

薬物使用の「**化」の経験的分析枠組に関する試論

—「医療化」研究を手がかりに—

How to build an analytical framework of empirical study on “-ization” of drug use:
reconsidering sociological scholarship on “medicalization”

平井 秀幸
Hideyuki HIRAI

<要旨>

本論文では、薬物使用と使用者に対する諸介入、特に事後的介入について歴史的な観点から経験的分析を実施するための社会学的分析枠組を彫琢することを目的として、社会学的「**化」研究のなかでも研究蓄積の多い「医療化」研究の分析枠組が批判的に検討される。第一に、「医療化」概念を援用した諸研究の概観を通して、その諸特徴と分析枠組の整理を試みる。「医療化」研究の分析枠組はさまざまな論争や批判を経て精緻化されてきたが、薬物への事後的介入という経験的フィールドに適用するにはまだ問題が多い。そこで第二に、「医療化」研究の分析枠組がはらむ問題点の整理を行ったうえで、これまでの薬物への事後的介入研究や最新の「医療化」研究の見解も踏まえて、「**化」概念を基軸とした薬物への事後的介入の経験的分析に向けた新たな分析枠組構築作業を行う。そして最後に、「医療化」研究における「批判」の位置づけの変容を社会変動と関連させながら論じつつ、本論文で提出された分析枠組に基づく経験的記述と価値的批判がどのように結びついているのか／結びつくべきなのかを考察する。「医療化」をはじめとする「**化」概念を援用した研究においては、「**化」をめぐる経験的状況が複雑化しているために「**化」を語ることでそれ自身が価値的であったようなかつての前提が成り立たなくなっているが、そうした事態は没価値的な経験的記述を正当化するわけでも、経験的記述それ自体の精緻化によって乗り越えられるわけでもない。薬物への事後的介入の社会学的研究に限られることではないが、現代における「**化」研究には経験的記述と価値的批判との距離を意識的に埋めていくような作業が要求されているのである。

キーワード：医療化、薬物使用、経験的分析枠組

1. 本論文の問題関心

本論文の目的は、薬物使用と使用者に対する諸介入をめぐる過程・動態を、特に事後的介入（犯罪者処遇、依存治療、回復支援など、「薬物を使用している状態から使用していない状態へ至る過程」に対する介入——以下、「薬物への事後的介入」とする）に焦点化して歴史的かつ経験的に分析するための社会学的分析枠組を彫琢することにある。

薬物使用と使用者への諸介入をめぐる社会学は、「社会病理」現象や「逸脱」に対する統制（control）に焦点を当てた社会学の古典的研究群と密接な関係を有している。宝月（2005：14）は統制概念を社会的世界の成立・再生産・変動を把握するための鍵概念と捉えているが、逸脱統制の社会学はその黎明期より「(病理) 統制を通じた (正常) 社会の把握」をその任としてい

た。Durkheim（1893 = 1989 : 415）が、社会の正常意識や行動規則を知るためには正常性や道徳それ自体を調べるよりも、その違反に対する「制裁」のあり方を調べる方がよいと述べ、統制研究を社会学にとっての重要課題とみなしたことはよく知られている。

こうした観点から薬物使用と使用者に対する諸介入というトピックを見るならば、それが極めて特殊かつ興味深い問題圏におかれていることがわかるだろう。あまたある逸脱現象の中で、刑事司法、医療、福祉、学校教育、セルフヘルプ・グループを含む当事者活動…、といったフォーマルな統制セクター全ての介入対象となる現象は、薬物使用以外はあまり思いつかない。おそらくここにインフォーマルな統制（例えば家族、仲間、職場、コミュニティ等による統制）や状況・環境面での空間統制（例えば薬物取引地域の再開発と区画整理等による統制）を重ね合わせれば、それ自体で近代社会が用意した逸脱統制の一覧表ができあがるのではないかと思うほどである¹⁾。この事実、薬物使用と使用者に対する諸介入をめぐる社会学が「社会とは何か」という社会学的根本問題にダイレクトに向き合うものであることを示唆している。

ただし、こうした作業は共時的把握（種々の介入様態やそれらの相互作用をめぐる同時代的布置の研究）とともに通時的把握（個々の介入実践や介入構造をめぐる歴史的変動の研究）を伴ってなされる必要がある。薬物使用と使用者に対する介入の「事前的」側面と「事後的」側面に着目してこのことを確認してみよう。

内閣総理大臣を認定行政庁とする「麻薬・覚せい剤乱用防止センター」のHPには、「センター設立の趣旨と薬物乱用の状況」として以下のような記述がある。そこでは、薬物使用と使用者に対する諸介入の要諦が事前的介入（厳格な取締りと国民的予防啓発などに代表される、「薬物を使用していない状態から使用している状態へ至る過程」に対する介入）におかれることが論じられている。

薬物乱用問題の解決には、不正取引を根絶するための取り締まりを強化することも大切ですが、国際的にも提唱されているダイヤモンド・リダクション（需要削減）が今日最も必要かつ重要な政策であるとされております。つまり、乱用してしまってからでは遅いと言うことになり、薬物乱用をしないように、未然防止のための啓発活動の推進が急務であるということです。そして、従来乱用者を対象に政策が実行されていましたが、薬物乱用をしていない多くの人々を対象に予防啓発活動を実施することが最も重要なことであると言えます。

（麻薬・覚せい剤乱用防止センター HP：<http://www.dapc.or.jp/info/index.htm>）

実際、上で提示される厳罰的・一次予防中心的な介入観は、同センター主催のキャンペーン標語である「ダメ。ゼッタイ。」でよく知られているように、いわば“日本の伝統的特徴”として賛成派・反対派を問わず広く受け入れられているものと言えよう（平井 2015b）。

しかし、同時に近年においては、薬物への事後的介入に関わる諸セクターがおしなべて勢力拡大傾向にあることも否定できない。例えば、刑事司法セクターにおいては監獄法の改正、更生保護法の成立、刑の一部執行猶予制度の実施といった施設内・社会内犯罪者処遇の強化が見

られるし（押切・山下 2016）、精神医療セクターにおいては認知行動療法に代表されるリスク・ベイストの心理療法に依拠した依存治療の進展が目覚ましい（松本・今村 2015）。また、ダルク等の民間回復支援施設に代表される当事者団体による回復支援も 2000 年以降継続して規模拡大を果たし、地域社会における存在感を強めている（平井 2013）。

日本における薬物使用と使用者への介入は、事前的介入中心の厳罰主義・一次予防中心主義として歴史上安定的に推移してきたのだろうか、それとも、過去においても矯正保護・精神医療・地域回復支援といった事後的介入をめぐる動態が存在したのだろうか。事前的介入を中心とするわれわれの常識的イメージと事後的介入の動的実態をめぐる乖離は、どのような整合的理解のもとで把握すればよいか。近年の事後的介入をめぐる変動は、そもそもいかなる経緯のもとで生じてきたのだろうか。そしてそれは、「ダメ。ゼッタイ。」に代表される事前的介入に対する“抵抗”や“反動”として理解される／してよいものだろうか——。明らかに、こうした問いは共時的分析のみでは解明され得ない。薬物への事後的介入の通時的動態に特に注目した経験的分析を実施する必要があるだろう²⁾。

そうした関心において最も注目されるのは、「**化 (-ization)」を分析概念として用いつつ社会学的観点から経験的分析を蓄積してきた諸研究である。Busfield (2017: 2) によれば、接尾辞の“-ization”を伴う「**化」とは、民主化・近代化・グローバル化等の術語と同様に社会現象への介入過程やその変動をめぐる一連の歴史的趨勢を示唆する概念とされる。ある特定の社会現象が「**化」したと言われる場合、おおよそ、その現象が（以前は非**的であったが）次第に**的な現象として定義され、取り扱われるべく通時的な移行を遂げていることが含意されているだろう。「**」には理論的にはあらゆる介入主体を代入可能だが（「犯罪化」「医療化」「福祉化」…）、Busfield 自身が一貫して「医療化」研究を射程に収めているように、社会学においては理論的研究・経験的研究の両面において「医療化」研究がその展開をリードしてきたと考えられる³⁾。「医療化」は（後述するように疾病予防等の事前的介入を射程に入れてはいるものの）、薬物依存に対する治療という観点で薬物への事後的介入に向けたフォーカスを促す概念装置でもあり、その分析枠組は「医療化」以外の「**化」の分析枠組を構想するうえでも有益な参照点となり得るだろう。

そこで本論文では、「医療化」研究の展開とその分析枠組の精緻化過程を批判的にあとづけるという作業を通して、「医療化」に限られない薬物への事後的介入や「**化」の歴史的かつ経験的な分析に向けた社会学的分析枠組を展望する、という手順で議論を進めたい。第一に、「医療化」研究をはじめとする先行研究の概観を通して、社会学的分析枠組としての「医療化」概念がどのように精緻化されてきたのかについての検討を行い、（本論文の目的に照らした際の）そこでの問題点を明確化する（第二節）。第二に、筆者のこれまでの薬物への事後的介入研究や最新の「医療化」研究の知見も踏まえて、「医療化」研究の分析枠組の問題点を克服し得るような薬物への事後的介入の新たな分析枠組構築作業⁴⁾を行う（第三節）。そして最後に、「医療化」研究における「批判」の系譜と現在地を確認しつつ、本論文で提出された分析枠組に基づく経験的記述と価値的批判がどのように結びついているのか／結びつくべきなのかを考察する（第四節）。

2. 「医療化」研究の概観——諸特徴・分析枠組・問題点

本節では、主として初期の「医療化」研究を素材としながら「医療化」研究の問題関心と諸特徴をまとめ、そこで採用されていた分析枠組の大枠を素描する。そのうえで、「医療化」研究に寄せられた批判やその後の理論的・経験的「医療化」研究の進展状況などを踏まえ、「医療化」研究が課題として抱える問題点を整理していく。

2. 1. 「医療化」研究の諸特徴

「医療化 (medicalization)」とは、「従来は医療的領域外にあった様々な現象が医療的現象として再定義される傾向」であり、「諸社会現象に対して医療的対処 (医学的知識による解釈とそれに基づいた医療的実践による改善、それらの制度化) をうながす歴史的傾向」をあらわす概念とされる (佐藤 1999 : 122-123)。「医療化」研究は、1960 年代に Pitts (1968) による革新的な議論がなされて以来、主に社会学・文化人類学・歴史学等の諸領域において活発な研究展開を見せてきた (Conrad 1992)。

