

《書 評》

小田なら著『〈伝統医学〉が創られるとき：ベトナム医療政策史』
(京都大学学術出版会, 2022年)木下 広 志¹⁾・藤井 大 兎²⁾

1 はじめに

今日世界中で近代医療が広く普及しているが、同時に地域固有の伝統医療もまた息づいている。近代医療を経済的に十分に享受することが可能な先進国においてすら、例外ではない。それではなぜ伝統医療は存在し続け、そして人々はどこにその価値を見出しているのだろうか。それが単に、近代医療の供給に由来するとは言えないのであれば、他にどのような理由があるのか。本稿は以上の問題意識から、小田(2022)を振り返ることを通じて、独自の視点を浮き彫りにする。

伝統医療について本書は、科学化や制度化を求める政府や近代医療の医師、戦時下の医療資源の枯渇、薬用植物の植生などの影響を受けながら、どのようにその形を変えたのかを描き出している。ベトナムの伝統医療が公的医療に取り込まれていく過程に関する先行研究では、ベトナムの特殊な公定史観による制約から、伝統医療を現代医学との二項対立でとらえており、これらの呼称の由来や用法が示す、政治権力による伝統医療の制度化という具体的な営みと人々の自発的な営みといった複合的な様態が等閑視されてきた。本書は、伝統医学という概念そのものの可変性に着目した構成とされており、またベトナムにおける伝統医学の分析には2つの参照すべき視角があり、その1つである政治権力による医療の制度化過程を解明しようとしている。そしてもう1つの視角である人々の具体的実践については、今後の研究により補完することが必要であると明記されている (p.19)。本稿の着眼は、まさにこの第2の点に関わる。

著者は、ベトナムがフランスによる植民地支配の時代から、そこから独立して共産主義国家となった現在に至るまで、国家によって管理された医療制度のあり方を歴史資料やフィールドワークを通じて考察している。そのなかでも本稿ではとくに、伝統医療が国家のお墨付きを得て、医学の地位を得たカッコ付きの〈伝統医学〉と称されるに至った経緯に着眼している。

こうした経緯の特殊性を、もう少し補足したい。日本では19世紀以降、近代医療が人々の健康と寿命に大きな影響を与えてきた。明治政府は「医制」を發布(1874年)し、「医師免許制度」を施行(1884年)、西洋医学のみを国の医療制度として採用した。それまでの漢方医は一代限りとし、伝統医療が日本の医療制度に取り入れられることは無くなった。感染症を起こす病原体の研究が進み、衛生環境の改善や抗生物質・ワクチンの開発によって感染症による死者数は急減した。1950年まで長い間、死亡原因の第1位だった結核は、1951年に脳血管疾患にその座を明け渡し、約14万人の死者数はその後間もなく約1/3に減少した。中国伝来の伝統医療は、陰陽五行説や五臓六腑論のような東洋哲学に立脚したものであったが、結核のような感染症に対してはほぼ無力であり、近代医療を補完し、患者の症状を和らげるという対症療法地位に封じ込められるに至った。しかし平和な時代が続き、命を縮める病気を克服できるようになると、長寿化による慢性病が健康問題としてクローズアップされるようになった。身体の不調は、心理的・

1 寿晃整骨院 総院長。

2 岡山大学学術研究院ヘルスシステム統合科学学域 教授。

社会的問題も背景にしつつ、患者を苦しめた。治らない病気である慢性病に対して近代医療は決定打を欠き、逆に漢方薬や鍼灸マッサージといった伝統医療による対症療法が一部の患者から求められるようになった。現在日本の伝統医療には主に漢方薬と鍼灸があり、ほとんどの漢方薬はエキス製剤として一定の品質を持つ工業製品となっている。またその処方、投薬は医師、薬剤師の業務となっている³。鍼灸は医療類似行為として、医療行為の一部を許された鍼灸師の業務となっている。

他方のベトナムでは、19世紀から現代に至るまでに統治者が大きく変化し、医療政策についてもその時々によって異なる方針が出された。フランスによる植民地支配の時代には、ベトナムの伝統医療は植民地政府からすっかり無視されていた。しかし植民地支配から脱却して南北の統一国家が樹立された後、政府は国民のアイデンティティを鼓舞するため、伝統医療を民族医療へと名称を変え、ベトナム民族特有の医療、そのなかでもベトナム国内で収穫できる薬草を基にした「南薬」を医療制度の一部として組み込んだ。これが後に〈伝統医学〉に格上げされていく。その担い手たちもまた、その時々々の国民のニーズや社会経済状況に合わせて、その姿を柔軟に変容させていった。

このように本書では、国家権力、医療者といったアクターが目指した伝統医療が制度化される過程の分析を行い、〈伝統医学〉がどのように構築されたのか、その変化する環境下でベトナム人治療師がどのような医療サービスを実践してきたのかを明らかにしようとしている。そこで著者は次のような研究方法を採用した。まず〈伝統医学〉の柔軟な可変性に着目し、医療政策の変遷、医療制度内に規定された〈伝統医学〉の位置付けについて公文書等を分析することで明らかにした。またそれと同時に、その時々々の治療師や関係者が、政府の方針をどのように理解し評価したのかについて言説の分析を行っている。政策分析は主に公文書に依拠したのに対して、言説分析は同時代の雑誌、新聞や自伝に加え、著者が独自に行った聞き取り調査によって行われた。著者によれば、政策分析と言説分析の二つの研究方法は、相互補完的だという。

