

連載

ヘルスサービスリサーチ(20)

「国際保健分野における文化人類学的アプローチ
ローカルとグローバルの接合地点で調停役を買ってでる」

長崎大学大学院国際健康開発研究科 増田 研

1. フィールドとの距離と「参加」

国際保健分野における文化人類学者の関与のあり方には、おおむねふたつの方向があるとされている。すなわち開発実践を外側から見るか、それとも内側で深く関与するか、である。いうまでもなく世界中くまなく社会開発が進むこの時代に、開発実践をはるか遠くから眺めるという距離の取り方を維持するのは難しい。かといって開発プログラムの核については客観的な理解に支障を来す。また調査の場面においても、かつてのようにフィールドの人々を一方方向的に「調査対象」として扱うというやり方はますます難しくなり、「調査への共同参加者」と呼ぶ方がふさわしくなりつつある¹⁾。そうした時代においては、フィールドとの関係のあり方につねに気を配ってきた人類学者（あるいはエスノグラファー）のほうが、他の方法による研究者（この場合は医療系研究者を指す）よりもよほどアドバンテージがあるという見解がある²⁾。

人類学的フィールドワークの基本は「参与観察」だが、フィールドに「参与」することと「観察」することが同居しているこの方法は、ヘチマを観察しながら自分もヘチマになってみるという原理的な不可能性を抱えている。

参与と観察のバランスの取り方は、研究者とフィールドとの距離間のみならず、方法論の選択にまで影響を及ぼす。本稿では保健分野における人類学的アプローチの概要、歴史的背景、調査手法のジレンマといった問題に触れながら、このアプローチが持つ可能性と限界を考えてみたい。なお、文化人類学のアイデンティティのひとつは異文化研究であり、本稿で取り上げるトピックもそのほとんどが開発途上国における健康開発である。日本におけるヘルスサービスリサーチとは事情が異なるということをあらかじめ断っておく。

2. 医療人類学的アプローチ

文化人類学とはフィールドワークを通じて民族誌

的事実を収集し、社会構造をはじめとする社会の多面的な理解を目指す学問である。その下位分野のひとつが医療人類学 (Medical Anthropology) である。大まかには「医療と健康に関する問題を文化的・社会的な問題としてアプローチする文化人類学の一分野」とでもしておこう。その基本姿勢は「医療も文化である」というものである。健康は根源的には生物的事象であるが、それが文化的・社会的な環境要件との相互作用によって構成されているのだ³⁾。

フォスターとアンダーソン⁴⁾の整理によれば、アメリカの古典的な医療人類学は1. 自然人類学、2. 文化とパーソナリティ論、3. 民族医学 (エスノメディスン)、そして4. 国際公衆衛生学の下位分野に分かれる⁵⁾。異文化環境下におけるヘルスサービスリサーチと関わる部分では、時代が下るごとに「民族医学」から「国際公衆衛生」の方向へと関心領域を広げてきたとあって良い。それは文化人類学そのものが過去30年間に劇的に変わってきたことと平行である。1970年代には「諸民族文化の比較研究もしくは一般モデルによるその解釈」⁶⁾のように説明されていた文化人類学は、1980年代になると関心領域が拡散し始め、政治や経済、移民問題、紛争、開発といったより現代的な問題に焦点を移してきた。諸民族文化 (ローカル) と一般モデル (ユニヴァーサル) という構図が、地域 (ローカル) と世界 (グローバル) という構図に入れ替わるとともに、土着文化の探求と精緻な記述を得意技としていた文化人類学が、グローバルとローカルの接点にあたる領域に関心を移しだした、すなわち「現代化した」ということでもある。

アフリカにおけるファミリープランニングを例に取ってみよう。「 Condom を付けましょう、子作りは計画的に! 」という啓発はグローバルな開発の枠組みによるイデオロギーだが、「子だくさんが一番」というのもまた現地のイデオロギーである。前者は根拠のある主張、後者は頑固な土着の信念、という距離の取り方ではいわゆる「開発イデオロギーの押しつけ」になってしまう。医療人類学は、この

「グローバルとローカルの接合地点」における世界観の調停に一役買えるかもしれない。

人類学の基本的な態度のあり方としてエティック (etic) とイーミック (emic) というふたつのアプローチがある。エティック・アプローチは文化を問わず適用可能な枠組みによる説明、イーミック・アプローチは文化内的な説明原理をすくい上げるものである。「朝焼けは雨のきざし」といえばそれはイーミックな説明であり、同じことを東の空に浮かぶ雲の量と光の波長で説明すればエティックな説明である。イランにおける近代医学の受容を調査した Loeffler⁷⁾は、アロパシーがイラン社会において独自の解釈を施され、医療者たちが多様な民俗的説明を与えながら薬を処方しているさまを詳細に記述しているが、これはグローバルとローカルの接点におけるひとつの現象を浮かび上がらせたイーミックなアプローチによる研究であると言えるだろう。