Pitts (1968) が「医療化」概念について論じたのが『国際社会科学事典』の「社会統制 (social control)」の項目内であったことから示唆されるように、「医療化」研究は、近代化の進展とともにかつての有力な統制主体 (宗教、司法など) が次第に医療領域に包摂されていくさまに焦点化する統制研究として出発した。Parsons (1951) に応答するかたちで「医療化」過程における『医療専門職』の重要性を『専門家支配』という文脈において示唆した Friedson (1970 = 1990) に対して、Pitts 由来の関心をより明確にした Zola (1972) の「社会統制の制度としての医療」論文では、「医療化」の進展が技術・官僚システムの伸長や、狭義の医学界を超えた社会変動と結びつけられて議論された。

上記の社会科学的な「医療化」研究と並行しつつも、1960 年代の学生運動、公民権運動、反戦運動といった『異議申し立て』の時代 (進藤 2015 : 22) の心性や反精神医学の興隆 (Conrad 1992) とも連動した Ilich (1976 = 1998) の議論は、個人の自律的健康への産業社会・資本主義の脅威を強調する批判的「医療化」研究に大きなインパクトを与えた。こうした潮流は、「医療化」を社会の特定集団の利害に資する社会統制の一手段とみなすマルクス主義的アプローチや、家父長的な近代医療制度によって女性の身体/生命が「医療化」されていくさまを批判的に描き出すフェミニストアプローチなどと交差しながら、「医療化」研究の裾野を広げていったと考えられる。

それ以前の「医療化」研究が理論的な観点から社会や生活全般の「医療化」を論じる傾向があったのに対して、1980 年に第 1 版が上梓された Conrad & Schneider (1992 = 2003) の『逸脱と医療化』は、個別具体的な逸脱現象の「医療化」過程を経験的な観点から記述するという「医療化」研究の新たな展開可能性を開くものだった。Conrad & Schneider (1992 = 2003) では、医療専門職、家族、製薬産業、民間の圧力団体、官僚組織など多様な利害集団によるクレーム申し立てと、それらが織りなす「定義 (definition) と逸脱指定 (designation) のポリテクス」に注目を払いながら、狂気、アルコールリズム、アヘン嗜癖、同性愛などといった様々な逸脱現象の「医療化」過程を詳細な経験的データに基づいて歴史的に記述し、最終的に「逸脱

の医療化についての社会的帰結」と「逸脱の医療化についての帰納的理論」という2つの一般命題が導かれた。

こうした広範かつ多様な展開を見せてきた「医療化」研究は、進藤（1990）らの先駆的業績に触発されるかたちで日本にも定着し、特に2000年代以降に単著を含む多数の理論的・経験的研究が蓄積された（森田・進藤編 2006、木村 2015、株本 2017 など）。その意味で、2003年に邦訳された『逸脱と医療化』の日本語版への序文において Conrad が記した「本書の邦訳は、日本そしてそれ以外の地域において、医療化についての我々の理解が再検討され深化される格好の機会となるだろう」（Conrad & Schneider 1992 = 2003 : 4）という言葉は、その通りに実現したと言えるかもしれない。

しかし、こうした「医療化」研究の展開は必ずしも順風満帆であったわけではない。初期の Strong（1979）による「社会学帝国主義」批判や Woolgar & Pawluch（1985）による「オントロジカル・ゲリマンダリング」批判はもとより⁵⁾、平井（2004）や碓（2005）、本郷（2015）等も述べるように、特に1990年代以降の医療状況の変化（生物医学的知識・技術の上昇、新しい遺伝学のインパクト、医療サービスの消費者に代表される当事者への注目、製薬業界や医薬品市場の拡大、健康人におけるエンハンスメントの普及…）に伴うさまざまな疑問・批判が「医療化」概念および「医療化」研究に対して寄せられている。次項では、こうした諸批判とのさまざまな相互作用を経由する中で、主として現代のオーソドクスな「医療化」研究がどのような分析枠組を採用するに至っているのかを確認したい。

2. 2. 「医療化」研究の分析枠組

「医療化」研究は、何に対する、何による、どのような歴史的趨勢を「医療化」として記述するのだろうか。ここでは、「医療化」の「目的語」、「主語」、「様態」、「レベルと程度」という4つの観点から、その分析枠組としての到達点を整理する。

< 「医療化」の目的語 >

平井（2004）によれば、最もシンプルな「医療化」の文法構造は「A medicalize(s) B. = B is (are) medicalized by A.」のかたちで表現されるという。そこでは「医療化」される対象がB（目的語）であり、「医療化」を推進する主体がA（主語）となる。

先述のように、「医療化」研究は「社会」や「生活全般」を対象とした社会統制研究に源流を持つが、特に Conrad 以降の「医療化」研究において個別具体的な社会現象にその射程をあわせるようになった（筒井 1993）⁶⁾。当初は Conrad & Schneider（1992 = 2003）に見られたような「逸脱行動（狂気、アルコール・薬物使用、子どもの多動、同性愛など）」の研究が、そして次第に「自然なライフイベント（出産、月経、更年期、老化、死、死にゆくことなど）」、「日常生活上の問題（心配、悲しみ、肥満など）」、「健康な人のエンハンスメント（美容整形外科、認知機能の増強など）」、「リスク（脳卒中、心臓疾患、糖尿病のリスクとしての高血圧、高コレステロール、肥満など⁷⁾）」といった多様な対象をとりあげる「医療化」研究が蓄積されていった（Conrad 2007・2013、美馬 2014、黒田 2014）。

< 「医療化」の主語 >

「医療化」の推進主体として何が重視されるかは、特に初期における「医療専門職」の位置づけをめぐる論争の主たる駆動因であった。Strong (1979) による批判を受けた Conrad & Schneider (1980) は、後述するように「医療化」を3つのレベルに分け、医療専門職の演ずる役割は各レベルで多様であり、必ずしも特権的なもの（医療帝国主義）とみなしているわけではない（「医療化」の推進主体は多様かつ複層的である）と回答した。

Conrad 自身は、2000年代以降において「医療化」の主たる推進主体が変容していることを論じている（Conrad 2005 = 2006・2007・2013）。そこでは、医療専門職、専門職間あるいは組織間の論争、社会運動／インタレスト・グループ等によって担われた「医療化」の推進力が、特に1990年代以降、バイオテクノロジー（特に製薬産業と遺伝学）、消費者、マネジド・ケアといった新たな医療知識・組織上の変化によって動揺しつつあるとされる。そこでは、医療専門職の役割の更なる後景化と、「医療化」過程における商業的・市場的利害の前景化に焦点が当てられている。

< 「医療化」の様態 >

「医療化」研究が多様な主語と目的語を設定したうえで個別具体的な経験的研究を志向しつつあるとしても、実際の研究展開においては歴史的過程の特定の諸様態に分析上の力点がおかれていると考えられる。例えば、Conrad & Schneider (1992 = 2003) において「逸脱の医療化についての帰納的理論」として提出された「時系列モデル」が、クレーム申し立てや正統化過程を経た医療的逸脱認定の「制度化」をそのひとつの指標としていたことから明らかなように、多くの「医療化」研究は“定義”をめぐるポリティクスとその“過程”の詳細な腑分けを主要任務としてきたと言える（Conrad 2005 = 2006・2013）。

同時にここで重要なのは、“定義”と“過程”の暫定的な終着駅と言える「制度化」が、いかなる指標によって測られるものと想定されているのかという点である。Conrad & Schneider (1992 = 2003) では、「成文化（公式の医学上・法律上の分類システムにおける受容）」「官僚制化（大規模な官僚組織の創出）」の2つに注意が払われているが、この点、実際に経験的研究を遂行する論者間で必ずしも一致がみられているとは言えない。例えば、株本（2016）はより広義に「専門化（医学知識化・医学教育化・専門資格化）」「制度化（医療や薬剤に関する制度化、医療保障制度の政策化）」「商業化（医薬商品化、民間医療保険の商品化、営利病院サービスの商品化）」を「医療化」の具体的過程として設定している。

< 「医療化」のレベルと程度 >

前述の Strong (1979) による批判を受けた Conrad & Schneider (1980) は、「医療化」を「概念（conception）」「制度（institution）」「相互作用（interaction）」の3つのレベルに分け（Conrad & Schneider 1980: 75-76）、それぞれのレベルにおける「医療化」の程度を測定すること（Conrad 1992: 220-221）を「医療化」研究のひとつの指針として提示した。特定の問題を秩序づけ、定義づけるために医学的語彙（医学モデル）が用いられるのが「概念」レベル、問題をとり扱う

のに医学的アプローチ・プログラム・システムなどが採用されるのが「制度」レベル、実際に医師－患者間における治療実践が展開されるのが「相互作用」レベル、と理解するのが一般的であろう（Conrad 1992：211、Gabe 2004：59）。また、医療化の程度に関しては、医療専門職による支持、介入／治療の利用可能性、競合する定義の存在、医療保険による填補、医学的定義に挑戦する集団の存在、などの諸要素によって高まったり低下したりするとされる。つまり、こうした要素による影響の多寡に関連して、十分に「医療化」されるもの（死・出産など）、部分的に「医療化」されるもの（オピオイド嗜癖・閉経など）、最小限にしか「医療化」されないもの（性的嗜癖・配偶者間暴力など）、といった表現が可能になるというのである（Conrad 1992：220）。

Conrad（1992：220）では、レベルと程度を概念的に接合させるような使い方も散見されるが⁸⁾、別の箇所ではConrad & Schneider（1992 = 2003：528）が「水準（レベル）概念と程度概念を使用することで、それぞれの水準において医療化の程度は相互に独立して変化しうるのであり、たとえ水準と場が同一であったとしても、医学的定義の支配度は異なりうるのだ、という可能性を明確に理解することができる」（Conrad & Schneider 1992 = 2003：528、括弧内は筆者による）と述べているように、両者はむしろ相互独立的に変化可能なパラメータとして理解した方がよいだろう⁹⁾。

以上のように、「医療化」研究は、「以前は非医療的であった問題が、医療的な問題（通常は疾病や障害）として定義され、取り扱われるようになる過程」（Conrad 2013：196）という、定義と過程をめぐる歴史的傾向に関する原初的定義を土台としながらも、諸批判と対峙しながら経験的研究を遂行・蓄積していく中で、そのための分析枠組をそれなりに具体的なものとして組みあげていったと考えられる。上述のように、レベルと程度に関しては筆者の独自解釈が含まれるが、これまでの議論を要約する意味で「医療化」研究の分析枠組を図示しておく（図1）。

<注>
・3つのレベルそれぞれにおける複数の推進主体のポリティクスを精査する中で、「医療化」の程度が観察される。

	逸脱行動	自然なライフイベント	日常生活上の問題	エンハンスメント	リスク
概念	多様な推進主体による定義をめぐるポリティクス（「制度化」がひとつの目安） 脱医療化 ⇒⇒程度⇒⇒ 医療化				
	「病気」「病者」			「初期疾患」	
制度	多様な推進主体による組織・政策をめぐるポリティクス 脱医療化 ⇒⇒程度⇒⇒ 医療化				
	近代医療システム・治療プログラム				
相互作用	多様な推進主体による医療実践をめぐるポリティクス 脱医療化 ⇒⇒程度⇒⇒ 医療化				
	医師-患者関係における治療実践				

