

医療者と文化人類学者の協働の試み

——筑波での経験の報告——

木村周平・春田淳志・照山絢子・後藤亮平

医療者と文化人類学者の協働の試み

——筑波での経験の報告——

木村周平（人文社会系）、春田淳志（医学医療系）、
照山絢子（図書館情報メディア系）、後藤亮平（医学医療系）

はじめに

ここ数年、国内での文化人類学と医学の間のコミュニケーションが増している。かつて医療人類学は disease（疾病）と illness（病い）を区別し、専門家による生物医学的な知識としての疾病ではなく、当事者の病いの経験の語りに耳を傾けることが重要だとして、なかば医学に対抗するような立場をとってきた¹。しかしその後、フォーコーらに影響を受けて、医学の言説や制度、医学の専門家の言説や実践を対象とするような研究が現れるようになり、それに伴い、医学側との対話・連携も増加してきた [e.g. 浮ヶ谷 2014]。他方、医学の側でも、2010年にアメリカの ECFMG² が、2023年以降、WFME³ の基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ことによって、医学教育のなかに文化社会的な側面を取り入れることが急務となり、医療社会学や医療人類学に目が向けられるようになった [星野 2019]。そして2016年には、「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に文化人類学に関わる記述が含められた。そして現在、これをもとに医学における教育をどのように進めていくかについて、盛んに議論が行われている [浜田 2018, 2019]。

本稿は、こうした流れを背景にはじまった、筑波大学の総合診療・地域医療に関わる研究

¹ とはいえ、こうした議論を主導してきた研究者たち自身が医学部で教えており、必ずしも人類学と医学が断絶していたというわけではない。

² Educational Commission for Foreign Medical Graduates：外国医学部卒業生のための教育委員会。

³ World Federation for Medical Education：世界医学教育連盟。その基準の2.4に、行動科学、社会医学、医療倫理学、医療関連法規がカリキュラムに明示されていることという記述があり、その注釈で「[[行動科学]]、[[社会医学]]は、地域の必要性、関心および歴史的経緯により生物統計、地域医療、疫学、国際保健、衛生学、医療医学人類学、医療心理学、医療社会学、公衆衛生などおよび社会医学を含む」として、医療医学人類学という言葉が含まれている。翻訳は日本医学教育学会が公開している「医学教育分野別評価基準日本版」に拠る。http://jsme.umin.ac.jp/ann/WFME-GS-JAPAN_v10.pdf (2019年11月3日閲覧)

者と文化人類学者（以下、「筑波グループ」と呼ぶ）による協働、とくにフィールドワークに基づく研究や医学教育実践について記述する。本稿の目的は、そこでの試行錯誤や成果、この関わりを通して見えてきたことを通じて、上記のような医学との協働、さらにより広い文脈における、協働を通じた「文化人類学とは」の問い直し〔cf. 木村・西風 2019；木村・伊藤・内藤 予定〕に資することにある。

以下、次章で「筑波グループ」の形成の経緯とその背景について説明する。そして2.と3.で協働研究の実践について、4.で医学教育への文化人類学者の関わりについて、事例をもとに説明する。そのうえで終わりにで、こうした経験から考えたことについて述べ、本論を締めくくる。

なお、本稿は主に木村が中心となって原案を執筆し、それに対して共著者がコメントを出し、それを取り入れる形で完成させた。そのため実践の記述においても、木村の見解・解釈が中心になっている。だが、本稿完成に向けて共著者間の意見を統合しようとして行ったやり取りによって、本稿の共著者の間での関心や受け止め方の違いもまた明らかになった。この差異はそれ自体考察し、より精緻に言語化していくに値するものだと筆者らは考える。このため、本稿では無理に4人の統一見解を出すことや差異の背景について考察を深めることは行わず、別の機会に委ねることとし、上記の通り木村の立場を中心にまとめる。

1. 「筑波グループ」の形成

(1) 経緯

この連携活動の直接のきっかけは、2018年1月に、医療と文化人類学の連携を進めてきた飯田淳子（文化人類学者、川崎医療福祉大学）に対し、総合診療医であり、筑波大学の医学医療系に所属していた春田淳志が、筑波大学内の文化人類学者の紹介を依頼したことである。春田は2011年2月に、飯田の家庭医療にかかわる調査に参加したことで文化人類学やエスノグラフィという手法に出会い、その後も多職種連携⁴や医学教育について積極的に研究を行っていた⁵。飯田が春田に、医療人類学を専門とし、飯田らの「症例検討会」〔飯田・錦織 2019〕や日本プライマリ・ケア連合学会でのワークショップなどの活動と関わりを持っていた照山絢子と、公共人

⁴ IPW (inter-professional work) ともいう。患者に対して質の高い医療サービスを行うため、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの異なる専門職が連携すること。専門性が違うことで知識や技術だけでなく「文化」と呼べるような、(本人たちにとって当たり前になってしまっている)もの見方やふるまい方の違いもあり、ゴールやそこまでのプロセスの共有も必ずしも容易ではない。

⁵ 飯田〔2013:526〕は自身の総合診療医・家庭医との連携を振り返りつつ、「総合診療医・家庭医は(…)全人的医療を理念として掲げ、患者の心理社会的側面にも関わっていくため、患者が生活上抱える問題や患者との関係性、コミュニケーションの取り方等の問題に日々直面しており、人類学に関心を寄せる人も少なくない」と述べる。

類学に関心を持っていた木村周平のことを伝えると、さっそく2月に、この3人と、春田の元指導院生であり、共同研究者である理学療法士の後藤亮平を加えた4人で話し合いの場が持たれた。世代が近かったこともあり、話し合いは友好的な雰囲気が進み、4人はそこから、双方の関心やアプローチなどについて話し合う場を月1回程度、持つようになった。

異分野の連携においては、十全な相互理解が困難ななか、いかに分裂や葛藤を避けながら関係を継続するコミュニケーションを行うかがカギとなることが、科学社会論者によって指摘されている [e.g. Galison 1999]。国内でも、生方ら [2016] は大規模な文理融合型プロジェクトについての聞き取り調査から、自然や科学のあり方についての考え方の相違が分断の要因となったこと、「交流する上での第一歩として、研究の「現場」をイメージするための背景知識や感覚の共有が決定的に重要だったこと」を指摘している。

