

## 医学としての健康科学とは何か — 主体性の医学の誕生 —

### What is Health Science as Medicine? — the Birth of Initiative Medicine —

杉 岡 良 彦  
Yoshihiko Sugioka

---

#### abstract

Recently we sometimes hear the word “Health Science”, but for many people it is not so clear what health science means. The purpose of this paper is to clarify the meaning and importance of this science in medicine. The definition of health is not so clear and we don't know the definite method to explore “health”, which may be the reasons why it is difficult to discuss health science. As for the definition of health, some new concepts are developed: “subjective feeling of health” and “salutogenesis”. According to Dr. Sukekata Kashiwa, health science belongs to the third sciences that set up the goal to realize and search the way to reach it rationally. Health is also an important goal for clinical medicine, but in this field health may mean setting the sick conditions back to the former states. Health science, however, intends to promote the individual and public health, therefore the health-scientific approaches must be more pluralistic and comprehensive. In psychosomatic medicine, which is now regarded as the fundamental in clinical medicine, the biopsychosocioexistential medical model has been proposed. This model enables comprehensive medical practices but it does not mention the initiative human activities. Dr. Kashiwa has proposed that the initiative and creative activities are principal in human beings. I believe that this view of human beings as well as biopsychosocioexistential medical model is indispensable for health science because people are not objects to be cured but main characters to pursue health by themselves through the consciousness of their death. Health science, therefore, means the birth of initiative medicine.

キーワード：健康科学、健康観、第三科学、多元的医学・医療モデル、主体性の医学

---

## はじめに

現在、旭川医科大学には、健康科学 Health Science と呼ばれる講座がある。医学部において、内科学、外科学、あるいは、解剖学や生理学なら慣れ親しんだ名前であるが、いったい健康科学とはいかなる学問であるのか。医学は臨床医学、社会医学、基礎医学に分類することができるが、健康科学は社会医学に属する。通常、社会医学には、衛生学、公衆衛生学、さらに法医学が含まれるが、なぜそうした名前ではなく健康科学であるのか。この論文の目的は、健康科学とはいかなる学問であるのか、何を指すのか、その他の医学とはどのような関係にあり、医学においてこの新しい医学の一分野がどのような意味を持つのかを明らかにしようとするものである<sup>1)</sup>。

### 1. 健康科学をめぐる現状

健康がブームになっている。テレビで健康を扱わない番組のない日はないし、書店にいけば健康関係のさまざまな種類の書籍、雑誌であふれている。また学問領域においては特に看護系の4年制大学化に伴い、看護学系学部で健康科学という名称を用いているところも多いようである<sup>2)</sup>。著者の所属する健康科学講座は、衛生学講座と公衆衛生学講座が一つになって2003年4月から、新しく健康科学講座となった。

通常、医学においても、治療医学だけではなく、予防医学の重要性が唱えられ、更に健康増進の必要性が述べられている<sup>3)</sup>。しかし、その健康はいかにして可能であるのか？ おそらくこの問いに明確に答えられる医師、あるいは医学研究者はほとんど皆無に等しいといつてよかろう。「健康増進つまり、さらに健康になること」——それは理論的には考察可能であるが、答えることが難しい問いである。なぜか？ ——それはまず、語られている「健康」概念自体がはっきりしないこと、および、健康という目に見えない対象にどのようにアプローチするのかその明確な方法論が確立していないからであるといつてよかろう。そこでまず、「健康」がどのように考えられているのか、最近の新たな健康概念を検討する作業からはじめよう。

### 2. 健康概念の新しい展開

「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. 「健康とは完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない(昭和26年官報掲載訳)」1946年に発表されたWHOによるこの健康の定義は今日まで多くの支持を受けてきた。WHOの健康概念が公にされるまでは、とかく「病気が健康か」という二分法、言い換えれば「健康とは病気のない状態」と考える傾向にあった健康観、近代医学の発展に支えられた身体中心的な、それゆえ身体一元論的な健康観が支配的であったといえる。これに対して、WHOは上記のように「健康とは病気のない状態」でないことを明確に示し、かつ身体だけでなく、精神、社会を含めた多元的な健康概念を打ち出した。その後、このWHOの健康の定義を基にしてさまざまな議論が展開される。詳細は他の論文に譲る<sup>4)</sup>として、ここでは特にこれからの健康科学を考える際に重要であると思われる二つの健康観を紹介する。

一つは小泉明(東京大学名誉教授)の健康観である<sup>5)</sup>。彼は健康には血圧や血糖値をはじめ、数値化して「客観的に把握できる健康」と、個人の自覚症状などに基づく「自覚的・主観的に捉える健康」があることを明確にした。そして、「自覚症状にもとづいて医療機関を受診する者のうち、半数近くが臨床検査上異常なしとして帰されている」と指摘し、「健康の主観的側面と客観的側面の差異を医療機関が十分に扱いきれていない」と指摘している。この小泉の指摘は約20年を経た現在もおそらく当て

はまるであろう。この小泉のいう主観的健康感の重要性を裏付けるデータはすでに Idler らによって報告されている<sup>6)</sup>。彼等によれば、約 6000 人の高齢者を対象に主観的健康感と 4 年後の死亡率とを調べ、評価の悪い人は良い人に比較して有意に死亡率が高いことを報告している。また、日本においても岡戸らが同様の結果を報告している<sup>7)</sup>。現在日本でも、こうした主観的健康感を調べるための質問用紙が市販されている<sup>8)</sup>。健康に客観的健康と主観的健康があること、さらにこれを裏付ける疫学調査が存在することの意味は大きい。それは、生物学的健康の実現だけではなく、主観的健康の実現もまた、医学が取り組むべき重要なテーマであることを示すものであるからだ。

