

「病気になる」ことの認知人類学

木村忠正

(注意：これは、早稲田大学文化人類学会『文化人類学研究』第7巻(2006年12月刊行)、66-96ページに掲載された拙稿の草稿です。あくまで草稿であり、細部において異なる場合がありますので、実際に引用される場合には、刊行された『文化人類学研究』にあたり、頁数や表現などをご確認下さい。)

1. 「病気になる」ことの認知人類学

本稿は、大きく二つの目的をもっている。第一に、「病気になること」について、認知人類学の観点からアプローチを試みる。そして第二に、その認知人類学からのアプローチについて、体系的な議論を展開することである。二つの目的は深く互いに関連している。

本稿で改めていうまでもなく、医療人類学は、1970年代以降、アメリカ人類学のサブディシプリンとして確立し、最大のサブディシプリンへと成長した。したがって、医療人類学においては、多種多様なアプローチ、主題が展開されてきているが、認知人類学的アプローチも少なからず存在する⁽¹⁾。

たとえば、エスノサイエンスに端を発する病名分類研究、中南米地域を中心にした、体、体調、食べ物などについての「熱・冷 (hot/cold)」分類 [Boster and Weller 1990]、「医療選択の階層性」("hierarchy of resort") における意志決定理論 [Young 1980] など、医療人類学の研究対象領域に対して、認知人類学からアプローチすることにより問題群が形成され、調査研究が積み重ねられてきた。

他方、1980年代以降医療人類学で中心的なパラダイムの一つとなったアーサー・クラインマン (Arthur Kleinman) の説明モデルアプローチ (Explanatory Models, EMs, approach) は、その名前が示すとおり、病いについて、語り、説明する認知的活動が、その議論の中核を構成している。つまり、病因論、症候論、病理学、経時的病状変化、治療などの側面から、関与する人々が抱えている参照枠組 (説明モデル) とその相互作用を描出し、「病い」をめぐる語り、社会的出来事として「病いになること」の形成機序を明らかにしようとする [Kleinman 1980]。

ただ、クラインマンのアプローチにおいて、説明モデルは、認知論として議論の対象とされるわけではない。「病い」という社会的出来事のあり方を議論することが説明モデルアプローチの主旨であり、そのための方法論的装置として説明モデルという概念は存在している。これは、医療人類学という観点から見れば、妥当な立場であろう。

他方、エスノサイエンスや意思決定理論などは、知識構造、概念化、意思決定などの認知的活動それ自体が議論の対象とされる。反面、医療人類学の多くが問題として認識する社会文化的行為としての医療、社会文化的出来事としての病いといった視点はやや希薄となりがちである。つまり、認知人類学は、フォーマリズム (形式化、定式化、モデル、構造、システム) への志向性が強いため、語彙や選好など、議論の対象を定式化しやすい水準に限定する傾向が強く、社会的出来事としての「病い」といった、多様な水準の問題が錯綜する事象に取り組むことが難しい。

このような文脈において、筆者は、「病気になる」という社会文化的出来事について、認知人類学から体系的にアプローチすることができないか、つまり、「病気になること」をめぐる、関与する人々が織り成す社会文化的動態を、認知人類学としてどのようにアプローチすることができるのか、具体的な研究調査にたずさわりながら、理論と方法とを模索してきた。

この模索は、アメリカ認知人類学における理論的展開と軌を一にしている。つまり、文化的知識構造を単一の次元において、「特性モデル (feature model)」にもとづきモデル化するエスノサイエンスから、文化を、「人々が社会的に行動するための動機を与える知識、力」、「人々が経験を解釈し、構造化する力」と捉え、「スキーマモデル (schema-oriented approach)」にもとづき、その作動のダイナミクスを複数の次元を含みこみモデル化する文化的認知モデルアプローチへの拡大である [Dougherty ed. 1985; Holland and Quinn eds. 1987]。

ところで、認知人類学は、フォーマリズムへの強い志向性をもっている点において、文化人類学でやや特異な位置を占めている。それは調査手法、分析手法においても同様であり、質問票調査、実験的手法や構造化された聞き取り調査、調査手順、分析手順の明確化など、参与観察による発見的探索と「深い記述」を志向する文化人類学全般のアプローチとは一線を画する。

たとえば、認知人類学の代表的研究分野である色彩と文化研究では、色彩カードを用いて、インフォーマントに名指しや分類を求め、さらに収集されたデータを分析する論理的操作を定式化する構造的手法がとられる [Berlin and Kay 1969]。

あるいは、キンボール・ロムニー (Kimball Romney)、スーザン・ウェラー (Susan Weller)、ジェイムス・ボスター (James Boister) ら認知人類学者たちは、1980年代から1990年代にかけて、文化的知識をインフォーマントたちの見解の一致によって統計的に規定しようとする「文化的合意理論 (cultural consensus theory)」とよばれる議論を発展させた。この議論の基点となるのは、「限られた調査協力者からいかにして当該文化に関するある程度一般的な命題を引き出すことが可能となるか」という文化人類学にとって根源的な問いである。この問いに対して彼らは、「ある文化的知識に関する質問に対する最頻値となる回答」を「文化的合意」として、それを正統な文化的知識と規定する一方、インフォーマントの回答能力（「文化的合意」を回答する蓋然性）がある文化的知識領域について、インフォーマント毎に一定の値であると措定する（そうした措定を支持する根拠は独立して存在する）。こうした理論的措定にもとづき、ある文化的知識領域における文化的に正しい知識と回答者の能力 (competence) の程度を推定する統計的理論として文化的合意理論を展開したのである [Romney et.al. 1986]。

こうしたフォーマリズム、ある種の実証主義的傾向から、認知人類学は、アメリカにおいても、専門とする研究者が限られ、比較的特殊な研究領域として発展してきたが、日本では、分野そのものが十分に開拓されない状態が続いている。もちろん、重要な認知人類学的著作の蓄積は存在する。1990年代初めには、色彩と文化を軸とした福井の研究 [福井 1991]、認知人類学の成立、発展の経緯を掘り下げ、フランス構造人類学、イギリス社会人類学、アメリカ象徴人類学との比較を通じたメタ理論を展開した松井の労作 [松井 1991] をあげることができよう。また、1990年代後半から2000年代にかけては、教育人類学、ワークプレイス研究における状況的認知研究 [Lave 1988; 1996; Chailkin and Lave eds. 1996] を積極的に取り込んだ精力的な福島の議論 [福島 1994, 2001] などがある。

しかし、本稿が理論的基盤とする、認知言語学、認知心理学の発展に刺激を受けた1980年代から1990年代にかけての、「文化的認知モデルアプローチ」 ("Cultural Models Approach") を中心とするアメリカ認知人類学の展開に関する体系的な議論はほとんどみられない。「文化的認知モデル」と強い相互作用関係にあるジョージ・レイコフ (George Lakoff) らの認知意味論は、日本において、言語学の分野では活発な議論を引き起こしてきたが、文化人類学の領域に目を向けると看過されてきた印象を受ける。

そこで本稿は、「病気になること」について、認知人類学からいかにアプローチできるかを、アメリカ

認知人類学における理論的展開と筆者自身のフィールドリサーチを重ね合わせながら議論していくことにする。

具体的には、本稿は大きく次のように構成される。まず次の第2節では、エスノサイエンス、意味論ネットワーク理論と、それらの病名分類への適応事例を概観する。ついで、第3節では、カテゴリー論としてエスノサイエンス、意味論ネットワーク理論に内在する理論的問題を、「文化的認知モデルアプローチ」とそれに関連した、認知心理学、認知意味論など隣接領域での議論を参照しながら明確にし、語彙、カテゴリー、文（命題）レベルでの医療人類学に対する認知人類学からのアプローチを探求する。そして、第4節では、文を越えたレベルでの（supra-sentential）発話行為をいかに分析するかを考たい。

2. エスノサイエンス・特性モデルと病名分類への適用

1. エスノサイエンスの生成・発展

エスノグラフィーの究極的な目標の一つが、ブロニスラフ・マリノフスキー（Bronislaw Malinowski）がいったように、「現地の人々のものの見方、人生との関係を把握し、世界観を知ること」[Malinowski 1961:25] だとするならば、「現地の人はどうのように考えるのか」は人類学者が持つ最大の関心の一つであろう。アメリカ人類学においては、そうした人間の思考過程、思考様態に関する関心が、文化的知識と認知機構に対する定式化の試みとして、言語学からの分析概念を導入することによって始まった。

アメリカ人類学にとっては、その成立の当初から、言語学はその一部ないしは密接な領域であった。そして周知のように、ハロルド・コンクリン（Harold Conklin）、ウォード・グッドイナフ（Ward Goodenough）、フロイド・ラウンズベリー（Floyd Lounsbury）、チャールズ・フレイク（Charles Frake）等は、レナード・ブルームフィールド（Leonard Bloomfield）、エドワード・サピア（Edward Sapir）らアメリカ構造言語学から強い影響を受け、より広い知的文脈においては、1960年代のノーム・チョムスキー（Noam Chomsky）による「認知革命」に呼応する形で、「新しい民族誌（new ethnography）」、「エスノサイエンス（ethnoscience）」と呼ばれる新たな領域を発展させる。彼らは、成分分析（または、構成素分析）（componential analysis）と呼ばれる方法論にもとづき、親族用語、色彩分類、病気分類などの意味論的領域において、個々の用語を定義づける弁別特徴（distinctive feature）を抽出し、用語相互の関係（対照、相補、包含関係など）を注意深く追求した。

たとえば、トロブリアンダ諸島における「タマ」という親族名称に関する、ラウンズベリーらの分析を取り上げてみよう。この名称は、1 父、2 父の兄弟、3 父の姉妹の息子、4 父の母の姉妹の息子、5 父の姉妹の娘の息子、6 父の父の兄弟の息子の息子、7 父の父の姉妹の息子の息子、を指すと考えられている。

成分分析は、この「タマ」という親族名称が、次の規則から生成できることを示す。

規則A ある男の姉妹はその男の母と同値である

規則B 同性の兄弟（姉妹）は、同値である

規則C 異父（異母）兄弟姉妹は、兄弟姉妹と同値である

これらの規則が演算規則として働くと仮定すると、たしかに上に示した7つのカテゴリーは、すべて「父」と等価であり、等しく「タマ」として指し示すことができることがわかる。以下にいくつかの例

を示そう。

- a. 父 → (規則B) → 父の兄弟 = 父
- b. 父の[父の息子] → (規則C) → 父の兄弟 = 父
- c. 父の[父の兄弟]の息子 = 父の父の息子 = 父
- d. 父の[母の息子] → (規則C) → 父の兄弟 = 父

このように、エスノサイエンスは、「どのように人々が経験世界を構成しているかを、その経験世界に関して語る語り方から識別するための操作的に明確な方法論を定式化する」 [Frake 1962: 2] ことを目的とする新たな民族誌を展開したのであった。⁽²⁾

2. 意味論ネットワーク理論

前項で述べたような弁別特性／成分分析は、ある意味論領域に属する語彙群に関して、それぞれの語彙、カテゴリーを定義づける特性を抽出し、そうした特性の束によって語彙、カテゴリーを相互に差異化しながら体系化する。だが、語彙、カテゴリーは、たんにカテゴリーを相互規定的に定義づける特性だけで成り立っているわけではない。

このような観点から、カテゴリー的知識のモデル化において、重要な理論的発展の一つと考えられるのが、意味論ネットワーク理論 [Quillian 1968] である。その基本的な着想は、知識は一種の方向性を持ち、標号をつけられたグラフ構造によりモデル化され、そのグラフ構造において、関係性によって相互に結びつけられた節点（節点）がその構造の基本的要素（図1）になるというものである。

