神戸市外国語大学 学術情報リポジトリ

メキシコにおける多文化主義と民族的アイデンティティ：先住民伝統医療の文化資本化をめぐって

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-03-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 吉田, 栄人, Yoshida, Shigeto メールアドレス: 所属:
URL	https://kobe-cufs.repo.nii.ac.jp/records/1162

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

メキシコにおける多文化主義と民族的アイデンティティ

—先住民伝統医療の文化資本化をめぐって—

吉田栄人

はじめに

メキシコは2001年の憲法改定においてメキシコを多文化国家と規定し、先住民が自らの文化を国内において自由に行使する権利を保障している(第2条)。また、そうした民族としての自己規定は当人の意思表明を尊重すべきものとしている。こうした新しい憲法によって先住民社会はこれまで抑圧されてきた自らの文化をある程度自由に実践することが可能になったと言えるだろう。ただ、先住民であることの表明は必ずしも先住民社会の伝統や習慣に縛られることを意味しない。これまで国家が先住民社会の近代化を図るために先住民社会に導入しようとしたいわゆる西洋文化であっても、先住民はそれを使用することも、またそれに自らをアイデンティファイしていくことも自由であるはずだ。憲法が規定する意思表明の尊重とは、そうした意味において理解すべきだろう。つまり、憲法の規定は本来民族的文化的な差異による差別を禁止するためのものであり、個人をある民族文化に固定するためのものではない。

とは言え、そうした民族文化的な差異が何らかの社会的保障を担保する場合、その権利に浴するためには、民族という集団へのアイデンティファイおよび、ベースとなるその民族集団ないしは文化の本質主義的な形式化ないしは領有化が必要である。そこには、各集団の民族文化の定義をめぐって何らかの政治的社会的プロセスが先住民社会内部に発生するだろう。しかし、先住民の自己規定すなわちアイデンティティの問題に立ち入ろうとする場合、逆説的ではある

が、政治的なコンテクストからは見えにくくなってしまう政治的社会的弱者としての先住民あるいはそうした人びとによる実践にも目を向けて行く必要がある。すなわち、先住民社会内部に発生する民族文化の定義をめぐる政治的社会的プロセスにおいて政治的社会的強者が弱者を排除した結果として伝統が形成される過程ではなく、伝統が政治化したコンテクストにおける文化的な実践に注目する必要があるはずだ。

本稿では以上のような観点から、マヤの伝統治療師たちの場合を例として[1)]、先住民はグローバル文化とローカル文化(伝統に基づく文化的実践)の狭間にあってそれらをどのように使い分け、ローカル文化としての先住民社会および文化をどのように維持し続けるのか、また何に自らをアイデンティファイしようとするのか、そのプロセスの一端を明らかにしよう。

Ⅰ．伝統医療の再発見

1．医療資源としての伝統治療師

メキシコ革命後、革命政権は国民全体を一律に扱うのではなく、先住民社会だけをターゲットとしたインディヘニスモと呼ばれる特別の近代化政策によって、先住民をメキシコ国民化しようとした。特に、1949年に設立された国立先住民庁(Instituto Nacional Indigenista, 以下INI)は、先住民社会の文明的異質性に配慮しつつ、その異質性ゆえに不利な状況におかれた先住民社会の近代化と国民として必要な福祉サービスの提供をその主たる任務としてきた。しかし、医療面に限ってみれば、その初期の活動は近代医学的な観点に立った予防と医療サービスの提供が中心であり、先住民の疾病観ないしは医療伝統はほとんど無視された。たとえば、INIが最初の先住民調整センター(Centro Coordinador Indigenista)をサンクリストバル・デ・ラス・カサスに設置した際、そこに設けられた保健局は疫病学者一人、医療助手二人、看護婦二人、衛生職員二人、センターの技術指導を受けた先住民の保健プロモーター三人によっ

て構成されていた。しかも、伝統治療師は迷信にとらわれているため医療の実践者としてはふさわしくないという理由で、そうしたプログラムからは意図的に外されていた(Ayora Díaz 1998)。結果的に、先住民社会の持つ異質性への配慮は間民族的(interétnica)と呼ばれた社会的環境における慎重な対応と特別の予算措置に止まり、先住民社会の医療文化が肯定的に評価されることは全くなかった。

ところが、限りある財源の下、ローカルな医療文化を有効活用することによって医療サービスの底上げを行なおうとするプライマリーヘルスケア概念の登場もあり、1970年代後半以降、INIは先住民社会に対する医療サービスに先住民の医療伝統を積極的に活用しようとする。1976年から1982年における活動においてINIの保健医療部門は次の点を目標としていたと同活動報告書は記している(INI 1982:185)。「間民族的な地域の保健においては、当該地域の必要性や既存の医療サービスを把握し、かつそれが存在する場合にはそれを再利用するなど、公共部門が持つ資源を最大限に活用する」「間民族的な地域において伝統医療のポジティブな効果を公的なプログラムと組み合わせ、保健サービスを倍増させる」「伝統的な医療において科学的な要素を持った治療技術を使う人たちを集め、共同体の協力によって彼らの能力を向上させ、保健サービスの質を高める」。すなわち、それまでINIは近代型の保健医療システムを先住民社会に確立するためのインフラ整備(先住民に対する保健医療教育を含む)を主眼としてきたが、近代医療が排除しようと努めてきた(そこには近代医学の基準に合致しないという科学的判断だけでなく、先住民の民族文化をめぐるメキシコの社会的な価値判断も働いている)先住民社会のローカルな医療システムに一定の価値を認め、そこに存在する医療資源を有効活用しようとしたのである

さらに、伝統医療に対する国際社会の関心の高まりやILO第169号条約の制定(メキシコは1991年1月批准)など先住民の保健医療に関する国際的な監視の強化、さらには国内における文化相対主義をより一層強めたインディヘニスモの登場などを追い風として、INIは先住民の伝統医療を単なる補助医療として

ではなく、先住民社会が民族文化的な自己規定を行なうための主要な社会的政治的資源としてその利用を積極的に支援する。特に伝統治療師が主体的な医療実践を行なえるようにするための条件整備に着手する。その手始めが伝統治療師の発掘であり、探し当てた伝統治療師の組織化であった[2)]。

また、メキシコ社会保険庁(Instituto Mexicano de Seguro Social, 以下IMSS)も1982年からIMSS-COPLAMAR[3)]という先住民地域を対象とする医療サービスにおいて伝統治療師との連携を模索するようになる。さらには、厚生省(Secretaría de Salubridad y Asistencia, 現在はSecretaría de Salud, 以下SSA)も2001年に伝統医療局を設置し、病院等の医療従事者ならびに教育機関に対して、先住民への医療サービスの提供において先住民の疾病観を尊重するための医療人類学的な教育を実施しつつある。

いずれの場合にせよ、プライマリーヘルスケア政策として始まった、医療資源としての伝統医療を国家レベルの医療システムに編入しようとする試みは、その手続き、特に伝統医療の医学的かつ社会的な定義をめぐって政治的社会的な運動へと変容していくことになる。INIの1995-2000年活動報告書が記しているように、「正義や(中略)、自決権の付与を求める先住民族の歴史的な要求は、それ自体において正当なものであるだけでなく、より公正かつ民主的なメキシコを合意によって建設するという位相において極めて重要性を帯びていく」(INI 2000:14)。国家が提供する医療サービスもその例外ではなく、先住民はその中により公正かつ民主的な形での医療実践を要求するようになるのである。

2．伝統医療の実践スペース

プライマリーヘルスケア政策の登場を契機として再発見された伝統治療師たちは現実問題としてどのような形で国家の医療システムに参入しようとしているのか、をまずその言説レベルから見ておこう。なお、プライマリーヘルスケア政策の導入によって伝統治療師にも活動の場が開けたからといって、彼らは必ずしも自ら進んで医療機関との間に協力関係ないしは連携を築こうとするわ

けではない。むしろ、INIやIMSSなどの働きかけに渋々応じている場合がほとんどである。また、知識の開示ないしは共有を拒否し、伝統治療師組織に加わろうとしない伝統治療師も少なからず存在する。本節で検討しようとするのは、国家の医療システムとの間に協力関係を築こうとする伝統治療師たちの場合である。国家の医療システムに編入されることを拒む伝統治療師あるいは治療師組織の活動に消極的な場合に関しては次節で改めて検討することとする。

