

【研究ノート】

医療化論のゆくえ

三澤 仁 平

1 はじめに—なぜ医療化なのか

現代社会は、医療や健康という概念なしには語れなくなっている。というのは、われわれ日本人が非常に健康に多くの関心を寄せているからである。『健康意識に関する調査』を見てみると（厚生労働省 2014）、「健康のために積極的にやっていることや、特に注意を払ってやっていることがある」「健康のために生活習慣には気をつけるようにしている」と回答した人があわせて半数以上おり、さらにはとくに何も行動としてはしていないが病気になるように気をつけている対象者もあわせれば全体の9割近くが、健康に気をつけるよう意識している様子がうかがえる。

また、健康を重要視するわれわれ現代日本人の精神性に応えるかたちで、厚生労働省はわが国の健康政策を積極的に推し進めている。代表的なものとしては、健康づくりに関する意識の向上や取組みをうながそうとした21世紀における国民健康づくり運動（通称、健康日本21）や、健康寿命の延伸・生活の質の向上のため、健康づくりや疾病予防を積極的に推進していくことを目的とした健康増進法などがあげられる。

このように、個人水準においても、国レベルにおいても、われわれ日本国民は健康を非常に重要視している様子がうかがえる。もちろん、すこやかな生活をおくることができるように国もわれわれ自身も健康を第一としていることは、一見すれば疑問をはさむ余地はないように思える。だが見方を変えれば、これらの様相は、健康であることを求めなければいけないという価値観が産み出される可能性や、健康を求めるがゆえにさまざまな

問題が生じうる危険性がありうるのではないかと考えることができる。この問題意識に対して、美馬は「健康増進の実態が、現代社会の支配的な価値観に影響されて、本来の（理想型としての）リスクの医学からかけ離れた道徳主義的言説になってしまうリスクが存在している」（美馬 2012：62）と指摘し、健康を推し進めることが犠牲者非難につながる危険性を警告している。さらには、健康を増進することを求めることによって、健康の名のもとに社会的弱者を支配する生権力が起こりうることや（三澤 2015）、「社会そのものが健康であることを要求している状況においては、寄る辺としていた健康をより高めていくことが求められるため、健康不安が増大される」（三澤 2013：137）かもしれないことが指摘されている。このように健康を推し進める社会は、健康が道徳的言説になるばかりでなく、そのことによって犠牲者非難や健康不安の湧出に結びつく可能性を有していると考えられる。

しかし、現在のわれわれは「こうした社会的な健康圧力に大部分の個人は積極的に同調せざるをえない…（略）…」のであり、その意味では人びとは健康イデオロギー・スモッグにおおわれている」（八木 2008：110）のである。つまり、現在われわれが経験している、もしくは経験せざるをえない健康第一という傾向はなかなか変わるものではないといえよう。だが、健康を推し進める現代の状況をそのまま受け入れることで、さまざまな問題が生じる可能性があることは先に見たとおりである。

だからこそ、こうした状況の位置づけにおける見通しを評価できる理論的枠組みを提示する必要

があるだろう。社会全体が医療や健康という概念で構成されている現代社会の状況を記述し説明できうる概念として、社会学、とりわけ医療や健康に関するさまざまな問題を分析対象とする健康と病いの社会学で発展してきたのが医療化である。

この医療化は、健康やヘルスケアにかんする社会科学研究へ貢献した5つのすぐれたもののうちの1つと言われ、合理化や標準化で特徴づけられるモダニティを説明する道具として非常に有用な概念であるとされる (Bell and Figert 2012)。医療化という概念を世に知らしめたと考えられるのが、コンラッドとシュナイダー (Conrad and Schneider 1992) であると考え、それ以降、大きく取り上げられる概念とはなり得なかった。しかし、ここ数年で医療化に関する企画や論文が非常に多くなっていることをふまえれば¹⁾、やはり近年の健康促進の傾向に、ある種の違和感を覚える人びとがおり、その現象に対する何らかの対処をしたいとふたたび医療化に頼らざるを得なくなっているのではないかと考える。しかし、いつときでも医療化の議論が停滞化したこともまた事実であるので、医療化概念になんらかの使い勝手の悪さを覚えたのではないとも考えられる。

