[原著論文]

生活の営みへの接近と参与
－文化とヘルスプロモーションの視点から検討する関わり－

杉本　洋

キーワード：ヘルスプロモーション、文化、参加、多様性

Access to everyday life, participation in everyday life consideration of relationship from the perspective of culture and health promotion

Hiroshi Sugimoto, MS, PHN, RN

Abstract

The direction of relationship among client and health care provider is in ambiguity under the background of diversity of experiences of chronic illness, disability, and deviance. The experience of illness and disability that creates meanings through everyday life are frequently narrated from the context of culture. In this situation, health care provider can proceed to understand the process of life, and present the way to make interactive relationship by acting based on health promotion that has viewpoint of ecology and well-being, and by describing and interpreting the process of creation among community concerning about illness, disability, deviance through participation.

Keyword : Health Promotion, Culture, Participation, Diversity

要旨

疾病構造の変化や価値観・生活様式の多様化といった背景の下，多様で固有な体験を持つ対象者に対する保健医療福祉専門家の関わりの方向性が問われている。病いや障害の体験は日々の生活の営みの中で意味づけられ，文化的側面から語られることが多くなってきており，疾病の原因の除去，個人の生活習慣の改善といった問題解決志向のアプローチに加え，エコロジカルな観点から，健康を資源とし，幸福を追求するヘルスプロモーションの視点や，当事者が関わるコミュニティにおける，関係の中での価値創造的プロセスに参画する視点を用い，その営みを解釈し，読み解きながら関わりを継続していくことで，生活の営みの理解をすすめ，可能性が開けた支援関係の提示が可能となると思われる。

I　緒言

保健医療福祉活動の基盤となる考え方は，時代や人々の要請に応じて変化し，近年は，地域性や，共同性，関係性といった観点等から，広く保健医療福祉のあり方が問われている[1)]。専門家の関わり方の観点として，異常や病理の早期発見，是正といった観点がある一方で，例えば，健康診断が，身体的な自覚症状を持っていなくても疾患を見つけ出し，医療化を誘導している制度であるといった指摘[2)]，治療においても，治すという単一の志向性がかえって治さ

新潟医療福祉大学医療技術学部看護学科
[連絡先] 〒950-3198　新潟市島見町1398番地
TEL/FAX：025-257-4552
E-mail：sugimoto@nuhw.ac.jp

ないという選択をした者の疎外を生み，治すことを強要されていくという指摘があり[3]，また，健康増進法には，国民の責務として，「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め，生涯にわたって，自らの健康状態を自覚するとともに，健康の増進に努めなければならない」と挙げられ，なんらかの疾患や障害を抱えている者は国民の責務を果たしていないと解釈されることになりかねないこと，健康日本21において，運動や，栄養といった分野でコントロール目標が示され，国民精神を政府が「善導」することに対する疑問[4]や，「自助努力」を強調することにより，“被害者を非難する（blaming the victim)”ことになりかねない危険性が指摘されている[5]。

医療に関わる専門家が，正しい信念が有益であり，教育し，正しいことを信じさせれば，公衆衛生上の問題は解決していく，と考え，個人を教育して非合理な行動を修正すること，つまりは，リスクファクターを軽減し，コンプライアンスを維持し，受診の継続を含む適切なケアを求めるようにさせることに関わりが向けられることに問いが発せられているように[6]，特に疾病の予防活動や慢性疾患に対する関わりにおいて，多様なその人々の価値観や信念に基づいた関わりが要求される側面が出てくる。

人の多様な価値観や信念や生活様式に彩られた生活の営みに接近していく専門家の関わりおよび対象の反応は，必ずしも専門家が価値判断できるものではなく，同じような関わりが時に癒しになり，時に傷に塩を塗るよう反応をもたらす経験をおそらく多くの専門家が経験しているように，万人にとって正しいといえる関わりを確立することは極めて困難であると思われる。そして，個々の体験の理解もまた困難であり，仮に可能であったとしても，社会的な背景の下，個別の生活史が絡む要素が強く，一般化していくことは難しく関わりの方向性が見出しづらい。

