

臨床現場の社会的文化的課題に ともに向き合う

—医療者・人類学者共同の症例検討会

飯田淳子*・錦織宏**

<要旨>

医療者・人類学者共同の症例検討会は、医学生や医療者が臨床現場で遭遇する社会的・文化的課題を、人類学者と医療者が一緒に検討し、議論し、相互に学び合う場である。それは医療者と人類学者との協働の中で生まれ、主にプライマリ・ケア医向けのワークショップや医学部の授業において回を重ねる中で改善が図られてきた。そこにおいて人類学は、主に事象を社会的・文化的文脈の中でとらえる視点や、社会的・文化的事象を言語化する枠組みを提供し、そのことは特にプライマリ・ケア医たちから高い評価を得てきた。その際、重要なのは、医療者と人類学者がその課題に向き合う時間と場を共有するという自体と、人類学の概念から出発するのではなく臨床現場の事例から出発して人類学につなげるという事例基盤型のアプローチである。この症例検討会は、人類学者が事例についてコメントや分析をしたり、医学生や医療者を教育したりする場としてだけではなく、人類学者にとっての学びの場にもなっている。そこに参与する人類学者は、医療者とのやりとりの中で、人類学が医療（者）にどのような貢献ができるかを考えると同時に、「人類学的」とはどういうことかを考えることになる。本稿では、医療者との協働実践の中でどのような形の人類学が生成されつつあるのかという、人類学の可変可能性について考察する。

キーワード：症例検討会，医学教育，協働，医療 / 医学教育とともにある人類学，人類学の可変可能性

*IIDA Junko 川崎医療福祉大学 iida@mw.kawasaki-m.ac.jp

**NISHIGORI Hiroshi 名古屋大学大学院

1 医療者と人類学者との協働の始まり

本稿の著者のうち、飯田は人類学を専門とし、錦織は総合診療医で医学教育学の専門家である。十数年前まで、飯田は医学教育に、錦織は人類学に、現在それぞれが関与しているほど深く関わることになるとは夢にも思っていなかった。しかし2006年に各々のイギリス留学中に会って以降、筆者らは交流と対話を重ね、研究・教育活動における様々な協働をおこなうことになった。そのプロセスは飯田にとって、医療「の (of)」人類学から医療ないし医学教育「とともにある (with)」人類学 [Ingold 2018: 61] への移行ともいえる。その経緯をまず説明しておきたい。

この発端はオックスフォード大学での出会いであった。錦織は渡英する前は人類学を知らなかったが、オックスフォードで当時博士課程に在籍していた島藺洋介や堀口佐知子らとの交流を通じ、人類学に関心を持ちつつあった。帰国後も交流は続き、飯田は錦織との対話の中で着想に至った身体診察に関する研究 [飯田 2013; Iida & Nishigori 2016] を2009年に始める。この研究で飯田は錦織の紹介により、初めて日本の医療機関（大学病院、市中病院、診療所）、とりわけ総合診療および家庭医療の世界でフィールドワークをおこなった。それはカルチャーショックの連続であるとともに、日本の医療現場や医師について飯田がそれまで持っていたイメージを大きく変える貴重な体験であった。多くの家庭医や総合診療医たちは、早朝から夜遅くまで膨大な量の仕事に追われつつも、患者の生活上の問題や社会関係など、生物医学では解決できない様々な問題に向き合い、悩んでいた。彼・彼女らに対し、人類学や飯田の研究テーマについて話すと、関心を示してくれる人が少なくなかった。こういう学問があると知っていたら学生の時に勉強したかった、という人もいる一方で、学生の時には文系科目の重要性はわからなかった、という人も多かった。人類学はプライマリ・ヘルスケアの‘ologies’（基盤となる学問分野）の一つとされ [Greenhalgh 2007]、欧米の家庭医療学のテキストに人類学の知見が盛り込まれていること [McWhinney 2009; マクウィニー 2013; Stewart et al. 2014] を知る人の中には、放送大学などで文化人類学の勉強をしている人もいた。医療人類学者アーサー・クラインマンの本の読書会をしている医師たちもいた。

上記の研究を進める中で、筆者らは、プライマリ・ケア領域と人類学との親和性、および医学教育における協働の可能性を確信していった。そこで手始めに日本プライマリ・ケア連合学会（以下「PC 連合学会」）等で、錦織が以前から関心をもっていた質的研究に関するワークショップを何度か協働しておこなったところ、医師の間での質的研究に関する関心とその教育に対するニーズの高さを実感することができた。また、方法論にとどまらず、人類学の視点や考え方を医学生や臨床医に知ってもらうために、後述する「症例検討会」形式のワークショップを大学医学部やPC 連合学会等で始めたところ、反応は予想以上に良いものであった。そして、始めたころには予測していなかったが、「エスノグラフィ」と「症例検討会」は、その後、医学部で本格的に人類学教育を導入していく際の鍵となっていった。

以上のように、そして開発協力や災害復興支援などに関わるようになった多くの人類学

者がそうであるように [例えば清水 2003; 小國・亀井・飯嶋 2011]、飯田ははじめから医学教育に携わろうとしたわけではなく、フィールドワーク中に研究協力者の人びとからの様々な質問や要望に応えたり彼らと議論をしたりしていく中で、気づくと医学教育に参加していた。それは人類学者にとっての医療者、医療者にとっての人類学者という、互いにとって他なる存在が生じさせた応答 (response) であり、やりとり (correspondence) [Ingold 2018: 26-27] の過程である。その過程で、当初は飯田にとって研究協力者であった錦織は、共同研究者、および教育活動の協働実践者となっていた。こうして飯田は医学教育に、錦織は人類学に巻き込まれていき、その協働によって新たなものが生まれる可能性を感じていった。

本稿では、このようにして協働するようになった筆者らが他の医師や人類学者とともにおこなってきた様々な試みの中で、医療者と人類学者との合同の「症例検討会」を取りあげる。人類学の営みは人類学者を教育する実践ともいえる [Ingold 2018: 62-63]。マイケル・ジャクソンがフィールドのシエラレオネについて「現在の私という人間と私がおこなう人類学を形成することを通じ、私を変容させた」[Jackson 2012: 28] というように、フィールドは人類学者を変容させる。その変容の度合いは関与の度合いや関わり方によって様々であると考えられるが、この症例検討会は、そこに参加する人類学者がおこなう人類学を形作る側面をもっている。医療者・人類学者合同の「症例検討会」は、医学生・医療者に人類学を教育するのみならず、その実践から人類学者が学び、それによって新たな形の人類学をつくりだす場にもなっている。これまで症例検討会を通じた医学生向け社会科学教育の実践報告はあるものの [e.g. Priel & Rabinowitz 1988]、それがどのように人類学を (再) 形成しているのかという側面は十分に検討されていない。本稿では、医療者向け人類学教育の実践報告にとどまらず、医療者との協働実践の中でどのような形の人類学が生成されつつあるのかという、人類学の可変可能性 [伊藤 2012; Ito 2016] について考察していきたい。そのために以下、医療・医学教育との関係の中で生成しつつある人類学的実践を描写していく。

2 医療者・人類学者共同の症例検討会

2-1 医療者の抱える「もやもや」

医療者・人類学者合同の「症例検討会」とは、臨床現場において生物医学では理解や対処が困難であった、あるいはとりあえず対処をしたものの「もやもや」が残った事例を医学生あるいは医師が提示し、それについて人類学者を含む参加者で議論したうえで、人類学者がコメントをおこなうというものである。実際には医学的な「症例」ではなく、患者の生活や人生、社会関係などを含む事例の検討なのだが、これまでこの企画に関わった人類学者と医師とで議論を重ねた末、臨床との関連性を強調するために¹、医療者にとって

1 また、この症例検討会に関わってきた伊藤泰信は、ある回の後の反省会でこの議論になった際、この企画で「症例」という言葉を使うことは、医療者にとって症例という言葉の意味を拡げることになるかもしれないと述べている。

なじみのある「症例検討会」という用語をあえて用いている。

医療者の多くは臨床現場での実践の中で「もやもや」を抱えている。ここでいう「もやもや」とは、白黒はっきりした答えが出ない、出した答えや判断に確信が持てない、何となく腑に落ちない、あるいは論理的な判断と感情とが一致しないなどの違和感を指す。臨床実践に「もやもや」が生じるのは、臨床過程が不可避免的に不確実性をはらんでおり、医学が拠って立つ確率による判断と個別ケースとの間にずれが生じるうえ、当事者にとって「病むこと」は多義的であり、多様な解釈・判断・選択肢が可能であるためである。高齢化や慢性疾患の増加、およびそれに伴う在宅医療へのシフトにより、医療者が「もやもや」を抱える場面は増大している [星野 2018]。

しかし、明確で迅速な判断を迫られる臨床現場において、「もやもや」を抱えることはむしろ医療者としてはネガティブな評価を受けることが多いため、「もやもや」が言語化されることはめったにない。多くの医療者が「もやもや」を抱えているにもかかわらず、それを胸の内に秘めているか、考えても仕方がないこととして思考停止しているか、気づかないふりをしているのである。生物医学では扱いきれないこの「もやもや」は、しかし不確実で複雑な人間の営みを捨象せず具体的なレベルで扱ってきた人類学にとって、接近可能である場合が多いうえ、人類学者によっては接近したいと思わせるものでもある。人類学で「もやもや」を解消することはできない（し、するべきではない）かもしれないが、「もやもや」が生じている状況を言語化し考察するための視点や枠組みを提供することは可能である。医療者・人類学者合同の「症例検討会」は、普段、医療者が気になりながらもやり過ごしている「もやもや」に正面から向き合い、人類学者を含む参加者で議論することを通じ、医療者だけでは得られない新たな視点で医療現場の現象をとらえる可能性と重要性に気づいてもらうことを目的としている。

2-2 症例検討会の実際²

医療者・人類学者合同の「症例検討会」は、筆者らの対話の中で発案され、多くの医師と人類学者により実施され、評価・改善が重ねられてきた³。筆者らは、2015～18年に3大学の医学部で7回にわたり、臨床実習後半の5～6年生を対象に症例検討会を実施した。また、同時期にPC連合学会のワークショップで7回、診療所、大学病院、医学教育共同利用拠点・岐阜大学医学教育開発研究センターにおいて各1回、臨床医や教員向けに症例検討会をおこなった。医学部ではこれまでのべ約170人の医学生が参加し、卒後の医師・教員向け症例検討会にはのべ約310人の医療者が参加している。また、正味28人の医師と19人の人類学者がスタッフ（ファシリテーター・講師）として参加している⁴（表1）。以下

2 2-2は宮地純一郎と作成中の英文の論考の一部を改変したものである。

3 京都大学での倫理審査を経て「行動科学・社会科学を医学教育に組み込む方法としての医療者・社会学者協働の臨床症例検討会の開発」という研究としておこなってきた。

4 これまで筆者ら以外でこの症例検討会にスタッフとして複数回参加した人は以下の通りである。伊藤泰信、井上和興、大島植生、桑原篤憲、島藺洋介、中村沙絵、西真如、錦織麻紀子、濱雄亮、浜田明範、堀口佐知子、松井善典、宮地純一郎、宮地由佳、森下真理子、吉田尚史。また、庵谷千恵子は、これまで1回のみ参加であるが、この症例検討会の今後のあり方について検討することに大きく貢献した。

