「健康科学」への視角

——西ドイツの最近の研究状況の検討を通して——

石　井　誠　士

A View of Healthscience

——Based on the investigation of the current situation in Germany——

Seishi Ishii

ABSTRACT: We examined the current situation of studies on health in Germany, especially medical anthropology by v. Weizsäcker and v. Gebsattel, medical sociology, social medicine and general medicine in the faculties of medicine of German universities and the new tendency of physical medicine and rehabilitation. We speculated on the structure of healthscience based on the results obtained. Health should be researched not only by medicine as natural science, but also by human and social sciences like philosophy, sociology, psychology and cultural anthropology. We must then place great emphasis on rehabilitation and nursing in the field of practical medicine because these have always a direct relation to "totum humanum", the whole individual.

この論文の意図は，西ドイツの最近の健康科学的研究の諸傾向を検討することにより，「健康科学」の学問的基礎付けへの手がかりを得ることに有る。

I．「健康科学」の立場

従来，医学は病気と病気の治療とを主たる問題として来ており，積極的に「健康」を考えることをしなかった，と言うことができる。「健康」を考える場合も，それは大抵，病気との関連において，病気が克服された状態としてであった。しかし，人間のそういう見方は，人間をその否定面からのみ見ようとするのであるから，一番根本的な立場ではない。少なくともそれは一面的な見方である。

「健康」の視点に立脚して人間を把え直そうとすること，病気をも「健康」の視点から，その一形態として見て行こうとすること，そして，人間の「健康」の深さと広さとその働きの多様さとを可能なあらゆる視点から究明して行くことがここに必要になるが，この課題を学問的に果すのが「健康科学」に他ならない。この新しい科学の立場は，先ず，人間や生命の存在の根本構造をハーモニーとして，「全体 the whole, das Ganze」として把える。そして，人間や生

京都大学医療技術短期大学部教養科
Division of General Education, College of Medical Technology, Kyoto University.
1986年7月17日受付

命のあらゆる事象を存在の根本構造のハーモニーの方から，ハーモニーの自己実現の種々の様態として説明して行くのである。

作曲家は先ず楽曲の全体を想い浮べる。そして，メロディーや協和音や不協和音，更に沈黙をも素材として作品を構成して行く。病気とその治療とのみを主題とする医学は，楽曲の部分的要素であるメロディーや和音のつながりの錬成を作曲と考えるような音楽家に譬えられるかも知れない。だが，真の作曲は常に「全体」から「全体」へであり，楽曲は，メロディーと協和音と不協和音のいずれをも素材としながら，更に，沈黙をも含んだ大いなるハーモニーとして成立するのである。

今日では，医療という人間の営為も，単に病気の治療に止まることはできない。それは，人間の生命の本来的な在り方そのものを追求して行かなければならない。しかも，それは，生命のあらゆる局面，つまり，「生・老・病・死」のあらゆる局面に関わって行くのでなければならない。従って，現代の医療は，1)治療，2)予防，3)保健，4)リハビリテーション，5)助産，6)老いゆく人へのケア，7)死にゆく人へのケアの七つの領域全部にたずさわるのである。そして，注意すべきは，それらのいずれの領域においても，医療は単に技術的処置のみならず，常に，「生・老・病・死」にいかに関わるか，いかに誕生を受けとめるか，いかに老いゆくか，いかに病気を，そして死をひき受けるか，という実存的な問題を考慮しなければならない，ということである。

一言で言うならば，医学と医術の分野で，今一番に関心事であるはずなのは――我々が意識しているにせよ，意識していないにせよ――実は，人間らしい，人間の存在にふさわしい「生・老・病・死」の在り方なのである。人間の存在にふさわしい在り方とは「健康」に他ならないから，我々の窮極的関心事は，健康に生れ，健康に老いゆき，健康に病み，そして健康に死にゆくことに存する，とも言い得る。

このように理解するならば，「健康」とは，無論，単に病気や障害が無いことを意味しない。むしろ，自覚的に「生・老・病・死」する人間の存在全体のハーモニーが「健康」なのである。単に身体だけのハーモニーを「健康」とするわけにはいかない。身体のハーモニーは常に精神と身体との根源的統一に，更に，この統一は，個人と彼をとり囲む自然的・社会的環境との根源的統一に基づいて実現する。そして，そのような，身体の諸組織，身体と精神，自己と他者，自己と環境等のハーモニーの一番根本のところに，それらのハーモニーを全体として可能にする原ハーモニー，つまり，自己と絶対者とのハーモニー，人間と神との一体の宗教的事実の如きものも見究められねばならぬであろう。

そういう多次元的立体的な構造をなして成り立つ「健康」は，もはや医学の対象のみにとどまらない。それは，医学の対象であると同時に，人間存在の根源的にして本来的な在り方の問題として探求されねばならない。

医学や医術が高度に発達して，生命現象の機械論的把握が進み，その種々の操作が可能になった現代において，そういう医療的営為自体の意味，その限界，人間の存在全体の中のその位置等が真剣に問われるようになったのは当然である。しかし，それは決して，医療的営為自体の否定に導かれるのではない。むしろ，我々に求められているのは，病気とその治療の視点から「健康」の視点への視点の「コペルニクス的転換」をなし遂げて，この新しい視点から，「生・老・病・死」を操作しようとする立場をも把え直し，人間存在の深い大いなるハーモニー，その本来の在り方としての「健康」の研究と実現とに邁進することである。

