

Title	病気になることの意味：タルコット・パーソンズの病人役割の検討を通して
Author(s)	池田, 光穂
Citation	Communication-Design. 2014, 10, p. 1-21
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/27518
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

病気になることの意味

タルコット・パーソンズの病人役割の検討を通して

池田光穂（大阪大学コミュニケーションデザイン・センター：CSCD）

Talcott Parsons' "Sick Role" Revisited

An anthropological commentary on key concept of medical sociology

Mitsuho Ikeda (Center for the Study of Communication-Design: CSCD, Osaka University)

本論文はタルコット・パーソンズが提唱した医療社会学における最も重要な鍵概念のひとつである病人役割について批判的に検討する。論文は3つの部分に分かれ、最初は、パーソンズ『社会体系論』に描かれた病人概念とその後の日本の研究者の解説について紹介する。次に経験的事実からなされた病人役割に関する批判とその擁護について紹介する。そして最後の部分では、病人概念を鍛えてゆくために必要になる重要な3つの点：すなわち病気過程の社会性への着目、病気過程の時間的位相を取り戻すこと、そして健康人役割との関係のなかで病気概念を洗練させることを筆者は提案する。

From my anthropological perspectivism, this paper examines in Talcott Parsons' "Sick Role" theory, one of the most important concepts of medical sociology. This paper has three divisions that I have worked; In the first part, there is my general review of the sick role theory of one of Parsons' opera, *The Social System* (1951). In the second part, Series of critiques on Parsons' thesis on the sick role are introduced by indicating counterevidence that cannot afford to his theory. And in the third part, three points of author's recommendation are mentioned, so to say, that the theory should be required renewal by absorbing in the theories on social aspect of illness and healing process, introducing chronological aspect to dynamic analysis on the sick role theory, and elaborating with comparison between sick role and health role.

[A]n outsider's perspective can provide new insights, because it sidesteps the shared premises and practices -- Steve Joshua Heims [1993:viii]

Consider what effects, which might conceivably have practical bearings, we conceive the object of our conception to have. Then, our conception of these effects is the whole of our conception of the object -- Charles S. Peirce(1878)[Peirce 1958:402]

1. 序論：病人役割とは

本稿は、医療社会学における「病人役割 (sick role)」の定義とその後の研究の展開にまつわる曖昧な諸理解を指摘し、その概念上の「交通整理」をおこない、病人役割理論がもし今後も、この分野の研究を支える重要なコミュニケーションデザイン上の理論とするならば、どのような課題を明確にすべきか、ということを提案するものである。ここで焦点化されるのは言うまでもなく病人役割の概念を、社会学上の問題として真正面から取り上げたタルコット・パーソンズ (Talcott Parsons, 1902-1979) のものである¹⁾。

病人 (sick person) とは病気 (sickness, illness, disease) にかかった人である。病気は西洋医学の伝統から長くその病人本人に内在する生物学的な異常として取り扱われてきた。しかしながらパーソンズは病気をそのようにはみない。病気は生理学的な異常であると同時に社会的な逸脱の一種である。言い換えると、病気は生理学的な異常と社会的逸脱の交錯する場所にあり、その両方の存在理由が医学体系から説明かつ承認されたものなのである [Parsons 1964:270, 1978:17-20,26]。医学体系もまた生物学的な異常を定義する規準をもつが、専門職である医師の判定は異常の認証においてその権能を社会的に付与されている。「病気は人間個人の全体の『通常の』機能における攪乱 (障がい) の状態であり、その状態とは生物学的システムとしての有機体の状態と、その人の (his) 個人と社会の調整の状態の両方を含む」 [Parsons 1951:431]。パーソンズにおける病気とは、個人の生理的異常 (physiological incapacity) と社会がそれを逸脱 (deviency) の一形態である「病気」と認定するものとのセットになっている点で、生物現象と社会現象を媒介する結節点に位置する [Gerhardt 1989:14-15]。病人になることは、個人が実存として苦しむことであり、またそのような意味で社会的なものとの出会いなのである。

病人役割は、近年刊行された医療社会学の教科書の中でも秀逸なものである中川輝彦・黒田浩一郎編『よくわかる医療社会学』に佐々木洋子による解説がある。彼女は病人役割の説明に先立って、役割論一般を次のように概説している。

「私たちは、ある地位について、その地位につく人にふさわしい振る舞いを想定し、その人が私たちの想定通りに振る舞うことを期待している。このような期待を「役割期待」という。それぞれが役割期待通りに振る舞い、それらがうまくみ合うことで、人々の営みは秩序だったものとなる。役割期待に背いた振る舞いは、非難や罰といったネガティブな反応を周囲から招く。こうした反応ないし反応があるかもしれないという予測が、秩序だった営みを維持させている (つまり人々をして、役割期待通りの行動を

とらせている)。役割とは、このような人々に共有された役割期待とそれにもとづく行動からなるのである」[佐々木 2010:6]。

なるほどその通りである。彼女はすぐに、病人の役割期待と役割行動を取り上げるのではなく、少し回り道して、教室における学生と教師を例にとって説明する。学生と教師の関係はパーソンズの議論には一見無縁のように思えるのだが、実は病人と医師との——とりわけ権能において——非対称な関係を暗示していて興味深い²⁾ [Parsons 1978:25]。その説明のあとに、彼女は、ようやく『社会体系論』[1951 [1974]] の第X章「社会構造と動態的過程：近代医療の事例」なかで、タルコット・パーソンズが取り上げる病人役割の解説を始める。オリジナル著作の説明ではそれは「病人役割に関する制度化された期待体系の四つの側面」と表現されている³⁾。当該箇所（一部省略）は次のように書かれている。

「第1は、正常 [sic]⁴⁾ な社会的役割の責務の免除であり、そのことはもちろん病気の性質と重さに呼応している。……第2の、第1と密接に関連した側面は、病人が「力をふるいおこして」決然たる行為や意志の所業（しわざ）によって健康を回復するのを要請されてはいない、という病人役割に関する制度化された定義である。この意味でまたかれ（病人のこと——引用者）は、責務を援助されている。つまりかれは「看護され」なければならない状態にある。……第3の要素は、「回復」しようとする義務を伴う、それ自体望ましくないものとしての病気の状態に関する定義である。……さいごに、第4の、以上3つの要素と密接に関連した要素は、もちろん身体の悪い状態に比例して、専門的に有能な援助、すなわちたいがいの普通のケースでは、医師の（physician）援助を求める義務、および回復しようとする過程での医師との協力する義務である。いうまでもなく、このばあいには患者としての病人の役割が相補的な役割構造を有する医師との役割を接合するようになる」[パーソンズ 1974:432-433; Parsons 1951:436-437]（翻訳は筆者による。漢数字はアラビア数字に変えた）。

この4つの病人役割を【表. 1】に示しておいた。日本語訳文も英語原文のパーソンズらしい文体（Parsonianesque）を反映して少々難渋なので、この表には英文も併せて表記してある。

