

疾患と名づけの間

——骨粗鬆症を事例として——

西村大志

はじめに

医療社会学は医師があつかう「疾患」と患者の主観的訴えである「病い」を区別し、後者に焦点をあてることで多くの研究をうみだしてきた（医療人類学研究会1992、47頁）。「病い」を微細に描写することは、「疾患」を相対化することを可能にし、近代医療を批判するうえでも大きな力となってきた。しかし、何かを重点的に取りあげることで、その外部となるものを過度に単純化してしまうことは避けがたい。「病い」と「疾患」において言えば、患者の主観である「病い」が叙述の対象になればなるほど、叙述の外に置かれる「疾患」は平板で、単純で、一枚岩のものとしてとらえられがちになる。

患者の訴える痛みやだるさの多様な語りに対して、近代医療によって付与される疾患の診断名は、確かに非常に無機質で平板な印象を与える。その無機質さや平板さの印象は、一つの診断名（記号表現）が、一つの疾患の固定的な実態（記号内容）と結びつくという前提がその一因ともなっているだろう。だが実際には診断名と疾患は、そのように単純な一対一の対応が達成されている場合は少ない。当然のことながら、疾患のある診断名で呼ぶには複雑なプロセスがあり、疾患と診断名の関係は常にゆれ動いている。また、診断名は確定的なものでなく、かりそめに付与されつつ治療がおこなわれることも多い。本稿では「病い」の研究では棚上げされがちな、近代医療内部での疾患と診断名の間のゆれを考えてみたい。

1. 「骨粗鬆症」という事例

以下では、具体的な疾患を取りあげて、疾患を診断し、診断名を付与していく過程を、さらにそこで働く諸力（知や技術）にも目配りして考えてみたい。特定の疾患を取りあげるのなら、診断名と疾患の関係をめぐって議論の起きているもの、そしてそこに多様な知や技術といった諸力が関係しているものが望ましい。

そこで本稿では、「骨粗鬆症」を取りあげることにした。骨粗鬆症とは、「低骨量と骨組織の微小

構造の破綻によって特徴づけられる疾患であり、骨の脆弱性亢進と骨折危険率の増大に結びつく疾患」、さらに「低骨量とは、骨量あるいは骨密度が低いことであり、これによって骨の微小構造、つまり外からはわかりにくい細かい構造が分断されるなどの破綻がもたらされ、骨の脆弱性が亢進する、つまり、力学的に弱くなって、骨折しやすくなる」と定義されている（細井1997、22頁）¹⁾。このように、医学による厳密な定義は、もって回った言い方でわかりにくい、一般への啓蒙のパンフレットでは、以下のように単純化されて紹介されている。

「日本人は世界一長生きなので、お年寄りの数も、世界で類をみないほど、どんどん増加しています。骨粗鬆症もこれと一緒に急激に増えており、人間のかかるあらゆる病気の中で最も多いといわれています。

骨粗鬆症は骨が粗く薄く弱くなる病気で、骨折をおこしやすくなったり、腰や背中が痛くなったり曲がったりして、寝たきりになる人もある恐ろしい病気です²⁾」

骨粗鬆症をめぐるのは、多様な医療分科がさまざまな技術を用いて診断と治療にあたっている。日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準検討委員会は、骨粗鬆症の現状をつぎのように述べている。

「骨粗鬆症はきわめて学際的な疾患で、整形外科、内科（老人科）、婦人科、放射線科、小児科等専門分野の異なる医師がその診療にかかわっており、本症に対する対応の仕方も診療科により大いに異なっている」（日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準検討委員会、1997、233頁）

この疾患は、もともとおもに治療にあたっていた整形外科に加え、近年では産婦人科、内科、老年科、放射線科などさまざまな医療分科が関わるようになってきている。

整形外科医杉岡洋一はこのような状況を次のように説明している。

「最近の高齢化社会の到来に伴って、特に内科、婦人科領域で、従来整形外科が主として診断治療にあたってきた骨粗鬆症ににわかに関心が集まり、厚生省をはじめとした保健医療の立場からも重大な疾患として取り上げられ、世の中に広く宣伝され、盛んに啓発運動がなされている。従来になかった骨疾患に対する他科領域からのにわかな関心の高まりと、この疾患の存在がものすごい早さで世の中に浸透したことに、整形外科医は驚きと戸惑いを感じている」（杉岡1995a、405頁）

