

# 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	<a href="http://hdl.handle.net/10502/4376">http://hdl.handle.net/10502/4376</a>

第7章 熱帯医学と国際保健における人類生態学的アプローチ

門司和彦

MOJI KAZUHIKO

## 1 はじめに

本稿では、一九六〇年代から現われた人類生態学 (human ecology) という比較的新しい学問と、熱帯医学・国際保健との関係を考察し、人類生態学の国際保健医療協力における役割を検討する。そのために、まず人類生態学の出自、歴史、多様性について解説し、次に熱帯医学と国際保健の歴史と現状について解説し、そして最後に、人類生態学が熱帯医学、国際保健にどう関連するか、さらにはそれが国際医療協力にどういう意味をもつかについて考察する。人類生態学は後述するようにいろいろな出自があるが、広義の人類学に含められることも多い。

この本全体のメッセージは、「国際保健医療協力には、生物医学的 (bio-medical) なアプローチだけでなく、社会文化的 (socio-cultural) なアプローチが重要・不可欠である」というものであるが、本稿のメッセージは、「生物医学的なアプローチと社会文化的なアプローチの中間に生物社会学的 (bio-social) アプローチがあり、人間の集団の生存と健康を環境のなかで考える人類生態学が生物社会学的なアプローチを提供することにより、社会文化的なアプローチと生物医学的なアプローチをより有機的に結びつけ、意義のある国際保健医療協力を展開することができる」というものである。

## 2 人類生態学——生態学か生態学のアナロジーか？

人類生態学 (human ecology)、ヒューマンエコロジー、人間生態学という言葉を使う人たちもいる) は、生態学を提唱したドイツのエルンスト・ヘッケルが導入し、その後、さまざまな分野でそれぞれの意味に使われ、現在でもさまざまな使われ方がされている。たとえば人類生態学という言葉は、生態学、自然人類学、地理学、社会学、人口学、文化人類学、医学、公衆衛生学、疫学、環境中毒学、家政学、環境科学、社会科学、行動科学、エコロジー運動などと関連して使用されており、あまりに多様に使われているので、その全体像を十分に解説することが不可能なほどである。ここでは、それを二つに分ける基準として、「人類という動物種の生態学」として捉える立場と、「生態学のアナロジーとしての人類生態学」という立場があることを紹介したい。筆者は前者の立場に立つが、個別の研究は「ヒトの生態」全般を取り扱うものではない場合がほとんどであり、「人類という種の生態学、すなわち動物生態学としての人類生態学」と、「生態学のアナロジー、あるいはそのアナロジーを発展させた概念としてのエコロジー」の区別はつきにくい。しかし、それでも人類生態学という用語、概念をどちらの立場で使っているかに意識を払うことは、さまざまな意味において有用だと考える。

アメリカでは多種多様なヒューマンエコロジーが生まれている。近代家政学の祖であるリチャーズが、一九〇九年に「家政学からヒューマンエコロジーへ」として、環境との調和のとれた「近代的」人間生活の学問として、ヒューマンエコロジーを提唱した〔今井 1962〕。この流れは、アメリカにおいて多くの教養部的な

人類生態学部 (College of Human Ecology) の設立につながり、そのなかで住居学、栄養学、環境政策などが扱われている。この分野の出身者には、自然保護やディーブ・エコロジー運動、反グローバル経済運動などに参加する人たちもみられる。

一方、一九二〇年代に社会学のシカゴ学派が、都市研究にヒューマンエコロジーという言葉を用いた [Park and Burgess 1921]。明確な言及はないのだが、マッケンジーの「ヒューマン・コミュニティ研究への生態学的接近」などを読むと、主に植物生態学から都市社会学のヒントを得たと考えられる [パークほか 1921]。植物生態学のクレメンツが植生遷移 (時間的変化の法則性) について初めて書いたのが一九一六年であったので [Clements 1916]、都市の発展史と植生遷移に同様のメカニズムを想定したのである。

文化人類学分野では、ステュワードが『文化の発展理論』 [Steward 1972] で、文化型と環境を結びつける文化生態学を提唱した。原子は生態人類学の立場から、「カルチュラル・エコロジーの立場に立つ人々は特定の集団について、その文化と環境の対応関係に目を向けてはいるが、『両者を結んでいる』交渉」の実際面および自然環境についてはごく概念的記載がなされているにすぎない」と指摘している [原子 1971]。以上は、いずれもアナロジーとしての人類生態学に近い流れである。アメリカではこれらの立場が優勢なので、人類生態学という言葉避けて、人類行動生態学 (human behavioural ecology)、あるいは人類進化生態学と言ってあるグループもある。なお、一般に「アナロジー」のなかには多くの有用な思考があり、アナロジーがいけないと言っているわけではないことをお断りしておく。

一方、一九六〇年代に生態系生態学の影響を受けて、機能主義的な生態人類学が誕生した。初期の生態人類学者は、生態系の一部としての人間集団を理解するフィールドワークを多く試みた。人類生態学のみならず、

