

グローバルヘルス合同大会

2017

11月24日(金)  
～11月26日(日)

第58回日本熱帯医学会大会  
第32回国際保健医療学会学術大会  
第21回日本渡航医学会学術集会

会場: 東京大学本郷キャンパス

シンポジウム国7 (国際協力分野)

# 「病いと健やかさの多様性」

2017年11月25日 (土) 13:30-15:30

工藤由美(国立民族学博物館)

◆ 民族医療と代替医療のあいだ—チリの先住民マプーチェ医療を例に

岩佐光広(高知大学)

◆ ラオスにおける産後の食物規制と女性の「知識」

磯野真穂(国際医療福祉大学)

◆ 「脈」をめぐる医師と患者のすれ違い—循環器疾患のフィールドワークをめぐる

久住英二(医療法人社団鉄医会ナビタスクリニック立川)

◆ なぜ日本では反HPVワクチン運動が盛んなのか

西 真如(京都大学 / 多文化医療研究所)

◆ アフリカのHIVパンデミックと治療のシチズンシップ

【座長】

神作 麗(多文化医療研究所 / 順天堂大学医学部)

第3回多文化医療研究会は、グローバルヘルス合同大会 2017 シンポジウムとして開催します

南米でアジアでアフリカで  
そして日本の診察室で日本の社会で  
ひとびとが抱える心身の問題と  
どのように向かい合うのか  
医療人類学者と臨床医とともに考えます

第4会場

1号館講堂 NC309



入会  
随時  
受付中!

一般社団  
法人

多文化医療研究所

<http://culturalhealth.org/>

<https://www.facebook.com/culturalhealth/>

## 企画要旨

今日、医師は様々なガイドラインや医学教育の中で身に着けた知識に基づいて診断を下す。患者の訴え（subject）や検査結果などの客観的指標（object）にもとづいて疾患が“認定”され、治療や社会保障の対象となる。そこでは客観的な診断と治療の技術が、今まで以上に求められているように思われる。

一方で、人類の歴史が始まって以来、患者の訴えと、治療者を含む患者を取り巻く人々の叡智の積み重ねによって、今日の治療や診断が形作られてきたことを忘れてはならない。患者の言葉を聞かずに、医療は成り立たない。グローバル化する医療の現場において、患者は自らの置かれた状況を、どれほど医療者に伝えられているだろうか。複雑化する現代社会の中で、医療者は患者の苦悩と希望とを、どのようにして汲み取れば良いのだろうか。

本シンポジウムでは、「病いと病むことの多様性」をキーワードにして、様々な国や地域において、異なる文化的背景の中で、患者と医療者との対話を進める可能性について考えた

# 第3回 多文化医療研究会 プログラム

グローバルヘルス合同大会 2017 シンポジウム 国7 (国際協力7)

テーマ: 病いと健やかさの多様性

日時: 2017年11月25日(土) 13:30-15:30

場所: 第4会場 (東京大学医学部 1号館 3階講堂 NC 309)

	座長	神作麗 (一般社団法人多文化医療研究所 / 順天堂大学医学部)
13:30-13:50	演題1	民族医療と代替医療のあいだ——チリの先住民マプーチェ医療を例に
	演者	工藤 由美 (国立民族学博物館)
13:50-14:10	演題2	ラオスにおける産後の食物規制と女性の「知識」
	演者	岩佐 光広 (高知大学)
14:10-14:30	演題3	「脈」をめぐる医師と患者のすれ違い ——循環器疾患のフィールドワークをめぐる
	演者	磯野真穂 (国際医療福祉大学大学院) 上田みどり (公益財団法人日本心臓血圧研究振興会神原記念クリニック)
14:30-14:50	演題4	なぜ日本では反HPVワクチン運動が盛んなのか
	演者	久住 英二 (医療法人社団鉄医会 ナビタスクリニック立川)
14:50-15:10	演題5	アフリカのHIVパンデミックと治療のシズンシップ
	演者	西 真如 (京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科)
15:10-15:30	質疑応答	
15:45-16:15	社員総会	(一般社団法人 多文化医療研究所社員 および 事前にご連絡いただいた方のみ参加できます)

