

医療現場のニーズに応える文化人類学教育 の設計に向けて

——日本の医学教育における文化人類学導入の経緯と今後

星野 晋*

<要旨>

2010年、海外の医学部卒業生にアメリカでの臨床研修の許可を出す ECFMG（外国医学部卒業生のための教育委員会）は、2023年以降、WFME（世界医学教育連盟）の標準を満たす認証評価を受けた大学の卒業生にのみ、その許可を出すと通告した。WFMEの標準には、行動および社会科学が必須項目となっており、医療社会学と医療人類学がそれを構成する分野に挙げられていた。

一方、それに先立ち日本の文化人類学者の間でも、医学教育の中に文化人類学教育を組み込むことを想定し検討するグループがあり、そのメンバーである筆者と道信良子は医学教育学会準備教育・行動科学教育委員会に加わる。この委員会では、医学教育における社会科学教育の位置づけや具体的な授業設計について検討を重ね、準備教育の枠組みにおいてであるが、社会科学を必須分野に加える提案をまとめる。

さて医学部の卒前教育において学ぶべき最低限の事項をリストアップした「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が2017年に改訂された。その改訂時に、WFMEの標準に合わせて、また私たちの委員会が提案したことを考慮して、社会科学（とくに文化人類学と社会学）が必須項目に加えられることになった。

とはいえ医学および医学教育者の間では、文化人類学とその教育上の特性をわかっているとはいえない現状がある。コア・カリキュラムの文化人類学関連の項目は偏っており、また医学部の多様な部門から要求される文化人類学教育の内容は種々雑多である。これに対して、文化人類学は「人が病むということはどういうことか」という根本的な問いを念頭におきつつ、あくまでも臨床やくらしの現場のニーズに学修内容を見だし教育プログラムを構成すべきである。あるいはそれと併せて、医師の生涯学習を想定し、時代状況や地域の事情に応じて学修すべきことを自ら見つけられるように、文化人類学の学び方を学修するよう学生に促すことが望ましい。そのような文化人類学の位置づけは、医学教育への文化人類学の応用ではなく、医師養成における多職種協働に参加するという立ち位置にあると考える。

1 はじめに

1-1 背景

2017年3月、医学部卒前教育6年間に医学生が学ぶべき最低限度の学修項目をリストアップしたガイドラインである医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下：コア・カリキュラム）が改訂され公表された〔モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会 2017〕。この平成28年度版医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて注目すべき大きな変更点の一つに、文化人類学・医療人類学を含む社会科学に関わる項目が加えられたことがある。今後、このガイドラインに従って、文化人類学者への授業依頼が増えていくことも予想されている。

後述するように新しいコア・カリキュラムの該当箇所には文化人類学関係の学修項目がリストアップされている。しかし実際のところ医学教育者や医療専門職たちが文化人類学を正確に理解しているわけではないし、ましてや文化人類学が医療現場の抱えるどのような課題の解決にどのような形で寄与するかについても具体的なイメージを持ちあわせているわけでもない。また医学・医療・医学教育の世界は複雑に専門分化しており、どのような担当者が文化人類学者に依頼をしてくるかによって、授業内容やスタイルは大きく変わりうる。それは依頼を受ける文化人類学者を困惑させる事態である。

さてこの状況に文化人類学がどのように応えていけばいいかを検討するにあたっては、このコア・カリキュラム変更の背景と経緯を理解した上で、今日、保健・医療現場に文化人類学に関わるどのような社会的ニーズが存在するかを見極めていかなければならない。

1-2 目的

以上の背景を踏まえて、本稿は近年の医学教育における文化人類学教育導入の経緯とその事情を整理し、医学教育者にとってもいまだ曖昧なままの保健・医療現場における文化人類学的視点や方法へのニーズを明確にし、そのニーズに適した文化人類学教育の方向性と方法を提示することを目的とする。

1-3 方法

筆者はこれまで医学部教員を務めた19年間を含めて20年以上医学教育に携わり、担当したのは主に文化人類学を含む社会科学教育全般であった。また医学教育学会に所属し、主に医学教育における文系教育の方向性を検討し提案することを目的とする医学教育学会準備教育・行動科学教育委員会の副委員長を3期にわたって務めた。それら医療と医学教育をとりまく大きな社会状況の変化の中で試行錯誤してきた教育実践、その過程で医学教育者や文化人類学者たちと交わしてきた議論やその成果を振り返り整理していく。その上で、医学教育における文化人類学教育のニーズの核心が何であるかを絞り込んでいきたい。