生物生態学的側面を重視したグループは、多少なりとも直接的・間接的に生態系生態学と機能主義生態人類学の影響を受けた。<sup>①</sup>

以上のようにして、一九六〇年頃に「人間文化」を發展させた動物としての人類の生態を研究しようとする人類生態学が誕生した。

### 3 人類生態学におけるフィールドワークの伝統と方法論

この流れの人類生態学は、当初から個人の長期のフィールドワークによる研究が主な方法論であった。その一例として、フィーチェムなどによって編集された『生業と生存——太平洋地域における農村の生態』をみてみよう [Bayliss-Smith and Feachen 1977]。そこには、一二人の著者による長期のフィールドワークの報告がまとめられている。フィーチェムはこの本のなかで、「人類生態学としての衛生工学」という、フィールドワークをもとにした水系感染症の論文のほかに、「人類生態学者はスーパーマンか?」という序論を書いている。彼がそこで提起したのは、研究者がある地域に長期滞在し、参与観察的に人びとの活動を観察し、ときには砂金採りと間違えられ、またときには専門外の社会人類学的手法を用いて専門家から批判を浴びながらも、そこに住む人びとの生存や健康の成り立ちを考えることが何を意味するのか、また、そのような学問領域として広まりつつあった人類生態学に何ができるかという問いであった。彼は、その当時大規模に実施されていた国際生物学事業計画 (IBP) などが、各分野の寄せ集め研究 (multi-trono-disciplinary studies) に終わっていること、また、アフリカでは同種の研究が少なく、不適切な介入計画が実施されていることを挙

げて、個人による小規模な人類生態学的研究の重要性を指摘した。

フィーチエムはその後、アフリカなどで多くの仕事に就き、ロンドン熱帯医学校の校長となり、エイズ・結核・マラリア対策を推進する世界基金の総裁として活躍した。彼の行動原理の基礎には、パプアニューギニアの人びとと暮らした経験が横たわっていると思う。夫人と二人で現地に長期間住み込み、コミュニティの人びとと距離の近い調査を実施し、それを科学的にまとめるといふ過程は人類生態学の基本的手法であり、同時に熱帯医学や国際保健の重要な基礎訓練の一つになるであろう。若いときに経験してもらいたいアプローチである。

このようなアプローチが有効であるという正当性はどこにあるのであろうか。一つは、自らの研究テーマを人びとの生活、および環境全体の文脈のなかで捉えようとする視点である。人類生態学のフィールドワークでは、それ自身を研究の主要テーマとするかは別としても、人口（人口静態、出生、死亡、移動）、環境と環境利用（土地利用、水や薪の入手、気候など）、集団の健康、食物摂取、身体活動量、栄養、身体計測、生業と時間配分、家計・農業経済についての情報を入手する。これは、一年程度の住み込み調査によって観察を通して実感としても理解できるし、また、それを意識的、組織的に測ることによって客観的にも理解することができる。意識的に測定することによって、観察で見逃していた事実を発見することも多い。

このような基礎情報があったうえで、ある特定研究を実施する際には、それらの情報がない場合に比べて、少なくとも結果の解釈を間違える可能性が少ないと筆者は信じている。これは、直感的にはわかることであるが、本当に間違える可能性を低くしているかどうかの検証はない。たとえば、研究者はほとんど現地を知らなくても、机上で仮説と研究デザインを考え、現地の調査員を組織的に訓練して必要な情報だけを短期間

に収集することで、それなりのデータはとれ、論文は書ける。そのようにして現地の情報と、たとえば遺伝子型の頻度を比較して優れた研究を実施することも可能である。あるいは、その方が必要最小限のデータであるので、研究倫理的に望ましいとすら考えられている。実際にこれは学問分野 (discipline) の違いであるとしか言えない。ただし、フィールドワークで確かめられた問題を解決する方策を現地レベルで探ろうとする場合、現地の情報を多くもっていることが有利に働くだらう。

実際に一人の研究者が、いくつもの地域でいつもこのような調査を実施することは不可能である。しかし、一度このように自分で多くの情報を集める経験をする事によって、また、それを全体的文脈のなかで捉えて何らかの報告に値する情報を分析・提供する努力をすることによって、さまざまな問題をみる視座が形成される。それによつて、他人が集めた情報を批判的かつ建設的にみることができるようである。

一方で、フィールドワークをすればすべてがわかるといふ考え方が間違っているのも事実である [松田 1991]。むしろ、フィールドワークで感じることは、自分がその社会に対して何もわかっていないという事実である。とくに人類生態学者は、動物生態学的な手法に準じ、観察・測定できる事象を集め、そのメカニズムを理解しようとする点で、文化人類学者・社会人類学者と異なっている。人類生態学者は人びとが何をどのように考えているかを直接の研究対象とはしない。その理解のためには十分な語学力をはじめ、専門の訓練が必要であり、それはできないと考えている。人類生態学者は表層的な結果として現われた事象を検討し、最終的にはその生存価を検討しているにすぎない。



