

臨床医学との出会い

——「臨床倫理カンファレンス」を用いた文化人類学教育の試み

倉田 誠*

<要旨>

2016年度の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂により、日本の医学教育に文化人類学教育が導入されることになった。そこでは、文化人類学の「知見を臨床実践に生かす」ことが謳われており、文化人類学が臨床医学教育といかに関わっていくかが問われている。本論では、医学部において医療人類学および倫理学の教育に携わってきた筆者の経験から、医学教育のあり方や特徴を整理し、特に臨床医学教育において文化人類学の「知見」を取り入れることの意味と方法を検討する。具体的には、大学病院における「臨床倫理カンファレンス」の実施と大学教育でのそれを取り入れた授業の試みを紹介し、「目的合理性」が支配的な医療現場において「価値合理性の問題」と向き合うことの重要性とそのための方法論を示す。医学教育への文化人類学教育の導入は、臨床実践に新たな知見をもたらすだけでなく、文化人類学にとっても領域横断的な研究・教育が進むなかで自らの知のあり方をいかに提示していくかを考える絶好の機会である。

1 はじめに

2016年度の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂により、日本の大学における医学教育に文化人類学や社会学を含む社会科学領域の教育が導入されることになった。改訂後の「医学教育モデル・コア・カリキュラム」では、「B-4 医療に関連のある社会科学領域」内の「B-4-1) 医師に求められる社会性」にそのねらいとして下記のような記述がなされている〔モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会 他2016:24-25〕。

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。

ここからは、文化（医療）人類学には、①「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」を学ぶための「リベラルアーツ」としての役割と②「臨床実践に行動科学・社会科学の知見を生かす」ための「応用的」な役割が期待されているということが読み取れる。

一方、文化人類学教育に携わる者からこの記述を見るならば、①はこれまでも国公立大学の医学部でも行われてきた「教養教育」や「一般教育」のねらいとほぼ共通すると感じるのに対し、②では何が求められ、いかなる内容をどう教育すればよいかが掴みづらい。医学教育において文化人類学教育を担当することになる教員にとって、そもそも「臨床実践」とはどのようなものであり、そこに「行動科学・社会科学の知見を生かす」とはどのようなことなのかを具体的に想像することは難しい。また、医療現場での「問題解決」やそれに要する手技手法の習得を軸とする医学教育のあり方は、これまで文化人類学が大学教育に主として携わってきた「教養教育」などのあり方とは大きく異なっている。この点を十分理解して向き合わない限り、文化人類学は医療現場での「問題解決」手段として「使える」／「使えない」という観点からのみ評価される単なる「解決手段（solution）」の一つと理解される危険性をはらんでいる。このようなことから、より問題となるのは、①よりも②の要請に対して文化人類学がどう向き合っていくかという点であるといえる。

本論では、人類学／倫理学教員として医学教育に携わってきた筆者の経験から医学教育における文化人類学の意味や位置付けを考察するとともに、これから文化人類学として臨床医学そのものや臨床医学教育といかに関わってゆくかという見通しを示したい。以下では、まず現在の医学教育の特徴を整理し、そこでの文化（医療）人類学の位置付けを検討する。そのうえで、臨床医学や臨床医学教育における具体的な取り組みを紹介しつつ、医学教育において文化人類学がもつ可能性を明らかにしてゆきたい。

2 医学教育における「目的合理性」と「価値合理性」

2-1 目的合理性と価値合理性

本論では、医学教育における文化人類学の意味や位置付けを説明するために、マックス・ヴェーバーの「目的合理的行為」と「価値合理的行為」という概念を導入する〔ヴェーバー 1972: 39-42〕。あらかじめ、これらの概念を簡単に概説しておきたい。まず、「目的合理的行為」とは、ある目的を実現・達成するために手段としてどれほど適切かによって判断されるような行為であり、ここではそのような基準を「目的合理性」と呼ぶことにする。一方、「価値合理的行為」とは、ある特定の価値にどれほど即しているかによって判断される行為であり、そのような基準は「価値合理性」と呼ぶ。

ヴェーバーの著書『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』によると、当初、プロテスタンティズムの倫理という価値合理性にもとづいて行われてきた営為が、結果として資本主義という目的合理性を軸とした社会の仕組みを生み出し、やがてはそれが自己回転をはじめたという〔ヴェーバー 1989; 吉見 2016: 70-71〕。つまり、当初は価値合理性によって成り立っていた行為が組織化されるうちに、当初の価値が忘れ去られて次第に自己目的化し、自ら目的を再生産しはじめたというのである。このように、近代社会においては、「価値合理性」は容易に「目的合理性」へと転換する一方で、自己目的化した目的合理性が揺らぐと、今度はその目的を生み出した価値そのものが果たして「正しい」という問題があらわれてくる。このような問題を本論文では「価値合理性の問題」と呼ぶ。

以下では、これらの概念を用いて、医学教育における文化人類学の意味や役割は、医学的な「目的合理性」によって判断されるにとどまらず、この「価値合理性の問題」と関わるからこそ重要であるということを指摘したい。

2-2 目的合理性を軸とした医学教育

現代の医学教育は、大学入学から卒後研修、さらにはその後の各種認定制度に至るまで長期にわたって緻密かつ連続的に構成されている。構造的に見るならば、現在の医学教育は、次のような3つの特徴から「目的合理性」を強く指向する傾向にある。

まず、第1の特徴は、社会医学等の一部領域を除くほとんどの医学研究・教育が「臨床」での活用や応用というものを目的として組織化されている点である。ミシェル・フーコーは、18世紀末の西洋社会で、それまで病気そのものの分類に主眼をおいていた西洋医学が、解剖を通して特定の個人の身体で病気がいかに生じているかを関心の中心に据えることで臨床医学が誕生したと述べている〔フーコー 1969〕。現代、「臨床」という言葉からまず想像されるのも、病床という「現場」において治療者が病者「個人」と向き合い診療にあたるという姿である。医学教育の成果は、主としてそこで習得した知識や技能がこのような「臨床」において役立つかどうかということを基準として評価されている。

次に、第2の特徴は、このような「臨床」での有用性を計る基準が、基本的に「自然科

学的」な世界観にもとづいている点である。そこでは「再現性」や「客観性」によって裏付けられる単一の「事実 (fact)」がどこかに存在すると想定されており、その単一の「事実」における真の因果律こそが探求の対象となっている。そして、そのような単一性から逸脱してしまうような現実を観察や試験の限界と捉え、ときに確率論的に処理することで、有用性の根拠となる「エビデンス (evidence)」が産み出されていく。そのため、医学教育の目標は、おのずとこのような「エビデンス」を産み出し、活用する方法の習得へと収斂されてゆく。

