

グローバル状況下の民族医療における知識の新たな位置付け

—インド・ケーララ州の事例から—

加瀬澤 雅 人*

New Positioning of Ethnomedical Knowledge under Globalization: A Case Study from Kerala, India

KASEZAWA Masato*

This article aims to describe how practitioners of ethnomedicine attempt to transform and improve their ethnomedical knowledge under globalization, through a case study from Kerala, India. In the course of the argument, I attempt to delineate particular characteristics of the ethnomedical knowledge.

Recently, ethnomedicines have become popular in the West. Ethnomedical knowledge tends to be displaced from local contexts and transformed into an objectified set of techniques that can be learnt and used anywhere. On the other hand, Western medicine has spread widely in India and, with rapid modernization of life-styles, people nowadays tend to avoid ethnomedicine, which is often slow to take effect and may involve severe restrictions on diet. Under such conditions, local practitioners in Kerala have begun to get together and collectively improve their ethnomedical knowledge. They have started to remove the hereditary boundaries of knowledge and form groups with reliable colleagues to share and improve their ethnomedical knowledge and skills. By sharing their experiential knowledge, they aim to re-create ethnomedicine that is relevant to contemporary contexts.

This does not mean, however, that they insist on their intellectual property rights, or that they reveal their knowledge to the public as doctors of Western medicine do. They try to maintain the basis of their unique, coherent and embodied knowledge of ethnomedicine and at the same time transform the knowledge in a flexible way by introducing new aspects of medical practices in response to the needs of contemporary patients and patients worldwide who want to receive the treatment.

* 国立民族学博物館, National Museum of Ethnology
2006年1月11日受付, 2007年4月17日受理

1. 序論—民族医療の知識をめぐる新たな問題

1.1 問題の所在

本論は、現代インド・ケーララ州の地域社会における民族医療の実践の変容過程について論じる。世襲制や徒弟制のもとに治療技術を継承し村落社会のなかで治療実践をおこなってきた民間の治療家たちが、医療のグローバル化や産業化が進む今日の状況変化のなかで、どのように自らの医療を反省的にみつめ、知識や技術のありかたを変化させているのかを明らかにする。そして、彼らが知識のありかたを新たに再構築するに際して、その方向性を決定付けしている根本的な要素を明らかにすることで、これまでの民族医療をめぐる理解への再検討を加えることが目的である。

近年、各地に存在する民族医療は世界で広く知られ、実践されるようになってきた。インドの民族医療も地域の枠組みを超えて世界各地に紹介され、それぞれの地域で新たな解釈のもとに実践されるようになっていく。民族医療のグローバルな産業化が進むことによって、これら医療の知識・技術は知的資源や生薬資源としてこれまでにないほどの経済的な価値をもつようになり、グローバルな資本主義と結び付いた産業として重要な位置を占めるに至っている。その結果、新たな問題も生じている。インドの民族医療にかかわる者たちは当該医療が産業として発展していくことを期待する一方で、この知的資源が外部者によってただ一方的に収奪され利用されるのではないかという不安を抱くようになっていく。海外においてアーユルヴェーダに代表されるインドの伝統医療は盛んになっているものの、それはインド人治療家たちによるものではなく、地域の医師や治療家たちの手によってアレンジが加えられ、改変されたものである [Frank and Strollberg 2002]。また、民族医療にかかわる生薬の知識が外部の人間によって無断で商用利用される「バイオパイラシー（生物資源の海賊行為）」も生じるようになっていく [シバ 2002]。民族医療の広がりによって、この医療の知識をめぐる所有権や正統性如何が問題とされるようになったのである。

これまで民族医療における知識は、大きく「知的資源としての知」「文化としての知」という2種の枠組みにおいて対立的に論じられるのが常であった。国際関係学や経済学の立場、あるいは民族医療を実践的な医療として考える医学者や製薬企業の開発者にとって、民族医療は普遍的に利用可能で経済的な利潤を生み出す知的資源である。他方、人類学的な文化理解を重んずる者にとって、民族医療の知識は、社会関係に埋め込まれた固有の文化である。民族文化の知的資源は社会に「根付いたもの (situated)」であり [Leach 2000; Nigh 2002]、それら文化を担う人々の身体に「埋め込まれた (embedded)」ものである [Reichel-Dolmatoff 1976; Strathern 1988, 1999: 170; Born 1996]。この立場からは、知識を所有物として独立した対象とみなす西洋中心的な知識理解への批判とともに、近代の普遍主義的な知的所有権の枠組

みを民族医療にあてはめていくことへの限界が繰り返し主張されてきた [Strathern 1999: 170; Born 1996; 池田 2002].¹⁾ そして、知的資源をめぐる問題解決のために、今日グローバルスタンダードとなりつつある知的所有権の概念の相対化を図りつつ、現地社会に固有で、生活実践に根付いた知識の取り扱い方を維持し [池田 2002]、法制度による保護や規制あるいは金銭的な利潤配分といった近代的知的所有権制度に則った解決法に限定されない、現場に即した解決法を新たに模索することが求められてきたのであった²⁾ [モーリス=鈴木 2002].

しかしながら、以上のような人類学の方向性のもとでも、十全な解決法が提示されているとはいえない。人類学者がしきりに地域社会に根付いた知識のありようを主張する一方で、現地の人々のなかからは逆の動き、つまり文化の脱地域化をおこない、欧米型の新たな所有権体系のなかに位置付けていくという動きが活発に、積極的なされるようになってきたことに注目する必要がある。インドの民族医療ではその傾向がとりわけ顕著である。民族医療の治療家の多くが、インドとは環境の異なる外国でも利用できるように、自らの医療知識を改変して提供している。医療としての可能性や知的資源としての価値を見越して、現地の治療家のなかには、自らの治療実践を産業に親和性のあるものへと積極的に変容させるものも現れている。地域社会に根付いていたはずの医療知識の脱文脈化をおこない、世界で利用可能な文化資源へと変換し、欧米型の新たな知的所有権に「自らの文化」を明確に位置付けていくという、現地の治療家の動きを捨象して今日の知的資源問題を考察することはできなくなっている。

さらに、彼らが自らの知識を脱文脈化させていくのは、医療知識のもつ経済的な価値を見越してのことに限定されたものではない。現地の民族医療の担い手が積極的に自らの医療文化を脱地域化していく背景には、自らの治療技術を広く世界に紹介していきたいという治療家たちの主体的な思いも存在する。治療家たちは自分たちの医療技術が民族や地域を超えて、病を患う多くの人々へと広く利用されることを望んでいるのである。³⁾ そのことはこれまでの民族医療を対象にした調査事例からも明らかである。現地社会の治療家たちの多くが、新たな治療法を求めてやってきた民族外の調査研究者に対して、「強力な薬やとっておきの薬を教えてください」

1) しかし、知識が文脈化、身体化 (embodied) されたものであるという理解には、今日批判や疑問も生まれつつある。Strathernは知識が身体化されたものであると主張する一方で、知識を過剰に文脈化するという人類学の傾向に対して批判を投げかけている [Strathern 1988: 251-270].

2) たとえば Anil Gupta はインドの養蜂に関する民間知の外部社会での利用に際して、金銭的還元収束されない名誉のような還元を考えるべきだと提唱する。また英米と12の途上国で形成する ICBG (International Cooperative Biodiversity Group) では、見返りとして先進国の工業技術を提供するという還元をおこなっている [Moran *et al.* 2001: 516].

3) このことと関連して、医療資源は全人類の共有財産 (common heritage) であるという博愛主義的な認識が医療資源問題をさらに複雑にしている [Moran *et al.* 2001]. 先進国の製薬企業は、疾病に患う多くの人々を救済することを名目に、途上国での生薬開発を正当化する。また一方では、南アフリカのエイズ患者を救済するという人道的見地から、知的所有権上違法となる安価なコピー薬 (途上国で違法に製造される特許薬と同成分の薬) の利用が国際機関によって認められている。このように、いかに患う者を救済するのかを最優先項目と考える世論によって、医療を知的資源と考える立場とは異なる措置がとられることもある。

たり [古澤 2002], 世界中の多くの患者の治療に役立てられるのなら躊躇せず教える [Nigh 2002] というような状況が存在する。

歴史的にも, 固有な伝統とされてきた民族医療が, 実は歴史的なもつれ合いのなかでつくられてきたことは歴史研究から明らかになってきている [Thomas 1992]. 医療は, 地域相互の交流のなかで外部からより良い技術を取り入れて, 改善を積み重ねてきたのである [池田 2002; Alter 2005: 3]. たとえば南アジアに固有で古代に集大成された伝統医学であるといわれるアーユルヴェーダにおいても, イスラームや中国の医学の影響を受けながら, さまざまな治療技術を取り入れて今日に至っている. 現在のアーユルヴェーダでの診断の中心をなす「脈診」の技術は中国からの影響によって取り入れられたものであるといわれ [クトムビア 1980; 矢野 1988], 主要な治療法のひとつである「瀉血」⁴⁾ は中世西洋で盛んにおこなわれた治療方法でもある. そして, 現在でも, そのような医療文化の流動的で動態的な交流は治療実践のフィールドから垣間見ることができる. 民族医療の治療家たちが, 外来の治療技術ではあるが効果的であると判断した場合, 躊躇なく自身の治療実践のなかに組み入れていくということが, これまでの医療人類学の調査事例においても頻繁に述べられている [Neumann *et al.* 1971; Bhatia *et al.* 1975; Leslie 1976, 1992; Nichter 1991; Nigh 2002; Langford 2002]. 彼ら民族医療を担う治療家が, 外来の技術を柔軟に取り入れていく理由は, 彼らが目前にいる患者の病を治すことを主目的にしているからにほかならない. 医療が治療を目的とした生活実践であるからこそ, どの民族文化に属する医療であるかとか, 地域に根ざした文化であるか否かという問題を超えて, より良い方法は積極的に取り入れて, 改良をつみかさねていく.⁵⁾ つまり民族医療は, 地域に固有の文化であり地域社会に根付いた生活実践であると同時に, 地域という枠組みを超えて広く応用が可能であるという汎用性をもそなえもつのである. 事実, 現在のようになり, 世界各地でアーユルヴェーダの治療がおこなわれるようになった背景には, この治療実践が地域を超えて治療に効果をもつものであったからにほかならない.

