

医療化社会の思想と行動（倫理学）

## 現代医療における健康観

五十嵐 靖 彦

[本稿は、平成13年12月7日午後4時から人文学部408視聴覚室で開催された、医療化社会研究会主催の公開講演会で演者の一人である筆者が行った同題の報告の草稿である。本報告集掲載に当たって、当日の質疑を参考に語句や註に少しばかり手を加えたほかは変更しなかった。文体が口語体であることもそのままにした。ご了承頂きたい。]

## 1. 生命倫理学の諸論題

私の専門領域は倫理学ですが、昔（学生時代やその後の数年間）はいわゆるオーソドックスにカントやヘーゲル、フッサール、シェーラーなどのドイツ系の近・現代哲学者の純理論的な文献研究をしておりましたが、12、3年前から生命倫理学という、現代の応用倫理学の一部門に研究の主軸を移しております。生命倫理学というのは1970年代に特に米国で取り組まれ出した、「生命諸科学とヘルスケアの領域における人間の行為を、道徳的諸価値や諸原理に照らして吟味する体系的研究」（Encyclopedia of Biomedical Ethics,1978）でありまして、医療技術の進歩や人権意識の普及に伴い世界的にその意義が共感を呼び、わが国でもほぼ10年遅れの80年代から学会組織が作られ、隆盛となっております。

生命倫理学では、それこそ様々な問題が論議の対象となります。その取り扱う問題群を列挙すると以下ようになります。

### (1) 医学哲学的な諸問題

哲学的人間学、技術の本質、心身関係論、医学と医療、看護・介護・福祉、生命観、幸福観、健康の概念、病気の本質と分類、正常と異常、死の再定義、生命の始まりと終わり、生命の尊厳と生命の質、ヒトと人格のはざま

### (2) 医療倫理的諸問題

インフォームド・コンセント、医師の権利・義務、患者の権利・義務、自己決定権、医療実験、コメディカルの連携等

### (3) 特殊・先進医療に伴う諸問題

臓器移植、生殖医療、遺伝子診断・治療、精神医療、クローン技術、再生医療等

### (4) 終末期医療に伴う諸問題

難病の告知、尊厳死、安楽死、ホスピス、在宅ケア等

### (5) 制度的な諸問題

医療政策、医療制度、医療保険、救急体制、医療経済、医療配分、医療職養成・教育制度等

### (6) その他の諸問題

医療情報の開示と守秘義務、医療人類学、医療社会学、胎児をはじめ人体の医療資源利用、医療の市場化、医事法・医療事故・医療訴訟等

本日取り上げる「健康」というテーマは、生命倫理学でも原理的・理論的な分野に属する医学哲学的な諸問題の一つということになります。

この問題はなかなか厄介です。というのは、健康の対概念と見られている疾病ないしは病気については、医学史を紐解けばそれこそ各時代の考え方が一望され、資料に事欠かない訳ですが（註1、5）、健康となると「そういった病気でない状態」と当然視されていたせいか正面から扱った文献は少ないからです。（なお、注から伺われるように、医学史から見ると、疾病観は、当該時代や社会の哲学や医学水準、社会経済的事情、診断・治療技術、病理観、実際に当時広くみられ解決を迫られた病気の種類等の要因で規定され、古代の原始・宗教的な見方から、近代の種々の医学的観念を経て、現代の社会学的・疫学的定義に至る、壮観極まる発展史を示しております。とはいえ本日はこれが主題ではありません。）とはいっても20世紀の後半から、健康を積極的に取り上げる研究が現れてきました。それらを資料に現代医療における健康観を考えてみたいと思います。

## 2. WHOの健康の規定

健康の定義と言えはだれしも真っ先に国連・世界保健機構（WHO）の考え方を思い出すのではないのでしょうか。それをまず引用しますと、

「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」（同憲章前文、1946）とあります。

つまり、「健康とは、肉体的、心理的、社会的に完全な良好状態のことであって、単に疾病や障害がないことではない」ということです。なお付言しますと、この憲章についてはその後、以下のように改正しようという動きがあります（註9）。

