医学史研究と医療人類学

医療人類学概説

池　田　光　穂*

はじめに

近年、学問の細分化は留まることなく、医療人類学という言葉も、僅かではあるが聞かれるようになってきた。（皮肉なことではあるが、この分野は医学における全体性の回復や包括的視野の獲得を目的としている。）本来、人類学は、時間軸の横の広がり、歴史学は縦の広がりを把握するという解釈があり、この2つの分野があたかも全く別の領域を担当するもののように受けとられてきた。しかし古代史の研究などでは“Primitive”の概念[1]をめぐって歴史学と人類学の密かな合意がある。この場合の両者の関係は双方にとって決して実り豊かな成果を持っているとは言えない。我々の立場は両者の関係性の改善にあり、それを医学の分野から考えてみようとする。本稿は、とくに医学史の研究者を読者として想定し、医療人類学の現状を紹介し、今後の双方の分野の交流を促すことを試みようとするものである。

1．医療人類学とは

Medical Anthropology つまり医療人類学あるいは医人類学と訳される言葉は新しい響きを持っている。英語で medical という語は邦訳されると「医学的」となったり、「医療の」というふうになる。日本語の語法では、学問と実践の領域が分けられてしまっている。そしてそれは日本の現実のレベルでも同様なのだ。

医療人類学とは、教科書的に定義すると、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を用いて分析し、応用に役立てようとする諸分野ということになる。しかしながら、研究者によっては、応用的な面を前面に出そうとする傾向と、医療ー医学[2]を支えている文化という文脈から定義しょうとする2つの傾向がある。前者の例としてボック（1974）がいる。

「それら（西洋ならびに非西洋の治療技術や諸制度：筆者）の技術が、それを必要とする人びとに対してどのように役立っているか、あるいは役立っていないかを解明しようとするものである。」

この立場は明らかに医療人類学を応用人類学の一分野として位置付けようとする見解である。これに対して波平（1981）は、

「一定の社会の文化体系の1つの Subsystem としての医療体系を文化人類学の立場から研究」する分野

と、規定している。この考え方は後述するように民族医学の定義に近く、彼女が専攻する社会人類学や民俗学の色彩が強い。しかし、我々が主張する医療人類学は、単に医学と人類学を足したり、人類学の一亜流というような学科ではなく、反対に医療ー医学に関する諸現象に人類学的な立場からの批判を向けるような理論的関心に発していると言えよう。それは医学という分野のユニークさの帰結（体系にしてはあまりにも多様、知的一貫性としてはあまりにも未成熟、そして倫理的実践という価値判断の介入がある等）、すなわち医学の多相的理解へのひとつの方法である。

先に述べた日本における medicine の二面性、つまり（実在するかは知らないが）純粋科学としての「医学」は医学部の基礎系で、（現状ではそうではないのだが）倫理の実践としての「医療」は臨床系でと分野の相互不可侵が保たれている事実は、この二分法が我々日本人にとっての医学ー医療の理解や受療行動にも反映しているかも知れない。昨今、医療訴訟という形で進行しつつある「反撃」やマスコミの抗癌剤の効果についての華々しいキャンペーンは単なる風俗や時代のエピソードではなく、地下深い構造で繋がりを持っているのではないか。Kleinman（1981）にならって、人類学的認識で改編された新しい医学、Anthropological Medicine の必要を説くまで気負うつもりはないが、硬直した自然科学の論理により、「かってあったような本来の」医学が見失なわれつつある現在、この分野の持つ役割は決して軽いものとは言えない。

さて、医療人類学の歴史的ルーツをどこに求めるかという問題は難しい。医史学に「人類学」という名称を誰が最初に持ち込んだかを求めることはあまり有意義とは思えないが、Hasan（1975）によると、1849年に Vir-

*大阪大学、大学院医学研究科

chow が彼の著述の中で anthropology（Anthropologie）という言葉を使っているという。しかし、Hasanの引用から判断するとそれはカント的な人間学という意味のようである。人類学的思考、つまり世界の相対化への手がかりとしての anthropology が登場したのは19世紀以降である。特にマリノフスキー(1922)に始まる本格的な民族誌の登場であり、それらの中での「未開人」の病気や治療法の記述についてである。それらの民族誌の蓄積から非西欧世界における(宗教や呪術を含む)医療の比較研究に関心が集中していく。その先駆をなし得たのはRivers（1924）の「医療一医学、魔術、および宗教」であろう。このような比較研究への関心は高く、 Clements（1932）の時点で、病気の原因論に関する文献は既に229篇あったという。従って現在までに蓄積されたデータは膨大であり、体系的な分析が望まれている。しかし世界の民族の生薬や治療技術などは単純に比較できない。極端な例で言うと、エスキモーは生薬の知識よりもはるかに治療技術に関する知識が豊富であり（Balicki 1963)、ミンダナオ島に住むスバヌン族ではそれらは逆の関係に近いかたちになっている。(Frake 1961)。この理由は、地理的環境の差に根ざすことは明らかである。また専門的治療者の象徴行為はそれ自体で独立に論じられず、その行為を支える文化についての理解があって初めて解釈が可能となる。これは「未開」すなわち伝統的医学に限ったことだけではない。病院内においても人種（例、痛みに対する感情表出の差）や社会階級の差によっても医者と患者の関係が微妙に異なってこよう。

眼を精神医学に転じてみる。この分野の先駆的研究は、荻野（1971）によると、Krepelin（1904）にまでさかのぼれるという。しかし、 Krepelin の論文自体は非西洋に赴いた西洋の精神科医のノートにとどまるものであり、フロイトの仮説を「未開」人で検証したマリノフスキー（1927）や1930年代以降「文化とパーソナリティ学派」と呼ばれた Mead や Sapir や Benedict 達に、今日の transcultural Psychiatry と呼ばれる医療人類学の一分野としてのルーツを見ることができる。