こうした知識構造の定式化において、命題（proposition）、関係（relation）などが節点と呼ばれ、→（矢印）はリンク（link）と呼ばれる。ある概念（節点によって表される）の意味はその節点に関与するリンクの網の目によって与えられる。すると、関係性は "a-R → b" "R(a, b)" といった形式により示される。そうした関係性には、「全体－部分」「並列」「先－後」「原因－結果」など様々あるが、そのリンクの中で最も重要なのは isa である。"a isa b" というのは、節点 a によって表される概念が節点 b により表されている概念の一つの例、あるいは部分集合であることを示す（この場合、a をトークン（token）、b をタイプ（type）という）。

意味論ネットワークの一つの大きな特長は、この isa 関係によって、"If a isa b and b isa c, then a isa c." という継承（inheritance）または推移律（transitivity）という特性を持つことである。

たとえば、図1において、

- (1) コマドリは羽がある

という命題は、直接「コマドリ」という節点からは引き出される情報ではなく、「コマドリは鳥の一部である」そして「鳥は羽を持つ」と、リンクをたどることによって、「コマドリは羽を持つ」という情報が引き出される。さらに、

- (2) コマドリは皮膚がある

という情報は、「コマドリは鳥の一部である」「鳥は動物である」そして「動物は体皮を持つ」と、リンクをたどることによって意味が構築される。実際、アラン・コリンズ (Allan Collins) とロス・キリアン (Ross Quillian) は、実験を行い、(1) の文を正しいと判断する時間の方が、(2) の文を正しいと判断する時間よりも短いという結果を得た [Collins and Quillian 1969]。もちろん、こうした実験は多くの問題をはらんでおり、またここでは記憶構造について議論するつもりも、こうしたモデルが人間

の脳の構造をどのように反映しているか、といった類の議論をするつもりもない。ただ、図 1 のようなネットワークモデルがどのような手続き、理論的措定のもとに成り立ち、推論過程をいかに定式化するかは、直観的にでも理解していただけたらう。

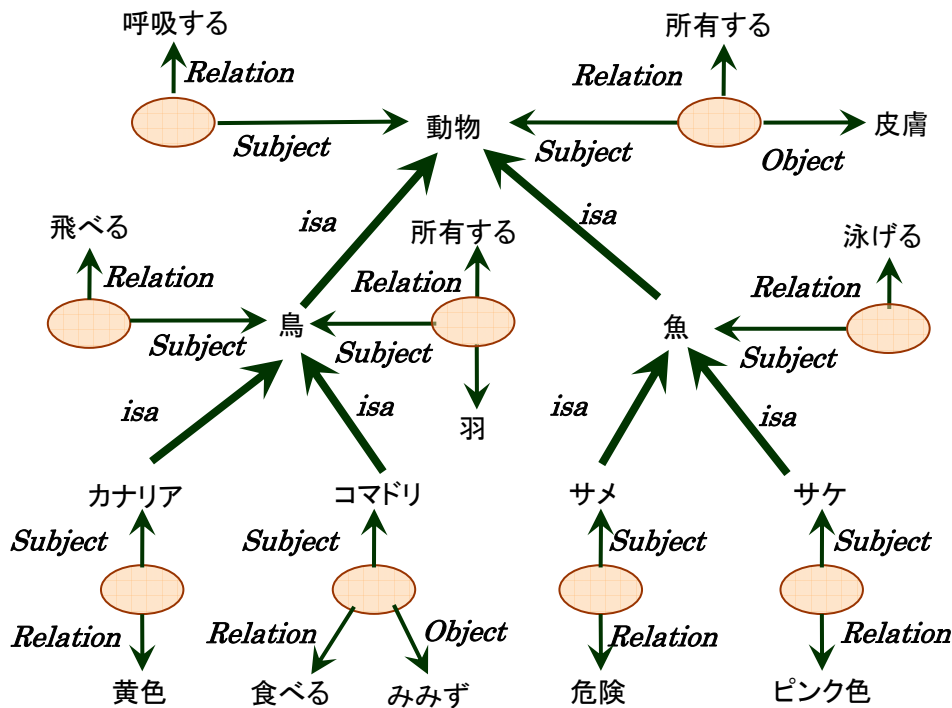


図 1 意味論ネットワークの例 [Anderson 1990: 132]

3. 病名分類への適用

「病気になること」をめぐる社会文化的動態を認知人類学から理解しようとする場合にも、このようなエスノサイエンス、意味論ネットワークの方法論は、出発点として不可避であろう。つまり、人々が「病気」あるいは「具合が悪い」こととして、どのようなカテゴリー、文化的知識を持っているのかを把握することは、必ずしも認知人類学的調査研究ではないとしても、フィールドリサーチを進める上で必要とされる。それは、治療法、薬、薬効、病理などについても同様である。

事実、これまでの認知人類学的調査研究から、一定の方法論的手続きは確立されてきた。病名分類を識字率の高い社会で調査する場合、以下のような手続きをとることにより、基本的なデータを収集することができる。

- 1) 病名収集：まずインフォーマントに思いつく限りの病名を言ってもらい（書き出してもらい）。
- 2) カード分類 (card sorting task)：その収集された病名から、多様性・頻度・明確性の観点から相当数（たとえば 30～50 程度）あまりの病名を選択し、その病名を書いたカードをインフォーマントにどのような特徴からでもよいから分類してもらい。
- 3) センテンスフレーム課題 (sentence-frame task)：センテンスフレームというのは、「(病名) は (特

性である)」(例：「()は成人病である)」という文の形をした枠組みのことである。特性は、2)のカード分類で得られたデータをもとに、多様性・頻度・明確性の観点から述語化する(フレームの数は20~30程度)。具体的な課題の遂行だが、インフォーマントに、2)で用いた病名を、それぞれのセンテンスフレームに入れて読んでもらい(例えば、「(はしか)は成人病である」)、それが適切であるかどうかを、「同意」から「否定」まで何段階かで判断してもらう。

たとえば、ロイ・ダンドレイド(Roy D'Andrade)らが行った、アメリカとメキシコにおける比較文化的病名分類調査[D'Andrade et.al. 1972; D'Andrade 1976]の場合、上記のような手続きにもとづき、30の病名(肺炎、ガンなど)が選択され、27の特性(「ばい菌によって起こる」「感情によって起こる」「子どもの病気である」といったもの)が述語化されたうえで、センテンスフレーム課題が行われた。

では、収集されたデータはどのように分析されるのか。ダンドレイドたちは、集合の包括関係と対照関係とを見つけたすために、2 X 2の分割表を構成した(表1)。

表 1 2 X 2 分割表 [D'Andrade 1976]

		発熱を伴う	
		Yes	No
ばい菌で起こる	Yes	百日咳 腸チフス 扁桃腺炎 溶レン菌感染 天然痘 肺炎 おたふく風邪 単核症 はしか マラリア 咽頭炎 インフルエンザ 風邪 水疱瘡 気管支炎	結核 梅毒 小児麻痺 淋病
	No	虫垂炎	ガン 虫菌 痙攣 心臓発作 白血病 かぶれ 精神病 リウマチ 脳卒中 潰瘍

表1をみると、虫垂炎を除いては、「発熱を伴う」病気はすべて、「ばい菌によって引き起こされる」特性を持つことを示している。すると、前者の概念は後者の概念の部分集合(十分条件)になっていると考えられる(「発熱を伴う」病気であれば、「ばい菌によって引き起こされる」という特性をすべて持

つ。逆は必ずしも真ではない)。また、「家系的に起こる」(つまり「遺伝的」に近い)という特性は、「細菌によって引き起こされる」という特性とはちょうどお互いに排除しあう関係(両方の特性をもつ病名はなかった)であった。

このようにして調査結果から2 X 2の分割表を作成し、30の病名と27の特性との関係に関して意味論的ネットワークモデルを構成した。図2はその一部で、 $A \Rightarrow B$ はAがBの部分集合である関係、 $A \Leftrightarrow B$ はAとBとが対照・相互排除関係であることを示す。さらに、この図に継承関係、推移律を適用すると図3のように、特性間の関係を簡略化してモデル化することができる。

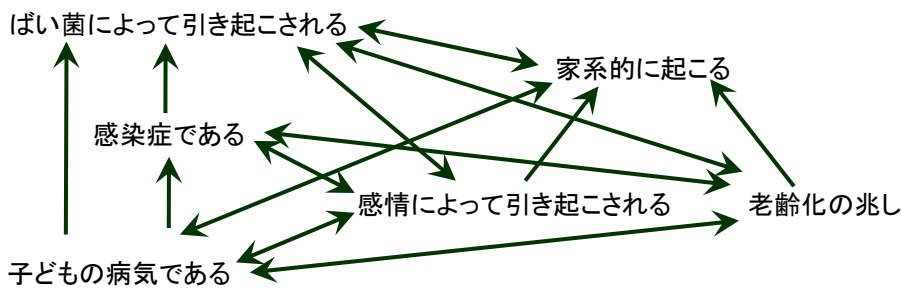


図2 意味論ネットワークモデルの例

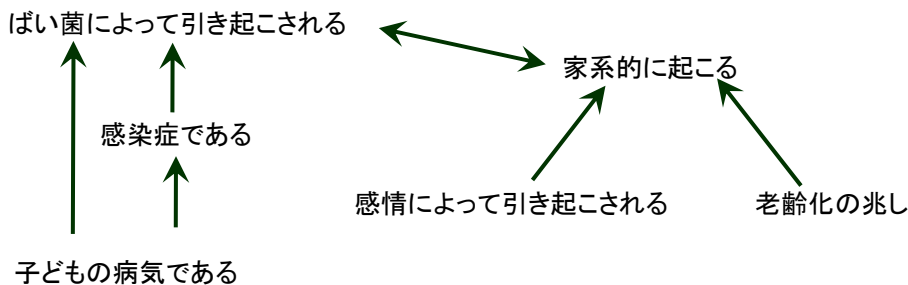


図3 意味論ネットワークモデルの例(図2を推移律で簡略化)

3. プロトタイプ理論・文化的認知モデル理論と感染症への適用

1. カテゴリーに関するプロトタイプ理論と文化的認知モデル

前節で示したような病名分類に関する研究は、私たちが「病気」というものについて、どのように概念化しているかを深く解明する大きな入口となることは間違いない。それは、一方で、専門家集団の体系化との違いを明確にし、他方、社会文化毎の違いにも目を向けさせることになる。また、「家系的におきる」「感情で引き起こされる」「老齢化の兆し」「細菌」といった概念それ自体について、その社会文化的意味付けを探求し、それぞれの文化がもつ身体に関連した概念体系を解明することへもつながって

いく。

しかしながら、認知科学におけるカテゴリーに関する研究は、前節において議論してきた、エスノサイエンス、意味論ネットワークのアプローチには、概念化、カテゴリーの捉え方そのものに大きな問題があることを明らかにしてきた。

エスノサイエンス、意味論ネットワークは、カテゴリーに関して、「あるカテゴリーは、その構成しているメンバー全員に等しく共有されている特性により規定される」という理論的措定にもとづいている。たとえば、「感染症」というカテゴリーであれば、そのカテゴリーに属するすべての病名（メンバー）は、等しく、「感染症」という特性を共有しているとの理論的立場にたつ。つまり、カテゴリーメンバーが等しく共有する特性に着目し、その特性にもとづいてカテゴリーと語彙を関連づける知識体系をモデル化する意味で、「特性モデル」アプローチと称することができる。