にその構造を記述する。

表1 これまで実施した症例検討会の概要（2015-18年）

対象	場所	企画名	実施回数	事例数	医師側スタッフ	人類学者側スタッフ	参加者（のべ・概算）
卒前医学生	A 大学医学部	臨床実習ふり返り	5	12	3（正味）	5（正味）	60
	B 大学医学部	文化人類学×地域医療カンファレンス	1	2	3	2	10
	C 医科大学	医療人類学（応用編）	1	1	7	3	98
プライマリ・ケア医、薬剤師等	つくば市、台東区、高松市	日本プライマリ・ケア連合学会学術大会プレコングレスワークショップ	3	4	7（正味）	8（正味）	100
	大阪科学技術センター	日本プライマリ・ケア連合学会秋季生涯教育セミナー	3	4	8（正味）	10（正味）	110
	D 医科大学	日本プライマリ・ケア連合学会第4回大阪府支部年次フォーラム	1	1	2	4	21
家庭医、看護師	E 診療所	家庭医療学・医療人類学カンファレンス	1	2	3	2	5
医師、医学部教員等	岐阜大学医学教育開発研究センター	第65回医学教育セミナーとワークショップ	1	1	3	5	18
初期研修医	C 医科大学附属病院	初期研修医まとめの会	1	1	7	5	60
合計			17	28	28（正味）	19（正味）	482（のべ）

2-2-1 症例の選択

検討会に先立ち、まず、医学生あるいは医師が人類学者に対して、検討したい症例（の候補）およびその症例についての疑問（もやもやした点）を提示する⁵。上述したように、医師や医学生は人類学に初めてふれる人が多く、また、「もやもや」を言語化したことがあまりないため、この症例検討会に初めて参加する医療者は、どのようなケースをどのように提示して良いかわからず、戸惑うことが多い。そのため、2018年以降は、2017年に症例提示をおこなった家庭医の島崎亮司が作成した表を改変したフォーマット（表2）を用いて提示してもらっている。

例えば上述の島崎は事前に以下のような4つの症例候補を提示した⁶。

- (1)10年前に罹患した脳梗塞の後遺症をもちつつ、同居していた娘の意思で自宅療養していた95歳女性が、娘の突然死後も、最も関わりが強かったヘルパーの強い希望と、その意見を尊重した孫の同意により、夜間を含め独居状態を続けて老衰のため亡くなった。このように本人と関わりが深い他の介護職の意見を家族と同等、あるいはそれ以上に意思決定のプロセスで加味してよかったのだろうか。
- (2)約10年来の慢性閉塞性肺疾患（COPD）で、呼吸不全が進行したため自宅療養が困

5 各回の症例提示者は、授業担当教員や医師側スタッフが、事前に社会的事象に関心のありそうな学生や医師に依頼しておくか、受講学生全員に臨床実習中もやもやした事例を書いてもらい、その中から選択した。

6 プライバシー保護のため、患者に関する情報を差し支えない範囲で一部フィクション化している。

表2 症例候補のフォーマット (医学生用)

学籍番号・氏名	
観察した診療科	
患者の社会的背景	家族関係などを含め、わかる範囲で書いてください。
事例の経過	思い出せる範囲で書いてください。
感じた課題・疑問 (もやもや点)	<p>医学的なこと以外で、腑に落ちない、あるいはどう対処すべきか判断に迷った点などを書いてください。例えば…</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者あるいは家族がなぜそのような言動をとるのか理解が困難である／だった ・医学的に推奨されることと患者・家族の希望が合わず、ジレンマに悩んでいる／悩んだ ・自分のとった／担当医師のとった対処について、「あれで良かったのだろうか」「どう行動したらよかったのか」等、割り切れない点

難となり有料老人ホームに入所した75歳男性が、排泄時の低酸素・呼吸苦の悪化から職員を怒鳴り散らすようになり、「早く死にたい」とまで訴えるようになった。苦痛緩和と自力での排泄の意思尊重のどちらを優先すべきか判断に迷った。

- (3) 気管支喘息の悪化で入院した際に前立腺がん、多発肺転移、骨転移が認められるも、家族の強い意思で病名を告知しないまま看取りとなった在日韓国人の76歳男性。この家族はなぜここまで病名告知に過敏だったのか。
- (4) 生活保護を受けつつ独居していた68歳男性が、原因不明の浮腫・腹水で救急搬送されるが、身体障害者の娘との面会のため自宅療養を希望して退院。しかしその後、生命予後が週単位と予測された際、同地区で数か月前に自宅で3名の孤独死があったことを理由に、市役所職員が警察を巻き込んで本人を説得し、病院搬送となった。本人の望みを叶えることはできなかったのか。

このように提示された症例候補が複数あれば、その中から検討する症例を、人類学者が医療者と相談しながら選択する。これまで症例検討会に参加した人類学者で議論を重ねる中で、症例選択の際にはおおむね以下のような基準に基づくことが了解されていった。

第1に、文化人類学的な議論につなげやすい症例を選ぶ。人類学（・社会学）的な概念や考え方をを用いて分析・考察すると、医学生・医療者にとって新たな視野が開けるような事例である。これまでには例えば「ナラティブ」や「コンテキスト」、「社会的役割」や「贈与と交換」などといった概念や考え方がとりあげられた。医療者が挙げてくるケースは倫理や多職種のカンファレンスでも扱いうるようなものが少なくないが、人類学ならではの視点や強みが活かされる可能性のあるものが望ましいとされた。

第2に、上記のような議論が初学者にとってわかりやすいものを選ぶ。人類学の議論につながっても、人文社会科学的な知識のない人にとってその議論が難解すぎるものは選択肢から外す。

第3に、医療者が今後の臨床実践において知っていると役立つような考え方や視点と関連するケースを選ぶ。人類学的な議論につながっても、それが臨床医にとってもつ意味を見出し難いものは選択しない。また、可能であれば、あまり特殊なケースではなく、多くの医師が体験する、あるいは体験したことがありそうな、ある程度一般的なケースを選ぶ。

第4に、参加者が興味を持ちそうな事例を選ぶ。ここでいう参加者とは、医学生あるいは医療者、および人類学者の双方である。特に医学生・医療者にとっては、事例のようなことが自分事として受けとめられ、議論が盛り上がりそうなものが望ましいとされた。

これ以降は必須の条件ではないものの、可能であれば、第5に、症例提示者が背景情報をもっていそうだと思われる事例を選ぶ。後述するように、議論を深めていくにあたり、人類学者から症例提示者に対し、社会的文化的な追加情報をリクエストしていくが、それに症例提示者がある程度応じられそうなケースを選ぶ。

第6に、文化人類学の「ステレオタイプ」にはまりそうな事例はあえて選ばない（選んではいけないというわけではない）。医療者の間で人類学の認知度がほとんどない状況で、例えば外国人患者などの「国際的」な事例や精神科の事例は、文化人類学の「守備範

困」が特定のテーマに限定されるという誤解を与えかねないと危惧し、これまで私たちはあえて選ばないようにしてきた。

例えば、先に列挙した4つの症例候補はどれも重要な論点が含まれている。(1)は、ともすると意思決定という倫理的な問題になりがちなケースだが、「正しさ」も状況に依存するという点に着目し、娘やヘルパーの主張の背景を掘り下げていくと新たなことが見えてくる可能性がある。また、娘の死後もヘルパーを介して物語が続いていった点は興味深い。しかし、背景を探っていくと、娘夫婦自身も身体障害者であり、娘婿は娘の死後、自殺しているなど、多様な要因が複雑に絡んでおり、焦点を絞りにくい。(3)の告知の問題はある程度一般的であり、扱いやすいテーマではあるかもしれないが、似たような意見が出て議論が深まらない可能性がある。また、在日韓国人の事例という点では、特殊なケースであるような印象を医療者に与えかねない。(4)は孤独死をめぐる価値観と制度論の問題で、臨床的課題とは異なる議論になる可能性がある。

このとき症例検討会に参加した人類学者5人が、事前にこうした議論の末に選んだのは(2)であった。呼吸苦と排泄への意思のジレンマである(2)は、病者本人の生々しい「生」(ライフ—生命、生活、人生)の苦悩(サファリング)に正面から向き合う事例であり、医療者も人類学者も関心を持ち、議論が盛り上がることで予想された。医療人類学的なテーマともフィットし、かつ、多くの医療者が経験する(したことがある)であろう重要なテーマであるため、この事例が採用された。

このように、この症例選択の過程は、臨床現場で立ち上がった問題と人類学との接点を探る非常に重要な局面となっている。その過程で人類学者たちは、様々な素材を与えられ、どれを用いてどのような料理を医療者とともに作っていくかを考える。そこでは、どの素材が最も人類学の持ち味を引き出しやすいか、つまり「人類学的」とはどういうことを考えると同時に、その料理を作ること、味わうことが医療者にとってどのような意味を持つと予想されるかを考えることになる。

2-2-2 症例から事例へ

次に、症例を提示する医学生／医療者にスライドを作成してもらおう。彼／彼女らが最初に作成するスライドは、臨床診断の症例検討会におけるスライドよりは患者の社会的背景などが詳しく書き込まれているものの、人類学的な議論を深めていくためには文化的・社会的側面に関しての厚みが不足している。そのため、人類学者が事前に患者の社会関係や人生史などに関して症例提示者に質問し、適宜、臨床現場やカルテ、他職種などから情報を(再)収集してもらって発表スライドに追加してもらおう。興味深いことに、こうしたリクエストに対し、医学生・医療者たちはある程度応えられる。医学生は現場での経験が少なく、また、臨床実習のローテーションの流れの中で、事例の現場に戻って情報収集をすることができないため、追加できる情報は限られるものの、全く情報を追加できなかったということはこれまでなかった。医学生・医療者は、そうした情報を持っているにもかかわらず、その重要性に気づいておらず、最初のスライドには組み込まないのである。

上記の排泄の事例については、以下のようなことをリクエストした。

- ・ 排泄に関する意思の背景
- ・ 医療・福祉等のような専門家がどのように関わり、どう考えていたか
- ・ 「家族背景」「個人背景」というタイトルのついたスライドの「個人背景」を「人生史的背景」とし、この人の人生をもう少し深く掘り下げることが可能か
- ・ それぞれの記述の根拠。例えば「会社ではワンマンであったが、社員に対する面倒見がとても良い人であった」「努力を惜しまない人で何事も諦めずに粘り強く対応する人であった」などといった書き方がされていたが、誰がそのように表現したのか。また、それらに関する具体的なエピソードなど
- ・ 「家族背景」は「社会的背景」とし、家族との関係についてももう少し具体的に掘り下げる他、家族以外の社会関係がわかれば追加する
- ・ 課題が「臨床倫理の4分割法」⁷に当てはめて整理されていたが、この症例検討会では倫理の症例検討会とは異なる視点で事例を検討するので、今回はこの枠組みを使わないことを提案
- ・ 抗不安薬の処方の際に、患者本人や家族とどのようなやりとりがあったのか
- ・ 「抗不安薬の投与にてイライラがやや軽減される」とあったが、イライラの軽減が抗不安薬の投与によるものかといえる根拠は？

追加情報は、最初に作成したスライドの最後のスライドの次から付け足してもらおう（例えば最初に20枚のスライドができていたとしたら、21枚目から追加情報のスライドを加えてもらう）と、当日の小グループ討議を2段階にすることができる。つまり、まずは最初に作成されたスライドによる症例提示に基づいてディスカッションをおこない、その際、それについて考えるには他にどんなことを知る必要があるかを考えてもらったうえで、追加情報を提示してもらい、さらに議論をするのである。こうすると、医学生や医療者に文化的・社会的側面への視点の移動ないし視野の拡大を体験してもらうことができる。ただし、追加情報がそれほど得られない場合や、検討会の時間が短い場合は、最初のスライドに書き込む形で情報を追加してもらうこともある。

また、初めて症例提示をする医学生や医療者にとって、症例提示の最後に提示する「問い」を立てることは困難であるため、それについてもサポートする。この「問い」は、症例提示者がもやもやした点であり、かつ、症例検討会の小グループ討議で議論する際に考えてもらうことである。あまり複雑であったり多岐にわたったりすると小グループ討議をしにくいいため、できるだけシンプルで議論しやすい問いが望ましい。ただし、事例に則しており、しかも、文化人類学的な考察につながりうる問いである必要がある。例えば、「この患者はなぜこのような言動をとったのか」「この事例ではどうすべきだったのか」などがこの症例検討会でよくある問いである。上記のケースでは当初、症例提示者は「患者本人が希望する対応法が明らかに命の危険にあるときにどこまで尊重すべきか？」

