

Nara Women's University

「アトピー」をめぐる社会問題の構築と近代医療批判

メタデータ	言語: 出版者: 佐藤令奈 公開日: 2013-10-24 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 佐藤, 令奈 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10935/3497

「アトピー」をめぐる社会問題の構築と近代医療批判

2013 年

奈良女子大学大学院 人間文化研究科
博士後期課程 社会生活環境学専攻

佐藤 令奈

— 目 次 —

序章	1
1 はじめに	
2 アトピー性皮膚炎をめぐる先行研究と本論の目的	
3 本論の構成	
4 本論の基本的視座	
4.1 社会問題の構築主義アプローチ	
4.2 言説分析	
4.3 インサイダー・パースペクティブ	
第1章:アトピー性皮膚炎治療と近代医学・医療	15
1 はじめに	
2 近代医学・医療の基本的視座——生物医学モデルの成立と発展	
3 近代医学・医療の社会への適用	
3.1 国家医学としての発達	
3.2 都市医学としての発達	
3.3 労働者の医学としての発達	
4 近代日本の保健医療制度の形成	
4.1 保健医療体制の基軸：医育行政と衛生行政	
4.2 貧困労働者層への医療保障と健康保険	
4.3 戦後日本の保健医療制度	
5 近代医学・医療言説におけるアトピー性皮膚炎	
5.1 アトピー性皮膚炎の定義とその性質	
5.2 アトピー性皮膚炎の診断とその性質	
5.3 アトピー性皮膚炎の治療とその性質	
第2章:近代医学・医療への批判とアトピー性皮膚炎治療	31
1 はじめに	
2 近代医学・医療への批判	
2.1 生物医学モデルをめぐる	
2.2 医師—患者関係をめぐって	
2.3 医療化社会をめぐる	
3 近代医学・医療批判に伴うアトピー性皮膚炎治療をめぐる課題	

第3章:「アトピー」をめぐる社会問題の構築と言説分析の概要	45
1 社会問題としての「アトピー」史概観	
2 アトピーの社会史におけるマスメディアの役割	
3 分析枠組と資料の概要	
4 分析結果の概要	
第4章:アトピー性皮膚炎をめぐる言説(1)——近代性批判としての「アトピー」	55
1 〈文明病〉言説	
2 アトピー性皮膚炎の増加と疾病イメージの変容	
3 〈文明病〉言説に基づく治療と生活の医療化	
4 母親たちの対処実践とそれに伴う苦悩と困難	
5 通底する〈文明病〉言説	
第5章:アトピー性皮膚炎をめぐる言説(2)——近代医療批判としての「アトピー」	67
1 〈ステロイド批判〉言説の成立	
2 〈ステロイド批判〉言説における2つの論点	
3 ステロイド治療からの離脱	
4 病者の苦悩と「病の語り」	
5 近代医療批判としての「アトピー」	
第6章:アトピー性皮膚炎をめぐる言説(3)——近代医学・医療からのまきかえし	81
1 〈ステロイド標準化〉言説の成立	
2 「アトピービジネス」とそのレトリック	
3 「病の経験」の変化と社会問題化の終息	
4 まきかえしの成功とその意味	
第7章:アトピー性皮膚炎病者の対処実践と社会問題の構築の意義——病者の手記の分析から	93
1 はじめに	
2 手記分析の枠組と方法	
3 アトピー性皮膚炎病者の対処実践の選択過程	
2-1 実践する／しないの選択	
2-2 中止する／継続するという選択	
4 病者の対処実践の特徴と近代医学・医療の位置	
5 「アトピー」をめぐる社会問題の構築の意義	

終章	107
1 本論の総括	
2 主体的病者のため実現のために	
3 本論の学術的展開可能性——今後の課題として	
図表	115
参考文献一覧	121
既発表論文一覧	129

序章

1 はじめに

アトピー性皮膚炎は、日本皮膚科学会によって以下のように定義される慢性の皮膚疾患である。

表皮、なかでも角層の異常に起因する皮膚の乾燥とバリアー機能異常という皮膚の生理学的異常を伴い、多彩な非特異的刺激性反応および特異的アレルギー反応が関与して生じる、慢性に経過する炎症と痒疹をその病態とする湿疹。皮膚炎群の一疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。(日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会 2009; 日本皮膚科学会 1994)

独特のかゆみと、皮膚という可視性の高い部位の症状が、慢性的に生じる点、遺伝的形質の関与が疑われる点に特徴づけられている。

近年の日本社会においては、全国平均で4ヵ月児12.8%、1歳半児9.8%、3歳児13.2%、小学1年生11.8%、小学6年生10.6%、大学生8.2%(山本 2003)、成人では20代6.8%、30代6.8%、40代5.7%、50+60代2.4%(佐伯 2008)が症状を持っているとの調査報告があり(図 0-1)、子どもから大人までの幅広い年齢層で、全体としてみれば約10人に1人がアトピー性皮膚炎であるということになる。アトピー性皮膚炎は、日本社会に生きる者にとって極めて遭遇する頻度の高い疾病となっている。

また、世界的な状況としては、Williamsらが世界56の国と地域で6~7歳児および13~14歳児のアトピー性皮膚炎有病率調査を実施している(Williams *et al.* 1999)。その結果、15%以上の有病率を示す地域がアフリカ都市部、バルト三国、オーストラリア、5%以下の有病率の低い地域が中国、東ヨーロッパ、中央アジアであった。Williamsらは、中国から中央アジアを通して東ヨーロッパに至り、ヨーロッパ南部に向かう有病率の低い帯状の地帯が広がっていること、有病率が高いのは、スカンジナビア各国、イギリス、日本、オーストラリア、ニュージーランドといった先進各国であることを指摘している(表 0-2)。

日本社会においてアトピー¹は、1980~90年代において社会的な“問題”として取り上

¹ 以下、本文中ではアトピー性皮膚炎を「アトピー」と略す。ただし、医学用語としての「アトピー性皮膚炎 (Atopic dermatitis/eczema)」を示す場合は、「アトピー性皮膚炎」を略さずに用いるものとする。なぜなら、我われが一般に「アトピー」と呼称する場合には、医学用語としての「アトピー性皮膚炎」が指し示す身体症状としてだけではなく、社会的文化的な意味——たとえば、「赤ら顔の人」「食事や行動に制限や配慮が必要な人」——を含め込んだ「アトピー」として用いているからである(作道 1993)。よって本論では、身体的社会的文化的な意味の総合として用いる場合には「アトピー」、医学的に身体症状のみを指し示す場合には「アトピー性皮膚炎」を用いていく。ただしこの区別は、「アトピー」を誰が用いるかによって規定されるものではない。医療者が用いたからといって必ずしも医学用語としての身体症状しか示さないわけではないし、病者が用いたからといって必ず社

げられてきた歴史を持つ。1980年代初頭から半ばころから徐々に社会一般として実感されるようになった、アトピー病者²の増加や病像の変化、既存治療の有効性をめぐる疑念、療養過程の日常生活への浸食とケアの課題、といったトピックが次々と挙げられ、病者と家族、医療、社会、文化等、様々な観点からのアトピーの問題化と、アトピーに対する社会一般の理解と対策への要請とがなされてきた。問題提起は、病者やその家族、あるいは医療者、あるいは市民活動家らによって行われた。それらをつなぎ合わせたのが新聞・雑誌、テレビといったマスメディア、そして1990年代以降急速に普及したインターネットである。それぞれに問題意識を抱えた人びとが、メディアを介して組織化・ネットワーク化されることで、アトピーの社会問題化は1990年代半ばに向けて爆発的な隆盛を見せたのであった。アトピーがこのように社会問題として取り上げられてきた歴史は日本社会に特有である一方、アトピーの有症率の高さが指摘される先進各国においても生じる可能性がある。

当時、筆者は重度のアトピー症状に悩みながら思春期を過ごしていた。アトピーの“治らなさ”に苦悩し将来に悲観的にしかなり得なかった思春期の一重症アトピー病者にとって、社会問題化の動きは、マスメディアを介して様々なアトピーに関する知識をもたらし、他の病者の経験と知恵を共有可能なものとしてくれる、細い光の糸のようなものとして感じられていた。医療に頼るだけでは予後が見通せない中で、自ら試行錯誤することを可能としてくれたからである。また、声を挙げることで、人びとが関心を持ち、考え、アトピーの治療法なり療養法なりが、あるいは治らないとしても将来を悲観しなくてもよいような社会を築いていけるのではないかという、縋るような期待もあった。人びとの英知が結集すればいつかは、という希望があればこそ、ひどいかゆみや痛み、人とはちがう容貌、制限された行動の数々にも耐えられたように思う。

しかし2000年代に入り、アトピーの社会問題化は大きな成果を得ることなく、課題ばか

会的文化的意味が付与されているわけでもない。

² A. Kleinman は、「病い (illness)」と「疾患 (disease)」を以下のように区別している。

病いという言葉は、病者やその家族メンバーや、あるいはより広い社会的ネットワークの人びとが、どのように症状は能力低下 (disability) を認識し、それとともに生活し、それらに反応するのかということを示すものである。病いは、喘鳴とか、腹部の激痛とか、鼻閉とか、あるいは関節の痛みなどのような身体的な過程を監視し続けるという生きられた経験である。(Kleinman 1988=1996: 4)

疾患は治療者の視点から見た問題である。生物医学的モデルの狭義の生物学的用語で言えば、つまり疾患は、生物学的な構造や機能におけるひとつの変化としてののみ再構成されるということである。(同上: 6)

つまり、「病い」とは生活や他者との相互作用の中で経験される疾病の形であり、「疾患」とは治療者の、特に生物医学的モデルを採用する医療者の前で現れる疾病の形である。本論では、でき得る限りこの2つの概念を区別して用いていく。そのため、それぞれに対応する呼称として「病者」「患者」を使い分けていくこととする。

りを残して終息していってしまう。病者の増加や病像の変化の理由が解明されることはなく、既存治療の評価も揺るがず、療養に関しても、食物アレルギーの子どもに対する教育現場での対策は徐々に拡充されてきたものの、その他では十分な支援策が提起されてきたわけではない。10年もの時間をかけて既存の治療法に疑問を投げかけ、新しい治療や療養の形を模索してきた病者らにとって、それは大きな失望であった。社会問題化の波に乗って近代医学・医療³と決別してしまった病者たちはどうすればよいのか。そして、この10年の取り組みは無駄であったのか。

本論の出発点はまさに、アトピーの社会問題化は人びとに何を遺したのか、という問いである。筆者自身の社会問題化終息後の生活を振り返ってみると、当初はどうしていいのかわからずに、既存の薬物療法や民間療法、最後には「何もしない」という選択まで、振り子のように右往左往していた。しかし次第に、自分の生活と体調との間で上手に綱渡りをしながら、ときに消極的にはあれ医療の助けを借りながら、生きてきたように思う。そうした生き方は、社会問題化がなくても、社会問題化の只中でも、できなかったのではないか。であるとすれば社会問題化の経験は、我われにアトピーという病と向き合いながら生きていくための何かを遺してくれているはずである。

そこで本論は、アトピーが社会問題化されたことが現在の我われ日本社会を生きる者に対してどのような影響を遺したのかを検討してみたい。アトピーの社会問題化の影響の検討とはすなわち、アトピーが日本社会においてどのように問題として構築され、それはどのような特徴を持っているのか、他の社会問題の構築とどのような差異があるのか、そしてアトピーが社会問題として構築された結果として、我われの近代医学・医療への態度がどのように変化したのか、といったことを検討することである。

アトピーは、死には至らなくても日々の生活を脅かす慢性の病である。現代とは慢性の病の時代であり、社会として慢性の病にどのような態度をとるべきかが検討される時代である。このような時代にあって、アトピーが社会問題として構築される過程およびその影響の検討は、現代日本社会が、特にその保健医療領域⁴が、慢性の病に対してどのような態度

³ 佐藤純一は、「医学」を「病気を認知し、原因を同定・追究し、対処方法を提示する理論体系」、「医療」を「その社会の『病い・治療・健康』などをめぐる社会的文化的事象（行為）の中で、何らかの形で、社会的に形式化（慣習化・制度化）された営為」と定義する。

（佐藤 1995: 4-7）。医学と医療の関係は、「医療は幅広い治療的实践であり、医学はその行為を遂行するために組織化された知識体系」と位置づけられるのが、この2つは不可分であると同時に互いに齟齬や矛盾をきたすこともある。この不可分性と独立性との双方を視野に入れ、本論では「医学・医療」という表記を用いる。ただし、厳密に知識体系のみ、実践体系のみ、を指す場合にはこの限りではない。

⁴ 人びとが健康保持や病の問題に対処しようとするとき、人びとの行為に関わる社会的な要素は、社会制度としての保健医療制度だけでなく、文化的歴史的に存在するたとえば信仰や呪術的な価値観や対処の体系といったものもある。これらを総体的に表すために、本論では、人びとの健康保持や病の問題への対処に関わる社会的文化的側面の総体として社会の「保健医療領域」の語を用いていくことにする。

を示していけばよいのか、どのような態度を人びとが望んでいるのかを検討する一つの重要な事例だといえよう。アトピーは、様々な要因が重なり合い、病者や家族といった「病の経験」の当事者たち⁵の小さな声が共鳴し合って、日本社会において社会問題を構築することができた一例である。この事例を通じて、当事者たちが個人に分断され、アトピーをめぐる人びとが経験したような組織化・ネットワーク化ができない、あるいはできても限局的なものとなってしまっている多くの慢性の病を理解するための道を拓くことができるかもしれない。また、アトピーが社会問題として構築されていく過程における近代医療批判のまなざしを捉えることで、近代医学・医療と社会の関わりがいかなるものであるかを検証するという医療社会学にとっての重要な課題の一端を担うことにもなる。

2 アトピー性皮膚炎をめぐる先行研究と本論の目的

アトピーをめぐる日本社会での経験は、すでに社会学・人類学・心理学等の領域で研究対象とされてきている。ここでは、(a)治療法選択の過程とそれを規定する価値観（作道 1994; 横山 2005; 2008; 大日 2008; 牛山 2011）、(b)病者の苦悩とそれへの対処実践（高木・山口 1998; 作道 2003; 余語 2003; 2004; 和田 2007）、(c)現代社会における「アトピー」の意味（作道 1993; 2002）の3つの研究群に区分して整理する。

(a)の治療法選択の過程とそれを規定する価値観についての研究群は、アトピーをめぐる経験のうち“治療”に焦点を当て、病者やその家族（特に母親）の選択がどのように行われ、またその選択を支える価値基準が何であるかを明らかにするものである。補完・代替医療の選択をめぐる（作道 1994; 横山 2005）、近代医療の受容をめぐる（横山 2008）、近代医療と補完・代替医療の間での選択をめぐる（大日 2008）、そして、治療やその目的である治癒をめぐる（牛山 2011）、病者やその家族の選択過程や価値基準を論じている。牛山（2011）を除いては病児の母親の経験に焦点が当てられていることが特徴でもある。

(b)の病者の苦悩とそれへの対処実践の研究群は、主にアトピー病者へのインタビューや参与観察、体験記等の「語り」⁶データを用いて、病者が抱える困難や苦悩、それへの対処

⁵ 注2でも触れたように、Kleinmanは「病い」を「病者やその家族メンバーや、あるいはより広い社会的ネットワークの人びとが、どのように症状は能力低下（disability）を認識し、それとともに生活し、それらに反応するのかということを示すものである」（Kleinman 1988=1996: 4）と述べている。病むことの経験は、症状をその身体に有する当人だけに生じるものではない。病者当人だけでなく、その家族や友人、職場の同僚といった周囲の人びとにも、たとえば衣食住への配慮や苦悩の聞き役、困難を共に解決していくといった経験をもたらす。そのような経験は、当然病者当人の経験とは異なるにせよ、「病いの経験」と呼ぶにふさわしいものとする。

⁶ 医療社会学における病者の「語り」への注目は、1970年代頃から出現した「病の経験」

がどのように行われているのか、どのように語られるのかを明らかにするものである。病児の母親の困難と苦悩をめぐって(作道 2003)、成人病者の困難と苦悩をめぐって(高木・山口 1998; 余語 2003; 2004; 和田 2007) とに大別できる。成人病者の困難と苦悩をめぐっては、セルフヘルプグループにおける語りとその効果に注目したもの(高木・山口 1998; 和田 2007) とインターネット上での語りに注目したものがある(余語 2003; 2004) が、和田(2007) が取り上げるセルフヘルプグループとはインターネット上で結成されたものが現実社会での会合に発展したもので、余語(2003; 2004) と合わせて、成人病者を取り巻くインターネット環境の影響が示唆される。

(c)の現代社会における「アトピー」の意味の研究群は、アトピーをめぐるさまざまな情報がマスメディアを通じて病者らに供給されてきたことを背景として、マスメディアが「アトピー」やそれをめぐってどのような言説構築を行っているのか、そしてその言説構築が病者らの対処実践をどのようなものとしているかを明らかにするものである。作道(1993; 2002) は、いずれも朝日新聞の1990年代初頭までの新聞記事を用いてマスメディア上でのアトピー言説の展開を明らかにしている。

先行研究においてアトピーをめぐる社会問題の構築は、病者の行為選択の背景や病者を理解するための土台として位置づけられている。(a)においては近代医学・医療がアトピー治療の中心に据えるステロイド外用剤をめぐるマスメディアの介在が、病者に治療法選択の困難を押しつけ、治療法選択をめぐって日本社会に特異的な状況を作り出していることが指摘される。また(b)においては、病者の困難や苦悩の経験、治療法選択といった実践を理解しようとするときに、病者を取り巻く社会的・文化的文脈を捉える必要がある、との視点から、社会問題としての構築過程へ関心が向けられる。作道による(c)の研究群はこのような関心に立脚し、病者の社会的・文化的背景としてのアトピー言説に着目するのである。

アトピーをめぐる社会問題の構築の意義を明らかにしようとする本論の関心は、(c)の研究群の延長に属しているといえる。しかし、先行研究がアトピー病者らの行為実践等の背景としてのみ社会問題としてのアトピーを捉えるのに対して、本論の関心は、日本社会の、特に保健医療の領域にとって、アトピーをめぐる社会問題の構築はどのような意義を持つのかを検討することにある。アトピーをめぐる社会問題の構築は、その社会運動的な性格によっても特徴づけることができる。アトピーをめぐる運動的活動が主張を展開する範囲

研究(Conrad 1987; 2-4)を背景に、医療人類学者 A. Kleinman の『病いの語り』(Kleinman 1988=1996) を直接の契機として発展してきたように思われる。日本国内の研究動向においては、2000年代におけるライフストーリー研究(桜井 2002 など) への注目と時期的に重なることによって、病者の「語り」が注目されるようになった。

Kleinman は「病の語り」を聞き取ることを通じて、医師と患者の視点の違いを浮き彫りにし、また「語り」を通じて初めて、その患者にとっての病の意味をとらえることが可能になると述べる。蘭は、この Kleinman の記述に基づいて、病の語りを聞き取ることが、病者の存在を肯定的に受容し、病者をエンパワメントすることになると述べている(蘭 2004)。

は、我が国の病者支援の仕組みや医学・医療言説、社会的文化的な価値観にまで及んでいる。運動的活動の関心は、アトピーを出発点としながらも必ずしもアトピーに留まるものではなく、慢性の病、薬害問題、環境問題等との関連を保ち、アトピーを「我われの問題」として提起することで日本社会に対して変化を要求する。アトピーをめぐる社会問題の構築の意義を明らかにしようとするとき、それを病者の行為実践の背景としてのみとらえていたのでは、なぜ人びとがアトピーをそのような社会問題として構築しようとしてきたのか、それはどのような意義を持つのか、という部分は切り捨てられてしまうのではないか。アトピーをめぐる社会問題の構築は、日本社会の保健医療の領域、すなわち保健医療制度や健康や病をめぐる価値観といった文脈の中で論じられる必要がある。この点で本論は、アトピーに対して行為論的関心だけではなく、社会変動論的関心も合わせ持っているといえることができる。

以上のような関心に基づいて、本論ではアトピーをめぐる社会問題の構築の意義を明らかにすることを目的とする。この目的のために、2つの分析対象を設定した。アトピーをめぐる社会問題の構築過程と、それを背景とした病者の対処実践である。

アトピーをめぐる社会問題の構築過程の分析からは、誰が、どのような観点から、どのような方法でアトピーを社会問題として構築していったか、を明らかにすることができる。なぜアトピーは問題なのか、誰にとっての問題なのか、その問題性を解決するためにどのような方法が提案されているのか、といったことを社会問題の構築過程を通じて検討していくことで、アトピーという病の特徴や他の社会問題との差異が明らかとなるだろう。こうした特徴や差異は、アトピーがなぜ社会問題として提起されねばならなかったのか、アトピーが社会問題として構築されたことによって社会に対してどのような問題提起が可能となったのか、を我われが理解することを可能にするはずである。

次に、社会問題としてのアトピーの構築を背景とする病者の病への対処実践の分析からは、アトピーを社会問題として構築し、あるいは構築されていく過程を目撃することが、病者の病への対処実践に対してどのような変化をもたらしたのか、を明らかにすることができる。すでに先行研究が述べてきたように、病者らの病の認知・治療・対応を方向づけるうえで、彼／彼女らの価値観やそれを取り巻く社会的文化的環境の重みは計り知れない（作道 1994）。それゆえ、アトピーをめぐる社会問題の構築過程を経験することは、病者の病への対処実践に何らかの影響を及ぼしていることが容易に推測され、病者の対処実践の変化を捉えることによって、遡及的に社会問題の構築の意義を問うことが可能となる。

したがって本論の目的は、(1)アトピーをめぐる社会問題の構築過程を明らかにすること、(2)アトピーをめぐる社会問題の構築過程の経験を背景とした、アトピー病者の病への対処実践を明らかにすること、(3)以上2点を踏まえて、アトピーをめぐる社会問題の構築過程の日本社会の保健医療領域に対する現在の意義を検討すること、となる。

3 本論の構成

以上の目的から、本論は以下のように構成される。

まず第1章と第2章では、日本社会において保健医療領域がどのような視座と制度によって成り立っているのか、アトピーをどのように扱っているのか、「アトピー」をめぐる社会問題が構築される時、その問題化の標的となる社会的・文化的環境について検討する。第1章では、近現代日本の保健医療体制を理解するために、その基盤となっている西洋近代医学・医療について、その発展史の概略とその中で獲得されてきた基本的性質を明らかにし、その上で日本の保健医療制度史の概略を述べる。そして、そこで明らかにされる近代医学・医療の下でアトピー性皮膚炎がどのような疾病として理解され、どのようなアプローチがなされているのかを検討する。第2章では、近現代日本社会に制度的に埋め込まれた近代医学・医療に対して20世紀中葉以降展開されてきた諸批判を整理し、また感染症中心から慢性の病へという疾病構造の転換との関連の中で新たに構想された近代医学・医療がどのようなものかを明らかにする。そして、そうした近現代日本の保健医療領域の中で、アトピー病者はどのような対処実践を採るよう方向づけられているのか、そこにはどのような問題性が内包されているのか、を検討する。

第3章から6章では、「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程を、マスメディア言説の分析から明らかにする。第3章ではまず、アトピーをめぐる社会史の概括を通じて、「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程がどのような歴史的経緯の中で営まれてきたのかを明らかにすると共に、マスメディア言説分析の方法と分析結果の概要とを示す。その上で、第4章から6章では、マスメディア言説分析の結果として得られたアトピーをめぐる3つの言説について、それぞれ検討していく。第4章では、1980年代に立ち上がり、その後のアトピー言説に通底していく〈文明病〉言説を示し、〈文明病〉言説が近代性批判を含意していることを述べる。第5章では、1990年代初頭に立ち上がってくる〈ステロイド批判〉言説を示し、その含意としての近代医学・医療批判について述べる。第6章では、〈ステロイド批判〉言説に対する近代医学・医療の立場からのまきかえしである〈ステロイド標準化〉言説を示す。〈ステロイド標準化〉言説の登場によってアトピーをめぐる社会問題の構築は終息に向かうのだが、それを可能なものとした社会問題の構築過程の文脈について論述する。また、アトピー病者を取り巻く現在の状況についても考察する。

続く第7章では、「アトピー」をめぐる社会問題の構築を経る中で病者が獲得してきた病への対処実践と、その社会的・文化的意義を検討する。分析にはアトピー病者の手記を用いることとする。病者の具体的実践を通じて、病者の近代医学・医療への態度や日本の保健医療体制への評価、疾病と健康をめぐる価値観等を明らかにしていくことができるだろう。

最後に、本論の議論を総括した後、アトピー病者の実践を通じて浮かび上がる疾病や健康をめぐる価値観やそれに基づいた対処実践を、日本社会全体として可能なものとしてい

くために必要な社会的・文化的環境と、その中で近代医学・医療が何を担うことができるのか、といった点について若干の考察を加え、今後の研究課題を明らかにしたい。

4 本論の基本的視座

本論の分析・考察は、以下の3つの基本的視座から進められる。すなわち、(1)社会問題の構築主義アプローチ、(2)M. フーコーを端緒とする言説分析、(3)病の経験研究におけるインサイダー・パースペクティブ、の3点である。どのような観点からこれらの視座が取られるのか、それによる可能性と限界とについて、以下で概要を示す。

4.1 社会問題の構築主義アプローチ

まず1点目として、何を“社会問題”と捉えるのかについての視座として、社会問題の構築主義アプローチを挙げる。これは、スペクターとキツセ (Spector, M. & J. I. Kitsuse 1977=1990) によって提唱された社会問題研究の方法論である。

スペクターとキツセによれば、それ以前の社会問題研究は、“社会問題”を社会の機能評価や価値規範に基づいて定義してきた。しかしこうした定義は「社会学者が社会の状態を評価するにあたって用いる価値を暗黙のうちに反映している」のであり、社会学者が実は「科学の外見をとって」偽装した道徳的改良家に過ぎないことをスペクターとキツセは批判している (Spector, M. & J. I. Kitsuse 1977=1990: 59)。こうした社会学者の恣意的判断による“社会問題”の定義を回避する方法としてスペクターとキツセが次に注目したのが「ある状態を社会問題とする定義は、社会のメンバーによってなされる」とする価値葛藤学派であるが、価値葛藤学派もまた、ある社会集団がある価値や規範を「もっている」という規範的合意を前提とするために、その状態を判断する社会学者の恣意性を排除できない(中河 1999: 16)。

そこで提案されたのが、人びとが社会生活の中で積極的に“社会問題”を定義する活動を研究の対象とする社会問題の構築主義アプローチであった。「社会問題とは、人びとがそれが社会問題だと考えるところのものである」(Spector, M. & J. I. Kitsuse 1977=1990: 115)。このアプローチにおいて社会問題は、「クレーム申し立て活動」と呼ばれる言語行為の連鎖や、そこで用いられる「社会問題のカテゴリー」の変遷として観察されることになる。

スペクターとキツセは、「クレームの申し立ては、つねに相互作用の一形式である」と述べる (Spector, M. & J. I. Kitsuse 1977=1990: 123)。クレームを申し立てる者から申し立てられる者に向けた、ある状態を“問題”とみなし、何かをせよという要求であり、その要求に対してどのような応答がなされるにせよ、応答する／しないの選択を含めた相互作用が生じることになる。草柳 (2004) は、この相互作用が、クレームの申し立て者によるある

状態を“問題”とみなす定義づけと、クレーム申し立て実践がクレームの受け手に「クレーム申し立て活動」だと定義づけられるという二重のリアリティ定義によって構成されると述べる。クレーム申し立ては、申し立て者のリアリティ定義の実践であると同時に、そのリアリティ定義を相互行為の中で提示し維持し続けるという実践である。その点で、クレーム申し立ては、クレームの申し立て者と受け手のリアリティ定義の競合だということができる（草柳 2004: 12）。

クレーム申し立て活動の展開過程を、スペクターとキツセは、「社会問題の一続きの糸」と呼んで展開の継起性を指摘している（Spector, M. & J. I. Kitsuse 1977=1990: 197-8）。社会問題をめぐる人びとの活動の過程は、「告発、抗議、非難といったクレーム申し立てや、支持の表明、反論、反論に対する再反論、調査の要求、解決策の提案やその採択といったさまざまな『社会問題』の差し手（move）の連鎖」（中河 1999:34）である。これらの差し手は主に言語行為として捉えられることになる。したがって、社会問題の構築主義アプローチは、クレームの申し立て者とその受け手のリアリティ定義の応酬を、言語行為に注目することで捕捉し、分析していく方法であるといえる。人びとの言語行為の連鎖から浮かび上がる社会問題のカテゴリーの変遷や差し手間の関係性は、この社会の多様なリアリティ定義とその競合の様相を描き出してくれるだろう。

このような視座から本論は、アトピーをめぐる社会問題の構築過程を、アトピーをめぐる言語行為に注目し、クレーム申し立ての差し手の連鎖を捉えていく。そして、その言語行為の連鎖の中から、アトピーをめぐる人びとの多様なリアリティ定義と、リアリティ定義の競合とを描き出していきたい。

4.2 言説分析

では、言語行為をどのような水準で切り出し、検討していけばよいのだろうか。中河は、対象の範囲（タイムスパン）をどう絞るかによって、以下の4つの経験的探求の水準が設定できると述べている。

- (1)一続きの〈ここ - いま〉の切片（スライス）の中での問題をめぐる語りを会話分析や言説分析の手法にならって解析する、
- (2)問題に関わる特定の制度的場面をエスノグラフィ（民族誌）の方法で調査する、
- (3)特定の問題とその解決をめぐる複数の場면을横断する問題過程をスペクターとキツセ流のやり方で追跡する、
- (4)社会問題をめぐる集合表象の歴史を言説史のアプローチに依拠して調べる（中河 1999: 40）

これら4つの水準のうち、本論が採用するのは第4の水準である。この水準を中河は、「人びとの定義と分類の歴史」の研究と呼び、「特定の社会問題のカテゴリーと意味づけがいつごろどのようにして普及し、どのように変化し、あるいは消滅していったかを、その

『問題』の“地”となる他のカテゴリーの布置連関の変容と関連づけてみていく」ものだと説明する(中河 1999: 42)。つまり、この方法を採用することによって、「アトピー」をめぐるどのような意味づけと問題提起がいつごろ生じてきたのかという、「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程の大きな潮流を明らかにしていくことが可能となる。近現代日本の保健医療体制への人びとの態度の変容を捉えるという観点からも、このような長いタイムスパンを捉えるような視座が必要となると思われる。

中河は、この水準の研究について「哲学者フーコーの言説史アプローチと構築主義とをクロスオーバーさせた研究」(前掲)とも述べている。そこで本論では、この水準の研究を遂行するに当たって M. フーコーの言説分析の手法を採用する。

フーコーが『知の考古学』(Foucault 1969=2012)において立ち上げた言説分析とは、端的にいえば、多様な言表行為をいかに切り分け一定の統一体として捉えるか、という課題に対する方法論である。そこで打ち立てられるのは、「このような言表が出現した、しかも、他のいかなる言表もその代わりには出現しなかったのは、どのようなわけなのか？」(Foucault 1968=1999: 112-3)という問いであり、言い換えれば「ある時代において、ある言説が支配的になるのはなぜか、その問いを言説というデータに即しながら、解明することが、言説分析だということになる」(友枝 2006: 236)。

フーコーは、言表行為の対象が共通していること、やり方に一定の様態が認められること、一定の諸概念のシステムが共通して見出されること、同一のテーマ系に属していること、といった規則性を定めることができるときに、そこでは言説が形成されていると断じることができる(と述べる (Foucault 1969=2012: 64-77; 赤川 1999: 30-1)。しかし一方で、伝統や発達、進化、精神などといった観念や、科学や文学などのジャンル、カテゴリー、書物や作品、作者などによる切り分け方を宙づりにする必要がある、とも述べている (Foucault 1969=2012: 43-50)。したがって言説分析とは、従来の歴史的記述の編成方法や作者などの帰属を離れ、ただ言表と言表を結びつけるなんらかの規則性に立ち返ることによって言表を再構成し、その規則性を通じて、ある言説がある時代において支配的であり得る要因を明らかにしていくものなのである。

「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程の分析に言説分析の視座を採り入れる背景には、医療者が描き、あるいは病者や市民運動家らが描いてきた、「アトピー問題」の既存の歴史認識(竹原 1999 など)に対する疑念がある。これらの歴史認識は、それぞれの立場からの利害関係に支配されてはいまいか。そうではなく、そのような従来の価値を一旦離れてアトピーをめぐる諸言表を再構成することで、「アトピー」をめぐる社会問題の構築がどのような過程を経、なぜそのような過程を経ることになったのか、これまで為されてきたものとは異なる理解が可能になるはずである。

4.3 インサイダー・パースペクティブ

従来の「アトピー」の社会史を宙づりにして本論が描き出したいのは、病者のインサイダー・パースペクティブからの「アトピー」の経験である。

医療社会学の領域では、1970年代半ば以降、「病の経験」を対象とする研究群が発展してきた。P. Conradはその特徴の一つとして、病をそれと共に生きる病者の主観的経験を通じて理解しようとするインサイダー・パースペクティブを挙げている（Conrad 1987: 2）。それ以前の医療社会学は、病それ自体を対象とする医療者の視角に立っており、病者の主観的経験は粗略に扱われてきた。インサイダー・パースペクティブが登場してきた背景としてConradは、現代社会の疾病構造の変化、医療における「全人的医療」への注視、医療社会学がシンボリック相互作用論やシカゴ学派の影響を受けながら医療組織の内部から外側へと関心を移してきたこと、そして障害者運動に関連して障害と共に生きることに伴う問題が認知されてきたこと、を指摘している。

本論がインサイダー・パースペクティブを採るに当たって、ここでは三つの理由を挙げておきたい。

第一に、アトピーが慢性の病であることである。インサイダー・パースペクティブが発展してきた背景にまず慢性の病の増加があることから、慢性の病をめぐる医学・医療を考えるためにこの視座が必要とされてきたことが理解される。本論はこの系譜を受け継ぎ、病者のインサイダー・パースペクティブから「アトピー」をめぐる社会問題の構築の理解を進めていきたい。

次に、「アトピー」をめぐる社会問題の構築が、従来の医学・医療がアトピーによって生じる病の問題を解決できないことに根差しているということである。従来の医学・医療の外側に生じた問題関心を医学・医療の内側から捉えようとするならば、再び病者の主観的経験の軽視に立ち返ることになる。「アトピー」をめぐる社会問題の構築がどのような関心を抱えて立ち上がってきたのかを捉えようとするならば、それは従来の近代医学・医療の外側、病者の主観的経験に寄り添う視座からでなければならない。そのために本論は、日本社会に生きるアトピー病者の視座から言説空間を設定し、社会問題としての「アトピー」がどのように構築されてきたのかを検討していく。病者が日本社会において「アトピー」をどのように捉えることが可能だったのか、その中からどのような実践が選択されてきたのか、を明らかにしていくことが、「アトピー」をめぐる社会問題の構築の現在的意義を明らかにすることなのである。

最後に、筆者の個人的履歴との関係を挙げておく。アトピーが社会問題として取り上げられてきた1990年代を、筆者は10代の重症アトピー病者として過ごしてきた。激しいかゆみと痛みを抱え、容姿の変貌を嘆き、大量の服薬が日課であった。学校での生活では周囲の無理解を感じ、通院という時間的制約もあって孤独な時間を過ごすことが多かった。各種メディアを介して得るアトピーに関する言説が、社会のアトピーやアトピー病者に対

