

ラオスの医療資源—ラオス医療システムの適切な理解のために—

Medical Resources in Lao P.D.R.: For appropriate understanding of the Lao Medical System

岩佐 光広
Mitsuhiro IWASA

Summary: The purpose of this article is to report the findings of various medical resources in Lao P. D. R. Many studies and practices of health care of Laos have based on the medical system focusing on only biomedicine through modern developmental gaze. However such system is not proper because Lao people have practiced various health cares such as self care and folk one. Examining the medical ethnographic findings of the rural area of lowland Laos, various medical resources are described and the basis for appropriate understanding of Lao medical system is presented.

Keywords: Laos, medical resources, sectors, medical anthropology

I はじめに：問題の所在とその背景

ラオス人民民主共和国（以下ラオスと省略）は、東南アジア大陸部インドシナ半島の中央に位置する社会主義国である。メコン河に沿って南北に伸びる国土は約 24.7 万平方キロメートル、その 4 分の 3 を山岳部あるいは高地が占め、四方を中国、ヴェトナム、カンボジア、タイ、ミャンマーと接する。総人口 583.6 万人（女性 295.1 万人、男性 288.5 万人）を有する [Committee for Planning and Investment and National Statistic Centre 2005:24]。50 以上の民族集団が混住する多民族的状況にあり、彼らは居住形態（居住地の高低や生活様式）によって「ラーオ・ルム（低地ラオ）」、「ラーオ・トゥン（山腹民）」、「ラーオ・スーン（山頂民）」に分類され、「ラオス国民」として範疇化されている¹。

「東南アジアの忘れられた土地」や「忘れられた国」と称されるように [Jerndal 1998:811]、これまでラオスは政治経済の面でも研究の面でもあまり注目されてこなかった。その背景には、近隣諸国の影に置かれてきた東南アジア政治経済史での位置付けや、内戦やその後の研究活動の制限という国内の歴史的條件が影響している。しかし、近年になり国際協力活動が活発化していく潮流の中で、国連の基準で「後発開発途上国（Least Developed Country: LDC）」の一つに挙げられるラオスは開発援助の対象としてにわかに脚光を浴びるようになった²。開発というまなざしのもとでラオスは「再発見」されることになったのである。

ラオスにおいて開発援助が実施されるとき、経済、農業、インフラ整備、教育などとともその対象となったのが保健医療の領域であった。天野は、ラオス政府機関によって実施された統計資料を基に衛生指標上の推移について概観し、「保健衛生上の指標は過去数年間に多少の改善を見たものの、乳幼児死亡率など依然として高い値で推移して」おり、

「ラオスの保健医療事情が国際基準から見て、近隣諸国と比較しても極めて劣悪であることは認めざるをえない」と指摘する〔天野 2003:163〕。こうした状況を改善すべく、国際援助機関をはじめ、各国の政府開発援助（ODA）、非政府組織（NGO）が続々と保健医療プロジェクトに着手したのである。

このとき主要な対象となったのは生物医療（biomedicine）、疫学、公衆衛生学を前提とした保健医療問題、たとえば感染症や寄生虫の対策、医療制度の再建、医療施設の建設などである。開発のまなざしとは、言うなれば「近代化のまなざし」である³。ほとんどの現代社会において「医療は専門家集団によって制度的枠組みの中で行われるのが一般的」〔佐藤 2003:13〕である。ここでポイントとなる専門性や制度は、「(近代) 科学」と「(近代) 国家」という近代的イメージと密接に関連している。「近代西洋医療（modern western medicine）」や「コスモポリタン医療（cosmopolitan medicine）」とも称されるように、生物医療は生物科学を背景とし、世界規模で制度化されており、こうしたまなざしとまさに合致するのである。開発のまなざしは生物医療のまなざしとしてラオスに具体化され、そのまなざしを前提とする医療システムを構築し、その結果として多くの保健医療研究は生物医療をそのまま医療システム全体であるかのごとく見なしているのである〔クラインマン 1992:60〕⁴。

しかしながら、様々な医療民族誌（medical ethnography）が描き出しているように、それぞれの社会には程度の差はあれ複数の医療資源が並存しており、人々が健康を維持・増進し、病気や怪我に対処しようとするとき、その選択肢は複数存在することになる⁵。当然ながらラオスにも生物医療だけでなく伝統的に営まれてきた医療実践も存在し、人々はそれらを用いながら自身の健康問題に取り組んでいるのである。この「医療多元論（medical pluralism）」と呼ばれる立場に立ったとき、上述の生物医療に特化した医療システムの理解は、生物医療の組織構造やサービスを説明するにとどまり、それ以外の医療資源を見落としてしまっている点で不十分だと言える。

多元的医療状況を見ていくとき、マクロ・レベルで分析された統計データを重視する研究（量的研究）だけでは十分ではない。システムの全体像を把握するという点ではこの手法は有効であるが、得てしてこうした調査・分析では日常的な医療実践が軽視あるいは無視されがちだからである。様々な医療資源が活用され、それらが分節／接合されていくのはまさにこの日常実践においてであり、したがってこうしたミクロ・レベルでの実践を具体的に分析していく調査研究（質的研究）が不可欠となる。マクロ／ミクロ、量的／質的それぞれの研究を相互に補完していくことで、より適切な医療システム像を描き出すことができるのである。

だが、残念ながら、ラオスの保健医療に関する研究、特に現地調査に基づく質的な研究は圧倒的に少なく、限定的な情報しか得られないのが現状である。そこで本稿では、ラオス低地農村部において実施した医療民族誌的調査の知見をもとに、人々の間で日常的に利用されている医療資源を網羅的に整理していく。その際、医療人類学者であるアーサー・クラインマンによって提示されたヘルスケア・システムのモデル、特にその内部構造を分類したセクター概念を用いる。ここから、ラオスの実状に適した医療理解のための基礎を整えていきたい。

II 調査の概要と分析概念

1 調査地と調査方法

本稿で用いるデータは、ラオス、特に中南部地域の低地農村部において実施した調査に基づくものである。主な調査地域はサワンナケート県 SK 郡 L 地区である。県北西部に位置する SK 郡の一地域である L 地区は、郡の中心地から 10km ほどの距離にあり、郡の医療施設の利用が比較的容易である⁶。またラオスを南北に繋ぐ国道 13 号線が郡の中心地を走るため、県の中心地であるサワン⁷、ラオス南部の中心地であるパクセーにある医療資源も選択肢に入ってくる。こうした地理的条件から L 地区の分析は、現地に限定されないより広範な医療資源の利用を視野に入れることができる。

L 地区は 1970 年代までは SK 郡の中心地であった。6 つの村から構成され、3 村ずつ北部と南部に分かれる。世帯数と人口の規模は、北部が 526 世帯、3034 人（女性 1573 人、男性 1461 人）、南部が 175 世帯、1035 人（女性 530 人、男性 505 人）である（2005 年時点）。主要な民族集団はプータイ（*Phouthai*）でラーオ・ルムに分類される。主な生業は、灌漑水稲による農業と漁撈で、狩猟採集活動も行われている。現金収入は、基本的には生業活動で得たものや手工芸品を売ることによって得ているが、近年になりタイへの出稼ぎや、女性ならば機織の下請けなども盛んになってきている。1990 年代中頃から電気と水道の利用が始まり、バイクやトラクターの利用も増えている。