7 臨床倫理カンファレンスなどで用いられ、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の4つに分割した表を作成して課題を整理する方法。本特集の倉田論文参照。

「排泄に対するスピリチュアルペイン⁸は鎮静の対象となるのか？」という問いを立てていた。しかしこれでは一般的な倫理的な是非に焦点が当たってしまうため、あくまでこの事例の患者に焦点を当て、「なぜ本患者はここまで自力での排泄にこだわったのか？」という問いに変えてもらった。

事前のこうしたやりとりによって、「症例」は人類学的な視点によって加筆修正され、「事例」へと近づいていく。情報を収集するのは医師であるため、そこにはもちろん限界はある。しかし、このプロセスで人類学者の質問に答えるべくカルテを見直したり、足りない情報を患者・家族や他職種に聞いたりする中で視点の移動を体験し、それまで気づかなかったことに気づいたという医療者は少なくない。例えば上述の島崎は、患者のイライラが最後に軽減したのは抗不安薬の投与によるものだと考えていたが、スライド作成の過程で人類学者からその根拠を問われ、他職種の人びとに尋ねたところ、看護師や介護士は別の考えをもっていたことを知る。彼はこのスライド作成過程をふり返り、「「家庭医」と自負をもって家庭背景を知っているつもりであったが、文化人類学という側面（というか医学以外からみた側面）からするとその人のことを全く知らないことに気づかされた」と述べている。筆者らと協働してこの症例検討会を実施してきた家庭医の宮地純一郎は、ともに作成中の別稿で「人類学者の問いかけを踏まえて情報収集する段階は、人類学者の指導の下に、医療者が超短期間のエスノグラフィを体験することで、現象の社会科学的な探索の仕方の初歩を学ぶプロセスということもできる」と述べている。

2-2-3 症例検討会当日

当日は、人類学のごく簡単な概説講義、および医学生／医師による症例と疑問点（問い）の提示の後、参加者は提示された問いについての小グループ討議をおこなう。各グループには可能な範囲で人類学者もファシリテーターとして参加する。その後、グループ討議の内容を全体で共有したうえで、プレゼンターが追加情報を提示する。それに基づき、さらに小グループ討議とその内容の全体共有をした後、最後に人類学者によるコメントが提示される。これまで試行錯誤してきた経験に基づけば、トータルの時間は、医学生は1事例につき90分、卒後の医師の場合は3時間ほどが適当であることがわかってきた⁹。

特にプライマリ・ケア医対象の症例検討会では、人類学者が驚くほど活発な議論がなされる。提示された問いに対する答えを導き出すには情報が不足しているものの、というより、むしろだからこそ、「……かもしれない」「～という可能性もある」など、様々な可能性に思いを馳せる余地が生まれる。経験を積んだ医師であれば、過去に経験した類似の事

8 終末期ケアにおいては、死に臨む人々の苦痛が身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛の四側面を持つ「全人的苦痛 (total pain)」として理解され、それぞれへの対処が行われる。村田久行はこのうちスピリチュアルペインを「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義している [村田 2011: 1]。

9 筆者らはこれまで、授業やワークショップの枠に応じて、1事例につき最短で90分、最長で4時間の間で試行錯誤してきたが、臨床経験の少ない医学生は議論がそれほど長く続かず、逆に臨床経験の豊富な医師には90分では不十分であった。

例を思い出しながら、「私ならこうする」などといった意見を述べることも少なくない。

プライマリ・ケア医対象の症例検討会ではないが、例えば上記の排泄の事例を扱った症例検討会では、ディスカッションにおいて以下のような意見が出た。

- ・「毎日排便がないといけない」ということにこだわるのは「思いこみ」？「生活の規律」？「絶対に譲れない信条」？
 - ・「排泄」に対する解釈をチーム内で共有したか？
 - ・死を覚悟した発言が当初からあったが、身体機能が弱まる中で「認識としての死」から「身体としての死」を感じ始めたのでは？ その体験から「下の世話＝死」という解釈をし、死への恐怖からスタッフへの攻撃につながったのでは？
 - ・排泄にこだわることに関係する過去の体験があったのか？ 患者の幼少期の体験や友人・親族の介護の体験など。その体験から独自の排泄観につながったのでは？
 - ・排泄を他者にやってもらうようになることを「喪失体験」ととらえると、過去の体験・その解釈を知っておく必要があるのでは？
 - 会社を次世代に譲る時どのような体験をしたのか？
 - 糖尿病の管理（複雑なインスリン管理）を手放すことも本人にとって「喪失体験」になっている可能性がある
- こういった喪失体験の重なりから排泄問題で爆発した可能性もある

こうした議論を通じ、例えば上記の後半の意見のように、患者の言動の背景を探っていくことにより、それが患者の人生史や社会関係（医療者を含む）の文脈の中で意味を持っている可能性が見出されていく。

そのうえで、最後に提示される人類学者のコメントは、問いの答え（もやもやを解消するもの）ではなく、それを考えるにあたってヒントになるかもしれない考え方の紹介や、膠着状態に陥っている臨床家たちの視点をずらすための問いかけなどである。コメントする人類学者はその事例を実際に観察したわけではなく、あくまで医療者目線で提示されたものに対してコメントするため、言えることには限界がある。しかし、それでも医療者だけで議論しているときには出てこないような視点や考え方を提示することで、医学生や医療者にとって新たな学びや気づきが生まれることを目指す。上の事例では、症例提示や医療者同士のディスカッションで「スピリチュアルペイン」や「臨床倫理の4分割法」、エリザベス・キューブラー＝ロスの「死の受容」などといった医療者にとってなじみのある枠組みにとらわれていた（あるいはそれらによってわかったつもりになっていた）医療者に対し、別の視点を提供するのである。

その際、企画側の医療者からは、できるだけ初学者にとってわかりやすい平易な言葉で、しかしきちんと出典を示しながら話すことにより、それが学問的な裏づけのあるコメントであることも示すことを求められた。そのことにより、これまで少なからぬ医療者が、日々の臨床で悩んでいた、しかしじっくりと議論することのなかった様々な事柄を考えるうえでヒントになる学問があることを知ったと言ってくれた。中には、人類学者のコ

メントを聴きながら、紹介された人類学の書籍をその場で注文する人もいるほどである。

症例検討会に参加する人類学者が複数いる場合は、2人程度の人類学者がコメンテーターを務めると、多様なコメントを提示できる¹⁰。医学生や医療者の多くはどこかに唯一の正解があると思いがちだが、医療現場には正解が1つではない問題がたくさんある。ディスカッションですでに医療者の間でも様々な意見にふれたところに、人類学者が「人類学的にはこんな見方もできる」「また別の視点では…」とさらに別次元のコメントを複数提示すると、多様で多角的な視点の可能性に気づくことができる。例えば上記の症例検討会では、まず島藺洋介が、病いの経験を生（生命・生活・人生）の変容ととらえる視点、および排泄物を身体の境界を揺るがすものとしてとらえる視点を紹介し、自己の自律性の象徴となりうる排泄の管理を他者に依存することは他律性を象徴するため、この患者が排泄にこだわったのではないかという仮説を提示した。次に、浜田明範が、理学療法は自律的な自己を維持できる（と患者が思っている）のに対し、介護介入は自己を「補助されるもの」に変えていくといったように、周囲の関わり方によってこの患者がどのような存在となるかが異なることを指摘し、患者にとって問題は死よりも生のあり方であると述べた。

他方、複数の異なるコメントは「それでは結局どのように考えればよいのだろう」と、かえって「もやもや」を増し、参加者を困惑させる可能性もある。したがって、たとえ対立するコメントが提示されたとしても、メタレベルでは共通するポイントを Take home message として示すことが重要である。このことに私たちが気づいたのは、まさに上述の症例検討会の後のふり返りの時間であった。上の事例であれば、アプローチは異なるものの、島藺も浜田も自己のあり方の変容に着目し、それを医療の普遍的な枠組みではなく、その患者と周囲の人びととの関係や人生史の文脈の中で考察することの重要性を主張している。複数の（一見対立する）コメントが提示された場合は、このように落としどころを示すことで、参加者の困惑を軽減するとともに、人類学のエッセンスを伝えることができると思われる。そしてそのことは同時に、人類学者にとって、医療者にこれだけは伝えたい、というエッセンシャル・ミニマムとは何かを考える機会にもなるだろう。

2-3 事例とコメントの特徴

これまでに症例検討会で扱った 28 事例の概要とそれに対する人類学者のコメントを表 3（医学生対象）と表 4（卒後医師対象）にまとめた。多種多様な事例が扱われてきたが、そこにはいくつかの特徴を見出すことができる。

第 1 に、医学生・医師ともに多くみられるのは、医学的な判断や「一般的な」社会常識とされていることと逸脱する患者や家族の（不可解な）言動に対する違和感に関するものである（S4, S5, S10, D3, D4, D5, D6, D7, D10, D11, D12, D13）。これに対する人類学者の

10 コメンテーターを 3 人立てたこともあったが、多すぎたという意見がスタッフからも参加者からも出た。ワークショップ全体における時間配分や、コメントが重複しないようにすることなどを考慮すると、2 人が妥当な人数と思われる。

表3 検討した事例の概要とそれに対するコメント（卒前医学生対象）

	日付	場所	事例概要（問い）	コメント
S1	2015/1/8	A 大	がんやエイズなどの病気の受け止め方が国や人によってなぜ違うのか	社会的・文化的・政治的・経済的状况による病気観・価値観・死生観の違い
S2	2015/1/8	A 大	医師と患者、患者家族内で意見が違う場合の終末期に関する意思決定	決定の分担（IC）ではなく共同決定の重要性、医師－患者間の知識の差ではなく違い
S3	2015/1/8	A 大	認知機能が低下した身寄りのない患者の治療方針決定	親族以外の人との社会関係
S4	2015/10/30	A 大	子宮がんを抱えながら子どもがほしいと言う患者への対応	ナラティブ
S5	2015/10/30	A 大	車へのこだわりが強く高速道路に入ってしまう自閉症児とその母への対応	ドミナントストーリー、オルタナティブストーリー
S6	2015/10/30	A 大	がん治療中の入院患者との対話のあり方	医師－患者関係、会話のフレームの転換
S7	2016/7/1	B 大	患者の「ふらつく」という言葉を医学用語に変換できなかったこと	言葉の意味、コンテキスト、病いの語り
S8	2016/7/1	B 大	ビデオレビューでの客観的評価と自分の中のイメージとのずれ	ビデオを参加者で見て観察演習、身体診察と医師－患者関係
S9	2016/10/27	A 大	多臓器転移のがん患者への対処（ICの妥当性、本人は満足しているのか）	ナラティブ
S10	2016/10/27	A 大	たびたび救急車を呼ぶ自閉症者への対応	（時間の関係でこの事例に対するコメントの講義はなし）
S11	2017/10/17	A 大	医学生はどこまで医療者か	正統的周辺参加
S12	2017/10/17	A 大	自宅に帰りがたっていたが疼痛ケアも十分でずに病院で亡くなった末期肺癌患者のケアの妥当性	選択の論理とケアの論理
S13	2018/7/28	C 医大	脳動脈瘤の予防手術後、脳梗塞を起こし、ネガティブな発言をする患者にどう接すれば良いのか	疾病と病い、説明モデル、生活世界の収縮としての病いとそのケア
S14	2018/10/16	A 大	合理的・科学的な判断ではなく、患者・家族の感情や気分で治療方針が決まっていくことに対する疑問	科学的知識とは別のものとしての臨床実践における知
S15	2018/10/16	A 大	病気が患者、その家族やパートナーの人生にとってどのような影響を与えたのか	いまだ結末がわからない物語としての病いの経験

