

日本の医学教育にグローバルな視野をもつ 人類学の研究知見を導入する

道信良子*

<要旨>

日本では2013年から国際基準をふまえた医学教育分野別評価制度が始まっている。2017年には医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、全国の医学部では新しい制度のもとでそれぞれの教育をいかに国際水準まで引き上げるかが検討されている。この教育改革を契機として、いかに効果的かつ科目横断的に人類学を推進するのかが、現在の医学教育における人類学の課題であり、人類学教育がどのように医学部教育の質向上につながるのかというのが医学部側の期待であると考えられる。本稿では、日本の医学部で人類学を教える2つの手法について解説する。それは、国際化する現在の医学・医療教育の体系に、グローバルな視点をもって世界各地で研究活動を行ってきた人類学の研究知見を統合させていく手法と、それらすべての知の体系から学生をいったん解放させる手法である。具体的には、1) 2017年に本務校で担当した社会学と医療人類学の授業を例に、医療人類学を社会医学とグローバル・ヘルスに関連付けて教える方法について解説し、そして2) 地域医療実習のフィールドワークの中で人類学的発想を培う方法を紹介する。この2つの手法を議論の材料として、国際水準を目指した教育改革が検討されている現在の医学教育における人類学とは何か、人類学はどのように医学教育の水準を高めることに貢献できるのか、医学生はなぜ人類学を学び、人類学は医学生にどのような変化をもたらすことができるのかということについて考察する。

1 はじめに——2010 年以降の日本の医学教育改革の背景と人類学の課題

日本における医学教育の質を保証する制度として、2013 年から、国際基準にもとづく医学教育分野別評価制度が段階的に導入されている。その目的は、①本邦における医学部教育の質を保証し、国民に安全で最良の医療を提供できる医師を育成すること、そして②医学・医療のグローバル化に対応することにある〔奈良 2015: 2523-4〕。この制度は、2010 年 9 月、アメリカの国外医学部出身者向け医師国家試験受験資格審査機関 (Educational Commission for Foreign Medical Graduates, ECFMG) が、申請要件として、「2023 年以降は国際基準による認証評価を受けている医学部の出身者に限る」と全世界に通告した「2023 年問題」を契機としている〔岸 2018: 127; 奈良 2015: 2524〕。ここでいう国際基準とは、世界医学教育連盟 (World Federation for Medical Education, WFME) もしくは米国医学教育連絡委員会 (Liaison Committee On Medical Education, LCME) と同等の基準を意味する。

日本には、高等教育の質を保証する仕組みに大学機関別認証評価がある。この他に、理工系、農学系、薬学系、法学系教育を対象に分野別評価が実施されている〔岸 2018: 127〕。しかし、医学教育にはこれまで分野別評価は導入されていなかった。元来、医学・医療の国際化に対応できる医師の育成を保証する仕組みが存在しなかった〔奈良 2015: 2524〕。この状況は、欧米諸国をはじめ、タイや韓国など、自主的な医学部分野別評価制度がある近隣諸国にも大きく遅れを取っていた。以上の事情を背景に、2011 年に全国医学部長病院長会議のなかに医学教育の質保証検討委員会が発足し、同様の制度を本邦に確立するプロジェクト「平成 24～28 年度文科省大学改革推進事業「国際基準に対応した医学教育認証制度の確立」」が立ち上がった〔岸 2018: 127; 奈良 2015: 2524〕。

この事業のもとでの主な取り組みは次のとおりである。2012 年の秋、東京女子医科大学において WFME の地域部会である西太平洋地区医学教育連盟 (Association for Medical Education in the Western Pacific Region, AMEWPR) による国際外部評価が実施された。2013 年は国際基準に対応した認証制度確立の節目となった年であり、①全国医学部長病院長会議において日本医学教育認証評価評議会 (Japan Accreditation Council for Medical Education; JACME) の承認、②医学教育分野別評価基準日本版の作成及び公表、③文科省大学改革推進等補助金事業連携校によるトライアル評価の開始等、事業は着々と進んだ。そして、2015 年、日本医学教育評価機構 (Japan Accreditation Council for Medical Education; JACME) が設立され、2017 年 4 月から評価事業を引き継いでいる。

評価にあたっては「医学教育分野別評価基準日本版 (2018 年現在、Ver.2.3)」を用いて自己点検・評価を行い、JACME が選定した第三者評価委員による客観的評価を受ける。この評価対象に「教育プログラム」という領域があり、これが本稿で論じる医学部における医療人類学教育の推進と深くかかわる。なぜなら、このなかで医療人類学に言及しているからである。具体的には「2. 教育プログラム」の章に、「2.3 基礎医学」、「2.5 臨床医学と技能」と並び、「2.4 行動科学と社会医学、医療倫理学と医療法学」の節があり、医療人類学は行動科学・社会医学に含まれる学問領域であると注釈に記されている〔医学教育分野別評価基準日本版 (Ver.2.3) 2018: 9〕。なお、医学教育分野別評価基準日本版は、

WFME Basic Medical Education の基準に準拠している。後者では社会医学ではなく、社会科学 (Social sciences) と明記されている [WFME 2015:22]。すなわち、行動科学と社会科学が基礎医学や臨床医学・技能と同じく、医学教育の基盤に据えられている。今後、医学教育のカリキュラムがこの国際基準に倣って、改変・修正されていくとすれば、医療人類学を推進する大きな機会となる。

時を同じくして、2017 年 3 月に「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の改訂があり、各論 B「社会と医学・医療」に医療と関連のある行動科学・社会科学の学修目標が含まれた。文化人類学、医療人類学に関する説明もここに初めて記載された。B は医学における社会医学系の領域が含まれている。具体的には生物統計、スポーツ医学、国際保健、医学研究と倫理なども追加されているため、文化人類学、医療人類学に関しても、社会医学と接合して教えることが期待されているように思われる。しかし、ここでの人類学の取り上げ方をみると、医師の社会性を培うことに重点がおかれている。

現在、全国の医学部では、新コア・カリキュラムを軸にそれぞれの教育をいかに国際水準まで引き上げるかが検討されている。筆者の所属する大学では、医療人類学を行動科学に位置づけて、1～6 年生まで（実質的には 4 年生まで）に拡張された教養あるいは基礎教育の科目として推進されることが期待されている。行動科学に医療人類学を含めるのは学問的観点からは抵抗があるが、医学教育の中では社会科学よりも馴染みのある行動科学の一領域として推進することの効果は大きい。なぜなら行動科学を系統的に学ぶためのカリキュラムの確立が、現在の認証評価では必須であるため、行動科学の「学年進行プログラム」がまず整備されると予想できるからである。さらに、初年次教育にとどまらず、高年次まで縦断的に開講される科目に位置づけられることで、臨床とのつながりもより強く意識されて拡充していく。これにより、医療人類学の教育機会が増えるだけでなく、教育効果も高まることが期待される。