そこで、本稿では、医療化論の簡単な動向を概観し、この概念の問題を考察することで、この医療化がもつ今後の適用可能性を示したい。

2 医療化論の動向とその問題点

医療化とは、「従来は医療的領域外にあった様々な現象が医療的現象として再定義される傾向」をあらわすものであり、「諸社会現象に対して医療的対処 (医学的知識による解釈とそれに基づいた医療的実践による改善、それらの制度化) をうながす歴史的傾向」を記述するものである (佐藤 1999: 122-123)。佐藤にならって簡単に例をあげれば、子どもの落ち着きのなさや成績が向上しないといった現象は、それを問題とする場合であっても、今までは、子どもに対するしつけが

なっていないとか学校教育における問題とされることが多かった。しかし、これらの問題をその子どもの器質的な障害としてとらえなおし、医療的実践によって改善をはかろうというのが医療化である。一言でいうと、さまざまな現象を医療・医学的なまなざしによって介入することが医療化であるといえよう。

この医療化は決して新しい概念というわけではない。そもそも医療化という言葉は1970年代に社会科学の文献で散見するようになり、社会学・文化人類学などの領域において研究がおこなわれてきた (Conrad 1992)。はじめは精神疾患領域の拡大に対しての批判が医療化がもっとも重きを置くところであった。つづいて、医療化の社会統制機能を示したピッツ (Pitts 1968)、医療専門職による専門家支配を糾弾したフライドソン (Freidson 1970)、生活全般における医療化を危険視したゾラ (Zola 1972) や医原病としての医療・医学を問題視したイリイチ (Illich 1976) などによってパーソンズ (Parsons 1951) の病人役割を基礎としながら、医療による社会統制や医療化論の検証がおこなわれてきた。

わが国においても、どのように非医療的問題が医療的領域に再定義されるかについてのケーススタディ的研究が数多くおこなわれ (森田・進藤 2006)、その範囲は、アルコール依存症やADHD、月経前症候群など多岐にわたる。このように幅広い事例が検討される医療化の研究であるが、志水によれば主要な医療化のケーススタディは2つの潮流があるという (志水 2014)。1つは、逸脱行動の医療化を記述するものである。とりわけ、逸脱行動としてとらえられていた行動が、疾病としてあつかわれることによって、当該行動における問題の所在が社会システムのあり方ではなく個人的な問題としてみなされるようになること、さらにはそのような逸脱行動が持つ社会的文脈における意味が無視されてしまうことを指摘するものである。

2つめの潮流としては、疾患カテゴリーの適用

対象が拡大している様相を記述するものである。とくに近年に批判が集中しているのがうつ病であるとされる。具体的に、志水は「重度のうつ症状のみに診断が下されていたものが、一般的な落ち込みや悲哀反応についても適用されるようになる」(志水 2014: 42) という医療化のケースを紹介している。

医療化における2つの潮流を見ると、1つめは古典的な医療化における研究であり、2つめはその対象を拡大したものといえよう。しかし、方法論的に見れば、保健医療にかんするさまざまな特定の領域において、マクロな社会現象の変動をとらえている点では共通であると言える。換言すれば、医療化の大きな特徴の一つとして、マクロな現象の記述に有効な概念枠組みであることを指摘できよう。

だが、近年の医療化に対する考え方はいくぶん様相を異にしてきた。それは、医療化を引き起こす駆動主体が変容してきたという点である。古典的な医療化では、非医療的領域から医療的領域に当該現象が再定義されるプロセスを示すものであったため、医師をはじめとした医療専門職がその駆動主体であると考えられてきた。しかし、一般の人々は単に医療専門職から医療化される受け身の存在ではなく、現代医療に対して能動的であり、批判的な再帰的主体であると言われていることから(Williams and Calnan 1996)、駆動主体として医療専門職だけを考えることは不自然になってきた。そこで近年の医療化において駆動主体として考えられるようになったのが、メディアやマーケット(Conrad and Leiter 2004)、さらにはバイオテクノロジー(とくに製薬産業と遺伝学)、消費者、マネジドケア(Conrad 2005)である。

だが、ここに医療化論で混乱しやすい点があるように思う。というのは、医療化における研究の潮流を見ると、いずれもマクロな社会変動をあつかうものであるにもかかわらず、駆動主体が変容してきたことによって、分析対象として消費者の