ところが、エレノア・ロッシュ（Eleanor Rosch）の重要な論文 [Rosch 1978] を契機として、概念化に関する研究は、大部分の自然概念が、明確で厳格に定義づけることができるとは考えられないことを明らかにしてきた。つまり、何があるカテゴリーのメンバーであるかないかを決定する明確で限定的な規則は常に見つかるとは限らず、カテゴリーは特性に還元されるものではない。カテゴリーは、完全に自然なものでも、完全に人工的なものでもなく、1) 個々の事物、出来事の構造化された特性、2) 知覚者による処理過程、3) 知覚者の知識を形成し制限することに関与している文化・社会的要因、といった要素の相互作用の場においてカテゴリーは析出してくるものである。

ロッシュ自身は、カテゴリー化の制約として、2つの基本的原理を示唆している。一つは、認知的経済性（cognitive economy）であり、構造化された世界を利用することで、認知処理を最小限にする志向性を指す。第二の原理は、知覚される世界が、それ自身既に持っている構造である（ジェームス・ギブソン（James Gibson）的発想に通じる面を持つ）。この2つの原理に加えて、[Freyd 1983] はもう一つ別な原理、共有性（shareability）をあげている。それは、私たちがどのように心の中で事物を組織立てるかとは別に、他者と共有する必要性から、共通の、単純化した構造が必要となることを意味する。

こうした原理が、知識構造のあり方を制約すると考えられるが、ロッシュの議論でさらに重要なのは、カテゴリーに関するプロトタイプ理論である。それは、どのようにカテゴリーが形成され、いかなる内的構造を持つかに関して、特性モデルとは大きく異なる理論的措定を私たちに要求する。

プロトタイプとは、そのカテゴリーのメンバーであるかそうでないかの適合度を人々が判断することによって、操作的に定義されるカテゴリーメンバーシップがあり、その中で、最も適合度が高いと判断されたものをそのカテゴリーのプロトタイプとして定めるものである。この定義は、プロトタイプについて、三つの重要な理論的措定を含意している。まず第一に、あるカテゴリーには、そのメンバーが等しく共有するのではなく、「適合度」が存在していること。そして第二に、プロトタイプは「適合度」に関する社会集合的現象として、操作的に定義されるものであること。第三に、プロトタイプは、あるカテゴリーを最も「典型的」に表しているものであり、必ずしも実際に存在していなくてもよいことである。たとえば、さまざまな形、大きさの「テーブル」があったとして、私たちは、どちらがより「テーブルらしい」かを問われれば答えることができるだろうし、「最もテーブルらしいテーブル」は必ずしも実在するとは限らないだろう。

さて、カテゴリーがプロトタイプ理論の主張するような性質を持っているとするならば、特性モデルにもとづく文化的知識構造の定式化は、根底から再考を余儀なくされる。たとえば、前節で示したよう

な病名分類の場合にも、等しく「感染症」と分類されるものであっても、その知識構造の定式化は、「プロトタイプ効果」を含みこんだものであることが必要だろう。それは、「特性」の共有によってカテゴリー（集合）を規定するというエスノサイエンスや意味論ネットワークの理論的措置と、その措置にもとづく文化的知識の構造化、モデル化自体とは本質的に異なるアプローチが必要であることを示してもいる。

ところで、プロトタイプ理論は1980年代発展したが、人類学では、その先駆的研究（「典型例」）がすでに1969年に発表されていた。それはブレント・バーリン（Brent Berlin）とポール・ケイ（Paul Kay）による『基礎色彩語彙』[Berlin and Kay 1969]である。ソシュールの記号論の立場からは、色は連続したスペクトルをそれぞれの言語が恣意的に分けるとされ、サピア＝ウォーフ（Sapir-Whorf）の言語相対論と親和性が高い。それに対してバーリンとケイは、基本色彩語彙という概念を提起し、色彩カテゴリーに関して汎文化的規則があること、基本的な色彩カテゴリーには、「焦点色」とよばれる「最も典型的」な色が普遍的に存在することを主張した⁽³⁾。たとえば、心理学的に実在する「青」というカテゴリーが⁽³⁾つねに存在し、そのカテゴリーには「焦点色の青」とよばれる、そのカテゴリーを代表する色事例（「青らしい青」）が普遍的に見出されるというのである。

基本色彩語彙論は、カテゴリーに関して、まさにプロトタイプ理論の主張を先取りしたものであった。方法論的にもその具体的主張に対しても批判はあるが、言語の恣意性を最も明確に示す例とも考えられる色彩分類に関して、カテゴリーが、外界、色覚の生理学的機序、ファジー理論的特性をもつ認知のメカニズム、文化による語彙選択、といった複数のシステムにより動機づけられ、構造化されているという視点を明確に示した点は高く評価される。

しかし、人類学において、基本色彩語彙論は、「基本色彩語彙」の操作的定義、汎文化的・普遍的規則の妥当性など、色彩分類という単一の次元についての議論が展開されるにとどまった。そのカテゴリー論としての革新性が認識され、特性モデルとは異なる文化的知識の構造化、モデル化にアプローチする体系的議論が明確な姿形となって現われるには、ロッシュによるプロトタイプ理論の展開と、その理論の「認知意味論（Cognitive Semantics）」、とりわけ、ジョージ・レイコフ（George Lakoff）による媒介を必要とした。

「認知意味論」については、日本でも言語学の分野においてすでに数多くの概説が著されており（たとえば、池上嘉彦、河上誓作監修『シリーズ認知言語学入門』（大修館書店）、『認知言語学論考』シリーズ（ひつじ書房））、紙幅の関係もあってここでは詳細な議論を差し控えるが、レイコフは、ヒトの思考は本質的に、ヒトが人体を持つ、とりわけ、生得的に備わっている感覚－運動能力から生じてくる構造化された経験により規定されると主張する。そして、容器（CONTAINER）、出発点－道のり－終点（SOURCE-PATH-GOAL）、部分－全体（PART-WHOLE）、力－動き（FORCE-DYNAMIC）といった「イメージスキーマ」が、そうした経験的構造としての役割を果たすとし、物理的世界を身体的経験に根ざすイメージスキーマによって理解し、それを抽象的な概念へと写像する認知的装置としてメタファーを規定することで、認知、思考におけるメタファーの中核的役割を議論した [Lakoff 1987; Lakoff and Johnson 1980]。

このような認知言語学における、言語表現とカテゴリーに関する新たな理論展開は、認知人類学においてネイオミ・クイン（Naomi Quinn）らによる「文化的認知モデルアプローチ」（"Cultural Models Approach"）と総称できるような理論的展開を生み出した [Holland and Quinn eds. 1987]。

たとえば医療人類学の文脈において、リンダ・ガロ (Linda Garro) はオジブワ族 (Ojibway) における高血圧の概念化の分析から、次のような4つの命題が高血圧に関する自覚症状を解釈し、原因、起因を考える際の参照枠を構成している様態を明らかにした [Garro 1988]。

1. 高血圧は常に高いわけではない。血圧は上がった、下がったりする
2. 上がる時は、血液が上昇する。血液が上昇するときには、体の特定の部分が普段より多くの血液を持つ
3. 血液が上昇する体の部位は、どのような症状が知覚されるか、どのような結果になる可能性があるかを決定する
4. 高血圧は不均衡状態から起こり、徐々にこの不均衡を矯正していくことが、状態の改善と症状の緩和、消滅に至る [ibid.:109]

ここで興味深いのは、この高血圧の文化的認知モデルにおいては、原因と結果との間のメカニズムに関しては一切言及がないことである。実際、インフォーマントは自分が言及した原因が、どうやって身体に影響を与えるか尋ねられたときに、応えはほとんどなく、しかもその場限りのものである。つまり、オジブワ族の高血圧に関する文化的認知モデルは、本来的にエピソード的であり、血圧の上昇は、自覚症状との関連で理解され、治療の目的が症状の抑制に置かれることを意味している。

2. 感染症の文化的認知モデル

さて、ガロの分析は、文化的認知モデル理論に忠実に従ったものである。それは、基本的には文を単位とし、その文を、いくつかの文 (命題) で表現される認知モデルからの写像として分析する。しかし、前節で議論したような語彙、カテゴリー相互の関係については、どのように分析可能なのだろうか。意味論ネットワークモデルにプロトタイプ効果を組み込むことは可能なのだろうか。ここでは、筆者自身の調査データにもとづき、「感染症」について分析を試みてみたい。

分析に使うデータは、筆者が日米英において行った、小児を持つ母親たちと小児科医の臨床を対象とした調査の一部である。この調査においては、

- 1) どのように子どもが病気だと認識するのか、
 - 2) 何をどのように考え、病気が治るようにどのような手段をとるのか、
 - 3) 小児科医・内科医とどのようなコミュニケーションを行うか、
 - 4) 小児科医・内科医の臨床における知とはどのようなものか
- 等が主要な目的である。

こうした目的を追求するために、参与観察 (小児科医での実際の診察行為に研修医と同様にして参与観察する)、非構成的インタビューなどに加え、形式的なデータ収集と構成的インタビューを採り入れた。具体的には、各調査地において、15 家族程度にインフォーマントとなってもらい、週 1・2 回ずつ数カ月間に渡って訪問してインタビューを行った。そして、形式的なデータ収集、構成的インタビューに関して、日本では、母親と一般の人との違いがあるのかどうかを知るために、15 人の幼児を持つ母親に加え、15 人の未婚の女性にも、同じ調査に協力してもらった。ここでは、この日本における既婚と未婚女性の病名分類に関するデータを分析対象とする。

形式的データ収集に用いたフォーマットは、第 2 節第 3 項で議論したダンドレードらのフォーマットを踏襲している。つまり、1) 病名収集、2) カード分類、3) センテンスフレーム課題の順に行った。

病名収集では、だいたい一人当たり 20 前後の病名があげられ、その中から、カード分類、センテンスフレーム用には、54 あまりの病名を選択した（表 2 参照）。カード分類課題では、80 余りの分類の仕方が引き出されたが、そこから、30 ほどをセンテンスフレームの述語化することとなった。そして、センテンスフレーム課題においては、「強く同意する」「同意する」「どちらかといえば同意する」「どちらかといえば否定する」「否定する」「強く否定する」という 6 件法を採用した。

表 2 病名リスト

1	心筋梗塞	19	インフルエンザ	37	自律神経失調症
2	リウマチ	20	おたふく風邪	38	夜尿病
3	高血圧症	21	日本脳炎	39	腰痛
4	椎間板ヘルニア	22	ガン	40	結膜炎
5	神経痛	23	脳卒中	41	動脈硬化
6	登校拒否	24	歯肉炎	42	扁桃腺肥大
7	ノイローゼ	25	じんましん	43	花粉症
8	ヒステリー	26	AIDS	44	くも膜下出血
9	ウイルス性肝炎	27	アトピー性皮膚炎	45	潰瘍
10	コレラ	28	湿疹	46	貧血
11	赤痢	29	とびひ	47	リンゴ病
12	心身症	30	歯周病	48	胃炎
13	頭痛	31	糖尿病	49	痴呆症
14	喉風邪	32	腎臓病	50	不整脈
15	鼻風邪	33	小児麻痺	51	川崎病
16	風疹	34	肝硬変	52	気管支炎
17	はしか	35	躁鬱病	53	肺炎
18	水ぼうそう	36	狭心症	54	喘息

54 の病名と 30 あまりのセンテンスフレームを掛け合わせれば、それだけでも膨大な意味論ネットワークを構成する要素が生み出される。そこで、ここでの分析は、関心を感染症に関連した病名、命題に限定しよう。

これまでの文化・社会的起源を持つ問題の医療化に関する医療人類学的研究の多くは、精神的な問題（例えば、「神経症」「登校拒否症」「対人恐怖症」など）を扱っていた。たしかに、精神的問題は文化社会的影響を最も明確に捉えやすいものである。それに対して、感染症というのは、西洋医学的に最も定義しやすいもののように思われる（「ウイルス・バクテリアなど病原微生物が経口・経皮などの経路により生態に侵入して増殖したり、毒素を出したりすることによる病気」といったような定義）。