我々は，次に，西ドイツにおける最近の研究状況を検討して，「健康科学」の学問的基礎づけへの手がかりを探ってみようと思う。周知の如く，ヨーロッパの学問研究は，彼の地の長い伝統の積み重ねの上に成立している。例えば，医学にしても，古代ギリシア以来の長い多くの経験の集積の上に営まれているのであるし，その背後には，ヒポクラテスやパラケルススの

「人間愛 philanthropia」の精神，そして，キリスト教の隣人愛の精神が働いていることを認めざるを得ない。長い伝統の積み重ねの上に，その都度新たな飛躍的創造をなすのがヨーロッパの学問の特徴である。それはちょうど，生物が長い間一つの種を維持するうちに，機が熟すと，突然変異を遂げて新しい種を産む在り方に似ているであろう。絶えず目前の断片的な成果と流行のイメージとを追うアメリカや日本の学問の傾向からは保守的で無器用に見えるかも知れないが，伝統を大事にしながら，その内から，それを通して，時代の要求に応え，未来を創造する研究とそのための組織とを着実に産み出して行くヨーロッパの学問の在り方に我々は尚学ぶべきところ多大である，と言わねばならない。

II．最近西ドイツにおける健康科学的研究の状況

1.「医療人間学」

「健康」は広義における人間学の対象となる。その際，人間学とは，人間を対象とする学問一般を意味しているから，心理学や社会学や歴史学等から哲学や宗教学までの，人間をテーマにしたあらゆる学問がこの中に入るのである。

「健康」に関するこのような人間学的研究の先駆的業績を，我々は，二十世紀の二十年代に，マックス・シェーラーの「哲学的人間学」に呼応して生れた「医療人間学 medizinische Anthropologie」に認めることができる。「哲学的人間学」が人間存在の哲学的探求であったのに対し，「医療人間学」はどちらかといえば，むしろ，「人間的医療 humane Medizin」をめざす学として生れた。大体，1926年頃，M・シェーラーの哲学とジークムント・フロイトの精神療法との大きな影響のもとに，ヴィクトル・フォン・ワイツゼッカー (Viktor von Weizsäcker 1886-1957) が提唱して始まったこの学問は，多くの協同作業者と共鳴者とを得て，第二次大戦の危機をはさんで，医療と人間存在との根源的関係を考える，ヨーロッパの一つの学問的運動となった。ワイツゼッカー以外では精神療法家のゲープザッテル (V. von Gebsattel) やビンスワンガー (Lndwig Binswanger) やシュヴァルツ (Osward Schwarz)，さらにジーベック (Richard Siebeck) やトリューブ (H. Trüb)，内科医のパウル・クリスチャン (P. Christian) 等がこの分野で創造的な仕事をして来た人達である。

ゲープザッテルの述べている如く，「医療人間学」は人間の本質に向う学であるよりもむしろその「局面の学 Aspektlehre」[1] である。医学には人間の生命の意味を究めたり，人間の本質を把えたりすることはできない。けれども，医学者はこのようなことを念頭におき，働かせて行くことによって初めて医師となることができるのである。「決して知られないが，常に現前する人間的全体 Totum humanum への心構えを持ったとき，医師は病める人間との交わりにおいて，単なる自然科学者に可能であるのとは異なったより包括的な考えと出会いに到達する」[2]。病んでいるということは，確かに，人間の一局面に過ぎないが，診療において，医師は同胞として一人の人間の困窮に触れ，この接触においてその人の人格的一回性と比較不可能性と交換不可能性を体験するのである。ここには，「病気」から具体的に「病んでいる人」へ，個個の「症例」から「人格」への視点の転換が存する。

このようにして，全体としての人間の視点に立った医療を追求する学として「医療人間学」は成立した。ワイツゼッカー自身が述べているように，そこには，客観的自然科学としての近代医学への対立の姿勢が有った。「医療人間学は，今までのところ，他の医学の中へ継目なしにはめこむことはできなかったし，譲歩をすることは，大抵，特徴的な対立点を一時しのぎの，しかも有害ですらある仕方で塗りかくそうとするだけのものであることが明らかになった」[3]。マックス・シェーラー，マルティン・ハイデッガー，マルティン・ブーバー等の今世紀の偉大な哲学的思索の強い影響下に，その，医療における具体化の意味を荷って成立した「医療人間

学」は，今日でも，「人間的医療」を考える場合の基本的テキストであることに変りない。しかし，身体的存在としての人間の病理の考察やいわゆる「医師—患者関係」の研究において，個別的な業績は現われているものの，学としての発展は，大体1970年頃までで終っているように思われる[4]。

2.「医療社会学」

「医療人間学」は近代医学の発達に伴なって生じた問題性を全体としての人間存在の視点から受けとめて，より根源的な，人間的な医療の在り方を探求する一つの思想運動であり，それだけに大きな，広範囲の影響力を持ったのであるが，アカデミズムの中では，大学の独立した講座を開くだけの力を遂に持たなかった。そうした「医療人間学」の成果と限界とを踏まえた上で，しかも科学としての実証性と具体性とをとり入れて成立したのが「医療社会学 medizinische Soziologie」である。これは60年代後半期の大学紛争を契機に，西ドイツの大学の中に独立した講座を持つに到った。今日，連邦の25の医学部の内，14校が「医療社会学」の講座を有している。この分野がいかに重視されているかは，医学生の基礎医学課程 Vorklinik 修了時の国家試験問題300題の内，5分の1の60題がこの分野から出題されているという事実にも現われている。

