

## 民族医療の知的潜在力 ——持続型生存基盤パラダイムのための一考察——

加瀬澤 雅人\*・田辺 明生\*\*

### 1. 新たな知的パラダイムの必要性

今、なぜ、持続型生存基盤パラダイムが必要なのだろうか。もし、現在起こっている環境破壊などの諸問題が、既存の科学技術の進展によって解消されるならば、パラダイムの転換は必要ない。新たなパラダイムが求められるのは、私たちが発展させてきた知のありかた自体に、私たち自身の生存基盤をおびやかすにいたった要因があるからだ。

その要因とは何か。それはひとことでいうと、目的意識に基づいた手段的合理性の肥大化である。つまり、意識されたひとつの目的を達成するために、因果関係の単一的な連鎖を設定し、それを合理的に遂行するための手段として技術を発展させてきた、これまでの知のあり方自体が問題なのである。

人類は、進化の過程で、言語能力をもち、また道具を用いることができるようになった。つまり、記号を用いて、働きかける対象を概念的に把握し、自らの行為とそれがもたらす結果を計算することができる。さらに、道具(機械)を用いて、自らの身体能力を大きく超えるような世界への働きかけの力をもつにいたった。人間は、言語と道具からなる技術力により、自らの目的意識に合わせて、「自然」を加工してきた。現在では、目的的合理性に基づく技術力は、人間の生存基盤である環境そのものを破壊しつつある<sup>1)</sup>。

それでは、目的意識や手段的合理性はすてるべきなのか。そうではない。それらは、すてようとしてもすてられないものであるだけでなく、人類の未来にとって必要不可欠なものでもある<sup>2)</sup>。人類にとって、フロンティアの存在は希望と活力の源のひとつである。そして、人類が歴史のなかで蓄積してきたところの、世界を言語によって分析的に把握する「概念知」、また、目的を達成するために世界に働きかける「技術知」は、フロンティア開拓における重要な知的資源でありつづけてきた。地球上に地理的なフロンティアは消滅しても、宇宙科学、ナノテクノロジー、生命科学など、さまざまな別のフロンティアが私たちの前には広がっている。そうした領域での人間の前進において、分析的な概念知と技術知は大きな役割を果たすであろう。

ただし、私たちの生活に奉仕し、それをより豊かにするはずだった技術力が、その開発・使用に不可避的にもなうさまさまに複雑な制度とともにいびつなかたちに肥大化してしまい、私たちの生活を反対に支配するにいたってしまったことは確かである。それは、フロンティアにおける科学技術の開発が経済利潤を生む産業と直結している後期資本主義のありかたとも関連している。生活・

\* 国立民族学博物館 外来研究員

\*\* 京都大学人文科学研究所・准教授

1) 「自然と社会」あるいは「自然と文化」という二項対立は乗り越えられねばならない。人間が生きる環境は、社会文化と自然生態の両方の要素が複合的にからまるネットワークからなる。このことは、「人間も自然の一部である」という指摘だけでは足りないことも意味する。人間がそこに所属できるような所与の自然というものはない。人間の生命・生活を支える環境は、常に具体的な場において生きる人間との関係性においてのみ存在するのだ。そしてそうした生きる場としての環境は、不可避的に社会文化と自然生態の両方の側面を持つ。これは当然のことなのだ。「生存基盤」として環境を考える際にもう一度頭においておく必要がある事柄である。

2) 生産という観点からは、人類史は、目的意識に基づいた手段的合理性の絶え間ない発展と見ることができる。川田順造が指摘するとおり、人類は「もっと多く、もっと早く、もっと楽に」ということを、常に追い求めてきたのである [川田 1995a: 198; 1995b: 29]。

生命の豊かさを全体的に評価するようなより大きな視野が失われてしまい、目的達成とは関連しないさまざまなプロセスを無視してきたことが、現在の環境問題の遠因であろう。技術制度のありかたを、フロンティア開拓や利潤追求とのみ結び付けるのではなく、私たちの生活・生命の全体に本当に資するものに変えていかなければならない。そのためには、概念知と技術知をより大きな知の枠組みのなかに位置づけ直す必要がある。

近代世界において、人間の概念知と技術知が生活世界と生存基盤をおびやかすまでにいたった背後には、還元論的な世界観があると考えられる。還元論とは、全体は諸要素とその相互関係へと還元できるという立場である。これまでの主流科学は、全体を要素に分解し、それらの相互関係を分析することに主に捧げられてきた。こうした還元論的な科学の枠組みのなかで、人類は、自らの目的意識を充足するための概念知と技術知を育ててきたわけである。それは、意識された限定的な目的の達成には大いに資するものであったが、自らの行為が全体の社会・生態システムのなかでもつ多義的で多方向的な影響について十分に配慮をするものではなかった。たとえば、廃棄物が環境に与える影響などは、ごく近年にいたるまでとりあえず視野の外に置かれていたのである。そこでは、目的を達成するための技術的・因果的な道筋にのみ注意は注がれ、他の波及的なプロセスはつごうよく無視されたのであった。

人間の行為が、生きる環境そのものを破壊しかねない現在、私たちの科学技術は全体論的な思考法と結び付け直される必要がある。全体論とは、全体は部分の総和を超えたそれ自身としての秩序原理を有するという立場である。私たちの生命は、さまざまな諸要素が相互作用する全体的な生命・社会・生態システムのなかで維持されている。こうした複雑系としての生命・社会・生態システムのメカニズムを探求することは、生存基盤を持続するために必要な知の営みであろう。ただし、部分にしか過ぎない人間が、全体を全体として把握することは原理上不可能である、という知的謙虚さも持ち合わせておく必要がある。認識の対象として措定された「全体」は、常により大きなシステムの部分にしか過ぎないのである。

それでは、還元論的な科学および全体論的な知的探求の両方の限界を認識したうえで、私たちにできることは何なのだろう。どのような知が、持続型生存基盤パラダイムの構築のために求められているのだろうか。

