

「健康」の近代的位相

——衛生・家族・臨床——

太田 省一

「健康」という一見超歴史的で社会とは無関係に自存すると思われる事象も、実は社会的介入による歴史的産物であるとする知見が、社会史などを通じてかなり蓄積されてきた。本稿は、そうした観点から、19世紀の西欧における衛生、家族、臨床といった諸領域の連関をみることによって「健康」の特殊近代性の一端を検討するものである。具体的には、臨床関係に由来する生への介入の技術によって、子供が個別的に規定されていく過程の記述が目指される。

序

以下の考察では、19世紀の西欧という特定の時代における医学と社会との相関関係の一端を検討してみたい。「健康」とはそのときなかだちとなる概念である。おそらくそれは、単純な学問的概念ではなく、根本的に規範性を帯びているものである。だが「健康」には、独特で把握困難なところがある。というのも、それは、外から当為として与えられるのではなく、内的で自然なものとして作用しているようにみえるからである⁽¹⁾。このことは、「健康」が必ずしも病気と対立しているわけではないという点に関連しているように思われる。病気が、仮に何らかの身体あるいは精神上の欠損だとするとき、健康とはその欠如からの回復だと言えるのかもしれない。だが、健康は、そのような前提もおかずに、ただそのものとして価値を与えられているようにもみえる。その場合、病気は少なくとも容易に目に見える形では関与してこないだろう。そしてここでは、そのわかりにくさそのものを支えている機制をわずかながらでも

明らかにしたいと思う。

このことを前提として、次に考察の実質的範囲を限定してみよう。ここでは、「医学と社会」といわれるときの“社会”が、具体的にはどの水準に定位しているのかという点に糸口を求めることにする。

結論から述べれば、ここで“社会”というときに含意されているのは、広義の“警察的なもの”である。もちろんそれは、われわれがすぐに念頭に思い浮かべるような「警察」とは基本的に区別されなければならない。では、その概念はどのような射程を含んでいるのか。

M. フーコーによると、17～18世紀の西欧において、国家理性を一般的枠組としながら、個人についての政治技術と呼ぶことのできる特定の技術が行使されるようになる⁽²⁾。この技術こそが、当時のフランス語で *police*、ドイツ語で *Polizei* と呼ばれるもの、すなわち警察的なもの⁽³⁾ に他ならない。理想形態における警察的なものは、法的主体ではなく、具体的存在としての個人を対象とする。そして重要なのは、

その際の政治技術は、諸制度に基づく実践と学問的実践との複合だという点である。ただし、それらが、ひとつの緊密で一貫した関係を形成するには、ひとつの条件がある。それは、双方が、ともに人間を生きた存在としてとらえだすということである。要するに、個人は、特定の生きた存在でなければならず、そのうえで個人と社会との新たなつなぎ方としての政治技術が模索されるわけである。

それゆえそのような個人の生の具体的な場所として身体を想定するならば、健康をめぐる本稿の考察は、すぐれて「社会的に介入された身体」を対象とするものだということができる。医学と社会は、そのような意味での身体を介して接合する。

本稿では、このような状況を扱うためのとりあえずの歴史的起点として、18世紀末から19世紀初めが選ばれる。なぜなら、その時期に臨床医学の形成というかたちで、医学と社会の関連にとっての重要な転換が起こったと考えられるからである。そして、その核心をなす臨床関係との関連で、衛生と家族がさらに考察の範囲となる。

ここで、特に臨床医学が注目される理由について述べておくのがよいだろう。まず確認しておきたいのは、以下では、個別領域としての医学よりも、“臨床関係”の形成が相対的に強調される、ということである。もちろん、医学が身体という場所に直接関与しうる学問領域の一つであるということにおいて、そのものとして重要なことは無視できない。だが、後にふれるような臨床関係にあたるものが、医学以外、例えば、教育学や心理学などにおいても整えられたとすれば、臨床関係はより広範に生じたものということになり、従って医学に特権的位置を与えることはできなくなる。もちろん本稿は、

そのような広い文脈が存在する可能性を否定しないし、その方向への考察をすすめるべきでもある。ただ、起源の問題は別として、臨床関係は医学においてやはり顕著にあらわれるだろうし、その関係が可能にする人間把握の仕方の社会的効果という論点を提出しておくのは無駄ではないだろう。言い換えるならば、警察的なものの水準に密接に関連する人間把握の型式の一つは臨床関係によるものである。そして、その関係が身体を場所としたものである限り、医学は充分な範型として役立つだろう。要するに、本稿では、「臨床」は、広義の意味での“臨床関係”と狭義の意味での“臨床医学”という二重の意味合いを帯びる（これについては、特に第2章でみる）。

そうみるとき、臨床医学はその内部において臨床関係を整え、そしてその両者を含んだ「臨床」が衛生や家族という領域と結合するとき、それは諸個人を個別的にとらえる技術として展開していく、というごく大まかな見取り図が描かれる。もちろん、医学内部での臨床関係の形成にあたって、外側からの条件づけがなかったわけではなく、衛生と家族は、そこに関与するものでもある。だが、相対的にせよ閉じられた場においてある種の間接関係を可能にすることは、医学に固有に帰せられる役割ではないだろう。つまり、この相互の力関係の綱引きが演じられる警察的なものの場の動きを把握することが本稿の課題なのである。

1 臨床医学の形成条件

(1) 公的扶助における家庭

では、臨床医学は、歴史的にどのように形成されてきたのだろうか。ここで18世紀西欧の布置を“前史”としてみておきたいが、それは臨床医学が収まる社会的文脈から遡及的に述べ

られるものであって、過去の事実の通時的再構成ではない⁽⁴⁾。

まず、公的扶助のあり方が見直される。それは、医学の側からみれば、貧困な病人をどうするか、という問題であるが、それは結局、「病気にとって自然な場所とはどこか」ということである。というのも、症状に基づいた病気の分類を目指す当時の分類学的医学は一面で種の医学でもあって⁽⁵⁾、植物学的メタファーによって方向づけられているからである。病気はあたかも植物のように発生し、成長し、やがては消滅していくものである。それゆえ、病気に対処するには、それが自然な経路をたどって消えてゆくのに最もふさわしい条件を備えた場所に病気を置いてやらなければならない。そしてそのような場所として当時の医学は家庭に着目する。なぜなら、家庭は生活の自然な場であって、そこでは自然な情愛の発露による看護が期待できるからである。

