

書評



下地明友著

『＜病い＞のスペクトル』

精神医学と人類学の遭遇』

金剛出版、2014年

評者 高峰 武

水俣学研究センター客員研究員

「＜病い＞のスペクトル」から見える世界

今や、古典に属する話だろうが、日本の精神医学の草分けである呉秀三（1865－1932）の言葉がある。「わが邦十何万の精神病者は実にこの病を受けたるの不幸の他に、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」。

1918（大正7）年のこととされるが、果たして今、この言葉は死語であろうか。もちろん、そのままであるはずはなく、以後、昭和、平成と時代は進み、精神医療の現場や研究機関では多くの新しい治療の試み、投薬が実施されていることだろう。にもかかわらず、精神医療を考える時、その大本のところで、呉が自問したこの言葉がやはり気になるのである。なぜだろうか。時折、自問するのだが、それはこの病が抱える現実とともに、「この邦に生まれたる」という時の「邦」のありようへの根強い疑問があるからだ。

これも少々古い話だが、1980年代半ばにその分野に詳しい先輩記者たちと一緒に、ほぼ1年かけて熊本県内の精神科病院、医院を取材して回ったことがある。そのルポは日本新聞協会賞を受賞し、日本評論社から『ルポ精神医療』とのタイトルで出版もされ、多くの版を重ねた。当時、精神医療の取材では患者のふりをして潜入取材を行い、その実態を告発するというスタイルもあったが、私たちはこの方法は採らなかった。あくまで、正面からの取材というやり方を貫いた。その分、困難もあったが、しかし一方で協力者もまた多かった。なぜそうした方法を選ったのか。理由はある意味単純なことで、取材をするという行為の中で、医療者だけでなく、患者とその家族にこちらの身分についてうそを言いたくなかったからである。

一連の取材では、今から思えば不思議なこともあった。当時、精神医療の閉鎖性が問題にされていた時期。東京大学の通称「赤れんが」は精神医療の開放化の先端にあった施設だった。話はその「赤れんが」を訪ねたときのことだ。約束の時間に指定された部屋に行くと、白衣の男性が待っていた。名刺を出して、取材を始めた。その男性は今の精神医療の問題点をわかりやすく、しかもよどみなく指摘した。そのままメモをとっていると、「お待たせしま

した」と言って、別の男性が入ってきた。私が向き合っていたのは、`赤れんが、にいた患者だったのだ。「どれどれ」と言って、本物の先生が席を替わり、取材は仕切り直しとなった。「よくやるんですよ」と目の前の本物の医者は苦笑いしたが、「そんなこともここではあるんだなあ」と思っただけで、不愉快な感情は不思議と残らなかった。

連載全体の取材は、完全に出入りを自由にしてくれた病院を主舞台に進めたが、医療の現場はやはり悪戦苦闘の連続だった。その悪戦苦闘ぶりが逆に精神医療の未来への光をみせてくれたように思ったものだ。

『＜病い＞のスペクトル』を読みながら、連載取材時に感じたのと同様の、著者の悪戦苦闘ぶりを久しぶりに感じた。著者は医療者であり、科学者であり、教師でもある。そのそれぞれのスペクトルに、悪戦苦闘がある。しかし、悪戦苦闘は不名誉どころか、実は名誉なことであると思う。なぜなら、それこそが、＜病い＞に正面から向き合っていることの証しだからである。

病気とは何か、治るとはどういうことか、病気を診断する物差しは何か、誰がつくった物差しか、それは確かなものか。

精神医療を取り巻く環境は直線のようにシンプルではない。

これから、『＜病い＞のスペクトル』の世界を読んでいくが、副題にある「精神医学と人類学の遭遇」という言葉が示唆的である。人類学は文化人類学などという時の人類学である。医療にこの問題を独占させない姿勢がこの時点で暗示されている。