ところが、人々が実際感染症を概念化するときには、そうした医学的な定義は二次的な役割しか果たさず、別な概念化、つまり、社会・文化的文脈に沿って病気を「出来事」として把握する認知モデル化が支配的であり、筆者の研究は、風邪などのありふれた病気においても、その認識が、それぞれの人々の生活様式・制度・文化的モデルと密接に結びついていることを示している。

表 3 と表 4 を比較し、分析してみよう。表 3 は、カード分類タスクにおいて、感染症に関係すると判断できる命題とその命題でカード分類を行ったインフォーマントの人数を親と未婚者に分けて、まとめたもの。表 4 は、センテンスフレーム課題の作業において、それぞれの病名が「() はウイルス・バクテリアなどで感染するものである」という命題に適合するものと答えたインフォーマントの数と、カード分類作業において表 3 のいずれかにインフォーマントが分類した数を、やはり親と未婚者に分け

てまとめたものである。

表 3 カード分類での感染症に関連した命題

	親	未婚
この病気は伝染病(人からうつるもの)である	2	1
この病気は人にうつる	4	9
予防接種で予防できる	1	4
みんなこの病気にかかるので、小さい頃必ず予防接種を受ける	1	0
この病気にかかるとうつるので学校に行けない	0	1
この病気にかかるとうつるので隔離されなければならない	2	0
この病気はひじょうに伝染力が強い	1	0
この病気は伝染して下痢がおきる	1	0
この病気は強い伝染力をもつので、すぐに治療を受けなければならない	1	0
日本ではほとんど聞かない伝染病	1	0
子どもが感染する病気	4	0
すべての人がうつる病気	1	0
バクテリアで起こるよくある病気	1	0
ウイルスでおきる病気	2	0

数字は、「親」のグループ、「未婚者」のグループそれぞれで、当該の分類の仕方を用いた人数を示す。

さて、ここで注目したいのは、センテンスフレーム課題において、インフォーマントたちが「() はウイルス・バクテリアなどで感染するものである」という命題に適合するものと認識していながら、カード分類作業においては、表 3 の分類に含めなかった病気である。

ロッシュのプロトタイプ理論におけるプロトタイプの操作的定義を受け入れるならば、表 4 が示すところは、インフォーマントたちは「この病気はウイルス・バクテリアによって引き起こされますか？」と聞かれればたしかに、鼻風邪や結膜炎もウイルス等による感染症であると認識するが、「人からうつる」とか「予防接種で防げる」といった分類をした際に、「ウイルスで感染する」という鼻風邪や結膜炎も共有している特性が第一義に意味しているわけではなく、何らかの異なる意味的水準が関与しているということであろう。

言い換えれば、「感染症」という意味水準は、それを定義づけている特性 (defining feature) によって構成されているわけではなく、複数の意味水準が相互に埋め込みながら成り立っており、いくつかの病気が「プロトタイプ」として「感染症」の中心的メンバーとなっているということである。

そうした操作的定義から、表 4 において、はしか、インフルエンザ、おたふく風邪、風疹、赤痢、コレラ、水ぼうそう、といった病気が「感染症」のプロトタイプ・メンバーと考えられるだろう。さらに、これらのプロトタイプ・メンバーは、表 3 の分類への言及の分析から、大きく 2 つのグループに分類される。一つは「はしか・インフルエンザ・おたふく風邪・風疹・水ぼうそう」のグループで、これらは、A) 予防接種が行われる、B) 子どもに起こる可能性が高い、C) 子どもが罹患すると登校できなくなる、という特性によって特徴づけられている。そしてもうひとつのグループは「コレラ・赤痢」であり、これらは D) 強い伝染性、E) 海外に渡航して罹患する、という 2 つの特性によって特徴づけられている。表 3 にはあげられていない、インフォーマントたちによる他の分類に基づくと、リンゴ病・日本脳炎・小児麻痺の 3 つの病気もまた B) の特性を共有する。

表 4 センテンスフレーム課題とカード分類課題における反応の差異

病名	センテンスフレームタスクでの「() はウイルス・バクテリアなどで感染する ものである」への該当		カード分類タスクでの表 3 に まとめた感染症関連命題へ の該当		合計
	親	未婚	親	未婚	
はしか	12	11	11	12	46
インフルエンザ	12	11	9	12	44
おたふく風邪	12	11	11	10	44
風疹	12	11	10	11	44
赤痢	11	10	13	10	44
コレラ	12	11	10	10	43
水ぼうそう	12	9	10	10	41
日本脳炎	12	9	7	7	35
ウイルス性肝炎	12	11	2	8	33
のど風邪	12	11	2	4	29
リンゴ病	11	6	7	5	29
鼻風邪	12	11	1	3	27
エイズ	10	10	2	5	27
結膜炎	12	10	4	0	26
とびひ	12	5	2	3	22
歯周病	11	8	0	0	19
気管支炎	9	6	3	0	18
肺炎	8	7	1	0	16
歯肉炎	10	5	0	0	15
川崎病	8	4	2	0	14
小児麻痺	5	2	2	0	9
扁桃腺肥大	6	1	1	0	8
ガン	2	2	2	0	6
湿疹	2	1	1	0	4
花粉症	2	1	1	0	4
アトピー性皮膚炎	1	1	0	1	3
腎臓病	2	0	0	0	2
肝硬変	1	1	0	0	2
喘息	0	2	0	0	2
胃炎	1	0	0	0	1
頭痛	1	0	0	0	1
痴呆症	0	1	0	0	1
じんましん	0	1	0	0	1

他方、インフルエンザは風邪の一つと考えられてもいる。しかし、表 4 で示されているように、「感染」という概念になると、インフルエンザのみが分類分け作業においてほぼインフォーマント全員に言及されている。これは、「感染」概念が、A) 予防接種が行われるという社会的行為と密接に結びついていることと関連している。だがしかし、予防接種だけでは「感染」概念を十分には満たさない。プロトタイプ第 1 グループは実際罹患する程度あり、その場合、社会的接触を禁じられることが、プロトタイプとされる推論の背景にあるのではないだろうか。この観点からみると、「予防接種」も「免疫」概念と直接結びついているわけではなく、学校・保健所における集団接種という社会制度と結びついて

いるように思われる。

これは第2のグループに関して考察することからも示される。コレラ・赤痢・エイズは別な分類枠組みにおいて、「外国旅行に行った人がかかる」とか「日本では余り見られない」といった特性によって分類されている。この水準では3つの病気はいずれもプロトタイプであるのに、「感染」に関してエイズはプロトタイプの外におかれている。これは、コレラ・赤痢が、「直ちに入院しなければならない」「隔離を必要とする」という分類においては、エイズをその集合に含まずに、それらのみ言及されることから示唆されるように、「社会的隔離」という水準が、コレラ・赤痢を「感染」のプロトタイプとしていると考えられる。

このように、ロッシュの示したプロトタイプの操作的定義に従って、プロトタイプを抽出し、その意味論的水準を追求することによって、「感染症」に関連する文化的認知モデルに構造的表現を与えたのが図4である。ここでの分析は、第2節で展開したエスノサイエンスの分析手法を踏襲しながら、プロトタイプ理論を導入しうることを示した。それはまた、文（命題）を基本とする文化的認知モデルを、語彙、カテゴリー単位での意味論ネットワークへと拡充しうることもまた示していると筆者は考える。

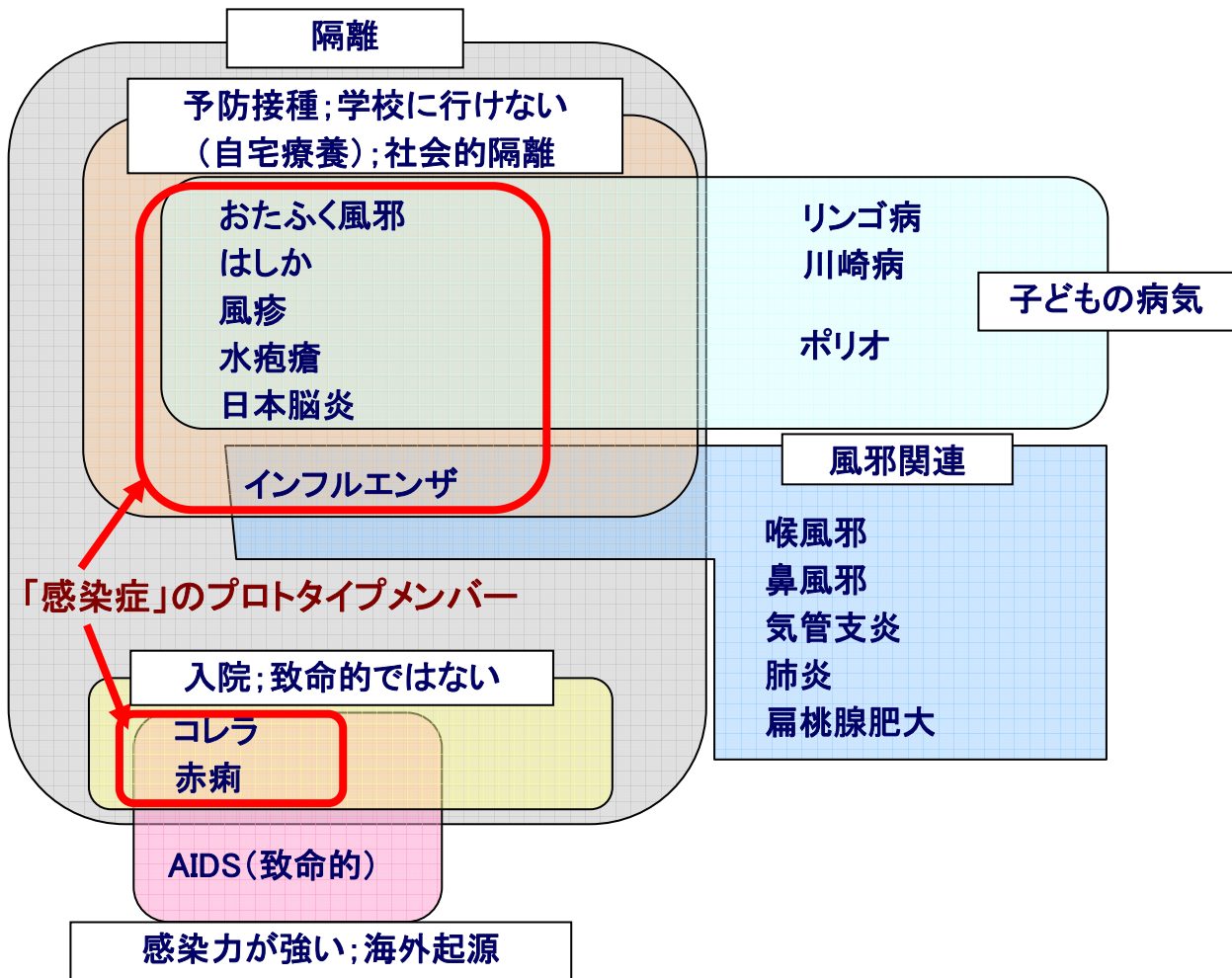


図4 「感染症」の文化的認知モデル

4. 「病気になる」ことの文化的認知モデル

1. 文化的認知モデルの課題

文化的認知モデルアプローチはその理論・方法とも多くの課題を残している。たとえば、文化的認知モデルアプローチは認知意味論に多くを負ってはいるが、同時にメタファーの役割に関して、潜在的な緊張関係を包含しているように思われる。レイコフやジョンソンは、メタファーは一般的に物質・身体的の世界モデルからの構造を非物質的・非身体的領域へと写像する、そしてそれは、物質・身体的世界の構造は十分に定式化され、経験的に人類共通であるからだと主張する。

