

# みんなくりポジトリ

国立民族学博物館学術情報リポジトリ National Museum of Ethnology

## The Role of the Cultural Anthropologist in Medical Education

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-03-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 星野, 晋 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.15021/00001121">https://doi.org/10.15021/00001121</a>

## 医学教育における文化人類学の関わり方についての一考察

星野 晋

山口大学大学院医学系研究科

### The Role of the Cultural Anthropologist in Medical Education

Shin Hoshino

Yamaguchi University Graduate School of Medicine

本論では、文化人類学の立場にありながら医学教育に関わってきた経験に基づき、医学教育に文化人類学の視点あるいは社会文化的視点を盛り込むにあたって、どのような課題が存在し、それに対してどのような工夫が必要であるかについて検討する。

医学教育において文化人類学的なテーマを教育するにあたっては、自然科学と社会科学の間にある垣根をどのように越えるか、個人主義的な傾向の強い医学教育モデルに「社会」という概念をいかに盛り込むか、生活者にとっての病いや医療についての理解の必要性をいかに訴えるか、医学生への「役に立つ」ことに価値を置く学習姿勢にどのように応えるかといった課題がある。これらに対して筆者は、生態学や認知科学を介して生物学と社会科学を橋渡しする視点の提示、自然・人文・社会科学にまたがる Life という概念の導入、医学とは質的に異なる生活者の病氣理解の提示、問題に基づく学習（PBL）の活用などを試みている。

このような他分野との関係における試行錯誤は、人類学の応用学としての側面についての検討に加えて、人類学自体を再考する機会にもなりうると考える。

\* キーワード：医学教育, 身体, Life, 社会, 生活者, PBL

I become a staff member of the Yamaguchi University Graduate School of Medicine in 1997, and since then I have taught medical students the importance of the sociocultural aspects of medical treatments. I have found that the following problems exist in medical education when we introduce the views, methods, and findings of cultural anthropology.

- (1) There are various gaps that should be bridged between the natural sciences and the social sciences. We should show students the continuities between man's biological aspects and sociocultural aspects in medical education.
- (2) Contemporary medicine depends on individualistic thought. Therefore, the concepts of society, especially the aspects of social relationships in everyday life are disregarded in medical treatment and medical educations.
- (3) The staff and students of medical schools lack understanding about the popular sector of the health care system.
- (4) Students tend to expect to be taught practicalities more than academic understandings in classes.

I would like to propose the following solutions to these problems.

- (1) We should insist on the importance of an ecological way of thinking to the students. And, We must show them the continuities of the ecological aspects and the sociocultural aspects of health care.
- (2) We can bridge the gap between human biology and the social sciences by using the concept of the body and life.
- (3) We can introduce real images of the popular sector of health care to the students by using abundant ethnographic sources.
- (4) We can satisfy pragmatic interests of medical students in using problem based learning (PBL) including sociocultural problems.

I have always thought about the question “What is anthropology?” while participating in medical education for the last ten years, and I have found the following two roles that I can describe here.

The first is to present the real ethnographic material related to the health care of lay people in everyday life. The second is to relate a variety of natural, human, social sciences concerning medicine. When thinking about the latter, it is necessary to ask about the relation between physical anthropology and cultural anthropology. It is also necessary to reconsider the position of anthropology in various sciences.

\*key words: medical education, body, life, society, popular sector, PBL

## I はじめに

近年医療をとりまく状況は、患者の消費者意識の向上、医療過誤訴訟の増加、超高齢化社会の到来などにより大きく変化しつつある。その影響により医学教育においても、臨床における判断力、患者の心理・行動の理解、患者とのコミュニケーション、医療倫理などを重視する「患者中心の医療」を担う医師の養成を念頭においたカリキュラムや教育技法が導入されつつある。筆者は、1997年4月より山口大学医学部において医学教育に関わってきた。また現在、日本医学教育学会準備教育小委員会の委員として、従来の医学教育に欠けていた医療をめぐる社会科学的視点・方法・知見を、今後医師養成の過程にどのように盛り込んでいくかについての検討を行っている。本論では、医療と医学教育の動向を踏まえ、また教育現場における自身の試行錯誤の過程を振り返り、医学教育に医療人類学的な視点、方法、理解を導入するに当たってどのような課題があり、またその課題をどのように解決しうるかということについて考察してみたい<sup>1)</sup>。

