

筑波大学社会・国際学群国際総合学類
卒業論文

感染症対策における文化的対立
—エボラ出血熱の蔓延を例に—

2015 年 1 月

氏名 ： 宮田直承
学籍番号 ： 201110408
指導教員 ： 関根久雄教授

目次

第1章 序論	1
1. はじめに	1
2. エボラ出血熱とは	2
(1)エボラ出血熱の特徴	2
(2)発生とその歴史	3
(3)治療法、予防法	3
3. 西アフリカ各国の感染の現状	3
(1)物資の不足	4
(2)医療従事者の不足	5
(3)海外からの医療従事者・医療施設に対する襲撃	5
(4)現地の伝統的な慣習による感染拡大	6
(5)各国の現状のまとめ	6
(6)現在行われている対策とその課題	7
4. 研究方法	8
5. 章構成	9
第2章 「病」と「治療」	10
1. 健康と医療に関する3つの命題	10
2. 「病」「医療」の多様性	11
(1)「病」の多様性	11
(2)病因論	13
(3)「医療」とは何か	14
3. 西欧医学の優位性	15

(1)来歴	15
(2)西欧医学の限界	17
(3)「医療」の相対的な認識	18
第3章 西アフリカ地域と西欧諸国の関係史.....	20
1. 古王国の盛衰.....	20
2. 西欧諸国との接点	21
3. 植民地支配の歴史	22
(1)奴隷貿易の拠点としての西アフリカ.....	22
(2)年季奉公人制による奴隷の「解放」—シエラレオネ、リベリア	24
(3)キリスト教、学校教育の浸透—シエラレオネ、リベリア	26
(4)フランスによるギニア支配.....	27
(5)アフリカ人官僚の必要性.....	27
(6)植民地支配のまとめ	29
第4章 「病」「医療」の広域性.....	32
1. アフリカ全土で認められる「病」観、災因観	32
2. 呪術による災因観の説明.....	33
3. 「病」観、「医療」観の広域性、柔軟性.....	35
第5章 結論	37
注	39
参考文献	42
Summary	45
謝辞	46

第1章 序論

1. はじめに

2014年3月頃から、西アフリカ諸国を中心としてエボラ出血熱の感染拡大が続いている。2月9日にギニアで発熱性の病気の発症が確認されて以来、その病原の特定が急がれていたが、3月24日、その病原体がエボラウイルスであることがフランスの研究所から発表された。エボラウイルスの感染は3月末までに隣国のシエラレオネ、リベリアに拡大し、西アフリカ地域で未曾有の拡大が続いている。8月8日には「国際的に懸念される公衆衛生の緊急事態」が世界保健機関(以下、WHO)から宣言された。また10月以降にはアメリカ合衆国、スペイン、フランスでも感染者が確認されており、世界的な蔓延が懸念されている。

エボラ出血熱の感染が拡大している要因として、ウイルスが持つ感染力が強力であることや特效薬がないことなど、医学的な根拠を指摘できる。しかし、医学的要因だけが感染拡大を引き起こしているわけではない。埋葬の際に遺体を素手で洗浄するという現地の慣習や、西欧医学への不信感から生じる患者隔離の妨害など、西アフリカ固有の文化や外来者に対する抵抗感も、感染拡大に結び付いている。科学的な根拠に基づくと、エボラ出血熱はその感染源への直接的な接触を断絶することによって、感染を阻止することができる。これに対し、西アフリカにおける埋葬の慣習は、感染源への直接的な接触を促すものであり、西欧医学に基づく対策と対立関係にあると指摘できる。

WHOのアフリカ地域事務局長であるルイス・サンボ医師は、7月下旬にリベリア、シエラレオネ、ギニアを訪問した。この訪問の目的は、エボラ出血熱の現状と課題を現地で直接的に検証し、流行を迅速に封じ込める最良の方法を見つけ出すことであった。同氏は「文化的習慣を尊重しながら行動の変化を促すことが重要」とする声明を出し、既存の感染防御と対策手段で流行の封じ込めが可能であることと、現地でのそれぞれの文化を尊重しながらそれらの対策を講じる必要があることの2点を強調した⁽¹⁾。医学的根拠に基づき、感染拡大や症状の進行を抑制できることが証明されている手法を講じる必要があることは議論を待たない。しかし、西アフリカ地域で連綿と営まれてきた伝統的医療を否定し、西欧医学を一方的に浸透させていくことは、西欧医

学そのものや海外からの医療従事者に対する現地住民からの心理的抵抗感をもたらし、流行の抑制に逆効果であると考えられる。以上の観点から、感染拡大を抑止するうえで、サンボ医師の声明は有益な見方を示していると言える。しかし、西欧医学に基づく対応の推進と現地文化の尊重という、背反するかのようにつえられ得る両者の統合は、どのような形で実現させることができるのだろうか。

そこで本論では、西欧的医療と西アフリカ地域の文化との対立関係の解消に貢献しうる視座や実践の検討を目的とする研究を行う。その際、西欧的な「近代医療」や非西欧地域の「伝統医療」がそれぞれの文化圏で信頼されるに至った過程を探り、異なる「医療」の在り方の相対化を図る医療人類学の議論が有益となる。それに加え、西アフリカ現地で醸成される、外来者に対する不信感・抵抗感の原因を、西アフリカ地域とその外部世界との接触の歴史に求める。

2. エボラ出血熱とは

西欧近代的な科学的根拠が前提とされる際に、エボラ出血熱はどのように定義づけられているのだろうか。ここでは、本論の主要な対象となるエボラ出血熱に対する、科学的・疫学的見地からの定義、その歴史と対処法について述べる。

(1)エボラ出血熱の特徴

エボラ出血熱はエボラウイルスによる感染症であり、2～21 日間の潜伏期間ののち、発熱、頭痛、倦怠感、筋肉痛、嘔吐痛などを発症する。次いで嘔吐、下痢、胸部痛、出血などの症状が現れ、多臓器不全とショック症状のため最悪の場合は死に至る。エボラウイルスには、感染者の体液（血液、分泌物、嘔吐・排泄物など）やそれらに汚染された物質（注射針など）に十分な防護なしで触れた際、ウイルスが傷口や粘膜から侵入することで感染する。そのため、感染者の治療にあたる医療従事者や、葬儀に参列する近親者などへ感染が拡大する例が多い。その一方で、空気感染することはないため、感染者の体液やそれに汚染されたものに触れなければ感染リスクを下げることができる。また流行地では、エボラウイルスに感染した野生動物の死体やその生肉に直接触れた人がエボラウイルスに感染することで、自然界から人間社会にエボラウイルスが持ち込まれると考えられている⁽²⁾。

(2)発生とその歴史

エボラウイルスが初めて確認されたのは1976年である。当時は北ザイールと南スーダンで、数百人が死亡する規模の感染が発生した。その後、コンゴ民主共和国やスーダン、ウガンダなど中央アフリカ諸国でしばしば流行が確認されており、これまで20回を超えるアウトブレイクの報告がある。エボラウイルスにはザイール、スーダン、ブンディブジョ、タイフォレスト、レストンという5つの種が存在し、病原性の強さがそれぞれ異なる。1976年にエボラ出血熱が蔓延した際には、ザイール型ウイルスは90%、スーダン型ウイルスは50%の致死率を有していた。西アフリカにおける今回の流行の原因は、最も病原性が高いとされるザイールエボラウイルスに極めて近縁のウイルスであることが判明している。その致死率は約60%とされており、病原性が高いことが窺える⁽³⁾。

(3)治療法、予防法

エボラウイルスに対する、承認を得た治療薬やワクチンは現時点では存在しない。そのため感染者に対する治療は、下痢で脱水症状を起こしている患者への点滴や、併発感染症を防ぐための抗生物質の投与など、対症療法による免疫システムの補完を行うことに留まっている。研究段階にある抗ウイルス薬の投与も試みられているが、エボラウイルスに対する治療効果が確立しているわけではない⁽⁴⁾。そのため、エボラ出血熱への対策としては、罹患してからの治療よりも、罹患する以前の予防策の拡充が急がれると言える。

自然界でのエボラウイルスの宿主である野生動物(チンパンジー、ゴリラ、オオコウモリ、サル、レイヨウ、ヤマアラシなど)から人への感染を予防するためには、これらの野生動物の死体に直接手を触れないこと、そしてその肉を生で食さないことが対策として挙げられる。また、人から人への感染を防ぐためには、人への感染が確認されている地域に行かないこと、感染者の体液や排泄物、それらに触れた可能性がある物品に手を触れないこと、十分な手洗いを実践することが肝要である⁽⁵⁾。感染源に直接接触することを防げれば、エボラウイルスに感染する可能性を極小化できるということである。

3. 西アフリカ各国の感染の現状

致死率が非常に高い型のエボラ出血熱が、かつてない速さで西アフリカ一帯に拡大している。その進捗はおよそどのようなものであるか。WHO によれば、2014 年 11 月 19 日現在、エボラ出血熱への感染者は 1 万 5,145 人、そのうち死者が 5,420 人とされる。特に流行が甚大である西アフリカでの死者は、ギニアで 1,192 人、リベリアで 2,964 人、シエラレオネで 1,250 人である⁽⁶⁾。

こうした数値は、特定の地域における、ある期間までの感染拡大の度合いを巨視的に把握するためには有用である。しかし、感染が拡大している現場で、どのような主体が対策に当たり、どのような課題に直面しているのか、などの精細な状況を把握するまでには至らない。本節では 2014 年 2 月から同年 11 月にかけてのエボラ出血熱の拡大の現状を、リベリア、シエラレオネ、ギニアの感染拡大国において顕著である特徴ごとにまとめる。

(1)物資の不足

3 か国のいずれにおいても、感染を予防するための物資が著しく不足している。ギニアでは洗い場や消毒液用のバケツもない病室がほとんどである⁽⁷⁾。リベリアでは手袋をはじめとする防護用の物資の不足のため、医療従事者への感染リスクが大幅に高まり、医療従事者の更なる減少が進んでいる。2014 年 4 月から 8 月までで、リベリア国内のある病院には 50 組入りのゴム手袋が 1 箱しか届かず、医療従事者は素手で患者の処置をするか、患者を見捨て自身の安全を優先させるかという選択に直面することとなった。数少ないゴム手袋で最大限の患者に処置を施すためには、病院スタッフは同じゴム手袋を何度も使い回すほかなく、患者にも医療従事者にもエボラ出血熱への感染を拡大させる要因となった。ゴム手袋以外にも、試験管や抗生物質、防護服、マットレスなど、医療活動の遂行に必要な物資の多くが不足している。この一因として、リベリアの政治家による医療費の支出への反対意見がある。リベリアでは、エボラ出血熱が援助金を引き出すための詐欺だとする議員が少なくない。また、政府に雇われている公務員は 1 日当たり 5 米ドルの収入しか得ておらず、政府への反発から援助金の横領に走る公務員も多数存在する。リベリアでは内戦が長年続いたため、出納記録を管理して公務員が支援物資を盗まないようにする対策が政府に欠けているとされる⁽⁸⁾。

シエラレオネでは、病床や救急車の不足も見られる。首都フリータウンでも病院が

恒常的に満床であり、およそ 400km 離れた郊外まで救急車を走らせる必要に見舞われている。長距離に及ぶ搬送の間に死亡する患者も多いほか、整備の行き届いていない道路での走行のために医療従事者が患者と接触し、感染を拡大させる要因ともなっている⁽⁹⁾。

(2)医療従事者の不足

物資に留まらず、病院での患者への処置や啓発活動にあたる医療従事者の不足も見られる。WHO によると、エボラ出血熱の流行以前でさえ、リベリアでは約 400 万人の人口に対して医師が 51 人しかいなかった。1 人の医師に対し、7 万人弱の人口が存在する計算となり、世界で 2 番目に医師の数が少ない。前述のゴム手袋の不足のために、2014 年 8 月 12 日の段階で、少なくとも 36 人の医療従事者がエボラ出血熱に感染し、死亡した。感染したものの回復を遂げた医療従事者もいたが、そうした人たちも精神的ショックを受けている場合が多く、物資の供給がままならない医療環境に再び従事しようとは思えず離職する場合が大半である。体調不良や恐怖心から職場を離れる医療従事者が続出したため、リベリアではほとんどの病院が閉鎖され、路上や住宅に遺体が放置されたままの状態が続いている⁽¹⁰⁾。

(3)海外からの医療従事者・医療施設に対する襲撃

2014 年 9 月 18 日には、ギニア南東部のリベリアとの国境付近で、エボラウイルスの感染拡大に関する周知活動を行っていたグループが殺害される事件が発生した。医療従事者や現地の記者からなるグループが、国境地帯の現地住民による襲撃に遭ったとされている。ただ、こうした襲撃事件の発生は初めてではない。エボラウイルスの感染地域に入ろうとした国境なき医師団(以下、MSF)や赤十字、地元保健省のチームが、地元住民に襲撃される事例は複数報告されている。これは、エボラウイルスが外部の人間から持ち込まれたという疑念が、感染諸国の地元住民に根付いているためと考えられている⁽¹¹⁾。