しかし、その一方で、今回の国際基準の導入は、教養、基礎教育だけの改革ではない。一部の大学では、臨床実習の時間を国際基準に引き上げるために、教養や基礎、臨床医学を含む実習前教育の再編も始まっている。たとえば、筆者の所属する大学の医学部では、2016 年度から新カリキュラムが運営されている。旧カリキュラムからの変更点は、①基礎医学系・臨床医学系講義を全体的に前倒して開講、②第 2 学年で開講していた解剖講義を一部第 1 学年から開講、③臨床実習期間を 54 週から 72 週に増加したことである。これに加えて、初年次教育では、新入生チュートリアルなど少人数制の学習時間が大幅に増えた。すなわち、一部の大学では、医療人類学や医療社会学等これまで存在しなかった社会科学系の教育がようやく始まった一方で、教育時間数は大幅に削減されるという現状がある。

このように、医学教育に携わる人類学者にとって好機と危機との両面をそなえる現在の教育改革に対して、今後どのように医療人類学を独創的かつ科目横断的に推進するのかが、我々に課された課題である。そして、医療人類学の教育がどのように医学教育の質保証につながっていくのかということが医学部側の期待であると考えている。

以上を踏まえ、本稿では、日本の医学部で医療人類学を教える 2 つの手法について解説

する。それは医学・医療の教育体系にグローバルな人類学の課題を統合させていく手法と、それらすべての知の体系から学生をいったん解放する手法である。具体的には、第一に、2017年10月に本務校で担当した医学部の「社会学」(3コマ、1年次)と「医療行動科学」のなかに組み込まれている医療人類学(2コマ、1年次)の授業を事例に、医療人類学を社会医学に関連づけて教える方法について解説する。なお、「医療行動科学」は医学教育の分野別評価の受審をみすえて2015年に新設された科目である。そして第二に、地域医療実習等フィールドワークを取り入れた科目において人類学的思考を鍛える方法を紹介する。この2つの手法を議論の材料として、医学教育における人類学とは何か、人類学はどのように医学教育の水準を高めることに貢献できるのか、医学生はなぜ人類学を学び、人類学は医学生にどのような変化をもたらすことができるのかという点について考察する。

2 社会学の授業事例

筆者の所属する大学には「社会学」という教養教育科目があり、一年生を対象に全9回(一回当たりの授業時間は90分)開講されている。筆者はこのうち最初の3回を担当し、健康や医療と関係づけて、社会科学の基礎を教えている。具体的には、健康に作用する社会の働きを理解し、その規則性(pattern of health)を形作る基盤となっている社会の構造や働きにまで学びを深めることを目的としている。残りの6回は、法学を専門とする教員が担当し、社会における法と医療の関係について詳しく解説している。

第1回は、社会疫学の資料[日本の都道府県別の疾病負荷研究(1990～2015年)] [Nomura et.al. 2017] を使用して、次の2点について説明している。すなわち、①人間の健康状態には、規則性や連続性がある。社会疫学では、集団の健康水準や疾病傾向にその規則性や連続性が示される。それは、現在に引き続いて起こる、あるいはより遠い将来に発生する病気を予測させるものでもある。②医療経済学の視点 [World Bank 2018; WHO 2017] から「低所得」と「高所得」の国の健康水準を比較し、世界の富の不平等や貧困とのかかわりの中で国民の健康にどのような規則性があらわれているのかという点についての理解を深める。第1回の授業は、医学生に関心の高い日本や世界の「健康水準」や「疾病傾向」の理解から始めて、世界の社会的構造と動態との関連でこれを考察し、さらに、社会学の基礎概念である「個人・集団・社会」についても学習を深められるように工夫している。

第2回には、若い世代にも関心の高い、喫煙と摂食障害を事例にとりあげ、年齢・ジェンダー・社会階層とのかかわりで健康の規則性を説明する。また、健康格差を理解するうえで、「社会格差」「社会階層」「ジェンダー」などの社会学の基礎概念が有効であることを伝える。2017年度の授業の事例には、医療人類学の文献 [Pike & Borovoy 2004] を用いて、著者らが提示する日本の若い女性の摂食障害についての仮説を紹介した。それは第一に、現代の日本社会の著しい社会変動の中で、思春期の少女や若い女性たちは、一人前の「女性」に成長することに抵抗を感じ、摂食障害はその困難さをあらわしているとするも

のである。食べない、食べては吐くという行為が、思春期に特有のこころの状態（不安、怒り、葛藤）をあらわす、道具的行為となっているのである。第2に、日本の若い女性に特有の「美しさ = かわいい」という文化的観念と華奢な身体（やせ型）へのこだわりが、摂食障害の背景にあるという仮説である。また、日米の学校文化を比較した研究[LeTendre 2000]を紹介し、米国の教育現場では、思春期を子どもから大人への移行期とみなし、社会に対する反発をとまなう「荒々しい時期」と認識するが、日本では、思春期を「社会に統合する」ための準備段階だと考えている教育者が多いという著者の見解を提示した。

第3回には、世界の医療体系 medical systems を比較し、次の3点を説明する。①日本や欧米で主流の医学は生物医学 bio-medicine である。世界には中国医学（中医学）、アユルヴェーダ（インドの古典医学）、ユナニ医学（アラブ・イスラムの医学）があり、このほかにもさまざまな民族医学や民間医療がある。民族医学とは、世界の少数民族の間で発達している医学体系であり、宗教や世界観との連続性をもつ。生物医学が公式の医療となっている国では、これらを制度上正式なものとして認めていない。生物医学の専門家である基礎医学や臨床の医師もこれらの医学・医療の効果に懐疑的な見解をいっている。医師の立場からは、生物医学を臨床に応用したのが、臨床医学 clinical medicine であり、唯一信頼できる医療（evidence-based medicine）である。②人間の病気や障がいとの向き合い方は多様である。それゆえ「科学的根拠にもとづいていないことを理由に偽医学であると結論付けるのではなく、なぜ世界にはこれほど多様な医療体系があるのか考えることが大切である。近年の医学内部の動向にホリスティック医療 holistic medicine と呼ばれる医療体系が広がり、世界保健機関 (World Health Organization, WHO) の政策にも取り入れられている。③生物医学だけでは対処できない現代の病いに自殺、うつ病がある。

以上述べてきた3回の授業は、人間の健康に影響を及ぼす社会の作用を次の通り理解できるように体系化されている。すなわち、「健康は各社会の文化の中で定義される」、「健康の文化的基準は時代とともに変わる、健康は社会の技術水準・技術革新によって変わる」、「社会の不平等が健康に影響する」[Macionis 2017: 536-537] の4点である。そして、それをわかりやすく提示するために、社会学、人類学、経済学、医学、哲学、社会医学、健康科学などから豊富な事例を集めて、学生に配布した。

2-1 事例：ニジェールの母子保健

初回の授業では、世界の保健医療の主要な課題である母子保健の事例を取りあげている。母子保健とは、妊婦と乳児、幼児の健康をともに図ることをいう。毎年およそ30万人（1日830人）の妊産婦が、早産・難産や出産後の合併症、危険な人工中絶のために死亡している。そのうち99%は発展途上国で起きているが、このうち半数がサブ・サハラアフリカの国々で起きている。経済圏別妊産婦死亡率を見ても、低所得の国が圧倒的に高い[WHO et. al. 2015]。

世界の最貧国の1つと言われているニジェールの死亡要因は、下痢、マラリア、肺炎である。人口学的には多産多死の傾向にあり、妊産婦の身体に大きな負担がかかっている。保健指標では、2016年の出生率（対人口1000）は37.3、乳幼児死亡率（出生1000件当た