次に取り上げる健康観は、ユダヤ系アメリカ人の医療社会学者・健康社会学者であるアロン・アントノフスキー Aaron Antonovsky (1923-1994) の健康観である。彼の健康観を表すのは「健康生成論 salutogenesis」とその中核概念「SOC (sense of coherence: 首尾一貫性)」である。アントノフスキーによれば、従来の医学に代表されるのは「疾病生成論 pathogenesis」であるという。つまり、「疾病生成論が疾病はいかにしてつくられるのかという観点から、その要因すなわちリスク・ファクター(危険因子)とそのメカニズムを明らかにして、まとめ上げられてきた理論であるのに対し、健康生成論は、健康はいかにして維持、回復、あるいは増進されるのかという観点から、それにかかわる要因すなわち健康要因(サリュタリー・ファクター)とそのメカニズムと背景について新しく仮説的に示された理論<sup>9)</sup>」である。つまり従来の医学が人間を「病への相」から見たのに対して、健康生成論では人間を「健康への相」から見るといえる。それは、ネガティブではなくポジティブな健康観であり人間観であるといえよう。健康生成論に基づく研究上のアプローチの仕方を健康生成志向(salutogenetic orientation)と呼び、「健康生成志向とは、言ってみれば、安寧-破綻の連続体(ease/dis-ease continuum)上の安寧の極側への移動がもつ謎について考えることである。」<sup>10)</sup>と述べ、疾病生成論に基づくアプローチである疾病生成志向(pathogenic orientation)と対置させている。つまり、ここでは健康状態が疾病か健康かという「二分法(dichotomy)」ではなく、「健康-健康破綻の連続体(health ease/dis-ease continuum)」<sup>11)</sup>と見られていることに注目しよう。

アントノフスキーの健康生成論の中核概念が SOC であり、山崎らは「内容的にはストレス対処能力とも健康保持能力とも呼べるものである。それは近年のわが国で流行している『生きる力』にも近い。」<sup>12)</sup>と説明している。この SOC は、①把握可能感(comprehensibility)、②処理可能感(manageability)、③有意味感(meaningfulness)の3つの要素からなる。まず「把握可能感」であるが、これは「人が内的環境および外的環境からの刺激に直面したとき、その刺激をどの程度認知的に理解できるものとして捉えているかということ」であり、把握可能感の高い人は「将来出会うことになる刺激が予測できるものと考えている。死、戦争、失敗という望ましくないものであっても、それらの意味を理解することができる。」<sup>13)</sup>「処理可能感」は、「人に降り注ぐストレスに適切に対処するための資源を、自分が自由に使えると感じている程度」であり、高い処理可能感を持っている人は「困難なことが起こったとしても、それに対処することができ、いつまでも悲観にくれたりしない。」<sup>14)</sup>最後に、「有意味感」は、「人が人生を意味があると感じている程度」のことで、有意味感の高い人は、「愛する人の死に直面したり、深刻な手術を受けることになったり、解雇されたりするといった、不幸な経験があったとしても、その挑戦をすすんで受けとめ、それに意味を見出そうと決心し、尊厳を持ってそれに打ち勝つために最善を尽くすだろう。」<sup>15)</sup>

こうした3つの要素からなる SOC(首尾一貫性)は、「健康-健康破綻を両極とする連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させるための、まさに重要な決定要因」<sup>16)</sup>なのである。

「把握可能感、処理可能感、有意味感」という SOC の3つの要素の重要性は、心療内科や精神科領

域で働く医師には特によく共感できるものであろう。また、こうした3つの要素はおそらく人が人生の中でさまざまな試練に直面し、それでも生きていく中で、自然に身につけるストレス対処法でもあろう。さまざまな試練に直面すると、我々は通常、「なぜこんなことが起こったのか」知的に理解しようとする。それは文章をつづり、あるいは友人と話をすることでその理解は得られる場合が多い（把握可能感）。さらに、その際に、その試練に立ち向かうのが自分ひとりではなく、相談できる友人や家族、力になってくれるカウンセラーや精神科医がいると、彼等の援助も得ながら、その試練に立ち向かうという意欲（向かえるという気持ち）が生じてくる（処理可能感）。また、その試練に対する意味を見出そうとするし、例えば、聖書の言葉によってそれが出来た時<sup>17)</sup>、試練はむしろ神への感謝に変わることをさえあろう。アントノフスキーの優れたところは、こうした概念構築を単に観念的に行ったのではなく、みずから医療社会学者として調査研究を行う中で、具体的な事実から構築し、さらにSOCを評価する質問票も開発している。我々は、SOCの3つの要素を理解し、より人々に普遍的なものとすることによって、臨床現場でもあるいは健康増進活動にも役立てることが出来るであろう。

WHOの健康の定義（1946年）とそれ以降の二つの健康観を概観することで、医学において健康がどのように考えられているのかをみてきた。治療医学を中心とする現代医学の発展の一方で、主観的健康感および健康生成論の展開は、健康を目指す医学の理論的支柱が確実に形成され、深められつつあることを示しているといえよう。

### 3. 第三科学としての医学（医学の方法論）

医学としての健康科学を考えるにあたり、そもそも医学とはいかなる学問であるのかを考察しよう。この問いに対しては、いくつものアプローチの仕方がある。医学の哲学としての医学概論という学問が澤瀉久敬博士（1904-1995）によって確立されたが<sup>18)</sup>、同じく農学には農学の哲学としての農学原論 *Philosophie der Landwirtschaftslehre* という学問がある。これを日本で初めて体系化したのは当時、京都大学農学部教授の柏祐賢博士であった<sup>19)</sup>。柏博士の農学原論では「農学という科学」の基礎付けが大きな課題の一つであった。というのは、当時農学は「応用科学 *applied science*」すなわち諸科学の応用に過ぎない、それゆえ真に学問としての価値があるのは物理学や生物学をはじめとする科学であるとの風潮があったからである<sup>20)</sup>。この応用科学には工学、教育学そして我々の中心的課題である医学も含まれる。柏博士の科学論は、新カント学派、特にヴィンデルバント *W. Windelband* (1848-1915) やリックルト *H. Rickert* (1863-1936) を中心とする西南ドイツ学派を踏まえて展開された。彼等は、科学を二つに分類し基礎付けた。それは物理学や生物学などの自然科学 *Naturwissenschaft* と歴史学や経済学などの文化科学 *Kulturwissenschaft* である。これを踏まえて、柏博士は、農学や医学などの応用科学といわれるものを第三科学として位置づけ、この第三科学の根拠を明らかにすることによって、第三科学の学問としての基礎付けを行ったのである。

