

人類学と国際保健医療協力

著者	松園 万亀雄, 門司 和彦, 白川 千尋
発行年	2008-02-25
URL	http://hdl.handle.net/10502/4376

第1章 人類学と国際保健医療協力——所収論文解題

門司和彦

MOJI KAZUHIKO

開発援助や国際協力に対する文化人類学の立場を、本書第3章で白川は、①積極的立場、②中立的立場、および③批判的・否定的立場に分類している。第2章の松園論文は、主に②の中立的立場からの報告であると言える。西ケニア、グシイ社会での長年の本格的な文化人類学の研究のうえに、テーマを絞って研究を重ねていった成果である。松園は、初等教育や法、家族計画など、国家政策として外部から導入されたものに対してグシイのんびとがどのように反応するかを観察し、その受け入れ方からグシイ社会・文化についてより深く理解しようとする立場を貫いている。彼の論文では、避妊法の選択から、ジェンダー関係、世代間の冗談・忌避関係、倫理観、セクシュアリティをめぐる恥の観念といったグシイの伝統的価値観が発見されたり、再認識されたりしている。この過程をみてゆくことは推理小説を読むような楽しさがあり、そこから医療関係者も多くのことを学ぶことができる。

国際協力機構（以下JICA）は、一九九七年から九八年に開発調査『ケニア国地域保健医療システム強化計画調査』を実施し、保健行政強化計画を策定した。その後、二〇〇〇年度・〇一年度無償資金協力事業『ケニア西部地域保健センター整備計画』により、ニャンザ州とリフトバレー州の五県、一六カ所の保健センターの改修・整備を実施した。さらに、個別専門家による案件形成に努め、二〇〇三年からニャンザ州キシイ県ほかで『ケニア国西部地域保健医療サービス向上プロジェクト』を実施している。これらの期間を通じて、多くの国際保健医療協力関係者が松園の著作を読み、また話を聞きに来た。松園は、情報の提供につ

いては積極的で、国立民族学博物館の館長として機関研究『文化人類学の社会的活用』を立ち上げ、情報の発信に努めてきた。彼は、十分な知識を使ってより積極的にプロジェクトを推進することも可能だったろうし、また、現地の社会や文化を十分に理解していない計画を批判することも可能だったであろう。しかし、常に文化人類学者として、淡々とグシイの社会についての説明を丁寧にするにとどめていた。自分の教示した知識を国際保健医療協力関係者がどのように解釈し、それを踏まえてどのような実践を行うかについては発言しなかった。これも文化人類学者の一つの見識だと考える。

一方、白川、杉田、井家、大橋の各論文では、先に挙げた①の積極的立場に関与することによって、程度の差こそあれ、多くの苦勞をともなった経験が語られている。

第3章の白川論文は、医療分野の国際協力についての理論的・歴史的整理と、ミャンマーにおけるマラリアと人びとの生活の関連についての報告から構成されている。アジアのマラリアは平地で水田開発が進むと少なくなり、山間の森林地帯に残る。これはフォレスト・マラリアと呼ばれる。住民はさまざまな形で森を利用し、森に寝泊まりする。村では蚊帳を使っても、森に出かけるときには蚊帳を使用しないことも多い。このような状況を具体的に把握することがマラリア対策の重要なポイントであり、この情報がミャンマーのマラリア対策で有用なことは間違いない。白川は、このように文化人類学的知識のマラリア対策における有用性を示したうえで、文化人類学にもっと重要な役割があることを論じている。彼の論文では、文化人類学が、役に立つものとして国際協力を接近するだけでなく、国際協力の場で「真の国際協力とは何か」を具体的に示すことが提案されている。

第4章の論文の執筆者である杉田は、下痢に対する経口補水療法（ORT）や予防を家庭・地域レベルで

より効果的に推進するための民俗知識の活用という視点に立って研究を進めている。彼女の論文は米国の大学の博士學位論文のためのフィールド調査に基づいており、しっかりした調査計画と調査方法による民俗病因論へのアプローチがとられている。このような研究が実際の国際保健医療協力にどうつながってゆくのか、興味のあるところである。杉田は學位論文の執筆後、JICAで安全な水の供給などの国際協力活動に従事した。

第5章では井家が、「出産の医療化」についてモロッコでの事例を示し、妊娠から出産後までの健康リスクに関する近代医療と住民の認識の差を明らかにしている。公衆衛生・医療関係者は、乳児死亡と妊産婦死亡への影響が大きいことから「出産の医療化」を推進したがる。しかし、「出産の医療化」は「身体疾患の医療化」に比べてさまざまな文化的要素の影響を受ける。身体疾患は、自覚症状と予後に対して顕著な治療法が導入されると比較的早く医療化が進むが、出産の場合は、すぐに病院での出産が行われるということにはならない。井家論文ではそのことが、出産への地域住民の関与など具体的な例によって示されている。一九八〇年代から九〇年代にかけて、伝統的産婆に対する再教育プログラムが多く実施されたが、成功は少なかったとされる。一方、家族計画については医療化がかなり受け入れられている。出産の様式については、今後も文化人類学的アプローチが求められる領域である。

第6章では大橋が、JICAの『インドネシア・南スラウエシ州地域保健強化プロジェクト』に短期専門家として派遣された経験をもとに報告を行っている。彼女は五年のプロジェクトの四年目に派遣され、地域保健医療の問題点、伝統的産婆や民間治療者との連携や活用の問題点などについて、たとえば町で教育を受けた若い地域助産師が言葉も宗教も違う担当の村に住まないこと、医師が現場にいないなかで現地スタッフ