#### 4 熱帯医学の誕生と発展

次に、熱帯医学と国際保健の歴史的発展の現状について概観する。

今日的な意味での熱帯医学が成立するためには、まず近代医学が成立しなければならぬ。近代医学は、ルネサンス以降の科学と科学的思考に基づいて発展した。近代医学の進歩の基礎は、客観的な「疾患 (disease)」の発見であると言える。それまでは身体全体の不調としての「病 (illness)」しか認識できなかったものが、病原体説をはじめとした近代科学的、還元的思考によって病原体あるいは病因が発見され、「病」ではなく「疾患」に着目がなされたことにより、今まで以上に病気の鑑別が進み、疾患の種類が増えていった。

ポーターによれば [Porter 1966]、熱帯医学という専門分野は、近代医学をもとに一八七〇年代より帝国主義の時代精神を反映して誕生した。熱帯医学は、ヨーロッパの植民地拡大、とくにイギリス帝国主義の副産物だと言われる。たしかに、本国人を植民地で病気から守り、「白人の墓場」と言われた西アフリカなどの熱帯地域を白人の住める土地にすることが熱帯医学の動機であった。しかし、熱帯医学の発展は、同時に一九世紀の公衆衛生・衛生学、旅行・探検、自然誌、病原体説（瘴気説の衰退）、ダーウィン進化論の進歩の結果でもある [Cook and Zunla 2002]。この時期に、コレラ、発疹チフス、腸チフス、マラリア、天然痘、ペストなどの病原体が相次いで発見され、一八九八年にはウイルスの存在が発見された（ドイツ・牛口蹄疫、オランダ・タバコモザイク病）。マラリアやフィリリアが蚊によって感染することも証明された。熱帯医学が疾患を

対象としたアプローチを得意とするのも、この歴史・伝統に基づいている。

熱帯医学の基本的教科書である『マンソン熱帯病学（第21版）』では、編者のクックが、ロンドン衛生・熱帯医学学校とリバプール熱帯医学・衛生校の設立と発展について概説している [Cook and Zumta 2002]。植民地担当長官ジョゼフ・チェンバレンは、「建設的帝国主義」を目指して、熱帯医学の父パトリック・マンソンへ多大な支援をし、一八九九年一月にロンドン熱帯医学学校を正式に開校させた。この年四月には、熱帯医学講師にロナルド・ロスを迎えてリバプール熱帯医学学校が開校している。ロンドン校は一九二九年には、ロンドン衛生・熱帯医学学校と、名前と場所を変えてスタートした。一九〇七年には熱帯医学・衛生王立協会が設立された。一九世紀後半に発展した熱帯医学が、二〇世紀になって制度として定着したと言える。

一九世紀から二〇世紀初頭にかけての熱帯医学の発展について言えば、「熱帯医学」は当時の最先端の医学であり、熱帯医学が現在の医学の形成に大いに影響を与えた。マンソン、ロスらが最新の医学的知見を得るために海外に赴き、コソホもアフリカに出かけている。感染症が当時の中心的課題であったことや、当時は熱帯と共通する疾病がヨーロッパや北アメリカに多く存在したことが、熱帯医学を当時の最先端医学にした。一九世紀はヨーロッパの健康転換が始まった初期の時期であり、感染症が中心的疾患であった。そのため、「一原因―一病原体―一疾患」という対応が研究の中心であったことも熱帯医学の特徴であり、特徴のある熱帯感染症が先端の科学的興味によっても研究されていた。これはその後、ビタミン欠乏の研究にも広がってゆくが、新しい病原体の発見、ビタミンの研究として脚光を浴び、二〇世紀初頭に多くのノーベル賞受賞者を誕生させた。

一方、イギリスは上下水道の普及により衛生改革を進め、一九世紀に都市住民の健康状態を改善させ、寿

命を延長させた。これは、主に初代保健局事務官チャドウィックの業績であるとされる。チャドウィックはミアズマ説（瘴気説）を信じていたとされるが、病気が神による罰ではなく、悪い環境・沼地のよどんだ空気によつてもたらされるという考えは、不正確であつたにせよ、衛生革命の根拠となり、死亡率が高かつた都市の貧民層の健康水準の改善には役立つた。なお、ロンドンにおけるコレラの研究により近代疫学の父と言われるスノーは、コッホ以前に病原体説による病気の伝染を信じ、その仮説を証明するために詳細な研究を行つた。

イギリスでは熱帯医学と衛生学の両方の重要性と違いを意識して、ロンドン熱帯医学校は正式には London School of Hygiene and Tropical Medicine という名になつてゐる。また、リバプールは School of Tropical Medicine であるが、学位 (diploma) は Hygiene and Tropical Medicine となつてゐる。<sup>(2)</sup>

## 5 国際保健の誕生と発展

一方、国際保健の発展をみると、国家保健の成立は近代国家の成立の要件でもあり、近代国家における「国家保健」という概念が成立して初めて「国際保健」という概念が出てくる。ヨーロッパでは、一七〇一―一七九一世紀にかけて国家保健が成立した。国際保健の基本的な教科書であるバッシユの『国際保健テキスト』では [Basch 1999]、一八五一年のパリの国際衛生会議が保健の国際化の始まりとされている。この会議では、ヨーロッパ諸国で当時流行してゐたコレラの原因と対策が検討された。日本では、国家保健システムの確立は明治政府の主要な任務の一つであつた。熱帯地方のほとんどは植民地であつたために、熱帯にある多くの

