

# 現代社会における健康観の特徴

長谷川美貴子

(2006年10月31日受理)

## 要 約

最近の健康ブームを俯瞰すると、「健康」に絶対的価値を見いだすことは「健康」を目的化させてしまい、結果的に健康情報に振り回されやすくなる傾向を生じさせている。そうした状況の内実を説明していくために、私たちが「健康」をどのように捉えているのかを「観察」概念を用いて明らかにしていく。そのことによって、以下のような仮説が提示される。健康に対する日常的な認識において、「真か偽か」のどちらか一方でしかないと仮定する二値論理的思考を適用することは、硬直的なリアリティ認識に囚われるきっかけをつくる。その結果、健康不安を取り除こうと志向すればするほど、健康不安が助長されてしまうといったパラドクスの状況に陥る可能性を孕んでいる。さらに、現代における健康観の特徴を顕著に提示することを企図し、前近代の健康観「養生思想」と対比することによって、現状否定的で欲望を無限化させた健康観という特徴が見いだされる。さらに、こうしたパラドクスの循環から一時的にせよ脱却するためには、自分が行った観察の観点について自己観察（再帰）することが必要である点を強調していく。

キーワード 健康観、観察概念、臨床認識論、二値論理、パラドクス

## はじめに

現代社会を生きる私たちにとって、「健康」はいかなる意味をもち、いかなる価値を有しているのだろうか。人間の認識は常にその時代のありようを反映し、社会・文化的背景の影響を受けているので、健康に対する考え方も同様と考えられる。わが国において健康という言葉がはじめて現れたのは、1832（天保3）年に高野長英が『漢用内景説』の中で「丈夫」「身を保つ」「壮健」といった状態を健康と記したのが最初である<sup>1-3)</sup>、あるいは福沢諭吉が1869（明治2）年に『西洋事情初編』の中で英語の Health を健康と訳したのが最初である<sup>4, 5)</sup> 等、様々に議論されている<sup>注1)</sup>。一般的には江戸時代末期に翻訳語として誕生し、明治初期に日常語として使用されるようになった<sup>注2)</sup>と考えられている。健康という語の誕生以前は、「安泰」「息災」「たっしゃ」

「丈夫」といった言葉が日常的に用いられており<sup>6~8)</sup>、健康に関する庶民の初期の書物とされている『養生訓』1713 (正徳3) 年では、「元気」「病なし」「痛なくして安楽」といった表現がみられる。その後、日本国憲法 1946 (昭和21) 年に「健康な生活が保障されるべき」と明記され、健康生活を目的とした保健衛生制度が発足し、生活・労働環境等も整備されていった。そうした動向の下で人々は健康へ関心を抱くようになり、現在のように絶対的な価値評価を受ける健康観へと高められている。

健康観の変遷に関する研究はこれまでに多数行われており<sup>9)</sup>、たとえば消極的健康観から積極的健康観への移行、あるいは禁忌の健康観から獲得の健康観への移行<sup>注3)</sup>といった近代的な健康観への変化が肯定的に論じられている<sup>10)</sup>。しかしながら、健康をめぐる現代社会の様相<sup>注4)</sup>をみると、こうした方向性が私たちの生活や人生にとって本当に望ましいことなのかといった疑問が生じてくる。自分自身を統御し、自分で自分の健康を獲得していくという積極的健康観によって、私たちは完全な健康状態に到達することが果たして可能なのだろうか。さまざまな健康法を試す行為は一見すると主体的能動的な行動ととれるが、それが大量の健康情報に振り回され翻弄された結果だとすれば、すこぶる受動的であるといわざるをえない<sup>注5)</sup>。身体健康づくりに常に励み、健康に良いといわれるものを積極的に摂取したとしても、多くの人は健康を獲得できたと実感することはあまりない。そのため、いつも健康に対する不安を持ち続け、焦燥感やストレスを感じている。いってみれば、「健康不安を取り除こうと志向すればするほど、健康不安を助長してしまう」というパラドクスに陥っている状況といえるのではないか。

本論文では、人々がなぜ盲目的に「健康」を指向し、そうしたパラドクスの状況に巻き込まれ抜け出せなくなっているのかを明らかにするために、精神科医であり社会システム理論のさらなる理論展開<sup>注6)</sup>に貢献しているフリッツ・B・ジーモン<sup>注7)</sup>の「臨床認識論」<sup>注8)</sup>の考え方に依拠し論じていく。臨床認識論の意義を端的に述べるならば、相互作用システムの観察をとおして、そのシステムにとっての環境である外部観察者が、当事者たち以上に当事者たち相互の社会関係を理解し、またそうした関係の孕む問題性がいかにして立ち現れているのかを検討し、各々の当事者たちの関係認識へとその観察結果を還元していく過程の論理化をなしえている点といえる。ここで問題となってくるのは、たとえ、いかに外部観察者が克明にその問題状況を観察しえたとしても、そうした観察から得られた認識の成果をその当のシステムに還元し、問題解決に役立てることはかなり困難だという事実である。そこでジーモンは当事者たちが自明視している、または固執している当事者たちの認識枠組みが「攪乱」されることの必要性を強調する。

本論文の構成はまずはじめに、私たちが「健康」を観察する仕組みから、どのように健康観が成立しているのかといった根本的なメカニズムを知るため、「観察」概念を活用してみていく。その後、前近代と近代における健康観についてのおおまかな差異を提示することによって、現代の私たちが陥っている健康不安の問題状況について

具体的に明らかにしていく。さらに、二値論理的思考に囚われていることから、現在の健康不安の状況を強化させていることについて臨床認識論的視点から説明していく。

## 1. 臨床認識論の基本視角

### 1) 「観察」概念の明確化

私たちが健康をどのようなものとして認識しているのか、さらに深めて健康にどのような意味や価値を見いだしているのか、ということまでを明らかにするためには、まず私たちがいかにして健康を「観察」しているのかについて理解を深めておく必要がある。というのも、私たちが普段何気なく用いている言葉、つまり当たり前のこととして日常的に使い、振り返って吟味しないような基本的な概念の意味内容について知るためには、私たちがその言葉をどのようにして使っているのかという、使い方をまずもって知る必要がある。たとえば概念の定義づけを行う作業は、現在使われている意味内容を収集し、内包・外延を明らかにしていくことといえるが、何を意味しているかではなく、どうやって意味を作り出しているのかを知りたいときには、私たちが「どのように観察しているのか」を詳細にみていくことが不可避だからである。

そこでまずはじめに「観察」概念について言及していく。ここでは、ジョージ・スペンサー＝ブラウン<sup>註9)</sup>による「区別の形式」<sup>11)</sup>を手がかりとして、区別(Distinction)と表示(Indication)からなる観察の特性について、「区別をした上での表示」のオペレーション<sup>12)</sup>と理解していく。観察者が「観察する」ということは、何かもともとあるものを受動的知覚によって受け取ることを意味してはいない。ここでは二重の区別が能動的に行なわれていると説明する。たとえば、何らかの現象や状態やものをみた際に、まずは「それ」と「それ以外のもの」とを区別するという第一の区別が行なわれる。次に「それ」という第一の現象を、「それ以外のもの」との関係性によって表示する。たとえば「ある状態」をみて「ある状態以外の状態」と区別して、その両者を交差しながら見比べてみた結果、その「ある状態」を『健康』という記号によって表示するという第二の区別が行なわれる。