プライマリーヘルスケア政策の登場以前、伝統治療師は上にも述べた通り、その活動は医療的行為とはみなされず、社会的には呪術師として軽蔑や嘲笑あるいは恐怖の対象とされ、時には公的機関から制裁を受けることもあった。それゆえ、INIなどの公的機関の招聘によるものだとは言え、伝統治療師として公的な領域にカミングアウトすることに彼らは慎重にならざるを得ない。プライマリーヘルスケア概念が一般社会にも浸透しつつある今日に至っても、伝統治療師の治療を医療行為と認めようとしない医師や一般の人々は多数存在する。仮に認めたとしてもその価値を現代医療に劣ったものとする考え方は依然として支配的である。したがって、伝統治療師たちが国家の医療システムの中で活動を展開するためには、まずはそうした社会的な差別の構造と人々の意識を取り除く必要がある。伝統治療師の活動を先住民共同体の内部だけに限定するのであれば、伝統治療師は本来先住民共同体の伝統に従った行動をとっているはずであり、そうした差別の構造は働かないように思われる。しかしながら現実には、伝統治療師組織が国家およびメキシコ社会に対して掲げる最大の要求は伝統医療の社会的な承認ないしは法的な保護なのである。

第1回全国先住民治療師会議(モレロス州オアステペック、1989年12月)で採択された宣言文は、先住民治療師が抱える問題点を次のように要約している。

> 「我々は十分に認知されていないし、しかるべき重要性すら認められていない。(中略) ある場合には、医師とコミュニケーションをとることさえできない。彼らは我々が薬草を使うからと言って、我々を叱りとばす。(中略)

我々には自分たちの医療を行なう自由がないのだ。隠れてやらなければならないこともある。そのため患者を移送するための援助すら受けられない。(中略)病気を治せるのは注射だけだと思っている村さえあり、我々が薬草を使おうものなら、我々は無知だと言って馬鹿にされる。(中略)我々の治療を受けている患者が死亡でもすれば、我々は牢屋に入れられる。我々を呪術師呼ばわりする者もいる。生まれた子供がおかしかったら、我々が薬草を処方したせいにされる。」(INI/SEDESOL 1992,pp.19-20)

以上の告発は、伝統治療師の活動が先住民共同体内部においても差別の対象になる場合があること、また伝統医療を非科学的なものとして排除する国家の医療システムが先住民の生活および意識の内部まで深く入り込んでいることを示すものである。伝統治療師たちの要求は彼らがおかれた個々人の社会的コンテクストの多様性を反映して多岐にわたるが、医療的実践を行なう上での自由を求めている点では共通である。そして、彼らは国家が承認する医療モデルによって制限されてきた治療師としての活動の自由を回復するため、あるいは拡大させるための手段として、国家および国民社会に対して伝統医療の社会的承認と合法化を求めるのである。同宣言文において伝統治療師たちは次のように主張する。

「我々の持つ能力と知識は認められなければならない。それに基づいて大統領は我々がそれを実践することを憲法において承認しなければならない。先住民医療は合法化されねばならない。そうすることで、我々は保健省ならびに各州政府によって承認されるはずである。先住民医療に予算措置が講じられねばならない。また、INIやSSA、IMSS、その他の機関は、自治体や州レベルの医療プログラムの作成において我々も意見が述べられるように、規約に先住民治療師と先住民医療に関する条項を盛り込まねばならない。(中略)我々はペテン師や詐欺師などではなく、専門家であることを証明するための書類ないしは証明書、免状、身分証明書が交付される必要がある。」(Ibid. p.22)

伝統治療師が治療行為に関する自由を獲得することと、その実践をプライマリーヘルスケアに結びつけることは実は必ずしも同一ではない。前者はINIによるインディヘニスモ、特にプライマリーヘルスケア政策の実施に当たったINI内部の職員たちの思想的イデオロギーに後押しされたものであり、医療行政からはかけ離れた政治的な問題を孕んでいる。たとえば、それは、INIが活動報告書(1995～2000年)において自ら行なった伝統医療プロジェクトに関する次のような総括からも明白である。

> 「先住民の伝統医療は文化的自決の一つの基本要因であるため、多文化的な医療システムの構築は先住民族にとって優先度の高い要求となっている。伝統医療の承認と開発は先住民社会の発展を目指す国家が目指すべき一つの政策であると言えよう。INIの医療部門では伝統的な医療モデルを国家の医療システムに統合することこそがそうした要請に応えるものと考えてきた。こうした観点から、伝統医療プロジェクトでは、先住民の伝統医療実践を再評価し、保存し、かつ普及するために先住民共同体の組織化を強化すること、また先住民へのよりよいケアを実施するため学術的な医療と伝統的な医療との交流の促進を目的としている。」(INI 2000:159)

引用した記述自体は伝統治療師たちの社会的プレゼンスがかなり高まったことを踏まえたものであるが、伝統治療師を伝統文化の一部と見なす本質主義的な説明は、ローカルな資源としての伝統治療師の発掘を行なう中で、その活動を正当化する言説(それはメキシコ社会に対する説明責任であると同時に、参加を渋る伝統治療師をINIのプロジェクトに動員するための説明ないしは動機付けでもあった)として、INIが利用してきたものだったはずである。そして、1990年代の多文化主義に対する国内世論の高まりを受けて、医療行政面から発したINIさらにはそれを代弁した伝統治療師たちの主張は先住民の民族的復権を訴える政治的社会的な運動へと接続・展開していくのである。実際、1990年12月にINIが開催した伝統医療の承認と合法化のためのワークショップにおいて採択された文書には、伝統治療師の役割について次のような一節が挿入され

ていた。

> 「我々は伝統治療師として、法律専門家の援助を得つつも、各地の文化や言語、宗教、習慣を基礎とした、伝統医療支援のための法案作成のイニシアティブをとることができるはずである。我々はここに述べた提案を書簡にしたため、上院議委員および下院議員、そして大統領に送付することとする。同書簡は領土や言語、先祖伝来の権利などに関する我々民族の闘いのための復権要求でもある。」(p.27)

こうした伝統治療師たちの「政治」的主張によって、1992年に開かれた先住民伝統治療師第2回全国大会・第1回大陸会議の後、先住民伝統治療師の代表と会見したサリナス大統領は先住民伝統医療を支援するための基金の創設、伝統治療師であることを証明するための身分証明書の発行、伝統医療を承認するために憲法第4条の改正に着手することを約束するのである。

Ⅱ．伝統医療プロジェクト

1．伝統医療の近代化

伝統治療師たちが自らの活動スペースをメキシコ社会において切り開いていくために、政治的な闘争は確かに不可避であった。その意味において圧力団体としての伝統治療師組織の結成は極めて重要な役割を帯びていたし、また実際ある程度までそれは機能した。しかし、政治レベルおよび法レベルにおける多文化主義の実現は、必ずしも日常の生活レベルにおいて伝統治療師の治療行為が受け入れられることを保証するものではない。人々が実際に伝統医療を医療資源として選択するようになるためには、まずは伝統医療が医療資源として現代医療と同等物もしくはそれ以上の有効性を持ったものであることを人々に理解させなくてはならない。伝統治療師組織はそうした伝統医療に対するメキシコ国民(先住民自身を含む)の観念ないしはイメージを変革するためのプロジェ

クトの実施機関でもなければならないのである[4)]。

伝統医療の普及あるいはそのイメージ変革のために伝統治療師組織がとった戦略は主として、伝統医療の科学性ないしは医学的価値を高めることと、伝統治療師による治療を公的に受けられる機会や場所を確保することの二つである。

前者で最も効果的であったのは薬草の使用である。伝統治療師が伝統的に治療に使用してきたとされる薬草は近年新薬開発のための資源探査の対象となったこともあり、それを用いる伝統治療師に対する期待は飛躍的に高まった。それゆえ、伝統治療師組織は自ら薬草園(栽培用および展示用)を開設したり、研究機関による薬草の成分分析等の研究にも積極的に協力したりすることで伝統医療のイメージアップを図ろうとした。また、薬草の使用に当たっては、煮汁を石鹸に溶かし込むなどの疑似化学処理を施し、さらには効能書きを加えた化粧箱等に入れることで、医薬品としてのイメージを高めようともしてきた。それによって薬草、さらには伝統医療に対する人々の信頼度がどれだけ向上したかは定かではないが、そうした薬草＝医薬品が伝統治療に関する市民フォーラムや各種イベントの展示会で販売されることで、多くの人々が薬草さらには伝統医療に関心を持つようになったことは確かである。

チアパス州伝統治療師組織(OMIECH)が建設したマヤ医療博物館の展示にも同様の伝統医療のイメージアップ戦略が読みとれる、とアジョラは言う。同博物館ではチャムーラ村における教会や伝統的な家屋の内部で先住民が祈りを捧げたり、治療儀礼を行なったりしているシーンが暗がりの中で再現されており、観光客の視点からこの展示を眺める者はそこに消えゆく伝統文化へのノスタルジーを感じるだろう。そして、出口付近で訪問者は現在の伝統治療師の活動を示すコーナーとして薬草に関する展示を見せられる。また、博物館を出ると、そこには展示用の薬草栽培スペースが広がっている。こうした展示の工夫によって訪問者は、現在の伝統治療師は薬学的な効能が証明された、あるいは証明される可能性のある薬草を使った近代的かつ合理的な医療行為を行なっているという印象を持つはずである、とアジョラは主張する(Ayora Díaz 2000)。

