

薬剤の氾濫と生物医療

浜田明範*

要旨

本論は、薬剤と生物医療の関係のあり方に関する新しい視角を加えることを目的としている。そこで本論では、薬剤をめぐる状況を、「薬剤の希少状態」、「薬剤の統制状態」、「薬剤の氾濫状態」の3つに分類した上で、薬剤の氾濫状態における薬剤と生物医療の関係について検討を進めていく。

薬剤の交換と使用に注目する薬剤の人類学は、いわゆる「第三世界」と呼ばれる広範な地域において、抗生物質や解熱剤といった薬剤が容易に入手可能であること、人々が薬剤を日常的に使用していることを明らかにしてきた。従来の医療人類学では、薬剤は生物医療の一部を構成するものとして議論されており、このような「第三世界」における薬剤の普及も、しばしば生物医療の影響力拡大の結果であり、原因と見なされてきた。

本論では、薬剤についての認識の多様性と薬剤市場の複雑性に注目することにより、薬剤の普及を単純に生物医療の影響力拡大とは見なせないことを明らかにする。同時に、薬剤を生物医療の一構成要素と単純に見なすのではなく、生物医療から切り離されたものとして見ていく必要性を提示する。

キーワード： 薬剤の氾濫、生物医療、薬剤の人類学、医療人類学

目次

- はじめに
- 薬剤の普及、氾濫、侵略
- 薬剤についての認識の多様性と複数性
- 薬剤の氾濫状態における薬剤市場の複雑性
- 結論

はじめに

1970年代以降、人類学者はいわゆる「第三世界」における薬剤をめぐる状況について報告してきた。それらの報告によると、「第三世界」の広範な地域において、薬剤は容易に入手可能であり、人々は薬剤を日常的に使用しているという。薬剤を分析の主要な対象とす

*一橋大学大学院社会学研究科博士課程

る議論は、1980年代後半に「薬剤の人類学 anthropology of pharmaceutical」と呼ばれるようになった。これまでに、2冊の論文集[van der Geest & Whyte eds. 1988; Etkin & Tan eds. 1994]、1冊のレビュー的性質の強い共著[Whyte et al. 2002]、30本程度の論文が発表されている。

薬剤の人類学において、議論の主題である「薬剤 pharmaceutical」が明確に定義されたことはなく、「薬剤」という語で指し示す対象は論者によって大きく異なっている。今後、薬剤の定義の統一と精緻化が必要であると思われる。このような現状を踏まえて、本論では薬剤を、「生物医学理論¹に基づいて開発・製造され、生物医療によって治療手段として用いられるもののうち、1から数種類の化学物質で構成されているもの」と定義する。具体的には、抗生物質や解熱剤、鎮痛剤や抗マalaria薬などがここで定義する薬剤に含まれる。合成麻薬は治療に用いられないため、また、漢方薬や薬草は多くの種類の化学物質が含まれているため、本稿で定義する薬剤には含まれない。薬剤は生物医療の中核を担う治療手段であり、各国政府の医療政策の主要な介入ポイントの1つであり、同時に製薬会社が莫大な資本を投下して開発する商品でもある²。

これまでの医療人類学において、薬剤が研究の対象として主題化されることはほとんどなかった。2003年に出版された *Encyclopedia of Medical Anthropology*[Ember & Ember 2003]に薬剤に関連する項目がないほどである。後述するように、薬剤はいわゆる「第三世界」の広範な地域に普及しており、病者³やその家族が選択する治療手段の実に8割を薬剤が占めているという報告もなされている[Ferguson 1988]。以上から判断すると、医療人類学は薬剤に対して不当に低い関心しか払ってこなかったと言えよう。

先述のように、薬剤は病者とその家族自身による病気への対処に重要な役割を担っている。同時に、薬剤は生物医学理論に基づいて主に欧米や日本で開発されており、薬剤の開発・製造・流通は国家の医療政策と密接に結びついている。このような特徴をもつ薬剤に注目する薬剤の人類学は、これまで十分に研究されてこなかった病者とその家族による病気への対処に焦点を当てると同時に、それらと世界規模での医療技術の革新や医療政策・医療経済の展開との関連を明らかにしようと試みてきた。

本論は、このような背景を持つ薬剤の人類学を中心とした薬剤に関する医療人類学・医療社会学の先行研究を批判的に検討し、その理論的枠組みを精緻化することを目的としている。具体的には、薬剤をめぐる状況を「薬剤の希少状態」、「薬剤の統制状態」、「薬剤の氾濫状態」の3つに分類して検討を進めることで、薬剤の氾濫状態を生物医療の影響力の

¹ 本論では、生物学、生化学といった生物科学に依拠する医学理論を生物医学理論と呼び、生物医学理論に基づいて行われる医療を生物医療と呼ぶ。

² 薬剤は、製薬会社にとっては資本拡大のために開発・製造する商品であるが、使用者は必ずしも薬剤を購入しているわけではない。つまり、薬剤は常に商品として扱われるとは限らない。

³ 病気で苦しんでいる者は、通常「患者」と呼ばれるが、本論では病気に苦しんでいる者一般を「病者」と呼び、病者の中で生物医療による治療を受けている者を特に「患者」と呼ぶ。

拡大の結果、あるいは原因と見なす既存の議論の妥当性を検討する。結論を先取りして言うならば、薬剤の氾濫状態は生物医療の影響力の拡大を阻む状況であり、そこでは薬剤を生物医療から切り離された存在として捉えなおす必要がある。