以上の論点にたてば, 医療として普遍的に応用することが可能な民族医療の知識は, 歴史的に地域的差異を超えて広く普及していった近代医療と同じように, 地域社会の状況に依存しな

4) 皮膚を切り, 血を出す, あるいは蛭などの虫に吸わせることで, 悪化した血液を対外に放出することで身体の回復をはかる方法であり, アーユルヴェーダでは浄化療法, 後述のパンチャカルマのひとつとしてもおこなわれている.

5) これは医療が地域社会に固有で, 太古から継承してきた文化であるという側面を捨象することではない. しかし今日, 現地の文化の担い手たちが, とりわけ民族性や伝統性, 固有の文化であることを強調する状況を無批判に受け入れてしまうことには問題がある. 文化資源が過度に財産的な価値を帯びた現状においては, その資源の所有の根拠を示すために, 伝統性や地域固有性が後付け的に援用される可能性が高い. これまで人類学を中心とした地域社会に根付いた知識のありかたを主張する活動も, 得てしてこのような現地の利潤を求める人々の所有権の論拠立てに利用される危険性を伴っているのである.

い近代医療と同様の知識とみなすことが可能であるかもしれない。⁶⁾ しかし、民族医療の知識が近代医療における知識と同種のものとしてみなせると結論付けるのも性急である。民族医療は、その知識の性質が近代医療のそれとは大きく異なる部分が多い。民族医療の実践は、多くの場合、世襲制のもと、限定した人々に対してのみ継承されてきたものであり、近代医療のように知識を公共のものとして一般公開することを前提としたものではなかった。そしてさらに、民族医療においては徒弟制を基本として師から弟子へと受け継がれるものであり、習得される技術は長期的な臨床経験をとおして体得される。そのような知識は客観的な「情報」として脱社会文脈的に扱えるものではなかったのである。もちろん民族医療においてもこれまでさまざまな治療技術や処方箋が文書として書き残されている。しかし、たとえばアーユルヴェーダにおいては、それらは特殊な韻文形式で記されており、徒弟制のもとに体得した治療家しか正確には理解できないような形となっている。つまり、これらの知識は、近代的な知的所有権制度が前提とするような、公共の知識として一般に公開され取り扱われることを前提としてはいないのである。

このように固有の社会と文化に根ざし身体化されたものでありながら、同時に普遍的に効果のある実践技術として存在する民族医療をどのように捉えることができるのだろうか。ここで人類学におけるこれまでの知識についての議論を捉え直し、民族医療にかかわる知識をどのように捉えることが可能であるかを検討してみたい。

1.2 民族医療の知をどのように捉えたらよいか

ブロック [1994] によると、知識は、象徴的な知識と日常的な知識とに二分化できるという。この枠組みに依拠すれば、象徴的な知識は静的で社会環境の変化には直接的にはかかわらないイデオロギー的な知識であり、日常的な知識は動的で生活環境に実際に働きかけるための具体有用な知識である。そして、民族医療は、象徴や意味の体系と深い関連をもつものの、それが医療として日常生活上必要不可欠な実践的な知識であることや、実際に病気を治せるかどうかという有用性が重んぜられることを考えれば、むしろ日常的な知識としての側面が強いということができる。

民族文化といわれるものが人々の日常実践に深く根ざしたものであるという理解は、これまでの人類学での議論においてしばしば指摘されてきた。文化の客体化論や文化の創造という視点も、地域社会の文化は、そもそもはそこに生きる人々の日常に埋め込まれた生活実践であることが基本的な前提としてある。また、文化が人々の日常実践に深くかかわるものである

6) 本論では近代医療を、相対的に客観的・普遍性があり、脱社会文脈的な性質をもつ知識であるとする。しかし、そのことは近代医療が状況に依存しない知識であると主張するものではない。事実、今日の近代科学を対象にした人文科学研究からは、普遍的で独立した知識として捉えられる近代医療や近代科学の状況依存性が指摘されている [e.g. 木村 1998; ラトゥール 1999; 中村 2000; 近藤・浮ヶ谷 2004]。

ことは、身体レベルからも盛んに議論されている。福島 [1995] らはレイヴ・ウェンガー [1993] の「正統的周辺参加 (L. P. P.)」⁷⁾ という概念を用いて、身体技法にかかわる知識は身体と身体が属する社会環境に埋め込まれたものであると論じている。そして徒弟制をとおした学習は、周辺参加を通じてこうした知識を習得する過程であることが示されている。しかし、ここで議論されているのは主に芸能文化についてであり、それは技術的有効性が重んぜられる民族医療とは知識として大きく異なる面もある。伝統芸能においては型の継承が重んぜられるのに対して、民族医療においては治療有効性の向上のための変革はいとわれないからである。

生活実践と結び付いた技術的有効性が重んぜられる知識を対象とした議論として、金 [2000: 132] は、漁業の技術や知識は、生業としての経済的な側面を捨象することはできず、また、彼ら漁民同士で情報交換が頻繁におこなわれ、「名人であればあるほど新しい情報の収集や、魚場、漁法、漁具などの研究を積極的に重ねている」という。また大村 [2002: 56] によれば、「伝統的な生態学的知識 (traditional ecological knowledge)」⁸⁾ は「日常の生活実践のなかで再生産しながら変化させてゆく」ものであり、それは近代科学とは異なるが、近代科学 (技術) とは正反対の特徴をもつ共約不可能なパラダイムでもない。両者間の違いは「それぞれを方向付ける価値観の相違」 [大村 2003: 41] として捉えるべきであるとされる。この考察に沿えば、生活実践としての技術は、社会文脈性のなかで身体化されていくものであるが、身体からある程度取り外し可能な知識としての側面ももつ。いい換えれば、その知識は、文化的な意味から切り離せないものであるが、静的にとどまるものではなく、世界との経験的な相互作用と交渉において新たな知見の導入と全体的な枠組みの組み換えがおこなわれていくのである。

そのような見地から、ショッター [Shotter 1993] の提唱する「第3の知識のありかた」 (knowing of the third kind) という枠組みは、理解の大きな助けとなる。ショッターは現代心理学、とりわけ心理療法の実践の場における主客二元に基礎をおいたこれまでのアプローチを批判し、それを乗り越えるために、臨床の場において、患者を第三者的に観察していくのではなく、「ともに思考していくこと」の重要性を主張する。そして知識を、既存の客体として捉えるのではなく、実践をめぐる具体的な場において、患者とそれらを取り巻く環境のなかから導き出されるものとして考えるべきだとする。

このショッターの理解は、存在論的な視点から知識の問い直しを迫るものである。これまでの知識に対しての理解は、知識は既存のものとして客観的に「ある」ことが前提となっており、民族医療についても、それを「知的資源としての知」として位置付けるか「文化としての

7) 「正統的周辺参加」において、学習は命題的な知識を獲得することではなく、社会的共同参加によっておこなわれるものである。

8) 「伝統的な生態学的知識」とは、「先住民の人々が過去数百年にわたる環境との相互作用を通して培ってきた知識と信念と実践の統合的体系」 [大村 2003: 27] のことである。

知」として位置付けるかという議論が堂々めぐりをしていて、知識は文化的な意味から切り離せないものであるという主張は、治療実践が地域社会の枠組みを超えて利用されている今日の現状を説明し得ないものとなっており、他方、民族医療を知的資源として捉える視点によっては、当該知識の固有の性質を十分に考慮した制度設計ができずにいる。必要なのは、民族医療という知識が、文化的意味の枠組みや社会関係に埋め込まれたものでありながら、同時に、地域性を超えた実践の有用性をもつことを説明する枠組みなのである。そのためには、ア priori に存在する知識が実践において適用されるという理解枠組みを離れて、具体的な実践の場における世界および他者との相互作用のなかで、知識は構成されていくという視角が有用であろう。ショッターは、世界を客観的に認識するための「理論概念知」(theoretical-conceptual knowledge)や、世界に普遍的に適用可能な「実践技術知」(practical-technical knowledge)といった枠組みには収まりきらない「実践モラル知」(practical-moral knowledge)という概念を提唱している。これは、知識の活用や理解のしかたが実践的なものでありながら、社会的な状況性や環境のなかに埋め込まれたものである。その実践は、他者との具体的な関係性のなかでおこなわれるのであり、その知識が適切であるかどうかは、その実践への応答として、他者によって判断されるものであるため、それはモラルな性質をもつのである。他者を痛みや苦しみから救うという医療の目的は、最終的には、患者の側からその実践的な効果が認められることによってはじめてまっとうされる。この意味で、医療は実践モラル知であると位置付けることができるだろう。この論点にたつことで、民族医療が、固有の文化的な意味の枠組みのなかで成立するものでありながらも、基本的には日常生活に根ざした実践的な知識であること、そして医療従事者としての他者本位の志向性によってその知のありかたが柔軟につくりかえられていくことに注意を向けることが可能になるだろう。

1.3 調査地域および本論の構成

本論では以上のような問題関心のもと、インド・ケーララ州において、世襲や徒弟制のもとに治療技術を継承してきた民間の治療家が、グローバル状況のなかでいかに自らの医療知識を捉えなおし、今日の変化に対処していこうとしているのかを探っていく。調査はインド・ケーララ州のティルヴァナンタプーラム市の南沿岸地域で2002年3月から2003年2月まで、および2003年11月から2004年2月までおよそ14ヵ月間おこなった。