するまなざしを伝えてくれる重要な存在だったのである。そのような感覚が、病者の主観的経験として特殊なものであったとは思われない。当時も、また現在においても、個々に生きるアトピー病者にとっての社会とはそのような視界において構成されているのではないか。そのような病者の主観的経験の視座に立つとき、マスメディア言説の分析による「アトピー」の社会問題の構築過程と、その過程を経験した病者の対処実践を明らかにするという本論の目的の意義と妥当性は明らかであるように思われる。

第 1 章

アトピー性皮膚炎治療と近代医学・医療

1 はじめに

本章の目的は、現在の日本社会においてアトピーが、どのような疾病として人びとに認識され、どのような対処が行われているのか、その特徴を把握することにある。

人びとが身体に不調を感じたときにとる行動は、自身や家族の判断による休養や売薬の服用に始まり、それでも回復しないときには診療所／病院を受診する、というのが日本社会における一般的なものであるだろう。あるいは民間療法を受けたり、お祓い等の宗教的な方法に頼ったりすることもあるかもしれない。しかし、日本社会においては明治維新による政治体制改革以降近代西洋医学・医療に基づいて保健医療体制が整備され、長くその絶対的優位性の下で人びとは不調に対する対処行動を選択してきた。そのため、人びとの疾病理解や対処選択には近代医学・医療の影響が強く刻み込まれている。たとえば、病者視線からアトピーを描こうとしたとき、そのアトピー理解の原点には、アレルギーの機序であったり、日本皮膚科学会が定める医学・医療言説としてのアトピー性皮膚炎定義であったりや置かれてしまう（アトピッズ地球の子ネットワーク 2010; 安藤 2008）。近代医学・医療に対して批判的（必ずしも“否定的”ではないことは特に断っておく）まなざしを向けていても、アトピーがいかなる疾病であるかを説明するために近代医学・医療の言説に依拠してしまうところに、いかに日本社会において近代医学・医療が人びとの健康や疾病の理解の深いところに刻み込まれているかを見て取ることができる。それゆえ、近代医学・医療がアトピー性皮膚炎をどのように捉え、どのように治療しようとするか、は、人びとがどのようなものをアトピーと捉え、それに対してどのように対処行動を選択するか、に強い影響力を持つと考えられる。

したがって、現代日本社会においてアトピーがどのような疾病として認識され、どのような対処が取られているのか、を理解するためにはまず、近代医学・医療においてアトピー性皮膚炎がどのように描出されているかを把握しておく必要があるだろう。

以下では、まず近代医学・医療の成立・発展史を概括しながら、その基本的視座である生物学モデルがどのようなものであるかについて述べる（2節）。次に、近代医学・医療が近代社会に適用されていく中でどのような意味を持つようになったのかを、ドイツ、フランス、イギリスの例から検討し（3節）、近現代日本における近代医学・医療の導入・展開の実際を明らかにする（4節）。現代日本社会における近代医学・医療の適用状況を把握した上で、最後に、日本の医学・医療言説におけるアトピー性皮膚炎を検討し、その特徴を明らかにしたい（5節）。

2 近代医学・医療の基本的視座——生物学モデルの成立と発展

医に関する体系的知識の形成は、古代ギリシャに始まった（Dixon 1978=1981: 9）。四元

素（水・空気・火・土）・四大性質（乾・熱・湿・冷）の考え方によるイオニア哲学を背景に、ヒポクラテス（紀元前 460～375 年頃）は「体は体液の乱れを正常にしようとする。それは内なる熱の働きであり、誤って混和した、あるいは生の体液をそれが調理する」（梶田 2003: 59）という体液病理学を唱え、自然的経過を経て治癒すると考えた。ヒポクラテスによって、イオニアの自然学は生理学・病理学へと発展したといえ、これが自然科学的医学の発祥であった。

時代は下り、マケドニアのアリストテレス（紀元前 384～322 年）は、四大元素・四大性質の組み合わせによる相互転化や動物解剖による組織・器官への理解を通じて、動物（や人間）についての理解に物理学的な考え方を導入した。解剖学は後に固体病理学へとつながってゆき、体液病理学と並んで近代医学・医療の 2 大思潮を形成することになる。

このようにして形成された生理学・病理学、解剖学は、ペルガモンのガレノス（紀元 129 頃～199 年）によってさらに深化され、その後ルネサンスの到来までその形を大きく変えることなく継承されていった。この停滞の時代には、何度かのペストの大流行があり、その中で人びとは流行を抑えるための隔離法を経験的に獲得し、「公衆衛生」の概念を獲得している。

ガレノス以降の医学の発展の停滞に次の動力をもたらしたのは、ルネサンス時代の人間探求への欲求であった。まず、レオナルド・ダ・ヴィンチ（1452～1519）とミケランジェロ（1475～1564）といった芸術家が人体解剖に先鞭をつけた。ガレノス医学は動物解剖から人体構造を推測していたに過ぎない。その一つの大成が、アンドレアス・ベサリウス（1514～64）が著した『人体の構造に関する七つの書（*De humani corporis fabrica*）』である。

またこの時期、フラカストロ（1483～1553）やパラケルスス（1493～1541）らによって、病気の個別化と個々の病気の詳細な観察とが行われるようになった。このような考え方が病理学の発展を拓いたといえよう。ジャン・フェルネル（1499～1558）は、著書『一般医学』を生理学・病理学・治療学の三部で構成した（梶田 2003: 169）。フェルネルの病理学は剖検を手法として取り入れており、解剖学と病理学との結節点において人体および疾病が理解されるようになったのではないかと。

さらに、セルヴェトゥス（1511～53）やウィリアム・ハーヴィ（1578～1657）によって、血液の循環系が明らかにされた。ハーヴィは生理学の創始としての評価を受けている（Dixon 1978=1981: 17; 梶田 2003: 176-80）。

17 世紀になると、物理学や化学を生理学や病理学に適用しようとする試みが現れてくる。物理学・化学と医学の接続は、医学に定量的実験を導入し、消化、代謝、排泄の仕組みや、体液の濃縮・希釈や発酵の疾病との関連を明らかにしていった。

その背景にあったのは、フランシス・ベーコン（1561～1626）の「知は力なり」の思想と、ルネ・デカルト（1596～1650）の動物機械論および心身二元論の影響であろう（梶田 2003: 181-2）。ベーコンの思想は一つの壮大な体系としての科学を志向し、デカルトの思想は物理学・化学的法則性によって動く人体を構想する。特にデカルトの思想は、科学的医

学の身体観を強固に構成する。ここに、人体を一個の機械として捉え、その“故障”によって疾病が生じ“修理”によって治療する、そして心と体を切り離して体のみを対象として見据える、という近代医学・医療の基本的な視点が誕生する。またベーコンの思想は、人間の身体と疾病とをめぐる知識が一つの絶対的な体系を構成し得るという思考を医学に植えつけることになったといえる。

18世紀から19世紀にかけては、解剖学、生理学、病理学が結びつき、科学的実験や観察に基づいて人間の身体と疾病の起源が次々と明らかにされていくことになる。その中に、「病人を見ながら病気を見ない (voir des maladies sans voir des maladies)」と述べて病気を“実体”として捉えたフィリップ・ピネル (1745～1826)、組織学の父とされるザヴィエ・ビシャ (1771～1802)、『実験医学序説』を著したクロード・ベルナル (1813～78)、「すべての細胞は細胞から」と述べて細胞病理学の創始となったルドルフ・ウィルヒョウ (1821～1902) らがいる。それと同時に、伝染病対策に端を発する衛生学の思想が社会的、国家的に活用されていく道が拓かれていった。

疾病に対するもう一つの視点は、古来人びとを悩ませてきた伝染病の経験と、微生物学・細菌学の成立・発展による伝染病の病理の解明による。

『聖書』におけるハンセン病への対応の記録、14世紀ヨーロッパでのペスト大流行における「四十日隔離法」など、人びとは経験的に疾病の伝染と対処に関する知識を蓄積してきていた。その他、天然痘、発疹チフス、梅毒といった流行病は、ある地域に患者が紛れ込むと、それを起点に地域社会全体に病気が広まり、またその地域を閉鎖することでそれ以上の流行を防ぐことが可能だったからである。

ルイ・パスツール (1822～95) は、結晶学、微生物の研究から、ワインやビール製造に微生物が働いており、特定の生化学的活動にはそれぞれに対応した特定微生物の働きがあることを発見した。世界に無数に存在する細菌の中には疾病の原因となるものもあるに違いないと考えたパスツールは病原体の研究を進め、さらに免疫を発見した。さらにロベルト・コッホ (1843～1910) は、炭疽菌の研究から特定の細菌はつねに特定の病気をおこすということを発見した。コッホは疾病の原因となる細菌を特定するための必要条件を定式化し、これは「コッホの条件¹」と呼ばれる。

これらパスツールやコッホによる微生物学・細菌学の発展は、過去人類社会を脅かしてきた伝染病の病因を次々と特定していった。このことが、疾病には特定の病因が存在し、その排除によって疾病は治癒するという特定病因論の概念を、近代医学・医療に根づかせることになったのである。特定病因論はその後、感染症だけでなく代謝異常、遺伝子病、

¹「コッホの条件」と呼ばれる定式は、以下の要件で構成される。(a)ある特定の生物体とその病気のすべての患者に常に認められなければならない。(b)その生物体は純粋培養で分離され、それが継体培養されねばならない。(c)その生物体を受容性のある健康動物に接種したとき、再びそれが病気をおこさせねばならない。(d)その病巣から同じ生物体が純粋培養で再び分離されねばならない (Dixon 1978=1981: 63)。

免疫疾患等の疾病にまで拡張して適用されていく（佐藤 2000: 117-20）。

以上から、近代医学・医療の基本的な視点は次のようにまとめることができるだろう。まず、身体観としての心身二元論と動物機械論。次に疾病観としての還元主義と特定病因論。そして治療観としての技術的介入指向。最後に、科学的医学としての唯一絶対の知識体系としての医学を追究する姿勢を挙げておきたい²。

3 近代医学・医療の社会的適用とその意味

前節では、近代医学・医療の身体観・疾病観が形成される過程を明らかにしたが、それだけで近代医学・医療の確立とするのは尚早である。林と廣野（2002）は生命科学の成立に関して、

生命を研究することの有用性が社会に広く認められ、その研究が社会に一定の地位と役割を占めるようになる（社会化）。さらに、研究および教育の制度が整えられていき（制度化）、国家の支援と一体になって研究が進行するようになる（体制化）。そういった動きもまた、もう一つの面からの生命科学の確立として見る事が可能である。（林・廣野 2002: 20）

と述べ、生命科学の成立には思想的・方法的側面だけでなく、社会的認知と制度化の側面も重要であるとしている。これは、医学・医療の成立についても同様であろう。

M. Foucault は、近代医学・医療の近代社会への適用を、ドイツにおける国家医学としての発達、フランスにおける都市医学としての発達、イギリスにおける労働者の医学としての発達の 3 つの過程に分類して説明している（Foucault 1977=2006）。以下では、この Foucault の論述を概括し、近代医学・医療の社会的認知および制度の発展史としたい。

3.1 国家医学としての発達

1648 年に締結されたヴェストファーレン条約によって成立したドイツにおける領邦分立は、各国の政治・経済の自立をうながすことになった。いかにして君主を富ませるかが課題となったドイツ各国では「官房学（Camerarism）」が形成され、経済・財政学を中心と

² Nettleton (2006) は、近代医学・医療の基本的前提として以下の 5 点を挙げている。(1) 心身二元論、(2) 人間機械論、(3) 技術的介入指向、(4) 還元主義、(5) 特定病因論 (Nettleton 2006: 2)。しかし、この 5 点だけでは近代医学・医療がある疾病に対して唯一絶対の機序を追い求める姿勢は説明できない。したがって本論では、フランシス・ベーコンの思想を背景とする唯一絶対の知識体系としての医学の追究を加えて指摘した。

した行政学が発展することとなった。いかにして自国に有利な商業取引を可能とするかに関心が払われる点では、ドイツ官房学は、イギリス・フランスを中心とした重商主義と同じ流れにある。

自国に有利な商業ルートを確保するための現実的な力として、軍隊を組織・維持する必要があった。この必要性から、フランスやイギリスでは人口動態調査が行われるようになった。一方ドイツでは、単なる人口動態調査に留まることなく、公衆衛生の改善が目指された。

17世紀末～18世紀初頭に確立されたドイツの医療行政は、以下のような要素から成り立っていた（Foucault 1977=2006: 174-6）。

- ・ 病院等を通じた罹患率の観察システム
- ・ 教育プログラムと医師資格授与の公的管理による、医学実践／知の規範化
- ・ 医者の治療行為や医学調査活動を監督する行政組織による、医師の行政への従属
- ・ 医学官僚の創設

このようにして、医学の国家管理主義が形成され、疾病治療者というよりも健康管理者という医師の機能が現れてきたのである。

3.2 都市医学としての発達

18世紀後半、フランスでは王権、高等法院等の様々な権力機構が乱立し、パリの都市秩序は低下していた。度重なる革命の中で地方からの流入者が増大し、都市下層民を形成していった。下層民とブルジョワジーの間の抗争は増加し、都市は、暴力と病気の根拠地として恐怖の対象となっていくのである。

こうした混乱をおさめるために用いられたのが、中世末期からヨーロッパ各国で実施されていた伝染病対策としての「隔離」「監禁」といった手法であった。都市を綿密に調査し、混乱の発生源を特定し、それをコントロールするための公衆衛生が、こうして確立することになる。

フランスの都市医学の主な目的は、(1)伝染病・風土病の発生源を明らかにするために、廃棄物の移動・蓄積がどこでどのように生じているかを調べること——主として墓地の移転と管理——、(2)水と大気の流通を管理すること、(3)都市の公共的施設——給水場・下水道・ポンプ・洗濯場など——の適正な配置、にあった（Foucault 1977=2006: 184-7）。医学が、都市計画の分野へと影響を及ぼし始めたことになる。こうした都市医学の視点は、疾病への社会環境的側面への関心を持ち、疾病と健康を考える上で化学的知識を導入している。近代医学の身体観・疾病観が化学的手法の導入によって発展し、そして疾病の身体的側面へと収斂していくことをふまえると、都市医学の発達はそれらの発展過程においても興味深い位置にあるといえる。

3.3 労働者の医学としての発達

都市の貧困者たちは、18世紀までは都市の生活機能——郵便、水の運搬、ごみ収集など——の一部を担っており、また数的にも多くはなく、都市にとっては必要な存在とみなされていた。しかし、19世紀に入り、これらの都市機能の一部が機械や制度にとって代わられるようになると、働き口を失った貧困者たちは民衆騒擾の原因となり、また政治勢力として都市における暴力の温床となっていく。また、コレラ等伝染病の温床ともなり、19世紀ヨーロッパの都市において、貧困者は政治的・衛生学的恐怖の対象となっていたのである。イギリスにおいては、産業革命の進行によって、都市への貧困者の流入とプロレタリアの形成が、他国よりも大規模で急速であった。

イギリスには、16世紀以降貧民救済法の伝統があった。何度かの改正を見、地域差も大きかった貧民救済法だが、その基本は、労働不能貧民と健常貧民とに区分した後、前者には生活扶助を、後者には労働の場を与えることであった。また、親のいない子どもを徒弟に出すことも行った。こうした伝統の中で、貧困者を対象とした医学が発達する土壌が、イギリスには19世紀以前にすでに確立されていた。

こうした背景の下、イギリスでは19世紀末に医療法制が整えられていく。これに基づいて、予防接種の管理、伝染病やその可能性のある疾病の申告・記録システムの確立、不衛生な場所の特定、といったことが行われた。それは、貧困階級と富裕階級の間に検疫警戒線を引き、貧困者に健康サービスや労働環境を与える一方、彼らを隔離・管理し、富裕階級の安全を守るためのものであった。

イギリスにおいて確立した、貧困者のための扶助医学、公衆衛生に関する行政医学、それを利用する個々人のための私的な医学、という三部門による医療行政の形は、今日の先進各国においても継承されている（Foucault 1977=2006: 198）。

4 近代日本の保健医療制度の形成

4.1 保健医療体制の基軸：医育行政と衛生行政

現在の日本の保健医療体制の基礎は、明治維新の政治体制改革の中で西洋医学の導入が基本方針として定められたところから始まる。維新に先立つ1868（慶応4）年2月に典薬少允高階筑前介が西洋医学採用の建白書を提出した。「医療をもって万民保全の道から富国強兵の一策たらしむべきこと」（川上 1965: 92）を述べたもので、1869（明治2）年に西洋医術差許の布告が出された。これにより、西洋医学は単に医術として日本に取り入れられるだけでなく、国家の方針として、西洋医学に基づいた保健医療体制の整備が目指されることになった。

当初は英語による西洋知識吸収という文部行政の方針の影響を受けて、イギリス医学の導入が試みられたが、「医道改正」の中心に立った越前・佐賀量販出身者には蘭学に基礎を置くものが多く、彼らは蘭学を通じてドイツ医学の知識を得、それを高く評価していた。その影響で、ドイツ医学の導入が進められることになる。日本政府の招聘によって1871(明治4)年に来日したドイツ人医師のミュルレルとホフマンは、当時、日本の西洋医学教育の中心であった大学東校において教育を行う傍ら、ドイツ陸軍式の医学教育制を大学東校に植えつけていった。大学東校は東京医学校時代を経て、1877(明治10)年に東京大学医学部となる。ミュルレルとホフマンが整備したドイツ式医学教育制は、日本の医学教育の祖形となって現在まで引き継がれている。

このようにして医学教育の整備が進む一方で、衛生行政の必要性も認識されるようになっていく。その原点には、1871(明治4)年に右大臣岩倉具視を特命全権大使とする欧米使節団の派遣があった。この使節団には政府各省の理事官も同行し、そこで各国の医学教育制度の調査が行われた。調査を進めるうちに、欧米各国においては国民一般の健康保護、すなわち衛生が、行政の一部として組織されていることに彼らは気づいた。当時の日本社会においては伝染病の流行や不良薬品の横行が激しく、また医療者もほとんどが漢方医という状況であった。富国強兵・殖産興業を叫ぶ明治政府にとって、国民の健康をいかに保護・増進するかは重要な課題であり、この課題を解決するために、衛生行政の導入が必要だと考えられたのである。こうして、1874(明治7)年、医制が発布される。

医制発布の目的は、「先ず、第一に文部省統括の下に衛生行政機構を確立し、第二に一八七二(明治五)年に頒布された学生と相まって西洋医学にもとづく医学教育を確立し、第三にかくして築かれた医学教育の上に医師開業免許制度を樹立し、第四に近代的薬舗の制度を樹立して医薬分業を確立し、衛生行政の確固たる基礎を築くにあった」(川上 1965: 110)。大きく整理すれば、医師養成の制度化による医学・医療内容の管理および資格認定制度の確立に関わる医育行政と、西洋医学に基づいた公衆衛生とそれを下支えするであろう安全な薬品の流通に関わる衛生行政という2つの軸が示されたのである。国家によって教育・認定された医学に基づいて、国民の身体が保護・管理されるという方針が、制度化を通じて実効力を持ち始めたということができよう。医育行政と衛生行政の2つの軸は、衛生行政を担う衛生局が文部省から内務省管轄へと移管され(1875(明治8)年)、医育行政と衛生行政が分離されたことで、確立する。

とはいえ、即座に十分な知識レベルの医師養成が成ったわけではなく、衛生施策が整い効果を発揮したわけではない。

医育行政の面では、1876(明治9)年に医術開業試験法が公布され、新規開業医師を西洋医に限定し、またその認定に一定水準の近代医学の知識を課したこと³で、次第に国内の

³ 医術開業試験においては、解剖学・生理学・病理学・薬剤学・内外科・臨床および手術・物理・化学の各科目が課された。

西洋医は増加していく。東大医学部も着実に卒業生を輩出し、設置当初はドイツ人医師で占められていた教員も、1893（明治 26）年に講座制が敷かれるときには全 23 講座が全て日本人教授によって占められることになった。また、1887（明治 20）年に学位令が制定され、医学博士、医学士といった大学教育を受けた者以外は大学医学部または医学専門学校の教授職に就くことは実質的に不可能となっていく。医学知識は大学医学部・医学専門学校の教育機関を通じて循環・独占されるようになった。20 世紀に入ってようやく、日本の医師養成は一定の完成を見たといえよう。

衛生行政の面では、伝染病対策とその拡張、売薬管理、貧困労働者層の医療保障の領域で施策が取られていった。

まず伝染病対策では、1876（明治 9）年に天然痘予防規則を定め、種痘を義務化。1879（明治 12）年のコレラ大流行を受けて、伝染病予防法を定めた。伝染病予防法では、海港防疫の強化と伝染病が生じた地域の消毒・病毒撲滅・遮断隔離に重点が置かれている。伝染病予防施策においては、患者やその周辺の人びとの人権が無視された強権的な対策が実行されたため、コレラ大流行の時期には予防反対の農民一揆がおこっている。1893（明治 26）年に伝染病予防施策が警察行政に組み入れられると、こうした強権的な施行はより強められていく。

伝染病予防法および 1893（明治 26）年に伝染病研究所が創設されたことで日本の急性伝染病への対策にひとまず目途が立つと、次に衛生行政が目を向けたのは結核、癩病、精神疾患といった慢性病であった。1900（明治 39）年の精神病患者監護法、1906（明治 39）年の癩予防法、1919（大正 8）年の結核予防法において、それぞれ本格的な対策が進められていくこととなった。これらの疾患に対する基本施策は療養所の設置と患者の収容で、伝染病対策における遮断隔離政策の慢性疾患への拡張であったといえる。富国強兵、国家の体面といった国家権力側の事情によって、「実際の医療としては隔離・監禁が中心で、患者の人権の犠牲のうえに立つ対策に終始した」（川上 1965: 207）のがこれらの衛生行政の実態であった。

売薬管理においては、阿片喫煙の禁令（1870（明治 3）年）、不良薬品、劇毒薬品の取り締まりがまず課題となった。特に不良薬品・贗薬は、貿易自由化に伴って横行し、1874（明治 7）年の東京司薬場を設置し、薬品鑑別と取り締まりを進めた。薬品取り締まりの基準として日本薬局方が定められたのは 1886（明治 19）年である。

4.2 貧困労働者層への医療保障と健康保険

幕末よりすでに流民化していた農民や部落民、維新によって没落した下級士族たちによって、明治政府はその当初より大量の都市貧困層の問題を抱えていた。社会不安の解消のために救貧事業が打たれたが、応急的なものに留まり、財政問題等により短期間での廃止や有名無実化が繰り返された。日露戦争前後から繰り返される恐慌によって、貧困労働者

層はさらに増加し、一方で医療の営利化によって、医療格差が拡大していった。

こうした状況への対策として、政府はまず、軽費での医療の普及を目指し、1911（明治44）年、社団法人格の実費診療所開設を許可した。実費診療所の患者は年々増加し、翌年には診療時間の拡大と支部の設置を行い、その他の病院においても実費診療が拡大していく。

また、資本主義の進展と近代産業の発達に伴って過酷な労働環境に置かれた労働者たちの、健康保護の必要が叫ばれるようになってきた。まず1911（明治44）年に工場法が制定され、不完全ながらも、雇用最低年齢と労働時間に制限が加えられるようになった。1922（大正11）年には、職場を主な単位とする健康保険法が制定される。健康保険法の制定は、第一次世界大戦後頻発する労働争議に対する強硬的弾圧の一方で、人民の不満解決策として実施された社会事業施策と位置づけることができる。

都市下層同様に医療格差にさらされていた農村においては、農民の間で互助的に医療利用組合を組織することで医療の普及が進んでいった。政府ではこの動きを利用し、居住地域を単位とした疾病保険を計画する。これが、1938（昭和13）年に制定された国民健康保険法である。こうして、貧困層および地方・農村に対する医療保障が進められていった。

ただし、国民健康保険法の成立には、もう一つ、日中戦争の勃発による健兵健民政策も背景になっていた。そのため、疾病治療よりも徴兵年齢である青壮年の保健問題および乳児死亡問題対策としての保険制度という側面が強く押し出されていくのがこの時期である。壮丁の体位向上、戦時体制に向けての生産力向上は急務であり、従来の貧困対策、医療格差是正というよりは、戦時体制強化の名目の下で国民皆保険が構想され、1942（昭和17）年に国民健康保険法の改正が行われた。その内容は、組合の強制設立、強制加入の強化、診療組織の整備（診療報酬の公定制）等であった。実際には、太平洋戦争の戦局悪化によって召集・徴用による医師不足は深刻で、また行政も機能不全に陥り国保組合の設立ははかどらなかった。しかし、戦時体制の後押しによったとしても、ここに日本の国民皆保険の思想が確立し、戦後の国民皆保険達成への礎石になったと評価することはできるだろう。

4.3 戦後日本の保健医療制度

敗戦によって、日本社会の衛生状態は極度に悪化し、伝染病による死亡率が増大した。医療の方も、医療機関の消失や医薬品の不足、医師の不足によって、伝染病の流行や栄養状態の悪化に対する力をもっていなかった。戦時中に強硬的に推進された社会保険も、戦争終結時点では国民の約3分の1がなんらかの保険に加入していたものの、医薬品等の高騰によって保険診療は有名無実化していた。

しかし、1945（昭和20）年の末にはすでに各種組合の再建・創設が進み、社会保障と公衆衛生は早期に取り組むべき課題として翌年1946（昭和21）年には登場してくる。新憲法第25条において「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国

は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とされたことも、社会保障と公衆衛生の再建を後押ししたものと考えられる。1946（昭和21）年に生活保護法、1947（昭和22）年には労働者災害補償保険法、失業保険法・失業手当法、労働基準法が公布された。1948（昭和23）年に国民健康保険法の第一次法律改正が行われて国庫負担が実現。低迷していた被保険者数は増加へ転じ、また国庫負担の道が開けたことで国民皆保険の基盤を作ったと言われる（川上 1965: 502）。そして1958（昭和33）年に新国民健康保険法が成立し、国民皆保険が実現することとなった。これにより、全ての国民に対して一定水準の医療を保障する枠組みが整ったことになる。これら社会保障制度の内容には課題が多く残されていたが、戦後今日に至る社会保障制度が、形式的にはあれ整ったのである。

また、衛生行政についてはGHQの主導の下、戦前の衛生法規の見直し、防疫体制の強化と実施、衛生設備の整備等が進められた。1948（昭和23）年に性病予防法、1950（昭和25）年に精神衛生法、1951（昭和26）年に結核予防法、1953（昭和28）年にらい予防法が成立し、戦前からの伝染病や精神病への対策が次々と再構築されている。

医育行政については、戦後になってインターン制度の導入等変革はあるものの、基本的な構造に大きな変化はない。

5 近代医学・医療言説におけるアトピー性皮膚炎

ここまで、近代医学・医療の基本的視座と、近代社会における適用の意味、日本社会における実態について述べてきた。

では、アトピー性皮膚炎という疾病は、以上のような近代医学・医療の性質とどのような関連を持ち、現代日本社会においてどのような特性をもった疾病であると位置づけることができるのだろうか。以下本節では、近代医学・医療におけるアトピー性皮膚炎の定義、診断、治療の3項目に分けて検討し、現代日本社会におけるアトピー性皮膚炎の認識と対処の背景を明らかにする。

5.1 アトピー性皮膚炎の定義とその性質

「アトピー」とは、1923年にCocaによって提唱された、家系的・遺伝的に生じる喘息や枯草熱といったアレルギー症候群に対する名称である。Cocaが「アトピー疾患」の特徴として挙げたのは(1)喘息、アレルギー性鼻炎、湿疹に罹り易い家族的傾向、(2)異種蛋白に対する過敏症、(3)血清中の高いレアギン値、(4)血液の好酸球増多、である（上原 1974）。

1933年、WiseとSulzbergerが「アトピー」概念を皮膚炎に対して採用し、「アトピー性皮膚炎」の疾患名が成立する。WiseとSulzbergerによるアトピー性皮膚炎の定義は、

1. 枯草熱、喘息およびアトピー性皮膚炎などの一連の状態、または疾患に対する異常に高い家族的傾向。
2. 搔爬により、または普通の食餌性、吸入性アレルギー（卵白、家屋塵、花粉）の皮内注射により、膨疹反応で示されるアレルギー過敏状態を比較的効率に生ずる傾向。
3. 血清中に被動性感作抗体（Prausnitz Küstner 抗体）を生ずる、正常以上に大きい感受性。
4. 血液エオジノフィリーの傾向。
5. 各種ストレス（熱、寒冷、湿度、外傷、緊張、感染など）に対する、正常とは常にずれた反応を示す免疫学的、自律神経性、血管運動性および内分泌的異常の傾向。
(Wise & Sulzberger 1933; 山本 1969)

といった項目によって構成される。

矢村（1980）は、アトピー性皮膚炎という疾患名について、「主として喘息、枯草熱の家族歴を有するヒトにおこる一連の疾患群に対し、便宜的集合名詞として提唱されたもの」（傍点は筆者による）と述べる。また篠野ら（1973）によると、アトピー性皮膚炎の疾患名導入以前から、類似あるいはほぼ一致する皮膚症状に対して「アトピー性湿疹」「喘息湿疹」「ベニエ痒疹」「早期および晩期類湿疹」「真性アレルギー性皮膚炎」「播種性神経皮膚炎」「内因性湿疹」等々の名称が存在し、アトピー性皮膚炎という疾患名が提唱されてから40年経った1973年時点でも、これらの名称を好んで診断名とする医師もいたという。したがって、現在アトピー性皮膚炎として取り扱われる一連の疾患は、観察される症状および疫学面において一定の統一体であることが疑われるというにすぎず、特定の病因、特定の機序が証明されているわけではない。特定病因論を基本的視座とする近代医学・医療においてアトピー性皮膚炎は、その基本的視座からは捉えにくい逸脱した存在なのである。ただし、日本皮膚科学会の治療／診療ガイドライン⁴では、

表皮なかでも角層の異常に起因する皮膚の乾燥とバリアー機能異常という皮膚の生理学的異常を伴い、多彩な非特異的刺激反応および特異的アレルギー反応が関与して生じる、瘙痒を伴う皮膚における慢性に経過する炎症をその病態とする湿疹・皮膚炎群の一疾患（川島他 2000: 1100）

⁴ 日本皮膚科学会からは、2000年に初めて「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」（川島他 2000）が策定され、2003年、2004年に改訂版が出された（古江他 2003; 古江他 2004）。2008年には「アトピー性皮膚炎の診断基準、重症度分類、治療ガイドラインを統合したものとして」、「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」が策定され（古江他 2008）、2009年に改訂がなされている（古江他 2009）。

と述べられており、統一的な発生机序の特定が志向されていることが読み取れる。近代医学・医療の立場からは、アトピー性皮膚炎には統一的な機序が（今はまだ明らかではないが）存在しており、それに基づいた疾病理解と治療とが志される。現状として特定病因論による疾病理解は未完成ではあるが、将来においてそれは完成されるはずだ、という姿勢からは、やはり基本的視座としての特定病因論の存在を指摘できる。さらに言えば、アトピー性皮膚炎は「角層の異常に起因する皮膚の乾燥とバリアー機能異常」という皮膚の生理学的機能異常に、「多彩な非特異的刺激反応および特異的アレルギー反応」という外部刺激またはアレルギー反応が重複することで生じると考えられている。これは、「様々な危険因子（体質・刺激・環境・年齢などなど）の複合的作用で発症する。これらの危険因子を減らすことで、病気になる確率が減少する」（佐藤 1995: 120）と考える確率論的特定病因論の考え方である。佐藤は、確率論的特定病因論は、近代医学・医療の特定病因論を因果性による危険因子の特定から相関性による特定に切り替えた“修正”であると述べており、ここからも、アトピー性皮膚炎に対する特定病因論／確率論的特定病因論の視座を確認することができる。

5.2 アトピー性皮膚炎の診断とその性質

アトピーの診断は、日本国内においては日本皮膚科学会が 1994 年に作成し、2008 年に改訂されたものが一般的には推奨されている⁵。診断の基本項目には、(1)痒疹、(2)特徴的皮疹と分布、(3)慢性・反復性経過、の 3 点が挙げられ、この 3 つを満たすものが症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断される。特徴的な皮疹としては、紅斑（皮膚の赤み）・丘疹（皮膚の隆起）・苔癬化（ごわごわと厚くしわの多い皮膚）・鱗屑（表皮が肥厚し、剥離したもの）・痂皮（かさぶた）等があり、左右対称性の分布や、発症年代による特徴的な分布が挙げられている。慢性的経過とは、乳児では 2 ヶ月、その他では 6 カ月以上が目安とされる。参考項目として、家族歴（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎）、合併症（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎）、毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚、血清 IgE 値の上昇、の 4 点が挙げられるが、必須ではない。

また、除外すべき診断として、接触皮膚炎、脂漏性皮膚炎、単純性痒疹、疥癬、汗疹、魚鱗癬、皮脂欠乏性湿疹、手湿疹、皮膚リンパ腫、乾癬、免疫不全による疾患、膠原病（SLE、皮膚筋炎）、ネザートン症候群、が挙げられている。

⁵ 国際的によく用いられているアトピー性皮膚炎の診断基準として、1980 年に作成された Hanifin と Rajka の診断基準がある（Hanifin & Rajka 1980）。Hanifin と Rajka の診断基準では、4 つの基本項目（痒疹、典型的な皮疹の形態と分布、慢性あるいは慢性再発性皮膚炎、アトピーの既往または家族歴）と 23 の小項目から、基本項目 3 項目以上かつ小項目 3 項目以上を満たす場合にアトピー性皮膚炎と診断される。日本皮膚科学会の診断基準では、Hanifin と Rajka の診断基準で基本項目に含まれているアトピーの既往または家族歴が参考項目とされ、残りの 3 項目が必須項目とされている。

以上からは、アトピーの診断が皮膚の視認可能な症状の観察や患者の痒みの訴えに基づいた鑑別診断を基本として行われていることが明らかとなる。鑑別診断を行うためには、アトピーの多様な症状についての知識だけでなく、「これはアトピーではない」と判断するためにその他の皮膚疾患についての知識も必要とされる。そのような知識を同等に有していたとしてもなお、鑑別診断が基本である限り、ある症状がアトピーと診断されるかどうかは、医師個々の経験や認知の仕方に委ねられることになる。

診断の誤差を減らすために、診断基準の改訂や問診のための質問表の作成・改訂、客観的指標の開発が行われている。診断のために用いられる客観的指標としては、血清総 IgE 値、血中好酸球数、特異的 IgE 値、血清 TARC 値、等がある（片山・河野監修 2012: 24-5）。しかし、いずれも参考値であって、アトピー診断に科学的客観的指標は存在していないのが現状であろう。

5.3 アトピー性皮膚炎の治療とその性質

アトピー性皮膚炎の治療は、日本皮膚科学会診療ガイドラインにおいては(1)薬物療法、(2)悪化因子の検索と除去、(3)心身医学的側面の考慮、(4)生活指導、の4点が（増江他 2009）、日本アレルギー学会診療ガイドラインにおいては、(1)原因・悪化因子の検索と対策、(2)皮膚機能異常の補正（スキンケア）、(3)薬物療法、の3点が（片山・河野監修 2012）、それぞれ挙げられている⁶。2種類の診療ガイドライン間では、各項目の相対的位置づけに差はあるが、薬物や保湿剤による皮膚および痒みに対する技術的介入と、原因・悪化因子を患者の日常生活において探索し、その排除や可能な限りの対策を目的とした生活指導の2点が大きな柱であると言ってよい。

