

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

Processual Reasoning in Practicing Cultural Anthropology : A project case study of multicultural health education in a Japanese health science school

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: 道信, 良子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.15021/00001120

実践の文化人類学におけるプロセス推論

—日本の医療系大学における多文化医療教育プロジェクトを事例として—

道信 良子

札幌医科大学医療人育成センター教養教育研究部門

Processual Reasoning in Practicing Cultural Anthropology:

A project case study of multicultural health education in a Japanese health science school

Ryoko Michinobu

Department of Liberal Arts and Sciences, Center for Medical Education, Sapporo Medical University

本稿では、日本の医療系大学における多文化医療教育をテーマに、現実世界の社会的課題にかかわり、実践する文化人類学の方法について論じる。現実世界で生じているさまざまな社会的課題は、政治情勢や経済動向によって移り変わり、その解決策も状況に応じて変わる可能性がある。そのため、現実世界の社会的課題に取り組む研究では、研究対象や用いる方法を研究途中で見直さなければならないようなこともあることを想定していなければならない。このような場合には、始点と終点が必ずしも与えられていない継続的な推論、あるいは複数の推論をメタレベルで統合するような推論が必要である。本稿では「プロセス推論」という言葉を用いて、このようなメタ推論の方法について検討する。文化人類学の実践を科学的な営みとするには、理論に基づいて実践の計画を立て、推論に基づいて実践の結果を導く必要がある。最も重要なことは、理論、実践、推論を研究の目標達成に向けたストーリーラインでつなぐことである。プロセス推論はこのようなストーリーラインの形成を助ける方法であり、実践の文化人類学に有効な方法である。

* キーワード：プロセス推論，実践の文化人類学，多文化医療教育，保健医療学カリキュラム，日本

In this article, I discuss a method of practicing cultural anthropology that is relevant to real-world social issues, on the theme of multicultural medical education in a Japanese school of health science. Real-world social issues are changeable and their solutions are susceptible to the prevailing political situation; as a result, such research that targets real-world social issues has to predict that the subject of the research or the method utilized in the research might possibly change in the midst of the research. In such a case, we need a kind of reasoning that does not set the start and end points of the reasoning but rather is continual or such reasoning that synthesizes more than one type of reasoning at a meta level. I examine such a meta reasoning method, introducing a term, “processual reasoning.” For practicing cultural anthropology to become a scientific endeavor, the practices have to be based on theories and the results have to be anchored in reasoning. Most importantly, it needs a storyline that brings theories, practices and reasoning together and directs them towards a research goal. Processual reasoning, a method to help create such a storyline, is an effective method of practicing cultural anthropology.

* key words: Processual reasoning, practicing cultural anthropology,
multicultural health education, health science curriculum, Japan

I はじめに

人間社会には、不公平や不平等、貧困や暴力などの社会的課題がある。人間社会を研究の対象とする文化人類学では、これらの課題を社会現象の一つと捉え、その発生のメカニズムやその背後にある文化的現象を記述し説明しようとする。実践の文化人類学では、このような基礎科学的研究に加えて、その知見の応用を通じて社会的課題に積極的に向き合い、その解決に向けた取り組みに、実践者・研究者として参加することが求められる。本稿では、「日本の医療系大学における多文化医療教育」をテーマに、現実世界の社会的課題にかかわり、実践する文化人類学の方法について論じる。

著者は、日本の医療系大学において、多文化医療教育の立ち上げを目指している。そのためにも、実際に日本やアメリカの医療系大学で、どの程度多文化医療に関する教育が行われているのかを、文献調査と事例調査により把握した。次に、医学教育のカリキュラムに関する理論をレビューし、著者の所属する大学でどのように多文化医療教育カリキュラムを設計することができるかを検討した。これらの調査では、他の教員との対話を重ね、調査の経過を見ながら、目標達成のための軌道修正を行った。この全体の過程に対して、「プロセス推論」という言葉を用いる。本稿の目的は、このプロセス推論の全体像を示すことにある。

II 研究の背景と方法論

現実世界で生じているさまざまな社会的な課題は、政治情勢や経済動向によって移り変わるものである。社会的課題の解決策も状況に応じて変わる可能性がある。そのため、現実世界の社会的課題に取り組む研究では、研究対象が研究途中で変わる可能性があることや、状況に応じて方法論を取捨選択する必要があることを想定していなければならない。このような場合には、始点と終点が必ずしも与えられていない継続的な推論、そのゆるやかなまとまり、あるいは複数の推論をメタレベルで統合するような推論が必要である。

推論の方法は多様である。実証研究では帰納的推論や演繹的推論、エスノグラフィや現象学的研究では解釈学的推論も用いられる。これらの推論に共通して見られることは、一般的に、時間とともに変化している現象をある一定の時間枠で括り、その時間枠のなかで分析を行うことである。過去のエスノグラフィでは、その時間枠がかなり広がったために、変化している現象をあたかも変化していないように描写する傾向もあった。社会科学の一部の領域では、ライフストーリーの手法を用いてより細かな時間枠を組み込む方法も用いられているが、刻一刻と変化する状況を捉えようとしたものではない。ましてや、現在から未来に向けた変化を捉えようとするものではない。社会の可変的な現

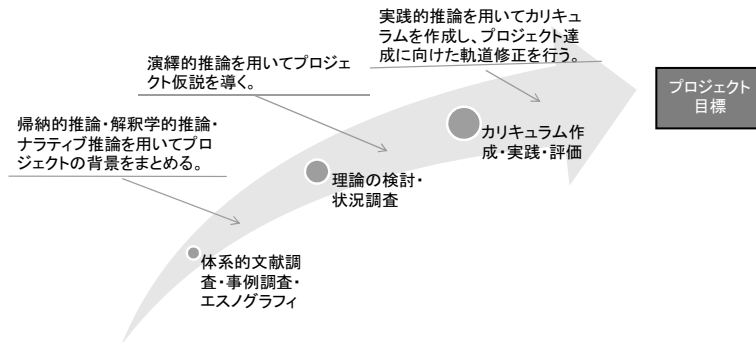


図1 プロセス推論の流れ

実を見据えて、課題の解決を目指す研究（以下、実践的研究）では、従来の推論とは異なる方法が必要である。

本稿では「プロセス推論」という言葉を用いて、実践的研究において目標を達成するまでの継続的な推論の方法について論じる。プロセス推論とは、一言で言えば、帰納的推論や演繹的推論、解釈学的推論や実践的推論などを統合するメタ推論であり、目標を達成するまでの推論過程をメタレベルで把握するための方法である（図1参照）。

論考の対象となるのは、日本の医療系大学において、文化人類学の教育を広めるために行っている実践的研究である。この研究は、「多文化医療教育導入による新医療人の育成」というプロジェクト名（以下、多文化医療プロジェクト）で、著者が所属する大学において行われている。平成17-18年度は、5人のコア・メンバーと教育プロジェクト・チームで研究活動を行い、平成19年度からは、11人の委員から構成される学部カリキュラム委員会が主体となって研究を継続している。

多文化医療プロジェクトでは、図1に示されたプロセス推論の形式を用いている。本プロジェクトの目標は、「グローバル化する健康課題や多様化する社会のニーズに対応できる医療人の育成」である。この目標を達成するための第一の手續きとして、日本とアメリカを対象に、多文化医療に関する文献調査と事例調査を行った。ここでは、日本社会における多文化医療の必要性和先駆的な取組みの内容を明らかにし、他国に先駆けて多文化医療が推進されているアメリカにおいて、実際にどのようなカリキュラムが導入されているのかを明らかにした。入手可能なすべての資料に基づいて、多文化医療の全体あるいは本質を把握しようとする方法は、帰納的推論である。