本書の章立ては以下の通りである。

はじめに

序論 「ためらいの普遍性」

第1部「文化精神医学－多元的身体性と『場』」

第2部「スピリチュアリティ－沖縄と『魂』」

第3部「ソーシャル・サファリング－水俣と『傷』」

第4部「関係性の詩学－精神科臨床と『老い』」

第5部「レジリエンス－傷から回復へ」

おわりに

と展開され、全体で12本の論文で構成されているが、ここでは順序をひっくり返し、「スピリチュアリティ－沖縄と『魂』」から読んでいきたい。著者の出身地でもある沖縄からの報告が本書の視点と対象への関係性の持ち方がよく表れているように思えるからだ。そして「水俣」、「老い」という項目をたどりたい。「沖縄」、「水俣」、「老い」というテーマは著者にとっての具体的な格闘の「場」である。具体的な「場」における著者の眼差し、医療上の経験、営為を踏まえて、「論」の世界へと進みたい。そうすることで「あるべき論」の新たな展開が見えてくると思うからだ。

沖縄という「場」

ここに収録されているのは、「宗教性と臨床性」、「沖縄の医介輔の歴史と語り」の2本の論文であるが、「沖縄の医介輔の歴史と語り」には、「医介輔」を軸にして沖縄ならではの独自の医療の歩みが記されている。

冒頭、沖縄の医療体制の実際が報告される。

沖縄は60余の島からなり、住民の居住する島は39で、そのうち医療施設のない島が8、全離島の約20%に当たるといふ。このうち、産科医の52%、小児科医の59%が沖縄最大の都市・那覇市に集中し、産科医のいない市町村が72%、小児科医のいない市町村に至っては91%を占めるといふ。1974年ごろのデータとあるが、読み進めて分かるのは、根本的には改善されていない現実だ。

1979年10月に琉球大学医学部が設置されてから、2003年3月までの16年間の卒業生1426人のうち、離島僻地などの公立診療所に勤務した医者は延べ数でわずか7人というデータが紹介される。「先端医療を追求し、顔は北（中央）を向いたまま、南（地元）に目を向けず」「医師を養成する教育機関の設置が、離島僻地の医療の充実には必ずしも結びつかない」という指摘が沖縄の地元紙・沖縄タイムスからなされているが、こういう現状は著者も言うように、沖縄における特異な現象ではなく、日本全体における問題と考えるべきだろう。医療の本質は何か、教育とは何か。沖縄というレンズを通して見える日本という国の素顔だ。

「医介輔」は沖縄の歴史を象徴する制度である。

医介輔は、医師法第17条が「医師でなければ医業をなしてはいけない」と規定するにもかかわらず、限定付きではあるが「医業」を行うことのできる人々であり、沖縄だけに存在する法的身分を保証された人々のことである。

この制度を見るには、沖縄という固有の地域の歴史を学ぶ必要がある。沖縄は第二次大戦直後、戦前（1943年）163人いた医師が戦死などで半数以下の64人になった。しかも医療施設はほとんど破壊されたのだった。

米軍の軍政下、こうした医師不足と医療施設壊滅という事情をつくられたのが医介輔制度である。幾つかの段階はあるが、医学校中退者、軍の衛生兵、医師の下で補助的業務をしていた薬局生、鍼灸師、整骨師などが医療助手となり、医官補となり、最終的には医介輔となったのである。1951年のことである。沖縄で96人、奄美で30人。沖縄の本土復帰に伴いその身分は「一代限り」とされたが、2003年、著者は引退した人も含めて5人の医介輔に会いに沖縄に向かった。

ここでの報告は、沖縄という一地域にとどまらない、むしろ沖縄だからこそ強烈に示している「地域医療のあるべき方向性」があるように思える。

必要なのは地域医療の多元化、重層化なのだが、現実にはシステムの一元化が進む。「臨機応変の機敏さ」「全方位体制」。医介輔がとってきた「実践の知」の中に、WHO（世界保健機関）が重視するプライマリヘルスケアがあるのではないかと著者は言う。幻視のようで

もあるが、しかしそれは確かな幻視である。

医師免許を持たない医師としては、ある世代では中国の文化大革命期の「赤脚医生」（はだしの医者）を想起する向きもあるかもしれない。高度の医療化と専門性がますます強まっていく時代にあって、著者の言う「土の香りのする」生活世界は排斥される一方のようにも見える。「医療行為には医療の多重生と多様性がかかわり、苦悩に対する対処法の複数性」が問われているにもかかわらず、現状はどうか。医介輔の歴史が浮かび上がらせるものは貴重である。

