

難民医療援助プロジェクトにおける社会文化的 アプローチ：その問題点と可能性

宮地 尚子*

Sociocultural approach in a medical assistance project in refugee camps in East Africa : problems and possibilities.

Naoko T. Miyaji : Dept. of Hygiene, Kinki University Medical School

Abstract

Through the experience of an international medical assistance project in refugee camps in Djibouti, the author examines the meanings, problems and possibilities of including sociocultural dimensions in research and activity in international health.

From the description of the context of an NGO's activity and research on facilitating sociocultural sensitivity, the following problems were identified: 1) insufficiency of information, 2) political nature of culture, 3) multiplicity of the subject, 4) moral judgments. These problems are partly rooted in the applied/critical duality in medical anthropology. Problems of cultural relativity and of representation recently discussed in postmodern anthropology are also manifested in an acute form in daily activity in international health.

Cooperation between medicine and anthropology will be fruitful if there is a clear understanding of these issues, rather than an evasion of micropolitics in the field by relying on biomedical discourse and authority.

キーワード

国際保健医療 International Health, 難民 Refugees,
医療人類学 Medical anthropology, 社会文化的側面 Sociocultural
dimension, 東アフリカ (アフリカの角) East Africa (Horn of Africa)

* 近畿大学医学部衛生学教室

I 緒 言

国際医療協力において、西洋の近代医療の枠組みをそのまま持ち込むことについてはすでに多くの苦い失敗が経験され、援助を受ける人々の社会文化的背景の理解の重要性、医療人類学的アプローチの必要性が認識されるようになってきた (Nichter 1990, 波平1993)。日本でも近年、政府や民間団体による海外援助計画が増えてきたが、その際、「現地の社会や文化の尊重」はかけ声にとどまるだけで、実際に現場で社会文化的背景を理解して活動を行うというのはどうということなのか、困難さはどこにあってどうすればそれらを克服できるのかといった具体的な内容や方法論は、ほとんど蓄積されていない。

今回、筆者は、アフリカ東部のジブチ共和国にある難民キャンプでの医療援助プロジェクトに参加し、その中で社会文化的側面を重視した活動や調査を試みた。著者の参加期間は2か月と短期であり、保健状況の検討も予備的調査の域を出るものではない。しかし、そこで直面した問題点や限界は、筆者の未熟さやプロジェクト特有の問題だけでなく、国際保健の中で社会文化的側面を重視しようとする際に生じやすい一般的な問題を多く含むように思われる。そこで本稿では、キャンプでの活動と調査結果をその文脈とともに記述することによって、今後の国際保健における医療人類学的アプローチの可能性と問題点を探る。

本論文の構成は、まず地域の歴史、難民キャンプや医療援助プロジェクトの概要を述べ、キャンプの保健状況を提示する。次に、活動過程で直面した問題点、①情報の不完全さ、②文化の政治性、③対象の多様性、④道徳的判断について事例を追加して分析を行う。最後にこれら政治経済、異文化の表象、文化相対主義等の問題を、医療人類学と国際保健の相互協力にからめて考察する。

II 地域の歴史と概要

ジブチ共和国はアフリカ北東部に位置し、紅海、エチオピア、ソマリアに囲まれた面積23000km²の九州の半分程度の国である(図1)。19世紀後半よりフランスの植民地となり、1977年に独立したが現在もフランス人が政府の要職に多く、中東・アフリカにおけるフランスの重要な軍事基地でもある。

人口は約39万人、ソマリア系イッサ族47%、エチオピア系アフアル族37%、ヨーロッパ系8%、アラブ系6%である(1989)。公用語はフランス語、アラブ語、ソマリア語、アフアル語である。イスラム教(スンニー派)信者が94%、初等教育在学率46%(1988)、識字率17%(1985)、イッサ族出身のグールド大統領が独立時から現在まで4選されている。政府は民族融和政策を図っているがイッサ族とアフアル族の間で政治抗争が続き、事実上、国の北部はアフアル族が支配している。

気候はステップ/砂漠気候で、7-8月には日中50°C近くになるが、1-3月は涼しく夜は肌寒く毛布が必要になる。国土のほとんどが半砂漠の荒地で農耕に適さず、資源もない。ほとんどの日常物資を輸入に頼る。人口の7割は首都に集中し主にサービス業に従事するが、失業者は慢性的に多い。田舎では山羊

