

健康と病気

— 「逸脱」としての病気と拡大する「医療化」 —

細見博志

はじめに 現代社会における健康ブーム

厚生労働省の「平成 24(2012)年度国民医療費の概況」によれば、2012 年の国民医療費（国民が医療にかけた年間費用の総額）は 39.2 兆円、一人あたり 30.8 万円で、国内総生産(GDP)に対する比率は 8.30%、国民所得(NI)に対する割合は 11.2%であり、いずれも過去最多である。12 年前の 2000 年以来介護保険給付費が統計上別立てになって、見かけ上その分スリムとなっているが、その 2000 年と比べて、それぞれ 1.30 倍、1.29 倍、1.41 倍、1.39 倍である（しかしもとこの数値には、介護保険給付費が含まれていないだけでなく、お産や健康診断・予防接種などの費用や、家庭医薬品やスポーツジム、健康食品の費用も含まれていない）。

健康問題が私たちの暮らしにとって重要であることは、このような統計データを持ち出すまでもなく、日々の生活を思い起こせば明らかである。都会のサラリーマンが忙しい生活の合間を縫ってスポーツジムに通い、家庭の主婦が家計を気かけながら健康食品やサプリメントを購入する。家の中にはさまざまな医療機器や健康器具があふれかえって、ただでさえ狭い室内をいっそう狭くする。そういう私にしても、早朝川のほとりを小一時間散歩するのを日課としている。行き交う人々の中には、鉄壺鈴を携えて苦行僧のように黙々と歩く人から、軽やかにジョギングする人や犬の散歩をさせる人まで、老若男女様々。様々な人々が様々な姿で河畔を行き来しているが、願いは一つ健康である。健康願望が時には行き過ぎて、自らの生活と家計を圧迫

するほどまで、ジムに通い詰めサプリメントに投資する。となれば、健康願望はもはや一種の健康ノイローゼに転じている。

おまけに昨今の健康診断や人間ドックは、健康不安をあおる道具立てに事欠かない。小太りの人はそれだけでメタボ症候群への第一関門通過と見なされる。それに加えて、血液検査で高脂血や高血圧、高血糖の一つでも引っかかればメタボ予備軍、二つ引っかかれば立派なメタボ症候群と診断され、何の自覚症状もないのに否応なく病人に仕立て上げられる。2004年の厚労省の推計では、その数940万人、予備軍も含めれば何と1960万人、40歳以上の男性の二人に一人、女性の5人に一人が該当するという⁽¹⁾。高脂血の薬は、処方されたが最後死ぬまで飲み続けねばならないと言いつ渡される。日本での年間売り上げは3000億円規模、世界では1兆5000億円と言われている⁽²⁾。巷には「健診病」や「正常病」、「コレステロール恐怖症」や「高血圧恐怖症」などをかこつ人々が氾濫している。検診の結果を心配しすぎるのが「健診病」、基準値（正常値）を気にしすぎるのが「正常病」だが、心配しすぎてときに本当の病気となる。もちろん健診で、重篤な病気の徴候が見いだされて、大事に至る前に手当を受けることもあり、それを思えば健診はやはりありがたい。問題は、基準値を多少はずれるだけで右往左往することにあると言ふべきだろうか。最近の言葉で言えば、健診に関する「リテラシー」が重要なのだ。

1. 健康と病気

健康維持と病気予防の大切さに、疑いを差し挟む人はいないだろう。健康であることと病気でないことのありがたさは私たちには自明のことである。そして、健康は良きものであるのに対して病気は悪きものであり、健康は歓迎すべきものであるのに対して病気は忌避すべきものである、ということも当然である。

しかしながら私たちに馴染みの概念であっても、いやひょっとしたら馴染みでありすぎるためか、いざあらためて、健康とは何か、病気とは何か、と

問われると返答に窮して、健康とは病気でないこと、病気とは健康でないことと答えることがある。これでは循環論法となり、健康と病気のあいだを右往左往するばかりで、いつまでたっても「健康」と「病気」そのものに到達しない。おまけにこの循環論法は暗黙の内に、健康と病気の対立関係を想定している。しかし漢方の「未病」のように健康でもなく病気でもない状態や、あるいは「無病息災」をもじって「一病息災」（さらにもじって「多病息災」）と言うように、健康でもあり病気でもある、つまり、病気を抱えながらそれなりに健康という状態もある。健康と病気の関係は二者択一とは限らない。

