

医学教育とともにある人類学に向けて

——スコットとインゴルドの助けを借りて

浜田明範

<要旨>

文化人類学者が医学教育に対して貢献し続けようとするならば、医学教育と関わることで文化人類学者が何を学ぶことができるのかを明確にしていく必要がある。医学教育に関する従来の文化人類学的研究は、「医学教育についての人類学」と「医学教育のための人類学」の2つに大別することができるが、いずれの方向性についても、文化人類学や文化人類学者にとって医学教育と関わる必要がどこにあるのかをそれほど明確にできてこなかった。そこで、本論では、「芸術についての人類学」ではなく、「芸術とともにある人類学」の必要性を提唱したティム・インゴルドの助けを借りながら、「医学教育とともにある人類学」の可能性の一端を探求していく。ここで展開される「医学教育とともにある人類学」では、医学教育の実践と文化人類学教育の実践は共通の関心を持っており、また、後者が前者から何事かを学ぶことができると想定される。この点を明確にするために、本論ではジェイムズ・スコットが「人間の生産」について議論する際に展開している開放性-閉鎖性という概念軸と、インゴルドの反質量形相論的な教育論を参照する。そのうえで、医学教育と文化人類学教育が開放的で反質量形相論的な教育を実践するという関心を共有していることを確認し、後者が前者から学ぶものとして卒後教育の重視とワークショップ形式の教育実践の2つがあることを指摘する。

375

1 はじめに（あるいは、不適格者たちのためのエクスキューズ）

はじめに、なぜ私がこの論文を書くことになったのかについて簡単に振り返ることで、なぜこの論文が書かれなければならないのかについて説明しておきたい。

私は、大学院入学時からガーナ南部のカカオ農村でフィールドワークを実施し、(1) そこでどのように薬剤が流通し使用されているのか、(2) 健康保険の普及が当該地域の人間関係にどのようなアクセントを与えたのか、(3) 感染症対策が人々の生活にどのような影響を与えているのかといったトピックについて研究をしてきた [浜田 2015a, 2015b, 2017]。つまり、日本の医療状況について調査研究をしたことはこれまでに一度もない。さらに、医学部において非常勤で集中講義を担当したことやオブザーバーとして講義に参加したことはあるものの、医学教育に集中的に携わってきた経験もない。

そのような私が医学教育に関わるようになったのは、端的に言って成り行きに任せたからでしかない。2013年に、日本で活動している医療人類学者が集まって、日本文化人類学会の課題研究懇談会を設立しようという話が持ち上がったとき、当時、国立民族学博物館の機関研究員であった私は、他の研究者よりも時間が取れるであろうという理由から（つまり、特別やる気があったからとかリーダーシップがあるからという理由ではなく）、課題研究懇談会の代表世話人を引き受けることになった。2014年に組織されたその懇談会は「医療人類学教育の検討」と名付けられ、内部にいくつかのワーキンググループが組織されることになったが、そのなかには、本特集にも寄稿している飯田淳子を取りまとめる医療者向け人類学教育を検討するグループが含まれていた [浜田・濱 2016; 浜田 2018a]。

飯田は、（私の理解では）このワーキンググループの活動を円滑に進めるということも目的のひとつに含め、国立民族学博物館で「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」という名の共同研究を2015年に組織することになった。私は、この共同研究と懇談会全体の連携を確保するために、飯田の主催する共同研究にも参加することになった。見通しが甘く、また、楽観的な性格の私は、この時点ではまだ、自分がいずれ医学教育について真剣に検討することになるとは想像していなかった。自分が専門としてきた医療人類学のトピックの一部について教科書の一章でも執筆すれば、十分に役割を果たせるものだと思っていた。しかし、この共同研究に参加するなかで、代表者の飯田に誘われる形で、医学教育に関する様々な取り組みに巻き込まれていくことになった。

そのなかには、家庭医の学会である日本プライマリーケア連合学会が毎年大阪で医療者向けに開催している「秋季セミナー」や、岐阜大学医学教育開発研究センターが主催する「医学教育セミナーとワークショップ」において、講師として医療者に人類学的思考を教育する機会や、藤田医科大学において石原慎氏の担当する授業にオブザーバーとして参加したこと、名古屋大学医学部附属総合医学教育センターの錦織宏氏や滋賀県にある浅井東診療所の宮地純一郎氏との継続的な対話の機会などが含まれる。気が付いたときには、2017年に日本文化人類学会に組織された「医療者向け人類学教育連携委員会」の委員にもなっていた。医療人類学に対する関心さえ薄れつつあった私にとって、また、日本を対

象とした研究をしたことのない私にとって、これはまったくの予想外の事態であった。

もちろん、「巻き込まれた」といっても、何も考えずにいたわけではない。ひとつひとつの場面では、それなりに勇気のいる決断を迫られてきた。医療者に対するセミナーやワークショップに講師として呼ばれる際にも、医療者の方々と対話をする際にも、そして、『コンタクト・ゾーン』を運営する京都大学人間・環境学研究科文化人類学分野の教員にこの特集企画について打診を受けた際にも、私は、喜びや興奮よりも戸惑い、恐怖を覚えた。

その理由はいくつか考えられるのだが、根本にあったのは、自分にはそのような仕事に携わる資格がないという思いであった。私は、この間、ともに活動してきた先輩の文化人類学者たちと比べると、医療現場や医学教育に関する経験も、日本での調査の経験も圧倒的に少ない。あるいは、医学教育とはそれほど関わっていないが日本の医療現場で長年にわたって調査研究を行ってきた医療人類学者も多数存在している。そんななかで、私ができることは多くはないし、また、何かをする資格は無いと思えたのである。

文化人類学者が、(読書を通じた知見の蓄積がこの分野にとって極めて重要であることは承知しているが) もっぱらフィールドワークを通じて知見を獲得することによって自らの専門家としての自覚を強くしていく存在であるとするならば、私には日本での医学教育に関わるだけの蓄積が圧倒的に不足していた。つまり、私は医学教育に関わる文化人類学者としては不適格であり、そのような私が付け焼刃で何かを発信するのは無責任なことなのではないかという思いがあったのである。

