「生活者」が医療をつくる

浮ヶ谷　幸　代

はじめに

わたしたちは「社会をつくっているのはわたしたちだ」と日々認識して、行動しているだろうか。おそらくそう思うのは、国家行政の一旦を担っている人か、メディアで流れる各地の投票結果の様子を見聞きするときぐらいのものである。では、「社会」を意識するのはどのようなときだろうか。消費税増税のニュースや介護保険の改正など、自分の生活が国家の制度と直結するとき、「日本社会は冷たい」とか「高齢者には生きづらい社会だ」とか、感じるときだろう。しかも、そこでイメージされる「社会」は、「自分たちでつくっている社会」ではなく「わたしたちに冷たい、抑圧する社会」でしかないのではないか。

では、実際社会をつくっているのはだれか。わたしたちでもあり、わたしたちではないかもしれない。少なくとも、わたしたちも冷たい社会をつくっている共犯者でもあり、そういわないまでも加担者であることに間違いはない。

社会学者の市野川容考は、「社会」という概念を問い直すために「社会」を実体として捉えるのではなく、ある種の様相や様態、そこから派生する「社会的なもの」としてとらえる視座を提示している（市野川 2006：iv）。「社会的なもの」という言葉には、社会を単に所与のものとして固定的に捉えるのではなく、またわたしたちが無抵抗に従うだけのものではないということが含意されている。むしろ、社会を問い直し、社会に能動的に働きかけることにより、わたしたちが「社会の中で、社会のために、そして社会に抗して考える」（市野川 2006：87）ことができるのではないかと述べている。この特集のテーマ「『私たち』が作る『社会』」が意味する「社会」を、市野川のいう「社会的なもの」として捉えて、本稿を進めていこう。

本稿での中心的な話題は「医療」についてである。今日、医療はわたしたちが生活を営んでいく際になくてはならないものとなっている。必要不可欠であるだけでなく、生死に直接かかわるという意味で生活領域の重要な部分を占めている。したがって、「社会的なもの」を捉えるうえで格好の材料として医療があると考える。

ここでは医療制度や医療専門家の一般的な専門性を話題にするわけではない。「医療」をつくる主体としてのわたしたち、それをここでは「生活者（後述）」と呼ぶが、その生活者の病気の経験と生活者としての専門家の生き方に焦点をあてていく。だれもがなりうる「患者」の経験を通して、また医療と地域を結ぶ専門家の実践を通して、「社会的なもの」の一側面としての医療の様相や様態を描き出し、そこから見えてくる「『私たち』が社会（医療）をつくる」とはどういうことなのか、その一端を明らかにしたいと思う。

1．「医療の生活化」という視座

ここまで「わたしたち」という言葉を特段の断りもなく使ってきた。ここで「『私たち』が医療をつくる」ということの一端を明らかにするために、「わたしたち」を「生活者」と捉えることの意義について文化人類学の立場からふれておこう。

文化人類学者の阿部年晴によれば、「生活」とは「人が文化的生物としての生存を維持する営み」であり、それは「人間の生命・共同性・文化の基本、そして生活自体を再生産する営み」であるという。具体的には、「生活」を構成する多面的な活動として、生活物資の獲得、人間関係の維持、生老病死への対処、休養や娯楽などをあげている。こうした生活の主体が「生活者」であり、「多面的な活動からなる生活に全体性を与えている働きを『生活知』」と呼んでいる（阿部 2014：54-55）。

阿部の視点に立てば、「生活者」とは人が人として生きていくための根底となる「生活」を創る主体であり、「生活知」をもとに多面的な活動を展開していく主体であるといえる。生活者自身とその関係者の全体的生にかかわるすべての営みを創造する役割を担っているといえるだろう。「わたしたち」を「生活者」として捉えることで、「生活者」は自分を取り巻く周囲の人や物理的、自然的環境にはたらきかけ、多面的な活動を展開しつつ、総体的な活動を通して暮らしを営んでいる主体となる。「『私たち』が作る『社会』」という特集のテーマにアプローチするために、本稿では「わたしたち」を主体的な営みの行為者である「生活者」として位置づけておきたい。