この集落に 2004 年 2 月から 2006 年 10 月までの約 20 ヶ月間、断続的に滞在しながら調査を実施した。これは文化人類学的方法論を背景とした医療民族誌的調査である。文化人類学の調査方法を一文にまとめるならば、「ある程度の期間（半年から 2 年ほど）、対象コミュニティに住み込み、その言語を習得しながら、そこで日々営まれる実践に調査者自身も関わりながら（参与観察）、対象者の理解への接近を試みることで、対象コミュニティの社会-文化的背景を理解していく営み」と言えよう [ヘンドリー 2002:2-8; McElroy and Townsend 1989:57-59; 渡邊・杉島 2002]。こうした実践を通して対象者寄りに変化していく自分自身の理解と、参与観察やインタビューから得られたデータ（≡対象者の理解）、文献や統計資料などの二次資料を紡ぎ合わせることによって構築されるのが民族誌的知見である。

本稿では、対象地域で得た民族誌的知見の中から医療現象に関する部分を取り上げる。ここには、現地の人々の医療実践の参与観察やインタビューから得た一次資料とともに、地区内のヘルス・センター、郡病院、県病院、国立の省庁や機関から得た二次資料も含まれる。これらのデータを紡ぎ合わせることで、ラオスの医療実践と医療資源を描き出してみたい。なお、特に断りがない限り本稿の「民族誌的現在」はこの調査時期を指すものとする。

2 分析概念の整理：クライマンのヘルスケア・システムとセクター概念

まずアーサー・クライマンによるヘルスケア・システムとセクター概念をまとめ、その問題点を踏まえたうえで、本論で用いる分析概念を整理したい。

医療人類学者であり精神科医でもあるクライマンは、台湾とアメリカで実施した医

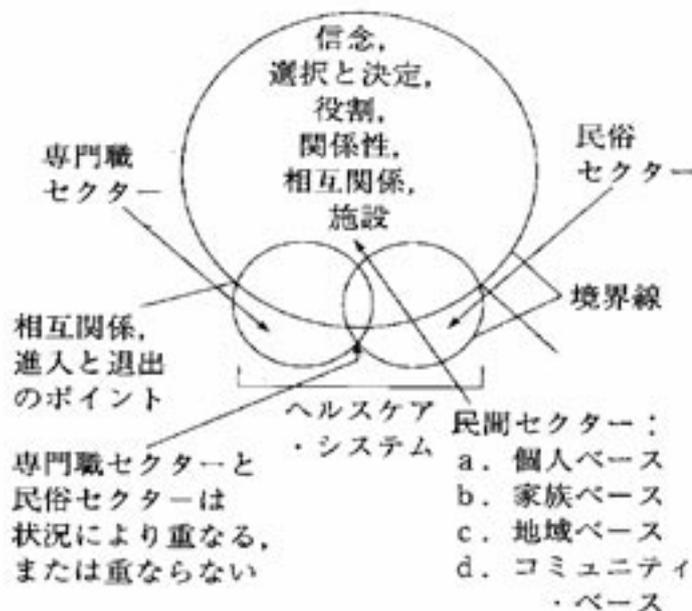


図1：ヘルスケア・システムの内部構造 [クラインマン 1992:30]

療民族誌的調査を通して、それまでの医療人類学的知見を批判的に統合したヘルスケア・システムのモデルを提示した [クラインマン 1992]。クラインマンはヘルスケア・システムを一つの文化システム (cultural system) とみなす。医療とは「社会的制度と人びとの相互作用のパターンを特定の方法で秩序づける象徴的な意味のシステム」であり、ヘルスケア・システムとは、「病気と治療に関わる人々の知識、病気の原因をめぐる信念のパターン、治療法の選択や評価を支配している規範、さらには社会的に是認された地位、役割、権力関係、相互作用場面、諸制度」を含みこみながら「病気に関連した社会的な諸要素を統合」するものなのである [クラインマン 1992:25]。

その物質的基盤（ではあるが社会-文化的意味付けも伴う）を構成するのが、多様なヘルスケアの提供源、つまり医療資源 (medical resources) である。クラインマンのヘルスケア・システムの内部構造の分類に即して言えば、それらの資源は「民間セクター (public sector)」、「民俗セクター (folk sector)」、「専門職セクター (professional sector)」という、相互に関係し影響し浸透し合う三つの部分に分けられる (図1を参照)。

民間セクターは、「個人、家族、社会的ネットワーク、地域社会の信念と活動を内に含む一つのマトリックス」であり、「職業ではなく、専門家が働くのでもない、素人の民間文化の場」である [クラインマン 1992:54]。そこでの最も基本的な活動が「セルフ・ケア (self care)」である。セルフ・ケアは明確に定義することは難しいが、個人、家族や親族、地域コミュニティといった最も身近なレベルにおいて、自らの健康の維持・増進、健康問題の認知およびその対処を行う過程と、一先ずまとめることができよう [ハルドンほか編 2004:40-43]。はじめに身体の不調を把握し、同定し、対処するのは自分自身であるが、ここでは家族や近親者も重要なアクターとなる。家族 (世帯) は薬などの物的資源、知識や経験といった情報資源を共有する最小の集団だからである。また、世帯間で薬を共有したり、都市部で得てきた医療情報をコミュニティ内で共有したりという実践もしばしば見ら

れる。西洋社会でも非西洋社会でも、このセクターでの実践が最も活発で幅広いものであり、クラインマンは7割以上の健康問題がこの領域においてのみ対処されていると指摘する [クラインマン 1992:54]。

専門職セクターは、治療専門職者によって構成される医療領域であり、法的に正統性を与えられている。現代社会の大半においてこの領域を担っているのは生物医療の専門家であり、医療システム全体の中でしばしば支配的な位置を占めている。そのアクターは主に生物医療の医師や看護師、パラメディカル・スタッフによって構成される。彼らは専門的な知識に基づき、制度化された手続きに則して治療実践に取り組んでいく。地域によっては職業化した地域固有の医療形態も存在し、例えばアユルヴェーダ、ユナニ医学、伝統的中国医学などがこのセクターに加わることもある。

民俗セクターは、地域に固有の民俗的施術者によって構成される領域であり、多くは非専門職的、非官僚的で、法的には正統性を付与されていない医療形態である。このセクターは、一部は専門職セクターと関連し、大部分では民間セクターと密接に関わっており、徐々にそれぞれのセクターに融合していく [クラインマン 1992:63]。主要なアクターとして霊能師、占い師、薬草師、骨接ぎ師、伝統的産婆などが挙げられる。

セクター概念は、それまでの生物医療に限定されがちな医療の理解に対し、様々な医療資源と実践を同定することが可能であり、それらを統合してその地域に特有の医療システムを概観することが可能だった点で画期的であった。