用語としての医療人類学は Scotch（1963)、や Paul（1963）から使われはじめる。 この言葉がより広く受け入れられるのは、1970年代以降であり、それを象徴するかのように雑誌や学会が創設された。すなわち、西ドイツで “Ethnomedizin” アメリカで “Medical Anthropology” がそれぞれ、1971、77年に創刊されている。

2. 人類学的思考とは

医療人類学の定義で述べた「人類学的方法論」とは何か、通常、人類学者（＝民族学者）がとる方法とは、自分の属する文化とは異なる文化を持つ社会に入り、異文化に住む人々と生活を共にしながら観察し、記録することである。そのような異邦人的傍観者（メルロー＝ポンティ）に身を置くことによって自己の持つ常識を解体し、相互の共通点や相違点について発見することが可能になる。

では、人類学的思考はどのように歴史的に規定されているであろうか。自己の民族以外の人達についての見聞や記述は、ヘロドトスを例に出すまでもなく古くから知られていることである。しかしそれが「比較」という視点で学問の対象になるのは近代以降の出来事である。そして世界各地の人類に対する興味は18世紀ごろよりひとつの方向性を見い出す。その例が1839、43年と、パリとロンドンで相次いで設立された「民族学会」である。しかしながら人類学的認識と西欧の帝国主義とは切り離して考えることができない。そこには植民地経営としての人類学の方法が二重写しにされている。人類学と植民地についての考察を単なる史的因果関係に終えることなく、その認識の深層を西欧社会の世界観の変遷として把えたのに山口（1966）がいる。彼は「人類学的思考が常に西欧の自己批判のための相対化の試みと結びついてきた」し、また「西欧的価値及び日常性の絶対化への抑止的役割を常に果して来た」という認識上の特徴を評価する。これは我々が異文化に接触した時に感じる「驚き」であり、この「驚き」が世界の相対化へと転化するテコになることを示唆する。しかし、帝国主義以前の西欧社会の人間にとって、この「驚き」は世界の相対化にはつながらず、違和感から相手への潜在的恐怖に転じ、征服や抑圧の口実とされた。従って帝国主義における西欧人の世界観の相対化の背景には、西欧社会が以前とは異なる文化的情況のもとにあったと推察される。山口によると「自然法から歴史主義へという思想史上の転換において西欧が獲得したものは、大航海時代に続く植民地的支配によって西欧が空間的に獲得した非西欧世界の時間的系列化による普遍的原理の貫徹の方法であった」[3] と説く。つまり「人類学的認識」とは単なる空間的植民地の占拠から派生した副産物にあるにとどまらず時間軸にまたがる支配論理という訳である。この鋭い指摘は我々が持つ疑問、つまり、なぜ人類学的方法論が必要なのか、に対してひとつの仮定的な解答を与える。すなわち、普遍的原理を西欧の言説で探究することであると。しかしながらこの解答は同時にこの方法が西欧の言説でのみ語られるということを暴露し、西欧の言説自体の相対化をなしとげたのである。我々は人類学的方法をとることに

よって普遍的原理の探求を可能にしつつも、自己の論理に対する限りなき反省によって自らの座標を知ることができるのである。[4]

3. 医療人類学の諸分野

医療人類学における諸分野についての大まかな分類は、Lieban (1973)、Colson (1974)、Foster ら (1978) らによって試みられた。（表参照）これらによると、3

表1. Medical Anthropologyの諸分野

Lieban (1973)
1. Ecology and Epidemiology
2. Ethnomedicine
3. Medical aspects of social system
4. Medical and cultural change
Colson et al (1974)
1. Ethnomedicine
2. Medical ecology
3. Health problem research
4. The study of health care delivery system
Foster & Anderson (1978)
1. Physical anthropology
2. Ethnomedicine
3. Culture and personality studies
4. International public health

者とも4つの分野に分けており、次のような領域である。第1のカテゴリーは自然人類学や生態学の分野であり、我々の医療行動や文化を生物学的側面から把えることを主眼としている。第2は民族医学 ethnomedicine であり、世界各地の様々な民族の医学知識や行為についての採取、記述ならびにその比較をおこなう。第3は、いわゆる医療—医学における行動を研究する分野である。病院内における患者や医者の文化差、社会構造を調べることが含まれる。最後のカテゴリーは以上のような知見を実際どのようなレベルで応用していくかという問題を研究する。この分野は従来の公衆衛生の分野に相当するが、現状では国際医療協力や第3世界の医療施策に重点が置かれている。

以下これら4つの分野に分けて簡単な例を交えながら概述してみる。

3．1．自然人類学および生態学

自然人類学は形質人類学とも呼ばれ、人間集団の生物学的研究をめざす。通史では、18世紀の終り、ドイツのブレーメンバッハの「比較解剖学」の頃から出発し、1859年にはブローカなどを中心とするフランス人類学会が創設されている。同国では1876年に、民族学、先史学、言語学を含む学校、Ecole anthropologique moderne が設立されている。一般に生物学がそうであるように、この分野もまたダーウィン（1859）の進化論の概念を抜きに考えることはできない。ダーウィン自身も人間の起源や性淘汰についての興味深い書物「人類の起源」（1871）を残している。

ダーウィンと同時期かそれ以後、生物的カテゴリーである進化の概念を人間の文化や集団に拡張する試みは、悪名高いスペンサーを初めとして、Tylor (1871) や Movgan (1877) らの社会進化論の立場に立つ人達を中心にして、ひとつの流れを作った。これらの総説は他の成書 (Steward 1955) に譲りたい。

