

土着医療の アーユルヴェーダ化

—スリランカにおける土着の医療実践の位置づけをめぐって—

梅村絢美

1 はじめに

スリランカでは今日、インド亜大陸から伝えられたアーユルヴェーダやシッダ、ムスリムにより伝えられたユナーニー、土着の医療実践（以下土着医療とする¹）にくわえ、悪魔祓いをはじめとした呪術的な癒し術など病気治療を目的としたさまざまな癒しの実践がおこなわれている。これらのうちアーユルヴェーダ、シッダ、ユナーニー、土着医療は、スリランカ政府主導の伝統医療保護政策の対象とされ、20世紀初頭以降、教育研究期間や大型病院の設置、出版事業、薬草資源の保全・育成事業などが進められてきた。伝統医療保護政策は、対象とする伝統医療というカテゴリ形成の段階において、アーユルヴェーダを伝統医療の中心にすえ、その他の伝統医療を²アーユルヴェーダに包摂させるかたちで整備されてきた。

いっぽうで、政策上の伝統医療という概念を構築するにあたり、アーユルヴェーダそのものの定義が問われるようになった。たとえば、1961年に施行されたアーユルヴェーダ法においてアーユルヴェーダは、「シッダ、ユナーニー、デーシーヤチキッサ（土着医療）を含む医療体系」と定義されている [Section 89 of Ayurveda act No. 31 of 1961]。また、アーユルヴェーダ評議会が1950年からおこなっているアーユルヴェーダ医師登録においては、土着医療の医師もアーユルヴェーダの医師として計上されている。これに対し、国立大学のアーユルヴェーダ学部のシラバスは、インドのアーユルヴェーダ大学を雛形として構成されており、シッダやユナーニーなどは排除されている。スリランカにおけるアーユルヴェーダの大学教育は、『チャラカ・サンヒター』（紀元後2～3世紀

成立)、『スシュルタ・サンヒター』(紀元後3～4世紀成立)という2冊の文献にもとづきインドで出版されたアーユルヴェーダの教科書を利用して行われている。

この状況を鑑みると、スリランカには行政上、2種類のアーユルヴェーダがあるといえる。他の医療をも交えた複合的な医療体系としてのアーユルヴェーダと、アーユルヴェーダの文献に基づく理論的基盤に支えられたアーユルヴェーダである。「命の科学」というアーユルヴェーダの原義に立ち戻れば、これらはいずれもアーユルヴェーダであるといえる。しかし今日、グローバルな規模の消費経済に引き込まれるなかで、アーユルヴェーダは、南アジアの伝統医療としてエキゾティックなイメージとともにブランド化され、固有名詞となっている。商品化にあたり、歴史あるサンスクリット文献に起源をもつ格式高い伝統医療としてのブランドイメージを確立することが重要とされることから、上記2冊の文献は、スリランカ国内に流通するアーユルヴェーダの薬品や日用品、化粧品、アーユルヴェーダ・ツーリズムのパンフレットにおいても頻繁に紹介されている。

このことをふまえ本稿では、今日のスリランカにみられる2種類のアーユルヴェーダのうち、アーユルヴェーダ法に示された、シッダ、ユナーニ、土着医療をふくめた医療体系としてのアーユルヴェーダを小文字の *ayurveda* とし、上記2文献に起源や理論的根拠をもとめ、そこに挙げられない医療実践を排除する、いわば固有名詞化されたアーユルヴェーダを大文字から始まる *Ayurveda* として区別することにする。*ayurveda* はさまざまな伝統的な医療実践を包摂する志向をもつのにたいし、*Ayurveda* は排他的な性格を有するものである。

ところで、スリランカにおける土着医療を対象とした人文社会科学的な研究は、上記アーユルヴェーダ法の定義を引用することで、土着医療を複合的な医療体系としての *ayurveda* の一部と位置づけてきた。いっぽうで、土着医療が統一化された理論や治療術をもつとし、その上記2冊の文献を挙げることで説明してきた。つまり、土着医療の位置づけを *ayurveda* の下位分野としておきながら、その基盤となる理論を *Ayurveda* に求めるという矛盾とともに説明されているのである。そしてこの矛盾は、土着医療が「体系」とは相いれない性質をもっていることと関係していると考えられる。

