

集合のリアリティ・個のリアリティ

——アメリカの「肥満問題」から考えるリスクと個人——

碓 陽 子¹

1. はじめに：集合的事象としてのリスクと個人

現代の公衆衛生は、「新しい公衆衛生」と言われる。旧来の公衆衛生は、人口の健康状態を対象とし、感染拡大を防ぐための隔離政策や衛生検査に焦点を置きながら、個人の行動を制限する方法を用いてその目標を達成してきた。

それに対し、新しい公衆衛生は、単にそれだけにとどまらない。20世紀後半の感染症から慢性疾患への疾病構造の変化に伴い、新しい公衆衛生は、そのターゲットを病気の予防と健康の維持・増進に置き、自律的な個人の選択とその選択を促す環境の整備を通じて目標を達成しようとする。喫煙、食習慣、運動不足、性生活などの「ライフスタイル」と呼ばれる個々人の行動様式とそれらを支える社会状況の改善が目指され、生活から病気のリスクファクターを可能な限り排除することで健康は達成しようとして理解される。新しい公衆衛生を支える疫学は、大規模集団のサンプルにもとづいた統計的な手法によって、リスクファクターがどのような確率で病気を引き起こすのかを同定する。こうした新しい公衆衛生は、集合体としての人口の健康をターゲットにしなが、個々人の選択行動に介入していくところにその特徴がある。

新しい公衆衛生政策におけるリスク言説について分析する医療社会学者のアラン・ピーターセンとデボラ・ラプトンによると、その政策において、「より健康的」になることへの「参加」が、すべての市民の権利であり義務とされている [Petersen and Lupton 1996 : 146]。自らの健康を能動的に自己管理することへの「参加」は強制的でも拘束的でもないが、「参加」の有無は、自律した市民が否かを決める。そのため、健康に倫理的な価値が付与されたり、公権力が個々人の身体や生に介入したりすることの政治性を問題視する向きもある [cf. Rose 2006]。

ところで、本来ならば、公衆衛生を含む社会保障が依拠する集合的な事象から導き出される統計的な理解を、特定個人の問題として当てはめることや、さらには、その個人の過失や責任としてそのまま転嫁することはできない。なぜなら、集合的な事象に対する統計的な理解は、個人の経験する因果性の理解とは別物だからだ。前者は、集合に内在するとされる規則性に対する理解であり、後者は、個別の事例に関わる原因と結果の連鎖についての理解である [重田 2003 : 67]。

このことについて、「リスクは社会的にしか存在しない」 [Ewald 2002 : 278] と述べ、リスクを社会で分け合うことが福祉国家の成立の鍵となったことを明らかにしたフランソワ・エヴァルドを参照

¹ 金沢大学客員研究員

したい。エヴァルドによれば、そもそも、社会的リスクという概念が誕生する以前は、個人は自分の過失に責任を担うものと見なされていたという。ところが、19世紀にフランスで誕生した「職業的リスク」の概念の誕生が、責任の所在を個人に帰するという発想から、集合で分け合うという発想への転換を促した。彼によると、19世紀にフランスで誕生した労働災害の負担をめぐる立法過程において「職業リスク」という概念が現れ、社会的リスクが認識されるきっかけとなった。すなわち、集合で見た場合、事故自体は統計学的に一定の確率で生起するという考えに基づき、リスクを集合に内在する可能性として捉えるようになる。事故による損害の責任を負担するのは、特定の個人ではなく、集合全体なのである。これが責任の所在を個人に帰するという発想から、集団で分け合うという発想への転換を促したとされる。

リスク概念は、統計学と確率にもとづいた状況分析と関連している。誰かの失敗は、リスクファクターではあるが、集合体の統計学的事実には影響を与えない。なぜなら、リスクは、集団に一定の規則性をもって生起するため、個人の意思決定に基づいた行為とは無関係であるからだ。職業リスクだけでなく、疾病や老齢、貧困などの社会的リスクについても、生じた損害を引き受け、補償する責任を社会で分け合うという考え方が福祉国家の成立の鍵となったと、エヴァルドは述べている [Ewald 2002]。

再び現代社会に目を転じると、U.ベックが近代化により個人化が進み、リスクは集団や共同体に配分されるのではなく直接個人に分配されるようになってきていると指摘するように [ベック 1998]、特に欧米では、統計学や疫学がはじき出すリスクという概念が、個人主義と共鳴しあっているように見える。いったい、なぜ、どのように、集合的な事象を対象としたリスクという概念が、個人の責任の範疇として扱われようとしているのだろうか。そして、そのことによってどのような影響があるのか。

「なぜ」という問いに対しては、すでにさまざまな論者によって分析されているため [cf. 渋谷 2003 ; ヤング 2007] 簡単に指摘するにとどめるが、特に近年においては「ネオリベラリズム」の進展がその大きな要因であることを意識しておかねばならない。ネオリベラリズムは自由競争を重視する経済システムであるが、その世界的な浸透の中で、公によるリスク管理が弱体化し、その結果、リスクが個人に（不平等に）再分配されるという傾向に向かいつつある。特にアメリカでは、90年代の福祉改革に顕著に見られるように、ネオリベラリズムの経済政策において、アメリカが社会運動で威信をかけて取り組んできた人種、ジェンダーといったヒエラルキーは曖昧に覆い隠され、「個人の責任」を基本とした政策が推進された。それまで公が担っていた社会的なセイフティネットは私の領域に追いやられ、低所得者層—責任を果たしてないとされる個人—などが犠牲となったことを指摘しておきたい [Duggan 2003 : 14-16]。

本稿では、集合的な事象としての社会的リスクが、「どのように」個人の問題や個人の責任として現れ出るとかという問いに対し考察を加えていく。次節では、統計学の発達と病因論の変化が、医療現場、特に患者や医師の現実把握の仕方にどのような影響を与えているのかについて、二つの医療人類学の先行研究を概観する。それを踏まえた上で、本稿の後半では、アメリカの「肥満問題」を対象に、肥満カテゴリがどのように成立してきたかを確認した上で、小児肥満をめぐる最近の状況を事例

に、社会的リスクがいかにして責任主体としての個人を立ち上げるのかについて検討していく。

2. 集合のリアリティ・個のリアリティ

2-1. 「未来の操作可能性」と「未来の非決定性」の矛盾：「リスクの医学」の誕生と確率論的病因論

近年、人類学において、未来の非決定性や不確実性が生み出す不安や希望をめぐる人々の生き方を描こうとする試みがみられる [cf. Petryna 2002 ; 春日 2007 ; 宮崎 2009]。

未来の非決定性や不確実性に注目し始めたのは、人類学だけではない。哲学者の一ノ瀬正樹は、物理学、生命科学、統計学、経済学などの諸学問が、とうの昔に不確実性をデフォルトとして捉えてきたのに対し、哲学では、未だに「理想・理念あるいは規範」としての「確実性、必然性、決定性といった、不確実性と対極をなす概念こそが主役の位置を占め、確実な知識、必然的な関係、決定されている世界のあり方」が哲学の本筋として語られていると指摘する。しかしながら、何がどうなってしまうのか確実には分らないこと、そして、それに対して不安感が生じること、つまり、不確実性こそが人間にとっての常態的なリアリティではないか、と一ノ瀬は述べる。ゆえに不確実性を哲学の主題として取り上げることには大きな意義があると指摘する [一ノ瀬 2011 : vi]。