伝統医療の合理的側面を強調し、一方で伝統医療の呪術的で、それゆえに非合理的と見なされがちな側面を隠したり、あるいは実際に排除したりしようとする試みは、こうした博物館の展示だけに限ったことではない。上に引用したオアステペック宣言においても「我々は、ペテン師や詐欺師ではなく、専門家であることを証明するための書類ないしは証明書、免状、身分証明書が交付される必要がある」と述べられていた。つまり、彼らが要求する身分証明書とは、伝統治療師組織に属すメンバーとそれに属さないメンバーとを区別することによって、自らに国家的権威すなわち近代的で科学的であるという特性を付与するためのものなのである。現実問題として伝統治療師組織に属すか属さないかによって、治療方法や祈祷など呪術的要素への依存度が変わるわけではない。だが、対外的なイメージ戦略として、伝統治療師組織に属す伝統治療師は属さない伝統治療師とは違うことを印象づけようとするのである。

また、非合理的な伝統治療師(伝統治療師組織の言葉を用いれば、呪術師ないしは詐欺師)との差異化を効力あるものとするため、伝統治療師組織はそのメンバーになるために必要な規則を設けようともしている。たとえば、ユカタンの伝統治療師組織OMIMPYでは、入会規則を定めた第5条に、申請された専門領域に対して試験が課されることを明記している。そして、入会したメンバーはその能力に応じて、フ・メン、薬草師、助産婦、骨接ぎ師、マッサージ師、クランデーロに分類されることになっている。こうした規則は実は形式的なものであり、治療師の治療行為を技術レベルで管理することは現実問題として不可能である。しかし、形式的ではあっても、このような規則の存在は伝統医療のあり方に一定の制限を課すものである。少なくとも、こうした規則に反するような治療行為を行っていると考える伝統治療師はこの規則に拘束されることを嫌がって、伝統治療師組織には入会しなくなるであろう。いずれにせよ、伝統治療師組織は内部規則を制定することによって、伝統医療の「技術」に関してある程度の管理を行なっていることを対外的に表明することが可能になっている。

伝統医療のイメージアップのためのもう一つの戦略である、伝統治療師による治療を受けるための機会および場所の確保には、それを実現するための予算の確保と実際の医療施設の整備が含まれる。これらは本来医療サービスの提供者である国家が実施すべきものであるが、政策レベルにおいて伝統治療師の意見がほとんど反映されないがため、医療サービスのデザイン(資源だけでなくイメージの管理でもある)を自ら行なわなければならないのである。この点に関しても、上述のパツクアロ宣言には「先住民医療に予算措置が講じられねばならない。また、INIやSSA、IMSS、その他の機関は、自治体や州レベルの医療プログラムの作成において我々も意見が述べられるように、規約に先住民治療師と先住民医療に関する条項を盛り込まねばならない」と明確に記されていた。

INIやIMSSは現代医療と伝統医療を患者の希望によって自由に選択できるような医療施設として混合医療センターの設置を試みてきた。そうした施設の設置も医療サービスを自らデザインしようとする伝統治療師の要求を幾分反映したものではあるが、そこに全ての伝統治療師が参加できるわけではないし、またその運営には様々な制約がつきまとう。そこで、伝統治療師組織は伝統治療師たちが自らの決定によって伝統医療を自由に実践できる場として独自の伝統医療センターを設置することを主要な活動目標としている。それは伝統医療センターに、伝統医療を実際に提供するための場としての機能だけでなく、イメージとしての伝統医療を発信する象徴的な基地、さらにはそこに関わる伝統治療師の伝統医療センター外における医療行為にも正当性を付与するための機関となることをも期待しているからである。すなわち、伝統医療センターは伝統治療師たちが医療提供者としての自らの存在を地域社会につなぎ止めるために、あるいは人びとの意識に植え付けるために不可欠な象徴的なくさびでもあるのだ。

伝統医療師組織が行なった以上のような伝統医療プロジェクトは、イデオロギー・レベルの多文化主義を政治的・社会的に実践しようとする国家あるいは

国際社会の思惑と合致するところが多かったため、かなりの程度で実施に移された。しかし、たとえば伝統医療センターの利用状況から見た場合、所期の目的が十分に達成されているところは極めて少ない。なぜ伝統医療センターが十分に機能しないのかについては次節で詳細に検討するが、その失敗ゆえに、伝統治療師組織を通じて自らの活動スペースを広げようとする伝統治療師たちは別の手段も必要としていることを、ここではまず理解しておく必要がある。

2　伝統医療の民族的領有

伝統治療師が活動する村落や地域の住民レベルから見た場合、先住民医療は文化的コンテクストを共有するものであるとは言え、医療資源としては国家が提供する医療サービスに様々な点で劣っているのが現実である。先住民といえども現代医療に寄せる信頼感は伝統医療の及ぶところではない。そもそも、先住民社会には病気の種類によって利用する医療に関して、かなりの程度の棲み分けが成立している(Freyermuth Enciso 1993:109; Fuentes Gómez 1988:43; Güémez 1992:44;　Ku Doporto 1992:31; Nash 1967)。伝統治療師が必要とされるのは先住民の疾病観において伝統治療師の治療が必要とされる病気だけであり、それに基づいた現代医療との棲み分け状況はプライマリーヘルスケア政策の導入以前とほとんど変わっていない。また、プライマリーヘルスケアレベルの医療であれば、国家が提供する医療サービスあるいは市販の医薬品の方が伝統治療師に治療を依頼するよりも安価であるというねじれ現象がメキシコには存在する。プライマリーヘルスケア政策は本来そうした国家の医療サービスが行き届かない場所における伝統医療の利用を想定したものであるが、メキシコでは先住民問題とリンクすることによって、本来プライマリーヘルスケア政策が必ずしも必要のない地域においても先住民の伝統治療師が動員されているのである。国家行政からすれば、そうした地域における伝統治療師の動員は、先住民への医療サービスを円滑に実施するために必要な文化的緩衝帯ないしは補助要員としての確保が目的なのかもしれない。だが、伝統治療師たちは本稿

で見てきたとおり、自らの意志に基づいた医療実践のためのスペースを確保しようとしているのである。

したがって、メキシコにおいて医療資源としての価値を高めようとする伝統治療師の試みにはそもそもその始まりからかなりのハンディキャップが付いている。そうしたハンディキャップをなくすために、伝統治療師は高額の医療費を請求すべきではないといった規制を自らに課すこともあったが、それには自ずと限界がある。それゆえ伝統治療師たちはプライマリーヘルスケア政策への参加当初から経済的支援すなわち医療行為に対する報酬を国家に対して求めていた。しかし、そうした要求も現在までほとんど受け入れられてはいない。つまり、伝統医療は受益者の対費用効果の観点からして、少なくとも現時点では、現代医療との間のクライアント争奪戦に勝てる見込みはほとんどない。それゆえ、彼らは一方で、医療資源としての実践とは異なる領域に自らの存在意義を見い出そうとしている。

今日、伝統治療師組織の運営に関わる伝統治療師たちのほとんどは対外的な説明として、文化的遺産としての伝統医療を継承していくことを自らの活動の主たる動機付けとしてあげる傾向にある。医療を先住民の伝統文化とみなし、失われつつあるその伝統を維持継承することは、伝統治療師組織の発足当初から伝統治療師自身が口にしてきたことである。それは伝統治療師の発掘を担当したINI職員が動員のために行なった説明の受け売りないしはそれの流用であったのかもしれない。いずれにせよ、伝統治療師たちは伝統的な医療文化を実践するために自分たちは動員されたと信じてきたはずであり、その実践に誇りを抱くのは当然であろう。オアステペック宣言は伝統医療の実践者としての自らの役割を次のように規定していた。

「我々はまず自らの技能を高めていかねばならない。その上で村の住民の技能を向上させることを図らねばならない。共同体の参加を促してこそ、家族レベルでの保健医療は改善できるからである。我々は老人たちに教え

を請い、彼らが知っていることを学ぼう。そして、病気の人を治すための我々の習慣をなくさないためにも、若者やそれを知りたい人たちに教えよう。」(p.21)

多文化主義が唱えられ、先住民の文化的自決が推奨される今日、その誇りは文化的伝統を継承する責任へと容易に読み替えられていく。たとえば、2002年にOMIMPYがユカタン州政府に対して提出した伝統医療合法化要請文書ではOMIMPYの目的について次のように説明している。

「文化遺産であるマヤの伝統医療およびそれに関わる自然の資源が国内法および国際法において保護されることを求める。(中略)また、国内の調査者および国際的な企業に対して、この文化遺産と、先祖伝来の文化的遺産の真の管理人であるマヤの伝統治療師が有する知識を収奪し続けることを辞めるように求める。」