他方で、このような医学の思考は、政治的思考において公的扶助が反省される仕方と合致する。当時病院設立への反対がみられたが、それは、貧困あるいは富の悪循環を防ぐにはどうするか、という問題関心と密接に結びついていた。公的扶助は、例えば病院のような何らかの形をとった富ではなく、富の生産そのものに向けられるべきである。従って、貧困者たちを労働させるという目的に役立つように扶助を分配することが、国家と貧困者を共に救うことになるだろう。それは、具体的に言うならば、医療集団の社会への分散や無料診療所の開設を補強手段としながら家庭に公的扶助を支給することに他ならない。なぜなら、そうすることによって、病気の治癒を促すことと看護する者が疲労の末に病気になってしまうのを防ぐことが同時に可能になるからである。

こうして、経済学と医学とが、家庭に対する扶助という点で同調することになる。その際家庭とは、病気にとって自然であり、また個人毎への配慮がなされるという二重の意味で自由の支配する空間である。それゆえ、公的扶助という文脈において社会空間の集約されるところが家庭であるとき、医学的経験は、在宅医療という方向によって、かえって集団全体のひろがりにつながり、こうして医学は、社会空間全体を基盤とし、そのことによって制限を受けながらもある種の社会的任務を担うことになる。ここで分類学的医学は、自身の基本的傾向とは背反する要素を考慮せざるを得なくなる。というのも、病気の実体的分類を目指す分類学的医学にとって、一定の環境のうちにある生きた存在としての人間は、思考の枠外にあるからである。つまり、分類学的医学による家庭の積極的評価は、警察的なものの水準への関与において逆説的に分類学的医学の側の変形を促すことになる。

(2) 臨床教育の役割

以上は、自由主義的論理の極限化されたかたちを示している。そこでは当然病院（施療院）に対して廃止案が出されることになるが、実際にはそうはならない。その理由として一つには、上述の社会空間への医療の浸透を支える役割が病院に求められることが挙げられる。それは、病院の都市空間への適格的配置、そして治療能力を高めるための病院内組織の整備と専門病院の創設、という二つの方向で展開される。

そしてもう一つは、病院を健康水準の向上にかかわらせようとするものであり、臨床教育の問題はそこで考慮される。では、病院は、どのように医学教育の問題とつながっていくのか。

まず、医学教育に密接な医師の資格づけという問題がある。18世紀初め以来、フランスで

は、“いかさま師”⁽⁶⁾などに対抗するために、医科大学の再編制がすすめられていた。しかし、この路線は、18世紀末には疑問視されるようになる⁽⁷⁾。なぜなら、大学が行う教育には、知識を特権的に所有する者とせざる者とのあいだで固定した上下関係ができてしまっているからである。

それに対しては、当然自由主義的思考の立場から批判がなされる。ただし、それが実効的であるためには、医学を通じての健康の社会的管理という目的に則った教育法が考案される必要がある。しかもそのような教育の実践される場は、病気が何の阻害要因もなく分類学的真理を発現させる自由な場でもなければならぬ。そして病院は、そのような場として再編制される。病院は、公的扶助の場合の家庭と同じように、病気の純粋なカタチが実現される場である⁽⁸⁾と同時に、そこでは医学的視線を備える者に対しては誰にでも等しく病気が対象化される場所となる。その結果、大学での公的で義務的な理論教育に対して、そこでは実際的な知覚訓練にもとづく私的で競争的な教育が行われるようになる。そしてそれによって、社会空間の健康を日常的に管理する開業医が養成され、あるいは彼らとの連携が強められるのである。

だが、ここまでみてきたような家庭への公的扶助から病院での臨床教育へといった過程で形成される文脈は、臨床医学の形成にとっては形式的要件にとどまる。逆に言えば、家庭に集約される日常的な社会空間と臨床教育の行われる病院との連関がさらに強化されるためには、病院という場において臨床医学の内的構成が成熟しなければならない。

(3) 流行病の医学

だが、臨床医学の内的構成の問題に踏み込む

前に、独特の意味合いをはらむ領域として衛生の問題をみておく必要がある。“独特”というのは、衛生は、医学そのものと非常に近接した位置にありながらも、完全に融合してしまうことなく独立した経路をとるからである。

特にここで問題なのは、流行病対策に関することである。18世紀において流行病は、流行した地域の持つ歴史的個性の表現と考えられる。それは、決して反復されることのない独特の集団的現象である。従って、それを医学的に記述するためには、二つの視点が必要である。まず、流行病は、多様な要因の組み合わせであるから、それを解きほぐすことのできる多面的な物の見方が必要である。そして次に、それを一つの個性として総体的にとらえる視点が必要である。

これは、その具体性への密着において、当時の理論的大勢である分類学的医学とは相入れない方法である。それに応じて、家庭を媒介として分類学的医学が社会空間との接合の契機を見出したのに比べればより直接的に、また分類学的医学とは異なる方向から、流行病の医学は社会空間と接合する契機を見出す。

流行病の医学は、流動的な全体のなかで有効な系列を特定することを中心的作業とするわけであるから、日常的世界への介入を可能にする警察力の支持を必要とするだろう。その意味で、医学は政治化されざるを得ない。他方、医学は、そうして蓄積されてゆく情報を体系化する中心、あるいはそこから知識が分配されてゆく中心としての機能を社会のなかで特権的に担う。それは、医師集団の組織化という点に明瞭に示されるだろう⁽⁹⁾。そこには、政治の医学化という契機がはらまれている。

これが衛生の一般的特質を示しているとするれば、フランス革命では、このような医学と政治との近接が神話的に語られる。そこでは、病氣

が個人の生活条件あるいは生活様式に左右される、という前提が極端化して表現される。すなわち、病気の完全な消滅と根源的健康の復元は、人間の政治的解放である。医学は、この理想の達成に向けての政治的役割を担う。言い換えれば、医学は、治療を行うだけでなく、健康な人間についての認識を積極的に提出しなければならない。ここでいう「健康」とは、ただ単に病気でないということではない。そこには健康であるべきだという規範的含意が生じている⁽¹⁰⁾。

臨床医学が置かれる社会的文脈をみてみると、このような規範性は、臨床医学に隣接しながら常にその刺激になったように思われる。衛生の系列は、医学という学問領域が働く社会空間の動きをより如実に表現していると言えるのかもしれない。すなわち、警察的なものにとって重要な生きた具体的存在としての人間の現出である。だが、そこでの関係は、衛生が臨床医学の内的構成に規範性という側面を侵入させた、という素朴なものではないだろう。この規範性が実質的に社会的効果を発揮するようになるには、やはり臨床医学のなかでの臨床関係の整序が必要だったのであり、そのうえでの家庭-病院の系列と衛生の系列との接合が、19世紀に入ってから警察的なものの展開を促すのである。