筆者は熊本大学体質医学研究所助教授だったころの原田正純氏に沖縄の精神医療についてインタビューしたことがある。30年ほど前のことだが、そこで聞いた話は沖縄の平安座島に神経精神科の前教授・立津政順氏らと訪問したことに関してだった。本土復帰前だったが、「ひどい分裂病の患者が放置されていたんですが、それなりに漁の手伝いをしたりして、共同社会の中で一緒に生活しているんですね。病院に入れるのと、どっちが進んでいるか、考えました」と語ったのが印象的だった。その後、平安座島には橋が架かり、ハンディを持つ人の姿は島から消えた。「あの島の18年前の姿に、障害者と健常者の共生の一つの理想があったのではないか」。そう振り返った原田氏の言葉が、本書を読んでよみがえった。

社会的苦悩としての水俣

第3部は「ソーシャル・サファリングー水俣と『傷』」である。

冒頭、九州という土地が多く公害、労災に襲われたことが紹介される。三井三池のCO中毒、メチル水銀中毒（水俣病）、カネミ油症、慢性ヒ素中毒（土呂久）などである。熊本学園大学で「水俣学」をスタートさせた原田正純氏は「九州は植民地だった」と表現したことがある。

ここで著者は宣言している。「近代文明化によって産出された構造の裂け目にあらわれた存在の現れ（生命と身体）を目のあたりにして、精神医学あるいは社会精神医学はどのように相対してきたのか、特に熊本におけるその姿を記述するという秘書の役を筆者は負っている」と。それは同時に、「個々のパーソナルな病い」とともに「時代病」「文明病」というものに対して医学は、あるいは社会精神医学はどう対峙するかが問われている、ということでもあるのだ。

「光と闇の乖離^{かいり}」。著者は1950年代から1970年代はじめにかけての重大な公害、労災事件が集中する一方で、高度成長にまい進し、「幸せなら手をたたこう」が流行していた日本をそう表現する。そして記述は、自らが学んだ熊本大学医学部の神経精神科教室の歴史に及んでいく。

都立松沢病院から熊本大学医学部の神経精神科教室の教授になった立津政順氏は「現場に出向く、当事者たちの生活の場で診る、患者側に立つ」ことを弟子たちに徹底させた人である。著者もその流れの中にいる一人だ。

「医学それ自身の視点や認識の固定化は医学的死」。著者の言葉は明瞭である。しかし、現実の水俣病の認定医学はこれとは逆の過程をたどったように見える。

「科学的」研究が進めば変化し詳細を極めていくものだろう。医学的診断基準の背景には、もちろん法的、社会的状況がある。状況という奔流に呑み込まれたそのとき、構築された基準というものが、いわば「診断基準」から「認定基準」へと「変質」してしまった。(p.222)

著者は「医学的死」を迎えた認定医学をそう指摘する。

戦後最大の炭じん爆発である三井三池のCO中毒。同大の神経精神科教室が向き合ったものの一つだが、ここで著者は、医療調査団の団長だった東京大学名誉教授の内村祐之氏が現地で働く医師に語った言葉を記録している。CO中毒は治ったようで治らない、訳の分からない精神症状がずっと続くから注意をするように、と。当時の教科書にはなかった見方だったが、同教室のその後の研究がこの言葉を裏付けていく。

「プロクルステスの寝台」というギリシャ神話の言葉を著者は引く。寝台に合わせて身を削る、ということだ。日本ならさしずめ体を洋服に合わせる、ということだろうか。笑い話のようだが、しかし水俣病事件史に落として見る時、寝台に合わせて身を切られたのは被害者である。笑えない笑い話である。