改正案

「Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」

つまり、下線部の、dynamic と spiritual とを追加しようというわけです。

あくまで推測ですが、dynamic（ダイナミックな）を入れようとするのは、心身の密接な関連性や色々なレベルでの健康の在り方を強調するためでしょうし、また、spiritual（精神的）を入れようというのは、特に終末期医療の発達した今日、生きる意味、生きがい、尊厳の確保等、QOLを配慮しようとの考えからだと解釈されます。

この改正案は、1998（平成10）年のWHO執行理事会で承認され、翌1999（平成11）年5月、同総会で可決されました。しかし、加盟国の3分の2以上が批准しないと発効しないから数年かかるみられます。現時点では、改正前の考え方を手がかりとせざるを得ません。

さてこの健康観は、健康とは、単に疾病や障害の不在という消極の状態ではなく、身体的・心理的・社会的要因から評価される積極的・理想的状態と捉えており、医学史でとかく「病気でない状態が健康」と簡略に扱われる傾向があったことからすれば、画期的な意義を持っております。つま

り、psycho-somaticな側面、社会経済的な背景、ひいては環境要因等を配慮した健康対策を取るように道を開いたからです。病因論的にみても実に多様な病気の分類があります（註6）。

ただこの定義には、問題点というか曖昧さがあります。それは2つです。1つは、completeという言葉です。「完全な良好状態」なるものはまず考えられませんから厳密に言えば誰一人健康人はいないことになるのではないのでしょうか。それはそれでいい、理想を述べたまでだとも言えますが、実際には「自分は健康だ」と自覚している人が大勢いるでしょうから、きつすぎる基準だと思われます。「まあまあ日常生活に不自由のない程度の良好状態」としてもいいのではないか。「ダイナミックな」というのはこの辺を考え、健康の等級を配慮したのかも知れません。それよりも問題なのは、「良好状態」という概念です。これは明らかに価値概念（シェーラー的に言えば生命価値）ですが、一般に価値は何かを基準に評価されますが、この場合何を基準にしているのか、またどういう状態なのかははっきりと明示されていません。つまり「身体的」「心理的」「社会的」に見て「良好」とはどういう状態なのか、ということです。それがよく見えません。エンゲルハルトはトートロジーだと言っております（註4）。これを突き詰めるところに医学哲学者の仕事があります。

以下で何人かの理論を紹介します。

### 3. 哲学者の健康理論

#### (1) カンギレムの類規範説

ジョルジュ・カンギレムが『正常と病理』（Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, 1966）という本を書いております。彼の学位論文でもあるようです。法大出版社から翻訳が出ております。彼の理論は、類規範説と呼ばれています。いくつか引用します。

「生命は、自己保存の可能な自己調整の働きを持った構造を備えている。生命的規範が内在する。その調整には失敗がなく信頼しうる。正常と病理を統計的平均から定義しようとする実証主義は間違いである。例えば虫歯は大部分の人がかかる。」「正常とは生命の規範の表現であり、病気とは、個体の環境との間の関係の破局場面である。治癒とは正常の回復である。」「正常とは、病気にならないというより、病気になっても回復力を多く持った人である。」

「生理学者は平均の概念の中に、正常という概念に相当するものを見いだそうとするように見える。……しかし生物学的平均値を求めることは、一人の同じ個人に関しても無意味だし、複数の人々に関しても無意味である。」「有機体の生命の規範が有機体自身によって与えられ、その存在の中に含まれている。……有機的生命は、不安定で危険に脅かされている機能だが、自己調整システムによって絶えず復元される機能である。」「キャノンが、その『身体の知恵』 *Sagesse du corps* で述べたホメオスタシス（内部環境の恒常性を保とうとする、種に固有の有機機構の規範となる調整作用）概念を評価する。」

これらの言葉から伺われるように、生物はその種に固有の規範的な機能や構造を備えており、それからの逸脱もしくは失調が病気である。従って、統計学的に多数者が持っている機能や構造から