薬物等による技術的介入は、皮膚に対してはステロイド外用剤およびタクロリムス軟膏の外用が、痒みに対しては抗ヒスタミン薬または抗アレルギー薬の内服が、それぞれ中心になる。ステロイド外用剤とタクロリムス軟膏の使用には副作用の存在が指摘されており⁷、

⁶ 現在、日本国内では、アトピー性皮膚炎の診療ガイドラインが2種類存在する。一つは日本皮膚科学会が2000年に策定した治療ガイドラインの改訂版（古江他 2009）、もう一つは厚生労働科学研究事業において1999年に策定された治療ガイドラインを2006年以降日本アレルギー学会が引き継いで改訂を重ねているもの（片山・河野監修 2012）である。前者は皮膚科専門医を対象とし、後者はアトピー性皮膚炎の治療に関わる複数の診療科の医師を対象とする、という違いがある。定義、診断基準等はほぼ同質の記述がなされているが、治療に関しては、挙げられる項目に大きな差はないものの、それぞれの項目の位置づけに違いがあり、皮膚科学会版では薬物外用療法が特に重視される。

⁷ ステロイド外用剤の副作用としては、ニキビ・紫斑ができやすくなる、皮膚が薄くなる、毛細血管の拡張による顔面紅潮、毛深くなる、細菌・真菌の易感染性、等が指摘されている（奥平 2003: 15）。これら外用剤による副作用は、ステロイドの内服・注射による全身性副作用に対して局所的なものが多く、概して問題性は低いとみなされている。また、ステロイド外用における不応答性（薬剤が効かない）やタキフィラシー（反復投与によって

単に薬剤の身体への侵襲性だけではなく、その有害性の側面も指摘しておく必要がある。薬剤の侵襲性・有害性を受けて、その使用には、アトピー症状の重症度を適切に判定した上で多くも少なくもない必要量を的確に投与することが求められている。そのために、重症度診断のためのスケールが開発されているが、ここでも医師個々の判断による判定のばらつきは回避し切れない。

原因・悪化因子の検索と対策では、食物やダニ、ハウスダスト等の環境アレルゲン、汗、学業や就業上のストレス、等、通常の日常・社会生活で避けようのない事柄が因子として指摘される。完全な除去は困難であるとしても、なんらかの形でこれらの因子を避けたり減らしたりするための指導が、医療上の行為として行われる。たとえば日本皮膚科学会診療ガイドラインでは、

- *入浴、シャワーにより皮膚を清潔に保つ
- *室内を清潔に保ち、適温・適湿の環境を作る。
- *規則正しい生活をおくり、暴飲・暴食は避ける。
- *刺激の少ない衣服を着用する。
- *爪は短く切り、搔破による皮膚障害を避ける。(増江他 2009)

といった項目が具体的に挙げられる。これらは、病者が日々、どのような食事をし、どのような衣服を着、どのような住居に住み、どのような交友関係を築き、学業や就業上の課題にどのように取り組むべきか、といったことにまで影響を及ぼす。病者の生活の社会的文化的側面にまで、アトピー治療という名目によって、近代医学・医療が作りだす規範が侵入してくることになるのである。

薬剤が効かなくなる) が疑われているが、現時点でそれを証明するような医学的研究はまだ十分ではないようである (片山・河野監修 2012: 69)。

タクロリムス軟膏は、日本では 1996 年 6 月に認可・保険適用された比較的新しい薬である。移植免疫抑制薬として用いられるカルシニューリン阻害薬の外用剤で、特に顔面や頸部の症状に効果があるとされている。副作用としては、使用時の皮膚刺激感、免疫抑制作用による易感染性、血中濃度が高くなった場合の腎障害の可能性、等がある。また、外国においてはリンパ腫や皮膚がんの発生が報告されている。

第2章

近代医学・医療への批判とアトピー性皮膚炎治療

1 はじめに

1970年代頃を一つの境として、近代医学・医療は大きな転換点を迎えている、というのが医療社会学における一般的な見方であろう。進藤（1998）は、近代医学・医療の変化についての議論の出発点として、(1)医学・医療の高度化、(2)組織医療化、(3)疾病構造の変化、(4)福祉国家の変貌、の4点を指摘している。

第一の医学・医療の高度化は、主に1970年代以降の医療機器のハイテク化、すなわち第二次医療技術革新と呼ばれる医療技術の革新を指している。X線やCT、MRIといった画像診断を始めとして心電図、内視鏡、超音波、遺伝子解析等の診断技術と、心臓ペースメーカー、人工透析、人工心肺等の身体機能の置換や補助技術、カテーテルや血管ステント、内視鏡手術等の治療技術と、近代医学・医療に工学技術、とりわけ電子工学、情報工学技術が導入され、新たな診断や治療を可能にしてきた。川上は、第二次医療技術革新がもたらしたものとして、患者に対しては、検査の増加による診断の精密化と検査漬け、病気発見の増加による早期発見・早期治療の可能性と過剰治療、治療技術の高度化による救命可能性と「植物状態」が、医療に対しては、医療機関の施設・設備の大型化や診療科目の細分化、医師の専門分化、コメディカル職種の増加、を指摘している（川上 2002: 92-6）。

技術革新は、救命や回復の可能性をもたらす一方で、脳死や臓器移植、出生前診断、遺伝子治療、クローン等の新たな問題を出現させた。これらの問題は、医療倫理という学術的領域の成立を喚起し、身体への技術的侵襲と生死の選択をめぐって、患者の人権という概念を人びとの前に提示したといえよう。患者における人権意識の芽生えは、ただ医学・医療を享受するだけの患者から自らの問題への主体的判断の権利を求める患者への変化を促し、医師と患者の関係性を揺るがせることになった。患者は自らに施される医学・医療を知り、またその可否を判断する権利を欲し、それがインフォームド・コンセントの原則の確立へとつながったのである。

第二の組織医療化は、医師一人に看護師・薬剤師等が数名という診療所での医療から、医師、看護師、薬剤師、放射線技師、理学療法士、作業療法士、心理カウンセラーにソーシャルワーカー等々の様々な専門職が協働する病院での医療へ、という変化を指している。その背後には、第二次医療技術革新による医療施設の大型化や専門領域の細分化、コメディカルの増加を指摘できる。診療所での医療においては、患者の診察から個々の処置に至るまで、基本的には医師の指示が直接その他のコメディカルに行き渡り、患者への医療が施される。しかし病院での医療においては、医師の指示が常に対面的に伝わるわけではなく、書面等によって伝達され、個々のコメディカルはそうした間接的な指示の下で患者と対面し、処置を施していくことになるだろう。複数のコメディカルの間を患者とその患者についての医師の指示が行き交う間に、医師の主導性は介在するものの中に埋もれていくし、それは患者にとっての医師の存在においても同様である。したがって組織医療化は、まず医療供給側における医師の相対的位置の変化を、次いでそれに伴う医療者と患者の関

係性を、変化させてきたということができらるだろう。

第三の疾病構造の変化は、有病率や死因統計において主要な疾病が、感染症を中心とする急性疾患 から慢性疾患へと変化してきたことを指す。日本社会においては、戦後復興が進む中で結核に代表される感染症による死亡率が急激に低下している。結核の死亡率低下は、1951（昭和 26）年に成立した結核予防法による予防活動、専門病床の整備による療養環境の整備、戦後国内への導入が進んだ抗生物質等の治療技術の向上が要因として挙げられる（川上 1965: 520-1）。その他の伝染性疾患についても同様であると考えられ、戦後 10 年間で日本における急性疾患の救命率は飛躍的に向上した。急性疾患に代わって浮上してきたのが、悪性新生物・脳血管疾患・心疾患等のいわゆる“成人病”である。厚生省／厚生労働省の人口動態調査によれば、人口に占める各疾患死亡率は、脳血管疾患では 1970 年代をピークに 2005（平成 17）年には 10 万人対 105.3 人にまで低下しているが、悪性新生物と心疾患については増加の一途をたどっており、悪性新生物では 1950（昭和 20）年 10 万人対 77.4 人に対し 2005 年には 258.3 人、心疾患では 64.2 人に対し 137.2 人となっている（厚生統計協会 2009）。脳血管疾患の死亡率低下は、医療技術の向上による急性期救命率の向上が要因として推測される。

疾病構造の転換は、近代医学・医療の課題を、急性疾患の予防・治療から、慢性の病をいかに取り扱っていくかということに転換させることになった。慢性疾患にも急性期は存在し、そこでの救命技術の向上は当然近代医学・医療の一つの課題として残されるわけだが、それ以上に、長い闘病生活や予測不可能な病状の変化、後遺障害にどう対処するのか、どのような治療が可能なのか、といった慢性疾患に特有の課題が存在する。急性疾患においては当座の救命が最大の課題であったのに対し、慢性疾患においては長い闘病生活を送る患者を近代医学・医療がどのように支援可能かということが課題となる。患者の今、ここでの身体から、病因や療養に関わる過去・現在・未来、そして生活環境の全てへと、点から面への視点の転換が近代医学・医療には求められているのである。

第四の福祉国家の変貌は、第二次世界大戦後、高度経済成長に支えられた医療・福祉の拡張政策の終焉を指している。日本においては、1973（昭和 48）年が「福祉元年」とも呼ばれ、1970 年代初頭は福祉政策の拡張路線が取られていた。しかし、同年に起こった第一次オイルショック以降、経済の低成長期に入ったことにより、1980 年代に入ると日本は医療費の抑制政策へと転換していく。医療費抑制政策は、川上によれば、受診者の医療費負担の導入・増大と診療報酬制度を通じた医療機関の財政誘導の 2 つの手法によって行われた（川上 2002: 135）。こうした福祉国家の変貌は、医療に対して限られた資源の効率的な運用を求める一方で、利用者である国民に対しては、自己負担を求めることによって消費者意識を植えつけ、ひるがえって医療に対してサービスの向上を要求することになったといえる。

Nettleton は、特に医療および福祉政策における国家支出の増大が、学術領域のみならず社会一般においても、近代医学・医療への批判を惹起してきたと述べ、以下の 6 点を主な

論題として提示している。すなわち、(1)生物医学モデルの有効性への疑い、(2)身体を社会環境的文脈に位置づけることの失敗、(3)患者を“全人的”でなく受動的客体として捉えている、(4)出産の医療化、(5)科学的医学が疾病についての真実であるようにふるまう、(6)医療専門家の職域は科学的よりも社会政治的に区分されている、の6点である (Nettleton 2006: 4)。20世紀後半において展開されてきたこれらの批判は、近代医学・医療にどのような変化をもたらしたのだろうか。

近年、多くの国々で「患者中心の医療」というコンセプトが保健医療のあり方をめぐって提唱されるようになってきている (松繁 2010)。松繁は、evidence-based patient choice (EBPC: 患者がエビデンスを理解したうえでの選択) と patient partnership (患者とのパートナーシップ構築) の2つの潮流を挙げつつ、それらの背景として、医療費増大や患者の不利益、不満の回避や解消、慢性疾患の時代にあって医師主導の意思決定というあり方が立ち行かなくなったこと、を指摘している (松繁 2010: 6-7)。医師主導=医師中心から患者中心へ、という流れの背景には間違いなく上述のような近代医学・医療を取り巻く状況の変化とそれに伴う近代医学・医療が控えており、「患者中心の医療」は、近代医学・医療が打ち出した新たな医学・医療の構想であると位置づけることができるのではないか。

本章では以下、これら20世紀後半に展開されてきた近代医学・医療批判を概括し、そうした批判を受けて現在の日本社会の、特にアトピー性皮膚炎治療が、どのようにして批判を乗り越え、どのような新しい医学・医療を構想し実現しようとしているのかを明らかにする。まず次節では、生物医学モデル、医師—患者関係、医療化社会の3項に分けて、近代医学・医療批判を概括する。その上で3節では、前章で検討した近代医学・医療におけるアトピー性皮膚炎の特性から、アトピー治療をめぐって生じる批判点と、近代医学・医療からのその乗り越えの試みとを検討する。

2 近代医学・医療への批判的まなざしとその影響

2.1 生物医学モデルをめぐって

前章において、近代医学・医療の基本的視座として心身二元論、動物機械論、還元主義、特定病因論、技術的介入指向、そして唯一絶対の知識体系の追究の6点を指摘した。これらは、人間の身体を生物科学的に捉えるところから、生物医学モデル (bio-medical model) と呼ばれている。生物医学モデルに対する批判点は、大きく、技術的介入指向の危険性または無効性と、疾病の発症と療養における社会的文脈の切り捨て、の2点に整理することができる。

技術的介入指向の危険性に関する最も代表的な指摘は、I. Illich による「臨床的医原病」の概念である。Illich は、「医療技術の結果生じた苦痛、機能不全、麻痺、そして苦悩など

は今日においては交通事故、労働災害、戦争にもとづく病的状態に匹敵」と述べ、「治療法、医師、病因が病原、すなわち『病をひきおこす』因子になっているすべての臨床的状态」を「臨床的医原病」と呼ぶ (Illich 1976=1979: 28-9)。臨床的医原病の例としては、薬物の毒性、医療事故、治療ではなく検査の身体への侵襲性と検査によって生じる後遺症が挙げられている。薬物は常に毒性をもっており、誤った処方、古くなっていたり汚染されていたりする薬、偽薬の問題、薬物嗜癖、併用禁忌といった様々な問題を抱えている。適切な処方においても副作用を生じ得る。外科的手術や検査は、身体を傷つけ、後遺症が残ることもある。それは、治療対象である疾病に対しては適当な処置であつたとしても、身体が傷つけられることに代わりはなく、ときに治療ではなく検査として、あるいは存在しない疾病に対してさえ、そのような処置が行われることがある。Illich の主張にしたがえば、このような「正しい、専門的に推しすすめられた治療が行われなかったら生じなかつたであろう病氣」をしばしば引き起こすのが、近代医学・医療だということになる。

B. Dixon は、特に抗生物質を取り上げ、その使用が人間と常在菌の間のバランスを破壊して疾病状態を招きやすくしていること、抗生物質の多用による耐性菌の問題を指摘する (Dixon 1978=1981: 101-2)。抗生物質は今や、疾病予防、衛生、手術中の感染防止等の目的で人体に対して多用されるだけでなく、ブタ、ウシ、鶏といった食用動物の飼料にも混入している。このような乱用によって、薬剤耐性を持った細菌が爆発的に増大しており、この抗生物質の効かない細菌の存在は人間にとっての新たな脅威となっているのである。

また、T. McKeown は、イングランドおよびウェールズの 18 世紀以降の統計資料に基づいて、人びとの死亡率低下に対する医療の貢献を検討し、死亡率低下に最も有効であつたのは栄養状態の改善で、予防接種等の近代医学・医療の手法は、少なくとも 1935 年にサルファ剤が登場するまではほとんど死亡率低下に影響を及ぼさなかつたと述べている。そして、サルファ剤登場以前に、過去 3 世紀の死亡率低下の大半が生じているのである (McKeown 1979: 78)。McKeown は以上の分析から、死亡率低下に対する医療の貢献を過小評価するべきではないが、過大にも評価すべきではないとしている。

同様の検討は日本の死亡率低下に対しても行われている (西田 1986a; 1986b)。西田は、統計的に信頼のおける 1920 年代以降 1980 年までの日本の人口動態統計を用いて、日本の死因構造の変化とその要因について検討している。その結果、この時期の死亡率の約 3 分の 2 が感染症疾患に起因しており、感染症疾患の死亡率低下は、結果を除いては、サルファ剤、抗生物質等化学療法の導入以前にすでに始まっている。当該期間の死亡率低下において、結核以外の感染症疾患に対する化学療法導入の効果は、最大限に見積もっても 2~3 割程度であり、近代医学・医療の果たした役割はかなり小さいものと結論づけられている。サルファ剤や抗生物質よりも先に人びとの疾病や健康の改善に寄与したのは、栄養状態の改善、上下水道の整備、住宅環境や労働環境の改善といった生活水準全般の向上であつた。近代医学・医療が開発した“魔法の弾丸” (Dixon 1978) 以前に、農業革命や産業革命の存在が人びとの疾病や健康改善をもたらしていたのであり、近代医学・医療は人類の

健康改善の最後の一コマを飾ったに過ぎなかったのである。

以上のような指摘は、近代医学・医療の基本的な治療観である技術的介入指向の危険性や無効性を提起している。技術的介入指向の背後にあるのは、心身二元論、動物機械論といった身体観と、身体構造への還元主義的な疾病理解や特定病因論という疾病観であった。であるとすれば、技術的介入指向に対する疑義は、近代医学・医療それ自体の根本に対する疑義であろう。西欧における医学・医療の発展の中で17世紀に確立した近代医学・医療の身体観・疾病観・治療観の全てを、この指摘は揺るがせることができる。さらにいえば、近代医学・医療を人びとの統治に活用してきた近代国家の手法に対しても一石を投げ得る指摘だということもできるのではないか。

McKeown や西田の近代医学・医療の無効性の疑いの指摘からはまた、疾病の原因、発症の契機、あるいは療養環境としての社会環境の重要性も見えてくる。同じ病原に曝されていても、栄養面や公衆衛生の状態によってその発症の仕方は異なる。衛生状態が悪ければ、病原に曝される頻度も高くなるだろう。また、いくら近代医学・医療が病原の排除に力を尽くしたとしても、患者にその間を耐える体力がなければ回復には至らないし、回復に至ったとしても再び病原に曝されれば罹患を繰り返すかもしれない。また、近年では成人病／生活習慣病の例に見るように、人びとの喫煙、食生活、運動といった行動も、病因、発症率に関わり、治療においてそれらの行動が指導の対象とされるようになってきた。McKeown は、疾病の発症や死亡率に影響を及ぼす要因としてまず、食糧事情や衛生環境といった社会状況、そして人びとの生活スタイルを指摘し、介入的医療の効果はそれに次ぐ第三のものに過ぎないと述べる (McKeown 1979: 118)。

しかし近代医学・医療は、基本的にはこうした社会環境や人びとの習慣的行動に対する視座を持ち合わせていない。近代医学・医療の基本的視座は、疾病を人間の身体に生じる“故障”のようなものとして捉え、その故障をいかに技術的に介入して修理するか、という点にあった。McKeown らの指摘は、疾病を身体上の出来事としてのみ捉えているのでは疾病の理解として不十分であること、そして疾病や健康の要因として、社会環境の整備・向上や人びとの生活習慣を視野に入れることの必要性を説いている。

さらに慢性の病のケアをめぐることは、病者の社会的文化的心理的な各側面を理解し、それを視野に入れたケアが行われるべきだとの主張がある。A. Kleinman は、生物医学モデルにおいて疾患は、生物学的な身体の変化としてのみ捉えられるが、その一方で、「患者の恐れ、家族の落胆、仕事上の衝突、性的不能、あるいは経済的な困窮などが究明されず注目されないままに過ぎてしまうならば、それ（筆者注：治療）は失敗なのである」(Kleinman 1988=1996: 6-7) と述べ、慢性の病を持つ人びとの臨床的ケアは、身体・自己・社会とを連結する生物・心理・社会的モデルで進められるべきだと主張する。

このような生物医学モデルに対する批判を受けて、近代医学・医療には変化が生じてきている。一つには特定病因論の拡張、もう一つには、治療における病者の生活的文脈への注目、を挙げることができるだろう。

特定病因論は、本来的には細菌やウイルスといった病原体を病因として想定し、ある疾病状態には特定の病因が存在するのでその病因を特定して医療的介入を行うことで回復する、という考え方であった。しかし、感染症の減少によって医療が対峙せざるを得なくなった、がん、心疾患、脳血管疾患のような疾病では、そのような病原体を指定することができない。これらの疾病において病因として疑われるのは、喫煙、食生活、運動等の生活習慣やストレスである。そこで近代医学・医療は、特定病因論を細菌やウイルスといったものだけではなく、人びとの生活習慣や環境、対人関係等にまで拡張し、また、疾病と病因を1対1の関係からいくつもの病因の多重複合による確率的発症という概念を導入している。これが、確率論的特定病因論と呼ばれるもので、現在では生活習慣病を始め多くの慢性疾患に対し、この視座からの理解が図られている。

また、慢性の病が増大することで、患者はただ疾病から回復しさえすればよいのではなく、闘病の期間を、あるいはその後の人生を、どのように生きていくのかといった課題に直面する。したがって、患者を生活上の文脈から切り離すのではなく、患者の置かれた社会的・文化的・心理的文脈の上でいかに治療を施していけるのか、という視点が近代医学・医療の中で芽生え始めているように思われる。近年日本においても推進されている在宅医療は、医療費の増大という政策的課題の一方で、こうした視点からも必要性が叫ばれてきたものであるといえよう。

2.2 医師—患者関係をめぐって

近代医学・医療における医師と患者の関係を、医療社会学において最初に定式化したのは T. Parsons であろう。Parsons は病人役割として、(1)正常な社会的役割の責務の免除、(2)病気状態に対して病人の責任が問われない、(3)「回復」しようとする義務、(4)専門的援助を求める義務、の4点を指定している (Parsons 1951=1974: 432-3)。病人役割の下で病者は、通常の役割義務からの合法的免除という恩恵と引き換えに、隔離に伴って種々の日常的権利を剥奪され、専門家の援助を求め、これに協力するという新たな義務を負うことになる (進藤 1990: 92-3)。また、医師にも、この病人役割に対応した役割が与えられる。医師には、医師の力のおよぶかぎり、患者が病気から回復するのを促進する責任と、そのために患者の身体に接触し、私的生活の秘密に属する情報を入手する権利、が与えられる (Parsons 1951=1974: 442-9)。

医師と患者の関係は、不均衡である。病者は、その回復のためとはいえ社会的に無能力者となることが期待され、回復のために何が必要かは医師のみが判断することができる。その判断のために医師は、通常であれば極めて親密な関係になければ知らせることのない、あるいはどれだけ親密であっても知らせないかもしれないような個人の秘密を知る権利が与えられるのである。そのために患者は社会的役割遂行の義務から解放され、医師は患者の回復のために可能な限りの最善を尽くす義務が課せられるとしても、患者に関する意思

決定やプライバシー権をめぐる不均衡さは見逃しがたい。

E. Freidson は、この医師—患者関係の不均衡を、医師の社会制度的地位の側面から説明している (Freidson 1970=1992)。Freidson はまず、医師と患者の間にある緊張関係を指摘する。それは、患者にとっては重大な緊急事態であっても医師にとっては業務上日常的にありふれた事態にすぎないといった視点の違い、医師が専門教育を通じて身につける秘儀的・化学的・抽象的な知識とそれを持たない患者との知識レベルの違い、といった医師—患者間の差異に由来する。この緊張関係を処理するために医師は、公的な制度的手段を用いているという。医師だけが「開業し、手術を行い、処方箋を書き、保険請求を認定し、治癒証明を発行する法的権利をもつ」(Freidson 1970=1992: 107)。こうした権限が法的、制度的に保障され、独占を許されていることで、医師は患者との間の緊張関係を半ば強引に回避することができている。

ただし、Parsons による病人役割論には、感染症等の急性疾患においては適合しても、治癒の見通しが立ちにくく日常的な役割義務を部分的には果たし得る慢性の病や、必ずしも役割義務を免除されない精神病の場合には適合しない、開業医制の下では医師に集中していた治療上の権限や役割が病院においては分業化され責任が分担されていく、などの批判がされている (進藤 1990: 93-5)。

疾病類型に対する適用範囲の狭さについての批判には、疾病類型に応じた病人役割の修正モデルが提起されている。T. Szasz と M. H. Hollender は、疾病を(1)麻酔・急性外傷、(2)急性伝染病、(3)慢性病・精神病、の3類型に分類し、それぞれに、能動—受動、指導—協力、相互参加、の医師—患者関係モデルを対応させている (Szasz & Hollender 1956)。第一の能動—受動モデルでは、患者は意識を持たず、医師の処置をただ受容するだけの存在である。第二の指導—協力モデルは、急性伝染病を典型例として挙げ、しかし多くの診療場面がこのモデルに適合するとされる。患者は医師の指示に従順であることによって、治療行為の遂行に“協力”する。第三の相互参加モデルでは、慢性病が典型例である。慢性病に対しては、患者の自身についての知識や経験が治療にとって確実かつ重要な手がかりとなり、また治療行為の遂行は日常生活の場面で医師の手を離れ患者自身が担うことが多い。それゆえ医師は患者の自助を助けることがその役割となる。近代医学・医療における慢性疾患の重要性が増す現在において、第三のモデルはますます重要なものとなることが予想される。

Parsons の病人役割論における医師—患者関係の不均衡は、Szasz と Hollender の第一と第二のモデルを描いたもので、第三の相互参加モデルは Parsons において考慮されていないように見える。たしかに Parsons は、Szasz と Hollender の第三モデルのような医師と患者の協働は考慮していない。しかし、それでもなお Parsons の病人役割の定式には、現在においても一定のリアリティがあるように思われるのは、Freidson が指摘するように医師と患者の間には社会制度的に圧倒的な権限の格差があるためであろう。慢性疾患において相互参加モデルが実践されたとしても、なお医療的介入の選択・決定の権限は医師に残され

る。慢性疾患の治療において特に医療的介入が重要になる場面とはおそらくその急性期にあり、医師が患者の「生命」に関わって、患者にはない権限を有しているという構造自体は変更されない。

とはいえ、患者の人権意識が高まり、医療に対する消費者であるという態度が強まる中、医師と患者の相互参加モデルへの注目は高まっているといえるだろう。また、医療の高度化に伴うコメディカル職種の増加と医療行為の分業化、責任の分担は、医師が制度的に有している権限の実質を変化させてきているといえる。医師の裁可が必要であるとはいえ、実際に患者の身体に処置を施すのは看護師や理学療法士、作業療法士、薬剤師といったコメディカルである。このことが、従来の医師—患者関係の構造を変化させないまでも、実質的には変化をもたらしている可能性は高い。

2.3 医療化社会をめぐる

医療化とは、もともと医療とは関わりのない領域にあった現象が医療的な現象として再定義されていくことを指す。たとえば、学校において授業中に席を立って出歩いたりといった問題行動をしばしば起こす子どもは、かつてはしつけの問題として捉えられてきたが、近年ではその子どもの器質的な問題として ADHD などの診断が下され、医療的な介入治療によって問題に対処しようとする。このように、社会の様々な現象に対して医療的な介入による対処が行われるようになっていくことが医療化と呼ばれているのである。

医療化論の展開は、1970年代に入る頃から始まったとされる (Conrad 2005=2006)。その初期においては、新しい医学的カテゴリーの創出とそれに伴う医療的管轄権の拡大に焦点が当てられた。その後は、多動症、児童虐待、更年期障害、心的外傷後ストレス障害、アルコール依存症といった「逸脱の医療化」の事例研究が拡大していく。社会学における医療化論の検討は、妊娠と出産、避妊、ダイエット、エクササイズ、子どもの発達に関する規範が医学的に構成されていくことに焦点を当てた「生活の医療化」と、「逸脱の医療化」の2つの領域に区分して捉えることができる (Conrad 1992=2003)。医療化論隆盛の背景には、医療専門職の権力とその拡大に対する関心、社会運動やインタレスト・グループの活動による医療化の推進、特に医療専門職における組織的、内部的な医療化推進、といった動向が指摘されている (Conrad 2005=2006: 4-5)。

Zola は、医療化の進展プロセスを4つに分類して説明する (Zola 1977=1984)。(1)生活のなかで、医療のよき実践に関わりがあるとみられるものの拡大によって、(2)ある種の技術的手続きにたいする絶対的管理を保持し続けることによって、(3)ある種の“タブー”領域にたいするほぼ絶対的な接近権の保持によって、(4)医療のなかで、生活のよき実践に関わりがあるとみられるものの拡大によって、の4つである。

(1)は多くの慢性疾患の治療や予防医学として人びとの労働の仕方、睡眠時間、余暇の取り方、食事といった生活習慣に医学・医療の基準が入り込んでくることを指す。たとえば

がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患等に代表されるいわゆる生活習慣病においては、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が治療または予防において重要であるとされる（厚生労働省 2012）。どのような食事を取り、どのような運動を行い、どのように働いて休養を取るか、嗜好品はどの程度なら嗜むことが許されるのか、といった事柄に対する規範が生活習慣病の治療／予防との関連で医学・医療の視点から構築されている。

(2)は、外科的手術や薬剤を処方する権限によって、容貌や、睡眠、食欲、性欲、気力といったものに医学・医療の技術的介入が行われることを指している。美容整形手術による容貌への医学・医療的介入は健康な身体にメスを入れる行為で、従来、疾病への対処がその目的であった医学・医療を、疾病以外の領域にまで拡張している。また Conrad は、リタリン、パクシル、バイアグラの例を取り上げ、子どもの問題行動、不安・心配、性的関係といったものが薬による介入の対象、すなわち医療化されてきたことを指摘する（Conrad 2005=2006: 8-11）。これらの薬は、発売当初はうつ病やナルコレプシー、機能的勃起障害の治療薬であったが、1997年のアメリカ食品医薬品局（FDA）規則の改訂によって、より広く薬の目的外使用が認められることになり、これが心や対人関係に対する薬の使用を促進している。この際、製薬産業が医療化推進の重要なプレイヤーとなっている。

(3)では、老衰、薬物中毒、アルコール中毒、妊娠、そして魂の問題の例が挙げられ、人間の生死や嗜好、心の問題が医学・医療の対象とされることを指す。たとえば妊娠・出産や老衰による死が自宅から病院での出来事となってきたことで、医療の領域が自然で正常なライフコース上の出来事にまで拡大されることになった。また、薬物やアルコール中毒、狂気といった、従来「逸脱」行動として捉えられてきたものが医療の対象となることで、社会問題を疾病と捉えることによる対象者の社会的処遇に変化が生じている。

(4)は、遺伝子診断をめぐる問題で、生まれる以前の生命にたいしても医学・医療的基準から選別が行われるだろうことを指している。出生前の遺伝子診断には、超音波検査と羊水や絨毛による胎児検体の解析があり、ここで指摘されているのは胎児検体の遺伝子解析である。体外受精技術が発展したことによって、着床前の受精卵に対しても同様の遺伝子解析が行われることがある。Zola の指摘は遺伝子診断にのみ向けられているが、広義の出生前診断においても、生まれる前から人は、近代医学・医療の基準に基づいた治療的介入や生命の選別の対象とされている。

このようにして、我われの生活の多くの部分に近代医学・医療の健康や疾病の捉え方や基準、対処としての治療が入り込んできている。人びとは、近代医学・医療の身体観や疾病観に基づいて“健康”であろうとし、そのために近代医学・医療が提示する方法を利用する。このような社会において医師は、診断し、処方を決定する権限を独占することで絶大な力を人びとにふるうことができるようになる。医師は診断によって人びとを選別することができ、予防や治療という名の下で人びとの行動を規制することができるのである。また、医師やその他の医療者たちから直接診断や行動規制を受けなかったとしても、我わ

れの生活の中には健康や疾病に関するさまざまな近代医学・医療の言説が入り込んできている。夏の暑い時期に「天気の良い日は昼下がりの外出はできるだけ控えましょう」と言われ、インフルエンザ等の感染症対策としてマスクの着用がうながされ、1日あたり目標野菜摂取量のどれだけが取れるか明記された商品がコンビニエンスストアに並んでいる。我われの生活のあらゆるところに近代医学・医療の言説はひそみ、我われの嗜好や行動の選択に影響しているのだ。そのとき、我われは自分自身に関してどれだけのことを主体的に選択しているといえるのだろうか。Zolaは、医療化の進展が人びとから「何が自分のためになることなのか」「自分のやってきた行動が“それだけの価値あるもの”なのかどうか」を判断する権利と、その機会とを奪っているのだと述べる（Zola 1978=1984: 85）。

医療化論は、基本的には社会において医学・医療が取り扱う領域の際限ない膨張に対する危機感に根差しているといつてよいだろう。Illichは、「医療の介入が最低限しか行われぬ世界が、健康が最もよい状態で広く行きわたっている世界である」（Illich 1976=1979: 220）と述べ、出産、成長、労働、治療、死といった事柄に近代医学・医療の干渉を最低限にまで抑えた社会を理想郷として描き出している。

3 近代医学・医療批判に伴うアトピー性皮膚炎治療をめぐる課題

前節では、20世紀後半において近代医学・医療に向けられてきたいくつかの批判を検討した。近代医学・医療の基本的視座である生物医学モデルに対しては、その手法の危険性や無効性の疑いが向けられ、また、身体に注視するあまりにその身体が置かれている社会環境や文化的な文脈性を捨象することに批判の目が向けられていた。診療の基本的構造である医師と患者の関係においては、制度的に裏づけされた不均衡が指摘され、高度医療化、組織医療化が進み、慢性疾患が増大する現代において、その変容が求められていた。また、社会の様々な現象が近代医学・医療の対象とされ、その対処が委ねられるようになる医療化社会においては、人びとはその主体性を近代医学・医療に奪われているとの指摘がなされていた。

これらの批判を受けて、近代医学・医療におけるアトピー性皮膚炎治療はどのような課題を抱え、またそれに対処していこうとしているのだろうか。

アトピー性皮膚炎の治療が、皮膚に対する技術的介入と、原因・悪化因子の探索とそれに基づく生活指導の2つの柱で構成されていることは、前章において指摘した通りである。薬物による皮膚や痒みへの技術的介入は、特にステロイド外用剤とタクロリムス軟膏で副作用の指摘がある。

ステロイドとはそもそも、各種アレルギー性疾患、自己免疫性疾患等の多くの難治性疾患の治療薬としてその有用性が認められている薬である（大島・真柴 1999）。日本では、1954年にアトピー性皮膚炎に適用されて以来、「アトピー性皮膚炎の炎症を十分に鎮静し

うる製剤で、その有効性と安全性が科学的に立証されている」(増江他 2009) 唯一の薬であるとされている。しかし、臨床に応用すると、重篤なものでは消化性潰瘍、骨粗しょう症、白内障、小児の成長障害等の副作用が起こることが指摘されている(奥平 2003)。ステロイドにはさまざまな剤型があり、剤型によって生じやすい副作用には差がある。アトピーに多用されるのは外用剤である。外用剤による副作用には、ニキビ・紫斑がしやすい、皮膚が薄くなる、毛細血管の拡張による顔面紅潮、毛深くなる、細菌・真菌の易感染性等が指摘される(奥平 2003)。外用剤では、内服・注射薬に比べて局所的な副作用しか起こらず、概して問題性が低いとみなされている。副作用の発現にはその投与量に関わるが、外用剤では使用された体の部位、皮膚の状態、年齢などによってその吸収量が異なり(井川・西岡 2003)、このことがステロイド外用剤の副作用発現の予測を難しくしている。

