。ですが、社会階層上の優位・劣位ということもありますし、ネパールの患者さんたちの求めていることと、生物医療の医療者たちが与えようとしているものが、ずれてる感じがするんです。生物医療の医師たちが嘆いていた「私たちは患者さんたちがほしいものを与えなきゃいけないのか」とか、「ぜんぜん聞いてくれない」みたいな、そういうディスコミュニケーションの中では、等価性がなくて交換にもならない感じがするんですけれども。ここで言われる「交換」されるものって、なにを念頭に置かれているんでしょうか？

中村：ありがとうございます。交換、そうですね。

まずひとつ目にたぶん、ここでグレーバーがしているコミュニズムというのは交換ではなくて、この②の等価交換とはたぶんおそらくぜんぜん違って、与えたものに対して返されるっていうやりとりではない関係性のことをいっていると思います。確かに、この基盤的コミュニズムの状況がもしネパールに今あるとするならば、医療者との間ではなく、街角で起きているやりとり、それは交換という意味でのやりとりというよりは能力に応じてなにか貢献できる、できそうなところをカバーし、そして各人が必要に応じて与えたり、与えられたけど受け取らなかったりするようなやりとりっていうのが起きているんじゃないかなというふうに考えています。ここに医療従事者を再配置することがどう可能なかっていうのは、ご指摘の通り非常に難しく。というのも、さっきの回答でもお話したように、医療のもの、医学的なものや知識があるという状況と、それを効果的に使うというにはギャップがあるわけで。だから単になにか医学的なものが、患者の良ように配置されれば、それがじゃあコミュニズム的な状況が生まれるのかということまったくそうではないわけです。それがだれによってどういうふうに提供されるのかっていうのがひじょうに重要なわけですけども、それをクリアした形で患者側からの医療を受け取る、もしくは患者同士でそれを与えたり受け取ったりするっていうのがどう可能なかっていうのは、かなり医療従事者の職業倫理上の問題とも絡まって、どういうふう to 実現していくのかっていうのは非常に制限があり、難しさはあるところかなというふうに、個人的には思っています。

しかも、私は「ネパールの状況をこういうふうにした

い」とか、するよな、なにか企画屋なわけではないので、実務家ではないので、それを新しく作りあげていくみたいなことっていうのは私ができることではないんですが、ただこうした基盤的コミュニズムといえるかどうか分かりませんが、そういった医療従事者との患者との、半ばコミュニズム的な関係として挙げられるのが、この2009年の浮ヶ谷さんの事例。

これは精神科のメンタルヘルスの事例ですけども、そこで書かれているのは、ひとつある種、職業倫理を超えた情動的な関係のなかからケアの関係性というのを見出していくような状況というのが論じられていて。それがすべてとは思いませんが、そうしたあり方というのがメンタルヘルス以外のところにどうふう to 実現していく可能性があるのかっていうのは考えてみてもよいというか、おもしろいところなのではないかなというふうに考えています。

すいません。お答えになっているかどうか分かりませんが、そういうふう to 考えております。

土屋：確認なんですけど、この「コミュニズム」は共産主義ではなくて、「できることをする / される」っていう関係と、とらえておられるわけですよね？

中村：これはグレーバーの負債論の定義に負っています。なので、私はコミュニズムはすべて共産主義でないというふうに思っているというよりは、この場面の基盤的コミュニズムの説明においては、政治的な共産主義ということストレートに意味しているわけではないということでした。

土屋：すいません、じゃあグレーバー勉強しないとわかんないですね。

中村：私も説明を詳細しないままで。

佐藤：そうそうそう、中村さんね、微妙にカーストの問題を。カーストと民族、ネパールのカースト制度だと民族配分ってのはもう非常に複雑ですよ。まずヒンドゥーであるかないかで分けて、それからヒンドゥーの中でカーストでアンタッチャブルとそうじゃないものを分けて、それから残りのヒンドゥーじゃない連中を民族で分けるんですよ。ぼくは読んでてもわかんないんですよ。ネワール族ってなんなんだとかね。

中村：複雑、はい。

佐藤：だから、そういう問題に触れないで、なんか安定的な民族のコミュニティが、同じ民族、エスニックグループのコミュニティがあるというような書き方でされてるから、平和な協調的な世界が描けんじゃないかとぼくは思ったんですよ。彼らはカースト制度の上位のほうですよね？