さて社会体系論の公刊から7年後 [1958] に書かれた論文の中で、パーソンズは1951年のヴァージョンをアメリカ社会の病人役割の検討を経由して、短く次のように要約している。「つまり病人は、第一に役割義務を免除される。第二に、病気という状態に対して責任をとらなくてもよい。第三に、この状態は条件つきで正当なものと見なされる。第四に、病人は、援助の必要性を受容し、援助者に協力する義務を受容しなければならない」[パーソンズ 1973:372]。この表現には若干の変化があるが、1958年の彼の見解は1951年のものをほぼ基本的に踏襲したものになっている。

【表. 1】 パーソنزの4つの病人役割

【パーソンズ[1951]の4つの病人役割】	通常の社会的役割の諸責任が免除されること	制度が病人本人をして、回復するための強い社会的期待を負わせない	病気回復の義務の役割があることは、その病気の状態は好ましくないという社会的含意がある	医師の提供する技術的に有益な治療を求める義務
説明の英文 [Pp.436-437]	First, is the <u>exemption from normal social role responsibilities</u> , which of course is relative to the nature and severity of the illness. This exemption requires legitimation by and to the various alters involved and the physician often serves as a court of appeal as well as a direct legitimatizing agent. It is noteworthy that like all institutionalized patterns the legitimation of being sick enough to avoid obligations can not only be a right of the sick person but an obligation upon him [pp. 436-437].	The second closely related aspect is the institutionalized definition that <u>the sick person cannot be expected by "pulling himself together" to get well by an act of decision or will</u> . In this sense also he is exempted from responsibility — he is in a condition that must "be taken care of." His "condition" must be changed, not merely his "attitude" [p.437].	The third element is <u>the definition of the state of being ill as itself undesirable with its obligation to want to "get well"</u> [p.437].	Finally, the fourth closely related element is <u>the obligation</u> — in proportion to the severity of the condition, of course — <u>to seek technically competent help</u> , namely, in the most usual case, <u>that of a physician and to cooperate with him</u> in the process of trying to get well [p.437].
病人役割の重要度	条件的 (conditional)	条件的 (conditional)	相対的正当化 (a relative legitimation)	医師との役割において相補的 (the role of the sick person as patient becomes articulated with that of the physician in a complementary role structure.)

上記の説明を総合して、私が再度パラフレイズすると以下のようにまとめられよう。

パーソンズの4つの病人役割 [1951,1958]

1. 病人になると、その人に課せられている通常の社会的役割の諸責任が免除される⁴⁾。
2. 病人になると、社会制度がその病人本人自身をして、回復するための強い社会的期待を負わせないようにする——言い換えると病人は治療の権能を医師という専門職に委ねてもよいと認可される（これは後に「病気という状態に対して責任をとらなくてもよい」とパーソンズが言い換えるようになる）。
3. 病人には、病気回復の義務の役割がある。そのことの含意は、病気のままの状態は好ましくないという社会的意味付けがある——これは上掲2. の病人は「病気という状態に対して責任をとらなくてもよい」とセットになって初めてよく理解出来るはずだ。
4. 病人には、医師が提供する技術的に有益な治療を求める義務がある——これもまた上掲の2. と関わりをもつようだ。

パーソンズはこの第3番目の病人役割の説明に到ったところで、冒頭の2つがこの役割に必要である——つまり条件的 (conditional) である——と、その重要性を強調している。従って、病人役割の主要なものは冒頭の2つのこと、つまり「通常の社会的役割の諸責任が免除されること」と、「病人は治療の権能を医師という専門職に委ねてもよい」ないしは「病人は病気という状態に対して責任をとらなくてもよい」ことになる。そして3番と4番は付帯的 (additional) な条件であると彼自身が了解していることがわかる。さて3番目の病人役割は、相対的に正当化 (a relative legitimation) される時に規定され、4番目の病人役割は、医師との役割構造のなかで相補的なものと述べている⁵⁾。繰り返しになるが、病人役割に

は、それ自体 (*ipso facto*) で意義をもつ冒頭の2つの役割と、そこから派生する3番目の役割と、そして医師との関係のなかで規定される——つまり医師の役割が変われば病人役割も変わりうる——というものの複合的な機能をもつものから構成されている。病人役割で指摘されている4つの全てが等価の性質を持つではなく重要なものと補足的なものがあり、またそれらの要素の間は相互に関係しているのである。このような「病と医療」の関係はさらに上位の社会システムに埋め込まれているので、仮に近代（西洋）医療をレファレンスとしても病人役割は、歴史的にも文化的にも多様性を持ちうることが示唆される [cf. 黒田 2005:149-150]。

ニュアンスは完全に同じとはいいがたいが、上述の佐々木による役割概念の解説もまた、このパーソンズのオリジナル [1951] の説明を踏襲している。上掲の教科書のなかにある田代志門による「タルコット・パーソンズ」の医療社会学上の業績の解説には、この病人役割概念がなぜ「画期的」なのであるかという理由が書かれている。つまり「それがさまざまな行為の連なりから社会構造を説明する彼独自の理論的視座から展開された点である。すなわち、それ以前に提唱されていた医療社会学があくまでも医学の一部門にすぎなかったのに対し、パーソンズは、医学とは異なる独自の社会学的視点から病気や健康の問題に取り組んだのであった。その結果、病人役割概念は、医師—患者関係論のみならず、その後の医療社会学全体の発展に寄与することになる」と指摘している [田代 2010:180]。田代の主張によると、医療社会学が今日のような社会学の一分野として確立するきっかけになったのが、この病人役割の概念だと言うのである。病人役割の学説上の意義——少なくとも臨床コミュニケーションデザインにおけるそれを考察するための意義——は以上のような点で明らかになったと思われる。

2. 動態的に規定される病人

これらのことから、パーソンズの病人概念を捉える研究者の間では次のことが合意されているように思われる。

- 1) パーソンズの「病人役割」の概念は、それに論理的に先行する役割概念の枠組みの上に成り立っている、
- 2) 病人に期待される4つ役割は相互に関連した意味の繋がりをもつ、そして
- 3) この役割概念の提出が契機になって、医療社会学におけるその他の重要な概念が案出されるようになった。

友枝敏雄 [2001:103-104] はパーソンズの社会システム論の総説をおこない、その特徴を3点にまとめている。彼の主張によると、病人役割概念がすぐれてパーソンズの理論の根本

的な部分に由来することがわかる。すなわち社会システムの定義を通してパーソンズに次の3つの特徴がみられるという：(1) 社会システムをつくる構成要素に、相互作用と役割が重要視——友枝 [2001:103] は「措定」という——されている。(2) パーソンズの社会理論の構築は、良かれ悪しかれ——理論的厳密性と近代科学の論理が持つ——限界を兼ね備えており、その研究方法は要素還元主義的である。(3) 行為や役割を媒介し制御する文化的要素にパーソンズは着目している。友枝は安田三郎 [1981:7] の所論——安田は T. Sibutani, *Society and Personality*, 1961 に依拠——を引用しつつ、役割概念には、一般的に対人的役割と構造的役割があり「パーソンズの役割概念は、個々の個人および個人間の相互行為を前提にしているものの、その力点は社会構造との関係にあるから、構造的役割だと考えられる」と述べている [友枝 2001:105]。