「骨粗鬆症」をめぐる、さまざまな分野が参入した背景には、厚生省などの機関が骨粗鬆症を重

¹⁾ ここで骨について用語を整理しておき、理解の助けとしたい。

骨＝骨組織（石化した骨基質の中に埋め込まれた骨細胞と膠原繊維からなる固い組織のこと）

骨基質（骨組織の細胞間物質で、膠原繊維、基質、無機質からなる）

骨量＝（骨＋骨基質）の量

骨塩（骨内の主要化合物。コラーゲンを含む膠原繊維の網状の骨基質内に小無定形結晶として沈着している）

骨塩量＝骨のミネラル量

²⁾ 財団法人骨粗鬆症財団の発行するパンフレット「骨粗鬆症財団のご案内」（1999年1月末ごろ入手）より。

点的に取りあげはじめたことが一つの理由としてあげられている。厚生省は1995年から骨粗鬆症を「長寿科学研究」のなかでのプロジェクト研究として位置づけ、さらに予防のための骨量検診を推進するために地方自治体に助成金をだすことを決定した。また、民間のレベルでは1991年10月に骨粗鬆症財団が設立され、骨粗鬆症研究会の主催、研究助成および啓蒙活動などがおこなわれてきた（折茂1997a、1029頁）。

このような骨粗鬆症をめぐる状況をふまえると、骨粗鬆症は「医療化」³⁾ 概念を用いた＜通時的＞な記述の格好の素材といえなくもない。それまでは、医療の対象になりにくかった老化にともなう身体の状態が、疾患として定義され、広く治療の対象になっていく。多くの医療分科が、治療領域の拡大を求めてそこに参入する。これに対し整形外科はそこまで骨粗鬆症は多くないのだといった声明をだして脱医療化しようとする⁴⁾。しかし、整形外科は多くの医療分科の初期からの治療をといった声に押し切れ、次第に骨粗鬆症と診断される患者は増えていく。そして、近代医療の増殖過程を批判する、といった具合の歴史記述が想定されよう。

だが、本稿はそのような素材として骨粗鬆症をあつかうことはしない。そうではなくて骨粗鬆症と名づけられる疾患がいかに一枚岩のものではなく、疾患（記号内容）と診断名（記号表現）がどのような関係にあるのかを＜共時的＞に考察したい。そしてそこに働く知や技術といった諸力が、その関係にいかなる影響を与えるかを含めて考えたい。そのため、縦の歴史記述をおこなうことよりも、横の断面の分析を重視する方法をとることになる。具体的には、特定の医学雑誌を長期にわたって目を通す手法ではなく、1995年から1998年という短い期間のさまざまな分野の医学雑誌を収集し分析する⁵⁾。

³⁾ 「医療化(medicalization)」とは、「従来他の社会領域—宗教・司法・教育・家族など—toに属すとされてきた諸社会現象が、次第に医療現象として再定義される過程を指示するものとして、歴史的変動の傾向・趨勢を縮約する記述概念」（新藤1990、170頁）と定義できる。

⁴⁾ 杉岡1995aは、このような整形外科医による脱医療化の動きの典型例である。

⁵⁾ 資料の検索手順は以下の通り。今回は通時的な縦の分析よりも、共時的な横の断面の分析を重視するため1995年～1998年という非常に短い期間を集中的に資料収集することにした。

まず、医学論文の目次集成である『医学中央雑誌』CD-ROMで「骨粗鬆症」をキーワードに探してみた。すると、1998年度だけで、1,010件の論文がさまざまな医学雑誌に書かれている。これでは、多すぎて個々の論文を収集し目を通すことは困難である。そこで、最初にさまざまな医学雑誌の骨粗鬆症特集を収集した。

ついで、骨粗鬆症の啓蒙団体である「骨粗鬆症財団」の主な構成員である（理事長 藤田拓男、副理事長 井上哲郎、折茂肇 常務理事 森井浩世、森田陸司、理事、黒川高秀、杉岡洋一、清野佳紀ほか：1999年1月のパンフレット記載時）や「日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準検討委員会」（日本骨代謝学会雑誌14巻4号1997）の主な構成員である東京都老人医療センター老年科 折茂肇、九州大学整形外科 杉岡洋一、川崎医科大学放射線科 福永仁夫、横浜市立大学産婦人科 五来逸雄など、骨粗鬆症に関わる各分科の主張の中心的役割を担っていると推定される人々の論文にも重点的に目を通すことにした。

2. 「疾患」の特定

この節では、「疾患」はいかにして特定され、名づけられるのかのプロセスについて再考してみたい。疾患の名づけとその実態、つまり記号表現と記号内容の関係を考える上で参考となるものの一つに、ロラン・バルトの「記号学と医学」（バルト、1972）という論考がある。バルトは、医学における診断の過程を言語活動、つまりある種の記号の操作になぞらえる。バルトは、患者の訴える「症状」⁶⁾を、「実質としての記号表現、まだ意味する諸単位に切り分けられていない素材としての記号表現、に相当する」と位置づける。そして、医師は「症状」を取捨選択し、ある疾患を指し示す「徴候」へと「言語活動を媒介にして」組み換える。この症状から徴候への変化の際には、「医者組織化する意識が追加され補足される」（バルト1972、118頁）。バルトの言うところの、このような「症状」、「徴候」、「疾患」という流れ、そしてその流れの中で追加され補足される「医者組織化する意識」といった視点を参考にしながら、実際に「骨粗鬆症」という疾患を考えてみよう。