では、医療はだれ／何によってつくられているのだろうか。医療専門家、病院、製薬企業、国家（制度）、患者だろうか。医療が誕生する経緯を「生活」の次元から考

えてみる。まず病に苦しむ人がいる。それに何とか対処しようとする知恵や技術が生まれ、そうした知識や技術に卓越した専門家が生まれる。そして、「生活者」の多面的な活動を共有するローカルな地域で、生老病死という人の一生のプロセスに対処する営みが必要とされる。ここではそれを医療と呼んでみたい。

「生活／生活者」という次元から医療を考えるということは、病院や専門家、製薬企業、国家（制度）が、患者（病をもつ人）に先んじてあるのではないという出発点に立つことである。たとえ現代社会ではそうした医療を構成する多元的な主体と切り離すことができないとしても、である[1]。先の阿部は、「生活者」が医療をつくるという営みを概念化するために「医療の生活化」という用語を提唱している。医療の生活化とは、「生活者が主体的に、医療システムが提供する知識や治療法と生活の中の経験知や必要とを組み合わせて、生活（生きること）の一部として医療を創りだし、生活のなかでそれを生きること」としている（阿部 2014：72）。

社会科学では、人の生活を構成する多面的活動、生活上の使用言語やその概念が医療の領域に囲い込まれるプロセスを「医療化medicalization」と呼び、数々の議論を巻き起こしてきた[2]。それに対して、「医療の生活化」とは、病をもつ人が「生活者」として生きる軸足を「生活」の場におき、医療システム（医療制度）や医療専門家が提供する専門知を「生活」のなかから編み出した「生活知」と摺合せ、必要に応じて取捨選択をし、自分なりのやり方で医療を創ることである。それは、医療化論とは逆の発想であり、「医療化」という状況から抜けだすという意味の「脱医療化de-medicalization」[3]という議論にとどまらない広がりを有している。

「医療の生活化」とは、病気になった人は医療化されたままの主体ではなく、「生活者」としての主体を取り戻すという「生き方」の問題として捉えることでもある。こうした視座に立つことで「『生活者』が医療をつくる」という本稿のテーマが浮上するのである。

２．医療化される主体から生活化する主体へ

ここでは、糖尿病者の経験を例として「医療の生活化」について考えてみよう。まず、糖尿病者たちが医療化されるとはどういうことか。糖尿病であると診断された人の多くは、自覚症状がなくとも、血糖値という数値が基準を越えたとき病気であると見なされる。かつて糖尿病者は尿が甘いにおいがする、トイレが近いなど、自覚症状があった。しかし、検査技術の発達した今日の社会では、身体感覚や身体症状がなくても病気であると診断される。いわば、身体の病理化（医療化）である[4]。いったん

糖尿病であると診断されると、食事療法や運動療法、薬物療法が処方され、生活習慣全般が治療の対象となる。これが「生活の医療化」である[2]。

しかし、ここでは一見「医療化されている人たち」としてみえる糖尿病者を紹介し、意図する、意図せざるにかかわらず、彼らがそれぞれの「生活」の場で医療を「生活化」していくエピソードを紹介してみたい。事例は、1998年から2000年にかけて筆者がフィールド調査で出会った糖尿病と診断された人たちのことである。

(1) 治療実践を飼いならす

糖尿病と診断された人たちのなかには、専門家が処方した治療法（血糖値測定、食事療法、運動療法、インスリン療法）をゆるやかに自分の暮らしのペースに合わせて「飼いならす」人が多くいる。「飼いならす」というのは、辞書的には「動物を飼いならすdomesticate」という文脈で使われる言葉であり、さらには外部の人やモノ、コト、動植物を自己の内部の領域に取り込み、馴染ませ、理解しやすくし、定着させることである（ランダムハウス英和大辞典第２版）。私はこれまで、糖尿病者が自分の生活のペースや生活状況に合わせて糖病治療を生活領域に馴染ませていくことを「治療実践を飼いならす」と表現してきた（浮ヶ谷 2004）。ここでは、「生活者」としての糖尿病者が糖尿病治療の言説や実践を「生活」の文脈で「飼いならす」ことを「医療の生活化」の例として見ていく。

