

—特集「基礎科学と臨床医学の融合」第33回公開「シンポジウム」—

人類学と医学との「対話と協働」

浮ヶ谷幸代

自治医科大学客員研究員

Dialogues and Collaborations between Anthropology and Medicine

Sachiyo Ukigaya

Research Fellow of Jichi Medical University

Key words: anthropology, medicine, dialogue, collaboration, relativation

1. 医療人類学とは

医療人類学は文化人類学のサブディシプリン（下位分野）であり、文化人類学をルーツとする、自然人類学/生態人類学、シャーマニズム/民族医療、文化間精神医学、国際医療援助という4分野が源流とされている¹。こうした文化人類学の流れを踏襲しながら、医療人類学は1970年代のアメリカ社会を背景²に誕生した学問領域であり、主に健康、医療、保健、福祉系の領域をフィールドとしている。

医療人類学の登場とともに、病気をめぐる「病い illness vs 疾病 disease」論争が起こる。ある医療人類学者が「患者は病いを患い、医者は疾病を診断し治療する」²と述べたように、「患者の思考や行動」は「専門家の思考や価値」と異なっていることを明らかにした。例えば、糖尿病という病気に対して、医師はそのメカニズムと対処法を考えるが、患者は糖尿病という病気を、会食での気まずさや食事コントロールの難しさから自己否定、職場でのインスリン注射の難しさ、運動会や合宿での周囲の無理解など、「病いの経験」としてとらえる。この「病いの経験」を明らかにするアプローチを「病いの意味論アプローチ」と呼び、その延長線上にあるのが「病いの語り illness narrative アプローチ」（後述）と呼ばれるものである³。もう一つのアプローチとして「病いの社会的構築アプローチ」があるが、本稿では枚数の都合上、割愛する。

2. 「対話と協働」と「相対化」

私は、これまで医学と人類学の「対話と協働」を目指してきたが、その一つが科学研究費基盤（C）の「医学教育におけるフィールドワークの意義」という共同研究による取り組みである。そこで、「対話」が成り立つためには共通点を探す必要があると考え、注目したのが地域医療と人類学におけるフィールドワークの類似性である。自治医科大学の特性を踏まえて、①長期の滞在、②現地の言葉（方言）の習得、③現地の人との信頼関係の構築、④現地社会の一員として受け入れられる、という4点について考察した^{4,5}。

自治医科大学では授業料を免除される代わりに9年間の義務年限がある。医学生は出身都道府県であっても地域医療に携わるためには見慣れない土地で9年間過ごすことになる。これは2年間で現地で暮らすという長期滞在型の人類学のフィールドワークと類似している。②の現地の言葉について、埼玉県上尾市出身の藤田医師にとって、身体の違和感や不調を言い表す秩父独特の方言「おごと」という言葉を臨床医学の用語に置き換えるのは難しいという⁶。言葉自体の意味というよりは、言葉が使われる文脈から理解する必要があるというのだ。③の現地の人との信頼関係の構築だが、これは方言の習得以上に難しい。単に医師として知識や技術を提供すればよいというわけではない。人類学者は、フィールドでの身の処し方からよりよく生

Correspondence to Sachiyo Ukigaya, Research Fellow of Jichi Medical University, 3311-1 Yakushiji, Shimotsuke-shi, Tochigi 329-0498, Japan

E-mail: s-ukigaya@nms.ac.jp

Journal Website (<https://www.nms.ac.jp/sh/jmanms/>)

きる方法など、現地の人から学ぶという姿勢をとっている。地域医療に携わる医師もまた、医者患者関係だけにとどまらず、人と人との関係としていかに付き合えるかが試される。そして、④現地の人の一員となることは、地域住民の暮らしに「わがこと」として近づくことを意味する。中村医師は新人として着任した地域の診療所で自分の外来日には閑古鳥が鳴く状態だが、前任者の外来日には住民が列をなすという状況を目の当たりにする。そこで地域の集会に出かけていき「みなさんで私を育ててほしい」と言った。すると、その後少しずつ自分の外来日に住民が来るようになったというエピソードがある⁷。

