OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	南インドの伝統医療「ナーットゥ・マルンドゥ」と一修道会の地域貢献の試み
Author(s)	岡光, 信子
Citation	宗教と社会貢献. 2013, 3(2), p. 27-47
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/26030
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

南インドの伝統医療「ナーットゥ・マルンドゥ」と一修道会の地域貢献の試み

岡光信子*

Attempts of One Monastic contribution to a Village in India with Traditional Medicine as "Nattu Marunthu " from South India

OKAMITSU Nobuko

論文要旨

1973 年、フランスに本部を置くカトリック女子修道会 Sisters of Divine Savior は、南インド・タミルナードゥ州にインド管区を設立した。SDS インド管区は、最初期から村落部において地域の実情に応じた小規模なプロジェクトを行ってきた。そのなかのひとつが、地域住民に対するプライマリー・ヘルス・ケアをその土地固有の伝統医療によって充実させるというプロジェクトであった。本稿の目的は、インド村落におけるヘルス・ケアの必要から一修道会のインド管区が取り組んだ伝統医療プロジェクトに光を当て、宗教組織の運営と地域貢献のはざまに顕在化する諸問題について考察を行うことにある。

キーワード　カトリック教会、インド、修道会、プライマリー・ヘルス・ケア、伝統医療

In 1973, Sisters of Divine Savior, a Catholic convent headquartered in France, established an Indian province in Tamil Nadu, South India. Soon thereafter, the province became engaged in small-scale projects to meet the needs of local people in rural areas. One of the projects was the “nattu marunthu project” which was intended to make use of the indigenous medical tradition to provide primary health care to the residents. In this paper, I take up the issues on this particular project to shed light on the dilemma between the regional contributions and the management of religious organizations.

Keywords: Catholic Church, India, convent, primary health care, traditional medicine

* 中央大学政策文化総合研究所・客員研究員、東北学院大学ヨーロッパ文化総合研究所・客員研究員　okamitsunobuko2001@yahoo.co.jp

1. はじめに

1973 年、フランスに本部を置くカトリック女子修道会 Sisters of Divine Savior（以下 SDS）(1)は、南インド・タミルナードゥ州にインド管区を設立すべく、ヨーロッパで養成したインド人修道女のうち 7 名をインドに戻した。

こうして成立した SDS インド管区は、最初期から村落部において地域の実情に応じた小規模なプロジェクトを行ってきた。そのなかのひとつが、地域住民に対するプライマリー・ヘルス・ケア(2)をその土地固有の伝統医療によって充実させるというプロジェクトであった。

本稿の目的は、インド村落におけるヘルス・ケアの必要から一修道会のインド管区が取り組んだ伝統医療プロジェクトに光を当て、宗教組織の運営と地域貢献のはざまに顕在化する諸問題について考察を行うことにある。

2. インド管区の設立背景およびその特色

ここでは、SDS インド管区がカトリック教会の刷新を決定づけた第 2 バチカン公会議以降に設立されたことに触れ、バチカン公会議の精神が管区の運営方針の中に反映されていること、インド管区が他の管区とは異質な特徴をもつことについて述べる。

SDS は、1849 年の創立以来、フランス、ドイツ、オーストリアをはじめとするヨーロッパ諸国でコミュニティー（修道院）と修道女数を増やし、着実に規模を拡大してきた。SDS は、現在、非ヨーロッパが 4 ヶ国であるのに対し、ヨーロッパ圏では 7 ヶ国で活動を行うなど、会の活動の中心は依然ヨーロッパにあるといってよい。

現在、SDS インド管区は、4 つの州（タミルナードゥ州、カルナータカ州、ケーララ州、西ベンガル州）に 22 のコミュニティーをもち、92 人のインド人修道女とベルギー人修道女 1 人が所属している[La Congrégation des Soeurs du Très Saint Sauveur 2013/05/05]。管区における修道女の人数は、2001 年次点では 78 人だったので、緩やかではあるが増加する傾向を示している[岡

光 2001: 4]。インド国内だけで数千人の会員数を有する修道会があることを考慮に入れると、SDS のインド管区は極めて小規模である。

インド管区の運営において、カトリック教会の刷新といわれる第 2 バチカン公会議の影響を切り離すことはできない。カトリック教会は、1962 年から 65 年にかけて開かれた第 2 バチカン公会議において、従来の「教会の外に救いなし」というカトリック至上主義ともいえる排他的姿勢を放棄し、時代状況に適合したあり方を模索した[ヒック 1987: 49-51; 南山大学監修 1999[1986]: 196-200]。これと連動して、カトリック教会は、それまでラテン語で為されていたミサを現地語で行うこと、ミサの中にその国や地域の文化要素を採り入れること、信徒の典礼奉仕職への従事を認めることなど、典礼のあり方を大幅に改めた[南山大学監修 1999[1986]: 5-34; 75]。

第 2 バチカン公会議以降、カトリック教会の路線転換の影響は、修道会にも波及した。修道会は社会の実情に柔軟に対処するよう奨励され、コミュニティーの外にも広く活動の場所を求めることに妨げがなくなった。特に、こうしたことは、男子修道会に比べて制約が多かった女子の修道会にとって画期的なことであった。

SDS インド管区は、第 2 バチカン公会議以降のカトリック教会の刷新が冷めやらぬ時期に設立された。インド管区の取り組みには、第 2 バチカン公会議で提起されたカトリック教会の新しい方針が随所に反映されている。