とのチームワークができていないことなどを指摘した。しかし、プロジェクト自体はすでに既定の計画もあり、それらの問題点がわかっても解決策の検討までには至らなかった。これについて大橋は、文化人類学者の側に長期プロジェクトに参加できる態勢がないこと、開発人類学についての体系的教育が不足していること、プロジェクト側が文化人類学者に対して何を期待するかが明確になっていないことなどを指摘している。

第7章の門司論文は、人類生態学と熱帯医学、国際保健の発展を振り返り、その関係を考察したものである。人類生態学も文化人類学と同じく広義の人類学に入れられる場合が多いが、門司論文では人類生態学が文化人類学とも協力して、国際保健医療協力をより豊かなものにするのできる可能性が示されている。

本書では、白川の言う開発援助や国際協力に批判的・否定的な文化人類学者による執筆はなかった。批判的な立場にも二つある。一つは、現在の開発援助・国際協力のあり方・やり方に批判的立場をとるといものである。大橋論文のなかに、参加したプロジェクトの批判ばかりする文化人類学専門のコンサルタントの話が出てくる。文化人類学的にみて問題のある国際協力プロジェクトは多々あり、それに対して外部から、あるいは内部から意見を述べ、ブレイキをかけることは重要であろう。しかし、ブレイキばかりでは車は進まない。より積極的・建設的な関与が必要であり、そのためには企画・計画段階から文化人類学者の主体的で責任のある参加が大切である、と白川は第3章で述べている。

もう一つの批判的・否定的立場は、開発援助自体がグローバリゼーションや文化の破壊をもたらし、貧富や健康の格差をもたらしかねない点を批判するというものである。本書では、そもそも「国際保健医療協力」とは何であり、何をもちたらし、果たして必要なものなのかという議論は意識的に避けた。それらは、人類学を含めて開発論や国際保健に携わるすべての人びとが本質的に考えなければならない問題である。ここ

では、そのことを本書の執筆者一同が認識している点だけ、お断りしておきたい。

さらにもう一つ、本書で触れなかった点として、日本の国際保健医療協力のあり方について触れておきたい。日本の国際保健医療協力のあり方を文化人類学的に語るなら、もう一冊、本を書く必要があるだろう。これは、保健医療分野にかぎらず、日本の公的な国際協力、国際援助全体について言えることかもしれないが、国際協力の重要性を理解し、積極的に国際協力にかかわりたいと思って参加する研究者は往々にして手足を縛られながら活動しているようにみえる。まじめに国際協力を考えていればいるほどそうなる傾向がある。とくに文化人類学を専門にしていたり、地域研究を専門にしていれば、なおさらだと言える。私見によれば、その根本的原因は、国際協力とは何かということが十分に考えられないままに、旧来の外交の一部として国際協力が行われているからである。

外交では、国益を考えることが第一義であり、また、国の面子や信用が重要である。外交は、国益同士の交渉と調整の場であり、利害や価値観同士のぶつかり合いであり、日本の物差しを捨ててしまつては外交はできない。しかし、外交と国際協力は根本的に違う。世界的安全保障という点からは一緒かもしれないが、方法と思想がまったく異なる。とくに冷戦後、地球環境問題などが世界の中心テーマとなつてからは、この違いはさらに顕著になつた。それがわかつていないのは、中国などを別にすれば、世界の覇権を死守したい米国と米国に追随する日本だけのようにみえる。米国にはそうする理由があるが、日本にはない。国際協力では日本の物差しをまず捨てて、相手国で通用する物差しを探すことから始めてが始まり、それによつて、効果的効率的な国際援助が可能になる。外交と切り離してこそ、国際協力は意味をもち、それによつて世界のためにもなり、日本の国益にも還元される。この点に関して日本は今後、大きく方針の変更を迫られるこ

とになるであろう。

国際保健医療協力について言えば、日本の物差しで測ろうとするから、どうしても、医科学的なアプローチが中心とならざるを得なくなり、人類学は、良くて脇役、そうでなければ添え物として使われるだけになる。悪ければ、邪魔者として排除されるかもしれない。これでは、本当の意味での現地の住民の価値観やニーズにあった国際協力はできない。いつそのこと、文化人類学者を中心に据えた国際保健医療協力を考えるかどうかというのが、この本を編集していて痛感したことである。国際保健や熱帯医学を学んでいる若い医師たちが喜んで協力してくれると思う。

しかし、そのためには、人類学者の方もそれなりの覚悟と準備が必要である。「文化人類学の社会的活用」を真剣に考えるのならば、文化人類学者が目指す国際保健医療協力が何であるかをもっと鮮明に具体的に示していく作業が必要であろう。その際には国際保健を目指す医療研究者などの活発な討論が不可欠である。

結局、すべての人類学者が、濃淡はあるにせよ、開発援助や国際協力に対して、①積極的立場、②中立的立場、③批判的・否定的立場のすべてを自らのうちにもっているのだと思うし、もつべきなのだろうと考える。国際協力の影響がほとんどなかった時代から、今のよう国際協力の直接的・間接的影響を無視できない条件下で、ある地域に住む人びとの文化や価値観、生活や将来を考える時代に移行したことを認識し、一人ひとりの人類学者が先の三つの立場を考慮に入れながら研究や活動を進めるべきなのだろう。そのことによって、人類学のなかで開発人類学の地位が確立され、人類学と国際保健医療協力の関係がより緊張感をもった関係に発展してゆくのではないだろうか。本書がそのようなことを考える一助となれば幸いである。