

みんなくりポジトリ

国立民族学博物館学術情報リポジトリ National Museum of Ethnology

人類学と国際保健医療協力

| | |
|-------|--|
| メタデータ | 言語: ja 出版者: 公開日: 2015-11-17 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 松園, 万亀雄, 門司, 和彦, 白川, 千尋 メールアドレス: 所属: |
| URL | http://hdl.handle.net/10502/4376 |

第6章 国際医療協力、人類学、対象地域のはざままで

大橋亜由美

OHASHI AYUMI

1 はじめに

筆者は二〇〇〇年に初めて開発援助プロジェクトに参加した。一九九七年から実施されたODAの地域保健強化プロジェクトの短期派遣専門家としてであり、「医療人類学による技術指導」という業務内容だった。結果から先に言えば、筆者の経験はあらゆる点で失敗に終わったと言える。この出来事を個人の失敗として終わらせてしまうことは容易なことだが、なぜ失敗したのかを冷静に内省したとき、個人の能力や努力の不足に起因するところは当然ながら大きい。それだけではないと考えるに至った。そして筆者が考えるこの問題群は、少なくとも日本の国際開発援助の現場に人類学者が直接かわるときに、今後も多少なりとも生じ得ることだと思え、恥ずかしながらもこの失敗の経験からその問題群を立ち上げて、具体的に内容を検討してゆきたい。

2 プロジェクトの概要と参加までの経緯

筆者が参加したプロジェクトは、JICAが行ったインドネシア共和国南スラウェシ州で展開されていた地域保健強化プロジェクトであった。インドネシア共和国は、これまで長期開発計画のもとでプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）の拡充、質的向上、そして積極的な人口・家族計画の導入を行ってきたが、妊産婦死亡率はほかのアセアン諸国と比べても依然として高く、また結核やマラリアなどの感染症も地域に

よっては深刻であり、州・都市・農村などの地域間格差が未だ著しい。本プロジェクトは、保健医療状況の改善の余地があるスラウエシ島南部において、地域助産師や医師、検査技師など医療技術者の人材育成や、県の衛生部長への保健計画の策定・実施に関する能力付与などを通して、課題となっている乳児・妊産婦死亡率などを減少させることを目指すもので、インドネシア政府からプロジェクト方式の技術協力の実施要請を受けて開始された。本プロジェクトは、周産期における「予防できる死亡」(Preventable deaths)の数を、どのように減らすことができるかということを目的とし、地域保健に携わる人たちの人材開発と、地域保健に必要な不可欠な臨床検査やレフアラルなどのシステム強化を行ってゆくことがその内容であった。具体的には次の三つのサブプロジェクトを設定していた。①予防できる死亡を減らすことのできる保健医療関係の人材開発を行う。②三つのパイロット県に、問題解決指向のアクションリサーチ手法を導入する。③三つのパイロット県に質の保証手法を導入することで、地域臨床検査システムを強化する。協力実施期間は一九九八年から二〇〇二年までの五年間だった。

筆者がこのプロジェクトに参加したのは、五年間のプロジェクト期間の四年目に当たる二〇〇〇年の三月から四月にかけてのわずか一カ月弱という短期だった。短期派遣専門家とは、派遣期間が一年未満の者を指す。当該プロジェクトには人類学者が短期派遣専門家としてすでに一名参加していたが、その前任者が勤務する大学業務の関係により途中交代せざるを得なかったことを受けて、筆者が後任としてプロジェクトに加えることとなった。一カ月弱という期間は短期派遣専門家としても「短期」である。その理由としては、筆者自身が当時勤務していた大学の業務の関係で、長期間の出張が可能となる夏期休業期間中に時間がとれず、春期休業期間中の入学試験と入学式の合間でしか参加できなかったという個人的な事情と、筆者が派遣

期間を調整している間にインドネシアの政情が混乱し、新規のプロジェクト参加者の派遣が一時見合わせられるという派遣元と対象地域の双方の事情があった。

プロジェクト内における筆者に与えられた業務は、「医療人類学にかかわる技術指導」ということであった。プロジェクト参加の準備段階で、プロジェクトの概要については書類で確認することができた。そこで、具体的にどのようなことが業務内容として期待されているのかという点について、JICAを通して当時のプロジェクト関係者に問い合わせたが、結局出発するまで何の返答もなかった。筆者にとって初めての国際医療協力プロジェクトへの参加であったのに加え、諸般の事情で派遣期間が短くなっていたので、できれば事前に周到な準備をしてゆく心づもりをしていたが、当該プロジェクトについての情報の少なさは不安を増大させていった。前任者のみがプロジェクトの進捗状況や現地での様子について説明をしてくれた。前任者は、具体的な妊産婦の死亡例を中心に集めており、筆者は筆者なりの方法で取り組めば良いのではないかと、というアドバイスを受けた。そこで、プロジェクトの進捗状況および長期派遣専門家が医療人類学に期待していることを筆者なりに考え、さらに短期間の調査であることを鑑み、以下の三点について医療人類学的調査を行い、プロジェクト対象社会の保健医療の現状または問題点を明らかにすることを目標とした。当初は、それが間接的にはプロジェクト関係者やプロジェクト実施対象地域の人びとへの何かしらの貢献になる、と安易に考えていたのである。