このような思いを抱えて躊躇する私に対し、医学教育における経験の長い文化人類学者たちは、「必ずしも日本の事情に通じている必要はない」、「医療人類学でなくても人類学が分かれば大丈夫」といった言葉をかけてくれた。これは、私を巻き込むための方便や無責任な思いやりというよりは、これまでの経験に裏打ちされた言葉だったのだろう¹。いずれにしても、ここには、文化人類学者の専門性をめぐるある種の対立の存在を見て取ることができる。すなわち、文化人類学者の専門性はフィールドワークや読書を通じて蓄積された民族誌的知識にあるのか、それともそれとは異なる何かであるのかという対立である。

こうして、私は、医学教育というフィールドで(メタ的に)文化人類学をすることの意義に気づくことになった。医学教育と関わる前の私は、それとは違う立場が存在することを知りながらも、前者の立場を強く身体化していた。だからこそ、日本の医学教育に関わることに感情的な反応があったのである。その後、医学教育に関わるなかで、私は徐々に後者の立場の可能性に真剣に向き合うことになった。そして、必ずしも医学教育について

1 ただし、現在、私自身はこの先輩たちの言葉を字義どおりに受け止めるべきかどうかの判断は慎重になされるべきだと思っている。確かに、日本で調査をしていることや医療人類学を専門とすることは必要条件ではないが、医学教育に対する貢献は文化人類学者であれば誰でも簡単にできるというわけでもないことには注意が必要である。とりわけ、後述するワークショップ形式での実践では、医療者や医学生の反応に即興的に対応することが求められる。即興性が求められるという状況の特性上、どのような形で行うべきなのかは容易に言語化しづらいのだが、十分な準備をしておく必要があることは間違いない。

詳しくない文化人類学者が、医学教育とともにあることが持つ可能性に徐々に気づき始めた。医学教育と関わることによって、自らの人類学観に対する変化が起きていたのである。

この人類学観についての気づきには、私が個人的に抱いていた戸惑いや後ろめたさを解消すること以上の意義が、少なくとも2つある。まず、これは日本の医学教育に文化人類学が参与できるかどうかという問題と関連している。仮に医学教育の現場でフィールドワークをした経験のある者しか医学教育に関わるべきでないのであれば、それは、実質的には、日本の医学教育に文化人類学が参与する可能性を閉ざすことにつながる。もちろん、それはそれでひとつの立場としては成り立つ。しかし、よくよく考えてみれば、自分がフィールドワークをしたことのない地域や研究したことのないトピックについて、文化人類学者が学生を指導することは決して珍しいことではない。そうであるならば、医学教育にそれほど通じていない文化人類学者にも、何かしらできることがあるはずである。私が当初感じていたような戸惑いや恐れにとらわれ続ける必要は必ずしもない。そうであるならば、文化人類学者が医学教育に関与する可能性は充分に残されていることになる。

次に、私は、多少なりとも医学教育に関わることで、本務校における文化人類学教育に応用できるような知見を得たり、文化人類学そのものに対する見方を更新したりした。これは、医学教育に関わるのが、文化人類学者に知的興奮をもたらすものであることを意味している。もちろん、これは医学教育に関わるすべての文化人類学者に必ずしも妥当するわけではないだろう。しかし、それでも、その可能性があることを明確に文章化しておくことは有益であろう。

そこで本論では、まだ十分に医学教育のフィールドに入り切れていない、ある意味では、教育をしたり論文を書いたりするには不適合であるようにも見える者が、それでもひとりの文化人類学者として医学教育と関わるなかで見出した可能性について検討していく。

2 医学教育と文化人類学

日本では、医学教育と文化人類学の関係についてそれほど活発な議論がされてきたとは言いがたい。それでも、本特集に寄稿している書き手のものも含め、これまでも議論の蓄積がなされてきている [e.g. 星野 2000, 2006, 2009, 2013, 2015; 道信 2009, 2015]。そこで、医学教育とともにある人類学の輪郭を示すために、まずは、「医学教育についての人類学」と「医学教育のための人類学」という2つの研究のあり方について、特に日本における医学教育に関する文化人類学的研究の先駆者のひとりである星野晋の議論を振り返りながら検討しておこう。

日本における医学教育についての人類学的研究の代表的なものとして星野の手によるものがある [星野 2013]。星野によると、現代医療の医師は、(1) 患者への共感を排除した科学的な医学に基づく治療技術の行使と (2) 患者の気持ちに配慮するという、相反する2つの態度が要求されるという。この2つの態度の葛藤は、医学部の2年生に課される「ご遺体」を対象とする解剖実習にも組み込まれている。前者については、重労働である皮膚の解剖やより深層にある内臓の解剖に向かうなかで初めてご遺体に対面したときの動

揺が薄れていくことや、医学の語彙の運用のされ方を学ぶなかで確立されていく。他方で後者については、顔や心臓や性器といった身体部位を解剖する際や解剖後の納棺や火葬に参列する際に前景化したり、「貴重な御遺体を提供された献体者の霊に対し、常に敬虔な態度で臨まなければならない」というような注意書きに表れている。

星野の分析で特に注目すべきなのは、この二重性が、モノともヒトとも異なるがどちらにも認識されうる実在としてのご遺体と、それをドイツ語の「ライヘ」ではなく「ご遺体」と呼ぶことの両方、つまり物の特性と言葉の特性の両方によって可能になっているという点である。解剖実習という、医学部に特有の、そして医学教育のなかでも劇的な部分のひとつであるカリキュラムに焦点を当てながら、それが現代を生きる医師に要求される相互に矛盾しうる患者への態度を切り替える技術を培う場であるとする星野の分析は見事であり、医学教育についての人類学的研究のひとつの範型を成している。