なお、論を進めるにあたって、簡単にインドにおける民族医療をめぐる状況を説明しておきたい。本論ではインドにおける民族医療をその知識・技術の習得方法や活躍の場、治療スタイルから大きく二分して考える。今日、インドでは民族医療の近代化が進み、伝統医学のいくつかは大学課程のなかに組み込まれ、現代医学を基礎においた治療家の養成がなされる。そのような伝統医学の課程を修了し、公的な「医師」資格を得た者たちが存在する一方、従来の世襲制や徒弟制のなかで治療技術を体得していく治療家も多く存在する。本論では暫定的に前者を

「医師」、後者を「ヴァイッディヤ」(*vaidya*：サンスクリット, *vaidyan*：マラヤーラム)と称して区別する。

両者は知識のありかたにおいては、大きな隔たりが存在する。伝統医学の「医師」たちは、現代科学の知識のうえに伝統医学を位置付け、近代的手法も用いながら海外の患者やインドの都市知識層を相手に治療をおこなっている。彼らが治療に用いる知識は大学の課程で、主に講義や読書を通じて学んだものであり、規格化されたものである。一方、「ヴァイッディヤ」における治療に関する知識や技術は師弟関係をとおして体験的に伝えられるものであり、その治療家に特有の知識である場合も少なくない。このように、「医師」の扱う知識は文字化され体系化された知識であり、すでに一般にも公開されているものである。一方、「ヴァイッディヤ」における知識は、徒弟関係のなかで身体的経験を通じて習得されるものであり、言語的伝達だけでは獲得できないものである。

今日のように、インドの民族医療が世界で広く評価されるようになると、伝統医学の「医師」たちはこぞって海外とのかかわりをもつようになった。少なからぬ「医師」たちが、インドを訪れる外国人を対象に治療を提供し、あるいは自ら海外に赴いて治療をほどこすようになっている。そこでは、前述のように知的資源をめぐる新たな問題が生じる結果となっている。一方、「ヴァイッディヤ」は村落社会における福祉として、村落社会の人々を対象に治療をおこなっており、これまで海外での動向、需要や産業と結び付くことはほとんどなかった。しかし、次の2節で詳述するように、今日では「ヴァイッディヤ」として伝統医療のグローバル化に無関係ではなくなってきつつある。近年彼らのもとにはインド内外から研究者や開発者が訪れるようになり、生薬の利用方法や治療にかかわる知識の公開を要請されるようになっている。ヴァイッディヤたちは開発者たちとの接触をもつことによって、自らの知識が経済的価値をもつものであることを知り、欧米型の知的所有権に則って産業開発を進めるならば、そこで多大な利益が得られる可能性があることを自覚するようになりつつある。そこで3節では、村落で治療を担う伝統医療の治療家たちの現代的な動きを、彼らが近年結成した組織での活動を中心にして描写する。

なお、調査対象とした地域においては、ほとんどのヴァイッディヤが「シッダ医学」の流れを継承する者たちである。「シッダ医学」は、汎南アジア的な民族医療であるアーユルヴェーダとは理論や治療をほぼ共有するが、水銀などの鉱物を利用することに特徴があり、調査地域に隣接するタミル・ナドゥ州を中心に南インドにおいて盛んな医療の一大潮流である。彼らの治療はこのシッダ医学の基本理念をもとに、ケーララ州の社会的生態的環境に沿って独自の治療法や処方を蓄積しており、「マルマ」(*marma*, *varma*：サンスクリット, *marmam*：マ

ラヤーラム)⁹⁾のような身体化された技術を用いて治療をおこなっている。

2. 民間の「伝統」医療をめぐる現状

2.1 外からの開発の波とその反応

民族医療への開発の波は、近年、村落で治療にあたる各々のヴァイッディヤのもとに直接的に押し寄せるようになっていく。¹⁰⁾ たとえば、地元で有名な治療家アニクマール氏（仮名）のもとには数年前に、あるアメリカ人が訪ねてきた。この外国人は十分な見返りをするので、アニクマール氏の治療技術を教えて欲しいと懇願した。アニクマール氏は見返りとして6ヵ月で80万ルピー（約2万5千ドル）という莫大な金額を提示したために、そのアメリカ人は彼から教えることをあきらめたという。¹¹⁾ アニクマール氏が本心から高額な金銭を見返りに求めたのか、このアメリカ人を追い払うためにわざと高額な金額を示したのかはさだかではないが、このみずばらしい格好をしたアニクマール氏のもとに外国人が訪れて、膨大な金銭の取引の話が交わされたことは治療家の間では有名な話となっている。

アニクマール氏ほどでないにしろ、民間の治療家の多くが海外からの患者や研究者の訪問を受けた経験をもっている。州都ティルヴァナンタプーラムや国際観光地コーバラム¹²⁾にも近いB市郊外の村落で治療にあたるモハンラル氏（仮名）¹³⁾のもとにも、近年では外国人が訪問するようになった。彼の診療所は看板も掲げておらず、自宅の一室を診察室として使っている。全くもって地域住民を対象とした診療所であるのだが、彼の噂を聞きつけた外国人がたまにやってくる。海外からの患者の訪問によって、彼は自身の治療技術が広く世界に通用するものでありうることを自覚しはじめるようになっていく。そして、できれば海外にも自身の治療技術を広めていきたいと思うようになっていく。調査者として彼のもとに頻繁に訪れる筆者に対しても、日本で自分の技術を生かすことができないか、としきりに尋ねてくる。

モハンラル氏（以下M氏）：日本では私がおこなっているような治療はあるか？

筆者：日本にも日本独自の治療法や薬はありますが、ここでおこなわれている治療法や薬はまずないと思います。

9) マルマは中医学でいうところの「経穴」に相当し、ヴァイッディヤたちによると、その部位に作用を加えることで生体内の「エネルギー」の循環を回復し、病が治療できるのだという。

10) 生薬に対しての研究開発は、この地にドイツ植民地政府が樹立されていた時期にすでにはじまっている。当時植民地政府の要請によって van Rheede が編纂した *HORTUS MALABARICUS* [Heniger 1986] は今日でもケララ・マラバル海岸地域の有用な生薬資源を参照するための基本文献となっている。

11) 2003年12月15日、ヴィジンジャン村近郊にて、筆者のM氏への聞き取りによる。

12) コーバラム海岸においては、海外やインド各地から訪れる観光客のための大小さまざまなアーユルヴェーダ・クリニックが存在し、これらではマッサージや簡単な治療がおこなわれている。

13) 彼はクリスチャンであり、村落の住民の多くもクリスチャンである。

M氏：日本で治療をおこなってみたいが可能だろうか？

筆者：難しいと思います。日本とインドでは医療制度が違うので、医師免許のないあなた自身が患者を診断し治療実践をおこなうことは無理だと思います。日本では西洋医学の医師のみが治療をおこなうことができるのです。たとえあなたが治療をおこなうとしても、西洋医学の医師の管理のもとに制限的におこなうしかないでしょう。

M氏：制限されたとしても治療はおこなえるのか？

筆者：ほとんどが西洋医学の医師の主導での治療になると思います。またシッダのような鉱物や重金属を含む薬はまず利用できないでしょう。

M氏：そんなことは問題ない。シッダの治療には実に多くの方法や薬があるのだ。多少自由がきかなくても問題にはならない。私の治療を、ぜひとも海外でも試してみたい。¹⁴⁾

M氏のこのような発言の背後には、経済的に豊かな国で医療に従事することによって多くの収入を得たいという側面があることは否定できない。しかし、動機は金銭的な問題だけでもない。M氏は、世界で自身の治療技術を試してみたい、と強く思っているのである。

彼のように、自ら海外に赴いて、治療技術を試してみたいと考えているヴァイッディヤは少なくない。遠路からの患者や研究開発者が訪問するようになったことで、彼らの治療技術や知識が世界的に評価され求められてきていることを治療家自身が肌身をもって感じており、自身の治療をより多くの患者のために生かせないか、と考えるようになっているのである。

2.2 人々のヴァイッディヤ離れ

しかし、その一方で、現地におけるヴァイッディヤたちの村落社会における立場はけっしてよいものではなくなってきている。村落の人々は、次第にヴァイッディヤたちの治療を利用しなくなっており、ヴァイッディヤの家系でも、治療技術や知識が継承されないことも多くなってきた。さらに、観光地で民族医療がもてはやされるようになったことで、にわか仕込みの自称「ヴァイッディヤ」が蔓延するようになったことも、ヴァイッディヤのような民間の治療家たちへの世間からの風当たりを強いものになっている。治療家のひとり、モハンクマール氏（仮名）は、今日の治療家が置かれた状況を説明する。

現在では多くの治療家の家系が貧窮しています。なぜなら、彼らのもとに患者が昔のように頻繁にはやってこなくなったからです。最近では皆、西洋医学ばかりに頼るようになっていきます。ちょっとしたことで、すぐに、市販の薬を服用するようになりました。（中略）。多くの治療家の家系では治療を提供しなくなり、継承されてきた技術は世の中に使われない状

14) 2002年11月7日、ヴィジンジャン近郊にて、筆者のモハンラル氏との会話による。

態になっています。¹⁵⁾

モハンクマール氏が言うように、現実として村人たちはヴァイッディヤの治療をあまり利用しなくなっている。巷にさまざまな市販薬が出回るようになり容易に薬を服用できるようになったこと、そして、それまで民間の医療施設しか存在しなかった村落にも西洋医学の診療所が開設されるようになったため、人々はより利便性が高く即効的な効果が期待できる西洋医学へと流れていったのである。しかも、そこで処方される治療薬は、生薬を原料としたヴァイッディヤたちの薬よりもはるかに安価であることが多い。¹⁶⁾ さらには、ヴァイッディヤの治療においては、治療は患者の生活全体の改善によってなされる。食事や睡眠や排便など患者の状況が事細かに聞き出されたうえで、どのように生活するべきか、何を食べてはいけないかなど、多くの遵守事項・禁忌事項が患者に指示される。