図1：初期「医療化」研究の分析枠組

2. 3. 問題点の抽出

「医療化」研究の分析枠組は、初期の大きな論争を経由する中で徐々に整理され、少しずつではあるが実際の経験的研究においても活用されていった。しかし先述のように、1990年代以降の現代的医療状況の変動に関連してなされたいくつかの「医療化」研究批判は、その分析枠組の限界を鋭く照射するものとしても理解可能である。ここでは、「レベルと程度」「リスク」「他の統制セクターとの関係」「医療化関連概念の登場」という4つの論点から、前項で述べた分析枠組が有する問題点を整理するかたちで列挙しよう。

<レベルと程度をめぐる問題>

「医療化」のレベルをめぐるのは、「医療化」の推進主体としての「当事者（消費者）」の存在感の高まりや（Conrad 2005 = 2006）、ミクロ場面に対する質的経験研究の蓄積を背景としながら（野島 2015）、特に「相互作用」レベルに関する批判が寄せられている。白井（2008）は「不妊当事者」がいかに相互作用場面での「医療化」の推進主体として機能し得るかを論じたが、実は前項で示された分析枠組においてこうした動向は端的に観察不可能である。平井（2005）も指摘しているように Conrad & Schneider（1980）が見据える「相互作用」は、「what doctors do（医師が何を行っているのか）」（Conrad & Schneider 1980：76）、すなわち介入者がどのような「概念」や「制度」に依拠しながら現実の治療実践を不断に構成・維持しているのか、という点に注目するためのレベルであり、それは必ずしも「介入者（医師）」と「被介入者（患者）」間の相互作用を含意しないばかりか、原理的には介入者（医師）以外のアクターに分析上の注意を振り向けるものとなっていない。

程度に関しては Conrad 自身が「不確実な指標」（Conrad 1992：220）であると認めている通り、経験的分析のための参照点としてあまりにも使い勝手が悪いことが指摘されている（平井 2015b・2016）。程度概念は従来採用されていなかった医療的定義が採用される／採用されなくなる、といったある時点から別の時点にかけての「医療化」の進展／後退局面を捉える量的概念としては有効であるが、医療的処遇実践の内容が薬物療法から心理療法へと変容するといった「医療化」の質的変動局面を把握するには必ずしも適切な概念とは言えない。また、ある介入状態が「医療化されている状態と言えるか否か」、すなわち「医療化」の“存在／不在”を程度概念によって判定することはできないことにも注意が必要である。厳密に運用するのであれば、「医療化」の程度はあくまで同一レベル内の別時点比較のなかで捉えられる相対的なものであり、100%の「医療化」状態や0%の脱「医療化」状態を同定するための概念ではない。

<リスクをめぐる問題>

リスクの「医療化」に関しては、比較的最近における高血圧症や高コレステロール血症等の「初期疾患」の問題化に伴って新たな「医療化」の目的語に加えられたことは前述の通りである。そこでは、従来病気・疾患として取り扱われることのなかった状態までも病気・疾患の「概念」内に含まれ、医療的な介入を受けようになっている。しかし、リスクの「医療化」をめぐるのはこれとやや異なる理解、すなわち「概念」レベルの「医療化」を伴わないリスクの想

定が可能であるように思われる。例えば、ハーム・リダクションと呼ばれる先進諸国で広く採用されつつある薬物政策においては、HIV 罹患等のリスクとして「不潔な注射針の回し打ち」などがとりあげられ、薬物使用者に対して清潔な注射針を配布することで HIV/AIDS 問題の拡大を予防・低減しようとする試みがなされる（ハーム・リダクションについては石塚編（2013）などを参照）。ここでの「不潔な注射針の回し打ち」は HIV 罹患等にとってのリスクではあるが、それ自体は「初期疾患」とはみなされておらず、「概念」レベルにおいて「医療化」された現象とは言えない（しかし、「制度」「相互作用」レベルにおいては医師をはじめとする種々の医療的介入を受ける）。こうした事例は何もハーム・リダクションにおける「不潔な注射針の回し打ち」だけに限られない。男性型脱毛症（AGA）のリスクとしての生活習慣やうつ病のリスクとしてのストレスをはじめ、われわれの身のまわりには実に多くの「概念」レベルの「医療化」を伴わずに「制度」「相互作用」レベルで「医療化」されるリスクが存在している。

また、こうした“未だ病気に至らぬ（その意味で健康な）状態”を介入の標的とするリスクの「医療化」の側面に注目する平井（2004）によれば、その目的が社会的身体（特定規模の「人口／住民」総体）に対する社会医学・公衆衛生的アプローチによる事前「予防」である点において、リスクの「医療化」は（主として従来の「医療化」研究が立脚していた）個人的身体に対する事後「治療」（規律の「医療化」）とは明確に区別されるという。薬物への「事後」的介入に注目する本論文の趣旨に照らせば、こうした「事前」的な側面を持つリスクの「医療化」局面に注意を払う必要はない（分析枠組に含める必要はない）ということになるのだろうか。しかしながら平井（2015a）によれば、現代日本の薬物への事後的介入（薬物依存者への治療や薬物事犯者への矯正処遇等）において、リスクに対して介入を行う認知行動療法が幅広く活用されていることが報告されている。平井（2004）——リスクは予防されるものである——と平井（2015a）——リスクは治療／処遇されるものである——のいずれかが誤りなのだろうか。リスクの「医療化」をどのように記述・分析するかをめぐってはより一層の検討のうえで、適切な分析枠組へと配置される必要がある。

<他の統制セクターとの関係をめぐる問題>

言うまでもなく、「医療化」研究の中で整理されてきた分析概念は、あくまで医療的統制の分析に特化したものであり、その他のフォーマル／インフォーマルな諸統制セクターの動向を射程に入れるものではない。しかし、本論文の射程は「医療化」に限られない薬物への事後的介入を包括的に捉え得る分析枠組の彫琢であり、医療以外の薬物統制セクターの動向をも視野に収める分析枠組であることが望ましい。

ところで、「医療化」研究においても、医療以外の統制セクターとの関係性が等閑視されてきたわけではない。Conrad & Schneider（1992 = 2003）は、「逸脱の医療的な認定は、目的自体としてというよりは、しばしば犯罪学的定義に対する『武器』として促進される」（Conrad & Schneider 1992 = 2003 : 513-514）ことを「医療化」の一般的命題として提出した。同一の逸脱現象に対する「医療化」と「犯罪化」は互いに拮抗的・葛藤的な関係におかれるというわけである。

しかし、医療的介入と犯罪的介入との関係に限定しても、経験的研究から得られる知見は事態がさほど単純なものではないことを示唆するように思われる。例えば赤羽（2007）は、日本の少年非行統制をめぐる「医療化」と「厳罰化」が同時進行してきたことを明らかにしている。少年非行が社会経済要因と絡めて解釈されることが少なくなり、「悪しき社会環境の下での悪しき社会化の結果」としての少年非行像がリアリティを持たなくなると、医療化と厳罰化は葛藤関係ではなく、ともに教育的配慮や保護主義的理念への対抗クレームとして共闘関係に入り得るというのである。また、薬物への事後的介入に関しても、Conradらの一般的命題は支持されるどころか一貫して棄却されてきた（佐藤 1996、平井 2005・2015b・2016）。1940年代後半からの覚せい剤への事後的介入において医療化と犯罪化が共時平行的に進展したとする佐藤（1996）の知見を踏まえ、平井（2007）はそうした共時平行性が医療化と犯罪化の二者関係に留まらず、薬物への事後的介入における諸統制セクターをネットワーク化していったことを示唆している。

重ねて、薬物への事後的介入をめぐる（医療的介入に限定されない）全般的介入動向を視野に収める分析枠組の提出を目的とする本論文にとっては、医療セクター以外の諸統制セクターを含めた諸セクター間の動的関係性が経験的に同定可能であるような分析枠組の構想という課題が残されている。

<医療化関連概念の登場をめぐる問題点>

碓（2005）が述べるように、Conradに代表される経験的な「医療化」研究は社会現象が「逸脱的」かつ「医療的」なものとして文化社会的に「構築」される過程を明らかにしたが、文化社会的構築性がイメージしにくい医科学的発見や医学的知識・技術といった対象に関してはその構築性やダイナミクスの分析が後景化することになった。特に、脳死と臓器移植、分子生物学と遺伝子診断、クローニング技術と再生医療などの先端医療に関わる生物医学的知識・技術の役割が増すにつれ（額賀 2006）、また、Conrad自身が論じていたように、現代において「医療化」の推進主体としての製薬産業や保険産業の存在感が高まるにつれ（Conrad 2005 = 2006）、それまでの「医療化」研究が目を向けてこなかった事象を分析するための医療化に関連する新たな「*化」概念の必要性が叫ばれることになった。

ここでは、そうした医療化関連概念のうち、「医療化」概念とのあいだで論争的な関係にある「生物医療化（biomedicalization）」と「製薬化（pharmaceuticalization）」概念が重要であろう。Clark et al.（2003）らが唱える「生物医療化」は「生物医学に関わるインフラストラクチャーや臨床活動など、生物医学の拡張という歴史的変動」（額賀 2006：817）を意味するものであり、「1）生物医学が政治的・経済的に広範囲に再構成されていること、2）健康や予防医学の進展、リスクの精緻化、生物医学の監視体制が発達したこと、3）生物医学の技術的・科学的側面が高まったこと、4）生物医学知と情報の生産・分配・消費が変化したこと、5）身体の一部が商品化されたり、個人や集団の新しいアイデンティティの創出が起こったこと」（額賀 2006：822）といった条件を満たす変動であるとされている。また、Abraham（2010）やWilliams et al.（2011）らが唱える「製薬化」は「人間の状態や潜在的／実際的能力を薬剤による介入の

機会へと変換すること」(Williams et al 2011 : 711)であり、製薬産業による医療の市場化や消費者による薬剤の自己摂取(エンハンスメント)といった現代的医療場面に特に焦点を当てている。

両者の概念は異なるかたちではあれ、その主唱者たちによって「医療化」概念やそれに基づく経験的研究の分析枠組を“批判”することが企図されているという共通項を持つ。本論文の分析枠組においてもこの両概念をどのように位置づけるか/位置づけないかが問われることになるだろう。

3. 薬物への事後的介入と「**化」の経験的研究に向けた分析枠組の検討

本節では、前節において議論された「医療化」研究の分析枠組とその問題点を踏まえ、1) 問題点に対するいかなる対処が可能か、2) 対処を加えた新たな分析枠組はいかなるものか、の2点について検討を行う。

