

医療人類学の実践—フィールドワークと医療教育

中本 剛二*

A Study on Practice of Medical Anthropology; Fieldwork and Medical Education

Goji NAKAMOTO

Osaka University of Pharmaceutical Sciences 4-20-1 Nasahara, Takatsuki, Osaka, Japan 569-1094

(Received December 19, 2014; Accepted January 15, 2015)

Abstract Cultural anthropology is an academic field where a central methodology is fieldwork. Words heard in fieldwork and results of the fieldwork should be fed back not only to the academic field but to people concerned to be useful for them. In particular, in a situation where a patient meets a medical profession, they play roles fitted in the clinical context, on which medical anthropology is focused. In such a situation, parts of their experiences and practices may be invisible to each other, and thus, the results of fieldwork can be effective for mutual understanding.

In the course of medical education, words and results obtained in fieldwork can also contribute to relativizing viewpoints in understanding the holism of experiences of the illness, and the structures, principles, and practices of clinical settings that will be difficult for future medical professions to recognize.

Key words — practice, Fieldwork, Medical Education

1. はじめに

医療にまつわる諸現象や実践を扱う人文学、社会科学は、医学、薬学、看護学といった医療にまつわる諸分野の教育・養成にどのように関わることができるだろうか。

むろん、人文学・社会科学の諸分野にはそれぞれの目的と方法論がある。特に文化人類学は調査や研究の対象となる当該社会に影響を与えたり、介入したりすることに慎重であるべきだという姿勢を長らくとってきた。そのため、予め貢献や応用を前提として議論を始めるには無理がある。

しかしながら、その実践や研究成果が対象となる地域や分野・人に何ら還元されず、それぞれの研究分野での議論に終始するならば、それは怠慢と言わざるを得ない。個別の研究分野における成果や議論に加えて、対象となる地域や分野の人々へ、何らかの形で成果をフィードバックしたり、それに基づいて対話を進めていったりする必要が

あると考える。特に文化人類学や民俗学においては、フィールドワークなどの現地調査が必須となるが、それらフィールドワークが当該社会や分野の人々との関わりを前提としている限り、フィールドワークを通じて出会った人々の実践に、どのように成果が還元できるかについて真剣に考えられなければならないだろう。

筆者はこれまで文化人類学・民俗学・社会学の見解と方法論によりながら、特に文化人類学において医療従事者を対象とする、医療人類学的な研究を行ってきた。また、日本において文化的背景の異なる外国人市民に対して、通訳派遣等を行う医療サポートを行う団体で活動も行ってきた。そして、病者の病い (illness) の経験についてもインタビュー等を行い、記述してきた。その中で、フィールドワークで出会った人々、病者はもちろんだが、特に医療者や、医療にまつわる実践をする、ボランティアなどの人々にたいしてどのような貢献や対話の在り方があるのかについても考え

* 大阪薬科大学非常勤講師

てきた¹。それらの調査の中で聞き得た話や、当事者の経験は、おそらく筆者に対してのみ語られ、知らされたものばかりではないだろうし、文化人類学という分野の内部での言説の生産にのみ費やされるべきではないだろう。

そして、筆者はこれまで2つの看護専門学校(A看護専門学校では2000年から、B看護学校では2003年から)、および大学の薬学部(大阪薬科大学、2012年から)で文化人類学や、文化人類学に関連する人文学・社会科学系の科目を担当してきた。病むという経験が医療者と病者の関係を基本とし、それが専門家と素人の関係であるならば、専門家を養成する過程にもそれらの声は届けられなければならないのではないかと、本稿では特に、医学・薬学や看護学における教育において、フィールドワークや質的な研究の成果を通じて、どのような貢献が可能であるかを、考えてみたい。

2. 医療人類学と医療者教育をめぐる議論

近年、医療人類学においても医学・医療者教育における議論が盛んである。

たとえば、医学教育においては、山口大学医学部において教鞭をとる医療人類学者である星野晋による一連の論考〔星野：2000〕〔星野2009〕がある。

また、日本文化人類学会・研究大会においてもしばしば分科会などが組まれている²。ごく最近では2012年6月に開催された日本文化人類学会第46回研究大会においては、道信良子によって「医学・医療系教育における文化人類学」と題したシンポジウムが企画され、その成果が、日本医学教育学会の学会誌である『医学教育』第44号〔2013〕において報告されている。それぞれ文