## II 医学教育に何が欠けているか

### I ミッション

開発や医療援助等の何らかのプロジェクトにおいて、人類学者が文化人類学的視点・知識・方法の応用を考える際に最初に問題となることは、そのプロジェクトのミッションを共有しうるか否かということであろう。援助や政策的介入は対象となる社会に変化をもたらす。これに対して、探求者としての文化人類学者は、人間についての探求を目的とする調査研究においては、現地社会に変化をもたらすような介入を可能な限り避けるように努める。フィールドにあっては、調査者がいてもいなくても変わらないであろう人々の日々の営みを描出することが最も重要である。開発や政策的介入の多くは、介入する側とされる側という社会関係が存在し、当事者間に様々な利害関係上のトラブルや不公平が生じることもあり、人類学者のほとんどはそのような介入に手を貸すことをよしとしないであろう。しかしその一方で、開発や援助によって当該社会に生じる不幸の中には、人類学的な視点・方法・理解・知識を駆使することで避けうるものがあることも確かである。それゆえ探求という人類学の目標をいったん置き、介入により生じうる誤解や不幸の回避を助けることに、応用学としての人類学の一つの存在意義があると考えられる。その場合もミッションの忠実な遂行者とは別のスタンスをとり続けることになる。しかし筆者は、医学部のスタッフとして医学教育に関わることとなり、そのことによって以上とは異なる立ち位置を見つける必要に迫られることになった。

医学部／医科大学は、医師という専門職の養成機関である点で、学問的探求に関わる教育を核とする他の学部・学科とは大きく異なる。医学校では医学・医療に関連するさまざまな分野の専門家がその教育にあたるが、少なくとも良き医師を育てるというミッションを共有することになり、カリキュラムはその目標に向かって編成されている。文化人類学者としての私は、現代医学・医療を一文化として相対化し解釈する視点を有しているが、その一方で医学部に属する研究・教育者としては、医療のあり方や今後に対する見解を示し、良き医師を育成するという目標を共有することが求められる。そしてその折合う地点に自身の研究・教育者としてのアイデンティティを見いだすことになる。

さて医学部で筆者に要求されたのは、医療人類学の専門的な教育を行うことではなく、人格、常識、教養、社会性を兼ね備えた良き医師を育てるというミッションを前提に、医学・医療とこれに関連するさまざまな学問分野との橋渡しをすることであった。医学の専門家・専門教員は、医学知識・技能だけでは今日の社会状況に対応しうる医師を育てられないことがわかっていても、これを補完する項目や学問分野がどのような領域にわたって広がっているかをよく知らない。だから医師にとって専門知識以外に何が必要で、それがどのような学問分野にわたっているかを把握し、それをどのように教育すればいいかを検討し実践してほしいというのである。そのような意図で筆者が担当する

ことになったのが医療環境論という授業である。

## 2 医療環境論

医療環境論は、医学・医療の基盤を成す自然・社会・文化的諸条件である「医療環境」を学際的・総合的に学ぶ科目であり、医学・医療をその外部の視点から捉えることを特徴とし、保健・医療に関わる生命、地球環境、身体、哲学、歴史、文化的多様性、社会、経済、政策などの多様なテーマを含む。共通教育（一般教養）科目であるが、実際的には医学部生のみを対象とする必修科目であるため、教養教育と専門教育の中間的な位置づけにある。1996年に科学史を専門とする川崎勝が中心となって立ち上げ、翌年からこれに筆者が加わる。当初この授業は3～4年生を対象とする医療環境論1・2の二部構成60コマの授業であったが、2000年に川崎が医学教育センターに転属となった後、1・2を総合し、30コマに縮小し筆者の担当授業となった。授業形態は多領域の専門家によるオムニバス形式であり、これに小グループ討論を組み合わせる。筆者は自身の講義に加えて、授業全体のコーディネーターとしての役割を担うことになる。講義をお願いした講師の方々の専門は、生物学、環境衛生工学、認知科学、科学史、社会史、文化人類学、マスコミ、法学、医療経済学、医療社会学、社会心理学、保健医療政策など実に多岐にわたり、病気、健康、医療が人間のいとなみにどのように広く深く関わっているかを俯瞰できる授業構成であった。

しかしオムニバス形式の授業は、往々にして多種多様な講義の寄せ集めになってしまい、統一感や一貫性が得られにくい。確保できる人的資源は限られているため、講義で取り上げるトピックのバランスも欠く。ゆえにコーディネーターとしては、それぞれの講義同士を関連づけつつ全体像の中に配置する、あるいは一貫したストーリーを構成するのに苦心することになる。とりわけ自然科学系（特に生物学）と人文・社会科学系のテーマの関係性をどのように示すかが問題であった。それは社会文化的存在としての人間が病むということの理解の必要性を認識する上で、避けて通れない問題であると筆者は考えたからである。このコーディネーターとしての役割は、筆者が人間をめぐる総合の学としての人類学とは何かを再考する一つのきっかけとなった。生き物としての人間と社会文化的存在としての人間の関係をどのように位置づけるかは、人類学自体の問題でもあるのだ。

ところで毎回課した感想・コメントに見る学生の反応は、講義内容にもよるが、少なくとも最初の数年間は決して芳しいものではなかった。学生が現に欲していることは、医療をめぐるそのような広い教養ではないということが察せられ、効果的な教育を行う上で、そもそも医学教育はどのような全体像をもっており、その過程で医学生はどのように専門職としての思考・行動様式そしてアイデンティティを身につけていくかということを知る必要があると認識するに至った。

