

## 文化的能力

道信良子\*

Cultural Competence

Ryoko Michinobu

School of Health Sciences, Sapporo Medical University

Medical education curricula in the United States have undergone a large-scale change over the past 20 years. Within undergraduate medical education before clinical experience, students are now offered social and behavioral science education in addition to basic and clinical sciences. The social and behavioral sciences are increasingly appreciated as an integral part of medical training.

Today, the concept of cultural competence is gaining momentum within the medical school curricula, opening a new perspective in the training of future medical professionals. This article describes the concept of cultural competence, compares the ways the concept of culture is integrated into medical education in the United States and Japan, and discusses some issues regarding the promotion of cultural competence.

キーワード

文化的能力 cultural competence

医学教育 medical education

## I. はじめに

米国の医学教育ではこの20年間に大規模なカリキュラム改革が推し進められた。臨床実習開始前の学部カリキュラムには、基礎医学、臨床医学に加えて、自然科学、行動科学、人文社会科学などの広範な授業科目が設定された。将来の医師に求められる人間性、倫理性、コミュニケーション能力に関わる内容も充実した。さらに、問題立脚型学習 (PBL) チュートリアル<sup>1</sup>に代表される自己開発型学習において、加齢、人間発達、環境保健、終末期ケアなどの社会的話題に関する具体的事例が挙げられるようになった。そして、それらの具体的事例について複数の専門的視座を統合して考える能力を養うような試みも行われた。「良き臨床医」を育てるためになされたこれらの医学教育改革に、現在「文化的能力」という概念が導入され新たな地平を拓いている。

## II. 「文化的能力」とは

米国にはLiaison Committee on Medical Education (LCME) という国内の医学教育の基準を定める公的機関がある。LCMEが2003年9月にまとめた現行基準では、「文化的能力」に関する教育を次のように義務づけている。

The faculty and students must demonstrate an understanding of the manner in which people of diverse cultures and belief systems perceive health and illness and respond to various symptoms, diseases, and treatments. Medical students must learn to recognize and appropriately address gender and cultural biases in themselves and others, and in the process of health care delivery (LCME, 2004 : 2-3).

1 問題立脚型学習チュートリアルは、1969年にカナダのMcMaster University Medical Schoolで確立された。また、カナダにおいても、カリキュラム改革と併行して、基礎教育への人文社会科学の導入が推し進められた (MacLeod and McCullough 1994)。

民族的背景や言語が異なる人々から構成される多文化社会において、医療者は健康や病いの認識や求められる治療法が異文化間で異なっていることを理解し、自分とは異なる文化的背景をもった患者に対しても公平な医療を提供することが求められる。文化的能力とは、このような多様な文化的背景をもつ患者を理解し、その知識を医療の実践や態度や制度に反映させて、それにより質の高い医療を提供することのできる能力のことをいう (Cross et al., 1989, Davis, 1997)。具体的には、患者の思想や信仰や価値観の多様性を理解する力、その多様性が生み出す力学に対応する力、地域の文化的知識や文脈を理解しそれに適応する力の総称である (Cross et al., 1989)。また、医師個人がもつ文化的能力が最大限活かされるには、組織や制度にそれを支える理念と方針が備わっていることが必要である。この点で、文化的能力は組織的・制度的能力ともいえる。

1980年代に米国の医学教育に異文化間医学教育 (cross-cultural medical education) が初めて導入された時、異文化間医療 (cross-cultural medicine) において医師に求められる基本的な態度は患者の文化的多様性を容認すること、つまり「文化的感受性」を高めることであるといわれた。現在推進されている「文化的能力」は、医師個人や組織が適切に機能する能力であり、「文化的感受性」以上のものを要求する概念であるといえる (Ochoa et al., 2003)<sup>2</sup>。

### Ⅲ. 米国の医学教育と「文化」

近年の米国の医学教育における「文化」への関心の高まりは、人文社会科学が医学基礎教育科目にすでに導入されている中での変化である。1980～1990年代に、米国の医学教育機関は、基礎医学や生物学や医療技術における進歩に伴い増大し多様化する知識や技術を、医学生に効果的に教えるためのカリキュラムの開発を進めた。その最重要課題は、新しい知識や技術を人間的なヘルスケアに統合することであった (Good, 1995: 121-124)。そのためは、医療に関わる多様な知識や視点を統合し批判的に考える力を育成することが必要であった。医療を社会や文化の視点から理解する力は