「筑波グループ」について振り返るなら、「具体的な目的・ゴールをもたず（あるいは、前面に出さず）、とりあえず話をしてみる」という姿勢ではじまったことが重要だったと木村は考える。飯田と錦織 [2019: 422] も指摘するように、医学と人類学のコミュニケーションのペースは異なる。日々の実践において短時間でクリティカルな意思決定をすることを迫られている医療者に対し、文化人類学の「スローさ」はしばしば協働の妨げになる [cf. 木村・伊藤・内藤 予定]。そうしたなかで、すぐ結果を求めず、それぞれの考え方や方法などについて話し合いながら、結果的に協働的な活動に必要な信頼感を醸成することができたのは幸運なことであった（逆に言えば、常に期待できることではない）。

このグループでは、さらに数名の医療および文化人類学の研究者⁶も交え、医学教育・研修への文化人類学者の参加、総合診療医に関わる合同調査、などを行ってきた。いずれも医療側の活動に文化人類学側が参加するという形で進められ、全体の取りまとめや進行は医療側が担っている。

(2) 地域医療と総合診療

当然のことだが、「医学」と一言と言ってもそこには膨大な専門領域やテーマが含まれている。そのなかには文化人類学のような質的なアプローチをとる文科系の学問と比較的距離が近いものもあれば、対話がきわめて困難に見えるものもある。この「筑波グループ」において医学と人類学の協働の背景にあったのは、「地域」というキーワードであったと木村は考える⁷。この点を明

⁶ 小曾根早知子（総合診療医、医学医療系講師）、林幹雄（総合診療医、東京大学大学院医学系研究科博士課程）、湧水理恵（看護師、医学医療系准教授）、濱雄亮（文化人類学者、東京交通短期大学専任講師）が、以下に見る活動（全てではない）に参加している（なお肩書はいずれも加入当時）。

⁷ これは本稿の共著者間で意見が分かれた点である。春田はむしろ、具体的な活動を行っていったことがよかったのでは、と考える。また照山もこれまでの研究では「コミュニティ」は扱っても、地理的なニュアンスをもつ

確にするため、以下、現在の国内の医療における地域医療の重要性と、総合診療科・総合診療医というものについて簡単に説明する。

地域医療とは、たんに病院にやってくる個々の患者を治療するだけでなく、地域という広がりをもった範囲を対象とし、地域住民の健康増進のため、予防や在宅療養等も含めた、広い意味での医療を行うことである。こうした地域医療という考え方は、医療費の公的負担額の上昇とそれに伴う財政の不安定化を背景にしながら、1985年以來の6度にわたる医療法改正の中で次第に実体化してきた⁸。2014年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が制定され、現在はそのもとで、2025年の医療需要の推計に応じた体制作りとしての「地域医療構想」が各都道府県で進められている。この地域医療という枠組みのなかで医療を進めるためには、地域の状況を知ること、地域のなかで広い意味で医療に関わる諸アクターが連携することが必要になるが、この「地域を知る」「地域のアクターと連携する」という点が、文化人類学者としてこれまで特に医療について研究してこなかった木村にとっても関与できる可能性がある課題に見えたのである。

次に「総合診療医」であるが、これは、「特定の臓器や疾患に特化することなく、患者の心理社会的な背景も考慮しつつ、総合的・全人的な視点で健康上の問題の解決を図る領域」〔飯田2013：525〕として、英米の general practitioner をもとに、1970年代後半頃から日本に導入され始めた。既存の医学における臓器ごとの専門科を中心とした構造においていまだ苦戦しているようだが、認知度も次第に高まり、各地で普及しつつある。そうしたなか、2010年には日本プライマリ・ケア連合学会が設立され、家庭医療専門医・プライマリ・ケア認定医という一種の資格制度も確立している。社会の高齢化が進行し、医療資源の地域間格差が広がる中、地域において幅広い領域での初期診療や、疾病の予防やヘルスプロモーションに関する活動を行うという専門性をもつ総合診療医の重要性は増しており、その意味で地域医療と総合診療とは密接なつながりをもつといえる。

こうした流れのなかで筑波大学では地域医療教育学・地域総合診療医学講座を設け、医学教育（研修等）とつなげる形で、茨城県内を中心に、地域医療の実践を推進しており、春田と後藤はこれらの講座のメンバーである。「筑波グループ」の活動は、こうした背景のもとで進められてきた。次章以降ではこの活動について報告する。

「地域」という概念を重視しては来ず、この調査において調査先の医療者が「地域」について明確に意識していた点にむしろつよい印象を受けた。

⁸ また2000年に成立した「社会福祉法」では、基本理念の一つとして「地域福祉の推進」が規定されている。地域医療への動きはこの地域福祉への動きと無縁でない。

2. 地域医療に関する調査

(1) A市における「メディカルカフェ」

「筑波グループ」では、最初の話し合いから2か月ほどたった頃に、春田の提案により、茨城県のA市でのメディカルカフェ（医療関係者と市民との語らいの場）の視察を行うことになった。このメディカルカフェは春田自身が立ち上げに関わり、また参加型アクションリサーチとしても進めていたものである。グループとしての調査は2018年4月と7月の2回、行われた。

平成の大合併において発足したA市では、市立病院・保健センター・地域包括支援センターを集約統合する地域医療センターを2018年4月に設立するべく、準備を進めてきた。このセンターの設立に伴い、これまで業務上の連携の経験はあったものの、必ずしも協働的な活動を推進してきたわけではない3つの機関が同じ施設に入ることになる。そのため、統合・連携を進めるための活動が必要だとして、統合の1年ほど前の2017年3月から、地域包括支援センターの行政職員、保健センターの保健師、市立病院の医師・看護師・言語聴覚士・事務職員、および市役所の企画課の職員が集まり、月2回程度の会議で統合・連携のビジョン・ミッションについて議論を重ねてきた。そのプロセスは不安や葛藤を経て、「地域住民が学ぶ・集う・語る場を提供し、自らの健康に関心を持ってもらう」というビジョンが共有され、それを具現化するためにイベントを行うということで合意へと向かったが、そのイベントの一つがメディカルカフェである。これは3つの機関が交代で担当し、腰痛、認知症、転倒予防、薬との付き合い方などのテーマに沿って講師が話し、参加者とともに語り合うというものである〔春田・稲葉2018〕。