正常異常は評価できないということになります。こうしたカンギレムの考えから言えば、「良好状態」とは、この規範が個体において確保され具現していることとなります。それにしてもこの規範の意味が今一つはっきりしません。その規範を「種に固有のデザイン」と呼び、その内容を「種の保存、生殖、遺伝子の保存」等と機能主義的に考え、更に、この規範がカンギレムとは反対に「統計学的に確定される」と考えたのがブルースという人です。

## (2) ブールスの統計学的な健康理論

クリストファー・ブルースの『理論的概念としての健康』(Christopher Boorse, *Health as a theoretical Concept*, 1977) は、生命統計学的理論 (Biostatistical theory of Health, BST) を提示しています。ここでもいくつかの言葉を引用します。

「病気とは、種のデザインに含まれる諸機能を阻害する内部状態であり、健康とは正常な機能能力である。そしてそのノーマル性は統計学的に測定できる。」

「全ての機能には目標 (goal) が結びついている。このgoalは外部から設定されるものではなく、身体自身の内部機構からくる。その内容は、個体の生存、種の再生産、遺伝子の保持、生態学的均衡等であり、この総体が、種のデザインと呼ばれるものである。種のデザインは、統計学的にその種に固有の正常な機能の総計である。」

「種のデザインとは種の構成員にとって特有の (typical) 内的な有機的機能である。即ち、細胞から、組織、器官、総体的作用に至るまでのあらゆるレベルにおいて、それによって当該の種に属する有機体はその生命を維持・更新する、連動的な (interlocking) 機能過程の階梯 (hierarchy) である。」

「医学的に病的 (pathological) と呼ばれるあらゆる症状は、この階梯のどこかのレベルで機能が部分的に害されて (disrupted) いる。」

「当該の種において、正常な機能は、その機能によって各個体の生存と再生に統計的に特有の貢献をはたしている。疾病とは、正常な機能能力が障害されている (つまり、ひとつ、または、いくつかの機能能力がその種に特有的な効能 (efficiency) 以下に低下している) か、または環境要因に起因した機能能力の制限である。そして健康というのはこうした疾病の不在である。」

見られるようにここには、正常と異常、健康と病気に関する統計学的考え方と規範説という逆説的な結合、生物学主義への偏りがみられます。「良好状態」の説明としてはだいぶ明確になったとは言えますが、欠陥は拭えません。2つあります。1つは、統計学的に多数者が規範を反映し、正常で健康だと直ちに言えるか、ということです。牛乳を生理的に消化できないアフリカ人が多数いるそうですが彼らを基準に正常や健康を決められるか、虫歯を全く持たない少数者は病気か、といった統計学的定義に伴う難点です。今一つは、生物学主義に関係があります。仮に「成熟期という一定年齢の間の生殖能力」が「種のデザイン」だとして、では、晩年になってからもなお精力絶倫の人や、逆に子供のいない不妊夫婦でそれなりに納得してたのしく暮らしている人を、規範に反するからといってはたから病人扱いできるかという点です(註10)。病気や疾病を客観主義的あるいは実

体論的に考えるのは問題がつきまとうようです（註4、5）。これらの難点をクリアできる、現時点で最も優れていると考えられるのが、ノルデンフェルトの理論です。

### (3) ノルデンフェルトの活動論的健康理論

Lennart Nordenfelt, *On the Nature of Health*, 1995

*Action, Ability and Health*, 2000

ノルデンフェルトさんは、私も会員になっている「ヨーロッパ医学・医療哲学会（European Society for Philosophy of Medicine and Health Care）」の会長さんで、スウェーデンのリンシェーピング大学の先生です。何度か向こうでお話ししたことがあります。ついこの10月には来日され札幌と東京で講演をして頂きました。その講演でも持論の健康観を話されました。そういうわけで、つい「さん」づけで呼んでしまいました。

