

| | |
|--------------------------|----|
| 序論 生物学と社会医学 | 1 |
| 医療の定義をめぐる問題 | 1 |
| 生物学 V. S. 社会医学 | 3 |
| 第一章 新しい科学・医療人類学 | 5 |
| 医療人類学とは | 5 |
| 医療人類学の諸分野 I -伝統的な分類 | 6 |
| 医療人類学の諸分野 I I -新しい研究の可能性 | 8 |
| (一) 理論的-生物医学的研究 | 9 |
| (二) 理論的-社会文化的研究 | 14 |
| (三) 応用的-社会文化的研究 | 21 |
| (四) 応用的-生物医学的研究 | 26 |
| (五) 様々な領域にわたる研究 | 31 |
| 第二章 医療人類学における実践的課題 | 34 |
| 文献的研究 | 34 |
| 論文のスタイル-ある疾病の記録 | 35 |
| 現地調査 | 40 |
| (一) 疫学と人類学 | 40 |
| (二) 民族誌的方法 | 42 |
| (三) 資料収集のガイドライン | 46 |
| 実践研究 | 52 |
| 実践研究の場としての臨床医療 | 52 |
| アクションリサーチ | 55 |
| 注釈 (序論) | 57 |
| (第一章) | 57 |
| (第二章) | 63 |

□序論 生物医学（バイオメディスン）と社会医学

医療の定義をめぐる問題

世間に流布している医療や医学（英語では medicine の一語で表される）(1) の叙述のほとんどは<健康>の定義からその記述を始める。生物学、病理学、薬理学、統計学、社会学などいろいろな見地から<正常>と<異常>が定義され、その総合的な判断から健康が定義されるに至る。しかし私はここで健康の定義をおこなうことはしない。それは医療人類学が健康を定義することができないという意味ではない。本書の目的は<健康とはなにか>について探求するきっかけを読者に与えることである。そしてそのきっかけとは医療人類学への招待である。いみじくも「人類学とは人間とはなにかについて研究する学問である」というように、医療人類学とは「健康とはなにかについて探求する学問である」ということができる。しかし医療人類学は概念を規定し操作することに終始する学問ではない。そうではなくて人間の<医療>に関する諸現象を世界で起こっている様々な具体例に沿いながら検討するのである。

もっとも<医療とはなにか>ということが、ちょうど健康を論じる際に問題になるように、人々によって微妙に異なっていたら、およそ議論というものは空転してしまい、実りのあるものとはいえなくなるだろう。我々が日常的に理解している医療という言葉は一体どのような内容を指しているのだろうか。最初から少々込み入った話になるが、我々は賛否両論を対立させるスコラ哲学的(!)アプローチをとり<医療>という実体と概念について簡単に問題を整理してみよう。

医療人類学で取り扱う領域について様々な研究領域の人々と議論を行なうと、どこかで医療という言葉のイメージに微妙な差異があることに気づかされる。とくに伝統的医学を研究している人と近代医学の最前線で活躍している人における差は著しく、時にはまったく異なるものを相手にしているような印象すら受ける。ただ両者の間には違いこそあれ、医療の概念が社会的実体として存在していると仮定して議論されているようである。しかしその二つの立場を眺めるもうひとつの見方—ここでは二つの意見を等しく見るという意味で<相対的な視点>と呼ぼう—がある。そこで我々はまず、(a) <医療>というものが実在していることを前提として考え

る立場—多くの医療従事者はそのように考えているだろう—と、(b) 先験的なく医療>の存在を疑い、この概念を経験的に定義、あるいは再考つまり再定義することを強調する立場、に大きく二つに分けてみよう。「 」内はそれぞれの主張である。

(a) <医療>の存在論

これは医療という概念は<もの>に先行し存在していると主張する立場である。つまり「医療というものは人間の社会生活がある限りどこにでもあるものなのである。」これはその領域の画定をめぐる次のような意見にさらに分かれる。

a. 1 医療は世界中どこにおいても同じであり、共通の指標で把握できるとする主張。「ここでいう医療は科学的医療が主張しているものであり、伝統医療の多くは真の医療とはいい切れない部分が相当ある。」

a. 2 医療を与えられている文化の文脈の中でとらえる。文化に特異的に医療が現われると想定しているが、医療の存在は疑わない。たとえば、「米国の Medicine と日本の医療では、その語が指し示すイメージや お互いの対象領域が異なっているが、その理由は、両国の学問的な専門職の成立、政策、社会経済学的、ならびに歴史的視点等から説明される」という主張がある。

(b) <医療>の唯名論

<もの>だけが存在し、概念はそのための単なる名称にしかすぎないという立場である。我々が用いている概念はそれを名付けるためのものであり、概念は<もの>に先行しない。「医療という名称は我々の経験や抽象操作を通して理解されるレッテルにしかすぎない。」それゆえに議論を明確にするためには抽象的な医療の定義を放棄するか、あるいはその定義に懐疑的な態度をとらざるを得ないという。これもまた二つに分けられる。

b. 1 <医療>を専門職（プロフェッション）が行なう営為であると定義し、その枠内で議論する。「このような定義が必要なのは医療の語義にまつわる曖昧な含みを排除し、限られた範囲で明確に議論することをめざすため

ある。なぜなら医療の定義を曖昧にすると、何でも医療と という概念で包摂
できることになり、議論における曖昧さを増大させる からである。」

b. 2 普遍的なく医療>というものについての合意はないばかりか、そ
の根拠すら疑わしいとする見方。しかしながらその概念の比較研究の 可能
性は否定しない。「もしそれ(定義)を行ないたいのならば、そ れは緩やか
な意味で定義しなければならない。そのときの<医療>は 我々が考えてい
るものよりもより幅の広いパースペクティブでとらえ なければならない。」

医療の定義それ自体は医療人類学の領域、射程、方法を規定する上で大変重要な
ものになるが、ここで筆者は a. 2 や b. 2 の立場を合わせた態度をとり、「医療と
いう概念は我々がある<もの>に対して付けたレッテルにすぎないが、最大公約数
的に共通点があることも否定できない」という視点から出発する。この問題は医療
民族誌の説明の部分で再び議論される。ここで重要なのは何気なく使っている医療
という言葉にも様々な把握のしかたがあるということである。

生物医学 V.S. 社会医学

まず現代医療を理解するために単純ではあるが肝要と思われる、生物医学と社会
医学の二分法について解説しておこう。ここで強調したいのは、双方の医学が明確
に区分できる体系であるということではない。また現実の現代医療は専門職が支配
権を握り自律性をもっているからといって、それが社会からまったく独立して機能
しているわけではない。むしろ現代社会の文化的意味や価値観の影響を受け、逆方
向にも現代社会のイデオロギーを支えるための補完的な役割を果たしていることは
多くの論者が指摘しているとおりでである。そういう立場を支持すると「現代医学は
徹頭徹尾社会医学である」(2)と主張したくなるが、一体どのように社会的なのか、
一般の人々には依然不明のままである。そのためにひとつの単純化、いわゆるモデ
ル化を試みよう。

生物医学とは、自然科学的な方法論を背景に生まれた医学とされている。原語か
らバイオメディスン (biomedicine) と呼ばれたり、臨床生体医学と訳される場合も
ある。現代医学の実践と教育に採用されており、大学の医学部や研究のための病院

は、生物医学の理論を生産する象徴的な場になっている。生物医学の方法は現代の中心的な規範科学である物理学、化学、そして生物学などに裏付けられており、分析的という特徴がある。つまり患者の体内で起こることは様々な物理化学的な反応の連鎖であり、それらの連鎖はある理想的な環境を設定すると試験管の中でも再現できるとされる。臨床における個々人の差異は様々な要因が重なった「雑音」と理解され、実際には同じことが生物体内で起こっていると考えられる。つまり私の病気の原因があなたのもと同じだと判断されたときは、原則的にあなたと私には同じ治療が選択されるのである。なぜなら人体は同じ化学反応を引き起こす器であるからだ。現代科学の普遍的共通性を、人体を取り扱う際にも適用させるのである。このような説明は少しまわりくどいかもしれないが、要は現代医学の基本的原則が生物医学を中心に展開しているということである。

このような生物医学の歴史的な起源は一七世紀に活躍したルネ・デカルト (L. Descartes) に遡るとされている。彼の功績は、(一) 身体はひとつの機械であるとみなしたことと、(二) 一般に「二元論」と呼ばれるように心と身体を区分したことであるといわれている。つまり現代の科学的なものの見方に根拠を与えた最初の人とみなされているのである。とはいえハーヴェイ (W. Harvey) に影響を受けた彼の身体機械は、<動物精気 esprits animaux>という現代からみれば存在が否定されているエネルギーのようなもので動かされており、それが心身の二元性の主張と密接に結びついていた (3)。デカルトが実際に近代科学の推進に十全な役割を果たしたどうかは別にして、医学における生物医学の思想性を論じる際には、必ずといっていいほどデカルトが機械論的還元主義の祖として引用され、生物医学の<象徴>となっている (4)。

医学史に造詣の深い人には、社会医学 (social medicine) の概念はすでに一八世紀後半に生まれており特に新しさを強調するような代物ではないと思われよう。この古典的な社会医学は、健康に対する国家の責任や、国家という身体の不調にたいする処方という視点のもとで生じた概念である。そしてそれは「内的な医学 (internal medicine)」の対概念として考えられており、疾病統計を駆使する科学性を強調した。ここで強調されているのは、この社会医学は生物医学の対立として捉えられているのではなくて、むしろそれを補強し拡大させていくものとして考えられていたということである。P. フランク (J. P. Frank) は国家機構における厚生

省に相当する部門を「医療警察」（ドイツ語で Medizinalpolizei）と規定し、多数の記念碑的著作を世に送ったが、まさにそれを担う理念として社会医学があったのである。また米国においてもこのような文脈の延長上に社会医学を位置づけようとした試みがあり、公衆衛生学や医療社会学として具現化した。社会医学というコンセンサスは形成されなかった（5）。

しかしここで筆者が説明したいのは、生物医学に対峙する意味での社会医学（sociomedicine）である。現代では、生物医学の無規定的な発展が病気を病人から切り放し、病気の治療に専念するというシステムに対する批判と、生物医学が疾病の社会的な起源についてなんら分析する視点をもち得ないという指摘がある。しかしそれは生物医学がそれらに対処してこなかったというよりも、むしろそのようなことを圏外に置くことによって内的な理論を拡大させ、洗練した体系を造り上げてきた歴史的所産なのである。そしてそのことは病人が社会という環境の中で生きている存在であることを無視する結果になった。医療は病人と治療者の関係だけでなく、広くそれらが属している文化の社会的な現象であると指摘することは本書の目的でもあるが、そのような研究の全てを社会医学と考えたい。このような社会医学の概念は生物医学概念が科学性に強固に裏づけられている現在では、ますますその重要性を指摘する意味があるといえよう。

この生物医学と社会医学の二分法には、（ア）医療の多様な側面を二つに分割して考えることによる議論の明確化と、（イ）社会医学の復権のための社会医学の縄張りの主張と生物医学に対する明確な学問的区分、という意義がある。今世紀以降の医学の主潮流は現在に至るまで生物医学によって占められているが、その構造的な不備は常に指摘されてきた。本書で扱う米国において発展した医療人類学（6）の登場も、そのような背景を抜きにしては考えることができないと思えるからである。

第一章 新しい科学・医療人類学

医療人類学とは

医療人類学をひとことで定義すると「医療や医学に関する現象を人類学の方法論

や理論的枠組みを用いて分析し、応用に役立てようとする諸分野」(1) となろう。用語としての医療人類学は英語の Medical anthropology の訳語として一九七三年日本で登場し、その後「医人類学」「医学人類学」「病気と治療の文化人類学」(2) などと紹介されてきた。波平恵美子は本邦におけるこの分野の先駆的な研究を行い現在まで指導的な立場にいるが、medical の訳語として「医療」を当てることに疑問を示している。つまり medical という言語が指し示す意味の範囲は日本語の「医療」より幅が広く、「保健維持、疾病に対する観念と行動の全体」(3) というべきものであるとしている。そのために彼女は長く「医療人類学」という用語を使うことに慎重であったが、この状況は奇しくも日本の「医療」という言葉が我々に与えるその領域の狭さや日本の医学がもつ排他性を暗に示している。しかし医療という言葉もそれにまつわる諸現象を観察してみると意外とその裾野が広いということに驚かされる。そしてそれはこのような多様性は本書を読み進んでいくうちに明らかになるであろう。

波平は医療人類学をめぐる研究のテーマとして次のようなものを挙げている。すなわち(1)病名、(2)疾病分類、(3)疾病概念、(4)病因論、(5)治療行為、(6)「くすり」の採集・調整・使用法、(7)出産、(8)保健・健康維持、(9)治療行動と他の行為(食行為)との関連、(10)治療者の社会・文化的位置づけ、(11)病人・病気をめぐる社会文化的状況、(12)医(治)療制度である。(4) これは彼女が医療人類学に与えた定義、「一定の社会の文化体系の一つの subsystem (下位の体系)としての医療体系を文化人類学からの立場から研究する立場」(5) を反映していると言える。しかし先に述べたように医療人類学における生物科学と社会科学を繋げるアプローチもあり、このようなテーマの生物医学的な意義や社会的連関を取り扱うことも可能であろう。また医療という現象の裾野の広さということを加味すると、単にわれわれが<医療>と感じていることだけにとらわれない視野が必要となろう。

医療人類学の位置づけをめぐる、応用面を重視する立場と理論面の重要性を主張する立場の二つの意見があった。応用面重視の人々は公衆衛生等の実践的分野にかかわってきた経歴を反映し、理論的成果の応用に関心がありかつ利用可能な新しい理論の構築という目標を持つ傾向がある。いっぽう理論重視の方は民族医学(=現地の土着の医療、伝統的医学)の理論のさらなる発展、民間薬や伝統的治療技術の探求、文化研究の一環としての重要性を説く。しかしこの様な二つの立場はお互

いに排除し合うものではなくて、むしろ相互依存的ですらある。というのは応用面に関心のある人は、現実の問題に対処するための事前評価のために理論的にどこまで予測できるか、出てきた資料をどの様に理論的に解釈するかということに常に＜応用に足る理論＞を求めている。逆に理論を取り扱う人々は応用的な施行が理論を鍛えることになるために、応用的な問題に無関心であることはできない。また応用する人からの助言を求められるという立場にさえある。

医療人類学の諸分野 I - 伝統的な分類

医療人類学における諸分野について大まかな分類は、さまざまな論者らによって解説されており、それらによると次のような下位領域があるという (6)。

リーバン (Lieban, 1973)

1. 生態学と疫学 (Ecology and Epidemiology)
2. 民族医学 (Ethnomedicine)
3. 社会体系の医学的側面 (Medical aspects of social system)
4. 医学的および文化的変化 (Medical and cultural change)

コルソンら (Colson et. al., 1974)

1. 民族医学 (Ethnomedicine)
2. 医療生態学 (Medical ecology)
3. 保健問題研究 (Health problem research)
4. ヘルスケア配分の研究 (The study of health care delivery system)

フォスターとアンダーソン (Foster and Anderson, 1978)

1. 自然人類学 (Physical anthropology)
2. 民族医学 (Ethnomedicine)
3. 文化とパーソナリティー研究 (Culture and personality studies)
4. 国際公衆衛生 (International public health)

ロック (M. Lock, 1986)

1. 医療生態学 (Medical ecology)
2. 社会疫学 (Social epidemiology)
3. 民族医学 (Ethnomedicine)
4. 心理人類学 (Psychological anthropology)
5. 国際保健計画 (International health planning)
6. 象徴分析 (symbolic analysis)

これらによると、四つの総説の中の三つが四つの分野に分けており、最近に書かれたロックの総説もその分類項が細分化されたにすぎない。それぞれに異同はあるがまとめると次のような領域が医療人類学の領域と考えられよう。

第一の領域は自然人類学、生態学、疫学等の自然野外科学の流れを汲む分野であり、我々の行動や文化を数量化で還元できる生物学的な遺伝や進化の側面から捉えることを主眼としている。疾病は遺伝的な人間集団にとってその遺伝子の組成を変える因子、すなわち淘汰圧になってきた。そしてさらに興味深いことには遺伝子の選択に基づく人間集団の生物学的な適応の様式の他に、新しい文化的な生活様式を採用することによって文化的な適応様式を人間集団が開発してきた。そこにおいて文化とよばれるものが自然科学的な尺度で測定できうるのではないかという魅力を提供している。

第二は民族医学 (ethnomedicine) と呼ばれるものである。世界各地の様々な民族集団には医療に関する知識や行為がみられる。そしてそのなかには疾病についての人々の考え方、伝統的な治療者、治療者と患者の関係、治療に用いられる道具や技術、宇宙観 (コスモロジー)、薬草についての知識や利用などが含まれる。伝統的な民族医学の記述は人々の生活や文化の一般的な記述体系、つまり民族誌から派生したものである。従ってこの分野は、医学的な知識と技術の伝統をひとつの文化体系という全体の構図の中で理解する方向性と、民族誌を構成する要素として民族医学を通文化的に比較するという研究の方向性を持っている。この分野は医療人類学の理論に関する研究のうちでは最も古くから行われているもののひとつである。

第三はいわゆる医療における行動を研究する分野である。これには制度的医療が関与する住民の受療行動や病院内での患者や医者文化差、そしてそれらの社会構

造を知ることにより業務を円滑にすすめるという実践的な問題領域、行動そのものの文化規定性、例えば「正常・異常」のレッテル貼りがどのように行われるか、育児が後のパーソナリティにどう反映されるかという問題などが検討される。このように、この領域の研究テーマは、特定の場における治療者-患者関係というミクロな視野から、文化と人格形成という広範な文化論まで多岐に渡っていることがわかる。それはちょうど先に述べた理論傾向の強い民族医学と次に述べる応用科学的領域の二つの分野を橋渡しするような研究領域として位置している。

最後の第四番目の領域は以上のような知見をもとに、実際にどのように医療を応用していくかという問題を研究する。この分野はもともとは低開発地域、すなわち第三世界に、開発地域（＝開発国）が行う医療援助や医療的な開発問題にどう対処して行くべきかという具体的な要請から出発したものである。それらが世界的に始まった第二次世界大戦後から現在までの膨大なデータの蓄積のもとで発展してきた後、様々な経済開発理論の影響および一九七〇年代後半のプライマリーヘルスケア概念の確立によって、その研究戦略は近年特に変貌してきている。しかし開発途上国のみならず開発国においても、医療資源の適正配分や医療制度確立に伴う新しい問題、例えば先端医療の登場による新しい価値倫理の創出や医療化など医療人類学者が意見を求められるようになってきた。この最後の領域は学問とその利用の問題が最も浮かび上がってくる点で、きわめて応用人類学的である。

医療人類学の諸分野 II-新しい研究の可能性

医療人類学におけるこのような慣習的四分類を解説すると、その中で例に挙げられているような種々の学問領域は既に存在しており、わざわざ新しい学問として主張するだけの根拠がないという批判が出てこよう。確かに個々の生態人類学、疫学、民族医学、応用人類学等に従事してきた研究者に、＜医療人類学者＞として振舞うよう改宗を迫ることはどう考えても不当である。しかし個々の研究を累積的に発展させることによって、現在の医療人類学が獲得するようになった枠組みに到達するとは考えられない。あらゆる新しい学問が生まれるのは研究の量的な蓄積ではなくて資料の組換えと新視点の獲得という質的な転換つまり、パラダイムの転換がなくてはならないのである。医療人類学は既成の学問の知的遺産なしには成果を収める

ことが出来なかったが、それをそのまま利用するのではなく新しい枠組みに沿って再解釈することによって新しい視点を提示しようとするのである。

それと同時に医療人類学は学際的な分野であり<医療人類学的研究>というタイトルの元に様々な分野の共同研究および応用が試みられる可能性も残されている。そのためには従来の医療人類学の諸領域を分類し画定するだけでなく、ある一定の尺度で決定された次元の中にいままで医療人類学の領域を配置してその配置の状態から研究の新しい可能性を探求することも許されよう。そこで本節では医療人類学の諸分野を二つの方向軸で区分される平面の中に配置して見ることにしよう。その二つの次元の一方の軸は（X）生物医学的なものと社会文化的なもので決まる軸であり、他方は（Y）理論的および応用的という相反的な方向で決定されるものである。そうするとX軸とY軸で分割される二×二の四象限に区分することができる。つまり（一）理論的-生物医学的、（二）理論的-社会文化的、（三）応用的-社会文化的、（四）応用的-生物医学的という四項目である。このような次元の分割は、取りも直さず著者である私の考える医療人類学の宇宙論（コスモロジー）であり、ここにうまく収まらない分野もあるという反論も可能である。また先に説明した分類と実は酷似しており決して十全なものとはいえない。しかし後に説明するように四つの象限の幾つかにわたる研究領域の存在を理解し、研究の分野がその領域の間を移動すること、つまり<医療人類学の研究は多元的である>ことを説明するにはふさわしいものとする。

（一）理論的-生物医学的研究

この分野の特徴は人間の集団や環境を説明する枠組みを生物医学を支える基礎自然科学に負っていることである。古くには形質人類学や古病理学と呼ばれる分野の研究が下位領域であることが主張されたが（7）、現在ではそれらの研究のみを医療人類学と認定する論者は少なくなってしまった。しかし人間の全体的な理解のためには教養的な知識という点で知っておくことが望ましいだろう。

形質人類学あるいは自然人類学（physical anthropology）は化石や先史時代を含む人間や類人猿、霊長類の身体（主に骨格や歯、もし生体を扱う研究者なら筋肉、その姿勢や運動）の形態的特徴を指標にして霊長類から引き続いて我々が継承して

いる遺産について研究する(8)。そのような洞察は一九世紀の偉大な博物学者ダーウィンの着想、つまり生物進化論の影響を大いに受けている。学問に権威的であれ俗流であれ、人間の生物学的な特徴を論じる際の議論にはこの悠久の生物学的<伝統>である進化論が必ずと言っていいくらい援用されている。ダーウィンはその他に、人間の起源についての問題や<性淘汰>、つまり男と女の形態的な差異が進化の上で選択される過程、についての書物や人の表情の進化論的起源の考察、つまり現代の人間行動学(ヒューマンエソロジー)(9)の嚆矢となる著作を残している。