### 3 医学生とは

当然のことながら医学生の大半は将来医師になることを目指している。医師になるために必要な専門的知識と技能を身につけ、国家試験に合格し、将来臨床に出るための医学教育なのである。それゆえ授業に対する学生の評価は、国家試験や将来の臨床で役に立つか否かが基準となる。今日医学生が習得すべきとされる知識は膨大であり、過密なカリキュラムと繰り返される試験の中で、立ち止まって医療とは何かを深く掘り下げて考える余裕もない。そこで効率よく試験で、あるいは将来臨床で役立つもの身につけようとするのである。そのため医療環境論だけではなく、生理学や生化学などのいわゆる基礎医学でさえも人気がない。教養よりも専門へ、基礎医学よりも臨床へと気持ちは向いている。

しかし医学生は未だ臨床の現場を知らないし、人生経験も浅い。彼らにとっての臨床は想像上の臨床であり、彼らが現場で役に立つと見なすことは、現場の熟練した医療者が必要と感じることとは幾分ずれている。このことは現場の医師や、社会人としての経験がある学生に医療環境論に関わる話題が理解されやすいことから実感できる。現場に出た卒業生から、今になって必要性がわかった。もっとまじめに授業を受けておけば良かったと言われることもある。すぐに役立つと評価されなくても、将来現場でその意味に気がつくための種を植えるという位置づけの授業と割り切ってもいいのであるが、それにしてもさらなる工夫が必要であると考えている。

ところで専門家になるということは素人ではなくなることである。医学部に所属して最初に気がついたことは、日本の医学教育においては病気の定義がなされないということであった。とりわけ普通の生活者にとって病気になるということがどういうことかについての授業がほとんど行われていないことに驚かされた。医学生は素人がどのように病気をとらえているかを知ることよりも、専門的に対象を捉えることができるようになることを急ぐ。専門知識を身につけるまさに途上にある医学生にとって、民間セクターについての授業は、素人の世界に引き戻されるような違和感を感じるようである。しかしむしろだからこそ、病気・健康・医療をめぐる素人の世界の実態を知ることの意義を示し、これと医療者がどのように付き合っていくかを考えさせることに、医学教育における文化人類学の重大な役割があると考えられる。

### 4 肉眼解剖実習

さて筆者が医学生をより理解するために注目したのが、2年次に行われる肉眼解剖実習であった。それは、解剖実習が医師になる上で超えなければならないハードルであること、その前後で学生たちの意識や態度は大きく変わることに、仲間意識が強くなること、日常と非日常を行き来する体験を含むことなどからイニシエーションとして機能していると思われたからである。そこで筆者自ら解剖に参加し、また学生からインタビューを

とるなど調査研究を行ったが、その詳細を論じることは別の機会に譲るとして、ここでは実習を通して身につける医学部生および現代医学の基本的なものの見方や態度のいくつかを紹介しておきたい。

解剖実習において医学生は、遺体を科学的客観的対象ととらえる一方で、献体者の霊に敬意を払いつつ接するという矛盾した要求の折り合いをつけていかなければならない。また個々の遺体には個性があり、標準的なテキスト通りではない。実習を通して医学生は、人と物、個別と普遍を切り替えながら対象と接する認識法や態度を学習する。これらの点は、インタビューに応えた担当教員も実習の隠れた意義としてあげていた。また学生の一人は、解剖実習時には日常とは異なる「解剖実習モード」ともいえる意識のモードになると語った。山口大学における解剖実習のシラバス上の目的は、「人体の構造と機能の関連を理解する」となっているが、日常と解剖実習モードの切り替えが意識的あるいは無意識にできるようになることにこの実習のより大きな意義を見いだせる。

ところで山口大学の解剖実習で最初に配られる冊子の冒頭には、「ご遺体は最初の患者であり、師であり、真の教科書である」と書かれている。この表現から臨床における医師の患者に対するまなざしの基本が解剖実習モードと共通していることが察せられる。つまり人と物、個別と普遍を行き来しながら対象を捉え扱うものの見方であり、医療者になるということは、対象をこの認識法を集約した「患者」という概念で捉えるモードを身につけることに外ならないである。しかしその一方でこの認識法に従うならば患者はあくまでも個であり、つながりの中で生きる社会的存在としての病者という視点は欠落することになる。このことは山口大学のみならず日本の医学教育の全体にも見出せる。そこで日本の医学教育の現状と動向について見てみることにする。

## 5 医学教育の動向

従来の医学教育では、1年間ないし2年間の教養課程を終えると、解剖学、生理学、病理学等のいわゆる基礎医学を学ぶ。その後内科学や外科学などの臨床医学を学び、5年次から6年次にかけて病院での実習（通称ポリクリ。最近では、クリニカル・クラークシップと言われる）を行う。

1990年代後半に入って、日本の医学教育改革は本格化した。それは医学の進歩による修得すべき知識の激増、医療過誤訴訟の増加や患者の消費者としての意識の向上、インフォームド・コンセントの常識化、そうした状況に起因する医師患者関係の変化、学生のコミュニケーション能力の低下、欧米の医学教育改革の影響などを背景とする。たとえば医学的知識の増大に対しては、必要最低限の知識範囲と内容を整理したガイドラインへのニーズが高まる。またそれまでは病態生理の知識を基礎としてこれに基づく治療法を現場で適用していくというモデルに従ったカリキュラムが一般的であったが、これに対して臨床過程を基点として、現場での実践に必要な知識・情報の収集・参照・評