このような主張が提出されるようになった背景には、不確実性を回収する認知的な仕掛けが機能しなくなったことや、不確実性を忌避しそれを飼いならそうとする社会的な志向が強まったことが挙げられるのではないだろうか。例えば、ベック [1998] は、科学技術の発達や産業化の発展がもたらす、予測不可能で制御困難な新たな危険に満ちた社会を「リスク社会」として論じた。

また、A. ギデンズは、前近代では、地震や干ばつなどの不確実性は、宿命や神の意思としてあらかじめ決定されたものとみなされていたが、現代社会では科学的なリスクの計算によって、未来は操作可能であるという認識が生まれてきたと指摘する [ギデンズ 2005]。

さらに、I. ハッキングは『偶然を飼いならす』[1999] の中で、19世紀以前のヨーロッパで広く受け入れられていた、世界は何らかの秩序をもっており、将来何が起こるかは過去において厳密に決定されていると考える決定論が、19世紀の統計学の発展とともに衰退し、代わりに、社会の統計化によって次第に偶然が管理の対象となっていく様子を詳細に描いた。

また、特に医学とその関連分野における分野では、20世紀半ば頃から、医学における統計学的分析手法の発達し、決定論的な理解はますます困難なりつつあるという主張が提出されるようになってきた [cf. 中川 1996]。

こうした一連の研究を参照すると、「未来の操作可能性」と「未来の非決定性」という矛盾に、人びとが同時に向き合わざるをえない事態が起きていることに関心が高まっていることが分かる。すなわち、一方では、不確実性を排除しリスクを管理し、それらを科学的に飼いならそうとする志向の強まりがある。しかしながら、同時に、他方では、未来は非決定的で不確実性なので、不確実性やリスクを完全に管理し排除することは不可能だという事実到我々は直面せねばならない。すなわち、科学的知識の増大が、我々に進歩をもたらしながらも、同時に、混沌とした予測不能性も導き入れているという、知識が進歩を導くとする啓蒙主義的合理性とは別種の状況が起りつつあると言うことがで

きる。

リスクという概念が浸透するには、保健医療分野に限れば、人口集団特有の疾病の原因を統計学的分析によって解明し、予防や健康増進を目的とする疫学や公衆衛生学の登場が不可欠であった。美馬達哉は、そのことを、従来の臨床医学とは異なる「リスクの医学」の登場として検討している。「リスクの医学」では、「個人としての病人」を対象にするのではなく、「人口集団」の数値的データと、そこから導き出された確率論的な知が対象となる。これが病因に関する理論に大きな変化をもたらした。すなわち、一つの疾病には単一の病因が実在しており、個人の内部に実在している特定の病原菌が原因で疾病になる特定病因論から、複数の要因が複合的に作用して確率的に疾病を引き起こす確率論的病因論へと病因論が変化したのだ。後者においては、病気になる諸要因としての病因は、心身内部に加え、環境、ライフスタイルのなかにも見いだされる [美馬 2012 : 42-45]。

そのため、現代社会で問題化される一部の病気の理解においては、病因が多岐にわたるため、身体の境界と、それを侵す外部からの異物という理解が困難になりつつある。がんや心臓病を引き起こすリスク要因の同定や、免疫やアレルギー、遺伝が、病気を引き起こすメカニズムは徐々に明らかにされつつあるが、それらの知識が増大するにつれ、逆説的ではあるが、われわれになじみの深い生物医学における単線的な病因論の理解は、不確実性によって浸食されつつある。単線的な病因論の理解とは、例えば、英語の用法を見れば顕著だが、「風邪を引く (catching a cold)」や「がんになる (have cancer)」など、自己と病原菌との間に境界線を設定し、自己の肉体の外部から内部への侵害 (の影響・帰結) として病気を説明するものである。

確率論的病因論によって、自己の肉体とその外部という明確な境界設定が揺り動かされ始めているという事実は、われわれが病気の原因をさぐる場合に、大きな影響を与える。以下で二つの事例を紹介していくことにしよう。

2-2. 錯綜する病因論と不確実性との対峙

慢性病についての人類的調査は、リスクとされてきた不利益が現実に形を現してしまったことについての人々の困惑やそれへの対処、苦しみの経験を描いている。ロンドン南東部の糖尿病デイ・センターで人類的調査を行った S. コーンは、人々のリスク認知と個々の慢性病患者が経験するコントロール喪失について考察している [Cohn 2000]。彼は、調査中に、片足を失い、もう片方の足も壊死しかかっているにもかかわらず、食習慣、喫煙習慣、飲酒の習慣を変えようとしない糖尿病患者に出会い、このような人たちをどう説明したらよいのかと当惑した思いを抱く。そして、そうした態度は、医学の病因論と、自己の経験についての原因と結果の思考方法が矛盾して現れ出たものではないかと分析する。

彼によると、人は過去に起こったことへの理解から、将来何が起こるのかを類推する。そのため、リスク認知は因果関係論と深く関わる。過去は多くの場合可能な限り単純な原因の構造として理解され、人は、過去と現在を系統だって分類することによって、未来を設定することが可能となる。しかし、慢性病をめぐる錯綜した病因論のもとでは、この分類行為は単純には成り立たなくなる。なぜなら、過去から及ぼされた影響の可能性が多数あるために、未来の可能性も同じくらいに多数想起され

るからである。いつの間にか糖尿病になっていた人、なぜ糖尿病になったか分からないという人にとっては、過去に経験されたものとしての原因が見当たらないため、原因を絶つこともできずに、未来の希望などが消滅してしまう。そのため、困惑やコントロールの喪失を感じるのだとコーンは分析する。生活習慣を変えなさいという医師に対し、患者たちは、自身の経験に基づいて懐疑的な態度をとる。おやつに甘いものを毎日食べ続ける女性は「悪くなるときはその時。普通に生活していたのに糖尿病になったのだから」と病いを宿命論的に解釈する。また、ある患者は「何が原因で糖尿病になったのか医師たちだって分からないのに、なんで、いつか影響するかもしれないからと、医師の言う通りに食習慣を変えなければいけないのか」と述べる [Cohn 2000 : 216-217]。

ある特定の病気を説明する生物医学の病因論モデルの中に、極めて多数の「因果の可能性」が組み込まれることにより、個々人の病の経験は、原因（過去）と結果（現在）を無理なく結びつけようとする際に、矛盾を孕む。この事例は、その矛盾が苦悩やあきらめ、宿命、コントロール喪失感を引き起こしてしまうことを示している。

二つ目の事例として、がんの遺伝カウンセリングが普及しているデンマークの事例を報告する M. スベンセン [Svendensen 2006] を取り上げる。彼女によれば、自己と病因の境界線は、自己の肉体とその外部にはなく、今や、自己の身体の内側に、あるいは、自分の遠い過去にあるかもしれない。デンマークでは公的なヘルスケアシステムの中に、がんの遺伝カウンセリングの施設が配置されているという。先祖代々受け継がれてきた、発がんに関わる遺伝的要因——「旅する」遺伝子——を明らかにするために、カウンセリングでは人類学の親族研究ではおなじみの家系図が使用される。家系図から遺伝パターンを割り出し、いくつかのパターンに従って、おおよそのがんの発病確率が数値化される。自己と病原の境界は、限りなく不鮮明で、病原をもたらす可能性は自分が会ったこともない親族にまで広がる。

さらに詳しくがんの発病の可能性を知るには、精密な遺伝子検査を受ける必要があるのだが、乳がんで自分の母親、叔母、さらには姉までを亡くした一人のインフォーマントは、それ以上の明確な数値を突止めることを止める。その代わりに、健康診断をかかさず受け、自己の健康管理に努めることを決意する。がんを患うかもしれないという状態は、健康（生）と病（死）の狭間にいる状態として描かれる。生を自己のコントロールにゆだねることによって、その狭間は生きる可能性の源にもなる。遺伝子検査を受けないという決断によって、知ることと知らないことのバランスを両立させ、曖昧な状態を維持しておくのだ [Svendensen 2006 : 158]。