3. 1. 問題点への対処

前節で提示された4つの問題点に関して、薬物への事後的介入の経験的歴史研究を志向する本論文の分析枠組にとってどのような対処が可能/必要だろうか。以下では、関連する学問領域や薬物への事後的介入をめぐる研究の知見に目配りしつつ、前節と同様の順序で各問題点に対する対処案を示す。

<レベルと程度をめぐる問題、への対処案>

まず、「相互作用」レベルの問題点に関してはHalfmann (2011) の議論が参考になる。HalfmannはConradらによる「医療化」のレベルの提案を受け容れつつ、いくつかの点でリバイズを試みている。「相互作用」レベル(Halfmanの言葉では「ミクロ」レベル)が「医師-患者関係」、特に「診断や治療」としての実践や「医師」の話に特化されてしまうという平井(2005)と同様の問題指摘を繰り返しつつ(Halfmann 2011 : 3)、Halfmannは“医師以外の医療専門職”や“非医療専門職”と患者との相互作用や、さまざまなアクター内部の自己マネジメントやアイデンティティ構築も分析枠組に盛り込むべきだと提案している(Halfmann 2011 : 4)。Halfmannの指摘は重要であり、本論文の分析枠組にも医師による治療実践(what doctors do)以外の相互作用場面分析をその射程に収めるべきだろう¹⁰⁾。

「医療化」の程度に関してはどうだろうか。Halfmannは分析単位を細かく局限化すれば個々の単位に関しては「それが医療化傾向なのか脱医療化傾向なのか」をめぐる論者間の不一致を解消できると理解しているようだが、筆者のみるところそれは間違っている(Halfmann 2011 : 4・17)。先述のように、あくまで「医療化」の程度は(同一レベルにおける)別時点間の相对比较に用いられる概念であり、量的概念に他ならない(とはいえ、それは絶対零点や数値を持たない「順序尺度」のようなものに留まる)。

例えばHalfmanは、「分娩室にパートナーや知人、医師以外の助産師が入れるようになった」という変化をConrad(2007)が出産の「脱医療化」とみなしていないことを批判し、それを

「医療化の不在」ではなく「医療化の後退」として理解すべきだと述べている。つまり、100%（存在）か0%（不在）かではなく、過去の一時点と比較した際の「医療化」程度の変容（この場合は後退）として理解しようとの提案である。「医療化」の程度を「存在／不在」ではなく「進展／後退」で把握しようとする Halfman の主張それ自体はおそらく間違っていない。しかしながら、それでも Conrad が Halfman のこの代案（「医療化の後退（脱医療化の進展）」）に賛同する保証はないだろう。「分娩室にパートナーや知人、医師以外の助産師が入れるようになった」というのは出産をめぐる医療的動態の言わば質的変動であり、それを「医療化」の程度の（前時代と比較しての）後退と捉えるか否かは個々の論者が「（産科）医療」をどのようなものとして捉えるかにかかっている。それゆえに、「化」の部分の解釈操作——“不在”から“後退”へ——で調停できる問題ではないのだ。

それに代わって筆者が提案するのは、各レベルの「医療化」研究を「医療化」の量的側面に関する“程度分析”と質的側面に関する“諸相分析”に弁別して考えることである。例えば、1970年代末の薬物への事後的介入において、「精神病」や「禁断症状」の治療方法として向精神薬を用いた薬物療法が新たに登場し、徐々に普及していったが（平井 2016：116）、この動向を「相互作用」レベルにおける（前時代と比較しての）「医療化の進展」と捉えることにはさほどの異論はないだろう。しかし、同じ1970年代の「概念」レベルで進行した治療上の概念の徐々に転換（「嗜癖」から「依存」へ）についてはどうだろうか（平井 2016：110）。それは確かに「概念」レベルの動態的諸相ではあるが、（前時代と比較しての）「医療化の進展／後退」といった量的理解にはなじまないと思われる。そこで本論文では、全ての経験的動向を「（脱）医療化」の程度で判断するのではなく、質的動向に関してはその判断を留保しつつ各レベルにおいて経験的諸相分析を行うというプランを提案したい。

<リスクをめぐる問題、への対処案>

ここでは、前節で提起した「薬物への『事後』的介入に注目する本論文の趣旨に照らせば、『事前』的な側面を持つリスクの『医療化』局面に注意を払う必要はない（分析枠組に含める必要はない）のか」という問いを検討したい。結論から先に述べれば、日本の薬物への事後的介入をめぐる特殊性ゆえに、リスクの「医療化」も分析枠組のなかに包含する必要がある。「初期疾患」ならぬ「未病」でもあり得るリスクは、実のところ事前的な介入と事後的介入いづれの対象ともなり得るからだ。

平井（2004）は Ewald（1991）の議論をひきつつ、リスクは何事もそれ自体でリスクとなるような実体的なものではなく、出来事（event）をどのように捉えるかによって自由に設定可能なものであることを指摘している（平井 2004：259）。リスクは、ある時点を出来事に設定してはじめてそこから過去遡及的に設定される。仮にインフルエンザへの罹患を「出来事」に設定すれば、そのリスクはインフルエンザに罹患する蓋然性の高い振舞い・状態（例えば、インフルエンザ流行期にもかかわらずマスクなしで外出すること）となる。リスクの「医療化」は、そうした振舞い・状態に何らかのかたちで働きかけることで罹患を「予防」することをめざす。

ところで、先述のように現代日本の薬物への事後的介入においては、認知行動療法に代表さ

れるリスクのテクニックが統制セクターの垣根を越えてヘゲモニー化している。それは精神医療においても例外ではない（松本・今村 2015）。さて、そこでのリスクとはいかなる「出来事」を基準としたリスクなのだろうか。先に触れた諸外国のハーム・リダクションとの対照によってこのことを説明してみよう。ハーム・リダクションにおいて「出来事」として設定されるのは言うまでもなく HIV 罹患や AIDS 発症等であり、そのリスクとして例えば「不潔な注射針の回し打ち」が想定される。それに対して現代日本の場合、「出来事」は明確に「(薬物依存者の)薬物再使用」に設定され、リスクの「医療化」によって再使用を予防するために依存者への治療がめざされることになる。すなわち、ここでのリスクの「医療化」は、かつて一度以上薬物を使用した者に対する事後的介入であると同時に、薬物「依存」という医療的「概念」に基づいた薬物再使用予防のための事前的介入として実践されているのである。

そうなるとリスクの「医療化」は「概念」「制度」「相互作用」レベルにおいてどのような特殊性を有するのだろうか。まず、平井（2004）は事前的かつ社会的身体に対する介入であるリスクの「医療化」を、事後的かつ個人的身体に対する介入である規律の「医療化」と明確に区別する分析枠組を提案していたが、この枠組は経験的にも誤っているがゆえに修正されなければならない。前述のように、薬物への事後的介入においてもリスクの「医療化」は生起し得るし、何よりそれは認知行動療法のような個人的身体に対する規律的形態をとり得る（平井 2015a）。出来事「予防」を目的としたリスクへの介入は、必ずしも「事前的」かつ「生政治的」な介入¹¹⁾であるとは限らないのだ。おそらく他の事例においてもこうしたことは散見されるだろう。土屋（2009）が日本での「胎児」の「医療化」について 1960 年代における「不幸な子どもの生まれぬ運動」を歴史的に分析する中で明らかにしているように、リスクに対する医療的介入は出来事（「不幸な子ども」の出生）予防を明確な目標としつつも、その顕現形態として個人的身体への規律的介入（妊婦への衛生教育）となることも、社会的身体への生政治的介入（羊水検査の広範な実施）となることもある。本論文の分析枠組においてリスクの「医療化」は、薬物への事後的介入の領域にも適切に配置されたうえで、規律的介入と生政治的介入の双方を伴うものとして考察される必要がある。

<他の統制セクターとの関係をめぐる問題、への対処案>

医療セクターに限定されない他の諸統制セクターの動態的關係性を考察し得る分析枠組を構想するうえで、(冒頭で述べたように数多くの統制セクターが登場する薬物への事後的介入においては特に)そのプレゼンスに応じたセクター分類を行う必要がある（平井 2005）。永野（2000）も指摘するように、民間の回復支援施設やセルフヘルプ・グループ、地域社会における支援が 1980 年代頃に開始されていく以前に関しては、一般的に日本における薬物使用者は「個々の乱用薬物に該当した関連法規に沿った司法的処遇を受けるか、あるいは当時の精神保健法¹²⁾の枠内で精神医療の対象とされ」（永野 2000：81）ていたと考えられている。そこで、さしあたっては刑事司法セクターと精神医療セクターの二者に着目しつつ、(各歴史的時点での)経験的事例に即して分析対象とするセクターをその都度増減させればよいだろう。

その際に精神医療セクター以外の——例えば刑事司法セクターにおける——薬物への事後的介

入の動態はどのような枠組から分析されるべきだろうか。「医療化」研究に比して少ないものの、主として刑事法・刑事政策の分野において「犯罪化」をめぐる研究の蓄積がある。川出・金（2012）によれば、「犯罪化とは、これまで犯罪とはされてこなかった行為を、新たな法律の制定ないし法改正により犯罪とすることをいう」（川出・金 2012：113）とされ、「概念」レベルの「制度化」を“取締法規の成立”に限定する——「医療化」と比較しても——かなりシンプルな定義が採用されている。もとより、西村（1979）が述べるように「犯罪化」にも程度があり、1）法律上の「犯罪化」（取締法規はあるが取締りなし）から、2）事実上の「犯罪化」（取締りはあるが有罪判決なし）、3）司法上の「犯罪化」（有罪判決はあるが処分なし）、4）「刑罰化」（非刑罰処分から刑罰処分へ）、5）「重罰化」（刑罰処分の厳格化）、へと至る階梯が存在する。このことは、薬物への事後的介入に関しても「概念」レベルの「犯罪化」（の進展／後退＝程度）の経験的分析が可能であることを示唆しているだろう。

西村（1979）が述べるように、「犯罪化」概念が目されるきっかけは Conrad & Schneider（1992 = 2003）も「逸脱の医療化」の一事例として着目している「同性愛」の「脱犯罪化¹³⁾」がきっかけであったし、近年では川村（2015）のように、間接的ではあるが「犯罪化」研究にレベル概念を応用することで興味深い知見を引き出そうとする試みも登場している¹⁴⁾。われわれは、精神医療セクターと刑事司法セクターにおける統制をそれぞれ3つのレベルにおける「医療化」「犯罪化」の程度分析と諸相分析という同型の枠組によって把握し、必要に応じて両者の相互関連性を分析することができるだろう。

<医療化関連概念の登場をめぐる問題点、への対処案>

これも結論から先に述べれば、筆者は「生物医療化」「製薬化」ともに本論文の分析枠組に包含する必要はないと考える。以下で見るように、両概念ともに、「医療化」概念と対立するものでも「医療化」概念では表現できない事態を表現するものでもない（Busfield 2017）。もちろん、分析上必要があれば「医療化」の程度や諸相をより詳しく分節化するための補足概念として用いることは可能だろう。