けれども、この概念は多面的な医療状況を認識する上での問題点も孕んでいた。複数の医療資源が混在する状況は様々な医療実践の積み重ねの結果であり、多彩な医療実践は多様な医療資源を背景として営まれる。そして、こうした循環的で動的な医療状況と連動して医療をめぐる認識、理解、解釈も再生産されていく。この3つの次元は循環的な関係にあり、相互に影響を及ぼしながらそれぞれに変化していくのである [Brodwin 1996:14-17; 190-201]。クラインマン自身こうした実態を認識しながらも、その分析においてはセクターというラベルを貼ることで静的、固定的に医療現象を整理してしまっただけのことがある (池田 [2001:68]、Kleinman [1997:5-15] を参照)。つまりこの概念には、多様な医療資源、実践、認識が動的に混淆しているという経験的事実を、抽象的理念型で静的に理解してしまう危険性があるのである。

とはいえ、多面的医療状況における循環的過程の全体を一度に描き出すことは困難である。上記の危険性を回避し、段階的に分析を進めるためには、「医療多元論」における人びとの行動と人びとが利用する医療資源を区分して考える [池田 2001:68] という認識論的手続きが要請され、両者の知見を弁証法的に検討していくことが必要となる。コミュニティ・レベルの医療資源を整理するという本稿の試みは、現在ラオスにおいて支配的な生物医療的理解に対し、多様な医療形態を視野に入れた議論を展開していくための門戸を開く試みであるとともに、この段階的分析の最初の作業でもある。これらの作業を遂行するにあたってクラインマンのセクター概念は、先述したような問題点を意識した上で用いるのであれば、包括的な観点から多様な医療資源を整理していくうえできわめて有効な分析概念となるのである。

Ⅲ ラオスの医療資源の概要

ローカルな医療システムに目を向ける前に、まず背景的な理解としてラオス全体を概観しておこう。ここでは主にラオス政府による統計データと多地域で断片的に収集された民族誌的知見を用いる。

ラオスにおいても、医療システムの基礎を成しているのは民間セクターであり、その中心的実践はセルフ・ケアである。1994年に実施された Vinar による治療希求行動に関する調査では、ラオス国民の3分の1がセルフ・ケアを実践している [Vinar 1994、しかし引用は Ministry of Health et al. 2000:47 より]。また2000年に実施された「ラオス保健調査」における「治療希求行動」の調査（調査より2週間以内で体調不良のあった人に対し、どのような対処をしたかを質問する）では、ラオス全土で5割以上がセルフ・ケアを実践していることが明らかになった（北部63.3%、中部33.8%、南部56.7%） [Ministry of Health et al. 2000: 47]。その実践内容としては、食事療法や休息、製薬や生薬の服用、薬草サウナやラオス式（タイ式）マッサージ、専門家とは見なされない専門職能者による施術（詳細は後述する）など様々なものが挙げられる。

ラオスの専門職セクターを占めるのは生物医療である。フランス植民地期以降、特に20世紀後半からの国際保健活動を通じてラオス全土に浸透していった。生物医療は3つのセクターの中で制度的に体系化されている唯一のものである。保健医療行政システムとしては、保健省を頂点に、県保健局、郡保健局、郡管轄のヘルス・センターが3-10村に一つ設置され、各村にはヘルス・ボランティアがいる。同様に医療機関としては、上記のヘルス・センターを底辺とし、郡病院、県病院、地方病院（県病院の一つが地域病院として幾つかの県をまとめたもの）、最後に第3次医療と教育の担い手となる国立病院・専門病院がある [天野 2003:167-8]。人的資源の不足や提供されるケアの質の問題などはあるものの、こうしたピラミッド型の組織が全国規模で展開されている（表2を参照）。

民俗セクターを構成するのは、伝統的に利用されてきた生薬と、仏教や精霊祭祀などの宗教的世界観に基づいた民俗的治療実践である。その実践は地域によって変化があり、生物医療に比べて多様な展開を見せる。多民族が構成する「ラオス人」が信奉する宗教を概観すると、仏教、ブラフマニズム（ヒンドゥー教的伝統）、精霊祭祀が主で、他にも祖先祭祀、キリスト教、イスラム教などが挙げられる。先述した民族分類ごとに信奉する宗教を概観すると、ラーオ・ルムはほとんどが仏教、ラーオ・トゥンは精霊祭祀か仏教、ラーオ・スーンは精霊祭祀かキリスト教と大別することができよう [林 2003:211-212]。それぞれがそれぞれの世界観をベースとした医療実践を有する。例えば仏教的施術では、ブラフマニズムと融合した形で存在しており、厄払いの儀礼やお守りや聖水の作製などが行われる。このこうした実践は、一方では僧侶組織運営の一環として仏教寺院において仏教僧によって実施され（職位の一つに「社会福祉部（伝統医療）」がある [林 2003:218]）、もう一方ではそうした技能を有する者が還俗後コミュニティの専門職能者として実施する場合もある。また精霊祭祀であれば、精霊が原因とされる健康問題の対処として、原因同定のための占いや精霊と交渉するための家畜の供犠（スイギュウやブタ、ニワトリなど）などが行われる。だがこうした実践は様々な点で融合し合っているため、厳密に分類するこ

表1：ラオスの治療希求行動

(n=959)		治療の選択肢									
		セルフケア	霊能師	ヘルス・ボランティア 伝統的産婆	薬局	ヘルス・センター	村内にいる医療者	郡病院	県病院	中央病院	合計
性別	男性	51.8	1.5	4.0	18.0	5.7	5.0	7.0	4.8	2.0	100.0
	女性	54.3	0.8	2.3	19.5	5.0	4.5	7.0	4.9	1.7	100.0
地方	北部	63.3	1.2	2.8	14.7	6.0	0.8	5.2	5.6	0.7	100.0
	中部	33.8	0.5	4.1	25.2	10.7	2.7	9.5	6.3	7.0	100.0
	南部	56.7	1.1	2.9	17.6	2.5	8.4	7.1	3.8	0.2	100.0
地域	都市部	33.5	0.4	0.8	28.0	4.7	9.6	9.5	7.6	5.7	100.0
	農村部	60.6	1.3	3.9	15.2	5.2	3.6	6.1	3.7	0.4	100.0
国全体	-	52.9	1.0	3.0	18.7	5.3	5.2	7.1	4.9	1.9	100.0

出典：Ministry of Health et al. [2001:47]

表2：ラオスの医療施設数の変遷

	1976	1980	1985	1990	1995	2000	2005
中央病院	4	4	4	8	8	3	3
地域病院	-	-	-	-	-	5	5
県病院	12	13	18	17	18	13	13
郡病院	96	102	107	115	122	121	127
ヘルス・センター	294	610	994	937	521	533	746
クリニック	-	-	-	-	-	-	147

出典：Committee for Planning and Investment and National Statistics Centre [2005:107]

をもとに筆者が作製。

とは難しい⁸。

ラオスではアユルヴェーダなどの伝統的医療形態は制度化されてはいないが、伝統医療（民俗セクター）と生物医療（専門職セクター）の併用が国策となっており、様々なレベルでその使用に努力が払われている [天野 2003:178]。1976年には伝統医療の研究機関として「国立伝統医療研究局」が設立され、国内外の実践者・研究者による調査研究が進められている。しかし、ここで取り上げられる「伝統医療」とは主に生薬のことであり、宗教的民俗的施術はほとんど含まれていないのが現状である（むしろこうした実践は、生物医療の立場からしばしば問題視される）。とはいえ、政策レベルでも専門職セクターの一部に民俗セクターが組み込まれている点は、ラオスの医療システムの一つの特徴と言えるだろう。