循環論法を回避して、健康を積極的に定義しようとしたのが世界保健機関(WHO)の1946年の健康の定義である。それによれば、「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう」(日本WHO協会仮訳)(Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.)³⁾。一見したところでは、「健康とは病気でないこと」という循環論法が回避されて、健康が積極的に定義されているようである。しかし厳密に考えれば、「健康」は単に「満たされた状態」(a state of ... well-being)と言い換えられただけであって、「満たされた状態」の中身は依然として判然としない。特にその核心の部分の‘well-being’は曖昧であり、‘well-being’の同義語は‘wellness’、‘wellness’の対義語は‘illness’だから、結局‘health’は‘illness’でない、ということに帰着する。この定義もやはり循環論法の譏りを免れない。

2. 言葉としての「健康」と「病気」

日本語の「健康」の歴史は意外に新しく、用いられるようになったのは幕末期のようである。やまとことばでは「すくよか」(現代語の「すこやか」)がある。『日本語大辞典』(第2版)において、「からだつきがしっかりしているさま。がっしりしているさま」という語義で『宇津保物語』(970-999頃)の用例が、「健康であるさま。元気であるさま。しゃんとしているさま」

で『源氏物語』（1001-14頃）の用例が、あげられている。漢語でも「丈夫」には「身に少しの疾患、損傷もなく、元気であるさま。すこやかなさま。壮健。達者」という語義で室町時代末期の用例があげられている。それに対して「健康」の用例でもっとも古いものは、1862年の司馬凌海『七新薬』、ついで1866-70年の福沢諭吉『西洋事情』であり、それ以前の用例はない。北澤一利氏によれば⁴⁾、「健康」は江戸中期・貝原益軒の『養生訓』には出現せず、高野長英、緒方洪庵等の幕末の蘭学者によって用いられ始め、次いで医学用語の‘health’の訳語として、「丈夫」、「健やか」などの代わりに使われるようになり、やがて一般的な用語として定着した。「丈夫」などがあくまで主観的な判断であるのに対して、解剖学や生理学の知識に立脚した客観的な‘health’を表現するためには「健康」がふさわしい、と考えられたからだという。

英語の health「健康」は、heal に抽象名詞を造る接尾語-th が付いてできたものであり（true から truth ができたように）、heal 自体は OED によればまず第一に‘to make whole or sound in bodily conditions’（体を健やかで完き状態にする）という意味であり、whole「全体の」、holy「神聖な」、さらにギリシア語 holos「全体の」と関連があり、いずれも「完き」という語義を有している（独語の heil「無傷の」、Heil「平安」、heilen「癒やす」、heilig「神聖な」などと語源を同じくする）。独語の gesund「健康な」、Gesundheit「健康」の語幹は英語の sound「健全な」と同じで、それに強調の接頭辞 ge-が付いたものであり、geschwind「すばしこい」の原義の「力強い」と同義である。英語の sound の原義もやはり「力強い」である。仏語の「健康な」sain、「健康」santé は羅語の sanus、sanitas に遡る（仏語 sain・羅語 sanus と英語 sound・独語 gesund との関連は明らかとなっていない）。

日本語の「病気」には、鎌倉期初めの用例があげられており、やまとことばには「やまい」、「わずらい」、「いたつき」がある（『日本語大辞典』第2版）。英語では disease、illness、sickness が主として用いられ、使い分けられる場合には、disease は客観的な「疾病・疾患」、illness は主観的な「病い」を意味し、sickness は社会的・文化的な脈絡で用いられたり、時に disease

と illness の上位概念として包括的に「病氣」の意味で用いられることがあるようだ。独語では Krankheit であり、形容詞 krank (「病気の」) は krumm (「曲がった」) と関連する。仏語では maladie が一般的であり、その形容詞 malade は羅語の male habitus (「具合が悪い」) に由来し、male は malus (「悪い」) の副詞、habitus は habeo (持つ) の完了分詞である。

しかし語源的に英語の「健康」(health)の原義が「全き状態」(wholeness)であるとしても、それだけのことであって語源から健康の具体的なイメージを思い浮かべることは難しい。怪我をして体の一部を切断したという場合は「全き状態」が損なわれたことが明白となるが、病気の場合には外側から伺えないし、精神の病いは特にそうである。しかしたまたま心身症の場合、心と体がばらばらになると言われるように、「全き状態」は「心身一如」としてイメージされ、「鞍上に人なく、鞍下に馬なし」と表される⁵⁾。その場合、「全き状態」が治癒や寛解の方向を指し示している。もっともそれは、読み取る側に既にその方向に向けられた「触覚」が働いていなければならず、「健康」health の語源が分かれば自ずと見えてくるというものではない。

3. 病気とその現れ(症状と徴候)