こうした事件はシエラレオネでも発生した。シエラレオネでは、多くの住民がエボラ出血熱を超自然的な呪いだと信じており、海外からの医療従事者がその呪いをかけている犯人だとする風潮がある。そのため、海外からの医療専門家に対する不信感が根強く、現地に入った海外の医療関係者が現地住民から追い出されたり、医療施設が

襲撃されたりする事件が発生している⁽¹²⁾。

感染拡大を防止するため、エボラ出血熱の罹患者は隔離施設に収容されるが、リベリアのスラム街であるウェストポイントでは隔離施設が襲撃され、感染が疑われる少なくとも 17 人の患者がその親族によって連れ出された。襲撃の際には、汚染されたベッドや医療器具なども隔離施設から持ち出された⁽¹³⁾。

(4) 現地の伝統的な慣習による感染拡大

シエラレオネでの感染拡大は、ギニアから持ち込まれたエボラウイルスが端緒であった。シエラレオネ東部の国境沿いのソコマ村に住む「ヒーラー(治療師)」の女性が、エボラ出血熱に対する特別な治癒能力を持っていると主張したため、隣国ギニアからエボラウイルスの感染者たちがシエラレオネに流入した⁽¹⁴⁾。

さらに、死者の埋葬のために遺体を洗って清めるという現地の慣習も、感染へのリスクを著しく高めている。西アフリカでは、葬儀前に死者の叔母が遺体を洗い、死者が愛用していた服装を遺体に着せる。そして、何日も続く儀式の最後には、遺体の顔に触れたり口づけをしたりする。西アフリカでは、こうした埋葬の儀式によって、死者が死後の生活に円滑に移行できるようになると考えられている。遺体へのこれらの接触を禁止することは、死者への冒瀆を意味することとなる⁽¹⁵⁾。

(5) 各国の現状のまとめ

ここまで、エボラ出血熱の感染拡大が著しい 3 か国が直面している現状を概観した。これらの国々では、それぞれどのような課題を指摘できるのか。そして、3 か国に共通して指摘できる特徴はあるのだろうか。

3 か国のいずれにおいても、2014 年 11 月時点において、防護服やゴム手袋、ベッド、救急車といった医療用の資機材が圧倒的に不足している。そればかりか、手洗いに必要なバケツや石鹸など、日常的に使用する物品でさえも十分には供給されていない。手洗いによって感染を防ぐことは十分に可能なため、日常的に使用する衛生用品の拡充は感染拡大の抑止に効果的である。専門的な医療処置を必要とする段階に至る前に、感染を予防することで、飽和する病床や救急車の利用者を減少させ、医療活動を円滑化させることにもつながる。

日常生活の場を離れた医療施設の現場では、前述のような資機材のほか、医療従事者も不足している。防護装備の不足のために医療従事者への感染も続発し、回復したとしても精神的ショックから離職する事例が後を絶たない。医師不足を解消するためには、エボラウイルスから医師を防護する物資を現地に供給したり、海外からより多くの医師を現地に派遣したりすることが必要となる。

物資や医療従事者など、ここまでは西アフリカ現地での「量的不足」に注目した。しかし、医療の在り方や文化に関する「質的差異」も課題として表面化している。海外からの医療従事者に対する、ギニア現地住民による殺傷事件や、リベリアでの隔離施設の襲撃、シエラレオネでの「ヒーラー(治療師)」に対する信頼感や埋葬儀礼など、科学的根拠に基づいた近代医療を現地に単純に持ち込むだけでは解決できない諸課題が存在する。これらの事象の要因には、西欧的な医学に対する現地からの不信感、抵抗感がある。「エボラ出血熱は、外来者からもたらされた人為的な病だ」とする言説や、治療のために隔離施設に連行されても死亡する患者が相次ぎ、患者の近親者に不信感をもたらしてしまう現状が、海外からの医師や医療実践を拒絶する姿勢を醸成してしまっている。こうした背景を十分に考慮せず、西欧的な近代医療を、科学的根拠のみに基づいて「正しい」ものだと主張し、一方的に推進するような対応策を講じてしまうと、西欧的医療や海外からの医療従事者に対する一層の不信感を促進することとなる。そのため、現地での言説がどのような過程の下で構築されてきたのか、「ヒーラー」や埋葬儀礼がなぜ重要視されているのかなど、現地の人々の考え方や行動の在り方を探求し、西欧的な医学とどのように結び付けられるかを考察する必要性がある。「量的支援」の拡充と、「質的差異」を乗り越える姿勢とが、エボラ出血熱の対策に求められていると言える。

(6)現在行われている対策とその課題

こうした状況に対し、どのような主体が、どのような対策を講じているのだろうか。2014年のエボラ出血熱拡大に対して行われてきた対策や、できていない対策、また医療従事者の側に限らず、感染者となった本人やその近親者の側が求めている対策には、それぞれどのようなものがあるのか。

公益財団法人日本ユニセフ協会(以下、ユニセフ)は、2014年3月22日時点で5トンの緊急物資を現地へ輸送した。その中には、医薬品、医療機器、ビニール手袋、点滴、

経口補水液などが含まれていた⁽¹⁶⁾。こうした物資供給と並行して、エボラ出血熱の予防法や治療法に関する広報・啓発活動が断続的に行われている。「エボラ出血熱の徴候や予防法をまとめたポスターやチラシを作り配布するほか、町や村、市場など人が多いところで直接説明をし、エボラ出血熱への正しい理解と手洗いなどの予防法、人が亡くなった時の対処法などを広め」⁽¹⁷⁾ている。広報・啓発活動では、科学的・疫学的知見に基づいた対処法が「正しい」ものとして現地住民に教えられる。

MSF は、隔離病棟での治療のほか、感染者と接触した可能性がある人、感染した疑いがある人を追跡する疫学的監視に注力している⁽¹⁸⁾。また、「エボラに関する正確な情報を、当該国の全域に速やかに伝える」⁽¹⁹⁾活動もしている。「エボラという言葉の口にすればエボラが発生する」、「エボラの存在を否定すれば、病気を免れる」といった現地での信仰への対策に直面したり、死亡した人の適切な埋葬の仕方を周知したりするなど、現地に関する高度な文化的理解が求められる活動に従事している。

ユニセフや WHO など各団体が行う物資供与により、現地で必要とされている量を常に確保できているわけではないが、日常的な手洗いや防護服の着用などでウイルスとの接触を断つ動きは、感染拡大の抑制に効果的な取り組みだといえる。

しかし、物的不足の解消のみで感染拡大を抑止できるわけではない。どれほど物資が集められたとしても、海外からの医療従事者や医療の在り方そのものに対する不信感・抵抗感を払拭することができなければ、効果的な活用は実践されにくい。「ヒーラー」信仰や葬送儀礼に端的に表れているように、現地で重んじられる文化の在り方との折り合いを探る試みがなされなければ、感染拡大の危険性を減少されられないだろう。疫学的観点に基づいた、西欧的な「医療」の在り方と、伝統文化に基づいた西アフリカ現地での「医療」の在り方との対立関係を克服することが、現状でのエボラ出血熱への対応に欠けているのである。

4. 研究方法

本研究は、西アフリカ地域の文化・歴史、並びに医療人類学に関する文献、ウェブサイト、統計資料、学術論文を通じて行う。特に、エボラ出血熱の感染者数や現地で行われる対応策については、各種国際機関や医療系 NGO、ニュースサイトなどウェブ上からの情報を積極的に利用することで、感染が拡大する現地の状況を詳細に理解することや、充足・不足している対応策に関する最新情報を把握することに努める。

5. 章構成

第2章では、医療人類学の議論をまとめ、文化圏ごとに異なる「医療」をどのように捉えるべきかを考察する材料とする。第3章では、西アフリカ地域と西欧諸国との関係史を振り返る。これにより、西アフリカが外部の世界とどのように交流してきたかをまとめ、そこでの文化の在り方が形成されるに至った背景や、現在確認される海外からの文化に対する拒否感が醸成された要因を探る。第4章では、前章で西欧諸国との混淆によるアフリカの文化変容を議論したことに対し、西アフリカで元来醸成されていた伝統的な「病」⁽²⁰⁾観や「医療」観が、どのような内実を備えていたかをまとめる。最後に第5章では、本論で扱った医療人類学の視座や西欧諸国との歴史、西アフリカ独自の「病」観や「医療」観に鑑みて、2014年のエボラ出血熱拡大への対策として有用な方法論や考え方を提示し、結論とする。

第2章 「病」と「治療」

1. 健康と医療に関する3つの命題

グローバル化が著しく進行している現在、「病気」や「治療」という語が示す範囲として、「物理化学の知見に支えられた生物学」[池田 2007:1]ばかりが強調される傾向にある。しかし、今回のエボラ出血熱の流行のように、西欧近代的な文脈から離れた文化圏で発生した病に対処するためには、発生地域が元来有する病因観や治癒観が参照されなければならない。医療人類学者の池田は、健康と病気に関する学際研究が到達した命題として次の3点を挙げる。

〈健康と病気に関する学際研究が到達した3つの命題〉

1. 健康と病気は動的に定義される

...人びとの病気と健康に関する信条や実践は文化的に多様である。したがって健康と病気の実態はさまざまな条件により変化する動的なものである。

2. 生物学と文化科学は相互に理解可能である

...人間の文化的行動は、病原体を含む環境への進化学的な適応の結果であり、それは生物医学的な分析によって理解可能である。他方、進化学や生物学も人間の文化的産物である限り、文化の解釈に関する理論がもたらした知見により逆の方向からも分析可能である。すなわち医学と人類学は相互に理解可能な学問領域である。

3. 文化科学と生物学の実践的協働の可能性

...以上の知見をもとに特定集団の健康と病気に関する生活慣習への文化的介入を行ない、人々の生活の質の改善という生物医学的成果に寄与を行なうことができる。つまり医療と人類学の学際研究は社会に対して何らかの貢献が可能である。[池田 2007:2-3]

上記の諸命題を、西アフリカにおけるエボラ出血熱の拡大に当てはめて考察する。疫学的知見によれば、エボラ出血熱はエボラウイルスによる感染性の病気であり、ウ

ウイルスへの感染経路を断絶することで感染を防ぐことができる。しかし西アフリカの人々の間では、エボラ出血熱は「エボラという言葉をおくすることで発生する病気」でもあり、その対策は「エボラの存在を否定すること」であるという捉え方も併存する。このように、疫学的知見を根拠とする原因特定と、西アフリカの現地で信条とされる「未知の病気」としての原因特定のどちらもが、エボラ出血熱という同一の病気を説明する。上述の命題 1. にある健康と病気の動態性は、今回のエボラ出血熱の流行においても確認できる。その解決のためには、生物医学的な分析による単一的な根拠に留まらず、文化の解釈との相互参照による考察が可能であることを、命題 2. が示している。そして、こうした医療人類学的考察は、実社会に対する「何らかの貢献」の可能性を有しているということを、命題 3. から読み取れる。

2. 「病」「医療」の多様性

前述の3つの命題から、生物医学と文化的研究の相互参照の可能性、そしてその実社会に対する有用性を指摘できた。本論の目的からすると、西欧的な「医療」の在り方と、伝統文化に基づいた西アフリカでの「医療」の在り方との対立関係の克服に努めることが、実社会に対する「何らかの貢献」の内容である。文化圏ごとの「医療」の在り方を捉えるためには、西欧近代、西アフリカのそれぞれの文脈において、そもそもどんな事象が「病」だと捉えられているかを考察する必要がある。

(1) 「病」の多様性

医療人類学者のヤングは、「病い(illness)」、「疾病(disease)」、「病気(sickness)」の3つの区分により、人間が経験する「病」の全貌の理解に努めた[奥野・山崎 2007:35]。「病い」とは、症状を含めた病者の経験のことであり、「疾病」とは、生物学的実体としての病だとされる。病者から見れば、どんなにありきたりな「疾病」であっても、それは個人ごとに固有の苦しみを伴う「病い」である。しかし医師の視点から見ると、それぞれの患者が訴える「病い」の個別性は重要視されず、むしろどの患者にも共通して実在している「疾病」への着目がなされるのである。病者が捉える「病い」と医師が捉える「疾病」を総称する包括的な概念が「病気」とされる[奥野・山崎 2007:36]。病者や医師といった立場により、「病」に対する認識が変化するというのが、ヤングによる主張である。

「病」は、それを個人の身体的変化に留めるか、あるいはそれが対外的にもたらす価値まで含めるかによっても、捉え方が異なる。現代日本を例に挙げると、衛生環境や医療技術の進歩を受け、集団の隔離・治療が必要な感染性の病気に日常的にさいなまれることは少なくなった。それに代わって、高血圧や糖尿病など、個人の生活習慣が原因となる慢性病が進行し、病気の「個別化」が顕著になった[花渕 2007:76]。この「個別化」の進行と同時に、病気であることが労働能力や地位の喪失を意味し、病者の社会的価値を否定するような、病気の「社会化」も見られるようになった。現代社会においては、労働が不可能な存在としての病人が、社会的立場の喪失と、それに基づく心理的な疎外感をも強いられることとなる。