IV コミュニティ・レベルの医療資源：低地農村部 SK 郡 L 地区の事例

1 民間セクター

L 地区においても民間セクターでの実践がヘルスケアの基本を成している。栄養のある食事や清潔な住居など、生活環境を整えていくことが最も基本的な健康の維持・増進の実践になる。より積極的な実践としてエクササイズ、特にスポーツが楽しまれている。バレーボールが好まれ、夕方になると学校のグラウンドや刈入れ後の田んぼにコートを作って行われている。若い世代が中心だが、中年世代も加わることもある。最近都市部で盛んになっているジョギングやウォーキングのようなエクササイズは積極的にはされていないが、高齢者の中で「健康のために意識して歩くようにしている」と語る人もいる。

健康問題が生じたとき、その対処において重要な位置を占めるのは服薬である。製薬の供給源は多様である。郡の中心地にある病院や薬局、地区内にある薬局での購入が一般的である（L 地区には公的な薬局が一軒ある）。また元医療者が郡の中心地でまとめて購入した一般的な製薬（解熱剤や痛み止め、下痢止め、栄養剤など）を転売したり、一般の人が個人的に入手した製薬を売買したりすることもある。最近では、新装されたヘルス・センターで購入する姿も見られるようになった。

製薬の利用は二種類に分けられる。一つは自分で症状を判断し製薬を購入し使用する場合である。発熱や下痢などの一般的な体調不良に関する製薬の知識が普及しているため、軽度の症状の場合は自身で判断し購入していることが多い。もう一つは製薬の知識を持つ者に相談し処方してもらう場合である。例えば、L 地区南部には県病院で働いていた元看護師の女性がいる。彼女は自身で薬を購入し、簡単な問診をして製薬を処方したり、栄養剤などの注射を行ったりしている。また北部には郡病院の現役の医師が住んでおり、病院の活動とは別に要請に応じて製薬を処方したり簡単な治療を行ったりする。退職医療従事者はラオスの 6-7 割ほどの村に存在するといわれており [天野 2003:169]、彼らは当地区においても製薬をはじめとするヘルスケアの重要な供給源として利用されている。

同時に生薬の利用も盛んである。生薬に関する知識は、薬草師をはじめ、地区内の長老格を中心として一般の人々も有している。そうした知識を有する者に相談し処方してもらうこともあるし、自分で森に生薬を採りに行き用いる人もいる。利用される生薬は植物性のものが一般的で、木の枝や樹皮、葉などを煎じて飲用する。またすり潰して患部に塗りつけるものもある。製薬が病気の対処に用いられるのに対し、生薬はそれと同時に健康維持・増進のために積極的に利用されている。生薬を煎じたものは、身体を丈夫にし、体調を整える効用があるとされており、日常的に飲用される。健康問題が生じたときのみ利用される製薬に対し、生薬は日常的に利用されており、その点でより身近な医療資源と位置付けられている。ラオスでは生薬を利用したサウナやマッサージも伝統的に行われているが、当地域ではあまり行われていない。

2 専門職セクター

SK 郡の専門職セクターを構成するのも生物医療である。その代表的な施設としては、郡病院 1 棟、クリニック 4 棟、ヘルス・センターが 10 棟ある。14 村に一つの割合でヘルス・センターがあり、郡の中心地には郡病院とクリニックがあることになる。

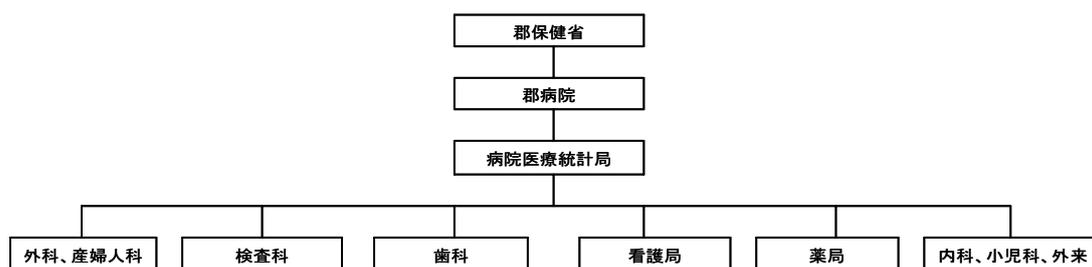


図2：郡病院の組織図

表3：郡病院の医療スタッフ

等級	役職	合計	女性	男性
上級	医師	3	-	3
	歯科医	1	-	1
中級	医師	5	4	1
	歯科医	2	1	1
	薬剤師	1	1	-
	医療技術者	2	2	-
下級	看護師	2	1	1
	看護師	14	11	3
	合計	30	20	10

出典：SK 郡保健省の統計資料をもとに筆者が作成。

L 地区に目を向けると、専門職セクターの最もローカルなヘルスケア提供者としてヘルス・ボランティアが挙げられる。「オー・ソー・ポー」(ラオス語でヴィレッジ・ヘルス・ヴォランティアの頭文字を取った略称)と呼ばれる彼らは、村の規模に応じて数名が選出され、それを郡および県保健局が承認し、一定期間のトレーニングを行う。トレーニングに関しては一定の基準があるようだが、それぞれの地域の予算に応じて実施されているのが実状のようである。日々の健康問題の相談や簡単な処置を行い、保健医療関係のプロジェクトが実施される際にはキーパーソンの一人となって活動する。

施設として最もローカルなものはヘルス・センターである。それはちょうどこの地域の北部と南部を分ける中心地にある。ヘルス・センターの一角が増築中の小学校の教室として貸し出されており(資金不足のために工事が頓挫していた)、ほとんど機能していなかったが、2005年夏季にヘルス・センターの改築が終わり、機能を再開した。月曜日から金曜日までの午前(8:00-11:30)と午後(13:00-16:00)に営業しており、郡病院から派遣されたスタッフ(医師1人、看護師1人)が常駐している。問診を行い、薬を処方するか簡単な処置(傷の縫合や当て木など)を行う。重篤な場合は郡病院へ行くことを勧める。

地区内の医療資源で対処できない場合、郡の中心地にある郡病院かクリニックに行くことになる。郡病院の組織と構成員は下記のようになっている。郡保健省を頂点に、郡病院と統計局があり、その下に外科・産婦人科、検査科、歯科、看護局、薬局、内科・小児

科・外来の6つの科が設置されている（図2を参照）。ベッド数は30床であるが、実際に入院可能な人数は10人前後である（2005年10月に郡病院の医師にインタビューを行ったとき7人が入院しており、これより人数が増えると対処が難しくなると述べていた）。この病院では虫垂炎や避妊処置などの手術を行うことができる。郡病院のスタッフは全30人である。上級医療スタッフは4人おり医師と歯科医が、中級スタッフは12人おり医師、歯科医、薬剤師、医療技術者、看護師が、下級スタッフは14人おり看護師がいる。この等級は就学年数によって分けられており、上級6-8年、中級3-5年、下級3年未満となっている（表3を参照）。