そこで本稿においては，どうすれば専門家が，生活様式や価値観，歴史的背景，地域性といった要素が複雑に絡む人々の生活の営みの理解を進めることが出来るのか，そしてどのように生活の営みに参与していくことが出来るのか，を検討する。

Ⅱ　生活の営みの理解と参与の視座

1　営みの理解の視座としての文化

文化の定義は古くから数多く試みられているが，看護の領域から文化を捉えたレイニンガーは「ある特定の集団の志向や意思決定やパターン化された行為様式を支配する学習され共有され伝承された価値観，信念，規範，生活様式」と文化を定位的に定義し，文化的な概念枠組みからケアを見つめ，関わる意義を主張してきた[7]。

そして特に精神医学領域において，生物医学に対する疑問や人間の多様な経験世界や生活世界を浮かび上がらせる志向性の元，文化的な視点から個別的な事例の臨床的リアリティに至ろうとする試みがなされている[8]。

病いの体験は多くの人類学，社会学領域において記述されており，例えばクラインマンは，慢性的疾患の病いの語りが「個人的経験」だけではなく「集合的経験」や「文化的表象」からなっていると指摘し[9]，マーフィーは自らの脊髄の腫瘍による自らの体験を記述，解釈し，損なわれた体を取り巻く社会である「異郷」に論理と意味を見出そうと試みた[10]。また，慢性疾患を持つ者は，不確かな生活を調節し，普通でいることに緊張しながら生活の常態化を試みていることが示されるなど，慢性疾患を持つ生活や意味を明らかにしていく試みがなされている[11]。

以上の様な背景を考えると，慢性疾患や逸脱状態における文化，価値観や信念，行為の意味や生活様式を，経験や語り，歴史性や社会的な構造やコミュニティの役割を含む俯瞰的な当事者自身のものの見方により捉えようとする試みにより，生活の営みの理解を進める可能性が開かれるように思われる。

以下，価値観，信念，規範，生活様式，といった要素や疾患の持つ意味が関わりにおいて強調されやすく，関わりの方向性を考察する上で示唆的であると思われる状況を例示する。

1）生活習慣病

健康日本21などの健康増進活動のもと，メタボリックシンドロームをはじめ，高血圧，糖尿病，高脂血症といった動脈硬化性疾患を中心とする生活習慣病に対する関わりは保健活動において高い優先度を持って取り組まれる。食事や運動といった生活習慣を変えることが要請されている一方，治療という観点から見て「好ましい」生活習慣を単に指導することと，患者のQOLが向上することの差異が問題視されている側面もある[12]。

例えば糖尿病患者教育は，専門家にとって，対象の生活背景を元にした教育技術が問われる分野であり，合併症予防のための食事，運動，服薬といった治療実践が患者には要請され，治療実践をいかに学び，変容した行動の定着が可能であるかが糖尿病教育の焦点となっている傾向があるが，一方で，糖尿病者の客観的な健康状態と，糖尿病を持つ当事者自身の主観的ＱＯＬの関連は薄いことが報告されているなど[13]，患者の主観に関する考察を深めた上で関わりを問い直す必要性が出てくると思われる。

また，糖尿病は，生活習慣病の中でも独特の生活体験の存在が見出され[14]，自己責任の病いであると認識されやすいことの意味や，当事者や家族で構成される患者会の活動といった関係性やコミュニティの持つ力が注目されることもある[15]。また，血糖コントロールと合併症予防との間に，完全な因果関係があるとみなすこと，生活習慣の改善がなされない人を道徳的に価値判断をする態度の危険性といった点も指摘されるなど[14]，糖尿病をフィールドとした質的研究によって，当事者の世界が記述され，専門家の関わり