さて、柏博士によって明らかにされた第三科学とはいかなるものか。それによれば、まず自然科学は価値とは無関係に、普遍的なものを抽出し、法則定立的方法に基づいて展開し、文化科学は一定の価値視点から（価値関係的に）、個性的なものを抽出し、個性記述的方法に基づいて展開する<sup>21)</sup>。これに対して第三科学は、「自然科学でもなければ、歴史科学（文化科学）でもない。しかし、自然科学における知識および歴史科学（文化科学）における知識を前提とし、土台として、それらを人間の目的的な営みのために最高の成果をあげ得るがごとく、組み合わせ、試験的方法によって確認した知識の体系である。」<sup>22)</sup> 「自然科学が縦となり、歴史科学（文化科学）が横となって、その上にプロジェクト的な第三科学が高さとして成り立つ。」<sup>23)</sup>したがって、第三科学は、「明らかに未来展望的 *pro-*

spectiveであり、しかも目的設定的 purposive なるものである。しかもそのために計画構想的 projective なるものである。」<sup>24)</sup>

つまり、第三科学の特徴として、

- 1) より高い農業生産力を如何にして発揮するか(農学)、あるいは如何にして人間の病気を治療するか(医学)など、「目的」というものに直接的に関連を持つ科学である<sup>25)</sup>。
- 2) その目的を達成するために、自然科学と文化科学のうち役立つものを選択し、組み合わせながら「診断→計画設計→試験→範型作成」<sup>26)</sup>というプロセスを経て、人間行動の範型 model を客観的に認識する科学である。

とまず理解したい。もちろん、あらゆる科学が明確に自然科学、文化科学、第三科学に分類されるとは限らない。この分類は方法に基づくものであり、「対象に対して、ノモテーティッシュ(法則定立的)に対処すれば、そこには自然科学的認識が成立する。また、イディオグラフィーッシュ(個性記述的)に対応するならば、歴史科学的認識が成立する。また更にプロジェクトイブ(計画構想的)に対処するならば、そこには、いわゆる第三科学的認識が成り立つのである。」<sup>27)</sup>とあるように、医学の中でも基礎医学や社会医学においては法則定立的、個性記述的な傾向を強くするものが多い。

以上、我々はきわめて独創的な柏博士の第三科学論を見てきた。これによって、健康科学および医学は科学としての基礎付けが得られるのである。この科学論に基づいて再度健康科学を考察しよう。第三科学論によれば、第三科学はそれぞれ追究すべき目的を持つ。通常、医学における目的は治療と予防さらに健康(増進)であるといわれる。健康科学においてその目的は明らかにこの医学が追求すべき目的の一つ「健康(増進)」にある。次に、健康科学における、この「健康」という価値の妥当性について問わなければならない<sup>28)</sup>。「健康」を達成すべき価値目標とすることは社会的・医学的に見て正しいことであろうか。これは明らかに正しいといえる<sup>29)</sup>。まず、医学的に見て、健康増進は医療経済の立場からも医療費の抑制につながる。医学の歴史から見ても、「感染症の克服(必ずしも完全な克服はありえず、常に昨今の鳥インフルエンザ問題のように国際レベルでの注意が必要であるが)、生活習慣病の増大、さらに健康増進へ」という流れで、これから追究すべき、実現すべき価値は健康であることは共通の認識といってよい。問題は、むしろ追究すべき健康という価値目標の中身の議論およびその現実に向けた戦略 strategy、方法論をどうすべきかである。

次に健康科学の具体的な方法であるが、その際用いられるのは分子生物学、これまで衛生学で中心的な位置を占める毒性学、免疫学、社会医学領域での疫学等、現在医学領域で用いられているあらゆる手段が用いられる。特に、人の精神的な働きを含め、神経系、内分泌系、免疫学系の立場から総合的に生体の恒常性 homeostasis に注目する「精神神経内分泌免疫学 psychoneuroendoimmunology」は、健康科学の基本的な研究手段といえよう<sup>30)</sup>。ただし、繰り返しになるが第三科学である健康科学の方法は「目的指定に基づく人間行動の範型を客観的に解明するものである」<sup>31)</sup>ため、最終的には健康という目的を目指す人間行動のより合理的なあり方の範型 model を示すところまで進まなければならない。それは健康行動科学ともいえる。

以上、柏祐賢博士によって確立された第三科学論の立場から健康科学を見直しその目的と方法を明らかにしてきた。このことにより、通常無自覚に「健康科学」という言葉が使用されることが多いことに対して、健康科学に携わる研究者自身が、果たして自分たちの研究活動が科学(第三科学)というにふさわしいものであるかどうかを反省することが出来るだろう。また、健康という文字を冠したさまざまな科学的根拠を欠いた似非科学に対してどのような視点から批判すべきかも明らかになる。それは、彼等が何を持って健康と称するのかという批判と、それを実現するための科学的方法論への

批判である。

#### 4. 臨床医学は健康をどのように扱うのか

健康は、健康科学あるいはより一般に社会医学（予防医学）だけが扱う問題ではない。臨床医学においても当然、健康が問題となる。具体的に考えよう。例えば、それまで胸部の不快感、痛み、息苦しさを感じていて、1本の冠動脈の80%以上の閉塞が認められる患者が、経皮的冠動脈形成術 PCI (percutaneous coronary intervention) によって再び血流が確保されるとき、それまでの症状はうそのように消えてしまう。おそらくこのとき、彼あるいは彼女は「自分は健康になった」と感じる。あるいは、普段から疲れやすさ、だるさを感じていた人が、甲状腺機能の低下によることが明らかになれば、合成甲状腺ホルモンのチラージンSを内服することでそれまでの症状は劇的に改善する。確かに、これらの臨床現場での例においては「病気の治療＝健康の回復」の図式が認められる。だからといって、これまでの医学を押し進めていくことがすなわち健康科学になるのであろうか。臨床で語られる健康は「疾患（あるいは自覚症状）という現在の状態」が「それ以前の状態（いわゆる健康の状態）」に戻ることを意味している。それは治療によってもたらされる健康である。しかし、健康科学の目指す健康は「病気の状態からの回復としての健康」にとどまるものではない。我々は、ここで臨床医学の一分野である精神医学と健康科学を比較して考えることで、さらに健康科学に関する考察を進めたい。