レイコフの意図は意味論的現象の中で最も重要であり、広く浸透しているものの一つである、多義性 (polysemy) を支配する一般原理を探求することである。つまり、言語学者として、個々の語と形態素が、相互に体系的に関連し合っている多くの意味を持つという事実を説明する原理を見出すことにレイコフの主要な動機はあるように思われる。したがって、イメージスキーマ変換、メタファー、メトニミーといった概念がレイコフのモデルでは必須の原理となっている。

それに対して、文化人類学者は、どのように認識が文化的に構成されるかを研究することが重要である。よって人類学の立場からは、「ある特定のメタファーが話し手によって選択され、好まれるのは、ただ単に、そうしたメタファーが、既に存在している文化的理解つまり文化的認知モデルに十分な写像関係を与えているから」 [Quinn 1991: 65] と主張されるであろう。

さらにまた、人類学は文を越えたレベルでの (supra-sentential) 発話行為、知識こそが主たる分析の対象である [Quinn 1987, 1991]。この点で、認知意味論はカテゴリー論の側面から認知人類学、文化理論にとって多くの示唆に満ちてはいるが、談話処理理解という側面からは、あるいは実際の活動実践における認知 (cognition in practice) という側面からは、新たな理論的枠組みが必要であろう。とりわけ、「病気になること」の認知人類学というプログラムを考えようとするならば、こうした視点から文化的認知モデルを構想することが大きな課題となる。前節では、文 (命題) 単位ではなく、語彙、カテゴリー単位において、プロトタイプ理論を踏まえ、文化的認知モデルを構成する試みを行ったが、本節では、「病気になること」の文化的認知モデルを試みる。

2. テキストベースと状況モデル (textbase and situation model)

ここではまず、ウォルター・キンチュ (Walter Kintsch) のテキストベース (textbase)、状況モデル (situation model) という理論的装置を導入したい。テキストベース・状況モデルという概念は、キンチュ、テウン・ヴァンダイク (Teun van Dijk) らによる教育心理学的文脈におけるテキスト言語学・談話分析・プロトコル分析にその基礎をおいている [van Dijk and Kintsch 1983; Kintsch and Greeno 1985; Kintsch 1986, 1998]。

すべての概念は理論負荷的・方法負荷的であるが、テキストベースと状況モデルはとりわけその研究関心と方法とに強く制限されているものである。キンチュらの研究は、教育で用いられるテキストの記述とその理解の仕方が理論上の中心的関心であり、そのための方法論として自由再生課題 (free-recall task) に依拠している。自由再生課題とは、テキストを読んだ (あるいは聞いた) 上で記憶している内容を記述してもらう (その記述を自由再生プロトコル (free-recall protocol) という) もので、この研究デザインから、テキスト構造のモデル化とテキストが理解される (あるいは誤解される) 過程のモデル

化のための理論的装置として上記の 2 つの概念が生成された。

テキストベースとは、読み手・聞き手に入力されるテキストの意味論的構造である。それはテキストそのものの持つ言語的構造といってもよいであろう。それに対して、状況モデルはそのテキストが述べている出来事、行動、人物などの状況全般に関する認知構造で、そのテキストにもとづいた問題解決の性質を決定するものである。

キンチュ等は、テキストベースを命題と命題相互の関係によって構築されるものと考え、その内部構造を、マイクロ構造 (microstructure)、マクロ構造 (macrostructure)、超構造 (superstructure) の 3 つの異なるレベルから成ると措定する。マイクロ構造とは、そのテキスト自体の言語的意味命題から成り立つものであり、マクロ構造は、そのマイクロ構造を構成している命題に伴立、措定 (entail・presuppose) されているより高次の命題から成り立っている。そして、さらに高次の超構造は一種のスキーマ構造 (ラベルを持ったスロットからなる知識構造) であり、マクロ構造を相互に組織だてるものである。

つまり、テキストベースは入力されるテキストの言語的特質に規定される意味論的構造であり、局所的に構成されるマイクロ構造、マクロ構造からテキスト全体の意味的一貫性あるいは関連性を構築する超構造に至る階層的構造を持つものである。このテキストベースという装置は、自由再生プロトコルにおいて保持される命題と、再生において変形されたり再生から逃れる命題とを区別するために必要とされたもので、キンチュの理論においては、コード理論的に規定されるものである。

状況モデルは、それに対して、テキストから、問題を設定・定位し、解決への手順を推論する認知的枠組みのことである。たとえば、地理的な目標物に到達する道順を記述する際に、俯瞰図的な記述から始め、俯瞰図上で現在位置と目標地点とを示す方法と、現在位置から、歩行者の立場に立って、「初めの角を右に」のように示す方法とでは、「目標地点にたどり着く」という問題を解決する際に用いられる認知的構成物 (状況モデル) は大きく異なるであろう。ただし、状況モデルはテキストベースが形成された後に形成されるというわけではない。むしろ、両者は相互作用的に構築されるものと考えられる。

状況モデルはテキストベースほどに明確にモデル化されるわけではないが、テキストベースが言語的特質に主として基づくのに対し、状況モデルはテキストから認知的に事態を構成し、問題設定・文脈設定と問題解決とに関与するスキーマ型知識構造といってもよい。テキストの聞き手・読み手は、必ずしもテキストベースを構成する命題すべてを記憶しているわけではない。むしろ、テキストを解釈しながら、聞き手・読み手自身の関心・背景知識に応じて、それぞれ独自に状況モデルを構成すると考えることができるであろう。

3. 社会的事態としての「病気」への認知人類学的アプローチ

フレイクは次のように指摘している。「一般の人々における医療では、病気が生じたことへの対応は、その出来事 (occurrence) へ原因を付与することに密接に結びついている。求められているのは、ある種の病気 (disease) の病理学ではなく、ある特定の事態の原因である」「病気 (sickness) はある事態 (event) である。誰かが病気だということは、ある経験の解釈を提示していることである。実際の、知覚されている現実がたとえどのようなものであろうとも、我々は、一般的に、自らの経験を、それぞれの出来事がある状況に埋め込まれている、一連の出来事の継起として説明する。そうした出来事が、事態を構成する。つまり、経験の現在・過去・予測のひとこまをフレーム化する認知的単位である事態を構成するのである」 [Frake 1980:62-63]

このような文単位を超え、実践認知的である認知的事態モデルから、病気をめぐる人々の行為を分析するため、筆者は前節で言及した医療人類学的な調査において、そのリサーチデザインにキンチュ等の自由再生プロトコル分析を取り入れた。具体的には、実際に行われた母親と小児科医との対話をインフォーマントに読んでもらい、記憶していることを書いてもらうことから、インフォーマントはどのような状況モデルを構築するかを探り、そこから、病気という事態をめぐる文化的認知モデルを抽出しようとしたのである。

もちろんその方法論自体の検討が必要ではあるが、ここでは、そうした理論的・方法論的負荷があることを前提として枠組みを提示することにしたい。まず筆者は、東京のある内科・小児科における臨床場面の参与観察から、その臨床医とある患者・保護者とのやりとりを選び取った。以下がそのエピソードである。

表 5 エピソード

母親と娘が診察室に入る

母親 あの、夏風邪をひいたみたいで。今は元気そうなんですけど。土曜の夜寝冷えをしたようで、日曜に朝から鼻がでてるんです。

医師 土曜から？

母親 いえ、日曜の朝からです。

医師 そうですか。土曜の夜寝冷えをして、日曜の朝から---

母親 ええ。で、今朝ひどく咳込んで。お熱も少しあるんです。今朝は 36.8 か 36.9 度だったんです。今は普通なんですけど。ここに伺おうと家を出たときには 36 度でした。

医師 機嫌は良さそうですね。

母親 ええ、見た目には。食欲もあるんですけど、

医師 すると、症状としては、今朝微熱があつて---

母親 あと咳が。今日はだいぶおさまっているんですが。

医師 まだ微熱があるみたいですね。

母親 そうなんです。抱っこしたとき熱っぽいんです。それで 37 度ぐらいだと思ったんですけど。

医師 足が熱いですよね。36 度ということはないですね。

母親 ああ。子供用の体温計が見つからなかったの、大人用のを使ったんです。

医師 なるほど。---どうも、芯に熱があるみたいですね。---食欲はどうですか？

母親 食欲はかなりあるんです。でも一日中ぐずって。今は機嫌がいいみたいなんですけど。

医師 下痢はしてませんか？

母親 いいえ。全然。うんちはかたいんです。

医師 兄弟はいましたっけ？一人っ子でしたね？

母親 ええ。

医師は幼児を詳しく診察しはじめ、触診をはじめた。医師が子どもの目を見ているのに気づいて。

母親 結膜炎で、眼科に通っていたんです。

医師 そうですか。ちょっと、目やにがありますね。

幼児は泣き始める。

母親 ええ。眼科で 3 回目を洗ってもらったんです。それからお医者さん嫌いになってしまつて。---先生は白衣着てらっしゃいませんけれど。

医師 じゃあ、背中から診ましょう。

母親 抱っこしてましょか？

医師 ええ。立たせてもいいですよ。

医師は聴診器を使い始める

医師 元気そうですね、
 母親 でも、機嫌が悪いんですよ。
 医師 さあ、おなかを診てみようかな。(赤ちゃんに) お医者さん嫌いになっちゃったのかい？ととてもお行儀の良い子だったのに。

赤ちゃんは泣き続ける

医師 耳を診てみようかな？
 母親 (赤ちゃんに対して) ほら、お耳くちゅくちゅですよ。お耳くちゅくちゅ好きでしょ。

赤ちゃんは大きく泣き始める
 医師は体温計を母親に渡す

母親 すいません
 医師 まだ結膜炎ですね。
 母親 ほんとですか
 医師 まだかかっているんですか？
 母親 いいえ。お医者さんはもう通院しなくていいとおっしゃって。それに2カ月ぐらい前のことですから。
 医師 だとすると、鼻からきてるんでしょう。ちょっと汚い話しなんですけど、子ども場合、鼻水が眼に上がっていくことがあるんです。ですから、鼻風邪が治れば、目やにも減ると思いますよ。
 母親 もし、減らなかつたら。。
 医師 いって下さい。目薬を出しますから。とりあえず今日は、目やには鼻からきてると思えましょう。そうすると、まず耳から。鼓膜はきれいです。喉はちょっと赤いですね。喉風邪ですね。でも、扁桃腺までは行ってません。ただ、夏の喉風邪の場合には、喉に赤いポツポツが出ることがあります。今はそうしたポツポツは出てませんけれども。心臓と肺の音もきれいです。ですから、気管支炎や肺炎の心配はありません。おなかも良さそうです。ですから、軽い喉と鼻の風邪でしょう。おそらくは、鼻が原因だと思います。抗生物質は使わないで、普通の鼻と喉の薬を出しておきましょう。体重はどれくらいでしたっけ？ 7キロぐらい？
 母親 8500グラムぐらいはあと思っています。
 医師 じゃあ、3日分出しておきましょう。1日3回。粉薬なので、水か何かに混ぜて与えて下さい。それから、喉にポツポツができる風邪の場合、38.5から39度ぐらいの熱がぽんと出ることがあります。そうした場合には、。。座薬はまだありますか？
 母親 はい。
 医師 半分だと少ないし、1個では多すぎますから、熱が出たときには、角を切って使ってください。今日から、薬を飲み始めて、明後日の土曜になっても具合が良くならなければ、また連れてきて下さい。
 母親 どうも有り難うございました。