化人類学の立場からは道信良子、飯田純子、馬場雄司が、作業療法の立場からは小田原悦子が、そして医学教育の立場からは錦織宏が報告を行っている〔錦織、道信2013〕〔道信2013a, 2013b〕〔飯田2013〕〔馬場2013〕〔小田原2013〕〔錦織2013〕。

道信によると、文化人類学者が医学・医療系教育にかかわるようになってきている背景として、①脳死と臓器移植や遺伝子治療といった、先進医療を進めるうえでの文化的障壁を明らかにし、日本の文化に適したやり方で新しい医療を導入したいという思い、②日常の診療での患者の多様な価値観を知り、意思疎通を図り、よりよい治療を提供したいという医療者の切実な思い、があるという。いずれの理由においても、人間の身体も日常の営みも、その文化で共有されている「意味」を帯びているという気付きがあるという〔道信2013a〕。

そして、医療人類学において、病気とその解釈においては、*illness* (病い) / *disease* (疾病)、という病気の分類、および説明モデルを用いて臨床のリアリティを説明してきた。これらは、道信の要約に従えば、病気の捉え方は医療者と患者とで異なり、現代医学においては人間の身体に生じた異常であるが、患者は身体の異常そのものよりも、それによって経験する痛み、苦悩、社会からの疎外感などのすべてを病気に関連づけるということである〔道信2013a〕。

これら *illness/disease* という分類や、説明モデルという医療人類学の基礎的概念は、素人である病者が経験する病いの過程と、専門家によって認知、構成される疾患とその対処はしばしばすれ違ったり、齟齬をきたしたりするという、病者はまさに社会・文化・関係性の中で病いを経験するということを理解するうえで重要であり、筆者も必須の概念として講義の中で必ず触れるもの

1 医療従事者を対象としたフィールドワークやインタビューの成果として、中本〔2001〕、中本〔2003〕、中本〔2008〕がある。また、医療サポートボランティアの活動をもとに報告したものとして、中本〔2007〕、中本〔2014〕がある。そして、不育症における病いの経験について、博士論文の1つの章にて論じている〔中本2010〕。

2 道信〔2013a〕に詳しいが、松岡悦子、江口重行、波平恵美子、星野晋、道信良子による「医学教育の現場における医療人類学の可能性」(文化人類学会第38回研究大会 東京、2004年)、池田光穂、奥野克巳、阿保順子、福井英二郎、倉田誠による「医療人類学を学ぶこと／教えること」(文化人類学会第42回研究大会 京都、2008年)、道信良子、飯田純子、錦織宏、小田原悦子、馬場雄司による「医学・医療系教育における文化人類学」(文化人類学会第46回研究大会 広島、2012年)といった分科会が組まれている。

である。

さらに、筆者の経験から付け加えるならば、医療者の側にも専門家としての立場への患者の過度の依存や、インフォームドコンセントの在り方などについてのとまどいがあるのではないかと考えている。医療社会学や医療人類学は長年にわたり、生体医学（バイオメディスン）を唯一正当な医療とすることを批判し、相対化を試みてきた。そして病者の側の主体性を損なう医療化についても批判的であった。

しかしながら、フィールドその他で、医療者の側からも、「コンプライアンスが守られない患者」に対する戸惑いと同様に、患者が自ら判断し、行動すべきと考えていることについても判断をゆだねられたり、不必要な治療を求められたりすることへのとまどいをしばしば聞いてきた。つまり、そのような「支配」が不徹底であることへのとまどいと同時に、「支配」が行き過ぎてしまうような側面や過度の依存は医療者の側にとっても望ましいものではなく、とまどいを生じさせるものとなっているのである。ここには、医療者－患者関係を支える役割の問題や歴史、場の構成をめぐる問題があると考えられる。つまり、現代医療の統制としての側面や病者の主体性を奪う医療化という側面を指摘することは必要だが、それは同時に医療者をも困惑させているのであり、その場を解きほぐすべく協働していくような関係性を作る必要があると考えている。また教育の中でそのような関係性の構築に貢献できることは何か、と考えている。

