

Title	浮ヶ谷幸代著『病気だけど病気ではない:糖尿病とともに生きる生活世界』
Sub Title	
Author	濱, 雄亮(Hama, Yusuke)
Publisher	慶應義塾大学大学院社会学研究科
Publication year	2004
Jtitle	慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要：社会学心理学教育学：人間と社会の探究 (Studies in sociology, psychology and education : inquiries into humans and societies). No.59 (2004. ) ,p.91- 95
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	書評
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000059-0091">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000059-0091</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

書評：浮ヶ谷幸代著『病気だけど病気ではない：糖尿病とともに  
生きる生活世界』東京，誠信書房，2004年，ix+226頁，  
3,000円（+税）

濱 雄 亮\*  
Yusuke Hama

## 1. はじめに

本書は、著者が2001年に千葉大学に提出した博士論文に加筆・訂正を加えた著作であり、表題にこそ掲げていないが、医療人類学的アプローチを用いた近代文化論である。本書は、主に1997年から2000年にかけての三つの患者会での参与観察・インタビュー調査・アンケート調査・メーリングリスト上の情報、および医療者向けの研究会・関連学会からの情報に基づく(pp. 10-11)。

著者は、糖尿病<sup>1</sup>は以下の3点の文化的・社会的特徴を特に反映しているとする。1点目は飽食を豊かさの象徴とした価値観の存在とその実行を容易にした時代、2点目は自覚症状が伴わなくても検査で“病気”とされると自分の身体認識の変容を促すような身体観、3点目は医療が扱う領域の拡大である医療化における専門家の発言力の向上と個人の自律性との関係、である(pp. 3-4)。

## 2. 本書の構成と内容

本書は以下のような章立てによって構成されている。

序章：なぜ糖尿病か，第1章：糖尿病の語られ方，第2章：糖尿病になった原因，第3章：糖尿病との向き合い方，第4章：治療実践を飼い慣らす，第5章：デジタル化される身体と「自分のからだ」，第6章：食事療法をめぐる社会関係，第7章：医療者とのつき合い方，第8章：なぜ集うのか——〈Yの会〉の活動から，終章：「病気だけど病気ではない」。まず、各章ごとにその議論を紹介する。

序章では、先述した糖尿病の文化的・社会的側面のうち特に3点目に注目し、アメリカにおける公民権運動などに触発された患者の自律性・主体性の主張から引き出されたセルフ・コントロール（以下、SC）の神話を自明のものとしてせず、むしろ「そうした概念が強調される社会にあって、日常生活の後方に追いやられ、喪失されそうになっている人間の存在様式」(p. 5)に着目する。すなわち、肉体的苦痛・感情・感覚に影響を与える文化的・社会的背景によって生み出される苦悩、他者との関係性の中で生きる

\* 慶應義塾大学大学院社会学研究科修士課程（文化人類学）

<sup>1</sup> 生物医療では、細胞へのブドウ糖の吸収を促すホルモンであるインスリンの不足によって持続的に血中の糖分が過多になり口渴・体重減少などを伴い、食事・運動・薬剤治療を用いる（後藤，1996: 112, 121）。

がゆえに必然的に引き受けねばならない身体の受動性に起因するパトス(受苦),あるいは偶発性の存在を認識することからスタートすることで、「他者や世界に向かって開かれていく」(p. 7)さまに焦点を当てるといふスタンスを取ることが宣言される。

1章では、SCの神話と予防医学(特定病因論・確率論的病因論パラダイムに依拠する)の方針が、一望監視装置的な再帰的自己モニタリングを患者に課し、それが図らずも患者による自己否定につながることが示される(pp. 21-25)。また1996年から用いられている“生活習慣病”という名づけが、患者に対して、①生活習慣の良し悪し、②その改善能力・意欲の有無、という二重の価値判断を下し、差別・偏見を招きうるということを指摘する(pp. 28-30)。