薬剤の普及、氾濫、侵略

具体的な議論に入る前に、先行研究に基づいて、「第三世界」における薬剤をめぐる状況がどのようなものなのかを確認しておこう。

医療人類学者の van der Geest は、カメルーン南部のンテム地方における薬剤の流通状況を分析する際に、公式セクターと非公式セクターという区分を用いている。ンテム地方には多様な薬剤流通者⁴が存在している。公立の病院やヘルスセンター、私立病院、薬局、日用品店、行商人、露店、無資格の薬剤専門商⁵を通じて、人々は薬剤を入手可能である。van der Geest はこれらの薬剤流通者を、政府による認可を受けているかどうかを基準として公式セクターと非公式セクターに分けている。すなわち、政府によって薬剤の販売・配布が認可されている公立の病院とヘルスセンター、私立病院、薬局が公式セクターであり、政府の認可を受けていないその他の薬剤流通者が非公式セクターである [van der Geest 1988:133-6]。以下、この公式セクターと非公式セクターの区分を「第三世界」一般に拡大して、薬剤をめぐる状況についての既存の報告を整理していく。

公式セクターについてこれまでもっとも頻繁に報告されてきた点は、薬局にある全ての薬剤が処方箋なしで購入できるということである。欧米や日本と同様に、「第三世界」の多くの地域では、処方箋を持たない者に対する要処方薬⁶の販売は法律上禁止されている。しかし実際上は、多くの地域で薬局にある全ての薬剤が処方箋なしに販売されている [Wolffers 1987; Igun 1987; Cunningham 1970; Ferguson 1988; Logan 1988]⁷。しかも薬局の店員は必ずしも薬剤師ではなく、生物医学理論に基づいた薬剤についての知識を持っているとは限らない。例えば、スリランカでの調査によれば、28 の薬局のうち 11 店の店員は、商標名で売られている薬剤にどんな化学物質が含まれているのかを把握していなかった [Wolffers 1987:320]。同様に、エルサルバドルのアスンシオン市では非識字者や 10 才の少女が薬剤を販売している薬局も確認されている [Ferguson 1988:30]。

⁴ 本論では、薬剤を販売する者と配布する者を総称して、「薬剤流通者」と呼ぶ。

⁵ 本論では、薬剤を主たる商品として販売している商店のうち、政府の認可を受けているもののみを「薬局」と呼び、無認可のものを「薬剤専門商」と呼んで区別している。

⁶ 薬剤は大きく「要処方薬 prescription only drug」と「一般薬 over the counter drug」の2つに分けることができる。要処方薬は医師の書いた処方箋が無ければ購入できない薬剤である。副作用の危険性が低いことなど一定の基準を満たしているものは一般薬に分類され、処方箋なしでも購入できる。

⁷ 筆者は、「第三世界」の全ての国で要処方薬と一般薬の区分がなされていることを確認しているわけではない。しかし、ここで参照した事例では、要処方薬と一般薬の区分は法律上なされている。

また、公式セクターについては、病院やヘルスポストといった公立の生物医療施設における生物医療従事者のふるまいについても議論されている。そこでは、生物医療従事者による薬剤の横領[van der Geest 1982; Whyte1992]や、生物医療施設に訪れた健康な人への薬剤の配布[Ugalde & Homedes 1988; 武井 1992]、生物医学理論から見れば不必要な薬剤や不適切な薬剤の処方[Hardon 1987; Trostle 1996]についての報告がなされている⁸。

これに対し、非公式セクターについては、多様な形態の薬剤流通者の存在が広範な地域から報告されている。先述のように、カメルーン南部のンテム地方では、日用品店、露店、行商人、薬剤専門商を通じて薬剤が入手可能である[van der Geest 1987:296]。モーリシャスやインドネシア、マレーシア、ホンジュラス、ヴァヌアツでは日用品店で薬剤が売られている[Sussman 1988:202; 吉田 2000:166-167; 板垣 2003:193-194; 池田 2001:197-212; 白川 2001:41-43]。ブルキナファソやバングラデッシュでは市場の露店で薬剤が入手可能である [メルローズ 1987:2; 35]。同様に、ガーナでは薬剤を売り歩く行商人や、薬剤を専門に取り扱う無認可の商人が多数存在する [Bierlich 1999:324-330]。タイでは注射を打つことを生業とする注射医と呼ばれる治療者が存在し [Cunningham 1970]、スリランカでは調査された民俗治療者の半数が薬剤を用いて病者を治療している [Wolffers 1988:52-53]。

このような状況を、ガーナ南部の農村で調査した Senah は「マッチと灯油を除けば、薬剤以上に遍在し、頻繁に使用される商品は存在しない」と評し[Senah 1994:84]、研究者たちはしばしば、薬剤はコカコーラと同じくらい簡単に入手できると論じてきた [ex. Bledsoe & Goubau 1988:253; van der Geest et al. 1996:162]。