たとえば、コーリー・レーヒヤム (*kōēi lōhiyam* : マラヤーラム) というペースト薬がある。これは、鶏肉を主原料にさまざまな生薬、地場で作られる酒をもとに作られるペースト状の薬である。多くの人々がこの薬を、雨季のはじめに常用してきた。雨季にはさまざまな病が蔓延する。この薬は雨季に特有な病を防ぎ、健康に保つ効果があるとされるので、雨季がはじまる頃になると、人々は近くのヴァイッディヤたちをお願いしてこの薬を作ってもらい、約1ヵ月の間、毎日このペースト薬を服用するのが慣わしであった。しかし、今日この薬を摂る者は少ない。鶏肉と酒をふんだんに使って作るこの薬は高価なものであり、また、服用期間中に守るべきさまざまな禁忌事項もある。この薬を服用する1ヵ月の間、冷たい食べ物や果実類を摂ることはできず、禁酒、禁煙、禁欲を守らなくてはならないのである。今日、このような決まりを守れる者は少ない。一方、アーユルヴェーダにはチャワナプラーシャムというペースト薬が存在する。これは健康増進のための汎用的なペースト薬であり、季節の差異に関係なく利用でき、また、特に厳格な禁忌事項も無い。この薬は多くの製薬企業から市販されており、雑貨屋でも買える日常的なものでもあり、コーリー・レーヒヤムのように高価なものでもない。そのため、人々は市販のチャワナプラーシャムをコーリー・レーヒヤムの代わりに利用するという傾向も生まれている。

治療効果が緩やかで、薬の服用に手間取り、しかも治療期間中、禁忌事項が多いヴァイッディヤたちの治療は敬遠されるようになってきたのである。調査村落でも今日、隠居生活者以外で、真っ先にヴァイッディヤのもとを訪れる者は僅かである。多くの者が下痢などの消化器系統の疾患や頭痛、皮膚の爛れなどの病を抱えているが、ほとんどの場合、薬屋に行って下痢

15) 2004年1月11日、バララマプーラム市近郊にて、筆者のモハンクマール氏への聞き取りによる。

16) 一般的な疾患においては、大量生産される西洋医学の薬の方がアーユルヴェーダの市販薬よりも安価であることが多い。しかし、西洋医学での診察では、少なからず精密検査が必要となるケースが多く、その場合は多額の出費がかかる。

止めや抗生物質、ステロイドの軟膏などを購入することで済ませてしまう。村落の住民のひとり、ヴァサンダ夫人（仮名）もまた、甥がヴァイッディヤであるにもかかわらず、日常においてヴァイッディヤの治療を選択することはまず無い。彼女は頻繁に頭痛に悩まされているが、西洋医学のような遵守事項・禁忌事項の無い薬にもっぱら頼っている。ヴァイッディヤの治療が抜本的な解決のためには最も有効であるとは感じつつも、日中仕事に従事する彼女にとって、仕事を制限してしまうヴァイッディヤの治療は受け入れることができないのである。

西洋医学や市販の薬品が普及する以前までは、ヴァイッディヤたちは村落での治療実践の中心を担い、いわば社会福祉として医療の奉仕をおこなってきた。治療実践は、村落社会における役割分担のひとつであり、村落のヴァイッディヤの多くが、治療実践を専業とせずに、他の仕事で生計を維持しながら、空いた時間に村人に治療を提供してきた。そのため治療家の多くが患者に対して診察代をあらかじめ請求するようなことはなかったのである。事例としたモハンラル氏やモハンクマール氏のように、クリニックの看板を掲げることなく村落の治療実践にあたる治療家も、現実としてほとんどの患者が診察に対していくらかの謝礼を置いていくが、治療家自身が薬の原料費以外に患者に金銭を請求することはない。しかし、さまざまな医療が提供されるようになり、村落での共同体社会としての役割分担の認識が薄れてきた今日では、村落共同体での奉仕としてのヴァイッディヤの役割は次第に薄れつつある。

2.3 知の継承における変化

継承者不足もヴァイッディヤたちにとって大きな課題のひとつである。上述のモハンラル氏も継承者に悩むヴァイッディヤのひとりである。彼には2人の息子がいるが、現在、息子たちは彼の治療技術を受け継ぐ予定はないという。長男は隣接するタミル・ナードゥー州のアーユルヴェーダ大学に在学中で、将来はアーユルヴェーダの医師になることを希望している。彼は父の治療技術には一目おきながらも、父がヴァイッディヤとして継承してきた治療技術を正式に継承するつもりは無く、従来のような徒弟制のもとで父に弟子入りすることも敬遠している。当初、父の治療方法を継承するつもりであった次男も、途中で修行に挫折し、現在では父から学ぶことを完全に諦めてしまった。代わりに次男は、心理療法の資格を得ようと学びはじめた。心理療法士は、ストレスや精神疾患の拡大によって今日インドで最も需要の高まりをみせている医療資格のひとつである。

このように、ヴァイッディヤの知識は継承されることが少なくなっている。なぜなら、治療技術を継承するための修業期間がとても長く、困難なものだからである。シッダの伝統を受け継ぐ者は、まずはじめの12年間師のもとに丁稚奉公として仕え、治療家としての素質が認められてはじめて、治療技術を学ぶことが許されるという。しかも患者に対して十分な実践がおこなえるまでには、長い期間の経験が必要である。今日、このような治療家の道を選択する者は少ない。しかも、たとえ十分に年数を費やして治療技術を身に付けたとしても、その技

術は大学出の「医師」のように公的に保証されたものでもない。著名な治療家で世間的にも評価が高い場合には、たとえ大学での課程を経ているとも医療従事者としての公的な資格が付与される場合があるが、そのようなヴァイッディヤはほんの一握りであり、ほとんどの場合、政府はヴァイッディヤに対して医療従事者としての資格を与えていない。そのため、ヴァイッディヤは村落社会の住民に対して個人的に治療を施すしかなく、公的な病院や診療所で仕事を得ることはできない。その結果、治療家をめざす者の多くが、大学での伝統医学の課程に進むことを選択するようになった。村落で治療実践にあたっていたヴァイッディヤ自身も、彼らの息子や娘を大学の伝統医学の課程へと進ませたいと願う場合が多い。大学課程では、治療技術が短期に学べ、しかもそれを修了すれば「医師」としての国家資格を得ることができる。医師資格が得られれば公的な医療機関で就業することも可能であり、名目的には西洋医学の医師と同等の待遇となる。さらに世界市場という将来的な可能性を考えれば、多くの治療家志願者たちが大学教育へと移行していったのは当然の成り行きであった。

モハンラル氏もまた、息子の将来性を見越して長男をアーユルヴェーダ大学に行かせたのである。彼は、決して自身の治療が大学教育を経た伝統医学の医師によるものよりも劣っているとは考えていない。むしろ、自身の治療技術には、大学では教えないオリジナルな治療法や処方箋があり、治療としてはより優れていることを、これまでにも繰り返し私に主張してきた。しかし、治療家として専門的に生業を成り立たせていくためには、大学で医師の資格を取ることが実際的にはベストだとも考えている。彼は、長男が医師の資格を取ったうえで、彼の知識や技術を徐々に継承していってくれることを願っている。

モハンラル氏のように、知識の継承が途絶えつつある家系は多い。クリシュナクッラ氏（仮名）もまた、そのような問題に苦悩するヴァイッディヤのひとりである。彼の場合、彼の親の代に、すでに知識の継承が切れてしまっていたのである。彼の曾祖父はこの地域で有名なヴァイッディヤであった。しかし、彼の祖父と父は、曾祖父の技術を継承しなかった。そのため、この知識の実践は一旦世間からは消えてしまった。彼は武術の専門家であり、武術に関連したマルマ治療の修業をおこなってきたために、家系に伝わる治療技術にも大変大きな関心と興味をもっている。しかし、一旦継承の途切れてしまった彼の家系において、治療に関する知識は、治療法を記した貝葉文書と、曾祖父が記したノートから察するしか方法はない。なお貝葉文書とは、貝多羅葉というパルミラ椰子の葉を乾燥させたものに、鉄筆で彫りつけて書いた文書のことで、インドにおいて伝統的に用いられていたものである。貝葉文書は古式の文字と語彙、文体で記されており、さらには専門的な知識があつてはじめて理解できるような内容であるため、このような記述をもとに正確な治療実践を再現させることは困難である。そのため、彼はこのノートを頼りにしながらも、多くのヴァイッディヤのもとを訪ね歩き、このノートに記された処方の説明をおこなっている。同じ生薬原料であっても、地域や使用する部位によつ

てさまざまに異なる名前が付けられている。そのため、この貝葉文書に書かれている生薬を同定することからして大きな困難が伴う。また調査過程での、その配分や時間的タイミング、温度といったことは経験的に判断していくしかない。彼は他のヴァイッディヤたちの助言を得ながらも、自ら試行錯誤を繰り返し、彼の家系に伝わる薬の復元を試みている。その出来を判断するために、患者に試しに使ってもらおうよう彼からお願いすることも少なくない。そうして今では家系に独自に継承されていた処方箋の十数種はなんとか実践に活用できるものとなり、実際に治療へと利用している。

彼は武術やマルマの専門家で、すでにその分野におけるさまざまな生薬や治療技術についての知識を身につけていたために、家系に伝わる治療をある程度復活させることができた。しかし、彼が基本的な知識を全くもたなかったならば、治療実践の再現は不可能であったに違いない。事実、村人のひとり、現在政治活動家として活躍するカディール氏（仮名）の家系にも、代々伝わる治療法が示された貝葉文書が存在するが、カディール氏の家系は医療からは完全に離れてしまっているために、彼自身の手によって再現させることはできない。彼は、この貝葉文書を世のため役立てようと、非営利の研究機関に寄贈するのだという。