表4 検討した事例の概要とそれに対するコメント（卒後医師対象）

	日付	企画名	症例概要（問い）	コメント
D1	2015/6/12	PC 学会プレコ ングレス WS	住職の看取り：住職・公職の幹部 という立場に期待される終末期の 過ごし方をされたのではないか	社会的役割と個人の生の相克、時代による死 のとりえ方の違い、日本における死に関する 人類学的研究、死に至るプロセス
D2	2015/6/12	PC 学会プレコ ングレス WS	全員が障害や病気を抱えた家族へ の医療的介入の是非	記述のエスノグラフィックな美しさ、患者の 主体性の回復
D3	2015/11/8	PC 学会秋季セ ミナー	ストーマをつけて「良かった」と いう患者への違和感	ライフヒストリー、言行不一致、医師－患者 の非対称性、身体の境界とけがれ
D4	2015/11/8	PC 学会秋季セ ミナー	宗教活動に熱心な一方、母親のケ アをしない家族への違和感	cultural competence、新宗教、現世主義、妹 の力、家族イデオロギーと実態とのギャップ
D5	2016/2/10	家庭医療学カ ンファレンス	モノが（異様に）堆積する家	その家族と地域社会との関係、家族の歴史と 家屋との関係
D6	2016/2/10	家庭医療学カ ンファレンス	夫の認知症発症を機に心身の諸症 状を訴えるが服薬や入院を拒む女 性への対応	女性の家族関係、システム論的捉え方
D7	2016/6/10	PC 学会プレコ ングレス WS	膠着状態の患者への対応（上記の ケースのその後）	家族の歴史と社会関係（母としての役割から 妻としての役割へ）、患者は何を守ろうとし ているのか（ウチとソト）
D8	2016/11/6	PC 学会秋季セ ミナー	全身性エリテマトーデス（SLE） で大学病院のセカンドオピニオン （SO）外来に来院患者への対応	患者のロジックと医師（診療科）のロジッ ク、ナラティブ（病いの物語の探求が行われ る場としての SO 外来）
D9	2017/5/12	PC 学会プレコ ングレス WS	病状の進行する患者に、医師とし て、何を目的として、どのよう に、どこまで関わるべきか	贈与と交換および医師－患者関係、＜身体的・ 社会的にもはや～できない＞ことの経験として の病いと新たな＜できる＞を引き出すケア
D10	2017/7/22	第 65 回医学教 育セミナーと WS	COPD 患者の呼吸苦とトイレに自 力で行く意思の尊重との間の葛藤	排泄介助に伴う自己の地位の変容、服薬に伴 う自己理解の転換、対処法の選択による患者 の生のあり方の多様性
D11	2017/11/12	PC 学会秋季セ ミナー	ステロイドで母の状態が悪化した とし、医学的効果の考えにくいサ プリメントを使用したという薬 剤師の娘とのコンフリクト	治療の複数の選択肢に関する知識の同一個人 の中での共存、母の死の（非）受容、ナラテ ィヴ（結末を知らない読者、仮定法化的要 素）
D12	2018/1/27	PC 学会大阪府 支部年次フォ ーラム	様々な症状を薬の副作用に結び付 けて服薬を控え、家族に負担をか けたくないとして透析を差し控え る患者と、それを受け入れる家族	relational autonomy、ローカルバイオロジー ズ、輸血・透析・薬剤の使用によって人格＝ 身体が脅かされるという患者の感覚（社会的 身体）
D13	2018/2/24	初期研修医ま とめの会	前医からの薬を自己中断し、担当 研修医に大量の贈り物をする糖尿 病性腎症の患者	アドヒアランスとインテリジェンスは別、贈 与と交換

コメントは、そういった一見すると非合理的な言動も、その人の人生や社会関係の文脈の中で意味をもっているという可能性を示唆するものが多い。

第2に、医学生が選ぶケースには、治癒の見込めない患者への対応の難しさに関するものが4例含まれている（S6, S9, S12, S13）。これに対しては同様にコンテキストに着目し、その人の置かれた文脈によって医療者がとるべき対応は異なることを指摘したり、ケアに関する人類学的な考え方を紹介したりといったコメントがなされている。

第3に、同じく医学生のケースには、多様な選択肢と価値判断の可能性への戸惑いに関するものがある（S1, S2, S14）。これについての人類学者のコメントは、やはり同じくコンテキストに言及するものの他、意思決定における患者の知識不足を指摘する学生に対し、医師と患者の知識を相対的に見る視点の必要性を説くものが見られた。この第2・第3のカテゴリーは、臨床現場に出たばかりの学生が、それまで教科書で学んできた医学では対処できないことに対する戸惑いを表しているともいえよう。

卒後の医師ではこうした戸惑いをとりあげる人はいなかった一方、医療的介入や医師としての役割の範囲についての疑問を提示する者がいた（D2, D9）。いずれも家庭医であり、患者の家族や生活に密接に関わっていく中で、医療化の是非や、医師として何にどこまで関わるべきかを自省していた。これに対する人類学者のコメントでは、医師-患者関係を考えるヒントとして贈与と交換の考え方を紹介するものや、患者の現象学的状況に応じたケアのもつ意義を指摘するものなどがあつた。

こうしたコメントにより、「症例」に対する参加者の見方に何らかの変化が生まれる。あるいは医師の考えが及ばなかったことを人類学者が問い、新たな気づきや仮説が生まれる。特に、医師が当然のこととして疑問にも思わなかったことをあえて問う人類学者の質問はインパクトがある。例えば、D3の「ストーマをつけて「良かった」という患者への違和感」に関する事例について、提示した医師は患者にばかり焦点を当てていたのに対し、島藺洋介は「担当医はなぜ違和感をもったのだろうか？」と問うた。また、D7の「夫の認知症発症を機に心身の諸症状を訴えるが服薬や入院を拒む女性」に関する事例についてコメントした濱雄亮は「患者は何を守ろうとしているのか」という問いを投げかけた。これらの問いは素朴な疑問のようにも見えるが、医師たちが「稲妻に打たれた」と表現したほどの衝撃を与えたようである。

症例検討会での議論やコメントは、医療人類学に限らず、むしろ文化人類学的な内容のものが多い。また、それらは人類学の先端的な知見に基づくものでは必ずしもなく、初歩的なものや古典的なものも少なくない。例えば上記のように、この症例検討会でよくおこなわれる、事象を社会的文化的文脈の中に位置づけるという作業は、人類学者にとっては当然ともいえる基本的な事柄といえよう。しかし、そうした訓練を受けたことのない多くの医療者にとって、人類学的視点や概念は新鮮であり、中にはそれを知ったことによって「救われた」という者もいるほどである。何度も症例検討会を重ねる中で、参加する人類学者たちは、事象を社会的文化的文脈の中に位置づけるということが医療者たちにとってもつ意義の大きさを実感していった。

2-4 PC 連合学会関連のワークショップ参加者の感想

卒後の医師向け症例検討会ではほぼ毎回の終了後、参加者に無記名自由記述式のアンケート¹¹をとっている。参加者の反応は会の最中にある程度観察でき、また、アンケートからわかることには限界があるものの、そこから学べるものも少なくない。私たちは毎回のアンケートによって、参加者が求めているものや会が達成できたこと・できなかったことなどを確認し、会の運営方法や、症例提示およびコメントの内容・方法などを改善してきた。このアンケートは、この症例検討会で「おこなう人類学を形作る」過程における医療者とのやりとり（correspondence）の一部ともいえよう。このうち、岐阜大学医学教育開発研究センターで開催した症例検討会と、C 医科大学初期研修医向けの回のアンケート結果は後述することとし、ここでは PC 連合学会関連のワークショップでとったアンケートの結果（合計 124 人分）¹²を検討する。なお、医学生向けのアンケート結果についても後に紹介する。

2-4-1 何を期待して参加したか

PC 連合学会のワークショップや生涯教育セミナーは、プライマリ・ケア医にとっての生涯教育の場となっており、家庭医の資格更新のために必要な単位も認定される。したがって、中には単位のために参加する医師もおり、特に期待せずに「何も知らないで参加した」という人もいる。しかし、数あるワークショップの中から人類学者と共同の症例検討会を選択した理由としては、「普段勉強しないような内容だったので」「医療人類学という言葉が目新しくおもしろそうであった」（いずれも病院勤務）と、物珍しさに言及する回答が見られた。

他方、既述したように、人類学にもともと興味があったという医師も少なくない。そのような人は「深い人間の理解をもつことができれば」「人間の行動様式の背景にあるものを知りたい」「医療人類学」はリアルな場でどのようにディスカッションされるのかが知りたくて」などと述べている。

最も多いのは、臨床に役立てたいという動機である。「人類学の視点が、われわれの臨床にどのように還元できるかを模索したかったから」「医学からのみの視点で対応が難しいケースを多々経験するため、そこからの脱却 or/and 少し改善に近いことへつながるきっかけがほしかったから」（病院勤務）、「開業医としての立場で診療に関わる中で、疾患という背景以外に家庭・社会背景など（中略）を学ぶ機会がなかったのでこの機会に学べればと

11 卒後医師向けワークショップでのアンケートの質問項目は以下の通りである。

1. なにを期待してこのワークショップに参加されましたか？
2. 今回のワークショップでよかったと思った点をお書き下さい
3. 今回のワークショップで、改善した方がいいと感じた点をお書き下さい
4. 今回のワークショップで気づいた／学べたと感じた点をお書き下さい
5. その他気づいたことを何でも書いて下さい
6. ご所属を教えてください（医学生 診療所勤務 病院勤務 大学勤務 その他）

12 このうち所属を記入したのは医学生 2 人、診療所勤務 24 人、病院勤務 50 人（うち薬剤師 1 人）、大学勤務 24 人、その他 9 人（うち調剤薬局 3 人、開業医 2 人、大学院生 1 人）であった。

考えた」などの回答は、日々の臨床で抱える悩みを解決するヒントを求めていることが伺える。特に「地域を扱うのに、医療人類学が役に立つのでは、と思ったので」「地域による医療の考え方、期待度が医療者、医療関係者、住民の方々によって違いがあり、共通言語が見つからない中で、文化人類学的視点で何か解決の糸口があるかとも思い参加した」「将来離島／僻地診療所で働く予定なので、その時家庭や地域に関わる際の一つの視点を得られればと思った」など、地域医療に関わる医師たちからの期待が高い。その他、心身医学や在宅ホスピス緩和ケアなどに関わる医師なども人類学に関心を持って参加している。

臨床に具体的に役立つかどうかは別として、新たな視点や枠組みにふれたいという動機の参加者も少なくない。「医療化された自分のアタマをときほぐす」「病態・疾患中心の症例検討会の幅を広げたい」「家庭医と医療人類学者の視点の違いについて知りたかったため」「これまでの診療の枠を超えた概念を知ることができれば（中略）もしくは、実際の実地で感じていることが言語化されれば…」などがそれにあたる。

2-4-2 よかった点

次に、この症例検討会に参加してよかったと思った点については、まず、「人類学の先生の話はとても新鮮で驚きに満ちている」「初めて聞いた単語がいくつもあったことなど、違う世界が見られて面白かった」「読みたい本や深めたい分野に出会えた」など、未知のものと出会えたことへの素直な喜びが挙げられる。また、「想定していなかった指標を教えられた」「医療者のとらわれている視点の外が見えた」「患者の人生、歴史や家族との関係性に着目する視点を得られた」など、新たな視点を得られたことを挙げる者も多い。それと同時に「今やっている治療が本当に患者にとって良いことなのかを考えてしまった」「科学的価値観のあり方について考える機会ができた」などの自省的な感想も見られる。

生物医学以外のことについて議論することに対する肯定的な意見も多い。「普段は深く話をする時間のない話題について話ができ」「Biological でない問いを立てることができ、それを堂々と Discussion できること」などは、そうした議論が実は渴望されていたことをうかがわせる。とりわけ「もやもや」に正面から向き合うことについて、「日ごろもやもやしていても胸の底に沈めているようなことを共有するとともに、あきらめるとは違う未来に向かう方向が生まれていると感じられたこと」「もやもやをみんな解決せずに味わう¹³のは面白いと思った」などの感想が目につく。「普段漠然とやっている自分の習慣に言葉の枠がたくさん与えられた」といった、言語化する枠組みが得られてよかったという声も少なくない。