生物の多様性に対するダーウィンの洞察は現在においても遜色を失っていないが、文化に対する理解はもはや時代遅れであり役には立たない。しかし進化論であらゆる事象を説明する知的な情熱は、今日の<社会生物学>の中に脈打っている。生物学で使われる<行動生物学>の領域を超えた形でこの用語が用られるとき、それは人間の行動や社会現象を動物社会の研究の概念で説明することをさす。この学問の確立に多大な寄与をした昆虫学出身のウィルソン(E. O. Wilson)およびその一派と批判的社会科学者達の間で一九六五年以降激しく闘わされた「社会生物学論争」は我々の記憶に新しい。しかし問題の本質はその学説上の論争を越えたところにあった。遺伝子に基づく生物学上の<冷徹な論理>が人間社会にも見られると論じたことが、<複雑で多様な>そして決定的なことは、遺伝の法則に乗らないと信じられている<人間文化中心主義>を信奉する人々の心証を損なわせたことである。彼を批判する論者はウィルソンのなかに社会的弱者を切り捨てる残虐な全体主義者を見たのである。しかし人間は生理学や遺伝学で規定されるという点では我々はまがうことなく動物の一種であり、その生得的な特性があることは否定できない事実である(10)。にもかかわらずウィルソン一派に分が悪いと思われるのは、論じている論者のテーマが論者自身のことと言及していること、つまり「クレタ島の人々はみんな嘘つきであるとクレタ島出身の人が言う」論理上のパラドックスに気付いていないことである。<人間集団はこのような原理に従う>といった人間が簡単にそれを破り、別の新しい<原理>を作ることができるという、言わば<政治学的な創造>の可能性を社会生物学の枠組みでは考察できないのである。

古病理学(paleopathology)は過去の人間の集団がいかなる疾患に罹っていたかについて研究考察する学問である。しかしこれは後で述べる疾病歴史学や地理学とは異なり文献資料ではなく、具体的な物質データを自然科学的に分析する。その資

料とは骨格や時には皮膚、埋葬された排泄物である「糞石」などがあるが、そのほとんどが骨格であり、それらの中で一番研究が進んでいる。骨格資料を用いて分析できる過去の人間の疾病にはブロースウェルによると次のようなものがある。(一)骨膜炎、結核、梅毒、らい等の炎症性骨疾患、(二)腫瘍、(三)リウマチ性関節炎などの関節疾患、(四)う歯、発育不良、歯芽腫などによる下顎と歯芽疾患、(五)先天および後天性異常による奇形、(六)下垂体異常等による内分泌変化、(七)食餌の骨格への影響、(八)骨多孔症などの原因不明の後天性疾患、(九)軟骨発育不全などの先天性発育不良、(十)原因不明の骨癒合などである(11)。古病理学は資料が限定されるうえに、分析の精度にも問題があるが、資料分析の技術的革新により研究の開拓の可能は十分あると思われる。しかし現在ではこの分野を医療人類学と捉える研究者はたいへん少なくなった。日本でこの研究を純粹に行っている機関は皆無であろうと思われるし、海外でもたいへん少ない。

これらとは別に動物生態学、特に霊長類生態学の研究成果に発想を受けた人類生態学 (human ecology) ないしは生態人類学 (ecological anthropology) があり、人間の自然集団の生態を観察し適応のようすを定量的に記述していこうとすることに関心が注がれた。いっぽう人類の生活そのものが生物圏への働きかけであり、環境における人間集団のエネルギー論的位置を明かにするというオダム (E. P. Odum) らのエネルギー的な生態学の発展は人類の見方に対して別の視点を提供している。この立場は環境科学的な人間集団の研究といえるだろう。また文化人類学における新進化主義は、文化進化のレベルを一人の人間が使うエネルギー量をその効率によって測量しようと試みたり、エネルギーの利用の形態の多様性について論じた。このような研究は具体的な民族誌上の資料を検討することで一定の発展を遂げた(12)。

このような分野では、異集団の比較や同一集団の変動の研究をより充実するために自分以外の研究領域、特に集団遺伝学や生化学などの技術の導入に敏感でそのような諸科学で表現される変数 (パラメーター) を自らの研究に取り込んでいく傾向がある。つまり総合学説ないしは学際研究の形をとることを理想としてきた。ここでは疾病 (<病氣>と<疾病>の定義参照) とは、宿主、病原、環境による相互作用の産物であり、環境も単に物理的なものだけでなく文化や他の集団の社会的な影響をも含んでいる。その例として鎌状赤血球遺伝子の分布とマラリアへの抵抗性の研究、およびニューギニア高地における「食人習慣」とクール病の研究を挙げる

ことができる。

マラリアと言う病気を読者は知っているだろうか。マラリアは赤血球に原虫が寄生する疾患で、二、三日毎の発熱発作、貧血、脾臓の腫大を特徴とし、全世界で年間一億人以上が罹患していると言われている。マラリア原虫はハマダラ蚊が媒介するが、摂氏一八度以上の条件で蚊の体内にいる原虫が生殖できることから以前は日本のような温帯地域にまで分布していたという。従ってマラリアに対する有効な手段が開発されなかった今世紀に至るまで、人間の集団にとってマラリアの存在は集団の遺伝子の組成を変え得る、つまり淘汰圧になっていたと考えられる。リベリアのマノ族やヌー族ではマラリアが常態化しており、彼らはそれを<病気>と見なさなかったというが、そのような集団はすでにマラリアに対して抵抗性を持っていると考えられている(13)。それを説明するための好例が、西アフリカの赤道付近に多い鎌状赤血球貧血の遺伝子をもつ人々の分布とマラリアの分布のパターンが重なっている事実である。鎌状赤血球貧血とは、ひとつの遺伝的な疾患でその遺伝子しか持たない場合(ホモ)は若齢で死亡しやすいが、(一対ある)遺伝子のうち一つを持つ場合(ヘテロ)は通常は生活には支障がないが低酸素状態になると赤血球が三日月状つまり鎌状になって貧血をおこすというものである。アフリカのそれら地域集団ではヘテロの比率が三〇パーセントにもなるという。人間にとって生存に不利となる遺伝子がなぜこのように高率で存在するのか。その説明として、この遺伝的性質を持つ人はマラリアに耐性を持っていると考えられていることである。この指摘によると、約二千年に始まった西アフリカへの農耕民族の移動と定住が熱帯降雨林の伐採を行い、それによってできた日照のある水溜りができ、それがハマダラ蚊の繁殖を容易にしたという。またマラリア原虫の培養実験によって鎌状変形によるカリウムの喪失が原虫の代謝を阻害することが後の時代になって分かってきた。またこの地域にはマラリアの症状の悪化を防ぐシアン化合物からなる微量有効成分を含む食物があることが指摘されている(14)。つまり西アフリカにおけるマラリアの起源は農耕民族による現在の公害あるいは<開発原病>(↓第2章___ページ参照)と言えるものであり、それに対する人口集団の遺伝的組成の変化は、生物学的な適応であり、抗マラリア食の習慣は文化的な適応である。ここに人間と環境と文化が相互に影響を及ぼしていることが理解できよう。

ニューギニア東部高地に住むフォレ族は養豚と焼畑農耕によるサツマイモ栽培を

生業としている人々である。そこでは小脳失調症状を主徴とする中枢神経疾患が特に女性を中心に起こり末期には高度の痴呆に陥り死亡するクールーという病気が知られていた。この病気はそれを最初に記載した研究者バート (R. M. Berndt) からヨーロッパ世界と接触したことによる心身症であると見なされていたが、この病の発症と一九一〇年頃から始まったといわれる「食人」の習慣と関係が強調されるようになった。つまりクールーの発症はやはりクールで死んだ親族の脳を儀礼的に食人したと思われる人々に見つけられた。クールーの原因は脳に存在する遅発性のウイルス感染 (slow virus infection) であった。クールーと遅発性ウイルスの研究によりガジュゼック (C. Gajdusek) は一九七六年にノーベル賞を授与された。しかし少数ではあるがこの論に意義を唱える人もいる。食人は最後に行われたのは一九五〇年代初頭といわれているが、どの研究者も実見して確認しておらず、発症するのに早くても数年もかかる遅発性ウイルスと儀礼的食人の因果関係を主張するには余りにも証拠が不十分なのである (15)。

摂取エネルギーや栄養素と言った尺度によって、世界の様々な集団の食生活を比較の俎上にあげることができる。栄養摂取の方法としての調理法や食習慣さえ、文化的・社会的なものであるにもかかわらず、食用物質の生物医学的な研究を通して通文化的な比較が可能である。カッツはトウモロコシを主食とする新大陸の原住民の集団とその調理法について次のように述べている。トウモロコシには必須アミノ酸のリジンが含まれているが内胚乳の中に閉じこめられていて、そのままのかたちでは消化吸収されない。内胚乳にあるリジンは塩基性のアミノ酸であるので、リジンを有効に摂取するためにはアルカリで抽出することが必要になる。そこでトウモロコシを主食とするメキシコのインディオの様々な集団の調理法を調査してみると、調理のやり方に多様性があるにもかかわらずトウモロコシを柔らかくするために石灰を用いて煮るというプロセスが観察されていたのである。つまり石灰を用いる手段は生存の機会を高めるが、それは人間の調理という文化の中で選択され続けてきたと解釈される (16)。これらのことは疾病と人間集団の相互関係は鎌状赤血球貧血の例で見たような生物医学に基づく遺伝学的選択による進化だけでなく、伝統的な食物利用や調理法を伝達していく文化的行動においても説明されうるのである。

人間は文化的な伝承という道具を手にすることによって、生物学的・遺伝的適応のうえにさらに精緻で情報量の多い文化的適応の様式を開発したものを効率よく伝

え、生存のチャンスを高めることに成功した。しかし集団は生物学的な条件を超えて無規定に増大するものではない。常に生物的要因の中にある。例えば人口集団が環境の許容を超えて増大するならば、それが引金になり社会的なストレスが増大し、出生率の低下を引き起こしたり寿命の減少を引き起こすことはよく知られている事実である。ストレスは集団間に戦争を引き起こし結果的に人口の増大を抑制ないしは減少させる。ハナーや文化唯物論で知られたM・ハリスは、古代アステカ文明において人口集団の動物タンパク質摂取不足を補うために人身御供や食人が行われたのだと説明する(17)。

(二) 理論的-社会文化的研究

医療人類学の歴史的な発展のなかでもこの象限に位置される民族医学(エスノメディスン)の研究はその資料の蓄積も多年にわたり、民族学や人類学の下位領域として長い間研究者を魅了しつづけていた。民族医学は別に民族主義や人種主義とは何の関係もなく、西洋近代医学の考え方と異なることの多い伝統的な社会(未開社会や無文字社会など呼ばれた)の病因論(etiology)や治療法、病気の分類などの研究を民族医学的研究というのである。この分野の研究の嚆矢はリヴァース(W. H. R. Rivers)の一九二四年の著作(18)といわれているが、なぜこのような研究が医療人類学のなかでも古い伝統をもつと言われるのであろうか?。病気や苦悩は人間の生活においてほとんど普遍的に存在するので人間のいるところには病気と考えられるものやその対処(治療)が必ずある。従ってその社会の人々の病因論や治療の体系は人間の思考法の反映であると考えることができ、さまざまな文化にわたる<通文化的比較>の可能性が認められてきた。つまり文化研究の一環として民族医学は欠かせないというのが、医療人類学の長年の主張であった。また最近になると、保健医療行動は現地の病気や健康に対する考え方に深く依存していることが明らかになったので、適正な医療サービスを提供するためには現地の人々の思考法に根ざした保健政策が実行されなければならないという、応用的な研究の要請を主張する論者も出てきた(19)。

しかしこのような正当化は民族医学的研究がなぜ医療人類学の中で中心的なテーマを占めるようになったかを説明するのに十全ではない。むしろそれは異国の<奇

習>に対して人類学的な言説をもって<合理的説明>を与えるためディシプリン（教練）であり、そのようなパズル解きという知的刺激になったからではなかろうか。進化主義、伝播論、構造機能主義、マルクス主義、構造主義、認識人類学、文化唯物論から現象学まで人類学の歴史はフィールドから出てくる<新事実>とそれをめぐる解釈の歴史であったと言っても過言ではない。病気の超自然的要因論、つまり祟（たたり）や悪霊が不幸の原因であるとする現地の説明体系や派手な治療儀礼は<奇習>の最たるものであり、そこに人類学者の関心が集中したのも無理はない。彼らの努力によって現在の我々はそのようなく奇習>を比較的偏見なく見ることができるようになったのである。しかしそれには代価が伴う。今度はあらゆる習慣や行為を人類学的に意味のあるものとして解釈しなければならないという<意味を求める病>に罹ってしまった。文化の解釈という認識上の転換を計った民族医学的研究の古典はE・エヴァンス＝プリチャード（E. E. Evans=Prichard）の『アザンデ族における妖術、託宣、呪術』（一九三七）である。彼は妖術や邪術などの背景にある社会的な問題を明かにするために、それらの術語の概念整理をおこなった上で、妖術と託宣の社会的な機能を明らかにした。そして妖術の思考法は託宣によって反証を寄せ付けない、言わば<閉じた>論理体系（20）であり、人々にとって不幸を説明する一貫した説明になっているのである。彼の理論は後の研究者にとって未開的思考の代表例としてよく引用されるはめになったが、現代の外科手術において感染にまつわる<境界を画定する儀礼>や<閉じた>論理に基づく認知過程があることが指摘されている。（民族誌的方法の項を参照）

この分野の理論的な成果の中で著名で重要な二つの二分法がある。これらは医療人類学においてしばしば討論されてきたものであるが、それ自体が民族医学の理論的な可能性と眼界を示しており、今後さらに検討しなければならない課題である。そのひとつは（一）病因論体系における二分法であり、他のひとつは（二）病気（illness）と疾病（disease）の二分法である。

病因論体系における二分法とは民族医学理論の歴史と共に様々な論者によって提唱されてきたものである。つまり、

自然的／魔術・宗教的（リヴァース）、

ナチュラリスティック／スーパーナチュラリスティック（アッカークネヒト） ナチュラリスティック／パーソナリスティック（G・フォスター）

ナチュラル／スーパーナチュラル（マードック）

内在化（internalizing）／外在化（externalizing）（ヤング）

などに見られる二分法である（21）。それらの間には差異があるにも拘らず、前者は病気の原因を内在的な、非人格的な、自然的なものに収斂させ、後者は外在的で、人格的な様相を帯び、超自然的ないしは人為的なもので説明し、それぞれに固有の治療法を当てる二元的な区分が共通にみられる。このような二分法はそれ自体で大変魅力的であるし、現代医学さえ全体論（holism）／還元論（reductionism）の二つの伝統で理解することも通常行われており（22）、様々な世界の病因や治療の体系を比較し理解するのに有効な手段であると思われる。しかしながら現実の民族誌においては（信仰治療に見られるような）中間的な形態が数多く見られる他に、ひとつの病気においても本人や家族、あるいは治療者がそれに与える解釈が両方の属性を持っていたり（23）、状況によっては双方の領域を行き来する病因や治療が観察されうることは明かである。

病気（illness）と疾病（disease）の区分も英米語圏の研究者を中心に様々な議論が展開されてきた。その一般的なコンセンサスは現代医学が取り扱う生物医学的普遍性を前提とした病理概念を disease、非西洋社会の医学体系に現われる概念を illness とするものである。また現代医学の文脈においてはその二分法は次のようなアイゼンバーグ（24）の言葉に代表される。すなわち「患者は病気（illness）を苦しみ、医師は疾病（disease）を扱う。病気は、生存と社会的機能において価値が減じる方向への体験である。疾病は、近代医学のパラダイムからみての、人体器官とシステムの、構造および機能の異常である」（佐藤純一訳）。つまり個々の文化や社会によって固有の意味のある概念や用語として病気をあて、どの文化にも適応できて文化を外側から比較できる尺度になり得るものとして疾病を定義する。このような二分法は、病気の社会文化的な研究と生物医学的な研究の領域を意図的に画定し、現代医学の普遍性イデオロギーを補強するという否定的な側面を持っているが（25）、病気の人類学的な研究という独自の理論的な研究を推進する契機になったことは否めない。illness と disease の二分法は英語に由来するものであり、フランス語なら maladie、スペイン語なら enfermedad の一語で病気を表わすので、英語を母語としない人にとっては奇異な感じを与える。ヤングはこのような病気（illness）と疾病（disease）に分けた時の全体論的な把握の必要性から、それら

の領域にわたる概念を〈病い〉(sickness)という概念で表した。それによると、〈病い〉は疾病と病気が社会化されるためのプロセスであるとされ、〈病い〉の人類学研究が要請されるというが、この論法はもはや先の二分法ほどの意義を持ち得ていない(26)。

医療人類学のパラダイムにおけるこの現象を、歴史的な観点から見ると、様々な論者の主張は今世紀初頭のフレイザー(J. G. Frazer)やレヴィ=ブリュル(L. Lévy-Bruhl)の呪術／科学、あるいは論理／前論理にはじまる二項対立という人類学における伝統的な思考法のアナロジーないしは延長上にあるように思える。そしてその後に登場する民族誌に基づく二分法の否定は、常に全体論的な解釈の重要性の主張に至るnoであり、分析的思考と全体的な相互連関の強調の間をちょうど振子のように行き来しているような印象を与える。

ラテンアメリカ、イスラム、インド、中国などに広く分布している概念に熱／冷二元論(hot-cold dicotomy, hot-cold dualism)がある。これは病気、薬、食物、性格などの諸特性を熱／冷のどちらかに属するものとして分類する民俗的な思考法である。例えばインドのある地方では、小麦、ジャガイモ、魚、鶏、ピーナッツ、熟していないマンゴー、ニンニク等が「熱い食物」とされるのに対して、米、牛乳、バター、えんどう豆、玉葱、熟したマンゴー、レモン等が「冷たい食物」と分類されている。これはマンゴーの例で明らかなように食物それ自体の温度の問題ではなくて、食物が持っている属性すなわち象徴的な意味づけであることに留意すべきである。病気と食物の関係を重視することは、伝統的な社会のみならず近代化社会においても観察できることであるが、熱／冷二元論を重視する社会では特にそれらのことに人々の関心が置かれる。つまり「熱い」原因によって病気になった場合、患者は「熱い食物」を食べることを注意深く避け、「冷たい」食物や薬を摂ることを勧められるのである。ラテンアメリカにおける熱／冷二元論の起源はフォスターによると古代ギリシアの体液調和説に求められるという。そのなかで特に著名なものはヒポクラテス学派の四体液説である。四体液が調和した状態(エウクラシア、eukrasia)が健康とされ、その乱れ(ディスクラシア、dyskrasia)が病気とするこの伝統的な考えは長くヨーロッパ文化の病因論を支配し、十五世紀のスペインによる新大陸への侵略の際に移入されたというのである。もっともこの説には反論もあり新大陸の原住民文化の中にすでにこの二元論体系はあったという論者も多い。そ

してこの考え方は世界の各地に見られ単なる文化伝播だけでは説明されないという主張も説得力がある。起源問題を棚上げしても、この病因論体系は医療人類学者に知的刺激を与え続ける。なぜなら熱／冷二元論や体液調和の考え方は、病気や災いを説明するだけでなく、経時的にダイナミックな調和である〈健康〉という説明を可能にし、文化的なく健康論〉に発展する論理的内部構造を持っているからである(27)。

民族医学における最近の成果の中で注目を浴びているのが病気や治療の象徴論である。ハンセン病、結核、性病、精神病、エイズ（後天性免疫不全症候群）などの病気は、病気それ自体のよりもそれらの病気に対して付与された社会的〈偏見〉を通して理解されてきたし、また理解されている。私は偏見と書いたが、価値観をぬきに表現すると、病気は特定の意味を付与された〈象徴〉となるのである。多くの社会で病気は一般に否定的な評価をされるので、社会の悪を具現するものとして忌み嫌われやすい。また病気は否定的な意味を喚起するための〈隠喩〉としても用いられる。癌は現代社会において否定的なものを表現する為にしばしば用いられる。ここで用いられている「癌」は別の否定的な象徴と交換可能である。S・ソントグは西洋社会において用いられてきた象徴を時代順に、ハンセン病、結核、と移り変わり、現在では癌が人々にとって最も頻繁にもちいられる隠喩であることを述べている。ソントグの目標は病いに付与された隠喩を解き放ち、病気にたいする偏見を取り除くことにある(28)。しかし我々は病気を象徴化するに留まらず、日常生活の中の様々なものを象徴化して考える思考法に慣れ親しんでいる。そしてそれこそが人間独自の想像力の源泉になっていることは否定できない事実である。

このような分野に理論的な光を与えたのが「象徴人類学」と呼ばれる領域である。難産という病気に対してシャーマンによる治療の象徴の効果と身体と心理の連関の中で論じたレヴィ＝ストロース (C. Levi-Strauss) は、現代の精神分析とシャーマンや呪術師の治療の類似性を指摘し、両者の比較研究が理論的な分野ならびに有効性の機構への理解を促進するものであると述べている。また象徴人類学という用語を積極的に自著に用いたV・ターナー (V. W. Turner) はアフリカ中南部に住むンデンプ族の研究を行った。ンデンプ社会は親族の権利や義務が母方のラインを継承する母系性でありながら、結婚後は夫の家に住むこと（夫方居住婚）を原則としている。従って社会の存続のためには、婚出した女が離婚して出身村に戻って来ること

が必要となるが、事実彼らの社会の離婚率は大変高い。そしてそのことが村の規則を緩やかにし分裂の危機の可能性を孕んでいる。不安定なンデンプ社会の紐帯を強化しているのはその多彩な儀礼活動であり、個人的な不幸が（超自然的な霊の世界を含めて）社会的不幸として解釈される女の不妊や病気の治療儀礼は、欠かすことのできないものになっている。治療儀礼は様々な象徴によって意味付けされており、人々は儀礼によって治癒するが、それは個人や親族だけに留まらず、社会全体を再統合する効果も含んでいるのである（29）。

序論で述べたように、我々の科学的認識論の多くは個々の研究者が意識するしなにかかわらず身体と心の二元論に基づいて行われている。医療人類学はそれを乗り越えるひとつの試みであるという見方（30）を認めるのに私はやぶさかではではないが、ここでは心を分析の対象として医療人類学の発展に寄与してきたふたつの流れについて概述したい。そのひとつは文化とパーソナリティ学派に代表される心理学的人類学の研究動向であり、他のひとつは精神医学の通文化的研究である。

文化とパーソナリティ学派とは1930年代に起源を發し、文化人類学に心理学、精神分析学の考え方を取入れ、文化が人々のパーソナリティにどのような影響を与えるかについて研究することを目的とした。まずベネディクトは『文化の型』（一九三四）において、秩序と慎みとまとまりを持ったアポロ的な文化と、陶酔、興奮、奇矯そして破綻が支配するディオニソス的な文化の型を類型化した。そしてそれぞれアポロ型の文化の事例として米国のニューメキシコのプエブロ・インディアンのズニ族を、ディオニソス的な文化の例としてカナダの太平洋岸ヴァンクーヴァー島付近に住むインディアンのクワキウトル諸族とニューギニア島南東部にあるドブ島民の民族誌資料を検討した。また第二次世界大戦中に敵性国民の研究として行なった『菊と刀』（一九四六）は国民性の研究の嚆矢となった。ベネディクトの弟子にあたるM・ミードは育児の様式が、特定の社会の中で多数を占めるパーソナリティ（最頻的パーソナリティ）の形成にどのように影響力を持つのか、文化の形態と男女の行動様式の違いの関係について民族誌に基づく詳細な研究を残した。またクラックホーン（C. Kluckhohn）は米国のニューメキシコ州のナヴァホ・インディアンの調査を長年おこない、彼らの人格形成と思考様式や価値観の分析を行なっている。これらの文化とパーソナリティ学派の後の「心理人類学」の流れの中に吸収されることになった。ボックによると現在では、精神分析的人類学（正統派、新フロイト派）、文化と