2.4 メディカル・ツーリズムによる影響

治療知識の継承が少なくなり、正当にヴァイッディヤの技術を受け継ぐ者の数が減少傾向にあるのと裏腹に、いい加減な治療家の数は増えている。治療家のひとりで観光地に近い場所で診療にあたるアニクマール氏（仮名）は言う。

最近では我々の治療方法へと海外からも関心をもたれるようになってきています。コーバラムのような観光地にやってくる観光客の間では、これまでのアーユルヴェーダ医師たちの治療以外に、ナダ・チキツァ（注：民間でおこなわれるローカルな治療実践）への関心も高まっていて、それらを取り入れる観光施設が多くなってきました。しかし、そこでは表面的にしか治療法を学んでいないような治療家たちによって治療がおこなわれています。私たちの治療法は間違った使い方をすれば症状が悪化したり死に至ったりすることもあります。このような現状は、民間のアーユルヴェーダやシッダに悪いイメージを与えています。¹⁷⁾

アニクマール氏が言うように、観光地では、それまで中心となっていたアーユルヴェーダのマッサージや治療実践よりもさらにローカル色の強い治療が観光客から求められるようになった。近年では旅行者のなかでも、観光化されたアーユルヴェーダではない、村落で実際におこなわれている治療を求めて民間の治療家のもとを訪れる人が多くなっている。¹⁸⁾

17) 2004年1月4日、ティルヴァナンタプーラム市内にて、筆者のアニクマール氏への聞き取り調査による。

18) 観光地のアーユルヴェーダ・クリニックで働くM氏による。

このような観光客の要望をうけて、観光地の治療施設ではよりローカルな治療技術を取り入れられるようになってきた。足によって施されるマッサージ¹⁹⁾や、バナナの葉を用いたマッサージなどは、ローカルな治療実践を応用したものである。マッサージの方法そのものにも変化がみられるようになった。それまでのマッサージは、身体にオイルを擦り込むことに主眼をおいた、ソフトなタッチによるものであったが、筋肉のコリをほぐしリラックスしたいと思う観光客の要望にあわせて、民間のシッダや武術の技術を取り入れた、よりアクロバットの技法によるマッサージが多くなってきたのである。このような手先の技術に特化したマッサージは、正統なヴァイッディヤではなく、また十分に知識を積んだマッサージ師でもない、俄仕込みの自称「ヴァイッディヤ」たちによっておこなわれることが多い。彼らは観光客の要望を察して数ヵ月間ローカルのヴァイッディヤのもとで新たなマッサージ術のみを学び、その技術をもってこの観光地の治療施設を転々と渡り歩いている。彼らのおこなう足によるマッサージでは、手によるマッサージとは異なり身体の加重が大きく圧として加わるために、より効果的に身体を刺激する。しかし、技術が不十分であるため、結果としてより重度な損傷を患者に与えてしまうこともある。メディアからは、こういったいい加減なマッサージが医師資格をもたない「偽医師」によっておこなわれていることへの批判が増加してきている [New Indian Express 2002]。十分な知識や技術をもたないマッサージ師や治療家が蔓延しないためにも、医師資格をもたない民間の治療家を規制して取り締まるべきだという論調が多く聞かれるようになり、その矛先はこれまで適切に治療を提供してきたローカルのヴァイッディヤたちにも向けられはじめたのである。

以上のように、村落で治療実践をおこなってきたヴァイッディヤたちをとりまく社会環境は大きく変化している。村落社会からは彼らの治療はあまり利用されなくなり、彼らの実践を生かす場は減ってきている。一方で村落の外部からの評価は高まり、要望は増加してきている。しかしながらこのような状況において、ヴァイッディヤたちは、彼ら自身の治療実践が村落外の多くの人々にも利用されるようになることを期待しつつも、同時に治療実践をいかに地域社会や環境に根ざしたかたちで維持していけるのか、その方法を模索しはじめている。そのことを次節で具体的に示していきたい。

3. ヴァイッディヤたちの模索

3.1 知の共有への試み

ヴァイッディヤの間では、自らの治療実践を再び人々に利用されるようにすることを模索する動きがあらわれてきている。ヴァイッディヤを志す者のひとり、アーシャン氏（仮名）は

19) 通常、マッサージは掌によってのみおこなわれるが、民間のマッサージにおいてはより負荷のかけられる足によるマッサージもおこなわれる。

ヴァイッディヤたちの治療実践が利用されなくなってきた原因は、彼らの治療実践が現代社会に適応しきれなくなってきたことにあると考えている。

シッダの治療を現代社会に役立てることはとても困難があります。現代社会は以前に比べて大きく変化しています。シッダは伝統的な方法でしか実践をおこなうことができません。(中略)たとえば、現代では大きな生活スタイルの変化があります。多くの人が体の一部、頭だけを使った仕事をするようになりました。一方、シッダは昔の肉体労働を中心とした生活に合わせて、当時の人々に合うようにつくられた治療法です。治療法が現代の社会や生活環境に合わなくなっていることが、人々がシッダの治療を利用しなくなり、今日この医療が衰退しつつある主たる要因だと思います。²⁰⁾

つまり、現代のようなデスクワーク主体の生活によって生じるストレスや頭痛などさまざまな病状に対して、民間の治療実践は十分には対処できていないというのである。そして、解決のためには、実践的な場での経験をとおした改善が必要であると考える。

今日のシッダの治療家は「リサーチワーク」をしていかなければなりません。それは、治療経験をとおして、古い基礎知識に照らしながら今日の社会状況にも適用できるような治療をつくっていくことなのです。たとえば、エイズのような今日の新たな病について、ヴァイッディヤたちはこの病気の症状や兆候がどのようなものかよくわかっていません。これまでの古い治療技術を活用していけるものなのかどうかを、治療をとおして経験的に明らかにしていかなければならないのです。

彼の主張によると、伝統医療の治療実践を今日の社会に適用するということは、西洋医学の診断技術であるスキャンや ECG のような現代の技術を取り入れていくということではない。また、古の治療技術に戻ってそれをそのままに再び現代によみがえらせるということでもない。彼が考えるに、まずすべきことは、これまでに蓄積されてきた治療知識や技術をもとにしながら、さらに今日での治療経験を積み重ねていくことで、現代社会に活用可能なものへと技術を鍛え直していくということなのである。そして、それを可能にするためには、治療家自身がもっていた医療知識に対しての考えかた、医療知識のありかたを変える必要があるという。

ヴァイッディヤのなかには、ある種の病気に特化したスペシャリストが数多くいます。し

20) 2004年2月4日、バララマプーラム市近郊にて、筆者のアーシャン氏との会話による。

かし、彼らはそれらの技術を家系のなかに守り、他のヴァイッディヤに対してこれまで、あまりオープンにはしてきませんでした。しかし、これからは技術や経験を共有していく必要があります。（中略）なぜ、西洋医学はこうも世界的に発展したのか、それは治療にかかわるすべての知識や技術が共有され蓄積されてきたからです。各自の治療経験をとおして新たな発見があれば、それはすぐに公表され、その後の実践に応用されていく。しかし、シッダやマルマ治療では西洋医学のような発展とは反対の方向性にあったのです。各自が知識を閉ざしてきました。そのことがシッダやマルマ治療の発展を妨げ、今日人々からあまり利用されない治療へととなりさがってしまった要因なのです。²¹⁾

今日の社会状況に適応していくために、これまで各自が世襲制や徒弟制のもとで個別に継承してきた知識を、治療家全体の共有的な知にしていくことが必要だというのである。同様の主張は他の治療家からも発せられている。クリシュナクッラ氏は以下のように言う。

伝統的な治療方法が今日有効かどうか、再度「検証」することがとても必要になってきています。私の言う「検証」とは、現代医学のように「ラボ」²²⁾で科学的に示すということではなく、治療行為のなかでその効果をあきらかにしていくということです。そして、地域で活躍する治療家たちの知識や、地域に残っている知識を、治療家たちが十分に活用できるような状況にしていくべきです。現に、今日では、多くの有用な治療法が書かれてある古い貝葉文書の文献が、活用されないままになっていることが多いのですから。²³⁾

実際に、知識を治療家のなかで共有していこうという動きは、具体的な活動となってあらわれてきている。前述のモハンクマール氏は、知識を秘匿するこれまでの治療家のありかたを自ら崩していこうと活動している。彼は現在、家系に伝わる治療法が記された貝葉文書の文献を現代語訳し、これを他のヴァイッディヤたちとも共有していくことを考えている。彼は言う。

以前は多くの村人が私たちの治療を受けていました。しかし、現在では人々はまず近代医療を受けます。（中略）今日のように私たちの治療が人々に利用されなくなっていくと、治療家たちはさらに治療をおこなう機会を少なくし、現状から離れた治療しかできなくなってしまう。しかし、シッダやマルマの治療法には現代社会の疾病にも対応できるだけの基本的な原理がありますし、それを生かしていかなければなりません。治療家それぞれがとて

21) 2004年1月4日、ティルヴァナンタプーラム市にて、筆者のアーシャン氏への聞き取りによる。

22) 「ラボ (laboratory)」はケーララにおいて精密検査のことを指す語として、日常的に人々に用いられている。

23) 2003年12月21日、バララーマプーラム市近郊にて、筆者のクリシュナクッラ氏への聞き取りによる。

も優れた治療技術をもっています。また各治療家は患者への治療をとおしてさまざまな経験をしています。それらを共有していくことが、これからのシッダ・マルマ治療に必要だと考えています。(中略) 古い文献や継承されてきた技術と、現状の我々の治療との間にはいくらかの違いがあります。なぜなら、実際の治療実践によって新たな治療方法が蓄積され改善されていくからです。古い文献は、その文献が書かれた当時の環境や社会をもとに書かれています。それは今日の社会とは異なります。だからこそ、われわれは徒弟的な継承法によって実践的な治療技術を継承してきたのです。我々は現状に合った経験を重ねることでのみ、発展が可能なのです。²⁴⁾