観察者がどのように区別するのであれ、観察者は「それ」と「それ以外のもの」との間にある境界線を引き、境界の内部側面における空間、状態、内容と、境界の外部側面における空間、状態、内容とを区別する<sup>13)</sup>ということを行なっている。ここで重要なことは、境界の内部側面と外部側面のどちらか一方だけをみていたのでは、そこに境界を引くことは不可能であり、境界線を引く時（区別を行なう時）には、内部側面と外部側面の統一体を観察している<sup>14)</sup>ことになる。たとえば、自分自身について観察した場合、「ある状態」と、「体調が悪く気分がすぐれない状態」とを区別（第一の区別）し、その状態を「健康」という記号によって表示（第二の区別）するかもしれない。ただし、この時の「ある状態」が常に「健康」として表示されるとは限らないのである。つまり、ここで「ある状態」の「もう一つの側面」が、「とてもうれしいことがあり幸せな気分の状態」である場合には、この「ある状態」に「健康」という

記号は付与されないであろう。表示されていない側面が、次の観察においては表示される可能性も存している。つまり、たとえ同じ現象について観察したとしても、その現象をどのようにみるかによって、そこに表示される記号は異なっていき、別の現象として捉えられていくのである。

ここで観察の特性についてまとめてみると、観察は観察者の能動的な行為である。そして観察者の無意識の意図により区別し、また区別されたいずれかを表示し、記号化している。つまり、その観察は観察者が現実をどのようにみているのかといった、観察者自身の「リアリティ構築」に依拠しているといっていよい。二つ目には第一の区別を行なって、そのいずれか一方だけを表示して記号化しているのであるが、その時「表示されていない側面」、つまり、知り得ない (Nichtwissen) 側面が必ず存在している。よって、私たちが観察を行っている時には、表示されている側面には、常に表示されていない側面が含まれているのである。

## 2) 「健康／健康それ以外」の区別

私たちが行っている観察の仕方に基づいて考えてみると、私たちが観察している健康の本質や特徴、内容を知るためには、「健康」と記号化された内部側面だけを見るのではなく、外部側面を含めた統一体として捉えていく必要がある。つまり、区別を行なった指標は、「健康」それ自体の要素によってだけではなく、区別を行なったコンテキストによって成立しているので、外部側面を解明しなければ、内部側面の健康について理解することは不可能といえよう。

このような観察の特性からいえることは、ある事象が何らかのものとして記号化され観察されたとしても、その観察によって得られた情報は確実なものとはいえないという事実である。つまり、次の観察によって、はじめの観察とは異なる新しい側面が見出されたり、異なった記号によって表示されうる可能性が常に存しているのである。さらに、表示される記号は、それぞれの時代や文化に特徴的な価値基準が影響を及ぼしてくる。たとえば、エスキモーは雪の状態を表す概念として20種類の表現方法をもっているが、スキーヤーは多くても5種類の具体物しか見分けられない<sup>15)</sup>。というのも、スキーヤーにとっては上手く滑るために必要な区別さえできればよいが、エスキモーにとっては自分たちの生活や生死に直接的に関係してくる重要な区別であるために細かく概念が分かれているのである。

4 それぞれの文化や時代において価値づけられた意味付与によって、区別の形式には変化が表れるであろう。健康について考えてみると、最近では子どもから高齢者まであらゆる層の人間が「健康」に対して関心をもっているという状況にあり、個々人の観点の相違に基づいた種々の区別<sup>16)</sup>が考えられる。たとえば、(1)何らかの違和感や症状があり、病院に行き診察を受けて、病名 (診断名) が付いたら「健康でない」状態で、それ以外は「健康である」状態。(2)違和感や症状がなくても健康診断などで異常が発見されて何らかの診断名が付いたら「健康でない」状態で、それ以外は「健

康である」状態。(3)医師の診察を受けて特に異常がないといわれても、自分としては違和感があり調子が悪ければ「健康でない」状態で、それ以外は「健康である」状態。(4)医師の診察を受け何らかの病名を付けられても、自覚症状や違和感がなければ「健康である」状態で、それ以外は「健康でない」状態がある。

このように個々人によって、また状況の違いによって健康／健康でない区別の仕方が変化してくる。さらに、観察を行っているその時には、自分がどのように「区別して表示しているのか」を自覚せずに行なっているため、なぜ「健康である」と観察したのか（その時「健康でないもの」は何であるのか）はわからないという特徴がある。

### 3) 観察者のリアリティ構築に基づく区別

健康というものは、その観察者が行なっている「区別による表示」に基づく行為であるので、「観察者の現実認識に依拠した能動的な構成」<sup>17)</sup>のあり方について明らかにしなければ、健康あるいは非健康を何から区別しているのかについて具体的に見いだすことは不可能である。つまり、観察者がどのように現実を認識しているのか、どのように健康について考えているのかによって、健康についての区別の仕方、記号のつけ方が変わってくる。たとえば、前項で提示したように、従来の「健康である／健康でない」の区別は、医師による診断と自覚症状の有無が指標と考えられるが、最近の区別の観点としてさらに次のことが考えられうる。(1)医師の診察を受け何らかの病名が付いていて、確かに日常生活上不都合な時もある（老化や障害などの現象）が、それなりに楽しく過ごしていれば「健康である」状態で、それ以外は「健康でない」状態。つまり、身体的に病気や障害を抱えていたとしても精神的に健康であれば「健康である」状態がある。または、(2)身体的にも精神的にも病気や障害を抱えていたとしても、社会的に健康（意欲的に社会参加ができていれば）であれば「健康である」状態。(3)自覚症状や違和感はないけれど、常に元気で疲れたりしない状態が「健康である」状態ならば（あるいはお腹が出ていない状態が「健康である」状態、妊娠する状態が「健康である」状態、身体的性よりも精神的性に適合することが「健康である」状態とみなすなど、個々人の期待することやアイデンティティによって多様な状況が生じている）、それ以外は「健康でない」状態と判断されるであろう。つまり、個々人の独自の判断基準に基づく区別の仕方の複雑性が増大してきている。

また、(4)病名も付与されず、違和感もないが、検査によって基準値からはずれた値が発見されれば「健康でない」状態で、それ以外は「健康である」状態。個々人の独自の観点によって、健康という状態を健康でない状態から区別するという多義的な判断基準が生起してきている。どのように現実を認識しているか（自分のできる範囲における認識）ということの個々人の違いによって、その観察されるものが異なってくる。ただし、人間の観察能力には限界があり、たとえ自分自身の状態についてであっても、常に正しく観察できるものではない<sup>10)</sup>。そのために私たちは自分自身の状態を正しく観察するために、多くの情報を外部から得ようと躍起となる。