他方で、星野は、医学教育のための人類学的研究も行ってきた [星野 2000, 2009, 2015]。2000 年に発表されたその初期の著作において、星野は、文化人類学が医療者や医学生に提供できることとして、(1) 人の病いや健康を総合的に捉える視点、(2) 一般人の病気観や保健行動、死生観や社会関係、(3) 文化的多様性と変化の理解、(4) 現代医学・医療の相対化、(5) フィールドワークなどの質的調査の手法、の 5 つを挙げている [星野 2000: 47-48]。

留意すべきなのは、星野のこの論考があくまでも文化人類学者を読者と想定して書かれているという点である。それに対し、その後に出版された星野の論考 [星野 2006, 2009, 2015] では、医学教育における文化人類学の貢献可能性を文化人類学の外部、すなわち医学教育に携わる医師を中心とする他分野の研究者に向けて発信することが強く意識されるようになっていく。このことは、例えば、2009 年に発表された論考で、医学教育の内側で活動しながら現代医学・医療を相対化することの困難さが記されていること [星野 2009: 79] や文化人類学が医療専門職の養成にいかに関与するかを重視している点 [星野 2009: 88-90] に見て取れる。これは、2000 年の論考において、星野が現代医学・医療を相対化する視点を医学教育のなかに含めうると考えていたことから大きく変化している。当初、医学生に対して要求すべきと考えていたことが、文化人類学者にとってもかなり困難なことであるとされているからである。

同時に、星野は、医療者や医学生に文化人類学のエッセンスをより伝達しやすい言葉として、例えば、「生活者」や「事例性」といった語彙を用いるようになっていく。

星野は、2001 年版の「準備教育モデル・コア・カリキュラム」[医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001] について、特に医学教育における「行動科学」が心理学偏重になっていることにより、「日常世界を生きる社会的な存在としての誰かが病むということが当事者にとって（中略）どのようなことなのか」、病者が診察室の外でどのような生活を営んでいるのかについて学習する機会がまったくないことを指摘している [星野 2009: 84]。このような問題意識に基づいて、星野が持ち出してくるのが「生活者」という概念である。星野によると、生活者という概念を使用することで、ともすれば持っている知識の量によって特徴づけられてしまう医師と患者の差異を、質的な差異として理

解する可能性が開けるという。生命とも生活とも人生とも訳しうるライフという言葉のうち、医師が生命の側面についてよく知っているのだとすれば、患者はただの素人なのではなくそれぞれの生活についてよく知っている生活者だというのである〔星野 2009: 86-88〕。

星野は、さらに、2015 年に『医学教育』に発表した論文において、この生活者という視点からどのような医師を育成すべきかについても踏み込んでいる〔星野 2015〕。星野によると、10 年後 20 年後に活躍する医師を育成する際には、その時代の生活者の生活がどのようなものであるのかを念頭に置く必要がある。特に、日本においては、(病院におけるケアではなく) 在宅ケアの領域が拡大していくことが想定され、それに対応するためには、在宅ケアが行われる場である家庭や生活の場についての理解が医師にも求められるという〔星野 2015: 311〕。この際、生活者の視点に寄り添うために星野が提案するのが、精神医学者の加藤正明が提唱する「事例性」という概念である。星野によると、ここでいう事例性は、病者を含めた当事者にとっていま何が問題になっているのかに注目するための概念である。つまり、事例性とは、普遍的に適応できる医学の視点ではなく、生活者の視点から病いについて見るための概念として理解できるだろう〔星野 2015: 313〕。星野はここで、文化人類学者に馴染み深い思考法を、精神医学者の言葉を用いて説明することによって、医療者や医学生に対してより説得力をもたせることに成功している。

これまで紹介してきた星野の一連の研究に見られるように、日本の医学教育を対象とした文化人類学の議論は、医学教育で何が行われているのかを問う医学教育についての研究と、医学教育に文化人類学がいかに貢献できるのかを問う医学教育のための研究の 2 つに大別することができる。もちろん、両者は明確に区別できるわけではなく、前者のなかで医学教育への提言がなされたり〔星野 2013: 450-452〕、後方で医学教育や医学生の特徴について議論されたりすることもある〔星野 2000: 47〕。他方で、上記の 2 つの研究の方向性が、それぞれに独自の強調点や読者の想定を行っていることもまた確かであろう。

同様に、本論でこれから提起していく、医学教育とともにある人類学も、医学教育についての人類学や医学教育のための人類学と部分的に重なり合いながらも、異なる強調点を持っている。結論を先取りするならば、医学教育とともにある人類学においては、医学教育と協働することによって、文化人類学の知のあり方や態度がどのように更新されるのかが追求される。言うなれば、文化人類学を医学教育と並置することによって、文化人類学についての文化人類学、文化人類学のための文化人類学を追求していこうというのである。

このようなとともにあることの重要性を主張してきた人類学者にティム・インゴルドがいる〔インゴルド 2018; Ingold 2013, 2018〕。インゴルドは、*Making* のなかで、芸術についての人類学 (anthropology of art) を批判し、芸術とともにある人類学 (anthropology with art) を行う必要性を提唱している〔Ingold 2013: 8〕。インゴルドは、これまでの「芸術についての人類学」が芸術家ではなく美術史から学んできたことを批判する。芸術についての人類学は、美術史と同様、過去に作られた作品については検討しているが、芸術家の実践からは何も学んでいないというのである。これに対して、「芸術とともにある人類学」では、芸術 (≠美術史) と人類学 (≠民族誌) が関心を共有していることから出発し、芸

術家の実践から人類学の実践が何を学ぶことができるのかが主たる関心事となる。この際、芸術と人類学が共有している関心は、「私たちの感覚をもう一度目覚めさせること」や「存在の内側から知識が成長するようにすること」[Ingold 2013: 8] であり、建築と芸術と人類学と共有している関心は、「私たちが住まう環境を生み出す創造的プロセスと、それらの環境を知覚するやり方を探究すること」[Ingold 2013: 10] であるという。インゴルドは、美術、建築、考古学、デザインといった人類学以外の分野とともにあることによって、つまり、それらの分野とともにワークショップを行ったり、それらの分野の事例を検討することによって、*Making* で、(1) 質量形相論を批判し、(2) コレスpond一元論とでも言うべき独自の存在論を展開することに成功している [Ingold 2013]。