多くのヴァイッディヤたちが、今日彼らの実践が利用されなくなってきた主たる原因は、次第に地域社会の現状から乖離してきたことにあると考えている。そして彼らの治療実践は社会や環境と同調しなければならないと考える。アーシャン氏が示唆するように、西洋医学が今や医療の主流として多くの人々に利用されるようになった背景には、個々の治療家が治療実践のなかで得た新たな経験や知識を世界大に共有し、同時代性を維持してきたからだという理解がある。そして、同時代性を維持し、社会に根付いた治療にするためには、それまで個々の治療家が世襲制のもとに閉ざしてきた知識を治療家のなかで共有していかなければならないという気運の高まりにつながっている。

3.2 「ケーララ・シッダ・マルマ治療協会」

知識の共有をはかることでヴァイッディヤの治療を再興し、さらに広く活用できる治療実践をしていこうという動きは、ケーララ州において、今日、「ケーララ・シッダ・マルマ治療協会」が中心となって、大きな潮流となりつつある。

「ケーララ・シッダ・マルマ治療協会」(Kerala Sidha Marma Chikilsa Sangham²⁵⁾ 以下 KSMCS) はケーララ州南部地域を中心に、村落でシッダやマルマ治療といった伝統的な治療実践にあたる民間の治療家たちが結成した活動組織である。地域社会で世襲的・徒弟的に知識や技術を継承してきた治療家たちが中心となって、民間の治療実践の改善と活性化、そしてそのより広い普及を目的に、1990年にケーララ州ティルヴァナンタプーラム市で結成された。²⁶⁾

24) 2004年1月11日、バララマプーラム市近郊にて、筆者のモハンクマール氏への聞き取りによる。

25) なお、党組織が会員あてに配布するカレンダーには Kerala Sidha Marma Chikilsa Sanghom とアルファベット表記されているが、つづり間違い、あるいは現地での発音に合わせての表記であると思われる。

26) 2004年1月4日、ティルヴァナンタプーラム市でのKSMCSの定例会合にて、幹事の演説による。KSMCSは出版物等がないため、本組織の設立や目的は幹事および治療家数人に尋ねた際の返答をもとにしている。なお、本組織に対して筆者の会合への参加、参加者への聞き取り調査が可能になったのは、以下のような事由からであった。筆者は現地においてある教師と家族同様のつき合いをさせてもらっているが、この教師の妻方の家系がヴァイッディヤの流れをくみ、家族のひとりがこの組織の古参のひとりであったこと、そしてこの教師の教え子の父親が偶然にもこの組織の幹部のひとりであったことから、この組織の会合での傍聴、および組織の幹部や参加者への聞き取り調査が可能となった。

その後、この協会の活動は一旦休止状態となっていたが、2000年以降は急速に復活している。2004年現在では約400人のメンバー²⁷⁾を抱え活発に活動をおこなっており、州政府に対して、ヴァイッディヤの待遇を改善するよう働きかけている。²⁸⁾

KSMCSの活動は、メンバー全員参加を前提にした月に1回の会合・勉強会である。毎月ティルヴァナンタプーラム市内で開かれるその会合では、会合毎に、あるマルマの部位がテーマとして採りあげられる。そのマルマがどのような特徴をもつか、そのマルマの損傷をどのようにして判断するのか、そのマルマの損傷に対していかなる対処をするべきか、そして、どのような生薬を用いるのが有効なのかといったことについて、壇上にたったヴァイッディヤが説明する。この勉強会でのマルマについての説明は、教科書的な内容に終始せず、そのマルマについて卓越した知識をもった治療家が、彼のおこなった治療経験や、時には彼の家に伝わる治療方法をも交えながら具体的に講義をしていく。そのため、前述のクリシュナクッラ氏のように、ヴァイッディヤの知識を継承する家系の出自でありながらも、なんらかの理由で治療家としての十分な養成や経験を受けてこなかった者にとっては、基礎的な内容を確認する機会であり、長年治療実践にあたってきたヴァイッディヤたちにとっては、異なった治療経験を知る機会として機能する。

KSMCSは、各地に離散する民間の治療家の技術や知識を集大成し、シッダ・マルマ治療として統一と基準化をはかり、そのことによって民間の治療家たちが医療従事者としての公的な資格を獲得することを目指す。前述したように、これまで民間のシッダやマルマ治療においては、治療実践の基準となる公的なとりきめがなく、治療家のほとんどが公的な医療従事者としての資格²⁹⁾をもっていないことが、結果として不完全な知識しかもたない治療家や利潤優先の治療家を蔓延させることとなった。KSMCSは、民間の治療実践においてもある一定の基準を自主的に設けることで、世間に蔓延する不適切な治療家を一掃し、治療実践の質の向上をはかることを考えている。そのため、この組織のメンバー選定にも厳格を期している。不適当な治療家を排除するため、加入に際しては正規メンバーからの推薦と面談試験が課され、正式加入までは猶予期間を設けてその治療家の素性と能力を判断している。また、KSMCSの政府への働きかけによって、徐々にではあるがヴァイッディヤたちに医療従事者としての資格が付与されはじめており、それまでは公的な資格をもったアーユルヴェーダ医師によって占められ

27) メンバーは地域で治療実践をおこなっている治療家および治療家を志す者であり、そのほとんどが世襲的に治療技術を受け継ぐ家系の者である。メンバーの資格は1年ごとに更新される。筆者が調査対象とした地域でも、ヴァイッディヤの何人かはこの組織のメンバーとして活動している。

28) 組織運営の資金はメンバーから徴収する会費によってまかなっている。事務所等は設置されていない。

29) 今日ケーララにおいて、アーユルヴェーダやシッダ、ユナニーといった伝統医学の大学教育課程で得られるのは医師としての免許（Aライセンス）である。しかし、大学課程を経ない世襲的な治療家は、医師免許（Aライセンス）は当然のこと、治療従事者のためのライセンス（Bライセンス）を獲得することも難しい状況にある。

ていた公的医療機関の伝統医学の部局にヴァイッディヤたちも採用されるようになってきている。³⁰⁾

この組織の主たる目的であり活動の中心となっているのは、治療家の間で知識を共有することにより技術改善をはかることである。しかしこの組織の活動が、西洋医学のような全医療従事者への完全なる知識の公開や、知識の普遍化を目指しているわけではないことに注目しなければならない。KSMCSでは、民間の治療実践を広く拡大していくことよりも、治療家の数がたとえ限定されたとしても、治療の質を維持することに重点をおき、知識や技術はその素性が明らかなKSMCSのメンバーである治療家たちのなかのみ共有しようとする。会合において、組織の執行部は参加したメンバーたちに次のように念を押す。

私どもの知識、この会合で得た知識を絶対に第三者に漏らさないでください。メンバー外の治療家とのむやみな交流によって治療方法を変えていくことも慎むべきです。なにか疑問や問題があれば、メンバーに相談してください。私たちはいわば家族のようなものですから。³¹⁾

KSMCSが目指すのは、家族のような親密な関係性のうえに成り立つ知識の共有であり、たとえ優秀な治療家であっても、メンバー以外の治療家との知識の共有はすべきでないと考える。このような組織の性格に対しては、組織の外部からは批判が生まれている。KSMCSは各治療家が有する多様な知識や技術をまとめ上げて共有していく活動をおこなっているが、これは組織として治療にかかわる知識を囲い込むことを目論んでいるのだという批判である。そのような見方は完全には否定できないであろう。しかし、KSMCSは一部の支配者層によって組織化されているわけではない。この組織は地域社会で活動する治療家たちによる自主的な組織であり、ほとんどの参加者たちは組織の方針に共感をもって加入してきているのである。

ヴァイッディヤたちはより良い治療実践を追求し、それがより広く利用されることを期待している。治療にかかわる知識や経験を共有し合うことは、各治療家にとって大きなメリットである。異なる知識や経験を知ること、直接的ではないにしろ、自らの治療実践に生かすことができる。少なくとも、ある特定の症状に対してどの治療家が卓越した経験と知識をもっているのかがわかれば、そのような症状の患者に遭遇した際に、その治療家に治療法を尋ね相談することができるし、患者を依託することも可能となる。しかし、知識を共有していくという

30) その結果、アーユルヴェーダ医師たちとの間に公的機関での就職口の奪い合いという新たな問題も生まれ、両者の確執が深まる結果となっている。ケーララ政府がローカルの治療家に対して積極的に治療家のライセンスを出そうという動きに対して、アーユルヴェーダ大学の学生たちは授業のボイコットを度々おこなっている。

31) 2004年1月4日、ティルヴァナンタプーラムにて、KSMCSの定例会合でのKSMCS代表ロビンソン・グルッカル氏による発言。

ヴァイッディヤたちの新たな試みにおいては、知識や技術がもともとの治療家の手から離れ、脱身体化と脱社会文脈化がなされることも意味する。そしてそのことは、たとえば「ある症状にはこの治療法や薬が有効である」というふうに単純な1対1対応的に、社会状況性を排したかたちで治療法が機械的に適用されていく傾向を拡大させる結果になるかもしれない。さらには、そのような客体化された知識が心無い者たちによって歪曲され悪用されることで、本来有意義なはずの知識が有効に利用されないばかりか、間違った理解を伴って広く普及していくことにもなりかねない。これまでのヴァイッディヤたちが世襲や徒弟的教育に固執し、限定された治療家のみに知識を伝授してきたのは、とりもなおさず治療にかかわる知識が中途半端なかたちで利用されることを阻止し、身体化をとおして知識を習得することでより有効な治療を世間に提供していくことが目的であったのである。彼らの知識が流用・悪用されることを防ぐためには、知識を固定化・文書化し、近代的知的所有権制度に則ってその知識の所有権、使用者を厳しく規制していくという方法もあったであろう。しかし、近代的知的所有権制度のもとでは、治療技術の使用についての経済的な権利が守られたとしても、知識のありかたが根本から変えられてしまう。そこにおいては、知識は地域性や文脈性を超えて普遍的に利用可能なものとして定義・構成し直されるのである。それは社会・生態環境を考慮しながら治癒していくというこれまでの治療のありかたからは大きく異なるものである。さらに、治療技術は状況性のなかで自らの身体を介して獲得していくものであり、そのような体得によってはじめて有用性をもつものであるという、ヴァイッディヤたちの考える医療知のありかたとも反することである。