3. 文化人類学の位置

ただ、医療者や医療教育に携わる人から、文化人類学・医療人類学を含む社会科学に期待が寄せられているとしても、実際に講義や演習を受け持つ側からのとまどいもある。

まずは、文化人類学自体の受講生における認知度が非常に低い、ということである。特に、文化

人類学やそれに類する科目は、看護専門学校でも医療関連の大学においても、基礎科目や教養科目として位置づけられている場合が多い³。筆者も講義を行う際に、まず初回に「文化人類学という学問を知っているか」ということを受講者に問いかけるが、ほとんど手が上がらないのが実情である。たとえ上がったとしても、たとえば看護専門学校では、聞いてみると大学等で学んだ後に再度入学した学生であることがほとんどである。

そのため、文化人類学とは何か、その歴史は、というところから説明を始めて、医療の、あるいは医療を対象とする人類学まで進んでいかなければならないが、基礎的・概論的な部分における文化人類学の理論や方法論が、それなりに難解で、一般にはあまりなじみのないものであるというジレンマがある。

また、看護師や薬剤師、医師の養成課程においては、国家試験に合格することが最優先課題であろう。それには日々更新される膨大な知識の習得も必要になるだろう。また実習など心身ともに負荷のかかる、過密なカリキュラムの中に文化人類学などの講義も配置されることとなる。国家試験に直結しない科目であること、あるいは教養科目・選択科目の一つであることによる、相対的な関心の低さもカリキュラムの構成上の宿命としてあるのかもしれない。

4. フィールドワークの有効性

それでは、どのようにしてフィールドワークで得られる思いや出来事を還元することができるのか、あるいは前述の医療者側の期待や要請にこたえることができるのだろうか。

そのもっとも有効な方法は、おそらく学生をフィールドワークの場に連れ出すことである。たとえば筆者自身は、4年制大学の人文学系学部（大阪樟蔭女子大学・学芸学部）にて、ティーチング・アシスタントおよび非常勤講師として、6年間にわたり、日本三大祭の一つといわれる大

3 道信 [2013a], 錦織 [2013]. 錦織は教養課程の一科目として文化人類学が学ばれることが多いが、臨床の文脈で「解釈モデル」といった文化人類学の知見を取り入れた教育について提言している。

阪の天神祭のフィールドワークの引率、およびレポート作成のアドバイスや報告書を共同でまとめる作業を行った⁴。そこに参加した学生たちにとって、以前は天神祭は祭の行われている界限を歩いたり、行列を眺めたり、夜店で買い物をしたり、花火を見たりするという形で参加していた出来事であった。それが、文献調査やインタビュー、祭礼への実際の参加を通じて、どのような組織によって支えられているのか、そこに参加している人たちはどのような生活をしている人たちなのか、また、その生活の中で天神祭がどのような位置づけにあるのか、そしてそれらの現在の状況は歴史や社会情勢の変化とどのように関連しているのか、ということをもつて感じ、体得していった。そして祭りに参加する意義や意味も、参加者により多様であることを理解していった。

人が病む、ということ、まさに *illness* や病者の説明モデルや経験を理解するうえでも、生活の中で、病者の経験の全体性を理解するためのフィールドワークを行うことは有効と考える。

しかしながら、本格的なフィールドワークを医学・医療教育の中で実現することはかなり難しいだろう。前述のように医学・医療系の専門職の養成課程・カリキュラムはかなり過密であろう。文化人類学のような人々の生活の中に自らを埋没させ、対象とする社会や生活を理解していくようなフィールドワークを実施する余地は望めないのかもしれない。筆者自身も、医療教育においては、これまで講義形式、あるいは演習形式の授業を担当してきたが、映像資料やドキュメンタリーを使ったり、その中でグループワークやディスカッションを取り入れるという、個人の裁量による可能な範囲のアレンジを行うにとどまっている⁵。

5. フィールドワークから声を届ける、現場を伝える

ただ、たとえフィールドワークが困難であったとしても、医療人類学が扱う様々な事例、教科書やスクリーンの向こう側に映し出される事例を、身近なものとして感じてもらう工夫をしたり、きっかけを作ることは可能である。

