【論文】

ジェンダーからみる「伝統医」の継承と創出
中国・西双版納タイ族を事例として

国際ファッション専門職大学
磯部美里

要旨

我々が一般的に中国医学（中医学）という場合、それは日本に伝わった漢方の起源であり、人口の約 92％を占める漢民族が中心となって培ってきた医学を指す。しかし、中国では、漢族のほか 55 の少数民族が識別されており、多くは自文化に根ざした病気に対する対処法をもち、これらは「民族医学（民族医薬）」と呼ばれる。民族医学は 1980 年代以降、共産党政府公認のもと、資料収集、文献の翻訳等が進められてきた。

本稿では、雲南省西双版納タイ族自治州に居住するタイ族を事例として当地に伝わる「タイ医学」の「伝統医」についてジェンダーの視点から検討した。近代医療が普及する中で、村落内にどれだけの伝統医が存在し、治療にあたっているのかといった具体的な統計は存在しないため、筆者は当地にある 68 のタイ族村落をまわり、各村落の伝統医数、具体的な治療内容、伝統医となった経緯について聞き取り調査を行った。それにより、当地の伝統医は男性間で知識の継承を行うことで、伝統医としての権威も再生産されてきたこと、女性はそこから排除されてきたこと、さらに国家が民族医学を承認する中で、脱男性中心主義の新たな継承システムが生まれていることを明らかにした。

キーワード

中国、タイ医学、伝統医、ジェンダー

1　はじめに

民族医学（ethnomedicine) とは、土着の文化から生み出される医療に関する信念や実践であり［フォスター & アンダーソン 1987（1978): 70; 池田 1992: 156］、西洋に源を発する「科学」に依拠したデータや理論で疾病を説明する西洋医学、いわゆる近代医療に対して、「近代医療との社会力学的関係のなかで生産される」［池田 2001: 66］ため、民族医学は近代 / 伝統の二分法から伝統医療（伝統医学）とも呼ばれる。

本稿が対象とする中国の民族医学について言えば、日本に伝わった漢方の起源であり、人口の約 92％を占める漢民族が中心となって培ってきた中医学（中国医学）が有名である。しかし、中国では、漢族のほか 55 の少数民族が識別されており、多くは自文化に根ざした病気に対する対処法を持っており、漢族の中医学に対し、これらは民族医学（民族医薬）と称されている。

中国においては、「中西医結合（中医学と西洋医学の結合における医学と医療制度）」の実践が提唱されたことにより、近代医療システムに中医学が組み込まれ、西洋医学と中医学が並存するという現在の医療体系が確立されることになった［郝 2008: 14］。それに対し、民族医学が国家によって承認されることになったのは、文化大革命収束後のことである。1983 年、衛生部・国家民族委員会は「民族医薬学の継承、推進に関する意見」を通知し、翌年、第一回全国民族医薬工作会議上で「民族医薬学は我が国の伝統医学の重要な構成要素であり、それらはそれぞれの特色ある

E-mail：isobe.misato@piif.ac.jp

医療を持っている。55 の少数民族において、チベット医学、モンゴル医学、ウイグル医学、タイ医学などの民族医薬学は、悠久の歴史と固有の理論体系を備えている」ことが示された［諸 2006: 31］[1)]。

さて、本稿ではこのような民族医学のうち、雲南省に居住するタイ族において継承されてきた「タイ医学」を取り上げる。タイ医学は、2000 年あまりにおよぶ歴史を持ち、上座仏教の伝来によって、インドのアーユルヴェーダ、中医学、タイ族の民間療法が結びつき発展したといわれる民族医学である［崔 2007: 237］。先行研究では、基本理論、人体解釈、薬草知識、治療方法などの文献の収集・整理、医薬品開発に重点が置かれ、近代医療が普及する中、タイ族の人々がどのようにタイ医学を実践しているのか、タイ医学がどのような人々によって継承されてきたのかといった日常的な治療実践についてはほとんど明らかにされていない [2)]。

そこで本稿においては、中国雲南省西双版納（シーサンパンナ）タイ族自治州（以下、シーサンパンナと呼ぶ）に居住するタイ族が継承してきたタイ医学における「伝統医（*mɔɔ ja Tai*）」に焦点を当て、当地における伝統医の継承と創出について、ジェンダーの視点から考察したい。

近代医療を対象にした社会学、文化人類学に基づく研究では、医師に占める男性の割合の高さ、医療従事者のジェンダー観が治療に与える影響、専門職に見られるジェンダーなどが指摘され、すでに「性別に関わる差別と権力構造」［川橋 2016: 5］が批判的に論じられている [3)]。他方、民族医学についてジェンダーの視点から取り上げた研究の多くはリプロダクションに関わるものであり、民族医学における性別をめぐる権力構造については注目されていない [4)]。本稿では、この点を踏まえ、当地の村落内で暮らす伝統医がどのようにして医術や知識を継承しているのかという点について考察を行い、そこに見られるジェンダー構造について明らかにすることを目的とする。