方が問われている。

2）母子保健

今後の母子保健におけるビジョンを提示している，健やか親子21（21世紀初頭における母子保健の国民運動計画）では，課題として，思春期保健，妊娠出産，小児保健医療，発達・育児不安，といった点が挙げられ，母子保健は，生涯に通じた健康の出発点であるとされることにも見られるように，母子保健における近年の傾向としては，異常の早期発見早期治療に加え，発達・育児不安といった，教育，心理，家族関係などが直接的に問われるところ，特に母親を取り巻く環境や育児ストレス，虐待，発達障害などが注目され，母子保健関係者の関わりの意義は多様になっている。

発達障害については対人関係や社会性への影響からライフサイクル全般にわたって日常生活に密着したわずらわしさがあると思われ，例えば教育的な関わりの方向性としては，自分を肯定していくところ，社会生活を営んでいく術を獲得していくといった側面が強調される。また，同時に，当事者の苦悩と共に，発達に関して「なにかへん」と感じながら曖昧な状況を生きていく母親の感覚や，育て方の問題として周りから見られること，疾患名を告げられることの安堵と苦悩の両義性といったことが示されるように，苦悩の多様さ，複雑さが見られ[16, 17]，それらの理解を試みていくことは，異なる生活様式や価値観を持つコミュニティが共存していく上での示唆を与えてくれるように思える。

医療機関や，教育機関，児童相談所，保健センターといった様々な機関からのアプローチが求められるところは母子保健の抱える問題が社会性をはらむ側面が強いことのの現れであり，子育ては，家族の文化や生活，生育過程で育まれてきた価値観，地域の文化といったものに大きく影響される。

3）精神保健

急性期を脱した精神疾患を持つ当事者の生活の場は医療機関や施設から地域へと変遷しつつあるが，当事者にとっては，就労，地域生活等社会生活を困難に感じている場合が多く見られ，社会的剥奪や社会的排除に対する関わりもまた求められる[1]。

精神疾患は文化により異なる意味づけがなされる側面があり，例えば，慎重な議論を要するところではあるが，幻覚や妄想，てんかん発作などが異常や病理であるかは文化的解釈に依存する可能性についての議論は続いており，少数民族集団に対しての過剰診断が問題と挙げられる場合もある[18]。同時に，日々の個々の対象に対する臨床実践においても日常臨床において具体的ケースの文化的背景に注目する必要性が指摘されている[8, 19]。

また，近年，認知症の体験が多くの人の関心を引き寄せ，体験を含む当事者自身による情報の発信がなされ[20]，当事者の世界の捉え方の理解が進むにつれ，対処としての妄想や行動といった。行動の意味や背景が明らかにされつつある[21]。

当事者達の，生活していく上での困難さに対応する方略として，例えば，アルコール依存や，統合失調症，認知症など当事者や家族のセルフヘルプグループが形成される場合もあれば，数々のグループホームや授産施設などの生活支援活動においてコミュニティが形成される[22]。いくつかの精神疾患は慢性的な経過を辿り，症状，もしくは症状の原因の除去を志向する支援のあり方に対する限界が顕著に現れやすく，問題解決より，問題解消という立場で活動を展開するあり方が示されるなど[23, 24]，生活の営み方や関わりについて多様なあり方が示されている。

4）障害

障害は個人の能力障害ではなく，社会的障壁と捉える流れの中で，障害は個人の問題という視点から，環境との関係といった概念へと変遷してきた[25]。また，例えば，ろうを，日本手話と言う独自の言語を用いる言語的少数者であると主張する，ろう文化宣言に見られるように独自の文化的集団であると規定する動きが示されてきており[26]，障害の持つ意味を，生活のしづらさ，存在証明を脅かすものと捉える一方，障害をもつ価値を見出していくといったように，障害を否定もするが，一方で肯定もしていくというように障害の持つ意味の複雑さ，多重性も見受けられる[27]。当事者の参画やボランティアにおいて，障害者当事者と支援者の互恵性といった観点を含む関係のとり方が示され始めているなど，支援のあり方も問われるところである[28]。