「人類学者の人がたくさんおられて医者と交流するというそれ自体が異文化交流になっていた」という回答に表されているように、この症例検討会は異分野・他領域との交流の

13 ファシリテーターの1人で家庭医の松井善典が症例検討会中に述べた「もやもやをすっきりさせることばかり考えるのではなく、味わうことも重要ではないか」という秀逸なコメントに影響を受けたものと考えられる。

場にもなっている。他にも「これまで異文化だと思っていたことがつながったところを見れた」「家庭医療と文化人類学の親和性を、論理というよりも感覚で飲み込むことができた」「当学会との学際的な分野として、存在感のあるWSだった」などがある。他方、「異文化交流」は医療と人類学との間のみにとどまらない。「small group」でのdiscussionで、他の参加者から刺激を受けられたこと、「異なるsettingで働いている医療従事者の方とdiscussionできたこと」が良かったという声もある。

その他には、「具体的な、実際のかかわりについてディスカッションしたうえで、異なる2人の医療人類学者からコメントや問い、というスタイルがとても良かった」「グループワークと講義と全体の感想を共有するバランスがとても良くて、(私は薬剤師¹⁴で知識不足・マイノリティーでしたので、にもかかわらず)参加しやすく、ありがたかった」など、ワークショップの構造についての肯定的な評価が見られた。

2-4-3 改善すべき点

改善すべき点として、最も多いのは時間に関する指摘である。特に90分しかないプレコンgresワークショップ¹⁵では「時間がタイトだった」「ディスカッションをより深めたかった」「ひとりひとりの医療人類学者の先生方からもっとゆっくり話を聞きたかった(ぜいたくな悩みですが(後略))」など、時間が短すぎたという声が多く聞かれた。

症例提示については「器質的疾患の評価・除外を、社会的アプローチの前にもう少し入れた方が議論に入っていきやすいように感じた」といった意見が、2016年に開催したワークショップのアンケートの中に複数あった。それ以降、症例提示の直後に医学的な質問を受けつけ、バイオメディカルな疑問を解消してから社会的側面の検討に集中するという方針に切り換えた(実際にはそのようにすっきりとはいかないのだが)。医学的に複雑な症例を扱った際には「もう少しシンプルなものでも良かったのかなと思った」という指摘があった。

グループワークに関しては、「人類学の立場からもっと発言しても良かったのではないか」といった意見が見られた。PC連合学会関連のワークショップにおける症例検討会では、グループディスカッションで誰も意見を言わないということはまずない。そこで、ファシリテーターの基本的な役割は、議論があまりにもバイオメディカルな方向に行きそうになった場合に軌道修正をすることとしている。しかし、例えば年長の医師が(相当程度の勢いで)バイオメディカルな話を続けたりした場合、年少の人類学者にそれを止めることは難しい。その結果、聞き役に徹してしまう人類学者が少なくなかったために、このような意見が出されたものと思われる¹⁶。

14 PC連合学会のワークショップの参加者には、薬剤師も含まれている。

15 PC連合学会の第8回学術大会(2017年)までは、大会の前日に多く(2017年は23)の「プレコンgresワークショップ」が開催されていた。

16 そのため、後にはグループディスカッションの中で人類学者が発言する時間を設定するなどといった対応策がとられた。しかし、人類学者のコメントはその後の講義で示されるため、グループディスカッションではコメントを述べるよりも、参加者に考えさせるような質問を投げかけることがファシリテーターの主な役割となる。

スライドや配付資料についての注文もある。知識の固定化や一人歩きを避けるため、あるいは単に準備が直前までかかったため、人類学者のレクチャーは配付資料なしでおこなわれてきたが、「スライドも印刷物でほしい」「アウトラインのレジメ（回収不要のもの）があると復習するときに助かる」などといった意見が複数ある。また、人類学者のディスクリプティブなプレゼンテーションに不慣れた医療者からは「全体的にスライド1枚の文字が多すぎる。文章でなくキーワードをしっかりと示す」といった声も聞かれる。また、初期の頃には人類学的文献の情報の必要性がわからず、省略していたところ、「適切な引用（citation & reference）」を求める意見があり、その後は出典を示すことにした。

事例ベースのワークショップであることの限界であるが、「人類学そのものがまだよくわからなかった」という感想もあった。参加者は人類学について全く知らない人から少し知っている人まで様々であり、前者にとってはわかりにくいところもあったかもしれない、という指摘がある。また、「医学への文化人類学への関与の具体的なものを言語化してもらいたい」という声がある一方、「医療と関係のない（少ない）部分も知りたかった」という声もある。また、当初は人類学の概説の講義を最後におこなっていたが、「最初もっていても良いかもしれない」という参加者からの意見や、小グループ討議がバイオメディカルな方向に向かった経験をふまえ、途中から最初におこなうようになった。

「もやもや」を解消することが目的ではない、というメッセージは伝わるものの、それでも「「こたえ」を探そうとする人にはフラストレーションがたまったかもしれない」という意見はある。それに対しては「悩んだら思い出せるような Take home message があつたらそれをつかんで帰れると思った」「最後に、皆が思ったこと、学んだことを小グループで共有する時間が（5分でいいので）あると、もやもやがはき出せていいのではないか」という建設的な意見が参考になる。

その他には、「多症例でもっとやってもらいたい。がん、障害者、精神疾患なども」「症例を増やしてほしい。できれば外国人や異なる文化をもつ人の例が希望」「医師以外の多職種で討論できるとよい」「心理学者がいてもいい」など、さらに多様な展開を求める声がある。

これらの意見をスタッフで検討したうえで、対応すべきでありまたそれが可能であると判断されたものについては対応し、会の構造や方法を改善してきている。

2-4-4 気づいた／学べた点

ワークショップに参加して気づいたり学べたりした点としては、まず、それまで持っていたものと異なる視点を挙げる回答が多く見られた。「医療人類学の理論で医療の現場の問題を解釈することのトレーニングになった」「人びと目線を探る旅」ができた」「観察者、介入者たる医療者も考察の対象となる」「個別性から普遍性を見出す視点」などがその主なものである。

初めてふれた概念やキーワードが挙げられることも多い。例えばある回では伊藤泰信がコメントの中で「医療者のロジックと患者の（生活世界の）ロジック」という考え方を紹介したところ、「ロジックの異なる人びととのコミュニケーションをとることに関し、

ギャップの違い（ママ）にもっと注意が必要であると感じた」「受診理由、病いの理解のために患者の生活世界のロジックを探ったり立ち位置の違いと共通点を理解する視点があると、何度も同じ主訴で救急外来を受診するような患者や、何を解決したいかわかりにくい患者などに提供できる医療の幅が広がると思った」などといった感想が聞かれた。このように、日常診療における臨床経験と照らし合わせて腑に落ちたり、その概念によって経験が言語化されたり、今後の実践に向けて視野が開けるような概念との出会いは参加者の印象に残るようだ。その他にも「ストーリーの筋立て」「複数の仮説」（島藺洋介のコメント）、「贈与交換」（堀口佐知子のコメント）などのキーワードが挙げられた。

「普段考えていることと人類学の世界は遠くないと思った。こういう視点を医学教育へ導入すると良いと思う」などといったように、家庭医療と人類学との親和性に言及するものも少なくない。「PCCM (patient-centred clinical method) と人類学的な見方の親和性」を挙げる人もいる。家庭医療学で用いられる PCCM には「疾患 (disease) と病い (illness)」や「説明モデル」など、人類学の知見が組み込まれている [Stewart et al. 2014] ため、これは当然のことともいえる。また、親和性に気づいてもらえるのは良いことともいえる一方、「ケアとキュアについての考えが深まった」のように既知の枠組みでとらえてしまう人もおり、そうすると人類学を学ぶ意義が感じられなくなってしまうおそれもある。「割と普段から考えることなんだなあ→ちょっと拍子抜け（学びが落ちていて／沈殿していないだけかもしれませんが）」という感想はその一例といえよう。

他方、医療の範疇や医師の役割を問い直すような根本的な気づきや疑問を述べる人もいる。「自分では、自分の興味は医学の領域では解決しないと思っていたので（かつ、「医師がやることではない」と他者に言われたので）くじけていたが、何か方法があるような気がした」というコメントからは、生物医学的問題以外の事柄が医師の関与することではないとされていること、しかしそれでは納得しない医師も存在することを示しているといえよう。また、「医療者は医療者の枠組み、アプローチで、患者さんや家族の人生からある部分を切り取り、問題点を挙げ、解決しようとする性からなかなか逃れられないこと、その解決や判断の評価をされることとのせめぎ合い（“問題”として挙げたものに対して“そのままにしておく”ことが“正しい”と皆に思ってもらえるか）」「臨床医としての“役割”、どこまで医療者が介入するのか、日々の“field notes”をただ書き留めることに意味があるのか、などなど、日々感じることはあったけれど、誰ともしゃべったことがない話題について「経験からくる考察」を聞いたことが一番の収穫でした」などの回答からは、「介入しない」ことがネガティブに評価される医療の世界での医師たちの苦悩を読み取ることができる。

「もやもや」に対して必ずしも唯一の答えがあるとは限らないことについては、「人類学者の意見は臨床をやっているものからすると答えがなく（結びつかなくて）もどかしい」「もやもやを楽しむには修行が必要ですね」といった戸惑いの声もある一方、「答えは単一ではなく、気づきを丁寧に記述していくことで少しずつ見えてくるのではと改めて認識できた」「もやもやが増えることが成長につながる」というポジティブな意見もあった。

その他には、統合医療系の学会・セミナーでこうした症例検討会を取り込みたいという

意見や、糖尿病医療学でも同じような症例検討をしているといったコメントがあった。

2-4-5 その他気づいたこと

その他には、「シリーズ化など、またこのようなワークショップがあればぜひ参加したいと思った」「この視点に経営的視点が加われば面白いと感じた」「外国人の診察、異文化をもつ人の診察、宗教を重視する人の診察などについて教えてほしい。「死生観」の違いについても学びたい」など、さらなる展開を望む声が多く寄せられた。

その一方で、少数だが「主観的なアプローチ・主張が多く、科学的根拠を伴う議論は乏しかったように感じた」「2分野で研究するにあたって、共通言語をどう見出すか、という疑問も出てきた」といったように、人類学的、あるいは人文社会科学的なアプローチに対する違和感も示された。

また、「話を聞く、社会生活背景を考慮する、という当たり前のことができない医師が、(専門分化のせいで) 増えている。だとすれば「人類学」という難しいキーワードで提示しても、本当に改善が必要な層の医師には届かないような気もしました」というもつともな意見もあった。

以上から、プライマリ・ケア医向け症例検討会は、今後改善の余地はあるものの、参加者の医師たちが日常臨床で遭遇する問題を考えるにあたり、新たな視点や枠組みにふれたという期待に一定程度応えているといえよう。

2-5 スタッフの感想

卒後の医師向け症例検討会では終了後、スタッフの「ふり返り」をおこなっており、その概要も記録している。この「ふり返り」は、単に感想を言い合うだけでなく、一人が感想を言うとともにそれについて議論が巻き起こり、毎回非常に盛り上がる。この時間も医師と人類学者の大切な対話と気づきの時間であり、何時間でも議論の尽きないその様子から、参加者がその時間を楽しんでいることが伺える。話の内容は多岐にわたるが、ここではPC 連合学会関連のワークショップに参加したスタッフの感想のうち、本稿の趣旨に関連する事柄だけとりあげておきたい。

2-5-1 医師側スタッフのふり返り

まず、症例を提示した医師は既述したようにスライド作成の過程で人類学者とやりとりをする中で様々な気づきを得ているが、当日の議論や人類学者のコメントを経て、さらに気づきを深めていく。例えば家庭医の錦織麻紀子は、不可解であった患者家族の行動に、彼らにとっては合理的な背景があることを理解し、医師が「問題」とみなしたことを「解決」するのではなく「見守る」という方向性を見出し、「助けられた」と述べている。また、同じく家庭医の宮地純一郎は、医師の症例検討では圧倒的に患者に焦点が当てられるのに対し、この検討会では医療者を含めて患者を取り巻く文化が総体として検討の対象にされるという点が異なると指摘している。