『『水俣病』研究の方法論再考－医学的思考の新たなパラダイム転換』の項は、著者が実際にかかわった経験を踏まえての考察である。

この項のキーワードの一つは「^{かんせい}陷穽」ということだろう。「陷穽」とは何か。水俣病事件史に度々現れる落とし穴のことである。

それはこんな構造を持っている。住民への検診の集積で判明したことの一つに「従来の水俣病の判断基準が不適切である」ということがある。しかし、この「判断基準批判」も同じカテゴリー内部における「修正的」なものに留まっていることがある。例えば、水俣病診断で「感覚障害」が論議の中心になっているという現実がある。あたかも感覚障害が認められればこれで論議が終わりとするような姿勢こそが問題なのである。つまりここには相変わらず感覚障害をどう扱うのかという境界線をめぐる論争に陥る「陷穽」があるということだ。

著者も言う通り、「基準」は社会的に問題を共有する際には有効である。しかし、ここには常に「固着」ということが起きてくる。ではどうやってそれを防ぐか、つまりどうやって相対化するか。

例示する一つは、岡山大学大学院の津田敏秀教授の提起である。津田氏は、「水俣病事件は食中毒である」とした。ここで津田氏が「原因施設」「原因食品」「病因物質」の区別の重要性を指摘したことを、著者は「画期的」としている。食品衛生法を適用するには「病因物質の判明は必要条件ではない」という結論がここから導かれている。より狭くではなく、より広く。環境汚染の対策を考える際にどういう構えで臨むか、この提起が教えていることだ。では、「健康」と「病気」の間の境界はどのように引かれるのか。

ここで、著者は具体的提案を行っている。『『基準』を『完了形』とみなしているかぎり、

水俣病を捉えることはできない」。この指摘には固定化への痛烈な批判が込められている。

著者が提唱する「生態的ジェノグラム」作成（図）は興味深い。ジェノグラムとは、三世代以上の家族メンバーとその人間関係を盛り込んだ家系図作成法のことである。いわば、家族や地域の「病いの星座」である。こうして見ると、人と人は

確実につながっていることが分かる。つまり住民の健康被害は多次元的なのである。基準は、こうした病いの星座に「切れ目」を入れる作業にほかならない。ここに境界線問題が生まれるのである。誰が、どこでどのようにして「切れ目」を入れたのか。そのことを常に忘れないようにする。著者の自戒でもあるが、この「切れ目」を誰が入れたのか、この点は多くの関係者が自戒すべきことだろう。

この境界の議論には、高次脳機能障害問題も^{そじょう}乗せられている。被害者の症状の訴えが一定しないことなどから指摘されている問題だが、ここでも感覚障害をめぐる問題と同様の問題が派生するというのである。重要な必須の研究としながら、境界線という「陥穽」に陥らないためのリスクマネジメントを必要とする。

「家族マップ」「地域マップ」などを合わせて「エコロジカルマップ」の作成を著者は提案する。これの作成には、住民、専門家、行政などの円環的協働が不可欠になろう。今、問われていることの一つはこんな地道なことなのだ。

著者は最後に、作家石牟礼道子氏の言葉を紹介している。（p246）

…水俣病の研究で教授になったり博士になったりした人たちが二〇〇名くらいいるという話ですが、その人たちは偉くなったばかりで、患者のあとをみないという、そういう長い年月がまだ続いております（中略）水俣の症状というのはその方々が分類した期間までで、その後の患者さんの症状の変化というのは全然研究されておられません。…

「その後、『定説』は『マジョリティ』となり、その見解を批判する研究は『マイナー』な研究とみなされている」。ここには、科学とは何か、という根本的問題がある。著者の指摘を換言すれば、本来、認定という行政が果たすべき役割を全面的に担ってしまった医学と表現することもできる。「実証的に反証され、^{かし}瑕疵を指摘されれば『受け入れる』のが『科学的』である」。著者のこの言葉は、熊本という場であって、水俣病と向き合った一人の研究者の逆説的実感であろう。