この文書は国外の製薬会社の資金援助を受けた薬草に関するチアパス州での調査がバイオパイラシーに当たるとして告発されたのを受けて起草されたものであり、伝統医療知に対する権利意識がかつてないまでに高められている。ただ、OMIMPYの伝統治療師たちは必ずしも先住民社会の同意の下にこの文書を作成している訳ではない。むしろ、自分たちをマヤ文化の継承者さらにはその管理人(custodio)と自ら任じることでこの文章を起草している点に注意する必要がある。こうした主張は、伝統医療を民族的な資源として、それを管理する特権ないしは責任を自らに付与することで伝統治療師としての活動スペースを広げようとしている点で、上述のイメージアップ戦略とは異なるものである。こうした活動が伝統治療師個々人の利益増大を目指したものなのか、それとも民族全体の社会的文化的復権を視野に入れたものなのかは、現時点では判断が付かない。つまり、彼らがマヤ社会のリーダーである場合、彼らの主張はマヤ全体の民族的主張であると言えよう。しかし、そうした判断を下せる社会的状況は現在のユカタン・マヤ社会には存在しない。その判断は将来歴史的に下さ

れるべきものである。いずれにせよ、ここではOMIMPYは同文書に次のように記していることを付け加えておこう。

> 「現在、マヤの伝統治療師および助産婦が展開している運動ならびに主張は、単に国家の医療部門や調査研究機関あるいはNGOとの協定の締結を通じて承認を得ることではない。我々の運動は文化的な差異に対する尊厳を勝ちとるためのものでもある。また、ユカタン半島3州の先住民法において先住民の伝統医療システムに対する法的承認が得られることを訴えるためである。その実現は伝統治療師がおかれた状況とその組織の再編を促すはずであり、同時にマヤ民族の文化的自決へも繋がるはずである。」

Ⅲ. ユカタン・マヤの伝統医療プロジェクト

伝統治療師組織の活動は表向きには、プライマリーヘルスケア政策の下で実施されるものであるため、村落および地域住民の意思を代表ないしは尊重するものと見なされがちである。伝統治療師たちも地域住民の保健医療に奉仕することが自らの役割であると常に表明してきた。では現実に、伝統治療師は先住民が必要とする医療ニーズをどれだけ満たしているのだろうか。また、伝統治療師組織が行った伝統医療プロジェクトはどれだけ成功しているのだろうか。アジョラがチアパス州の場合について報告しているように、伝統治療師は国家レベルにおいてその役割を認められたが、共同体レベルでも同様の役割が認められているとは限らない。伝統治療師がおかれた個々の社会的条件によってその評価には地域差が見られる(Ayora Díaz 1999:216)。本来伝統治療師に対する依存度や信頼度が高い村落においては彼らの活動は住民の支援を受けられるが、伝統治療師への依存度が低下してしまった村落においてそれを回復することは極めて困難となっているのである。

では、ユカタン半島のマヤの伝統治療師組織の場合はどうであろうか。ここではいくつかの伝統医療プロジェクトを比較しつつその現状を見てみよう。な

お、ユカタンではカンペチェ州、ユカタン州、キンタナ・ロー州にあるINIの調整センター毎に作られた8つの伝統治療師組織[6]が連合してOMIMPYを結成している。ただし、OMIMPYは全体の運営に関わることを調整するための機関であり、実際の活動は個々の組織レベルで行われる。また、INIの支援を受けた伝統治療師組織以外にもIMSSが支援する伝統治療師グループも存在する。主たるものとしてはカンペチェ州のエセルチャカン村グループとユカタン州のアカンケー村グループがある。エセルチャカン村グループはIMSSの病院内に設けられた「伝統医療の家」に勤務する伝統治療師であるが、自ら何らかの伝統医療プロジェクトを実施するための組織を持っているわけではない。一方、アカンケー村のグループもIMSSが独自に招集した伝統治療師たちではあるが、彼らは形式上「アカンケー村ニクテ・ハ伝統治療師組織」を結成した上で、IMSSの特別予算を得て伝統医療プロジェクトを実施している。ユカタン半島にはさらに、こうした伝統治療師組織に登録された伝統治療師以外にも、INIやIMSSの管轄外にあって個々に治療行為を行なう伝統治療師や、INIやIMSSの管轄内にあっても伝統治療師組織に加わろうとしない伝統治療師も多数存在する。

1　伝統医療センター

OMIMPYに属す多くの伝統治療師組織は個々のプロジェクトとして伝統医療センター(Centro de Medicina Tradicional)を建設している。伝統医療センターはプロジェクトの規模にもよるが、診療所、薬局、薬草園(展示用)などからなっている。多くの場合、診療スペースとしての建物の建設から始まって(初期の活動においては薬草園が先に設置されることもあった)、順次施設が拡大されていく。OMIMPYの伝統医療センターは、医療行政の支援を得ずに建設されているため、国家医療サービスとの連携がとられておらず、伝統医療だけを単独で提供する医療施設となっている点が、後でみるその他の事例と異なる大きな特徴である。それゆえ、プロジェクトを通して得られる外的資金以外

に運営資金はなく、診察費や薬草の売り上げから得られる収益で運営していかねばならない。ただ、そうした自前の資金で運営が成り立っているセンターは残念ながら一つもない。それゆえ現時点では、各種プロジェクトを自転車操業的に計画立案して外部資金(助成金)を獲得することで細々と運営されている。そうしたプロジェクトの計画立案を行なう余裕と人材を欠く組織にあってはセンターの運営は滞ることになる。

また、センターの運営、特に医療サービスの提供はどの組織においても組織のメンバー全員が輪番制で当たることになっている。しかしながら、センターの利用者が少なく、ほとんど報酬が得られないことから、多くの伝統治療師たちはセンターでの勤務を拒否している。センターの近くにたまたま住んでいる治療師や組織のリーダーたちだけがセンターの管理及び診療にあたっているのが現状である。

2　エセルチャカン村IMSS「伝統医療の家」

伝統医療は近代医療と異なるタイプの医療資源であるという前提から、伝統治療師と近代医療の医師をひとつの施設に常駐させ、患者がいずれか好きな方を自由に選ばせるタイプの混合医療病院がメキシコではいくつか実験的に試みられてきた。最初の混合医療病院はIMSS-Solidaridadが設置したプエブラ州のクエツァラン村のものである。ユカタンではIMSS-Solidaridadがカンペチェ州のエセルチャカン村に設置したものが最初である。このエセルチャカン病院は混合医療病院としては国内において比較的成功した事例であるとされる。

エセルチャカン村のIMSS-Solidaridadの敷地内には通常のコンクリートの病棟と並ぶ形で椰子の葉で葺いたマヤの伝統的な形をした家屋が建てられている。ここに伝統治療師が原則として毎日指定された時間に必ず一人常駐し、患者の診療を行なうことになっている。入り口の掲示板に掲載されている当番医(2003年9月)は月曜日が助産婦、水曜日が薬草師、木曜日が助産婦、金曜日が骨接ぎ師であった。エセルチャカン村のIMSS-Solidaridadの病院がこうした

伝統治療師との連携を模索し始めたのは1992年である。最初は病院の診療時間が終了した後に、病院の診療室を使って伝統治療師の診療サービスを提供していた。カルキニ村の伝統治療師組織とホペルチェン村の伝統治療師組織がそれぞれ独自の診療施設を設置したことに刺激を受けたエセルチャカンの伝統治療師たちが、同様の診療施設の設置をIMSS-Solidaridadに働きかけた結果、同病院の敷地内に伝統治療師専用の診療所と薬草園が設けられることとなり、伝統治療師も病院の診療時間の範囲内で診療が行なえるようになったという。

ところが、診療スペースが確保されたことによって逆に、診療に当たる伝統治療師の確保という問題が発生した。専用の診療施設が設置される以前は伝統治療師がある意味でボランティアとして可能な範囲で診療にあたればよかったが、専用の診療スペースが設けられたことで、病院の診療時間帯に伝統治療師が診療所に常駐する必要が生じたのである。IMSS-Solidaridadはエセルチャカン村の近隣の村も含めて9人の伝統治療師を把握していた。内訳は骨接ぎ師が1名、骨接ぎおよび薬草師が1名、薬草師が4名、助産婦が2名、エスピリティスタが1名である。だがこの9名全員がIMSS-Solidaridadに協力的であった訳ではない。協力する意志のある数名の伝統治療師とIMSS-Solidaridadとの間で協議調整が行なわれた結果、必ず一人の治療師が当番制で診療所に常駐する体制が作られた。