ここでは医療を例にとりながら、この問題を考えていくことにしよう。特に、民族医療の治療実践にみられる知的潜在力としての「実践知」に注目する。

## 2. 医療における還元論と全体論

近代医学においては、特定の病気の原因と治療法を発見するという目的のために、多くの努力と資金が注がれる。たとえばポリオや日本脳炎の原因を探し、そのウイルスが同定できると、次にはその予防や治療の方法を探究する。そしてワクチンが開発され認可されると、そこで目的はとりあえず達成されたこととなる。今度は、まだ解決されていない癌やエイズの原因と治療法の発見という別の目的に向けて邁進するというわけである。

こうして近代医学は、ペイトソンが指摘するとおり、「たくさんの技術がつまった袋」のようなものになっていく [2000: 579]。そこには、個々の問題に対応するための、さまざまな診断・治療法が集められるのだ。健康上の問題は、ある病のせいとされ、そしてその病の原因をなくすための解決法が提示されるというわけである。ここには生命システム全体を見渡す視線はない。

フーコーの指摘によると、こうした近代医学のありかたの背後には、病の内容を個体の死のなか

にみようとするまなざしがある [フーコー 1969: 266]。近代医学の成立期において、病は、生きる身体という生命システムにおける相互作用のなかでとらえられるものではなく、個体の死との関係において知覚され、分析されるものとなった。病は、死のなかにこそ、自己の姿を十全に現すとされたのである。そうした解剖＝臨床医学的まなざしは、死のなかにあらわれた病を分析対象とし、さらにその病をもたらした原因の探求へと進むのである。そこにあるのは、健康問題を病へ、病を観察される疾患部へ、疾患部をその原因へと還元していく視線である。

こうした還元論的な近代医学の限界については近年活発な議論が行われており、そのオルタナティブとして、人間の身体・生命をより全体的にみようとするホリスティック医療が提言されている。ホリスティック医療は、自然治癒力を高めることによって、身体、心、霊性、環境の調和を取り戻すことを目指すものである。それは、医療の場に、全体論的な観点を導入しようとする動きであるといえよう。

現代社会における治療実践は近代医学が圧倒的な主流を占めているが、その限界を補完するために、さまざまな代替医療がさかに行われるにいたっている。ところが還元論と全体論の対立を背景として、医療の現場においては、近代医学と代替医療のあいだはスムーズな連携が行われておらず実質的な困難を生んでいる。

### 3. 分断された臨床

ある知人の実話を挙げたい。その知人は癌に冒されていた。

某総合病院の主治医は治療方針として、化学療法を中心に、同時に定期的に放射線照射治療をおこなっていくことを予定していた。その知人もまた、主治医の治療方針に合意していた。ただ、その知人は近代医学の治療法と同時に、鍼灸、波動水、食事療法なども平行しておこなってほしいという希望ももっていた。知人は近代医学の最先端の治療法を中心にしながらか、巷で良いと噂される治療や、さまざまな人々から勧められた治療についても受けてみたいと考えており、そのことを主治医に告げた。

しかしここで問題が起こった。患者が受けようとした代替医療の治療家の多くが、化学療法の弊害を主張し、自分の治療を本気で受けたいのならば化学療法はおこなうべきではないと知人に告げたのである。そして主治医もまた、近代医学以外の療法も平行しておこないたいという知人のことばに不快感を示し、そのような民間の治療法もおこなうのであれば、あなたの治療には責任をもてないと患者に告げたのであった。つまり、患者は両方の医療者から二者択一を迫られたわけである。近代医療と代替医療の医療者がお互いの治療理念や実践を認めないがために、臨床レベルにおいて、相互の治療は共存できていないのだ。

### 4. 民族医療へのふたつのアプローチ

医療実践におけるこうした分断状況は、民族医療にたいするアプローチにおいても反映されている。民族医療を有用な医学資源であるとみなしてこの医療における個別の薬や治療技術を客観的に検証し、今日の近代医学に適応させていこうという還元論的アプローチ、そしてそれとは対照的に、近代医学にたいする反省的な立場から民族医療を評価し、近代医学を乗り越える可能性をもったホリスティック医療として民族医療を取り入れていこうという全体論的アプローチである。

現在、民族医療にたいする主流のアプローチは、医学者や薬学者によるものである。民族医療のなかに、現代に活用できるような薬の知識や治療技術を探し出し、その効果を検証したうえで有効

とわかれば医療実践の場に活用し、医薬品として商品開発をおこなっていく。そこでは現代科学が民族医療の有効性を判断する基準となり、その効果が認められたならば、それは全人類に適用可能な医学的事実として近代医学の治療のなかに取り入れられていく。地域社会で有用であるとされている薬や治療技術であったとしても、科学的に論拠付けることができなければ、それは不可解なものとして敬遠されるか、単に現地の人々が信じ込んでいる迷信であるとして片付けられる。ここでの民族医療は、まず科学的に扱える部分に切り分けられ、それぞれがEBM (Evidence Based Medicine) へと変換されなければならない。いうまでもなく、その Evidence は、現代科学と近代医学によって規定され判断されるものである [今西・渡邊 2000]。民族医療は、分解された諸部分が近代医学に翻訳し直され、医師たちが理解し扱えるような医療技術となることによって、私たちが接する日常的な医療の場でも提供されるようになる。

こういった医学者や薬学者からのアプローチによって、地域的な隔たりを越えて多くの人々が民族医療・伝統医学の薬や治療技術を活用できる状況になっている。しかしそれは、本来の首尾一貫とした民族医療の治療が受けられるようになったことを意味してはおらず、また民族医療の基本的な治療原理が受け入れられたことでもなかった。