たとえば、多文化社会であるアメリカにおける医療体系 (*medical system*) の衝突を描いた有名なノンフィクションとして、雑誌編集者であるアン・ファディマンの報告 [fadiman 1997] がある。これは道信良子の簡潔な要約 [道信 2011] によって医療者向けの教科書である『文化人類学』[波平編 2011] にも紹介されており、筆者も講義の中で活用している。

要約すれば、以下のような話になる。1982年に、カリフォルニアでモン族の避難民の娘として生まれたリア・リーは、生後3か月でてんかんと診断される。病院への頻繁な入院と外来診療を繰り返し、医学的な処方が行われるが、効果が表れない。不審に思った医師がソーシャルワーカーを派遣して確認すると、両親は指示通りに薬を飲ませていないことが分かった。医師はリアの死の危険性も考え、当局に保護を要請し、リアは10か月の間養家に保護されるが、その後実家に帰って大発作を起こし、一命は取りとめたがいわゆる植物状態となってしまう。

しかしながら、リアの両親の立場からは、上記の出来事は全く異なった現実を示していた。両親には小児科医の説明が理解できず、またしばしば変わる処方も覚えられなかった。また大量に処方された薬の副作用にも気づいていた。そして米国の医療と医療者の対応に不信感を持っていた。モン族にとってはてんかんの発作は「精霊によって魂を奪われ気絶すること」だが、担当医は魂ではなく血液や尿を見た。また苦しむ子供から血液や髄液を採取し、手足を縛ってでも注射を打つこと

4 その成果は報告書 [堀, 川瀬, 中本, 本多, 武士編 2007] にまとめられている。

5 そして非常勤講師として講義を受け持つ立場においては、フィールドワークを自らの裁量で行うことはできないというのが実情である。

はモン族には理解できなかった。

そして、最後の大発作の時に担当医が死は避けられないとの判断で治療を停止したため、両親はリアを家に連れて帰り、魂に呼びかけながら発熱した体を薬湯でいねいに洗い流し、看病を続けたところリアの発熱は次第におさまり、生きのびたという。あのまま病院にいたら大量に投与された薬の副作用によってリアは死んでいたと両親は回想する [fadiman 1997] [道信 2011 174]。

このような事例を紹介した後に、それではこのような不幸を回避するためには何をすればいいか、どのような方法があるかをグループやペアになって話し合ってもらおう、という実践を行っている。毎年度同じ答えが出るわけではないが、たとえば2014年度にA看護学校で紹介した際に、話し合われた結果をまとめると、以下のようになる。

- (1) 誰かに通訳に入ってもらおう。また医療通訳の制度を整える。
- (2) かかっている病院を替わる。
- (3) 医療者の側が、患者がちゃんと治療や処方について理解しているかを確認する。理解していなければ何度でも丁寧に説明する。
- (4) 相手の文化的背景をもっと理解する。たとえば、〇〇の人々はこのような身体観、病気観を持っているということをデータ化しておくなど。

もちろんこれらがすべてそのまま有効というわけではない。たとえば、患者の側に理解可能な言語等によって情報提供がなされなければ、(2)に提案されたように病院を替わること、あるいはセカンド・オピニオンを確認しにほかの病院などに出向くことにはかなりの困難を伴うだろう。また、(3)のように理解を確認しながら丁寧に説明することは、効率を優先させる実際の病院の実践においては、困難をともなったり、周囲や上司からマイナスの評価を受けてしまったりするかもしれない。また、(4)のように文化的背景の重要性

に気づきながらも、民族や文化におけるカテゴリーを固定的なものとしてとらえてしまうと、ジェンダー、階層、信仰など個々人のほかの様々な属性や多様な見方、感じ方を見過ごしてしまうかもしれない。筆者はこれらの指摘をグループワークの結果を確認しながら、適宜解説を加えていく、ということを行っている。そうすると、どのような視点が必要で、どのような援助が可能であるのかといったことがより明確に意識されるようになる。

このように、ファディマンの著作を、医療体系の衝突の事例としてのみ紹介するのではなく、自分が当事者となったことを想定しながらグループワークを行い、それに困難も含めた解説などを加えていくことで、より多面的な理解が可能となると考えている。