本プロジェクトは現在進行中であり、エスノグラフィも今後行われる予定である。例えば、大学の地域医療実習に参加して、地域の人々がもつ医療文化に関する聞き取りを行うことや、チーム医療実習に参加して、看護学生が医学生や作業・理学療法学生とどのようにかかわっているかを観察し聞き取りすることなどである。エスノグラフィを用いた推論は、語りや行為に対する解釈を中心とする解釈学的推論である。また、対象

者の経験を物語として記述するようなナラティブの推論も用いることができる。

第二の手続きとして、医学・医療系教育カリキュラムに関する3つの理論をレビューした。そして、国内の医学・医療系大学を対象に、文化人類学に関わるコースや科目の導入に関する実態調査を行った。これは、多文化医療教育のプロジェクト仮説を、理論と実態の双方に位置づけて導くための手続きである。多文化医療教育カリキュラムの素案はこのプロジェクト仮説に基づいて作成された。カリキュラムの素案が、理論と実態調査をふまえたプロジェクト仮説に基づいて作成されていることは、演繹的な推論を経ていることを示す。

第三に、実際のカリキュラムの作成においては、多文化医療教育の試験的・部分的運用の結果導かれたいくつもの知識発見のプロセスが加えられることになる。このプロセスは実践的推論である。本プロジェクトでは、著者が担当する文化人類学の授業を活用して、「リフレクション・ノート」という自己省察・自己表現の能力を高める学習を行い、その効果を自己記入式評価によって査定している（道信 2008）。その他の科目においても、多文化医療教育の試験的な導入を行い、多文化医療教育の全体像を示したカリキュラムを作成する予定である。

プロセス推論では、プロジェクトの各段階においてふさわしいと考えられる推論を用い、それを完結することなく次の推論につなげている。文化人類学の実践を科学的な営みとするには、理論に基づいて実践の計画を立て、推論に基づいて実践の結果を導く必要がある。最も重要なことは、理論と実践と推論を、研究の目標達成に向けたストーリーラインでつなぐことである。プロセス推論はこのようなストーリーラインの形成を助ける方法であり、実践の文化人類学に有効な方法であると考えられる。以下では、本プロジェクトで行われた調査の概要と結果をまとめる。

Ⅲ 体系的文献調査

1 調査の方法

日本の医学・医療系教育における文化人類学の教育の位置づけや内容に関して、札幌医科大学情報検索・知識集積システムを用いて文献調査を行った。具体的には、一般公開データ・ベースのなかから、NDL-OPAC 雑誌記事索引、Medical Online、医中誌 Web の横断検索を行った。検索条件は「文化、医学教育」と「文化人類学、医学、看護」の2通りである。検索の結果、合計で284件ヒットし、そのなかから、1984年以降に出版された論文61本がテーブル表示され、そのなかの9本をレビューの対象とした（表1参照）。テーブル表示された論文の多くは、漢方医学や総合医療に関するものであり、日本の医学・医療系教育を文化の観点から論じたものは少なかった。

次に、アメリカの医学・医療系教育における比較文化や多文化、文化的能力に関する

表1 検索結果

	検索された論文数	選別の対象となった論文数	最終的に選別された論文数
日本語文献	284	61	9
英語文献	355	84	36
合計	639	145	45

教育の位置づけや内容に関して、Medlineを用いて文献検索を行った。Cultural competency, cultural humility, culture and medical educationの3つの検索条件を用いて検索した結果、355件の論文が得られた。このうち、札幌医科大学図書館所蔵の論文84本を選別し、このなかから、文化的能力が医学・医療系教育に導入される問題と関係が深いと考えられる論文36本を選別して内容を検討した（表1参照）。検討の結果は次の通りである。

2 日本の医学・医療系教育における文化人類学教育

現在の日本では、国民の間に多様な格差や不平等が生まれ拡大しているという。男女・男性内・女性内格差、年齢層別・年齢層内格差、学歴別格差などである。格差を生み出している要因は、一つには、社会構造や社会制度の変化である。たとえば、市場原理主義や規制緩和を進める構造改革、企業における能力・実績主義を反映した賃金体系の導入、企業の技術革新と製造部門の海外への移転などである。二つには、民族や国籍や性的オリエンテーションの違いによるアイデンティティの多様性を主張する人々が増えていること、その背景に、よりよい職や賃金を求めて海外から短期・長期的に滞在する人々が増えていることがあるという。2006年末の外国人登録者数は約208.5万人と過去最高を更新しており、この数は総人口の1.63%を占めている（法務省入国管理局 2007）。

格差の広がりそのものやその背景にある在日外国人の増加やアイデンティティの多様化は、日本の医療制度や医療行為にも影響を及ぼしている。患者には民族やジェンダー、社会・経済的地位、障害の有無、疾病の状況、好みや能力の違いがある。この違いのために受けている不利益を理解して、患者一人ひとりに最適な医療を提供する役割や、社会全体で生じている格差が医療のアクセスや質に与える影響を最小限にとどめる役割が医療者に期待されるようになってきている。日本の医療制度では、国民皆保険制度によって国民に比較的平等な医療を提供することができている。また、医療費は低い水準で維持され、国民が負担する医療費が抑制されている。しかし、少子高齢化や核家族化の進展によって、高齢者の一人暮らしと介護の問題など旧来の医療制度では対応できない課題

が生じている。日本の医療制度は患者の社会・文化的違いによる多様なニーズに積極的に答えるものではなかったために、高齢者家族や若い夫婦、在日外国人が抱える具体的な健康課題が手付かずで残されている。

国内の人口動態や社会環境が大きく変化しているなか、医学・医療系大学教育においても、将来の医療者に社会と文化に関する基本的知識を伝達し、患者の社会・文化的背景に配慮した医療を提供する能力を育成するような教育が提案されている。千葉大学では、21世紀COEプログラム「日本文化型看護学の創出・国際発信拠点」が2003年から2007年まで行われ、日本型家族支援や地域健康支援など日本文化に根ざした看護学の学術的基盤と看護実践方法の開発を目指した活動が行われている（千葉大学 2007）。

そのほかの医学系大学においても、社会科学の方法論、とりわけ質的研究に対する関心が医療者・医学教育者の間で高まっている。藤崎は、量的研究では理解することの難しい事象に接近したとき、量的研究では明らかにできない事実を質的研究は明らかにするのではないかという期待が臨床研究者にあると述べている（藤崎 2001）。臨床研究では、ナラティブ・ベイスト・メディスン（NBM: narrative-based medicine）が医学に新しい視点を提供するものとして注目されている。齊藤によると、NBMの実践は「広義の対話」そのものであり、患者の語る物語をまるごと尊重し、医療者側の物語を相対化し、双方の物語をすり合わせるなかから新たな物語を浮かび上がらせるものであるという（齊藤2004）。自分の視点を相対化し、他者の視点を尊重し、自分と他者との対話を通じた事実の把握は、文化人類学の実践そのものである。藤崎によると、文化人類学や医療人類学、質的研究やNBMに対する期待が高まっているのは、参与観察で得られる知のように、医療者と患者が臨床の場で相互作用する過程から臨床の知が生まれること、そのような知が求められる時代が到来しているからであるという（藤崎 2006）。

