The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	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
Author(s)	志水, 洋人
Citation	年報人間科学. 2014, 35, p. 39-51
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/27121
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

〈研究ノート〉

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――

志水 洋人

要約

本稿では、医療社会学の主要な分析枠組みである「医療化」論の動向を概観する。古典的には、「逸脱行動の医療化」の文脈でADHD・同性愛・アルコール依存等の事例研究が蓄積されてきた。その分析的意義として、逸脱行動に対する介入主体が、家庭・学校・法・宗教などから医療へと移行する過程を明らかにした点が挙げられる。

一方、管轄圏のラディカルな変化という切り口では説明できない現象がある。それが「疾患概念の拡大」である。診断閾値下の準疾患へも介入されるようになるような場合である。患者の増加には、リスク要因への曝露以外にも、製薬産業のマーケティングによって受診行動が促されるといった議論がある。病気休職による経済的損失の緩和といった政策的要請とも結びつきつつ、早期発見・早期治療を軸とした啓発活動が展開される中で、どのようにして疾患概念が拡大したのか、早期介入を正当化する根拠は何かといった点について、その実態調査がなされる必要がある。

本稿の構成は次の通りである。まず第１節では、医療化論の概要を提示した。第２節では、医療化論の２つの潮流である「逸脱行動の医療化」と「疾患概念の拡大」に関して、海外の事例研究を参照しながら記述した。続く第３節では、先行研究の主要な論点である「診断基準」と「製薬産業」について概観し、最後に第４節では、日本国内における医療化の事例研究のレビューを行い、今後の展望を提示した。

キーワード

医療化、逸脱行動、疾患概念の拡大、診断基準、製薬産業

1．医療化論とは何か

従来は医療的問題として扱われなかったものが医療的枠組みで理解され、医療的介入がなされるようになることを医療化（medicalization）という（Conrad 2007: 5）。医療化論は1970年代以降には社会科学者あるいは医療者自身によって論じられるようになった。初期の批判的論考が精神医学（Szasz 1970）や、より一般的な医療帝国主義（Illich 1975）に焦点を当てていた中で、社会学者は医療化の過程や広がりつつある医療の管轄圏（Freidson 1970; Zola 1972）について具体的に検討し始めた（Conrad 2005）。医療化が論じられる際には、往々にして当該症状が医療的事柄なのか否かを裏付ける客観的根拠が少なく、それゆえ「誰が」「なぜ」「どのように」医療化を推進するのかという問題を避けて通ることはできない。事例的な医療化研究において、ある症状や行動が医療化される過程を記述するための有力な方法としては、権威ある国際的な疾病分類基準に掲載される過程とその背景が考察されてきた。それによって疾患定義やそれ

をめぐる論争、ステークホルダーである人ないし団体がある程度整理できる。さらに各々の国や地域による文化・社会的背景が関連付けられ、時に比較・相対化されながら、医療化過程が明らかにされる。

2. 二つの医療化研究の潮流

主要な医療化の事例研究には２つの潮流があるように思われる。第一に、古典的なテーマである、逸脱行動の医療化の研究である。代表的な論者であるコンラッドとシュナイダーは、その主著のタイトルを『逸脱と医療化―悪から病へ』と表現した（Conrad & Schneider 1992＝2003）。この潮流では、社会的に望ましくない行動に対する介入主体の変化、つまり親や教師によるしつけから医療へ、教会から医療へ、司法から医療へ、といった管轄圏・認識枠組みのラディカルな変化が分析される。第二には、既存の疾患概念の拡大に関する議論である。軽いうつ病という概念の広まりやADHD概念の成年への適用などのように、準疾患を疾患として認めるかどうかに関する議論である。後述するように、診断閾値の変化によって患者数が急増すること、そしてその急増がしばしば過剰に取り沙汰され、誤解に基づいた政策が取られうることを考慮すれば、医療化現象の一側面として検討する価値はあるものと考えられる。

それでは過去においてこれらが実際に「誰によって」「なぜ」「どのように」医療化されてきたのか。また、その歴史にどのような社会学的含蓄があるのか。

2.1 「逸脱行動」の医療化

一連の医療化研究のはじまりとなったのはコンラッドによる「多動性概念の発見―逸脱行動の医療化について」(Conrad 1975）である。現在でいう子供のADHDの研究である。医療的介入の対象として認識されるきっかけとなったのは1937年のアンフェタミンの効能の発見（Bradley 1937）であるという。その後も脳炎後の子供の多動性が報告され（Strauss & Lehtinen 1947)、「多動症的衝動障害」(Laufer et al. 1957）として概念化された。50年代半ばに開発されたリタリンの子供への処方が規制当局によって認可されて以降「特別な小児クリニックが多動症を持つ子供を治療するために開業され、また多額の研究助成金が病因や治療の研究に投じられ（中略）よく知られた障害となった」(Conrad 1975: 14)。コンラッドは主要なアクターとして製薬産業の役割を挙げる。すなわち、診断と薬物治療を促す宣伝に多大な時間と資金を投じて、CIBA社は1971年にはリタリンだけで全利益の15%にあたる1300万ドルを記録したというのである。また製薬産業に次ぐ影響力を持った主体として学習障害児協会が挙げられ、それには次のような理由が提示される。つまり多動症というラベルが責任の所在を子供の脳に帰することによって親の罪悪感を減じ、逸脱行動に対する非懲罰的な統制の方法を提供すること、そしてまた子供自身にとっても薬物療法は社会適応の手段となり、またスティグマも減じうるということである。一方で、逸脱行動の医療化がもたらす帰結も考察される。コンラッドは、多動症というラベリングによって学校や家庭という社会システムの在り方から目が逸らされ、子供の行動がその社会の文脈で何を意味するのかが無視されることを指摘し、医療化のこの機能を「社会問題の個人化」という言葉で表現した。そしてたいていの場合、医療専門職はこの点