整形外科の井上哲郎は、日本医学会発行の『第105回日本医学会シンポジウム 骨粗鬆症』の中で「[Ⅱ]骨粗鬆症の症状と診断 1骨粗鬆症の症状と診断基準」と題し、以下のように述べている。

「骨粗鬆症の一般的な症候は、胸・骨背部の疼痛と脊柱変形（円背）、易骨折性である。疼痛の種類や程度はさまざまであるが、概してその程度は軽度で慢性の疼痛を主訴とすることが多い。椎体骨折を生じた場合には、疼痛のため患者のQOL⁷⁾は著しく損われるが、典型的な臨床症状を呈さずに椎体骨折が認められることもあり、脊柱変形の進行や身長短縮などの臨床症状も重要な所見である」（井上1996、28頁）

まず、胸や骨背部の痛み、その痛みが軽く慢性であるという患者の訴える「症状」つまり、「患者が経験する、または病気が示す構造、機能、または感覚における病的徴候または正常からの逸脱」（ステッドマン医学大辞典編集委員会、1995、1704頁）、そして脊柱変形、身長短縮といった医師の側から見た「徴候」つまり、「疾病を示唆する何らかの異常所見で、医師が患者を診察して見出さしめるもの。疾病の主観的徴候である“症状symptom”に対し、疾病の客観的症候をいう」（同上1599頁）が集められる。

このような「症状」と「徴候」⁸⁾によって作りだされる同一性の束は、「疾患」の名づけへとつながる。しかしながら、「疾患」はこのような共通点を見いだすプロセスだけから生じるわけではない。当然ながら、「症状」や「徴候」の類似点だけでなく、相違点も確認せねばならない。

⁶⁾ 「記号学と医学」の邦訳の中で、<symptôme>は「症候」と訳されているが、本稿では用語の統一性を鑑み「症状」と訳す。医学生物学大辞典（メジカルフレンド1983）でも、<symptôme>は、「症状」と訳されている。

⁷⁾ クオリティ・オブ・ライフ（quality of life）の略語。医学・医療において人間としての患者のライフ（＝生命・生存・生活・人生などをついで表す言葉）の質を問題にし、評価して、その向上を図ろうという考えを指す（医療人類学研究会1992、18頁）。

「胸・腰背部の疼痛を来す疾患では、骨粗鬆症の好発年齢に一致してみられる癌の脊椎転移や化膿性脊椎炎が重要な疾患であり、脊柱変形を来す疾患としては脊椎カリエスなどが重要である。また単純レントゲン写真上骨萎縮像を呈し、原発性骨粗鬆症と鑑別すべき疾患は多岐にわたるが、特に各種骨軟化症、副甲状腺機能亢進症、癌の脊椎転移、多発性骨髄腫が重要な疾患である」（井上1996、28頁）

つまり、同じ様な胸や腰の痛みの「症状」も、実は「癌の脊椎転移や化膿性脊椎炎」といった異なった「疾患」を示唆する「徴候」の束かもしれない。これまで述べたところでは、同一性を見いだすように働いたまなざしが、ここでは差異性を見いだすように働く必要がある。このように、「同一化」と「差異化」が同時におこなわれて一つの「疾患」は名づけと対応させることができる。

「骨粗鬆症の診断に際しては、これらの鑑別疾患を念頭におき」（差異化）「脊椎単純レントゲン写真によって、骨粗鬆化の存在や椎体骨折の存在を評価することが基本となる」（同一化）（井上、同上）のである。

変性疾患

変形性脊椎症、椎間板変性症、椎間板ヘルニア
 腰椎変性すべり症、分離症、（腰部）脊柱管狭窄症
 炎症性・腫瘍性疾患
 脊椎・脊髄腫瘍（馬尾神経腫瘍）カリエス、化膿性脊椎炎
 代謝性骨疾患
 続発性骨粗鬆症および代謝性骨疾患、骨系統疾患
 外傷その他
 腰痛症（急性、筋・筋膜炎を含む）
 内臓疾患に伴う関連痛、外傷、その他

骨粗鬆症と同様の「症状」（腰痛）をもつが、骨粗鬆症とは異なる疾患

代謝性骨疾患

続発性骨粗鬆症、骨軟化症
 原発性・続発性副甲状腺機能亢進症
 腫瘍性疾患
 悪性腫瘍の骨転移
 多発性骨髄腫、脊椎血管腫
 炎症性疾患その他
 脊椎カリエス、椎間板炎