第一点目は、対象地域における妊娠や出産に関するさまざまな慣習や考え方といった周産期医療をめぐる文化的・社会的背景についてである。通文化的な比較からもわかるように、人類の文化において妊娠期間やとくに出産という場面では、人びとが日常生活ではあまり明確に意識していないような宗教的観念や身体観

が鮮明に現れ、それにとまなう儀礼や行為が行われることが多い。たとえば、東南アジア大陸部では、産後女性の身体は「冷えている」ので火で暖めるのだが、直火のため出産直後の女性が火傷するといった報告がある。インドネシアのバリ島では、出産にとまなう出血した血は、人びとが恐れる悪の象徴的存在である魔女ランダやその弟子たちが呪力を強化するためにもつとも好むものとされ、ランダたちが近づかないように出産間際の妊婦の周囲に結界をはる産婆がいる。このような現代医学によって評価できない宗教的観念や身体観に基づいた行為は、医療従事者から医学的に不適切な行為や対応として判断されるといった事例が、これまでにも数多く報告されている。しかし、「子どもを産む」「子どもが産まれる」ということはたんに生物学的な再生産プロセスだけではなく、人びとの宗教観や世界観を基礎とした人間観が現れる場面であり、その理解なしには周産期医療や保健衛生の向上を進めることが難しい。この点で、出産をめぐる対象地域の文化的実践の内実を明らかにすることは大変重要である。

第二点目は、人びとが身体的不調を訴える際にどのような医療的行為を選ぶのか、現代医学以外にどのような治療行動があるのか、といった対象地域の人びとの保健医療行動の全体像を概観することである。人間は現代医学が制度化される以前から、ケガや病気、そして死という問題にそれぞれの社会の観念と方法で対処してきた。現代医学が一般社会に浸透するに至っても、そのような観念や対処法は、「伝統医療」「民間療法」「代替療法」「呪術」などと呼ばれながらも、人びとの保健医療行動の一部を担っている。これらの身体的不調への対処方法や施術者への社会的評価は、社会によってきわめて異なる様相を呈している。そのため人びとがどのようなときに、どういった理由で、どの方法を選択するのか、といった保健医療行動あるいは医療選択行為の傾向をプロジェクト実施側が把握することは、その社会における医療の問題を考えるのに必

要不可欠なことである。

第三点目は、対象地域における医療機関の運営状況を把握することである。科学の一領域としての医学は、「普遍的なもの」として世界中で教育され研究されてきているが、それが実践される医療の現場においては、当該地域の文化的な価値観、社会通念や経済状態などの条件によつて医学の様態は必ずしも一様ではない。南スラウエシ州では医療行政の末端を担う保健センターや病院がどのような機能を果たしているのか、そして改善されるべき問題があるのかどうかといった問題の所在を明らかにすることは、地域の保健医療改善を旨とするプロジェクトにとつて重要なことである。

以上の三点について調査を行い、その結果をほかのプロジェクトメンバーに示し、そこから何らかの提案をすることができれば、本プロジェクトに医療人類学的視点が導入される機会になると考えたのである。

3 活動内容

インドネシア共和国の南スラウエシ州はスラウエシ島で人口がもつとも集中した地域であり、しかも地域ごとに民族集団が異なっているという特徴をもつ。南部の海岸地域を中心にマカッサル人、中央部にはブギス人とマンダラ人が、北部の山地にはトラジャ人などが居住している。なかでもブギス人は州人口の過半数を占め、インドネシア国内の諸民族集団のなかではアチェ人と並んでもつとも敬虔なイスラム教徒であるとされる。北部のキリスト教徒であるトラジャ人を除くと、南スラウエシはイスラムの信仰が強い地域である。調査期間中に断食月（ラマダン）あけに行われるイスラムの重要な大祭（イドゥル・フィトリ）があり、多

くの人びとが大祭をはさんで一〜二週間帰郷するため、ムスリムが大半を占める地域での公的機関に係る調査研究活動が円滑に進まないという問題に遭遇した。このため、その一週間は、住民が主にキリスト教を信仰しており、その影響を受けないと想定された州北部の二つの県において、パイロット県との比較を目的に調査を行った。そして、主に地域助産師、保健センターや公立病院などの地域の医療機関、民間の治療師の三つのファクターに関してプロジェクトへ報告するに至った。

