

メディカル・キャンプという手法 —東ヒマラヤの地域研究におけるアクション・リサーチの可能性—

安藤和雄

京都大学東南アジア研究所

2009年～2011年にかけてインドのアルナーチャル・プラデーシュ州ウエスト・カメン県ディラン郡で3回のメディカル・キャンプを現地の県保健局の事業として実施した。本稿では、メディカル・キャンプをアクション・リサーチと位置づけ、地域研究の立場から、研究と実践の関係、メディカル・キャンプ実現の経緯、そして実施の具体的状況、そこから学んだ経験、その経験にもとづくブロックパの生活世界に見出すことができた高所文明のあり方と参加研究者たちのメディカル・キャンプにおける「発見」を、記録として記述した。そして最後に、それらの諸点を踏まえて地域研究におけるアクション・リサーチとして位置づけたメディカル・キャンプには、健康診断事業という実践への研究者の参加を促進させることによって研究者の視点を地域により内在化させ、医療関係者との参加メンバー間の共同性を高める効果が認められたことに言及する。メディカル・キャンプは地域研究における新しい研究手法として高い可能性を示していると言えよう。

1. 研究と実践の狭間でのジレンマ

高所プロジェクトも予備調査を含め3年目に入った2009年、中国の青海省やインドのラダックでは、メディカル・キャンプによる医学調査が順調に進んでいた。インドのもう一つの調査地であるアルナーチャル・プラデーシュ Arunachal Pradesh 州 (State) でのメディカル・キャンプの必要性が日に日に増していた。すでに、ウエスト・カメン West Kameng 県 (District) の県保健局には京大医学研究科の博士課程院生の石本恭子さんが、また、ラジーヴ・ガンディ (Rajiv Gandhi) 大学には総合地球環境学研究所研究員の小坂康之さんが、長期滞在者として、現地でフィールド・ワークをすすめていた。しかし、高所プロジェクトの要であるメディカル・キャンプの実施をアルナーチャル班の取りまとめ役をしている私は決断できずにいた。

1978年～1995年に、私は、バングラデシュで青年海外協力隊員や、その後、大学院に在籍しながら、JICAの農業・農村開発に関する研究協力プロジェクトへの専門家として援助の現場でのアクション・リサーチ（実践を通じた研究）に参加した^{注1)}。当時は研究者が実践にかかわることへの批判があった。その記憶が実践でもあるメディカル・キャンプの実施を必要以上に慎重にさせていた。一方で日本での看護師経験者である石本さ

んも現地の医療事情を熟知すればするほど、メディカル・キャンプの実施に関して二の足を踏む状況になっていることも私には気になっていた。

「現地の住民でもない外部の研究者が軽々しく実践活動をすべきではない」「研究者が当事者となることによって客観的な分析が可能となるのか?」「現地の住民は本当のところは、援助事業を望んでいるのか?」等々の批判を私自身も受けていたのである。私はこうした意見をまったく否定するつもりはない。当時、文化人類学においては開発言説がもてはやされていた。開発援助において現地の人々に貧困とレッテルをはることから、貧困なのだと思いこませ、自立的、主体的態度の萌芽をうばっているのだと警鐘を鳴らしていた（足立1995）。たしかに、援助事業が実施されなかった方がよかったと思われる事例も少なくはなかった。研究者の側にも、国際協力・開発援助に直接関わっていく個別的な実践の研究よりも、世俗から超然として一般論、普遍論に昇華させていく研究が上等であるという雰囲気があったことも否定できない^{注2)}。こうした批判の記憶と責任の重さが背景にあったのである。一方、現場に溶け込んで行うフィールド・ワークで、地域の人々の抱える課題に気づいた地域研究者が、この種の研究と実践のジレンマに悩むことも少なくない^{注3)}。

メディカル・キャンプに関する地域研究上の問題を抱えつつ総合地球環境研究所の高所プロジェクト（代表奥宮清人）の研究活動としてウエスト・カメン県ディラン Dirang 郡（Circle）においてメディカル・キャンプを実施した。本稿では一人の地域研究者の立場からメディカル・キャンプの実践を記録し、その意義に関して若干の考察を加えた。

2. アクション・リサーチとしてのメディカル・キャンプを決断させた地元の人々の協力

ディランの県保健所の現状から危惧されたことは、メディカル・キャンプで病気が見つかったら誰が治すのか？メディカル・キャンプでは参加者に採血を施すが、モンパ Monpa やブロックパ Brokpa の人たちは^{注4)}、採血はほとんど未経験で、それに対する心理的恐れはないのか？メディカル・キャンプは、医療行為の範疇にはいると私は考えていたので、現地保健局の医師・看護師の協力は不可欠で、むしろ、彼らが中心とならなければ法的にも問題がでるのではないかと？さまざまな点を解決していかなければならなかった。もっとも実施を躊躇させた理由は、私が医師ではなく、メディカル・キャンプという医療行為に対してなら責任をとれる資格も能力もないという現実であった。したがって、メディカル・キャンプは現地の保健局の事業として企画・実施されることが必要であった。私たちの受入れのお世話をしていた現地旅行会社のヒマラヤン・ホリデーズの社長のワンゲ・トゥリグ Wange Tsering さん、ウエスト・カメン県保健局長のダニ・ドゥリ Dani Duri さんの支援を頼った。とくにワンゲさんは十数年前にベルギーの医療団が、3日間のメディカル・サービスをタワン Twang で実施した時の経験があった。そしてワンゲさんから健康診断ならば実行は可能であり、医療サービスが十分でないディランでの実施がよいとアドバイスを受けていた。ダニ・ドゥリさんとワンゲさんがメディカル・キャンプ後もしっかり住民との対応をとってくれば、社会的にも大きな問題は起きないだろうと考え、アルナーチャル・プラデーシュではメディカル・キャンプを保健医療サービス事業のアクション・リサーチとして位置付けた。現地住民を巻き込んでいく具