この，現代西ドイツの大学の「医療社会学」講座の概要を見ると，「医療社会学」という講座名は採っているが，その中に「医療心理学 medizinische Psychologie」の分野も含まれていて，医療と人間との関係全般への，種々の人間科学的アプローチであることが解る。

例えば，ウータ・ゲルハルト（Uta Gerhardt）の主宰するギーセン大学の「医療社会学」講座では，次のようなテーマで講義やゼミナールがなされている。(1986年夏学期)

1) 医療心理学
2) 医療と社会
3) 医師—患者関係
4) 人口論
5) 心理的社会的行動
6) 患者の歴史の生活史的分析
7) 死と死にゆくこと
8) 身心の問題と医療に対するその意義
9) 結婚と家庭と病気
10) 精神分析と社会学
11) 国家試験への準備のためのゼミナール

これで見ても明らかなように，今日の西ドイツの「医療社会学」は，病気や医療の現実への心理学的社会学的なアプローチである。先に述べた「医療人間学」が多分に哲学的現象学的であったのに対し，「医療社会学」は，テーマは同一でも，それに向う方法の点で，強く実証科学的性格をとる。

独立した学問領域として「医療心理学」を考えると，それは，他の心理学と違った固有のテーマを有する。すなわち，先ず，それは，病気との関係における患者の多様な体験形式を問題にしなければならない。第二に，それは，医療施設や医療行為に対する患者の内的な反応を研究しなければならない。その際，「医師—患者関係」も重要なテーマとなる。第三に，「医療心理学」は精神病理学と密接な関係を持ち，精神病者の分析から多くの示唆を得ながら，人間の精神の本来的構造を究明する[5]。

これに対して，「医療社会学」は，個人よりもむしろ，個人の生存を可能にしている「状況 Situation」を問題にする，と言い得る。「状況」とは，ここでは，個人と個人の外の所与との間の関係の総体を意味している。従って，それは，単に個人の外の環境ではなく，むしろ，個人と彼をとりまく諸事象との間の交互作用そのものを意味しているのである。疾患の原因がこのような意味を持った「状況」に求められねばならないことは勿論であるが，「健康」の維持やその再生産も，また，生活状況への再編入（リハビリテーション）も，社会によって荷われる数多くの施設の活動によって初めて可能である。

このようなことに連関したあらゆる問題が「医療社会学」の領域に属するのである。具体

的には，健康教育，病気についての啓蒙，予防措置，外来診療，入院治療，更にまた，近代の病院機構，医療費，薬剤制度等が研究対象となるが，こうした問題はもはや個々の医者によっては解決され得ないものであり，社会学的な研究と国民が一体となって作る組織とが必要である[6]。整理してみると，「医療社会学」は次の二つの大きな課題を有する，と言い得る。第一は，「医学と医療行為の諸問題の研究や種々の健康施設とそれらが関わる集団（患者）の分析の際に社会学的な概念や方法を応用すること」であり，第二は，「病気の発生，経過及びその克服の社会的条件，そしてまた，健康を促進する行動と生活との様式の社会的条件」[7] の検討である。

「医療社会学」は先ず1950年代にアメリカで独立した学科としての地歩を築いたあと，ヨーロッパや日本に伝播し，それぞれの土地で研究が進められた。国際社会学会にも「医療社会学」のセクションが設けられているが，そこが行った調査によると，ヨーロッパでは，当然のことながら，大学の中で医学と社会学との両方の地盤が確立している所で研究が最も強力になされている。西ドイツでは，1970年に，医学部の中に講座が設置されるようになってから，急速に発展し，1973年にはドイツ医療社会学会も創立された。1977年には，「ドイツ学術協会 Deutsche Forschungsgemeinschaft」が『慢性的疾患及び傷害の発生と経過との連関における健康と病気の在り方に関する社会学的研究』というテーマに重点を置き，これまで10の研究プロジェクトが遂行されて良い成果を挙げている[8]。

3.「社会医学」

前項の「医療社会学」と研究対象を等しくしながら，しかも，研究の意図や方法を根本的に異にするものに「社会医学 Sozialmedizin」が有る。西ドイツでは，この分野は，古くから「労働医学 Arbeitsmedizin」と共に発達して，長い研究の歴史を有している（ヴァレンティンによれば，この分野の研究論文は，実に，15世紀にまで遡り得る，と言われる）。

「労働医学」は，「労働もしくは職業と人間，その健康及び病気との間の相互関係の学である。それは，労働と労働環境とへの人間の身体的精神的諸反応の研究に基づく。この諸反応は現代の科学的方法により客観化され，内容的に規定され得る。労働によってひき起される健康損傷は究明されねばならない。労働医学の課題は人間と労働との間に調和的関係を作り出すことに存する」[9]。

