

過去形の罪  
—自己責任の病い、糖尿病と向き合う—

福島智子

Guilt in the Past Tense  
—Confronting Diabetes Attributed to  
Irresponsible Lifestyle—

*Tomoko FUKUSHIMA*

一病気の原因は発病した本人にあるとする一病気の自己責任論とは、糖尿病の場合、「過度のカロリー摂取」や「運動不足」といったリスクファクターを十分に回避しなかった結果として発病したという考え方である。本稿では、そうした考え方が糖尿病患者自身による病因の説明や治療同意にどのような影響を与えているのかを、T・パーソンズが定式化した「病人役割」に沿って検討する。着目するのは、回復に努める義務、必要な場合には医師に協力する義務と引き換えに、「その状態に対して責任をとらなくてよい」という合法的な免責である。

いうまでもなく、多くの他の疾患をもつ患者と同様、糖尿病患者は法的責任からは免除されている。しかし、発病の責任と自己管理の責任（義務）が、治療において一体化し、両者が個人の意図的行為の結果に置かれることによって、病因に関する道徳的責任については、つねに免除される訳ではないという状況が生み出されている。そもそも、ここでの治療の対象となっている自覚症状がない糖尿病「患者」は、通常の役割を遂行できない「病人」（逸脱者）とはいえず、さらに回復がほぼ不可能な糖尿病の場合、回復に努める義務は、無期限の（合併症）予防の義務へとスライドしている。近代医学が統制しようとするのは、あくまでもリスク計算に基づく将来的な「逸脱者」予備軍であり、そうした「治療」実践（教育を含め）自体が、過去において道徳的「逸脱」を負った自己一「罪人」としての自己一を生みだしているといえるだろう。

The notion that people should take responsibility for their health readily leads to the further implication that people are responsible for their illnesses also. Among diseases seen as “failure of self-control,” diabetes is sometimes attributed to personal failure to avoid risk factors such as high caloric intake and lack of physical exercise.

The purpose of this paper is to examine how these notions or discourse affect the diabetic patients’ explanations about the causes of their illness and their illness behavior. Is Parsons’s famous idea of the ‘sick role’ – that the patient is not held responsible for his illness; instead he must want to get well and co-operate with the doctor, valid here?

As is true of most other diseases, diabetic patients are not legally responsible for their illness. However, not being held legally responsible for illness does not assuage patients’ guilt or failure at having the diabetes. Education designed to prevent diabetic complications does not necessarily differentiate the responsibility to prevent the disease in the past from that of self-control in the future. The causes of type II diabetes are considered to be partially within the realm of human control. Medical practice – including this patient education itself – produces a self-image of patients’ inappropriate behavior in the past, retroactively. This needs critiquing from the perspective that medicine is an institution of social control, for identifying patients who are at risk should not imply they immoral, deviant, nor necessarily responsible for “causing” their illnesses.

## 1 はじめに

発病自体の予防、そして健康増進を目標とする「新公衆衛生運動」(New Public Health Movement)は、欧米を中心として1970年代以降に展開されたものであり、日本においても、同様の目標を掲げた「健康日本21」が2000年に開始された。その2年後、政府は「健康日本21」を積極的に推進するため、医療制度改革の一環として「健康増進法」を成立させた。第1章総則の第2条には、国民の責務として「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」ことが記されている。

新公衆衛生運動の嚆矢となった1974年の「ラロンド報告」は、宿主と病因という病気の決定要因を、単一特定病因論から長期にわたる多数の因子に基づく原因論に再構築するものであり、それ以降、疫学や健康に対するリスクファクターを重視し、特に個人の生活習慣の改善による健康の実現を強調する政策が打ち出されていった<sup>1)</sup>。健康問題に関する自助努力の強調は、疾病の原因は個人にある、すなわち発病は自己責任あるいは自業自得であるという考え方を導き、そのことに対する批判も一方で展開されている。70年代以降のヘルスケア・システムにおける「セルフケア」の過度な強調の弊害として、問題の構造分析の欠如、それと関連性が深いものとして、より洗練された犠牲者非難(victim-blaming)、そして、このような傾向が行動変容に与える甚大な影響力の潜在性が指摘されている(Kronenfeld 1979: 264)。疾病予防や健康増進という考え方が導きやすい「犠牲者非難」という側面に焦点を当てた批判は数多く存在するが(Brown and Margo 1978, Wikler 1978, Rodmell and Wat 1986, Minkler 1989など)、実際に発病した患者におけるその影響に着目した議論は展開されていない。

本稿の目的は、病気の原因は発病した本人にある、とする病気の自己責任論が、現在の糖尿病<sup>2)</sup>治療実践のなかで、どのような影響をもつかを考察することである。糖尿病は「さまざまな遺伝素因に種々の環境因子が作用して発症する」(日本糖尿病学会編 2004: V)とされるが、より一般的には、1型糖尿病は原因不明、2型糖尿病はもともと糖尿病になりやすい素因(遺伝因子)のある人に、生活習慣(ライフスタイル)といった環境因子が加わり、発症するとされている(田上 1997: 31)。しかし、日本における糖尿病の大部分を占める2型糖尿病は「生活習慣病」に含まれ、発病と過去の生活習慣との関連性が強調されている。そのような状況についてS・ホッパーは、「近年、肥満や文化的変化(都市化など)と糖尿病の関連性が指摘されるようになったことで、2型糖尿病の発病が、部分的には人間のコントロール化にあるとみなされるようになった」と述べている(Hopper 1982: 15)。