体的な実践課題を設定したアクション・リサーチは、課題を解決していくことの充実感は大いだが、場合によっては長期的な展望による継続した実践活動が求められる。このことも覚悟し、2009年度にディランでメディカル・キャンプを実施することを決定した。

2009年9月のフィールド・ワーク時に、ワンゲさん、ダニ・ドゥリさん、ディラン村ダウンカルバ社会福祉協会会長のリンチン・トゥリング Rinchin Tsering さん、ガイドでディランの出身のパサン Pasang さんらとメディカル・キャンプの準備を具体的に開始した。メディカル・キャンプの内容はワンゲさんからアルナーチャル・プラデーシュ州の日刊新聞である Echo of Arunachal に伝えられ一面に掲載された。新聞の記事はメディカル・キャンプを300世帯以上の住民への医療サービスを含んだ健康増進プログラムとして紹介している。

3. 第1回メディカル・キャンプの開催と臨床医学者から学んだこと

メディカル・キャンプの開催までこぎつけられたのは、保健所の医師をはじめとするスタッフやダニ・ドゥリさんの石本さんへの信頼と、小坂さんがメディカル・キャンプの設営と運営をヒマラヤ・ホリデーズのスタッフとともに行ってくれたことが大きかった。ディラン郡の中心地に設立されている国立ヤク研究所の所長とダニ・ドゥリさんが懇意にしていたこともあり、メディカル・キャンプを国立ヤク研究所のホールを会場として確保することができた。第1回目のメディカル・キャンプは、ディランの農耕民であるモンパの数集落と、牧畜を生業とするモンパの中の一つの民族グループであるブロックパの2集落である、標高約3000mのメラック・ムー Merak Mu とチャンダ Chanda でもそれぞれ数日間ずつ実施された。モンパは農耕を生業とすることからウンパ Unpa とも呼ばれる。ウンが農耕、パは人という意味である。一方、ブロックパのプロは放牧を意味する。ブロックパは放牧の人という意味にも使われる^{注4)}。このキャンプには、上記の石本、小坂、安藤に加えて、医者でもある医学班の総合地球環境学研究所の奥宮清人さん、坂本龍太さん（現在は、京都大学東南アジア研究所）、山岳班の文化

人類学者である愛知県立大学の稲村哲也さん、京大医学研究科院生の今野亜希子さんが参加した。安藤、奥宮、稲村の3名は前半のみ、他のメンバーは全日程に参加した。

問診表を毎夜毎夜、遅くまでパソコンに打ち込んでいる医学班のメンバーの姿には頭が下がった。医療関係者がもつ現場での責任感の強さの表れであろう。アンデス、ネパールの高所研究で実績のある稲村さんが加わったおかげで、毎夕食後は、ディランの調査地の地域性と医学班との成果を融合させる議論を連日展開した。学際的研究が標榜される時、各専門の間で活発な議論が交わされていると思われがちであるが、案外、現実はそうではないことが多い。言い放し、一見聞いているようであるが、実は聞いていないということが私を含めて日本人の研究者の議論の態度に散見される。しかし、このメディカル・キャンプでの医療班の参加者の姿は異なっていた。臨床医療の現場経験者にとって、相手（患者）の話を聞くのは、診察の第一歩である。私が今回のメディカル・キャンプで医学班から学んだことのひとつが、フィールド・ワークや議論の原点でもある相手の話をよく聞くという態度であった。新鮮な発見であった。奥宮、稲村、安藤の3名は、帰国便が同じであったパンコクまで議論を続け、モンパ・モデルと糖尿病アクセル仮説の二つのモデルが生まれた^{注5)}。

第1回目のメディカル・キャンプでは、反省しなければならない点もあった。周辺の村々から車で国立ヤク研究所に送迎された住民は、原則朝食をとっていないにもかかわらず、診断が集中した日には、数時間も待たされた人が出た。診断待ちの人から話を聞く限り、健康診断への関心が積極的に喚起されることなく実施されたことである。ディランの街では MBBS (Bachelor of Medicine & Bachelor of Surgery) と呼ばれる国家医師資格をもつ医師が保健所にいるので、ディラン周辺の住民は日常的に医師の診断を受けられない状況にあったわけではない。健康診断のメリットが希薄であったように推察された。一方、車で2時間前後かかる標高 3000 m にあるブロックパが住むメラック・ムーヤ、チャンダの集落の住民にとっては医師の診断を受けられるよい機会であった。しかし予想外にブロックパの受診者は少なかった。11月、すでにブロックパの多くは、チャンダや、メラック・