骨粗鬆症と同様の「徴候」（骨量減少）をもつが、骨粗鬆症とは異なる疾患

杉岡洋一「原発性骨粗鬆症の診断基準」臨牀看護23巻1号1997、2頁より作成

⁸⁾ 患者の側にあるのが「症状」であり、医師の側にあるのが「徴候」とであると辞書的にはされている。しかし、「症状」と「徴候」とは実際の診断の現場では区別しがたい。たとえば、痛みの経験という個人的な「症状」を取りあげてみよう。これを、患者の訴えそのままに言語化することは不可能に近い。医師はある程度の取捨選択をおこない、自らの言語に翻訳する。前述の骨粗鬆症の説明のように、個別の「症状」は医師により言語化された時点で、ある疾患を示すための医師の側にある「徴候」に変換されている。

疾患とは、ある種の共通の特徴をもつとともに（同一性）、その共通の特徴をもつ類似の疾患とは違う（差異性）という鑑別診断により名づけられる。しかし、同じ状態にある患者が、ある分野では骨粗鬆症と診断され、ある分野では骨粗鬆症でないと診断されている事態が起きている。とくにそれが顕著なのは、高齢者の骨粗鬆症についてである。杉岡洋一は「骨粗鬆症—鑑別すべき疾患と対極にある疾患—」の中で次のように述べている。

「加齢（ママ）によるある一定の骨量減少は生理的なものであり、これを病的なものとして捉えるのは誤りであり、むしろ高齢になっても骨量減少を示さないものこそ重大な疾患である。高齢者の重篤な脊椎疾患を挙げればむしろ骨量の増加したものが大多数である」（杉岡1995b、73頁）

骨量の減少をある程度までは疾患の徴候として見なさない、かえって骨量の増加を疾患の徴候として重視するという主張である。ちなみに、骨密度が減少するのとは逆に、骨密度が増え、いったん骨折すると骨が再びつながりにくくなる「大理石骨病」というものもある。しかし、前述のような整形外科医の主張に対しては、どこまでを一定の「生理的」減少とみなし、どこからを「病的」減少とみなすのかという線引きをめぐる、内科や婦人科を中心とした反論が想定される。

このような問題を考えるためには、「症状」を位置づけ、「徴候」が編まれる際に加えられる「医者

3. 医療分科の知の多様性

前の節で井上が「[Ⅱ]骨粗鬆症の症状と診断 1骨粗鬆症の症状と診断基準」において示したような「差異化」と「同一化」による診断過程は、整形外科の方法であり、すべての分科の医師に共通のものではない。医師が骨粗鬆症という疾患を見だし、名づける際には、その医師の背景にある知のあり方が大きな影響を及ぼす。知のあり方とは、バルトの言うところの「医者

の組織化する意識」である。骨粗鬆症の診察、治療にかかわる内科医、産婦人科医は、前述の井上や杉岡のような整形外科医とは異なった症状や徴候の同一性と差異性を取りだし、「骨粗鬆症」という診断をおこなう傾向にある。

産婦人科医と内科医のほとんどは、患者の痛みといった「症状」よりも、骨密度測定器による骨密度の数値などをたよりに、骨量の減少という「徴候」の同一性をくくりあげる。つまり、前の杉岡の表にあるような「腰背痛」による差異化と同一化をおこなうことは少ないのである。

もちろん、それぞれの診療科をおとずれる患者集団の差にも、診断や治療方針の違いは規定される部分もあろう。しかし、それだけに還元できない、それぞれの分科の知の違いもみえてくる。骨粗鬆症の疾患の定義のなかで重視されやすいものに、①骨量の減少②骨組織の内部構造の変化、これにともなう③骨折のしやすさの増大（細井1997、22頁）がある。

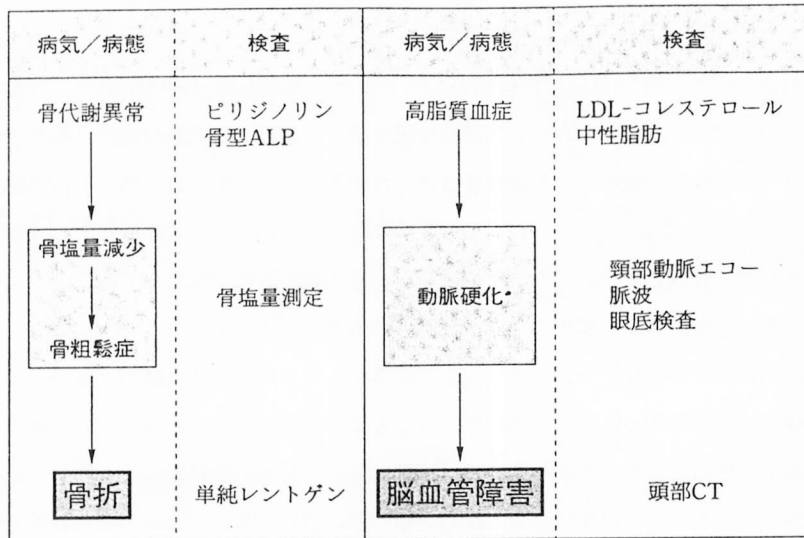
整形外科は「③骨折のしやすさ」に重点をおくことが多いのに対し、内科が重視するのは、「①骨