タクロリムス軟膏は、移植手術等において用いられる免疫抑制薬カルシニューリン阻害薬の外用剤で、日本では 1999 年に認可されたばかりの比較的新しい薬である。ステロイド治療に効果がない場合に、アトピー性皮膚炎治療でも適用とされる。タクロリムス軟膏でも副作用の指摘があり、塗布時の皮膚の灼熱感やほてり、しみる、かゆみ等の強い刺激感、細菌・真菌の易感染性、ニキビ、皮膚の乾燥、かぶれ、顔面紅潮が挙げられている。比較的新しい薬であることもあり、長期使用における有用性、安全性は必ずしも確認されていない。海外では、2010 年にタクロリムスおよび同種の軟膏の小児における使用で皮膚がんや悪性リンパ腫の発症があったとの報道があったが、検証不十分であることを根拠に、国内では適正使用を守るという姿勢が取られている。

これらの副作用は、避ける、あるいは効果に対して必要最低限に抑える、というのが近代医学・医療が基本的にとる姿勢である。ステロイド外用剤では、I. ストロンゲスト、II. ベリーストロング、III. ストロング、IV. ミディアム、V. ウィークの 5 段階の強さの分類と、軟膏、クリーム、ローション、テープ剤等の剤型とがあり、タクロリムス軟膏では 0.1% 成人用と 0.03% 小児用の 2 種類の濃度の軟膏が使用される。日本皮膚科学会ガイドラインでは、「『個々の皮疹の重症度』に見合ったランクの薬剤を適切に選択することが重要である」とし、これらの薬の投与は「対象患者・年齢・禁忌・原則禁忌・慎重投与などの項目が十分に理解できる、高度の専門性を有する医師によりなされることを前提とする」と述べられている(増江他 2009: 1525)。したがって、医療的介入の危険性の回避は、医師個々の“専門性”、すなわち知識と経験、それに基づく判断に委ねられているのである。

もう一つの治療の柱である原因・悪化因子の探索では、食物、発汗、物理的刺激、ダニや花粉等の環境因子、細菌・真菌、ストレス、搔破等が可能性として疑われる。これらのどれがどの程度発症に関与しているかは、患者個々で異なり、判定は、医師による判定と、特異的 IgE 抗体検査や負荷試験によって行われる。ただし、IgE 抗体検査は抗体値が高いからといってそれが発症と必ずしも結びつかないことがあり、医師の問診が判定の中心とならざるを得ない。また、食物に対してしばしば用いられる負荷試験は、症状の悪化を伴う危険性がある。何が原因・悪化因子とされるか、試験においてどの程度の危険を冒すの

かは、結局は医師の判断に依らざるを得ない。

近代医学・医療におけるアトピー性皮膚炎治療は、以上のような技術的介入における副作用という危険性と、その回避や抑制がほぼ全面的に医師個人の知識や経験に委ねられているという構図の中で行われている。しかし一方で、アトピー性皮膚炎治療は医師の統制が効きにくい側面を持つ。治療薬の選択や原因・悪化因子の特定は医師の判断で行われ、その方法に対して指導があったとしても、実際に薬を塗り、日常生活から原因・悪化因子を取り除くのは患者やその家族である。どの部位のどの症状にどの程度の薬を使うのか、どの要因をどのようにして生活から除いていくのか、は、患者やその家族の知識や経験、生活習慣等によって左右される。この点でアトピー性皮膚炎治療はまさに慢性疾患における医師と患者の相互参加による協働モデルがふさわしいように思われるが、近代医学・医療においては医師の判断の優位性が強調されている。

また、原因・悪化因子の探索と対処は、患者の生活の中に病因を探し出し、その排除や改善が生活指導の名目の下で要求される。何を食べてはいけないのか、何を着てはいけないのか、掃除はどの程度しペットを飼ってよいのか、入浴やシャワーの回数、使ってよい石けんや洗剤の種類、空調の温度設定等々、生活指導の対象は幅広い。また、薬の塗布やその頻度によって、たとえば入浴後や起床後の行動にも一定の規制が加えられる。これらには一つ一つ近代医学・医療の立場から根拠を与えられ、その根拠の説明と説得とを通じて人びとは医師の指導を受け入れていくことになる。

第3章

「アトピー」をめぐる社会問題の構築と言説分析の概要

1 社会問題としての「アトピー」史概観

アトピー性皮膚炎を社会問題として提起しようとする動きは、1970～80年代に、アトピー児の親たちの活動として始まったと考えられる。関西アトピーネットワーク代表であった池田は、アトピーの食事療法を実践するための「アレルギー代替食品の開発や料理会などお母さんの相互互助活動」が1980年代頃には全国的に広がりを見せていたと述べている（松下・池田編著 1993: 64-5）。大阪では1980年代後半に入って親の会の活動が始まり、1988年には大阪府に対して「アトピー対策を求める府交渉」が行われ、これがアトピーをめぐる行われる全国初の行政交渉となったと言われている（同上 65-8）。交渉は、保健所、保育所、学校・幼稚園の各所におけるアトピーおよびアレルギー児の実態調査、アレルギーを理由とした入所拒否と給食の問題への対応、アトピーに関する相談の実施、に関して行われた。1989年には、親の会をネットワークで結ぶ「関西アトピーネットワーク」が結成されている。

親たちの活動を受けて、大阪府では1989年にアトピー性皮膚炎の実態調査が実施された。また、アトピーやアレルギーを理由とした保育所の入所拒否問題¹に対しても大阪府で1990年に対応を定めた通達が出されるなど、改善の動きが見られる。学校給食については、1988年に札幌で起きたソバアレルギーによる男児の死亡事件を受ける形で文部省において食物が原因で発症するアトピーやアレルギーへの対応が進められるようになった。また、食事以外の領域でも、1991年に大阪府に対してプールの洗体槽についての要望書²が提出され、アトピー等の皮膚の弱い児童について洗体槽に浸からなくてもよいとの回答が引き出している。

総じて、1980～90年代初頭は、子どものアトピーをめぐる保健所、保育所、学校・幼稚園での、特に「食事」について対応を求める親たちの活動の時期であった。

アトピーを社会問題として取り上げる活動の大きな転機となったのは、1992年、関西アトピーネットワークが主催した「アトピーとステロイドを考える集会」である。集会のパネリストには、アトピーに対するステロイド治療に懐疑的な医師、ステロイド治療の副作用被害に対する訴訟の原告、親の会や市民団体の代表者が名を連ねた。新聞で開催告知が取り上げられたこの集会は、200～300人が集まったとされる³。この後、在阪のアトピー

¹ アトピーやアレルギーの原因として食物が挙げられる場合、原因となる食物を除去した食事が必要となる。保育所の給食では、個々の子どもに対応した給食の手配が困難である、また弁当持参は食中毒等管理上の問題があるとして、保育所が元々提供している給食が食べられない場合、それを理由に入所拒否されることがあった。

² 学校のプールに入る際に衛生管理目的で用いられてきた塩素消毒の洗体槽だが、強い塩素消毒がアトピーの症状を引き起こしたり悪化させたりする、ということから洗体槽を使用しないことが要求された。

³ アトピー・ステロイド情報センター機関紙『アトピー・ステロイド情報』準備号（1992年9月1日発行）による。

病者や問題意識を共有する市民らによる団体設立や集会開催が相次ぎ、ステロイドへの問題意識を中心とした運動的活動が展開されていくことから、この集会在、アトピー治療の根幹に置かれているステロイドの副作用を薬害として告発する活動の出発点と位置づけてもよいだろう。

主要な活動の形としては、訴訟の展開と病者支援組織の設立が挙げられる。マスメディアがステロイドをめぐる問題を取り上げる契機ともなった訴訟には、1983年京都（1988年和解）、1992年川崎（2002年1審敗訴、2005年最高裁棄却）、1993年京都（1998年和解）・大阪（1998年1審敗訴、1998年上告審和解）等がある⁴。またこの時期の支援組織の設立は、1992年のアトピー・ステロイド情報センター（大阪）、1993年のアトピッ子・地球の子ネットワーク（東京）が全国規模で会員を集めて、後にNPO認証を受けている⁵。

特にアトピー・ステロイド情報センターは、上述のステロイド訴訟のうちのいくつかにおける支援、厚生（労働）省との行政交渉（1994～99年）、アトピー実態調査（1998～99年）などの活動を展開し、ステロイドをめぐる社会問題の構築において中心的役割を果たしてきた。4回にわたって行われた行政交渉においては、医師のステロイド使用が適切に行われるよう指導すること、ステロイドのアトピー治療への適用の削除、ステロイドを使用しないアトピー治療の研究・確立、ステロイド被害者およびステロイドを使わない治療を選択した病者の支援、を要求している⁶。また実態調査報告では、アトピー病者のステロイドへの忌避感、ステロイド中心の治療を行う医師や医療への不信感、引きこもりによる社会生活からの隔絶が指摘されていた（住吉編 1999）。これらの活動は、最盛期には約1200人にもなった会員に対して発行される機関紙を通じて病者やアトピー治療に携わる医師らに報じられ、これらの人びとがアトピー問題を語る上での支配的言説の形成に一役を買ったといえよう。

しかし、2004年には東京で、ステロイドを使用しない治療を行っていた医師が不適切な治療であるとして患者から訴訟を起こされ、1審原告勝訴、被告側控訴後和解（2005年）という経過をたどった⁷。ステロイドをめぐる社会問題は、1990年代においてはステロイ

⁴ 和解金が支払われた例もあるが、ステロイド治療に関する医師の行為責任が認められたものというよりは見舞金といった性格が強かったといえる。一連の訴訟について総括的に評価するならば、原告側の敗訴に近い結果である。

⁵ アトピー・ステロイド情報センターが後述の通り、ステロイドの社会問題化を担ったのに対し、アトピッ子・地球の子ネットワークはステロイドとは一線を画し、その活動は、アトピーに悩む病者やその家族の相談窓口、日常生活上の具体的な問題解決のための知識や情報の共有や啓蒙的活動、行政との協働による調査活動、などが中心に置かれている。設立はステロイドへの関心の高まりと同時期であるが、その関心は前項で述べたアトピー児の親たちの活動と重なる。

⁶ 『アトピー・ステロイド情報』第12号（1994年11月10日発行）、第22号（1996年7月15日発行）、第28号（1997年7月1日発行）、第39号（1999年5月15日発行）による。

⁷ 1審では、医師に約640万円の賠償命令が出された（2004年6月17日付東京新聞『アトピー悪化、医師の過失』法人側に賠償命令 脱ステロイド治療で初」、同日付北國新聞『ア

ドを用いる医療を問題として提起するが、この主張は明確な成果を得られないまま、2000年代に入ると逆に、ステロイド使用を問題視することが問題として提起されるようになっていく。

1990年代半ばを一つの契機として新たに浮上してくるのが、アトピーをめぐる展開される種々の商業的活動である。“アトピーのため”を謳った商品や療法の展開自体はすでに1980年代には散見される。食事療法がアトピー児の親たちの取り組みとして活性化してくる1980年代後半には、それを支える代替食の商品化が進められ、“アトピーのため”の商業活動それ自体は、社会問題としてアトピーを提起したことの一つの成果として捉えることもできる。一方で、1980年代半ばには“アトピー治療”を謳った商品販売が薬事法違反で摘発されるといった事件も発生し、アトピーをめぐる商業的活動が消費者問題の温床となる可能性を示唆していた。

この示唆が現実のものとして表面化する一つの契機が、1996年に起きた関西アトピーネットワークにおける会員の個人情報漏出事件であった。これと時期を同じくして、“アトピーのため”を謳った商品や療法に関する国民生活センターへの通報の増加が報じられている。この“アトピーのため”を謳った商業的活動を社会問題として指摘したのが、金沢大医学部の竹原教授による「アトピービジネス論」（竹原 1998）と、同じく竹原教授を中心とした日本皮膚科学会における不適切治療健康被害実態調査委員会の活動（竹原他 2000）である。

こうした活動を受けつつも、アトピーをめぐる商品や治療に関する法令違反事件は2000年代に入っても相次ぎ、特にアトピー向けを謳った化粧品等にステロイドが混入されているケースが散見される（2001年「皮炎霜」、2004年「桃源」、2008年「NOATO」「ゆずりん」等）。

1990年代半ば以降はまた、アトピー児の療育に悩む親が子の殺害や無理心中を起こすこともたびたび生じている（1994年埼玉、1998年埼玉・福井、2004年兵庫・大阪・大分等）。これらの事件は、直接アトピーを社会問題として提起しようとする活動ではないが、こうした事件が発生することの中にアトピーが育児において持つ問題性が示唆されている。

このように病者を中心とした市民の側がアトピーをめぐる種々の活動を展開していく間、近代医学・医療の側は、アトピー性皮膚炎治療の標準化を進めてきた。まず1994年に定義・診断基準の明文化が図られた（日本皮膚科学会 1994）。その後、この基準に基づいた治療／診療ガイドラインの策定が進み、1999年に厚生労働科学研究による一般臨床医を対象とした治療ガイドラインが、2000年に日本皮膚科学会による皮膚科専門医を対象とした治療ガイドラインが発表された。1998年には移植免疫抑制剤の一つであるカルシニューリン阻害薬の外用薬であるタクロリムス軟膏が認可・適用となり、治療薬の選択肢を一つ

トピー悪化 医師の過失 東京地裁 医院に640万円賠償命令」が、2審での和解を受け、この判決は取り消されている。

つけ加えている。日本皮膚科学会の治療ガイドラインをめぐっては、アトピー・ステロイド情報センターから2度にわたって、ステロイドの危険性とそれへの認識に関する質問書が出され、日本皮膚科学会からは治療ガイドラインの正当性を説明する回答が寄せられている⁸。

2 アトピーの社会史におけるマスメディアの役割

アトピーをめぐる社会問題の構築は、マスメディアの介在に一つの特徴をみることができる。1980年代後半から90年代初頭の日本国内外の雑誌・新聞における「アトピー」「アレルギー」記事を探した作道は、「アトピー」への言及が日本に特有の現象であること、1989年頃からの「アトピー」に言及した記事の急激な増加傾向、朝日新聞およびその系列雑誌においてその傾向が顕著であること、を指摘している（作道 1993）。また、1990年12月に開かれた第11回近畿アトピー性皮膚炎談話会というアトピー治療に関わる医師らの集会は「アカデミズムとジャーナリズムから見たアトピー性皮膚炎」と題され、「この問題においてはジャーナリストからも様々な意見が発表されていて、今日のわが国の社会情勢ではこれらが実際のアトピー性皮膚炎の正しい取り扱いを妨げている面もあることは否定できない」（近畿アトピー性皮膚炎談話会編 1991: 3）⁹と述べられるように、近代医学・医療の立場からは、マスメディアの介在がアトピーをめぐる社会問題の構築の原動力の一つと見なされてきた。

作道は、アトピー児の母親の行動を取り上げて「診断や治療について個人差が大きい状況で、アトピーあるいはアトピー様の症状をもつ子どもを抱えた母親は、医者など専門的医療関係者や同じ子どもをもった母親、新聞・雑誌・書籍から情報を得て、対処しているのが現実である」（作道 1993: 48）とし、「病因と症状が1対1で対応しにくいこと、生理的指標があてにならないこと、慢性病であることから考えて、現代医学が苦手とする領域の『病気』であるアトピーに対して母親たちは、近代医学・医療だけではなく、「どの医者がいいのか」といった情報、民間情報、他の母親の体験談、実感の母の意見、母親同士のインフォーマルな会話など」のさまざまな知識や情報を総動員して病に対処せざるを得ないのだと述べる（同上 49-52）。新聞・雑誌・書籍といったマスメディアは、それらの知識や情報を提供する主要メディアであり、そうした知識・情報源となり得る当事者や支援者のネットワークへの窓口ともなる。また、新聞・雑誌といった一般大衆メディアでしばしば言及されるということは、そもそもアトピーに関心を持たなかった人びとに対してもアトピーの社会的問題性を主張することになる。マスメディアの介在は、当事者の活動を促

⁸ 『アトピー・ステロイド情報』第44号（2000年3月15日発行）、第45号（2000年5月15日発行）、第47号（2000年9月15日発行）、第48号（2000年11月15日発行）による。

⁹ 日本皮膚科学会元理事長・安田利顕による寄稿部分。

進させ得ると同時に、当事者ではない人びとへその問題意識を訴え、ときに支援者や新たな当事者として活動に迎え入れる契機をも作る。朝日新聞記者であった田辺功は、マスメディアの立場について以下のように述べて、その介在が活動の促進や拡大の意図を持っていることを表明している。

最近火のないところにもしばしば火が立つと言って、えらく怒られますけれど、大部分の場合は火があるところをです。我々が行ってガソリンをぶっかけて大きくした、それが現状でございます。そしてそれが世の中を、ある場合には、恐らく一部の先生方でやっていらっしゃれば10年かかることを1年で可能にするという要素もある訳です。(近畿アトピー性皮膚炎談話会 1991: 70)

前節に示したアトピーをめぐる社会史も、マスメディアの介在によって人びとに伝達され、ときにアトピーをめぐる病の問題に対処するための知識・情報として、ときにアトピーに対して問題意識を持つ契機として、ときにアトピーを通じて日本社会の抱える問題性を考える材料として、マスメディアが提起してきた。マスメディアは、社会問題の構築を牽引する主要な場として捉えることができるのである。

さらに、以上のような“そのとき”“その場”での意義だけではなく、マスメディアには時空間を超えた意義をも与える。なぜならマスメディアの言説実践は、紙面として記録・保存されるからである。マスメディアによって、人びとの諸実践の連なりは記録・保存され、時間や空間を超えて参照可能なものとなる。そのことがまた後の人びとの活動の促進や拡張につながる。そのようにして、アトピーをめぐる社会問題の構築は現在においてもアトピーをめぐる人びとの行為へとつながっているのである。我われにとってマスメディア言説は、当時の人びとの実践を記録するものであると同時に、現在の人びとがそれらを参照することによって、ある事象がどのように人びとの目に映っているのか、そのことが現在の社会にとってどのような意義を持っているのか、を明らかにできる資料なのである。

3 分析枠組と資料の概要

以下では、「アトピー」をめぐる社会問題の構築におけるマスメディアの特徴的な振る舞いと資料的価値の両面に基づき、マスメディアの言説分析を通じて「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程を明らかにしていくこととする。社会問題として「アトピー」が構築されていく過程については、作道(1993)や竹原(1998)でも検討されてきているが、前者の分析は1990年代初頭までの分析であること、後者は以下で明らかにしていく近代医学・医療の側からのまきかえしの視点で描かれていることによって、いずれも本論の関心からは不十分なものとなっている。病者のインサイダー・パースペクティブに立ったとき

「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程がどのようなものであったのか、そして 2010 年代において「アトピー」がどのような意味を持つのか、を問うとき、新たな分析が必要になる。

マスメディアといってもテレビ、ラジオ、新聞、雑誌、インターネット等多様だが、ここでは新聞を取り上げた。日本における新聞は、日刊紙の個別宅配による定期購読という形態を通じて幅広い人びとに対して継続的に多量の言表を供給してきた。紙面の保存性、縮刷版の発行やオンラインデータベースの整備による記事へのアクセスの容易さは他のマスメディアと比べて格段に高く、新聞記事の影響力は時空間を超えて人びとの作用しやすいものと考えられる。近年ではインターネットがアクセスの容易さにおいてはその優位性を高めているが、本論が関心を寄せるのは 1990 年代前後の言説実践であり、日本におけるインターネット普及が進む 1990 年代後半とは若干の時差がある。また、インターネット上の言表は書き換えの容易さから言表の流動性が高く、そこにある言表がいつ発せられたのかが特定できないことから、言説の継起性を重視する社会問題の構築主義アプローチの立場からの分析には馴染まない¹⁰。

具体的な分析範囲としては、まず上述の観点から我が国における三大日刊紙である朝日新聞・毎日新聞・読売新聞の全国紙 3 紙を対象とした。3 紙はいずれもオンラインデータベースが整備されており、記事の収集にはこれらのデータベースを用いている¹¹。時間的な範囲は 1985～2010 年までの 25 年とした。これは、各紙データベースの採録が 1985 年以降始まっていること、1987 年頃から記事の増加傾向が顕著になり出すこと、を踏まえている。1980 年代末から 1990 年代半ばまでにおける病者や支援者の団体設立や、1990 年代末から 2000 年代初頭における標準治療の確立といった主要動向にも留意している。

分析は、対象 3 紙オンラインデータベースにて、検索語「アトピー」で検出された記事を対象とした。日本社会における社会問題の構築過程という本論の問題関心から、病者一般が目にすることができる範囲での言説実践を取り上げることとし、特定地域でしか流通しない地域紙面記事は分析対象からはずした¹²。分析対象となった記事の数量的推移は表 3-1、図 3-2、3-3 に示した通りである。期間中、1990 年代半ばまでは急激な増加傾向にあり、1990 年代後半に一旦激減するが、1990 年代末から 2000 年代初頭にまた記事数のピー

¹⁰ インターネット言説の分析は、資料を収集するある特定の時点からの定点観測的に行うのであれば重要な視点となり得る。

¹¹ 各紙のオンラインデータベースは、朝日新聞【朝日新聞 聞蔵Ⅱビジュアル】

(<http://database.asahi.com/library2/>) 毎日新聞【毎日 NEWS パック】

(<http://mainichi.jp/contents/edu/01.html>)、読売新聞【読売新聞ヨミダス歴史館】

(<http://www.yomiuri.co.jp/rekishikan/>) である。各紙のデータベースへの採録は、朝日新聞が 1985 年から、毎日新聞が 1987 年から、読売新聞が 1986 年からとなっており、朝日新聞・毎日新聞は全期間で本社版・支社版・各地域面が採録されているが、読売新聞では当初東京本社版のみであったものを順次各地本社版、地域版へと採録範囲を拡張している。

¹² 地域発の言説も、全国的な関心が寄せられるようになれば、言説実践の上では何らかの言及関係が生じるはずだという推察に基づいている。

クを迎えている。1990年代前半に病者や支援者たちの活動が活発であったこと、1990年代末から2000年代初頭に近代医学・医療の標準治療の確立に関する活動が活発となっていたことから、これらの推移はアトピーをめぐる人びとの活動とおおむね一致している。細かな増減については、アトピー関連の連載が組まれた年に極端な記事数の増加が見られることから、記事数の推移をアトピーに対する関心の高さと置き換えて捉えても差し支えないといえる¹³。各紙のオンラインデータベースの採録範囲には若干の差があり、数量的推移それ自体は必ずしも分析的意味を持たないが、1990年以降では3紙共に東京・大阪の本(支)社版が共通して採録されており、言説の分析における偏向のおそれは最小限にとどめられたと考えている。

分析は、M. フーコーを端緒とする言説分析に基づき、収集した新聞記事を通読し、記述の同質性や言及関係から言表の集合を縫り合わせる作業を反復した。記事と言表とは必ずしも1対1の関係にあるわけではなく、同一記事内に異質な言表が同時に存在することもあった。言表の同質性は特定の単語の存在によって確定されるものではなく、ある単語がどのような単語と結びつきやすいのか、あるいは結びつかないのか、といった言表と言表の関係性によって決められる。ここで特定の結びつきの存在を言説の確定単位として定めてしまえば、その関係性のみが抽出され、それ以外の関係性を捉えられなくなってしまう。それゆえ言説を確定させる特定の単位を置かない、置くことができないのが言説分析の方法である(佐藤 2006)。このようにしてゆるやかに結びつけられた言表群を言説として示している。

4 分析結果の概要

分析の結果、1985～2010年の新聞記事からは、〈文明病〉言説、〈ステロイド批判〉言説、〈ステロイド標準化〉言説の3つの言説が抽出された。

〈文明病〉言説は分析対象期間の当初から1990年代初頭および1990年代半ばから後半にかけて頻出し、〈ステロイド批判〉言説は1992年以降、〈ステロイド標準化〉言説は1990年代末以降出現している。〈ステロイド批判〉言説と〈ステロイド標準化〉言説は応答関係にあり、〈ステロイド標準化〉言説は〈ステロイド批判〉言説の対抗言説である。これらの応答の間を縫うように〈文明病〉言説が再び現れてくることから、〈文明病〉言説は他の言説と置き換わるというよりも、他の言説の背後でも通底し続けており、他の言説に対して影響を及ぼしている可能性が示唆される。

以下第4～6章では、〈文明病〉〈ステロイド批判〉〈ステロイド標準化〉の各言説について、これらの言説がどのような言表間の結びつきを持って立ち現われ、どのようなことを

¹³ 主な連載記事の一覧を表3-4に示した。

主張しているのか、またこれらの各言説間の関係はどのようなものであるのか、について、それぞれ検討していくこととする。

第4章

アトピー性皮膚炎をめぐる言説(1)

—近代性批判としての「アトピー」—

1 〈文明病〉言説

アトピーが新聞紙面に登場した当初から、“アトピーは文明病である”という言説はすでに確立したものと示されている。

文明病といわれる、この病気の画期的な治療法はまだ見つかっていない。（1989年2月20日付朝日新聞・大阪朝刊「〔日曜ルポ〕猛威『アトピー』必死の食事療法も…」）

1

この図式は、何ら疑問を差し挟まれることなく提示されるのである。

“アトピーは文明病である”とはどのようなことであろうか。同じ1989年2月20日付朝日新聞・大阪朝刊の記事では、「決定打ない治療法 『文明』見直す声も」という中見出しが打たれ、アトピーについて以下のように説明される。

アトピーとは、ギリシャ語で「不思議な病気」の意味だ。食生活の変化や気密性の高い住居など、戦後の急激なライフスタイルの変化を包括的な原因、と指摘する声がにわかに高まっている。

ここでは、「食生活の変化や気密性の高い住居など」の「文明」の到来がもたらしたものとして、「アトピー」が規定されている。“アトピーは文明病である”という言説は、アトピーをめぐる病因論なのである。「文明」としては他に、卵や乳製品などの“欧米化した”食生活、食品添加物や農薬、ダニやほこり、合成洗剤など、現代的な衣食住が取り上げられる。これらの「文明」は、日本社会における人びとの日常生活に深く組み込まれているために、アトピーの病因を人びとの生活から取り除くことは容易ではない。“文明”を享受することと引き換えに我われはアトピーを引き受けることになった。これが〈文明病〉言説の中心にある言説である。

〈文明病〉言説は最初、医療専門家の言説として登場している。

——文明病だという人もいますけれど……。

「何ともいえませんが、そういえば、ある皮膚科の教授が、アジアの発展途上国を訪ねたところ、そこではアトピー性皮膚炎は、ほとんどみられなかった、といっていま

した」（1987年4月19日付読売新聞・東京朝刊「〔専門医にきく〕アトピー性皮膚炎

¹ 下線は筆者による。以下、同様。

田中さん²は「アトピー性皮膚炎などアレルギー疾患は、食品添加物や人工的な育成、飼育による食物など、科学技術による食生活の変化と大きくかかわっているような気がしてならない。 私たちも、自然の中での健康ということを見直していかなければならないと思う」と話している。(1988年8月28日付読売新聞・東京朝刊「アトピー性皮膚炎 漢方薬併用しながら、根気よく体質を改善」)

このような専門家の、積極的ではないにせよ、肯定的な態度が、〈文明病〉言説を無批判に受け入れる一つの土壌となっていたといえるだろう。

この専門家による〈文明病〉言説とはやや異なる色合いを持って、非専門家による〈文明病〉言説が展開していくのは1991年のことである。

アトピー性皮膚炎を社会問題としてとらえた記録映画「奇妙な出来事・アトピー」が完成した。食べ物だけが原因ではなく、生活環境そのもの見直しが必要ではないか、と問いかけた映画だ。

(中略)

アトピーとはギリシャ語に由来し「奇妙な」という意味。現在、乳児検診で三、四〇%の子供がアトピーと診断されるという。日本体育大学の正木健雄教授が行った全国の保育園から高校までを対象とした身体調査によると、アトピー以外にも筋肉感覚の未発達、左右の視力のアンバランス、土踏まずが出来ない、という以前にはなかった異常が多く見られる。

映画は、野菜と雑穀中心の食生活に切り替えてアトピーを治した一家、食物アレルギーを持つ子供に合わせた給食づくりに取り組む保育園を紹介している。乳製品や卵をふんだんに使い、脂質、たんぱく質を多く含む食事が始まったのは、つい最近のことだと指摘する。

(中略)

映像は合成洗剤、食品添加物、農薬など身の回りに化学物質がどんなに多いか、また環境破壊がどんどん進む様子を映しだし「これが本当に豊かな生活なのか」と問う。

「アトピーは大きくなったら自然に治る、と言われていたが最近、成人患者が増えている。何かの警鐘のように思えてならない」と、高橋監督は話す。(1991年8月18日付毎日新聞・東京朝刊「[食の周辺]『アトピー』を映像で追う 野菜と雑穀中心に切り替え」)

ここで、映画「奇妙な出来事・アトピー」(高橋一郎監督、1991年)の中でアトピーは、

² 北里研究所付属病院の医師と紹介されている。それ以上の言及はないが、漢方外来を紹介する記事に専門家として登場しており、西洋近代医学・医療には比較的批判的な視点を持った医師だと推測される。

アトピー以外の身体の未発達と並べて“文明”の到来がもたらす社会的な病理の一症状として位置づけられていることが述べられている。

医療専門家言説としての〈文明病〉言説と非専門家言説としてのそれとの間には、アトピーを個人の病理と捉えるか、社会の病理と捉えるか、という違いがある。医療専門家が〈文明病〉言説を語る時、それは近代医学・医療の伝統を受け継ぎ、“文明”を個々の身体に対する病理としてのみ捉えて対処しようとする。種々の“文明”はある個人にとっては対処すべき病因であるが、しかしそれが病理として機能する範囲はあくまで個人に留められる。これに対して病者の家族や市民といった非専門家の〈文明病〉言説は、アトピーを“文明”がもたらす病理の一つの表象と位置づける。アトピーは我われ現代社会に生きる者全てが罹患している“文明病”の一症状であり、社会の病理としてアトピーを含めた“文明病”に対処すべきだ、と主張するのが非専門家の〈文明病〉言説なのである。アトピーを社会病理として捉えることが、社会問題としての「アトピー」を構築していく一つの起点となっている。

2 アトピー性皮膚炎の増加と疾病イメージの変容

〈文明病〉言説の一つの根拠として同時に語られるのが、“近年、アトピーが増加している”という増加言説である。アトピーの増加言説は、アトピー病者の増加と、従来乳幼児期の病気だと考えられてきたアトピーが思春期や青年期になっても発症し続けたり、新たに発症することもあるという、有症年齢の拡大によって構成されている。

皮膚のアレルギーは、治りにくく不快なものです。その代表的疾患のひとつ、アトピー性皮膚炎は近年、ふえる傾向にあり、乳幼児期にとどまらず、思春期になっても悩み続ける人が少なくありません。(1987年4月19日付読売新聞・東京朝刊「〔専門医にきく〕アトピー性皮膚炎(1) 強いかゆみ、家族に同じ疾患」)

アトピー性皮膚炎が、すさまじい勢いで広がっている。乳幼児や小学生だけでなく、大きくなっても治らない人、大人になって再発する人も増えてきた。(1989年2月20日付朝日新聞・大阪朝刊「〔日曜ルポ〕猛威『アトピー』必死の食事療法も…」)

アトピー病者の増加は、“アトピーは文明病である”という〈文明病〉言説の図式を補強する材料として挙げられる。近代化、文明化が進展する現代社会において増加するアトピーは、“文明”を媒介項とすることで現代社会とアトピーとの因果関係を結び、“社会病理としてのアトピー”という論理を成立させるのである。

ただし、“増加”は、単にアトピーの有症者が増加することだけを含意しているわけでは

ない。アトピー病患者数の増加と共に語られる有症する年齢層の拡張は、ある人がアトピー病患者として過ごす時間の増加、そして、人びとがアトピー病患者となり得る可能性の増加を含意する。乳幼児期の病気であれば、その年代を過ぎてしまえば発症し続けることも、新たに発症することもない、と考えることができる。しかし、アトピーが乳幼児期だけの疾病ではあり得ないのだとすれば、遣り過ごすことのできない存在となる。乳幼児期だけの疾病であったアトピーは、いつか治癒することが約束された、予後の明らかな疾病である³。しかし思春期や青年期以降にまで有症年齢が拡張されたアトピーは、慢性の病以外の何者でもない。“有症年齢の拡張”という言説によってアトピーは、思春期以降の予後が保障されている疾病から、生涯に渡って予後の見通せない疾病へ、すなわち急性疾患的な解釈が可能な病からまさに慢性の病へと変貌を遂げたということができよう。

〈文明病〉言説は、“アトピー病患者数の増加”によってその社会病理としての論拠を得る一方で、“アトピーの有症年齢の拡張”に対して妥当性を与えてもいる。アトピーの原因が文明であるということは、この文明に満たされた現代社会に生きる人びとにとって、アトピーの病因に曝され続けるということになる。病因への暴露が続けばそれだけ罹患の可能性が高まるのが、我われが慣れ親しんできた特定病因論の考え方でもある。〈文明病〉言説とアトピーの増加言説は、相互に補強し合う不可分な言説として存在し、〈文明病〉言説によるアトピーの社会問題の構築を支えているのである。

3 〈文明病〉言説に基づく治療と生活の医療化

〈文明病〉言説の病因論は、アトピーの治療として“文明の除去”を提唱する。病因となる“文明”を除去することによって疾病は治癒する／予防できると考えるのである。近代医学・医療の特定病因論と同様の論理による治療法といえよう。

特に大きく取り上げられたのは、“文明”化された生活のうち、食に関わる領域であった。アトピーの病因として食物を措定し、それを食事から除去する「食事制限療法」は、しばしば小児科を中心とした医師の支持を伴って現れている。

激増している、子どものアトピー性皮膚炎を食事制限で治す方法を、小児科専門医の立場から、わかりやすく解説している。著者は、臨床経験から、アトピーを根本的

³ 慢性疾患の特徴として Strauss らは、(1)長期的、(2)不確実性、(3)一時的緩和のために多大な努力が必要、(4)重複疾患、(5)生活にとって侵害的、(6)多様な補助サービスが必要、(7)経済的負担が大きい、の7項目を挙げている。アトピーはその定義の上からも慢性疾患であるが、乳幼児期にのみ現れる疾病と仮定すれば、乳幼児期の約10年ほどの期間においては長期的、予後が不確実、生活に侵害的、といった特徴がみられるが、その期間を越えれば治癒するという予後が保障された疾病である、と捉えることができる。

に治す方法として、ただ軟こうを塗って皮膚にできた湿しんやかゆみを止めるだけでなく、アレルギーの原因物質（アレルゲン）を食事から除く「除去食物療法」を提唱している。（1988年4月16日付朝日新聞・朝刊「〔本だな〕『食べもので治す子どものアトピー』 松村竜雄著）

あるいは住環境の領域では、気密性の高い住居やカーペットといった西洋近代的な住環境によってアトピーの原因となるダニが増えたことが指摘され、それらの除去や改善が治療として提唱される。

入居して間もなく、久保さん一家は、ダニが原因とみられるいくつかの症状に悩まされるようになった。広光さんの全身に湿しんが現れ、二女の裕紀ちゃん（3つ）はアトピー性皮膚炎にかかった。「みんなかゆがって、ともかくダニが家中にウヨウヨという感じでした」と、妻の裕子さん（38）が述懐する。

久保さん夫妻は一昨年、システムキッチンの購入を機に、床と壁の一部をすべて木に張り替える室内の全面改装を決意。一方、この改装計画を伝え聞いた東京医科歯科大学の高野健人教授（公衆衛生学）、埼玉県衛生研究所の高岡正敏生物環境科長らのグループが、協力を申し入れ、改装半年前から毎月ダニの種類と数を測定することになった。