以上のことから、薬剤は「第三世界」で広範に普及している、と一応言うことができるだろう。

しかし、「第三世界」の全ての地域で薬剤が容易に入手できるわけではない。例えば、ケニアの牧畜民チャムスの間では、薬剤がほとんど使用されていないことが報告されている [河合 1998:37]。言うまでもなく、「第三世界」という極めて地理的に広範な地域をひとまとめにして議論することは不可能である。1つの国の内部においても、都市部と農村部では薬剤の流通・使用状況が大きく異なっていることは容易に想像がつく。「第三世界」における薬剤をめぐる状況を同質的なものとして記述する誤謬を避けるためには、薬剤をめぐる状況を地理的にではなく、その他の特徴に基づいて分類する必要がある。

薬剤をめぐる状況を分類するのに、有効な指標は2つある。まず、薬剤の普及の度合いが挙げられる。先述のように、薬剤は地球上の隅々にまで普及しているわけではない。都市部と農村部の違いや現金収入の有無、国家の薬剤政策によって、薬剤の使用頻度や入手

⁸ 医師の処方を問題とする、いわゆる「処方箋の質」についての議論は、「第三世界」の医師についてだけでなく、「先進国」の医師についても議論されている [ex. フリードソン 1992:64-67; 別府 2002:47-48]。

しやすさは大きく変化する。当該地域で、薬剤の利用が一般的であるか、そうでないかは薬剤をめぐる状況の主要な差異であることは言を待たない。

薬剤をめぐる状況を分類する際のもう1つの有効な指標は、薬剤市場への国家による統制の度合いである。欧米や日本では、国家によって薬剤の開発・製造・流通が高度に統制されている。薬剤を不法に販売したとして、しばしば逮捕者が出ている。一方、「第三世界」の多くの国においては、半ば公然と無資格の者が薬剤市場に参入し、非公式セクターを形成している。薬剤流通の非公式セクターが存在できるかどうかは、薬剤をめぐる状況に多様な影響を与える。この点については本論を通じて指摘していくが、ここでは特に2つのことを指摘しておく。まず、薬剤の開発・製造時に意図されている使用法に精通していない薬剤流通者が薬剤を販売・配布することによって、薬剤が望むような効果を発揮しなかったり、副作用が発生したりする可能性が増大する[Ferguson1988:38-40]。次に、生物医療従事者の数が少ない地域においては、薬剤流通者の数が増加することによって、薬剤へのアクセスが相対的に増大する[Whyte 1992:181-182]。この2点を見るだけでも、国家による薬剤市場への統制の度合い、とりわけ薬剤流通の非公式セクターが存在できるかどうか、ということが当該地域の薬剤をめぐる状況を大きく特徴付けていることがわかる。

本論では、以上の2つの指標に基づいて、薬剤をめぐる状況を表1のように分類して検討していく。

表1：薬剤市場の諸類型

	統制強	統制弱
流通量少	薬剤の希少状態	
流通量多	薬剤の統制状態	薬剤の氾濫状態

薬剤の希少状態とは、「薬剤の使用が一般的ではない状態」を指す。薬剤があまり利用されていない状況においては、薬剤市場への統制の強弱は当該地域における薬剤をめぐる状況に大きな影響を与えることはないため、統制の強弱によってさらに区別することはしない。薬剤の統制状態とは、「薬剤の使用が一般化している状態のうち、薬剤市場が国家によって強力に統制されており、国家に承認された者以外は薬剤市場に参入できない状態」を指す。薬剤の統制状態においては、薬剤流通は公式セクターに独占されており、非公式セクターは存在できない。薬剤の氾濫状態とは、「薬剤の使用が一般化している状態のうち、薬剤市場に対する国家の統制が弱く、生物医療の公式のトレーニングを受けていない者でも薬剤市場に参入できる状態」を指す。薬剤の氾濫状態では、薬剤流通の公式セクターと非公式セクターの共存が見られる。ただし、この3つの類型はあくまで理念的なものであり、類型間の境界は曖昧であることを付言しておく。

このように薬剤をめぐる状況を分類してみると、薬剤の人類学者による「第三世界」の

薬剤をめぐる状況についての報告の大部分は、薬剤の氾濫状態についてのものであったことがわかる。では、薬剤の人類学者たちは薬剤の氾濫状態をどのようなものとして眺めてきたのだろうか。

薬剤の人類学者たちは薬剤の氾濫状態をしばしば生物医療の影響力の拡大と関連付けてきた。薬剤の普及を生物医療の影響力の拡大とみなす論者の多くは、「第三世界」における薬剤をめぐる状況をイリイチ[イリイチ 1979]に倣って「薬剤の侵略 pharmaceutical invasion」と表現してきた[ex. Ferguson 1988:19; Whyte 1988:227; van der Geest & Whyte 1988; Senah 1994:84]。そこでまず、「第三世界」における薬剤をめぐる状況をイリイチがどのように眺めていたのかを確認しておこう。

イリイチによる薬剤使用の増大についての見解は2点にまとめることができる。第一に、薬剤使用の増大は生物医療への依存の増大である。薬剤を用いて病気へ対処しようという態度は、自らの身体に干渉する機会を放棄し、生物医療に明け渡すものである。第二に、薬剤を使用することは生物医療の前提を普及させる。薬剤の使用は、身体を機械的なスイッチによって動く機械とみなす態度を広める。このような身体についての態度は生物医療の中心的な考え方と同一のものである。つまり、薬剤の使用そのものが生物医療の考え方を拡大させることになる[イリイチ 1979:54-61]。