さて、彼の健康理論は、全体的理論（holistic theory）もしくは、活動論的（action-theoretic）理論と呼ばれます。この理論でもブルースが用いた目標（goals）概念がキーワードになっています。しかしその意味が全く異なります。直接彼の言葉を引きます。「我々は生物学的な目標ではなく、通常の人間的な意味での目標、つまり志向的活動（intentional actions）の目標を考えている。我々が何かをしたり達成しようと意図するときには、我々は自ずからある目標を達成しようと意図している。そのような目標は、特定の器官の目標では全くなく、全体的な人間存在（the whole human being）の目標である。従ってこの理論はしばしば全体理論とも呼ばれる。」

「全体理論にあって重要な事は、健康が一義的（primary）であって、疾病は二義的（secondary）概念だと言う事である。健康の基盤は全体的人間のレベルである。健康であるのは人格そのものであって個々の器官ではない。」

「Aという人が完全に健康であるのは、彼が与えられたもしくは自分が受け入れた環境において、あらゆる自分の人生目標を実現する能力を、心身共に有している状態であり、その時のみである。もし彼もしくは彼女が、そうした能力を完全には（fully）有していないならば、何らかの程度で病んでいるのである。」

「BSTによる定義（先述のブルースの考え方）。Aという人が完全に健康であるのは、Aの持つあらゆる器官が正常に機能をはたしている、つまり、統計的に通常的环境下にあって、それらの器官が当の個体や種の生き残り（survival）のために種に特有の貢献を為している時であり、その時のみである。疾病とは、人間存在の心身機能が低下していることである。」

HTHによる定義（彼自身の考え方）。Aという人が完全に健康であるのは、ある標準的な環境において、Aがそのあらゆる人生目標（vital goals）を達成できるような心身の状態にあるときであり、その時のみである。疾病とは、人間存在のここでの意味での健康を低下させる傾向を持つ心身の過程である。」

「健康と幸福とはどう関係するだろうか。もし幸福が、その人の人生目標が叶えられる事だとすれば、健康とは人生目標を達成する能力がある事とする上の定義からして、健康と幸福とは密接に関

連するはずである。それでいてこの両概念は明らかに異なる。例えば、健康な人でも、ある欲しい物を買う金がなかったり、愛する人を失って不幸であることがあるし、逆に、健康でない人でも、例えば愛しい家族に看取られて臨終を迎えたり、もうすぐ天国で神に会えると信じていたりして、十分に幸福であることができる。これに対する私の回答。両者は概念的な関係がある。健康は幸福に貢献する事は明か。もし彼が健康であれば、つまりやりたい事、達成したい人生目標を叶える能力を持っているならば、彼は自分の人生に幸福を感じるに違いない。従って私の見解では、健康は幸福のための十分条件足り得るが、必要条件ではない。」

見られるように、ここには類に固有の客観的な存在としての健康ではなく、人生観や価値観、人生目標を持ってその実現に生きがいを感じながら生きる、個々人の人格論的な健康観が示されており、自分に与えられた体力、知力、資力、仕事、環境等を受け入れその中で目標を実現し、充実感を感じられればそれが健康だということです。身体の痛みや体力の衰えで思うように活動できないとか、仕事もうまくいかないでストレスがたまり、悩みが講じて来たりすれば、勿論病気ということになります。これで行くと、先ほどの不妊夫婦も、場合によれば障害者でも、終末期患者でも(魂の安らぎを得ているという意味で)健康であることが望めるわけです。要するに健康とは個々人の状況や価値観と相関する主観主義的な概念だ、ということになります。以上のような見解は、お医者さんから見れば商売上不満が残るものがあるかもしれませんが、少なくともWHO憲章の精神には叶っていると思われます。また、優れた看護理論家パトリシア・ベナーの現象学的人間学に立脚した医学理論もこの方向を指示しております(註8)。