最後に、第3の特徴は、医学教育の各段階においてこのような方法の習熟度を計測する仕組みを備えたアウトプット基盤型のカリキュラムを構築している点である。大学での医学教育においても、卒業時の「医師国家試験」を頂点として、臨床実習前に知識や問題解決能力を評価する「コンピュータ基盤型試験 (CBT: Computer-Based Testing)」や臨床での技能・態度を評価する「客観的臨床能力試験 (OSCE: Objective Structured Clinical Examination)」といった必要な機能や能力の習熟度を計る共用試験が設けられている。また、日常のカリキュラム構成でも、「何ができるようになるか」を重視した「コンピテンシ基盤型教育 (Competency-based Education)」がいち早く取り入れられ、一般教育から基礎・臨床医学教育に至る各科目において具体的な「到達目標」を明記することが認証機関等によって推奨されている。この結果、医学教育においては、「問題解決」や手技・方法の習得がますます重視されることになり、次第に学習者側も物事を目的（結果）と手段の関係として捉える思考に慣れてゆく。

このように、医学教育は構造的に医学的な「目的合理性」を軸として再生産される仕組みとなっている。確かに、医療現場では現実の問題を前にして沈黙思考することが許されず、常に決断・行動・介入という営為が期待されている以上、「臨床」での効率的かつ合理的な実践を可能とする教育を行うことは避けられない。しかし、結果的に、現実の医療現場で遭遇する、価値そのものの再考を迫るような問題に対する思考力を涵養する機会は極めて限られている。

2-3 医学における価値合理性の問題

医学養育において「臨床」を到達点とする「目的合理性」にもとづく教育システムが構築されてゆく一方で、医療現場としての「臨床」の姿は近年大きく変容している。その変化の様相を端的に述べるならば「機序と確率の逆転」といえる。現在では、従来の医学において機序を解明するための手段であった確率が次第に前面に躍り出て、統計的確率が機序の解明に先立って医療実践を決定するようになっている。

この「機序と確率の逆転」は、医療のあり方に次の2つの点で大きな変化をもたらしている。まず、1つは、これまでの施設への集約と専門分化を軸としてきた医療の仕組みが、予防やケアの領域へと拡大されることで、人びとの社会生活そのものがデータ収集やリスク管理の対象となるという点である [美馬 2012]。これにより、医療サービスのあり方自体も、これまで以上に人びとの「ライフスタイル」や「価値観」との関係から評価され、医療者側の価値との乖離や衝突がより顕在化しやすい状況になっている¹。もう1つ

は、このような予防やケアを実施するうえで、従来の医療者に加えて、ソーシャルワーカーや保健師、さらには行政職員や各種コーディネーターといった多領域・多職種の関係者との間での調整や連携が欠かせなくなっている点である。その結果、地域医療などに関わる医療者を中心として、自らが考える医学的妥当性とは異なる価値や基準と向き合いながら診療方針を決定してゆく場面が増大している。

このように、現在の医療では、様々な面において「価値合理性の問題」に直面する可能性が増大している一方で、医学教育の現場では依然として「目的合理性」を軸とした教育システムが展開されている。実際の医療現場でも、根本的な価値に関わるような診療の「目的」そのものへの問いかけは、「答えが出ない」「無駄で非効率的な」ものとして排除され、「倫理的問題」という枠組みのなかに落とし込まれてゆく傾向がある。そして、このような状況のなかで、個々の医療者は「価値合理性の問題」を解消されない「もやもや」として抱え込みながら日常診療を続けている。文化人類学の知見を「臨床実践に活かす」には、まずこのような「価値合理性の問題」、あるいは「倫理的問題」という切り口を明確に提示してゆく必要がある。

3 「倫理的問題」へのアプローチ：倫理学と文化人類学

3-1 倫理学によるアプローチ

現在の医学教育では、すでに「価値合理性の問題」を主に扱うものとして倫理学教育が広く導入されている。したがって、文化人類学としての関わり方を考える前に、まず医学教育における倫理学教育の立場や役割を検討しておく必要がある。

倫理学は、一般的に、命題設定の抽象度に応じて「記述倫理学」「規範倫理学」「応用倫理学」の3つに大別される² [Fieser 1999]。まず、「記述倫理学」とは「～するのが善い」や「～であるべきだ」という規範のあり方自体を検討するものである。それに対して、「規範倫理学」では、「いかに生きるべきか」や「いかにふるまうべきか」といった行為における倫理基準を検討する。そして、最後の「応用倫理学」では、例えば「人工妊娠中絶はいかなる場合に認められるべきか」や「延命中止を認めるにはいかなる基準が必要か」といった現実社会の倫理的問題がより具体的な水準で検討される。例えば、「嘘を付くのは善いか」というのは「記述倫理学」に相当する問いであるが、これが「終末期にある〇〇号室の△△さんに事実と異なる病名を告げることは許されるか」となると「応用倫理学」的な問いとなる。

現行の医学教育カリキュラムにおいて、倫理学関連科目は大学院も含めた様々な学年に配置されている。例として、筆者の所属する大学の医学教育では、学部1年時に「生命倫

1 このような変化には、「自己決定」に関する意識の高まりも大きく影響している。医療者の側にとっても患者の「ライフスタイル」や「価値観」を把握しておくことが、診療行為を円滑に進めてゆくうえで重要となっている。

2 より概論的な解説では、ここから「応用倫理学」を削り「メタ倫理学」を加える分類もある。「メタ倫理学」とは、「善」とはなにか、倫理的に「善い」ことは他の「よい（善い／良い／好い）」ことはいかに区別されるのかといった倫理的判断に用いられる概念を分析するものである。

理学」、臨床実習に入る前の学部3年時に「医療倫理学」、そして、大学院（博士課程）には「医学特論（生命倫理学）」「医学研究における法と倫理」が開講されている。倫理学関連科目のカリキュラム配置の特徴は、学年が上がり医学教育が進むにしたがって、よりミクロで具体的な命題を検討する「応用倫理学」としての色彩が強まってゆく点にある。そして、大学院の授業や卒後の研修では、医療行為において各種法令や指針・ガイドラインの遵守を徹底するための「コンプライアンス（compliance：法令遵守）」教育がより中心的な主題となる。つまり、現行の医学教育では、教育が進むにつれ倫理学教育も次第に医学教育全体の「目的合理性」に即した内容へと移行してゆく構成となっている。

3-2 文化人類学的思考の導入

筆者の所属先である大学の医学教育では、文化（医療）人類学教育の機会は、学部1年時の一般教育必修科目として設置されている「社会科学」の一部と選択科目として設置されている「医療人類学」に限定されている。その後の基礎医学教育や臨床医学教育においては文化（医療）人類学教育の機会はほとんど確保されていない。

その一方で、「文化人類学者」として卒後教育や病院内の症例検討等への参加や協力を求められることがある。このような場で取り上げられる問題には、各種法令や指針・ガイドラインではカバーされていない、あるいは、それらとの間で齟齬や矛盾をきたすような要素が少なからず含まれている。また、患者やその家族、あるいは他の医療スタッフや関係者との間で診療目的や治療方針の共有が難しいという事例も多い。どちらも医療者にとっては日常診療における「目的合理性」が一旦保留される状況であり、文化人類学者には、このような「倫理的問題」を医療者とともに検討し、より全体論的な理解をもたらすことが期待されている。