パーソナリティ（国民性、通文化的）、社会構造とパーソナリティ（唯物論、地位論、相互行為論）、認知人類学（未開心性、発達論、民族意味論）という多様な学派とアプローチ（括弧内）を擁しているという（31）。

いっぽう病理現象に焦点を当てる精神医学のパラダイムに引きつけた研究は、オプラー（M. E. Opler）やハローウェル（32）等に見られ、当然のことながら文化とパーソナリティ学派の興隆の時期、つまり一九四〇年代前後で出てくるが、精神医学の概念的な枠組みを崩すことは稀であった。比較精神医学（comparative psychiatry）、文化精神医学（cultural psychiatry）、多文化にわたる精神医学（transcultural psychiatry）、民族精神医学（ethnopsychiatry）と呼ばれるこの分野は、文化とパーソナリティ学派の影響を受けて生まれたにも拘らずそれらとは一線を画している。このことは比較精神医学の始祖を近代精神医学の始祖クレペリン（E. Kraepelin）に準えていることでも分かる。この領域において最も特色のある研究テーマは culture-bound syndrome である。それは、文化結合症候群あるいは文化依存症候群などと訳されている。文字どおり、特定の文化にしか存在せず当該の文化と深く結び付いている精神病あるいは神経症を指し、一般に精神病理学的分類の枠組みの中で説明される。ラップ族やグリーンランドのイヌイット（＝エスキモー）等の極北の諸民族にみられる「北極ヒステリー」、マレー独特の憤怒反応ならびに急性人格反応を特色とする「アモク」そして被暗示性昂進と反響反応状態がみられる「ラター」、漢人社会の男性にみられる身体化（陰茎が身体の中に後退し＜陽＞が欠乏していくと現地では説明される）を伴う離人状態「コロ」等が著名である。そのフロイト精神分析的な説明体系の例として「コロ」を挙げてみると、彼らの性概念および口唇傾向と口唇遮断恐怖、現実あるいは想像上の性欲の過剰（特に自慰行為）に対する罪意識と不安、また陰陽不均衡による身体の障害の信条に由来すると解釈されている。

最近では、西洋文化という異種文化と接触する際の反応、つまり文化変容としてこの現象を捉え、通文化的に比較研究しようとする動向が主流（33）で、非西洋文化における＜狂気＞を西洋文化に先行する＜原初的＞なものとして捉える見方は少なくなりつつある。しかし文化結合症候群には比較精神医学が内包している問題点がある。そのまま露呈されており、この領域について見直しが必要と思われる。その問題の第一は疾病論上の問題であり、精神医学概念に文化を超えて独立した地位を与え

たことの限界性である。精神病学概念の歴史規定性は社会思想史や医学史において指摘されている。とくにM・フーコー『性の歴史』は身体の統制と医学的な言説に触れた興味深い研究であるが、そこに登場する〈性的異常に関する精神医学の言説〉と〈時代に規定される道徳（モラル）〉の深い連関が指摘されている（34）。従って人類学と精神医学は共同して文化相対主義による精神医学概念の再検討を試みるべきであろう。比較精神医学の問題の第二は政治的なものであり、文化に規定された異常のレッテル貼りが精神医学概念で説明し直され、医療の対象を新たに生産することである。反精神医学（35）は西洋文化の中でこの現象に対して問いかけをおこなったが、西洋人間主義の枠を超えた通文化的な視点を提示しえなかった。

医療に関する社会学や行動科学において医療モデルの研究は伝統的なテーマとなっており、医療人類学でもその影響を受けていくつかの医療モデルが提出されている。この研究領域における医療人類学の貢献は医療モデルに文化的な視点を導入した点にあると思われる。そのひとつに医療的多元化（medical pluralism）がある。医療的多元化は多元的医療体系（pluralistic medical system）とも呼ばれ、複数の医療体系とそれを支える信条がひとつの社会に多層的に存在している現象から引き出された医療モデルである。例えば日本の都市部において漢方医学や現代医学、さらに民俗的な医療信条が観察されたり、中国やインド、イスラム教圏では基層文化の上に様々な医療体系の受容がおこっていることが指摘されている。また非西洋医学の大伝統がみられない社会においても伝統的医学体系と現代医学が同時に存在している例が多数みられる（36）し、文化多元的な米国においても顕著にみられる。現代医学の導入が伝統医学体系を駆逐せず共存状態を生むものであるというこのような現象は、医療の社会文化的な側面の研究のためにさらに重要になってきた。医療モデルとして医療的多元化はその歴史的成立（通時的側面）や複数の体系の共存、競合、習合、代替などの動態（共時的側面）の説明に用いられている。これにより多元化が様々な要素に還元して分析できる個々の医学体系の寄せ集めではなく、それらの補完的相互作用についての関心と呼ぶことになった。この現象は世界の様々な民族集団のレベルにおいても、国家という枠組みにおいても観察されるので通文化的な比較ができるという研究分野も提供することになった。

ある特定の文化の中にいくつかの下位「医療」文化を設定するクラインマンの医療モデル（37）があるが、これは局所的な保健ケアシステム（local health care

system) の内的な構造を民間セクター (popular sector)、専門職セクター (professional sector)、民俗セクター (folk sector) の三つに分類し各々の領域が重複した部分を持っている。民間セクターは、個人、家族、社会的連関、共同体が関与している。彼も指摘しているように、この領域は保健行動の理解のために最も重要であるにもかかわらず、いちばん研究や調査が遅れていた部分である。本書では第2章の現地調査の項において民間セクターの研究のためのガイドラインを説明したので参照してほしい。専門職セクターは通常は現代医学の領域のことを指しているが、インドや中国では先に述べたように非西洋的な医療体系が発展しており現代医学に相当あるいはそれ以上の影響力を持っているのでそのように分類されてる。民俗セクターは非専門職的で、官僚制度的でもないが、病気治療のエキスパートである。ここには治療儀礼や薬草治療などを行うシャーマンや呪術師などが含まれる。民俗セクターは様々な要素から成る構成体であるが、他の領域特に民間セクターと密接に関連しているという。このようなクラインマンの医療モデルは医療が個人や家族およびその社会環境からなる民間セクターの重要性を主張した点で画期的である。しかし専門職セクターを<長期訓練を受けた後、その知識と技術で業務を独占する>という社会学的な専門職 (プロフェッション) として理解し、そこから外れるシャーマンや呪術師は民俗セクターに分類されている。だが彼の民族誌にも登場する台湾のシャーマン (童口、t'ng-ki) はほとんど「専門職」化しており、他の非西洋社会でもそのような (治療師が専門職化する) 例を多く見ることができる。このような矛盾は西洋社会から導き出された概念を非西洋社会に当てはめようとした際に生じる問題であると一般に言われてきたが、西洋社会においても問題にしているカテゴリーから外れた事例に注目していないだけで分析枠組みを変えただけで様々な研究テーマを見つけることができる。

(三) 応用的-社会文化的研究

医療人類学の社会的な応用において最も関心を持ちかつ経験があるのは国際保健に代表される領域である。一九七〇年代後半に米国において医療人類学が興隆した社会的な背景には、それまでの国際保健 (International Health) の経験的な資料

の蓄積と世界的な国際保健政策の目的やその戦略に変更があったことがあげられる。米国での国際保健の歴史は古くその起源は第一次大戦後に求められるが、その関心の中心は植民地問題であった。第二次大戦は人類学者が政府や公的機関の各種委員会に雇用される機会を作ったが（前節で述べた「文化とパーソナリティー学派」の成立もそれに影響されている）、戦争遂行のための生のデータを確保することにも貢献した。すでに一九四一年に米国応用人類学会が設立されたが、医療援助を含めた国際保健それ自体が制度化されたのは第二次大戦後である。我国との関連で述べれば、戦勝国側である米国が戦後の日本の復興に際して、積極的に公衆衛生思想を取り入れた医療政策の実行と児童の栄養改善を行なったことはよく知られたエピソードであるが（38）、このことは米国の国際保健に対する姿勢の一端を表している。つまり、低開発地域あるいは開発途上国に対する米国の医療援助の理想は、都市を中心とする病院などの医療施設の建設や援助、学校児童に対する栄養改善指導であった。それ以前の段階で米国はそれらの地域での医療援助における様々な失敗例を経験しているにも拘らず（39）その発想、つまり現代医療を低開発地域に導入することによって現地の医療サービスや衛生状況を改善するという理念は相変わらず保たれてきたのである。つまり、最新の現代医学の成果は条件が保証されれば現地でも機能しうるし、途上国の人々は古い伝統医療を捨て新しい医療を求めるものである、という開発国側の自民族中心主義的な発想未だに温存されていた。いっぽう当時の大学の中にいた人類学研究者たちは民族誌的な「未開医療」の研究に明け暮れており、自分たちの資料が現地の保健問題の解決になるものとは考えていなかったという。敵性国の国民性の研究では人類学の領域は一定の成果をあげていたのに対して、こと低開発地域での現代医学の普及には人類学はさほど関連のあるものとは思えなかったようである。

しかし一九五〇年代以降、プロジェクトの施行される集団、援助協力の用語では「標的の集団」(target group)への社会、文化、心理、および経済的な要因を統合し、保健計画に対する住民の文化的心理的な障壁をいかに取り除くかが具体的な調査をもとに議論された（40）。しかし、ここでもやはり人類学の成果は施策側の論理をいかに住民に納得させるか、あるいは住民のニーズを発掘するための人類学という発想（↓「行政的アプローチ」 ページ）に留まり、現地住民とプロジェクトのダイナミクスは理解されていなかった。だが七〇年代になると状況は徐々に変化

し始め、国際保健の目標がより広範な基本的な保健サービスへの転換、コミュニティーヘルスワーカー養成へと変化してきた。人類学の植民地支配への奉仕という呪縛からの解放と応用分野への積極的進出、つまり「新応用人類学」の登場は、医療人類学をして医療プロジェクト全体の計画立案から施行にいたるまでのスタッフの一員としての地位を確保させつつある。このような医療人類学の進出をさらに促進したのは、世界保健機構（WHO）が1978年にソ連のアルマアターで採択したプライマリーヘルスケアの理念が大きく影響している。西暦2000年までに世界の全ての人々に健康をというスローガンで有名な「アルマアター宣言」には、健康の到達目標が住民の自助努力とあらゆる保健セクターの協力や協調関係が主張されている。医療人類学者が活躍している、または活躍が期待される職場は、世界保健機構（WHO）、国連国際児童緊急基金（UNICEF）、国連教育科学文化機関（UNESCO）、世界銀行などの国際機関、米国の国際開発局（AID）や日本の国際開発事業団（JICA）などの政府機関、非政府機関（NGO）と呼ばれる私的な奉仕団体、大学や専門技術団体、慈善財団および企業などがあるという。そして現在までに開発や新しい医療プロジェクトに対して住民がどのように行動を変容させたか、どのような文化的な問題が出てきたのかという応用に関わる諸研究が多数でてきている（41）。

国際保健は低開発地域の国家ないしは特定の集団に援助を行うことを前提と議論がなされたが、我々の現代社会の生活においてより具体的に問題を突きつけてくる領域は臨床人類学（clinical anthropology）[ないしは臨床応用人類学（clinically applied anthropology）]であろう。臨床人類学とは、それを主張したり批判したりする研究者によって様々な定義があるが、現代医療の場に人類学的な知見を持ち込んで具体的な治療の問題に介入し、そこから得られる理論的な成果を期待する医療人類学の一部門と言えよう。やはり、この分野の先進国である米国では、精神医学、看護学、行動科学、栄養学、慢性疾患の研究領域などでその実践的応用が検討されている（42）。米国現地においてこの研究領域の射程と可能性が問題になってきたのは、人類学者が臨床医学において職を求めるという実利的理由がある他に、国内に様々な民族集団を抱え臨床の場において患者の文化差の問題が表面化してきたという事情がある。もちろん同国内では各民族集団（エスニック・グループ）間の文化差は以前からすでに存在していたが、それが意識され「臨床上の問題」になったの

は最近なのである。それに先に述べたように、国際保健の場でも米国は種々の経験を積んできており、その問題に速やかに発現できるを枠組みが出来上がっていたと言える。人類学的な理論成果である文化相対主義に基づくことなく患者にとって医療者は異文化である>という主張は、文字通り多元的な文化である米国での出来事であり、医療者と患者が同じ文化に属する機会がほとんどである我々の社会で<異文化>の差異を振り回すことは両者が同じ文化基盤を持ち、医療者と患者（とその家族）の異文化概念抜きでの交流の可能性を掴む恐れがあり安易に用いるべきでない。このようなメタファーは「異文化としての子供」という言葉のなかに的確に現われているが、これは明かに文化概念の濫用であることを留意すべきである(43)。

このような医療人類学における応用的問題の諸研究が、常に我々の認識を拡張し<異文化に感受性のある>医療のために貢献しているとは限らない。人類学研究の応用には常にその研究者の政治的立場が問われるし、またイデオロギーを明確に意識していなくても研究の目的や研究者の地位がそのような立場を暗黙のうちに指し示している。米国においてもこの分野の研究の増大は「保健領域において」活躍する医療人類学者によってであり、「保健領域の」現象を分析的あるいは批判的に論じる医療人類学ではない。この後者の研究領域は保健の政治経済学 (political economy of health) や批判的医療人類学 (critical medical anthropology) と呼ばれてきた。L・モーガンによると保健の政治経済学の研究動向は大きく (a) オースドックスなマルクス主義、(b) 文化批判論、(c) 従属理論の三つに分けられるという。(a) は医療の社会経済的ないしは政治的本質をマルクス主義的なイデオロギーで説明する。それによると資本的生産様式は今日の医療にも同様に反映されており、医療に関する諸問題はそれを支える資本主義的な経済構造を改革しない限りは無くならない。(b) の文化批判論はむしろ医療そのものを問題化する。例えば現代医学がおこなってきた人間性の分断、少数民族や女性の差別の医学的な言説化など医学における社会的統制の問題を指摘する。この分野は多数の事例研究において医療人類学の重要な理論的課題を提示してきた。しかしその問題解決の処方箋にはマルクス主義者の主張する政治的な手段ではなく、理論家や政策決定者などのエリートに働きかけることにより制度的に改善すると主張する。(c) の医療における従属理論は経済学におけるフランク (A. G. Frank) やアミン (S. Amin) などの影響を受け、医療の不平等の原因を、優位で発展した中枢部 (=先進資本主義国) が周辺

部（＝第三世界）から資本を収奪し低開発のまま中枢部に隷属させているということに起因するという。このような状態を把握するためには、医療という局所的な部分を見るのではなく、資本主義の発展を世界的なレベルで注目しなければならない。つまり、第三世界の医療従事者は本国を離れ先進国に集まり、彼らが去った現地は医薬品や医療器具、殺虫剤などの先進国の市場となっている。開発という目的で導入された多国籍企業の工場は現地で安価な労働力を確保し、資本はやはり先進国に流出し世界的な不均衡はそのまま温存されるという（44）。

以上のような政治経済からみた批判的な着眼点は我々の視野を広げるのには大変有効であるが、その理論的枠組みが具体的なフィールドに移された途端に精彩がなくなってしまう。多数の人類学調査が明らかにしてきたように、一義的な要因では説明できない地域的な変異があったり、近代医療のサービスにおいて現地の住民が受動的にそれに受け入れているだけではなく、能動的に参画する行動など、現在までの知見では予測が困難な現象が多くみられる。人類学者は何よりも、地域的な環境の中で文化に基づいた多元的な要因で現象を説明しようとするのである。

批判的医療人類学(critical medical anthropology)もいくつかの立場があるが、第三世界の人々を含むすべての社会において、いったい誰が医療の支配権を強化しているのか、現代医療の普及や浸透に伴って新しく表出した問題は何か、などを医療だけでなく文化や社会の問題として、保健の政治経済学を意識しながら論ずる分野がこのように呼ばれる。その研究テーマには、例えば日本における「登校拒否症」を産業社会における「医療化」（↓後述）の一現象として捉える研究、P C B汚染とそれに立ち向かう住民や労働者の民族学的分析、予防薬より治療薬に依存する世界の低開発地域にありがちな現象をメキシコ農村の事例研究から考察すること、政治の体制の変化が医療にどのような影響を及ぼすかという中米ニカラグアの事例、イタリアにおける精神疾患患者の脱収容化の社会過程、米国でのフェミニスト主導の診療所のメンバー参加の過程と政府との関係の分析など多岐にわたっている（45）。

これほど政治性を意識しなくても、現代医療と我々には近代化に伴う様々な不都合が生じている。特にメディカリゼーション (Medicalization) をめぐる議論は現代医療を論じる上で避けることのできない今日の問題である。メディカリゼーションは医療化と訳され、一般に現代医療がその対象領域を拡大していく現象をさす。現在ではこの用語には、社会学的な分析視点と現代医療批判の手段としての二つの

用法がみられる。この概念は最初に現代医療組織を社会的に分析する中で生まれたが、その際それを運用する人間の意志とは関わりなしに知識や権益を独占している組織が自律的に医療化を推進していくことに焦点が置かれた。すなわち病気、異常、狂気などのレッテル貼り＝ラベリングが医療という専門職において正当化されることに注目する。医療専門職は、病的状態につけるラベルとそれに関連したあらゆるものに対して一次的な裁定権を主張するが、医療がそうしたものに効果的に対処できるか否かということとは無関係なのである。そして日常生活の大部分が医療化されることによって、医療による社会統制が行われつつあることが指摘された。

しかし現代医療を批判的に捉える論者は、それが個人ひいては社会の福利厚生のためという美名のもとに社会管理を拡張し、〈科学的〉、〈客観的〉、〈中立的〉という大義に裏付けられた〈医学的異常〉というレッテルを貼り、そして管理者にとって好ましくない者を治療や隔離などによって社会的に排除してきた事実を強調する。イリイチ (I. Illich) はこの概念をさらに押し進め、人々の専門家医療に対する依存への増大という視点で捉えた。すなわち医療化は臨床的および社会的医原病を生み、最後には人間の痛み、病気、死に対する自律的対処能力を破壊し構造的な医原病にいたると主張する。いっぽう医療化や専門職支配が我々の健康を破壊するという主張に対して正統的マルクス主義に立つナバロ (V. Navarro) は用語や概念に固執するそのような行為をフェティシズムになぞらえて、資本主義経済機構への分析に立ち入らない研究態度を批判している。つまり、問題の根源は現代の医療制度や医学の言説にあるのではなくて、それを成立せしめている社会制度にあるという (46)。

(四) 応用的-生物医学的研究

我々は再び最初に触れた生物医学的な問題意識に回帰して行くが、ここでは理論的な目的よりも医学的な応用や介入に関わる研究を取り扱う。この分野はそれ自体で確固とした研究領域を形成していないにもかかわらず、社会文化的-理論的な研究の影響のもとで近年盛んに調査や研究が行われるようになり注目を集めるようになってきた。その第一の理由は、第三世界の国々において生物医学的な人類学研究が積極的に行われるようになったためである。先に理論的-生物医学的研究で述べたよ

うに、伝統的な形質あるいは自然人類学的研究は人種間の差異の研究、骨解剖学、遺伝学の概念や手法を用いて長期にわたる人間集団の適応の過程に関心を持ってきた。しかし現代の第三世界の人々は、かつて人類が経験したことのない急激な環境や生活の変化を強いられている。それは単に生物学的な人口集団に対する進化的な圧力（淘汰圧）という純粹に理論的な問題だけでなく、環境条件の悪化や生活の生物医学的な荒廃をいかに食い止め改善するかという実践的課題を我々に突きつける。このような状況のもとでこの領域が関心を持つのは、子供の成長と発達、食糧供給と栄養、開発と出生率変化、環境衛生と疾病、健康と疾病、人口の動態などである(47)。

子供の成長は人口集団の健康と栄養状態を知る重要な指標として知られている。これは世界の様々な人口集団を容易に比較できるという利点があるが、実際には子供の成長を知る際に標準となる計測資料を国際的な資料に依拠するか、あるいは民族ないし地理的に限局したローカルな資料を基にするかで論争になっている。これは地域集団の遺伝的な変異を配慮すれば、ローカルな資料をもとに計測の結果から標準の身体計測値を決定するほうが妥当性があるように思えるが、国際的な比較という共通の基盤を持ち得ないことになってしまうという逆説がある。しかし比較のための標準計測値な必要性は常にあり、現在米国の研究者に最もよく用いられる資料は米国政府の保健統計センター（US National Center for Health Statics）が発表する値である。さて実際の研究において子供の成長を見てみると、第三世界では経済における上流階級の子供のほうが下層階級よりも、都市の子供が村落の集団よりも身長や体重あるいは骨年齢においてよく発達しているという。骨年齢とは骨化の程度、すなわち成熟度によって定められた生物学的年齢で、しばしば手の部分のX線写真によって判定されるものである。開発地域に比べて低開発地域の子供は発達の度合いが低く、その差は出生後の1年間ですでに現れるという。この原因について、子供の生育する環境が劣悪であるというコンセンサスはできているが、人口集団を規定する遺伝的な因子がどれくらい関与しているかということは明白ではない。種々の研究から現在では、子供の時期には環境要因が強く働き、思春期になると遺伝的なものが無視できなくなる、そして大人の身体のサイズは環境因子が優勢にもかかわらず、遺伝と環境の両方の因子を受け継いだものとされている。また身体形成に影響を与える環境因子には、栄養不良、社会経済的地位、(雨期や乾期などの)