量の減少」である。

内科の藤田拓男は、「骨粗鬆症の基本はあくまでも骨量の減少であり、これに伴う骨の脆弱化である」（藤田1998、7頁）と述べている。これに対し、整形外科の重視する「③骨折のしやすさ」については、「骨折の発生率は骨粗鬆症の定義の中では、骨そのものの性状にもとづく骨量の減少や骨内部構造の変化とは一線を画すべきもので、二次的な定義ともいえる」（同8頁）と言う。このような疾患の徴候のどこにウエートを置くかの違いは、それぞれの知のあり方の違いが反映されている。

「はじめに」でふれたように、「骨粗鬆症」が幅広い医療分科の対象とされるようになったのは、比較的最近のことである。「骨粗鬆症」を新しく診断、治療することになった、内科、婦人科などは、既存のある程度評価の定まった疾患との類似と相違のもとに「骨粗鬆症」を認識する。それぞれの分科は、日頃よく扱う疾患の種類が異なり、それぞれ独自の疾患の表をもっている。各々が自己の分科でよくあつかう、異なった疾患と引き較べつつ、「骨粗鬆症」を位置づける。

たとえば、内科では、骨粗鬆症を高脂質血症と比較しながら位置づけている例が見られる。



三木 隆己（老年科）・森井浩世（内科）「骨粗鬆症の薬物療法に期待するところ 内科医の立場から」クリニシアン43巻9号1996、77頁

内科医は他の内分泌系疾患と比較しつつ、骨粗鬆症を位置づける傾向がある。そして、この図からもわかるように骨折の段階の前に骨粗鬆症、その前に骨塩量減少を置き、予防的に治療することが目指されている。ちなみに、骨塩量とは単位面積当たりの骨のミネラル量を表すものである。そして骨粗鬆症診断のために重要な検査は骨塩量測定であり、X線は骨折に対応させられている。内科でふ

ん骨折をあつかうことはほとんどないであろうから、「骨折のしやすさ」というよりも、「骨塩量減少」のほうがとらえやすい概念である。

これに対し整形外科は、「骨粗鬆症治療の究極の目的が骨折予防にあるということからすれば、骨折発生の予防を目的とした骨強度の維持、改善が本症の治療に必要、不可欠である。そのためには、骨の量・質・構造の三要素の総合的な改善が必要であり、骨量増加ばかりでなく、質、構造の維持改善にも配慮しなくてはならない」（岸本、山本1996、70頁）と言う。骨の折れやすさを骨の量だけでなく、質、構造といった角度からも考えるのである。

そして、整形外科のなかには「骨の特性は、臨床的には、常に骨格全体の機能という座標軸によって最終的に評価されなくてはならない」（黒川1995、280頁）と述べる医師もいる。骨のみの問題としてでなく、骨、筋肉、靱帯といった骨格全体のなかに骨粗鬆症を位置づけようとする発言である。ここには、整形外科が日ごろ多くの骨折や、骨疾患、筋肉の問題を中心にあつまっていることにより形成される「医者組織化する意識」が反映されている。

一方、内科、整形外科とも違って、婦人科はまた異なった「医者組織化する意識」を共有している。

「産婦人科医にとり、骨粗鬆症は閉経後のエストロゲン欠落症の一病態であり、これだけを独立して治療するのではなく、エストロゲン欠乏が原因を担うと思われる動脈硬化症、萎縮性膣炎、失禁などととも、閉経後の女性のQOLの維持改善を目的として包括的に取り扱う」（水沼1996、79～80頁）

つまり婦人科は、骨粗鬆症をエストロゲンという女性ホルモンの欠乏によりおこるとおもわれる、動脈硬化症、萎縮性膣炎と同じ疾患の平面に位置づけるのである。

このように同じ名前の疾患でも、どのような「座標軸」で身体の中に位置づけるか、予防的にとらえるか、治療的にとらえるかという、疾患を読みとる際の身体をめぐる時間の流れ、疾患を把握する際に脳裏にある疾患の表などが異なっている。背景にある「医者組織化する意識」の違いが、骨粗鬆症という同じ記号表現を、相互に多少ずれた記号内容につなぐように作用しているのである。