このような場で文化人類学に期待されているのは、「何が善いか」「いかにあるべきか」と問いかける倫理学とは異なるかたちで「価値合理性の問題」に切り込むことである。その手法の1つは、対象となる「症例」のなかに規範や価値が様々に存在することを前提とし、「症例」提示者や関係者との対話を通して、それらをできる限り記述的に提示してゆくという方法であろう³。また、症例検討のなかに入り、それぞれの参加者がいかなる情報提示やコメントを行うかをつぶさに聞きながら、それぞれの「症例」理解の前提にどのような思考があるのかを問いかけることも可能である。こうすることで、「症例」に含まれる「価値合理性の問題」を議論する下地を整えるのである。

以下では、その方法として、筆者の所属先である大学の病院で開催されている「臨床倫理カンファレンス」の取り組みと大学での臨床医学教育にそれを活用する試みを紹介したい。

3 このような立場は、対象となる事例のなかにもそのような規範や価値が様々に存在することを前提とし、それらをできるだけ記述するという点において、特定の規範のあり方を探求してゆく記述倫理学よりもさらに記述的であるといえるだろう。

4 入り口としての「臨床倫理カンファレンス」

4-1 「臨床倫理カンファレンス」の方法

「臨床倫理カンファレンス」は、病院内各科の医療関係者が診療現場において「対応に苦慮している／した症例」「何かもやもやしている／した症例」を多職種で検討し、新たな課題・問題の発見や気づきを促すことで、その後のより適切な対応を見出すことを目的としている。「症例」⁴の提示に応じて開催されるため基本的に開催は不定期となっているが、実際は月1回程度の頻度で開催されている。カンファレンスは大学・病院内のすべての教職員に開かれているため、ほぼ常時参加している中核的なメンバーに加えて、「症例」ごとにそれと関係する、あるいは関心をもつ教職員が参加する。中核的なメンバーには、医師（総合診療、予防医学）、看護師、ソーシャルワーカー、看護学者（母性看護、地域看護）、法医学者／倫理学者、医学英語学者などが含まれ、筆者も人類学者／倫理学者という立場からこれに加わっている。通常、1回のカンファレンスにつき1つの「症例」が提示され、検討時間はだいたい1時間半程度となっている。

「臨床倫理カンファレンス」では、最初に「症例」提示を行う医療者が20分程度で「症例」の概要を紹介し、それに関して困惑している点や判断に苦慮している点を率直に提示する。ここで提示される困惑や苦慮の多くは、「治療の選択に関するジレンマ」や「治療者-患者関係の問題」に関するものである。「症例」提示者は各事例の担当医師であることが多いが、可能な限り看護師やソーシャルワーカーといった他職種の関係者も同席し、異なる立場や視点から情報や意見を提供し説明を補足することが期待されている。そして、「症例」提示の後、提示された内容に関して、様々な専門領域や職種の出席者から確認が行われる。各参加者が、それぞれの視点と関心から「症例」に関する確認を行いつつ、自らの気づきや解釈を述べ検討を進めてゆく。

この際、情報を集約するためのたたき台として「臨床倫理4分割表」（以下、「4分割表」）が用いられる。「4分割表」とは、アメリカの医療倫理学者アルバート・ジョンセンらが提案した特定の症例を包括的に検討するためのツールで、日本でもプライマリケアや看護の領域でかなり一般的に用いられている [Jonsen *et al.* 1982]。「4分割表」には、予め「医学的適応 (Medical Indications)」「QOL (Quality of Life)」「患者の意向 (Patient Preferences)」「周囲の状況 (Contextual Features)」という4つの領域が設定されており、それぞれの説明や確認で得られた情報をその内容に応じて各領域に配置してゆくようになっている【表1】。こうして症例に関する情報の集約と整理を行うことで、関係者がより包括的に状況を把握・共有しながら倫理的問題やジレンマの構造を考察してゆく。カンファレンスでは、最終的にこの表にもとづいて必要な対応を洗い出し、それらの調整や優先順位の検討を行うことで、倫理的な困惑や苦慮のなかでも「次になすべきこと／できること」を探り出してゆくことを目指している。

4 ここで提示される「症例」は、診療の範囲を超えた雑多な情報と問題を含むものであることが多く、本来は「事例」と呼ぶべきものであるが、カンファレンス内での呼び方に従い、あえて「症例」と呼ぶことにする。

表1 臨床倫理4分割表

医学的適応(Medical Indications) 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性(Medical Futility) 5. 医療ミス	患者の意向(Patient Preferences) 1. 患者の判断能力と対応能力 2. インフォームド・コンセント 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示(リビング・ウィル) 5. 代理決定(代行判断と最善利益)
QOL(Quality of Life) 1. QOLの定義と評価 (身体・心理・社会的側面から) 2. 誰がどのような基準で決めるか ・偏見の危険 ・何が患者にとって最善か 3. QOLに影響を及ぼす因子 4. 生命維持についての意思決定	周囲の状況(Contextual Features) 1. 家族など他者の利益 2. 守秘義務 3. コスト・経済的側面 4. 希少資源の配分 5. 法律 6. 公共の利益 7. 施設の方針、診療形態、研究教育 8. その他のあらゆる問題

361

4-2 「倫理的」アプローチと「文化人類学的」アプローチ

筆者にとって、この「臨床倫理カンファレンス」は、臨床に身を置く医療者の側から「何が文化人類学(的)と考えられているのか?」、あるいは人類学者として医療者に対して「文化人類学(的)なるものをどのように提示し、いかに診療や教育のなかに落とし込んでゆくのか?」を考えさせられる場となっている。人類学者／倫理学者という立場から参加している筆者のコメントに対しては、ときに「文化人類学的である」「文化人類学らしい」、あるいは「倫理的である」「倫理学らしい」といった評価や感想が医療者側から漏れることがある。ここでは、そのようなコメントの違いから、医療者の側からどのようなものが「人類学的である」あるいは「倫理的である」と捉えられ、「文化人類学的」なコメントがカンファレンスにおいていかなる役割を果たしているかを示したい。

まず、「倫理的」という評価を受けたコメントは、提示された症例から問題やジレンマとなっている部分をつかみ出し、それをより一般化された問題の枠組みにおいて考察するようなものである。例えば、「頸部腫瘍の増大によって徐脈失神を起こすようになった末期がん患者にペースメーカーを植え込むべきか」という悩みに対して、それを「終末期における延命治療の問題」という枠組みにおいて、「人工透析」や「呼吸管理」に関する事例やガイドラインと比較しながら見解を述べたコメントに対しては「倫理的である」という評価がなされた。このことから分かるように、「倫理学」に対しては、現実の臨

床の問題を抽象化して、適切な「倫理指針」や「ガイドライン」、あるいは類似の「判例」や「症例」を参照することで、診療方針の決定に資する枠組みを提示することが期待されている⁵。

