

医療社会学への誘い

医療社会学とは

1 医療についての人文学・社会科学

医療という現象を扱う人文学・社会科学の部門というと、人びとは何を思い浮かべるだろうか。わたしが思いつくかぎりあげてみると、医療経済学、医事法学、医療倫理学、医哲学、医学教育学、医学史、医療社会学、医療人類学などがある。

また、政治学や社会政策学の中で医療をめぐる政治や社会政策を扱う部門もあるが、この部門を指す特定の名称があるのかどうか、その部門を専門にしている研究者がいるかどうかは知らない。

わたしの専門は医療社会学である。この専門の魅力に憑かれてかれこれ 20 年ほどになる。人が病気で苦しんでいるのを研究して、その魅力云々は不穏当なことではないか、といわれるかもしれない。

しかし、ここで魅力というのは、この学問を通して見えてくる病気や医療の姿が、病気や医療についての「常識」とは大きく違って、そこから来る驚きに惹きつけられている、という意味である。

ここでは、この驚きを、医療社会学を学んだことがない人にもいささかなりとも体験してもらおうよう努力するつもりである。

2 医療社会学の課題

では、医療社会学とはどのような学問なのか。医療を扱うその他の人文学・社会科学とはどのような違いがあるのか。

黒田 浩一郎(くろだ こういちろう)

神戸女学院大学総合文化学科教授

略歴：

1957年 福岡県生

1986年 京都大学大学院文学研究科博士後期課程社会学専攻 学修退学。

専攻領域：医療社会学

主要著書：『医療神話の社会学』（共編著、世界思想社、98年）、「大衆広告は何を語るのか」（内田隆三編『イメージのなかの社会』東京大学出版会、98年）ほか。

具体的には、医療社会学は病気と医療という現象についてどのような前提を置き、どのような視点からアプローチするのかを、紙数の許すかぎり述べてみたい。これを通して、医療社会学に関心をもち、今日の医療に対して医療社会学の見方を採り入れる人がいささかでも増えることにつながれば、と願っている。

まず、学問が扱う対象について。この点で、医療社会学が扱うのは、まず空間的には、おもに、いわゆる「先進国」における医療を扱

う(この点で、おもに、いわゆる「第三世界」における医療を扱う医療人類学とは区別される)。次に、時間的には、おもに近代の医療を扱う(この点で、おもに過去の医療を扱う医学史とは区別される)。いうまでもなく、これらの境界はそれほど厳密なものではない。両方の研究者が、すなわち、医療社会学者と医療人類学者の両方が、あるいは医療社会学者と医学史家の両方が扱うような境界領域もある。

次に、おもに今日の先進国における医療を扱う点では、医療社会学と医療倫理学は同じである。しかし、後者が扱うのは、医療はどうあるべきかという問題であるのに対して、前者が扱うのは、医療は現実にとどのように行われているかという問題である。

もちろん、医療社会学は、医療がどうあるべきかという問題とは何の関連もない、ということではない(そうであれば、そのような学問は無意味であろう)。むしろ、医療社会学の研究は、みえにくい形ではあるが、研究者あるいは研究者が属する社会の他の人びとが抱く、医療はどうあるべきかについての考えと関係している。

たとえば、医療社会学者が研究課題を設定する際には、当然ながら、医療はどうあるべきかについて社会学者や他の人びとが抱く考えをひとつの基準にして、その現象が研究に値するか否かを判断している。

しかし、医療社会学の研究の最終的な成果から直接的に医療のあるべき姿が導き出されることはない。

さらに、医療社会学は、医療経済学、医事法学、医学教育学などとは、次の点で異なっている。つまり、後者の学問は、医療の特定

の側面(経済的側面、法的側面、あるいは医師教育の側面など)に限定し、その限定された側面のみを扱うのに対して、医療社会学はそのような限定を行わない。それでは、そのような限定を行わないとしたら、医療社会学は医療の何を明らかにしようとするのか。この問いには、2つの答えがある。

ひとつの答えは、医療社会学は、医療に関して、(医療人類学や、医学史の中で医療の社会史と呼ばれる研究を除いて)医療を扱う他の人文学・社会科学にはみられない独自の前提を置き、その前提に基づいた独自の視点から医療にアプローチしようとする、というものである。