5）セクシュアルマイノリティ

逸脱した性指向や性自認が，医療上の問題として解釈されるのかどうか，差別的な文脈で認識されるのかどうかは社会や文化，時代によって異なってくる。また，伝統的に社会に認識されている独自の性も存在する[29]。そしてHIVとセクシュアルマイノリティが関連付けられるなど医療的に注目される場合もある。身体的な性と性自認が一致しない性同一性障害や，性の分化が曖昧なインターセックスについては診療科の枠を超えた医療的アプローチが推奨されているが，一方で医療に対する激しい抵抗も見られる場合もある[30]。レズビアン・ゲイパレードや数々の書籍等で見られるとおり，セクシュアルマイノリティ当事者達がコミュニティを形成し，活発な活動を行い，自らを表現するプロセスを歩んでいる場合もあり[31－33]，客観的かつ普遍的な治療目標は設定しにくく，専門家にとって，逸脱や疾患の多様性や曖昧さに向き合う関わりを考える上で示唆的な分野であると思われる。

2　生活の営みへの参与の視座としてのヘルスプロモーション

オタワ憲章[34]では，「ヘルスプロモーションとは，人々が自らの健康をコントロールし，改善することが出来るよ

うにするプロセスである」と定義され，健康は生きていく上での目的でなく「毎日の生活のための資源」であり，目指すものは豊かな人生とした。そして，健康は日々の生活の場（everyday life; where they learn, work, play and love.）で，自身と他者をケアリングすることによって生成される（Health is created by caring for oneself and others）ことが示唆され，専門家の生活の営みへの参与の方向性が示されているように思われる。

活動の方法としては，①健康的な公共政策づくり，②健康を支援する環境づくり，③地域活動の強化，④個人技術の開発，⑤ヘルスサービスの方向転換，とまとめられ，健康を維持増進する上で，個人の責任を強調する姿勢から，健康を支援する環境づくりを強調していく流れを明確に表現し，その理念は積極的に自治体などが行う健康戦略に採用されている。

個人の責任のみでなく，環境に対する働きかけを強調する戦略はおそらく，個人に焦点を当てた活動で明確な効果の見られない状況に悩む専門家にとって受け入れられやすいものであり，例えば健康関連イベントの企画推進，ボランティア活動の推進といった形で保健活動に反映されているが，その向かう先は例えば，肥満予防，服薬コンプライアンスの維持，受診継続といったところになり，成果が検討されているところであるが，住民の参加や協働自体の意義よりは，環境が誘導する生活習慣，対象をコントロールするための環境への働きかけといったところが強調されるように感じられる時もある。

健康戦略は，社会や文化の相違，経済システムを視野に入れたローカルなニーズに適合したものであるべきであることが指摘されるが[34]，「ローカルな社会的現実についての知識がその現実の中に住み込んでいる人々には見えないようになっていることもありうる」との指摘のとおり[9]，対象本人，関係するコミュニティ自身の希望が，そもそも自身もわからない，そして表現できないといった状況も十分ありえ，時に現実的であることを鑑みると，対象の希望を既存の枠組みで規定せず，希望という未知のものを共同作業で作っていく，描いていく，といった立場が求められるように思われる。そうすることによって，より専門家と対象の間での合意形成プロセスから発生した目標に向かう関わりが可能になると思われ，そうした専門家の立場を探っていくことが，文化的逸脱ともいえる，固有で多様な文化を持つ病者，障害者，マイノリティに対する関係のとり方を考える上で必要になってくるかもしれない。