それに対して、「症例」提示者が示した問題の見かたやコンテキストの再検討を促すようなコメントは、「文化人類学的である」という評価を受けることが多い。具体的には、次の3つのパターンに分けられる。まず1つ目は、診療場面で得られた情報を再解釈しながら患者側の生活世界や現実理解のあり方を問うようなコメントである。例えば、治療側が「コントロール不良」と考えている糖尿病患者の生活世界において「糖尿病をコントロールする」とはどのような行為と考えられているのかを問い直すようなコメントがこれにあたる。次に、2つ目は、問題を「治療選択」や「治療者-患者関係」といった枠組みのなかに留めて検討しがちな医療者側の視点を、より広範な社会状況のなかに移して問題の再検討を迫るようなコメントである。例としては、認知症告知にともなう「治療者-患者関係」の揺らぎを「認知症」に対する社会での認知のあり方や、患者自身の生活や家族関係の変容まで考慮に含めて再検討するようなコメントが挙げられる。最後に、3つ目は、多職種での説明と検討が期待されているこのカンファレンスにおいて、それぞれの「症例」理解の前提となっている思考を問い直し、患者も含めた相互の視点間の転換や移動を促すようなコメントである。例としては、ある拒食症患者に対する入院継続の意味を主に「患者への加療」に見出す医師と、主に「家族関係からの保護」に見出す看護師の見解を掘り下げ、「入院」に対する意味付けや患者像の違いが生じている背景を互いに考えさせるコメントがこれに該当するだろう。

このように、カンファレンスにおいて「文化人類学的」と評価されるコメントの多くは、より全体的な状況把握と視点の転換により問題の前提や枠組みを揺さぶり、再考を促すようなかたちのものである。このような思考は、一見、問題の絞り込みと解決を指向する診療の現場とは馴染みにくいと思われるが、すでに「倫理的問題」という構えをもってカンファレンスに参加している医療者にとっては、様々な見かたの違いを整理して互いにとっての現実の間に生じる構造的な齟齬や摩擦を把握する手段となると考えられているようである。人類学者の側にとっては、このような「文化人類学的」思考やその可能性を実際の臨床や教育の現場でいかに明解に提示してゆくかが重要となる。

4-3 「4分割表」を3D化する

これまで紹介してきたような「倫理的問題」を考える場は、「臨床実践に文化人類学の知見を生かす」ための重要な取っ掛かりとなりうる。なぜなら、そこでは、医療者の側にも、自らが直面している事象を「倫理的問題」と捉え、日常臨床を支配している「目的合理性」を一旦括弧に括って「価値合理性の問題」として考え直す構えがあるからであ

5 この傾向は、医学教育における倫理学教育のあり方とも共通している。倫理学においては、応用倫理学の立場から臨床医学と関わる傾向が強く、医学教育ではすでに「臨床倫理学」という言葉も一般的に用いられている。

る⁶。よって、「臨床倫理」の検討において事実上の標準的なツールとなっている「4分割表」をいかに活用しながら文化人類学的な思考を提示していくかが重要となる。

ただし、この「4分割表」を文化人類学的に活用するにあたって次の2つの限界がある。まず1つは、この「4分割表」の項目設定自体が、「自律尊重（自己決定）」「QOL」「公平（医療資源の配分）」といった、1970年代以降のアメリカを中心とした倫理原則＝価値 [American Hospital Association 1973; Beauchamp 1979; The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979] を強く反映しているという点である。その結果、「4分割表」を使用することで、自然とこの価値を前提とした「症例」理解が進められていくことになる。もう1つは、「症例」をこの1平面に分類するという作業を通して、「4分割表」自体が臨床の多様な「リアリティ」を一元化する装置として働いてしまうという点である。これにより、「倫理的問題」の検討が、「事実」の単一性を前提とした「分類・分析」や「真実探し」に終始してしまう危険性が生じる。

そこで、これらの問題を回避しつつ「4分割表」を文化人類学的に用いるために、筆者は「4分割表」の「個別記入」にもとづく「立体的活用（3D化）」という手法を提案している【図1】。この手法では、まず複数の「症例」提示者、あるいは「症例」提示を聞いた多職種の参加者がそれぞれ個別に「4分割表」を記入する。その結果、それぞれの「4

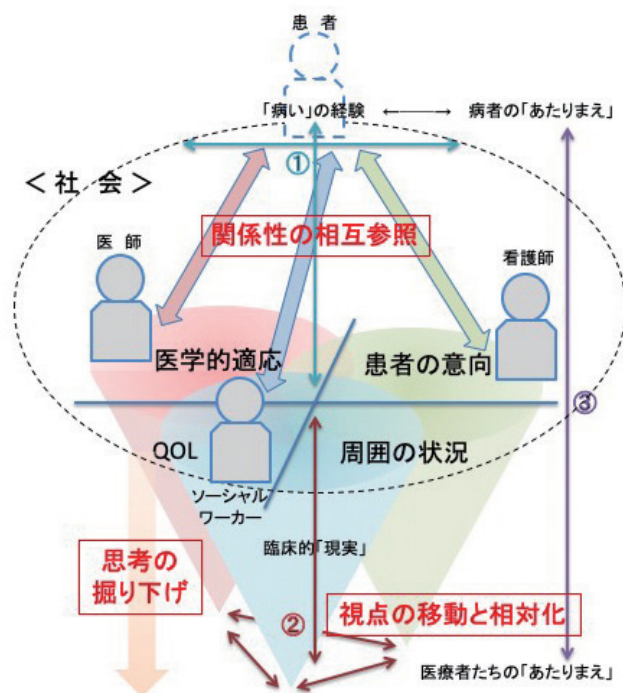


図1 4分割表の立体的活用

6 実際のカンファレンスでは、「次になすべきこと／できること」を具体的に提示できないことも多い。その場合、提示者側には「整理できてスッキリした」「考え方が分かった」という受けとめがある一方で、「答えが出ない」「結局、どうすればよいのか」という声も聞かれる。これには、提示者との間で診療の「目的」自体を検討するという姿勢をどれほど共有できるかが関わっているように思われる。

分割表」には、記入情報の偏りや分類方法の違いが生じる。一般的に、医師であれば「医学的適応」の部分が、看護師であれば「患者の意向」や「周囲の状況」の部分が、そして、ソーシャルワーカーであれば「周囲の状況」や「QOL」の部分への記載がより充実する傾向がある。

次に、それぞれの「4分割表」を比較しながら、次の3つを検討してゆく。まず、1つ目は、この「4分割表」の「上」にそれぞれが思い描く「患者像」を置き、その患者にとっての「病い」の経験がどのようなものであるか、また、社会のなかでその患者がどのように生きているのかをそれぞれの立場から述べてゆく。こうすることで、患者にとっての「リアリティ」というものが新たな検討対象として浮かび上がるとともに、それぞれの患者理解の前提となっている各自と患者との関係性を相互参照することが可能となる。それに続き、2つ目として、今度は「4分割表」の「下」に各自の患者理解の前提となっている「臨床的現実」というものを置く。これにより、それぞれの医療者にとっての「リアリティ」やそれを生み出している「現実」がいかに構成されているかが話し合いの対象となる。そして、最後に、3つ目として、患者の「リアリティ」と医療者の「リアリティ」がいかにかたちづくられているかを考えたうえで、それぞれの立場の間で視点を移動させながら、当初の「倫理的問題」を見直してゆく。

