

# 内モンゴル自治区におけるモンゴル伝統医療の現状

——医療機関に勤務するモンゴル医師の語りから——

包 暁蘭

本稿では、中国内モンゴル自治区における伝統医療であるモンゴル医療を取り上げ、中国政府による医療制度化の過程について、歴史的社会的背景を整理し、次に、医療制度に組み込まれたモンゴル医療の現状と医師・患者への影響がいかなるものか、医師 10 名へのインタビュー調査から検討した。

現状のモンゴル医療が、多民族にも開かれた医療資源となった一方で、新しい医療システムに組み込まれたことは、新たな問題を生じさせた。医師の労働時間は長時間化し、また、経済的な要因等が治療の方針に大きな影響を与えるようになった。大量生産される薬の使用や診察頻度の低下、経済的・地理的・社会的都合によって決められる治療方針は、患者の身体状態が頻繁に綿密に観察されたうえで、オーダーメイドで作られる薬をもとに治療が進められてきた本来的な伝統医療のあり方とは乖離しているものであった。こうした医療の治療効果は未知であり医師と患者の経済的な負担と健康リスクは高まり続けている。

## 1 研究目的と背景

### 1-1 伝統医療の再評価

20 世紀以降、中国では国家の近代化が進むにつれて、国内の医療制度も変化を余儀なくされた。西洋近代医療が国家の制度的医療に変わり、中国医学（以下、「中医学」）などの伝統医療は周縁化されていった。中国国内で西洋医療が「帝国医療」とも呼ばれたように、19 世紀後半から 20 世紀半ばまでの間、それまでに使用されてきた伝統医療はいわば時代遅れの「迷信」とされ、西洋医療こそが新しい科学であると人々から信頼されるようになった（奥野 2002; 池田・奥野 2007）。それまでの伝統医療では治療できなかったウイルス感染症などを、「注射一本」で治療できる西洋医療は、科学的に確かなものとされ、中国国内で確固たる地位を築き上げる（俞 1983）。やがて中国／内モンゴルでは次々と、西洋近代医療の治療施設や教育機関が設立され、医療サービスも整備されていった。

こうしたことから民間療法や伝統医療は、近代医療制度によって医療システムから排除され、失われていくようにみえた。しかし、内モンゴルでは地理的面積の広さに対して人口が少なく、集落が拡散しているために、近代医療サービスは自治区全体に行き届かなかった。さらに医療を十分に受けられる人と受けられない人の間に、医療格差が生じるようになった（伊 1993）。

1970 年代後半、世界保健機関（WHO）の「アルマ・アタ宣言」<sup>1</sup>に象徴されるように、薬用植物や動物、鉱物などを用いた生薬の調和法と処方に関する知識を内包する世界各地の伝統医療の見直しが起こる（池田 2002）。これを受けて、文化人類学や医療人類学といった学問領域の成立とともに、かつて未開民族と呼ばれた人々の医療実践を見直す研究がはじまった（池田 2001）。膨大な研究が蓄積されるなかで、「医療多元主義（medical pluralism）」の考え方が成立していき医療人類学は、病気や健康、それにかかわる医療者や患者、それに診療

の形態を生物科学的、あるいは自然科学的な認識に限定せず、それらを個々の文化の文脈でとらえようとしてきた（中川 1990）。

近年、伝統医療は、近代医学と相対化されて「代替医療 (alternative medicine)」とも呼ばれ、再評価されはじめた（中川 1990；池田 2002）。ここでいう代替医療とは、広義に、近代医学に「批判的な立場をとる人々が民間医療のなかのいくつかに積極的な意義をみいだすとき、それらに肯定的な意味をもたせ近代医学に引けをとらない使用価値をもつもの」として位置づけられる（黒田 1995: 202–205）。次節で詳しく見るように、こうした国際的な潮流のなかで、モンゴル医療は再評価され、そして医療制度化されることになった。モンゴル医療が近代医療へと制度化されていく歴史と、国際保健医療の領域で伝統医療の再定義が行われてから、復興が始まるまでの過程を次節で概観することにしよう。

## 1-2 モンゴル医療の歴史的背景

モンゴル医療はモンゴル民族固有の伝統医学知識と周辺地域の医療を取り入れて、時代の変化に合わせて発展を遂げてきた。モンゴル医療は、実に7世紀より記録が存在する伝統医療である（ソロンゴト 1991）。優れた治療法であるだけでなく、予防、健康管理、リハビリテーションの分野においても、高い効果が期待される民族医療であり、世界的に注目を集めている（中華人民共和国文化観光部 2020）。