2章では、生物医療が、“なぜ”についての存在論的な問いを退け、“いかに”の問いに対応する“規則性”を重視した因果論を採用してきたことを述べる(p. 44)。そして“なぜ”への返答は患者自身によって原因を自分のなかを探し出すような責任の内化(p. 45)に収斂していったとする。その前提として、“理想的な生活習慣”の実体視とそこからの逸脱に対する自己モニタリングがある<sup>2</sup>。

3章では、病気への向き合い方が①医療者と②患者、では異なることが示される。①は心身二元論・心理学的・人間関係論的世界観に基づいて病気は最終的には受容すべきでそこから偶発性を排除しようとする視点を持ち、一方②は「病気を苦悩の経験として、また身体をパトス的な存在あるいは偶発的な存在として認める視点」(p. 51)、すなわち周囲との関係性の中で“向き合う”視点を持つ。②の具体例として、糖尿病の合併症から失明した男性は、目が不自由なりの生き方を確立して生きている実感のもとに「今は病気なんかじゃない」(p. 53)と述べ、出産後に発症した女性はジェンダーに基づいて内面化した育児役割によって治療実践との葛藤(子供に合わせて歩くと運動にならない、など)を味わっていると述べる。

4章では、患者によるSCの理念の再構築が、そこから得られた経験的知識が医療者の対応の変化を誘発することによる双方向的治療実践を成立させる可能性が示される(pp. 75-94)。また、実践と認識をその有無の組み合わせからマトリクスに起こして説明している(後掲図)。

5章で扱われるのは、数値と身体感覚双方によって意識化されて外的世界との互酬性を包摂する「自分のからだ」(p. 101)についてであり、慢性病者の関係性に位置づけられた自己(p. 110)の再発見である。

6章では、「男性にとっても女性にとっても『食』のコントロールは社交の切断という強い抑圧となって現れる」(p. 122)という現実から、関係性の中に位置づけられる「『セットとしてのセルフ』は、『自律的自己』や『主體的自己』を相対化する視点を提供し」(p. 137)、葛藤の回避に役立つということが論じられる。

これを受けて7章は、身体の偶発性を前提として周囲の人たちと責任を分け合っただけの自己決定のスタイルが提示され(p. 154)、SCの神話においては周囲との関係性という視点の欠如しているということが確認される。

8章では、ある患者会をセルフ・ヘルプ・グループ(以下、SHG)の理念との関係から事例分析している。SHGはその草創期のアメリカにおける社会的価値観の影響を受けている<sup>3</sup>。扱われている患者会

<sup>2</sup> しかし、“なぜ”への返答の全てが責任の内化を生むわけではないことも併記されている(pp. 47-48)。

<sup>3</sup> 著者によれば、①アイデンティティの再建・自尊心の改善、②問題に対処する“教え”の体系の存在、③“ヘルパー・セラピー原則”(共感と内的理解)、④体験的知識の重視、⑤医療専門家からの“脱専門化”・生活世界からの視点、⑥エンパワメントなどである(p. 161)。