季節的な変化、感染症の種類やその有無などがある。

現地の人々の栄養状態の評価には色々な方法がある。食物摂取量やその品目の調査、被検者の身体的な成長や健康状態を直接調べる<栄養学的な身体計測 (nutritional anthropometry)>、あるいは栄養価を測定するために実験室に資料を持ち帰る方法まで、その全てに関心が持たれている。このような様々な調査の結果、第三世界のほとんどの地域の子供の栄養状態は決して良くなく、一部で言われてきたような身体的差異が先天的であるかのような仮説が否定され、彼らの身体のサイズが小さいのは遺伝的なものではなく栄養学的なものに由来することがわかった。また栄養摂取が低下して身体のサイズが小さくなることは合目的な生物学的な適応では説明できず、小さいサイズの集団は生存に不利な条件をより多く抱えることも知られている。栄養状態を決定する直接的な要因は食物摂取にかかっている。伝統的な社会の食事は理想的な食物によって構成されていたという<栄養学的パラダイス>仮説が古くから喧伝されてきた。例えばコロンブス発見以前の新大陸のインディオの食物である、トウモロコシ、インゲンマメ、南瓜は栄養学的にも良好で、それ以外の伝統的食物は主食であるトウモロコシのビタミンとアミノ酸の不足を補っていると言われている。そして第三世界で栄養失調が見られるのは伝統的な食事形態の崩壊であり、その原因はそこで行われている過剰な生態系の破壊、干ばつ、現金経済の導入に伴う資源の不均衡配分であるという主張がある。しかし伝統社会の食事は常に栄養学的にパラダイスであったといえない場合が多い。民族学や歴史的資料によると、多くの伝統社会では周期的に飢饉がおとずれ、人々の生業形態に色々な影響を及ぼす。穀類にあるフィチン酸は [生物医学的にはキレート形成作用があるために] 亜鉛欠乏症を引き起こす可能性があると言われており、西アフリカ、ジャマイカ、マレーなどで見られる熱帯性の失明や神経の変性はそこで食されるマニオクやリーマ豆のシアン化合物であるとも言われている。もっともマニオクの摂取はマラリア耐性と関係があることは鎌状赤血球貧血症の説明で触れたが、そうすると単に伝統的食物の否定的な面だけを強調するわけにはいかなくなる。またニューギニアでの研究が指摘するように人間はかなりの低蛋白摂取に適應することができるので、世界的な標準から外れた食物摂取の<普遍的な>劣悪さを設定し、<理想的な>食事があると考えられるのにも問題がある。

ただ人類学的に栄養摂取の問題を考える際には、世界的に様々な地域で行われて

いる<食事の西洋化>現象を無視するわけにはいかない。栄養学者と人類学者がともに協力して行わなければならないことは、農業開発を主目的とするプロジェクトによって現地の経済システムの変化と共に現地の人々の食生活の栄養的な側面がどのようにになるかという追跡調査を試みることである。それまで自給的農業経済に立っていた共同体が、開発やプロジェクトなどで市場経済へ組み込まれることによってそれぞれの世帯の収入が増加することはしばしば観察されるが、そのことが必ずしも住民の栄養状態を改善することには繋がらないことがいくつかの実態調査からわかっている。ただ開発という近代化によるライフスタイル（生活形態）の変化は食生活の嗜好に変化を与えることは明かである。例えばトウモロコシを主食にするラテンアメリカの伝統的な村落では、近年になって小麦粉を原料にしたパンを食べる（外来の）習慣が急速に普及してきたことがしばしば観察される。そしてこのような食習慣をいち早く受け入れるのは、現金収入が確実に手に入る教員や換金作物を作る地主という人たちである。

病気と健康についての生態学とも言える研究は、既に生物医学における理論的な研究のところで触れ、その例としてマラリアと鎌状赤血球の遺伝子の保有について解説した。マラリアへの医療的対処はそれを媒介するハマダラ蚊とマラリア原虫の共存関係を断つことにあった。ハマダラ蚊は吸血後家屋の壁面に休止する性質があるので、壁に持続性のある殺虫剤（有機塩素系あるいは有機磷系）を散布し、またマラリア患者には血中の原虫を駆虫するためクロロキン等を投与することによってマラリアが根絶されるという見通しをWHOは立てていた。しかしハマダラ蚊の殺虫剤耐性や吸血後、壁に止まらなくなる行動変容（48）が起こったり、マラリア原虫がクロロキンに対して耐性をもつといったことが分かり、マラリア対策は根絶から制御へと方針が変更され、より総合的な防除の必要性が検討されている。

また最近の新しい疾病と社会の関係についての研究テーマは、乳幼児における急性呼吸器感染と下痢の総合的な対策であり、WHOやその他の医療援助団体もプライマリーヘルスケアの一環として力を注いでいる。このような疾患対策の実地的な研究が従来の疫学理論と一線を画しているのは、臨床研究、栄養学、文化人類学、経済学などの知見をもとに疾病コントロールのための総合化がなされていることである。低開発地域における下痢のコントロールを例にあげてみよう。そのような地域における乳幼児の下痢は、それが引き起こす脱水症状のために乳幼児死亡の多く

を占めているという現状がある。下痢は子供の栄養不良と重要な関連をもち、臨床的にも栄養状態の良い子供よりも栄養不良の子供にダメージを与えやすいし、他の感染症の脅威にも曝されやすいという。下痢の対策は原疾患（＝原因）への生物医学的な処置や衛生環境の整備もさることながら、患者の脱水症状を抑えることつまり水を補給することが大変重要であるとされている。経口補水療法（ORT、Oral Rehydration Therapy）は、もともと一九六〇年代にコレラ治療の水分摂取管理のために開発されたものであるが、これは現在我々がスポーツドリンクとして飲用しているものと原則的には同じである。つまり生体の同じ浸透圧（＝等張という）の飲料水の摂取は水分の吸収が容易になるという現象を利用している。そのために急性期の下痢には速やかなORTによる補水が期待されるのである。プライマリーヘルスケア活動の進展という社会的背景のもと八〇年以降、安価（原価にして数円程度である）で誰にでも簡単に行えるという理由から、国際保健を推進する団体が第三世界に急速に普及させたのである。補水療法の家庭内での処方は、包装された補水塩（ORS）を規定の飲料水（主に煮沸後の飲料水）に混ぜて下痢の子供に適宜必要に応じて飲ませるというものである。ただ実際の疫学的な効果については臨床ほどは十分に資料が出そろっていない。しかしもし実際にORTが乳幼児死亡率を下げるならば、重篤になってからの薬剤の投与よりも経済的効率がよいことになり、この療法の普及を進める経済的な正当性（主に費用-便益分析がなされる）が保証されるというわけである。ORTの普及はおもに村落の一般家庭内で行われるので現地の医療信条や伝統的な医療体系の理解抜きにはその普及はおぼつかない。そうしてみると生物医学の応用に端を発したORTは、それを実際に社会的に普及させるという過程を通じて社会文化的な研究と関連を持たざるを得なくなるのである。中米ホンジュラスのORT普及計画のための人類学上の基礎調査では、住民教育に先だって人々が下痢やその他の消化管症状に対してどの様に考えているかという知見が、保健省のスタッフと住民との間の文化的な齟齬を減らすことを示唆している。またカリブ海のハイチではさまざまな伝統的施術師の間でもその集団のカテゴリーによってORTの受容度がことなり、超自然的な技術を駆使する呪術師よりも、社会の動きに敏感な注射打ちの専門家や、母親（ORTは母子保健の一環として行われるので普通現地では乳幼児をもつ母親によく配られるのである）とつき合うことの多い産婆などは、比較的容易に新しい文化要素であるORTをよく受け入れる傾

向がある (49)。

生物医学的傾向のある研究の中で、理論と行政の接点にある領域は、人口の研究である。周知のように開発諸国の人口の低成長と第三世界の急激な成長について様々な論議が出ている。まずそれは地球全体の人口増加という「危機」において人間が資源を消費し尽くすという意見と、開発国で一人あたりの消費エネルギーは低開発国のその何十倍に相当し問題は人口ではなくて資源の配分にあるという主張が真っ向から対立している。第三世界における人口の急増は植民地時代に始まり現在に至っていると言われるが、ある人口集団の歴史的な発展は人口学的な移行説と呼ばれる三段階モデルで説明されてきた。最初は前工業化段階で高い死亡率と出生率が均衡して人口が一定に保たれている。それが移行期になって環境制御、医療や食生活の改善などによって死亡率だけが減少し人口は急激に増加する。第三の工業化段階になって出生率が制御されバランスが保たれるのである。これは西ヨーロッパの歴史的な人口発展をモデルにしており、第三世界の人口動態はその移行期に相当すると言うのである。しかしながらこのモデルには現実の西ヨーロッパの資料と解釈をめぐって異論が出てきたりして十全とはいえないという意見もある。いずれにせよ第三世界の人口の急増の原因の合理的説明が求められていることは確かである。そしてそれらの地域には成人の死亡率の著しい改善は報告されていないので、人口増加の主要な決定因は出生と子供の生存に求められるのが普通である。その際に人口学を研究する者は人口増加の〈要求〉と〈供給〉を区別する。〈要求〉は人口増加に拍車をかける潜在的な動機ともいえるもので、社会に横たわる文化的な理想が要求する家族の大きさや構成のことであり、それらは教育、社会経済的な地位、居住地、子供の養育費、地域の社会的規範などに影響を受ける。〈供給〉は出生や人口に対する調整行為を考慮しないときに直接的に人口を増加させる生物学的な過程をさし、実際の性交、妊娠、懐胎、出産がそれに決定づけるのである (50)。民族誌的には多数の報告があるにもかかわらず人口学者にはあまり注意を引かなかった現象に、子供の〈供給〉を制御していると考えられる嬰兒殺しがある。これには明らかに嬰兒を遺棄する直接的な行為から (51)、育児の方法が無意識的に嬰兒殺しを行っていたりする形態まで様々である。嬰兒殺しは我々にとって残虐でスキャンダラスな印象を与えるが、人口妊娠中絶や羊水穿刺による子供の性的産み分けも出生数や集団の性構成に影響を与える点で同じ機構を持っていることを我々は忘れてはな

らない。

この分野に対する人口学者の参画は出生制御すなわち家族計画というかたちで具体化するが、第三世界での多くのプログラムの失敗や批判などが、多くの研究者をしり込みさせている。人口プロジェクト（主に出生制御）において推進あるいは批判のいずれの立場のにつくにせよ、現在の研究は大集団の人口動態の研究に比して<家庭レベルでの出生と死亡の相互連関の研究>は決定的に不足している。現在その地域では人口の増加が以前に比べて緩和する傾向にあると言われる。しかしながらそれは出生と死亡が減少したためではない。アフリカ地域ではむしろ死亡率が増加したとする報告が見られる（52）。世界的なレベルで近代化は進んでいる、そしてそれは人間の集団の生物学的な特性に影響を与えている。だが近代化は単に技術や経済の面だけでなく社会的な規範や理念まで変えようとしている。その点でこの領域は他の領域との協力関係なしには健全な発展は望めないだろう。

（五） 様々な領域にわたる研究分野

ここまで、理論／応用と生物医学／社会文化で構成される四つの象限の研究領域を概観したが、それぞれの解説では必ず他の領域に渡る研究分野があることに、読者は気づかれたと思われる。そしてある特定の研究領域が実は相互に関連し、古典的なテーマは新たな問題意識のなかで別の領域の中心課題になっていくのである。

人口論の研究は経済学に起源を発するが、病気とくに疫病は人口動態の変動をつかさどる因子のひとつであり、疾病統計と人口動態の研究は、疫学の根幹とされてきた。そのような研究の蓄積の上に<歴史人口学>が生まれたのは周知のとおりである。つまり教会の洗礼や死亡記録をもとに西ヨーロッパ歴史社会の人口動態の分析が社会学や人類学の影響を受けながら多角的に行われた。またその影響を受けつつ、無文字社会や文字資料の累積的な蓄積が行われなかった社会の歴史を、現在の人類学的な資料などを再構成する独自の分野はエスノヒストリーと呼ばれてきた。エスノヒストリーの学問のスタイルは人文的であるが、そこで用いられる資料は人文自然科学に関係なく多岐にわたり、研究には学際的な知識が要求されている。

疫学的な資料を地理学的な空間のなかで検討する疾病の地理学は、疾病構造の空間的な再現だけでなく医療地理学（medical geography）として発達するようになっ

てきた。この分野は理論的な基礎の上に、行政などの応用研究に援用されている(53)。いっぽう疫学的な資料を時間と空間のなかで歴史的に再構成すると疾病の歴史地理学的研究となる。例えば一六世紀初頭のスペインの新大陸への征服という出来事を見てみると、新大陸の原住民の軍事組織がなぜ少数のヨーロッパ人によって簡単に撃破され、高度な文化がどうして簡単に滅びてしまったかということは、現在も謎になっている。このことを説明する有力な説明は、征服後の原住民の急激な人口減少は旧大陸のヨーロッパ人が持ち込んだ新しい伝染病（天然痘、麻疹、感冒など）であり、それらは新大陸には存在しなかったか、集団に影響力を与えない程度であったと考えられている(54)。またある特定の人口の遺伝学的な分析は民族誌やエスノヒストリー研究に相互依存的な役割を果たしている。理論的で生物医学的な研究領域をこのように拡張していけば、文化的研究と次第に接近することになる。

世界のほとんどの民族は土着の薬用植物についての知識を持っている（あるいは持っていた）。生物医学的な民族薬学とはこのような有用植物中に含まれる有効成分を特定し、薬に精製したり、その化学構造を決定して、有効性についての知識を増すことにあった。現に我々の社会で用いられている薬にはこのようにして得られるようになったものが多々ある。しかしプライマリーヘルスケア戦略が第三世界に波及した際、従来の工業医薬品の代替として薬用植物の利用が再び脚光を浴びるようになってきた。それは安価で、現地の産業構造を急激に変化させない、現地で直接入手できる、等の利点があるからだと言われている。薬用植物の知識の採集は、伝統的な薬草師や古老の協力なしには実現できないので、近代化のなかで忘れ去られようとしてきた伝統的文化の再生にも寄与できるというメリットもあると、それを推進する側の人間は主張する。このような小さなプロジェクトは多くのラテンアメリカやインド、ネパール、アフリカのいくつかの国々で行われている。そのような運動は単に伝統的な薬用植物を提供するだけに留まらず、現地の経済システムや伝統の近代化というテーマと密接に関わっており、その成りゆきは様々な知識がどのように動員され使われるかということにかかっているのである。

また先の民族医学的な研究の紹介において、現地の伝統的な医療体系を知るには狭い現代医学の知識だけでなく、その社会の呪術や宗教あるいは身体に関する考え方の理解が必要とならざるを得ないことを私は指摘した。人々の医療信条や医療行動は個々人の身体や健康に対する考え方に深く根ざしていることを最近の研究は明

らかにしたため、現代医療に基づく住民参加のプロジェクトを推進する医療者は、そのような理解抜きには計画の十分な効果を期待することができないとまで言われている。

今や我々には全体論的な知識の必要性が要請されている。〈からだ〉についての研究を例にして考えてみよう。人々の〈からだ〉を調べる際に我々はどのようなアプローチを取るだろうか。現代科学は〈からだ〉という現象を要素に還元してそれぞれを分析する。身体計測、栄養状態、生化学的検査、環境と身体、気質や人格、身体に対する観念、身体技法やその訓練、身体のシンボリズム、身体装飾、誕生や死、家族と身体、身体と暴力、法がどの様に身体を管理するか等、様々なアプローチが可能だ。しかし右のような研究テーマのどれひとつも〈からだ〉に関する多様な現象をすべてを説明しているわけではない。〈からだ〉に対する認識が、医療について研究する際に必要欠くべからざるものであることに意義を唱える人はいまい。にもかかわらず研究を始めたとたん我々は常に細部に眼が行ってしまい、〈からだ〉という全体を見渡すことを忘れてしまう。これは単に認識のレベルだけの話ではない。具体的な医療実践においても、人々の多様な医療行動を支配している要因をどの様に把握するかということは最近の重要な関心事である。そうすると我々は〈からだ〉に関する全体的な知識を欲しているのに、要素に還元する現有の科学知識体系によって分断されてしまっていることに気付かされる。〈からだ〉はその一例であり〈健康〉もその意味で全体的に理解されることを期待されるのだ。序論で最初にあげた「医療人類学は健康について探求する学問である」という提言をここで思い出して欲しい。この学問は全くの新しい科学を創造したわけではない。むしろ全体的な〈健康〉の把握を目指して、既成の諸科学の領域の共同の必要性を説いているにすぎない。ただ〈知〉の共同は既成の枠にとらわれていては何の進展もない。共同のための新しい場を提供するのも医療人類学の役目であると、私は考えている。科学は我々に対して様々な〈知〉の在り方を提示した。しかし我々はまだそれを思う存分に活用しているとは言えないのである。

□第二章 医療人類学における実践的課題

わが国の医療人類学においては、十分に確立された方法論といったものはなく、いろいろな立場や多様な手法からのアプローチが盛んに試みられているというのが現状である。以下に医療人類学の研究をおこなう上で、留意すべき課題を、文献的研究、現地調査、実践研究、の三つに分け、簡単に説明しよう。

文献的研究

文献研究の第一歩は医療人類学の概説書を読むことである。英文の概説書は質と量において他の言語のものを凌駕しているが、日本語にもいくつかのものがある(1)。概説書はその分野を鳥瞰するために是非とも必要な知識を集めているが完璧なものではない。すでに述べたように、理論的な研究に力点を置いたものがあると思えば、応用を前提に紹介したものもある。またその著者の出身分野によって生物医学的な説明あるいは社会文化的のものどちらかに肩入れする傾向があることは確かである。たとえばある病気とそれに有効性のある薬草の摂取行動が観察されれば、生物医学者はそれがいかに薬理的に有効であるのか、その生化学的な機構や他の類似物質との関連へと話が発展していくのに対して、社会文化論者はその薬草が長い歴史の中でどのように伝承されてきたかとか、薬草がどのように儀礼に統合されて行くかなどという社会的な連関を強調しやすい。そのような偏り（バイアス）を除くためには、(a) 他の概説書を併せて読む、(b) その著者の専門分野や他の著作から研究の傾向を知る、(c) 批判的読書を心がける、という処方があることを銘記しておこう。

そのうち批判的読書は最も重要なものである。遅発性ウイルス感染で紹介したクールの食人感染説や古代アステカ人によるタンパク質補給の為の食人説など、人類学的な研究には「食人」（カニバリズムあるいは人喰い=anthropophagy）についての報告があるが、そのあらゆる文献を渉猟したアレンズは、いかなる人類学者も食人について実見しておらず、最も信憑性の高いものでも「食べた後の」その灰を見たに過ぎないことを、その著書『人喰いの神話』で述べている。我々を含めあらゆる人々は未知の、特に我々にとって野蠻と思われる人々に対して人喰いのレッテ

ルを貼る。人喰いは人が犯してはならない強力な禁忌（タブー）なので、そのレッテルそのものは我々の想像力を喚起して、その内実である「具体的な逸話」が生産される。現地の人々と生活を共にして直接データを採集する人類学においても、現地の人々の情報を鵜呑みにして十分な検討をおこなわなかったのは、人喰いの逸話を信じ込む素地を彼らと同様我々も共有しているからである。かくしてアレンズは、食人は我々を含め人間にとって文化的偏見から由来する「神話」とであると結論している。文化人類学界内部にはアレンズの主張は性急すぎるという批判があるが、ひとつの当然と見なされた事象に対して疑問を投げかけその問いに固執し続けることによって、解決済みの常識を覆す彼の態度は見習うべきであろう。アレンズに批判されている食人＝タンパク質補給説を奉ずる当事者であるハーナーやハリスも自説への執着という点では彼に負けずとも劣らずであるが、その賛否は読者に任せよう(2)。

医療人類学の教科書や総説だけが、この分野の視野を提示している全てではない。特定の社会における文化現象の記述である〈民族誌〉は社会人類学や文化人類学における包括的な視点の重要性を具体化したものであるが、そこに盛り込まれている方法や主張は次にのべる野外調査のために参考になるだろう。ということは民族誌の読書やその分析的研究は調査研究へのインスピレーションを得るためにも重要になってくる。しかし、多くの概説書は著者の特定の学問分野に対する理念や展望を明白ないしは暗黙に主張しており、そしてそれを正当化するために様々な具体的民族誌や報告をうまく（著者の主張に合うように）配列しているのが現状である。したがって、ここでもまた、批判的な読み方と、資料解釈の深化が必要である。

論文のスタイル—ある疾病の記録

書物になった民族誌のようなまとまったテキスト以上によく読まれるのが学術雑誌に掲載された論文や事例報告等の短い文献である。これらの文献は概説書や民族誌の様に比較的長大な構想で書かれることは少なく、字数も制限されており、具体的な報告とそれに関する考察が（時には例外もあるが）簡潔にまとめられている。

ここではひとつの試みに米国の医療人類学会の発刊する「季刊医療人類学」(新版)に掲載されたM・ニッチャー論文「キャサヌール森林病：開発原病の民族誌」(3)

を例にあげて医療人類学のひとつの論文の構成を見てみよう。なおこの論文は事例であり、すべての医療人類学がこのように書かれたり、書かれるべきであるというわけではない。ただ著者から見て生物医学、宇宙観（コスモロジー）、医療セクターの諸点からの確にまとまった民族誌として紹介するにふさわしいと判断したためである。[なお番号は論の展開に沿って筆者が便宜的に振ったもので原文にはない。]

（一）論文の全体の主張はこうである。キャサヌール森林病（Kysanur Forest Disease）は南インドの森林破壊に伴う＜開発原病＞（disease of development）（4）であり、この疾患が流行していたカルナータカ（Karnataka）州の住人がどのように病気を捉え、どのように対処していったかについての民族誌的検討である。論文の焦点は疾病の流行に伴って現れた＜説明モデル＞の社会的・歴史的次元である。つまり身体疾患が社会の状況を説明する＜自然の象徴＞（natural symbols）として用いられ、封建的な王がその王国の安寧に責任を持つという説明をする＜身体と土地の喚喩関係＞に言及し、さらにそれが住民のヘルスケアの意志決定の問題まで関連しているという事実である。

（二）序論は、この病気がインドの南西部にのみ見られ、突然の悪寒、発熱、頭痛、身体の痛みといったインフルエンザ様の症状に始まり、下痢や嘔吐がしばしば見られたあと、長期にわたる高熱が続き、最悪の場合には肺炎や出血あるいは脳炎をおこす、という生物医学的な症状の記述に始まる。病気は一九五七年に報告されているが、長い間死亡の報告はなされなかった。しかし八二年になって突然カルナータカ州の南部に流行し、八四年までの病院での死亡率は一二から一八パーセントにまでなったという。この現象の民族誌とは、住民が病気の流行を広範な社会的不幸という文脈で説明しようとしたことにあり、人々はまるでジグソーパズルを繋げるように原因を説明していったことである。そしてこの現象は色々な説明が可能であったのに、どうしてある特定の説明だけが人々に採用されていったのか、と説明することがこの論文の課題である。

（三）「疾病の特色」では病気の疫学について語られる。キャサヌール森林病はある種のダニが媒介する脳炎で、その病原は（節足動物が媒介するのでその名がある）アルボウイルスの一種であり、それは南インドの生態系に古くから存在していた。それが七〇年代にこの地域でカシュー（粘着性のゴムが採れその実はカシューナッツとして知られている）を栽培するために広範な森林伐採が行なわれ、森林と村落