例えば、修道服は、着用の是非やその種類が、各修道会の判断に任せられるようになった。これに伴い、以前は例外的にしか認められていなかった平服の使用を許可する修道会も見られるようになった[南山大学監修 1999[1986]: 153-164]。インド管区は、修道女のユニフォームとして暑さに適さない西洋の修道服ではなくサリーを採用した。西洋の修道服は、一目でカトリックの修道女であることが判明するが、無意識のうちに人々との間に微妙な距離感を生じてしまいがちである。サリーはインドの代表的な民族衣装である。SDS の修道女がサリーを着用するのは、彼女たちが人々と同じ地平に立つ決意を示しているからである。こうしたことからも、SDS が、新天地インドで理想のミッション(3)を展開しようとした意気込みが伝わる。

インドには社会・経済的に周縁に置かれた人が多数いる。インド管区は、

インドの現実を直視し、第 2 バチカン公会議の精神を理想として高い塀に囲まれた修道院の内部で完結することを潔しとせず、助けを必要としている人々のもとに駆けつけることを重視した。同管区は、「人々とともに」というスローガンを掲げ、貧しい人に仕えることをミッションとした。

インド管区は、自己のミッションを成し遂げるために、大規模な事業ではなく小規模であるが地域の人々が必要とするサービスに徹することにした。こうしたことから、インド管区の活動は貧しい人に寄り添う「草の根の活動」が原則となった。同時に、活動の拠点は都市部ではなく公的な制度が行き届かない村落部とした[岡光 2001]。

インド管区の管区長館は、タミルナードゥ州の最南端カニヤークマリ・タルク（Kanyakumari talk）という行政地区にある、ケーララ州に隣接するマンジャルムードゥー（manjalumoodu）と呼ばれる貧しい村に設立された(4)。マンジャルムードゥーに管区長館が置かれた理由は、以下のようなものである。

第一に、インド管区は、将来的にタミルナードゥ州とケーララ州を中心に展開する青写真をもっていた。管区の将来を考えると、両州の中間に位置するマンジャルムードゥーに管区長館があることは好都合であった。

第二に、マンジャルムードゥーでは、管区長館をはじめとする諸施設を建立するのに十分な土地が一度に購入できた。管区運営を軌道に乗せるために、一定以上の土地を一箇所に所有する必要があったのである。

第三に、マンジャルムードゥーは、隣接するケーララ州の影響が強い地域で、タミルナードゥ州の公用語タミル語だけでなくケーララ州の公用語マラヤーラム語が通じる(5)。インド管区に赴任した修道女は、全員がケーララ州出身である(6)。マンジャルムードゥーでは、修道女がタミル語を習得するまでの期間、母語であるマラヤーラム語だけでも支障がなかった(7)。

次に、SDS インド管区は、ヨーロッパで養成を受けた修道女だけでスタートしたということを含めて、極めてユニークな特質をもつことを記す。

インド管区は、ヨーロッパ生活が長い修道女だけでスタートした。彼女たちは、15 歳前後でヨーロッパに渡って言語を学習したのち、ヨーロッパ出身者と同じ条件のもとで修道女としての訓練を受けた。彼女たちは、西洋で奉職することを前提として、言語や生活習慣を含めてすべてを西洋に

同化することが求められた。結果的に、その条件を満たした者だけが修道会に残った。当時、彼女たちは、母国インドで活動することは予期しておらず、ヨーロッパで奉職することを当然のこととして受け止めていた。

インド人修道女の多くは、渡航した国で近代西洋医学を学び、看護師や助産師の資格を習得した。修道女が看護師や助産師となったのは、SDS がヨーロッパで複数の病院を経営していたからである。インド人修道女たちは、資格習得後、SDS の経営する病院に勤務して近代西洋医学の知識と経験を蓄積した。

インドには多数のカトリックの修道会が存在し、インド人の会員が欧米を始めとする海外で教育や訓練を受けることは珍しくない。その場合、インド人会員はインド国内で修道者としての養成を受けたのちに海外に派遣される。なぜならば、欧米における修道者の養成費用はインドに比べると非常に割高となるからである。今日、多数のインド人修道者が海外に進出しているが、海外経験者はインド人会員の総数において少数にとどまる。SDS のインド管区は、管区を牽引してきた修道女の経歴そのものが非常にユニークである。

SDS 本部がインド管区の設立を正式に決定すると、ヨーロッパ各地で働いていたインド人修道女が赴任することになった。彼女たちは、専門教育を受けた分野でキャリアを積んでおり、新天地で専門分野を活かした仕事を始めるのに十分な知識と経験をもっていた。しかし、SDS は英語圏で管区を所有しておらず、インド人修道女は英語に難があった。インドでは英語は必須である。インドに赴任することが決まった修道女は、アイルランドで英語の文法と会話を学びインドに赴いた。

修道者が海外に赴任する時、派遣先の環境に適応することが前提となる。通常、海外派遣が決まると、派遣先の言語や文化・慣習などについて学ぶ機会が設けられる。インド管区に赴任する修道女が英語しか学ばなかったのは、彼女たちが母国の事情に十分に通じていると判断されたからである。

こうして、働き盛りのインド人修道女が母国に戻り、新天地インドに新しい管区が生まれた。インド人修道女たちは、祖国で貧しい人々に奉仕するという希望に満ちていた。しかし、インドでは、ヨーロッパではあたりまえのことがままならず、修道女たちの母国での生活は予想以上に厳しい

ものとなった。特に、インドはヨーロッパに比べるとインフラが格段に劣っている。村落部では、自力でライフラインの確保をしなくてはならなかった。インド管区では、井戸を掘って水を確保し、燃料に庭の枯れ枝なども利用した。