断っておかねばならないのは、一般的に遺伝子検査は、社会全体の中のリスクではなく、個人や親族、祖先の内部にある疾病のリスクを突き止めるものである。しかしながら、今日のゲノム医学は、人間の本性の多くが遺伝子によって先天的に決定されるとする「遺伝子決定論」と大きく異なり、ライフスタイルなどの環境要因との相互作用によって、後天的に発現が制御されると考える。スベンセンの事例からも分かるように、がん遺伝子とは、がんを確実に引き起こす遺伝子という意味ではない。つまり、自らの制御を超えているように思える遺伝的要因でも、決定論的に病気を引き起こすものではなく、ライフスタイルなどの環境要因と同様、自己のコントロールによって発現を制御できるものとして捉えられている。そのため、美馬は、ゲノム医学は、特定病因論にもとづいた遺伝子治療

から、リスクの医学へとゆるやかに統合されていくだろうと述べる [美馬 2012 : 48]。

以上、確率論的病因論が、医療現場、特に患者の現実把握の仕方にどのような影響を与えているのかについて二つの事例を概観した。確率論的病因論が依拠する統計学的・確率論的知の体系は、個人に起こった出来事の解釈や経験の把握の仕方と異なる。前者は集合や社会のリアリティであり、後者の個のリアリティからは独立した法則性に支配されている。それに対し、後者は、個人が、過去と現在の出来事を選び分け、自分なりの因果関係を設定することによって、経験を理解する手だてをつかんで得られるものだ。だから、これは特定病因論となじみやすかった。

コーンの事例では、医師は、すでに起こってしまった糖尿病の原因を特定することは出来ないとしながらも、患者にはライフスタイルの改変を促す。つまり、過去から見た未来には非決定性を導入しながら、現在から見た未来には操作可能性を持ち込もうとする。それに対し、患者は、原因（過去）と結果（現在）を結びつけることが出来ず、未来の不確実な状況に身を投げようとする。スベンセンの事例では、患者側は、遺伝子検査によって乳がんの発生確率が分かったとしても、完全に予防することはできないという事実を受け止め、曖昧さという不確実な状況をあえて残し、その中で自己の管理に活路を見いだす。どちらも、患者は、自己のコントロールによる「未来の操作可能性」と「未来の非決定性」の両方を受け入れ、状況に応じて、そのバランスを調整しながら生きていかねばならない。

以上を踏まえた上で、これから、アメリカの「肥満問題」を事例にして、社会的リスクが「どのように」個人の問題や個人の責任として現れ出るのかという本稿の問いを検討していくことにする。

3. 「肥満問題」とリスクの個人化

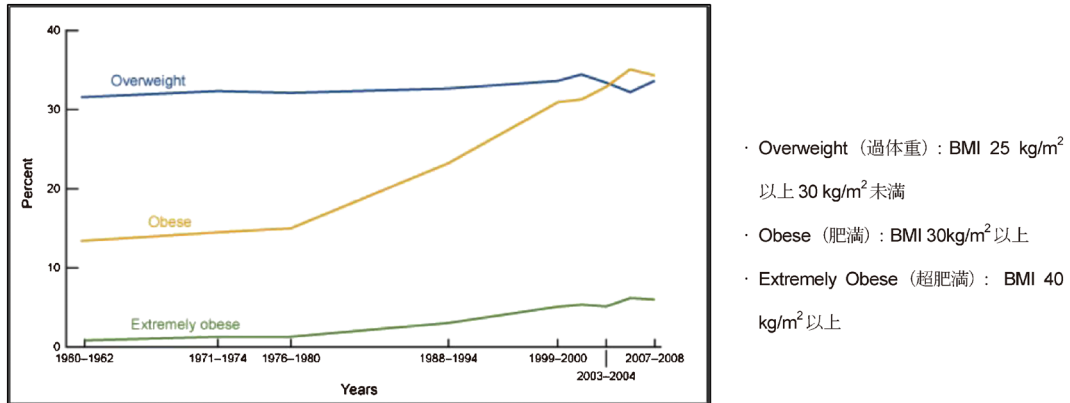
3-1. 「肥満エビデミック (Obesity Epidemic)」

アメリカでは、1980年代後半から2000年代初期にかけて、肥満者の急増（表1参照）が社会的に「問題化」され始めた（写真1, 写真2）。現在、「過体重 (overweight)」「肥満 (obesity)」のカテゴリに分類される人は、人口の6割以上を占めるといわれる。肥満者の急増は、公衆衛生が立ち向かうべきエビデミック (epidemic) として位置づけられている。

エビデミックという言葉が人口に膾炙し始めたのは、2001年に出された、アメリカ合衆国保健福祉省 (United States Department of Health and Human Services : 以下 HHS) の『公衆衛生局長官による過体重と肥満の予防と減少のための実施要請2001 (Surgeon General's Call to Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity 2001)』によるところが大きいだろう。16代米国公衆衛生局長官 David Satcherは、そのなかで「肥満はエビデミックの域に達した」との声明を出した。そして、年間30万人の人が死亡し、医療費は1170億ドルに増大しているため、この新しいエビデミックに立ち向かわなければならないと宣言している [U.S. Department of Health and Human Services 2001]。

2004年には、HHSの長官である Tommy G. Thompson が、肥満を HHS の最優先課題と位置づけた。そのときの声明では「肥満が阻止すべきエビデミックであることは疑いのない事実である。本プランは、科学的な調査に基づいたアプローチにより、肥満を克服することに焦点をあてる」と述べて

表1 「アメリカ合衆国における成人（20-74歳）の過体重、肥満、超肥満の動向：1960-62年から2007-2008」



* 出典：CDC [http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_adult_07_08/obesity_adult_07_08.htm] (2014年1月13日最終閲覧日)

いる²。

国際的には、1996年に、国際肥満特別専門委員会(International Obesity Task Force：以下 IOTF) が招集された。1997年6月3日から5日にかけて、世界保健機関 (WHO) は「肥満についての諮問会議 (WHO Consultation on Obesity)」をジェノバで開催し、2000年には、IOTF のサポートにより『肥満：グローバル・エビデミックの予防と管理 (Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic)』[W.H.O. 2000] を発行している。非感染性疾患 (Noncommunicable Diseases) かつ慢性疾患 (Chronic Diseases) としての肥満が世界的に流行している現状とそれに対する対策が報告されている。これは世界的な肥満の流行を喚起するランドマーク的なりポートとなっている。

このように、21世紀の初め頃には、「肥満エビデミック」は公式的に正真正銘の社会問題として認識されるようになった。NIH の肥満研究資金は、1993年の5000万ドルから、2005年には4億ドルに増えた [Moffat 2010]。そして、「エビデミック」という言葉の普及とともに、肥満は、病気を引き起こすリスク要因として公衆衛生の予防介入政策の対象として取り込まれ、体重の自己管理や健康増進が国民の「義務」として位置づけられるようになっていく。