発病のコントロールが可能であるという考え方は—「生活習慣病」という行政用語<sup>3)</sup>に端的に示されているが—以下のような状況に大きく影響している。「高血圧、高血糖、高脂血症、肥満、喫煙は、食生活、運動、ストレスなど日常生活行動やライフスタイルとの関連が強く、病者といえども、従来の内科系医療サービスの中心であった薬物による治療は補助的治療になっており、もっとも中心となるのが日常生活行動やライフスタイルの変容となってきたのである。つまり予防の主人公は当人であり、当人の意志と行動によって

予防も治療も左右されるという考え方がますます強くなってきたのである」(川田 1995:233)。

発病の確率を高めるとされるリスクファクター(糖尿病では「過度のカロリー摂取」や「運動不足」)を十分に回避しなかった結果としての発病という考え方は、実際に糖尿病を発病した各患者にとってどのような意味をもつのだろうか。D・ラプトンが指摘する自己管理能力の欠如と無分別という「新しい道徳的意味」(Lupton 1995:90)は、糖尿病患者自身による病因の説明や治療同意にどのような影響を与えているのだろうか。以下では、T・パーソンズが定式化した「病人役割」の二つの義務と二つの責任免除のうち、「その状態に対して責任をとらなくてよい」という合法的な免責が、実際の治療行為においてどのような様相をみせるのかを検討する。

## 2 研究方法・調査対象

今回の分析に用いるデータは、2002年3月～2003年8月の期間中に、N病院<sup>4)</sup>において実施したインタビュー調査によって得られたものである。サンプリングは次のような手順で行った。先に示した期間中に教育入院<sup>5)</sup>を経験した患者の中から、調査内容を簡単に記した用紙を手渡し、口頭でも調査説明をしたあと、文書による同意が得られた患者を対象とした。調査者と対象者の最初の接触は、主治医、研修医または看護師を介して行われた。それ以降の接触は、各対象者のスケジュールを事前に確認し、比較的時間が空きそうな時間帯を本人に指定してもらい、その時刻に調査者が病室に赴くという方法をとった。インタビューの実施場所は対象者や日時によって異なるが、病室、病院敷地内の庭、喫煙場所、デイルーム、カンファレンスルームのいずれかにおいて、基本的に一対一で行っている。インタビューでは、調査者の研究課題<sup>6)</sup>に沿う形で、糖尿病治療についての対象者の意見、これまでの経験や現在経験している教育入院に関しての感想を、基本的に自由に述べていただいた。調査者と対象者のラポール上の理由から、テープによる録音はせず、すべて調査者の書き取りによって発言内容を記録した。本稿における引用はすべて、調査者が作成したインタビュー記録からのものとする(引用内の[ ]は筆者による補足である)。インタビューの対象者数は、男性9名、女性6名の計15名である。対象者にはA～Oのアルファベットを付してある(各人の属性については表1を参照のこと)。一対象者につき一回45～60分程度のインタビューを5～12回実施した。

## 3 分析

### 3-1 病因解釈—発病の原因は過去における悪い習慣?—

筆者はこれまで、自覚症状のない糖尿病「患者」が実感としては「健康」であると認識しつつ、他の様々な社会的状況(治療自体/診断機器/患者教育など)によって病人役割を引き受けていくプロセス—「患者」としてのアイデンティティ形成過程—を検討してきた(拙稿 2003、2004、2005)。そのなかで、自覚症状はないが治療に同意していく過程

において、自らを治療すべき存在であるとみなす根拠には、血糖値などの医学的数値が深く関与していることを指摘した（拙稿 2003、2005）。身体的な症状が顕在化していないゆえに、血糖値などを根拠に自らを病人とみなし、糖尿病患者としてのアイデンティティを構築していくのだが、その際、発病の原因を自己の内に求めていく顕著な事例として患者 B に着目し検討した（拙稿 2004）。教育入院を経て、特発性（原因不明）の 1 型糖尿病である B は、自らの病因を説明するなかで「私のせいだっていうのは、ずっとそう思っていたし、たぶん母もそう、私が悪いって思ってると思う」と述べている。B の事例は、1 型糖尿病であるにもかかわらず、2 型糖尿病の病因論—ここでは、過去の食生活の不摂生など—を採用している、という点で特異であり、またねじれも存在する。しかし、B のように、病因を自らの過去の生活習慣に求めるという態度は、程度の差はあるが、他の糖尿病患者においても観察された。

#### エピソード 1～糖尿病に関するビデオ鑑賞後の C と A の会話から～

A：国でもお金かかるなあ。[糖尿病患者に対する]教育までして。ビデオやって。[糖尿病は]贅沢病だなあ。こんな病気になったらあかん [→いけない] な。[自分の]過去 [を] 振り返ってもなあ、どうだったのかなあ。[糖尿病に] なるうと思ってなった訳じゃない。

C：「いかん」と言ったって、生まれたときに決まっているんだからさ。遺伝でさ。

#### エピソード 2～病室における C と他の糖尿病患者 X（非調査対象者）との会話から～

（病室で C とのインタビュー実施中、隣のベッドの患者 X が突然会話に入ってきた時の状況）

X：だけど、糖尿 [病] の人はみんな太って [い] るよね。みんな甘いようなもの好きだよ。

C：でも遺伝で決まって [い] るんでしょ。ねえ [調査者の方に向きながら] ビデオでも言っ [い] たよね、何パーセントだっけ？

X：でも [私は] 甘いもの [が] 好きだった。私は太っていたもん。

C：発病するにはいくつかの条件がいるんでしょ。発病前にコントロールすればいいんだよ。

X：一度なったら終わりだからね。

2 型糖尿病の C は、糖尿病に関するビデオ鑑賞（教育の一部）のあと、「こんな病気になったらあかん」という A に対し、発病は「遺伝で」「決まっている」と答えている。別のインタビュー実施中、同室の糖尿病患者 X との会話の前半では、発病が「遺伝で決まっている」ことを強調しているが、会話の後半では、「発病前のコントロール」の可能性にも言及している。C は、他の患者と比べても、自分の糖尿病は遺伝が原因であることを強調していた。教育入院の時期が一致した C と A は、ビデオ学習の時間帯が重なることが多かった。A とのインタビューで、A は C について「その人 [C] は [自分の糖尿病は] 先天的なもの」と話していたと語っている。先の二つのエピソードに加え、病因について「兄弟 5 人のうち 3 人が糖尿 [病] で。きっと [自分は] 遺伝かしら」「[糖尿病は] 遺伝