当初は5名の治療師が交代で当直を行っていたが、2002年9月のイシドロ・ハリケーンを契機にバカブチェン村から通っていた二人の治療師が診療を止めて以来、2003年8月の時点でその補充はできていなかった。しかも、残った3人の伝統治療師もエセルチャカン村に住んでいるにもかかわらず、その内2人は半年ほど前から当直治療を実施しなくなっていた。伝統治療師たちの希望で専用の治療スペースが設けられたにもかかわらず、それを利用しようとする伝統治療師はほとんどいなくなりつつあるのが、混合医療施設の成功例とまでうたわれたエセルチャカン病院の現状である。

このように伝統治療師が伝統治療師専用の診療所での診察を拒否するように

なった理由は実は単純である。十分な経済的見返りが得られないからである。エセルチャカン村の場合だけに限ったことではないが、伝統治療師たちの多くは治療師の仕事だけで生計を立てているわけではない。また、IMSS-Solidaridadは伝統治療師が患者に対して治療費を請求することを認めていないため、たとえ一日ではあってもIMSS-Solidaridadの診療所に駐在することはそれだけ収入がなくなることを意味する。生活に困っていない伝統治療師であればボランティア活動としてIMSS-Solidaridad診療所で診療を続けられるかもしれないが、そのような伝統治療師はおそらく皆無である。したがって、伝統治療師診療所で診療を行なうことに対して十分な報酬が保証されない限り、特定の伝統治療師が長期にわたって診療所勤務を続けることは不可能である。

こうした状況を十分認識していたエセルチャカンのIMSS-Solidaridadは従来、村落補助員(Asistente Rural)への謝金という名目で伝統治療師たちにわずかながらの給料(月額350ペソ)を支払ってきた。ところが、2003年度になってこの謝金のための予算がカットされたため、給料の支給ができなくなった。エセルチャン病院はこの状況を打開するために、従来診療所の基金(Fondo revolvente)として積み立てられることになっていた薬草の売り上げ金の3割を伝統治療師たちに配分することとした。しかし、それも従来の「給料」に比べれば微々たるものであり、結果として、2人の伝統治療師が病院内の伝統治療師診療所での診療を止めてしまったという。

イシドロ・ハリケーンの後、診療を止めてしまった二人も、自宅がハリケーンで被害を受けたことを診療中止の理由にしたが、実は350ペソの「給料」でさえも1日の診療報酬としては少なすぎることが原因だったようである。バカブチェン村から通っていたこの二人の青年は4年ほど前からIMSS-Solidaridadと協力関係を持つようになり、診療所を通じてエセルチャカン村在住のある治療師と知り合いになり、その治療師のもとで伝統医療に関する知識を学んできたという。その内の一人は2001年度の「先住民青年国民賞」の伝統医療部門を受賞し、35,000ペソの賞金まで手にしている。彼らにとってIMSS-

Solidadridadの診療所勤務は伝統治療師としての訓練を積む場であったとすれば、350ペソの「給料」はバカブチェン村からの旅費および食事代としては十分すぎるものであったと言えるだろう。だが独立して治療行為を行なうだけの知識と技術を身に付けた彼らにとって、IMSS-Solidadridadの診療所勤務はもはや不要かつ重荷となっていたと考えられる。

治療師の不在という事態を解消するため、エセルチャカン病院の普及員は再度、エセルチャカン村で伝統治療師探しに着手した。新たに見つけ出した一人の骨接ぎ師からIMSS-Solidaridadへの協力を得ることができることとなり、以前から協力してきた助産婦とこの新たな骨接ぎ師がそれぞれ週に一日勤務するという体制がなんとか維持されることとなった。しかし、診療所勤務を引き受けた骨接ぎ師には特別の手当が支払われているわけでも、また彼自身、生活に困っていないというわけでもない。この男性が診療所勤務を引き受けたのにはそれなりの理由があった。彼はツィトバルチェ村の出身で、25年前にエセルチャカン村の女性と結婚してからエセルチャカン村に住んでいるという。骨接ぎ師としての経験はまだ浅く、エセルチャカン村の中でもその存在を知っている人は少ない。何故、IMSS-Solidaridadからの誘いに応じたのかという筆者の問いに対して、彼は控えめに「以前から関心はあったんだけど、今までそういう誘いがなかったんだ」と答えた。だが、骨接ぎ師としてまだ村の人々にあまり知られていない彼にとって、IMSS-Solidaridadの伝統医療クリニックに勤務することは自分の存在を村人に知ってもらうための絶好の機会になるはずである。だからこそ彼は、ほぼ無償とも言える伝統医療クリニック勤務の要請に応じたのではなかろうか。

3　アカンケー村の伝統医療診療所

IMSS-Solidaridadという同一の機構に属しながらも、その運営方法は州によって、また各病院によって微妙に異なっている。さらには、同様のプロジェクトであってもそれが実施される年度の予算体系によって、実施方法は異なっ

てしまう。アカンケー村のIMSS-Solidaridad病院の場合はエセルチャカン病院のような伝統医療診療所を設置するに当たり、住民の「意志」としてのプロジェクト申請の形をとらざるを得なかった。そのプロジェクトの立ち上げにはIMSS職員や伝統治療師だけでなく、村長やエヒードなど住民を代表する責任者が同席し、同委員会結成合意書に署名し公印を押している。また、同診療所は計画ではIMSS-Solidaridad病院の敷地内に立てられる予定であったが、ユカタン州のIMSS-Solidaridad本部が敷地の狭さを理由にそれを認めなかったため、同病院から2Km程離れた村はずれに建設されることとなった。

この伝統医療診療所は、伝統治療師組織、さらにはアカンケー村のプロジェクトとして建設される形式をとったこともあり、アカンケー村のIMSS-Solidaridadはその運営には今のところ(2003年現在)経費を一切支出していない。この診療所での勤務を担当するはずの伝統治療師たちもほとんどが、自分の家から遠いことを理由にそこでの勤務を拒否している。そのため、勤め先を退職し年金暮らしをしている伝統治療師組織の会長がほぼ単独でこの伝統医療診療所の管理に当たっている。また、この診療所まで出かけて診療を受けようとする村人もほとんどいない。むしろ、伝統治療師による治療を希望する場合には、目当ての治療師の自宅に直接赴くのが通常である。アカンケー村の伝統医療診療所にやってくるのは、たまたまそういった施設があるという話しを人づてに聞いたメリダ市など村外の人たちに限られている。

かと言ってアカンケー村に伝統医療に対するニーズが全く存在しないわけではない。各伝統治療師たちは個々にそれなりのクライアントを抱えている。彼らが伝統医療診療所への勤務を拒むのは、クライアントが必要としているのは匿名の伝統医療ではなく、自分の治療だということを分かっているからである。すなわち、彼らは医療を実践するに当たり、自宅で待機していればいいのであり、公共の診療所に赴く必要性をほとんど感じていない。ではなぜそういった診療所を建てるプロジェクトがそもそも進行したかと言えば、それはIMSS-Solidaridadがプライマリーヘルスケア政策を実施する上で必要だったからに

他ならない。ある意味で伝統治療師たちはIMSS-Solidaridadあるいはプライマリーヘルスケア政策を推進する国家に利用されたとも言えるだろう。ただ、エセルチャカン病院と同様に伝統医療診療所がIMSS-Solidaridad病院と同じ敷地内に建てられ、そこに勤務することに対して何らかのインセンティブが用意されていれば、事態は多少とも違っていたかもしれない。

4　シュワルテス村の「マヤ保健所」

カンペチェ州のエセルチャン村IMSS-Solidaridad混合医療病院をモデルとしていくつかの混合医療施設の設置がユカタン州でも試みられている。たとえば、アカンケー村のIMSS-Solidaridad混合医療施設、INIによるシュワルテス村の「マヤ保健所」、ユカタン州政府の外郭団体であるINDEMAYAが厚生省の協力を得て実験的に実施しているシスビクチェン村、タツィウ村、シホ村の混合医療病院の例などがある。

NGO、INI、厚生省の共同プロジェクトとして実施されたシュワルテス村の「マヤ保健所」は、計画では近代医療部門には医学部修了後に「社会奉仕」を行なう内科医と歯医者、およびSSAから派遣される看護婦が1名ずつ勤務し、伝統医療部門には男性治療師と助産婦が1名ずつ勤務することになっていた。この伝統医療部門の治療師は当初、バジャドリー、ソトゥータ、ペトの伝統治療師組織から1週間交代で派遣されていたが、現在(2002年)はソトゥータの伝統治療師組織から助産婦が一人派遣されているだけである。伝統治療師の派遣に関しては、当初INIが送迎の費用と日当を負担していた。しかし、INIの経費が削減され、これらの費用負担ができなくなったため伝統治療師の派遣は中止されている。唯一ソトゥータのINI事業所だけがユカタン州政府から助成金を受けることで助産婦の派遣を続けている。