では、このインゴルドが展開しているとともにあることの可能性を、芸術と人類学の関係についてではなく、医学教育と人類学の関係に適用したらどうなるだろうか。医学教育とともにある人類学は、医学教育についての人類学や医学教育のための人類学とは異なる強調点を持ち、異なる読者を想定することになる。そのなかでまずもって問うべきなのは、

(1) 医学教育と文化人類学はどのような関心を共有しているのか、(2) 医学教育の実践から文化人類学は何を学ぶことができるのか、という2点である。

結論を先取りするならば、私は、医学教育と文化人類学は (1) 開放性をもった教育実践、(2) 反質量形相論、という2つの関心を共有しており、また、それについて、医学教育は文化人類学よりも一歩進んでいると考えている。この点について明確にするために、近年の文化人類学における教育の捉え方について、ジェイムズ・スコットとティム・インゴルドの議論を参照しながら確認していこう。

3 開放性

ジェイムズ・スコットの『実践 日々のアナキズム——世界に抗う土着の秩序の作り方』[スコット 2017] は、図式的ではあるが、多くの文化人類学者が賛同する価値がクリアカットに提示されている。スコットが擁護するのは、例えば、土着の秩序、試行錯誤、多目的性、人間の生産、開放性であり、その反対に位置づけられる公式の秩序、前例踏襲、単目的性、商品の生産、閉鎖性については否定的である。相互に関連しているこれらの対立軸のうち、本論と特に関連が深いのは、人間の生産 - 商品の生産、多目的性 - 単目的性、開放性 - 閉鎖性である。

スコットの「人間の生産 the production of human being」という発想は、最も利益を上げる商品をいかに効率的に生産するかについての計算に基づく近代的で合理的なプロジェクトを批判するために持ち出されている。そのような近代的で合理的なプロジェクトの例としてスコットが挙げるのは、最も生産性のある樹種のみを植え続ける（そして失敗した）科学的林業や、特定の領域に特定の機能を割り振ることで視覚的に美しい（が、住民にとっては退屈な）都市を作ろうとする近代的な都市計画である。これらの近代的で合理的なプロジェクトは、単一の領域に単一の目的を割り当てるという特徴を持っている。それに対して、西アフリカや南米における在来の混作農法や、古くからある無秩序な都市では、単一

の領域に複数の目的が配置されている。つまり、多目的的である [スコット 2017: 37-67]。

スコットによると、工場も科学的林業や都市計画と同じように、単一の目的に特化している。工場では、ベルトコンベアーに沿って、単一の作業を行う労働者が配置される。そうすることで、効率よく商品を作っていくことができる。ここでは、商品の生産は最大化されている。しかし、人間の生産（労働者の能力の拡大・できることの拡張）という観点からは、ほとんど成果を上げていない。それに対し、職人はすべてを自分でこなす。それは、商品の生産という観点からは非効率的かもしれないが、人間の生産という観点からは工場よりも成果を上げている。つまり、商品の生産効率という単一の目的からではなく、人間の生産や、遊びを含めた複数の目的がどの程度達成されているかという観点から職場環境や生活環境を見ていこうというのが、スコットの教育論の肝である [スコット 2017: 69-99]。

加えて、スコットは、この人間の生産という観点から、学校教育についても検討している [スコット 2017: 83-87, 124-128]。「学校は、ある意味では、産業化していく社会にとって必要な計算や識字といった最小限の基礎的なトレーニングを施す工場である（中略）学生、教師、校長、全学区の目標は、すべての努力を、制度設計者が定めた基準を満たす標準化された学生を作り出すことに向けることになった。これが生み出す製造物とは何だろうか。それは、狭く想定された、テストによって測ることができると考えられるある種の分析力である」 [スコット 2017: 85]。「学校は、「単一の生産物」を作る工場へと変わってしまう危機にあった。その生産物は、狭い知識と受験技術を測るために作られた標準テストに合格できる生徒たちに他ならない」 [スコット 2017: 126]。

一見すると、このスコットによる学校に対する厳しい判断は、卒業時に国家試験を突破することが至上目的となる医学部にこそ当てはまるように思える。つまり、「医学部は、「単一の生産物」を作る工場へと変わってしまう危機にある。その生産物は、狭い知識と受験技術を測るために作られた標準テストに合格できる生徒たちに他ならない」というわけである。後述するように、このような医学教育に対する見方は、必ずしも正確なものではなく誤解に満ちているのだが、いずれにしても、医学教育が行われる場を単一の生産物を作る工場とは違うものとするべきだという、スコットから得た着想に多くの文化人類学者は賛同するであろう。

では、それはどのようにして達成することができるのだろうか。ここでスコットが持ち出すのが、開放性 - 閉鎖性という対立軸である。スコットは、この対立軸を明確にするために、いくつかの例を挙げている [スコット 2017: 69-78]。スコットがまず持ち出すのが、コペンハーゲンのエムドロブにある「冒険広場」に代表されるような独特の公園である。この種の公園は、ブランコやシーソーといった完成された遊具を予め配置するのではなく、砂利や木材、工具などを置いた一種の建設現場を作り、それを子供たちに委ねる。この種の公園は、無秩序な都市と同じように見た目は美しくないが、子供たちが日々生み出す遊び方は無限である。また、子供たちは自分たちで建物や遊具を物理的に作るだけでなく、ときに材料や工具の管理をめぐって自分たちで社会的な規則をも作りだしたという。