薬剤の氾濫状態を生物医療の拡大と見なす視点は現在でも有力なものとなっている。例えば Nichter と Vuckovic は、薬剤はイデオロギーの運び手であると主張している。彼らの主張は、薬を飲むという行為についての次のような説明の中に典型的にあらわれている。「薬を飲むことは、物質を体内に取り込むことを越えた含意がある。自己、病いの原因と責任、病いの意味についての潜在的な考え方も、薬には物質化されている。このような薬を飲むことによって、正常や望ましいことについての仮説も伝えられる」[Nichter & Vuckovic 1994:1509-10]。つまり、生物医学理論に基づいて開発・製造されている薬剤の使用は、生物医学理論の前提や考え方を拡大させるというのである。

イリイチや Nichter と Vuckovic の議論に典型的に現れている、薬剤の氾濫状態を生物医療の影響力の拡大と見なす議論は、一つの前提に明確に依拠している。その前提とは、薬剤と生物医療は分かち難く結びついており、薬剤はいつでもどこでも生物医療の一部であるとするものである。この薬剤と生物医療の間には本源的な結びつきがあるとする前提は、多くの論者の議論に通底している。例えば、Whyte は近年発表した議論の中で、薬剤の氾濫状態における、生物医療的治療についての説明の大部分を薬剤を用いた治療の説明に費やしている[Whyte 2002:177-179]。つまり、薬剤で生物医療を代表させて議論を組み立てているのである。

確かに、薬剤は生物医療と密接に関係している。薬剤は、生物医学理論に基づいて生物医療従事者によって開発されている。薬剤は、生物医療の中核を担う治療手段であり、薬剤なくしては生物医療の治療は大きく限定されてしまう。少なくとも薬剤の統制状態にお

いては、薬剤の流通・販売・配布は生物医療従事者に独占されている。にもかかわらず、薬剤の氾濫状態についての報告を精査すると、薬剤の氾濫を単純に生物医療の拡大の原因や結果と見なすことができないことがわかる。以下、3章では薬剤についての認識の多様性と複数性に、4章では薬剤市場の複雑性に、それぞれ注目することによってこのことを明らかにしていく。

薬剤についての認識の多様性と複数性

先述のように、イリイチや Nichter と Vuckovic は、薬剤の氾濫状態は薬剤の使用を増大させることにより、生物医療の考え方を浸透させると主張している。先に引用した Nichter と Vuckovic の言明を字義通りに受け取るならば、薬剤に「物質化」されている「自己、病いの原因と責任、病気の意味についての潜在的な考え方」は、薬剤の開発・製造者のものだということになる。つまり、薬剤を実際に使用する者が薬剤をどのように認識していようとも、薬剤が開発される際に前提としていた様々な考え方は薬剤の使用者に伝達されるというのである。しかし、Nichter と Vuckovic は、薬剤に「物質化」されている考え方が、どのようなメカニズムで使用者に伝達されるのかについては議論していない。

また、薬剤の氾濫状態において、生物医療で正当とされるやり方で一般の人々が薬剤を使用しているという報告は、筆者の知る限り1つもなされていない。むしろ、薬剤は、現地に存在していた薬草や民俗治療者が用いる薬が使用される際の正しい使用法に基づいて使用されているという報告が頻繁になされている。

当の Nichter 自身も、1970年代にインドの南カナラで行った調査を基に次のような事例を報告している。医師や薬剤師は無月経で苦しむ女性に対し、ホルモン促進剤を処方している。このホルモン促進剤が効果を及ぼすメカニズムについて、一般女性は次のように認識している。ホルモン促進剤は血を熱くする。それによってバユ（風の原理）が血を身体の外に出す。人々はこの認識に基づいて、月経を誘導する量の2倍の量の薬剤を飲むことによって、墮胎を誘導しようと試みており、ホルモン促進剤をモーニングアフターピルとして飲んでいる[Nichter 1980:229]。この事例からは、薬剤の効果が既存の身体観との関係で解釈され、この薬剤についての解釈を前提に薬剤が使用されていることがわかる。

同様に Etkin は、薬剤が病気観との関係で解釈される例を報告している。Etkin の調査したナイジェリア北部のハウサ (*Hausa*) では、病気の原因を次のように説明する。人は、血液や精液といった通常体内にある液体の蓄積や熱さ/冷たさの蓄積、精霊の悪事、妖術師による異物の混入といった原因によって病気になる。そのため、とりわけ治療の初期段階では、異物や液体などを直接的に外に出すことが求められる。具体的には、汗・便・ゲップ・尿といった形で病者の体から病因を排泄させる。例えば、尿や便が赤くなることは病因が排泄されたことのサインである。そのため、ハウサでは催吐作用や下痢を引き起こす作用を持つ薬草が好んで使われている。この傾向は薬剤にも妥当する。ゲップを誘発し

たり、尿や便を赤くする作用のある薬剤は好んで使われる。一方で、便秘を引き起こす作用をもっている薬剤の使用は敬遠される [Etkin 1994:20]。この事例からは、薬剤が薬草と同じやり方で、薬草と同じ効果をあげることを目的として使用されていることがわかる。

また、グアテマラ高地の農村で調査をした Logan は、薬剤が世界観との関連で認識されていることを示す事例を提示している。ラテンアメリカの広範な地域で、食べ物・薬草・病気・体調などが熱さ/冷たさの2つのカテゴリーに分類されていることはよく知られている。Logan によると、薬剤も同様に熱い薬剤と冷たい薬剤の2つに分類されており、薬剤の熱さ/冷たさは病気や体調の熱さ/冷たさと密接に関係している。