2　調査地の概要と「タイ医学」病院

2.1　シーサンパンナのタイ族

タイ族は中国国内で約 120 万人を数え、シーサンパンナのほか、徳宏タイ族ジンポー族自治州、紅河ハニ族イ族自治州、景谷タイ族イ族自治県など、雲南省に集住する民族である。一口にタイ族といっても、自称によってタイ・ルー（*Tai Lue*）やタイ・ヌー（*Tai Noe*）、タイ・タウ（*Tai Taw*）などの下位集団に分かれるが、本稿で検討するタイ族はシーサンパンナに暮らすタイ・ルーである [5)]。

シーサンパンナは、中国雲南省の最南端、ミャンマーやラオスと国境を接する位置にある。かつてはここにシプソンパンナーと呼ばれる連合王国が形成されていたが、1949 年中華人民共和国が誕生した後、1953 年にシーサンパンナタイ族自治区、1956 年にシーサンパンナタイ族自治州へと改称された。州内にはタイ族のほか、ハニ族やラフ族、イ族、プーラン族、ジノー族、ヤオ族などの少数民族が暮らしている。建国当初はこの地にほとんどいなかった漢族も現在ではタイ族に次ぐ人口割合となっている［西双版納年鑑編輯委員会（編）2001: 59］。

文化大革命が終わり改革開放へと舵が切られた 1980 年代以降、当地は民族文化を生かした観光地として注目を集め、近年では観光開発に伴うホテルやショッピングモール、レストランの建設、さらには中国と東南アジア大陸部とをつなぐ貿易拠点としての経済開発も進んでいる。

2.2　タイ族のジェンダー役割

当地のタイ族は上座仏教を信仰しており、タイ族村落には寺院が建立され、1 年を通してさまざまな仏教行事が開かれる。近年では、学校教育の普及、漢族との関わりなどの影響

で、見習い僧となる男児は激減しているものの、かつては、ほとんどのタイ族男児は 10 才頃になると見習い僧となり、寺に止住しながら経典や文字を学び、仏教知識を身につけ、20 才頃還俗したのち結婚するというライフコースを辿った。シーサンパンナでは、男子は一生のうちで必ず一度は出家しなければならず、僧侶としての体験をもってこそ教化されていると見なされ、結婚し子どもをつくる権利を得られると考えられてきたからである［加治 1988: 58］。それゆえに、生涯を僧侶として過ごす者は多くはなく、還俗後は出家経験のある在家信者として宗教活動を行ってきた。一方、シーサンパンナのタイ族女性には過去も現在も出家するという習慣がない［磯部 2016: 136-137］。

このような上座仏教実践に基づくライフコースの男女の差異は、地域社会や家庭内でのジェンダー役割にも表れる。男性は、出家経験を通して社会的身分や地位、属性を更新し、村落内外で要職につくことができ、正式僧を経て還俗した男性はハナーン（*hanan*）と呼ばれ、村落内では知識のある者として人びとの尊敬を集める。村落内の政治活動はおもに男性が担ってきたのに対し、家庭内における日常的な家事育児や家計の管理はおもに女性の役割とされてきた。タイ族の男女がさまざまな労働や作業を男女どちらの役割だと捉えているのか、さらに実際にはどちらが行っているのかについて調査をもとに明らかにした章立明は、生業である農作業は基本的に男女で協力して行い、田畑を耕す、運搬作業、牛の放牧、竹細工の制作などは男性が、炊事、洗濯、掃除、育児に加えて、山菜取りや市場での物売り、機織りや供物の準備は女性が中心となって行っていることを指摘する［章 2011: 193-194］。

本稿で取り上げるタイ族村落は、近年、市場経済や観光化の波を受け農業離れが進んでおり、農作業を夫婦で行う姿をあまり目にしなくなった。しかし、村長をはじめとする村落内の主要な役職を占めるのは男性であり、村落内の仏教儀礼や結婚、出産、葬儀などの家庭内の個人的儀礼も男性が取り仕切る。一方で、女性は、儀礼準備の中心的担い手となりながら、観光客へ土産物を売ったり、近隣のホテルや農家にアルバイトに出かけたり、市場などで野菜や加工品などを売ったりして自ら稼ぎ出し、自らで管理するという家庭内での経済的自立性と決定権を一定程度、確保している。このように、生業形態が変わっても、明確なジェンダー役割は依然として見受けられる。

2.3　当地の多元的医療体系

タイ医学における伝統医について考察する前に、まずは当地の医療状況について説明しておこう。シーサンパンナに近代医療が初めて登場したのは 1920 年のことであった。アメリカ長老派教会によって派遣された宣教師と医師夫妻が布教活動に訪れ、教会のそばに診療所を設けたのである［景洪県地方誌編纂委員会 2000: 1020］[6]。1944 年になると、現在のシーサンパンナ州人民医院の前身となる衛生院が初めて開設された。

しかしながら、建国当初、調査地周辺においては近代医療に基づく医療施設はほとんどなく、近代医療の普及のため、1950 年代以降、共産党政府は当地に医療隊を派遣し、村落近辺などで医療講習会を開き、簡単な治療や助産を行うことのできる医療従事者の育成を行った［磯部 2007: 78］。