エビデミック (epidemic) とは、オックスフォード英語辞書によると「特定の時期におけるコミュニティのなかの感染症の広範囲にわたる発生 (a widespread occurrence of an infectious disease in a community at a particular time)」と定義されている。エビデミックを対象とする疫学は、急激な変化を伴う現象を扱う。19世紀頃は、特定の病原菌や微生物による感染を指して使われていたが、20世紀の後半から、その使用はより広範なものになってきている。例えば、新しく出現した HIV/AIDS、鳥インフルエンザやレジオネラ症のような突発性の感染症をエビデミックとして扱うことは理解できる。それに加え、昨今の特徴としては、感染性のない肥満、がん、心疾患、コカイン中毒者などの社会問題にも、比喩的に適用されるようになってきた [Martin and Martin-Granel 2006 :

² [http://www.nih.gov/news/pr/aug2004/niddk-24.htm] (2014年1月13日最終閲覧日)



写真1 医療保険会社 Kaiser Permanente によるセロリで肥満廃絶を呼びかける広告
* 2008年10月ベイエリア地区サンフランシスコ方面のフリーウェイにて



写真2 アメリカ合衆国保健福祉省の広告

* 2009年4月15日サンフランシスコ市バス停にて。お尻の破線部分の文言は、一番端から、「ランチ時に短い散歩をすることにした/テイクアウトをやめて、健康的な食事を料理し始めた/わいせつ法 (obscenity laws) に挑むようなビキニを買った」と書いてある。

979 ; Moffat 2010 : 4]。

エpidemickという言葉を使うことによって、その病気には予防介入が可能であるという意味合いが含まれる。アメリカ疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention : 以下 CDC) によると、個人レベルでは、過体重や肥満に関連して、将来、様々な病気に罹患するリスクが増大するとされている (表2 参照)。

表2 過体重と肥満に関連して増大するリスク

- 冠動脈性心疾患
- 2型糖尿病
- がん（子宮体がん，乳がん，大腸がん）
- 高血圧症（高血圧）
- 脂質異常症（高コレステロール血症，高トリグリセリド血症）
- 脳卒中
- 肝疾患，胆嚢疾患
- 睡眠時無呼吸，呼吸障害
- 変形性関節症（関節内の軟骨および下層の骨の変性）
- 婦人科系疾患（異常月経，不妊）

* 出典：CDC [<http://www.cdc.gov/obesity/adult/causes/index.html>]
(2014年1月13日最終閲覧)

また、CDCは、肥満が将来にもたらす個人レベル・社会レベル両方の直接的・間接的な経済的損失もあげている。社会レベルの損害としては、アメリカのヘルスケア制度に深刻な経済的損失を与える。直接的には、肥満に関連する予防、診断、治療サービスのための医療費がかかることあげられる。間接的には、疾病率と死亡率にかかわるコスト費用があげられる。疾病率にかかわるコストとは、生産性の低下、活動の制限、仕事の長期欠席、病床によって収入の損失が出ることであり、死亡率にかかわるコストとは、早死によって将来見込まれていた収入に損失が出ることである³。

肥満者の増加をエビデミックとして扱うことによって、肥満は病気としてカテゴライズされる。そのため、たとえ「健康」な人であっても、分類上は肥満「患者」として、あるいは、将来病気になる「潜在的患者」としてカテゴライズされてしまう。そのことに違和感を感じる社会学者からは、「肥満エビデミック」という表現に対し、異議申し立てが提出されつつある [cf. Boero 2007 ; Gard and Wright 2005 ; Moffat 2010 ; Saguy and Riley 2005]。例えば、サゲイとライリー [Saguy and Riley 2005] は、感染症ではない肥満に対しエビデミックという言葉を用いることによって、公衆衛生によって肥満が病気として枠付けされ、体重がコントロール可能であり、肥満は予防できるという道徳的規範が設定されてしまうと指摘する。そして、体重コントロールが出来ないことによって恥や恐怖の感覚が生み出されることを、保健医療やメディアが正当化してしまっている現状に注意を喚起している。

他方で、表1が示すように、80年から90年中頃を境に、肥満が急増しつつあるのは確かである。そのため、医療人類学者のT. モファットは、保健医療専門家やメディアによって、エビデミックという言葉が過度に強調されすぎているのは確かだが、それに対して、社会学者はその被構築性や政治性を批判的に暴くのみにとどまっていると指摘する。特に子どもの肥満問題は、子どもの健康や親の責任がかかわる問題であり、中庸で現実的な道を模索すべきだと述べる [Moffat 2010]。

肥満問題に対して対策を講じようとする保健医療に携わる者たちの政策レベルの立場も、肥満を問題化することによって道徳的規範やスティグマが生み出されることを懸念する社会学者の批判的立

³ [<http://www.cdc.gov/obesity/adult/causes/index.html>] (2014年1月13日最終閲覧)

場合も、そして、肥満は健康問題でありスティグマを生み出さないようより現実的な道を探るべきとする中庸な立場も、それぞれ一理ある。重要なのは、後者の二つの立場が抱える、保健医療やメディアが問題化する「肥満エビデミック」に対する違和感が、何に由来するのかを明らかにすることであろう。そのことを解明していくために、「肥満エビデミック」をめぐる言説や政策を可能にしている、「過体重」や「肥満」というリスク集団のカテゴリがどのように成立していったのかについて、BMIの小史として概観しておく。

3-2. BMI 小史

19世紀に統計学的な知が成立し、病人、狂人、非行者、同性愛者などのさまざまな人間集団が、人口を母集団としたリスク集団として発見された。それらに比べると、「過体重」や「肥満」というリスク集団のカテゴリの歴史は新しいと言える。

クツマルスキとフリーガル [Kuczmarski and Flegal 2000] らによると、人間の肥満度を測るアプローチには二つの方法がある。一つ目の方法は、あらかじめ身長別に定められた標準体重に当てはめて判断するやり方で、1980年以前はこの方法が一般的だったようだ。このアプローチとしては、1959年に発表されたアメリカのメトロポリタン生命保険会社の体重表が有名だ。顧客のデータから体重の増加が寿命の短縮と関連していることを数十万人の保険加入者（ほとんどは上流階級に属する中年の白人男性）から発見し、最も死亡率の低かった体重を、「理想的な (ideal)」や「望ましい (desirable)」体重として、男女別身長別に表化し、広く認知されるようになった⁴。

肥満度を測る二つ目の方法は、身長別体重比の指標に照らし合わせて測定する方法である。体重 (kg)/身長 (m)² によって割り出された体格指数 (Body Mass Index : 以下 BMI) による測定はこの方法である。アメリカだけでなく、WHO をはじめとする多くの保健機関や保健医療の現場で使用されている。

BMI は、そもそも、19世紀のベルギーの統計学者アドルフ・ケトレーの「平均的な成人の体重は身長²に比例する」という考察によって生み出されたケトレー指数として知られていたものだった。ケトレーは、正規分布の中央に位置する平均的な人間を表す「平均人」という概念を生み出したことでよく知られる⁵。ケトレーは、ケトレー指数の計算方法を、病気のリスクや脂肪率を測るために編み出した訳ではなかった [Eknayan 2008]。それが BMI という名前で普及するきっかけになったのは、生理学者の A. キーズの研究によるところが大きい。キーズらは、5カ国約7400人の成人男性を対象に、いくつかの公式をもとに身長と体重から導きだされる値と実際の体脂肪率と相関性を検証した。それによって、体重を身長²で割る公式、すなわちケトレー指数が、体脂肪率とよく相関することが明らかになり、1972年に彼らによって BMI と名付けられることになる [Keys et al.