4. 新旧の診断技術の適用

前節では、疾患の診断をめぐる同一化と差異化の力の働きの背景にある医療分科ごとの「知」（医者組織化する意識）、および疾患の表の異なりについて考えた。ここでさらに考察を深めておきたいのは、診断は医師が患者の身体に向き合うだけではおこなえないという、ごく当たり前だが重要な事実である。名づけにいたる際に医師は、自らの視覚、聴覚、触覚などの直接の感覚に依存して診断をおこなうだけではない。そこには、多くの技術や装置が介在している。ここでは、疾患の同定における技術・装置の問題、そして知と技術の相互規定関係を中心に考察する。

医師はX線装置や顕微鏡のような＜感覚拡張＞装置を用い、また心電計のような＜探知＞装置を使う。これはそれなしでは知覚に入ってこないような現象を探知する。さらに被検物の組成を明らかにする複雑な化学分析もおこなう。医師たちはこういった間接的方法で、直接に知覚できない、実在物の像を作りだす（ウルフほか1990、39頁）。

バルトの「記号学と医学」における考察では、このことへの配慮の乏しさが感じられる。医師が患者の身体と向き合い、そこから症状を徴候へと組み換える際に介在する、さまざまな技術や装置に対する考察が欠落している。これは、バルトが医学と言語活動の比較に重きを置き、そこからはみだすような「もの」のレベルへの関心を打ちださなかったためでもあろうし、また、後述するような装置の多くが、バルトの頃には実用化されていなかったというごく単純な理由もあろう。技術や装置が前述の「医者組織化する意識」とどのように関連し、疾患を同定する際に用いられているかを以下で考察したい。

各種骨密度測定法の基本性能

測定方法	測定原理	測定部位	得られる骨密度の指標	測定精度 [CV(%)]	被曝線量* (μSv)
MD 法	X線写真の濃度	第2中手骨	$\Sigma\text{GS/D}$	～4	～5
DIP 法	X線写真の濃度	第2中手骨	$\Sigma\text{GS/D}$	～2	～5
CXD 法	X線写真の濃度	第2中手骨	$\Sigma\text{GS/D}$	～2	～5
SXA 法	光子吸収測定法	橈骨、踵骨	BMD (g/cm^2)	1～2	～1
DXA 法	光子吸収測定法	橈骨、踵骨	BMD (g/cm^2)	1～2	～1
		腰椎、大腿骨頸部		1～3	1～3
		全身骨		1～3	～3
QCT 法	X線 CT	第3腰椎	BMD (g/cm^3)	2～5	～50
pQCT 法	X線 CT	橈骨、脛骨	BMD (g/cm^3)	～1	～1
QUS 法	超音波の伝播	踵骨、脛骨	超音波の伝播速度 超音波の減衰率	1～2	0

*実効線量当量。(Genant HK, et al: Non-invasive assessment of bone mineral and structure: State of art. *J Bone Miner Res* 1996; 11: 707-723より引用)

福永仁夫（放射線科）「骨粗鬆症診断のための骨密度測定の意義」日本医師会雑誌1997第117巻第7号1066頁

前掲の表を見るとわかるように、実にさまざまな技法で、疾患のもととなる徴候の一つである骨密度の数値が割りだされている。さらに、骨密度測定器以外にも血液や尿を調べ、骨形成が盛んな時に見られる「骨形成マーカー」や骨の吸収（破壊）が盛んな時に見られる「骨吸収マーカー」という因子を抽出する技法もある（清野1996、38頁）。

診断技法は、ある疾患の徴候を見いだす際に価値中立的ではありえない。『診断術の歴史』で、技術が医療を規定していく様子を、聴診器、顕微鏡、体温計、X線装置、心電図などを取りあげつつ考察したS・J・ライザーは、「どの技法も患者がかかっている病気の異なった一面に医師の注意を引

きつける。選ばれた診断方法は必然的に病気のある側面を拾いあげて、他の側面を排除するため、その病気がどういう性質のものであるかという医師の見方に影響を与える」(ライザー1~2頁)と述べている。

ある技法を選ぶことで、ある徴候を重点的に見だし、疾患を示唆することになる。一方で、他の技法が選ばれたことで徴候をみとめないといった事態が生ずる。さまざまな技法の内、いずれを重視するかが、疾患概念に大きく影響を与える。知は技術を規定するが、逆に技術も知を規定する。

ただ言うまでもないことかもしれないが、新しい技術が出てくると、古い技術は不要になるといった単純な図式で、技術をとらえることはできない。MRI(磁気を共鳴させて画像を得る装置)やCT(X線透過性データを異なった方向から集めコンピューターで合成する装置)が開発されたからといって、単純X線の技術が重視されないわけではない。新技術は従来の技術に取ってかわることもあるし、取ってかわらないこともある。というのも、それぞれの技術は異なった測定原理をもつため身体の部位や、調べたい疾患の系統によって有効度が異なるからである。