「病」に対する個人の捉え方や、社会的に見た価値を考察することは、「病」に「意味づけ」を行うことだと換言できる[黒田 2001:8]。個人レベルにおいては、自分が置かれている状態やその原因、正常な状態に戻るための対処法などをどのように捉えるかが「意味づけ」の実践である。「意味づけ」は必ずしも一度だけ、確定的に行われるものではない。自分の心身の異常にある「意味づけ」を行ったとしても、それに基づく治療が奏功しない際には、異常の原因を別の要素に帰し、連動して対応策も変化させる。こうした「意味づけ」の柔軟性は、所属する文化圏の如何に関わらず確認することができる。また、「意味づけ」はしばしば他者と共に行われる。個人が「病」に陥った時、病者は自分だけでなく、家族や知り合い、専門書やメディアの情報、医師などの「病」の専門者といった、複数の他者の存在も考慮しながら「意味づけ」を試みる。ここにおいて、個人レベルだけでなく社会的レベルでも「意味づけ」に不確定性が生じることを指摘できる。

病者本人やその周囲の他者が参照する価値体系により、「意味づけ」は文化圏をまたぎ大きな多様性を孕むこととなる。病者自身がどんな状態を「病」だと捉え、その原因を何に帰し、どのような対応策が必要だと考えるかは、病者が置かれている社会での病気観に依拠する。例えば腹痛が生じたときに、科学的な医療観を所与とする西欧近代社会であれば、食物の腐敗や特定のウイルスへの感染など、科学的に説明可能な要因を想定し、投薬や入院といった対応策を選択する。他方で、同じ腹痛であっても、病者がアフリカの農村社会での出身者・生活者であれば、他者からの怨恨や身体への精霊の侵入などに原因を求め、祈祷や呪医による診療を対処法として選択する場合もあろう。このような「意味づけ」の多様性を、正誤や優劣の点で差異がなく、どの考

え方をも対等なものとして扱うことが、医療人類学の前提となる姿勢である[黒田 2001:9]。

ここでは、病者や医師など病気に対する立場の相違や、個人レベル・社会的レベルで異なる「意味づけ」の多様性といった観点から、「病」の多様性に言及した。1 節で参照した、健康と病気に関する学際研究が到達した 3 つの命題に鑑みると、「医療」や「病」の捉え方は文化圏の相違にばかり立脚するように捉えられる。それに加え本項からは、よりミクロなレベルからも「病」の多様性が導出されることが確認された。

(2) 病因論

「病」の原因を説明する知識を総称して、病因論という。近代医療の文脈では、細菌やウイルスなどの病原体、必要な栄養素の欠乏、臓器の機能障害など、科学的見地から病因が説明されることが多い。しかし、病因論は時間的、空間的な多様性に富み、科学的見地のみでは説明しきれない「病」の在り方も非常に多く存在する[奥野・山崎 2007:40]。

古代エジプトでは、医師は宗教的な神官を兼任することもあり、神々の意思や悪魔の存在による人体への介入が多く、多くの病因となることが信じられていた。また古代ギリシアでは、血液、粘液、黒胆汁、黄胆汁という、身体を構成する 4 つの体液の不均衡が病因となると考えられ、ヨーロッパで長らく支持される病因論となっていた。

中世には、世界各地で感染症の蔓延が見られた。14 世紀のヨーロッパにおける黒死病(ペスト)のほか、16 世紀の南アメリカ大陸では、天然痘による人口減少がインカ帝国やアステカ帝国の滅亡に寄与した[奥野・山崎 2007:39; マクニール 1985:181-190]。これらは狭義に捉えれば、それぞれペスト菌や天然痘ウイルスに原因を見ることができ、疫学的根拠の存在を指摘できる。一方で、より広義にその病因を考えると、農耕の発展による人口の増大がペスト菌の流行を促進したほか、アンデス地域の資源の獲得や支配領域の拡張など経済的・政治的要因が、南アメリカに天然痘ウイルスを持ち込んだと指摘することもできる。感染症流行の直接的な原因は生物学的根拠に見いだせるが、文明の発展や政治的・経済的要素がこれらの感染症の病因であったと換言することもできる。特定のウイルスの流行という事象が実現しえた背景にまで考察を膨らませることで、病気の流行は生物学的要因にも文化的要因にも帰することができるのである。

世界各地で異なる多様な病因論を、医療人類学者のフォスターは「パーソナリスティック」と「ナチュラリスティック」という2種の病因論体系に大別した[奥野・山崎 2007:40-41]。「パーソナリスティック」は病因を人格的なものと捉える議論であり、誰かによる呪術や、神や精霊の仕業を病因とする考え方である。一方で「ナチュラリスティック」は、自然の要素を病因として考える。食事摂取や天候の変化、前述の古代ギリシアの四体液説など、要素間のバランスの変化を病因として捉える。

19世紀末に成立した近代医学理論の中心的、かつ支配的な病因論は「特定病因論」であり、「病気という実態が存在する」という「存在論的疾病観」と、「病気の原因として特定の因子が指定できる」という「単一原因論」という2つの理論で構成される[佐藤 2001:88]。単一の病因の特定と、それに基づく治療法の指定は、想定されうる多様な病因の可能性からの選択を意味する。この選択は「恣意的なもので、イデオロギー的選択」[佐藤 2001:89]であるとされる。コレラという病気を例示すると、その病因として上下水道の不備や、コレラ菌という体内の病原体の存在を想定できる。コレラは19世紀初頭のヨーロッパで大発生したが、当時は産業革命以降の工場制機械工業の発達期であり、労働者の立場を低位に留めることが求められていた。そのため、コレラの病因は体内の病原体であることが恣意的に選択され、公衆衛生の拡充とそれに伴う労働者の権利意識の向上がもたらされることが回避された。病気への対応策をイデオロギー的に選択できる「利便性」が、特定病因論の権力的地位を担保したと言える。

(3)「医療」とは何か

概念としての「病」をめぐる多様性に連動し、それを「治療」という概念が指し示す内容も多岐に及ぶ。

前述のヤングによる「病い」、「疾病」、「病気」の3類型に鑑みれば、それぞれに対する処置の在り方も分かれてくる。近代的な医療は、症状としての「疾病」を克服する「治療(curing)」に重点を置いてきた。しかし医療人類学の視点からは、生物学的な病理の症状を単純に克服することに留まらず、個人ごとの主観や文化間での捉え方の相違にも包括的に対応しうる、より広範な意味での「病気」の克服が求められる。こうした広義の医療活動を、奥野と山崎は「治療」に対し「癒し(healing)」と呼んでいる[奥野・山崎 2007:37]。

さらに、人間社会においては、自身が「疾病」に見舞われておらず、かつ自身が医療従事者でない場合であっても「病気」と向き合う状況に立たされることがある。例えば、自分が生活する地域において感染性の病気が流行しているとする。自身がその感染症に罹患していなければ、その個人は「疾病」を持っておらず、「治療」に取り組む必要もないことになる。しかし、感染症への罹患を予防することは、次の感染者への蔓延を未然に防ぐことにもつながり、「疾病」を持たずとも「病気」への対処には参加していると指摘することができる。社会性を持ち、集団としての生活を営む人間にとっては、自己のためだけではなく他者のために行われる医療の在り方も生じてくるのである。この点からも、「医療」を個別的な「疾病」への対処に留めず、より多層性に富んだ視点からも論じる必要性があることがわかる。人間に特有の「行動の社会性」[奥野・山崎 2007:38]が、人間の医療行動を複雑化、多様化させていると言える。

3. 西欧医学の優位性

グローバル化する現代世界において、身体の変調を生物学的根拠から理解し、投薬や病院での治療により克服しようとする西欧医療が浸透しているように見られる。呪術や憑依などに基づく非西欧地域での医療実践は、治療効果を説明できず、体系立っていない「無知蒙昧な」活動として軽視される傾向が根強いと言えるだろう。西欧医学はなぜ、非西欧の医療的实践に比較して重要視される地位を占めるに至ったのだろうか。本節では西欧医学の来歴を振り返ることで、西欧医学が特権的地位を獲得するに至った過程や要因に言及する。

(1) 来歴

科学的な知見に基づいた近代医療の基礎は、ルネサンス期のデカルトによる心身二元論にその発端を得たという[奥野・森口 2007:126]。

科学的な医療の考え方が、ヨーロッパに留まらず地球上に広くもたらされるようになった起源は、列強諸国が軍事力を背景として世界に進出していった植民地時代である。当初は軍人や軍属の病気やけがに対処するため、また植民地統制官や現地人エリート健康管理のため、宗主国から植民地へと医療がもたらされた。やがて、経済的生産性の低下や大戦に動員可能な戦闘力の減少を抑制する必要に直面したため、植民地社会一般にまで医療の対象者が次第に拡大するようになった。西欧諸国から植民地

諸国にもたらされた制度的、科学的な医療の在り方は「帝国医療」と呼ばれる[奥野・森口 2007:126]。帝国医療に対して、見市は「狭義には近代植民地主義の展開の中で宗主国が植民地に対して行う公的な医療を指す」[見市 2001:26]とする定義を与えている。

帝国医療が備えていた性格は、宣教医療・熱帯医学・慈善医学という3分類に整理することができる[奥野・森口 2007:129-134]。まず宣教医療とは、キリスト教化と文明化を同義と捉えた列強諸国による、神の名の下において推進された帝国医療の在り方である。「全ての人類を平等な兄弟」と捉えるキリスト教的精神に基づき、臨床医学の知識と技術を有した宣教師は積極的に植民地へと介入していった。その強固な啓蒙精神により、医師、助産師、看護師など現地人による医療従事者を拡充させた点は、宣教医療による貢献である。しかし、宣教医療は「植民地に蔓延する疫病を根絶し、人命を救う」という名目を列強諸国に与え、植民地統治の推進を正当化する役割を果たしたに過ぎないという批判も存在する。キリスト教的な「兄弟愛」を掲げながら、現地住民を支配—従属という非対称的な主従関係の下に置いたという事実を鑑みても、宣教医療の主張が植民地支配の正当性を担保する大義名分に留まっていた、ということができよう。

帝国医療の特徴を示す2つ目の概念が、熱帯医学である。これは、細菌学説に基づく防疫を植民地で進める、植民地行政と緊密な連携を持つ医療の研究と実践のことである[奥野・森口 2007:131]。19世紀後半から20世紀初頭にかけてのヨーロッパでは、パスツールによる発酵現象の解明、コッホによる細菌の発見など、細菌を病因と捉える医療体系が発展した。他にも Manson がフィラリア原虫を、Labran がマラリア原虫を発見するなど、細菌性の病気の原因や治療法が解明されていった。これにより、帝国医療の科学的信頼性がより強化され、西欧医学の優位性が補完されたとと言える。

宣教医療や熱帯医学が、植民地支配の推進と並行して実践された医療の在り方であったのに対し、植民地支配期から戦後以降においても継続されたのが、慈善医療である。これは、キリスト教など特定の宗教に根拠を置くのとは別の形で、人道主義的な人類の扶助という思想を背景に行われた医療活動である[奥野・森口 2007:132]。20世紀初頭、アメリカのロックフェラー財団はアメリカ南部諸州では十二指腸虫症撲滅キャンペーンを展開し、現地住民の生活習慣改善に貢献した。1913年には、国際保健委員会を組織してセイロン、マラヤ、エジプト、ラテンアメリカなどで慈善医療活動

に取り組んだ。1929年には、ロンドンで衛生・熱帯医学院も設立した。こうした慈善医療は、戦後に展開する国際保健活動の感染予防モデルの起源となっている。

(2)西欧医学の限界

前述した帝国医療は、植民地支配を正当化する政治性を備えていたとはいえ、結果的に現地の医療水準の向上には一定の貢献をしたように見える。しかし、帝国医療を始めとする西欧医療が、非西欧世界にとって純粋に善良な影響のみを及ぼしていたわけではない。本項では西欧医療がもたらす負の側面に重点を置き、西欧医療が回収しきれなかった観点を指摘したい。

帝国医療の発展は、植民地社会の医療水準を向上させたとはばかりは言えず、かえって「開発原病」を現地にもたらしたとする指摘がある[見市 2001:4]。ヨーロッパ地域と比較してアフリカの土壌は貧困であり、自然環境の変化に対する悪影響が如実に発現しやすい。気候帯や植生分布のために、病原菌も多く存在していた。こうした地域に植民地支配という開発が介入し、土地の開拓や人口増加がもたらされると、病原体と人間が接触する危険性が高まる。さらに、商品や労働者などの移動の増大や、災厄に対抗する伝統的社会秩序の崩壊も受け、現地社会は病気の蔓延に対する脆弱性を増大させることになる。「医療水準の向上」を目指す外部者の介入は、病気に対する当該地域の状況を必ずしも改善するとは限らないのである。