このようなパーソンズの社会体系（システム）論に関する学問的合意というものとすれば、先の病人役割もただ超歴史的にそして独立的に——言い換えれば本質的に——病人の役割に帰属しているものではなく、社会体系における「構造的」関係の中でダイナミックに変化する可能性がある、見なさねばならないだろう。事実、『社会体系論』第X章のなかにある病人役割に関する言及に先立つ部分 [1974:429-431; 1951:433-436] では、「開業医 [sic] (medical practitioner) 自身の役割のパターン化および常識からみれば、…… [医療と直接に関連する社会構造は——引用者] 『病人』自身の役割のパターン化にほかならない。また [医師と病人] 双方の役割とも、その社会体系の全体的構造のその他の諸側面に対して一連の重要な影響を与えている」と指摘している。つまり病人役割は医師 (medical practitioner) の役割と相補的な関係の中で形成され、それが社会構造をつくと想定されている。そして、彼が使う、パターン化という用語から、この著作で詳細に検討されるパーソンズの「パターン変数 (pattern variables)」が、その役割の関係性の構築に大きく寄与していることを指摘しているのである。

そのように考えると、病人役割の議論があって医師—患者関係の理論が派生するというような理解はできない。むしろ、病人役割は——パーソンズの主張に沿って理解するためには——それと相補的な関係にある医師役割（ないしは医療者役割）と、セットとして考えるべきなのである。パーソンズは双方が相互作用を及ぼしている時に、お互いの行為がお互いの次の行為を規定することから、それを二重の偶発性 (double contingency) ——佐藤勉訳では「二重の条件依存性」——と呼んでいる [Parsons 1951:48; 1974:54]。このことから病人役割は、個々の相互作用においても多様な意味を付与されるように思われる。なお、パーソンズが想定（措定）する医師—患者関係のモデルは、パーソンズが独自に案出したというよりも、生物学を専攻する学部学生時代から彼が親しんだ生化学者でありかつハーバード大学ビジネススクールでも教鞭をとったローレンス・ジョセフ・ヘンダーソン [Henderson 1935] の主張に由来すると、パーソンズ本人がその著作の中で指摘しているし、多くのパー

ソンスの理論解説書ではヘンダーソンの影響は無視出来ないほどであると書かれている[パーソンズ 1974:471; Gerhardt 1989:30] (註 (1) を参照のこと)。

では、パーソンズは医師の役割をどのように規定しているのでしょうか。『社会体系論』の当該箇所の中からそれらを列挙してみよう。まず (a) 医師にとって「病人の世話」をすることは、決して付随的なものではなく「専任の『職務』として機能的に専門化されるように」になっている。次に (b) 「医師の役割は、パフォーマンスのために、必要とされる専門的能力のしだいに高くなる水準の連続体の上で、高い位置にある」[パーソンズ 1974:430]。つまり医師の専門能力は極度の限定性をもつということである。そして (c) 医師の役割には感情中立であることが求められている。なぜなら、患者の医療問題は「客観的」であり、またそのように求められているのだという。(d) 医師の仕事は、営利や名声のための自己の利益ではなく「患者の福祉」を重要視するために、共同体指向である。そして最後に (e) 医師が働く場所としての開業医のクリニックと病院などの「組織の内部で働く」医師という環境条件がその役割を2種類に分化させるが、前者は、病人から収入を直接得ることが必要になるために、関係性がより濃密になるが、その条件を保証するために医師の専門の高さや技量はそのことに影響しない。後者では、医療は組織化された環境で行われるために「かれの患者との関係に関する大半の責任を取り除かれ、したがって必然的に自由を制約されている」[パーソンズ 1974:431]。この場合の自由は責任が取り除かれことによるものではなく、全体の文脈から想像するに、組織化された環境 (例：大病院) での分業にまつわる医師が振る舞える自由裁量の程度のことを指しているように思われる。

パターン変数の議論はパーソンズ『社会体系論』[1951:1974] を理解するための要衝であるが、その内容は多岐にわたるので、この論文では必要かつ最小限のことについてのみ指摘する。つまりパターン変数は、人間の行為を通した積極的関わり＝コミットメントの水準と布置に関する議論から引き出された概念である。コミットメントの水準と布置は、(a) 人間の行為についての方向性＝オリエンテーション、(b) 文化的パターン、そして (c) 諸制度の組み合わせにより2つの様相 (modes) と3つの類型 (types) にパーソンズは分ける[1974:63-64; 1951:57-58]。パターン変数は、そのうちの〈評価的行為—オリエンテーション〉類型—〈道徳的〉—〈集合体的—統一的〉分類の中に位置づけられる。この種の、彼の詳細な分類が、具体的にどのような根拠によって論証的になされるのか、私 (池田) は完全に確証を持てる段階にはない。しかし、当該箇所を丁寧かつ仔細に読むと、パターン変数は、人間の行為がどのような複数の〈性質〉の二価的な対極の評価軸によって価値づけられてゆくのか、について解説したものであることは確かである [1974:65; 1951:59]。当該箇所のパーソンズの叙述は、理論的というよりも、何か具体的な事象を念頭においた上での抽象化であると推測できるが、それを彼が具体的に示していないので、読者はその理解に困難を極める原因になっている。いずれにしても、パーソンズは5つの二価的な対極の評価軸の説明を

終えたあとに、それらを2つのジレンマと2つの選択および1つの定義として、あわせて5項目をパターン変数の評価軸として次のようにまとめる [1974:72-73; 1951:67]。『社会体系論』の邦訳のように英語用語を加えるとこの二価的な対極的評価軸がとても見えにくくなるので、ここでは註釈に廻し日本語の翻訳だけを以下に示してみよう⁶⁾。

パーソンズの役割定義のパターン変数

I. 「満足すること」と「規律に従うこと」のジレンマ

感情—感情中立

II. 「個人的利害」と「集合体の利害」のジレンマ

自己指向—集合体指向

III. 価値志向選択のタイプの間の選択

普遍主義—個別主義

IV. 社会的対象 [= 社会的客体] の「諸様相」の間の選択

業績達成—地位帰属

V. 対象における利害の見通しに関する定義

個別性—拡散性

以上のように説明した後に、同書第X章において、医師が用いる行為 (actions) についてこれらの5つの二価的な対極的評価軸のうち、どちらが優先するかをパーソンズは解説する。それによると医師役割のもつパターン変数は、(1) 感情中立 (affective neutrality)、(2) 集合体指向 (collectivity-orientation)、(3) 普遍主義 (universalism)、(4) 業績達成 (achievement)、(5) 個別性 (specificity) から成り立っている [パーソンズ 1974:429-430] 【表. 2】。このことをもう少しかみ砕いて言うとな次のようになる。まず、医師は、病気に立ち向かう際には患者の個人的背景などに顧慮することは、むしろ職務の邪魔になり (1) 感情の中立性が期待されている。アーサー・フランクはそれを「打ち解けなさ・よそよそしさ (aloofness)」と表現する [Frank 1991:208]。そして医師の職務は、個人の利害よりも病人を救うという、社会の (2) 共同体への奉仕という道徳性を持たされ、(3) 専門的科学家であるという意味での普遍性を希求する。その一方で医師の能力に関する評価や名声は、(4) 業績達成によって病者のみならず同業者からも評価され、医師の資質は、個々の専門領域に収斂する傾向があるために個別性をもつという意味での (5) 個別性の価値に根ざしている、ということになる。これらのパターン変数は、医師の役割を特徴づけると共に、そのような役割遂行を実行することで、医師の内面的道徳や性向 (エートス) を形づくことになるわけである。