この項では、4つの注記がなされているが、どの注記も貴重なものである。症状をめぐる

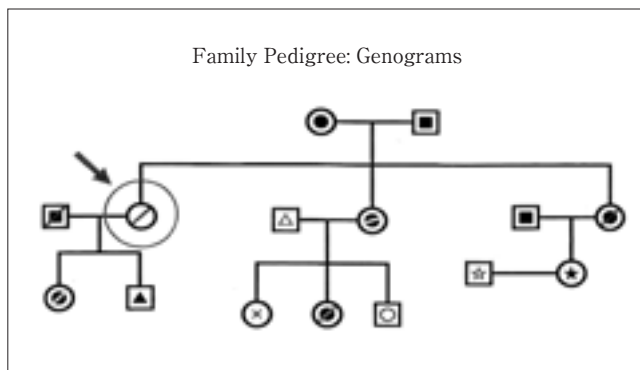


図 症状の「多型性」とマップ

出典：下地、p238

考察で、「症状とは病気そのものとは別の次元の問題」とする考察も興味深い。認定作業には、「症状信仰が背景にある」と指摘して「症状レベルのみで検討すれば必然的にそのレベル内における『論争』の渦の中に呑み込まれる」とする。またカナダ先住民の健康問題では、「公害病が発生する地域にはその土地を選択する、ある意思が働いている」とも書いている。水俣も実にそうであった。

老いという問題

第4部は「関係性の詩学－精神科臨床と『老い』」である。

老いはある意味で、人類の普遍的テーマの一つであろう。

老いをめぐっては、実にさまざまな言説がある。フランスの実存主義哲学者サルトルは、「老いとは他者である」と語ったという。老いて失明し、道を横断するにも手を借りる必要があった最晩年のサルトルの言葉、という紹介だが、著者はサルトルの言葉が含む「自己の他者化」という意味も見逃せない、とする。

この論考では人類学の視点も豊富に紹介されるが、キーワードの一つが「共にある身体」である。人々の身体が本来備えている素朴な共感能力。ここに光を当てるのが本論の試みである。

それにしても、老いとは何であろうか。あらためてこの問いを自らに向ければ、確かに答えが一つではないことが分かる。画家・岡本太郎のエピソードが面白い。ホテルで自分の名前を忘れた岡本は、ホテルのフロントマンに向かって「名前なんかにこだわるな！」と叫んだのだという。著者は、記憶力の衰退にはこうした哀切と^{かつたつ}悶達の両面性がある、とするが、この両面性という点を認めることが大切なことだろう。老いるとはただ単に哀切なことだけではない。

近代化とは、老いと死に対する折り合いの付け方の歴史でもあるとする著者だが、歴史学者のミノワは、老いの問題を裁判に例えるなら、プラトン（前428～前348）は弁護人、アリストテレス（前384～前322）は検事である、とする。プラトンは80歳で書き上げた『法律』で、老人の欠点を認めた上で、今ではいちべつもされない老人政治をたたえた。これに対してアリストテレスは50歳そこそこで書き上げた『ニコマコス倫理学』の中で、老いにあらゆる悪徳を負わせた。古の賢人たちの言説が分かれるのも、古から難しい問題だった、ということに他ならない。古今東西、老若男女、さまざまなのである。なぜか。まず挙げられるのはそれが例外なく、一人一人に、しかも確実に訪れるからだ。著者は書く。老賢者の極には、老子、モーゼ、仙人などがあてられ、貝原益軒は「人生50にならざれば血氣定まらず、知恵開けず…、人生の道理を正しむこともかなわざれば、長生きを要す」と長寿をたたえた。老愚者の「極」には、^{こうこつ}恍惚の人・認知症性老人などがあり、吉田兼好は「命ながければ恥多し、長くも40にならぬうちに命果つるが見苦しからず」（『徒然草』）と書いていると。前記したサルトルの「老いとは他者である」という言い方に戻れば、「死」は絶対的な他者であろう。

サルトルの同伴者であったボーヴォワールは「『廃品』になることによって得られる自由と幻滅こそが尊厳の源である」と述べたという。「廃品」という言葉は身もふたもないが、ここから始まる「生」の意味も確かにあろう。

今、データに基づく医療が求められているという。しかし著者は、データとは何か、と自問し、データとは「後知恵」であり、必ず「時遅れ」、「後の祭り」という側面を持つのではないかと考える。「老い」という問題にどれだけ例えば「データ」が有効なのか。