#### 精神医学と健康科学

臨床医学の中で、精神医学を取り上げる理由は、精神医学と健康科学の共通点 — ともに「精神」と「健康」という目に見えない対象を扱う点 — のためである。

精神医学が医学における一分野としての地位を築いていることは、誰も疑い得ない。しかし、精神という目に見えない対象を扱う領域がなぜ科学である医学の一分野となることが出来たのか。いくつもの理由はあるが、おそらくもっとも大きな理由は精神医学が、精神という機能を司る臓器を脳に局限することによって、病因を脳に求めて、そこでの新たな見地を積み重ねてきたからであるといえよう<sup>32)</sup>。例えば、統合失調症 schizophrenia の治療において現在でも使用されているクロルプロマジン は、もともと 1950 年にフランスで抗ヒスタミン剤の一つとして開発されたが、1952 年にこの薬剤の持つ鎮静作用に注目した神経外科医の勧めにより実際に統合失調症の患者に投与され、鎮静効果と幻覚妄想への効果が確認された。その後の臨床および基礎研究（特に薬理学的研究）によって、クロルプロマジンの効果は脳内の神経伝達物質の一つであるドーパミン作用をブロックすることによってもたらされることが明らかになった。

精神医学が、その対象臓器を脳に局限することが出来（もちろん、慢性肝疾患、悪性腫瘍などによる「せん妄」をはじめとする精神症状の出現 — 症状精神病 — もあるが）、脳を神経細胞とその支持組織の構造と捕らえ、神経伝達物質を精神という機能の直接的な担い手であるとするとき、ここに精神医学（より正確には生物学的精神医学）に対し、科学の一分野としての確固とした基盤が与えられる。つまり、統合失調症や、気分障害（うつ病、躁うつ病など）の精神疾患は、脳の機能障害であるとされる。精神という目に見えない対象がこうして神経伝達物質の機能の障害に翻訳される時、「精神疾患は、統合失調症であれば主にドーパミンの過剰をレセプターレベルでブロックすることによって、うつ病であればセロトニンのシナプス間隙での減少をトランスポーターによる再取り込み阻害により増加させることで治療効果をもたらす」というストーリーがより確信を持って人々に受け入れられるようになる。こうして、神経伝達物質の過剰あるいは減少を調節する薬剤によって「精神」の治療が

可能となるとされる<sup>33)</sup>。

精神という目に見えない対象を、どのようにして精神医学は対象化し、科学としての医学の中に位置づけるようになったのかを見てきた。同様に、健康科学は、健康という目に見えない対象をどのように扱えばよいのだろうか。

1) まず、精神医学がそうしたように、健康を司る機能のある特定の臓器に限定することは可能であろうか。おそらくそれは不可能といえるだろう。なぜなら、身体のあらゆる臓器、組織、細胞それぞれが、健康に関与すると考えられるからである。

2) 脳の神経伝達物質がそうであるように、健康という機能のある特定の物質の働きに還元／翻訳できないだろうか。一つの可能性は、フリーラジカルの研究であろう。フリーラジカルはたんぱく質、核酸、脂質といった生体高分子と反応して損傷をもたらし、その蓄積が発がんや老化を誘発することは良く知られている<sup>34)</sup>。フリーラジカルは、環境中のさまざまな化学物質や紫外線によっても、また、通常の代謝過程でも生じる。それは脳や、肝臓といった特定の臓器に限局されない点でも、健康を考える上で興味深い。実際、さまざまな食品中の抗酸化成分がフリーラジカルの産生を抑制することで、老化や発がん予防に有効であるとする研究成果は日々蓄積されつつある<sup>35)</sup>。しかし、フリーラジカルは免疫細胞が異物を排除する際にも必要であるし、過剰であれば健康を障害する物質の一つということであり、フリーラジカルが積極的に健康を促進する物質ではない。

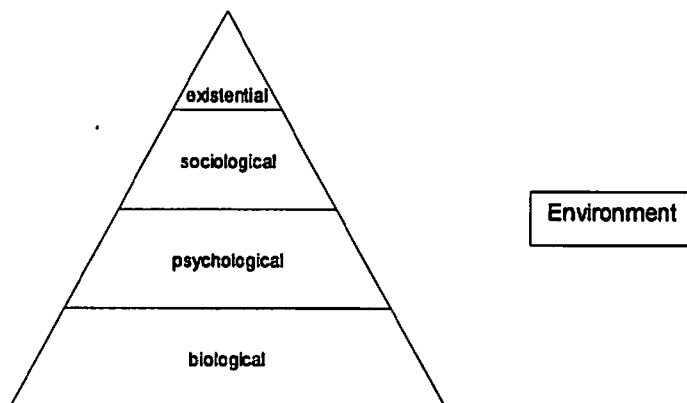
精神医学との比較において健康科学を考えるとき、健康をある特定の臓器に限定して考えることは不可能といってよく、さらに、その健康という機能の担い手を何らかの特定の生体物質にゆだねることも困難である。こうした生物学的医学に基づく発想ではなく、より多元的に人間を捉え、そこから健康科学の具体的なアプローチを考察する必要がある。そのために、医学においてそもそも人間がどのようにとらえられているのか考える必要がある。

## 5. 健康科学 (医学) が人間を対象とする枠組み

医学において、その対象である人間がどのようにとらえられているのかをもっとも包括的に示すのは心身医学 psychosomatic medicine における考え方であろう。いわゆる近代医学の発達は、ウイルヒョウ R. Virchow (1821-1902) の細胞病理学やパスツール L. Pasteur (1828-1895) コッホ R. Koch (1843-1910) などの細菌学説、さらにはエールリッヒ P. Ehrlich (1854-1915) をはじめとする抗生物質の発見・開発によるところが大きい。ウイルヒョウの細胞病理学により、病気の座がはっきりと細胞という目に見え、扱うことが出来る対象にあることが明らかにされた<sup>36)</sup>。また、病気を起こす原因も、細菌 (現在ではもちろんウイルス等も含めるが) という明らかな存在が確かめられ、その活動を抑える抗生物質の発見・開発も細菌学説とあいまって相乗的に、医学における意義を高めた。これらは基本的に、生物学に基づく医学 (生物学的医学 biological medicine) の大きな貢献である。しかし、そうした生物学的医学の発達の一方で、精神の独自性や環境と生体との関係への配慮など、より包括的な枠組みから人間や医療を考えていこうとする動きも出てきた。心身医学はそうした動きの中核にあったといってよい。心身医学を支える理論的支柱は「心身相関」であるが、この理論を支えるものがフロイト S. Freud (1856-1939) の精神分析であり、キャンノン W. Cannon (1871-1945) のホメオスタシス homeostasis の概念であり、セリエ H. Selye (1907-1982) のストレス学説等であった<sup>37)</sup>。心身相関という、現在の我々から見れば自明の事柄も、当時の医学界や社会からは、はなはだ奇異に思われたらしく、日本における心身医学のパイオニアである池見酉次郎 (1915-1996) は心身医学 (当時は精神身体医学と呼ばれていた) に対する世間の反応の一つとして、「科学のヴェールをかぶった宗教」