に無関心であるという。コンラッドの議論に対する批判としてウォレンとヘンカーは、問題の所在が「子供にあるのか社会にあるのか」という単純な二項対立は具体的な解決策を提供しえないとし、子供と社会の相互作用の観点を取る必要性を提示した。また医学的ラベリング自体によって、あるいは治療技術によって恩恵を受ける子供の存在を強調することによって、落着きのない子供に対する医療的介入の価値を評価した（Whalen & Henker 1977）。その議論の骨子は次の通りである。つまり、子供の落着きのない行動の背景には多様な決定要因があり、同時に多様な解決方法があるのだから医療モデルはその一つとして有用であるというものである。この見解は現在の精神保健活動における一つの理念である「生物・心理・社会モデル(bio-psycho-social model)」に通底し、社会学的還元主義に対して警鐘を鳴らす重要な指摘ではある。しかしながらコンラッドが「私の関心はある行動に対する定義付けの変遷であり（中略）、(その行動の背景にある）決定要因の特定ではない」(Conrad 1977: 596- 7）と再反論するように、疾患定義の変遷を追う研究の関心は当事者の苦悩のメカニズムではなく、むしろ疾患定義をめぐる利害関係者の間に見られるポリティクスであるはずである。

当事者の苦悩を直接緩和することができない点は医療化論の弱みであるが、医療化論が明確に有用である一つのケースとして、そもそも当人が苦悩していないと考えられる場合が挙げられよう。極端な例では、19世紀の奴隷制度下において隷属義務から逃げ出そうとする黒人のその行為が病気の症状であるとしてドラペトマニアという病名が付けられたことや、あるいは20世紀にはソヴィエト連邦において反体制者が精神疾患とされ入院させられたという歴史がある。こういった文脈においては同性愛の概念が示唆に富む。同性愛は他の逸脱行動の医療化の事例、すなわちADHDや非行あるいは物質依存などと比すると当人のアイデンティティそのものであるという意味合いが強く、事実医療化に対する当事者からの反発が強く、数少ない脱医療化の事例となった。コンラッドとエンジェル（2004）に依拠しながら同性愛概念の変遷をまとめると次のようになる。同性愛という言葉が知られるようになったのは19世紀半ばである。20世紀には３名の米国の精神分析医によって議論が深められた。その一人ソカリデスは反同性愛論者として著名であり、異性愛へと矯正治療する必要性を強く唱えた。ちょうど彼の著書『同性愛者の実態』が著された1968年には精神科診断基準がDSM-IIへと改訂され、同性愛が疾病概念として、治療されるべきものとして明記された。この動きに反発して1969年には同性愛者による市民権獲得のための一連の社会運動が始まる。組織的には同性愛者解放戦線と同性愛者活動家同盟が重要な役割を果たした。同性愛が病気ではないという見方を強く支持したものとしてコンラッドとシュナイダー（1992）は、性科学者による調査報告書であるいわゆるキンゼイ報告（Kinsey et al. 1948; Kinsey et al. 1953）の功績を挙げている。すなわち、同性愛を統制すべしという見方自体が一つの価値観の表れにすぎず科学ではないということ、そして調査以前に考えられたよりも多くの同性愛者ないし同性愛経験者が存在しており、彼らが社会に適応していることが報告されたのである。1974年には米国精神医学界によって同性愛それ自体は病気でないことが公式に認められ、妥協案として同性愛によって不幸を感じている人のみが性的志向における病気として見なされるようになった。しかしながら、今度は医療内部の勢力である同性愛者精神科医協会などが加勢し、DSM-III-Rにおいて診断基準から除外され、正式な形で脱医療化されるに至ったのである。

2.2　疾患カテゴリの適用対象の拡大

医療化の一側面として、疾患カテゴリの適用対象が更に拡大することがある。例えば本来子供のみに適用されていたADHDの概念が大人にも適用されるようになったり（Conrad & Potter 2000）、あるい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（Horwitz & Wakefield 2007＝2011）ような医療化のケースなどである。