その後、1965 年、当地にある国営のゴム農場に付属する農場医院が開設された [7]。農場医院は国営農場で働く漢族だけではなく、当地のタイ族も受診することができたため、近代医療は少しずつ身近な存在となっていく。さらに、1985 年には当地に衛生院ができ、その後、各村民委員会に衛生室も設けられ、医療環境が整えられていった。

現在、調査地のタイ族は、市中心部にある景洪市人民医院、シーサンパンナ州人民医

院、当地にある農場医院、衛生院、衛生室などの近代医療に基づく医療機関を利用するとともに、当地に伝わるタイ医学による治療や薬草も用いるという多元的医療体系の中にある[8]。

2.4　タイ医学病院と医師

タイ医学の医療施設についていえば、1988年、景洪市内にタイ医学病院（傣医医院）が落成し、現在、病院および関連の研究所では診療のほか、基本的理論、人体解釈、薬草知識、治療方法などの研究が行われている［西双版納傣族自治州民族医薬研究所・西双版納傣族自治州傣医医院 2012: 2］。

筆者は2016年にはじめて当病院を訪れ、施設内に掲げられたタイ医学病院に所属する専門家について紹介する看板を写真に収めた（**写真1、2**参照）。そこには17名の専門家が名を連ね、民族籍の内訳は、漢族13名、タイ族4名であった。ただし、これらは「西洋医学」、「中国医学」、タイ医学を含めた専門家であり、タイ医学に絞れば5名で、漢族1名（女性）、タイ族4名（女性2名、男性2名）である。

写真1　タイ医学病院（傣医医院）
（2016年9月3日筆者撮影）

写真2　タイ医学病院の専門家
（2016年9月3日筆者撮影）

中でも筆者が注目したのは、これら5名のタイ医学の専門家の肩書きである。その専門職は伝統医（看板によれば「傣医」）と薬剤師（看板によれば「傣薬」）に分かれるのであるが、3名の伝統医はそれぞれ、雲南中医学院教授（漢族女性）、雲南中医学院准教授（タイ族女性）、タイ医学の名医（タイ族男性、看板には補足として「たくさんの弟子を抱えている」との記述あり）、薬剤師は雲南中医学院准教授、タイ医学研究所副主任と書かれている。そこに記されている雲南中医学院とは、雲南省の省都、昆明に拠点を置く大学である。「四大民族医学（民族医学）」と呼ばれるチベット医学、モンゴル医学、ウイグル医学、タイ医学のうち、前者3つは専門の高等教育機関が設けられているが、タイ医学の場合、雲南中医学院中国医学学科に2006年タイ医学専攻が開設されるものの、タイ医学の名を冠した高等教育機関はほとんどなかったという［張ほか 2011：59］[9]。看板の記載は上述の雲南中医学院に所属していることを表しており、これらはすべて女性であった。それに対し、伝統医として紹介されている男性は「名医」という肩書きで記されている。筆者は2019年、この男性にインタビューを実施した[10]。この男性は1933年生まれで、先祖代々タイ医学に関わる家系で育ち、この男性で4代目だという。25歳で還俗後、父親から医術を教わり、その後タイ医学病院に勤務することとなり、たくさんの弟子を養成した。高等教育機関で学んだ経験はない。

大学に教員として所属するということは、一定の高等教育を受けたことの証であり、肩書きは専門家の知の担保、言い換えれば権威の根拠となると考えれば、タイ医学病院に所属する専門家においては、女性はその担保先が大学、男性は必ずしもそうとは限らないこ

と、つまり、男性と女性では教育ルートが異なるということを紹介看板は示している。このような知識の経由元を本稿では便宜的に「知識の出所」と呼ぶ。

なぜ、「知識の出所」は女性と男性で異なるのであろうか。以下では、この問いをめぐって考察を行う。

3　村落内の伝統医

3.1　当地における伝統医の人数

現在のところ、当地のタイ族村落に居住する伝統医の具体的な数を示す統計データは存在しない。そこで、筆者は 2016 年の春と秋、シーサンパンナの州都である景洪市西南部に位置する G 鎮内の 10 の村民委員会に属す 68 のタイ族村落を対象に、伝統医の数や性別、伝統医となった経緯などに関して現地調査を実施した。今回の調査では伝統医の医療技術の高低や医療知識の多寡ではなく、村民から伝統医とみなされているかという点を重視し、一つひとつの村で伝統医がいるかどうかを尋ねてまわりながら、可能であれば伝統医に対し半構造化インタビューを実施するという形式をとった。

その結果、68 村のうち伝統医のいる村は 23 村、その他に「以前はいたがすでに亡くなっている」と答えたところが 2 村あった。伝統医の数についていえば、確定したのが 25 人で、ある村では 10 数人の伝統医がいることが判明し、それらの伝統医をすべては確認することができなかったため、詳細については今後の課題とし、現在、25 人に 10 数人を加えた程度の伝統医がいるという現状の把握にとどめた。伝統医の性別であるが、25 人のうち、男性が 23 名、女性が 2 名である。その中で、インタビューをすることができたのは、男性 16 名、女性 1 名の合計 17 名であった。表 1 は調査結果をまとめたものである。不在等でインタビューをすることのできなかった伝統医についても、家族や近所の人びとに年齢を尋ね、合計 24 名の伝統医の年齢（調査当時）を知ることができた。年齢別にみると、80 代 1 名、70 代 8 名、60 代 4 名、50 代 5 名、40 代 5 名である。この結果から、村落内の伝統医はおもに中高年の男性であることがわかる。