著者の視点は、老いを「新たな生」と位置付けるものだ。それは「老いの発見」という言葉にも表れている。ここでも著者は琉球列島の独自の長寿儀礼にも触れる。ここにあるのは、「生きがい」と「死にがい」が交差することだ。老いを考えることは死を考えることでもある。忘れてならないのは、そこにある風土そのものに重要性があるにもかかわらず、その風土が姿を消しつつあることである。この風土の喪失が老いの豊かさを一層困難にしている、と著者は見る。

多様性こそ重要

これまで、「沖縄」、「水俣」、「老い」という三つの具体的な問題への筆者の論考を見てきたが、これからはこの3点での思索を踏まえて今日の精神医療の課題に触れていきたい。

本の構成は、「はじめに」、「序論」があり、第1部として「文化精神医学－多元的身体性と『場』」として展開されているが、冒頭に置かれた「はじめに」で著者は指摘している。医学の本質は「いまここ」でこそ問われている、と。「いまここ」にフィールドというルビが振られているが、個別の場で、臨床的対話の転回につれて、応答可能性が開かれているかを問うているのである。「開かれる」という言葉も、本書のキーワード、著者の言葉をそのまま使えば、鍵語である。「開かれる」ということへの揺るぎない姿勢も本書の特徴の一つだろう。言葉として加えれば、ポリフォニーも入るだろう。多声音楽とも訳される言葉だが、著者は「ポリフォニーの精神医学」と表現する。ポリフォニーの反対語は、単音、単色、単線であろう。

「外部性は、同時に、内部化の過程である」という言葉もある。ここには、さまざまなものはクロスオーバーするという認識が秘められている。もっともこれは何も医療の現場に限ったことではない。しかし、こうした視点を忘れないことが重要なのだ。なぜなら私たちはこの当たり前のことを忘れがちだからだ。これまで、「沖縄」や「水俣」、そして「老い」の項で見てきたように、「外部性」と著者が言うとき、そこには住民であったり、あるいは地域であったり、患者であったり、医療側ではない存在が必ず視野に入っている。

さらには、「物語とは差異の物語」とも書く。それは単なる「差異」ということにとどまらず、「物語の差異の肯定」ということでもあるのだ。ここに、著者の明確な視座があると思う。

熊本は2016年4月、二度にわたって震度7を記録した熊本地震を経験した。それから約2年。直接死50人、震災関連死200人、二次災害死5人の計255人（2018年1月23日現在）の死

者を出した。復興もまだまだ緒に就いたばかり、というのが現実である。熊本地震の検証はさまざまな主体でさまざまなテーマのもとに行われているが、あえて大切な言葉を捜せば、一つに「それぞれ」があるように思う。被害もそれぞれ、復興のテンポもそれぞれ、である。問題はこれからだ。一人一人違う被害の程度、再建のスピード。それをモノトーンで一緒にくくらないようにしたい。被害者に寄り添うということは一人一人を大切にすることに他ならない。著者が書く「差異の物語」とは、こうした視線と同じではないか。全体を見て全体を把握したつもりでも、結局は一番大切な「個」を見失うのである。「差異の肯定」の重要さがここにある。

精神医療の世界に戻って言えば、人類の「個」と「類」という問題にもぶつかる。「個的であろうと希求しながら、必然的に類的であらざるをえず、類的であろうとしながら、必然的に個的であらねばならない」。著者はそう書く。そして類的次元は集団性や文化性、文明性としてその姿を現すが、そこには今度は人間の営みにつきものの「場所」という問題もつきまとう。さらに場所は時間、空間に関わっており、場所は内部と外部の問題を抱え、境界という問題も抱えている、という具合に広がっていくのである。

こうした多次元という現実から、「生の豊穡」が生まれてくると、著者は言う。「われわれはいまだに、病いの世界、臨床の豊かさ、生の豊穡な意味を学んでいない」と指摘する著者だが、ある意味では、本書がその「生の豊穡」への水先案内人の役を果たすのかもしれない。