予想外の困難は、ヨーロッパでの生活が長かった修道女が、インドの生活に順応できなかったことである。彼女たちはヨーロッパの生活に完全に適応しており、母国インドの方が異国のような存在となっていた。彼女たちの生活様式は食事や衣類に至るまですべて西洋化しており、それらをインド式に切り替えるまでに時間を要した(8)。

次に、インド管区は、インド国内で修道女の養成を始めるのが遅く、現在でも修道女の数が非常に少ない。修道会にとって会員の養成は重要課題であり、新しく設立された管区でも修道者の養成は早期に着手される。ところが、インド管区が国内で修道女の養成を始めたのは、設立から 20 年近く経った 1990 年で、管区内で修道女が誕生するのは 90 年代後半になってからである。現在、インド国内で修道女のリクルートそのものが難しく、インド管区の修道女不足は解決できないままである。

さらに、インド管区の極めて珍しい特徴は、運営費の大部分をフランス本部に依存していることである。通常、修道会の管区は、独立採算制なので運営資金を捻出するために収益性のある施設を運営する。

一方、インド管区は、フランス本部から必要な運営資金を調達できたため、施設運営に煩わされることなく、これまで「草の根の活動」に専念することができた。現在、管区を取り巻く内外の状況が大きく変化しているが、インド管区は必要な資金を確保する手段を確立できないまま、フランス本部からの送金に依存している。

インド管区が利益をもたらす施設の運営を行わなかったのは、所属する修道女の数が極端に少なかったことも一因である。設立以来、ヨーロッパからインド人修道女が随時インドに戻ったが、それでも修道女の数が絶対的に足りなかった。「草の根の活動」に修道女を回すと、収入をもたらす施設の運営に専念させる人手がなかったのである。また、マンジャルムードゥーは、貧しい農村なので収益の出る事業を展開することはできなかった。

3. インド管区の初期の事業

ここでは、インド管区が行った初期の事業とその特徴について述べる。

インド管区の出発点となったマンジャルムードゥーは、ヒンドゥー教徒の村であった。当初、村人たちは、修道女が村に来た目的をキリスト教への改宗だと思い、敵意に満ちた反発で彼女たちを迎えた。ある日突然、縁もゆかりもない人物が広大な土地を買って村に住み始めたのである。村人がこうしたことを快く思わないのは当然のことである。

第 2 バチカン公会議以降、カトリック教会の宣教において、改宗者の数を増やすことは第一義的な目的とされなくなっている[南山大学監修 1999[1986]: 56-60, 257-291]。修道女たちにとって、こうしたことは織り込み済みであったが、村人はこのことを知る由はない。

マンジャルムードゥーは、内陸部にある貧しい村落のひとつで、バスを利用するにも徒歩で 1 時間近くかかる主要道路に行かなくてはならなかった。また、村にはトイレがなく至る所に排泄物が見受けられ、生活・飲料水となる井戸水が汚染されていた。汚染水が加熱されずに飲料水として利用されていたので、抵抗力の弱い子どもが下痢や皮膚炎に悩まされていた。また、定期的に洗濯を行う習慣も無く、村人は何日も汚れた衣類を身につけていた。こうした衛生環境は、人々の健康をむしばむ原因のひとつとなっていた。

さらに、インドの村落部では、経済的理由だけでなく交通事情が悪いために、医療機関での治療が困難なことは珍しくない。医療機関へのアクセシビリティの悪さゆえに、初期の段階で適切な治療を受ければ治癒する症状でも重症となるまで放置されるケースが後を絶たない。風邪や発熱などの日常的な病気は、初期の段階で適切な治療を行えば完治する。つまり、プライマリー・ヘルス・ケアが充実すれば、病気や外傷が重篤にならないのである。

インド管区の方針は、地域の実情に合わせた「草の根の活動」に徹することであった。修道女たちは、マンジャルムードゥーで一番必要とされることは、村人の健康が保たれる便宜と情報を提供することだと判断した。ほどなく、インド管区は、修道院の一角に施療院と助産院を開設した。イ

ンド管区の修道女のほとんどが、ヨーロッパで看護婦や助産婦の資格を取得していたので、インドで医療活動を始めることには大きな障害はなかった。

施療院と助産院開設後しばらくして、幼稚園も開園することになった。最初に赴任した 7 人の修道女の中に、フランスで幼児教育を学んだ者が含まれていたことから、幼稚園の開園にもすぐに着手することができた。

施療院は、看護婦の資格をもつ修道女が担当し、低料金で医療を提供する小規模施設である。専門医の診察を必要としない軽度の疾患には、診察後に施薬がなされ、自宅療養の方法が教えられる。深刻な疾病をもつ患者には、適切な病院が紹介される。マンジャルムードゥーに施療院が設立されたのは、不衛生な環境から感染症などに罹患する人が多く見られるが、医療機関に行くことが経済的にも、地理的・交通事情の点からも困難だったからである。

当初、村人は改宗を警戒していたが、施療院では治療しかしないことがわかると利用者が徐々に増えてきた。村人が医療機関に行くのは重症な時だけだったが、施療院ができると病気や外傷がすぐに治療できるようになった。施療院がいわゆる「プライマリー・ヘルス・ケア」を提供する施設として機能するようになると、村人の修道女に対する警戒心が信頼に変わっていった。