2 Joseph Betancourt (2003) によると、異文化間医学教育は異文化理解の「態度」、「知識」、「技術」のそれぞれに主眼をおいた3つのアプローチに分類できるといふ。「文化的感受性」と「文化的能力」の違いはBetancourtがいうところの「態度」と「技術」の違いに相当する。

その典型的なものであった (MacLeod and McCullough, 1994)<sup>3</sup>。

現在、米国では医療人類学を含む社会医学教育のさらなる推進が医学教育改革の中心的課題の一つとなっている。これは、米国のInstitute of Medicine (IOM) による2002年3月の報告書において、国内のヘルスケアにおける民族的格差が明らかになり、医療制度や医療提供者に根本的な変化を迫る根拠が示されたからである (Miller, 2003)。この報告書は、上述のLCMEによる「文化的能力」の推進に見られるように、医学教育、医療政策、臨床に係る人々の「文化」への関心を高める契機となったと考えられる。現在、米国の医学部の多くは、異文化間医療をカリキュラムに正式に導入しており、文化的能力のある医師を生み出している (Miller, 2003)<sup>4</sup>。

#### IV. 日本の医学教育と「文化」

現在、日本の医学教育においても未曾有の改革が推し進められている。医学部入学者選抜の改善、医学教育モデル・コア・カリキュラムの作成、PBLチュートリアル、臨床実習開始前の共用試験、客観的臨床能力試験 (OSCE)、そして参加型臨床実習の導入が開始されるなど、その変化は著しい (山蔭・並木, 2003)。米国と同様に日本の医学教育においても、医学生の社会的、文化的、倫理的能力を高めることは最重要課題である。「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 (平成10-12年度、佐藤達夫委員長)」が試案を作成し、「医学・歯学の在り方に関する調査研究協力者会議」報告書に最終的に収録された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」には、医師としての素養に関わる基本的学習内容として、医の原則、医療における安全性への配慮と危機管理、コミュニケーションとチーム医療、課題探求・解決と論理的思考があげられている。これら基本的事項は、医師となるために必要な知識や技能に加えて高い人間性と倫理観を養うことを目的として考えられたものである。この基本事項は共用試験の対象としても位置づけられており、医学生が診療に参加するために最低限必要な知識とされている (山蔭・並木, 2003)。

米国の医学教育制度をモデルとしてきた日本の医学教育は、その改革においても米

---

3 この流れの中で、1980年にHarvard Medical Schoolは社会医学部を新設するという先駆的な取り組みを行っている。

4 また、LCMEの現行基準では、人文社会科学を含む広範囲にわたる教育を受けていることを医学部で学ぶ必要条件 (premedical requirements) としている (LCME 2004: 4)。

国と同じ方向性を向いている。しかし米国の医学教育改革と異なる点は、医療の社会的文化的側面に関わる教育が米国ほど重視されていないことである。日本では医療の社会的文化的側面の教育は衛生学や公衆衛生学などの社会医学系講座がそれを担っていた。これらの講座も大学教育改革の中で統合再編されたり、現地でのフィールドワークに基づく調査研究も減少したりしている（藤崎，2003）。また、現在のモデル・コア・カリキュラムに医師としての素養に関わる学習内容が提示され、それにより医学生の社会的、文化的、倫理的能力を高めることが目標に掲げられているとしても、それは医療倫理やコミュニケーション技術の習得として捉えられているところに限界がある。これらは、患者「個人」に適切に対応するための能力・技術であり（星野，2003）、患者の考えや行動を支える文化的価値観、信念、慣習や、患者の社会的地位に関わる社会階層やジェンダーの制度にまで学びの対象を深めるものではない。米国のように医者が民族的に多様な患者に接するケースが少ないことは、日本の医学における「文化」に対する関心の低さの要因であろう。日本の医学教育改革が米国と同じ流れの中に位置しながらも、このような「文化」への関心の低さは「文化的能力」を推進する米国の改革と大きく異なる点である。

## V. 「文化的能力」推進の課題

「文化的能力」は、医師が文化的背景の異なる患者を理解し公平な医療を提供することを追求した結果生まれた概念である。よりよい医師患者関係とは何かを考えた結果自然に派生した概念といえる。このような患者中心の医療を促す「文化的能力」の教育は今後一層推進されるべきものである。しかしながら、「文化的能力」が患者とのコミュニケーションにおいて求められる能力という臨床実践の技術として限定されて用いられる時、「文化的能力」に本来期待されるべき広い能力、たとえば医療組織や制度や社会全体における不平等・不正義を見抜く能力は育たない。また、「患者中心医療」という文脈で「文化的能力」が推進された結果、患者の文化的他者性が強調され、医療を提供する側の偏見や社会の不平等について内省的に考える精神を鈍らせてしまうこともある（Miller, 2003）。「文化」概念を中心にする異文化間教育の限界の一つは、これらの患者の文化的背景に還元されて論じることのできない医療の社会的領域といえる部分が看過されることである（Alexander et al., 2002）。すべての人に公平な医療を実現するには患者の背景や経験を明らかにするだけでなく、医療政