#### 4) 記号としての徴候の増大

自分の状態を判断するためのさまざまな指標には、専門家である医師からの診断、検査データ、専門家の意見、知り合いからの指摘、過去の体験、何らかの違和感等がある。専門家の意見は、今日の私たちの生活の中でかなりの量を占めている。テレビ・ラジオ・雑誌・書籍・インターネット上で専門家が発する多くの健康情報が毎日のように流れているので、受動的（あるいは強制的）に入ってくる。そのことによって、今まで気にもとめなかったわずかな違和感も何らかの病気の徴候・症状ではないかと意識される。さらにまた、健康診断などによる検査データが基準値範囲外（基準値範囲内でもその上限）であると、その値の引き起こす病気に対して心配し、その徴候が出現しているか否かを常に気にするようになり<sup>18)</sup>不安の範囲が広がっていく。つまり、私たちはたとえ病気の診断を受けていなくても不安が増大し、「健康ではない」状態ではないかと心配しうるのである。

「健康ではない」状態、あるいは望ましくない状態（期待している状態からの逸脱）、たとえば、痛み、眠気、食欲のなさ、肩こり、だるさ、冷え、肥満などが病気の指標として追加されていく。現代のように病気の症状に関する情報が氾濫している時代でなければ、多くの違和感は病気と直結して捉えられることは少なかったであろう。観察者にとって所与のもの、自明のものとして知覚されている場合には、それを区別しようとはしないので、「健康である」と観察されるのである。ジューモン<sup>19)</sup>のたとえによると、「大人は、顔に鼻がついていることに気づいても、なぜ顔に鼻がついているのかを疑問には思わない。だが、小さな子どもにとって顔に鼻がついていることは違和感があり不思議であるので、大人になぜついているのかを尋ね、しばしば大人を困惑させる」<sup>19)</sup>のである。観察者にとって、ほんの少しの痛みでも「これは食べ過ぎの痛みである」と観察せずに、「これは胃がんの痛みである」と捉えたならば、「健康ではない」状態となる。病院に行き医師から「胃がんではありませんよ」と診断されて、そうしたコミュニケーションによって納得し、その痛みを徴候として区別しなくなることもあるが、そうではなく、そうした説明に対しても納得がいかず、その違和感を何らかの徴候として疑い続ける場合もあるだろう。その痛みが胃がんによるものであるとか、ストレスからくるものであるとか、食べ過ぎからくるものであるとか、さまざまに考え理解し得るのは、多くの情報からの影響といえ、そうした情報によって、現実認識が変容していくのである。

6

#### 5) 犯人探しのできない不安な状態

自分の状態を健康ではないと観察した観察者は、健康とは異なる「徴候」を区別した上で表示し、そのことによって健康ではない状態と判断している。そのように区別する作業はあらゆる場面で行なわれているが、特に病気の徴候という記号が付された場合にはある意味合いが含まれてしまう。というのも、現代の自然科学的な説明モデルに基づいて治療を行なう場合（といっても、祈祷などによって治療を行っていた

時代においても同様に)、「病氣」は身体内部に存在する(あるいは入り込んだ)原因である「悪者」「犯人」であって、排除されるべき対象と認識される。感染症といった人間の身体内部にとって明らかに異物であるものに対しては、私たち被害者はその「悪者」を犯人として取り除くことだけを考えれば良いことになる<sup>注11)</sup>。

だが、生活習慣病や慢性病等においては、私たちの健康管理のずさんさによって自分の身体内部の調和が乱されて生じるといわれているので、私たちは被害者でい続けることが出来なくなった。つまり、単純に「悪者」や「犯人」を探し出し、取り除けばよいのではない。病気になるということは規則正しい生活や食習慣などの欠如の結果なのである。「病氣」は突然にやってくる悪者(外部者)であったものが、自分自身がつくりだしてしまう悪者(自分自身)となり、完全に排除すべき対象ではなくなってしまう(たとえば、高血圧症、高脂血症、高コレステロール症、糖尿病、アレルギー症等)、いってみれば「想像上の犯人」<sup>20)注12)</sup>という形をとるようになった<sup>注13)</sup>。

生活習慣病の登場は近代科学的医学の進歩に関連しており、人間の身体について多くのことが明らかにされ、多くの病氣についても詳細に解明されるようになり、人間は誰しも何らかの異常をもつことも明らかになった。というのも人間はもともとホメオスタシスによって正常と異常の間で常に調節しながら微妙な均衡状態を保っているのが常態である。また、一般的に病氣は異常(=自然状態からの逸脱)と考えられるが、老化現象は「自然」なものであり、また炎症という症状は抗原の侵入に対するむしろ正常な反応<sup>21)</sup>であって異常な状態ではない。このように正常な状態、異常な状態の間に明確な境界線を引くことができない状況においては、悪者は誰かといった犯人探しは不可能に近いことになる<sup>注14)</sup>。

この「想像上の犯人」については、自然科学的に説明も可能であり私たちが理解することも可能ではあるが、私たちの日常生活上にとっては観察することが難しい、あるいは不可能な領域に含まれる。つまり、こうした状況の観察は殆どの場合、検査技師やレントゲン技師等が検査室で産出する検査データによって初めて可能となる。最近の病氣の特徴は、感染症といった病氣のように罹ったらすぐに明らかな徴候が現れて、自分自身で観察し理解できるものだけではなく、健康であると認識している頃から身体内部に存在している可能性のある不透明な犯人なのである。説明可能で理解可能なものであるのに、自分自身では観察が不可能であるために、私たちは常に不安な状況に陥らざるを得なくなってしまう。

そのため、観察できない「想像上の犯人」の存在を観察しようと躍起になり、多くの健康情報を得たいと望むのである。そのことから健康情報を望む率が高くなり、それをメディアが利用して、健康ブームの状況が出現してきたのであろう。今まで「徴候」として区別していなかったような微細な違和感に対しても、説明可能な(今までの情報として入っていた知識に基づき)何らかの病氣のせいではないかと考えるようになる。ほんの些細な違和感でも、観察できない「想像上の犯人」によって説明、理解する状況が増え、私たちは自分の健康について常に不安に感じてしまい、健康を第

一義的に志向する傾向が確立していったのであろう。

## 2. 健康観の経時的变化

### 1) 欲望を抑える健康観（現状肯定型な健康観）

現代社会における人々の健康観の特徴を顕在化するために、前近代の健康観を代表する「養生思想」を取り上げ分析していく。中でも、江戸時代に出版された貝原益軒(1630-1714)の『養生訓』から、当時の健康観の特徴を見だし、現代社会に生きる私たちの考え方との違いを導き出す。わが国において養生思想が浸透してきたのは、中国医学の影響を受けるようになった平安時代以降である<sup>22)</sup>。養生とは「日本、中国及び朝鮮といった極東アジアの文化的環境の中で健康を守るための生活の方法を指す概念であるとともに、勧んで長生きするための寿命延長の方法を指す概念である」<sup>23)</sup>。その後、儒教的思想の広まりと共に、江戸時代には貝原益軒や杉田玄白等多くの医師が養生法を著すようになった。これは、人々に長寿の指針を与えるための具体的な生活態度を記したもので、そこには私たちの健康観とは異なる形式がみられる<sup>24)</sup>。