人々が修道女を信頼するようになると、施療院は個人的な悩みまで相談される場所になっていった。修道女は、悩みを抱える人の話に耳を傾け、要望があれば家庭訪問も行った。このように、施療院は、医療を介して修道女と地域の人々との人間関係を円滑にするというメリットをもたらした。

写真 1：マンジャルムードゥーにある施療院

助産院は、助産婦の資格をもつ修道女が常駐し、妊婦に対する指導・監督と分娩の世話に当たる施設である。村では不衛生な環境で出産が為されており、出産は妊婦だけでなく新生児にとっても最悪の場合は死をもたらす危険性をはらんでいた(9)。洗った清潔な布を用意すること、殺菌処理したはさみやメスでへその緒を処理すること、新生児をお湯で入浴させることなど、先進諸国では当たり前のことが全くなされていなかった。出産直後の血まみれの新生児を入浴させずに、汚れた布に包むことが普通に見られた。不衛生な環境では、健康に生まれた子どもでも感染症になる危険がある。

助産院では、妊婦だけでなく家族に対しても妊娠と出産に関する心構えを伝えた。妊婦に対しては、流産の恐れがあるので重労働をしない、毎日の沐浴と清潔な衣類を身につけること、生まれてくる子供のためにも身近にある食材を利用して栄養ある食事を採ることなどが具体的に教えられた。また、安心して出産を迎えるために、洗濯した清潔な布を用意すること、母子の健康管理のためにも家を清潔にするという指導を行った。修道女は、産後に家庭訪問をして産後のケアにも気を配った。その他にも、修道女は月経中の女性が清潔な布を使って出血を防ぐことなど、女性特有の問題への対処の仕方なども具体的に示した。

施療院と助産院では、原則的に治療や出産で使われる医薬品の実費を受けとることにしていた。しかし、村人は治療費の一部をかろうじて払うような状況にあった。そのため、施療院と助産院の経営は、利用者が多くなればなるほどインド管区の持ち出しが多くなった。幸い、インド管区は、本部から潤沢な資金を得ていたので施設の赤字経営が管区運営を脅かすことはなかった。

また、修道女たちは、村人の生活を知るにつれて、予想以上に不衛生な環境が人々の体調を崩しているのを理解していった。修道女たちは、施療院や助産院を訪れる人に、病気を未然に防ぐために衛生環境を改善する必要を説き、洗濯、沐浴、トイレの設置、飲料水の煮沸などを指導するようにした。

しかし、健康問題を解決するには、施療院や助産院だけでは限界があった。根本的な解決策は、人々の生活習慣を変えることしかなかった。衛生的な生活習慣について啓蒙するためには、日常的に村人と接する機会を設けなくてはならなかった。その手段として幼稚園を開設することにした。教育機関を通して、村人と自然なかたちでコミュニケーションを生み出すことができると考えられたからである。まもなく、修道院の中にトイレと一部屋だけの建物を建て、そこで修道女を園長とする幼稚園が始まった。

写真 2:マンジャルムードゥーの幼稚園:最初の校舎が手狭になったので、同じ場所に新しい建物が建てられた。

写真 3：幼稚園の授業風景

幼稚園は、3 才から 5 才までの幼児に集団生活の規律を教え、情操教育を施す施設である。幼稚園における経験を通して、幼児は規則正しい生活習慣を身につけるようになる。SDS の幼稚園は、お遊戯や図画工作の中に組み込まれた課題を理解させ、それを達成させることに喜びを感じさせることに力点が置かれている。こうした経験を積み重ねることで、子供達は問題処理能力や自発性を高めていく(10)。さらに、幼稚園が親を啓蒙する場となることは無視できない[Heredia 1995: 2332-2340]。

インド管区の幼稚園は、現地語で運営された。当時、村落部では小学校入学前の子供を学校に行かせること自体珍しく、父兄の社会教育までを射程に入れていたので、親子ともに理解可能な現地語を用いるのが最善であると判断されたからである。

修道女は、園児の登下校につきそう保護者と何気ない会話を重ねることで、保護者たちと良好な関係を築いていった。子供の送り迎えする母親に対して、登校前に子供を沐浴させ、食後にはうがいをさせる、洗濯をした清潔な衣類と下着を毎日着用させる(11)、排泄はトイレでさせることなどを指示した(12)。父兄会などもことあるごとに設け、清潔な環境が子どもを病気から守ること、家でも子供に衣類を着用させること、家庭教育の大切さなどを根気強く説明した。子供だけでなく父兄への啓蒙が、村の衛生環境

の改善に繋がるという息の長い取り組みの一環であった[岡光 2012a: 266-278]。

4. ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクト

インドには複数の伝統医学が存在するが、近代西洋医学が医療の中核を占め、必然的に科学薬が最も多く用いられている。SDS の施療院と助産院でも、修道女が近代西洋医学に基づく治療を行っていたことから科学薬が使用されていた。

修道女たちは、医療活動や幼稚園を通して村人と身近に接する中で、インドにおける医療の諸問題を認識するようになる。特に大きな問題は、薬害があるために欧米で禁止されている薬（科学薬）が注意書きもなくインド国内で販売されていること、ヨーロッパの水準と比べるとインド国内に出回っている薬の値段が非常に高いことであった。インド国内で販売されている薬を風邪や発熱など日常的な病気に使うと、薬害の可能性だけでなく、貧しい人に経済的な負担を強いることになる。