ただ、紹介した当初は、上記事例は質疑における反応からも、「多文化・多民族社会アメリカ」での事例であり、どこか遠くで起こっている出来事のように受け取られている、と感じられることもある。

そこで、筆者自身の実践から得た知見を紹介する。筆者は文化的背景の異なる外国人市民が医療機関を受診する際に、医療通訳を派遣するなどのサポートを行うボランティア団体である「みのお外国人医療サポートネット」(以下医療ネット)に参加し活動している⁶。その団体が設立されるきっかけとなったのは、1999年1月に、大阪府箕面市在住のあるインドネシア人研究者が、体調不良により医療機関を受診したり、救急搬送されたりするが、日本語が十分に話せないことなどを理由に入院できないなど、納得のいく対応を得られないまま、最終的に命を落としてしまったという事態であった。

そこには祝日も重なった3連休の期間で、休日診療体制であったという不運なども重なっている。それらの状況も含めて、現在の日本社会で、文化的背景が異なる、あるいは日本語が十分に読めない、使えないということが、医療を十分に受けられない原因になり、最終的には命を落として

6 2005年から参加し、2007年から運営委員、2010年から副代表として参加している。

しまうこともありうるということを、その事例は理解するきっかけになる。そして、多文化社会は他人ごとではないことを理解してもらう事例となる。さらに現在の多文化共生にまつわる状況を概観したうえで、そこで生じる事態を解決するために活動しているボランティアの活動を紹介し、将来の医療者に伝え、その活動を理解してもらうように努める。それは医療自体が医療者と患者以外の第三者のサポートによって支えられている部分もあることを理解してもらうきっかけになっていると考えている⁷。

その結果、アン・ファディマンによるリア・リーの事例は、A看護専門学校の最終課題において自由記述を課した際には、例年最も多く引かれる事例となっている。

さらには、医療ネットでの活動から垣間見える以下のような様々な要望やコンフリクトについても機会を見て講義の中で伝える。たとえば、イスラム圏出身の人は出産に際して女性医師の診察を望み、場合によっては出産時のスタッフも全員女性であることを希望することもあった。また、入院に際しては食べられないもの（豚肉や豚肉由来のもの）があり、豚肉除去食（ハラール）を希望することもある⁸。

さらには日本の臨床で一般的な方法や常識についての不満や違和感についての指摘もある。たとえば、出産に際して、体重管理が厳しすぎる、無痛分娩を希望するができない、一度帝王切開したら次の出産も帝王切開になるが、自分の国では自然分娩で出来た、といった申し立てである⁹。

これらについて知ることは、医療者の養成課程にある人たちに、自らが習得しつつある知の体系や技術、およびその根拠について、相対化する視点をもたらすのではないかと考える。先に紹介した『医学教育』の特集で、錦織宏は医学教育における文化相対主義的な視点の必要性を指摘す

る。日本の医学教育には多分に欧米至上主義的な視点が見られ、欧米の医学教育をそのまま持ち込む傾向があるという。医学教育には各国の文化や制度に依存するところが大きいにもかかわらず、自然科学を基盤とする医学の「一般化可能性の高さ」をそのまま持ち込むためだという〔錦織2013〕。

現代医学（バイオメディシン）がどこでも同じように実践されるわけではなく、その実践においてまさに多様であることについてはこれまで医療人類学では度々指摘されてきた。錦織の指摘は日本での医療制度や文化的な背景を考慮したうえで、日本での医学教育が組み立てられるべきだという主張だが、さらには多文化化した社会においては、対象となる患者の文化的背景の多様性などの個性を考慮しつつ、医療者の実践の根拠や、その応用のありかたについて常に問い直す必要性が必要となるだろう。彼ら（文化的背景の異なる人）の上記のような主張は、決して無知の結果であったり、医学的根拠に乏しかったりすることが原因だというわけではないのである。そのような視点を将来的に喚起する素材を現場から提供することも、フィールドで出会った人々の思いにこたえることでもあり、また医療従事者を目指す人々のメリットにもなるのではないかと考えている。