風邪を引いたら私たちは、発熱、発汗、咳、くしゃみ、鼻水、タン、頭痛、のどの痛み、悪寒、だるさ、下痢など、さまざまな症状(symptom)に襲われる。逆にこれらの症状が現れたら、風邪を引いたと判断する。そしてこれらの症状を抑えるために、発熱には解熱剤、発汗には制汗剤、咳には鎮咳剤等々を服用する。ここでは、風邪とは発熱、発汗、咳などのことであり、また、風邪を治療するとは、それらの症状を抑えることである、つまり、文字通り対症療法(symptomatic therapy)が治療そのものである、と考えられている。この場合、病気とその症状を区別する必要性はない。

しかしながら、風邪の9割はウイルスによるということであるが、外部から侵入したウイルスを駆除するために、生体は自らの免疫力(自然治癒力)を発動させる。冬に風邪が流行ることからも想像されるように、風邪ウイルス

スは寒さを好む⁽⁶⁾。生体は風邪ウイルスとの戦いで、自らの体温を上げて、ウイルスに対して有利な環境を整える。それが発熱である。発熱は生体の防御反応である。としたら、風邪で解熱剤を服用することは、生体の防御反応に水を差すことになる。同様に、咳、くしゃみ、鼻水などで、あるいは下痢にしても、生体は体内の異物を排除しようとする。そのような生体の防御反応を抑制するのは、生体の免疫力の足を引っ張る営みである⁽⁷⁾。確かに病気に伴う症状の中には、病原体が引き起こした有害無益な現象や、生体の欠陥に由来する現象もあるかもしれない⁽⁸⁾。それらをありがたがる必要はない。抑制し除去すればよい。しかし中には発熱のように、抑えなければかえって病原体を利する場合もあるのである。

症状が防御反応の現れである場合もあればそうでない場合もあるということは、良い症状もあれば悪い症状もあるということだ。したがって対応（治療）も、見守る場合と介入する場合の二つがあるということになる。医学史を繙けば明らかなように、古より治療の姿勢として、待機的・保全的・消極的と、英雄的・根治的・積極的の二つの傾向があった。それはまた、ヒポクラテスの伝統に従う自然治癒力重視派と、アスクレピアデスに代表される自然治癒力軽視派の対立と、対応している⁽⁹⁾。自然治癒力を重視する立場にとって、症状に良し悪しがあり、見守るべき場合もあれば介入すべき場合もあり、前者の場合には徒に症状を押さえつけるべきではない、ということは当然であった。

病気の現れ（広義の症状）には良し悪しの区別とは別に、当人に自覚されているか否かの区別がある。狭義に「症状」*symptom* と言えば、苦痛や発熱、咳のように、当人に自覚されている主観的な患いを指す。これに対して、当人に自覚はなくとも検査で異常な値が出ればそれを「徴候」*sign* と呼んで区別することがある。症状と徴候を合わせて「症候」*symptom and sign* と呼ぶ。症状の有無と徴候の有無に従って、四つの組み合わせができる（表1参照）。症状がある場合を「病い」*illness* と呼び、徴候がある場合を「疾患」*disease* と呼ぶ。症状も徴候もある場合は病いであると同時に疾患であり、症状も徴候もない場合は健康である。症状があっても検査で徴候が見つからなければ、

病気と診断されず「単なる気のせいですよ」といわれて門前払いを食らわされることがある。逆に症状はいつさいないのに、血糖値が基準値より高ければ糖尿病、血清クレアチニン値が基準値より高ければ腎臓病と診断される。

「メタボ健診」の普及とともに、健康不安が広がり「正常病」や「健診病」にかかる人が増えたと言われている。それは、自覚症状はないのに異常値を示す人を、「メタボ症候群」やその「予備軍」と見なして、病人扱いするからである。公衆衛生の観点から病気扱いが必要な場合も存在するであろうが、高脂血「症」の場合では必要かどうか議論は分かれており、また高脂血と高血圧の場合はそもそも基準値の定め方で様々の見解が存在する。

(表 1) 症状と徴候

		他覚徴候(sign)	
		+	-
自覚症状 (symptom)	+	病い／疾患	病い(illness)
	-	疾患(disease)	健康

4. 「疾患」としての病気

自覚症状を呈する「病い」と異なり、例えば生活習慣病では、仮に症状はなくても客観的な徴候が存在し、その徴候から「疾患」が診断される。ここでは病気の存在は客観的なデータによって確定される。先ほども述べたように基準値よりも、血糖値が高ければ糖尿病、クレアチニン値が高ければ腎臓病、さらに、コレステロール値が高ければ高脂血症、血圧が高ければ高血圧症と診断される。あるいは心臓が病気かどうかは、心臓が、体内に血液を循環させるという心臓としての十分機能を果たしているか否かによって判断される。そしてこの機能の充足度も、生理学的な検査によって数値化され、統計的に確定される。これらの数値は、母数が大きくなればなるほど釣り鐘型の正規分布を描く。正規分布の一定範囲に収まる場合を健康、はみ出す場合を「疾患」と判定する。また、これらの判定は客観的に行われるので、社会