【表. 2】パターン変数の組み合わせと、医師と病人の役割の範疇

パターン変数の組み合わせ(左)と役割の範疇(下)	感情中立—感情	集合体指向—自己指向	普遍主義—個別主義	業績達成—地位帰属	個別性—拡散性
医師	感情中立 (affective neutrality)	集合体指向 (collectivity-orientation)	普遍主義 (universalism)	業績達成 (achievement)	個別性 (specificity)
	医師は、病気に立ち向かう際には患者の個人的背景などに顧慮することは、むしろ職務の邪魔になり感情の中立性が期待されている。	医師の職務は、個人の利害よりも病人を救うという、社会の集合体への奉仕という道徳性を持たされる。	専門的学者であるという意味での普遍性を希求する。	医師の能力を評価や名声は、業績達成によって病者のみならず同業者からも評価される。	医師の資質は、個々の専門領域に収斂する傾向があるために個別性をもつ。
病人	感情 (affectivity)	自己指向 (self-orientation)	個別主義 (particularism)	地位帰属 (ascription)	拡散性 (diffusivity)
	患者は「正常な役割の責務からの免除」されているために、自分の身の回りに起こったことに、感情的に自由になれる。	患者は、「回復」しようとする義務を負わされているので、自分の心と身体に対する配慮を堂々と表明できる。	病気は、個人に振りかかる個別の苦しみや苦悩のことでもある。	病気は、病人に帰属している。	病人役割は誰にも引き受けざるを得ない状況にある。個別性を役割を担わされている医師すら病人になりうる。

しかしながら、先に述べたように医師—患者関係は、病人役割と医師役割は権力や知識の不均衡を前提にすると、それらはお互いに相補的になるために、医師と患者の関係は平等で民主的な関係とは想定されていない（註2）を参照のこと）。ただしパーソンズはそのことの論理整合性を整理することはしないし、この著作のなかでそれほど心を砕いている形跡もみられない。さらに、患者のパターン変数に関するまとまった議論も見られない。おまけに、第X章第3節——英語原文では節番号は振られていない——B「医師の状況」のなかでは、医師がもつ役割期待というよりは、診療の実際において、医師がそのように経験的に振る舞う実態——私はそれを役割遂行と理解しておきたいが——についての記述と註釈を延々と続けるのである [1951:447-454; 1974:442-449]。ここでのパーソンズは明らかに（彼が自認する）「不治の理論家（incurable theorist）」⁹⁾——それも非論理的という不名誉な称号を付して——の症状を示している。

3. 病人役割論への批判と擁護

さて、パーソンズの病人役割に関する限界や批判は、すでに数多く指摘されてきた [e.g. Foster and Anderson 1978:154-162; Gerhardt 1989, 2011]。冒頭に引用した佐々木も解説の紙幅の半分近くをつかっている。その代表的な4つのポイントを命題化すると次のようになる：(1) 責務から免除されない病人がいる。(2) 慢性疾患の患者には病人役割はあてはまらない。(3) 回復の義務を裏切る病人がいる。(4) 通常の治療のコースに乗らない病人がいる、である。それらを以下に解説してゆこう。

3.1 責務から免除されない病人がいる

最初は、病人役割の第1のテーゼである「通常の社会的役割の責務の免除」と第2のテーゼである「病気という状態について責任をとらなくてもよい」ということについてである。

パーソンズは、病人は病気になったことの責任を問われず、自動的に病気から回復する義務はあるものの、病気の間は社会的責任が免除されると言っているが、我々のまわりには病気になった責任を問われることが、例外と思えないほど多数ある。たとえば、不特定多数の相手との性交渉による性感染症（STD）の罹患、喫煙習慣や生活習慣病などの「自己管理」の失調が病気罹患の原因なもの。これらは実際には十分に免責されることがないこと以上に社会的非難に曝されることは経験的事実としてある。それゆえこれらの公的な疾患対策は「責任帰属」にまつわる社会的偏見の除去に努力が注がれる。そして誰が「通常の社会的役割の責務の免除」の認識を持つかということにひとびとの反省を促すのである。そうでないと、私たちの隣人が、私が病気になった理由を様々に詮索して「病気になったのは、病人の責任である」という一種の「犠牲者非難」をおこなうかもしれないからだ⁷⁾。

それゆえかつて「エイズ問題」と呼ばれた、HIV感染症対策の当事者や家族を巻き込んだ専門家の世界会議やエイズのメモリアル・キルト運動などでは次のようなメッセージが叫ばれた：「病気にかかった理由とは……、そのような理由詮索はどうでもよい。我々は苦しむ人と連帯を取り戻すことが重要だ」。このような社会的文脈では、集団全体の苦悩を克服するために、病気感染の理由を道徳的に非難することは対策のためにブレーキになり、そのような犠牲の押しつけは「時代遅れ」だということになる。

「通常の社会的役割の責務からの免除」には、その前後にあるパーソンズの文章に注意する必要がある。この文言の後に彼は「そのことはもちろん病気の性質と重症度に呼应している」と述べているからである。そして「この免除は、さまざまな他者による正当化と、かつ、こうした他者にたいする正当化とを必要としており、医師はしばしば直接に正当化するエージェントとしてはもとより、一種の法廷としても役立っている」という[Parsons 1951:436; 1974:432]。この文章をそのまま読めば、病気の重症度が高ければそれなりに免責の度合いは大きくなるということであり、これは周囲の人間からの「免責」の度合いに対する配慮が働くという我々の経験的事実にも符合している。

翻ってみて、パーソンズの病人役割の第1と第2のテーゼは、近代社会において病人になることは「正常な社会的役割の責務の免除」が保証されるべきだということ——とりわけ近未来の——社会の市民のための定言命法に近いものだったのでなかろうかと解釈したくなるはずだ。社会システムから論理的に導出されたことが〈そうである＝事実の叙述〉はずだから、叙述が正しいとすると〈そうあるべきだ＝規範の呈示〉という規範も正当に評価されるべき可能性も生まれる——これは論理的には誤った結論の誘導であるが実践の倫理としては筋が通っている。