2 ベトナムの歴史背景と概説

本書の内容を振り返る前に、ベトナムの歴史的背景を大まかに確認する。

ベトナムには、数万年前から人類が生きてきた痕跡が残されている。古代から部族間の争いや中国民族の流入など、独立と被支配を繰り返し、19世紀には中国清王朝に朝貢する形で阮朝が成立し、現ベトナムの形をほぼそのままに統一した。ただし通商貿易を求めたフランスと清王朝の勢力争いの結果としてフランス軍の侵攻を招き、1862年にフランスの植民地となった。第二次世界大戦時には日本が進駐したが、その敗退後、フランスが再進駐した。しかしその後も東西冷戦のあおりを受け、インドシナ戦争においてフランスが敗北し、1954年ジュネーブ条約により独立を宣言するも北緯17度線を境に北ベトナムと南ベトナムに分裂した。1965年、南ベトナムにおいて傀儡政権を樹立したアメリカが北爆を開始、いわゆるベトナム戦争に突入した。1975年のサイゴン陥落によってベトナム戦争は終結し、ソ連と中国に支援され、共産主義国家となった北ベトナム（ベトナム民主共和国）によって南北統一を果たした。他方で1986年ベトナム共産党大会では、新方向への転換を意味する「ドイモイ」というスローガンが提起され、市場経済へと大きく舵を切った。

このように戦前から戦後にかけて、約10年ごとに統治者が変わったため、国民への医療サービスの供給体制は大きく変化した。いまだ開発途上のベトナムは、フランスとの関係が切断されたことによって医療

3 市販用の漢方薬は、医療用に比べて低用量のもの（50%～80%程度）であり、第二类医薬品として登録販売者によって販売されている。

資源が不足し、国民の間で顕在化した医療ニーズもまた、その時々を経済状況やその地域の伝統医療の存在によって多様化した。

3 新たな視座の構築

本書の第1章では、フランス植民地時代の医療制度・医学教育について書かれている。西洋医学はカトリックの宣教師によってベトナムに導入され、1858年にフランスによる保護国となる以前の阮朝期に3回起こった大規模な疫病流行時に、カトリック信者を中心に予防・治療が行われた。1663年北アメリカ大陸にて天然痘による死者が多数出たこと、とくに人口約4万人の先住民部落で約99%が死亡したことから、天然痘の感染力、致死率の高さは西洋では広く知られていた⁴。フランス人医師のデスピオが王室医師となり、最初にベトナムに人痘術を持ち込んだとされ、カトリック勢力による医療は、医薬品による治療のほか衛生環境の整備も推進した。キリスト教信者のコレラ罹患率は、異教徒に比べて100万分の1であったとも報告されている。しかし2代目皇帝明命は中国文化に傾倒し、カトリック教徒を弾圧した。もちろんフランス人医師との関係も次第に薄れていくことになる。

フランスによる植民地化が進展してからは、フランス国内で進められていた公衆衛生政策や医療制度がインドシナにも導入されていく。パスツール研究所がインドシナ各地に設立され、狂犬病、マラリア、天然痘などの感染症対策を中心に研究がなされたが、その研究目的は、植民地期のプランテーション拡大にともなって、マラリアに代表される植民地固有の健康課題を解決することにあった。特に天然痘ワクチン接種を義務化し、感染者や疑いのある者を隔離する施設を都市の周辺部に設置していった。

医療サービスや公衆衛生事業を進めるには、それを担う人材が必要だったが、そのすべてをフランス人だけで賄うことは困難だった。そこでベトナム人への医学教育が始められることとなり、インドシナ医学校が設置された。その教育目的はベトナム人医師の養成というよりは、フランス人医師を補助するための現地人医療スタッフ（補助医師）を養成することにあった。当初、ここを卒業した医師には、フランス人医師の補助のみが許されたが、1920年には、本国フランス人と同等の医師資格が認められることとなった。これには第一次世界大戦の勃発により、フランス人医師が本国へ帰国したことによる人材不足に加え、植民地政府が現地人を官僚として登用し始めたことが大きく影響したと考えられる。インドシナ医学校は、のちに南北分断期における北ベトナム医学教育の中心となり、フランスへの留学生も現れた。彼らは家庭環境にも恵まれたエリート中のエリートであって、のちの北ベトナムにおける医療制度整備の先頭に立ち、また一部は伝統医学部門で活躍するようになる。