の間に多くの藪ができることになった。この藪がダニを生育させる温床となり、家畜を通じて人に感染するようになったのである。病気はダニの繁殖サイクルに完全に一致し、若いダニが出現する十二月に流行し始め、一月から二月にかけてピークを迎える。流行は村ごとに突発的に発生し、村に大打撃を与えた後は、住民に免疫が形成され鎮静化する。また病気は森と集落を家畜を使って行き来して働く貧しい農業労働者に多発している。キャサヌール森林病の流行は、文字通り開発が生態系を変えることによって病気を発生したという点で〈開発原病〉なのである。

(四)「トゥルバの宇宙観と社会変化」、トゥルバとは現地の人々のことで、彼らの話すトゥル語に由来する意味。ここでは病気が解釈される社会的な文脈を紹介するために彼らの宇宙観（コスモロジー）から説明に入る。彼らによると世界は三つの領域から成るという。つまり、人間と野生と超自然のそれぞれの領域であり、そのうち超自然は、耕作地である人間の領域と森林で象徴される野生の領域を媒介しているといわれている。そして野生と超自然がうまく治められると、それらは人間に生命力や安寧を与えることになる。逆に制御ができないと、収穫の不良や病気の流行などの原因となる。その信仰の土壌に加えて現地では守護神（bh<ta）を祀り憑依を伴う儀礼が、家庭から、村落、王国に至るまでのさまざまなレベルで行われていた。しかし一九七〇年代中頃に農地改革が実施されたため王族が没落し、彼らが催す大規模な守護神の儀礼が行われなくなった。人々は病気や不幸の原因は守護神への義務の不履行であり、それは神が怒っている証拠であると考えていくようになった。

(五) 病気の民俗的な解釈に入る前にまず現地の医療体系についての知識がなければならぬ（「KFDの原因についての解釈」）。現地の保健文化は、先に述べた守護神崇拝、インドの伝統医学であるアユルベータ、占星術と、医師や売薬業者による現代医学（インドやバングラデシュではしばしば「アロパシー医学」と呼ばれる）によって多元的に構成されている（↓医療的多元化）。人々は病気になったときにそれが生起する状況を観察し、その病気を診断していく。しかし予測どうりの経過をたどらなかつたり、薬が効かなかつたりすると、病名の変更が行われ新しい治療が始まる。従って病気の知識を生産するような社会的、文化的、心理的、歴史的な要因を知ることは重要になり、キャサヌール森林病もそのような文脈のなかで探求されなければならない。

彼らがこの病気を守護神の怒りであると意味づけした理由は、(ア) 病気の症状と守護神がおこす災難-突然の高熱、体の痛み、など-が一致したこと、(イ) その流行が孤立した村落で始まり、それがその住民の(宗教が規定するところの) 道徳的な違反に由来するものであると考えられたこと、(ウ) 現代医療の医師が病気のコントロールに失敗したので住民は超自然的なものに理由をもとめる結果になった、と考えられる。しかしそれはこの土地に農地改革が行われたという社会的な変動にも大いに関係している。先に述べたようにそのために守護神への儀礼が減少したが、病気の流行に伴って儀礼が今度は急増し大量の供物が捧げられることになった。これは土地所有者である王族と小作人である臣民の間には保護と貢献という相互義務を負っており、同時に王族と臣民は守護神に対して義務を負うものとされているからである。

占星術師たちは、バランスを失った生態、崩壊した王政、王国の境界を守れない弱体化した王という文脈の中で、病気が森からやってきたものであると告げたが、病気の流行は次第にエスカレートしていった。彼らは住民の要請にたいしてそれにはより深い理由があると考えようになった。ある占星術師は患者が病院で死亡することを、その靈魂が満足しないために不吉なことであると考えた。現に病院収容患者は重症期の者が多かったので病院自体が死を意味するものになっていたのである。

流行と同時に汎インド的な女性神マーリアンマン (M_Kriamman) がこの病気と関連づけられるようになった。つまりこの女性神はもともと天然痘や熱のある病気の神として考えられていたが、天然痘の撲滅と共にその神の破壊的な作用に対する畏敬の念が消失していた。現地の帰依者によって守護神とマーリアンマンが関係づけられるようになっていたうえに、さらにこの女性神を奉じるカーストの影響力もあって、この病気は守護神を超えてより一般的に森林病の原因として統合されるように至った。

インドの文化的な脈絡のなかでは病気の原因とカルマ(業)の関係がしばしば論じられるが、この事例では他人の家族や自分の共同体ではない場合のみカルマの論理がもちいられた。保健職員とメディアによって住民はこの病気が森林からもたらされるダニによって起こると知らされたが、森へ行くことを禁じられている子供たちまでこの病気に罹ったために(実は衣服を伝ってダニが移動していた)、この理

不尽な謎を人々は神に関係する「土地のカルマ」と説明した。しかしそれはヒンズー文化が他の人々に比べて不幸の原因を容易にカルマに帰するという一般化はできない（この文脈で著者であるニッチャーは十分な検討なしにカルマの論理を用いる研究態度を戒めている）。

（六）「医療資源の利用」では、このような病気の理由づけのもとにどのような伝統医療も含めた医療資源（medical resouces）を利用しているかに触れる。この病気の症状は多様であり、また流行年によって病像が変遷しているので専門家であっても診断が難しい。先に述べたように病院には急性期の患者が多く収容されたので、病院は死に行く場所だと烙印を押された。また病院で死んだ満足のない人の靈魂は、将来その親族を悩ますものだと言われた。そしてそれに追い打ちをかけるように患者の収容増による病院の条件の悪化が重なって病院の人気は下がる一方であった。ところが現代医療以外の治療師のところには患者が集まり、またその名声を落とすことはなかった。それは治療師たちが急性期の患者を病院へ送り死の評判を着せられることを避けたという消極的な理由の他に、彼らが住民の支持する民俗的な〈熱／冷二元論〉を用いて病気を取り扱うということを行ったからでもあった。住民や治療師は病気に際してそれを悪化する原因を「熱いもの」と考え、体を「冷やす」こと—ココナッツのはいった冷たい水を飲む—を行う。しかし現代医療（アロパシー医学）がおこなう錠剤やカプセルの投与や注射は体を「熱くする」ものであると考えられ、錠剤を定期的に飲むことなどは伝統的な立場から見ると体を弱くすることに他ならないのである。現代医療の薬を途中で飲まなくなることは、二次感染による病気のぶり返しを起こし、その結果現代医療への不信感はつづいていく。治療者たちは住民が恐れる死のシンボル—それは病院で用いられるブドウ糖と塩類の「点滴」である—を用いずに、レモンとある種の果汁あるいは経口補水塩溶液を用いてこの病気の脱水症状を管理した。

（七）行政は流行に伴って医者を要請したり、移動医療班を編成したが、当初はこの病気と森林伐採の関係を関連づけることをせず、伐採労働者が感染したダニを流行地に持ち込んだと説明した。やがて住民によって救済委員会が結成されたが、委員会は医療的な支援よりも栄養補給や（ダニの駆除の）薬剤散布の重要性を主張した。行政は医療的な技術（ワクチンの開発）に傾斜し、ダニの温床である家畜や藪への薬剤散布には、皮肉なことにも生態系を破壊するという論法をもちだして消

極的であったが、救済委員会の圧力により開始せざるを得なくなった。政府の活動はこの疾病を管理するために住民の自助努力を引き出すには至らなかった。政府がキャサヌール森林病をウイルスとダニの疾病としたのに対して、救済委員会は開発当事者がプランテーション建設に際して社会的および生態的な調査を行わなかったことに注目して、この病気を開発原病とした。

(八) 以上の記述をまとめて著者は次のように結論づける。守護神の儀礼の中で表出される封建的領主と小作人の父権的な関係は農地改革によって衰退してしまった。しかし彼らの宇宙観、神話、儀礼のなかにそのことは残されており、森林病の流行に対する彼らの解釈や病気の悲劇性を我々は歴史的脈絡の中で理解しなければならない。彼らはその伝説や儀礼のなかで森林をコントロールする必要を主張しており、現に一年に一度森の中で儀礼的な狩猟をおこない、守護神の慰撫し、狩猟の成功と彼ら自身の繁栄を祈る。昔はちょうど猪や象によって畑が荒されるように森が人間の領域を侵犯して秩序が壊されたが、現在では人間が森を破壊することによって流行病を引き起こすに至った。森にいるウイルス感染したダニとの接触は、秩序が壊された世界の中で守護神と接触することに等しい（なぜならば守護神は世界を無秩序にした人間に対して怒っているからである）。その意味でキャサヌール森林病は、いにしえから現在に至る人々と国家と環境の三者の関係が錯綜する土地に根ざす問題なのである。

ちょうどカミュの「ペスト」という文学作品のように、この文献はキャサヌール森林病を記述するのに様々な視点から捉えられている。アルボウイルス感染症の一種という〈疾病〉は、社会文化的な意味づけを通して守護神による天罰という〈病気〉になる。そして政治経済的な視点から捉えると〈開発原病〉となるのが包括的に述べられている。ひとつの病気を記述するのに著者は民族誌的なスタイルを取った。しかしそれは現地で得られた資料を逐次的に羅列しているのではなく、疾病分類的にあるいは疾病統計的に（→二、三）、社会的文化的背景（→四）、現地の人々が解釈する様々な病気の諸相（→五）、医療行動からの視点（→六）、疾病に対する政治的対応（→七）という様々な諸相が著者の枠組みに従った上で配列整理されており、初めての読者にも理解し易いように書かれているのである。

現地調査（フィールドワーク）

現地調査とは研究対象となる現象が実際に生じている場所に出かけて、資料を採集することをいう。この方法は実に様々な学問領域で用いられており、その技術的な問題や具体的な戦略についてはそれについて論じてある書物に譲りたい。ここでは医療人類学における野外調査に限定して、その方法の理念とそれにまつわる問題を中心に紹介する。つまり生物医学で最も基本的な資料と言える（一）疫学と人類学の関係、民族学から受け継いだ（二）民族誌的方法、そして比較的限定された地域、例えば村落や都市の一区画などで行う（三）家庭レベルでの調査のためのガイドライン、について説明する。予め断わっておかねばならないのは医療人類学の領域はすでに幾度も述べているように未だ確定されたものではないので、新しい領域を開拓していこうという研究者はすでに他の学問分野で確立された方法論を野外調査に適用させていたり、新しい方法を開発する試みを怠ってはならないということである（5）。

（一） 疫学と人類学

どの教科書をもても疫学と医療人類学の関係は必ずしも明確にされてきたわけではない。むしろ別個の学問的体系として、医療人類学は疫学の理論やその成果を利用してきたのである。疫学とはもともと集団の病理の原因を追求するという理念のもとに流行病の学問として出発したが、現在では公衆衛生における意志決定理論（decision making theory）という地位を占めつつある。特に統計学や数量モデルを用いた理論的な成果は、医療統計の分析や臨床疫学に反映されており、この資料を用いる研究者には疫学的方法を検討することは欠かすことはできない。しかしここでは具体的な疫学の調査法や資料の検討は類書に委ね（6）、その有効性と問題についてのみ触れたい。

疫学者は人間の集団の健康と疾病についての複雑な社会的過程について関心を寄せそれを数量化しようとするのに対して、人類学者は特定の集団の日々の行動を中心に定性的に記述する傾向がある。人類学的問題に引き寄せた疫学への関心は、感染症、慢性病や成人病などの非感染症あるいは心理-社会的な状態が集団の健康状態

に与える影響であり、特に文化によるライフスタイルの差や近代化によるその変動の表れ方の違いなどに焦点が当てられる。

さて両分野の共同に関する問題であるが、疫学の理念は生物医学に基づいてあらゆる疾病の普遍性を仮定している。従って疫学上の資料は通文化的な比較に耐える（エティックな）指標であると考えられている。現地で具体的な調査に入るときには研究者は住民の疫学的な資料を採集したり、既に収集された公官庁や地元の保健所の疫学資料を検討する。疫学資料によって調査地を選択したり、調査地の人口集団の疫学的な偏りを考慮する。調査地とその周辺地域の資料の比較は共時的な分析であり、同じ時間系列の中での疫学という視点からみた空間的な差異についての理解を深めるのである。また調査地の疫学資料を時間的な継起の中で比較、すなわち通時的に分析すれば、集団の時間的な遷移の中で疾病と集団の関係性が明らかになる。しかし対象集団が疫学的に理想であること、つまり疫学モデルに完全に一致することは現実には有り得ないし、また普遍的な臨床カテゴリー（clinical universal category）自体も歴史のおよび文化的な分析でしばしば批判にさらされている。

しかし疫学資料の問題は、理念上のことよりも具体的な資料採集において重要になる。つまり資料の精度の不均等やそれ自体の誤謬性によるものであり、資料批判上の問題である。特に第三世界のフィールドで研究する医療人類学者たちのひとつの不満は現地機関の発表する疫学上の資料に不正確さや偏りがしばしば認められることである。そのために現地の資料は大まかな動向を知るための資料としてしか役立たない。また疫学研究の為にそのような調査地で資料を採集しても比較に耐える他の資料がないのである。これは疫学的資料だけではなく、現地において幾つかの機関が発表する統計資料に大きな食い違いが見られるのである。これはすべての数値的資料を等質なものとして扱う疫学者にとって致命的ですらある。従ってその弊害を取り除くためには組織的で均質な調査計画が実行されなければならないが、この問題はすでに医療人類学の研究領域を越える問題である。人間の集団と健康の問題は医療人類学にとっても重要なテーマであるが、疫学による数量的な資料と人類学の定性的資料（例えば次に述べる民族誌的資料）をどのように調和させるかという議論はまだ端緒についたばかりなのである（7）。

(二) 民族誌的方法

特定の社会集団の文化現象の直接的な観察に基づく記述を民族誌という。この記述を完成させるための方法を我々は民族誌的方法と呼んでいる。この手法はもともと民族学あるいは文化人類学において用いられてきた技術であるが、社会学者にも質的な資料を採集する際にこの手法を援用することがある。民族誌的方法は以下のような具体的方法に分けられる。

(a) インタビュー

インタビューは大きく公式なものと、非公式な形に分けられる。

公式インタビュー(formal interview)とは社会的に公式的という意味ではなく、質問者が予め<特定のテーマ>に関する質問を用意しておいて、それに対する回答者の応答を記述していくスタイルを取るインタビューのことを言う。一般的に質問と応答が紋切り型になりやすいが、質問を論理的に構造化することによって聞きたい内容のレベルを深めることも可能である。ただし<論理的な構造化>は通文化的に一定ではなく、それぞれの文化の論理構造が異なることに留意する。もし質問者が病気の原因はすべて物質的な裏付けがあるはずであると仮定して質問を構築していても、回答者が病気の原因を「たたり」という超自然的な現象で説明すると質問者はそこから先の質問が不可能になる。回答者の答えは質問者の属性(性別、年齢、異邦人か否か、社会的役割など)に大きく影響される。現代社会ではプライベートな質問は回答の拒否や虚偽を導く可能性がある。病気を超自然的な原因に帰す伝統的社会は多いが、そのような社会において、もし診療所の医師が患者に対して「あなたの病気はたたりによるものですか?」と聞き、たとえ誰も肯定的な答えをしなかったとしても、患者はそれを信じていないと結論することはできない。患者はそのような病気になったときには現代医学の医師を訪れないからである。また医師に対して超自然的な病気について語ることを嫌う場合すらある。なぜなら西洋医はそのような病気に関与することができないからである。

非公式インタビューは<ある種のテーマ>についてより自由な質問形式をとる。調査者は質問の概要を予め決めておき、それに従い質問を行っていく。公式インタビューと違って回答者の反応によっては追加的な質問を付加していく。もしある種

の薬草についてその治療法に質問をしているうちに、答えがその薬草と関連した民俗的な病気に触れた場合、調査者はその病気の内容や原因について質問する。また質問者、回答者の両者にとって公式インタビューほどの退屈さは感じないし、追加的に質問することによって回答者の言っている意味を再確認することができる。ただし回答者の反応を記録することは、公式のものよりも骨がおれるし、回答の質は質問の文脈に依存するので注意が必要である。

(b) 会話 (conversation)

ある個人との対話や小グループの会話はインタビューよりもさらに自由度の高い情報が得られる。会話には、発話者が他者に対して質問をするというインタビュー的な要素がなくはないが、反応的に質問に答えるという必然性がない点でインタビューとは異なる。また内容はインタビューよりもさらに会話の脈絡に依存するので、正確な資料採集は難しくなる。しかしその全体の情報量は多く、人々が日常生活の中でどのように現実を理解しているかという研究には、この会話の分析が欠かせない。D・ハイムズは「談話の民族誌」(8) という研究領域を提唱したが、臨床の場はその意味でこの研究の宝庫である。会話と非公式インタビューという調査法を過激にしたものにエスノメソドロジーがある。これは(世界を構成する)いかなる社会的な合意を我々が日常生活のなかで取り決めているかを明かにするために、意図的な方法でその合意を踏みにじる行為を行ったり、徹底的な会話分析を行い、それを我々自身の意識の上に浮かび上がらせる。D・スミスはひとりの人間が精神病と識別されていく過程を会話分析し、まわりの人々が事後的に辻褃を合わせてその人間を精神病者に仕立てていくことを発見した(9)。

(c) 観察 (observation)

今までの二つの方法はどちらかと言ってしまう言語的な活動に関心が置かれたが、この観察と次に述べる参与的観察は言語以外の活動にも焦点を当てる。医療人類学者は社会的な出来事や人々の行為を注意深く観察する。社会的な出来事はマクロ的な視点から観察され、人間の行為はミクロ的な観察による。後者は特に非言語的(ノンバーバル)なコミュニケーションに注目する。臨床的な活動におけるこの種のコミュニケーションは最近特に注目を浴びている。その際、心理学や行動学は通文化的な共通性、すなわち生物医学的な特性に根拠を求める傾向があり、人類学では文化的な因子がいかに個体の身体や行動を規制するかを強調する。観察は一回きりにし

か生起しない事象を記録することであるが、再現性を持たせる技術がある。すなわち写真や映画あるいはビデオテープによって映像的に記録し分析する手法が開発されている(10)。

(d) 参与的観察 (participant observation)

観察の一種だが民族誌的方法論を特徴づけるものである。狭い意味では観察者が同時に観察される対象の集団のメンバーであることを言う。しかし広義には、被観察者である人々によって観察者が外来者であり、彼らを観察することを認められているような状況にある観察である。一般に人類学者の参与観察とは後者のことをさす。参与観察の利点は、観察において被観察者が調査者によってその行動に偏りが掛かる危険性を少なくすることができることである。参与観察によって観察者と被観察者の境界は曖昧になり、観察者は調査対象の人々の思考について一定の理解が可能になる。「民族誌家の課題は行動そのものを予言することではなく、むしろ文化的に適切な行動の規則を述べることにある」とフレイクは述べているが、このような芸当は参与観察によって初めて可能になると言える。しかし、参与観察で得られるメリットはその対象集団のものだけに限定されるし、全体的な状況のうちの一部だけであるという批判もある。

以上のような説明は伝統社会での調査における基本的な方法論であり、現代社会に住む人々にたいする調査はこれを基本にさらに洗練された手法を必要とするかもしれない。つまり医療者がインフォーマント（現地調査における情報提供者）になったり逆に調査者になったりする地位の移動の問題、異文化ではない同文化に属する人間が人類学調査者になる「現地人の人類学者」(native anthropologist)のことが将来問題になるであろう。また民族誌記述と臨床医学におけるアナムネーゼ(ドイツ語で病歴採集の意)は現象としては非常に似通ったものとなっているが、根本的に異なっている点は、後者が発話の内容を臨床医学の概念や用語で解釈したところで終わるのに対して、前者は発話者の解釈を引き出すことから研究が始まるのである。

医療人類学における民族誌的な記述を私は医療民族誌 (medical ethnography) と呼ぶ。これは<医療>とよばれる現象を、医者 (=治療者)、患者、治療、医薬、診断 (=原因追求)、予後 (=結果または経過) 等という現代医学のカテゴリーからな

る医療体系に当てはめようとする試みではない。むしろ我々が通常思い浮かべる「医療」という限定された言葉のイメージをいったん留保し、それらに関与するあらゆる事象をちょうど植物の根を辿るように拡張していったときに、我々に感じるそれらの事象の連関を記述するのである。そうすると〈医療〉は現代医療的なものにとどまらず、我々の生活全体に根ざした幅の広い現象であったことは容易に想像できる。冒頭で述べた〈医療〉という言葉にたいするルーズな理解が必要とされる理由はここにある。さてこのような試みはフレイクやグリックによって先駆的に検討されてきた。とくにグリックは西洋的な基準から離れてこのような問題を考えた際に医療がいわゆる宗教的なものと密接に関わっていることを指摘し、「民族誌のカテゴリー (ethnographic category)」として医療というものを捉えた。彼の研究上の関心は、現地の知識の体系の分析的記述的研究、すなわちエスノサイエンスとして現地の「医療」を検討することによってそれが文化の「普遍的なカテゴリー (universal categories)」として通用しうるかどうかにあったが、我々は方法論的にその議論には拘泥しないでおこう (11)。医療民族誌において大切なことはむしろ、我々が持っているひとつの文化的なフィルターである「医療」という言葉にまつわるイメージを徐々に拡大し、それが持つ意味の裾野を広げることにより、最初にあったイメージを解体させることである。最初から普遍的なカテゴリーを想定するよりも、我々の文化的な偏見に満ちたイメージから具体的に解釈を試み、それによって分析できないという限界性に突き当たり再考を促すほうが、示唆的かつ有益であると思われる。また医療民族誌は伝統社会の〈宗教〉や〈儀礼〉に関する議論を現代医療にも存在するものとして解釈してみることの重要性も主張する。キャッツは現代医療の象徴である手術室において穢れ (=感染の原因となる汚染) をめぐる儀礼が支配する世界を描き出している (12)。

そのように見ると、医療民族誌は (a) 従来民族医学研究における伝統的な研究のスタイルの系譜、つまり医療と宗教という両方のカテゴリーの境界にあたる領域の民族誌研究と、(b) 臨床人類学に見られるように臨床的なパラダイムと人類学研究の境界に位置する研究、という二つに領域に分けることができよう。前者は現在まで多くの人類学者が残してきた事例が多数あるが、後者は歴史的に日が浅いということもあって研究が少ない。数少ない後者の例として近年精神医学を中心とした医療人類学に多大な影響を与えているクラインマンの著作『文化のコンテクスト