これらとは別に、Elton (1933) にはじまる動物生態学や Odun (1971) らによるエネルギー的生態学の発展は人類の見方に対して新しい視点を提供した。ひとつは人間の自然集団の生態を観察し、適応のようすを発見しようとする流れ、他のひとつは、人類の生活そのものが生息地 habitat 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らかにする立場がある。前者は人類生態学[5]、後者は環境科学の諸分野である。

これらの一連の分野は従って、集団遺伝学や生化学などの技術をとり入れていく。古典的な例としては、西アフリカ赤道付近に多い鎌状貧血症患者の分布がマラリアの分布と重なりあっており、この遺伝的性質がマラリアに対して耐性を持っていると考えられていることである。この指摘は1954年になされたが、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わかってきた（Friedman ら 1981）。また流行地域にはこの症状の悪化を防ぐ微量有効成分（シアン化合物）を含む食品があることがわかったりしている（鈴木 1980）。このことから遺伝学的現象だけでなく文化、社会的現象が古くから人類の生活の有り方を規定していることが理解できる。

人類の病気に対する歴史は、文献や口伝によってある程度再現が可能であるが、考古学的資料から類推する分野もある。この分野は一般に古病理学 Paleopathology と呼ばれている。Brothwell (1963) は骨格を資料とする疾病の分類表を作っているが、10のカテゴリー、35種の病気をあげている。その他に分析の資料となるものに、皮膚（皮膚病を中心とする疾病）や糞の化石（主に消化管寄生虫感染）がある。

鎌状貧血症の例で、症状を軽減する食物の存在を示唆

したが、人間生活の体系の中で、生物学的条件の中に文化が絶えず影響を与える好例として食事という現象がある。つまり、食習慣という社会文化的側面と、栄養という生物学的側面からの２つのアプローチが可能である。カッツ（1974）は、トウモロコシを主食とする集団について次のように考えた。動物性タンパク質には必須アミノ酸が適当に含まれているが、トウモロコシのようなある種の植物性食料品では必須アミノ酸のリジンの含有量が少なく、あるとしてもリジンは内胚乳の中に封じ込められた状態になっている。[6] リジンは塩基性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。このような仮説をたてて、トウモロコシを主食とするメキシコのインディアンの食生活を様々な部族について調査してみると、調理のやり方に多様性があるにもかかわらず、トウモロコシを柔くするためには石灰を用いて煮るというプロセスがどの部族の記録にも存在していた。

このように人間は文化を持たない動物に比べて、文化的な適応様式を開発、伝承していくことによって、生存価を高めることができる。しかし、人間の生存価は常に増加に向っているとは限らない。多くの採取狩猟民は、逆に適応様式を制御することによって残された集団を効率よく保持していくことが知られている。また西欧社会における優生学的思想の出現も人類の進化に対するひとつの働きかけを企図したものであった。[7]

文化的、行動的因子が人口集団に対して影響を与えることは人類に限ったことではなく、霊長類社会においても、個体数の増加に伴って集団の成員の攻撃性が高まったり、メス個体の性的能力が低下したりすることによって個体数を調節したりしている（Teas ら 1981）。このような生命表の自然史の研究は動物生態に限ったことではなく、医学史研究でもユニークな位置を占めている歴史人口学の分野でも成果があがっている。日本における研究の現状は丸山と松田（1976）に詳しい。最近日本でも翻訳され親しみ深いものになりつつあるのに、ルゴフ（1957、76）やル・ロア・ラデュリ（1973）らのアナール学派の「新しい歴史学」がある。その評価も手放しで賛同するもの（山口、1976）や重要な意義を見い出さないもの（大室、1981）など評価は一定ではないが、このアナール学派の業績のひとつに人口動態史研究がある（中内、1981）。彼らの研究は、日本での歴史人口学の研究に相当するものであり、いずれも豊富な資料を駆使して、特定の史的集団の健康状態や人口動態を再構成しようとするものである。ただアナール派の研究が、戦略的に、社会学、民族学、医学、経済学などを摂取して人々の生活や世界観までも再構成しようとする展望を持っているのに対して、我国では人口動態や健康状態の再構成には達したものの、そこから歴史観ないしはパラダイムの変更を加えるための一歩を踏みだす方向性は今一歩の感がある。その原因は、我国の歴史学の伝統が文献考証的な意味で厳密なことや、自己のテリトリーを越えて大胆な発言をすることに対する反発が根強く残っているからかも知れない。人口を再構成するための資料の精度が西欧のものよりも日本のほうが高い（松田、私信）という点を考慮すると残念である。我々は「新しい歴史学」に刺激を受けつつも、我国の知的伝統を模索し構築していく必要があると思われる。そのためには時間軸の広がりに加えて、ある時間の側面を空間的に広げていく努力が必要であり、当該する時代の人々の生活史を生き生きと描くことを試みるべきであろう。多くの地方郷土史や民俗学が一次資料の採取や陳列に終始して結局カビくさいものになってしまったのは、採取物それ自体が研究者の一部になったり、採取することが自己目的化するような傾向があったからであった。史的人口学が同じような轍を踏むことはないと思うが教訓としたいものである。和泉の奥田家文書を手がかりにひとつの被差別部落の歴史を構成する試みが続けられている（盛田ら、1979、松田、1981）。今までの疾病観や歴史観を変えるものとして期待したい。あたかも、政治史というものが少数の偉大な為政者を中心に動いているのが幻想であるように、医学史が医者と病気の孤独な闘いであると理解するのも幻想なのであろう。

