

韓国では薬膳の歴史が古く、全循義や許浚といった研究者により、韓医学とともに発展してきた。蔘鶏湯（サムゲタン）という若鳥の煮込みスープが有名であり、病気の予防に良いとされてきた。ところが、近年では、薬膳を病気の治療に用いようという新しい動きが生じている。

韓国において、「原料」は、(1) 食品としてしか使えないもの、(2) 食品または医薬品として使えるもの、(3) 医薬品としてしか使えないものという3種類に分かれており、蔘鶏湯に入れる朝鮮人参は(2)にあたる。ところが最近では、韓医師が顧問を務めることで、(3)にあたる十全大補湯を入れた蔘鶏湯が町の高級飲食店で提供されるようになってきている。中には、韓医師が経営者となっている飲食店まで現れてきている。

薬膳に用いる医薬品（韓薬）には処方行為は不要であり、その点での問題はない。日本でいえば一般用医薬品に相当する。しかし、薬を食事に混ぜて売るといった新しい業務形態であり、それを明示的に規制する法律は未だないため、営業規模が成長しつつあるのが現状である。

健康機能食品については、2002年に健康機能食品特別法が制定されたことで制度化された。粗悪な健康食品による死亡事故がきっかけとなったものであり、この立法化に丁氏が尽力された。

この法律により、2003年以降は許可制がとられている。また、個別認定型健康機能食品と告示型健康機能食品の2分類を設けることで、安全性・有効性とアクセス性を確保している。

個別認定型健康機能食品の製造販売を希望する者は、食品医薬品安全庁に申請し、約4か月の審査がなされる。申請書には、製造方法や安全性・有効性に関する諸資料を添付するほか、先の(3)には当たらないことの証明をしなければならない。*In vitro*か動物実験か臨床試験かといった、どこまでの科学的エビデンスが得られているかが審査されるとともに、歴史書における記載といった伝統的なエビデンスをも加味される。エビデンスのランクは製品のラベルにまで反映される。許可が得られると、申請者には独占権が与えられる。

最大5年を過ぎると、個別認定型健康機能食品は、国の裁量により、告示型健康機能食品に移され、誰が製造販売をしてもよいことになる。国は、健康機能食品公典に掲載するという手続きをとる。ここで「公典」とは、製造方法等の記載であり、薬公典が日本の薬局方に相当する。いつ移すかは安全性や流通の実績により判断される。なお、5年が過ぎる前に、申請企業の方から市場拡大を狙って告示型に移す例もある。このような充実した制度の影響もあり、健康機能食品の市場規模は、医薬品市場の50%にせまる勢いとなっている。

議論ではまず、公典に移されると複数の会社が同一の健康機能食品を製造販売することになり価格競争の影響を受けて品質は下がることはないのか、という質問が出た。丁氏の回答により、一定の品質が既に規定されているのでそれを下回る製品を排除する監視システムが構築できていることが明らかになった。消費者に対する情報提供のあり方や日韓の医薬制度比較などについても参加者間で話された。日本も、医学部、薬学部、農学部等が結集して、韓国の成功に学びつつ健康食品制度作りを始めるべきではないかという意見も出された。最後に、シワ取

りや美白に効く健康機能食品を開発するための臨床試験が進んでいる、という韓国の最新事情についての補足がなされた。

第6回研究会

「がん医療における『なおし』と『いやし』」

元雄良治 金沢医科大学医学部腫瘍内科学部門 教授

元雄氏はまず、がん医療が現在どのような方向へ向かっているかについて、外科中心から集学的医療へ、入院治療から外来治療へ、緩和ケアの軽視から早期段階における導入へ、を掲げた。その上で、「なおし」＝治療、「いやし」＝緩和と位置づけて発表を進めた。

がんの「なおし」とは、治癒をめざすことであり、がんからの解放を意味する。患者はまずこれを求め、医師も（外科医を中心に）治癒に専心する。「がんをなおす」というタイトルで雑誌の特集が組まれるくらい、人はがんを「なおす」ことに熱中しており、現在の治療法は、手術療法、放射線療法、化学療法、免疫療法を軸に進歩を続けている。

がんの「いやし」とは、がんを持ちながらも質の高い生活が送れることである。「なおらない＝いずれ死ぬ」と諦めるあるいは絶望することが多い中で、「いやし」をどう考えるかは重要である。特に進行再発がんの場合、治療の目標は治癒よりも延命とQOL改善に置かれるが、それでも患者は治癒を求め、医師との間にギャップが生じることが少なくない。また統計調査によると、がん体験者の悩みの最たるものは実は「不安」であり、「症状・副作用」、「人間関係」、「経済的負担」、「診断・治療」、「生き方」、がそれに続く。「不安」がなにに対す不安かを見ると、治療、生命、家族、家庭経済への影響、仕事への影響、地域・社会への影響、などが挙げられている。

WHOによると、緩和ケアの目的は、人生の終末を迎えようとしている患者とその家族に対して最良のQOLを提供することである。緩和医療はケアとサポートによる全人的なアプローチであり、患者の身体的・心理学的・霊的な要求を考慮に入れなければならない。がん告知をすべきであると考え人の割合が最近増えていることも、この文脈で理解できる。

がん性疼痛対策も進んでいる。疼痛の70%はがん自体が原因で、がんの浸潤・転移による圧迫・損傷・頭蓋内圧亢進などによる。疼痛の頻度は、がん診断時に約50%、終末期では約70%の患者で痛みが主症状となる。しかも終末期ではその半数が中等度から高度の強さの痛みであり、非オピオイド鎮痛薬で対処可能な痛みは20%である。米国臨床腫瘍学会によると、がんの診療は、治癒・延命目的と苦痛除去目的の両極の間に存在する。すなわち、患者の疾患自体に集中する極と、患者をまず一人の人間として理解した後に全人的に苦痛の緩和を目標にするもう一方の極の間にある。

結語として、Ambroise Paréの「ときには治せることもしばしば救えることもしかし癒すことは常にできる」を引用しつつ、がん医療は外来・在宅の治療に移行しつつある。「なおし」と「いやし」が一体となった診療が重要である、心身一如の全人的医療が望まれる、と述べて

発表は締めくくられた。

議論では、集学的アプローチの成果への賛辞が出た。日本の医師が「なおす」ことに没頭し、患者に「あなたの場合、治りません」と言い放つ医師がみられるのは、日本人の宗教心・信仰心が低いことと関係しているのではないかという意見も出された。

つぎに、うつ等の症状を来したがん患者について、緩和ケア病棟の施設基準が高く設定されている現状では、精神科を持つ病院等が受け皿になっているのかという質問があった。この点については、終末期がん患者の在宅化がまだ進んでいないため、そもそも外来として精神科を受診するがん患者が少ない。また、全身的に悪化している患者に対しては、精神的疾病の薬物治療は慎重にならざるを得ないという回答がメンバーの精神科医から得られた。最後に、がん患者が行っている代替医療は健康食品に偏っており、鍼灸はほとんどみられない現状が指摘された。中には毎月30万円を健康食品に費やす患者もおり、健康保険制度の下で悪性新生物に費やされている額が年間約3億円に対して、がん患者が健康食品に支払っている額が年間約9,000万円と、約3割に匹敵するという数字も出された。