	単純X線 写真	CT	MRI	血管 造影	シンチグ ラフィー
腫瘍	可	可	可	+/-	不可
肺変性疾患	+/-	可	可	不可	不可
感染	可	可	不可	不可	不可
肺塞栓	+/-	可	+/-	可	可
外傷	可	可	可	可	不可

「肺疾患における画像診断の寄与」オベール、レシー1995、121頁

	単純X線	超音波 (軟部組織のみ)	CT	MRI	シンチグ ラフィー	血管 造影
骨軟部						
外傷	可	可	可	可	+/-	不可
変性	可	可	可	可	不可	不可
感染	可	可	可	可	不可	可
腫瘍	可	可	可	可	可	可
関節						
外傷と後遺症	可	+/-	可	可	不可	不可
変性	可	不可	可	可	不可	+/-
感染	可	+/-	可	可	不可	可
炎症	可	+/-	可	可	不可	可

「骨関節疾患におけるさまざまな診断法の位置づけ」同、126頁

ここで検討せねばならないのは、「適応」という考え方である。医学用語として用いられるところの「適応」とは、ある病気に対してどの検査が最もよいかを決定することである。脳検査については、MRIがCTに取ってかわったが、肺疾患においてはCTが第一次選択の検査である（オベール、レシー1995、27頁）。いずれの方法でも、それなりに検査が可能だとされる場合に、どの検査法を優先するかは、「医者組織化する意識」に影響される。

骨粗鬆症をめぐるのは、単純X線も骨密度測定にも一長一短があるので、「適応」が医療分科によって分かれている。整形外科の井上哲郎と山崎薫は「骨粗鬆症診断のための骨X線写真の見方」で、X線について以下のように述べている。

「脊椎単純X線写真は、骨の粗鬆化に関する情報、椎体骨折に関する情報、鑑別すべき疾患に関する情報などを与えてくれる唯一の評価法であり、さまざまな骨量測定法が開発された今日においても骨粗鬆症診断における単純X線写真の有用性は不変であるといえる」（井上、山崎1997、1061頁）

整形外科医の多くはこのように単純X線写真を重視する傾向にある。単純X線写真の読影は、言語化されがたい整形外科共有の知の形態が背景にある。腰椎X線の読影においていかに骨粗鬆症を見いだすかを、整形外科医中村利孝は「[座談会]骨粗鬆症をめぐる」で次のように語る。

中村「整形外科ではこれは伝統的に以心伝心で習ってきたというところがあって、なかなか言葉で言いにくいのですけれども、単語で置き換えれば、最初にまず骨の輪郭を見ていただく。輪郭がすっきりしているかどうか、はっきり前後左右とも全体に視覚で椎体が追えるかということが第1条件だと思います。

これが追えない場合、どこかで途切れている場合、または、ぼーっとしている場合は要注意です。普通の骨粗鬆症ではないと」（林・中村・細井・太田1997、1042～1043頁）

このような「以心伝心で習ってきた」言葉以前の整形外科固有の感覚が、技術と融合し、さまざまな視覚的要素を取捨選択する。そして、徴候に組み替え、医療分科に共通の言語である「骨粗鬆症」という疾患に至る。X線は、読影者の経験や主観に依存し、撮影や現像の状態に左右される非常に人間くさい技術である。写真を見て、どこまでの水準を「ぼーっと」していると認識し、どこからの水準を認識しないかは、明確に言語化できない。知ることと、語ること、示すことは異なる次元の問題である。このようなX線の読影は、ある意味で客観性のない診断法であるようにも感じられる部分もある。X線重視傾向のある整形外科医に対して、他科の医師は多少立場が違う。

内科の藤田拓男は「骨粗鬆症の疾患概念の変遷と定義」の中で、骨粗鬆症の診断にかかわる発見の歴史をレントゲン線の発見、骨密度測定装置、骨代謝マーカーなどの順に位置づけている。その中で、内科医の藤田から見た骨粗鬆症概念の変遷を古代、中世、近代、現代と割り振り、「骨粗鬆症の中世」の章で以下のように述べている。

「レントゲン線は多種多様の刻々変化する放射線の集まりであってそのままでは骨量の測定には適当でなく、レントゲン写真を処理するレントゲン写真計測法にも限界がある。レントゲン写真は100年の歴史を経て臨床家にとって極めて親しみ深いものとなり、これから得られる情報は殆ど余す所なく吸収されたが、放射線の被曝の問題もあり、レントゲン写真が万能であるという考え方は危険ではないかと思われる」（藤田1998、6頁）