が大きい。とにかく遺伝」と述べているが、一方で次のようにも語っている。

[糖尿病は] 遺伝っていうけど、誰だか分からないのよ。父は90歳まで生きたし。母は脳溢血だったから、もしかしたら母の方にあったのかな。

そして、自分の娘と孫について次のように述べている。

[糖尿病は遺伝するので] 娘もね、不安みたい。でも娘は細かった。一中略—ダイエットなんて一度もしたことなかった。なんか分かるじゃない、そう[→糖尿病に]なる人って小さい頃から大食いで早食い。小さいときの食べ方で分かる。娘は主人の方に似たんじゃないかしら。一中略—娘は糖尿[病]の心配はないわね、むしろ貧血よ。ただ孫がね、男の子なんだけど、2歳かな。大食いで早食いなのよ。小さいときから分かるわ。せっかちで。

この発言からは、糖尿病には、「太っていること」「たくさん食べること」「小さい頃から大食いで早食いなこと」、などが関係しているとの認識をもっていることがわかる。Cは自分の糖尿病の発症については、つねに「遺伝要因」に言及しているが、上記のような発言から考えると、自分以外の一般的な糖尿病に関しては、遺伝要因に加え、食事その他の関与を認めている。エピソード1、2で、Cは「糖尿病は生活習慣が原因である」とのAの発言に対して「遺伝要因」を対置し、発症は「生まれたときから決まっている」と反論している。現在57歳のCは20代で糖尿病を発症しているが、「糖尿[病]って隠しているわけじゃないけど。若いときは嫌だった。そういう目で見ると。罪悪感があるわけじゃないけど、ほら、生活習慣病ってなってから」と述べており、現在糖尿病であることを家族や親戚以外の人には知られたくないという<sup>7)</sup>。

Cのように「遺伝要因」に言及しながらも、食生活などの「環境要因」に自分の病因を求める患者は多い。2型糖尿病のDは次のように述べている。

俺の代で[糖尿病に]突然なったから、劣性遺伝でしょ。先生[医師]が生活習慣病って言ってたから、そういうのが原因じゃないの？ 積み重ねが。

生活習慣病っていうくらいだからさ、好きなもの食ってたってことだな。動物性蛋白質が多かったな。野菜は[料理するのが]面倒だし、散らかるからやらなかった。時間ももったいないよ。[当時] いろんなサークル活動やってたし。

Dと同様Nも、遺伝要因については「糖尿[病]の系統はなかった。まあ一代、親父、お袋の代にはなかったけど、その前はわからない」とし、外食を中心とした過去の食生活が原因であるとしている<sup>8)</sup>。「よく食べたり、飲んだり」する「暴食」が原因だとするHのように、自分の糖尿病の原因として、環境要因のなかでも「食事」に関する言及が圧倒的に多かった。すべてのインタビューの結果から、本人の病因解釈を「遺伝要因」と「環境要因」に暫定的に分類したものを表1(下二段)にまとめた。○は自分の糖尿病の原因

について明確に肯定した場合、×は明確に否定した場合、△は「わからない」と答えた場合、－は特に言及がなかった場合であり、解釈が微妙なものに関しては空欄にしてある。環境要因については、さらに「飲酒」「食事」「運動不足」に三分類し、どれにもあてはまらないものはその他に分類した(表2)。確認しておくが、ここでは環境要因といっても、本人が考える「環境要因」に基づいて表を作成しており、近代医学によって示される「環境要因」と必ずしも一致するものではない。

表1. 調査対象者の属性と主観的な病因解釈の2分類

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
年齢	71	28	57	58	58	61	71	49	34	77	70	67	59	62	59
性別	男性	女性	女性	男性	女性	男性	男性	男性	男性	女性	女性	女性	男性	男性	男性
病型	2型	1型	2型	2型	2型	2型	2型	2型	1型	2型	1型	2型	2型	2型	2型
病歴	初診	初診	22年	9年	20年	32年	7年	5年	5年	37年	初診	－	32年	1ヶ月	7年
遺伝	△	－	○	△	△	○	×	○	△	－	－	－	○	△	－
環境	○	○	－	○	○	○	○	○	○	○	△	－	○	○	○

表2. 主観的な病因解釈：「環境」要因の3分類（飲酒・食事・運動不足）とその他

	飲酒	食 事	運動不足	そ の 他
A	×	バランスの悪い食事/外食/既製の弁当/油物や肉の食べ過ぎ	○	心配事(=ストレス)
B	－	一人暮らしのときの食生活/間食	－	ストレス
C	－	大食いで早食い/肥満	－	－
D	－	高蛋白の食事/欧米食/偏食/贅沢/「美味しいもの」「好きなもの」の食べすぎ	－	－
E	－	甘いものの食べすぎ/インスリンを使いすぎた	－	胃が強い
F	○	暴飲暴食	－	－
G	－	栄養ドリンク:間食[配偶者の解釈]/贅沢/「うまいもの」	－	横着
H	×	よく食べたり、飲んだり[清涼飲料水]/肥満/肉とか「うまいもの」	－	胃が丈夫[配偶者の解釈]
I	－	炭水化物と糖の摂り過ぎ/早食い/肥満	○	体質
J	－	食べて太った/肥満	－	神経質な性格
K	－	－	－	油断/ストレス
L	－	－	－	若い頃、家庭科が苦手だった
M	－	－	－	－
N	×	外食/不規則な食生活	－	インスリンの出方が悪い
O	○	－	－	－