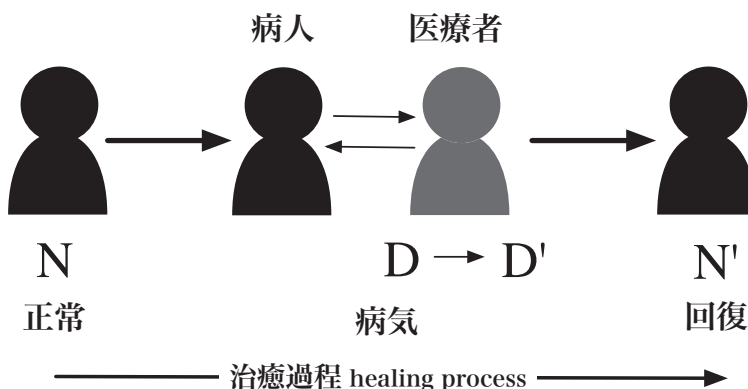
病気になったことに対して責任を追及されず治療に専念することが、すぐれて道徳的な価値を付与されることについては、パーソンズ自身も十分に認識していたことを、次の引用が見事に示している。

「義務を避けるために十分なほど病気であることに関する正当化は、病人の権利でありうるばかりでなく、またかれに対する義務でもありうるということに注目しなければならない。病気であることを人びとが自認することにしばしば抵抗しており、人びとがベッドにきちんと寝ているべきであると、他者がかれらに指図するのはめずらしいことではない。その指図は、概して道徳的含意を帯びている」[パーソンズ 1974:432]。

もちろん、このようなタイプの病人になることが、未来永続にわたって、医療上の援助を求める責務に裏打ちされた「通常の社会的役割の責務の免除」を保証できるわけではない事実は残念ながらいくらかでもある。とりわけ、医療技術のパフォーマンスが著しく向上した病気治療の文脈や、医療経費を公的な制度によってカバーしたり、あるいは自己負担率を変えることなどの、医療が病人に提供する社会環境や状況の変化により、免責の状態が常続くわけではない。現代医療の治療のパフォーマンスがすでにピークを過ぎたと言われるポストモダンの状況においては病気の免責どころか〈健康である義務〉すら生まれるからである [Frank 1991:205]。

3.2 慢性疾患の患者には病人役割はあてはまらない

パーソンズの病人役割に関する二番目の批判は「慢性疾患」には当たらないというものである。それは、パーソンズの役割モデルには、病気になる状態は一時的であり、病人は重篤になって死亡するか、正常に戻るかの二者択一しかない。そして明らかにこのモデルには、病気前の正常の状態 (N) から病気 (D) を経由して再び通常の状態 (N') へと戻るという経路を取ることを、より一般的なものとして受け入れている (N—D—N') 【図. 1】参照。したがって、パーソンズの役割モデルには、多くの慢性疾患を抱えて生活をする「病



【図. 1】病気の治癒過程 (N—D—N') モデル

人」や長患いする高齢者という存在はあらかじめ想定されていない（N—D—D'）。パーソンズは、亡くなる5年前の1975年に公刊した論文のなかで、この議論には急性の病気が中心になっていると釈明し、初期の病人役割に関する説明については、その適用の限界を述べている [Parsons 1978:17]。いずれにせよ、慢性病患者——あるいは慢性病人——はパーソンズの4つの役割に完全に充当させることは困難である。

それ以上に、慢性疾患という範疇（カテゴリー）には統一した本質的共通性を見出せることができないという疾病論における定義不能の困難（アボリア）がある [以下は、医療社会学者の佐藤純一氏の御教示による]。急性疾患のような治癒経緯をとらずに回復が長期化したり、あるいは治癒不能であったりする一群の疾患の集合（例：2型糖尿病 [群] 患者）に、我々は慢性疾患と名付けている。しかし疾病過程が急性化するか慢性化するかは個人差のみならずどのような治療法を取るかで多様な展開を遂げる（完全な予測は不可能である）——つまり急性と慢性の間の峻別は恣意的にならざるを得ない。適切な治療手段の開発と自己管理により重篤な急性患者であった者が常人（non-patient）としての生活が可能になる。それを我々は慢性疾患状態と呼んでいるにすぎない。また「異常状態が常態化して治癒不能である」障がいと慢性疾患との間には厳密な区別が不能であり、その認定は専門家の判断に任されている。このために、急性期の疾患状態を経て回復するという N—D—N' のモデルにあてはまらない「疾患」には病人役割は当てはまらないことになる。

3.3 回復の義務を裏切る患者がいる

3番目の批判は、回復しようとする義務への社会的期待がなされない病気がある。その代表格は精神疾患であるが、パーソンズ自身は最初の著作の時点で、他の病気とは別格とも思える熱心さで精神疾患が通常の病人役割には入らない可能性を指摘している。病人役割の議論に、精神疾患を含めて議論することに限界があることは、当の提唱者本人も理解していた。現在では、精神疾患のみならず「スティグマ」を背負った人は、そのスティグマを付与される以前の状態に「回復不能」なために、別の理論領域——例えば社会統制論——との関連性の中で、医療社会学者は議論するようになっている。パーソンズの病人役割論がすべての病人に当てはまる理論ではないことが、ここでも明らかになる。これらの一連の批判は、パーソンズのように社会システムのなかで振る舞う人びとの動きを純理論化して考えたい人にとって大いなる「躓きの石」になっていることは事実である [ゲールドナー 1975 :56-63]。

3.4 通常の治療のコースに乗らない病人がいる

4番目には、病人は医師に協力することが期待されていることが問題にされる。現実にはそのような期待された行動をしない患者が多数いるという「経験的事実」が存在する。すなわち通常の治療のコースに乗らない病人がいる。佐々木 [2010] はそれらの実例を3つ挙げ

ている。最初は、(a) 医師の診療を受け治療が始まる前に病人が「自然治癒」する場合である。この場合は、役割期待を実行する前に、すでにその必要がなくなることである。次に (b) 「医師の指示には従わない場合」がある〔佐々木 2010:9〕。投薬指示を守らなかったり不節制を続けたりする、いわゆるコンプライアンスの悪い病人の存在である。しかしそれはパーソンズのモデルへの有効な批判になっていないと私には思われる。なぜならこれはパーソンズのモデルを基本とした時の逸脱であり、それが多数派——定義にもよるが——ではないからである。そして最後に、(c) 医師が有効な治療法を提供できない疾患を抱えた病人が、代替医療を利用している場合の役割もまた、パーソンズのモデルに乗りにくい。これは慢性疾患の病人の問題と共通する点でもある。しかし、これもまた論難としては些か無理があるように思える。なぜなら、形式的でシンプルなモデルに、現実の複雑なそれも「逸脱」に特化した反証事例——つまり例外の呈示——をもってしても有効な反論にはなりえない。パーソンズのモデルへの改良材料にはなっても、そのモデルを破綻させるような反証例にはならないと思われる。むしろ逆に、「医師が有効な治療法を提供できない」場合においても、パーソンズの病人役割モデルは、そこからの逸脱の度合いを「測る」里程碑としての利用することのほうが生産的ではないだろうかと筆者には思われる。