たとえば近年日本の医師のあいだでも認められつつあるインドの民族医療<sup>3)</sup> アーユルヴェーダの治療法として「クシャラ・スートラ」というものがある。これは痔瘻にたいしておこなう外科的な治療法であり、アーユルヴェーダの薬を染み込ませた専用の糸で患部を縛り、痔瘻を取り除いていく療法である。このクシャラ・スートラは、いかにして民族医療が近代医学に受け入れられていくのかをみるのに好例である。今日近代医学の医師たちはこの治療法に懐疑的な意識はあまりもたなくなっており、積極的に取り入れていく傾向がある。クシャラ・スートラは日本で実際に多くの患者にたいして適用された結果、その効果がとても良好であったという臨床試験が示された。しかもこの治療を検証し日本での普及を進めたのが、和漢薬の研究において権威をもつ富山大学（前身、富山医科薬科大学）であったことも、この技術の認知に役立ったのかもしれない<sup>4)</sup>。ただし、クシャラ・スートラが受け入れられた最も大きな要因は、それがアーユルヴェーダの体系から切り離された、独立した技術として近代医学に取り入れやすいものだったからであろう。この技術を用いるにあたっては、アーユルヴェーダの理念や体系を考慮することなく、その療法のみを導入することができたのである。もしクシャラ・スートラが、アーユルヴェーダでいうところのドーシャ<sup>5)</sup> やダートゥ<sup>6)</sup> といった、近代医学とは相容れない身体観・病気観を前提としないと施術できないものであったならば<sup>7)</sup>、この技術が受け入れられることはなかったのではないかと考えられるのである。つまり、医学者や薬学者によるアプローチにおいては、民族医療を客観的に扱える部分へと分解し、

3) アーユルヴェーダは一般にインドの「伝統医学」とであると定義される。ここではシステム化された伝統医学と民間療法を包括的にとらえた総称として「民族医療」と称することとする。

4) 富山大学附属和漢薬総合研究所（前身、富山医科薬科大学附属和漢薬研究所）では東アジア地域を中心とした伝統医学で使用されている生薬を有効利用のために検証し、またデータベースの蓄積もおこなってきた。当研究所での豊富な知見をもとに、クシャラ・スートラで使用される薬剤や糸を信頼のおける国産の原料をもとに改良していったこともまた、この技術が受け入れられていった理由のひとつであると考えられる。

5) ドーシャとは、ヴァータ、ピッタ、カパの3つの流体的なエネルギーのことである。アーユルヴェーダにおいて、病は、この3要素のバランスが崩れることで生じると考えられている。

6) ダートゥとは、身体の7つの構成要素のことであり、血漿（ラサ）、血液（ラクタ）、筋肉（マーンサ）、脂肪（メーダ）、骨（アスティー）、骨髄と神経（マツジャー）、生殖器官（シュクラ）を指す。これは、現代解剖学的な理解とは異なるものである。

7) この技術もまたアーユルヴェーダの身体論に立脚するものであり、本来はその身体論を基盤として治療をおこなうものである。しかし現実として、それらを考慮することなく（捨象して）、有効な医療技術として近代医学に導入することが可能である。

ももとの体系や理念から切り離された個々の技術や知識のみを、近代医学を構成するパーツとして取り込んでいくのである。

一方、民族医療が近代医学とは本質的に異なるものであるという前提にたち、近代医学にたいする反省的な立場から民族医療へと向かっていくアプローチがある。これは、近代医学が心身を分離し生理的な身体のみにも焦点をあてていったこと、そして身体を部分に還元することによって身体の全体的な調和および精神性を省みないものとなってしまったことなどを指摘し、そういった近代医学が捨象してしまったものを再評価していこうという動きの一環である。そのなかでホリスティックに健康をとらえるための方法として、民族医療にスポットライトが当てられていった。

ここでは、近代を超える精神的な運動として広がったニューエイジ運動や日本における新霊性運動<sup>8)</sup>とも連携し、身体と生命を包括的にとらえようとする医学・生命科学が目指された。そして、それはまさに世界各地の民族医療や伝統的な生命観のなかにあるのだと考えられるようになったのである。インドの民族医療である「アーユルヴェーダ」についても、医学者のあいだでこれが医学的技術の集合としてとらえられるのとは対照的に、一般的にはむしろ精神世界と親和的であると理解されることが多い。書店や図書館でもアーユルヴェーダに関する著作の多くが、医学の棚ではなく精神世界の棚に置かれていることがそのことを如実に示している。

この立場からは、民族医療を西洋近代医学との対比のなかでとらえ、その優位性を語る傾向が顕著であった。たとえば、患部のみを治す西洋医学にたいして身体全体を診るホリスティックな民族医療、即効性と副作用をもつ西洋医学の薬にたいして緩効性で副作用のない民族医療、現代解剖学や生理学といった視覚化されたものを身体の基本に考える西洋医学と「気」のような不可視のエネルギーを基本に考える民族医療、というように、実際の民族医療が両性質を共に含んでいるというようなあいまい性は排除され、西洋医学の対極のカテゴリーへと位置づけられる風潮がある。そのため、民族医療は西洋医学とは対極にあるものであり、両者は相容れないものであるという意識が煽られる結果となったのである。

## 5. 民族医療への医療人類学的なアプローチ

民族医療を近代医学とは異なるものとしてとらえ、その積極的な側面を評価しようというアプローチは、今日の医療人類学においてもみられる。人類学や社会学を中心とする人文学の立場からは、民族文化は地域的な固有性をもつものであることが示されてきた。医療人類学も同様に、民族医療は西洋医学にはない独自の理論をもち固有で自律的な体系であることを強調してきたのである [フォスター&アンダーソン 1978:123]。そして現代科学を判断基準にしてのみ民族医療の有効性を判断していくという今日の大きな潮流にたいして、民族医療には現代科学的な価値基準では推し量ることのできない独自の理論や存在意義があるのだということを民族誌を通して主張してきた。医療人類学は、民族医療を単に科学的に劣性な医療としてとらえることの問題点を指摘し、民族医療が近代医学にはない独自の固有性と特長があることを明らかにしようとしたのであった<sup>9)</sup>。

ただし近年の文化人類学は、文化・社会の構造的な理解を超えて、民族文化が社会の変化にしたがい歴史的に変容し再構成されていくものであることにも注目を向けている。現在の民族医療研究は、状況に応じて変化・再構成がなされるものであることが示されてきたのである。ここに人文学