タミルナードゥ州では、科学薬が普及する以前、ナーットゥ・マルンドゥ（田舎の薬）と呼ばれる民間医療薬が病気や怪我の治療に用いられていた。ナーットゥ・マルンドゥは、タミルナードゥ州の文化に根ざし、古い伝統をもった土着の医学システムである。ナーットゥ・マルンドゥは、アーユルヴェーダやシッダに代表されるような体系化された医療システムではなく、確立した方法や哲学があるわけではない。しかしながら、ナーットゥ・マルンドゥは、軽い風邪や発熱など日常的な軽い病気には効果があることは経験的に知られていた。

また、ナーットゥ・マルンドゥの原料の多くが身近な植物やスパイスであり、病気に合わせて組み合わせる材料の知識があれば薬を作ることは難しくない。ナーットゥ・マルンドゥは、とてもシンプルで副作用の心配がなく、費用もかからず、簡単に作れるという利点がある。医療へのアクセシビリティという観点からいえば、身近な材料で簡単に作ることができるナーットゥ・マルンドゥはうってつけの存在である。

意外なことに、インド管区の修道女たちは、ヨーロッパでの生活が長い

にもかかわらずインドの伝統医療に対する偏見をもっていなかった。むしろ、彼女たちは、医療従事者としてナーットゥ・マルンドゥの医学的な効用を積極的に評価し、ナーットゥ・マルンドゥを用いれば患者に経済的な負担をかけずに、軽い病気や外傷を治療することができると考えた。貧しい人に負担をかけない医療として、ナーットゥ・マルンドゥがふさわしいという結論に達した。また、インド管区にとっても、ナーットゥ・マルンドゥは、科学薬のように原価を割って薬を提供しなくてもいいというメリットがあった。

当時、インド管区は、設立されたばかりなので管区としての伝統もしがらみもなかった。修道女たちは、同世代・同郷というよしみもあり、過去の因習に囚われない自由な雰囲気の中で職務に従事していた。こうした環境があったからこそ、彼女たちは、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトに早期に着手することができたのである。

ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトは、医学的な知識が必須となるため、看護師または助産師の資格をもつ者が担当することになった。しかし、修道女たちは、ヨーロッパで近代西洋医学を学び経験を積んでいるが、インドの伝統医療については素人同然であった。

さらに、村落部でも近代西洋医学と科学薬に対する信頼が高く、ナーットゥ・マルンドゥはほとんど用いられていなかった。むしろ、ナーットゥ・マルンドゥは忘れ去られていた。ナーットゥ・マルンドゥのメリットを活かしたプロジェクトを始めようにも、ナーットゥ・マルンドゥの実態そのものが判然としなかった。

当時、村では、タミル語でおじいさんを意味するータと呼ばれる老人が、ナーットゥ・マルンドゥに詳しいことで知られていた。この老人は、正式な医学教育を受けていないが、植物を薬として利用する豊富な知識を有していた(13)。修道女たちは、その老人からナーットゥ・マルンドゥに関する知識を一から学ぶことにした。

1975 年頃には、修道女たちは、ナーットゥ・マルンドゥを利用して、軽い病気や怪我などを治療できるくらいの知識を有するようになっていた。修道女たちは、施療院や助産院を訪れた人に、高価な薬に頼らなくとも健康を保ち病気を予防できることを説き始めた。しかし、人々はお金がかかるが即効性のある科学薬を評価していたため、科学薬の代わりにナーット

ゥ・マルンドゥを勧めると、拒絶反応が見られたという。ナーットゥ・マルンドゥは、医療というよりも魔術や迷信に近いという偏見があったからである。

当初、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトは、村人のナーットゥ・マルンドゥに対する偏見が強く空回りの状態が続いた。修道女たちは、ナーットゥ・マルンドゥの利点と効用を村人に根気強く説明し、初期の風邪や発熱など重篤でない病気の際、科学薬でなくナーットゥ・マルンドゥを試してもらうようにした。信頼できる修道女が勧めるので、村人は半信半疑ながらもナーットゥ・マルンドゥを使った。実際、ナーットゥ・マルンドゥで症状が緩和すると、ナーットゥ・マルンドゥに対する信頼が高まった。

ナーットゥ・マルンドゥの医学的な効用を実感すると、村人はナーットゥ・マルンドゥを用いることにむしろ積極的になっていった。貧しい人々にとって、費用をかけずに病気や怪我が治療できることは大きな魅力であった。こうして、ナーットゥ・マルンドゥが医療として村人に受け入られるようになると、プロジェクトは軌道に乗っていった。

ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトが成功した大きな要因は、施療院や助産院で働いていた修道女が関与したことにある。人々は、修道女たちが施療院や助産院で適切な処置を行う様子を目の当たりにしていた。彼女たちが、患者の症状に合わせて何をどれくらいの割合で用いるのかを直接指導したからこそ、人々は半信半疑ながらもナーットゥ・マルンドゥを試みたのである[岡光 2012a: 278-280]。修道女に対する人々の信頼がなければ、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトは成立しなかったであろう。

しかし、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトは、1990 年代後半になると休止状態に陥る。1973 年、インド管区が設立された時期、村は非常に貧しく、かつ劣悪な衛生状態が人々の健康を必要以上に害していた。それゆえ、ナーットゥ・マルンドゥは、経済的な負担をかけずに医療を提供する方法として最適であった。

ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトが機能しなくなったのは、ナーットゥ・マルンドゥ自体への潜在的需要がなくなったからではない。村を取り巻くさまざまな環境が変化する中で、インド管区が提供する諸々のサービスと人々が求めるものとの間に乖離が生じていたのである。