また当時、出産直後に死亡する妊産婦が多く、乳幼児死亡率も高かったことから、植民地政府は周産期医療の高度化を目指し、衛生環境を改善しようと努めた。

植民地政府は、医師・薬剤師とともに助産師もまた西洋医学の医療専門職として養成するようになった（1923年）。しかしこうして養成された助産師を農村に派遣することは、農村社会との摩擦を発生させることとなった。多くの助産師は植民地政府が設置した病院や診療所で活動していたが、周囲からは植民地政府側の人間とみられ、また助産婦ら自身もエリート意識を強く持っていた。こうした助産師が農村で受容されなかったことから、ローカルなバー・ム（産婆）を再教育して、出産準備から外傷の治療、清潔で衛生的な分娩が目指されることとなった（pp.64-65）。ただし上記のバー・ムの再教育については、バー・ムの識字率の問題から簡単な実技講習に留まったという。

4 NIID国立感染症研究所ホームページ<https://www.niid.go.jp/niid/ja/kansennohanashi/445-smallpox-intro.html/>（閲覧日：2022年10月10日）。

1943年、ドクター布令と呼ばれる「南薬・北薬を取り扱う職業のための規定」が発令される。ジャン・ドゥクーは、フランス領インドシナ総督（1940-45年）の名前である。これは南薬・北薬を扱う職業を定めたと同時に、治療師に毒性のある薬料の取り扱いを禁止するものでもあった。しかし国民のクレームから、使用者が責任を負う限り使用することが許可され、その薬料リストが公開された。南薬と北薬はいずれも東薬に含まれ、西薬と対置されるが、南薬がベトナム国内でも生産される薬料を指すのに対し、北薬は中国から輸入される薬料を指している。

一部のフランス人医師のなかには、伝統医療に着目するものもいた。その理由は2つあり、第1の理由はインドシナの薬草に有用性があるのではないかと製薬・化学業界が注目したことである。当時、中国産アニス（八角）や樟脳（しょうのう）がヨーロッパへ輸出され、それぞれ風邪や胃腸の薬として流通していた。またマラリアの治療薬とされたキニーネの原料となるキナノキや大風子（だいふうし、当時ハンセン病の治療薬として使用）を輸入に依存していたフランス植民地政府は、その自給を目指した（p.72）。

第2の理由は、西洋医学の薬剤や医師が不足していたことが挙げられる（p.73）。第一次世界大戦では、その主戦場がフランス本国であったため、医師を本国に帰還させる必要があった。当然物資も不足したため、植民地政府は限られた数のフランス人医師を動員して、伝統薬の開拓を試みた。ただしこれは現地の伝統医療を積極的に認めるものではなく、彼らが科学的で有用だと認めるもののみを取り入れようとするものだった。

1940年9月、日本軍が仏領インドシナ北部に進駐し、南部にまで支配権を拡大してきた。この時期ベトナムは、日本とフランスにより二重に支配された。この時日本軍は伝統医療は有用性を認め、かつ民衆からの信頼があって安価だったことから、比較的軽い疾病の処置への民間での使用を認めた（p.74）。他方で1945年3月に日本軍はベトナムの単独統治にかじを切るが、8月の敗戦まで日本軍が伝統医療を医療制度として公式的に利用することはなかった。

4 南北分断後の北ベトナム

第2章では、南北分断後の北ベトナムにおける、西医が主導する「東医」の制度化と実践について書かれている。北ベトナムのホー・チ・ミン政権は、当初から伝統医療を重用したと言われる。その理由は、ホー・チ・ミンが1945年8月革命の前夜に高熱を出し、持参した風邪薬の効果が見られなかったところ、その土地の治療師にもらった薬を粥に混ぜて数回食べることで熱が引いたという体験による。ホー・チ・ミンが保健省の幹部会議宛てに出した文書には「我々の祖先は、我々の薬（南薬を指す）と北薬による治療経験を持っている。医学の範囲を広げるために各自は東薬と西薬の融合を重視しなければならない」と記されている（p.92）。

この文書では「科学的・民族的・大衆的」の原則に基づいた医学を築くことが謳われており、「我々の薬」と称する東薬、そして近代的な西洋医学に基づいて製造・使用される西薬の両方を組み合わせて活用することを提案していた。ただし北ベトナム政府は、農村部における診療所の開設、南薬や鍼灸の普及、西医と東医の複合的な活用などが進めようとしたものの、その歩みは遅々としたものであった。

1946年のインドシナ戦争勃発後、医薬科大学は都市部から都市周辺部へ疎開したにもかかわらず、フランス軍の攻撃を受け、さらにジャングルまで疎開を余儀なくされた。この時期、西洋薬はもちろん中国からの北薬の入手も困難であったため、西医と東医は、やむなく南薬を中心とした伝統薬の研究を開始した。また保健省は薬料の分類研究を進め、この時期から公的な医療制度で使用される北薬・南薬の詳細な分類が行われた。その資料はクオック・グー（ベトナムの国語）で書かれ、漢字名や別称が確認できる場合に

は付記された。

1954年の南北分断後の北ベトナム保健省は「東医」を医療行政の中心に据え、新たに2つの方針が加えられた。1つは南薬の積極的な利用推進であり、もう1つが「東医」の科学化であった。この東医の科学化のためには、理論と経験の両論が必要となる。まず封建的な迷信を排除し、既存の治療師たちの持っている資料の収集と系統的分類、および経験知としての治療法の整理が必要であった。またこれらの処方原理を見出し、理論化することも要請された。