第7回研究会

「近代の基層を流れる健康観」

鹿野政直 早稲田大学 名誉教授

はじめに鹿野氏は、歴史学と身体の関係について大枠を説明された。歴史学は、伝統的に国家や社会を扱ってきたが、1980年代頃から私的領域も扱うようになり、家族や身体といった事柄が研究対象となった。すなわち、身体が歴史学において主題化されるようになってから日はまだ浅い。

つぎに、身体を歴史的に捉える方法論を説明された。歴史学には、人々の思考様式や感覚といった日常的なものを対象として歴史を認識しようとする心性史 (l'histoire des mentalités) という分野がある。鹿野氏は、その具体例として、人々の健康観に着目して近代を捉える。健康観から日本の近代を透かしてみると、以下6つの時代区分を立てることができる。

1. 「健康」の時代。「健康」という日本語は、明治維新後に蘭学出身の啓蒙家たちによって広められ、公益に基づいて説かれた。そのため、国家による衛生管理や人種改良論へと結びついていった。身体における脱亜入欧が急がれた時代でもあった。

2. 「体質」の時代。産業革命期に入ると、工場労働における結核予防と、都市中間層における美容・滋養に社会の関心が集まった。体質改善への動きとしてまとめることができる。

3. 「体力」の時代。ファシズム期には国防の充実が掲げられ、健康観はすべて体力増強に結びついていった。国民体力法の下、優秀体力の証明制度が敷かれた。

4. 「肉体」の時代。戦後、精神主義からの反動により、肉体を軸として人間を捉える考え方が強まり、肉体文学・肉体政治が生まれた。外科療法の飛躍的な発展期にも当たる。

5. 「体調」の時代。高度経済成長を経て、過労死やこころの病いが問題となる。環境問題も

投影されて、体調不安といった健康と病気の間を漂う感覚が共有されるようになった。「体調」という日本語が『広辞苑』に採録されたのは1983年である。

6. 「生命」の時代。医療技術の進歩に伴い、脳死、延命治療、生殖医療等に直面する。生と死を一括りにする意識が擡頭する一方で、生命の操作や商品化に対する危惧が生命倫理の広まりに現れている。

むすびとして、日中戦争勃発の翌年である1938年に「天下国家」への憂憤を受けて創刊された『岩波新書』が、1988年に始まる新赤版に至って人生という「私」を大きな主題とするようになり、ストレス、疲労、老い、介護・福祉といった領域が関心事になっていることにふれつつ、心身をめぐる状況を今後再生する手がかりを、病者と健全者が地続きになっていることに求められた。

その後の議論では、東洋医学が国粹主義と接合させられたこと、戦争によって身体観が大きく変えられたことが指摘された。終末期医療に従事する医師からは、生と死を一体化して捉える気持ちになることの意義が説明された。

再生への手がかりである「地続き」について、近代国家によって断絶されたのであれば、それは本来あるべき姿に戻ることを意味するのか、あるいは人類は病いと健全の真の連続性を未だ獲得しておらず新たな挑戦を意味するのかという質問があった。これに対しては、前近代における健康観の評価についてはユートピア視する危険があるので、留保しておきたい。ただ、前近代において連続的側面があったにせよ、専門科学が分化したのは近代以降であるから、専門家と市民の相恵性という意味での連続性は未だ人類が実現していないものであり、その意味では新たな挑戦といえと回答された。

また、将来、第7の時代はどのような時代になるのかについて参加者の関心が集まった。現実の身体から分離したネット空間における人生や、個人ベースの生命から集合体ベースの生命に移り、生物多様性を持続させる包括的な生命体といった斬新なアイデアが飛び交った。

最後に鹿野氏は、自身が健康なおかげで本日お話をすることができたが、それは、病いに苦しみ続けてきた方であれば異なった歴史像が描かれることを意味する、と発表内容に対して真摯な限界を付された。

第8回研究会

「『お迎え』体験と日本人の死生観」

田代志門 東京大学グローバルCOEプログラム特任助教

医療社会学、生命倫理学、臨床死生学を専門とする田代氏は、在宅緩和ケア専門の診療所と連携して、患者・家族の「語り」、すなわち患者やその家族がふと漏らす人生観ないし死生観を研究の対象としてきた。その中でも特に、患者の「お迎え」体験についてのアンケート調査およびインタビュー調査の結果と考察を発表された。

「お迎え」体験とは、死期が近い人がすでに亡くなっている人とコミュニケーションをする

ことを意味する。臨死体験は、意識がない状態で起きるのに対し、「お迎え」体験は、日常生活での通常認識のプラスアルファとして起きるものである。なお、「お迎え」には死そのものを指す隠語としての用例もある。主たる介護者となった患者遺族に対するアンケート調査でも、「お迎え」という言葉から連想することはなにかですか? という問いに、「先祖や知人が迎えに来る」と答えた方が約3割、「死」と答えた方が約3割を占めた。

調査の結果、以下が明らかになった。「お迎え」体験の内実は、先に亡くなった近い人との対面がほとんどであり、近い人とは患者の元家族・親戚が約8割を占める。それを傍で見る現存の家族や介護者にとってはつらい経験になることが多いが、「お迎え」体験をしている患者本人にとっては必ずしもネガティブな意味を持たない。

考察では、「お迎え」体験を、臨終の際に阿弥陀や聖衆が迎えにくるという浄土信仰ないし民間信仰の「来迎」の影響として捉える説が紹介された。しかし調査では、仏が現れることは稀である(5.2%)。西方浄土のようなどこへ行くか(場所)もほとんど問題になっていない。さらに元家族や親戚が現れる場合が多いことも説明できないので、調査結果とはそぐわない。日本的な家制度の影響として捉える説もあるが、現れる元家族が父母以上に系譜をさかのぼることも稀であり、説明としては不十分である。そこで田代氏は、これらおよびその他の要因が合わさったものとして捉えるのが妥当であり、その意味で日本人の死生観は決して単純なものではなく、重層性を持っているのではないかと結論づけた。

その後の議論では、諸外国の「お迎え」体験と比較した研究はないかという質問が出された。未だなされていないが、一神教でありかつ家制度を持たない国においても、すでに亡くなった人と会う感覚はreunionという言葉で議論されていることが補足説明された。さらに、「お迎え」体験と臨死体験は本来区別できず、そもそも臨死体験が最初にあってそれを各地域で文化や宗教が後付けで説明づけているのではないかという意見も出された。

どのような「お迎え」体験をするかは、先に亡くなった人がどのように亡くなったのか(無念の戦死や不慮の逆縁など)によっても影響を受けているはずだという意見には、調査はあくまで言語的なやり取りなので、論理的な死生観が顕出されがちであり、非論理的なものあるいは感情がそこから落ちている可能性もあるという補足説明がなされた。

「お迎え」体験は精神医学的にはせん妄(delirium)であるが、natural dying processと捉えるとむしろ死にスムーズに移るために本人の生体機構が正常に働いている現象であるから医学的介入は必要ないのではないかと、とりわけ終末期医療におけるセデーションのあり方についても議論された。「おとなしくない」せん妄に至ったときの介護者の負担をどうするかという問題、鍼灸師が終末期医療に関わっている例があるが吐き気を抑えるといったワンポイント的な使い方終始しておりトータルケアといった本来の力が発揮できていない歯がゆさ、地域連携に基づく在宅ケアへの潮流、ある程度の医療行為をコメディカルに開放することの是非、と議論が発展していった。