この「労働医学」とは反対に，「社会医学」の場合には，学問の定義がまだはっきりなされるに到っていないように思われる。シェーファー（H. Schaefer）によると，「社会医学」は「病気（あるいは健康）と社会との間の特殊な相互作用」を対象とし，人間の行動を「病気との関連において総観的に究明したり，社会学的，心理学的乃至生理学的事実との連関において説明したりしなければならない」[10]。このような理解では，「社会医学」は前項で論じた「医療社会学」と内容的に異なる所が無いように思われるが，後者が社会学の一分野であるとすれば，前者はあくまでも医学の一分野である点で，違いははっきりしているのである。

最近の最も優れた社会医学者の一人と思われるフィーフュース（Herbert Viefhues）は，「社会医学」をその対象と方法とによって臨床医学や生物学的・理論的医学から区別される「医学の一つの重要な総観的学科」として把えている。「社会医学」がタッチする対象は，「個人と社会全体と『医療』という社会的制度との相互作用」である[11]。その際，社会医学的研究は，医学的方法によって得られる種々のデータを基礎資料とするが，それを社会医学的な独自の視点から把え直すのである。あるいは，「社会医学」は，社会の中に病気や健康の原因を求めて研究する医学の諸分野，つまり，「労働医学」，「衛生学 Hygiene」，「流行病学 Epidemiologie」，「予防医学 Präventivmedizin」，「環境毒物学 Umwelttoxikologie」等の総称と見ることも可能であろう。

ともあれ，「社会医学」は西ドイツの医学の中で一つの大きな伝統を持っているので，研究は盛んであり，「労働医学」をも含めると，実に，21の大学の医学部に講座が有る。研究所の一覧表を見ると，大学の間に研究の重点の置き所の相違が見られて，興味深い。

4.「一般医学」

西ドイツの医学の中にはっきりした存在権を獲得しているわけではないが，或る意味で時代を先取した行き方だ，とも言えるし，今はまだ少数派であるけれども，これから愈々重要視されて来ると考えられる学問領域として「一般医学 Allgemeinmedizin」が有る。これが重要であるのは，最初に検討した「医療人間学」の，臨床医学における一つの応用的形態とも見られるからである。

ここで「一般医学」と呼ばれているのは，個個の，分業化し，専門化した医学に対し，そういう特殊的な医学を包括するような学の立場を意味している。既にワイツゼッカーもこの語を用いているが，彼はこの学を「病める人間についての或る種の姿勢と専門の境界を越えた一般的な学」として把えており，「人間学的医学 anthropologische Medizin」と同一視している[12]。つまり，「一般医学」は分業化し，専門化した医学の世界において，人間の生活と病気の認識及び治療とに，もう一度，全体的な視点を取り戻そうとするものだ，と言うことができる。

ワイツゼッカー以後絶えず問題にされて来た「一般医学」は，今日では，ホームドクター制度や地域医療システムやリハビリテーション医学等の問題と結びついて，極めて実践的な関心を呼びつつある。そういう実践的な「一般医学」の代表は，ハノーヴァー医科大学のヘーン (Haehn, K. -D) である。1976年にこの大学に西ドイツ最初の「一般医学」講座が開かれたが，彼はその主任教授である。

ヘーンによると，「一般医学は人間の全生活領域を包括する。すなわち，それは患者の年令や性別や健康損傷の種類を問わず，患者の診断と処置並びに健康管理を行う。

それ故，一般医 Allgemeinarzt の本質的課題は以下のことに存する。すなわち，あらゆる種類の疾患の診断と処置，病気の用心と早期診断，命をおびやかすような状態の処置，慢性病患者や老人のケア，環境に制約された損傷の診断と処置，リハビリテーションの措置導入，患者のための，医学的，社会的及び精神的な援助の統合，そして，他の領域の医師達，あるいは，種種の病院や健康制度施設における医師達との協働等である」[13]。

ヘーンの考えでは，医学が発達し，専門化されて行くにつれて，社会の中で「一般医」の果す役割は，専門医のそれに劣らず重要となって来るはずである。「一般医」は専門医が果しているような課題と並んで，尚，少なくともそれに対しては「一般医」が最大の権限を持つような特殊な任務を有するのである。そういう「一般医」独自の任務として先ず挙げられるのは，ホームドクター Hausarzt の機能である。この中には勿論，慢性病患者の長期ケアも含まれる。それから，次に，患者はしばしば，いくつかの違った専門領域に属するような多くの苦しみを持つという事実の顧慮のもとで，「一般医」は統合と調整との仕事を，時には，選択や分配の仕事をも委託される。これらの課題を果し得るには，一つの広い識見が，「水平的な権限 horizontale Kompetenz」が要求されるはずである。

「一般医」の課題としては，更に，住民の健康指導や第一次予防やリハビリテーションも加わって来る。ホームドクターが関わる患者達は病院内の患者グループとは別種のものであり，処置方法も自ら異なって来なければならない。「一般医学」は，言わば，「病院の外の医療 Medizin außerhalb des Krankenhauses」にたずさわる医師の養成と継続教育をめざすのである。