ところがこうした「東医」の科学化は、結果的に西医を中心とした医療制度の一角に東医を取り込むことに比重を置くことになった。この時東医は、東医会という西医が組織する団体に入会しなければ活動が制限されることとなった。もちろんこうした組織化に反対する者もいた。なぜなら東医の治療師たちは概して貧しい身分の者たちであり、「東医」の科学化の名のもとに、彼らの秘伝の処方の公開を求められたからである。

1954年以降も、保健省は東医の科学化とともに南薬利用を拡大させようとした。東医研究所所管の薬草園や合作社で薬草栽培を開始した⁵。1966年以降は、首相府指示により「東医」と「西医」の結合と南薬と鍼灸の発展を謳った。しかし東医のなかにも北薬を使いたがる者や、より大きな問題として、東医に対して非協力的な西医の存在が指摘された。西医は南薬や鍼灸を信頼しておらず、抗生剤などの新薬を使いながら、南薬をルールに従ってとりあえず処方するのみであった。このように東医と西医の協働や医療の結合という理想とは対照的に、2つの医療は競合した (p.126)。

それでもインドシナ戦争やベトナム戦争は医療資源の枯渇を生み、ジャングルで取れる薬草から新たな効能を発見する契機となっていた。従軍した医師らは西洋医学の教育を受け、医薬品が容易に入手できない非常時の状況下では、身の回りで手に入るものを最大限に活用することを求められた。そこで少数民族に伝えられてきた治療を科学的に根拠づける研究が始まったと考えられる。ホー・チ・ミンが飲んだと伝えられる南薬の薬料はマー・リエン・アンと呼ばれ、これを薬用植物体系に位置付けたのは、ハノイでフランスから導入された薬学を学んだドー・タット・ロイという西医であった (pp.135-136)。また時代は降ってベトナム戦争時にハノイ医科大学卒業後、陸軍軍医として従軍したレ・カオ・ダイは、森にある材料を用いて西薬の研究を行った。その日記によると、少数民族の知識を生かして医療用タール、カオリン、アルコールを生産し、精神安定剤や抗マラリア薬を製剤、またハチミツやツル植物を使った化膿治療を研究したという (pp.135-136)。

以上のように「東医」に分類される薬や用法の知見は戦時において蓄積された一方で、平時には行政を中心に西医が重用されたため、東医の研究・育成が行われることはなかった。他方で市井の病院・診療所では、多くの外来患者に東医による治療が施され、重症患者には東西両方の治療が施されるという処置が施された。

5 南北分断後の南ベトナム

第3章では南北分断後の南ベトナムでの経緯を振り返っているが、後に北ベトナム政権による歴史観の固定化や現地調査の難しさゆえに、特に南ベトナムの政治研究の蓄積が少ない。ベトナム医療の先行研究も、北ベトナムでの取り組みを評価する一方、南ベトナムの医療は十分に考察してこなかった。1954年以降、独自の薬草研究を公式的に進めた分裂後の北ベトナムの方針は、仏領期の医療政策との連続性を持た

5 合作社とは、共産党の計画のもと、農家に代わって農業生産活動の全般を営むだけでなく、農村の政治、社会、文化機能をも担う主体で国家事業の遂行組織をいう。

ないものであった。それに対して同時期の南ベトナムは、植民地期の伝統医療に関するドゥッカー布令を引き継ぎながら、その内容を改変していく方法を探ったと本書では論じられている。

南ベトナムの東医は、ドゥッカー布令の撤回によって「東医」が復興されることを希望として持っていたが、政府はドゥッカー布令撤回の検討をしなかった。さらに東医の人数と実践内容を管理し、虚偽の広告、西洋医学の道具使用、名称の悪用を理由に東医診療所の閉鎖などを命じた。これは薬害を防ぐために厳格に行われたが、1963年のクーデターによってジャム政権が崩壊すると、診療所を閉鎖された東医は営業を再開することとなった。

1964年、ドゥッカー布令改正草案である「9 / 64法」が成立した。この法律では伝統医療を実践する資格、薬の輸入規定、毒性の薬を使う場合の注意点などが定められ、毒性の薬料リストが作成された。毒性の薬料による治療は、治療師各自の責任において、患者に2日間のみ行うことが許された。この改定の目的は、熟練した東医とそうでないものを差別化することであり、東薬の加工は自然の状態または伝統的な方法と定義され、西医の方法によって加工された薬料は伝統薬とは認めないことが付記された。また西医の器具・治療法（聴診器、麻酔薬、電気を使用した機械、ワクチン療法、血清療法など）は、診断・治療のいずれにも使えないとし、「西医」と「東医」を明確に分離した。