3. ディシプリンの壁

しかし、医療人類学が国際保健に貢献するためには、乗り越えるべき山々は多く、しかも険しい。「グローバルとローカルの接合地点」を論じる前に、まず、異なるディシプリンとの間に横たわる方法論の壁を理解し、その壁を低くする方途を探らなくてはならないのだ。そのことを説明するために、私自身の経験を書き連ねることをお許し願いたい。

私は東京都立大学で社会人類学を学び、エチオピアの南部辺境地域で、人口2万人ほどの民族集団の社会構造と歴史を調査し、エチオピアという近代国家における辺境民の位置づけの歴史的变化を探求してきた。こうした問題意識はしかし、実際にはフィールドに通い続けるうちに数年かけて醸成されてきたものである。フィールドで鍛えられた現場勘が私を「探求すべき課題」にまで導いてくれたのだ。おかげで「準備万端整えてフィールドに行っただけで、結果はスカだった」ということにならずに済んだが、このやり方では時間がかかりすぎる。

かつて、人類学のフィールドワークでは「計画をきちんと立てないこと」が美德ですらあったし、長期間の滞在のなかでその都度調査の軌道を敷設・修正しながら進めていくことが王道だとされていた。1990年代初頭、初めての調査に赴く私に師匠が言い渡したアドバイスは「できるだけ長く村に滞在しろ」「なんでもかんでも、あらゆることをメモしろ」、このふたつだけだった。

2008年、私は勤務先である長崎大学で新しい大学院、国際健康開発研究科のスタッフになった。20数名のスタッフの大半は医療系研究者か開発実務経験

者で、文化人類学の学位を持っているのは私一人である。ここでは学生全員が開発途上国の保健プロジェクトサイトに赴き、5ヶ月間のインターンシップと3ヶ月の調査をすることになっている。

公衆衛生修士 (MPH) の大学院における研究指導は、私が受けてきた教育とはかけ離れている。学生たちは綿密な研究計画書を英語で作成し倫理審査に臨む。そこにはリサーチデザインが必要であり、仮説と分析方法と想定される結果を書き込むことが要求され、クエスチョネアの添付が義務づけられる。調査に割ける時間はたったの3ヶ月、論文執筆は2ヶ月である。「現場に赴き、長い時間をかけてその土地の社会的脈絡を理解し、データを集め、民族誌を書き上げる」という時間スパンのなかで作業をすることが当然であった人類学者にとっては、計画の段階で「結果を想定する」など考えられないことであった。異文化は、海外にはではなく、大学内にあったのだ。

4. 非医学的要素の意外な強さ

医療人類学のカバーする「医療」の概念はその適用範囲が広く、「医療的な対象」と「非医療的な対象」の境界が曖昧なのが特徴である。

対象が「マラリア」だった場合を考えてみよう。マラリア研究は、原虫や蚊の生態から住民の健康行動まで幅広くカバーする研究分野である。とりわけ保健に関しては迅速診断、ラポ検査、指定した時間内の受診行動、服薬などのスキームに、住民がきちんと馴化しているかどうかという点が問題となる。リサーチもそれに合わせて設計される。その場合、マラリアはあくまでも医学的な対象である。

ところで、マラリア対策に関わる調査領域は医学に限定されない。まず「医学」の枠組みではないところでのマラリア認識が問題となる。そもそも、「蚊」と「マラリア」を結びつける知識がなければ、それは「酷い発熱」くらいの認識しか持たれない。蚊が危ないですよ、水たまりを作ってはいけませんよ、蚊帳を吊って寝ましょうね、と言われてはじめて、それが普通の発熱とは違う「マラリア」という「病気」として人々の前に姿を見せるのである。

フィリピン・パラワン島の山岳部で行った調査では、マラリアと蚊の関連は住民に知られていたが、同時に「森の中を歩いて精霊を怒らせてしまうとマラリアになる」「ココナツジュースを飲むとマラリアにかかる」などの、思いもよらない認識が得られた⁸⁾。これは先行研究には見当たらない知見だったが、森の精霊は医学の対象ではないので、短期間の基礎調査ではこの知見は見過ごされる可能性が高