１型糖尿病（何らかの原因でインスリン分泌がない状態）の人の言葉で、「インスリン注射は近視の人が眼鏡をかけるようなもの」という表現がある。他にも、「朝起きて歯を磨くようなもの」とか洗顔や洗髪になぞらえて習慣化している人がいる（浮ヶ谷 2004：84-85）。１型糖尿病の人はより自然な血糖値を維持するために一日４回インスリンを打つのが望ましいとされている。現在の医療法では患者は自己注射を許されているが、専門家にとってはあくまでも医療行為である。しかし、「生活者」としての患者は、インスリン注射という医療行為を「生活」の一部として習慣化しているのである。

食事療法は１型であろうと２型（インスリン分泌が少ないかインスリン抵抗性がある状態）であろうと糖尿病治療の要となっている。糖尿病治療における一般的な食事療法の基本は食材の栄養素分類に基づき一日に摂取すべき総カロリーを遵守することである。糖尿病という病気は、いったんなってしまったら「治らない」といわれ、「治る」ではなく「コントロールする」病気だといわれている。したがって、糖尿病と診断されたら食事療法は一生続くことになる。このことが糖尿病という病気の特徴であ

り、療法を続けることが難しいところでもある。食行為は理性的なコトンロールから逸脱しやすい。人は期限つきであれば「我慢」できる。しかし、糖尿病者の場合、それは生きる限り続くのである。

では、糖尿病者は食事療法にどのように向き合っているのだろうか。「食事療法は大変ですか」という質問に対して、食事療法は「もう慣れた、あまり気にしていない」「厳しくしていない」「自分の生活そのものであるし、…無理に意識していないので」と答える人がいる（浮ヶ谷 2004：86-88)。先のインスリン注射のように、食事療法を習慣化し、カロリーの数値やその計算を「カン」として把握し、医学的数値を不要なものにしている。これは専門家から見れば医療行為であるはずの実践が、患者にとっては自分にとって馴染みのあるやり方で「飼いならされていく」ことを示している。

運動療法ではどうであろうか。「運動療法を試みていますか」という問いに対して、「自然に運動している」「療法ではなく身体を動かすことが気持ちいい」「あえて運動療法とは思わない」と答える人がいる（浮ヶ谷 2004：88-89)。水泳やバドミントン、サッカーなど、「気持ちいいからやっている、好きだからやっている」、だから「これは療法ではない」というのである。これは、どのような運動がどのくらいの時間で何カロリー消費するかという運動療法の意味を、それぞれの生活の中で趣味やスポーツとして解釈している例である。これまでマイカーや電車で通勤していたが、糖尿病になり一駅歩くようにしたら、これまで気が付かなかった周りの風景や四季折々の変化を味わうようになったと語る人もいる。

「自分の生活そのもの」という食事療法に対する言葉は、食事療法が単なる医療行為ではなく、「生活」を構成する多面的な活動の一部であり、文化的生物としての生存を維持する営みであることを示している。運動療法を趣味や娯楽として位置づけるのは、医療者が提示する療法を別の療法に変えてみた、というような療法上の問題ではない。療法という医療行為に対して、より広い次元で捉えられる全体的生を営む「生活者」としての「生き方」の問題であることを示している。

(2) QOLの読み替え

QOL（Quality of Life：生活の質）という用語はいまや医療の領域では知らない人はいない。実際、1996年「生活習慣病」という言葉が厚生省（当時）から発表されたとき、その目的の一つとして「疾病の罹患によるQOLの低下の予防」が掲げられた。以下に、糖尿病者が専門家の想定するQOLを自分の想定するQOLに読み替えた例を紹介する。