3・1 地域助産師

インドネシアの公共保健医療サービスの地方組織には、郡レベルで設けられている保健センター、山間部などに設けられている準保健センター、村に駐在する地域助産師、住民のボランティアの保健連絡員の協力によって活動が行われる保健ポストがある。保健センターは、通常診療や予防を兼ねた活動を行っていて、医師、看護師、助産師、保健職員などから構成され、病床設備もある〔上原 2006:233-237〕。一九七八年のWHOのアルマアタ宣言以降、プライマリー・ヘルス・ケアの考え方は、地域保健の重要な位置を占めている。インドネシアでは第三次五カ年計画（一九七九〜八四年）において、地域保健に重点を置き、保健活動に必要な看護関係者の養成と病院の看護師の養成が目的であった教育を、保健予防に携わることを重点とした看護教育カリキュラムに改善した。また、一九九〇年より地域助産師がプライマリー・ヘルス・ケア・ワーカーとして村に配置されるようになり、地域の保健環境問題（水、便所、ゴミ捨て場など）、乳幼児の栄養状態改善や健診、予防接種の勧めといった啓蒙活動など、地域の公衆衛生向上のための幅広い活動を行うことが期待されている〔森口 1998:56-63〕。地域社会の日常生活に密着し、人びとがよりアクセスしやすい保健医療専門

職である地域助産師は、世界銀行の援助により新たに五万人以上が養成されてきた「上原 2006:246」。しかし、南スラウエシ州の場合、地域助産師の派遣数には地域間の格差があり、また滞在率はおよそ二〜四割で「一村に一人の地域助産師」という目標にはほど遠く、人員が依然として不足している〔伊藤 1999:90-92〕。

筆者がプロジェクトに参加した二〇〇〇年の時点では、地域助産師の多くは三年間の専門学校を修了した後、プライマリー・ヘルス・ケア・ワーカーとしてインドネシア各地域に派遣されていた。赴任地への希望を出すことはできても必ずしも希望した地域へ派遣されるとはかぎらず、インドネシアのように多民族が共住する国家では、当然ながら日常使用する言語や社会習慣、宗教が異なる地域に赴任することも珍しくない。

次に筆者が調査でインタビューを行ったある地域助産師の事例を紹介しよう。

【事例】

その地域助産師（女性）は二四歳で、南スラウエシ州の州都マカッサル市出身。地域に密着したプライマリー・ヘルス・ケア・ワーカーとしての役割を果たすために本来は村に住むことを期待されているのだが、実際には彼女はその村の近くにある保健センターに住み込んでいた。インタビューに行った際、村長が以前住んでいた助産師の家のなかを改修している現場へ案内してくれ、その地域助産師が村へ住むための準備を進めていた。しかし、彼女自身に話を聞くと、村長の意向に反してその村に住むことを大変嫌がっていた。その理由は、その村には男性が好意をもった女性と性的関係を結ぶことができる呪いが盛んだという噂が広がっているからだ。もう一つの理由は、キリスト教徒が大半を占めるその村では住民がブタ

を食べるので、ムスリムの彼女は一緒に食事ができないということだった。このようなことから、彼女はこの地域に赴任してからすでに一年近く経っているにもかかわらず、民間の男性産婆や村長たちとほとんどコンタクトがとれていない状態だった。

この二四歳の都会出身の地域助産師のように、年齢が平均して二〇代前半で未婚者が多いということや、信仰などが異なる地域で生活をおくっていることから、助産師が赴任先の村に住むことに不安を覚えたり、事例のように住み込むこと自体を拒絶したりする状況が生じていた。当プロジェクトのパイロット県の住民の多くはムスリムであり、地域助産師と赴任地の人びとの信仰の違いから生じる問題は全体からみれば稀少な事例かもしれない。しかし、この事例からみてとれるのは、たんに信仰が同じか違うかという問題だけではなく、年齢の若さや経験不足から、赴任地域の妊婦や出産を取り巻く環境改善のために、呪術的知識や技能をもった民間の治療者との関係を構築することや、政治的社会的力を備えた老獪な村の有力者たちと渡り合うことが、彼女たちにとって大変困難な仕事となっていることである。派遣当初は地域の保健衛生全般の強化を進めるプライマリー・ヘルス・ケア・ワーカーとして期待されていた彼女たちが、このような困難に直面することにより、活動を停滞させたり意欲を低下させたりし、その結果地域助産師の活動が出産を介助するという行為に限定されてゆく状態が少なからず生じているのではないか、という懸念が筆者には生じた。広い意味での地域保健の質的向上を目指すには、地域助産師に対して、派遣地域の保健連絡員はもとより、学校の教員や校長などを含んだ地域の保健委員会のような組織や保健省などからの人的サポートが必要だろう。なかには村長が大変協力的で、地域助産師の活動へのサポート体制が十分とられている村もあったが、