### 3-2 発病の不可抗力

前節において、環境要因に遺伝要因を対置して、その不可抗力を強調するCの事例について触れたが、今回の調査に限って言えば、このような発病の「仕方なさ」、不可抗力を明言する患者は少ない。1型糖尿病のBのように、自分が発病したのは「自分のせい」「自分が悪い」、自分の責任である、と明確に答える事例はなかったものの、多くの患者は、発病の原因を過去における個人的な生活習慣（特に食生活）に求めていた。そのようななかで、Cと同様「遺伝要因」を強調するM（注7参照）以外に、発病の「仕方なさ」に言及したのがIである。

Iは病因について以下のように語っている。

食生活とも重なってるかな。全体的に量が多かった。炭水化物とか糖が多くなかって。膝[を]悪くしてから、運動もしなさ過ぎたかな。

僕は一品料理で油っぽいものが好きだけど、そう、お子ちゃま[お子様]的な食事が好きなんですよ。

食べることが好きなんですよ。異常に早食いだし。

Iは、糖尿病の発病の原因として過去の食生活がどのようなものであったのか、その詳細について語り、さらに今回の調査では概して患者の言及が少なかった「運動不足」についても指摘している。Iは病因として「環境要因」を挙げると同時に、自分が糖尿病を発症したことについて「仕方ない」としている。Iは「健康的な生活を送っていても病気が出るかどうかはわからない」、「自分よりすごい[悪い生活をしている]人いっぱいいますけど、[糖尿病は]出てないし」と述べ、次のように語っている。

なんでもそうですけど、みんながみんな同じじゃないじゃないですか。病気になってまわりに迷惑かけちゃうっていうのはありますけど、でも自分が病気になっちゃって、不公平とは思わないですね。世の中どんなことも公平じゃないじゃないですか。仕事とかも。他の人は汗水流してるけど、僕は机の上での仕事ですし、入社4年目で上から4番目くらいにいるし、まあ小さい会社ですけど、仕事の面では恵まれていますから、そういう意味では不公平とか理不尽とかないですね。仕方ない。

Iのいう発病の「仕方なさ」は「健康的な生活を送っていても病気が出るかどうかは分からない」し、Iよりも不健康な生活を送っているにもかかわらず病気がでない人もいる、というある意味、ごくありふれた事実から導き出されている<sup>9)</sup>。しかし糖尿病に関して、発病の「仕方なさ」、不可抗力を明言する患者が—今回の調査に限って言えば—少ないのはなぜか、との問いは重要である。

発病は「仕方ない」、不可抗力である、というIの認識は、パーソンズによる責任免除—病人は病気という状態に対して責任をとらなくてもよい—という観点から逸脱していない。パーソンズの「病人役割」概念は、社会的に制度化された役割遂行からの離脱（逸脱）



のひとつに「病気」を位置づけ、「病気」というラベルが合法的な「責任」の免除を可能にする点を定式化している（進藤 2003：6）。E・フリードソンは、この責任付与がない点において、「病気」は別の逸脱形態である「犯罪」と区別され、前者は治療という条件において容認されるが、後者は罰金や禁固といった処罰の対象になるとしている（Freidson 1970：232）。通常の役割責務の免除、その状態に対する責任の免除という「病人役割」における合法的なふたつの責任免除という特質は、「病人役割」の残りの特質であるふたつの義務—回復に努める義務と必要な場合は医師の援助を求め、医療者に協力する義務—に支えられている（パーソンズ 1973：361-362）のであるが、重要なことは病気という状態（逸脱）が「本人の意図的行為としてなされた『犯罪』」（進藤 1990：92）とは異なるという点である。

Cは「生活習慣病」という名称の導入<sup>10)</sup>以前から2型糖尿病を発病していたが、先述したように、その名の変更はCに「罪悪感」を連想させるものであった。糖尿病の「誘因」として「暴飲暴食」「肥満」「運動不足」「ストレス」「感染症」などが示された糖尿病に関するビデオ学習の際、Aは糖尿病に「なろうと思ってなった訳じゃない」と呟いているが、発病が意図的行為ではないことの確認である。こうした面は、たとえば発病について「体質」が原因である、との考えにも共通してみられる。

発病の不可抗力に言及していたIは、自分は「体質で血糖値が高い」「（糖尿病の原因として）体質がでかい」、もともと膵臓からの「インスリンの出が悪い」と述べている。Iと同様、Nも、自分は「インスリンの出が悪い」と言い、血糖を下げる役割を果たすインスリンというホルモンの出方は「その人によって違う」、個人差がある、と述べている。また、「胃が強い」あるいは「胃が丈夫」という個人の体質についてEは「胃が弱かったりしたら、こんな病気にはならなかったかも」と述べている。このように言及される個人の「体質」は、意図的な変更が難しいものであり、遺伝要因については「わからない」と述べたE、I、Nに共通しているという点でも興味深いものである。

次節では、糖尿病患者による病因の説明と、発病後の血糖コントロールに失敗した理由が近接していることに着目し、両者の関係を考察する。

### 3-3 二つの責任の帰属—①発病の責任 ②自己管理の責任

ここまでの議論をまとめると、病因についての説明において遺伝要因、あるいは体質に言及する場合、発病が非意図的であり、自らの意志による介在可能性の否定と捉えることができる。一方、過去の悪い生活習慣という環境要因に言及する場合、発病が（ある程度）意図的（選択することが可能）であり、自らの意志による介在可能性の肯定と捉えることができる。