もうひとつの答えは、医療やその特定の側面を取り出し、それだけを研究するのではなく、医療を、法律や経済や教育など社会の他の領域との関係において捉えようとし、それを通して、医療が社会全体の中でどのような役割や機能を果たしているのかを明らかにしようとする、というものである。なお、この2つの医療社会学の課題は、二者択一的なものでなく、むしろ、2つの課題が互いに他を刺激し合うような関係にある。

以下では、2つの課題のうちの前者、つまり医療社会学の病気と医療についての独自の前提と視点について、わたしなりに整理を試みたい。

医療社会学は、病気と医療についての前提のひとつとして、病気を「逸脱」のひとつのタイプとして捉え、医療を「社会統制」の仕組みのひとつとして捉える。とくに、このことの意味と、そこから導き出される、病気と医療に対する医療社会学の視点を考えたい。

逸脱としての病気、社会統制としての医療

1 逸脱としての病気

(1) 逸脱とは

人は、社会の一員として、あるいは職業や家族内での位置に応じて、それらにふさわしい行動をすることや、それらにふさわしい心身の状態にあることを期待される。

たとえば、社会の一員として法律の遵守が期待されている。ところが、種々の事情で、そのような期待にあえてそわなかったり、あるいは沿うことができなかつたりということがあつた。「逸脱」というのは、このような期待にそわない・そえないという事態を指している。

また、社会は、この意味での「逸脱」に対処する仕組みを備えている。たとえば、法律違反に対しては、警察・司法という仕組みがある。その仕組みを「社会統制」という。

この意味での「社会統制」は「逸脱」に対処する仕組みであると同時に、社会的に認知・承認された「逸脱」を作り出す仕組みでもある。人はそのような仕組みに取り込まれることで、公的に「逸脱者」のレッテルを貼られ、社会の他の人びとから「逸脱者」とみなされ、それに応じた対応を受けることになる。

たとえば、人は、警察に逮捕され、裁判で有罪を宣告されるという過程を通して、「犯罪者」というレッテルを公的に貼られることになる。医療社会学の前提のひとつは、病気はこのような意味での逸脱の一種であり、医

療はこのような意味での社会統制の一種である、というものである（なお、ここで医療という場合、正統医療、つまり医師による近代医学に基づく医療を指している）。

(2) 逸脱としての病気 - 2つの意味

病気の状態は二つに意味で「逸脱」である。

第一に、病気それ自体が、社会の一員として期待された心身の状態にない、という意味で「逸脱」である。

誰も自分が病気になることを望まないし、いったん病気になったら、できるだけ早くその状態から脱したいと望む（後述するように、必ずしもそうではないのだが、ここでは、「常識」的にはそう考えられているという意味で「逸脱」としておこう）。

また、他人が病気になることを望むことはめつたにないし、もし望んだとしても、それを公言したら非難されるであろう。

第二に、病気の状態は、人が社会の一員として、あるいはその中で占める位置に応じて期待されることを不可能にするような状態である、という意味でも「逸脱」である。

この意味で、人は、通常はなすように期待されていることをしなくても許される。つまり、病気であれば、仕事を休んでもよいし、休んだことを「さぼり」と非難されない。

しかし、その代償として、病気の治療にとめるよう期待される。その場合、正統医療を利用して治療するように期待されている。

というか、本当に病気であることの証明を求められるような場合、医師の診断書が必要で、非正統医療（正統医療以外の医療、たとえば鍼灸や柔道整復、「行者」「拝み屋」と呼ばれるような宗教的な霊能者による病気治しなど）の治療者の診断書ではだめである。社会学では、病気のこのような側面を指して「病人の役割」と呼んでいる。

病気が、その状態ゆえに、あるいは治療の必要上、仕事を休まなければならないような状態かどうか、そして実際に仕事を休むか否か、休むとしたら全面的に休むのか一部だけを免除してもらうのか、は、いろいろな要因によって決るだろう。