中村：そうですね。

佐藤：インドでいうクシャトリアですよ。だからこれは残りのダリットだったっけ？ディアザー。アンタタッチャブルのこと。ダリットはもうあれですよ、食べ物すら扱えないっていうんですね。で、人前に出られない。で、それを前提に彼らのカーストがあるわけですよ。だから協調的な世界を描くには、そのうしろに差別と排除の世界があるっていうことを、ちょっとご自分で自覚してんのかなって思って。微妙にカースト制度のことと民族問題の話はぜんぜん言ってないですよ。

中村：いや。私じつはこのうらで先住民についても調査をしていて、そちらのことはもちろんあるんですが。

佐藤：イスラム系、西南部のほうにね、イスラム系の人たちがどんどん入ってきてるし。それから、先住民族だって山岳と平野と分けてますよね、彼らね。

中村：そうですね。で、ちょうどあいだに位置する、わりとこう。

佐藤：そうですね。この地域はそうですね。

中村：どっちの人たちも一緒に暮らしている地域でもあるので、たしかにそういうところも。

佐藤：だからそのへんが、あえて避けてんのかと思って。

中村：というのがありますし。あまりにも状況が違いすぎて、一緒に論じるのは無理というのが正直なところでした。あとは、私が対象としたこのカーストにおいては糖尿病ってすごくやっぱり問題で、「私たちの医療問題と病気で多くて大変なのは糖尿病だ」という語りがあるようなコミュニティではあるんですけど、ほかのカーストにいくとそんなことは言ってもらえないんだっていうのが、じつはものすごくたくさん起きていたりとか。あと

は、そもそも生活の様式的に糖尿病が診断されない人たちというのにもたくさんいるので、そっちはそっちでたぶん糖尿病の調査をしても、もちろん意味はあると思うんですけど、彼らにとってはまったく重要な問題ではないってというような世界ってというのがものすごく近くに広がっているという状況が現状としてはあります。

佐藤：どうもありがとうございます。

中村：ありがとうございました。

佐藤：だから、ネガティブな1のなかでのある層のなかで3がとかいう言い方をすればいいんだと思う。全ネパールとか、国民とかネパール人とかね。ネパールのコミュニティとかいう言い方はしなきゃいいわけですよ。

中村：そうですね。

美馬：鎖国というと完全孤立のようなイメージですが、日本の鎖国も含め、海外交流は続いているという説があります。アーユルヴェーダがどの時期にインドからネパールに入ったか、というのも鎖国というイメージに惑わされないようにしないといけないと思います。ネパール・インド間は鎖国時代も普通に行き来していたのではないですか？

中村：行き来がありますが、インド国境を外国人が越えることはできなかった。

美馬：ということは、アーユルヴェーダの場合も、薬は簡単に国境を越えるけれども、医療を行う人間はそんなにネパールに入ってこないということですか？

中村：インドの労働者が入ってきたり、ネパールの労働者が出ていくってことはあったはずですよ。

佐藤：たしかね、その鎖国時代もね、アーユルヴェーダの薬がなんかネパールに持ち込まれたり、ネパールから材料が持ってかれたりしたというような。アーユルヴェーダ発達史なんかでみたことあるね。

美馬：インド化されたアーユルヴェーダもネパールで存在感はありますか、それともインド性は目立たない感じなのですか？

中村：ネパールのアーユルヴェーダは、まあアーユルヴェーダと名前がついているので、インドと同様の伝統医療だっていうふうな印象が強いのですが、で、もちろんインド系の知識も入っているんですが、インドのアーユルヴェーダが制度化されて、そこで養成された医師たち、もしくはその養成の学校に行ったネパール人の医師たちがやっているアーユルヴェーダと、もっと土着の徒弟制度によって発展してきたアーユルヴェーダの知識って言うのは、「まったく」といっては言い過ぎですが、やはりルーツも違えば使われている材料も違ってきます。しかし両方をアーユルヴェーダと今はネパールでは呼んでいる状況があります。アーユルヴェーダとじつは一緒くたに言っても、その人がどういうルーツを持っているのかによってかなり違います。ただ、この本でとりあげている公立病院のネパールのお医者さんたちというのは、一応制度化されたところで学んだ医者さんたちが働いているという状況にはなっています。