「生物医療化」に関して、Conrad（2013）はそれが「医療化」の（比較的最近の）推進主体の変容と関連する事態であり、Clarkeらの言うような“医療化”時代から「生物医療化」時代へ”の変容を画するものではないと述べている（Conrad 2013：202-203）。額賀（2006）は必ずしも「生物医療化」概念をもって「医療化」概念を置換すべきと主張しているわけではないが、「医療化」研究と比較した「生物医療化」研究のポジティブな特徴として「1）生物学知識を含む包括的な内容の分析、2）生物学を対象とした具体的・実証的な分析、3）内在的なアプローチ」（額賀 2006：823）を挙げている。（2に関しては「医療化」研究の実証的蓄積が「生物医療化」研究と比較して相対的に手薄とはとても思われないもの）仮のこの3点の指摘を受け入れたとしても、それは「医療化」研究がこれまで相対的に手薄であった領域の指摘であって、「医療化」概念の限界や「生物医療化」概念によってそれが置換されるべき根拠とはならないと思われる。重ねて、「医療化」研究の一環として各レベルにおける生物医学的知識や技術の影響を分析することは十分に可能であろう（例えば「不妊」の「制度」レベルの「医療化」

研究の一環として、そこで用いられる遺伝子治療プログラムの整備過程を経験的に観察すると
いったように)。

「製薬化」に関しても、Conrad (2013) による「製薬化概念は医療化概念の下位概念であって競合概念ではない」(Conrad 2013: 201) との主張がおおむね妥当すると考えられる。製薬産業の影響力増大は「医療化」の推進主体の問題として、薬物療法等の上昇は「医療化」の諸相の変動として、それぞれ「医療化」研究の中に位置づけ得る。Abraham (2010) は「製薬化」概念の「医療化」概念に対する優位性として、1) すでに「医療化」された疾患において、(心理療法から薬物療法への転換など) 更なる疾患概念の拡大を伴わず生起する動向を記述できる、2) 医師の処方無しに生じる自己治療やエンハンスメントを記述できる、という点を挙げているが、これらは本論文の分析枠組内(すなわち「医療化」研究の枠内)で十分記述可能な動向である。1は先述した「相互作用」レベルの諸相分析の対象となるべき質的変動であり、2は「概念」レベルでの「医療化」程度に変動がないままに生じる「相互作用」レベルの「医療化」程度の進展であろう。Busfield (2017) も論じているように、仮に「製薬化」概念の使用を認めたとしても、それによって「医療化」概念の使用価値が減ぜられるわけではないのである(Busfield 2017: 11)。

3. 2. 新たな分析枠組の提出

本項では、これまでの議論を踏まえて、「**化」概念(ここでは「医療化」と「犯罪化」)を援用した薬物への事後的介入の分析枠組を提示したうえで(図2)、それに関する補足的な注釈を行う。

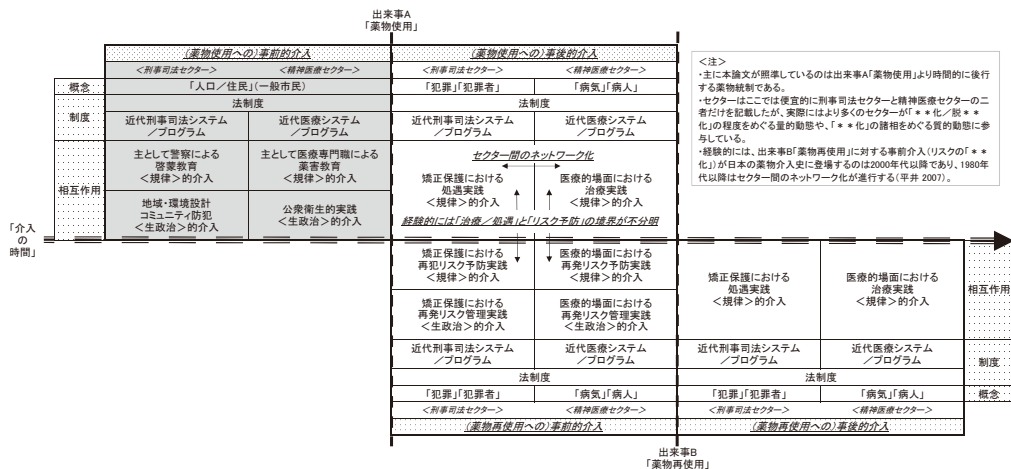


図2：本論文の分析枠組

まず、図2で提示された分析枠組は、薬物への事後的介入の経験的分析を第一義的に志向するものであるため、出来事A「薬物使用」に対する事前的介入（図2の出来事A「薬物使用」より左側の灰色部分）に関しては参考程度の枠組に留まっていることを断っておきたい。例えば、出来事A「薬物使用」に対する事前的介入における統制セクターとして「刑事司法セクター」「精神医療セクター」の2つが描かれているが、特に刑事司法セクターの役割に関しては部分的かもしれず、むしろ学校教育や家庭といった統制セクターの役割が大きいかもしれない。重ねて、この領域は本論文の関心の外にある。

出来事A「薬物使用」に対する事後的介入としては、基本的に図1の枠組のうち「逸脱行動」に該当する部分が援用されている。とはいえ、いくつかの留保が必要だろう。第一に、少数ながら「逸脱行動」の中には、「エンハンスメント」や（一部の）「リスク」とも関連する「概念」レベルの「医療化」を伴わずに「相互作用」レベルの介入を受けるような現象が存在する（例えば、『見た目』問題当事者のための外科手術など）。そのことを諒解したうえで、本論文の分析枠組はあくまで「依存」「嗜癖」「薬物自己使用事犯（犯罪）」といった「概念」のもとに介入を受ける薬物使用と使用者に照準していることを断っておきたい。第二に、図2の分析枠組では、Halfmann（2011）の指摘を受け、医師に代表される医療専門職による治療実践以外の多様な医療的場面を「相互作用」レベルの分析対象としている。ただし、歴史分析的方法的（資料的）制約から、介入の受け手の意味づけやアイデンティティに関する詳細な分析は（過去にさかのぼるほど）困難とならざるを得ない。第三に、図2の分析枠組においては各レベル・セクターに関して「医療化」「犯罪化」等の「**化」の程度の歴史的変動過程が記述されるが、それと並行して「**化」の質的動態把握のための諸相分析が実施される。

出来事B「薬物再使用」に対する事前的介入に関連して、図2の分析枠組は特に2000年代以降前景化している薬物再使用リスクに対する「**化」に注意を払うためのものでもある。その特色は、第一に「相互作用」レベルにおけるリスクへの介入形態において、＜生政治＞の介入と＜規律＞的介入が併存することである。例えば病院における認知行動療法を活用した依存症治療は、図2中の「医療的場面における再犯リスク予防実践」のひとつとして規律的性格を有するし、薬物事犯保護観察対象者全体を対象とした簡易薬物検出検査の実施は「矯正保護における再犯リスク管理実践」のひとつとして生政治的性格を有するだろう。第二の特徴は、特に出来事A「薬物使用」に対する事後的介入と出来事B「薬物再使用」に対する事前的介入（のうち規律的介入）が、経験的には同一の介入として観察されるという点である。1990年代までは薬物犯罪者の規範の全面的書き換えや意志の強化というホリスティックな規律を志向していた刑務所処遇は、その「制度」を保存しながら2000年代以降は上述の再犯リスク予防へと重点を移しつつある（平井 2015a）。現代の薬物事犯者処遇や依存治療は、“事後的な規律であると同時に事前的なリスク予防でもある”といった事前的介入と事後的介入の不分明地帯へと移行しつつあり、本論文の分析枠組はそうした動向をカバーするものとなっている。

最後に、各セクター間の動態的關係性に関する注釈を施しておきたい。日本の薬物への事後的介入においては1980年代以降、当事者セクターや地域行政セクターを中心とする新たなフォーマル統制セクターが登場している。さらに、2000年代以降のリスク統制の上昇をひとつのき

っかけとしながら、複数のセクターが相互浸透する「ネットワーク化」というべき状況が生じつつある。平井（2015a）は、2000年代以降の日本の刑務所を対象としたフィールドワークを通して、「矯正」システムという「制度」の枠内で、「犯罪」かつ「病気」という「概念」の名のもとに、「処遇」でありつつも「治療」でもあるような「相互作用」の下におかれる薬物使用者たちの姿を書き留めている。実は社会内に目を向ければ、類似の現象がそこかしこで起こりつつあることが分かるはずだ。例えば、2016年より施行された「刑の一部執行猶予」制度では、専門の依存治療を行う精神病院を帰住地とする保護観察対象者の数が増加することが見込まれている（法務省保護局・矯正局 & 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2015）。そこでは「精神医療」システムという「制度」を利用して、「病気」かつ「犯罪」という「概念」の名のもとに「治療」でありつつも「処遇」でもあるような「相互作用」の下におかれる薬物使用者たちが大規模に発生し得ることを意味している。そうした動向は当事者セクターをも巻き込みながら拡大しているが、それはもはや各レベルにおける「**化」という術語によって記述可能なものではないかもしれない。「ネットワーク化」というカテゴリの適否とは別に、本論文の分析枠組には未だ検討すべき点が多く残されている。

4. 「**化」の経験的記述と価値的批判——「医療化」研究の展開を手がかりに

ところで、以上のような分析枠組の詳細な検討それ自体は、いったい何のために行われるのだろうか。冒頭で示唆したことでもあるが、言うまでもなく「**化」概念を採用することで薬物使用と使用者に対する諸介入の経験的研究をより精緻かつ説得的なものとして展開し、それを通して現代社会とその変動過程を理解するため」だと思われるかもしれない。さらにはこうした作業を通して「社会とは何か」という社会学的根本問題にとりくむためである、と。しかし、前節までの作業はそれだけではなく、より価値的な動機によって駆動されてもいる。本論文で提案した分析枠組に基づく経験的研究それ自体が特定の価値を帯びざるを得ず、そうした規範性は本論文のような方法論的考察を主たる任とする考究においても決して無関係ではない。本論文の最後にそのことをやはり「医療化」研究の展開を補助線としながら考察してみたい。

よく指摘されるように、「医療化」研究は記述的側面と並んでそのはじまりから批判的側面を有していた（進藤 1990、筒井 1993、佐藤 1999）。そして、「医療化」概念の展開史それ自体が近代／後期近代社会の社会変動と密接に結びついたものでもあった（進藤 2004、平井 2004、進藤 2015）。