帝国医療の科学的信頼性の獲得に貢献した細菌学説についても、西欧世界が自明視していた「等質化」という論理の存在を指摘できる。等質化とは、世界のごく一部に過ぎない西欧で起こった「特殊」な文化が、「普遍」的なものとして強制的に非西欧世界に押し付けられたとする概念である[見市 2001:3]。温暖な気候、肥沃な土壌といった地理的要因に基づく「先進」的な農業システムや、ルネサンスと宗教革命以降の「近代」的な知の体系など、西欧が経験した歴史は西欧だけに見られる個別的な事象であったはずである。それにも関わらず、世界は潜在的に等質であるとする進化論的な前提のもとで、西欧の経験は全世界での再現可能性を有するものとして捉え直された。この等質化の考え方が医療においても援用され、「個々の病気は世界中どこでも同じ」「人類はみな生物学的には同一であり、科学はどこでも応用できる」とする言説を編み出し、細菌学説に基づく帝国医療も世界的規模で一律的に展開されることとなった[見市 2001:9]。

細菌学説に対する反証として、「抗生物質の神話」も挙げられる。抗生物質とは、狭義には「細菌などの微生物によって作られ、他の細菌などの微生物の生育を阻害する天然物質」[佐藤 2001:83-84]であり、そこに修正や合成を加えた合成抗生物質や、最初から合成された化学物質である合成化学療法剤を含めた、広義の抗生物質が一般的には認知されている。抗生物質は、感染性の病因に対する特効薬として開発され、1950年代から使用が始まった。感染症を治すために作られたという出自から、抗生物質は感染症への「正統的な対処法」として認知され、使用されていく。しかし、感染症の原因は特定病因論に基づいて恣意的に選択されたものであって、実際には必ずしも単一の要素のみから病因を説明できるわけではない。つまり、選択された特定の病因に対しては抗生物質の効果を期待できるが、恣意性により選択されなかった病因への対処に関しては、抗生物質では治療可能性を担保できない。さらに、選択された特定の病因に対してすら、抗生物質は有効ではないという主張もある。抗生物質の発明により、結核や腸チフス、インフルエンザなど、多くの感染症の治療が促進されたと一般的には理解されている。しかし実際には、抗生物質の発明以前に、感染症自体の病原変化や身体の抵抗力の増加を要因として、感染症による死亡率は低下傾向にあった[佐藤 2001:100-108]。抗生物質は、患者の身体的状況や周囲の衛生環境が理想的な条件を満たしている範囲に限って、病状を緩和することはできる。しかし、どのような状況下でも、どのような病気に対しても治療効果を有しているという、抗生物質に対する一般的な期待は誤りであり、「正統的な対処法」としての抗生物質は神話に過ぎないのである。

グローバル化が進む現代、西欧医療は科学的根拠に基づいた、信頼性の高い体系として認識されがちである。しかし、こうした認識は、等質化理論や特定病因論といった言説によって、正統性や権威性を付与されていただけである、と指摘することも可能である。認識レベルでの誤謬性に留まらず、実際に開発原病という弊害を発現させる側面も西欧医学は備えている。

(3)「医療」の相対的な認識

3 節では、世界的に西欧医学が有力視される根拠として、一方では宣教医療・熱帯医学・慈善医学という3分類に基づく「帝国医療」としての来歴を参照した。他方で、「帝国医療」の裏付けとなる細菌学説や特定病因論が社会的「神話」として作用して

いた点にも言及した。西欧医学という同一の事象であっても、その構成要素を詳細に検討していくことで、相反する両義的な解釈を析出できた。ここから指摘できることは、「絶対的」だと考えられている医療の在り方にも、それを相対化して捉える余地があるということである。エボラ出血熱の流行地では、疫学的な根拠に基づき、感染者や死者との接触を断つことが「正しい」こととして奨励されており、この主張は決して「間違っている」わけではない。だが、西欧医療を相対化して考えると、「正しい」対処の手法が必ずしも西欧医療だけには限らない、という可能性が見えてくる。一見すると「正しい」としか捉えることができなかった近代的な医療にも限界を確認できたように、表面上は「間違っている」と捉えられがちな西アフリカ現地の「医療」も、詳細に観察していけば「正しさ」を認められるのではないだろうか。

白川は、文化人類学を特徴づける文化相対主義の考えを参照しながら、医療人類学における「反・自文化中心主義的な文化相対主義」の重要性を主張している[白川 2008:79]。文化相対主義は「人間は、それぞれが独自の価値を持った異なる文化に所属しており、1つの文化の価値や認識の基準を別の文化に単純に当てはめて理解することは出来ない、という考え方」[浜本 1996:71]である。この認識に立脚すると、自他のものの見方や基準などに見られる違いは、「文化の差異」に置き換えられるだけで放置されてしまい、「自分の視点をずらし、変えてみる契機」が欠けているとされる。これに対し、「反・自文化中心主義的な文化相対主義」は、自己の相対化という営為の下、「自文化の自明性と絶対性」を問い直す作業を、考察の出発点とする。それにより、異文化におけるものの見方や基準を理解したり、相手と対話する可能性が開けたりしてくる。この自己の相対化が、開発主体側の考え方や価値観、行動様式などの一方的な押し付けを行なっていないかを問い直す効果をもたらす[白川 2008:80]。

白川の指摘に鑑みれば、細菌学説や特定病因論の限界に目を向け、西欧医療の絶対性を見直した第2章での議論は、「反・自文化中心主義的な文化相対主義」的な視点を構築する試みだったと言える。西欧医療とは異なる西アフリカでの医療的営為をただ受容するだけではなく、西欧的な思考自身が備える「絶対性」に再考を加えた点が、浜本が指摘する文化相対主義との相違点である。これは、異なる文化圏で「正しい」とされる価値観や行動を受容する素地となるものである。

第3章 西アフリカ地域と西欧諸国の関係史

1. 古王国の盛衰

西アフリカ地域におけるエボラ出血熱対策が阻害される要因として、西アフリカ地域で伝統的に培われてきた文化の在り方には、科学的な医療におけるエボラ出血熱への「正しい」対処法と相容れない部分が存在すること、また、西欧近代的な医療の在り方に対する忌避感が西アフリカ地域で強いこと、の2点を指摘できる。こうした現地の文化や西欧への忌避感は、西アフリカでどのように形成されてきたのだろうか。本章では、西アフリカ地域と西欧とが歴史上どのような関係の下に歩んできたかを議論し、西欧に対する忌避感が形成されるに至った要素を探る。

現在のリベリア、ギニア、シエラレオネが存在する地域の体系的な歴史が記述されるのは、17世紀以降からの植民地支配期を待たなければならない。それ以前の西アフリカに関する記述は、8世紀頃から形成される諸王国についての断片的な記録があるのみである。

7世紀から12世紀半ばのガーナ王国、14世紀から15世紀にかけてのマリ王国、15世紀後期から16世紀末にかけてのソンガイ王国など、西アフリカ地域では数々の王国が建国された[北沢 1988:9-10]。これらの諸王国には、交易の中継地としての機能と、イスラム教と伝統的宗教の信仰という2つの共通点を指摘できる[岡倉 1987:4-5]。交易については、北側のサハラ砂漠と南側の熱帯雨林地帯を結びつける交易路の役割を果たしていた。北部からは馬、織物、武器などが、南部からは金、奴隷、塩などがもたらされた。宗教に関しては、王国の統治者ごとに対処法の差異が見られる。ガーナ王国では、大臣や官吏にはイスラム教徒を登用したが、国王を含めガーナ国民の多くが異教を信じ、信教に対する寛容性が保たれていた。11世紀末にイスラム改革派集団がガーナ王国を征服し、国王や住民を強制的に改宗させたが、改革派による支配は継続せず、12世紀半ばにガーナ王国が滅亡する端緒となった。マリ王国では、砂漠、サバンナ、森林地帯の結節点として最大版図が実現され、その商業網を通じイスラム教の布教もなされた。ソンガイ王国では、建国当初は住民の伝統的宗教とイスラム教の混合主義が執られ、他宗教に対しても寛容な西アフリカ独自のイスラム観が醸成された[中村 1982:12-16]。

これらの古王国には、その中核をなしている理念や組織形態に共通した特徴が見られる。アフリカの古王国は、隊商交易や騎馬戦士の衝突を通じ、異なる文化的特徴を持つ他民族との混淆を経験してきた。その過程で、より高度な政治的組織原理に習熟している勢力が他方を政治的に従属させるという形で、国家を形成してきた。その際、支配側につく王国や首長国の初代の統治者は、天空及びそれが象徴する諸理念との結びつきで捉えられ、社会全体に関わる政治的機能の担い手として認識された。一方で、被支配側につく勢力の首長は、大地とそれが象徴する諸理念に結び付けて捉えられ、宗教的な機能を担当した[阿部 1982:36-38]。王国内で実際的に担当する機能においても、またその存在を観念的に捉える次元においても、支配勢力と被支配勢力には二法的な意味づけが与えられていたことが、アフリカ社会における王国統治の伝統であった。

強力な王権による国家の安定の下に、国際的な長距離交易は成立した。交易活動の促進には、広範囲に渡る商人の安全と市場の平和とが求められたため、それらを達成しうる強権性がアフリカ古王国に成立した。王権によって、取引される商品への課税や、利益の大きい金、奴隷、象牙などの独占が行われ、交易の安定化が図られた。一方で、これらの政策は王権に経済的基盤を担保することにもなった[阿部 1982:154]。王権が交易を支え、交易が王権を支えるという双方向性が、アフリカの交易国家の特徴だと指摘できる。隊商交易と、それを実現させるための強力な王権、そして寛容性を備えた独自のイスラム教という3つの特徴を、西欧諸国と接点を持つ以前の西アフリカの特徴として析出できる。

2. 西欧諸国との接点

15世紀になると、ポルトガルを始めとするヨーロッパ諸国が西アフリカに進出し始めた[北沢 1988:20]。金鉱の発見により、ガーナ東部のヴォルタ川からガーナ西部のアンコブラ川はゴールド=コーストと呼ばれ、ヨーロッパ諸国による西アフリカ諸国への進出が積極化された[中村 1982:23-24]。当時のポルトガルは、略奪や殺戮といった残虐行為に加え、キリスト教の布教という大義名分によって西アフリカへの進出を正当化した[北沢 1988:21]。17世紀には、モーリタニアからシエラレオネにかけての上ギニア、シエラレオネからカメルーンにかけての下ギニアという区分がヨーロッパ諸国から与えられた。下ギニアについては、主要産品により、リベリア付近を胡椒海

岸、コートジボアール付近を象牙海岸、ガーナ沿岸を黄金海岸、ヴォルタ川以東からニジェール川を奴隷海岸とする下位区分がなされた。

17 世紀後半には西インド諸島やアメリカ、ブラジルなどでのプランテーションが発展し、奴隷労働力に対する需要が急増した。これにより、ポルトガルに加え、イギリス、フランス、オランダなどが西アフリカに進出した。アフリカ全土から、1100 万人から 1800 万人以上の奴隷が送り出されたと推計される。18 世紀が奴隷貿易の最盛期であり、1807 年にイギリスが奴隷貿易を中止したにも関わらず、19 世紀にも奴隷貿易は継続された。奴隷総数のうち、55%が西アフリカから送出されたと考えられている。奴隷貿易によって、西アフリカ地域から労働人口が奪われ、共同体的特質を長期に渡って保持していたアフリカ社会・経済の再生産構造を脆弱化させた[中村 1982:31-35]。

15 世紀以降のいずれの時期における進出でも、西欧諸国は西アフリカに存在する経済的資源にのみ着目し、一方的な地域区分を与えた。そこにおいて、古王国以来の王権観や独自のイスラム教の存在が顧みられることはなかった。西欧諸国は、西アフリカと最初に接触を持つ段階から、現地文化の存在を軽視していたのである。

3. 植民地支配の歴史

(1) 奴隷貿易の拠点としての西アフリカ

18 世紀以降、奴隷の確保を中心的な目的として、特にイギリスとフランスによる進出が積極化した。ヨーロッパ諸国は西アフリカに対して、単なる経済資源の供給地という認識しか持ち合わせていなかった。18 世紀後半から 19 世紀半ばにかけてヨーロッパ人による西アフリカの探検が行われ、河川の経路や隊商ルートなどに関する知識がヨーロッパ諸国にもたらされた[中村 1982:26-28]。

資源の収奪の対象として西アフリカ進出がなされたことに遅れて、キリスト教徒による伝道活動も行われた。18 世紀からイギリスやフランスで、キリスト教的人道主義の立場から、奴隷貿易に対する反対運動が推進された。そのうちイギリスは、解放された黒人をシエラレオネに入植させる計画を立て、19 世紀初頭に、解放奴隷の入植地としてフリータウンが設立された。解放された奴隷は、従来の祖先崇拝などの伝統的文化と共に、イギリスからのキリスト教布教を受容し、両者を並立させた。英語教育やイギリス風の住宅もフリータウンに浸透し、解放奴隷は自身が身に付けた知識や技術を故郷に浸透させることを望んだとされる。イギリスによる教育を受け、ヨルバ語