3.5 病人役割論の擁護

以上、パーソンズの4つの病人役割の有効性に関する批判を取り上げ検討してきた。しかしながら、すでに述べたようにパーソンズは、役割定義のうち最初と二番目までの項目がより本質的であり、3番目以降は派生的であると言っている。パーソンズの病人役割の中核的テーゼは病人になると、(1) 通常の社会的役割の責任が免除され、(2) 病気という状態に責任をとらなくてもよい、ということを再確認しておこう。私の理解では、パーソンズの役割理論の最大の特徴は、社会システムの中でパターン変数のマトリクスにおいて規定されたものは、その行為者の役割が理論的に導出されるはずであるという前提をもっていることである。役割理論の妥当性に関する可能な検討としては、(a) 行為者（医師と病人）に割り当てられるパターン変数の妥当性を調べ、そこから純理論的に役割概念を引き出すことができるかを証明するか、別の方向性として (b) パーソンズが「現実」の観察（＝経験的事実）から演繹したことに、先の理論的モデルを外挿して辻褄を合わせたのかを、徴候論的に読み解くか、2つの方法があるように思える。だが私はそれとは異なるアプローチをとりたい。つまり、方法としてのパーソンズ・モデルが、現実との齟齬を引き起こす事態そのものに意味を見出し、モデルを現実に当てはめてより精緻な分類化を試みるよりも、現実の多様性を検証するためにモデルを、事実を解釈するための仮想的な尺度に過ぎないとするのである。

モデルに合わない経験的事実の存在は、病人役割の理論の不完全性からくるものではなく、パーソンズが理論的に作り出した病人役割そのものがフィクションなのであることを示

す。したがって「通常の社会的役割からの責務が免除」され、病気になったことに責任を問われず、医師に回復の手だてをゆだね、病気から解放されたいことを希求し、かつ、医師の指示をまもる病人は、パーソンズ・モデルから導かれた〈典型的病人／規約上の患者 (typical patient, *de jure* patient)〉なのであって、〈実際の患者 *de facto* patient〉と誤解してはならない。むしろ、重要なことはパーソンズの〈典型的病人〉から逸脱した〈実際の患者〉との差異の程度と、その違いの理由を検討することに意義をおきたい。その意味で、パーソンズの病人役割のモデルが、現実のものに当てはまらないことは厳然とした事実である。では、私たちはこの「役に立たない」パーソンズのモデルを過去の遺産として放棄してもいいのだろうか。それともこの状況を内省的に理解し、それを深め、さらに重要な何かを探究すべきだろうか。

4.

考察：病気過程の社会性・時間的位相・健康人役割を手がかりにして

パーソンズのモデルから新たに学ぶためには、この古典を「正しいテキスト」として読解するのではなく「創造的誤読」をする必要があるかもしれない——ただし誤読が常に理想的かつ生産的に機能する保証はない [cf. 山内 2013]。パーソンズの『社会体系論』は、門外漢の人類学徒の私からみると非常に奇妙な——言うまでもなくユニークな——書物である。全編に渡って非常に緻密で抽象的な議論が展開されているが、その隙間隙間に挿入される現実の社会生活の諸事例は、断片的で、論証のために使う事例として最適かと問われれば戸惑うものも多い。本稿は、パーソンズの『社会体系論』全般の妥当性を問うものではないし学説的解説でもないし、さらに彼の病人役割理論のレビューでもない（註（1）を参照）。それでもなお、私のフィールドワーク経験や、私自身がなれ親しんできた医療人類学的な知見から、病人役割理論を手がかりとして、臨床のコミュニケーションデザインに関して何かの生産的批判という貢献を試みることは可能である。私は、それを（i）病気概念の社会性への回帰、（ii）時間的位相への着目、そして（iii）健康人役割の意味という3つの観点から最後に纏めてみようと思う。

4.1 病気過程の社会性

まず病気経験（過程）概念の社会性への回帰という論点を提唱したい。病人役割に関するパーソンズの誤読のなかでしばしば見られるものは、病人役割は医師役割との関係のなかで規定されると示唆しているにも関わらず、役割そのものを固定的かつ静態的なものとして、この4項目をドグマとして理解することである——批判的な観点を考慮しているとは言え中川・黒田編 [2010] の教科書にもこの徴候は見られる。これによれば、ある社会体系の

もとで病人役割は一義的に決められると誤解してしまうのである。一種の社会進化論者であるパーソンズがその後の30年ちかくにわたって病気と健康の定義の妥当性について、彼の理論的関心の変化に伴い、幾度も修正を加えているにも関わらず、その変化をその後の研究者たちが、彼の吟味の経験を重ねつつ読解していないことは大いなる皮肉である [Parsons 1964 [1973]; 1978]。

また病人役割を紹介する多くの論者が、同書にあるパーソンズの病気の定義を踏まえて、あるいは病気の定義と関連付けて考えない傾向があることも、マイナーだが見落としてならない点である。パーソンズによると病気は生理学的な障がい（異常）と社会的逸脱の結節点にある。この見解はまさに逆説的だが生化学者であり医師であったヘンダーソンを経由したヴィルフレッド・パレート理論の影響のように思えるが、この病気の理解こそがパーソンズをして「社会学としての医療社会学」の創始者にした。「病気は、単に避けられるべき『外的な』危険になるのみならず、社会的均衡そのものの肝要な部分にもなる。病気は社会的圧力に対する反応の様式、とりわけ社会的責務を避ける様式とみなされる」[パーソンズ 1974:427]。だからこそ病気になることによる「通常の社会的業務からの免責」が何ら道徳的非難の対象にならないことを保証すると同時に、そのことに対する背信行為であるところの詐病には厳しい批判が向けられるのである。パーソンズのユニークな病気の理解——生理的異常と社会的逸脱の結節点——を抜きにして病人役割は語ることはできない。

4.2 病気過程の時間位相

次に、パーソンズ自身が、病人役割をその病気回復の時間的位相のもとに捉えていないことは、私にとっては不満である——言い換えれば、これを克服すれば時間的位相という概念の下に病人役割論はさらなる展開を遂げられる可能性をもつ。つまり、健康人（N）から病人になること（D, Illness）すなわち「病気」の認定（D', Disease; $D + D' = \text{Sickness}$ ）と、病気からの回復（N'）という時間的諸相のもとに、病人役割のダイナミズムを考えることで、パーソンズの議論をより豊饒にすることが可能であると私は思う【図. 1】を参照。私はかつてホンジュラス共和国西部での農村の医療民族誌調査をおこなった時に、人びとは病気の状態や概念を説明する時には非常に豊富な語彙をもつが、健康の概念に関する想像力は乏しくかつまたその語彙の数も少ない、ということを描した [池田 2001:255-260]。その後、病むことと治ることに関する社会的決定は何だろうという問題意識にもとづいて私が考察をおこなった時に、このフィールド経験について再考する機会があり、そのことを「人間は多様に病み、そして一様に治癒する」という命題のかたちで表現したことがある [池田 2004:164-165]。その主張の根拠は明白で、病気経験は病人の社会的背景に基づくために、それまでの経験が投射されやすいために多様性が高く、診断から治療選択のレベルへと時間の経過につれて、文化体系のもとでプロトコル化された疾病論や治療法の影響を受け、その