価方法、医学的判断、コミュニケーション・スキル、倫理的判断ができる能力（competence）を身につけるという教育モデルと教育手法が徐々に採用されはじめる。小グループ単位で資料収集や討論を含む自主学習を行うチュートリアル教育、与えられた臨床課題を解決する過程に必要な知識を学習する問題に基づく学習法（PBL：Problem Based Learning、チュートリアルと組み合わせて行われる場合が多い）、模擬患者を相手に臨床判断や倫理的判断そしてコミュニケーションが適切に行えるかを評価する客観的臨床能力試験（OSCE：Objective Structured Clinical Examination）などが、全国の医学校で行われるようになる。

そのような流れの中で2001年3月、文部科学省の委託を受け、医学教育関係者で組織された「医学における教育プログラム研究・開発事業」委員会は、今日医学生に最低限必要な教育内容のガイドラインである「医学教育モデル・コア・カリキュラム」、また医学教育に必須と考えられる教養教育のガイドライン「準備教育モデル・コア・カリキュラム」を提示する（医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001）。そして2001年以降、全国の医学校では、このガイドラインに沿ったカリキュラム改革が一気に加速する。

さてその中身についてであるが、コア・カリキュラムでは従来の専門教育に加えて患者の権利やインフォームド・コンセントなどの医療倫理面の必要が強調されている点が大きな特徴であろう。また準備教育においては、人文・社会科学系の項目として挙げられているのは「人の行動と心理」のみである。その中身は、「人の行動」「行動の成り立ち」「動機づけ」「ストレス」「生涯発達」「個人差」「対人コミュニケーション」「対人関係」である。これは患者の主体的意思に基礎を置き、患者の心理に配慮し、適切なコミュニケーションをとりつつ、インフォームド・コンセントを形成しながら医療行為を行ういわゆる「患者中心の医療」の考え方を体現しているといえる。

一方「社会」についてはどうであろうか。コア・カリキュラムの中に「医学・医療と社会」という項目があるが、その中身は「社会・環境と健康」「疫学と予防医学」「生活習慣と疾病」「保健、医療、福祉と介護の制度」「診療情報」「臨床研究と医療」となっており、これらは衛生学・公衆衛生学などのいわゆる社会医学の守備範囲であることが解る。社会医学は、個人を対象とする臨床医学と異なり、集団（社会）を対象とするが、その単位は国家や自治体などの行政区分レベルである。そして疫学および予防を柱とし、公害や職場環境と健康の関係、保健医療政策・制度などの研究・教育を担っている。加えて公衆衛生と医学部とは別の学部であるアメリカとは異なり、日本では医学部の一講座に過ぎず、スタッフ数やカリキュラム上の位置づけ、学生の評価を見る限り、その存在感は薄いのが現状である。つまりコア・カリキュラムにおいては、人類学や社会学が病いや医療に深く関わると考えている日常世界における社会関係は取り上げられず、通常の医療行為それ自体が社会的行為であるという視点も見あたらないといえる。

また準備教育においては、社会という用語すら出てこない。ここで微妙な位置づけにあるのが「人の行動と心理」の教育を担うことが期待されている「行動科学」である。医学教育改革を進めていこうとしている医師・教育者の中には、医療人類学は行動科学に含まれるとし、クラインマンの疾病／病いの区分や解釈モデル（説明モデル）を重視する立場もあるが、多くの医学校においては、ストレスや行動変容、心理学関連の授業がこれにあてられている。

つまりこのガイドラインでは、日常世界を生きる社会的な存在としての誰かが病むということが当事者にとって、あるいは当該社会にとってどのようなことなのかについては触れられておらず、その点だけとると人類学や社会学が参入する余地は見出せないといえる。

結局、コア・カリキュラムに盛り込まれた「患者中心の医療」は、急性期医療における医師・患者関係を前提とするモデルなのである。急性期病院においては、病者は日常の社会関係や生活の場から切り離され、診察室、手術室、病棟などの臨床現場で患者「個人」として医師と対することになる。つまり医療者は患者個人の心理、そして倫理面やコミュニケーションに配慮すれば、後は専門的な治療に専心できる。それゆえ生活や社会というファクターが考慮されずに済んでしまうのである。これは臨床という場の性格上いたしかたない傾向かもしれない。しかし人が「患者個人」としてふるまうのは、当事者が医療者と対面しているときのみである。診察室の外では、生活の現場における家族や知人とのやりとりを通してさまざまな判断や対処行動が社会的に形成される。医療者と患者のすれちがいを減じる上でも、そのような実態を理解することは不可欠なことではあるはずである。加えて高齢化社会の到来によって重要になりつつあるプライマリ・ケアや在宅ケアの領域では、病者は生活の現場に軸足を置いており、つまりは生活の現場が医療の現場となる。ゆえに今日、社会的文脈を重視し生活者の目線で保健・医療を捉えることもできる医師を養成することは急務であり、ここに医学教育における人類学の大きな役割があると筆者は考える。