8) 新霊性運動については島蘭 [1996] を参照のこと。

9) ただし、民族医療が近代医学との対比によって、その枠組みが規定されてしまい、民族医療の固有性を説明するに際しては、近代医学の理解枠組みが利用されるという矛盾にたいしての批判もなげかけられてきた [e.g. 奥野 2002]。

による民族医療研究の難しさがある。医療文化は歴史的に固定的なものではないことを示しながらも、同時に、地域固有の知が存在することを明らかにしなければならない。今日的人类学的研究は、民族医療には固有の知の体系が存在するのだという主張と、しかしその知の体系は柔軟に変容するものだという認識と、ふたつの理解のあいだを微妙に揺れ動いていると見てよいだろう。民族医療の構造と歴史をより総合的に理解できるような医療人類学が、現在求められている。

もうひとつの問題は、民族医療にこれまで描かれてきたような固有で統一された明確な理論や体系があったとして、ではそれが臨床の場において「忠実」に再現されるものなのであろうかということである。科学的な根拠に基づいて理路整然と治療方針が決定されると思われがちな近代医学の治療の場においてでさえも、近代医学の理論がそのままに反映されているわけではない。たとえば、風邪で薬が欲しいとやってきた患者にたいして、たとえ診断してみても風邪ではないと判断したとしても、患者の要望どおりに差し障りのない薬を少し出すといったことは、少なからず存在するであろう。民族医療においても、その理論的な体系がかならずしも実践の場を規定しているとは限らない。それは臨床の場に応じたより柔軟なものである。しかし、民族医療とりわけ伝統医学と呼ばれるものは、太古から継承されてきた固有の理論や技術があるのだという前提があるので、それらの知識に非一貫性や揺らぎは存在しないとみなされることが多い。伝統医学の理論にたいして科学的な立場から疑問を呈したり自分なりの改善・変容を試みたりすることは、その真正性 (authenticity) を軽視することにつながり容認できないといった雰囲気や、民族医療を啓蒙する活動や人文科学的な民族医療研究においてはある。そのため、民族医療の柔軟な状況依存性については表だって発言しづらい状況が存在する。

伝統医学と呼ばれるもの自体に、自らの理論を体系化し、それを一貫したものとして描こうとする傾向性があることは事実であろう<sup>10)</sup>。しかし伝統医学・民族医療において、そうした理論体系を表象・描写することと実際の治療実践をおこなうこととは区別して考えなければならない。治療実践には、実践の場に特有の論理がある。

現代世界における民族医療の知的潜在力を求めようとするならば、それぞれの民族医療には体系的で一貫した理論がア priori に存在しており、治療実践はその理論を忠実に再現したものでなければならないという固定的で理念中心的な思考法を解体し再考していく必要があるだろう。そして、テキスト化・言語化された治療理論を中心にすえるのではなく、実際の臨床における治療実践の場におりたち患者の立場から民族医療の可能性を見直すべきではないだろうか。今一度、現代世界における民族医療の存在意義は何か、という根本問題に立ち返らなければならない。そして、民族医療が固有文化としての医療という側面をもつばかりではなく、臨床の場においてはまずもって人を治す仁術としての医療であるということに注意して考察を進めることが必要である。

そこで次にアーユルヴェーダを例にとりあげ、その体系化と変容の歴史的過程について、またアーユルヴェーダと西洋近代医学との相互関係について検討していく。そして最後にアーユルヴェーダの治療実践のありかたを材料に、民族医療の知的潜在力とは何かを考えたい。

## 6. 体系化された民族医療—現代アーユルヴェーダの理論と実践

アーユルヴェーダは南アジア地域の民族医療である。今日インドでは西洋医学が医療の中心的

10) たとえばアーユルヴェーダにおける古典文献はそのあらわれである。ただしこれは、ひとつの一貫した体系がアーユルヴェーダにあることを意味するものではない。むしろそれは、複数多元の理論表象があるなかで、知的ヘゲモニーをにぎろうとする試みのひとつとしてみるべきであろう。

な役割を担っているが、アーユルヴェーダもまた広く活用される医療実践である。現在インドでは、アーユルヴェーダは公的な医学のひとつとして認められ、この医療の専門家は大学のアーユルヴェーダ課程で養成されている。アーユルヴェーダはヴェーダの時代に端を発する伝統的な医学であり、現在でもバイブル的なレファレンスとして活用される古典文献も存在する。そのため、アーユルヴェーダは伝統的理論に基づいた体系的な医学であり、他の民族医療とは一線を画して理解されることが多い。しかし歴史的にみれば、この医療が統合され規格化されたのは近年のことであり [Leslie 1976]、実際に治療の場で提供されているものは実に多様でそれぞれの地域特性や社会環境・生態環境に依拠したものとなっている。

ここで簡単にアーユルヴェーダの歴史を紐解いてみたい。太古4千年の歴史をもつと一般的に説明されるアーユルヴェーダは、植民地期後期から独立期にかけて大きく変容している。第一に、この医療は独立期にかけて、インド・ナショナリズムとの関係性のなかで再構成された [Brass 1972; Arnold 2000]。それまでは、さまざまな地域や立場からアーユルヴェーダの理論や処方について記述した文献が残されてきた。西洋医学と関連する解剖学や生理学にたいしても言及したり、薬としての獣肉の効用について説明したりする文献も存在した。しかし植民地期においては、アーユルヴェーダを西洋医学に対抗し得るインド独自の医学として確立するために、当時の精神主義的な文化的ナショナリズムと結びつきやすいような、ヒンドゥー教との関連が強い古典文献がその理論の中心にすえられた。そこではこの医療がヒンドゥーの神々によって創設されたことが全面的におしだされ、血の穢れや、菜食の励行のように非暴力的な性格がより前面に出された<sup>11)</sup>。