NBMの認識論は社会構成主義を基盤としていることを考えると、日本の医学におけるNBMの広まりは社会構成主義の広がりを意味する。これは論理実証主義から社会構成主義への認識論の変化と捉えることが可能であり、1990年代以降の文化人類学における認識論的变化と一致する。この一致が二つの学問の人間理解の方法を近づけているように思われ、医学における文化人類学の意義を高めることが期待される。丸山によれば、狭義の専門教育では得られない教養を身につけ、総合的な判断を行うことのできる医者を育成するために、幅広い学際的な交流が必要であることは、古くから議論されている医学教育への期待であるという（丸山 1996）。

他方、黒川によれば、日本の医学教育や臨床研修は、明治以来100年間、基本的に何も変わっていないという。それは、「閉ざされた」「講座制」に支えられた官尊民卑の大学の序列を維持したままで、他と混ざることのない教育であり研修であるという（黒川 1999）。日本の医学教育はアジアのなかでも外に開かれていない異質なものであり、速

やかなグローバル化への対応が求められていると、黒川は主張する。黒川によると、医学教育と研修のグローバル・スタンダードはアメリカのシステムである。従って、グローバル化への対応はアメリカのシステムを模倣して改革することを意味するという。例えば、最近導入された少人数制のインタラクティブな授業や問題解決能力を高める授業、さらには症例に基づく基礎科目の授業などは、いずれもアメリカから輸入されたものであるが、それらはグローバルな視点で考え行動する医師の育成に不可欠な教育であるという（黒川 1999）。

日本のリハビリテーション医学においても、グローバル・スタンダードに倣い、その科学的基盤や理念を明確にしようとする動きがある。田中によれば、リハビリテーション医学の理念はすべての人々にその尊厳と存在意義を認める「共生」であり、この理念に即してリハビリテーション医学の果たす役割を高める必要があるという（田中 2000）。

3 アメリカの医学・医療系教育における文化人類学教育

(1) 医師養成プログラム

アメリカのメディカル・スクールでは、医師養成プログラムにおいて大規模な教育改革が行われている。それは、カリキュラムの構造や学習内容、教育方法や評価法の見直しを含むものである。臨床実習開始前のカリキュラムでは、人文・社会科学系科目の充実も図られている。将来の医師に求められる素養として、人間性、倫理性、コミュニケーション能力に関わる内容も深められた。また、新しい教育方法として、問題立脚型学習（PBL: problem-based learning）が導入され、加齢、人間発達、環境保健、終末期ケアなど医療と社会の領域に関わる具体的な事例が取り上げられるようになった。さらに、複数の専門的視座を統合して考える能力を養うような学習も行われるようになった。多文化医療（multicultural health care）や多職種チーム医療（multidisciplinary team care）に関する教育についても具体的な議論が進められている。多文化医療に関しては、医学教育が能力ベースの教育（competency-based education）となるなか、患者の多様な文化的背景に対応できる力を育成するための「文化的能力」に対する組織的関心が高まっている（道信 2005）。

例えば、アメリカ医学校協会（AAMC, Association of American Medical Colleges）は、文化的能力の育成に必要な学習項目と学習内容を標準化した。アメリカの医学卒業前教育を統括する公的認定機関であるLCME（Liaison Committee on Medical Education）は、文化的能力のカリキュラムに関する提言をまとめている。そこでは、2003年までに、健康・病いの文化と信念の体系について理解する方法を全医学生に習得させることを求めている（Chin and Humikowski 2002; Howard *et al.* 2001; Peña Dolhun *et al.* 2003）。医学教育に多文化や比較文化の観点を取り入れたカリキュラムを作成しようとする取り組みは、個別の大学において1970年代に始められている

(Crandall *et al.* 2003)。30年の年月を経てようやく医学教育を指導・監督する組織による取り組みが開始されたといえる。

事例報告によると、ニューイングランド州とニューヨーク州にある13のメディカル・スクールで、文化的能力を育成するためのカリキュラムが実施された (Ferguson *et al.* 2003)。このほかに、アメリカの6つの地域における19のメディカル・スクールでは、比較文化教育カリキュラムの実施と評価が行われ (Peña Dolhun *et al.* 2003)、カリフォルニア大学サンフランシスコ校では小児科レジデントに対する1ヶ月間の文化的能力訓練プログラムの紹介などもあり (Takayama *et al.* 2001)、それぞれの学習効果は高く評価されている。

その一方で、メディカル・スクールにおける実際の取り組みの遅れが見られ、文化的能力教育は部分的で周延的なものに留まっていることが指摘されている (Crandall *et al.* 2003; Ferguson *et al.* 2003; Flores *et al.* 2000; Loudon *et al.* 1999)。医学教育の現場では、医療者の技術的能力の育成を一次的なものとし、患者と関わる能力を二次的なものとする医療文化がある。このことが、文化的能力教育の普及を妨げているといわれている (Coulehan and Williams 2001)。また、医療者の多くは社会の主流層 (マジョリティ) に属しており、文化的・民族的マイノリティや社会的弱者集団の立場にたった医療を実践することは、個人としても専門職としても挑戦的なことであるため、文化的能力教育には医療界の上層部の反対を招くことがあるという (Kai *et al.* 2001)。さらに医師には、距離を置くことによる公平な態度 (detachment)、資格付与 (entitlement)、反省のない専門主義 (non-reflective professionalism) などを美德とする価値観があり、医療倫理や社会的問題を看過する傾向にあるという (Coulehan and Williams 2001)。タイラーによれば、「文化をもたない文化」のなかで働いているという医療者の意識も文化的能力の導入を限定的なものとしている (Taylor 2003)。

(2) 看護師・理学・作業療法士養成プログラム

看護師・理学・作業療法士養成プログラムにおいても、医学教育改革に倣い、カリキュラムや学習項目、学習方法の見直しが進められている。ホームページと文献の調査の結果、看護師・理学・作業療法士養成プログラムにおける文化的能力や比較文化に関する内容は、地域医療、女性医療、精神医療、家族医療などの科目において、それぞれの科目の学習内容に関連させて教えられることが多いことが明らかになった。文化的能力を科目として設けている大学も少数ながら存在していた (坂無・道信 2006)。看護学の領域では、看護学生の文化に対する認識を高めるために、多様な文化的背景をもつ人々を対象とするサービス学習の導入 (Worrell-Carlisle 2005) が進められ、看護ケアの質を高めるためには文化的能力を用いた看護実践が重要であるという議論も見られた (Salimbene 1998; Salimbene 1999)。

(3) 事例：エモリー大学看護学大学院

アメリカ医学校協会では、文化的能力の育成に必要な学習項目67項目を5つの領域にわけて示している（AAMC 2005）。ここでは事例研究として、エモリー大学看護学大学院の教育プログラムを対象に、文化的能力の学習がどの程度取り入れられているかを調査した。エモリー大学看護学大学院の教育プログラムで開講されている科目のなかから、AAMCが提示した67項目またはそれに類似する学習内容が含まれている科目を抽出して、表2にまとめた。この結果から、エモリー大学看護学大学院では文化的能力を育成するための多様な科目を開講していることが明らかになった。

エモリー大学の理学療法と作業療法のプログラムは、メディカル・スクールに組み込まれており、そこでは多文化医療教育はあまり行われていなかった。例えば理学療法のプログラムでは、「コミュニケーション、教育・学習、問題解決能力」と称する科目において、文化的能力について一時間程度の講義を行う。文献調査で明らかになったように、メディカル・スクールでは、多文化医療教育の取組みは遅れているようであり、看護系では、体系的な議論はなされていないものの、地域医療、女性医療、精神医療、家族医療などと組み合わせて多文化医療を推進する基盤が整っているようである。