における患者と治療者』(一九八〇)(13)をあげることができる。それによると、台湾の患者は身体化(somatization)という文化を通して病気を構造化しており、その環境の中で働く現地の精神科医でさえ台湾の文化の影響を受け心因性疾患にたいして身体的な疾患のラベルを貼ることが多いということを彼は指摘する。クライマンの業績の中で注目すべき点は現地調査に基づく資料を(ある程度)臨床的に応用可能なかたちで図式化したことである。つまり臨床的リアリティー(clinical reality)、説明モデル(Explanatory Model, EM)、治癒過程(healing process)等の独特の分析視点から、台湾(漢人)における精神疾患を中心に、治療セクター(つまり、家庭内、シャーマン、中医、現代医学の精神科医)の調査資料を解釈していったのである。このようなアプローチは、文化相対主義にのっとって調査地で起こる現象を全体論的に記述していく旧来の民族誌的方法と一線を画しており、その方法の可能性や限界について十分な検討が必要である。しかし医学と人類学の領域にまたがる調査のための一定のガイドラインを、事例に即して提示したことは疑いがない。

民族誌が人類学の中でも中心的な役割を果たしてきたのは、それがひとつの社会や集団を全体論的に捉えているかのような印象を与えてきたからに他ならない。記述することの客観性が疑われなかった時代には民族誌は文化の一覧表を埋めることに存在理由を見いだしたが、現在では記述される内容が研究者の位相によって影響を受けることが指摘され、中立で客観的な記述を信じるのが不可能になってしまった(14)。しかし民族誌の現在、はそれが<作品そのもの>として評価される時代になったにもかかわらず、民族誌上の断片が客観的な実在として別の研究者の考察の中に<密輸>されるという事態が続いている。だがこの行為は文化人類学のパラダイムにおいて、論争を可能ならしめるものとして容認されている。また新参者は民族誌に断片という補遺を加えるが、それは民族誌それ自体を完成させるために必要不可欠なものとなる。断片を否定する全体論が断片によって保証されるというこの逆説にもかかわらず、民族誌が人類学的想像力の源泉になってきたのは調査者と対象が織りなすダイナミズムなのである。その意味でも医療人類学において民族誌採集という研究のスタイルはますます重要になっていくであろうと思われる。

(三) 資料収集のガイドライン

偏りのない調査を心がけたいのは調査者の一般的な通念であるが、調査に着手する以前にそれを未然に防ぐ方法もあまり期待できない。調査における偏りは、調査地を決めようとして踏査を始めた時点から調査地で調査を行っている期間を通じて、そして調査地から帰って現地で得た資料を整理するまでの全ての過程の中から生まれるものである。踏査や調査地の決定をする以前に「正確を期すために」あれこれ悩むのは得策ではないし、むしろ<正確な調査>の理念の信奉こそが弊害になる場合が多いことを銘記すべきである。このような偏りを克服する万能の方法は今のところない。現地調査では、ひとつの方法にとらわれず多角的な視点から観察することによって、妥当性のある見解を出そうと試みる以外に救いはないと思われる。

調査に先だって、調査地域全体に関する情報や基本的な概念および理念の整理が必要であることは言うまでもない。調査を行う目的は一旅に出たいというロマンティックな欲求（15）の他に一文献的な研究のなかで生まれてきた仮説や理論を実証したいという実利的要求が潜んでいる。しかしその仮説や理論などは現実の調査が行われる中で<変節>していったり（人類学を賛美する人は「現実によって鍛えられた理論」という修辞を用いる）、仮説や理論が放棄されることもある。そこで調査者は現地で新たな仮説を構築せざるを得ない。現地調査における理論と実証は、実験室のような主体と客体の明確な二元論的な区分ができない。そこにまた現地調査の醍醐味もある。調査者と研究対象である現地の人々との間の相互作用が生じるにもかかわらず、調査者のアイデンティティーが完全に崩壊することは稀である。それは文献研究で使われたノートや重要な民族誌、研究書は現地に赴く調査者のリュックサックのなかに入っているからであろう。

調査地を決める以前に地域全体をあれこれ観てまわる踏査ということが一般に行われる。踏査はひとつあるいは複数の調査地を選択するための前段階の過程である。地理的な情報、人口ならびに人口構成、社会的状況、伝統的ならびに現代医療の状況、などを自分の感覚と現地の人たちとの簡単なインタビューで採集していく。踏査は、自分が集めた資料に客観性を持たせようとする努力と調査者個人のそれぞれの調査候補地に対する印象をうまく統制させることが肝要である。調査をやらなければならない重要性を痛感しても、本人の触手が動かされない調査地は魅力がない。また現地の人たちが「あそこは調査にふさわしくない」と忠告してくれても、意外

と調査者にとって快適な調査地になることもある。調査地が選択される過程は我々が常識的に考えるほど合理的ではない。調査にあたって＜理想的な＞調査地が選択されるべきであると誰もが考えるが、そのようなものは調査者の心の中にできた印象であるか、第三者が調査報告を主観的に評価する際の価値にほかならない。

調査地が決定したら関係官庁への調査許可申請にはじまり現地の人々と接触、交流、そして下宿や住居の決定まで様々な所用が待っている。人類学調査は後に述べる参与観察に代表されるような現地の人々の中に入っていくアプローチを特色とし、彼らとの信頼関係（ラポール）や社会的な行動そのものを理解するために長期間現地に滞在することを余儀なくさせられる。つまり質的な資料を得るために時間がかかる。そのための時間を埋めるといった技術的な問題と、現地で起こる様々なことに対して理解を深めるために「足で稼ぐ」資料の収集に努める。それは現地で話されている言語を習得したり、調査地の地図を作成したり、家族構成や家屋配置を調べたり、付近の村落への小旅行などである。このようなことで調査地の人々に「顔売る」ことができるのである。

ここでは村落部において「家庭レベルでの保健追求行動」を調査することを前提に調査の指針（ガイドライン）を紹介する（16）。家族レベルでの調査は従来の民族誌調査における少数のインフォーマントをかなりの数の住民に敷衍させる方法であるが、基本的にはサンプル調査方法に準拠する。つまり地図作成の際に記入された各家屋に番号づけを行い、ランダムに標本を採集する。五歳以下の乳幼児を含む資料が必要な場合は該当しないものは排除し、標本抽出を続ける。統計学に基づくこれらの一連の世帯抽出の具体的方法は類書に譲る。そのような作業によって抽出された家族は継続的な調査対象となり、家族構成、家屋の状況、社会経済的状況、病気の生起状況、医療資源（病院、保健所、売薬、民間療法、薬草、医師、看護婦、産婆、呪術師など）の利用状況などが調べられる。

以上のことを踏まえて踏査の段階以降の調査される事項を整理すると表のような項目が列挙されよう（17）。ここでも重要なのは、このガイドラインに従えばいつでも妥当な調査ができるという訳ではなく、これ以外に妥当な方法はいくらでもあり調査者はその可能性の探求を怠ってはならないということである。

□共同体に関する情報

地理的な特徴

位置

都市の中心地からの距離

公的な保健サービス機関からの距離

地誌・地勢

気候、季節

ハイウエー、一般道路、鉄道、水路

輸送機関-利用性と費用

人口学的な特徴

人口

民族集団（エスニックグループ）

性集団

年齢集団

経済活動人口

移動-移入と移出

人口増加

社会経済的な特徴

集団の経済活動

主たる生業形態

雇用の安定度

土地所有あるいは土地権

財産の移動

家族あるいは家庭構成

核家族／拡大家族

居住形態

土地の分配

共同体組織の強度とその実態

政府のサービスや費用に対する態度

地元の権威者

指導者

様々なグループ（クラブ、宗教的、業種別、など）

保健 [を提供する] 資源

共同体内外の保健を提供する資源

現地由来のもの

施術師

現代あるいは西洋医学のもの

医師、看護婦、保健普及員など

施設

個々の家族に関する情報

家族構成

家屋の状況

他の社会経済的指標

健康と病気の定義

どのように人は健康（または病気）であることを知るのか

最も一般的な病気はなにか

それぞれの病気に対する知識と信条（症状、原因、処方）

それぞれの病気の一年間での生起回数

子供の一般的な病気とその解決法

各々の病気に対する知識と経験。病気の重さと深刻さの程度。適切な処置と療法。療法に伴う経済的出費（例えば、その病気に罹ったらどうしますか？、もしもっとお金があればどうしますか-別の療法を考えますか？）

病気の例、下痢、回虫、風邪、熱、はしか、他の病気（現地で理解されているもの）

母親と子供の食餌

母親と子供（五歳以下）が通常的に食べる一日の食物（全ての食餌と間食を含む）

乳児にふさわしい（と考えられている）食物

離乳の時期とその方法

固形の食物を食べさせる時期とその内容

子供（女／男）、働いている女、妊娠した女、授乳させている女にとって 適切と考えられている食物の〈質〉

病気の子供の食餌

それぞれの病気になったときに制限される食物、およびその理由
健康と食餌、病気と食餌、食餌と成長について関係があると考えられているか

罹患記録-全ての家族成員

過去二週間の家族のすべての成員についての病気

病気の原因と考えられているもの

誰が、どのような病気に、どれくらいの期間、どんな処置を、どの程度の出費で、その結果はどうだったか

罹患記録-子供

過去二週間の五歳以下の子供の病気の記録

なぜその子供が病気になったか

（遡及的に、誰が、どんな症状で、期間は、処置は、出費は、その結果は、について質問）

（その時点で、病気や症状の経過、誰が病人を見たか、助言は誰がおこなったか、ふさわしい治療、その決定をした人は誰か、実際の治療、出費、結果など）

家庭療法の目録

採用された全ての療法（民俗的、現代医学の両方）、その療法は何によく効くか、その起源、費用、最近ではいつ行ったか

最近／現在の妊娠と出産の記録

最後の出産の時期、妊娠を知った時期は、どのように知ったか、誰が面倒を見たか、いつ出産前の配慮を始めたか、理想的な配慮とは、実際の出産前の配慮、妊娠中に食べれる／食べれない食物、どこで出産したか、その状況、誰が出産に立ち会ったか、その人が選ばれた理由、どのようにへその緒を切ったか、へその緒の管理、出産後の面倒は誰が見た、出産後の食餌

保健資源の利用

親族、隣人あるいは友人、民俗的治療者、シャーマンあるいは呪医、心霊 師、
堂守、マッサージ師、接骨師、ホメオパシー医、薬草師、看護婦、産 婆、注射
処方師、薬剤師、商店、市場、保健普及員、簡易保健所、保健セ ンター、移動
保健ユニット、開業医、病院、自己、他人

公的な保健資源の利用状況

最後に利用したのはいつか、そのサービスに対する意見、公的な機関の人 間
の訪問状況、その際の状況、五歳以下の子供の予防接種状況

□ 実践研究

医療人類学の位置づけのなかで最も論争を呼びやすいものはその応用と実践の問題であろう。先に米国の人類学界における臨床人類学の位置づけをめぐる話題について簡単に紹介したが、はたして医療人類学者は<治療者>やそれに類似した<医学的介入 (medical intervention) の行為者>たるべきか否かは日本でも避けては通れない問題になろう。まず否定的な意見は文化人類学が特色としてきたように、ある現象に対して外部から冷静に分析していく批判的姿勢が実践に関わることで崩れてしまうことを危惧する。また治療に携わる医療人類学者はもはや臨床人類学者ではなくてそれは人類学的な治療者 (anthropological clinicians) とも言うべきだだという論者もある(18)。前者の危惧はさらに応用的介入を行う医療人類学に対する批判にもなっている。これらの批判に対して、私は医療人類学は内的にも外的にも既存の医療にたいしてこの分野の持ち味を発揮してどんどん介入すべきだと主張する。またこの介入、言い替えれば「コミットメント」が医療人類学的な想像力の源泉になるとも考える(19)。実践研究が他の調査研究と著しく異なる特色は、後者が調査者が研究対象を外化して冷静にそれを観察していくのに対して、前者では調査者の研究対象への介入し、それらが共に変化していくことである。調査者は研究対象との関わりにおいて変容していくので、自らも研究対象としてその変化の原因についてあれこれと考えをめぐらすことになる。また自己の介入が他者の変化に影響を及ぼすことは常に倫理的な問題を意識せざるを得ない。

実践研究の場としての臨床医療

応用的な動機のもとで調査研究を始めると、調査対象と調査者の関係のあり方を常に考えさせられる。調査対象を客観的に眺めることと対象に介入することが正反対のことだと考えられているからである。実験は対象への介入の一例であるが、人間を対象にする実験は<神聖な個人>という近代的な人間観のもとで慎重に取り扱わざるを得ない。しかしまた医療という人間への介入は<神聖な個人>を守るという我々の人道主義的な主張とあいまって比較的大胆な行為も容認される傾向がある。

まず現代医療の場での可能性について考えてみよう。医療者が調査者として同僚

や他のスタッフを研究対象にすることは参与的観察に相当し、民族誌的方法論が採用される。このような研究は調査する側とされる側（20）の画定とその意識がはっきりしているので従来の民族誌の理論の諸研究を参考に調査を行うことができる。このような表現をすると自分の同僚を調査対象にすることはモラルに反するという意見が出てこよう。しかしそのような考え方は自己の帰属する集団の専門的な優位性を保持するというイデオロギーから由来している（21）ことを「医療」の専門家は銘記すべきである。大切なことはむしろ調査者が調査される側のメンバーにその目的を十分に知らしめ、密接な信頼関係を確立することである。民族誌調査は決して「暴露もの」であってはならないのである。従って現実実践研究の名に値するものは、医療者としてある現代医療の職場において具体的に職務を遂行しながら調査資料を採集していく方法である。そこでは調査対象である患者や患者をめぐる集団、あるいは他の医療スタッフが自己との関わりにおいて常に変動するものとして捉えられる。このような変動はさまざまな観察のレベルから鳥瞰できる。まず最初に眼について観察しやすいのは、集団の状態である。患者や医療者の集団としてのあり方を記述的に定義していくのである。専門の社会学者だけでなく我々自身も自分たちの集団の状態について常に配慮し、それは日常の関心事になっている。そこにはその集団が属している社会や文化固有の価値観や構造が見られるのか、あるいはその集団独自のものかについて配慮すべきである。この観察は次に述べる医療者-患者関係の調査のための基礎となる。

医療者-患者関係という問題の立て方は、従来の社会学や心理学などの分野で長い間論じられてきた。その場合、医療者と患者はともに個人であり、医療者集団や患者と患者の家族というような臨床の場の背景にある社会的な繋がりは考慮しなかった。したがって、近代医療の理想的な臨床の場には、医療者という個人と患者という二つの要素だけが出会い相互作用を形成するものだと考えられてきたのである。このようなことはすでに述べたように、現代医療においても純粹にはなかなか生起しないし、伝統医療においてはそれが一層困難になると言われている（22）。民族医学の研究者なら次のように言うだろう。もし伝統医学において医療者-患者関係が成り立つならば、それは医療者には伝統的治療者とその仕事を支える超自然的存在（例えば守護霊や治癒神）を含め、患者にはその家族や親族そして患者に憑いている悪霊なども含むことがあり、治療儀礼という〈臨床の場〉は一对一の個人が交流する

場ではなく家族や共同体の成員が参加する場であると。しかし近代医療の世界的規模での拡散と浸透は、このようなく個人としての医療者>とく個人としての患者>という理念も普及するという効果も与えたので、医療者-患者関係における通文化的比較研究の可能性も現実にてきた。このような議論を踏まえて、ここでは医療者-患者関係をとらえた際に、この関係の中にある当事者が、はたして調査者になれるのかという問題を取り扱う。

現実の医療者-患者関係のなかで医療者が調査者たりうことは、調査の<客観性神話>が否定され、調査の際には調査者の偏りを明らかにしなければならないという問題意識が出てきたため、逆に展望が開けてきたといえる。なぜならそれは医療者=医療の実践者、調査者=医療の観察者という杓子定規的なアプローチを否定することに繋がるからである。これは以下で述べるアクションリサーチと関連する問題であるが、実践者であると同時に調査者であることは両立しうるのである。ただしその調査資料の解釈に際しては、今までとは違った調査の位置づけをおこなうという条件のもとでそれが可能になるのである。 クラインマンの「説明モデル」(Explanatory Model, EM)は医療者側にも患者側にも病気を説明する際にいくつかの共通点があることを指摘し、その五つの項目に留意して医療者と患者の考え方の相違を明らかにしようと試みた。それは次のようなものになり、()内は生物医学的な説明である。

- (一) どうしてその病気になったか(病的状態の原因)
- (二) いつ病気になり、どんな様子か(症状発現の時期と様式)
- (三) その人の体でその病気はどのようなことを起こしているか(引き起こされた病態生理学的な諸過程)
- (四) その病気はどのような経過をたどり、どれくらいの重さなのか(病気の自然史と重症度)
- (五) その病気にどんな対処を行ったか(病的状態に適した治療方法)

このような項目からなる説明体系は個々の医療者や患者から採集できるだけでなく、近代医学や伝統医療という大きな文化的枠組みの中の共通項という意味で位置づけることもできる(23)。

さて医療に従事することは調査を中断することではない。自己の医療行為を実践しながら、それを臨床的および社会的な環境のもとでどのように位置づけられてい

るかを記述していく。記述とは文字や言葉などの言語化された資料に整理していくことである。我々のすべての日常体験は決して言語化され得ないことは周知の事実であるが、言語化を通して意識を明確にする以外に有効な手だてはない。このような方法は<一人称の民族誌>とよばれ、日記、手記、手紙、独白などに代表され、文化の記述を個人の内面から描いていくことに焦点を置く。我々の社会では、この一人称の民族誌は医療者よりも患者のほうが得意としているだろう。いわゆるおびただしい数の闘病記は病気に関する一人称民族誌の宝庫ともいえる。その点では患者はこの実践研究における偉大な先達である。実践研究においては患者は研究対象だけではなく十全な地位を持った研究者であることを銘記しよう。ただし医療者の地位は資格を剥奪されない限り永続的であるが、患者は「患者になったり」、「患者にされる」という点で一時的ないしは通過的である。実践研究の患者側からのアプローチの特殊な例は「偽患者」である。その著名な例はローゼンハン(Rosenhan, D. L.)の偽精神病患者の実験である。つまり彼とその仲間はある種の徴候をまね収容された後、「精神分裂病の寛解」とされて退院する7日から52日まで(平均19日)全く常人として振舞ったが、彼らは収容が解かれるまで病院のスタッフには精神分裂病の患者として取り扱われた。唯一病院に収容されている他の患者のみが彼らを偽患者として疑ったというのである。日本においても精神医療の荒廃を告発するという意図のもとに行われたルポルタージュがあるが、将来にわたって永続的な研究を続ける研究者には不向きな方法である(24)。

アクションリサーチ

一九四〇年代にラテンアメリカの伝統的な社会に文化人類学者が派遣された。その目的のひとつは設置して十年になるそれらの地域の保健センターが十分機能していない原因がなぜなのかを知ることにあつた。その結果、彼らは二つの説明にたどりついた。ひとつは現地の人達が慣れ親しんできた伝統的な医療と保健センターの近代医療が競合をおこして前者が後者に優っているのではないかということ。他のひとつは文化的な障壁による説明である。つまり保健センターが取った公衆衛生の改善つまり、環境衛生、予防接種、母子保健などの予防医学的な対策は現地の人達に十分理解されていない。人々は近代医療に対して治療的な医学(curative

medicine) を期待する。しかしセンターは「米国型の」予防医学に施策の焦点を置いてきたのである(25)。この後者の説明は医療援助が行ってきた数々の失敗の原因を代表するものとされているが、プロジェクトは住民の現実のニーズに答えていなかったのである。このようにして人類学者がプロジェクトの要員として派遣され調査が行なわれる在り方を行政的モデル(administration model)という。人類学的方法は行政あるいは施行する側の技術として用いられる。

それに対してアクションリサーチ(action research)あるいは唱道的アプローチ(advocacy approach)はプロジェクトを施行する側と住民(行政モデルではしばしばクライアントと呼ばれた)を明確に区別せず、住民の主体的な発展を促すために人類学者がプロジェクトに参画しながら調査を行なうというスタイルのことをさす。南米ペルーで行なわれたビコス・プロジェクト(The Vicos Project)では、アシエンダという大土地所有制にのもつて働く小作のインディオにたいして人類学者は長期にわたって介入し、土地所有に関する伝統的な考え方を変えさせ同時に農業的な改良を行なった。その結果インディオは自分達の手で地主から土地を買い上げることに成功したという。また米国中西部でおこなわれたフォックス・インディアンへの介入は行動人類学(action anthropology)として有名であるが、そこでは人類学者が開発やその目標のための枠組みは提示するがプロジェクトを直接指導しないという原則が守られた。にもかかわらず人類学者は住民の自助努力を強調するあまり、外部社会の影響を排除しようとし逆に住民から反発を受けたと言われている(26)。

国際的な医療援助における介入はプライマリーヘルスケアの実施において急増した。しかしその医療人類学的介入のスタイルは依然「行政的モデル」によっている。なぜならば「健康の追求はすべての社会にとって主要な関心事である」という理念が先行しその内容の多様性が十分に検討されていないからである。しかしラテンアメリカの保健センターの事例が教えるように健康への追求の内容は社会によって多様であり、住民が自らの健康観を自覚しそのための方策を講じるならばアクション・リサーチ的な介入は必然となろう。我々に対するアクション・リサーチの反語的な教訓は、文化的[あるいは医学的]な問題に精通している人類学者[医療者]の介入が必ずしも成功を約束するものではないこと、プロジェクトの成功はその計画の妥当性以上にそれが行なわれる地域的な変数(歴史、政治、経済など)の影響を受けやすいことである。

文献的研究にはじまりアクションリサーチに至るさまざまな研究や調査のあり方は、医療人類学が現実の医療にどのように理解し対応していくかということの＜態度による表明＞であるといえる。理論的な研究が先行し具体的な資料の蓄積が少ない、あるいは調査の方法が確定されていないというのが、日本のこの分野への主たる批判や不満である。研究調査法にかんする実質的な論議が今後期待される。

□注釈：序論

1) 本書における医療と医学の区分は厳密なものではない。〈広義の医療〉は、実践的な行為の体系のすべてを含意し、その中で知識および認識的な体系である〈医学〉と、それをもとにした具体的な実践である〈狭義の医療〉を区分する。この区分は日常的な語のイメージとその常識的解釈に基づいているが、それらを厳密に画定することに重要な意義は認められない。

2) ネウマン (N. Neumann) やウィルヒョウ (R. Virchow) は医学とは本質的に社会科学であり、医学研究の動機が社会に根ざしたものでなければならないと一九世紀に主張していた。しかし、むしろ医療はたとえ最先端の医学においても社会の中に根ざしているものであり、そのことを理解することの重要性を私は問題にしたい。