## 6 課題

ここまで述べてきた筆者の経験とそれに基づく考察を踏まえて、医学教育に人類学および社会科学的な視点・方法論を導入するに際して何が課題になるかを整理しておきたい。それは次の4点に集約されると筆者は考える。

- (1) 自然科学と人文・社会科学の垣根をいかに越えるか
- (2) 「患者中心の医療」に代表される個と普遍を基本とする医学および医学教育モデルでは欠落する「社会」というファクターの重要性をいかに理解させるか
- (3) 民間セクターすなわち生活者の領域についての理解の必要性をいかに認識させるか
- (4) 医師になる上で「役に立つ」教育をとという要求にいかに応えるか

これらの課題を解決するためには、これまで見てきたような医療および医学教育の動向を踏まえ、医学生の特性を把握した上で、文化人類学やその他の社会科学の知見の何をどのような方法で教育に盛り込むかを検討する必要がある。次の章では、この課題をめぐる筆者の現在の試みを紹介したい。

### Ⅲ 医学教育を人類学はいかに補うことができるか

#### 1 総合的な人間理解に向けて

現代医学はよく生物医学と呼ばれる。しかし生物学の全体をバランスよく反映しているとはいえない。生物学の中でも個体の皮膚から内側についての領域が医学の中心となっており、生き物と生き物の関係性からなる全体をテーマとする生態学のとらえ方は、あまり顧みられない。結果、個を単位とするこの医学の物の見方は、近代的個人を想定した医療倫理の考え方や心理学的な行動科学の考え方とは相性がいいが、人と人とのやりとりや集団を重視する社会学や人類学のもの見方とは馴染みにくいことになる。だから社会文化的なテーマを取り上げるに先立って、生態学的視点に関わる授業テーマを設定すると、社会科学系の講義を組み立てやすくなり、医学生の理解も得られやすくなる。これまで社会科学からの現代医学・医療批判の一つに、現代医学の「生物医学」としての特性をあげるものが多く見られたが、医学が生物学に依拠すること自体ではなく、その中身を問うべきなのである。

たとえば医療環境論の開講に医学部長として関わり、平成20年度も授業の最初の方で「生物学の生命観」という講義を担当している中澤淳氏（生化学）は、その講義の中で「分子<細胞<個体<種<生物群集<生物圏<地球生命体」という「生命世界のヒエラルキー」の概念図を示し、医療生態学という発想の必要性を説く。筆者はこの概念図を借り、まずヒエラルキーの「個体」と「種」の間に「個人<社会」を挿入することで、以降の社会文化的テーマを扱う授業に橋渡しをしている。こうした講義を編成しながら、筆者は、生き物としての人間と社会文化的存在としての人間の連続性について、改めて考えさせられることになった。つまりこの問題は自然人類学と文化人類学の関係性をいかに問い直すかというわれわれ人類学者の問題でもあるのだ。

さて次に問題にしたのが「個」と「個人」と「社会」をいかにつなぐかである。そこで注目するのが身体である。

#### 2 身体

医療環境論を受講する時点で医学生はすでに解剖学や生理学の講義を終えており、社会的身体という考え方にはなかなか馴染みにくい。ゆえに解剖生理学の人体と社会的身体を橋渡しする視点が必要であると思われ、筆者はそれに適した学問領域は認知科学で

あると考えている。その役割を担うのは認知運動療法を専門とする理学療法士である沖田一彦氏（広島県立大学）である。認知運動療法は、認知科学の視点に基づき、イメージを操作することで外部環境と自己のつながりを再編し、そのことで運動機能の回復を図ろうとするイタリア発祥のユニークな運動療法である。外部環境との関係において身体・運動をとらえる視点は、人体の構造と機能という視点に偏りがちな学生の身体に対する理解を広げるといえる。加えて理学療法士である沖田氏は、医療者や医療系の学生のものの見方・感じ方を熟知しており、学生の共感を得やすい授業を組み立てることができる。また氏は筆者と共同で、大分県の湯治場で行われている飲泉や糖尿病患者の民間療法の利用などについて調査研究を行っており、その中で病気をめぐる一般の人々の身体イメージについて検討している（沖田，星野 2007）。その結果についても授業で取り上げるので、医療人類学的なテーマへの橋渡しとなる。

なおこの授業と相前後して、筆者自ら担当する「解剖実習に見る医学的身体観」と「エホバの証人の輸血拒否」（こちらも身体観と深く関わる）について講義を挿入することで、医学的身体と日常的身体の身体認識における相違を示す。もちろんこの相違は、生物学的人体と社会文化的身体の不連続を表現しているのではなく、医療と生活の場という文脈の違いによる身体に対する認識のあり方の違いであることを強調する。