⁴ これにより、理想体重より重い体重の人には保健の掛け金を高くする仕組みが作られた。しかしこれは、靴を履いたまま、洋服を着たまま、身長体重は自己申告、喫煙と非喫煙の区別をしていない、被調査者の年齢が25歳～59歳というように偏りがあること、など統計の出し方に問題があることが明らかにされている [Kuczmarski and Flegal 2000 : 1075]。

⁵ ハッキングは、ケトレーが考えた「平均人」の概念によって、平均身長、平均の目の色などがまるです実体であるかのようなリアリティを作り出してしまったと述べている [ハッキング 1999 : 164]。

1972]。

注目しておきたいのは、キーズは論文の中で、BMIの数値は人口調査については適用可能だが、個人の診断には適切ではないと示唆していることだ。彼は、病気や死は体重ではなく加齢に関係すると述べた上で、科学的で客観的な体格指数を求めると、個人の体重を「過体重」や「望ましい」体重など価値判断を含む用語で表現をすることは全く関連性がない。そればかりか、そうした価値判断は科学の客観性を損なうため正当化できるものではない、と強い口調で指摘している [Keys et al. 1972 : 341]。

しかし、糖尿病や高血圧、心疾患が、体脂肪率の高さと関係していることが認識されるにつれ [cf. Hubert et al. 1983]、ケトレーの意図やキーズの主張とは無関係に、病気の予防介入のために、「標準」「過体重」「肥満」カテゴリを定義するカットオフ値の設定をめぐる、論争が繰り広げられた⁶ [cf. Andres et al. 1985]。

現在のアメリカの肥満統計学者の権威である K. フリーガルも、こうした傾向に注意を促す。彼女は、BMIと死亡率の原因と結果のもつれをほどいて明らかにするのは困難であると述べる。なぜなら、体重と死亡率との関連性は、必ずしも因果関係を伴うようなものではなく、食習慣や運動、身体組成、体脂肪の分布などの複数の要因が関係しており、さらに、BMIは食習慣や運動の指標にはならないからだと指摘する [Flegal 2006 : 1171]。

未だ決着しない論争や不正確さ⁷を抱えながらも、数値化によって、肥満のリスクが「可視化」されたおかげで、特殊な器具を必要とせず体重と身長のみで計算可能な手軽さから、BMIは多くの保健医療の現場で活用されている。そして、肥満に関連する病気の予防対策としての体重管理や健康増進は、個人の身体を通して行われることが可能になった。

社会的リスクは、ある事象が集合に内在するものと想定することによって成り立つ。ある事象に規則性が見いだされ、それが数値化され平均値が出されると、そこから大きく逸脱するケースは「異常」と見なされる。再度確認しておくべきは、肥満予防対策で頻繁に依拠される統計的データは、集合に内在する規則性について語っているのであり、個別事象の原因と因果の関係を示しているのではないということだ。ここにあるのは「相関性」であって、必然的で確定的な関係ではない。

しかしながら、統計的データを個人に当てはめ因果的に解釈することの問題性についてはほとんど無自覚のまま、「正常」「異常」の数値を割り出す根拠として、BMIは利用されている。次節では、「小児肥満 (Childhood Obesity)」の公衆衛生やメディアの対策・対応を事例に、社会的リスクがいかにして責任主体としての個人を立ち上げるのかについて考察していく。そして、リスクに対する決定と責任がはらむ問題点を明らかにしていくことにする。

⁶ 議論の争点は、主にカットオフ値を決める際に年齢と性別を考慮に入れるか否かに関するものであり、それらについての論議は決着していない。現在、1998年にNIHの一部門である国立心肺血液研究所によって発表されたカットオフ値 (BMI 25-29.9「過体重」、BMI 30-34.9「肥満1」、BMI 35-39.9「肥満2」、BMI 40以上「極度の肥満」) が広く使われている。また、「過体重」と「肥満」は、心疾患、2型糖尿病、がん、高血圧症などのさまざまなリスクがあるとされている。

⁷ BMIの不正確さは、筋肉や骨格等の身体組織が考慮されていないことからくる [cf. Romero-Corral et al. 2008]。

4. 「肥満になる」意思決定と累積的リスク

4-1. 子どもの肥満をめぐる責任ゲーム

すでに述べたように、新公衆衛生の政策においては、自らの健康を能動的に自己管理することは、市民の権利であり、義務である。では、子どもの肥満についてはどうだろうか。

2010年の調査では、アメリカでは、16.9%の子ども（2歳～19歳）が肥満と言われている〔Ogden et al. 2012〕。健康リスクとしては、高血圧、高コレステロール、インスリン抵抗性、2型糖尿病、呼吸疾患、関節障害がある。また、差別を受け、低い自己評価を持つため、心理的な問題を抱えるという点でもリスクにさらされているという。さらに、子どもの頃肥満である場合、成人しても肥満である可能性が高いとされるため、表2で掲げた過体重と肥満に関連して増大するいくつかの病気のリスクを、大人になる前にすでに抱えていることになる⁸。そのため、政府は、州ごとのプログラムを通して、小児肥満の予防対策に力を注ぎ始めているのである（写真3）。

これまで、親の責任だとされてきた子どもの肥満は、昨今の公衆衛生によるやや度を超しているようにも思われる予防プログラムを見ると、その事情は少しずつ変化しつつあるように思える（例えば、写真4）。一部の研究者は、子どもの肥満を予防介入政策のターゲットにすることに対して、懸念を表明し始めている〔cf. Gard and Wright 2005 ; Rich and Evans 2009〕。その懸念とは、体重や身体サイズを過度に監視の対象とすることは、健康には逆効果ではないかというものである。例えば、



写真3 「小児肥満 (Childhood Obesity)」 予防を警告する広告 (カリフォルニア州 First 5 California)

* 2007年5月15日オークランド市にて

⁸ 子どもは、大人と違い、年齢や性別で大きな差異があるため、BMIによるカテゴリーによる分類ではなく、年齢性別によるBMIパーセンタイルが使われる。過体重は、同性同年齢の子どもなかで、BMIが85パーセンタイル以上95パーセンタイル未満の場合を指す。肥満は、同性同年齢の子どもなかで、BMIが95パーセンタイル以上の場合を指す〔<http://www.cdc.gov/obesity/childhood/basics.html>〕 (2014年1月13日最終閲覧)。

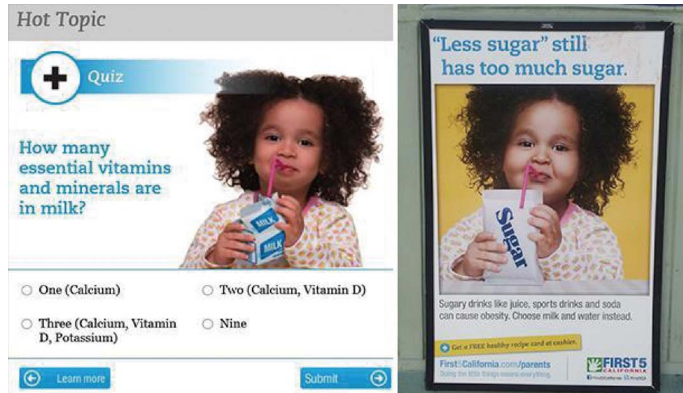


写真4 フォトショップされる子どもたち（カリフォルニア州First 5 California）

* 2013年6月頃、広告に採用された女兒の写真が、フォトショップによって意図的に太った女兒に加工されていることが発覚した。右側の写真の下には、「ジュースやスポーツ飲料、炭酸飲料などの甘い飲み物は、肥満の原因になります。代わりに、牛乳や水を選択しましょう」という文言が書かれている。