モンゴル医療は、諸外国・地方との交流の拡大により、チベット医療、アーユルヴェーダ、中医学などの他の医療と相互に影響しあい、長い年月のなかで発展し続けてきた。モンゴル医療の基本的な考え方は、「ヒー」「シャル」「バタカン」という身体の3要素の調和が崩れると病気になるというものである（デレゲル 2005）。さらに、人間が体のバランスを壊す原因として、季節の変化、自然環境の変化、人間の器官の影響、人間の居住環境といったものが挙げられる。モンゴル医療における診察方法は、患者の観察、患者の病状を聞く「問診」、眼・舌・皮膚・尿などから診る「望診」、脈から診る「触診」を組み合わせた方法を用いるが、最も重視しているのが「触診」であり、脈の状態を把握することで、病いの原因を突き止めて治療方法を特定し治療を行う（Čigčitiü 2005）。また、医師は、初期症状や一般的な病気の診療のほか、患者の生活習慣や患者の職種との関連に基づく心理的な安定をサポートする。病いの治療に限らず患者の日常生活に対する支援も医療行為の中に含まれるのである（Čigčitiü 2005）。処方薬も医師自身で患者の症状に合わせて調合することが基本である。診察の様子は図1、および図2の通りである。

しかしながら、こうした伝統医療のあり方は中国政府の影響を受け変化する。1945年から政府主導の医療政策が始まり、中国古来の医療である各民族の伝統医学・中医学と西洋医学の融合を促進する政策が実施された。中医学と西洋医学の合併を意味する「中西医合作」、「中西医団結」が推奨され、中医医師は西洋医学について、西洋医医師は中医学について学び、相互に学習を深める「中西医相互学習」政策が起こり、今日では「中西医結合」医療制度が確立し、近代医学と伝統医学が制度的には対等の地位を確保している（俞 1983）。

また、1950年代より中央政府によって導入された公的医療制度は、近代医療サービスをすべての中国国民に提供するものであると定めた。1954年、内モンゴルでは初となる西洋医学



図1 D 医師の触診・脈診する様子（2015年8月・筆者撮影）



図2 D 医師の脈診の際に使用するマクラ（2015年8月・筆者撮影）

中心の病院が設立され、1957年に全国初の、モンゴル医薬品製造企業が設立された。1958年には、内モンゴル自治区に内モンゴル医科大学、および中蒙医学部が設立され、自治区各地民間にモンゴル医療に従事していたモンゴル医師たちが招待されて教員になった（ソロンゴト2004）。さらに、1980年、内モンゴル民族医学院（現：内モンゴルモンゴル医学院）が設立された（伊1993）。

また、1960年代から1980年代にかけて、内モンゴル地域を含む全国農村地域では、「農村協同医療系統」と呼ばれる農村部の保健サービスの拡充が進んだ（王2009）。その一環として農村部へ「赤脚医生」が派遣されるようになる。「赤脚医生」とは、直訳すれば「裸足の医師」<sup>2</sup>で、医師が定住しない農村地域に、都市の病院で短期間、最小限の基本的な医学及び救急医療の訓練を受けたのちに「医師」となった農民を指す。これらの「医師」は農業に従事しながら村の住民への医療行為を行った（劉1995）。医療技術のレベルはさほど高くなかったが、彼らは基礎的な衛生の知識、予防医療、家族計画についての啓もう活動を推進し、高度な治療を必要としない病気を治療していった（劉1995）。

1966年から1976年までの「文化大革命」<sup>3</sup>は、中国全土に破壊的な影響をもたらした。当時、「赤脚医生」がより一層農村医療を支えるようになった一方で、モンゴル医学は、寺院で僧侶となった人々が治療を行うという宗教的側面が問題視され、消滅の危機に瀕した。モンゴル医学は科学的根拠のない単なる因習とされ、伝統的な治療行為は非科学的なものとして、政府に禁じられることになった。

文化大革命以後、改革開放政策が開始されて、「赤脚医生」に対する政治的支持が失われ、1980年代にはそれまでのシステムが崩壊した。こうしたなかで、農民たちの健康リスクは大幅に増大し、そのため、政府も現地の伝統医療を排除することが難しくなった。内モンゴル自治区におけるモンゴル医療も、再び、モンゴル民族の健康生活に欠かせない存在となった。そして医療の融合政策の一環として、内モンゴルの伝統医療と西洋近代医療システムとの融合が推進されるようになる。かつて徒弟制度で受け継がれていたモンゴル医療には、中国政府により新たな教育システムが導入された。さらに制度化は進められ、中国中央政府がモンゴル医療を伝統医療と認定して総合医療施設を設立したことで、モンゴル医療は復興したのである。2008年には国家の知的文化財産（972—IX—12）として登録されるに至っている（中