本稿の著者の錦織は、PC 連合学会関連の2回目のワークショップの後、この症例検討

会が診断推論のケースカンファレンスと似ている点に気づいた。この症例検討会では人類学者および参加者の医師が症例提示者に様々なことを質問するが、それに対し、症例提示者は全て答えられるわけではなく、「それについては把握していません」などと答えると同時に、自分が立てた疑問について検討するためにはもっと別の側面の情報が必要であることに気づくということが少なくない。それと同様のことが診断推論の検討会でも症例提示者と指導医の間で起こるのである。この症例検討会は医師たちにとって、診断推論のトレーニングと類似の構造の中で人類学的なものの見方を獲得する訓練の機会となっているともいえよう。また、「訓練」について、家庭医の松井善典は、人類学を家庭医療に取り入れるためには単に知識を得るだけでなく、使えるようになるための「お稽古」が必要であり、この症例検討会はその「お稽古」の一つになると指摘する。

さらに錦織は、同様の症例検討会はプライマリ・ケアだけでなく、膠原病内科や糖尿病内科、産婦人科、小児科などでもできるのではないかと提案している。

2-5-2 人類学者のふり回り

私たちは可能な限り毎回、新メンバーにファシリテーターなどのスタッフとして加わってもらいながらこの症例検討会を実施してきた。初めてPC 連合学会関連のワークショップに参加する人類学者は、皆一様に参加者の熱心さと議論の盛り上がりに対して驚きを表明する。調査などで精神科医や大学・急性期病院の医師たちとの交流があった人、医学生を相手に授業の経験がある人も、プライマリ・ケア医の関心の高さに驚く。初めて参加した際、濱雄亮は「グループごとのディスカッションでも質問でも、いきなりトップギアに入れて内容に切り込んでくる。切実な問題に日々直面しているからか。思いのほか、生活の文脈についての理解がある」と述べている。看護師でもある大谷かがりは「どのグループも熱心ですぐに議論に入る。その熱い感じに驚いた。どの方が話をしても、すごくノートを取っている。興味を持っているというのを感じた」と言う。

プライマリ・ケアと人類学との親和性や協働の可能性についてのコメントも、症例検討会を始めた当初には多く聞かれた。濱は「「地域」という、見えづらいものと格闘・協働している」点で、プライマリ・ケア医との親和性を感じたという。島藺洋介は「人類学的なコンセプトがプライマリ・ケアの臨床にどのように役立つのかという方向と、プライマリ・ケアの現場から出た問題を人類学的手法・質的研究に発展させるのか、という方向、いずれについても、いろいろな可能性を感じた」と述べている。

ふり回りでは各人類学者の講義についての批評もおこなわれる。既述したように、一つの症例にも様々な論点が含まれており、どの側面にどう着目し、どうコメントするかは人類学者によって多様になりうる。そのため、別の人類学者の異なる角度からのコメントは、人類学者にとっても興味深い。同様のことは「人類学概説」の講義についてもいえる。人類学について何も知らない人のために、その後の議論が大きくずれないように、しかしその議論の「答え」を示さない程度に、ほんの10分程度で「人類学とは」を説明する（しかも他の人類学者の前で）のは容易ではない。これもこれまで様々な人類学者が担当してきたが、方法論を強調するもの、学説史の基本を概説するもの、システム論的に他

の学との違いを説明するものなど、多種多様な「概説」となる。それを聴き、その後のふり返りでその講義について医療者とともに検討することは、人類学者同士の学び合いの機会にもなっている。

3 より広範囲での展開に向けて

3-1 医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂を受けての展開

私たちがこの症例検討会を始めて2年が経った頃、医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、「コアカリ」）が改訂され、人類学が卒前の医学教育に組み込まれることとなった（その経緯やコアカリの具体的な内容については本特集で星野が詳述している）。日本文化人類学会では「医療者向け人類学教育連携委員会」が組織され、以降、筆者らも委員として、人類学を具体的にどのように医学生に教育していくかを検討してきた。しかし私たちはそれ以前から、この症例検討会が卒前医学教育でも有効な手法となる可能性を感じていた。

社会科学を卒前医学教育カリキュラムに取り入れる動きは諸外国にも見られるが、各国とも必ずしもうまくいっていない [Benbassat et al. 2003; Isaac & Rief 2009; Litva & Peters 2008]。その要因の一つに、医学生が社会科学と臨床との関連性を感じにくいということがあり、心理社会的側面に関心が向けられやすい臨床実習と結びつけた教育の重要性が指摘されている [Benbassat et al. 2003]。しかし、現場の臨床医は社会科学に必ずしも精通していない一方、社会科学者は臨床現場の状況に疎い傾向があり、双方の連携が課題とされている [Litva & Peters 2008; Satterfield et al. 2010]。

こうした文脈の中で、私たちは、医療者・人類学者共同の「症例検討会」が、臨床と関連づけた人類学教育の一つの手法となりうると考えていた。実際、私たちは表3のように、コアカリ改訂以前の段階で、2大学の医学部で臨床実習中もしくは実習後の医学生を対象にこの症例検討会形式の授業をおこない、手応えを感じていた。ただし、それは人類学に強い関心のある教員が担当する授業で、出席なども特にとらずに、つまり関心の高い学生を対象におこなってきたため、全国の医学部で全学生向けの必修の授業としておこなうには様々な障壁があることも予想していた。また、卒後の医師向けのワークショップは、患者の生活に密接に関わるプライマリ・ケア領域を中心に実施してきたため、それ以外の領域に広げていくことも課題であった。以下は、そのような状況の中でおこなわれた試みである。

3-2 岐阜大学医学教育開発研究センターでのワークショップ

一つ目の試みは、岐阜大学医学教育開発研究センター（MEDC）でのワークショップである。MEDCは、医学教育における共同利用拠点であり、毎年4回の「医学教育セミナーとワークショップ」を、岐阜のみならず全国様々な場所で開催している。このワークショップの企画は公募され、採択された企画には大学医学部や病院などで医学教育に関わる教員や医師が多数参加する。

社会科学がコアカリに組み込まれたものの、全国の医学部では実際に人類学・社会学をカリキュラムにどう組み込むか決めかねているところが多く、医学教育部門の担当者がそもそも人類学とは何かを知らない場合も少なくない。そこで、医学教育関係者の間で人類学の認知度を上げるため、そして各大学のカリキュラムに人類学をどう組み込んでいくかをともに考えるため、文化人類学会「医療者向け人類学教育連携委員会」のメンバーでMEDCのワークショップに応募し、2017年の夏のワークショップで症例検討会を実施した。当日は18名の医師や医学部教員等が参加した。1日目の午後に症例検討会を実施し、2日目の午前中には医療者と人類学者との教育・研究上のコラボレーションについての講義と小グループ討議がおこなわれた。

症例検討会はこれまでで最長の4時間おこなったが、議論は尽きなかった。事後アンケートには病院勤務医4人、大学教員8人、大学院生1人が回答した。それによれば、参加動機としては、PC連合学会でのワークショップ参加者と類似の臨床と結びつけた動機に加え、「行動科学・社会科学を医学教育にどのように組み込むかを学ぶために」「行動科学・人類学の論文の書き方、授業のおこない方（を期待して）」など、教育・研究上の動機を挙げる人が少なくなかった。良かった点としては「医療者側としては素直な症例検討なので入りやすかった」「症例を用いて患者さんの内面にふみ込んだ議論ができた」、改善すべき点としては「Questionを洗練した方が良かったかも」「ディスカッションのトピックスが絞られすぎの感じがして、(中略)学生にはちょっと難しい」などの意見があった。気づいた／学べた点としては、「正解のない問題があるということをいかに学生に気づかせるべきかが重要と思った」「人を理解するためにまだまだ学ぶべきことがあること。人から教わるべきことがあること。医療者が枠組みに当てはめるのが好き…などの特徴を持っていること」といった回答があった。また、このような症例検討会を自施設で企画することに関心があれば名前と連絡先を記入した用紙を提出してほしいと呼びかけたところ、半数の9人が提出してくれた。

2日間参加しての感想としては、「ソーシャルワーク」、「在宅ケアプラン」の作成などとセットで文化人類学を教える必要がある？」「医療人類学」をカリキュラムに導入する＝「医療人類学」という科目名を作る、あるいは人類学者が教えるということクリアするというようになるのではなく、どんな内容を教えていけば医療人類学を教えているということになるのかが明確でない。「行動科学」についてはある程度明確になってきているような状況」といった示唆に富む意見が寄せられた。

このワークショップでは、議論は活発におこなわれ、参加者の人類学に対する関心も一定程度示されたものの、実際に医学部で人類学を教えることや、それに症例検討会を用いるうえでの課題も浮き彫りになった。

3-3 C 医大での展開

飯田は2009年から2017年度まで、C医科大学で1年生向け選択科目「リベラルアーツ」の1科目として「医療人類学入門」を教えていたが、コアカリ改訂に対応するため、2018年度からそれを必修科目にさせてほしいと大学側から依頼された。それに対し、飯

田はこれまでの経験から、何らかの形で臨床実習と結びつけるか、臨床実習に出ている学年向けの授業にさせてほしいと提案した。その結果、1年生向けに8時間「医療人類学（基礎編）」、5年生向けに9時間（3日間）「医療人類学（応用編）」という授業をおこなうことになった。

このことが決まり、錦織とも相談のうえ、まず飯田がおこなったことは、C医大医学部にカウンターパートを探すことであった。既述した通り、医学生にとって実のある形で人類学教育をおこなうためには臨床と関連づけて教える必要があり、そのためには臨床医との連携・協働が不可欠であると考えたためである。飯田はそれまでも9年間、C医大で教えていたものの、臨床医とは教育上の協働をする機会を持たずにいた。しかし必修の授業を担当することになった以上、その機会を作る必要があると考えた。これまでの経験から、医学部の中でもプライマリ・ケアと関連の深い地域医療学講座には、人文社会科学的なことに関心を持つ教員がいる可能性があることがわかっていた。そのため、C医大に問い合わせたところ、総合診療科の教員を紹介され、面会することになった。面会した教員2人に症例検討会について説明し、それを5年生向けの授業でおこなうことを考えていると話したところ、2人は興味を示し、協力を快諾してくれた。また、授業の前に、初期研修医向けに開催してみることも提案され、症例提示者や医師側のファシリテーターも選出してもらうこととなった。

3-3-1 初期研修医向け症例検討会

医学部を卒業し、医師国家試験に合格した者は、その後、2年間の初期研修と3年間の後期研修を受ける。C医大附属病院には2017年度、約60人の初期研修医が配属されていた。それらの研修医対象に年度末に開催される「まとめの会」という場で、症例検討会をおこなうこととなった。学外から錦織の他、これまで症例検討会に参加したことのある人類学者、および近隣の大学の人類学者、そして飯田が指導している博士課程の院生にも応援に来てもらった。

ところが、この症例検討会では、それまでとは違う反応が返ってきた。ディスカッションはグループによって盛り上がり方に差が出た。人類学者の講義中には、熱心に聴いている人もいる一方、スマホを操作している人や寝ている人も見られた。事後アンケートには、「普段、自分たちも経験する可能性のある症例について、医療者側からの意見だけでなく、人類学という部門の全く異なった方の意見を聞くことができて良かった」「もやもや」という漠然とした感情を「学問」として「言語」として解説して頂いたというところが非常に良かった」「(自分が)全く理解できないと思う人も、その人の所属する社会・文化においては一番良い生き方をしているかもしれません。今回の会でも、自分の意見とは違う考えをいろいろ聞けておもしろかった」「人類学に関心を持った。機会があればもっと深く学びたいと思った。図書館で本を借りようと思う」などの肯定的な感想もあった。他方、「人によって価値観が違うのは一長一短あるのは(ママ)当たり前なので、わざわざ話し合うことかなと思った」「ファシリテーター(人類学者)の話が長くてポイントがよくわからなかった」などといった回答も見られた。