なお、このシュワルテス村の「マヤ保健所」はNGO 出資の法人として運営されているため、IMSSやSSAなどの病院と違って治療は有料(1回の診療20ペソ)である。近代医療部門の診察費は病院の運営費となるが、伝統医療部

門では2ペソを病院に「寄付」する以外は全額が診察に当たった治療師（助産婦）の手元に残すことが許されている。その代わり「マヤ保健所」から伝統治療師には給料等は一切支払われない。そのため、ソトゥータから派遣される助産婦に対して、INIは420ペソ(8日分)の日当を支給している。このようにシュワルテス村の「マヤ保健所」で働けば、ある程度の報酬が得られる。しかし、それは労働報酬としては非常にわずかなものであるため、この「マヤ保健所」に行こうとする男性の伝統治療師は一人もいないのが現状である。

5　INDEMAYAの混合クリニック

INDEMAYAが進めようとしている混合クリニックは、形式上はマヤ先住民社会が必要とする医療サービスを提供するためのものであるが、実質上はINDEMAYAが推進するマヤ文化振興の一環をなすものである。したがって、混合クリニックを建設・運営するにあたっては、マヤの人々の「自主性(autonomía)」と「世界観」が最大限尊重されねばならない。たとえば、このINDEMAYAの混合クリニックは伝統治療師による診療が行なえる場所を近代医療施設に併置させることを目指しているが、この伝統治療師診療所を建設するにあたってはマヤの人々の「世界観」を尊重するために、敢えて白い壁と藁葺きの屋根を持ったマヤの伝統的な楕円形の建物にされた。だが、INDEMAYA混合クリニックの第1号となったシスベクチェン村にはそうした建物はあまり多くはない。シスベクチェン村の家屋の大半は、屋根は藁葺きであっても、壁は木を縦に並べただけのものである。実際ある村人は、伝統的なスタイルであるはずの伝統治療師診療所を評して、近代的な建物だと言った。防犯上の観点から伝統治療師診療所は壁を漆喰で固める必要があったにせよ、このシスベクチェン村混合クリニックは、マヤ自身の伝統というよりはINDEMAYAの担当者が思い描くマヤの伝統イメージに基づいて建設されたのである。

また、伝統治療師診療所の村人による自主的運営という点に関しても、

INDEMAYAとマヤ社会とでは認識の違いが見られる。シスビクチェン村の伝統治療師診療所でもエセルチャンの場合と同様に、5人の伝統治療師が毎日一人ずつ交代で常駐することになっている。2003年9月に筆者が視察した際、開所して数ヶ月しか経っていないにもかかわらず、その日の担当治療師は不在であった。伝統治療診療所にいるべき治療師は村のある女性の治療のためにその女性の家に行っていた。伝統治療師による治療がヘッツ・ルーム(地鎮)儀礼などであった場合、それはまるまる一日かかってしまうものも少なくない。だとすれば、一時的ではあれ「往診」による担当医の不在は伝統治療師診療所への駐在を伝統治療師自身が反古にするものであると言えよう。しかし、シスベクチェン村において伝統治療師が伝統治療師診療所に一日滞在したからといって実際に診察に訪れるのは1名いるかいないかであるという。小さな村にあって、担当の伝統治療師が伝統治療師診療所に居ようが、自宅で待機していようが実質的な不都合はほとんどない。むしろ、伝統治療師診療所に駐在することは、その多くの時間を無駄に過ごすことを意味する。少なくとも、駐在することに対する経済的補償がない限り、伝統治療師が伝統治療師診療所に駐在する意味はない。しかし、診察が無料であるSSA保健所の敷地内にあることを理由に、伝統治療師診療所での診察も原則として無料と定められている。このことが将来的に診療所運営の大きな障害になっていくであろうことは、上に見てきた事例からも想像に難くない。

Ⅳ. 文化資本としての伝統医療

伝統医療を先住民あるいは先住民文化のあり方を規定する文化資本として見た場合、伝統医療が実践されるスペースはその文化資本が整形され、流通する場ないしはプロセスとみなすことができる。また、そのプロセスは先住民社会の外部からの力に大きく依存している。伝統医療がプライマリーヘルスケア政策の下で国家によって再発見されたこと、さらにはその実践のためには法律な

どを含むインフラの整備と外部からの資金援助が不可欠であることを見ても、それは明らかである。それゆえ、その文化資本の蓄積プロセスに目をやったとき、伝統医療プロジェクトに関わる伝統治療師たちは先住民社会あるいは先住民文化の専有物としてその特権的使用を許されているというよりは、文化資本の扱いを許された特権的な立場から先住民社会あるいは先住民文化そのものを外部社会に対して自ら占有しようとしている姿が浮かび上がってくる。本稿では以下の議論において、それが誰のためになされているかではなく、彼らが行なうそうした文化資本の操作を他の先住民はどのように見ているか、また伝統医療という文化資本(主に客体化された文化資本であるが、いずれの先住民も伝統治療師になりうるという意味では、身体化された文化資本でもあり得る)を他の先住民はどのように利用するかという点に注目してみよう。

ある人が伝統治療師による治療を受けるからといって、その人は必ずしも先住民アイデンティティに基づいて伝統医療を選択するわけではない。町の医者は先住民を差別するから、できるだけ伝統治療師を選ぶという先住民のケースもなくはないが、それとて先住民というアイデンティティを持つがゆえの選択であるわけではなく、むしろそういったアイデンティティを付与されることを忌避することによるものである。先住民共同体外の人々との関係において、先住民的徴表は社会的スティグマとして、多くの場合先住民自身によっても忌避されてきた。それゆえ多くの先住民社会にあって人々は自らの近代性を主張するために、伝統治療師を非近代の象徴として呪術師と呼んできた。あるいは、彼らをペテン師ないしは詐欺師と呼び、自らをその被害者として装うことで、非近代のレッテルを貼ろうとする言説から逃れようとしてきた[7]。一方、伝統治療師にあっては、病院の医師による治療では治らない患者がいることに治療師としての自らの存在理由をアピールしている。すなわち、病院の医師が治せない病気を担当する治療師とみなすことで、自らを近代というカテゴリー内部における一要素に位置づけようとしてきたのである。

すなわち、プライマリーヘルスケア政策が導入される以前のメキシコにおい

て、伝統治療師が利用されるのは、地理的(アクセス)かつ経済的な理由からそれ以外のオプションがない場合や、患者が持つ疾病の分類上伝統治療師が必要とみなされる場合、そして現代医療による治療の見込みが立たない場合だけであった。先住民の医療実践は民族的アイデンティティの発現を抑制する場でありこそすれ、それを主張するような場ではなかったのである。ところが、プライマリーヘルスケア政策やそれを推進しようとするINIのインディヘニスモなど伝統医療と先住民を不可分のものとして結びつけようとする言説が登場したことで、先住民の医療実践は公的にはアイデンティティの表明が可能な場へと変貌した。その中でも伝統医療プロジェクトを推進してきた伝統治療師たちは民族的アイデンティティを戦略的に用いることで文化資本の蓄積を図ろうとしてきた人たちであったと言えよう。

しかしながら、すべての伝統治療師がそうした行動をとっているわけではない。伝統医療プロジェクトに賛同する伝統治療師であっても、その多くは前節に見たように経済的な理由などでその活動から次第に足が遠のいている。そもそも知識の共有を図ろうとする伝統治療師組織への参加さえ拒む治療師も存在する。また、伝統治療師としてカミングアウトすることさえ拒絶する者もいる[8)]。ユカタン州ソトゥータ村のある女性治療師の例を紹介しておこう。

村内ではクランデーラとして知られる、ある女性に元INIの職員のつてでインタビューを申し入れた時のことである。雑貨店を営むその女性は筆者との会話を始めるなり、自分はクランデーロのようないかがわしい行為は一切やっていないと言わんばかりの内容のことをまくし立てた。治療行為に言及する際にも、祈祷という言葉は一切使わず、「自分はみんなを助ける仕事をしているだけよ」と極めて持って回った表現を使った。ユカタンの多くの村において伝統治療師が自らの活動を隠し立てすることはあまりないのに比べれば、この女性の対応はかなり特異なケースである。ソトゥータ村にあるINIが伝統治療師組織を結成しているにもかかわらず、ソトゥータ村の伝統治療師は一人も加わっていない理由について尋ねると、彼女は「INIの集会には一度も行ったことが