り乳児死亡数)は71.2となっている[UNICEF, WHO, World Bank, UN-DESA Population Division 2017]。

授業では、2014年度研究室基礎配属「グローバル・ヘルスの人類学」の受講生(3年生)による文献レビューをもとに、①ニジェールの妊産婦の身体に大きな負担を与える社会、文化的背景、②フィラリア症に罹患している場合の妊産婦の困難、③疾患そのものの影響と、社会・文化的作用をとまなう影響について論じる。フィラリア症に罹患していると、乳房から肩、肩から背中にかけて強く痛み、授乳時に疼痛が増す。しかし、出産は女性にとっての通過儀礼であり、痛みや苦しみを引き受ける文化があるという文献を紹介する[堀井2014]。また、ブラジルの貧困地区でも報告されているように[Schepers-Hughes 1992]、多産多死の社会に生きる母親は子どもが生まれてすぐに死んでいく経験をもつ。授乳中の母が体調不良になると、母乳の性質が変わり、乳児が病むと考えられている。そのため、授乳が必要な時期に母乳を与えない行動が見られる。そうして、子どもが亡くなってからは痛みが落ち着いたため、だれにも相談しないまま、妊娠し出産するたびに痛み、苦しみ、子どもの死を受け入れるという経験を続ける。

「グローバル・ヘルスの人類学」の受講生は、妊産婦の身体に負担を与える要因だけではなく、妊産婦の不安、苦しみを解消する取り組みにまで視点を広げた。そして、セルフ・ヘルプ・グループの形成と対話を通して、母子の健康の向上に向けた意識変容のための協働を提案した。医師として国際保健医療活動に従事するようになると、国際機関や先進諸国の考え方を伝える役割を果たすことが多くなる。そのため、医学部在籍中に現地の人びとの考え方に合った解決策を考えていくことの大切さを知っておくことは大切である。医学部1年生にとって、自分たちの先輩にあたる学生による深い考察は心に響くものがあり、研究者や教員では決して伝えることができない。

3 医療人類学の授業事例

医学部1年次の「社会学」と同時期に「医療行動科学」が開講されており、そのなかに医療人類学が位置づけられている。そして筆者は、医療人類学の基礎と応用に関する内容を2回に分けて講義する役割をもっている。その主要な目的は、人間文化と医療の関係を医療人類学の研究アプローチを用いて説明することである。

第1回には、医療人類学の学問的立場を次の通り述べる。人類学では、人間、社会、文化の比較研究を行う。文化とは、人間の生活様式の全体であり、そこには生存・生殖のために行う活動と、それに限定されない、たとえば遊びや芸能や芸術なども含まれる。これらの活動は相互に関係し合い1つのまとまりをもつ。人類学の専門領域には、自然人類学、文化人類学、応用人類学などがある。医療人類学は、これらの人類学の専門領域を横断している。また、医学のもっとも基盤となる解剖学や遺伝学との関連もある。

医療人類学の研究領域では、身体、病気、医療の比較研究を行い、その他、健康とウェルビーイングや死の研究も盛んである。医学・医療に応用される医療人類学は、人間の病気、医療、治療、精神の病いのとらえ方が文化によってどのように異なっているのかを明

らかにする。また、ある特定の社会集団における病気の広がりや分布のパターンに文化がどのように影響しているのかを示す。さらに、治療の効果を当該社会の文化に照らして確かめる。

医療人類学の研究に関する以上の立場から、本授業では、人間の健康には規則性があり、そこには文化の作用があると説明する。ここでは、「社会学」で説明した「社会の作用」を「文化の作用」に読み替えている。そうすることによって、社会と健康に関する医療社会学の理論的見方から大きく逸れない工夫をしている。そして、「社会学」で解説した摂食障害、うつ、自殺、慢性の痛みに、社会の作用だけではなく、文化の作用があることを説明し、それを見出すための資料を提示する。このように、医学生には、医療社会学と医療人類学の理論的共通性・連続性を示し、社会科学の統一的理解を促す方が、それぞれの独自性を強調するよりも教育効果が高いと考える。事例には、自然人類学と文化人類学の各領域で発展し、それぞれの特徴を引き継いでいる医療人類学の研究事例をバランスよく配置する。

第2回には、①人間の遺伝的・文化的多様性、②民族医学／医療体系、③グローバル・ヘルスの活動における異文化との接し方をとりあげ、2回の講義を次の構成と内容で解説する。

3-1 自然人類学の事例：生活習慣病

自然人類学は、人類の進化、自然環境への生物学的適応、ヒトの生理学的違い等を研究し、ヒト以外の霊長類も対象にして人間の総合的な理解を図る学問である。この立場から、世界に広がる慢性変性疾患を生物進化論の視点（後期旧石器時代の生活との比較）から読み解いた論文“Stone Agers in the Fast Lane: Chronic Degenerative Diseases in Evolutionary Perspective” [Eaton, Konner & Shostak 1988] がある。

この論点は、「遺伝学的には、現代のヒトの形質は後期旧石器時代の狩猟採集民と変わらない。しかし、人間文化の変化の速度は、遺伝的適応の速度をはるかに超えている」というものである。そして、この状態を遺伝学の用語を借用して discordance と呼び、生活習慣病の背景には、都市化と近代産業の発展による生活様式の変容と、それに追いついていない人間の身体変化との不調和（discordance）があると主張する [Eaton, Shostak & Konner 1988]。著者らは、この論を提示するにあたり、産業化以前の社会における運動、食、疾病の分布についての文献資料と、旧石器時代にもっとも近い生活様式を維持していると考えられる、アフリカの狩猟採集民を対象とするフィールドワークの資料を使用している。そして生活習慣病は「予防できる」という強いメッセージを伝えている。2010年のレビュー [Konner & Eaton 2010] では、本仮説の提示から現在まで、人類学のエビデンスはこの仮説を支持し続けていると述べている。

この他、授業では、日本の医学者による高血圧に関する同様の議論 [黒川 2001] や、日本の人類学者による子どもの栄養と運動に関する同様の視点およびフィールドワークの手法 [山内 2014] を紹介する。すなわち、現代社会には肥満、糖尿病、高血圧、がんなど生活習慣病の増加が見られるが、これらは世界の狩猟採集民には稀な病気であり、「高血

圧は文明とともに食塩摂取量が増えて初めて出現した病態である」[黒川 2001: 3]。さらに、欧米やアジア諸国の子どもと比較して、「狩猟採集社会の子どものほうがよく遊び、体力があり、食と栄養ははるかに充実している」[山内 2014: 165] という論である。

上記3論文は、医学・医療系の雑誌に掲載された研究成果ないし総説である。食と栄養、運動、肥満、糖尿病の有病率等、具体的な数値が示されているため、医学生にも理解しやすく、説得力がある。

3-2 文化人類学の事例：ススト

文化人類学で発展した医療人類学の事例には、“The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America” [Rubel 1964] を使う。この論文は *Ethnology* に掲載された医療人類学の古典的研究である。著者の A. Rubel は、イスパノアメリカの文化圏に見られる文化結合症候群ススト *susto* に関する人類学調査を行っている。そして、その資料をもとに、スストを理解するための推論モデルを構築し、疫学の方法で検証できるようにしている。この論文を選んだ理由は、文化人類学から社会疫学へと医学生の視点を広げるためである。