このメディカルカフェは月1回程度、基本的には木曜日の午後に地域医療センター内で行われ、毎回1時間半～2時間程度であった。参加者はだいたい10名程度、年齢は60～80代が中心で、女性が多くを占めていた。回を重ねる中で、参加者は「お医者さんと話せる」ことに価値を置いているという認識が運営側に共有されていったり、リピーターとなる参加者がいる反面、他の人が集まらない現状が続き、回覧板や市報などでの呼びかけだけでは、住民への周知・集約に限界がみえ、参加者がリピーターが多く、回覧板などで呼びかけているが日々の忙しさの中でそれぞれの機関の関与度が低下するなどの問題点も現れてきていた。

このメディカルカフェの調査では、「筑波グループ」内で調査の際、医療者と人類学者それぞれがフィールドノートを作成し、それを互いに共有することで、個々の注目点や言語化の仕方の違いが可視化され、相互に興味を惹かれるとともに、学びの機会となった⁹。

加えて、①地域によって、どのような医療資源がどのように配置されているかが異なること、②そうした地域の医療資源のありかたがその地域の来歴（産業や交通のあり方や、それとも関わ

⁹ この具体的な内容については、稿を改めて論じる予定である。

る住民の人口動態など)と関わっていること、そして③地域の医療に関わる需要から見ると、必ずしも十分でないことの多い医療資源を活用して医療実践を行うため、異なる組織や機関の間での問題の共有や連携が重要であるが、それが必ずしも容易でないこと(個人の“英雄的”な努力に依存してしまうことも多いこと)、が見えてきた。以上の①～③の各点は、医学側にとっては日々の医療実践のなかで感じられる当然のことかもしれないが、文化人類学側にとっては調査を通じて改めて認識を得た点である。これらの点は、その後の調査で訪問する医療機関においても、少しずつ形を変えながら現れている。

(2) B町国保診療所の調査

次に見るのは、2019年2月に行ったB町国保診療所の調査である。これは第4章で説明する総合診療医に関する調査の準備段階として行われた。以下、木村のフィールドノートから一部修正のうえ抜粋する。

B町国保診療所は、25年以上勤めるC先生を含め2人の医師と看護師(この日は1人勤務)、事務職員(同、2人)で構成されている。この日は受付で挨拶をし、親切そうな事務の方に病院の“バックヤード”に入れてもらい、白衣を着る。少ししたところで診察を先生の後ろから見せてもらう。

(中略)

C先生の4人目の患者さん:81歳女性。東北っぽい訛りが少しある。とくに変わりはない、血圧は136-80で、かゆみはあるとのこと。それと右腰が痛い。これについて運動のしすぎか、筋力が弱ってきたのかな、あるいは寝る前、布団に入って体を斜めに倒して(右を下にして)TVを見ているせいかな、などと言う。C先生は日中の痛みなどを確認し、関節のクッションが悪くなっていると説明する。患者さんは「貼り薬をもらったほうがいい?」と聞くと、C先生は、「うーん、貼り薬よりは塗り薬かな、まあそれも気休めだけ」と言う。C先生は患者さんの言葉を否定せず、受け止めて考える。続けて患者さんは「最近足がつるのを覚えた」と言う。夜、ふくらはぎがつるとのこと。そういう話を聞いて、C先生は最終的に、いつもの飲み薬と、塗り薬を出します、と言う。患者さんが退室してから、C先生が彼女の年齢のこと、ゲートボールしてグラウンドゴルフしてと毎日出掛けていること、娘と孫と3人暮らしだが家事も全部やっていることなどを教えてくれる。

C先生の5人目の患者さん:50代ぐらいの女性、わりとフォーマルな服装。一昨日から鼻水、咳が出て、喉がかゆい感じ、インフルの注射は打っていないとのこと。先生は寒気や頭痛、関節の痛みといったインフルの特徴をあげ、そういう症状がないか確認。無い、周りにもインフルの患者は出ていないとのことだったので、C先生はインフルでない判断した。次に咳につ

いて確認すると、痰は絡まない、おなかも大丈夫、食事も普通とのことだった。患者さんは土曜に葛根湯を飲んだと言うが、それに対し先生は「うーん、葛根湯は頭痛とか肩こりだからね」と笑う。患者さんは、ふだんは薬を飲まない、健康診断も毎年受けているが異常はない、薬のアレルギーもない、とのこと。C先生は喉を診て、首を圧して痛いか確認。患者さんは「でもこれ以上悪くなると困ります、金曜・土曜と仕事で出かけるので…。いえ、出かけると言っても海外とかじゃなく、この近隣ですけど」と言う（先生は患者さんが退室した後、この出掛ける予定がなければ受診していなかっただろうね、と言った）。結局、咳と鼻と喉の薬を出すということで患者さんとC先生は合意した。先生はカルテを見ながら「昨年今頃受診して薬を出してますね」と言う。それに対して患者さんは、「昨年、別の病院にかかったけれどそこで出してもらった薬が効かなくて、こちらを受診したんです」とのこと。C先生は「じゃあ今年も同じ薬を出しましょう」と言い、はっはっは、と笑いながら「7日分出しましょう、この安心感が大事!」とやや芝居がかった調子で言う。

このような総合診療医の実践の観察は、2.(1) で見たメディカルカフェの実践とはまた異なる、様々な論点を含んでいる。そこから2つ挙げるなら、1つは診療のなかで地域的・社会的な情報がどう獲得・蓄積されていくか、ということであり、もう1つは、診療におけるコミュニケーションにおいて、患者にどう問いかけ、どう触れ、どのような情報を得ているのか、コミュニケーションはどこで、どう折り合うのか、という点である。

次に、同じ日の午後に見学した訪問診療の場面を見てみよう。

訪問診療の二人目、Dさん

道路が狭くて車を擦りそうな、いかにも昔の農村内の道といったところを歩いていく。築4、50年ぐらい、周りを高いブロック塀で囲った木造2階建ての家。Dさん81歳、奥さん78歳。事前にC先生が説明してくださったところによると、息子さんもいるが鬱で引きこもり、昼夜逆転生活なので介護は期待できないが、車を運転できるので、買い物はしてもらっている（奥さんはバイクは乗れるが、車の運転ができない）、収入はご夫婦の年金と息子さんの障害年金とのことだった。

