

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 6 月 15 日現在

機関番号：30103

研究種目：基盤研究(c)

研究期間：2009 年度 ～ 2011 年度

課題番号：21530546

研究課題名（和文） 健康不安意識と医療資源の不均等配分の是正に関する社会学的研究

研究課題名（英文） Sociological studies on eliminating unnecessary anxiety for health and on modifying the irregular distribution of medical resources.

研究代表者

井上 芳保 (INOUE YOSHIYASU)

札幌学院大学・社会情報学部・教授

研究者番号：40175211

研究成果の概要（和文）：新自由主義的な経済政策の下で健康不安意識が煽られており、過剰な医療行為が多々発生していることが確認された。日本では医師をはじめとする医療の専門家集団の中からこの構造を批判する声はなかなか出てこない。というのは専門家集団自体が一つのムラ社会となっているからである。この構造を変えていかねばならない。不要な検査、薬の出し過ぎなどを吟味し、批判できるよう、普通の市民の医療に関するリテラシーを高める必要がある。

研究成果の概要（英文）：Under the economic policy of neo-liberalism, anxiety for health in the people is increasing. We confirmed that excessive medical services are often provided in Japan. The medical profession, from the doctors on down, never criticize these problems, because their group is constructed as a narrow village involving dense human relations. We should change this structure, and should heighten the level of literacy of ordinary people about the medical service in order that they can consider and criticize unnecessary medical examinations and excessive medications etc.

交付決定額

(金額単位：円)

|         | 直接経費      | 間接経費    | 合計        |
|---------|-----------|---------|-----------|
| 2009 年度 | 800,000   | 240,000 | 1,040,000 |
| 2010 年度 | 900,000   | 240,000 | 1,140,000 |
| 2011 年度 | 1,000,000 | 300,000 | 1,300,000 |
|         |           |         |           |
| 総計      | 2,700,000 | 780,000 | 3,480,000 |

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：社会学・社会学

キーワード：医療・福祉、健康不安意識、医療資源

## 1. 研究開始当初の背景

医療費が天井知らずで伸びて財政を圧迫している現実があるが、なぜこうなるのかを医療を供給する側の事情を中心に社会学の視点を導入して検討し、過剰な部分を生み出す原因を明らかにして改善していくべきではないかと考えたことがきっかけである。

## 2. 研究の目的

健康不安意識の広がりという現象を一つの糸口にして医療の在り方について、医療を施す側の人たち、医療を受ける側の人たち、医療に関連して仕事をしている人たちに焦点をあてるなど、多角的なアプローチによって再検討していく。医療資源の使い方について過剰な部分と不足の部分があると思われる

が、それらを具体的に明らかにし、より適正な使い方の代案を提言する。

### 3. 研究の方法

- (1) 医療社会学など既存文献の研究。
- (2) 医師、薬剤師、医学研究者などの医療従事者および患者、地域住民などからの聞き取り調査。
- (3) 医療の実情に詳しい専門家を招聘しての研究会の開催。
- (4) アンケート調査。

### 4. 研究成果

医療・医学は、純粋な自然科学というよりも一つの社会現象としておさえるべきものである。そこにはその時代の政治的、経済的、社会的な事情が大きく絡んでいる。

憲法 25 条には「健康で文化的な生活…」との文言がある。健康であり続けたいと望む気持ちは多くの人に共通するので「健康」はその意味で金科玉条の価値であり、逆らい難い圧倒的正当性を得ている理念といえる。

しかしそもそも「健康」とは何かと考え始めると、実はその定義がなかなか難しい。個々人の身体の状態は日々変化するものだし、どんな人でも一定の年齢になれば自分の身体の中に調子の悪い部分を一つや二つは抱えている。老化とは人間誰しもが迎える自然の摂理であり、それを不健康とは言えないとの考え方もある。また「健康」の基準はその社会の都合で大きく左右される。例えば、戦時動員体制の下では戦闘員としての資質という関心から男性身体は計測されランク分けされたのであったし、さらなる「健康」へと人々は追い立てられた。それは同時に「不健康」とされた人々の強烈な排除を伴っていた。この構図は戦後にも引き継がれている。