スコットはまた、開放性と閉鎖性の代表例として、ベトナム戦争慰霊碑と硫黄島の記念碑という、ワシントンに存在する戦争に関する2つの記念碑を挙げている。戦死者の名前が刻まれただけの前者は、慰霊に訪れた人々が目的とする戦死者の名前を探すところから始める必要があり、また、その人にちなんだ様々な品を置いていく。そうして置かれていった品々は、後に建設された隣接する博物館に収蔵されている。それに対して、硫黄島に星条旗が立てられた瞬間を精密に再現した後者には、そこを訪れる人々が何らかの形で働きかける余地が残されていない。新たな意味が付与されることもない。

いずれの例においても、スコットが問題にしているのは、その場でどれだけ多くのことを人間が行うことができるのかという目的の多様性であり、また、人々が物理的・社会的に新しいものを付け足すことができる余地がどれだけ残されているかという開放性である。より開放的であり、より多目的である場所では、人間はより多くのことができるようになる可能性があり、より多くのことを学ぶ可能性がある。

スコットは必ずしも明言しているわけではないが、大学をより開放的に、冒険広場やベトナム戦争慰霊碑のような場所にしていくために、どのような方法があるのかは真剣に考えるに値する課題である。そして、このことは、医学教育においても文化人類学教育においても等しく妥当することであろう。そのためには、現在行われている教育実践が、開放性 - 閉鎖性という軸の上で、どのような位置を占めているのかを検討する必要がある。また、医学部における国家試験の重視が、スコットが閉鎖的だと批判している当の教育実践に他ならないことについても検討する必要があるだろう。しかし、具体的な検討に入る前に、人間を生産するということがどのようなことなのかについて、もう少し詳しく見ておこう。

4 質量形相論批判

スコットが、人間の生産を、人がどれだけ多くのことができるようになるかという観点から検討していたのに対し、ティム・インゴルドは、人間が自己を製作するとはどのようなことなのかを検討している [インゴルド 2018: 221-311]。

インゴルドの議論を理解するためには、まず、「製作する」ということについて彼がどのように考えているのかについて理解しておく必要がある。まさに、製作すること (Making) について検討した著作において、インゴルドは、質量形相論と呼ばれる製作観を批判し、「コレスポンド (correspond) 一元論」² とでも呼べるようなものを展開している [Ingold 2013]。インゴルドの議論は (スコットのクリアカットな枠組みとは異なり)、既存の存在論的な区分を取り払うという形式をとっている。本論との関係が深いも

2 ここでインゴルドの議論をコレスポンド一元論として紹介することは、インゴルド自身の主張とは少しずれているかもしれない。インゴルドは、コレスポンドを相互作用 (interaction) とは異なるものとして提示しており、また、これと同じ流れで物 (thing) と対象 (object) を区別しているからである [Ingold 2013: 91-108]。しかし、私には、インゴルドがそうと明示していないものの、相互作用をコレスポンドの一種として、対象を物の一種として理解することはそれほど的外れではないように思える。

のとしては、完成前と完成後、物の作成と人の作成といった区分の無効化がそれにあたる。

順を追って説明していこう。インゴルドが論敵として徹底的に批判する質量形相論とは、作成者が頭の中で作り上げたデザインをそのままそっくり物質に押し付けることこそが製作することであるという考え方である。この考え方に基づくならば、例えば、建築物は設計者が予め作成した図面を単に再現したものということになるし、調度品はデザイナーが予めデザインしたものを単に実現したものということになる [Ingold 2013: 47-74]。

インゴルドは、このような考え方を徹底的に批判していく。まず、この考え方は、特定の物が現在の形をとっていることについて、設計者やデザイナーの力を過大に評価しすぎている。インゴルドによると、カゴが現在の形をとっているのは、材料となっている一本一本の枝の持っている反発力や作成する際に吹いていた風の力が一体となって絡まり合った（＝コレスpondした）結果であり、また、そうし続けている結果である。人間が行っているのは物がつかの間のあいだ一体となって絡まり合うのを手助けしているだけだという [Ingold 2013: 17-32]。

この観点からすると、建物もまた、常に風雨にさらされるなかで微妙にその形を変化させ続けていることになる。複数の建築資材がもともと持っている力が特定の形で一体となって絡まり合うように人間が仕向けた結果として建物があり、その建物は雨風と絡まり合うなかで姿を変えていく。いずれ、人間が住むのに快適と思えないほどに姿が変われば、人間は再び資材を集めて建物を補修するだろう。このとき、建物を「建築する」ということと「補修する」ということ、あるいは大規模な補修をしなくていいように日々何らかの形で維持しようとするもののあいだに、存在論的な差異はないとインゴルドは考える。それらに違いがあるように私たちが考えるのだとすれば、それは、設計者が心に描いた通りの形に一度なった時に建物が完成した、と考えているからである。私たちは、質量形相論的な臆見に基づいて、建物が完成する前の働きかけ（＝建築）と完成した後の働きかけ（＝補修）を分けているが、ひとたびその発想から自由になるならば、両者のあいだに大きな差はないのだという [Ingold 2013: 47-60]。

あるいは、設計者やデザイナーの力を過度に強調することは、実際に物を作成する際に用いるテンプレートの影響力や職人や利用者が用いる細かな調整を過小評価することにつながる。芸術家の創造性は、物の製作に先立って想定されていた目的の目新しさにあるのではなく、作業を進めながら問題を解決していく即興性にこそあるとインゴルドは主張している [Ingold 2013: 33-60]。

これまで見てきたように、インゴルドにとって製作するとは、複数の諸力を絡み合わせ続けることであり、それは頭の中で予め作ったデザインを物質的に再現することではない。また、インゴルドは、どこかの時点で物が完成したとみなすことを拒否し、物が常に何かになり続けていると考える。

さらに、インゴルドは、ここまで述べてきたことは、物についてだけでなく、人間についても妥当すると考えている。この点について明示的に展開されているのが、「人間になること Humaning」と名付けられた、『ライフ・オブ・ラインズ』の第三部である [イン

ゴルド 2018: 221-311]。インゴルドの議論はここでも多岐にわたるが、ここでは特に、作ること―成長すること、導き入れること―外に導くこと、という2つの軸に注目しておこう。