ない」との一点張りであった。彼女がクランデーラと見なされることを極度に恐れていることは一目瞭然であった。彼女のところに治療を求めてやってくる人はどれくらいいるのかという質問に対しては、クライアントのほとんどは他の村からやって来る人で、ソトゥータ村の人はほとんどいないと言う。ソトゥータ村の人は伝統医療についてどう考えていると思うかと尋ねると、「悪く思ってるわね」との意見を述べた後、「でも、伝統医療は貧しい人たちや僻地の人たちにとってはとても重要なものなのよ。病院もなくお医者さんもいないところでは、薬草で治すしかないでしょ。それに、それでちゃんと治るわけだから」と付け加えた。この補足説明は裏を返せば、ソトゥータ村には病院もあり医者もいるのだから、クランデーロは必要ない、少なくともソトゥータ村ではそう考えられている、という意味に理解できるだろう。実際、ソトゥータ村の人々にソトゥータ村に伝統治療師が少ない理由について尋ねると、「自分たちは文明化されているからだ」と事もなげに説明する。ソトゥータ村を周囲の村落よりも文明化された場所と見なそうとする村人の意識から、伝統医療を野蛮な人々の医療あるいは非医療的行為と見なし、伝統治療師を差別する慣行がソトゥータ村には存在すると考えられる。クランデーラとみなされることを極度に警戒する上記女性の筆者への対応は、伝統医療に対するそうした村人の視線を避けようとするものだったのだと言えよう。

伝統医療が先住民社会以外にも通用する文化資本として受け入れられつつある現在においても、自らの文明度を高めるために伝統治療師をスケープゴートにする社会的な因習は依然として存在する。そのような社会にあって医療は依然として先住民アイデンティティの表明が抑制された場であるはずだ。だとすれば、そういった社会あるいは同様のコンテクストでは伝統治療師たちだけでなく、先住民の多くが、非近代と結びつく可能性のある民族的徴表の使用には依然として慎重であるに違いない。

このように、国家のプライマリーヘルスケア政策や伝統治療師の伝統医療プロジェクトに参加しないいわゆる伝統的な治療師たちがいるにしても、伝統医

療は今日伝統治療師が自らの活動の場を確保する上で重要な文化資本となっている。それらのプロジェクトに参加しないいわゆる伝統的な治療師たちは現時点では文化資本としての伝統医療の獲得には興味を示していない人たちなのだと言えよう。結果として彼らの医療実践は文化資本としての伝統医療の流通に乗らないがゆえに、公には医療資源とは見なされず、医療行政レベルにおける伝統医療は彼らの実践を排除する形で整形され定義されることになる。たとえば、先住民社会の保健医療に関するNGOの支援は伝統治療師組織をその受け皿ないしはカウンターパートとして選択しがちである。また、伝統治療師組織も対外的な資金援助に依存せざるを得ないため、NGOなどの外部社会が理想とする伝統医療を実践しようとする(Ayora Díaz 1998:182-184)。結果的に、彼らは医療資源あるいはその実践者として、伝統医療という文化資本から呪術的な要素を極力排除しようとするのである。

では、医療行為を生業としない先住民にとって、伝統医療の文化資本化はどのような意味を持つのであろうか。INIは、伝統医療は先住民社会にとって文化的自決の一つの基本要因であると主張するが(INI 2000:159)、少なくとも現時点では、それは全ての先住民には当てはまらないだろう。伝統医療の文化資本化が医療実践の場における民族的アイデンティティの表明を可能にしたとは言え、その市場は医療実践者にのみ開かれたものであるようだ。伝統治療師たちに協力することで市場そのものを拡大させ、自らもそのおこぼれに与ろうとする発想や経済的余裕は、治療を受けるだけの先住民にはない。少なくとも、国家が伝統医療よりも安価な医療サービスを提供し続ける限りにおいて、彼らが伝統治療師の治療を選択する可能性は制限されていることは前節までに見てきたとおりである。また、伝統治療師組織とは対照的に、伝統治療師に参加しない治療師が呪術力を強調することで先住民に対する治療師としての自らの正統性をアピールすることがあるとアジョラが報告していること(Ayora Díaz 1998:185)からも推測されるように、伝統医療の文化資本化はいまだ先住民の間における疾病観ないしは医療観そのものを変化させるには至っていない。病

院の医師には治せない病気があるという疾病の分類ないしは医療の分業は依然として有効なのであり、伝統医療は現代医療に代替可能な医療資源とはなり得ていない。その意味において、伝統治療師組織が普及しようとする伝統医療は全ての先住民が求めようとする文化資本とはなっていない。多文化主義の社会的実践において伝統医療が民族的アイデンティティと結びつき、文化資本としての市場を活性化する可能性は否定はできないが、多くの先住民にとって医療的実践は依然として民族的アイデンティティを表明する場とはなり得ていないのである。

おわりに

メキシコにおいて伝統医療とは特定の医療技術によって規定されるものではなく、先住民が実践しているローカルな医療文化全般を指す用語である。したがって、伝統医療には出産における介助や薬草の使用など経験的な医学的知識に基づいたものから儀礼や祈祷など記号やシンボルの操作による「治療」を行なうものまでさまざまな医療的実践が含まれる。そうした、ある意味で非科学的な要素を含んだ医療実践を、行政が提供する公的な医療サービスに組み込むためには、伝統医療が医療行為として有効であることを示す必要がある。しかし、プライマリーヘルスケア政策を実施するメキシコの行政ないしは医療機関は、この点に関しては正面からは対処してこなかった。というより、先住民文化を尊重しなければならないという、メキシコ固有の社会的政治的条件によって、伝統医療の定義および管理は先住民自身の手に委ねざるを得なかった。行政および医療機関にできることは、近代医学的な観点から見てプライマリーヘルスケアとして許容範囲にある医療行為だけを伝統治療師に任せた上で、その範囲を超えた治療に関しては病院への移送を要請することと、保健医療に関して先住民の教育ないしは意識改革を実施するための補助スタッフとして伝統治療師を動員すること位であったと言えよう。

いずれにせよ、伝統治療師たちはプライマリーヘルスケアの登場によって、妖術師やペテン師といった従来の侮蔑的な評価にかわって、先住民治療師(médico indígena)もしくは伝統的治療師(terapeuta tradicional)として社会に貢献する人という新たなイメージを獲得するチャンスを得ることになった。だが、メキシコにおけるプライマリーヘルスケア政策は必ずしも一般の人々の日常生活レベルで実践されてきた訳ではない。むしろ、既存の医療機関が伝統医療への寛容度を高めること、また医療機関と伝統治療師との連携を確立することがメキシコにおける実際のプライマリーヘルスケア政策だったと言える。したがって、伝統治療師が従来のイメージを転換するためのチャンスを手に入れたと言っても、それが可能になるのは医療機関が住民に対して伝統医療の利用を積極的に呼びかけた場合だけである。ソトゥータ村のようにそうした医療機関による宣伝がなされない場合には、伝統治療師に対する社会的偏見は残ったままとなり、伝統治療師は伝統治療師であることすら自ら明かそうとはしない。つまり、従来のイメージを変革しようとする伝統治療師たちは自らの手で新たな伝統治療師イメージを社会に対して提示していかねばならなかったのである。

個々の伝統治療師がどの程度までそうした必要性を感じていたかは不明である。だが、INIが伝統治療師の組織化を図ったことで、そうした必要性どころか可能性があることにさえ気が付いていなかった伝統治療師までもが伝統治療師のイメージ改善というプロジェクトに巻き込まれることになった。いずれにせよ、彼らはそこに近代化されたアイデンティティ構築のチャンスを見たはずである。本稿ではそうした伝統治療師たちが伝統医療のイメージをいかに改善しようとしたかその方法について検討してきた。その多くは伝統医療に近代的イメージを付与することで医療資源としての正当性をアピールしようとするものであった。そうしたイメージの形成は結果として伝統治療師の活動の場を拡大することにつながると予想される。だが実際のところ、伝統治療師組織の様々な伝統医療プロジェクトによって治療師としての彼らの仕事が増えたわけでは

ない。むしろ彼らは、先住民社会および文化を近代化する(伝統を捨てるという意味ではなく、近代化という社会的政治的プロセスに参入するという意味において)プロジェクトに対して一般先住民から協力を得られないまま、失意のうちに細々と医療実践を続けざるを得ないでいる。そうした中にあって、伝統文化の保存継承という言説は、対先住民社会内部だけでなく対外的にも彼らの活動を支える大きなイデオロギー的基盤となっている。そうした伝統文化の保存継承としての医療実践を通じて、彼らは近代との相同性よりは過去の民族的文化的な伝統との連続性の中に自らのアイデンティティを改めて見いだそうとしている。そうした民族的アイデンティティは決して過去から受け継がれてきたものでもなければ、全ての先住民が共有しているものでもない。国家が提供する医療サービスというグローバルな文化のコンテクストにおいてローカルな文化としての伝統医療を実践する中で、個々の伝統治療師が見い出してきた新たなアイデンティティである。そうしたアイデンティティは伝統医療が先住民の多くの人にとって文化資本となった時初めて、先住民全体のアイデンティティとなるのだと言えよう。