学者や医者、憲法起草者など高度な専門的知識を必要とする職業に就く解放奴隷も現れた[中村 1982:28-30]。一方でフリータウンの解放奴隷は、マラリアへの罹患や現地住民との敵対に直面し、奴隷から解放されたことで全ての困難から脱することができたわけではなかった。1807年にイギリスは奴隷貿易を禁止し、1833年にはイギリス領内における奴隷制も廃止された。しかし当時のイギリスでは、産業革命の発展により、奴隷よりも商品の獲得市場としてアフリカに注目が集まったため、収奪的な形態でのアフリカとの交易が廃止されたわけではなかった[中村 1982:34-37, 北沢 1988:30-31]。

奴隷貿易の大規模な浸透は、その推進を担う西欧諸国と、西欧諸国からの外圧に一方的にさらされる西アフリカ諸国という二項対立的な図式によるものではなかった。西欧諸国は西アフリカの沿岸部に拠点となる城砦を設置し、奴隷となる黒人の積み出しを行った。沿岸部までは、内陸部から黒人が供給されたが、それを担ったのは現地の商人であった。西アフリカ諸国の支配者層は、隣国からの防衛のためにアフリカで生産できない武器をヨーロッパから輸入する必要があり、その対価として奴隷貿易の推進に加担せざるを得なかった[北川 2013b:145-146]。奴隷貿易における一方的な搾取の対象として描写されることが多いアフリカ社会の中でも、奴隷貿易に加担する沿岸部の支配者層と、奴隷として送り出される内陸部の住民という多層性を見出せるのである。

奴隷に対する需要は維持され、奴隷貿易は19世紀以降も継続された。それに加え、西欧での産業革命の進行に伴い、工業機械の潤滑油や衛生に対する労働者の欲求から、新たにパーム油の輸出も促進された。これにより、イギリスを初めとする西欧諸国の西アフリカへの介入は拡大した。1851年以降、奴隷に代わりパーム油が最大の輸出収入源となった。その後、西欧諸国の西アフリカに対する需要は、労働力としての奴隷の確保から、安価な原料や輸出先となる市場の確保へと移行した。すなわち、奴隷の供給源としてではなく、植民地支配下に置く対象として、西欧にとっての西アフリカが注目されるようになった[北沢 1988:48-51]。19世紀末から20世紀初頭にかけて、西アフリカからはパーム油、綿花、落花生、ココアなどの農産物が輸出されたが、アフリカ東部や南部ではヨーロッパ人が直接入植して農業を営んだことに対し、西アフリカではアフリカ人による小規模経営によって商品作物が生産された。これは主としてイギリス政府が、西アフリカが元来有していた生産や流通の技術・組織を利用する

間接統治の方針を執ったためである[中村 1982:70-72]。

現在のギニア以北を研究対象としたロドネーによると、西欧諸国が進出する以前の西アフリカ社会にはほとんど奴隷が存在しなかった。富裕層が貧困者を数年単位に限りて奴隷的な労働環境に置くことはあったが、経済活動の面において周辺的な役割を担うに過ぎなかった。こうした奴隷的な地位は、Client や Pawn と呼ばれ、西欧諸国に強制された奴隷制とは根本的な相違がある[北川 2013a:135]。Client とは、飢饉などの緊急時に死亡することや貧困状態に陥ることを避けるため、別の人物の従者となることを自発的に選択する人々を指す。Pawn は、借金の担保に差し出される人物のことであり、借金が返済されれば元の地位に返還された。西欧がもたらした奴隷制では、奴隷となった人物は一切の権利を失い、所有者の物的資産としての地位しか持たなかった。奴隷となる者の自発性や人間性の有無により、西欧的な奴隷と西アフリカでの Client や Pawn との間には大きな断絶が存在する。18 世紀から 19 世紀の西アフリカにおける奴隷の大規模な発現は大西洋奴隷貿易の確立以降の現象であり、奴隷貿易のために伝統的なアフリカ人社会の崩壊が生じた結果だと言える[北川 2013a:132-134]。

(2) 年奉公人制による奴隷の「解放」—シエラレオネ、リベリア

1787 年にイギリスで解放された約 400 人の元奴隷がシエラレオネに送られたことが、「自由な」入植地としてシエラレオネが形成される端緒である。1807 年にイギリスで奴隷貿易禁止法が制定され、それと同時にシエラレオネはイギリスの直轄植民地となった。同法により、イギリスの港からの奴隷船の出港と植民地での奴隷の荷揚げが禁止され、奴隷貿易船には奴隷 1 人当たり 100 ポンドの罰金が科されることとなった。それに加え、解放された奴隷の生活支援策として、黒人を年奉公人として雇用することが規定された。奴隷貿易禁止法を実行するために結成されたアフリカ協会では、その存在目的として主に以下の 3 点が言及された。第一に、アフリカの人々を奴隷として使役したヨーロッパの行いを「大いなる誤謬」と認め、「アフリカ人の文明化を促進し福利を向上させること」が目指された。第二に、アフリカ人に有用な知識を広め、アフリカに産業を導入することで、アフリカでの農業や商業の本来の能力が広まり、奴隷貿易廃止以降の合法貿易の確立が期待されると指摘された。そして第三に、イギリスだけでなくアメリカ、デンマーク、フランス、スペイン、オランダなど、奴隷貿易を存続させている各国が奴隷貿易撤廃の潮流に続いたならば、アフリカの産業に望

ましい機会がもたらされるとされた。

イギリスの積極的な先導に続き、1811 年から 1813 年にかけて、ベネズエラ、チリ、ブエノスアイレス、スウェーデンが奴隷貿易の廃止に同意した。西欧においても、1820 年代半ばまでに、オランダ、フランス、ポルトガル、スペインが、公式な協定上では奴隷貿易を廃止した。しかし、3 世紀に渡って存続された奴隷貿易は西欧諸国にとって非常に重要な経済活動であり、協定上の「廃止」によって実際の奴隷貿易が即座に停止されたわけではなかった。非合法の奴隷貿易活動の取り締まりにおいて、イギリスが実効的な役割を果たした。イギリス海軍が西アフリカ沿岸部を中心に奴隷船を監視し、拿捕に至った事例の 95%は同軍によるものだった。拿捕された奴隷船の大部分はシエラレオネに連行され、イギリスと他の関係諸国間で締結された奴隷貿易禁止協定に基づき、混合委員会による裁判を受けた。1819 年から 1871 年にかけて、600 隻以上の奴隷船が拿捕され、8 万人の奴隷が解放された。

1808 年にシエラレオネがイギリスの直轄植民地になると、15 歳から 60 歳までの全ての男子を対象とする徴兵制や、綿花栽培の指導、新聞の刊行、西欧諸国との郵便制度など、解放奴隷の暮らしの細部までを統制するための諸制度がアフリカ協会により整備された。シエラレオネへの入植者はそれ以降も増大したが、イギリスによる統制を必ずしも受容したのではなく、フリータウン周辺の山岳地帯に移動し、現地住民とのコミュニティを形成する勢力もあった。これに対しイギリス側は、宗教教育による解放奴隷の統制を試みた。コミュニティの統率を図ることに加え、解放奴隷の文明化を実現させるため、1816 年にシエラレオネ植民地を教区に分け、指導者となる牧師を設置した。キリスト教式の洗礼、結婚、埋葬などの儀礼がもたらされ、直轄植民地になる以前と比較し 5 倍の人数が宗教教育の受講生として登録された。宗教教育と連動して学校教育も浸透し、1817 年まで 99 人であった学校教育の受講生が 1 年間で 345 人にまで増加した。1822 年には、リベリアもシエラレオネと同様に解放奴隷の定住地となり、キリスト教のミッシヨナリによる宣教が始まった[北川 2013c:175]。

1833 年にイギリスが奴隷制を廃止し、年季奉公人制に移行した。6 歳以上の元奴隷に 4 年から 6 年の年季が課され、元の奴隷主のもとで週に 45 時間の労働に無償で携わることが定められた。これは、イギリス領西インド諸島でのプランテーション経営における深刻な労働力不足への対策であった。キリスト教的精神に基づき、黒人を表面的には奴隷の身分から「解放」したが、プランテーションでの経済的利益の追求を捨

て去ることはできず、奴隷主のもとでの強制労働に従事させる姿勢が変わることはなかった。年季奉公人制の下に置かれた元奴隷は、プランテーションでの輸出製品の生産よりも自らの土地での食糧生産を好み、生産物の余剰を交換する地域市場を自発的に形成した。1838年に年季奉公人制は廃止され、解放された元奴隷は自給的農民となっていた[布留川 2008:321-352]。

植民地となったシエラレオネは、奴隷貿易を取り締まるための西アフリカの拠点として、また奴隷とされた黒人を裁判によって解放し、定住させる場として発展していった。しかし解放された元奴隷は、イギリスによる裁判に基づき、年季奉公人としてプランテーションなどでの底辺労働に使役されたり、イギリス帝国の防衛のために海軍兵士として使役されたりした。シエラレオネやリベリアの形成は、表面上はキリスト教的精神に則り「自由」を黒人に与えるとする動きの発現であったが、実際には「解放」された黒人をイギリスの都合に適合する労働環境へと再配置する役割を果たすに過ぎなかったと指摘できる。

(3)キリスト教、学校教育の浸透—シエラレオネ、リベリア

解放奴隷の定住地となったシエラレオネやリベリアでは、キリスト教の布教と学校教育の推進がなされた。宣教師による学校教育でアフリカ人は読み、書き、計算を学習でき、これが教員や医師、技術者としての職業獲得に貢献したため、解放奴隷はキリスト教教育を積極的に受容した[北川 2013c:177-178]。宣教師は同時に、薬品や病院、衛生観念など西欧式の医学をもアフリカにもたらした。これは教育による職業獲得と同様に、キリスト教徒に改宗する利益をアフリカ人に実感させる役割を果たした[小泉 2007:265-266]。現地の伝統的な薬品や治療法と西欧のそれとは相互補完的に使用され、伝統的な癒しの慣行を完全には排除しないまでも、それへの依存度を低下させた[北川 2013c:178]。解放奴隷の生活区域における宣教活動が、西アフリカと西欧医療との最初の接点となる。

西アフリカ社会へのキリスト教の浸透は、キリスト教への改宗者と旧来の宗教的慣行や生活様式を守る伝統的な人々との間に分裂をもたらした。伝統的な生活を維持する人々は、改宗者が物的欲求ばかりに関心を置き、年長者を尊敬しなくなることを危険視した。

西欧式の教育はアフリカ人に知識を提供したが、それは西欧諸国が期待したように

アフリカ人を支配下に組み込む結果には至らず、むしろ社会的権力を身に付けたアフリカ人に自尊心や不満感を与えることとなった。そのためアフリカ人エリートは、西欧による植民地統治の舞台から排除され、それに代わって伝統的なアフリカ人支配者が植民地支配の協力者として利用されることとなった[北川 2013d:201]。

20 世紀以降、第一次世界大戦に向けた徴兵制がイギリス植民地化で始まった。イギリス領では現地の伝統敵部族制度を利用した徴募制度が行われ、植民地支配に協力し厚遇された首長は徴募に協力姿勢を取った[中村 1982:76]。

(4) フランスによるギニア支配

イギリスによるシエラレオネの植民地化と同じ時期に、フランスはギニアに進行した。ギニアやシエラレオネを含む西スーダン一帯には商人集団のジュラが居住し、ニジェール川上流の内陸部と大西洋沿岸部とを結ぶ遠距離商業に従事していた。ジュラは、現在のギニア、マリ、コートジボワール、ニジェールをその指示範囲とする西スーダン一帯で広く活動する旅商人であり、支配層である首長・祭祀と、被支配層である農民との中間を占める勢力であった。ジュラはイスラム信仰が強く、商業活動と同時にイスラム教の伝播にも注力した[岡倉 1987:2]。その一方で、イスラム教徒でなくても人間であれば誰でも救われるという、独特のイスラム観を有していた[岡倉 1987:10]。17 世紀のソンガイ王国の滅亡以降、西スーダンでは小規模の政治組織が分裂する状況が続いた[岡倉 1987:22]。19 世紀半ばにジュラ出身のサモリ＝トゥレが、イスラム教への帰依と軍備増強によりギニアを治めた。サモリによる帝国とフランスは 1882 年から 1889 年にかけて軍事的に衝突するが、ジュラ商人による商業活動網を駆使した武器調達とそれに基づいた常備軍の整備、サモリの地理的知識と行政組織の効率的配置のために、フランスが決定的な勝利を収めることはなかった[中村 1982:62-66]。

(5) アフリカ人官僚の必要性

イギリスの植民地では、まず間接統治政策が採用された。これは、ヨーロッパとアフリカの政治文化が異なるという前提に基づき、現地のアフリカ人社会を統治するためには、現地の支配者や支配機構を維持したまま、アフリカ人自身が発展させてきた政治システムに依拠することが最適な方策であるとの考えによるものであった[中村