第二に、西洋医学に対抗しうるインドの医学を築くべく、近代医学によるアーユルヴェーダの検証と標準化が進められた。アーユルヴェーダの有効性が現代科学によって認められることで、アーユルヴェーダは決して迷信ではないことを証明していったのである。そして、インドでは古代にすでに近代科学に匹敵する医学があったことをアピールしていくとともに、現代科学で説明できない部分にたいしては、アーユルヴェーダは現代科学を超える総合科学であるという主張がなされるようになった。アーユルヴェーダ医師の教育は、それまで各地で世襲制・徒弟制のもとおこなわれていたが、近代的な大学での西洋医学の課程を手本に、アーユルヴェーダの教育課程が大学に設立され、シラバスの統一もおこなわれた。西洋医学をその理解の基本的な枠組みとしながらも、西洋医学にはない独自の理論と実践が存在するインド固有の医学として、意図的に再構成されていったのである。

こういった背景から、今日のアーユルヴェーダのとらえかたにはふたつの相容れない方向性が並立して存在する。現代科学に翻訳し近代医学によって検証したうえで臨床の場に適用していこうという方向性と、反対に、アーユルヴェーダ独自の理論を尊重し近代医学にとりこまれることによって曲解され本来のありかたが限定されてしまうことに強く抗する方向性である。アーユルヴェーダをめぐるのは、この両見解が互いに批判を投げ合ったりあるいは状況に応じて日和見的に両者の使い分けがなされたりしているのが現状である。

このふたつの方向性はそのままに、今日の民族医療にたいする私たち自身の態度にも存在する。アーユルヴェーダを賞賛し生活のなかに取り入れている欧米や日本の少なからぬ人々は、近代医学の副作用や「患部だけ診て全体を診ない」ことによるさまざまな弊害を経験したことがきっかけとなり、アーユルヴェーダに過大な期待と評価をする傾向がある。またある人々は、物質主義的な視

11) もっとも、中心的な医典である『チャラカ・サンヒター』においても、バラモンのな浄/不浄や菜食を励行するような記述が中心を占める反面、肉の薬としての効用についても示されている。

点を乗り越え霊性や精神性をも含んだホリスティックな生命科学として、アーユルヴェーダにこそ真理が存在すると考える。西洋医学とアーユルヴェーダを対比し、お互いの医療を対極にあるものとして理解していくのである。そこではアーユルヴェーダを賞賛する一方、それと対照するかたちで、必要以上に近代医学の問題点や弊害が示されるという現状がある。近代医学では、体内の臓器に問題があり治癒が困難であればその部位を除去することがある。それにたいして、アーユルヴェーダ推進者はそのようなことをすれば体内のバランスは著しく崩れるので除去するべきではなく、医学の根本的な身体・健康観に問題があると主張する。下痢にたいして近代医学の下痢止めを服用するならば、そのことによって体内のもっている浄化作用や自然治癒力を抑えることとなり、最終的には体内を悪化させるともいう。私たちがアーユルヴェーダに注目した背景には、医療実践の全体をよりよいものにしていくという目標が基本にあったはずである。しかし、ここでは既存の近代医学を悪者にして、その否定的な評価ばかりが前面に出されるようになっていく。

そして、このような反近代医学としてのアーユルヴェーダ理解は、より強固に固定的なアーユルヴェーダ理念を構成していく結果とも結びつく。そこでは上述したように、アーユルヴェーダにおいては、古代から延々と続く固有の体系があり、たとえ現代科学では理解することができなくても、そこには（超）合理的で曲げられない理念があると考えているのである。

## 7. 民族医療の治療実践

では、実際、民族医療は近代医学と相容れないものなのか。ここで加瀬澤の調査地域におけるアーユルヴェーダ治療家の治療の様子を紹介したい。G 治療家は南インド・ケーララ州の一村落にて治療をおこなっているアーユルヴェーダの治療家<sup>12)</sup>である。治療は自宅にて提供し、看板等も出していないために、患者はほぼすべてが近隣の住民である。

<事例 1 患者は 40 代の女性。更年期障害と推定される<sup>13)</sup>。20 代の娘とその幼児が共に付き添ってやってくる<sup>14)</sup>>

G 治療家（以下 G）：具合はどうですか？

患者（以下 P）：薬がもう切れしました。

G：痛みはなくなりましたか？

P：ほぼなくなりました。でもかゆみがあります。

G：（患部である脛の部位を観察して）前よりは良くなっているね。

P：はい。

G：あなたの症状は脚に出ているけれど、これの根本的な原因は子宮にあります。頭痛はある？ 処方したオイルは付けていないのですか？

P：オイルは全部使い果たしてしまいました。また欲しいのですが。

G：（指先を詳しく観察する。その後、ナーディーの診断<sup>15)</sup>をする。）

12) 彼らは世襲制・徒弟制のもと治療技術を学んだ治療家である。公的には「医師」とみなされないが、長期的に臨床をおして得た身体化された技術を持っていること、人々の身体認識に沿った治療を提供していることから、村落の住民からは多大な信頼を得ている。

13) 更年期障害は、一般に閉経時の女性に、耳鳴りや肩の凝り、心悸亢進などが症状として現れる。

14) 事例 1、2 ともに 2003 年 1 月 15 日、G 治療家の診察への参与観察による。

15) ナーディーの診断とは、患者の手首に指を当てて、主に患者の体内におけるドーシャ（注 5 参照）のバランスを診る診断方法であり、アーユルヴェーダにおいては中心的な診断方法のひとつとされている。



G: いくらかカパ<sup>16)</sup>が減少しています。問題はやはり子宮にあります。この治療には近代医療の大学病院に行けばだいぶ費用がかかるでしょう。あなたはこの治療をするだけの金銭的余裕がないのだから、私の出す薬を飲み続けていたほうが良いですよ。

P: いくらかかりますか。

G: 薬代は70ルピーです。これで15日はもちます。

P: 痔核もあるのですが、これはどうしたらいいでしょうか。

G: それは近代医療の病院に行って手術をしたほうがいいでしょう。あなたは食生活に気を付けるべきです。辛いもの、塩分、油分の多いものは控えるべきです。晩ご飯には炊いた米を塩とチリなしで食べてください。

P: 昨晚も胃腸がおかしかったのです。胃腸の問題も気になっています。便通も良くありません。

G: それもあなたの子宮が原因なのです。浄化されていないものがあなたの子宮に残っているのが原因です。では胃腸の症状を改善させる粉薬もだしましょう。

P: それはいくらかかりますか。

G: 275ルピーです。その粉薬は便秘にも効果的です。しかも、この薬は年齢に関係なく服用できます。しかし、今その薬はありません。4-5日のうちに作りますよ。

<中略>

P: 薬を飲んだ後に働きに行っても大丈夫ですか。

G: その必要がありますか? あなたには2人の息子がいるのではないですか。彼らはちゃんと働いているし、あなたの世話だっているでしょう。だから、あなたは働きに行く必要はなく、治療に専念するべきですよ。

<事例2 印刷業を営む初老の男性 (P 1) と、仕立屋を営む娘婿 (P 2)、共に関節痛に悩む>

P 2: 脚に問題があります。(患部を見せる。)

G: (患部や身体の各位をみた後、ナーディーを診る。)

問題はカパにあります。痒みはありますか? 掻いたりしていますね?