以上のような方法を取ることで、「4分割表」を用いつつも、特定の価値を前提とした「症例」の分類や様々な「リアリティ」を単一の「事実」へと還元してゆく思考を回避し、「リアリティ」の多元性やその相対性を検討の俎上にのせることが可能になる。「4分割表」の「個別記入」にもとづく「立体的活用（3D化）」を通して、安易な「事実」の一元化を拒み医療者側の思考の前提を掘り下げてゆくことで、臨床で直面している「倫理的問題」のかなりの部分が「リアリティ」の重なり合いや齟齬から生じてくることが提示できるのである。

5 臨床医学教育への「臨床倫理カンファレンス」の導入

5-1 教育としての「臨床倫理カンファレンス」

「臨床倫理カンファレンス」は、臨床での具体的な事例（「症例」）を題材として、そこに含まれる価値やリアリティのあり方が問われるような問題（「倫理的問題」）をできるだけ複数かつ多元的な視点から検討するという点において、まさに臨床医学教育と文化人類学教育との接点となる。このような可能性に注目し、現在、筆者は、医学を専門とする教員との連携のもとで、「臨床倫理カンファレンス」を学生教育に導入する取り組みを進めている。

日本における医学教育は、おおよそ1年次の「一般教育」、2～4年次の「基礎医学教育」、そして、前出の「コンピュータ基盤型試験（CBT）」と「客観的臨床能力試験（OSCE）」合格後である5～6年次の「臨床医学教育」というように段階的に構成されている。近年、この段階的構成は緩和される傾向にあるが、例えば、1年次に「医療人類学」等で学んだ人間に対する総合的な理解を5～6年次の「臨床医学教育」のなかで振り返らせる機会はほとんどない。また、医学教育においては、グループワークや体験学習に

よる問題発見や問題解決を軸として学習者自らの学ぶ力を養うことを目指す「能動的学修（Active Learning）」、予習と講義の役割を反転させ、授業を演習形式の知識のおさらいにあてる「反転学習」、具体的な事例・症例を題材とした「問題基盤型学習（PBL：Problem Based Learning）」、といった手法が比較的早い段階から取り入れられ標準化する方向にあり、文化人類学関連科目にもこれに準ずる学修手法を導入することが期待されている。

そこで、筆者は、臨床医学教育が本格化する5年次の「行動科学・患者学Ⅱ」において、総合診療科の教員と共同で「4分割表」を用いた具体的な「症例」の検討と講評を取り入れた教育を行うとともに、1年次の「医療人類学」では特定の「症例」に対してグループごとに異なる視点からの情報を提示し、検討させる授業方法を試験的に導入している。将来的には、5年次の「行動科学・患者学Ⅱ」でもこの方法を取り入れたうえで、「4分割表」を用いた「症例」の検討を行うことを目指している。以下では、実際に「行動科学・患者学Ⅱ」と「医療人類学」で用いた「症例」を題材としてその構想を提示し、医学教育における臨床医学との関わり方を考察する。

5-2 授業例：「脳死後臓器提供の検討に関する事例」

授業では、特定の「症例」に対して複数の立場からの異なる「記録」が用意され、それを用いながら2回にわたって少人数グループ（6～7名程度）での「擬似カンファレンス」を行う。用意される「記録」としては、医師の視点から書かれた「診療記録（カルテ）」、看護師の視点から書かれた「看護記録」、ソーシャルワーカーの視点から書かれた「相談記録」、患者の視点から書かれた「手記・日記」などが想定されており、それぞれに応じた形式で「症例」に関する様々な情報や語りが書き込まれている。なお、それぞれの「記録」は、情報の「偏り」や「矛盾」、さらには独自の「見かた」や「文脈」を含むように構成されている【図2】。

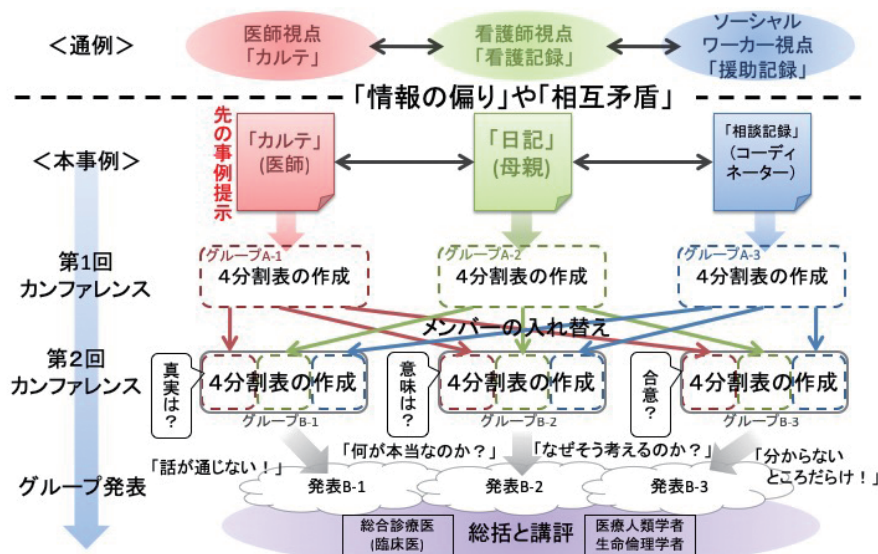


図2 臨床倫理カンファレンスを用いた共同授業の全体像

ここからは、実際に授業で用いられた「症例」を用いて授業の実施方法を説明してゆきたい。用いる「症例」は、「脳死後臓器提供の検討に関する事例」である⁷。この授業では、①医師の視点から書かれた「診療記録」、②移植コーディネーターの視点から書かれた「相談記録」、③患者の母親の視点から書かれた「日記」が用意される。以下がその内容である。

①「診療記録」(担当医師)

【症例】東野大輔(仮名) 40歳男性

【診断名】窒息による低酸素脳症

【既往歴】20歳代前半から統合失調症、(軽度の)嚥下障害

【服薬歴】ハロペリドール(Haloperidol) 6錠/日(4.5mg)

【生活歴】66歳母親と2人暮らし、障害者雇用

6月1日

昼食時に職場のトイレで倒れているところを同僚が発見し救急要請。救急隊が現場に到着した時点でCPA(Cardio Pulmonary Arrest:心肺機能停止)であり、救急隊によるBLS(Basic Life Support:一次救命措置)施行のもと発見から40分ほどで病院に搬送。病院到着の時点でもCPAが継続しており、直ちにACLS(Advanced Cardiovascular Life Support:二次心肺蘇生措置)を開始。10分程度で自己心拍が再開した。経口挿管時に口腔内に多量 of 食物残渣を確認。気管支鏡により左右気管支内にも食物残渣を認めたため、可視範囲内はすべて除去した。窒息によるCPAと診断した。

処置後も自発呼吸の再開はなく、対光反射・咳嗽反射ともに消失した状態であることから、神経学的に予後不良と判断した。母親と姉が病院に到着した後に状況を説明し、DNAR(Do Not Attempt Resuscitation:心肺蘇生を試みない)の方針で同意した。また、母親と姉にオプション提示のクリニカル・パスを用いて臓器移植の希望を確認した。母親によると、本人の意思は不明であるが、家族としては希望があると述べたため、移植コーディネーターとの面談の場を設けることになった。