さて、前節で言及した幼児を持つ母親であるインフォーマントたちに、上記エピソードを用いた自由再生課題調査にも協力してもらった。具体的には、各インフォーマントにこのエピソードを母親の立場で読んでもらい(つまりこの場合、病状を把握し、どのようにして病気から回復するかが解決すべき問題である)、その後、自由再生で、覚えている限り書き出してもらうことにした。

ここでの関心は、エピソードの含まれている命題とインフォーマントが自由再生において覚えていた(と思った)命題との関係である。当たり前のことだが、インフォーマントは必ずしもテキストの内容をすべて覚えているわけではないし、また、テキスト通りの内容を覚えているわけではない。問題はそのズレ・差異をどのように扱うかである。

まず、このエピソード自体を命題分析し図化したものが図5である。キンチュの枠組みによると、こ

れがテキストベース（を概念化したもの）となる。図に示されているとおり、このエピソードは大きく分けて8つの部分から成り立っている。1) 患者である幼児の記述；2) 母親による子どもの状態の認識・説明；3) 診察；4) 医師による診察の結果；5) 医師の診断；6) 投薬説明；7) 再診指示；8) 悪化したケース。

1) 患者

年齢(8ヶ月の赤ちゃん)
性別(女の子)
兄弟(一人っ子)
体重(8500g)

2) 母親の説明

病名(夏かぜ) 原因(寝冷え)
時(土曜の夜)
症状の説明
熱(微熱・日曜日の朝から)
(38.8-38.9℃・今朝)
(36℃・医師訪問時・大人用体温計)
(芯に熱・抱いたとき)
(37℃程度・現在の予想値)
鼻(鼻水・日曜の朝から)
咳(かなり・今朝)
食欲(あり)
見た目(元気そう)
動き(活発)
機嫌(悪い)
便(下痢なし・硬い)

3) 診察

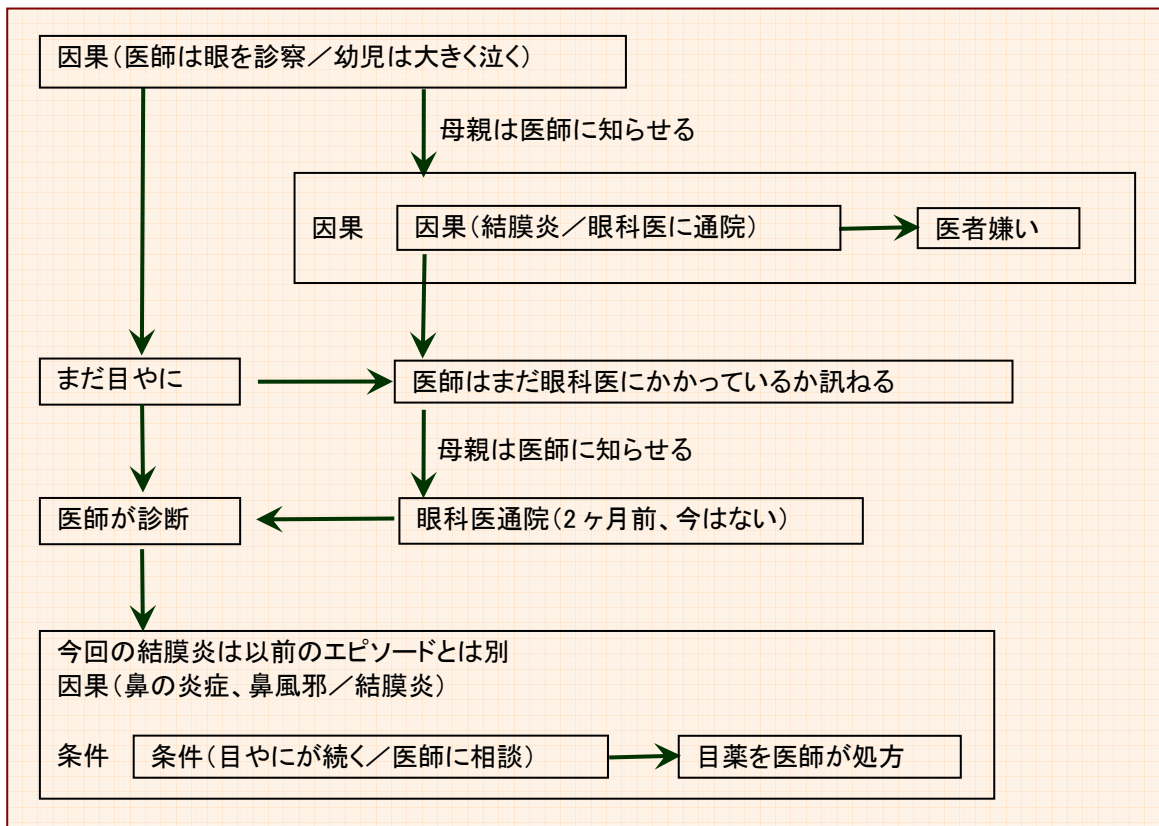
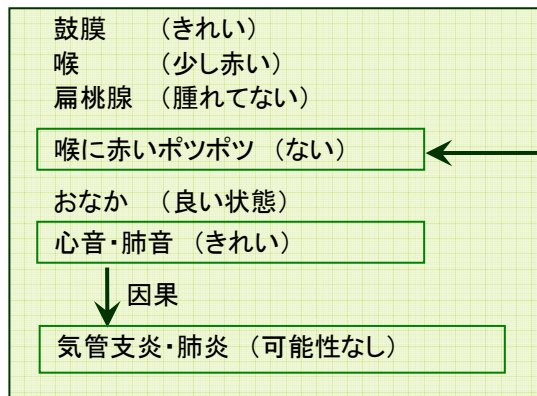
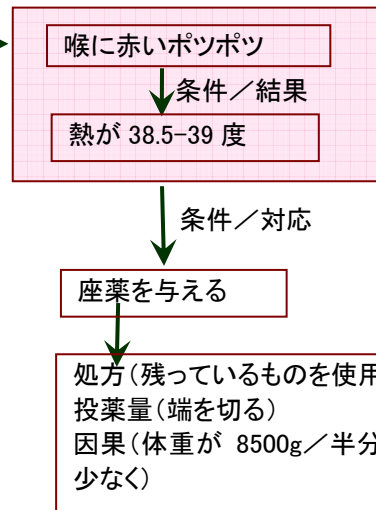


図 5 エピソードの命題分析

4) 診察結果



8) 悪化するケース



5) 診断

因果(鼻の炎症/軽い喉風邪、鼻水)

6) 投薬

抗生物質 (なし)
鼻と喉の薬 (3日分)
(1日3回)
(粉薬を水などで混ぜる)

7) 再診

明後日になってもよくなる

条件/対応

再診

図5 エピソードの命題分析 (つづき)

この図5は超構造である。それは、文単位を越えたディスコースを扱っており、因果関係、条件関係に関しては、それぞれ、「因果(A/B)」「AならばB」、「条件(A/B)」「もしAならばB」のような、その他に関しては、たとえば、「表情(よさそう)」といった「タイプ(トークン)」的な「スロット(値)」構造により構成されている。構成要素のなかには、たとえば体温のように、その値が経時的に変化するものもある。体温を例にとって考えると、それ自体、時間スロットと計測値スロットという2つのスロットをもつ一種のスキーマ構造と考えられる。つまり、「体温(A、B)」「Aという時間に、Bという温度」のように表される知識構造を持っている。

こうした超構造に対して、マイクロ構造は、エピソードの入力が行われた際の初期の文内部単位での(sentential)言語的分析であり(チョムスキー的な生成文法的な構文解析をイメージしてもよいだろう)、マクロ構造は、テキスト文法が指定するような文相互の関係であろう。

ここでまず重要なのは、キンチュのモデルではテキストベースは言語的特質のみに基づいて生成していると指定されているように思われるが、テキストベースそのものもまた、様々な文化的認知モデルが関与し、それが発話の生成と理解に不可欠の役割を果たしているという点である。

4. テキストベース存立への文化的認知モデルの関与

筆者は、アメリカ（ニューヨーク州バッファロー市）、イギリス（北東イングランド、ノーフォーク地方）で調査を行った際に、もともと日本語で行われたこのエピソードを英語に訳し、アメリカ、イギリスのインフォーマントたち（アメリカ 10 名、イギリス 5 名）に読んでもらい、自由に感想、奇妙に思う点をいってもらった。すると当然のことながら、日本のインフォーマントが日本語によってきわめて自然に解釈していたことが、実は多くの文化・社会的装置を前提として成立していることが改めて認識されることとなった。それはテキストベース理解はもちろん、テキストベースが生成される事態そのものに文化的認知モデルが深く関与していることを示している。

それが最も明瞭に現れるものの一つは体温に関してである。体温については各文化・社会毎に際違った相違が見られ、それがエピソード自体にも、またその解釈にも大きく影響する。日米英での体温に関する文化的認知モデルの差異については、別に詳しく議論したので [木村 1998]、ここではまず、体温を測る頻度と「芯熱」という概念の問題について例証的に議論したい。

イギリスのインフォーマントが、上記エピソードを読んで奇異に感じたことの一つは、エピソードの母親が子どもの体温を頻繁に測り、しかも、細かい数字を気にかけている様子であった。これはつまり、イギリスのインフォーマントたちが、子どもの体温を測ることそのものに余り関心を払わないということである。もちろんイギリスの母親たちも子どもが熱を持つことには注意を払っている。体温の上昇が病気の兆候とみなされていないというわけではけしてない。しかし、彼女たちの場合、よく聞かれた言い回しは、「子どもの表情を見れば熱っぽいかわかる」「子どもを抱いてみればわかる」といったもので、体温計の示す目盛り表示に関心を持たないのである。実際、インフォーマントの中には体温計を持っていない家族も存在した（しかもその家族はご夫婦共に中学校の教員をしている家庭である）。

日本においては、母親たちは子どもが発熱していると考えられるときには、少なくとも 1 日に 2 回は体温を測っている。「小児用」のデジタル体温計すら市場には存在し（上のエピソードでもそうであった）、それは、一様にアメリカ、イギリスのインフォーマントたちに奇妙な印象を与えた。実際、子どもの発熱に関しては、水分補給に留意すれば、体温計の目盛りよりも、その子の状態に応じた対処が重要であることは、多くの研究者が主張している。この意味では、イギリス人の対応の仕方は、理にかなっていることになるだろう。

にもかかわらず、日本人が体温計の目盛りに留意するのは、「芯熱」「体の芯に熱がある」という概念が強く関与していると思われる。このエピソードでは、医師が足を触って「足が熱いですよね」と述べたり、「芯に熱があるみたいですね（"[The baby] feels feverish at the marrow." と訳した）」といったりしているが、こうした発話はアメリカ・イギリスのインフォーマントたちには理解不能であった。つまり、熱は「ある」か「ない」かであって、「中にあって表面はない」という考え方は存在しない。したがって、熱があれば、それに対して冷やせばよいという考えが帰結する。それに対して日本人の母親たちが、体温計の目盛りを気にするのは、「たとえ、表面はそれほど発熱を感じなくても、体の芯には熱がまだあり、ぶり返す場合がある」という推論が存在しているからのように思われる⁽⁴⁾。

このような、発熱をどのように経験・解釈するかというかなり広範囲のコンテクストを構成する要素における違いの他にも、診察室・診察法・処方といった患者・医師が会う「医院」という場に限定された要素における違いも数多く存在し、上記のエピソードの生成及びその理解には不可欠である。たとえば、アメリカ人のインフォーマントの中には、医師が最後の場面で、薬の量を決めるのに、体重を母