表2 「文化的能力」の育成に必要な学習科目 — アメリカ医学校協会が定める標準的学習項目とエモリー大学看護学大学院開講科目との比較

アメリカ医学校協会 (AAMC)	エモリー大学看護学大学院
学習項目:(学習項目数), 総計: 67	学習項目:(学習項目数), 総計: 21
文化的能力の原理的説明・文脈・定義 (10)	文化・コミュニケーション・信仰 (7)
人種 民族 文化	信仰 (faith)と健康
医師の評価ツール	医療者のためのスペイン語
自分の文化背景	変容する多文化環境におけるヘルス・ケア
ヘルスケアにおける多様性の評価 他	ヘルス・コミュニティにおける看護
	信仰 (faith)と健康 インターシップ
文化的能力の要素 (14)	高度な看護実践のための文化的能力
健康に関わる信念	ヘルスケアにおける霊性(spirituality)と宗教
地域と疫学	
家族と地域の文脈	
コミュニケーション技術 他	
医療の意思決定におけるステレオ・タイプ (17)	医療実践・医療倫理・社会正義 (4)
医師の偏見	社会正義としての健康
地域とのパートナーシップ	ダイナミックな文脈における専門家実践
自己と他者の偏見をなくす方法	倫理・法・リーダーシップに関する高度な看護実践
ヘルスケアに与える偏見の影響 他	倫理的課題
健康格差と健康に影響する要因 (13)	医療経済・医療政策 (3)
格差是正を目指す地域基盤の健康介入	高度な看護実践のための医療政策と実践
健康格差の根絶	財務管理
健康格差に関する文献の理解 他	グローバルヘルスケア・システム-比較の観点から
	プライマリ・ケア (2)
	成人のプライマリ・ケア
	ヘルス・プロモーションのための地域づくりとリーダーシップ
通文化臨床技術 (13)	国際看護 (3)
通訳の機能	国際看護実践
患者のアドヒアランスを高める方法	国際看護 健康的な地域をつくる
偏見の認識と抑制 他	国際看護 公衆衛生活動を支える質的フィールド研究法
	ジェンダー・セクシュアリティ (2)
	女性の健康課題
	健康と病気に関わる人間のセクシュアリティ

IV 多文化医療カリキュラム作成のための調査

著者が所属する大学は医学部と保健医療学部で構成されている。医学部では、2000年から医学教育専任教員を配置、2001年から各担当科に教育主任を配置し、カリキュラム改革が行われている。保健医療学部では、2001-2006年に教員の教育能力向上のための研究会やカリキュラムに関する調査を実施し、2007年から新カリキュラム作成のための具体的な検討に入った。多文化医療教育は新カリキュラムの一つの柱となっている。以下では、多文化医療カリキュラムを作成するために行われた理論の検討と、日本の医学・医療系教育機関における文化人類学教育の導入の現状に関する調査の結果を述べる。

1 理論的検討

多文化医療プロジェクトでは、医学教育カリキュラムの理論に基づいて、多文化医療カリキュラムを作成することを一つの目的としている。日本の医学・医療系教育では多文化医療は重視されてこなかったために、多文化医療教育に関する理論的検討がなされていない。カリキュラム全体においても、大学設置基準協会と厚生労働省が定める指定規則に基づいて組み立てられてはいるが、理論的基盤に乏しい。また、社会情勢や教育ニーズの変化に対応するために指定規則はたびたび改変されており、カリキュラムと科目構成に関する基本的で理論的な議論なしに、指定規則の変化に対応する形でカリキュラムの微調整が行われているのが現状である。本プロジェクトでは、カリキュラム全体の理論的基盤を整えるために、インストラクショナル・デザイン、文化的能力の学習、意識変容の学習という3つの理論を用いてカリキュラムを組み立てた。以下に、これら3つの理論について簡単に説明する。

(1) インストラクショナル・デザイン

インストラクショナル・デザインは、教育カリキュラム開発のための実践的でシステムティックなモデルである。学習者の特徴、教育目的、教育方法、評価の道具という4つの基本的要素と、これら基本的要素から派生した5つの要素が時計回りに配置され、総合的なインストラクショナル・デザイン・プランを構成している (Kemp *et al.* 1998) (図2参照)。インストラクショナル・デザインは欧米の教育工学の領域で評価を得ているモデルであり、地域における健康プロジェクトでも広く用いられている。本プロジェクトでは、多文化医療カリキュラムの作成の方法として用いている。

インストラクショナル・デザインは比較的新しいモデルであるが、教育カリキュラムの古典的理論であるラルフ・タイラーのカリキュラム論に通ずるところがある (Tyler 1949)。タイラーは、カリキュラムの原理に教育哲学を応用する方法を提示し、学習者

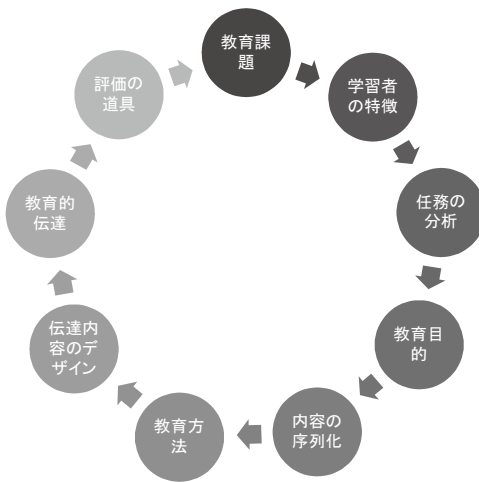


図2 インストラクショナル・デザイン・プラン
出典：Kemp, *et al.* 1998

表3 医学教育カリキュラム開発のための6つのステップ

ステップ	テーマ	作業
1	問題の特定と一般的ニーズ・アセスメント	ヘルス・ケアの問題の特定と分析を行い、カリキュラムでどのように対応するか検討する。医療者や教育者によって現在何がなされているのかを調査し、特定されたヘルス・ケアの問題に対処するにはどうあるべきかに関する調査を行う。ニーズ・アセスメントでは、知識・態度・実践における不足点をどのようにカリキュラムで補うかについて検討される。
2	対象となる学習者のニーズ・アセスメント	ステップ1で行った一般的ニーズ・アセスメントを対象となる学習者に応用する。
3	目標と目的	カリキュラムの全体的な目標と目的について記述する。具体的で測定可能な知識・技術・実践・態度の項目と、プロジェクトのプロセスの目的について明記する。
4	教育の戦略	カリキュラムの効果を最大限にするための計画を準備する。教育内容や教育方法がプロジェクトの目的と一致しているかどうか検討する。
5	実践	カリキュラムの実践のための計画を立てる。タイムラインや資源に関する計画も含める。FD (Faculty development)に関する計画も立て、一貫性のある教育実践ができるようにする。
6	評価とフィードバック	学習者とプログラム評価の計画を立てる。カリキュラムの公表・普及のための計画を立てる。

出典：Kern, *et al.* 1998

主体の観点から学習者の研究を進めることや、教育目標の源を学校以外の現代生活に見出すことを主張した。さらに、学習者と学習環境とのダイナミックな相互作用を「学習者の経験」と称し、カリキュラム作成の中心に位置づけた (Tyler 1949)。インストラクショナル・デザインにおいても、学習者の特徴やニーズ・アセスメント、学習者を取り巻く社会の構造と変化に関する分析が欠かせない。また、教育内容の序列化と教育方