タイ医学の伝統医の治療範囲は、骨折、打撲、脱臼、火傷、打ち身、頭痛、腰痛、胃痛、歯痛、リューマチ、下痢、婦人病など多岐にわたるが、村落内において同じように伝統医とみなされていても、治療できる範囲は必ずしも同じではない。大きく分ければ、骨折や打撲、脱臼などの外傷を専門に診療する者（B1-1、G3-2、H1-1、I5-1）、内臓疾患のみを専門とする者（F3-1、H3-1、I2-1、I4-1）、外傷や内臓疾患を問わず治療することができる者（B2-1、E1-1、F1-1、I1-1、I3-1、I7-1、I8-1、I8-2）、ちょっとした痛みのみ対処できる者（I6-1）である。中には、大きな看板を掲げ、入院設備を持つような伝統医もいれば、看板も出さず知り合いのみ治療する者もおり、それぞれの伝統医は治療範囲だけではなく医療活動の規模も異なっている。

3.2 「知識の出所」について

それぞれの伝統医がどのようにして医療技術や知識を学んだのかという「知識の出所」について、インタビュー結果をもとに分類すれば以下のようになる。第 1 に世襲型、第 2 に弟子入り型、第 3 に育成型、第 4 に夫経由型である。以下、それぞれの類型について見ていこう。

①世襲型

まず、インフォーマントである伝統医の祖父や父も伝統医であったという世襲型である。これらは表 1 の B1-1、B2-1、H1-1、H3-1、I1-1、I3-1、I4-1、I5-1、I7-1、I8-1、I8-2 が該当し、4 つの類型の中でもっとも数が多い。58 才の男性は「景洪に住む人が教えて欲しいと来たが、3000 元（日本円で約

表 1　G 鎮内の 68 のタイ族村落における「民族医」の状況（2016 年の現地調査をもとに筆者作成）

村名	人数	インタビュー数	調査対象者番号	年齢	性別	付記
B1	1	1	B1-1	44	男性	
B2	1	1	B2-1	70	男性	
C1	1	×	C1-1	75	男性	入院中
C2	1	×	C2-1	？	男性	高齢にて廃業
D1	(1)	×	D1-1	享年 60	男性	2 年前死亡
E1	1	1	E1-1	73	男性	
E2	(1)	×	E2-1	？	男性	死亡
F1	1	1	F1-1	49	男性	
F2	1	×	F2-1	50 代	男性	外出中
F3	1	1	F3-1	77	男性	
G1	2	×	G1-1 G1-2	？（高齢） 40	男性 男性	外出中
G2	1	×	G2-1	？	男性	高齢にて廃業
G3	2	1	G3-1 G3-2	68（不在） 54	女性 男性	1 名外出中
G4	1	×	G4-1	66	男性	外出中
H1	1	1	H1-1	46	男性	
H2	1	×	H2-1	79	男性	外出中
H3	1	1	H3-1	76	男性	
I1	1	1	I1-1	66	男性	
I2	1	1	I2-1	70	男性	
I3	1	1	I3-1	51	男性	
I4	1	1	I4-1	71	男性	
I5	1	1	I5-1	58	男性	
I6	1	1	I6-1	88	女性	
I7	10 数軒	1	I7-1	55	男性	
I8	2	2	I8-1 I8-2	68 44	男性 男性	父と息子

5 万円）でも教えたくない。教えるのは家族（息子、孫）だけ。でも息子はやりたがらないから教えていない」（I5-1、2016 年 8 月 30 日聞き取り）と話す。また、46 才の男性は「息子（19 才）に継がせたい。他の人には教えない」（H1-1、2016 年 8 月 30 日聞き取り）と述べる。これらの語りからはタイ医学の技術や知識は誰にでも気軽に教えることができるものではなく、息子や孫といった男系の家族に継がせるものであることがわかる。さらに、「兄弟 4 人のうち、2 人はできない。自分の息子はやりたがらない」（B2-1、2016 年 9 月 2 日聞き取り）と答える者もおり、たとえ息子や孫でも本人が希望しなければ習得できない、させられないものであることがうかがえる。

②弟子入り型

つぎに弟子入り型である。これは表 1 の E1-1、F1-1、F3-1、G3-2 が該当する。「20 年前、伝統医が自分の暮らす村に治療で来た時に教えてもらった」（73 才男性、E1-1、2016 年 8 月 27 日聞き取り）、「1984 年、骨折した時に伝統医の治療を受けた。自らも

学びたいと思い弟子入りした」（54 才男性、G3-2、2016 年 9 月 2 日聞き取り）、「17 才の頃、国営農場で働いていた時に知り合った伝統医に志願して学んだ」（49 才男性、F1-1、2016 年 9 月 2 日聞き取り）、「24 才で還俗後、習得したいと思い 4 人の師匠から学んだ」（77 才男性、F3-1、2016 年 9 月 3 日聞き取り）と話しているように、伝統医となるための技術や知識は血縁関係のある男子にのみ伝えるものであるとの考えは強いが、中には例外もあり、血縁関係がなくとも本人が強く望めば弟子入りや習得が許される場合もあるようである。しかし、誰でもよいわけではなく、このタイプに女性はいない。