華人民共和国文化観光部 2020)。

医学史に関しても、1988年に中国衛生局によって、少数民族科学技術史学会が設立され、その後、中国医史研究所で民族医史研究室が成立し、モンゴル医学史の研究が再開された(ソロングト 1991)。「中華医史雑誌」「モンゴル医業雑誌」「中国小民族科技史研究」などの雑誌にはモンゴル伝統医学史に関する論文が多数発表され、モンゴル伝統医学史研究が広く知られるようになった(ソロングト 1991)。他方で、現在のモンゴル国では、一時期、近代化に伴いモンゴル医療が排除されていたが、1975年代から復活の兆候を見せ、最近ではモンゴル保険科学大学に伝統医療研究所が設置されている(廣瀬 2009)。

まとめれば、モンゴル医療は、「生きている文化遺産」(ソロングト 1991)として、伝統医療と認定され知的文化財産として登録された。その後今日に至るまで、生薬をつくるための薬草も徐々に値段があがり、モンゴル医療のあり方は、経済的にも影響を及ぼすようになっている(中華人民共和国商務部 2019)。また、モンゴル医療を行う医療施設も中国国内に増加し続けている<sup>4</sup>(中華人民共和国商務部 2019)。こうした流れのなかで、従来のモンゴル医療の内実はどのように変化を強いられているのか、また、医療機関で勤務するモンゴル医師と、かれらに関わる患者がどういった問題に直面しているかについて、インタビューの分析から明らかにする。

## 2 調査の概要

### 2-1 調査対象と方法

本稿の対象者は、内モンゴル自治区における医療機関でモンゴル医学に従事する医師 10 名である。調査期間は、2011 年 8 月から 2015 年 8 月までで、すべて筆者により半構造化面接法で実施された。対象者は男性 4 名、女性 6 名、平均年齢は 44.6 歳、平均職歴は 21.6 年である。対象者の最終学歴は、徒弟制で教育を受けた人が 5 名、衛校卒(日本の医学専門学校に相当する)が 2 名、大学卒は 3 名であり、医師になるまでの経緯は異なるが、全員が医療機関に勤務するという共通点をもつ。調査時間は、対象者 1 人に対し 2~5 時間であり、対象者の属性は以下の通りである(表 1 を参照)。調査項目は、対象者の年齢、学歴、職歴、主な診療科など基本的な事柄と、モンゴル医師になった経緯、そして医療機関に勤務するようになった過程、さらにモンゴル医療を取り巻く諸状況の変化についてである。また、必要に応じて調査者が追加の質問し、それについても詳しく語ってもらった。インタビューでは、対象者に許可が得られた場合には録音を行い、許可を得られなかった場合は内容のメモをとった。なお、インタビューはモンゴル語で行い、そのデータを筆者が日本語に書き起こした。対象者は、筆者が内モンゴル医学院・モンゴル医学部に在籍していた際の実習先の医療機関に勤務する医師やその当時の同級生に紹介してもらった医師たちである。インタビューを実施した場所は対象者の職場や自宅である。

分析に関しては、逐語録、およびメモを分析の対象とし、質的帰納分析を行った。モンゴル医療の従来のあり方とモンゴル医療の現状を比較できるような語りを抽出し、他の対象者の語りとは照らし合わせながら、考察を行った。

表 1 調査対象者の属性 (10 名)

仮名	性別	年齢	職歴 (年)	最終学歴	診療項目	調査年
A	女	49	25	大学	婦人科	2011 年
B	女	40	13	大学	婦人科	
C	男	56	31	衛 ( Ⅱ ) 校	内科	
D	男	50	31	弟子入り	内科	2014 年
E	男	60	39	弟子入り	内科	
F	男	35	10	弟子入り	内科	
G	女	40	18	弟子入り	内科	2015 年
H	女	38	16	衛 ( Ⅱ ) 校	婦人科	
I	女	41	19	弟子入り	内科	
J	女	37	14	大学	伝統療術科	

※年齢や職歴などはすべて調査時点のものである。

## 2-2 調査倫理について

調査に際して、対象者に調査内容とその目的などについて事前に説明を行い、同意を得たうえで調査を実施した。同意書の作成や調査の質問項目、倫理的配慮については、調査当時に所属していた首都大学東京大学院人文科学研究科の指導教官より指導を受けた。データの収集にあたっては、IC レコーダーを用いて録音してよいか、もしくはメモをとってもよいかどうか、それをデータとして使用してよいかをすべての対象者に確認し、許可の得られた方法で記録をとった。また、すべての対象者に、どこまでを調査データとしてよいか確認を行った。録音した音声を逐語録化したもの、あるいは、メモをデータとした場合のどちらの場合にも、データとして使用する際には、名前や所属先などの個人情報特定されないように匿名化している。さらに、本稿に掲載する画像資料についても、対象者たちに撮影・使用の許可を得ている。