法、伝達内容のデザイン、教育的伝達の過程において、学習者の経験を重視している (Kemp *et al.* 1998)。

アメリカにおける医学教育カリキュラム開発の理論的基礎を築いたといわれているデビッド・カーンらによる医学教育カリキュラム開発論も、インストラクショナル・デザインとタイラーのカリキュラム論におけるカリキュラム開発の基本的プロセスを共有している (Kern *et al.* 1998)。カーンのモデルは、医学・医療の領域で必要とされる6段階のカリキュラム開発段階から成り立っている (表3参照)。第一段階では、問題の特定のために、現行の教育内容と今後行うべきこととの隔たりが分析される。第二段階のニーズ・アセスメントでは、学習者の知識、態度、実践を総合的に分析し、カリキュラムの焦点化が図られる (Kern *et al.* 1998)。

(2) 文化的能力の学習

文化的能力の学習は北米で発達した通文化医学教育のモデルである。2006年現在、北米やイギリスの医学教育で広く導入されており、通文化教育をカリキュラムの必須項目とするための基準作りが進められている (Betancourt 2006)。イギリスでは、海外からの医療従事者の数が増加し、文化的多様性は患者理解だけでなく、医療の組織文化を維持する上での課題ともなっている (Scott *et al.* 2003)。重要な点は、文化的能力の学習モデルは、民族による医療格差の是正に役立つだけでなく、時代とともに変容する集団間や集団内部の多様性をふまえた質の高い医療を提供することを促すことである (Betancourt 2006; Gregg and Saha 2006)。

(3) 意識変容の学習

意識変容の学習は教育学者ジャック・メジロウによって展開された教育哲学である (Mezirow 1998; Mezirow 2004)。意識変容の学習では、第一に、指導者と学習者が等しく責任をもち、学習者間の信頼、配慮、感受性を高めるような学びの環境を作り上げる (Taylor 1997)。第二に、学習者の内省的な振り返りの学習を行う。例えばビデオ学習を用いて、看護学生にビデオ録画した彼女たちのカウンセリング実習の場面を振り返らせる。彼女らはカウンセリングを行っている自分の姿を内省的に振り返ることで、看護師としての自覚を高めていくという (Liimatainen *et al.* 2001)。第三に、学習者は意味を作る作業に参加する。例えばロール・プレイを用いて、異なる文化的背景を持つ患者の役を演じ、自分が演じる患者の文化的背景や態度、信念について考える。また、相手の医師は自分をどのように理解しようとしているのかを考え、意味のある会話や相互作用がいかに患者を満足させるものであるかを学ぶ。意識変容の学習は成人教育の領域で発達した理論であるが、自分と自分を取りまく地域・世界との関係性を新しい視点から築くものとして、文化的能力の育成を重視するアメリカの看護学に普及している。

多文化医療プロジェクトでは、上記の3つの理論をカリキュラム全体の構成に適用している。そして、日本の医療事情や医療系大学教育の実情を鑑みて、カリキュラムの具体的な教育目標や教育方法、教育内容を提案する計画である。以下ではまず、カリキュラム作成に先立って行われた「日本の医学・医療系大学教育における文化人類学教育の現状に関するアンケート調査」の結果を紹介し、次に、著者が担当する科目において行われた講義評価に基づいて学生のニーズをまとめる。

2 状況調査

(1) 日本の医学・医療系教育における文化人類学教育の現状に関する調査

2005年に、福良らは、文化人類学とチーム医療に関する科目の導入状況について全国の医学・医療系の大学155校を対象にアンケート調査を行い、次のことが明らかになった(福良他 2006)。第一に、文化人類学の開講率は医学約44%、看護学約62%、理学・作業療法学約54%と、コメディカルの領域で比較的高い。しかし、隣接領域の社会学や心理学、生命倫理と比較すると低い。これらの隣接領域科目は、教養または専門科目の必須または選択科目として、約70~90%の大学で開講されていた(表4参照)。他者理解、人間関係、患者・医療者関係、病気・健康観など文化人類学と関わりのある内容を含む科目の開講率は、すべての大学で60%以上となった(表5参照)。これらの科目のほとんどは教養科目の選択科目である。第二に、チーム医療に関する科目では、各大学によって開講の位置づけにばらつきがあったものの、チーム連携能力育成のため、複数学科が合同で模擬的に事例を検討するなどのユニークな取り組みをしている大学が多数あった。

福良らは、文化人類学や文化人類学に関わる科目は他の社会科学系科目に比べて開講率が低く、カリキュラム全体における科目の位置づけも固定化されているため、多文化医療を推進するならば、今後強化されるべき科目であると結論している。また、医学・医療現場でチーム医療能力を重視する傾向があるため、チーム医療のコア概念の一つに「多文化」を位置づけ、チーム医療教育に多文化医療教育を組み込むようなカリキュラムを作成することを提案している(福良他 2006)。

表4 文化人類学・社会学・心理学・生命倫理の開講状況

	医学系 n=55	看護学系 n=79	理学療法系 n=24	作業療法系 n=26	計 n=184
文化人類学(医療人類学)	24(43.6%)	49(62.0%)	14(53.8%)	13(54.2%)	100(53.7%)
社会学(医療社会学)	42(76.4%)	66(83.5%)	21(80.8%)	19(79.2%)	148(79.6%)
心理学・行動科学	50(90.1%)	74(93.6%)	24(92.3%)	23(95.8%)	171(92.0%)
生命倫理(医療倫理)	51(92.7%)	70(88.6%)	17(65.4%)	19(79.2%)	157(84.4%)

出典：福良他(2006)

表5 文化人類学または多職種連携と関わりのある科目の開講状況

	医学系 n=55	看護学系 n=79	理学療法系 n=26	作業療法系 n=24	計 n=184
多文化・異文化理解	31 (56.4%)	61 (77.2%)	19 (73.1%)	19 (79.2%)	130 (70.7%)
他者理解・人間関係	33 (60.0%)	71 (89.9%)	22 (84.6%)	19 (79.2%)	145 (78.8%)
患者・医療者関係	43 (78.2%)	56 (70.9%)	22 (84.6%)	16 (66.7%)	137 (74.5%)
病気・健康観	37 (67.3%)	67 (84.8%)	23 (88.5%)	20 (83.3%)	147 (79.9%)
ライフサイクル・ライフステージ	22 (40.0%)	62 (78.5%)	18 (69.2%)	17 (70.8%)	119 (64.7%)
ジェンダー	21 (38.2%)	50 (63.3%)	13 (50.0%)	12 (50.0%)	96 (52.2%)
家族・親族論	16 (29.1%)	68 (86.1%)	10 (38.5%)	10 (41.7%)	104 (56.5%)
地域医療保健	46 (83.6%)	75 (94.9%)	24 (92.3%)	19 (79.2%)	164 (89.1%)
国際医療保健	22 (40.0%)	62 (78.5%)	16 (61.5%)	11 (45.8%)	111 (60.3%)
チーム医療	38 (69.1%)	45 (57.0%)	21 (80.8%)	16 (66.7%)	120 (65.2%)
医療の歴史	29(52. %7)	44(55.7%)	16(61.5%)	14(58.3%)	103(56.0%)

出典：福良他（2006）

(2) 学生と地域のニーズ

教育カリキュラムの開発や見直しを行うためには、教員や学生、地域の人々からの支持や支援を得ることが必要である。多文化医療教育に関しては、日本が多文化社会に移行しているという社会状況や、医学・医療系大学においてカリキュラム改革が進められているという現実に加えて、教育改革の内容が学生や地域のニーズを適切に反映しているかを検討しなければならない。著者が所属する学部の多文化医療教育に関連する科目の受講者数や講義評価を見ると、多文化医療教育に対する学生の期待や関心は必ずしも高いとはいえない。しかし、次のように潜在的な関心の深さを伺わせた。