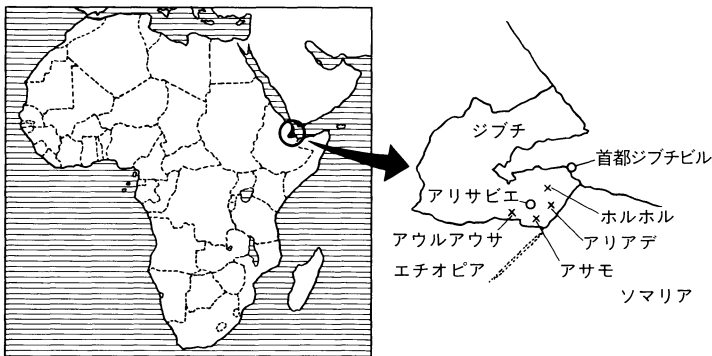


図1 ジブチ共和国の地図

を飼う遊牧民もいる。女性は夜でも町中を歩けるなど、原理主義のイスラム教国に比べると開放的だが、一夫多妻制も存続し、女子の割礼も広く行われている。

ジブチを含むアフリカ東部は、19世紀後半に民族の広がりとは無関係に英仏伊などの植民地国に分割され（ジブチで最もありふれた食事が、フランスパンとスパゲティ、山羊肉のシチューであることからその影響力がわかる）、それをもとに現在の国境が定められたため、ソマリア系部族はソマリア、エチオピア、ジブチにまたがって存在する。この地域が政情不安定なものこの人工的な国境によるところが大きい（Davidson 1992）。1978年には大ソマリア主義を唱えるソマリアがエチオピアに侵攻して大量の難民を生み、1985年のエチオピアの飢饉の際も多く難民がソマリアに流れた。部族抗争に世界列強国の援助・介入が絡んで状況はより不安定化し、1991年初頭のソマリア政変後は特に北ソマリアから難民がジブチに流れている。1993年初頭でジブチ国内の難民は10万人弱と推定されている。難民の7割は首都でスラムを形成している。

保健医療に関しては、病院が首都に7つ、地方に4つ、総ベット数1285床である。医師数約100人で、うち半数近くがフランスからの派遣医師である。医療は通常無料である。

III 難民キャンプ

首都から約100km南にアリサビエという人口約4万人の町があり、そこから半径60km以内の国境付近に4つの難民キャンプ（アウルアウサ、アリアデ、ホルホル、アサモ）が存在する（図1右）。1988年より設置され、1991年国連難民高等弁務官事務所（以下 UNHCR）に認定された。1993年4月現在、ソマリアおよびエチオピアからの難民が約33000人存在する。

難民キャンプはジブチ内務省難民局が、UNHCR, World Food Program（以下 WFP）、ジブチ保健省の協力のもとに運営している。NGOとしては、国境なき医師団オランダ支部（以下 MSF）と、筆者の参加したアジア医師連絡協議会

(以下 AMDA) が活動している。

各キャンプには診療所があり、難民局所属の主任看護師(婦) 1～2名、ヘルスアシスタント 1～3名、コミュニティヘルスワーカー(以下 CHW) 5名、Traditional Birth Attendant(産婆, 以下 TBA) 1～2名が診療を行っている。難民局の医師も 2名いるが首都にすることが多い。CHW は難民から選ばれることが多い。

難民局、保健省、UNHCR、MSF、AMDA からなるヘルスコミッティーが毎週開かれ、薬の調達、ヘルスワーカーの配置など、キャンプの保健医療活動の細かな調整が行われる。予防接種、補助栄養等予防医療は MSF が、診療など治療的側面は AMDA が援助を担当している。

IV 医療援助プロジェクト

AMDA では1992年12月に在日ジブチ大使より要請を受け、ジブチソマリア難民救援委員会を設置した。医師、看護婦、助産婦をアジア各国から派遣し、キャンプの保健医療状況の改善を目的に、難民局所属の医療スタッフをサポートしながら活動している。プロジェクトは1994年末に終了予定である。

筆者の滞在期間は1993年4～5月で、予備調査が終わり、他の関連機関との調整を経て、ほぼ活動内容の骨子ができた頃であった。また、アリサビエに事務所兼宿舎が整い、派遣の看護婦と助産婦、医師が揃い、本格的な活動を開始する重要な時期でもあった。活動内容は以下のとおりである。

①診療活動：各キャンプを週1回、ニードの大きいキャンプへは2回訪問。難民局所属のスタッフが毎日診療しているので、われわれが去った後も混乱がないようスタッフの教育指導を重視し、直接の診察は難しいケースに限った。

②薬品やその他の必要物資の配付。

③保健医療動態のモニタリング：月毎の人口統計、疾患や死亡の状況を調べ、関係機関に配布。基礎資料は各キャンプの医療スタッフが作成し、それをわれわれが分析しまとめた。

④社会文化的調査の実施：医療援助活動のより適切な方向を探るため、主要疾患や死亡に関する社会文化的調査を行う。UNHCR や MSF から期待が寄せられた。ただ日常の活動を優先したため、参与観察や情報収集はその中で行うことが多く、調査のみの活動は少なかった。手法としては Rapid Assessment