Uさん（50代、２型糖尿病、食事療法と運動療法）

Uさんと出会ったのは、Uさんの娘Kさんと知り合いだったことから、「お父さんの糖尿病の話を聴いてください」と言われ、自宅に呼ばれたことがきっかけだった。Uさんはふだん会社で糖尿病の話をすることはない。また、家族に話せば「隠れ食い」のことや食事のコントロールをしていないことを叱られるだけである。こんなとき調査を依頼されたわけだが、「お父さん、今日は思いっきり糖尿病の話をしてくださいね」という妻に促されて、Uさんは話をはじめた。しばらくすると、血糖状態を記録する記録表の話題になった。Uさんは担当医から目指すべき血糖値を120（mg/ml）以下、HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー、１から２か月間の血糖状態の指標）を6.5％以下（当時）と設定されている。それにもかかわらず、Uさん自身の目標値は、血糖値を140から160、HbA1cを7.5％前後に設定されている。記録表を見せてもらったが、ここ２年間は明らかに標準よりも高い値で推移している。そこで、「どうしてですか？」と質問してみた。すると「現在の血糖状態に満足している。これ以上低い値を目指すと現在の仕事や生活に支障をきたすし、ストレスも多くなる」と答えたのである。（浮ヶ谷 2004：80）

UさんにとってのQOLは「いまここ」を生きることの充実感である。専門家が考えるQOLは「あなたの将来のQOLのため、つまり将来合併症を起こさないために今の血糖を良くしないさい」というものである。仕事に軸足を置くUさんは、専門家が提示する「将来」のQOLを「いまここ」を生きるQOLに読み替えている。「いまここ」に価値をおく生き方を選んだからといって、それはUさんが通院を止める理由にはならない。

専門家は近い将来合併症を起こすことを理由に血糖コントロールすることが当然であると思っているので、血糖値が悪いのに毎月外来にやってくる患者の気持ちを理解することができない。都内の某国立病院の糖尿病外来の医師は、「患者は血糖コントロールを良好にする努力を怠っているのに、なぜ外来に通うことができるのか、私にはわからない」といった。専門家は、将来のQOLよりも今のQOLに価値を置く患者の思考様式を理解する枠組みを持ち得ないのである。

Uさんは、エンジニアという職業柄、医学書を読みこなす力もあり、糖尿病という病気の知識は専門家並みにもっている。高い血糖値が続けば、いずれは合併症を発症するという医学の論理も十分承知している。だから、定期通院は怠らない。にもかかわらず「いまここ」を生きるQOLを選んでいるのである。Uさんは、医療者が求めるQOLを承知したうえで、「生活者」としてのQOLを選択したのである。

３．専門性を「生活化」する

前節では、「生活者」としての患者が「生活」の場から「医療を生活化」していく様子を見てきた。ここでは、専門家自身が自らの専門性を生活化していくエピソードについて紹介していこう。ここでのエピソードは2005年から現在までフィールド調査を続けている北海道浦河町の精神保健福祉の活動現場で見聞きしたエピソードである。

(1)「専門知」よりも「生活知」

浦河ひがし町診療所は、2014年５月１日に開院した精神障がい者を対象にしたクリニックである。ここでは、外来診療のほかに浦河町や隣町地域で一ヶ月に200件以上の往診を行っている（2014年８月現在）。この往診は所長の川村敏明精神科医（以下、川村医師）が浦河赤十字病院（以下、浦河日赤）精神科勤務のときに行っていたものであり、退職してからそのまま引き継いだものである。筆者は、2006年浦河日赤精神科病棟で１ヶ月の調査を行ったことをきっかけに、浦河を訪れるたびに川村医師の往診に同行させてもらっている。次の事例はいくつかのエピソードをまとめたものである。

> 訪問先では、２週間ぶりの往診を心待ちにしている主人（患者、家人）が、茶菓子を用意して川村医師と看護師を心からもてなす。川村医師と看護師は出されたものをいつもおいしそうにたいらげる。食べきれないときは、残ったものを「土産物」としていただいて帰る。主な医療行為はカルテを書き、足りなくなった薬を処方することである。川村医師は、ある馴染の家に訪問すると二言三言主人と言葉を交わした後、リビングのソファに座った。直後に爆睡する。その間、看護師が主人と話し始める。世間話であったり、体調のことだったり、生活の様子だったりする。その話が終わったころ、川村医師はやおら起き上がり暇をする。また、訪問リストにない患者宅に様子をうかがうために訪問することもある。相手を気遣うだけではなく、医者が顔を見せることに意味があるという。長期にわたって訪問していた患者が亡くなったことを新聞の死亡欄で知り、近所に来たからと線香をあげるために弔問するときもある。川村医師は家人から患者の最期の様子を聞いて、しばらく家人と亡くなった患者の思い出話をする。往診が終わっての帰り際、主人が見送っている間、川村医師は見えなくなるまで運転をしながらお辞儀をし続ける。