これらのエピソードを知ることになったのは、自治医大の若手医師や他のメンバーとの対話をケアの人類学研究会^{註2}を通して継続してきたからである。それを形にしたのが『医師と人類学者との対話：ともに地域医療について考える』⁸（以下、対話本）であり、地域医療を担う医師のエッセイが中心となっている。そして、科研の集大成として『医学教育におけるフィールドワークの意義』⁹を刊行した。ここでは先の対話本の寄稿者のうち4人が人類学的視点を意識しながら論文に挑戦した。書き手の医師4人と人類学者3人との「対話と協働」により、ほぼ1年かけて論文という形に仕上げたのである。これらの論文に共通するのは臨床場面で遭遇した事例を通して、人類学が共通基盤としている「相対化」についての考察である。

「相対化」とは人類学の肝となる学問的態度であり、自分が持っている価値観を脇に置き、目の前の他者を理解する姿勢のことである。人類学者にとって、フィールドでは異文化社会の人たちの考え方や行動、価値観を理解するためには必須の条件となっている。医学臨床というフィールドで他者としての患者に遭遇し、患者を理解するために医学的な価値観をいったん脇に置いて目の前の患者と対峙するという姿勢と重なる。ところが、この「相対化」という態度は人類学者にとっても難しい。そうした困難な臨床場面について次に紹介しよう。

3. 「相対化」の困難とその先

「おごと」のエピソードで登場した藤田医師に再び登場してもらおう。藤田医師は、理解不能と思われた患者の思考や行動に対して、医師としてのアプローチについて考察している。

「40歳のある男性が、体が黄色くなって痒く、外にも相談事がいろいろとあると来院した。病院受診自体

が初めてで、困っている症状をパウチした一覧を持参しており、自分でがんだと確信しているという不思議な患者だった。確かに、診察の結果は、肝臓のがんを強く疑うものであり入院精査が必要なため提案したのだが、そこで驚くべき答えが返ってきた。『30年育てた蘭があるんですよ。だから、絶対に入院はできませんね』。この予想もしない返答を私は即座に理解することができず、返す言葉が見つからなかった。彼は続けて『大学病院にはいかない』『断食していて、夏までの命と思っている』と頑なに話した。私は、彼と話したうえで、彼の希望に合わせて入院せずに外来で精査を行った。結果はやはり肝臓のがんであり、若年であったこともあり再度治療を提案したが拒否された。時間をかけて話し合ったつもりだったが彼の希望は変わらず、積極的治療にはつながらずに、希望した自宅療養へ移行した。その後、3回目の診察時に『蘭はすべて捨てました』と突然話し、一か月と待たずに内縁の妻と結婚した。自宅でYou Tubeを流しながら、暑い夏に一か月で死亡した。正直私にはわからないことだらけで、しかもその理由を本人に聴けなかった。なぜ病院には来たのか、なぜ治療を拒否したのか、なぜ診療自体は受け入れ継続したのか、なぜ蘭を捨てたのか、なぜ結婚したのか。この患者とのかかわりにおいて、もっとも強烈だったのは根本的な治療を拒否されたことだった。』¹⁰

こうした患者に対して、医師は「同意が得られず希望もないため積極的治療は困難」とカルテに書くのが通常だという。しかし、藤田医師はこうしたマイナスの評価からスタートせず、文化人類学の思考に学ぶことでいったん立ち止まって再考するという方法をとった。それは「とても合理的とは思えない、ともすると嫌悪をももたらす患者の態度に対して、ある文化においては合理的な態度である」という了解の仕方である¹¹。しかし、藤田医師も簡単に「相対化」ができたわけではない。治療の拒否という反応は、医師としては衝撃的であり、到底受け入れられることではなかった。驚き、戸惑い、混乱、怒り、諦めという強い感情に捕らわれ、この男性への否定的感情から、頭の中では了解不能という思いが占めていた。しかし、絶望的な自己に向き合い、再び別のアプローチを模索する手立てとして人類学の視点は有効であったという。有効であるだけでなく、問題設定そのものを問い直すことにより、現場に潜在する資源に気づくことで、自分の世界を拡張していったというのだ¹²。