南ベトナムでは、1966年以降、大学での医学教育に対してアメリカから多額の援助が行われたが、そのカリキュラムに「東医」は含まれてはいなかった。学内の小委員会において現代医学にのっとった東医教育について検討がなされ、カリキュラムに「東医」が取り入れられたのは1974年からである。その背景には、ベトナム戦争の激化によってアメリカ軍が撤退するなかで、西医の医療資源の不足があった。また鍼灸治療は、薬を用いずに少ない器具で治療できるため、戦時においても有用とされた（p.166）。

日刊紙『正論』に、1970年1月10日から医師による「東医」観が掲載された。西医であるチャン・バン・ティックによる「東医」の理解は、中国を中心としてベトナム・朝鮮・日本の伝統医療を含んだものであった。「東医」は陰陽五行説、気血の循環、経絡をその理論的基礎としており、科学に立脚する「西医」とは考え方が根本的に異なる。また東アジアの「東医」の欠陥として、西洋の風を受けながらもそれを受け入れなかった結果、あまりに古い方法や技術を用いていることだと指摘した（p.167）。

さらに彼の批判は、東医の治療の不均一性に向かう。東医には古典的な本や記録はあるが、計測する道具がないために、経験則に基づく主観的判断を生み、決して系統的なものにはならないことを批判した（しかし、そのばらつきは「東医」の強みである柔軟性を生んでいるとも言える）。ティック医師はさらに続けて、中国や日本では「東医」が西医化されているという。「東医」の効果は否定しないものの、将来的には万能な科学の力によって「西医」が独力で人類の健康を守るようになると考え、「東医」は「西医」の基盤に吸収され1つの医学に統合され、「東医」は静かに後退していくと主張した。すなわち東医自らが代々伝えてきた多様な治療法を集め、治療法や効果を検証し、大学や研究所が中心となって西医が東医の理論を説明・証明することでより分かりやすく応用しやすくなると考えたのである（p.168）。

他方で西医のグエン・ヒウ・フィエムは、東医の科学化は実現困難だと主張した。まず、東医とは元来科学の基盤の無い学問であり、西医のような高等教育を受けていない東医に、科学に基づいた治療が行えるのかという疑問を呈した。さらに言語の問題を指摘した。医学教育の財源が不足し、教育スタッフが慢性的に不足していた。医学部において「西医」を学ぶために英語とフランス語を、また「東医」の理論を学ぶために漢籍を学ぶ必要があり、そうした広範な知識に跨った教育ができる人材が現実にはいないと考えた（p.170）。

「西医」は高等教育で養成された専門職であり、公式的な医療制度の枠組みで管理することができた。しかし「東医」というカテゴリーは非常に幅広かったために、公式的な教育制度によって養成・管理する

ことは困難であった。それでもなお南ベトナムにおける東医は、フランス統治時代と同様に人々の生活に欠かせないものであり、廃止には至らなかった。むしろ政府は東西医療の領分を明確化し、東医の治療内容を把握することに注意を向けたのである（p.175）。

6 南北統一後のベトナム

第4章では、南北統一後から現代までの国家体制と医療制度の変容が描かれる。1975年、ベトナム戦争は北ベトナムによる勝利と、北ベトナム政府の言う「南部開放」によって終結を迎えた。翌年には「ベトナム社会主義共和国」としてベトナム共産党の統治による南北統一が実現し、社会主義国家の体制を南ベトナムに移植することになった。

国家の統合を目指した北ベトナム政府は「民族医学」を掲げ、「東医」の制度化をベトナム社会主義共和国の国民創出のための1つの方便とした。さらに1980年の統一ベトナム最初の憲法には「民族の伝統医学を活用し、現代薬学・医学を民族伝統医学・薬学と結合させる」という目標が明記された。ハノイ市とホーチミン市には民族医学院が、ハノイ市には鍼灸研究院がそれぞれ設立され、3つの機関が民族医学研究の中心機関となった。またハノイ民族医学院では、西洋医学の知識による「東医」の理論化や効能の説明を目指した。

しかしながら、民族伝統医学と現代医学を結合させるという方針は、2つの理由からその実現が困難であるとの意見書が、ベトナム共産党中央に提出された。第1に、保健省幹部である多くの西医たちが消極的であること、第2に「西医」と「東医」の結合のためには、双方を教育できる教師が必要であるにもかかわらず、そうした人材は皆無に等しかったことである（p.201）。

南北統一後、伝統医学への呼称〈民族医学〉が採用された。「民族」というベトナム語には、国民（Nation）という意味が含意されている（p.196）。しかしドイモイ以降、世界へと情報を開いた後は、〈伝統医学〉へと呼称が変更される。これはグローバル化のなかでWHOの協力機関でもあった民族伝統医学院の呼称から、1991年の保健省決定によって「民族」を削除したこと、また国際機関が用いる（Traditional Medicine）という言葉のほうが一般的だったことなどが理由として考えられる。

北ベトナムの「東医」の制度をベトナム全土において継続するには、トップダウン式の指示により、北ベトナムの高等教育機関に相応するものを南部でも拡充していく必要があった。保健省は南ベトナムでの「東医」の実地調査を行い、その課題として、教育のための人材不足と「東医」による治療の標準化・体系化の必要性を指摘した。