人間の身体は天地・父母の恵みを受けて生まれたものであるから、その恩に報いるためには自らも謹んでよく養い、天寿を長く保つべき<sup>25)</sup>であり、それが人間の勤めであるというのが益軒の養生思想の基盤である。そのために、自分の身体を損なう内欲(飲食・好色・睡眠・饒舌と、喜・怒・憂・思・悲・恐・驚の七情)を我慢し、外邪(風・寒・暑・湿)を畏れて防ぐこと<sup>26)</sup>が肝心であり、それが養生の術であるという。その中で益軒は「畏れ」を強調しており、「畏れるということは、身を守る心の法である。欲望に任せて気ままに生活するのではなく、その欲望を畏れ、欲望を慎むことが大切である」<sup>27)</sup>と説いている。さらに、何ごとにも多すぎず少なすぎず、ほどほどに生活することが養生法の基本となる<sup>28)</sup>。この点について益軒は、「自分の身体を過保護にしてはいけない。美味しいものを食べすぎ、美酒を飲みすぎ、色を好み、身体をいたわりすぎて、怠けて横になることばかりを好むのは、すべて自分の身体をかわいがりすぎることであって、かえって身体の害になる」<sup>29)</sup>と述べている。欲望を抑え、慎みをもって生活するための指針を詳細に著す『養生訓』は、生命は親から授かった尊いものであり、生命を大切にしておいて人として生きることの大切さを説いているので、単なる健康法を指示しているだけではなく、人生の生き方を啓蒙する書<sup>注15)</sup>といえよう。つまり、一生を通して指針となる健康観を提示しているのである。

8 また、この頃の人々の暮らしは貧しく、めったに医者にかかることなく過ごし、「死」が間近に迫り自分たちの力ではどうしようもない状況になって初めて医者にかかり病氣と診断されていた。このころは、医者から病氣と診断されるまでは「健康」なのである。よって、医者の診察を受けなければならないような重篤な病氣に罹らない状態(健康)を保つために、養生することが最も大切と考えられていたといえよう。また、消耗を最小限に抑えて人間本来の状態を維持することの大切さを説いており<sup>注16)</sup>、人間の身体はもともと(元気に生活ができる)健康な状態であると考えられ

ていたことがわかる。このように、人間の本来の状態が健全な状態であると納得し、今ある状態に満足している姿勢が感じ取れる。人間のもつ健全さへの信頼があり、さらなる健康状態を望んではいけないのである。個々人が自分の身体的な健康、精神的な健康に対して基本的に信頼を置きながら観察し調整しながら養生していた状況があったのではないだろうか。現代に生きる私たちが常に健康を求めて渴望し続け、慢性的な欲求不満状況にあるのに比べて、健康不安の少ない状態と推察される。

## 2) 欲望を無限化させる健康観（現状否定的な健康観）

近代から現代にかけての健康観は、進歩主義的な考え方を基盤にしていると評されることが多い<sup>30)</sup>。というのも、現代の人々は積極的に健康を追い求めるようになり、自分の健康は自分でデザインし、つくりあげることが可能であると考え、さらにいえば自分でつくりあげなければいけない<sup>31)</sup>と考えるように変化してきている。多くの論者は、自己実現に向け、主体的な健康行動をとるようになり、自分で自分の健康を守るという近代的で理想的な志向に変化してきていると捉えている。池田も積極的な努力を通してプラスの価値を高めようとするような健康観を「獲得の健康観」<sup>注17)</sup>と名づけていいだろう<sup>32)</sup>と述べている。

「自分の健康は自分でつかみとる」という積極的な考え方は、確かに自己を意識でき、自分の状態を了解していると捉えることもできるが、自分で健康な身体と精神をつくりあげることが本当に可能なのであろうか。国政や医療専門家によって、健康づくりの必要性を強調されすぎた<sup>33)</sup>ために、罹患を自分自身で完全に阻止できると思わされてはいないだろうか。病気に罹らないことだけが人間にとって最大の幸福であり目標であるのだろうか。医療に関する最先端科学技術によって、確かに以前よりはさまざまな病気に対処できるようになった。高度な診断技術や治療技術によって、不可能であったことが目覚ましいスピードで可能になってきている。そうした科学技術の向上に伴って、人々（医療従事者だけでなく、一般の人々も）の健康観が影響されていることは確かであろう。そのことによって、自分の身体や精神を完全にコントロールし、「健康」を確実に獲得しえると思い込まれやすくなっている。たとえば、不妊症について考えてみたい。現在、妊娠しない状態を何らかの「症状」とみなし、体外受精といった不妊「治療」を行う件数が増大し、その範囲も拡大し続けている。「子どもが欲しい」という人々のニーズの高まりを反映した現象ではあるが、(病気の)症状として社会的に認知されてきたのは、新しい治療法の開発や成功率の上昇が大きく影響している<sup>34)</sup>。不妊を症状とみなし治療の対象にする<sup>35)</sup>ということは、健康であるならば生きている限り妊娠可能な状態が続くべきだという考え方になる。だが、大抵の場合自然に卵子も子宮も精子も老化し不妊の状態は必ず訪れる。あらゆる人間は加齢によって老化していくことを回避できない存在なのに、私たちは老化現象も克服できるという期待をもたされるという結果を招いている。

目覚ましい科学技術の進歩によって、まるで老化や障害や死さえも防ぎ、治癒する

かのような錯覚が起きやすい状況におかれ、そうした先に健康があると捉えられやすい。科学技術が進歩する以前は、自分自身の限界、人間の限界を知り、それらを受け入れ養生しながら調節していたところを、現代の人々は諦めきれずに頑張り続けることを求められるのである。確かに、前近代の人間にとっても病気や死は恐ろしい不安な出来事ではあっただろうが、自分自身の健康観察ができていた（身体との対話が可能）ので、ただ盲目的に「年をとりたくない、死にたくない」といった欲望は、ある程度自分で制御することができていたのではないだろうか。現代に生きる私たちは、自分で自分の身体に関する観察ができなくなり、自分の欲求だけが先走りしてしまい、多くのことを諦められない状態に陥っている。また、メディアによる膨大な量の健康情報を与え続けられることによって、自分自身の内部からの情報を知覚する能力が衰えてしまい、そのことによって身体感覚を意識しなくなってしまう。そして、自分の身体からの情報が得られない（言ってみれば、身体情報の希薄化）状態を、メディア（身体外部）からの情報によって補完しようとして、さらに健康情報を信じてしまう結果が生じている。いつまでもかなわぬ欲望を追い求め続けることは、人間にとって本当に幸福なことだろうか。確かに、欲望追求の志向によって科学技術が飛躍的に進歩し多くの生命が救われているのだが、そのことによって社会規模での健康不安の状況が蔓延していることも確かなことだといえるだろう。

