

メアリー・アームストロング・ハフ

『生物医療化と文化の実践』

——アメリカと日本におけるグローバル化と2型糖尿病』

Mari Armstrong-Hough, *Biomedicalization and the Practice of Culture:*

Globalization and Type 2 Diabetes in the United States and Japan

エイミー・ボロヴォイ

イチロウは、日本の病院で治療を受ける2型糖尿病患者である。

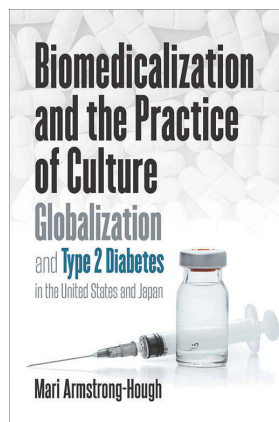
慢性的な高血糖状態により時とともに腎機能が低下し、今では病院で週に三回透析治療を受けている。糖尿病患者は、糖の摂取量を注意深くコントロールしなければならず、透析患者にはさらなる制約が課される。だが、その病院の医師や看護師たちは、イチロウが指示された食事療法を守らずにいるという。それどころか、止めるように言われていたコーヒー用ミルクや砂糖を、病院の食堂でコーヒーに入れる姿を目撃されている。担当医であるサイトウ医師が糖尿病再教育のため入院を勧めたところ、本人はそれを聞いてぎこちなく笑うばかりであったという。

以上のようなシナリオは、アメリカの医療環境であれば、異なる展開をみせることだろう。サイトウ医師の対処は、たとえそれ

が丁寧かつ専門家らしい対応の仕方であったとしても、高圧的で過干渉だと捉えられかねない。そのうえ冷静な患者、しかも急患でない場合の受け入れは、基礎的な医療の範囲外に当たることになり、患者の権利の侵害になる可能性もある。アメリカの病院での二週間分の入院費用が必要になることは言うまでもない。

『生物医療化と文化の実践』において著者は、2型糖尿病の生物医学的ケアが、科学に基づく医学的な介入にとどまらず、いかなる点において「文化の実践」なのか、豊かな洞察力を示すとともに示唆に富んだ研究を展開している。

生物医学的介入は、本来普遍的なものともみなされることが多い。医師たちは学会や研究奨励制度を通して国際的な知の交流に参加し、彼らが共有する科学的データや医療学的アプローチの数々は、



University of North Carolina Press, 2018

「エビデンス（客観的な研究データ）に基づくもの」とされる。しかし、著者の研究は、これらのアプローチもまた、組織による実践や歴史に根差す文化的信念、さらには著者のいうところの「医師たちの意味づけの道具（ツールキット）」により規定されることを明らかにしている。

アームストロング・ハフの研究は、日本とアメリカの医師や療養指導士、看護師、患者との三五九件のインタビューをもとにしたものである。日本研究に詳しくないアメリカの公衆衛生の専門家や医療提供者、医療社会学者などの読者に向けて、生物医学の社会的文脈を明らかにしており、研究に見出される差異を安易にステレオタイプ化、一般化しないよう細心の注意が払われている。

2型糖尿病は、ある部分においては、脱工業化社会に共通する危険因子、すなわち安価な加工食品の入手のし易さに伴うでんぷん食品・砂糖消費量の増加や、一食当たりの分量の増加、デスクワーク中心の生活にアルコールの過剰摂取、そして高血圧治療対象者の増加などが原因になる。これらの危険因子は、「豊かな社会」(affluent societies)に共通する要素ではあるものの、医療従事者により受け入れられるその因果をめぐる語り (causal narrative) は、普遍的なものでない。アメリカの医師や看護師たち、そして糖尿病療養指導士たちが、テレビのチャンネルサーフィンや車の運転の多い生活、でんぷん質を多く含むスナックの間食などを含む、