また、アンケート回答者の属性について女性が7割を超えていることから、在宅緩和ケアに

において主たる介護者になっているのは、女性配偶者、嫁、娘が多いという現実も浮き彫りになった。

第9回研究会

「国家とマスメディアからみた『健康優良児』」

高井昌史 早稲田大学文化社会研究所 客員研究員

メディアイベントとは、新聞社や放送局などマスメディア自身によって企画され、演出され、報道されるイベントである。メディアイベントが行われるにあたっては、当該社会において理想とされる価値観が投影されていることが多い。高井氏は、一例として、朝日新聞社が行ってきた健康優良児表彰事業を取り上げ、そこではどんな価値が強調され、社会の変化とどのように連動しているのかについて説明された。

「全日本健康優良児童表彰事業」は、朝日新聞社が主催、文部省・厚生省が後援の下で1930～42年、1949～78年にかけて行われたイベントである。開始時の日本は、文明国中で最も寿命が短く子供の死亡率も高いという理由づけのもとに、「健康を競う」という形式をとって実施された。毎年、全国の各小学校から健康な六年生2名が選ばれ、県でまとめられ、その中から「特選健康優良児」が男女各10名ずつ決定された。さらにその中から、「日本一健康優良児」が男女各1名ずつ決定された。決定の基準には、発育の良さ、疾病の有無、出席状況、運動能力、学業成績、操行・性格、家族環境等が含まれていた。

朝日新聞がどのように健康を国民に向けて「語って」いたかをみると、まず、事業を通じて変わらなかった語りの側面がある。優れた体格、食欲旺盛、運動・スポーツ万能、学業成績優秀、厚い人望、インテリ志向である。

つぎに、時代に応じて変容した語りの側面がある。戦後すぐは、体格が良く労働の担い手になるという健康観は旧式であり、思考力や社会性が重視されるのが望ましいという語りがみられた。それに対して1950年代後半になると、「農繁期には兄弟そろって田に出て母を助ける」といった親孝行な農村の優良児が称賛されることが多くなる。語りの中に当時の価値観の急変とそれに対する反動がみられる。また、高度成長期に入ると、イベントは複合化され、日本一健康優良児がこども大使として外国を訪問した。1960年代前半は訪米し、アメリカの小学生と比べてもひけをとらないことが報道された（しっかりとした大人志向の語り）。ベトナム戦争が始まると、訪問先はローマ法王に変わり、平和を求める姿が報道された（純粋な子供志向の語り）。

しかし、1970年代中頃になると、「個人に順位をつけるのにためらいがある」「個人表彰は不要な劣等感を生む元になる」という考え方が日本社会に強まり、「さよなら『桃太郎さがし』」という1978年の特集記事をもって、イベントは中止に至った。

決定基準に身体以外の精神的項目が入っていた理由について、高井氏は、身体面だけでは絞るのが難しいため、精神的に優れている者は体力的にも優れているという考え方を流用した、

とされた。また WHO の健康の定義（1946）が単に病気でないだけでなく精神的、社会的な健全さも含んでおり、国連信仰とともにそれが価値を持ち「授業でわからない子がいると、親切に教えてあげる」などの「厚い信望」のかたちで「社会的健康」が強調された。

その後の議論では、このメディアイベントには国策や当時の社会情勢がかなりの程度反映されており、健康とはなにかは真に問われていないという指摘がなされた。また、障害を抱える児童への視点が欠けていることを問題視する意見が出され、その逆に、競いたくとも競えない環境から生ずる悪平等にはどう対処していくのかという意見も出された。

「日本一」はどのように決まったのかという質問に、高井氏は、最終的にはこれからの日本人はこうあってほしいというイメージで選ぶしかなく、決定の結果よりもこのようなコンテストを開催すること自体が各時代における健康へのメッセージとして意味があったと答えられた。広告料という金銭的利点がないのにメディアがイベントを行う理由について議論が及び、時の権力に迎合できる利点、この事業を通じて日本の健康増進に貢献しているという使命感、自社のネームバリューを上げることができるという利点、時には滋養強壮に役立つ商品も広告されたのではないかと、という様々な指摘が挙げられた。

第 10 回研究会

「双方向のウェルビーイングとアーミッシュ：国立民族学博物館における研究の概要を含めて」

鈴木七美 国立民族学博物館先端人類科学研究部 教授

文化人類学、医療文化研究、ライフデザイン研究を専門とする鈴木氏は、アーミッシュと呼ばれる人々の生活を紹介し、われわれの社会でのウェルビーイングのあり方について示唆された。

アーミッシュ Amish とは、プロテスタントの再洗礼派の一派である。厳格な生活規範ゆえに迫害を受け続け、原郷たるドイツ・スイスを追われてアメリカ合衆国・カナダに居住している。彼らは、「従順」「謙虚」「質素」「絶対平和」を信条とするが、聖書に基づく暮らしのありかである「オルドゥヌング」(Ordnung) のより細かな違いによって、グループに分化している。

信仰に反すると判断した新しい技術や製品あるいは考え方を拒むので、概ね現代文明が否定される。電線も水道もテレビも自動車もない。派手な服装をすることは許されない。近代以前の自給自足生活が基本であるので、主に農業を営む。また、独自の学校で 8 年間の教育を受け、それ以上の教育は許されない（独自教育をすることは、アメリカ合衆国では信教の自由として認められた）。兵役を拒否し、政治など人為的な決定事に関わることをしない。グループ間で程度の差はあるものの、このような伝統的な厳しい規律を守ることで、独特な共通文化を形成している。

近年アーミッシュが世界的に注目を浴びたのは、銃乱射事件である。2006 年 10 月 2 日、一人の男がアーミッシュの学校に立てこもり、5 人の少女を殺害した後自殺した。注目の理由

は、被害者の遺族となったアーミッシュが、犯人の遺族に対してすぐに「赦し」(forgiveness)を表明し、犯人の葬式にまで参列したことである。子供が殺されても、神がお決めになったことであり、犯人を憎むなどという意味のないことはしないという態度は、当時多くの人々の関心を集めた。

他にも、収穫を皆で分け合えるだけの仕事をしてそれ以上はしない、コミュニティ内の互助的な行為は大切にす、他人をケアすること(単にかまってあげるだけでもよい)を重視する、といった特徴がある。

鈴木氏は、人や共同体や事物が快適な状態であるウェルビーイングをどう構築していくかにあたり、アーミッシュの「心地よい生」が参考になるのではないかと述べる。特に共生思想が重要である。例えば、アーミッシュでは若い世代が高齢世代のウェルビーイングの向上に努める行為を若い世代自身のウェルビーイングが向上していると捉える、すなわち双方向的になっている。これは、われわれが高齢者に対するケアを考えるにあたって示唆する所が大きい。

その後の議論では、科学技術と折り合いをつけるのは難しいのではないかと質問が出された。アーミッシュは、したたかさも兼ね備えており、高齢者の延命は神の意図に背くので認めないにもかかわらず子供への愛のためには腎臓移植も容認する。農業トラクターの使用を容認したり、キルト作りといった観光客相手の商売を容認して成功させたりしているグループもある。事実、北米とランカスターでのアーミッシュの人口は20世紀初頭の約5,000人から2007年の約22万人と増加していると回答された。