#### 4. 結 論

ノルデンフェルト説から引き出されることをまとめて結論とします。

健康と病気・疾病は正確な対をなす概念ではありません(なお、私は疾病と病気を註11にあるように区別しております)。概ね対をなすのは、疾病や病気になると諸々の症状(シンプトーマ 蒙る災い)が現れ人生目標を達成する上で困難を来すことが多いから、そうした場合には健康が阻害されます。しかし何かの疾病・病気を抱えているにもかかわらず、なんら当人の人生目標達成に支障が無ければ依然として健康と言えます。例えば、事故や病気で障害が残ったケースを考えてみます。当座は確かに能力や生活環境の激変から、大きな苦痛や不幸を感じて打ちのめされる時期があるでしょう。確かにその間は健康とは言えません。しかしその制限された新しい環境に適応し、その中で自分なりの新たな人生目標を立てそれを達成する能力や行動力があり、十分生きがいや幸福を感じていられればその人は健康と言えるのではないだろうか。車椅子に乗りながらも明るく振る舞っている人はその人なりに健康人なのではないか。このように言えば、健康を余りに主観主義的に考えている、病気だってある種の客観的データ(血統値が高い、組織が炎症を起こしている、細菌に感染しているなど)にはっきり現れるように、健康にも客観的な指標があるのではないか、単に自分は健康だ、幸福だと思いきみさえしていればそれで健康で幸福だ、というのは余りに安易で実体

性がないのではないかと、という疑問が出されるかも知れません。しかしこれでいいのではないかと思います。なぜなら、背が小さい、学校の勉強について行けない、顔にしみやあざがある、引っ込み思案だ、などと悩み不幸を感じ、しかるべき医療の門を叩き診断を受けるから、小人症、精神遅滞、母斑症、対人恐怖症などの病名がつき、健康人ではないと思ひこむのであり、もしそういう状況にあってもいっこうにめげず楽しくやりたいことをやり、生きがいを感じることが出来ていたらその人は健康と言えると思うからです。

つまり健康というのは、確かに痛みや悩みがあれば（つまり、病気や疾病を患えば）やりたいこともやれないことが多いから、大概のケースでは疾病や病気でない状態と言え、従ってある種の客観的基準で測定される側面は否定できませんが、しかし厳密に言えば、年齢、性別、環境、価値観など個々人の全体的な状況によって異なる主観的概念であることが排除されないと思われます。例えば、手の指1本の骨折や切断でも職業によってその与える打撃は大きく異なるのではないのでしょうか（註12）。

現代医療では、メデイカルケア（診療・治療）に加えてナーシングケア（看護・介護）とかヘルスケア（養生・保健）とかが強調されます。これは、疾病回復だけが医療ではなく、病気予防や健康増進、福祉向上も医療目標となることの現れである。つまり、現代医療の目標は、(1)病気治療による回復 (2)治し得ない場合悪化させない、少なくとも現状維持をさせる（リハビリ医学）(3)病気を予防する（予防医学）(4)出来れば病気を根絶する (5)ある病気の発症可能性を予知する (6)健康を増進する (7)死が避けられないなら苦痛の無い死を迎えさせる、といった多様かつ高度の目標が求められております。いうまでもなくこうしたシフトアップは、病気を治せば健康になる、といった二項対立的思考ではなく、病気の中での健康、心身の複合としての健康、一定の自然的・社会的環境の中での健康、価値観を持ち生きがいを求める全人にとっての健康、といった新しい健康観に立った当然の進展だと思われます。最初に述べたWHOの「dynamic」の挿入の動きもこうした事情を背景にしているのかも知れません。

#### 註（参考文献・要旨を含む）

##### 1. オウセイ・テムキン「健康と病気」（世界思想大事典、平凡社）

Owsei Temkin, Health and Disease, 1968

それぞれの時代の病気の概念は、その時代の社会に優位を占める病気の性格と無関係ではない。古代（パンドラの箱が開かれる前には地上には不幸も苦労も大病もなかった。symptoma（蒙るもの）、神罰、悪意、呪術、怨霊としての病気）。ヒポクラテスの病因論（身体、行為、寒冷・太陽・風・ミヤスマ等の外部要因）。ローマ時代（人々の怠惰と贅沢が人間をダメにし病気を招く―ケルスス）。中世・ルネサンス期（ペストなどの疫病。ウイルス、腐敗、鏽、悪臭、ミヤスマが病因）。16・7世紀（レブラや梅毒などの風土病。病気の存在論的概念の強化。パラケルススは病因として宇宙的原因、物質的環境因、体質・精神・神などの人格因を考えた、シデナムも類似）。デカルト（病気とは欠陥機械。健康とは良好機械）。ベサリウス（人体解剖学の改革者、パドヴァ大学外科学教授。1543『人体の構造』）。モルガーニ（病理解剖学の祖。病気とは器官の変化『疾病の位置及び原因』1761）。