親に尋ねたのを奇妙に思う人もいた。それは、アメリカにおいては診察前に体重と身長とを測ることになっているからである。また、悪化したケースに関して、医師は「座薬がまだ残っているか（つまり、前に処方した座薬を母親が使いきらずに残しているか）」とたずねている。これは日本人の場合、医師から買った薬を使いきらずに残しておくことが普通だからだが、アメリカ・イギリスにおいては事情が異なり奇妙に思える点である。

この点は保険制度を中心とした社会制度としての医療という問題が析出してくるが、このエピソードで最も端的に制度上の問題を示しているのは、「眼科医にかかった」ということをこの親子にとってかかりつけ医らしい小児科医が把握していなかった点である。プライマリケアとセカンダリケアとの分業が確立していない日本では、このエピソードのように複数の医師に同時にかかることはよくあることであるが、英米のインフォーマントには意外な（つまり彼らの制度に起源を持つスキーマに抵触する）ことである。

5. 「病気になる」という事態の認知的構成

このように、上記のエピソード及びそのテキストベース（概念化）として示したものが、その生成と意味理解とにおいて、文化社会的実践活動とそれに基づく認知モデルとによって構成されていることは明らかであろう。したがって筆者は、キンチュがテキストベースを（狭義の）言語的特質の問題として規定しているのに対し、文化・社会的構成物として規定したい。つまり、私たちの認知活動を、狭義の個人に帰属する認識の問題としてではなく、文化社会的実践活動と我々の認知システムとの協働関係・弁証法的関係において分析しようとするのである。

こうした意味合いにおいて、テキストベースはいわばエピソードが生成する機序を示している。このエピソードに即していえば、母親・幼児・医師と彼らを取り巻いている制度的・文化的・社会的実践活動形式及び文化的認知モデルとがテキストベースを生成させているのである。それに対し、状況モデルはリサーチ・デザインそのものに深く埋め込まれた概念装置であり、このエピソードを読みながら各インフォーマントが生成させたその現場における解釈である。

前にも述べたように、インフォーマントの自由再生によるプロトコルは、図 5 のようなテキストベースにはなっていない。我々の言語活動は、けして相手のいった一語一句を記憶することから成り立っているわけではないからである。むしろ、聞き手・読み手は、自らの関心にしたがって状況モデルを構成している。

この筆者のリサーチ・デザインの場合、筆者は各インフォーマントに対して、後で記憶していくことを記述してもらっても、すべてを記憶して下さいともいわず、エピソードの母親のつもりで読んでもらうよう求めた。インフォーマントは読んでいるテキストのテキストベースを構成しようとしながら、各自の経験やその時の関心のあり方にしたがって、問題を設定し、その問題解決のための状況モデルを生成させるとりあえずいいであろう。

キンチュらのテキスト文法の場合、状況モデルには明確な問題設定があり、その問題解決のための状況モデルと特徴づけられている。しかし、筆者の立場は「問題設定」というのを「関連性設定」と言い換えてもよいくらいに広い範囲で考える。我々の言語使用を含む行為一般は目標志向（goal-oriented）、問題解決（problem-solving）の側面から記述できることは確かであるが、人類学的関心、つまり活動実践における認知（cognition-in-practice）、日常生活世界における認知の場合、「問題」「目標」「プラン」

といった概念は実験心理学が措定する明確に定義づけできるものとは大きく異なっている [Lave and Wenger 1991 ; Suchman 1987 ; Wenger 1998 ; 福島 2001]。

子どもが病気になった場合、その母親にとっての問題はもちろん「病気を治す」ことには違いないが、数学の問題や心理実験における問題とは大きく異なり、何をもって「治った」とするか曖昧であるし、またその問題を解くアルゴリズムは、あるとしても一つ何か最適なものがあるわけではなく、アドホック的な問題設定—意志決定の連続であろう。したがって、このタスクの場合も、インフォーマントは各自各様にテキストから関連性を引き出し、文化的認知モデルを起動させて、状況モデルを生成させていると考えられる。

しかしだからといって、この自由再生プロトコル課題において、インフォーマントはバラバラの答えをするわけではない。もちろんテキストそれ自体に拘束されてはいるが、インフォーマントの記述には、何が言及されやすいか、何が誤解されやすいか等に関して一定のパターンが存在する（これはアメリカ・イギリスでの結果と比較するとより明確となる）。

自由再生プロトコルとテキストベースとの関係には次の3つがある。

- A 自由再生プロトコルに言及がない場合
- B 自由再生プロトコルに言及はあるが、値がテキストベースとは異なっている場合
- C 自由再生プロトコルに言及があり、かつその値がテキストベースと一致している場合

結局日本においては12人のインフォーマントがこの自由再生プロトコルタスクに協力してくれた。表6は上記のように3つの場合に分けて、図5におけるテキストベースの命題とインフォーマントたちの自由再生プロトコルとの対応関係をコード化し、数量化したものの一部である。こうしたデータは数量統計処理にはまったく向かない。むしろ、人類学的調査において、明確に構造化された調査手法は構造化されないフィールドリサーチと相補い合うものである。

筆者の場合には、上記の12人に3人加え、全部で15人のインフォーマントに計半年あまり聞き取り調査を実施した。その中で、実際にインフォーマントたちの子どもが病気にかかった（と思われた）場合にそのエピソードを報告してもらった。エピソード収集においてはクライマンやジェームス・ヤング（James Young）のフォーマット [Kleinman 1978, 1980 ; Young 1980] にしたがって、①病因論的、②症候、③生理学的変化、④経時的変化（重度や病人はどうしているべきかといった規範）、⑤治療法に関するインフォーマントの考え・知識をたずねるようにし、全部で31のエピソードが集められた。

紙幅も尽きてきたので、データの詳細な分析は省かざるをえない。以下ではこの小論の結論として、表6のようなデータの一部をこれまでの理論的枠組みに定位し、日本人の「病気」という事態をどのように認知的に構成しているのか、その文化的認知モデルの一端を析出したいと思う。

先のテキストベースと自由再生プロトコルとの関係において、Aの場合は、スキーマ自体が起動しなかった（インフォーマントがテキストベースの当該箇所に注意を十分に向けなかった）か、スキーマは起動したが、十分な問題＝関連性設定にまで至らず、自由再生プロトコルには含まれなかったかのいずれかであろう。

さらに、後者の、スキーマがいったん起動した場合、後で質問することで、半起動状態のスキーマが情報を保持していて答えられる場合と、テキストベースの値そのものは保持されておらず、それでもなお関連あるスキーマを起動させてインフォーマントなりに推論して答える場合が存在した。

表 6 テキストベースと自由再生プロトコルとの対応関係 (一部)

命題	インフォーマント												合計			
	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	N	2	1	0	
患者																
兄弟(一人っ子)	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	10	
体重(8500g)	0	0	0	2	0	2	1	0	0	2	1	0	3	2	7	
母親の説明																
病名(夏かぜ)	2	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	7	0	5	
原因(寝冷え)	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	9	0	3	
症状の説明																
発熱に関連した事項																
微熱	2	2	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	5	0	7	
日曜日の朝から	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	11	
38.8-38.9℃	0	0	2	0	2	2	1	2	0	0	2	0	5	1	6	
今朝	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	11	
36℃(または平熱)	0	0	0	0	2	1	1	2	0	0	2	0	3	5	7	
医師訪問時	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	11	
大人用体温計	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	9	
熱っぽい(37℃程度)	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	2	0	6	0	6	
いま抱いてみると	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	2	0	4	0	8	
医師の診断																
因果(鼻の炎症/軽い喉風邪、鼻水)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	10	
薬の処方																
抗生物質(必要ない)	1	2	2	2	2	2	1	1	0	0	2	0	6	3	3	
通常の風邪薬	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	2	0	5	0	7	
効果(鼻と喉)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	2	9	
形態(粉末)	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	10	
量(3日分)	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	2	0	4	0	8	
投薬法(1日3回)	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	10	
悪化したケース																
条件(喉に赤いポツポツ/熱が 38.5-39℃)	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	10	
条件(熱が 38.5-39℃/座薬を使う)	2	1	2	2	2	2	2	1	0	2	2	0	8	2	2	
量(座薬の端を切って)	0	0	0	0	2	2	2	1	0	0	2	0	4	1	7	
因果(体重が 8500g/半分より多く、全部より少なく)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	11	

(表の見方: インフォーマントはアルファベットによって識別。数字の「2」はインフォーマントが言及し、テキストベースと一致、「1」はインフォーマントが言及したがテキストベースとは一致せず、「0」は言及なし)

いずれの場合にも、こうしたインフォーマントの対応は、「病気」という事態を構成するのに関連性の低い情報であることを示している。たとえば、このエピソードの幼児が一人っ子であるという命題は 12 人の内わずか 2 人しか言及しなかった。これは、兄弟がいるかないかは、「病気にかかりそこから回復する」というスクリプト型の文脈において、非関与的である (医師にとっては重要であろう) ということであろう。

B は、スキーマが起動し、インフォーマントはそれをこのエピソード理解に関して十分関連性があると判断しているが、スロットの値が何らかの事情でテキストベースのそれと異なった場合である。これは、ひとつにはスキーマの初期値がそのまま状況モデルを構成する値となったか、多くの値が言及された (たとえばこの場合「体温」は異なった時間のものがいくつか言及され、状況モデルを構築する際に

障害となっている) ため、一つ一つを保持しきれなくなった場合も考えられる。

たとえば、表 6 をみるとわかるように、熱に関してインフォーマントは、このテキストベースに言及されているすべてを記憶しているわけではなく、「熱っぽい」ことを示す箇所のいずれかを 1 カ所言及しているだけである。おそらく病気に関するスキーマの「体温」スロットは、〈平熱・微熱・発熱・高熱・危険〉といった値を持っている。この場合、〈微熱〉という値で十分な関連性が得られ、状況モデルにはその値が一時記憶されているはずである。それを「記憶している限り内容を書き出して下さい」という要求に、数値まで思い出そうとすると錯誤が生じるのである。

あるいは、「抗生物質」に関して 9 人が言及しているが、3 人は「投与する」としていた。インフォーマントたちは抗生物質投与に敏感であった。抗生物質こそが西洋医学の病因論の中心的教義（病原体が原因であり、それを駆除すれば病気は治る）を支え、人々の医学への信頼を形成するのに大きな役割を果たしてきたが、その過剰投与と副作用への懸念が特に幼児を持つ母親たちには共有されている。3 人のインフォーマントは、「抗生物質」という言葉のみによって、それが関与するスキーマを起動させ（たとえば、医師の投薬に関するスキーマ、抗生物質という概念そのもの）、自由再生プロトコルに現れた可能性が高い。

一方、テキストベースの値が、スキーマの変数としてかなり珍しい場合には明確にその情報は記憶され、自由再生プロトコルにも現れる場合もある。たとえば、高熱が出た際の座薬の投与法は「半分だと少ないし、1 個では多すぎますから、熱が出たときには、角を切って使って下さい」という稀な指示になっている。すると、表 6 にあるように、12 人のインフォーマント中 5 人がこの命題に言及し、そのうち 4 人はテキストベースに合致していた。

しかし、C の場合の多くは、そうした意味での「まれな」値というよりはむしろ、子どもが発熱し、風邪をひいた母親にとって関連性の高い情報とは何かを示すものである。たとえば、座薬に関しては、「熱が 38.5-39 度になったら座薬を使う」という情報が、「喉に赤いポツポツができれば高熱になる」という因果関係や座薬の投薬法よりも明確に言及されている。これは、先のガロの研究において示唆されていた点、つまり、ある病気に関する文化的認知モデルは、病気の原因と結果との間のメカニズムに関してよりも、本来的にエピソード的であり、症状・徴候との関連で理解されるものだ、という点に関与している。

