医療人類学 2012　　１回目（2012/4/13）

担当教員：　梅崎昌裕（umezaki@humeco.m.u-tokyo.ac.jp）
田所聖志（tadokorok@humeco.m.u-tokyo.ac.jp）
卯田宗平（uda@asnet.u-tokyo.ac.jp）

１．授業のすすめかた

Problem Based Learning (PBL)

与えられた課題について、自分のわからないことを明らかにし、それを明らかにするために必要な勉強をおこなう。勉強の成果をグループで共有し、矛盾点をみつけし、勉強課題を明らかにする。最終的には、与えられた課題についての広範な知識と、その課題を解決するための考えかたを身につけることを目標とする。

学びのサイクル

医療人類学の「考え方」の講義　→　ケース（映像、文章、写真など）の提示　→　グループごとの学習と議論　→　発表（10 分）・議論（10 分）　→　採点（注）　→　まとめ

（注）教員、学生ともに、発表・討論を評価（よい＝4 点、ふつう＝3 点、もうすこし＝2 点）。評価はそれぞれの班に所属する個人に帰属させる。

２．スケジュール

4 月 13 日　オリエンテーション
4 月 20 日　①概念を定義してテキストを読み解く：「胃ろう」にまつわる問題の整理
4 月 27 日　発表・議論
5 月 11 日　②「身体観」と健康行動・医療行動：現代医療の限界
5 月 18 日　発表・議論
5 月 25 日　③「自己の評価」と「他者の評価」
6 月 1 日　発表・議論
6 月 8 日　国際保健学セミナーへの参加（任意）
6 月 15 日　④（全員で討議してテーマを決める）
6 月 22 日　発表・議論
6 月 29 日　人食い？（北海学園大学・須田先生）
7 月 6 日　医療人類学の応用（札幌医科大学・道信先生）
7 月 13 日　まとめ

３． 実習

講義で学んだことを生かして、現場で何かおもしろいことを発見してみよう。参加は任意。2010 年度：千葉県白浜、2011 年度：千葉県勝山

４．講義の趣旨説明（梅崎）

A. 「人類学」と「現代医学」

・南米では ORT（経口補液）による下痢症のコントロールが成功しない。
・PNG では輸血がすみやかに受容された。
・イタリアの男には、青い色の睡眠薬は効かない。
・経血に触れると死んでしまう人々
・狂気とは何か、異常とは何か（女児割礼、ハイヒール、うばすて）
・2012 年のコンテクストの普遍性への疑問（病気はどうやって引き起こされたか、どうして自分が病気になったのか）
・長生きすること、死なないことを前提とする世界の非普遍性（定年したら旅行をしよう。30 歳になってから考えよう。明日を知れる命）

B.現代社会の医学的特徴

・産業革命によって死亡と出生のコントロールが可能になった。
・パプアニューギニア農村部では「生」と「死」は、食べることができるかどうか、飲むことができるかどうかによって区分される。対照的に、臨床医学は食べることができなくても、飲めなくても、自立呼吸ができなくても、心臓が動かなくても人間を「生かす」ことができる。近代医学の優先する社会では、食べることができるか、飲むことができるかによって人間の「生」と「死」を区分することは、社会文化的に受容されにくい。
・「死なないこと」を目標に発展してきた臨床医学は、人類の幸せを阻害する側面をもちうる。これから人類は、臨床医学とどのようにつきあえばよいのか。

C.文化体系としての医学

▲医学という文化体系においては、健康指標が定義される。たとえば、血圧、血糖値、体重などは個人レベルの健康指標であり、有病率、発症率、余命、死亡率などは集団レベルの健康指標である。▲そのような健康指標によって、「健康かどうか」を判断することが可

能であると定義される。▲しかしながら、「定義された健康指標によって健康かどうかを判断する」ことは、人類の歴史においては普遍的なことではない。「病院に行くから病気になる」という冗談にも一理ある。▲そもそも、ほとんどの社会には、「健康」に相当する概念は存在しなかった。▲医学という文化体系は、ほとんどの人類社会に受容されてきたという意味において、特殊な文化体系である。

５．Illness, Sickness, Disease (田所)

・概念を定義して、それを用いて規定してテキストを読み解くという方法

６．事例の紹介（卯田）

７．参考

（2011 年度「医療人類学」講義の最終回の資料より）

医療人類学は、「自己」とは異なる文化をもつ「他者」の健康行動・医療行動を読み解くための考え方である。「自己」と異なる文化をもつ「他者」は、「自己」と異なる belief（信念）あるいは身体観をもっているために、その健康行動・医療行動は「自己」には理解しがたいことがある。「他者」の belief あるいは身体観に関心をもつことによって、その健康行動・医療行動を、よりよく理解することができるだろう。

なお、「自己」と「他者」を区分する境界線は、任意に定まるものである。その境界線は、たとえば、日本とパプアニューギニアを隔てる国境のこともあるし、「男」と「女」を区分する性のこともある。「20 代」と「40 代」を区分する世代も境界線になりうるだろう。どこに境界線を設定するかは、問題のコンテクストごとに、その有効性をもって評価されるべきである。

講義は、大きく次の３つのパートで構成された。
（１）第一部では、健康行動・医療行動の例として、「胃ろう」をとりあげた。「胃ろう」については、その適用の是非をめぐってさまざまな意見がだされているが、講義では「belief」という分析概念を想定することにより、問題の整理を試みた。
（２）第二部では、現代医学のものとは対照的な「身体観」を学習し、それが健康行動・医療行動に影響をおよぼすことを学んた。
（３）第三部では、「自文化中心主義」と「文化相対主義」という二つの考え方を対立的に紹介し、国連機関など、世界レベルで行われる意思決定には、「自己の評価」と「他者の評価」をそれぞれ整理することが有効なことを示した。

上記の考え方は、国際保健学など、「自己」と「他者」が必ず登場するような現場において、基本となる考え方である。南米で ORT が受け入れられないのはなぜか、なぜ安楽死にかかわる判断が国ごとに異なるのか、妊産婦検診の受診割合が国によって異なるのはなぜかなどは、医療人類学の考え方が有効に機能する問題であろう。一方で、「自己」と「他者」の境界線は、取り組む問題によって任意に設定できるものであり、他者の「行動」がその「信念」あるいは「身体観」に影響されているというモデルは、国際保健学以外の場面においても意味をもつ可能性がある。