3．2．民族医学

もともと、民族医学 ethnomedicine は非西洋の医学体系、という分類がなされてきた。Foster ら（1978）も同じ立場に立ち中医、アユルベーダー、ユナニー医学、などの非西洋医療に共通点があるとして、民族医学体系の概念化を試みている。彼らの試みは Ackerknecht（1946）の体系に比べて、決して新しいものとは言えないが、欧米の研究者（ということは多くの日本の研究者も含む）は西洋合理主義と対峙する「非西洋未開体系」を創出するのに四苦八苦しているように思える。しかし「非西洋」を構成する種々の民族の疾病観や治療方法を調べるにつれて、理想的な「非西洋」民族医学や原始医学など存在しないではないのかという疑念がわく。いったい西洋医学と中医の差と、西洋医学とアユルベーダー医学の差が同質なものと論じる根拠がどこにあるのだろうか。結局、この不整合は民族医学＝非西洋と定義するところから由来するのであり、西洋医学も民族医学のカ

テゴリーに加えて次のように定義しなおすべきである。すなわち、民族医学とはある特定の集団の治療原理なのである。[4)]

このような位置づけに立って諸民族の「病気」をみつめると、「病気」という言葉自体にすでに異文化の解釈者の恣意性が介入する余地がある。この混乱を回避するために、医療人類学者は「疾病 disease」と「病い illness」を区別する（Alland 1970, Foster ら 1978）。つまり、「疾病」は病理学的概念であり、「病い」は文化的概念なのである。しかし精神医学領域のように、同一文化内でもかなりの境界例は多いし、我々の社会で「疾病」と認識されているものでも社会集団の内や、他の文化体系では「病い」とみなされない例が多くある。前者の例では、収入によって階層化した集団で、高い収入の階層の集団のほうが低収入の集団よりも病気を表わす症状（慢性的咳嗽や、関節や筋肉の痛みなど）に対してより多くの病的性格を与える傾向が強い（Koos 1955, Graham 1958）。また後者の例では、19世紀のリベリアの Mano 族において、誰もがマラリアに罹患しているのでそれが病気として認められていなかったことがある（Harley 1941）。16世紀に日本に来たフロイスは当時の日本人が癩病患者に対して、ヨーロッパほどの恐れと忌避の対象にならないことを記している（波平、1981）。このような病気の認識の相違は、それらの人々が誤った病理学の体系を持っているのではなく、その民族に応じた文化体系のひとつとして病いに対する認識体系を持っていることがその理由となっているのである。人類学のフィールドワーカーが現地調査をするまでは、そのような医療体系は貧弱で迷信を基礎とするものであると考えられた（レヴィ＝ブリュル、1910）。しかし、多くの調査で、医療に関する知識はそれぞれの民族で豊富に存在し、彼らの世界観と密接な関係にあることがわかった。また我々の知らない有効な生薬の知識を持っている民族もいるだろう。西洋の製薬会社がパテントの無い有効な薬を「採取」しに出かけるために、人類学者に研究費が回ってきたこともよく知られたエピソードである。

フィリピンのミンダナオ島に住む Subanun 族の病気の診断体系を調べた Frake (1961) によると、この民族は病気の状態のいろいろな症例を集めて、類似点や相違点を区別していき、その病気を定義づけるやり方をとっている。その診断体系は精密であり、「単一語の表示をもつ診断のカテゴリーが 132」も存在するのである。ちなみに Subanun 族の植物に関する語彙は1000語以上あると言われており、彼らの認識体系が我々に比べて優ってはいるが劣ることはないと言えよう。レヴィ＝ストロース（1962）は、このように洗練された「具体の科学」は我々が抱きがちな、未開社会は有用なものの知識から始まる、という偏見では理解できず、むしろ人類の普遍的な知識の先験性があってはじめての有用、無用判定が可能であることを示している。

Sigerist（1967）は言う、「文化は未開であるかどうかにもかかわらず、常にある種の形態をもつ」し、「原始民族の医学はそのパターンに一致している。それはひとつの文化の表現であり、個々研究しないと充分理解し得えないのである。」精神医学の立場から Ellemberger（1970）も同様な指摘をおこなっている。

要約すると、民族医学を西洋医学と対等の位置付けをする必要があること、さらに西洋医学が生物学的パフォーマンスを主眼とする極めて特殊な領域の民族医学の一部であることを認めざるを得なくなる。このような立場を取ることによって3つの要素、生物学要素、薬学要素、宗教要素から成り立つ民族医学の像が描ける（図参照）。

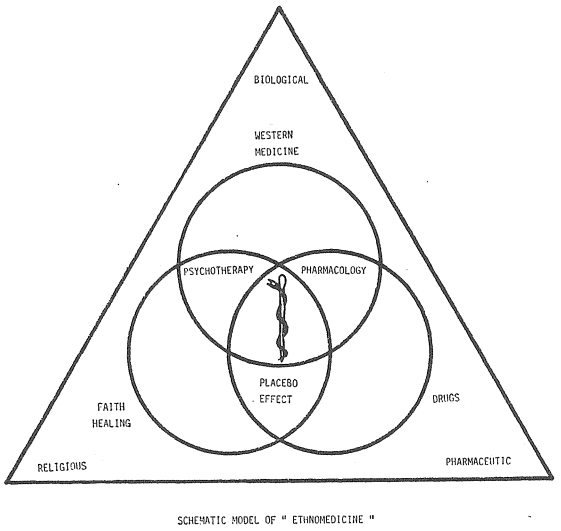

図　民族医学の概念的モデル

その3要素に対応す代表的現象は、それぞれ、西洋医学、薬草をはじめとする「クスリ」を用いる医学、呪術や宗教の信仰によって治療を目ざす医学に対応する。世界の民族医学はこの3要素のどこに比重が置かれるかによって位置付けが可能である。