2 「臨床」の構成

(1) 問題の位置づけ

そこで臨床医学の内的構成についてみていかなければならないが、きわめて単純に考えるならば、臨床医学の特徴は、観念的であるよりも経験的であること、すなわち知識の体系化を図るよりも、病者を直接観察あるいは診断することにあるようにみえる。だが、事はそう単純ではない。すでにみたように、その経験的観察を

可能にする制度としての病院は、知識の体系性を求める分類学的医学が要請したものに他ならないのである。

また、病院は病気の分類のみを目標にする場ではない。そこには、繰り返しになるが臨床医学の果たす社会的役割の問題がある。臨床学派の重要人物であるカバニスは、臨床教育を媒介とした援助と施療すなわち富者と貧者の相互性を主張する。病院への援助は、社会から孤立した場所への慈善行為ではない。富者からの資金的援助は、病気についての知識と交換されることによって平衡のとれたものになる。臨床教育は、この互酬的關係を仲介する。

つまり、分類学的医学は、臨床医学の登場によって崩壊するのではなく、それらのあいだには、何らかの変形作用があったと見るべきである。そしてそのことを考慮したうえで、臨床における経験的観察のメカニズムを検討しておく必要がある。以下では、フーコーの『臨床医学の誕生』での議論をわれわれなりに追ってみることにする。それは、幾つかの重要な論点を含んでいるが⁽¹¹⁾、いまここでは、「臨床」という本稿の焦点に沿って、病理解剖と生-死の概念とのかかわりに話を限定する。

(2) 「臨床」の二重性

ビジャという医師は、屍体解剖によって観察を裏づけ、あるいは改善することを主張した⁽¹²⁾。解剖そのものがここで注目をあびたことは、上述の病院の整備と深くかかわっている。

まず、病院には同じ種類の病気にかかった患者が多数収容されているがゆえに、病気の特性を一般化するための比較検討の容易さという条件が整っている。そのとき、解剖は、単に人体の仕組みを知るのではなく、個人毎の病気の起こり方の違いを特定する技術として役立つこと

になる。また、そこにはすでにみた貧富の相互性という点も加味される必要がある。その構造がさらに徹底され、貧者の身体から最大限の知識を得ようとするとき、解剖の技術は有用なものであり、その際病院という場は、死から解剖への時間的間隔をなくするという実利的な利点によって、解剖という技術を受け入れる条件を備えている。

これらの条件から解剖が取り入れられるとき、その経験は、実際臨床での診断の構造を変えてしまう。ではそのとき、医師と患者の関係はどのようなものになるのか。

臨床でのより所となるのは、ごく一般的にいて、患者の個人身体にあらわれるさまざまな可視的現象である。ただし、可視性への還元という原則は、そのまま分類学的医学にもあてはまるものであり、臨床医学にのみ特有なことではない。だが、さらに解剖的知覚が臨床場面を規定し、その結果身体内部での不可視の活動がこれらの現象の原因だとする認識が加わるとき、可視性への還元という原則は保たれながら、そこに病をめぐる可視-不可視のある可逆的關係が生じる。身体内での病の不可視な動きは、死後の解剖において可視的に局所的損傷として特定され、逆に、臨床において生きた患者個人が病の可視的なイメージを発しているあいだは、身体内部での動きは不可視のままである。これは、それまでの病気観を変化させるものである。なぜなら、この可視-不可視の關係によって、病巣を個人の身体内部に特定することか医師にとつての最優先事となるからである。特に臨床の場面に即して言えば、可視的な症状の連鎖を枠づける身体内部の不可視の活動が診断の前提となる。

この可視-不可視の關係は、個人の身体に“病気”の場所を特定する際の視線の作用を規

定するものである。それに対し、個人の“健康”ということに関して重要な枠組みが、可視-不可視の關係を含み込むかたちで見いだされる。それは、生-死の關係である。可視-不可視の關係において病気が局所間を推移する過程と見なされるとき、その運動性において病気は生きたものとなる。その際同時に認知されるようになるのが、部分的(局所的)死という考え方である。たんに外面から症状を観察するにとどまる限り、人間の生と死を分ける境界ははっきりしたものである。人間は、ある一定の時を境として画然と死の領域に入り込む。ところが、病気がいわば生きたものとして身体内部を動いていくとき、ある局所においては破壊の作用が優り、その部位が損なわれ死ぬということが常に想定できる。さらに言えば、病気の過程が身体の様々な局所に継起的に死の印を刻んでいくことが逆に病気(あるいは個人そのもの)の生を物語るのである。

その刻印は、後の実際の解剖において局所的損傷として確証されるものだが、臨床場面では、その損傷を先取りして突き止めることが課題となる⁽¹³⁾。このとき、未来において発見されるはずの過去の痕跡(=損傷)を現在の身体空間に投影するという操作が暗黙のうちに行われている。従って、部分的な死の連鎖ということを基盤として、時間の流れは個人の身体に表現される。それは、個人に特有の物語、あるいは個人の歴史という時間のありかたである。

可視-不可視の關係が視線にかかわるものであるとしたら、生-死の關係は、それが物語あるいは歴史をもたらす限りで言語にかかわるものだと言えるだろう。しかもそこで必要とされる言語は、個人毎の特性を記述しなければならない。従って、当然それは普遍的な概念ではなく、ごく具体的な表現に依存するものとなる。

個人を識別するものは、絶対的な種の相違ではなく、当の個人に特有な病気の活動を表現する要素間の配列、統辞関係である。それゆえそこでは、反復される可能性の高い表現—要素をより多く蓄積することが重要になる。そしてそれが洗練され、一定の表現技術として継承され残存していくとき、言語は“個人についての言説”として機能しているとみることができる。

(3) 個別化の技術

「臨床」との関連でここまでをまとめるとき、可視—不可視の関係は、狭義の臨床医学にかかわるものであり、生—死の関係は、臨床関係にかかわるものだとすることができる。従って、可視—不可視の関係が“病気”に関連するということはこのことと通じるものである。ところで、生—死の関係が、“健康”に関連するということにもふれておいた。いま、そのことを個人の歴史の言説化ということから把握することができるだろう。

前節で、生—死の関係は、可視—不可視の関係を含み込むとした。それは、次のことを意味する。臨床の場面にのみ注目するならば、病巢は、実体的にはなくとも、不可視の身体内部にあると見なされるだけでよい。言い換えると、可視から不可視を判断するという論理のみを残して、言説による個別化の技術を用いることも可能である。そこに臨床関係は、医学という特定の文脈に収まらず、より一般的な領域で活用可能なものに転位する契機を与えられるだろう。