1990 年頃になると、人々の衛生に対する意識が向上し、村の衛生環境は格段に改善されていた。SDS が行ったトイレ普及のプロジェクトの成果によって、各家庭にトイレが普及し、排泄物で地下水が汚染されることがなくなっていた。飲料水の煮沸、毎日の沐浴、汚れた衣類の洗濯、食事の前後に手を洗うなどの習慣も定着してきた。村人を苦しめていた感染症のリスクが減少していた。

20 年という歳月が過ぎると、バスが村の中を運行し、現金収入を得る人が増え、人々の暮らしにも少しずつ余裕が生まれていた。人々の意識や取り巻く環境は変化していたが、SDS の方がこうした変化に対応した活動を行わなかったのである。SDS の活動は、明らかに人々のニーズと齟齬をきたしていた。そのことは、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトの休止と並行して、施療院・助産院の利用者数の減少にも現れている。

利用者数の減少は施療院よりも助産院の方が顕著で、助産院は開店休業状態が何年も続いている。母子ともに健康であれば、助産婦の介助だけでも安全な出産ができるにもかかわらず、近年、低料金の助産院よりもあえて病院での出産を好む傾向が強くなり、助産院が利用されなくなっている。経済的な余裕だけでなく虚栄心や対抗意識も折混ざり、人々の側は病院での出産を望んでいるのである。しかし、インド管区の助産院は、需要が見込める産科病院に転換されることもなく、閉塞状態を打破する策が採られないまま現在に至っている。

5. ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトに見られる宗教的背景と成功の要因

キリスト教において、「信仰」「希望」「慈善」は 3 つの美徳と呼ばれている。特に、カトリック教会は、「貧しい人に手を差しのべる」という「慈善」を重視し、宣教地における慈善事業の伝統をもっている。「慈善」の精神は、肉体的にまたは精神的に助けが必要な人に手を差しのべる「慈悲の善行」の中に現れていると考えられている。

「慈悲の善行」は「身体的な慈悲の善行（Corporal Works of Mercy）」と

「精神的な慈悲の善行（Spiritual Works of Mercy）」に区別されている。「身体的な慈悲の善行」は、①飢えている人に食事を与える、②渇いている人に水を与える、③裸の人に服を与える、④囚人を慰問する、⑤家のない人に住処を与える、⑦病人を見舞う、⑧死者を葬る、とされている。精神的な慈善の行為は、①罪人をたしなめる、②無知な人を導く、③迷う人に助言を与える、④悲しむ人を慰める、⑤誤りに忍耐強く耐える、⑥生きる者と死者に祈りを捧げる、とされている[Ekstrom 2002：272, 280.]

SDS は、カトリック教会に従う修道会である。カトリックの修道会は、宗教的な理念に従ってそれぞれのミッションを遂行することを旨とする宗教組織である。それゆえ、修道会の活動は、カトリック教会の宗教的理念に基づいて為されている。現在、カトリックの修道会は、世界各地で様々な教育・福祉事業を行っている。

しかしながら、修道会は、修道会ごとに特色を持ち、実際は特定の活動に特化しているのが実情である。修道会が地域の事情に柔軟に応じながら、最も必要とされるサービスを提供することは決して簡単なことではない。なぜならば、修道会の活動は、管区などの内部の独立区分において決められた事業を行うことが最優先課題となっているからである。そのため、修道会は、地域事情に応じて資金や人材を予定以外の目的に臨機応変に使うことは難しく、様々なしがらみの中でそうしたことは実際にはできない。

修道会のおおかたの事情にも関わらず、SDS のインド管区は、医療へのアクセシビリティという地域のニーズに対して、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトというかたちで応えた。ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトは、カトリック教会の慈善の精神の発露として、貧しい人への負担をかけずに医療サービスを提供するもので、地域医療の実践を現地社会の諸事情と修道会側の諸条件が合致する形で実現したものである。

SDS インド管区が、地域の事情に迅速に対応してナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトに着手できた背景を以下に纏める。

SDS がインド管区において、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトをはじめとする地域のニーズに応えるプロジェクトを実施できたのは、インド管区の設立時期が第 2 バチカン公会議の熱が冷めやらぬ時期であったことが大きい。カトリック教会は、第 2 バチカン公会議で現実的に社会と向き合うという方針を打ち出し、修道会が従来の枠組みを超えて柔軟な活動

に着手する環境が整えられた。これによって、修道会は、これまでの内向きな姿勢から、修道院の外でも活動することに大きな障害がなくなったのである。

SDS のインド管区は、第 2 バチカン公会議の理想を踏襲し、「人々とともに」というスローガンを抱え、小規模ながらも地域のニーズを満たす「草の根の活動」をミッションとした。その時、「草の根の活動」については明確に規定されることはなかった。それゆえ、修道女たちは、固定観念に囚われることなく、実際に人々と交わりながら地域の実情を知ったうえでプロジェクトを立ち上げることができた。さらに、インド管区は実際に現場の声を反映したプロジェクトを実行した。そのひとつが、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトである。

さらに、インド管区の初期段階では、管区長館と活動拠点の立地が同じであった。そのため、プロジェクトに着手するまでの煩雑な手続が省略され、プロジェクトの認可から実行という一連のプロセスに時間を要しなかった。修道女が責任者の管区長を含めて少人数であったため、日頃から円滑な意思疎通が図られ、プロジェクトの意義が管区内で十分に理解されていた。それゆえ、管区が一丸となってプロジェクトを推進することができた。また、円滑なコミュニケーションゆえに、プロジェクト始動後でも実情に応じて柔軟に内容が修正できたこともプラスに働いた。