策や臨床現場における医療の「公平性」とそれを支える論理とを十分に検証しなければならない (Butt, 2002)。

「文化的能力」の基本は患者の多様な文化的背景に優劣をつけないことであり、これは文化的相対主義のものの見方である。他方、医療には健康や治療を普遍的な人権の文脈で捉える見方がある。健康で良好な状態を保つ権利は基本的人権の一部であり、民族・階級・ジェンダーに関わらずすべての人々は公平な医療を受ける権利があるというものである。この二つの見方は相克するために、文化的能力の推進は次のような課題を生む。医師は文化的背景を異にする患者に対しても「同じ」医療を提供することを求められると同時に、その文化的背景の違いに応じた「異なる」医療を提供することも求められる (Miller, 2003)。医師や医学生がこのような矛盾を抱えることになるとしても、「文化的能力」の教育が欠かせないのは、それが文化や文脈に応じた平等性・公平性に接近することを可能にするからではないだろうか。これは普遍的な人権の思想では到達し得ない。このように文化の異なる患者の立場からの平等で公平な医療を実現するには、医師が健康や病気や治療の多元性を理解し行動することのできる環境が整えられ、社会がそれを組織的・制度的に支持することも必要である。「文化的能力」に関わるこれらの課題は、医学教育に携わる文化人類学者が抱える課題でもある。

## 付記

本稿は、2003年11月に北海道大学で開催されたワークショップ「医学・医療系教育における医療人類学の可能性」において行われたElizabeth Miller氏の講演と、2004年6月に日本赤十字看護大学で行われた第19回日本保健医療行動科学会学術大会におけるByron Good氏の講演に啓発されて書かれたものである。Good氏はHarvard Medical Schoolにおける医学教育改革に医療人類学の専門家として取り組み、Mary-Jo Good氏とともに1986年に導入された新カリキュラムNew Pathwayコースの開発に尽力された。Miller氏はこの新カリキュラムで学ばれ、2000年からは同大学で医療人類学の教鞭をとっている。

## 文献

- 1) Betancourt, J. (2003) : Cross-cultural Medical Education : Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation. *Academic Medicine*, 78 ( 6 ), 560-569.

- 2) Butt, L. (2002) : The Suffering Stranger : Medical Anthropology and International Morality. *Medical Anthropology*, 21 ( 1 ), 1-24.
- 3) Cross, T, Bazron, B, Dannis, K, & Issacs, M. (1989) : Towards a Culturally Competent System of Care, Volume I. Washington, D.C. : Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.
- 4) Davis, K. (1997) : Exploring the Intersection between Cultural Competency and Managed Behavioral Health Care Policy : Implications for State and County Mental Health Agencies. Alexandria : National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- 5) Good, M. (1998) : American Medicine : The Quest for Competence. Berkeley : University of California Press.
- 6) Green, A, Betancourt, J, Carrillo E. (2002) : Integrating Social Factors into Cross-cultural Medical Education. *Academic Medicine*, 77 ( 3 ), 193-197.
- 7) Miller, E. (2003) : Teaching 'Cultural Competence' in Medical Education : A Challenge for Medical Anthropology. ワークショップ 「医学・医療系教育における医療人類学の可能性」. 医療人類学ワーキンググループ, pp. 1-13.
- 8) Liaison Committee on Medical Education (2004) : Functions and Structure of a Medical School : Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M. D. Degree, June 2004.
- 9) MacLeod SM, McCullough HN. (1994) : Social Science Education as Component of Medical Training. *Social Science & Medicine*, 39 ( 9 ), 1367-1373.
- 10) Ochoa KC, Evans MA, Kaiser SA (2003) : Negotiation Care : The Teaching and Practice of Cultural Competence in Medical School. A Student Perspective. *Med Educ Online* (<http://www.med-ed-online.org>).
- 11) 藤崎和彦 (2003) : 変動する現代の医学教育における医療人類学の可能性. ワークショップ 医学・医療系教育における医療人類学の可能性. 医療人類学ワーキンググループ, pp.77-80.
- 12) 山蔭道明, 並木昭義 (2003) : 最近の医学教育の変遷と動向. *札幌医学雑誌*, 72 ( 3-6 ), 37-48.