### 3 Life

医療環境論におけるコーディネーターとして、個々の授業トピックの関連づけを行ううちに、筆者はそれらのエピソードを統合するモデルやストーリーの必要性を感じるようになった。そのキーワードとして筆者が目にしたのが、Life という語である。英語のLifeは、生命、生存、人生、生活などの日本語では異なった意味・ニュアンスで捉えられる概念を包含した語である。このLifeの包括的なニュアンスに、自然・人文・社会科学を橋渡しする用語としての可能性を見いだした。

かつて文化人類学者のクライド・クラックホーンは、文化を「一民族の生活様式の総体、個々の人が集団から受け取る社会的遺産を意味している」と定義した（クラックホーン 1971: 34）。生活様式とは「Lifeのあり方」（way of life）である。しかしこの定義は、「社会的遺産」すなわち後天的かつ社会的に共有されるという点を示すことで、むしろ自然と文化の差異を強調するものであった。これに対して筆者は、あえて生き物一般のいとなみと人間のいとなみの連続性を表現する概念としてLifeを用いたのである。その上で病気を「Lifeを脅かされていると見なされる心身の状態」と位置づける。そのLifeへのいずれかの意味での介入は他の意味での介入でもある。またライフサイエンスやQOLなど、今日医学・医療に関わる者にとって非常になじみのある概念と連動させることも可能である。その場合いささか強引であるかもしれないが、一般的に使われているこれらの概念を、たとえば生命科学ではなくライフサイエンスである、ある

いは「生命の質」でも「生活の質」でも「人生の質」でもなく「ライフの質」であるといふ場合に、さらに意味を拡張すべきであるという含みを持たせることで、聞き手の注意を社会文化的文脈上に引き込むこともできるかもしれない。いずれにしろ、Life は現代医療者にアピールしやすい用語であることは確かである。

さて医療環境論では、このようにLife という語を用いて、生物、人生、文化的多様性などと病気、健康そして医療を結びつけていくのであるが、その最期の着地点が日常生活 everyday life を生きる生活者にとっての病気・健康・医療というテーマである。

#### 4 生活者の視点

すでに述べたように現代医学および医学教育の依拠する「患者中心の医療」モデルには、生活者の視点が欠落している。普通の人々が病気になるということはどういうことか、日常の人間関係の中で誰かが病気になるとはどういうことかについての項目は、コア・カリキュラムの中には登場しない。

ここでなぜ「生活者」という文化人類学ではあまり使われない用語を使うかについて断っておく。それは第一に、前節で述べたLife という語との連続性を確保したかったからである。生活者すなわち日々のLife をいとなむ人びとということである。そして第二に、医療者と患者の関係を論じるにあたって、専門家に対する「素人」という語に代わる用語が必要と考えたからである。加えて地域住民や保健師へのインタビューにおいて、「医師が生活者の立場をわかっていない」という声を何度か聞いた。そのようなこともあって、医療のクライアントでありユーザーであり消費者であり保健医療文化の担い手である人々について、医療者にわかりやすい表現として、筆者は生活者という語を選んだわけである。

医療専門職とその利用者の間には、病気とその治療をめぐる知識の量的な差がある以上に質的な相違がある。解剖実習のところで触れたように、対象を患者としてとらえるには、一般社会とは異なる意識や認識のモードへの切り替えが要求される。そこでは患者の病気は医学的な説明体系の中に位置づけられていく。一方患者は生活や人生、人間関係との関わりにおいて病いを捉える。われわれ人類学者は、これまでそうした民間セクターの豊かな病気と治療の文化を紹介してきた。このように病気や医療をめぐる知識の量的な差ではなく質的な相違を強調するならば、素人という語はふさわしくない。質的な差があるからこそ、臨床においてはときとして摩擦が起きる。もちろん医療者の中にはそのことに気がつき、患者—医師関係を「異文化間コミュニケーション」と捉える立場もある（尾藤 2007: 10-17）。しかし多くの医療者はこの相違を知識の量的な差もしくは正しい知識と誤った知識ととらえてしまう傾向がある。たとえばインフォームド・コンセントの場面で、医師は出来る限りやさしい言葉を選んで病状や治療法について説明し、これに対する患者自身の判断や意志決定を促そうとする。しかし患者の多

くは、そのような説明以上に、病状の進行や治療法が、具体的な生活や人間関係にどのような影響を及ぼすかを判断の基準とする。さらにその判断の主体は、患者個人とは限らず、家族やコミュニティ等、当人を含む社会的ネットワークである場合が多い。そして臨床において医師は検査や患者とのやりとりを通して得た情報から医学的な説明を組み立てていくが、一方患者やその家族は医師や看護師とのやりとりから得た情報を翻訳し生活や社会関係の文脈において再構成するのである。このやりとりは尾藤が指摘するように異文化間コミュニケーションであるともいえる（尾藤 2007）。こうした点を明らかにしてみせることにこそ、現代医療における医療人類学の最大の意義があるといえるかもしれない。

自宅療養が基本となる慢性疾患が疾病構造上の最大の問題とされ、また高齢社会対策に関わる医療費抑制のため病者を地域社会に帰すあるいはとどめておく政策が実施されている今日、生活者が社会文化的文脈においてどのような判断・行動をするかを理解することは、医療者を育てる上で必須の課題であると思われる<sup>2)</sup>。