国々の近代国民国家の保健システムという概念は第二次世界大戦後に遅れて登場する。それによって、植民地医療から国家保健（現地政府）と国際保健（先進諸国からの援助協力）という枠組みが構築される。

戦後の国際保健領域では、広範な活動が世界中で展開された。戦後、熱帯の多くの地域が独立すると、一九五〇～六〇年代には、それまでの大病院主義への反省から、地方に公的診療所、ヘルスセンターを建設し、そこに医療補助者、看護師を置いて地域医療活動を進める活動が多くなされ、そのために多くの人材が養成された。しかし、これらは治療に重点が置かれ、また彼らも医師と同じような「都会の権威」に変わりはなく、地域の人びとの健康問題が「医療化」されただけだという批判が生まれた。また、地域に受皿をつくらず、外部でトレーニングされた人材と殺虫剤などによる軍隊式の対策などが、初期にかなり成功しながらも行き詰まりをみせた。

これらの反省に立ち、一九六〇年代後半からは食料や安全な水、基本的衛生を中心とした基本的生活ニーズの重要性が指摘されるようになった。また、一九七〇年代に入ると、予防や健康教育を焦点とした地域保健活動プログラムが注目されるようになった。これは、中国での「裸足の医師」の成功が地域保健員活動の有用性を示したからだとされる。文化大革命中に地方に診療所が設置され、半農半医の「裸足の医師」が養成された。伝染病・寄生虫病との戦いもこの時代に大きく前進し、小児死亡率も大幅に下がった。しかし、これに対しては方法と結果を疑問視する意見もみられる。もともとボトムアップだとされる「裸足の医師」などの地域運動が、実はもともとトップダウンな形で国家的になされたということはきわめて皮肉なことである。

いずれにせよ、この流れを受けて地域保健プログラムを国家保健システムに採用したのが、プライマリー・

ヘルス・ケア (Primary Health Care、P H C) である。P H C は、W H O と U N I C E F が主催した一九七八年のアルマアタ宣言で、「二〇〇〇年までにすべての人びとに健康を！」のスローガン達成のための戦略として採用された。P H C の理念的側面を強調する人たちは、途上国の劣悪な健康状態の根源としての社会・経済・政治的不平等を指摘し、より公正な資源配分や、住民の十分な参画、保健セクター以外も含めたセクター間の協調、適正技術の導入が必要であり、それこそが P H C の理念であるとしたり。

一方、より現実的な人たちは、①健康教育、②食物供給と適正な栄養の推進、③安全な水の十分な供給と基本的環境衛生、④家族計画を含む母子保健、⑤予防接種、⑥風土病の予防・管理、⑦普通の病気・外傷の適切な処置、⑧不可欠な薬の供給など、基本的保健サービスをパッケージとして実施することを目指した。これは一九八二年に提唱された U N I C E F の「子ども生存革命」にも共通するものであり、発育観察 (growth monitoring)、下痢に対する経口補水療法 (oral rehydration therapy、O R T)、母乳哺育 (breastfeeding)、予防接種 (immunization) の頭文字を取って、G O B I と称された。これはあまりに技術的であるとされ、後に家族計画 (family planning and birth spacing)、女性教育 (female education)、栄養補助 (food supplementation) が追加され、G O B I I I F F F という形で展開された。とくに予防接種と経口補水療法は、子ども生存革命の二大推進力だとされた。

次に、P H C の理念と方法には賛同だが、資源がかぎられているのだから、もつとも緊急を要し、解決可能な問題から重点的に手を打ってゆこうという考え方が提出され、選択的 P H C と称されるようになった。それにともなって、もともとの P H C は包括的 P H C と呼ばれるようになり、包括的 P H C と選択的 P H C の間で多くの議論が戦わされた。P H C は、その理念については賛同を得たが、実施については多くの課題

を残したまま現在に至っている。前からわかっていたことではあるのだが、PHCの理念を完全に実施するには、社会そのものを変革する必要がある、単に医療・保健分野の技術的対応では困難なことが明確になった。

国際保健の次の転機は世界銀行が保健分野に参入することによってもたらされた。世界銀行は一九九三年に『健康への投資』を発刊し [World Bank 1993]、途上国の保健医療政策に費用対効果原則を導入した。そのための効果を判定する単位として導入されたのが、「障害を加味した生存年 (disability adjusted life year、DALY)」の損失である。「疾病負担」は各疾病がどれだけのDALY損失をもたらしているかで測られ、一米ドルを投資したときに、どれだけ疾病負担が減少するかを政策選択の基準とした。DALYは、原理的には生きるべき寿命(約八〇歳)より何歳早く人が死ぬか、病気や障害によって生命の質がどのくらい落ちているかを同時に測定するもので、たとえば全盲になった場合は、一年生きても四割は死亡していると計算することにより、死亡だけでなく、死に至らない病気の負荷を合わせて算出しようとするものである。世界銀行はDALYの導入とともに、構造調整や、保健サービスの民間移行、無料だった医療での料金徴収、国家保健政策立案への介入などを行い、これによってPHC路線は崩壊したという見方もある [Werner and Sanders 1997]。