第1章では、人間を生活条件あるいは生活様式と相互作用のもとにとらえる社会空間の登場をみた。特に衛生の領域は、その事態を端的に表していた。そこでは、警察的なものと健康とのかかわりが典型的にみられた。他方、家庭と病院とは、また別の系列をつくっていることも

みた。家庭と病院が同じ系列にあるのは、それらがともに病気にとっての自然な場所と見なされるからである。

ところで、臨床関係もまた身体という「自然」への介入を可能にする。だが、そこでの「自然」は、18世紀における家庭や病院での自然とは異なる。その「自然」は、おそらく18世紀においては異なる系列としてあった家庭—病院と衛生とを警察的なものの水準で接合させるものである。より狭い文脈では家庭—病院の系列から臨床医学を通じて生じたと考えられる臨床関係は、人間／生活条件（生活様式）の相互作用を学問的言説の次元で把握することを可能にする。18世紀における枠組みは、身体という「自然」において再構成される。身体は、言説上の項としての“自然／人為”が可変的な境界をめぐって競合する場所である。つまり、双方のあいだの真の境界を決定することよりも、むしろ双方を積極的に競合させることによって個人毎への社会的介入という戦略が可能になるのである。

では、そのような介入はどのように展開されていったのか。以下の行論では、まず家族—病院の系列と衛生の系列とが、「臨床」を介して接合していく様子を公衆衛生に注目して述べる。だがその段階では、言説よりもむしろ可視性の次元が優先し、従ってそこでは個別化というよりは、集団への介入がみられる。ただ、公衆衛生の領域にも、家庭調査というかたちで個別化への方向性がみられる。というのも、そこでは家庭—学校の対が強調され、その点に個別の子供の社会化ということへの端緒がみてとれるからである。そこでも「臨床」は重要な役割を果たすだろう。

3 公衆衛生から家族へ

(1) “清潔さ”の問題

臨床学派において「衛生」という語には、①公衆衛生、②予防策、③薬以外の手段による治療、という三つの意味が含まれていたという⁽¹⁴⁾。このうち、②と③は、臨床学派の全体的傾向とされる治療懐疑主義にかかわる。それは、患者の自然治癒力への信頼であって、病気の治療自体の拒否ではない。だが、そこではいずれにせよ身体への直接的介入が控えられ、診断に重点が置かれたという点は確認する必要がある。

というのも、他方で政治性を帯びた衛生という領域は、治療ということを中心にすえているからである。そこでは、健康な状態は、人間の完全さと重ね合わせられ、病むことは否定的な意味で異常なことと見なされる。だから、健康とは、最終的に回復されるべき規準である。その規準から逸脱した状態は、治療されるべきであり、また治療可能である。そこで以下では、そのような意味合いを持つ衛生が、臨床医学という道具を借りて行った活動として、19世紀前半の公衆衛生を取りあげてみる。その場合、“清潔さ”ということが重要な問題になる。

まず18世紀において不潔さは、循環の問題として語られる。なぜなら、当時病気の原因の一つとして、空気にしる水にしる汚物にしる、それらが停滞した場所に存在しているミアスマという物質が考えられたからである⁽¹⁵⁾。従って、問題は、人の密集にしる自然条件や風土の特質にしる、環境のもたらす不潔さにあるとされた。そしてその結果、下水道の整備や換気などの対策が様々な公共の場所で実行される。

ところが、19世紀になると、不潔さは、それに加えて社会空間、特に都市への人口集中とともに膨張しだした貧困層と関連づけて語られるようになる。それは、一方では、循環の問題が利益の観点から語られるようになったことと

関連している⁽¹⁶⁾。19世紀になると、汚物は、農業の有効な肥料として認められるようになり、その再利用のもたらす利益が、経済学的計算の対象となる。そこでは、回収業者としてくず拾い業者を労働させることの効用も考慮されるなど、貧困層に新たな労働機会を与えることによって、社会全体の生産性を高めることがもくろまれる。

(2) 社会調査の言説

以上のことを踏まえたうえで、本稿が目指すのは、不潔さと貧困層との関連づけにおいて19世紀前半の社会調査の果たす政治的役割である⁽¹⁷⁾。

18世紀にさかのぼってみると、当時医学的知識の社会への適用は、医学的トポグラフィというかたちをとった。すなわち、すでにみたように、その地域に独特な病気の発生・拡大のありかたを、その地勢がもたらす諸条件の総合的記述から探るというものである。その前提となっているのは、都市を自然のシステムとして思考する西欧的伝統に基づく都市と人間身体とのアナロジーである。それは、あくまで都市を交感する全体として把握するものである。

18世紀から19世紀への移行にともなって、このアナロジーのありかたは変更を余儀なくされる。というのも、産業化の進行にともなう人口の集中によって、都市は新しい問題を産むからである。それは、新しい身体（自然）概念をもとにしたアナロジーを前提とする新しい調査技法を要請する⁽¹⁸⁾。

その際の身体概念は、臨床医学が提供する。そこではすでにみたように部分的（局所的）な死が認められる。従って、臨床医学は、身体を部分間の連動に基づく動態的システムとして定位することを可能にする。

実際、この時期の調査の先駆をなしたフランスにおいて、都市における社会調査を主導したのは、医師あるいは公衆衛生学者である。彼らは、都市という身体に局在する病巣というアナロジーによって、一方で、人夫、掃除婦、くず屋、売春婦の、他方で労働者の生活空間を調査し、そこに共通する不潔さに基づいてそれらを連続的にとらえる。その結果、犯罪の危険が大きいとされる場所と労働者が結びつけられたり、さらに広い意味では、生活の場の可視的徴候によって彼らの不可視な道徳的内面を判断するということが起こる⁽¹⁹⁾。

だが、一見それらがいかに臨床医学的なふるまいのようであっても、そこで主導権を握っているのは、衛生的な思考の方である。そこで衛生的思考は、清潔さという外的基準を労働者階級の規律化のために浸透させようとする。清潔さの浸透は、社会空間の同質化という治癒をもたらすと考えられる。臨床医学の診断の技術は、そのために活用されるのである。

(3) 家庭調査

ただ、衛生の目的に規定されているとしても、それに側面から支えられて、臨床のまなざしが、社会空間のなかの微細な場所にまで入っていく条件は整っていったといえる。実際、社会調査においては、労働者家庭へと直接入り込み、観察することが行われる⁽²⁰⁾。それは、衛生という文脈で、家庭という場所へ社会的介入が及び始めたこと、そしてそのことと不可分に、家族間の関係に変容が生じ始めたことを意味する。