Dさんはかつて誤嚥性肺炎に何度もかかり、その処置として喉頭をとってしまった（現在であればそうした処置はしない）ので、声を失った。それから筆談でやり取りをしていたが、それもだんだん難しくなっていて、奥さんは表情とかちょっとした反応の違いで読み取っている。加えてDさんは7、8年前に動脈の病気をし、左足を切断、さらに脳梗塞にもなった。飲み込む力も失ったので、喉に穴をあけ、経管栄養（胃がんをしたので胃ろうはできない）。今日の訪問はその取り換えのためである。

C先生は呼び鈴も押さずにサッとドアを開けて挨拶。奥さんが迎える。家の中は全体的にやや埃っぽく、何かわからないが匂いがある。先生は僕らを紹介しつつ、靴を脱いで上がる。僕らもあがらせてもらう。部屋の暖かさ（暖房による）、付けっ放しのテレビの大きな音が、肌や耳からつよい感覚として入ってくる。見回すと、ガラスの戸棚に雑然と詰め込まれた、古びたものたちが目に入る。

C先生はDさん本人にも「今日は大勢で来たよ」と声をかけつつ、妻と確認的なやりとりをする。妻によると、前日はDさんが口を指して「食べたい」といったので（と妻は解釈したということ）、重湯を飲ませたとのこと。

C先生はパソコンを開き、何か記入し、おもむろに作業に入る。喉に入れた管をはずし（喉に開いた穴を見せてもらう）、ずるずるずる…と長い管を引き出し、次のを入れる。途中でつかえたりすることもあるが「今日ほうまく行った」。喉頭がないせいで、管がどこまで入っているか、そとから目視で、ふくらみで分かる、と説明してもらう。ちょうどいいところまで入ったぐらいで、妻が聴診器を出す。それに対してC先生は「優秀な助手」と言い、妻は「もう二十年もやってっから」と笑う。管から水を入れ、ちゃんと通ったか（ポコッと音がするかを聴診器で聴く）確認する。

この診察でとくに印象的だったのは、笑いである。先生も妻も高らかに笑う。あっけらかんとしている。妻は単刀直入だ。「いつになったら死ぬ?」「私のが早かったらこまっぺよ」そして笑う。先生は「まあ老衰なら死ぬしかないね」とあっさり言う。そして10年ぐらいかな、と付け加える。このやりとりは、深刻に問い、真面目に答えたら大変重たいものになるだろう。その意味で、笑いながら問い、笑いながら答えられるしかない質問なのかもしれない。深く強い信頼感、ある種の諦めと覚悟の共有があつてのやりとりだと思う。ご本人は時々音声を発するが、yes/noの判別も素人には難しい。

他にも妻は「入院するならどこ?」と聞く。E市の訪問看護ステーションに洗髪や爪切りを頼んでいるが、看護師が一人辞めてしまい、人が足りなくなったとのことであった。いつもは月曜と木曜に看護師をお願いしており、月曜が祝日の場合は火曜にスライドになる。だが火曜はすでに一杯で、摘便できる人がおらず、困っている。奥さんは、まあいざとなったら自分でやってもいいけど、と言って笑う。C先生はケアマネージャーにE市の訪問看護ステーションに話してもらいなさい、とアドバイスをする。そういう話をして、20分ぐらいで退出する。

このDさんを取り巻く状況の深刻さとともに、C先生の「笑い」は、文化人類学側の参加者を圧倒するような強い印象を与えた。3.1の末尾でも述べたように、必ずしも地域の医療資源が、医療需要に対して十分でないとき、医療活動はC先生のような個人の“英雄的”努力（必ずしも医師に限らない。別の地域では訪問看護師など、異なる職種の自己犠牲的な努力が目をつけた）

に依存したかたちで進められる。この「笑い」はそうした、ぎりぎりの状況の表れともいえるだろう。こうした点については1つないし複数の機関で継続して調査をすることで、より深く検討していくことも可能かもしれない [cf. 飯田 2013]。しかし次章で見るように、その後の「筑波グループ」の調査はひとつの機関を1回（1日～2日程度）訪問して行う形になっているため、まだ実現していない。これは今後の課題である。

3. 総合診療医に関する調査

次に見るのは、総合診療医に関する調査である。「筑波グループ」では、後藤の主導で、すでに筑波大を拠点として開始されていた研究の一部に文化人類学者が参加し、国内の診療所や病院における総合診療医についての実地調査を行ってきた。

この調査では、医学側が、すでに行われ、公開されている研究の報告書¹⁰をもとに、対象機関を選定し、調査依頼をし、許可を取り付け、さらに所属機関での研究倫理審査を受け、対象機関と調整のうえで現地を訪問し（現地での時間を有効に使うため、訪問前に別の機会を設けてキーパーソンにインタビューを行うこともある）、複数人に聞き取り調査を行う、という流れで進められている。また2.2の調査での経験も踏まえ、現地では医学側と文化人類学側がペアを組んで調査する、という形になった。また、メンバーの日常業務との兼ね合いもあり、1機関あたりの現地での調査期間は半日～2日程度と、文化人類学の通常の調査から見るときわめて短くなっている。

この調査では、例えば木村は関西のE町Fクリニックでの調査（2019年2月、対象機関での調査は約半日）では、小曾根と2人で、E町役場福祉課へのインタビューとFクリニックの医師2人に対するインタビューを行った。また北日本のG市でのH病院の調査（2019年8月、対象機関での調査は約1日半）では、春田による医師への事前のインタビューを踏まえて計画のうえ訪問し、1泊2日で、医師5名、看護師3名、MSW1名、理学療法士1名に、それぞれ30分～1時間半程度、インタビューを行った。

以下、調査で伺ったFクリニック院長（I先生）と、H病院のJ先生の来歴を、フィールドノートをもとに記す。

【FクリニックI先生】

I先生自身は自治医大出身である。自治医大は卒業後5年間、へき地で診療するというこ

¹⁰ 厚生労働行政推進調査事業費補助金「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」報告書。厚生労働科学研究成果データベース (<https://mhlw-grants.niph.go.jp/>) で入手可能。