初期「医療化」研究の「批判的」側面を代表する Illich の議論は、福祉国家における生活全般の過医療化や国家の周辺で強固に正統化された官僚的機構（医療専門職）への批判へと向かっていた。それは言わば「社会的なもの（the social）」の抑圧性に対する批判であり、「医療は社会的なものであるがゆえに医療化は危険であり得る」ことに警鐘を鳴らすものだったと言える。しかし、安藤（1999）が述べるように、初期「医療化」研究の「記述的」側面を象徴するとされる Conrad らの議論も、必ずしも没価値的な経験的研究を志向していたわけではない。Conrad & Schneider（1992 = 2003：473-475）が経験的分析によって導いた「医療化」の「暗い側面」のひとつが社会問題の「個人化」と「脱政治化」であったように、「逸脱は（本来は）

『社会的なもの』によって説明・介入されるべき社会問題なのに、それが医療化によって個人化／脱政治化されてしまう」という異議申し立てを潜在させつつ) かれらは「医療は社会的なものでないがゆえに医療化は危険であり得る」ことに批判のまなざしを向けたのである。

1990年代に入ると、「医療化」研究は社会／医療情況の変動による Illich 的批判のリアリティ喪失に伴って批判のあり方を変化させていく。進藤（2004）や平井（2004）は、1)「個人による自律的な健康管理」とも映る自己決定医療の称揚、コンシューマリズムと私事化の拡大、脱専門職化とオルタナティブ医療の興隆、2)新しい遺伝学・公衆衛生学・生物医学的な知識・技術を背景としながら「健康」の自己管理規範を構成していくエンハンスメント・リスク予防医学の上昇、といった医療情況が（Illich 的批判の成果というより）新自由主義による「社会的」な公的医療の切り崩しの中で生起してしまう事態を批判的に分析した。こうした批判は、規律の「医療化」からリスクや健康の「医療化」へと批判の力点を移動させたものの、脱「社会化」や「個人化」「責任化」に照準を合わせていた点に限れば、図らずも Conrad らの批判と同型のものであったと言える。第二節で述べたように、個別具体的な諸社会現象の「医療化」に関する経験的分析も同時期に蓄積されたが、新自由主義的「医療化」批判とそれらの経験的研究は同じコインの裏表であり続けた。「個別具体的な『医療化』過程を経験的に明らかにすること」と「医療化による個人化と脱政治化を批判し、医療を社会的なものとして展望すること」は、社会学的「医療化」研究の中で協調的関係を保つことができているのである。

しかし、2000年代後半以降になると、「医療化」研究の批判的先鋭性を担保していた“敵”が次第に存在感を喪失していく。福祉国家が強大な時期は Illich 的「医療化」批判がリアリティを勝ち得たし、新自由主義の上昇に伴う「社会的なもの」の後退といった実感が強固だった時代はヘルシズム批判やリスクの「医療化」批判が説得力を有した。しかし、Davis（2010）や黒田（2014）が述べているように後期近代の医療知識・技術・疾病は論争的（contested）なものとなりつつあり、同一の逸脱行動においてですら「医療化」と脱「医療化」が併存的に観察されるようになってきている（Halfmann 2011）。十分に「医療化」されていない疾患の「医療化」には（個人化どころか）社会化に向けた契機として期待できる可能性があるし（野島 2015）、12ステップ・グループや自助的回復支援団体によって進められた脱「医療化」は必ずしも再政治化をもたらさないといったことが経験的に明らかにされてしまった（平井 2007）。もはや医療情況を総べる「大きな物語」——「福祉国家＝社会的なもの＝規律の医療」や「新自由主義＝個人的なもの＝リスクの医療」——が明確な輪郭を結ばなくなったことで、それを（例えば「個人化」や「脱政治化」といった）諸カテゴリによって批判していくことが困難になってしまったのである。

現代の「医療化」研究者はこうした事態にどのように相対しているのだろうか。Halfmann（2011）は、「医療化と脱医療化の研究者は、典型的にはその諸過程が有する規範的インプリケーションを評価しようとしてきた。しかし、そうした評価は医療化や脱医療化の諸過程が十分な複雑さをもって認識されたときのみ可能となる」（Halfmann 2011: 17）と述べ、「医療化」のレベル等の分析単位を細分化しつつ個別事象の「医療化」の実態をより詳細に把握しようとする経験的研究が蓄積されることによってこの問題は解決されると論ずる。しかし、上で述べ

たことを踏まえれば事態は全く逆ではないだろうか。荻野（2015）が示唆するように、細かな経験的研究が蓄積されればされるほどかえって当該事象をめぐる現代的医療情況の複層性が明らかになり、「分析として煩雑であり、また正負機能の比較考量が機械的にはできないという決定的な困難」（荻野 2015：78）が深刻度を増すことで、「医療化」がもたらす社会問題の「個人化」や「脱政治化」への批判は困難となってしまうだろう¹⁵⁾。Busfield（2017）は、医療社会学にとっての「医療化」概念は現在もかつてと変わらぬ価値を有していると述べ、その価値を1) 詳細な枠組を設定すればまだ十分に経験的実態把握に役立つこと、2) 「医療化」の社会・経済・政治的原因・背景把握を通じた「医療化」の個人化・脱政治化作用の批判ができること、の二点にまとめている（Busfield 2017：11-13）。しかし、実際には1の発展が2の基盤を掘り崩しているのである。

現代の「医療化」研究は、価値的態度を明示すると「リアリティの希薄な飛躍」と映ってしまい、価値的態度を明示しないと「没価値的で些末な経験的研究」と映ってしまうような隘路に迷い込みつつある。社会の過医療化批判にせよ、私費医療の拡大批判にせよ、それだけで医療情況を一般化して批判することはできず、強行すればどうしても経験的事例のもつ繊細なリアリティと乖離してしまう。そして、かつてのように経験的研究それ自体が「医療化」研究の批判性を担保するわけではない以上、経験的研究の蓄積は価値的批判と即時的にはつながらなくなる。翻って本論文の作業（分析枠組の精緻化）も、“分析対象と分析単位を細分化することで複雑な医療情況（本論文の場合は薬物への事後的介入）の「**化」の程度や諸相を明らかにすること”をめざすものである点で、荻野が指摘したような「医療化」の経験的研究がはらむ問題性を共有していると考えられる。本論文が提案した分析枠組に基づいて個々の時代、個々のレベル、個々のセクターにおける薬物への事後的介入の変動過程を明らかにし得たとしても、それは即時的に薬物問題が「個人化」なり「脱政治化」していることを示唆しないだろう。そして、かつての「医療化」研究のように、「医療化」がもたらす「個人化」や「脱政治化」を「暗い側面」として批判することはできないだろう。現代における薬物への事後的介入における「**化」の経験的研究は、このような状況下で価値的批判といかなる関係性を切り結ぶことができる／切り結ぶべきなのだろうか。

筆者はかつて、経験的な「医療化」研究は価値的批判のための「参照点」として活用されるし、活用されるべきであることを論じた（平井 2004）。例えば個別の経験的研究を通して、病気「概念」（依存）を活用しながら「相互作用」レベルにおいて非医療的介入を行う自助的回復支援団体の存在や、「死にゆく」過程について必ずしもそれを医療的な「概念」で疾病化することなく「相互作用」レベルにおいて医療的介入を行うホスピスケアの姿を描き出すことは、「医療化される苦しみ」や「医療化されない苦しみ」に対する現実社会の非医療的／医療的対応に調査研究という営みを通して研究者が“気づく”ことを可能にし、同時に研究者がそれと“向き合う”ことを求めるだろう。個別の経験的研究の対象となる生きられた現実が常に既に「**化」に対する価値的態度を有しているとすれば、研究者は当該「**化」に対する自身の価値的態度を、研究対象が有するそれとの対照を通して——もちろん、研究者は研究対象に共振する場合もあるだろうし、対立する場合もあるだろう——より明確化し、鍛え上げていくこと

ができる。また、それと同時に研究者は、「**化」に依拠した固有の分析枠組をあえて採用しつつ個別具体的な研究対象の特定の「医療化される／されない苦しみ」にあえて照準することに対するアカウンタビリティが要請される。

薬物への事後的介入における「**化」についての研究者も、個別の経験的研究を進めるなかで研究対象それ自体が被る／被らない「**化」のありようとの相互作用を通して、自身の当該「**化」に対する価値的態度を彫琢していくことができるだろう。そのうえで、経験的研究の成果とともに自身の当該「**化」に対する価値的批判を明示し、それを開かれた討議空間の中に投げ入れていくことだろう。研究者個人の価値的批判は基礎づけられたものでも（調査対象や他の研究者に対して）無条件で特権性を主張できるものではない。けれども、「なぜ自分はこのように『**化』されたくないのか」「なぜ自分はそのように『**化』されたいのか」をめぐる説得性を争うようなコミュニケーションには誰もが可能ならずである。例えば平井（2015a）は、ある一人の薬物事犯受刑者が認知行動療法的処遇に対して投げかけた価値的批判を手がかりとして、新自由主義的規律としての認知行動療法に対する自身の価値的批判——「自己コントロールの『社会化』」——を言語化しているが（平井 2015a：316）、そうした価値的批判は経験的研究と密接に関係するものであるばかりか、経験的研究を価値的批判のためのまさに「参照点」として積極的に必要とする営みだと言えるだろう。

重ねて、もはや経験的な「**化」研究の蓄積そのみでは価値的批判に結びつかないし、むしろ価値的批判との断絶を深める恐れすらある。けれども、価値的批判にとって経験的研究が無関係であるとか、不必要であると考えする必要はない。現代における介入環境の複雑化に対応するための分析枠組の精緻化（とそれに基づく経験的分析の蓄積）が、当該介入環境に対する価値的評価や批判を難しくしていることは疑い得ないが、そのことは、われわれの前に“没価値的で些末な経験的研究に留まる”か、“経験的研究と切り離された価値的研究へと飛躍する”か、という2つの選択肢しか存在しないことを決して意味しないのである。

5. 結語に代えて

本論文では、薬物使用と使用者に対する諸介入、特に事後的介入について歴史的な観点から経験的分析を実施するための社会的分析枠組を彫琢することを目的として、社会的「**化」研究のなかでも研究蓄積の多い「医療化」研究の分析枠組が批判的に検討された。第一に、「医療化」概念を援用した諸研究の概観を通して、その諸特徴と分析枠組の整理を試みた。「医療化」研究の分析枠組はさまざまな論争や批判を経て精緻化されてきたが、薬物への事後的介入という経験的フィールドに適用するにはまだ問題が多い。そこで第二に、「医療化」研究の分析枠組がはらむ問題点の整理を行ったうえで、これまでの薬物への事後的介入研究や最新の「医療化」研究の知見も踏まえて、「**化」概念を基軸とした薬物への事後的介入の経験的分析に向けた新たな分析枠組構築作業を行った。そして最後に、「医療化」研究における「批判」の位置づけの変容を社会変動と関連させながら論じつつ、本論文で提出された分析枠組に基づく経験的記述と価値的批判がどのように結びついているのか／結びつくべきなのかを考察した。「医療化」をはじめとする「**化」概念を援用した研究においては、「**化」をめぐる経験