P 2: はい、時々掻いてしまいます。

G: 消化になにか問題がありますか?

P 2: いいえ。私にとって問題なのは、仕立屋という仕事柄、いつも立っていることです。半時間もたっていると脚の痛みを感じます。

G: (P 1に対しても同様に診断をする。) あなたも同様の問題を持っていますね。これはヴァータ<sup>17)</sup>に関連した症状です。あなたの仕事もやはり立ち仕事が多いのでしょうか(注: GはP 1が印刷業に従事していることをあらかじめ知っている)。一時的に痛みを取りたいのならば、そのための薬用オイルをだしますよ。

P 1: 私たちは一時的に痛みをとるためにここに来たのではありません。完全に治したいからやってきたのですよ。

16) ドーシャのひとつで、五大でいう水と土の性質を持つ要素である。この患者はカパが減少しているために、水や土の性質を持つ要素を体内に取り入れることが勧められる。具体的には熱性や刺激性の物の過剰な摂取や過度の労働を控えることが指示される。

17) ヴァータはドーシャのひとつであり、体内の循環系と密接な関係にある。一般的に、関節に関連した疾患は血流や流体的要素の循環が悪くなることに関係していると理解される。

P 2：私はもう2年間も痛みが続いています。

P 1：治療中に禁忌事項はありますか？

G：もちろんあります。完治したいのであれば、立ち仕事をしないようにすることですよ。

P 2：それは無理です。そうするならば私は店を閉めなければなりません。どうしたらいいのですか。

G：どうしたらいいのだろうか・・・(考え込む)。

P 1：仕事を続けながら治していけるような、いくつかの薬をだしてもらえないでしょうか。

G：(少し考えてから)わかりました。粉薬をだしましょう。この痒みを伴う脚の症状にはアレルギーもあるようです。いずれにせよ、煎じ汁を1週間飲み続け、薬用オイルも塗ってください。この粉薬はショウガを粉にしたものとともに飲んでください。1週間後に体の内部を浄化するための薬を与えます。この病を完治させるため、まず、この煎じ汁を飲んでください。禁忌事項は絶対に守ってください。

これらの事例から、アーユルヴェーダはたしかに、身体上の症状を取り除くのみでなく、病を発生させるもととなっている身体上の部位やバランスの崩れを探り、またこの病をもともと発生させ持続させている患者の生活上の原因をつきとめ、それらを改善していくことを常に中心においたホリスティックな治療であることがわかる。そのため、日常生活において、なにをすべきか、してはいけないか、なにに注意するべきなのかが事細かに患者に対して指示されていく。

さらに、治療においては、患者をめぐる生活環境だけではなく、人間関係や経済状況など、患者の置かれた社会状況性をもが勘案される。〈事例1〉では、病が患者の職業に起因していると判断した治療家は、患者に対して仕事や収入は息子に任せればよいと論じている。また〈事例2〉においては、病気の根本的な原因が職業に起因することが解ってはいるが、患者の置かれた家庭状況や経済状況を考え、患者が仕事を継続しながら病を改善していく別の方法を模索しようと試みている。

〈事例2〉のように本来改善すべき生活上の病の原因を取り除こうとするのではなく、別の方法で治療していこうという治療家の判断は一見、彼の治療に対する姿勢や考えが日和見的であると見なすこともできるかもしれない。しかし、患者の健康問題が患者をとりまく社会関係、経済状況、生活実践など様々なもの上に成り立っている以上、身体上の疾患を治すのみでは抜本的な解決とにならないこともある。たとえ仕事を休むことで病が改善されたとしても、仕事を休むことで新たな経済問題や家庭問題が引き起こされることもあり、それが新たな病の発症へとつながることも考えられる。治療家は包括的に様々な要素を考慮して、患者にとって最も良い解決方法を模索しているのである。

このように、全人的な治療というアーユルヴェーダの基本的な理念はたしかに存在するが、それはけっして固定的な理論の適用としてあるわけではない。事例のように、状況に合わせて臨的にきわめて柔軟に、患者との対話のなかで治療方針を決めていくのである。それは患者をホリスティックな意味で治すということを第一義に考えているからに他ならない。

次に、加瀬澤自身の体験談も紹介したい。現地での調査滞在中、带状疱疹<sup>18)</sup>を患った筆者は、

18) 带状疱疹(帯状ヘルペス)とは、「体内に潜伏感染していた水痘・带状疱疹ウイルスの再活性化によって、一定の神経支配領域の皮膚に紅暈を伴う小水疱の集簇が形成されたものをいう。水泡内容は初め透明であるが、まも

懇意であるアーユルヴェーダ・ドクター<sup>19)</sup>のM氏のもとを訪ねた。氏は、この筆者の発症に対して近代医療での治療を勧めると同時に、その1ヶ月ほどの治療の間、その経過を絶えず気にし、時折相談にのってくれた。筆者がM氏を訪れると、彼は症状を尋ね、患部を観察し、近代医療の医師がどの薬を処方し、どのような指示をだしたのかを筆者にしきりに尋ねた。筆者が処方された薬を見せると、彼はそれらの薬について、細かに説明をはじめた。この薬はこのような作用があるが、こういった副作用もある、これは単に解熱のための薬であるから特に必要ないのではないかと、といったことを話しはじめたのである。しかし、それは筆者にたいして治療の変更を強いるものではなく、ただ、彼自身の考えを述べるものであった。