立ち上がることもできないような状態であれば、全面的に仕事を休むことが一も二もなく許されるだろう。しかし、それほどひどくはみえないような状態の場合には、病者にとっては、休むか否か、休むとしたらどの程度休むのかが、他者にとっては、休ませるのか否か、休ませるとしたらどの程度の休みを認めるのか、が問題となりやすい。

慢性疾患や、日本人が「持病」というような病気の場合など、こうしたことが問題となりやすい（しかし、逆に、病気であり、ときには休む必要があるのに、そのことを人に知られないように、なるだけ休まず、健康であるように振る舞うという場合もある。性病、精神疾患、てんかんなど、その病気にかかっている人に対して、人びとが否定的なイメージをもって、つきあいを避けたり、差別したりするような場合がそうである。また、サラリーマンが、会社での昇進にとってマイナスになるかもしれないと恐れて、慢性疾患をもっていることを同僚や上司に隠すという

場合もある）。

（3）病気の社会的特徴

「常識」的には、ある人が病気か否か、病気だとしたらどの程度の休みが必要かはあまり問題とはならない。疑わしいときには医師の判断をあおげばいい。しかし、医療社会学は、この「常識」を疑う。というのは、次のような病気の社会的特徴があるからである。

第一には、病気は仕事を休む正当な理由になるから、状況によっては、人は仕事をすることよりも病気であることの方を望むからである。「常識」では、誰も病気にはなりたくないはずだし、病気になりたいと思うことは「よくない」ことである。しかし、自分に科された仕事が耐えがたいと思うようなときには、病気になることは強く求められる。

第二に、病気の症状のうち、痛みと体がうまく動かないということ（さらにつけ加えれば、精神疾患の症状）は演技できるからである。医師は、これらが本物なのか演技なのかを見破る方法を知っているが、どれも決定的なものではない。それゆえ、社会的には、病気が本物か否かを決定する仕組みが必要になる。今日の社会で、それは医師の診断である。

この意味で、医師は病気の治療だけでなく、その前に、病気が本物か否かを判定するという役割を担わされている（このため、非正統医療の利用者の中には、本人は病気だと確信しているが、医師がどこも異常はないと診断して、治療してくれないので、非正統医療の利用に至っている人がいる。非正統医療は、クライアントが自分が、病気だという場合に、それを独自の基準から病気ではないと診断することはない）。

医師のこの役割は通常は目につかない。し

かし、自己に課された責任を果たすことよりも病気でその責任を免除されることを多くの人が望むと思われる場合には、医師のこの役割が全面に出てくる。

たとえば、徴兵制がある国家で、他国と戦闘状態にあるとき、兵士として適格か否かを判定する役割を担わされる医師の場合である。

また、判決で重い刑罰が予想されるような刑事裁判で、被告の精神鑑定を依頼される医師の場合である（現代の法律では、精神障害ゆえに善悪の判断ができなかったり、自分の意思を自分でコントロールできないような状態にあったときの犯罪は、その罪を問えない）。

このような極端な場合だけではない。病気であることから利益が得られるような場合には、常に、病気が本物か否かを判定する医師の役割が明らかになる（たとえば、大学で定期試験を欠席した場合、医師の診断書があれ

ば追試験を受けられる、など）。

医療社会学の前提の中の「病気は逸脱のひとつのタイプ」である、というのは以上のような意味においてである。

まとめれば、医療社会学は、病気を、ある程度仕事を休むことが必要で、医師によってその程度が客観的に判定可能な心身の状態として捉えるのではなく、病気を、場合によっては積極的に求められたり、場合によっては逆に積極的に避けられるような、そして、それには何らかの程度、仕事を休む権利が付随した、ひとつの社会的な地位として捉えようとする。

そして、どのような場合に、病気という地位が求められたり、避けられたりするか、どのような場合に、その地位が与えられたり、拒否されたりするのかを明らかにしようとする。

2 社会統制としての医療

(1) 常識としての医療制度

さて、医療は、病気に対処する社会の仕組みである。病気は万人を襲い、人を苦痛にさいなみ、仕事をできなくさせる不幸である。医療はその不幸から人々を解放する。

「常識」的には、今日の医療は、歴史上最も優れたものであり、今も常に進歩し続けている。したがって、国民が誰でも懐具合を心配することなく医療を受けられるような機構は「いい」機構であり、この機構を通して、医療はなるだけ多く国民に提供されるべきである。