関連して興味深いのは、閉鎖的であるが外部に対してウェルカムかつフレンドリーであるというしたたかさである。このアーミッシュの共生思想あるいはライフデザインは、住みにくい現代社会を生きるわれわれが心地よい生を求める際に参考になるという説明もなされた。

弁護士や医者等の高等教育訓練を要する職が禁じられ、人智である裁判を嫌うアーミッシュが、国に独自教育を認めさせる訴訟で勝てたのはなぜかという問いには、彼らをサポートする人々がいるという回答があった。そして、アーミッシュにはならなくとも、その生きざまに共感を覚えたり、憧れを抱いたりする現代人が少なからず存在することが、現代社会にとってなにを意味するかが議論された。

第11回研究会

「“こころ”の元気と病気の境界線—どこからが“精神の病(やまい)”か?—」

山田和男 東京女子医科大学東医療センター精神科 准教授

山田氏は、精神科領域における元気と病気の間が、日本を含めた先進諸国において、現在では過去と比べるとどのように変わってきているかを説明し、その結果なにが起きているかについて昨年出版された自著から一例を紹介された。

まず、なんらかの精神的な問題を抱えた場合、どこからが病(やまい)といえるか。治療しなければ治らないのが病的で、治療しなくとも治ってしまうのが病的でない(正常範囲)とい

う答えでは、うつ病患者の1~2割がプラセボによっても寛解にいたるという臨床試験のデータや、逆に恋煩いは医者でも治せないと俗に言われることを説明できない。また、抑うつ症状等々は健常人でもしばしば経験する状態像である。

このように、精神疾患では、病的と正常（病的ではない）を分けるのが難しく、かつては臨床専門医の経験等による職人技的な診断がなされてきた。しかし現在では、米国精神医学会が作成した診断基準が広く用いられている。最新版（2000年）は、DSM-IV-TR（『精神疾患の診断・統計マニュアル』第4版テキスト改訂版）と呼ばれる。

DSM-IV-TRには多数の項目が掲載され、基準を満たすために最低限必要な項目および項目数が示されている。症候学的記述主義に徹するので、病因論を加味した伝統的診断基準に対して、「操作的診断基準」（operational diagnostic criteria）と呼ばれている。また、多元的な診断を確保するため、項目には5つの軸が設定されている。I軸：臨床疾患、臨床的関与の対象となることのある他の状態、II軸：パーソナリティ障害、精神遅滞、III軸：一般身体疾患、IV軸：心理社会的および環境的問題、V軸：機能の全体的評定であり、この多軸評定により、ある特定の問題に関心が絞られた場合に見逃されるかもしれないレベルにも注意が払われ、総合的・系統的な評価が可能になっている。

操作的診断基準は、たしかに有用であるが、限定的な項目だけによる判断を排し、総合的なレベルにおける様々な項目の内いくつ当てはまるかという判断方式をとるため、いわゆる病気もどきを拾いやすいという問題がある。それゆえ、本当は病気なのにきちんと診断してもらえないという under-diagnosis の撲滅が精神科臨床医の課題であった20世紀に対し、21世紀では、その病気にかかっていないのにその病気と診断されてしまうという over-diagnosis が台頭してきている。

その結果、一例として、うつ病の軽症化と難治化が起こっていると山田氏は述べる。頑張らせずに病人として扱ってあげようという社会的な啓蒙活動とも相まって、うつ病患者は急増しており、職場以外では元気なニュータイプのうつ病も増えてきている。軽症であれば治りやすいはずだが、かつてのうつ病患者より治りにくいのがニュータイプの特徴である。

議論では、DSM-IV-TRによると、恥ずかしがり屋で緊張しやすい人は社交不安障害と診断されて治療の対象となる可能性があるため、米国社会の価値観も反映されているかもしれないという補足説明がなされた（日本人の半数近くが、社交不安障害と判断されかねない）。

病気もどきに医学的介入を続けて社会的費用を上げることの経済的問題や倫理的問題が、まず指摘された。しかし、操作的診断基準を止めると、病気な人が見落とされやすいというジレンマがある。山田氏からは、操作的診断基準を採用しつつ、認定ラインを少し上げるのが一案であるという回答があった。日本の精神疾患患者増加の要因に、メディアが啓蒙したことが挙げられるが、メディアが動いたのは、1998年に自殺者が年間3万人を超えるという事実があったからである。2000年に抗うつの新薬（SSRI等）が複数販売されたことも大きな要因となるので、複合的に考えるべきであるという指摘がなされた。

第12回研究会

「森林医学でなにがよくなるか？」

新貝憲利 NPO 森林セラピーソサイエティ 副理事長, 成増厚生病院 院長

新貝氏は、「森林セラピー」とはなにかを紹介し、その身体的・精神的改善に関するエビデンスを挙げ、これからその適用が期待されるわが国におけるメンタルヘルスの最近の状況について説明された。

森林セラピーとは、森林浴の効果を科学的に解明し、こころと身体の健康に活かそうという試みであり、森林セラピー研究会によって商標登録されている。森の自然があやなす風景や香り、音色や肌触りなど、森の命や力を実感することで心身に元気を取り戻すことが企図されているが、医学的療法としては確立されておらず、代替療法としての可能性が模索されている。

療法の効果としては、健康な人をより健康にする健康増進と、不健康な人を健康にする生活習慣病・ストレス性疾患等の予防改善が考えられる。森林の芳香物質、マイナスイオン、酸素濃度の高い空気、五感への快適な刺激、運動・作業等が、自律神経系の調節に作用し、免疫機能を活性化させ、ホルモンを調整し、感情を安定化させることで自然治癒力が向上し、精神・身体症状の改善につながると考えられている。

既になされた研究では、マイナスイオン（大気中におけるマイナス帯電した1nm前後の小イオン）について、被験者に曝射することでヒトNK細胞が活性化される、唾液中コルチゾールが減少する、というデータが得られている。

フィトンチッド（植物が外敵から身を守るために放出する物質の総称であり、テルペン系の芳香揮発性物質を主成分とする）については、ヒトNK細胞およびリンパ球内の抗がんたんぱく質の増加をもたらすという *in vitro* 実験がなされている。室内曝露によって被験者のストレスホルモンが減少するというデータも得られている。

森林セラピーが注目され始めている背景には、わが国におけるメンタルヘルス状況の悪化がある。年間自殺者数は、1998年以降3万人を超えるようになった。心の病で休職する人は全国で約47万人であり、賃金ベースで年間1兆円の損失という推計もある。

最後に、森林セラピーで行われる具体的なプログラムについて紹介がなされた。必須メニューとして、問診、簡易身体検査、森林内の歩行運動、静けさの享受、林床での横臥等がある。選択メニューとして、温泉浴、伝統民芸、植樹、間伐、落ち葉かき、シイタケの駒打ち等がある。プログラムが円滑に実施されるためには、森林セラピストとしての専門性を有する人材養成が今後の課題であると締めくくられた。