表 1 各キャンプの保健医療状況

	Hol-Hol	Ali-Ade	Assamo	Aour-Aoussa
難民人口	93.1 6822	8290	5138	4126
	93.2 6832	8290	5363	5609
	93.3 6788	8390	5363	6152
	93.4 6792	11087	5363	7080
水源	井戸 3 つ (涸川) 塩素消毒難 手動ポンプ故障 バケツ汲上げで 汚染 300-1000m	川原の井戸 2 つ 手動ポンプ 糞便で汚染 1km (遠い)	涸川に開放井戸 水量少ない 汚染あり 3km (非常に遠い)	荒野の家畜用井戸 断水が多い 汚染あり 1 km (遠い)
トイレ	無し	無し	無し	有りも使用せず
沐浴施設	無し	無し	無し	飲み水場と共用
洗濯施設	無し	無し	無し	無し
石鹸の支給	4 か月に 1 回, 家族に 4 つ	4 か月に 1 回, 家族に 4 つ	無し	4 か月に 1 回, 家族に 2 つ
ゴミ収集	無し	無し	無し	キャンプ外に 2 か所
治安	比較的良好	比較的良好	比較的良好	比較的良好 Police が常駐
入居時健康 チェック	無し	無し	無し	CHW を介した 報告制
学校	有り	有り	有り	有り
患者数	93.1 348	541	?	473
	93.2 709	504	?	757
	93.3 778	804	952	732
	93.4 1166	724	1017	761
死亡者数	93.1 1	5	2	9
	93.2 8	4	?	10
	93.3 4	5	3	19
	93.4 3	10	2	19

Program, 通訳を通しての Focus Group Interview, Family Interview, 医療活動を通しての参与観察などを用いた。

V キャンプ内の保健状況

各キャンプの保健医療に関する状況を田村らの調査（田村1993）を参考に、表1にまとめた。各キャンプに共通する点として、水源の汚染、沐浴施設、トイレがない等、全体的に衛生状態が劣悪であるといえる。定期的な食糧配給は1家族に月1回のみで十分ではない。安全性には問題がないようだった。

診療所は血圧計、体温計、消毒水、抗生物質等、基本的医薬品や物品の不足が目立った。現地スタッフの医療技術は、バイタルサインの把握や清潔操作に一部問題があったが、プライマリ・ケアのレベルとしては満足できた。

表2に1993年4月の診療所受診患者の疾患分布を示す。下痢、呼吸器感染、貧血、寄生虫症が多く、結核、マラリア等の重篤な感染症も少なくない。栄養

表2 93年4月の1か月間に診療を受けた患者の診断別割合（%）

	Hol-Hol	Ali-Ade	Assamo	Aour-Aoussa
下気道感染	6.4	20.7	3.4	11.0
上気道感染	11.3	14.2	20.2	7.4
下痢	2.4	6.6	5.9	7.6
下血	4.5	2.1	2.9	8.1
貧血	16.8	14.2	9.6	1.1
尿路感染	2.5	7.3	4.4	0.9
マラリア	15.4	1.8	0.3	3.3
寄生虫症	3.4	4.3	8.8	1.8
皮膚病	4.3	1.9	0.0	2.0
眼科疾患	4.4	2.9	2.0	1.1
耳科疾患	1.0	2.6	2.8	2.1
その他	27.6	21.4	39.7	53.6

表3 各キャンプの死亡の月別年齢階級別原因

Camp		Hol-Hol		Ali-Ade	
'93.1	<5y.o.	1	Chickenpox	5	Malnutrition
	5-14y.o.	1	0	5	0
	>14y.o.	0	0	0	0
'93.2	<5y.o.	2	2Neonatal	4	2Malaria, Di, Anemia
	5-14y.o.	2	0	4	0
	>14y.o.	0	0	0	0
'93.3	<5y.o.	3	2RI, Malaria	5	
	5-14y.o.	4	0		
	>14y.o.	1	Maternal		
'93.4	<5y.o.	2	2RI	1	Diarrhea
	5-14y.o.	3	0	10	0
	>14y.o.	1	Hepatitis	9	2Malaria, 2Di, Malnu, TB Maternal, RI, Hepatitis
		Assamo		Aour-Aoussa	
'93.1	<5y.o.	1	Diarrhea	8	Diarrhea
	5-14y.o.	2	0	9	0
	>14y.o.	1	Diarrhea		
'93.2	<5y.o.			8	Diarrhea
	5-14y.o.	?		10	0
	>14y.o.			2	Diarrhea
'93.3	<5y.o.	1	RI	12	6Di, 4RI, 2Measles
	5-14y.o.	1		19	1 Measles
	>14y.o.			6	Diarrhea
'93.4	<5y.o.	2	Di, Malnu.	5	Diarrhea
	5-14y.o.	2	0	19	5 4Di, Measles
	>14y.o.	0	0	9	Diarrhea

RI = Respiratory infection, Di = Diarrhea, Malnu = Malnutrition

不良の子供の割合は、アウルアウサキャンプが最も多く乳幼児全体の15—20%（他のキャンプは10%以下）に達した。

各キャンプの1993年に入ってから死亡者は(表3)、アウルアウサキャンプでかなり多く、アリアデキャンプも増加傾向にある。5歳未満の小児が死亡の多くを占め、下痢、栄養不良、呼吸器感染が死因として多い。産婦の死亡も数例みられた。