的情况それ自体が複雑化しているために、「**化」を語ることでそれ自体が価値的であったようなかつての前提が成り立たなくなっているが、そうした事態は没価値的な経験的記述を正当化するわけでも、経験的記述それ自体の精緻化によって乗り越えられるわけでもない。薬物への事後の介入の社会学的研究に限られることではないが、現代における「**化」研究には経験的記述と価値的批判との距離を意識的に埋めていくような作業が要求されているのである。

注

- 1) 宝月は、統制にはフォーマルなもの以外にもインフォーマルなものが存在することを指摘するとともに(宝月 2004: 188)、個人に直接働きかけるのではなく、状況や環境に働きかけて個人の行為に間接的な影響を与えようとする環境犯罪学的な統制にも注意を払っている(宝月 2004: 169)。また、その後で触れるが、逸脱行動が生起する前の「事前的」統制と生起した後の「事後的」統制の区別の重要性についても示唆している(宝月 2004: 169)。
- 2) こうした社会学的営為は、さしあたって「歴史社会学」的と記述できるものかもしれない。筒井・田中(1997)によれば、歴史社会学とは「社会(ないしその下部領域)の歴史的変動過程の説明に何らかの形で関心を持つ経験的研究を総称したもの」(筒井・田中 1997: 1)であり、田中(2003)は歴史社会学を「歴史学と社会学の相互浸透の所産として成立した研究領域であり、社会学の概念・モデル・理論を(程度の差はあるにせよ)意識的・体系的に利用して具体的な事例に即した、社会変動の因果的説明を志向する歴史研究の総称である」と「暫定的」な定義を与えている(田中 2003: 163)。だとすれば、薬物への事後の介入の歴史的分析枠組の提出を目的とする本論文にとっても、これまでの社会学的逸脱統制研究の中でいかなる「社会学の概念・モデル・理論」が活用されてきたのかを概観することが必要かつ有益だと考えられよう。本論文で焦点化する「医療化」論は、文字通り「医療化」という社会学の概念を基軸にした統制変動の歴史的説明の試みであり、こうした観点からも注目されるべき学的潮流である。
- 3) あくまで参考程度だが、CiNii articlesにおいて「医療化」「犯罪化」「福祉化」をそれぞれ検索ワードとして論文検索を行うと、それぞれ266件、88件、40件がヒットした。ヒットした論文全てが「**化」の社会学的分析を行う研究論文である保証はないが、この数値からも「**化」研究の布置状況の一端をうかがうことができよう。
- 4) ここでの作業は、日本の薬物への事後の介入の歴史的動態を分析するに先立っての枠組導出作業ではあるのだが、その作業自体が日本の薬物への事後の介入の歴史的動態(についての経験的データ)からヒントを得たうえで進められるものであることを断っておきたい(平井 2015a)。本来、分析枠組は作っては経験的データへと投げられ、当てはまりがよくないと再び手直しされる、といった具合に、経験的データとの往還作業を通して精緻化されるよりほかないものだろう(筆者自身、これまで何度もそうしたことを繰り返してきた)。学術論文や書籍等において「方法論→経験的分析→考察」といった執筆順が採用されることが多いために錯覚を起ししがちだが、分析枠組は真空状態からうみだされ、「未だなされていない」経験的分析へと適用されるものではない。そして、それゆえに本論文において提出される分析枠組もあくまで暫定的なものに過ぎず、更なる修正に常に開かれている。
- 5) 礎(2005)によれば、Conradらによる「医療化」研究は、StrongとWoolgar & Pawluchの批判に対応するなかで(対応の成否とは別に)精緻化されるのではなく焦点がぼやかされていったという(礎 2005: 206)。礎(2005)が周到に指摘しているように、「医療化は過度に強調されすぎており、医療化の言説自体を研究者が作り出したのではないか」というストロングの批判と、問題であるとされるべ

き領域とそうではない領域に恣意的に境界線を引き、医療化論者自体がクレーム申し立て者になっていることに気づいていないというオントロジカル・ゲリマンダリング批判は根底で問題点を共有しており、双方は「社会学者の行う研究が利害関心に拘束されず、特権的な視点をもって研究しているのではないかという批判」として共通性を有している。こうした批判が現代の「医療化」研究にもあてはまるのか、また、あてはまるとすれば「医療化」研究の分析枠組にヒントを得ながら薬物への事後的介入の経験的研究を展望する本研究はこの批判にどのように対応すべきなのか、といった論点については後述する。

- 6) ただし、Conrad (2007) においては著書のタイトルにもあるように「社会の医療化」が語られている。そこでは、「社会の医療化」の指標として、GNP 中のヘルスケア関連費の割合、人口当たりの医師数、DSM 中の診断分類数、薬剤の売上、産業規模および市場規模、利潤率、といったものが挙げられている (Conrad 2007: 4)。
- 7) Conrad (2007: 163) は、こうした特定の疾病のリスクが医療化される現象をとりあげ、そこにおいて病気とリスクの概念上の境界が不分明化することを指摘している。つまり、ここでのリスクとは「初期疾患 (protodisease)」(Rosenberg 2000) であり、リスクは「将来にとって何らかの統計的蓋然性を示しているが故にはなく、ほぼ病気 (near-disease) の状態であるが故に、治療される」(Conrad 2007: 163) のである。なお、詳細については後述するが、医療化されるリスクはここで Conrad が述べるような「概念」レベルで医療化されるリスクと、「概念」レベルでの医療化を伴わないリスクの2種類に区別されるべきだと筆者は考えている。
- 8) 例えば、Conrad (1992) は閉経に関して、「概念」レベルでは医療化が進んでいるのに「相互作用」レベルではそうではないと述べ、それを「医療化」の程度が「部分的」な事例として位置づけている (Conrad 1992: 220)。
- 9) 「医療化」のレベルと程度に関しては後述のように依然としていくつかの問題が残されている。しかし、近年では両概念を自覚的に用いながら経験的「医療化」研究を実行しようとする試みも散見される (平井 2005・2015b・2016、野島 2015、本郷 2015、木村 2015)。言うまでもなくそこでの成果は多岐に渡るが、ほぼ唯一共通しているのは (例えば同じ逸脱行動であっても) 各レベルで「医療化」の程度は大きく異なり得るという知見だろう。とはいえ、残念ながらこうした知見は社会学界内部ですらさほど膾炙はしていないようだ。浦野 (2013) は「アスペルガー症候群」や「広汎性発達障害」の診断を受けた高校生たちが参加する SST 場面の経験的データに基づいて、そこでの高校生たちのアイデンティティ書き換え実践が「医学的概念とそれに基づく制度的実践を構成的な契機としながら」も、「それをずらす形で利用しながら」行われている点を明らかにしている (浦野 2013: 506)。浦野は自身の知見を「医療化論の視点に収まることのない事態」(494-495) と肯定的に位置づけているが、上述の議論を踏まえれば浦野が観察した事態は十分「医療化論の視点に収まる」し、さほど新規なものではない。浦野自身が、明記せぬままに「概念」・「制度」レベルと「相互作用」レベルの「医療化」を切り分けて論じていたのである (しかも、浦野の研究はそもそも「歴史的傾向」を論ずるものではないため、その知見に即して「医療化」の程度を論ずることにあまり意味はなく、次節で提案される本論文の分析枠組に依れば、そこで行われているのは「医療化」の諸相分析に近い)。
- 10) Halfmann (2011) が提案する分析枠組では、「医療化」の3つのレベル (Halfmann の言葉では「マクロ」「メゾ」「マイクロ」と「ディスコース (概念)」「実践」「アイデンティティ」が掛け合わされ、合計9つのセルにおける「医療化」の進展/後退局面が測定されることになる (Halfmann 2011: 5)。Conrad 以降の「医療化」研究がマクロな「概念」レベルの研究に偏ってきた (ゆえに医療的「ディスコース (概念)」をめぐる動向がマイクロレベルでも生起し得ることを看過してきた) という指摘は妥当であり、ゆえにこうした提案が出てくることは理解できる。しかし、筆者の見るところ、この枠組はやや煩雑に過ぎ、Halfmann 自身が個々の経験的事例がいかなる理由で9つのセルに割り振られるのかを説明できていないように思われる。例えば Halfmann は墮胎に関して、『「マイクロ」レベルの『ディス

- コース』における脱医療化」の事例として「墮胎提供者が妊娠初期の墮胎に関して、もはや墮胎の理由を示すよう女性に求めなくなったこと」を、「『ミクロ』レベルの『アイデンティティ』における医療化」の事例として「医師による墮胎提供が非医療的墮胎提供者にとって代わったこと」を挙げている (Halfmann 2011: 12-13)。なぜ両者を「相互作用」レベルの「医療化／脱医療化」の事例として一括して把握すべきでなく、わざわざ「ディスコース」と「アイデンティティ」に分ける必要があるのか、Halfmann の議論内在的にその説得的理由を見出すことはできないように思われる。
- 11) 平井 (2004) は、Foucault (1976 = 1986: 176) の有名な生権力の二つの極 (機械としての身体に微細に作用する規律のテクノロジーを中心とする解剖政治学と、生物種としての身体に人口／住民の調整というテクノロジーによって介入する生政治学) に言及しつつ、リスクの「医療化」は個人の身体ではなく一定規模の人口／住民総体 (社会的身体) の健康を観察・管理する生政治的介入の側面を有することを指摘している。生物医学的治療論と個人の身体・病理への働きかけを主とする「病院医学」的な規律の「医療化」に対して、リスクの「医療化」は伝染病や風土病の公衆衛生的管理・予防に見られるような安全性 (security) 調整のための「社会医学」的側面を有している。こうしたリスクの「医療化」の社会医学的側面を 19 世紀後半からの植民地医療を経験的事例として論じるものとして美馬 (2001) が重要である。
- 12) 精神保健法が施行されるのは昭和 63 (1988) 年 7 月のことであり、現在では精神保健福祉法に移行している。
- 13) 「同性愛」の「脱犯罪化」については野田 (2006) を参照。
- 14) 川村 (2015) は、DV 防止法 (2000) の成立過程を経験的に分析する中で、立法上の「犯罪化」(あらたな暴力犯罪類型として DV 犯罪を創出する) と適用上の「犯罪化」(既存の暴力犯罪として DV を取り締まる) の二つの道が模索されていたが、結局後者を達成するもの (暴力の定義を身体的暴力に限定するもの) として DV 防止法が成立したことを明らかにしている。川村自身も述べているように、川村 (2015) の試みは「概念」と「制度」のレベルに関する「犯罪化」の動態について論じたものと理解することができよう。
- 15) ちなみに、荻野はこのような決定的困難を指摘した後で、「決定的な困難はありながらも、複数のアスペクトを取り出し、その影響を検討し、そして総合していく」(荻野 2015: 78) という Halfmann 類似のプランを提示している。