批判が特に先鋭化しているのはうつ病である。それには近年の精神保健においてうつ病が主要な位置づけにあることが関係している。2004年時点でうつ病は男女双方において非致死性疾患としては障害損失年数の主要な原因であることが報告され（World Health Organization 2004）、また2020年までには虚血性心疾患に次いで世界で２番目の疾病負荷をもたらすことが予測されている（Murray & Lopez 1996）。こういった知見に依拠しながらうつ病への介入の大きな一歩を保健医療職が踏み出した一方で、社会科学者から、あるいは時に医療者自身から過剰診断の問題が指摘され始めた。つまり治療の必要のない層が診断され治療を受けているという議論である（Frances & Nardo 2013; Horwitz & Wakefield 2007＝2011）。

まずは1950年代から60年代にかけての米国の動向を確認する必要がある。軽いうつ病という概念が現在のように衆目を集める以前、典型的なうつ病は入院を要するほどの患者における慢性かつ重症のものであり、現実に関する甚だしい誤認、妄想や幻覚、そして植物状態といった特徴で定義付けられていた（American Psychiatric Association 1952）。このころの一般的な軽度の精神症状といえば、生活上の問題に起因する不安であった（Horwitz 2010）。1956年の調査では米国人の20人に１人が何らかの精神安定剤を服用していたという（Horwitz & Wakefield 2007＝2011: 257）。当局は病気の治療ではなく単なる日常生活における不安の解消を目的とした処方を憂慮し製薬企業の宣伝文句に規制をかけるようになった。その後うつ病の診断が増え始める。開業医の自己申告に基づいたデータによれば、不安の診断が1962年から1968年まで変わらず1200万人前後だった一方で、うつ病と診断された人は同期間に400万人から800万人へと倍増したのである（Herzberg 2009: 260）。それまで軽症のうつに対しては抗不安薬が用いられていたというから実質的には不安の一種として扱われており、軽症のうつに対する特異的な治療法はそれほど普及していなかったと考えてよいだろう。しかし、三環系抗うつ薬とモノアミン酸化酵素阻害薬が注目されたことによって抗うつ薬のマーケットが出来上がった。1975年までにはうつ病が1800万人となって不安の診断を上回った（IMS America 1976）。また、一般人口を対象とした受診行動の調査によって、うつ病の治療を受けた患者数が1987年以降の10年間で３倍以上に急増したことが明らかにされている（Olfson et al. 2002）。米国の成人人口のうち0.73%が治療を受けていたのが、1997年には2.33%となったのである。 治療の内訳を見ると、抗うつ薬の処方によるものが37.3%から74.5%へと倍増し、精神療法による治療は71.1%から60.2%へと減じている。1987年はちょうどプロザックがFDAによって認可された年であり、一連の新規抗うつ薬SSRIの発売のはじめであった。SSRIは旧来の三環系抗うつ薬と同等に効果があり、副作用が少なかった点が優れていた。1993年にはクレーマー著『驚異の脳内薬品』が出版され、この中でプロザックの革新性が大いに称賛された。プロザック以降、大規模なキャンペーンも始まった。1988年には米国の国立精神衛生研究所（NIMH）がスポンサーとなって「うつ病の自覚・認知・治療キャンペーン」が開始され、英国では

1992年から1996年にかけて英国王立精神科医協会が主体となって「うつ病撲滅キャンペーン」を行った。これらに共通の目的は、早期受診促進のため治療法などの利用可能な情報について啓発すること、そしてうつ病に関するスティグマをやわらげることである（Regier et al. 1988）。SSRIは2003年には109億ドルの売り上げを記録した（Conrad 2005: 6）。しかしながらSSRI処方の実際の効果については英国の心理学者カーシュらによって重要な報告がされている（Kirsch et al. 2008）。カーシュらはFDAに提出された臨床試験の報告を、出版されたもののみならず公にならなかったものも全て含めて収集し、各種のSSRIが偽薬に比してどれほど効果を持つのかに関してメタアナリシスを行った。結果、軽症および中等症のうつ病に対する処方はガイドライン推奨の基準をクリアしなかったというのである。

啓発活動の隆盛の一方で、疾患定義の欠陥を改めて指摘する動きもある。例えばホーウィッツとウェイクフィールドは、DSM-III以降のうつ病の診断基準が病気と通常の悲しみを区別できない点を検証した。診断基準にはうつ病の症状から人生の中での出来事に対する正常な反応を除外する、「死別の除外」枠がある。ホーウィッツとウェイクフィールドによれば、正常な悲哀反応というのは死別のみならず仕事を失ったり愛する人との関係が終わったりした後にも見られるのであるから、死別に限定することは適切ではなく、現診断基準はこうした文脈性、つまり人生の経験と心理反応という文脈を考慮に入れない点で問題があるという（Horwitz & Wakefield 2007）。

死別の除外枠は、DSM-5において撤廃されたという展開がある。この点は精神医学者からも、死別の除外枠を残すのみならず、他の生活上のストレスである離婚や失業、経済的危機なども考慮に入れるべきだったとする批判がある（Frances & Nardo 2013）。

3. 先行研究の主な論点

病態によって医療化過程や利害関係者による寄与の在り方は異なるが、主要な論点として診断基準と製薬産業がある。精神科診断基準は精神医学的ラベリングの表れとして力を持ち続けてきたし、製薬産業は近年顕著な影響力を持つ。