写真1 ブロックパのナガゼブ Nagazeb での小屋（撮影 筆者 2010年9月）



写真2 キャンプにかけてつけたブロックパの母子（撮影 筆者 2010年9月）



写真3 カトマンズー・ラマ（撮影 筆者 2010年9月）

ムーからさらに下がった冬の放牧地に移動している。メディカル・キャンプ開催の方法を工夫して、アルナーチャル・プラデシュ州の真の高所住民とも言えるブロッパの人たちにメディカル・キャンプのメリットを伝え、是非、診断を受けて欲しいという思いを抱いた。またブロッパの暮らしや社会に関する情報はブロッパと関わりをもつモンパの農耕民のリンチンさんを経由した情報が主で、私たちは直接的な情報をもっていなかった。ここにもブロッパの人たちを対象としたメディカル・キャンプを開催する必要性があった。

4. 4000 mの高所でのメディカル・キャンプの危険性と現実的対応

ブロッパの人たちがもっとも一同に集まるのはナガジ NagaGG 方面の雨季の夏の放牧地の標高 4000 m のサンヤ Sanya であることをリンチンさんから聞いていた。当初、第2回目のメディカル・キャンプは、ディランではそろそろ雨が少なくなる雨季の終わり 2010 年 9 月に入ってからサンヤで実施することが計画された。4000 m という標高に少なくとも 10 日間はあるという計画であった。途中の山道は、馬で荷揚げをしなければならない。第2回メディカル・キャンプの日本側医療関係者は石本さんのみであった。日本人医師がいないこともあり、高山病に対する危惧がメンバーから寄せられた。晩夏とはいえ、4000 m は朝晩の冷え込みはきつい。日本人の参加者以外にも、ボン・ディラ Bomdila 大学の学部生たちが、第1回同様に参加してくれるが、4000 m の高所は未知の体験であった者が多い。保健局の事業であるということで、現地の国家資格をもつ医師や医療アシスタント、薬剤師の参加を確保できていたことは有難かった。

仮に重篤な高山病を発症した場合、4000 m の高所から 1700 m のディランの街までいっきに患者を運ぶ必要があった。3500 m のナガジまでは車が走れる道路ができていたので、そこにジープを一台待機させ、4000 m のサンヤからほぼ半日かけて患者をナガジまで下ろし、そこからディランまで運ぶ準備をしていた。2010 年の 4 月から 8 月末の出発までは、ほぼ毎月、アルナーチャル班の主催の医学班との合同の打合せ兼研究会を開催し、日本でできる万全の準備を整えた。標高 100m にもみたくない低地に住む私たちが、例えば数週間とい

えども 4000 m の高所で暮らすことは、それだけでかなりリスクが高い。高所でのフィールド・ワークは、生活すること自体が生理的に人体に負担となり、リスクを背負うことになる。

第2回メディカル・キャンプでは大西さんがメディカル・キャンプの設営の準備のために1週間ほど早く現地入りした。事前の下見によって最終的にキャンプ地を選んだのは、4000 m のサンヤではなく、ナガジまで車で1時間弱かかる 3500 m のプータン側に広く開けた尾根上の幹線道路の脇でということになった。なぜなら、この時期すでにサンヤからブロッパの人たちは、冬の放牧地をめざし移動を開始し、3500 m 近辺での仮小屋住まいを始めたという情報と、さらには雨の中、山道を馬でメディカル・キャンプの設備一式を荷揚げし、設営することは困難であるという現地ガイドのライ Ray さんと現地で土地感のあるリンチンさんが判断したのであった。キャンプでは、午後から夕方、夜にかけては雨が多く、ほぼ1～3日おきにまとまった雨に降られた。地元の人たちの判断が的中したのである。3500 m も高山病にとっては油断できる標高ではなく、ボン・ディラ大学の学生の中にも頭痛をうったえる者もいたが数日後には回復した。手探りで慎重にメディカル・キャンプの健康診断とフィールド・ワークを始めることになった。日本人では、石本、大西、安藤の外に宮本が参加した。

5. ブロッパの人々を訪問するメディカル・キャンプ

今回の取ったメディカル・キャンプの仕方として、ブロッパの人たちが夏の草地にパッチ状に、4～5家族が一つのグループをつくって小屋で暮らしていることから（写真1）、メディカル・キャンプの参加メンバーを医学班とそれ以外の情報伝達と送迎班に分けたことである。情報伝達と送迎班の仕事は、ブロッパの人たちの小屋まで出向き、メディカル・キャンプの効用を説明し、診断予定日を伝え、そして車で送迎するため、彼らが徒歩ででてこられるところまでの道路のポイントと時間を伝えることである。また、第2回メディカル・キャンプでは、ブロッパのみが対象者となるということもあり、受診者には、プロジェクト経費から長靴、砂糖の配布、保健局がもってい

る頭痛薬など薬の無料配布（薬については不足分についてはプロジェクトが負担）を行った。夏の草場は雨で湿っている。また、夏から冬にかけての秋の移動経路の3000～2500 mはよく霧が発生し雨も多く湿っているので蛭が多い。素足やサンダルでの徒歩は蛭に咬まれる。谷筋の道や森の中の藪こぎには長靴はもってこいである。もう一人のガイドのナムゲ Namuge さんには情報伝達と送迎班のリーダーを担当してもらった。彼はブロックパの人たちに、このメディカル・キャンプには国家医師資格（MBBS）の医師がいることを盛んに宣伝し、ブロックパの人たちの気持ちに訴えかけた。参加してくれた医師は、ビハール出身で60歳近くの温厚で献身的に受診者に対応するシン Singh さんで、ブロックパの人たちの期待に十分に応えたことだろう。