では、診断のまなざしが家庭に入り込むことで、家族間の関係はどうなるのか。そこで問題とされるのは、親子間の関係である。確かに法律上では、親の懲戒権などが否定されることはない。だが、警察的なものとの関連でいえば、

子供はますます配慮される対象となる。その側面からみれば、家長の権限は動揺し、家族間の権力関係も流動的になる。

この状況は、子供をいかに教育するかという問題と不可分である⁽²¹⁾。もちろん、家庭の健全化によって子供が順調に成育していけば、事は簡単である。だが、当時調査にあたった医師たちの目には、道徳的に治癒不可能と診断される親も少なからずいた。そこでとられる処方方は、子供を親の庇護から博愛団体あるいは学校の庇護の下へと移すことである⁽²²⁾。こうして、労働者階級の子供が、家庭と学校との関係のなかで配慮されるという枠組があらわれてくる。

結局、19世紀の警察的なものを前提にして考えるとき、これらの調査活動の位置は、次のように要約できるだろう。

社会調査が19世紀を境として民衆の家庭に介入し始める時点においては、“清潔”に代表される衛生上の概念は、外側から当てはめられる尺度である。確かにそれは、道徳的態度などの内面を判断する徴候とはなる。だが、それだけでは個別化を図る警察的なものの目的は十分に達成されたことにはならない。なぜなら、社会調査は、産業化や都市化にともない社会的問題となった集団としての労働者への規制という課題を依然として強く持っているからである。実際、19世紀前半の流行病などによって社会的介入が顕在化するとき、警察的なものへの抵抗は、集団的形態をとったのである⁽²³⁾。

それゆえ、調査の視線が可視—不可視の関係に基づいた臨床医のものだということはいえるとしても、そこにおいて臨床関係での個別化の技術が活用されつくしたとは考えにくい。しかし、すでにみたように、家庭への直接的介入、さらには家庭と学校の結合による子供の教育と

いう点に、個別化という要因はすでにあらわれてきている。では、家族が子供の個別化にとっての重要な場であるとするならば、労働者階級以外の家族、あるいはそれらを含めた社会空間における家族の編制はどうなっていたのだろうか、その点をもう一度18世紀にさかのぼりつつ探ってみよう。

4 育児への介入

(1) 問題の所在

第2章の終わりに、「臨床」が子供の個別化という点で重要だということにふれた。本章では、両者のかかわりを具体的にみていくのが眼目である。子供の個別化にとっての前提は、母子関係が強調されることであるが、その母子関係が「臨床」とのあいだに保つ関係は、「臨床」の二重性に対応してやはり二重のものとなるように思われる。一つは、医師－患者関係を母親－子供関係に重ね合わせるものであり、それは第2章でみた可視－不可視の関係にもとづくものである。つまりそれは、子供の病気の原因が身体内部にあると見なすように母親を教育するものである。それは、例えば次の第2節で見ると、ブルジョアジーの育児法の批判を通じた家庭医療の浸透という点に顕著である。だが、本稿の強調点はむしろもう一方の関係の方にある。それは、臨床関係の言説による母子関係そのものの対象化である。そこでは、自然／人為という枠で育児を問題化することによって母子が一体のものとしてとらえられるようになる。それは、第3節でみられるように19世紀も後半から末になって本格化してくるような介入の変容である。だが、同時に個人の歴史を言説化するという臨床関係の特性は、学校－家庭の連携の強まりとともに、青年期をめぐる言説となってあらわれるように思われる。そこでも言説上

の手段として遺伝／環境という二項対立が自然／人為の変異として利用されることは注目されてよい。これは、第4節で述べられるところである。

(2) 人口問題

18世紀は、ブルジョアジーの子育てが問題化した時期である。より広い文脈としては、それは当時の知識人たちの論議の的となった人口問題と関連している。捨子・里子の増加や乳幼児死亡率の高さを論じることは、社会経済的に有用たり得ていない者たちを効率的に取り込もうとする政治的意志の一環である。その主要部分を担った小児科医などの医師は、子育て書の普及などを通じて育児のあり方に対する批判を行った。

その内容をみてもと⁽²⁴⁾、当時の育児法批判は、捨子の多さという社会現象から始まり、乳母の問題につながっていく。都会に住む富裕な母親は、郊外に住む農村の女性を乳母として雇うが、雇われた乳母の方は、経済的利害や愛情の度合の点から、複数の子供を引き受けようとする。それは必然的に、育児法において、産着などで子供の自然な成長を拘束したり、子供を不衛生な状態に放置したりする傾向を助長するだろう。ひいては、そのようなやり方が限界を越えれば、捨子の原因にもなる。これは、都会と田舎の経済的不均衡のあらわれであると同時に、身体への医学的な配慮の欠如でもある。結局、そのような経済的不均衡と医学的に有害な育児は、社会にとって有用な生産力であるはずの子供の身体を損なっていくだろう。この見地に立つとき、都会と田舎との関係を具現していると同時に子供の教育係となっている召使の存在が議論の焦点となってくる。つまり、問題は、家庭内の領域に集約されたわけである。

こうした全体の動きのなかで、家庭における母親の役割が強調されていく。その強調は、子供を媒介としてなされる。育児で重要視されたのは、結局、産みの母が子供を家庭内に置き、しかもそのそばで直接世話をすることである。従って、里子に出し乳母に子供をまかせることは、批判の対象となり、母乳で育てることが主張される。要するに“自然な”育児が要請されたのであり、そのような自然な関係として母子関係が、家族関係の再編製の核となったのである。

ただ、このときの人口問題の枠内で、子供は個別に介入を受けたわけではない。ここでの子供は、人口の一部として、その全体の力の向上に貢献するという性格づけを与えられている。ここで、医学は子供に直接個別に介入しようとするわけではない。というも、ここでの事態で、家庭に医療は浸透したとしても、家庭に医師－患者の関係性が十分に接合しているとは言いがたいからである。だが、医師と母親との連合関係による母親－子供の関係の強化が父親の役割を希薄にする結果、臨床関係にもとづく介入の条件が整えられたとは言いうるだろう。

(3) 介入の変容

人口問題は、18世紀で途切れるわけではなく、19世紀に入っても重要な社会問題となる。しかし、母子への介入のありかたは、18世紀とは変わるように思われる。つまり、そこでは母子関係そのものが自然なものとして保護されるのではなく、母子関係における人為的要因を含み込んだうえでの介入がなされる。だがそれは、既存の自然な関係を単に破壊する行為として人為的要因があるということではなく、むしろ人為的要因を通じて逆に自然な領域が強調されるということである。