その後の議論ではまず、森林セラピーが行われる森林セラピー基地と呼ばれる森が、林野庁、厚生労働省、地方公共団体等の連携により、現在42か所選定されていることが補足説明された。これに対して、観光産業や地域振興に傾斜すると世界遺産の認定や観光ミシュランの星付けによって現地が汚されたことの二の舞になる、植樹や間伐を強調すれば将来性が高い、林業の衰退により森が保存できなくなっている現状への打開策としても期待がもてるのではな

いか、等の意見が出された。

保険適応の可能性については、不健康な人に対する効果のエビデンス不足や健康保険財政の逼迫した現状から、否定的な反応が多かった（ドイツでは、クナイプ療法と呼ばれる自然療法が健康保険の適応となっている）。その一方で、企業自身が森の維持に出資して、従業員のメンタルヘルスを改善させて生産性向上につなげるというアイデアも出された。近年の不況下で、日本人所有者が森林を外国人に安値で手放している事例が増えている問題についても議論は及んだ。

その他、緊急時、不安発作時に対応するため森林セラピーの発展には最寄りの病院との医療連携が必要になること、森林セラピー基地の選定基準を満たさなかった森についても他の活路を見つけてあげて保存に努力すべきこと、対人関係やメンタルヘルスの悪化は、社会のヒエラルキーの喪失による不安定性が一因となっていること、等々が話し合われた。

第13回研究会

「レジリエンス—病を防ぎ病を治す心身の働き—」

八木剛平 翠星ヒーリングセンター 総長、おぞらクリニック 院長

精神科医師として長年勤める八木氏は、「レジリエンス」とはなにかを紹介した。その意義を説明するために、精神病を軸として人が病いとどのような姿勢で向き合ってきたかを歴史的にたどり、疾病観や自然治癒力思想といった医学哲学をめぐる議論を展開された。

「レジリエンス」(resilience)とは、病いを防ぎ、治す心身の働き(疾病抵抗力)であるが、特に反発といった作用を強調した概念である。すなわち、発病の誘因となる出来事や環境に陥ったときでも、その逆境を跳ねのけて回復していく力を指す。具体例としては、幼児期に虐待を受けたにもかかわらず立派な大人になった人々の抵抗力や回復力、大災害が起こると通常1割に生じるとされるPTSDを発症しなかった9割の人々の抵抗力や回復力などが挙げられる。物理的なイメージとしては、風船に指を突っ込むとそれを跳ね返そうとはたらく弾性力が近い。

西洋における病いへの向き合い方は、概ね以下のような経緯で今日にいたっている。古代では、病気は体の平衡の乱れであり、自然が治してくれるという考え方であり、ガレノス医学になると、自然治癒力を高めることに重きが置かれる。中世に入ると、精神病治療は神学の領域に入り、鬼神論や魔女狩りが横行した。その後の科学革命では、物理学的自然観や機械論的生命観がもたらされ魔女狩り等は後退したが、自然治癒力思想も衰退していった。産業革命では、精神病患者を含む不適応者が隔離・監禁され劣悪な環境に追いやられる。

近代に入ると、「自然の傾向が良い結果に導くように見えたときには、自然の向かうところに導くべきである。しかし、悪い傾向のときは自然と闘い、これを征服する医者すなわち自然の征服者たる医者であらねばならぬ」というクロード・ベルナールの言葉に象徴されるネオヒポクラティズムが勃興するが、それに続く病因研究の成功がいわゆる近代医学としての性格を

強めた。近代的治療法は、精神科領域においても進行麻痺の克服と癲癇の治療で大きな成果を取めたが、統合失調症を中心とする精神病に対しては有害であった。薬物療法時代の幕を開けたクロールプロマジン、病因研究ではなく生体防御（レジリエンス）機構の研究の成果である。統合失調症の長期経過は、経済先進国よりも伝統的社会の方が良いとする報告もある。

八木氏は、精神医学の領域で浮上してきたレジリエンスは、その科学的解明と治療的応用が今後行われることで、およそ病いに対する病因志向的で攻撃的な現在の治療観に改変を促し、自然治癒力のいわば現代版として、近代医療と補完代替医療の調和的な共存に科学的根拠を与えようと結論づけた。

その後の議論ではまず、精神病の歴史における日本と西洋の相違が話題となった。合理的思考をとるといわれる西洋で魔女狩りが行われ、逆に日本では一般化しなかったこと、しかし世の東西を問わず精神病の治療には宗教や信仰が関わってきたこと、それらの根底にあるであろう神聖と不浄の切り分け方や死後の捉え方について話し合われた。社会が有している病気概念、特にどこまでを病気として受容するかが、それぞれの社会で行われている臨床試験におけるデータの観測等に無意識に違いをもたらしているのではないかという指摘も上がった。

つぎに、レジリエンスがうまくはたらくようにするにはどうすればよいかが議論された。復元する力が強いということは、それだけのストレスを受けることが必要となる。とすると、今日流行しているストレスフリーな生活をお金をかけて目指すことが疑わしくなる。

参加した鍼灸師からは、鍼灸にはあえて軽いストレスを与えて反発力を高める意味もあることが紹介された。さらに、見方を変えると、マラリア対策を行うと効果は現れるが一定期間が経つとまた元の状態まで戻ってしまう例などから、病気自体がもつレジリエンスを考へることもできる。八木氏も、うつ病患者の増加による労働力喪失に対して社会がさまざまな対策を講じ始めていることは、社会がもつレジリエンスといえと応じた。

第14回研究会

「Social Determinants of Health —概念・測定・課題などについて—」

橋本秀樹 東京大学大学院公共健康医学専攻臨床疫学・経済学 教授

橋本氏は、公衆衛生学の見地から、健康には社会的な決定要因があることを強調し、その大枠と最近の話題、測定の方法について報告された。

「健康の社会的決定要因」(social determinants of health)とは、人々の健康状態を規定する社会的な諸条件を指す。所得、教育、労働環境、ジェンダー、文化などおよそ社会的な文脈で語られるものが含まれる。

例えば、日本人の平均寿命と所得や社会保障制度との関係を見ると、1950年には60歳と低かったが、国民皆保険制度の導入を経た高度経済成長期に、他のOECD諸国を抜き去り、老人保健制度が導入されて経済も安定期に入った1980年代には、世界一位に躍り出ている。一般に、寿命の長さと経済水準については、国民一人当たりGDPを横軸に、平均寿命を縦軸に

とって国をプロットすると、右上がりの勾配が一定値を過ぎると平板になるカーブを描くことが知られており、プレストンカーブと呼ばれている。

他にも、当該社会における急性感染症から慢性疾患・成人病への疾病構造の変化、少子高齢化という人口構造の変化、あるいは産業構造の変化など、健康と社会には多くの関連性・連動性が指摘できる。

健康の社会的決定要因が注目されるようになった歴史的背景には、リスクファクターや生活習慣病概念への反省がある。1940年代以降、若年層にも動脈硬化がみられるという疫学調査等に基づいて、食事・喫煙・運動など生活が病気の原因となることが指摘されるようになり、各人が生活行動を変えれば病気が防げることが重視された。しかし1980年代に入ると、個人ができることには限界があることが判明し、格差問題など個人では動かしがたい社会の方へ目が向けられるようになったのである。