そうしてみると、「100%の健康」とは実は一種の観念でしかないのだが、成熟した消費社会の中でそれは不安を駆り立てられた人々によって追い求められるべき対象にいつのまにかなっている。医療者の側もまた圧倒的な善意のままにこのエンドレスの欲望の渦に巻き込まれてしまっている感がある。

本研究は、こうした基本認識の下に実証的な形で進められた。既存文献の渉猟、研究会の開催、フィールドワークの実施などの方法を通して実に多くの知見が得られた。

以下ではそのうち、I. 健康診断・人間ドックにおける(1) 血圧の異常値、(2) メタボ健診、(3) 腹部レントゲン検査、(4) 胸部レントゲン検査、II. 遠隔地医療、III. 精神科医療、IV. その他に的を絞って若干の報告をするものである。

## I. 健康診断・人間ドック

### (1) 血圧の異常値

職場の定期健康診断で「異常」が見つかる率がここ数年、高まっていることが勤務校の年次推移データを調べてみてわかった。

この問題は他でも広く起きている。人間ドックの場合も同じである(例えば、2009年9月4日付、毎日新聞「人間ドック『健康』一割切る」記事)。「異常」が多くなるのは「ストレスが増える環境のため」とされているが、より本質的な理由は基準値の変更だった。その一例として、血圧の基準値の変遷を具体的に見てみよう。

厚生省老人基本健診での「要医療」の診断基準値は、1987年には180/100mmHg以上だった。その基準値がその後、下げられ続けている。

2000年の日本高血圧学会では、年代を小刻みにして、59歳以下は130/85mmHg、60歳代で140/90mmHg、70歳代で150/90mmHg、80歳代で160/90mmHgと下方修正した。

2004年になって同学会は、64歳以下は130/85mmHg、65歳以上は140/90mmHgと変更している。

さらに2008年の特定健診(受診勧奨)の診断基準では、140/90mmHg、同じく特定健診(保健指導)のそれは130/85mmHgにまで下げられている。

このように「異常」が多く出るように基準が次第に厳しくなっているのである。

健診で「高血圧」と判定されたら、それは下げるべき治療の対象となったことを意味し、降圧剤など薬剤の使用量は増えることになる。ここ数年目立つ血圧基準値の引き下げは、血圧降下剤の売上げとリンクしている。基準値を10mmHg下げれば新たに高血圧症の患者が1000万人も誕生する仕組みになっているという試算もある。

2009年10月に札幌学院大学で開催の講演会と研究会にお招きした松本光正医師は、健康診断を受ける人が受けない人より長生きするデータはない、病院に来ている人の8割は本当は来なくてもいい人である、などの驚くべき指摘をしていた。その著作『血圧心配症ですよ!』(本の泉社、2008年)では血圧計測の過剰という問題を論じている。

生活環境の様々な場所に血圧測定器が増えているが、その増加は必ずしも人々の生活を豊かにしていない。測らなくてもいいものを測ることで微細な「異常」が発見される機会が増えるのだが、その帰結は何だろうか。

降圧剤の多用がかえって健康を損なって

いるという報告もある。例えば、大櫛陽一『メタボの罠——「病人」にされる健康な人々』（角川ssc新書、2008年）の第6章「高血圧より降圧治療が危険」では降圧剤の使いすぎでかえって脳血栓が起き易くなる可能性が指摘されている。

なお、関連して指摘しておく、「善玉コレステロール」、「悪玉コレステロール」という言葉やその基準値もメディアが積極的に流通させてきたので日本人の多くが熟知しているものだが、血圧の場合と同様の問題があると思われる。例えば、浜六郎『コレステロールに薬はいらない』（角川oneテーマ21新書）など参照。

## （2）メタボ健診

メタボ健診とは2008年度より健康診断における特定健診として導入された検査の通称である。腹囲の基準値は体格の個人差を度外視して男は85cm、女は90cmと男女別で一律に決められていた。「メタボ」は当時、流行語になっていたし、消費者の腹囲計測志向を意識してメジャーをおまけにつけたビール6缶パックの商品などまで登場していた。

メタボ健診の広がりや医療関係者はどう受け止めているのか気になり、何人かにたずねてみた。現場で計測している女性スタッフは実はあまり本気で測っていないことがわかった。開業医ら医師たちも大いに疑念を抱いていることがわかった。学校の保健室に勤務する養護教諭たちも同様であった。