往診先での主な話題は、薬や容態などの医学的な話ではない。患者本人や家族の生活状況、牧場や昆布漁、季節の食材、楽しみや生きがいなど、地域社会での患者の暮らしぶりの話が中心である。ある往診の帰り道、川村医師に「医療に携わるにあたり大事にしていることはなんですか」と聞いたことがある。すると、「医者であるとか治療のためとかいうのではなく、自分も地域で生活する一人の人だという思いだ」とい

う答えが返ってきた。「生活者」であることを大事にしているというのである。だからといって、専門家としての役割を捨てているわけではない。往診という医療活動のかたちを変えてはいない。

川村医師の「生活する一人の人」という思いは、医師という専門家役割よりは人としての関係を大事にして地域で生きていることを現している。また、訪問先で共有される知は「専門知」ではなく「生活知」であり、交わされる言葉は「専門用語」ではなく「生活用語」である。川村医師が患者と「生活知」を共有できるのは、専門家としてだけでなく一人の「生活者」として自分の役割を地域の中に位置付けているからである。専門家も「生活者」であるという立場に気づけば、患者とともに「生活知」を共有しながら医療をつくるという、患者や地域との地続きの点が見出せるのである。

(2) 地域と利用者をつなぐ

ひがし町診療所ではショートケアだけでなくナイトケアも開設している。ナイトケアは、基本的には16時から20時までとなっている。利用者はその日の活動内容に合わせてまちまちである。ショートケアからそのままナイトケアへと継続する利用者もいる。

ナイトケアを開設したのには理由がある。一人暮らしをしている精神障がい者は、夕食後から寝る前の間の空白がいたたまれない時間となることが多い。だれとも言葉を交わさず、これといった娯楽をもたない人にとって、この時間帯は病気の症状に悩まされやすい時間帯となる。また、不安や寂しさが募り眠れない夜をすごす時間となる。体調を崩すのはおおかたこのようなときといっていい。ヨガや音楽、映画、スポーツなどをプログラムに組み込んだナイトケアは、頭を使うのではなく体を動かし、バランスのとれた食事をとることで、安心と安眠を確保している。

二つ目の理由として、食事が日常生活を構成する基本であるという診療所の考えがあるからである。利用者には夕食付の共同住居で暮らす人もいるが、一般のアパートで暮らす人もいる。スタッフから見れば、コンビニ弁当で食事を用意する人は塩分の取りすぎや野菜不足などの健康面の問題を抱えている。また、食堂がない、食堂があいていない、スーパーが近くにない、店が早く閉まるなどの地域独自の問題がある。こうした状況に対処するために、スタッフはナイトケアで提供する夕食でバランスのとれた食事をしてほしいと思っている。

診療所の食事作りは、スタッフや地域ボランティア、利用者の家族ボランティア、そして利用者が集まり、わいわいがやがや言いながらやっている。同じ食器に盛り付け、一つのテーブルで食べている。食後、それぞれが自分の食器を順番に洗い、布巾

でふき、食器棚に納めている。いつの間にかテーブルはきれいに片付いている。

食材は地元産にこだわっている。地元産の昆布でだしをとり、地元でとれたイカの刺身や煮魚、アイコという地元産のミニトマト、地元料理の豚丼など、豊富な材料とメニューが用意されている。作り手は料理上手のボランティアの女性たちである。本格的な和料理が出てくることもある。そのために、器にもこだわりがあり、皿は知り合いの窯元に注文し焼いてもらったという。テーブルには上等なテーブルクロスがかけられ、舌で味わうだけでなく、目で味わう食事が心がけられている。