6月3日

状態に大きな変化はなし。自発呼吸・対光反射・咳嗽反射ともに消失した状態のまま。CT検査により大脳基底核に著明な脳浮腫を確認。検査所見(14:00):体温35.8℃。血圧98/53mmHg。心拍数100回/分。血圧安定せず。昇圧剤の追加を検討。家族と移植コーディネーターとの面談後に、状況説明と治療方針の確認を行う予定となっている。

6月5日

母親・姉と移植コーディネーターの間で2時間近い面談実施。コーディネーターによると、「脳死下移植」「心停止後移植」「組織移植」のオプションを提示し説明したところ、「心停止後移植」の希望が示されたとのことで、心停止時に腎提供を行う方針となった。

7 この「症例」は、実際の複数の症例をモデルとしつつも、個人を特定できないように内容を改変している。また、この「症例」に関して学生に提示される記録等も教育目的に応じて創作されている。

6月7日

母親が単身で本人の部屋で発見したという紙を持参した。紙には「私が病気などの理由により、自ら意思決定できない場合は、延命処置をせず、安らかに死を迎えられる処置を希望する」との記載があった。紙には記載日は記入されず、「氏名」「生年月日」「本籍地」とともに本人のものと思われる指紋が押印されていた。母親としては、もし本人が臓器移植を望んでいれば、このような書き方はしないのではないかと考え、再度コーディネーターと相談することになった。病院として通院先の精神科に連絡して本人の判断能力を確認し、病院内でも検討した結果、心停止後の臓器提供は患者の死の尊厳を侵すものではないと判断した。

6月8日

検査所見 (11:00): 体温 35.4°C。血圧 92/43mmHg。心拍数 110 回/分。血圧維持困難。母親と相談し、本人の希望通り延命処置は行わない方針になった。移植コーディネーターより母親が新たに心停止後の片腎提供に同意したとの連絡があった。脳死判定は行わず。

6月10日

11:12 心停止確認。その後、臓器提供のため右腎のみの摘出手術が実施された。

②「相談記録」(移植コーディネーター)

【ドナー】東野大輔(仮名) 40 歳男性

【確認書類】意思表示カード確認できず、被保険者証(裏面)の記入なし

【背景】6月1日、昼食時に職場トイレにて心肺機能停止状態で発見され、病院に救急搬送された。食物による窒息と見られる。救命措置後に心拍は回復したが、自己呼吸・対光反射・咳嗽反射は確認されていない。主治医より本人の母親・姉の両名にクリニカル・パスを用いた意思確認が行われた後に面談依頼となった。

6月5日

〇〇病院相談室にて母親・姉と面会。東京都内で母親(66歳)と同居し、本人の障害者雇用での給与(障害年金は受給していない)と母親の年金で生活している。姉(42歳)は埼玉県内で夫と大学生の息子と3人で暮らしている。父親は10年ほど前に亡くなっている。救急搬送の翌日から本人の持ち物などを一通り確認したが、本人による意思確認書類は発見できなかったという。

病院から提供された6月3日14:00時点の臨床所見は以下の通り。「臨床的脳死」に該当。

- ・体温 35.8°C ・血圧 98/53mmHg ・心拍数 100 回/分 ・JCS (Japan Coma Scale) 300
- ・瞳孔 固定(左右とも 7.0mm) ・脳波 平坦脳波 (ECI) に該当 ・聴性脳幹反応 識別できず
- ・脳幹反射 対光、角膜、毛様体脊髄、眼球頭、前庭、咽頭、咳反射すべてなし

母親・姉とも予後については主治医より説明を受けており、意思を再確認した後に「脳死下移植」「心停止後移植」「組織移植」の3つのオプションを提示して、それぞれに対する説明を行った。母親・姉とも「脳死下移植」は「本人の意思が分からないので承諾でき

ない」と述べた。母親は、「仕事でひとの役に立ちたいとよく言っていた。誰かの役に立つのであれば……」と言う一方で、「息子の身体をばらばらにしまうのは忍びない」とも述べた。一方、姉はすでに20年近くも同居していないため、「弟が何を望んでいたか分からない」と述べた。母親と姉で30分ほど話し合った後、「心停止後移植」の腎臓のみの提供について承諾し、母親が「承諾書」に記入・署名した。同日中に移植に向けた検査のための採血が行われた。

6月7日

母親から緊急に相談の依頼あり。自宅で息子の部屋を整頓していたところ、「延命処置を拒否し、安らかに死を迎えられる処置」を希望する旨が書かれた紙を発見したという。実際の紙を確認したところ、本人のものと思われる署名と指紋の押印があったが、作成日を確認することはできなかった。母親は、「本当に息子は臓器提供を望んでいたのだろうか？もし臓器提供を望んでいたのなら、このような書き方はしないのではないか？」と言い、「これは誰に向けて書かれたものなのでしょうか？あなた（コーディネーター）なら、どう理解されるのでしょうか？」と問われた。そのため、改めて「心停止後移植」のプロセスを説明したうえで、一度自宅に帰って姉とも相談してゆっくりと考えていただくことにした。相談後に厚生労働省の担当部局に確認したところ、「この度の検討されている臓器摘出は心停止後に行われるものであり、安らかな死を妨げるとはいえないのではないか」という返答があった。

6月8日

母親より連絡あり。午後に病院に単身で来院した際に相談を受けた。昨日中に家族で話し合った結果、「腎臓片側だけで」と申し出られたため、「心停止後の片腎提供」に関する新たな承諾書を作成し母親が署名した。心停止後の血流を確保するための「カテーテル挿入」と「ヘパリン注入」は拒否された。また、「私たちが決められないことで息子が望んでいない延命処置を受けることになっていないか」という点を心配していた。

6月10日

11:12に心停止を確認した後に、心臓マッサージを施しながら右腎の摘出手術に移行した。血流を維持するため、お別れの時間をとることはできなかった。レシピエントへの移植手術が成功したことが確認された。

③「日記」(患者の母親)

6月1日

大輔(40歳息子)が職場で倒れる。〇〇病院に救急搬送。タクシーを呼んで病院に行ったが、意識はなかった。矢口先生(担当医)から、お昼ご飯を喉に詰まらせて窒息したようだという。夕方に埼玉から恵子(42歳娘)が来たところで、改めて矢口先生からお話があった。大輔は「脳死状態」に近いためこの先回復する見込みが薄いという。心臓が止まった場合は蘇生を試みない方針でよいか、臓器提供する希望はあるか聞かれた。

6月2日

病院で大輔の顔を見ていると、敏夫さん(夫)のことを思い出す。12年前にくも膜下

出血で倒れたとき、大輔は何と言っていただろうか。意識がないまま生かされているのは可哀想と言った気がするし、意識が戻るかもしれないから頑張ってほしいと言った気もする。思い出せない。恵子は、私がずっと大輔と一緒に住んでいるから私の判断でよいと言う。誰にも相談できない。結局、移植コーディネーターの話を聞いてみることになった。本当に私が決めてよいのか？大輔はどうしてほしいのか？