3．3．医療行動の研究

この分野には大きく分けて2つのアプローチがなされている。ひとつは精神医学を中心とするもので、国や文化による差異といった巨視的な問題に視野が開かれているもの。ひとつは特定の地域や集団における医療行動を

調べるアプローチの仕方である。

精神医学からのアプローチは先に触れたが、transcultural Psychiatry, ethnopsychiatry（民族精神医学）—文化や民族間の精神医学領域における比較研究—と呼ばれる領域が大きな流れを占めている。この分野の当初の問題意識は、西洋の精神分析の諸仮説が非西洋文化にもあてはまるかどうかということから出発した。フロイト（1919）は「トーテムとタブー」という著書の中で、彼の仮説が未開社会でも普遍的に通用することを主張している。それに対して民族学者の側から発言したのがマリノフスキー（1927）であった。彼は、フロイトのエディプス・コンプレックスは人類普遍的というよりも家父長制社会構造と関係があり、トロブリアンド諸島の母系社会には、その社会構造に対応する別のコンプレックスが存在することを主張した。オーストラリアのトーテミズム研究で有名なローハイム（1950）は、世界各地の習俗や神話がフロイト流に解釈されることを主張しているが、実際にオーストラリア原地人の精神障害について調査をした Cawte（1965）は原地の人々の障害が、西洋の精神医学では診断をつけることができないという。西洋の理論が非西洋の個々の事例に対してうまく「あてはまるかどうか」は解釈者の主場によって恣意的な解釈が可能であり、西洋内部でも解釈についての論争が絶えないくらいであるので杓子定規は禁物であろう。常に言及されることであるが、西洋的な、精神は身体に対峙すると考えられる（デカルト的な）知的伝統があるのに対して、伝統的社会では精神と身体に対峙する第3項、つまり精霊などの超自然的な介入によってひき起こされる病いが多い。従ってそれは、精神の障害を他のタイプの病いと区別することをしない民族が存在しても不思議ではない（Fabrega 1974）。もち論このことはその民族の治療の方法まで差異があることを示している。Foster ら（1978）によると、西洋の治療の目的は、再教育や ego-strengthening であり、個人的な修正 modification であるのに比べて、非西洋のそれは、症状の軽減や精霊との言葉の交流であるとしている。また、それぞれの文化に特異的な精神の病いがある。一般に文化結合症候群 culture-bound syndrome と呼ばれているが、著名なものに、インドネシアやマレー半島にみられる一過性の被暗示性亢進、命令言語、反響言語、憂うつなどを症状とするラターがあり、マレー人特有の異常興奮で殺人を犯すこともあるアモク、エスキモーの間で Pibloktog という名称で知られている北極ヒステリーなどがある（荻野、1980, Foster ら1978）。

地域集団の医療行動の研究はいわゆる医療社会学の分野の業績に多くを負っている。受療行動という、社会において独特の状況場面を提供する体系についての興味は早くから社会学者の注目することとなっていた。この分野の先駆的研究者にアメリカの Parsons（1951）がいる。彼の「社会体系論」の中で、彼は社会構造とその動的過程を説明する事例のひとつに近代医療をとりあげた。彼は医療の社会構造を論ずるのに、「医者」と「病人」という理念型について有名な役割行動を定義づけ、そこから引き出される不可避的な状況について述べているのである。パーソンズの医者と患者の行動モデルは、それ以降の医療社会学の方向に対して良きにせよ悪しきにせよ影響を及ぼした（Bloom ら, 1972）。パーソンズの研究はその内容が精緻であるために、学説の解釈と注釈書作りに堕する危険性を持っている（今日の日本の社会学のように！）。医療人類学からのアプローチは、野外（自己の外縁）調査による理論化をめざしていくので、通文化的な医者と患者の社会についてのモデルの建設と検証が当面の課題になると言えよう。[8] キャッセル（1976）は、フランスの人類学者レヴィ＝ストロース(1958)の魔術師に関する論文に刺激をうけて、Curing ではなく healing に携わる医者の像を模索している。キャッセルは臨床家であるが、アメリカインディアンやその他の非西洋医療の持つ潜在力を積極的に評価しようとしている。

3．4．公衆衛生

医療人類学者が公衆衛生の分野に関与するとはどういうことを示すのであろうか。医療人類学には先に述べたように民族医学という豊富な研究分野を持っており、世界の保健医療の施策を決定する際に有益な情報をもたらすであろう。

WHO をはじめ、多くの医療セクターがいわゆる第3世界に、西洋医学体系の病院や医療スタッフを送り込もうとして数多くの失敗をくり返してきた。政治的、経済的な理由のほかに、西洋的医療福祉の発想が世界の各地に矛盾することなく受け入れられるという幻想に帰因していたということがあげられよう。このようなことを教訓として、WHO のアルマ・アタ宣言（WHO, 1977）にみられるようなプライマリーケアの採用と、現地の民族医学の見直しや伝統的施術師 traditional practitioner の代価的運用の項[9] などは今後より一層の検討をすべき問題である。WHO などは、世界の医療の西欧化を指向する傾向を持っているので、施術者を当面の医師の代用としか考えていないようである。また、第3世界各国も独自に地域の民間医療と中央の保健行政との結合を試み

ており、インドのように伝統的な医学（アユルベーダー、ユナニー、シッダ）と西洋医学を共存させていく試みなどは、多くの医療人類学者の興味を引くところとなっている（Ramesh ら 1981）。

ここで西洋医学の定着の困難さの歴史をふり返ってみる。たとえば、感染症について西洋医学は他の非西洋のそれよりも、治療効果があることは、「常識」化しつつある。しかし、それはその事が実際の運用で完全に反映することを示してはいない。従って、ある地域で西洋医療が成功し、他の地域で失敗することもある。その例に、今世紀初頭のセイロンでの合衆国による保健医療施策がある（Philips 1955）。