2005年から2008年にかけてWHOに設けられた、健康の社会的要因に関する委員会は、このような個人に帰しえない部分を探求していくことの重要性を、「原因の根にある原因」(the causes of the causes)という言葉で表現している。この委員会は、医療や保健だけでなく社会的・経済的・政治的状況が人の健康に影響を及ぼすこと、特に社会格差による健康格差は政府が取り組むべき課題であることを結論づけている。また、社会的要因を変えていくには、健康セクターだけでなく政府の全部門が協調して当たることが求められること、科学的根拠に基づいた対策が必要であることを提言している。

エビデンスに基づくデータを獲得するには、厳密な測定が求められる。測定対象が社会的要因であるがゆえに生じる困難は、方法論的に克服していかなければならない。一例として、倫理的な障壁や団体行動の習慣性などから、クラスター・ランダムマイゼーションを行うことは難しいので、偶然に生じた条件差を利用するモデルで代替することが考えられる。また、同じ社会的決定要因を個人レベルでみた場合と集団レベルでみた場合の違いを抽出する場合は、マルチレベルなモデルを立てて重回帰分析を行い交互作用を調べる方法が考えられるが、個人の嗜好を変数に入れると他の変数との相関が生まれやすいことに留意しなければならない。

その後の議論では、健康の社会的要因を強調していくと、貧困率や犯罪率を下げるといった社会を良くする動きに還元されてしまい、公衆衛生学はアイデンティティー・クライシスを起こさないかとの問いが挙がり、橋本氏は、かつての衛生的な設備等に限定していた時代から比べればむしろ進化であると答えられた。本来個々人が自由に決めるべき自身の健康問題を社会の改変によって全体主義的に対処することに異を唱える人々もいるという論点には、どの倫理基準に立脚するかによるのであり、少なくとも社会的要因への政策介入は、as meansであって、ヘルシズムが主張するようなas endsには当たらないと答えられた。

第 15 回研究会

「養生の思想 一元氣と病氣をつなぐ」

瀧澤利行 茨城大学教育学部養護教諭養成課程 教授

瀧澤氏は、養生とはなにか、日本における養生論はどのように変遷してきたかを説明した後、現代における養生の意義と将来の可能性について展開された。

養生とは、中国および朝鮮、台湾、日本の極東アジアの文化的環境の下で形成された無病長生のための思想と方法であり、すすんで精神的修養や人間形成のあり方を示すところに特徴がある。この思想・方法が生まれた背景には、道家思想、神仙思想、道教文化、儒教思想等がある。したがって、単なる健康法にはとどまらず、いわば人の道に規定された生の様式である。また、心を養う（養神）のが養生の最終目的であるが、そのためには身体を養う（養形）必要があると説くので、単なる精神論でもない。

日本における養生論には、近世前期から近世後期にかけて変化がみられると瀧澤氏は指摘する。貝原益軒『養生訓』（1713）や竹中通菴『古今養性録』（1692）にみられる前期の養生論は、封建体制・文化の確立期という要請を受けて、体制的価値への適応があり、武家的な忠孝や節制と共鳴した生産的身体や蓄積的生活が重視されている。

それに対し、後期すなわち封建体制・文化の動揺期に入ると、体制的価値からの相対的離脱と庶民的文化世界の形成により、抑制すべきとされた欲望が部分的に肯定され、規範の寛容化が起こる。養生論の担い手が武士階級から識字庶民階級へと移ったことにより、消費的身体・周遊的生活が求められるようになった。いわば脱体制的庶民的健康文化としての養生であり、その論調は、鈴木胤『養生要論』（1840）や水野澤齋『養生辨』（1842）にみられる。

明治時代に入ると、近代的健康管理技法としての西欧衛生学が導入されたことで、自己への配慮から社会への配慮へのシフトが起こる。すなわち、「養生」論の「衛生」論化であり、養生論の中で、外的環境の記述が増え、修養的な記述が減った。ここで「衛生」とは、社会の健康化であり、強い近代国家を形成するための手段の一つとして利用された。なお、すでに近世末期に水野澤齋『養生辨』は、自己の心身の内的充実である「内養生」と自己と環境との関係論における自己防衛である「外衛生」を対比して論じていたので、養生概念は明治以前に分節化されており、受け皿は用意されていたといえる。

大正時代に入ると、養生概念は復権の兆しをみせる。有閑階級健康保持の理念として（柳田国男の養生階級説）、あるいは非西洋的保健医療文化の集積的概念として、かつての養生が見直されるのである。結果として、養生は、種々の補完代替医療の健康観の基礎としての役目を担わされることになる。ひいては、近代西洋医学への対抗文化としての意味合いを有するようになるのである。

以上の変遷をたどると、現代における養生には、自己管理や予防医学を支える理論基盤としての意義や、正統・主流への文化的な対抗装置としての意義が見出せる。さらに今後は、身体、生活、人間性、そして社会をその内発的な作用を最大限に生かしながら「やわらかく」修

復していく文化的技法としての養生の可能性が考えられる。

その後の議論では、養生概念は、かつて全体主義的な政策を下支えした近代的な健康概念へのカウンターカルチャーになりうるとの意見が出た一方、養生概念自体も、精神的修養の規範化や自己鍛錬などを通じて全体主義に傾斜する可能性があるとの意見が出た。さらに瀧澤氏は、養生には、自分の身体を良くしていく技法という内に向かう側面と、一人ひとりが良くなることで全体の環境を良くする文化という外に向かう側面の両義性もあると述べた。また、芝生やコンクリートを固めることを「養生する」と表現するのは、体をうまく安定させて形になるのを待つという意味で共通しており、家具を運ぶ際に傷つけないよう毛布で包むことを「養生する」と表現するのは、自分の身体に対する外からの侵害を防ぐために気をつけて備えておくという意味で共通していることが補足説明された。さらに、中国の養生と日本の養生の違いについても議論がなされた。

第16回研究会

「近代的身体概念のイデオロギー分析」

北澤一利 北海道教育大学釧路校 准教授

北澤氏は、なにをもって健康と呼ぶかはその時代の価値観や文化的・社会的・歴史的な文脈に依存して変わるという立場の下、「健康」という言葉の起源について調べ、それが日本人の身体観およびその実践法の変遷とどのように対応しているかを分析された。

「健康」の発端は、1790年代に当時の日本にはなかった西洋概念を輸入する際、オランダ語の翻訳に迫られて作った言葉の一つである。ただし、当初よりこの訳語に定まったわけではなく、「健運」「健旺」「強壯」「壯健」「健行」なども用いられていた。医学書の中で「健康」が支配的になったのが1850年代、一般にも広く知られる言葉となったのが1890年代である。

では、このように定着していく過程で同時になにが起きていたのか。日本人が描いた人体解剖図の変化に着目すると、この頃に、身体に対する日本人の見方が変わったことがわかる。

江戸時代の解剖図には、経絡やつぼが描かれ、気の流れに注意が払われている。江戸時代も後半になると、実際に解剖をして描いた山脇東洋の『蔵志』（1759）もある。しかし、その後『解体新書』（1774）を出版した杉田玄白が批判したように、『蔵志』の解剖図は漢方医学にとらわれていたあまり、解剖したにもかかわらず臓器の形や大きさ等が直視できていない。それほど、西洋医学を取り入れる前の日本人の身体観には確たるものがあったといえる。