美馬：一般の素人も、アーユルヴェーダのなかに違いがあると認識していますか？ それとも、アーユルヴェーダは全部同じ一枚岩とっていますか？

中村：いや、一般の人たちも、どこに住んでいるかとかにももちろんよるんですけど、アーユルヴェーダのヴァイディアっていうふうには呼ばれている人と、ただの薬草師、ジャリブティドクターみたいな。ジャリブティって薬草って意味なんですけど。ドクターとかって言われている人がいて。しかし蓋をあけてみると、すごく重なっているところがあるということもありますし、ジャリブティドクターがぜんぜんいなくてももう制度化されたアーユルヴェーダドクターばかりと触れてるって人たちもいれば、その逆も、コミュニティで生きてる人たちもいるので。ただそのコミュニティ間ではアーユルヴェーダっていう言葉で理解され、コミュニケーションがとられているような状況があります。

美馬：わかりましたというか、複雑でわからないというか。

佐藤：いやいや。マオイストね、1990年から2006年までの人民戦争のときのマオイストたちの人民への医療への関わり方。マオイストはアーユルヴェーダを使ったか？って。マオイストドクターは。その二つですよ。

中村：それもですね、じつは場所にもよるんですが、私が調査をしたところはマオイストの本拠地のロルフアのすぐ南の地域なんです。割と影響があった。

佐藤：あそこは一番酷かったとこやね。酷かったって、戦争がね。警察とマオイストたちの戦争が酷かったとこやね。

中村：影響が強くあったところだというふうにいわれています。で、アーユルヴェーダの利用については認められていたというふう聞いています。ただそこも、やっぱりグラデーションがあります。アーユルヴェーダのお医者さんの中でも、制度化されたアーユルヴェーダはもちろん大丈夫で、薬草師と呼ばれている人たちもぎりぎりセーフなんですけど、呪術師のなかで、しかしアーユルヴェーダも使っているみたいな人たちは、かなりグレーな存在として、利用されたり、排除されたり、かなりケースバイケースで問題だったというふうには聞いています。お答えになっていますでしょうか。

美馬：複雑ですね。他に、質問やコメントありますか？

本郷（本郷正武、桃山学院大学社会学部・准教授）：じゃあ、私。桃山学院大学の本郷と申します。

答えやすい質問2つかな。

まず五章とかで、カトマンズの病院で、参与観察っていうか、行かれて、よくこう、議論がかみ合わないっていうか、話が混雑してるときに、同意を求められるっていう場面が何か所かありました。そこでどういうふうに反応したのかっていうのが本からはよくわからない、ほくの読み方がまずいのかも申しないですけど。そこで、「そうだそうだ」って言うのか、「いや、それはちょっと」とか、なんかどういうふうな立場、その場におられたのかっていうふうな、そういう調査の参与観察者としてどうだったのかっていうふうな素朴な疑問が一つと。

あと、この医療社会学研究会、最近食の話とかで話題になってるこの「ケミカル」って言葉が何回か連発されていました。で、そこではたぶん農業の話が中心で、たとえば人工甘味料とか、味の素みたいなものとか、そういうものとか、そっちの食品添加物というか、そっちのほうもやっぱりそれはケミカルだからダメとか、そういうふうな感じでいわれてるのかっていうふうな話で。

あともうひとつは、三点目ってこれは別に質問って感じでもないんですけど、やっぱりその医師と患者側とか、

またその家族の協働性みたいな話でいうと、ある意味どっちのその土俵っていうカリングにあがってくるのかっていったときに、けっきょく医師側は患者側のリングに絶対立たないぞっていう、そういう意思表示はすごく強く感じて。で、患者側もそんな一生懸命こっちのリングに、今度の興行にあがって来いとかって、そういうふう強く主張してるのかっていう、いわれるとそこもあんまり自信がないって。もちろんこれはたぶん中村さんの読みとして、どっちかっていうと医師を引き込みたいっていうか。「動員する」ってふうな言葉も使ってるぐらいだから、やっぱり基本患者目線、患者とか患者家族とか、もうできあがってる協働性ありきっていうか、そっちをまず中心に前提において医師を取り込むって、そういう議論。つまり、あれですよ、どっちかっていうと新日本プロレスが全日本（プロレス）のやつらあがってこいとか、そういうふうな立場みたいな、そういうふう読んでよかったのかなっていう。これはちょっと質問になるか質問になるかどうかかわかんないですけど、コメントです。