2 医学教育モデル・コア・カリキュラムへの文化人類学関連項目導入の経緯

2-1 医学教育モデル・コア・カリキュラム

日本では1990年代後半、医療ニーズが多様化し、臨床現場で要求される知識やスキルが激増し、あるいは日々刷新されていく状況において、医療の質をどのように保つか、これを担う医師をどのように養成するかが大きな問題となっていた。講座や医局の区分に縛られ、各大学各教員の裁量に委ねられている従来の医学教育体制では、もはや「膨大となった学習内容の全てを従来の教育手法を用いて履修させることは不可能」であった〔医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001a: 1〕。1999年4月に21世紀医学・医療懇談会が文部科学省において報告した『21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して：21世紀医学・医療懇談会第4次報告』の「D 教育内容の精選と多様化」の箇所には、「精選された基本的内容を重点的に履修させるコア・カリキュラムの確立及び選択履修科目の拡充・多様化」という提言がなされている〔文部科学省高等教育局医学教育課 1999〕。こうした背景のもと、文部科学省が編成した「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」により、2001年3月に「現時点で修得すべきと考えられる必須の基本となる教育内容」をリストアップしたガイドラインである「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が公表されるに至る〔医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001a〕。これ以降、各大学医学部および医科大学はこのガイドラインをベースに、カリキュラムや授業内容を再編していくことになる。

しかし各専門分野が学ぶべきことを主張しこれを明示化した結果、最小限の学修項目を定めたはずが、むしろ授業で扱われる必須項目が増加する矛盾を生じることになった。とりわけコア・カリキュラムにリストアップされていない授業内容は削減せざるをえない状況になり、その影響を一番受けたのが教養教育であった。実際筆者が担当していた社会科学系の科目は半分に削減された。

なおこの平成13年版コア・カリキュラムにおいて人文・社会科学系の諸分野の扱いを見ると、「A 基本事項1 医の原則」にすでに定着していた倫理関連の項目が挙げられている他に、「F 医学・医療と社会」という章はあるが、後者は疫学や社会保障政策・制度を基本とする公衆衛生学の学修項目となっており、医療人類学を含む文化人類学的な項目はまったく想定されていなかった。その後2007年、2010年の2回、コア・カリキュラムの改訂が行われたが、人文・社会科学系諸分野に関わる項目が追加されることはなかった。

2-2 準備教育モデル・コア・カリキュラム

さて、2001年3月、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」と同時に、医学・歯学教育で学ぶべき教養教育を示した「準備教育モデル・コア・カリキュラム」も公表された〔医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001b〕。これは(1)物理現象と物質の科学、(2)生命現象の科学、(3)情報の科学、(4)人の行動と心理の4つの項目で構成されている。しかし唯一の文系教育である(4)の内訳を見ると、人の行動、動機づけ、ストレス、発達、対人コミュニケーションなど心理学ベースの項目に限られており、社会科学

的な内容にはほとんど触れられていなかった。

文系項目に限らず、準備教育モデル・コア・カリキュラムでリストアップされている項目が、C B T（臨床実習に参加する条件となる共用試験）や医師国家試験の出題範囲に含まれないこともあり、個人的興味をもつ一部の人たちを除いて、準備教育に対する医学部・医科大学の教員や学生の関心は薄いと言わざるをえなかった。その後、準備教育モデル・コア・カリキュラムの改訂が行われることはなく、2017年の改訂時に医学教育モデル・コア・カリキュラム本体に吸収される形で消滅することになる。

2-3 文化人類学の顕在的ニーズ：国際認証評価と平成28年度コア・カリキュラム改訂

2007年、2010年のコア・カリキュラム改定と異なり、2017年の改訂には特別な意味があった。それは海外の医学部卒業者にアメリカでの臨床研修の許可を出す ECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）による2010年の告知に端を発する [ECFMG 2010]。その告知では、2023年以降、世界医学教育連盟（World Federation for Medical Education；WFME）の標準を満たす認証評価を受けた大学の卒業生に許可を限定するという内容が示されていた。そして日本の医学教育はその認証評価基準を満たしていないということが大問題になった。いわゆる2023年問題である。この状況に対応するために、日本では2015年12月に一般社団法人「日本医学教育評価機構（JACME；Japan Accreditation Council for Medical Education）」が発足し、WFMEの標準（グローバル・スタンダード）に即して順次各大学の認証評価を実施する体制を整えることになった。

323

認証評価項目の中でとりわけ問題になったのは臨床実習時間の不足であり、この時間を増やすことはWFMEのグローバル・スタンダードやコア・カリキュラムに含まれない授業科目、とりわけ教養教育のさらなる圧縮・削減を招くことになる。大学等で学士教育を受けた後にメディカル・スクールに進むアメリカと異なり、日本では高校卒業後医学部・医科大学に進学するため、ますます文系の素養の乏しい医師を世に送り出すことになりうる状況にあった。