現代の健康観は、前近代のように「死に近づき動けない程の病気がない」状態とは異なり、「少しの異常もなく病気にならない」状態であるため、「さらに健康になりたい」、「もっともっと良い状態になりたい」ことを志向するようになる<sup>36)</sup>。もっともっと、もっともっとと加速度的な限りない欲望がさらに助長され、それによって欲求を抑えきれない人々が溢れてくる。いくら「健康」を志向しても老化や死は誰にでも必ず訪れるのである。老化や死を克服できると思込ませる科学技術のあり方や情報提供の仕方が問題なのではないだろうか。ポジティブな「獲得の健康観」に変化して望ましい状態というよりも、単に現実認識、自己認識が十分にできずに欲望の無限化した、自分自身を制御できない状態に陥っていないだろうか。何でもかんでも、自分が望むもの、欲しいものは、思いのままに手に入ると思込み、諦めたり、がまんしたりすることができない状況が現在の健康観を形作っているといえないだろうか。

### 3) 情報化社会における情報の希薄化と健康観

現代社会の中の私たちは、自分の欲望を抑えこむことができずに歯止めが効かない状況に陥りやすい環境の中で生きている。さらにいうと、周囲からの影響を受けやすい状態、すなわち感染しやすい状態におかれている。それは近代社会のあり方すべてにおいて、効率化を重視し、スピーディに進むことが最も良いことであるという捉え方に変容してきたことと関係しているであろう。何でも短時間に理解し行動することを目指しているので、情報を縮減して捉えることが推奨されている。そういう理解の仕方、観察の仕方を行っている、極僅かな情報からすべてのことが理解できたよう

に感じる事が多くなり、あらゆる事がらについて簡単に判断する傾向が強まっていく。つまり、周囲から受けとる情報に左右されやすくなる。さらに、少ない情報しかなければ、そこに固執しやすく、多様性、多義性について考えられなくなるので、誤った理解や行動に固執して歯止めが効かなくなることも考えられる。

すぐに他の意見に同調しそのまま受け入れるが、その内実については理解していないので、新しい情報が入ると、すぐにまた異なる意見にすっかり傾倒し、情報に流されていく図式ができあがる。さらに、単純化された情報を受け取ることが日常的になってきており、全て細かく説明してもらわないと理解できない状況を生んでいる。一つの情報から類推させて他のことに応用して考えていくことが困難になるため、一つずつの情報しか入力されずに、その時々々の情報に翻弄されているといった状況が作り出され、紋切り型でしか物事を言い表すことのできない表面的な思考形態となる。このことが現代の健康観に影響を与えている。たとえば、養生訓の頃の健康観は、一生を通じた長いスパンのものであったが、現代の健康観は頻繁に変化してしまう短いスパンのものとなっている<sup>注18)</sup>。

ここで問題といえることは、ただ単に膨大な量と範囲の情報が氾濫しているということだけでなく、情報提供の仕方における偏りが強く、狭い範囲の中に局限された情報が膨大に増えていることといえる。たとえば、ある事件が発生するとそのことばかりが取り上げられ、何日間もどのチャンネルでもその事件を扱うという現象が多々ある。また、最近のテレビ企画では健康に関する情報番組が多く、今日はアミノ酸効果について、明日は抗酸化作用について等と、単純化されたプラクティカルな情報ばかりが短いスパンで多量に伝達されるために、毎日新しい健康観に従い行動するという結果が生じ、健康ブームに翻弄された形になってしまう。いってみれば、「健康観の拡散」的状况が出現している。同じ手法で種類の異なる情報を単純化して与えられ、その都度その方法に従い、毎日のように異なる健康方法を信じてしまうのである。

#### 4) 目的的な絶対的価値基準としての健康

自分の身体感覚が乏しくなるといった身体情報の希薄化に伴い、マスメディアの影響を強く受け、人々の価値基準の一極集中化が生じてきている。つまり、「健康」が人間にとって最も価値のある絶対的な目的とされている。健康は私たちにとっての理想であり追い求め続ける価値のあるものとなる。そのため、「健康」に対する欲望の無限化が生じやすい。クオリティ・オブ・ライフという考え方が流布されだし、生命(生存)の質、生活の質、人生(生涯)の質を高めることが価値ある事と考えられるようになり、そのための手段として健康の重要性もさらに強調されてきた。つまり、生きること、よりよい生活を送ること、満足できる人生を送ることを目指すことから健康志向が始まっていたのに、それがエスカレートする中で、よりよい人生を送るためという目的よりも「健康になることだけ」が目的となってしまった。

病気になることや検査データの基準値から逸脱することに対して異常なほどの恐怖

感を抱き、一種のノイローゼ的な健康不安が生じてしまう<sup>19)</sup>。たとえば、不眠症は実は「眠れない」ことに苦しむというよりも、「眠れないのではないだろうか」という不安に苦しんでいる。健康不安に対しても、「病気になるのではないか」「この数値を超えてしまうのではないか」といった観念に囚われて不安が増大している。よりよい生活を達成させるための手段であった健康が、健康そのものを指す目的に入れ替わり、それだけが絶対的価値あるものとして認識されるようになっている。

### 3. 臨床認識論的介入の試み

#### 1) 二値論理によるリアリティ認識の硬直化

私たちが何か事物を見たり、何かを考える時には、常に「私が見たところによると」「私が考えるに」となり、人間の認識の一切は自己準拠的である<sup>37)</sup>といえよう。しかしながら、あらゆる一切のことがらを知るためには自分自身の内部にある情報だけから見いだすことはできず、環境からの刺激を情報としながら認識している。つまり、自己の存立のためには自己以外の情報を環境から選択的に取り入れる必要があり、つまり「自己を拠り所とすると同時に自己以外のものを参照するように指示」<sup>38)</sup>されているのである。要するに、人間の認識は自らの認識であると同時に自らにとっての純然たる認識ではないということからパラドクスを孕まざるを得ないのである。こうしたシステムの自己準拠が孕むパラドクスを解決する試みは、ホワイトヘッドとラッセルによって企てられており、さまざまな論理的類型の設定が、観察されている日常生活における現実との混在を回避することを提案している<sup>39)</sup>。

私たちの認識がパラドクスに陥ったままで、脱パラドクス化への契機が生じてこないのは、近代合理主義と呼ばれる理性的な考え方の致命的な弱点であるからだ<sup>40)</sup>とジーモンはみている。近代的合理主義の精神は一般的に、理性の見地を重んじ個別的・偶然的なものを排し、一切が普遍的法則の論理的な必然性によって支配されているとみなす。このような無矛盾性の原理に基づいているために、何らかの出来事を判断する場合に、観察する者（主体）と観察される者（客体）とを次元の異なるものとして分け、観察されるもののみを合理的に分析し得ると考える。無矛盾性の原理に基づくこのような合理的な分析は二値論理 (zweiwertige Logik)、つまり有意味的なあらゆる陳述に対して「真-偽」という真理価値を必然的に付与させる規則に基づく認識に依拠している。たとえば、健康はあらゆる場合において良いことで、病気はあらゆる場合において悪いことと判断されるが、現実の生活においてはそのような状況はありえないので、パラドクスが生じることになる。