その後打診法（アウエンブルッガー）と聴診器（ラエルク）が導入。クロード・ベルナール（生理学的病気機能説『実験医学序説』1865）。ルドルフ・ウイルヒョウ（病気細胞説『細胞病理学』1858。疾病は身体の規則的体系が妨害の克服に対して不十分な瞬間に始まる。そして病因は、異常環境下での生活や妨害それ自体ではなく規則的メカニズムの不十分さであるとした。従って個人差があることになる。そして細胞が病気の座とした）。パスツール、コッホ（病気細菌学説）。

ウオルター・キャノン（内部環境の恒常性の調整不能。ホメオスタシス説）。

現在では、病気は自然的条件（例えば気候や病原菌の侵入）、社会的条件（過酷な労働条件、不衛生な居住環境、売春などの悪習）、個人的条件（抵抗力、体質や発病因子等の遺伝的要素、飲酒などの不道徳、）の複合によって発病すると考えられている。

## 2. ジョルジュ・カンギレム「正常と病理」

Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, 1966、法大出版会

## 3. クリストファー・ブールス「理論的概念としての健康」

Christpher Boorse, *Health as a theoretical Concept*, 1977

## 4. トリストラム・エンゲルハルト「健康と病気の概念」

H. Tristram Engelhardt, Jr., *The Concepts of Health and Disease*, 1975

病気概念には、実体説（生物分類学の種と同様な客観的存在である。もの、もしくは論理的構造）と唯名論・生理学説（どんな病気にも、ある共通な生理的現象がある。）とがある。細菌学や細胞病理学の発展で前者が優勢となったが、いずれも誤り。病気は人間の価値観から発したプラグマティックな性格のものであって、人間社会の様々な関心に従ってかき集められた諸現象の集合体である。ある一連の現象を診断・治療・予後に役立つように分析するための道具、実用的概念。記述概念と規範概念との混合である。この場合規範と言っても、道徳的規範ではない。

色々な疑問がある。（WHOの健康の定義でいうWell-beingとはなにか、生殖年齢を過ぎた個体の老化は病気か、全面的に健康な人とは存在するのか、知能指数80以下の人は病気と言えるか、健康と病気は相互排除的か等）。

病気という概念は、価値評価の概念であると同時に説明的概念であるが、それに対して、健康という概念は人間の価値観を付加された理想概念、つまり規範的な性格を持った理想像を示す積極的概念である。同じく病気に関しても病気とはしかじかだ、といった病気の定義は存在しない。これこれの状態は病気だ、という具体的な例示しかない。つまり病気にはコンテクスチュアルな定義を下せるだけである。

病気の数はいくつあるが、健康はただ一つ。この場合の健康とは医師が一人の人格として患者を自発的な関心と活動へと動機づけるように導く目標、即ち自律性という理想像を意味する。

## 5. ヘンリック・ウルフ他「医学の哲学」

Henrik R. Wulf et al., *Philosophy of Medicine*, 1996（梶田訳『人間と医学』、博品社）

### （6章 病気の分類 不可欠の道具）

本章では「疾病単位とはなにか」、つまり、種々の病気はいかなる基準によって分類されるか、という問題を論じている。

このテーマの展開に当たり、(1)過去2世紀来の病気の分類の歴史の概観 (2)そこから窺われる基準の人為性 (3)病気分類の客観的側面。多くの現場医師達の見解—本質主義 (4)分類の意義とこの対立に内在する哲学的問題の順で論が進められる。以下この順で略述する。