人類学との出会いから、自己変容を迫られる苦しみの中で「相対化」という態度を経験した医師は藤田医

師だけではない。エッセイ本の中では臨床の場で患者の悩みや痛み、苦しみに向き合い、医学の枠組みにとらわれずその都度の最適解に到達する方法をそれぞれ探っている。この営みは、医師と患者との「対話」から生まれ、その後どう対処するか、その方法は両者の間で模索しながら「協働」の道が開けたのだろう。

4. ナラティブと「対話」

「対話」とは語り手の存在だけではなく聴き手の存在によって成り立つものである。ナラティブ・アプローチは、語り手のストーリーに現れる患者の経験を描き出すための手法として認知され広まってきた。ここではナラティブの語る、聴くという相互行為について考えてみたい。臨床という場は医師と患者との相互行為が生まれる場であり、ナラティブが生まれるためには語り手も聴き手もどちらが欠けても成り立たない。双方の存在が不可欠なのである。したがって、医師は患者を目の前にしたとき、ナラティブという行為を自覚することにより、聴き手として存在することができる。言い方を変えれば、医師は聴き手としての自分を意識しない限り、そこに患者のナラティブは生まれないのである。

加えて、ナラティブに潜む不条理について触れておく。ナラティブでは聴き手が求めるような首尾一貫性のある物語が語られるとは限らない。藤田医師の「(Kさんは)なぜ病院には来たのか、なぜ治療を拒否したのか、なぜ診療自体は受け入れ継続したのか、なぜ蘭を捨てたのか、なぜ結婚したのか」という自問について考えてみる。その答えは求め続けても永遠に得られないと思う。むしろ、一連の問いはナラティブという相互行為が実践されたから発せられたのであり、聴き手がその問いに向き合い続けたから生まれたのである。この問いを考察する困難さは、人間理解の難しさと通じており、ナラティブを通じてKさんが私たちに人間の不条理を教えてくれているのではないだろうか。

5. 医学教育において人類学は何ができるか？

医療人類学の定義として「人間の歴史を通じて相互に作用してきた、人間の行動や健康や疾病における、生物学的側面と社会文化的側面の両方を探求する、生物文化的な学問分野 bio-cultural discipline である」¹³というのが一般的である。この定義を踏まえて、近年科学、テクノロジー、社会との間にある相互関係をと

らえる STS という理論がある。さらに、ある現象をとらえるとき、人だけではなくモノ、情報、信念等をアクターとしてとらえ、複数のアクターが複雑にかかわることで医療が創られていくというアクター・ネットワーク理論 ANT がある¹⁴。ここでは、疾病と病い、自然と文化、身体と精神、モノと身体など、これまでの二項対立を乗り越えることに挑戦している。また、フィールドワーク論では人類学者はフィールドを観察・研究対象としてではなく、フィールドの人（専門家、患者、家族、地域住民）を共同研究者としてとらえるべきだという議論がある¹⁵。この視点は、フィールドと人類学者との「対話と協働」が不可欠であり、私自身もこのフィールドワーク論に依拠している。

近年の人類学における理論的転回とフィールドワーク論の展開は、シンポジウムのテーマ（「基礎科学と臨床医学との融合」）と重なっている。医師と患者との「対話と協働」は、人類学者とフィールドの人との「対話と協働」¹⁶に重なり、その親和性の高さから、医師と人類学者との「対話と協働」に深く結びついている。

最後に、人類学が医学教育に対して何ができるかという問いについて3つ指摘しておこう。1点目は、ある現象に対して、これまで身に着けてきた価値観や医学の枠組みを脇に置くという「相対化」という態度を伝えることができる。2点目は、人類学の他者理解を患者理解に置き換えて、患者がなぜそう考えるのか、なぜそのような行動をとるのかを考えるという背景に着目する視点を伝えることができる。3点目は、ものごとの多面性そして人や考え方の多様性に着目し、国内外のさまざまな事例を通じて、患者や社会を理解する方法を学ぶことができる。

人類学的な視点を学ぶということは、医学の世界とは別の世界を知ることであり、医師の世界がより広がる力となる。そして、患者、家族、地域住民との「対話と協働」の在り方を知ることになり、「人として」の多様な生き方を学ぶことである。