大体，以上のような考え方に立って，ヘーンは，ハノーヴァー大学で，「一般医」を養成する「一般医学」の講座を開いたのであるが，教

育上の重点は，人間を人格として見るとか，精神療法的方法を導入するとかの点に置いていて，彼が「医療人間学」の思想を継承していることをうかがわせる。その際，ヘーンは「医師一患者一関係」の本来的な在り方を実践的に確立する方策を工夫しており，授業計画の主眼を「医師と学生と患者との間のコンタクト」に置いている。具体的には，学生達に，そのごく最初の時期に，ホームドクターの家庭訪問に同行するという実習を課している。この，ホームドクターのもとでの実習では，学生は患者にとり，また家族や彼の社会的環境（友人，隣人，仕事の同僚）にとり，病気がどのような意味を持っているか，とか，医療や社会の制度が，患者とその家族にどんな作用をしているか，とか，ホームドクターは純粋に医療的な課題と並んで他にどんな課題を引き受けるか，といったことを認識することを求められている。この，独特な実習に学生達の多くは大きな意義を感じているし，この教育方法に関するポジティーフな研究報告もなされている，と言われる。

先にも述べたように，「一般医学」はまだ西ドイツの大学でそれ程一般的になっているわけではない。しかしながら，それは，特殊化し，専門化した医学及び医療の在り方の中に，もう一度，「人間的全体 Totum humanum」の視点を回復することを意図しており，地域や老人の医療とか，病気よりもむしろ個々の病む人の在り方とかが問題になりつつある状況において，重要な意義を有する，と思われる。

5. リハビリテーション

西ドイツの医療の中で，一つの新しい展開をしつつあるのは，リハビリテーションである。医療におけるリハビリテーションの独立した意義を認めると同時に，あらゆる医療にリハビリテーションが要素的に含まれていることも重視され，医学教育の中で，また，医者の継続教育において，この方面に力が入れられ始めている。

リハビリテーションがこのように重要になって来た第一の理由は，勿論，現代世界において，障害が激増していることに求められる。この，障害者の激増という事態は，現代の産業社会の一つの帰結と見ることができる。

つまり，

1) 医学が発達して，非常に重い先天的乃至後天的な疾患の場合でも，また非常に重い障害の場合でも，延命可能の度合が高くなった。
2) 今日の生活や労働の条件が不健康な生活形態——まちがった栄養，運動不足，精神的な重圧の増大，煙草やアルコールの濫用等——を起し易くしており，そこからして，治療不可能な健康損傷を伴なった慢性病が急増した。
3) 道路交通の過密化と家事や職場での事故の多発とにより，障害者が増加した。
4) 住民の高年令化と共に，慢性病に苦しむ人が多くなった[14]。

しかしながら，リハビリテーションが重要視されるようになった理由は，単に障害者の急増とそれに伴なって生じた社会的諸問題にのみ求められるのではなく，却って，医療自体の在り方の変化において認められる。すなわち，医療の問題の解決にも，どうしてもリハビリテーションの思考や方法が不可欠なのである。

従来の医学や医術は自然科学的な病気及び健康のモデルから出発していた。その中心には，病気が，しかも身体的な悩みとしての病気が存した。医学は病因論 Ätiologie，疾病発生論 Pathogenese，病気の発見，診断，治療等の学として理解された。もし，病気とその治療とが唯一のテーマであるならば，我々はこのような医学観で十分だ，と言い得る。

だが，「不可逆的な健康損傷が障害を伴って存続する場合，つまり，部分的な健康は再生産されたが，慢性的疾患が尚残る場合，対象に関わる医学と専ら生物学的医学的に整えられた治療との限界がはっきりと示されて来る」[15]のである。病気や事故の結果，自立性を失ってしまった人，あるいは失う怖れの有る人を救うためには，どうしても或る新しい治療の視点から出

発しなければならない。つまり，当該の個人の家族的社会的な全環境，生活史的な既往症，彼の社会的及び職業的関係の全体が診断と処置との努力の中に取り入れられなければならない。

このような，いわば全人的な医療の視点が開かれて来ると共に，ヨーロッパのいわゆる「身体的医学とリハビリテーション physikalische Medizin und Rehabilitation」の理念が成立した。この新しい医学の立場が関心を持つのは，もはや病気に対してではなく，具体的な「病める人 der kranke Mensch」に対してである。ここでは，生物学的医学の視点と共に，社会学的視点が顧慮されることになる。

既にかなり古くより，ヨーロッパの整形外科医達に，身体傷害者の治療には，純粋に医学的な処置だけでは十分でないことの認識が有ったと考えられる。四肢装具との関わり合いにおける指示や残った身体機能の訓練措置やそれらと並行して行われる学校教育と職業教育等の体験を通して，彼等は身体障害者の「編入 Eingliederung」あるいは「再編入 Wiedereingliederung」への前提を作って行ったのである。18世紀の終りから19世紀初め頃に設立された最初の整形外科研究所において，既に，身体障害者に対する特別な医療的措置や世話や教育が行われている。

リハビリテーションが医療において独立した分野をなすのは，まさしくそれが患者に対し全人的な接し方をするからであるし，また，固有の方法と技術とを持っているからである。しかし，それは他の医学から切り離されたようなものではなく，むしろ，健康配慮的行為全体の中に統合される部分的要素をなしているのである。つまり，「病む人」のケアにたずさわる全ての人の思惟と行為との本質的観点をなしているのである。「リハビリテーションを含まないような医療の分野は存在しない」[16]。