病気や死は体内の熱さ/冷たさのバランスが崩れることによって起こる。過剰な熱さは活発な労働、料理の火からの熱に晒されること、感情的・性的興奮、酩酊、邪視に晒されること、熱い食べ物の過剰摂取、熱さを誘導する病気に罹ることの帰結として起こる。一方で、過剰な冷たさは冷たい薬・食べ物・飲み物の軽率な使用、悪意の風 (evil wind) に晒されること、熱い状態時の入浴、下痢などの冷たさを誘導する病気に罹ることの帰結として起こる。身体のバランスが熱い方に傾いていることに起因する病気 (= 熱い病気) に対して、熱い薬を投与することは不適切である。熱い薬は身体をさらに熱くしてしまうからである。一方で、熱い病気に対しては冷たい薬を投与することによって熱さと冷たさのバランスを正常化することができる。では、個々の薬剤の熱さ/冷たさはどのように決まっているのだろうか。Logan によると、薬剤の熱さ/冷たさは1つの支配的な基準によって決まっている。それは、薬剤が熱い病気と冷たい病気のどちらに効いたのか、である。未知の薬剤は、はじめから熱いか冷たいかが決まっているわけではない。未知の薬剤が冷たい病気に効いた場合、その薬剤は熱い薬剤であったことがわかる。冷たい病気に冷たい薬剤が効くことはありえないからである。同様に、未知の病気も熱いか冷たいかはわからない。しかし、未知の病気に熱い薬剤が効いた場合、その病気は冷たい病気だったことが結果的にわかるのである [Logan 1973:387-90]。

これらの事例から、薬剤についての認識は単独で存在しているのではなく、当該地域に存在する、身体観・病気観・世界観といった隣接する領域についての認識と密接に結びついていることがわかる。Nichter と Vucovick は薬剤を通じて身体観・病気観・世界観が生物医療に基づくものに変化していくと主張しているが、実際には薬剤についての認識そのものが当該地域に既存の身体観・病気観・世界観に大きく依拠しているのである。

同時に、個々人の持つ薬剤についての認識は必ずしも一通りとは限らないことにも注意を払う必要がある。この点について、Conrad はアメリカのてんかん病者が持つ薬剤についての認識に関して興味深い報告をしている。

Conrad によると、てんかん病者は発作を抑えるために日に3~4回、薬剤を摂取している。そのような日常生活の中で、てんかん病者には薬剤について4つの認識の共存がみられるという。それぞれ、通常性へのチケット、発作の恐怖の除去、病状の指標、ステイ

グマの4つである。通常性へのチケットとは薬剤の使用が発作をある程度抑えてくれることにより、てんかん病ではない人たちと同じような生活、通常的生活を送れるということを目指す。てんかん病者達は薬剤の存在を非常に喜んでおり、多くの病者は薬剤が発作を抑えると答えている。次に、薬剤の摂取によっていつ発作が起こるかわからないという心理的な圧力が緩和される。しかし、このことは自身が薬剤の中毒になっているという認識をも含むことになる。また、てんかん病者にとって自身の病状を測る指標となるものは少なく、処方される薬剤の強弱や量によってのみ病状の変化を認識している。最後に、薬剤を飲み続けることは、自身がてんかん病者であることを自他に示すスティグマの1つになっている[Conrad 1985:29-37]。

Conrad の報告する4つの認識のうち、生物医学理論に基づいているのは3番目の「病状の指標」だけである。最初の「通常性へのチケット」は、過去の薬剤使用経験に由来するものであり、2番目の「発作の恐怖の除去」は、薬剤についての説明というよりも、薬剤への信頼に起因するものである。最後のスティグマは、薬剤の使用がもたらす社会的効果の負の側面をあらわしている。アメリカの慢性病患者という、自身の病気についての生物医療の説明に比較的親しんでいる病者においてさえ、薬剤についての生物医療に基づいた考え方と同時に、それとは異なる薬剤についての考え方を保持していることがわかる。このことは、薬剤の使用が一元的に生物医療の考え方を普及させていくという考え方に對する有力な反証となるだろう。

薬剤の氾濫状態における薬剤市場の複雑性

2章で指摘したイリイチの見解では、病気への対処に薬剤を使用することは、自己の身体に干渉する機会を放棄するものであり、生物医療による身体への統制を強化するものである。したがって、薬剤の使用を増大させる薬剤の氾濫状態は、生物医療の影響力を拡大させる原因の1つと見なされている[イリイチ 1979:54-61]。

しかし、薬剤の氾濫状態においては、そもそも生物医療は薬剤に対する統制を完全に失っている。2章で指摘したように、薬剤の氾濫状態においては、薬剤の流通は生物医療によって独占されていない。それどころか、薬剤を使用する民俗治療者や注射医が存在する以上、薬剤は生物医療が独占する治療手段ですらない。さらに言えば、薬剤が氾濫することによって生物医療はますます影響力を拡大することが困難になっている。このことは、薬剤の氾濫状態において薬剤がどのような経路で流通しているのか、つまり薬剤市場の全体像をより詳しく見ることによって明らかになる。

van der Geest の一連の研究[van der Geest 1982;1987;1988]は、カメルーン南部のンテム地方における調査を基に、薬剤の氾濫状態における薬剤市場の複雑な全体像を明らかにした稀有な研究である。先述のように、ンテム地方には多様な種類の薬剤流通者があり、公式セクターと非公式セクターの2つに大きく分けることができる。