VI 死亡例の検討

死亡者数の最も多いアウルアウサキャンプで、4月中の死亡者について家族や医療スタッフから聞き取り調査を行い、病気の経過、関連要因、社会文化的側面について探った(表4)。

1. アウルアウサキャンプの特徴

舗装された国道のすぐそばにあり外部からのアクセスはよい。最近着いた難民が非常に多く、毎月1000人ほど人口が増えている。そのためキャンプ到着後もテントがなく野宿していた人が多く、1—3月は雨と夜の冷込みで呼吸器感染を起しやすい状況にあった。水が汚染されているうえ、このキャンプのみ多量の蠅が発生するなど衛生環境も悪い。

他のキャンプと異なり、同じソマリア系だがエチオピアからの難民が多い。エチオピアでは度重なる戦争や飢饉で生活が苦しいところに最近の旱魃があったため、難民の疲弊が激しい。またソマリアからの難民は、ジブチ国内に親族が多く援助を得やすいが、エチオピアからの難民は少ないとのことで、これらがアウルアウサでの死亡が多い一因といわれている。

キャンプのA地区には、アムハラ系の政治難民が2年程住んでいる。エチオピアの以前の主要部族で軍や技術職などについていた教育程度の高い人が多い。CHWやヘルスアシスタントの多くがこのセクションから選ばれているが、ソマリア語は話せない。彼らの多くは英語を話すので、われわれにとっては貴

表4 アウルアウサキャンプの1か月間の死亡者プロフィール(1993.4)

No.	地区	年齢	記録による死因	疑われる死因	症状	病気の期間	治療	キャンプ滞在	家族, その他
1	A	5m	下痢	下痢下血, 栄養不良(標準体重の70%)	熱, 下痢下血, 嘔吐	4か月	有(SF無)	2年	母マラリア
2	E	2	下痢	下痢, 栄養不良	熱, 下血, 栄養不良	3か月	有(SF無)	3か月	
3	F	2	下痢	下血, 栄養不良(標準体重の70%), 気道感染	熱, 下血, 咳	4か月	有(SF有)	2か月	
4	B	3	下痢, 熱	下痢下血, 栄養不良	熱, 下痢下血, 肺炎, 食欲不振	?	有	2か月	
5	D	3	下痢	下痢	熱, 下痢	?	有	3か月	同胞1人同症状
6	E	7	はしか	はしか	発疹	1週間	有	2か月	同胞3月に死亡
7	E	9	はしか	はしか	発疹, 発疹	?	?	2か月	同胞No. 6の同胞
8	C	20	下痢	下痢, 結核	熱, 咳, 痰, 下痢, 嘔吐, 食欲低下	1か月	有	3か月	父結核, 母死亡
9	C	26	下痢, 栄養不良	栄養不良, 下気道感染?	熱, 咳, 胸痛, 体重減少	2か月	有	1か月	父なし, 妹同症状
10	E	36	下痢	下気道感染 or 結核	熱, 咳, 痰, 嘔吐, 食欲低下	3か月	有	3か月	
11	E	38	下痢	結核?	熱, 咳, 血痰, 浮腫, 食欲低下	4か月	有	2か月	
12	D	50	下痢	下血, 栄養不良?	下痢下血, 浮腫, 腹痛, 食欲低下	4か月	有	1年	
13	B	60	下痢	栄養不良, 下痢	下痢, 嘔吐, 浮腫, 食欲低下	3か月	有	?	
14	D	60	下痢	栄養不良, 結核	熱, 咳, 血痰, 体重減少	5か月	有	1年	家族3人同症状
15	E	60	下痢	下気道感染 or 結核	熱, 咳, 痰, 胸痛	3か月	有	3か月	
16	D	60	下血	下血, 栄養不良	熱, 下痢下血, 浮腫, 食欲低下	2か月	有	?	
17	D	60	下痢	結核, 栄養不良	熱, 咳, 血痰, 浮腫, 体重減少	5か月	有	1年	家族6人同症状
18	D	62	下痢	下血, 栄養不良	熱, 咳, 血痰, 浮腫, 食欲低下	2か月	有	?	家族なし
19	E	70	下痢	下痢	下痢, 浮腫	3か月	有	3か月	家族なし

年齢は家族による推定のことが多い。

SF = supplementary feeding

重なる存在であった。

2. アウルアウサの1か月の死亡例の詳細

1993年4月の19例の死亡のうち、小児は栄養不良と下痢、脱水の組み合わせがほとんどで、その他、はしかの同胞死亡例（もう1人が3月に死亡）がみられた。4月は成人の死亡が多く、ほとんどが下痢と死因を記録されていたが、詳しい病歴からは7例で結核が疑われた。また、ほとんどの例で診療所を最低一度は受診しているが、1回毎の症状に合わせた治療のためケアに継続性がなく、器具や医療品の不足（服薬量や期間が不十分）、家族歴や経過を聞かないための診断の不備、脱水に対する治療の不徹底など治療の不備、病院への輸送手段の欠如などの問題が明らかになった。

