

健康を語る 視覚 コミュニケーション

健康認識学の試み

1993年10月11日

守山正樹

長崎大学医学部衛生学教室

健康を語る視覚コミュニケーション

__健康認識学の試み__

0	前書き	1
1	なぜ描くのか	4
2	誰でもが描くには？	
2. 1	自由な表出とアナログ画	16
2. 2	伝えるための状況説明画	30
3	自覚症状を描く	
3. 1	自覚症状を系統的に描く	41
3. 2	人との出会いから描く	54
3. 3	多様な理解と発展	76
3. 4	漫画か略画か	89
4	コミュニケーションの壁を壊す	
4. 1	心の壁を越える	97
4. 2	聴覚障害者への支援	105
4. 3	地域保健活動と視覚コミュニケーション	118
5	健康認識学の試み（以下、未定稿）	121
5. 1	トップダウンからボトムアップへ 健康の定義	
5. 2	過程から見た健康認識学 自由な表現 自分自身の枠組みに気づく Progressive Focusing Triangulation	
5. 3	多様性から学ぶ	
5. 4	By Product としてのツール	

前書き

この本の目的は、健康に関してよりよい相互理解を生み出すことを目的として、人の感性を大切にしたい知識のあり方を考え、人と人とのコミュニケーションを視覚的に支援することを中心にいくつかの具体的な提案をすることにあります。

20世紀も残すところわずかの現在、わが国の社会が変動する速度はこれまでに例のない水準に達しています。科学技術への依存度がさらに高まり、社会の情報化が進行する一方で、「部分よりは全体を見る立場」、「競争よりは共に生きることを目指す立場」、「物よりは心を大切にしたい立場」などへの回帰も見られ始めています。このような時代において、我々は自己と他者の健康をよりよく理解し、何かをなすために、どのような物の見方、考え方を必要としているのでしょうか？

「人が健康に関して他者の話すことを聞き取れなかったり、自己を表現することができなかったりすると、色々と困ったことが起きてくるようです。例えば病気になって病院に行っても、受け付けで自分の名前が呼ばれたかどうか分かりません。医師や看護婦から何かを聞かれても、何かの指示を受けても、それを理解できません。自分の体のどこがどのように具合が悪いのか、自分は今何を望んでいるか、などを医師や看護婦に伝えようとしても、それを他者が了解可能な形として表現することが困難です。このような問題をもっと突き詰めてみたいのですが、どうしたらいいのでしょうか？ 問題をどのような方向で解決していったらいいのでしょうか？」
5年ほど前のある日、社会医学の講義が終ったあと、学生のN君から突然このような質問を受けた私は、答えに窮してしまいました。

最初に困ったのは、このような場合にどのような手順で、問題に取りくんでゆくべきかが私には分からなかったことです。何かのきっかけで問題の一端に触れた場合には、まず適切な調査によって問題の全容を把握し、その核心を明確にしてゆく

ことは社会医学で通常採用する方法です。N君の質問についても、それをさらに突き詰めてゆくためには、何等かの調査が必要だと考えられました。しかし、このN君が取り上げた状況で実際に調査を行おうとすると、その前にいくつかの課題を解決しなければなりません。例えばこの状況には、「コミュニケーションの障害をどのように乗り越えて相手を理解するか」という課題が含まれています。しかし一般の調査方法は少なくとも調査の場面において、対象者が調査者の意図を理解し、調査者の質問に回答できることを前提にしています。もしコミュニケーションの障害があるのであれば、その障害の程度と種類によっては、調査を普通に進めること自体が困難になります。ではどうしたらいいのでしょうか？ もしそのコミュニケーションの障害が、使用されている言語への理解不足によるものであるなら、別な言語への翻訳によって、調査が可能になるかもしれません。さまざまな原因による聴覚や視覚の障害がもとになっているなら、手話や点字など他の方法でコミュニケーションを補えばよいかもしれません。しかしコミュニケーションの障害が、当事者の価値観や認識にまで影響を与えているのであれば、調査はさらに困難なものになります。調査の前に解決しなければならない課題が次々に見えてくると、「まず調査をする」という方針自体が適切でないとも考えられます。さらにN君の質問には、「問題を理解するだけでなく、どのように問題を解決してゆくか」という課題も含まれています。たとえ調査が順調に進んで事態を把握できたとしても、それが問題解決につながらなければあまり意味がありません。では調査から問題解決に至る過程をどのように捉えたらいいのでしょうか？

社会医学の研究者であることに多少の自負を持っていた著者ですが、結局そのときにはN君の質問に的確に答えることができませんでした。著者がそれまで学んできた社会医学に関する知識や方法を直接に応用することでは、この問題への対処ができなかったのです。そのとき、困り果てた頭の隅で直観的に閃いたのは、「描くことでなんとかできないか」という考えでした。それほど深い見通しがあったわけではありません。ただしばらく前から、「健康診断の結果を楽しく分かりやすくするために、検査結果を顔の絵にする」という試みを始めていたため、それから単純に連想しただけでした。

しかし、その苦し紛れの発案「健康を描く」は、それから予想もしていなかった方向へと進み始めました。「描く」ことが、「問題をより深く考える」ことにつな

がり、その中で、健康に関してこれまでに採用されてきた専門家中心のトップダウン的な接近方法とは異なる、対象者や住民の物の見方を大切に、それをコミュニケーションの中から明かにしてゆくボトムアップ的な接近方法の萌芽が見え始めて来たのです。この萌芽が本物であるならば、それに至る試行錯誤の過程や可能性、問題点などをまとめ、多くの方からご批判やご助言をいただくことで、芽が大きく育ち始めるのではないかと考えて、本書をまとめました。

第1章では、長崎の地における地域保健活動の中で、直観に導かれて始めた「対話の中で描く」という方針について、それを直観で終らせずに、一つの研究方針として位置づけることを試みています。また第2章以下では、「対話の中で描く」を実践しながら、1) 健康と関連して、感じたり漠然と考えることは出来ても、それを説明するのは困難であることを、目に見える形として取り出すこと、2) それを通して健康についてより深く考えること、3) 描き考えることを通して、健康に関するコミュニケーションの壁を乗り越えて行くこと、などを試みています。

本書の提案が、健康と関連したコミュニケーションの障害を乗り越えることの一助となり、健康に関する科学の新たな発展につながることを祈っています。

1

なぜ描くのか？

1 なぜ描くのか

本書で追求してゆくのは、健康に関連して「よりよい相互理解」を生み出すための知的活動とは何か、それをどのようにして実現するか、という問題です。この章の前半の部分では、健康に関する理解・認識と関連して、(1) 日常的な対話、と(2) 専門家が主導する調査・教育、という二つの方向から得られる相互理解について考察します。さらにこの章の後半部分では、よりよい相互理解を求めて、(1) の日常性を大切にしながら、(2) の持つ欠点を乗り越えられるような、第三の方向の設定を試み、そこで採用されるべき新たな研究の方針を考察します。

1 どのように知り、どのように知らせるか？

20世紀末を迎えて、わが国の平均寿命は欧米諸国の水準を抜き、世界で最も長寿の国となりました。このような長い寿命は感染症の減少などによって達成されています。しかしこれと逆に壮年期、老年期においては心血管系の病気が増えるなど、慢性的な病気が増加しています。このような中で、ただ病気を克服するのではなく、病気や障害があつたとしても、一人一人の市民が自らの能力に応じて、社会に参加し、社会に貢献できるような環境を作ることが望まれています。健康について「よりよく知ること」と「よりよく知らせること」を大切にし、よりよいコミュニケーションを育てて行くことが課題となっています。以下では日常対話の視点と専門家の視点のそれぞれから、「知ること、知らせること」の意味を考えてみます。

日常対話の視点から

私たち人間は社会的な生き物です。常に他者との関わりの中で生きています。この関わりの中で、「相手を知ること」、「相手に知らせること」などのコミュニケーションは基本的なものです。ではこの「知ること」、「知らせること」の中身が健康に関することであれば、どのようなようになってくるのでしょうか？ 目の前にいる友人に、全般的な体の健康状態を尋ねるような場合であれば、普通の会話と特に変わる点はないでしょう。「今日は元気ある?」、「お変わりありませんか?」、「顔色がよくないようですが、どうしました?」などは、健康に関する問いかけとして使われます。それに対し「ちょっとね」、「体調を崩しています」、「昨日の疲れがまだ残っているようです」などの答えが返ってくるかもしれません。さらに「え? 大丈夫?」と聞き返したり、「昨日夜更ししすぎたせい?」、「残業が続いているためですか?」と原因を予想した質問が続くかも知れません。「そんなに働きすぎるとよくないよ?」、「少しは休んだら?」などの助言がなされることもあります。このように日常対話の中では、短い言葉のやりとりの中で、事が少しずつ明かになり、事態が徐々に進展して行きます。「知ること」や「知らせること」はそれぞれ単独では存在せず、様々な「知ること」、「知らせること」が多様に噛み合い、重なりあうなかで、理解や洞察の形成も認められます。しかし対話を進めれば、誰にでもすぐに深い理解や洞察を得られるわけではありません。ほんの僅か言葉をかかわただけで、相手のイメージや考えを読み取れる場合もある一方で、たとえ長時間に渡って対話を継続できたとしても、相手を理解できない場合もあり得ます。対話は重要なものですが、日常生活の中に埋め込まれてしまうと、掴みどころのないもののようにも見えます。

専門家の視点から

日常対話の中で形成される情報が意味深いものであっても、それが専門的に評価される場面は多くありません。一人の健康について、より深く系統的に情報を得ようとしたり、あるいは人々について、より厳密に整理した形で情報を得ようと考えると、健康に関するコミュニケーションは日常の対話の水準を離れ、健康に関する専門家が関与する領域になってきます。では健康に関連して、「相手を知ること」や「相手に知らせること」をより専門的・学問的に行うために、通常はどのような手順がとられているのでしょうか？ 健康に関する科学の中では、「相手を知ること

と」は健康調査の方法論として展開されています。相手を知ろうとしたときに、調査者はまず自分が知りたい問題が何であるかをはっきりさせることから始めます。調査目標が明かになったあとは、それをもとに具体的な疑問、質問を作っていきます。実際の調査を目前に控えた段階では、それらの疑問、質問は、調査者の論理的な展開によって、順序づけられており、番号をつけて、紙に印刷されている場合があります。実際の調査に当って、ある場合には調査者はそれらの疑問、質問のリストを頭の中にイメージしながら、対象者の考え方、態度、行動などを観察します（観察法）。調査者が疑問、質問のリストにそって口頭で質問し、回答を得る場合もあります（面接法）。また印刷された質問のリストを対象者に渡して、対象者に答えを書き込んでもらう場合もあります（質問紙法）。いずれかの調査で得られたデータは、多くの場合数値に変換され、それらの数値の分布や相互の関連性が検討されます。

「相手を知ること」が調査の方法として体系化されている一方で、「相手に知らせること」は、健康教育の方法論として理解されています。健康教育は対象になる人々が、なんらかの健康上の問題を解決し、健康をよりよい状態にすることを目的として行われます。正しい知識を対象者に示しさえすれば、すぐに対象者がそれを受け入れるのであれば事は簡単です。しかし、対象者が身につけて来た知識・態度や行動を変えるにはそれなりの作戦が必要です。そこで対象者が健康について正しいまたは必要な知識を獲得し、健康に好ましい態度を身につけるためには、対象者の知性や感性への働きかけが行われます。知性への働きかけの中では、健康に関する知識が正しく、権威あるものであることを印象深く示すための方法が考えられています。また感性への働きかけとして、健康の素晴らしさをそれとなく情緒的に訴える立場から、健康が損なわれたときの惨めな様子を示して強く恐怖心に訴える立場まで、さまざまな立場があります。知識や態度など行動の前提となる要因に対する働きかけに加えて、対象者の行動に働きかけることも行われます。この働きかけの元になっているのは、行動は報酬を与えられると強化され、罰を与えられると減弱・除去されるという行動主義の考え方です。健康にとって望ましい行動が現れれば、それは賞賛されたり元気づけられたりし、健康をそこなう行動が現れれば、それは非難の対象になります。このような行動への直接的な働きかけに加えて、望ましい行動が現れやすくなり、損なう行動が現れにくくなるような環境を作るなどの間接的な働きかけも行われます。

2 これまでの専門家中心の方法が持つ弱点

以上に示したように、日常の対話の中でも何気なく現れている健康に関して「何かを知る、あるいは何かを知らせる」ということは、それが専門家の手に掛かると細かく専門化され、理詰めで説明されるものになってゆきます。このような専門的な物の見方、知識はそれが整理されてマニュアルの形になると、それを保存したり、他の状況で活かしたりすることが可能になります。またそれを学習することで、健康に関する専門家を養成することもできます。このような健康に関して現在成立している専門的な物の見方は、我々の先輩が健康に関して積み上げて来た知的遺産と考えられます。しかし、知的遺産に頼る方法が、変化の激しい日常に生きる市民の現実の物の見方、考え方とすれちがってしまうことも考えられます。

健康調査の場合

例えば専門家が市民の現状を知ろうとして行う調査は、市民の側からどのように見えるでしょうか？ 市民の健康状態や健康に関する態度、物の考え方などを把握するために、学校や、職場や、地域で、さまざまな調査が行われます。幼稚園あたりから始めてその後生涯にわたり、私たちはさまざまな種類のアンケートや調査に答えを求められる状況になれています。あなたは、これらの調査に答えながら、質問の意味がよくわからなかったり、「なぜこんなことを聞かれるのか」と疑問に思ったことはないでしょうか？ あるいは、「もっとこのような事を質問して欲しい」、「このようなことの方が調査が必要ではないか」などと思ったことはないでしょうか？ こうした場合、疑問が湧いてきても、その調査表を用意した専門家自身はその場にはいないことが殆どで、発言したくても、その機会は閉ざされています。調査が市民にとってわかりやすいものになるような配慮は専門家もしているはずですが、しかしその際のわかりやすさは、専門家が専門家としての視点からコントロールしているわかりやすさであり、その情報を受け取る市民が自ら主張できる「わかりやすさ」ではないということになります。

健康教育の場合

次に知らせることの意味を、健康教育の場合について考えてみましょう。健康教育を目的として病気の仕組み、望ましい食事や運動を解説した資料は数えきれな

い程あります。最近のこれらの資料は多色印刷がされており、イラスト、カラー写真もよく活用されています。中に書いてある内容もその道の専門家が用意したものですから、最新の知識が盛り込まれているはずですが、人は十人十色と言われる。健康状態についても、健康に関する知識についても、一人として同じ人はいません。あたりまえのことですが、その資料にいくらためになりそうなことが書いてあっても、またどれほど高度の印刷技術を駆使して美しく印刷してあったとしても、それが本当に一市民としてのあなたにとって、わかりやすく、あなたが求めることに答えているかは、わかりません。

問題の所在

さて、一体何が問題なのでしょうか？ 専門家が体系化してきた健康調査や健康教育の方法は、結局専門家の物の見方、考え方を住民に押し付けてしまうトップダウンの形式が中心になっています。最近では住民の自主性を尊重するとして、一方的な講義だけではなく討議などの方法も使用されていますが、これらも専門家の演出によっており、専門家の主導という点では共通しています。専門家が常に住民よりも優れた見通しと経験を持っており、起こって来る事態が専門家にとって対処できるものであるなら、物事の判断や決定を専門家に任せてしまうことも、それなりに意味を持ち得ます。しかし、20世紀末の現在において、我々人類が直面している事態は、「地球環境の汚染の進行」、「世界人口の爆発的増加」、「エイズの蔓延」、「社会の流動化と価値観の多様化」などいづれにしても、専門家ですら経験したことの無い新たな事態です。新たな事態において、混乱に直面する度合は、一般の市民よりむしろ専門家の方が著しいとも言えます。このため、既存の知識・権威を頼る専門家を頼みにするトップダウンの方法だけでは先が思いやられる状態です。ではどのようにしたらいいのでしょうか。新たな事態にも深い理解を持つ専門家をできるだけ早く養成し、新たな手引書を造って行けば、多少の時間的な遅れがあったとしても、問題を解消できるのでしょうか？ それとも、トップダウン的な接近法とはまったく異なった接近法を目指すべきなのでしょうか？

3 第3の立場の可能性、教育情報工学から学んだこと

新たな接近法の可能性について考えあぐねていたときに出会ったのが、教育情報工学の考え方でした。佐藤隆博氏は教育情報工学を「教師の教育情報を取り扱う力量や、指導の力量を高める具体的な方法・技術の開発をめざす教育方法の情報工学」と定義しています。この教育情報工学における物の見方で参考になる点は、「相手を知ること、相手に知らせること」を本質的に重要なことと考えているだけでなく、「どう知るか、どう知らせるか」を表裏一体のものと考えた上で、そのこと自体を直接に研究の対象としていることが挙げられます。長崎における地域保健活動の活性化を考える中で、松原伸一氏と出会って共同研究を始め、さらに佐藤氏との出会いを通して、著者が教育情報工学の考え方に触れ、それを保健活動の中で具体化した経緯は、前書「対話からの地域保健活動」に述べました。ここでは本書での問題解決に役立つ範囲で、この教育情報工学の考えの主要な点をまとめます。実際の教育情報工学は情報工学的な接近方法が教育現場での問題に適用されて生まれた学問であるために、実践も教育現場を中心になされ、理論や手法も教育現場をイメージしています。しかし、以下では教育情報工学の発想を著者なりに解釈した上で、「発想の特徴」として以下の3点を示しました。

発想の特徴 1

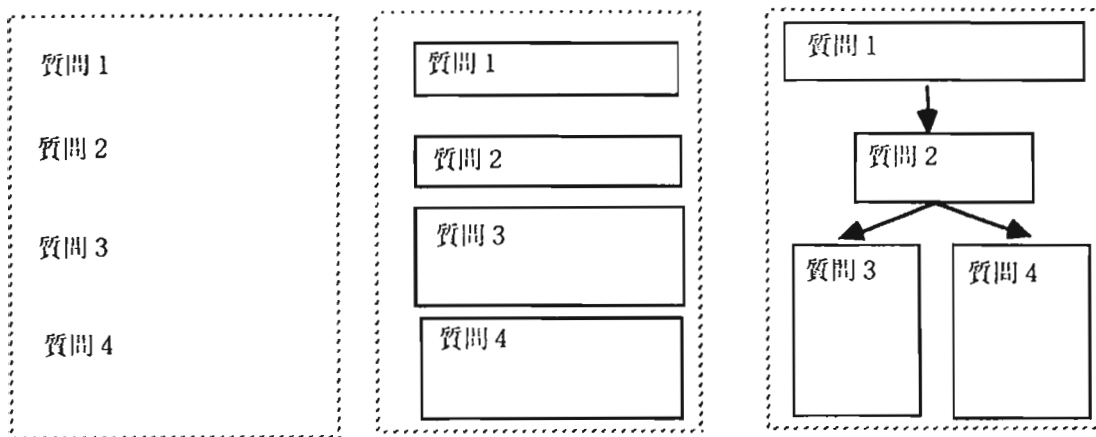
調査・教育というように二つの過程を分離しない。全体を知識や情報の双方向のコミュニケーションとして統一的なものとして扱う。

佐藤隆博氏は教育情報工学のニーズを捉える上で、「教育の場で実際に教えている先生や学んでいる生徒たちの心理のひだの中にわけ入ること」の重要性を指摘しています。健康についてよりよい相互理解を達成する課題を考えたときも、この指摘は重要です。健康の専門性からみれば、ここは健康調査、ここは健康教育、というように分離できるかもしれませんが、健康に関する現場のコミュニケーションにおいては、「知ること」と「知らせること」が互いに支えあっています。そこでこの二つの過程を統一的な物として位置づけられる物の見方が求められています。

発想の特徴 2

目標を実現するために具体的な手法を作る。

教育情報工学は、教育情報を分析するという方向性だけでなく、教育情報の取り扱いに関する方法論と具体的な方法・技術を開発する、という方向性も持っています。必要があれば、問題解決に必要な考え方や道具を積極的に作ってゆくという発想は、工学にルーツを持つものかもしれません。いづれにしても、専門家として情報を分析し、注釈を加えるだけでなく、新たな考え方や方法を作るという発想は、健康の問題にも有効だと考えられます。一般に、新たな方法や技術を開発するというと、かなり高度なことに思えるかもしれませんが、もっと気楽に考えていいように思います。コンピュータを駆使した装置も新たな方法でしょうが、一枚の紙であっても新たな方法となり得ます。



発想の特徴 3

結果より過程に注目する。

教育情報工学から学ぶべきことのの一つは、「結果として出来上がったものも大切だが、その結果に至る過程の方がもっと大切だ」という発想だと思います。例えば、健康を知るための調査表をデザインする場合を例にとれば、結果としての完成された調査表は、ああでもない、こうでもない、と様々な見解を取り入れながら調査表をデザインしてきた過程の産物です。また健康調査表に回答する場合を例にとれば、すべての質問に記入を済ませて提出された回答済みの調査表が結果であるのに対し、それに先行して、一度書いた答えを消して別な答えを書き直すなどの試行錯誤の過程が存在しています。これらの場合、最終段階である完成された調査表や回答済みの調査表は、整ってはいても、そこから生き生きした思考の流れを読み取ることは困難です。一方、最終段階に先行する試行錯誤の過程は混沌としていま

すが、その混沌とした状態こそ実際の思考の流れを表しています。このような試行錯誤の過程を大切にす手法として、例えば佐藤隆博氏が考案されたISM構造学習法があります。この方法では学習内容の概念構造をチャートとして表しますが、そのチャートを教師が教材に関する自身の考えを明確にしてゆく場合や、生徒が自身の理解をより明確にして行くために用いられます。このチャート化する過程は、佐藤隆博氏によれば「ものがわかってゆく過程」、すなわち「素材となる情報の間の対応関係を見つけていく過程、特に新しく入ってきた情報と既に知っている情報との間の対応関係を見いだす過程」といわれます。

上述した三つの発想の特徴のうち、1と3はこの章の冒頭に述べた日常対話の発想に近いと言えます。しかし、特徴の2である具体的な手法を作る点からすれば、ただ対話を行うだけでなく、その対話を育てるための科学的な手順の確立を指向していることが明らかです。そこでこれらの発想から形成される新たな立場を、最初に挙げた二つの立場に対し「第三の立場」として、「対話を大切にした健康に問題解決学」を設定することができます。

4 手書き顔グラフの経験

発想を新たにしたからといって、突然すべての問題を解決できるような理想的な接近法ができるわけではありません。しかし、上述した「第三の立場」をもう少し明瞭にしておくために、手書き顔グラフの経験を以下に述べます。

手書き顔グラフとは？

図には著者らが作成した手書き顔グラフの一例を示します。



この顔の画は、一種のグラフで、頬、口、眉毛、眼球は、それぞれがある数値に対応します。著者らはこの顔グラフを、健康診断の結果を示すために開発しました。これを用いるに当っては、例えば唇は血圧を、頬は肥満度を、眉毛は尿検査の結果

を表す、というようにあらかじめ決めておきます。そして、検査の結果が正常であれば、点線のaを、また検査が異常であれば点線のb、あるいはcを塗りつぶすものとし、そのように、検査の結果に合わせて顔の各造作を描いていき、検査がすべて正常であれば、「ニコニコした顔」が、またどこかに異常があれば「ゆがんだ顔」が現れます。

手書き顔グラフの背景

この方法を工夫せざるを得なかった背景には、「健康診断があまり楽しくない」という現実の問題がありました。この問題に気付く以前は、著者自身は健康調査とその結果の数値分析とが社会医学研究だと思っていました。しかし、住民との間に良好なコミュニケーションがない限り、健康調査も形式的なものになってしまうし、健康診断後の健康教育も押しつけがましいものになってしまう。何とか事態を改善したいと始めたのが、この手書き顔グラフでした。見かけは極めて単純なものですが、これにたどりつくまでには、まず著者の側は健康に関するそれまでの著者自身の発想を大幅に変えて、上述した教育情報工学の発想を採用する必要がありました。またすぐに手書き顔グラフに行き着いたわけではなく、パソコンによって顔を描く試みを続けたのち、人と人とのよりよいコミュニケーションという立場から、コンピュータの使用を手書きに切り変えた経緯があります。

このようにして出来上がった手書き顔グラフですが、それがすぐに地域保健の現場で役立つわけではありません。「このようなたわいもないものは、幼児教育では意味があっても、成人を対象とした健康教育のまじめな雰囲気にはなじまない」と言われたこともあります。説明が不十分だったために、「血圧が上がると、本当に唇が曲ってくる」と誤解されたこともあります。またB町で手書き顔グラフを試行した群と通常健康教育を行った群を比較したところ、顔グラフ群は通常教育群に比較して、健康診断についてよりよいイメージを持つようになったが、検診結果の理解と記憶に関して言えば、差がないか、顔グラフ群の方が劣る、という結果もでてきました。いくら健康診断の印象が楽しくなっても、そのことがあまり歓迎されず、また受診者の行動や知識面への影響もはっきりしないのであれば、顔グラフの実用性はなくなります。この点をどう解決すべきか、著者らは一時、答えを見いだしかね、壁にぶつかってしまいました。

手書き顔グラフの発展

アイデア倒れに終るかにみえた手書き顔グラフに、転機が訪れたのは、それが一度完全に著者らの手から離れ、一人立ちしてからです。著者らは地域保健活動に関連した研修会などの折りに、手書き顔グラフの状況を紹介してきましたが、しばらくしてから、手書き顔グラフに興味を持たれた何人かの方々が、実際の地域保健活動に顔グラフを取り入れてくださっていることを知りました。中でも福岡市南保健所、長崎県北松浦郡福島町、長崎市昭和会病院などでの試みは、これらの場所において手書き顔グラフが健康を語る視覚的コミュニケーションの道具として役立ち始めていることを示していました。

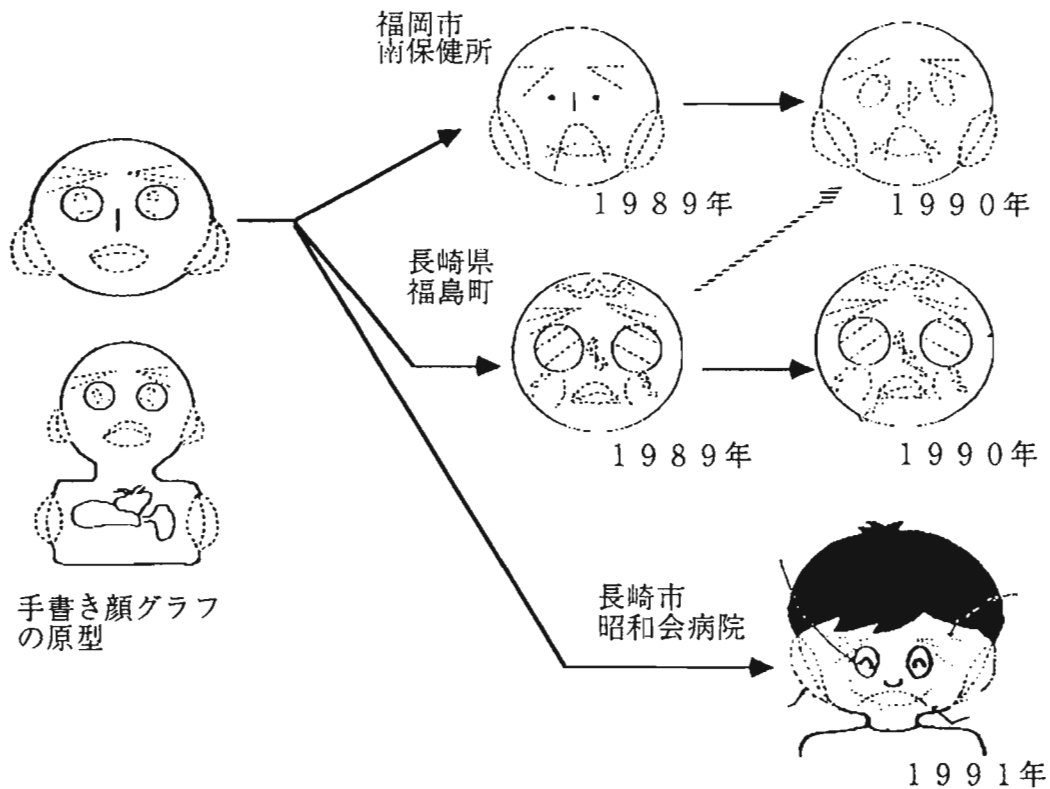


図2. 顔グラフの一人歩きと進化・変容

南保健所ではまず89年度に著者らの原型に近い形の顔グラフを採用しましたが、90年度には目と鼻も可動部分に含め、8変数まで表示できるように改良を加えました。また福島町の89年度における顔グラフは、額のしわ、鼻、涙などを表示部分に含めた手の込んだものであり、90年にはさらに、よだれ、鼻水が付け加わりました。昭和会病院では91年度に開催した病院祭りで顔グラフを採用し、子供向けのデザインを工夫しました。

5 なぜ対話の中で描くのか？

著者らが教育情報工学から学んだ発想は、発想の特徴1、2、3として上述しました。この三つの発想の特徴は、手書き顔グラフの開発に活かされましたが、それだけで手書き顔グラフの意義を説明するのは困難です。すでにのべたごとく、手書き顔グラフは決して完成された方法ではなく、未完成で多くの欠点を持っていました。ではなぜ、このような一見たよりない方法が、著者らの知らないうちに、複数の場所で使われ、それぞれの場所で独自の発展を遂げていったのでしょうか？

人々を巻き込む

人を対象にして、何かを成し遂げるときに、「そこにいる人々を積極的に、その活動にひき入れる、巻き込む」ということの大切さは多くの人に指摘されています。例えば学者・発明家であるとともに教育者でもあったベンジャミンフランクリンは、人を引き込める教育に関して、次のような原則を述べています。

Tell me and I forget,
teach me and I remember,
involve me and I learn.