著者が所属する学部では、多文化医療に関連する科目として、文化人類学、社会学、女性学が開講されている。社会学が作業療法専攻の学生に必須科目であることを除き、すべての科目は選択科目である。社会学は一年次に開講され、毎年ほぼ全員（約90名）が受講する。平成19年度の講義評価平均点（5点満点）は、3.57であったが、講義評価にはばらつきがあり、受講生全員が満足しているとはいえなかった。文化人類学は二年次に開講され、講義評価では受講生の満足度は一貫して高い。平成19年度の講義評価平均点は、4.72であった。しかし、文化人類学を受講する学生は二年生全体の20%に満たないため、学部全体として文化人類学に対する関心が高いとはいえない。女性学も同様

に、講義評価は高い（平成19年度は現在開講中，平成18年度は評価未実施，平成17年度講義評価平均点は4.24）が，受講者数は10名程度である。

これらの科目の受講生のなかには、「青年海外協力隊に参加して国際保健活動をしたい」「発展途上国で看護師として働きたい」という希望を持っている学生が毎年必ず数名いる。社会学の講義では毎年受講者に将来の展望をレポートにまとめてもらっている。そのなかで上記のような希望を述べる人は2001年から2005年まで毎年5名程度であったが，2007年度にはこの数は10名に達し，国際的な仕事への関心が高まっているといえる。多文化医療は日本国内における文化的差異に対応する医療であると同時に国際医療協力に携わるときに必要な医療である。このように多文化医療を地域医療と国際医療の双方に関連づけて推進することにより，学生の具体的なニーズに応えることができると考える。

地域のニーズを把握することや地域の医療文化を調査することは，多文化医療教育を行う意義と目的を明確にする。著者が所属する大学では，2007年に，アイヌ民族文化振興協会との連携による多文化医療教育プロジェクトの構想があった。北海道に位置する大学として，アイヌ民族文化振興協会からの協力を得て，医学・医療教育を行うことは意義のあることであると思われた。しかし，このプロジェクトは具体化されないまま保留になっており，地域からの理解や協力を得て，地域の人々と共に教育プロジェクトを行うことの難しさを示している。

V カリキュラム・デザイン

1 プロジェクト仮説

次に，上記の理論的検討と状況調査をふまえて，2つのプロジェクト仮説を立て，これに基づいて多文化医療教育カリキュラムを立案した。

1. 学部カリキュラムに多文化医療を導入することにより，保健医療受益者の文化的多様性に配慮した医療を実践できる能力を育成することができる。
2. 学部カリキュラムに多文化医療を導入することにより，チーム医療能力を育成することができる。

2 多文化医療教育カリキュラム

多文化医療教育カリキュラムは学部カリキュラムの下位カリキュラムであり，複数の科目の集合体である。それは既に開講されている科目のなかから多文化医療教育に関わる科目を選別し，それら科目を多文化医療の教育目的に合わせて体系的にまとめたものである。表6に示したように，多文化医療に必要な5つの内容領域（文化的能力の原理・文脈・定義，文化的能力の要素，健康格差及び健康に影響する要因，通文化臨床技術，チーム連携能力）に，同じく5つの技術領域（分析力，情緒力，創造力，コミュニケーション

表6 多文化医療教育カリキュラム構想

学年		科目間の関係性 多文化医療教育カリキュラム					
		学習領域	文化的能力の 原理・文脈・定義	文化的能力の 要素	健康格差と健康に 影響する要因	通文化臨床技術	チーム連携能力
基礎から高度な専門教育への順次性	4	科目					保健医療総論Ⅳ
		文化的能力のコア領域					
		分析能力					
		情緒的能力					
		創造的能力					
	3	科目	国際社会論		保健医療システム		保健医療総論Ⅲ
		文化的能力のコア領域			社会保障論		
		分析能力					
		情緒的能力					
		創造的能力					
	2	科目	文化人類学	家族社会学	女性学	国際保健医療・看護論	保健医療総論Ⅱ
		文化的能力のコア領域			社会福祉学	臨床実習	
		分析能力			医療経済学		
		情緒的能力					
		創造的能力					
1	科目	社会学	生活学		外国語(英語・スペイン語・ロシア語他)	保健医療総論Ⅰ	
	文化的能力のコア領域		人間関係論				
	分析能力						
	情緒的能力						
	創造的能力						

ション力、機能力)を掛け合わせたマトリックスに、既存科目を配列している。

内容領域には、文化的能力の育成に必要な標準的学習領域を用いた。技術領域は、政治学者の立場から国際社会を視野に入れたトランス・ナショナルな能力の育成に必要な技術的能力として Koehn らが論じたものを参考にした (Koehn and Swick 2006)。これは医学教育に対する政治学の領域からの提案であるが、トランス・ナショナルな能力は、文化人類学、国際関係学、比較文化心理学、異文化コミュニケーション論を統合する視点を持ち合わせており、これまで国内に限定されて論じられてきた文化的能力を、国を超えた次元で論じることを可能にしている。また、Koehn のモデルは普遍的でありながら具体的な技術的能力を明確にしている。本カリキュラムでは、内容領域に技術領域を組み合わせることで、多文化医療教育を技術的能力の側面からも体系化している。既存科目を配列する際には、タイラーの学習理論を用いて、科目間の縦と横のつながりに統一性を与える工夫を行った。

多文化医療教育に既存の科目を用いることは、多文化医療を意識した内容を各科目に組み込むことを意味する。しかし、各科目にはそれぞれの教育目的があり、内容の大幅な改編を行うことはできない。そのため、各科目の特徴を活かして多文化医療カリキュラムを作成するという、リソース発掘型のカリキュラム開発を試みた。例えば、多文化

医療教育の中核科目である文化人類学では、文化的能力の原理・文脈・定義という基本的な学習を行い、各技術能力に対応する学習目標を次のように立てた。

- 1) 医療実践や意思決定に影響を及ぼす社会・文化的文脈を理解する。(分析能力)
- 2) 文化によって異なる健康の観念や価値や実践を尊重し、患者の期待に適切に対応することができる。多文化に対応していないヘルスケアを受ける患者の脆弱性と柔軟性を理解することができる。(情緒的能力)
- 3) 患者の経験に配慮した実践を日々の医療実践に組み込み、患者の文化的背景に配慮した治療計画を立てることができる。(創造能力)
- 4) 患者の経験や文化的背景をふまえて適切なコミュニケーションをとることができる。(コミュニケーション能力)
- 5) 患者の経験や文化に配慮した医療者としての役割を果たすことができる。(機能的な能力)

2007年度の文化人類学の授業では、医療制度や医療実践、健康観や病気観は当該社会の社会・文化的文脈に位置づいているという基本的内容を講義し、事例学習としてビデオ教材を用いて内容を分析することを試みた。また、異文化を尊重し、自分とは異なる人々の心を感じ取り共感することのできる能力(情緒力)を高めるために、意識変容の学習方法であるリフレクションを取り入れた(道信 2008)。リフレクションでは、授業内容を振り返り、授業で感じたこと、考えたこと、自分の生活や経験を振り返って考えたことなどを「リフレクション・ノート」に自由に書き留めさせて、フィード・バックを行った。学生は授業で紹介された異文化の人々の経験に向き合い、教員からのフィード・バックを得て、自分と向き合うという経験を積んだ。「リフレクション・ノート」を用いた教員と学生の対話は、学期末になると内容も充実した。自己記入式評価を兼ねた学期末のレポートでは、大半の学生は自分の考え方やものの見方を変化させることができたと述べている。