スリランカの土着医療は、特定の親族集団の内部で継承されており、集団ごとに独自の診療をおこなうことから、担い手たちのあいだで統一化された理論や治療術が共有されておらず、医療「体系」というには程遠いものである。また、担い手たちの生得的な治療能力に支えられた実践であることから、「その人にしかできない」治療という側面が強く、ひとりの治療家がおこなう治療がそのままひとつの独立した医療カテゴリを形成するような「個」の実践なのである。したがって、土着医療は、ひとつの統一化された医療システムとして対象化することが不可能だといえる。そうであるにもかかわらず、土着の医療実践を ayurveda の下位分野として位置づけることは、「個」の実践を統一化されたシステムに統合させることと引き換えに「個」性を引き剥がし、統一性を保つために Ayurveda の理論によって補強するという手続きを必要とする。この手続きが先に挙げた矛盾である。本論では、「個」の実践としての土着医療のありようを紹介した上で、土着医療が、研究者たちによって ayurveda のそのまた下位分野として位置づけられ、その手続きとして Ayurveda によって補強されることで、統一的な医療システムに統合されていることの矛盾を明らかにする。

本稿が依拠する現地調査データは、2009年9月から2012年3月にかけて断続的におこなった合計約14ヶ月間のスリランカ現地調査³の成果である。調査は、西部州コロombo県 (Colombo district) およびガンパハ県 (Gampaha district) を中心に、北西部州クルネーガラ県 (Krunegala district)、中央州キャンディ県 (Kandy district)、ラトゥナプラ県 (Ratunapra district) において、32名の土着医療の医師および患者へのインタビュー調査、診療や製薬の参与観察を中心におこなった。いずれの医師もシンハラ人の上座部仏教徒であり、調査はシンハラ語を中心に、一部英語の通訳を通じて行った。また、2009年11月から2010年12月まで国立ケラニヤ大学シンハラ語学部シンハラ語学科の語学留学生として在籍しながら、同大学のアーユルヴェーダ学部の講義を受講することをつうじてアーユルヴェーダの大学教育を参与観察するとともに、同学部に併設された国立アーユルヴェーダ病院における診療の参与観察および医師・患者に対するインタビュー調査も行った。

2 「個」の実践としての土着医療

スリランカの土着医療は、ベヘット・ゲダラ⁴ (*beheth gedara* 「医療の家」の意) と呼ばれる特定の親族集団の中で継承されてきた土着の医療実践のことである。土着医療は、ベヘット・ゲダラごとに特有の診断法や治療法をもつ個別の実践であり、異なるゲダラの医師同士が統一化された理論や治療法を共有しているわけでもなければ、Ayurvedaや生物医療のように独立した医療カテゴリとして存在しているわけでもない。調査をおこなった医師たちに「あなたがおこなっている診療は何というのですか?」と質問すると、彼・彼女たちは自身でおこなう診療について、自身のベヘット・ゲダラの屋号 (*gedara nama*) やベヘット・ゲダラの由来の地名にちなんで「〇〇の診療」と答えた。あるいは、自身でおこなう診療について名乗るための言葉をもたない医師も少なかつた。そして、診療を受ける患者たちも、その治療家が診療をおこなう村落や地名をつけて「〇〇 (集落名) のヴェダ・マハッテヤー (*veda mahathyā* 「お医者さま」) / ヴェダ・ハーミネー (*veda hāminē* 「(女性の) お医者さま」) と呼んでいた。つまりひとりの医師がおこなう診療の個別の名称がそれ自体として、その診療のカテゴリ一般をさす用語とされていたのである。したがってひとりひとりの治療家がおこなう診療は、他の複数の医師たちがおこなう診療と、少なくとも言葉の上で、同一化できないものである。

1950年以降、アーユルヴェーダ協議会によって始められた伝統医師登録には土着医療の医師として2012年3月現在、5190名が登録されている。そこで設けられている全身治療 (*Sarvanga*)、毒ヘビの毒抜き (*Sarpa visha*)、整骨 (*Kadum bindum*)、眼科 (*As vedakama*)、精神疾患 (*Manasika*)、皮膚科 (*Charma roga*) など登録上の専門分野の区分は、アーユルヴェーダ評議会が設定した医師登録の区分に準じたものであり、実際には、これらの区分を横断した診療が行われている。筆者が調査をした皮膚科医として登録しているW医師 (48歳男性) は、火傷による皮膚損傷の治療を専門としているが、その他の皮膚疾患は対象外としながら、精神