い。ここでは精霊は住民の健康行動と関わる変数のひとつであり、しかも「知られざる変数」として山奥に眠っていたのである。

住民が利用するヘルスサービスが近代医療に限らない場合は、医療人類学による知見が大いに力を発揮する。たとえばバングラデシュにおいて、人々が利用する「医療」システムは近代医療のほかに、アーユルヴェーダ、ホメオパシー、ユナニ、コーランの祈祷など多数ある。こうした異質な「医療」が混在する多元的医療状況下における出産と新生児ケアの問題に取り組んだ尾崎は、伝統的助産師と祈祷師とホメオパシーと NGO ワーカーが複合的に関与する状況を記述した。自宅分娩が圧倒的なのは、妊婦たちが「コーランの聞こえるところでしか生みたくない」というからであり、自宅の出産部屋の四隅にはイスラームのお札が貼られているのだ⁹⁾。

文化人類学はかつて、未開社会の「珍奇な事柄」を発見して楽しむ学問だと思われていた。国際保健分野においては、そうした「珍奇な事柄」は重要な「知られざる変数(unknown variables)」なのである。

5. 知られざる変数の発見と、脈絡化

さきの精霊観念などは、広義の「医療」に関連するテーマ群でありながら、「医学的」ではないために等閑視されている。開発実務者のなかには、フィールドで見聞きする土着の現実に強い関心を抱く人もいるが、そうした民族誌的情報はプログラムのなかに組み込みにくいだけでなく(なにせ医学的ではない)、計画の指標として採用するのものはばかれるようだ。その一方で定量的に示される「社会経済的指標」の定番項目には、年齢、性別、教育歴などと並んで「信仰する宗教」という変数が登場することがきわめて多い。こうした研究は、人々が「何教の信者であるか」ということは押さえているが、生活の中の信仰実践には興味がないのだろう。

医療人類学の知見が等閑視される背景には、調査手法における「質か、量か」という二元論が横たわっている。定性的調査とか定量的調査といった区分は社会学や「社会調査」の領域での話であって、元来、文化人類学にはそうした用語すらなかった。人類学が採用する方法は「民族誌」である。ここでいう民族誌とは、フィールドに基盤を置き、長期間に研究者個人が人々と関わり合い対話をくりかえしながら、複数のデータ収集法を組み合わせ、帰納的に、そして全体論的に取り組む研究の方法論のことである¹⁰⁾。また KAP (Knowledge, Attitude and Practice) スタディーにおける「知識、態度、実践」は、文化人類学者が明らかにしようとしているもの

とよく似ているが、しかし、取り扱うデータについての考え方が異なる¹¹⁾。

国際保健や公衆衛生の分野においては、十分なサンプル数に支えられた解析の「結果」が示された量的調査でなければ説得力を持ち得ないどころか「調査ですらない」と見なされる。政策決定プロセスにおいて数値による裏付けが説得力を持つという点については、定性的研究を主な武器とする私も賛成である。意思決定には数字の裏付けがあったほうがいい。医療人類学における事例提示手法として有効なのがケースヒストリー(ある患者の罹患から治療希求、快癒あるいは死亡までのプロセスのストーリー)を提示することだが、ナラティブ(語り)に依存するケースヒストリーは、個別事例の紹介と分厚い注釈によって豊かな記述を生み出すものの、それがパーセントで示せるような代表性を有しているかと問われると、困る。

定性的研究と定量的研究は相互に排他的であってはならない。ある変数どうしの相関は特定の社会的な脈絡に載せることで解釈可能になる。そもそも定量的な研究における「変数」は定性的に分類されたものであるし、また「相関」という考え方自体も、それぞれの変数を関連づけて脈絡を生み出す作業である。数値的な表現をとるかどうかの違いはあるとしても、両者は排他的な関係にはなく、むしろ相互補完的なものだと考えなければならない。定性的研究は決して「定量的ではない研究」ではない。

6. 人類学の使い道

開発実務者や医療系研究者からは「人類学は必要だ、大事だ」という声も聞こえてくるが、彼らもその扱い方に苦慮している感がある。他方で、人類学者は、その民族誌的方法によって描かれる世界の重要性を訴えはするものの、その有用性をうまく主張できていない。ところが、当の人類学者はフィールドではつねに「人助けに追われる」日々を送っている。本稿の冒頭に「参加」に関することを述べたのはそういう理由によるものだ。

人類学に限らず社会系全般にいえることだが、国際保健の現場においてメタレベルの批判的検討ができるという点は有用である。国際保健はひとつのイデオロギー的な強化(教化)であるが、そうした点の社会的・歴史的観点からの批判には蓄積もある。1999年に社会人類学者の松園万亀雄は JICA の『国際協力研究』誌において次のように述べた。