この原則によれば、何かを人が学ぶためには、それに積極的に巻き込まれる必要があります。著者らが顔グラフを開発するさいに、パソコンで顔を描くのをやめて、手書きにした背景には、手書きにすると、そこに住民を巻き込むことができるからでした。しかし、よいアイデアだけで実用性という壁を越えるのは困難です。その後、思いがけずに一人歩きを始める中で起きたことも、人を巻き込む、という点で言えば同質のことです。ただ、一人歩きの過程で巻き込まれていったのは、住民だけではなく、むしろ顔グラフに興味を持って取り入れてくれた、医療従事者の側でした。

描くことの意味

手書き顔グラフは、極めて単純な物ですから、使う人が自分の必要に合わせて自由にデザインを変更できます。自由に換えられるというのは、未完成さをも意味しますが、この未完成さが幸いして、それぞれの場所でユニークな顔グラフが出来ま

した。文章で書くのではなく、描くということが、顔グラフの一人歩きと関連していると考えられます。

2

誰でもが描くには？

- 2. 1 自由な表出とアナログ画
- 2. 2 伝えるための状況説明画

2. 1 自由な表出とアナログ画

「本気で何かをわかりやすく相手に伝えたい、相手に理解して欲しい」と願うとき、最初に必要とされるのは、率直な正直な表現です。では言語に頼らないで、もっと率直に直接的に自分の感じていること、考えていることを表現するにはどうしたらいいのでしょうか？ この第2章ではこうした率直な表現を求めて、私たちが健康や病気について感じていることを描く方法を試みます。

どんなに健康に恵まれた人であっても、いつかは病むことがあるかもしれません。病んだときに、一人一人の人はどのようなことを感じるのでしょうか？ また、それを自分の心の中だけに留めておかないで、わかりやすい形として表現し、それを他者に理解してもらうためには、どうしたらいいのでしょうか？

1 健康／不健康の表現

言葉の限界

健康や不健康を例として、考えてみましょう。どんな人でも健康な状態、あるいは不健康な状態を知らない、思い浮かべられない、という人はいないでしょう。考えてみれば子供の頃から、私たちはいろいろな折にさまざまな健康な状態／不健康な状態を経験して来ているはずです。「体も心も調子良く何か始めるときの気分の良さ、爽快さ」、「体のどこかが思うように動かない場合のやり切れなさ」、「体のどこかに苦しい所がある場合の痛みや耐え難さ」等、記憶をたどって行けば、多くのことを思い出せるのではないのでしょうか。しかし、健康／不健康のように一人一人の人が主観的に経験することを、わかりやすく表現し、それを他者に伝えることは、それほど容易ではありません。例えば、先ほどあなたが思い浮かべた「気分の良さ」は、具体的に言えばどのようなものだったのでしょうか？ わくわく、うきうき、るんるん、などですか？ また「痛み」の場合はどのようなものだったのでしょうか？ ヒリヒリ、ガンガン、チクチク、それとももっと別な痛みだったでしょう

か。健康／不健康について感じたことを言葉で言い表そうとすると、私たちは特に意識せずに擬態語のような主観的な表現を多用してしまう傾向にあります。ではワクワクする気分の良さとうきうきする気分の良さとは、またヒリヒリする痛さと、チクチクする痛さとは、それぞれどう違うのでしょうか？ わたしとあなたがワクワク、あるいはヒリヒリに込めている意味はまったく同じなのでしょう？ それとも、多少は異なっているのでしょうか？ このように考えてくると、健康や不健康についての言語表現では言葉のあいまいさが気になってしまいます。では、自分自身の健康状態について感じたこと、考えたことを、言葉ではなく、もっと直接的に表現することはできないのでしょうか？

専門性の限界

一般的に言えば、その道の専門家はその分野に必要な知識や方法論について詳しくと考えられます。病気になったときに感じること（自覚症状）について、すぐに思い浮かぶ専門家は医師です。では医学の分野では、自覚症状の意味を考えたり、その表現方法について、多くの知見が得られているのでしょうか？

「体のどこそこが痛い」というような患者さんからの訴えは、体の異常の原因を臨床医学的に突き止め、それに対する治療を考える上で基本となるものです。医科大学における臨床医学の教育の中で、学生が最初に学ぶ重要な科目は診断学であり、この中で学生は痛みの種類など、痛みを診断するのに必要な事項を学びます。しかし、「『痛い』とはそもそもどんな内的な状態なのか？」、「病者がそれを他者に伝えようとするときにはどのようにするのか？」、等について考えることはまずありません。もっと正確に言えば、そんな悠長なことを言っていては、医学部の限られた授業時間中に、医師になるための最低限の知識と技術を身につけることが困難になる、と考えられていると言えます。

医師として働くためには、体の仕組みを理解し、さまざまな方向から体の正常／異常を把握するために、極めて多くの専門用語を学習する必要があります。また患者から得られたさまざまな画像化された情報を解読して、その異常さ／正常さを判断する訓練を受けます。多くの専門用語を道具として自由に使いこなすためには、さらに多くの知識が必要とされます。このようにして、医師は病んだ他者について得られた情報を分析し、適切に判断して、対応する訓練を受けます。専門用語は、医学の体系を作り上げるレンガのようなものといえます。そのため、このレンガ一

一つ一つを取り上げて、「その深い意味は？」などと素人のようなことを言い始めたら、そもそも専門教育が成立しなくなってしまう恐れもあります。つまり医学教育で教えていることは、専門用語という道具をつかって、病者の体や心の状態を説明し、分析することだと言えます。

では医師は専門用語が使いこなせれば、それだけでいいのか、というと心もとない部分もあります。例えば、医師自身が何等かの原因で専門用語を使いにくい状況におかれ、専門用語という道具をはぎ取られてしまった場合には、医師といえども、素人とあまり変わらない状況におかれるかもしれません。例えば、医師自身が病気になる場合などです。しかし、この問題を議論しだすと本論から離れてしまうため、ここでは問題提起だけに留めておきます。

いずれにしても、医学教育では専門用語という道具を使って、病んだ他者の体や心の状態を説明し、分析することを教えます。しかし専門用語に頼らずに、自分自身が見たまま、感じたままをどう意味付けるか、どう表現するか、は教えてくれません。顕微鏡を覗いて、そこに見えたものをスケッチするような機会があったとしても、どのようにしたら正確なスケッチができるか、など表現の技術を具体的に研く機会は限定されていると言えます。

では医科大学を卒業して、さらに医学の特定の分野をより専門的に研修するようになってからの状況はどうでしょうか？ 心の状態を描く試みは、精神医学の領域で認められます。バウムテスト、動的家族画などの絵画・描画療法はこの範疇に入ります。またユング派の精神分析で使う箱庭療法なども、描く方法と言えます。しかしこれらの描く方法は、1)専門家が患者を診断し治療する、2)患者自身が自分を見つめ治療へと向かう、などを主な目的としています。医師と患者が互いにわかりやすく、相互に意志を伝え合うためのコミュニケーションの道具としては、最適なものとは言い難いようです。では、一体どうしたらいいのでしょうか？

2 率直な表現としてのアナログ画

アナログ画との出会い

あらかじめ型にはめないで、思っていることや考えていることを自由に描き、その意味を考える試みを、社会医学などの医学の領域や医学に隣接した科学の枠組みの中に求めるのは無理があるのでしょうか？ 創造的に描く試みは芸術やデザイン

の分野には認められますが、必ずしも特別の才能があるわけでもなく、描くトレーニングを受けたこともない普通の人々が、思考や情緒を率直に描けるものでしょうか？このようなことを考えながら、文献を当たっているうちに出会えたのがアルンハイムの本です。アルンハイムは、かつてハーバード大学の芸術心理学の教授で、彼は学生とともに行った予備的な実験で「過去・現在・未来、民主主義、良い結婚と悪い結婚」のような概念を、線画として描けることを示しました。彼の実験の結果からすれば、健康の概念に関して同様の試みが可能であると考えられます。しかしアルンハイムの本では、「この学生という特別の集団では、概念を描くという作業は、なんらためらいを引き起こさなかった」と書いているだけなので、彼の試みをどうしたら再現できるのかがはっきりしません。例えば、普通の学生にただ白紙と鉛筆を渡して、民主主義の考えを描くように言ったら、すなおに描けるものでしょうか？

そのような疑問を解決し、描くための具体的な指針が得られたのは、エドワーズの本「内なる画科の目」に偶然に出会ってからです。エドワーズの言葉を引用します。「一つのアイディア画（何かわかる形であろうとなかろうと、紙の上に何か描いたもの）は言語と同じように読むことができ、また、描く人に（見る人と同様に）その心のなかで何が起きているか明らかにするものである」。エドワードは「この考え方は自分自身のオリジナルなものではなく、新しいものではない」と言っています。しかしエドワードのユニークな点は、内的な精神生活をもう一つの言語である視覚的言語（この場合は画）によって明るみに出し、はっきりした形にするための具体的な方法を幾つか提案していることです。それらの方法の中でも、最も基本的なものとして、思考のアナログ（相似のもの）を視覚的なイメージとして表現するアナログ画の描き方の手順を以下に紹介します。

1. A 4の白い紙を何回か折って、紙を八つのセクションに分ける。
2. 各セクションの下の方に1から8までの数字を記入する。
3. 各セクションに人間の特性または感情の状態を表す次のような言葉で、見出しをつける。1. 怒り、2. 喜び、3. 平穏（静寂）、4. 憂うつ、5. 人間のエネルギー（力）、6. 女らしさ、7. 病気、8. （ここは、人間の特性、性質、状態、感情のなかから、どんなものでもよいから自分で自由に選ぶ。例えば、男らしさ、孤独、嫉妬、不安、ヒステリー、希望、罪悪感、恍惚、愛、憎しみ、敬愛、恐れ。）
4. 描くときは、この課題の画がどんなふうに見える"べき"かなどといった先入観なしに取り組む。この画に関しては、"正しい"とか"間違っている"とか、"よい"とか"悪い"とかいうことはない。どの画も、自分にとって正しいければ、それで正しい画である。

5. 描くのは、ペンではなく鉛筆を使う。どの画もそれぞれのセクションのなかで鉛筆の跡（線）によって構成される。線は一本でも多数でもよく、全体を塗りつぶしてもかまわない。また、芯の先でも側面でも自由に使い、筆圧を強くしても弱くしても、短いストロークでも長いストロークでもよい。消しゴムも使ってよく、要するに鉛筆を好きなように使ってよい。
6. 各セクションに一つずつ、自分にとって見出しの言葉が意味するものを表現する画を描く。これは、目に見える形にすることによって主観的な思考を客体化するという意味で、それぞれの概念について自分の思考のアナログ（相似のもの）になる。この際、一つだけ明確な条件がある。あるものの画を描いたり、シンボルを使ってはいけない。あくまで線の言語だけ-速い線、遅い線、明暗、滑らかさ、粗さ、流れるような線、切れ切れの線など-を用い、自分が表現しようとするものにふさわしいと感じられるものを描く。この表現は、紙の上の鉛筆の跡から、線によるもう一つの視覚言語を通して現れることになる。
7. これまで学生を相手にしてきた経験から得られた、この課題に取り組むいちばん良い方法：最初のセクションの見出しの言葉“怒り”を読む。自分がいちばん最近本当に怒ったときのことを思い出す。言葉をまったく使わないで、その出来事が何であったか、あるいは自分が怒った理由が何であったか（これも言葉にしないで）、怒りがどんなものだったか、自分のなかで感じ取る。そのときの感情を再び感じている、と想像する。まず、その感情が内奥からほとばしり、次いで腕のなかへ、手のなかへ、そして鉛筆のなかへ流れ込み、鉛筆の先から姿を表して、その感覚と等価のもの-そのとき感じられた感情のように見えるもの-を記録する、と想像する。一度に全部描かなくてはならないわけではなく、自分が感じたものとそのイメージがぴったりくるように、必要なら修正したり、消したりしてもかまわない。
8. この画は、好きなだけ時間をかけて描く。描いたものを自己検閲してはいけない。これはまったくプライベートなものだから、誰にも見せる必要はない。描いたものがもっぱら自分の個人的な内的思考を示す（明かにする）ようにすればよい。

保健看護学校の学生が描いたアナログ画

上述したのは、アナログ画に関するエドワーズの原法です。原法を単純化して、「B5の紙を四折りにし、出来た四つのセクションにアナログ画を描いてもらう」という方法を採用し、実際に著者の学生に描いてもらいました。対象は長崎県保健看護学校の学生です。学生たちが‘病氣’をどう描くのかに関心があったのですが、その他にエドワーズの8項目中から、‘人間のエネルギー’と‘平穩’を加えました。また人間が病んでいる状態としての‘病氣’に加えて、人間を取り囲む環境が病んでいる状態を考える目的で‘環境破壊’を加えました。

一人一人の学生が描いた4つのテーマによるアナログ画の表現はさまざまですが、同一の学生についてみると、テーマが異なっても4枚の画に共通の傾向が認められ、その学生の個性が画に反映していることが伺えます。例えば図2-1の二つの事例

ではいずれのテーマにも抽象的な表現が使われています。これらの画には具体的なものは描かれていませんが、さまざまな表情を感じさせる線の組み合わせでイメージが視覚化されています。

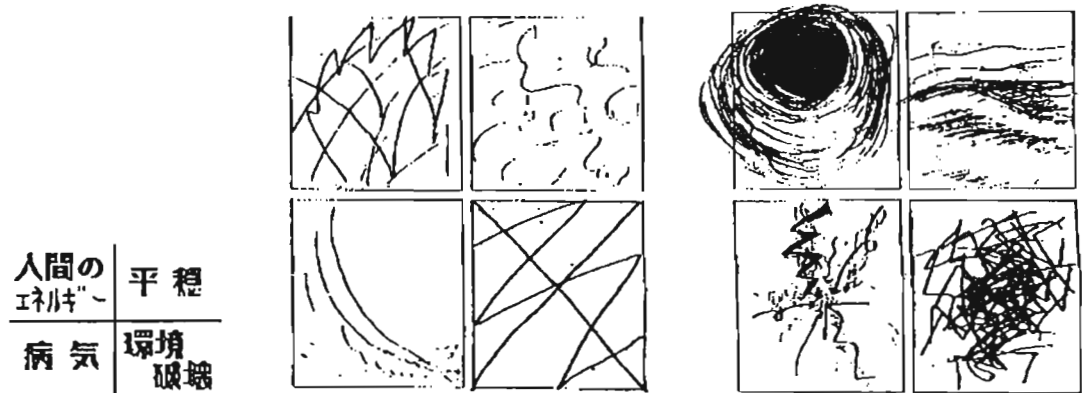


図2-1. アナログ画、抽象的な表現（学生A、学生Bによる）

これに対して、図2-2の二つの事例では、さまざまな‘もの’が描かれています。学生Cの4つの画には、いずれにも顔がシンボリックに現れ、さらに「人間のエネルギー」として太陽、「平穩」として風船、「病氣」として注射器などが描かれています。学生Dの場合にはさらに具体的な表現が現れ、「人間のエネルギー」として「煙を吐く煙突」、「平穩」として「山があり、蝶と花がある風景」、「病氣」として「額を曇らせた人の顔」、「環境破壊」として「ゴルフ場のある山で、木がなくなり、川で魚が浮いている光景」が描かれています。学生のほとんどは、抽象的表現かシンボリック表現のいずれかを用いましたが、ある学生は「人間のエネルギー」と「環境破壊」には抽象的表現、「平穩」と「病氣」には顔のシンボル、と二つの表現形式を使い分けていました（図2-3）。

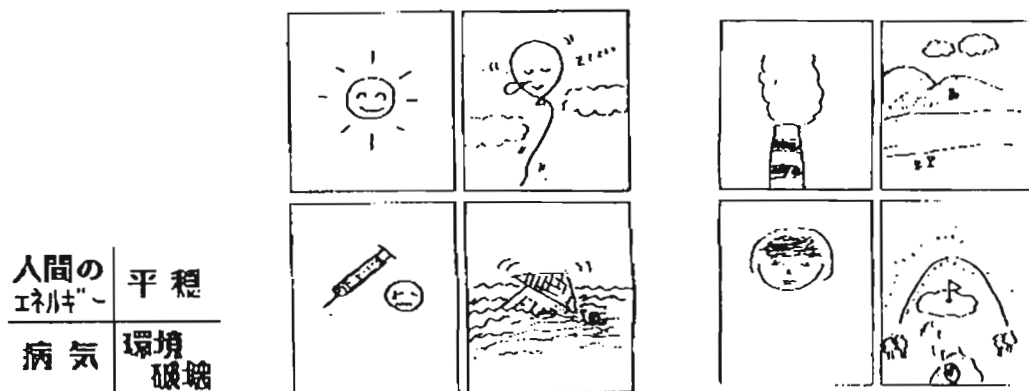


図2-2. シンボリックな表現の例（学生C、Dによる）

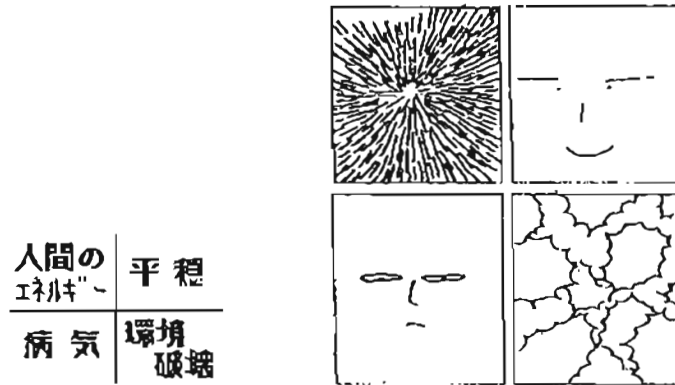


図2-3. 抽象的表現とシンボル表現の組み合わせの例(学生Eによる)

テーマ別にいずれの表現形式が使われているかをみると、4つのテーマのいずれにおいても抽象的な表現が主流で30枚の画のうち22枚(73.3%)に認められ、シンボリック表現は30枚中8枚(26.7%)にとどまりました(表2-1)。上述したアナログ画の描き方手順6で「あるものの画を描いたり、シンボルを使ってはいけない」と指示していますので、この指示が守られていれば、抽象的な表現になることは予想されます。

表2-1. 30名の学生によるアナログ画の表現

項目名	抽象的表現	シンボリック表現
人間のエネルギー	73.3%	26.7%
平穏	73.3%	26.7%
病気	73.3%	26.7%
環境破壊	73.3%	26.7%

3 テーマ別のアナログ画の特徴

学生たちが描いたアナログ画は様々で、テーマ別に集めても、そっくりのものはありません。しかし同じテーマを表現したものの中には共通の要素が認められます。

人間のエネルギー

抽象的表現(図2-4)の場合、最も基本的な型(22枚中7枚、32%)は、中心から周辺へ広がるイメージのようで広がる力が、「渦巻き」、「中心から拡散

する線’、‘頂点を外側に向けた三角形’、‘鋭角’などで表されています。

‘ふわふわしたものが上昇し外へ広がるようなイメージ’、‘ぎざぎざした鋸の歯のようなイメージ’、同じぎざぎざでも‘下から盛り上がり噴火するようなイメージ’もそれぞれ2 2枚中5枚（23%）に認められました。シンボリック表現（図2-5）としては、‘水平に延ばした腕を肘の所で直角に上法に曲げ、力こぶをつくっている状況’が4枚の画に認められました。

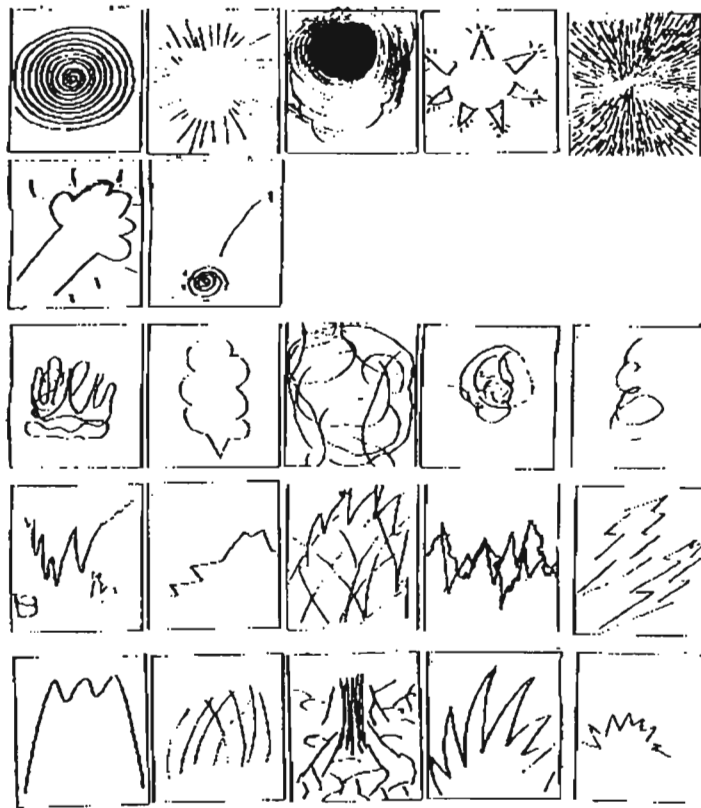


図2-4. 人間のエネルギー； 抽象的表現

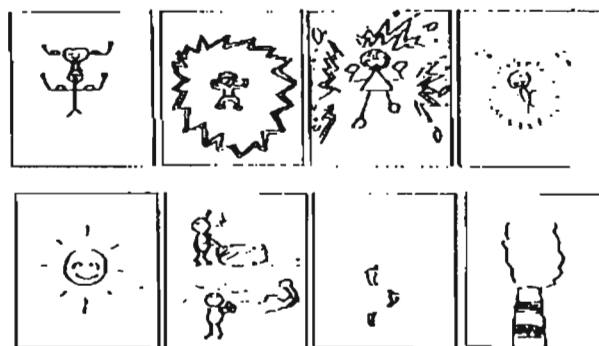


図2-5. 人間のエネルギー；シンボリック表現

平穩

図2-6に示した抽象的表現の場合、最も基本的な型は‘画面を水平に横切る線’で、22枚中9枚(40.9%)に認められました。それに続くものとして、‘画面のほぼ中央かやや上方に浮かぶ円形のイメージ’、‘ゆったりとした波を感じさせるゆるやかな線のイメージ’が22枚中5枚(23%)に認められました。

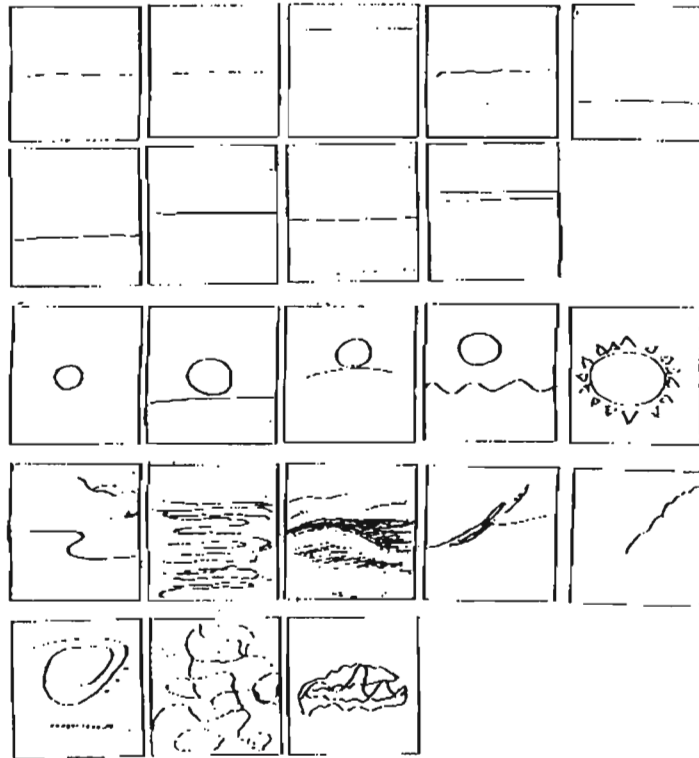


図2-6. 平穩； 抽象的表現

シンボリック表現(図2-7)では、‘ふわふわした雲’、‘ゆるやかな山’、‘おだやかな波’などの風景が認められます。



図2-7. 平穩； シンボリック表現

病気

病気の抽象的な表現として（図2-8）、最も基本的な型は‘画面を横切る斜めの線’で22枚中9枚（41%）に認められ、その中でも‘右下がりのパターン’が多く認められました。‘短い線やぎざぎざによってとげとげしさが感じられるパターン’、‘かたまりのようなものが単独であるいは重なって表現されているパターン’もそれぞれ22枚中5枚（23%）に認められました。

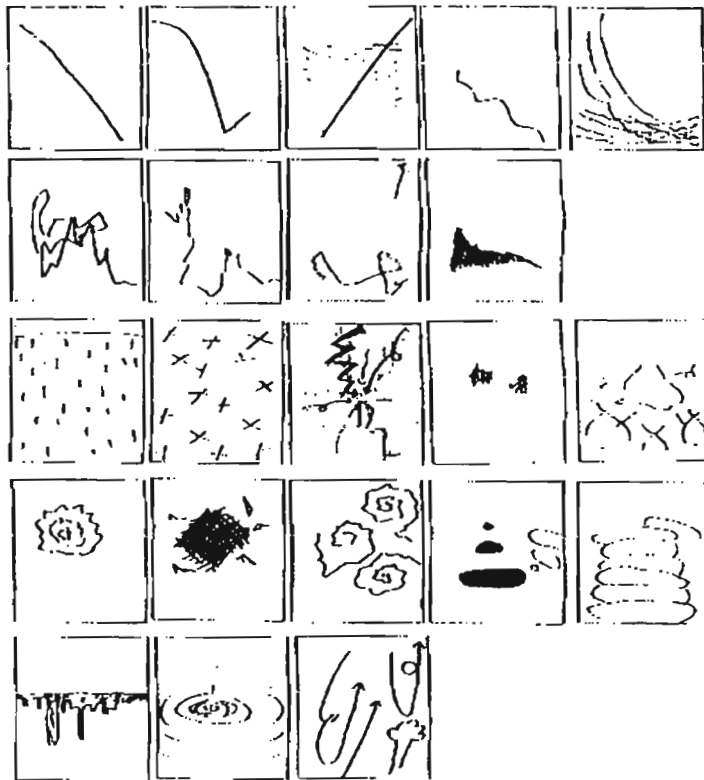


図2-8. 病気； 抽象的表現

シンボリック表現（図2-9）では、顔を描いているものも多く、注射器、十字のマーク、擬人化したばい菌、なども認められました。

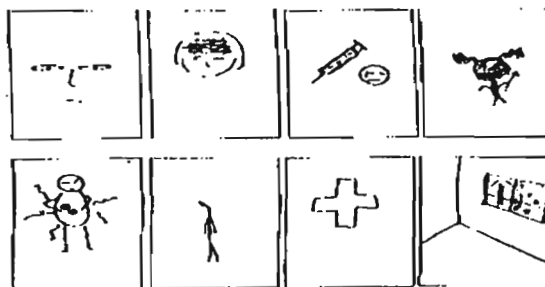


図2-9. 病気； シンボリック表現

環境破壊

最も基本的な型は、‘何かを切り裂いているようなぎざぎざの線’で、22枚中9枚（41%）に認められ、続いて‘何かがひび割れているようなパターン’も7枚（32%）ありました（図2-10）。シンボリック表現（図2-11）では、‘ブルトーザーで木を切り倒す’、‘ゴルフ場を造成して周囲がからっぽになる’、‘ばい煙’、などのイメージが複数の画に認められました。

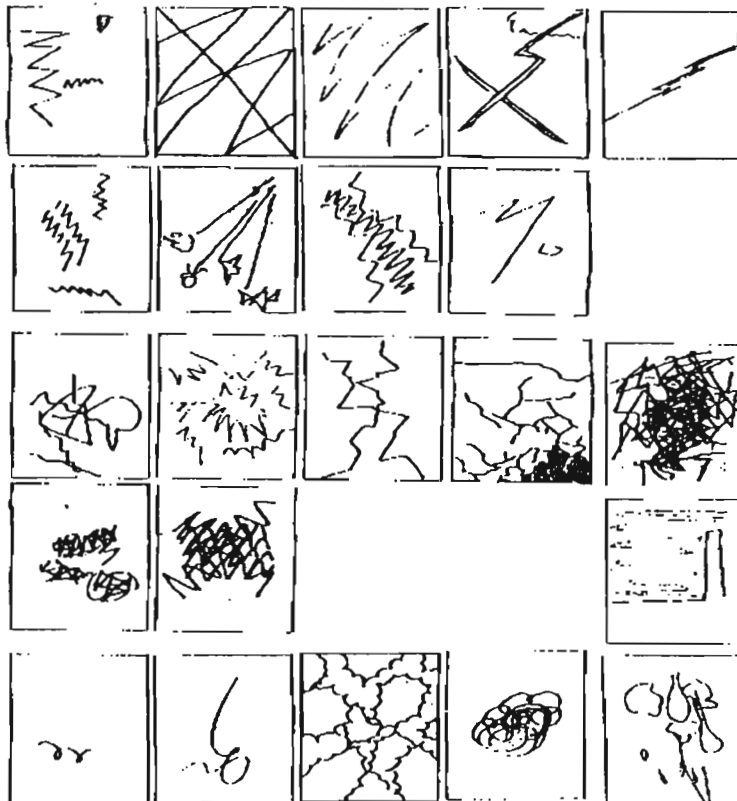


図2-10. 環境破壊； 抽象的表現

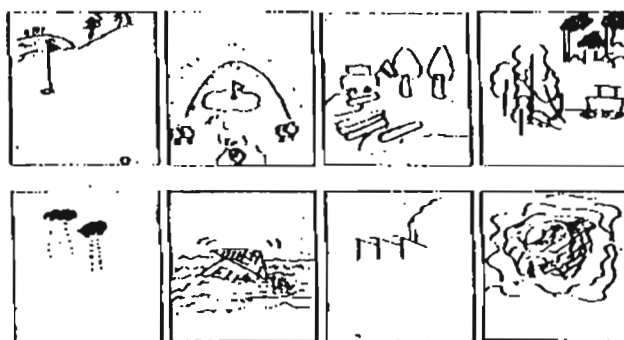


図2-11. 環境破壊； シンボリック表現

4 この章における視覚的思考の理解と手順化

イメージと思考

この第2章ではアナログ画という方法で、健康や疾病などについて感じていること、考えていること、を表現しました。またそこで描かれたものを分類することで、画の特徴を把握することが出来ました。「ただ画を描いた」と言ってしまえば、この章で行ったことは、描くことについてまったくの素人である保健婦学校の学生と、同様に素人である一人の社会医学の研究者とが試みた‘絵画教室のまねごと’でしかありません。しかし、実際にこの章の作業を行ってみて、学生たちも著者自身も、紙の上に一つの形として現れた感情と思考の内容に始めて触れて、不思議な感動を覚えました。このことよりすれば、この章で行った「描く」行為は、私たちがそれまで「描く」という言葉を聞いたときに抱いていた印象、すなわち「描くことは芸術や美学の問題であっても、社会医学の研究におけるような意味での知的な活動とは異なる」を根底から覆してしまうものです。すなわち、「描く」ことで、言語を使って物を考えたりすることと同等か、それ以上の知的な活動を行っていたことになります。

描くことの意味

学生たちが描いたアナログ画や状況説明画には、一人一人の個性が強烈に感じられます。画には一つとして同じものはありませんでした。しかし、多くのアナログ画をテーマ別に並べてみると、同じテーマのものは視覚的な形態がよく似ていることが容易に見て取れます。エドワーズはこのような、同じ概念を表現しようとしたときに現れる‘アナログ画の似たパターン’を、‘構造的類似性’と呼び、「共通の直感と思われるものがあること」を指摘しています。またチョムスキーが「人間の言語表現に深層構造がある」と主張したのと同じような意味で、「美術の根底にある視覚的形態の‘深層構造’が人間の脳のなかに組み込まれているかもしれない」、と指摘しています。いづれにしても、アナログ画で描かれたさまざまな線は、具体的なものの形こそ示していませんでしたが、線そのものに独特の表情が読み取れました。この‘深層構造’が脳に刻み込まれたものであるのか、あるいはユングの言うような人間に共通する無意識の一端を表しているのか、などについては、この段階では的確な判断ができません。しかし、意識のかなり深いところにある思考

を反映していることは疑いないようです。

描くことの手順化と支援の試み

多くの人々、特に大人の場合は、子供のときを別にすれば、描くことに慣れていない人が多いと考えられます。描くことに慣れていない人に、「漠然とした対象を自由に描くように勧める」ことは、やってみる前はとても難しいことに思われます。しかし本章では、えどわーずが開発したアナログ画を取り入れることによって、誰でも描くことに関して、見通しを立てることができました。あなろぐ画の描き方についてはすでに*ページに示しましたが、以下ではもう少し手順を追って、描くことへの過程を考えてみます。

主題1； 描くことへのためらいをなくす。

描くことが万人にとって、自己表出とコミュニケーションの手段として役立つためには、誰でもが描けることが大切です。

手順1-1； 描くように勧める。



あなたも
どうぞ

「この方法を使えばだれでも感じていること、考えていることを描けます。」

「あなたもどうぞ、試みて下さい」

特に描くことをためらっている人に描くように進める場合、できるだけ気楽で描いてみたい雰囲気が必要だと考えられます。その人の背中を軽く前に押すようなつもりで、元気付けることが必要かもしれません。

手順1-2； 描く環境の設定； すぐに描けるように道具を用意する。



「どうぞ、これで描いてください」

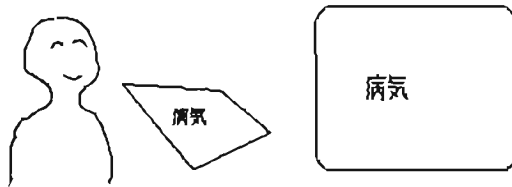
ともかく描き始められるようにするために、描くための簡単な道具を用意して、それをすぐに使える状態で差し出すことが大切です。紙と鉛筆を差し出すことがこ

れに当たります。コンピュータに抵抗がない人であれば、紙のかわりにコンピュータの画面を、また鉛筆のかわりにマウスかタッチペンでもいいかもしれません。

主題2； 描きたいことを明瞭に思い浮かべる

手順2-1； 描く課題の言語による提示

何を描くのか、描く対象を示すのがこの段階です。



手順2-2； 課題についての感情・思考の想起

その課題について感じたこと、考えたことを出来るだけ明瞭に想起します。そのことで頭が一杯になっているような状況を作り上げるわけです。



主題3； 実際に描く

手順3-1； 描く際に最低必要なルールの提示

「こう描いたらだめです」 「例えば、このように描いて下さい」



手順3-2； 描く；すなわち自分のイメージに合わせて鉛筆を動かす

2. 2 伝えるための状況説明画

アナログ画により病気などのイメージを目で見える形として、紙に描くことができました。病気、環境破壊などと言葉を口に出して言う場合に比較して、アナログ画からは、言葉に出せない様々な感情が率直に語りかけてくるのが感じられます。しかし‘率直さ’はわかりやすさの基本となる要素ですが、「率直であればわかりやすいか？」というところまで単純ではありません。では次の段階として、何が必要なのでしょう。 「率直に表現する」に加えて「何とかして自分の意志を相手に伝えたい」という、もっと切迫した状況が必要なようです。

1 状況を描く試み

そこで次の課題としては、「言葉が通じない外国に旅行に行って、病気になってしまった。自分が感じている体の不調、具合の悪さを、何とかして相手に伝えたい。どう描くのか？」という課題（状況説明画）を出しました。描いてくれたのは、アナログ画の場合と同様に、長崎県保健看護学校の学生ですが、アナログ画を描いたのは別の年次の29名の学生です。描いてもらった自覚症状は、「痛い」、「だるい、または疲れやすい」、「下痢した」、「動悸がする、または息切れする」、「熱がある」の6種類です。描く際に、アナログ画の場合と異なって率直さよりも切実さを問題としたため、抽象的な画はごく少数で、殆どの画には具体的な人物や情景が描かれていました。学生によって描き方は異なり、同じものはありませんでしたが、描き方に幾つかのパターンがあることが観察されました。図2-12には、「動悸がする」を取り上げて、略画的表現、劇画的表現、記号的表現の例を示します。aの略画的表現では人物が描かれていますが、顔は円、手足や胴体は直線と、簡略な表現が使われています。bの劇画的表現では、人物の細部がより写実的に描かれています。これに比較してcの記号的表現では、心臓を示すハート型だけが大きく描かれ、画の象徴性が強く現れています。もちろん、すべての画が明確にこれらの三型に分かれるわけではなく、多くの中間型が認められます。