クリニックは郡の中心地に4軒ある。郡庁の調査によるとSK郡のクリニックは全4軒なので、そのすべてが郡中心地に集中していることになる。クリニックと郡病院を分ける最大の特徴は、前者は私的な施設であり後者は公的機関である点と、入院施設の有無（クリニックには入院施設がない）である。私的な診療所であるクリニックは郡病院よりも料金は高額になるが、郡病院にはない検査機材を装備していたりする。同郡にあるクリニックの一つの概要を見てみよう。ここでは小児科、内科、産婦人科を扱っており、スタッフは医師が1人、看護師2人、その他のスタッフが2人である。このクリニックには郡病院にはない超音波検査機があり、内臓の疾患や胎児の状態を調べたりもできる。1日に10人前後の外来患者が来る。主なクライアントは発熱を伴う症状の子供（マラリアや肺炎の検査のため）と妊婦（エコーによる妊婦検診のため）である。入院施設がないので、重症の場合は治療を施し、郡病院に搬送し入院することになる。

郡病院やクリニックでは、十分な機材や人材がなく検査や治療に限界がある。更なる手術や入院の必要が生じた場合、患者の多くは県の中心地であるサワンやラオス南部の中心都市パクセーにある県病院に行く（どちらも地方病院としての役割も担っている）。当郡は国道に沿ってあり、車でならばサワンまで1時間半ほど、パクセーまでは3時間ほどで着く。これらの施設へのアクセスが比較的容易であるためこうした選択が生じると考えられる。また資金的に困難であるので一般的ではないが、サワンナケート県病院から救急車を呼ぶことも出来る。これらの県病院ではより高度の治療を受けることができ、製薬の種類なども豊富である。交通事故などの精密な検査が必要な場合は、郡病院で最低限の処置をし、直接県病院に搬送する。

より本格的な治療を受けようとする場合、首都ヴィエンチャンにある中央病院であるマホソット病院やセタティラート病院などに行くこともあるが、料金の問題、移動の問題などがあり一般的ではない（村内の高齢者の一人で定期的に検診と治療を受けるために通院をしている例もあるにはある）。またより高度な治療を求めて隣国のタイの病院に行くこともある。同村のある僧侶は、腹水がたまり手術が必要な状況になったとき、パクセーの病院からタイの病院へと搬送され、手術を受けたそうである。

こうした医療機関とは別に、国内外の保健医療プロジェクトによる生物医療的ヘルスケアの提供も専門職セクターの一部と考えられよう。そのスタッフが村内で健康診断を実施し、処置、製薬の配布、保健教育や医療情報の提供を行うこともある。また調査集落の近隣には、1900年頃にキリスト教ミッションが訪れ教会を建てた集落がある。1970年前後、その集落に白人医師が逗留していた。詳細は不明であるが、彼らはフランス人と言われており、キリスト教の活動の一環として医療活動を行っていたようで、定期的に近隣の村を

巡回していた。L地区にも訪れ検診を行ったっており、学校での検便なども実施していた。低価格でケアを提供しており、当時は十分には受けられなかったマラリアの治療なども行っていたので、人々への評判は高かったそうである。1975年のラオス独立をきっかけに帰国してしまい、その後彼らのような医師は訪れていない。こうした不定期な形の医療資源も健康問題の対処において重要な資源となる。

3 民俗セクター

調査地域の民俗セクターの中心的実践（民俗的施術）は、仏教・ブラフマニズム・精霊祭祀が融合した宗教的伝統を背景とするものである。

民俗的施術として最もよく見られるのは「パオ」と呼ばれる施術である（図3参照）。ラオス語で「パオ」は「(息や液体を)吹きかける」ことを意味する。火を灯したロウソクを手に持ち、乾燥したビンロウジを噛みながら呪文（カーター）をつぶやく。区切りのところでロウソクの炎をいったん口に含み、それからクライアントの患部に息を吹きかける。この施術の主な対象は怪我（打ち身や捻挫）や不定愁訴（頭痛や身体のだるさ）である。

植物性の生薬（ヤー・ハークマイ）の利用も一般的である（図4参照）。腹痛などの体調不良には何種類かの枝や葉、樹皮を煎じたり、削って水に溶かしたりして服用する。打ち身や捻挫の場合、薬草を潰し湿布代わりに患部に塗ったり、患部にゴマ油を塗りそこにパオを行ったりもする。民間セクターのところで触れたように、こうした生薬は治療のためだけでなく滋養強壯の目的でも日常的に飲用されている。また、出産後の女性は「ユー・ファイ（火元にいる）」あるいは「ユー・カム」と呼ばれる実践を行う（図5参照）。これは、1週間から1ヶ月ほどの期間、肉類を食べないなどの食事制限をしながら、火元の近くに置かれたベッドの上で過ごし、身体を温めることで産後の肥立ちを良くする実践である。このとき頻繁に飲用されるのが生薬を煎じたもの（ナム・ハークマイ）であり、そのことで体内を温める。また身体の外側も温めるためにそれで水浴びも行う。

他には、仏教僧や還俗した専門職能者（民間ブラフマン）によって行われる「シア・コ」あるいは「ケーラーフー」と呼ばれる厄払いの儀礼もしばしば行われる。この儀礼では「カトーン」と呼ばれる、バナナの茎で作った四角形もしくは三角形の供物を用いる（図6参照）。まずバナナの茎を平らに伸ばし、それを並べ正方形の底を作る。バナナの茎でその周りを囲み、その中を9つに区切る。区切られた枠の中に米やタバコ、ビンロウジュの葉、バナナの茎などで作った動物や魚の代替物を供物としてそれぞれ入れていく。カトーンの四辺の一方には、これもバナナの茎で作った人形を置き、それに布をつけ服を着せる。これは一体だけのときもあるが、男女二対作るときもある。その反対の一方には、「テーワダー（神祇）」を招き入れるための「門」を竹ひごで作る。次に四辺に竹ひごを挿し立てていくのであるが、それは小さな白い紙片や様々な色の糸で飾り付けられている。最後に、周囲に立てられた竹ひごを囲むように綿糸で数回巻きつけることで完成する。このカトーンは「人間の生活世界の縮図」と言える。カトーンの中の一辺には人間（男女）が服を纏って立ち、その中の区切られた部分は「部屋」あるいは「家」と見なされる。その中に入れられている供物は人間の生活に必須のもの（米や家畜、タバコなど）で構成される。周囲に立てる竹串は木々あるいは森を現しており、それを綿糸で括ることによって一つの世



図3：パオを行うモー・ラーオ



図4：数種類の草木を一括りにまとめた生薬



図5：ユー・ファイをする出産直後の女性



図6：シア・コ儀礼で用いる供物「カトーン」

界となる。この「人間の世界」の一部分に門を作り、そこからテーワダーを招き入れ祝い敬う。そして、病気が治り、痛みが去り、健康を取り戻せるように、これからの生活がよりよいものとなり、平穏に暮らしていけるように願うのである。同時にシア・コ儀礼では厄災を捨て去ることも目的となる（ラオス語で「シア」は「捨てる」、「コ」は「厄災」を意味する）。その儀礼の対象となる人の身体に一握りの蒸したもち米を数度つけ、それをカトーンの中に入れる。こうすることによって厄災をもち米につけて取り、カトーンを家の外に持ち出し一緒に捨て去るのである。

また精霊や厄災から身を守るためのお守り（コーン・ディー）もある。銅版や金版に呪文を書き込み、それを筒状に巻いたもので、綿糸を通し首や腕に巻いておく。これは子供や何らかの不運のあった者が身に付けている。