糖尿病患者の多くは、遺伝要因（＝非意図的要因）に言及しながらも、発病の原因を過去の生活習慣に求めていた。各人が自らの生活史から取り出してくる、ひとつひとつの事柄は、「過度なカロリー摂取」と「運動不足」に収まらない、さまざまな意味（食事の仕方や「外食」「既製の弁当」「贅沢」「横着」や「神経質」といった性格など）を含むものである場合が多い。その多くは、個人の属性や行動パターンであって、外食産業の問題や労働環境の変化（デスクワークの増加など）のような社会的問題とはされない。

自らの意志による介在可能性を肯定する場合でも、その肯定の仕方は様々である。たと

えば、どのような病気も「自己責任」であると明言するBは、過去の生活習慣による発病という解釈を自発的に求めたともいえる。原因不明の1型糖尿病であるBは、発病の原因が「わからない」ことよりも、発病を、過去に悪いことをしたという自らの行為の結果と解釈する方を選択しているようにもみえる<sup>11)</sup>。一方、それ以外の患者は、病因として自らの過去の生活習慣に言及していても、Bのように発病を「自己責任」と明言するのではなく、E、N、Iのように「体質」に言及することで、発病の「不可抗力」、すなわちAの病気に「なるようになってしまった訳じゃない」という思いを同時に主張していると考えられる。積極的／自発的にであれ、消極的／不本意的にであれ、発病を自らの行為の結果と解釈することには、否定的な意味づけを帯びた自己像が構築されるという影響がみられる。その顕著な例は拙稿（拙稿 2003<sup>12)</sup>、2004<sup>13)</sup>）にて検討しているが、A、Bに共通するのは、糖尿病という確定診断から間もない時点でのインタビューであり、今回が初めての教育入院であったことである。A、Bは糖尿病という診断を境に、健康な他者、すなわち正常な人々とは異なる自己アイデンティティを再構築していくが、それはつねに過去遡及的なものである。「悪い」とされる生活習慣（リスクファクター）は、過去の自己像に大きな影響を与えている。AやBの事例とは程度に差があるが、発病がある程度自らの意志による介入が可能であったこと、つまり自己責任であることを認めることは、次のような発言を促すと考えられる。

甘いものは嫌い。だけど自炊生活が長かったから、そん[→の]ときがいけなかったのかな (D)

もっと体を動かしていればよかったなという反省はあります (I)

自らのライフヒストリーを振り返り、病因探求が行われるなかで、発見されるのは多くの場合、「悪いことをした」自己である。それはつねに「過去形」で語られる。リスクファクターを回避しなかったという自己像は、現在の糖尿病「患者」としての自己像に繋がっている。つまり、通常、自己像が過去から現在に至る継続的なものであるとするなら、そのように再構築された「過去の自己像」は、自覚症状がない患者の治療動機—「患者」としての自己認識—に影響を与えることになる。病識がないにもかかわらず、治療に同意し、そのように行動するのはどのような場合かを考察した拙稿（2005）では、自らを治療すべき存在であるとみなす根拠のひとつとして「医学的数値（血糖値など）」を挙げたが、過去における「逸脱行動」をさらに指摘することができる<sup>14)</sup>。それは、「糖尿病患者」というラベルが貼られた現在から意味づけられた「悪い」行動様式である。すなわち、今後患者が身につけ、一生継続することが奨励される「良い生活習慣」と比較対照することによって、事後的にみいだされた「悪い生活習慣」であるともいえる<sup>15)</sup>。過去の悪い生活習慣については、発病した現在となっては変更不可能であっても、それと同じ（あるいはそれとは異なる）悪い生活習慣が、合併症を引き起こす原因（リスクファクター）として読み替えられ、今後のリスクファクターの回避（合併症予防）は自らの意志による介入が可能なものとして提示される。こうした（糖尿病の発病を導いた）過去の悪い生活習慣と、（今後、合併症の発病の確率を高めるとされる）リスクファクターの混在、あるいは混合は、以下のような状況にあらわれている。

病歴が長い何人かの患者は、過去のそもそもの病因に関して語っている途中で、その内容が徐々に、発病後、(合併症予防のための) 血糖コントロールに失敗した最近のエピソードに変化している、という状況がしばしば確認される。そして、今後はコントロールの主体として努力する、との意思の表明が続いている。Eは、以前は「先生には言えないけど、ケーキとか食べた<sup>16)</sup>」と述べ、でもこれからは「どれだけ教わったことを実行できるか。私次第だよね。努力しかないよね」と続けている。糖尿病との診断後も、「DM [→糖尿病] に悪いもんばっか [→ばかり] 食べてた<sup>17)</sup>」というFは、今回の教育入院を境に、「(これからは) 先生の言うことは必ず守って」「徹底的にやる」と述べている。Fは治療に対する決意を、他の患者と次のように比較している。

俺の病室でも、「これは俺の病気だ」って、「自分がなんとかしなきゃいけない」って思う人はあんまりいないよ

そして、「なんで治療しなきゃいけない」と思っている他の患者について、「こんな人間」に(教育を含めた医療費などの) 金をかける必要はない、と続けている。自らが今後のコントロール(治療)の主体である、という認識は「自分」という言葉に表現されている。

(糖尿病から心臓にきた) 兄は管理ができていなかった。ほら、料理って手間がかかるじゃない、奥さんが働いていたりすれば、なかなかできないでしょう。—中略—兄は「糖尿は恐いから、最後は自分だに」って。結局自分しかできないってことよね。誰でもなく自分。(C)