近代化や現代の「非自然的」な生活様式による弊害のせいにする場合がよく見受けられる。こうした語りはあなたがち間違っていないものの、「世界的」(global) なリスクモデルを発展させ、特定層の社会経済的地位の影響と遺伝的素因の影響とを目立たないものにしてしまう。各々の自己管理能力の欠如が非難されるような、道徳的な言説にも変貌し得るのだ。

日本では、欧米の食べ物が日本人の体質に合わないことを強調する文化特有の語りが確立されている。確かに脂質やでんぷん質、あるいは塩分の多い食べ物は一要因にはなるものの、日本の医師や療養指導士たちは、しばしば欧米の食べ物を「ジャンクフード」と結び付ける一方で、ラーメンやコンビニ弁当、牛丼などの塩分・脂質が多く含まれる日本食のことを完全に見逃している。これらの文化的に規定された認識により、治療計画に顕著な違いが生じるのは興味深い。アメリカのガイドラインでは、炭水化物の制限が中心となるのに対し、日本のガイドラインでは、白米を含む日本食の美点を大々的に宣伝しているのだ。

日本とアメリカにおける因果をめぐる語りには、どちらにも欠点と偏狭さが見受けられる。だがこの話は、著者が医療現場におけるやりとりや治療計画が様々な形でどう管理されているのかを検討するあたりから、さらに面白いものになる。著者の研究結果は、日本の事例がより広い公衆衛生の議論に寄与し、通常にはな

い形で評価され得る可能性を示唆している。

糖尿病の管理には、相当な自制心が要求される。患者は、自身の血糖値を時には日に複数回測定・記録し、インシュリン注射に加え食生活、特に糖分の摂取量を厳格に管理しなければならない。興味深いのは、日本とアメリカ両方の医療従事者たちが、彼らがいふところの「医療父性主義」(medical paternalism)を避けているという点である。だがその概念の定義は異なる。アメリカの看護師や医師たちは、父性主義にヒエラルキーや一方的なコミュニケーションを結びつける。そして自身は「患者中心の医療」(p.79)、つまり患者の特定のニーズや目標に注意を払い、患者が良き選択をできるようにサポートしていると主張する。ここでキーワードとなるのは、権限の付与、個人的責任、そして自制心である(583)。患者が指示された食事療法を取り入れない場合、医師たちは脅し作戦に立ち戻らなければならないかもしれない。

日本の医師の場合も、少なくとも原則としては「父性主義」を避けている。だが、彼らにとって父性主義とは、医師側の傲慢さや配慮の欠如を連想させるものだ。医師が敬意を払うとするならば(敬語の使用、患者の信頼の獲得)、患者に何をすべきかを指図するのは(透析患者であるイチロウの場合にみたように)適切とはいえない。実のところ、ほとんどの医師たちが、患者の健康は最終的には自分たちの責任だと捉えている。患者たち自身の責任だけで

はなく、だ。アームストロング・ハフは、この違いを示唆に富んだ形で捉えている。アメリカの医療従事者たちの場合は、患者の糖尿病を「あなたの糖尿病」として考え、日本の場合は「我々の糖尿病」として捉えているのだ、と。

このあたりが、日本でのアプローチが思考の糧になり得る部分であろう。日本の診療所や病院での2型糖尿病の主流ケアとは、包括的な健康教育やコミュニケーション、そして具体的かつ数値化され、「即取り掛かることのできる」生活様式改善に関する助言のことを指す。それは実践的かつ心理的距離が近いものである。日本の患者が医師に会う最低頻度(隔週に一回)は、アメリカで医者にかかる平均的な回数よりも多い。さらに日本で医者にかかる場合、医師自身が対応することが一般的である。著者の研究結果には、「父性主義」という概念では、日本における公衆衛生的介入の性質をいかに十分に捉えきれないかについて考えさせられる。日本における公衆衛生的介入は、トップダウン型の指示のみならず、集中的な教育や交流、記録管理や自己測定を通じた患者の関与、信頼関係の構築などに依存している。一見役に立ちそうではあるものの、医療人類学者たちからすれば、肯定的な言葉で表しづらい行為の数々だといえるかもしれない。