ところが、WFMEの提示するグローバル・スタンダードの中には、これまで医学教育者の多くが気に留めずにきた、Behavioural and Social Sciencesという項目が設定されていた。さらにSocial Sciencesの具体的な項目には、Medical Anthropology および Medical Sociologyが含まれていた [WFME 2003]。このことが、2016年度版コア・カリキュラムに文化人類学関連の項目が加わった顕在的・直接的な理由である。

実は、日本医学教育評価機構がWFMEのグローバル・スタンダードに準拠しまとめた『医学教育分野別評価基準日本版』におけるBehavioural and Social Sciencesの箇所は、「行動科学と社会医学」という意図的と思われる誤訳が採用されている [日本医学教育評価機構 2018]。実際、医学教育関連の会議では、日本の医学教育に社会科学を導入することは時期尚早との考え方がかなり根強くあると聞いている。社会科学をカリキュラムに取り入れている医学部が少なく、また社会主義との混同すら見られる現状であるため、すでに存在する衛生学や公衆衛生学の領分である社会医学で代用して乗り切ろうという思惑が垣間

見える。

にもかかわらず今回のコア・カリキュラム改訂で社会科学の導入に至った理由の一つに、筆者が関わった医学教育学会準備教育・行動科学教育委員会の活動があることは確かである。そのことについて説明するにあたっては、遡って、日本においてこれまで文化人類学と医学・医学教育がどのように関わってきたか、その歴史を振り返る必要がある。

3 医学教育と文化人類学の接近

3-1 医学・医学教育と文化人類学を結びつけるもの

19世紀後半のドイツで政治家としても活躍した病理学者であるルドルフ・ウィルヒョウは、自然人類学や考古学の発展にも大きく貢献した。その評伝をしたためた E.H. アッカークネヒトによると、ウィルヒョウは民族学や文化人類学について直接本格的な研究を実践したわけではなかったが、生涯関心を持ち続け、文化人類学関係のジャーナルの発行や民族学博物館の建設を支援するなどした [アッカークネヒト 1984: 275-281]。たとえば当時ベルリン民族学博物館の副館長だったフランツ・ボアズは、ウィルヒョウから多大な影響を受けた1人とされる [アッカークネヒト 1984: 283]。病理学者であるウィルヒョウが自然および文化人類学に関心を持ち続けたのは、「人が病むということはどういうことか」という命題にこだわったからだと筆者は考える。この社会文化的文脈や要因を避けてとおれない根本的な命題と向き合う以上、文化人類学はその手がかりとなりうる学問分野の一つとなるのは必然かもしれない。1970年代後半より精神医学から医療人類学に向かい今や大御所となったアーサー・クラインマンや、1980年代に医学概論を展開する中で医療人類学に出会うことになる中川米造も、この命題の探求が文化人類学への接近の動機であったと思われる。

しかしこのような医学・医療と文化人類学を結びつける研究や教育が、医学や医学教育において必須事項とされ標準化されることはこれまでなかった。これは文化人類学への関心のもっとも深い動機となりうる上記の命題への関心の薄さと無関係ではない。筆者が医学教育に関わりはじめたころ、医学教育のカリキュラムにおいて「人が病むということはどういうことか」という命題を扱う科目が用意されていないことに驚かされた。中川が「医学概論」に込めた強い思いもこのことと無関係ではないかもしれない。そして今、医学教育に文化人類学を導入することが求められる真の理由は、前節で触れたような WFME の認証評価に関わる顕在的な理由にあるのではなく、医療の使命や医師のアイデンティティが大きく揺らいでいる現状があり、この命題を再確認しなければならない時代であることにもあるはずだ。近年、医師に求められる専門性と社会性、医師のあるべき姿を確認するプロフェッショナリズム教育が医学教育の必須事項となったことも、このことと呼応している。

3-2 プロジェクト：「医学・医療系教育における医療人類学の教育方法の開発」

一方の文化人類学側はどうであろう。1980年代から1990年代にかけての日本におい

て、医学教育に関わっている文化人類学者は筆者を含め少数ながら存在したが、個々人の教育実践にとどまるものであり、その内容を共有し議論を深める機会は多くなかった。日本の文化人類学者が医学教育領域で何をどのように教育するかについての議論を本格的にかつ具体性をもってはじめるのは、2000年代に入ってからのことである。とりわけ2003年に波平恵美子の発案により、当時医学部に所属した松岡悦子、道信良子および筆者の3名で開始した1年間のプロジェクトである「医学・医療系教育における医療人類学の教育方法の開発」（澁澤民族学振興基金による）は、文化人類学と医学教育の双方に一石を投じる活動であったと考える〔医療人類学ワーキンググループ2004〕。