③育成型

このタイプは I2-1 の一例のみである。70 才男性によれば、「1960 年代、医師育成プログラムがあり、景洪の病院で半年ほど学んだ。伝統医もその中にいたので、お願いをして教えてもらった。そのため、自分は注射も「バオガン」（*paukam*、呪術的治療方法）もできる。プログラムが終わった後も自分で学んだ」（2016 年 8 月 29 日聞き取り）という。この話に出てくる医師育成プログラムとは、上述の医療隊による医療講習会のことだと思われる。男性の話からは講習会は村落近辺だけではなく、病院でも開かれていたこと、近代医療に基づく医療知識の普及を目的としながら、その講習会には伝統医も関わっていたことがうかがい知れる。この伝統医は現在、自宅横に診療所を開設し、患者に対し点滴や注射などの治療を行ったり「西医」の薬を出したりする一方で、時にはバオガンを用いている。このバオガンの詳細については後述する。

④夫経由型

これも I6-1 の一例のみであるが、上述の世襲型、弟子入り型、育成型と異なる点として性別が挙げられる。つまり、インタビューを実施した中でこの事例のみ女性である。「夫が伝統医だったので、簡単なことだけ教えてもらった。文字は読めないので耳で聞いて覚えた。5 つのバオガンができる。息子は 2 人いるが、本人たちが望まないので（治療は）できない。」（88 才女性、2016 年 8 月 30 日聞き取り）という話は、このインフォーマントが正式な弟子入りを経て伝統医となったわけではなく、結婚生活の中で夫から治療の知識や方法について教えてもらったことを示している[11]。しかし、簡単な治療しかできないとはいうものの、村内では伝統医とみなされていることも事実である。であるならば、伝統医とみなされる条件とはいったい何なのであろうか。

3.3　伝統医の条件と共通点

筆者は以前、当地の産婆に関して執筆した論文の中で、伝統医の条件についてつぎのように言及した。伝統医とは「薬草に対する知識があり、なおかつ患者に対する問診及び患者の脈拍や顔色による病気の判断などができ、その上で「バオガン」者（筆者注：バオガンができる者を指す）でもあるということである。」［磯部 2010: 227］。ここで述べるバオガンとはタイ医学における気を吹き込む治療法で、全身の力を口中に集め、患部もしくは薬などに吹きかけるものである［林 2006: 54］。これは呪文を用いた呪術的治療方法といえる。バオガンは身体の各部位や各病状などによって異なり、吹き出物、頭痛、眼病、切傷、手足の痛み、火傷、骨折など、伝統医たちが正確な種類を答えられないほど多岐にわたっている。そのためバオガンと一口にいっても、症状によって唱える内容も異なり、一つひとつの内容を書き写して覚えなければならない。バオガンは秘方であるため、軽々しく口外すると効果がなくなるとされる。「“ 秘訣 ” を学ぶ際、まず弟子入りしなければならず、“ 陰中之陰 ”（深夜十二時）に、師匠と弟子が酒、ろうそく、米、粟、布など

の供物を並べた机を囲み「傣医学」の祖であるグマラパット[12]に拝礼すると共に誓いをたてる。三夜続けてグマラパットを祀り三度誓いをたてると、ようやく師匠は弟子に“秘訣”を伝授する。同時に、関連の秘方も伝授する。」[林 2006: 54; 磯部 2010: 229]。

上記の育成型のI2-1が「その後、自分で学んだ」と述べているように、まずは学ぶ許可をもらうこと、言い換えれば、師匠に弟子入りを認められることこそが何より重要であり、秘方を伝授された後、自分自身で学び続ける。

今回のインフォーマント17名も習得内容や治療範囲はそれぞれ異なるが、薬草知識を持ち、病気の判断ができ、バオガンを習得しているという3つの条件を満たしていた。

さらに、F1-1、G3-2、I3-1、I5-1、I6-1、I7-1を除くインフォーマントの共通点として出家経験があることが挙げられる[13]。しかも見習い僧で還俗したのではなく、正式僧経験者も4名いる（F3-1、H1-1、H3-1、I4-1）。すでに述べたように、バオガンを習得するには読み書きが欠かせないため、寺で読み書きを学んだ出家経験者が多いのもうなずける。だが、I6-1の女性のように、読み書きができなくともバオガンを習得することは不可能ではないことを思えば、出家経験がなく読み書きもできない者が伝統医となる例ももう少し多くてもよいはずである。にもかかわらず、伝統医のほとんどが出家経験を持つということは、出家経験がタイ族社会において知識保有者の証となっており、そこにはさらに見習い僧経験者、正式僧経験者などによる知のヒエラルキーが存在し、タイ医学はそれらが習得する知識の1つであることを示している。出家経験はこれまではタイ医学を習得するための条件、言い換えれば、タイ族社会で伝統医として認められるための条件であったことが指摘できる。そのような条件を満たすための機会を得ることができるのは男性だけであり、当地の女性たちは、読み書きができないからではなく、知のヒエラルキーから除外されるがゆえに伝統医にはなれなかったのである。