3.1　診断基準

一つの疾患単位としてDSM（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*）やICD（*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*）といった標準的な診断基準に掲載されれば、医学的・法的な各種の場面（疫学研究・臨床・法廷等）において影響力を持つに至る。その制作、改訂にあたってはしばしば政治的な要因が関与する（Schacht 1985; Mayes & Horwitz 2005; Horwitz & Wakefield 2007）。

DSMは米国精神医学会によって編纂される。一方でICDは世界保健機関による疾患分類であり、ICD-6（World Health Organization 1948）より精神疾患の独立した章がある。ICDはDSMやその草稿からアイデアを得ることがあれば、逆にDSMがICDやその草稿に基づいて方針を決定することもある（Regier

et al. 2002)。改訂のタイミングにも多少のずれはありながら、例えばICD-9（1978）とDSM-III（1980)、ICD-10（1992）とDSM-IV（1994)、ICD-11（2015年予定）とDSM-5（2013）というように歩幅を合わせている。ICDは当初は国際的な死因統計を記録することを目的としていた。その後保健に関わる幅広い領域を扱うものとなり、またICD-10からは臨床や研究のための分類としての役割にも重点が置かれるようになった（長峯ほか 2007）という歴史があるのに対し、DSMは当初より精神医学を牽引する専門家集団である米国精神医学会によって臨床像記述のために発展させられてきた。

重要な転機となったのは1980年であった。1980年以前においては、多くの学派による多様な病因論があったためコンセンサスが望めなかった。また病因論そのものが多分に推論に基づいたものであったため学問としての権威が問われていた。批判を特に強固なものにしたのは1970年代初めの２つの研究であった。まずはケンデルらによる実験によって、英国と米国の精神科医が、録画された同一の患者群を診断した結果が大きく異なることが報告された（Kendell et al. 1971)。続いてローゼンハンが、実験のために募ったボランティアに患者を装わせたところ、精神病院は正常と狂気の区別をすることができなかったという問題提起をしたのである（Rosenhan 1973)。一連の批判を受けた米国精神医学会は、スピッツァーを中心として、現在では精神疾患分類の歴史的なターニングポイントとして知られる1980年にDSM-IIIを公刊した（American Psychiatric Association 1980)。この改訂を特徴づけるのは精神疾患概念の操作化であった。つまり、病因論には踏み込まず、観察・計測可能な症状と経過にのみ着目することで診察者間のばらつきを大きく解消したのである。後を追う形でICD-10（1992）においても操作的診断基準が導入された。

DSM-IIIは13か国語に翻訳され各地域においても用いられるようになった（Regier et al. 2002: 52- 4）。また、研究者や保険産業、製薬産業などによる広範なDSMの利用は精神医学の学問としての立場を強固にし、精神保健医療の制度的基盤となった（Whooley 2010: 453)。

DSM-IV特別委員会のトップを務めたフランセスは、DSMとその改訂によって生じる、改訂者の意図とは異なる社会的帰結に関して次のように述べている。

> 一見合理的で小さな変化であっても、疾患の定義が変わるということはしばしば、劇的で、全く予想もできなかった患者数の変化につながる。こうして偽りの「流行病」がつくられる。(中略）製薬企業がマーケティングを有利に進めるためにあらゆる定義の変化を知ろうとするであろうことは想定されるべきである。(中略）法廷においても予測不可能かつ重大な帰結が生じる。性的倒錯の項目において技術的な理由から採用されたごく小さな表現の変化が（中略）誤読され、全く精神障害を持たない強姦犯らの精神病院への終身拘留を正当化したのである。(Frances 2009: ２）

フランセスが指摘する「小さな変化」はきわめてテクニカルな問題であるので医学者による議論が主であるが、その社会的帰結は、学際的な議論の必要性を示唆する。

3.2　製薬産業

薬物の利用に対する批判は、医師やジャーナリストによる依存や副作用といった有害事象の指摘のみにとどまらず、製薬企業の様々なプロモーションに関してもなされてきた（山中 2012: 152）。社会学においては、こうした製薬産業が主体となった薬物利用の普及現象を説明するための枠組みとして、従来の医療化論では不十分であるとして、薬物化論が検討され始めた（Fox & Ward 2008; Williams et al. 2011; Abraham 2002; Abraham 2010）。薬物化が意味するのは人々の状態や能力などが薬物の処方による介入の対象となることであり（Williams et al. 2011: 711）、一見したところ医療化論の一側面を切り取ったにすぎない。しかしながら、米国の医療社会学者アブラハムによれば、薬物化論が分析枠組みとして有用であるのには２つの事情がある（Abraham 2010）。第一に、薬物化は、既に医療化された疾患において更なる疾患概念の拡大を伴わずに生じうることである。例えばADHDの治療方法が精神療法から薬物療法へと移行すること、あるいは食事制限や外科手術によって対処されていた肥満に対する治療に薬物療法が選択されるようになるような場合である。第二には、薬物の選択や利用において医師の役割がバイパスされることがあるがゆえに薬物化は医療化を伴わないでも起こりうるということである。これはつまりテレビや雑誌上で消費者へダイレクトに情報提供がされ、医師がゲートキーパーとならないような場合である。例えば米国では1997年の規制緩和によって処方薬を消費者へと直接宣伝することが可能になった結果、製薬産業がテレビでの広告に費やした費用は1996年から2000年の間に６倍の25億ドルに増えた（Rosenthal et al. 2002）。理論的な前置きをした上でアブラハムは、現状では医薬品の研究開発における規制緩和のイデオロギーが製薬産業の隆盛へと結びつく一方でイノベーションを停滞させる可能性を提示し、またイノベーションの停滞にも関わらず「治療を要する患者のため」という概念がイデオロギー的に用いられていることを憂慮する。