的・文化的なバイアスの混入する余地はない、とされる。

1970年代半ばに、病気の社会的・文化的契機を重視するエンゲルハート(H.T.Engelhardt Jr.)らに対して、疾患としての病気を強調する立場は、ボース(C.Boorse)によって代表され、非規範主義、自然主義、(価値)中立主義と呼ばれ、自らはまた生物統計理論と称した⁽¹⁰⁾。

5. 「病い」としての病気

他覚徴候をもとに診断される「疾患」と異なり、「病い」は自覚的な症状をもとに判定される。この自覚症状には専ら、風邪の場合の発熱や咳といった生理的反応や、虫歯や虫垂炎などの端的に感覚的な苦痛が含まれる。しかし苦痛という概念はその外延が広い。例えば現代ホスピスの創始者であるシシリー・ソンドースが唱えた「全人的苦痛」(total pain)には、身体的(physical)苦痛に止まらず、精神的(mental)、社会的(social)、霊的(spiritual)な苦痛が含まれる。症状が病いを構成するといふとき念頭に置かれているのは、専ら身体的苦痛である。しかし、精神的苦痛や社会的苦痛を除外して苦痛を考へることは、しばしば困難である。例えば脱毛症や多毛症、あるいは低身長症や巨人症は、必ずしも人体の生理的機能に支障を来すものではない。従ってそれらは必ずしも「疾患」とはいえない。とはいえ当人に多大の苦痛を与える。この苦痛は、身体的苦痛というよりも、精神的、社会的な苦痛である。このように、苦痛という症状に社会的・文化的(sociocultural)な契機が組み込まれるならば、症状によって構成される「病い」にも、社会的・文化的契機が組み込まれることとなる。かくて、客観的な徴候に基づいて疾患が診断されたのに対して、精神的、文化的な苦痛という主観的な症状を含む場合には病いと判定される。このような病気観は「規範主義」(normativism)と称され、エンゲルハートに代表される。

エンゲルハートが掲げる「病い」の典型的な例は「自慰」である⁽¹¹⁾。これは19世紀米国の医学専門文献に、少年の成長不良の原因として登場し、中には死因とされた場合もあった。現代ではおよそ病気とは認定されない自慰

が、専門文献で堂々と病気と認定されていた背景に、米国ピューリタニズムの伝統に由来する、峻厳なセックス観を読みとることができる。エンゲルハートの掲げるもう一方の特異な例は、もともと精神科医 T.S.サースの指摘⁽¹²⁾に基づいているが、南北戦争前の黒人奴隷における「逃亡奴隷症」(drapetomania)と「黒人性感覚障害」(dysaesthesia aethiopsis)であった⁽¹³⁾。「逃亡奴隷症」とは、希語 drapetes (逃亡奴隷) から造語され、黒人奴隷の逃亡癖を指し、白人農園主の温情主義にもかかわらず、北部自由州への逃亡を企てることを、精神病と見なしたのであった。「黒人性感覚障害」とは、奴隷である黒人が、しばしば無感覚で反応に乏しいことをやはり精神病と見立てたのである。これらはいずれも、当時の白人農園主と同じ社会集団に属する白人医師の独断と偏見によって立てられた病名であり、奴隷という境遇からすれば当然の行動・態度が「病い」に仕立てあげられた例である。この二つの病名が登場する文献(S.A.Cartwright の 1851 年論文)⁽¹⁴⁾には、黒人の生理学的特徴が事細かに報告されているが、そのなかには血液が白人より「黒ずんでいる」という指摘さえも大まじめになされている。現代においても「同性愛」は、米国精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル』(DSM)の第 2 版(1968 年)では精神疾患とされていたが、第 3 版(1980 年)からはそのリストから外された。そこにも、社会的・文化的に規定された「病い」としての病気観を認めることができる。

6. 「逸脱」としての病気

エンゲルハートは病気の社会的・文化的な側面に着目し、「病い」としての病気を強調した。一見科学的、価値中立的な病気の概念にも、社会と文化のさまざまな影響が及んでおり、その影響下に病気の概念が形成され、ときにはそれらによって病気の概念が歪められる、ということを明らかにした。しかしそこでの医療は、あくまで社会と文化の影響を被る受け身の存在であった。これに対して T.パーソンズに代表される医療社会学は、医療が、社会と文化から影響を受けるだけでなく、「社会統制」の一つの手段として、社