また、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトは、医学的な知識を必要とするプロジェクトである。通常、専門知識が必要な事業を新たに始める時、小規模な修道会では人材の育成から着手するので一定の時間を要する。インド管区には少人数の修道女しか所属していなかったが、迅速にプロジェクトに着手できたのは、修道女が既に近代西洋医学の体系において看護師・助産師としてキャリアを積み近代西洋医学における知識と素養をもっていたからである。つまり、修道女の専門性がナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトにそのままに活かせたのである。

さらに、インド管区が資金面で非常に恵まれていたことも、ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトの実施を後押しした。本部からもたらされる潤沢な資金ゆえに、インド管区ではプロジェクトが承認されると、採算を気にせずにそれを実行に移すことができたのである。

6. まとめ

現在、医療システムの中で伝統医療を活用することは世界的な傾向になっている。こうした流れを牽引しているのは、1970 年代初頭に始まる WHO の伝統医療プロジェクトである(14)[World Health Organization 1995]。とりわけ途上国においては、近代西洋医学を充実させるのに多額の設備投資がネックとなるため、費用負担が少ない伝統医療の役割への期待が大きい。中でも、国民の 26%が貧困線以下の生活を送るインドでは、公的な社会福祉の整備が追いつかず、貧しい人々にとって医療へのアクセシビリティには多くの課題が残されている[Ministry of Social Justice and Empowerment 2012/01/19; 岡光 2012b; 岡光 2013: 218-220]。

SDS のナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトは、伝統医療をめぐるインド中央政府の主導による諸政策[岡光 2013: 212-215]や WHO の方針に触発されて行われたものではない。修道女たちが目指したのは伝統医療を用いたプライマリー・ヘルス・ケアの充実であるが、趣旨そのものは WHO の行っている伝統医療プロジェクトのそれと一致はしているものの、インド村落の現実に向き合い医療へのアクセシビリティを模索する中で自ら案出したものである。

ところが SDS のプロジェクトは、村落におけるナーットゥ・マルンドゥの意義は小さくないにもかかわらず、伝統医療への再評価という世界的な流れに逆行するかのように、1990 年代になると活動停止状態となる。

プロジェクト事業の休止という事態は、ナーットゥ・マルンドゥのそれにかぎらず、同インド管区では珍しくない現象である(15)。ナーットゥ・マルンドゥ・プロジェクトの休止は、この修道会のインド管区がもつ問題にも由来しているのである。

これまで同インド管区は、フランス本部からの潤沢な送金を得てきており、管区運営のための資金の確保に奔走する必要がなかった。人々の必要に寄り添い、採算性を度外視した事業にも携わることができた。しかし一方で、こうしたフランス本部とインド管区との関係は、インド管区の自立を阻害し、依存体質を育む原因ともなった。

インド管区が依存体質となった要因には人材の質もある。新しく設立さ

れた管区の運営で中核的役割を担った修道女たちは、組織や事業の管理・運営の訓練を受けずにヨーロッパから帰国した者たちで構成されていた。決められた業務を忠実にこなせばよかったヨーロッパとは異なり、インド管区では、施設や事業の管理・運営を責任ある立場で牽引しなくてはならなくなった。ノウハウも経験ももたない者が責任ある立場を任されたことから、インド管区の運営は全体の位置づけや長期のヴィジョンを欠き、場当たり的なものになる傾向を孕んできた(16)。

SDS の実践は、消滅しつつあった在地の伝統医療の医学的効用と社会的有用性とを掘り起こし、必要とする民衆に医療の恩恵に浴させる場として機能してきた。ところが、社会変化の波と担い手である修道会側の事情が相乗的に作用して、この地域における実践の継続が絶たれることになった。プロジェクト事業を通じて蓄積された知識と経験も活かされることなく、伝統医療のプライマリー・ヘルス・ケアとしての潜在的可能性もまた失われつつあるのが現状である。

本稿では、カトリック女子修道会の地域貢献プロジェクトを取り上げ、宗教組織の運営方針がプロジェクトの立案から継続までも左右することを検証した。社会情勢が変化する中、今後、同修道会がどのような方針に基づき、どのように活動を展開していくのか注視していきたい。

註

(1) 1866 年、SDS は、La Congrégation des Soeurs du Très Saint Sauveur という修道会として認可を受けた。現在、フランスのオベルブロン(Oberbronn)に本部(Mother House)をもち、世界 11 ヶ国（アンゴラ、アルゼンチン、ボリビア、オーストリア、カメルーン、フランス、ドイツ、インド、オランダ、ポルトガル、スロバキア）に展開する国際的な女子修道会に成長している。2012 年の統計によれば約 1400 人の会員（修道女）を擁している。

(2) WHO は、プライマリー・ヘルス・ケアを「実践的で、科学的に健全で、社会的にも受け入れやすい方法と技術に基づく、基本的なヘルス・ケア」と規定している[WHO 1995: 437]。

(3) ミッションとは、「慈善」の精神に則って、教会が社会に対して行う活動のことが含まれており、狭義における布教的な意味が強い「宣教」よりも広い概念として捉えられている。

(4) マンジャルムードゥーは、タミルナードゥ州の南端にあるカンニヤークマリ・タルクに位置し、メルプーラム（Melpuram）と呼ばれる行政地区にある 16 のパンチャーヤト（行政単位）のひとつである。パンチャーヤト・レベルでは公的な統計資料に記載がなく、マンジャルムードゥーの人口などについては不明。