「ハードな、量的なデータが高い評価を受けるような世界では、ソフトで質的なデータを重視する人類学はマージナルな専門家の扱いしか受けないとい

うことだろう。しかし、この周辺性こそが人類学の長所なのであり、それがあからこそ人類学者は援助国側の自民族中心主義的な偏見を鋭くかき分け、開発援助が先進国の政治的、商業的な目的のために利用されることに嫌悪感を覚え、「よき批判者」にもなれるのである。¹²⁾

また最近の論考で関根は、文化人類学者が現地社会とプロバイダーの橋渡しだけでなく、援助実務者への助言もできると述べている¹³⁾。

社会開発は既製品ではなく、すべてオーダーメイド、それもつねに仕立て直しをしなければならないカスタムメイドである。そのなかでは先のエティックとイーミックのアプローチの間でどのような調停が可能であるかを模索する必要が出てくるはずだ。異文化の価値観に対して、ある普遍的基準を立てて評価しようとする立場（エティックアプローチ）には、いわゆる「客観的」で「普遍的」な基準と尺度が必要である。「5歳未満死亡率」や「妊産婦死亡率」といった「率」はそうした基準のひとつであり、それが高いことが「悪」、低いことが「善」という価値判断を誘引する。あるいはそうした「悪」の結果をもたらす文化的実践は、必然的に「改善」の「対象」となる。

マラリア患者を減らし、迅速な治療行動に移すことが目的であれば、「森の精霊を怒らせると熱が出る」という因果認識はあっても構わない。ただ、現状では、「森の精霊が……」という認識があることと、医療施設が遠隔地にあるというアクセス問題が結合することで、住民のほとんどにとって発熱時の第一治療選択は自己治療もしくは「呪術的治療」になるという結果となっている。

文化人類学者は文化伝統を保守する人々だと思われる。それは「それぞれの文化にはそれぞれ固有の価値がある」という文化相対主義のお題目があるからだろう。だが文化人類学者がみな土着の伝統的慣習を「善」として受け入れ、近代化を拒否しているわけではない。ローカルにおいて欠かせない価値規範を、指標によってはかれるようなグローバルなイデオロギーとどのように調停させられるか、

という点に国際保健領域における文化人類学者の使い道があるのである。

文 献

- 1) 小國和子, 亀井伸孝, 飯島秀治, 編. 支援のフィールドワーク: 開発と福祉の現場から. 京都: 世界思想社, 2011.
- 2) Bloor M. The Ethnography of Health and Medicine. Atkinson P, Coffey A, Delamont S, et al. (eds) Handbook of Ethnography. London: Sage Publications, 2001; 177-187.
- 3) Winckelman M. Culture and Health: Applying Medical Anthropology. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
- 4) フォスター GM, アンダーソン BG. 医療人類学 [Medical Anthropology] (中川米造, 監訳). 東京: リプロボート, 1987.
- 5) 池田光穂. 実践の医療人類学: 中央アメリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開. 京都: 世界思想社, 2001.
- 6) 石川栄吉. 文化人類学の課題と方法. 石川栄吉, 編. 現代文化人類学. 東京: 弘文堂, 1978; 1-26.
- 7) Loeffler A. Allopathy Goes Native: Traditional Versus Modern Medicine in Iran. London: Tauris Academic Studies, 2007.
- 8) Hirano S. Local Etiology and Treatment Seeking for Malaria and Other Febrile Illnesses: a Medical Anthropological Study of Palawan, the Philippines. MA Thesis, The Graduate School of International Health Development, Nagasaki University, 2011.
- 9) 尾崎里恵. 多元的医療状況下における新生児ケア: バングラデシュ北西部の事例. 長崎大学大学院国際健康開発研究科修士論文, 2010.
- 10) Angrosino M. Doing Ethnographic and Observational Research. Los Angeles: Sage Publications, 2007.
- 11) 白川千尋. 文化人類学と国際医療協力のつながり・へだたり: KAPサーベイをめぐる. 佐藤 寛, 藤掛洋子, 編. 開発援助と人類学: 冷戦・蜜月・パートナーシップ. 東京: 明石書店, 2011; 84-103.
- 12) 松園万亀雄. 国際協力と人類学の接点を求めて. 国際協力研究 1999; 15(2): 1-10.
- 13) 関根久雄. 開発人類学の認識論: 「人類学的」応用の意味するもの. 佐藤 寛, 藤掛洋子, 編. 開発援助と人類学: 冷戦・蜜月・パートナーシップ. 東京: 明石書店, 2011; 67-83.