会秩序の安定化のために能動的な役割を担っていることを強調する。そして、医療が社会統制の手段であるということと、病気が社会の規範からの「逸脱」現象であるということは、互いに緊密な関連を有している。もっとも、エンゲルハートにおいても、例えば脱毛症における精神的、文化的な苦痛の所以を明らかにしようとするれば、支配的な価値規範からの「逸脱」やそれらとの抵触という現象を、考慮することになる。その意味で「逸脱」は、エンゲルハートにおいてもすでに含意されていると言えよう。

一般に逸脱(deviance)とは、支配的な多数者の行動様式から外れた、少数者の行動様式に対して貼られるレッテルであり、そこには少数者に対する非難や、多数者に同調(conformity)すべしという圧力が、含意されている。多数派对少数派という構図は様々の領域で存在し、政治の世界では主流派对反主流派や与党对野党、宗教界では正統派对異端派、労働界では正規雇用者对非正規、性愛の世界では異性愛对同性愛、一般の社会ではさらに子持ち夫婦对子無し夫婦、健常者对障害者、納税者对生活保護受給者、右利き对左利きと展開され、これらの対比には正常对異常(normal vs. abnormal)という対比が通奏低音として響いている。

医療においては、病人は逸脱した少数派として健康人と対立し、その意味で非難と同調圧力に晒されているはずである。しかしパーソンズの有名な「病人役割」(the sick role)は、「(1) この状態に対して本人の責任が問われない(nonresponsibility)、(2) 通常の役割遂行からの一時的免除(temporary exemption)、(3) 望ましくない(undesirable)ものとしての病気の定義を受け入れ、この状態から回復(get well)しようとする義務、(4) 専門家(=医師)の援助を求め(seek competent help)、これと協力(cooperate)する義務(=患者役割)」⁽¹⁵⁾であり、二つの権利と二つの義務より構成されている。ここでは病気になった責任は不問に付され(1)、日常の業務から一時的にせよ解放され(2)、病人への非難は影を潜めている。僅かに、病気からの回復義務(3)と、医師への協力義務(4)が課されているだけである。犯罪者や不道徳家も同じ逸脱者であるが、おそらく責任不問という扱いはなされないであろうから、病人は逸脱者の中で特別扱いされていることになるだろう。

病人役割は医療社会学における重要な概念であり、中でも病気になったことへの責任を不問とするという第1項は病人役割の要である。しかしこの考え方に大きな変更を迫る事態が、現在進行形でこの日本社会で展開されている。というのは、1957年に行政によって設定された「成人病」の概念が、1996年にやはり行政によって「生活習慣病」へと変更された。がん、心疾患、脳血管疾患など、従来「三大成人病」と言われていたものが、成人のみならず未成年にも生じるということと、発症には当人の生活習慣(life-style)が関与している、というのが変更の理由である。特に生活習慣は要因として重視されている。喫煙、肥満、運動不足、脂っこい・塩辛い食生活などの複合的な原因によって、これらの病気が発生するということから、いわば悪しき生活習慣からこれらの病気になる、病気になったのは本人の生活習慣が悪いためだ、と考えられるようになったし、また行政もその傾向を助長しているように思われる。かくて佐藤純一氏や村岡潔氏が指摘するように、病気になったのは本人が悪いからだ、という一種の「犠牲者非難イデオロギー」(victim-blaming ideology)が、病人役割の「責任不問」に取って代わる勢いを示している。その勢いを加速させたのが、2002年に制定された「健康増進法」であり、その第二条に「国民の責務」として「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」とある。ここでは健康保持が義務とされている。これまでは、日本国憲法第五条（「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」）にあるように、健康な生活はひたすら国民の権利と位置づけられてきたのと対照的である⁽¹⁶⁾。

7. 医療化

健康と病気の概念を考えるうえで残された問題として、医療化(medicalization)がある。従来必ずしも病気や障害と見なされなかった現象が病気や障害と認定され、医療の対象とされることである。逆に、従来病気と