地区別では、最近着いた難民の多いD、E地区の死亡数が多く、A地区は少ない。

社会文化的側面としては、後述の食糧の問題のほか、難民の保健知識の不足（小児の下痢への対処等）がみられた。そのほか、父親のいない家族、1人暮らし等に死亡者が多いといったことから社会支援の不足も問題と考えられた。また、テントに寝たきりの重症者をCHWが把握していないなどコミュニティーヘルスケアの不足もみられ、その背景には、医薬品を含めた物資の不足、賃金の未払いなどのためにスタッフの士気が低下していることがあった。また、難民も長い難民生活で無力感が募っているようだった。

3. 食糧について

小児の栄養不良が蔓延し、ビタミンや鉄の欠乏症で受診する人も多いなど食糧の問題は大きい。

まず、絶対量の不足に関しては、難民の増加に伴う配給量の不足のほか、キャンプ関係者による配給食糧の横流しという重大な問題があった。この点は、国際的にも非難され（U.S. State Department, 1993）、キャンプでも周知の事実のようだが、なかなか事態に改善はみられなかった。また、横流しの問題は

後述するようにキャンプの人口の正確な把握などにも影響を及ぼしている。

次に内容だが、配給食糧は、米、砂糖、油、デザート、塩、魚缶詰である。野菜や肉はほとんどない。重症の欠乏症には鉄剤やビタミン剤を投与可能だが、薬も不足ぎみである。配給内容の向上をヘルスコミッティーで要望したが、UNHCRの栄養士が必要摂取量を満たすように計算して配給しているはずだと言われ効果がなかった。(ビタミンB₁に関しては、その後改善がみられた。)

内容に関しては、難民の食べ慣れない、消化の悪いものが多いという点もある。家族の話では病人の多くが食事を受けつけなくなったという。病気をすると食欲が低下するのは栄養不足の難民とて同じであり、食べなければ病気の回復は難しい。それぞれの文化はそのことをたくみに理解し病人食というものを発展させてきたはずだが、難民キャンプではその概念は、食と薬という2分類の間ですっかり抜け落ちていた。薬と食糧の管轄は別だ、医療スタッフは薬は処方できても「おいしい食事」は処方できない、ヘルスコミッティーで要望を出したが食糧は一括してWFPから供給しているため細かな注文は難しいという官僚的な返事が返ってきた。食物イコール栄養分という医学的な思考と、栄養分が満たされているのに「食べやすいもの」「おいしいもの」と注文をつけることは難民キャンプでは贅沢だというニュアンスがそこには含まれていた。(その後折衝を重ね、栄養不良児への補助栄養を、年齢に制限なく重症患者にも拡大するよう了解をこぎつけた。)

食糧の量と質以外にも死亡に影響を及ぼす要因はいくつかあげられる。

死亡数が最高のアウルアウサキャンプでもセクションAだけは死亡者が少ない。そこは前述した政治難民が住む地域で、住民が共同体をつくり、配給も皆で集めて一部を現金や必需品に変えたり、穀物はまとめて町にもって行ってひいてもらうなどしている。筆者も一度、大きな袋をかついでヒッチハイクをしている難民を車にのせたことがある。他のセクションの難民も見習えばよいのだが、キャンプの管理者は難民の団結を快く思っていない。また、セクションAの難民にいわせると、他の難民は教育もなく字も読めず、計画的な行動など取れないという。遊牧生活に慣れた人にとっては確かに組織的な動きは困難だ

ろうが、キャンプに着いてまだ日が浅く住人同士に信頼関係がないこと、団結してもしかたないという諦めのほうが大きいように思われた。

食糧に関してはまた、親族から援助を受けられるかどうかも生死の分かれ目となっている。キャンプに住み、親族から援助を受けるとするのは日本の感覚からは不思議だが、ソマリアからの難民の多くは、ジブチ国内にいる親戚の援助で配給の不足分を補うという。部族親族のつながりは強く、交通手段が発達していなくても物資は流れるようだ。家族がいない、または母子だけの家庭に死亡例が多かったが、これも物資を提供する外部の社会支援や、実際に遠くまで出かけて物資を運ぶ人間の有無が関与しているといえよう。

VII 問題点

難民キャンプの保健状況や、死亡例の社会文化的検討について描写した。以下はその過程で直面した問題点を分析してみたい。

1. 情報の不完全さ

人口や死亡数など保健統計の正確な把握が難しいのは、第3世界の国々の典型的特徴だが、遊牧民や難民など非定住人口が多いジブチでは特に大変だ。キャンプに関する統計は難民局がまとめていたが、聞くたびに数字が変化したり、死亡や出生数と足し引きしても合わないことが多く、横流しの件も関連してあまり信用できるものではなかった。新しく着いた難民の登録もかなり不透明であった。「人数を数える」という単純なことは、しばしばとんでもなく政治性を帯びてしまうようだ。