視点などマイクロ要因もその対象としなければならなくなったからである。つまり、マクロとマイクロの変動を同時にとらえなければならない。

また、これらの混乱は、医療化論を積極的に展開しているコンラッドの定義にも垣間見える。「たいてい疾患や障害という点から、非医療的な問題が医療の問題として定義され、とりあつかわれるプロセスを記述するもの」(Conrad 1992: 209)とコンラッドは定義づけていた。つまり、この時点では、諸問題の再定義に関するマクロ変動を主眼に置いていたように考えられる。しかし、医療化の駆動主体が医師など医療専門職からメディアやマーケット、バイオテクノロジー、消費者、マネジドケアに移行していることを指摘してからは、「ある問題が医療用語で定義され、医療の言葉を使って記述され、医療・医学の枠組みが適用されて理解されること、もしくはある問題が医療の介入によってとりあつかわれること」(Conrad 2007: 5)と述べ、諸問題の再定義というマクロ変動のみならず、諸問題に対する医療・医学的視点による理解を含めることで、非常に広義に医療化をとらえようとする姿勢がうかがえる。

しかし、マクロとマイクロの変動をとらえなければいけないはずの医療化論において、この問題を見えにくくさせているのが、医療化に類似した概念がいくつか出てきているという点である。それは、生物医療化(Clarke et al 2003)、遺伝子化(Lippman 1991)、製薬化²⁾(Abraham 2010; Williams, Martin and Gabe 2011)である³⁾。生物医療化は「生物医学に関わるインフラストラクチャーや臨床活動など、生物医学の拡張という歴史の変動を意味する」(額賀 2006: 817)。遺伝子化は「社会的問題が遺伝学的な問題として再定義されること」(額賀 2006: 821)をあらわす。製薬化は「社会的、行動的、肉体的状態が、医師や患者によって医薬品を用いて治療される、あるいは治療される必要があると考えられるプロセス」(Abraham 2009: 934)のことをいう⁴⁾。

これら医療化類似概念は、分析対象を異にして

いるだけで、いずれも方法論としてはマクロ分析によるものが多く、その意味では医療化論と大きく異なる点はないように思える。たとえば、製薬化を取り上げてみれば、製薬産業の発展を批判的にとらえられる点では有効な概念であるが、医療化を広義にとらえれば、充分にその射程範囲であるように思われる。つまり、これらの医療化類似概念は医療化の分析対象の諸要素を見ているに過ぎず、本質的に医療化と何ら変わりがないと言えよう。

むしろ医療化論にとって重要なのは、分析対象を諸要素にわけることではなく、マクロとミクロの変動を同時に把握できる理論的枠組みを用意することである。従来の医療化はマクロ変動に強みがあったことを考えると、医療化の駆動主体としての消費者に代表される個人の意識の変動、とりわけ健康意識を的確につかまえる概念が必要であろう。

3 医療化論におけるマクロ-ミクロ連結

その課題に対応するものとして健康至上主義をあげたい。健康至上主義とは「健康を人生において追求すべき価値あることとし、しかも何らかの手段としてではなく、それ自体を目的として追求する態度とその表れ」(多田・玉本・黒田 2005: 115) のことをいう。また「健康至上主義は… (略) …健康と疾病の問題を個人水準で位置づけている」(Crawford 1980: 365) 概念である。つまり、健康至上主義は個人水準におけるミクロな身体内の健康に対する態度やそのあらわれといえる。

だが気をつけなければいけないのは、健康至上主義は個人内における健康志向に対する態度やそのあらわれの個体内変動をとらえそこなっているという点に問題がある。医療化においてマクロ変動をとらえるためには、ミクロでも同様に変動を明らかにする必要がある。そして、その理論的欠点を埋められる概念として考えられるのが、健康

志向化 (Healthicization) である。健康志向化とは、医療化と同様のプロセスを経るが、健康志向化は個人のライフスタイルや行動様式を、健康的であることを求め、しかも健康であることが道徳的価値観であるように変容させるプロセスのことを指す (Conrad 1992)。医療化論では医療化されると、個人の健康に対する道徳的責任は免除されるものの、健康志向化では生活世界におけるあらゆる側面における責任から免れることはできない。つまり、われわれの生活世界という社会状況に埋め込まれたものをとらえようとするとき、つまり社会構造との関係で健康への性向を表現しようとするとき、健康志向化という概念は外すことはできないと思われる。さらに、医療化と同様、健康至上主義という健康に対する性向へいたったプロセスそのものをも表現できること、これは言い換えれば健康という概念が道徳化していくプロセスを個人レベルで言い表すときに、非常に有効なツールとなりうると考える。これらのことから簡潔に言えば、健康志向化は、社会構造との関係で健康志向を考える道具であり、健康が健康至上主義にいたった道徳的プロセスを、個人レベルで表現できる点に強みがあるものと言えよう。