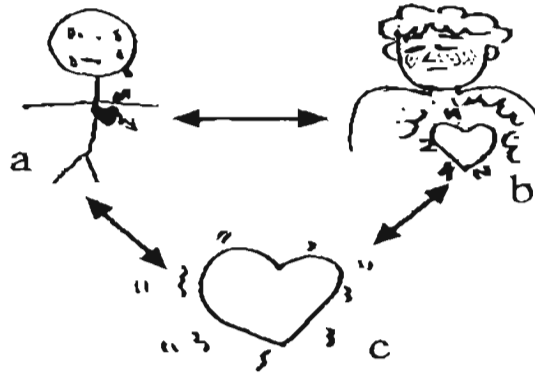


図2-12. 「動悸がする」についての三種類の表現型

個別の学生についてその描き方を観察すると、同一個人の中では、よく似た描き方が使われていることが明らかです。図2-13、2-14、2-15には、略画的表現、劇画的表現、記号的表現が強く現れた例を示しました。



図2-13. 略画的表現が強く現れた例



図2-14. 劇画的表現が強く現れた例



図 2-15. 記号的表現が強く現れた例

2 テーマ別の状況説明画の特徴

具体性が強く現れた状況説明画を理解するために、以下ではテーマ別に描かれた‘もの’に焦点を当てて整理を試みます。

痛い

この‘痛い’を描く課題においては、‘どこが痛いか’などについてはこちらから一切指示を出さず、学生に自由に描いてもらいました。学生たちが最も多く描いたのは頭部の痛みであり、29名中12名（41.3%）にのほりました（図2-16）。

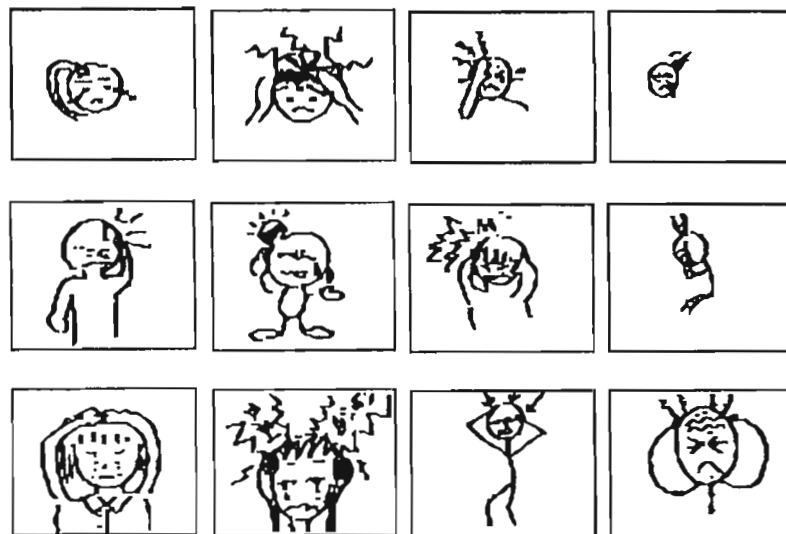


図 2-16. 痛い1； 頭部の痛み

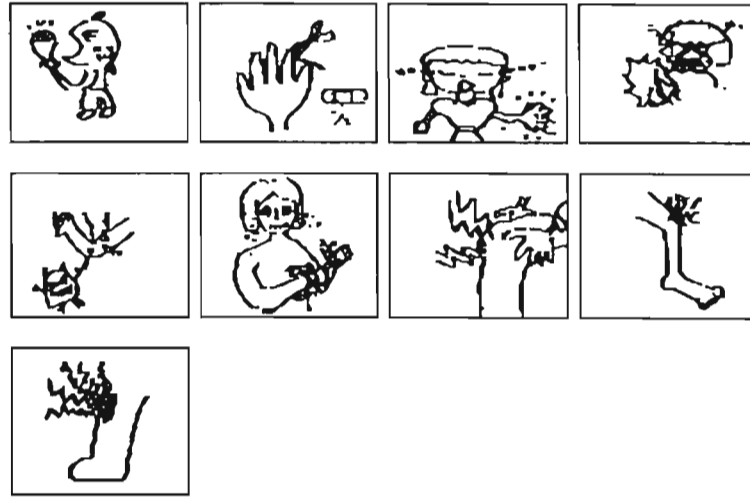


図2-17. 痛い2； 手足の痛み

このうち、2名は頭にできた‘たんこぶ’を指さしている状況を描き、また1名は‘眼の部分を押えている状況’を描きました。他の9名は、‘両手または片手で頭部を押えている状況’を描き、頭痛を表したと考えられました。‘頭部の痛み’に次いで多かったのが、‘手足の痛み’で9名（31%）、さらに‘腹部の痛み’4名（13.8%）、‘歯の痛み’3名（10.3%）と続き、‘全身が痛い’を描いたのは1名に留まりました（図2-17、2-18、2-19、2-20）。



図2-18. 痛い3； 腹部の痛み



図2-19. 痛い4； 歯の痛み



図2-20. 痛い5； 全身の痛み

だるい、または、疲れやすい

この課題を状況説明画で表現するにあたっては、描かれる人物の姿勢が大きな意味を持つことが伺えます。29名中、最多にあたる16名（55.2%）の学生は、‘人物が立つか、かがんだ姿勢’で、‘だるい／疲れやすい’を表現し、その殆どでは‘両手が体の脇か前方へだらりと垂れ下がった様子’が描かれていました（図

2-21)。



図2-21. だるい/疲れやすい1； 立つか、かがんだ姿勢による表現

‘座るか横になった姿勢による表現’が4名の学生に、また‘二つの姿勢の組み合わせによる表現’が2名の学生に、それぞれ認められました(図2-22、2-24)。姿勢を中心とした表現以外では、‘顔の表情を中心とした表現’が6名(20.7%)に認められました(図2-23)。



図2-22. だるい/疲れやすい2；座るか横になった姿勢による表現



図2-23. だるい/疲れやすい3； 顔の表情による表現

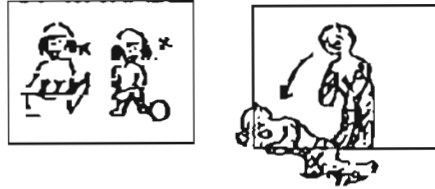


図2-24. だるい、疲れやすい4； 二つの姿勢による表現

下痢した

‘下痢’に関しては、それを間接的に推測させるような表現と、直接的な表現とが認められました。半数以上を占めたのは間接的な表現で、‘トイレの入口のイメージと人物の組み合わせ’が10名（34.5%）に、‘便器のイメージと人物の組み合わせ’が5名（17.2%）に、また‘象徴的・記号的表現’が4名（13.8%）に認められました（図2-25、2-26、2-29）。直接的な表現としては、7名（24.1%）が‘排便しているところ’を描き、3名（10.3%）が‘大便’を描きました（図2-27、2-28）。

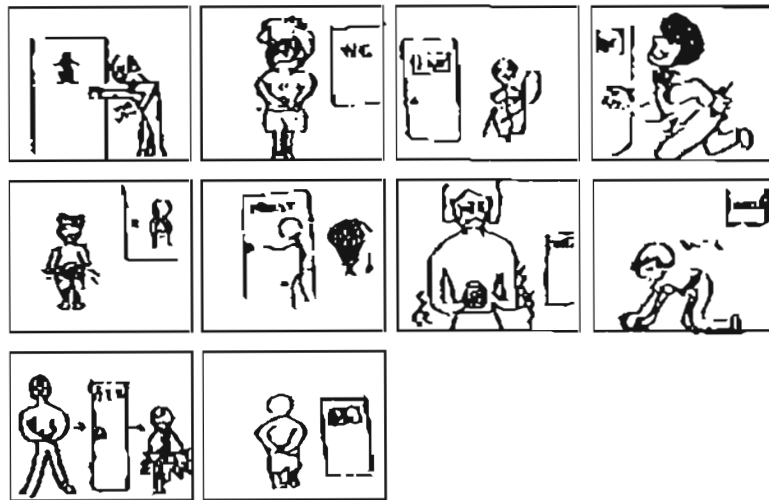


図2-25. 下痢1； トイレの入口と人物の組み合わせ



図2-26. 下痢2； 便器のイメージと人物の組み合わせ

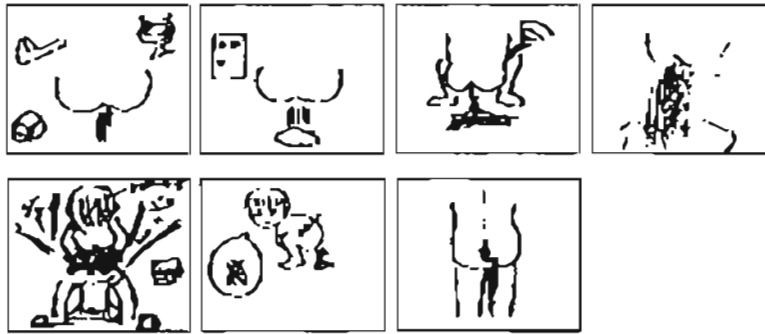


図2-27. 下痢3； 排便の直接的な表現



図2-28. 下痢4； 大便の直接的な表現



図2-29. 下痢5； 象徴的・記号的表現

動悸がする、または、息切れする

‘動悸と息切れ’は、心臓や血管などの循環器系、あるいは気管支や肺などの呼吸器系の異常に対応して生ずる自覚症状ですが、両方の自覚症状が同時に見られることも多いため、‘動悸がする、または、息切れする’と二つの自覚症状を並列して、課題としました。21名(72.4%)の学生は、画の中に‘心臓を意味するハート型’を描き、心臓が大きな意味を持っていることが示されました(図2-30)。一方、7名(24.1%)の学生は心臓のイメージは使わずに、‘呼吸の苦しさ’を中心に描きました(図2-31)。



図2-30. 動悸・息切れ1； 心臓のイメージを描いた例

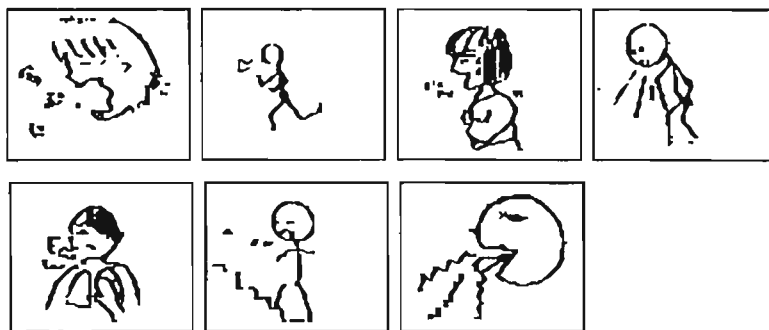


図2-31. 動悸・息切れ2； 息切れを中心に描いた例

熱がある

この課題を描く際に、半数以上の学生（29名中17名）は画に‘体温計のイメージ’を含めました。6名（20.7%）は枠組みの中心に大きく体温計を描き（図2-33）、11名は体温計と人物を描きました（図2-32）。体温を計る体の部位に関して、7名は‘体温計を口でくわえている状況’を描き、‘脇下に体温計をはさむ状況’を描いたのは2名にとどまりました（図2-32）。12名（41.

4%) の学生は‘体温計のイメージ’なしで画を描きました(図2-34)。

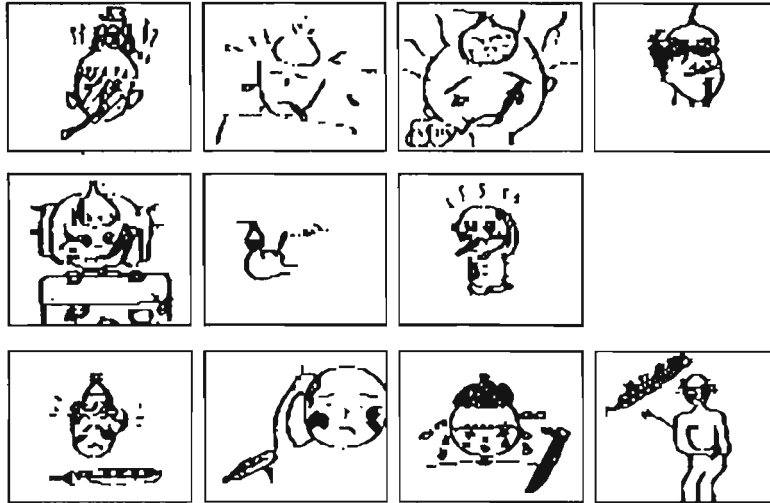


図2-32. 熱がある1 ; 体温計と人物を描いた例

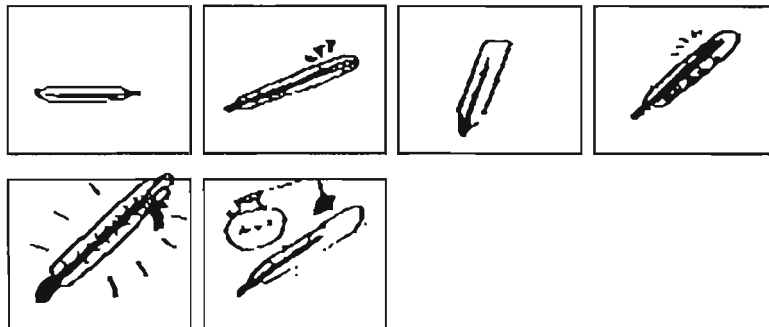


図2-33. 熱がある2 ; 体温計のみを描いた例



図2-34. 熱がある3 ; 体温計を描いていない例

3 この章における視覚的思考の特徴と描くことの手順化

何が描かれたのか？

「自分が感じていることと等価なものを紙の上に記録するように」との指示の下で描かれたアナログ画に比較して、状況説明画は「自分の困っていることを何とか他者に伝えたい」という切羽詰まった状況を想定して描かれました。このように、描く時の条件を実生活に即したものにすることによって、抽象的なイメージの出現は抑制され、具体的な‘もの’のイメージが現れてきました。アナログ画が意識の深いところでの思考を反映していたのに対して、状況説明画を描く際には、思考の水準が切り替わり、具体的なイメージの操作が意識の上で行われていたと考えられます。

具象化の際の特徴・周囲の状況か／人物か・特定の体の部分か／全身か・顔か全身か・特定の臓器か／全身か

計測器具か／体か？

対処行動

痛い場合には、それをさらに説明する絵。また痛さを顔で表す。

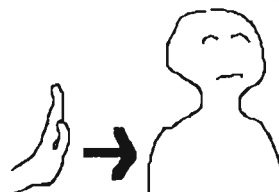
だるい、下痢した、動悸、息切れは全身か、それとも特定の部位かが決る。どこが下痢した、動悸した、などは説明の必要がない。

描くことの支援

主題 1； 描くことが必要な状況、描かざるを得ないような状況を設定する；

手順 1； どうしても描きたいことを示す。

前章では描くようにそれとなく勧めることを行いました。しかし、とにかく鉛筆を持って手を動かせば何かが現れてくるアナログ画に比較して、この章の具象画の場合は相手に理解してもらうことが必要です。そのため、この章では、「描くように強く勧める」、「描かざるを得ない状況を創る」などが考えられます。



あなたは言葉が通じない外国にいます。意志を通じさせるためには描くことが必要です。

手順2； 描かざるを得ない状況をさらに詳しく思い浮かべる。



さて、あなたは具合が悪くて、病院へ行きました。あなたの状況をどのように説明しますか？

手順3； 描く課題の言語による提示。

何を描くのかを明確に示す。

「動悸がする」を描いてください。

3

自覚症状を描く

- 3. 1 自覚症状を系統的に描く
- 3. 2 人との出会いから描く
- 3. 3 多様な理解と発展
- 3. 4 漫画か略画か

3. 1 自覚症を系統的に描く

「病気・環境破壊などの概念」あるいは、「痛い・だるい、など体について感じていること」を、一つの形として紙の上に描けることは前章で明かになりました。「自由に描く」、「相手に理解してもらおうと必死に描く」など描く際の状況の設定を変化させることで、その形に大きな差がでてくることも経験出来ました。「率直に表現する」と言っても、「意識下のモヤモヤした状態を取り出してくるのか」あるいは「より具体的な‘もの’のイメージを取り出すのか」によって、表現型には複数の水準があり得るようです。描いた形の多様性に比較すると、言葉の世界は狭く感じられます。例えば‘下痢する’という言葉がわかりにくいとしても、言葉をいじっている限り、せいぜい他の言葉を持ってきて、説明を長くするくらいのことしか思い浮かびません。一方、言葉を視覚化することで、言葉をいじっていた場合よりも遥かに多様な方向から、概念を表現し、それを変形してゆくことができそうです。すなわち、描くことで思考の幅を拡張することができそうなのですが、その延長線上でさらにもう一步、‘わかりやすさ’に近づくにはどうしたらいいのでしょうか？ 鍵は、‘視覚で思考すること’をもっと活用することにありそうですが、そのためにはどのようにしたらいいのでしょうか？ 前章では、視覚による思考の手始めとして、「視覚化した情報を類似性によって並べ替え、できた群に名前をつける」という作業をしました。これは‘視覚で思考すること’のほんの手始めのように思えます。視覚の思考には、さらにどんなタイプがあるのでしょうか？

1 描くことの準備

問題の発端

「わかりやすくする」ということは、漠然と考えていて出来ることではありません。研究テーマとして「わかりやすさ」を取り上げるためには、かなり具体的な目標が必要です。「‘わかりやすさ’をもっと実際に即して研究したい」と願い始め

てからしばらくたったとき、絶好の機会に出会いました。長崎大学医学部の社会医学に関する二つの講座（衛生学と公衆衛生学）が合同で行っている社会医学学生自由研究のオリエンテーション終了後、二人の学生（国友充康君と河本定則君）が私のところを訪れてくれました。当時、両君は長崎県庁障害福祉課で手話通訳者として活躍していた宮本美子氏を通して、聴覚障害者が抱える医療上の問題に興味を持っていました。聴覚障害者の抱える苦勞は多面的なものですが、特に病気になって医師を受診したときに、十分なコミュニケーションができないことの苦痛は大変なものです。自分の意志を医師や看護婦に伝えることが困難であると同時に、医師や看護婦の意図を理解することの困難さもありません。ただ調査をするのではなくて、コミュニケーションの障害を多少でも軽減するために何か具体的な役に立つことをしようと、言葉でできている問診表を画にすることを試みることにしました。

言語からの問題提起

どんな医療機関においても、そこを受診する人に対する適切な問診は、その後の正確な診断や有効な治療を行うために、必要不可欠なものです。自覚症状の可視化を進めるにあたって、私たちはまずいづれかの問診表から出発することにしました。さて準備段階として、問診表を用意しようとしたときに、はたと困ったのは、問診表にはいろんなものがあるという事実です。医療機関が異なると、問診表もまったく異なるというような状況は望ましくないため、統一した問診表を使おうといった動きもあるようですが、まだ一般的にはなっていません。例えば、同じ病院の中に、内科の部門がいくつかあって、それぞれが異なった問診表を使っている、といった状況もまれではありません。しかし、いづれにしても、描くための出発点になればいい、と手元にあった問診表を出してみました（表3-1左、A. 元の問診表）。これは長崎県のある場所で最近まで使用されていた実際の問診表にほぼ準じたものですが、これを見るといくつかの疑問が出てきます。例えば、この問診表における26個の問診項目は、一体何を考えてならべてあるのでしょうか？ 例えば、内科の診断学の本には、医師が患者を診察する際に、体の上方、すなわち目や耳から始めて、鼻、口へと進み、さらに首の部分、胸の部分、と体の下方へ下がって行くように見る見方が記されていますが、この質問の順序はそうではなさそうです。例えば、1番目は「食欲が振るわない」、2番目が「眠れない」となっていますから、最初に体全体に関する自覚症状を聞いて、その後体の各部分に関連した細かいこ

とを聞こうとしているのでしょうか？ しかしそれにしては、同じく全身に関連している「痩せてきた」が25番目と終りの方にありますから、全体から部分へということでもなさそうです。例えば、5番目が尿の回数、6番目が尿の量、に関する質問であることを考えると、ある部分は腎臓に関する事、別な部分は心臓に関する事、など同じ内臓に関連した症状を連想しやすいように並べてあるようにも考えられますが、それにしては、19番目が胃もたれ、20番目が咳とたん、21番目が下痢、といった順番は理解できません。

表3-1. 自覚症状を可視化する際に使用した問診表

【A. 元の問診表】

01. 食欲が振るわない
02. 眠れない
03. 便秘する
04. 尿の回数多い
05. 尿の量が多い
06. 息切れする
07. 動悸する
08. 頭が重い、痛い
09. めまいする
10. 耳なりする
11. 目がかすむ
12. 手足がしびれる
13. 舌や言葉がもつれる
14. 胸が痛い
15. 肩こりする
16. 腰が痛い
17. 腹が痛い
18. 吐き気がする
19. 胃がもたれる
20. 咳、たんが出やすい
21. 下痢する
22. 性器からの出血
23. 便に血がまじる
24. 尿が出にくい
25. 痩せてきた
26. 顔や手足がむくむ

【B. 並べ替えた後】

- ★ 全身的な訴え
 01. 食欲が振るわない
 25. 痩せてきた
 02. 眠れない
 15. 肩こりする
- ★ 食物の消化や吸収に関連した訴え
 18. 吐き気がする
 19. 胃がもたれる
 17. 腹が痛い
 21. 下痢する
 03. 便秘する
 23. 便に血がまじる
- ★ 尿についての訴え
 04. 尿の回数多い
 05. 尿の量が多い
 24. 尿が出にくい
- ★ 呼吸や血液の循環に関連した訴え
 20. せき、たんが出やすい
 06. 息切れする
 07. 動悸する
 14. 胸が痛い
- ★ 中枢神経系や目、耳などに関連した訴え
 08. 頭が重い、痛い
 09. めまいする
 10. 耳なりする
 11. 目がかすむ
 13. 舌や言葉がもつれる
- ★ 体の末端の感覚や運動に関連した訴え
 26. 顔や手足がむくむ
 12. 手足がしびれる

16. 腰が痛い
 ★ 性に関連した訴え
 22. 性器からの出血

要するに、この並べ方には何か規則性があるように感じられますが、細かく見てゆくと例外ばかりで、理解できないのです。そこで、まずこの問診表における質問項目の順番をせめてもう少し‘わかりやすい’ものにすることから始めました。

まずこの1から26までの質問項目を一つずつカードに書き移したのち、広いテーブルの上にカードを広げました。KJ法のような要領で、カードをあちこちに動かかし、比較的似ていると感じられたカードをまとめて、7つのグループを作りました(表3-1右)。元の間診表に比較して格段にわかりやすくなったとは言えないのですが、多少は連想しやすくなったのでこれをもとに可視化の作業を始めました。

2 描く作業

最初にイメージできたもの

上記の言葉による問診表を出発点として、自覚症の可視化を始めました。自覚症について何か具体的なイメージが浮かんできたら、それを手近なところにあるノートや紙切れに書付けました。この最初の過程で得られたイメージには断片的なものが多く、また散逸してしまっただものもあります。そのため、どのような順序でどのようなイメージを描いたかについて、正確に再現することは困難ですが、比較的に最初の方で描いた自覚症状画を図3-1と図3-2とに示します。



図3-1. 自覚症状の可視化、著者による作画例



図3-2. 自覚症状の可視化、河本による作画例

図3-1は著者が、また図3-2は当時学生だった河本君が描きました。二人とも特にそれまで描くためのトレーニングを受けたことはなく、まったくの素人です。いづれもよけいな情報は省略した単純な線画です。著者の場合は、最初に描くことのできたのは、肩こり、寝つきが悪い、胃が重い、などの症状です。河本君は、締め付けられる、吐き気がする、疲れた、などの症状を描きました。なぜこれらの症状が、描き始めたばかりの時に、比較的容易に思い浮かべられたかについては、それほど明確に説明できません。自分が実際に経験していたか、それとも比較的容易に共感できたか、そのいづれかの場合であったことは指摘できると思います。

混沌からの脱出

この初期の作業を通じて得られた視覚的なイメージは、おおむね直観的に得られたものと言えます。しかしその直観で描いたものを、さらに発展させていく過程で著者らはいくつか重要なことに気がつきました。それは、どんな不十分なイメージであっても、それを視覚的に思い浮かべられたら、それをなんらかの形、あるいは画として、表現することの重要性です。特に大切なのは、まず外化してみること、その外化したものを他者に説明してみること、の2点です。その結果、自覚症状を可視化するときに、どのような方針が在り得るのかを理解することができます。

このように自分が描いたものを他者に見てもらい、それについての感想を自由に言ってもらえる場として、作業チームをつくり、二カ月間にわたってほぼ週に一回の割合で共同作業を行いました。中心になったのは、直接に作画を担当した著者と河本君、国友君に加えて、長崎ろうあ福祉協会の大坪勝彦氏と奥山智恵子氏、手話通訳者の宮本美子氏、です。長崎大学教育学部で教育情報工学を研究していた松原

伸一氏、活水女子大学で文化人類学を研究していた山本勇次氏も助言者として何回か参加してくれました。さらに、山本氏の学生でイラストを描くのが得意な吉岡なお子さんも作画に関するアイデアを出してくれました。

グループ作業の進め方としては、描いた画をカード化したうえで、その持つ意味、わかりやすさ、について意見を交換し、新たなアイデアが生まれればその場でさらに画を修正しました。画を用いて一種のブレイン・ストーミングをおこなったことになります。

3 描くことの論理

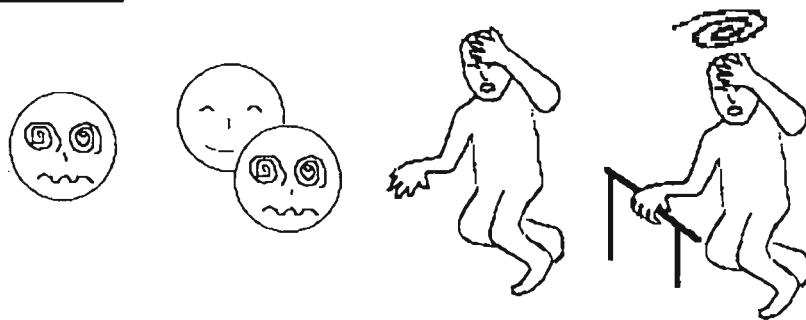
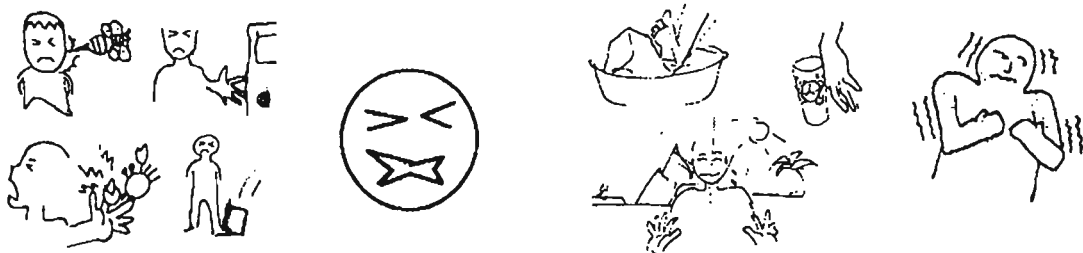


図3-3. 「めまい」の可視化

図3-3には、「めまい」を可視化する過程で描かれた画を示します。最初の段階では、ただ直観にまかせて、思い浮かぶままに描きました。しかし描いたものがいくつか集まってくると、それらを眺め、似ていると感じるもの同士のグループを作り、さらにグループごとの差を観察することで、最初に描く段階ではそれとは意識していなかった、いくつかの要素が見えてきます。図3-3の三つのグループを見ると、aは記号的な傾向の強い描き方だと言えます。またbはaに比較すれば、より写実的な描き方といえるでしょう。cはaの記号的表現と似ていますが、aに加えて、階段、手摺、杖など周囲の状況を描くことで、より具体的になっています。



このようにして、当初の「直観で描いたから、何故かを説明できない」という状態を抜け出し、自覚症を可視化する際に考慮すべきいくつかの要因が明らかになって来ました。このようにして明らかになった要因を、以下に示します。

1) 状況

自覚症状は自分で感じている体の異常ですから、姿勢や表情によって、ある程度はその状態を表現できます。しかしそれを取りまく周囲の状況が明らかになることで、さらに意味が明確になります。図3-4の上半分には‘夜眠れない・寝つきが悪い’の場合を示しました。aの画では、目を、とくに黒目の部分を大きく描き、さらに目の周囲に隅を描くことで、‘眠れないこと’を示そうとしました。また顔の図の下の水平線は掛布団の縁を示しており、‘寝ている時’という状況も示されています。しかしこのaでは、夜という状況は示されていません。一方bでは、月や星、時計、ベッドなどを特徴的な顔の画に加えて描くことで、意味を強調しています。図3-4の下半分には‘熱がある’の場合を示しました。aでは額に手を当てている人の画で、‘熱がある’を示しています。bではaに加えて、体温計、氷まくらによって意味が強調されています。

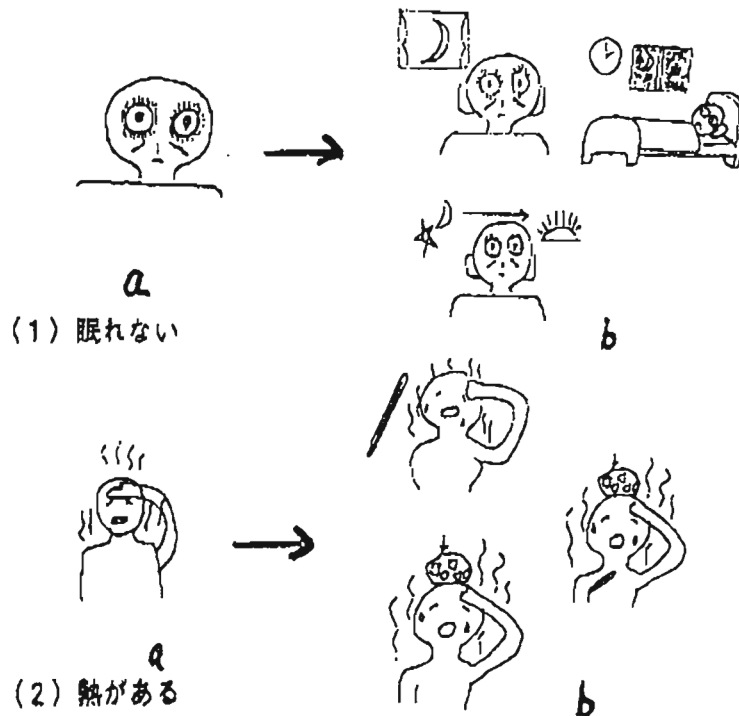


図3-4. 状況描写による意味の明確化

2) 対比

一つの画だけでは意味が明瞭でない場合に、その逆の状態を示す画を付け加えることで、意味が明確にされる場合があります。図3-5の(1)、(2)、(3)では、それぞれ‘疲れた・だるい’、‘食欲がない’、‘夜眠れない’に対して、それとは逆の意味‘元気が在る’、‘食欲がある’、‘夜よく眠れる’を対比させて、意味の明確化を図っています。

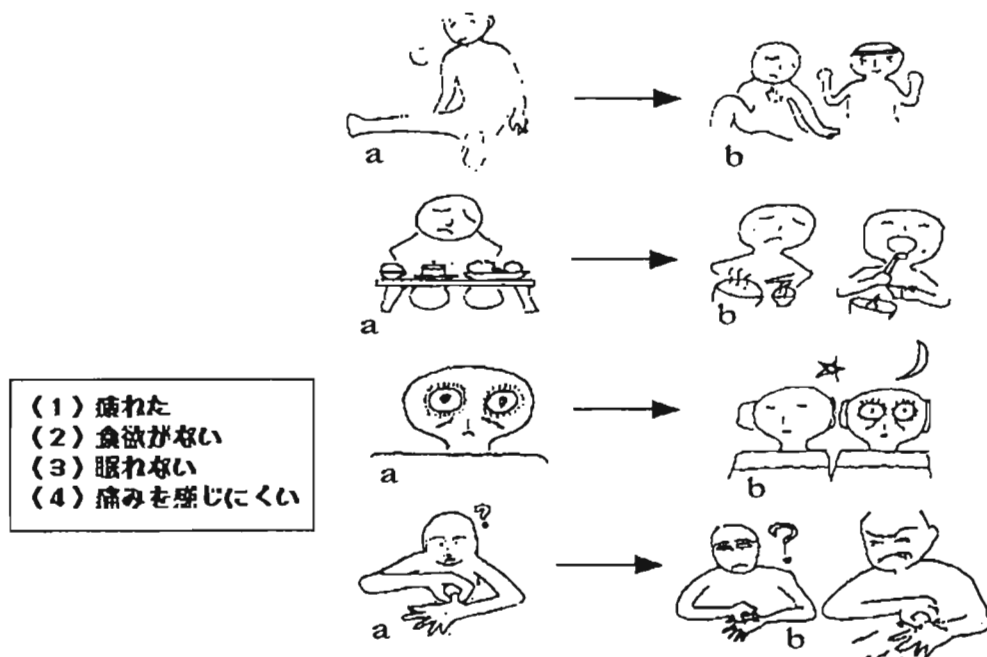


図3-5. 対比による意味の明確化

図3-5の(4)は、‘痛みを感じにくい’という、感じ方が鈍った状態を示します。aでは‘手の皮膚をつねったのに、痛みを感じない’を描きました。‘痛みを感じない’、すなわち‘痛いことを理解できない’を示すために、疑問符を描いてありますが、この画の意味を理解するのは、それほど容易はありません。bでは、aに加えて、‘痛みを強く感じる’を描くことで、意味を明確にすることを試みました。