このような介入は、臨床関係が母子関係そのものを対象化することによって促される。むしろそこには衛生の問題も絡んでくるが、そのような関係のありかたにおいて、子供という個体の生への介入が展開される。

ブルジョアジーの家庭に医療が浸透したことで、医師と母親が結びつき、母親－子供の自然な関係が重視されたことの18世紀における発端は上述したが、19世紀になっても、その関係は、基本的には強化される傾向にある。なおかつ母親が子供の生に配慮する範囲は、医師に媒介されて、公的領域にも拡大されていく。例えば、寄宿制学校で起こる様々な発達あるいは衛生上の問題に対する医師の批判がなされ、それに呼応して学童の親の団体がつくられ、その結果、学校と家庭の協力関係が生じる、といったことが起こる⁽²⁵⁾。

そして、このような基盤のひろがりをもとにして、母子関係の一体性が、医師の語る言説を通じて家庭に植えつけられようとする。ヴィクトリア期を背景にした19世紀の終わりから第一次大戦までのイギリスの労働者階級を例に取ってみよう⁽²⁶⁾。

そこでは、博愛という一般的文脈のなかで、乳幼児死亡率の高さが再び社会問題となってあらわれる。そのとき、死亡率の高さは、依然として環境の悪さ、すなわち人口の密集による不衛生に帰せられる一方で、母親の動向が注目を浴びる。そこでは二つの点が問題となる。すなわち、既婚女性の労働の是非と母親の育児知識の欠如である。

まず、既婚女性が家庭の外に出て働くことが死亡率の高さにつながるという指摘がなされる。それに対しては、衛生条件の悪さを重要視したり、母親の賃金もたらず生活水準の上昇という逆の効用を挙げて反論が行われる。だが、さ

らに重要なのは、当時改良がすすんだ人工栄養の問題である⁽²⁷⁾。つまり、母乳による育児の“自然さ”との関連で、人工栄養の是非が医師たちによって論じられる。そこには結局、労働者階級の母親にとって好都合な面のある人工栄養の進歩を、医師が逆に家庭に介入していく際のより所とした側面が認められる。そしてそれによって、母乳による育児の自然さを語る言説は、背後に医学・衛生的知識によって裏付けられた母子関係を中心とするブルジョア階級の家庭理念を従えながら、社会空間へ浸透していくきっかけを得るのである。

このことは、次の母親の育児知識の問題と切り離すことはできない。当時の医師たちは、ブルジョア階級の育児法を基準として、労働者階級の母親の知識を衛生的に誤ったものとして規定する。つまり、彼らは様々な外的条件よりも、家庭内の母親そのものの習慣が問題であるとす。そこでその対策として、母親学校でそうした類の知識を教えることや、公立小学校で、少女たちに育児上の衛生を含んだカリキュラムを取り入れることが提案される。このような主張に対しては、環境や流行病などの原因を挙げて反論が企てられるが、言説の傾向としては、母親の無知を指摘する流れは根強く残る。

(4) 「生活史」による把握

このように育児の自然／人為をめぐる言説に導かれた介入のなかで、乳幼児死亡率の改善がみられるが、人口問題そのものは別の展開を見せる。第一次大戦以降、今度は母親そのものの健康が重要な問題となる。そしてその結果、出生前の臨床検査という介入のかたちが徐々にあらわれてくるようになる⁽²⁸⁾。

ところで、19世紀末に人口問題と平行して青年期をめぐる言説が登場する。それは、臨床

関係での個体に注がれる視線が、子供の生活史という軸に沿って延長され出したことのアラわれである。子供に対して社会が注ぐ視線は、より持続的になり、しかも諸個人の特性に応じたきめ細かなものとなる。そこでは、個人は集団的属性によるよりも、心理学、精神医学、教育学などの学問的言説を通じて個別的特性によって把握される。そしてそこには家庭（母親）や学校もかかわってくる。ここでは、その集約された事例として非行の問題を取り上げてみよう。

19世紀末に、「非行」の概念に重要な変化が起こる⁽²⁹⁾。それまで青少年犯罪は、階級に結びつけられ、犯罪をおかす児童は、その環境の影響を受けた早熟な子供と見なされた。しかし、19世紀も終わりになると、遺伝をめぐる議論とも絡んで⁽³⁰⁾、非行への傾向は、青年期という時期そのものがはらむ属性だとする言説が優位になり始める。概念としての青年期自体は、中産階級のエリートのための中等学校という特定の場所で形成されたものである。だが、それが今や学問的言説を通じて、個々の子供は元々未熟で依存的なものだとする決定論を構成する。逸脱行為は、階級のいかんにかかわらず、特定の年齢期である青年期に普遍的に認められる可能性である。

この言説の展開と並行しているのは、青少年保護立法の動きにともなうユース・ワークの活動である。そこでは二つの特徴がみられる。まず、上述したところともつながる点として、そこに携わる中産（ブルジョア）階級の女性の自己規定という問題がある。その階層の男性にとってユース・ワーカーであることは、自分の既存の役割の拡大だったのに対して、女性にとっては、それが自分の人生の目的と化す傾向が強くなっていった。すなわち、ユース・ワークの求める道徳規範は、伝統的な母親の役割と合致し

ていたのである。次に、実質的にこの運動の中心となっていた教師の問題がある。彼らは、階級的には下層中産階級に属していた。初等・中等教育の教師達が「ボーイ・スカウト」や「ワッダー・フォーゲル」に熱心に関与したのは、それらの青少年運動が、階級間の溝を埋めるための有効な手段として認識されたからである。

以上の二つの流れが交わる代表的事例として、少年審判所の光景に注目してみよう⁽³¹⁾。その背景にあるのは、青少年を対象とする裁判あるいは刑罰処置の変化であるが、本稿での文脈に位置づけるならば、それは個別化の技術による司法の実質的な変形である。

そこでは、まず聴衆の興奮による混乱を避けるという意味で、当の子供と無関係な匿名の人々の参加は許されない。またさらには、父親よりも母親の出席が要請される。そしてこれらの条件の下で、従来の敵対する者のあいだの応酬という形式は変化し、裁判の進行の中心は、学問的言説に裏づけられた専門家の意見となる。

そのとき、個体への介入の際に利用される自然／人為の二分法の変異したかたちとして遺伝／環境が言説の主題となる。繰り返すように、ここでも重要なのは、どちらの要因が決定的に優位なのかということではなく、境界の可変性を利用しながら個体への介入が実現されるという点である。そして、衛生との結びつきにおいて、そこで最終的に下される判断は、治療可能性に基準を置くものとなる。