英国の医療社会学者ウィリアムズらは、医薬品研究開発における規制に関して次の２点を強調する（Williams et al. 2011）。第一に、当局による規制緩和が製薬産業側からの働きかけに左右される可能性である。例えば、1989年以降の英国の規制当局の基金の50%は製薬産業からの出資によって賄われているという。同様の出資は1990年代半ば以降EUにおいては70%、そして米国に至っては100%であり、これによって特許出願中の医薬品の評価を行う手続きの回数が減り、安全性や薬効の見直しが不十分になるというのである。第二には、欧米の規制制度のグローバル化である。例えば医薬品規制調和国際会議は日米とEUそれぞれの規制当局から成り、規制ガイドラインの解釈や適用のグローバル化がはかられる。この欧米的規制概念の広がりは、途上国における国際的製薬企業の製品市場の拡大や、低コストで臨床試験が行えることによる途上国への研究開発のアウトソーシングといった事情と関連する。ウィリアムズらの議論の前提にあるのは、日常生活への薬物処方の進出やエンハンスメントを目的とした「健康な人」への服用の広がりである。とはいえ「治療が必要な病気や障害とはいったい何なのかということ、そして治療とエンハンスメントの違いは何かということは決して簡単な問題ではな」く、「医療専門職も多様な形で、つまり美容外科手術や（成長ホルモンのような）処方薬などによってエンハンスメントに関わっている」（Williams et al. 2011: 718- 9）という点一つを取っても、疾患定義をめぐる力動の多層的で複雑な性質は明らかである。ウィリアムズらは薬物化論を、現実主義や構築主義、科学技術社会論などからも影響を受けた折衷理論であるとしている

が、その有効性と医療化論との折り合いについては今後の議論の蓄積が望まれる。

4. 日本における医療化の諸相

日本においては疾患概念の輸入段階が存在し、医療化過程には日本独自の様式がありうる。国内の事例研究はそれほど多くないが、社会学では主に古典的な逸脱行動の医療化に依拠した、アルコール依存症（心光 2006）、児童虐待（上野 2006）、ADHDや少年非行などの教育場面における問題（木村2009; 佐々木 2011）、そして不登校ないしひきこもり（斎藤 2006; 工藤 2006）などに関する論考がある。これらにおいては、欧米で論争の的となっている製薬産業はそれほど論題になっていない。薬価制度や新薬の承認期間の違いゆえにそもそも薬物化があまり問題になっていないのかもしれない。十分な論考が蓄積されていないので以下では製薬産業の問題には触れず、一部の疾患の定義が日本の精神保健医療においてどのように受容されてきたのかを整理したい。

心光（2006）によれば、飲酒行動に関する医学的理解は明治以降の外国人教師の来訪や外国医学書の輸入に始まったのであるが、「アルコール依存症」として統一されたのは1980年ごろのICDやDSM等の導入による。国内では疾患定義に対する大きな論争は起こらなかったようである。当事者団体としては、米国のAlcoholics Anonymousをモデルとして1963年に設立された断酒会（全日本断酒連盟）による保健行政や医療機関とのネットワーク作りなどが背景となって早期介入が広がった（心光 2006）。

疾患概念の輸入がその概念の発見に比べて遅れた事例としてADHDがある。ADHDの概念は、20世紀半ばには既に議論の発展していた米国に対して、日本でこの概念が普及したのは90年代後半のことであり、また子どものADHD概念と成人のADHD概念がほぼ同時に知られるようになった点が特徴的である（佐々木 2011: 22）。ADHD概念が広まる以前は医療者でさえ「そんな病気はない」と言うのが当たり前であったという。障害としての社会的注目を集めたのは1998年の一連のマスメディアによる報道であった（佐々木 2011: 19）。

しかしながら、教育現場においては医学的説明が問題なく馴染むというわけでない。例えば木村（2009）は90年代以降にADHDや学習障害、自閉症、行為障害などが非行のリスクファクターとしてもっともらしく捉えられるようになった一方で、そういった説明の依拠するDSM型障害の多くは科学的根拠が特定されておらず、未だ模索段階にあることを強調する。実際に対応に当たるのは医療者だけでなく、教員自身や少年院も含まれるということが背景にあるのだろう。もっとも、少年鑑別所や少年院で実施されるスクリーニングテストはDSMに掲載された基準に準拠して作成されているという。木村は、DSM型の疾患概念の構造に内在する曖昧な特徴について次のように述べている。