かくして，リハビリテーションは，あらゆる臨床医が考慮しなければならない，医療の重要要素をなすが，就中，前節で触れた「一般医学者」，従ってホームドクターや地域医療従事者の不可欠事項をなす。なぜかというと，「一般医」の課題が短期間の病気の処置から慢性的な健康損傷の長期にわたる継続的治療にまで広がっているからであるし，リハビリテーションは，あらゆる病気の治療に必要であり，病気や傷害のごく初期に既に考えられるべきものであるからである。

医療におけるリハビリテーションの重要性の認識に伴ない，西ドイツのほとんどの大学の医学部にリハビリテーションの思想と方法が導入されつつある。特筆すべきはギーセン大学である。1978年の冬学期に，この大学は，『身体的医学とリハビリテーション』のテーマで，多数の教授達による学際的な「連繋講義 Ringvorlesung」を試みている。

大学に附属してリハビリテーション・センターを有するのはケルン大学である。これを含めて，今日，西ドイツのリハビリテーション・センターは，実に，13施設を数える。（図1[17]参照）

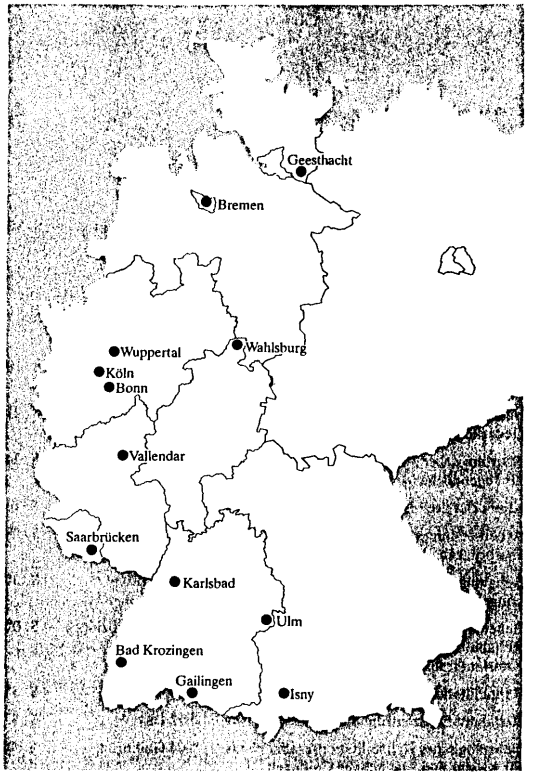

図1　西ドイツのリハビリテーション・センター

Ⅲ.「医師でない医療専門職」について

医療は，種々の専門職のチームワークとして成り立つ。その際，チームワークに，拡散的に分業化して行く行き方と，求心的に統合して行く行き方との二形態が考えられる。アメリカは前者の代表であり，西ドイツは後者の代表であって，日本はそれらの中間に有って振動している，と見ることができる。近代的な人間の在り方としては，アメリカ型の方が良い，とも言い得るが，病める人への全人的な関わりとしての医療を考えるならば，ヨーロッパ型に深く学ぶべきものが有るのも確かである。

ここではヨーロッパ型の典型を示すが，ブルーメンタールとヨッホハイムによれば，リハビリテーションは次の三つの職種のチームワークとして初めて可能である[18]。

すなわち，

1) 医師
2) 医師でない医療専門職
   例えば，看護士(婦)，患者体操士，作業療法士，言語治療士
3) 医師でない，また医療的でもない専門職
   例えば，ソーシャルワーカー，心理学者，教育学者，職業カウンセラー

このチームワークで中心をなすのは医師である。そして，医師以外の職種の人達は，医師が行う治療行為に協力する人達である（西ドイツでは，「医師でない医療専門職」は，医師援助者 Arztheifer(in) と呼ばれる)。

だが，キリスト教的な職業意識や社会制度の上に成立するヨーロッパ的な医療組織の場合，どこまでも医師がチームワークの中心に立ち，指導性を発揮するといっても，医師と他の医療職種との関係は，根本的には，上・下，主・従の関係ではなく，むしろ，中心と周辺，あるいは，精神と身体の関係をなす，と見るべきであろう。身体のどの器官を欠いても精神は十分な働きをすることができない。無力である。精神を欠いた身体には統一が無い。盲目である。精神の統一と身体の働きとが一体となって初めて一個の人格が確立する。医師と他の医療スタッフとの関係もちょうど同様に，根本統一とその働きの関係として理解される。

おそらく，このような観点よりして，ヨーロッパにおいて，医師の養成が大学の医学部においてなされ，看護婦や療法士など他の医療専門職の教育が各種の職業学校で行われる教育システムも理解されるものとなるであろう。根本統一とその働きの関係においては，役割の違いは有っても，いずれも超越的な神の Beruf（召命＝職業）として他に代られない意義を有する。そして，いずれもが神の Beruf の意味を持っているが故に，それぞれ他と違った固有の伝統と教育制度とを維持しているのである。

アメリカのように，伝統が稀薄で，個人の権利や自立を重んずる社会では，医療の分業化が進み，医師以外の医療専門職も大学で教育されるようになるのが自然である。現代アメリカでは，ナーシングやリハビリテーションの人々が医師と対等の権利と独自の職域とを持つようになって来ている。