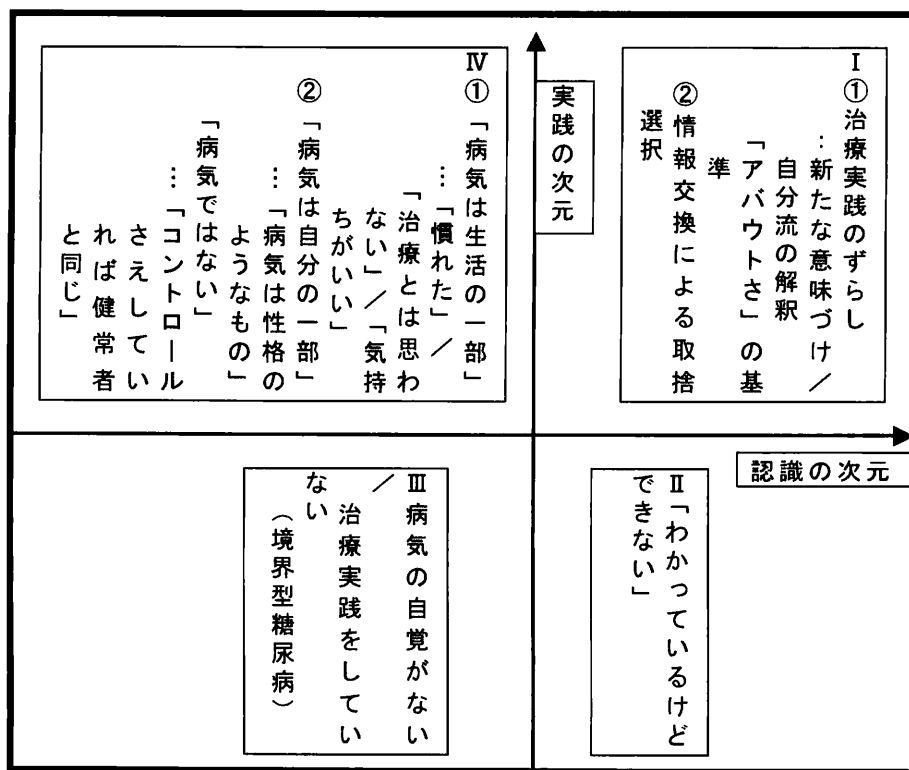


図 「治療実践を飼い慣らす術」(p. 97)

では会員の間では SHG の理念は必ずしも共有されているわけではない。しかしそこでの SHG の理念とのずれこそがむしろ患者が求めているものであり、ウォーク・ラリーなどの際に患者・医療者以外の役割が表出することがある点から患者会という空間が臨床という空間と日常生活空間との結節点となり、生活世界に見られる知のあり方が医療空間へ流れ込む回路となる可能性 (p. 176) を見出すことができるとする。

終章では、「『病気とともに生きる』ことの経験は (中略) 存在論的な問いを突きつけられる経験」(p. 182), つまり “病気である” / “病気でない” という二つの時空を生きる経験だとする。その上で、苦悩・パトスの経験や偶発性を排除する近代の思考様式の再検討の必要性について触れ、「日常の実践に見られる糖尿病患者たちの生きる術<sup>すべ</sup>は、既存の分割システムにどっつかずの領域を再配置する可能性を示してくれているのではないだろうか。」(p. 188) としている。

3. 本書の意義と今後の論点

本書の意義として、以下の 3 点を挙げたい。

第一に、医療化に抗する自律的・主体的患者像という、公民権運動以後のアメリカ文化に範をとったモデルが排除したはずのもの、すなわち “苦悩・パトス・偶発性” を、「関係性に位置づけられた自己」(p. 110) の再発見の契機となりうるものとして評価した点である。治療実践を快樂・やりがいにしたり、あるいは保留したり、あるいは自分のためではなく家族のためと捉えたりする患者たちの姿を示した本

書は、医療人類学が、自律性・主体性を患者たちに押し付ける流れに回収・領有されることを防ぐ足場になる。

第二に、“飼い馴らし”から生成される慢性病者の病気観である“病気だけど病気ではない”，を見出した点である。この病気観は、いったんは相互に排除された、二分された領域（例えば患者と非患者<sup>4</sup>）を橋渡しする機能を果たすどっちつかずの領域を再配置する。この点は、著者もたびたび参照するクラインマンが、病いの相互作用性を指摘してその意味の探究はすなわち人間関係への旅であり臨床はそこから出発すべきものであるとした（クラインマン，1996 [1988]: 60-61, 245）地点からさらに歩を進めるものであり、ポストモダン医療論の課題<sup>5</sup>に取り組んだものである。

第三に挙げるのは、前2点が理論的貢献であったのに対してより実践的貢献である。

それは、著者は決して安易に“日本型SC・SHG”などと言ったりはしないが、本書はSCの様式の多様性を明示することにもなっており、患者会の運営現場にいる読者は本書を事例に基づいた参考書として参照することもできるという点である。途方に暮れる新入会者を前にして“いま、ここで”の対応が求められる患者会活動では、SCやSHGの理念型全体を否定して一から自分たちに合うスタイルを構築する余裕はない。患者会活動（例えば糖尿病児向けキャンプの運営）に携わっている人々は、著者が批判的に検討した理念形の不整合性に直面することがしばしばある。それゆえ本書で示されたSC・SHGの理念型の再検討は、臨床現場における専門職の資格を持たない医療人類学者による応用人類学的貢献として貴重である。