南ベトナムでは、仏教を中心とした宗教団体が南薬と鍼灸を利用・研究し、治療師を積極的に養成していた。しかしこの組織による治療は体系化されておらず、西医を中心とする視察団は、東医治療標準化の必要性を強く認識した。その後宗教団体や患者の抵抗によって、北ベトナム・モデルの導入は順調にはいかなかった。また南ベトナムでは植生の違いによって「南薬」が自生しておらず、また南部は華人の影響が強いため、その東医たちは中国由来の北薬との結びつきが強いと認識された。

1986年のドイモイ以降、1980年の憲法は現状に合わなくなり、1992年には早くも改正が試みられた。ドイモイ以前、物理的な資源不足が医療分野全般にわたっており、特に農村部における診療所の設備不足は深刻であった。1992年の保健省の報告によれば、消毒設備は49.3%、乳児用の秤は58.4%にのみ設置されていたという（pp.209-210）。新憲法にも「伝統医薬学と現代医薬学を発展結合させる」と明記はされたが、「民族」の文字は消えた。また地域格差と民族格差を解消するとの目標を掲げ、また違法な薬の製造・販売が禁止された。これには医師による薬の横流しや闇市場での取引が横行していたこと、もう1つはドイ

モイによる経済の自由化によって国営の薬の流通網が解体され、新規民間企業が参入した時に備えて、薬の安全性の確保が喫緊の課題だったことがあげられる (p.211)。

2013年の憲法改正においては、もはや〈伝統医学〉に関わる理念は言及されなくなったが、それを取り巻く法整備は進展していった。具体的には、伝統医薬を取り扱う資格分類を法律で厳格に規定し、行政指導や規制が行われるようになった。

例えば2010年には「伝統医学発展のための10か年計画」が首相府によって決定され、国家は「伝統医学」を医療政策の柱の1つとみなした。「伝統薬に関する規定」(保健省からの通達)は、社会主義経済からドイモイ経済への移行と、薬料取引の自由化をうけて、地方の保健局に認可を受けることによって薬を扱うことのできる職種を定めた。また2009年には「診療に関する法律」によって診療活動が行える資格が定められ、〈伝統医学〉に携われるのは、医師・補助医師のうち伝統医学を専門に学んだ者、良医のほか、薬料の処方保健局に届け出た家伝の処方を持つ者とされた。

7 批判的検討

本書では、ベトナムにおける伝統医療の制度化に向けて、歴代の政権が「東医」の科学化に取り組む様子が描かれていた。そこで著者は、ベトナムの伝統医療の科学化には、特に南北ベトナム分断と統一後のあり方について2通りの物語が共存していたような認識を有したようである。1つは、北ベトナムが行った「近代科学の手法で証明する」という手続きが優先されないまま、治療原理の理論化をしようとしたものである。伝統医療が無視されたフランス植民地時代が終わり、北ベトナムでは伝統医療による治癒体験を持つホー・チ・ミンのもと、民族のアイデンティティを高めるためにベトナム人によるベトナム人のための医療として、伝統医療を医療制度の一部に据えようとした。

もう1つは、分裂後の南ベトナムにおける物語である。東医を認めるためには西洋医学的な効果の実証が必要だと考える西医によって科学化が進められたが、しかしながらもともと科学に立脚する西医と、経験則に基づいた主観的判断を特徴とし標準化された技術が無い東医との隔たりは、依然として大きかった。それでもなお、ベトナム戦争期に南薬の有用性が再発見されながら研究は進み、成果として植物図鑑などの形で薬の利用法が収集・公開されていった。編纂者によって見聞された民間の利用法が掲載されるなど、近代科学的であると同時に経験に依拠したものであるという非常に使い勝手の良い資料が結果として完成した。また東医の治療は個人の技術差によって再現性が欠落していたが、自由な実践の場として、ときにはベトナムの医療制度の欠陥や不足を埋めてきた。

このような明確な対比が可能かどうかについては、ベトナムをフィールドとする地域研究者・医療政策史や医療社会学の専門家ではない筆者らにとって、判断することは不可能である。しかしベトナムの伝統医学の制度化過程においては、「科学化」はいわゆる西洋近代医学による客観性・再現性の担保と実践の場における有用性とのせめぎ合いのなかで行われたのであり、伝統医学が非科学的ではないことを政治的に保証しようとしたという著者の指摘は示唆的である (p.282)。

以上のような学びがあった一方で、著者自身もまだ十分ではないと認める「人々の具体的実践 (p.19)」に関する考察について、筆者らの考えたことを以下で述べたい。西洋医学を修めた医師であっても、それが万能であると過信することはない。内科医・精神科医であったEngel (1977) は、西洋医学の長所と短所を以下のように整理したことで知られている。外傷や感染症などの原因が明らかな疾患の場合、治療効果や再現性は高い。このような医療実践をEngelは生物医学モデルと名付けた。逆に西洋医学は、彼のいう生物社会心理モデルで想定されるような疾患への対応が苦手である。患者の訴えるいわゆる不定愁訴に