注釈

1）本稿での議論は、文部科学省科学研究費補助金(「マヤ・イメージの形成と消費に関する人類学および歴史学的研究」課題番号14401009)により2002年および2003年にそれぞれ約1ヶ月ずつ実施したフィールドワークの成果に基づいたものである。

2）特にINIは80年代から90年代にかけて伝統治療師の発掘とその組織化を積極的に行っている。1984年にチアパス州で最初の先住民治療師組織(Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, OMIECH)を発足させたのを皮切りとして、各地で伝統治療師の組織化が進められる。その数は1994年に57団体、1998年に82団体、2000年には102団体にまで達する。さらに、こうした全国に散らばり個々に活動を行なっている先住民治療師組織をとりまとめるための機構としての全国先住民治療師審議会(Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales, CONAMIT)をも発足(1990年)させている。

3）IMSS-COPLAMAR(ロペス・ポルティージョ政権が実施したCOPLAMAR政策の下で、政府が先住民社会への医療サービス提供をIMSSに委託したことから、一般に

はこの名称が使われるが、IMSS側の正式名称はPrograma Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria)は1979年発足だが、IMSSはそこでの経験を基に1982年「伝統医療相互プログラム(Programa de interrelación de la medicina tradicional)」を開始する。なお、IMSS-COPLAMARは名称が1989年にIMSS-Solidaridad、2002年にIMSS-Oportunidadesに変更されている。本稿では使用した文献で登場頻度の最も多いIMSS-Solidaridadで統一した。

4）伝統治療師との連携を強めようとするIMSS-SolidaridadやSSAの伝統医療局も、伝統的な共同体に関する人類学の研究を引用しつつ、伝統治療師は共同体に奉仕する者であるとするイメージを広めようとしている。

5）ただ、国家はそうした身分証明書の発行には消極的である。伝統医療の必要性を認識しながらも、伝統治療師に医師と同等の医療行為を行なわせることになる証明書は発行していない。病院の医師との連携や病院施設へのアクセスを容易にするための、いわば通行許可書程度の身分証明書を発行するに留まっている。したがって、現在伝統治療師が行なっている伝統医療の合法化要求は当然のこととしてこうした医師と同等の身分証明をも含んでいる。

6）カンペチェ州のCOMICAR(Calkiní)とCOLMICH(Hopelchén)、キンタナ・ロー州のYuntz'il Ku'dzak(Felipe Carrillo Puerto)とJul Kin(Nuevo X'Can)、ユカタン州のConsejo Regional de Medicos Indígenas Tradicionales "Jacinto Pat"(Peto)、Consejo Regional de Médicos Indígenas Tradicionales "Flor que crece arriba" [旧"Yum Balam"](Ek Pedz, Tixcancal, Chikindzonot)、Consejo Regional de Médicos Indígenas Tradicionales "Nachi Cocom"(Yaxcabá)、Consejo Regional de Médicos Indígenas Tradicionales "Sac Zil" (Halachó)。

7）メソアメリカ先住民社会に関する多くの人類学的研究において、伝統治療師は共同体内の社会的文化的規範を如何に実践しているかという構造機能主義的な観点から記述されてきた。そのため、伝統治療師は共同体内の人々からは信頼され、尊敬を集める人物とみなされることが多い(Anzures y Bolaños 1981; Fabrega and Silver 1973)。少なくとも、かつてはそうであったとする説明は先住民自身が多く語るところである。しかし同時に、先住民社会の近代化に伴って伝統的な治療師は社会が要求する治療師としての機能を次第に満たせなくなっていき、むしろ彼らは特別の能力を悪用する呪術師とみなされるようになっていく姿も人類学者によって数多く報告されている(たとえば、Aguirre Beltrán 1994; Nash 1993)。なお、伝統的な治療師であってもマッサージ師や骨接ぎ師、産婆など呪術的な祈祷を表立って行なわない治療師はそういった呪術師扱いからは免れている。

8）クノウは、ユカタン州の多くの伝統治療師が伝統医療の調査に協力的である中で、

たった一人だけ知識の開示を拒否する女性治療師がいたことを挙げている(Kunow 2003:30)。また、レッドフィールドとビジャ・ロハスも『チャン・コム』において、フ・メンは部外者に対して自らの治療法をあまり明かそうとしないことを述べている(Redfield and Villa Rojas 1962:75-76)。いずれもその理由について具体的には説明していないが、次に紹介するソトゥータ村の女性のように、その人たちは自分の治療法を他人に語ることで呪術師の嫌疑をかけられることを恐れているのかもしれない。

参考文献

Aguirre Beltrán, Gonzalo

1994 [1955]. *Programas de salud en la situación intercultural.* FCE.

Ankli, Anita, Oto Sticher, and Michael Heinrich

1999 "Yucatec Maya Medicinal Plants versus Nonmedicinal Plants: Indigenous Characterization and Selection." *Human Ecology* 27 (4):557-580.

Ankli, Anita, et al.

2002 "Yucatec Mayan Medicinal Plants: Evaluation Based on Indigenous Uses." *Journal of Ethnopharmacology* 79:43-52.

Ayora Díaz, Steffan Igor

1998 "Globalization, Rationality and Medicine: Local Medicine's Struggle for Recognition in Highland Chiapas, Mexico." *Urban Anthropology* 27 (2): 165-195.

1999 "Medicinas locales en Chiapas: globalización y luchas por el reconocimiento." *Temas Antropológicos* 21 (2):196-226.

2000 "Imagining Authenticity in the Local Medicines of Chiapas, Mexico." *Critique of Anthropology* 20 (2):173-190.

Barrett, Bruce

1997 "Identity, Ideology and Inequality: Methodologies in Medical Anthropology, Guatemala 1950-1995." *Social Science and Medicine* 44 (5): 579-587.

ブルデュー、ピエール

1990 『ディスタンクシオン Ⅰ・Ⅱ』石井洋二郎訳、藤原書店.

Campos, Roberto (compil.)

1992 *Antropología médica en México.* Tomo 1 y 2. Instituto Mora/UAM.

Cosminsky, Sheila

1983 "Medical Pluralism in Mesoamerica." In *Heritage of Conquest: Thirty Years Later*, edited by Kendall, Carl, John Hawkins and Laurel Bossen,

pp.159-173, University of New Mexico Press.

Dirección General del Programa IMSS-Solidaridad

1992 *Principios y bases de coordinación para el trabajo conjunto de equipos de salud con las parteras y médicos tradicionales*. IMSS.

Fabrega, Horacio Jr. and Daniel B. Silver

1973 *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis.* Stanford University Press.

Freyermuth Enciso, Graciela

1993 *Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los altos de Chiapas.* Gobierno del Estado de Chiapas/Instituto Chiapaneco de Cultura/CIESAS-Sureste.

Fuentes Gómez, José

1988 "Tipología y causalidad de algunas enfermedades tradicionales en Pustunich, Yucatán." *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán* 166:40-51.

Güémez Pineda, Miguel A.

1992 "Curanderismo rural en Yucatán: persistencia y funcionalidad." *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán* 182:37-45.

Holland, William R.

1963 *Medicina Maya en los altos de Chiapas: un estudio del cambio socio-cultural.* INI.

Harman, Robert

1990 [1974]. *Cambios médicos y sociales de una comunidad Maya.* INI.

池田光穂

2001 『実践の医療人類学—中央アメリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開』世界思想社.

2001 「民族医療の領有について」『民族學研究』67 (3):309-325.

Instituto Nacional Indigenista

1994 *Memoria 1989-1994.* INI.

2000 *Memoria 1995-2000.* INI.

INI/SEDESOL

1992 *II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas.* INI/SEDESOL.

Ku Doporto, Azalea G.

1992 "Medicina tradicional y medicina moderna: el cambio en Maní, Yucatán."

Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán 182:30-36.

Kunow, Marianna Appel

2003 *Maya Medicine: Traditional Healing in Yucatán.* University of New Mexico Press.

Landy, David

1974 "Role Adaptation: Traditional Curers under the Impact of Western Medicine." *American Ethnologist* 1:103-127.

Lozoya Legorreta, Xavier, Georgina Velásquez Díaz y Angel Flores Alvarado

1988 *La medicina tradicional en México: experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987.* IMSS.

Nash, June

1967 "The Logic of Behavior: Curing in a Mayan Indian Town." *Human Organization* 26 (3):132-140.

1970 *In the Eyes of the Ancestors: Belief and Behavior in a Maya Community.* Yale University Press.

Nigh, Ronald

2002 "Maya Medicine in the Biological Gaze: Bioprospecting Research as Herbal Fetishism", *Current Anthropology* 43 (3): 451-477.

吉田栄人

2004 「先住民伝統医療の再編成—メキシコにおけるプライマリーヘルスケア政策の現状から」『ラテンアメリカ・カリブ研究』11:12-26.