認識され、医療の対象とされていたものが、病気でないと見なされて医療の対象から除外されることを、脱医療化(demmedicalization)と呼ぶ。脱医療化の例として、先に言及した自慰や同性愛をあげることができる。また、終末期の患者が病院からホスピスに移ることや、陣痛促進剤多用に象徴される管理化された出産の営みを嫌ってホーム・バース運動に趨ることに、部分的な脱医療化を認めることができる⁽¹⁷⁾。それに対して現代において圧倒的に優勢なのは医療化である。従来呑兵衛で酒癖が悪いと言われた人が今はアルコール依存症となり、ヘビースモーカーはニコチン依存症、女性の生理に伴う苛立ちは月経前症候群(PMS)、ぼんやりしている子どもや腕白で聞き分けのない子どもはADHD(注意欠陥多動性障害)となる⁽¹⁸⁾。P.コンラッドは医療化を、その様態から次の4種類に分類している。(1)新たな領域開拓(extension):男性における脱毛症、勃起不全、男性更年期(andropause)、(2)従来の領域拡大(expansion):ADHDを子どもから大人へ拡大、(3)能力増強(enhancement):様々の能力向上のためのヒト成長ホルモン投与、(4)継続性(continuity):同性愛の再医療化(remedicalization)の可能性[2014年において同性愛は脱医療化されたままである、引用者註]⁽¹⁹⁾。

例えばWHOが1962年から用いてきた高血圧症の診断規準は、収縮期血圧160mmHg以上、または拡張期血圧95mmHg以上であった。それが1999年に改定されて、収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上となった。日本では、血圧値が10下がれば該当する人は1000万人増えると言われている。収縮期血圧が160から140に下げられて、高血圧症の患者は一気に2000万人増大したことになる⁽²⁰⁾。従来まで病気と見なされなかった人が病気と見なされるようになったのであるから、これも医療化である。コンラッドの様態分類で言えば、(2)の領域拡大に相当する。あるいは精神科医・富高辰一郎によれば、1999年から6年間で日本ではうつ病患者(厳密には気分障害患者)数が、43万人から92万人と2倍以上になった⁽²¹⁾。増大した患者の過半は新型うつ病患者で、従来は単なるうつ状態として病気とは認識されていなかった人たちである。ではなぜ単なるうつ状態の人が精神科の門を叩くようになったのか。そのことと、副作用は少ないが高価な新うつ病

薬 SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）が 1999 年に日本でも販売されるようになった（商品名デプロメール、翌年にはパキシル）ことが同時期であるのは、単なる偶然ではないだろう⁽²²⁾。そこに製薬業界挙げての販売キャンペーンが行われたからである。いずれにせよ、従来まで単なる気分の落ち込みとして病気とは見なされなかった人々が病人となったのであり、これも医療化である。コンラッドの分類では、重症うつ病から軽症うつ病への領域拡大 (2) か、それとも軽症うつ病という新たな領域開拓 (1) であるか、微妙なところである。また、高血圧症と新型うつ病という二つの例において、ともに莫大な薬剤費の問題が絡んでおり、冒頭で指摘した国民医療費の高騰の一因となっていることも明らかである。

医療化には光と影がある。ADHD と診断された子どもの母親が、他の子どもとどこか違うと心配ばかりしていたのが、ADHD と診断されて漸くほっとした、と述べていた。ここでは、病気と診断されることによって、育て方が悪いからこのようになったのではないかという自責の念から解放されることになったのである。軽症うつ病の患者の場合にも、病気と診断されることによって、患者本人に同じような効果があるだろう。パーソンズの病人役割において、病人には二つの権利、すなわち (1)（病気になったことの）責任免除と (2)（一時的）役割免除が容認されていた。この権利は病気と認定されることで初めて与えられるのである。またそのことによって、医療や行政による救済の手がさしのべられるようになることも、患者・家族にとっては恩恵である。他方で、それが逆に、医療化を拡大させている要因にもなっていると言えるだろう。「軽度うつ状態」が「軽症うつ病」として認定されることによって、新うつ病薬 SSRI が保険適用となり、そのことによって日本では 1999 年からの 6 年間で一気にうつ病患者が倍増したのである。（先に言及した生活習慣病の場合でも、例えばそれ自体何の悪さも与えないと言われている「高脂血」を、「高脂血症」という病気に仕立てて、治療の対象とする。これはこれで、新たな病気をたてることであり、医療化と呼ぶことができる。）

しかしながらあらためて、軽度のうつ状態は病気なのか、と問われなければならぬ。気分の浮き沈みは生きているかぎり当然であり、どんなに落ち

込んでも普通なら何日かすれば元に戻る。職場で嫌なこと・辛いことがあれば、めげるのが当然で、それこそ健全な反応である。その嫌なこと・辛いことを合理的に解決することが、本来の処方箋であるはずだ。もっとも、解決するのはしばしば困難で、たいていは本人が我慢して諦めることになるが、それも処世の智慧であろう。いずれにせよ、めげている状態を病気と決めつける必要がどこにあるか。必要があるとすればほとんど唯一、高価なSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を処方せんがためではないか。先に引用したうつ病増加を指摘する精神科医・富高辰一郎は、ほとんどのどまで出かかったこの言葉を医師として再び飲み込んでいるが、著者の真意は明白である。ADHDについても同様である。ぼんやりしていたり、逆に腕白であることは、病気なのか、むしろその子の個性なのではないのか。もとよりぼんやりも腕白も程度が重要で、どちらも極端になれば、病気として医療の対象にする必要があるのかもしれない。しかし軽度の場合に病気と決めつける必要はないはずだ。にもかかわらず現代の社会は、どんどん許容範囲を狭めているのではないだろうか。