民俗的施術を行う専門職能者は総称して「モー・ラーオ」と呼ばれ、生物医療の医者とは区別される。ラオス語で「モー」は「専門職能者」を、「ラーオ」は「ラオスの」を意味し、「ラオスの医者」と訳せるだろう。彼らはその実践によって更に分類される。たとえばパオを行う施術者は「モー・パオ」、民間生薬の専門家は「モー・ヤー・プムウアン」、精霊に関するお守りや、身を清めるための聖水を作る者は「モー・ピー」、病気や不運の原因を同定し、その対処法を示す「モー・ドゥー」などである。こうした民俗的施術者は、一般にモー・ラーオと総称されたり、モー・ヤー・プムウアン、モー・パオ、モー・ピーなどと分けて呼ばれたり、呼び方が一貫していない。多くの場合同一人物が複数の技能を有しており、こうした分類は明確ではないからである。したがってこれらの分

類は「一種の役割類型」[林 2000:259] と見なすのが適切であろう。

次にL地区の専門職能者について具体的に見ていこう。C氏(70歳男性)は首都ヴィエンチャン、ラオス北部のルアンパバーンやカシーなどで20年以上の出家経験を持ち、その出家期間に寺院に保存されていた貝葉(バイラーン)を読み施術のための呪文や生薬に関する知識を習得し、山森での修行で精霊に対する実践を体得した。寺院での治療経験もある。還俗後、調査村に戻り結婚しモー・ラーオとなった。一ヶ月に10人以上のクライアントを見ている(多い時には数十人のクライアントが訪れる)。その名前は他村にも届いており、村外からも彼を訪ねてクライアントがやって来るし、請われて他村に行くこともある。

彼の行う施術は、パァオ、禳ぎのための聖水作製、お守りの作製などである。その施術の一例を挙げてみよう。クライアントが来ると、まず水の入ったバケツに草木を入れ、呪文を唱えながらそこにロウソクを垂らしていき、呪文が終わったところでロウソクの火を消し終了した。このことで問題の原因の同定を行うとともに、この水は聖水としても利用される。次にクライアントを座らせパァオを行う。それが終わると、その前に作った聖水で禳ぎをするようにクライアントに指示した。もし必要があれば先述したお守りを作製したり、生薬を処方したりして渡すこともある。

K氏(61歳、男性)は、他村に住むモー・ラーオである叔母からパァオのための呪文や生薬の知識を教わった。出家経験はない。はじめは病気になった家族を治療したくて勉強したが、その後うわさを聞いた村人が訪れるようになり、2003年ころから本格的にモー・ラーオとしての仕事を始めた。それまでは特にこうした知識を有しておらず、農業・漁撈に従事していた。現在は主な農作業は息子世代に任せ、自分はモー・ヤーとしての仕事を中心となっている。森までよく生薬を取りに行っている。

Y氏(79歳、男性)は、40代のときに出家し、師からパァオの方法を教わり、貝葉を読んで生薬に関する知識を得た。その後、50歳を迎えた頃から村内でモー・ラーオとしてクライアントを受けるようになった。

K氏とY氏の主な実践は生薬の処方とパァオである。彼らはパァオが得意であると見なされており、体調不良のために彼らのところを訪れるクライアントは多く、近隣の村から訪れる者もいる。その対象となる症状は幅広いが、多くは慢性化したものである。たとえば疲労感、頭痛、腰痛、腹痛(肝臓や腸の不調)、不眠、子供の夜泣き、打撲、捻挫、傷などである。C氏のような聖水やお守りの作製は行わない。

上記の施術者同士の関係は興味深い。たとえばC氏とK氏、Y氏は、お互いの家に頻繁に訪れ、そこに来ていたクライアントに対してそれぞれが施術をすることがある。一緒に連れ立って村内外へと施術に行くこともある。また、他村のモー・ラーオが訪れたとき、C氏とK氏が呪文を書き留めたノートを見せながら、施術について議論しあっていたこともあった⁹。

SK郡役所による調査では、2003年の時点で郡内には155人の伝統的産婆(Traditional Birth Attendants: TBA)が確認されている。L地区にも伝統的産婆はいるが、現在ではほとんど機能しておらず、出産は郡病院でなされることが多い(その後自宅に戻り上述のユー・ファイを行う)。他にも生薬、動物性の軟膏、生薬入りのギブスなどを用いる骨接ぎの存在が報告されているが[Fauveau 1992]、当地域では確認できなかった¹⁰。また村外から生薬

やタイで購入したお守りを売りにやってくる者、要請に応じて他村から民俗的施術や占いをしにくる者もあり、彼らも不定期ではあるが民俗セクターのヘルスケア提供者と言える。

加えて、こうした実践は上述した専門職能者に限定されたものではない。村内の長老格（多くは男性）の中には、専門家とは見られないがこうした技能を有する者もいる。ある男性（50代）は、息子の怪我をきっかけに、当時生薬の行商に来たカンボジア人施術者からパオオのための呪文を教わった。彼は不特定のクライアントに施術を頼まれることなく、親族だけが彼に施術を頼みに来る。専門家ではない形で技能を有する者は、得てして家族や親族をのみ対象に施術を行っていた。

V 治療希求過程に見られる複数の医療資源の利用

最後に上述した医療資源の利用状況の一例として、調査地域で得られた治療希求過程の事例を挙げておく。

【事例1】

クライアントは40代の男性で、腹部がひどく張って食欲がなくなり、呼吸も苦しくなってしまった。初期の段階で異常には気付いたが、自分では特に何もせずいた。症状がひどくなってきて、彼は肝臓の病気であることを心配し、郡病院を訪れた（ラオスでは肝臓の病気が多いと言われており、人々も恐れている）。検査のために一泊したあと、医師から「これは肝臓の病気だ」といわれ、郡病院でこれ以上の治療はできないと告げられた（肝臓の病気の場合、病院での治療は難しく、受け入れを断られることが多い）。

そこで翌日、県病院に搬送してもらい、更に検査を行ったところ、ここでも肝臓の病気という診断を受けた。郡病院同様受け入れできないと言われたが、医師から「肝臓の病気ならばモー・ラーオに診てもらおうといいよ」という助言を受けた。

翌日自宅に戻り、自村のモー・ラーオを訪ねた。そのモー・ラーオはいくつかの生薬を処方してくれた。処方された生薬は木の枝を削って水に溶かして飲むものである。飲むと下痢が続き、一週間ほど飲み続けると徐々に腹部の張りも治まっていった。彼自身は、肝臓の病気は治療することができないと考えているので、今回の症状は肝臓の病気ではなく、肉や魚の生食が原因の腹部の不調であると考えている。

【事例2】

クライアントは他村に住む50代の女性で、施術を受けるために調査村を訪れていた。施術が行われていたのは親戚関係にある家である。10日ほど前から下腹部から胃にかけて痛みを感じるようになった。食事を控えたり休息を取ったりして様子を見ていたが改善せず、5日前に郡病院に診察を受けに行った。医師は軽度の十二指腸炎という診断をし、病院での治療と薬の処方が必要と説明した。だが病院での治療を続けるにも、製薬を購入するにも金がないので、モー・ラーオに治療をしてもらうことにした。親戚関係であったりすると、モー・ラーオの治療は無料あるいは格安で受けることができるからである。また腹部の不調にはモー・ラーオの施術が有効とも考えたからである。施術者は、まずパオオ