3) 強調

体のどこか特定の部分に問題があって、‘苦しさ’や‘痛さ’を感じている場合には、その特定の部分を強調して描くことで、意味が明確になります。図3-6のaでは、顔の表情、姿勢、手の位置などで、苦しさを表しています。一方b

では、その苦しさや痛さの原因となっている内臓に関係したことを描くことで、意味を明確にしています。

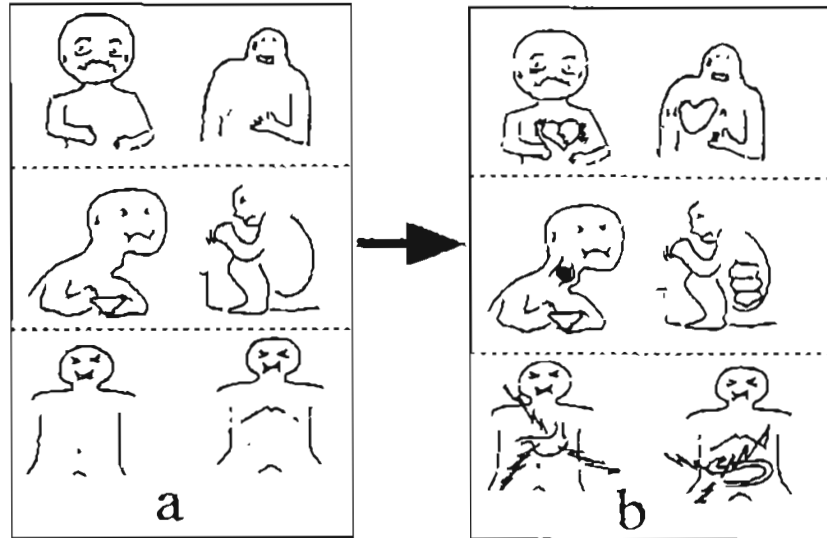


図3-6. 部分の強調による意味の明確化

4) 頻度や時間の表示

自覚症状が、頻度や量に関連している場合には、それを描く必要があります。図3-7では、‘尿をだす’ことを主題として、‘尿の回数が多い’、‘尿の量が多量/少ない’を描きました。

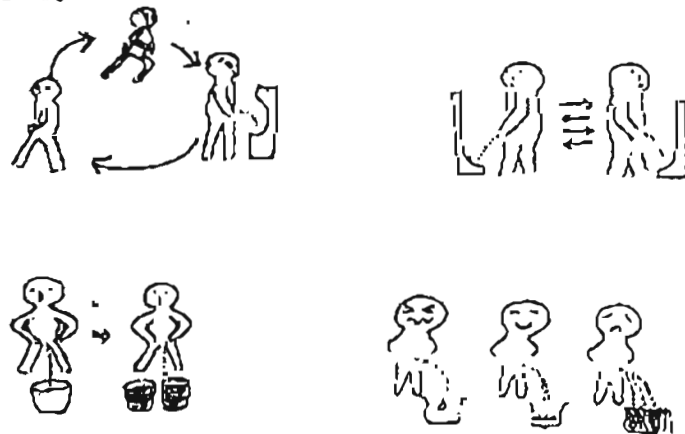


図3-7. 頻度や量の表示

5) 前後の状況の表示

図3-8は、‘胸がムカムカする・吐き気がする’を示そうとした例です。手の位置は胸の部分がよさそうですが、手を顎に近づけすぎると‘考え込んでいる’よ

うになってしまうし、手の位置が下すぎると、‘何かを持っている’ようになってしまいます。食事と関係させて意味を明瞭にしたらどうか、と箸と茶碗を描いてみましたが、まだ意味が不十分です。‘吐き気’は‘実際に吐く’の前段階だとすると、‘吐き気’から‘吐く’に至る過程を表示すれば意味が明瞭になります。

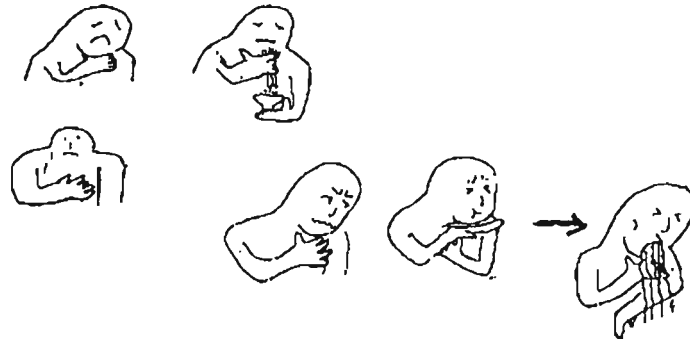


図3-8. 前後の状況の表示による意味の明確化、「吐き気がする」を例に

6) 手の位置、姿勢、顔の表情

姿勢や手の位置には多くの種類があるため、姿勢や手の位置のわずかな差で意味が異なってしまう自覚症状の場合には、‘より適切な姿勢や手の位置’を求めた試行錯誤が必要になります。

4 この章における視覚的思考の理解と手順化

描きながら考える

この章で出会ったことで印象深いのは、最初の段階で幾つか画ができた後、それを眺めながら、その画に込められた意味を「もっと‘わかりやすく’するにはどうしたらいいか」について考え、意見を出し合っているうちに、「視覚的に思考する」といえる状態に入ったことです。学生が描いた画を何枚も机の上に広げて、視覚的な特徴を中心に分類を行った第2章においても、この分類作業がすでに視覚的に物を考えることの始まりであったことはすでに述べました。しかしこの第3章では、分類作業とは異なる次元で、視覚を頼りに物を考えていたようです。特に、第3章では、画をわかりやすくする方策として、‘対比’、‘強調’を始め、多くの視覚的な情報操作の有用性が見えて来ました。こうした対比、強調のような概念は、言

葉だけの世界ではそれほど重要な意味があるようには思えなかったのに、視覚の世界では極めて大切な事柄だと言えそうです。このことを、次の例によって考えてみましょう。例えば、‘疲れやすい’や‘眠れない’という健康に不安のある状態に対して、‘元気である’や‘よく眠れる’がその対極の状態であることは言うまでもありません。しかし‘疲れやすい’とか‘眠れない’といった言葉をもっとわかりやすくしようとしたときに、その対極の状態の言葉を付け加えよう、とすぐには思い付きません。たとえ「疲れやすい」を「疲れやすい（‘疲れやすい・元気である’の反対の表現）」と言い替えても、格段にわかりやすくなったとは言い難いものがあります。これに対して画で示す場合には、「疲れやすい」画に「元気な」画を組み合わせることで、表現がより安定し、強力になったように感じられます。これは一体、どうしたことでしょうか？ すなわち、言葉で考える場合と、画で考える場合とでは、物の考え方や発想の仕方に大きな変化が現れて来るようです。

本章では、‘わかりやすくすること’を視覚的に求める中で、最初の混沌とした状態から、対比、強調などの視覚的な技法の重要さがわかって来ました。しかしデザインの分野における文献を調べてみると、例えばドンデイス（形は語る1979）はデザインの視的意味を決定的に左右するのが視的技法であり、すべての視的技法の中で視的メッセージ操作上、もっとも重要なのは‘対比’であること、を指摘しています。また「意味を尖鋭ならしめる視的方略として、対比は見る者の注意を喚起するだけでなく、その意味に生氣を与え、より重要かつダイナミックならしめる」とも言っています。さらにドンデイスはこうしたデザインの方法の心理学的な基礎をゲシュタルト心理学に求め、「眼は（それとともに人間の脳は）視覚的データにおける解決と統合を求めて追求をやめない」という原則にふれています。

手順化

この章においては、学生に描かせるのではなくて、著者自身が描くことを試みました。前の二つの章においては、学生に描いてもらったために、描くことの必要な状況の設定が大切でした。本章では描きたいという著者自身の個人的な必然性に導かれて描きました。自覚症を具体的な形として表現した訳ですから、描くことの手順化において、まず考えられるのはその形自身を組み合わせるやり方です。

主題1；形を組み合わせて、自覚症の形を作ってみる。

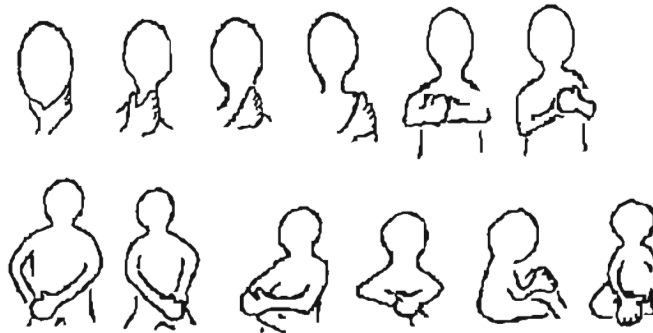
手順1-1；シルエットから見た自覚症状

「あなたの自覚症状を体のシルエットとして表すのであれば、次のどれが適当ですか？」



手順1-2；手や足の位置

「シルエットで捉えたあなたの自覚症状をもう少し詳しく表現してみましょう。手や足の位置はどうなっていますか？」



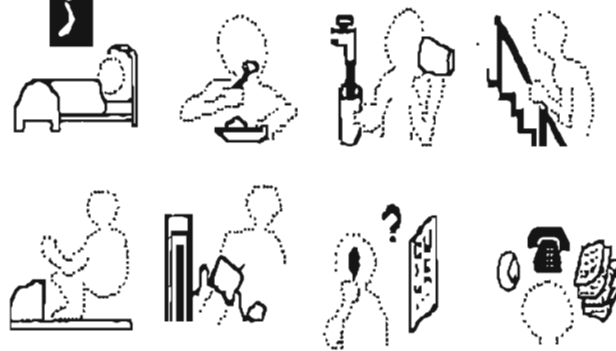
手順1-3；顔の表情

「あなたの自覚症状を表す画に表情を付け加えるとすれば、どのようになりますか？」



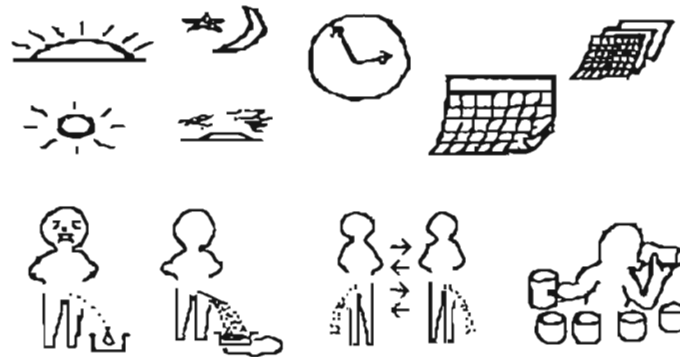
手順1-4； 環境、周囲の状況

「あなたの自覚症状はどのような行為や状況と関連していますか？」



手順1-5； 時間的、量的な要素

「あなたの自覚症状をはっきりと表すために、量や時間の要因が必要ですか？」



手順1-6； 総合

「以上の手順で選んだパーツを活用して、あなたのイメージを表現してみてください。」

主題2； 対比によって、自覚症状の意味をより明確にする。

2-1。逆の状態（元気な状態、健康な状態など）を描く。

「どのようなシルエットやどのような顔の画を組み合わせたら、元気な状態が描けますか？」

元気なシルエット

元気な顔

2-2。組み合わせる

3. 2 人との出会いから描く

健康や疾病について感じていること、あるいは自覚症状を、目に見える形として描けることがわかりました。また一度描いた画を素材として、対比や強調など視覚的な思考過程を働かせることで、画をさらにわかりやすいものへと発展させられることがわかりました。このような個別の自覚症状画は、健康や疾病についての感じ方、考え方を言葉とは別の方向から、わかりやすく表すことの第一歩と言えます。しかし、個別の自覚症状の画だけで、人が健康や疾病について考えていることの全貌を表すことはできません。自覚症状画は、より高い水準の考えを視覚的に把握する際の、個別の要素のようなものかもしれません。では、この個別の要素を活用して、さらに複雑なものを表現するにはどうすればいいのでしょうか？ この章では、事例研究によって、医療の専門家が考えていることを、わかりやすく理解することを試みます。

なお、この章における試みは、著者が文部省の在外研究でアメリカ合衆国イリノイ州アーバナ・シャンペイン市に滞在している間に行いました。

1 頭痛を描く

ウレスラー先生との出会い

在外研究者として長崎を後にし、どちらを向いても見渡す限りトウモロコシ畑が広がる米国中西部、アーバナ・シャンペイン市にあるイリノイ大学の教育学部に来てもう3か月になろうとしています。長崎で進めてきた健康を描く仕事を継続しようとして、教育心理学のデルウィン・ハーニッシュ教授、あるいは小児保健学のジャネット・ルイス教授に相談に乗ってもらい、希望は膨らんで来ましたが、なかなかアメリカ人の医療従事者に実際に会って仕事を始める機会に巡り合えません。その日も保健学部のルイス先生と、文献に関して話をしようと研究室を訪ねたところ、

そこで最近開業したばかりの一般内科医を紹介されました。それがウォルター・ウレスラー先生との出会いでした。ウレスラー先生に、自覚症状を眼に見える形にしてきたこれまでの試みを話すと大変に興味を持ってくれました。また「アメリカ人に多い健康の問題を画にしたら、より多くの人に興味を持ってもらえるのではないかと助言してくれました。しかし一体、ほとんどのアメリカ人が持っているような一般的な健康の問題などというものがあるのでしょうか？ 日本人の場合を考えてみても、「誰もが経験したことのある健康上の問題は何か？」と考えると、とまどってしまいます。しかし、「そのような一般的なアメリカ人に共通の健康の問題がはたしてあるのか？」とルイス先生とウレスラー先生に尋ねると、二人とも即座に「それは頭痛だ」と答えてくれました。

できるだけ多くの自覚症状を画にしようと考えていたので、「頭痛」といわれて一瞬驚きました。しかし、痛みは自覚症状の基本とも言えるもので、長崎でも‘痛さ’を表現することには、苦勞しています。そこで二人の助言にしたがうことにしたのですが、どんなことから始めたらいいのでしょうか？ しばらく考えていたウレスラー先生は、にっこりして「来週中に予定と資料をファックスで送るから、それを見たら連絡をとって、私の診療所に来てください」と言ってくれました。

頭痛問診表の可視化は意味があるか？

それからしばらくして、ウレスラー先生の連絡先とともに、以下のような頭痛問診表が送られて来ました。

Forest 頭痛問診表

- 01.あなたの頭痛の原因について、何か心当たりがありますか？
(嘔うち症、糖尿病、高血圧、目の緊張、その他)
- 02.これと同じような頭痛がこれまでにありましたか？
- 03.複数のタイプの頭痛がありますか？
- 04.頭痛の痛みがとても強く、耐えきれないほどになることが、時々ありますか？
- 05.あなたの頭痛は、家庭、仕事、または社交の場などで、緊張が高まったり、神経質になったりした時に、起こりますか？
- 06.頭痛の最中に、首、肩の筋肉または頭の付け根に、緊張や痛みを感じますか？
- 07.あなたの頭痛は、一定の強い圧力をかけられているかのように、鈍く長続きしますか？
- 08.あなたの頭痛は、頭の周囲をきつく締め付けるように感じられますか？
- 09.あなたは通常、一週間に1回か、それ以上頭痛がしますか？
- 10.あなたの頭痛は日中に起こりますか？
- 11.あなたの母親、父親、または他の血のつながった親戚で、似た頭痛を持っている人がいますか？

か？
 (以下、12番目から28番目は省略)

さて翌週です。地図を頼りに、イリノイ大学のキャンパスから数ブロックのところにあるメディカル・アート・ビルディングを尋ねました。ここは開業医が集まった2階建てのビルで、各階には4名の開業医が診療所を持ち、ウレスラー先生はその2階の奥の部屋です。ウレスラー先生に会うと、さっそく上述の頭痛質問表に基づいて、1番目の質問から始め、それぞれの項目について、「ウレスラー先生はどんなイメージを持っているか?」、また「それを描くとすれば、どのようなものになりそうか?」を聞き始めました。しかし聞き始めてすぐに、このやり方でイメージを視覚化するのは困難であること、が分かってきました。肝腎な点として「ウレスラー先生は頭痛に関して、この調査表の質問項目のようには‘もの’を見ていないこと」、そのために「具体的な視覚イメージが浮かびにくいこと」の二点に気付かされたのです。もう少し丁寧に言うと、この質問表は通常は、診察を受ける前に、患者が書き込みます。ウレスラー先生の話だと、この質問表に記入する作業はそれほど楽しいものではないとしても、質問項目の数は28しかないため、患者さんはあまり文句もいわずにこれに記入してくれるそうです。記入が終わったら、これももとに患者が持っている頭痛の大体の種類の検討をつけ、それを頭にいれた上で、さらに詳しく医師が問診していくのだそうです。質問の順序については、最初の4つの質問は混合型の頭痛に、また5から10までの質問は緊張型の頭痛に、11から19までは片頭痛に、といった具合に、連続するいくつかの質問が、それぞれ異なった型の頭痛に対応しており、回答者の○の数によって、頭痛の型が予想できるようになっているとのことでした。

結局、ウレスラー先生は診察前の情報収集の手段としてこの問診表を使っても、患者さんを目の前にしたときの思考過程はまったく別のもののようです。そこで、ウレスラー先生が実際に何を知らうとし、何を考えるのかを中心として、描くことにしました。

ウレスラー先生が知りたいこと、その1、頭痛の性質

さて翌週、目の前に頭痛の患者が来たときに、ウレスラー先生が知りたいことの内容と順序の概要を知る必要があります。「どんな型の頭痛に出会うことが多いの

か」、「どんなことを知りたいのか」などを聞きながら、それを略画で表現してみました。まず、頭痛の場所（どこが痛いのか?）、引き続いて、痛みの種類（どのように痛いのか?）、時間の要因（いつから痛いのか?）、思い当たる原因、過去の治療、などです（図 ）。

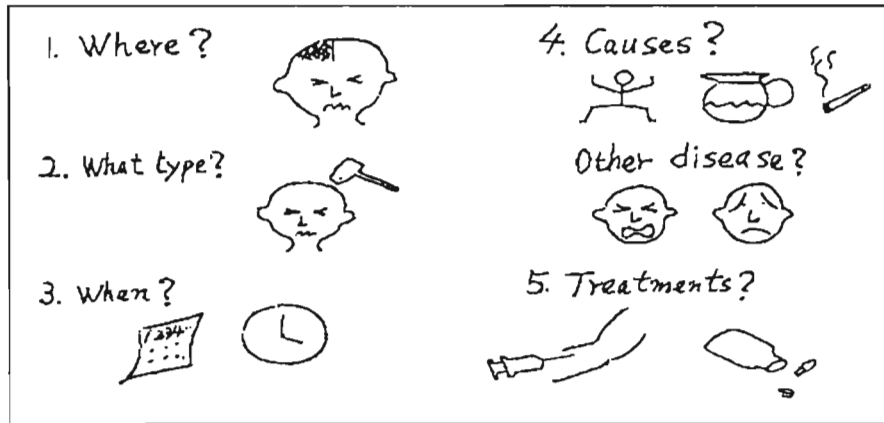


図. うれすらー先生が頭痛患者について知りたい情報の概略

この図は、ウレスラー先生が頭痛について知りたいことの見取図のようなものにあたります。この図が出来た後、その後一週間か二週間に一回の割合でウレスラー先生に時間をとっていただき、この5項目をさらに詳しく描いて行きました。

1) 頭痛の場所（図 ）、）

頭痛に関する最も重要な情報の一つが「頭痛の部位」です。人間の頭は球形の構造物と見なせるので、できるだけ多くの方向から部位を考えられるように、最初は頭の前後左右と、上方から見た図を描きました（図 ）。ウレスラー先生に見てもらった結果、方向は大体最初の図でいいことになりましたが、「頭だけでなく、頸も描いて欲しい」というのがウレスラー先生の注文でした。「緊張性の頭痛では首の部分にも痛いところ、重いところがある場合が多く、その情報を大切にしたい」ということで、頸から肩にかけての輪郭を付け加えたのが図 です。

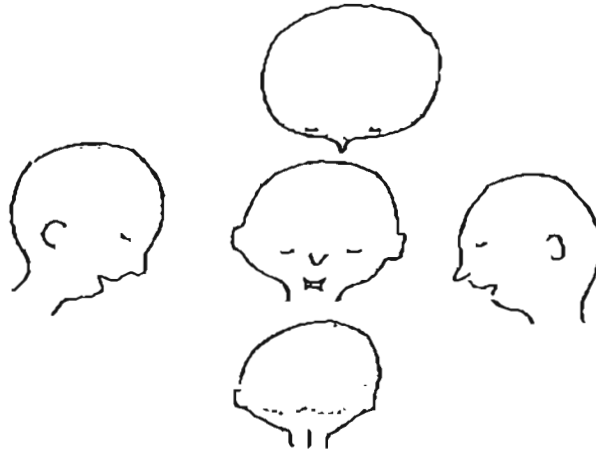


図. 頭痛の場所、その1

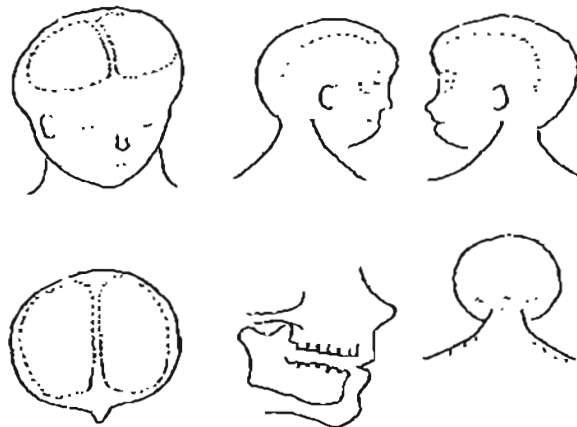


図. 頭痛の場所、その2

頭蓋骨の中にある脳をイメージできるように、ということで、頭の画には点線で脳の左右半球の輪郭を付け加えました。また頭痛を脳の下方にある鼻や顎、歯の部分と関連させて考えられるように、頭部側面の前後方向の断面の輪郭を描きました（図4-3、下段の中央）。

2) 頭痛の種類（図4-4）

アメリカ人の最も一般的な健康障害ということで頭痛を取り上げたことは、すでに述べましたが、この場合の痛さはどのようなものなのでしょうか。「頭痛がする」といっても、人が異なれば、痛さも異なることが予想されます。一体何種類くらいの痛みを考えたらいいのでしょうか？長崎で自覚症状を描き始めたときに、

「ガンガンと殴られるように痛い」、「キリキリと刺し込まれるように痛い」、「重苦しく痛い」の三種類の痛みについては描いたことがあったため、それを参考にして図4-4の上段の画をまず描きました。これに加えて、ウレスラー先生のコメントにより、さらに「締め付けられるような痛み」と「焼かれるような痛み」とが加わりました(図4-4、下段)。

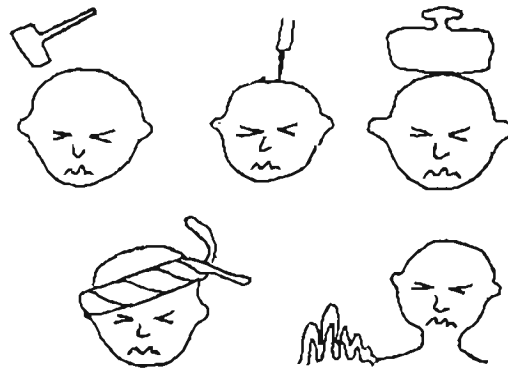


図. 頭痛の種類

3) 頭痛に関する時間的な要因(図4-5、4-6、4-7、4-8)

図4-5は頭痛の始まった時期を問題としています。始まった時期に関しては、当初かなりおおざっぱなカレンダーの画を描きました。これを見たウレスラー先生は頭痛の時期について知りたいことの中身として、まず「頭痛が何年も前からあるのか?、それともごく最近に始まったのか?」、さらに「ごく最近に始まったのであれば、さらに何日前からか?、何時間前からか?」の2点を整理してくれました。また何時間前をイメージするために、時計の文字板を描くことを提案しました。「しかし、時計のイメージだと、針の位置などを分かりやすく描くのが難しい」、「針を描かなくても数字ならわかるのではないか」、「それでも時計のイメージを残すなら、○の中に数字を示してもいいのではないか」などのやり取りの末、図4-5が出来ました。

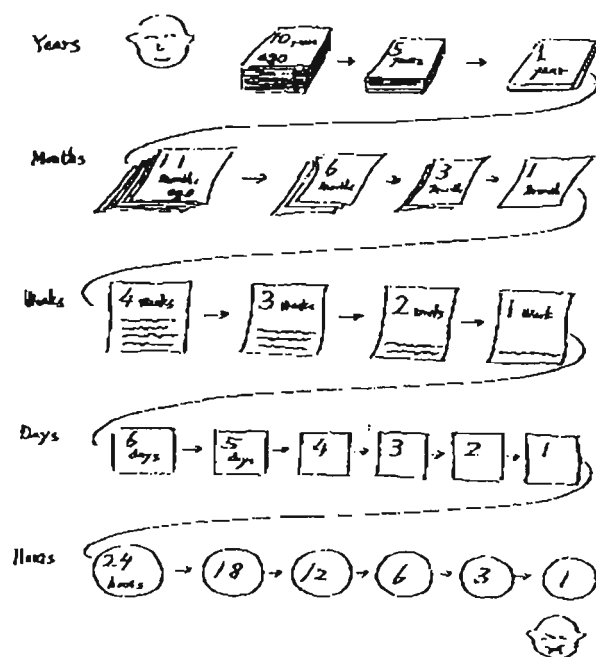


図. 頭痛の始まり

図4-6は「頭痛が一日の中で、朝、昼、晩、夜のいつに来るのか」を表しています。顔の画を使って頭痛の有無を表わし、頭痛がない場合は「笑顔」、頭痛の時は「痛そうな顔」を用いることについては、ウレスラー先生も賛成してくれました。

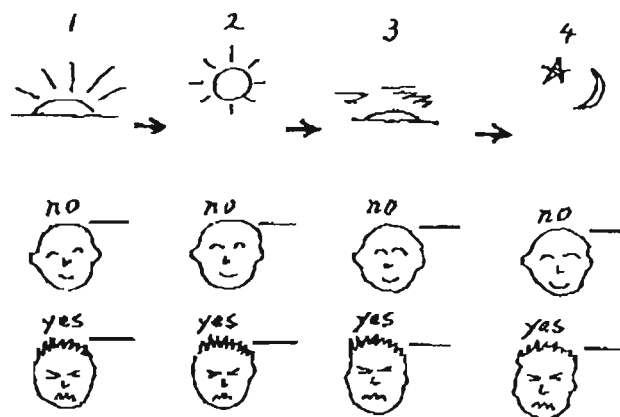


図. 一日の中で頭痛がするとき

「急に始まるのか、ゆっくりはじまるのか」など頭痛の‘やって来かた’のパターンはどう表せばいいでしょうか？ 図4-7では、頭痛が急に来自る場合、を取り上げて、三種類の表示をしています。顔の画を使っている点はいずれの表示でも同様ですが、最上段では「水平に並べた顔の画をずっと細い矢印で結ぶ」ことで経過を

表しているのに対し、中段では「笑顔から痛そうな顔に移行するところの矢印を太く描く」ことで変化を強調しています。下段では、「笑顔の列よりも一段上方に痛そうな顔を描く」ことで、変化をさらに強調しました。‘笑顔／痛そうな顔’の区別に加えて、‘矢印の太さ’、‘笑顔と痛そうな顔の位置の差’、が頭痛開始パターンの理解を助けることがわかったため、これらを組み合わせた上で、三つのパターンを図4-8のように視覚化しました。上段から、a. 急に始まる型、b. 徐々に始まる型、c. 良くなったり悪くなったり型、の順です。

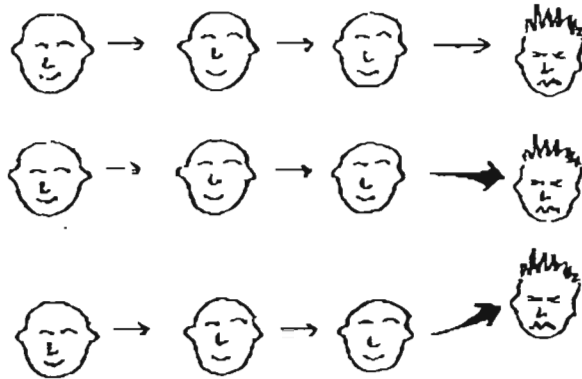


図. 頭痛のやって来かた、その1

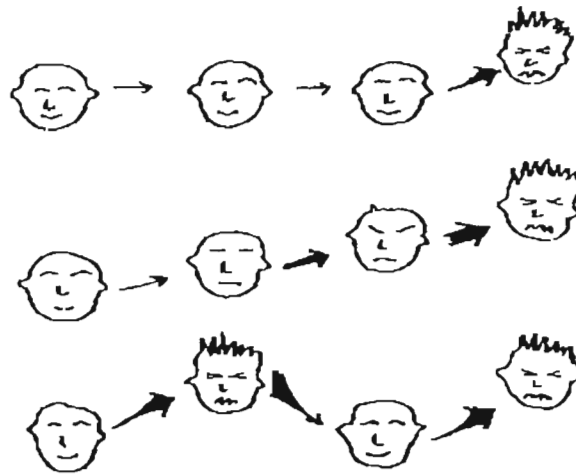


図. 頭痛のやって来かた、その2

ウレスラー先生が知りたいこと、その2、頭痛に関連したことがら

頭痛の場所、種類、時間という基本的なことを描いた次の段階として、頭痛と関連のありそうなことを描いてゆきました。頭痛だけが問題ならば、場所／種類／時間の情報があれば十分な気もしますが、ウレスラー先生によれば、頭痛に関連がありそうなことを可能な限り知ることが、頭痛を理解する上で大切なことです。「頭

痛と関連する」といっても、頭痛の直接の原因として考えられることから、頭痛に直接は関連がないかもしれないが、頭痛と一緒にある他の体の異常など、考慮すべきものは多そうです。「著者がまず画を描く、ウレスラー先生がそれを見て、さらに〇〇はどうか、とコメントする」という繰り返しを経て、画ができて行きました。大体の画の順序をみると、最初は頭や顔に近い体の上の方に関心が向き、さらに胸、腹と関心が移動しています。患者の体を診察する際のこのような注意の移動の仕方は、臨床医学の診断学の教科書に出てくる典型的な方法とも似ていますが、ウレスラー先生の関心は、体の部位だけではなく、その部位に関連した環境的な要因へも向いています。

1) けが、発熱 (図4-9)

ウレスラー先生はまず「頭への外傷の有無や、脳脊髄膜炎など緊急な対応を要する既往の有無」を最初に判断したい、とのことで、図4-7ができました。特に発熱に関しては、アメリカでは小児だけでなく成人でも体温を計る際に、「体温計を口にくわえること」が一般的で、また体温計の目盛りでは「101度(華氏)を越えるか、越えないか」が問題となります。

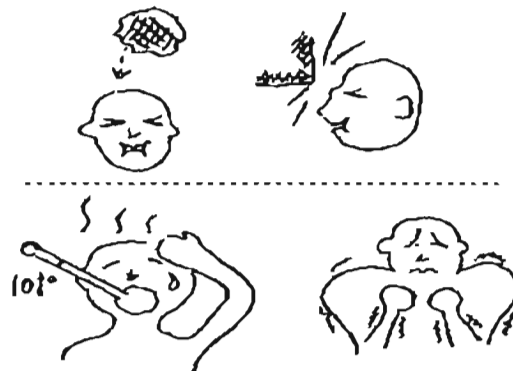


図. 頭痛との関連1 ; けがと発熱

2) 眼、耳、鼻 (図4-10)