いわゆる健診業界の中でさえも今や悪名高いといえるこのメタボ健診は、実は後期高齢者医療制度とリンクしたものであり、「異常」者を産出するために導入された検査とみることができる。「異常」者を多く出した健保組合にはペナルティとして75歳以上の人たちの医療費の一端を負担させる仕組みになっているし、「メタボ特需」という言葉が一部で使われているように一定の経済効果も生じさせた。メタボ健診とは、人々の健康不安意識を煽り、行動を医療化していく動きを象徴するものであったといえる。

## （3）腹部レントゲン検査

多くの定期健診でなされているが、特に危険性が高く無意味なのは胃部レントゲン検査、つまり被験者の体内にバリウムを入れる検査である。本研究者が信頼できる筋の専門家から聞いた話、いくつかの文献からわかったことを総合して簡潔に整理してみる。

この検査は日本で発明された方法である。それもあって日本では長らく集団健診の現場で使われて今日に至っているが、実は廃止の方向にある。その理由はいくつかある。

第一に胸部レントゲンに比べて被爆量が格段に多いということ。

第二にはそれにもかかわらず検査精度があまりよくないということ。

第三にこの検査では胃の動きをいったん止める必要があるのだが、そのために使用する抗コリン剤には無視できない副作用があるので緑内障や前立腺肥大の人には使うべきではないということ。

第四に重金属のバリウムを体内に入れることの弊害について実はまだよくわかっていないということ。

第五にそもそも集団の胃がん検査による「早期発見」に実質的な意味があるのかという大きな問題。この論点は、「それなら胃カメラにすればいい」という理屈で済ますわけにはいかなくなるので重要である。

このうち特に第三の点は留意すべきである。緑内障などは自己申告だが、チェックが完全ではないために事故が起きているという指摘もある。抗コリン剤には身体へのリスクが伴っている事実について検査を受ける人にきちんと通告していないのは大きな問題である。リスクの存在を知らなければ、特に前立腺などは羞恥心が働いて問診で申告しない人がいるかもしれない。また抗コリン剤を用いなければよい条件で撮影ができないのでそのような検査が果たして実際に役立つのかという問題もある。

胃部レントゲン検査は、その価格が他の検査と比べて格段に高い。独自に入手した静岡県内の某病院の2007年度の「半日人間ドック健診項目および料金表」の某大手家電メーカーの保険組合の健康診断の場合をみると、一人当たり2万円以上かかっている。そのうちの半額近くほどが胃のバリウム検査に占められている。多くの角度からレントゲン撮影をし、たくさんの写真フィルムを使うため額が高くなるわけである。健診業界にとってはドル箱の検査項目であることがわかる。

健診業界も都市部で多くの雇用を抱える一つの産業であるから利潤を追求する。必然的に請負業者はこの検査を加えたがることになる。健康診断の実施は正当性を得やすい。この某大手家電メーカーの場合、費用は全額が健康保険組合に請求されている。個人の懐は全く痛まないのが、危険で、無意味で、しかも高額な検査が思考停止状態のままに、むしろ被験者にありがたがられて続けられているというのが実態である。

## （4）胸部レントゲン検査

この検査は結核の発見という大義名分があつて続けられているが、周知のように結核

の発生数は激減している。現在、集団検診で結核が見つかる可能性は、10万人を調べてわずか7人程度である。このような検査を原則全員対象として定期健診で続けているのは日本くらいである。

国際的に権威あるイギリスの医学誌『ランセット』に日本のレントゲン検査を問題にした論文が掲載されたことがある。それは2004年1月31日付の発行号に掲載の「Risk of cancer from diagnostic X-rays : estimates for UK and 14 other countries」である。著者は、オックスフォード大学のゴンザレス、ダービー両医学博士。そこでは診断用のエックス線被曝による発がんリスクは、日本が世界で群を抜いて高いことを推定している。その割合が3.2%（男性2.9%、女性3.8%）であり、2%を超える国は他には存在しないとされている。衝撃的な結果なのでその後反論も出ているが、ゴンザレス、ダービー両医学博士は「計算には多くの仮定が含まれているのでどうしてもかなりの不確定性をともなう」としながらも、その上で「リスクを過大評価した可能性は否定できないが、過小評価の可能性はまずない」としている。