本書では折に触れて精神科医の中井久夫氏の論考が紹介されている。精神医療の世界における中井氏の存在位置がよく分かるが、中井氏が提唱した、普遍症候群、文化症候群、個人症候群という視点が臨床的に有効ではないか、というくだりもそうだ。臨床の医師が「相手」にしているのは誰か、あるいは「対象」は何か、何を治療し、何を治癒とするか。中井氏の視点の卓抜さは、「普遍性」という概念を「症候群」と捉えたことで、「対象化する特権的な位置」から、「自らも対象化される位置」の移動することにある。つまり、医療側としての絶対的な、権力的な場所から、具体的な患者の次元に浮上する可能性が増してくるのである。中井氏はまた、こうも述べている。「精神療法は科学ではないが、それは精神医学が科学ではなく、いや医学（近代医学）が科学でないのと同等の意味においてである」（『医学・精神医学・精神療法は科学か』から）。なぜなら、徹底的に対象化できない「相手」と向き合うという本質的構造を持っているからだ。

本書を貫くものは、著者の柔らかな精神である。それは、「サファリング（苦悩）とは、単なる破壊的なものではなく、他者への通路（Opening）となるものだ」という言説からも分かる。ここにもまた、ローカルとグローバルの交歓という視点を含んでいるように思える。これは地理的な概念だけではなく、グローバル化する世界医療システムの極に対して、ローカルな臨床の極を並置する図式である。その関係の緊張が重要な要素になる。

著者が一貫して主張する言葉の一つが「複数」ということである。単数の反対語としての複数、単線の反対としての複線である。それは、「シャーマニズム的風土におけるシャーマニズムの医療システムと近代精神医療システムとの接合の現場における『（近代）医療化』と、

『土着化（風土化）』あるいは『脱医療化』と『脱土着化』の複雑な多元化する相互浸透作用現象が生じる」とする表現の中で使われている「相互浸透作用」という言葉に、著者の強い思いがある。一方通行ではなく、相互浸透作用なのである。

これまで見てきたように、「風土」への繰り返しの言及も本書の特徴の一つだろう。それは、前記したように著者が沖縄・宮古島出身ということと無縁ではあるまい。宮古島は沖縄本島と八重山諸島のほぼ中間に位置する島だが、ここでは「カミダーリ」と総称される、言わば神がかり現象が紹介されている。著者によれば、シャーマンへのイニシエーション（成巫）過程における身体＝精神現象、である。二つの事例が紹介されており、興味深い。この2つの事例は、風土のなかで「存在の場所、が与えられていた、という時、深い示唆を持つものだ。「風土と治療する」「風土が治療する」「風土的治癒」ということが臨床の現場で行われているのである。ここから、何を学ぶのか。問われているのは私たちの方だろう。

著者の指摘は逆説的でもある。医療人類学者の中川米造氏の、医療の不確実性はマイナスなのではなく、絶対的な確実性がなく不確実な部分があるからこそ、そこに「希望」が生まれる、との言葉を紹介しながら、狭いながらも存在する未決定部分こそ、可能性が開かれる部分であり、そこにこそ医療の本質がある、とする。未決定、不確実こそが希望なのである。確かに、ここに医療の本質の一端があるように思う。これを裏返して言えば、未決定、不確実があることを認めない立場からは、新たな希望は生まれない、ということでもあろう。

「宗教と精神医学」の項で紹介されているカタツムリの例示は示唆的だ。知性の象徴であるカタツムリの触角はかすかな危険（リスク）に直面すれば、ただちに内に引きこもる。現代文明における個の実存である人間は、身を守る隠れる場所をどこに見出すのであろうか。実はこの問いはそう簡単な問いではない。しかも、カタツムリの触角、それは私たちの精神のセンサーと置き換えてみると、その問いの重さが分かる。さて私たちはどこに行こうとしているのだろうか。

どうやら、簡単な答えはなさそうである。

著者はこう書いている。

病いを巡る診断と治療の医学は『未知』・『無知』から始まる。危機と不確実性が潜在するリアルな医療の現場において、たとえ無力・微力であっても、倫理的創造的想像力を研ぎ澄ますミクロな対話のなかにありつづけ、部分的になぞることから始まるプロセスのなかにありつづけ、ついには『非知』に終わらざるをえないかもしれないが、対話は決して終わることはない