疾患の呪術的治療を行っていた。

土着医療においては、医師個人の生得的な治療能力であるアトゥ・グナヤ (*ath dunaya* 「手の効力」の意) が重要視される。ガンパハ県で整骨の治療をおこなうS医師 (53歳女性) によれば、アトゥ・グナヤは、当人が意識しないレベルで患者を治癒させる特別な生得的能力であり、それは彼女の血縁者のうちでも限られたものしかもっていないため、アトゥ・グナヤをもたない者がどれだけ修行を積もうとも、彼女が習得した診療術を習得することは不可能だと説明した。

「手の効力」を意味するアトゥ・グナヤを重要視する土着医療の診療では、大規模な設備や機械、道具などを用いずに行われる。診断に際しては聴診器や血圧計などの医療器具をもちいず脈診や触診が主な手段とされることが多い。この診断法は、視覚化や言語化できる知識というよりは、アトゥ・グナヤと経験によって培われ身体化されたものである。コロンボ郊外で診療をおこなうK医師 (56歳女性) は、患者に体調や経過などを質問せずとも、脈を読むだけで、その患者の体質や抱えている不調などをすべて把握できると話していた。

土着医療は、先代のもとの長期間の修行を経て習得され、その習得はピヒタナワー (*pihitanawa*) という語で表現される。ピヒタナワーは、仏僧の説教等により感化・覚醒されるときや、大きな建物や柱を建てる際に用いられ、たとえば学校で数学を「勉強する」ことにイゲナガンナワー (*igenagannawa*) という語が用いられるのと対照的である。ピヒタナワーは薬の処方や呪文を暗記するだけでは十分でなく、長期の修行をつうじて医療をおこなうのにふさわしい状態シッダ (*siddha*) に到達することで初めて実現されるという。つまり、土着医療は、誰もが習得し、おこなうことができるわけではなく、生得的な特性や、出自、才能などの条件がそろった上で、先代の診療を手伝いながらの長期にわたる修練を経て初めておこなうことができるという意味で、「誰もができる」ものではないのである。

土着医療の医師の多くは、先代から受け継いだレシピをもとに、月の満ち欠けや星座の運行などによって薬草の薬効が高められる特別な状況の下で、医師自身が製造した薬を処方することを重視する。これは、薬草を主原料とする処方薬はすべて医師の「手 (=アトゥ)」によって作られることで効力が高まるとされるためである。また、患者に薬を塗布

するときや、治療の最終段階、処方薬の製造の過程で、まじないや呪文が唱えられることがあるが、これらは治療効果を高める目的で超自然的存在に働きかけるという意図からおこなわれている。このことから、医師の「手（＝アトゥ）」で治療をおこなうことが重視されることの背景には、アトゥ・グナヤが、医師個人が所有する自己完結的な治療能力というよりは、天体や超自然的存在の力を集め、媒介し、操作する能力であるためだと考えられる。つまり、アトゥ・グナヤは、天体などの普遍的な存在を媒介するという、誰もができるわけではないが、一個人が所有するものではないという意味での代替不可能性にささえられているのである。

土着医療の医師たちが他人に譲渡不可能な特別な能力をもつとされていることは、患者の振る舞いにもみとめられる。土着医療の医師をおとずれる患者は、診療が終わると治療家の足元で額づき、キンマの葉に支払えるだけの紙幣を挟んでいく。これは、仏僧や当人が深い尊敬の念を抱く者にたいしてのみおこなわれる特別な振る舞いである。これらいずれの振る舞いも、生物医療やアーユルヴェーダなど、スリランカにおける他の医療の医師に対して行われることはない。つまり土着医療の医師は、患者にとってその医師以外の人物には置き換えられない、かけがえのない存在とされているのである。ガンパハ県で整骨治療の診療をおこなうH医師の診療所には、早朝から夕方まで途切れることなく患者がおとずれ、平日には1日あたり200人から250人、休日となると300人以上の患者が彼の診療を受診する。H医師の診療所はゴムのプランテーションに囲まれた地区にあり、コロombo市内から少ない便のバスを乗り継いで3時間以上もかかるにもかかわらず、患者たちはH医師による診療を受けにやってくる。これは、患者たちがH医師の診療が、近所の他の医師ではなく、遠くのH医師にしかできない診療であると見なしているためであると考えられる。