このプロジェクトでは、全国の医学および看護学系の大学・学部・学科に対して、文化人類学関連の項目を含む授業の実施状況や担当教員の有無等を訊ねるアンケート調査を実施するとともに、メンバーそれぞれの教育実践の経験から課題を抽出しつつ教育方法の方向性を検討した。その成果報告をかねて、2003年11月、北海道大学においてワークショップ「医学・医療系教育における医療人類学の可能性」を開催する。そのコメンテータを依頼した1人が医学教育の専門家であり、中川米造の指導を受けた経験のある藤崎和彦（岐阜大学）であった。このワークショップをきっかけに、筆者は藤崎から医学教育における行動科学教育の開発・展開に関わっていた中村千賀子（当時、東京医科歯科大学）を紹介される。そして2006年4月に医学教育学会の準備教育小委員会の委員長となった中村より筆者も誘いを受け、そのメンバーに加えられることになった。それは巨大な医学・医学教育の世界ではマイナーな委員会であったかもしれないが、その後全国の医学教育関係者に文化人類学教育の価値と可能性をアピールしていく拠点となっていくことになる。

3-3 文化人類学と医学教育の橋渡し：準備教育小委員会の活動

筆者が準備教育小委員会の委員になった2006年、医学教育における文系教育は、すでにカリキュラム上定着していた生命倫理・医療倫理教育を除くと、準備教育に位置づけられていた。これは専門教育のコア・カリキュラムではなく準備教育モデル・コア・カリキュラムの「人の行動と心理」に含まれることを意味する。しかしすでに見たように「人の行動と心理」では心理学やコミュニケーション関連の項目のみがリストアップされており、社会科学領域の学修は医学教育の必須項目とは認識されていなかった。そこで小委員会としては、この「人の行動と心理」の解釈を拡大し、医師養成に必要と思われる社会学や文化人類学の内容を含むような提案をまとめるか、「人の行動と心理」とは別に社会科学領域の項目を立てる提案にまとめるか、二つの提案の方向性を検討しなければならないと思われた。この二つは、医学教育学の領域で「人の行動と心理」を担うと理解されていた「行動科学」についての二つの理解とも対応していた。当時、日本の保健・医療に関わる「行動科学」には、心理・行動・コミュニケーションをベースとする行動科学と社会学や文化人類学も重要な柱とするより包括的な行動科学の二つの立場が存在したのである。

そこでまず準備教育小委員会で筆者が提案したのは、医学部では教わらないが、臨床現

場に出てから必要になった内容を洗い出すことであった。その中に医師になる上で必要な社会科学系の項目が多く含まれると考えたからである。それは医師養成における文化人類学教育や社会科学教育の潜在的ニーズを掘り起こし可視化し、その導入の意義をアピールする目論見でもあった。

小委員会における活動で筆者がとりわけ着目したのは、在宅シフトや QOL 重視といった日本の保健・医療のあり方の変化であった。くらしの現場で QOL に重点をおくケアを福祉や行政等の医療以外のメンバーとともに実践するにあたっては、人の Life（命・人生・生活）や人間関係、その前提をなす社会環境等、社会科学の知見が必須である。もちろん先端医療を含めて社会科学の知見が意味をもつ領域は保健・医療全般にわたるのであるが、医療専門職にとって理解が進みやすくかつ対応の必要に迫られている在宅ケアを社会科学との出会いの入口とすることが戦略的に得策であると思われた。

3-4 社会科学教育の必要性の主張：準備教育・行動科学教育委員会の提案

2009 年、医学教育学会の各種委員会の編成が改変され、準備教育小委員会は「準備教育・行動科学教育委員会」となる。その際に、筆者は中村委員長より副委員長になることを依頼され、メンバーの人選も任される。そこで社会科学系分野のメンバーとして、文化人類学からは道信良子を、社会学からは樫田美雄を推薦し了承される。

その後当委員会は、自分たちが準備教育モデル・コア・カリキュラムの改変を任された場合を仮定し、社会科学を含む準備教育のモデルを構築すべく、シンポジウムやワークショップを繰り返した。そして委員長が中村から和泉俊一郎に代わりメンバーも再編された後ではあったが、2015 年、それまでの議論にもとづく提案を医学教育学会向けにまとめて、「提言『医学教育における行動科学・社会科学』』というタイトルで学会誌に掲載するに至った [第 16 期医学教育学会準備教育・行動科学教育委員会 2015]。この提言では、まずこれをまとめるに至った経緯を説明した上で、準備教育モデル・コア・カリキュラムにおける「人の行動と心理」に代えて「人間の科学」（あるいは行動科学）と「社会科学」の 2 項目にする構成案を示した。その上で、「準備教育・行動科学教育委員会」から「行動科学・社会科学教育委員会」への委員会名称の変更、両分野の教育実践事例のデータベース構築、カリキュラム開発、教員研修の実施、教育技法や教材の開発などを提案した。加えてこの提言の学会誌掲載に際して、筆者単独でも社会科学教育の必要性を論じる論文を併載し、社会科学領域の必要性を強調した [星野 2015]。実はこの提言および筆者の論文が、今回の文化人類学導入の契機の一つになったと聞いている。