個別疾患による損失をDALY減少させるのに何ドルかかるかという考え方は、選択的PHCに類似している。個別の疾患対策を算出するとともに、その組み合わせで費用対効果を高め、最終的にもっとも効率の良い国家ヘルス・サービス・パッケージをつくり、それに対して世界が協力するというのが、世界銀行のシナリオであった。

二〇〇〇年以降は、国連ミレニアム開発目標(MDGs)が中心的なテーマとなった。具体的には、八つ

の目標のうち、④乳幼児死亡率の削減、⑤妊産婦の健康の改善、⑥HIV/AIDS、マラリア、そのほかの疾病の蔓延の防止、が保健に直接関連している。具体的には、乳児死亡率と妊産婦死亡率を二〇一五年までに一九九〇年の水準の三分の一と四分の一にすることが求められている。また、そのほかの目標である、①極度の貧困と飢餓の撲滅、②初等教育の完全普及の達成、③ジェンダー平等推進と女性の地位向上、⑦環境の持続可能性確保、⑧開発のためのグローバルなパートナーシップの推進、も深く健康にかかわっており、MDGsのすべてを達成することが健康への道である。MDGsを実現するための政策案をつくることによつて債務免除されるなどの援助がなされ、また、かつてより多くの資金が先進国から投入されている。しかし、アフリカの疲弊した保健システムをみると、達成はきわめて困難だと言わざるを得ない。より根源的な改革が必要であり、とくに医療従事者の先進国への流出による保健システム全体の疲弊をどう立て直すか大きな課題となっている〔Garrett 2007〕。

## 6 国際保健と熱帯医学の違い

国際保健と熱帯医学の違いについては、以下の二点を指摘しておきたい。まず、アメリカ合衆国の公衆衛生大学院では、熱帯医学という言葉は植民地時代のものとしてあまり使われず、国際保健という言葉が好まれる傾向にある。それゆえに、国際保健では疾病特異的でない公衆衛生的なアプローチが多い。米国では、軍隊の世界的展開も関連して熱帯医学も盛んであるが、二〇世紀前半に多くの高度専門職を養成する公衆衛生大学院が設立され、数的には公衆衛生を専攻する人材が多く、そのなかで国際保健を選ぶことが当たり前

になっている。これは米国の国際戦略にも関連していると言える。また、移民の集まりである米国では、国内の公衆衛生そのものが国際保健的であるとも言える。

次に、国際保健は、国家をまたぐ活動であり、政治経済学 (political economy) に関連し、ときには政治経済学そのものである。集団の保健に関する知識を必要とするが、それだけで国際保健はできるものではない [門司 2006]。これは公衆衛生についても言えることであり、公衆衛生は国民国家が公衆の保健に責任をもつようになって成立した。そのため、第一義的には国家・国民の保健を扱い、衛生や健康に関連する制度化・立法化などが最終成果となる。したがって、ここでは集団の健康と疾病に対する知識だけではなく、利害関係を調整し、最大の効果を得るための知識と技術が必要であり、政治経済学の領域となる。それが国際保健の領域ではさらに顕在化する。また、集団の健康事象を研究する population health と、解決までも含めた公衆衛生学 (public health) は深く関連しているが、両者は根本的に異なっている。この違いがあまり一般に認識されていない点が、多くの問題の原因となっている。

熱帯医学を狭義に熱帯病の生物医学 (bio-medicine) と考えた場合には、熱帯医学は政治経済学とほぼ無縁である。しかし、広義に現地における熱帯病の解決 (制圧) を行うものと考えれば、熱帯医学も国際的な政治経済学と無縁ではいられない。また、近年では検体の海外もち出しなど、狭義の熱帯医学を行っているつもりでも国際的文脈のなかでの多くの問題と関連し、政治経済学を無視するわけにはいかなくなっていく。その点を意識しないと、さまざまな国際間の問題が生じる。

国際保健と熱帯医学の戦後の流れをより正確に把握し、その地域ごとの違いを明らかにすることは、重要な研究テーマであろう。西アフリカと東アフリカの違い、アメリカとヨーロッパ諸国の違いなどをより詳し



く分析できれば、現在と今後の熱帯医学・国際保健に大きな示唆を与えるであろう。歴史学や人類学の専門家を巻き込んで、国際保健と熱帯医学の詳細な歴史と現状を研究する必要がある。

## 7 日本の熱帯医学と国際保健の特殊性

次に、日本の熱帯医学と国際保健の発展について概観しよう。

明治政府は近代国家設立のために、西洋医学と近代国家保健システムをいち早く導入した。次いで、台湾、韓国、中国の植民地化にともない、植民地医学を發展させていった。また、北里柴三郎らの努力によって、伝染病の研究・対策も世界のトップレベルと遜色ないまでになった。当時日本にはコレラ、赤痢、フィラリア、マラリア、住血吸虫症などが存在しており、それらが盛んに研究され、住血吸虫症の研究などは世界に先駆けた成果を挙げていた。たとえば一九〇四年には桂田富士郎が日本住血吸虫を発見し、〇九年には藤浪鑑らが牛の実験で皮膚からの感染を証明し、一三年には宮入慶之助らがほかの住血吸虫に先駆けて中間宿主（宮入貝）を発見している〔田中 2005〕。この発見にヒントを得て、ビルハルツ住血吸虫やマンソン住血吸虫の中間宿主貝も発見された。これらの研究は当時の最先端医学であり、疾病負担も大きく、公衆衛生学的にも重要な研究であった。