## 5 役に立つという実感

臨床経験はなく人生経験も浅い、しかし気持ちは臨床に向いている医学生たちに、医療がいかに多くの社会文化的テーマとつながっているかを、理屈ではなく実感させるような授業を組み立てるには工夫が必要である。講義形式の授業では、学生が共感できる事例を厳選し提示しながら進めていくしかない。

文化人類学や医療人類学に関わる講義をする場合、どのような事例を用いるかも重要である。たとえば宗教的癒しや民間療法のエスノグラフィックな事例をそのままもってきて、抵抗を感じることが多い。そうした事例は、たとえば「診察室を訪れた患者が民間療法を併用しているためにコンプライアンスが低いようであるがそれはなぜだろうか」という具合に、臨床家の目線に合わせて加工して提示すると受け入れられやすくなる。また国際保健における文化摩擦については一部の学生が関心を示すが、やはり学生の興味を引くのは海外のケースよりも将来臨床で出会うケースである。たとえば筆者がエホバの証人の輸血拒否について調査研究を行ったのは、もちろん文化人類学の立場からこの問題に対して一定の解釈をしておきたかったこともあるが、それと同時に、この問題に対する学生の関心の高さを知り、教材としての活用を考えてのことであった（星野 2002）。

医学教育で近年盛んとなったSGD（小グループ討論）やPBL（問題に基づく学習）は、体験実習やフィールドワークほどではないとしても、ある程度主体的に学習する点、班のメンバー間の経験や認識のちがいに触れることができる点などで、役に立つという実感が得られやすく効果的である。

## 6 問題に基づく学習 Problem Based Learning

医学生が学ぶべきとされる知識は近年ますます増加傾向を強め、その内容も常に変化している。医学の諸分野の教科書は年々分厚くなっていくとともに、短期間に古くて使い物にならないものになっていく。そのためこの医学知識の量と変化に対応できる医師の養成が必要となってきた。そのような状況から近年日本でも盛んに取り上げられるようになった教育方法が「問題に基づく医療（PBL）」である（ウッズ 2001）。

1970年代、新設校であったカナダ・オンタリオ州のマクマスター大学で開発されたこの教育思想・方法は、従来の基礎医学、臨床医学、臨床実習というアカデミズムを基盤とする積み上げ式の教育と異なり、臨床過程に沿って組み立てられる学習方法である。まず臨床で出会う課題・シナリオが学生に示され、その解決・判断に必要な知識・理解・方法について、学生自身が文献その他の情報を収集し、検討していく。その過程で、臨床的判断に直結する実践的な知識とその運用方法に関わるスキルの習得が可能になる。不確実性に満ちた臨床過程における多様な課題から教育プログラムを組み立てていくというその思想は、やはり同大学が発祥の地である EBM（Evidence-Based Medicine）の考え方も相通ずるものがある。

その後、1984年、ハーバード大学医学校（医学部）では、学生を、従来型の病態生理から講義や実習形式で積み上げていく教育を行うグループと、これに PBL やチュートリアル的手法を取り入れた教育を行うグループに分け、その成果を比較するという実験を行い、後者の教育効果がより高いという結論を出す<sup>3)</sup>。これはマクマスター大学と異なり、従来の医学教育スタイルと PBL を統合する教育プログラムであるが、1990年代以降の日本の医学教育は、このハーバード大学のスタイルを取り入れつつある。

さて PBL は、その思想および実際に用いられるシナリオの両面で、医学教育において文化人類学やその他の社会科学的教育を行う余地を生んだと筆者は考える。生物学的な人体や病理についての理解を基盤とする従来の医学・医学教育モデルにおいては、社会文化的な側面は二次的な要素として背景に押しやられてしまう。しかし臨床過程を出発点とするならば、リアルなシナリオを想定すればするほど、最初から社会文化的な要因が関わってくることになる。つまり問題解決に社会文化的視点あるいは人類学その他の社会科学的手法が必要なシナリオを用意することで、社会文化的文脈において医療を捉えることの意義についての学習機会を提供することが可能になるといえる。

## IV 結び

### 1 人類学が医学教育に関わるにあたって

今後医学教育、少なくとも準備教育レベルにおいては、人類学や社会学の立場からの教育が盛り込まれるようになっていく可能性がある。しかしそこで期待されるのは、文

化人類学や医療人類学の一般的な専門・教養教育ではない。あくまでも医療専門職の養成において「役に立つ」教育が求められる。それゆえこれに関わるならば、現代医学・医療や医学教育の動向を踏まえ、医学生の特性を把握した上で、教育内容と教育手法を考案する工夫が必要となる。その際には、一方で現代医療に対する批判的考察に基づく問題提起を行いながらも、もう一方で医師になろうとする学生たちを支援するという微妙なバランス感覚も要求される。