は、体の不調だけではなく、その裏に隠れている家族や職場の人間関係からの逃避といった心理的不調や行動異常も含まれる。そのような症状に対して原因不明のまま対症療法として投薬・外科的処置を行っても、効果は不確実で副作用のリスクもある。いかに高度な医療イノベーションであったとしても、確信をもって適応できない。

その点で伝統医療は、高価な検査機材や薬剤・衛生用品などのサプライチェーンを必要とせず、コストも安い。公式に制度化されていない伝統医療の実践の場においては、経済的理由によって医療アクセスが困難な患者を中心にして施術を求める者は少なくはなく、南ベトナムでは仏教等の宗教団体による無料の施術所へ訪れる患者も後を絶たない。伝統医療は上述の生物社会心理モデルで想定されるような症状に対してもまた、プラセボも含めて効果を発揮することがある。治療師は科学的に分析しにくい肉体的、精神的、社会的、根源的な苦痛に対応するように治療方針を立てる。Engleの言葉を借りれば、彼らは「癒しの技 (art of healing)」を患者に提供している。

患者を中心とした「癒し」の過程という視点の特徴を、我が国の場合を例に考えてみよう。国民皆保険によって医療アクセスの制約は小さいにもかかわらず、好んで東洋医学を選択する患者は存在する。筆者の1人は自身が柔道整復師なので、公開資料に基づいて柔道整復施術所と整形外科の通院患者とを比較してみたことがある。その結果、前者の患者は有職者が多く、病院の診療時間に通院できないことが大きな選択理由となっていることがわかった。これは患者の経済的背景に着眼した重要な発見事実ではあるけれども、もう1人の筆者の個人的経験からすると、それだけでは不十分な印象があった。

具体的には、彼はかつて複数回にわたって、非常に強い肩の痛み、頭痛や腕の痺れの症状により、複数の整形外科の診察を受けた。その度にレントゲン撮影（慎重を期してMRIの場合もあった）で頸椎椎間板ヘルニアだと診断された。治療薬としては一般的な解熱鎮痛薬のほか、ビタミン剤や神経痛の専門薬剤、湿布薬などが処方された。さらに理学療法として頸椎を固定する装具を日常的に着用したり、頸椎牽引のために通院したりする必要があった。患者として、これらの処置は科学的に理にかなっているとは思わず、一部の薬剤の効果（特に解熱鎮痛剤や湿布薬）はしっかり実感される。しかし通院は非常に億劫であり、しかも待ち時間が長いクリニックの場合には、通院そのものが不可能であった。国民皆保険は非常にありがたい制度ではあるけれども、医療アクセスの良さが有職者にはかえって逆効果ということもある。さらにこれは医師も認めるところであるけれども、装具の着用や頸椎の牽引などの理学療法は短期間で劇的な効果は見られない。椎間板ヘルニア由来の根性の神経痛は1ヶ月程度で自然治癒することが多く、理学療法は根本的にその効果がよく分からない（少なくとも実感はない）。患者の個人的経験の水準では、椎間板ヘルニアという病理診断さえ明確ならば、その後のケアに対する医師による厳格な監督は、患者の社会生活にストレスとなりかねない。患者には日々の生活があり、かけられる時間や労力に制約があるから、明確な病理診断を中心として、一定程度の専門家の指導のもとで（ただし一定のリスクを覚悟したうえで）、自分なりに疾患に向き合っていくことで初めて、患者は現実世界でイキイキと生きることができ、心身ともに癒されるのである⁶。

医療をめぐる医師のパターンリズムを批判する言説はよく聞かれるけれども、本稿がそれに安易に飛びつくつもりはない。ただし患者の視点を欠いたまま「癒し」の過程を描くことは、分析者のパターンリズムともいべき論点を提起する。Latourらが提唱するアクターネットワーク理論 (Actor Network-Theory,

6 本文中の彼は、整形外科を受診して薬剤による対症療法によっていったん症状が落ち着いたところで、さらにスポーツ・ジムでの有償トレーニング指導を受けた。最終的にはこれによって症状が根本的改善を見た。当然医師の観点からは、間違った施術やトレーニングのリスクは確実に存在するし（例えば、首に負荷がかかる作業・運動や姿勢保持は禁忌）、理学療法士という専門職の存在意義はまさにそこにある。他方で首や肩、背中を筋肉をほぐし、可動域を広げること、また頸椎への負担を筋力の強化によって補うことなどは、整形外科でも勧められた運動療法であった。

ANT)は、伝統的な社会学的アプローチを、分析者が分析対象を神の視点から俯瞰し、その構造を観察し、一般通用性の高い構成概念で測定すること、またその帰結としてより優れた社会の実現のための政治的・工学的試みに参画することをよしとしてきた点から批判し、連関の社会学を構築する (Latour, 2005; 栗原他, 2022)。すなわち「社会」とはアクター(人と物の双方を含む)の働きかけにより遂行的(performative)に定義されるという視点を有し、個々の現象を社会的現象としてカテゴリー化することもまたアクターの作用であるとする立場である。