改装の内訳は、トイレ、洗面所、浴室を除く全室の床が、厚さ二センチのオーク材とナラ材に、布ばりの壁は、居間西側を厚さ九ミリのスギ材に、その他は布に比べるとダニが繁殖しにくいとされるビニールクロスにした。

（中略）

久保さんと末っ子の“カユミ症状”はピタリと消えた。（1987年11月10日付読売新聞・東京夕刊「木の床でダニ追放 畳を全廃の改装効果バッチリ／東京・新宿の久保さん宅」）

“文明の除去”の提唱は、たとえば「自然にそった本来の日本人の食生活」（1989年1月16日付朝日新聞・朝刊「〔本だな〕『アトピー料理BOOK』 梅崎和子著）を取り戻そうと主張する。現代的な食事や鉄筋コンクリート造のマンションといった住居に代表される“文明”は、西洋近代によってもたらされたもので、日本人にとっては非自然的で非本来的なものと位置づけられ、“文明”すなわち西洋近代の除去と伝統的な日本の生活文化への回帰が指向される。“アトピーは文明病である”とし、“文明の除去”を目指す（文明病）言説の病因—治療論は、「文明化」「欧米化」「現代化」といった語によって括り出される西洋近代と「本来の」日本との対比によって構成され、これに基づいた近代性批判を含蓄している。

“文明の除去”によるアトピー治療や予防は、人びとの生活を切り離すことのできない

日常生活に対して〈文明病〉言説の病因論に基づいて介入するものである。“文明の除去”の必要性は専門家と市民、双方からの〈文明病〉言説において主張されるが、市民からの〈文明病〉言説が社会全体として“文明”以前への回帰を指向するような文化的な変容を追求するのに対し、専門家の〈文明病〉言説は病者個々の身体や生活に対し、治療の一環としてその改善を要請し、治療のための改善基準を病者の生活の中に持ち込んでいく。

〈文明病〉言説に依拠したアトピーへの対処は、日常生活における一種の生活改善運動の様相を呈していた。そのため、具体的な実践は病者の家族、多くの場合は病児の母親の手に委ねられていくことになる。その中で一つの問題として指摘されるのが、母親たちの医師の支持を仰がずに行われる自主的な実践である。

妊娠中からアトピーを心配して、卵を食べないようにするなどの食事制限をしていた母親は十人に一人いて、その八割以上が医者にかからず自分の判断で行っていた。

中には別の皮膚炎にかかったり、栄養失調になった人もいるという。(1993年6月12日付毎日新聞・東京朝刊「アトピー性疾患、乳幼児の5～8% 親の判断で不適切療法も——厚生省調査」)

制限した理由は医師からの指示によるものは一四%と少なく、残りは育児書や仲間の口コミなどによるものだった。(1993年6月12日付朝日新聞・朝刊「アトピー歴、3歳児の3割に 都市部は郡部の倍 厚生省が調査」)

専門家は、「自己流の不適切な食事療法も多数見られ、『医師の指導に基づいた治療が必要』と結論」(1993年6月12日付毎日新聞・東京朝刊「アトピー性疾患、乳幼児の5～8% 親の判断で不適切療法も——厚生省調査」)する。しかし母親たちにとっては、“文明の除去”は家庭生活において彼女らが管轄する領域の出来事である。特に子どもの衣食住は母親の領分であって、医学・医療の介入以前に彼女たちが責任を持って対処することが「母親役割」として課せられている。それゆえに、母親たちは可能な限り医学・医療の介入を許さずに対処しようとするのではないか。母親たちの自主的な実践には、「母親役割」の遂行と、自らの領域を侵されることへの抵抗、という二つの意味が含まれていると考えられる。しかし、このような母親たちの責任感が、次節に述べるような苦悩や困難を招いていくことになる。

一方で、病児が成長していけば、一日の大半は家庭ではなく保育所や学校・幼稚園で過ごすようになっていく。したがってその“介入”は、家庭や、病児の年齢が上がってくれば一日の大半を過ごす保育所や学校・幼稚園といった場にも侵入せざるを得ない。病児が長時間を過ごす施設で除去食に対応した給食や教室環境の整備が行われなければ、家庭でどれだけの対処を講じたとしても治療や予防の効果は得られないからである。このことが、アトピーに対する治療や予防といった対処は家庭のみならず保育所や学校・幼稚園といっ

た公的機関、ひいては行政を通じて行われるべきだとする社会問題としての問題意識につながっている。

アトピー性皮膚炎の子をもつ親たちでつくる7つの団体が19日、大阪市内に集まり、医療、学校、食品業界関係者を巻き込んだ市民運動組織「関西アトピーネットワーク」を近く発足させることを決めた。「アトピー児が学校や保育所で安心して生活できるよう、社会的な問題として訴えていく」のが目的で、京都、大阪、奈良、岡山各府県の親の会をはじめ、保育所なども参加する。(1989年2月20日付朝日新聞・大阪朝刊「アトピーに理解を 親の7団体結束」)

〈文明病〉言説は、アトピーの病因論においてだけではなく、治療論においても、「アトピー」を社会問題として構築していくのである。

4 母親たちの対処実践とそれに伴う苦悩と困難

アトピーの〈文明病〉言説は、“文明”をアトピーの病因として措定し、衣食住における“文明の除去”を治療として提唱する。母親たちの領分である衣食住といった日常生活の改善は、しかし一方で病者やその家族に多大な精神的・経済的負担をかけるものであった。“文明の除去”として最も大きく取り上げられることとなった食事制限療法では、除去すべき食品の特定の不確かさや代替食の入手などに困難を感じ、苦悩する母親たちの姿が描かれている。

「いったい何を食べさせればいいのか」。妻は途方に暮れた。本を読んでは、自然食品の店を歩き、ヒエやアワ、コーンライス、ウサギのソーセージなどを買い、それをヒエしょうゆやナタネ油で調理した。徹底した食事療法を約半年続けたが、かゆみは止まらない。「こんなにアレルギーを除去しているのに、なぜよくなりませんか」との問いに医師は「母乳が良くないのかも」。以来、アトピー児用粉ミルクにかえ、母乳は、しぼり出してすべて捨てた。それでも、効果はなかった。(1989年2月20日付朝日新聞・大阪朝刊「[日曜ルポ] 猛威『アトピー』 必死の食事療法も…」)

除去すべき食品に代わる代替食品は、現代では生産量が限られていたり消費量が少なく流通にほとんど乗らない食品である。それらの調達コストは高い⁴。これは食事だけではな

⁴ たとえば、米や小麦の代替食品として用いられる雑穀の価格について、1988年12月9日付読売新聞・東京夕刊「[ヘルス] 主食のコメ・小麦アレルギー “犯人” 捜しは依然進まず」では、

く、前節に挙げたダニ対策の自宅改装でも同様のことがいえる。また、効果が捗々しくない場合には、母親自身の食生活や生活管理力の問題とされることもあり、病児の衣食住を担う母親の精神面に重圧をかけることになった。1992年9月5日付読売新聞・大阪朝刊「[私たちの生活 5] 何を食べるのか(5) 悩む母親、間違った制限食」では、

中西さん⁵は家族に何がだめかを説明するが、「市販の食品はほとんどだめですよ」と言うと、パニックに陥る若い母親が多いという。

「しっかりした食生活をしている人は、ハンバーグひとつとってもバリエーションを考えることができるんです。でもふだんから出来合いの加工食品に頼っている人はどうしていいかわからなくなるんですね」

と述べ、母親の食に関する知識・技術の低さが食事制限療法の実践を困難にさせているのだと説明する。

食事制限療法はまた、母親たちに負担をかけるだけではなく、医療への懐疑を招くことにもなった。食事制限療法は主に小児科医によって主唱され、実践されてきたのだが、その有効性、副作用、病者や家族の負担をめぐって皮膚科医からの批判にさらされたのである。

食事療法の結果、全例で身長伸びと体重増加が「不良」になり、七例で体重が極端に減少していた。七・四キロから六キロへ二割減った乳児もいた。一部で頭回りの伸びにも影響が出、乳児の半数に、一度すわっていた首が元に戻ったり「おすわり」ができないなど精神運動発達の遅れがみられた。鉄欠乏性貧血や低たんぱく血症、低亜鉛血症と診断された子もいた。

皮膚炎は食事療法ではほとんど改善しておらず、五例が重症。かえって悪化したケースが多かったという。

また乳児の母親七人には最高一五キロの体重減や貧血、母乳不足がみられ、ほぼ全員が「何を食べさせたらよいか」と育児ノイローゼになり、同病院に駆け込んできた。(1990年5月22日付毎日新聞・東京夕刊「アトピー性皮膚炎の極端な食事療法に

「貧乏人はアワ、ヒエを食え」も今は昔。自然食品店「ナチュラル・ハウス」では、アワが一パック(三百グラム)三百円、ヒエが同量で三百三十円(輸入品)と三百八十円(国内産)。意外に値が張る。

と紹介されている。

⁵ 栄養士で、文脈から、大阪府立羽曳野病院(現在の大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)の給食係長であると推測される。大阪府立羽曳野病院は、大阪府内における結核およびアレルギー性疾患治療の基幹病院である。

副作用 広島 of 病院が報告) ⁶

その一方で、皮膚科医が主唱するステロイド外用薬を中心とする薬物療法への不安や批判もあり、小児科と皮膚科の方針が対立する中、病者とその家族では医療に対する懐疑と不信が高まっていることが述べられている。

気になったのは、医師によって指導方針が異なるため、患者や親の間に迷いや不安が生じていることだ。20歳の長男をもつ高槻市の会社員(58)の場合、「18年間通っていた皮膚科の医師は1日6錠の飲み薬と塗り薬をくれるだけ。2年前、別の病院で、『こんな強い薬を使い続けたら危ない』と言われ、食事制限に切り替えた。今、死ぬ思いで薬漬けから脱皮を試みているが、これまでの治療は何だったのか」と訴えた。

3歳の女の子をもつ京都市伏見区の主婦(29)は「血液検査で反応の出た食べ物を、医師の指示で全部食事から抜いていましたが、別の医師は、『何を食べてもいい』と言うんです。制限はつらいけど、薬に頼るのも怖い。どっちに従っていいのやら…」。(1989年3月5日付朝日新聞・大阪朝刊「[読者・記者] 指導方針まちまち、アトピー性皮膚炎」)

小児科か皮膚科か、その間で判断をせまられることが病者や母親を中心とした家族の苦悩を深め、懐疑や不信へとつながっていったといえるだろう。

5 通底する〈文明病〉言説

以上では、〈文明病〉言説がアトピーをめぐるどのような社会問題の構築を展開してきたのかを検討してきた。

アトピーの〈文明病〉言説は、その出発点においては医療専門家による病因論である。アトピーの病因は“文明”によってもたらされた衣食住や労働・余暇といった生活にある、というのが、〈文明病〉言説の中心にある図式であった。医療専門家の〈文明病〉言説は、“文明”を特定病因論の考え方に立脚してアトピーの病因として措定し、アトピー病者の

⁶ 食事制限療法の問題点は、ここでは医師の指導の誤りという文脈で述べられている。当然、医師の指示を仰がずに行われる母親たちの自主的な実践においても同様の事態は想定されるが、直接的にこれら結びつける記述は見られない。しかし、母親の自主的な実践を問題視する文脈には、こうした病児の発育に関する問題が想定されており、その危険性ゆえに医師の指示を仰ぐべきだという示唆が含まれているように思われる。それをしない母親たちに対しては、育児のリスク管理における失態として批判的なまなざしが注がれるのである。

身体においてそれを排除しようとする。その点で、専門家の言説において“文明”はあくまで個人の病理であり、社会問題として構築される要素を持たない。

しかし、病者やその家族を含む市民の捉え方とはこれとは異なる。市民は、アトピーの病因として“文明”を措定することまでは専門家の言説に同意するが、アトピーの増加や有症年齢の拡張といった言説を論拠として、だからこそ“文明”を社会の病理として捉え、社会全体としての生活改善を進めていくべきだと主張する。また、アトピー治療においても、家庭内だけでは対処し切れない社会の問題であるとして、治療のための制度やサービスの拡充を要請する。したがって〈文明病〉言説は、医療専門家の病因論を市民の言説として発展させたものである、と行うことができるかもしれない。

市民の言説としての〈文明病〉言説は、1980年代末から90年代初頭において完成し、その時期に最も頻繁に展開されている。ところが1992年に〈ステロイド批判〉言説が現れて以降は、“文明”を社会病理として捉える言説はほとんど見られなくなる。〈ステロイド批判〉言説の登場と共にアトピーをめぐる社会問題の関心はステロイドへと移行し、“文明”には向けられなくなっていったといえるだろう。一方で専門家言説においては、〈文明病〉言説はその後も登場し続ける。〈ステロイド批判〉言説は隆盛を見せる1992～94年、〈ステロイド標準化〉言説が現れる2000年前後はあまり目立たなくなるものの、アトピーの病因として“文明”を措定し、その“文明の除去”による治療を提唱する専門家の〈文明病〉言説は、本論の分析対象期間において常にアトピーをめぐる諸言説の基底に存在し続けているのである。

第 5 章

アトピー性皮膚炎をめぐる言説(2)

—近代医療批判としての「アトピー」—

1 〈ステロイド批判〉言説の成立

新聞紙面においてステロイドへの言及が始まるのは、〈文明病〉言説が推し出す“文明の除去”に対し、特に皮膚科の立場からその有効性に疑問を差し挟み、ステロイドを中心とした薬物療法を推奨するという文脈においてである。

きめ細かく、しかも、副作用のない、安全な薬を選んで治療するのが、皮膚科の立場
と思います。除去食療法が有効な場合もありますが、すべての患者さんに第一選択の
治療法として行うべきものとは思えません（1987年4月26日付読売新聞・東京朝刊
「〔専門家にきく〕アトピー性皮膚炎(2)治療法 まず家庭からダニ駆除」）

4章で述べたように、“文明の除去”、特に食事制限療法の実践においては、除去すべき食品の特定の不確かさや代替食の入手などをめぐって母親たちに多大な精神的・経済的負担がかかっていることが指摘されており、また、食事制限療法を受ける病児の発育における“副作用”も問題となっていた（1990年5月22日付毎日新聞・東京夕刊「アトピー性皮膚炎の極端な食事療法に副作用 広島病院が報告」など）。医療専門家による食事制限療法の提唱は小児科が中心となっており、それへの批判として皮膚科では「副作用のない、安全な薬を選んで治療する」という立場が採られているのである。

しかし一方で、ステロイドの副作用へも不安の表明がなされている。

制限はつらいけど、薬に頼るのも怖い。（1989年3月5日付朝日新聞・大阪朝刊「〔読者・記者〕指導方針まちまち、アトピー性皮膚炎」）

ステロイドの副作用への不安は、ステロイドという“文明”の産物である強力な薬を用いることへの不安である。“文明”が原因で生じるアトピーを“文明”の力で治療しようとする事への矛盾を感じとっているともいえよう。ステロイドへの不安は、病者らにステロイドを使用せずに“文明の除去”によってアトピーに対処することを指向させる。〈文明病〉言説によって導出される“文明の除去”という対処が様々な問題を孕みながらも支持される背景の一つとしてステロイドへの不安は存在しており、その点において、1990年代初頭までのステロイドへの言及は、〈文明病〉言説の一部を構成しているといえる。

ステロイドへの言及が〈文明病〉言説とは異なる言説を構成し始める契機となっているのは、1992年に相次いだステロイドの副作用事例の告発である。

七年間、塗っても完治しなかったため、病院を変えたが、そこでもステロイドを出され、塗り続けた。三つ目の皮膚科医にかかっていた一九八八年九月、もはや薬でも効かず、皮膚が薄くなったため顔中が真っ赤に腫れあがり、体液がしみ出す状態になっ

た。視力も落ち始めた。眼科医から白内障と診断された。四番目の皮膚科医にかかって、初めてステロイドの副作用だと知った。もう遅かった。(1992年4月24日付毎日新聞・東京朝刊「[Why なぜ] 広がる“ステロイド被害”／上 皮膚炎治療薬の副作用」)

告発において語られるのは、薬物療法の長期継続、処方におけるステロイドのランクと量のエスカレート、激しいかゆみや腫れや体液の滲出といった症状の劇症化、視力低下と白内障の発症、といった内容である。これらの“副作用”がステロイド外用剤の長期連用によるものだと推測し、その症状の悲惨さを訴え、副作用を防げず、早期に発見できなかった医師の診療行為における怠慢を指摘する。

告発において、アトピーと“文明”の関連づけは行われていない。〈文明病〉言説においてステロイド外用薬による治療は“文明の除去”に対置されてきたが、ここでは“文明の除去”には言及されず、ステロイド治療に対置されることもない。ステロイド治療に代わり得る方法として“文明の除去”が挙げられることはあっても(1992年6月28日付毎日新聞・東京朝刊「ステロイド被害・アトピー治療をめぐる／上 電気パルスや漢方も効果」など)、ステロイド治療の問題点の告発において、その論拠に〈文明病〉言説が関連づけられることはない。このことから、ステロイドの副作用の告発を契機とした新たな言説、〈ステロイド批判〉言説を取り出すことが可能になる。

ステロイドの副作用の告発は、訴訟という告発の形式を採るところにその特徴がある。

アトピー性皮膚炎などの治療に使われる副じん皮質ホルモン剤(ステロイド剤)の副作用による被害に悩む人は多い。京都、神奈川ではステロイド外用剤の長期使用で目が不自由になった男性と女性が医師を相手に損害賠償請求訴訟を起こす準備を進めている。(1992年4月24日付毎日新聞・東京朝刊「[Why なぜ] 広がる“ステロイド被害”／上 皮膚炎治療薬の副作用」)

訴訟という様式を通じて立ち上がってきたことによって、〈ステロイド批判〉言説は、ステロイド治療において生じた望ましくない状況を“被害—加害”関係の中で捉えていく。ステロイド治療の副作用とされる症状の劇症化や白内障は“被害”であり、その状況はステロイド治療によって引き起こされたのであるから、その治療を処方した医師の診療行為が“加害”行為と措定される。したがって、これ以降の〈ステロイド批判〉言説が支配的な状況の下では、アトピー治療におけるステロイドへの言及が必然的に“被害者としての病者”と“加害者としての医療者”という病者—医療者の関係を措定してしまうことになる。特に病者がステロイドをめぐる経験を語る時、そこには〈ステロイド批判〉言説に基づく近代医学・医療への強い批判的態度が付与されていくのである。

2 〈ステロイド批判〉言説における2つの論点

〈ステロイド批判〉言説において、ステロイドに向けられる批判には2つの論点が含まれている。一つは、ステロイド治療を処方する際の医師の診療行為についてであり、もう一つは、ステロイドをアトピーに対して適用することの是非についてである。

第一の論点は、すでに述べてきたように、ステロイドの副作用の告発という文脈の中に立ち現われる。ここでは、ステロイドをアトピー治療に用いる際の、副作用を防げず、あるいは副作用を早期に発見できなかった医師の診療行為が、“問題”として指摘される。

患者たちは「医師から副作用についての説明が全くなかった」と強調する。医療の現場で、インフォームド・コンセント（十分な説明に基づく同意）が実行されていない実態が改めて浮かび上がった。

(中略)

この女性は「最初にかかった医師がきちんと副作用を説明していれば、何年間も塗り続けなかった。塗ってもよくなりなると言う『じゃあ、これにしよう』と別の塗り薬を出すだけで副作用の説明は全然なかった」と怒りを語る。(1992年7月24日付毎日新聞・東京朝刊「ステロイド被害者、集団訴訟の動き 『医師が副作用の説明せず』——大阪」)

ここで問題とされているのは、一言でいえばステロイド治療における医師—患者関係である。医師—患者関係を“加害—被害”関係と指定することによって、ステロイドによる副作用の発生、それを防げなかったこと、そしてインフォームド・コンセントを怠ったために患者自身に副作用を防ぎ、副作用を早期発見する機会を与えなかったこと、を“加害”行為とし、医師の診療行為における倫理の欠如を問うていく。ステロイドの副作用症状の悲惨さがしばしば語られるが、これは、医師の診療行為の問題性の象徴なのであり、その悲惨さを強調すればするほど、医師の“加害”性が強調されることになる。

ステロイド“被害”の描写の一つとして取り上げられるのが、ステロイド治療の中断によって生じる「リバウンド」である。

子供に比べ治りにくい大人のアトピー性皮膚炎が増加する中、治療薬であるステロイド（副腎皮質ホルモンなど）を急にやめることで爆発的に症状が悪化する「リバウンド」の被害が最近目立っている。

(中略)

「薬の効き目が落ちてきた」。そう感じた一昨年秋、ステロイドで皮膚炎が悪化し訴訟を起こした人の話を聞いた。「なんて恐ろしい薬を処方するのか」。医者が信じら

れなくなった。二カ月後、ステロイドの服用をやめた。

間もなく、顔が赤くはれ、「体中をアリがはい回っている」ようにかゆくなった。かきむしると、化膿（かのう）した場所からうみがしみ出す。まゆ毛も抜けた。症状が落ち着くまで一年半かかり、計九カ月会社を休んだ。（1993年11月22日付朝日新聞・夕刊「ステロイド治療、急にやめて症状悪化 大人のアトピーで被害目立つ」）

リバウンドとは、「ステロイドを急にやめることで爆発的に症状が悪化する」ことであり、「副腎皮質ホルモンを外から与え続けることで、副腎本来のホルモン分泌機能が低下して炎症を抑えられなくなるのが原因」（1993年12月6日付朝日新聞・大阪朝刊「[NEWS スコープ] アトピー ステロイド副作用の被害問題」）だとされる。リバウンドは、ステロイド治療とその失敗が前提されている。

リバウンドの描写は、ステロイド治療の結果としてもたらされる病者の悲惨さを描出すると同時に、医師の診療行為の問題性にも改めて言及する。リバウンドとは、ステロイド治療を突然中断することによって生じ、その中断の背後には医師に対する不信感が措定されているからである。

第二の論点は、アトピーをめぐってステロイドへと関心が焦点化する中で立ち現われてきたものである。

センター代表の住吉純子さん（四三）は言う。「患者さんの声を聞くうち、医師の説明の問題とは別に、そもそも長期の治療が必要なアトピーに対し、連用によって重い副作用を引き起こすステロイドを使うことが正しいのか疑問を感じ始めた」（1993年12月6日付朝日新聞・大阪朝刊「[NEWS スコープ] アトピー ステロイド副作用の被害問題」）

ここでは、ステロイドの長期連用が副作用のリスクを高めることを前提に、慢性の病であるアトピーにステロイドを適用することの是非が問われている。慢性の病であるということは治療の長期化、すなわちステロイドの長期連用の不可避性を示していると考えられるからである。長期連用が不可避であるならば、ステロイドの副作用のリスクは極めて高くなる、と病者や支援者らは考える。まして、第一の論点である医師による副作用リスクの回避が十分に行われていない状況においては、ステロイドはアトピーに適用すべきではない、というのが、非専門家の立場からの論理である¹。

¹ ステロイドをアトピーに適用すべきではない、ということの論拠にはもう一つ、〈文明病〉言説が存在している。〈文明病〉言説の病因論に基づいたアトピー理解から、ステロイド治療は表面的には症状を治療できても、根本的な解決にはならず、そのような対症療法に対してステロイドの副作用リスクを侵すことは妥当ではない、という論理で、〈文明病〉言説において「薬に頼るのも怖い」（1989年3月5日付朝日新聞・大阪朝刊「[読者・記者] 指

しかし、第二の論点においては、ステロイドそれ自体の問題性に焦点が移されるがゆえに、医師の行為の問題性が〈ステロイド批判〉言説から脱落していくことになる。それは、医師—患者関係という個別の診療場面における問題から、ステロイドの是非という近代医学・医療の知識における全般的な問題へと、批判の手を広げたということではある。だが一方で、〈ステロイド批判〉言説の医療者の行為への責任追及という側面は薄れていってしまう。第一の論点から第二の論点へと論点をずらしていくことが、〈ステロイド批判〉言説がその始まりにおいて有していた“加害—被害”関係による近代医学・医療批判という問題構築の形式を変容させ、医療行為における倫理の欠如に対する責任追及という当初の目的を欠落させていくことになった。このことによって〈ステロイド批判〉言説は、批判の矛先を集中できず、その主張は曖昧なものとならざるを得なくなっていくのである。

3 ステロイド治療からの離脱

〈ステロイド批判〉言説において、アトピーへの対処として提唱されるのが、“ステロイド治療からの離脱”である²。“ステロイド離脱”とは、端的にはアトピー治療におけるステロイドの使用中止を指すが、言説においてこれには2つの意図が含まれている。一つは、ステロイドの副作用への対処としての“ステロイド離脱”であり、もう一つは、ステロイドの副作用を回避するための予防的な“ステロイド離脱”である。前者がステロイドの副作用という“被害”への対抗という文脈に置かれるのに対して、後者はステロイド“被害”を生じさせないための対策という文脈で語られる。この点で、前者の“ステロイド離脱”はしばしば患者の立場からの経験として語られるのに対し、後者は医療専門家の言説なのである。

前者の患者の言説としての“ステロイド離脱”は、多くが患者の自主的な判断によって離脱が図られている様子が描かれている。

「薬の効き目が落ちてきた」。そう感じた一昨年秋、ステロイドで皮膚炎が悪化し訴訟を起こした人の話を聞いた。「なんて恐ろしい薬を処方するのか」。医者が信じられなくなった。二カ月後、ステロイドの服用をやめた。（1993年11月22日付朝日新聞・

導方針まちまち、アトピー性皮膚炎」と語られるのは、この論理によると考えられる。〈文明病〉言説が〈ステロイド批判〉言説の背後で通底し続けているという視点からは、これがステロイドの適用をめぐる論拠として指摘できるが、〈ステロイド批判〉言説で直接的にこれに言及する記述は見当たらない。

² “ステロイド離脱”は、一般的には「脱ステロイド療法」と呼ぶことが多い。ただし、本論が分析対象とした新聞記事では、〈ステロイド批判〉言説においてこの呼称が用いられる例は見られなかった。第6章で論じる〈ステロイド標準化〉言説において使用されるようになる。

夕刊「ステロイド治療、急にやめて症状悪化 大人のアトピーで被害目立つ」

病者が離脱の自己判断を下す契機となっているのは、ステロイドを使用する医師への“被害”意識やステロイド使用を正当とみなす近代医学・医療への不信感である。こうした“被害”意識や不信感を背景として、病者は自己判断による“ステロイド離脱”を敢行していく。そして、その結果として生じるのがリバウンドである。リバウンドの悲惨さはしばしば“被害”の強調として描かれるが、そこに至るまでの“被害”への対処としての離脱、そしてリバウンド、という文脈の中でこそ、その強調は十全に機能するといえよう。

一方、後者の医療専門家言説では、ステロイドの副作用を回避するための予防的実践として“ステロイド離脱”が提唱されていく。

東京都済生会中央病院の皮膚科医師、笠原延子さんは「個人差はあるが、弱いステロイドでも毎日、続けて使えば、二週間近くで副作用が出る。特に顔に出やすいので、当病院では原則として首からはステロイドの外用をしていない。どうしても顔に塗る場合は、三日間が限度」と慎重な扱いを強調する。(1992年4月25日付毎日新聞・東京朝刊「Why なぜ」広がる“ステロイド被害”／下 長期使用で副作用の皮膚症)

淀川キリスト教病院（大阪市東淀川区）皮膚科では二年半前から原則的にステロイドを使わず、皮膚のケアや紫外線療法、生活指導で対処しており、入院患者三十五人中半数に効果があった。リバウンド現象に悩んだ患者は二―三か月で落ち着いたという。

(1992年12月15日付読売新聞・大阪夕刊「成人のアトピー性皮膚炎 ステロイド依存は禁物 主治医と相談し治療を」)

「首から上」に対しての部分的な離脱から「原則的にステロイドを使わず」という全般的な離脱まで、程度の差こそあれ、医療専門家によって、近代医学・医療のステロイド治療という方法からの離脱が図られていく。ただし、その離脱はあくまで治療行為の一環であって、「患者さんは正しい知識を持ち、主治医と相談しながら治療を続けてほしい」（同上）と、医師の指導やリスク管理の下での“ステロイド離脱”を要求している。だが、病者は自己判断で“ステロイド離脱”を実践し、医療専門家の介入を拒む。そこには、ステロイドの副作用を契機として、医師や薬といった近代医学・医療全体に対する不安や不信があり、それによって病者は、ステロイドだけではなく近代医学・医療それ自体からも“離脱”を図っているようにみえる。

このような病者の自己判断による実践と医療専門家の介入の拒絶は、〈文明病〉言説における食事制限療法でみられた母親たちの実践にも見られた構図である。“ステロイド離脱”という専門家言説の実践を自己判断と自己管理の下で行い、専門家のリスク管理を拒む〈ステロイド批判〉言説において描出される病者と、食事制限療法という専門家言説を同様に

行う〈文明病〉言説の病児の母親たちは、近代医学・医療の手を不要とみなし、その介入を拒むという点で共通する。一方の近代医学・医療は、治療としての技術的介入は行わずとも、アトピーへの対処におけるリスク管理者としての価値を自らに見出しているようである。しかし病者らの実践からは、近代医学・医療のリスク管理者としての役割は評価しておらず、自らの手で担おうとする。ここから、病者の近代医学・医療に対する評価が、技術的介入を重視し、それ以外の役割を想定していないのではないか、ということが推察される。

4 病者の苦悩と「病の語り」

〈ステロイド批判〉言説において“被害者”となったのは、ほとんどが思春期以降の「大人の」アトピー病者たちであった。これには、“ステロイド被害”が明らかになるまでにはステロイドのある程度の長期連用が前提であるために「子ども」の段階では“被害”が明らかではなく、発症からの期間が長い成人患者が“被害者”として浮上しやすかったのではないかと考えられる。すでにアトピーの子どもたちと母親が抱える困難と苦悩は、〈文明病〉言説において語られてきた。しかし、思春期以降の「大人の」病者が抱える困難や苦悩は、ここまでほとんど語られてきてはいない。この空白が、〈ステロイド批判〉言説と成人アトピー病者を対比的に結びつけているともいえるだろう。このようにして〈ステロイド批判〉言説は、成人のアトピー病者の抱える困難や苦悩の語りを要請するようになる。

治りにくい大人のアトピー性皮膚炎が増えているといわれるが、実情はよく分かっていない。そこで、市民グループ「関西アトピーネットワーク」（池田道則代表）が患者の悩みや不安の声を集めようと、患者の体験記を募っている。（1993年9月25日付朝日新聞・大阪夕刊「成人アトピーの体験聞かせて 関西の市民グループ募集」）

成人病者の困難と苦悩として挙げられるのは、「頼れる治療法がない。進学や就職は断念。ステロイドの副作用。医師不信。疲れ切った家族。行き場を失い、部屋にこもる」。「『顔がぐちゃぐちゃ』『精神的に限界』『毎日、涙が止まらない』『生き地獄』（1993年11月22日付朝日新聞・大阪夕刊「[からだ・体・カラダ] 成人アトピー対策を」）などである。アトピー治療をめぐる、信頼できる医師と治療法を得られない不安、進学や就職、結婚や出産といったライフコースをたどることの困難さ、家族にかかる負担の大きさなどが語られ、成人病者が社会的諸関係から切り離され孤立している様子が描き出されている。

当初断片的であった成人アトピー病者の困難や苦悩は、次第に病の物語りへと変化していく。“ステロイド被害”が長期間に渡る過程を経て明らかになること、成人病者の困難と苦悩が進学や就職といったライフステージの変化に伴って語られやすいことから、その

段階的な語りを必要とするのであろう。

これらの「語り」には、典型的なプロットが存在している。成人女性の発症から寛解までの経験が語られた読売新聞の連載「[明日に願いを] アトピーとともに」(1994年7月13～24日付読売新聞・大阪朝刊)では、(1)十分なICを受けないままでのステロイド処方、(2)ステロイドの長期連用とアトピーの難治化・重症化、(3)ステロイドからの離脱の決断、(4)リバウンドの経験、(5)ステロイドの再使用、(6)ステロイドの再離脱、(7)寛解、という“ステロイド離脱”のストーリーに、各段階に伴う苦悩とライフステージの変化を織り交ぜて提示されている。

西田が医者から渡された軟こうにステロイド(副じん皮質ホルモン)が含まれていたのでは、と思ひ当たるのは、かなり後になってからだ。

そのころ、副作用の怖さも広く知られておらず、医師からは、ステロイドに関して何の話もなかった。(1994年7月13日付読売新聞・大阪朝刊「[明日に願いを] アトピーとともに(1)発疹」)

顔には薄いステロイドをつけていたが、赤くはれ、目がかゆくてたまらなかった。
じんましんも併発、まぶたもはれぼったくなった。

寝不足とかゆみでイライラした。鏡に顔を映し、じっと見つめる。赤く、ザラザラした顔、ごわごわした額を何度も押さえてみた。

「これから私、どうなっていくの……」。漠然とした不安にさいなまれた。

「人と目が合わせられない」。歩いて五、六分のスーパーへ行くのもおっくうだった。どうしても外へ出る時は下を向いて歩いた。何をするのも面倒で、あまり部屋の掃除もせず、食事も作らなくなって、インスタント食品をよく食べた。(1994年7月16日付読売新聞・大阪朝刊「[明日に願いを] アトピーとともに(4)焦燥」)

林は「大学院へ通っている間は、いろいろ難しいだろうし」と、修了後にやめるよう勧めた。信頼していた林の意見に、やめようとしてやめられなかったジレンマが吹っ切れた。この時、西田ははっきりとステロイドからの脱却を決意、“強行突破”を選んだ。(1994年7月17日付読売新聞・大阪朝刊「[明日に願いを] アトピーとともに(5)決意」)

一週間ほどすると、やはりリバウンド症状が、首から上に現れた。顔が真っ赤に、ボールのようにはれ上がる。「ムーンフェース」と呼ばれる満月のような状態だった。

まぶたが十分に開かず、口もこわばり、食欲も減退した。鏡の中には表情のない「能面の顔」。まゆ毛も落ち、まさに別人だった。「パンパンに張り詰めた顔がはじめてしまうのでは」と思ったほどだ。

熱い！ 痛い！

「何でこんな目に」。自ら決意したことなのに、どこにも怒りをぶつけられない悔しさがにじむ。(1994年7月18日付読売新聞・大阪朝刊「[明日に願いを] アトピーとともに(6)光明」)

再び行くようになった自宅近くの総合病院で、医師から「もうリバウンドは終わったから大丈夫。弱いステロイドを塗って一気に治しましょう」と勧められた。(1994年7月20日付読売新聞・大阪朝刊「[明日に願いを] アトピーとともに(8)不信」)

ステロイドを塗れば、確かに赤みが消えた。ところが、三か月ほどするとまた以前と同じ、効果がなくなってしまった。

「これ以上、ステロイドを使うと取り返しがつかなくなる」。薬をみんなごみ箱に投げ入れた。残ったのは、自責の念と医師への強い不信感だった。

十月、西田は病院にかかるのをやめた。これからは薬も使わず、だれにも頼らないで、アトピーと付き合っていこうと決心した。(1994年7月20日付読売新聞・大阪朝刊「[明日に願いを] アトピーとともに(8)不信」)