【風景1】死亡者の家族にインタビューをした時、CHWの1人がそっと忠告してくれた。家族が皆「どうして死んだ人のことなんか尋ねるんだ」と不安がっているという。理由の1つは「死んだ人のことを調べて何になるんだ、生き返るわけでもないのに」という意見だった。生死はすべてアラールの思召しと考える彼らには、過去の死を学ぶことで現在の生をコントロールしようという考

えはなじまなかったようだ。けれど、家族の不安には別の理由があった。彼らは必ずしも家族の死亡をキャンプ当局に通知していない。通知すると、ただでさえ少ない配給が減るからだ。彼らはわれわれの調査が、配給のための資料になるのを恐れていたのだった。

別の時には、CHW に自分の担当地区の状況を把握してもらおうと、各テント毎の家族構成の一覧を作るよう求めた。CHW たちは、余分に配給を得るための人数の水増しを知っているので、なかなかリストを作ろうとしなかった。問題を起こすとは思っていなかったわれわれの活動は、いきなり配給をめぐるキャンプの中で最もセンシティブな部分に触れてしまっていた。

2. 文化の政治的要素

援助する対象が難民であっても、われわれはジブチ政府関係者や医療スタッフ、国際援助機関の人間とも協力していかなければならない。本来理解すべきなのは、難民の考えやニーズであろうが、実際に活動をスムーズに進めるうえで必要となる知識は、政府関係者の物の見方、難民に対する考え方などであった。

フェミニズムでは“Personal is political”という言葉があるが、今回の活動で痛感したのは“Cultural is political”ということだった。目の前には調和のとれた、均質な文化などない。部族や国籍、難民と非難民などで分断され、反発し合う動きがあるだけだ。

【風景2】われわれは日中しかキャンプにいないので、難民の生活をよりよく知るために、キャンプでの宿泊を計画した。夕方セミナーを行った後、難民出身のスタッフやその友人たちと、彼らが作ったなげなしの郷土料理やわれわれが持参した食料を食べ、ゲームをし、話をして楽しんだ。気になったのは、ふだんは診療所に顔も出さないキャンプマネージャーがずっとわれわれのそばにいたことだった。退屈のぎかちかちかと思っていたが、難民たちが用意してくれたわれわれの寝場所が急にジブチ人スタッフのテントに変更になり、初めてわれわれはキャンプマネージャーが難民とわれわれを監視していたことを知った。

前述のとおり、政治難民のいるセクションでは共同体を組織し、時にはキャンプ当局に要望を出したり、国際組織が来た時には窮状を訴えようとする。「去年マダム・サダコが来たけど、全然近寄らせてもらえなかった。キャンプの本当の様子を訴えようとする、警備の奴らに棒で叩かれて追い払われたよ」と、ある難民は UNCHR の緒方貞子氏の訪問のことを語ってくれた。

難民に深く入り込み、Empowerment を狙って彼らを組織化しようとする、われわれと現地政府との関係が険悪になることは目に見える。住民の主体的なプライマリ・ケア運動が政治的に弾圧されやすい (Heggenhougen 1984) のと同様の構造が存在するといえよう。

3. 誰の視点を重視すべきか

現地の文化を理解するには現地の人に意見を聞くのが一番であろう。しかし政治的葛藤は、「現地の人」とは誰なのかという根本的な問いを生む。難民と政府関係者の間だけでなく、難民も出身地や部族、教育レベルによって、また政治難民か経済難民かなどで多様に分かれている。しかし、外部者が接触できるのは限られた人だけだ。われわれの場合情報源は、英語の話せる教育程度の高い、他の多くの難民とは言語の異なる部族の難民たちだった。将来のために保健医療の知識を託したのも彼らやジブチ人スタッフであり、難民ではなかった。通訳はソマリア系難民から選んだが、通訳ができるほど「レベルの高い」難民は、文盲の難民に対してしばしば軽蔑をもっていた。通訳を通してわれわれは文盲の遊牧民たちの生の声を聞くことはできないという感触をもった。(夢にまで見た「未開」の人間を「発見」した時、意思を通じ合う術がなくショックを受けたというレヴィ＝ストロースの話が思い出された。)

また難民の考えを重視しようすると、無意識に難民を善人、それ以外の人間を悪人と見てしまいがちだ。われわれが現地で最も信頼した人物は政府所属の人間だったが、彼も元難民であったからこそ信用を得たといえる。しかし、単純に難民の言うことだけ信じ、受入れ国の人間への理解を怠ることは、物事の全体像を歪めて認識することにもつながる。