かくて、「逸脱」としての病気と拡大する「医療化」の関連は明らかである。医療化は、多様な個性と多様な生き方を、社会的・文化的に支配的な価値観からの逸脱として認定した上で、それを矯正しようとする営みである。本当の問題は、多様なあり方を受け入れようとしない社会にこそある。医療化として問われているのはむしろ、私たちの社会の不寛容性そのものなのである。

註

- (1) 佐藤純一、浜六郎、和田知可志『「脱メタボ」に騙されるな!』、洋泉社、2008年、16-17頁。
- (2) 同書、158頁。
- (3) 1998年にWHO理事会からなされた改正提案は、「身体的、心理的」と「社会的」との間に「靈的」(spiritual)を挿入し、「状態」に「力動的」を付加するというものであった(Health is a dynamic state of complete physical,

mental, spiritual and social well-being...) が、総会での審議・採択はなされないまま現在に至っている。

(4) 北澤一利『「健康」の日本史』、平凡社、2000年、12-36頁。

(5) 池見酉次郎『心療内科——「病は気から」の医学』、中公新書 29、1963(1997)年、21頁。

(6) 松本光正『「健診病」なんかに負けるな!』、日新報道、2010年、200-201頁、および、R.M.ネシー、G.C.ウィリアムズ『病気はなぜあるのか——進化医学による新しい理解』、新曜社、2001年、40-43頁。

(7) 「合目的的というのは、身体の反応にはすべて目的があるということ。身体が一番いいことをしようとして懸命に頑張っている。もしインフルエンザのウイルスが入ってきたら熱が出る。熱を一生懸命出すわけです。この場合、熱を出すことが一番いいことです。ウイルスというのは冷たい空気が嫌いだから、わかりやすくいえば、熱でもってウイルスを焼き殺そうと熱を出している。身体が一番いいことをしようとしているのに『熱が悪い』と熱冷ましをもらおうとすることが間違い。血圧にしても、身体は一生懸命に上げて生きようとしている。それなのにその血圧が悪いと考えるべきではない。身体が一番いいことをしている。それがわからなければならない。／10 数年前までは下痢止めというのがあった。下痢というのは、体内から悪いものを出そうとする働きで、体が懸命に下痢をして、悪いものを出そうとしている。だから、下痢を止めてはいけない。下痢を悪いものと思っはてはいけない。身体が一番いいことをしようとしている。だから、下痢を止めた子供が死んでしまった。O157 でしたが、保育園で集団食中毒が起こった時、下痢を止めた子供が死んでしまった。身体のすることには一つ一つ目的があるのです。」(松本光正「『検診病』にならないためにはどうすべきか——細かな数値よりも自分の身体感覚を大切に」、井上芳保編『健康不安と過剰医療の時代——医療化社会の正体を問う』、長崎出版、2012年、103頁。および松本光正、前掲書、200-201頁参照)

(8) 「……色白の人が重度の肺炎にかかると、顔色がくすみ、ひどい咳をするだろう。肺炎のこの二つの徴候は、まったく異なるカテゴリーを代表する

ものである。一方は、欠陥があることの現れであり、もう一方は、防御の現れである。肌が青白くなるのは、酸素が欠乏しているときのヘモグロビンの色が通常より暗いからだ。……それは、問題に対してあらかじめプログラムされた反応ではなく、特定の効用をもっていない単なる偶然の出来事の結果に過ぎない。他方、咳は防御である。それは、呼吸系の中に入った異物を吐き出すために、特にデザインされた複雑なメカニズムの結果として生じる。……このように防御と欠陥とを区別することは……たいへん重大なことにもなりえる。」(R.M.ネシー、G.C.ウィリアムズ、前掲書、9-10頁)

(9) 自然治癒力を巡る二つの傾向として、次のようにまとめることができる。

(表2) 自然治癒力を巡る二つの傾向

自然治癒力	重視派	軽視派
治療傾向	待機的・保全的・消極的	英雄的・根治的・積極的
治療方法	栄養・休養・環境改善	薬物・手術
(古代)	ヒポクラテス	アスクレピアデス
(17世紀)	シデナム	R.ポイル
(18世紀)	ブルーハーフェ、シュタール	J.ブラウン、ブルセー
(19世紀)	ナイチンゲール(看護覚え書)	ヘンレ(コッホの師)

(10) C. Boorse, A Rebuttal on Health, in: J.M. Humber, R.F. Almeder eds., *What Is Disease?: Biomedical Ethics Reviews*, Humana Press, 2010, p.4.