との批判を紹介している<sup>38)</sup>。池見がもともと消化器内科の出身であることもあり、特に日本における心身医学は身体疾患のうち心理・社会的因子が密接に関与した疾患（胃・十二指腸潰瘍、気管支喘息、過敏性腸症候群など）、つまり「心身症」を主とするものが多かった。それまで通常の診療科で異常なしといわれるも、本人はその症状に苦しんできた人々が心身医学的アプローチによって回復していく様子は、池見の多くの著書にも記されている<sup>39)</sup>。そして、心身相関という考え方は現在ではあらゆる診療科に共通して認められ、程度の差こそあれそうした観点からのアプローチがなされていない診療科は無いといってよい。逆に心療内科の独自性が問われる時代といえよう。こうした歴史をふまえて、心身医学は現在、「総合医学、全人的医療へと発展しつつある。」<sup>40)</sup>そして、「臨床医学の基本としての心身医学、総合医療体系としての心身医学」と考えられるようになってきた<sup>41)</sup>。これを支える医学・医療モデルは1977年 Engel GL によって発表された biopsychosocial medical model（人間を身体的、心理的、社会的側面から捉えようとするモデル）<sup>42)</sup>を踏まえてさらに、人間の生きる意味や価値などの実存的観点にも配慮した biopsychosocioexistential medical model が提唱され、それに基づいた医療が展開されつつある【図1】。つまり、当初の心身医学が「心因論的、因果論的な病状の見方」が中心であったのに対して、今日の心身医学は上記のモデルに基づく「多因子的、相互作用적」な見方が一般的である<sup>43)</sup>。

細胞病理学、細菌学、抗生剤の発見・開発に基づく近代医学の展開から、心身医学への流れ、特にその心身医学が持っている人間観、医療モデルを概観してきた。かつて（そして現在でも）、医学は身体のパーツ（部分）ばかりをみて人間全体を見ないと批判されてきた。しかし、上記の多面的なモデルによって全人的医療、総合的な医療への道が大きく開かれた。



【図1】 多面的医学・医療モデル

人間は身体、心理、社会、実存それぞれの側面から多面的にとらえることができる。

## 6. 主体性の医学としての健康科学

我々は、「臨床医学の基本としての心身医学、総合医療体系としての心身医学」がよってたつ医学・医療モデルを見てきた。それは人間の多面的な構造が環境との相互作用によって成立していることを示すが、人間はただそのような構造として「ある」のであろうか。そうではなくて人間は、身体に規定されながら、環境に規定されながら、それを乗り越えて「作り出していく」ところに人間としての本質があるのではないか。我々はここで柏祐賢博士の主体性理論に学ばなければならない。

### 1) 柏祐賢博士の人間観（主体性理論）と健康科学

柏博士は人間社会の発展の原動力になっているものは何かについて、ヘーゲル Hegel (1770-1831) やマルクス K. Marx (1818-1883) の理論を以下のように批判する。「ヘーゲルは、世界精神というような人間の営みを離れた力に、発展の原動力を見ているが、マルクスは、物質的生産力というような人間の営みを越えた力に、その発展の原動力を見ている。前者は、その根元の力を観念的なものに、

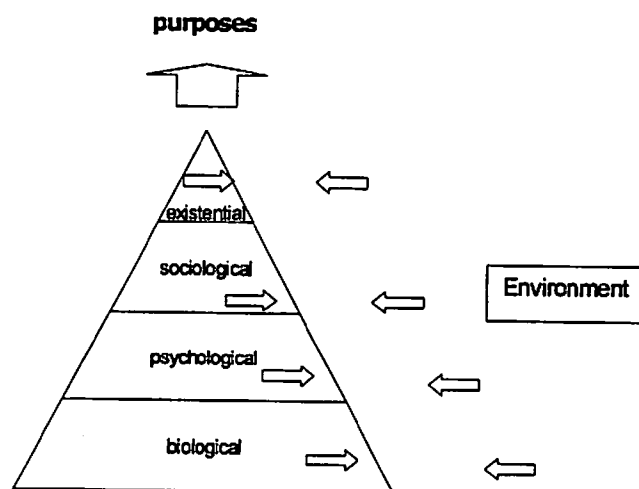


後者は、それを形而下的なものに見ているという点で違っているだけである。ともに、人間社会の主体的な働きに目をそむけている。」<sup>41)</sup>これに対して、柏博士は社会発展の原動力は人間行動主体の「作る」はたらきにあるとする<sup>42)</sup>。そして人間について「みずからが、自己発展する本質を持っている、すなわち目的合理性の追求を行っていく。人間というものは、目的合理性の追求を行なって働いている。」<sup>43)</sup>また、真の現実について、「客体的に在るだけであって、人の「作る」働きを含んでいないというようなものではない。真の實在は、「在る」と「作る」とを含んだ全体として存している一体である。」<sup>44)</sup>

柏博士のこうした考えは「主体性理論」と呼ばれる。これは、医学・医療モデルを考える際に、非常に大きな可能性を秘めた考え方であるといえる。特に健康を考えるにおいてそうである。人間の健康を考えるにおいて、我々は【図1】に示すような、現在の医学の医療モデルを概観したが、しかし人間はただそのように「在る」のではない。セリエのストレス学説が明らかにしたように、人間はさまざまな内的/外的因子(ストレッサー)に対処し、それに適応する。その適応を可能にするのは、人間行動の主体性ではないか。