表 6 においては、病気の原因としての「寝冷え」が、12 人中 9 人が言及しているのに対し、「鼻風邪が、喉風邪と鼻水との原因である」という医師の診断にはわずかに 2 人しか言及していない。実際、インフォーマントたちから収集したエピソードの内、風邪に関連したものは 14 エピソードあったのだが、その原因としてインフォーマントたちがあげたのは、

寝冷え	4 エピソード
天候不順	3 エピソード
疲れ	2 エピソード
兄弟姉妹からうつった	3 エピソード
幼稚園でうつった	1 エピソード
スイミング・スクールでうつった	2 エピソード

であった（複数回答あり）。「寝冷え」という概念は、米・英ともに説明してもなかなか理解が得られなかった。セシル・ヘルマン (Cecil Helman) は、ロンドン郊外の調査を基に、「髪をぬらしたまま外出す

る」といった命題が風邪の「原因」として説明されると報告しているが [Helman 1978]、「寝冷え（「睡眠中に布団をはいだりして体を冷やしたために、下痢や風邪などの症状を起こすこと」大辞林）」というのは、イギリスのインフォーマントも違和感を感じたようであり、ましてアメリカ人は「風邪はウイルスでおこるもの」と一言で片づけてしまうインフォーマントが大半であった。

では、日本人にとって、「寝冷え」とはどうして「原因」となるのであろうか？筆者の仮説は、日本人が風邪のような病気を経験として事態化する文化的認知モデルの中で、その原因に関する（サブ）スキーマは、「時」「場所」「体力低下」というスロットを持っているというものである。つまり、日本人は風邪が「うつった」としても、「いつ」「どこで」あるいは「その人がかかった理由として何らかの体力低下要因」のいずれか（あるいは複数）が特定化されていないと、理由としては不十分に感じるのである（つまり、スキーマのスロットに値がない）。

この意味で「寝冷え」という概念は、「--の夜」「家で寝ていたときに」「寒さに対して寝ているという無防備な状態で曝されて」風邪にかかった、と、原因の文化的認知モデルをきわめてよく満たすものである。他のインフォーマントがあげた理由というのもすべてこの文化的認知モデルに関与しており、スキーマ型知識構造の存在を示唆していると筆者は考える。

5. 結語

この小論において、筆者は、認知人類学における特性モデルから文化的認知モデル理論への移行を体系的に議論しながら、「病気になること」について、認知人類学の観点からアプローチを試みることにを行った。そしてその具体的な試みの中で、文（命題）単位が主である文化的認知モデル理論を、語彙、カテゴリーの相互関係、そして、文を越えた単位へと拡張することを具体的な方法論的手続きを含めて行った。

本稿で展開したような議論はたしかに形式主義的すぎるきらいがある。しかし、アメリカ認知人類学の方法と理論とは、日本の文化人類学にとって積極的な学術的意味をもつと筆者は主張したい。それは、文化人類学の中核的価値が、フィールドワーク、参与観察を中心とした質的調査、質的研究に依拠していることは間違いないとしても、社会科学をとりまく状況は大きく変化してきており、そうした変化への対応を文化人類学は余儀なくされている側面があると考えられるからである。

一方で、社会学、心理学、経営学、教育学など、社会科学、行動科学の諸領域、さらには、医療看護などの臨床科学において、フィールドワーク、質的調査への関心、重要性の認識が高まり、調査研究蓄積が行われつつある。したがって、もはや、参与観察、フィールドワークを中核とした質的調査をもって文化人類学の固有性、独自性を主張することは難しい。さらに、文化人類学が研究対象とする社会的主体に関して、流動性、柔軟性が高まるとともに、学術的研究においても、比較的短いサイクルでの成果が期待されていることから、文化人類学が学術的成果を生み出す枠組自体を問い直す必要性に迫られている。

他方、デジタル技術、ネットワーク技術（コンピュータ、インターネット）の革新と普及は、社会科学の調査対象、調査方法、分析手法の各側面において大きな変化をもたらしてきた。調査方法としては、ログ取得、映像、音声データ収集など、人々の行動を記録、データベース化し、検索、ソート、図表化などの操作を大量のデータに対して容易に行うことが可能になっている。分析手法においても、統計的

手法が容易に利用可能になった。とくに、従来の母集団推計のための統計ではなく、データの特徴を抽出する統計的手法（主成分分析、数量化理論など）、データマイニング、テキストマイニング手法が開発され、社会学者にとっても比較的容易に利用できる形で提供されつつある。

文化人類学において、非構造的な手法にもとづく質的調査が、今後も中心的役割を果たすことは間違いないとしても、上記のような環境の変化に対応し、構造的な手法による質的調査、さらにはある種の量的調査もまた、自家薬籠中の理論と方法に取り込む必要があるのではないだろうか。

このような観点から、文化を「ある社会集団の成員として適切に振舞うための知識、コード、規範」、「人々が社会的に行動するための動機を与える知識、力」と規定する認知人類学の視座、そうした知識、規範、力を定式化、モデル化する方向性は、文化人類学（とくに日本の）にとって開拓の余地を残している。筆者は、プロトタイプ理論、認知意味論、文化的認知モデル、状況モデル理論など、本稿で議論した方法・理論から、文化人類学独自の文化理論を発展させる可能性が広がっていると考える。文化を人々が経験を解釈し、構造化する働きの側面から、経験をイベントとして構造化する側面から捉えようとする、その中心となる理論上の視座は、1960年代の認知人類学誕生から変わってはいない。この中心となる文化の捉え方をどう成熟させていくかが理論上の課題であろう。残された課題は非常に広範囲に渡るが、この小論が、これからの理論・方法論上の発展に向けて何らかの出発点になることを期待したい。

●——註

- (1) 本稿では、「認知人類学」を、アメリカ文化人類学という文脈において捉え、レヴィ=ストロースに代表されるフランス構造人類学や、その影響を強く受けたリーチらイギリス社会人類学における構造言語学的志向性を持った議論などは、基本的に考慮の外におく。フランスやイギリス人類学における動向を踏まえた認知人類学のメタ理論的考察は、[松井 1991] を参照。
- (2) 当初、「ニューエスノグラフィー」、「エスノサイエンス」と呼ばれた研究領域は、その後、[Tyler ed. 1969] を契機として、「認知人類学 (cognitive anthropology)」という呼称が定着していく。
- (3) バーリンとケイは、基本色彩語彙を操作的に定義し、彼らのサンプルとなった98の言語すべてに関して、基本色彩語彙が、黒、白、赤、緑、黄、青、茶、紫、ピンク、ダイダイ、灰の11色の目録から成り立ち、各言語はそれぞれの言語の基本色彩語彙をその中から選択していることを示した。そして、基本色彩語彙は、基本色彩カテゴリーの名称となり、中心的な成員は普遍的に同一だと主張した。
- (4) ただし、その後の調査において、日本における20代の母親たちの中には、「芯熱」という概念を持たない人々も存在してきた。筆者の最近の調査では、約半数が「芯熱」を知らないと答えた。こうした人々がどのように発熱に対処するかは今後の興味深い調査の主題である。

●——引用・参考文献

Anderson, John A.

1990 *Cognitive Psychology and its Implications*. 3rd ed. New York: Freeman and Company.

Berlin, Brent and Paul Kay

1969 *Basic Color Terms: Their Universality and Evolution*. Berkeley, University of California Press.

Boster, J.S., S. Weller

- 1990 Cognitive and contextual variation in hot-cold classification. *American Anthropologist* 92:171-179

Chailkin & J. Lave eds.

- 1996 *Understanding Practice: Perspectives on Activity and Context*. MA: Cambridge University Press.

Collins A. and Quillian M.

- 1969 Semantic hierarchies and cognitive economy. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 8, 7-24.

D'Andrade, R.G.

- 1976 A propositional analysis of U.S. American beliefs about illness. In K.H.Basso and H.A.Selby ed., *Meaning in Anthropology*, Albuquerque:University of New Mexico Press, pp. 155-247.

D'Andrade, R.G., N.Quinn, S.Nerlove, and A.K.Romney

- 1972 Categories of disease in American English and Mexican Spanish. In *Multidimensional Scaling: Theory and Application in the Behavioral Sciences*, vol.2: Applications. New York: Seminar Press. Vol. 2, pp. 9-54

Dougherty, J. ed.

- 1985 *Directions in Cognitive Anthropology*. Urbana: University of Illinois Press.

Frake, Charles O.

- 1980 *Language and Cultural Description: Essays by Charles O. Frake*. Stanford: Stanford University Press.

Freyd, J. J.

- 1983 Shareability: The social psychology of epistemology. *Cognitive Science* 7: 191-210.

福井勝義

- 1991 『認識と文化—色と模様—の民族誌』、東京大学出版会

福島真人

- 1994 「認知という実践—「状況的学習」への正統的で周辺的なコメント—」『状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加』産業図書, 123—181.

- 2001 『暗黙知の解剖—認知と社会のインターフェイス』、金子書房

Garro, Linda C.

- 1988 Explaining high blood pressure: Variation in knowledge about illness. *American Ethnologist* 15(1):98-119.

Helman, Cecil

- 1978 "Feed a cold, starve a fever": Folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 107-137.

Holland, Dorothy and Naomi Quinn eds.

- 1987 *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge University Press

木村忠正

1998 「体温の民族誌」『文化とところ』2(3), 34-54.

Kintsch Walter

1986 Learning from text. *Cognition and Instruction* 3(2):87-108.

1998 *Comprehension: A Paradigm for Cognition*. Cambridge, UK: Cambridge University Press

Kintsch, W., and J.G.Greeno

1985 Understanding and solving word arithmetic problems. *Psychological Review* 92: 109-129.

Kleinman, Arthur

1978 Clinical relevance of anthropological and cross-cultural research: concepts and strategies. *American Journal of Psychiatry* 135: 427-431

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Lakoff, George

1987 *Women, Fire, and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*. Chicago: The University of Chicago Press.

Lakoff, George, and Mark Johnson

1980 *Metaphors We Live By*. Chicago: The University of Chicago Press.

Lave, J.

1988 *Cognition in Practice; Mind, Mathematics and Culture in Everyday Life*. MA: Cambridge University Press

1996 The practice of learning. In S. Chaikin & J. Lave eds. pp. 3-32.

Lave, J. and E. Wenger

1991 *Situated Learning*. NY: Cambridge University Press.

Malinowski, B.

1961 *Agronauts of the Western Pacific*. NY: Dutton.

松井 健

1991 『認識人類学論攷』、昭和堂

Quillian, M. R.

1968 Semantic memory. In M. L. Minsky ed., *Semantic Information Processing*. Cambridge, MA: MIT Press, pp. 216-270.

Quinn, Naomi

1987 Convergent evidence for a cultural model of American marriage. In D. Holland and N. Quinn eds., pp. 173-194.

1991 The cultural basis of metaphor. In J. Fernandez ed., *Beyond Metaphor: The Theory of Tropes in Anthropology*. CA: Stanford University Press, pp.56-93.

Romney, A. Kimball, Susan C. Weller and William Batchelder

1986 Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy. *American Anthropologist* 88:313-339.

Rosch, E.

1978 Principles of categorization. In E. Rosch and B.B. Lloyd eds., *Cognition and Categorization*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. pp.27-48.

Suchman, Lucy A.

1987 *Plans and Situated Actions*. MA: Cambridge University Press.

Tyler, Stephen ed.

1969 *Cognitive Anthropology*. NY: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

van Dijk, T.A. and Kintsch, W.

1983 *Strategies of Discourse Comprehension*. NY: Academic Press.

Wenger, Etienne

1998 *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. MA: Cambridge University Press.

Young, James C.

1980 A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. *American Ethnologist* 7(1):106-31.