(1)

○十八世紀末まで。臨床像による分類。例えば水腫、消耗病、流症、等。

○十九世紀初頭。解剖学的分類。剖検に基づき組織の病変と病気を同一視。例えば、胃潰瘍、心筋梗塞、胆嚢炎。

○十九世紀中期。生理学的定義。代謝機能障害。例、過甲状腺症、高血圧。

○十九世紀後半。近代微生物学に基礎をおく病因論的定義。例、感染症。

○現在。これまでの分類（解剖学、生理学、微生物学的）の混合。加えて近年は、これらに免疫学的定義も確立。

(2)

以上の概観から窺われるように、病気とは個々の患者に適用される人為的な分類である。医学という科学を作るためにその都度重要とみなす点で類似した患者につけたラベルが病名である。この考え方は唯名論と呼ばれる。とはいえ、人為的と恣意的とは異なる。ロックも言うように、自然現象の分類には自然の区別という客観的な側面もある。動植物の分類はその区別に着目し、網羅的排他的に自然の種類を分類しようとする。同様に病気分類もある種の客観性によって基礎づけられていることは否定できない。

(3)

その立場から、多くの医師は、唯名論と反対に實在論の立場をとる。それによれば、病気の客観的な区別があるのであり、病気は一つの存在物で、これに襲われると病気になるのであり、発見されるべき自然の種類だ、という。いわばプラトン主義の本質主義の考え方である。しかしこの考え方は、多くの検査の出来ない開業医向き、分類が絶えず改善の余地ある人為的なものと気付かない、病名分類は治療目的に役立つだけ、病気のプロセスのダイナミズムを知らない静的見解、等の弊を持つ。すなわち、厳密に言えば、病気分類は動植物の分類と同列に語れない、多くのファジーな側面を持つのである（病気は、環境と絶えず交渉する個々人の人体内で進行するダイナミックなプロセスであり、網羅され得ない）。恣意的でないが人為的である、ということが病気分類のジレンマである。

(4)

以上のジレンマを哲学的に言えば、普遍に関する本質主義と唯名論の対立ということである。それぞれに一長一短がある。両極端を排し、病気分類は、臨床医学の不可欠の道具であり、必要なのは臨床症候群についての作業用定義なのである、との認識に立ち、その狭間に道を見いださなくてはならない。

本章は、病気分類にみられる客観的・普遍的側面と人間的・個別的側面との矛盾をよく示している。このことはまた、医学が単なる科学でなく人間学でもあることを物語るだろう。問題点としては、医学史の概観が大ざっぱ、病気分類に社会的視点必要ではないか、O-157・エイズ・癌・職業病・医原病・風土病などはどのような基準の病気になるか、等を感じた。

6. 高島 博 『人間学 医学的アプローチ』, 1989, 丸善 (Humanistic Psycho-somatic Medicine, 1977, New Yorkの邦訳)

彼は病気の原因の究明に当たり、体理次元・心理次元・生理次元・精神次元の4次元からなる全人的人間像を提起した。

体理（細胞、組織、器官）。心理（情動、記憶、本能、認知）。生理（神経系）。精神（選択、決断、責任、創造性、価値判断、自己超越、意味探究、総合理解、芸術、宗教、一口に言えば、英知）。

体理・心理・生理次元までは複雑さの点で違うが質的には動物と共通であり、科学的研究で解明可能。しかし、英知的精神次元は、哲学的アプローチなしには究明不可能。「患者の肉体を壊れた蛇口を修理する」かのように取り扱う訳にはいかない。

病因にはこの4つがある事になる。

生理次元の異常（病理解剖的变化）。生理次元の異常（自律神経機能の障害）。心理次元の異常（不安や恐怖など心因性の疾患）。精神次元の異常（価値観の葛藤や良心のやましさを、人生の目標喪失、悩みなどに起因した不調）。