ここで強調する必要があるのは、公式セクターと非公式セクターは単に共存しているのではなく、見かけ以上に複雑に絡み合っているということである。公式セクターと非公式セクターの相互依存関係は2つの観点から指摘できる。まず、公式セクターの不備が非公式セクターの必要性を準備する一方で、非公式セクターの存在が公式セクターからの薬剤の流用を促進させる。次に、薬局と非公式セクターは薬剤販売の利益を分け合っている。

公式セクターは不備を抱えており、うまく機能していない。公立病院やヘルスセンター・私立病院・薬局の各々が有効に機能しているとは言い難いのである。

公立病院やヘルスセンターが有効に機能しないのには2つの理由がある。政府機関の不手際と職員による汚職である。政府機関の不手際は3つある。まず、薬剤は政府機関の発注から平均2年後に届いている。これは記録の管理がずさんなことに由来している。次に、薬剤はきちんと管理されていない。温度や湿度といった気候的な要因から守られていないうえ、古い薬剤が倉庫に残されている。最後に、分配の不手際がある。小規模のヘルスセンターには必要な薬剤の65%しか分配されていない一方で、より大規模のヘルスセンターには必要以上の薬剤が分配されている[van der Geest 1982:2147]。こうした政府の不手際に加えて、職員の汚職も存在している。公立病院やヘルスセンターでは、汚職が横行しているために、多くの薬剤が病者の手に届く前に消えている。大まかに見積もって約30~40%の薬剤が職員によって院外に持ち出されている。持ち出された薬剤は家族や友人に配られたり、自宅での私的サービスに流用されたり、非公式セクターの薬剤流通者に売却されたりしている[van der Geest 1982:2148]。不手際と汚職という2つの問題を抱えているために、公立病院やヘルスセンターは慢性的な薬剤不足に悩まされている。

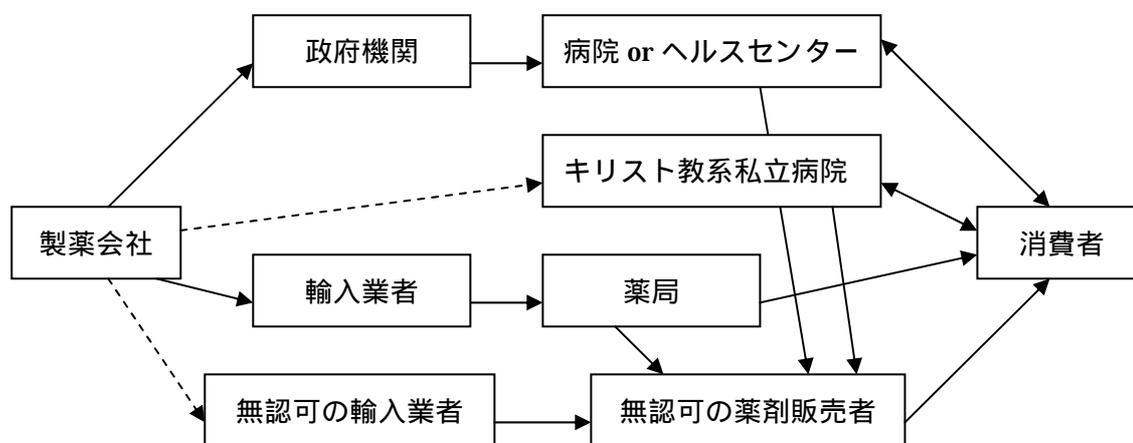
私立病院と薬局も同様に、有効に機能していない。多くの人々は少量の薬剤を買うためのお金しか持っていない。そのため、あらかじめ定められた量の薬剤しか売れない薬局では薬剤を購入することはできない。また、職員の汚職は私立病院でも行われている。さらに、私立病院も薬局も数としては決して多くない。こうして公式セクターがまったく存在しない薬剤流通の「真空地帯」が生まれる。

以上のような公式セクターの不備によって、非公式セクターの存在は準備されている。このことは3つの点から指摘できる。まず、非公式セクターはこの真空地帯を埋める形で存在している。次に、公立病院やヘルスセンターは慢性的な薬剤不足に悩まされているために、病者が非公式セクターで販売されている薬剤を買って医師の元に行くの是一般的な光景となっている。最後に、病者はしばしば病院で長時間待たされている。その間、処置されずに待っている病者の中には痛みを耐えられずに、病院の外の非公式セクターで痛み止めを購入する者がいる [van der Geest 1988:142-143]。

van der Geest 自身は明確に述べていないが、公式セクターの不備によって非公式セクターの存在が準備される一方で、非公式セクターの存在が公式セクターの不備を増大させている。生物医療従事者はしばしば薬剤を流用している。その目的の1つに現金を得るこ

とがあげられる。流用された薬剤が換金可能なのは、薬剤の非公式な市場が存在しているからである。つまり、薬剤流通の非公式セクターが存在することが、生物医療従事者による薬剤の流用の動機づけていることになる。