第1回メディカル・キャンプで、メラック・ムーで診察を受けた女性が、その後体調が悪くなって寝込んだという噂が聞こえてきた。したがって、ナムゲさんや私たちは採血が健康診断にとっては大変重要であることを特に糖尿病の関連で説明した。予めブロックパの小屋へ訪問し、健康診断の重要性とメディカル・キャンプの事前情報を与えたことが功を奏したのか、順調にブロックパの受診者を送迎することができた。また、噂がひろまってわざわざ何時間もかけて徒歩でキャンプまで来てくれたブロッパもいた。（写真2）。しかし、採血への抵抗が消えない人もいた。若い時に8年間もカトマンズの寺でチベット仏教の修行をしたが、最終的には僧にならずブロックパの暮らしを選択した、30歳前後の独身の男性がそのよい例である。私たちは彼にカトマンズ・ラマというニックネームをつけて呼んでいた（写真3）。キャンプ地の近くにあった彼の仮小屋には何度も通い説得したが頑として採血を拒否した。

そんな頑固な一面をもつ人であったが、彼の表情に会うと私は心が洗われた。カトマンズ・ラマは実にいい顔をしていた。はにかみと慎みがまざったようなブロックパの人たちに共通する少しひ弱な感じだが、穏やかな顔である。ブロックパの人たちが大きな声でどなりあっているのを私は調査期間中に聞いたことも見たこともなかった。皆、無理のない抑制がきいた顔と声で、にこっとはみかみながら話す。日本人のメンバーは皆ブ

ロックパ・ワールドの魅力の虜になった。低所の農耕民であるモンパの人たちとまた違う高所と森に住む人がもつ慎みの表情なのであろう。

2010年のメディカル・キャンプのニュースがブロックパの村であるルブラン Lubrang に伝わった。ルブランから、私たちに是非メディカル・キャンプをルブラン村で実施してほしいという要望が届いた。そしてこの要望にもとづき、2011年2月に国立ヤク研究所で中間報告を兼ねた成果発表会の国際ワークショップを開催した後に、1週間ほどの第3回メディカル・キャンプを第2回と同様な方法で実施することになる。第3回のメディカル・キャンプには日本側の参加者は、奥宮さん、宮本さん、小坂さん、石本さん、私に、京都大学大学院医学研究科の木村友美さんが参加した。現地側からは、第2回と同様、県保健局から全面的に医師、看護師、薬剤師の支援を受けることができた。メディカル・キャンプ終了後、小坂、石本、木村は数日間残留し補足調査を実施した。

第2回メディカル・キャンプのアルナーチャル班メンバーが得た成果はブロックパ・ワールドと高所を実際に体験することができたことにある。メディカル・キャンプの合間の一日、強行軍ではあったが、朝の6時に車2台に分乗し、ナガジ・キャンプまで行き、4000 mのサンヤの夏の草地を目指した。往復20 kmほどは歩いたろう。ブータン国境にも立つことができた（写真4）。4000 mの世界には、なだらかな尾根の絶好の草地が広がっていた（写真5）。日本人メンバーの誰もが4000 mの高所から徐々に下り始め、3800 mくらいになると、酸素の濃さを体感していた。ブロックパの人たちがこのことを具体的にどのように感じているのかは尋ねてないので分からないが、私たち日本人メンバーにとっては貴重な体験であった。実感として3800～4000 mくらいに一つの境界があるという確信を得た。

第3回ルブラン村でのメディカル・キャンプではこれまで思ってもみなかったのであるが、頭痛、吐き気、目まいなどの急性高山病症状とでもいえるラドック Laduk がブロックパの人々の中にもあることが分かった。もっとも標高が高い夏の草地はディランからタワン Tawang の間の標高約4000 mのセラ Sela 峠を越えさらに山道を数日登り、そこを下ったところにあるという。50歳代半ばの村長（ガンブラ Gaonbura）自身が数年前からセラ峠を越えてさら

に標高の高い夏の草地に行くと数日間ラドゥックに悩まされ、村長の息子が数年前にこの草地で高山病になり、2000 m のラマ・キャンプ Lama Camp まで下ろすのが遅れて亡くなった話を聞いた。ラドゥックの症状が出て以後、放牧地にはいない40歳代の婦人にも会った。対応策は紅茶に砂糖をいれて飲んで休みながら登れば治るのだという。また加齢とともにその症状が出やすく、ひどくなる傾向があることをインタビューで確認できた。

ルブラン村での調査の後、標高 2000 m 前後のバルチ村の中のブロッパたちの集落で 60 代と 70 代の男性二人のブロッパに会うことができた。この人たちは毎年 4000 m のサンヤに夏にはでかけていたが一度激しいラドゥックの症状がでたのを機に、一切の放牧の仕事から離れてショウダ集落でトウモロコシをつくるウンパの生活を始めたのだそう。また、2011 年 9 月に私は河合さんと再度サンヤに調査に入ったが、その時、60 代のブロッパの男性はラドゥックではないが体力の衰えを全体的に感じセラ峠を越えるのもっとも標高の高い夏の草地でのヤクの放牧は息子たちに任せ、そこよりも多少は標高が低いサンヤの夏の草地で 2011 年からはゾウ、ゾモ^{注6)}の面倒をみているという話を聞いた。ブロッパの人たちは高所での活動に体力的な限界を感じた時、生業を変え、「隠居」する。高所と低所を行き来する生活パターンをもつブロッパならではの社会現象とも見なすことができるだろう。インドのラダックや中国の青海省のチベット系の人たちは 3500 m あるいは 4000 m 以上の高所に一年を通じて生活する人が多いと聞く。しかし、ブロッパは夏には 4000 m、冬には 2000 m と、年間を通じて高所から低所、低所から高所への移動を行い、高所に適応した放牧生活をしてきているのである。ラドゥックは、他のチベット系の人々とは異なる「低所を利用した高所への文化的適応」のブロッパの象徴的な現象とも言えるかもしれない。