多様性が縮減してゆくからに他ならないからだと私は説明した。

4.3 健康人役割は可能か

そして最後の課題は、病人役割に対する健康人役割は可能かという問題である。現在では医療社会学における質的な語り研究 (narrative studies) の第一人者になったが、アーサー・W・フランク [1991 [1995]] は、パーソンズが1975年に『ミルバンク記念財団機関誌』に寄稿した「病人役割と医師役割の再考」や1978年の『生命倫理学百科事典』の「健康と病気」という論文等を手がかりにして、パーソンズが生前指摘していなかった健康人役割の可能性について考察している。残念ながら、折しもフランクが執筆した当時は、ポストモダンという空疎な用語が学界に席卷していた時代状況にあった。それゆえ、パーソンズがテレオノミーという概念を手がかりに〈健康は相互作用のメディアである〉という興味深い議論をしているにも関わらず、肝心のフランクは、そちらへの議論への注視は散漫で、むしろ当時のポストモダンの理論家たち（フーコー、ボードリヤール、ハバーマス、ブルデュー）が用意した人間観とその主体形成にまつわる諸類型を、期待される健康人役割と重ねあわせて論じている。すなわち、フーコーからは「規律としての健康」を、ハバーマスからは健康人役割の主体的権能を奪う「生活世界の植民地化」を、そしてブルデューからは「身体資本 (physical capital)」としての健康について議論をおこなっている。確かにパーソンズは健康人役割について議論することはなかったのですが、実際それについてフランク自身がどのような議論をしても自由なのだが、論文の趣旨に強い一貫性はないように思われる。この点はフランクも自覚しており、当該論文においてパーソンズの議論や主張を断片化してインターテキスト的流通を試みると主張している [フランク 1995:272; 1991:205]。ただ瞠目すべき点として、ポストモダンの健康概念の構成要素を、彼が住む地元紙『カルガリーヘラルド』新聞を素材にし、そこから指摘した事がある。つまりポストモダン状況では、(1) 〈そのケアのコスト〉と〈健康に影響を与える制度的要因〉の両方に、自己責任を押しつけるような物象化⁸⁾ がみられる。(2) 「ライフスタイル」要因が健康に関与するようなものの拡大現象。(3) ちょうど昭和天皇の末期の「懲罰のような」——通常の治療プロトコルを遥かに凌ぐ過剰で長期の輸血——「治療」にみられる「過度の利用者＝帝 (Mikado)」への二重の医療化 (double medicalization) 現象——これはパーソンズの「二重の偶発性」の振りでであろう。そして (4) コンピュータ化された [身体の] 監視システム、が起こりつつあるという一連の指摘である [Frank 1991:210]。

いずれにせよ〈健康は相互作用のメディアである〉というパーソンズの晩年の提案 [1978: 80] は、先に示した、彼の病気の概念が生理的異常と社会的逸脱の結節点にあるという考え方と非常に類似する。そして、メディアの隠喩を貨幣のそれとして「収入」「消費」「流通」の観点からパーソンズは説明しているという。言うまでもなく健康は、あらゆるタ

イブの労働者にとって労働力商品の〈品質〉を保証する重要な指標である。その品質を自ら維持するのは労働者の自己管理責任に他ならないが、その認定には近代医療という公的セクター（formal sector）が重要な役割を果たす。そして、労働者の品質の低下（例：体調不良や傷病）には、医療者が病気の認定——病人役割の取得——をして、彼／彼女は日常の義務から免責されると同時に、医療が提供する指示へのコンプライアンス遵守を促すという義務が課せられる。こちらの隠喩は、パーソンズの理論的背景になっているパレートよりも経済学者のアルフレッド・マーシャルないしはカール・マルクスからの発想の延長上にあると思われる。もし健康人役割というもの——ないしはその議論——が可能になるとすれば、病人役割論が、病人が置かれた社会環境と、病人が相互作用をおこなう行為者との関係によって決まるという『社会体系論』のパーソンズの議論展開の中にこそ、そのヒントがあるのではないだろうか。

ただパーソンズの病人役割に関する議論に戻る度に、想像力貧困な読者であるかも知れない私が欲求不満に陥らざるを得ないのは、その当事者（＝病人）が心に抱く気持ちや身体の実験にパーソンズは関心を持たなかったのかしらと思われる点である。ライト・ミルズや・アルヴィン・グールドナー [1975:14] らに、苦しめられている人びとの苦痛には異常なほど無関心と酷評されたグラントセオリスト＝「不治の理論家」⁹⁾であるパーソンズの立ち位置と理論には、そのような無神経さと無機質さがある。自らががんサバイバーであるアーサー・フランクが、学術的だが洒落な健康人役割について書いた論文 [1991] を公刊した時から、趣が180度変わった、病いの語り手に関する素晴らしい書籍『傷ついた物語の語り手 (The wounded storyteller)』 [1995] を出版するのは、その4年後のことであった¹⁰⁾。

註

- 1) 「病人役割」理論の再考を促す本稿の最終的な目的は、臨床コミュニケーションデザイン研究への寄与、とりわけ現代における医師と患者のコミュニケーションにまつわる個人と個人のシャノン＝ウィーバー流のコミュニケーションモデルを批判し、コミュニケーションが生起する広義の臨床的・社会的・実践的文脈（Communication-In-Action, CIA）への注視と回帰を目論むものである。それゆえ本稿は前半で検討されるT・パーソンズの病人役割に関する「レビュー論文」でも「学説的解説」でもないことに十分留意する必要がある。そのため本稿では日本の医療社会学の教科書での解説と、数名の日本の社会学者の議論のみをとりあげるが、それは筆者が広汎なレビューを怠るゆえのことではなく、それらの先行研究が負う学術的遺産を継承し、標準的な病人役割理論を門外漢にも分かりやすいように要領よく把握し、その生産的な批判をより先に進めるための措置であることを理解していただきたい。病人役割理論は、ハーバードにおける若き日のパーソンズの実質的なメンターであったローレンス・J・ヘンダーソンが医師—患者関係論研究に嚆矢をつ

けることになるが、ヘンダーソンはこれらの個人と個人の関係の文脈が、個々の行動に与える影響、すなわち社会的文脈の影響について顧慮することができなかった。彼には未だ「役割概念」というアイデアがなかったからである [Henderson 1935, 1970:208-211]。その点、本文で説明するようにパーソンズは、与えられている文脈が個人の行動に集合的属性を与えるという効果ということを「パターン変数」という構想をもって解明しようとした点で、師のヘンダーソンからは一歩前に進むことになった。しかし、その後のパーソンズの読解の硬直化ゆえに、彼の病人役割理論が、今日においても開発途上の未完成な議論のままである。そのため筆者は、あわせてその改良のための処方せんを提案しようとしていることを理解していただきたい。