3 評価計画

多文化医療カリキュラムは数年の試行段階を経て本格的に導入される予定である。それは、このカリキュラムが上述した理論・方法論に基づく科学的な試みであり、そこにおいて十分なモニタリングと評価を必要とするからである。評価は個別の授業における非公式な評価と多文化医療カリキュラム全体のアウトカム評価をあわせたものとなる。非公式な評価では、教師から学生への問いかけに対する反応の観察、講義終了時における基本的な内容理解に関するミニ・テスト、講義中の学生の態度や行動などを総合的に評価する。アウトカム評価では、カリキュラム開始前と終了後における学生の知識・態度・技術の発達度の違いを、アンケート調査やインタビューを用いて査定する。

VI プロセス推論の有効性と多文化医療プロジェクトの課題

保健医療のプロジェクトでは、国際的にも国内においても、結果重視のマネジメントが行われるようになってきている。結果重視のマネジメントでは、開発目標がどのように達成されるべきかを説明する論理に基づき、プロジェクトが設計される。その論理とは因果関係やその前提を含むものである。保健医療プロジェクトでは、いくつもの活動の結果が最終の目標につながっていなければならないため、結果重視のマネジメントはその過程を体系的に整理するのに役立つ。プロセス推論は、このような結果重視のプロジェクト・マネジメントに適している推論である。それは、プロジェクトの過程で行わなければならないいくつもの推論の結果をメタレベルで統合することができるからである。それはまた、一つのプロジェクトのストーリーラインを示すものである。

保健医療のプロジェクトの過程をプロジェクトのストーリーラインとして示そうとする試みは他にもある。例えば、ロジカル・フレームワークである。ロジカル・フレームワークは、1960年代にアメリカ国際開発庁（USAID）で開発され、プロジェクトの目的、目標、期待される成果をひとまとめにした一覧表である（高橋 2002）。ロジカル・フレームワークを導入した結果重視マネジメントは、1975年にはドイツ技術協力公社（GTZ）、1994年には日本の国際協力事業団（現国際協力機構）で採用されているほか、先進諸国のドナー機関で採用されており、プロジェクトの導入から評価までを質的に向上させると期待されている（高橋 2002）。ロジカル・フレームワークが演繹的で実践的な推論が中心となるのに対して、プロセス推論は解釈学的な推論にも比重を置くものであり、文化人類学の方法論の特徴を活かしたプロジェクト・マネジメントを可能にする。

文化人類学の特徴は総合的な人間理解であり、多様な推論の方法に開かれている学問である。現実社会の課題や可変的な現実介入する実践の文化人類学においては、特定の推論を用いて介入の目的が達成されることはなく、さまざまな推論を用いることが必要になる。用いる推論の方法がパラダイムや理論の次元で矛盾するものであっても、複数の推論が必要であることに例外はない。推論の方法が多様であるということは、研究で用いられる方法論も多様なものとなる。医学・医療に関わる人類学は、エスノグラフィから事例研究、統計的手法からナラティブまで、幾通りもの方法を用いた研究を行うことで、医学・医療と人類学との複合領域で発展している（Cordell and Colvard 2005; Fink 2002; Good 1992; Manderson 1998; Montag *et al.* 2002; Mwenesi 2005; Napolitano and Jones 2006; Parker and Harper 2006; Pope 2005; Whitehouse *et al.* 2005）。医学・医療以外の領域における実践の文化人類学も、研究活動の原動力となっているのは推論や方法論の多様性ではないかと考える。

本稿では、プロセス推論の枠組と概要を示すに留まり、プロセス推論を構成する個々の推論の具体的な過程について論じるまでには至らなかった。また、プロセス推論を構

成する推論の多くは、複数のアクターによる対話に基づく推論であることについて、検討が不十分であるため説明していない。このことに関して現時点では次のことが明らかになっている。現実の課題の解決には多様なアクターとの共同作業が必要であり、そこでは対話に基づく推論が欠かせない。プロセス推論を構成する個々の推論は複数のアクターが共同で行うこともあれば、特定のアクターに委ねられることもある。その推論の結果をふまえて次の調査・推論につなげる作業は複数のアクターの共同作業である。研究の設計、調査の実施、調査結果の考察や解釈、次に続く調査の確認などに用いられる対話の推論は、複数のアクターの考えをゆるやかにまとめ、目標に向けた次のステップにつなげるようなものである。本プロジェクトでは、著者以外の4人のコア・メンバーと学外から調査に参加してくださった研究者、文化人類学の受講生との対話がカリキュラム作成に欠かせなかった。他者との対話に基づく推論は文化人類学で培われた基本的推論の方法であり、プロセス推論の中心に位置づけるものと考えている。

本プロジェクトの今後の課題は次の通りである。第一に、多文化医療教育に関するアメリカのモデルが日本の医学・医療系教育に適しているか、応用できるかどうかを十分に検討しなければならない。例えば、日本の医療現場に求められる患者理解やチーム連携の方法についてさらなる検討が必要である。本プロジェクトにおける文化人類学の基本的な役割は、日本の医学・医療系教育に適した多文化医療教育の内容について考えることである。日本ではこの領域に関する先行研究は乏しく、本プロジェクトで参考にした理論と方法論が欧米のものに限定されていることは、今後改善すべき点である。

第二に、多文化医療教育について議論するための定義の整理が必要である。アメリカでは、通文化医療 cross-cultural health care, 多文化医療 multicultural health care, 文化的能力 cultural competence, 文化的謙遜 cultural humility といった用語を用いて、医学、看護学、医学教育学、文化人類学、コミュニケーション論など多領域の研究者や医療者が多文化医療教育について議論している。議論の内容は、医療環境や制度、教育体系や方法、医療者の文化や能力など多様である。日本の医学・医療系教育で用いられている文化や多文化医療に関する学習概念は、異文化理解、他者理解、患者・医療者関係、病気・健康観などであり、「患者理解」を中心に構成されている。また、日本では文化や多文化医療に関する教育はテーマ別科目において単独に行われているため、文化や多文化医療に関する科目を体系的に組織して教育効果を高めるような工夫があるだろう。

第三に、患者・医師関係、患者の説明モデル、医療と社会正義、質的研究法など多文化医療に関する学習内容をふまえた学習モジュールを開発することが望まれている。著者が所属する大学では、看護学・作業療法学・理学療法学の三学科合同科目（保健医療総論及び地域密着型チーム医療実習）に患者理解とチーム連携能力の学習を組み込み、「多文化マインド」をもつ医療人育成を行うとする案が挙げられている。専門学科の教育者からの期待は高く、医療教育において文化人類学教育を推進するためにも学習モジ

ユールの作成が必要ではないかと考えている。

Ⅶ おわりに

本稿では、多文化医療プロジェクトを事例に実践の文化人類学で用いる方法論としてのプロセス推論について論じた。プロセス推論は複数の推論をメタレベルで統合するものであり、目標に向けた複数のステップで構成されている。実践科学の領域における文化人類学の強みは、対話に基づく推論を中心に、目標に向けたプロセス推論のモデルを示すことではないかと考える。

本研究は次に述べるプロジェクトと研究会活動をふまえている。平成15年度公益信託澁澤民族学振興基金民族学振興プロジェクト助成「医学・医療系教育における医療人類学の可能性」(代表: 松岡悦子)。平成16年度医療人類学ワークショップ・国立民族学博物館共同研究会「エスノグラフィの実践——医学・医療における医療人類学の可能性」(代表: 江口重幸)。これらのプロジェクトから本研究の進め方に関する示唆を得た。本研究の海外調査は、平成17年度大学教育の国際化推進プログラム(海外先進教育実践支援)助成「多文化医療教育導入による新・医療人の育成」(代表: 丸山知子)を得て行われた。