ネガティブな反応の第一の要因は、関心をもつ自発的な参加者を対象としてきたそれまでの症例検討会とは異なり、この会は研修医全員に参加が義務づけられていたことであると考えられる。事後アンケートによれば、「人類学について何も知らないので、新しい観点を得ることを期待した」「患者の背景を深く考えることで今後の医療行為やその説明について参考になること」「他の人（医師）の「もやもやしたこと」を聞いたかった」などの前向きな参加動機を挙げる者もいる一方、「事前に内容を知らなかった」「義務ゆえの参加」「強制参加のため」といった回答も少なくなかった。

第二の要因としては、臨床経験の少ない初期研修医にとって、最も関心のあることは明日から使える臨床技術であるらしく、問題解決に必ずしも直結しない人類学的なアプローチは何に役立つのかがわかりにくかったであろうことが挙げられる。事後アンケートには参加動機として「今後の研修や臨床現場で役に立つ考え方を学べると思った」「患者さんへの対応に苦慮したときの対応の仕方」などの実践的な期待に言及する回答があったが、「事象について解説頂けましたが、どう対応するかについては答えが出ておらず、自身で判断していくべきだと思った」「もやもやした点が理解できなかつた」「人類学の先生方の話が自分たちの専門に落とそうとしていて、本症例との関係がわかりづらかつた」などの感想が見られた。

第三の、そしておそらく最も鍵となる要因は、医師側ファシリテーターの理解が十分に得られなかつたことと考えられる。先述の総合診療科の医師たちがファシリテーターを依頼したのは、いつも彼らが一緒にC医大で研修医の指導に主にあたっている、教育熱心で研修医からの人望も厚い指導医たちであった。ただし、彼らは病理学や形成外科、皮膚科等、患者の生活や人生への関わりがプライマリ・ケア医に比べると薄い専門医であった。何より、彼らへの説明を症例検討会直前の30分間で簡単におこなっただけであったのが良くなかつた。症例検討会経験者と一緒にグループに配置すれば何とかなると思い、多忙な彼らに時間をとってもらうことを遠慮したのだが、それが裏目に出た。ある指導医は、グループディスカッションの際、「もやもやしない」「こういう変な患者さんはよくいる」「〇〇先生（症例提示者）に気があつただけの話では」「自分ならあまり深入りしない」など、本来向かってほしい方向とは逆のベクトルの発言を繰り返し、研修医たちは彼になつているため、当然外部講師よりも彼の発言に影響を受けた。後から聞いたところによると、彼はもともとこの企画に懐疑的だつたようで、直後におこなつたファシリテーターのふり返りでも「自分も研修医もピンときていなかつた」「結局どうしたらよいのかの提示がない」「人類学者が医師向けのプレゼンに不慣れではないか」「人類学者の講義はほとんど理解できなかつた」といった辛口のコメントを述べた。「答えがない」ことへの違和感他は他のファシリテーターの医師たちからも示された。もやもやへの解決策を示すことがこの症例検討会の目的ではないということを、ファシリテーターには事前に理解してもらふ必要があることがわかつた。学修目標をある程度明確に設定し、事前に理解してもらふなど、ファシリテーターの育成が必要であることを痛感した。

この初期研修医向けの症例検討会は、私たちのそれまでの成功体験を覆す厳しい経験と

なったが、それだけに学ぶことの多い貴重な機会となった。

3-3-2 医学部5年生向けの授業

当初、C医大5年生向けの授業は3日間とも症例検討会をおこなうことを考えていたが、上記の初期研修医向けの会を経て、それはあまりにも無謀な企てであることに気づき、1日だけを症例検討会に充てることとした。初期研修医向けの会の反省に基づき、初期研修医向け症例検討会で興味を持ってくれた医師（参加者の初期研修医、見学に来てくれた医師）や、飯田の（元）指導院生などにファシリテーターを依頼し、事前に丁寧に説明をおこなった。検討する症例は、初日の授業の最後に、臨床実習中もやややを感じたケースを受講生全員に書いてもらい¹⁷、その中から選出した。当日は98人の学生を20のグループに分け、2グループにつき1人のファシリテーターを配置した。

事前の入念な準備の甲斐あって、ディスカッションは比較的スムーズかつ活発におこなわれた。ただし、医学生の場合、症例提示者が追加できる情報が少なく、2回目のディスカッションでは新たな意見があまり出なかったところもあった。また、グループディスカッションで話し合ってもらった問いが「あなたがこの患者さんの担当医ならどうしますか？」と抽象的すぎたことも反省点であった。事後アンケートでは「生活背景など患者さんの情報によって意見が変わることに気づいた」「患者を支える方法は一つだけじゃないと学べた」「医学的な観点だけでなく幅広い視点で患者さんの状況をとらえることが重要だと気づいた」といった肯定的な感想もある一方で、「もう少し短縮できると思う」「患者本人の理解・承認が得られていないのにここまで具体的な症例が提示されるのは抵抗がある」「質問が抽象的すぎて何を答えたらいいかわからない」「一人の子に負担をかける授業はやめた方がいいと思う」「Drは忙しいので休日まで授業に駆り出さない方がいい」といった回答もあった。C医大の場合、5年生は平日は全て臨床実習で埋まっているため、医療人類学の授業は「診療の基本」という科目¹⁸の一環として土曜日におこなわれる。心身の負担の大きい臨床実習中、しかも国家試験の勉強などしなければならぬ中、土曜日におこなわれる授業の評判は当然悪くなる。それは仕方がないにしても、時間の使い方や問いの作り方には工夫の余地があることが明らかになった。なお、ファシリテーターをお願いした医師たちの多くは、おもしろかった、来年度も参加させてほしいと言ってくれた。

なお、この科目の成績評価は、別の時間に出したフィールドノートの課題と、授業中のワークシートの内容をもとにおこなった。症例検討会の日にもワークシートの提出を求め、真面目に取り組んでいたことが見受けられるかどうかで評価した。

17 学生が書いたもやもや事例としては、これまで症例検討会でとりあげてきたような患者・家族の不可解な言動、治癒の見込めない患者への対応、多様な選択肢と価値判断への戸惑いに関するものに加え、医療者の不可解な言動に関するものも挙げられた。最後の点には、学生にとって医療現場がまだまだ異文化であることや、彼・彼女らが実習で多様な診療科を回っていることが影響しているのではないかと考えられる。

18 医療人類学の他、臨床解剖や医療倫理、医療統計などが含まれる。

3-3-3 医学部1年生向けの授業

それでは臨床経験のない1年生向けにはどうすれば良いだろうか。これまでの経験から、人類学の学説史や「贈与と交換」「通過儀礼」などといったトピックスに沿って医学生に教えても、聴く耳を持ってもらえないことがわかっていった。1年生であっても、関心を持ってもらうためには臨床と関連づけた授業をおこなう必要があり、そのためには、やはり臨床現場での事例から出発し、人類学的な考え方につなげるのが効果的であると考えられた。そこで、1年生向けにはこちらで（仮想）症例を提示し、それについて学生に考えてもらったうえで講義をおこなうことにした。

その際、用いたのは、国立民族学博物館の共同研究「医療者向け医療人類学教育の検討—保健医療福祉専門職との協働」で作成中の教材の原稿である。当該共同研究では、『医師・医学生のための臨床症例／事例で学ぶ人類学・社会学』（仮題、飯田・錦織編）という、全章にわたって医師と人類学者の共同執筆による事例集を、2018年現在作成中である。このテキストは各章が症例検討会と同様の構成（症例提示1回目→問い→症例提示2回目：追加情報→問い→解説）になっており、事例には過去に症例検討会でとりあげたケースも含まれている。その他いくつかの事例は実際に体験したものを医師に提供してもらい、また、人類学者が執筆した事例についてもその診療科の専門医に医療監修をしてもらっているため、かなりリアリティのあるものとなっている。共同研究の期間中にコアカリ改訂があったため、コアカリ「B-4 医療に関連のある社会科学領域」の全項目を網羅するものを目指している。前例のないテキストとなるため、編者の特権で教材の試用も兼ね、作成中の原稿から8例を選び、授業をおこなってみた。

授業ではまず、症例提示1回目と問いの書かれたワークシートを配り、問いについて、およびそれを考えるには他に何を知る必要があるかを周りの学生と一緒に考えさせた。次に症例提示2回目（追加情報）と問いの書かれたワークシートを配り、さらに問いについて考えさせたうえで、解説の講義をおこなった。結果は思ったよりも好感触であった。136人の受講生のうち、何割かは寝ていたり内職をしていたりする一方、何割かは真剣な面持ちで議論し、講義の後に的を射た質問をしに来る学生もいた。

折り返し地点の4回目終了時に自作のアンケートをとった¹⁹。良かった点として、19人の学生が、事例をもとにした授業であることを挙げた。その理由としては「将来医師になって臨床現場で直面しそうな問題を想定して考える機会を得られた」「決断が難しい事例から実際に決断を下す医師の立場で考えることができた」「患者さんの気持ちに寄り添った治療や姿勢を自分なりに考える力が身についたと思います。患者さんの心に寄り添う、とまとめてしまえば何だか簡単そうですが、実際の例をもとに考えると、自分にはまだまだその力が足りないと実感させられました」など、将来医師になったときに役に立ち

19 「1 これまで授業を受けて良かったと思った点を書いて下さい。2 この授業で改善した方が良いと思う点を書いて下さい。3 その他、感想があれば書いて下さい」という質問項目で無記名自由記述式のアンケートとした。この日には講義以外に小テストをおこない、その後でアンケートに回答してもらった。

そうだという意見が多く挙げられた。その他の理由としては、事例をもとに考えることによるわかりやすさや、事例自体のおもしろさ、そして2段階で理解を深める展開の良さと言及する回答がそれぞれ複数見られた。また、15人の学生が、良かった点として、医学以外の視点を学ぶことを挙げた。そのうち7人の学生が「医学的な観点だけに縛られない考え方を身につけることにより、より患者さんのことを考えられる人間になれた」「今までは医学の知識を学ぶばかりだったので、この人はどう思っているのか、私たちは何を知るべきか、などを考えるのが楽しいし、ためになる」など、それによって患者の視点に立つことができるようになったと述べている。これとは別に、さらに7人の学生が「患者を理解する」という臨床で役立つことを学べた」「実際に患者さんと向き合っていくときに重要になりそうな視点を知ることができる」など、患者理解に役立つことであることを良かった点として挙げた。その他には、5人が他の学生の意見を聞くことによって視野が広がる点、3人が暗記ではなく考える授業であることなどを良かった点として指摘した。

改善すべき点としては、「ここ数回は患者の不満を解決する話が多かったため、できれば現在活躍する医師の中で患者さんへの理解が深い医師の紹介などをおこなってほしい」「医師に限らない他者理解の実例も示してほしい」など、より多彩な事例を求める声があった。これには、まだ4回しか終わっていない段階でのアンケートだったことも関係していると思われる。また、いずれも患者への理解が浅いとはいえない医師が提示した事例なのだが、それでもそのような困難に突き当たるということを強調すべきだったのかもしれない。次に、「実際の現場での結果も出してほしい」など、その後の顛末を知りたかったという回答が複数あった。テキストではできる限り転帰を記述してもらっているのだが、多くはもやもやしたままのケースであり、正解を求める学生にとってはすっきりしないのだろう。「考えても答えがないのでやる気が出ない。答えがほしい」という者もいた。他方、正解がないのに成績評価を点数でつけられることへの違和感を示した学生もいた。後述するように、試験では人類学的な考え方の理解度を評価しており、それと事例への対処の仕方が一つではないこととは別だということを、この後改めて説明した。その他には「もう少し問いが具体的であると答えやすくなるかもしれない」「正直、体系的な知識を身につけたいという気持ちがある」「必修にするのなら医学概論の中に混ぜてほしい」などの意見もあった。5人の学生は全員の前で質問されることやグループワーク中に講師が歩き回ることを、4人の学生は試験前にどのような対策をすれば良いかが示されなかったことを問題点として指摘した。その他、10人の学生が「おもしろくない」などの否定的な回答をし、そのうち3人がこの科目をなくしてほしいと述べている。