中学校教諭になって二年目。症状は顔に少しだけ赤みが残る程度。真っ赤にはれたり、かゆみが全身に広がったりすることはない。(1994年7月24日付読売新聞・大阪朝刊「[明日に願いを] アトピーとともに(12)祈望」)

これは一例に過ぎない。全ての事例でステロイドの使用と離脱が繰り返されるわけではないし、寛解に至らない語りも当然ある。しかし、おおむね共通しているのは、(1)IC不足によるステロイド処方、(2)ステロイド治療中の難治化・重症化、(3)ステロイドからの離脱、という3段階である。たとえば、1993年12月9日付毎日新聞・大阪夕刊「身をもって知った副作用 アトピーのステロイド被害で、元営業マンが実名で告白」でも、この3段階は共通する。

一九八八年春、中堅製薬会社に入社、大阪にある営業部門に配属された。間もなく、激しいかゆみと同時に、顔中の皮膚が割れ落ちる症状が起こり、アトピーと診断された。

会社に常備されていた自社製のステロイドを塗ったが症状は一進一退。かゆみで眠れず、シーツや下着が血に染まることもあった。その夏には薬が効きにくくなり、病院でステロイド剤をもらい、一度に一本(一〇グラム)塗ってみた。

「半日ですべすべの肌になった。皮膚が急に薄くなった感じがして、塗るのをやめた。あとで、使用量が厳しく制限されている最強ランクのものを知ったが、医師から

詳しい用法や副作用の注意はなかった」

(中略)

「強い薬をさっと使うだけならいいのかも——と納得しかけた。でも、新製品の効き目も一カ月で、また症状はひどくなった」

今年四月、ステロイド剤ときっぱり手を切った。すぐ、リバウンド症状が出始め、五カ月間休職した。会社に販売政策の再考を求める意見書を出したが、受け入れられず、十月に自己退職した。リバウンド症状はいまも続く。

これらの病の語りは、こうした段階を踏む中で、症状の増悪・寛解や悪化への不安と病者のライフステージごとの課題との間でどのように折り合いをつけて人生を歩んでいくかということ示そうとしている。

成人アトピー病者の語りはまた、〈ステロイド批判〉言説における医師の診療行為やステロイドの適用といった問題を、病者の経験に沿って指摘するものでもある。このようなストーリーがアトピー病者のモデル・ストーリーとなり、語りが拡大再生産されていくことで、〈ステロイド批判〉言説は病者や病者を取りまく諸関係を通じて、社会一般に深く根づいていくことにもなる³。

5 近代医療批判としての「アトピー」

以上では、〈ステロイド批判〉言説が社会問題としての「アトピー」をどのように構築してきたかを検討してきた。〈ステロイド批判〉言説は、ステロイドという副作用リスクを持った薬による治療をめぐる、まず医師の診療におけるインフォームド・コンセントの不足が問題行動として指摘され、それによって生じた副作用症状に対する行為責任を迫するものであった。その後、長期連用によって副作用が避け難くなるステロイドを慢性の病であるアトピー治療に用いることの是非が指摘されるようになる。

ステロイド治療を近代医学・医療の強い技術的介入指向の一例として捉えたとき、〈ステロイド批判〉言説は、技術的介入のリスクをめぐる医師の倫理的責任と、技術的介入指向それ自体の是非を問うものであったといえることができるだろう。アトピー病者や市民といった非医療専門家たちは、技術的介入のリスク管理を医師が独占していたことに異議を申し立て、医師によって独占されたリスク管理の失敗を“被害”と呼んで医師の行為責任を

³ 桜井は、ライフストーリーにはしばしば同形性が発見されることを指摘し、その同形的なストーリーを「モデル・ストーリー」と呼んでいる。モデル・ストーリーは、たとえば部落解放運動のような人びとの組織／コミュニティ内において醸成され、それが醸成される組織／コミュニティのイデオロギーが用語法として現れてくる。人びとはモデル・ストーリーの用語法を借用しながら、自らの物語を構築していくのである(桜井 2002: 246-56)。

追及したのである。また、慢性の病という比較的新しいカテゴリーの疾病に対して技術的介入という手法は果たして適切なのか、慢性の病に長期間にわたって技術的介入を継続する場合のリスク管理とはどうあるべきなのか、という問いかけでもあった。

このような近代医学・医療批判を展開する一方で、人びとはその立場からのアトピーへの対処法として、ステロイドからの離脱を選択する。病者によってステロイドの副作用からの離脱として実践されていくステロイド離脱は、そのリバウンド症状の激しさから“被害”を強調する。一方、医療専門家によって提唱されるステロイド離脱は、ステロイドの副作用を回避することを目的とし、従来のステロイド治療に疑問を投げかけるものであったといえる。専門家言説としてのステロイド離脱は、アトピー治療におけるステロイド適用の是非を問う非専門家の活動に受け継がれていく。〈ステロイド批判〉言説の2つの論点は、“被害—加害”関係に基づく医師の行為責任の追及が非専門家の言説であったのに対し、ステロイドの適用の是非を問うことは、医療専門家の言説として出発し、非専門家の活動における言説として埋め込まれていったのである。

こうした言説は、病者らの間で一つのモデル・ストーリーを形成し、病者の困難や苦悩の語りを通じて社会一般に根づいていくことになった。

第6章

アトピー性皮膚炎をめぐる言説(3)

—近代医療からのまきかえし—

1 〈ステロイド標準化〉言説の成立

〈ステロイド批判〉言説とは逆にステロイド治療を推奨する言説は、〈文明病〉言説における食事制限療法や〈ステロイド批判〉言説において、それらに対置する形ですでに登場している。

きめ細かく、しかも、副作用のない、安全な薬を選んで治療するのが、皮膚科の立場と思います。(1987年4月26日付読売新聞・東京朝刊「〔専門医にきく〕アトピー性皮膚炎(2)治療法　まず家庭からダニ駆除」)

ステロイドは危険なのか。東京医科歯科大学皮膚科教授の西岡清さんは「要は使い方だ。アトピー治療の基本はいまもステロイドを中心とした軟こう治療だ」という。とは言っても、単に塗ればよいというのではない。「ステロイドを塗れば、カサカサや赤みがとれる。しかし漫然と塗り続けず、きっちりと診ながら、適切に使っていくことが大事だ」と強調する。(1993年12月4日付毎日新聞・東京朝刊「〔アトピーとつきあう〕上　顔の皮膚やられ訴訟も　怖いステロイドの副作用」)

これらのステロイド治療を推奨する言説は、皮膚科医による専門家言説として表れる。ステロイド治療を対置することで、〈文明病〉言説や〈ステロイド批判〉言説の近代医学・医療に対する主張——個人ではなく社会の病理としての「アトピー」や技術的介入批判——が明確な主張として浮かび上がる。

そのステロイド治療が、〈文明病〉言説や〈ステロイド批判〉言説との対置ではなく、対抗の意図を含むようになるのは1998年頃からであり、日本皮膚科学会による「不適切治療調査」に関する記事(1998年10月14日付読売新聞・東京朝刊「『アトピー』不適切な民間療法　広がる健康被害　学会、初の実態調査」、1999年4月11日付朝日新聞・朝刊「日本皮膚科学会全国調査　アトピー民間療法で悪化例　重症の半数が被害」など)以降、その語調は強まっていく。

「伝え聞く副作用情報から、患者さんが勝手に中断した結果、症状が悪化。それを“リバウンド現象”とステロイド外用剤のせいにする悪循環」(川島教授¹)というわけだ。(1998年5月18日付読売新聞・東京朝刊「〔ステロイド治療〕(上)“両刃の剣”どう対処」)

¹ 東京女子医科大皮膚科教授。

不適切な治療として、特別な食品や薬を使う特殊療法、「脱ステロイド療法」で、ステロイドの塗り薬を急に中止したために悪化した例や、健康食品や化粧品、水治療などの民間療法などが目立った。(2000年1月29日付読売新聞・東京朝刊「アトピー入院患者の症状悪化『不適切な治療が原因』44% 学会がHPで公開へ」)

〈ステロイド批判〉言説において、リバウンドは近代医学・医療による“被害”を強調するレトリックとして機能し、ステロイド離脱（あるいは脱ステロイド療法）は〈ステロイド批判〉言説におけるアトピーへの対処法として病者の支持を受けてきた。単に近代医学・医療の立場からステロイド治療の妥当性や正統性を述べてきたそれ以前の専門家言説とは異なり、ここでは、「リバウンド」や「脱ステロイド療法」はアトピーへの対処として不適切であると述べて、明確な批判の意図が示されている。このことから、皮膚科医による専門家言説が〈ステロイド批判〉言説への対抗言説として独立して展開され始めたといえることができる。

くわえて、2000年5月の日本皮膚科学会によるアトピー性皮膚炎の「治療ガイドライン」の策定をめぐっては、ステロイド治療の妥当性を主張すると共に、不適切治療による「被害」を止めるために近代医学・医療の側でステロイド治療の適正化を図る必要性が訴えられている。

アトピー性皮膚炎の治療ガイドラインを日本皮膚科学会が初めてまとめ、二十六日、仙台市で開かれている総会で発表した。ステロイド外用薬は「炎症に対して有効性と安全性は立証されている」とし、治療の柱として明確に位置付けた。科学的な根拠に乏しい治療法による「アトピービジネス」被害が広まる中、専門医に対し治療原則の再確認を求める意味合いもある。(2000年5月27日付朝日新聞・朝刊「アトピーの治療に指針、ステロイド薬が治療の柱 皮膚科学会」)

したがって、〈ステロイド批判〉言説への対抗言説は、〈ステロイド批判〉言説への反批判と同時に、近代医学・医療の側でのステロイド治療の「治療原則の再確認」すなわち標準治療の確立をも企図している。病者や市民といった非専門家に対してだけでなく、医療専門家に対しても、ステロイド治療の妥当性・正統性を主張し、標準的なステロイド治療を実践していくことが、アトピーへの対処として“適切”であると主張するのである。以上から、〈ステロイド批判〉言説への対抗言説を〈ステロイド標準化〉言説と呼ぶこととする。

2 「アトピービジネス」とそのレトリック

〈ステロイド標準化〉言説において、その中心に置かれ、〈ステロイド批判〉言説への反抗とステロイド治療という近代医学・医療が半世紀にわたって採用してきた方法の正統性の主張とをつなぐ役割を果たしているのが「アトピービジネス」をめぐる言説のレトリックである。「アトピービジネス」とは「ステロイド剤の副作用をことさら強調、民間療法を売り込む」商法（2000年5月27日付読売新聞・東京朝刊「アトピー治療に使われる、ステロイド薬の使用に指針／日本皮膚科学会」）のことをいう。日本皮膚科学会による「不適切治療調査」において不適切な治療とされた、「特別な食品や薬を使う特殊療法、『脱ステロイド療法』で、ステロイドの塗り薬を急に中止したために悪化した例や、健康食品や化粧品、水治療などの民間療法など」が「アトピービジネス」の具体例となる。

「アトピービジネス」として指摘される種々の療法や商品をめぐっては、1980年代からすでに薬事法違反事例が報じられており（1986年1月10日付朝日新聞・夕刊「不健康だった西田式健康法 薬事法違反で幹部4人逮捕」）、アトピー病者をターゲットとした商業活動にともなう問題性は、法令違反という形で指摘されてきた。具体的な事例としては、無資格者が医師や薬剤師と称して医療行為を行ったり薬品を販売したりした例、効果のないものや効果が確認されていない商品についてアトピーへの効果を謳った誇大広告、訪問販売によって強引に商品購入を迫ったり、高額な商品を購入させた例などが挙げられる。これらの事例では、経済的被害の他、健康被害も生じており、中には死亡に至った例まで存在する。

こうしたアトピーへの効果を謳う商品や治療法は、法令違反例として指摘されてきた他、1996年には国民生活センターによる相談件数増加の報告という形で、消費者問題としても指摘されている。

国民生活センター（東京都港区）は15日、アトピー性皮膚炎に効くと売り込まれた昨年度の健康食品の苦情相談件数をまとめた。

その結果、全国で162件に上り、前年度を大きく上回っていることがわかった。苦情内容は、「アトピーが治ると書いてあるのに効かない」「値段が高すぎる」など。大阪府では、府が実施した成人アトピー性皮膚炎患者情報が健康食品業者へ流出、問題化したばかりで、病気や健康志向につけこんだアトピー商法被害の全国的広がりが浮き彫りになった。（1996年5月16日付毎日新聞・大阪朝刊「アトピー商法で苦情急増 『効かない』『値段高すぎる』 昨年度、全国で162件」）

国民生活センターへの苦情相談とは、これらの商品や治療法の利用者側、すなわち病者の側からの問題性の指摘であると考えられる。また、病者支援団体による被害相談が行われたり（1997年11月3日付毎日新聞・東京朝刊「アトピー性皮膚炎の患者を狙う悪徳商

法——被害相談の支援センター、発足)、「現代医療に絶望し、怪しげな民間療法でさらに悪化させてしまう危機的な状況の人が心配」²(1998年5月18日付読売新聞・東京朝刊「〔ステロイド治療〕(上)“両刃の剣” どう対処)と語られたりと、後に「アトピービジネス」と呼ばれる商法への問題意識は、そもそも病者ら非専門家のものであったといえるのである。

この非専門家言説としての“アトピー商法”への問題意識が専門家言説へと転換したのが、「アトピービジネス」概念の登場であった。

年間百万円を超す高額な“商品”も珍しくない。「まさに病気にかこつけた“アトピービジネス”だ」(竹原教授)。“良くなった”体験だけが強調される裏で、治療が難しいほど悪くなった患者が医療機関に逆戻りし、見過ごすことができなくなってきた。

(1998年10月14日付読売新聞・東京朝刊「『アトピー』不適切な民間療法 広がる健康被害 学会が初の実態調査」)

専門家の問題関心は、病者のアトピー症状の悪化と、近代医学・医療の手を離れた結果、治療困難になった病者の治療を近代医学・医療が引き受けざるを得ないこと、とに置かれている。

「アトピービジネス」をめぐる言説は、病者の近代医学・医療、特にステロイド治療への不信を背景として、(1)〈ステロイド批判〉言説が不当にステロイドの副作用の危険性を主張することを批判し、(2)ステロイドを批判することによって病者の関心を得る「アトピービジネス」を批判する。また、(3)「アトピービジネス」に“脱ステロイド療法”を含めることによって〈ステロイド批判〉言説を語る一部の皮膚科医を正統な近代医学・医療から逸脱した存在とみなす。そして、(4)過去のステロイド副作用“被害”を生じさせたのは、非皮膚科専門医によるステロイド治療の結果であると述べ、(5)ステロイド治療の適正化と皮膚科専門医の専門的判断の下でのステロイド治療によって、ステロイド治療は安全な治療法となる、と主張する。

日本皮膚科学会が昨年、それまでの治療法を再び確認する形でまとめた治療指針には「その有効性と安全性が科学的に立証されている薬剤はステロイド外用剤」と、はっきり記されている。

(中略)

ところが日本では「悪化の原因はこの薬」「副作用で重症化する」といった“ステロイド・バッシング”が続いてきた。

(中略)

² アトピー・ステロイド情報センター代表の発言。

有害説が広まったのは小児科で厳格食事制限療法が行われ皮膚科側と見解が異なったこと、一部の皮膚科医が脱ステロイド療法を提唱したことなどが背景にある。

これに勢いを得て反ステロイドを掲げた特殊療法や民間療法など「アトピービジネス」がはらんしだしたのが混乱の構図だ。

(中略)

その内容から読み取れるのはステロイド外用薬について誤った副作用情報が広まり、特殊療法や民間療法による「不適切治療」の被害が多いことだ。

悪化し入院治療が必要だったケースについて十一の大学病院が行った調査では、受診した三百十九人中、四四%の百四十人が不適切治療による悪化と判定された。

うちステロイドの不適切使用による副作用はわずか三件だけ。診療科別にみると三十七件が皮膚科でほとんどを脱ステロイド療法など特殊療法が占め、内科、精神科など他の科が五十二件だった。(2001年5月20日付読売新聞・大阪朝刊「〔自由席〕アトピー性皮膚炎 不適切治療をなくせ」)

この「アトピービジネス」の主張は、まず、ステロイド離脱をうながす“脱ステロイド療法”やその他の種々の民間療法を「不適切治療」と呼んで批判することで、〈ステロイド批判〉言説への反批判を展開する。〈ステロイド批判〉言説を展開し、これらの療法を支持したのは、アトピー病者やその支援者らである。「アトピービジネス」の〈ステロイド批判〉言説への反批判は、形としては「不適切治療」批判を採り、その矛先は皮膚科専門医の逸脱やアトピー病者の困難につけこむ「アトピービジネス」に向けられるものの、実質的には病者批判であった。

また、過去のステロイド“被害”の存在を認めつつ、ステロイドによる「不適切治療」が皮膚科専門医以外の医師によって行われたとすることで、近代医学・医療の内省の態度を示しつつ、皮膚科専門医の責任を回避している。さらに、ステロイド離脱を推奨する皮膚科専門医を「不適切治療」を行う逸脱した存在に措定することで、皮膚科専門医によるステロイド治療以外のアトピー治療の正統性を弱め、アトピー治療に対する皮膚科専門医の専門性、正当性を強化している。

「薬物治療の中心はステロイド剤だ。皮膚科医は四十年以上使ってきて、効果も副作用もよく理解している。必要量をきちんと使うことが大切で、火事場で及び腰では火を消せない」と医師の一人が発言。(1999年3月21日付朝日新聞・朝刊「〔アトピー性皮膚炎と闘う：下〕ステロイド剤、どう使う」)

このようなレトリックを通じて「アトピービジネス」をめぐる言説は、皮膚科専門医のアトピー治療における特権的な位置を確保し、またステロイド治療を中心とする治療ガイドラインに沿った標準治療の正統性を強く打ち出すのである。〈ステロイド標準化〉言説の

中心にあるのは、ステロイド治療を適正に行えるのは皮膚科専門医であり、皮膚科専門医によるステロイド治療であれば“被害”は生じないという主張だといえよう。その点で〈ステロイド標準化〉言説は、〈ステロイド批判〉言説に対する対抗言説であるだけでなく、〈文明病〉言説や〈ステロイド批判〉言説に根拠を与えてきた小児科や一部の皮膚科医師に対する、皮膚科の主流派医師のまきかえしであったと考えることもできるのである。

3 「病の経験」の変化と社会問題化の終息

〈ステロイド標準化〉言説の登場と同時に、病者の経験の語りのプロットにも変化が生じている。ステロイド治療に肯定的な病者の語りが現れ、それを組み込んだ、〈ステロイド批判〉言説における病の経験のプロットとは異なるプロットが示されるのである。

幼少期からのアトピーが二十二歳で悪化。大阪市内の病院で「ステロイドがアトピーを悪化させている」と診断され、ステロイド剤を突然打ちきられた。代わりにアトピーには効かない気管支ぜんそくの薬を注射され、一カ月半にわたって、高熱と全身の湿しんに苦しんだ。

二十六歳で再び悪化。今度は別の病院で外用薬を使わない代わりに、ステロイドを内服する治療を試した。一時は一日十錠を内服。副作用を心配したが、リバウンドが心配でなかなか減らせず、二年前、一カ月入院してぬり薬の使い方を学び、内服薬を徐々にやめた。

今は季節の変わり目など急に悪化した時だけ、ぬり薬を使う。「脱ステロイドをしても、アトピーの原因自体を除去しなければ、症状は繰り返す。症状の悪化とうまくつき合っていくにはステロイド剤は悪くない、むしろ必要な薬だと今は思う」(1999年4月9日付朝日新聞・大阪朝刊「[アトピーとステロイド] 下 患者として 試行重ね」)

ここでは、(1)ステロイド離脱の経験、(2)不適切治療による悪化、(3)適切なステロイド治療による回復、というストーリーが示される。〈ステロイド批判〉言説においてアトピーへの対処として選択されてきたステロイド離脱の失敗や問題点が語られ、そのことへの対処としてステロイド治療が評価されている。それが病者の語りとして表れることで、病者の近代医学・医療への批判言説であった〈ステロイド批判〉言説の力が弱まり、〈ステロイド標準化〉言説が強化されていく。

こうした〈ステロイド標準化〉言説の病者の語りは、当初は〈ステロイド批判〉言説の病の語りとは併記される形で登場している。たとえば上述の1999年4月9日付朝日新聞・大阪朝刊の記事では、〈ステロイド標準化〉言説の語りに先行して、以下のような〈ステロイド批判〉言説の語りが示されていた。

東京都目黒区の銀行員久保俊一さん（三七）は十年前、突然、腕に赤いブツブツができた。都内の病院でアトピー性皮膚炎と診断され、ステロイド外用薬を処方された。

薬を塗ると二、三日で消えたが、三週間後にまた出た。だんだん胸や腹部にも出はじめた。二年後、大阪に転勤。忙しくて医師にかかれず、薬を切らした途端、頭の皮までぬける症状になった。大学病院でもステロイド剤を出され、さらに一年塗った。頭や首はかえって悪化、かゆみで眠れない日々が続いた。「この薬では抑えきれない」

医師と相談し、非ステロイド系の塗り薬に変えた。二週間後、上半身や顔が赤くはれ、風が吹いても痛んだ。病院を転々とし、盛岡市の病院で、温泉治療を亜鉛華軟膏（なんこう）、モクタールなどを混ぜた薬物療法を併用、十カ月入院してなおした。（同上）

ステロイド治療中の重症化、ステロイドからの離脱、リバウンドの経験、というプロットは、まさに〈ステロイド批判〉言説の語りであり、これらが併記されることから、〈ステロイド批判〉言説と〈ステロイド標準化〉言説の批判—反批判の応答による社会問題の構築という構図を見出すことができる。

しかし、近年では〈ステロイド批判〉言説の語りは見られなくなり、〈ステロイド標準化〉言説のみが提示される。2010年11月9～14日に朝日新聞で連載された「[患者を生きる]皮膚 大人のアトピー」で示されるのは、ステロイド治療中の重症化・難治化、ステロイド離脱、リバウンド経験から、〈ステロイド批判〉言説の語りで見られたステロイド離脱による寛解ではなく、ステロイドを使わない治療の下でのアトピー症状の遷延、そしてステロイドによる標準治療による寛解、という〈ステロイド標準化〉言説の語りへと向かうストーリーである。このように〈ステロイド標準化〉言説の語りが反復される一方で〈ステロイド批判〉言説の語りが見られなくなっていくということは、〈ステロイド標準化〉言説が〈ステロイド批判〉言説を打ち消していく力を得ていることを示しており、病者に対しては〈ステロイド標準化〉言説の受容をうながすような効果があったと考えられよう。

ただし、〈ステロイド標準化〉言説の語りの中に、依然として〈ステロイド批判〉言説の語りのプロットであるステロイド離脱、リバウンドの経験、が切り捨てられることなく残っていること、そして〈ステロイド標準化〉言説の受容における葛藤が示されていることには留意すべきである。

皮膚科部長の江藤隆史（えとうたかふみ）医師が示した治療は、あれほど嫌ったステロイドの塗り薬を使う普通の方法。「魔法の病院かもしれない」という期待は、すぐに裏切られた。「ステロイド治療は受けません」と言って帰宅した。

だが、迷った。

漢方を信じた5年半を無駄にしたいくない一方、「このままでは良くならない」とも感

じていた。会社も休みがちで、両親の支えがなければ生活ができない。心も体も疲れきっていた。新しい治療を探す気力は残っていない。目の前の治療にすぎるしかなかった。(2010年11月12日付朝日新聞・朝刊「[患者を生きる：1427] 皮膚 大人のアトピー：4 即入院、再びステロイド治療」)

ステロイドを使わない治療に未練を残し、不安を抱えたままステロイド治療を選択する。〈ステロイド批判〉言説に心を残しつつも、目前の生活を成り立たせるためには標準治療を選択せざるを得ないのだ。病者にとってそれは苦悩を伴った選択である。しかし、ステロイド離脱やステロイドを使わない治療という〈ステロイド批判〉言説が示すアトピーへの対処法は、すでに病者を疲弊させており、近代医学・医療に対して批判的態度を採り続けることを許さなかったのである。

4 まきかえしの成功とその意味

以上で見てきたようにして、近代医学・医療による〈ステロイド標準化〉言説は病者に受容されていき、〈ステロイド批判〉言説に対するまきかえしは成功したということが出来る。「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程における近代医学・医療のまきかえしの成功からは、現在における近代医学・医療の性格やそれに起因するであろうアトピー病者の関係性をどのようなものとして理解することができるだろうか。

〈ステロイド標準化〉言説の主張を改めて確認してみると、ステロイドや新しく登場してきたタクロリムスといった薬物による介入的治療をアトピーへの対処の正統的方法として提示し、その方法を適正に実行可能な専門家としての皮膚科医の地位を主張している。ステロイド治療以外の種々の療法やそれらを病者に薦める医療者や民間療法家たちへの批判は、この〈ステロイド標準化〉言説の主張へと収斂し、この主張を強化する役割を果たしているのである。

ここから明らかになるのは、近代医学・医療の、少なくとも皮膚科という領域の技術的介入指向の強さであり、主に小児科に対する独自の専門性の主張であろう。こうした皮膚科の性格は、ときに病者批判をも辞さない強いものであった。

近代医学・医療の技術的介入指向に対しては、たとえば I. Illich の「臨床的医原病」概念によって、1970年代にはすでに危険性が指摘されていた点である。〈ステロイド批判〉言説におけるステロイド治療への否定的なまなざしは、Illich の近代医学・医療に対する批判をまさに共有するものであろう。しかし、少なくとも日本皮膚科学会という皮膚科専門医の集団においては、こうした批判的視座は受け入れられることなく、現在まで、18世紀以来の近代医学・医療の基本的視座を保持し続けているのである。ただし、1970年代以降高度化する近代医学・医療において専門領域が細分化していく中で、アトピー治療に関わる

いくつかの診療科の中で皮膚科という領域が独自性を確立するためには、技術的介入指向という旧来の近代医学・医療の視座に立ち返る必要があった、ということもできるかもしれない。

一方アトピー病者は、〈ステロイド批判〉言説に心を残しつつも、現実の生活に直面して、〈ステロイド標準化〉言説の受容へと方向づけられている。症状の悪化やそれに伴う生活上の様々な困難や苦悩は、病者の疲弊を招き、〈ステロイド批判〉言説による近代医学・医療の方法への批判や抵抗の継続を困難なものにしてしまうのである。それは、裏返してみれば、現代日本社会において近代医学・医療に批判的態度を取ろうとすれば、他にアトピー病者の抱える問題への対処を支援し解消してくれるような枠組みがない、ということでもあろう。もしあったとしても、長期的に病者を支え切るような仕組みとして保障されているわけではないのだ。それゆえ疲弊した病者は、葛藤を抱えつつも〈ステロイド標準化〉言説を受容し、近代医学・医療へと回帰せざるを得ない。病者が〈ステロイド標準化〉言説を受容するとき、近代医学・医療の方法に対する肯定的評価というよりは、それ以外に病者の疲弊を止める手段がないことが病者の選択を方向づけているのであり、〈ステロイド批判〉言説が力を失っていく過程には、〈ステロイド標準化〉言説の論理よりも、現代日本社会の保健医療領域の状況こそが影響を及ぼしていたのである。

第7章

アトピー性皮膚炎病者の対処実践と社会問題の構築の意義

—病者の手記の分析から—

1 はじめに

第3～6章では、1980～2000年代の「アトピー」をめぐる社会問題が、〈文明病〉〈ステロイド批判〉〈ステロイド標準化〉の3つの言説によって構成されてきたことを明らかにした。〈文明病〉〈ステロイド批判〉の2つの言説は病者や一般市民の立場から、近代性／近代医学・医療批判を表明し、〈ステロイド標準化〉言説は〈ステロイド批判〉言説に対する対抗言説として展開されていた。「アトピー」をめぐる問題提起されたのは、近代的な生活をもたらす新たな疾病の脅威と、近代医学・医療が17世紀以来保持し続けてきた生物医学モデルにひそむ危険性や20世紀後半の変化によってもたらされた病者の主体的選択をめぐる倫理的課題であった。こうした問題提起に対して近代医学・医療は、〈ステロイド標準化〉言説を通じて、近代医学・医療の価値観を病者と共有し、またEBMやガイドラインによってその価値基準を明文化することによって対処しようとした。この対処は、近代医学・医療批判を展開する中で生じた病者の疲弊を背景に成功し、アトピーへの対処は社会問題として構築される以前の状況に回帰したように見える。

では、「アトピー」をめぐる社会問題の構築を経験したことは、病者にとって何ら意義のないことだったのだろうか、というのが本章の問題関心である。〈ステロイド標準化〉言説が支配的になる2000年代以降、新聞言説は、ステロイドをはじめとする近代医学・医療の方法を正統化しても、病者の具体的な姿はほとんど描き出さなくなる。〈ステロイド標準化〉言説からは、確かに近代医学・医療からの患者の人権に対する配慮を汲み取ることはできる。しかし、〈ステロイド標準化〉言説が描くアトピー治療は、生物医学モデルを基調とし、医師の“専門性”に依存した、古典的ともいえる近代医学・医療の方法である。アトピー病者が本当に〈ステロイド標準化〉言説を正統なものとして受け止め、その枠組みの中でアトピーへの対処を実践していくのだとすれば、〈文明病〉や〈ステロイド批判〉といった言説実践を展開したことは、病者にとって意義を持たないことになる。

だが、〈ステロイド標準化〉言説の下で近代医学・医療の手法にしたがうことに戸惑いや葛藤を見せる病者の姿からは、決して「アトピー」をめぐる社会問題の構築が意義のないものではなく、その良否はともかくとして、病者に自らの病への対処を主体的に選択することを迫るものであったのではないかと考えられる。作道は、アトピーを「現代医学が苦手とする領域の『病気』」であると指摘した上で、病者は「自分の『病気』や『健康』にとりくむ際に文化的・社会的・個人的伝統のなかで作り上げる『知識』、すなわち「わたしの知識」を持っているのだと述べている（作道 1993: 45）。病者は、これまでたどってきた人生や現在の生活の視点から、独自の対処法を構築し実践している¹。当然そこには、「ア

¹ 牛山 (2011) は、標準治療・皮膚科医による脱ステロイド療法・民間医療・NPO法人「アトピuzzi地球の子ネットワーク」の4つのセクターにおけるアトピーの「治療／活動のゴール」がどのように設定されているかを調査・分析している。その事例からは、病者／患者の「治療／活動のゴール」が彼らの成育や疾病の履歴の中で選択されてきたものである

トピー」をめぐる社会問題の構築を直接的／間接的に経験してきたという履歴も含まれるだろう。

そこで本章では、アトピー病者が自らの病への対処を選択・実践していく過程を分析し、近代医学・医療が病者の対処実践にどのように位置づけられているのかを通じて、「アトピー」をめぐる社会問題の構築の影響を明らかにする。アトピー病者が病の問題²に直面したとき、どのような選択肢から何をどのようにして選び取るのか、選び取った方法をどうやって実践していくのか。病者に与えられる選択肢や意思決定の決め手は、病者個々がそれまでの人生で蓄積してきた知識や経験、現在持っている社会的・経済的・文化的資源によって構成されている。「アトピー」をめぐる社会問題の構築の影響はその中に根づいているはずであり、病者の選択・実践の過程をたどることで、社会問題の構築の影響を明らかにすることができるだろう。また、病者の対処実践における近代医学・医療の位置づけからは病者の近代医学・医療への態度を読み取ることができ、そこから「アトピー」をめぐる社会問題の構築において展開されてきた近代医療批判の影響を明らかにすることができる。

以下、次節では本章の分析の枠組について述べた上で、3 節ではアトピー病者の病への対処の選択・実践過程を明らかにする。4 節では、その対処実践における近代医学・医療の位置づけと「アトピー」をめぐる社会問題の構築の影響を検討し、5 節では「アトピー」をめぐる社会問題の構築の現在的意義について考察したい。

2 手記分析の枠組と方法

アトピー病者の病の問題への対処の選択・実践過程の分析には、アトピー病者の手記を用いた。手記とは、筆者自身の個人史を執筆時点において振り返り、その全体または部分を編集して記述したものである。社会学の方法に照らせば、ライフヒストリー研究の一資料と位置づけることができる。

ライフヒストリー研究は、手紙、日記、個人の公的記録、自伝、自由なインタビューによる記録を通じて、「個人のパースペクティブ、すなわち価値観、状況規定、社会過程の知識、体験をとおして獲得したルールなど、にアクセスする方法である」(中野・桜井編 1995: 8)。佐藤健二は、ライフヒストリーの“ライフ”すなわち“生活”は、“社会”に対する具体性を帯びた概念としての個人を取り巻く時間と空間を指すもので、私的領域を扱うこと、ライフヒストリーがそのような“生活”をことばという表象を通じて分析可能なものへ対象化することを指摘する。そして、このようなライフヒストリーが積極的な意義を持つこと

ことが理解される。

² Kleinman (1988) は、症状がもたらす行動規制や能力低下、それに起因して生じる生活上の問題やこれらの苦痛や困難が理解されないことの心的重圧を「病いの問題 (illness problem)」と呼んでいる (Kleinman 1988: 4)。

ができるのは、“個人”が人と人、人との、といった様々な関係が複雑に集積する「場」であるためである(佐藤 1995: 18-20)。したがって、ライフヒストリーの分析からは、人と人、人とのとがどのようにして結びついているのかを明らかにすることができる。アトピー病者の手記、すなわちライフヒストリーを分析するということは、アトピー病者の対処実践を病者と中心とした諸関係の網の目の中の存在と捉え、その関係性の中で病者がどのようにして対処実践を選び取って実践していくのかを分析するということになる。

ライフヒストリーの一形態としての手記は、まず、その筆者の主体性が特徴となる。手記の執筆には基本的に筆者の自発性を必要とし、その点でインタビュー等によって聞き取られるストーリーとは異なる。インタビューが語り手と聞き手の相互作用によってストーリーを生成する(桜井 2002; Holstein & Gubrium 1995=2004)のに対し、手記においてストーリーの産出は基本的には筆者本人に独占されている³。手記に記された内容は、筆者の関心を中心として構成された生活史であり、筆者の来歴を表わすと同時に、彼/彼女にとってのぞましい/のぞましくないものの選好を端的に示す。研究の関心にしたがって収集されたインタビューデータとは異なり、すでに筆者の手を離れた手記の内容には研究資料として本章の関心にとって不十分な点はあるかもしれない。しかし、それでもなお、筆者がアトピーという病への対処において示す選択・実践の選好は、本章の関心にとって十分魅力ある資料であるに足りる要素だと考える。

対象となる手記は国立情報学研究所が提供する書籍の統合検索サービスである Webcat Plus (<http://webcatplus.nii.ac.jp/>) を用い、検索語「アトピー」「手記」の AND 検索によって抽出された書籍から、(1)手記の筆者本人がアトピー病者であるもの、(2)商品の宣伝が目的ではないもの、(3)病者の選択実践の過程がある程度まとまった時間的経過の中で捉えられるもの、の3点を基準に絞り込んだ。(1)の筆者がアトピー病者であること、(2)の商品の宣伝目的ではないもの、の2つの基準は、上述した手記の特徴を損なわないための措置である。(3)は、対処実践の選択過程の特徴をつかむためには病者の選択・実践過程が単なる原因—結果だけではなく、そこに関わる人やものの諸関係や選択に至る病者の試行錯誤の過程を捉える必要があったためである。最終的に分析の対象となったのは、圓城(2001)、雨宮(2002)、田淵(2002)、小出(2003)、高橋(2004)、藤村(2005)、明石(2006)、サカノ(2006)の8冊である。(表7-1)