スストの症状は、安眠できない、倦怠感がある、食欲がない、衣服や衛生にも興味がなく、活力がない、うつ気味、内向的であるなどで、スストを患っていると死亡率が高まることも指摘されている [Krejci 1992]。人類学調査では、スストを発症する文化的理由を探るため、メキシコのチナンテコ族、ツォツィル族、南テキサス在住のヒスパニック系アメリカ人を含む複数の国と地域と民族を対象に、生活様式の観察研究を行った。そして、その調査にもとづいて、スストの発生要因、病いの民俗的認識とそれを支えている世界観、治療の方法等に関する知見をまとめた。その際に、インディオとメスティーソの間に、スストの説明様式の異なりがあることを次の通り指摘する。

スストは、本人の無力感をともなう。それは、周りの社会からの期待が重荷になり、十分に応えきれないと感じているとき、あるいは応えることがストレスになっているときに、発症する。インディオにも、メスティーソにも、同様の発生要因がみられるが、しかし、インディオはそれを「霊」の仕業と、読み替える。すなわち、土地に住んでいる守護霊がスストを引き起こす主体であると考えている。それは、治療師による儀礼によって解決されなければならない [Rubel 1964]。

授業では、治療に「治療の枝」と呼ばれる道具や、鶏の卵、アヒル、ブタなどが使われ、患者の身体を清める祓いの儀式が執り行われることを説明する。そして、インディオはなぜ、スストの発生要因を超自然的な存在に求め、こうした儀礼を行うのか、という問いを提示する。さらに、人間の精神には文化特有の症状が見られるが、その本質には文化をこえた共通性があると述べ、スストと同じく文化結合症候群に分類されるマレーシアやインドネシアのアモック (*amok*)、中国をはじめアジア各地に見られる縮陽症 (コロ Koro) など、強いストレスによって引き起こされるパニック症状を総称して「不安の語法 *idiom of distress*」 [Nicher 1981] と呼ぶ医療人類学者もいると説明する。

現代の日本社会で、「うつ病」「不安障害」とされる身体の状態も、他の社会では、スス

トなどと呼ばれて祈りによる治療の対象となる。これは、「うつ病」や「不安障害」は人間社会に普遍的に見られる疾病であり、現代医学で対処できるが、文化に依存しているとされるスストは、一般的な精神疾患の分類にあてはまらない特殊な病いであり、特殊な治療の方法を必要とするというわけではない。人間の病いは、それぞれの社会で発達した医療体系(疾病論とヘルスケア) [Foster & Anderson 1978: 36-38] に位置づけられて、対処されているということである。このように説明することによって、人類学の研究資料は、人間の精神の状態に対する医学生の見点を広げることができる。

3-3 人間の遺伝的・文化的多様性

生物の遺伝は同質性の確保に働いている。これは、DNA の複製と細胞分裂によって、自分と同じゲノムをもつ細胞を生み出すという生物の再生産にかかわる基本原理によるものである。細胞分裂には、自分のコピーを生み出す細胞分裂と、ゲノムを半分にする減数分裂がある。前者は原核細胞、単細胞真核生物、多細胞生物の体細胞の分裂のことを指し、後者は生殖細胞の分裂である。自分のコピーを生み出す細胞分裂では、DNA が複製されて2つに分かれる。生殖細胞の場合は、父由来、母由来の染色体が対になり、その一部が組み換えられて分裂する。そしてその細胞は再び分裂するが、すでに一度分裂しているので染色体数は半分になる。減数分裂という呼称は、2回の分裂によって染色体数が半分になることを意味する。この細胞分裂の様式は、現在目にする多様な生物を生み出す原動力となったと考えられる [渡邊 2009]。授業では、中学や高校の生物分野の授業ですでに学習している有性生殖の特徴を押さえて、遺伝現象と遺伝的多様性について、さらに詳しく見ていく。

人間にはヒトとして共通する身体構造と機能がある。ヒトの形質は親子の間で共有され、ヒトから花やマウスは生まれない。より細かなところまで見ると、髪の毛や肌の色も親に似るのが普通である。身体機能に関しては、水や食物を外部から摂取して不要なものを排泄する、そして、暑さ・寒さなど外部の環境に反応し適応するという特徴を持つ。これらはみな、ヒトに共通する遺伝子の働きによるものである。

他方、人の身体に多様性を与えるのは、一義的には突然変異で生じた遺伝子の変異の蓄積、二義的には、配偶子(卵子や精子)が作られる時の減数分裂における両親由来の染色体の組み合わせと組み換えによって生じる遺伝的多様性、つまり有性生殖による遺伝子の混ぜ合わせである。子が親の遺伝子をそのまま引き継ぐ無性生殖と比べると、有性生殖を行う人間には多様性が生まれる。多様性をもつことで、環境変化に遭遇しても種の絶滅の危険は低くなる。

人間の形質の異なりは、地域や環境と結びつけられながら「集団」単位で論じられる場合が多い。しかし、遺伝子型をつきつめていくと遺伝的多様性は無限であることがわかる。遺伝形質を決定する遺伝情報源は染色体を構成している DNA である。ヒトの体細胞は22本の常染色体と1本の性染色体からなる23本のセットを2組もち、1組は母親に、他方は父親に由来するものである。特定の遺伝子は染色体上の特定の位置にあり、染色体上で遺伝子が占める位置を遺伝子座、それぞれの染色体上の同じ遺伝子座に位置する遺

伝子を対立遺伝子、この対立遺伝子の組み合わせを遺伝子型 (genotype) という。精子や卵子などの生殖細胞が作られる時の 23 本の染色体の組み合わせはほとんど無限であるため、同じヒトから生じた卵子や精子でも遺伝的多様性もほとんど無限となり、遺伝子型が全く同じ個人は一卵性双生児を除き存在しない。

さらに遺伝子の塩基配列 (約 30 億の塩基の並び) を比べてみると全てのヒトで同じではなく 500 ~ 1000 塩基に一つ程度異なっている。このような個人ごとの遺伝子の違いを遺伝子多型と呼んでいるが、ある特定の塩基配列の一箇所だけが異なっており、その変異が集団内で 1% 以上の頻度で見られる時、SNP (スニップ: single-nucleotide polymorphisms) という。変異の多くは細胞機能に影響を与えないが、特定の病気にかかりやすい、かかりにくい、太りやすい、太りにくい、お酒に強い、弱いなど個人の体質や形質と関係していることがわかってきた。臨床では、SNP と特定の病気との関連を調べることで、病気予防やより効果的な薬剤の開発・使用につながると言われている。いわゆるテーラーメイド医療 tailor-made medicine に対する期待である。

以上述べたように、遺伝は、生殖によって、親から子へと形質が伝わるという現象のことで、そのことが、ヒトからヒトしか生まれないという生物の同質性を保証している。授業では遺伝現象をさらに掘り下げて、ヒトとしての個人の違いがなぜ生じるのかを説明する。すなわち、遺伝子の突然変異、減数分裂時の染色体の組み合わせと組み換え、遺伝子多型などによって、個人の身体に多様性が生まれる。