6. 病院における死—医療における実践の意味づけ

また、2つの看護専門学校（看護専門学校A・B）においては、病院で行われる「死後の処置」についても紹介し、論じる。かつて筆者は、病院で患者が亡くなった際に行なわれる死後の処置について論じた。ここでは死後の処置が、治療の対象として医学的まなざしの対象となっていた患者が、「〇〇さん」という人格を持った個人に戻る

7 医療ネットが活動を始めてしばらくの間は、ボランティアであることを説明しているにもかかわらず、医療者からは入院に際しての保証人になることを求められたり、手術に際しての同意書へのサインを求められたりすることがしばしばあった。医学・医療教育の段階でそのような活動の在り方や目的について知っておくだけでも、このような関係性や立場の誤解はかなり防げるのではないかと考える。

8 母子医療・保健との関連において、別稿にて指摘したことがあるが、医療ネットが通訳の常駐活動を行っている箕面市立病院においては、豚肉の除去や別メニュー等にもできる限り対応している〔中本：2014〕

9 ここで出てくる事例については、プライバシーに関連するため国名等の記述は控える。

ための儀礼であり、より具体的には清拭を受け、死化粧などを施されたのちにふさわしい姿となり、家族や共同体といった関係性の中に戻っていくための儀礼であることを指摘した〔中本 2003〕。

講義内では先に指摘した教科書（〔波平編 2011〕）も使い、死者儀礼の意味や多様性についても紹介しながら講義を進めるが、今日ではその最初のプロセスを看護師が担うことを指摘する。

むろん彼／彼女たちは、基礎看護学・看護技術といった科目において、身につけるべき技術として死後の処置を習う。しかしその行為を一連の時間の流れや、家族や共同体との関係も含めた総合的な視点の中で眺めるならば、たとえば「遺体を清潔に保つ」といった表向きの合理的な意味付けにはとどまらない意味を担う行為であることや、その重要性に気づいてくれるのではないかと思っている。

さらには、現場の看護職¹⁰の視点からみれば、それら一連の行為は個々人によってそれぞれに意味付けされている。いわば意味の入れ物となっているのである。ある看護職はそれらの行為を「自分の心を整理する時間でもある」とのべている。その含意は、それらの行為が専門職としての看護職と、個人として人格としての他者に向き合うことの矛盾やジレンマを整理する時間でもあるということである。

一般に、そのようなジレンマや感情について看護職同志で話し合ったりすることは稀だという。大きな感情の起伏を伴う、人の生死にかかわることはなかなかオープンには話ができないのが実情であろう。これら先輩の苦悩と声を届けることは、これから看護職を目指す人々にとっても有益であるし、また、フィールドで話を聞かせてくれた看護の先輩たちの本意でもあると考える。

7. おわりに

これまで、文化人類学・医療人類学における

フィールドワークという実践、及びその成果をフィールドで出会った人々にいかに還元するかということ、そしてそれらの成果は医学・医療教育においてどのような形で有効性を持つかについて検討をしてきた。病者が病むこと、そしてそれに対処すること、およびそれらに伴う経験や苦悩の包括性や全体性を理解するためには、学生とともにフィールドに出ることが最も手っ取り早いだろう。医学・医療教育におけるフィールドワークやそれに類する体験型学習なども増えてきている、という〔道信 2013b〕。それらが適切な導きのもとに、ますます普及することを望むが、様々な理由でそれは個人のレベルでは実現困難である。

それでは、医学・医療教育という文脈で人類学者が自ら行ったフィールドワークの成果を活用しつつ、講義や演習を行うことの可能性について考えることはできないだろうか。

かつて、役割にはまった形で出会う医療者と患者の関係を、「のぞき穴を通した」関係と表現したことがある〔中本 2010〕。医療者が患者を理解しようとしても、またその反対に患者が医療者を理解しようとしても、役割ゆえの限定性があり、見えない部分、見ない部分がある。それらの双方に話を聞きに出かけていったフィールドワーカーは、おそらくもう一方の当事者に、相手の見えない、聞こえない部分の姿や声を届ける責務を持っているのではないかと考えていた。