医療社会学の分野では、「生物医療化」に対して相当な批判がなされている。これらの批判では、出産や悲しみ、老衰、その他の

高齢化に伴う自然発生的な影響をも含むより広範囲の人間の経験に、医療が介入するようになったことが引き合いに出される。慢性疾患の医療化は、個々のリスクの意識を限りなく高め、不必要な監視や、「病氣」の段階のみならず「未発症」段階をも対象とする医薬品や治療を用いた予防治療措置につながりかねない。^①

生物医療化 (biomedicalization) という用語は、フーコーの「生政治」(biopolitics) 概念の影響からか、ネガティブな印象を与えやすい。公衆衛生においては、社会や有害な産業ではなく個人への責任転嫁を指すこともある。^② だが、アームストロング^③ ハフのみた日本の場合の考察は、高齢化社会において慢性疾患の取り扱い件数の増加に伴い必要となる可能性のある教育や交流について、我々に考えるよう促すものである。

現に診療現場の向こうの日本社会では、小学校での規則的な排便に関する学校教育から、子供たちに衛生やエチケット、栄養について教える給食プログラムにいたるまで、あらゆる社会の場での健康やかからだに関する教育が特徴的だといえよう。^③ 今やコロナ教育の最前線にある保健所は、国民に慢性疾患の予防教育を行い、また教育のための入院、いわゆる教育入院は珍しくない。家計簿や産婦人科患者に必要とされる母子手帳を含む主流の記録管理方法は、多くの患者に必要とされる自己測定に示唆を与えてくれる。二〇〇八年には、厚生労働省がメタボリックシンドローム(糖尿病、

心血管疾患、脳卒中のリスク上昇に関連する一連の症状)のスクリーニング・プログラムを施行しており、健康管理のみならず、人々の意識の向上と「生活習慣改善」を推進している。

健康をめぐる交流は、日本の社会生活の至るところで生じている。^④ こうした現象は、「生物医療化」(biomedicalization) というよりも、むしろ「生物社会化」(bio-sociality) とする方がより適切かもしれない。生物医学が行き過ぎた領域も確かにあるが、この研究では、個人に健康と健やかさの責任転嫁をするアメリカ型に限界があることをも浮き彫りにしている。本書は、国際的にはほとんど知られていないシステムとはいえ、グローバルヘルスにおいて益々重要となりつつある日本の医療を知る手がかりを提供してくれる。

注

- (1) ホワイトマーシュ、二〇一三年
- (2) ベンソン、キルシュ、二〇一〇年
- (3) ボロヴォイ、ロベルト、二〇一五年
- (4) ボロヴォイ、二〇一七年

参考文献

- Benson and Kirsch 2010
Benson, Peter, and Stuart Kirsch. "Capitalism and the Politics of Resignation."
Current Anthropology 51:4 (2010), pp. 459-486.

Borovoy 2017

Borovoy, Amy. "Japan's Public Health Paradigm: Governmentality and the Containment of Harmful Behavior." *Medical Anthropology* 36:1 (2017), pp. 32–46.

Borovoy and Roberto 2015

Borovoy, Amy, and Christina Roberto. "Japanese and American Public Health Approaches to Preventing Population Weight Gain: A Role for Paternalism?" with Christina Roberto. *Social Science & Medicine* 143 (2015), pp. 62–70.

Whitmarsh 2013

Whitmarsh, Ian. "The Ascetic Subject of Compliance: The Turn to Chronic Diseases in Global Health." In *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, eds. J. Biehl and A. Petyrna. Princeton University Press, 2013, pp. 302–324.

(翻訳：片岡真伊 (東京大学東アジア藝文書院特任研究員))
* 本稿は *Japan Review* 35 (2020) に掲載された英文テキストの日本語訳である。