先述の例で言えば、アクターとして整形外科医と患者を中心として、理学療法士や薬剤師、看護師などの専門職、柔道整復師や鍼灸師といった伝統医療による治療師、健康情報に詳しい家族や友人、そして自分自身が、診療情報に基礎をおきながらも、職業や生活習慣、話し方や表情などの情報から「わたし」という患者像をそれぞれに構築する。診断や治療に使える知識や技術に差があるので、多様な「わたし」が浮かび上がる⁷。これらが患者個人を中心点として緩やかに結びつく。それと同時に、社会レベルで「椎間板ヘルニア患者」としてある程度カテゴリー化されるためには、一定の社会的過程を必要とする。これらの過程が遂行的定義と呼ばれるものである⁸。

この見方は西洋医学を否定する立場ではない。むしろここで注目されるのは、様々なアクターを巻き込んで診療行為が遂行される過程そのものであり、またそれが社会的現実として認識されていくという視座こそが、現象学的な科学社会学からANTが受け継いだものである。本稿との関連でいえば、こうしたアクター間の連関の社会学を構想するうえで、患者という重要アクターを欠いたままであってはならない。一定程度の専門家(医師かもしれないし、そうでないかもしれない)の指導のもとで安全に(しかし一定のリスクがあることを承知のうえで)自分の疾患に向き合っていくことで、初めて患者は現実世界でイキイキと生きていく。そうした「癒し」の過程は、西洋医学から見れば良い加減で、時に危険なものですらある。しかし患者を取り巻く家族、職場などの人間関係、彼らがアクセスできる医療資源、マスコミや「健康」ビジネス、医療・保健行政などもまた、個々の患者が現実を生きていくうえで不可欠なのである。

8 おわりに

今後、本書で描かれたベトナムの伝統医療の制度化過程の分析方法を参考に、日本における事例を分析したいと考えている。先述の通り著者のひとは柔道整復師であることから、医療実践の場において、科学化に明確には成功してこなかった伝統医療に対する受診者の動機が、経済的優位性なのか治療効果なのかという問題は常に気がかりであった。本書が伝統医療の治療を受ける患者の視点は希薄だと言っても、筆者の問いが学術的にも実践的にも追求する価値が十分あることを明らかにしてくれた。その点で非常に学び多い読書体験であったと考えている。もしもこの学びを深めることができるなら、まずは身近なところで、一方の筆者自身の医療実践のなかで治療効果や患者満足度について深く知ることが必要だと考えている。特に筋骨格系の痛みに対して患者がどのように向き合っているのか、また周辺アクターがどうそれに関与しているのかを知ることには意義がある。これまで予備的に行ってきた調査では、一定数の患者は症状の軽重を自ら判断して、整骨院など伝統医療に属する施術サービスや薬局・薬店で購入可能な大衆薬を選択的に利用することがわかっている。今後はその分析範囲を拡大し、患者の選択メカニズムはどのア

7 「低反発枕を使っているわたし」「常にスマホを触っているわたし」「デスクワークが多いわたし」「運動嫌いのわたし」など、どれも尤もらしい「わたし」である。

8 今の「わたし」は「スマホネック」としてカテゴリー化されている。誰かが「わたし」のスマホの使用時間を計測したわけでもない。世間一般の平均的な使用時間も知らない。スマホ使用と椎間板ヘルニアとの因果関係が立証されたわけでもない(以前は、枕のせいだと言われていた)。

クターによってどのような影響を受けるものなのかを考察することが考えられる。例えば、患者の「癒し」の過程をつぶさに見た医療業界やマスコミ，いわゆる「健康」ビジネスはいかなる展開を図るか。政府は医療制度や医療費の改定作業を通じて，患者の行動にどう影響を与えようとするか。社会的にどのような症状が存在すると認識され，また認識されなくなるのか。その有効な治療とはどのような内容となりうるのか。そうした多様なアクターの連関が，実際に人々の「癒し」の過程にどのように役に立つのか，逆に役に立たないのか。こうした問題に今後取り組んでいきたいと考えている。

参 考 文 献

- Engel, G. L. (1977) "The Need for A New Medical Model: A Challenge for Biomedicine" *Science*, v. 196, pp.129-136.
- 栗原 亘・伊藤嘉高・森下 翔・金 信行・小川湧司 (2022)『アクターネットワーク理論入門：「モノ」であふれる世界の記述法』ナカニシヤ出版.
- Latour, B. (2005) *Reassembling The Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford University Press. (伊藤嘉高訳『社会的なものを組み直す：アクターネットワーク理論入門』法政大学出版局，2019.)
- 小田なら (2022)『〈伝統医学〉が創られるとき：ベトナム医療政策史』京都大学学術出版会.
- 大森正博 (2011)「柔道整復師サービス市場の産業組織」『急増する柔道整復師の需要と供給に関する研究』厚生労働科学研究費補助金平成22-23年総合研究報告書，13-15ページ.
- 坂部昌明 (2013)「鍼灸師とはり灸に係る法制度の変遷：医制成立から現在にいたるまで」『社会鍼灸学研究』，第8号，8-18ページ.