> DSMの診断基準に記載されている行為の特徴は、家庭や学校に原因があるとみなされやすい行為や非行に類似した行為、もしくは非行行為そのものを示すもので（中略）特に「行為障害」の特徴は、「脅迫、喧嘩、身体的暴力、盗み、放火、侵入」など非行行為そのものが列挙されており（中略）「行

> 為障害」が非行の原因を十分に説明する概念とは言い難い。(中略) つまり、非行行為そのものが医療化されてしまっているのである。(中略) 非行と類似した行為基準にもとづいて作成されたスクリーニングテストでは、当然、非行少年のなかに高い割合で障害を持つと疑われる少年がでるだろう（木村 2009: 233-4）

日本におけるこれらの診断基準の運用状況には精神医学者による調査がある。例えば高橋ら（2001）は臨床家の実践に関する質問紙調査を行った。調査報告によれば、DSMはあくまで研究のための共通言語的役割を担っているのであり、治療にはあまり役に立たないというのが共通した見方であった。一方、専門家といっても一枚岩ではない。というのも、DSMに基づく教育を受けなかった40歳以上の臨床家はDSMに対する関心が低く、それより若年層の臨床家はよりDSM的診断に積極的な姿勢を持っていたのである。また興味深いことに212名の回答者のうちDSM-IIからこの診断基準を知っていた者が11名のみであり、DSM-IIIからという者が142名であったという。

この研究の翌年には中根と中根（2002）が、DSMとICDそして国内の伝統的な診断方法が、国内の大学病院とそれに準ずる施設における臨床場面と研究場面のそれぞれにおいてどういった割合で用いられているのかについての調査報告を行った。臨床場面においてはDSMとICD共に４割強の回答者に用いられていたのに対して、研究場面においては７割弱がDSMを利用していたという。このグループは後にも同様の調査を行っているが（岩永ほか 2009)、前回の調査に比べると臨床場面におけるICD利用の割合が微増したのに対し、依然として研究場面においてはDSMが主であった。前者の理由はわが国における保険医療システムがICDで運用されていることと考えられ、後者の理由はDSMシステムがICDに比べて日本への導入が早かったためにより広く普及していることが考えられるという。国内の伝統的な診断方法の利用は前回よりも減少し、１割を下回ったようである。

中には疾患概念の輸入という段階を経ずに国内で問題化した事例もある。不登校やひきこもりに関する論考（斎藤 2006; 工藤 2006）がそれを示している。精神科医の斎藤環は、かつて外来で出会った患者の中に、今で言う「ひきこもり」の患者が多数含まれていたことを次のように回想する。

> 当時、彼らはいかなる「名前」ももたなかった。(中略) DSM-IIIR にも、彼らの状態を的確に記述するような診断概念はみあたらなかった。(中略) しかし私たちは、役に立たない診断基準に苛立ちつつも、全国から押し寄せる「ひきこもり」的な患者とその家族に治療者としてかかわる必要があった。（斎藤 2006: 133）

斎藤はひきこもり治療の第一人者として知られるために「ひきこもり」という言葉自体も彼が造語したかのように思われるかもしれないが、この言葉は1991年に政府による「ひきこもり・不登校児童福祉対策モデル事業」にて使用されたのが最初であるという。斎藤は「ひきこもり」をラベリングの一種として認めつつも、それは「怠け者」のようなステレオタイプよりも必ずしも悪いとはいえないと強調する。一方

で、「ひきこもり」は診断名や疾患単位ではなく仮の名前にすぎないということ、そしてそのことが、「その多義性ゆえに、医学、心理学、社会学、教育学、哲学、文学、経済学などの諸領域にまたがった学際的関心を喚起しうる。その意味では、この『命名』は、単純に医療化を促進する結果だけには結びつかない」（斎藤 2006: 135）という。この指摘は、社会学によるイデオロギー的な医療批判に陥らない視点を提供する。そして、医療者である斎藤による特に重要な指摘はおそらく、「ひきこもり」のような境界事例においては、医療専門家のその専門性ゆえに生じる次のような義務が、その関与を正当化するというものである。その義務とは、すなわち、インフォームド・コンセントの理念に基づく「説明責任」、治療の要望を断らない「応召義務」、そして治療内容に関する「守秘義務」等である（斎藤 2006: 140）。現状として多くの受診行動や専門家への役割期待が存在し、一定の医学的知的資源が活用可能である以上、斎藤の言う「問題の立て方は『医療化すべきか否か』ではなく、『さしあたり医療化が不可避であるとしたら、それはいかになされるべきか』である」（斎藤 2006: 142）という問題意識はもっともであろう。さしあたり医療化が不可避であるとすれば、医療社会学は、疾患概念の更なる拡大、すなわち時に過剰な医療化と呼ばれるような問題に取り組むことが考えられる。