また、8回の授業の終了時に、大学による授業評価アンケートも行われた。結果は、どの項目も全体平均より1ポイントほど低いものであった。この科目に「真剣に取り組んだ群」(63%)からは全体平均並みの評価(5点満点中各項目平均4.2~4.6)が得られたものの、そうでない群の評価は著しく低いもの(1.7~2.4)となった。1割の学生が興味を持ってくれば良いと考えていたことと比べれば良い反応といえるかもしれないが、今後は学生による評価の差をもう少し埋めていきたい。

最も悩ましく、いまだ解決していない問題は成績評価の方法である。これまで飯田は論

述式の試験またはレポートでしか成績を評価してこなかったが、今回初めて多肢選択式や穴埋め式の問題を出題した。コアカリに人類学が含まれたことに伴い、医学部4年生が臨床実習前に必ず受けなければならない共用試験（CBT: Computer Based Test）に人類学の問題が出題されることになり、それが他の科目と合わせて多肢選択式や穴埋め式の問題になる可能性が高いためである。しかし、いざ多肢選択式や穴埋め式の問題を作成してみると、表層的な理解度しか試せないように思い、合わせて論述式の問題も出題した。医学部の成績評価が非常に厳格であることをふまえ、ループブックも作成して採点をおこない、その採点基準も明らかにしたにもかかわらず、小テストの際、何人かの学生から採点基準が不透明で主観的だという抗議を受けた。それに対しては一人一人説明をしたものの、納得しなかった者もいた。そのため、講義末試験の際には事前に問題と採点基準を医学部の教員に確認してもらった。成績評価の方法については今後も検討していくべき課題である。

4 人類学の可変可能性

医療社会学者のロバート・ストラウスは1950年代に *sociology in medicine* と *sociology of medicine* を区分した [Straus 1957]。前者は医療体制の中で医療実践・政策の向上に資することを旨として社会学の諸理論を適用するのに対し、後者は医療を対象化し、その組織構造や価値体系を分析するものとされた。これをふまえつつ、松繁卓哉は、現代では社会的な期待としても事象の認識様式の点でも、この *in* と *of* の区分があいまいになってきていることを指摘し、その区分を超越した学際的な *sociology with medicine* を提起している [松繁 2017]。これと同様のことを人類学についてもいうことはできるだろう。しかし本稿で冒頭にティム・インゴルドに依拠しながら述べた医療ないし医学教育「とともにある」人類学 (*anthropology with medicine/medical education*) は、*in* と *of* との区別を乗り越えるというよりも、まさに医療者と対話しながら課題にとも向き合い、学び合いながら歩んでいくという意味である。

医療者・人類学者共同の症例検討会は、これまで記述してきたように、医学生や医療者が臨床現場で遭遇する「もやもや」に人類学者と医療者がとも向き合い、議論し、相互に学び合う場となっている。それは医療者と人類学者との協働の中で生まれ、特にプライマリ・ケア医向けのワークショップとして回を重ねる中で改善が図られ、医学部での卒前教育や他診療科にも広げられようとしている。そこにおいて人類学は、主に事象を社会的・文化的文脈の中でとらえる視点や、社会的・文化的事象を言語化する枠組みを提供し、そのことは多くの人類学者が考える以上に高い評価を得てきた。その際、重要なのは人類学の概念から出発するのではなく、臨床現場の事例から出発して人類学につなげるという事例基盤型のアプローチである。

この症例検討会は、人類学者が一方向的に事例についてコメントや分析をしたり、医学生や医療者を教育したりする場ではなく、人類学者にとっての学びの場にもなっている。そこに参与する人類学者は、医療者とのやりとりの中で、人類学が医療（者）にどのよう

な貢献ができるかを考えると同時に、「人類学的」とはどういうことを再考することになる。

他方、この症例検討会の最も大きな意義は、人類学者が紹介する概念や文献などよりも、医療者と人類学者が共通の課題に向き合う時間と場を共有するという点かもしれない。医療者と人類学者は、お互いが話す内容に加えて、あるいはそれ以上に、お互いの語り口や態度などから多くを学び合っている [Ingold 2018: 27]。この症例検討会を始めて最初に医療者から指摘されたことは、人類学者は「前置き」や「言い訳」が多いということであった。人類学者にとってそれは、例えば「他にもいろいろな見方があると思います…」などといったように、自分がこれから言うことを相対化するために必要な話である（それは多分に他の人類学者からの異論を意識している）。しかし、終了時刻が差し迫っている中で短時間のコメントが求められているときにさえそれをおこなう人類学者の姿は、医療者にとっては滑稽にすら映ったようである。医師たちの語り口は、ふり返りで濱が「いきなりトップギアに入れて…」と述べたように、人類学者のそれとは対照的である。人類学者たちの口ごもるような、あるいは外堀を埋めていくような語り口に初めてふれた医師や医学生には、既述したように苛立ちを表明する人が一部いたものの、多くは温かく見守ってくれ、また、何度も協働している医師たちは、それが人類学的なアプローチと関係していることを指摘し、また、理解してくれた。逆に人類学者たちは、医療者向けには枝葉を切り落とした明快な話し方が求められる（場合がある）ことを徐々に学んでいった。この症例検討会は、このように異分野の人びととのやりとりの中で普段は意識しない自らのハビトゥスに気づく機会にもなっている。そしてそれは、教科書などではなく両者が時間と場を共有するというライブ性から生まれるものと思われる。

すでに産業分野で指摘されていることではあるが [Ito 2016]、人類学者の活躍するフィールドも変容あるいは拡大していく可能性がある。医療者と協働していて時折話題に上るのは、病院や診療所などで人類学者が仕事をする可能性である。少数ではあるものの、欧米にはその先例が存在しており、また、日本でも社会学には先例がある。今後の展開によっては、将来、日本で病院のカンファレンスに人類学者が参加している風景が珍しいものではなくなる日がくるかもしれない。

インゴルドは、ジョン・デューイが教育について述べているのと同様、人類学は何らかの最終結果で終わるのではなく、さらなる新たな経験に開かれ、つねに成長と発見の始まりとなるような終わりのないプロセスを可能にすると指摘する [Ingold 2018: 65]。医学教育とともに歩む人類学は、そのような終わりのないプロセスであり、その過程で人類学（者）も成長し、変容し続けていくことと思われる。

<謝辞>

これまで症例検討会に参加して下さった全ての方々に感謝いたします。

本研究は JSPS 科研費基盤研究 (B) 「人類学の外部から考える人類学の可変性と可能性：医学教育をめぐる協働の現場から」(代表：伊藤泰信、課題番号：18H00782) の助成を受けたものである。

＜参考文献＞

- 飯田淳子 2013 「「手当て」としての身体診察——総合診療・家庭医療における医師——患者関係」『文化人類学』77(4): 523-543。
- 伊藤泰信 2012 「別様でもありえた学、別様でもありうる学——作動中の人類学をめぐる試論」風間計博・中野麻衣子・山口裕子・吉田匡興共編著『共在の論理と倫理——家族・民・まなざしの人類学』はる書房、pp.377-398。
- 小國和子・亀井伸孝・飯嶋秀治編 2011 『支援のフィールドワーク——開発と福祉の現場から』世界思想社。
- 清水展 2003 『噴火のこだま——ピナトゥボ・アエタの被災と新生をめぐる文化・開発・NGO』九州大学出版会。
- 星野晋 2018 「「もやもや感」から学ぶ」第70回医学教育セミナーとワークショップ in 自治医科大学 (2018年11月3日～4日) WS1「地域医療教育と文化人類学」配布資料。
- マクウィニー、イアン・R. 2013 『家庭医療学 上巻』葛西龍樹・草場鉄周訳、ぱーそん書房。
- 松繁卓哉 2017 「領域としての「医療社会学」をめぐる混乱と新たな可能性——“Sociology with Medicine”の条件——」第43回日本保健医療社会学会大会発表資料。
- 村田久行 2011 「終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア」『日本ペインクリニック学会誌』18(1)。
- Benbassat, Jochanan, Reuden Baupal, Jeffrey M. Borkan, & Rosalie Ber 2003 Overcoming Barriers to Teaching the Behavioral and Social Sciences to Medical Students. *Academic Medicine* 78(4): 372-380.
- Greenhalgh, Trisha 2007 *Primary Health Care: Theory and Practice*. London: Blackwell Publishing.
- Iida, Junko and Hiroshi Nishigori 2016 Physical Examination and the Physician-patient Relationship: A Literature Review. *MedEdPublish* 5(3): 14. doi:https://doi.org/10.15694/mep.2016.000100
- Ingold, Tim 2018 *Anthropology and/as Education*. London and New York: Routledge.
- Isaac, Mohan & Winfried Rief 2009 Role of Behavioural and Social Sciences in Medical Education. *Current Opinion in Psychiatry* 22(2): 184-187.
- Ito, Yasunobu 2016 'Ethnography' in Japanese Corporate Activities: A Meta-anthropological Observation on the Relationship between Anthropology and the Outside. In Hirochika Nakamaki, Koichiro Hioki, Izumi Mitsui & Yoshiyuki Takeuchi eds. *Enterprise as an Instrument of Civilization: An Anthropological Approach to Business Administration*. Tokyo: Springer, pp. 55-72.
- Jackson, Michael 2012 *Lifeworlds: Essays in Existential Anthropology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Litva, Andrea & Sarah Peters 2008 Exploring Barriers to Teaching Behavioural and Social Sciences in Medical Education. *Medical Education* 42(3): 309-314.

- McWhinney, Ian R. & Thomas Freeman 2009 *Textbook of Family Medicine*. Third edition, New York: Oxford University Press.
- Priel, Beatrice & Betty Rabinowitz 1988 Teaching Social Sciences in the Clinical Years through Psychosocial Conferences. *Journal of Medical Education* 63(7): 555-558.
- Satterfield, Jason M., Shelley R. Adler, H. Carrie Chen, Karen E. Hauer, George W. Saba & Rene Salazar 2010 Creating an Ideal Social and Behavioural Sciences Curriculum for Medical Students. *Medical Education* 44(12): 1194-1202.
- Stewart, Moira, Judith B. Brown, Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam & Thomas Freeman 2014 *Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method*. Third edition, London: Radcliffe Publishing.
- Straus, Robert 1957 The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review* 22(2): 200-204.

**Exploring Social and Cultural Problems in Clinical Situations Together:
Collaborative Clinical Case Conference by Health Professionals and Anthropologists**

Junko IIDA and Hiroshi NISHIGORI

Keywords : clinical case conference, medical education, collaboration, anthropology with medicine/
medical education, variability of anthropology

A clinical case conference collaborated on by health professionals and anthropologists is an opportunity in which anthropologists and (future) health professionals consider and discuss social and cultural problems in clinical situations and learn from each other. It was created through the process of collaboration between health professionals and anthropologists and has improved while being repeatedly held as workshops for primary care physicians and as classes at medical schools. In these conferences, anthropology has provided viewpoints for situating phenomena in sociocultural contexts and frameworks for verbalising social and cultural phenomena. These conferences have been highly appreciated, especially by primary care physicians. The important points are that health professionals and anthropologists share the time and space to discuss problems, and that case-based approaches begin not from anthropological concepts but clinical situations bridging cases with anthropology. The conferences are not only opportunities for anthropologists to comment and analyse the cases or educate medical students and health professionals, but also an opportunity for them to learn. Anthropologists who participate in the conferences inevitably consider how

anthropology can contribute to medicine and health professionals while they consider what it is like to be 'anthropological' in the process of correspondence with (future) health professionals. This paper explores the variability of anthropology, describing what form is created in the practice of collaboration with health professionals.