日本は世界で最もCT、MRIを保有する検査大国であり、高額機器の減価償却のために検査数を必要以上に増やしている実態がある。ありがたがって検査を受ける被験者はそのために不要なリスクを負わされている。

CTについては被曝のリスクがある。2004年にアメリカの専門誌『ラジオロジー』にコロンビア大学のブレナー博士が発表した論文では、45歳のアメリカ人がCTの全身検査を一回受けた場合、将来がんで死ぬ確率は、250人に1人、30年にわたって毎年検査を受け続けると、その確率は50人に1人に跳ね上がると指摘されている。

ところで、文部科学省は2003年4月から小中学生の結核対策を改めた。すなわち、従来のツベルクリン反応検査とBCG接種という方法をやめ、問診を重視して自覚症状が強く出ているハイリスク集団のみを対象にレントゲン検査することにした。

文部科学省に直接出向いて資料を得たが、厚生科学審議会感染症分科会の結核部会は、2002年7月26日に「結核対策の包括的見直しについて」という意見書を出している。これを根拠として文部科学省は2002年8月28日付の最終報告として「学校における今後の結核対策について」を作成する。これが小中学生の結核対策の変更を説明している文書だが、それによると「5歳から14歳の結核罹患率は昭和37年には10万対205.1であっ

たものが、平成12年には10万対1.2まで著しく低下した」ので「結核罹患率が多いときには非常な効果を発揮した集団的で一律的な施作から、少ない罹患率に対して最大限の効果を挙げるための個別的で集中的な施策へと質的な転換」がなされたのであった。

文書に書かれているのは「ツベルクリン反応検査とBCG接種という方法」の廃止である。身体が被曝に対して脆弱である小中学生なので、さすがに被曝の弊害というリスクを無視できなくなり、全員対象のレントゲン検査を廃止したということのようだ。成人の集団検診でも同じ理由から妊婦はレントゲン検査の対象外となっている。その理屈からするならば、高校生、大学生、あるいはそれ以外の成人男子でも被曝に対して脆弱な場合についてはもっと考慮されねばならないはずである。

## II. 遠隔地医療

歯科、皮膚科など一部の診療科は、大都市部ではすでに供給過剰になっている場合が少なくない。そのために限られた患者を奪い合っている。あるいは場合によっては、新規に患者を発掘するということがなされている。定義次第で「擬態うつ病」の状態の人を患者として扱うことも出来る精神科ではこのような発掘が比較的容易である。

他方で産婦人科、小児科などは全般的に不足している。遠隔地では特にその傾向が顕著に現れている。例えば、2009年9月に訪れた根室では、市立病院を含めて市内に産婦人科の医師が一人もいない状態が続いていた。妊婦は片道約二時間かけて釧路市内の病院まで出かける。根室市としては懸命に医師を探しているが、簡単にはみつからず、やむなく市内に年間230人ほどいるという妊婦に釧路市までの交通費を助成するという方法をとっている。また看護師の不足も慢性的に続いているという。

2010年9月に訪れた青森県十和田市の場合、市全体として医療化を進めた。しかしこの医療による町おこしは破綻している。例えば、地元の土建業界のニーズもあって巨大な病院を建てたが、その維持のために苦勞していた。医師不在で閉鎖状態の診療科もあった。特に産婦人科の医師の調達は大きな課題となっていた。

遠隔地での「医療の不足」は想像以上に深刻であった。遠隔地で働く医師や看護師たちの様々な待遇の改善、私生活への配慮、あるいは職業人としてのモチベーションの向上など解決のために考えねばならない課題は多い。

### Ⅲ. 精神科医療

ここ数年その数が右肩上がりであり伸びている「精神障害」はまさに現代的な病である。実はこの病には社会の都合でつくられているという側面がある。社会の都合とは、労働現場で要求されることが過酷になり、それに生きづらさを感じずる人の増す社会ではそこからの離脱の一つの方法として「精神障害」が用意されているということである。

但し、いったん「精神障害」者と診断されると大量に薬剤が投入される構造が待っている場合が圧倒的である。その畏にはまっていられる患者は少なくない。そのようなことは、本研究者の身の回りで近い学生にも起きていた。その事例は編著『健康不安と過剰医療の時代』（長崎出版、2012年）に記した。