7. レナルト・ノルデンフェルト「健康の概念」

Lennart Nordenfelt, On the Nature of Health, 1995

Action, Ability and Health, 2000

8. パトリシア・ベナー／ジュディス・ルーベル「現象学的人間論と看護」（難波訳、医学書院）

Patricia Benner/Judith Wrubel, The Primacy of Caring - Stress and Illness-, 1989

疾患（disease）と病氣（illness）は異なる。疾患は、細胞、組織、器官レベルでの失調の現れ。病氣は、能力の喪失や機能障害をめぐるその人間独自の体験である。患者の語る言葉が問題となる。つまり、患者が症状にどのように気づいているか、また、その症状によって患者にどのような支障が生じているか、患者の症状に対する受けとめ方、が問題なのである。このように、病氣にあっては症状が患者にとって必ず何らかの意味を帯びている。この意味が患者の語りによって察しられるのである。病氣と疾患は双方向的な影響を及ぼし合う。

病氣－疾患（希望・恐怖・絶望・否認）

疾患－病氣（神経内分泌その他の身体変化、身体状態、例えば、空腹・疲労・渇き・筋力低下・麻痺等の直接的作用）

病氣と疾患の関係は心身関係と読み替えてもよい。この関係を身体を具えた人間と状況との応接的關係（transactional relation）と呼びたい。

状況とは、ある人間にとってある時間枠・ある場所で際立ちをもつ関心事・懸案事項・情報・制約・資源の総体である。

状況の中で生きる人間は当然ストレスを感じる。ストレスとは、その人に円滑な生活の営みを可能にしていた意味ないし理解（世界理解・自己理解）に攪乱が生じた結果、危害や喪失、試練が体験され、そこから悲嘆の情が誘発されたり、状況の再解釈や新しい機能の習得が要請されたりすることである。その他のキーワード：関心（concern）、気遣い（care, caring）、意味（meaning）、身体に根ざした知性（embodied intelligence）。以上 同書序文より。

9. 以下の改正の動きについては、南山大学の土田友章氏による日本医学哲学倫理学会第18回大会（於：広島大学）における研究発表「'spiritual well-being': WHO憲章における「健康」の定義の改正案をめぐって」に負っている。

10. 五十嵐靖彦「不妊問題を考える」（『セミナー医療と社会』第19号、2001. 6）

ここで筆者は、不妊が直ちに病氣と言えるかは問題だと論じている。

11. 疾病と病氣の違い

疾病（disease）…病理学的な異常についての医学的概念 have a disease

病氣（illness）…疾病に関する主観的・個人的側面 feel ill

従って疾病でなくても病氣と感ずることもあれば、逆に病氣と感ずなくても疾病を持つことがある。

sickness（病い、不健全）はこれら2つと異なる。疾病の社会的本性、社会的結果に焦点を当てた概念。sick thought（よからぬ考え、不健全な思想）、sick smile（弱々しい笑い）、home sick（故国を恋慕う）。

他に、disability（不全）、ailment（軽い病氣）、suffering（苦悩）、pain（苦痛）、malady（病弊）、infirmity（障害）等あり。

12. 誤解を避けるために、このあたりの議論をもう少し整理すると、ノルデンフェルトは「健康と感じさえすれば健康だ」とか、「幸福と思いこみさえすれば幸福だ」といった極端な主観主義を主張しているわけではない。それは一種のやせ我慢だろう。そうではなくて、そういう感じや思いには、「自分のやりたいことをやれる身体状況にあるから健康だ」、「必要なものが手に入らないから幸福でない」とかの、なんらかの裏付けとなる根拠があるはずであって、その根拠はおおむね人間一般に共通するものがあるにしろ、最終的には個人の価値観や人生観によって異ならざるを得ないのではないか、ということなのである。これも一種の主観主義だと言えばその通りであるが、私の理解するところではむしろ、実体論（主観から独立した幸福や健康、もしくは病気が実在すると考える極端な客観主義）と唯名論（なんら客観的な条件や基準はなく、各自がそうと思えばそれが健康であり、幸福であると考える極端な主観主義）のどちらにも偏しない立場である。