ところで現在、医療者教育への参加依頼が増加した場合に、人類学にそれに応える準備ができていくかということ、そうとは言えない状況にあると思う。それゆえ医療者教育の特殊性を念頭に、看護師その他の医療職の教育も含めて、現に医療者教育に関わっているあるいはこれから関わる可能性のある人類学者のネットワークをつくり、教育方法についての情報交換・検討を行っていく必要を感じる。またそうしたネットワークにおいて、PBLに用いるシナリオの作成・共有などもできれば、新たに医療者教育に関わることになる人類学者たちにとっても助けになると思われる。

## 2 多分野間連携における人類学のアイデンティティ

最後に、医学教育に参加することが、人類学それ自体にどのような知見をもたらさうのかということについても述べておきたい。

医学教育は、さまざまな学問的背景をもつ研究・教育者たちが協働する多分野間連携の現場である。筆者はそこに身を置き、人類学者としてのアイデンティティについて常に自問自答し、また同僚や医学生に対して表明しつづけなければならない立場にあった。そしてそこで筆者が見いだした人類学の位置づけは、次の2点に集約される。

一つはエスノグラフィックな事例を通して、人類学の視点や方法が、医療現場のさまざまな問題を理解するのにいかに有効であるかということを示すことである。生活の現場で、病者やその家族が病いをどのように捉え行動し、そのことが臨床にどのように関わってくるか。国際保健の現場でどのような文化摩擦がどのような理由で生じるか。解剖実習を通して医学生に起こった変化はどのようなものか。そういったことがらをリアルに描出してみせることで、学生のさまざまな気づきを引き出ししていくことが可能になる。

いま一つは、人間の病いや医療に関わるさまざまな分野、さまざまなテーマを関連づけさらにその全体像を提示するということである。他の専門性の強い分野と比べて、総合的な人間理解を目指す人類学は、医学教育のような多分野間連携の場面で、諸分野の関連づけやコーディネートの役割を担うに最も適した学問分野といえ、その点を強くアピールすべきであると考えられる。

もちろんこの二つの立場、エスノグラフィーにものを言わせるアプローチと認識論的な思考に基づく総合の学としてのアプローチが相互にかつ動的に関係し合っ

でもたらされる知見にこそ、多分野間連携における人類学の存在意義が認められるのではなかろうか。

このように医学教育における試行錯誤は、最近筆者にとって人類学の応用をどのように考えるかということに加えて、人類学それ自体を再考する機会にもなっている。たとえば医療環境論における生物学的な人間理解と社会科学的な人間理解のギャップをいかに埋めるかという課題は、自然人類学と文化人類学の関係性を問い直すことにもつながる。統計学を駆使する医学研究者と議論するには、エスノグラフィックな方法により説得力を持たせる論理が必要となる。そのためには統計学的手法についても学んでそのなし得ることと限界を把握しておく必要が出てくるかもしれない。そのように他分野とのやりとりを通して、人類学の新たな方向性が見えてくるように思える。

## 注

- 1) 筆者が山口大学医学部に所属して最初の数年間の医学教育における経験に基づく考察については別稿を参照のこと（星野 2000）。
- 2) 筆者は患者中心の医療モデルに対して、プライマリ・ケアの領域では生活者中心の医療モデルが必要であると考えている。この点については別稿を参照のこと（星野 2007）。
- 3) ハーバード大学医学校のケースについては文化人類学者である Good 夫妻による紹介を参照のこと（Good & Good 1993）。

## 文 献

Good, B., J. Good and M. DelVecchio

1993 “Learning Medicine”: The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. In S. Lindenbaum and M. Lock (eds.) *Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and everyday life*, pp. 81-107, Berkeley: University of California Press.

医学における教育プログラム研究・開発事業委員会

2001 『医学教育モデル・コア・カリキュラム ― 教育内容ガイドライン』。

2001 『準備教育モデル・コア・カリキュラム ― 教育内容ガイドライン』。

ウッズ, ドナルド, R.

2001 『PBL (Problem-based Learning) : 判断能力を高める主体的学習』新道幸恵訳, 東京: 医学書院。

沖田一彦・星野 晋

2007 「市販の便秘薬が使用される理由の分析 ― 一般市民のもつ『宿便』概念と身体イメージに着目して」『プライマリ・ケア』30(3): 255-261。

クラックホーン, クライド

1971 『文化人類学の世界 ― 人間の鏡』外山滋比古・金丸由雄訳, 東京: 講談社。

尾藤誠司編

2007 『医師アタマ——医師と患者はなぜすれ違うのか?』東京：医学書院。

星野 晋

2000 「医学および医学教育における人類学の役割と可能性——総合的な人間理解に基づく保健・医療開発に向けて」青柳真智子編『開発の文化人類学』東京：古今書院, pp. 39-57。

2002 「文化摩擦としての輸血拒否——日本におけるエホバの証人の輸血拒否をめぐる医療環境の変化について」『民族学研究』66(4): 460-481。

2006 「医療者と生活者の物語が出会うところ」江口重幸・斎藤清二・野村直樹編『ナラティブと医療』pp. 70-81, 東京：金剛出版。