さて、こうした診療所の風景は「医療の生活化」としてどのように見えてくるだろうか。利用者たちのほとんどは精神科病棟に入院した経験をもち、4月まで浦河日赤精神科病棟に入院していた人もいる。入院中の食事との違いを考えてみよう。ここでは、食材は地元産、ときに自分たちで店に買いに行く。そこでは店員と交渉することもある。とれたての食材を直に見て買い、調理場でそれを切り、焼き、煮込み、盛り付ける。また、スタッフと同じものを同じテーブルで食べる。趣味のよい器で食べる。そして片付ける。そこで経験するのは自宅で行われる食事の段取りである。そこで出会うのは専門家だけではなく、仲間であり、地域のボランティアであり、筆者のような見学者である。このような日常生活のコミュニケーションや地域の人とのコミュニケーションを精神医療に積極的に取り入れる活動は、いいかえれば医療の場に「生活」の場を創造することであり、「医療の生活化」と呼びうるものである。

川村医師は診療所を構想しているとき、地域と利用者を結ぶ診療所を目指していることを再三筆者に語っていた。のちのち、利用者が作った野菜をデイケアで販売したり、利用者が描いた作品や作ったものを展示して地域住民に見てもらったり等、地域に開かれた診療所にしていきたいというのだ。野菜や作品を通して利用者と地域住民とを結びつけるというのは、「生活」の多面的な活動を通して創造性と総合性を発揮する「生活者」の視点からの発想を持ち得ているからであろう。

(3) 複数の役割を担当する

この診療所で興味深いのはスタッフの役割である。昼食と夕食作りには手の空いている看護師やソーシャルワーカーが参加する。なかでも看護師は、外来看護師という従来の役割があるが、手が空くと白衣をエプロンに替えて料理人となる。ある時、お好み焼きをフライパンで焼いていた。すると外来から「注射をお願いします」という声がした。すると、すぐにエプロンを脱いで白衣に着替え外来に向かった。この変身を目の当たりにした筆者は、おもわず「すごいですね！」と感嘆した。すると、隣にい

た看護師が、「私はフライパンも持つし、注射器も、鋤も持つよ。作業農園では野菜を作っているから」と笑いながら言った。一人で三役をこなしているというのである。さらに、夏の行事に向けて「ドンパ節」踊りをすることになり、夕食後みんなで踊りを練習することになった。指導者はもともと趣味で踊りをやっている看護師である。このときは看護師という雰囲気は全くなく、踊り好きな近所のおばちゃんという感じである。

今日医療の領域では専門分化が進み、病院医療では臓器別、機能別診療科があり、看護部門でも糖尿病の専門看護師、なかにはフットケアを専門に行う看護師もいると聞く。精神科看護師も専門看護師の一つである。看護内部の専門分化だけでなく、理学療法士、作業療法士、社会福祉士等の隣接分野の専門職との分化も進んでいる。看護師は患者の社会背景を把握してもソーシャルワーカーとは違う、身体接触によるケアをするからといって介護福祉士とは違うということを強調する。なぜならば、他の専門職にはない知識、できない技術があるからこそ、専門家であると認識しているからである。cf)（浮ヶ谷 2014）

ところが、ひがし町診療所の看護師は、注射を打つという専門家役割、フライパンをもつ料理人、鋤をもつ仕事人、趣味から派生した踊りの指導者というさまざまな役割をこなしている。注射を打つという医療行為以外は、「生活者」としての行為といっていいだろう。ここの看護師は浦河日赤の勤務時代、看護師長も経験している人たちである。

患者はもともと専門分化された世界、臓器別の身体を生きているわけではない。「生活者」として全体的生を総合的に生きている。そうした「生活者」を支えるために、診療所の専門家は一つの役割に固定せず、自らも「生活者」として総合的、複合的な役割を展開していく生き方を見出しているのである。

おわりに

はじめの問いにもどってみよう。「『私たち』が『社会（医療）』をつくる」とはどういうことなのか。「社会（医療）」をつくる主体について述べて本稿を締めくくりたい。本稿では病気になった人（患者）とそれに向き合う臨床の専門家に焦点をあててきた。患者も専門家も「生活者」であるという視点から、医療に対する両者の働きかけを「社会（医療）をつくる営み」として捉えたのである。糖尿病者の病気との付き合い方や治療を飼いならす実践は、糖尿病者が単なる「患者」としてではなく病気と治療の主体となり、それぞれの「生活」の場で「生活者」として生きていることを示すものであった。また、浦河ひがし町診療所の取り組みでは、専門家が専門家役割を担う一方、