学校での体育の時間が、身体を動かす楽しさを学ぶ機会ではなく、減量のための手段となってしまう可能性がある。また、特に、外見へのコンプレックスを感じやすい思春期の子どもたちの自尊心に悪影響を及ぼし、拒食症や過食症などの摂食障害を助長する可能性もある [Lupton 2013 : 43]。食事や運動が体重に直接関係することとしてみなされるため、太っている子どもたちに対する偏見は増し、本人の劣等感も強くなるということが憂慮されているのだ。

本稿では、2011年から2012年にかけて、一般の人々も巻き込んで大きな論争を呼んだ、ジョージア州の小児肥満対策キャンペーン「Strong4Life」を事例として取り上げていくことにしよう。

事例：ジョージア州の小児肥満対策キャンペーン「Strong4Life」

全米で2番目に肥満児の割合が高いと言われるジョージア州アトランタで、2011年から2012年にかけて、公衆衛生の小児肥満対策のためのプログラム「ストロング・フォー・ライフ（Strong4Life）」による、テレビ広告とビルボード広告のキャンペーンが大論争を巻き起こした。「ストロング・フォー・ライフ」とは、アトランタのチルドレン・ヘルスケア（Children's Healthcare of Atlanta）が始めた「社会変化を起こして、小児の肥満エビデミックと関連する病気の進行を食い止める」ことを目的とした健康プログラムである⁹。

そのビルボード広告には、太った子どもが一人ずつ写ったモノクロ写真と共に、赤字で書かれた警告（Warning）という文字の下に「骨格がいいからこんな風になったわけではない。食べ過ぎたからこうなってしまったんだ。」「太った子どもは太った大人になる。」「太った子どもは親より長生きでき

⁹ [http://www.strong4life.com/pages/about/ArticleDetails.aspx?articleid = DefiningWhatItMeans§ionid = overview] (2014年1月13日最終閲覧日)



写真5 ジョージア州の小児肥満対策キャンペーン「Strong4Life」のために、2011年から2012年にかけて掲げられた広告。

ないかもしれない。」などの文言が掲げられていた（写真5）。

また、テレビ広告のバージョンでは、モノクロ映像で、子どもがテレビ画面に向かって、「ママ、僕はなんで太ってるの？(Mom, why am I fat?)」「お医者さんが、私は高血圧症とかいう病気にかかっているって言うの。本当に怖い。(My doctors say I have something called hypertension. I'm really scared.)」「私は学校に行くのが嫌いです。だって、他の子たちが私をいじめるからです。それで私は傷つくのです。(I don't like going to school because the other kids pick on me. It hurts my feeling.)」など、あくまで広告ではありながらも、まるで自分自身の身に起きていることであるかのように語る。

このセンセーショナルな広告キャンペーンに対し、太った子どもに対するスティグマを増幅させる、いじめに繋がるなど、不快感を抱いた人々は多かった。インターネット上では、ブログなどを通してさまざまな意見が交わされた。

アトランタ首都圏の新聞アトランタ・ジャーナル・コンスティテューション（The Atlanta Journal-Constitution）の記事「容赦ない小児肥満の広告、批判を呼ぶ（Grim childhood obesity ads stir critics）」によると、アトランタのチルドレン・ヘルスケアがこのような手法をとらざるを得なかったのは、かれらが行った調査で、調査に協力した人のうち、50%は小児肥満を問題だと認識していなかったこと、また過体重や肥満の子どもを持つ親の75%が、自分の子どもに体重の問題があるとは思っていないという調査結果が出たためだという。加えて、ジョージア州は、約100万人の子どもが過体重か肥満で、全米で2番目に肥満児の割合が高いといわれている。キャンペーンの責任者は、「私たちには、「ヘイ、ジョージア！目を覚まして！これは問題だ」といわんばかりの、人々の注意を引く、予想外のキャンペーンが必要だったのです」と述べている。このキャンペーンに対する反応として、小児向けの保健医療に携わる人びとは、太った子どもをターゲットにした残酷な広告だが、深刻な公衆衛生の問題だと認識させるためには必要だと、このキャンペーンを概ね支持しているという。しかしながら、公衆衛生で働く人のなかには、写真のイメージが、単に肥満者にスティグマ

を貼り、恥を煽るだけで、親や子どもに不健康な体重を改善する意識が芽生える可能性は低いと不快をあらわにする者もいる [Teegardin 2012]。

50,000人のメンバーを持つ肥満者のための治療の情報提供をサポートする NPO 団体「肥満行動連合 (Obesity Action Coalition : 以下 OAC)」が行った世論調査によると、「このキャンペーンは、肥満の子どもにとってプラスになるのか、マイナスになるか? (Does this campaign help or hurt children affected by obesity?) という質問に対し、回答者1,050人中、81%が「肥満の子どもを傷つけていると感じる (feel the campaign hurts children affected by obesity)」と回答し、19%が「肥満の子どもの助けとなると感じる (feel the campaign helps children affected by obesity)」と回答している。また、「この広告やキャンペーンは不快ですか? (Are the billboards or the campaign offensive?)」という質問には、82%が「はい」と、18%が「いいえ」と回答している¹⁰。ニューヨーク・タイムズの記事によると、OAC は、「キャンペーンのメッセージは、アメリカの肥満の子どもが日常的に直面している、容赦ないからかいやいじめをさらに激化させる」とプログラムに抗議している [Dell'Antonia 2012]。

筆者がたまたま目にしたニュース番組では、キャンペーン関係者がインタビューに応え、「子どもにも太っていることに対し罪の意識を持たせることが大切だ」と主張していた。これまでは子どもの肥満は親の責任だという認識が強かったが、この広告キャンペーンからは、太った原因は子ども自身にもあり、子ども自身も太らないための意思決定をすべき主体であるという主張が読み取れる。

筆者のインフォーマントである、ファット・アクセプタンス運動¹¹のあるアクティビストは、一連の広告に対し憤りをあらわにした。オーディションで選ばれた子どもたちを、広告の写真に一人ずつ掲載することによって、あたかも「その」子が持つ悩みとして、固有性を持たせようとしていると批判した。選択行為や意思決定を十分にできると見なすことのできない子どもまでを、なぜ、決定した主体に仕立てあげ、責任ゲームの中に放り込んでしまうのか、人々の不快感はおそらくここに起因する。

4-2. 責任主体と累積的リスク

ある個人が、決定者として責任主体に仕立てあげられることによって、その個人の生に「未来の操作可能性」が持ち込まれる。しかしながら、その人が、「真の」決定者といえるかどうかは、かなり不明朗といえる。「太ることは、子どもである彼ら自身が選択した結果であり、彼らに責任がある」と言うことは、どこまで妥当なのだろうか。言い換えるならば、食べ過ぎたから太ったということを、「肥満になる選択/決定をした」とみなすことはいかにして可能なのだろうか。以下では、この問題を検討していこう。

¹⁰ [<http://www.obesityaction.org/weight-bias-and-stigma/bias-busters/georgia-strong4life-campaign>] (2014年1月13日最終閲覧)

¹¹ ファット・アクセプタンス運動とは、1969年にアメリカで誕生した社会運動である。太っている者に対する差別の廃絶を訴え、身体サイズの多様性を受容する社会の実現に向けて、体重やサイズを反差別法で保護されるべきマイノリティ・カテゴリーの一つとして位置づけることを訴え続けている。詳しくは、[碓 2013] 参照。