6. 照葉樹林と「善」のネットワークに支えられた「高所文明」

ブロッパの「高所文明」における 2000 m 前後の低所の意義をまとめておきたい。

ブロッパの人たちは、伝統的に、3000 m 前後の標高にある定着用の家屋をもち、その家屋の

そばに小さな家庭菜園を持っている。しかし、主食であったトウモロコシ、シコクビエなどの穀物や祭り用の米を、自分たちが生産したチーズやバターと、低所の農耕民であるモンパとの物々交換することによって全面的に頼ってきた。ヤク、チュック^{注6)}を飼育しているブロッパは夏には高所で 3500 ~ 4000 m の草地ヤク、チュックを放牧し、冬には 3000 m の枯れ草の草地と短い竹（笹？）の山野にヤク、チュックを放つ。しかし、ゾウ、ゾモ、ジャチュミン^{注6)}やコート^{注6)}を主に飼育している人たちは夏には 3500 ~ 4000 m の草地を利用するが、冬には 2000 ~ 2500 m の照葉樹林帯に移行し、カエデや常緑のカシが生える森で、青葉のついた木々の枝を切り落とし竹をきって青葉を与える（写真 6）。チュックは春から初秋にかけてのみ搾乳されるので、冬の青葉はそれほど必要とされていない。しかしゾモ、コート、ジャチュミンは一年を通して搾乳されるので青葉は重要である。毎日の日課は、餌やり、搾乳、薪運びである。単調であるが季節の移り変わりの中でしっかりと生きている人たちだ。ブロッパの人たちは夏には見晴らしのきく尾根の草原で（写真 5）、冬には落ち着いたある照葉樹林帯の森の中で（写真 7）、放牧をするという他のチベット系の高所文明には見られないような、独特の牧畜文化をつくってきた。ブロッパの無理のない慎みの表情は、こうした単調な日常、季節によって草原から森林へとダイナミックに変化する山とのかかわりの生活と、主食の穀物を他者であるモンパに依存してきた生活のスタイルがつくってきたのではないかと私は思っている。人間の相互信頼と自然に 100% 頼りきった、暮らしにかかわる自然や人々のもろものの存在そのものが「善」であることを信じきった生き方でもある。私たち日本人は、市場経済が依拠している人間はだれもが経済的な利益を優先するという原理がつくっている社会にすっかりと浸っている。この原理とは離れた社会の中でブロッパの人たちは暮らしている。今でこそ携帯電話をもち、バザール（ディランの街の商店街）でインド政府の農村政策から米が安く手に入ることや、子弟を街の学校に通わせるための現金の必要性からチーズやバターを現金販売することが多くなった。しかし、ブロッパの人たちは、米が市場に溢れるまでは、チーズやバターは



写真4 ブータンとインドの国境での記念写真（撮影 筆者 2010年9月）



写真5 サニヤの4000 mの稜線（撮影 筆者 2010年9月）



写真6 ナガゼプで木の枝を切り落とし青葉と実を餌に与えるブロックパの子供（撮影 筆者 2010年9月）



写真7 東ブータンのカリンの森のブロックパの冬の小屋（撮影 筆者 2011年12月）

かならずモンパの知り合いと物々交換していた。この知り合い関係をナチャン Natsan という。この特別な関係に存在の基盤をおいてきたのは、モンパの暮らす低所も山岳地帯という高地であり、そこは十分な食料生産が低地の平野のように約束されている土地ではないからだ。この意味をしっかりと認識しておく必要がある。米が街の店に溢れるまで、食糧となる穀物は、貨幣よりも価値が高かったであろう。金持ちでも絶対的に不足気味の穀物を金で買い集めることはできない。ブロックパとモンパが生きてきた人間の「善」に基づく「高所文明」という知恵だったのだろう。

7. メディカル・キャンプという場を通じての「発見」

メディカル・キャンプを実践することで、医学関係者でもない私たちがブロックパの生活世界に入りこむ機会ができた。参加した日本人メンバーたちはメディカル・キャンプという実践の場に参加することで、何を「発見」したのだろうか^{注7)}。以下、メンバーから寄せられた「発見」を列記しておきたい（敬称略、私が一部編集してある）。

河合（地方行政や森林政策をブータンとの比較から調査している）：2011年の夏にルブラン村での聞き取りで、新しくできたゴンパ Gompa（村の

チベット仏教寺院)の60歳ほどの尼僧に会いに行き、個人史(ライフヒストリー)を聞いた。メディカル・キャンプでの診療の際、体の痛みを訴え湿布薬をもらった。この話から若い頃食べるために苦労して働いたが、気にせず動いたという記憶が蘇り、そこから具体的な話が始まった。老化による身体的衰えが契機となり普通は思い出さない記録が蘇り多彩な人生を聞いた。これは小さな一例であるが、メディカル・キャンプは個人史把握の新しい入口であるかもしれない。高山病をキーワードにして、ブロックパの固有で具体的な日常生活の知(local knowledge)の経験と近代医学の「普遍的」知や技術との接点を探ろうとして、15例ほど聞いた。食生活や役に立つ食物、そして罹病した際の周囲の仲間やその場所の住民の対応など聞くことができた。こうした話題は、メディカル・キャンプなしでは、聞くことができなかったことだろう。