この意味で、医療およびそれを国民に保障する機構は、国民の福祉を向上させる人道的

な制度である。

実際、歴史的にみると、いわゆる「先進国」では、過去 100 年ほどのあいだ、とくに第二次世界大戦以後、「健康であること」=「医療を受けること」が国民の権利として認められ、この権利を保障するための制度が構築されてきた。

このような医療保障制度は、先進国では、社会福祉の中核となっている。わが国でも、戦後、新憲法に「健康権」が明記され、すべての国民が何らかの公的な医療保険でカバーされる、いわゆる「国民皆保険」が達成され、医療費の自己負担の割合も少しずつ減らされてきた。

このような歴史は上記の「常識」を裏付けているように見える。医療社会学はこの「常識」のどこに異をとらえるのか。

(2) 「常識」に対する異議

まず、現実はこの「常識」が疑われるようになってきている。いわゆる「福祉国家の危機」である。1970年代後半より、社会福祉をそれまでと同じペースで拡大していくことに疑問が呈されるようになる。そして、社会福祉拡大の抑制が試みられるようになり、支出額が老齢年金と並んで最も大きく、また最も急速な伸び率を示していた医療が抑制のターゲットとなる。

また、医療を国民に保障する機構や程度は、先進国のあいだでも大きな違いがある。先進国の医療保障の程度は、一方の極には、医療費の支払いが税金を用い(したがって国民は無料で医療が受けられる)医療の供給は国営の医療機関を整備しているような、医療を最高度に保障している国が、他方の極には、医療費にも事欠くような貧困者にだけ救済的な医療を国家が提供するだけで、他の大部分の国民は自費で民間の医療機関で医療を受けなければならないような、医療を最低限度にしか保障していない国がある、ひとつの連続体として捉えることができる。

そして、先進諸国は、医療保障の程度の点で、この連続体のどこかに位置付けられる。前者の極に近いところにスウェーデンのような国があり、後者の極に近いところにアメリカ合衆国のような国があり、その他の国々は、この両国のあいだのどこかに位置付けられることになる。

さらに、歴史的にみて、医療保障はそもそも国民の福祉の増進を目的に始まったもので

はない。世界で初めての公的医療保険は、19世紀末のドイツで、ブルーカラーを対象に創設されるが、これは当時の保守党政権が労働者の左傾化防止をねらって作ったものであって、労働者の中にはこれに反対する者もあった。

わが国でも、国民皆保険が本格的に構想されたのは軍国主義時代で、壮健な兵士と労働者を作ることが目的のひとつであった。さらに、どこの国でも、このような公的医療保険が導入にされる際には、医師会はこれに反対した、というのも歴史的事実である。

こうした点から判断すれば、医療保障制度は、それを福祉の充実に向けた人道主義的な理想の漸進的な実現として理解するのではなく、国家、政党、労働者、医師など、社会のさまざまなセクター間の理念や利害をめぐる政治的な交渉の産物として、その時代的狀況や国による相違を視野に入れ、そして、その目的は単に人びとの幸福の増進だけではないことも考慮しながら、理解する必要があるように思われる。

(3) 医師・医療の役割と病人の形成

また、先ほど指摘したように、医師の役割は、病気の治療だけでなく、本当の病気かどうかを見分けることであり、人は医師の診断によって社会的に承認された病人になる。

同じことを医療についていえば、医療は病気を治すだけでなく、社会的に認知された病人を作る制度でもある。いい換えれば、医療施設および医療保障が充実し、その利用が容易になれば、社会的に認知された病人は増えるのである。

たとえば、わが国では戦後、一貫して精神疾患患者の数と人口に占める割合が増加して

いるが、これは、精神病院とそこで働く精神科医が増加したこと、精神病院の利用を容易にするような医療保障（というよりも実態は強制入院の制度）が充実したことによる。

「常識」では、これは、潜在的な患者が顕在化したことだと解釈される。つまり、医療を必要としながらその恩恵に浴することができなかった精神疾患者が、医療施設と医療保障の充実で医療を受けられるようになったことを意味する、と解釈される。