このように医療化と健康志向化および健康至上主義という理論的枠組みを用意し、医療化論を再構成することで、マクロとミクロの変動をそれぞれの確に把握できるようになると考える。しかも、このマクロとミクロの枠組みは、それぞれの水準のみの変動をとらえるだけでなく、マクロ-ミクロ連結を把握できる可能性があるだろう。つまり、社会が医療化していく様相をとらえると同時に、そのような医療化された社会状況における生活世界を構築するわれわれ個人の健康性向への影響を明らかにできること、さらには個人水準で健康志向化し、健康至上主義を獲得するようになった個人が、どのような社会を構築しようとしているのかを分析できるという点である。礎は、医療化を一般の人々や個人の経験としての病いや医学的知識がミクロ水準で社会にどのように浸透する

のか、その生成過程をしめすものと考えており(碓 2005)、これはまさにマクロ-ミクロ連結を意識したものであると言える。

4 医療化論のゆくえ

本稿では、医療化論の簡単な動向を概観し、その上で、この概念の問題を考察することで、医療化における今後の適用可能性を示すことを目的とした。医療化論は、多様な類似概念が存在し、それによって問題の所在が見えにくくなっていた。しかし、本来の問題は医療化の駆動主体が変容してきたことにより、マクロとミクロの変動をうまくとらえそこなっているという点がある。そして、この問題を解決するために、健康志向化・健康至上主義と医療化とを接合することでマクロ-ミクロ連結による医療化論の再構成をおこなった。

では、このモデルを構築することで医療化論を有効に使えるようになるだろうか。確かにこのモデルを使うことでマクロ・ミクロ両水準における課題を導出することは可能だろう。しかし、諸事象が医療化・健康志向化されることで、社会的および個人的にどのような影響が見られるのかを提示できていない問題が残るように思われる。コンラッドとシュナイダーは医療化が生じることによる正負の帰結を示しているが(Conrad and Schneider 1992)、これは演繹的推論をおこなっているに過ぎない。そうではなく、社会的およびわれわれ個人水準での影響について、実証的にアウトカムを提示することができれば、医療化の使いやすさにも大きく貢献できると思われる。

これに関していくつかの報告が見られる。まず、社会が医療化されることで、1年間に770億ドル(US国内衛生費の3.9%)もの経済的コストがあり得ることが示されている(Conrad, Mackie and Mehrotra 2010)。また、医療化の健康格差論への適用可能性(三澤 2008)や、健康格差研究そのものが医療化されることで、健康が集団の責任ではなく個人の責任になり得る危険性が

指摘されている(Asthana, Gibson and Halliday 2013)。さらに、医療化されている地域に居住し、健康志向が強い人は自身の主観的健康感を低く評価することが示されている(三澤 2011)。このように医療化による社会的影響ばかりでなく個人水準への影響があり得ることが認められる。

したがって、今後の医療化論が目指すべき点とすれば、マクロ-ミクロ連結の視点から医療化を用い、社会の医療化、個人の健康志向化の様相を双方向的に示すとともに、それらの社会的および個人的影響(アウトカム)を明らかにすることが必要になるだろう。またこのことによって、医療化論の幅広い展開に結びつくことが期待される。

【謝辞】

本研究は、平成24年度科研費(若手研究A 課題番号:24683018)の助成を受けた。

【注】

- 1) Web of Scienceで1992~2013年の論文数(検索ワードは「医療化」)を、粗くではあるが検索したところ、1992年18本、2007年頃まで50~60本であった。しかし、2008年以降100本を超えることが多くなり、2013年は151本であった。医学系雑誌データベースPubMedでも、本数はWeb of Scienceよりも少ないものの、傾向としては同様であった。
- 2) この「製薬化」はPharmaceuticalizationと英語で言う。「薬物化」(山中 2012、志水 2014)や「製薬化」(黒田 2014)と日本語で訳されている場合もあるが、管見の限り、現時点では定訳はない。とはいえ、前者はドラッグの蔓延という意味合いを感じざるを得ないため、製薬化を本稿では採用することとした。
- 3) 紙幅の関係上、生物医療化、遺伝子化、製薬化の詳細述べるができないが、額賀(2006)、山中(2012)、志水(2014)、黒田(2014)に詳しい。
- 4) 訳は山中(2012)による。