6月3日

朝から病院。午後に検査あり。こんな状態になっても、大輔の身体を傷つける必要があるの？

6月4日

大輔の職場から電話。職場でのことを聞く。統合失調症から回復して働き始めた頃、「仕事でひとの役に立ちたい」と言っていた。施設や職場の方々にもとてもお世話になった。最期に大輔がやりたいことをやらせてあげたい。

6月5日

恵子と一緒に病院で移植コーディネーターの橘さんと面談。「脳死下移植」「心停止後移植」「組織移植」の3つがあることを教えていただいた。恵子とも相談し、心臓が止まったあとに腎臓だけを提供することに決めた。本当はもっとひとの役に立ちたいと思っているのかもしれないけど、そうすると大輔がばらばらになってしまう。臓器提供の「承諾書」を記入。

6月6日

大輔の部屋を整理。大輔が書いた紙を見つける。「病気などの理由で意思決定できないときは、延命処置をせずに安らかな死を望む」と書かれている。こんなことを考えていたなんて。きっとお父さんの最期を考えて、大輔なりの望みを書いておいたのかもしれない。もし大輔が本当に臓器提供を望んでいたのなら、わざわざこんな言葉を書き遺したりするだろうか。臓器を取り出されると思うと、大輔は安らかに死ねないのではないか。この紙をどうしよう。

6月7日

先生や橘さんと会う。大輔の部屋で見つけた紙のことを相談した。矢口先生も橘さんも臓器の摘出は心臓が止まった後に行われますとおっしゃった。大切な判断なので家でゆっくり考えてくださいとも。いったん承諾してしまったのに。大輔も頑張って私を待ってくれている。本当は延命処置を望んでいなかったのに死を先延ばししている。苦しい。

6月8日

午後に病院で橘さんと面談。大輔の心臓が止まった後に片側の腎臓だけを提供する承諾書を改めて作成していただいた。先生には延命処置を取りやめてもらうようお願いした。臓器摘出のために血流を維持する措置もやめてもらった。恵子もそれでいいと言ってくれた。天国に行っても、片方の腎臓があればちゃんと暮らしていける。

6月9日

病院から連絡。恵子にも連絡して、急いで病院に来てもらう。

6月10日

摘出。大輔、ごめんね。

このように①「診療記録」の内容に対して、②「相談記録」では、「診療記録」にある医療現場の情報の一部が欠落する一方で、「移植」に関する意思決定の揺らぎやその理由に関する家族の語り、あるいは、コーディネーターに対する家族からの問いかけなどが克明に記載されている。また、③「日記」では、①や②に記載されていない家族関係や息子のエピソード、「移植」や「延命処置」に対する捉え方などが主題となっている。

授業では、まずグループごとに①②③のどれかを配布し、第1回目の「カンファレンス」としてそれぞれの「記録」にもとづいて「4分割表」を作成してもらう。これにより、それぞれのグループのメンバーは、自らのグループに配布されたどれかの「記録」を「4分割表」に落とし込み、そこから「事実」を考えるようになってゆく。次に、第2回目の「カンファレンス」として、第1回目の「カンファレンス」のそれぞれ①～③の「記録」を検討したグループから2～3名ずつを出し、新しいグループを形成してもらう。この際、最初に配った「記録」は回収し、それぞれが作成した「4分割表」のみを持参して集まってもらう。第2回目の「カンファレンス」では、①②③それぞれの「記録」にもとづいて「4分割表」を作成したメンバーが集まって、「症例」に関するそれぞれの理解や解釈を交えながら、再び「4分割表」を作成してもらう。こうすることで、この「症例」において鍵となる「延命治療」「移植」「安らかな死」といった言葉がそれぞれにとってどのような意味なのか、なぜそのように捉えたのか、といった問いが浮かび上がってくる。その後、最後に第2回目の「カンファレンス」においてそれぞれのグループが話し合った内容を発表してもらい（作成した「4分割表」の説明が主ではない）、それに対して総合診療科と人類学の教員がそれぞれの立場や視点から総括と講評を行う。

5-3 「リアリティ」の反復解釈

臨床医学教育において、「4分割表」や「臨床倫理カンファレンス」といった既存のフォーマットを用いながら文化人類学的な思考を涵養してゆくには注意と工夫が必要である。今回は、5年次の「行動科学・患者学Ⅱ」と1年次の「医療人類学」で異なる方法でこれらフォーマットを用いた結果から、その注意点や工夫を指摘しておきたい。

まず、5年次の「行動科学・患者学Ⅱ」では、単純に各グループの学生たちに「4分割表」を作成させ、それを用いて上記の症例を検討させる授業を、医学を専門とする教員と共同で行った。すると、学生たちは、「4分割表」のうえでとにかく「正しい」分類を行うことに終始し、「問題」の抽出まで至ることは少なかった。それに対して、1年次の「医療人類学」で上記のような二段階カンファレンスの手法を導入した場合、次のような反応が見られた。まず、1回目のカンファレンスでは、「行動科学・患者学Ⅱ」と同様にできる限り妥当な分類を行おうとしていたが、2回目のカンファレンスに移ると「本当（真実）はどれなのか?」「○○（例えば「安らかな死」）とはどういう意味なのか?」「同意したと言うけれど、そう言えるのか?」といった戸惑いと問題の焦点化が生じた。さら

に、グループ発表では、各関係者（患者本人、母親、医師、コーディネーターなど）の考え方やその相互関係に関する説明が中心となり、それに加えて「なかなか話が通じなかった」「何が本当なのか分からなくなった」「なぜそう考えるのかを考えさせられた」といった感想も聞かれた。このことから、1回目のカンファレンスで各「記録」の検討を通してそれぞれの関係者の立場に応じた「リアリティ」を身につけて2回目のカンファレンスに臨むことで、学生の関心のあり方に一元的な「事実」の探求から多元的な「リアリティ」の検討へという変化が生じたといえる⁸。

また、「行動科学・患者学II」のカンファレンス後の総括と講評では、総合診療科の教員が「DNAR」「リビング・ウィル」「脳死と臓器移植」といった「死」の（自己）決定に関する問題に対して現行の「指針」や「ガイドライン」を引きながら解説を行ったのを受けて、人類学者として下記の2つの点を問いかけ、問題の再考を促した。

まず、1つ目は『『安らかな死』は4分割表のどこに入るのか?』という問いである。例えば、紙を「リビング・ウィル」とみなせば「本人の意向」に入れるだろう。また、「母親（家族）の困惑」が問題となるなら「周囲の状況」に入れるかもしれない。あるいは、「脳死判定や終末期治療のあり方」と考えるなら「医学的適応」や「QOL」に入れることもできる。これらすべての可能性を問うことで、学生たちに「安らかな死」という概念をめぐる視点の移動を促した。