2017 年の医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂にあたって、準備教育モデル・コア・カリキュラムが吸収・解消されたことはすでに述べたとおりである。その際に、準備教育モデル・コア・カリキュラムの「人の行動と心理」の項目は、そのままそっくりコア・カリキュラム本体の「C 医学一般」という章に組み込まれることになった。この際にどのような議論があったのかについて詳細なことは不明であるが、聞くところによると、コア・カリキュラム改訂に関わる末端の委員会の一つで、この点について検討された際、ある委員が筆者たちの提案に触れて、「社会科学」領域をどのように扱うかということ

議論の俎上に挙げた。その結果、議論の末に「人の行動と心理」と併設するのではなく、「B 社会と医学・医療」の「B-4 医療に関連のある社会科学領域」に組み込むことになったという。準備教育・行動科学教育委員会が目指したのは、まずは準備教育の一部として、社会科学領域を組み入れ定着させることであったが、ここに至って、専門教育本体の必須項目に、社会科学さらには文化人類学・医療人類学が明記される歴史的な展開となったのである。

3-5 平成 28 年度版医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける文化人類学関連項目

「B-4 医療に関連のある社会科学領域 B-4-1) 医師に求められる社会性」の「ねらい」には「文化的社会的文脈のなかで人の心と社会の仕組みを理解するための基礎的な知識と考え方及びリベラルアーツを学ぶ。臨床実践に行動科学・社会科学の知見を生かすことができるよう、健康・病い・医療に関する文化人類学・社会学（主に医療人類学・医療社会学）の視点・方法・理論について、理解を深める」と書かれている。その「学修目標」は以下のようにになっている〔モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会 2017: 24〕。

- ①医療人類学や医療社会学等の行動科学・社会科学の基本的な視点・方法・理論を概説できる。
- ②病気・健康・医療・死をめぐる文化的な多様性を説明できる。
- ③自身が所属する文化を相対化することができる。
- ④人々の暮らしの現場において病気・健康がどのようにとらえられているかを説明できる。
- ⑤人の言動の意味をその人の人生史や社会関係の文脈の中で説明することができる。
- ⑥文化・ジェンダーと医療の関係を考えることができる。
- ⑦国際保健・医療協力の現場における文化的な摩擦について、文脈に応じた課題を設定して、解決案を提案できる。
- ⑧社会をシステムとして捉えることができる。
- ⑨病人役割を概説できる。
- ⑩対人サービスの困難（バーンアウトリスク）を概説できる。
- ⑪経済的側面や制度的側面をふまえた上で、医療現場の実践を評価できる。
- ⑫在宅療養と入院または施設入所との関係について総合的な考察ができる。
- ⑬多職種の医療・保健・福祉専門職、患者・利用者、その家族、地域の人々など、様々な立場の人が違った視点から医療現場に関わっていることを理解する。
- ⑭具体的な臨床事例に文化・社会的課題を見いだすことができる。

これを見ると学修目標中①と⑭は文化人類学と社会学双方に関わること、②～⑦が文化人類学関係、⑧～⑬は社会学に関わることになっている。項目の抽象度はバラバラであり、過不足があることは否定できないが、まったく項目が挙げられていないよりはるかに

に授業設計がしやすくなるといえる。

またこの箇所とは別に、「G-4-3) 地域医療実習」の「教育方略」にも、「人類学・社会学・心理学・哲学・教育学等と連携し、行動科学・社会科学的（主に質的）な視点から地域における生活の中での医療を知り体験する学習機会を作る」という記述が見られる〔モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会 2017: 91〕。ここで講義ではなく実習との関連で人類学が明記されていることは、今後授業設計のあり方を考える上で大きな意味をもっている。

そして、このようにコア・カリキュラムに文化人類学が明記されたことで、これから全国の各医学部・医科大学で文化人類学教育をカリキュラムに組み入れる動きが出てくる可能性があり、これに文化人類学がどのように対応するかを検討していく必要が生じている。

4 臨床現場のニーズに応える文化人類学教育モデルの開発に向けて

4-1 予測される文化人類学への授業依頼内容の多様性

2017 年のコア・カリキュラム改訂における社会科学導入が突然のことであったこともあり、各大学のカリキュラム設計・改変を担当する医学教育部門の教員たちのほとんどは、文化人類学がどのような分野で医学教育においてはどのような授業を構成するのが適切かについての具体的イメージをもっていないと想定できよう。