1982:86]。各植民地では、中央政府の下に地方行政単位として州が設置された。中央政府では総督が行政を統括し、行政協議会と立法協議会が設置され、両協議会の大半はイギリス人官僚が占めた。州には行政区という下位区分が与えられ、間接統治のシステムが整備された。こうした西欧式の中央集権体制の設置は、現地の伝統的な王や官僚との間に混乱や対立をもたらした。宣教活動とともに広められた教育により、高位な官僚の地位に就くアフリカの現地人が台頭したが、間接統治下ではアフリカ人が強力な権限を有することは厳格に制限された。教育を受けたアフリカ人が自身の能力や職務を全うできないことは、ヨーロッパ人に対する対立感情を生むこととなった[北川 2013d:195-197]。

一方でフランスは、自身の文化に対する誇りとその拡大に対する強い信念から、植民地下で同化政策を執った。植民地をフランスの州として管理し、アフリカ人の臣民にはフランス的な文化を享受した市民となることが求められた。伝統的な部族の境界は考慮されず、フランス政府の一存により行政単位が設定された[中村 1982:90-91]。しかし文化の画一化を推進する同化政策は、多様な文化や慣習を持つアフリカを統治する手法としては困難が大きいものであった。家族制度、アフリカ固有の宗教、イスラム信仰、その他の伝統的な生活文化は、フランスの文化とは大きく異なるものであり、同化政策はこうした文化を破壊する可能性があった[北川 2013d:197-198]。そのためフランスは、イギリスと同様に中央政府—地方政府による植民地管理に移行した。植民地は面積と人口が均等になるような地方政府に分割され、伝統的な境界を無視した形での統治体制が敷かれた。その下でアフリカ人首長は地位や権限を奪われ、労働力の調達など低位な職務に従事させられた。

いずれの事例でも、植民地はアフリカ人の仲介者がいなければ統治機構が成立しない構造となった。中央政府—地方政府に基づくマクロな統治体制は形成されたが、その内実を充実させるためには、現地の文化に通じたアフリカ人下級官僚の裁量にゆだねる必要性があったためである[北川 2013d:200]。

植民地統治の推進は、輸出農・鉱産物の生産拡大や交通・行政体制の整備、貿易・行政の中心地形成などを通じ、被支配地域に都市化をもたらした。これはアフリカの住民が旧来の伝統的共同体から離脱し、新たな社会構造に組み込まれる契機となった。都市的環境の中で、その住民は部族的・宗教的・文化的多様性に身を置くこととなり、そこにおける社会的適応を迫られた。同時に、相互扶助や部族文化の維持・発展のた

め、同部族・同郷出身者による組織が構成された。都市化の進行は、のちに展開される民族主義運動の基盤を準備することとなった[中村 1982:101-103]。

第一次、第二次世界大戦の戦間期には、パン＝アフリカニズムとナショナリズムの広がりによってアフリカ人の民族的自覚が先鋭化した。アフリカ人・黒人を白人支配から解放しようとする思想や運動は、アメリカやヨーロッパで生活していた黒人の間で、19世紀末頃から醸成されてきた。これが第一次世界大戦期に国際的な広がりを見せ、1919年に第1回パン＝アフリカ会議が開催された。この会議で、アフリカ原住民に対する国際法上の保護、土地の信託、外国資本による搾取に対する保護、奴隷制の廃止、教育の権利、アフリカ人の政治参加といった要求が決議された。1920年のイギリス領西アフリカ国民会議の第一回会議では、教育を受けたアフリカ人エリートが宗主国による間接統治を批判し、官吏制度のアフリカ人化と、その基礎をなす教育の普及・高等化を要求した。これに対し西欧諸国の植民地総督は、西欧化したアフリカ人エリートを軽蔑し、部族長を通じた間接統治を継続する姿勢を打ち出した。同会議は地域的にも階層的にも限定され、植民地制度そのものと対決しうる勢力とはならなかったが、アフリカ人エリート層による最初の民族主義思想の提唱として、のちの運動の発展の基礎となった[中村 1982:103-108]。

(6)植民地支配のまとめ

ここまで、西アフリカ地域と西欧諸国との関係史を概観した。西アフリカ地域と西欧医療との接触は、植民地化以降のキリスト教布教活動の一環として確認された。古王国の時代からイスラム教を中心的な信仰としていた西アフリカ地域にキリスト教がもたらされ、特にシエラレオネにおいてキリスト教が拡大する契機となったのも、植民地支配期のことであった。ただし西アフリカの住民が、キリスト教や学校教育を必ずしも肯定的に受容したわけではないこと、そしてキリスト教の布教が、西欧諸国が期待したような「伝統」の駆逐と「文明化」への転換を実現させたわけではないことを指摘しておく。キリスト教とそれに伴う学校教育はむしろ、職業の高次化を通じてアフリカ人住民の権利意識を向上させ、西欧諸国に抵抗する道具を与える結果にもなった。また、アフリカの「未開性」の根源の1つだと目された土着宗教を一掃し、キリスト教を唯一の信仰形態として浸透させることで、アフリカ社会の「文明化」が実現されとの目論見が、西欧諸国には存在した。しかし実際には、土着宗教からキリ

スト教への二者択一的な転換ではなく、両者を併存させたアフリカ独自の信仰形態が生み出されることとなった。西欧でのキリスト教では禁じられた一夫多妻制や動物の生贄といった営みが、アフリカのキリスト教では土着信仰との呼応によって正当なキリスト教的行為として浸透したことがその一例である[小泉 2007:265-268]。アフリカへのキリスト教の伝来は、植民地支配下の人々に西欧的文明の一員としての自覚を与えたのではなく、むしろ独自の宗教観を醸成させてアフリカの宗教的アイデンティティを形成させることに寄与したと言える。

また、奴隷貿易や植民地支配の推進が、西欧諸国—西アフリカ地域という二項対立的な構造によるものではなかったことも、歴史概観から得られた見地として記しておきたい。西欧によるアフリカ進出の歴史は、支配・搾取を一方的に推進する西欧諸国と、それを全面的に受容せざるを得なかったアフリカ諸国という固定的認識の下に語られることが多い。しかし、17世紀以降の奴隷貿易では、西欧による植民地当局と結び付き、内陸部からの黒人の供給に加担した沿岸部のアフリカ現地住民を確認できた。植民地支配以降も、特に間接統治を敷いたイギリス植民地では、地方政府による現地住民の統治を実現させるため、アフリカ人の下級官僚の存在が不可欠であった。西欧諸国による強固な支配体制化に置かれたことは事実であるが、「アフリカ」として同一の単語で表象される中にも、多層性が潜んでいたことは考慮すべき点である。北川が西アフリカの人々を「ヨーロッパ人に対して丁重を装いながら、決して人間として服従しない。キリスト教に改宗しながら、それを独自の必要を満たすものに変えていく。出稼ぎ労働のために家族を破壊されながら、一方で、都市では人間同士のつながりを築いていくという生き方を身に付けていった」[北川 2013d:217-218]と表現するように、西欧からの強大な圧力を受けながらも、それを利用し抵抗する姿勢を有していたことこそが、西アフリカ諸国の実像なのである。

奴隷貿易における沿岸部のアフリカ人の利用であれ、間接統治におけるアフリカ人下級官僚の登用であれ、西欧諸国によって一部のアフリカ人のみが懐柔されたことは、アフリカの共同体的な社会体制を大きく崩壊させることになった。西欧諸国と接触する以前の古王国では、隊商交易と強大な王権、寛容なイスラム教をその特徴として析出できた。そこでは商人間での対称性と、国王—国民間の非対称性が成立していた。しかし西欧諸国の介入で、一部のアフリカ人が西欧諸国の権力性に接近することにより、国王以外のアフリカ人の間にも非対称性がもたらされることとなった。

西アフリカ地域と西欧諸国との関係史の概観から総じて指摘できることは、「アフリカ対西欧」といった固定的な二項対立の図式を想定しがたい多層性こそが、西アフリカ地域の実像ではないか、ということである。奴隷貿易や植民地支配の過程を議論することで、隊商交易や伝統宗教を元来有していた西アフリカ社会が、キリスト教や学校教育、中央集権的な国家体制といった西欧近代的な社会の要素をどのように受容していったかを導出することはできた。しかし西アフリカでは、西欧との接触を通じて、奴隷貿易の媒介者としてのアフリカ沿岸部の住民や、土着信仰との結合を経たアフリカ独自のキリスト教、間接統治に動員されたアフリカ人地方エリートに見られるように、「アフリカか西欧か」という二者択一に必ずしも適合しない勢力や考え方が創発されることとなった。西アフリカ性と西欧性との混淆から生じた抽象的な総体を、西アフリカの文化的特徴として仮定するのであれば、西欧的な「医療」観と西アフリカの「医療」観という対立関係に立脚して、エボラ出血熱の対策を講じる試みが正当性を持ち得るのか、本論の出発点に再考を加えなければならない。

第4章 「病」「医療」の広域性

1. アフリカ全土で認められる「病」観、災因観

巨視的な歴史を概説することで、西アフリカと西欧諸国がどのような関係の元に存在してきたかを捉えることはできた。イギリスによる間接統治では、現地で形成されていた伝統的な組織・統治体制を植民地政府が受容する試みが見られた。また、奴隷貿易やキリスト教の浸透により、西アフリカの伝統的な慣習や文化の崩壊がもたらされたことも示された。しかし、伝統や文化の受容・崩壊のいずれにおいても、西アフリカのそれらはどのような内実を備えたものであったかにまでは言及できていない。とりわけ、西アフリカ独自の「病」観や「医療」観とは、どのような考え方であるのだろうか。

病気や災いに関する理解や対応は、アフリカ各地で類似性が強く、その傾向はホートンが主張するアフリカ伝統思考の特徴と親和性が強いとされる[阿部・近藤・小田 2007:38]。ホートンはアフリカの人々が持つ伝統的な思考を、西欧の科学的思考との対比により析出した。科学的思考は自らの思考様式に常に批判を加え、理論の精緻化を志向する。それに加え、既存の世界観と対立する新たな思考様式を脅威だと捉えない。これに対し、アフリカの伝統的思考は既存の世界観や説明枠組みに依存し、代替的な世界観に気付かない。既存の世界観と対立する思考様式に対しては脅威を抱く[近藤 2007:34-36]。そして、アフリカの伝統的思考における、「病」や災いについての既存の世界観は、主に以下の3つにまとめられる。「流動性(状況の変化に応じ考えや認識を変えやすいこと)」、「安定性(利用される知識にしばしば長期的に安定した核があること)」、「具体性(知覚に訴えるイメージが多用されること)」である[近藤 2007:39]。これらの3つの特徴を説明する概念として、レヴィ＝ストロースのブリコラージュがある。レヴィ＝ストロースは、「未開人」の知識が具体的なイメージに近い知識であり、それと連関する個々の事象が集積されて柔軟な病因の説明が導出されることに着目し、これをブリコラージュと呼んだ。例えば、ナイジェリアを中心に居住するハウサ人にとって、発熱やリューマチなどの病因は「寒さ」というイメージしやすい要素により説明される。「寒さ」は一方では病気の説明要素でありながら、他方で「農閑期」や「都会での仕事」といった事象のイメージとも近接的である。これらの「具体性」が強い

個々のイメージは、病気の意味づけを求められる状況に応じて必要な要素と結び付けられ、病因の説明に「流動性」を生み出す。状況ごとに説明要素を選択できる柔軟性の高さが、ブリコラージュ的知識の「安定性」を担保する[近藤 2007:39-42]。

ホートンによる議論は、「流動性」、「安定性」、「具体性」という特徴を、アフリカ全土に通じる伝統的思考として全体的、固定的に捉えている点で、現実との乖離を生じさせてはいる。しかし、アフリカ各地の「病」観や災因観に対しては、ホートンを始め多くの研究者が同様の思考傾向を析出している[近藤 2007:38]。「流動性」、「安定性」、「具体性」の3つの特徴は、アフリカでの「病」観や災因観についての絶対的な解としてではなく、アフリカ社会に広く適合しうる共通項として言及できる。

2. 呪術による災因観の説明

病気が発症した際、その病気を他者に代わってもらうことは不可能である。死に直面すると、個人の存在に終焉が訪れることも事実である。病気や死に際して、代替不可能性や反復不可能性が露呈することを通じ、自分と同一の時間を生きる他者との弁別や、死後の自分と生前の自分との連関という形で、「自己」という概念がどこまでの範囲を指示するのかという疑問が、議論の俎上に出現する[出口 2007:158-159]。西欧近代的な自己観念に基づけば、自己は自己完結的なもので、閉ざされた概念として捉えられる。自己意識が形成される際には、他者からの意識の影響を受け、自己は他者と不断の相互作用を営んではいる。しかしこれは、自己にとってあくまで外的な要素であり、自己と他者の境界が明確に断絶されている。これに対しアフリカの諸民族の「自己観念」は、自分自身だけではなく祖先や神の存在が取り入れられた複合体として捉えられる。自己のうちで相克する諸力を、彼らは自己が分有する他者性として認識し、表象できるが、必ずしも要素に分解できない統合性、全体性こそを1つの「自己観念」としている[阿部 1982:61]。