特に眼と関連して、「眼の部分の痛み」、「眼が見えにくい」、「閃光など普段は見えないような異常なものが見える(偏頭痛の時)」、を描きました。ウレスラー先生が開業しているシャンペイン市はイリノイ大学を囲む大学町で、学生や大学関係者がたくさん住んでいます。頭痛とおおいに関連する眼の疲労の原因として、ウレスラー先生は「パソコン、テレビ、蛍光灯ランプの長時間使用」を問題としまし

た。

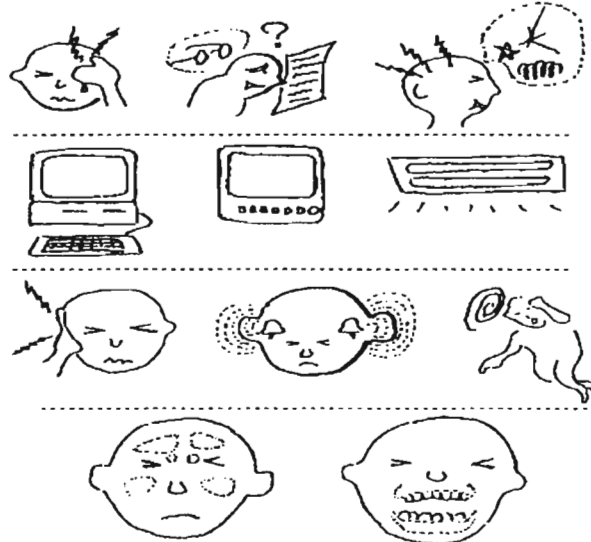


図. 頭痛との関連2 ; 眼・耳・鼻

3) 呼吸器と循環器 (図4-11)

呼吸器、循環器、消化器については、特に頭痛ということでもなく、全身的な健康の状態を判断する上で大切です。ここの部分は、長崎で描いていた画のいくつかを殆ど手直しせずに使うことが出来ました。例外は、消化器に関連した項目中の、右端に描いた画で、便器の形を座式ではなく洋式にしました。

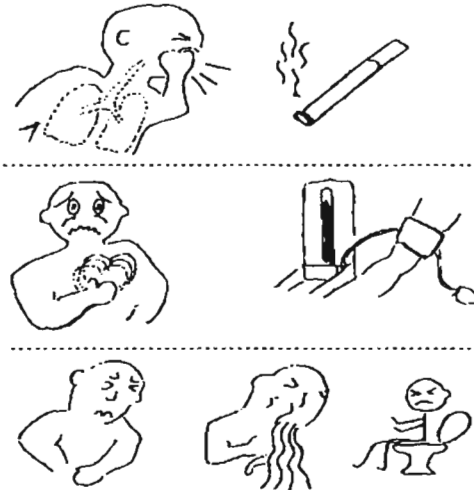


図. 頭痛との関連3 ; 呼吸器と循環器

4) 飲み物や食べ物 (図4-12)

私の予想以上に、頭痛の原因としてウレスラー先生が注意を払っていたのが、飲み物と食べ物です。飲物が原因になる場合は、紅茶、コーヒー、ソーダ、コーラ飲

料を飲み過ぎた場合です。また食べ物としては、バナナ、柑橘類、醗酵型のチーズ、チョコレート、ナッツ類、などが挙げられました。

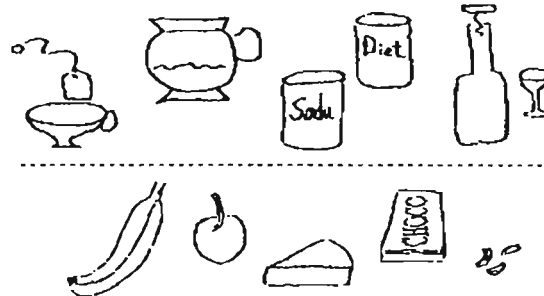


図. 頭痛との関連4 ; 飲み物と食べ物

5) 他の主要な病気 (図4-13)

その他、頭痛と関連した病気として、ウレスラー先生は「脳に一時的に酸素が足りなくなる場合」と「脳の血管に何等かの異常のある場合」とを指摘しました。自覚症としては、「体の一部の調節が利かなくなること」などが描けます。

ホルモン系統の異常が頭痛と関連することもあり、「糖尿病に対するインシュリンの治療」、女性の場合の「月経の終了」、「経口避妊薬服用」、が考えられました。月経の終了は、なかなか分かりやすく描くのが困難です。女性の問題であることを示すために、女性記号(♀)を使いました。ウレスラー先生自身と先生のもとで働いている看護婦さんによれば、「一般のアメリカ人は女性記号を理解するはずだ」ということです。しかし、「自覚症状の画にこのような記号を加えたときに、理解度がどう変化するのか？」は今後の課題と考えられました。

運動を含む身体的な活動も、頭痛に影響するとのことで、「特に運動しているところ、とセックスしているところ、とを描いて欲しい」とウレスラー先生が注文をつけました。この時点では、「セックス」はまだわかりやすく描けていません。

頭痛に関連した「その他の主要な病気」の最後に来たのが、精神的なものです。イリノイ大学の学生の「勉強のしすぎによるイライラ感」を取り上げ、「時間に追われる、電話を含む対人関係に追われる、レポートの提出に追われる」という三つの要因を描きました。「精神病の疑い」を視覚的に表すにはどうすればいいか、をウレスラー先生と話していて浮かんできたのが、ムンクによる画のイメージでした。

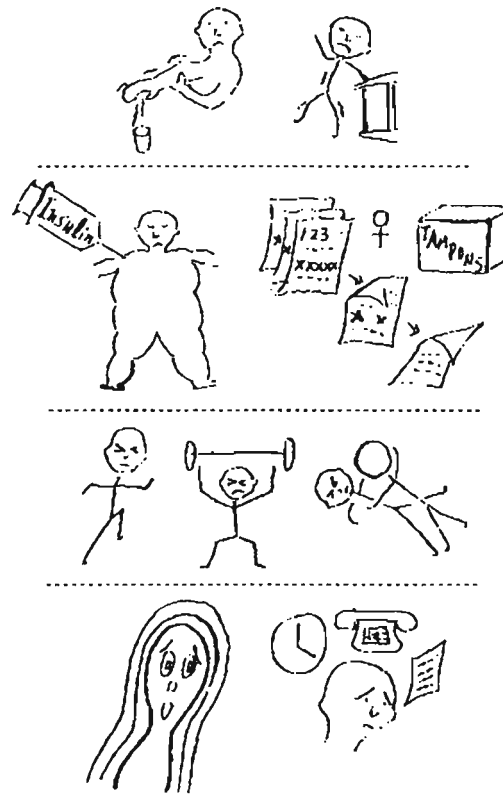


図. 頭痛との関連 5 ; 他の主要な病気

6) アレルギー (図 4-14)

ウレスラー先生が持っているイメージの中で、最も描きにくかったのが、アレルギーです。ウレスラー先生が特に注目しているアレルギーの原因としては、食べ物や飲物、特定の季節などがありました。アレルギーの現れる場所も、手足の皮膚から鼻の粘膜に至るまでさまざまです。これらを一つに描いたのが図 4-14 ですが、ここまでイメージが複合してくると、多少は言葉があった方が、理解しやすくなることも考えられます。

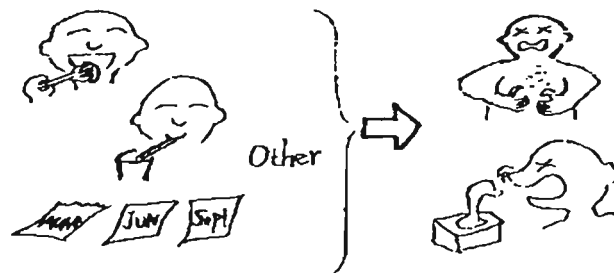


図. 頭痛との関連 6 ; アレルギー

7) 家族や親戚の頭痛 (図4-15)

頭痛の背景に遺伝的な要因があるかどうかを取り上げたのが、図4-15です。男女を表わすのに、記号ではわからない人がいるかもしれないと考え、顔の画を用いました。家系図を描くときの要領で、夫婦を水平線につなぎ、その子供を水平線の下方に描きました。

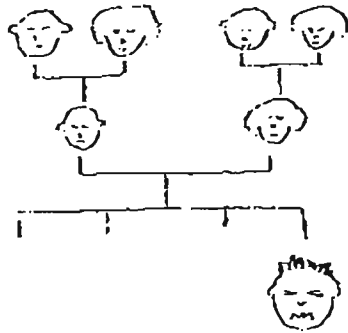


図. 頭痛との関連7；家族や親戚には頭痛があるか？

8) 頭痛に関連した検査 (図4-16)

頭痛に関連して、「これまで何か検査を受けたことがあれば、それを視覚化した」というウレスラー先生の考えを、画にしました。エックス線撮影、CTスキャン、採血による検査（何か血をとって検査された記憶があるかどうか）、脳波、筋電図が主なものです。



図. 頭痛に関連した検査

9) 頭痛に関連した服薬 (図4-17)

アメリカでは医薬が完全に分業しているため、開業医が薬を出すことはありません。しかし、現実に市販されている薬について最新の知識を得たり、患者への教育を目的として、ウレスラー先生の診療所の中にある一室の棚の上には、さまざまな薬のパッケージがおいてありました。それらを眺めながら、「頭痛に関連した主な市販薬について示したらどうか」といって、ウレスラー先生がスケッチしてくれたのが図4-17です。

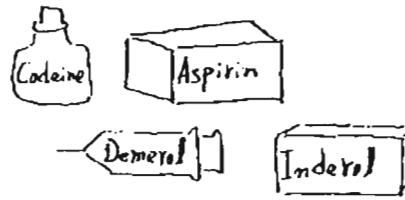


図. 頭痛に関連した薬

10) 患者の持つ医療へのこだわり (図4-18、4-19)

さて、‘頭痛患者についてどんな情報を必要とするか’、から始めて、‘頭痛に関する服薬に至るまで’を一応描くことができました。これで充分なのでしょうか？ それとも、まだ何か重要なことで、画にしていないものがあるのでしょうか？ しばらく考えていたウレスラー先生は、最後に気にかかることとして、医療や検査に関する患者さんの側の不安や希望について語り始めました。「頭痛の患者の場合、それほど心配する必要のない頭痛であっても、人によっては、もっと深刻な病気が隠れているのではないかと考えて心配する人もいます。医師として、それらの心配を理解しておく必要がありますが、それを描けないのでしょうか？」 こうして図4-18ができました。検査に関する希望や気がかりを描こうとしたのが、図4-19です。アメリカでは、開業医は最小限の診察設備しか持たず、詳しい検査が必要なときは大きな病院へ紹介します。一方、患者は知識が豊富になって来ているため、患者の側がより高度な検査を望む場合も多く、図4-19の質問では例として‘CTスキャン’と‘MRI (核磁器共鳴法による検査)’を取り上げました。

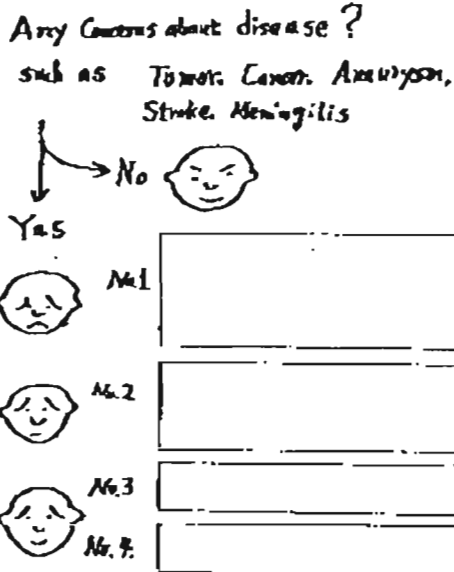


図. 頭痛より気がかりなこと

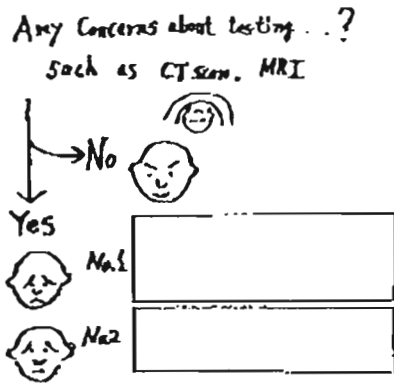


図. 検査についての希望や気がかり

2 バックペイン（腰痛）を描く

頭痛からバックペインへ

前節の試みによって頭痛に関するウレスラー先生の考えを可視化できましたが、日本人の場合も考えたとき、頭痛はそれほど一般的なものではありません。「頭痛の可視化で得られたことは、頭痛だけにしか通用しない特殊な側面が多いのか？」それとも「他の疾患にも共通する部分が多く認められるのか？」は気になるところです。そのためにも、「是非もう一つくらいは‘別な健康に関する問題’を可視化したい」と今度もまた保健学部のルイス先生の所へ相談に行きました。「先日は、アメリカ人に共通の健康の問題として、頭痛に注目しましたが、頭痛に次ぐ健康の問題としては、何を考えたらいい？」と聞くと、しばらく考えてから「バックペイン (Back Pain) はどう？」と答えが返ってきました。バックペインを‘背中の痛み’と直訳してしまうとピンときませんが、‘背中から腰にかけての痛み’とすれば、日本人に多い‘腰痛’とも共通の部分が出てきます。腰痛ならば、日本に帰ってからも役立ちそうだし、頭痛と同様にやりがいがあります。しかし、バックペインを描いてゆくためには、頭痛の場合のウレスラー先生のように、こちらの意図をよく理解して、イメージの可視化を先導してくれる専門家が必要です。「バックペインについて相談に乗ってくれそうな人を知りませんか」とルイス先生にたずねると、「マッキンリー健康センターの健康教育部門にいるキャロルがいいんじゃない？」と電話番号をメモして渡してくれました。

ケネディ先生との出会い

その翌週、イリノイ大学キャンパスの東端にあるマッキンリー健康センターを尋ねました。ここはイリノイ大学の健康管理の中核で、診療部門の他に健康教育部門があり、何人か専属のスタッフがいます。キャロル・ケネディ先生の部屋を訪ねたときは、ちょうど秘書や学生も交えてイリノイ大学の学生を対象にした郵送調査の調査用紙を整理していた所でしたが、気持ち良くこちらの話を聞いてくれました。

「バックペインの人を目の前にしたときに、あなたが考えることや、知りたいと思うことを画にしたい」というと、「私も丁度そのようなことに関心を持っているの」と言って、数か月前に出版したばかりの、バックペインの運動療法に関する自著を出してきてくれました。また、「私は大学で修士論文を書いたときには、筋肉細胞中のミトコンドリアの数ばかり数えていたけど、論文が通った後も、そんな細かいことが重要な意味を持っているとは思えなかった。健康を描くってというのは、ミトコンドリアより私にとっては、ずっと面白そうに思える」と励ましてくれました。

さて翌週、いよいよケネディ先生のバックペインに関する考えを描き始める日です。研究室を訪ねると、部屋から飛び出てきた先生は、私をみて、「まず仕事の前に、あれを！」と部屋の隅にある立位前屈計を指さしました。「さあ、計測するから体を曲げて」と言われて、その台の上に登り、膝を伸ばしたまま腰から体を前に屈めましたが、両手の先は台よりもかなり上にあります。「やっぱり、体が堅そうね。そのまま放っておくと、あなた自身がバックペインになるかもよ」といって、バックペイン予防の体操について説明してあるパンフレットを渡してくれました。

バックペインの可視化

一段落すると、ウレスラー先生といっしょに頭痛を描いたときのような要領で、バックペインについてのケネディ先生の話を聞き始めました。頭と腰とは、体の中ではまったく異なった場所ですが、「痛み」をどう表すのか、については共通する部分が多くあります。結局1～2週間おきに3回ほど面会の時間をとってもらい、「描く→討論する→また描く」という作業を続けた結果、以下のような画ができました。

1) バックペインの場所 (図4-20)

‘バックペイン’を描くといっても、最初はどうしても‘腰痛’のイメージが抜けなかったため、最初は腰の部分のみを描いてしまいました。「バックペインの場所を考える場合、背中部分は全域をカバーすること；また痛みが足の方まで放散するため、足も画に含めて欲しい」というケネディ先生の助言によって、結局脊柱を側面から見た画に加えて、全身を後ろから眺めた画を描きました。

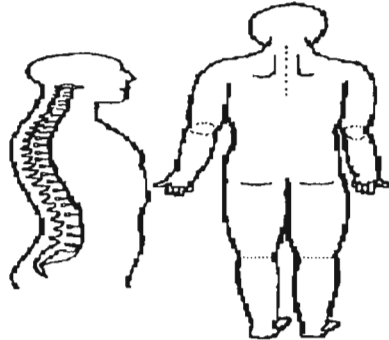


図. バックペインの場所

2) バックペインの種類 (図4-21)

最初は頭痛の場合(図4-4)と同様の刺激が腰に加わっている様子をイメージして描きました。しかし「締め付けられるような痛み」については、頭痛の場合のように‘周囲全体に何かを巻き付けて締め上げられている’ように描くと、背中に限局した痛みの表現としては適切ではありません。そこで、‘万力のようなもので背中から締め付けられている’画を採用しました。また‘焼かれるような痛み’は採用せず、その代わりに「‘キリキリ’ほどは鋭くないが、やはり刺し込まれるような痛み」の画を加えました。さらに、‘痛みが足の方へ放散している状況’を描きました。

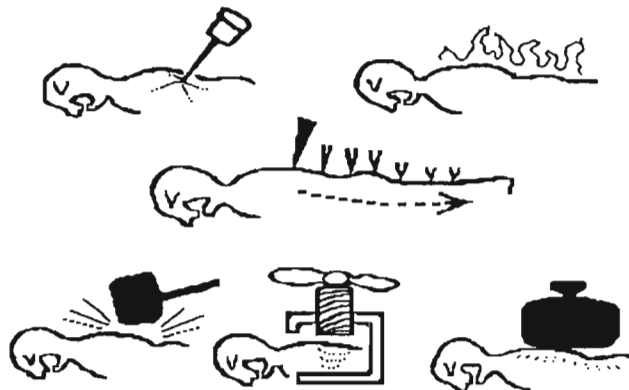


図. バックペインの痛みの種類

3) バックペインに関する時間的な要因

この時間的な要因に関しては、頭痛の時に描いた画がそのまま利用できるのではないかと、ということで、新たに描くことはしませんでした。

4) バックペインとの関連が考えられる姿勢や運動 (図4-22)

頭痛の場合には、頭痛に関連した要因として、‘頭痛以外の自覚症状’から‘飲物や食べ物’に至るまで、多くのことがらを描きましたが、バックペインの場合は描く対象が‘姿勢と運動’とに集中しました。このように、可視化の対象を頭痛からバックペインに移すに伴って、関連する出来事が大きく異なった理由の一つは、ウレスラー先生が医師であったのに対して、ケネディ先生は医師ではなく、健康教育者であったことが指摘できます。ケネディ先生によれば、「一般的に言って医師は病気のメカニズムや治療には詳しいが、運動のことや姿勢のことなどにはあまり関心を持っていない」とのことでした。さて、この腰痛に関連した‘運動や姿勢’を描くに当たっては、アメリカ人がよく経験するものが含まれている必要があります。図の前半の部分では、寝ている状態から、上半身を起こし、低い椅子にすわり、さらに腰掛けにかける状態、を描きました。低い椅子として描いたのは、車のシートと、テレビを見たり読書をしたりするときのソファです。腰掛けている状態では、タイプライターやコンピュータの使用を想定しました。起立した状態から、腰を曲げた状態に至るまでの姿勢の推移は、「特に腰痛との関連でその意識化が大切だ」というケネディ先生の助言によっています。アメリカ人が戸外で中腰の姿勢をとる機会を描こうと、‘車に乗り込む’、‘物を持ち上げる’、‘芝刈器で芝を刈る’、を描きました。以上が図4-22の左側に描いたものです。図4-22の右側では、立位を中心にして行う活動、運動を中心に画を作成しました。

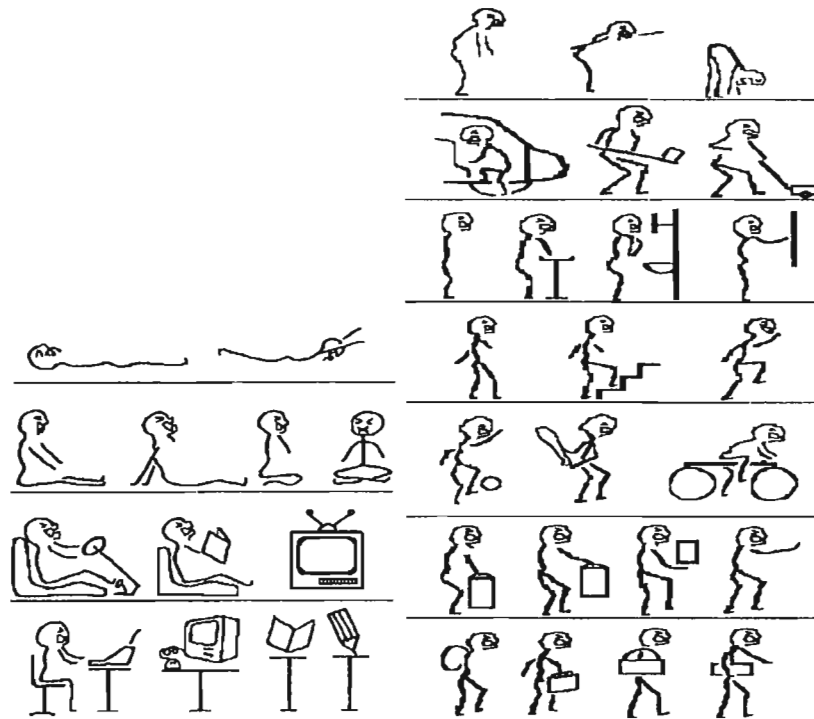


図. バックペインとの関連が考えられる姿勢や運動

5) 主要な活動とその時間 (図 4-23)

前図を眺めてチェックすることで、バックペインの原因となった可能性のある姿勢や運動を拾い出すことができます。しかし、この情報だけでは、対象者が一日をどのような活動を中心として過ごしたのか、など一日を包括的に捉えることはできません。そこで、この図では「横になる、座って何かをする、立って何かをする」などの活動を何時間したかを、数量的に把握することを目指しました。

			→?		

図. 一日に行う主要な活動とその時間

6) バックペインに関連した検査や治療 (図4-24、4-25)

検査としては、脊柱や腰の部分のレントゲン撮影、脊髄液の検査、CTスキャン、筋電図などを描きました。また治療としては、湿布、ホットバス、冷却、指圧・マッサージ、注射、服薬などを描きました。



図. バックペインに関連した検査



図. バックペインに関連した治療

3 描くことの手順化と支援を考える

教科書的な知識の構造と頭の中で実際に考えている構造

この章で問題とした頭痛やバックペインは、特に珍しい健康障害ではありません。そのため、これらの病気について解説してある資料は、一般向けのものから専門家向けのものまで数多くあります。たとえば、専門家向けの頭痛の診断に関する文献を見ると、頭痛がいくつかのタイプに分かれることや、それぞれのタイプの特徴などが整然と述べてあります。ウレスラー先生が最初に取り出してきたForestの頭痛問診表においても、頭痛を系統的に捉えていました。このように教科書の知識は、それまでにいろいろなところで得られたその病気に関する情報を整理し、個別の情報の相互の関連、あるいは構造がわかるように記されています。いってみれば、知識が構造化されていると言えます。ウレスラー先生は、大変な勉強家で頭痛についても最新の知識をファイルし、常に知識を新たにしていました。しかし、この章で描くことができたことは、どうもこのような教科書的な知識とは異なるものです。

例えば、普通の教科書では言葉に対して定義があります。また詳しい分類があります。これに対して、図4-1から図4-19に至る19枚の絵は、もっと実践的に見えます。この差はどのようにして生まれたのでしょうか？

頭痛の知識に関しての教科書的な知識ではなく、実際にウレスラー先生の頭の中で生きている新鮮な知識を表したものと言えます。ケネディ先生との出会いの中から

生まれたバックペインは、同様にして、それぞれの立場からの生きた知識の有様を反映していることが伺えます。

話を聞いて描く手順

1) 手順1；現場（診察室）で話を聞く

ウレスラー先生もケネディ先生もそれぞれの専門的な知識を持っています。もし彼らの知識をただ描けばいいのであれば、その知識に関して聞き出すためには、静かな場所であればどこでもよかったかもしれません。しかし、著者が描きたかったのは、「ウレスラー先生やケネディ先生が実際にくらいえんとを目の前にして、どのように思考するか、イメージするか」でした。この目的のためには、できるだけ実際に仕事をしている場面をイメージしやすい場所で話を聞く必要があります。幸いなことに、ウレスラー先生の場合もケネディ先生の場合も、実際にくらいえんとに会う診察室で、実際の仕事をするのと同じ時間帯に、実際の状況を思い浮かべてもらいながら、話が聞けました。

2) 手順2；描きながら話を聞く

描くための質問を始めてみて改めて感じたのは、ウレスラー先生やケネディ先生のようなその道の専門家であっても、自分が実際にくらいえんとに対したときに、どのような順番でどのように情報を収集し、どのように思考して行くかを問われると、必ずしも即答できるわけではないことです。すなわち、頭の中の知識を実際にどのように使って目の前の患者に対しているか、については、すぐに言葉に出せるように物を考えていたのではなく、もっと直観的に頭痛に対処しているようでした。そのため、「話を聞き、それを描く；描いたものをまた見てもらう中で、さらに何かを思い付いたら、さらにそれを描く」という繰り返しの作業は、ウレスラー先生にとって、頭の意識下にあって言葉になりきっていない思考過程を明るみに出し、明確にする効果があったように考えられます。

3) 手順3；適切な表現方法を探る

二人の先生に会って話をしてゆく中で、どのような画が出来上がったかについてはすでに示しました。実際に聞いたことを描き、それを見てもらおうとしたときに、考え込んだことの一つは画の並べ方でした。例えば日本語を書く場合、縦書きなら

一行は上から下に書き、新たな行は左に続けて行きます。日本語で横書きの場合は一行を左から右に書き、新たな行は下に続けて行きます。英語を書く場合は、日本語の横書きと同じ形式をとります。では画を並べる場合、言葉の横書きと同じ原則（左から右へ、また上から下へ）が当てはまるのでしょうか？ また日本とかアメリカとかには関係無く、画の並べ方には社会的・文化的な背景があるのでしょうか？ 特に最初にウレスラー先生に会って描き始めたときは、著者自身にとってはアメリカで描く最初の体験だったために、画の並べ方についても考え始めると分からないことばかりで不安でした。結果から言えば、「左から右へ、あるいは上から下へ」という画の並べ方に関して、ウレスラー先生とケネディ先生は著者と同じセンスを持っていたことがわかります。

4) 手順4；異なる部分と共通する部分

専門家が病気について考えていることを可視化する場合、専門とする病気が異なれば当然必要な画も異なってきます。しかし、病気が異なっても、描く際に共通する部分があるのでしょうか？

手順4；コンパクトでわかりやすい全体

3. 3 多様な理解と発展

言葉の持つ厳密さに比較して、画の表現はより自由で変化に富みます。より自由だということは、ある自覚症状をいったん描くことができたとしても、完璧を期するのは難しいこと、さらにわかりやすく表現できる可能性のあること、なども意味します。では、具体的にどのような方向で、よりよい表現を求めて行ったらいいのでしょうか？ これまで著者らは少人数のグループ作業の中で、描くことの試行錯誤を続けて来ました。しかし、いつまでも似たようなメンバーで作業を続けているとどうしても描き方がマンネリ化して、新たなアイデアが出にくくなってしまいます。そこでこの章では、我々が描いた画を他者に見てもらい、他者が示す理解を通して、よりよく描くことの意味をさらに考えてみます。

1 他者の理解をどのように捉えるか？

さて著者らは出来上がってきた自覚症状画を他者に見てもらうための準備を始めましたが、その始めのところで疑問にぶつかってしまいました。一体、いつの時点のどの画を見てもらったらいいのでしょうか？ なぜなら、自覚症を描くことはある意味で終点のない作業です。「描いて、またそれを修正して」という作業を繰り返し、我々の洞察が深まるにつれて、画は少しずつわかりやすいものになって行きます。試行錯誤の過程で画は次々に変化して行くため、安定した画をそろえるのは容易ではありません。しかし、いずれかの画を使うことを決めないと、先に進みません。図には、著者らがこの研究の初期に3カ月間の試行錯誤を通して描いた画の中から比較的満足できた画を30種類を選んで示します。



ここで「比較的満足できた」といっても、その程度は画によって異なります。例えば肩凝り、便秘などの画は、3か月の試行錯誤期間中、その初期に一度出来上がると、それ以上のアイデアが得られず、描いた時の完成度が比較的高いと考えられました。一方、かゆい、吐き気がする、などの画は、一応描いてはみたものの不満が残り、3か月の間もそれ以降も折りがあれば繰り返し修正を加えて来ました。このように図は、よりよい自覚症状を求める過程で著者らが到達した一つの間地点とも言えるもので、多くのあいまいさを含んでいます。この図は、他者の理解を判断する寄り処としてはたよりない気もしますが、これ以上のものは見あたりません。

そこで著者らはこの図を「過渡的な寄り処」とした上で、これを巡って、我々の理解と他者の理解との比較を試みました。

2 共感できることと共感できないこと

共感度からみた画の理解、三集団での比較

これまで描いてきた自覚症状画を始めて見てもらったのは、長崎県立保健看護学校の29名の学生、12名の手話通訳の方々、及び7名の聴覚障害者の方々です。これらの人々に、図を印刷した紙を渡し、それぞれの画がどのような自覚症状を表しているかを考えてもらい、答えをそれぞれの画の下の空欄に書き込んでもらいました。

この三つの集団のうち、学生はすでに看護学校を卒業した後、さらに保健婦としての勉強を続けている人々で、自覚症状について一般の人よりは詳しい知識を持っていると考えられます（以後、保健看護学生と記します）。手話通訳の方々はいずれもボランティアとして手話通訳をしている女性です（以後、手話通訳者と記します）。学生の場合は講義時間中に、また手話通訳者の場合は手話研究会の会場で調査に協力してもらいました。聴覚障害者の方々の場合は、ろうあ協会に協力していただき、会合などがあった折に、調査表に記入していただきました。できるだけ本人が調査表に記入するという形式をとったため、調査に際しては聴覚障害を別にすれば、文章を読んだり書いたりすることは不自由のない方のみが参加してくれました（以後、聴覚障害者（文章力高）と記します）。

さて、調査においては、対象者は一番から30番までの画を順次眺めていって、それが何に見えるのかを書き込んで行きます（対象者の解釈）。一方、それぞれの画は、もともとこの画が@@に見えて欲しい、という画の作成者（著者ら）の解釈を持っています（作成者の解釈）。では、この二つの解釈はどの程度一致するのでしょうか？

まず人の側から解釈の類似性を見てみましょう。対象者によって、30の画のすべてについて作成者の解釈と同じ解釈をした人もいれば、1/4くらいの画について作成者と異なる解釈をした人もいます。対象者ごとに一致した解釈の数を求め、さらにその平均値（+標準偏差）を各集団について計算すると、学生の場合は28.0（+2.2）、手話通訳者の場合は25.5（+2.4）、聴覚障害者（文章力高）の場

合は25.6 (+2.1) となりました。学生の場合に最も一致の程度が高く、手話通訳者と聴覚障害者は学生よりも多少低い値を示します。いづれにしても平均的に見ると、一人の対象者が下した30の解釈の85～93%が作成者の解釈と一致した訳で、解釈の類似性はかなり高いといえます。

人の側から見たときに解釈の類似性が高いことはわかりましたが、画の側からみるとどうでしょうか？ 一つ一つの画について対象者の解釈と作成者の解釈とはどの程度似ているのでしょうか？ そこでそれぞれの集団について、1番目から30番目までの画ごとに、共感度を定義しました（「ある画の共感度」＝「その画について、作成者と同じ解釈を示した対象者人数」÷「対象者集団全体の人数」×100）。ある画について、集団全員が作成者と同じ解釈を示せば共感度は100%に、また全員が異なった解釈を示せば共感度は0%になります。30の画に対する共感度を高い順にならべ、横向きの棒グラフにしたのが図です。保健婦学生の場合は、30の画のうち25の画について棒グラフが85%の線を超えており、画が異なっても共感度は高い水準を保つことが明らかです。一方、手話通訳者と聴覚障害者の場合、共感度が85%を超える画の数が19ないし21ある半面で、共感度が50%以下の画も3ないし4認められ、画によって共感度に差があることが認められます。