【風景3】新しいCHWとしてジブチ国籍の若者が雇われた。彼は他のスタッフのようにキャンプにも住まず、保健医療の知識も乏しかった。それまでCHWとして勤めていた難民は経験も知識技術もかなり上だったが、最後の給料ももらえずにクビにされた。われわれはコミュニティヘルス活動の活発化が死亡率減少に重要と考えていたので、難民局に意見を述べたが効果はなかった。主任看護師は、自分がジブチの主要部族出身でないこともあり、上に向け合うのは避けたがっていた。キャンプマネジャーと新任CHWは主要部族出身だ。

通訳を雇おうとした時も、難民から選ばうとしたわれわれに難民局が介入し、なかなか決まらなかった。

ジブチ国の失業率が高い。難民受け入れ国にとって海外からの救援活動は一種の産業であり雇用対策にもなる。難民の自主自立より、政府関係者が自分の部族の者への就職斡旋を優先するのも、考えてみると無理はない。

海外援助は様々な利権を生む。金が流れ物が流れる。「横流しも文化だ」とまではいえないが、利権や物品の分配をめぐる現地の人間の間に様々な思惑が飛びかい、その社会に予想もしない影響を及ぼすのは当然のことといえよう(武井1992)。

4. 道徳的判断

自己の価値観で現地の文化を評価しないという文化相対主義的思考は人類学の大原則だが、医療は人の生死に直接かかわるため、たとえ相手のやり方を尊重しようとしても倫理的に受け入れ難いことに遭遇する機会も多い。たとえば、文化相対主義の議論でよく引用されるイスラム女性の割礼(貞操を守るための慣習で、ジブチソマリア付近では外性器をすべて切除し、排尿用に小さな穴だけあけて陰部を封閉する極端な方法が用いられている)(ミナイ1992, Gordon1991)などは、知識で理解していても、実際に出産時の女性の苦痛や死亡例を目にすると、自己の身が引き裂かれるような思いがする。

また先進国から来たわれわれは、命はかけがえがなく、できるだけのことをして病人を助けなければと考える。が、器具や薬品の不足や経済的ギャップに

圧倒され、自国でのレベルは維持できないことをすぐに悟る。現地の住民より難民に高いレベルの医療をすることも抑制される。そして、何より難民たちの諦めよさに驚かされ、何を目安に医療援助をすればよいか混乱に陥ってしまう。

【風景4】死亡者の家族はたいがい、アラーの思し召しで人は死ぬと答え、あまりにさばさばしていて、悲嘆にくれる人に話を聞くのは申しわけないと心配していたわれわれは驚いてしまった。前日に小さい子を亡くしたばかりの若い母親も、乳飲み児を抱きながら近所の女性と談笑している。そういう女性を見て、ついわれわれはいらだちを覚える。愛しい子を亡くしたら泣き悲しみ、自分を責めるのが普通ではないか。ましてや、水分を母親がちゃんと与えていたら子供は助かったかもしれないのにと。

別の時には、15歳くらいの意識不明の少女を髄膜炎の疑いで町に救急車で移送しようとして、その母親に「この子は死ぬのだからこのままテントにおいておきたい」と反対されたことがあった。兄弟の説得でどうにか救急車に乗せたが、母親はまた渋りはじめ、「町の病院に連れていったら、付添いのわたしは町で何を食えばいいのか。キャンプなら何とか食べ物があるけど」と言った。娘の命より自分の食事が大事なのかとわれわれは耳を疑い、自分たちの一所懸命さが馬鹿げてみえた。

生への執着をみせず、なぜ子供が死んだのかつきつめて考えようとしないのは、喪失の悲しみに対する防衛規制かもしれないし、厳しい環境の中では子供を大勢生んでそのうちの何人かが死ぬのは当然と考えるのも無理ないのかもしれない。母性愛が自然なものか文化的環境の中で育まれるものかという論争があるが (Nations & Rebhun 1988, Scheper-Hughes 1985)、われわれはつい子供のためには自分を犠牲にすべきという自文化における母親像を相手に押しつけてしまったようだ。

VIII ま と め

ここで描写した筆者の経験は、海外で医療援助に携わった人たちや、フィールドワークを経験した人類学者には、珍しくもないありふれた光景であるに違いない。こういった些細なわだかまりや居心地の悪さにこだわらず、本来の目的——医療援助であれ、疾患概念の理解であれ——を果たすことが重要なかもしれない。しかし、心の隅にむりやり追いやるこれらの経験にこそ、権力や政治をも含めた「文化」というものが実は宿っているように筆者には思える。

最近ポストモダンの人類学者たちによって、他者をどう表象するのか、観察する者とされる者の関係はどうか、描写される真実とは何かといった問題が盛んに論じられ、新しい民族誌の書き方が試みられている (Marcus & Fischer 1986, Clifford & Marcus 1986)。従来の、文化を非歴史的にとらえ変化しない静的なものとしてとらえる傾向や、文化をいつも調和のとれたものであるかのように描く傾向、その文化の人間が一様であるかのように記述する傾向は、これらの流れとともにかなり見直しが行われている。人類学的思考の大きな前提となっている文化相対主義も、Native Anthropologists やフェミニズムの立場から新しい議論が生まれつつある。その詳細には立ち入らないが、この一連の動きは、文化内部に潜む政治性や権力、差異や葛藤、多様性に目を向け、人々の行動の意思や戦略的側面をも視野に入れているといえる (Lindenbaum & Lock 1993, Fox 1991)。