## 3 結果と考察

前述の通り、モンゴル医療が国家の医療システムに併合されることにより、モンゴル医師たちは医療機関に勤務するようになった。モンゴル医療を求める患者も、そのほとんどが、医師の自宅ではなく、医療機関を訪れるようになった。そうした過程において、モンゴル医療そのものが現状どのように変化しているのか、それにかかわる医師と患者はどのような影響を受けているのか、以下、医師の語りから考察していきたい。

### 3-1 患者の他民族化

モンゴル医療はこれまで、モンゴル人居住地域を中心とする地域固有の医療であった (二本柳 1997)。したがって、モンゴル医療を利用する患者もモンゴル民族に限られていたと考えられる。しかしながら、近年、内モンゴル自治区内では、伝統医療特有の診療技術と伝統製薬剤 (調合剤) の需要が掘り起こされ、この伝統医療を促進・強化させるために内モンゴル自治区衛生健康委員会より毎年 2500 万元 (日本円で約 4 億円) 以上の投資がなされ、モンゴル医療を行う医療施設も増加している (中華人民共和国商務部 2019)。また、モンゴル

医療と中国の古代医療の中医学を併せた、「内蒙古建成蒙医中医医療医療服務体系」（モンゴル医学中医学医療サービス体系）も設立されている。このように、モンゴル医療が医療機関に組み込まれることによって、患者はモンゴル民族に限られなくなった。医療機関に勤務する医師 A、B、D は以下のように語る。

今は漢民族の患者もいるけれど、（かつて）モンゴル医療はモンゴル人だけに利用されていたので、モンゴル人の中でしか知られていなかった。それに、モンゴル医療に関する情報が流れないし、宣伝もなかったから人々に知られていなかった。（A 医師、女性、40 代）

（今でも）主な患者はモンゴル民族だが、（最近では）隣近の漢民族や他民族の患者も受診するようになってきている。（B 医師、女性、40 代）

そうですね、今は 50 % の患者は漢民族です。今では漢民族の人もモンゴル薬を飲んで治癒した人もたくさんいてすごく増えています。だから私はモンゴル薬で治らない病気はないと思っています。特別末期のがんとなれば、どんな医療で完治することはないが、しかしモンゴル薬を飲んで食欲が増えたり、体が軽くなったりすることはよくあるのです。（D 医師、男性、50 代）

3 名の医師の語りの共通点は、モンゴル民族以外に漢民族及び他の民族の患者が増えていることを指摘した点である。また、医師たちの語りからわかるように、モンゴル医療は、かつては広く知られていなかった。モンゴル医療が中国の新しい医療システムに組み込まれてから、モンゴル医療の知名度が上昇した。また、以前はテレビやインターネットのようなメディア媒体もなく、情報伝達は紙媒体や口コミであった。そのため、モンゴル医療はモンゴル民族の中だけで利用されてきた。しかしながら、現在メディア媒体やインターネットが普及し、情報伝達に大きな役割を果たしている。そのため、モンゴル医療がモンゴル民族以外の多くの人々に知られるようになった。

モンゴル医療は従来モンゴル民族固有の医療として利用されていたが、近代医療システムの導入やモンゴル医療を行う医療施設の増加により、他民族や諸外国からもモンゴル伝統医療を求める患者が訪れるようになってきている。つまり、近代医療システムの導入によりモンゴル医療が地域の枠を超えて利用されるようになったことがうかがえる。

### 3-2 モンゴル医師の勤務形態の変化と負担の増加

かつて、モンゴル医師たちは地域の中で患者と同じ住民として生活をしてきた。では、モンゴル医療が医療システムに組み込まれてからはどのような形で医療に従事しているのだろうか。医療システムへの順応状況について医師の語りから見ていきたい。

モンゴル医師 D は、中学校を卒業した後、経済的な理由で進学をあきらめ、親戚の勧めであるモンゴル医師の弟子になりモンゴル医学を学んだ。その後、モンゴル医師として 20 年間自宅での医療従事を経て医療機関に勤務するようになった。一般的には、医療機関にて勤務する医師たちは、勤務時間以外はプライベートの時間であるとみなされるが、モンゴル医師

D は、勤務する医療機関での診療と自宅を訪れる患者への診療を行うという。それについて医師 D は以下のように語っている。

医者ともなれば、いくら忙しくても患者が来たら自分のことは置いて、患者に最善を尽くす。勤務時間外に自宅に来る患者もいれば、夜中に来る患者もいる。今はね、ケガや急病でも、急診（救急外来）とかあるのに、必ず先に私のところに来て、（救急外来に行ってくださいと）私に言われてから（病院へ）行くってことが多くてね。（D 医師、男性、50 代）