母ちゃん [→配偶者] に9年前「私、こんなの面倒だから自分で勉強して [他の家族を含めたみんなのために用意した料理の中から] とって食べて」って言われたの。それで自分でやって、だいたい計算して食べていたよ。なからうまくいったんじゃないの。自分の身体のことだもの。自分の口だから自分で管理すればいいもん。(D)

「自分の悪いところを反省する」<sup>18)</sup> ために教育入院したというGは、配偶者を含めた三者の栄養指導において、次のようなやりとりを経て、2日後の退院を控え「今度は自分の意志で、これは食べていい、だめって決めるんだな」と語っている。

**本人、配偶者 [元看護師の妻]、栄養士による「栄養指導」にて**

栄養士：蛋白質のとりすぎ。

Gの配偶者：いつも気を遣っていたけど、ここんところ疲れてきちゃって。この人 [G] 言うこと聞かないから。私もさぼっていたの。それがいけなかったんだね。

栄養士：いけなくないけどね。あと間食が心配。

Gの配偶者：家に行けばあるからね。もう置かないようにします。子供じゃないんだから。お客さんが来るとき困ると思って。家ではあげないようにしていたの。でも得意先で言われるのよね、「これは甘くないから食べな」って。

この栄養指導では、食事に関してG本人というより、食事を作る配偶者と栄養士の会話が中心となっていた。入院直前の食事の管理が疎かになっていたことについて、配偶者は「私がいけなかった」と述べているが、それについて栄養士は「いけないけど」と応じている。配偶者は自らによるGの食事の管理が行き届かない理由として、仕事の得意先で間食を勧められることを挙げている。

Gの配偶者は、「好き嫌いが無い」Gにとって「食べたいものが食べられない」食事制限は辛いこと、という気持ちを抱いており、栄養指導でも「嫌いなものがないから[何でも]食べたくて困っている」と述べる配偶者に対して、栄養士は「何を食べても食べ過ぎれば同じこと」と答えている。二人のやり取りを聞いていたGは「俺はわかんないの。料理のことはわかんない」と調査者の方を向いて発言したが、それを聞いていた栄養士は次のように述べている。

栄養士：でも食べるのはご自分だから、よろしくお願いしますね。間食は習慣だから、なくちゃお腹がすいて困る訳じゃないから。

Gの配偶者：友達に勧められるのよ。

栄養士：後で痛い目に合うのはご自分ですからね。

Gは退院の前日、2週間の教育入院に関して、次のような感想を述べている。

ご飯は今までも少なくしなきゃいけないのは分かった。でも副食が多すぎたんだな。間食も副食もいけないってこと[を]忘れてたな。栄養のバランスが大事だってことが身に沁みたね。カロリーのバランスと運動が大切だってことが分かった。

そして退院しても「家で注意してやっていけると思いませんか」との調査者の質問に、「いけると思うよ。自分で反省すればできると思う。うちの[→配偶者]が知ってる通り、タバコもびたっと止めただろ。今まで間違ってたことを反省できれば、[勉強したことは]できると思います。苦しむのは自分だけだよ」と答えた。

「自分のことだから自分で治す」「自分で反省すればできると思う」というGの言葉には、コントロールできるかできないかは「私次第」というE、「結局自分しかできない」というC、そして「自分の口だから自分で管理すればいい」というDの言葉と同様、自らの意志による介入可能性の積極的な肯定をみてとることができるだろう<sup>19)</sup>。糖尿病の治療、すなわち合併症の予防には、厳しい食事制限を中心とした「生活習慣の改善」が不可欠であるとされる。「予防の主人公は当人であり、当人の意志と行動によって予防も治療も左右されるという考え方」(川田 1995: 233)は、今後のコントロール—すなわち生活習慣の改善—の責任を患者に帰属させるだけではなく、糖尿病の発病が、本人に責任のある予防の失敗にある、という道徳的な非難を結果的に正当化することに繋がるのではないだろうか。近代医学を社会統制とみるフリードソンに依拠すれば、医師による「診断」によって生じる治療の義務にかかわる影響力は、たんなる教育や指導というより、強制という側面が強い。「すでに一定の『スティグマ』性あるいは『逸脱』性が付与された行動ないし現象に対して、その『原因』を特定しようとする営為は必然的に『責任』の特定を随

伴する」(進藤 2003: 7) という指摘は、こうした意味において検討されなければならないだろう。

#### 4 結 論

本稿の目的は、病気の原因は発病した本人にある、とする病気の自己責任論が、現在の糖尿病治療実践のなかで、どのような影響をもつかを考察することであった。糖尿病の場合、病気の自己責任論とは、「過度のカロリー摂取」や「運動不足」といったリスクファクターを十分に回避しなかった結果として発病したという考え方である。それが、糖尿病患者自身による病因の説明や治療同意にどのような影響を与えているのかを、パーソンズが定式化した「病人役割」に沿って検討してきた。着目したのは、回復に努める義務、必要な場合には医師に協力する義務と引き換えに、「その状態に対して責任をとらなくてよい」という合法的な免責である。いうまでもなく、多くの他の疾患をもつ患者と同様、糖尿病患者は法的責任からは免除されている。しかし、病因に関する道徳的責任については、つねに免除されている訳ではない。病因探求において発見されるのは、つねに「過去形」で語られる「悪いことをした」自己である。発病の責任と自己管理の責任(「病人役割」では二つの義務に相当する)は、治療において一体化し、両者を個人の意図的行為の結果に置く。そして、回復がほぼ不可能な糖尿病の場合、回復に努める義務は(合併症)予防の義務へとスライドしており、前者と比べて後者は、終着点の見えない「果てしない引き延ばし」に等しい。さらに、自覚症状がない糖尿病患者の場合、そもそもパーソンズのいう意味での「病人」(フリードソンのいう「逸脱者」)ではない、という点は看過できない。「医学的比喩というものは統計学的見解と同様、われわれの認識の枠を狭める。それは逸脱についてのしろうとの判断を容認し、しかもアナロジーの使用によって、逸脱の発生源を個人の内部に位置づけ、こうして判定それ自体を現象の重要部分として捉えることをわれわれから阻む」(ベッカー 1993(=1978): 14) のだとすれば、健康政策にみられる「生活習慣病」の位置づけや、個々の治療実践において何が生じているかを問いつけなければならないだろう。