東京大学学内案内図 グローバルヘルス合同大会 2017



# 民族医療と代替医療のあいだ：チリの先住民マプーチェ医療を例に

## *Mapuche medicine as an alternative medicine: a case in Santiago, Chile*

○工藤 由美

国立民族学博物館

先進国では代替補完医療が、途上国では民族伝統医療（以下、民族医療）がより多く利用されているという違いはあるものの、病気の予防・治療・回復のために、西洋医療だけでなく土着や外来の様々な医療実践が利用される状況は世界共通である。南米チリでは、国民の70%以上が民族医療を利用した経験があるという PAHO の調査報告もある。

チリでは、2003 年から先住民のための保健医療政策の一環として、先住民マプーチェの民族医療（以下、マプーチェ医療）が公的医療の枠内で提供され始めた。当初は、先住民による先住民のための医療として提供が始まったが、年々の受診患者数増大とともに非先住民患者も増加し、2017 年現在、首都圏でマプーチェ医療を受診する患者の約 80% が非先住民患者という状況に至っている。

本発表では、現在首都圏で実施されているマプーチェ医療の実際を紹介し、マプーチェ患者の語りと非先住民患者の語りの比較から、マプーチェ医療が非先住民患者に選択される理由を検討する。

現在実施されているマプーチェ医療では、伝統的治療者マチが診断と薬草の処方を行い、薬草師ラウエントゥチェフェが薬草の煎じ薬を提供する。マチは、診断に先立って患者に氏名、生年月日、既往手術の有無などいくつかの質問をするが、症状等については一切質問することなく診断に入る。診断の内容は、患者の現在の状態とそうなるに至った原因についてである。マプーチェ医療で「健康」に相当する概念は「クメ・モゲン (kume monguen)」といい、良い人生、良い生き方といった意味を持つ。マチは診断を終えると、患者がこの「クメ・モゲン」に戻る、つまり、健康を回復するための生活上の指針を助言し、現状を緩和してくれる薬草を処方する。

マプーチェ医療を受診したマプーチェ患者たちの語りには、祖先たちが遺してくれた叡智への感動、マプーチェであることへの誇り、自信回復、自己肯定感などが目立ち、マプーチェ医療が彼らのマプーチェ性を確認し、強化してくれるものであることが見て取れる。これに対して、非先住民患者の語りには、誰にも語ったことのない過去を言い当てられたことへの驚きや、語らなくとも自分の状況が理解されたことへの安堵、マチの説明や助言のわかりやすさなどと同時に、自然由来の薬草を使うマプーチェ医療への信頼がしばしば現れる。それは一面では、彼らが専門用語過多の医師の説明に辟易し、西洋医薬の副作用に悩んできたことの裏返しとも見ることができるが、もう一方では、それは「クメ・モゲン」という概念に基づく実践の当然の帰結ともいえる。

発表では、具体的な事例を提示しつつ、より詳細に検討する予定である。

## ラオスにおける産後の食物規制と女性の「知識」

### *Women's "Knowledge" on Food Restriction during Postpartum Period in Laos*

○岩佐 光広

高知大学

本発表では、ラオス人民民主共和国（以下ラオスと省略）におけるフィールドワークの知見をもとに、出産後の女性が実践している食物規制に関する「知識」の多様で可変的な性格について論じる。