個々の村の対応の問題としてではなく、システムとして対応しなければ、地域によって地域助産師の活動内容の格差が大きいという問題は依然として残ってゆくであろう。

3・2 地域の医療機関（保健センターと公立病院）

次に、行政医療の末端的な役割を担う保健センターの活動についてみてみよう。二〇〇〇年当時は次年度の地方自治法にともなう省庁再編のために、多くの保健センター長が予算の増加を期待していた一方で、行政システムの変更や予算配分についての不安を有していた。保健センターの運営に関しては複数の問題点が見てとれたが、なかでも保健センターに勤務する医師の職場環境や医師本人の職務意識の問題が顕著であった。インドネシアでは、医学部卒業後の三年間は地域医療に携わる制度になっているが、若い医師たちは先に挙げた地域助産師と同様に、赴任先で言語や社会習慣などの違いに直面することが多く、保健センターのなかで孤立する傾向があった。このように他地域からやって来た医師が保健センターのなかで孤立してしまう状況は、医療において重要と思われるスタッフ間の信頼関係の構築に支障をきたしたり、職務意識の低下を招くことがある。なかには派遣期間終了後、保



保健センターの外観（2000年3月、インドネシア、南スラウェシ州）

健センターの器具や備品をもち去る医師もいるなど、さまざまな問題が生じていた。地域の言語を積極的に学び、来院者やスタッフと話をしたり、休日にスタッフと親交を交える努力をするなどして上手く対応している医師も当然いるのだが、このような地域や職場への適応はひとえに医師個人の能力や努力によっているのが現状である。こうしたことから、社会環境の異なる保健センターへ赴任する医師に対する何らかのサポート体制が必要だと思われる。

また保健センターの運営については、調査に赴いたほぼすべての保健センターの関係者が事務を処理する人員・能力が不足しているということを語っていた。実際、事務机には山のように文書類が重ねられている。スタッフの人材育成や保健センターの運営自体にアドバイスをするための人材が必要だと考えられた。

次に地域の公立病院に関してだが、公立病院の待合にいる患者やその付き添い（家族や保健センターのスタッフなど）とのインタビュー

から、次のような点が課題としてみてきた。多くの患者は最寄りの保健センターでは対処しきれないと判断され、近隣の公立病院に行くことを勧められている。患者は家族に付き添ってもらって来院するか、保健センターに車がある場合には送迎してもらっていた。しかし、診察する専門医が休暇や出張で不在であるこ



公立病院窓口（2000年3月、インドネシア、南スラウェシ州）

とを知らずに来院して、数日間専門医の診察を待たねばならないという事例が多かった。保健センターが事前に近隣の公立病院と連絡をとるなど、何らかのシステムを構築することによって、患者やその家族が抱える身体的・経済的負担を軽減することは十分可能だと考えられた。

3・3 民間治療者

次に、人びとの保健医療行動と密接な関連を有している民間治療者について言及する。世界

中の多くの地域で妊娠・出産という一連の出来事に伝統的な産婆が関与する場合が多い。出産はそれぞれの地域の人びとの生と死の観念が象徴的に現れる出来事であり、ときに伝統的な産婆の活動では妊娠・出産という生物学的な出来事への対処だけでなく、人びとの宗教的世界観に基づく行為が行われる場合が多い。パロット県の人口の過半数を占めるブギス人の民俗観念では、出産は赤児の誕生にともなう「後産」の扱いが重要であり、出産儀礼ではその後産を埋葬する過程にブギス人の宗教的世界観を読み解くことができる〔伊藤 1999〕。人びとの宗教的世界観を具現化する伝統的産婆は、妊娠・出産だけではなく、人びとの身体的不調に対して地域の民俗的身体観に基づいた治療を行う場合も多い。当然ながら各地域の保健センターのスタッフは、このような伝統的産婆の存在や役割は知っているのだが、直接担当地域の伝統的産婆（民間治療



保健センターの乳児体重測定計（2000年3月、インドネシア、南スラウェシ州）

者や呪術師と呼ばれている人びと）との関係を構築するには至っていなかった。

ここでは、筆者が以前長期で調査を行ったスラウエシ島の南に位置するバリ島の事例との比較から、この問題について検討したい。一九六〇～七〇年代のインドネシアは、欧米諸国に比べて妊産婦死亡率、新生児死亡率がきわめて高かった。とくに新生児死亡の原因の多くが破傷風の感染によるものだった。バリでは一九八〇年代から国立ウダヤナ大学医学部と保健省が協力し、保健センターのスタッフが担当地域の民間治療者がどのような知識に基づき、どのような治療や活動を行っているのか、積極的に調査を行ってきた。そのうえで、民間治療者たちに伝染病・感染症への対処法、出産介助の際の衛生面での教育を行い、緊急な処置が必要とされる症例の場合には患者を早期に最寄りの保健センターや病院へ行かせるように指導し、民間治療者が患者を抱え込むことから生じる問題を防いできた。

バリにおいて一九八〇年代から民間治療者との協力関係をつくりあげてきたデニー・トン医師の回想録には、破傷風による新生児死亡率の減少を目指していたときの出来事が記述されている。¹⁾バリにはバリ・ヒンドゥーに基づいたケガレの観念が強くあり、出産後、新生児のへその緒の痕がきれいに治るまで、母子ともケガレている状態とみなされる。ケガレている間、出産した女性は日常生活においてさまざまに制限が課せられ、何かと不自由な状態に置かれる。バリ人には産婆によるへその緒の処置の方が病院で出産した場合より早くかさぶたがとれると人気があったが、産婆たちの傷口の処置が原因で破傷風に罹患して死亡するケースが多いことが判明した。そのため当時ジャワ島から赴任してきたばかりのトン医師が中心となって、へその緒の処置について産婆の手法と病院の手法を合わせ、産婆の処置とほぼ同じくらいの日数でへその緒がきれいに治る方法を創出し実践していた。このような活動によってバリの新生児死亡率は著しく減少し、