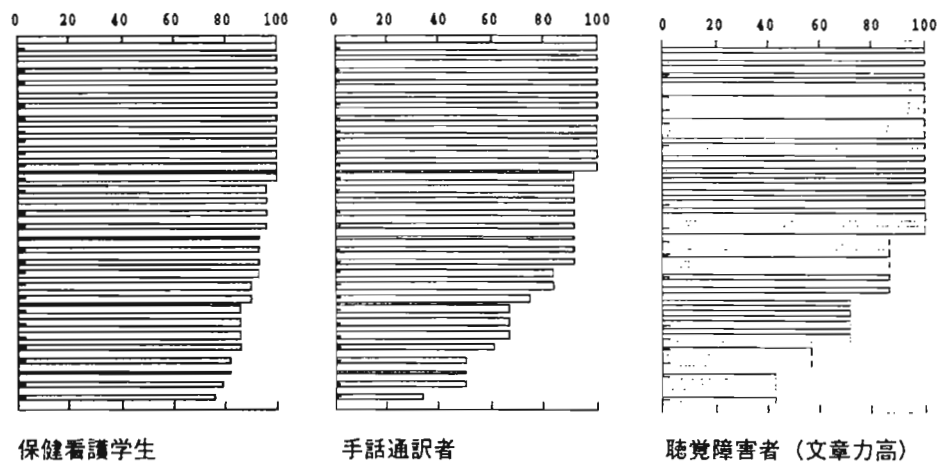
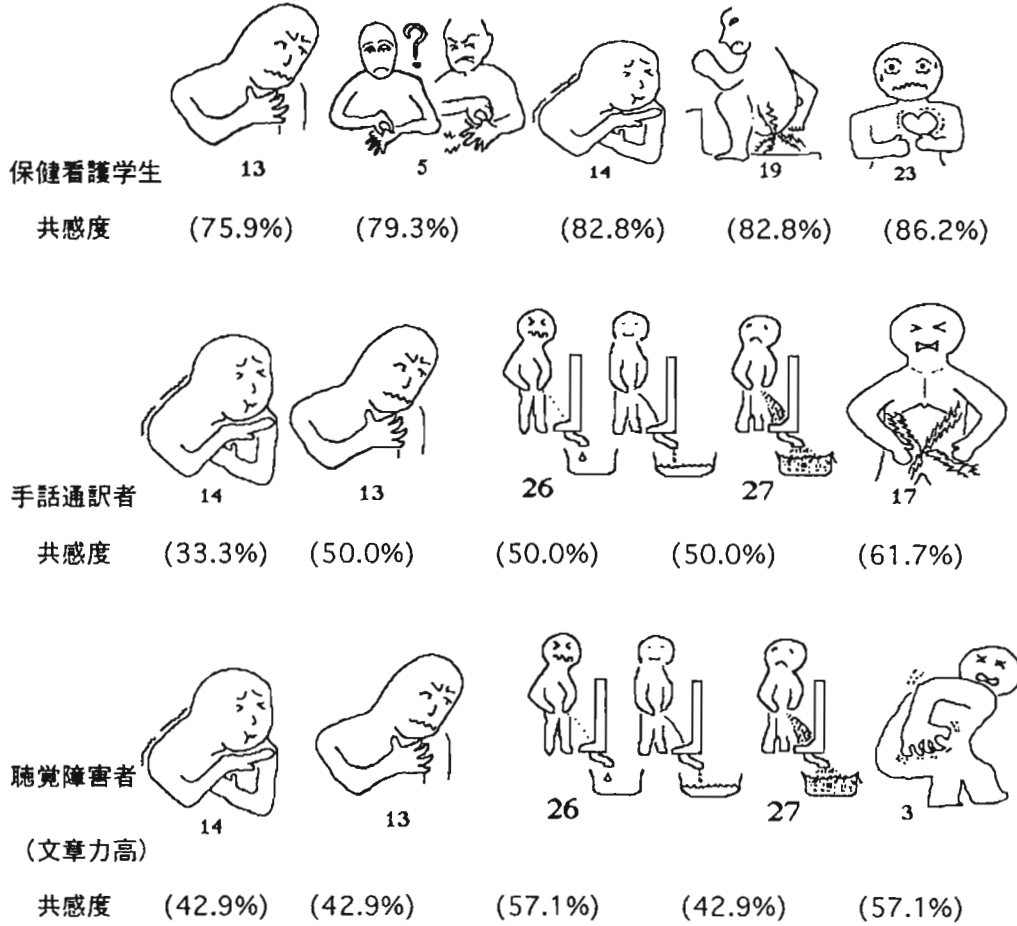


図. 画と共感度

異なる理解の中身

次にどのような絵において、解釈の差が見られるのかをさらに具体的に調べました。三つの集団のそれぞれについて、共感度が低い順に5枚の画を示します。

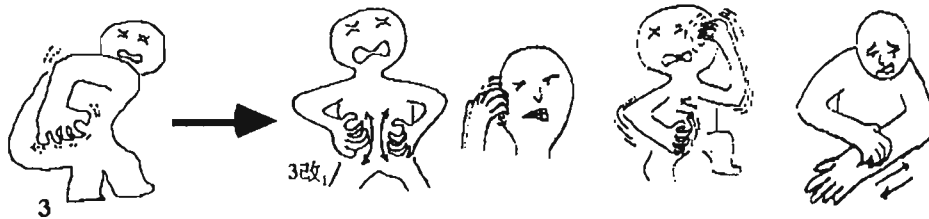


取り出された5枚の画を見ると、13番と14番の画は3群のいずれにも共通して認められました。また26番と27番の画は、手話通訳者と聴覚障害者（文章力高）の群に認められました。特に13番と14番の画は、著者らが描くときにもなかなか思い通りに描けなかったものです。描いたときのあいまいさが解釈の一致度の低さとして現れたと考えられました。

解釈の相違と絵の修正

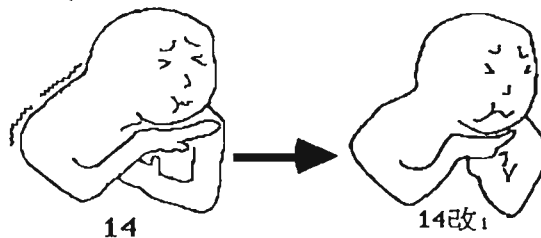
画に関して、対象者の理解がどのように作成者の理解と異なるのかが明らかになれば、それを手がかりとしてさらに画を改良することが可能になります。特に3、13、14番の画に関しては、あらかじめ画の完成度が低いと考えられたため、この三つの画について、個別によりよく描くことを検討しました。

3番の画について



この3番の画に関して、対象者が示した作成者の解釈とは異なる解釈のうち、比較的多かったのは「腰痛」です。手が腰の部分に描かれ、腰のイメージが強調されすぎているために、このような解釈が生まれたと考えられました。そこで、手の位置を腰から体の他の部分に移動させることを考えました。「一方の手で他方の手を搔いているところ」、「体の前面を両手で搔いているところ」などの改善策を図に示します。

14番の画について



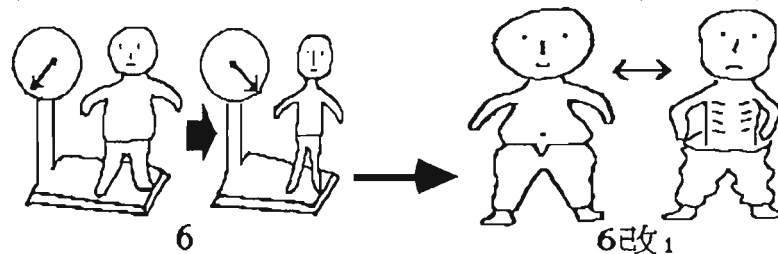
14番に関して、一致しない解釈の中で多かったのは「寒気がする」でした。原図では吐き気を示すために、左肩のところに波線を描いていたのですが、これが「寒くて震えている」という解釈につながったと考えられました。そこでこの波線を消すことで震えのイメージを取り除き、さらに手の位置を変えて、「吐き気」のイメージ強調を試みました。

3 共感できない背景を探る

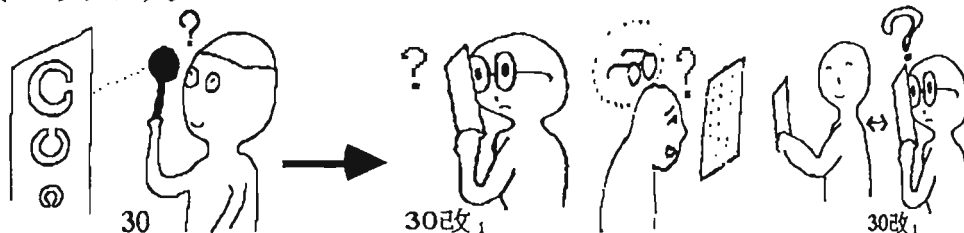
前節で出会った三群の対象者は、画に対する理解が著者らと比較的近いことが指摘できました。画をより解りやすくする作業も手の位置を移動したり、体の向きを変えて描くことで対処できました。しかし、よりコミュニケーションの困難な状況におかれていたり、著者らと異なった環境に身をおいて来た人々はどのように画を見るのでしょうか？

画の理解から生活環境へ

聴覚の障害があり、さらにそれに加えて文章を読んだり書いたりすることに慣れていない人の物の見方を知るには、前節のような記入式の調査表は使えません。そこで手話通訳者に協力してもらい、生まれたときから聴覚の障害をもっている二人の方（AさんとBさん）に面接して、画がどのように見えるかを教えてもらいました。6の画をAさんに見てもらっても、制作者の意図をまったく理解してもらえません。その画のどの部分がどのように解らないのかを手話通訳を介して詳しく教えてもらった結果、Aさんは6のような縦型の体重計を見たことがなかったことがわかりました。Aさんは、生まれた時から聴覚の障害があり、家の中にいることが多く、学校にもあまり行く機会がなかったそうです。そのため、学校の保健室や銭湯にあるような体重計に接していないのです。体重計のイメージを使わないで「体重の変化」を表すことが大切だと考えた著者らは、6改のような画を描きました。

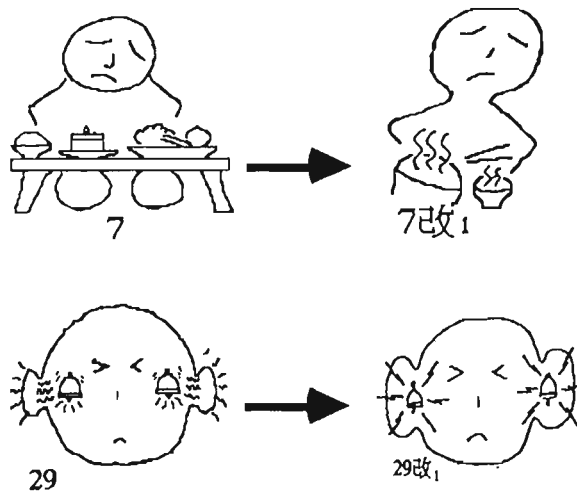


学校で健康診断を受ける機会などがなかったのですから、30番のような画も理解するのが困難なことは当然です。視力の低下を、視力検査のイメージを使わないで描く必要があります。



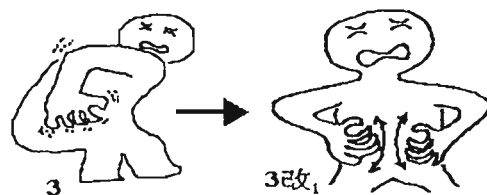
Aさんは7の画について、「はしを忘れて食事ができない」と言いました。またBさんは29の画について、「イヤリングをしているところ」と言いました。この画では「耳鳴り」を表すために、耳の中の鐘が鳴り響いているイメージを画にしたのですが、この「鐘のイメージ」が小さすぎて、わかりにくかったのだと考えられます。このBさんは先ほどの30の画については、「手鏡を見ながら化粧しているところ」と説明しました。視力検査で片目を隠すための被いが、手鏡に見えてしまっ

たのです。このように、画が細かすぎる場合、特にその画を見る人が画の細部に注目してみる傾向があると、画全体のイメージの情報が伝わりにくくなるようです。これらの画をより理解しやすくするために、7番の「食欲がない」という画の場合は、食卓のイメージを簡略化した上で、さらに箸を描きました。29番の場合は耳の中で鐘が鳴り響いていることを強調したイメージを加えました。



手話と自覚症状画

特に聴覚障害を持つ人々に画を見ていただいて、どのように見えるかを教えていただいている間に、描かれたものと手話表現との間の関連が問題となってきました。例えば、「かゆい」をもっとわかりやすく表すために図のように描き方を変えました。描いた画のうち、次のような画があります。



この変更は保健看護学生には好評だったのですが、ある聴覚障害者の方はこの画がわかりにくくなったと指摘してくれました。この表現は、手話では「くやしい」を表すのだそうです。このように自覚症状画が手の動きを含んでしまうと、手話表現との混同が問題となってきます。また一方で、画を見る人が手話を理解する人であれば、画の中に積極的に手話表現を取り込んで、画の説明力を上げることも考えられます。



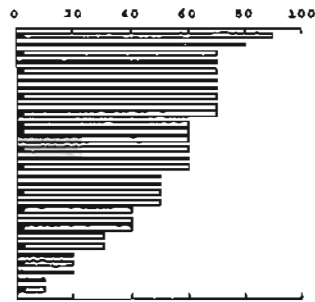
これらの画は手話表現を取り入れたもので、学生のK君が描いてくれたものです。左の画では、右手で痛いという手話表現を行い、左手で痛い部位を指さしています。右の画では、片手が唇を差して手話で赤色を表し、別な手は顔面の赤くなっている部位を指さしています。

中国福建省での経験

言語や生活環境を異にする人々は画をどのように解釈するのでしょうか？ 私が所属している研究室の二人の方が、中国の福建省を訪問することになりましたので、自覚症状画を持って行ってもらいました。日本語を解さない人に画をみてもらって、どう見えるかを答えてもらうためには、このようなことをする趣旨などに関して、その国の言語による最小限の説明が必要です。幸いなことに、長崎大学の大学院で学んでいる黄さんが説明を中国語で書いてくれました。

画を見て、何にみえるかを調査表に書いてもらえたのは福建省に住む10名の方々でした。一人一人の対象者について、作成者の解釈と一致した画が30枚中何枚あるかを数え、10名の平均値（+標準偏差）を求めると14.4（+5.42）となり、ほぼ半数の解釈が作成者と異なることがわかりました。この値は、すでに示した学生、手話通訳者、聴覚障害者のいずれに比較しても、かなり低い値です。

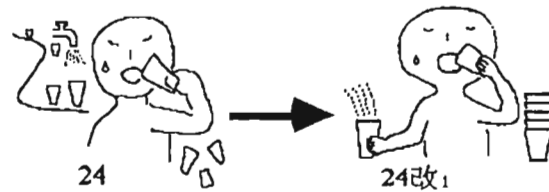
画による理解の差を知るために、30の画に対する共感度を高い順に棒グラフにして以下に示します。共感度の高い方から見てゆくと、30の画のうち10枚の画は70%以上の対象者に理解されていることがわかります。一方、低い方から見てゆくと、7枚の画では共感度が30%か、それ以下です。画によって著しく共感度が異なることが明らかです。



共感性が30%以下の7枚の画は次のようなものでした。このうち長崎の保健看護学生や手話通訳者、聴覚障害者にとってもわかりにくいと指摘されているのは、3番や14番の画です。一方、注目すべきことは、この7枚の画の中には長崎の対象者では高い共感性が観察されたものも含まれています。例えば10番の画（肩凝り）は保健看護学生、手話通訳者、聴覚障害者では共感性100%でしたが、福徳省の人々では30%でした。24番の画（口渇感）においては、共感性は学生100%、手話通訳者83.3%、聴覚障害者（文章力高）85.7%でしたが、福徳省の人々では30%でした。このような共感性の相違の理由について、長崎大学にいる二人の中国人研究者に意見を聞いたところ、10番の画に関しては、中国人は疲労の症状として肩凝りを示さない、ことが可能性として指摘されました。また24番の画に関しては、水道を使う習慣がなければ、理解し難いことが指摘されました。



著者らは「口渇感から水を飲む」様子を描こうとしたときに、水道の普及をあたりまえのこととしていました。しかし、水道の存在は決してあたりまえのことではないことが解ってきました。水道のイメージを使わないで描いた例を以下に示します。



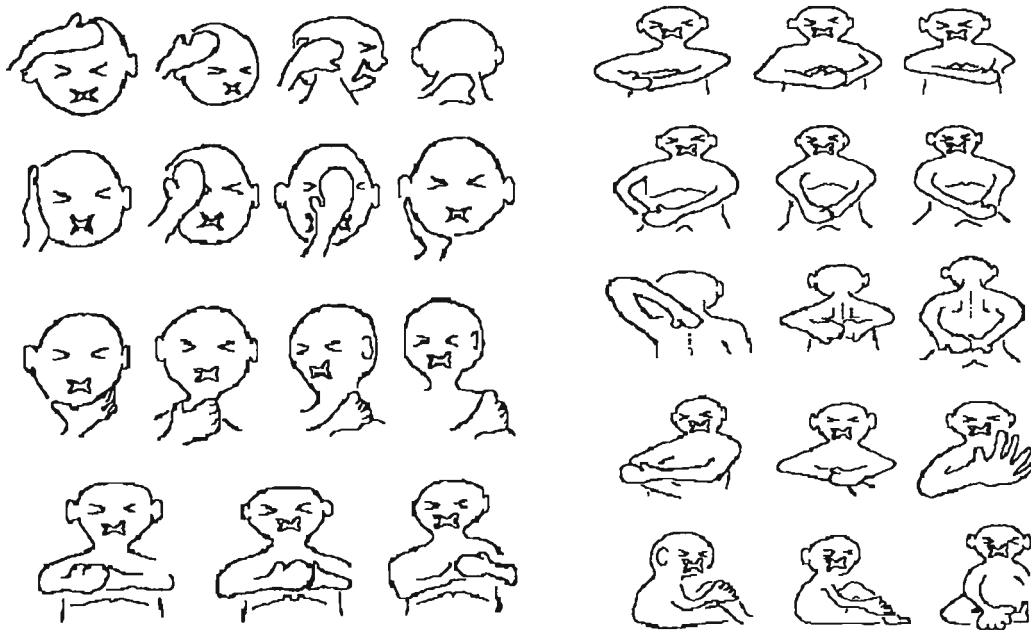
4 この章における視覚的思考の理解とその手順化

この章では著者らによる画を他者に見てもらい、その画の理解について尋ね、作成者の解釈と対象者の解釈とを比較しながら、画を修正・改良することを試みました。この章における経験からすれば、画を修正・改良する作業は、それが画の細部に関する微妙な改良であるか、かなり大きな修正であるかによって、二つに分けられます。

手の位置の修正

手の位置の修正が問題とされたのは、軽度の聴覚障害者の場合です。

「あなたが最初に描いた自覚症状のイメージをより明瞭にすることを考えてください。特に手の位置に注目します。手の位置をどのように変えていったら、より明瞭になるでしょうか？ 以下に示した様々な手の位置を眺めながら考えてください。」

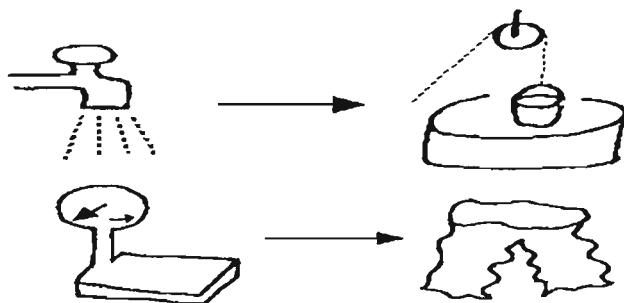


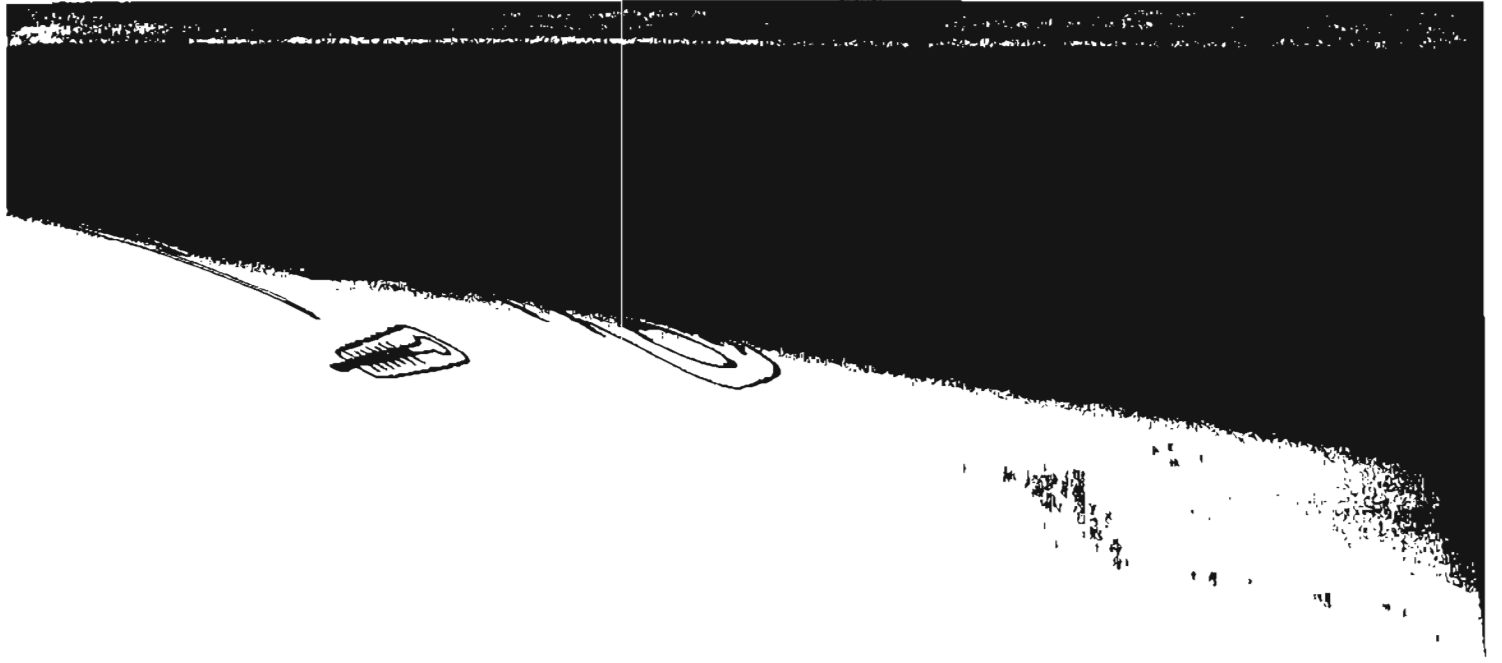
画における文化的な複雑さの解消

すでに@章@節ではいろいろなパーツを組み合わせて自覚症状を可視化することを試み、そのパーツの一つとして「環境や周囲の状況」を提案しました。身体的な状況だけでなく、それに付随した環境や状況を描き加えることで、画の持つ説明力は上がると考えられます。しかし、そこに描かれた環境と異なる環境で生きている人にとっては、画が理解し難いものになってしまいます。特に言語を越えたコミュニケーションの手段として画を位置づけるのであれば、社会的、文化的な背景が異なっても理解できる画を目指すべきです。

「あなたが可視化した自覚症状には、どのような環境・周囲の状況が描かれていますか？」

「その環境をより単純な物に置き換えたり、その環境を取り去ることができますか？」





3-4. 漫画か略画か

さて、前章ではこちらが描いた画を他者に見てもらい、理解してもらえるかの問題を扱いました。このようにこちらが描いたものを他者が見てくれることによって、他者の物の見方を学ぶことができます。このような過程で特に発想の異なる他者に会えると、そのユニークな物の見方を学ぶことができます。発想がかなり異なる他者から学ぶもう一つの機会は、他者にも画を描いてもらうことです。しかし、画に意見を言ってもらうことは可能であっても、他者に系統的に画を描いてもらうことはそれほど容易ではありません。著者は文部省の在外研究員としてアメリカに滞在中に、このまれな機会、すなわち他者に系統的に描いてもらう、に出会うことができました。

1 漫画になった自覚症状画

エリックとの出会い

アメリカで対話を続けながら自覚症状を描いたときの経験は第④章に書きました。エリックに出会ったのもこのときです。ウレスラー先生との頭痛を描く作業が完成に近付いていたときのことです。いつものようにルイス先生のオフィスに行くと、「彼があなたの健康を描く仕事に興味を持っているらしいよ」と紹介してくれたのが、イリノイ大学2年生のエリックでした。エリックは、彼のガールフレンドがルイス先生のティ칭ングアシスタントをしているという理由でルイス先生のオフィスに出入りするようになったそうですが、描く才能を見いだされてから、ルイス先生の仕事に協力するようになりました。しばらく前からは、ルイス先生の指導のもとに、パソコンを利用した健康教育のソフト開発に従事しています。すでに、インフルエンザ、肝炎、エイズなどに関する一般的な知識や予防法を教育するためのソフトを試験的に開発していました。エリックの実力が発揮されるのは、健康教育に関連したコンピュータグラフィックスの動画の部分です。彼が手を入れることによ

て、病原体や人間のイメージがディスプレイ上で具体的な形をとり、リアルでしかもユーモラスな画像が動き始めます。始めて出会ったエリックは、人なつこそうにニコニコしながら、「ハイ」と握手してくれました。そのとき、今描いている画だといって見せてくれたのは、二人の武士が刀をもってもみあっている所です。

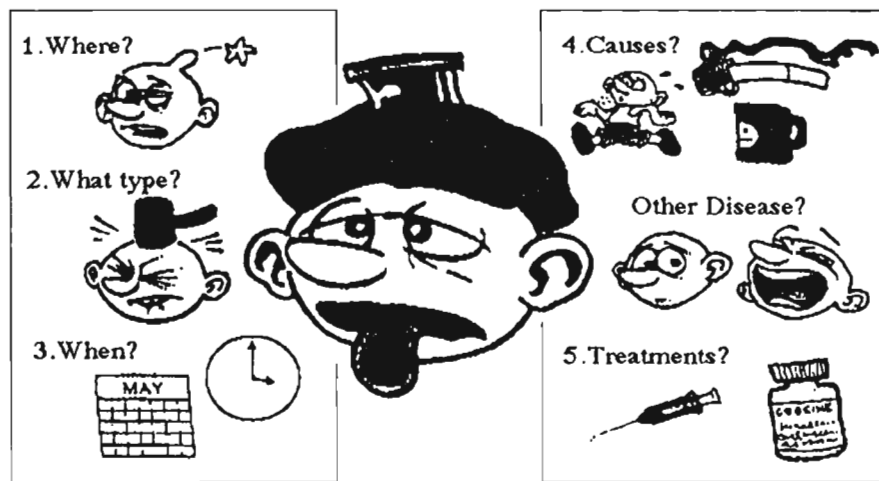
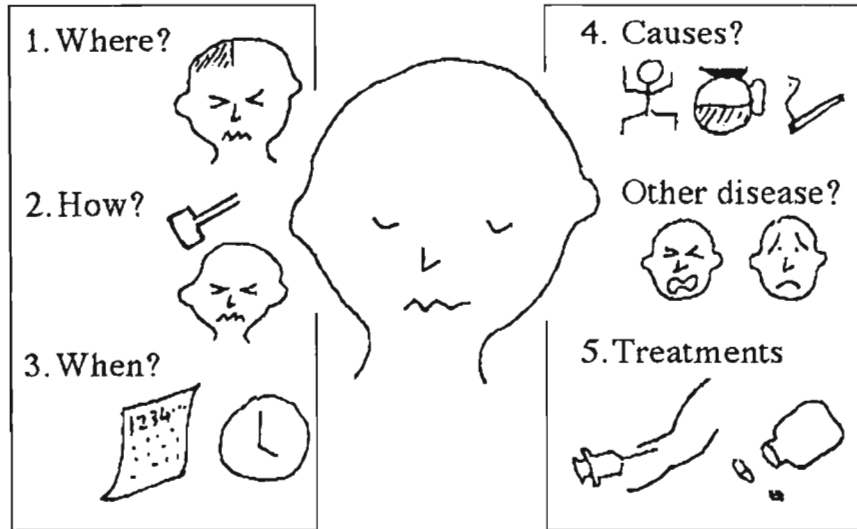
「僕は日本に一度も行ったことがないけど、今一番関心のある外国は日本で、今学期は日本語の基礎コースと日本文化のコースを取っているところ」と話してくれました。

次の週にまたルイス先生のオフィスに行くと、エリックは「この間話を聞いた頭痛の画だけど、僕もさっそく少し描いてみたよ」といって、図を取り出しました。私がウレスラー先生とともに作成していた頭痛シリーズの表紙の部分を、エリックが彼のセンスで描きなおしてくれていたのです。この漫画はどのようにして思い付いたのかと聞くと、自分で創作したキャラクターの一つだと言います。さらに聞いてみると、すでに高校生のときから、自分で特定のキャラクターを創作し始めている、との答えが返ってきました。「僕は漫画的な画も、まじめなシリアスな画も両方好きで使い分けているんだよ」と言ってみせてくれたのが図です。



これらの画がとても印象深かったので、私は思わず「エリック、もっと描いて見ることができる？」と言ってしまいました。

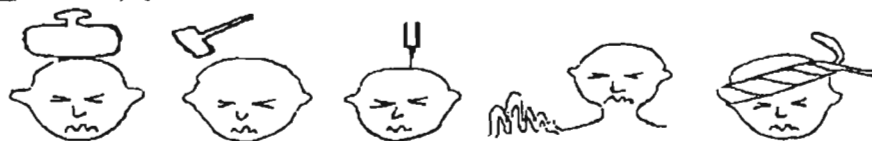
そのとき、思いがけず返ってきたのは「私のコンピュータグラフィックスの仕事が一段落したら、守山さんの仕事を手伝って見たらどう？ そのための予算もわずかなら都合がつくよ！」というルイス先生の言葉です。「面白そうだから、是非やってみたい」というエリックの言葉でゴーサインが出ました。



エリックの描いた頭痛

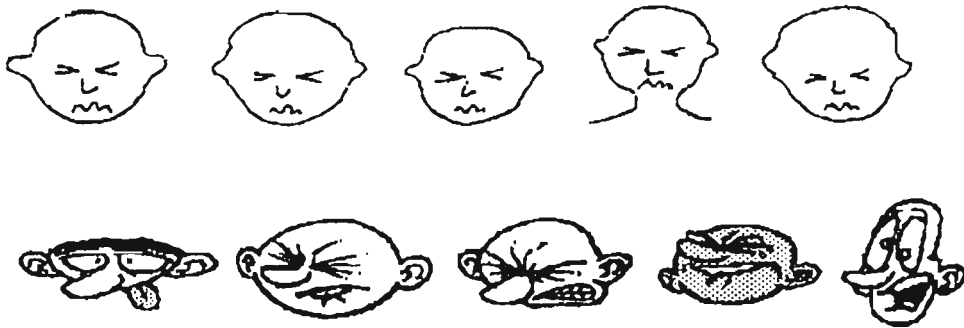
まず著者が最初に描いた頭痛の画を以下に示します。

画に対するエリックの発想の特徴がよく現れていると最初に感じられたのは、この頭痛の画です。特に印象的だったのは、えリックが描く5種類の頭痛の画における表情の豊かさです。



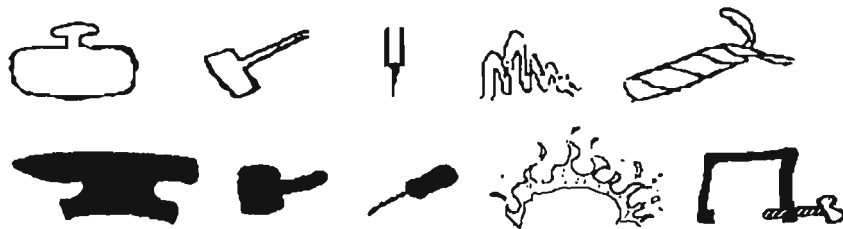


著者の画では、5つの頭痛すべてでほぼ同じ表情を用いましたが、エリックの場合はすべての表情が異なります。



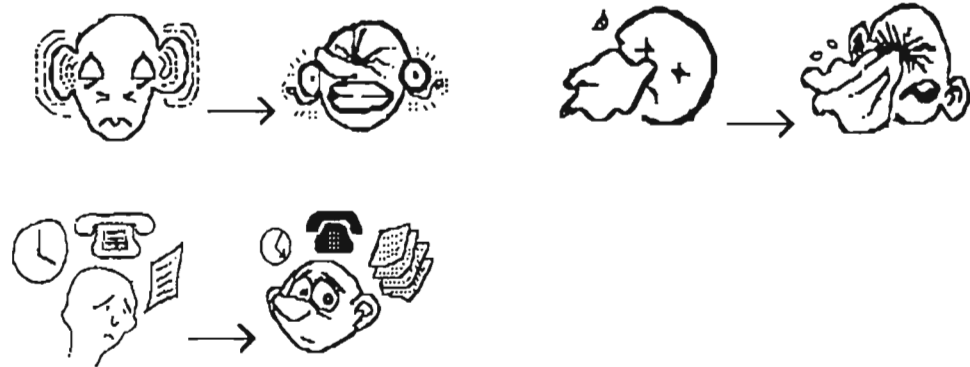
頭痛の種類に関して使われているイメージは比較的似ていますが、しかしその詳細はかなり異なります。