その後、症状はだいぶ改善され、再びM氏を訪れると、彼は「ほぼ治ったが、完治のためにアーユルヴェーダの排泄療法をおこなったらいのではないかと提案してきた。帯状疱疹は体内の神経系統に潜伏していたヘルペス・ウイルスが、免疫力の低下時などに活性化することで発症すると一般に説明される。このウイルス自体は体内の神経系に寄生し休眠するために、近代医療の薬を用いても、発症を鎮めることはできてもウイルス自体を全滅させることは難しいといわれる。そしてこの病で気を付けなければならないのは、後遺症が残るケースや再発が多いことである。特に老年期に発症し、十分に完治しないままに放置すると病が慢性化し、強い神経痛を伴う後遺症が残り、頻発する可能性もある。M氏は、完治のためにはアーユルヴェーダを用いた浄化のための療法をおこなわなければならない、と言った。彼は、アーユルヴェーダの治療によってウイルスを全滅させたり全て排除したりすることができるとは言わない。しかし、アーユルヴェーダの療法によって、現代医療では顧みられることが少ない、後遺症や再発が起きないような身体にすることは可能であるという。そのため、近代医療でほぼ症状が治まった筆者に対してアーユルヴェーダの治療を受けることを強く勧めたのである。

M氏はなぜ、患者に最初近代医学での治療を勧めたのだろうか。この患者の症状にたいして、自らの治療では治せないと思ったからではない。なるべく早く快復してもらいたいという周囲の人々そして本人の願い、かつ経済的にあまり負担をかけず身体的・精神的な不安を取り除きたいという患者の要望のもとでは、自身による治療をおこなうよりも近代医学の治療の方がこの患者にとってはよいのだと判断したのである。またさらに言えば、M氏は近代医学の治療だけで十分に完治するとも考えていない。M氏はウイルス性疾患を迅速に改善するためには近代医学がアーユルヴェーダよりも有効であることを認めながらも、抜本的な治療においてはアーユルヴェーダのほうが完全に優位であり効果的であることを主張する。

これらの症状にたいして近代医学の治療をおこなったならば、たとえ近代医学的には「治癒」し身体の機能が「快復」したと判断されたとしても、アーユルヴェーダの理論においては、未だ体内のバランスが崩れた状態であり「治癒」が必要な状態であると判断される。調査地域においては一般の人々も同様の身体理解をもっている。近代医学の治療後そのままにしていたら、新たな副作用が生じたり再発や後遺症が生じたりするのではないかと不安を患者自身も持っているのだ。そ

---

なく膿疱となり、ついで痂皮化し全経過2～4週間で治癒する。痒痒感や疼痛を伴うことが多く、特に老人では治癒後も1年以上、後遺症として神経痛が残ることがある。健康人に突然発症することもあるが、悪性腫瘍、免疫抑制剤使用、高齢化など、免疫機能の低下した状態で発症することが多い(『医学大辞典第二版』医歯薬出版1996:1048)

19) アーユルヴェーダ・ドクターは、大学のアーユルヴェーダ課程を経て国家公認の医師免許を得た治療家である。近代医学の基礎にも精通し、現代西洋的な生活を営む都市中間層や海外からの渡航者から多くの信頼を得て治療を提供している。

ここでM氏は、近代医学での治療をおこなった後に、アーユルヴェーダの理論に則り、患者の考える「完治」に到達するような治療を自らがおこなうことを考えたのである。

G氏もM氏も、治療において、アーユルヴェーダの理念や実践に固執していない。自らの理念を貫くあまり、患者にたいして新たな不安や問題を与えてしまうのであれば、それは治療とはいえ、また、医療者としてのあるべき姿からも外れていると考えるのである。しかしだからといって、患者の要望を全て呑んで日和見的に自らの理念を曲げているというわけではない。彼らは、患者の視点にたちながら自らの提供する医療のよさが最大限に発揮されることを考え、全人的な治療という自らの医療の理念を守りつつ、患者の要望や患者をとりまく社会環境を考慮しながら柔軟に医療実践をおこなっているのである。環境のなかの人間の全人的な健康をめざす医療のありかたこそが、彼らの考える「ホリスティック」な医療なのである。

## 8. 実践知としての民族医療

医療は、認識の対象を客体として分析し言語的に把握する「概念知」とも、普遍的に適用可能なノウハウである「技術知」とも性格の異なるものである。医療は、人間が健康的な生活を送るために必要不可欠の「実践知」だといったほうがよい。別の言い方をすれば医療は、コンテクストから離れて成立しうるといふような目的達成のための知識（knowing 'how'）や、対象の分析的把握のための知識（knowing 'that'）ではなく、ある状況や環境のなかの実践において生成する知識（knowing 'from within'）なのである [Shotter 1993: xiii]。医療においては、病に悩む患者から痛みと苦しみをとりのぞき健康な状態へと戻すことが求められ、また治療家自身がそのことに自らの存在意義を見出している。そのため医療にかかわる知は、病に悩む患者と体面し、相手の存在に関与していく臨床の場においてはじめて発生するものであるといえるだろう。治療理論や治療技術にかかわる知は、このような患者との関係性のなかで培われた経験の蓄積であり、理論はよりよい治療を提供することを手助けする手段として存在するものなのである。

このような実践知としての医療においては、民族医療の体系的ー貫性や固有文化としての真正性といった問題は二の次のこととなる。医療従事者の社会における役割は、いかに患者の痛みと苦しみを取り除き、彼らの生活をよりよいものへとする手助けができるのかということにつ着く。この目的の前では、彼らの理論的な主義主張は変容を余儀なくされることもありうる。