東アジアの植民地の疾病は本国と種類的にはあまり差はなかったが、症例が多く、研究は進んだ〔飯島 2005〕。また、一九世紀末以降、日本の海外進出は満州を中心とした北方へ向かっていた。それが、一九四〇年代にロシアとの衝突を恐れて南進論へ急展開する。急遽、熱帯病の研究が重要になり、一九四二年に長

崎大学東亞風土病研究所が設立される。

戦後、植民地を失った日本の熱帯医学では、戦後の鎖国的状況のなかで、海外での長期的な研究活動が実施できなかったため、国内の研究が中心となった。当初は日本にもマラリア、フィラリア、日本住血吸虫症など熱帯地方と同じ疾患が風土病として存在しており、熱帯医学はその撲滅に精力的にかかわった。そして、それらの疾患が日本で制圧されると、国内の実験室での研究が主な内容となった。戦後、海外で調査が実施されることもあったが、長期の海外滞在による研究を実施できるような環境にはなかったし、またそのような形の海外進出が許されない情勢もあった。その状況はつい近年まで続き、単年度の科学研究費補助金で長くても一年未満の研究を繰り返すことがやっとであった。さらに、大学に勤務していれば、海外での研究に専念することは許されない状況にあった。一時はJICAのプロジェクト型技術協力の枠組みで、熱帯病の研究が技術協力として実施され、一定の成果を挙げた。しかし、現在では途上国の研究者への技術移転はより実践的、現実対応型のものに移行し、基礎研究の技術移転は下火となっている。

一方、戦後の日本の国際保健の発展も、そのような状況のなかで遅れたと言わざるを得ない。その理由の一つとして、日本に医学部から独立した公衆衛生大学院がなかったことが挙げられる。戦前、「衛生学」は医学の基礎としてその重要性を認識されていたが、貧困と病気の発生に着目する「社会医学」や、アメリカ型の民主主義を基本とした「公衆衛生学」は、戦前の体制に合わず、危険思想視されていた。したがって、戦後、医学部の外に公衆衛生大学院をつくることはほぼ不可能であった。そのため、連合軍総司令部の方針でアメリカ流の公衆衛生学が導入された際、医学部内に公衆衛生学講座が新設された。本来、医学的アプローチ以外の部分が大きい公衆衛生学を、医学的アプローチで実施しようとしたところに日本の公衆衛生学

の限界がある。このやり方は、比較的均質とされる国内の公衆衛生研究と対策立案に関しては、それほど問題がなかったのかもしれない。しかし、歴史、社会、文化が異なる海外の健康事象を扱おうとする場合には、医学的アプローチ中心のやり方は大きな障害になった。

実際、戦後の長い間、日本の公衆衛生学はほぼ日本にのみ焦点を当てており、国際協力が再開され、国際保健医療協力が求められたとき、日本の熱帯医学がパートナーとして組むべき国際保健は日本にはなかった。日本の国際保健は、公衆衛生学が中心になって発展したというよりは、JICAやWHOで活躍した医師たちが、海外の公衆衛生大学院でも教育を受けて、日本にもち込むような形で形成された。東京大学に日本初の国際保健大学院ができるのも一九九〇年代の初めになってであった。その後、国際保健学を目指す人材は増加しているが、多くが海外の公衆衛生大学院や熱帯医学校で教育を受けている。

以上の歴史的结果として、日本では熱帯医学と国際保健の乖離が起きたと言える。そして、その乖離ゆえに国際保健医療協力が十分効果的には展開されてこなかった。本来、両者をつなぐべきはずの臨床の視点、すなわち病床で苦しんでいる個々の患者に日々接する機会がなかったことも、熱帯医学と国際保健の乖離を招いた。一方で熱帯医学はその「科学性」を根拠とし、国際保健はその「実用性・実践性」を根拠とした。本来、両方をもった活動・研究・教育が実施されるべきであったが、それがうまく実現しない状況が続いた。二一世紀になって、国内での国際保健と熱帯医学の教育は充実しつつある。また、海外に拠点を置いた欧米並みの長期的な熱帯医学研究・国際保健研究の枠組みが模索されつつあり、地域人口静態動態システム(Demographic Surveillance System、DSS)を地域に構築し、人口と疾病の変化を追跡するような研究が開始されている。これらによって、正確な保健情報の乏しい途上国でのMDGs達成の見通しや、達成のために有

効な方策の評価が可能となる。また、途上国の国内に実験室を設置し、国外に検体を持ち出すことなく、現地研究者と協力して測定・分析・実験を行う体制もできつつある。これらは、SARS（重症急性呼吸器症候群）などが国内に侵入することに対する事前対策であったが、動機はどうあれ、現場でものごとに対処する体制が確立された。また、そのような海外での協力があって初めて、必要な検体や病原体を実験用に国外にもち出すことも可能となるという認識も形成されつつある。さらに、若い医師たちが熱帯医学の臨床に興味をもち、現地で患者を診る機会も増えた。これらは、少なくとも、熱帯医学と国際保健の距離を縮め、より効果的な国際協力、研究、教育の基礎条件となつてゆくことであろう。