Ⅲ　問題解決と価値創造の営み

1　問題解決と価値創造

保健医療福祉専門家にとって視点となりうる，豊かな人生を目指す上での資源となる「健康」の定義については議論が続くところであり，健康概念を既定することの困難さが指摘されているところであるが[35]，問題よりも，ポジティブな，普遍的な力として健康を捉える観点や[35]，完全な状態から失われていく現実と共生できる強靭さとしての健康[1]といった健康観の捉え方が提案されている。それに伴い，近年の保健活動の方向性としては，ポジティブな側面に注目するポジティブ心理学[35]，レジリエンス，ストレングスモデルといった対象の持つ力に焦点を当てる立場[22]，SOC（Sense of Coherence）など雑多なストレッサーの中を生き抜いていく力，生活世界への信頼や志向性[36]に注目する立場が出てきている。

対象の生活を統合した全体像についての正確なアセスメントとアセスメントに基づく介入が求められるならば，ポジティブな側面，雑多なストレス状況下を生きる力に注目する立場は，必ずしも問題にのみ構成される不幸なだけの世界を生きているわけではない病いや障害や逸脱を抱える対象への関わりを考える上では妥当な立場であるように感じられる。これらの流れは問題に焦点を当てるプロブレムオリエンテッド的な戦略に加え，複雑な問題間の関係を伴う複雑な状況における戦略としてのソリューションフォーカスといった戦略を採用していく流れにも反映されてきていると思われる[37]。

ヘルスプロモーションの観点からは，個人の能力と共に，生活環境を総合的に改善していくための社会的な行為に重点が置かれていること，関係性の再構築が公衆衛生における重要なテーマになりつつあること[38]，ナラティブアプローチにおいて，目標の志向性が弱く，対話の中で支配的なストーリーから脱却し，人生を再構築していくことが求められ[39]，既存のあるべき姿に向かうというより，対話やコミュニティといった関係性の中で，新たなあり方を発見していくという過程に向かう関わり方に対する知見が蓄積しつつある。

加えて，社会生活を営む当事者にしてみれば，様々な人との関係の中で，その都度その都度試行錯誤を繰り返しながら，日常生活に伴う多様で複雑な問題に対応していく能力を獲得していくこと，自らのおかれている状況やそれぞれが持つ属性に意味や価値を見出していくこと，そして得られた価値を社会に対して表現していくといった相互作用的な社会活動といったことが求められ，おそらく実際に行っているところであろうことを鑑みると，当事者が関係するコミュニティや専門家の関わりの意義は問題解決に加え，なんらかの価値を創造していく側面もあるように思われる。「問題解決とは，現実社会の問題や諸条件に対して最適な解決を提供すること。価値創造とは社会に対する新たな価値の提案を行うこと」と表現される場合もあり[40]，日常的な家族や地域や職場といった生活の場におけるコミュニティと共に，疾患特異的なセルフヘルプグループのような，特定の経験を共有するコミュニティならでは辿ることの出来る，価値を生成し，社会に対して提案していく

過程があり，関係性を基盤とした創造的な過程に関わっていくといった専門家の生活の営みへの参与の仕方があるようにも思われる。

2　価値を育む実践，研究

関わりを継続しながら事象を見つめていく形の研究手法が提案され，客観的な成果よりむしろ，混乱し，常に変化し続ける世界，主観の重要視，信念の検証，それまで無視してきた問題に向かうこと，混沌を公にしていくことに意義を置いた取り組みがなされ[41]，保健医療における研究のあり方も多様になっている。そしてコミュニティを視点に置き，コミュニティを構成する人々の生活様式や，価値観，個別性，といったところに視点を置く実践，研究の実例として，CBR（Community Based Rehabilitation），CBPR（Community Based Participatory Research）などに関心が寄せられている。

CBRは，さまざまな機関やNGOによって解釈の異なる概念であるが，コミュニティの障害者への初期のリハビリテーション・サービスを提供するための戦略としてスタートしたコミュニティ開発プログラムであり，障害者当事者によるローカルな価値観やシステムの下，資源を有効に利用していく術を獲得し，QOLの向上を志向した活動がなされ，その結果それぞれのコミュニティ固有の知恵を生成していく可能性を開いてきた[42, 43]。