【引用・参考文献】

- Abraham, John, 2009, "Partial progress: governing the pharmaceutical industry and the NHS, 1948-2008," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34 (6) : 931-977.
- , 2010, "Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions" *Sociology*, 44 (4) : 603-22.
- Asthana, Sheena, Alex Gibson and Joyce Halliday, 2013, "The medicalisation of health inequalities and the English NHS: the role of resource allocation," *Health Economics, Policy and Law*, 8 (2) : 167-183.
- Bell, Susan E. and Anne E. Figert, 2012, "Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward," *Social Science and Medicine*, 75 (5) : 775-83.
- Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket and Jennifer R. Fishman, 2003, "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine," *American Sociological Review*, 68 (2) : 161-94.
- Conrad, Peter, 2007, *The Medicalization of Society*, Johns Hopkins.
- and Joseph W. Schneider, 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness: Expanded Edition*, Temple University (=進藤雄三・杉田聡・近藤正英訳, 2003, 『逸脱と医療化—悪から病へ—』ミネルヴァ書房).
- , 1992, "Medicalization and Social Control," *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- , 2005, "The Shifting Engines of Medicalization," *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (March) : 3-14.
- and Valerie Leiter, 2004, "Medicalization, Markets and Consumers," *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra Issue) : 158-176.
- , Thomas Mackie and Ateev Mehrotra, 2010, "Estimating the costs of medicalization," *Social Science and Medicine*, 70 (12) : 1943-1947.
- Crawford, Robert, 1980, "Healthism and the medicalization of everyday life," *International Journal of Health Services*, 10 (3) : 365-388.
- Freidson, Eliot, 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press (=進藤雄三・宝月誠訳, 1992, 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣).
- 碓陽子, 2005一, 「『医療化』論再考—Peter Conradの社会構築主義的アプローチを中心に」『超域文化科学紀要』10: 197-219.
- Illich, Ivan, 1976, *Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Penguin (=金子嗣郎訳, 1998, 『脱病院化社会—医療の限界』晶文社クラシックス).
- 厚生労働省, 2014, 「健康意識に関する調査」<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000052548.html> (2014年10月30日閲覧)
- 黒田浩一郎, 2014, 「医療化、製薬化、生物医学化」『保健医療社会学論集』25 (1) : 2-9.
- Lippman, Abby, 1991, "Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities," *American Journal of Law & Medicine*, 17 (1-2) : 15-50.
- 美馬達哉, 2012, 『リスク化される身体—現代医学と統治のテクノロジー』青土社
- 三澤仁平, 2008, 「健康の不等等の理論構築に向けて—構造構成的医療化の提唱」『構造構成主義研究』2: 154-176.
- , 2011, 「地域における医療資源がもたらす主観的健康感への影響—健康観の視点からの検討—」『保健医療社会学論集』22 (1) : 69-81.
- , 2013, 「将来への展望および現在の社会生活に関する不安がもたらす健康不安への影響」『応用社会学研究』55: 127-139.
- , 2015, 「健康を維持し、増進する責任はだれにあるのか—社会経済的地位との関連から—」『立教社会福祉研究』34 (印刷中).
- 森田洋司・進藤雄三編, 2006, 『医療化のポリティクス

- 近代医療の地平を問う』学文社。
- 額賀淑郎、2006、「医療化論と生物医療化論」『社会学評論』56(4):815-829.
- Parsons, Talcott, 1951, "Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice," Talcott Parsons, *The Social System*, Free Press (=佐藤勉訳、1974、『社会体系論』青木書店).
- Pitts, Jesse R., 1968, "Social Control: the concept," David L. Sills (eds), *International Encyclopedia of Social Science (Vol. 14)*, The Macmillan: 381-396.
- 佐藤哲彦、1999、「医療化と医療化論」進藤雄三・黒田浩一郎編、『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社、122-138.
- 志水洋人、2014、「医療化論の動向—逸脱行動の医療化から疾患概念の拡大へ—」『年報人間科学』35: 39-51.
- 多田敦士・玉本拓郎・黒田浩一郎、2005、「いちばん大切なものとしての、および注意しているものとしての健康—戦後日本の健康至上主義—」『保健医療社会学論集』15(2):115-126.
- 山中浩司、2012、「テーマ別研究動向(医療)」『社会学評論』63(1):150-165.
- Williams, Simon J. and Michael Calman, 1996, "The 'Limits' of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity," *Social Science and Medicine*, 42(12):1609-1620.
- , Paul Martin and Jonathan Gabe, 2011, "The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis," *Sociology of Health and Illness*, 33(5):710-725.
- 八木晃介、2008、『健康幻想(ヘルシズム)の社会学: 社会の医療化と生命権』批評社
- Zola, Irving Kenneth, 1972, "Medicine as an Institution of Social Control," *Sociological Review*, 20: 487-504.