次に、薬局と非公式セクターは利害を共有している。一見すると、薬局や薬剤師は薬剤の氾濫によって不利益を被っているように見える。薬剤師になるためには、薬学を勉強し、資格を取得しなければならない。にもかかわらず、薬学の知識も資格も無くても薬剤を販売することが可能となっているからである。しかし、薬局と非公式セクターは商売敵ではない。先述のように、多くの人々は少量の薬剤を買うためのお金しか持っていないため、薬局では薬剤を購入することができない。非公式セクターでは薬剤は1錠単位で買うことができるため、一般の人々は薬局ではなく非公式セクターで薬剤を購入している。また、薬局から離れた地域に住む人々は薬局まで薬剤を買いに行くことができない。一方で、非公式セクターで流通している薬剤は部分的には薬局から購入されたものである。薬局は非公式セクターが仲介することによって薬剤をより多く売ることが可能になっている。つまり、ある薬剤師の言うように、「彼ら（非公式セクターの人々）は我々（薬剤師）のために働いている」のである[van der Geest 1988:144-145]。以上のような薬剤流通の状況は図2のようにまとめることができる。



実線は明らかになっている薬剤の流れを、点線は始点と終点のみはっきりしている薬剤の流れをそれぞれ表す。

図2：ンテム地方における薬剤の流通⁹

このような薬剤流通の2つのセクターの絡み合いはカメルーンだけではなく、「第三世界」の多くの国で起きていると van der Geest は主張する[van der Geest 1988:131]。2章で示したとおり、多くの国において、非公式セクターの存在や、公立病院やヘルスセンターが十分に機能していないことが指摘されているため、van der Geest の見解には一定の

妥当性があるだろう。

van der Geest の描き出した薬剤の流通状況においては、薬剤が氾濫することによって生物医療の影響力が切り崩されている。薬剤が誰にでも利用可能になることによって、薬剤という治療手段を用いるという生物医療の治療者としての主要な特徴は消されてしまう。同時に、薬剤の氾濫状態は生物医療従事者の薬剤の横領を促進させるため、現状を固定化する性質を備えている。

また、薬剤の氾濫状態は国家の健康予算を浪費させる。薬剤は生物医療施設から流用されている。このことは予算が浪費されていることを意味する。もちろん、流用された薬剤分の予算が浪費されている。同時に、薬剤の流用は生物医療施設における薬剤の枯渇を生み出す。薬剤の置かれていない生物医療施設は人々に利用されなくなる。薬剤が切れたために一時的に活動を中止するヘルスポストも存在する [van der Geest 1982:2150]。このことは、生物医療従事者の給料も浪費されていることを意味している。ただでさえ、生物医療従事者に生活できるだけの給料を生物医療は用意できていない。薬剤は貧弱な健康予算をさらに悪化させる主な要因となっている。

薬剤の流通の全体像を見てみると、薬剤の氾濫状態と生物医療の奇妙な関係が明らかになる。それは、薬剤の氾濫状態は生物医療による薬剤の流通への統制の弱さの原因であり結果であるということである。国家や生物医療が薬剤の流通を統制できないことによって薬剤は氾濫し、薬剤が氾濫することによって国家や生物医療の影響力は削がれている。つまり、薬剤の普及を生物医療の影響力の拡大とみなす既存の議論とは逆に、薬剤の氾濫状態と生物医療の弱さは相互にお互いの現状を固定化するように影響を与え合う、相互依存的な関係にあるのである

結論

本論では、薬剤をめぐる状況を「薬剤の希少状態」、「薬剤の統制状態」、「薬剤の氾濫状態」の3つに分類し、薬剤の氾濫状態においては、薬剤の普及が生物医療の影響力を切り崩していることを明らかにしてきた。医療人類学において、薬剤は常に生物医療的な要素とみなされてきた。しかし、薬剤は必ずしも生物医療のイデオロギーの運び手になるわけでも、生物医療の影響力が拡大した結果として普及しているわけでもない。むしろ、薬剤は生物医療の統制から抜け出すことにより、より広範囲に普及することができ、その結果、生物医療の影響力を削り取っている。

薬剤の普及を生物医療の影響力の拡大と見なす議論の前提には、薬剤と生物医療との関係を強固で変更不可能なものとする、より広範に見られる視点が存在している。しかし、少なくとも薬剤の氾濫状態においては、薬剤は生物医療と切り離された存在として捉えな

⁹ van der Geest 1982;1987;1988 を基に引用者作成。

おす必要がある。

参考文献

別府 宏圀

2002 『医者が薬を疑うとき』 亜紀書房。

Bierlich, Bernhard.

1999 Sacrifice, Plants, and Western Pharmaceuticals: Money and Health Care in Northern Ghana. *Medical Anthropology Quarterly* 13(2):316-337.

Bledsoe, Caroline and Monica F. Goubaud.

1988 The Reinterpretation and Distribution of Western Pharmaceuticals: An Example from the Mende of Sierra Leone. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest and S. R. Whyte (eds.), pp.253-276. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

Conrad, Peter.

1985 The Meaning of Medications: Another Look at Compliance. *Social Science and Medicine* 20:29-38.

Cunningham, Clark. E.

1970 Thai "Injection Doctors": Antibiotic Mediator. *Social Science and Medicine* 4:1-24.

Ember Carol R. and Melvin Ember.

2004 *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures. Volume1: Topics*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Etkin, Nina L.

1994 The Negotiation of "Side" Effect in Hausa (Northern Nigeria) Therapeutics. In *Medicines: Meanings & Contexts*. N. Etkin and M. Tan (eds.), pp.17-32. Philippines: Health Action Information Network.