このように土着医療は、それぞれの医師その人から独立したところで存立しえないものだといえる。つまり、土着医療は、医師のアトゥ・グナヤが発揮されることによって、はじめて実現する実践に根差しているのであり、他者に譲渡したり他者と共有したりできるような知識としてあるわけではないのである。このことは、Ayurvedaの医師たちが、大学の大教室における集団教育を通じて統一化された知識を5年間で習

得することが求められ、自身の「手」による脈診や触診ではなく、聴診器や血圧計を用いて診察を行い、自身で薬を作らずに処方箋を発行するのと対照的である。

以上、土着医療の実践が、医師の生得的な特性や出自、天体の運行によってもたらされるエネルギーを媒介し操作するというその医師によってしかおこなうことができない、代替不可能な治療能力アトゥ・グナヤによって支えられていること、そして、土着医療の診療をうける患者たちも、「他にもないこの医師」による治療をもとめていることから、土着医療がそれぞれの医師そのひとによってしかできない代替不可能な「個」の実践⁴であることを示した。

3 スリランカにおける土着医療研究の矛盾

以上のような性格をもつ土着医療は、それを対象とする人文社会科学的研究において、ayurvedaを構成する下位分野として位置づけられてきた。つまり、アーユルヴェーダ法における複合的な医療体系としてのayurvedaという定義を引用することで、土着医療はayurvedaの構成要素として位置づけられてきたのである[Abeysekere 2006, Higuchi 2002, Kusumaratne 1995, 2005, Uragoda 1987, Wanninayaka 1982]。ところが、すでに示したとおり、土着医療は、そもそも医師その人から離れては成立しえないのであり、他人と同一化することは、その医療そのものを否定することになってしまう。このことから、土着医療研究において行われてきた、対象とする個々の土着医療の担い手である医師たちを同一化させ、統一的な医療システムとして対象化するという試みは、そもそも不可能であるといえる。

この不可能を乗り越えるために行われてきたのは、土着医療をめぐる2通りの説明である。ひとつ目は、土着医療を複合的医療体系としてのayurvedaと同義にしてしまうことで、土着医療そのものを定義しないというものである。たとえばウラゴダは、土着医療を説明するに際して、上記定義を引用することで、スリランカにおけるアーユルヴェーダは伝統的なあらゆる医療実践を包含した医療体系なのであり、土着医療がayurvedaであるとしている。そして、土着医療とは何なのかということに対する明確な答えを提示しないままに、土着医療は、時代がくだるにつれてアーユルヴェーダに統合されてゆき、現在ではわずかではある

が、村落において伝統的な治療家がこの（アーユルヴェーダの）システムにもとづいた治療をおこなっていると述べている [Uragoda 1987: 11]。つまり、土着医療はayurvedaであるとする中で、土着医療の説明を終えてしまい、土着医療がいったいどのようなものかという説明をいっさいおこなわないのである。ふたつ目は、土着医療をayurvedaの下位分野として位置づけておきながら、土着医療はAyurvedaの理論に基づいて行われているとするものである。樋口は、アーユルヴェーダ法における複合的医療体系としてのアーユルヴェーダ定義を引用し、スリランカにおけるayurvedaが複合的であることを強調した上で、「デーシーヤ・チキッサ（土着医療）は今日、アーユルヴェーダの理論を利用して行われる」と述べ、土着医療そのものを定義していない。ところがここで言及されるアーユルヴェーダの説明として引用されているのは、樋口がインドのアーユルヴェーダの三大教典として挙げたうちの2つである『チャラカ・サンヒター』および『スシュルタ・サンヒター』である [Higuchi 2002: 3-5]。つまりこの説明において土着医療は、土着医療 = ayurveda = Ayurveda という矛盾した論理のもとに位置づけられているのである。土着医療をayurvedaとしながら、ayurvedaの説明としてAyurvedaの文献を紹介し、土着医療はAyurveda理論を共有するという論法は、他の研究者においてもみとめられる [Abeysekere 2006, Kusumaratne 1995, 2005, Wanninayaka 1982]。しかしながら、少なくとも筆者が調査した土着医療の医師のうち、『チャラカ・サンヒター』『スシュルタ・サンヒター』を、翻訳を含めて読んだことがあると答えたものは皆無であった。