ラオスでは、女性の産後の肥立ちを良くするための産後養生が、民族や地域を超えて広く行われている。一般に「ユーフアイ」あるいは「ユークム」と総称されるその実践は、出産後の一定期間、火のそばで身体を温めることを中心に、薬湯の飲用や湯浴み、日常活動や性交渉の制限などの複数の実践を組み合わせて行われる。産後の食物規制もその一環として行われる。主食となるコメと塩以外の副食品全般がその規制の対象となり、その規制に抵触するものを食べると産後の女性に特有の不調（腹痛や性器からの出血など）を引き起し、場合によっては死に至るとされる。

この産後の食物規制の実践は、しばしば「変わることなく継承されてきた慣習」とみなされてきたが、ラオスの女性たちが語る内容を丁寧に整理・分析してみると、彼女たちの知識は多様性を持ち、かつ可変的なものであることがわかる。規制の対象となる食物の組合せや規制の期間についての彼女たちの知識には個人差があり、かつ同じ女性でも食物規制の経験を重ねるなかで変化も生じている。その背景には、各女性の身体は個別の特徴をもっており、かつその特徴は自分でも事前に把握しきれないという身体観がある。それを前提としてラオスの女性たちは、食べてもよいはずの食物を食べて予期せず不調をきたすといった「予期せぬ失敗」も含む個別具体的な経験を重ねながら、自らの身体の個別的な特徴についての知識を蓄積・修正し、それをもとに自身の個別の身体に対応した「経験的に適切な知識」を主体的に構築している。結果として、ラオスの女性たちの産後の食物規制に関する「知識」は、ある程度の共通性を持ちながらも、多様性と可変性という性格を帯びたものとなるのである。

母子保健などの保健医療の分野においては、ラオスの女性が産後の食物規制を続けているのは、栄養や健康についての「適切な知識」が不足・欠如しているためであるとし、妊産婦に対して包括的で継続的な健康・栄養教育の実施が必要であると繰り返し指摘されてきた。ここでいう「適切な知識」とは、女性の身体一般に適用できる「科学的に適切な知識」である。だが、そうした一般化された知識を提供するだけだけでは、期待したほどの効果は得られないだろう。上述したラオスの女性たちが有する知識の性格を踏まえるならば、重要となるのは、一般化され体系化された「科学的に適切な知識」だけでなく、彼女たちの個別具体的な「経験的に適切な知識」の重要性を認め、両者を接合させる取組みをいかに構想するかということなのである。



「脈」をめぐる医師と患者のすれ違い  
—循環器疾患のフィールドワークをめぐる—  
*The meanings of pulse in the eyes of doctors and patients:  
A qualitative exploration of clinical consultations in cardiovascular diseases*

○磯野真穂<sup>1</sup>、上田みどり<sup>2</sup>

国際医療福祉大学大学院<sup>1</sup>、公益財団法人日本心臓血管研究振興会榊原記念クリニック<sup>2</sup>

【目的と背景】心房細動は脳梗塞のリスク因子であるため、抗血栓療法を中心とした慎重な対応が求められる。2011年の直接経口抗凝固薬の国内解禁に伴い、心房細動の抗血栓療法をめぐる状況は大きく変化し、また新たなエビデンスも蓄積されている。しかしその一方で、実際の診察室でどのような対話が医師と患者の間で展開されているかについては、国内外においてほとんど調査がなされていない。心房細動が慢性化すると半永久的に治療を続けねばならない疾患であることを踏まえると、心房細動患者がどのように自らの病気を理解し、その病気について医師にどのように語りかけるかを把握すること、またその際に医師と患者の間にコミュニケーションの齟齬が起っていないかを分析することは、本疾患の臨床を円滑に進める上で重要な知見をもたらすことが推測される。したがって本研究は、心房細動の診察のフィールドワークに基づき、心房細動の診察における医師と患者のコミュニケーションのあり方を「脈」というキーワードに着目し分析した。