筆者には、純粹の古典的な人類学よりも、周辺の、应用到に近い人類学にこそ、このポストモダンの問題がより劇的な形で存在し、鋭い感受性が必要とされるように思える。応用の場所では観察する者とされる者の間の距離は限りなく近い。そして、表象の問題は、ただちに政策に結びつくような価値判断として迫ってくる。難民を善人としてひとくりにし、政府関係者を悪人とすれば、それは必然的に活動方針を一方向に設定してしまう。現実はもっと複雑で、難民キャンプに、調和した単一の不変の文化などありえないにもかかわらず。

一方、文化相対主義の姿勢を維持しようとしても、いつまでも判断を停止し、手を染めずに中立を保つことは現場では不可能だ。国際協力団体は自分たちが意識するより大きな影響力をもち、何もしなくてもすでに現地のマイクロポリティックスに取り込まれている。何もしないことがどちらかに加担してしまっていることも多い。

国際協力団体が、現地の社会文化的背景を把握するという事は、まさにその渦の中心に巻き込まれることになる。知識や情報こそマイクロポリティックスにおける最大の操作対象だからだ。

国際保健において Biomedicine が重視されがちなのは、こういったマイクロポリティックスに巻き込まれずに自分たちの活動を遂行するための、「中立」で「権威のある」言説をもつ便利さにも起因しているといえよう。応用医療人類学は医療のために人類学を手段として用いるという意味で、ある程度その価値観を踏襲できる。しかし人類学の本来の力は自分の足元を疑わせるようなその根本的な批判力にあるはずだ。

日本でも国際保健における社会文化的アプローチが今後重視されるようになると思うが、それは必ずしも物事をスムーズに運ぶだけではなく、時には援助する側を立ちすくんで身動きできなくさせるほどの力をもつことを理解しておくことが必要といえないだろうか。

謝 辞

現地での活動を支えていただいた AMDA 菅波茂代表、ジブチソマリア難民救援委員会委員長国井修氏、本部事務局の方々、現地で共に活動した AMDA の永野章子氏、篠田恵見氏、E. D. Palazo 氏、S. A. Razzak 氏、長谷川昭一氏、難民キャンプのスタッフの方々、難民局の Ali Nur 氏に心から感謝の意を表します。現地状況に関しては国井修氏、田村正徳氏、田中政宏氏、津曲兼司氏による調査資料から多くを得ました。

本論文に述べた見解は筆者個人のものであり、上記団体やそれにかかわる個人の意見とは一切関係がないことを明記しておきます。

文 献

- 1) Clifford, James & Marcus, George E. (1986), *Writing Culture.*, Univ. of California Press.
 - 2) Davidson, B. (1992), *The Black Man's Burden : Africa and the Curse of the Nation - State.*, Times Books.
 - 3) Fox, R. G. (1991), *Recapturing Anthropology : Working in the Present.*, Univ. of Washington Press, 1-16.
 - 4) Gordon, D. (1991), *Female Circumcision and Genital Operations in Egypt and the Sudan*, *Med. Anthro. Quarterly*, 5(1) : 3-14.
 - 5) Heggenhougen, H. K. (1984), *Will Primary Health Care Efforts Be Allowed to Succeed ?*, *Soc. Sci. & Med.* 19(3) : 217-24.
 - 6) Lindenbaum, S., Lock, M. (Eds.) (1993), *Knowledge, Power and Practice.*, Univ. of California Press.
 - 7) Marcus, G. E., Fischer, M. M. J. (1986), *Anthropology as Cultural Critique.*, Univ. of Chicago Press.
 - 8) ミナイ, ナイラ(1992), *イスラムの女たち：ヴェールのかげの真実*, BOC 出版.
 - 9) 波平恵美子 (1993), *病と死の文化人類学*, 朝日選書.
 - 10) Nations, M., Rebhun, L. A. (1988), *Angels with Wet Wings Won't Fly.*, *Cul. Med. Psychiatry*, 12 : 141-200.
 - 11) Nichter, Mark (1990), *Anthropology and International Health.*, Kluwer Academic Publishers.
 - 12) 武井秀夫 (1992), *保健所という名のカーゴ* (波平恵美子編：人類学と医療, 44-69), 弘文堂.
 - 13) 田村正徳 (1993), *ジブチ共和国内ソマリア難民キャンプ実態調査表*, *AMDA Newsletter*, 16(5) : 29-30
 - 14) Schepher-Hughes, N. (1985), *Culture, Scarcity, and Maternal Thinking.* *Ethos*, 13(4) : 291-317.
 - 15) U. S. State Dept. (1993), *Country Reports on Human Rights Practice.*, 71-78.
-