『解体新書』が出た後、事実を直視することの大切さを知らされた日本人は、忠実な観察に基づく解剖図を描いた。しかしこれらにも、西洋医学の解剖図とは違いが生じた。今度はありのままに描くあまり、重力で垂れ下がった臓器など地面に横たわった死体そのものを描いているのである。これに対して西洋式は、皮膚が透き通って筋肉や血管網がきれいにわかりやすくなるようにポーズしている図である。

当時、日本人に西洋式の解剖図が描けなかったのは、生理学の知識が不十分であったからで

ある。各器官の構造と機能あるいは役割、例えば心臓と血管、肺と気管の関係等の知識が増えていけばいくほど、身体を見る目が変わり、その結果、目には見えないものを描くことができるようになるのである。解剖された身体が生きていた状態を想像して描けるようになるためには、構造や機能がわかりやすい誇張が加えられた身体観、あるいは機能美や秩序正しさを補正された身体観が求められたのである。

このように考えると、西洋医学が客観的で、漢方医学が非客観的で遅れていたと捉えるのは問題が多いことがわかる。西洋医学は西洋医学としてのイデオロギーを含んでおり、それは漢方医学が漢方医学としてのイデオロギーを含んでいることと同等といえる。漢方医学のイデオロギー性ばかりが取りざたされるのは公平でなく、どちらも同じように客観的事実に対する先入観や理論的修正を含んでいるのである。

また、この身体観の変遷とともに、養生法から健康法へと実践が変わっている。養生は、聖人が定めた行動規範や道徳に従うことで病を遠ざけ、気の保存を図ろうとするのに対し、健康は、生理学的法則を明らかにし、それに従うことで病気を治療・予防する。漢方的身体観に基づく養生は、個人、善悪、動きの質を重視するのに対し、西洋的身体観に基づく健康は、集団、正誤、動きの量を重視するといえる。

その後の議論ではまず、現代人はモダンな健康概念には物足りなさを感じており、個人差を重んじる養生への回帰がみられるという指摘があった。他方で、パチンコに通う若者と図書館に通う若者とでは前者を不健康と感じる人がいるように、現在の健康という言葉には、養生の規律・規範的な側面も残っていることが指摘された。西洋式に構造と機能でものを見ると、役に立たなければ切り捨ててよいといった外科的発想に結びつきやすいという意見もあがった。最後に北澤氏は、これからの国家的健康政策のあり方についての問いに、干渉は少なく効果は大きくするのがよいと答えた。

第17回研究会

「現代中国国民の健康観と直面する医療・健康問題」

王培玉 北京大学医学部公共衛生学院社会医学健康教育学系 教授

今日の中国における高度経済成長は、生活水準の向上だけでなく、環境汚染、生活習慣病の蔓延や医療問題ももたらしている。特に2003年のSARS流行をきっかけとして、政府と国民は、経済政策だけでなく健康政策の重要性に気づくようになった。王氏は、このような現況下における中国国民の健康観および直面する医療・健康問題について報告された。

現在、中国では健康に対する考え方は、西洋医学の健康観と中医学の健康観の二つに大きく分けられる。西洋医学の健康観は、身体的な健康を重視し、健康診断における検査指標に関心が向けられる。

中医学の健康観は、学界では主流でないが、一般市民の間には根強い。西洋医学は病因から病気を診断するが、中医学は「症」から体質・健康状態を判断する。

近年では、「亜健康」という概念がホットトピックとなった。人の健康状態は健康状態、亜健康状態、疾病状態の三つに分けられる。その内の一つである亜健康は、「第三状態」とも言われる。英語では chronic fatigue syndrome や suboptimal health status, 日本語では半病人や未病に当たる。試行段階ではあるが、政府も、亜健康のガイドラインを策定し、疫学調査を行った。だるい、運動後の不快感がある、胃腸の調子が悪い等の 15 項目の内、8 項目に 3 か月以上当てはまると、亜健康と判断される。かつ、西洋医学に基づく疾患があるとそれだけで亜健康ではないと判断される。

過去 20 年、中国における高血圧、脳卒中、虚血性心臓病、糖尿病、悪性腫瘍などの生活習慣病は増え続けている。例えば、糖尿病罹患の人口比率は、2002 年の 2.6~4.4% から、2008 年の 8.6~9.7% に急増している。生活習慣病による死亡率も、減少傾向にある先進国とは対照的に増加傾向にある。その原因には、人口の高齢化、社会環境の急速な変化によるリスクファクター（食生活、運動、タバコ、飲酒）の増加などが挙げられるが、より注目すべきなのは精神的ストレス・心理的プレッシャーである。現在中国は、世界でも有数な過労とストレスの高い国になった。労働時間が長く、給料が低く、物価が高く、住環境が狭く、生活テンポが速い。経済競争によって進学難、就職難が高まり、車の急速な普及によって身体活動が低下し、空気は汚染している。これら一連の問題を解消しない限り国民の健康状態の向上は期待できない。うつ病や心身症に悩まされる人も増えており、国民の自殺率も上がってきている。

他方で、提供される医療の事情は理想とは遠い。患者病院間、病院政府間、医療従事者間でのトラブルで受診が難しく（「看病難」）、受診料も高い（「看病費」）。そのため、年間平均で約 26 万円を医療に費やす日本人と比べると、中国人は約 1 万円しか費やしておらず、20 倍以上の開きがある。

健康・医療は、今日の中国国民の三大関心事（健康・医療、教育、住宅）の一つである。経済発展や GDP の拡大だけでは、国民生活は豊かにならないことに気づき始めているのである。

その後の議論でまず、医療保険制度について確認がなされた。日本と同じく自己負担分を伴う社会保険があるが、基本的な供給内容に限定されており、富裕層は民間医療保険に加入している。国の亜健康ガイドライン策定については、医学に疎い庶民を悪徳業者が自社に都合よく亜健康と判断して薬を売りつける詐欺事件が背景にあることが紹介された。また、国の基準で亜健康と判断されると、医師の処方範囲が広がるという意味では、国民医療費を上げる。亜健康と判断されることで疾病段階への移行に対する警鐘になるという意味では、国民医療費を下げるという意見が出た。その他、ストレスに当たる中国語は、「緊張」や「応急」であり、一般に広まったのはここ 5、6 年のことにすぎないという話題も出された。

第 18 回研究会

「サファリングと生活者中心のヘルス・ケア」

星野晋 山口大学大学院医学系研究科医療環境学分野 講師

文化人類学を専攻された星野氏は、日本のシャーマン研究を機に医療人類学へと活動の場を広げられた。その研究成果から、「サファリング」という分析概念を使って医療や病気等の概念を相対化し、「生活者中心のヘルス・ケア」が今後重要になると主張した。さらにそこから、超高齢化社会の保健・医療モデルにも言及された。

まず、愛媛県の旧野村町での調査によると、オガミヤとよばれるシャーマンが日本に存在してきた。普段は一般の職に就きながら、依頼があると、通常人には知りえない他界の出来事等を用いてその依頼者の心配事のために拝む人である。ミヤワセ（見合わせ＝判断）する人ともよばれる。あらゆる心配事に対処するが、約6割が病気関連である。地域住民は病気等のつらい事があるとオガミヤを訪れるのだが、興味深いのは、そのような苦痛・不快・難儀と感じている事（サファリング）は問題そのものではなく、あくまで問題の「知らせ」として捉えられる点である。医療においては、病気はそれ自体が問題として捉えられていることと対照を成す。