医学部・医科大学は、科学としての医学の研究・教育を担う基礎医学、臨床に関わる研究・教育を担う臨床医学、公衆衛生学を中心とする社会医学という主に三つの領域で構成され、これに教養教育が加わる。そのどの分野のスタッフが文化人類学教育の導入に関わるかによって、要求される授業の内容や形態は大きく変わりうる。筆者も、基礎医学系の教員からは学問としての医療人類学教育を求められる一方で、臨床系教員からは臨床の一部とみなされ、あるいは社会医学教育と理解されたりプロフェッショナリズム教育の一部とみなされたりして、多種多様な理解と要求に当惑させられる経験をしてきた。このように依頼者によって文化人類学者に求められる教育は、教養教育、国際保健・医療教育、倫理教育、公衆衛生学、臨床教育、地域医療教育などの多種多様な分野の部分でありうる。

また授業スタイルも単発の講義、複数回の講義、問題解決型学習（PBL）・チュートリアル型の演習、公衆衛生実習や臨床実習の一部など、さまざまな形態が考えられる。近年、医学教育は講義中心の座学よりも、PBL・チュートリアルに代表されるアクティブ・ラーニングを好む傾向が強く、そのことも念頭においておかなければならない。

このような状況に対して、文化人類学側で何をどのように教えるべきか、ある程度モデル化し標準化しておくべきかもしれない。コア・カリキュラムとの整合性をある程度保ちつつ、また多様性に富んだ個々の授業依頼にある程度応えつつも、本当のところ医学生たちに何をどのように教えることが重要であるかを、文化人類学側である程度議論し整理し、独自の教育モデルを用意していく必要がある。そして筆者は、医学生が学修すべき文

化人類学的事項は臨床やくらしの現場にこそ潜んでおり、それを見つけ出し解釈する文化人類学的過程を医学生は学ぶべきであるとする。

4-2 文化人類学に対する潜在的ニーズを見極める

これまで地域のくらしの現場や臨床現場で接した地域住民、病者やその家族、現場で活躍する医療や福祉の専門家たちに筆者の研究や教育について語った際に、医学部内や一般の医学教育者と比べものにならない大きな関心や期待を寄せられてきた。コア・カリキュラムにリストアップされた項目や医学部・医学教育内で求められる文化人類学教育のイメージは不完全であり、筆者としてはむしろ実際の現場にこそ文化人類学教育者としての立ち位置を見いだすべきであるとする。医学教育の目標は、世の中や個々の患者のニーズや抱える課題に応えうる一定水準以上の見識とスキルをもった医師を育てることである。文化人類学が教えるべき項目は、そのようなニーズや課題が立ち現れる現場に潜んでいる。あるいは現場のニーズや課題を適切に見だし理解する視点と方法を提供することこそが、フィールドワーカーである文化人類学者が得意とするところではないだろうか。

たとえば今日の日本では、高齢化のもたらす財政難により、医療費のかかる急性期病院の利用を抑制する必要が生じており、自宅での管理が中心となる慢性疾患への疾病構造の変化もあって、在宅ケアへの政策的誘導が加速しつつある。在宅において、病者やその家族などの当事者たちは、医学的判断以上に、生活や人生や人間関係との関わりにおいてさまざまな判断をするため、医療従事者もそのことを理解した上でサポートしなければならない。さらにこの領域で厚生労働省が推し進める地域包括ケアにおいては、医療従事者とは異なる職業文化的背景や論理をもつ福祉や行政や民間人と連携しなければならない。

個々の事例から当事者たちのくらしや人生や人間関係を読み解き、形にして、それを異なる専門職等と共有するにはそれ相応のスキルが求められる。その前提として、立場や視点、できごとの置かれる文脈を動かすと、できごとの意味やそこから立ち上がる課題が異なってくるという認識も必要である。また観察や聞き取りといった具体的な調査の技術も身につけなければならない。これらのことは文化人類学者が医療人類学に限定されず培ってきた認識と研究スタイルそのものともいえる。つまりこのような視点と方法あるいはスキルこそが、文化人類学に対する教育ニーズであるとするべきである。そしてこの視点や方法は、もちろん在宅ケアに限定されず、たとえば先端医療や国際保健など医療のどのような領域であっても効果的である。なぜならば、医療のどのような領域であろうと、こうした視点や方法を駆使して目の前のできごとへの理解を深めていけば、「人が病むということはどういうことか」というすでに触れた根本的な命題にたどり着くことになるからである。

さらにいうならば、文化人類学の学び方を学んでもらうべきかもしれない。人口動態やテクノロジーの進歩などのもたらす社会状況の変化により、医療のあり方・求められる医師像は大きく変わってきた。そしてこれからも変わっていくであろう。そのような医療環境の変化に対応すべく、医師は生涯にわたって学修し続けなければならない。同様に、社