先ほどエリックはより漫画的に描いたと言いました。何となくエリックの画を見て、「漫画的」と思ったのですが、このように詳しく見て行くと、かなり異なります。これよりエリックの画の特徴を言うとしたら、表情の強調。



エリックの画の特徴、特に顔の強調について

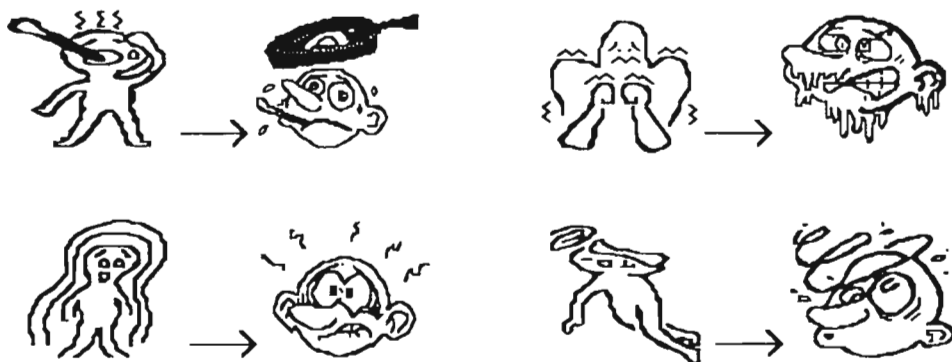
エリックの画の特徴の一つは顔の強調です。以下の三つの自覚症状（耳なり、鼻水、精神的ストレス）に関しては、著者の元画においても顔が描かれていますが、エリックは顔をさらに強調して描いています。



顔と表情とが直接に関係がないと考えられる場合でもエリックは顔を強調しています。著者の元画では、咳をする、では手を口の部分に近付けて描き、嘔吐する、では手が胸部を押えている様子を描きましたが、エリックはこれらの場合でも、顔を中心に描きました。



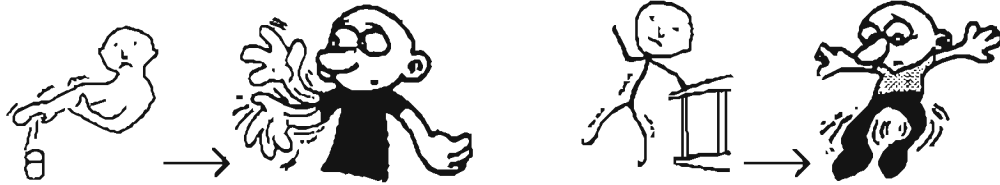
自覚症状が全身的なものであっても、エリックが顔を強調する傾向が認められます。エリックが描いた「発熱」では、体温計を加えた頭上に目玉焼きを料理しているフライパンが描かれています。「寒気がする」では、顔の至るところから氷柱が下がっています。



顔以外の部分の強調

「手がふるえる」、「足がふるえる」など、手足を動かすことがうまく出来ない

状態が以下の二つの画です。エリックの画には、顔の強調以外に手足の動きの強調も認められます。



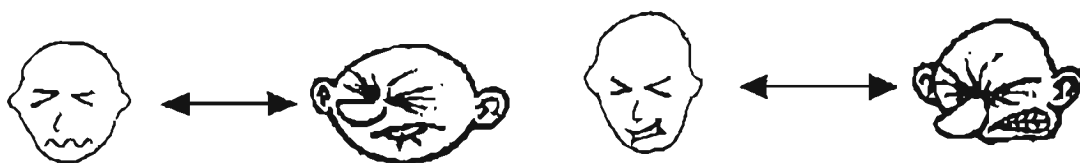
さて、著者自身が第④章で描くのに苦しんだ「頭痛とセックスとの関連」をエリックはどのように描いたのでしょうか？



2 アメリカ人学生の画に対する受け止め方

3 この章における視覚的思考の特徴とその手順化の試み

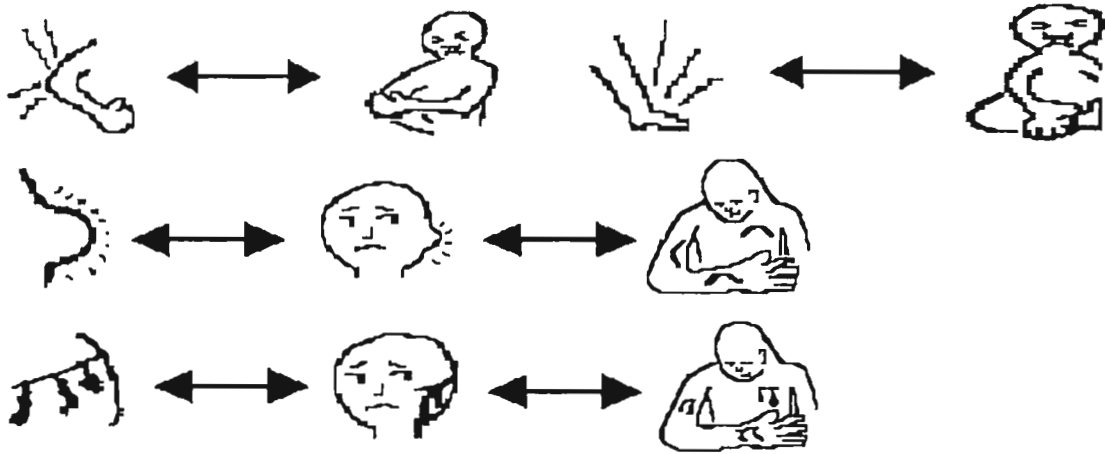
さて、エリックと出会うことで、あるイメージを手本として描いてもらった場合でも、描く人の物の考え方や社会的・文化的な背景が異なると、実際に表現される視覚的なイメージはかなり異なった場合があることが差が明らかになってきました。このような「描く際の様式」を意識して使いこなせれば、自覚症状をより多くの人に理解してもらえる形として表現できそうです。エリックの画からは漫画的な表現が感じられました。



この「描く様式」に関連して言えば、エリックの場合の「漫画的／非漫画的」な

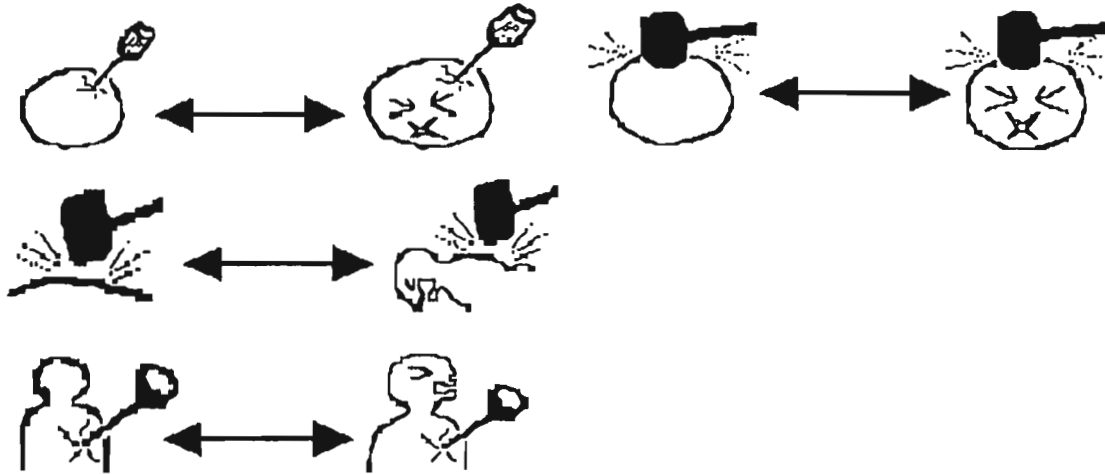
区別の他にどのような区別が可能なのでしょうか？ 描く様式に関するいくつかの軸。

1) 部分か全体か？



脱人格的な表現か／人格的な表現か

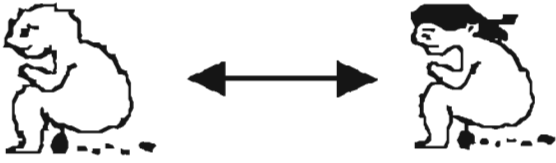
2) 表情を描くか／描かないか



3) 表情と手を描くか／描かないか



3) 性別を描くか／描かないか



4) さらにその他の次元

この次元を系統的に整理すると？



4

コミュニケーション の壁を壊す

- 4. 1 心の壁を越える
- 4. 2 聴覚障害者への支援
- 4. 3 地域保健活動と
視覚コミュニケーション

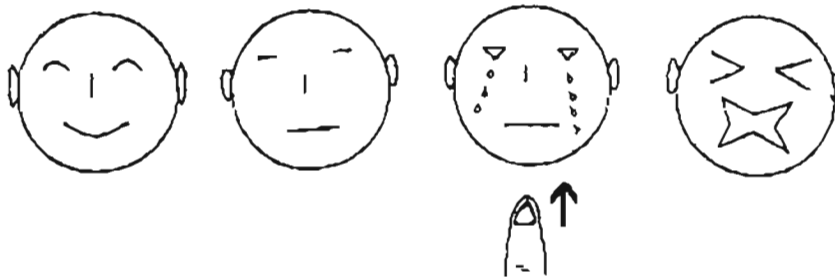
4. 1 心の壁を越える

小畑佳子 本項は小畑桂子氏への取材を元に、著者（守山）がまとめました。

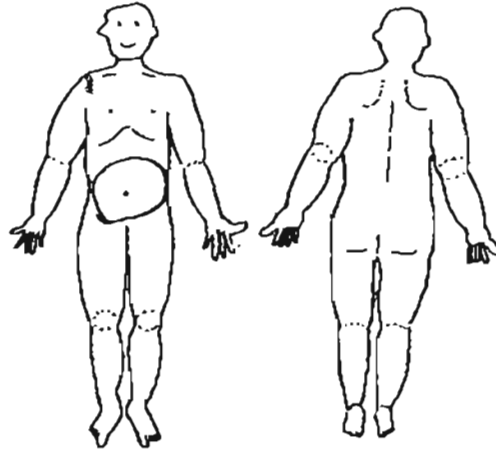
聴力が低いわけでもなく、また言語が理解できないわけでもありません。しかし、あまり話をしたくない、相手と心をかよわせることがうまくいかない、などのコミュニケーションの障害があります。聴力の壁や言語の壁ではなく、心の壁と言えます。この心の壁に対して、視覚コミュニケーション・アプローチは有効なのでしょうか。

K男の場合

K男は精神薄弱を持つ小学校3年の男子で、心障学級に在籍しています。嬉しい時、悲しい時、寂しい時などに、感情をはっきり顔に表します。よだれが多く、自分からは話できません。しかし、こちらからの話は理解できます。明るい性格です。何かを訴えたい時には「ンーン」と言って人の顔をのぞき込みます。ある日、どこかが痛そうな様子で保健室にやってきました。「どのくらい痛いの？」と聞いて、顔の絵を差し出すと、左から3番目を指さしました。



次に、「どこが痛いの？」と聞いて、下図を示し、痛いところに鉛筆で印をつけてもらいました。さらに4色の色鉛筆（赤・黒・青・黄）を差しだし、「どの色を使ってもいいから、痛いところに色をぬって」というと、K男はすぐに赤で塗りつぶしました。K男の腹部に触れてみると、左下腹部が固かったので、浣腸をして排便させました。K男は一杯排便すると、ケロリと元気になりました。



S子の場合

S子は6年生の女子です。生まれつき片方の耳が聴こえず、無口です。ときどき登校を拒否します。「都合の悪いときだけ聴こえない」と言って、クラスメートから馬鹿にされたり、きらわれたりしていました。

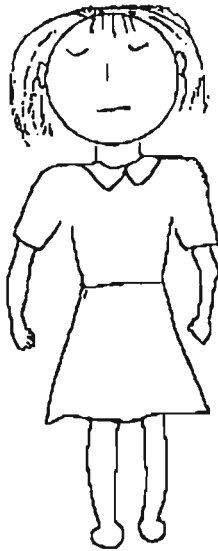
9/4 この日、S子は何かを訴えたい様子で保健室に来ました。そこで「今、どんな気持ち？」と聞いて、顔の絵を差し出しました。しばらく沈黙したのち、1の絵を指示しながら、目に涙を一杯ためました。それから2～3分後、3の絵を指さし、わっと泣き出しました。がまんしていた感情を一度にぶつけたようでした。



9/6 (金) 保健室にやって来ましたが、相変わらず無口です。顔の絵だけが描かれた紙と鉛筆とを渡し、後は勝手に行動させました。描いた後、「いや!、しゃべりたくない」と言いました。

その後、私はけがをして入院し、しばらく学校を休みました。S子ともしばらく会っていません。私の入院中、一回お見舞いにきてくれました。「先生、早く退院してね。待っているよ。先生がいないと学校へ行かないよ。」 本当に手を焼かせ

るS子です。



9 / 6 (金)



10 / 7 (月)



10 / 30 (水)

10 / 7 (月) 学校へ登校するのを拒み、強引に母親に連れてこられました。学校へ行きたくないと言い張った様子が伺えます。対応に苦しんだ私は、緊張した空気をリラックスさせるため、顔の絵だけの紙と鉛筆を用意すると、後はS子の自由にまかせ、30分位そのままにしました。その間、私は他の保健室関係の仕事をしていました。S子はその後、疲れたのか静かになり、私が気がついた時は、机の上に伏して眠っていました。目がさめてからドリルをしました。絵を見ると、登校を拒み続けてきたS子が、心の中をぶつけてきているように思われます。

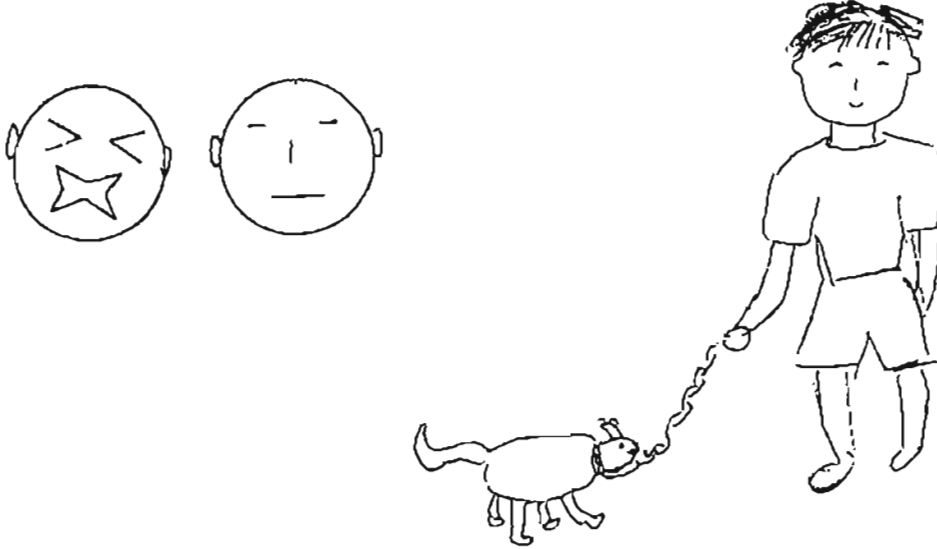
10 / 30 (水) 毎日1時間遅れて登校するようになっていましたが、今日、日直で早朝から校門に立っていた私を見て、道端に咲いていたという花を摘んできてくれました。しめた！ 心が開いてきたS子を確実に見届けることができた。その日、2時間目の休み時間に保健室に来室しました。「先生に花をあげる」と切り花を持ってきた自分を描きました。

Y男の場合

Y男は小学校4年生の男子です。父親と二人の生活をしています。肥満（ろーれる指数170）のためにいじめられることがあり、そうしたことに対する不満が鬱積しているためか、時々机をひっくり返すような行動を取ります。しかし性格は素

直で可愛い子です。

ある日もクラスの子にいじめられ、泣いて保健室にやって来ました。まず顔の絵を見せると、「なに？ こんな顔. . . .」と言いながら、下図の二つの顔を選びました。



さらに顔の絵に体を加えて描くように言ったときに、Y男が描いた絵が上図です。「ほくが、やせてきたところ」というY男の言葉から、願望が描かれていることがわかります。Y男は犬を連れて毎朝、散歩しています。母親は蒸発してしまいました。父親が肥満を治そうと、Y男に犬を飼わせ、散歩を日課とさせています。

A男の場合

A男は4年生の男子です。担任の先生（女性）とコミュニケーションがうまくとれていない様子です。3年生の時は担任の先生が男性であったことも関係してか、なかなか現在の担任の先生になじめない部分があるようです。

ある日、A男が保健室に現れたので、顔の絵を選ばせ、さらにそれに付け加えて、本人の気持ちのままに、描きたいように描かせました。



この絵からも、担任と本人との間のコミュニケーションがうまくいっていない様子が伺えます。担任が新しい目で、A男の長所を見いだしてくれないことが問題とされているようです。

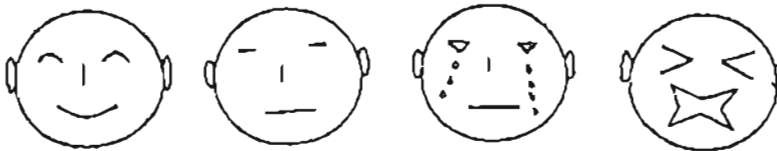
その後、5年生に進級して担任が変わり、A男にも変化が現れました。

この章の視覚コミュニケーション・アプローチについて

1. なぜ視覚コミュニケーション・アプローチか？
2. 描くことの手順化とコミュニケーションの支援

主題1：顔の絵によって、子供達の感情の表出を支援する。

手順1； 顔の絵を見せる



「いま、どんな気持ち？」

手順2； 顔の絵を選ぶ。



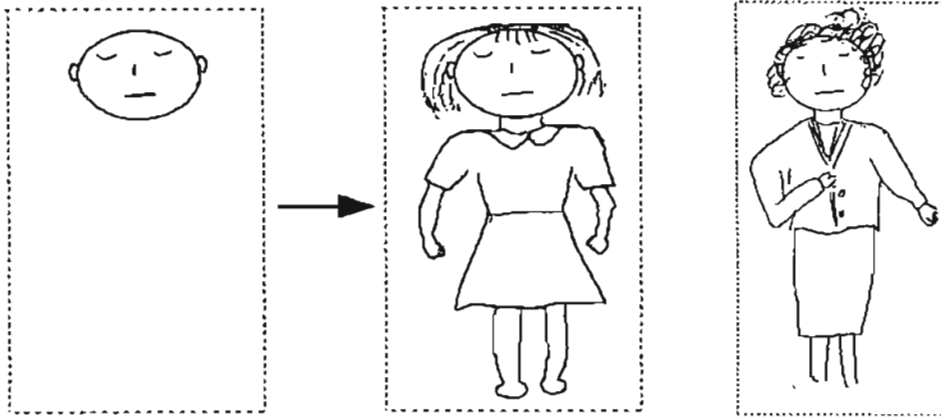
「あなたは、どの顔？」

主題2；顔に体を付け加えることで、さらにコミュニケーションの発展を図る

手順3； 選んだ顔に、さらに体の絵を描き加える。

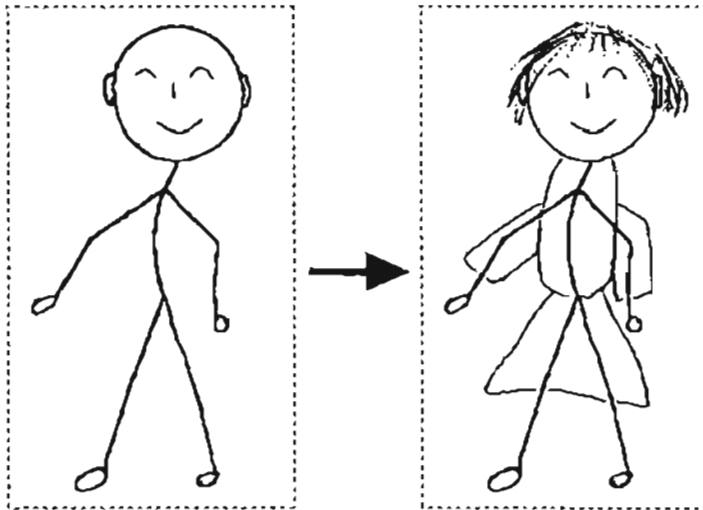
3 A. 顔の部分以外は白紙にしておいて、あとは自由に描き加える場合。

子供が訴えかけてくるものを、できるだけ率直に知ろうとする場合にはこの方式がよいと思われます。



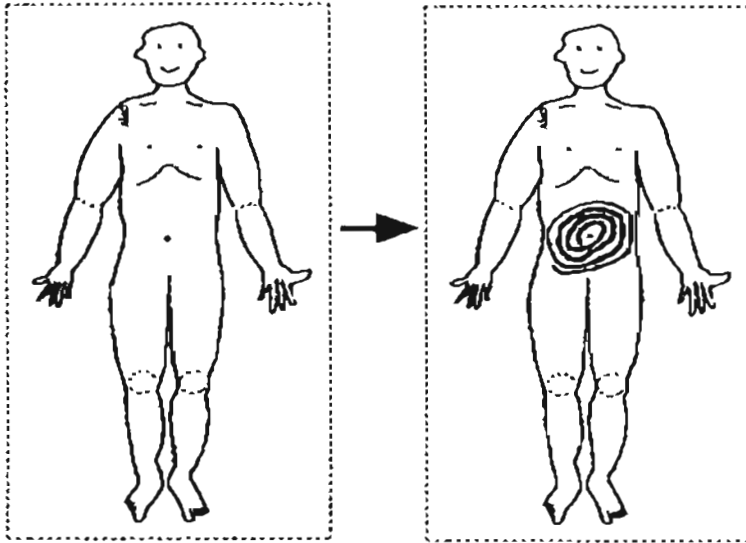
3 B. 原画として、顔だけでなく、胴体を線画で描いておく場合。

子供は略画を見せられると、服を着せたりして完全に近いものにし、それによって満足を得るようです。これがきっかけとなって、子供との交流が始まることもあります。



3 C. 顔だけでなく、胴体の部分も含めて、全身を描いておく場合。

この場合はすでに胴体も完成されているので、子供がさらに自分自身の表現を付け加える自由は制限されます。しかし、身体的な具合の悪い部位を表現することが目的であるならこのほうが良いと思われれます。




4. 2 聴覚障害者への支援

京都市聴覚言語障害センターの試みに学ぶ

この4. 2に至るまでは、健康、中でも自覚症状を描くことを通して、自分の健康の視覚的な理解や表現の方法を検討し、そうした視覚コミュニケーションによって、医療現場での対話と相互理解をよりよいものにするのを試みてきました。しかしよく考えてみると、自覚症状のような身体に直接関連したことがらだけで健康を捉えるのは、片手落ちです。健康は病気の有無だけで定義されるものではありません。平均寿命が80歳を越えるようになったわが国では、健康を考える上で、身体的な病気の有無だけでなく、社会生活の質のような健康の背景となることがらに注意が向けられるようになって来ました。このような状況を考えるなら、視覚コミュニケーションの側からも、社会と人間のつながり、社会生活への人間の適応、などを検討することが必要になります。では、まずどこから手をつけたらいいのでしょうか？


第@章では自覚症の問診表を手がかりとして考察を進めましたが、この第@章では考察のきっかけとして日課表を取り上げます。人間は生まれてから一定の期間は家族、特に母親と強いつながりを持って成長しますが、ある程度大きくなると保育園や幼稚園、小学校から始めて様々な集団に参加し、その中で社会性を発展させて行きます。日課表はその集団における時間の過ごし方を学び、自分をそこに適応させ、健康で規則正しい生活を身に付けてゆく上で、導きとなるものです。では日課表を視覚コミュニケーションの視点から、よりわかりやすいものにしたなら、どのような点に留意したらいいのでしょうか？ 朝起きてから、夜床に就くまでの時間の流れとそれに伴う出来事・行動の流れとをどのように整理し、表示したらいいのでしょうか？ 下図には日課表の例を二つ示しました。まずあなた自身で、この二つを見比べて、その特徴を考えてみてください。

6:30-おはよう
 7:00-あさのつどい
 5ふんまえまでにしゅうごう
 ラジオたいそう
 7:15-ごはんのみそしるをつくろう
 - - - -
 いただきます
 さあ かたづけよう



~~~~~  
 6:15-キャンプファイヤー  
     じゅんぴ(5, 6ねんの男子とおとうさん)  
     みんなでたのしく!!  
     あめのひはしゅうかいしつでしりあーしょん

9:00-おふろ  
     1ねんせいからじゅんぱんに  
     すばやくはいろう



10:00-おやすみなさい

図. 日課表の例 1

6:00-起床  
 洗顔 歯みがき ふとんあげ



6:45  
 朝食



7:00  
 居室の掃除



~~~~~  
 6:00
 洗たく 入浴 自由時間



9:45-居室へ帰る
 歯みがき 着替え



10:00-就寝

図. 日課表の例 2

あなたにとってどちらの日課表の方がわかりやすいですか？ いづれの日課表もわかりやすいとしても、二つのわかりやすさは同質のものでしょうか？ まず左の日課表をみると、ここでは男子という文字を別にすれば漢字が使われていません。すべて平かなで書かれています。このことよりすれば、この表は漢字が読めない場合でも理解できるように作られたと考えられます。「1ねんせい、5、6ねんの男子」などの表現からは、これが小学校高学年くらいまでの子供を対象にしたものであることが推測できます。また画が二つ使われていますが、この画は空いた空白を埋めるためのカットとして使われているようです。

これに対して右側の日課表はどうでしょうか？ 漢字が多く使われていることからすれば、左の表よりは、年齢が上で漢字を知っている人を対象にしていることが明かです。もう一つの特徴は、言葉と共に画が使われていることです。字と絵とを併用することで、左の場合よりも見たときに強い印象を受けます。

この左の日課表は著者がすんでいる町の町内会で、小学生を夏のキャンプにつれていったときのものです。一方、右の表は京都市聴覚言語障害センターが入所者のために作ったものです。この右の表の特徴は、これが聴覚障害を持つ人々を支援するためのものである、という事実から出て来ていると思われそうですが、そこにはどの

ような発想があるのでしょうか？

以下では京都市聴覚言語センターを事例として、健康の社会的な背景を描く視覚コミュニケーションを考えてみます。

1. 京都市聴覚言語障害センターの概要

京都市聴覚言語障害センターは1978年に設置された施設で、聴覚障害者の社会復帰の支援を目指しています。．．．．．

2. センターでの視覚コミュニケーションを理解するための方針

円滑に社会生活を営む上で、良好なコミュニケーションは必須のものです。センターではその設立以来、聴覚障害者のコミュニケーションを支援するために、手話の普及、ビデオの作成などさまざまな活動を続けて来ました。その一つが、絵や画を使ったり、字を見やすいものにするなどの試みによって、さまざまな掲示物、文書などをわかりやすくすることに努めてきた「視覚コミュニケーションの支援」です。支援にあたって、具体的な理論や手引書があったわけではありません。職員が互いに工夫を出し合い、日頃の経験から得たことを積み上げてきました。その努力の成果は、例えば「訓練のしおり」などの制作物となっています。では、これらの制作物は、どのような物の見方、考え方が積み重なって出来上がったものなのでしょうか？ これらの制作物から、その制作過程における物の見方、考え方を読み取るにはどうすればいいのでしょうか？

画や絵は一般的に言えば、文字の場合のように意味を論理的に読み解く過程を経ないで、見て直観的に意味が理解できてしまう場合が多いようです。しかし、直観的なわかりやすさにたよっていたのでは、そのわかりやすさを具体的に説明することができません。そこで著者らは、以下のような方針で、センターの資料を読み取り、視覚的な表現の工夫の背景を考え、その意味を明かにすることを試みました。

方針1. コミュニケーションを支援すると思われる資料（掲示、プリント、しおりなど）を、幾つかの意味ある部分に分割する。例えば、文字の部分と画の

部分とに分ける。文字と画のそれぞれについて、その意味と視覚的な効果を観察する。

方針2. 画の部分と部分、部分と全体の関連などを複数に資料に関して比較する。
 その中で、画の描き方や配列、構造等に関して、規則性があるか否かを探る。

3. センターの資料から視覚的に読み取れたこと

3. 1. 基本的な情報の意味の強調と画の果たす役割

聴覚障害によるコミュニケーションの壁を乗り越えるためには、聴覚以外の感覚を最大限に活用した形のコミュニケーションが考えられます。視覚的にコミュニケーションの支援を考えた場合、読んで理解するのに時間がかかる文字に比較して、画は一目で内容が読み取れるために、情報を画にすることは視覚的な支援の重要な部分を占めると予想されます。しかし、ただ字を画に置き換えてゆけば、それによりよいコミュニケーションができるのでしょうか？

この本の第4章で、アメリカ人の医療従事者と対話しながら情報を可視化した場合には、できるだけ文字を使用せず、画を中心にした表示の可能性を追究しました。日本語と英語など言語の壁を越えるコミュニケーションの手段として画を位置付ける場合には、この方針が適切です。しかし、対象者が文字を理解できるのであれば、すべての文字を画にしなくてもいいことになります。与えられた条件を最大限に利用して、情報を明瞭に伝えることを目指すのなら、画と文字とを効果的に併用するのが現実的な途です。実際、京都市聴覚言語障害センターでの視覚的なコミュニケーションの支援の様子を分析すると、文字と画の関連に関して、以下のような経験則が認められます。

経験則1 (文字と画の併用) ; 文字と画とを併用することで、情報はよりわかりやすくなります。併用といっても、文字と画とを並列的に示す場合もあれば、画の中に文字を取り込んでしまう場合もあります。

箱作り作業

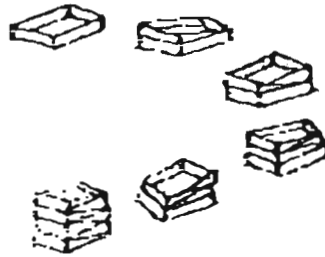


図. 文字と画の併用

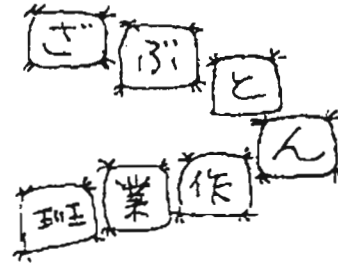


図. 画に文字を取り込む

経験則 2 (漢字の視覚効果強調) ; 文字の中でも漢字は、ひらがなと比較して、意味を示す上での視覚的な効果が高いと考えられます。漢字を画のようにあつかって、拡大・強調を初めとする視覚的な加工をほどこすことで、この機能をさらに強調できます。

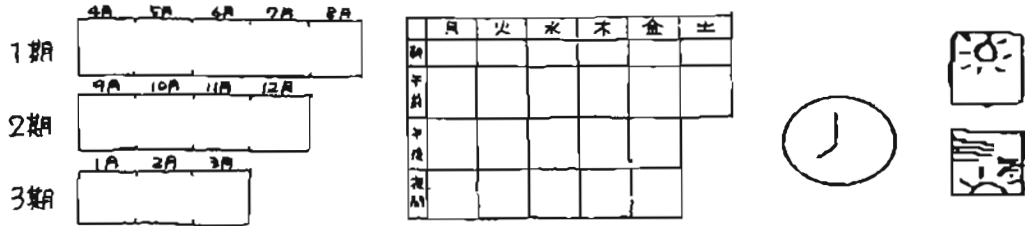


3. 2. 社会生活に必要な見当識

個別の情報を画や文字で表示するときのセンターの考え方に関しては、経験則 1、2 が見いだせましたが、情報の組み合わせ方やそれを活用した視覚的なコミュニケーション支援の方向については、どのようなことが言えるのでしょうか？ センターが作成した様々な資料を読み取る作業を通して改めて感じるのは、センターが聴覚障害者の社会復帰に大きな力を注いでいることです。特に作業訓練、なかま会、クラブ活動などを通して、日常の身の回りのことや、社会生活を送る上で必要な見当識（時間、空間、作業の順序などを的確に把握する）の養成に心を配っている様子が読み取れます。時間の流れ、作業の順序などは、個別の事物に比較するとより概念が抽象的なため、それをわかりやすく示すには工夫が必要です。この課題をセンターではどのように解決して来たのでしょうか？

経験則 3 (時間の可視化) ; 時間的な要因を示すときに、「年、月、日」、「月火水木金土日」、「時、分」などの漢字は積極的に使用する。しかし、

年月、曜日、時刻などはもともと抽象的な要因であり、その定位はそれほど容易なことではない。そこでそれらの理解を支援するために、カレンダー、週間時間割、時計、太陽の位置などの視覚的な表現を活用する。