そしてCBPRはコミュニティを基盤とした研究であり，研究活動において住民の参加と，合意形成やパートナーシップ，生態学的・文化的な視点，循環・反復のプロセスを重視し，コミュニティの文化に適合したサービスの開発，評価，普及を目指してきた[44]。

こうした流れは，研究と実践，専門家と非専門家の境界が曖昧になりつつある状況で，専門家，非専門家を含むコミュニティを構成する，コミュニティに関わる人々との共同作業としての実践・研究のあり方が探られていることを示しているように感じられる。

CBPRは，なされた活動が異なる背景を持つ他の地域で応用することの有用性を強調しておらず，特定のコミュニティに応じた，独自のものを作り出すプロセスであると考えられており[45]，これは，コミュニティ独自の文化の重要性を示すと共に，必ずしも普遍性，客観性をもつ結果を生み出す研究手法のみが価値を持つわけではなく，多様な活動の細部に宿る真実から知見を生み出す研究手法の価値を示しているとも考えられる。

Ⅳ　対象と専門家が織り成す営み

以上，保健医療福祉の専門家が対象者と関わる上において方向性が見出しにくい場面，特定のあるべき姿に向かっていくことが困難である不安定な感覚の中で活動を進めていく上で，文化的な視点を考慮した，当事者が関係する生活の営みの理解や，関係性が絡むコミュニティに視座を置いた関わりについて考察してきた。

健康観の変遷に伴い，保健活動の視点も歴史的な変遷のプロセスにあり続け，疾病予防などの従来の活動や，日常的な問題に対する解決策を開発し，提案していくことは専門家の関わりとして今後一層大切になっていくはずであり，疾病や病理がもたらす生活に対しての破滅的な影響を過少に見積もることは避けねばならない。しかし，特に疾病構造の主流をなしつつある慢性疾患や，障害，疾病と疾病でない境界領域にいる各種逸脱状況にある人の体験は多様で，専門家が正しいことを言えることは少なくなりつつあり，専門家の関わり方自体が問われつつある。生活の営みや当事者の思いは当事者自身が言葉に出来ないほどに複雑で，苦悩に満ちていながらではあっても，決して悲惨な人生であるだけでなく，それなりに喜びや意義を見出しながら生活を営む側面もあるはずであり，それらを含んだ生活の営みに対する関わりを検討していく必要があり，その際に文化やヘルスプロモーション，価値創造的視点などは関わりを検討していくうえでの有意義な視点となりうるように思われる。

当事者たちの語りの多元性や相矛盾する意味内容は，無根拠な信念や支離滅裂さとして解釈されるべきものではなく[46]，「変化に向けて未来を切り開いていこう」とする人々の抵抗であり，慢性の病いを生きることは，「何か確かにそこにあるが形としては不確かなものを把握しようとする能動的で統合的な構成過程」であるといわれ[6]，他者に説明しにくい複雑で個別的な状況の中，人々は関係を形成し，問題解決技法を獲得していくと共に，コミュニティにおける関係の中で，文化的な，つまりは規制されながらも，生活に彩が添えられ，意味や価値を創造的に生成していく営みがあると思われる。そしてその営みは時に，専門家に，弱さや支離滅裂さとして解釈され，価値を持つ適応していく能動的プロセスとは捉えられにくいかもしれない。

専門家が対象者と関わる意義のひとつは，そういったコミュニティを構成する人々の営みに接近し，活動に共に参画しながら，問いかけながら，価値判断を保留し，関係性自体の価値を見つめながら関心を持って関わりを継続していく，すなわち生活の営みに参画し続けることにあろうし，そして，関わりの中で当事者の経験やコミュニティで起こっている現象を，関わる対象者やコミュニティと共に言葉にしていくことにより，援助者当事者双方の営みで育まれる価値を表現していくことにあると思われる。

Ⅴ　今後の実践および研究の展望

対象の文化的側面の理解を深めることによって一概に多様な問題が解決していくとは限らない，しかも本当に体験や営みの理解が進んでいるのかどうかも分からないが，それでも単純化できない複雑な世界の理解や，生活の営みへ