<文献>

- Abraham, J., 2010, "Pharmaceuticalization of Society in Context," *Sociology*, 44(6): 603-622.
- 赤羽由起夫, 2007, 「少年非行における医療化と厳罰化——『子供と医療化』の再検討」『犯罪社会学研究』32: 104-118.
- 安藤太郎, 1999, 「P.Conrad の医療化論の検討」『保健医療社会学論集』10: 75-83.
- Busfield, J., 2017, "The Concept of Medicalisation Reassessed," *Sociology of Health and Illness*, EV, 1-16.
- Clarke et al., 2003, "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U. S. Biomedicine," *American Sociological Review*, 68(2): 161-194.
- Conrad, P. & Schneider, J. W., 1980, "Looking at The Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of The Thesis of Medical Imperialism," *Social Science and Medicine*, 14(A): 75-79.
- Conrad, P. & Schneider, J. W., 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness, expanded edition*, Philadelphia: Temple University Press. (= 2003, 進藤雄三監訳『逸脱と医療化』ミネルヴァ書房.)
- Conrad, P., 1992, "Medicalization and Social Control," *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- Conrad, P., 2005, "The Shifting Engines of Medicalization." *Journal of Health and Social Behavior*, 46: 3-14.
(= 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.)
- Conrad, P., 2007, *The medicalization of Society*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., 2013, "Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts," Cockerham, W. C. ed., *Medical Sociology on the Move*, Dordrecht: Springer, 195-214.
- Davis, J. E., 2010, "Medicalization, Social Control, and Relief of Suffering," Cockerham, W. C. ed., *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Wiley: Blackwell, 211-241.
- Durkheim, E., 1893, *De la division du travail social*, Paris: Alcan. (= 1989, 平井秀幸訳『社会分業論(上・下)』講談社学術文庫.)
- Ewald, F., 1991, "Insurance and Risk," Burchell, G., Gordon, C. and Miller, P. eds., *The Foucault Effect*, Chicago: The University of Chicago Press, 197-210.
- Foucault, M., 1976a, *Histoire de la Sexualité I: La Volonté de Savoir*, Paris: Gallimard. (= 1986, 渡辺守章訳『性の歴史 I — 知への意志』新潮社.)
- Foucault, M., 1990, "Qu'est-ce que la critique?: Critique et Aufklärung," *Bulletin de la Société Française de Philosophie* 84e Année No. 2, Avril - Juin. (= 2008, 「批判とは何か」中山元訳『私は花火師です』筑摩書房, 69-140.)
- Freidson, E., 1970, *Profession of Medicine*, New York: Dodd, Mead. (= 1990, 進藤雄三・宝月誠訳『医療と専門家支配』, 恒星社厚生.)
- Gabe, J., 2004, "Medicalization," Gabe, J., Bury, M., and Elston, M. A. eds., *Key Concepts in Medical Sociology*, London: SAGE, 59-63.
- Halfmann, D., 2011, "Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities," *Health*, Online first: 1-22.
- 平井秀幸, 2004, 「『医療化』論再考」『現代社会理論研究』14: 252-264.
- 平井秀幸, 2005, 「覚せい剤使用の『犯罪化』・『医療化』論に関する再検討——「相互作用レベル」における社会的介入に注目して」『犯罪社会学研究』30: 119-137.
- 平井秀幸, 2007, 『薬物使用に対する「介入／処遇」のあり方をめぐる社会学的研究——ポスト福祉国家期における「ネットワーク／連携」の上昇に注目して』東京大学大学院教育学研究科2006年度博士論文.
- 平井秀幸, 2013, 「薬物依存からの『回復』をどう考えるか」ダルク研究会編(南保輔・平井秀幸責任編集)『ダルクの日々——薬物依存者の生活と人生』知玄舎, 13-35.
- 平井秀幸, 2015a, 「刑務所処遇の社会学——認知行動療法・新自由主義的規律・統治性」世織書房.
- 平井秀幸, 2015b, 「『移植』と『転移』——1960年代の薬物使用と『介入／処遇』をめぐる歴史社会学的考察」『四天王寺大学紀要』59: 63-99.
- 平井秀幸, 2016, 「『遅滞』と『持続』——1970年代の薬物使用と『介入／処遇』をめぐる歴史社会学的考察」『四天王寺大学紀要』62: 95-122.
- 本郷正武, 2015, 「血友病補充療法の進展にみる医師役割の変質——『医療化』の観点からの検討」『ソシオロジ』60(1): 81-99.
- 星野周弘, 1979, 「犯罪化・非犯罪化の概念」岩井弘融ほか編『犯罪観の研究——現代社会の犯罪化・非犯罪化』大成出版社, 27-41.
- 宝月誠, 2004, 『逸脱とコントロールの社会学——社会病理学を超えて』有斐閣.
- 宝月誠, 2005, 「序説——社会的世界とコントロール」宝月誠・進藤雄三編『社会的コントロールの現在』世界思想社, 1-20.
- 法務省保護局・矯正局 & 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部, 2015, 『薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン』.
- 碓陽子, 2005, 「『医療化』論再考——Peter Conradの社会構築主義的アプローチを中心に」『超越文化科学紀要』10: 197-219.

- Illich, I., 1976, *Limits to Medicine*, New York: Penguin. (= 1998, 金子嗣郎訳『脱病院化社会』昌文社クラシックス.)
- 石塚伸一編, 2013, 『薬物政策への新たなる挑戦——日本版ドラッグ・コートを越えて』日本評論社.
- 株本千鶴, 2016, 「欧米社会における『ホスピスの医療化』研究の動向と展望」『いのちの未来』1: 75-99.
- 株本千鶴, 2017, 『ホスピスで死にゆくということ——日韓比較からみる医療化現象』東京大学出版会.
- 川出敏裕・金光旭, 2012, 『刑事政策』成文堂.
- 川村智樹, 2015, 「いかにしてドメスティック・バイオレンスの犯罪化は達成されたのか——犯罪化の2つの形式に着目して」『犯罪社会学研究』40: 115-128.
- 木村祐子, 2015, 『発達障害支援の社会学——医療化と実践家の解釈』東信堂.
- 黒田浩一郎, 2014, 「医療化、製薬化、生物医学化」『保健医療社会学論集』25(1): 2-9.
- 松本俊彦・今村扶美, 2015, 『SMARPP-24 物質使用障害治療プログラム』金剛出版.
- 美馬達哉, 2001, 「史的システムとしての近代医療」黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア』世界思想社, 53-79.
- 美馬達哉, 2014, 「話題提供 医療化とは何か(日本社会臨床学会第22回総会報告)——(シンポジウム『医療化』の問題とその先にあるもの)」『社会臨床雑誌』22(2): 4-12.
- 森田洋司・進藤雄三編, 2006, 『医療化のポリティクス——近代医療の地平を問う』学文社.
- 永野潔, 2000, 「薬物乱用・依存治療と治療共同体・自助グループ」和田清編『薬物依存』ライフサイエンス, 81-88.
- 西村春夫, 1979, 「犯罪化と非犯罪化——特に非犯罪化論をめぐる」岩井弘融ほか編『犯罪観の研究——現代社会の犯罪化・非犯罪化』大成出版社, 1-25.
- 野田恵子, 2006, 「イギリスにおける『同性愛』の脱犯罪化とその歴史的背景——刑法改正法と性犯罪法の狭間で」『ジェンダー史学』2: 63-76.
- 野島那津子, 2015, 「十分に医療化されていない疾患を患うことの困難と診断の効果——痙攣性発声障害を患う人々の語りから」『ソシオロジ』59(3): 3-19.
- 額賀淑郎, 2006, 「医療化論と生物医療化論」『社会学評論』56(4): 815-829.
- 荻野達史, 2015, 「『職場のメンタルヘルス対策』をどう見るか?——医療化論の再検討と職場復帰支援」『人文論集』66(1): 43-82.
- 押切久遠・山下麻実, 2016, 「更生保護における薬物事犯者施策について」『犯罪と非行』181: 166-186.
- Parsons, T., 1951, *The Social System*, Glencoe: Free Press.
- Pitts, J. R., 1968, "Social Control: The Concept," in Sills, D. L. ed., *International Encyclopedia of the Social Sciences Vol. 16*, New York: MacMillan, 381-396.
- 佐藤哲彦, 1996, 「日本における覚せい剤犯罪の創出——『逸脱の医療化』論の視角から」『ソシオロジ』40(3): 57-75.
- 佐藤哲彦, 1999, 「医療化と医療化論」進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 122-138.
- 進藤雄三, 1990, 『医療の社会学』, 世界思想社.
- 進藤雄三, 2004, 「医療と『個人化』(<特集>『個人化』と社会の変容)」『社会学評論』54(4): 401-412.
- 進藤雄三, 2015, 「社会問題の医療化の現状と課題(特集 医療費の負担構造)」『健康保険』69(3): 22-25.
- 白井千晶, 2008, 「医療化のエージェンシーとしての不妊当事者——医療化のエンジンとブレーキ」『社会学年誌』49: 85-100.
- Strong, P. M., 1979, "Sociological Imperialism and The Profession on Medicine: A Critical Exemination of The Thesis of Medical Imperialism," *Social Science and Medicine*, 13(A): 199-215.
- 田中紀行, 2003, 「現代日本における歴史社会学の特質」鈴木幸壽・山本鎮雄・茨木竹二編『歴史社会学と

- マックス・ヴェーバー（上）：『歴史社会学の歴史と現在』理想社，161-184.
- 土屋敦，2009，「母子衛生行政の転換局面における『先天異常児』出生予防政策の興隆——『(少産)少死化社会』における生殖技術論と『胎児』の医療化の諸相」『三田学会雑誌』102（1）：91-118.
- 筒井清忠・田中紀行，1997，「序論」筒井清忠編『歴史社会学のフロンティア』人文書院，1-7.
- 筒井琢磨，1993，「医療化論の検討——医学『帝国主義』批判アプローチと社会構築主義アプローチの対比」『松阪大学女子短期大学部論叢』31：28-35.
- 浦野茂，2013，「発達障害者のアイデンティティ」『社会学評論』64（3）：492-509.
- Williams, S. J., M. Paul, and J. Gabe, 2011, "The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis," *Sociology of Health & Illness*, 33(5): 710-725.
- Woolgar, S. & D. Pawluch, 1985, "Ontological Gerrymandering: The Anatomy of Social Problems Explanations," *Social Problems*, 32(3): 214-227
- Zola, I. K., 1972, "Medicine as an Institution of Social Control." in Conrad, P. ed., *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 6th ed., New York: Worth, 404-414.