日本の場合，医療のチームワークの在り方は，おそらく，アメリカ型とヨーロッパ型との中間を行くことになるであろう。伝統を重視するヨーロッパでも，今日，看護士（婦）や療法士の養成と継続教育の在り方の再検討がなされ始めているが，現代医療が当面している問題状況からすれば，当然のことである。我国の場合，一方では，大学の中に独立した学部を形成して，それぞれの分野の学問を確立すると共に，他方，従来の職業学校の教育の充実を計らねばならない。そして，この二方向は，実は，矛盾するものではなく，互いに補い合うのである。ちょうど，過去において，教育や農業のような，実践と経験による他修得する術が無いように思われていた分野が学問化されたように，現代の世界の状況においては，「医師でない医療専門職」の分野もまた学問化されなければならない。

Ⅳ.「健康」—人間の本来の在り方

我々は，「健康科学」の基礎付けへの手がか

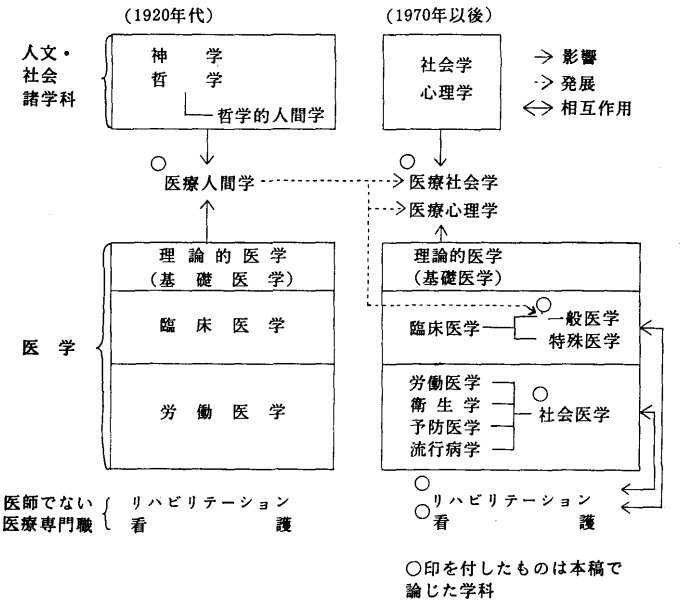

図2　西ドイツの医療諸学科間の関連

りを得ようとして，現代西ドイツにおける研究状況を概観的に考察した。ここで取り上げたのは，「医療人間学」，「医療社会学」，「社会医学」，「一般医学」，リハビリテーション，そして，「医師でない医療専門職」であった。今，これらの，医療に関する諸科学の学問全体における位置づけを図示すると，大体図2のようになる。

この図でも見られるように，また，これまでの考察でも明らかなように，西ドイツにおいても，現在，医療と医療に関する学問とは全体として一つの大きな転換期を迎えている。我々の検討結果を綜括してみると，大体次のように整理できるであろう。

1)　西ドイツの医療において，「人間的全体 Totum humanum」の視点を回復し，これを医療の原点とする思索や実践の形態が強く現われている。その思想的源泉は「医療人間学」であるが，今日，それは「一般医学」やリハビリテーションの形で，実践的に具体化される段階を迎えている，と言うことができる。

2)　「人間的全体」が問題になると共に，医学ももはや治療の医学のみではすまなくなり，予防や衛生の医学，更に，リハビリテーションや死にゆく人のケアが重要視され始めている。これらは，西ドイツの場合，基礎医学と臨床医学に対する第三の医学としての「社会医学」に含められているのであるが，リハビリテーションやナーシングはその枠を破る面を有するであろう。

3)　医療の社会性が重視されると共に，医療の心理的社会的条件を問い直す「医療心理学」や「医療社会学」の研究が活発になされている。そこではまた，国民の健康教育や医療従事者の継続教育も大きなテーマになっている。

4)　「医師でない医療専門職」すなわち看護士（婦）や療法士の養成や継続教育は従来通り職業学校でなされている。この分野を学問化する発想は西ドイツにはまだ無い。しかしながら，医療におけるケアの側面が重視されるにつれて，この分野の教育の在り方の再検討はなされ始めている。

以上の点はいずれも，我々が「健康科学」を構想する場合に，大きな示唆を与えてくれるであろう。「医療人間学」において，あらゆる医

療の原点とされたのは「人間的全体」の概念であった。これは人間の生命そのものを意味している。この，人間の生命の本来的な在り方が「健康」に他ならない。

アングロサクソン語の“health”は語源的に“whole”とつながっている。“whole”は，諸要素の多様化と統一，また，それらの各々の独立と相互依存とが一つに成り立つ在り方としてのハーモニー[19]として理解して支障ないであろうから，人間の本来の在り方としての「健康」は，そういう意味でのハーモニーである。生命とはハーモニーである。人間の場合，具体的には，身体の各器官及びそれらの諸機能相互のハーモニーばかりでなく，身体と精神，自己と他者，自己と自然的環境，自己と社会的環境等の間のハーモニーの全体が「健康」の現実態をなす。

「愛の働きが人の病いを療(いや)す」ということが言われるのも，自己と他者との間のハーモニーが個々人の身心のハーモニーの条件をなすからである。ハーモニーを創るものはハーモニーである。ハーモニーがハーモニーを，「全体」が「全体」を創る関係が生命の関係である。