【方法】2011年から2016年まで、都内の循環器専門病院において診察の参与観察を実施した。発表者は調査期間中で256名の患者の診察を陪席した。この256名のうち心房細動の診断を受けている患者は75名であった。この75名から「特に変わりません」といった受け答えをするのみで、自らの心房細動について診察室の何も語らなかった46名を分析の対象から除外した。その結果、本研究の分析対象患者は、自身の心房細動に関する症状等を具体的に発言した、男性22名(平均年齢:71.9±9.5歳)、女性12名(平均年齢:70.1±9.4歳)の合計34名(平均年齢:70.7±9.0歳)となった。本研究はこの75名の患者が医師とどのようなやりとりをするかを診察中に発せられる「脈」という言葉に着目し分析をした。分析においては質的研究解析ソフトのNvivoを用いワードクラウドを作成し、患者と医師の脈に対する理解を分析した。

【結果】同じ「脈」という言葉を使っているながらも、医師の使う脈と患者の使う脈には意味の違いがあり、そこでコミュニケーションミスが起っている可能性が示唆された。

【考察】「脈」をとりまく医師と患者の意味づけの差異は患者の医学的知識の不足から来るのではなく、心房細動という病気が患者の日常世界に置かれた際に、病気の意味合いそのものが変容することから生じている。医師と患者それぞれはこの意味づけの違いがどのような理由で生じるのかをお互いに把握し、診察に臨む必要がある。

【結論】心房細動について医師と患者が診察室で発する「脈」には、医師と患者が置かれた文脈の違いから生じる意味付けの差異が生じている。

# なぜ日本では反 HPV ワクチン運動が盛んなのか *Anti-vaccine movement in post-truth era.*

○久住 英二

医療法人社団鉄医会 ナビタスクリニック立川

アブストラクト.....

ワクチンは、人類を感染症やがんから救ってきた。麻疹含有ワクチン接種率は世界全体で 80 % を超え、多くの国で接種率向上の取り組みがなされている。一方、ワクチンに反対する人はおり、英国のウェークフィールド氏が、MMR ワクチンは自閉症の原因であるとの論文を捏造、1998 年に高名な医学雑誌 lancet に掲載された。その影響で、欧州を中心に MMR ワクチン接種率は大きく低下した。最終的に論文は取り下げられ、ウェークフィールド氏は医師免許を剥奪されたが、まだ影響が残っている。人間は、不安や恐怖に強く反応し、不合理な行動をする心理学的特性がある。自閉症とワクチンとを結びつけることで、「自らの子供が、よく分からない病気にかかる」という、親が最も強い不安や恐怖をいまく条件を満たし、ワクチンへの強い恐怖感を植え付けることに成功した。

近年は、情報が氾濫する現代の社会状況を反映したワクチン忌避が生じている。2015 年におきたカリフォルニア州での麻疹流行は、親が高等教育を受けている家庭の子が接種を忌避することで起きた。高い知性を持つ親が、さまざまな情報を集めた上で、麻疹ワクチンを受けないという選択をしたのが原因だ。所属する集団の麻疹ワクチン接種率が高い状況では、ワクチンを接種せずとも感染する率は低く、副反応を避ける合理的な行動だ。しかし集団の接種率が下がると流行が起き、感染する。合成の誤謬だ。

知性をもつ人が誤った選択をするのはなぜか？矛盾するようだが、これこそが反知性主義である。専門家の見解に耳を貸さず、自分なりに情報を集めて判断するという行動様式をとる。ソーシャルメディアで情報収集をすると、自分にとって都合のよい情報だけが集まるため、科学的正しさと乖離した、独りよがりな判断に結びつくのだ。

日本では、HPV ワクチン反対運動が盛んだ。自称ワクチン被害者の親たちは、心因性非てんかん性発作の動画を Youtube などに上げ、人々に恐怖感を刷り込むことに成功している。某国の大統領さながら、某市議会議員は虚偽の情報を流布している。自らの意見に合わない医療者をツイッター上で匿名アカウントから人格攻撃し、新聞記者では会社や広告主に苦情の電話をかけるなど迷惑行動を繰り返して、萎縮させるよう仕向けている。このような反ワクチン運動は、日本以外の国では成功していない。なぜならば、科学に基づいたワクチン行政をしているからだ。