このようにモンゴル医師たちは、医療機関に勤務するようになっても、未だに自宅を訪れる患者への対応を求められる。また、診療情報などをインターネットで患者に開示している医師もいた（I 医師）。そうしたなかで、患者は、勤務時間はもちろん、勤務以外の時間、夜遅い時間にも自宅まで受診に訪れる。自宅にくる患者のなかには、病院に行くほど状態が深刻かどうかについて、医師の判断を仰ごうとする者たちもいるという。こうしたことから、医師たちは、自宅に帰宅した際にも患者への対応をすることになり、そのため勤務時間が長期化していることがわかる。

また、医師たちは、都市の医療機関に勤務することによって、生活費が高騰することになった。中国市場経済の発展も要因となり、生活費が高くなる一方で、診療報酬が十分に保障されているわけではない。医師たちは必要な生活費を確保するため、仕事での折り合いを余儀なくされる。

自分の給料は自分（の仕事）が決める。だから患者にあまり必要ない薬を処方することもあります。しかもこれは、全中国医療現場に存在していますよ。そういう仕組みがなければ、治療に専念できると思います。（A 医師、女性、40 代）

私たちは医療機関の制度に従う必要がある。あまり制度に反するようなことはしないですね。先ほども言ったように、私の代わりなんていくらでもいるから（逆らえばすぐに離職を迫られるだろう）。（B 医師、女性、40 代）

このように、医師の処方には、医師の経済的利益や利権が関係している場合がある。本来の伝統医療では、患者の身体の状態をもとに薬が処方されるのだが、今や、主に経済的なことから治療や処方される薬を決定していく可能性があるのだ。

### 3-3 モンゴル薬剤の変化

薬の処方のあり方だけでなく、使用される薬剤にも変化があったようだ。かつて、モンゴル医師は、先代から受け続けた伝統的な知識をもとに、個々の患者の症状に合わせた薬剤をオーダーメイドで医師自身が製造して処方していた（特 2009）。薬の原料となる薬草、動物、鉱物関連の自然物を使用するため、処方薬はすべて医師の手によって作られることで効力が高まると考えられていたのである（ソロングト 1991）。また、患者の薬を処方する際に、補助薬、副薬である、フルグ (hulug)<sup>5</sup> を付けることが多い（特 2009）。フルグは、処方薬の

効果を上げ、解毒作用があり、苦い薬を飲みやすくするための用いるものである（Čigčiti 2005）。しかしながら、新たな医療システムに組み込まれることによって、そうした薬の処方ができなくなり、製薬工場で大量生産された薬剤を処方するようになったという。医師 A と D は以下のように語る。

モンゴル医療はある意味、モンゴル薬の質（で治療の質が決まる）にあるからね、モンゴル薬の質をしっかり保つことが大事。今は自分で薬を練るモンゴル医が少なくなり、よそから入荷するようになったので安心できない部分がある。モンゴル薬の材料、たとえば、一つの薬草であっても、花が咲いてから取るのか、咲く前に取るのか、根を取るのか、同じ薬草でも取る部分と時期によって効果が異なるので、それは厳密にしないとイケない。（A 医師、女性、40 代）

他所から入手した薬では安心できないよ……それに、自宅にも押しかけてくる患者、それも緊急対処を必要とする人や子どもが熱を出すといった患者も大勢いるので、（医師自らが調剤した）薬なしでは対処できないよね。自分で薬草を買ってきてモンゴル薬を作り始めて 6 年になる。（D 医師、男性、50 代）

医師 A と D が語るように処方薬に大きな変化が生じていることが分かる。大量生産された薬剤は、平均化された患者の身体像を想定して作られており、個々の患者の症状に合ったものではない。そのため、治療能力が本来の薬剤と比べて失われている可能性がある。さらに、先に述べたように、勤務時間外に自宅を訪れる患者もいる。そうした患者に対して、A 医師や D 医師のように医師自身で調剤した薬剤を処方する／したいという医師も多くいた。

また、かつての医師たちは、薬の質を保つために薬剤容器にも自然のものを用いていた。かつての入れ物は鹿の皮で作られたものであったが（図 3）、現在では野生の鹿が保護動物と認定されたため使用できなくなり、医師たちは自身で薬入れを作る際には黄羊の皮で作るようになったという（図 4）。

モンゴル医療で使用される薬剤は、医師が自ら製造することによってはじめて高い治療能力を発揮できるものであるとされてきた。しかしながら、大量生産された薬を使わざるをえ



図 3 医師 D が代々受け続けた鹿の皮の薬袋（2015 年 8 月・筆者撮影）



図 4 現在、医師 F が使用している黄羊の皮の薬袋（2015 年 8 月・筆者撮影）



ない現在、この伝統医療が危機に立たされていることが伺える。

### 3-4 患者への対応

また、医療システムの変化は、医師患者関係にも変化をもたらした。従来のモンゴル医療は患者にとって、身近なものだった。しかしながら、モンゴル医療が新しい医療システムに組み込まれることによって、モンゴル医師たちは都市に移動せざるを得なくなった。患者からは地理的に遠くなり、患者が医療を受診するためには、わざわざその都市まで出向かなければならない。交通費もかかってくる。その影響でモンゴル医師の患者への対応がどう変化したのか。医師 F は以下のように語った。