通常、人間は成長することによって何者かになる、つまり、成長することは人間が作られる過程に内包されていると考えられがちである。これは、成長に先立って予め定められた特定の条件を備えるために成長が必要だという考え方であり、この点において質量形相論的な発想である。これに対しインゴルドは、人間は常に成長し続けており、その連綿と続くプロセスにおける特定の契機において何者かとして作られたと認識されるという [インゴルド 2018: 231-250]。これが、反質量形相論的な人間の製作についての考え方である。

この作ることと成長することの関係の転換は、教育という言葉のもつ2つのニュアンスと関連している。インゴルドによると、教育 (education) という言葉のラテン語の語源には *educare* と *educere* の2つがあり、前者が「新参者の頭の中に知識を教え込む」という意味であるのに対し、後者は「新参者を世界の中へと導き出す」という意味であるという³。ここで、＜何らかの体系を教え込むこと＞と＜外に連れ出すことによって様々なものに曝されること＞という対立は、閉鎖性と開放性というスコットの提起した軸とも重なり合っている。インゴルドは、前者をレディメイドの知識を提供するものと述べ、後者は絶え間なく創発し続ける世界を待ち構えること（＝注意）に基づく教育なのだという [インゴルド 2018: 251-268]。

5 卒後教育とワークショップ

385

整理しよう。スコットは、学校の閉鎖性を批判し、より開放的な場を作る必要性を提起していた。また、インゴルドは、スコットが批判していたようなテストのための教育を批判し、反質量形相論的な教育、すなわち、完成を想定せず常に成長し続ける教育、新参者を世界の外側に連れ出すような教育を擁護していた。

このような文化人類学的な教育観からすると、一見すると、医学教育は極めて閉鎖的な実践であるように思える。医学教育においては、教育実践に先立ってそこで学ぶべきことがデザインされ、それに見合った人物の育成が単一の目的とされ、なおかつその目的が達成されているかどうかが一元的な試験によって判定されているからである。まさに、閉鎖的であり、質量形相論的な教育である。

しかし、忘れてはならないのは、医学教育とともにある人類学において重視すべきなのは、私たちの手元にある評価基準に基づいて対象を好き勝手に切り分けることではなく、医学教育と文化人類学がどのような関心を共有しているのかを探り、また、その点において医学教育から何を学ぶことができるのかを検討することである⁴。

3 なお、*educare* と *educere* という2つの語の意味については、白水 [2016] が厳密な検討を行っている。
4 この立場は、いわゆる人類学における存在論的転回において強調されていたことにも留意する必要がある [浜田 2018b]。

インゴルドが述べていたように、作ることと成長することの関係を逆転してみたらどうか。つまり、医師になるために成長が必要なのではなく、常に成長するなかの特定の時点に医師になるという契機があると考えてみたらどうか。実のところ、国家試験に合格することがいかに重要であるように思えても、人が医師になり続ける過程において、それだけが唯一の契機ではない。国家試験に合格した後も、医師は研修医となり成長し続けることが求められるし、研修が終わった後もそのことは変わらない。

翻って、文化人類学教育について見てみたらどのようなことが言えるだろうか。大学で文化人類学を専攻した学生は、学位を取得して卒業することになる。そうして、学士になった学生たちは、多くの場合、文化人類学者としての成長を期待されているわけではない。さらに言えば、そのような成長の機会が提供されているわけでもない。この意味で、実は、文化人類学の方が医学よりも閉鎖的で質量形相論的な教育制度を作り上げてきたのではないだろうか。医療者が、卒後教育のなかで、文化人類学者から何事かを学ぼうとする姿を見るにつけ、私はそのような反省の念に捉われざるを得なかった。

星野は、医学教育における文系教育の重要性について次のように述べている。「文系教育は、「人間の理解」と「社会の理解」の2つの領域であるという結論に至った。そしてそこで学ぶべきことは、羅列された項目群ではなく、文系諸分野の学習の仕方の学習であると考えた。つまり学ぶべきは、臨床現場で医師が、自身の置かれた状況や遭遇したケースに応じて、課題の設定や解決にどのような文系の知を活用できるか自ら考え、その都度文系の専門家と協力したり必要な視点や方法を学習できる能力である、このように文系の知は生涯学習しつづけてこそ、現場で意味のあるものになる」[星野 2015: 310]。まさに、開放的な学習である。私は、この星野の提言にまったく異論はない。しかし、ここで言われている「文系諸分野の学習の仕方の学習」が、既存の文化人類学教育のなかで文化人類学を専攻してきた学生たちに対し、十分な形で習得されているようには私にはまったく思えない。文化人類学の知を日々の生活のなかで活用すべきなのは、何も医師や医療者に限ったことではあるまい。文化人類学は、医学教育と反質量形相論的な教育に対する関心を共有し、また成長し続けることを重視する医学教育から学ぶことで新たな一步を踏み出すことができうるはずだ。

もう一点、インゴルドとスコットとともに医学教育から学んでおく必要があることがある。スコットとインゴルドはともに、何かを作る際のプロセスの重要性を強調していた。つまり、どのようなことを学ぶのかではなく、どのように学ぶのかの重要性を強調していた。これを、教育に引き付けて議論するのならば、教育手法の検討ということになる。

文化人類学の一般的な教育においては、講義や講読、調査実習といった取り組みが行われている。一概には言えないものの、これらは、講義と調査実習を閉鎖性と開放性の極におき、講読をその中間に位置するように配置することができよう。あるいは、講義と講読は「新参者の頭の中に知識を教え込む」教育であるのに対し、調査実習は「新参者を世界の中へと導き出す」教育であるとも考えることもできよう。

医学教育においては、講義と実習、それにワークショップが重視されている。ここでの実習には、解剖実習や臨床実習が含まれるが、そこには明らかにインゴルドが述べるこ

ろの注意が重視されているし [星野 2013]、(大学院生の行う長期のフィールドワークと同程度とは言えなくても) 文化人類学の調査実習と同じ程度かそれ以上に開放的な学習が行われうるだろう (あるいは、そのような機会とすべく文化人類学が貢献することもあるだろう)。