## 8 国際保健医療協力と人類生態学

最後に、以上のような展開を踏まえたうえで、人類生態学の研究やそのアプローチがどのように熱帯医学や国際保健に有効であるかを考えたい。

第一に、人類生態学は、途上国の健康事象を大きく捉える視点を提供する。二一世紀初頭の途上国の疾病構造をどのように認識するかが、これからの国際保健医療協力を考えるうえでのスタンスに大きな影響を与える。その際、途上国の健康状態を巨視的にみる視点が不可欠である。

代表的な健康指標である平均寿命、乳児死亡率、妊産婦死亡率などで比較すれば、先進国と途上国の健康格差は大きく、しかも途上国の間でも格差が大きくなっている。アジアでは先進国・中進国の仲間入りをする国が増えたが、一方、サハラ以南のアフリカ諸国では健康水準が停滞、あるいは後退している。さらに、

一国のなかでの健康格差も無視できず、富裕層では肥満・運動不足による生活習慣病が増加する一方で、貧困層では飢餓・栄養不足が慢性化し、生活環境・衛生状態も悪いために、感染症のリスクが十分に低減されないままである。この傾向は都市化の問題とも関連している。都市化には「豊かな都市」と「貧しい農村・非都市地域」という側面と、都市および周辺に「貧しい都市地域」が増大しているという側面がある。これらの健康格差があることを考えれば、これまでの熱帯医学・国際保健・国際保健医療協力が十分に機能せず、根本的解決をしてこなかったとする立場が成立する。

一方、途上国の乳児死亡率が出生一〇〇〇対一〇〇であることは、日本の出生一〇〇〇対三に比べれば容認できないが、非近代社会では出生一〇〇〇対五〇〇であったり、ときにはほとんどの新生児が死亡していたりしたという人類史を考えれば、近代の恩恵は行き渡っているという立場もととり得る。一八世紀のスウェーデンの乳児死亡率は出生一〇〇〇対二〇〇であったし、一七〜一九世紀前半のイングランドの寿命は世界でもっとも長かったが、それでも四〇歳前後であった。それに比べれば現代の途上国の健康状態は格段に良いわけである。

近代の健康・人口思想を代表する考え方として、「健康開発 (health development)」という考えがあり、それは人口転換・健康転換・栄養転換の進展によってもたらすことができることとされる。しかし、近年、人口転換・健康転換・栄養転換にはさまざまなバリエーションが国・地域ごとにあると理解されている [Riley 2001]。それらのバリエーションは単に医療サービスの程度だけによらず、その地域の自然環境、生物環境、歴史、社会、文化に大きく影響されている。これらの複合的システムのアウトカムとして、疾病構造・健康水準を捉える視点がまず要求される。途上国は、近代化の影響を受けて従来のシステムが十分に機能しないまま、

近代へも十分に移行しきれていない脆弱な状態にある。それに対する適切で効果的な統合的熱帯医学・国際保健のアプローチが求められている。人類生態学は、人類の長期的な生態の変化として、このような視点を歴史学や人類学と同様に提供することができる。さらに、より長期的な進化的側面についても、人類生態学の研究を拡大することは可能である。

第二に、人類生態学、あるいは生物人類学は、生物としてのヒトの研究から、人種、民族間に生物学的優劣がないことを示すことができる。戦後の米国の生物人類学は、アメリカの人種人類学とナチの民族人類学があまり変わらなかったことに對し、真摯に反省を行った。ウォッシュバーンやモンタギューが率いた戦後の新しい生物人類学は、ヒトを類型化せず、科学的に扱おうとした。集団遺伝学の発展により、集団 (population) における特性分布とその生物的意義を調べる科学的研究を指向した。現在でも人種、または民族に対する差別、蔑視、偏見は続いており、人類学的に間違った俗説が幅をきかしている。そして、それが熱帯医学や国際保健の研究の妨げになっていくとともに、恩恵を途上国に還元しようとする際の妨げとなっている。人類生態学の研究は、そのような偏見を軽減し、途上国の人びとをみる視点を提供することに貢献できるであろう。

第三に、人類生態学の研究は、疾病が発生する機序を生態学のなかで捉えること (疾病生態学) にも役立つ。とくに行動の研究は、感染などの研究には不可欠である。また、「疾患」と「病」の両方にアプローチすることにより、異文化における疾患・病・健康の理解を促進し、人びとが「病」をどう捉えているかについての研究に貢献することができる。行動の研究では人類生態学と文化人類学はオーバーラップする点が多いが、前者は環境との関連、後者は文化との関連に着目する点に特徴があると言える。