伝統的な逸脱の医療化論については疾患概念の更なる拡大とそれに伴う患者数の急増のような要因までは議論がなされない。だが、ここまで見てきたように、診断基準に掲載された疾患概念には、拡大解釈ないし誤った解釈がなされる可能性がある。製薬産業は、その営為が多分に疾患定義に依拠している主要なアクターとして、影響力を増している。疾患概念の拡大を社会学的に説明することは、更なる現状の理解の深まりと理論的な進展につながるのではないか。

現状、日本では総人口の大部分を占める労働人口における精神疾患としてうつ病患者の急増が大きく問題化しており、実際の労働環境の悪化という要因だけではなく、製薬産業のマーケティングによって患者数が急増したという議論がある。こういった事例を分析する際においては、これまでの欧米における医療化過程や疾患概念の拡大の展開の仕方を参照しながら、日本に固有の文化社会的状況と照らし合わせ、その実態の調査研究がなされる必要があるだろう。

文献

Abraham, J., 2002, “The Pharmaceutical Industry as a Political Player,” *Lancet*, 360: 1498-502.

———, 2010, “Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions,” *Sociology*, 44(4): 603-22.

American Psychiatric Association, 1952, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, first ed., Washington: American Psychiatric Association.

———, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third ed., Washington: American Psychiatric Association.

Bradley, C., 1937, “The Behavior of Children Receiving Benzedrine,” *American Journal of Psychiatry*, 94(March): 577-85.

Conrad, P., 1975, “The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior,” *Social Problems*, 23(1): 12-21.

———, 1977, “Medicalization, Etiology and Hyperactivity: A Reply to Whalen and Henker,” *Social Problems*, 24(5):

596-8.

―――, 2005, “The Shifting Engines of Medicalization,” *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1): 3-14.

―――, 2007, *The Medicalization of Society*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Conrad, P. and J. W. Schneider, 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Philadelphia: Temple University Press.（＝ 2003，進藤雄三監訳，杉田聡・近藤正英訳『逸脱と医療化』ミネルヴァ書房.）

Conrad, P. and D. Potter, 2000, “From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories,” *Social Problems*, 47(4): 559-82.

Conrad, P. and A. Angell, 2004, “Homosexuality and Remedicalization,” *Society*, 41(5): 32-9.

Fox, N. J. and K. J. Ward, 2008, “Pharma in the Bedroom… and the Kitchen…. The Pharmaceuticalisation of Daily Life,” *Sociology of Health & Illness*, 30(6): 856-68.

Frances, A. J., 2009, “A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences,” *Psychiatric Times*, 26(8): 1-4.

Frances, A. J. and J. M. Nardo, 2013, “ICD-11 Should Not Repeat the Mistakes Made by DSM-5,” *The British Journal of Psychiatry*, 203: 1-2.

Freidson, E., 1970, *Profession of Medicine*, New York: Dodd, Mead.

Herzberg, D., 2009, *Happy Pills in America: From Miltown to Prozac*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Horwitz, A. V., 2010, “How an Age of Anxiety Became an Age of Depression,” *The Milbank Quarterly*, 88(1): 112-38.

Horwitz, A. V. and J. C. Wakefield, 2007, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, New York: Oxford University Press.（＝ 2011, 伊藤和子訳『それは「うつ」ではない――どんな悲しみも「うつ」にされてしまう理由』阪急コミュニケーションズ.）

Illich, I., 1975, *Medical Nemesis*, New York: Pantheon.

IMS America, 1976, *National Disease and Therapeutic Index*, Ambler, PA: IMS America.

岩永洋一・中根秀之・中根允文，2009，「DSM と ICD――わが国における精神科診断システムの運用状況」『精神科』14(1): 58-66.

Kendell, R. E., J. E. Cooper, A. J. Gourlay, J. R. Copeland, L. Sharpe and B. J. Gurland, 1971, “Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists,” *Archives of General Psychiatry*, 25: 123-30.

木村祐子，2009，「少年非行と障害の関連性の語られ方――DSM 型診断における解釈の特徴と限界」『人間文化創成科学論叢』11: 227-36.

Kinsey, A. C., W. B. Pomeroy and C. E. Martin, 1948, *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia: W. B. Saunders Co.

Kinsey, A. C., W. B. Pomeroy, C. E. Martin and P. H. Gebhard, 1953, *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia: W. B. Saunders Co.

Kirsch, I., B. J. Deacon, T. B. Huedo-Medina, A. Scoboria, T. J. Moore and B. T. Johnson, 2008, “Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration,” *PLoS. Medicine*, 5(2): e45.

工藤宏司，2006，「不登校と医療化」森田洋司監修，森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス――近代医療の地平を問う』学文社，165-79.

Laufer, M. W., E. Denhoff and G. Solomons, 1957, “Hyperkinetic Impulse Disorder in Children’s Behavior Problems,” *Psychosomatic Medicine*, 19(January): 38-49.

Mayes, R. and A. V. Horwitz, 2005, “DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness,” *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3): 249-67.

Murray, C. J. L. and A. D. Lopez eds., 1996, *The Global Burden of Disease*, Cambridge, MA: World Health Organization.