平田(ラダック Ladakh との比較で乳製品や牧畜を調査している):ブロックパの食生活において、白カビ熟成チーズのチュラ Chura とバターのマール Mar とは、日常生活の中で不可欠な食材であり、極めて重要な位置を占めている。ブロックパにとって、脂肪分の摂取は主にバターに、乳タンパク質の摂取は主にチーズに依存しているといってもよい。更にブロックパの食事は、白カビ熟成チーズを用いた煮込み料理のパ Pa と穀物粉の練り物のザン Zhan によって成り立っているといっても過言ではない。ユーラシア大陸において、これほどまでに単調な食のあり方というのも、他に類をみない。食の多様性と QOL の高さとは有意な相関があることが示されている。食の側面が極端であるからこそ、アルナーチャルでブロックパの QOL を調査することは、先行研究の確証となるか、新たな発見と新たな理論を提起できるかを明確に問うことにもなる。ブロックパの QOL の結果が極めて興味深い。

小坂(帰化植物と開発の関係を調査している):メディカル・キャンプに来ない人がいた。これは、さまざまな理由が考えられるが、ディラン周辺の住民にとっての西洋医学の位置づけも関係しているのだろう。西洋医学以外にも村のシャーマンや、チベット医も住民にとっては身近なかかりつけ医である。これは医学班のアンケート調査でも明ら

かになった。また住民の多くは薬用植物の知識を持っており、軽度の症状に対しては自らの知識と経験を頼って対処していた。医食同源のことばどおり、住民の日常的な食生活においても、健康増進や健康維持のための智慧がみられた。ディラン周辺の住民の多くは、日常的に野生植物やキノコを採集し、食材として利用している。その中には薬用効果があるといわれるものも含まれている。そうした知識の豊富さを、医学班が行った認知機能テストでは、全く検知できなかったのが残念に思えた。医学班による認知機能テストでは低い得点だった住民も日常生活に関する知識は相当豊富であることが推察された。西洋医学で用いられるパズルのような認知機能テストは慣れていない住民には不向きであり、たとえば有用な動植物に関する知識のような、日常生活に必要な知識や技術を指標にしたテストが必要だと感じた。

宮本(埋没土壌から開発年代測定調査をしている):インド北東部(アルナーチャル・プラデシュ州)における土地開発過程を明らかにするために、ルプラン近郊において表層地質調査を行った。とくに、火入れに伴う土地開発は、高所における特徴的な事象である。火入れに伴って形成されたと考えられる炭化した木片を含有する倒木痕を発見し、その年代は放射性炭素 14 (AMS 法)によって約 500 年前(480 ± 40)という値を得た。この年代は、牧草地を確保するために、一定の空間面積を確保するために火入れを伴った土地開発であると推定され、ルプランへの定住の初期的な年代を示すものと現段階では推定される。

大西(人里に出現する野生動物の調査をしている):通過的になってしまいがち(もしくは、通過的にならざるをえない)な短期調査のなかで同じ集落に何度も通わなければならなかったブロックパ地域でのメディカル・キャンプは、猛禽類のように生息密度が低く遭遇率の低い動物の観察に適した「調査方法」となっている。今回観察できたのは、クマタカ (*Spizaetus nipalensis*) やイヌワシ属 (*Aquila* sp.) など大型の猛禽類で、アルナーチャルの 1600-3500 m の標高の草地や畑地を(おそらく狩場として)利用している。野生動物の中でも大型猛禽類でさえも、人の生活圏が生息地として重要な機能を果たしていることが考えられた。

安藤（高所文明を地域研究的に捉えようとしている）：ブロックパが家族単位の小集団で草地や周辺の森林を利用していること（特に、森林の木の青葉のついた枝を餌として与えている実際の様子）や、ヤク、チュクの飼育域とゾウ、ゾモ、ジャチュミン、コート飼育域が分離していること、ラドゥックについての知見などは、メディカル・キャンプで実際に、ブロックパの小屋の住居地や村などの生活と生業の場に入り込まない限り発見することはできなかった。ブロックパの低所（照葉樹林帯）と高所（高山帯）の利用の仕方が生活と生業の面から明確になった。

8. おわりに―地域研究の手法としてのメディカル・キャンプのインパクト―

メディカル・キャンプという実践が、アルナーチャル・プラデーシュの高所研究にとって重要であるはずのブロックパの人たちの存在を浮き彫りにしてくれた。メディカル・キャンプにかかわることがなかったら、山岳地域の中でも夏には3500～4000 m近くの高所、冬には2000～2500 m前後の森深くという、どちらも人里を遠く離れた徒歩が要求されるブロックパの暮らしと生業の場に足を運ぶことをせず、モンパのバイアスをとおしてブロックパを知り、ディラン郡での地域研究を「モンパ研究」として終わらせていたことだろう。実践にかかわることで、ディランの高所という環境で暮らす人々がかかえる問題が具体的に自覚され始めたのである。その一つがブロックパの季節的な移動生活がもつ医療サービスと学校教育からの疎外である。特に近代教育制度は通年の定住を前提としていることから、ブロックパの悩みも大きい。メディカル・キャンプという実践があったからこそ、数日間の短期間にブロックパの人々の生活や暮らしの場に入っていくことができ、打ち解けあうことができたのである。医学関係者でもない私たちアルナーチャル班のメンバーも、メディカル・キャンプについては、その実践目的を最大限円滑に達成するためにやるべきことを決めて率先して体を動かした。地域の人々と共通した目的（健康診断）をきっかけにそれに向かって答えようとする実践（メディカル・キャンプ）は、自然体で外部者である研究者を地域に引き込む効果が大きいと考えることができる。そして、地域の