会状況の変化によって文化人類学が提供できる学びの内容も変わっていく。とすればそのような社会変化に対応可能な文化人類学的知の「学修の仕方」をこそ学修すべきなのである。

ただし、もちろん医師がみな文化人類学者になる必要があるわけではない。卒前教育ではむしろ種を植える、すなわち将来臨床の現場で医療の論理では解決できない課題に出会ったとき、そういえば文化人類学的アプローチというのがあったなと思い起こす、あるいは文化人類学的素養をもつ人との協働を思い立つ、という構えを作ることができればそれでいいと思う。

4-3 文化人類学が提供すべき学修プログラム

医学教育から文化人類学への授業依頼は、おそらく教養教育や医学概論等の低学年を対象とする単発もしくは少数回の講義形式の依頼からはじまると思われる。あるいは公衆衛生が主担当である「B 社会と医学・医療」に組み込まれたことにより、2年生から4年生のどこかで行われる公衆衛生系の講義の一コマとしての依頼もありうる。もちろんこうした講義科目で文化人類学の視点と方法について解説することが無意味なわけではないが、それだけだと上述したような臨床現場で活用できる視点・方法・スキルの修得には至らないと思われる。

こうした講義科目では、「人が病むということはどういうことか」という例の根本的問いを呼び起こすような事例を提示することからはじめたいだろう。そしてそのような事例に対して、文化人類学的なアプローチを用いて立ち位置・視点・文脈を動かすと、そのできごとの見え方や課題の立ち上がり方が変わってくるということを実感してもらう。その上で再度「人が病むということはどういうことか」という問いに立ち戻る。ここでは、患者やその家族のときには専門職が期待するのは異なる選択や行動の理由や背景について、文化人類学的アプローチを使うとある程度理解が深まるということがわかればそれでよしとする。

より効果的なのは、ある程度臨床に触れた上で行う演習形式の事例検討だと考えられる。そのような演習で用いる事例とその活用方法について、医学教育に関わりうる文化人類学者で共有することもこれから必要になるであろう。どのような事例が適切かは、社会変化がもたらす医療環境の変化によって変わっていく。ゆえに事例を共有するにあたっては、時代を反映した新しい事例を追加していく仕組みも求められる。

また臨床実習や地域医療実習、公衆衛生学実習などの実習に文化人類学教育を組み込む方法も考えられる。たとえば参与観察の手法、実習先での観察ポイント、フィールドノート作成について指導した上で、実習観察日記作成の課題を出し、実習の途中もしくは終了後にその結果を共有し議論をするという授業スタイルもありうる。

ただし演習や実習形式での文化人類学教育を医学教育で実施するとなると、ある程度医学教育の全体像、担当科目の開講時期とその位置づけ、医学生の特性などについて理解しておかなければならないが、これは一般の文化人類学者には負担が大きい。とすれば、医学部・医科大学側に、文化人類学教育の意義を理解し、協働して授業を設計・実施する

パートナーがほしいところである。しかし医療専門職や医学教育者と文化人類学者の間には、まだまだ大きな隔たりがあるのが現実である。

このように、変容し多様化する医療現場の社会的ニーズに応えうる医師養成に文化人類学教育を組み込んでいくには、今後、医療専門職や医学教育者と文化人類学者の相互理解を促進すべく、両者が出会い、議論を深めたり協働したりする機会をこれまで以上に増やしていかなければならない。

5 結び：医師養成における多職種協働に向けて

5-1 地域包括ケアと多職種協働

近年、主に高齢者を対象とする在宅ケアの領域において、医療に限らず福祉等の専門家や行政そして民間人をも含むチームでケアを設計・実践する地域包括ケアが厚生労働省の主導で推進されている。ある利用者のケアについて、定期的にあるいは何らかの問題が生じた際には、多職種のスタッフが集まり担当者会議を開く。そのような場面でよく聞かれるのが、それぞれの専門職や民間人の話す言語が異なることによって共通理解が進まないという悩みである。それは単にそれぞれの分野に固有の専門用語が相手にわからないというだけではなく、解釈や説明の組み立て方、そこから導き出される目標の設定などが異なる、まるで異文化間摩擦のような状態が生じているということである。そのような多職種協働の現場で共通言語となりうるのは、おそらく病者・利用者が用いる生活言語であろう。そしてこのような場に文化人類学や社会学の視点や方法を学んだ人が1人でもいると、利用者と専門職、異なる専門職同士の溝をある程度埋めることに寄与することになる。たとえば、社会学者である相澤出をスタッフに加えた医療法人社団爽秋会岡部医院は、利用者目線に立つ非常に先進的な在宅ケアを実践してきた。つまり社会学者や文化人類学者にも、その視点や方法をもって多職種協働のメンバーに加わるという道がありうるのである。ここで医学教育に目を転じると、地域包括ケアと同様に、多職種協働による医師養成という方向性が見えてくる。