文 献

- AAMC (Association of American Medical Colleges)
 2005 *Cultural Competence Education*. Washington, D. C.: Association of American Medical Colleges.
- Betancourt, Joseph R.
 2006 Cultural Competence and Medical Education: Many Names, Many Perspectives, One Goal. *Academic Medicine* 81(6): 499-501.
- Chin, Marshall H. and Catherine A. Humikowski
 2002 When is risk stratification by race or ethnicity justified in medical care? *Academic Medicine* 77(3): 202-8.
- Cordell, Geoffrey A. and Michael D. Colvard
 2005 Some Thoughts on the Future of Ethnopharmacology. *Journal of Ethnopharmacology* 100(1-2): 5-14.
- Coulehan, J. and P. Williams
 2001 Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education. *Academic Medicine* 76(6): 598-605.
- Crandall, Sonia J. *et al.*
 2003 Applying Theory to the Design of Cultural Competency Training for Medical

- Students: a Case Study. *Academic Medicine* 78(6): 588-94.
- Ferguson, Warren J. *et al.*
- 2003 Developing Culturally Competent Community Faculty: A Model Program. *Academic Medicine* 78(12): 1221-8.
- Fink, Sheri
- 2002 International Efforts Spotlight Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *American Journal of Public Health* 92(11): 1734-9.
- Flores, G., D. Gee and B. Kastner
- 2000 The Teaching of Cultural Issues in U. S. and Canadian Medical Schools. *Academic Medicine* 75(5): 451-5.
- Good, M. J.
- 1992 Local knowledge: research capacity building in international health. *Social Science & Medicine* 35(11): 1359-67.
- Gregg, J. and S. Saha
- 2006 Losing Culture on the Way to Competence: The Use and Misuse of Culture in Medical Education. *Academic Medicine* 81(6): 542-547.
- Howard, C. A., S. J. Andrade and T. Byrd
- 2001 The Ethical Dimensions of Cultural Competence in Border Health Care Settings. *Family & Community Health* 23(4): 36-49.
- Kai, J., R. Bridgewater and J. Spencer
- 2001 "‘Just think of TB and Asians’, that’s all I ever hear’: medical learners’ views about training to work in an ethnically diverse society. *Medical Education* 35(3): 250-6.
- Kemp, J. E., G. R. Morrison and S. M. Ross
- 1998 *Designing Effective Instruction* (2nd ed.) New Jersey: Merrill.
- Kern, D. E. *et al.*
- 1998 *Curriculum development for medical education: a six-step approach*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Koehn, Peter H. and H. M. Swick
- 2006 Medical Education for a Changing World: Moving Beyond Cultural Competence into Transnational Competence. *Academic Medicine* 81(6): 548-556.
- Liimatainen, L. *et al.*
- 2001 The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 34(5): 648-658.
- Loudon, R. F. *et al.*
- 1999 Educating Medical Students for Work in Culturally Diverse Societies. *JAMA* 282(9): 875-80.
- Manderson, L.
- 1998 Applying medical anthropology in the control of infectious disease. *Tropical Medicine & International Health* 3(12): 1020-7.

- Mezirow, J.
 1998 Transformative learning and social action: A response to Inglis. *Adult Education Quarterly* 49(1): 70-72.
 2004 Forum comment on Sharan Merriam's "the role of cognitive development in Mezirow's transformational learning theory. *Adult Education Quarterly* 55(1): 69-70.
- Montag, D., C. Panter-Brick, and A. Russell
 2002 Anthropology and the Health of Populations: global trends and local contexts. *British Journal of General Practice* 52(481): 691.
- Mwenesi, H. A.
 2005 Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: An overview. *Acta Tropica* 95(3): 292-297.
- Napolitano, D. A., and C. O. H. Jones
 2006 Who needs 'pukka anthropologists'? A study of the perceptions of the use of anthropology in tropical public health research. *Tropical Medicine & International Health* 11(8): 1264-1275.
- Parker, Melissa, and I. Harper
 2006 The anthropology of public health. *Journal of Biosocial Science* 38(1): 1-5.
- Peña, Dolhun, E. Claudia Muñoz, and Kevin Grumbach
 2003 Cross-cultural Education in U. S. Medical Schools: Development of an Assessment Tool. *Academic Medicine* 78(6): 615-622.
- Pope, C.
 2005 Conducting ethnography in medical settings. *Medical Education* 39(12): 1180-1187.
- Salimbene, S.
 1998 Health Care Diversophy — a cultural competence training tool for nurse executives. *Aspen's Advisor for Nurse Executives* 13(10): 10-2.
 1999 Cultural Competence: a Priority for Performance Improvement Action. *Journal of Nursing Care Quality* 13(3): 23-35.
- Scott, T. *et al.*
 2003 Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care* 15: 111-118.
- Takayama, J. I., C. Chandran, and D. B. Pearl
 2001 A One-month Cultural Competency Rotation for Pediatrics Residents. *Academic Medicine* 76(5): 514-515.
- Taylor, E. W.
 1997 Building upon the theoretical debate: A critical review of the empirical studies of Mezirow's transformative learning theory. *Adult Education Quarterly* 48(1): 34-59.
- Taylor, Janelle S.
 2003 Confronting "Culture" in Medicine's "Culture of No Culture". *Academic Medicine* 78(6): 555-559.
- Tyler, R. W.
 1949 *Basic Principles of Curriculum and Instruction*. Chicago: The University of Chicago

- Press.
- Whitehouse, P. *et al.*
2005 Anthropological contributions to the understanding of age-related cognitive impairment. *Lancet Neurology* 4(5): 320-326.
- Worrell-Carlisle, Pamela J.
2005 Service-learning: a tool for developing cultural awareness. *Nurse Educator* 30(5): 197-202.
- 黒川 清
1999 「グローバリゼーション時代の医学教育と臨床研修」『治療』81(4): 1295-1301。
- 齊藤清二
2004 「サイコオンコロジーにおけるナラティブ・ベイスト・メディスン (NBM)」『臨床精神医学』33(5): 641-645。
- 坂無 淳・道信良子
2006 「文化的能力に関する科目開設の実態調査——アメリカの看護・理学療法・作業療法プログラムのホームページから」『札幌医科大学保健医療学部紀要』9: 25-28。
- 高橋 央
2002 『保健医療分野の援助指標に関する研究』東京：国際協力事業団国際協力総合研修所。
- 田中信行
2000 「リハビリテーション医療の現状と将来」『理学療法学』27(8): 271-275。
- 千葉大学
2007 日本文化型看護学の創出・国際発信拠点。
- 福良 薫 他
2006 「医学・看護・保健医療系大学における多文化医療関連科目実施状況に関する調査」『札幌医科大学保健医療学部紀要』9: 47-51。
- 藤崎和彦
2001 「質的研究」『歯界展望』98(3): 636-637。
2006 「医療人類学」『診断と治療』94(2): 232-236。
- 法務省入国管理局
2007 「平成18年末現在における外国人登録者統計について」。
- 丸山孝一
1996 「医学教育に期待するもの——文化人類学の立場から」『教育と医学』44(6): 492-498。
- 道信良子
2005 「鍵概念 文化的能力」『日本保健医療行動科学会年報』20: 183-189。
2008 「自己省察と自己表現をうながす教育の試み——文化人類学からの多文化医療教育の実践」『こころと文化』7(2): 126-134。