治療知識をヴァイッディヤの間で共有することを通じてその向上をめざすという選択は、一方において、より多くの臨床的な知を結集することを通じて、新たな知見を学習し、さらに自らが伝えてきた民族医療を全体として発展させることを目的としている。しかし他方では、それが脱身体化・脱状況化した理論概念知や実践技術知となることを防ぎ、あくまでその場の環境のなかでの実践をとおして身体化される知識として維持していくために、限定された治療家のなかで共有していくことを治療家たちが堅守したのである。

3.3 医療向上の試みの新たな展開

以上のように、ヴァイッディヤ全体での治療実践の改善を志してはじめられた知識の共有ではあったが、2006年には再びこの新たな活動は停滞する。組織のメンバーの一部が再び自らの知識を閉ざすようになったのである。そのことがきっかけで、一時は協調関係が確立していた組織には亀裂が入り、それぞれが他のメンバーに対して疑心暗鬼的な感情をもつようになってしまった。

もともと、彼らの知識や経験を共有していこうという活動は難しさを抱えていた。各々がもっている知識や経験の量や質にはメンバー間に不均衡がある。すでに治療実践を重ね、経験

を積んできたヴァイッディヤにとって、この組織の新たな活動はほとんどの場合、自らの知識が一方向的に他のヴァイッディヤたちに提供されていくことを意味した。それは知識の共有というよりは、自らの知識の開放に近いものであったに違いない。そして、いくら「家族のような関係」を理想とした治療家の共同体であっても、自らが直接的には知らない治療家へと知識を公開することには大きな抵抗があったはずである。このように大規模で多くのメンバーを抱える組織においては、知識を皆で共有して、ヴァイッディヤの治療実践を全体として改善していこうとする計画自体に無理があったのである。

組織での知識の共有という活動は停滞してしまっただが、それはしかし、ヴァイッディヤたちが知識の共有という方向から遠ざかってしまったということではなかった。ヴァイッディヤたちは自らの固有の対人関係のなかで、知識の共有をおこないはじめている。この組織の古参であり上述したクリシュナクッラ氏は、組織で知識を共有していこうとする活動がうまくいっていないことに落胆しながらも、そのことを反省的に捉えて、自らのできる場から新たな試みを継続している。400人を超す大所帯である組織での活動には固執せず、まずは彼がこの組織に参加することで親交をもつに至った信頼のおける治療家たちとともに、協調し、知識を共有していくことを、日常の治療実践をとおして積極的には始めているのである。それは形式的に月に1回集まってセミナー式におこなわれる知識の共有という組織化されたものではなかった。むしろ、自らの治療実践において具体的な困難や問題に直面したとき、気軽に尋ねたり、あるいは自らも他の治療家の相談にのったり、必要であれば自身が継承してきた知識も提供しあっていくという、実践に沿った場での協調的な関係性を、仲間たちとつくりはじめたのである。

このように、KSMCSの組織において、当初の目的にあったメンバー全員による知識の共有という活動は低調化しているが、この組織をとおして知り合ったヴァイッディヤ同士が相互の対人関係のなかで新たな信頼と協力のネットワークを築きつつあり、個々の治療家同士で知識や経験を積極的に共有していこうという新たな動きが生まれているのである。彼らは大規模でお互いを知らない組織を通じて変革を試みていくことの困難さを学び、自らの日常実践とインターパーソナルな相互行為の場から築き上げた、より小規模な信頼関係のネットワークを通じて、治療実践の改善を試み、知識のありかたを改善しようと試みているのである。

4. 民間の治療家における知のありかたの変容

ヴァイッディヤたちは、民族医療への評価が世界的に高まり、さまざまな場で彼らの実践方法が広く利用されるようになっていく状況のなかで、この動向に柔軟に対応し、新たな知識のありかたを模索し始めている。

今日、ヴァイッディヤたちからは、治療家同士が協調的に知識の共有をはかっていこうという機運が生まれている。この動きは、これまでの民族医療に関する知的所有権の議論にのせれ

ば、地域の知識の担い手が、自らの知的資源が外部の者によって搾取されることを防ぎ、自らの権益を共同的に守っていくための防衛策を築いていると理解することができるであろう。各自の多様で分散していた治療知識や技術を集合させ、明確な組織のもとに知識の所有権のありかを示すことで、知的資源が搾取されることを阻止していこうとしているという解釈である。このような理解は本事例においても一定の妥当性をもつ。しかし本事例において、個々の治療家に視点を合わせてみれば、これまで世襲制や徒弟関係のなかに守り継承してきた知識を、家系のなかだけで守ることなく、他の治療家にも提供しようという、大きな転機が生まれていることにも注目する必要がある。自らの知的資源を守ることに固執したかのようにみえる動きの内部では、各々の治療家たちがもっていた知的資源をより広く共有化しようという試みがなされていたのである。これは、自己の権利保全を第一義とするような「知的資源としての知」であると民族医療を捉える理解枠組みを超える動きである。そして、そこでは、より良い治療実践を人々に提供していきたいという彼ら治療家たちの願いが、この新たな動きの原動力となっていたのである。

ヴァイッディヤたちは、今日ヴァイッディヤの治療が人々から利用されなくなってきた原因は、この治療実践が本来の包括的な治療体系としての知識の側面を失ってきたことにあると考えている。巷ではヴァイッディヤの医療知が産業として利用されることが多くなり、そこでは知識の一部分が取り出され、非状況依存的で客観的な知識とされていく。また、部族の生薬や治療法においても、その一部分だけが切り離され、改変が加えられて利用される傾向が拡大している。ヴァイッディヤが知識の共有化に踏み切りながらも、それが限定した人々の間でのみおこなわれることにこだわったのは、民族医療の知識の本来あるべき姿を維持しようとしたからである。地域の社会・生態環境に根付いたものであり、そしてそのような環境のもとでの長期的な臨床経験によって身体的に培われるような、十全な医療知識を後世へと継承していきたいと考えているからである。

一方で、ヴァイッディヤたちは、自らの治療が今日人々からあまり利用されなくなってきたもうひとつの原因として、自分たちの治療実践が人々の要望から次第に乖離してきたからだとも考える。今日蔓延する現代病の患者に対して、ヴァイッディヤたちは十分には対応できないでいる。さらには、ヴァイッディヤたちの治療における、生活全般に及ぶ指示項目や禁忌事項は現代社会に生きる者にとっては敬遠したいものとなっている。彼らが自らの治療実践を反省的にみつめ、新たな治療のありかたを模索しはじめたのも、患者が満足するような、より良い医療を提供したいと考えたからであり、そのためにはこれまでの知識のありかたに固執するのではなく、柔軟に変化させていく必要もあると考えたからである。

さらに、今日のようにヴァイッディヤの治療実践が世界中の人々から求められるようになってきた現状において、彼らは自らの医療がより多くの人々に活用できるようにするためにはど

うしていったらいいのか、その方策を模索しはじめるようになった。しかし、これまでのように特定の地域で、状況依存的におこなってきた治療実践を、社会的また生態的な背景を異にする多くの人々に利用され得るものとしていくことは難しい。

以上のような問題を解決するために、彼らはヴァイッディヤ同士の組織であるKSMCSを結成し、そこで民族医療知識の相互教育をはじめた。これは、社会関係に埋め込まれた治療実践であり、臨床経験を通じて十全に身体化する実践的知識であるという当民族医療の基本的原理を維持しながらも、メンバーのそれぞれがもつ技術・知識を組織的に共有し、相互的な切磋琢磨のなかで改善を加えていくことで、この医療がより多くの患者に有意に活用される可能性を探ろうとするものであった。しかし、この新たな動きは結果として失敗に終わっている。それは、大規模な組織のなかで、匿名的な多数のメンバーに対して、自らのもつ知識と技術を提供することに対する抵抗感があったことに由来する。経験豊かな治療家にとって、それは一方的に自分の知識と技術を提供することになり、経済的な不利益が生じる可能性があるほか、伝えられた知識・技術が断片的な知的資源として消費され、本来ホーリスティックな医療実践に正しく結び付かない恐れがあると考えたのであった。代わりに、この組織での活動をきっかけに親交をもつに至った信頼のおける治療家同士が個々の活動の場から知識を共有していくという新たな試みがはじまった。匿名多数の治療家が集合した大規模な組織という場ではなく、個々人のインターパーソナルな信頼関係を基盤においた対人関係のなかで、自らの対人関係や社会関係をも新たに再構築していくことをはじめたのである。

ヴァイッディヤたちの知識は、従来、親子や師弟の間でのみ伝えられるものであり、明確に文書化されたり一般に公開されたりするような、客観的な情報として扱われることを前提としたものではなかった。それは、徒弟的な教育という対面的な場をとおして受け継がれていくものであり、社会的な文脈性を排しては存在し得ないものだったのである。そして治療においても、個々の患者のおかれた生態的・社会的な環境を包括的に捉え、患者との対面的な関係性を基盤に据えて治療をおこなっていくことが、民族医療の特徴であり、治療家たちもまた自らの実践のあるべき姿であると考えている。そのため、大規模な組織において、医療知識を脱文脈化し、一般化かつ言語化したかたちで共有する試みは、彼らの治療における基本理念とはそもそも相容れないものであったといえるかもしれない。組織での活動は、同じ志向性のもとに治療家たちが自主的に集結し協調的に活動がはじめられたのではあるが、それは個々の治療家相互の関係によって成り立っているのではなく、目的を一にする個々人が集結した場でしかなかった。組織失敗後の新たな試みにおいて、彼らは、親子や師弟という限定された場ではなく、また、多数の個人の集合体である大規模組織という場でもない、個々人が築きあげていくインターパーソナルな関係のなかに、自らの知識の場を新たに位置付けていったのである。