3) 中村雄二郎『感性の覚醒』岩波書店、一九七五、三六-四一頁。

4) 批判的医療人類学者のなかには、現代医学批判を生物医学、ひいてはその根源であるデカルトに求め、その認識論を厳しく批判する論者がいる。例えば N. Scheper-Hughes and M. Lock, *The mindful body: Prolegomenon to future work in medical anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly*, 1:6-41, 1987, や S. Hiebert, *Western minds, foreign bodies*, *Med. Anthropol. Quart.* 2:59-74, 1988 がある。前者については波平恵美子「脳死、臓器移植、がん告知」、福武書店、1988、p. 90 に紹介がある。

5) G. Rosen 「社会医学の進展」、フリーマン編『医療社会学』（日野原重明ら監訳）医歯薬出版、一九七五、二四-四九頁。この原著は“*Handbook of medical sociology*” (H. E. Freeman et. al. eds), Preitice-Hall, 1972 である。

6) 医療人類学の誕生と発展を米国でのみ捉えるのは正確ではない。例えば今世紀初頭の医学史研究の中心地はドイツのライプチヒ大学等にあり、その影響を受けた民族医学や薬学の研究は脈々と進んでいた。また医療人類学のドイツ語による研究雑誌「民族医学」(Ethnomedizine) の創刊も一九七一年にされている。医療人類学の起源はこのように単系的なものではないが、筆者のカバーした領域は米国の研究の流れが中心になってしまった。このことは機会を改めて補っていきたい。

第一章

- 1) 池田光穂「医学史研究と医療人類学」『医学史研究』、五五号、一九八一、一九頁。
- 2) 医療人類学という用語は Alland, A., *Adaptation in cultural revolution: an approach to medical anthropology*, Columbia University Press, 1970 の欠田早苗教授による邦訳 (A・アランド『文化と医療—医療人類学入門』、医歯薬出版、一九七三) において最初に用いられるようになったという。その様々な名称については、波平恵美子「『医療人類学研究会』発足に思うこと」、『医療人類学』(医療人類学研究会発行)、一巻一号、一九八八、一頁 および同「医療人類学の展望とジレンマ」、『ライフサイエンス』一四巻一〇号、一九八七、三六-三九頁、を参照。
- 3) 波平恵美子、前掲論文、1987、三六頁。
- 4) 波平恵美子「医療人類学」、日本民族学会編『日本の民族学 1964-1983』弘文堂、一九八六、一〇三頁。
- 5) 波平恵美子「医療人類学」、祖父江孝男編『医療・映像・教育人類学』至文堂、一九八一、一九-八四頁。
- 6) Lieban, R. W., 1973, "Medical anthropology". in "Handbook of social and cultural anthropology" (Honigmann, J. J. ed.), Rand McNally College Publishing. Colson, A. and Selby, 1974, "Medical Anthropology", *Annual Review of Anthropology*, 3, p245-263. Foster, G. and Anderson, B., 1978, "Medical anthropology", John Wiley and Sons. (G・フォスターとB・アンダーソン、『医療人類学』(中川米造監訳)、リプロポート、一九八六)。マーガレット・ロック、「医療人類学—健康と病気の文化的背景」(諏訪茂樹訳)、『保健医療行動科学会会報』一巻、一九八六、159-197頁。
- 7) A・アランド、前掲書、一九七三。医療人類学のリーディングス(教科書的論文集)である Landy, D., *Culture, disease and healing: Studies in medical anthropology*, Macmillan, 1977 には古病理学の論文が三編載せられているが、その論文の題はそれぞれ「古病理学」、「最古のヌビアにおける疾病」、「古人口における感染症」となっている。
- 8) 香原志勢『人類生物学入門』中央公論社、一九七九。
- 9) 人間行動学に関する書物は多数あるが、しいて掲げるなら、アイブル=アイベスフェルト『愛と憎しみ(一、二)』(日高敏高ら訳)、みすず書房、一九七四、ハイン

- ド『行動生物学（上、下）』（桑原万寿太郎ら監訳）、講談社、一九七七がある。
- 10) E・ウィルソン『社会生物学』（伊藤嘉昭監訳）、思索社、一九八三-八五。同『人間の本性について』（岸由二訳）、思索社、一九八〇。ドーキンス『生物＝生存機械論』（原著名「利己的な遺伝子」）、（日高敏高ら訳）、紀伊國屋書店、一九八〇。
- 11) アランド、前掲書、一九七三、一〇四-一〇五頁。
- 12) 参考文献としては以下のものがある。田中二郎『ブッシュマン』思索社、一九八〇。大塚柳太郎編『生態人類学』至文堂、一九八三。鈴木継美『人類生態学の方法』東大出版会、一九八〇。
- 13) Harley, G., Native African medicine, Harvard University Press. 1941。ただし引用はフォスターら、前掲書、一九八六、五八頁によった。
- 14) 鎌状赤血球貧血症の遺伝子の分布とマラリア耐性との関係は以下の二文献を参照のこと。Livingstone, F., Anthropological implications of sickle cell gene distribution in West Africa, *American Anthropologist*, 60:533-62, 1958。Wiesenfeld, S., Sickle cell trait in human biological and cultural evolution, *Science*, 157:1134-1140, 1967。細胞代謝については、Freidman, M. J. and Trager「鎌状赤血球はなぜマラリアに強いのか」『サイエンス』一〇巻、三八-四七頁、一九八一による。食物との関係は Katz, S., Food, behavior, and Biocultural evolution, in "The psychology of human food selection" (L. Barker ed.), p. 171-188, 1982。またナイジェリアのハウサ族におけるマラリアと食物と薬草の三者の生化学的相互連関についての興味深い研究がある (Etkin, N. and P. Ross, Malaria, medicine, and meals. in "The anthropology of medicine" (Romanucci-Ross, L. et. al eds.), Praeger, 1983, p. 231-259)。
- 15) フォスターら、前掲書、一九八六、三六-三八頁。W・アレンズ『人喰いの神話』（折島正司訳）、岩波書店、一九八二、訳書一二八-一五六頁。
- 16) S・カツ（注14中のS. Katzと同一人物）「社会＝文化人類学と生物学」、ロワイヨーモン人間科学研究センター編『基礎人間学（下）』、平凡社、一九七九、四五-七六頁。
- 17) Vayda, A. P. ed., Environment and cultural behavior, University of Texas Press, 1969, は環境要因と文化的な行動の動態に関する論文を集めたリーディングスである。その中には編者であるヴァイダの焼畑耕作者達の土地の拡張と戦争（部

族間抗争など)に関する総説も採録されている。M・フリードら編『戦争の研究』(大林太良ら訳)、ペリかん社、一九六八、は戦争の人類学的研究に関するシンポジウムの記録である。M・ハリス『文化唯物論(上、下)』(長島信弘ら訳)、早川書房、一九八七、の上巻一七二-三頁と下巻一八三-一九二頁には彼とハナーの〈食人とタンパク質摂取〉説とその批判(特にM・サーリンズ)にたいする反論を行っている。

18) Rivers, W. H. R., *Medicine, Magic and Religion*. Kegan Paul, 1924.

19) フォスターら、前掲書、一九八六、七〇頁。

20) Evans-Pritchard, E. E., *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Clarendon Press, 1976(reprint)。これは後にホートンによってアフリカの思考体系に特徴とされた。それによるとアフリカの伝統的思考体系は「閉じた論理」を形成しており、それに対して西洋の思考体系は「開かれて」いるという。Horton, R., *African traditional thought and western science*, *Africa*, 37, p. 51-71, p. 155-187, 1967である。ホートンの思考の類型化はフレージャーの呪術と科学という人類学の古典的なステレオタイプを連想させ、私にとっては気を滅入らすものであるが、それを逆手にとって〈アフリカ的思考〉は我々の中にもあると元気づけたのがキャッツの論文である(第二章注14参照)。

21) Rivers, W. H. R., 前掲書, 1924. E. H. Ackerknecht, *Medicine and ethnology*, Verlag Huber Bern, 1971, p. 135-161。Foster, G., *Disease etiologies in non-western medical systems.*, *American Anthropologist*, 78:773-782, 1976。G. P. Murdock, *Theories of illness*, 1980, University of Pittsburgh Press。Young, A., *Internalizing and Externalizing medical belief system*, *Soc. Sci. Med.* 10:147-156, 1976。

22) ロック、前掲論文、一九八六。

23) フォークス Foulks, E. の批判である *American Anthropologist*. の Vol. 80 に掲載された、Comment on Foster's "Disease etiologies in non-western medical systems"参照。

24) Eisenberg, L., *Disease and illness, Culture Medicine and Psychiatry*, 1, p. 9-23, 1977。

25) 佐藤純一「Illness/Disease 再考」『からだの科学』、一四二号、一九八八。

- 26) A. Young, The anthropologies of illness and sickness, Ann. Rev. Anthropol., 11, p. 257-85, 1982。
- 27) C. Helman, Culture, health and illness, John Wright and Sons, 1984, p. 26-30。
Foster, G., Relationships between Spanish and Spanish-American folk medicine, Journal of American Folklore, 66, 203, 1953 に始まる三十年近いフォスターの体液病理説の旧大陸起源説の主張に対して批判的な論者もいる。
Messer, E. The hot and cold in Mesoamerican indigenous and Hispanicized thought, Social Science and Medicine, 25, p. 339-346, 1987 は熱／冷二元論の検討からメキシコ南部からグアテマラ、ホンジュラス西部にいたるいわゆるメソアメリカ地域の文化の歴史的独自性を強調する。
- 28) S・ソントグ『隠喩としての病い』（富山多佳夫訳）、みすず書房、一九八二。
- 29) C・レヴィ＝ストロース、『構造人類学』（荒川幾男ら訳）みすず書房、一九七二、一八三-二二七頁。Turner, V., The forest of symbol: Aspects of Ndembu ritual, Cornell University, Press, 1967。V・ターナー『儀礼の過程』（富倉光雄訳）、思索社、一九七六。Ohnuki-Tierney, E., Illness and culture in contemporary Japan, Cambridge University Press, 1984 とその日本語版ともいえる大貫恵美子『日本人の病気観—象徴人類学的考察』、岩波書店、一九八五。
- 30) 序論注4を参照。
- 31) R・ベネディクト『文化の型』（米山俊直訳）、社会思想社、一九七三。M・ミード『男性と女性（上、下）』（田中寿美子ら訳）、東京創元社、一九六七。F・ボック『心理人類学』（白川琢磨ら訳）、東京創元社、一九八七。
- 32) M. E. Opler, Some points of comparison and contrast between the treatment of functional disorders by Apache shamans and modern psychiatric practice, Am. J. Psychiatry, 92:1291-1310, 1936。A. I. Hallowell, Ojibwa world view and disease, "Man's image in medicine and anthropology" (I. Galdston, ed.), International University Press, 1963, p. 253-315。
- 33) そのひとつに Kleinman, A. et al. eds., Culture and depression, University of California Press, 1985 がある。
- 34) M・フーコー『性の歴史 I、知への意志』（渡辺守章訳）、新潮社、一九八六。
- 35) T・サズ『狂気—人間性を剥奪する精神医学』（石井毅ら訳）、新泉社、

- 一九七五、は六〇年代後半の反精神医学の状況を知るのに有益な論文集であるが、脱収容化の方向に進んでいた米国の精神医学運動も最近では再び収容化の傾向にあると言われる。それに対してイタリアの脱収容化運動を米国の問題にどのように継承すべきかという意識で書かれた論文がある。Scheper-Hughes, N. and A. Lovell, *Breaking the circuit of social control: Lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia*, *Social Science and Medicine*, 23, p. 159-178, 1986。
- 36) Lock, M., *East asian medicine in urban Japan*, Univ. California Press, 1980。Lesliy, C. ed., *Asian medical systems*, Univ. California Press, 1976。雑誌 *Social Science and Medicine*, 14B, 1980, における「医療的多元化」の特集号。Cosminsky, S., *Medical pluralism in Mesoamerica*, in "Heritage of conquest: Thirty years later" (C. Kendall et al. eds.), Univ. New Mexico Press. 1983。
- 37) Kleinman, A., *Patient and healer in the context of culture*, University of California Press, 1980。
- 38) C・F・サムス『DDT革命：占領期の医療福祉計画を回想する』（竹内栄治編訳）、岩波書店、一九八六。
- 39) その顕著な例は、第2次大戦前のセイロン（現スリランカ）でのロックフェラー財団の十二指腸虫撲滅プロジェクトでありラテンアメリカでの公衆衛生プログラムである。前者は疫学に基づく先進医療技術を異文化の土壌に移植させようとして失敗し、後者は米国の予防医学的な公衆衛生の発想がやはり住民に理解されなかったのである。フォスターら、前掲書、一九八六、二六〇頁参照。
- 40) 例えば D. B. Benjamin ed., *Health, culture, and community: Case studies of public health reactions to health programs*, Russell Sage Foundation, 1955 を参照。
- 41) Barbara Pillsbury, *Anthropologists in international health*, in "Training manual in medical anthropology", Carole Hill ed., p. 84-110, 1985。C. Hill, *Introduction: Continuities and differences in the Old and the New applied anthropology*, *ibid*, p. 1-7。
- 42) N. Crisman and T. Maretzki eds., *Critically applied Anthropology*, D. Reidel Publishing Co., 1982、と *Open Forum: Clinical anthropology, Medical Anthropology*

Newsletter, 12(3), 1980、を参照。武井秀夫、「クリニカル・メディスン・マン」『理想』六二七号、一九八六、二一一-二一八頁、は後者の文献を中心に臨床人類学をめぐる米国医療人類学会の賛否両論の論争の内容を、今世紀初頭の米国の基礎医学研究や公衆衛生に多大な貢献をしたロックフェラー財団の運動になぞらえて、要領よくまとめている。

43) わが国においても国内に居住する外国人は着実に増え続けており、臨床の場に異文化理解が必要となることは明らかである。

44) Morgan, L. M., Dependency theory in the political economy of health, *Medical Anthropology Quarterly*, 1(2), p. 131-154, 1987

45) *Social Science and Medicine*, Toward a critical medical anthropology (特集号), 23(2), 95-222, 1986)

46) イリイチ『脱病院化社会』（金子嗣郎訳）、晶文社、一九八四。
Navarro, V., *Crisis, health, and medicine*, Tavistock, 1986

47) 本節の資料で特にことわりの無いときは、R. Huss-Ashmore and F. E. Johnston, *Bioanthropological research in developing countries*, *Annual Review of Anthropology*, 14:475-528, 1985 より引用。

48) 殺虫剤耐性とは、昆虫などの害虫に対して殺虫剤が効かなくなることで、遺伝的に強い集団が選択されることによって生じるとされている。また害虫の行動学的変化 (ethological change) はこの場合、吸血後壁面に止まらない行動的 [遺伝的] 性質をもつ蚊が出現することを指し、そのような集団がやはり遺伝的に選択されたと考えられている。

49) Kendall, K. et al., *Anthropology, communications, and health*, *Human Organization*, 42(4), 1982, および J. Coreil, *Innovation among Haitian Healers: The adoption of Oral Rehydration Therapy*, *Human Organization*, 47:48-57, 1988

50) R. Huss-Ashmore ら、前掲論文 (注 47)、1985、p. 505-510。

51) アマゾンのヤノマモ族は女兒の選択的な間引きが行われ、第一子は男児が好まれるという。その結果、子供の男と女の比は一・五四倍にまでなったという。M・ハリス『文化の謎を解く』（御堂丘潔訳）、東京創元社、一九八八、九四頁より。ただし原資料は N. A. Chagnon, *Yanomano: The fierce people*, Holt, Reinhart and

Winston, 1968、である。

52) R. Huss-Ashmore ら、1985、前掲論文、p. 511。

53) 雑誌 Social Science and Medicine には医療地理学関係の論文がしばしば掲載される。日本語でのこの分野の紹介はD・M・スミス『不平等の地理学—みどりこきはいずこ』（竹内啓一監訳）、古今書院、一九八五のなかに見られる。そこで彼は医療資源やサービスの不均等がどのような理由で起こっているのかを新古典派経済学の立場から解説している。

54) N・ワシュテル『敗者の想像力』（小池祐二訳）、岩波書店、一九八四、一三七—一五二頁、およびW・H・マクニール『疾病と世界史』（佐々木昭夫訳）、新潮社、一九八五を参照。

第二章

1) その幾つかは第一章の注にあげた、アランド（一九七三）、フォスターら（一九八六）、波平恵美子（一九八一）、大貫恵美子（一九八五）の前掲書のほかに、波平恵美子『病気と治療の文化人類学』海鳴社、一九八四。松岡悦子『出産の文化人類学』海鳴社、一九八五がある。

2) アレンズ、前掲書、一九八二、九二—一〇〇頁。ハリス、前掲書（第一章注 17 をみよ）、一九八七、参照。

3) Nicher, M., Kyananur forest disease: An ethnography of a Disease of Development, Medical Anthropology Quarterly (N. S.), 1: 406-423, 1987)

4) Hughes, C. and J. Hunter, Disease and development in Africa, Social Science and Medicine, 3, p. 443-493, 1970.

5) 加藤秀俊『整理学』、中公新書、一九七五。川喜田二郎『野外科学の方法』、中公新書、一九七三。石毛直道編『朝日小事典：野外手帳』、朝日新聞社、一九七七。「特集：野外調査の言語学」、『月刊言語』、七巻九号、大修館書店、一九七八。杉本尚次『フィールドワークの方法』、講談社新書、一九八三などがある。一般に社会学の社会調査に関する方法論を解説した書物は幾つかあるが、文化人類学の具体的な方法に関するものは管見の及ぶかぎりでは皆無に近く、P・ボック『現代文化人類学入門（四）』（江淵一公訳）、講談社学術文庫、一九七七、に文化人類学の野外調査の方

法（一九七九頁）の紹介が見られるのみである。

6) J・モリス『臨床疫学（原題：疫学の利用）』（竹本泰一郎監訳）、医歯薬出版、一九八二。R・フレッチャー『臨床のための疫学』（久道茂ら訳）、医学書院、一九八六。疫学は、一九五〇年代までの感染症や急性疾患など疾病の消長を描写する「記述疫学」を経て、癌や慢性疾患などの疾病の原因や危険な因子（リスク・ファクター）を追求する「分析疫学」が主流になるに至った。ところが一九七〇年代中葉以降、オペレーションズ・リサーチや意志決定理論などが導入され、臨床の医療的介入の評価を目的とする「臨床疫学」が興隆しつつある。一般に「臨床疫学」は数理モデル的アプローチが主になり、文化や社会的な側面には無関心である。

7) 疫学で得られた知見を第三世界の国々に応用させる試みは現在までのところ、現地での分析疫学の研究や、保健技術や資本の投入と疾病の予防効果の判定に導入されようとしている。また疫学と人類学の理論の統合をめぐる最近の動向は C. R. Janes et al. eds., *Anthropology and epidemiology*, D. Reidel, 1986、を参照のこと。

8) D・ハイムズ『ことばの民族誌』（唐須教光訳）、紀伊國屋書店、一九七九。

9) D・スミス「Kは精神病だ」は山田富秋ら編訳『エスノメソドロジー』せりか書房、一九八七。また P. Drew and A. Wootton eds., *Erving Goffman: Exploring the interaction order*, Polity press, 1988 には社会学者 E・ゴッフマンの提示した関心によせた諸研究者のいくつかの事例的検討が収められている。

10) ノンバーバルコミュニケーションについては野村雅一『しぐさの世界』日本放送協会、一九八三、参照。写真を民族誌記述の技術として用いる際の方法や分析の仕方については J. Collier, Jr. and M. Collier, *Visual anthropology*, University of New Mexico Press, 1986、を参照。また診療の場における（ゴッフマン的な）「当惑」のふるまいについての事例研究として Heath, C., *Embarrassment and interational organization*, P. Drew and A. Wootton eds., 1988（前掲書）, p. 136-160 に所収。

11) C・フレイク「文化の構造的記述」（宮坂敬造訳）、『現代思想』、四巻三号、一九七六、九二—一〇頁。Frake, C. O., *The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao*, *American Anthropologist*, 63, p. 113-132, 1961。Glick, L. B., *Medicine as an ethnographic category: the Gimi of the New Guinea highlands*, *Ethnology*, 6, p. 31-56, 1967。

12) キャッツらの研究はホートン（前掲書、第一章注 20）などの〈未開思考〉の考え方に影響を受けたという。Katz, P., Ritual in the operating room, *Ethnology*, 20 (4) :335-350, 1981. Katz, P., How surgeons make decisions, in "Physicians of western medicine" (Hahn R. A. et al. eds.), D. Reidel, 1985, 155-175, 1985. Katz, P. and F. Kirkland, Traditional thought and modern western surgery, *Social Science and Medicine*, 26, p. 1175-1181, 1988.などを参照。

13) A. Keinman、前掲書、1980、（第一章注 37）。

14) その一例として、R・レッドフィールドが一九二〇年代に行った調査をO・ルイスが四〇年代にメキシコの同じ農村で行い、全く異なった村人像を描き出した。前者は閉じた小宇宙のなかで生活する善良な農民を描いたが、後者は個人主義的で、緊張関係にある邪悪な農民像を描いている。ルイスは時代的な変遷、特に一九一〇-二〇年のメキシコ革命の農村への影響を考慮してもこの農民像の差異は説明できないとし、調査者の予見に基づくものであると主張している（Redfield, R., *Tepoztlan, A Mexican village*, The University Chicago Press, 1949. Lewis, O., *Life in a Mexican Village*, University of Illinois Press, 1963）。

15) Nash, D., The ethnologist as a stranger: An essay in the sociology of knowledge, *Southwestern Journal of Anthropology*, 19, p. 149-167, 1963 は民族学者を異人や順応者としてとらえ、現地調査が民族学者にとって通過儀礼であることなどの指摘をおこなっている。。P・ラビノー『異文化の理解—モロッコのフィールドワークから』（井上順孝訳）、岩波書店、一九八〇、は人類学者が現地調査をどのように内面化するのかを筆者の個人的経験から、抑制されたスタイルなかにも生き生きと描いている。

16) Scrimshaw, S. and E. Hurtado, Field guide for the study of health-seeking behaviour at the household level, *Food and Nutrition Bulletin*, 6 (2) :27-45, 1984 を参照にした。しかし私の見解に沿って意見を補足したり、内容を変えてある部分がある。J・ヤングはメキシコのミチョアカン州の一村落での医療民族誌を表わしているが、そのなかで人類学者はしばしば非日常的な問題に眼を向け勝ちだが、〈病いの人類学〉においてはそれが足を引っ張ることになると指摘し、一般の人々から資料を採集することを強調している（Young, J. C., *Medical choice in a Mexican*

village, Rutgers University Press, 1981)。

17) Scrimshaw, S ら前掲論文、p. 31-36。

18) Weidman, H., Research strategies, structural alterations and clinically applied anthropology, Crisman, N ら編、前掲書（第一章注 42）、1980、p. 202。