厚生労働省は、ワクチンが危険だとする科学的根拠を欠いたまま、ワクチンの積極的勧奨を中止した。そのこと自体が、やはりワクチンが危険なのかもしれない、という疑念を国民に広げた。かつて日本脳炎ワクチン接種後に急性散在性脳脊髄炎の報告が続いたため、新製法のワクチンが発売されるまでという期限付きで積極的接種勧奨を中断した。それ以来、厚生労働省はとりあえず積極的接種勧奨を止めることを安易に行うようになった。どのような判断によるものか分からないが、議論や決定のプロセスを透明化し、あくまで科学的データに基づき施策を決定するという原則に立ち返るべきだ。

.....End

# アフリカの HIV パンデミックと治療のシチズンシップ

## *HIV pandemic and therapeutic citizenship in Africa*

○西 真如

京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科

アフリカでは現在、2,400万人の HIV 陽性者が生活していると推定される。アフリカにおける抗 HIV 薬の普及は、HIV 陽性者の余命を大幅に伸ばさせただけでなく、HIV パンデミックの早期収束につながる公衆衛生上の重要な知見を私たちの世界にもたらした。しかし抗 HIV 治療の普及にもかかわらず、HIV 陽性者のなかには生活の再建が依然として困難な者も多い。本報告で検討するのは、普遍的治療(universal treatment)の実現を掲げる HIV 戦略のもとで、アフリカで生活する HIV 陽性者の病いの苦しみに対する無関心が再来しているのはなぜかという問いである。

抗 HIV 薬が普及する以前のアフリカにおける HIV 対策は、往々にしてエイズによる死の恐怖を人々に植えつけたり、HIV 感染を（性的逸脱をはじめとする）不道徳と結びつけることによって、感染の拡大を阻止しようとした。だがこのような手法は、実際には HIV 流行の拡大に歯止めをかけられなかった上に、人々がエイズについて語ることを困難にした。アフリカの多くの場所で、人々はエイズについて沈黙し無関心を装うようになったのである。

この状況は、今世紀に入って大きく変わった。抗 HIV 薬の普及が始まると、これまで自らの存在を隠し、ただ死を待つ存在だと思われていた人々が、抗 HIV 薬へのアクセスを要求する運動に参加するようになった。そして多くの HIV 陽性者が実際に治療を受け、自らの生活の再建を目指すようになったのである。抗 HIV 治療のグローバルな展開は同時に、これまでにない知識の蓄積を私たちの世界にもたらした。アフリカを含む各国から得られた介入のエビデンスは現在、「予防としての治療」戦略として結実している。これは普遍的治療のモデル、つまり HIV 感染のリスクがある全ての人口に対して HIV 検査を実施し、感染が判明した者には即時に抗 HIV 薬の投与を開始することによって、HIV 流行を短期間で収束させるという介入のモデルにもとづく手法である。この戦略は、HIV パンデミックの早期収束という公衆衛生上の要請と、アフリカをはじめとする低所得国の HIV 陽性者の治療の権利を保障するという社会正義上の要請とに同時に応えようとする点で画期的なものである。

ところが現在のアフリカでは、HIV 陽性者の病いの苦しみに対する無関心が再来しているように思われる。アフリカの HIV 陽性者の中には、治療によって生活の再建を成し遂げた者も多い一方で、社会的な孤立や経済的な困窮、そして（結核や癌、うつ症状などの）併存疾患のために、極端な苦しみを経験し続ける者もいる。にもかかわらず現在の HIV 政策は、抗 HIV 薬を受け取っている HIV 陽性者は「健康」であるという前提でデザインされる傾向が強まっている。結果として、彼らが実際に直面している問題に対処することがますます困難になっているのである。