こうした矛盾は、スリランカにおける土着医療が、統一的な知識や治療法を共有せず、医師個人がそれぞれ独自の医療実践をおこなうことから、ひとつの医療体系として対象化できないという特性に根差すと考えられる。アーユルヴェーダ法で定義された「雑多な」医療としてのayurvedaは、輪郭を描くことが困難な土着医療を一括りにして対象化できる用語として好都合であったに違いない。ひとつに対象化しづらい医療実践の輪郭を明らかにするという作業を、複数の伝統医療を包含するアーユルヴェーダに預けてしまうことで、個々の治療家の実践を同一化するという徒労を免れることができるというわけである。しかしながら、アーユルヴェーダ法というかたちで制度上の区分としてさまざまな

医療が一括りにされることと、個々の実践のレベルで多義的であるのとは、まったく異なる問題である。

先行研究が、「個」の実践としての土着医療をひとつにまとめて対象化しようとしたことは、医師その人によって行なわれることで初めて成立するという土着医療の存立を保障する「個」性を剥ぎとることでもある。つまり、非同一的な実践を同一化しようとした研究者たちの試みは、土着医療の存立条件を否定することを意味していたのである。そしてこの試みは、二重の意味で土着医療を Ayurveda 化させている。土着医療 = ayurveda = Ayurveda という矛盾した論法によって土着医療を Ayurveda にしているということに加え、Ayurveda のような統一的な理論的基盤をもつ医療システムとしての在り方を「個」の実践である土着医療に当てはめようとしているという意味において Ayurveda 化させようとしているのである。

4 おわりに

本稿では、スリランカにおける土着医療が、担い手であるそれぞれの医師と不可分の「個」の実践であることを示したうえで、土着医療研究においては、土着医療がひとつの統一化されたシステムとして対象化させ、土着医療を Ayurveda 化させていることを明らかにした。スリランカにおける国家レベルでの伝統医療保護政策が、保護の対象を明確化させることを前提としているとするならば、土着医療研究は、そもそも土着医療が体系的な医療として対象化できるものではないことを示す必要があると考えられる。いっぽうで、本論では言及できなかったが、ナショナルな枠組みにおける伝統医療保護政策が、すでにトップダウン式にローカルな土着医療の実践を再編し、変容させていることも事実である。小論で示した論点を手がかりに、この点についてさらに議論を深めていくことを今後の課題としていきたい。

註

- 1 便宜上、本稿ではスリランカにおける土着の医療実践をまとめて土着医療とすることにする。本稿は、土着の医療実践が一つに統一化できるものではないことを明らかにすることの主眼を置いていることから、土着医療としてひとまとめにするのはあくまで言葉の上にお

- いてであり、本稿で用いる土着医療は同一の理論や治療術を共有するような統一化された医療システムあるいはカテゴリを意味するわけではない。
- 2 本稿では、紙幅の都合上、伝統医療という語を厳密に定義することはせず、この語を用いるのを極力避けることにする。本文中で言及される伝統医療とは、スリランカ政府による伝統医療保護政策において保護の対象とされる伝統医療、すなわちアーユルヴェーダ、シッダ、ユナーニー、土着医療のことをさす。
 - 3 本研究および現地調査は、日本学術振興会特別研究員(DC1)奨励費(平成20年度～22年度)、および旅の文化研究所、澁澤民族学振興財団、松下幸之助記念財団(すべて平成23年度)、日本科学協会笹川科学振興財団(平成24年度)の研究助成を受けておこなった。
 - 4 ゲダラは、スリランカのシンハラ社会に複数種みられる親族集団をあらわすカテゴリのひとつである。屋号を相続する単位としての側面が強く、集団としての求心力は乏しいとされる[執行 1978、鈴木 1993]。また、ゲダラを父系出自集団とする報告[Tambiah 1958]がある一方で、屋号が社会的地位や権威と結びつくことから、状況に応じて必ずしも父系相続されるわけではないという報告もある[Yalman 1967]。
 - 5 土着医療の「個」の実践にかかわる、個々の医師たちによる知識や治療術の継承について詳細は、拙稿において発表しているため[梅村 2011]、小論では、天体の運行などとの関係性や患者の振る舞いなどに重点をおきながら、この点について簡潔に述べてきた。