しかし、この「常識」的解釈が成り立つには、次の2つの前提が必要である。

第一に、医療を受ける方が受けないよりも病者にとっては「いい」ことである、という前提。

第二に、医療を受けられなかった人たちは、できることなら医療を受けたいと思っていた、という前提。

しかし、戦後の精神医療について、この2つの前提が成り立つといいきれらるだろうか。

医療社会学が注目するのは、このような前提が成り立っているとは明確にはいいきれないようなところでも、病人が作られているのではないか、という点である。

第一の前提に関しては、医療が病気の治療以外を目的として行われる場合である。たとえば、先にも指摘したように、患者の病気が他者に与えるおそれのある危害を未然に防止するために医療が行われる場合がある（一部の感染症や他害のおそれのある精神疾患の場合）。

第二の前提に関しては、今日の医療は、それまでは病気とは考えられていなかったような心身の状態を病気として医療の対象としていく傾向があるのではないか、ということ

ある。つまり、人びとが、心身の異常を体験し、それは病気ではないかと疑って、医師を受診する、というのではなく、そのように体験していない、あるいは体験できないような状態まで病気として医療の対象としていく傾向があるのではないか（「常識」的には、病気は、それを人間が認識しようがしまいが、人間の身体の中に実在する客観的な状態であり、医学はそれを「発見」するのだ、となろう。これに対して、医療社会学は、医学がむしろ病気を「構成」する、という側面、つまり、医学が人間の心身のある状態を捉え、それを治療が必要な状態とみなすことで初めてその状態が病気となる、という側面に注目する）。

たとえば、今日、病気が進行して自覚症状が出る以前に、病気をその初期の段階で発見する検査技術が発達しており、人びとは、自覚症状のない病気を発見してもらうために検査を受け、発見されれば治療を受ける（このような検査の効果や有効性の評価は非常にむずかしく、現在わが国で普及している検診のうち、その効果・有効性が十分に確認されたといえるものは非常に少ない）。

あるいは、検査結果の数値としてしか表せず、本人には絶対に五感で感じることができないような状態も病気と考えられるようになっている。その典型は「高脂血症」であろう。これは、血中コレステロール値が平均からプラスの方向に偏っている、というだけである。これを病気として治療の対象とする根拠は、他の、治療のむずかしい病気の原因になりやすいということである（このような状態が他の病気の原因になりやすいかどうかの、そして、そうだとすると、これを病気として治療対象とすることの効果や有効性の評価も非常に

むずかしい)。

また、以前には医療の管轄とは考えられていなかったような状態が医療の対象となっている。たとえば、出産、閉経前後の心身の変調、死に至るような病など、人が人生の途上でかならず、あるいはおおかた経験するような心身の大きな変化が医療の対象となっている。

このように、医療は、医療の対象を新たに作り出しては治療するという、マッチポンプ的な面がある。では、病気あるいは医療の対象が新しく作られていく過程はなぜ生じるのか。これは、その効果や有効性では説明できない。なぜなら、効果や有効性が十分に確かめられた後で、このような「病気の構成」が始まっている訳ではないからである。

では、このような現代医療の「拡張主義」的傾向は何によって生み出されているのか。これに答えるのも医療社会学の課題である。

さらに、医療は、病気、とくに治療がむず

かしい病気にならないようにするにはどうしたらいいか、についての知識を産み出し、それを人びとに伝え、医学の勧めにしたがって病気予防に努めるよう人びとを説得することを通して、人びとの日常生活の送り方に影響を与えている。その典型は「生活習慣病」であろう。

これには医学界だけでなく、国家も関与しているが、いわゆる「慢性疾患」をこのようにいい換えた意図は、生活習慣を医学の教えのとおりコントロールすれば、そのような病気ならずにすむ（正確に言えば、その確率を減らすことができる）から、そのように心がけよ、と国民を説得するためである（だから、「病気になるのは本人の日頃の心がけが悪かったからだ」というメッセージもここには隠されている）。このような、医療が人びとの生活に与える影響も、医療社会学の課題である。