4　考察

本稿の第2章ではタイ医学病院における専門家について取り上げ、病院に所属する伝統医は女性2名、男性1名であり、女性の場合は雲南中医学院の肩書きを持ち、男性は「タイ医学の名医（徒弟制の師）」と記されているが、なぜ女性と男性では「知識の出所」が異なるのかという問いを立てた。このような問いに対して、権力と権威という点から考えてみたい。

『医療と専門家支配』によれば、「専門職の分析は国家（権力と権威の究極の源泉）とどのような関係にあるのかをみる必要」があり、「国家がライセンスを与えることにより、治療の権利が付与される」という［フリードソン 1992: 77］。この指摘に従えば、タイ医学病院の伝統医の場合は、国家公認の高等教育機関で学修し、現在、高等教育機関に属しているという経歴が権力と権威の源泉となっている。それに対し、村落内に暮らす伝統医の権力と権威の源泉は、世襲型ならば伝統医の家系であること、弟子入り型、育成型ならば師匠（先輩伝統医）に弟子入りを許可されたという事実であろう。ここで重要視されるのは個人の資質や医術の優劣ではなく、知識の継承プロセスなのである。このような伝統医による承認こそが、タイ族社会において伝統医となれる「ライセンス」であり、施術の権利を付与されることであった。

1988年にタイ医学病院が誕生し、2006年に雲南中医学院中国医学学科にタイ医学専攻が開設されたことにより、「知識の出所」には2種類のルートができた。従来の知識の継承プロセスにおいては、知識体系に純然たるヒエラルキーが存在し、知識保有者となる機会を得ることができるのは男性であっ

た。男性から男性へと受け継がれる伝統医はこのような継承プロセスを通じて、自らの正当性や正統性をも再生産している。I1-1 の伝統医は「女性は伝統医になれない。」と話すが、この言葉はまさにそれを証明しているように思う。そして、伝統医のジェンダー観が伝統医の継承プロセスに大きく反映されることを示している。一方で、国家が「ライセンス」を与える、新たに権威づけられた知識継承プロセスにおいては、女性であることは影響しない。

ジョーダンは『助産の文化人類学』のなかで、権威的知識についてつぎのように説明する。

> 特定のどんな領域でも複数の知識体系が存在し、その中のあるものが、それが世界の状態を当面の目的のためにはよりよく説明するという理由で（“効率”）、あるいはそれがより強力な権力基盤と結びついている（“構造上の優位”）ゆえに他の知識体系よりも重みを得るに至る。（中略）権威的知識の力は、それが正しいことにあるのではなく、それが重要視されるところからくる。」［ジョーダン 2001: 184, 186］

ジョーダンが射程に置くのは近代医療や伝統医療に基づく助産方法についてであるが、ジョーダンの指摘は、本稿の事例にも当てはまる。新たな知識継承プロセス（高等教育機関による育成）は、従来からある継承プロセス（徒弟制）より、誰でも（性別も民族をも超えて）教育プログラムを受ければ伝統医になることができ（効率的）、国家による承認を得ている（構造上の優位）という点で「権威的知識」といえるからである。

なぜ女性と男性では「知識の出所」が異なるのかという問いの答え、本稿の結論は以下のものである。

タイ族社会においては男性経由で知識の再生産が行われることで、伝統医としての権威も再生産されてきた。女性はそこから排除されてきたため女性が伝統医となるには夫を経由するというルートしかなく、女性は伝統医になることはほぼできなかった（伝統医とはみなされにくかった）。しかし、国家が民族医学にライセンスを与え、タイ医学の伝統医の継承システムに新たなルートが生まれ、タイ医学をめぐる知識体系も脱男性中心主義へと再構成されつつあり、このような新たな創出のプロセスにおいては、女性も伝統医になることができるといえる。

5　おわりに

本稿では、シーサンパンナのタイ族に継承されてきたタイ医学の伝統医を取り上げ、伝統医の継承と創出について、ジェンダーの視点から考察を行った。

近代医療が普及し、医療施設へのアクセスが便利になった現在においても、当地のタイ族村落内にはタイ医学の伝統医が存在し、タイ族は近代医療に基づく医療技術や施設を利用しながらタイ医学の施術や薬草を用いるという多元的医療体系にある。しかし、村落内に居住する伝統医は中高年以上の男性が大半で、タイ医学の施術や知識は秘方が含まれ、息子に継がせたくても本人が望まなければ教えることはできないため、今後、村落内の伝統医はいっそう減少していくことが予測される。そもそも、見習い僧となる男児が激減している現在、タイ族社会において出家経験者を中心に構築されてきた知のヒエラルキーにも変化が生じることは必至である。一方で、国家が認定する高等教育機関という新たな「知識の出所」は、既存の男性中心主義的知識体系とは異なり、性別や民族を問わず伝統医となることができる道を開き、今後はそこを通って多くの女性伝統医が誕生するであろう。このような既成事実の積み重ねは伝統医に対する既存の価値観、つまりは「女は伝統