柏博士の「人間行動主体の「作る」はたらき」に注目した主体性理論を医学に適応しようとするとき、問題になるのは「主体性」を人間の「意識/意志の働き」に限局してしまわないことであると考える。柏博士は経済学(農業経済学)を主とする社会科学を中心とした分野で具体的な経験科学の事実に基づきながら、歴史観や人間観を含め、自らの学説を構築されてきた<sup>45)</sup>。社会科学では、人間は通常、意志を持った一人の存在者であり、わざわざ人間を臓器、組織さらに細胞レベルに分解して考える必要はない。しかし、単細胞生物から多細胞生物へという生物進化論で認められる生物の構造上の進化(複雑さ)と環境への適応性の増大、さらには、特に高等生物で認められる、神経系、内分泌系、免疫系のトライアングルに支えられた内部環境の恒常性 homeostatis の事実、これらは柏博士のいう主体性理論が、その primitive な形であれ、あらゆる生物に普遍的に備わった能力/性質と云ってよいのではなからうか。あらゆる生物が主体的に環境に対して適応し、それを乗り越えて更に適応を増そうとしている。その際、生物進化の方向はさまざまな可能性に向けて開かれているが、結果的に見ればきわめて合目的にその進化、環境への適応が行われてきた事実がわかる。柏学説のキーワードである「目的合理性の追求」がそこには認められる。そして、人間においては【図1】にある、「bio, psycho, socio, existential」それぞれの領域において人間はさまざまな環境に主体的に適応すると同時に、一つの個体として全体としてみれば、主体的に目的合理性の追求に向けて行動していると考えられるのである【図2】。

この主体性理論が医学にもたらす意味を考えよう。【図1】のモデルは人間と環境の関係を考慮しながら、人間を生物学的なレベルからだけではなく、心理、社会、実存を含めた多元的見方を示し、全人的なアプ



【図2】 主体性理論からの多元的医学・医療モデル

人間は身体、心理、社会、実存それぞれの領域で環境からの刺激(ストレス要因)をうけながら、環境(外界)に適応しつつ、目的にむけて自ら主体的に行動する

ローチを可能にした。しかし、このモデルでは、人間がそのように環境との関係において、多元的に「ある」こと、その構造だけが示されている。医学は「構造と機能」という概念が、生理現象や病理現象を理解する上で非常に大切であるが、【図1】のモデルは、その構造を示すのみで機能を示す概念が含まれていないと言えよう。その機能に注目しその働きを認め、それを重視する新たな医学を可能にする概念が「主体性理論」である。

以上の考察を経て、我々は医学において健康科学をどのように考えればよいのであろうか。結論を先取りして言えば、健康科学が医学に全く新しい可能性をもたらす。それは、「主体性の医学」である。以下、そのように考える理由を提示する。まず治療医学では、人は何らかの訴え（主訴）があり、その治療を求めて病院やクリニックを受診する。したがって、そこでは人は治療を求める患者であり、医師はその訴えを解決する治療者である。ここでの医師－患者関係はパターンリスティックな傾向が強くなるのは否定できない<sup>49)</sup>。一方、健康科学においては今その現在において、人には何らかの明らかな訴え（主訴）は存在しない。そこで目指されているのは、現在の訴えの解決ではなく、将来の健康に対する投企 project である。そこで人はたとえ患者と呼ばれようとも、そこでの医師－患者関係における両者は健康を目指すパートナーであり、患者は健康に向けて行為する主体的人間であり、医師は治療者ではなくアドバイザーである。第三科学がそうであったように、健康科学における患者の志向が治療医学と比較して「未来展望的 prospective であり、しかも目的設定的 purposive であり、計画構想的 projective である」という傾向を強くし、かつ、上記の医師－患者関係を考慮する時、我々は健康科学とは「主体性の医学である」と考えたい。この医師－患者関係について少し考えてみよう。これまでの医学、特に日本における医学のあり方、それを象徴する一つが医師－患者関係であるが、それはパターンリズムであった。その後、アメリカにおけるほどではないとしても、患者の権利意識の台頭は、ある意味で医師－患者関係を対立的なものにした点を否定できない。それを受けて、医療者側も、患者の権利に対する配慮を明確にしてきた。今日「患者の権利」を保障する病院は多い。旭川医科大学でも、「患者様の権利」として6つの項目があげられている<sup>50)</sup>。医師－患者関係は、「パターンリズム→患者の権利意識台頭（対立的医師－患者関係）→ともに目的を共有する医療（パートナーシップ）」と変化してきているが<sup>51)</sup>、主体性理論を踏まえた患者の主体性を明確にすることで、医師と患者は未来展望的、価値追求的なパートナーとしてのより良好な関係構築が可能となろう。

さて、健康科学において非常に重要な点は、人々が主体的に健康に向けて合理的に行動するとき（そして健康科学はそのような合理的行動のための知識を提供し、実践のための広義の医療でもある）、人はその健康を、「死の問題」抜きで考えることは出来ないという点であろう<sup>52)</sup>。健康科学はそのような意味で、「人間は死ぬ man is mortal」という事実を積極的に提示しなければならない。これまでの医学が、死を避けることを主な使命としていたとすれば、健康科学は死の現実を提示する。なぜなら、健康への志向は、如何に生きるべきかの問いを含み、それは死の自覚を抜きにしては不可能だからである。健康科学は人々に避けられない死を直面化させ、有限な生の自覚へと導き、そこから自らの生に対する主体的な態度を人々に問いかける。これは健康科学の出発点であり、これまで一般に健康教育という言葉が保健学の領域で用いられるが、この死の問題は健康教育の中心テーマにならなければならない。

## 2) 病院における健康科学の役割についての試験

健康科学は、健康という価値目標を指定して、人間の行動基準を客観的に認識することを通じて、その実現を目指す実践的科学である。その実践は例えば病院における外来機能の一つとしても可能であるだろう。つまり「健康科学外来」である。それは健康を実現するための診断、診療、教育、一人