依頼者の「問題」（解決すべきこと）がなにかは、その問題が置かれる階層やコンテキストをどのように指定するかによる。すなわち、どのような物語にするかによる。したがって、病いは、誰かの心身の好ましくない（かもしれない）体験について、さまざまな物事や出来事が関連づけられ、意味が与えられていく過程およびその産物となる。

この視点に立つと、医療において対象を「患者」にしていることも、一つの物語にすぎなくなる。「患者」は、科学的知見の当てはめという普遍性の観点や症例ごとの検討という個別性の観点には配慮されているが、関係性（社会・生態系等）の観点が弱い。たしかに近年の医療では患者中心の考え方が進んでいるが、すれちがいはそれほど減っていないという現実がある。これは、そもそも「患者」という物語では不十分であることに原因があるといえる。そこで、「生活者」である病者の物語に目を向けることが大切であると星野氏は言う。

「生活者」にとって、病むこととは、異常が見いだされ、つらさ・不安を伴い、生活・人生・人間関係に支障がある（と思われる）心身の状態である。なにを異常とするかは、生活者の経験、価値観、属する社会の文化等によって決まる。生活者はサファリングを軸に判断し行動し、病気や治療は暮らしや人生の文脈で理解される。臨床の現場では、医療者と生活者との間の異文化コミュニケーションが双方の言語で解釈・翻訳され、その結果がそれぞれの世界に持ち帰られていく。さらに、医療における当事者は患者個人であるが、生活世界においては、病者および病者に関わるすべての人である（私が病気であることは私だけの問題ではない）。

医療の世界と暮らしの現場をつなぐには、シャーマン的な解決が有効である。当事者（病者本人・家族・コミュニティ）にとって医療に関わる現実はある日常社会にあるので、サファリングが知らせる「問題」を文脈に応じて見いだした上で、疾病そのものではなくサファリングの減少に焦点を当てた治療を施し、生命・暮らし・人生や社会・人間関係に着地点を見いだすケアが求められる。このようなヘルス・ケアは、多用な職種が協働するいわばフリージャズ型であり、独居・老々世帯が増加する今こそ必要とされる。また、検診結果に執着する一方で人と人

とのつながりが確保しづらくなり、健康と幸福観の乖離がみられる現在の日本にこそ必要とされる。

その後の議論では、沖縄のユタや海外の放浪民族の役割が話された。続いて、優秀な開業医は既にシャーマン的な役割を果たしているという意見が出された一方、プライマリケアと各自の生活環境をつなげるという意味では、医師ではなくむしろソーシャルワーカーがその役割を担うのが望ましいという意見も出た。統合失調症のケースではそもそも物語が描けないのではという論点も出された。

Ⅲ 考察

本研究会は、Iで述べたとおり、過去の代替医療シリーズでの議論をふまえ、代替療法が適用される対象の方に着目して議論を深めていくことを目的としてきた。すなわち、元氣と病気の間になにがあるかに着目することで、代替医療の適応場面について改めて考え、ひいては、近代医療から健康法等にまで及ぶあらゆる介入における代替医療の位置づけとその効果について新たな知見を得ることを目指してきた。

元氣と病気の間になにがあるかを知るためには、そもそも、その間の領域がどのような状態になっているかについてイメージを明確にしなければならないであろう。この点、今回招聘した様々な分野からの研究者等は、元氣と病気とはつながっているという連続的な状態のイメージを全ての方が抱いていた。

なかんずく、第3回研究会の松永氏は、元氣と病気を連続的に捉えるための理論的な枠組みを提示した。連続性は、第1回研究会の島内氏と第14回研究会の橋本氏により公衆衛生学で、第2回研究会の郭氏により漢方療法で、第4回研究会の猪熊氏により温泉療法で、第6回研究会の元雄氏によりがん医療で、第11回研究会の山田氏と第13回研究会の八木氏により精神科で、第12回研究会の新貝氏により森林療法で、確認された。

より広範囲な領域においても、第15回研究会の瀧澤氏により養生論で、第16回研究会の北澤氏により身体論で、第18回研究会の星野氏により医療人類学で、確認された。第7回研究会の鹿野氏により歴史学で、第8回研究会の田代氏により生命倫理学で、第9回研究会の高井氏により社会学で、第10回研究会の鈴木氏により文化人類学で、確認された。

また、第5回研究会の丁氏により韓国でも、第17回研究会の王氏により中国でも、連続性が確認された。

このように、各報告は、連続的なイメージを暗黙の前提として展開されていた。しかし、この当然の前提をいま一度白紙の状態に戻してみることで、新たな視界が開けてくるかもしれない。そこで、全体の考察をするにあたり、大きく二つの場合に分けた上で、議論を展開する。最初に、元氣と病気の間は連続的であると解した場合に、そのような連続的な中間領域からどのような知見が得られるかを考察する。つぎに、応用ないし発展の試みとして、あえて元氣と

病気の間は不連続である，断絶した状態である，と解した場合に，はたしてなにが得られるかについて考察する。

1. 元気と病気は続いている

(1) 連続イメージの意義

元気と病気の間は連続的であるとイメージすることには，どのような意義があるのか。第3回研究会の講演者である松永澄夫氏がこの点に関連した文章を書いているので，まず引用する²⁾。なお，引用ならびに段落等の調整について著者の了解を得ている。

私たちは健康か病気か，という二分法の発想で考える習慣がある。それで，健康は普通の状態であまり望ましく，だからそのまま維持すればよいこと，病気は異常事態で避けるべきだし，病気になったら解消すべき，つまりは治療すべき事柄だと考える。けれども，隙間というものを意識して事柄を見なおしてみると，一方で元気いっばいの状態（C）を健康の典型として考え，他方で伝染病とか盲腸炎（虫垂炎）のような，明確な治療法が確定でき，かつ放っておくと命取りになるようなもの（C）を病気の典型と考えると，両者の間（S）に位置するさまざまな体の具合（E）があることに気づく。頻繁な肩凝り，関節の痛み，胃もたれ，軽度の運動でも息切れがすること，発熱……。二分法だと，これらを健康か病気かのどちらかに割り振って，現状でよしとして無視するか，どうにも解消（治療）しようとする態度で臨み，痛み止めの薬を使用しよう，消化薬や解熱剤を服用するか，などとなるが，そのような二者択一から逃れることができる。

これらの症状の多くは，体の局部を破壊したり腐敗させたりしている病原菌が支配している状態としての病気であるというわけではなく，むしろ，そういう状態から逃れていたところでの，なに事かに対する体の一時的な反応であり，ただ，そのような反応をする必要もない状態としての極度の健康そのものとしての生理状態がそこにあるわけでもないから生じたのだ，と，こういう方向で考えてゆくことが，隙間概念を健康と病気との間に取って適用することで可能になる。それは，体の有りようをどちらかに割り振る態度よりは適切なことではないのか。（症状の背後に病気が隠れているという発想についての検討は割愛する。）

ここで注目したいのは，健康でも病気でもない状態を考えていくことが，「体の有りようをどちらかに割り振る態度よりは適切なこと」と述べている点である。なぜ，より適切なのか。おそらくこの文章から窺えるのは，二分法あるいは二者択一の発想の方には本来無理な所があ