また助産師を訪ねる妊婦が増えたとされている。このへその緒の処置法はトン医師が院長を務める病院の名前をとって「バンリ方式」と呼ばれ、島中に広まった〔Thong 1993:42-44〕。

このようなバリの前例から、南スラウエシのパイロット県においても、民間治療者に対するより積極的なアプローチから「予防できる死」を回避できる可能性を模索することができるとは思えないかと考えられた。また調査中にインタビューを行った二名の民間治療者は堕胎を行っていると言っていたが、地域助産師は彼らの呪術の力を恐れてコンタクトをとっていなかった。

これまで本節で述べてきた以上の諸点については、プロジェクトの調整員よりA4一枚という指示があったので、その内容を簡潔にまとめ、帰国前にプロジェクト側にレポートとして提出した。

4 問題群の検討

本稿の執筆のきっかけは、第1節で述べたように、人類学者として国際医療協力プロジェクトに参加しながら何の貢献もできなかったという筆者個人の失敗の経験である。筆者は、プロジェクトそのものに対してと、プロジェクト対象地域の人びとに対しての何らかの貢献を念頭に置いていたが、結果的にいずれの貢献も果たせなかった。つまり、筆者の提出したレポートはプロジェクト自体からまったく評価されなかったため、プロジェクトの実施に影響を及ぼすものとはならなかったのである。筆者の提示した問題は、プロジェクトの取り組む対象としては扱われず、活動の参考にもならなかった。その理由は以下のように考えることができる。前述したように短期間の調査であったため、対象地域の保健医療に関する問題点をとりあ

ず把握した時点で調査期間が終了してしまった。そのため、レポートでは問題点の指摘はできたが、その問題点の解決方法を検討することができず、具体的な方策や提言を出すことができなかつた（指示されたレポートの紙片の少なさ自体にも無理があった）。また、筆者の派遣時期がプロジェクト期間の後半、つまり撤収準備段階に入っていたこと、さらにプロジェクトスタッフのなかに当初から筆者の医療人類学的調査に対する否定的な態度がみられたことも、その一因であると考えられる。

この失敗の経験を題材に、人類学と国際開発協力プロジェクトとの間に横たわるいくつかの「困難」について検討したい。なぜなら、この失敗からみえてくることは、人類学者として未熟であるという筆者の個人的資質の問題だけではなく、日本の大学院で教育を受け、国内の教育研究機関に所属している人類学者にとって、少なからず共通する問題点があると考えたからである。ただ、筆者がプロジェクトに参加した当時と比べれば、開発援助プロジェクトの専門家を取り巻く環境は随分と変化し、ODAプロジェクトに参加する専門家の経歴、スキル、そして雇用形態にも格段の違いが生じているので、筆者の経験した困難が必ずしも現在の状況にすべて該当するわけではない。それでも、プロジェクトに参加する日本の人類学者を取り巻く環境自体に革新的な変化が起きていない点を考えれば、この問題群を検討する必要性は未だ十分残っていると考えられる。

4・1 時間的な制約

第一点は、時間的な制約の問題である。日本の研究教育機関の場合、純粋に研究活動のみを行う研究機関に勤務している研究者以外は、日常のさまざまな業務のために自身の調査研究だけでも時間をとるのが大変

である。この点は研究活動に重点を置いた大学院重点化大学においても同様であろう。このような状況下で、自身の研究教育活動以外に国際開発協力プロジェクトへ長期間参加することは、周囲がよほどプロジェクトに理解を示し、寛容でなければ困難である。たとえば、筆者が当時所属していたのは、国内でも珍しい文化人類学科を有する大学であり、人類学の調査研究活動に関しては寛容な機関であったにもかかわらず、残念ながら周囲の理解と協力を得られず、結果的に派遣期間を十分にとることができなかった。さらに、派遣先の政情が不安定なことから派遣が見送られ、最終的には一カ月弱という派遣期間となった。加えて、その派遣期間がプロジェクト対象国の重要な祝祭日と重なったため、時間的な制約が強まってしまった。