ジーモンは自らの臨床研究を通して、まず次のことを確認している。「生活の規則を二値論理の規則に適応させようとする場合に、精神病的攪乱が現れる」<sup>41)</sup>。二値論理的認識に囚われてしまうと、正しい状況判断ができなくなり混乱を引き起こしてしまう。あらゆる出来事の意義を「真か偽か」のどちらか一方でしかないと仮定する二値論理的認識を実際の日常生活に適用してしまうと、あらゆる出来事の意味づけを、

常に真か偽かのどちらかに決定していかざるを得なくなり、第三の可能性は存在しなくなる。たとえば、唯一で客観的なリアリティが存在する、つまり健康という状態、たとえば「病気がない」「障害がない」「老いていない」「異常値がない」などと絶対的眞の価値を常に有していると捉えてしまうと、他のさまざまなリアリティの可能性については一切問われることがなくなってしまう<sup>注20)</sup>。しかし、本来の状態ならば、個々人は独自の観点からリアリティを認識しているのであり、しかもリアリティの認識はコンテキストが変わると変化しうる。だが、二値論理的なリアリティ認識に囚われてしまうと、そうしたことに無自覚的となり、その時その時の状況を適切に観察することに障害が生じてくる。

そのときどきの状態を観察して判断するのではなく、二値論理的パースペクティブに囚われ、そのときどきの観察から独立している健康に関する客観的なリアリティがあるという固定的な仮定<sup>42)</sup>をもっていることが、健康ブームに代表される健康不安の状況を作り上げているのではないだろうか。ここで問題となっていることは、一度決定された真／偽の区別が改変不可能なものとして捉えられてしまうことである。ある唯一の理想的な健康状態というリアリティだけが通用し、それ以外のリアリティは排除されてしまう。現代社会は複雑で多義的な価値観が許容されるように変化してきているのに、認識のレベルで二値論理に囚われていると、身体の状態や精神の状態についての自分自身の複雑な観察が困難になり、理解することが難しくなる。そして、単純化された外部からの情報に従うことでしか、自分の身体状況を知るための不十分な点を補うことができない。無限に拡大される精神や自由な個性を發揮させずに、すべての人間をある固定的な「健康」に志向させる素地をつくっている。

## 2) 認識論的誤謬

私たちのリアリティ認識が硬直化してしまうのは二値論理的判断に囚われ、さまざまな感情や今までの経験、周囲の人々との関係性、個人の生活状況や人生のあり方全般を捉えることができにくくなっているためではないか。私たちの感情の現れは、実際に「今、ここ」で生起している状況に影響されて微妙に変化して生じてくる「ある」感情でしかない。つまり、たとえばアンビヴァレンスな感情は自然な状態として存しているのに、真か偽かによって固定した認識を行い、一方は常に理想的で賞賛される状態であり、他方は常に排撃され弾劾されるものとして、どちらかに必ず決定づけられてしまうところに、不自然で硬直的な状況が生じてくる。

また、健康づくりは個々人の責任とされ、健康状態を勝ち取ることの義務化には、人間は自分の身体の状態をコントロールし変化させ管理しえろという前提がある<sup>43)</sup>。健康づくりを目標に掲げる方針自体は過ちではないのに、なぜ私たちはそのことに翻弄されて不安状況が広がっているのだろうか。人生の数ある目標の中の一つとしての健康ではなく、唯一の目標である健康と化しているために、自分の身体に対して責任を感じるのと同様に、身体に生起している事柄の原因として自分自身のあり方も真か

偽かのどちらかに決定づけられてしまい、それに影響を及ぼされているとも考えられる。健康でないならば、その結果は自分に責任があると捉えられ、自分がいわゆる「犯人」となり罪人となりえる。そうした強迫的な認識では自由な意思や選択が阻害されるか、責任の負担に押しつぶされて不安にかられる毎日となろう。ここにおいては真や偽以外の可能性や、現在の状況を変えることになる他の選択肢の可能性を認めるような視点の入る余地は排除されてしまっている。老いや死などは自分の能力ではどうすることもできない存在であるのに、自分の身体に関することは自分にすべての責任を課されてしまう。

さらに、二値論理的に設定された形式がひとたび良いものとして意味付与されると、単純に繰り返されるのみならず強化して行われてしまう<sup>44)</sup>ことが、パラドクス状況を悪化させる要因になっていよう。日常生活的な行為の選択（何を行うか、または行うこと／行わないことという選択）に関する形式が、いったん形成されることによって、その後その行為が行われるときには、たとえ異なるコンテキストの中においてなされた場合にも同一の評価が与えられると捉えるために、その効果が累積され強化されていくのである。繰り返すならば、健康になる（つまり病気にならない、検査データが基準値範囲内にある、衰えない）といった目標を達成することは不可能なことであるために、そのことを望めば望むほど自分が掲げた目標からは遠ざかってしまう。要するに、私たちは「健康不安を取り除こうと志向すればするほど、健康不安を助長してしまう」といったパラドクスに陥っているのである。健康を目指す自分の行動をコントロールすることによって、健康状態を算定可能なものとして捉える認識論的誤謬を犯しているのである。

### 3) 観察の観察の必要性

「健康不安を取り除こうと志向すればするほど、健康不安を助長してしまう」といった逃れられないパラドクスに私たちが陥っているのは、健康が唯一の絶対的な価値であり、それ以外は排除すべき悪として認識してしまう傾向にあるからではないか。この二値論理に攪乱されたリアリティ構築をどう脱却するのが最終的な課題となる。つまり、臨床認識論は単にリアリティを描写したり観察するだけでなく、その描写や観察を通して、何らかの事態に巻き込まれている人の行為に対して指令を行い、脱パラドクス化をはかることを目指している。

私たちがどのように「健康」を観察しているのかを「観察」概念を用いてみることによって、区別された上で表示した一方の側面以外の他方の側面は、表示されていないために、区別している観察者からは観察できないし、また同様に最初の区別は、どのように区別しているのかを観察者にとっては観察できない盲点となっていることが明らかになった。どのような区別によってその区別が行われていたのかを観察するためには、表示された側面だけでなく、表示されていない側面も共に知る必要がある。スペンサー＝ブラウンの『区別の法則』<sup>45)</sup>に即して、方程式 $X^2 + 1 = 0$ によって説明

すると、方程式の左辺の内実 ( $X^2 + 1$ ) について知るためには、右辺の内実 (0) がまず理解できなければならない。その際、私たちが接近できる唯一の方法は左辺 (たとえば表示された側面) と右辺 (たとえば表示されていない側面) の間に共通に引かれている境界線 (イコール) を用いることによって、右辺から 1 を移動させたりできるだけである (たとえば、 $X^2 + 1 - 1 = 0 - 1 \rightarrow (X^2 = -1)$ )。このように観察者が観察できない側面を観察するためには、左辺と右辺とを交互に観察して、「観察したことに対する観察」(セカンド・オーダーの観察) が必要になってくる。