「生活者」としての総合的、複合的な役割を見出していた。

患者や専門家を「生活」に基盤を置いた「生活者」として捉えることにより、「社会的なもの」の一側面としての医療をつくることの現実の一端を垣間見ることができた。「生活」と「生活者」を出発点にすることで、国家や産業、メディアに働きかけるというような、個人の力ではどうにもならないような主体ではなく、「社会的なもの」に働きかける「私たち」という主体を描き出せたと思っている。「私たち」を「生活者」として捉えることによって特集のテーマに近づくことができたのである。市野川の言葉を援用すれば、「医療の中で、医療のために、そして医療に抗して考える」営みの一端を明らかにすることができたといえるだろう。

注

1）現代日本において医療を構築している主体は、一方で国家（保健医療制度）、製薬産業、医療専門家、メディアであるということもできる。専門家が依拠する医学の知識や技術のグローバルな発展は一国家では対処しきれない問題を生み出している。さらに製薬産業は国家をまたいだ複合産業へと肥大化し、一人ひとりの病気の経験に対処するというよりは医療の商品化を目指す市場経済の中で発展している。テレビや雑誌などメディアによる健康情報の氾濫は、市場経済をコントロールする一端を担い、人びとを巻き込んでいる。これらもまた「社会（医療）」を構築する主体といっても間違いない。しかし、こうした視点からの議論は、特集のテーマ「『私たち』が作る『社会』」と遠いものとなる。

2）「医療化」とは、1970年代に医療社会学の領域で議論された用語であり、「逸脱の医療化」がもととなっている。社会から逸脱したふるまいを「病気である」と解釈し、治療の対象とすることで社会的統制の機能を果たすことである（コンラッド&シュナイダー 2003；進藤 2006）。社会学者のゾラは「日常生活の医療化」を「医療が、そして「『健康』と『病気』というラベルが人間存在のより多くの部分に次第に関連性をもつようになる過程」（Zola 1972：487、進藤 2006；30）と呼んでいる。例えば、出産や死はかつて医療とは異なる生活領域のできごとであったが、今日の日本では出産は90％、死は80％が病院のできごととなっている。こうした現象は、「出産の医療化」「死の医療化」として議論されている。

3）「脱医療化」の典型的な例は同性愛である。精神医学が誕生する以前、同性愛はキリスト教社会では犯罪行為であった。その後精神医学が誕生し、同性愛は性倒錯症として精神医学のテキストに掲載されることになる。しかし、1970年代アメリカのゲイ・ムーブメントにより、同性愛は病気ではなく性的指向の一つであることが主張され、テキストから外された。このプロセスを「脱医療化」と呼ぶ（コンラッド&シュナイダー 2003）。

4）「身体の病理化」という言葉も医療化の一側面である。かつて、日常生活では病気ではなかった身体状態が、医学的基準から逸脱していることから「正常ではない」と判断され「病気である」とされることである。しかもその言説が社会で正統性をもつことである。他にPMS（月経前症候群）、更年期障害などがある。

参考文献

阿部年晴 2014「生活の場からの発想――医療システムと生活知」浮ヶ谷幸代編著『苦悩することの希望』協同医書出版社.

コンラッド, P & シュナイダー, J.W. 2003 進藤雄三監訳『逸脱と医療化――悪から病いへ』ミネルヴァ書房.

市野川容考 2006『社会』岩波書店.

進藤雄三 2006「医療化のポリティックス――『責任』と『主体化』をめぐって」森田洋司監修『医療化のポリティックス――近代医療の地平を問う』学文社.

浮ヶ谷幸代 2004『病気だけど病気ではない』誠信書房.

―― 2014「医療専門家の苦悩をいかに解き明かすか？」浮ヶ谷幸代編著『苦悩することの希望』協同医書出版社.

Zola, I. K., 1972, Medicine as an Institution of Social Control, *Sociological Review*, 20：487-504.