(11) H.T. Engelhardt, Jr., The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease, in: A.L. Caplan, H.T. Engelhardt, Jr., J.J. McCartney, eds., *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley Publishing Company, 1981, pp.267-280.

(12) T.S. Szasz, The Sane Slave, *American Journal of Psychotherapy*, 25, 1971, p.228f.

(13) H.T. Engelhardt, Jr., *op. cit.*, p.279. および、H. トリストラム・エンゲルハート「健康と病気概念」、S. スピッカー、H.T. エンゲルハート編、石渡

隆司他編訳『新しい医療観を求めて』、時空出版、1992年、48頁。

(14) S.A. Cartwright, Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race, *The New Orleans Medical and Surgical Journal*, May 1851, pp.691-715, 再録は、A.L. Caplan, H.T. Engelhardt, Jr., J.J. McCartney, eds., *op. cit.*, (7), pp.305-325.

(15) T. Parsons, *The Social System*, 1951, 1964, p.436f. (T. パーソンズ、佐藤勉訳、『社会体系論』、青木書店、1974年、432頁)； T. Parsons, *Social Structure and Personality*, 1964, 1970, p.274. (T. パーソンズ、武田良三監訳、『社会構造とパーソナリティ』、1979年、361-362頁。)

(16) 村岡潔「『生活習慣病』の正体を探る」、井上芳保編『健康不安と過剰医療の時代——医療化社会の正体を問う』、長崎出版、2012年、86-87頁。病気の「個人責任論」と「犠牲者非難イデオロギー」について、前掲書(1)、183-188頁、および、佐藤純一、土屋貴志、黒田浩一郎編『先端医療の社会学』、世界思想社、2010年、122-124頁参照。

(17) 進藤雄三『医療の社会学』、1995年、75頁参照。

(18) P. コンラッド、J.W. シュナイダー、進藤雄三監訳、杉田聡、近藤正英訳『逸脱と医療化——悪から病いへ——』、2003年、初版第1刷、ミネルヴァ書房、参照。

(19) P. Conrad, *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, 2007の目次は、Part I Concepts (概念)、Part II Cases (実例)、Part III Constraints and Consequences (抑制と帰結)、であり、Part IIの四つの章が本文に記した医療化の4形態に相当する。

(20) 松本光正、前掲書、146頁参照。

(21) 富高辰一郎『なぜうつ病の人が増えたのか』、幻冬舎、2010年、25頁。

(22) 同書、69頁参照。

(追記) 今回の拙論は、細見博志「『病』・『疾患』と『自然治癒力』」として、主題別討議報告「病と健康」(実施責任者・森下直貴)、日本倫理学会

編、倫理学年報 61 集、2012 年 3 月、61-64 頁に掲載されたものを踏まえて、展開したものである。そのため前半部分で討議報告と重なるところがあることをお断りする。

Health and Disease—Sickness as ‘Deviance’ and Expanding ‘Medicalization’

Hiroshi HOSOMI

Summary

The concept of Health and Disease is so familiar to us, often too familiar to define what they mean, and when we are asked their meaning, we answer sometimes circularly that health is not disease, and disease is not health. The famous definition of the WHO Charter in 1946 has made the same mistake. In order to understand well the concept of disease, we must distinguish first of all between disease and its appearances, and then those appearances into subjective symptom and objective sign, of which the former makes subjective illness and the latter objective disease (in the narrow sense). Therefore in the concepts of symptom and illness there are such various subjective moments, of which the most representative is pain or suffering. As the ‘total pain’ of C. Saunders shows, the concept of pain is so extensive, that contains various socio-cultural moments such as inequalities, injustices and discriminations. They may be not the cause of physical pain, but that of mental, social and possibly spiritual pain. Medical sociology focuses itself on social pain and socially caused illness, and it is interested in sickness as ‘deviance’ from the normal standard of the social behavior, and by curing the sickness as deviance, health care system plays an important role as a ‘social control’ tool. In relation to the question, what is disease, the last important here is “Medicalization”. Various behaviors, e.g. ADHD and PMS, which were earlier not regarded as sickness, are now looked upon as such, and moreover, the former has been expanded to adult, the latter to men (andropause), who are treated with medicaments. Behind the expansion

of medicalization we fear the spreading out of the intolerance of the society against the cultural diversity and social minorities.