参考文献

- Abeyssekere, D. H., 2006, *Traditional Medicine in Sri Lanka and in Neighboring Countries*, Colombo: The Author.
- Ayurvedic Medical Council Sri Lanka, 2010, *Registered Ayurvedic Medical Physicians at the End of the Year-2009/12/31*, Colombo: Ayurvedic Medical Council.
- Basnayake, V., 1988, *Traditional Medicine and the Medical School Curriculum in Sri Lanka*, Peradeniya: University of Peradeniya Press.
- Gupta, B., 1976, "Indigenous Medicine in Nineteenth and Twentieth Century Bengal", in Charles Leslie (ed.), *Asian Medical Systems*, Berkeley: University of California Press, pp. 368–378.
- Gupta, L. P., 2006, *Essentials of Ayurveda*, Delhi: Chaukhamba Sanskrit Pratishthan.
- Hagaya, Pratama, 1984, *Sri Lanka Desheeya Chikithsa Sangrahaya*, Colombo: Ayurveda Department Prakashakayo.
- Higuchi, Machiko, 2002, *Traditional Health Practices in Sri Lanka*, Amsterdam: V-U University Press.
- Jayatilaka, I. G. A., 2007, *Ayurveda Chikithsa Mula Tarama*, Colombo: Ayurveda Department Prakashakayo.
- Kamalika, Pieris, 2001, *Medical Profession in Sri Lanka, 1843-1980*, Colombo: Visidunu Prakashakayo.
- Kusumaratne, Sagara, 1995, *Folk Medicine among the Sinhalese*, Colombo: The Author.
- , 2005, *Indigenous Medicine in Sri Lanka: A Sociological Analysis*, Nugegoda: Sarasavi Publishers.
- Liyanaratne, Jinadasa, 2006, *Buddhism and Traditional Medicine in Sri Lanka*, Colombo: Kelaniya

- University Press.
- Obeyesekere, Gananath, 1980, *Rationality, Theory and Experimentation in Ayurvedic Medicine*, Tokyo: The United Nation University Press.
- Uragoda, C. G., 1987, *A History of Medicine in Sri Lanka: From the Earliest Times to 1948*, Colombo: Sri Lanka Medical Association.
- Wanninayaka, P. B., 1982, *Ayurveda in Sri Lanka*, Colombo: Ministry of Health Sri Lanka.
- Wickramasinghe, Martin, 1997, *Sinhala Language and Culture: Buddhism and Art*, Dehiwala: Tisara Prakasakayo.
- Yalman, Nur, 1967, *Under the Bo Tree: Studies in Caste, Kinship and Marriage in the Interior of Ceylon*, California: University of California Press.
- Yogasundram, Nath, 2008, *A Comprehensive History of Sri Lanka from Prehistory to Tsunami*, 2nd revised ed., Colombo: Vijitha Yapa Publications.
- 梅村絢美, 2011, 「発話がまねく禍、沈黙がもたらす効力—スリランカ土着の伝統医療パーランパリカー・ヴェダカマの知の継承と医療実践—」, 『社会人類学年報』, 37, 165-182頁。
- 加瀬澤雅人, 2006, 「現代インドの民族医療—グローバル状況下におけるアーユルヴェーダの変容—」, 京都大学提出博士学位論文。
- 執行一利, 1987, 「シンハラ農村の社会組織—いくつかの社会集団について—」, 『史苑』, 47-1, 114-72頁。
- 鈴木正崇, 1996, 『スリランカの宗教と社会—文化人類学的考察—』, 春秋社。

うめむら あやみ ●首都大学東京人文科学研究科博士後期課程