同時に、注目すべきはワークショップ形式の授業が充実していることである。ここでいうワークショップとは、「先生や講師から一方的に話を聞くのではなく、参加者が主体的に論議に参加したり、言葉だけでなくからだやこころを使って体験したり、相互に刺激しあい学びあう、グループによる学びと創造の方法」[中野 2001: ii] であり、近年は、グループワークやアクティブラーニングの手法として注目されている。中野民夫によると、ワークショップは、1946 年にアメリカのコネティカット州で行われた「人種差別をなくすために働くソーシャルワーカーのワークショップ」によって注目を集め、その後、世界中に広まっていったものであるという。1990 年代以降は、日本でも盛んに行われるようになり、それらは、アート系、まちづくり系、社会変革系、自然・環境系、教育・学習系、精神世界系、統合系に分類できるという [中野 2001: 10-64]。

中野は言及していないものの、日本の医学教育におけるワークショップの歴史は古い。医学教育学の雑誌『医学教育』をひも解くと、すでに 1974 年には WHO の主催でシドニーで開催されたワークショップについて、その進め方や日本への移入可能性について議論されている [館 1974]。牛場大蔵によると、日本の医学教育におけるワークショップの導入は、1973 年にシドニーで行われたワークショップに日本から参加したことに端を発し、1981 年までに全国規模のもので 8 回、機関や学会単位で行われているものは 60 回以上実施されていたという。このうち、全国規模のものは静岡県裾野市にある富士教育研修所で実施されており、その名から富士研ワークショップと呼ばれているという [牛場 1981]。1981 年には、「ワークショップ開催のためのワークショップ」が実施されている [田中他 1981] ことから、この時期にはワークショップがかなりの広がりを見せていたことがうかがえる。

ただし、ここでワークショップの参加者として想定されているのはあくまでも医学部の教員や医療者であり、医学生を対象とするものでないことには注意が必要である。星野晋によると、その後、2000 年代に入り、前述の富士研ワークショップの運営メンバーが全国の医学部を回り、医学生に対してワークショップを通じて教育するためのワークショップが各地で行われ、医学教育にワークショップ形式の授業が本格的に導入され、定着することになったという⁵。

医学教育におけるワークショップでは、特定の学習がなされることを期待して設計されることが多いため、その意味では閉鎖性を伴っている⁶。しかし、講義形式の授業と比べ

5 医学教育においてワークショップという開放性をもった教育実践が注目を集めてきた背景には、医療者の行う臨床実践がそもそも開放的な性格の強い場であることと無関係ではないように思える。この点については、今後の検討課題としたい。

6 例えば、アートの世界で行われているワークショップ [e.g. 陸奥 2014] は医学教育におけるそれよりも開放的な場合があるようである。

れば開放的であることは間違いない。この意味で、ワークショップ形式の授業と実習形式の授業を比較すると、実習の方がより開放的であると言える。他方で、ワークショップ形式の授業には実習と比べていくつかの利点があることも事実である。まず、ワークショップは一回一回、その場で完結する形で授業を行うことができる。文化人類学における調査実習をそれなりに有効な形で進めるためには、良くも悪くも授業時間の外側でかなりの努力を参加者に要求する必要がある。そのため、菅原和孝が行っていたような優れた取り組みでさえ、参加者のモチベーションや授業に参加する以前に培っていた素養の有無によって、成果に大きな差が出てしまう [菅原編 2006]。それに対し、ワークショップでは、それほど強いモチベーションを持っていない者や不慣れな者にも、それなりの学習効果を期待することができる。一回の授業で完結するということは、途中で躓いた際のリカバリーが効きやすいということでもある。

日本では、文化人類学教育のなかにワークショップを取り入れるという試みは、まだ、それほど盛んに行われていないようであり、少なくともその取り組みについての経験が共有されている例は少数であるように思えるが、例えば、インゴルドは、*Making* のなかで盛んにワークショップについて言及しており、ワークショップを通じて彼自身が新しい着想を得ていることが窺える。この意味でも、文化人類学教育にワークショップを取り入れていることの可能性は充分にあるように思える。その際、蓄積・共有していく価値があるものとしてテンプレートの存在を挙げることができる。

先述のように、インゴルドは、何かを作る際に設計図ではなく、テンプレートの重要性を強調していた。それは、例えば、手のひらであり、鋳型であり、木枠である。これらの原寸大の道具を用いることによって、人は具体的な細かな作業のなかで、予め引いておいた図面がなくても、幾何学的に整った建築物を作ることができた [Ingold 2013: 47-60]。ワークショップを実施する際に必要とされる、事前説明用のスライドや、具体的なイメージを提供するための事例や、参加者が手元においてメモを取るためのワークシートや、事後説明用のスライドなどは、このテンプレートに相当すると考えることができる。

どのようなテンプレートを用いれば、より開放的な学習環境を作ることができるのか。スコットが紹介していた冒険広場やベトナム戦争慰霊碑の例からも分かるように、開放的であるということは真空であるということではない。開放的であるためには、道具や材料や石碑といった物が必要であった。では、どのような物を用意すればより開放的な学習環境を作ることができ、学習者同士や学習者と講師のあいだの絡まり合い（＝コレスポンダンス）を促進させることができるのか。この点に留意しながら経験を蓄積し共有することが、医学教育とともにある人類学の主要の課題のひとつである。

6 おわりに

本論は、文化人類学が何らかの形で医学教育に貢献し続けようとするならば、医学教育から文化人類学が何を持ち帰ることができるのかを明確にする必要があることを確認することから始まった。それは、医学教育についての人類学とも医学教育のための人類学とも