一般論に戻るが、プロジェクトに参加する人類学者が、勤務先でのさまざまな障害や困難を乗り越えてようやく現地に行けたとしても、「調査に行ける時期」が必ずしも「調査に適している時期」とはかぎらないのである。地域によっては雨期で移動が制限されたり、重要な祝祭日で行政機関が機能していなかったり、農繁期でなかなか人びとの話が聞けないなど、ただでさえ短い調査期間が現地の事情でさらに短縮されるようなことは十分に起こり得ることである。プロジェクトへの参加形態に関しては、常勤で大学などの研究教育機関に所属していない人類学専門のコンサルタントや大学院生、ポストドクター以外は、長期間の参加が難しい。当然短期であっても上述のようにさまざまな時間的制約が生じてくる。ここで言えることは、まずは立场上長期で参加できる場合は、当然ながら長期で参加することが望ましいということ。さらに、短期でしか参加できない場合には、それを不本意として参加自体に懐疑的な態度をとるか、短期であることを受け入れた上で何ができるかを考えるという二つの選択肢があるということである。前者を選択した場合には、開発援助プロジェクトからの撤退となり、人類学と開発援助との関係は明白になるが、現実的ではない。後

者を選択した場合には、積極的に開発援助プロジェクトに参加するためのスキルの問題を、日本の文化人類学のなかで十分議論してきたのかということが問題となる。この点については、次で詳しく検討してみたい。

4・2 調査スキルの問題

第二点は、第一点とも関係するが、人類学者の調査スキル（技術）の問題である。「短期間にしては何とかなった」という多少の自己満足に反して、筆者の現場での言動や活動結果は、量的にも質的にもプロジェクトメンバーを納得させるものではなかったかもしれない。筆者にとつて開発援助活動に直接参加したのはそのときが初めてであり、今思えば開発援助活動に相応しい知識もスキルも習得していなかったのである。

近年文化人類学ではフィールドワークとそれに基づいた民族誌記述をめぐる批判的検討が行われているが、それでも長期のフィールドワークを行う、あるいは行ってきた研究者が多数を占めている。文化人類学の歴史のなかでは、長期間の調査方法についての研究・教育の蓄積がある。たしかに、人類学者はしばしば短期調査も行っているが、それは長期調査の補充調査であつたり、調査対象地域や対象となる人びとに関する調査研究の成果をすでに有していたりする場合が多く、一定の期間内で、ある目的に向かつて効率的に成果を上げる短期の調査方法についてはあまり議論されてこなかった。さらに文化人類学では、調査の結果を民族誌として「記述する」ことが、理論的考察と並んで、ときにはそれ以上に重要なこととされており、一部の応用人類学に関心がある研究者以外は基本的に問題解決志向型の調査を行うことはない。つまり文化人類学は、対象地域社会で暮らす人びとの生活世界を真摯に「記述する」ための豊かな方法論を蓄積してきたが、何らかの問題を解決するために必要に応じて短期間に集中して行う問題解決志向型の調査に関しては不慣れ

であると言える。

日本の国立大学の大学院で文化人類学の専攻を含む研究科の二〇〇六年度の授業シラバスを調べると、専攻科目のなかに「開発人類学」などの科目名を掲げている研究科は二つしかなかった。人類学を主たる専攻とする研究者や大学院生が必ずしも文化人類学を専攻とする研究科に所属しているわけではないので、これが日本の人類学全体の傾向であるとは一概には言えないが、おおよその傾向は把握できていると考えて差し支えないであろう。少なくとも文化人類学を専攻とする日本の国立大学の大学院教育カリキュラムのなかでは、開発援助関連のトピックは科目として積極的に取り扱われてはおらず、文化人類学の大学院教育では、開発援助活動やそのための専門的なスキルについてのトレーニングを受ける機会はほとんどないのが現状である。従来の文化人類学のフィールドワークは、調査者個人の思考や性格といった個性が強く反映されるものであり、換言すれば各人の「技芸」としての要素が大きいものである。それが文化人類学の醍醐味でもあると思われる。しかし、人類学者のどのようなプロジェクトへのかかわり方が、誰に求められているのか、それ自体も重要な問題だが、翻って、もし開発援助プロジェクトでの何かしらの貢献を現実的に目指すのであれば、調査方法も一定の期間内での目的達成の技術として捉え直す必要があるだろうし、開発援助関係者と「対話する」土壌をつくる努力も必要であろう。たとえば、これまでの長期調査を中心としたメソッドだけではなく、開発援助にかかわるためのスキルを積極的に学ぶことも考え得る。

日本における開発援助活動のための専門的なスキルに関しては、開発援助活動の人材育成と研究を支援している財団法人国際開発高等教育機構（FASID）や開発コンサルタント会社が、プロジェクトの計画立案・実施・評価の手法に関するセミナーを主催している [cf. FASID 2004]。これは、一九九〇年代から日本の

ODAなどで用いられている、プロジェクトの管理に必要なプロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)を作成するトレーニングを目的とした研修である。筆者が以前研修に参加した経験では、とくにプロジェクトの対象や内容を絞る計画立案の段階において、人類学的視点と対象地域に関する人類学的知識があれば、より有効なプロジェクトを立案することが可能になると思われる。このような事前調査や立案計画の段階における人類学的視点と手法の有効性については、国際開発援助活動家の多くが参考にするチェンバースもその著書で指摘している〔チェンバース2001〕。