医にはなれない」といった既存のジェンダー観にゆさぶりをかけ、将来的には、男性経由で権威が再生産されてきた従来の継承システムにも変革を及ぼし、結果として、女性にも徒弟制によって伝統医となることができる道が開かれ、それが当然視される日が来る可能性を含んでいる。

本稿においては、ジェンダーからみる伝統医の継承と創出というテーマに重点を置いて考察を行ったため、伝統医と患者との関わり、タイ医学病院における治療実践、雲南中医学院のタイ医学専攻の具体的な教育プログラムおよび学生の状況などについて触れることができなかった。それらに関しては今後の課題としたい。

謝辞

本稿の調査の一部は JSPS 科研費 JP19K 23139 の助成を受けたものである。ここに感謝の意を表す。

＜注＞

1)　中国国内ではこれらの 4 つの民族医学しか認められていないという誤解を解くため、1984 年、フフホトで開催された第 1 回全国民族医薬工作会議では、「我が国の民族医薬学は、チベット医学、モンゴル医学、ウイグル医学のほかにも、タイ医学、チワン医学、ミャオ医学、ヤオ医学、朝鮮医学、イ学など、多数の民間薬草医がいる」ことが指摘された。

2)　中国のタイ医学に関する研究状況については、［林 2006］、［劉 2008］などに詳しい。

3)　近代医療とジェンダーに関する研究については［船橋 1994］、［柘植 1999］、［姚 2011］、［安川・野村 2014］などがある。

4)　伝統的な出産方法について取り上げた研究については［松岡 1985］［ジョーダン 2001（1993）］などがある。

5)　本稿で表記するタイ族は、注記がない場合はタイ・ルーを指している。

6)　1920 年、今のシーサンパンナの州都である景洪にアメリカ長老派教会から宣教師、医師夫妻、タイ人夫妻らがタイ、ミャンマー経由で到着し、最高統治者であるツァオペンディンに謁見した。当地に蔓延する流行病から現地の人びとを救うためという理由で、診療所開設の許しを請うたのである。布教を目的とする宣教師および医師らの医療活動はハンセン病の治療にも及んだ。1924 年、診療所の医師らは景洪北部の某所に「ハンセン病村」を設け、ハンセン病罹患者を住まわせ無料で治療を行った。しかし、そこの責任者であった医師が水害のため亡くなると、看護師であった妻も帰国し、その後、宣教師らも全員この地を去り、最終的にこの診療所は 1944 年に閉所した［景洪県地方誌編纂委員会 2000: 1009, 1020, 1021, 1110, 1111; 磯部 2017: 2］。

7)　農場医院は、郷内にある国営農場である景洪農場の附属の病院で、正式名称を農場職工医院という。1965 年に開設されたが、その後の政治的混乱を経て、とくに 1980 年代より衛生サービスを強化し始めた［景洪県地方誌編纂委員会 2000: 90］。

8)　タイ族の多元的医療体系について書かれた論文には［段・李 2014］がある。

9)　筆者が 2019 年 11 月に実施した調査において、景洪市にあるシーサンパンナ職業技術学院校内に「滇西応用技術大学傣医薬学院」があることがわかった。滇西応用技術大学の公式ホームページによれば、当大学は、地域経済社会の発展に必要な高レベルの技術技能人材を育成することを目的とし、2017 年 5 月に開学したという。大学本部は雲南省大理州大理市にあるが、大学の一組織である「傣医薬学院」は景洪市にキャンパスが置かれている。

10)　2019 年 11 月 15 日にこの男性の自宅でインタビューを実施した。

11)　この女性の夫はすでに亡くなっているため、息子たちが伝統医となるにはこの女性

が知識を息子へ伝えるしかない。しかし、女性から男性へ知識を伝えたという事例は、村落内では管見の限りなかった。

12)　タイ医学の誕生にはつぎのような言い伝えがある。釈迦牟尼は生前、グマラパットに薬草を収集し病を治す方法を教え、一袋の薬草を授けた。その大半は根茎で、グマラパットにこれからも薬草を探し人々の病を治すよう言い聞かせた。その後、釈迦牟尼は病に倒れた。そこで使者の猿に医者を探しに行かせたが、猿は遊びに夢中で、時間を無駄にしてしまった。グマラパットは後からそれを知り駆けつけるのだが、途中で釈迦牟尼が病死したことを聞き、悲しみの余り一袋の薬草をいくつかの山にまいた。それによって各種の薬草が山で生息し始め、人々は薬草を採取し病を治すことができるようになった。［西双版納州民族薬調研辦公室 1980: 1］

13)　大躍進および文化大革命の時期は宗教活動が批判の対象となり禁止され、寺院が封鎖、取り壊しにあった［長谷川 2013: 12-18; 磯部 2016: 138-139］。

＜参照文献＞

池田光穂　1992「民族誌」医療人類学研究会編『文化現象としての医療』メディカ出版、pp.153-157。

池田光穂　2001『実践の医療人類学』世界思想社。

磯部美里　2007「西双版納・タイ族における産婆の創出」『中国研究月報』6(7): 11-21。

磯部美里　2010「西双版納におけるタイ族の男性産婆――出産と伝統医療との関わり」『多元文化』10: 223-238。

磯部美里　2016「仏教儀礼を支える、変える――中国シーサンパンナのタイ族女性と上座仏教」川橋範子・小松加代子編『宗教とジェンダーのポリティクス』昭和堂、pp. 132-157。