異なる、医学教育とともにある人類学を構想するということでもあった。

医学教育とともにある人類学は、医学教育と特定の関心を共有し、また、医学教育から何事かを学ぶような人類学である。もちろん、このことは、医学教育の特徴や規範や価値を文化人類学に直接的に持ち込むということを意味しない。むしろ、近年の文化人類学において擁護されている開放性や反質量形相論といった価値を医学教育と共有し、また、それをいかに促進するかを考えることによって、文化人類学における教育実践や教育についての文化人類学の理解を深化するものである。

卒後教育を重視する医学教育は、学部レベルで行われている文化人類学教育よりもはるかに反質量形相論的であり、また、医学教育にはワークショップという開放性のある教育実践を行ってきた歴史がある。医学教育とともにある人類学は、このような取り組みを行ってきた医学教育に敬意を払いながら、改めて、医学教育や学部教育だけでなく、大学院教育や社会人教育、あるいは中等教育において文化人類学をどのように教えていくべきなのかを検討することができる。いま、医学教育とともにある人類学が要請される理由のひとつがここにある。

<謝辞>

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。

389

<参考文献>

- 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001 『準備教育モデル・コア・カリキュラム (平成 13 年 3 月策定)』文部科学省。
- インゴルド、ティム 2018(2015) 『ライフ・オブ・ラインズ』 笈菜奈子・島村幸忠・宇佐美達朗訳、フィルムアート社。
- 牛場大蔵 1981 「医学教育ワークショップの概念と歴史」『医学教育』12(6): 377-380。
- 白水浩信 2016 「ラテン語文法書における educare の語釈と用例——ノニウス・マルケルッス『学説集』とエウテュケス『動詞論』を中心に」『北海道大学大学院教育学研究院紀要』126: 139-154。
- 菅原和孝編 2006 『フィールドワークへの挑戦——<実践>人類学入門』世界思想社。
- スコット、ジェームズ・C. 2017(2012) 『実践 日々のアナキズム——世界に抗う土着の秩序の作り方』清水展・日下渉・中溝和弥訳、岩波書店。
- 館正知 1974 「シドニーにおける Teachers Training のワークショップに参加して」『医学教育』5(1): 73-74。
- 田中勸、林茂、戸倉康之、畑尾正彦、大竹政子、鈴木淳一 1981 「ワークショップ開催のためのワークショップ」『医学教育』12(6): 398-406。
- 中野民夫 2001 『ワークショップ——新しい学びと創造の場』岩波新書。
- 浜田明範 2015a 『薬剤と健康保険の人類学——ガーナ南部における生物医療をめぐる』

風響社。

- 2015b 「書き換えの干渉——文脈作成としての政策、適応、ミステリ」『一橋社会科学』第7巻（別冊）：125-150。
- 2017 「魔法の弾丸から薬剤の配置へ——グローバルヘルスにおける薬剤とガーナ南部における化学的環境について」『文化人類学』81(4): 632-650。
- 2018a 「課題研究懇談会活動報告 医療人類学教育の検討—4年の活動期間を終えて」『文化人類学』83(2): 285-287。
- 2018b 「アクターネットワーク理論以降の人類学」前川啓治・箭内匡他著『21世紀の文化人類学——世界の新しい捉え方』新曜社、pp. 99-132。
- 浜田明範と濱雄亮 2016 「課題研究懇談会活動報告 医療人類学教育の検討—活動期間の半分を経過して」『文化人類学』81(2): 348-350。
- 星野晋 2000 「医学および医学教育における人類学の役割と可能性」青柳まちこ編『開発の文化人類学』古今書院、pp. 39-57。
- 2006 「医療者と生活者の物語が会おうところ」江口重幸・斎藤清二・野村直樹編『ナラティブと医療』金剛出版、pp. 70-81。
- 2009 「医学教育における文化人類学の関わり方についての一考察」『国立民族学博物館調査報告』85: 77-92。
- 2013 「「ご遺体」は最初の患者である——日本の医学教育における肉眼解剖実習の今日的意義」『文化人類学』77(3): 435-455。
- 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。
- 道信良子 2009 「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」『国立民族学博物館調査報告』85: 53-76。
- 2015 「フィールドで育む共通感覚——日本の医学教育において人文・社会科学の視点を育成するための方法」『医学教育』46(4): 322-328。
- 陸奥賢 2014 『まわしよみ新聞のすゝめ』まわしよみ新聞実行委員会。
- 山崎吾郎 2018 「イノベーションと／の人類学：大学院プログラムにおけるプロジェクトの事例から」『115回現代人類学研究会：医学教育を通して人類学教育の拡張可能性を考える』（2018年10月14日、東京大学）発表資料。

- Ingold, Tim 2013 *Making: Anthropology, Archaeology, Art and Architecture*. Routledge. (=インゴルド、ティム 2017 『メイキング——人類学・考古学・芸術・建築』金子遊・水野友美子・小林耕二訳、左右社)
- 2018 *Anthropology and/as Education*. Routledge.

Towards an Anthropology with Medical Education

Akinori HAMADA

Keywords : Medical Education, Openness, Hylomorphism, Medical Anthropology, Japan

If cultural anthropology is to sustain its contribution to medical education, it should also consider what this project means for anthropology itself. This project should enrich cultural anthropology and broaden anthropological thinking, requiring a new relationship between the discipline and medical education: anthropology *with* medical education. Thus far, anthropology has maintained two main relationships with medical education in Japan. On the one hand, anthropology *of* medical education has analyzed how students become doctors through the cultivation of attitudes needed for skilled professionals. On the other hand, anthropology *for* medical education has discussed what types of anthropological knowledge and attitudes should be taught in the faculty of medicine at which time and through which methods. However, both these positionings have failed to clarify the meanings and significances of the project for anthropology and anthropologists. In contrast to previous studies, this paper explores a form of anthropology *with* medical education, inspired by Ingold's formulation of anthropology *with* art, in which researchers seek shared concerns between the disciplines and clarify how cultural anthropology might learn from medical education. In this vein, this paper identifies how both disciplines support openness in education and share the position of anti-hylomorphism. It then recognizes that anthropology could learn from the emphasis in medical education on lifelong learning and the use of workshops.