さて、以上のように、特定の病気を持つ患者の日常実践に立脚した近代文化論として本書は非常に深い意義に富むものであるが、「病気発症における社会的環境的要因（影響）を隠す」ことになる生活習慣病の個人責任化（佐藤，2000: 139）とそれに伴う生活習慣の序列化を批判的に論じる際には、“社会の心理主義化論”も参考になる。“社会の心理主義化”とは、自助マニュアルや心理学者による一般向け書籍の言説を分析した知識社会学者の森真一によれば、人々の関心が社会から個人の内面に移行し社会的現象・個人の悩みや不安の原因を“個人の性格や人格”に帰属させ、さらにはその“改善”を目指そうとする傾向のことである（森，2000: 9, 226）。

この議論を用いると、（社会全体ではなく）一個人が様々な情報を取捨選択しながら“自律的・主体的に”SCの神話を内面化していく過程を捉えられる。これにより、医療化批判の議論自体への民族誌学的医療人類学に基づく再検討に一層の厚みを持たせることができるのではないだろうか。

最後に、本書を得た今後の民族誌学的医療人類学が開拓すべき可能性として以下の点を追記しておきたい。

4章には、ある患者の、“枝豆を食べてビールを飲むのも仲間と一緒にだとストレス解消につながるから血糖が下がる”という“知識”が記されていた(p.81)。同様に、“パスタは、同じカロリーを摂取しても糖分の摂取が遅くてかつ鈍い（ので、たくさん食べてもよい/激しい運動の前後には適さない）”というのは、評者が糖尿病患者同士での会話でよく耳にし、栄養士も検討に値するとする“知識”である。こ

<sup>4</sup> こうした二分法への批判は、生活の全てを未来の病気の予防に捧げるよう求める予防医学への批判や(p.23)、患者会のウォーク・ラリーにおいて主婦としての腕前を披露する“女性患者”や父としての役割を見せる“医師”についての記述(p.175)にも見出せる。

<sup>5</sup> ポストモダン医療論の課題として、①生物医療の権力への過小評価の克服、②文化の複数化・個人化と普遍的同質的文化と基準化の圧力の並存という2点が挙げられている（近藤，2004: 29-30）。

うした、「生活世界における知のあり方」(p.176)を民俗知識<sup>6</sup>(渡邊, 1990:15)と称するとして、それによって構築・運用される民俗医療理論に関するインテンシブな研究も、他ならぬ民族誌学的医療人類学に課されたものであると評者は考える。

### 参考文献

- 後藤 稔編集代表 1996『最新医学大辞典』第2版, 医歯薬出版。  
クラインマン, アーサー. 1996 [1988], 『病いの語り: 慢性の病いをめぐる臨床人類学』江口重幸ほか訳, 誠信書房。  
近藤英俊 2004「現代医療の民族誌: その可能性」近藤・浮ヶ谷幸代編著『現代医療の民族誌』明石書店, pp. 11-46。  
森 真一 2000『自己コントロールの檻: 感情マネジメント社会の現実』講談社選書メチエ 177, 講談社。  
佐藤純一 2000「『生活習慣病』の作られ方: 健康言説の構築過程」, 野村一夫編『健康論の誘惑』ソキウス研究叢書 1, 文化書房博文社, pp. 103-146。  
渡邊欣雄 1990『民俗知識論の課題: 沖縄の知識人類学』凱風社。

---

<sup>6</sup> 民俗知識の特徴について先駆的議論を展開した社会人類学者の渡邊欣雄は、民俗知識とは研究者ではなく日常生活を営んでいる人間としての話者が何らかの行動や活動の処方箋となると考えるものであると定義し、その特徴として、①成層性を有する、②正当化の根拠が複数あり得る(慣例, 実用など)、③拮抗性を有する、④個人のうちにも変化しうる、という4点を挙げる(渡邊, 1990: 13-17)。