を行い、その後生薬を処方し、煎じて飲むように告げた。その日彼女は親戚の家に宿泊した。翌日訪問すると、再びモー・ラーオの施術を受けていた。状態を尋ねると、その女性は「だいぶ具合が良くなった」と述べ、モー・ラーオの施術を評価していた。

【事例3】

クライアントは10代男性で、他村から母親と一緒に調査村のモー・ラーオを訪れてきた。発熱と腹痛があり、2週間前にモー・ラーオの家を訪れ、そこで食事療法などをしながらしばらく様子を見ていた。しかし症状が良くならないので、郡の中心地にあるクリニックに行った。こうした症状はマラリアの可能性があるからである。3日間、郡の中心地に滞在しながらクリニックで診察をしたが、十分な検査をすることができず、マラリアかどうかはわからなかった。とりあえず解熱の薬をクリニックで購入し飲み続けた。

それでも症状が改善しなかったため、再びモー・ラーオを訪れ施術を請うた。モー・ラーオはパアオを行い、生薬を処方した。数日経つと腹痛のほうは良くなったが、熱は引かなかった。母親は「しばらくしても良くならなければ、今度は県病院に行こうと考えている」と述べていた。

全ての事例に共通していえるのは、健康問題の状況に応じてセクターを越えて様々な医療資源を活用している点である。こうした過程は「医療資源（セクター）の段階的併用」と呼べよう。初期の段階では本人や家族による健康問題の同定と対処が行われている。事例2や事例3のように食事療法や休息を取るなどの対処をしながら様子を見、それでも改善しないときに治療希求行動は開始している。またこの時点では、事例1のように症状を認識しても何もしないという態度もしばしば見受けられる。これらは民間セクターでの実践であり、このセクターが健康問題の対処過程の出発点となっている。民間セクターで対処できなかった場合、それ以外のセクターの医療資源が求められる。事例1の場合、専門職セクター内で郡病院、県病院とアクセスしたが十分な治療が受けられず、医師からの勧めもあり民俗的施術者にアクセスした。事例2の場合、郡病院での施術を選んだが、経済条件と自分の症状に対する有効性から判断して民俗的施術が選択されている。事例3の場合、まずクリニックに行き、そこでは期待した対処を得られなかったために民俗セクターに施術を求め、このセクターでの施術で効果がない場合、専門職セクターのなかのより高度な医療資源にアクセスしようという展望を持っていた。

だが人々は、医療資源を明確に分類し、それらを時系列的、段階的に利用しているわけでは必ずしもない。事例2では、郡病院での診断をもとに、自身の身体症状の重傷度と経済的条件を兼ね合わせて民俗的施術を選択するに至っている。身体症状の診断には専門職セクターを利用し、治療には民俗セクターを利用するという、医療資源の併用を見ることができる。これは「医療資源（セクター）の部分的併用」とでも呼べよう。

このように治療希求過程において人々は、医療資源やセクターの枠組みにとらわれず、問題状況に応じて段階的にあるいは部分的に医療資源を併用しながら健康問題に取り組んでいる。上記の2つのパターンは、こうした実践のあり方の一部といえよう。またこうした医療資源の横断はクライアントだけではなく、ヘルスケア提供者にも見て取れる。事例1では、県病院の医師が民俗セクターに属する施術を評価し、その利用を勧めている。こ

うしたことは、ラオス、特に農村部の医療者の間ではしばしば行われている。以上の事例から、医療資源を越境する実践を通してそれぞれの医療資源とセクターが相互性を形成していく過程の一端を見ることができたであろう。

VI おわりに：ラオス医療システムの再構築に向けて

以上、セクター概念を用いながらラオスの医療資源を整理し、部分的にはあるがそれらの資源の利用過程を見てきた。1960年代の時点で LeBar と Suddard は「ラオス人は病いと疾病に関する自身の伝統的な観念と実践の多くを保持している一方で、同時に西洋の手法と観念のいくつかを受け入れている」[LeBar and Suddard 1963:172] と指摘したが、半世紀近く経った現在、生物医療の浸透によって状況はさらに複雑化していると言える（この点については Fauveau [1992]、Halpern [1963]、Westermeyer [1988]も参照されたい）。本論で示した知見を鑑みたとき、「はじめに」で指摘した生物医療にのみ注目し、その他の医療への注目が欠落した医療システム像の問題点が浮き彫りになる。ラオスにおける保健医療の研究や実践は、自分達が暗黙のうちに前提としているこうした「医療」概念を批判的に検討し、より包括的な医療理解を獲得する必要がある。そのとき本稿が一つの基礎的情報となるであろう。

とはいえ今回の試みはあくまで医療資源の理念的な整理であり、医療現象の動態性と異種混濁性については議論できなかった。この部分の分析は、本論を批判的に再検討するために、そして前半部分で触れた段階的分析の次のステップに進むためにも不可欠である。このとき求められるのは、人々の医療実践と認識、理解、解釈を具に見ていく試みであり、そこで生み出されていく動態性への接近である。本稿では部分的にしか触れられなかった治療希求行動の過程をはじめ、健康観・病気観・死生観、施術者とクライアント間で交わされる解釈の具体的なやり取り、施術者間の関係のあり方、医療資源に対する評価基準、医療資源間の競合・共存・相互浸透、日常生活に対する施術の影響などがその際のポイントとなる。今後、本論をたたき台としながらこうした知見を蓄積し、そこから弁証法的に分析を進めていくことで、研究にとっても実践にとっても、そして何よりもラオスの人々にとってもより適切で充実した医療現象の理解を構築していくことができるのである。

謝辞

本稿で用いたデータは、大学共同利用機関法人 人間文化研究機構 総合地球環境学研究所 プロジェクト 4-2 「アジア・熱帯モンスーン地域における地域生態史の総合的研究：1945-2005」、およびラオス国立公衆衛生局との合同プロジェクト「Health Development Study in Lao P.D.R.」の一環として実施された調査に基づくものである。プロジェクト代表である総合地球環境学研究所 秋道智彌先生、長崎大学熱帯医学研究所 門司和彦先生、同金田英子先生、千葉大学文学部 武井秀夫先生からは、調査及び論文執筆のあいだ様々なアドバイスをいただいた。

またラオスでの現地調査はラオス国立公衆衛生局のブンニョン・ブーパー先生（Prof. Dr. Bounngong BOUPHA）、サワンナケート県マラリア学・寄生虫学・昆虫学ステーション

のティエンカム・ポンウォンサ先生 (Dr. Tiengkham PONGVONGSA) をはじめとするラオス人スタッフの協力抜きには実現しなかった。

そしてなにより、私の覚束ないラオス生活を支え、そして私のわけのわからない問いにも快く応じ、ともに悩んでくれたラオスの人々の助力があってこそこの本研究である。記して感謝の意を表したい。

(いわさ・みつひろ 社会文化科学研究科博士後期課程)