ひとりに応じた健康プログラム開発を中心とする。現在、果たして真に健康であると感じている人は幾人あるであろうか。厚生労働省が3年に一度行う国民生活基礎調査(平成16年度)によれば、自覚症状のある者(有訴者)は人口1000人あたり317.1人となっている<sup>59)</sup>。不定愁訴といわれるように、何か健康でないとは感じながら、一般の診療科においては「異常なし」といわれ、満足のいく医療が得られなかった人々が多い。こうした主訴に対して、身体的に異常がないといわれた場合、これまでは心療内科あるいは精神科が主としてこうした訴えを取り扱ってきた。そうした不定愁訴を訴える人々の中には、軽度あるいは中等度のうつ病患者や、患者のパーソナリティーレベルでの偏りにより、自己不全感から心身の健康感を得られない人も多くいる。あるいは、慢性疲労症候群 chronic fatigue syndrome や環境に原因を持つ化学物質過敏症 multiple chemical sensitivity など含まれよう。これらの学問の重要性を十分認めながら、しかし、こうした先進的な取り組みの多くはそれまでの治療医学の枠組みを必ずしも超えているとはいえなかった。つまり、不定愁訴には、何らかの原因があり、それを取り除くことあるいはその原因によって直接的にしる間接的にしる、生じた機能や構造の異常を薬物療法、手術、放射線療法等によって治療(あるいは症状緩和)しようという考え方であった。つまりこのとき人間は「病の相」から見られている。一方、健康科学は、人間を「健康への相」から見る。アントノフスキーが「健康生成志向」で示したように、人間は基本的に健康生成的存在であると見るのである。健康に関与しない臨床領域がないとすれば、健康科学が、健康実現へのアプローチを臨床レベルでも実践可能な仕方で開催することは必要であるし、時代のニーズにも応えた取り組みであろう。対象となるのはさまざまな不定愁訴を訴える患者であり、一般の診療科での治療を終えようとしている患者であり、あるいは健康意識の高い人々等である。それはしばしば目にする「ストレス外来」と似ているが、健康科学外来は多元的な医学・医療モデルに基づくそれまでの心療内科、精神科的な手法以外に、SOCの3つの要素を考慮した健康生成志向から患者の問題点について実存レベルを含めて患者と医師がともに話し合い、各自の健康増進にむけたプログラムを見出していく場である。そこでは今までの診療科では大切であることが意識されつつも中心のテーマとならなかった各自の生死感が重要になるし、それを見つめることで、将来の健康実現に向けた具体的な各自のプログラム開発が可能になる。もちろん、将来的には各自の遺伝子多型に基づく情報も健康科学の中ではきわめて重要になる。

### 3) 集団・地域を対象とした健康科学の役割についての試論

もともと健康科学講座が衛生学・公衆衛生学を母体とする社会医学であるため、集団や地域を対象として、その健康増進に貢献する意義は広く理解されよう。

## 7. まとめ

最後に健康科学についてこれまで論じてきたことを振り返り、この論考のまとめとしたい。

- i) 健康科学は柏祐賢博士のいう第三科学に相当する。すなわち、「健康という価値目標を指定して、人間の行動基準を客観的に認識することを通じて、その実現を目指す実践的科学である」といえる。その際、価値目標である健康について、その意味、価値を論ずるのは哲学の仕事であり、それは健康科学における医学の哲学としての医学概論の重要な課題である。
- ii) 健康科学における医学・医療モデルは心身医学、全人的医療と同様に、多元的医療モデルである。ただし、人間は単にそのような構造として「ある」のではなく、身体的、心理的、社会的、実存的それぞれの層において主体的な環境への適応が行われており、一身体としてみれば、主体的に行為し、適応を「作り出す」存在者である。

iii) 健康科学の視点は健康生成志向 salutogenic orientation である。つまり、これまでの治療医学における見方「病の相」から見るのではなく、「健康への相」から人間をとらえる。ただし、これまで「死」を避けてきた医学とは異なり、健康科学は、man is mortal という事実から出発しなくてはいけない。

iv) 健康科学は単に社会医学にとどまらず、当然ながら同じ医学である臨床医学や基礎医学とも強く協力し合う。特に、臨床面では健康科学外来も可能であり、それは時代のニーズにも合った重要な分野であると考えられる。そこでの医師-患者関係は過去のパターンリズムではなく、患者の主体性を重視し、健康の実現に向けて協力し合うパートナーとしての関係となる。

今後、「健康科学」と称するさまざまな医学関連分野での領域が生まれてくるだろう。しかし、それが何を意味するのか、どのような科学観、健康観、人間観に基づいて展開されているのかが明確でなければ、単なる名称の目新しさだけで終わり、真の意味での健康科学という学問の深化と発展は望めない。

「健康科学」——それは主体性の医学の誕生を意味しているのである。

謝辞：学問の厳しさと面白さを自らの学問への態度を通じて教え続けてくださり、また今回の拙論に対して大変お忙しい中、貴重なご意見を頂いた、京都大学大学院地球環境学学助教授、柏久博士に御礼申し上げます。また、旭川医科大学健康科学講座の吉田貴彦教授と議論仲間であるすべてのスタッフの皆様に御礼申し上げます。

#### 〈注〉

- 1) その意味でこの論文は「医学の哲学」としての医学概論の一研究であり、医学概論の立場から健康科学を反省しようとするものである。医学概論に関しては、澤瀉久敬「医学概論」第一部（昭和20年）、第二部（昭和24年）、三部（昭和34年）、いずれも誠信書房。その概要と現代医学における位置づけについては、拙著、「澤瀉久敬の医学概論と現代医学」、「医学哲学 医学倫理」、2005、23：115-124頁参照。なおこの論文は、健康科学講座としての論文ではなく、あくまでもその講座員である著者による医学概論的立場からの考察であることを最初に明記しておく。
- 2) 東大の看護学科は平成4年からそれまでの保健学科という名称を改め健康科学・看護学科という名称に変更した。詳細は以下を参照。東京大学医学部健康科学・看護学科50周年記念事業準備委員会「健康科学と看護学の未来にむけて」、2003
- 3) 岸玲子ら編集「予防医学・公衆衛生学」、南山堂、2003、2頁
- 4) 1998年のWHO執行理事会にて、健康の定義に spiritual と dynamic の二語を加えることが議論されたが定義改正は行われなかった。白田寛、玉城英彦「WHO憲章の健康定義改正案の経過」<http://www.med.hokudai.ac.jp/~senior-w/Others/whohealth.html>
- 5) 小泉明「健康概念に係わる理論的研究」『昭和60年度科学研究費補助金総合研究（A）研究成果報告書』1986年
- 6) Idler EL, Kasl SV and Lemke JH: Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Countries. Iowa, 1982-1986. American Journal of Epidemiology; 1990; 131: 91-103
- 7) 岡部順一、艾斌、巴山玉蓮、星；主観的健康感が高齢者の生存予後に及ぼす影響。日本健康教育学会雑誌 2003；11(1)：31-38頁
- 8) WHO SUBI、稿成／大野裕、吉村公雄、金子書房、2001
- 9) アーロン・アントノフスキー著 山崎、吉井監訳「健康の謎を解く — ストレス対処と健康保持のメカニズム —」有信堂 2001 訳者前がき、i-ii頁
- 10) 同上、原著者前がき、xxi頁
- 11) 同上、6頁