人間の身体に対する文化の働きは、1 つには遺伝学的に多様な個体である個人を同じ文化集団のなかに包含する役割である。人間はさまざま個性を備えながらも、生存・生活にかかわる行動様式を他者と共有し、集団で生きている。それぞれの生まれた社会に共有されている言語体系や社会制度によって結びついている。言語や社会制度は、人が互いにコミュニケーションをとり、集団を形成して相互扶助の関係をむすぶのに不可欠である。とりわけ言語は、人類を人間たらしめ、人間としての人格、智慧、思考の発達を支えてきた。子どもは親子のつながりを通してそれらを学ぶが、ここでいう親子とは血縁関係をもつ親子に限らず、養子縁組など、血縁関係にない親子を親子とみなす社会制度がある場合には、そのもとで文化が継承される。

そして、文化は、数々の生物学的制約から人間を解放する働きをもつ。言語の能力に加えて、さまざまな身体的な実践や科学技術の発達といった要因が介在し、高度な物質文化が人間社会には発達している。空を飛ぶことができないなら、空を飛行する機械を開発して人間を運ぶ。人口を維持するための資源が不足していれば、環境に手を加えて、土地を開拓し、資源を開発する。人間は文化を生み出して、ヒトの身体的制約だけではなく、土地環境にある制約ものりこえていく。

一方で、人間は自分の身体や周囲の環境から完全に自由になることはできない。それゆえ、人間の身体に対する文化の働きは、与えられた環境を引き受けて、そこで生きるとはどういうことかを深く考えるプロセスをとる。それは 1 つの社会のなかで統一された思想や信仰に発展することもあれば、社会内部の多様な思想や信仰になることもある。文化は、外部との接触や自らの気づきによって変容することもある。文化の作用のあらわれ

れ方は、教育や社会化、家庭環境の違いなどによっても異なってくる。

そのため、周りの環境へ適応するなかでさまざまに発達してきた人間の文化に優劣をつけて論じるのは無意味と言える。文化のある局面を取り出して、全く違う文化の価値観にもとづいて、それを評価することも間違っていると言えよう。文化の事象はその文化全体のなかで理解されなければ、本来の意味を失う。これを文化相対主義 cultural relativism と言い、文化人類学研究の倫理の中核に据えられている。ただし、経済、社会のグローバル化が進む現在において、人間文化の全体性をどの範囲で捉えるかは、人類学内部でも議論がある。

以上、第2回①の概要を述べてきたが、授業では初めにヒトの遺伝的多様性と豊かな人間個性の理由を述べる。そして、人間の文化は、この世に一つしかない遺伝的個性をそなえた人間を、共通の言語や慣習で結びつけていること、文化的作用のあらわれ方は他の要因が介在することによって多様であることなどを話し、文化相対主義について説明する。国際保健分野をめざす若者もいることから、世界の民族の暮らしを「閉じられた社会の変わらない文化」という視点でとらえることの限界についても話す。なお、医学部では生物学や遺伝学を基礎科目として学習するので、「人間は生物学的に同じ身体をもち、文化的には多様である」という説明では不十分であり、人間の遺伝的・文化的多様性に関する説明はより丁寧に、慎重に行う必要があると考える。

3-4 民族医学・医療 (Ethnomedicine)

特定の民族や文化集団に共有されている医学・医療体系 (medical systems) およびその研究のことを民族医学／医療 (Ethnomedicine) という。厳密に言えば、西洋医学も民族医学／医療の一つであるが、非西洋社会の文化集団や少数民族それぞれに特有の知識と実践を指すことが多い。それは、健康を促進する信念と行動の総体であり、各集団の生活様式のなかで合理的とみなされる知識と技能の総和である [Foster and Anderson 1978]。

医学／医療体系は次の2つの要素で構成される。1つは疾病論体系 disease theory system と呼ばれる、病気の原因についての認識の体系であり、健康、病気、医療（治療）に関する文化的信念をあらわす。もう一つは、ヘルスケア体系 healthcare system で、診断の技術と治療の行為から成り立っている。なお、患者・医師関係はヘルスケア体系に位置づけられている。また、診断と治療は相互に参照しあい、改善される [Foster & Anderson 1978]。なお、健康の回復のために人びとが行う実践は、専門医による診察と処置、薬の処方から、伝統医による呪術、薬草、接骨まで多種多様である。これを整理するために、米国の医師で医療人類学者の A. Kleinman [1980] は、ヘルスケア体系を医療の専門職が担う部門（専門職セクター）、土着の治療師が担う部門（民俗セクター）、そして個人や家族によるセルフケア（民間セクター）の3つの部門に分けている。このうち、民俗セクターの治療行為は宗教的实践と結びついていることから、文化人類学の古典的な研究において豊富な資料がある。治療をうける人の経験としての病いのプロセスに着目した研究が盛んな傾向にある。この事例として、認定特定非営利活動法人（NPO）健康と病いの語り、ディベックス (DIPEX; Database of Individual Patient Experiences)・ジャパンのサイト

で提供されているがん患者の語りを用いる。「がんは、その痛みを通じて自己を再発見する契機を与えてくれる。そういう意味では恵みでもある。自己を解放して、風とか、お唱えの声の響きに共鳴することが、実存の苦しみから再生するためのひとつの手がかりと感じている」(前立腺がんの語り)などの人間存在に深い洞察を与える資料がある。

この他、伝統治療に関する資料には、ケニアのキプシギス族の伝統治療 [小馬 1983] や、そのなかで取り上げられている感染呪術の研究 [Frazer1922/1970]、そして西ケニアのルオ族の健康観や病気治療の研究 [Geissler 1998; Parkin 1995] を参照する。そして、治療はなぜ宗教や信仰と結びつくのか、呪術の効用は何かという点を説明する。

3-5 グローバル・ヘルス領域の研究事例:HIV/AIDS

最後に、グローバル・ヘルス領域の研究事例として、HIV / AIDS に関する医療人類学の研究を紹介する。感染症の拡がりには、その時代と地域の社会・文化的現象が深く関係している。20 世紀後半に世界中に蔓延した HIV / AIDS の背景には、現代の人間の性と生殖、グローバルな経済格差と健康格差、女性と子どもの貧困、感染症に対する偏見とスティグマなど、グローバル社会の不均衡な力関係とそのなかで不適応をおこしている伝統的慣習がある。そのため、人類学者は保健医療の専門家と協働して世界各地の感染予防のプロジェクトに携わってきた。授業は、筆者の北タイにおけるフィールドワークの成果にもとづいて行う。最初に、1980 年代から 90 年代初頭にかけてのタイにおける HIV/AIDS の大流行、予防や治療、感染経路や感染の拡大の仕方、一般の人びとの HIV/AIDS の知識、感染リスクの認識、予防行動を説明する。そして、感染の有様や人間の行為はすべて社会や文化によって多様であり、HIV 感染の社会・文化的背景を理解してはじめて、世界規模の流行 global pandemic は制圧されると論じる [Michinobu 2005, 2015]。

ところで、世界の保健医療活動のなかで「文化」というとき、それは「因習」という意味で使われ、人びとの健康に悪い影響を及ぼしていると議論されることが多かった。女児割礼、嬰兒殺し、民族紛争などがその典型である。それらが、当該社会の文化の信念と深く結びついているのは確かに否めないが、文化と健康、そして人間存在との関係を国際社会の視点から一律に捉えてしまうと、人間の文化、なかでも西洋社会の人びとの目から見ると「異国風 exotic」に映る文化に対する偏見を生む。これに対して、人類学者は、非西洋社会に暮らす人びとの病気や治療の実践だけではなく、健康とウェルビーイングを研究し、人間の存在についてより広い視点から、研究成果を伝えていく役割を担うと考える。