注

1. 1970年代のアメリカの社会背景として社会的マイノリティの人たちによる異議申し立てという公民権運動の影響が大きい。医者患者関係におけるパターンリズムへの異議申し立てを受けて、今日のインフォームドコンセントの基礎となっている。このとき、医療社会学や生命倫理もまた誕生している。

2. ケアの人類学研究会は藤田医師が卒業後も人類学を学べるようにという目的から生まれた研究会であ

る。2014年の開催から現在まで藤田医師が事務局となり、学際的な交流の場となっている。

3. シンポジウムの事例紹介では、カフェデモンクえりもの話だったが、本稿では枚数の都合により割愛する。詳細は既出論文¹⁶を参照。

Conflict of Interest：開示すべき利益相反はなし。

文 献

1. フォスター GM, アンダーソン BG：医療人類学。中川米造訳。1987; リプロポート。
2. Eisenberg L: Disease and Illness: Distinctions between Professionals and Popular Ideas of Sickness. Culture and medicine and Psychiatry 1977; 1: 9-23.
3. クラインマン A：病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学。江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳。1996; 信書房。
4. 浮ヶ谷幸代：地域医療とフィールドワークとの類似。医師と人類学者との対話——ともに地域医療について考える。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。2021; 協同医書出版社。
5. 浮ヶ谷幸代：医師と人類学者とフィールドと。共同研究最終報告書 医学教育におけるフィールドワークの意義。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。2024; 科学研究基盤 (C)「医学教育におけるフィールドワークの意義」(2018年度-2023年度, 渥美一弥代表)。
6. 藤田和樹：医師化すること。医師と人類学者との対話：ともに地域医療について考える。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。2021; 協同医書出版社。
7. 中村香代子：地域に育ててもらいたい。医師と人類学者との対話：ともに地域医療について考える。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。2021; 協同医書出版社。
8. 医師と人類学者との対話：ともに地域医療について考える。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。2021; 協同医書出版社。
9. 共同研究最終報告書 医学教育におけるフィールドワークの意義。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。2024; 科学研究基盤 (C)「医学教育におけるフィールドワークの意義」(2018年度-2023年度, 渥美一弥代表)。
10. 藤田和樹：医師化すること。医師と人類学者との対話：ともに地域医療について考える。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。2021; pp 19-20, 協同医書出版社。
11. 藤田和樹：医師化すること。共同研究最終報告書 医学教育におけるフィールドワークの意義。渥美一弥, 浮ヶ谷幸代, 佐藤正章, 星野 晋編。科学研究基盤 (C)「医学教育におけるフィールドワークの意義」(2018年度-2023年度, 渥美一弥代表)。2024; pp 15.
12. 藤田和樹：医師化すること。共同研究最終報告書 医学教育におけるフィールドワークの意義。科学研究基盤 (C)「医学教育におけるフィールドワークの意義」(2018年度-2023年度, 渥美一弥代表)。2024; pp 21.
13. ヘルマン CG：ヘルマン医療人類学——文化・健康・病い。辻内琢也訳。2018; 金剛出版。
14. ラトゥール B：社会的なものを組み直す。伊藤嘉高訳。2019; 法政大学出版局。
15. インゴルド T：人類学とは何か：他者とともに学ぶこと。奥野克巳, 宮崎幸子訳。2020; 亜紀書房。
16. 浮ヶ谷幸代：「居場所」を創る——精神医療と宗教との連携による〈カフェデモンクえりも〉の活動を中心に。社会学論叢 (日本大学社会学部) 2018; 192: 1-24.

(受付：2024年6月15日)

(受理：2024年7月9日)

日本医科大学医学会雑誌は、本論文に対して、クリエイティブ・コモンズ表示 4.0 国際 (CC BY NC ND) ライセンス (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) を採用した。ライセンス採用後も、すべての論文の著作権については、日本医科大学医学会が保持するものとする。ライセンスが付与された論文については、非営利目的の場合、元の論文のクレジットを表示することを条件に、すべての者が、ダウンロード、二次使用、複製、再印刷、頒布を行うことが出来る。