ちなみに、2010～2011 年度のカンニヤークマリ・タルクの人口は 1,863,174 人、メルプーラムの人口は 179, 535 人である[Government of Tamil Nadu 2013/05/05]。

(5) 今でも、マンジャルムードゥーでは、タミル語とマラヤーラム語が話されており、マラヤーラム語の新聞が購読されている。

(6) SDS のインド人修道女がケーララ州出身者で占められていたのは、ヨーロッパ在住のケーララ州出身の司祭がインド人修道女のリクルートに関与したからである。

(7) 修道女たちは、インドに赴任してからタミル語の学習を行った。現在、会話だけでなく読み書きができる。

(8) ヨーロッパの食事は肉や乳製品が多い。ヨーロッパで長く暮らすうちに、それらがインド人修道女の好物となった。しかし、ハムやチーズをはじめとする西洋の食事は、インドでは高価かつ入手が難しかった。当初、修道女たちはインド料理が喉を通らなかったという。

　また、インド管区のユニフォームはサリーである。サリーはペチコートを紐で腹部に結びつけるため、なれるまで胃が圧迫されるような違和感があったという。さらに、ヨーロッパの修道院では、修道女は自分の仕事だけに専念し、食事の準備と片付け、洗濯などは専用セクションが行っていた。しかし、インドではこうしたこともすべて自分たちでしなくてはならなかった。

　インド人修道女の多くは村落部の中流またはそれ以下の家庭の出身で、インドにおける彼女たちの生活水準は決して高いものではなかった。長い外国暮らしが快適に感じる生活水準を上げてしまったのである。

(9) 今でも、インドの村落部では、衛生状態が悪いことに加えて助産師の資格をもたない者が出産に携わることで、適切な処置が為されず出産で命を落とす女性が少なくない。

(10) 子どもの自発性を重視するのは、修道女がフランスで学んだモンテッソリー教育が採り入れられているからである。

(11) インドの村落部では、幼児に下着を着用させない習慣がある。幼児期は子供が性器に興味をもつ時期でもあり、下着を着用しないと興味本位で異性の性器に手を触れる恐れがあるという。

(12) 村での生活水は井戸水が中心となる。家の周辺で排泄を行うと、悪臭だけでなく地下水が汚染される。SDS は、海外から資金援助を得て、安価な家庭用のトイレを各世帯に導入することにも尽力した。

(13) この老人は、ナーットゥ・マルットゥヴァル（田舎の医者）と呼ばれる医療従事者に相当する。

(14) 1970 年初頭、WHO はヘルス・ケアの中に伝統医療を活かすというプロジェクトに着手した。WHO のプロジェクトは、伝統医療が医療へのアクセシビリティに難がある地域では有効な医療となることを示唆している[World Health Organization 1995]。

(15) ここ数年、SDS の幼稚園には園児が集まらず、2 つの幼稚園のうち 1 つが休園状態が続いていた。2011 年の新学期に向けて、閉鎖されていた幼稚園でも園児を募集したが 4 人しか集まらなかった。SDS の幼稚園は、公的な資金援助がな

く、最低でも 10 人の園児がいなければ採算がとれない。結局、その幼稚園は閉鎖された。

(16) さらに、ヨーロッパ帰りの世代とインドで養成を受けた世代との間に世代間ギャップも目立ち、コミュニティー運営自体に支障を来す場合も見られる。

参考文献

Ekstrom, Reynolds R. 2002 *The New Concise Catholic Dictionary.* Mumbai: ST. PAULS.

Government of Tamil Nadu http://www.kanyakumari.tn.nic.in/stat_data.pdf (Accessed 2013/05/05).

Heredia, Rudolf C. 1995 “Education and Mission: School as Agent of Evangelization.” *Economic and Political Weekly* September vol. 16: 2332-2340.

Hick, John n.d. *The Myth of Christian Uniqueness: Toward a Pluralistic Theology of Religions.* ヒック、ジョン 1987 「キリスト教の絶対性の超克」、ジョン・ヒック＋ポール・F・ニッター編（八木誠一＋樋口恵訳）『キリスト教の絶対性を超えて－宗教的多元主義の神学』春秋社、41-79。

Ministry of Social Justice and Empowerment *Handbook on Social Welfare Statistics 2007.* http://socialjustice.nic.in/pub.php（Accessed 2012/01/19)

Sacrosanctum Ocumenicum Concillium Vaticanum Secundum. 1965 Città del Vaticano: Liberia Editrice Vaticana. 南山大学監修 1999[1986]『第 2 バチカン公会議公文書全集』サンパウロ。

岡光信子 2001 「南インド・カトリック教会の宗教活動と社会奉仕―一女子修道会のインド管区の事例をもとに―」『論集』28:81－101。

――― 2012a 「インドにおける非政府組織の福祉活動と社会貢献」『ヨーロッパ文化研究』13:247－283。

――― 2012b 「ヒンドゥー教と福祉」叢書『宗教とソーシャル・キャピタル』第 4 巻 櫻井義秀・濱田陽編 『アジアの宗教とソーシャル・キャピタル』明石書店、239-258。

――― 2013 「インドにおける伝統医療の復興と可能性―宗教組織の村落における活動を事例に」『東方』28: 211-228。

La Congrégation des Soeurs du Très Saint Sauveur http://soeurs-stsauveur.cef.fr（Accessed 2013/05/5）

World Health Organization 1981 Bannerman, R.H et.al.(eds.) *Traditional Medicine and Health Care Coverage.* R.バンナーマン・J.バートン・陳文傑編（津谷喜一郎訳）1995『世界伝統医学大全』平凡社。