の関わりが求められ，文化的側面から生活の営みへとアプローチしていく試みにより，多様な視点が開けてくるように思われる。病いや障害，逸脱を抱える人たちの根底にある考え方を専門家が把握しきれているとはいい難い状況であるが故に，当事者たちの言葉と生活の営みの表現と解釈，そしてコミュニティにおける関係の中で育まれる価値を，価値という枠組みで営みの意義を表現できるのかどうかを問いながら捉えていくことが求められる。

また，同様にサービス提供者である保健医療福祉従事者など専門家の価値観やものの見方のクセなど文化が関係しやすい側面の考察を深めていくことで，専門家自身過度に自責せずに，自らの関わりを内省していくことが可能となるであろう。

そして，専門家の関わりを考える上でも，コミュニティを構成する関係を，対象，専門家といった枠組みにとらわれすぎることなく，専門家と当事者の間で，何らかの互恵性が伴い，共に意味ある参画であることを実感しながら，コミュニティに関わっていけるあり方を探ることが求められるであろう。

以上の様なプロセスを対象と共に辿ることもまた専門家の関わりのひとつであろうし，その関わりは目標も評価指標も曖昧にならざるを得ず不安定ではあるが，関わっていくことの価値が垣間見える，価値を育む営みであると思われる。

文献

1）岡田徹，高橋紘士（編）：コミュニティ福祉学入門―地球的見地に立った人間福祉．有斐閣，2005.

2）Ivan Illich：1976．金子 嗣郎，訳：脱病院化社会―医療の限界，晶文社，1998.

3）拓植あづみ：「治すこと」をめぐる葛藤；近藤 英俊，浮ヶ谷 幸代（編著）：現代医療の民族誌，明石書店，123-164，2004.

4）小谷野 敦，斎藤 貴男，栗原 裕一郎：禁煙ファシズムと戦う，ベストセラーズ，2005.

5）西田真寿美：セルフケアをめぐる論点とその評価：園田 恭一，川田 智恵子，編：健康観の転換―新しい健康理論の展開，東京大学出版会，157-174，1995.

6）Good, Byron J：1994. 江口　重幸，ほか訳，医療・合理性・経験―バイロン・グッドの医療人類学講義，誠信書房，2001.

7）Madeleine M. Leininger：1991. 稲岡 文昭，訳：レイニンガー看護論―文化ケアの多様性と普遍性，医学書院，1995.

8）江口重幸：精神科臨床になぜエスノグラフィーが必要なのか；酒井 明夫，宮西 照夫，下地 明友（編）：文化精神医学序説―病い・物語・民族誌，金剛出版，2001.

9）Arthur Kleinman：江口 重幸，ほか訳：病いの語り―慢性の病いをめぐる臨床人類学，誠信書房，1996.

10）Robert F. Murphy：辻 信一，訳：ボディ・サイレント―病いと障害の人類学，新宿書房，1992.

11）Anselm L. Strauss：1984．南裕子，監訳：慢性疾患を生きる―ケアとクオリティ・ライフの接点，医学書院，1987.

12）佐藤　聡，近藤　麻理：生活習慣病と生命科学，看護研究，39（2），153-160，2006.

13）Victoria Schirm; Quality of Life: Ilene Morof Lubkin, Pamala D. Larsen（ed), Chronic Illness: Impact And Interventions, Jones & Bartlett Pub; 6th edition, 201-220，2005.

14）Jerry Edelwich, Archie Brodsky：黒江 ゆり子，ほか訳：糖尿病のケアリング―語られた生活体験と感情，医学書院，2002.

15）浮ケ谷幸代：病気だけど病気ではない―糖尿病とともに生きる生活世界，誠信書房，2004.

16）滝川一廣；「こころ」の本質とは何か，筑摩書房，2004.