- 12) 同上、訳者前がき、ii 頁
- 13) 同上、21 頁
- 14) 同上、22 頁
- 15) 同上、23 頁
- 16) 同上、19 頁
- 17) 「私の兄弟たち。さまざまな試練に会うときは、それをこの上もない喜びと思いなさい。信仰がためされる  
と忍耐が生じるということ、あなたがたは知っているからです。その忍耐を完全に働かせなさい。そうす  
れば、あなたがたは、何一つ欠けたところのない、成長を遂げた完全な者となります。」ヤコブ 1:2-4、「聖  
書 新共同訳」、日本聖書協会
- 18) 注 1) 参照
- 19) 京都大学に「農学概論」の講義が開講されたのは、昭和 19 年であるが、その後 27 年に「農学原論」の講  
座が開設された(初代教授柏祐賢博士)。農学原論の具体的な内容に関しては以下を参照。柏祐賢「農学原論」  
養賢堂、昭和 37 年(以下「原論」と略)
- 20) 以下の第三科学の説明に関しては柏 久「第三科学としての農学と農学原論」『京都産業大学国土利用開発  
研究所紀要』第 9 号、昭和 54 年、1-22 頁(以下、「第三科学」と略)および柏 久「農学論と農学史 — 農  
学史研究序説」『京都産業大学国土利用開発研究所紀要』第 19 号、平成 10 年、1-33 頁(以下「農学論と農  
学史」と略)を参照
- 21) 前掲「第三科学」、9 頁
- 22) 柏祐賢「農学の本質と農村計画学の重要性」1979 年(「柏祐賢著作集」第 11 巻、丸善、1987、113 頁、所  
収)
- 23) 同上、112-113 頁
- 24) 前掲、「原論」、383 頁
- 25) 柏久博士による第三科学のきわめて要点を抑えた説明は、「価値の妥当性をいったん棚上げしたうえで目  
的を定め(目的の指定)、それをもっとも合理的に実現するための人間の行動準則を客観的に認識するのがこ  
の領域の科学」前掲「農学論と農学史」12 頁( )内は引用者
- 26) 前掲、「原論」、406 頁
- 27) 柏祐賢「学問の道標」、未来社、1984、121 頁
- 28) 第三科学としての健康科学は追及すべき価値自体を問うことはしない。第三科学が追求する価値を問うこ  
とは哲学の仕事であり、それは医学においては医学哲学(医学概論)の課題である。前掲、「第三科学」21 頁  
参照。
- 29) 通常、健康は目的ではなく、自己実現のための手段であると指摘される。確かに、個人にとって健康は手  
段であるが、健康科学という学問としては、健康は追及すべき価値目標である。
- 30) 神庭重信 久保田正春編著「精神神経内分泌免疫学」、診療新社、2000
- 31) 前掲、「農学論と農学史」、13 頁
- 32) 以下のクロルプロマジンに関する説明は以下を参照。サミュエル H、バロンドス著 石浦章一、丸山敬訳  
「心の病気と分子生物学」、日経サイエンス社、1994
- 33) ただし、広く受け入れられているこうしたうつ病のセロトニン仮説が、実は科学的な裏づけに欠けるとい  
う考察がある。Jeffrey R. Lacasse, Jonathan Leo, Serotonin and depression: a disconnect between the  
advertisements and the scientific literature PLoS Med 2 (12): e392
- 34) Loft, S and Poulsen, H.E.: Journal of molecular medicine, 74: 297-312, 1996
- 35) Taylor, P.R. et al.: Cancer Research, 54 (Suppl. 7): 2029s-2031s, 1994
- 36) 小川鼎三「医学の歴史」中央公論新社、1964
- 37) 中川哲也「心身医学の歴史と現状」『心身医学標準テキスト第 2 版』、医学書院、2002、2 頁
- 38) 池見酉次郎「編者序」『精神身体医学の理論と実際(総論)』、医学書院、1962
- 39) 池見酉次郎「心で起こる体の病」、慶應通信刊、1960
- 40) 前掲、「心身医学の歴史と現状」、3 頁
- 41) 同上、「心身医学の歴史と現状」、3 頁
- 42) Engel GL The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8; 196

(4286): 129-36

- 43) 前掲、「心身医学の歴史と現状」、3頁
- 44) 前掲、「学問の道標」、138頁
- 45) 同上、「学問の道標」、139頁
- 46) 柏祐賢「史観をめぐる40年」「柏祐賢著作集」第25巻、1990、290頁。柏博士の「目的合理性の追求」については、実存主義的立場などからはあまりにも人間が合理主義的に解釈されているとの批判があるかもしれない。しかし、柏博士が「合理」という言葉で意味する内容を良く見極める必要がある。その「合理」は、少なくとも人間の実存レベルでの問題、宗教的人間性をも否定する狭義の啓蒙主義的な内容ではないことに留意しよう。
- 47) 前掲、「学問の道標」、131頁
- 48) 柏祐賢「私の研究における論理構造について」「柏祐賢著作集」第25巻、76-113頁
- 49) 村岡潔「医療倫理学：患者－医療者のよりよき関係を求めて」「現代医学と社会」、朝倉書店、2005、197-224頁
- 50) 旭川医科大学病院ホームページ。以下を参照  
<http://www.asahikawa-med.ac.jp/hospital/new05/gaiyou/kenri.html>
- 51) 赤倉昌巳「診療録のあり方について」、北海道医報、947号、2000
- 52) 石井誠士「人間の現在 — ポストモダニスト試論」、東方出版、1990、特に第4章「死の問題」参照
- 53) 厚生労働省ホームページ。以下を参照  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa04/3-1.html>

(すぎおかよしひこ 予防医学・医学概論)