これらの手記およびその筆者の特徴として、いずれも症状による苦痛等によって病者の日常生活が困難になるほど重症なアトピーの経験であるということである。どの手記にお

³ 手記が出版物である場合は、出版過程において編集者が介在している場合がある。出版物の販売・促進の観点から脚色される可能性は否定できないが、後述のように、手記の執筆や出版が筆者にとってのぞましい/のぞましくないものの選好を端的に表すために脚色され得ると考えれば、編集者の介在は、筆者の経験と手記を対照した際の“真実性”において問題を含むとしても、手記のもつライフストーリーとしての価値を大きく損なうものではないと考えられる。

いても病者は、アトピーゆえの退職や不就業といった経験をしている。また、いずれも一時的であれステロイド離脱の経験が語られている。病者の対処実践選択において、このステロイド離脱が主要な役割を果たしている傾向は否めない。これらの点から、ここでの分析が、極めて重症の、〈ステロイド批判〉言説に親和的な病者という、アトピー病者全体からすれば偏った、特定の病者に限定されていることは留意しておく必要がある。

分析はまず、対象とする手記から筆者の病の問題への対処を選択・実践に関わる記述を抽出した。ある対処法を実践したり中止したり継続したりする選択やその実践において、病者は何を参照し、どのような過程を経るのか。それを対処法の選択を一つの単位として切り出した。抽出した記述は、実践、中止、継続といった判断の結果ごとに集約し、それぞれの過程の特性を検討した。

3 アトピー性皮膚炎病者の対処実践の選択過程

病者が病への実践を選択するとき、そこでは、ある対処実践を行うことを選択する／しない、そして選んだ実践を継続する／中止するという各種の選択が日々行われていると考えられる。では、病者はその選択を行うとき、何を参照し、どのような基準で判断を行うのだろうか。以下、アトピー病者の手記を用いて、その選択過程を明らかにしていく。

3.1 実践する／しないの選択

病者はある対処法を実践する／しないということを、どのようにして選択しているのだろうか。ここではまず、主に病者がどのような経緯で対処実践を選び取っていくのかに注目して手記をみていく⁴。

病者がなんらかの対処法を必要とするとき、病者は、アトピーの症状やそれによる日常生活、社会生活の困難さという問題を抱えている。その問題の原因にアトピーという「疾病」が措定されることで、まず対処の選択肢としてなんらかの医療によるケアが挙げられることになる。制度的に近代医学・医療が基本的には保障された日本社会においては、それがまず選択・実践されるのは至極自然な成り行きといえる。どの医師を受診するかは、かかりつけ医や親族・知人ネットワークの薦めが中心である。したがって、特に発症直後の対処選択においては、近代医療の受療が中心であり、そこに主体的選択の痕跡はあまり見られない。また、アトピー対処の最初の記憶が幼少期であるとき、その選択は家族の選

⁴ アトピー病者の手記では、後述する実践経験のデータベース的共有が暗黙裡に目的化されていることから、選択・実践されたものについての記述は厚いが、選択されなかったものへの言及はあまり見られない。

択である。

顔や首に痒みを伴う赤い湿疹のようなものが出てきたので、まず病院に行きました。
(高橋 2004: 32)

このようにして選択された医師には、ステロイド等薬物療法を主体とする標準治療の医師が圧倒的に多い。制度的医療という土台の上にあるがゆえに、標準治療は病者にとって最も選ぶ機会が多く、また選びやすい方法である。

では、非標準治療はどのようにして選択されるのか。

非標準治療に病者が出会うには、(1)制度的観点から選択された医師を通じて、(2)親族・知人ネットワークを通じて、(3)病者ネットワークやメディアを通じて、の3経路が主として見られる。

(1)は、標準治療を受療する目的で受診したところ、医師が非標準治療を提案したというケースで、非常に偶然性が高い。また、近代医療における従来のパターンリズム的医師—患者関係の下にあるために、実践しないという選択は採りにくい。

珍しく風邪が長引き咳が止まらない。煩わしいので医者に行くと、漢方薬を使ってみてはどうか、と細面の初老の医師にすすめられた。

二度目にその医者へ行った時、先生はじっと私の顔をのぞき込んで、
「木下さんはアトピーだね」
とおせっかいな発見をした。

(中略)

結局、化粧品の見本と軟膏と漢方薬をもらって帰宅した。(サカノ 2006: 46)

(2)は、生活上近しく交わることの多い人びとが紹介してくれるというケースで、偶然性は高いものの(1)に比べて病者本人の生活スタイルや選好を知っている場合が多いためにそれに沿ったものであることに遭遇しやすいかもしれない。ただし、近しい関係における紹介は、(1)とは異なるものの、相手との特に情緒的關係性の上から実践しないことを選択しにくいといえよう。

〇さんはお客様だし、クスリを使っている私自身、このクスリが良いのか悪いのかわからない状態だった。だからとりあえず、〇さんの言うことを信じてクスリ止めてみようかなと思った。(小出 2003: 17)

(3)は、マスメディア上で偶然接するケースもあるが、病者ネットワークに関わったりメディア上を探索したり等、3経路の中では最も主体性が強く見られるケースである。また、

他の患者の経験を具体的に参照できる点で実践につながりやすいといえる。

一九九三年初め、会社の資料室や大きな本屋をあさって「アトピー」について調べ始めました。(中略)

一九九三年の春、当時の医者 of 投薬の量に不信感があったため、自然に安全な治療を受けたいという漠然とした考えで漢方東洋医学の先生を探し出しました。(明石 2006: 57)

「これ、ひまわりの会からじゃなく、私個人からの話として一度、聞いてみない？ 話聞いただけタダだし、聞いてみて違うなと思えばそれでいいから。実はうちのダンナも湯治を卒業して、今こっちの方やってるの」(サカノ 2006: 123)

このように見てくると、ある対処法に出会ってそれを実践してみようと選択するまでには、人的、物的、制度的に取り結ばれる諸関係と、その中で生じる偶然性の強い影響が明らかである。一方で、(3)のような主体的探索と、患者の経験を通じた説得の結果としての選択も見られる⁵。この二つの選択の違いがその後の患者にどのような影響を与えるかを、次節で見ていくこととする。

3.2 中止する／継続するという選択

諸関係の中で偶然的に選択された実践、あるいは主体的な探索と説得によって選択された実践は、その後患者にどのような過程をもたらすのか。

選択・実践した対処によって問題が解消しないとき、または別の問題が生じたとき、一旦は解消した問題が再発したとき、患者は以前選択した実践を中止する／継続するという新たな選択に直面することになる。

問題状況の存在は、現在の実践に対する疑念が生じる最大の要因である。症状がよくなる、日常生活に苦痛がある、社会生活が阻害された、といった問題の存在が、ある日何かのきっかけにより、あるいは何のきっかけもなく、それまで行ってきた実践の中止を決断させる。

十年來のつき合いだった今塚先生に見切りをつけたわけだ。確かに今回の剣は起爆剤となったが、マンネリ化からの打破を図りたい気持ちが先行していた。流れ作業のような診察にも失望していたし、良くなるどころか患部が手から顔へと広がりつつある。

⁵ ただし、注 4 で述べた通り、手記分析では、なぜ実践しなかったのかという点については明らかにしにくく、この点で偶然性による支配という結論は覆される可能性がある。

(サカノ 2006 : 31-2)

また、そのような状況では、偶然的に入ってくる情報に説得されることも多い。

だっていくらステロイドを塗ってもひどくなるばかりなのだ。どんなに「ステロイドは怖くない」という本を読んで気を落ち着かせようとしても、こうなってくると「ステロイドは怖い」という情報のほうが説得力があった。 (雨宮 2002 : 180)

中止するという選択は、そのとき行われている実践が偶然性にまかせて選択されている場合、すなわち前節(1)(2)のケースにおいて起こりやすい。これに対して、(3)を中心に探索的・説得的に選択された実践の場合、それに対して疑念が生じて、中止という判断を引き留め、継続するという選択につながる。

ところが、病の問題が十分に解消されていない状況で実践を継続するということは、その対処法の効果が十分に見えない中での継続の選択であり、中止に比べて非常に選択しにくい。それでもなお、その対処法を選択・実践し続けるのはなぜなのだろう。

継続という選択の理由として、一つには、中止することへの不安が挙げられる。それを中止したら問題は解消せず、あるいはより状況を悪化させるのではないか、という不安がある。また、中止したところで効果を期待できる対処が他に見いだせないという状況が、現状維持という選択につながっている。

もうステロイドもプロトピックもやめたくて仕方なかった。でも、やめたらどうなるのかわからない。当時、私はやっとアルバイトをしなくても食べていけるようになっていた頃だった。やっと仕事が入ってきた頃だった。こんな時期にリバウンド状態になってしまった、私はすべてを失うだろう。 (雨宮 2002 : 195-6)

二つ目は、病者の主体的選択に対する自信と、その実践を行った先駆者の実績に基づく期待であろう。この実践を継続すれば、一定期間の後には効果が得られるはずだという信念が、たとえ困難な状況に置かれていても継続という選択を行わせる。

でも私はアルコール中毒になっても社会的に廃人になってもアパートを追い出されても、頭髪が抜けてなくなっても、外見がどんなにみすぼらしくとも、もう紺のスーツは着られなくとも、僕は今の自分を信じて、必ずチャンスを待ちます。 (中略)
自分のインスピレーションを信じようと思いました。 (明石 2006 : 94-5)

私が今の状態を説明すると、

「私と症状が同じ。もう少しかかるかな」 (田淵 2002 : 70)

また、その困難な状況を支え得る人的、物的、制度的諸関係の存在も、継続するという選択を後押しする。

悪化する徴候は実家に避難したことで未然に乗り切りました。それほど症状が悪くない時に実家で三食食べさせてもらい、一日一回車で四〇分ほどの温泉に行くことは私の体力を回復させてくれたばかりではなく、自分を責めることで必要以上に張りつめていた神経を休めることになりました。(明石 2006 : 107)

今の実践への自信や期待から継続という選択を行うことが主体的・積極的選択に見える一方で、中止や中止への不安からの継続という選択は、消極的選択であるように見える。確かにその評価は否定できないのだが、中止する／継続するという選択が一貫して、病者の生活をいかに可能にするか、という基準で行われていることを指摘したい。先述の雨宮(2002 : 195-6)は、「私はすべてを失うだろう」と述べて、今の生活を維持できなくなるという予期が現在の対処実践を継続するという選択につながっている。明石(2006 : 94-5)の場合では、その選択が必ず将来問題の解消につながるという信念が、継続という選択を支えている。今、生きていくことを支えてくれる環境があれば、より困難と思える選択さえも病者は辞さない。病者が見つめているのは、単にアトピー症状を消失させるということだけではなく、自分の抱える病の問題にいかに対処すれば、この社会で生きていけるのかという視点なのである。

4 病者の対処実践の特徴と社会問題の構築の影響

アトピー病者が病の問題に対処しようとし、何らかの対処法を探索し、選択・実践、あるいは中止や継続の判断を下すとき、その判断の背後には、病者自身が組み上げたアトピーについての疾病論が存在している。たとえばサカノは、

私の場合、空気の乾燥した季節は要注意、逆に梅雨や夏場はいい感じだ。それと、やっぱりオーバーワーク気味になったり、夜更かししたりと心身に負担がかかってくると、アトピーは「ちょっと待て」とストッパーの役目をして、不摂生をとがめる。(サカノ 2006: 222-3)

というアトピー論を打ち立てている。

この病者の疾病論の特徴は、一般論ではなく、病者一人一人に適用することだけが目指されている傾向、身体を日常生活や社会生活の文脈の中に位置づけ、その全体の中でアト

ピーの発症を解釈していく傾向、〈文明病〉言説の影響が強いこと、そして、アトピーの発症に意味が与えられていること、にある。サカノはこのアトピー論が「私の場合」でしかないことを理解している。「空気の乾燥」「オーバーワーク」「夜更かし」「不摂生」が要因であるというアトピー論はこの場合サカノ自身にのみ適用すればよいのであって、その他の病者にも普遍的に通用することは目指されていない。これは、サカノの生育歴や疾病歴を包括的に解釈し、サカノにとっての対処選択の判断を助けるためのものである。また、単に皮膚だけで発症の機序を理解するのではなく、「オーバーワーク」や「夜更かし」といった生活全般の中で心身全体に及ぶ影響の結果としてアトピーの発症を捉えている。他の病者の例では、食生活や衛生用品、生活の中でかかるストレスに注目することが多く、生活のそこそこに埋め込まれた近代的な物質や様式がアトピーの要因と措定されるところに〈文明病〉言説の影響を見ることができる。そしてアトピーの発症は、そのような要因を理解しながらも対処し切れていない病者への警告としての意味を与えられ、その警告を受けたならば病者は、発症の要因がどこにあるのか、日々の生活の見直しをしなければならない。

サカノの打ち立てる疾病論は、まずこれまでの彼女の生活史に対する分析の上に打ち立てられているものである。近代医学・医療や〈文明病〉言説、その他の療法を参照しつつも、それらを一旦咀嚼した上でサカノ自身の言葉で説明されている。しかし多くの病者では、参照した医学・医療や治療者の言葉がそのまま引用されたり、若干の修正が行われているに過ぎない。それでも、病者が自身の履歴や生活に照らして各々に適合した疾病論を探索し保持しようとする点に変わりはない。

病者の対処実践の選択は、以上のようにして打ち立てられたアトピー論に基づいて行われる。病者の疾病論は、日々の生活をその理論に組み込んでおり、生活が毎日変わりなく機械仕掛けのように進行するものではない以上、様々な変化に対応する臨機応変さが求められる。そのため、病者は対処実践の選択に先立ってまず、自らのアトピー症状を観察し、自らのアトピー論に基づいてそれを解釈し、そして適切だと考える方法を選択していくことになる。

病者の対処実践の選択は、以上のようにして打ち立てられたアトピー論に基づいて行われる。病者の疾病論は、日々の生活をその理論に組み込んでおり、生活が毎日変わりなく機械仕掛けのように進行するものではない以上、様々な変化に対応する臨機応変さが求められる。そのため、病者は対処実践の選択に先立ってまず、自らのアトピー症状を観察し、自らのアトピー論に基づいてそれを解釈し、そして適切だと考える方法を選択していくことになる。

日々変化する状況に対応するためには、それぞれに対応し得る選択肢を用意しておかなければならない。どのような対処法が考えられるのか、どれが自分にとって適当でどれが不適当なのか、今の生活の中で実践可能なものはどれか。その判断に際して病者は、自身の経験もさることながら、他のアトピー病者の経験も参照している。他の病者の経験は、

一人では想像もできなかったかもしれない新たな選択肢をもたらし、その対処法の可能性と危険性を教えてくれる。病者が病者組織／ネットワークや各種メディアを通じて多くの情報を得たいと希望するのは、日々多様な変化を見せ得るアトピー症状とそれによってもたらされる問題への対処に選択肢を持ちたいという欲求なのだろう。病者はそれぞれにアトピーの問題に対処するための方法を蓄積したデータベースを有しており、その中から、そのときふさわしいと思われる方法を選び出していく。そしてそのデータベースは、日々実践のフィードバックを受け、あるいは情報収集によって、更新されているのである。

データベースからの取捨選択の大きな基準となっているのが、病者の生活をいかにして成り立たせるかという視点である。アトピーによってもたらされる病の問題に対処することが目的であるので、当然アトピー症状の治癒は一つの目標となる。しかしその治癒が困難であるとき、病者の生活水準やアクセス可能な医療／治療者、支援してくれる家族や友人・知人といった経済的・社会的資源を踏まえて、最低限の日常生活、社会生活を実現させることが目標とされる。その範囲内で、病者のアトピー論とそのときの症状にとって最も説得力を持つ方法が選択されるのである。

以上のような独自のアトピー論の構築と選択肢の確保を行った上で、病者はある程度固定的な日常的な対処の様式を定めている。サカノの例を引くと、

- 朝晩、三十分ずつ、三十九度のお湯にじっくり浸かって汗をかく
- 還元水を一日二リットル飲む。料理にも使う。野菜は調理前に二十分間漬ける
- 添加物の入った食品を極力避ける
- カサツキの保湿はホホバオイル
- 早寝早起き
- 青竹踏みで足のツボを刺激して血流を良くする（サカノ 2006: 138）

という「アトピー改善メニュー」である。藤村の例では、「入浴法」「飲み薬」「血行とリンパの流れ」「水」「食事」「睡眠とストレス」「仕事」「健康管理」「身につけるもの」「掃除」「医師との接し方」「皮膚のメカニズム」「からだの声に耳をすます」という項目を挙げ、それぞれについて日常的なルールや配慮すべき点をまとめている（藤村 2005: 69-101）。日々アトピー症状の変化と向き合いながら、その日そのとき何が問題となり、どう対処すべきかを判断し続けることは、そのような病と向き合うだけではない病者の生活においては大きな負担となる。このようなルールを構築しておくことで病者は、日常的には、その方法では対処しきれない状況の予兆がないかに気を配り、そうした状況に直面したときのための選択肢の拡張を心がけて置きさえすればよいことになる。病者が自らの生活に敷くこのようなルールは、日常生活の中に埋もれてしまうような小さなことであったり、日々繰り返すことでルーティンとして生活に埋め込んでしまえることである。これも、“生活を可能にする”という視点からくる病者の知恵なのだ。

病者の対処実践では、近代医学・医療の痕跡を随所に見つけることができる。本章が用いた手記は多かれ少なかれ近代医学・医療の手法に批判的なまなざしを向けているものばかりだが、それでもなお、近代医学・医療の言説や方法が彼／彼女らの対処実践には組み込まれているのである。たとえば「アトピー」という疾病について理解しようとするとき、そこには近代医学・医療の用語が用いられる。

アトピーは皮膚だけの病気じゃない。身体の内側のバランス、ホルモン・免疫機能・自律神経の異常が皮膚に現れるものに違いなかった。(サカノ 2006: 166)

病者はアトピーを理解しようとするとき、まず近代医学・医療における定義を参照し、そこからさらに一步踏み込んで「体質」の背景を探ったり、専門用語を日常の言葉に置き換えて解きほぐしたり、あるいは新たな解釈をつけ加えていく。

近代医学・医療に対して病者の忌避感が強いのは、ほぼステロイドやタクロリムスによる身体への侵襲的治療だけであると言ってよい。それが近代医学・医療におけるアトピー治療の極めて中心的な位置に置かれているために、病者が近代医学・医療の多くの部分に批判的なまなざしを向けているように見えるが、特に疾病論において病者は、近代医学・医療の言説を頻繁に参照している。その点で近代医学・医療は、アトピー病者を支援し得る存在として病者に認識されているといえる。

だが、近代医学・医療の方法だけが絶対視され、全面的にそれだけが採用されるという対処の形は本章が扱った手記からは見出されなかった。近代医学・医療の方法を採用していても、それを実践選択の過程で自らのアトピー論に適合するように解釈し直していく。必要と考えれば、その他の医療と組み合わせて実践を構築する。病者にとって近代医学・医療とは、選択肢の一つであり、彼／彼女の対処実践の部分構成する一つの有力な要素であるというに過ぎないのだ。

5 「アトピー」をめぐる社会問題の構築の意義

5章においてみてきたように、「アトピー」をめぐる社会問題の構成において近代医学・医療に対して向けられた批判点は、ステロイドによる介入的医療の危険性と、その危険性の回避を含んで、近代医学・医療に対してあまりに受動的な立場に置かれている病者という役割であった。「アトピー」が社会問題として語られるとき、その中で病者は、自らの疾病やそれによって引き起こされる諸問題に対して主体的に関わることを希求してきた。その後、近代医学・医療からのまきかえしである〈ステロイド標準化〉言説を受けて、これらの批判は社会問題としては息をひそめてしまうが、本章において描き出したアトピー病者らは、〈ステロイド標準化〉言説の裏側で主体的に病の問題に関わり、自ら対処実践を打

ち立てて実行していた。

アトピー病者は何故、病の問題、特に従来近代医学・医療が支配的であると考えられている治療の側面にまで、このようにして主体的に関わることができるのだろうか。そこには、「アトピー」をめぐる社会問題の構築を病者やそれを取り巻く日本社会が経験してきたことの影響を指摘することができる。

「アトピー」をめぐる社会問題の構築の影響の第一は、近代社会が近代医学・医療に与えてきた価値の相対化である。〈文明病〉言説によって近代医学・医療の心身二元論や動物機械論的な身体観や疾病観に、〈ステロイド批判〉言説によって治療観に、批判的なまなざしが向けられるようになったことで、病者をはじめとした人びとは、近代医学・医療の価値が見直されてきた。近代医学・医療に絶対的な信頼をおけなくなったことで、人びとは、自分たちが多元的医療システムの中にあること、その中で主体的に自らの対処実践を選び、実行していったよののだということを思い出せたのである。日本という国が政策として近代医学・医療による国民への医療保障を遂行する限り、経済的側面やアクセスの容易さにおいて、多元的医療システムであっても近代医学・医療が優位に置かれていることは間違いない。科学的教育を通じて、あるいは制度的保障を通じて、我われは近代医学・医療が絶対だとは言わないまでも最良の方法だとする価値観を植えつけられている。しかし我われは、最終的な選択として近代医学・医療を採るとしても、我われの周囲にある多様な健康法や治療法、病の問題に対処するための様々な支援の手を一旦同列の選択肢として考慮に入れてよいはずである。近代医学・医療に対する近代社会の価値観を一旦棄却することができれば、我われの目前には多元的医療システムの多様な選択肢が拓けるのである。

第二の影響は、高度情報化社会におけるメディア、特にインターネットの発展を背景に、病者らが互いの経験や知識を開示し合い共有できるようになったことである。「アトピー」をめぐる社会問題の構築は、アトピーによって病の問題を抱えた人びとを組織化、あるいはネットワークによって結びつけてきた。そうして形成された病者ら当事者の輪の中で、アトピーをめぐる生じる経験や苦悩を語る言葉やストーリーを獲得し、彼／彼女らは病の物語を産出してきた。産出された物語は、病者の病への対処実践の経験として主にインターネットという言説空間に蓄積され、それを参照することで病者らは選択肢の拡張を図ってきたのである。インターネットは、日常生活や社会生活の困難さを抱えた病者に、こうした活動の可能性を拓いたという点で大きな役割を果たしたといえよう。

終章

1 本論の総括

本論は、1980～90年代の日本社会において「アトピー」が社会問題として構築されてきたことを取り上げ、その構築過程とそれを経験した病者の具体的な病への対処実践の分析を通じて、「アトピー」をめぐる社会問題の構築が現在の日本の保健医療領域に対して持つ意義について考察することを目的としてきた。以下では、ここまでの構成に沿って、本論の議論を振り返ってみたい。

まず序章にて本論の背景と基本的視座を示した上で、第1章では、現在の日本社会における保健医療領域において制度的にその正統性を付与された近代医学・医療の視座と、それが近代社会にどのように埋め込まれ、人びとの疾病や健康に対して強い支配力を有するようになったのか、そのことは現在のアトピー性皮膚炎をどのように特徴づけているのか、を明らかにした。

古代ギリシアに端を発する近代医学・医療は、16～17世紀においてデカルトやベーコンの思想と交わって心身二元論や動物機械論を基調とした身体観による医学体系を獲得してきた。疾病は機械に見立てられた身体の“故障”によって生じ、“修理”によって回復するという思考は、身体への技術的介入という治療論を強く推し進めた。また、18～19世紀における微生物学の発展は、病因としての細菌やウイルスを発見し、特定病因論を近代医学・医療に植えたのである。これらの近代医学・医療の基本的な視座は、生物医学モデルと呼ばれる。

近代医学・医療は、17世紀末以降近代化を進める西欧各国によって国力増強や治安維持のために利用されていくことになる。日本においては、19世紀末の明治維新を契機として近代西洋医学・医療の導入が図られた。富国強兵・殖産興業を謳う日本政府は、国内治安や生産力向上、兵力増強を目的として保健政策を打ち出していった。敗戦によって一旦は有名無実化した保健政策だが、戦後まもなくGHQの誘導を受けつつ再建され、1958年には国民皆保険制度が確立する。近代医学・医療を必須として構成される日本の医療者養成および資格授与と国民皆保険制度、種々の保健政策を通じて、我われの身体や疾病・健康は、近代医学・医療に暗黙のうちに支配されている。

以上のような近代医学・医療の枠組の中でアトピー性皮膚炎はどのような疾病であるとされるのか。定義においてアトピー性皮膚炎は、症状や疫学面において統一性が疑われている症候群であり、近代医学・医療の基本的視座から捉えにくい、逸脱した存在であるといえる。そのために病因や発症の機序の説明に不明瞭な部分があり、診断は医師の恣意性の入り込む余地が大きいのである。しかし、治療においては技術的な身体への介入が中心的手法と定められており、近代医学・医療の治療論が強く適用されている。疾病論においては近代医学・医療の考え方に必ずしも適合しないにもかかわらず、治療論においては近代医学・医療の方法が適用されており、近代医学・医療におけるアトピー性皮膚炎の取り扱い、疾病論と治療論の間が十分に結び結ばれていないといえる。

第2章では、近代医学・医療に20世紀中葉以降向けられてきた批判点を整理し、それに基づいて近代医学・医療のアトピー性皮膚炎が抱える課題を論じた。

近代医学・医療に対する批判点は、生物医学モデル、医師—患者関係、医療化という3点に整理できた。生物医学モデルに対しては、医療の高度化による身体への侵襲性の増大によって、技術的介入指向の持つ危険性や有効性に対する疑問が提起され、また身体に対する還元主義では十分に理解できないような疾病——たとえば、成人病／生活習慣病などの慢性疾患——の増大によって、その見直しが求められた。医師—患者関係に対しては、その関係性の不均衡が指摘される。医師の社会制度的地位によって強化されるその不均衡はしかし、慢性疾患への対処が中心となっていく今後の医療においては、解消され、医師と患者が相互参加し協働するような診療のあり方が目指される。医療化する社会をめぐるには、近代医学・医療の価値観が人びとの生活のさまざまな場面に浸透し、意識する／しないに関わらず、その価値観に支配されていくことが予測される。人びとは生と死、容貌、衣食住、労働や余暇といった、通常は自然で、自らの欲望に忠実であると思われるような生活上の場面で、実はその主体性を奪われ、近代医学・医療がもたらす価値に従順であるように仕向けられているのである。

以上のような批判点を踏まえると、近代医学・医療のアトピー性皮膚炎診療における次のような課題が浮かび上がる。すなわち、身体への技術的介入を中心とした治療のあり方、治療方針を定めるであろう診断に明確な基準がなく医師の判断に委ねられていること、そして、原因・悪化因子の除去を目的に近代医学・医療の価値が病者の生活に侵入していくことである。個々の医師の裁量が強い権限を握っているということは、そこで生じる様々な危険性に対する判定や回避の機会も個々の医師に委ねられているということになる。病者は、治療における危険性や自らの生活スタイルに対する主体性を制限され、奪われているということができよう。

第1～2章では、アトピー性皮膚炎の診療をめぐる近代医学・医療の状況を明らかにしてきた。このような状況を背景として、「アトピー」をめぐる社会問題の構築は行われてきたのである。以上の背景を確認した上で、第3章では、まず日本社会におけるアトピーの社会問題化の活動と関連する事件とを概括した。1980年代末以降活発になるアトピーを社会問題として取り上げる活動は、病者やその家族らの運動と同時に、彼らを標的とした商業活動とそれらを取り上げるマスメディアの活動によって、限られた当事者だけの問題ではなく、日本社会全体の問題として構築されていったといえる。この社会問題の構築によって大きな役割を果たしたと考えられるのが、新聞をはじめとするマスメディアであった。そこで本論では、マスメディアの言説実践を通じて社会問題の構築過程を明らかにすることとした。

新聞言説の分析の結果、〈文明病〉〈ステロイド批判〉〈ステロイド標準化〉の3つの言説群を抽出することができた。まず1980年代後半に〈文明病〉言説が登場し、1992年のステロイドをめぐる訴訟準備報道を起点として〈ステロイド批判〉言説が登場した。以上の

2 言説はいずれも、主として病者やその家族、彼らを支援する市民の立場から展開されていた。〈ステロイド標準化〉言説は、〈ステロイド批判〉言説に対抗して近代医学・医療の立場から展開された言説である。〈ステロイド標準化〉言説の登場以降、〈ステロイド批判〉言説はほとんど見られなくなっていく。なお、〈ステロイド批判〉言説がやや弱まってくる1990年代半ばには、ふたたび〈文明病〉言説が現れてくることから、〈文明病〉言説は〈ステロイド批判〉〈ステロイド標準化〉の両言説の応答の背後で消えることなく通底しているものと考えられた。以下、第4～6章では、それぞれの言説について内容およびその含意を詳細に検討している。

第4章では〈文明病〉言説を取り上げ、アトピーが近代化・文明化する社会によってもたらされた疾病であるとの理解がなされ、“文明の除去”としての衣食住の改善が治療法として推奨されていることが明らかとなった。病児の母親たちは“文明の除去”の実践の困難に苦悩するが、それでも積極的に実践を選択していくことが、彼女らの語りを通じて示されている。彼女らの実践選択は、衣食住という“母親たちの領域”への医学・医療の侵出に対する抵抗だと読み取ることができる。

第5章では〈ステロイド批判〉言説を取り上げた。〈ステロイド批判〉言説は、医師—患者関係の明確な“加害—被害”関係として登場し、近代医学・医療への強力な批判を志向している。近代医学・医療への批判は、パターンリズム的医師—患者関係から協働モデルへの移行を要請し、また、近代医学・医療の手法の有害性を指摘して病者の立場から医学知識の改変を迫った。これは、医学・医療の国家的レベルからの管理・支配に対する抵抗であったと評価することができるだろう。〈ステロイド批判〉言説では、成人のアトピー病者の生活上の苦悩と困難の語りがしばしば登場し、そこで見られる特定のプロットは、アトピー病者のモデル・ストーリーとして機能していると考えられる。

第6章では〈ステロイド標準化〉言説を取り上げた。〈ステロイド標準化〉言説は、〈文明病〉言説、〈ステロイド批判〉言説に対抗する近代医学・医療の立場からのまきかえし言説である。パターンリズム的医師—患者関係や生物医学モデルに基づく医療を反省し、EBMやICに根差した新しい近代医学・医療の姿を描いてみせることで、近代医学・医療の方法を正当化し、病者を引き戻そうとする。〈ステロイド標準化〉言説を受けてアトピーの社会問題化は終息していくのであるが、しかし病者には、近代医学・医療の技術的介入指向や有害性に対する葛藤が残されており、ここで構想される新しい近代医学・医療の姿が病者にとって最善の結論であるとは言えない。

以上のような言説実践を経験してきたことは、病者の実践にどのような影響を与えたのだろうか。第7章ではこの問いに応えるために、アトピー病者の病への対処実践の分析を行った。少なくとも〈ステロイド批判〉から〈ステロイド標準化〉へという言説の転換からは、病者らの展開した批判は近代医学・医療のまきかえしによって打ち消されてしまったように見える。しかし、病者の対処実践を分析していくと、〈ステロイド批判〉言説において病者が目指した主体的に自らの病の問題に対処することを実現させている病者の姿が

明らかになってくる。彼／彼女は、それぞれに自身にだけ適用し得る疾病論を打ち立て、それに適応する対処法を、自分の持つ社会的諸関係や経済力などの資源で実現可能な範囲において選択している。最終的に近代医学・医療が採用されたとしても、その基礎に彼／彼女だけの疾病論が置かれている限り、それは主体的選択なのである。近代医学・医療の医師—患者関係論においては、患者が受動的存在に置かれることに対して患者の人権をめぐる議論や医療化論といった批判が展開されてきた。しかし、アトピー病者が実現させている主体的選択は、これらの議論に対し“主体的な病者”の一つの解答を用意するものだといえるだろう。

病者の主体的な実践を可能にしたのは、〈ステロイド批判〉言説の展開を通じて近代医学・医療の価値が相対化され、一連の「アトピー」をめぐる社会問題の構築に関連する病者や市民らの活動を通じて、彼／彼女らが近代医学・医療の言説に縛られることなく、「アトピー」という疾病、それがもたらす症状や苦悩、困難を語る言葉を獲得し、語る場を獲得してきたためである。そのような経験を病者に与えたことが、「アトピー」をめぐる社会問題の構築の現在に対する意義なのである。

2 主体的病者の実現のために

しかし、アトピー病者の主体的な対処実践構築は一朝一夕になされたものではない。長い時間をかけ、その間の生活を多少なりとも犠牲にしながらかんたん試行錯誤する中でようやく獲得されたものである。病者やその家族らの試行錯誤と、それを支えようとする人びとの出現、それらを結びつけることを可能にした高度情報化社会の技術や新しいネットワーク形成のあり方といった社会的諸資源が揃うことによって初めて、ようやく近代医学・医療の抱える問題点を乗り越える可能性が拓かれたというべきであろう。それゆえ、今のところこの可能性は誰に対しても拓かれているとはいえない。主体的選択が、ある特定の重症度の経験や、「アトピー」をめぐる社会問題の構築過程の経験を基盤にすることでしか実現できない可能性が、本論の分析から示唆されるからである。そのような可能性を排除するならば、近代医学・医療の価値の相対化や病者の経験の相互参照ネットワークを、どの病者に対しても保障していかなければならない。

そのためには、「アトピー」をめぐる何が社会問題として提起され、どのような過程をたどって議論が進展してきたのか、そしてその過程で病者が何を感じ考えてきたのかを語り継いでいくことが必要となる。それが、社会問題としての「アトピー」が終息し、それ以前に回帰したかに見える現在の日本社会において、病者に近代医学・医療の価値の相対化を担保し得る第一の方法であるように思われる。「アトピー」をめぐる社会問題の構築の意義を検討してきた本論は、そのような観点に立てば、“主体的な病者”の実現に資するものといえるであろう。

そして、それらの病者の経験を相互参照可能な形で蓄積し、病者をはじめとした人びとのそこへのアクセス保障することが必要になる。本論が見てきた病者の経験の相互参照ネットワークは、「アトピー」をめぐる社会問題の構築を通じて形成されてきたものであり、今日ではさらなる発展可能性は大きくはない。ただし、本論が分析対象とした新聞記事データベースや、インターネット上に散在する病者のホームページ・ブログ等で経験それ自体は保存・蓄積されて残存しており、それらの経験を有機的に接続することができれば病者にとって有効な資源となり得る。近年、がんや認知症に対する「健康と病いの語り」の蓄積およびデータベース化が進められつつあるが（NPO 健康と病いの語り ディペックス・ジャパン 2012）、こうした動向を通じて病者の経験や語りの価値が評価されていくことは、散在しているアトピー病者の経験をネットワーク化していくことの一助となるかもしれない。