そしてそれを敷衍して考えるならば、将来の医療者にも患者の、そして先輩としての医療者のそれらの声や姿は届けられてしかるべきだろう。医療者－患者関係にはまってしまうと見えなくなる、聞こえなくなってしまうものがある。また同僚や職場での先輩－後輩関係になってしまうと、日々のルーティンや利害関係の中であえて話さなくなることもあるだろう。それらの姿や声は、自らの目指す医療者の姿やあり方を考える上で、または将来対象となる病者の理解や関係性の築き方において有用性を持つのではではないだろうか。

10 中本〔2003〕において議論の根拠となったインタビューやフィールドワークを行った当時（2002年の法改正以前）は看護職の名称として看護婦・看護士が使用されていたが、今日では看護婦と表現することに多少の違和感を伴うため、ここでは看護職と表記する。

そしてやがて医療者として経験する場・理念・制度といったものを、所与のものとしてではなく、批判的に検討する力にもなりうるのではないだろうか。

参考文献

- 飯田淳子 2013「医療福祉系大学教育における文化人類学の役割」日本医学教育学会編『医学教育』第44巻・第5号 pp279-285
- 小田原悦子 2013「作業療法における健康の概念の変遷」日本医学教育学会編『医学教育』第44巻・第5号 pp286-291
- 中本剛二 2001「医療現場における他者性の変容—ターミナル・ケアをめぐる医療人類学的考察」大阪大学大学院文学研究科日本学研究室編『日本学報』第20号 pp1-19
- 中本剛二 2003「患者はいかにして遺体となるのか—病院における死をめぐる文化人類学的考察」比較日本文化研究会編『比較日本文化研究』第7号 pp119-141
- 中本剛二 2007「外国人医療サポートボランティアの位相と困難 可能性—「みのお外国人医療サポートネット」への参加から考える—」大阪大学大学院文学研究科日本学研究室編『日本学報』第26号 pp97-111
- 中本剛二 2008「医療者の実践から社会的単位としての病院をとらえなおす—医療人類学への提言」小松和彦先生還暦記念編集刊行会編『日本文化の人類学／異文化の民俗学』法蔵館 pp566-583
- 中本剛二 2010「現代医療のエスノグラフィー—医療・文化をめぐる関係性」2009年度博士学位論文（大阪大学）
- 中本剛二 2014「外国人市民の出産・育児—医療サポートボランティアの活動から」安井眞奈美編『出産の民俗学・文化人類学』勉誠出版 pp261-280
- 波平恵美子編 2011『系統看護学講座 文化人類学』第3版 医学書院
- 錦織宏・道信良子 2013「序文」日本医学教育学会編『医学教育』第44巻・第5号 p273
- 錦織宏 「医学／医療者教育から文化人類学に期待すること—文化相対主義的な視点と臨床の文脈での教育—」医学教育学会編『医学教育』第44巻・第5号 pp307-309
- 馬場雄司 2013「医療・福祉の原点を求めて—「生活」を体験し、「生活」を見直す—」医学教育学会編『医学教育』第44巻・第5号 pp299-306
- 星野晋 2000「医学および医療教育における人類学の役割と可能性—総合的な人間理解に基づく保健・医療開発に向けて」青柳まちこ編『開発の文化人類学』東京 古今書院 pp39-57
- 星野晋 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」波平恵美子編『健康・医療・身体・生殖に関する医療人類学の応用学的研究』国立民族学博物館調査報告 85pp77-92
- 堀裕 川瀬豊子 中本剛二 本多彩 武士綾子編 2007『大阪樟蔭女子大学天神祭調査報告書 天神祭と女性』大阪樟蔭女子大学学芸学部日本文化史学科、大阪樟蔭女子大学地域文化センター
- 道信良子 2011「健康・病気・医療」波平恵美子編『系統看護学講座 文化人類学』第3版 医学書院 pp157-189
- 道信良子 2013a「人間の文化的多様性を理解する—医学・医療系大学教育における文化人類学の貢献—」日本医学教育学会編『医学教育』第44巻・第5号 pp274-278
- 道信良子 2013b「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」日本医学教育学会編『医学教育』第44巻・第5号 pp292-298
- Fadiman, Anne 1997: *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*, New York: Farrar Straus & Giroux.