選択した行為がある結果を導くという点について考察を加えるために、ここで、選択という行為を大まかに二つに分けて考えたい。一つは、一度あるいは数回の選択によってその後の結果が大きく左右されてしまうタイプの選択である。もう一つは、日常生活を送るなかで結果として行われている無数の選択である。例えば、食べる行為はその代表例で、一口一口の食べる行為はミクロの決断と見なすことが出来る。人はある程度、受け入れてもいいリスクと回避したいリスクを瞬時のうちに峻別しながら生きているが、その大部分は、後者のような、ことさらに選択として意識されることなく無意識のうちに行われている。ここでは、そうした、無意識のうちに行われているミクロな無数の決断の集まりの帰結として引き起こされる未来の不利益の可能性を、リスク認知の第一人者である心理学者 P. スロビック [Slovic 2000] に倣い、累積的リスク (Cumulative Risk) と呼ぶことにする¹²。ただし、スロビックは、ある危険に長い間をかけて曝され続ける場合、リスクは累積的な性質を持つとしながらも、そこに質的に異なる累積性が混在することを看過している¹³。

本稿が説明する(肥満の)「累積的リスク」の特徴は、車の運転による交通事故の例と比較すると、分かりやすい。車の運転に長期的・反復的にかかわっている場合、交通事故発生のリスクは、車の運転をやめるたびにリセットされる [cf. Slovic 2000]。そのため、車の運転にかかわることによる「累積的リスク」は、確率論的な意味での未来の不利益の発生の蓋然性が増大することだといえる。他方で、食べる行為に長期的・反復的に携わる場合、体内に取り込んだ食物は蓄積するとみなされる。そのため、食べる行為にかかわることによる「累積的リスク」は、因果論的な意味での肥満や病気の蓋然性が増大することだといえる。

注意したいのは、その食べる/食べないという膨大な決断の集まりを、ある特定の状態になることの決定として理解する思考方法が、われわれにはかなり身に付いているということだ。仮に、食べ過ぎが肥満を導き、やがて糖尿病を引き起こすという因果関係を時間の連続性のなかに設定するなら、いつの時点で、どのように人は決定者として割り当てられるのだろうか。チョコレートを食べるか食べないか、といったミクロの決断はあるとしても、肥満や高血圧、糖尿病になるかならないかといった決定は存在しないのではないだろうか (図 1 参照)。つまり、その決定は、意思決定を行う主体の累積的な決定に対してメタレベルである。そして、誤解を恐れずに言うならば、それは、現実には存在しない「決定」なのである。

しかし、累積的リスクが、メタレベルの「決定」として存在するものとして作り上げられると、個人はその「決定」の責任者という認識を持つようになるだろう。そのとき、「過体重/肥満」というカテゴリは、もはや単なる分類記号以上の意味を持ち、「肥満者」という責任主体を作り出す。それはまるで、ジョージア州の小児肥満対策キャンペーンで使われた、一人一人の子どもたちの写真イメー

¹² ここでの「累積的リスク」についての議論は、2007年日本文化人類学会「人類学的リスク研究の開拓」分科会においてなされた発表に基づく。議論は、分科会代表者である市野澤潤平の指摘に多くを負っている。

¹³ スロビックは、自動車の運転する者にとっての交通事故、喫煙のリスク、地球気候変動、避妊の失敗、HIV 感染などを累積的リスクの例として列挙しているが、車の運転、避妊の失敗、HIV 感染などに伴うリスクの累積性は、主に確率論的な意味での(将来的な不利益が発生する)蓋然性の増大である。それに対し、喫煙リスク、地球気候変動、本稿で言及する肥満や生活習慣病に関しては、因果論的な意味での蓋然性の増大が主たる問題となる [cf. 市野澤 2013]。

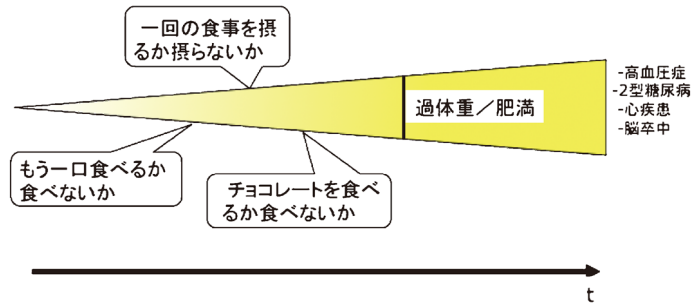


図1 累積的リスク

ジが喚起するような固有性を持つ。

すでに BMI の小史で概観したように、どの時点でリスクが増大するかという線引き自体は、統計学に内在しているものではなく、極めて人為的なものである。医学的には、いつから肥満になり、いつから高血圧や糖尿病になるのかという、「正常」と「異常」のカットオフ値などはなく、実際は連続している。科学哲学者カンギレム [1987] が、正常と病理の量的な連続統と質的な同一性を説き、統計的事実から平均を規範として捉え、統計的へだたりを病理的なものとして語ろうとする傾向に疑義を呈したように、ひとたびカットオフの値が決められると、たちまち、人々の生はそれに基づいて区分され、それに応じた健康の価値規範が生まれる¹⁴。ジョージア州の広告の事例は、公衆衛生の統計学的知が「正常」「異常」という社会的価値判断として使用されることになってしまったために、問題を巻き起こしたとのだと考えられる。

5. おわりに：交錯する集合のリアリティと個人のリアリティ

統計的なデータによって、大勢の人々の集合が、社会という名で一定の秩序を持ったものとして構想可能になる。そして、個人は、社会における自分の位置づけを、統計的なデータを通して知ることが出来るようになる。科学哲学者のハッキングによれば、統計法則は、集団主義と全体論的傾向が優勢な東ヨーロッパではなく、「経済的自由主義、個人主義、原子論的な人間および国家概念が優勢な西ヨーロッパの社会データの中で発見された」[ハッキング 1999 : 7]。また、アメリカの「統計好き」を論じる歴史学者のブラスティンは、物質的幸福の度合いを測定するのに適している統計学は、消費者民主主義から生み出されたと述べる。「自家用車を二台保有する家庭」と自称するカリフォルニアの郊外居住者は、裕福なアメリカ人と特徴を共有する社会の一員として、既に一つの統計コミュニティの中に身を置いているのだと指摘する [ブラスティン 1990 : 35]。

つまり、個人の自由を担保しながら、社会という名で言い表される大勢の人々の集合全体を構想しようとする場合、統計的な形をとる社会法則は有用な典拠となる。なぜなら、個々の自由と衝突しな

¹⁴ カンギレムは、健康がどこで終わり病気がどこから始まるか、つまり、正常と病理の境界を判断するのは、究極的には個人なのだという。そして、生活の中で様々な不測の事態を許容でき、新しい場面で新しい規範を設定できる幅—例えば、いつものパン屋が臨時休業している場合に遠くのパン屋に足を運ぶこと、終電が過ぎている場合に遠くても自分の家まで歩いて帰ることなど—のことを健康と呼ぶ [カンギレム 1987 : 160-181]。

い限りで、社会（集合）にある一定の秩序を構想することを可能にするからである。そして、そのとき、個人主義と統計学は、個人の自由と衝突しない限りは、非常に親和性が高くなる。

しかしながら、リスクが個人に配分される際には、さまざまなコンフリクトが生じる。本稿では、前半部分で、慢性疾患やがん遺伝子などの確率論的病因論のもとで解釈される疾患を事例に、患者は、「未来の操作可能性」と「未来の非決定性」の釣り合いを取らざるをえない状況のなかで、不確実性を常態的なリアリティとして受け止めつつあることを確認してきた。