彼らは今日、自らの患者を相手にした診療経験だけでは、人々のさまざまな要望に応えうる

十分の医療知識を学ぶことができなくなっている。しかしだからといって、組織での会合や勉強会をとおして、個々の患者に直面しての治療実践が伴わない、脱文脈的な知識ばかりを蓄積していったところで、それらの知識をそのままに治療へと活用していくことはできず、また、彼ら自身が求める——そして患者たちもまたヴァイッディヤに対して求めている——地域に根付き関係性の文脈を重視した治療のありかたを維持していくこともできない。彼らは、社会的文脈のなかに存在してきた医療知識が脱文脈化されることを最大限に抑制し、コンテクストを重視した実践的な治療という特性を維持しながら、同時に、自らの治療実践が現代社会において有効かつ有意義に活用されることを目指して、新たな形での医療知識の向上の試みを試行錯誤のなかでつくりあげていったといえるのではないだろうか。

ヴァイッディヤの医療知識のありかたは、自らの固有の慣習実践や意味体系を伝統として守っていくという「文化としての知」の枠組みや、自らの知的所有権を主張し経済的権益を確保するという「知的資源としての知」という枠組みだけでは捉えることはできない。自らの民族医療についての主導的立場を維持するために、外部のものに対して、民族医療の「文化としての知」や「知的資源としての知」の側面を主張することがあっても、それは決して単なる守旧的な態度や自己利益への固執を意味するのではない。そこには、現状に応じてその知識と実践を柔軟に改善していくことで、より多くの具体的な他者を苦しみや痛みから救いたいという医療従事者としての思いが中心に存在するのであり、こうした他者志向性において、彼らの新たな医療知識のありかたは方向付けられ、再構築されているのである。そうした意味から、民族医療は他者にとって有意な治療実践をなそうとする実践モラル知としてあるといえるだろう。しかしまた、その再構築は、完全に他者の意向にふりまわされてのみ決定されていくものでもない。民族医療の従事者は、自らの医療のよき特性を最大限に維持し、その基本的な長所を生かすことを主体的に探りながら、現代社会における患者のニーズに適応すべく、自らの治療実践を柔軟につくりかえ、向上させようとしている。

引用文献

- Alter, J.S. 2005. Introduction: The Politics of Culture and Medicine. In J.S. Alter ed., *Asian Medicine and Globalization*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, pp. 1-20.
- Bhatia, J.C., V. Dharam, A. Timmappaya and C.S. Chutani. 1975. Traditional Healers and Modern Medicine, *Social Science and Medicine* 9: 15-21.
- Born, Georgina. 1996. (Im)materiality and Sociality: The Dynamics of Intellectual Property in a Computer Software Research Culture, *Social Anthropology* 4: 101-116.
- ブロック, モーリス. 1994. 『祝福から暴力へ—儀礼における歴史とイデオロギー』 田辺繁治・秋津元輝訳, 法政大学出版局.
- Down to Earth. 1998. The Red Tape vs Kanis, *Down to Earth* 7 (12). <<http://www.downtoearth.org.in/full.asp?foldername=19981115&filename=Anal&sid=3>> (2005年12月25日)

- _____. 1999. A Model Arrangement, *Down to Earth* 8 (11). <http://www.downtoearth.org.in/section.asp?sec_id=10&foldername=19991031> (2005年12月25日)
- Frank, Robert and Gunnar Strollberg. 2002. Ayurvedic patients in Germany, *Anthropology and Medicine* 9 (3): 223-244.
- 福島真人編. 1995. 『身体の構築学—社会的学習過程としての身体技法』 ひつじ書房.
- 古澤拓郎. 2002. 「ソロモン諸島ロヴィアナラグーン住民の民俗生態学的知識, 生活と開発」『アジア・太平洋の環境・開発・文化』 4: 36-63.
- Gupta, Anil. 2002. *Value Addition to Local Kani Tribal Knowledge: Patenting, Licensing and Benefit Sharing*. Working Paper WP00027 No. 2002-08-02. Ahmedabad: Indian Institute of Management.
- Heniger, J. 1986. *Hendrik Adriaan Van Reed Tot Drakestein 1636-1691 and Hortus Malabaricus: A Contribution to the History of Dutch Colonial Botany (1636-1691)*. Aa Balkema.
- 池田光穂. 2002. 「民族医療の領有について」『民族学研究』 67 (3): 309-327.
- 金 柄徹. 2000. 「漁民の身体技法：伝統的『わざ』と先端テクノロジーの併用」『民族学研究』 65 (2): 123-145.
- 木村忠正. 1998. 「体温の民俗誌」『文化とところ』 2 (3): 34-54.
- 古賀万由里. 2002. 「インドにおける民俗医療の諸相—ケーララの部族医療を中心として」『哲学』 107: 261-275.
- 近藤英俊・浮ヶ谷幸代編. 2004. 『現代医療の民族誌』 明石書店.
- Kurian, Vinson. 2004 (March 8). TBGRI Meet to Take Stock of “Jeevani” Trademark Breach, *Bussiness Line*. (newspaper online version. <<http://www.thehindubusinessline.com/2004/03/08/stories/2004030800951300.htm>> (2007年6月14日)
- クトムビア, P. 1980. 『古代インド医学』 幡井勉・坂本守正訳, 出版科学総合研究所.
- 葛野浩昭. 1997. 「環境の『近代化』と先住民族の生存」 青木保ほか編『環境の人類誌』 岩波書店, 189-219.
- Langford, J.M. 2002. *Fluent Bodies: Ayurvedic Remedies for Postcolonial Imbalance*. Durham: Duke University Press.
- ラトゥール, ブルーノ. 1999. 『科学が作られているとき—人類学的考察』 川崎勝・高田紀代志訳, 産業図書.
- レイヴ, ジーン・エティエンヌ・ウェンガー. 1993. 『状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加』 佐伯胖訳, 産業図書.
- Leach, James. 2000. Situated Connections: Rights and Intellectual Resources in Rai Coast Society. *ASA 2000 conference papers*, SOAS. <<http://www.asa2000.anthropology.ac.uk/leach/leach.html>> (2006年3月31日)
- Leslie, Charles. 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.
- _____. 1992. Interpretations of Illness: Syncretism in Modern Ayurveda. In Charles Leslie and Allan Young eds., *Paths to Asian Medical Knowledge*. New Delhi: Munshiram Manoharlal Publishers.
- Martin, Max. 1998. How to Sell a Wonder Herb, *Down to Earth* 7 (12). <<http://www.downtoearth.org.in/default.asp?foldername=19981115>> (2006年3月31日)
- Moran, Katy, Steven R. King and Thomas J. Carlson. 2001. Biodiversity Prospecting: Lessons and Prospects, *Annual Review of Anthropology* 30: 505-526.
- モーリス=鈴木, テッサ. 2002. 「知的所有財産と先住民の権利」『みすず』 493: 2-11.

- 中村雄二郎. 2000. 『臨床の知』中村雄二郎著作集第二期 II, 岩波書店.
- Nandakumar, T. 2002 (August 23). Kerala Project to Draw Global Attention at Earth Summit, *THE HINDU*. newspaper online version. <<http://www.hinduonnet.com/2002/08/23/stories/2002082302960400.htm>> (2007年6月14日)
- Neumann, A.K., J.C. Bhatia, S. Andrew and A.K.S. Murphy. 1971. Role of the Indigenous Medicine Practitioner in Two Areas of India: Report of a Study, *Social Science and Medicine* 5 (2): 137-149.
- New Indian Express. 2002 (December 8). *Law soon to punish, Ayurveda quacks*: CM (newspaper, city: Thiruvananthapuram)
- Nichter, Mark. 1991. Ethnomedicine: Diverse Trends, Common Linkages, Commentary, *Medical Anthropology* 13: 137-171.
- Nigh, Ronald. 2002. Maya Medicine in the Biological Gaze: Bioprospecting Research as Herbal Fetishism, *Current Anthropology* 43 (3): 451-477.
- 大村敬一. 2002. 『『伝統的な生態学的知識』という名の神話を超えて—交差点としての民族誌の提言』『国立民族学博物館研究報告』27 (1): 25-120.
- . 2003. 「近代社会に抗する科学—イヌイトの伝統的な生態学的知識にみる差異の構築と再生産」『社会人類学年報』29: 27-58.
- Reichel-Dolmatoff, G. 1976. Cosmology as Ecological Analysis: A View from the Rainforest, *Man* 11 (3): 307-318.
- シバ, バンダナ. 2002. 『バイオパイラシー—グローバル化による生命と文化の略奪』松本文二訳, 緑風出版.
- Shotter, John. 1993. *Cultural Politics of Everyday Life: Social Constructionism, Rhetoric and Knowing of the Third Kind*. Buckingham: Open University Press.
- ショッター, ジョン. 2001. 『触れること』—精神生活におけるポストモダン科学のメタ方法論」シュタイナー・クヴァル編『心理学とポストモダニズム—社会構成主義とナラティブ・セラピーの研究』永井務監訳, こうち書房, 81-102.
- Strathern, M. 1988. *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.
- . 1999. *Property Substance and Effect*. London: The Athlone Press.
- Tropical Botanical Garden and Research Institute. 2002. Indigenous Knowledge Strategies for Kerala. *Presentation Paper of “Workshop on Indigenous Knowledge Strategies for Kerala”* October 7 to 9, 2002. Thiruvananthapuram, Kerala.
- Thomas, N. 1992. The Inversion of Tradition, *American Ethnologist* 19: 213-232.
- 矢野道雄. 1988. 「解説」『インド医学概論 チャラカ・サンヒター』矢野道雄訳, 科学の名著第 II 期 1, 朝日出版社.