ただし、治療を継続する意志の表明の程度、あるいは実際の治療行動(医師の指示にどれだけ従うか)は、今回の調査対象者の間でも個人差がある<sup>20)</sup>。さらに、自覚症状がない糖尿病患者(いわゆる「予備軍」を含め)の大部分は、治療に同意していないという統計的事実がある<sup>21)</sup>。この点からは、本研究の結果がごく一部の患者にのみ該当するものではないかという疑問を避けられない<sup>22)</sup>。今後の検討課題としたい。

最後に、将来的な合併症予防を目的として行われる糖尿病治療が、近代医学を社会統制とみる従来のパーソンズ—フリードソンの枠組みから大きく外れている点について指摘しておきたい。ここでの治療の対象となっている糖尿病「患者」は、通常の役割を遂行できない「病人」(逸脱者)ではないこと、つまり、近代医学が統制しようとするのは、あくまでもリスク計算に基づく将来的な「逸脱者」である。そして、そうした治療実践(教育を含め)自体が、過去において道徳的「逸脱」を負った自己—「罪人」としての自己—を生みだしている。

また、従来の医療化論の枠組みからも、すでにある「問題」(逸脱行動/状態)を医学問題として扱う、というベクトルはみられず、むしろ過去から「問題」(逸脱行動/状態)を引き出し、それを将来的な統制—治療(予防)—の駆動力としている点で異なっている。

## 付 記

本研究は平成15年度科学研究費補助金(特別研究員奨励費)によって実施された。

本稿は博士論文『治療という名の予防—自覚症状がない糖尿病患者を対象とした「治療」の社会学的分析—』(京都大学、2005年)第4章第2節第3項を大幅に加筆修正したものである。

### 注) \_\_\_\_\_

- 1) 厚生労働省公式ホームページ、<http://www.kenkouippon21.gr.jp/kenkouippon21/bout/souron/index.html> より。
- 2) 糖尿病は「インスリン作用の不足に基づく慢性の高血糖状態を主徴とする代謝疾患群」と定義され、代謝異常の程度が軽度であればほとんど自覚症状はない。しかし代謝異常が長く続けば、最終的には三大合併症(網膜症・腎症・神経障害)を発症すると警告されている(葛谷他 1999:387)。また糖尿病は、循環器病、がんと並んで、その一次予防の観点からの生活習慣の改善、有病者の早期発見・早期治療、治療の継続が「健康日本21」における中心的課題として挙げられている。
- 3) 厚生労働省は生活習慣病を「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症、進行に関与する疾患群」として定義している。
- 4) N病院は1986年に国が打ち出した国立病院・診療所の統廃合により再編され、1997年に誕生した。入院420床、外来には500人に対応可能であり、主な診療機能は、高度ながん治療、心疾患を対象とした救急医療、膠原病等の難病を対象とした専門医療などとなっている。N病院は23の診療科を備え、職員は医師45名、看護職204名他、計350名で構成されている。今回調査対象となった糖尿病教育入院患者は、年間60例前後、教育入院が行われる病棟の全病床数は50、医師3名、看護職18名である。
- 5) 患者を一定期間医療機関に入院させ、精査加療、今後の日常生活での自己管理の方法を習得させる機会であり、現在の糖尿病治療の根幹と位置づけられている。R・バントン、R・バローズ(Bunton, Burrows 1995)の文脈では、リスクの医学への移行を達成するために、従来の臨床医学の領域において「主体的な」患者を育てるプロセスと考えられる。
- 6) 本稿は、予防を目的とした治療実践(糖尿病治療)において生起している相互作用を明らかにするという目的をもって実施した調査研究の一部である。研究の全体は博士論文としてまとめているが、本稿はその一部を大幅に加筆修正したものである。
- 7) Cと同様、遺伝要因を強調していたのはMである。「親がそう[糖尿病]だったから。自分の[糖尿病]は遺伝性」だと述べ、Mの母親は糖尿病が原因で亡くなっているという。そして「[[自分は] 貧乏くじ引いたんですよ。6人子供[Mにとっては兄弟]いて、他はみんな何にもならない。俺だけが遺伝受け継いじゃった」と語っている。Mは入院直前までの生活について「とにかく朝からお酒を飲んで、ご飯はだんご二つ[分] くらいしか食べない」、「[[自分は] もうほとんどアル中[→アルコール中毒]だ」とも述べている。こうした説明は、しかし、自分の糖尿病の原因として語られているものではない。自分の糖尿病はあくまでも遺伝であると主張しているのである。
- 8) Nはこれまでの食生活について「家庭料理は少なかった。365日で3食だから、だいたい1,000食あるでしょ。そのうち700くらいは外食じゃないかな」と述べている。
- 9) と同時に、Iの発言は、単一特定病因論ではなく、多数の因子(食事や運動習などのライフスタイル)に基づく疾病の原因論(Armstrong 1983:98-100)に依拠した、糖尿病(を含む慢性疾患)治療のある一面をついている。
- 10) 厚生労働省は1997年に、40年以上使用されてきた「成人病」という名称を「生活習慣病」へと変更した。その経緯については田上(2000)に詳しい。