処方、できるだけ7日間しか出さない、7日間の薬を出して、それが終わったらもう一度来てもらってどんな変化が見られているか、を確認する。そして患者の様子を見て薬や処方を変えるかどうかを検討する。ちょっと病状が軽い、遠くから来た患者は2、3週間の薬を出しても良いですができるだけ、変化を確認しながら治療することが大切です。(F 医師、男性、30代)

本来の伝統医療では、患者と医師は地理的に近い存在であったため、薬の処方の日数などを決めていたりしなかった。むしろ、患者への処方ではできる限り少なくし、逐一患者の状態や症状を確認しながら、治療を進めていた。だが、そうした処方の方法も変わってしまったようである。医師 F は、モンゴル医師が都市の医療機関に勤務することになったために、患者のアクセスを考えて、薬の処方の頻度を減らしている。

また、次の医師 B の語りから、患者の経済的状況にも配慮して薬を処方していることがわかる。

全体的にみて、まだまだ（医療費は）かなり高いと思うよ、経済的に困っている患者には少し安い薬を出したりしますね。よくあることです。(中略)例えば、モンゴル医学のサンバラ（脳梗塞に使う薬）はいい薬でしょう。でも高いから代わりにダルノチュン、バンチュンなど似たような効果で値段は安い（ものを処方する）、ただし、サンバラを使える人は治癒率が高い。でも、例えば、婦人科の薬ラシナムジラは1錠が二元（日本円で約300円）で、一回15錠処方すべきだったとしても、経済的に困っている患者には7錠を処方したりします。実際にそう処方したこともありますよ。(B 医師、女性、40代)

医師たちは、モンゴル医療が新しい医療システムに抱合されることによって患者の経済的な負担が高まっていることを認識しており、その負担を軽減させるための努力をしている。しかしながら、患者の経済力が、治療に使う薬、すなわち、治癒率を決定していくのだとすれば、伝統医療にはなかった医療格差が生じることになる。貧困層では金額的に手が届く薬が選択され、富裕層では、金銭に関係なく効果的な薬を使うことが可能だとすれば、その倫理的な側面が検討されなければならない。

医師 D は、医療機関での検査について言及していた。患者への診断は必ずしも検査に頼る必要がなく、その場での脈診を重視している様子が伺われた。しかし、患者が他の医療者に

よってなされた検査結果をもって受診した場合は、その結果を確認するようにしていた。また、患者は、近代西洋医学を前提として、自ら望んで医師からみれば不必要な検査を受けようともしていた。

私もそこに（勤務医として）いる以上、検査結果を持ってきた患者の（検査結果を）見るようにしています。今の患者は皆そういう検査が必要ではないかと思っているし、受診にきた患者からもどんな検査が必要か聞かれることがある。私は（脈を診て）様子を判断して決める、検査を必要としない患者には勧めない、検査する必要がないといって直接処方を出す。しかし、患者から望む場合も多い、何かあったら（と疑う人もいる）、ちょっとの胃もたれであってももう胃鏡検査をしないという患者もいるし、でも胃鏡検査すること自体が害を及ぼすこともあるからね。（安易にする）胃鏡検査はとても危険だよ。検査で、のどを傷つけることもある。それは医師の技術とはまた別で、検査中に何が起るか誰も分からないから、実際にそういうこともあったし必ずしも検査では出ない症状もたくさんある、普段よくある病気で胃の痛みなんかは、検査よりも先に薬を飲めば治ることも多い。できるだけ胃鏡は避けたほうが良いと思う。（D 医師、男性、50 代）

医師たちは、患者の地理的な不便さ、経済的な負担を勘案していた。また、D 医師のように脈を重要視せずに、西洋近代医療に慣れた患者たちのニーズをくみ取って、治療や検査を選択する医師もいるかもしれない。医師たちのこうした努力や気遣いは、患者に時間的余裕を与え、経済的な負担や精神的な不安を軽減するだろう。しかしながら、その結果として行われる医療行為は、患者の身体や症状を丁寧に観察しながらなされていた本来の伝統医療のあり方とは異なるものであり、その治療の効果がどれほどのものなのか、疑問が残る。

#### 4 結論

本稿では、中国内モンゴル自治区における伝統医療であるモンゴル医療を取り上げ、中国政府によるモンゴル医療制度化の過程について、歴史的・社会的背景を整理し、次に、モンゴル医療の現状と医師・患者への影響を医療機関で勤務するモンゴル医師の語りから検討した。背景にはまず、20 世紀後半から、伝統医学を知的財産として認めようとする動きが国際的にあり、加えて、近代西洋医療の限界が指摘されるようになるなかで、代替医療として、伝統医療が再評価され、中国中央政府によって、モンゴル医療は医療制度化されることとなった。その結果、モンゴル民族が居住する地域に限定された利用から、多民族が利用するものに変化した。