つまり、観察者が自ら行った区別を再び自己観察するしか方法がないのである。しかしながら、観察する際には、常に表示されない側面は必ず存しているので、Nichtwissen の側面は完全には消滅することはなく、何度でも繰り返して「観察の観察」を行うことによってしか確実性は高まらない。硬直的なリアリティ認識によって、つまり、観察者自身がどのような区別の形式を用いて健康を観察しているのか、さらに自分に影響を与える周囲の人々等とのコミュニケーションにおいて、認識がどのように固定化されているのかを理解するためにも、自分の観察の観点を再帰し、セカンド・オーダーの観察をするように促すことがまず必要なことといえる。つまり、セカンド・オーダーの観察を行い、自分自身の認識が二値論理的な思考に囚われている事実に気づくことがまず求められる。そして、実際に生起している現実を正しく観察するためには、二値論理の規則に従わないこと (つまり、多くの矛盾した言明や状態が同時に真であるということ認め、受け容れていくこと) が必要になってくる。また、コンテキストや状況が変わることによって、その時の感情や認識は複雑に変容することが自然なことであるという事実を認めていくことが重要である。

そうしたことは、硬直し確固としていた認識を破壊することになり、攪乱されることになるであろう。しかしながら、自己改変を誘発することができる効果的な方法といえよう。不安を増強するばかりで意味のない行為の絶え間ない繰り返しの循環から脱出するためには攪乱させ、今まで行っていた区別の仕方を変えていくしかない。実際の日常生活において、健康ということと健康ではないということとの間には直接的な因果関係があるというわけではなく、ことがらとことがらにおいて互いが他方に影響を与えあっている。このようにシステム論的に考えるのであれば、私たちは現在ある状態とは別様に振る舞うことが可能となり、別の決定を行うことも可能になるといえる。個々人のセカンド・オーダーの観察を促す方途については、システム論的介入の視点<sup>注21)</sup>から接近する方途が考えられ、その具体的な方法については今後の課題としたい。

#### 引用・参考文献

- 1) 伊藤ちぢ代「貝原益軒『養生訓』の「健康」観をめぐって」『日本大学大学院総合社会情報研究科紀要』6, 2005, p.134.
- 2) 北澤一利『「健康」の日本史』平凡社, 2000.

- 3) 小野寺伸夫「後藤新平の健康観」『保険の科学』40(12), 1998, p.933.
- 4) 伊藤ちぢ代 前掲論文1) p.134.
- 5) 中川米造編『講座人間と医療を考える1／哲学と医療』弘文堂, 1992.
- 6) 八木保, 中森一郎「用語『健康』の由来を求めて」『保険の科学』40(10), 1998, p.843-845.
- 7) 八木保, 中森一郎「用語『健康』の由来を求めて」『保険の科学』41(12), 1999, p.952.
- 8) 池田光穂「日本人にみられる『禁忌の健康観』」『教育と医学』38(10), 1990, p.907.
- 9) 園田恭一, 川田智恵子編「『新しい健康理論』の意味と意義」『健康観の転換』序章, 東京大学出版会, 1995, p.5.
- 10) 黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社, 1995, p.263-278.
- 11) G.Spencer-Brown “Law of Form” George Allen and Unwin, 1969.
- 12) F.Simon “Unterschiede, die Unterschiede machen Klinische Epistemologie : Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik” 1993, s.223.
- 13) F.Simon 前掲書12) s.114.
- 14) F.Simon 前掲書12) s.152.
- 15) F.Simon 前掲書12) s.333.
- 16) 園田恭一『健康の理論と保健社会学』東京大学出版会, 1993, p.4.
- 17) F.Simon. 前掲書12) s.16.
- 18) 黒田浩一郎編『医療社会学のフロンティア』世界思想社, 2001, p.42.
- 19) F.Simon. 前掲書12) s.21.
- 20) F.Simon. 前掲書12) s.62.
- 21) 林真理「病気概念の社会性」『科学基礎論研究』2, 1998, p.1-6.
- 22) 今村嘉雄『日本体育史』不味堂出版, 1970, p.69.
- 23) 山崎美貴子, 瀧澤利行編『看護のための最新医学講座35／医療と社会』中山書店, 2002, p.75.
- 24) 貝原益軒 伊藤友信訳『養生訓』講談社, 1982.
- 25) 貝原益軒 石川謙校訂『養生訓・和俗童子訓』岩波書店, 1936, p.24.
- 26) 貝原益軒 石川謙校訂 前掲書25) p.28.
- 27) 貝原益軒 石川謙校訂 前掲書25) p.28.
- 28) 貝原益軒 石川謙校訂 前掲書25) p.119.
- 29) 貝原益軒 石川謙校訂 前掲書25) p.27-28
- 30) 上杉正幸『健康不安の社会学』世界思想社, 2000, p.8.
- 31) 園田恭一 前掲書16) p.13.
- 32) 池田光穂 前掲論文8) p.912.
- 33) 上杉正幸 前掲書30) p.229.
- 34) 林真理 前掲論文21) p.1-6.
- 35) 黒田浩一郎 前掲書18) p.44.
- 36) 上杉正幸 前掲書32) p.11.
- 37) F.Simon “Die Kunst, nicht zu lernen-und andere paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik” Carl-Auer-Systeme v 1997, s.52.

- 38) Luhman,N. 佐藤勉訳『社会システム理論 下』恒星社厚生閣, 1993, p.850.
- 39) F.Simon. 前掲書12) s.449.
- 40) F.Simon. 前掲書12) s.656.
- 41) F.Simon. 前掲書12) s.449.
- 42) F.Simon. 前掲書12) s.452.
- 43) 園田恭一 前掲書16) p.8.
- 44) F.Simon. 前掲書12) s.462.
- 45) G.Spencer-Brown “Law of Form” George Allen and Unwin, 1969.

注

- 1) 緒方洪庵が『病学通論』(1849年)において、身体内部の構造と機能が正常の調子を失っていないものを健康と著しているという説や、堀辰之助他篇『英和对訳袖珍辞書』(1862年)にhealthの訳語として健康が使われているという説など多数あり。
- 2) 福沢諭吉が一般書として1873(明治6)年『学問のすすめ』や1875(明治8)年『文明論之概略』の中で健康という語を頻繁に用いていること、また明治政府が1874(明治7)年に定めた「医制」の中で、医制の目的を「人民の健康を保護し疾病を治療し…」と謳っていることから、明治初期から日常的に使われ定着していたと考えられる。
- 3) 病気から逃れたい、病気を避けたいというネガティブな志向から、より主体的に健康をつくり向上させたいというポジティブな志向へと変化し、自律性の発揮させる進歩的傾向が主流を占めるようになる変化を指す。
- 4) 特に最近の「健康ブーム」においては、さまざまな「健康法」や「健康商品」が巷に溢れ、同種類で異なるものが繰り返し生成され流布しては消滅し、また生成され続けている。さまざまなメディアを通して毎日、あらゆる病気の徴候や症状に関する情報が流通しており、子どもから高齢者まであらゆる層の人間が「健康」に関心をもつようになっている。
- 5) 昨今ではテレビ(教育番組だけでなくバラエティ番組でも)、雑誌等において、健康特集がほとんど毎日、あるいは毎回組まれている状況であり、その中で昨日は大いに摂取すべき食物として紹介されていたものが、今日の番組の中では控えた方がよいものとして紹介されることも多く、その都度そうした内容に振り回されてしまう。
- 6) 社会学理論は、単に現代社会において現出しているさまざまな現象について描写し、それを解釈することにとどまってはならないと考える。社会的事象のあり方に関する解明を踏まえて、現代社会を生きる人々の現実認識の明晰化に寄与することが、さらに要請されている。だが、多くの社会学理論は社会学の研究領域内でのみ、その意義を承認されるような知見の蓄積に留まりがちで、実生活者の認識を一層豊かなものにするという社会学の最終的な課題を果たしていない。しかし、ドイツの社会学者ニクラス・ルーマンの提示している社会システム理論は、実生活者の認識の潜在的な構造(認識と社会関係との潜在的な関わり合い)を明らかにするために、つまり真に「社会的なもの」の解明のための普遍的で系統的な社会学理論の枠組みを提示している。
- 7) フリッツ・B・ジーモンはドイツの精神科医であり、患者の治療を行い続ける中で、「精神分析学の知識だけでは、患者の問題行動を打破するための新しい解釈を導き出す