過度に絶望せず、過度に希望を持たず。精神医療の世界もまた困難な中にあるが、救いは「対話」を捨てない精神である。

自己回復力という概念

最後に、第5部として置かれた「レジリانس―傷から回復へ」の論考を読む。

レジリانس、自己回復力という概念に立って、疾病の全体を捉え直そうとする試みである。

ここで強調されるのが、「相対的な視点」である。ここでは精神医学とその医療自体も対象とされねばならない。治癒力をキーワードにして医学の歴史を区分すると、古典の「自然治癒力」の時代から、近代の「医学的治癒力」の時代、そして「レジリانس的治癒力」となり、「社会的治癒力」の時代という潮流ということのようだ。ここでもやはり必要なのは、精神医学や医療がもつ限界とジレンマをほかならぬ研究者が「よくわきまえる」ことだという。そのためにこそ相対化という視点が必要なのだ。

自身が回復の主体、という言葉が紹介されているが、いい言葉である。

誰が、病者・障がい者なのか。誰が病者だと名付けるのか。どの文脈で名付けるのか。そして誰が治ったと決めるのか。前にも触れたが、本書を貫く根源的な疑問である。それはまた医療というものの根底的な問いかけであろう。しかし、根源的、根底的であるが故に、ある時は無意識に、ある時は意識的に忘れるのである。だから、ここではより意志的な姿勢が必要になってくる。

精神医療もそれ単独で現れ、治療が行われているわけではない。個人がいて社会があり、風土がある。そしてそれぞれに固有の歴史がある。それぞれの主体はまたそれぞれに関連している。本書で繰り返される「社会的治癒力」という言葉はそういう意味が込められたものであろう。

この稿の冒頭に、わが国の精神医療の草分けだった呉秀三の言葉を引いたが、本書を読んで、こうした苦闘が行われていることそのものが、呉が指摘した「不幸」を超える手掛かりのように思えた。

本書は書き下ろしに加え、1998年から2013年までの論考を大幅に加筆、修正されたものだが、各部ごとに付けられた「注」が読み応えのあるものになっている。時には分かりやすく、ときには大胆に自説を展開するといった具合である。この「注」もまた、本書の成果であろう。

本書の解題を終えるに当たって、「ミクロの語り」という小見出しのついた著者の印象的な文を紹介したい。精神医療の中での出来事であるだけでなく、医療というものが持つべき「素の時間」という意味でも貴重な文章である。

慢性統合失調症者の世界と共世界のあいだに窓がひらき、風がながれるそのときを共に分かち合うというときがあります。やわらかに、強制感を伴わずに、ゆったりとした<とき>のおとずれを待つ、その雰囲気醸成が治療全体のなかに流れることが前提となります

注

- 1) 著者略歴 熊本学園大学社会福祉学部教授、医学博士。1947年、沖縄・宮古島生まれ。琉球政府の公費留学生として熊本大学医学部へ。熊本大学は「大好きな夏目漱石に由来のある大学だったので、希望した」という。熊本大学医学部卒業後、神経精神医学講座助手となり、1987年に沖縄県立宮古病院精神科医長、1993年に熊本大学医学部神経精神医学講座講師、1997年に同助教授。2005年より現職。本書にも出てくるが、神経精神科教室の先輩でもあり、熊本学園大学に水俣学研究センターを立ち上げた原田正純氏の誘いで熊本学園大学に移籍した。
- 2) 下地氏は第18回多文化間精神医学会賞を受賞している。受賞理由は、「文化精神医学者として『〈病い〉のスペクトル：精神医学と人類学の遭遇』（金剛出版）に代表される論文、著書を発表。臨床経験からみいだされた「風土（臨床場）」「治癒の多元構造」の論述、混沌とした「場」の理解を導いている。他に沖縄のスピリチュアリティ、水俣学、老年学を縦断する学術的業績が挙げられる、としている。

参考文献

熊本日日新聞社編『ルポ精神医療』、日本評論社、1985年。