17）足立佳美；軽度発達障害をめぐる問いかけ，保健師ジャーナル，医学書院，61（4），336-340，2005.

18）Mezzich,J., Kleinman,A., Fabrega,H., et al.（eds）：Culture & Psychiatric Diagnosis. A DSM- Ⅳ perspective. AP Press, Washington, D. C., 1996.

19）江口重幸：病いの語りと人生の変容―「慢性分裂病」への臨床民族誌的アプローチ，やまだ ようこ（編）；人生を物語る―生成のライフストーリー，ミネルヴァ書房，39-72，2000.

20）Christine Boden：2004，檜垣 陽子，訳：私は誰になっていくの？―アルツハイマー病者からみた世界，クリエイツかもがわ，2003.

21）小澤 勲；痴呆を生きるということ，岩波書店，2003.

22）藤井達也：精神障害者生活支援研究―生活支援モデルにおける関係性の意義．学文社．2004.

23）浦河べてるの家：べてるの家の「非」援助論―そのままでいいと思えるための25章，医学書院，2002.

24）浦河べてるの家：べてるの家の「当事者研究」，医学書院，2005.

25）杉野昭博；「障害」概念の脱構築―「障害」学会への期待，障害学研究1，8-21，2005.

26）木村晴美，市田泰弘；ろう文化宣言―言語的少数者としてのろう者，現代思想23（3），354-362，1995.

27）石川 准，長瀬 修；障害学への招待―社会，文化，ディスアビリティ，明石書店，1999.

28）渡辺 一史：こんな夜更けにバナナかよ，北海道新聞社，2003.

29）石川武志：ヒジュラ―インド第三の性，青弓社，

1995.
30) John Colapinto：2001. 村井 智之，訳：ブレンダと呼ばれた少年，扶桑社，2005.
31) 新井祥：性別が，ない！，ぶんか社，2005.
32) 橋本秀雄：男でも女でもない性・完全版―インターセックス（半陰陽）を生きる，青弓社，2004.
33) 伏見憲明：性という「饗宴」―対話篇，ポット出版，2005.
34) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
35) 津田彰，馬場園明（編）：健康支援学―ヘルスプローモーション最前線，現代のエスプリ 440，2004.
36) Aaron Antonovsky：1987. 山崎 喜比古，吉井 清子，訳：健康の謎を解く―ストレス対処と健康保持のメカニズム，有信堂高文社，2001.
37) Tim Rowan, Bill O'Hanlon：丸山 晋，深谷 裕，訳：精神障害への解決志向アプローチ―ストレングスを引きだすリハビリテーション・メソッド，金剛出版，2005.
38) 渡邊能行：コミュニティの再構築と健康なまちづくり，公衆衛生 70（1），10-13，2006.
39) Sheila McNamee, Sheila J. Gergen：野口裕二，野村直樹，訳：ナラティヴ・セラピー―社会構成主義の実践，金剛出版，1998.
40) 松本文夫：スペース＋アーキテクチャ，脇田 玲，奥出 直人（編）：デザイン言語 2.0 ―インタラクションの思考法，慶應義塾大学出版会，2006.
41) Alison Morton-Cooper：2000. 岡本玲子，ほか訳，ヘルスケアに活かすアクションリサーチ，医学書院，2005.
42) 中西由起子，久野研二：障害者の社会開発― CBR の概念とアジアを中心とした実践，明石書店，1997.
43) 久野研二，中西由起子：リハビリテーション国際協力入門，三輪書店，2004.
44) 酒井昌子，宮崎紀枝，浅原きよみ他：Community-Based Participatory Research に関する文献レビュー，看護研究，39（2），121 － 134，2006.
45) Arcury, T. A., Quandt, S. A., Dearry, A: Farmworker pesticide exposure and community-based participatory research: Rationale and practical applications. Environmental Health Perspectives, 109（Suppl3），2001. 429-434.
46) 佐藤和久：医療人類学からみた慢性疾患と人間，看護研究 35（2），337-334，2002.