- 2) 医師と患者の関係が完全に対等な関係になくても信頼を担保することができる可能性があることを示唆するパーソンズの議論でもっとも良く知られたものは、信託責任 (fiduciary responsibility) についてである。彼は、医師と患者の関係を平等にし、かつ資本主義的な経済交換のパートナーどうしとすることに反対し、医師の権能を担保しても、その濫用に繋がらない制度の可能性を信託責任のモデルとして考えた [Parsons 1978:25-27; 田代 2010:181]。
- 3) 「病人役割に関する制度化された期待体系の四つの側面」の英文は、“four aspects of the institutionalized expectations system relative to the sick role” である [Parsons 1951:436]。
- 4) 佐藤勉訳にある「正常な役割の責務の免除であり」の「正常な (normal)」という訳語は、「病気がなかったら普通に期待されるような役割の責任免除」という意味のことだと思われる。もし後者の意味を尊重するなら、本文中にある「正常な」よりもここで表現している「通常の」という訳語のほうがより適切であると思われる。
- 5) 病人役割は医師との役割構造のなかで相補的なものだとパーソンズは指摘しているが、その英文は “the role of the sick person as patient becomes articulated with that of the physician in a complementary role structure” である [Parsons 1951:437]。
- 6) 「パーソンズの役割定義 (role-definition) のパターン変数」の原語との併記は以下のとおり。
 - I. 「満足すること」と「規律に従うこと」のジレンマ
感情 (affectivity) — 感情中立 (affective neutrality)
 - II. 「個人的利害」と「集合体の利害」のジレンマ
自己指向 (self-orientation) — 集合体指向 (collectivity-orientation)
 - III. 価値志向選択のタイプの間の選択
普遍主義 (universalism) — 個別主義 (particularism)
 - IV. 社会的対象 [= 社会的客体] の「諸様相」の間の選択

業績達成 (achievement) —地位帰属 (ascription)

V. 対象における利害の見通しに関する定義

個別性 (specificity) —拡散性 (diffusivity)

- 7) 犠牲者非難とは victim blaming の訳語で「その人の不幸を自業自得であると非難する」という言語行為をさす [Ryan 1971]。この修辞の問題は、病気になる原因には、個人の行動から社会による傷害までさまざまな次元があり、犠牲者非難は、そのような多様な病気の原因を、個人の道德レベルに還元して——いわゆる「すり替えて」——しまうことになるからなのである。
- 8) 邦訳は意識されているために英語原文を示したい：the reification of self-responsibility to the exclusion of institutional factors that affect health and the cost of its care, the expansion of what 'lifestyle' factors are relevant to health, the double medicalization of 'over-users' whose *Mikado*-like punishment is to be sent for more treatment, and the computerized surveillance system [Frank 1991:210].
- 9) 本論文中に二度登場する「不治の理論家 (incurable theorist)」という用語は、ここで中心的に取り上げたパーソンズの作品 (opus) 『社会体系論』が彼の妻ヘレン (Helen Bancroft Walker) への献辞の中に登場する些か自嘲風の表現であり、多くの彼の伝記に引用されてきたものである。彼一流の病いと健康の隠喩が込められているので再掲する：「彼女の健康的で実用的経験論をもって、ひとりの不治の理論家のために欠く事のできない [時計の] 弾み車でありつづけた君、ヘレンに捧げる (to Helen WHOSE HEALTHY AND PRACTICAL EMPIRICISM HAS LONG BEEN AN INDISPENSABLE BALANCE-WHEEL FOR AN INCURABLE THEORIST)」。
- 10) 紙幅の都合で「語り論的転回 (narrative tern)」後の病人役割の理論の位置については紹介できなかった。このことについては稿を改めて論じる予定である。

文献

- Foster, George M., and Barbara G. Anderson (1978) Medical anthropology. New York: Alfred A. Knopf.
- フランク、アーサー (1995) 「病人役割から健康人役割へ——パーソンズの脱構築」『近代性の理論：パーソンズの射程』ロランド・ロバートソンとブライアン・S・ターナー編 (中久郎・清野正義・進藤雄三訳) Pp.272-289、東京：恒星社厚生閣 (Frank, Arthur W., (1991) From sick role to health role: Deconstructing Parsons. In "Talcott Parsons: Theorist of Modernity." Robertson, Roland and Bryan S. Turner eds., Pp.205-216, London: Sage.)。
- フランク、アーサー (2002) 『傷ついた物語の語り手：身体・病い・倫理』鈴木智之訳、

- 東京：ゆみる出版 (Frank, Arthur W.(1995) *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.)。
- Gerhardt, Uta (1979) *Ideas about illness: An intellectual and political history of medical sociology*. New York: New York University Press.
 - Gerhardt, Uta (2011) *The Social Thought of Talcott Parsons: Methodology and American Ethos*. Burlington, VT.: Ashgate.
 - グールドナー、A.W. (1975) 『社会学の再生を求めて2：機能主義社会理論の批判』 矢沢修次郎・矢沢澄子訳、東京：新曜社。
 - Heims, Steve J., (1993) *Constructing a social science for postwar America: The cybernetics group, 1946-1953*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
 - Henderson, J.L. (1935) *Physician and Patient as a Social System*. *New England Journal of Medicine* 212(May 2):819-823. (Also in (1970) "L. J. Henderson on the social system." Bernard Barber ed., Pp.202-213, Chicago: The University of Chicago Press.)
 - 池田光穂 (2001) 『実践の医療人類学：中央アメリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開』 京都：世界思想社。
 - 池田光穂 (2004) 「病む」『宗教人類学入門』 関一敏・大塚和夫編、Pp.160-175、東京：弘文堂。
 - 黒田浩一郎 (2005) 「病／医療と社会理論」『社会的コントロールの現在：新たな社会的世界の構築をめざして』 宝月誠・進藤雄三編、Pp.139-156、京都：世界思想社。
 - パーソンズ、タルコット (1974) 『社会体系論』 佐藤勉訳、東京：青木書店 (Parsons, Talcott (1951) *The social system*. New York: Free Press.)。
 - パーソンズ、タルコット (1973) 「健康と病気の規定：アメリカ社会の価値と社会構造に照らして」『社会構造とパーソナリティ』 武田良三監訳、Pp.341-384、東京：新泉社 (Parsons, Talcott (1964) *Social structure and personality*. New York: Free Press.)。
 - Parsons, Talcott (1978) *Action theory and the human condition*. New York: Free Press.
 - Peirce, Charles S. (1878) *How to Make Our Ideas Clear*. *Popular Science Monthly* 12 (January 1878), pp. 286-302 (In "Collected Papers of Charles Sanders Peirce, vol.5, Charles Hartshorne and Paul Weiss, eds. Cambridge, MA: Harvard University Press)
 - 佐々木洋子 (2010) 「病人役割」『よくわかる医療社会学』 中川輝彦・黒田浩一郎編、Pp.6-9、京都：ミネルヴァ書房。
 - 田代志門 (2010) 「タルコット・パーソンズ」『よくわかる医療社会学』 中川輝彦・黒田浩一郎編、Pp.180-183、京都：ミネルヴァ書房。
 - 友枝敏雄 (2001) 「パーソンズと社会システム論」『社会学理論の〈可能性〉を読む』 Pp.102-117、東京：情況出版。

- Ryan, William (1971) Blaming the victim. New York: Pantheon Books.
- 山内志朗（2013）『「誤読」の哲学：ドゥールズ、フーコーから中世哲学へ』東京：青土社。
- 安田三郎（1980）「相互行為・役割・コミュニケーション」『社会過程』（基礎社会学第2巻）安田三郎・富永健一・塩原勉編、Pp.2-29、東京：東洋経済新報社。