長峯正典・勝強志・加藤隆弘・上原久美・藤澤大介・佐藤創一郎・吉野相英・野村総一郎・新福尚隆，2007，「日本における精神科疾病分類(ICDおよびDSM)に関するアンケート調査――New Zealandとの比較も踏まえて」『精神医学』49(10): 1045-1052.

Nakane, Y. and H. Nakane, 2002, "Classification Systems for Psychiatric Diseases Currently Used in Japan," *Psychopathology*, 35: 191-4.

Olfson, M., S. C. Marcus, B. Druss, L. Elinson, T. Tanielian, and H. A. Pincus, 2002, "National Trends in the Outpatient Treatment of Depression," *The Journal of the American Medical Association*, 287(2): 203-9.

Regier, D. A., M. First, T. Marshall and W. Narrow, 2002, "The American Psychiatric Association (APA) Classification of Mental Disorders: Strengths, Limitations and Future Perspectives," Maj, M., W. Gaebel, J. J. Lopez-Ibor and N. Sartorius eds., *Psychiatric Diagnosis and Classification*. New York: John Wiley & Sons, Ltd., 47-77.

Rosenhan, D. L., 1973, "On Being Sane in Insane Places," *Science*, 179: 250-8.

Rosenthal, M. B., E. R. Berndt and J. M. Donohue, 2002, "Promotion of Prescription Drugs to Consumers," *New England Journal of Medicine*, 346: 498-505.

斎藤環，2006，「ひきこもりと『医療化』」森田洋司監修，森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス――近代医療の地平を問う』学文社，129-147.

佐々木洋子，2011，「日本におけるADHDの制度化」『市大社会学』12: 15-29.

Schacht, T. E., 1985, "DSM-III and the Politics of Truth," *American Psychologist*, 40(5): 513-21.

心光世津子，2006，「アルコール依存症と医療化」森田洋司監修，森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス――近代医療の地平を問う』学文社，115-27.

Strauss, A. A and L. E. Lehtinen, 1947, *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child*. Vol. 1, New York: Grune and Strattan.

Szasz, T., 1970, *Manufacture of Madness*. New York: Dell.

高橋誠・高橋三郎・染矢俊幸，2001，「DSM診断はどこまで受け入れられたか？」『精神医学』43(8): 831-9.

上野加代子，2006，「児童虐待と医療化」森田洋司監修，森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス――近代医療の地平を問う』学文社，149-63.

Whalen, C. K. and B. Henker, 1977, "The Pitfalls of Politicization: A Response to Conrad's 'The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior,'" *Social Problems*, 24(5): 590-5.

Whooley, O., 2010, "Diagnostic Ambivalence: Psychiatric Workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders," *Sociology of Health & Illness*, 32(3): 452-69.

Williams, S. J., P. Martin and J. Gabe, 2011, "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis," *Sociology of Health & Illness*, 33(5): 710-25.

World Health Organization, 1948, *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, sixth revision, vol. 1. Geneva: World Health Organization.

――――, 2004, *The Global Burden of Disease 2004 Update*, Geneva: WHO Press.

山中浩司，2012，「テーマ別研究動向（医療）」『社会学評論』63(1): 150-65.

Zola, I. K., 1972, "Medicine as an Institution of Social Control," *The Sociological Review*, 20(4): 487-504.

Shifting Trends in Medicalization Theory: From the Medicalization of Deviant Behavior to the Expansion of Medicalized Categories

Hiroto SHIMIZU

Abstract:

This paper outlines the theoretical framework of "medicalization." Mainstream medicalization studies describe the process by which deviant behaviors such as hyperactivity, homosexuality, and alcohol dependence have been medicalized. These studies emphasize the radical change of the agents that socially control deviant behavior—from the home, school, law, and religion, to medicine. With the increasing use of medicine to achieve such control, the focus of current medicalization research has shifted from the medicalization of deviant behavior to the expansion of already medicalized categories, a move that can result in over-diagnosis.

The number of individuals diagnosed with various disorders has explosively increased because of the expansion of medical categories and the marketing strategies of pharmaceutical companies. These factors have resulted in a relative shortage of medical care for those who are severely ill. However, policies that seek to reduce the socioeconomic burden of disease tend to focus only on early detection and identification of risk factors and do not assess the legitimacy of medicalizers such as diagnostic criteria and the role of the pharmaceutical industry in the increasing prevalence and incidence of certain diseases. Therefore, such policies can paradoxically increase the disease burden by helping to medicalize subthreshold conditions. Thus, there is a need for a sociological investigation of the expansion of medical categories and the legitimization of early-intervention-oriented policies.

The structure of this paper is as follows: In section 1, I introduce medicalization theory. In section 2, I describe its two branches: "the medicalization of deviant behavior" and "the expansion of medicalized categories." In section 3, I review changing trends in diagnostic criteria and the pharmaceutical industry as significant issues of previous research. In section 4, I review case studies on medicalization in Japan and provide some suggestions for future research.

Key Words : medicalization, deviant behavior, expansion of medicalized categories, diagnostic criteria, pharmaceutical industry