次に2つ目は「あの紙は誰に向けて残されたものなのだろうか?」という問いである。現代の日本社会において、「死」あるいは「死にかた」は次第に自己決定の範疇に含まれるとみなされるようになってきているが、現実的にはそれは誰かに託して初めて成立するものである。この「症例」では、この対象が家族なのか、医療者（医師）なのか、あるいは社会や制度なのかを考えることが避けられない。例えば、「心停止後の臓器提供」を望む母親にとっては臓器の摘出は「死のプロセス」であり、それゆえに「安らかな死」という言葉をめぐって葛藤する。一方、「脳死＝人の死」を前提として臓器摘出を行う医師や厚生労働省にとって、「脳死下」と「心停止後」のいずれにしても臓器摘出は「死後の処置」であり、「安らかな死」を妨げるものとはなりえない。この点に注目させることで、それぞれにとって「死」という「リアリティ」がどのようなものとなっているのかを考えさせ、「死」を決定する基準や方法ではなく、実際に「死」という現実が創られてゆく過程に目を向けさせるのである。

このように、「4分割表」や「臨床倫理カンファレンス」の形式をうまく活用しつつ総括と講評でより焦点化した問いを投げかけることで、学生たちに複数の「リアリティ」の存在を気づかせ「視点の移動」を促すことが可能になる。「医療人類学」を受講した学生たちは、2回にわたるカンファレンスを行い、講評と総括を聞くなかで様々な視点に移しながら、それぞれの「リアリティ」に対する理解が正しいのかどうか、また、それぞれの

8 このような違いには、すでに目的合理性を指向する医学教育を受けてきた5年生とまだ専門的な医学教育を受けていない1年生という対象者の違いも作用している可能性がある。この点は、5年次の授業に導入した後に改めて検討したい。

「リアリティ」から「症例」に含まれる問題やジレンマがいかに見えるのかを反復解釈する。これらの授業において文化人類学が目指すのは、一元的「事実」認識のうえに何らかの「問題解決」に資する手段を修得させるのではなく、その認識を剥ぎ取って物事の「分からなさ」や互いの「通じなさ」に気づかせることで現実理解のあり方を豊かにするという方向性なのである。

6 おわりに

日本の臨床医学教育への文化人類学教育の導入はまだ緒に就いたばかりであり、状況に応じて様々な関わり方や方法論を展開してゆく可能性が開かれている。本論で紹介した「臨床倫理カンファレンス」とそれを用いた共同授業の展開もその試みの1つに過ぎない。

本論では、筆者が5年間にわたって医学教育に携わってきた経験から、医学教育（なかでも臨床医学教育）における文化人類学の意味や位置付けを、具体的な事例（「症例」）において直面する問題やジレンマを「価値合理性の問題」と捉えて、そこに関わる複数の「リアリティ」を／から反復解釈することを通して現実への理解を深めてゆく点に見出してきた。今後、文化人類学が、卒後教育や職業教育まで含めた広義の医学教育に関わっていくうえで、次の3点が重要なポイントとなると考えている。

まず1つ目は、「事例（『症例』）をとともに扱う」ということである。医療者や医学生に対して文化人類学の思想や考え方をただ説明するだけでは、「使える／使えない」といった評価から抜け出すことは困難である。「4分割表」や「カンファレンス」といった既存のフォーマットを用いつつ実際の「症例」とともに検討することで、人びとの「リアリティ」に近接する文化人類学的知のあり方を伝えてゆくことが有効である。

次に2つ目は、『「倫理的問題」』という入り口を活かす」ということである。「目的合理性」が支配的な診療現場や医学教育では、文化人類学に対する医療側の期待や関心はその「目的」の達成に役立つ「応用的」な立場や役割に向けられがちである。それに対して、「倫理的問題」を検討する場では、その「目的合理性」が後退することで、批判人類学的な立場も含めた様々な関わり方が可能となる。「倫理的問題」という認識は、医療者や医学生の関心を「目的合理性」から「価値合理性の問題」へと転換させる絶好の機会となる。

最後に3つ目は「方法論を工夫する」ということである。医学教育で文化人類学がおかれる環境は、何らかのかたちで文化人類学的知の再生産に貢献してきた従来の文化人類学教育とはかなり異なっている。医学教育においては、例えば「文化人類学の学説や民族誌的事実を理解し、可能であれば実際に社会調査を行う」ことを目的とした教育内容は全く期待されていない。このような状況において、「具体と抽象、観察と解釈の往還による対象理解」や「多元的リアリティの反復解釈」といった文化人類学的営為を伝えるには、本論で紹介した二段階カンファレンスやロールプレイといった教育方法の工夫が極めて重要となる。

医学教育での文化人類学教育は、文化人類学の側にも「目的合理性」が支配的な場においていかに自らの知のあり方を提示してゆくかという課題を突きつけている。このことは、文化人類学が他分野・他領域の「目的」を達成するための手技・手法に堕することなく、医学や倫理学との関係のうえで自らの知のあり方を見つめ直し、領域横断的な研究・教育が進むなかで「価値合理性の問題」を扱う学問としての自ら価値を示す好機でもある。その価値が認められるかどうかは、新たに文化人類学の知に触れる者に対して、「通じなさ」「分からなさ」への気づきを通して新しい「ものの見かた」をどれほど巧みに提示してゆけるかにかかっているといえる。

＜参考文献＞

- ヴェーバー、マックス 1972 (1922) 『社会学の根本概念』清水幾太郎訳、岩波書店。
 ——— 1989 (1905) 『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』大塚久雄訳、岩波書店。
 フーコー、ミシェル 1969 (1963) 『臨床医学の誕生』神谷美恵子訳、みすず書房。
 美馬達哉 2012 『リスク化される身体 現代医学と統治のテクノロジー』青土社。
 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。
 吉見俊哉 2016 『「文系学部廃止」の衝撃』集英社。

American Hospital Association (AHA) 1973 *A Patient's Bill of Rights*.
 Beauchamp, Tom L and Childress, James F. 1979 *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
 Fieser, James 1999 *Metaethics, Normative Ethics, and Applied Ethics*. Wadsworth Publishing.
 Jonsen, Albert R., Mark Siegler and William J. Winslade 1982 *Clinical Ethics*. Macmillan USA.
 The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979 *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*.

Encountering Clinical Medicine
A case study of cultural anthropological education employed in the “Conference on Clinical Ethics”

Makota KURATA

Keywords : Clinical Medical Education, Value Rationality, Conference on Clinical Ethics,
Pluralism of Reality

Following the latest revision of “the model core curriculum in undergraduate medical education in Japan” in 2016, cultural anthropological education has been introduced in medical training in Japan. The model core curriculum proposes to put anthropological findings to practical use in medicine. Cultural anthropologists in Japan are faced with the problem of how they might take on an active role in medical education.

I have already engaged in anthropological and ethical education in a medical university for 5 years and conducted a “Conference on Clinical Ethics” in a university hospital. In this article, I analyze the style and the characteristics of medical education in Japan and discuss the aims and methods of incorporating anthropological education in medical education. Through introducing a case study of the “Conference on Clinical Ethics” and a trial of joint classes with a clinician employing the conference method, I suggest that it is important for cultural anthropologists to demonstrate the importance of thinking based on “value rationality” in medical practice and education where “means-end rationality” is dominant.

Introducing cultural anthropological thinking in medical education will bring not only new perspectives in medical practice but also the opportunity for cultural anthropologists to rethink the position of anthropological knowledge in cross-disciplinary study and education.