人々もそんな研究者には、率直に心を開いてくれるようになる。

医学的な現象への多面的説明にのみ医学班と他の班との連携が求められてきたが、実は、高所プロジェクトにおける医学班と他班との連携は、一方で「観察者の立場」と「実践者の立場」をメディカル・キャンプという実践で対峙させることにもなったと総括できる。アルナーチャル・プラデーシュでのメディカル・キャンプの実践は、観察者から実践者へと地域研究者の立場を無理なく立場を変換させている。また、各メンバーが寄せてくれた「発見」から伺えるように、医学班との共通項としての課題もはっきりとさせてきている。メディカル・キャンプに参加し、共通の実践課題の中で働いた者同士がもつある種の共有感覚がその背景にある。こうした場の共有なくして共同研究は困難であることを再確認することが必要である。私は、この点が明らかになったことでも、医学班との連携は地域研究側から見れば大変有意義であり、地域研究者の実践への参加がそれぞれの地域研究の質を変革させる意義があることを示すことができた医学班に感謝している。実践というプロセスこそが、地域とのかかり、共同研究を横断する感覚や自覚を芽生えさせ、それが実践を促進せる。メディカル・キャンプは、地域で行う研究のあり方に大きな一石を投じているのである。この点を喚起しておきたい。

一連のメディカル・キャンプでの私の反省点は、現地の保健局や集落住民と事前の協議会が不十分で、健康診断の効用について住民たちへの理解喚起がやはり不足していたことである。メディカル・キャンプの日も重要であるが、メディカル・キャンプ実行以前の住民や保健局関係者への意義の説明や、実施後の健康維持への啓発のための普及事業をもメディカル・キャンプの事業として位置づけていくことが必要だと、本稿をまとめつつ思い始めている。高所プロジェクトのプロジェクト期間は残すところ2012年度の一年間のみであるが、是非、こうした視点からフォローアップとしてのアクション・リサーチを最終年度に組み込んでいければと考えている。そうすることでメディカル・キャンプの実践が提示してくれる地域像をしっかりと捉えメディカル・キャンプの今後の展開に寄与できればと願っている。

注

- 1) 詳しくは、海田能宏 編 2003『バングラデシュ農村開発実践研究』コモンズ、を参照のこと。
- 2) 現在(2012年)では実践への関わりの評価は大きく変化した。例えば、赤石書店から「みんぱく実践人類学シリーズ」が2008年から2010年までに9巻刊行されていることが示しているように、今では、実践との関係が大きな注目を集めている。1990年を境として、社会科学方面からの実践に関わる学会や大学院における研究科の設立が進んだ。1990年には、国際開発学会が設立され、経済学、経営学、政治学、社会学、文化人類学、農学、工学、医学等からの参加メンバーによって、政策から国際協力や援助の現場での実践に関する諸テーマがそれ以来報告されている。また、名古屋大学大学院研究科に日本初の国際開発研究科が設立されている。私に関係する地域研究の分野においても2004年に地域研究コンソーシアムが設立され、その趣意書に、実践とのかかわりの重要性がうたわれている。特に地域研究の研究班の一つとして「実践的活用班」が設定され、大規模自然災害での地域研究の役割などが活発に議論されている。また、1998年には京都大学大学院にアジアアフリカ地域研究科が設立され、研究科の特徴の一つとして、地域協力専門家、国際専門家の養成という実践とのかかわりの深さを教育・研究目標に掲げている。1990年～2000年にかけてという比較的近年に起きたこうした日本国内の状況とは異なり、海外、特に、欧米においては、人類学は早くから国際開発プロジェクトや地域研究として政策研究に積極的にかかわってきている。国際開発プロジェクト関連では、1980年代には、開発人類学(Development Anthropology)の入門書(ノラン2007: i)や、1983年以来ロバート・チャンバースらによる農村開発の実践や研究における参加型手法の重要性を指摘する一連の書物刊行が始まっている(チェンバース2011: 3-11)。第二次大戦後にアメリカで始まった地域研究は、第三世界への国家戦略に役立つ実践的な社会科学としてはじまり、そ