精神科において、特に SSRI 系の抗うつ剤の解禁以降、これと連動する形で「うつ」の診断が増えていることがわかった。また、薬の服用のためにかえって症状が悪化しているケースがたいへん多くなっているという驚くべき実態もわかった。

こうした状況から脱するにはどうしたらいいのか。精神疾患を抱えた人たちが町で共に生きることをめざしている北海道浦河町の「べてるの家」（2010年2月、2011年9月に調査で訪問）や鹿児島県川辺町の「萌」（2012年3月に調査で訪問）の実践は注目される。また「脱制度化」の考え方に基づいて精神科病院そのものをなくし、今もそれが続いているイタリアの精神医療改革の先進性は日本と比べて驚くべきものであるといえる。文化人類学者でイタリアの精神医療に詳しい松嶋健を2011年2月に札幌に招いて行った研究会は非常に示唆深かった。この記録は、「第9回社会臨床研究会:イタリアの精神医療とその周辺について」（札幌学院大学総合研究所編『社会情報』21巻1号、55-96ページ）としてまとめられている。

精神障害のある人と共に普通に暮らせるか否かはその社会の基本設計の問題である。科研費によって2011年3月に訪れることの出来たキューバの利潤原理から自由な医療のあり方から、あるいはキューバの社会全体に漂う陽気さからは、今後の精神医療の形について考える上で大きなヒントを得られた。

### Ⅳ. その他

医師の内部告発は、立場上たいへん難しい。医師たちの世界が強固なムラ社会的構造になっているためである。とりわけ一般的には開業医は無力であろう。内部告発は、勤務医、あるいは大学の中において比較的身分の安定

した状況にある気骨のある、誠実な医師によって稀に生まれる程度にすぎない。その意味では医師兼作家である人物が小説という場でそれを行うケースなどは着目される。医療系文学の知識社会学的考察といった研究も必要となろう。

むろんダイレクトな形で医療側から市民に対して啓発をする機関の存在も重要である。大阪市内にあって浜六郎医師を中心に精力的活動を展開している医薬ビジランスセンターはその意味で貴重なものといえる。

浜医師からは、例えば、全国の小学校などでよいこととして推進されているフッ素塗布の身体への危険性やその推進勢力と原発産業の利権との関連を聞いてたいへん驚き、編著『健康不安と過剰医療の時代』（長崎出版、2012年）でその問題について触れた。

同書では、このほかにも膝の悪い高齢者が好んで服用しているヒアルロン酸は経口投与しても効果が認められないにもかかわらず、過大な宣伝がなされていることをはじめとして多くの知見を紹介した。

### Ⅴ. まとめ

本研究によって、医療者側、患者側それぞれに様々な都合があり、両者の共犯関係によって医療化が進められ、医療費が天井知らずの勢いで伸びてしまうことを示すさまざまな具体的事例が浮かび上がった。

上杉正幸『改訂版 健康不安の社会学』（世界思想社、2008年）では「医療産業の総生産額」を計算している。それによると、医療産業全体の生産規模は2004年で既に40兆円を超える規模になっているという。また医師、歯科医師をはじめ、看護師、薬剤師、理学療法士、病院事務など医療機関に従事する者の263万人、製薬企業従事者17万3000人、医薬品卸業4万人などの数値が紹介されている。トータルでは医療や医療関連サービスに従事する人数は、400万人近くになるが、これは運輸業の324万人、飲食店・宿泊業の337万人を上回っているという。

医療が運輸業などと同様に一つの産業だとすると、発展、成長をめざすことが必要になる。需要のないところに新たな需要を見出すことで医療産業およびその関連分野は成長を遂げていく。「予防」の強調は検査機会を増やすので需要の拡大に大きく寄与する。

例えば、医療産業従事者の仕事を確保するために、あるいは高額な検査機器を購入した医療機関は、その減価償却のために機器の稼働率を上げざるを得ず、そのためにさして必要性の高くない検査が増えているのが実態だということである。