1916年に合衆国南部で十二指腸虫症のコントロールと根絶に成功したロックフェラー財団は、当時のあらゆる西洋医学の知識体系や宣伝のプログラムを用いて、それをセイロンに実施した。しかし、6年後にも十二指腸虫症は減らず、プロジェクトは失敗したのである。

一般に非西洋医学はそれぞれに特色を持っているが、全体論的であるものが多い。西洋医学と非西洋医学の共存するところでは、主に非西洋医学は、慢性的な小疾患、アレルギー、文化結合的な病いなどに効果があり、その分野を分担している（Remesh ら 1981）。このような症状は、西洋医学体系でも、境界例や精神身体的な色彩の強いものである。北インドとエクアドルの調査に従事した Gould（1957）によると、民間医学は「生活に支障をしない慢性的な機能障害」の患者を担当し、科学的医学は「生活に支障をもつ重症の機能障害」の患者を取り扱っているという。科学的（＝西洋）医学への選択は、1）経済的良好性、2）公教育の程度、3）職業的専門化という因子と正の相関を持つらしい。しかし彼は民間医療はなくならないだろうと主張する。それは「生活に支障しない慢性的機能障害」が西洋医学の対象になることは当分の間ないからである。アフリカの北西ザンビアの都市の人々の医療行動を調べた Spring（1980）も、調査した民族が同じような2つの医学体系の使い分けをしているという。しかし、現地でのキリスト教徒と非キリスト教徒では明らかに2つの医学体系の選択性のパターンが異なり、キリスト教徒のほうがより西洋医学を受け入れやすいという。ただし、これも訴える病気のケースによって微妙に両方の医学体系を使い分けていることが明らかになった。

我々は日本に居て西洋医学体系の恩恵にあずかることが多いが、世界の人口のうち56%は伝統的施術者に依存しているのである。またアフリカにおいて、西洋医療を受け入れる基盤を用意すると思われている都市化が必ずしも施術者の数を減少させる結果にならず、時には増加することもある（Good 1977）ことから、保健施策勢力と医療人類学の協力は、一層必要となるであろう。

4. まとめ

以上、医療人類学の諸分野を概述した。稿の途中で気付かれた読者もいるかも知れないが、この分野は結局、医療一医学に関する諸分野の「寄せ集め」にしかすぎないのかという疑問が出てくると思う。筆者に言わせると、まさにそのとうりである。しかし同時にそうではないのである。これらの分野は、個々の学問領域の中でも極めて周縁に属している部分である。現在、学問領域のなかでも、中心部分に位置しつつある人類学も、かつては、他の学問の間で「ゴミ箱あさり」（レヴィ＝ストロース）の地位に甘んじていた。我々の理論的根拠である「人類学（文化人類学）」の後を追って、医療人類学が医療一医学の中心部に立とうとする必要は全くない。むしろ医療人類学は医療一医学の周縁に位置して中心にいる知的潮流に反省的立場を求めるべくメッセージを送り届けるという役目を担うべきであるというのが著者の私見である。

医学史研究が単なる研究発堀や陳列に終わるならば、この分野に人類学的思考を求める必要はない。医療一医学の史的研究において人々が病気や医療を通じて、その時代をどう生きようとしたのか、社会の流れを支配していたものは何か、その営為の中に我々は何をみるのか、を考えようとする時、その問題認識は、医療人類学の研究に通ずるところがあり、相方の知的交流が始まるのではなかろうか。我々は、病気を人類学的にながめるのではなくて、病気と共存して生活する人々について考察する。それはそのような発想が medicine と考えているものに他ならないからである。

謝　辞

第21回医学史研究会総会で本稿執筆の契機になった発表の機会を与えて下さった、中川米造先生、松田武先生に感謝します。

注

1）日本に限らず医学史の教科書には、古代医学と並んで必らず原始医学 Primitive medicine の項がある。このような見方は通常、進化主義と呼ばれるが、今日の歴史研究でこの見方は克服されたはずであるのに、相変らず医学史では使われている。医学史研究者達は今だに、「未開」人が、3000年もの昔から変らず古代の呪法を使って医学のようなものを行なっていると信じている

らしい。

2）medicine の訳語について、医療と医学の双方に当るものにこの「医療—医学」を用いることを試みる。

3）この文脈では非西欧世界を原始という進化主義的位置づけをしたのみのようにとれる。しかし、ここではむしろ空間から時間へ普遍原理を押し進めようとする現象というふうに解釈する。

4）ここから出る考え方は、西欧科学もひとつのエスノサイエンス ethnoscience にしかすぎないとする立場である。

5）人類生態学の成果のひとつに採取狩猟民の生態を研究した論文集 "Man the hunter" がある。(Lee ら、1968)

6）Bender (1978) によるとトウモロコシ主食で不足するのはナイアシンであり。ナイアシンの欠乏により、多くのトウモロコシ主食民族はペラグラの危険にさらされている。ナイアシンもまた石灰によって人体に摂取しやすくなる。