しかしながら、モンゴル医療が新しい医療システムに組み込まれたことは、医師や患者の負担を増大させることにもなった。医師の労働時間は長時間化し、また、経済的・地理的・社会的な要因が治療の方針に大きな影響を与えるようになった。大量生産される薬の使用や医師と患者の居住地が離れたことによる、医師の診察頻度の減少、医師や患者の経済的な都合によって決められる治療実践は、モンゴル医療のあり方も変化させており、本来的な伝統医療のあり方とは乖離している。患者の身体状態が頻繁に綿密に観察されたうえで、オーダー

メイドで作られる薬をもとに治療が進められてきた伝統医療のあり方は、現在の医療システムの中で失われてしまっている。医療機関で伝統医療に基づいた治療を行っても十分な効果があげられるのかという医師たちの疑念・不安は拭われず、医師と患者の経済的な負担と健康リスクは高まり続けている。

本稿では、医師に調査を行った結果を分析し、モンゴル医療の現状を把握したが、患者の声については扱うことができなかった。今後は、患者の視点から、当該医療がどのように利用されているのか、また、問題点があるとすればそれは何かを明らかにしていきたい。

## 謝辞

本調査に協力してくださった対象者の皆様、また査読を引き受けてくださった先生方へ、お礼を申し上げます。

## 注

- 1 アルマ・アタ宣言 (Declaration of Alma-Ata) は、1978 年 9 月 6 日から 12 日にかけて現在のカザフスタン共和国アルマティ (当時は、ソビエト連邦アルマ・アタ) で開催された第一回プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議 (WHO、UNICEF 主催) で採択された宣言文である (日本国際保健医療学会 2018)。すべての政府、保健・開発従事者、世界の市民社会が、世界中のすべての人々の健康を守り促進するため、至急のアクションをとる必要性を強調した (日本国際保健医療学会 2018)。本宣言はまた、プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の大切さを明確に示した最初の国際宣言でもある (日本国際保健医療学会 2018)。
- 2 「裸足の医師」という名称は、1960 年代から 1980 年代にかけて農村の最小限の基本的な医療を保障するために、都会で短期的に訓練を受けた農民を「医師」として派遣したことを指す (周 1981)。田畑を裸足で働くことが多い中国南部の農民に由来していると言われている (周 1981)。
- 3 1966 年から始まった中国における「文化大革命」の全国的な混乱はモンゴル伝統医療にも深刻な打撃をあたえた。寺で僧侶となった人やその僧侶に弟子入りをした人がモンゴル医学を学ぶという宗教的側面が問題視され、モンゴル伝統医療は「迷信」とみなされ、モンゴル医療に関する書物が焼かれ、学校が閉鎖された (胡・鄭 2007)。
- 4 中国の古代医療である中医学とモンゴル伝統医療を合わせた「内蒙古建成蒙医中医医療医療服務体系」(モンゴル医学中医学医療サービス体系) がつくられている (中華人民共和国商務部 2019)。内モンゴル自治区衛生健康委員会副主任である伏氏の紹介では、内モンゴル自治区では 2019 年時点で「蒙医中医医院」が 202 カ所、蒙医中医病床数は 26、013 床であり、平均 1、000 人の患者ごとに 1、029 床が確保されて全国第二位の規模となった。現在は、内モンゴル国際蒙医医院、内モンゴル自治区中医医院、内モンゴル民族大学附病院を始め 16 施設の盟・市レベルの蒙医中医医院を中心 (骨幹) に、旗・県レベルの蒙医中医医院が 103 施設ある (中華人民共和国商務部 2019)。
- 5 フルグとは、処方薬の効果を引き出すために用いるものを指しており、多種類存在する。例えば、黒砂糖、はちみつ、塩など普段人々が口にする食べ物から、髪の毛などまでである。

## 文献

中華人民共和国文化観光部 (中華人民共和国文化和旅游部, 2020, 中華人民共和国文化観光部ホームページ, (2020 年 3 月 12 日取得, [http://www.ihchina.cn/project\\_details/14879](http://www.ihchina.cn/project_details/14879).)  
中華人民共和国商務部 (中国服務貿易指南), 2019, 中華人民共和国商務部ホームページ, (2019 年 8 月 9 日の新聞記事, 2020 年 3 月 18 日取得, <http://tradeinservices.mofcom.gov>.)

cn/article/lingyu/zhongyy/201908/88123.html.)