注

¹ ラオスに住む民族集団の数は現時点でも確定されていない。ラオス政府による調査でも1985年の国勢調査では68民族だったのが、2000年に発表された分類では49民族となっている [安井 2003:173]。研究者によっては100を超える民族を同定している場合もある [Chazee 1999]。なお、居住形態による分類は現在では公式には使われてはいないが、ラオスに住む人々の間では現在でも使用されているという点では多民族的状況を把握する上での助けとなる [林 2003:211-212]。

² 日本からの援助も盛んである。ラオスに対する日本の政府開発援助は「被援助国の国民一人当たりの援助額に直すとラオスは飛びぬけて多く、現在、モンゴルについて第2位にある」 [西澤 2003:9]。

³ もちろん開発現象の全てが「近代化論」を前提としているわけではないし、近年ではそうした前提を批判する動きもある [鈴木 2005]。しかし、国際保健医療活動の文脈においてこうした前提は今でも根深くかつ巧妙に存続している。

⁴ こうした医療システムの理解の例としては天野 [2003]、川端 [2002] などを参照。

⁵ たとえば日本人による研究に注目するならば、池田 [2001]、大貫 [2000]、白川 [2001]、吉田 [2000] の研究が挙げられる。アジアの多元的な医療システムについての概説的な論考としては Leslie [1978; 1992] を参照されたい。

⁶ 熱帯モンスーン気候に属するラオスには雨季と乾季がある。雨季の場合、道路状態の悪化や洪水による道の水没も起こる。当地域においても同様の事態が生じるため、年間を通してアクセスが容易なわけではない。

⁷ 「サワン」は通称であり、正式には「ガイソン・ポンビハーン郡」という。2005年に「カンタブーリー郡」から名前が変更された。しかし、L地区をはじめSK郡の多くの人々がこの地域を「サワン」という通称で呼んでいる。それに従い本稿でもこの呼称を用いることにする。

⁸ 例えば呪文を唱え息や水を吹きかける「パアオ」という実践 (詳しくはIV-3を参照) は、仏教とブラフマニズムを背景とすると言われているが、精霊が原因の体調不良や子供の夜泣きなどの対処として行われたりもする。

⁹ 九州大学大学院人間環境学府博士課程の徳安祐子氏との私信 (2006年) によると、同県山腹地域の彼女の調査地では施術者のあいだでの知識の伝達は限定的なものであり、当地域で見られるような施術者間でのやり取りはされていないそうである。こうした行為はラオス国内でも必ずしも一般的ではないと言える。

¹⁰ 東北タイのラオ人村落では、精霊を見分ける専門家としてモー・モー、モー・ラック、モー・ドゥー、モー・ソン、ティアム、精霊を呼び出す専門家としてモー・ピー、モー・ティアオワダー、ティアム、モー・ソン、精霊をもてなす専門家としてタオカチャム、モー・ティアオワダー、モー・ピー、それらの複合型であるモー・シエンコーンなどの専門家の分類が報告されている [林 2000:233-335]。

参考文献

- 安井清子、「民族」、ラオス文化研究所編、『ラオス概説』、東京：めこん、2003、169-205
- 天野博之、「保健と医療」、西澤信善ほか編、『ラオスの開発と国際協力』、東京：めこん、2003、159-190
- Brodwin, Paul, *Medicine and Morality in Haiti: The Contest for Healing Power*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Chazee, Laurent, *The People of Laos: Rural and Ethnic Diversities*, Bangkok: White Lotus, 1999.
- Committee for Planning and Investment and National Statistics Centre, *Statistics 1975-2005*, Vientiane, 2005.
- Fauveau, Claire, *Vernacular Medicine in the Lao PDR: Is It Viable? : Feasibility Study for the Strengthening of Traditional Medicine and Integration into Primary Health Care*, Vientiane: Cooperation Internationale Pour le Developpement et la Solidarit, 1992.
- Halpern, Joel M., Traditional Medicine and Role of the Phi in Laos, *The Eastern Anthropologist* 1963, 191-200.
- ハルドン、アニタ、ほか編、『保健と医療の人類学：調査研究の手引き』、石川信克ほか訳、京都：世界思

-
- 想社、2004. (A. Hardon et al., eds., *Applied Health Research Manual: Anthropology of Health and Health Care, third revised edition*, Amsterdam: Het Spinhuis Publishers, 2001.)
- 林行夫、「宗教」、ラオス文化研究所編、『ラオス概説』、東京：めこん、2003、207-240.
- 林行夫、『ラオス社会の宗教と文化変容：東北タイの地域・宗教社会誌』、京都：京都大学出版会、2000.
- ヘンドリー、ジョイ、『社会人類学入門：異民族の世界』、桑山隆己訳、東京：法政大学出版局、2002. (Joy Hendry, *An Introduction to Social Anthropology: Other People's Worlds*, Macmillan Press, 1999.)
- 池田光穂、『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』、京都：世界思想社、2001.
- Jerndal, Randi, Making Space in Laos: Constructing a National Identity in a 'Forgotten' Country, *Political Geography* 17(7), 1998, 809-831.
- 川端真人、「ラオス保健サービスシステムの課題と展望：「Health Strategy up to Year 2020」の実現へ」、『社会協力論集』9(3)、2002、57-69.
- クラインマン、アーサー、『臨床人類学：文化のなかの病者と治療者』、大橋英寿ほか訳、東京：弘文堂、1992. (Arthur Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press, 1981.)
- Kleinman, Arthur, Introduction: Medical Anthropology as Intellectual Career, *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*, Berkeley: University of California Press, 1997.
- LeBar, M. Frank, and Adrienne Suddard, *Laos: Its People Its Society Its Culture*, New Haven: Human Relations Area Files, 1963 (1960).
- Leslie, Charles, ed., *Asian Medical Systems*, Berkeley: University of California Press, 1978.
- Leslie, Charles, and Allan Young eds., *Paths to Asian Medical Knowledge*, Berkeley: University of California Press, 1992.
- Ministry of Health et al., *Report on National Health Survey: Health Status of the People in Lao P.D.R.*, Vientiane, 2001.
- McElroy, Ann, and Patricia K. Townsend, *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, Second edition, Boulder: Westview Press, 1989 (1979).
- 西澤信善、「はしがき」、西澤信善ほか編、『ラオスの開発と国際協力』、東京：めこん、2003.
- 大貫恵美子、『日本人の病気観：象徴人類学的考察』、東京：岩波書店、1985.
- 佐藤純一、「医学」、黒田洋一郎編、『現代医療の社会学：日本の現状と課題』、京都：世界思想社、2003 (1995)、2-32.
- 白川千尋、『カスタム・メレシム：オセアニア民間医療の人類学的研究』、東京：風響社、2001.
- 鈴木紀、「開発研究の見取り図：世界観から＜開発学＞を展望する」、菊池京子編、『開発学を学ぶ人のために』、京都：世界思想社、2005 (2001)、98-119.
- Vinar, P., *Survey on Health Seeking Behavior in Lao P.D.R.*, 1994
- 渡邊欣雄、杉島隆志、「フィールドワーク」、石川栄吉ほか編、『文化人類学事典（縮刷版）』、東京：弘文堂、2002 (1994)、641-642.
- Westermeyer, Joseph, Folk Medicine in Laos: A Comparison between Two Ethnic Groups, *Social Science and Medicine* 27(8): 769-778, 1988.
- 吉田正紀、『民俗医療の人類学：東南アジアの医療システム』、東京：古今書院、2000.