7）米本（1981）によると西欧優生学思想の持っていた、原初的な姿は、人類の未来に対する素朴な科学信仰であったらしい。

8）J. プイヨンにならって伝統的社会の治療形式は、医者と患者と邪霊（または邪性）の3者で形成される「治療の三角形」なのである（山口、1978)。

9）アルマ・アタ宣言の中にプライマリヘルスケアを位置づけた項（Ⅶ）がありその中に保健従事者として、「必要に応じ伝統的施術者」も位置づけられることを説いている。

参考文献

1. Ackerknecht, E (1946) Natural disease and rational treatment in primitive medicine. Bull. Hist. Med. **19**: 467-497
2. Alland Jr, A (1970) Adaptation in cultural evolution. Columbia University Press. (矢田訳、「文化と医療」1973、医歯薬出版)
3. Balicki, A. (1963) Shamanistic behavior among the Netsilik Eskimo. Southwestern Journal of Anthropology **19**: 380-391
4. Bender, A. E. (1978) Food processing and nutrition. Academic Press. (内藤、加藤訳「栄養からみた食品加工」1979、講談社)
5. Bloom, S. W. and Wilson, R. N. (1972) Patient-Practitioner relationships. Handbook of Medical Sociology. (Freeman ed.) Prentice-Hall Inc.
6. Bock, P. K. (1974) Modern cultural anthropology. Alfred A. Knopf Inc. (江淵訳「現代文化人類学入門」1977、講談社)
7. Brothwell, D. R. (1963) Digging up bones. British Museum.
8. Cassel, E. J. (1976) The Healer's Art. J. B. Lippincott Company. (大橋訳「医者と患者」1981、新曜社)
9. Cawte, J. E. (1965) Ethnopsychiatry in Central Australia. Brit. J. Psychiat. III : 1069-1077
10. Clements, F. E. (1932) Primitive Concepts of Disease. University of Califormia Publications in American Archaeologyand Ethnology. **32**: 185-252.
11. Colson, A. and Selby (1974) Medical Anthropology. Annual Review of Anthropology. 3: 245-263.
12. Darwin, C. (1859) The Origin of Species. (J. M. Dent and Son Ltd. 1972)
13. Darwin, C. (1871) The descent of Man. John Murray. (池田、伊谷訳「人類の起源」1979、中央公論社)
14. Ellenberger, H. F. (1970) The discovery of the unconscious. Basic Books Inc. (木村ら訳「無意識の発見」1980、弘文堂)
15. Elton, C. (1933) The Ecology of Animals. Methuen and Co. Ltd.
16. Fabrega Jr, H. (1974) Disease and Social Behavior. The MIT Press.
17. Foster, G. and Anderson, B. (1978) Medical Anthropology. John Wiley and Sons, Inc.
18. Frake, C. O. (1961) The Diagnosis of Disease among the Subanun of Mindanao. American Anthropologist, **63**: 113-132
19. Freud, S. (1919) Totem und Tabu. (フロイド選集6 「文化論」1970 日本教文社)
20. Friedman, M. J. and Trager (1981) The biochemistry of resistance to malaria. (「鎌状赤血球はなぜマラリアに強いか」サイエンス **11** (5): 38-47)
21. Good, C. M. (1977) Traditional medicine. Soc. Sci. and Med. **11**: 705-713.
22. Gould, (1957) The implications of technological change for folk and scientific medicine.

23. Graham, S. (1958) Socio-economic status, illness, and the use of medical services. Patients, Physicians and Illness (Jaco. E. G. ed.) Free Press.
24. Harley, G. W. (1941) Native African Medicine. Harvard University Press.
25. Hasan, K. A. (1975) What is Medical Anthropology ? Medical Anthropology Newsletter. **6**: 7-10.
26. Katz, S. (1974) 社会・文化人類学と生物学、L'unite du l'homme（荒川ら訳「基礎人間学」1979、平凡社）
27. Kleinman, A. (1981) The meaning context of illness and care. Sociology of the Science. V: 161-175.
28. Koos, E. (1955) Metropolis,what city people think of ther medical services. Am. J. Public Health. **45**: 1551-1557.
29. Kraepelin, E. (1904) Vergleichende Psychiatrie. Zbl Nervenheilk. **15**: 433-438.（邦訳、精神医学 17：1458-1462、1975）
30. Le Goff, J. (1957) Les intellectuels au moyen age.（柏木・三上訳「中世の知識人」1977、岩波書店）
31. LeGoff, J. (1976) 歴史学と民族学の現在（二宮訳）思想 630：1-17
32. Le Roy Ladurie, E. (1973) Le territoire de l'historien（樺山ら訳「新しい歴史」1980、新評論）
33. Lee, R. alnd Devore, I. eds (1968) Man the hunter. Aldeine Publishing Com.
34. Lévy-Bruhl (1910) Les Fonctions mentales dans les Société inférieures.（山田訳「未開社会の思性」1953、岩波書店）
35. Levi-Strauss, C. (1958) Anthropologie Structurale. Librairie Plon.（荒川ら訳「構造人類学」1972、みすず書房）
36. Levi-Strauss (1962) La Pensée Sauvage. Librairie Plon.（大橋訳「野生の思考」1976、みすず書房）
37. Lieban, R. W. (1973) Medical Anthropology. Handbook of Social and Cultural Anthropology (Honigmann, J. J. ed.) Rand McNally College Publishing Company.
38. Malinowski, B. K. (1922) Argonauts of the Western Pacific. George Routledge and Son, Ltd.（寺田・増田訳「西太平洋の遠洋航海者」1967、中央公論社）
39. Malinowski, B. K. (1927) Sex and Repression in Savage Society.（阿部・真崎訳「未開社会における性と抑圧」1972、社会思想社）
40. 丸山博、松田武（1976）歴史人口研究におけるわれわれの課題、民族衛生、**42**(5)：227-235
41. 松田武（1981）医史学会大会発表（札幌）
42. Morgan, L. H. (1877) Ancient Society or Researches in the Lines of Human Progress from Savagery through Barbarism to Civillization.（青山訳「古代社会」1858、1861 岩波書店）
43. 盛田嘉徳ら（1979）ある被差別部落の歴史、岩波書店
44. 中内敏夫（1981）史的人口動態誌の成立と社会史、思想687、102-23
45. 波平恵美子（1981）病気の社会的・文化的意味づけ、季刊人類学 **12**(1)：184-207
46. Odum, E. P. (1971) Fundamentals of Ecology. W. B. Saunders Company.
47. 荻野恒一（1971）トランス文化精神医学の展望、精神医学 **13**(3)
48. 荻野恒一（1980）文化結合症状群 精神医学 **22**(8)（両文献とも、荻野編「比較文化と精神医学」現代のエスプリ、170号に収録）
49. 大室幹雄（1981）テキスト解読の祝祭性、現代思想 **9**(2)：131-139
50. Parsons T. (1951) The Social System. Free Press.（佐藤訳「社会体系論」1974、青木書店）
51. Paul, B. D. (1963) Anthropological Perspectives on Medicine and public Health. Annala of American Academy of Political and Social Science. 346: 34-43.
52. Philips, J. (1955) The Hookworm Campaign in Ceylon. Hands Across Frontiers (Teaf, H. M. and Frank, P. G. eds.) Cornell University Press.
53. Ramesh, A. and Hyma, B. (1981) Traditional Indian Medicine in practice in an Indian metropolitan city. Soc. Sci. Med. **15D**, 69
54. Rivers, W. H. R. (1924) Medicine, Magic and Religion. Harcourt Brace.
55. Róheim, G. (1950) Psychoanalysis and Anthropology. International University Press.（小田ら訳「精神分析と人類学」1980、思索社）