になっており、それでI先生は今からちょうど30年前にE町の国保診療所に来た。ところが、最初の年にE町で開業していた医師が立て続けに亡くなり、自分だけが診療をする状態になってしまう。しかし、そもそも町内の医療機関が少なかったので、住民は車で近隣市の病院に行っていたようであった。I先生も当初はまだ信頼がなく、国保に来て初日はたくさん患者が来たが、皆様子見で、だんだん減っていった。子供も月に1人しか来なかったが、町内に子供がいないわけではなく、検診で小学校に行くと一学年150人もいた。そういう状況から頑張っって信頼を勝ち得て、次第に受診者が増えていった。5、6年で、はじめの325人／年から、受診者は倍になった。「ちゃんとやっていたら、ちゃんと増える」というのを実感した経験だったとI先生は言う。

家庭医は当時、「光の当たらないキャリア」で、I先生も悶々としていた。国が家庭医療を推進しようとしたがうまくいかなかった。5年の義務年限終了後、アメリカで家庭医について学ぼうと思ったが、タイミングが悪かったのか、どこにも受からなかった。そこで行き場がなく迷っていたところ、E町に廃院になった産婦人科医院があり、そこで診療を続けてくれないかという話がきた。そこでこの医院を改修して国保の出張所を開所した。そしてその4年後、出張所をFクリニックとして開業した。

この年にI先生（Fクリニック）は訪問看護と訪問リハビリテーションも開始した。介護保険も何もない時代であったが、町内で診療をしてみると往診のニーズが多かったので、では在宅をしてみよう、という流れだった。これについて、Fクリニックの別の医師は、「Fクリニックは在宅専門ではなく、家庭医療の教育をしていたが、やっていたら在宅と交わった」、「普通に家庭医をしていると在宅がでてくるはず」という言い方をしていた。「当然やられるべき、をやる」とのことであった。訪問診療ははじめの年にもう年間400件という数になったという。

こうした動きに対してI先生は「行政は最後まで向こう向きだった」という。行政はFクリニックの訪問診療などの活動について、「各機関平等に接しないと」として支援してくれなかった。しかし自分としても行政に根回したり、補助金もらうためにいろいろしたりするのは嫌だった。もし開業医でなく、国保のような組織なら行政との付き合いはもっとあっただろうが、新しいことはやれない、こちらの強みはネットワークの軽さであり、やっている、後から行政が近づいてくる、というのがI先生の意見であった。

他方、I先生にははじめから、開業するなら教育診療所をしたい、という思いがあった。当時日本ではほとんど行われておらず、海外のものを導入してははじめ、それが今もうまく回っている。とはいえI先生によれば、「教育施設にすれぱうまく行く」みたいな打算的な考えは全くなく、必死だったという。E町はそもそも、誰かを呼ぼうにも人が来てくれるところではなかったが、教育施設にしたので若い人たちが来るようになった。だから困っているところには「教育にすれぱ人が来るよ！」と言いたい。教育はこういうところ（E町）でできないと広ま

らないと思う。

その後、Fクリニックでは主治医制ではなく、しだいにグループ診療制をとるようになっていく。I先生は国保を出てから、Fクリニックを開くまで半年間国保でバイトしたが、そこではI先生の後に国保に来た後輩と一緒に働いた。自分は5年間でいろいろ勉強したと思ったが、彼のほうがよく知っていることも多く、一人では限界がある、と思ったのだという。その時、アメリカではグループ診療をすることを知り、それによって個々の限界を超えてよりよい医療ができるのではと考えた。そして教育診療所として安定的に後期研修医が来るようになるなかで、結果としてグループ診療ができていったという。

【H病院J先生】

J先生は調査時で、医師になって19年目であった。もともと医師になりたかったわけではなく、成績がよかったので医学部に入ったのだとご本人は笑う。そのため、学部1年の途中でやる気を失ってしまい、留年してしまった。その時は医学部を辞めて工学部に入りなおすつもりだったが、偶然行った旅行で泊まったユースホステルの出来事が転機になった。その夜、ユースホステルの主人が急に、子供が熱を出したのでこれから別の中核市の病院まで連れていく、と言い出したのである。ユースホステルからその市までは100km以上あるが、その範囲に子供の急患を診てくれる機関がない、とのことであった。それに驚いたJ先生は、医師が必要だ、医師になろうと考えた。そしてこういうところで医師として働くのであれば、あらゆる問題について診られないといけない、特定の専門家では仕方ないと考えた。そこで7年かかって医学部を卒業し、この地方に来て、その中核市にあるH病院で初期研修を受け、農村部の診療所所長を2年つとめ、H病院に戻って総合診療科にきた。その後もいくつか経て、ふたたびH病院に戻り、総合診療科の医長になった。

J先生がH病院に来たのは消去法であったという。自分が教育を受けた大学からこの地方は遠く、研修先を選ぶための見学に来るのも難しかったので、自分の目指す方針とずれる病院を外していったら残ったのがここだったという。そして、そういう自分の経験は特殊だからあまり一般化できないよ、とJ先生は笑う。

H病院の総合診療についてJ先生は、現在副院長をつとめるK先生が来て、教育メインの視点が入り、次世代を育てるような姿勢がでてきたという印象を持っている。教育に力を入れると、教えたことが残るし、診療の質の向上につながるため、J先生はこの変化を好意的に受け止めている。医師は10年とか15年もやっていると、自分では変われなくなってしまう、変わるためには他（若手）からの刺激が必要だが、教育を行うことで部分部分では自分より優れているような若手に出会えるのはありがたい、とJ先生は語る。

また病院にとっては幅広いことのできる総合診療医がいると便利だろうと思う、とJ先生は

言う。でも専門医たちは総合診療医の価値を理解していない。いまの年長の専門医だと、大学で学んでいるときにはまだ総合診療というのが確立していなかったということも影響しているだろうが。総合診療は「よくある病気を深くやるもの」。よくある病気を複数持っている人には良い。専門科にいくつもかかる必要がない。専門科は、どうしても鑑別の際にも自分の専門の病気から考えてしまい、本当の病気が下位にくることがしばしばである。患者も、自分がどの科にかかるかを自分で考えるのではなく、最初の診療を総合診療で受けるべきだと思う、とJ先生は言う。

若いころは、脳と心臓以外は総合診療だけでよい、将来の医療はそうなればよいと思っていたが、どうもそれは実現しなさそうだ、それならばそれで総合診療は他科との関係を制御し、他科を使うくらいにならないと、とJ先生は言う。