4・3 人類学に対するイメージ

三点目として指摘したいのは、開発援助プロジェクト関係者をもつ人類学(人類学者)に対するイメージの問題である。筆者が先述のプロジェクトに合流した最初のミーティングの際、「はつきり言つてあなたには何も期待しておりません。どうぞご自分の調査で来たのでしようから、ゆっくりみてまわってください」とプロジェクトのスタッフである医療従事者の一人から言われ、愕然としたことは未だに鮮明な記憶として残っている。自分の考えや計画を明確に伝えた後も、派遣期間中、この長期派遣専門家や調整員の筆者に対する態度は変わらなかった。派遣期間の後半になって伝え聞いたところによると、プロジェクト・リーダーが筆者について「どこかの少数民族の研究に来るらしい」と事前にメンバーに語っていたらしい。このような痛烈な批判的態度に出会う人類学者は稀であつてほしいのだが、しばしば人類学者は開発援助プロジェクトのなかで「自分の調査に来た」「プロジェクト自体に批判的である」「問題に関してまったく傍観者の立場をとる」と思われる傾向があることは否めない。

ここで、日本の某開発コンサルタント会社に勤務する知人が中米のある地域の農村開発プロジェクトを担当した際の話を紹介しておこう。まず、プロジェクトを入札するに当たってスタッフ条件として課せられていた「医療人類学の専門家」探しに苦労したという。国内にはそもそも人類学を専門とするコンサルタントがほとんどおらず、大学関係者の場合だと雇用形態や調査期間などの問題から参加の依頼ができず、アメリカで学位を取得した医療人類学の専門家をようやく探し出したという。そしてめでたく事業を獲得したのだが、実際にプロジェクトが動き出すと、その人類学専門のコンサルタントは、ミーティングのたびに稼動しているプロジェクトのさまざまな問題点の指摘ばかりをする。それに対して、ほかのスタッフが問題点の具体的な解決方法の提案をコンサルタントに促したが何の返答もなく、チーム内でのストレス度が強まったという。さらに一時現地の治安が悪化した際、この人類学者は真っ先に現地から退避した、と知人は笑いながら語っていた。このエピソードには、「つくり話」ではないかと思いたくなるほど、開発援助プロジェクト関係者の人類学者に対するコアイメージが表れている。

他方、日本の文化人類学世界の国際開発協力への問題関心は一体どれほどのものであろうか。日本の文化人類学世界の国際開発協力の問題に対する関心度をみるために、文部科学省および日本学術振興会の交付による科学研究費補助金のデータベースで、一九七二年度以降の過去の文化人類学の領域における研究課題について検索を行ってみた。これまで採択された研究課題の総数一四五五件中、「開発」というキーワードで検索され、そのなかで開発協力に関係していると思われる研究課題は四九件ある。一九九三年から開始された研究課題を筆頭に、九五年までに七件、九六年から二〇〇〇年までが一六件、〇一年から〇五年までが一九件、〇六年から〇七年までが七件となっている。近年徐々に開発協力に関連した研究課題が増加している

とはいえ、開発協力に関連する研究課題が、採択された全研究課題のおよそ三パーセントに満たないという事実は、日本の文化人類学界の開発協力関係への問題関心の薄さを表している。その理由についてはまた別の機会に論じたい。

しかしながら、少なくとも開発援助プロジェクトに参加する意志のある人類学者は、プロジェクトに対して、あるいは対象地域の人びとが直面している問題の解決のために何らかの貢献をしたいと考えているはずであり、そうでなければわざわざ参加してこないであろう。その意味で先述のようなイメージは現実にプロジェクトに参加する人類学者とはかけ離れたものである。それでも人類学者に対するこのような固定化されたイメージが、程度の差はあれ開発援助プロジェクトの関係者に共有されていることは否めないだろう。しかし、ここで人類学側からすべきことは、たんにこれらのイメージは「偏見」であるとして相手を非難することではなく、あるいはその「偏見」に対する反動でプロジェクトの問題点をあげつらうことでもなく、近年の開発援助プロジェクトに人類学者の参加が要請されていることを真摯に受けとめ、開発援助プロジェクトに貢献できるスキルを磨き、機会があれば積極的に参加して、固定化されたイメージを溶解し、改変させるような努力を払うことであろう。それによって可能となるプロジェクトへの積極的な貢献が、対象地域への貢献へとつながってゆくことになることを期待したい。

以上の問題群を整理したうえで、人類学はまったく新たな一步を踏み出さねばならないのかというと、おそらくそうではないようである。文化人類学はしばしば異文化理解の学問と言われてきており、また人類学の側もそのように自認してきた。ここでは異文化理解を異なる論理、もしくは異なる構成原理をもつ社会シ