結語

以上みてきたところで暫定的にはあるが結論を示しておこう。まず、19世紀の“健康”について考えるとき、二つの系列、すなわち臨床医学の形成に関与してくる系列（本稿では家庭－病院）と衛生にかかわる系列を視野に入れる

必要があるだろうという点の一つがある。その際、「臨床」には再三指摘してきた二重性がはらまれており、それによって衛生の系列との接合が起こると考えられる。次に、それにももちろんかかわることであるが、衛生に顕著な人間／生活条件（生活様式）の相互作用という文脈と「臨床」とが結びつくことによって個人についての政治技術としての警察的なものの展開が可能になる。そしてその技術が個人の歴史の言説化という働きをなすとき、子供の身体は、その最も重要な場の一つであるだろう。その場合言説化は、家庭における幼少期の育児にとどまらず、青年期に対しても延長されながら、徐々にきめ細かなものとなる。

もちろんこれは、19世紀西欧での健康をめぐる問題の一端をみてきたにすぎない。最後に本稿では残された次への課題を確認してしめくくることにしたい。

ところで、臨床関係のメカニズムにおいて変形が生じるとすれば、それはまずどこからだろうか。おそらくそれは、「臨床」の二重性のうち可視－不可視の関係が物理的身体の次元から完全に離れるときだと思われる。つまり、“過去の痕跡”の想定が社会意識として共有さえされているならば、別の意味での個人の内部という問題があらわれてくるだろう。

19世紀半ばパリのサルペトリエールで行われたシャルコの公開臨床は、その意味で示唆に富む。シャルコは、聴講者の前で催眠術を用いてヒステリー患者自らに語らせる。その尋問や診察の方式は、臨床医学の検査法に基づくものであるが、そこで注目すべきなのは、語られるべき主題が性であり⁽³²⁾、しかも性そのものがあらわになるとき、公開臨床は中止になるという事実である。すなわち、今ここでの医師－患者関係に男－女関係が混同されてしまうとき、

「臨床」は崩れざるを得ない。性は語られる限りでは、問題はない、というよりもひたすら語られなければならない。性がそれにもかかわらずその限定を越えてなまな現実性を帯び、医師－患者関係に抵触してしまいそうになるとき、それは、「臨床」が機能停止にいたる危機を示しているのである。

結局、このことは、医師－患者関係と母親－子供関係が本稿でみてきたような一定の関係を結んでいるとき、それは男－女関係をその場からあらかじめ差し引く操作に依存している、ということを示唆する⁽³³⁾。では、いったんそのような露呈が社会的な広がりをもって起こってしまうとき、事態がどのように変容しうのか、あるいはそれらの関係がせめぎ合っている領域があるのではないか、などの問題が立てられるだろう。それは、個人の内面の歴史と病気の関係といった問題なども含めた広い意味での“衛生”全般の対象化を要請するはずである。だがそれは、当然精神疾病という要因を含むものであるがゆえに⁽³⁴⁾、また別の機会に譲るべき問題である。

註

- (1) 本稿を書くにあたっては、富永[1973]から多くの示唆を受けた。また本稿は、医学全般を扱うものではなく、さらに時代と場所を限定したものであるから、論じられない事項を多く残している。そのうち本稿にかかわるものについては、折にふれて註に提示していく。
- (2) 以下は、Foucault[1981]による。
- (3) あるいは「管理」、「行政」など幾つかの訳語が考えられるが、ここでは暫定的にこれをあておく。
- (4) この章は、基本的に Foucault[1963=1969]

あるいは[1979=1984]に多くを負っている。それにもかかわる問題として、本稿では、フランスへの言及が多くなるが、それは、いわゆる社会史的研究の量ということがあると同時に、それ以上に臨床関係に着目する本稿の立場の要請するところでもある。

- (5) 分類学的医学という語によって本稿が基本的に念頭に置いているのは、感知できる症状に基づいて病気の実体を突き止め、その結果分類表のしかるべき位置を病気に与える作業を本領とする医学である。後の論点とのかかわりで言えば、ここでは、病者個々に特有な諸症状は、注目されるとしても併置されるにとどまり、過程としてとらえられることはない。そのため個々の病者は、病気の分類という目的の前にそのものとして顧みられることはない(川喜田[1977: 476-481])。もちろん、分類への志向は18世紀の学問における大きな流れであり、そこで最も大きな成果を挙げたのは植物学である。
- (6) もちろん、“いかさま師”という呼称は、民間医療に対する医事警察 *medical police* の側からの視点によるものである。医事警察という概念は、公衆の健康の増進のほかに、違法な治療行為の監視・告発あるいは裁判という意味を持っていた。だが、その企図は容易には実現されず、19世紀を通じて徐々に実現されたものようである(Ramsey[1977])。
- (7) 欧米全般においてここから19世紀の前半にかけては、医師の専門職化にとって重要な時期である。そのなかでフランスでは、専門教育の国家による整備が早く進んだが、医療職の組織化は遅れていた。従って、この時期に主導権を握ったのは教育を管理する国家の側である。そして医師たちにその介入を受け入れるように促したのは、*officier de santé* と呼ばれる人々の存在である。その資格はより簡単な教育で得られるため、彼らは一般の医

師よりも下位に置かれたが、実際農村などでは医師の利害を脅かすものであった (Weisz [1978])。

(8) この前提として、当時トゥノンなどによる病院の実態調査が行われた。それは、病床の過密や換気の悪さによる“病院熱”の害を指摘するものである。

(9) 1776年に起源をもつフランス王立医学協会がその例である。その医師像については、Roche [1977=1984] を参照。

(10) ドイツでのウィルヒョウなどによる医学改革 (1848) は、その考え方を引き継ぐものと考えられる。

(11) ここでの本筋からはそれるが、例えば、精神分析などを視野に収めた臨床関係の系譜という問題がそこには含まれているようにみえる。

(12) Ackerknecht [1967a=1978: 96-97]

(13) 臨床学派は、そのような身体内部の検査法として打診法や聴診法を開発した。

(14) Ackerknecht [1967a=1978: 238-239]

(15) ミアスマ説は、いわゆる反伝染説で、19世紀前半には接触伝染説と対抗する力を持ったが、後の細菌学の発展とともに力を失うことになる (村岡 [1982] も参照)。なお、細菌の発見は、薬による治療の促進あるいは衛生手段の変化などをもたらすが、その社会学的意味については、別の機会に論じたい。