中村：ありがとうございます。一点目の私が参与観察者としてどう反応したかなんですけど、大抵の場合、お医者さんがですね、「日本でもそうだろう？ 言ってみようよ」みたいな感じで私に医者賛同してもらおうとするわけなんですけど、でも私は正直に、私が知っている日本の話をするというレスポンスを基本的にはしていました。なので、「日本人は勤勉だから糖尿病にはならないだろう？ こいつらは勤勉じゃないから。どうだおまえら？」って。「いや、日本人も勤勉じゃないし、日本人も糖尿病になってます」みたいな。そういう感じで。なので、お医者さんとしてはちょっと期待外れだったかもしれませんが、うそがない程度に話に参加するというやりとりをしていました。基本的には、患者さんもしゃべりたいしお医者さんもしゃべりたいので、私がしゃべる時間というのはそんなに多くは与えられておらず、そういうふうな反応をする。

本郷：でも参加、積極的に参加じゃないけど、求められたら？

中村：話しかけられたらですね。患者さんのほうも仲間をみつけないので、私に、「おまえはだれだかわからないけれども、なんか言えよ」みたいなことっていうのはやっぱりあって。やっぱりそういうときも、基本的にはうそ

のない程度に思っていることを言うというスタンスをとりました。

というのも、ものすごく立場性を考えて発言することっていうのも、たしかにできるんですけど、しかしそれよりも、私が私としていて、その人たちが、どういふふうに私とディスカッションをしてくれるのかということが知りたかったというのもあって。四章の場面でも私は割と思っていることをそのまま言っている、というようなスタンスになっています。

あとはケミカルという言葉については、じつは添加物についてもやっぱりケミカルでよくないものというふうに言われています。とくに、レストランまで行かないんですけど、ちょっとしたお茶屋さんで出されるような、やきそばとかそういう食べ物には、すごく味の素が使われているっていうのは一般の人たちすごい気にしているところで。おいしいんだけど、あんなもの食べさせてるなんてどうなんだっていう話にもなっていて、じつはあんまりよいものとはされていないところがあります。なので、それと同じものが糖尿病の薬に入っているという感覚のほうが、どちらかというイメージのレベルでは強いかもしれないなあって思います。

あとは協働性についてなんですけど、さきほどのみなさんからのコメントの中にも対立という言葉を使うのか、それとも逃げ道という言葉を使うのか、どうなのかというお話をいただいていたと思うんですけど、たしかに患者側は「ぜったいにこっちに引き込んでやる」みたいな強い意思を持って闘っているわけではないんですね、医療従事者と。ただ、結果的には医療従事者をこっちに巻き込むのはすごい難しいことですし、医療従事者側もやっぱり確固たる職業者としての立場というのを守りながら仕事をしているので、けんか別れのような、にみえるような決別の仕方っていうのは、確かによくある状況です。

ただ、患者側も拒否したりとか、絶対に使わないっていうふうに思っていたりとかするような、良くも悪くも強い態度を全くもっているわけではないので、利用できるときは利用するし、したくないときはしないしというような状況。なので、プロレスとしてはあまりよろしくないかもしれませんが。

本郷：勝ち負けとかね。詰めたりとか、どっちかに寄ってこいとかってそういうふうなゲームはしてないんですよね。

中村：そうですね。なので、お医者さん側は暖簾に腕押しというか、そういう感覚もかなりもっているっていうのは聞かれます。

本郷：どうもありがとうございます。

中村：ありがとうございます。

美馬：だいたい、時間になりました。

私個人として面白かったのは、ネパールでの『病いの会話』のようなことが日本であったら、すごく逸脱的な医者患者関係になるというのが第一印象です。ただ、それは「先進国」というか欧米の医療のあり方を「正常」とした場合ではないかという気もしました。直接にフィールドワークをされた中村さんからお話を伺い、そうしたさまざまにローカルな場所——日本も含めての——で実践されている医療を相対化していきたいというのが、企画趣旨です。カースト制度の影響など、ご本では詳しく論じておられなかった点も伺えて、たいへんに良かったと思います。

皆さんありがとうございました。