Etkin, Nina L and Michael L. Tan, eds.

1994 *Medicines: Meanings & Contexts*. Philippines: Health Action Information Network.

Ferguson, Anne.

1988 Commercial Pharmaceutical Medicine and Medicalization: A Case Study from El Salvador. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest and S. R. Whyte (eds.),

pp.19-46. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

フリードソン、エリオット

1992(1970) 『医療と専門家支配』進藤雄三他訳、恒星社厚生閣 (Eliot Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Press.)

Hardon, Anita P.

1987 The Use of Modern Pharmaceuticals in a Filipino Village: Doctor's Prescription and Self Medication. *Social Science and Medicine* 25(3):277-292.

Igun, U. A.

1987 Why We Seek Treatment Here: Retail Pharmacy and Clinical Practice in Maiduguri, Nigeria. *Social Science and Medicine* 24(8):689-695.

池田 光穂

2001 『実践の医療人類学』世界思想社。

イリイチ、イヴァン

1979(1976) 『脱病院化社会：医療の限界』金子嗣郎訳、晶文社 (Ivan Illich. *Limits to Medicine, Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London : Boyars.)

板垣 明美

2003 『癒しと呪いの人類学』春風社。

河合 香吏

1998 『野の医療』東京大学出版会。

Logan, Michael H.

1973 Humoral Medicine in Guatemala and Peasant Accertance of Modern Medicine. *Human Organization* 32(4):385-395.

1988 'Casi Como Doctor': Pharmacy and Over-the-Counter Medications in the Health Care System of a Mexican City. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Study in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest & S. R. Whyte (eds.), pp.107-130. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

メルローズ、ダイアナ

1987(1982) 『薬に病む第三世界』上田昌文他訳、勁草書房(Dianna Melrose. *Bitter Pills: Medicines and Third World Poor*. Oxford: Oxfam)

Nichter, Mark.

1980 The Layperson's Perception of Medicine as Perspective into the Utilization of Multiple Therapy Systems in the Indian Context. *Social Science and Medicine* 14B:225-233.

Nichter, Mark and Nancy Vuckovic.

1994 Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice. *Social Science and Medicine* 39(11):1509-1525.

Senah, Kodjo A.

1994 Blofo Tshofa: Local Perception of Medicines in a Ghanaian Coastal Community. In *Medicines: Meanings & Contexts*. N. Etkin and M. Tan (eds.), pp.83-102. Philippines: Health Action Information Network.

白川 千尋

2001 『カスタム・メレシン：オセアニア民間医療の人類学的研究』風響社。

Sussman, Linda K.

1988 The Use of Herbal and Biomedical Pharmaceuticals on Mauritius. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Study in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest & S. R. Whyte (eds.), pp.199-216. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

武井 秀夫

1992 「保健所という名のカーゴ 北西アマゾンにおける制度的医療の受容の一側面」
波平恵美子（編）『人類学と医療』弘文堂。

Trostlr, James.

1996 Introduction. Inappropriate Distribution of Medicines by Professionals in Developing Countries. *Social Science and Medicine* 42:1117-1120.

Ugalde, A. and N. Homedes.

1988 Medicines and Rural Health Services: an Experiment in the Dominican Republic. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Study in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest & S. R. Whyte (eds.), pp.57-80. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

van der Geest, Sjaak.

1982 The Efficiency of Inefficiency: Medicine Distribution in South Cameroon. *Social Science and Medicine* 16:2145-2153.

1987 Self-Care and the Informal Medicine Distribution in South Cameroon. *Social Science and Medicine* 25:293-305.

1988 The Articulation of Formal and Informal Medicine Distribution in South Cameroon. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest and S. R. Whyte (eds.), pp.131-148. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

van der Geest, Sjaak and Susan Reynolds Whyte.

- 1988 Preface. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest and S. R. Whyte (eds.), pp. - . Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

van der Geest, Sjaak and Susan Reynolds Whyte, eds.

- 1988 *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

van der Geest, Sjaak, Susan Reynolds Whyte and Anita Hardon.

- 1996 The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach. *Annual Review of Anthropology* 25:153-178.

Whyte, Susan Reynolds.

- 1988 The Power of Medicines in East Africa. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Study in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest & S. R. Whyte (eds.), pp.217-234. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.
- 1992 Pharmaceuticals as Fork Medicine: Transformations in the Social Relations of Health Care in Ugand. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 16:163-186.
- 2002 Subjectivity and Subjunctivity: Hoping for Health in Eastern Uganda. In *Postcolonial Subjectivities in Africa*. Richard Werbner (ed.), pp.171-190. London; New York: Zed Books.

Whyte, Susan Reynolds, Sjaak van der Geest and Anita Hardon.

- 2002 *Social Lives of Medicine :Cambridge Studies in Medical Anthropology 11*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wolffers, Ivan.

- 1987 Drug Information and Sale Practices in Some Pharmacies of Colombo, Sri Lanka. *Social Science and Medicine* 25(3):319-321.
- 1988 Traditional Practitioners and Western Pharmaceuticals in Sri Lanka. In *The Context of Medicines in Developing Countries: Study in Pharmaceutical Anthropology*. S. van der Geest & S. R. Whyte (eds.), pp.47-56. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

吉田 正紀

- 2000 『民俗医療の人類学：東南アジアの医療システム』古今書院。