（7頁下欄へつづく）

ると死亡率はへってくるのである。

第2にあげるべきは**米価との関連**である。米価、死亡率、脚気による死亡患者数をならべてみると、米価があがるときは脚気による死亡患者数がふえ、それと平行して全体の死亡率も上昇することを、わたしは〝戦前の精神科病院における脚気の発生状況――巣鴨病院―松沢病院の統計を中心に――〟（日本医史学雑誌、第27巻、第2号1981年）において論じた。食費予算の増額が容易でないので米価が急騰したときには副食費を削減せざるをえず、広義の栄養障害のために死亡率が上昇するものと推測される。死亡率にはもちろん、赤痢、腸チフス、流行性感冒などの流行が影響しているが、それらの影響は米価の影響よりもちいさい。

第3にあげなくてならないのは、第2にもふかく関連するものであるが、**患者の入院費用種目**である。すでにのべたように杉江は、委託患者のおおい病院では死亡退院率がたかいことを指摘しているし、昔の統計も自費患者と公費患者とでは死亡率におおきな差があることをしめしている。精神病者監護法による監護義務者がいないか監護義務者が監護義務をはたせないときは、市区町村長が監護義務者となった。その市区町村長が病院に監置を委託する形で入院させるものが、委託であって、そのばあいの入院費用は、後見人、配偶者、親族などが監護義務者となっている施療患者のばあいと同額である。施療患者および委託患者をまとめて公費患者という。患者一人1日あたりの食費は、1902年には自費1等25.2銭、自費2等18.0銭、公費12.0銭であり、1930年には自費特等62.1銭、自費1等52.6銭、自費2等24.7銭、公費3等18.0銭であった。物価騰貴のおりに、上等のものの食費の上がり方に比して公費のものの食費はそれほどにはあげられていない。表5に例示したように、巣鴨病院―松沢病院では患者の入院費用種目別による死亡率の差がはなはだしかった。死亡率がとくにひくいとき、あるいは逆に異常にたかいときには、自費患者と公費患者とで死亡率が接近するが、だいたいにおいて公費患者の死亡率は自費患者のそれをはっきりうわまわっており、死亡率がある程度上昇するときには両者の差はさらにひらくことが表5からわかる。このような差を規定しているものはいくつかかんがえられるが、そのなかでもおおきいのが上記の食費の差、それにもとづく栄養摂取の差であった。

なお、松沢病院で1940年に上昇した死亡率が1941―43年に下降していたのは、食糧統制によって入院患者の食糧がある程度確保されたためである。

最近、さまざまな施設史の研究がさかんになってきている。その施設が真にどういう施設であったかをみるためには、そこにおける死亡率の推移がどうであったかをしることが重要であることを、最後に強調しておきたい。そして、この観点からするとき、戦前のわが国の精神科病院が病院というにふさわしい施設であったかどうかという疑問をいだかざるをえない。さらに、他種施設についても同様な探索がおしすすめられることを、つよく期待したい。

（1980.12.16.稿）

（27頁より）
56. Scotch, N. (1963) Medical Anthropology. Biennial Review of Anthropology (Siegel, B. J. ed) Stanford University Press.
57. Sigerist, H. E. (1955) A Histry of Medicine, vol. 1. Oxford University Press.
58. Spring, A. (1980) Faith and participation in traditional versus cosmopolitan medical systems in northwest Zambia. Anthropological Quarterly **53**(2): 130-141
59. Steward, J. H. (1955) Theory of Culture Change. University of Illinois Press.（米山・石田訳「文化変化の理論」1979、弘文堂）
60. 鈴木継美（1980）人類生態学の方法、東大出版会
61. Teas. J. (1981) Natural regulation of Rhesus monkey populations in Kathmandu, Nepal. Folia. Primatol. **35**:117-23.
62. Tylor, E.B. (1871) Primitive Culture.
63. WHO (1977) The Alma-Ata Conference on Primary Health Care. WHO Chron. **31**, 409
64. ・山口昌男（1966）人類学的認識の諸前提（「人類学的思考」1979、筑摩書房）
65. ・山口昌男（1976）歴史人類学或いは人類学的歴史学へ、思想630、18-29
66. ・山口昌男（1978）病いの宇宙誌「知の遠近法」、岩波書店
67. ・米本昌平（1981）優生思想から人種政策へ、思想688、65-74