331

5-2 医師養成における多職種協働に向けて

長年医学教育に関わってきた筆者は、医学と文化人類学の境界にあって、常に自身の研究・教育者としてのアイデンティティの揺らぎに悩まされてきた。文化人類学者から医学に取り込まれてしまったのではないかという指摘を受けたこともある。自分の立ち位置をどこに据えるかというこの悩みは、文化人類学と医学を対置させることによって生じる。その解決の一つが多職種協働による医師養成の輪に加わるという考え方ではあるまいか。

医師や医学者のみならず、コメディカルや福祉等の多様な専門職、そして患者や利用者等民間の人たちとともに、その時代その地方の社会的ニーズに応えうる医師を育てていく。同時に住民が満足いく人生をまっとうできるような地域づくりをしていく。教育もそのような社会活動の一部と考えるならば、文化人類学者としてのアイデンティティを保ち

ながら、これに参加することができる。そしてそのような社会参加が、文化人類学の今日の価値を高めることにつながればいいと考える。

<参考文献>

- アッカークネヒト、E.H. 1984 『ウィルヒョウの生涯——19世紀の巨人＝医師・政治家・人類学者』 館野之男、村上陽一郎、河本英夫、溝口元訳、サイエンス社。
- 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001a 『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』 文部科学省。
- 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001b 『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』 文部科学省。
- 医療人類学ワーキンググループ 2004 『ワークショップ 医学・医療系教育における医療人類学の可能性』 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報告書。
- 第16期医学教育学会準備教育・行動科学委員会 2015 「提言『医学教育における行動科学・社会科学』」 『医学教育』 46(4): 349–353。
- 日本医学教育評価機構 (JACME) 2018 『医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.3 世界医学教育連盟 (WFME) グローバルスタンダード 2015 年版準拠』 一般社団法人 日本医学教育評価機構 (https://www.jacme.or.jp/pdf/wfmf-jp_ver2.3.pdf)。
- 星野晋 2015 「変容する日本の医療環境を生き抜くために——医学教育と社会科学の協働の可能性」 『医学教育』 46(4): 308–314。
- モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会 2017 『医学教育モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版』 文部科学省。
- World Federation for Medical Education (WFME) 2003 *Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement*. WFME Office: University of Copenhagen. Denmark.

インターネット資料

文部科学省高等教育局医学教育課

「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して（21世紀医学・医療懇談会第4次報告）」（1999年4月報告）http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/009/toushin/990401.htm 2019年1月12日閲覧

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)

Medical School Accreditation Requirement for ECFMG Certification

<https://www.ecfmg.org/about/initiatives-accreditation-requirement.html> 2019年1月12日閲覧

Designing Cultural Anthropological Education to Meet Clinical Needs—The Past and Future of Cultural Anthropological Education in Medical Education in Japan

Shin HOSHINO

Keywords : Medical Education, Model Core Curriculum for Medical Education in Japan, Social Sciences, Cultural Anthropological Education, Interprofessional Work.

In 2001, the Model Core Curriculum for Medical Education in Japan was published. It listed the minimum curricular requirements for Japanese medical student by graduation. However, the social sciences were mostly excluded from these basic requirements. In response to this situation, the Premedical Education Committee, a committee of the Japanese Society for Medical Education, announced in 2015 a proposal that medical students be encouraged to learn the social sciences.

Similarly, the Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG), which controls the acceptance of clinical residents from foreign countries in the United States, signaled its support for social sciences education with this statement in 2010: “Starting in 2023, applicants for ECFMG Certification must be from a medical school that is appropriately accredited. More specifically, the school must be accredited by an accrediting agency that is officially recognized by the World Federation for Medical Education (WFME).” This is significant because the behavioral and social sciences were included in the WFME’s Global Standards, and cultural anthropology was highlighted as an important subject of the social sciences.

In light of these recommendations, when the Model Core Curriculum for Medical Education in Japan was revised in 2016, the social sciences, including cultural anthropology, were added to the minimum requirements for medical education. However, many medical school faculty are not yet familiar with cultural anthropology, and the contents of cultural anthropology listed in the core curriculum remain limited. Therefore, anthropologists should design their own learning models for medical education while maintaining consistency with the core curriculum. It is likely that there are various anthropological issues which medical students could examine in their clinical sites and in everyday life, so for cultural anthropologists concerned with medical education, it seems necessary to join interprofessional teams for fostering medical practitioners.