(16) 見市 [1985] は、イギリスのチャドウィックによる衛生改革を例にこのことを論じている。

(17) 註 (10) でふれたドイツの医学改革は、流行病の原因調査をきっかけとするが、その基本的考え方は、フランスの公衆衛生活動に直接負うものである (Oberschall [1965])。

(18) Davison [1983] は、イギリスの場合を詳細に論じている。この自然概念の適用に対して、そもそも都市の成り立ちは人為的であり、社会変革によってのみ貧困の問題は解決するという批判も同

時に起こる (F. エンゲルスの有名な研究は、その代表として考えられる)。だが、治療可能性への信頼という点で、両者は同じ文脈に収まるとすることができる。富永 [1973] も参照。

(19) 富永 [1985] による。

(20) 実際、社会調査の技術的基礎がもたらされるのは、家庭訪問の技術を通じてである (阪上 [1984])。

(21) もちろん、そこでは、以下にみるように子供をどのように学校教育に組み込むかというのが主たる課題であるが、それだけではなく、子供を通じた親の教育という戦略的側面も含んでいる。それは、子供が持ち込む学校教育の成果によって親を納得させるという場合もあれば、もっと象徴的にパターンリズムによって子供を「民衆」と見なす場合もあるだろう (阪上 [1984])。

(22) 阪上 [1984] を参照。

(23) Baehrel [1952=1984] は、1830年代、パリのコレラ流行時における労働者の抵抗を扱っている。また川越 [1988] はベルリンについて、喜安 [1982] はパリについて、それぞれ労働者の伝統的相互扶助と社会的介入の関係を、同時期のコレラ流行を手がかりに考察している。

(24) ここの以下の整理は、Donzelot [1977] による。また阪上 [1983]、森田 [1988] も参照。

(25) Donzelot [1977:21-22]

(26) Dyhouse [1978], Oakley [1984]

(27) 当時は、殺菌牛乳→コンデンス・ミルク→粉ミルクというように改良が進んだ時期である (Dyhouse [1978])。

(28) Oakley [1984] の第3章。

(29) 以下の「非行」概念の変化とユース・ワーカーの特徴については Gillis [1981=1985] による。

(30) 精神医学において19世紀後半に流行する変質仮説に代表される (その歴史的整理としては、Ackerknecht [1967b= 1976])。結局、この問題は

発達概念の歴史性を対象化することを必要とするが、それは精神疾病の問題にもなるので、別の機会に検討したい。

(31) Donzelot [1977] の chap.4 による。

(32) ヒステリーの病因をめぐる歴史的変遷については、Bernheimer [1985] に簡潔な要約がある。

(33) 例えば、出産における主導権の共同体から専門職への移行を、女性による管理から男性による

管理への移行としても検討することを提案する Oakley [1976] の議論はここにかかわってくるだろう。

(34) さしあたり医学史的事実をおさえておけば、近代精神医学の起点とされるのは、ピネル、エスキロールなどの臨床学派であり、シャルコは、フロイトに直接つながる人物である。

文 献

Ackerknecht, E.H. 1967a *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart. =1976 石川 清・宇野昌人訳『精神医学小史』, 医学書院

————— 1967b *Medicine at the Paris Hospital 1794–1848*, Johns Hopkins Press. =1978 館野之男訳『パリ病院 1794 – 1848』, 思索社.

Baehrel, René. 1952 “La haine de classe en temps d’épidémie”, *Annales E.S.C.* =1984 中原嘉子訳「悪疫の流行と階級憎悪」, 二宮宏之他(編)『医と病い』新評論

Bernheimer, Charles. 1985 “Introduction Part 1”, Bernheimer, C (eds.) *In Dora’s Case: Freud—Hysteria—Feminism*, Columbia.

Davison Graeme. 1983 “The City as a Natural System”, Fraser, D. and Sutcliffe, A.(eds.) *The Pursuit of Urban History*, Edward Arnold.

Donzelot, Jacques. 1977 *La police des familles*, Minit.

Dyhouse, Carol. 1978 “Working-Class Mothers and Infant Mortality in England 1895–1914”, Charles Webster(ed.) *Biology, Medicine and Society 1840–1940*, Cambridge.

Foucault, Michel. 1963 *Naissance de la clinique*, PUF. =1969 神谷美恵子訳『臨床医学の誕生』, みずす書房.

————— 1979 “La politique de la santé au 18^e siècle”, M. Foucault et al. *Les machines à guerir*, Bruxelles. =1984 渥海和久訳「健康を語る権力」, 福井憲彦他(編)『ミシェル・フーコー』, 新評論.

————— 1981 “The Political Technology of the Individuals”, *Technologies of the Self*, Massachusetts.

Gillis, J.R. 1981 *Youth and History*, Academic Press. =1985 北本正章訳『若者の社会史』, 新曜社.

川 越 修 1988 『ベルリン王都の近代』, ミネルヴァ書房.

川喜田愛郎 1977 『近代医学の史的基盤』, 岩波書店

喜 安 朗 1982 『パリの聖月曜日』, 平凡社.

見 市 雅 俊 1985 「衛生経済のロマンス」, 阪上孝(編)『1848 国家装置と民衆』, ミネルヴァ書房.

森 田 伸 子 1988 「アンシャン・レジームにおける子どもと社会」, 宮沢康人(編)『社会史のなかの子ども』, 新曜社.

- 村岡 健次 1982 「病気の社会史」, 角山栄他(編)『路地裏の大英帝国』, 平凡社.
- Oakley, Ann. 1976 "Wisewoman and Medicine Man", A.Oakley and J. Mitchell(eds.) *The Rights and Wrongs of Women*, Pelican.
- 1984 *The Captured Womb*, Basil Blackwell.
- Oberschall, Anthony. 1965 *Empirical Social Research in Germany 1848-1914*, Mouton.
- Ramsey, Matthew. 1977 "Medical Power and Popular Medicine: Illegal Healers in Nineteenth-Century France", *Journal of Social History*(10-4)
- Roche, Daniel. 1977 "Talents, Raison et Sacrifice", *Annales E.S.C* =1984 谷川多佳子訳 「能力・理性・献身」, 二宮他(編)『医と病い』, 新評論.
- 阪上 孝 1983 「王権と家族の秩序」, 思想(710).
- 1984 「監視と規律」, 思想(716).
- 富永 茂樹 1973 『健康論序説』, エッソ・スタンダード石油広報部.
- 1985 「統計と衛生」, 阪上(編)『1848 国家装置と民衆』.
- Weisz, George. 1978 "The Politics of Medical Professionalization in France, 1845-1848", *Journal of Social History*(12-1)

(おおた しょういち)