現代医療「批判」と「常識」破壊

医療社会学にかぎらず、社会学とはどのような学問か、と尋ねられ、それをわかりやすく説明できない、ということをししばしば体験する。この難しさの一因は、社会学者自身が社会学とは何かをよくわかっていない、ということであろう。

「わかっていない」というのは「知らない」ということではなく、「無自覚」だということである。何について無自覚かということ、社会について研究する際の出発点になる、社会とはこのようなものかという、社会に関する前提についてである。そのような前提に立って

研究しているのだが、その前提については意識していない、ということである。ここでの考察は、医療社会学について、このような前提を徹底的に自覚化してみようという試みである。

その際に、「常識」を比較の対象として、医療社会学の考え方を描くという戦略を採った。しかし、この「常識」というのは、医療社会学の考え方を際立たせるために作為的に作り上げたものであって、ここで「常識」とした考えのすべてを抱いた誰かが存在している訳ではない。その内のいくつかは、医師の考え

である。したがって、医療社会学は、医師の「常識」に反する部分があるゆえに、医師にはあまり評判がよくない。これはいわば覚悟の上であって、妥協の余地はない。

他のいくつかは、世界はこのように動いている、という思い込みという意味での「常識」である。このような思い込みは生きていく上では絶対に必要なものである。「この状態を病気とみなして治療する根拠は何か、その証拠はあるのか」などとつねづね考えていたら、一步も動けなくなるだろう。

しかし、医療社会学は、病気と医療に関して、このような「常識」破りをやろうとする。したがって、医療社会学は、人びとの日々の現実からかけ離れたものと映ることがある。しかし、これも覚悟の上である。

では、なぜ、医療社会学は医師からはうとまれ、人びとからは現実ばなれしていると思われやすいことをあえてするのか。

一方では、ここで、医療社会学はこんなことに役立つ、と断定的なことをいいたいのだが、他方で、それは、しょせん誇大広告になるだけだ、という気もする。というのは、今日、医学にかぎらず、社会学も含めてあらゆる学問は、その社会的な承認を求めて争っているからである。それは、大学でのポスト、研究費、国家の政策への影響、そして人びとの考え方への影響などをめぐる争いである。その争いの中で、「社会学はこのように役立つ

最後に、本文中では、読みやすさを考慮して、参考文献をいっさいあげなかったのが、宣伝も兼ねて、本文中で触れたトピックのいくつかについてわたしが編集したり書いたり

つ」といったものは、どうしても、誇大広告になりやすい。

社会学とて、この争いに巻き込まれずに孤高を保つことは不可能であるが、しかし同時に、そのような争い自体も社会学の研究対象だと考えている。

そこで、つつましく、一言だけ医療社会学の効能を述べさせていただく。医療社会学は、今日の医療はどこかおかしいと考えている。しかし、「ここがおかしく、このようにあらためるべきだ」といった処方箋を提示するのは医療社会学の仕事ではない、と考えている。それは、医師だけでなく、医療サービスの受け手も含めて医療にかかわるあらゆる人びとの仕事であろう。医療社会学がめざすのは、これらの人びとが、この「おかしさ」を捉え、改革のビジョンを描くことに役立つような視点や語彙を提供するという、いわば触媒としての働きである。

なお、医療社会学と「常識」を対照させるという戦略から、「社会学者は、社会について科学的に研究しているから、社会について真理を知っており、しろうとの『常識』は間違っている。」とわたしが主張しているようにとられたら、それは大きな誤解である。医療社会学は、むしろ、このような「専門的知識」対「しろうとの知識」という、今日における知識のあり方そのものを疑うべきだと考えているのである。

したものを中心に参考文献をあげておく。それぞれのトピックについて関心をもたれた方には、本稿と併せてご一読いただければ幸いです。(完)

<参考文献>

- ・(非正統医療について)黒田浩一郎「コメディカルおよび非正統医療」
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(99年)
- ・(社会福祉としての医療について)黒田浩一郎「国家」黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社(95年)
- ・(軍国主義時代の医療について)美馬達哉「軍国主義時代」佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社(98年)
- ・(検診の効果・有効性について)佐藤純一「人間ドック」佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社(98年)