後半で分析した肥満問題では、社会的リスクが「個人的リスク」として個人に配分される際に、通常は確率論的病因論のもとで説明される肥満の解釈に、価値判断を伴う決定論が忍び込む様子を見てきた。ジョージア州のキャンペーンでは、食べ過ぎの結果太ることも、いじめられることも、病気になることも、必然的帰結であるというメッセージが込められていた。そして、それを予防改善するという決定を下すのは、たとえ子どもであっても、個人なのだという決定論的思考に基づいている。そうした考えのもと、「肥満者」というカテゴリは、責任主体として稼働し始める。

「リスク社会」といわれる現代社会では、リスクに対する決定を責任に引きつけて考えるため、未来に対する不利益はある決定者に帰責される。そのため、現在は、不確実性と決定論のあいだにますます齟齬が生じつつあるのではないだろうか。しかし、われわれがしばしば違和感を抱くように、ある者が意思決定者とされるその根拠は、実はそれほど判然としたものではない。未来の損害を被ると見なされた者を、それを決定した主体として決定論的に設定することによって、不確実性に対抗するための落としどころをみつけようとしているともいえる。それでも人々は、集合のリアリティと個のリアリティが交錯する場所で、直面する齟齬を個々人の経験や解釈に基づいて克服しようと努めようとするのではないか。こうした齟齬の克服に努める人びとについての具体的な実践については、改めて別稿で論じることにはしたい。

参考文献

【日本語文献】

碓陽子

2013「アメリカを中心としたファット・アクセプトランス運動の展開にみる「ファット」カテゴリの特殊性」『社会人類学年報』39号：51-75。

市野澤潤平

2013「〈浸潤〉される身体をめぐる不確実性と累積的リスク：観光ダイビングの経験における減圧症の問題」第47回日本文化人類学会（慶応義塾大学）。

一ノ瀬正樹

2011『確率と曖昧性の哲学』岩波書店。

重田園江

2003『フォーコーの穴：統計学と統治の現在』木鐸社。

春日直樹

2007『「遅れ」の思考：ポスト近代を生きる』東京大学出版会。

カンギレム, G.

1987『正常と病理』滝沢武久訳、法政大学出版局。

ギデنز, A.

2005『モダニティと自己アイデンティティ—後期近代における自己と社会』秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳、

- ハーベスト社。
- 渋谷望
2003『魂の労働：ネオリベリズムの権力論』青土社。
- 中川米造
1996『医学と不確実性』日本評論社。
- ハッキング, I.
1999『偶然を飼いなす：統計と第二次科学革命』石原英樹・重田園江訳、木鐸社。
- ブラスティン, D.
1990『現代アメリカ社会：コミュニティの経験』橋本富郎訳、世界思想社。
- ベック, U.
1998『危険社会—新しい近代への道』東廉・伊藤美登里訳、法政大学出版局。
- 美馬達哉
2012『リスク化される身体：現代医学と統治のテクノロジー』青土社。
- 宮崎広和
2009『希望という方法』以文社。
- ヤング, J.
2007『排除型社会：後期近代における犯罪・雇用・差異』青木秀男・伊藤泰郎・岸政彦・村澤真保呂訳、洛北出版。

【英語文献】

- Andres, R., D. Elahi, J. D. Tobin, D. C. Muller, and L. Brant
1985 “Impact of Age on Weight Goals,” *Annals of Internal Medicine* 103: 1030–1033.
- Boero, N.
2007 “All the News That’s Fat to Print: the American “Obesity Epidemic” and the Media,” *Qualitative sociology* 30(1): 41–60.
- Cohn, S.
2000 “Risk, Ambiguity and the Loss of Control: How People with Chronic Illness Experience Complex Biomedical Causal Models,” in P. Caplan, (ed.) *Risk Revisited*, Pluto Press, pp. 204–225.
- Dell’Antonia, KJ.
2012 “Georgia’s Tough Campaign Against Childhood Obesity,” *New York Times*. January 3.
- Duggan, L.
2003 *The Twilight of Equality?: Neoliberalism, Cultural Politics, and The Attack on Democracy*, Beacon Press.
- Eknoyan, G.
2008 “Adolphe Quetelet (1796–1874)—The Average Man and Indices of Obesity,” *Nephrology Dialysis Transplantation* 23(1): 47–51.
- Ewald, F.
2002 “The Return of Descartes’s Malicious Demon: An Outline of Precaution,” Translated by S. Utz. in T. Baker and J. Simon, (eds.) *Embracing Risk: The Changing Culture of Insurance and Responsibility*, The University of Chicago Press, pp. 273–301.
- Flegal, K.
2006 “Excess Deaths Associated with Obesity: Cause and Effect,” *International Journal of Obesity* 30: 1171–1172.
- Gard, M. and J. Wright
2005 *The Obesity Epidemic: Science, Morality, and Ideology*, Routledge.
- Hubert, H. B., M. Feinleib, P. M. McNamara, and W. P. Castelli
1983 “Obesity as an Independent Risk Factor for Cardiovascular Disease: A 26-Year Follow-up of Participants in the Framingham Heart Study,” *Circulation* 67(5): 968–977.
- Keys, A., F. Fidanza, M. J. Karvonen, N. Kimura, and H. L. Taylor
1972 “Indices of Relative Weight and Adiposity,” *Journal of Chronic Diseases* 25: 329–343.
- Kuczmarski, R. J., and K. M. Flegal
2000 “Criteria for Definition of Overweight in Transition: Background and Recommendations for the United

- States,” *American Journal of Clinical Nutrition* 72: 1074–1081.
- Lupton, D.
2013 *Fat*, Routledge.
- Martin, P. M. V., and E. Martin-Granel
2006 “2500-Year Evolution of the Term *Epidemic*,” *Emerging Infectious Diseases* 12(6): 976–980.
- Moffat, T.
2010 “The “Childhood Obesity Epidemic”,” *Medical Anthropology Quarterly* 24(1): 1–21.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., and Flegal, K. M.
2012 “Prevalence of Obesity and Trends in Body Mass Index among US Children and Adolescents, 1999–2010.” *JAMA: the Journal of the American Medical Association* 307(5): 483–490.
- Petersen, A. and D. Lupton
1996 *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*, Sage Publications.
- Petryna, A.
2002 *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*, Princeton University Press.
- Rich, E and J. Evans
2009 “Performative Health in Schools: Welfare policy, Neoliberalism and Social Regulation,” in J. Wright and V. Harwood, (eds.) *Biopolitics and the ‘Obesity Epidemic’*, Routledge, pp. 157–171.
- Romero-Corral, A., Somers, V. K., Sierra-Johnson, J., Thomas, R. J., Collazo-Clavell, M. L., Korinek, J., ... and Lopez-Jimenez, F.
2008 “Accuracy of Body Mass Index in Diagnosing Obesity in the Adult General Population,” *International Journal of Obesity* 32(6): 959–966.
- Rose, N.
2006 *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press.
- Saguy, A. C., and Riley, K. W.
2005 “Weighing Both Sides: Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(5): 869–923.
- Slovic, P.
2000 “What Does it Mean to Know a Cumulative Risk? Adolescents’ Perceptions of Short-term and Long-term Consequences of Smoking,” *Journal of Behavioral Decision Making* 13: 259–266.
- Svendsen, M. N.
2006 “The Social Life of Genetic Knowledge: A Case-Study of Choices and Dilemmas in Cancer Genetic Counseling in Denmark,” *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 25: 139–170.
- Teegardin, C.
2012 “Grim Childhood Obesity Ads Stir Critics” *The Atlanta Journal Constitution*, January 1.
- U.S. Department of Health and Human Services
2001 *The Surgeon General’s Call To Action To Prevent and Decrease Overweight and Obesity*, U.S. Department of Health and Human Services.
- World Health Organization
2000 *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. No. 894. World Health Organization.