近年、グローバル・ヘルスの領域は学際化が進み、医療職だけではなく、多職種が関与している。そのなかで、伝統的な生活様式のすべてを否定し、問題視するのではなく、健康により影響を与えている行動や戦略をとらえる手法が紹介されている。コミュニケーション論の専門家 A. Singhal が提唱する positive deviance (PD) という概念である [Singhal and Dura 2012]。PD の事例として、環境から得られる資源が限られている生活のなかで、ある特定の家族が「普通とは異なる」行動や手段をとり、子どもの栄養状態や健康状態をよりよく保つことができたというものがある。地域のローカルな実践とその多様性に着目するという点で人類学の視点と重なり合う。また、世界の保健医療活動に関心のある学生

にとっても地域を見る目を養うことのできる魅力的な事例である。

4 フィールドワーク

大学の校舎から一步外に出て、世の中を学ぶという体験は貴重である。医師になるための6年間のほとんどの時間を大学構内の教室や実験室で過ごし、医学の知識や技能を徹底的に教え込まれる学生にとって、その鍛錬の場から解放され、人びとが普通に暮らす空間で思考するという体験は、学生や研修医のときはもちろん、その後の生涯を支えるものではないかと考える。なぜなら、人類学のフィールドワークは「世界をはじめから生きるようにして学ぶ」勇気と感性と思考の柔軟性を養うからである。

本稿の前半ではいかに医療人類学を医学教育のなかに体系づけるかを述べてきたが、これとは全く異なる視点と方法で、フィールドワークは、既存の学問体系からいかに学生を解放するかということを目指す。医学教育に位置づけられた人類学は、医学の世界の学問となるわけではなく、むしろそこに風穴をあけて、医学の世界と日常の世界とをつなぐ役割をもつ。それはいつも新しい発見や見方に開かれていて、学生を別世界へ導く重要な役目をもっている。

このような視点から、筆者はこれまで、医学教育におけるフィールドワークの重要性を論じてきた [道信 2012a, 2012b, 2013, 2015]。そのもととなった資料は、本務校の授業、演習、実習と、非常勤の授業で実施してきたフィールドワークの活動である。

本務校では、2008～2009年度に医学部と保健医療学部の合同演習に参加し、フィールドワークを担当した。2010年度には北海道利尻島における地域医療実習に参加し、フィールドワークに協力した。本務校の保健医療学部においては、医学部より早くフィールドワークを取り入れ、文化人類学、社会学、女性学の科目のなかで、円山登山、よさこい祭りなどのフィールドワークを行った。非常勤では、北海道大学文学部・文化人類学（2013年）、岩手県立大学社会福祉学部・文化人類学（2013～2018年）の各授業で、大学構内のフィールドワークを行っている。

医学部をはじめ、保健医療学部、文学部、社会福祉学部で行ってきたこれらのフィールドワークの目的は一貫して人間の日常の世界を自分の目で見、肌で感じて学ぶということである。

4-1 フォトボイス

本務校における医学部と保健医療学部の合同演習では、フォトボイス photovoice [Wang & Burris 1997] という手法を使っている。フォトボイスは、公衆衛生学の領域で生まれた地域基盤型アクション・リサーチの手法である。それは、地域住民自らが地域を知り、自分の目で見えた現実を写真と語りにあらし、その成果にもとづいて地域の課題に取り組むというプロセスである。フォトボイスは、探究・発見・提言を目的とする協働作業である。そこでは、地域の強みや課題について、写真資料を用いながら、大小さまざまなグループに分かれて議論し、課題を発見し、情報を共有する。そして、その結果にもとづい

て住民自らが政策提言を行い、自治体とのパートナーシップを構築する [Wang & Burris 1997]。

本務校の合同演習ではこのうち地域の強みと課題の発見、情報共有、成果発表に取り組んだ。2008 年は大学の附属病院をフィールドにカメラを片手に医療職の職務や職種の特性について学んだ。2009 年と 2010 年は、離島をフィールドに、自分の生活を振り返ることができる要素を島の暮らしから見つけることを目指した。準備には、フィールドの人びとへの説明と同意の取得、写真技術の講義、事前のオリエンテーションなどを行った。

病院も離島も、学生が将来そこで働くことになるかもしれない場所である。その場所をグループで探究することには深い意味がある。医学生の場合、医師をはじめ、看護師、助産師、理学療法士、作業療法士など、多職種がチームで働いているようすを見てはじめて、他の職種に対する関心が広がる。同様に、離島の暮らしは都市に住んでいればわからないことも多い。島の日常生活、時間の流れ、島の医療の課題、医学生への期待など、フィールドワークを通して実感することができる。

4-2 発見と理解のプロセス

他の学部フィールドワークでは、方法の枠組みを設けず、学生の創造性にまかせている。発見と理解のプロセスを重視し、知識のための知識ではなく、実践のための知識であることを話せば、写真という視覚資料を用いなくても、自由にフィールドを探索できる。北海道大学で行ったフィールドワークでは模造紙と、筆ペン、マジック、水性ペンを用意して、芝生に紙を広げて絵を描いた。構内を散歩している人や子どもたちもその活動に参加した。岩手県立大学では「馬っこパーク」にいる動物とふれあい、キャッチボールやバドミントンのように身体を動かし、互いのコミュニケーションを深めるスポーツを行った。

フィールドワークは、高度に合理化し、技術化されている現代の医学教育、大学教育の場を地域に広げていく役割をもつ。人が生きる場と医学生が育つ場を地続きにして、日本の医学教育に必要な理論をフィールドから立ち上げ、学生が真に学び（探究）の主体となることが必要である。最北の離島におけるフィールドワークはそれを象徴していた。人口減少と高齢化が進む北の離島では、外を歩いていても人を見かけないことの方が多い。山と海にかこまれた環境で、波と風を感じて、その島で生きる人たちの暮らしを知る。そして、この島で必要とされている医療は何かということを全身で考える。このようにして、フィールドワークでは、大学や教室で期待されている思考の様式からの解放をこころみた。

5 まとめ

ここまで、日本の医学部で医療人類学を教える 2 つの手法について、事例を示しながら論じてきた。最後に、本稿の冒頭に提示した 3 つの問いに対する筆者の考えを述べ、今後の課題を提示して、結びにかえる。

1. 医学教育における人類学とは何か

人類学は、人間の同質性と文化的バリエーションの説明を行う学問である。医学教育における人類学は、人類学を医学・医療の領域に応用し、人間の健康、病気、医療のあり方と人間の生活様式との関連を明らかにする。また、異文化理解を医療現場の関係づくりに応用し、臨床（急性期～回復期、慢性期、終末期）における患者理解と多職種連携を促進する。