ここで示したのは調査データの断片だが、ここからは、FクリニックとH病院は様々な意味で対照的であることが見えてくる。E町は中核市から距離のある郊外の町であるのに対し、G市は地域の中核市であった。Fクリニックがカリスマと言えるような院長が中心となって立ち上げ、数人の医師（ほぼ全員が総合診療医）で運営している機関であるのに対し、H病院は病床が450、130人の医師を含め1100人以上の職員が働く機関であり、そのなかで総合診療科は29ある科のうちの一つに過ぎない。そしてFクリニックが在宅医療を含め地域の医療に幅広く対応しているのに対し、H病院の総合診療医はどちらかと言えば外来患者の窓口的なポジションで、他科や他職種と連携しながら患者が円滑に退院までの道のりを進めるよう取り計らったり、複合的な問題を抱えた患者を引き取って対応する、という役割を担っていた。

このように、両機関での総合診療医の位置は大きく異なるが、逆に言えばその両方をこなせるのが総合診療医である、ということもできる。すなわち、①全体を俯瞰的に・自分たちの取り組みを再帰的に見られる視点と、②状況に合わせて調整できるという柔軟さ、の二つをもつことである。これらの点は、臓器ごとというのを基礎とした専門科／医ではあまり多く見られない、総合診療医の特徴であり、総合診療医はそうした特徴を、いわばオン・ザ・ジョブの学習を通じて獲得しているといえる。複数の医療機関の調査を通じて、様々な総合診療医の来歴や、置かれた立場・地域のバリエーションが見えてくる中で、このような点が浮かび上がってきたことは医学側・文化人類学側双方にとって興味深い点であった。

だが、他方でこの調査が、文化人類学側にとって様々な問いを投げかけたことも事実である。そのうち1つは、ここまでの調査を通じて、医療側がフィールドノートの書き方に習熟し、ほとんど文化人類学者の書くものと遜色ないフィールドノートを書くようになったことによる。確かにはじめのうちは具体性や詳細さで医療側に強い印象を与えた文化人類学者のフィールドノートであったが、何度かの調査で「見本」を見せられると、医療側はすぐにそのやり方を習得した。

医療者にとって、日常的に馴染みのある題材についての調査であるため、現場で起きている事態を把握し記憶することが比較的やりやすかったということも影響してるかもしれない。しかし文化人類学側は、自分たちのフィールドワークの仕方が実は（それまでそう見なされていたように）“秘儀”ではなかったことを目の当たりにし、文化人類学者のもつ独自の能力とは何かについて悩むことになった。

このことは、この調査のなかはどう「人類学的なもの」を入れられるのか——そこでいう「人類学的なものとは何か」も（医療側には無いものが人類学側にあるのか、それは医療側は身に付けえないのか）を含め——というもう1つの問いとも関わっている [cf. 飯田・錦織 2019: 421-422]。この問いの背景としては、調査時間の短さが大きな位置を占めるが、それ以外にもいくつかの点が挙げられる。まず、調査対象について、医療側と人類学側での前提知識の格差がある（この点は木村だけでなく、医療人類学者である照山にとっても、調査中に感じられたことであった）。この格差のため、また限られた時間のなかで効率よくインタビューを進めるうえでインタビューにおいて医療側が質問者をつとめることが多く、しばしばインタビュアー・インタビュイーの相互理解から人類学側が置いて行かれるということがあった。そうしたなかでどういう問いを差し挟めるかが、文化人類学側にとって重要な問題である。

文化人類学者がすぐに考えつくのは、質問事項に直接的には関係していなさそうな項目を入れる、非医療者に話を聞く、医療機関の外を見て回る時間をもつ等だが、これらは必ずしも効率がよくない。思わぬ関連性や重要な点に気づく「当たり」もあるが、手掛かりを得られない「外れ」になることも少なくない。長期のフィールドワークという、いわば「無駄足」が許される状況において可能になる方法を、どう短期の調査に取り入れるか、さらに工夫が必要なのである。

また、主要な調査対象となる医師や看護師や理学療法士などが、いずれも自己の実践に対して省察的な専門家である、言い換えれば自分で自分のことを説明する能力に長けている専門家であるということも、文化人類学的な調査をするうえでは別の問題を提示する¹¹。つまり、観察者の側が対象について用いようとする理論的なフレームワークを、当事者側でも用いていることがしばしばあり、そうすると文化人類学に期待されるような「ずれ」や外部の視点などが入りにくい、ということである [Riles 2000]。特に医師へのインタビューで病院組織の組織運営の話題になった時にこの点は顕著で、調査者と被調査者は意気投合するが、調査者は被調査者から距離をとって分析するより、その言葉をなぞるだけになってしまう。

とはいえ調査先でしばしば、インタビューが日々の実践の振り返りの機会になった、と喜ばれることもあるので、必ずしも問題点ばかりではないかもしれない。しかしこの調査における文化人類学側の役割は何かという問いに対して、参加した文化人類学者ははまだ答えを模索中である。

¹¹ 調査を依頼する際に、そうした方が対象として選ばれやすいという可能性はある。

4. 医学教育への関わり

最後に見るのは医学教育への文化人類学者の関わりである¹²。医療は高度な知識と技術を必要とする実践であるため、6年間の学部教育と国家資格取得のみならず、卒業後に2年間の臨床研修を行うことが必須となっている。そのうえで、それぞれの診療領域において知識と技術を高め、学会が認定する専門医の資格を得ることになる。2016年には、そのための統一的な仕組み（後期研修制度と専門医更新制度）を整備するべく、日本専門医機構が「専門医制度新整備指針」を公開し、2018年から新たな専門医研修が始まっている。このように、医師となる人は他の業種と比較してもかなり長い間、そして実践を始めてからも、学習・研修を行うことが求められているのである。実際、医療・医学の分野では新たな知識や技術などが速いペースで生み出されることもあり、医師としての生涯学習（CPD: Continuing Professional Development）も推奨されている。「筑波グループ」での活動で出会った医療者たちも、職業に資するような学びの機会を大事にし、学ぶことに対して積極的である人が多かった。