システム間の翻訳と言い換えてみよう〔福島 1988〕。そうすると開発援助プロジェクトの現場は、対象地域の人びとの生活世界、現地の行政システム、開発援助プロジェクト自体、およびプロジェクトに参加する専門家のディシプリンという、それぞれレベルも関係性も異なった複数のシステムが出会う場であると言える。たとえば、国際医療協力プロジェクトであれば、いわゆる医学という学問領域とその理論を実践に移す現代医療という一つのシステムが基礎にあり、それは一方ではプロジェクト対象地域の土着の医療システムと出会い、他方ではプロジェクト受け入れ国の医療行政システムや国際機関の運営システムとかかわりあっている。またプロジェクト内は、医師、看護師、プロジェクト・コーディネーター、そして人類学者といった広い意味でもディシプリンを異にするスタッフが集う場でもある。そこには、プロジェクト対象地域で暮らす人びとの病気の認識方法やそれともなう多様な保健医療行動、そして現地の現代医療など複雑な医療システムが重層的に存在する。

異なるシステムとシステムが出会った場合、そこにはやはり翻訳するという作業が必要不可欠である。この場合、ただ言語を「言い換える」というような変換するだけの翻訳では足りない。他者と出会ったときに発せられるさまざまな「なぜ」に対応できるような翻訳が必要である。それは、そもそも、なぜそのような「なぜ」という問いが生じるのか、そしてその答えはどの辺りにありそうなのか、自分の属するシステムと対象となるシステムを解きほぐしながらその答えらしきものを見出すような翻訳であり、たんなる翻訳を超えた「超翻訳」、「アクティブ翻訳」といった類のものである。当然ながら人類学がこの「なぜ」に一〇〇パーセントの答えを見出すことができるという確信があるわけではないが、このような翻訳作業に関する知識や技術、そして感覚を培ってきた人類学・人類学者は、システム間の「超翻訳」という点で果たせる役割

があると言えるであろう。

日本の医療人類学の礎を築いてきた波平と武井が、以前、国際医療協力と文化人類学に関する対談のなかで、人類学にできることは現地で起こり得る急激な時間の変化を現地の時間に少しでも合わせる、緩めることではないかと語っていた〔武井・波平 1983:45-49〕。ここで「時間を緩める」と言っているのは、単純に開発援助プロジェクトを批判し、プロジェクトの実施を遅らせるというサボタージュ的な戦略でないことは明白である。プロジェクト対象地域の諸システムと開発援助プロジェクトという独自の構成原理をもつシステムとの調整を行うということであろう。

これまでみてきた人類学が開発援助プロジェクトに参加する際の問題点は、人類学に対する需要と供給の複雑なスレから生じている。需要はあるが、果たしてその需要の内容は何なのか。つまり、誰が人類学者を開発援助の現場に必要としているのか、その必要性はプロジェクト参加者にどの程度共有されているのか。他方、人類学の方はどうであろうか。開発援助プロジェクトの需要に応える備えはあるのか、何を必要とされているのか、人類学者としてそこで何をしようとしているのか、果たして何ができるのか（あるいはすべきでないのか）、そしてこれらの問いに対する答えをもちあわせているのだろうか。このような重大な問いの答えをこれまでのように個々の人類学者の学的営為のなかに求める時期は、とうに過ぎていると思われる。

【注】

(1) 東ジャワ出身の医師で、一九六八年から八六年までバリのバンリ精神病院の院長を務め、バリの伝統的な宗教観を取り入れた治療方法の確立や民間治療者との協力関係をつくりあげた人物である。

(2) これはあくまで個人的な印象であるが、当時の同僚の一部の人びとにはODAプロジェクトに参加することは個人的な好み

であり、人類学者の活動として重要なものとしては認識されていなかったようである。

(3) 人類学、人類学者の役割と可能性を考えれば、できることなら事前調査や計画立案というプロジェクト実施前の過程からの参加が望ましく、そうでない場合でもプロジェクトの初期の段階での参加が理想的だと考えられる。

【引用文献】

伊藤 真

1999 「インドネシアの母子保健政策——南スラウェシにおける妊産婦死亡事例を中心に」『人文学報』299:87-116

上原鳴夫

2006 「インドネシア」日本国際保健医療学会編『国際保健医療学 第2版』杏林書院 pp.243-274

財団法人国際開発高等教育機構 (FASID)

2004 「PCM 開発援助のためのプロジェクト・サイクル・マネジメント 参加型計画編」財団法人国際開発高等教育機構

武井秀夫・波平恵美子

1993 「国際医療協力と文化人類学の展望」『メディカル・ヒューマニティ』22:45-49

チエンバース、ロバート

2000 「参加型開発と国際協力——変わるのはわたしたち」野田直人・白鳥清志監訳 明石書店

福島真人

1998 「文化からシステムへ——人類学的実践についての観察」『社会人類学年報』24:128

森口育子

1998 「インドネシアでのプライマリ・ヘルスケアを基盤とした看護教育の試み」志摩チヨ江・稲岡光子編『ナースの生きがい3——国際保健医療協力の現場で』真興交易医書出版部 pp.53-65

Thong, Denny

1983 *A Psychiatrist in Paradise: Treating Mental Illness in Bali*. Bangkok: White Lotus.

科学研究費補助金データベース

<http://seika.nii.ac.jp/cgi/InuSearchCore>