2. 人類学は医学教育の水準をどのように高めるのか

人類学は、人類全体を見通した視野から、人間の身体・病気・医療の理解を促す。医学教育では、社会医学、社会疫学との接点を見出しつつ、独自の視点（健康・病気の文化的理解等）に立つことが要請されている。病む人の経験世界のなかで病気や医療について考え、具体的な日常生活の事象を描き出す。理論や概念の説明ではなく、事例にもとづく教育方法 case-based method はそれを可能にする。人類学の豊かな事例とフィールドの体験を組み合わせ、思考、実践、内省という学びの循環を生成することによって、医学教育の水準は格段に向上すると考える。

3. 医学生はなぜ人類学を学び、人類学は医学生にどのような変化をもたらすことができるのか

人類学の学びが、人が生まれ、健康な人生や、病気や障がいのある人生を生きて、やがて老いて、あるいは若いうちに病気になって、死を迎えるということをつきつめて考える契機となれば、人類学は現在の医学教育に変革をもたらすことができる。学生はいずれ医師になり、体系的な学びの世界から、実践的な学びの世界に移り住む。思考、実践、内省を通して自分の立ち位置を見極め、他者と向き合う姿勢が身についていれば、学生はひるむことなく新しい世界に飛び込んでいける。すなわち、人類学は、医学教育の小さな風穴となり、学生を見知らぬ世界に導くものではないかと考える。そこで自分の存在をふりかえることができたなら、学生は自ら興味をもって学習するだろう。医療人類学のレポートでは、アイヌ、マサイ、ヤノマミ、キプシギス、トラジャ、ムルシ、イヌイット、バカ、モーケンなどさまざまな民族の暮らしに関心をもち、病気治療の実践や、健康、ウェルビーイング、死生観などについて考えている。学生には良質のエスノグラフィが必要である。医学教育における人類学者の最大の役割は、良質のエスノグラフィを書き、世界の人びとの生活を正確に詳細に伝えることではないかと考える。

今後の課題は以下の2点である。

1. 医療人類学を開かれた学問にする

医療人類学を人類学の下位領域から解放し、開かれた学問にすることが必要である。現在の医学教育の教育改革を好機ととらえるならば、医学・医療により密接にかかわった医療人類学の発展の道筋を探ってもよいと考える。筆者は、ヘルスサイエンスを構成する多領域の視点（医学、理学療法学、作業療法学、看護学、助産学、社会福祉学、医療福祉学など）をふまえて、人間の健康とウェルビーイングに貢献するエスノグラフィのあり方を探究している [道信 2012a, 2012b, 2016a, 2016b, 2017a, 2017b]。ここでの「文化」は heuristic device（発見の道具・概念）であり、ヘルス・エスノグラフィの最終目的は人

間文化を明らかにすることではない。それは人間のよりよい生き方を追求する方法論である。さらに、「身体」「健康」「医療」をめぐる人間のあり方、その均質性、バリエーションを理解することを通して、医療人類学をより広い文脈のなかで問う視点や方法、意義を追求する。

2. 現在の教育改革を契機として、いかに効果的に医療人類学を推進するのか

医学部の限られた時間内で医療人類学を教える場合、理論・概念は事例を通して伝える。質の高い民族誌・論文を事例に使い、事例はコンパクトにまとめて伝える。古典的な論文、最新の論文、権威ある学術誌などを参照する。

論文の選択に関しては、複数の課題がある。たとえば、著者の結論・主張の部分だけ要約して伝える際に現在の医学教育のカリキュラムでは、その結論がどのような仮説と調査方法、分析手法にもとづいて導かれたのかを詳細に説明する時間がない。また、参考文献には英文も多く含まれており、人類学の英文の論文を読みこなす力量は学生にまだない。そのため、その雑誌は、人類学者に広く読まれていることから、権威ある文献であることを話す。しかし、それは結局のところ「権威」を使って、学生を納得させているにすぎない。さらに、科学誌、医学誌に発表されている人類学の論文は、論理構成も明快で使いやすい反面、明快さや科学性にこだわることで他の良質な民族誌を紹介する機会を失う。

以上の2点の課題に取り組むには、他の学科目との協力体制をつくることが重要と考える。教養教育において、医療人類学を単独で教えるだけではなく、他の科目とのつながりを意識して、従来の科目の括りにとらわれずに行う。社会学や倫理学など、隣接領域の研究者・教員とのコミュニケーションを図り、何をどのようにどの水準まで教えるのかについての共通認識を確立する。それにより、学習内容の重複を避け、学習目標を共有することができる。他にも、生物学、物理学、心理学など多様な学問領域の専門家との対等なやりとりが必要である。

また、基礎医学、臨床医学の教員との風通しのよい関係をつくることが重要である。医学概論・医学総論、精神医学、公衆衛生学、地域医療など、医学へのゲートキーパーになってくれる領域を探す。すでに医療人類学の知見を取り入れた教育を行っていれば、協力体制もとりやすい。それと同時に、医学内部の多様性をふまえて、できるだけ幅広い人脈をもつよう心がける。それにより、「医療人類学は近代医学に対するアンチテーゼの学問である」という一面的な評価を退ける。一つの学問に対する偏った評価は、学生教育においてよいことではないからである。

より現実的に、医学をこれから学ぼうとする学生に、医学や科学技術を批判し、相対化する視点を教えることには無理がある。医学批判もいきすぎると医学生や医学部教員の人格批判になりかねない。医学教育の内部に位置づくには、医学や科学技術の価値を尊重しつつ、異なる見方もあるということを公平に伝えなければならない。

最後に、医療はチームで行われるため、医療現場において、人類学的な視点に対するコンセンサスがあるとよいと考える。現在の医学教育の改革は、看護学、理学療法学・作業療法学や、医療福祉、社会福祉系の教育にも影響を与えつつある。これを見据えた教育が必要である。

筆者は、医学部の授業を担当するようになってはじめて、医学生も、人類学を学ぶ楽しさ、未知の世界を探究する喜びは、他の大学生と同じようであることに気づいた。さらに、地域医療のフィールドでは、現地の人びとの生活感覚にふれるだけではなく、現地の人びとから大きな期待をかけられて、医師として生きていく決意をかみしめている。どのような医師になるのか、何を心に留めておけばよいのか、自問自答しながら授業に臨んでいる。

人類学者のすべきことはとてもシンプルである。学生の素直な学びの欲求に応じる。グローバルな視野に立ち、人間の多様な生き方を伝える。人間社会が直面している課題をグローバルなフィールドでとらえる。そうして、学生の心を豊かに育むのが人類学教育である。

<謝辞>

本論文の執筆に際して、山田恵子先生（元札幌医科大学・准教授、分子生物学）と、鈴木健史先生（札幌医科大学・准教授、基礎生物学）からのご指導を受けました。浜田明範先生は本特集を企画してくださり、論文の内容について有益なコメントとご助言をくださいました。木村晶子さんは論文の校正において的確なコメントをくださいました。ここに深く感謝申し上げます。