いわゆる生物学的医学と医術とは生命，「生・老・病・死」を技術的に操作しようとするものであるが，「生・老・病・死」そのものはあらゆる操作の彼岸であり，我々が厳粛に受けとめて「生・老・病・死」する他無いものである。「健康」はこのような「生・老・病・死」の事実的生が内から実現して行くハーモニーにこそ成り立つ，と言い得る。技術的操作の立場は，この，生命自身の内からのハーモニーの実現を，外からの機械的な働きかけによって抑止したり助長したりするが，ハーモニーそのものを産出することができるわけではない。

V.「健康科学」の構想

さて，それでは，我々は「健康科学」の組織をどのように考えたらよいであろうか。

これまで述べて来たことから，我々は，「健康科学」をさし当って，「病気との関連において『人間的全体』を探求する学」と定義して支障ないであろう。だが，「健康」はその多次元的構造からして，単に医学のみの対象にとどまらない。医学の対象であると同時に，あるいは，それ以上に，ケアを根本とする「医者でない医療専門職」の取り組む対象である。そして，更に，それは，人間を対象とする諸科学，すなわち，心理学や人類学や社会学から哲学や宗教学に到る学問によっても究明されるべきものである。西ドイツの「医療人間学」や「医療社会学」は，そうした，「健康」への人間科学的アプローチの良き先蹤をなす，と言わねばならない。

かくして，「健康」は学際的 interdisziplinär に営まれる研究の対象である，と言うことができる。それは，「平和」や「救い」などと同様に，我々に最も身近であって最も困難な，あらゆる視点からの探求が要求されるテーマに属するのである。

「医師でない医療専門職」については，先にも触れた（Ⅲ参照）が，これは，「健康」の視点に立つとき，極めて重要な分野であることが解る。なぜかといえば，ケアの立場こそ，「人間的全体」，「生・老・病・死」の事実に最も深く直接的に関わるのだからである。それは，言うまでもなく，人間の最も本質的な在り方である「配慮 cura, Sorge」や愛の関わりに根ざしている。「健康科学」の中で，従来の医学と共に，看護やリハビリテーションが固有の学問的基礎付けを必要とする理由がここに有る。

註

1) V. E. v. Gebsattel: Medizinische Anthropologie, Einführende Gedanken. Jahrbuch für psychol. psychother. med. Anthropologie Bd. 7, Heft 3/4, p. 194, 1959.
2) ibid., p. 195.
3) V. v. Weizsäcker: Grundfragen der medizinischen Anthropologie. Med. psychol. Anthropologie, hrsg. von Walter Bräutigam, p. 320, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1980.
4) 「医療人間学」についてのかなり詳しい，まとまった叙述は，ワイツゼッカー著，木村敏・浜中淑

彦訳『ゲシュタルトクライス』（みすず書房）の訳註21（p. 337-342）に見られる。

5) H. H. Wieck, H. Valentin & K. G. Specht (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, p. 4, Schattauer, Stuttgart, 1979.
6) ibid., p. 5.
7) J. Siegrist: Medizinische Soziologie in Forschung, Lehre und Praxis. Münch. med. Wschr Nr. 48, p. 1840, München, 1981.
8) ibid.
9) H. Valentin: Arbeitsmedizin, Bd. 1, p. 3, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1979.
10) H. Schaefer: Sozialmedizin, p. 104, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart, 1972.
11) H. Viefhues (Hrsg.): Sozialmedizin, p. 7, Kohlhammer, Stuttgart, 1981.
12) 上掲ワイツゼッカー著『ゲシュタルトクライス』訳註23（p. 342）の記述による。
13) K. -D. Haehn: Allgemeinmedizin, Therapiewoche Nr. 30, p. 4, 1980.
14) U. Steglich: Zum Problem der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung von Ärzten im Bereich der Rehabilitation, p. 4, Rehabilitationszentrum der Universität zu Köln, Köln, 1984.
15) ibid., p. 9.
16) ibid., p. 10.
17) 西ドイツの労働・社会秩序省（Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung）の刊行した小冊子 "Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation", 1985（『医療的・職業的リハビリテーション施設一覧』1985年12月）による。
18) W. Blumenthal und K. -A. Jochheim: Begriff, Abgrenzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit der medizinisch-sozialen Rehabilitation. In: Blohmke, Ferber, Kisker und Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III, p. 602-650, Enke, Stuttgart, 1976.
19) ハーモニーの考えは，ヨーロッパではピュタゴラスの天体論の基本に見られる。それはまた，ヒポクラテス医学の根本をなす思想であった。

近世では，ケプラー，ブルーノ，ライプニッツ，そしてドイツ観念論において新しい展開を見た。ゲーテの自然や教育の理論の基礎もこの考えに有った。

東洋のハーモニー観の典型は華厳の理（「一」）と事（「多」）との融通無碍な関係の思想に見られる。西田幾多郎の「絶対矛盾的自己同一の世界」の考えも，東洋のハーモニー観の哲学的表現と言い得るであろう。

〔終りに〕

この小論の執筆に当っては，依頼に応えて西ドイツの30余の研究機関から送られて来た文献が基本資料となった。協力の労を惜しまれなかった彼の地の研究機関に，ここで心からの感謝を申し述べる。紙幅の関係で，ここに取り上げられなかった多くの資料については，また機会を改めて考察したい。