西欧近代的な自己観念とは異なった、より広範囲の「自己観念」を前提とするのであれば、そこにもたらされる病気や死とはどのような事象のことを指すのだろうか。ボカージュの農民を研究したオジェによると、ボカージュの農民は自分の雌牛や家族の不健康に関しても、「自己」に発生した病気として捉える。ボカージュの人々は、雌牛や家族が何らかの病原菌や過剰な労働、摂取した食物の腐敗などのために病的な状態に陥ったことを理解してはいる。しかし、広範囲の「自己観念」の下で、なぜ他の

誰でもなく自分の雌牛や家族が病気になったのか、その原因にまで言及しようとする。病原菌や労働量、食物といった要素と、それを受容する客体とを一对一の対応関係で語ることが不可能な、広い「自己」に発生した病気を説明する際に、ボカージュの人々は呪術の存在を指摘する[出口 2007:158-159]。単一の原因を特定できる場合には、獣医や医者、場合によっては裁判所などを利用し、病気への対処や保障を受ける。不特定の要因のために広い「自己」が被害を受けた場合は、第三者からの呪術をその要因と措定し、呪術による対策を講じるのである[出口 2007:160-161]。

呪術は、「ひとつまたは複数の象徴を操作して自然界に存在する力を制御しなんらかの目的を達成すること」[池田・奥野 2007:55]と定義できる。タイラーやフレイザーは、呪術を原始的で誤ったものとみなし、「未開」性の象徴だと捉えた。一方でエヴァンズ＝プリチャードは、アフリカのアザンデ社会の研究を通じ、呪術が体系だった社会的制度として現地社会に根付いていることを証明した[池田・奥野 2007:57-60]。アザンデはスーダン南部から中央アフリカにまたがる地域に居住し、災厄の原因を呪術に求める。エヴァンズ＝プリチャードのアザンデ研究の中で有名な事例は、穀物倉の倒壊による人の死である。アザンデの人々は、穀物倉が倒壊するのはシロアリによる浸食や風雨による経年劣化のためだと理解している。倒壊した穀物倉で人が下敷きになった場合は、穀物倉の日陰で人が休憩を取っていたためだということも理解している。こうした因果関係については、アザンデの人々は現代の日本人であっても下すであろう価値判断を示す。しかしアザンデの人々の考え方が西欧的な考え方と異なるのは、「なぜ倉が倒壊するその瞬間に、他でもないその人が、その倉の下にいたのか」という原因を究明する場面においてである。西欧的な考え方では、そうした原因究明に対し具体的な解答はなく、「偶然」という一言に帰される。一方でアザンデ社会では、倉が倒壊に至る一連の因果関係と、倉の下に人がいるに至る一連の因果関係とは、呪術的な力によって交叉したと考えられる。西欧的な価値観の下では明確な因果律を求められない現象に対し、呪術の存在を当てはめることで、アザンデの人々は全ての事象に対する因果関係を説明できる体系を備えているのである[近藤 2007:45-47]。

前述のボカージュの農民が講じた、広い「自己」における災厄への対処も、アザンデの人々と同様の原理に基づき、呪術をその災因として同定した結果だと指摘できる。雌牛の体調不良や穀物層の倒壊など、原因と結果を一对一の対応関係で説明できる事象に関しては、西欧的な考え方で導出されるものと同様の説明がアフリカでもなされ

る。しかしアフリカでは、災因の究明はここで終了しない。複数の因果律がなぜ交叉することになったのかという、西欧的な考え方の下では考察されない部分に関しても原因が求められ、その説明に際して呪術の存在が援用されるのである。

3. 「病」観、「医療」観の広域性、柔軟性

前節で取り上げたボカージュの農民の事例では、単一の病因を特定できる場合と、不特定の他者が病因として想定される場合とでは、病気への対処法に相違が見られた。前者では獣医や医者、裁判所といった近代的な施設・制度が、後者では呪術という「伝統的」な営みが用いられた。ここで注目したいことは、アフリカの人々にとっての外來物と、アフリカに内在していた伝統とが使い分けられ、いずれもが病気への対処法として成立している点である。エボラ出血熱への対策では、西欧的な医療の在り方が強力な抵抗を受け、海外からの医療従事者が死傷する事例までもが発生した。西欧的な医療行為が受容される場合と拒絶される場合とでは、どのような相違があるのだろうか。

ボカージュのように西欧的な医療行為を活用する事例は、レスリーによる医療的多元論という枠組みによって説明できる。レスリーは、医療に関する複数の考え方が同一の社会の中で併存する状態を、多元的医療状態とした。また、そうした社会において人々が複数の医療を併用したり、Aを試みても病状が改善しない場合にはBを試みるというように、複数の医療体系を横断的に利用したりする患者の振る舞いを、多元的医療行動と呼んだ。多元的医療状態と多元的医療行動との総称が医療的多元論である[池田 2007:14]。医療的多元性は、国家の独立や構造調整政策など、西欧近代的な文物や国家体制が浸透したアフリカで特に見られる。1980年代以来、途上国向けの薬の服用方法の指導や簡便な検査方法の導入のためには、コミュニティでの教育と協力の体制を作り上げる必要があった。また、医薬品の流通システムの構築には相当の費用がかかった。こうした要因から、医薬品の購入、既存の衛生設備の維持、新病院の建設、人材の訓練は困難であった。西欧的な医療へのアクセスが確保できない場合は、宗教団体の精神的な癒しや伝統的な占い師によるハーブを利用した伝統的施術、産婆、接骨医、術医など、アフリカの諸民族の間で使用されてきた在来の薬品や施術が広範に利用された。このような代替薬品の利用や治療は、医療設備がない農村に見られるだけではなく、都市や教育を受けたエリートの間でも利用された [北川 2013e:246]。

アフリカの医療的多元性は、どのようにして形成されてきたのだろうか。西欧諸国がアフリカに進出する以前から、ホートンによる「流動性」、「安定性」、「具体性」を特徴とする災因観や、ボカージュの農民に見られる広範囲の「自己」観念など、アフリカでは「病」とされる事象やそれへの対応において、広域性や柔軟性が備わっていた。このような「病」観や「医療」観が、15世紀以前まで独占的に浸透していた。しかし15世紀以降、金や奴隷の貿易、植民地支配などを通じ、アフリカには短期間のうちに西欧式の統治体制や教育、宗教が流入した。そのため、多数の相異なる文化を接合しシステム化する権力が不在の、フラックス状況が幾度となく現出した。西欧を始めアフリカの外部からもたらされた新しい文化と、アフリカで旧来から培われていた伝統的な世界観・知識とは、大規模な混淆を経て相互の境界が曖昧になり、不確実性が増大した。こうした状況下に置かれた人々が、新旧の世界観・知識の真偽や、一方の世界観による他方の翻訳を放棄することは珍しいことではない。ラストは北部ナイジェリアのマリンファルシ地域の医療研究を通じて、同地域の住民が「伝統的」または「西欧近代的」といった弁別をすることなく、病気への対処が場当たりの行われることを突き止めた。現地の一般的な住民に留まらず、呪医であっても、病因に対しては関心を示さず、同一の病気に対して「伝統的」な解釈も「西欧近代的」な治療法も成立することを矛盾なく受容し、多種多様な治療を試みるのが当然視された[近藤2007:42-43]。西欧諸国の侵入以前からアフリカの「病」観や「医療」観の特徴であった広域性や柔軟性は、文化のフラックス状況を経て、その柔軟性を再生産させた。眼前に出現した「病」に、一対一に特定できない因果関係が認められる場合であっても、その対策を柔軟に講じるために、アフリカでは呪術の存在が必要とされるのである。

第5章 結論

「文化的習慣を尊重しながら行動の変化を促すことが重要」というサンボ医師の発言を端緒として、西欧的な医療と西アフリカの伝統とをどのように架橋させながら、エボラ出血熱の感染拡大に対策を講じることができるかを検討することが、本論の目的であった。リベリア、ギニア、シエラレオネにおける2014年現在のエボラ出血熱の蔓延状況を概観し、その解決に向けて「量的支援」と「質的差異」という2つの方向性があることを指摘した。特に「質的差異」を克服するために、西アフリカの人々が根強く抱えている、西欧的な医療に対する不信感や忌避感の根源を解明することが必要であると考えた。ここまでの見立てでは、「西欧的な」医療と「アフリカ現地の」医療とは対立関係にあり、二律背反的な図式の下で議論されることが想定された。しかし、西アフリカと西欧諸国との関係史を概観することから、固定的な二項対立には適合しない、中間的な西アフリカの人々の存在が浮かび上がった。奴隷貿易の仲介者や間接統治での地方官吏といった立場の上でも、またキリスト教のアフリカ的な読み替えや、学校教育の浸透から醸成された権利意識やアイデンティティといった、考え方の上でも、アフリカの人々は西欧諸国の進出を一方的に受容したのではなく、自らを利するよう創発的に対応した。このような、「アフリカと西欧」という二項対立では語るができないアフリカの実像は、「病」観や「医療」観についても指摘できる。奴隷貿易や植民地支配を通じ、アフリカでは文化的なフラックス性が著しく拡大した。そうした状況下で、文化や慣習に「外来」、「固有」といった弁別を加えることが困難になる。そのため、「病」が発生した際には、西欧由来の薬品や病院であれ、現地に伝統的に根付く呪術であれ、それらを総動員して「病」に柔軟な対応を試みる医療的多元性がアフリカで醸成された。とりわけ、因果律の特定が困難となる場合のために、呪術に依拠した包括的な「病」観、「医療」観を欠くことはできないのである。

西アフリカ固有の伝統的な「病」観や「医療」観とは何か。本論の執筆当初に目的としていたこの問いに適する解答は、以下ようになる。西アフリカ固有の「病」観や「医療」観とは、病者として捉える対象やその病気の要因、対処法のいずれにおいても、柔軟性や広域性を備えた考え方である。病者と病因、病因と対策を、いずれも一対一の固定的な関係の下で理解しない点が、西欧的な「病」観や「医療」観との相

違点である。

また、本論の冒頭で措定した、西アフリカにおける西欧的な医療に対する抵抗感や忌避感が生じる要因は何かという問いに対しては、以下のように言及できる。奴隷貿易や植民地支配による、西欧諸国に対する負の歴史が、西アフリカから西欧的医療に対する抵抗感の形成に作用していると仮定し、両者の関係史を読み解いた。そこから導出された知見としては、西アフリカー西欧という二項対立関係よりも、むしろ立場の上でも考え方の上でも、両者が渾然一体となったフラックス状態こそが、歴史から形成された産物であったということである。西欧的な医療に対して拒否感を抱くよりも、場合によっては西欧由来の施術や物品をも使い分ける医療的多元性に富んだ姿勢が、西欧医療に対する西アフリカの立場だと指摘できる。

では、2014年のエボラ出血熱の蔓延の際には、西欧的な医療行為への妨害活動や海外からの医療従事者に対する排斥運動がなぜ生じたのだろうか。これに対しては、感染拡大の突発性とその要因として考えられる。大規模な感染拡大に突如として見舞われ、隔離病棟での治療が許容量を超えていたために、2014年の西アフリカでは西欧医療がエボラ出血熱の拡大を阻止できなかった。そのため、西アフリカの人々の間で西欧医療に対する不信感が醸成され、抵抗運動が強固に生じた。しかしアフリカの人々は長らく、西欧的な医療をも選択的に利用する多元性を備えている。時間の経過とともに、科学的根拠に基づいたエボラ出血熱への対策の効果が認知されれば、西アフリカ各国の人々も西欧的な医療を利用するようになるのではないか。

一方で、アフリカ外部からエボラ出血熱の対策に携わる場合には、現地の伝統的な医療を一概に否定しないことが肝要となる。外部者には理解しがたい広い「自己」観念や、呪術による因果関係の説明など、アフリカには独自の医療的実践が長らく根付いている。これを「効果がない」ものとして安易に否定することは、複数の医療的実践を使い分けるアフリカの人々にとって、エボラ出血熱に対抗する方法論が狭められてしまうことになる。エボラ出血熱の対策に求められるのは、西アフリカの伝統医療を捨象して、西欧的な「正しい」医療だけを浸透させるという、二者択一的な対応策ではない。西欧的な医療も、現地の伝統医療をも併存させ、西アフリカの人々自身がどのような医療実践を選択するのか、その選択可能性を最大限に保持させておくことが、西アフリカの医療的多元性に適った対策である。