<参考文献>

- 岸美紀子・鎌田英男・鯉淵典之 2018 「医学教育の国際標準化と分野別評価」『北関東医学』68（2）:127-128。
- 黒川清 2001 「総説 食塩と高血圧」『日本病態栄養学会誌』5: 1-6。
- 小馬徹 1983 「災因としての死霊と邪術—キプシギス族の場合」『一橋論叢』90(5): 71-91。
- 奈良信雄 2015 「医学教育分野別認証評価と学修成果基盤型教育」『日本内科学会誌』104: 2523-2526。
- 堀井聡子 2014 「ニジェール農村部において乳房が象皮化することの意味——フィラリア症罹患が疑われる一女性の語りから」『民族衛生』80(2):105-118。
- 道信良子 2012a 「コミュニティで学ぶ社会医学——文化人類学の省察と実践を通して」『新しい医学教育の流れ'12 冬』岐阜大学医学教育開発研究センター編 4: 40-46。
- 2012b 「ヘルス・エスノグラフィ——子どものフォトボイスを事例として」『作業科学研究』6(1): 15-19。
- 2013 「文化人類学のフィールドワークを応用した地域体験型学習」『医学教育』44(5): 292-298。
- 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。
- 2016a 「医学教育における医療人類学——ヘルスサイエンスとしての視点と方法」『第 59 回医学教育セミナーとワークショップ』岐阜市、1 月。

- 2016b 「健康と医療の人類学」『看護研究』49(7): 552-556。
- 2017a 「看護研究におけるヘルス・エスノグラフィ——看護の実践への展望」『文化看護学会誌』9(1): 10-14。
- 2017b 「島の子どものウェルビーイング」『発達心理学研究』28(4): 202-209。
- 山内太郎 2014 「肥満化・体力低下時代を生きる子どもたち」『思春期学』32(1): 160-167。

- Eaton, S. Boyd, Konner, Melvin, & Marjorie Shostak 1988 Stone Agers in the Fast Lane: Chronic Degenerative Diseases in Evolutionary Perspective. *American Journal of Medicine* 84:739-749.
- Frazer, James George 1922 *The Golden Bough*. London: Macmillan (吉田禎吾『呪術』1970) .
- Foster, George M, & Barbara G. Anderson eds. 1978 *Medical Anthropology*. New York: John Wiley K Sons.
- Geissler, Paul Wenzel 1998 'Worms Are Our Life', Part I: Understandings of Worms and the Body among the Luo of Western Kenya. *Anthropology and Medicine* 5(1):63-79.
- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg & Good Byron (1978/2006) Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, rep. from *Annals of Internal Medicine*.
- Kleinman, Arthur 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press
- Konner, Melvin & S. Boyd Eaton 2010 Paleolithic Nutrition: Twenty-five Years Later. *Nutrition in Clinical Practice* 25(6):594-602.
- Krejci, Jean Gettelfinger 1992 Traditional Illness, Curing, and Mortality: A 20-year Community Study in Mexico, Dissertation. Publication: ETD collection for University of Nebraska – Lincoln.
- LeTendre, Gerald K. 2000 *Learning to be Adolescent: Growing up in U.S. and Japanese Middle Schools*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Macionis, John 2017 *Sociology 16th ed*. New Jersey: Pearson Education, Inc., pp.534-559.
- Michinobu, Ryoko 2015 A Prospective Policy Analysis of HIV/AIDS Policies and Measures in Japanese Multinational Corporations. 医療人育成センター紀要 3(6):17-33.
- Michinobu, Ryoko 2005 Multiple Perceptions and Practices of HIV Prevention among Northern Thai Female Factory Workers: Implications for Alternative HIV Prevention. 『日本エイズ学会誌』7(3): 193-203.
- Nomura, Shuhei, Haruka Sakamoto, Scott Glenn, Yusuke Tsugawa, Sarah K. Abe, Md M. Rahman, Jonathan C. Brown, Satoshi Ezoe, Christina Fitzmaurice, Tsuyoshi Inokuchi, Nicholas Kassebaum, Norito Kawakami, Yosuke Kita, Naoki Kondo, Stephen S. Lim, Satoshi Maruyama, Hiroaki Miyata, Meghan D. Mooney, Mohsen Naghavi, Tomoko Onoda, Erika Ota, Yuji Otake, Gregory A. Roth, Eiko Saito, Takahiro Tabuchi, Yohsuke Takasaki, Tadayuki Tanimura, Manami Uechi, Theo Vos, Haidong Wang, Manami Inoue, Christopher J. L. Murray, Kenji Shibuya 2017

- Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990–2015: A Systematic Subnational Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 390(10101): 1521–38.
- Parkin, David 1995 Latticed knowledge: Eradication and dispersal of the unpalatable in Islam, medicine, and anthropological theory. In Fardon, R. ed. *Counterworks: Managing the Diversity of Knowledge* London and New York: Routledge, pp. 143–163.
- Pike, Kathleen M. and Amy Borovoy 2004 The rise of eating disorders in Japan, issues of culture and limitations of the model of "westernization". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 28(4): 493–531.
- Rubel, Arthur J. 1964 The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America. *Ethnology* 3:268–83.
- Scheper-Hughes, Nancy 1992 *Death without Weeping : the Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley :University of California Press.
- Singhal, Arvind, and Lucia Dura 2012 Positive Deviance, Good for Global Health. In Obregon, Rafael and Silvio Waisbord eds. *Handbook of Global Health Communication*. New York: Wiley, pp. 507–521.
- UNICEF, WHO, World Bank and UN-DESA Population Division 2017 *Levels and trends in child mortality report 2017*. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.
- Wang, Caroline and Yanique A. Redwood-Jones 2001 Photovoice Ethics: Perspectives from Flint Photovoice. *Health Education & Behavior* 28(5): 560–572.
- Wang, Caroline and Burris, Mary Ann 1997 Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. *Health Education & Behavior* 24(3): 369–387.
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division 2015 *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*. Geneva: WHO.
- インターネット資料
- 日本の都道府県別の疾病負荷研究（1990～2015年）～停滞する健康指標と拡大する都道府県間の健康格差～
http://www.m.u-tokyo.ac.jp/news/admin/release_20170720.pdf 2018年9月20日閲覧。
- 文部科学省大学改革推進等補助金（大学改革推進事業）「国際基準に対応した医学教育認証制度の確立」
https://www.jacme.or.jp/jacme_old/2016.html 2018年8月6日閲覧。
- 渡邊嘉典 2009 減数分裂 多様さを生み出す厳格なくみ 生命誌ジャーナル 2009年春号
https://www.brh.co.jp/seimeishi/journal/060/research_21.html#research2_02 2018年10月27日閲覧。
- World Federation for Medical Education (WFME) 2015 Basic Medical Education - WFME Global Standards for Quality Improvement, The 2015 Revision. <http://wfme.org/publications/wfme-global-standards-for-quality-improvement-bme/?wpdmdl=831> 2018年9月20日閲覧。

Incorporating global anthropological knowledge into medical education in Japan

Ryoko MICHINOBU

Keywords: medical education, global health, fieldwork, health ethnography, Japan

The 2013 implementation of a quality assurance system has brought about fundamental changes in the field of medical education in Japan. Its primary aim is the advancement of the nation's medicine and health care through education based on global standards. These medical and health standards will inevitably result in Japanese medical professionals considering from a more global perspective issues such as health and social justice, the social determinants of health, and agendas for social work. A challenge for medical anthropologists is to bring global anthropological knowledge into medical education both effectively and creatively. This paper examines two means by which anthropology can enhance the quality of medical education in Japan through the dissemination of information to medical students concerning global health agendas. One involves the integration of medical anthropology into social medicine and global health as a part of behavioral and social science curricula. The other involves the inclusion of anthropological fieldwork in regional medical and health training as a way to broaden students' perspectives.