しかし、今日の都市的な状況での医療においては、治療実践を、患者と向き合う臨床の場で形作り状況に合わせて変化を加えていくのではなく、むしろ予め設定された医療体系の一貫した枠組みに合わせようとしているように見受けられる。問題とすべきは、個々の患者に直面した臨床の場における医療の実践知を磨こうとするのではなく、コンテクストから離れた医療の概念知や技術知を重視する態度ではないだろうか。このことは近代医学も民族医療も同様である。臨床の場において患者を救済する実践であるという医療の根幹的な存在意義を軽視したのでは、技術や概念のレベルでどれほど洗練された知の体系となろうとも、医療として成り立ち得ないのである。民族医療を理解するにあたって、今一度、それは患者を治す医療実践であるという原点に立ち戻る必要があるのではないだろうか。

## 9. おわりにー民族医療の知的潜在力と持続型生存基盤パラダイム

本稿では、現代世界における民族医療の知的潜在力を探ろうとしてきた。ここまでの検討から、それには三つの側面があるといえそうだ。

第一は、民族医療に蓄積されてきた知識や技術で、現代科学を通じて近代医学に取り込むことのできるものである。これについては、昨今、薬学者や医学者による非常に積極的な調査が行われているところである。こうした知的潜在力を追求することは、ベイトソンのいう近代医学の「技術がつまった袋」のなかみを増やすことには貢献しそうだが、近代医学の知的枠組みの限界を超えるものとはならない。

第二は、民族医療における全体論的認識の知的潜在力である。これは分析的で要素還元論的な近代医学にたいする有効な批判のパースペクティヴをもたらすことは間違いない。環境のなかに生きる人間の全人的な健康を、その全体的で複雑な体系に注目しながらとらえようとする民族医療の認識論からはたしかに学ぶことが多いだろう。しかし、それが理念的な認識論にとどまる限りは、全体論と還元論は対立したままである。そこでは、民族医療のホリスティックな認識体系と、近代医療の還元論的な分析とは対比的に論ぜられるにとどまる。

今日の医療において必要なのは、近代医療／民族医療の二者択一的な選択ではない。また、民族医療を取り込んだ近代医療でも、近代医療を超えるものとしての民族医療でもない。民族医療を検証可能な技術と知識のパーツにわけてしまって近代医療のなかで使用するだけでは、民族医療のもつよさがほんとうの意味で生かされたとはいえないであろう。また近代医療の還元論にたいして、民族医療の全体論を主張するのみでは、両者はただ対立したふたつの体系にとどまってしまう。今の私たちに必要なのは、還元論と全体論を架橋するような新しいパラダイムである。それは、分析にもとづく目的合理性と、全体のネットワークをみわたす生態学的認識というふたつのタイプの知を統合することでもある。それはいかに可能なのだろうか？

そこで第三に注目されるのが、本稿で論じた実践知としての民族医療の知的潜在力である。それは、民族医療の閉じた体系や伝統のなかに蓄積された医療知識のことではなく、むしろ、民族医療の治療者が、実際の状況と関係性の場のなかから患者を癒すための適切な実践をつくりあげていく能力のことを指す。それは、近代医学の技術や知識に対してもオープンであり、その状況において使うことのできるハイブリッドな医療資源をさまざまに組み合わせながら、患者にとって最適な治療のかたちをつくりだそうとする実践的な知のはたらきである。事例に示したM氏は、患者に当初は近代医学を勧めながらも、近代医学での治療の状況を逐次見ながら、その治癒の過程でアーユルヴェーダの治療がいかに患者に手助けできるのかを探っていた。このような分析的かつ全人的な医療実践のあり方にこそ、社会における医療環境をよりよいものにする糸口があるのではないだろうか。

還元論と全体論を理念的なレベルで統合することを目指すよりも私たちに必要なのは、具体的な状況のなかで目的に応じた適切な知識・技術を分析的に選択しつつ、同時に、それらがより大きなシステム（身体、社会、生態）のなかでもつ多義的で多方向的な影響を勘案し、さまざまな要素を組み合わせながら具体的な関係性のなかで適切な実践を構築していく知的センスであろう。そうした実践知は、自他の関係性のネットワークのなかで生命のより豊かなつながりを構築し、持続的生存基盤を形成するために必要な知のかたちであるように思われる。概念知と技術知の発展はむしろ望ましいことだが、その一方でそうした知識・技術の適切な使用を支える実践知に注目し、その知的潜在力を掘り起こしていくことは、持続型生存基盤パラダイムを構築するための必要条件のひとつである。

謝辞：本論は、京都大学グローバル COE プログラム「生存基盤持続型の発展を目指す地域研究拠点」の研究成果の一部である。

## 引用文献

- 奥野克己 2002 「土着の実践から民族医療へー近代医療との交差を中心として」『民族学研究』67(3), pp. 249-268.
- 今西二郎・渡邊聡子 2000 『代替医療のいま』(別冊「医学のあゆみ」) 医歯薬出版.
- 川田順造 1995a 「基層文化としての身体技法ー十七世紀以後のフランスを中心に」川田順造編『ヨーロッパの基層文化』 岩波書店.
- 1995b 「国際学部の中の文化人類学」『広島国際研究』1, pp. 19-38.
- 島蘭進 1996 『精神世界のゆくえー現代世界と新霊性運動』 東京堂出版.
- フォスター, G.M. & B.G. アンダーソン 1987 『医療人類学』(中川米造訳) リブレポート.
- フーコー, ミッシェル 1969 『臨床医学の誕生』 みすず書房.
- ベイトソン, グレゴリー 2000 『精神の生態学』 新思索社.
- Arnold, D. 2000. *Science, Technology and Medicine in Colonial India*. The New Cambridge history of India 5, Cambridge: Cambridge University Press.
- Brass, P. 1972. "The Politics of Ayurvedic Education: A Case Study of Revivalism and Modernization in India," in S.H. Rudolph and L.I. Rudolph, eds., *Education and Politics in India: Studies in Organization, Society and Policy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, pp. 342-371.
- Leslie, C. 1976. "The Ambiguities of Medical Revivalism in Modern India," in Charles Leslie ed., *Asian Medical Systems*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, pp. 356-367.
- Shotter, J. 1993. *Cultural Politics of Everyday Life: Social Constructionism, Rhetoric and Knowing of the Third Kind*. Toronto: University of Toronto Press.