注

- (1) 関西国際検疫所 (<http://www.forth.go.jp/keneki/kanku/info/2014/20140168.html>)
(2014/11/06 参照) より。
- (2) 外務省 海外安全ホームページ
(<http://www2.anzen.mofa.go.jp/info/pcwideareaspecificinfo.asp?infocode=2014C104>)
(2014/10/14 参照)、
THE HUFFINTON POST
(http://www.huffingtonpost.jp/2014/08/12/what-actually-happens-when-a-person-is-infected-with-the-ebola-virus_n_5673570.html) (2014/11/05 参照) より。
- (3) 山内一也 「人獣共通感染症」
(http://www.jsvetsci.jp/05_byouki/ProfYamauchi.html) (2014/11/06 参照) より。
- (4) 国立感染症研究所
(<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/vhf/ebora/1094-idsc/4905-ebola-ra140808.html>)
(2014/11/06 参照) より。
- (5) 国立感染症研究所
(<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/vhf/ebora/1094-idsc/4905-ebola-ra140808.html>)
(2014/11/06 参照) より。
- (6) 読売新聞 「エボラ死者 5420 人、シエラレオネで感染急増」 (2014/11/20)
(<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20141120-00050035-yom-int>)
(2014/11/25 参照) より。
- (7) 日本経済新聞 「エボラ熱、ギニアの 2 歳児から拡大か 米紙報道」 (2014/8/11)
(http://www.nikkei.com/article/DGXLAS0040002_R10C14A8000000/)
(2014/11/24 参照) より。
- (8) THE WALL STREET JOURNAL 「医師に広がるエボラ熱—感染防ぐ手袋が不足」
(2014/8/18)
(<http://jp.wsj.com/news/articles/SB10001424052970204162404580099132765336848>)
(2014/11/24 参照) より。
- (9) THE WALL STREET JOURNAL 「エボラ出血熱で緊急体制の不備が露呈したシエ

- ラレオネ」(2014/10/31)
(<http://jp.wsj.com/articles/SB11875414796426453974304580247661558007400>)
(2014/11/25 参照) より。
- (10) THE WALL STREET JOURNAL 「医師に広がるエボラ熱—感染防ぐ手袋が不足」
(2014/8/18)
(<http://jp.wsj.com/news/articles/SB10001424052970204162404580099132765336848>) (2014/11/24 参照) より。
- (11) CNN 「エボラ対策チームが住民に襲われ 8 人死亡 ギニア」(2014/9/20)
(<http://www.cnn.co.jp/world/35054068.html>) (2014/11/24 参照) より。
- (12) The Liberty Web 「エボラ熱対策を阻む遺体に触れる風習『科学と両立する信仰』が感染阻止の鍵か」 (2014/8/16)
(http://the-liberty.com/article.php?item_id=8285) (2014/11/25 参照) より。
- (13) ナショナルジオグラフィック 「リベリア、住民隔離で軍部隊と衝突」
(2014/8/21) (<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20140821-000000005-natiogeog-int>)
(2014/11/24 参照) より。
- (14) AFP BB NEWS 「シエラレオネ、エボラ流行は一人の『ヒーラーから』医療当局者」(2014/8/21) (<http://www.afpbb.com/articles/-/3023696>)
(2014/11/25 参照) より。
- (15) The Liberty Web 「エボラ熱対策を阻む遺体に触れる風習『科学と両立する信仰』が感染阻止の鍵か」 (2014/8/16)
(http://the-liberty.com/article.php?item_id=8285) (2014/11/25 参照) より。
- (16) 公益財団法人日本ユニセフ協会 「エボラ出血熱緊急募金 第 1 報 西アフリカ・ギニア共和国 エボラ出血熱で少なくとも子供 3 人が死亡」(2014/3/22)
(http://www.unicef.or.jp/children/children_now/guinea/sek_guin07.html)
(2014/11/26 参照) より。
- (17) 公益財団法人日本ユニセフ協会 「エボラ出血熱緊急募金 第 7 報 西アフリカ：エボラ出血熱、感染拡大止まらず」(2014/7/4)
(<http://www.unicef.or.jp/kinkyu/africa2014/140710.html>)
(2014/11/26 参照) より。
- (18) 国境なき医師団 「西アフリカ：なぜエボラがここまで流行したのか？——MSF

医師の見解(下)」 (2014/7/10)

(http://www.msf.or.jp/news/detail/voice_1451.html) (2014/11/27 参照) より。

- (19) 国境なき医師団 「西アフリカ：なぜエボラがここまで流行したのか？——MSF 医師の見解(上)」 (2014/7/10)

(http://www.msf.or.jp/news/detail/voice_1449.html) (2014/11/27 参照) より。

- (20) ここまで、外的要因による身体状態の悪化の事象を、病気と表記した。これ以降、文化圏ごとに相違が生じる認識レベルでの病気を「病」と表記する。「病気」と表記しないのは、後述するヤングによる3分類(「病い」、「疾病」、「病気」)の一種との混同を回避するためである。

参考文献

阿部年晴

1982 『アフリカ人の生活と伝統』 三省堂。

出口顯

2007 「E=P を読み直す—オカルトエコノミー論を超えて」 阿部年晴・近藤英俊・小田亮編『呪術化するモダニティ 現代アフリカの宗教的実践から』 pp.151-178、風響社。

浜本満

1996 「差異のとらえかた—相対主義と普遍主義」 青木保編『岩波講座文化人類学第12巻—思想化する周辺世界』 pp.69-96、岩波書店。

花渕馨也

2007 「憑依 病める身体は誰のものか？」 池田光穂・奥野克己編『医療人類学のレッスン —病いをめぐる文化を探る』 pp.76-98、学陽書房。

布留川正博

2008 「19世紀前半シエラ・レオネにおける解放アフリカ人」『経済学論叢』 60(3):321-352。

池田光穂

2007 「医療人類学の可能性 健康の未来とは何か？」 池田光穂・奥野克己編『医療人類学のレッスン —病いをめぐる文化を探る』 pp.1-30、学陽書房。

池田光穂・奥野克己

2007 「呪術 理不尽な闇あるいはリアリティか？」 池田光穂・奥野克己編『医療人類学のレッスン —病いをめぐる文化を探る』 pp.55-75、学陽書房。

菊池滋夫

2007 「妖術表象と近代国家の構図—妖術というキアスム」 阿部年晴・近藤英俊・小田亮編『呪術化するモダニティ 現代アフリカの宗教的実践から』 pp.203-224、風響社。

北川勝彦

2013a 「奴隷制度とアフリカ(1) —大西洋奴隷貿易以前の奴隷制と奴隷貿易—」

草光俊雄・北川勝彦編『アフリカ世界の歴史と文化 ―ヨーロッパ世界との関わり―』 pp.116-137、放送大学教育振興会。

2013b 「奴隷制度とアフリカ(2) ―大西洋奴隷貿易―」 草光俊雄・北川勝彦編『アフリカ世界の歴史と文化 ―ヨーロッパ世界との関わり―』 pp.138-155、放送大学教育振興会。

2013c 「ヨーロッパによる植民地化(1) ―ヨーロッパ人の征服とアフリカ人の対応―」 草光俊雄・北川勝彦編『アフリカ世界の歴史と文化 ―ヨーロッパ世界との関わり―』 pp.173-193、放送大学教育振興会。

2013d 「ヨーロッパによる植民地化(2) ―植民地統治・植民地経済・社会変化―」 草光俊雄・北川勝彦編『アフリカ世界の歴史と文化 ―ヨーロッパ世界との関わり―』 pp.194-219、放送大学教育振興会。

2013e 「アフリカの独立とヨーロッパの対応(2) ―1980年代・1990年代―」 草光俊雄・北川勝彦編『アフリカ世界の歴史と文化 ―ヨーロッパ世界との関わり―』 pp.240-257、放送大学教育振興会。

北沢洋子

1988 『黒いアフリカ』 聖文社。

小泉真理

2007 「グローバリゼーションとしてのペンテコステ主義運動―タンザニアのキリスト教徒たち」 阿部年晴・近藤英俊・小田亮編『呪術化するモダニティ 現代アフリカの宗教的实践から』 pp.263-298、風響社。

近藤英俊

2007 「瞬間を生きる個の謎、謎めくアフリカ現代」 阿部年晴・近藤英俊・小田亮編『呪術化するモダニティ 現代アフリカの宗教的实践から』 pp.19-110、風響社。

黒田浩一郎

2001 「医療社会学の前提」 黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア 現代医療と社会』 pp.2-52、世界思想社。

マクニール、W.H.

1985 『疫病と世界史』 佐々木昭夫訳、新潮社。(William Hardy Mcneil, 1976, *Plagues and Peoples*. New York City: Anchor Press.)

見市雅俊

- 2001 「病氣と医療の世界史 ―開発原病と帝国医療をめぐって―」 見市雅俊・斎藤修・脇村孝平・飯島渉編『疾病・開発・帝国医療 ―アジアにおける病氣と医療の歴史学』 pp.3-44、東京大学出版会。

中村弘光

- 1982 『アフリカ現代史 IV』 山川出版社。

岡倉登志

- 1987 『二つの黒人帝国 アフリカ側から眺めた「分割期」』 東京大学出版会。

奥野克己・森口岳

- 2007 「グローバル化する近代医療 医療は帝國的権力か？」 池田光穂・奥野克己編『医療人類学のレッスン ―病いをめぐる文化を探る』 pp.125-147、学陽書房。

奥野克己・山崎剛

- 2007 「病氣と文化 人間の医療とは何か？」 池田光穂・奥野克己編『医療人類学のレッスン ―病いをめぐる文化を探る』 pp.31-54、学陽書房。

佐藤純一

- 2001 「抗生物質という神話」 黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア 現代医療と社会』 pp.82-110、世界思想社。

白川千尋

- 2008 「国際医療協力における文化人類学の二つの役割」 松園万亀雄・門司和彦・白川千尋編『人類学と国際保健医療協力』 pp.61-86、明石書店。

Summary

The cultural conflicts in countermeasures against infectious diseases - From the case of the spread of Ebola fever -

The huge spread of Ebola fever has happened in West African countries from February 2014. Especially, there have been a lot of victims in the Republic of Liberia, the Republic of Guinea, and the republic of Sierra Leone. One of the reason we cannot stop the expansion of this disease is that there is feeling of rejection against the modernistic medical treatment in West Africa. Another reason is that the native medical treatments in West Africa often seem to be “wrong” ways to prevent Ebola virus from spread. The aim of this thesis is to discuss the way to overcome these cultural conflicts.

The main achievement from this thesis is that I have found medical pluralism in West Africa. Due to the confused mixture of West European culture and West African culture, it is difficult for West African people to distinguish their native culture from foreign one. Under such circumstances, West African people take countermeasures against some diseases flexibly without deep consideration about their origins. This flexibility is the characteristic point of medical countermeasures in West Africa.

From this point of view, we should avoid denying their native culture easily. Sometimes it seems to be “irrational” or “ineffective”. However, bans on their native medical habits narrow the choices to take countermeasures against Ebola fever. Because of the medical pluralism in West Africa, the best way to prevent Ebola fever from spread is to keep the varieties of treatment widely.

謝辞

学生生活の最後を飾る卒業論文を執筆するに当たり、非常に多くの方々のお力添えを頂いた。まずは執筆に当たり、また2年間のゼミでの学習に当たり最もご指導を頂いた関根久雄教授に御礼を申し上げたい。異文化の事象を人類学的に考察することの難しさや面白さを、私は関根先生からのご指導の下で存分に体感することができた。

「途上国」への理解を深めたいとの思いから国際総合学類に入学した自分にとって、「先進国」と「途上国」での文化的差異にまつわる本論文を学生生活の最後に取り上げることができたことは感慨無量である。本論を最後まで完成させるためには、自分の知識や経験だけでは全く足りず、関根先生からの日々の手ほどきがあってこそその卒業論文であったことを実感している。自分が扱いたいテーマを実現させるために多大な後押しを頂いたことを、心から感謝している。

独力での執筆は、知識量に留まらず精神的にも困難を極めるものであった。パソコン室で昼夜を問わず共に執筆に向き合い、お互いに励まし合う仲間が存在があってこそ、卒業論文の完成に至ることができた。執筆期間だけでなく、4年間の大学生活を仲間と共にすることで、学問的な関心についても語り合い、自分の問題意識を研磨することができた。4年間という時間やそこで乗り越えてきた経験、あらゆる苦楽を共にした国際総合学類の同期は、私の一生の財産である。

同じゼミで学んだ友人たちとは、より実りある時間を過ごすことができた。私の至らない発言であっても聞き入れ、受け止めてくれたり、一人では気づくことができない知見を持ち寄ったりすることで、自身の学問的な深みを増すことができた。お互いの研究を切磋琢磨する仲間として、また有り余る若き力を出し切り、学生生活を謳歌する友人として、関根ゼミの先輩、後輩、そして同期と過ごすことができたことを誇りに思う。

最後に、卒業論文執筆期間に留まらず、学生生活の全てを支えてくれた家族への感謝を記しておきたい。困難を極めた就職活動のために、卒業論文の執筆開始も大変に出遅れてしまい、不安の大きい期間を過ごしてきた。しかしどんな瞬間にあっても、私の取り組みを肯定し、「あなたなら大丈夫だから」の言葉を常にくれた、言わずともそう伝えてくれていた家族がいてこそ、今の自分はここで卒業論文を書き上げている。

かけがえのない家族へ、ありがとう。

膨大な文献を扱い、論理的な一貫性の下に論文を書き上げる経験は、自分の生涯にとって初めてのことであった。あまりに大きなこの挑戦を支えてくださった全ての方々へ、改めて敬意と感謝を表し、卒業論文の結びとする。