こうした、学部教育から研修、その後の学びのなかで、本稿冒頭でも触れた経緯もあり、文化人類学的なものが取り入れられつつある。とりわけ総合診療科においては、たんに疾患を治療するだけでなく、その患者や家族について、より広い視野でとらえる必要があるために、「多職種連携」や「SDH（Social Determinants of Health：健康の社会的決定要因）」のような、社会的な領域に目を向ける必要性を示すような概念が導入されている。そのため、文化人類学的なものの見方や知見を学ぶことは、他の科と比較して、より積極的に意味をもつと言える。だが他方で、文化人類学が基礎的な態度とする相対主義的なものの見方は、客観的で確定的な知識を膨大に頭に入れていくモードで臨まなければいけない一般的な医学の学部教育とは大きくスタンスが異なるため、必ずしも学生にとって受け入れやすいものではない。確かに実際に診療に関わるなかでその必要性を認識していく医師も少なくないが、臨床前の教育制度にそれを効果的に組み込むことは必ずしも容易ではない。

この点をめぐって、これまで様々な教育ツールが開発されてきた。飯田・錦織 [2019] らの「症例検討会」、倉田 [2019] の「4分割表の立体的活用（3D化）」などがその例である。いずれも「人類学とは」あるいは「○○の重要性」を長々と講義するのではなく、アクティブ・ラーニング的な学習の仕方を基本的なスタンスとし、それに資するようなマテリアルやツールとなっている。

¹² より体系的な関わりについては、道信 [2019] が自身の札幌医科大学での実践についてきわめて丁寧に解説しており、大変参考になる。

同様に「筑波グループ」でも、研修医のポートフォリオ¹³研修、ワークショップ¹⁴、学部教育への参加など複数の機会を通じて、架空の症例についての映像や授業用ケースを作り出した。以下、この2つについて概略を紹介する。

(1) 映像

映像は、春田らが別の機会に作成していたカンファレンス（打ち合わせ）映像の台本をもとにアレンジを加え、自分たちで出演して撮影した、手作り感のある教材である。具体的には、(1) 医師・看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーが、現在入院中の患者であるヒガシダさんの退院について、ヒガシダさんの息子とその妻と話し合うカンファレンス（約15分）と、(2) そのカンファレンス終了後の、その場に残った看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーの打ち合わせ（約4分）である。(1)は、医療側と患者側のあいだのコミュニケーションのあり方、および退院したいという希望をヒガシダさんが表明するのに伴い口にした「迷惑をかけたくない」という言葉についての、職種や家族による解釈の違いがポイントになっている。(2)は医療に関わる多職種間での力関係がコミュニケーションのうえでどう表れ、またそれが実際のコミュニケーションにどう影響を与えているかを考えることがポイントになっている。

両者とも学内の会議室で撮影した簡易的なもので、室内の装飾や登場人物の服装など、視覚的に受け取ることのできる情報において、病院のカンファレンスであるというメッセージを十分に伝えるものにはなっていない。そのため、映像にフレームを与え、焦点を当てるべき点を指示するためにある程度の説明を必要とするが、どこまでを説明するべきかについては、そうした必要と、この映像を使って行われるべき受講者の自発的な解釈との間で、受講者の知識や態度を踏まえた繊細な判断が求められる。

なおこの映像は、研修医レベルの比較的若手の多いワークショップにおいて使用した。そこでは上述のような文化人類学のもの見方として、「登場人物の社会的背景に注目する」「医師・医療目線ではなく、見るポイントをずらす」ことを強調した5分ほどのきわめて短いレクチャーを行い、その後に映像を見て（(2)を中心に見てもらった）、それをもとにまずは個別に何が見えたか、そしてグループでディスカッションを行った。上映した音声聞こえにくいという問題が発生してしまったが¹⁵、参加者たちはきちんと論点を把握し、ディスカッションは有意義なものとなった。

¹³ 医学の文脈では、自分の直面・経験した内容と、そこでの考察を記述する事例報告（集）が日々の実践や教育の場面で使われており、「ポートフォリオ」と呼ばれる。例えば日本プライマリ・ケア連合学会では、A4でフォーマットされ、各事例を2ページ以内で記述する「詳細事例報告書」が専門医の認定や更新の際に利用されている。

¹⁴ 岐阜大学医学教育開発センター（MEDC:Medical Education Development Center）が主催する「医学教育セミナーとワークショップ」に2019年10月に参加予定で準備を進めていたが、台風のため中止となった。

¹⁵ 会場の機材の問題もあったが、録音の質の悪さも指摘を受けた。

事後的なアンケートでもおおむね好意的な反応が記されていた。

(2) 授業用ケース

授業用ケースは照山が中心となって2つ作成した。内容は、ひとつが若い女性、もうひとつが高齢の男性についてのものである。このケースには対象となる人物について、個人の出身地や職業、来歴などについての様々な情報と、必ずしも医学的に見て現時点で問題だと言えるか曖昧な行動（前者は痩せることへのこだわり、後者は暑い日でもエアコンを使いたがらないこと）が、800字程度で物語的に記述されており、医学的な基準での数値などを記すことを避けることで、ある程度までその人物の行動を多様に解釈することが可能になっている。

このケースは2019年7月に、筑波大学医学群の医療概論Ⅲ（3年生受講）の1回分（75分）として、「セルフケア支援演習2」というタイトルで行われた授業において活用された。そこでは、ひとの慣習的なふるまい方や考え方に対する社会的背景の影響についての簡単なレクチャーの後、受講者にこのシナリオのいずれかを読んでもらい、(1)なぜそのようなこだわりをもつのかについて考えてもらい、そのうえで(2)その人が病院にかかるような事態が起きたことを示し、(1)で見たこだわりを考慮しながらどう対応したらよいかを考えてもらう、というものであった。

この授業全体では、身近な人を選んでそのセルフケア支援を行うプランを立てることが夏季休暇前の課題として出されており（このプランを夏季休暇中に実行し、その結果をレポートにする）、文化人類学者が参加した回はこの課題への取り組みを助けるという目的があった。折悪く、重要かつ難易度の高い試験直前であったことで受講者からの不満の声は上がったが、事後的なアンケートでは、内容や狙いについてはよく理解されており、文化人類学的なものの見方の意義についての認識もおおむね深まっていたことが分かった。