ことはできなかった。私の治療に役だったのは、患者との日常的なコミュニケーションだけであった」と述べている。そこから、社会システム理論に出会い、その考え方に立脚して、日常実践の指針たり得る理論としての展開を企図している。特にシステム論的介入の可能性を分析している。

- 8) 精神病治療においてシステムセラピーを実践しているジーマンは、「攪乱された精神」を認識論的問題として扱っている。「攪乱された精神」を認識論的問題として扱うということは、ある個人の心理システムの機能障害状態に対して、それ以外の他者との社会関係が密接に関わっているということを踏まえているのである。したがって、臨床認識論は、単に内省によって見いだされる個人の認識を論理化することによって成立せず、他者との関係つまり社会システムが心理システムに及ぼす影響をその主題とすることによってこそ、はじめて成立する認識論といえる。この点こそが近代における哲学的認識論と臨床認識論とを区別する、最も明確な分岐点といえる。
- 9) スペンサー＝ブラウンは、ブール代数を独自に展開することを通して数学者が実際に行っている指令的な認識を形式演算化し、ゲーテルの証明の実践的な乗り越えを企図した。スペンサー＝ブラウンの提示した「形式の法則」はウィットゲンシュタイン哲学との関連性を指摘されると共に、システム理論との親和性が広く知られている。
- 10) ジーマンのたとえによると、どんなに腕のいい理容師でも自分のうなじがきれいに剃られているかどうかは、自分だけの能力では知り得ず、二枚の鏡を使ってはじめて可能になる。
- 11) 感染症中心の時代には病気は病原微生物の侵襲によって生じ、治癒すれば病原微生物は存在なくなり、疾病以前の状態（健康な状態）に戻る。よって、悪者を見つけて取り除くというメタファーが当てはまりやすい。
- 12) ジーマンが「想像上の犯人」という真偽以外の存在に気づいたのは、スペンサー＝ブラウンが正・負以外に虚数という「想像上の数」の存在を推定しているからである。スペンサー＝ブラウンは結論を導いたり結論を算定する数学的方法と、世界の構造についての私たちの認識を顕わにする道程とが共通する能力によるものであるとみなし、このようなパラドクスの問題を数学的方法によって解明しようと試みている。そして、真・偽・無意味といった二値論理的諸範疇を、正・負・ゼロという数字によって表現している。しかし、そのような諸範疇では $X^2 + 2 = 0$ といった多次方程式は解くことができず、虚数のような「想像上の数」を導入しなければ解決不可能だったのである。
- 13) 生活習慣病の場合、病気の原因は内在的で徐々に進行し、発病以前に健康と病気の間間的な段階が存している。また、慢性疾患の場合には、感染症のように完全な回復（病原微生物の排除）を期待できず、さまざまな症状や後遺症、障害をもったままの生活を余儀なくされる。つまり、多くの人々は健康でもあり、病気でもあるといった状態に常におかれるようになった。
- 14) WHOの健康の定義においても、「健康とは身体的、精神的、社会的に良好な状態である」とされている。ここでは、障害を担っている人々の状態も考慮に入れられ、たとえば病気であろうとも障害をもっていようとも、精神的に健康な状態がありえるし、生き生きと積極的に生きている状態は健康であるとみなされるという考え方から、「良好な状態である」といった曖昧ともとれる定義づけになっているのだろう。以前の健康

観は無病であり、病気でない状態という明確な分類法であったが、現代における健康観は、病気や障害をもっていることとは関係なく、さらに病気をもっていなくても健康でない状態もありえるという、かなり多義的で複雑な捉え方になってきている。

- 15) 滝澤利行は、貝原益軒の養生思想が近代日本の人間形成の機能を有していると指摘している（滝澤利行『健康文化論』大修館書店、1998、p.25.参照）。
- 16) 益軒の健康観について、多くの研究者によって議論が行われている。たとえば、池田は「病気にならないためには～しないこと」という一貫した禁止の原理がみられると指摘している。健康を妨げる特定の行為、食物や行為を制限することによって、健康を維持しようというものであり、ある行為を避けることを通して災厄から逃れようとすることは、「禁忌の健康観」とも呼べるだろう（池田光穂「日本人にみられる『禁忌の健康観』」『教育と医学』38(10)、1990、p.908-909.参照）と論じている。そして、健康を維持するのだという健康観は、禁忌を破ることに対する恐怖と表裏一体であり、健康の意味が積極的に評価されていないと述べている。
- 17) 前近代と近代における健康観の対比として、多くの議論があるが、たとえば、禁忌の健康観／獲得の健康観、消極的健康観／積極的健康観、所与としての健康観／無限追求目標の健康観、身体中心の健康観／全人的健康観などがある。
- 18) 「紅茶キノコ」などが健康ブームになった1970年代頃は、年に1回（多くて2回）程度の割合で、そういう健康情報が流布されブームになったが、現在の状況は、毎日そうした情報が入ってきて、何に従ったらよいのか混乱してしまう。
- 19) 林真理は「人間的であることの本質が常に健康であるとは限らないという点も見逃せない」と明示し、脱自然的であることこそ人間的であると述べる（林真理「病気概念の社会性」『科学基礎論研究』25(2)、1998、p.1-6.参照）。
- 20) ジーモンの臨床研究において、精神病患者を有するあらゆる家族において、「唯一で客観的なリアリティが存在することに関するコンセンサスを得ている」と、たいていの場合に仮定されていたことが明らかにされている。
- 21) 間接的に目標に指向する介入、つまり当事者自身の「自己修復するための能力を活性化し、活用することを企図している」パラドクスの介入が、すなわちシステム論的介入といえる（F.Simon “Die andere Seite der Gesundheit : Ansatz einer Systemschen Krankheits-und Therapietheorie” Carl-Auer-Systeme, 1995, s.97-101）。