- 周寿祺, 1981, 「対赤脚医生的名称、待遇和培訓的幾点意見」『中国農村医学』 1: 1-2.
- Čigčitü, 2005, Dundad uls un Monggol sudululun hömörge. Orqin qag un Monggol anagahu uhagan: Liaoning un undusuten u heblel yin horiy-a. (琪格其図, 2005, 『現代モンゴル医学』遼寧民族出版社.)
- デレゲル, 2005, 伊田喜光・根本幸夫・木下優子監修, 『モンゴル医薬学の世界』出帆新社.
- 廣瀬輝夫, 2009, 「モンゴルおよび東南アジア諸国の医療事情」『Medical Tribune』 5 (28): 48-49.
- 胡斯力・鄭澤民, 2007, 『蒙医志略』呼和浩特遠方出版社.
- 池田光穂, 2002a, 『実践の医療人類学——中央アフリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開』世界思想社.
- , 2002b, 「民族医療の領有について」『民族学研究』 67(3): 309-325.
- 池田光穂・奥野克己, 2007, 『医療人類学のレッスン——病いをめぐる文化を探る』学陽書房.
- 伊豫谷登士翁, 2002, 『グローバリゼーションとは何か——液状化する世界を読み解く』平凡社新書.
- 加納喜光, 1987, 『中国医学の誕生』東京大学出版社.
- 黒田浩一郎, 1995, 『現代医療の社会学——日本の現状と課題』世界思想社.
- 劉小萌, 1995, 『中国知識青年事典』成都四川人民出版社.
- Lock, Margaret M., 1984, *East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties of Medical Experience*, California: University of California Press. (中川米造訳, 1990, 『都市文化と東洋医学』思文閣出版.)
- 松下襄, 1988, 『東の医学・西の医学』川島書店.
- 三浦運一・篠塚房次, 1952, 「在滿蒙古人の人口生態」『日本人口学会記要』 1: 28-35.
- 宮脇淳子, 2002, 「モンゴルの歴史——遊牧民の誕生からモンゴル国まで」刀水書房.
- 日本国際保健医療学会, 2018, 『国際保健医療用語集』日本国際保健医療学会.
- 二本柳賢司, 1997, 「チベット医学 仏教医学 モンゴル医学」今西二郎・二本柳賢司編『世界の伝統医学』医歯薬出版: 41-44.
- 奥野克己, 2002, 「土着の実践から民族医療へ——近代医療との交差を中心として」『民族学研究』 67(3): 249-268.
- ソロングト・バ・ジグムド (ジュルンガ・竹中良二・丸山博訳), 1991, 『モンゴル医学史』農山漁村文化協会.
- 高城和義, 2002, 『パーソンズ——医療社会学の構想』岩波書店.
- 東郷えりか, 2006, 『グローバリゼーションと人間の安全保障』ちくま学芸文庫.
- 特木熱, 2009, 『四部医典』内蒙古科学技術出版社.
- 王崢, 2009, 「中国農村医療保障制度の新しい展開——新型農村合作医療制度を中心に」『大阪経大論集』 60 (1): 151-178.
- 山名美加, 2002, 「知的財産と先住民の知識——遺伝資源・伝統的な知識における「財産の情

報」をめぐる考察』『現代思想』30 (11): 152–164.  
伊光瑞, 1993, 『内蒙古医学史略』中国古籍出版社.  
俞慎初, 1983, 『中国医学簡史』福建科学技术出版社.  
姚毅, 2011, 『近代中国の出産と国家・社会』研文出版.

(ほう しょうらん、東京都立大学大学院 人文科学研究科、xiaolanexport@yahoo.co.jp)  
(査読者 石井由香理、二階堂祐子)

## **Current status of Traditional Mongolian Medicine in the Inner Mongolia Autonomous Region:**

A qualitative analysis of Mongolian doctors working at medical institutions

*BAO, Xiaolan*

This article focused on Mongolian medicine, a form of traditional medical treatment in the Inner Mongolia Autonomous Region of China. First, we summarized the process of institutionalizing Mongolian medicine promoted by the Chinese government and its historical background. Second, we conducted interviews with Mongolian doctors working at medical institutions with regard to the current situation of Mongolian medical care and the influence of doctor – patient relationships.

Historically, traditional medicine has been internationally recognized as intellectual property since it emerged in the latter half of the 20th century. Therefore, due to limitations of modern Western medicines that have been pointed out, traditional medicine has been re-evaluated as a supplementary and alternative medicine. The Chinese government has gradually promoted the institutionalized reform of Mongolian medicine.

As a result, it has changed from being used strictly by Mongolians to being used by multi-ethnic peoples. However, incorporating traditional Mongolian medicine into a new medical system has also increased the burden on doctors and patients. Doctors have to work longer hours, and economic factors have also greatly affected traditional treatment methods.