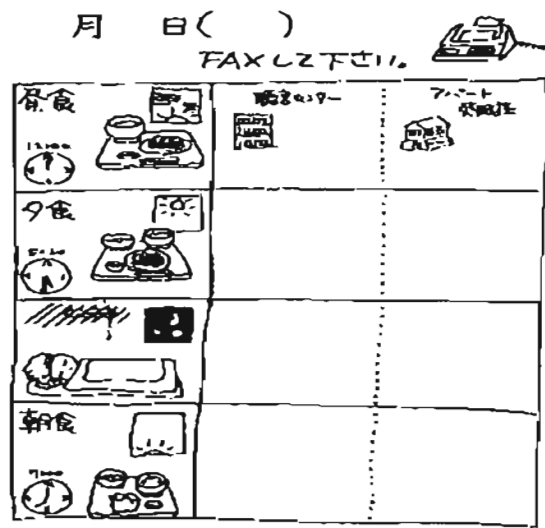
経験則 4 (順序性の可視化) ; 作業や行動の過程に関して、その順序性を明確に表す。情報を上から下へ、または左から右の方向へ配列し、必要があれば矢印の表示を加える。



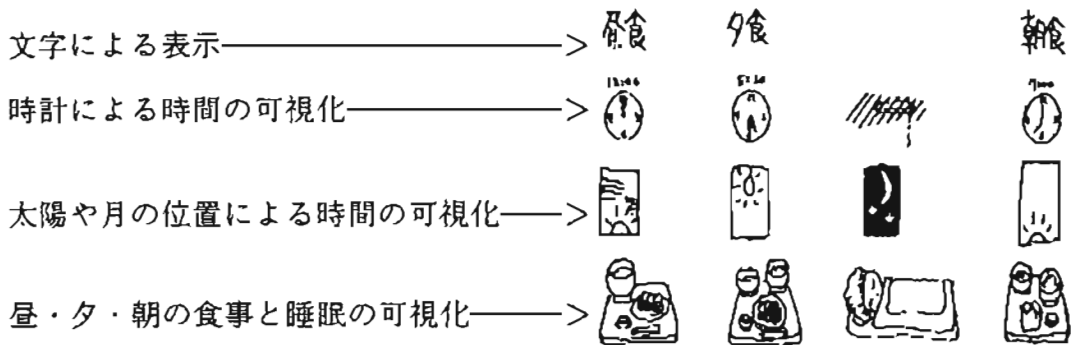
4. センター資料における視覚表示の事例

センターにおいては、さまざまな場面で視覚コミュニケーションが活用されています。以下では、どの情報を画にしてどの情報を文字にするか、時間や順序性をどう表現するか、などの点を具体的に検討するために5つの事例を示しました。

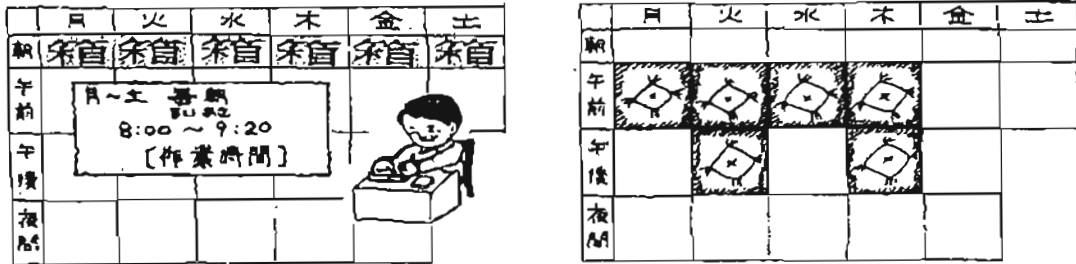
4. 1. 事例：コミュニケーション支援のためのファックスの様式



特徴； 食事を中心としながら下記の4通りの情報を組み合わせることにより、一日の時間の流れがはっきりとイメージできます。4つの経験則のうちでは、特に1（文字と画の併用）と3（時間の可視化）とが効果的に使われています。

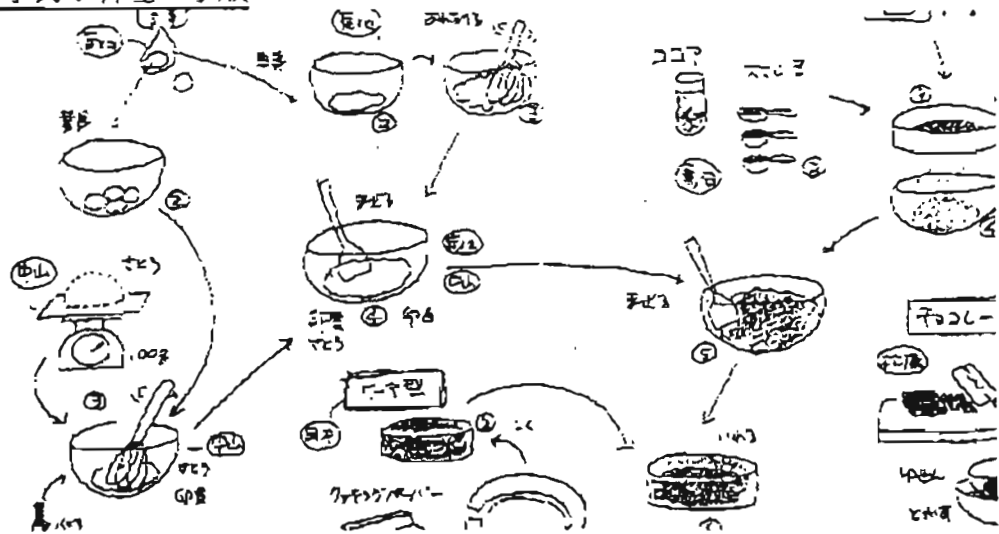


4. 2. 事例：週の時間割



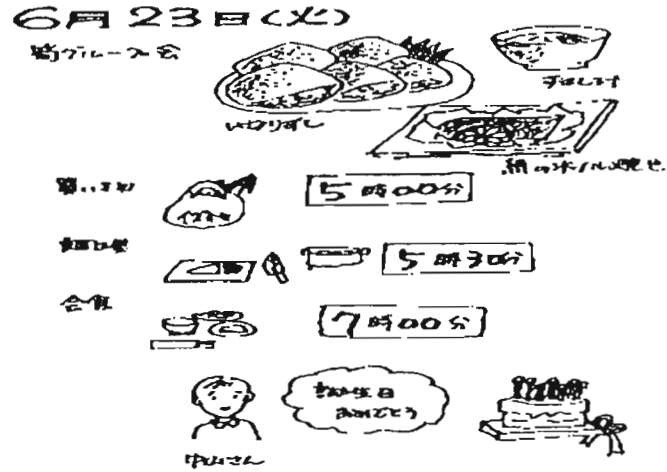
特徴； 経験則 3（時間の可視化）によって、週間時間割の枠組みを設定し、さらにその枠組みの特定の部分で行われる作業を視覚的に表示しています。左図の例では経験則 2（漢字の視覚効果強調）によって箱という文字を記号のように用い、箱作り作業を表しています。右図の例では座布団の画によって、座布団縫製作業を表しています。

4. 3. 事例：料理の手順



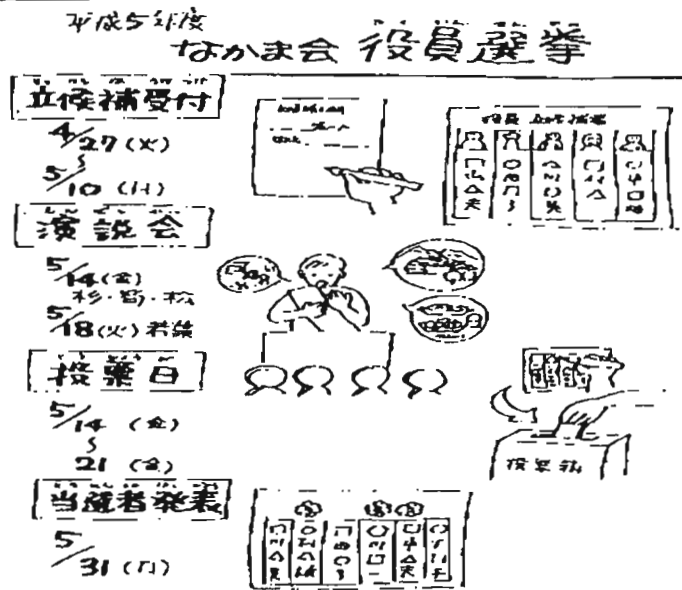
特徴； 料理は日常生活を行う上で、必須の作業であり、また料理の種類によって、作業内容は込み入ったものになります。特にこの図の例では、5人が分担して料理をすることを意図しており、経験則 1（文字と画の併用）と 4（順序性の可視化）が高度に組み合わされています。

4. 4. 事例：誕生会の進行



特徴； ある人の誕生日会を開くために必要な作業手順が、買物から調理、さらに会食に至るまで経験則1を活用して、示されています。

4. 5. 事例：役員選挙

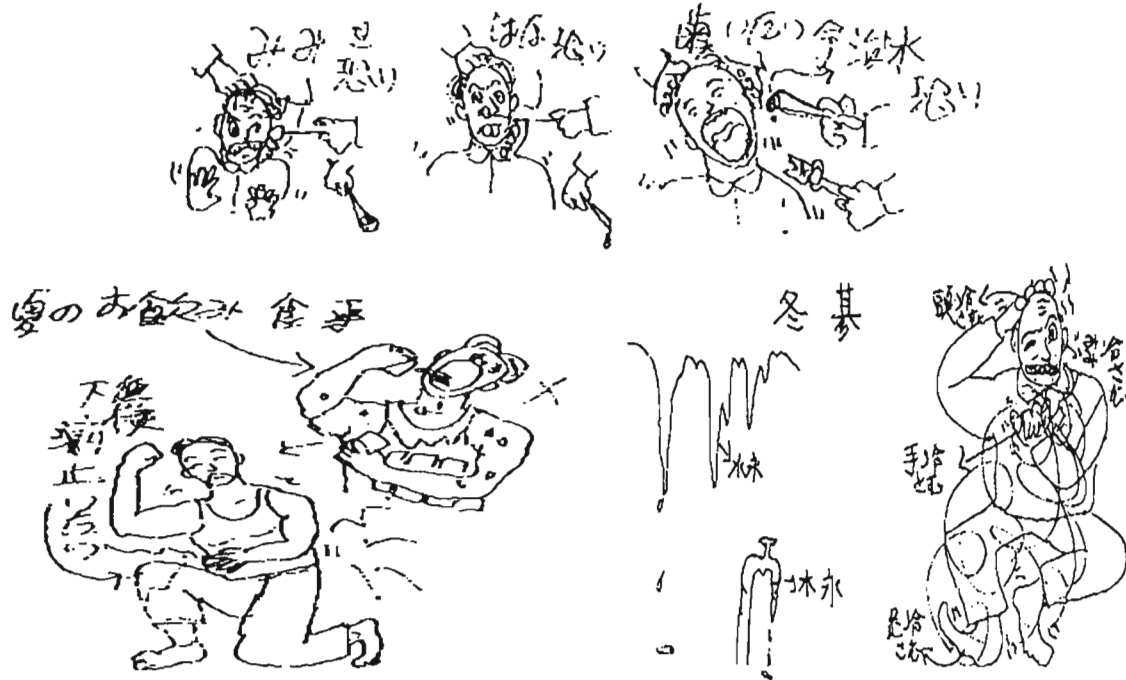


特徴； 選挙という社会的な活動について、立候補から当選者発表までの過程を経験則1（文字と画の併用）によって、わかりやすく示しています。

5. センター在所者の自己表現

ファックスが普及するにつれて、聴覚障害者が視覚コミュニケーションによって自己表現をする機会が増えて来ました。以下にNさんがセンターに送ってきたファックスの表現を示します。自分の身体に関する理解、感覚的なことなど、これ

までは表現しにくかったことが、このファックスによって生き生きと表現されはじめていることが解ります。



6. 支援の手順化を考える

これまでセンターでは、ある程度の経験をつんだ人が、自分の経験を活かしながら、字や画を盛り込んだパンフレットや掲示物などを作成し、それによって聴覚障害者がわかりやすく住みやすい状況を形成することに心をくだいて来ました。この際の情報を視覚化する作業を、経験者の勘にたよったり、絵が上手な人にまかせきりにするのではなく、誰でもが参加できることにするにはどうしたらいいのでしょうか？ 普通、何等かの作業を行う場合には、「最初に〇〇をして、次に△△をする」というような具体的な手順が必要です。すでに明かになった4つの経験則や事例からの知識は、作業をする上で重要な参考になると考えられますが、これらの知識はまだ手順としては整理されていません。そこで以下では、知識の手順化を試みました。社会への適応を支援するという立場から、手順を追って設問に答えることで、あなたも情報の視覚化を試みてください。

手順A； 支援することの中身、主題を決める

「健康の社会的な背景と関連して、あなたはどのようなことを相手に伝えたいですか？ 伝えたい事柄の概要を思い浮かべてください。」

手順B； 基本的な情報を画にする

「伝えたいことがらを表すにはどのような画が適当ですか？ 以下に適当なものがあれば選んでください。」



身支度



食事



料理



掃除・洗濯



買物



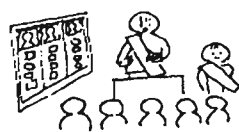
通信



作業



健康



社会活動

手順C； 時間を画にする

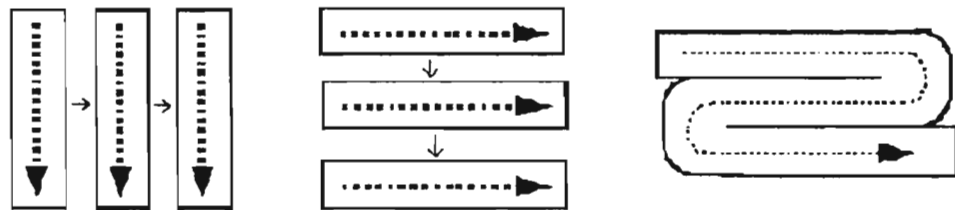
C-1 ; 時刻

「どのような様式で時刻を表示したいですか？ 以下の様式の中に適当なものがありますか？」



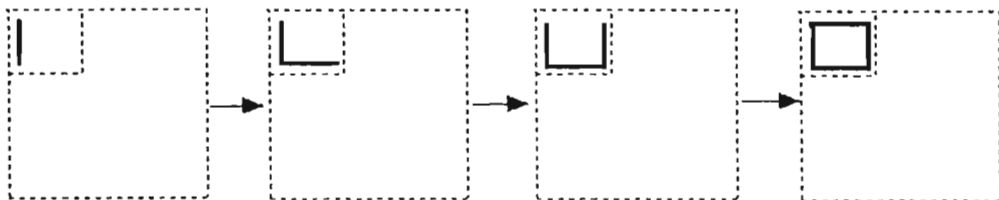
C-2 ; 時間の流れ

「時間の流れの視覚的な枠組みは、どれが適当だと思えますか？」



手順D ; 作業・行動の順序性を画にする

「作業や行動の順序性をどのようにして、示しますか？」

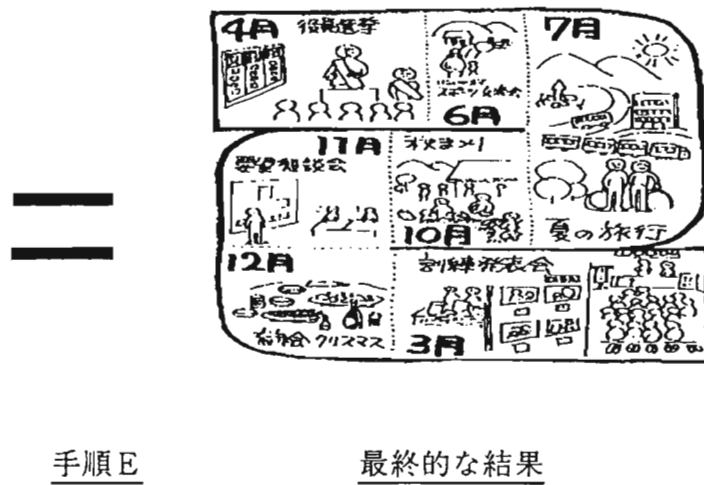
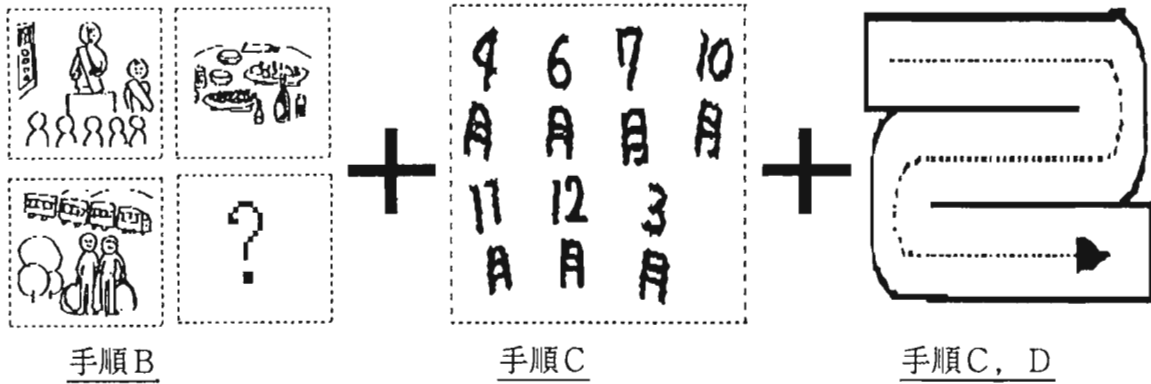


手順E ; 手順AからDで考えたことの総合

「すでに設定した手順を組み合わせて、総合的な表示を試みてください。」

例：

手順A；「一年間の社会的な活動をわかりやすくまとめて示したい！」



4. 3 地域保健活動と視覚コミュニケーション

自分自身の中にあるわかりやすさの枠組み

「健康に関する情報をわかりやすく楽しく住民に伝えたい」という気持ちは現場にいる多くの保健従事者に共通していると考えられる。しかし、現在の医学教育や保健婦教育では、「わかりやすく、楽しくコミュニケーションをするにはどうするか」ということは教えてくれない。現場に出てから、自分で試行錯誤を始めるしかない。図2はN市のS地区を担当している保健婦のグループが作成した「健康すごろく」である。この作品は、どのような論理にしたがって作られたのだろうか？

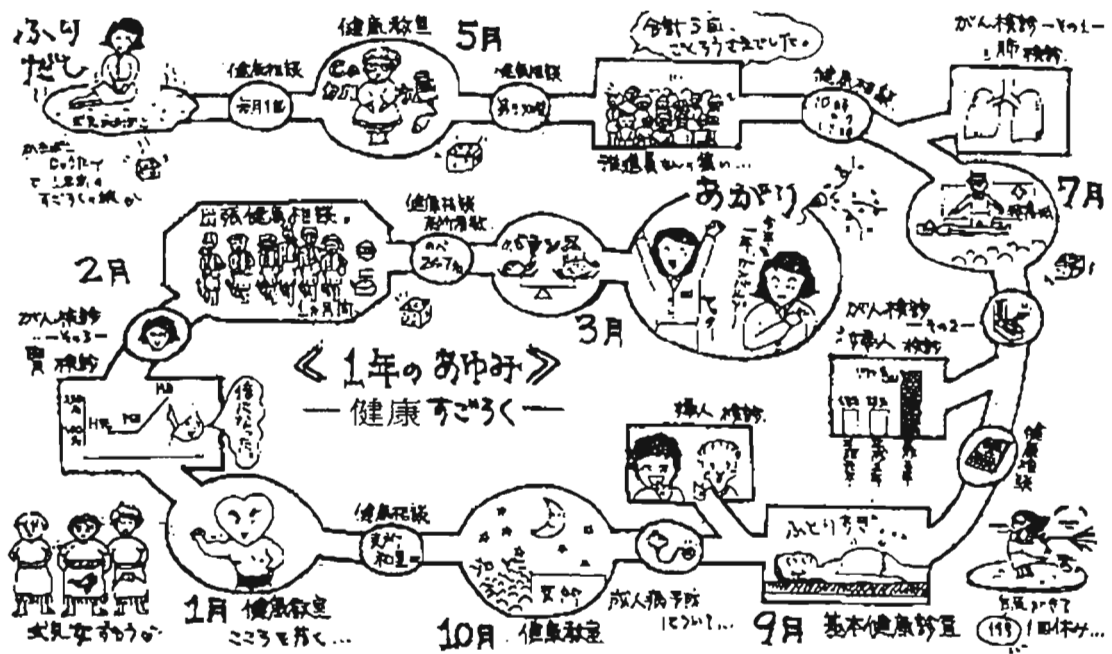


図2. N市S地区における健康すごろく

この画を作成した過程に関して当事者に質問したところ、当事者は当初、明瞭には‘過程’を意識していなかった。しかし描いたときの問題意識についてさらに質

問を続けているうちに、(1)その地区における保健活動の流れをわかりやすい形に示そうとしたこと、(2)そのために最初陸上競技場でハードル競争が行われるトラック(図3A)をイメージしたが押しつけがましいのでやめたこと、(3)最後にすごろく型の表示(図3B)を思いついたが、すごろくだとゴールを達成したら、そこで上がりになってしまい、後がないような気がするので、完全には満足していないこと、などの点が指摘された。住民に情報をわかりやすく伝えたいという動機から、すごろく型の情報表示構造を採用し、そのなかに保健活動に関連した部分的な情報を配置する作業をしていたことが明らかになった。

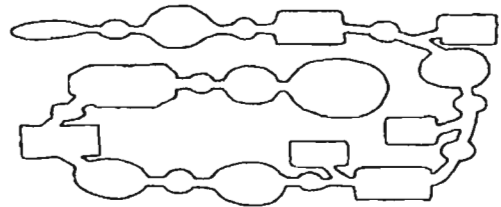
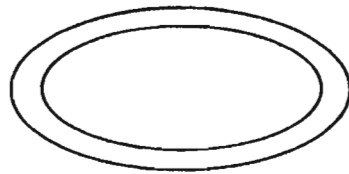
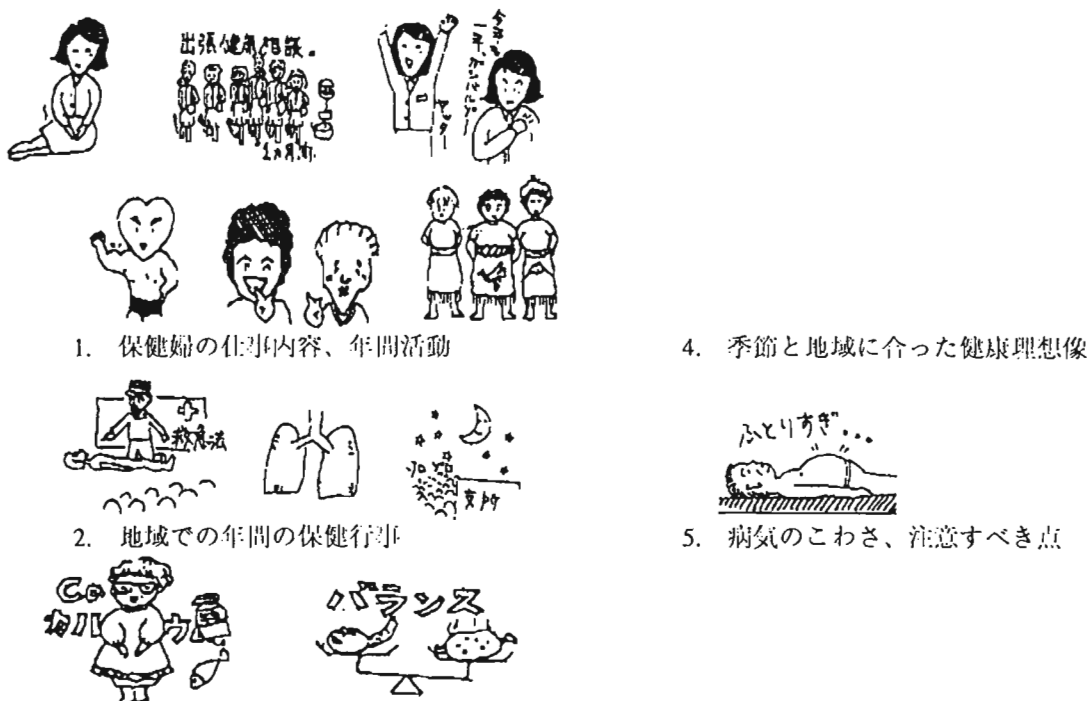
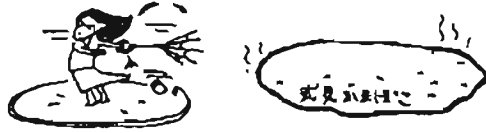


図3A. トラック型の情報表示構造

図3B. すごろく型の情報表示構造

情報表示構造の中に配置されていた視覚化された要素的な情報を取り出して図4に示す。このような整理によって、六種類もの情報が配置されていたことが明らかになった。情報配置の構造と、そこにおける要素を意識化することにより、これまで画の上手な保健婦が直観で行っていた「わかりやすくする作業」の過程が明らかになり、その経験を他者が共有することも可能になる。





3. 季節と地域に合った健康増進

6. 地域の特徴

図4. 健康すごろくの構成要素

‘わかりやすくすること’を医学教育や保健婦教育で習わなくても、われわれはある程度は「わかりやすくするための基本的な物の見方と枠組み」を生来身につけているように考えられる。しかし、結果だけに注目して多忙な保健活動を続けていたのでは、この枠組みは意識されないと考えられる。上述した例では、わかりやすくする作業の過程に注目して意識的に質問を続けたために、この枠組みが浮かび上がって来た。ではこの普段は意識されない枠組みとは何だろうか？ 例えば、すごろく型の枠組みは誰でも持っているものなのだろうか？ これらの意識されない枠組みは、現場での試行錯誤を通して段々に洗練されてゆくのだろうか？ このような認識に関する枠組みをより明確なものとして取りだし、それを現実の問題解決に役立つ形で支援・強化してゆくことは可能だろうか？

5

健康認識学の試み

5. 健康認識学の試み

社会医学における視覚コミュニケーション・アプローチの発展に向けて

1. 現代の風景

著者は現在この本を長崎大学の研究室で書いています。わが国における近年の医学と医療の進歩には、目を見張らせるものがありますが、日本がオランダやドイツを初めとするヨーロッパの国々から西洋医学を学び始めたのは、江戸時代になってからです。江戸時代の初期には江戸幕府の6次におよぶ鎖国令によって、国交を断絶した日本ですが、その中で長崎の出島は唯一、ヨーロッパに対する窓口となっていました。このように西洋医学を学ぶ窓口は大きなものではなく、また言語の壁もあったため、学ぶための苦労は想像を絶するものがあります。この中で、わが国の医学の進歩に大きな貢献をした出来事として、例えば杉田玄白らによる解体新書の刊行（1774年）が挙げられます。日本における系統的な西洋医学の教育の初期には、シーボルトが1823年から1830年にかけて、またポンペが1857年から1862年にかけて長崎に滞在し、系統的な医学教育を試みました。特にポンペは日本に着いた年に長崎奉行所にて医学を開講し、1859年には長崎の西坂刑場で解剖学実習を行い、1861年には長崎大学医学部の前身である小島養生所と医学所を開設しました。

西洋医学との限られた接触であったにもかかわらず、実に多くのことをわが国が短期間にとりいれていったことが読み取れますが、なぜこのようなことが可能だったのでしょうか？ 西洋医学は、日本人とは社会的にも文化的にもまったく異なる西洋の人々を対象として成立してきました。それを取り入れることができた背景には、この西洋医学が、社会や文化の差を越えたところで、生物としての人間の共通性に根座したものであったことに由来します。すなわち、オランダ人であっても日本人であっても、人体を構成している骨の種類や形、内臓の相対的な位置や形、体の中で生じている生化学的な反応などは同一です。この同一性が保証されている限り、

オランダ語やドイツ語で学んだ医学知識は、そのまま日本人に当てはめることができます。このような臨床医学における事情は、著者が所属する社会医学の分野でも認められます。

社会全体の健康の水準を上げて行く際には、近代的な医学の導入に加えて、健康を維持・増進できるような社会的な組織や活動が必要とされます。長崎県の出身で後に初代の内務省衛生局長になった長与専齋は、欧米の医療を視察したときの事情を「松香私志」という著書にまとめています。これによると、長与は視察を始めた当初から、あちこちで「サニタリー」「ヘルス」などの語を耳にしました。これらの語を聞いた長与は、当初はその意味を「個人における健康保護」というように理解していましたが、その後もっと深い意味があるのではないかと疑い始めました。そしてついに、「此に国民一般の健康保護を担当する特殊の行政組織あることを発見しぬ」と記しています。このとき長与が‘発見’し、その後の衛生局長時代に発展させたのは、欧米にならった衛生行政の組織でした。

このようにわが国の近代医学は、すでに出来上がっている具体的な技術や知識、西洋の理性によって目に見える具体的なもの、例えば基礎医学や臨床医学であれば生物としての同一性の原則に立った具体的な医学知識を、また社会医学の分野であれば衛生行政の理念や具体的な組織を急激に学ぶことで発展したと言えます。

このように目に見え、普遍性があり、理性でそれを理解できる具体的な知識の吸収によって発展してきたわが国の近代医学の方法は、現在の医学教育にも当てはまります。特に医学部の講義では、朝から晩まで殆ど切れ目なく続く講義と実習の中で、莫大な量の医学知識が学生に与えられます。例えば、痛みを例にとっても、。

しかし、20世紀も終りに近付いてきた現在において、疾病や健康を理解しようとした時に、人間を生物としての同一性だけで見ることではすまなくなってきました。例えば、Quality of Life¹ ということが言われ出していますが、これらの動きは理性だけでなく感性によって人間を捉えようとする方向です。例えば、痛みを例にとっても、それが病んでいる人の日常生活をどの程度に障害しているのか、といったことが問題となります。このような視点を大切にするならば、かなり系統的に物の見方を変えていかなければなりません。言ってみれば、これまで第三者の立場から、理性でコントロールされた厳密な言葉で語られていた人の心と体についての知識を、感性で語り直す必要があるように見えます。そしてこのような作業の大切さが分かったときに、我々は気がつくことがあります。理性については我々は多くの

知識があり、語彙も豊富なものに対して、感性について我々はほとんど何も知らないことをです。

医学が理性だけで人の健康を語ることに留意し、感性の研究に手がつかないでいる間に、時代はどんどん進んでいます。この現在が持つ意味をさらに考えるために、以下の図を二つ用意しました。

いずれの図も痛みを描いたものですが、これらの図はどのように見えるでしょうか？

この感性を身につけるには、理性だけを重視した知識の吸収には限界があります。

2. 健康を認識しなおす上で必要なこと

健康ということを我々はどのように考えたらいいのでしょうか？ わが国で出版されている社会医学に関連した教科書の多くでは、健康について以下の定義を採用しています。

WHOの定義

これらの定義は、専門家が理想像としての健康を描いていると考えられますが、一般の人々は健康をどのように考えているのでしょうか？

以下には、何人かの人に描いてもらった健康を示します。

このようにしてでてくる側面は、健康について

- 1.健康を捉える上での感性
- 2.健康を捉える上での他者性

の二つを問題とすることにつながります。

3. 接近の方法

すでに述べたごとく、本書の著者は医学部の社会医学という部門に所属していま

す。しかし、本書を書くきっかけとなったできごとにおつかり、その問題解決を目指したときに、著者が学んだ範囲の社会医学の枠組みの中には問題を解決するのに適当な方法論がありませんでした。その後、教育情報工学に出会うことが出来た著者は、そこを出発点として、健康を描くことを試みてきました。しかし、このことは著者が所属する研究分野を社会医学から教育情報工学へと変えたということではありません。また、この本で目指した方向性が教育情報工学である、と主張するつもりもありません。ただ一つ言えるのは、この本における問題解決を考えたとき、それはいづれかの学問分野に帰属できることの範囲を越えてしまうということです。そのため、本書における接近では試行錯誤的な部分が極めて色濃くでてしまい、それを一つのまとまりとして記述するのは、容易なことではありません。

問題群としての定義

- よいコミュニケーションが成立しない。
- 健康診断が楽しくない。
- 知識が優先して、全体の見通しができにくい。

接近の諸相

- 1) 恥知らずの折衷法； multi-method
- 2) 段々に問題の霧を晴らす； progressive focusing
- 3) Constructivists view
- 4) 他者から学ぶ； トップダウンではなくボトムアップ

4. 視覚的な思考

思考の諸相と視覚的な枠組み

言語と画の優位性

- 1) 言語を優位においた枠組み
- 2) 言語と画との優劣を消す枠組み

視覚的な支援の強さ

- 1) 支援のない場合
- 2) 弱く支援する場合
- 3) 強く支援する場合

よいアイデアをもらうための枠組み（調査者が優位なのか、対象者が優位なのか？）

5. 視覚的な思考と創造性

アナログ画の進化と発展

健康を語る視覚コミュニケーション

__健康認識学の試み__

[期日] 1993年10月11日 (最終執筆日)

[著者] 守山正樹

[所属と問合せ先]

長崎大学医学部衛生学教室 守山正樹

〒852 長崎市坂本1-12-4

[印刷] 衛生学教室