第四に、人類生態学は、地域における健康転換の実際を把握するための、現地に拠点を置いた長期的・組織的研究に貢献することができる。地域の人口静態動態調査システムは人類生態学的観察の重要な枠組みであり、研究者は現地の研究機関と協力し、現地に長期滞在することで、研究を蓄積することに貢献できるであろう。このことを通して、熱帯医学と国際保健の乖離の解消に人類生態学は貢献することが可能である。以上の点で、人類生態学は、熱帯医学・国際保健に直接的・間接的に貢献するであろう。また、それを通して、国際保健医療協力にも貢献するであろう。その際、文化人類学者も加わったチームが形成されれば、さらに効果的な国際協力が可能であろう。成功の鍵は、この分野がバイオメディカル・アプローチだけではないことを認識する点と、それぞれの学問領域がほかの学問領域の役割を認めつつ、自らの領域に対して責任をもつことである。

## 9 おわりに

本稿では、人類生態学の立場を概説し、熱帯医学と国際保健の発展と現状の問題を概説することにより、人類生態学が国際保健医療協力において貢献できることを検討した。文化人類学や社会学が、それぞれの立場から国際保健医療協力に貢献できるように、人類生態学も、独自の立場から国際保健医療協力に貢献できる。おそらく、生態学という立場が集団の生物学であることから、人間集団の生存と健康についての総合的で長期的な生物社会学的観察と分析、および全体像の再構築が、人類生態学のもっとも貢献できる領域であろう。また、人類の行動生態学的観察が、疾病の発生要因、流行要因の解析に有用であろう。

一方、国際保健が政治経済学でもあるように、国際保健医療協力には政治経済的知識とそれによる現実的解決が必要である。この点では、人類生態学はあまり貢献できず、より文化社会的学問領域の参加が不可欠だと言える。さらに進んで、国際保健医療協力は、熱帯医学単独でもできず、国際保健単独でもできず、その両者が有機的に連携したうえで、人類生態学的な生物社会学的アプローチと文化人類学などの社会文化的アプローチも加味されてはじめて完成するものだと言える。その際、どこが主でどこが従であると考えるのではなく、対等な立場で論じ合うことが重要である。そのような大きなパラダイムのシフトが必要なことに、多くの領域が気づく必要がある。

#### 【注】

- (1) この詳細については「門司ほか2000」を参照のこと。
- (2) 水と衛生 (water and sanitation) と言った場合には、水は飲み水などの上水を指し、sanitation は主にトイレや浄化槽などの下水処理を指す。また、sanitation and hygiene と言った場合の sanitation は、汚物を環境から排除する環境衛生を指し (衛生施設)、hygiene は、個人が汚物を近づけないような個人衛生 (衛生活動/手洗いや腐った食物を食べないなど) を指す (第4章注(1)を参照)。

#### 【引用文献】

- 飯島 渉  
2005 「マラリアと帝国——植民地医学と東アジアの広域秩序」東京大学出版会
- 今井光映編  
1995 「アメリカ家政学現代史 (I) ——人類生態学・家族・消費者科学」光生館



田中 寛

- 2005 「宮入慶之助と中間宿主カイ発見」宮入慶之助記念誌編纂委員会編『住血吸虫症と宮入慶之助』九州大学出版会 pp.13-21
- パーク、R・E、バーセス、E・W、マッケンジー、R・D  
1972 『都市』大道安次郎・倉田和四生訳 鹿島研究所出版会
- 原子令三  
1977 「ムブテイ・ピグミーの生態人類学的研究」伊谷純一郎・原子令三編『人類の自然誌』雄山閣 pp.130-148
- 松田素一  
1991 「方法としてのフィールドワーク」米山俊直・谷泰編『文化人類学を学ぶ人のために』世界思想社 pp.32-45
- 門司和彦  
2006 「総合的長期的な地域研究方法の構築」『民族衛生』72(3):87-88
- 門司和彦・吉見逸郎・中澤港・大塚柳太郎  
2000 「人類生態学における方法的個性主義」『民族衛生』66(1):3-13
- Basch, P.F.  
1999 *Textbook of International Health (2nd edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- Baylis-Smith, T. and R. Feachem (eds.)  
1977 *Subsistence and Survival: Rural Ecology in the Pacific*. London: Academic Press.
- Clements, F.E.  
1916 *Plant Succession: An Analysis of the Development of Vegetation*. Washington D.C.: Carnegie Institution of Washington.
- Cook, G.C. and A.I. Zisla (eds.)  
2002 *Manson's Tropical Diseases (21st edition)*. Edinburgh: Elsevier Science Limited and W. B. Saunders.
- Garrett, L.  
2007 "The Challenge of Global Health." *Foreign Affairs*, January/February. ([http://www.foreignaffairs.org/20070101aessay98103/](http://www.foreignaffairs.org/20070101aessay98103/laure-garrett/the-challenge-of-global-health.html))  
Park, R. and E. Burgess

- 1921 (1970) *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Porter, R.  
1996 "Biomedicine." In R. Porter (ed) *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. p.184.
- Riley, J.C.  
2001 *Rising Life Expectancy: A Global History*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Steward, J.H.  
1972 *Theory of Culture Change: The Methodology of Multilinear Evolution*. Urbana-Champaign: University of Illinois Press.
- Werner, D. and D. Sanders  
1997 *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival, with an In-depth Critique of Oral Rehydration Therapy*. Palo Alto: Health Rights World Bank
- 1993 *Investing in Health: World Development Report 1993*. Oxford: Oxford University Press.