磯部美里　2017「ハンセン病とキリスト教――2016年3月中国シーサンパンナでの出来事」『Autres』8: 77-79。

加地明　1988「雲南傣族の上座部仏教――西双版納地域を中心に」『東洋研究』85: 47-75。

川橋範子　2016「序章　宗教研究とジェンダー研究の交差点」川橋範子・小松加代子編『宗教とジェンダーのポリティクス』昭和堂、pp. 1-21。

郝暁卿　2008「中西医結合医学の歴史と現状を顧みて」『福岡県立大学人間社会学部紀要』17(1): 13-27。

ジョーダン、ブリジッド　2001（1993）『助産の文化人類学』宮崎清孝・滝沢三津子訳、日本看護協会出版社。

柘植あづみ　1999『文化としての生殖技術』松籟社。

長谷川清　2013「上座仏教の断絶と復興をめぐる時空間マッピングの課題――中国雲南省・シーサンパンナの寺院と止住者のデータ分析を中心に」『宗教と地域の時空間マッピング　ニューズレター』7: 7-20。

船橋恵子　1994『赤ちゃんを産むということ』日本放送出版協会。

フォスター、ジョージ・M. ＆バーバラ・G. アンダーソン　1987（1978）『医療人類学』中川米造監訳、リブロ。

フリードソン、エリオット　1992（1970）『医療と専門家支配』進藤雄三・宝月誠訳、恒星社厚生閣。

松岡悦子　1985『出産の文化人類学』海鳴社。

松岡悦子 2014『妊娠と出産の人類学』世界思想社。

安川康介・野村恭子　2014「日本の医学界におけるジェンダー平等について」『医学研究』45（4）: 275-283。

ユアール、ピエール、ジャン・ボッシー＆ギ・マザール　1993（1978）『アジアの医学』赤松明彦・高島淳・萩本芳信訳、せりか書房。

姚毅　2011『近代中国の出産と国家・社会』研文出版。

段忠玉・李東紅　2014「多元医療模式共存的医学人類学分析」『学術探索』9: 66-71。

崔箭　2007『中国少数民族伝統医学概論』北京：中央民族大学出版社。

景洪県地方誌編纂委員会　2000『景洪県誌』昆明：雲南人民出版社。

林艶芳　2006『傣医薬文化』昆明：雲南教育出版社。

劉因華　2008「浅談傣医薬的研究状況与発展前景」『中国民族医薬雑誌』10: 3-6。

西双版納傣族自治州民族医薬研究所・西双版納傣族自治州傣医医院　2001『西双版納傣族自治州民族医薬研究所 西双版納傣族自治州傣医医院誌』昆明：雲南民族出版社。

西双版納年鑑編輯委員会　2001『西双版納年鑑2000』北京：北京燕山出版社。

西双版納州民族薬調研辦公室　1980『西双版納傣薬雑誌2』景洪：西双版納州科技委員会・西双版納州衛生局。

張麗・郭兆剛・呉道顕　2011「傣医薬高等教育人材培養体系的理論和実践探討」『雲南中医学院学報』34(5): 59-61。

章立明　2011『結構与行動――西双版納傣泐家庭婚

姻的社会性別分析』北京：人民出版社。
諸国本　2006『中国民族医薬散論』北京：中国医薬科技出版社。

インターネット資料

滇西応用技術大学公式ホームページ
http://www.wyuas.edu.cn　2019 年 12 月 19 日閲覧。

（2019 年 11 月 14 日受理）

A Gender Study on the Succession and Creation of Ethnic Doctor: A Case of Dai Ethnomedicine in Xishuangbanna, China

Misato Isobe

Keywords
China, Dai ethnomedicine, Ethnic doctor, Gender

The practices and knowledge generally referred to as Chinese Medicine is the origin of kampo, which was originally brought to Japan from China and descends from the medicine cultivated by the Han people, who are currently approximately 92% of the population of China.

However, in China, there are at least 55 minority populations beyond the Han people. Most of these have their own approach to illnesses and health, rooted in their own cultures, and their practices and knowledge are called 'ethnomedicine'. Since 1980, following official recognition by the Communist Party, collection of resource materials and translations of the literature for 'ethnic medicine' has progressed.

This paper examines the figure of the ethnic doctor in Dai medicine, in use by the Dai people, living in the Dai Autonomous Region of Xishuangbanna in Yunnan province, with a gendered perspective. Due in part to the spread of modern medicine, there are no specific statistics that state how many ethnic doctors exist in the villages and whether or how many people are receiving treatment from them. Therefore, the author visited 68 Dai villages in the region and conducted an oral survey of the number of ethnic doctors in each village, their specific treatment contents, and their background to be ethnic doctors. The results showed that in this region, male traditional doctors have accepted authority as traditional physicians through their inherited knowledge, and women are generally excluded from this. Additionally, it was found that as acknowledgment of ethnic medicine is growing, a new inheritance system that avoids androcentrism is emerging.