だが、こうした授業において紹介しうる文化人類学とは何か（あるいは文化人類学の何を紹介しうるのか）、はやはり考えるべき課題である。当然ながら医学教育の場面においては、文化人類学の知見を具体的に伝えることは難しいし、全体の枠組みの中で文化人類学を的確に伝えることは目的にならない。それゆえ、「筑波グループ」における実践では、文化という言葉を広く捉え、学習によって身につけられた思考・行動のパターンのような意味だとしたうえで、フォーカスかなりを絞って、視点の多様さや、解釈の多様性（正解は一つではないこと）、その場のやり取りにおける力関係などを主要なメッセージとしてきた。これは、文化人類学者の側（木村、照山）で伝えたいと考えるものと、医療者の側（春田、後藤ら）で価値を見出しているもの、受講者が求めているだろうもの、その研修や講義で与えられた枠組みや時間、さらにその日の講義について「受けた価値があった」と思えるような具体的な「学び」（テイクホームメッセージ）をどうするか、ということのすり合わせのなかで結果的になされてきた選択である。

だがこれは道信がこれまで医学教育を行う上で基礎としていた「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」として、文化ごとの差異を論じる人類学〔道信 2019：348〕という考え方はかなり異なる。道信から見れば、「筑波グループ」の、国内の諸地域に焦点を絞った（また多民族的・多文化的状況を十分に視野に入れられていない）姿勢は大きな問題と映るかもしれない。だがここで言いたいのは、道信と「筑波グループ」のどちらのスタンスがより正しいかではなく、医学教育で何をどう取り上げるかについてはその都度、かなりシビアな——というのは、文化人類学者自身が、文化人類学が極めて幅広い射程を持った学問だという認識をもつことの裏返しだが——取捨選択が求められるということである。

文化人類学者が今後いっそう医学教育に関わることになったとしても、文化人類学者が主導して枠組みをつくり、講義するようになることは（星野ら先人の努力はあれども）やはり難しいだろう。文化人類学者にできるのは、与えられた枠組みの中で、手持ちの概念や道具立てを応用しながら、医学プロパーとは異なる「文化人類学的な何か」を付け加えながら、医療者の視点をずらしたり、ゆるがせたり、あるいは幾分か変えること、であり続けるだろう。これについて、上述した取り組みを整理するなら、倉田は既存のツールに独自性を加え、飯田らは症例を人類学視点で問い直し、医療者の視点を変える契機になることを進めているといえる。それに対し「筑波グループ」のこれまでの試みは、教材の工夫やインストラクショナルデザインなどで医療者の視点を変えることに取り組んできたといえるかもしれない。

おわりに

以上、本稿では「筑波グループ」で行ってきた、医学と文化人類学の協働に向けた試行錯誤について報告した。これらは当然、「このようにやればうまくいく」という解答を示すものではなく、むしろ「協働においてはこのような点が問題あるいは課題として出てくる」ということの実例を示したに過ぎない。それは振り返るなら、以下のような点である。

(1) 医療機関を対象とした協働的研究について

- a. 地域医療における医療資源の配置や連携のあり方に関しては、その地域の来歴との関わりから理解していく必要があること
- b. 地域医療における診療の現場での医師と患者間のコミュニケーション、特にそこにおける患者や家族、さらに地域についての情報の獲得・共有・集積のありかたは、文化人類学的にも興味深い問題であるが、これは対象の数をある程度限定し、継続的な調査をすることでより深めることができるだろうこと
- c. 他の専門科と比べるとやや特殊である総合診療科（医）がそれぞれの医療機関においてどのような位置をとるか、事例を重ねる中でパターンを見出していくことができるかもしれないこと

(2) 協働的な調査デザインについて

- a. 高い学習能力をもつ医療側は、協働で調査するなかで、すぐに文化人類学側の視点や手法を操ることができるようになるため、文化人類学側はそれを「専売特許」とできないこと
- b. 医療機関という専門性の高い対象における短期調査においては、文化人類学の（医学とは異なる）視点を調査に反映させるのは決して簡単ではないこと、何が他と異なる「文化人類学的なもの」なのかについてもっと議論が必要であること

(3) 医学教育への文化人類学の参加について

- a. 文化人類学的な視点は重要であるが、具体的な教育の場面では「文化人類学はこうあるべき」というこだわりを捨て、文化人類学の何を伝えるか取捨選択し、また様々なマテリアルを利用しながら行う必要があること

このうち、とくに (2) と (3) で出てきている問題は、医学との間のみならず、他の学問分野や実践者との協働においても立ち現れる問題である。こうした問題について、今後も、このグループでの活動、あるいは他のグループとの意見交換を通じて、さらに考えを深めていきたい。

参考文献

Galison, Peter

1999 Trading Zone: Coordinating Action and Belief. *The Science Studies Reader*, Mario Biagioli (ed.)
Routledge, pp. 137-160.

Riles, Annalise

2000 *The Network inside out*. The University of Michigan Press.

飯田淳子

2013 『『手当て』としての身体診察：総合診療・家庭医療における医師－患者関係』『文化人類学』77(4)：523-543.

飯田淳子・錦織 宏

2019 「臨床現場の社会的文化的課題にともに向き合う：医療者・人類学者共同の症例検討会」『コンタクト・ゾーン』11：392-425.

浮ヶ谷幸代（編）

2014 『苦悩することの希望：専門家のサファリングの人類学』協同医書出版社。

生方史数、渡辺一生、佐藤孝宏、木村周平

2016 「学際共同研究における「文系」と「理系」の交流：G-COE プログラムを事例として」『日本地理学会発表要旨集』https://doi.org/10.14866/ajg.2016s.0_100226

木村周平・西風雅史

2019 「現在から過去へ、そして未来へ：「復興」への手探りの協働」 関谷雄一・高倉浩樹（編）
『震災復興の公共人類学：福島原発事故被災者と津波被災者との協働』東京大学出版会、
pp.215-238.

木村周平、伊藤泰信、内藤直樹

予定 「1.5次エスノグラフィが生み出すもの：文化人類学の方法についての協働的考察」
『文化人類学研究』20.

倉田 誠

2019 「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」
『コンタクト・ゾーン』11：354-374.

浜田明範

2018 「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.

2019 「序：なぜいま文化人類学が医学教育に関わるべきなのか」『コンタクト・ゾーン』11：
312-319.

春田淳志・稲葉 崇

2018 「医療機関と行政はどのような協働プロセスで政策提言を行い、どのような葛藤に直面
したか？」第9回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会発表資料

星野 晋

2019 「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」『コンタクト・ゾーン』11：320-333.

道信良子

2019 「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」『コンタク
ト・ゾーン』11：334-353.