- 11) 病因が「わからない」ということについて、浮ヶ谷は文化人類学の立場から説明している（浮ヶ谷 2004：47）。
- 12) 2型糖尿病のAは、「人並み以上に健康で、体力に自信があり、酒もタバコもしなかった」という肯定的な自己認識をもつと同時に、発病の原因を過去の食生活の「不摂生」と説明している（拙稿 2003）。
- 13) 1型糖尿病（特発性）のBは、発病の原因を親元を離れて暮らした3年間における食生活、あるいは母親の作る食事以外でBが経験した食生活の乱れ（不摂生）、すなわち「自己責任」へと収斂させていった（拙稿 2004）。
- 14) 本稿では紙幅の都合上、この点を詳細に論じることができない。詳細は博士論文を参照のこと。
- 15) こうした構造は、精神分析について論じた次のようなジジェクの説明によっても補強されるのではないか。「『抑圧されたものはどこから回帰するのか』という問いに対するラカンの答えは、逆説的ながら、『未来からである』ということになる。症候は意味のない痕跡であり、その意味は、過去の隠された深みから発掘・発見されるのではなく、遡及的に構成されるのだ」（ジジェク 2000：88）。患者教育による患者の過去の新たな意味づけが、「悪いライフスタイル」を構成しているとも考えられるだろう。
- 16) ここでEは、医師に内緒で過去に「ケーキを食べた」と述べているが、その量は年に1回か2回だという。調査者が「それだけですか」と尋ねると、「でも食べない人は全然食べないもん」と続けている。
- 17) 具体的には「日本酒」「肉」などを指す。
- 18) Gは「自分の悪いところ」として「横着」な点、「人任せ」の点を挙げている。
- 19) ただし、現実の治療実践（血糖コントロール）は、患者が完全に一人の努力で完結されるものではなく、生活を共にする人々の関与が必至である。
- 20) 過去に治療を中止した経験がある患者については、拙稿（2005）にて一部検討している。
- 21) その中には、病気という認識がなく、まったく治療しない人々、途中で治療を中止した人々、また医師者の指示に従った治療は行っていない人々などが含まれる。糖尿病（2002年の調査では1,620万人と推定）で現在治療中の患者は約300万人、治療継続する人の割合は45%（厚生労働省1997年の糖尿病実態調査より）。
- 22) この点で、パーソンズが「病人役割」理論において前提としていた医師—患者関係を「能動—受動」型とし、「病状診断と治療計画の遂行に果たす患者の役割が大きい」（進藤 1990：125-126）慢性病を「相互参加」型としたサス、ホルンダーの指摘は妥当である。

## 文献

- Armstrong, D., 1983, *Political Anatomy of the Body-Medical knowledge in Britain in the twentieth century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Brown, E. R., Margo, G. E., 1978, "Health Education : can the reformers be reformed?" *International Journal of Health Services*, Vol. 8, No. 1, pp. 3-26.
- Bunton, R., Burrows, R., 1995, "Consumption and health in the 'epidemiological' clinic of late modern medicine," Bunton, R., Nettleton, S., Burrows, R. (ed.), *The Sociology of Health Promotion*, London, Routledge, pp. 206-222.
- Freidson, E., 1970, *Profession of Medicine-A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, The University of Chicago Press.
- Hopper, S., 1982, "Diabetes as a stigmatized condition: the case of low-income clinic patients in the United States," *Social Science and Medicine*, Vol. 15B, pp. 11-19.
- Kronenfeld, J. J., 1979, "Self care as a panacea for the ills of the health care system : an assessment," *Social Science and Medicine*, Vol. 13A, pp. 263-267.
- Lupton, D., 1995, *The Imperative of Health*, London, Sage.
- Minkler, M., 1989, "Health education, health promotion and the open society: an historical perspective," *Health Education Quarterly*, Vol. 16, No. 1, pp. 17-30.
- Rodmell, S., Watt, A. (ed.), 1986, *The Politics of Health Education : Raising the Issues*, London, Routledge and Kegan Paul.
- 浮ヶ谷幸代 2004『病気だけど病気ではない』誠信書房
- 川田智恵子 1995「日常生活行動・ライフスタイルの変容」園田恭一、川田智恵子編『健康観の転換 新しい健康理論の展開』東京大学出版会
- 葛谷健他 1999「糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告」『糖尿病』42巻5号、385-401頁
- ジジェク、スラヴォイ 2000（=1989）鈴木晶訳『イデオロギーの崇高な対象』東京、河出書房新社
- 進藤雄三 1990『医療の社会学』世界思想社
- 進藤雄三 2003「医療化のポリテクス—『責任』と『主体化』をめぐって—」『現代の社会病理』18号、1-14頁

- 田上幹樹 1997『糖尿病の話』東京、ちくま新書
- 田上幹樹 2000『生活習慣病』ちくま新書
- 日本糖尿病学会編 2004『科学的根拠に基づく糖尿病ガイドライン』南江堂
- パーソンズ、タルコット 1973 (=1964) 武田良三監訳『新版 社会構造とパーソナリティ』新泉社
- 福島智子 2003「DM 認識過程の検討—自覚症状のないDM 教育入院患者を事例として—」『医療・生命と倫理・社会』2号、23-33頁、大阪大学大学院医学系研究科・医の倫理学教室
- 福島智子 2004「糖尿病の認識過程の検討—『生活習慣病』ではない1型糖尿病患者を事例として」『ソシオロジ』49巻2号、77-93頁
- 福島智子 2005「自覚症状のない患者が治療を求めるとき—2型糖尿病患者を対象としたインタビュー調査から—」『保健医療社会学論集』16巻1号、13-24頁
- ベッカー、ハワード 1993 (=1978) 村上直之訳『新装 アウトサイダーズ』新泉社