れに対す反発として、日本の地域研究、当初、国家戦略と距離を保つために学術研究を目指したことは日本の地域研究者の中ではよく知られている事実である。

- 3) こうした研究者のジレンマを真摯に受け取り、現場での理解を一步踏み出し、現場の問題を抱える人々を支援していこうという研究姿勢が国際開発援助や国際協力の現場に身をおいてきたフィールド・ワークを手法とする社会科学を専門とする若手の研究者の中で始まっている。小国和子・亀井伸孝・飯嶋秀治(編)2011『支援のフィールドワーカー開発と福祉の現場から』世界思想社、はその好例である。今後はますますこの傾向は加速していくことだろう。
- 4) モンパとブロックパについては、アルナーチャル・プラデーシュでは、ブロックパは、民族的にはモンパの中の一つの Sub-group として扱われることが多い(Shigh 2009)。しかし、ディランのモンパの人たちは、ブロックパの人たちの言葉をよく理解できず、違った民族として考える人たちもいる。ブロックパは東ブータンのタシガン Trashigang 県の丘陵に多く居住している。東ブータンのブロックパでは、ブロックパが現在の中国領チベットの南部の Tshona (錯那) から7世紀にブータン東部に移住したという伝説をもつ(Chand 2004: 36)。私は、東ブータンの伝説とディランのモンパとブロックパの日常言語の違いからブロックパは例えモンパ同じグループだとしてもディランのモンパとは文化的にはかなり隔たりができてしまっている民族集団だと考えている。ブロックパ(放牧する人)に対して、ウンパ(農耕地の人、あるは農耕の人)とモンパを二分して説明されることもある。しかし、現実にはウンパということばが頻繁に使われている訳ではなく、ウンパであるモンパは、自らをウンパと呼ばず、モンパと自称することが多い。東ブータンでは、モンパとブロックパは別の民族として認識されている。したがって、本稿では、ウンパであるモンパをモンパ、ブロックパをブロックパとしてモンパの生活上の呼び名にならって表記した。
- 5) ディラン郡の高所では、高度差と水平的な距

離の差が、生活を取りまく環境や文化の違いを生みだしている。その違いを有効に活用し、ブロッパとモンパは、ナッタンと呼ばれる相互信頼の人と人のネットワークによって日常的な世界を超えて広く環境資源を利用していた、生存基盤が確立されてきたとするのがモンパ・モデルである。

糖尿病アクセル仮説は、現在の暮らしの変化と生活習慣病の発症に関するモデルである。高所環境における限定的な質素な食や厳しい労働環境がそこで暮らす人々の生活習慣病の予防に役立ち、高所環境への生理的な適応を可能にしてきた。しかし、食生活や職業などの暮らしぶりが急激に変化することで、高所環境で暮らすことが逆にストレスとなり糖尿病などの成人病の罹患にアクセルがかかるという仮説である。

この二つモデルは、高所プロジェクトの中間報告書的な位置をしめる『生老病死のエコロジー チベット・ヒマラヤに生きる』（奥宮清人 編、昭和堂、2011）ですでに発表されている。

- 6) ブロッパの人たちは、ヤクの雄をヤク Yak、雌をチュック Chuk と呼ぶ。チュックはブリ Bri と呼ばれることも多い。高地牛の雄であるガラン Glang との一代交雑種の雄をゾウ Zo、雌をゾモ Zomo という。また、ゾモとガランの一代雑種のメスをコート Kot という（Sigh 2009 を参照）。ジャチュミン Jachumin は、ミトン牛の雄と牛の雌との一代交雑種の雌のことである。
- 7) 査読者の一人から、是非、一次資料にもとづき、アルナーチャル班の「発見」を書き加えてほしいという要望があったので、それに答えた。

引用文献

- 足立明 1995「経済2—開発現象と経済学—」米山俊直編『現代人類学を学ぶ人のために』pp.119-138、世界思想社
- ノラン、リオール 2007『開発人類学—基本と実践—』（関根久雄ほか訳）古今書院。
- チェンバース、ロバート 2011『開発調査手法の革命と再生—貧しい人々のリアリティを求め

続けて—』（野田直人ほか訳）、赤石書店。

Chand, Raghubir, 2004, Brokpas-The hidden Hilanders of Bhutan-, Pahar Pothi.

Singh, Ranjay and *Brokpa* community, 2009, Indigenous knowledge of yak breeding and management by *Brokpa* community in eastern Himalaya, Arunachal Pradesh, *Indian Journal of Traditional Knowledge* Vol.8(4): 495-501.

Summary

A Methodology of Medical Camp: Potential of Action Research by Area Studies in Eastern Himalaya

Kazuo Ando

Center for Southeast Asian Studies, Kyoto University

In Dirang Circle, West Kameng Distirct, Arunchal Pradesh, India, we have implemented three Medical Camps for Monpa and Brokpa from 2009 to 2011. The methodology of Medical Camp was firstly questioned of its applicability by the Japanese team members, whose specialty is “Area Studies”, because of direct intervention to the local people with medical treatments without advanced relationship and its impact to the local communities. However, after implementation of Medical Camp in collaboration with the health department of West Kameng District, this apprehension changed into a surprise. The general methodologies of Area Studies usually try to avoid the direct intervention in the local people, because the aim of Area Studies is to understand the characteristics of “Area” and sometime to identify the problem and its mechanism. The practical solution is not given a priority in the orthodox Area Studies. The direct interaction in the local people with the Medical Camp is a complete different research methodology in Area Studies. Therefore, I would like to present my experience with the following points and to conclude that Medical Camp has a good potential as a significant methodology of Practice-oriented Area Studies.

1. A dilemma between research and practice: Significance of Study in Arunachal Pradesh
2. Cooperation of local people to encourage us to decide the implementation of Medical Camp as an action research
3. First Medical Camp and learning from the clinic medicines
4. Risk of Medical Camp at 4000m at a height above sea level and a measure for it.
5. Medical Camp to visit the Brokpa
6. ”Highland Civilization” supported by Temperate Evergreen Forest and Network of “Goodness”
7. “Finding” by Japanese Research Members through Medical Camps
8. Conclusion: Inpact of Medical Camp as a methodology of Area Studies