リスク管理の要求される社会では、個人の心身への関心が高まる。その構造の中で巧みな意識操作が行われ、健康不安も煽られている。その場合の「健康」とは実態ではなく記号化された何物かに過ぎない。我々の内なる「健康への意志」が何に由来するものかを見抜き、惑わされず流されずに対処していくのも生き延びるための知恵ということになる。医療は「よきこと」を伴っているがゆえに抗い難いのだが、だからこそ敢えて批判的に捉え返していく必要があるといえよう。

最後に医療社会学の今後の課題について触れておく。

第一に医師の世界を遠慮なく批判すること。医師の世界にみられるムラ社会的な構造のためにおかしなことがあってもそれが野放しにされている現実がある。多くの事例から現在、日本の医療を実質的にコントロールしているのは製薬産業であるという冷厳たる事実が浮かび上がる。医療社会学はこれと向き合って解決策を探らねばならない。

第二に医療社会学は病気をアイデンティティにするしかなくなっている人の抱える生きづらさとも向き合わなければならない。これは患者側の問題である。「病」にたてこもるしかなくなっている人を多く産み出してしまふ社会構造が問われねばならない。この意味で医療化は文化の貧困の現れである。

第三に医療側による知識の占有によって市民に十分な知識がゆきわたっていない問題への対処という課題がある。一例として示した血圧値の変遷の事実がそうであるようにこれまで医療側が学会という権威ある場でしてきたこと自体を含めて市民に事実を伝えていく啓発活動は重要な課題である。市民が十分な知識のもとで判断するようになれば状況はかなり改善されよう。批判的な視線を身につければ医療側の横暴は防げる。

第四に医療化に対するより抜本的な対策は、医療化よりもよいものを生活の中に見つけていくということであろう。特に精神医療については、イタリアでバザーリアが行った実践などをヒントとして日本でも変えていく展望を示していきたいと今は考えている。

なお、編著『健康不安と過剰医療の時代』は今回の研究成果の一つにすぎず、扱う問題を意識的に限定している。紙幅の都合からテーマを絞ったこともあるが、医療の不足にかかわる問題群は本のタイトルからもわかるとおり、最初からはずしてある。現実には医療の不足のほうも深刻である。特に階層的にみて低所得層が食生活の問題などから健康を損ない易いことについては言及しておき

たい。健康診断についても上記では否定的側面ばかり触れたが、貧困のために健康診断を受ける機会が乏しく、重篤な病の発見が遅れるといったことも当然ながら現実には起きているのであろう。貧困層にも十分な医療が供給される仕組みが必要である。医療を問い直すとは、社会のあり方を問い直すことである。そのことをも踏まえてこの研究は今後も継続していきたいと念じている。

## 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 7 件)

井上芳保、キューバ滞在の報告、札幌学院大学総合研究所編『社会情報』、21 巻 2 号、2012 年、69-81 頁

名取春彦、日本がキューバ医療から学ぶこと、札幌学院大学総合研究所編『社会情報』、21 巻 2 号、2012 年、83-109 頁

井上芳保、ブリコラージュとしての精神医療、札幌学院大学総合研究所編『社会情報』、20 巻 2 号、2011 年、15-30 頁

井上芳保、健康不安社会の再検討のための暫定的覚書、札幌学院大学総合研究所編『社会情報』、19 巻 2 号、2010 年、1-15 頁

松本光正、健診病にならないために、札幌学院大学総合研究所編『社会情報』、19 巻 2 号、2010 年、17-35 頁

井上芳保、メタボ健診・健康不安意識・新自由主義(下)、日本社会臨床学会編『社会臨床雑誌』17 巻 1 号、2009 年、47-57 頁

井上芳保、メタボ健診・健康不安意識・新自由主義(上)、日本社会臨床学会編『社会臨床雑誌』16 巻 3 号、2009 年、2-13 頁

[学会発表] (計 0 件)

[図書] (計 2 件)

井上芳保編『健康不安と過剰医療の時代——医療化社会の正体を問う』(長崎出版、2012 年)

山之内靖・島村賢一編『21 世紀への挑戦 第 1 巻 人間・社会・環境』(2010 年、日本経済評論社) 所収 井上芳保、「第五章 構築される健康不安と犯罪不安を問う」

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

井上 芳保 (YOSHIYASU INOUE)

札幌学院大学・社会情報学部・教授

研究者番号：40175211