19) 私は応用人類学としての医療人類学が成立するためには、医療が持ってきた歴史的伝統である関与すなわちコミットメントが重要になるということを指摘した。

池田光穂「医療人類学と『コミットメント』」、『からだの科学』、一三九号、一九八八、一〇九-一一三頁。

20) 本多勝一、「調査される者の眼」『殺される側の論理』朝日新聞社、一九八二、一八三-二〇〇頁。そのなかで本多は、人類学調査が歴史的に常に社会的な関係において支配権を握っている側から行われてきたことを指摘している。

21) Freidson, E., Professional Dominance: The social structure of medical care, Atherton, 1970。

22) フォスターら、前掲書、一九八六、一二七-一五一頁。彼らは通文化的な治療者の類型化を試みているが、その分析の次元は混乱しており（例えば治療者の報酬やイニシエーション過程という比較的観察が容易なものと、治療者のイメージや治癒力への信仰概念という抽象度の高いものを同時に併置している）、同一文化にも様々な種類の治療者がいることに注意を払っていない。

23) Kleinman, 前掲書、1980、p. 71-118、特に五つの項目に関する言及は p. 105 にある。このクラインマンの論理的に厳格な設定は余りにも近代的な思考様式に足をすくわれており、彼の言う臨床的リアリティー (clinical reality) が分析側のリアリティーに力点を置きすぎていると私は思う。伝統的な病因論体系は先に触れたエバンス=プリチャード的な合理性 (本文____ページ参照)、つまり因果論がどのような民族にもあるに違いないというということを前提として構築されている。つまり<人間は意味の無い状態に耐えられない> (エリアーデ) と考え、不幸たいして因果的な原因を捜し出すに至る。このような<普遍的>因果論に対して渡辺公三（「病いはいかに語られるか」『民族学研究』四十八巻、一九八三、三三六-三四八頁）は疑問を投げかけている。

24) Rosenhan, D. L., On being sane in insane places, Science, 179, p. 250-258, 1973。

大熊一夫『ルポ・精神病棟』朝日新聞社、一九八一。

25) このエピソードは、Chambers, E., Applied anthropology: A practical guide, Prentice-Hall, 1985、p. 21-22 にある G・フォスター達の米州問題研究所 (Institute of Inter-American Affairs) での活動を参照にした。

26) Mangin, W., Thoughts on twenty-four years of work in Peru, The Vicos project and me, "Long-term field research in social anthropology" (G. M. Foster et al. eds.), Academic Press, 1979 所収、p. 65-84。Tax, S. The Fox project, Human Organization, 17:17-19, 1958。

□タイトル：治癒神とは何か

小見出し；治癒神を問うことの意味

治療者としての治癒神

授けられる〈ちから〉

治癒力とはなにか

治療環境としての社会

注

治癒神を問うことの意味

近年になって人々は〈健康〉に対して、ますます関心をもつようになってきた。社会には健康についての議論が氾濫し、それは多様化する様相すら示している。では我々は、なにをもって健康とみなすことができるのであろうか。「身体だけでなく心理的にも社会にも〈健全〉であること」という一般に知れわたった〈定義〉も、一見妥当のような気もするが、具体的にどのような状態が健康であるのかは明言されていない。健康に関する議論が多数出ているのにもかかわらず、納得のいく説明に巡りあえないという、この奇妙なすれ違いは、いったい、どこからくるのだろうか。健康論の論者は具体的な経験をもとに健康のイメージを構築しているが、我々に提示される議論において、その抽象化されたものだけが全面に押し出されているのではないか。抽象化された健康の概念は、それがあたかも以前から存在したかのように、ひとり歩きをしだし、普遍的な概念にまでされてしまう傾向がある。だが〈健康〉の定義は不変では決してない。それは歴史的に変遷をし、空間的に差異を示すものである。また健康の概念はその社会生活における好ましい状態、すなわち〈健全〉の概念にも由来する。そうすると人々が考える社会的な良好状態と、個人や家族における良好な状態との関連についても思いを馳せる必要があるだろう。そしてそれらはすべて具体的な経験や事例から検討されなければならない。

ここで〈健康〉を考えるにあたって、人々を治療する神、すなわち〈治癒神〉というものを考えてみる。現代社会における合理的な健康観からみれば、ここで治癒神を例にすることは意外に思えるかもしれない。しかし治癒神には、〈ひとが病気になること〉、すなわち病者、治療者、家族、共同体、病いに関する信念、あるい

はこころの安寧、治癒の源泉など、およそ人々が考える健康についての観念が凝縮されているのだと言っても過言ではない。健康を即物的な身体だけに還元する思考が主流になっている今日において、世界のいろいろな治癒神への関心を強調することは、健康にまつわる豊かなイメージを取り戻すうえでも重要なことと思われる。

治療者としての治癒神

治癒神は多くの場合人格化されており、病者すなわち患者と治癒神は交流（コミュニケーション）するものとみなされている。もちろん治癒神が必ずしも人格化されることは必須ではなく、人格化されていない動物や植物の霊魂や精霊が治癒神としてみなされる例もある。しかしいずれの場合でも、治癒神と患者はお互いに〈病気の治療〉という契機によって、両者が交流が成立すると理解されている。従って非人格的な精霊が治癒神であっても、治療という交流の場を保証することは、それらが〈擬人化〉されている可能性もなくはない。もちろん、治癒がすべて治癒神や交流が可能な精霊に帰されるとは限らない。治癒が物質的な根拠によって決定される病因論も多くの社会で見られる。例えば、病気を、陰と陽や、〈熱い〉ものと〈冷たい〉もの不調和で説明する病因論では、その均衡を回復することによる治癒があり、この論理には治癒神や治癒力をもつ霊魂（以下すべてをまとめて治癒神と呼ぶ）が介在することは少ない。ただそのような考え方を支持している社会においても、治癒神への信仰が同時に存在することがあり、二つの考えはお互いに排除するものではないようだ。

治癒神の多くが人格化されていることは、治癒力が人間的な活動の中でも行使されている可能性を示唆する。そして治癒神は現実の治療者とオーバーラップされて考えられていることに気付くだろう。このことは治癒神をとりあげる際に、治療者との類似関係、つまり治療者モデルを治癒神にあてはめてみることを可能にする。要するに〈治癒神〉と〈信者〉の一对の組合せを〈治療者〉と〈患者〉の関係に類推するのである。従来、それら組合せの理念的なモデルには次のような三つのタイプが想定されてきた。すなわち、第一は（a）「工学モデル」と呼ばれるもので、治療者は科学者として振舞い、患者の感情的問題や価値観にはタッチしない。治療は自動車の修理として類推され、自動車工は整備したり、悪い部品を交換したりする。

次は（b）「牧師モデル」で、治療者はあたかも絶対の権威をもった保護者かのように振舞う。日本でいう「赤ひげ」タイプの治療者で、カリスマ的権威に溢れ、畏敬の念をおこさせる。そして最後は（c）「契約モデル」で、病気の治療に関する義務と利益を、契約のかたちで取り交わした上に立つ、治療者と患者の関係をあらわす。両者の間には冷静で合理的な関係が強調され、ちょうどマンションの管理人と貸借人の関係が連想される。そうしてみると、伝統的社会にみられる治癒神にたいする人々のイメージは、患者が治療者を信頼し、どこか帰依するようなどころがある「牧師モデル」的な様相を呈しているようだ。しかし信者はいつも治癒神に願いを叶えてくれるように期待するだけでは足りなくて、時には治癒神の像を縛りつけたり、神に対して治癒があらわれないときには祀ることを止めてしまご、と脅迫することもある。そして実際に信仰を放棄したり、新しい神を祀るという積極的な行為にでることもある。そうすると信者たちは、たんに病気を治すように、治癒神にすがらただけではなく、治癒神と治癒のための契約を結んでいるともいえる。つまり信者と治癒神には「契約モデル」的關係も見られるのである。

そのようにみると人間の想像の産物にすぎないと思える治癒神も、あたかも人格的な実在者として、患者と相互交流をおこなっていることがわかる。しかし、その両者の関係は、現代医療での医師と患者という、その場限りの相互作用ではなくて、<祀るもの>と<祀られるもの>の長年にわたる信仰の土壌の上に形成されてきたものである。このような一回きりでは終わらない相互作用を、人類学の用語にちなんで、信仰における<互酬性>に基づく契約関係と名づけることができよう。人々は病気になったとき、治癒神に助けを求め、お供え、生け贄、お籠り、身体的苦行などの行為を通して、神に信仰の証しを表明する。治癒神はそれに答えて治癒力を患者に施す[と考えられている]。病気に罹っていない人は病気にならないように、また病気が治った人は感謝と畏敬の念を込めてやはり治癒神を祀る。このような治癒神信仰における<互酬性>は個人、家族、特定の信者からなる祭祀集団(カルト)、そして共同体に至るまで様々な局面で見られる。治癒神と取り交わされる契約の内容や約束事はそれぞれのレベルで微妙に異なっているが、信者の<治療への期待>と神の<期待に対する効験>で構成される相互関係のあり方は変わらない。

授けられる<ちから>

治癒神には文字通り病者を治癒させる力、すなわち〈治癒力〉があると考えられていることに異論はないだろう。治癒神は治癒力を発揮するがゆえに、人々から信仰を集めている。ではその治癒力はどこからやってきて、どのように使われるのであろうか。そのことを再び現実の治療者との類推で考えてみることにする。つまり〈人はどのようにして治療者となるのか〉という問いである。

伝統社会の治療者の代表例としてシャーマンをあげてみよう。シャーマンとは、神やいろいろな精霊からその能力を授けられ、それらと直接交流することによって、予言、病気治し、占い、儀礼などを行う職能者のことである。神などと交流する際には、魂が体から抜け落ち超自然界に飛んでいったり（脱魂）、神などが直接シャーマンの体にとり憑いたり（憑霊）するなどいろいろなタイプがあるが、いずれにせよシャーマンは、意識が日常の状態とは異なる、いわゆるトランス状態入ることができるといわれる。治癒力は、この場合、シャーマンの体の中から、あるいは体そのものにとり憑いているものに起源があると考えられる。さて治癒力を身につけること、具体的にはシャーマンになるには二通りの方法があるといわれている。ひとつは「招命」とよばれるもので、神や精霊が特定の人物を選んで病気や突然の神憑りなどの試練を与え、神によって、本人の意志にかかわらず無理やりにシャーマンにならされるのである。他のひとつは、自発的に、シャーマンになるための修行を先輩や先生の指導のもとにおこない、トランス状態になることを学習していく方法である。いずれの方法もシャーマンになるには、常人とは異なった体験を積み重ねなければならない。神と交流する、あるいは神そのものになるためには、イニシエーションとよばれる通過儀礼を経なければならない。その多くは、儀礼的に死んだ後に再生して、新しい能力ならびに社会的属性を獲得するという過程をたどる。

このような社会的属性の移行はシャーマンのみならず、病気直しの呪術師においてもみられる。例えば、いくつかの伝統的社会において、原因不明の病気や大病に悩まされた経験をしてはじめて〈病いを取り扱うことのできる人間〉になることがそれである。このことは治癒力の獲得に際して、治療者として社会的に認定されることが必要であり、そのための通過儀礼が不可欠であることを示している。通過儀礼の規模、期間、回数などは、治療者の属する社会や文化によって多様性があり、治療者の種類によっても異なっているので、通過儀礼の概観を紹介することでさえ

膨大なものになり、本稿では省略する。ただ言えることは、通過儀礼の内容に秘儀性であろうとなかろうと、治癒力を持つことと儀礼の実行の因果関係が社会の成員によって理解されていることである。シャーマンの例にみるように、治癒力は治療者の身体だけに限定されるものではなく、その守護神や精霊の世界と通じる広汎な領域に由来することに注意すべきである。同時に、治療対象となる患者の身体も、物質的な実体の延長上に超自然的な世界をもつものとして考えられている。つまり、治療者や患者の身体は<精霊化>されているのである。

では現代医療の医師においては、治癒力はどのように理解されているだろう。<医者の不養生>という言葉があるにもかかわらず、現代社会の医師になるには病気を経験する必要はないどころか、むしろ病気になることは医師の世界ではタブー視されている。だが医師になるために、伝統社会のような通過儀礼がないかといえば、そうではない。医師の仲間入りのために、医学生には師匠や先輩について学ぶ六年間わたる修行があり、修行の三年目つまり専門課程入学の際には<人体解剖>という実習が待ちかまえている。人体解剖には教育上の効用があると主張されているにもかかわらず、多くの社会学者や人類学者は、この実習が医師の集団に仲間入りするための通過儀礼の特色をもつことを指摘している。儀礼によって治療者集団に加入し、その成員に治癒力が授けられるとするならば、現代医療の医師も伝統社会の治療者と同じような特性を共有していることになろう。先に、伝統社会では、人間の身体は物理的な実体を超えて<精霊化>されていると述べたが、現代医学の場合はその逆である。現代医学において、患者の身体は膜で囲まれた即物的な身体であり、その中で生起する物理化学的な現象に焦点が当てられる。いわゆる機械論的な身体観が受け入れられている。この身体観は、現代医学という祭壇に入るための通過儀礼である<人体解剖実習>にも象徴化されている。医学生はシャーマンと異なり、身体を機械論的に眺める教練によって、その背後にひそんでいる、病気そのものを<物態化>させる現代医学の論理を学ぶのである。通過儀礼によってシャーマンも医学生も治癒力を獲得していくことは共通であるが、それぞれの儀礼の中には、治癒力のあり方を規定するイメージが再三再四にわたって提示される仕掛になっているのである。

治癒力とはなにか

治癒力が授けられたり伝達されるものであることは以上で明かになったが、治癒力の〈実体〉については不明瞭なままである。そこで次に、いろいろな治療者を見ていくことによって、治癒力のあり方について考えよう。ここでは治療者としての、異人、共同体の同胞、見舞う人、ニセ医師を検討する。

強力な治癒力をもつ治療者のひとつに、共同体の成員でない人間、すなわち異人がある。具体的には、共同体の近隣に住む特定の氏族や呪術師の集団、都会の片隅に相談所を構える占師、遊行する法師など、病者には素性があまり知られることのない人々のことである。共同体の成員にとって、異人が発揮する治癒力は治病に有効であると信じられているばかりでなく、治癒力を生みだしている〈ちから〉が、時として病気を作り出す〈ちから〉にも転化しうると恐れられている。病気が治せる力があるぐらいだから、病気を起こすのも平気だろうというわけである。異人の治療者にたいする両義的（アンヴィバレント）な意味づけはここに由来する。治癒力の源泉には善にも悪にもなりうる〈ちから〉を想定している。〈ちから〉は野生や自然といわれる領域から発生し、共同体の人間には統制できないが、異人というフィルターを通して統制可能な治癒力に転化するのである。そのような意味で、異人はあたかも〈ちから〉を統制する装置のように機能する。異人は共同体の人間ではないが、共同体の文化には治癒力をもたらすものとして社会的に組み込まれている。

では共同体の同胞が治療者である場合はどうだろう。共同体のなかにも呪術師、薬草師、産婆などがいて、それぞれが固有の治癒力を人々に提供している。同胞の治療者は共同体の成員からどのように認められているのであろうか。現在までの研究によると、治療者はやはり異人と同じように人々から畏怖されている一方で、共同体の皆から親しまれている現象が見られ、そのイメージは相反している。前者の見解によると、彼らは共同体内に定着する異人であり、〈ちから〉を支配している異人への畏怖という感情で説明できるだろう。問題は後者である。従来からよく使われてきた説明は、共同体の成員の事情に精通する治療者は、患者や家族の精神状態を的確に把握することができ、かつ患者に心理的な安心感を与えることができるというものである。治療が行われる環境はしばしば演劇的な場であることが指摘されるが、そこでの治療効果—すなわち治癒力—と演劇的な効果は大いに関係があり

そうである。我々が体験する演劇的な感動が保証されるためには、その背景にある文化が共用されていなければならないという。異文化の芝居やジョークがわかりにくいのは、文化によって用いられる象徴が異なっているからである。そのような意味で、同胞の治療者は異人とは違った種類の治癒力—どこか演劇的な作用と共有するもの—を行使しているといえる。

次に患者を見舞う人と治癒力の関係を論ずるが、そのことに奇異を感じる人は多いだろう。しかし、病人を元気づけるということは、直接にも間接にも見舞う人が病人にたいして治癒力を行使している。人が病気になったとき、病床に伏して他人と接触する機会が減じても、見舞いによって自己が共同体の成員であることを再確認する。ただ、このような機能的な説明だけでは、見舞いにおける治癒力を十分に説明したとはいえない。そこで西欧や米国の病院と異なるシステムを保っている日本の病院制度における見舞いをみてみよう。患者を見舞う人は、慎重に選ばれた花束を持参する。なぜ慎重でなくてはならないかという、病人の見舞いには、ふさわしい花とそうでないものがあると考えられている。だがそれは病人に治癒力をつけたり、患者自身の治癒力を枯渇する作用があると考えすることはできないだろうか。見舞いの進物において、病人に滋養をつけるという目的をみいだすことも可能であるが、そこには合理的な説明の背景にある、進物にそなわった呪術的な治癒力を想定することも可能だ。また病気の平癒の際に行われていた<床上げ>は、病み上がりの病人には迷惑千万であるが、病気の消滅を社会的に認め、病人を共同体の成員として迎え入れる（＝再統合する）重要な機能がある。そして社会の集団がもっている治癒力を病者に分け与えるという、<床上げ>という儀礼のなかに演劇的な効果が含まれることに注目すべきであろう。

最後にニセ医師をあげるが、これは演劇的な治癒力を考える際に最も重要な事例になるからである。ここで考察するニセ医師とは、免許を持たずに診療行為をおこなっている医師だけでなく、新米の医師、なりたてのシャーマンや呪術者などを含む。彼らは自分の持つ治癒力とその効用にたいして、疑問を抱いたり、理想とのギャップに悩んだりしており、いわば<引き裂かれた治療者>ともいえる集団である。さて「本物の医者よりも医者らしい」とは暴露されたニセ医師にしばしば言及される賛辞（？）であるが、このようなことが可能になる前提には、（a）医師という役割がスペアできる存在であるということ、（b）医師がもたらす治癒力は正式な医師

でなくても発動されること、がある。つまり医師の治癒力のいくらかの部分は医師という社会的レッテルから由来することを示唆している。と同時に、医師らしく振舞うことのなかにも治癒力の一端があることを我々は知る。新米の医師やなりたてのシャーマンが当惑するのは、患者や病人から治癒力への過剰な期待をされて、かつ自分達の治癒力に対して自信が持てないときであるが、そのことは先の（a）と（b）の属性が裏目に出たときに状況を示している。真摯な治療者のかけだし者にとって、「自分の治癒力の能力がどう考えても未熟で幼稚なものに思えてしまう」という告白について、我々は民族誌や実際のインタビューからうかがい知ることができる。彼らの最大の悩みは、自分が相手に対して〈偽りの治療〉を行っているのではないかという意識である。その悩みに対して、経験豊かな先輩や老練な師匠は、彼らに、さらなる経験を積むことや些細なつまづきを無視するように助言する。つまり治療者とその背景にある治癒力は、治療者としての振舞いを学習していく過程によって〈自然に身についていく〉ものであると指摘しているのである。我々がこのことを理解することができたなら、「ニセ医師は本物よりも本物らしい」という意味がより一層に明確になるだろう。患者が期待している理想的な医師像をそのまま具現化できる能力こそが、ニセ医師ならびに〈名医〉であることの資質なのである。著名な呪術師として評判だった男の回想に、彼が駆出しの頃、虚偽の治療という〈後ろめたさ〉にさいなまれていたが、病者に対する自責の念が強まれば強まるほど病者がますます彼を信頼するに至ったという述懐があるが、そこには〈治癒力〉と〈治癒力への自信〉の皮肉な関係が見事に表現されている。

治療の環境としての社会

以上において治癒力には、たんなる治癒の文脈を超えた〈ちから〉と呼べるようなものと、治療者と患者の共通感覚を前提とした演劇的な効果を支える〈場〉という二つの特性があるようだ。〈ちから〉とはいい方を変えると、それは文化そのものの性質のように思える。文化は、我々の世界を混沌から区分し、秩序だて、そして意味を与える。治癒力の源泉としての〈ちから〉を考えたとき、我々の安寧とした生活に突如として現われ世界を秩序を乱す〈病い〉に名前を付け、原因を確定し、治療することが、まさに〈ちから〉がおこなっていることが明らかになる。そして

それらの一連の行動全体こそが〈癒し〉といえるものといえよう。もう一方の〈演劇的な効果〉としての治癒力が我々に対して示唆することは、治癒力が発揮されるには、治療環境という、ちょうど〈場〉のような状況が不可欠だけでなく、治療環境そのものが治癒力の源泉となりうるということである。

分析の視点を明かにするために導入した治療者と患者という二項の関係論は、治癒力の考察を進めるうちに治療環境という〈場〉の重要性に気付くに至った。そしてそれは、二項関係が成立している当の社会的な状況にまで立ち入らねば、治療者と患者がもつ交流の意味を理解できないことを示している。実際、治療環境そのものが治癒力であるという認識は、人類学的な伝統医療の研究において長い間指摘されてきたことである。しかし、現代医学のパラダイムが肥大化を遂げ、伝統医療の研究にも要素還元的な分析態度を要請するようになってきた今日、治療の〈場〉の意義が次第に等閑視されるようになってきたことは否めない事実である。だが現代医学の医師でさえ、その治療環境（例えば医療スタッフ、検査設備、医療機器、医薬品、あるいはそれらの完備した診療所や病院）が保証されなければ十分な治療を行えないという素朴な現実を、我々は改めて認識しなければならない。

我々は治癒神を考える手がかりに、治癒神を治療者として見立てることによって考察してきた。そこで得られた結論は、もちろん治癒神にもあてはめることができるだろう。長い間、治癒神と人間は、あたかも治療者と患者が交流するように、相互交流の絆を保ってきた。治癒神信仰にみられる治癒力の源泉は、神をささえる信仰の基層になっている文化としての〈ちから〉であり、神と人間による信仰が生起する治療の〈場〉でもあった。本書の後半で紹介される、治癒神とその由来は、とりもなおさずそれらの神々と人間の相互交流の航跡であり、我々はそのに、人間が治癒を通して考えてきた〈健康〉についての思考の一端を垣間見ることであろう。そして、我々にとってさらに重要になってくることは、それらの相互交流を支えてきた治癒力の源泉である〈ちから〉、すなわち治癒神を生んだ文化と、治療の〈場〉である社会のことに思いを馳せることではないだろうか。

参考文献

-M・エリアーデ『聖と俗』風間敏夫訳、法政大学出版局、一九六九。

- 岩田慶治、『草木虫魚の人類学』、淡交社、一九七三。
- M・モース『社会学と人類学Ⅰ』（有地享ら訳）、弘文堂、一九七三。
- 山口昌男、『文化と両義性』、岩波書店、一九七五。 □