加えて、“主体的な病者”を可能にするためには病者の選択実践を支える社会的諸資源が必要であろう。病者の主体的な選択実践は、彼／彼女らの試行錯誤の成果であり、その間にはしばしば失敗も生じる。将来、こうした試行錯誤の過程を回避する手段が得られるかもしれないが、現在のところそれは必要不可欠な過程である。そこで病者の試行錯誤を、たとえば経済的、精神的に支えてきたのは家族や友人といった病者の身近にいる人びと、あるいは医療・福祉の専門家集団やアトピーに関心を持つ一般の支援者たちであった。こうした社会的諸資源を病者の周囲に配し、その関係を適切に取り持つことが、病者の主体的な選択実践を支えることになる。病者とその家族の経済的・精神的ケアの一方で、すでに整備されている医療・福祉といった支援の枠組を、病者の主体性を促し、支え得る形に修正していくことも求められているのではないだろうか。

3 本論の学術的展開可能性——今後の課題として

最後に、本論の学術的展開可能性についても若干触れて、論を閉じたいと思う。

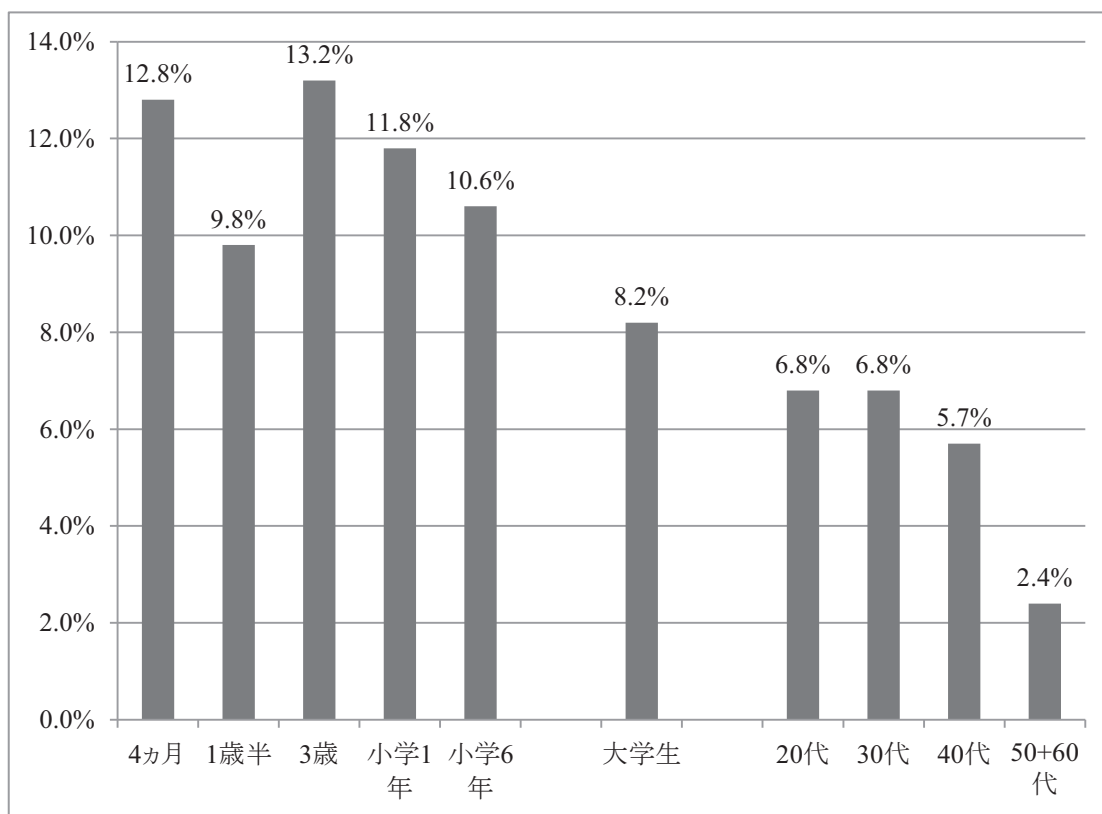
本論では、主にマスメディア言説を用いて「アトピー」をめぐる社会問題の構築の大きな潮流を捉えることを目指してきた。そこで抽出されたのが、第4～6章で取り上げた〈文明病〉〈ステロイド批判〉〈ステロイド標準化〉の3つの言説である。ただしこれらの言説は、言表の相互連関を手繰ってできる限り大きな統一体を目指した結果であり、その内部は異なる水準の統一体が寄り集まって存在している。たとえば、〈文明病〉言説における医療専門家／非専門家による“文明”の捉え方の差異や、〈ステロイド批判〉言説における“ステロイド離脱”に対する異なる態度、あるいは、これら2つの言説を通じて見えてくる、小児科医対皮膚科医のアトピー理解の対立である。これらは、類似の言表によって「アトピー」を捉える一方で、アトピーへの対処をめぐる異なる態度を示しているもので、この差異がどのようなものか、またそれが何に由来しているのか、を探ることは、「アトピー」

をめぐる社会問題の構築過程をより細緻に把握すると共に、たとえば医療専門家／非専門家という立場の違いによる思考様式の違いを浮き彫りにすることも可能にすると考えられる。こうした差異を一つ一つ描き出していくことによって、医療をめぐる生じる様々な対立や葛藤を理解していくことが可能になるだろう。

また、医学・医療における様々な立場の差異は、近代科学における諸領域に敷衍することも可能であろう。ステロイドの副作用リスクに対する異なる解釈様式は、そのまま、2011年の東日本大震災以来日本社会にとって最大の課題ともいえる原発や放射能のリスクに対する解釈の対立へと敷衍することが可能ではないか。

したがって、「アトピー」をめぐる社会問題の構築とその経験の意義についての検討を、さらに精緻化する一方で、異なる疾病、異なる近代科学の社会的適用場面への応用可能性を探り、将来的には科学技術社会論への接続を模索していきたいと考えている。

【図 0-1】 日本におけるアトピー性皮膚炎有症者率



注)山本(2003)、佐伯(2008)より筆者作成

【表 0-2】 世界のアトピー性皮膚炎有症者率

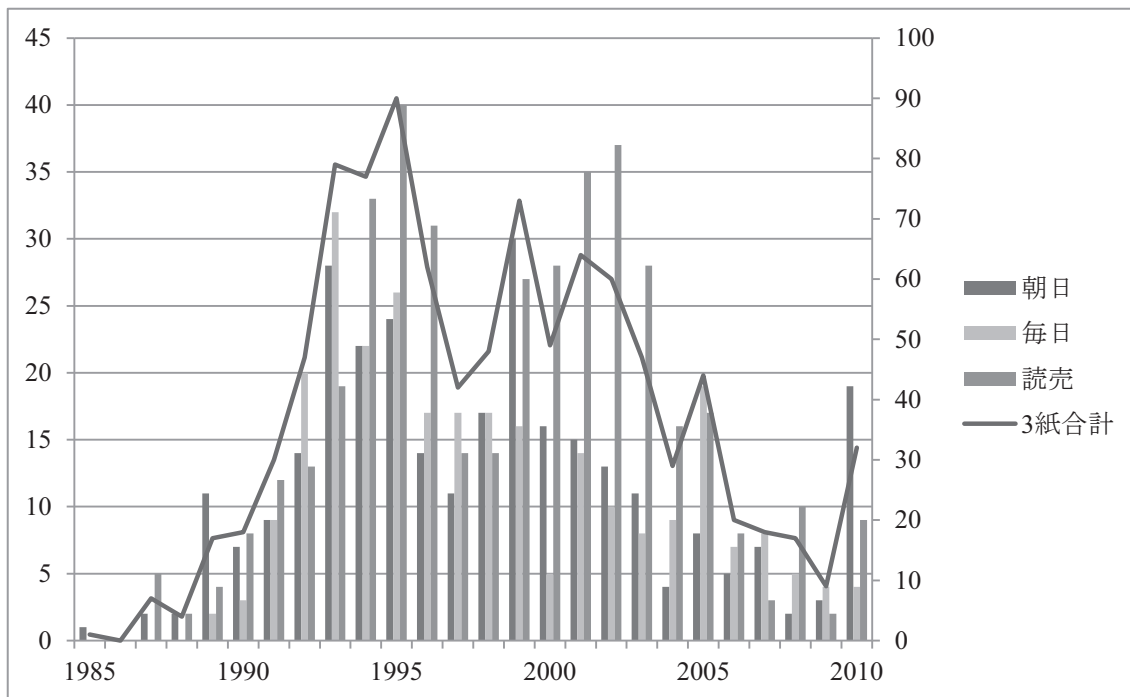
地域	国	6-7 歳	13-14 歳
アフリカ	エチオピア	-	11.9
	ケニア	-	10.4
	ナイジェリア	-	17.7
	南アフリカ	-	8.3
	アルジェリア	-	5.2
中東	イラン	1.1	2.6
	クウェート	-	8.3
	レバノン	-	4.7
	マルタ	4.2	7.7
	モロッコ	-	8.7
	オマーン	4.2	4.7
	パキスタン	-	9.6
アジア	インド	2.7	3.8
	インドネシア	-	1.2
	タイ	11.9	8.2
	台湾	3.5	1.4
	韓国	8.8	3.8
	シンガポール	2.8	7.4
	フィリピン	5.1	5.2
	マレーシア	8.5	8.0
	日本	16.9	10.5
	中国	-	1.2
	香港	3.9	2.7
	オセアニア	オーストラリア	10.9
ニュージーランド		14.7	12.7
ラテン アメリカ	アルゼンチン	7.5	7.3
	ブラジル	7.3	5.3
	チリ	10.9	8.8
	コスタリカ	8.7	7.2
	メキシコ	4.9	4.4
	パラグアイ	-	10.8
	パナマ	7.9	7.8
	ペルー	-	8.2
北アメリカ	ウルグアイ	8.6	7.2
	カナダ	8.5	9.4
ヨーロッパ	アメリカ合衆国	-	8.5
	イギリス	13.0	15.8
	アイルランド	-	13.6
	スペイン	3.3	4.4
	ポルトガル	9.6	4.4
	イタリア	5.8	5.7
	ギリシャ	4.1	3.1
	ドイツ	6.8	6.9
	フランス	8.8	10.0
	ベルギー	7.7	6.7
	オーストリア	6.4	5.2
	アルバニア	2.5	0.8
	エストニア	9.8	5.7
	フィンランド	-	15.6
	グルジア	4.6	2.5
	ラトビア	8.0	4.9
	ポーランド	6.3	5.4
ルーマニア	-	6.3	
ロシア	-	3.0	
スウェーデン	18.4	14.5	
ウズベキスタン	-	3.0	

注) Williamsら(1999)より筆者改変

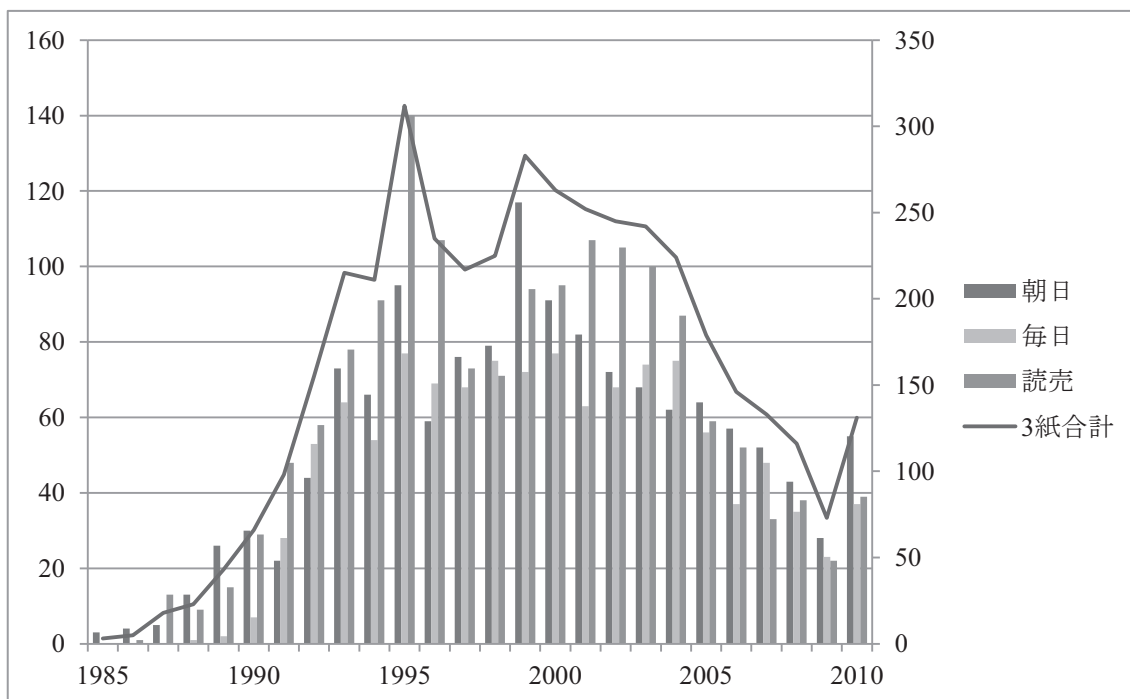
【表 3-1】「アトピー」記事数推移

年	朝日新聞		毎日新聞		読売新聞		3紙合計	
	見出しのみ	記事全文	見出しのみ	記事全文	見出しのみ	記事全文	見出しのみ	記事全文
1985	1	3	-	-	-	-	1	3
1986	0	4	-	-	0	1	0	5
1987	2	5	0	0	5	13	7	18
1988	2	13	0	1	2	9	4	23
1989	11	26	2	2	4	15	17	43
1990	7	30	3	7	8	29	18	66
1991	9	22	9	28	12	48	30	98
1992	14	44	20	53	13	58	47	155
1993	28	73	32	64	19	78	79	215
1994	22	66	22	54	33	91	77	211
1995	24	95	26	77	40	140	90	312
1996	14	59	17	69	31	107	62	235
1997	11	76	17	68	14	73	42	217
1998	17	79	17	75	14	71	48	225
1999	30	117	16	72	27	94	73	283
2000	16	91	5	77	28	95	49	263
2001	15	82	14	63	35	107	64	252
2002	13	72	10	68	37	105	60	245
2003	11	68	8	74	28	100	47	242
2004	4	62	9	75	16	87	29	224
2005	8	64	19	56	17	59	44	179
2006	5	57	7	37	8	52	20	146
2007	7	52	8	48	3	33	18	133
2008	2	43	5	35	10	38	17	116
2009	3	28	4	23	2	22	9	73
2010	19	55	4	37	9	39	32	131

【図 3-2】 見出しに「アトピー」を含む記事数推移



【図 3-3】 記事全文に「アトピー」を含む記事数推移



【表 3-4】 主な「アトピー」連載記事一覧

掲載日	新聞(紙面)	記事見出し ※[シリーズ名]	連載回数
1987年4月19～26日	読売(東京朝刊)	[専門医に聞く]アトピー性皮膚炎	2
1992年4月24～25日	毎日(東京朝刊)	[Whyなぜ]広がる“ステロイド被害”	2
1992年6月28～29日	毎日(東京朝刊)	ステロイド被害・アトピー治療をめぐる	2
1993年6月7～21日	読売(東京夕刊)	アトピー性皮膚炎	3
1993年7月4～25日	朝日(日曜版)	[あすへのカルテ]アトピー性皮膚炎	4
1993年12月4～6日	毎日(東京朝刊)	アトピーとつきあう	3
1993年12月15日 ～1994年2月16日	朝日(朝刊)	[王先生の親子カルテ]アトピー	10
1994年5月19～20日	朝日(大阪夕刊)	成人アトピー今事情	2
1994年7月13～24日	読売(大阪朝刊)	[明日に願いを]アトピーとともに	12
1995年3月28日 ～4月11日	読売(東京朝刊)	[医療ルネサンス] いのちのプリズム アトピー性皮膚炎	11
1995年4月19～24日	朝日(大阪夕刊)	アトピーの周辺	5
1996年3月14～16日	読売(大阪朝刊)	アトピーと向き合う 「研修所」から	3
1998年5月18～29日	読売(東京朝刊)	ステロイド治療	3
1998年10月29日 ～11月1日	毎日(東京朝刊)	[すこやかに] アトピー性皮膚炎・治療とケアを考える	3
1999年3月7～21日	朝日(日曜版)	アトピー性皮膚炎と闘う	3
1999年4月7～9日 (※4月10～12日)	朝日(大阪朝刊) (※東京朝刊)	アトピーとステロイド	3
2000年3月14～18日	読売(東京朝刊)	[医療ルネサンス] アトピー性皮膚炎はいま	5
2005年8月22日 ～10月11日	毎日(東京朝刊)	[知っておきたいアレルギー] アトピー性皮膚炎	6
2008年6月1～29日	読売(東京朝刊)	[一病息災] 雨宮処凛さん アトピー性皮膚炎	5
2010年9月4～8日	朝日(朝刊)	[あなたの安心]赤ちゃんのアトピー	5
2010年11月9～14日	朝日(朝刊)	[患者を生きる]皮膚 大人のアトピー	6
2010年11月23～28日	朝日(朝刊)	[患者を生きる]皮膚 子どものアトピー	6
2010年12月14～20日	読売(東京朝刊)	[医療ルネサンス]アトピー性皮膚炎	5

【表 7-1】 分析対象手記の概要

No.	著者(発行年)	性別	著者の生年	描かれるアトピー経験の年齢
1	圓成(2001)	女	1963年	4歳～38歳
2	雨宮(2002)	女	1975年	1歳～27歳
3	田淵(2002)	男	1950年	20歳頃～51歳
4	小出(2003)	女	1974年	19歳～28歳
5	高橋(2004)	男	1974年	13歳～29歳
6	藤村(2006)	女	1959年	小学生～49歳
7	明石(2006)	男	1963年	19歳～43歳
8	サカノ(2006)	女	1968年	20歳過ぎ～36歳

——参考文献一覧——

【A】

- 明石郁生, 2006, 『1%の奇跡——アトピーから生き返った私の25年間』 WAVE 出版.
- 雨宮処凛, 2002, 『アトピーの女王』 太田出版.
- 安藤直子, 2008, 『アトピー性皮膚炎 患者1000人の証言』 子どもの未来社.
- 蘭由岐子, 2004, 『「病いの経験」を聞き取る——ハンセン病者のライフヒストリー』 皓星社.
- アトピッ子地球の子ネットワーク, 2010, 『アトピー・アレルギー克服応援ブック——必ず道が見つかるアドバイス』 合同出版.

【C】

- Conrad, P., 1987, "The Experience of Illness: Recent and New Directions." *Research in the Sociology of Health Care* 6, 1-31.
- , 2005, "The Shifting Engines of Medicalization" *Journal of Health and Social Behavior* 46, 3-14. (=進藤雄三・松本訓恵訳, 2006, 「医療化の推進力の変容」. 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, 3-27.)

【D】

- 大日義晴, 2008, 「アトピー性皮膚炎の子どもをもつ母親の治療法選択の規定要因と移行メカニズム」. 保健医療社会学論集 19(1), 51-63.
- Dixon, B., 1987, *Beyond the Magic Bullet*. George Allen & Unwin Ltd, London. (=奥地幹雄・西俣総平訳, 1981, 『近代医学の壁——魔弾の効用を越えて』 岩波書店.)

【E】

- 圓城三花, 2001, 『音楽ばんざい♪ アトピーに勝った!』 小学館.

【F】

- Foucault, M., 1968, Sur l'archéologie des sciences. Réponse au Cercle d'épistémologie. *Cahiers pour l'analyse, n°9: Généalogie des sciences*, 9-40. (=石田英敬訳, 1999, 「科学の考古学について——〈認識論サークル〉への回答」. 蓮實重彦・渡辺守章監修・小林康夫・石田英敬・松浦寿輝編, 『ミシェル・フーコー思想集成Ⅲ 歴史学/系譜学/考古学』 100-43, 筑摩書房.)
- , 1969, *L'archéologie du Savoir*. Paris, Gallimard. (=慎改康之訳, 2012, 『知の考古

学』河出書房新社.)

- , 1977, 'El nacimiento de la medicina social.' *Revista centroamericana de Ciencias de la Salud*, No.6, 89-108. (=小倉孝誠訳, 2006, 「社会医学の誕生」. 小林康夫・石田英敬・松浦寿輝編『フォーコー・コレクション6 生政治・統治』165-200, 筑摩書房.)
- Freidson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press, Inc. (=進藤雄三・宝月誠, 1992, 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣.)

【H】

- Hanifin, J. M. & G. Rajka, 1980, "Diagnostic Features of Atopic Eczema", *Acta Dermatol Venereol (Stockh.)*, 92, 44-7.
- 篠野倫・松尾聿郎・真海文雄, 1973, 「アトピー性皮膚炎」臨床免疫・アレルギー科 5(2), 111-6.
- 林真理・廣野喜幸, 2002, 「近代生物学の思想的社会的成立条件」. 廣野喜幸・市野川容孝・林真理編, 『生命科学の近現代史』勁草書房, 1-34.
- Holstein, J. A. & J. F. Gubrium, 1995, *The Active Interview*. Sage. (=山田富秋・兼子一・倉石一郎・矢原隆行訳, 2004, 『アクティブ・インタビュー——相互行為としての社会調査』せりか出版.)
- 藤村由美子, 2005, 『アトピーな日々——ステロイド断ちから始まった再生への歩み』朱鳥社.
- 藤澤重樹, 1999, 『ステロイドはもういない——アトピーの治し方』合同出版.
- , 2004, 『アトピー治療革命——取りもどせる! 健康肌』永岡書店.
- 古江増隆・古川福実・秀道広・竹原和彦, 2003, 「日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2003 改訂版」日本皮膚科学会雑誌 113(4), 451-7.
- ・古川福実・秀道広・竹原和彦, 2004, 「日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2004 改訂版」日本皮膚科学会雑誌 114(2), 135-42.
- ・佐伯秀久・古川福実・秀道広・大槻マミ太郎・中村敏明・佐々木りか子・須藤一・竹原和彦, 2008, 「日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」日本皮膚科学会雑誌 118(3), 325-42.
- ・佐伯秀久・古川福実・秀道広・大槻マミ太郎・片山一朗・佐々木りか子・須藤一・竹原和彦, 2009, 「アトピー性皮膚炎診療ガイドライン」日本皮膚科学会雑誌 119(8), 1515-34.

【I】

- 井川健・西岡清, 2003, 「ステロイド外用療法における留意点」『アレルギー・免疫』10(11): 60-64.
- Illich, I., 1976, *Limits of Medicine: Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Calder & Boyars

Ltd., London. (金子嗣郎訳, 1979, 『脱病院化社会——医療の限界』 晶文社.)

【K】

梶田昭, 2003, 『医学の歴史』 講談社.

片山一朗・河野陽一監修, 2012, 『アトピー性皮膚炎診療ガイドライン』 協和企画.

川上武, 1965, 『現代日本医療史——開業医制の変遷』 勁草書房.

川上武編著, 2002, 『戦後日本病人史』 農山漁村文化協会.

川島眞・瀧川雅浩・中川秀己・古江増隆・飯島正文・飯塚一・伊藤雅章・塩原哲夫・竹原和彦・玉置邦彦・宮地良樹・橋本公二・吉川邦彦, 2000, 「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」日本皮膚科学会雑誌 110(7), 1099-104.

近畿アトピー性皮膚炎談話会編著, 1991, 『混乱はなぜ起こる アカデミズムとジャーナリズムから見たアトピー性皮膚炎』 医学書房.

Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing & the Human Condition*. Basic Books. (=江口重幸・上野豪志・五木田紳訳, 1996, 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』 誠信書房.)

小出夕起子, 2003, 『アトピースタイル——私の対処法』 文芸社.

厚生労働省, 2012, 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(厚生労働省告示第四百三十号)」, http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (最終アクセス 2013年6月1日).

厚生統計協会編, 2009, 『国民衛生の動向 2009』 厚生統計協会.

草柳千早, 2004, 『「曖昧な生きづらさ」と社会——クレーム申し立ての社会学』 世界思想社.

【L】

Lorig, K., H. Halman, D. Sobel, D. Laurent, V. González and M. Minor, 2000, *Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-Management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema, and others (2nd Edition)*. Bull Publishing Company, California, USA.

【M】

松繁卓哉, 2010, 『「患者中心の医療」という言説——患者の「知」の社会学』 立教大学出版会.

松下一成・池田道則編著, 1993, 『あぶないアトピー治療法——ステロイド・食事療法を問う』 三一書房.

McKeown, T., 1979, *The Rule of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Basil Blackwell Ltd, Oxford.

美馬達哉, 2010, 「近代医療」. 中川輝彦・黒田浩一郎編著, 『よくわかる医療社会学』 ミネ

ルヴァ書房, 148-151.

【N】

永井隆吉, 1977, 「アトピー性皮膚炎——新しい治療 ベッドサイドでここまで出来る」治療 59(2), 899-902.

中河伸俊, 1999, 『社会問題の社会学——構築主義アプローチの新展開』. 世界思想社.

中野卓・桜井厚編, 1995, 『ライフヒストリーの社会学』弘文堂.

Nettleton, S., 2006, *The Sociology of Health and Illness (2nd edition)*. Polity Press, Cambridge.

日本皮膚科学会, 1994, 「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」日本皮膚科学会雑誌 104, 1210.

西田茂樹, 1986a, 「わが国近代の死亡率低下に対して医療技術が果たした役割について——(1)死亡率低下の死因構造について」. 『日本公衆衛生雑誌』33(9), 529-33.

——, 1986b, 「わが国近代の死亡率低下に対して医療技術が果たした役割について——(2)死亡率低下に医療技術が果たした役割について」. 『日本公衆衛生雑誌』33(10), 605-16.

西岡清, 2006, 『新しいアトピー治療——誤った治療に振り回されないために』講談社.

NPO 健康と病いの語りディペックス・ジャパン, 2012, NPO 健康と病いの語りディペックス・ジャパンホームページ, (2012年10月22日取得, <http://www.dipex-j.org/>).

【O】

岡部俊一, 1994, 『思春期からのアトピーを治す本』法研.

奥平博一, 2003, 「ステロイド療法の有用性と留意点 総論」『アレルギー・免疫』10(11): 9-17.

大島久二・真柴晃一, 1999, 「ステロイド薬の抗炎症分子作用機序」『アレルギー・免疫』6(1): 17-27.

【S】

サカノユリ, 2006, 『恋するアトピー』新風舎.

作道信介, 1993, 「医療化社会における病いをめぐる『わたしの知識』の形成——アトピー性皮膚炎についての新聞記事からの予備的考察」. 弘前大学保健管理概要 15: 47-66.

——, 1994, 「病いの日常化という視点からみた対処過程——乳幼児期アトピーの子どもをもつ母親の事例から」弘前大学保健管理概要 16, 55-101.

——, 2002, 「子どもの『アトピー』をめぐる言説分析のために」. 医療化社会研究会研究論叢『医療化社会の思想と行動』85-112.

——, 2003, 「病気対処としての『語り』——1992年, 乳幼児期『アトピー』への母親の対処行動を考えるために」. 弘前大学保健管理概要 24, 20-47.

- 桜井厚, 2002, 『インタビューの社会学——ライフストーリーの聞き方』 せりか書房.
- 佐藤純一, 1995, 「医学」. 黒田浩一郎編, 『現代医療の社会学——日本の現状と課題』 世界思想社. 第1章, 2-32.
- , 2000, 『生活習慣病』の作られ方. 野村一夫編著, 『健康論の誘惑』 第三章, 文化書房博文社, 103-46.
- 佐藤健二, 1995, 「ライフストーリー研究の位相」. 中野卓・桜井厚編, 1995, 『ライフストーリーの社会学』 13-42, 弘文堂.
- 佐藤俊樹, 2006, 「関のありか——言説分析と『実証性』」. 佐藤俊樹・友枝俊雄編, 『言説分析の可能性——社会学的方法の迷宮から』 東信堂, 3-25.
- 清水良輔, 1997, 『アトピー大逆転』 神戸新聞総合出版センター.
- 進藤雄三, 1990, 『医療の社会学』 世界思想社.
- , 1998, 「福祉国家と医療の現代的位相」 『社会学評論』 49(4), 372-88.
- , 1999, 「医師」. 進藤雄三・黒田浩一郎編, 『医療社会学を学ぶ人のために』 第3章, 42-59.
- Spector, M. & J. I. Kitsuse, 1977, *Constructing Social Problems*. Cummings. (=村上直之. 中河伸俊・鮎川潤・森俊太訳, 1990, 『社会問題の構築——ラベリング理論をこえて』. マルジュ社.)
- Strauss, A., J. Corbin, S. Fagerhaugh, B. G. Glaser, D. Maines, B. Suczek and C. L. Wiener, 1984, *Chronic Illness and the Quality of Life (2nd edition)*. The C. V. Mosby Company, Saint Louis. (=南裕子・木下康仁・野嶋佐由美訳, 1987, 『慢性疾患を生きる——ケアとクオリティ・ライフの接点』 医学書院.)
- 住吉純子編, 1999, 『アトピー・ステロイドに関するアンケート調査報告書』 アトピー・ステロイド情報センター.
- Szasz, T. S. & M. H. Hollender, 1956, “A Contribution to the Philosophy of Medicine: the Basic Models of the Doctor-Patient Relationship.” *A. M. A. Archives of Internal Medicine* 97, 585-92.

【T】

- 田淵耕造, 2002, 『脱ステロイド——二十年におよぶアトピーとリバウンド地獄からの解放』 文芸社.
- 高木修・山口智子, 1998, 「セルフヘルプグループの有効性——アトピー性皮膚炎患者におけるヘルパーセラピー原則」. 関西大学社会学部紀要 30(2), 1-22.
- 高橋紀明, 2004, 『アトピーを受け入れる——ステロイド離脱体験をとおして』 文芸社.
- 竹原和彦, 1998, 『アトピービジネス論——皮膚科医による検証』
- ・飯塚一・伊藤雅章・玉置邦彦・川島眞・塩原哲夫・瀧川雅浩・宮地良樹・橋本公二・金子史男・吉川邦彦, 2000, 「アトピー性皮膚炎における不適切治療による健康被害の実態調査〔最終報告〕」 日本皮膚科学会雑誌 110(12), 2060-2.

友枝俊雄, 2006, 「言説分析と社会学」. 佐藤俊樹・友枝俊雄編, 『言説分析の可能性——社会学的方法の迷宮から』. 233-253, 東信堂.

【U】

上原正巳, 1974, 「アトピー性皮膚炎の診断と治療——原因不明の湿疹性疾患」 総合臨床 23(9), 1578-83.

【W】

和田幸子, 2007, 「セルフヘルプ・グループにおけるアトピー性皮膚炎患者の心的変容プロセス——修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによるインタビュー分析から」 臨床心理学 7(4): 507-17.

Williams, H., C. Robertson, A. Stewart, N. Ait-Khaled, G. Anabwani, R. Anderson, I. Asher, R. Beasley, B. Björkstén, M. Burr, T. Clayton, J. Crane, P. Ellwood, U. Keil, C. Lai, J. Mallol, F. Martinez, E. Mitchell, S. Montefort, N. Pearce, J. Shah, B. Sibbald, D. Strachan, E. v. Mutius and S. K. Weiland, 1999, “Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood”. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 103, 125-38.

Wise, F. & M. B. Sulzberger, 1933, *Footnote on problem of eczema, neurodermatitis and the lichenification*. The 1933 Yearbook of Dermatology and Syphilology, 38-39.

【Y】

山本一哉, 1967, 「アトピー性皮膚炎をめぐる諸問題」 小児科診療 30(9), 220-227.

山本昇壯, 1998, 「アトピー性皮膚炎の治療ガイドラインの確立とその評価」. 厚生科学研究「アトピー性皮膚炎の治療法の確立と評価に関する研究」(主任研究者:玉置邦彦), 5-9.

———, 2003, 「アトピー性皮膚炎の患者数の実態及び発症・悪化に及ぼす環境因子の調査に関する研究 総括研究報告」. 厚生労働科学研究費補助金免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業平成14年度総括・分担研究報告書, 1-9.

———・河野陽一監修, 2006, 『アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2006』協和企画.

矢村卓三, 1980, 「アトピー性皮膚炎」日本皮膚科学会雑誌 90(13), 1165-71.

余語琢磨, 2003, 『「アトピー」をめぐる病いの語り——インターネット上にみる患者の苦悩と戦術』. 自治医科大学看護学部器用 1, 41-54.

———, 2004, 『「アトピー」のインターネット医療民族誌』現代のエスプリ 441, 155-63.

横山葉子, 2005, 「アトピーの子を持つ母親が補完・代替医療を選ぶまで——補完・代替医療選択に関わる母親の認識」. 奈良女子大学社会学論集 12, 195-214.

———, 2008, 「Shared Decision Making 成立の促進要因——小児アトピー性皮膚炎患児

の親の事例から」。保健医療社会学論集 19(1), 38-50.

【Z】

Zola, I. K., 1978, "Healthism and Disabling Medicalization". Illich, I., J. McKnight, I. K. Zola, J. Caplan and H. Shaiken, *Disabling Professions*. Marion Boyars, Boston. (=尾崎浩訳, 1984, 『専門家時代の幻想』新評論.)

——既発表論文一覧——

- 1) 佐藤令奈, 2010, 「病者の生活世界の構成——アトピー性皮膚炎病者の手記を通じて」
『社会学論集』17, 229-242, 奈良女子大学社会学研究会.
: 序章 (一部改変・加筆)
- 2) 佐藤令奈, 2013, 「アトピー性皮膚炎病者の手記にみる『病者の知』」『社会学論集』20,
103-115, 奈良女子大学社会学研究会.
: 第7章 (加筆修正)
- 3) 佐藤令奈, 2013, 「アトピー性皮膚炎の社会問題化における近代医療批判の展開——一
九八五—二〇一〇年新聞言説分析から」ソシオロジ 177, 19-34.
: 第3～6章 (加筆修正)

謝 辞

本研究を進めるに当たり、多くの方々からご指導、ご協力をいただきました。

主任指導教官の栗岡幹英教授には、静岡大学人文学部時代から足掛け 14 年にわたってご指導賜りました。研究への意欲を失いかけたときにも粘り強く励ましていただいたおかげでここまでたどり着くことができたと思っております。心より厚く御礼申し上げます。

また、副指導教官の中島道男教授、小川伸彦教授、吉田容子教授にも、折に触れ、たくさんのご助言をいただきました。先生方の一言一言に込められた熱意が背中を押してくださったように思います。審査委員会において外部委員として加わっていただきました松岡悦子教授にも、合せて御礼申し上げます。

奈良女子大学大学院の院生の皆様および先輩諸氏にも感謝申し上げます。特に栗岡ゼミの皆様には、私のつたない報告に耳を傾け、様々な視点からのご意見やご感想、そして有意義なご議論をいただきました。小さな悩みや行き詰まりにも共感し相談に応じてくださった座主果林さん、村田賀依子さんには、特にお名前を挙げて感謝申し上げます。奈良女子大学で過ごした 7 年間は、これまでの研究生活の中で最も穏やかで充実した時間でした。

そして、研究の過程で知り合ったたくさんのアトピー病者の皆様に心よりの感謝を申し上げますと共に、皆様のご健勝をお祈り致します。私自身の調査者としての未熟さゆえに今は直接御礼を申し上げられない方々もいらっしゃいます。しかし皆様との出会い、交わした言葉の数々がこの研究にとって欠かすことのできない糧となりました。この場を借りて御詫びと御礼を申し上げますと同時に、それら全ての経験を今後の研究者として、あるいは一人の人間としての生活に生かしていくことをここで誓いたいと思います。

最後に、常に私の健康を気遣い、ここまで援助し続けてくれた両親に心よりの感謝を捧げます。

2013 年 9 月

佐藤令奈