X線は技法的には、過去のものであると位置づけるのである。だが、内科医や婦人科医の多用するさまざまな新しい骨密度測定装置にしろ、人間の主観性から逃れることは難しい。骨密度測定器は、方式により身体の異なった部分の骨を、異なった方法で測定する。つまり、どこを骨を測定することがもっとも全身の骨の状態を反映していると考えるかは、その医師固有の考え方による。さらに、同じ個人でも骨密度測定を受けるときの体位によって、結果は大きく左右されるのである。個人に適正な体位をとらせるのも医師の技がからんでくる（高田・山本・森田1997、41～44頁）。

産婦人科や内科が骨密度測定器を重視し、レントゲンを軽く見る理由を技術の新旧以外に問うこともできる。産婦人科や内科には整形外科と違い、骨のレントゲンの読影に慣れていない人が多い。産婦人科の太田博明は整形外科医や内科医との座談会の中で「婦人科医であっても、脊椎骨X線の読影ができなければならないだろうと思います。圧迫骨折の診断も慣れてくると、目で見ても80%あるのか75%あるのか、ある程度分かってくると思います。ただし、私どもは整形外科の先生と違って新鮮骨折が分からないのです」（林・中村・細井・太田、前掲1042頁）のように述べ、整形外科医にX線像読影について教を請うている。もし、整形外科医たちの主張するように単純X線の写真の有用性が不変であり、その読影が十分にできないものは診察にあたる資格が疑われるなら、他科の医師は骨粗鬆症に携わる裏付けを失いかねない。他科の医師にすれば、単純X線の読影を尊重しつつも、自らが十分に使いこなせる骨密度測定器といった技術と比較して、なるべくその「適応」の位置づけが下がったほうがありがたいのである。

『診断術の歴史』で、S・J・ライザーは、「新しい技法の提唱者は、それを世に認めさせるために古い技法の欠陥を強調し、必然的にその長所にもけちをつけておとしめようとする。（中略）古い技法に熟練し、それに執着する古手の人々は、新しい技法に通じた医師にしだいに圧倒されていく」（ライザー276頁）と述べている。レントゲンに続く、さまざまな骨密度測定などの技法は、骨粗鬆症を整形外科が独占的に扱える位置から外す役目をはたす。しかし、このような傾向に対する整形外科医の批判も当然ある。

「一部に骨粗鬆症の診断を骨塩定量だけで行おうとする動きがあるが、これは重大な誤りである。骨塩定量が骨粗鬆症診断基準の1つの項目として、あるいは骨粗鬆症のスクリーニングには有用である。しかしながら骨塩量が減少する疾患は多数あり、骨塩量のみで骨粗鬆症の診断を行うと誤診は必発である。（中略）骨粗鬆症の診断には、少なくともX線学的検討と簡単な理学的神経学診察が必要
Kyoto Journal of Sociology VII / December 1999

である」(杉岡・佛淵1995、9頁)

以上のような技法の適応とそれをめぐる医療分科間の闘争も、疾患概念に影響を与えているのである。

5. 「疾患」の「症候群」的運用

3、4で述べてきたような多様な医療分科の知と診断技術の適応は、「骨粗鬆症」という記号表現と記号内容をつなぐ際に作用する諸力である。ではこれまで述べたような医療分科の知と診断技術の多様性の中で、各分科が同様に「骨粗鬆症」と呼ぶものは、はたしてどこまで同じ記号内容と結びつけられることができるのであろうか。

1995年、骨粗鬆症に関わるさまざまな分科の医師が加入している日本骨代謝学会では、「骨粗鬆症診断基準検討委員会」が設置された。委員長をつとめた折茂肇は、「疾患としての本症の概念およびその診断基準は診療科の枠を越えて本質的に同一であるべきであり、本章の診断基準は、各科に共通で各科で用いることができるものであることが要求される」(折茂1997b、50～51頁)と述べている。

このような委員会の設置は、一つの疾患をめぐって多くの分科によって論争が起きた際、それを收拾するためにおこなわれることが多い。この委員会は、東京都老人医療センター老年科 折茂肇、九州大学整形外科 杉岡洋一、川崎医科大学放射線科 福永仁夫、横浜市立大学産婦人科 五来逸雄、岡山大学小児科 田中弘之、東京大学疫学・生物統計学 大橋靖雄など多分野の医師から構成され、それぞれの分科の意見の統合が目指されている。

そして、骨粗鬆症に関わる整形外科、内科、婦人科、放射線科、疫学のような各分科の違いの上に、「低骨量で、かつ骨組織の微細構造が変化し、そのため骨が脆くなり骨折しやすくなった病態」であるという骨粗鬆症の診断を、「正常、骨量減少、骨粗鬆症」の3段階に区分することに決定した(日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準検討委員会1997)。

正常と疾患の間に設けられた「骨量減少」というグレーゾーンは、さまざまな医療分科による疾患概念の混乱の一つの緩衝地帯となる。さまざまな医療分科が骨粗鬆症であるか、ないか、治療すべきか治療すべきでないかで意見の分かれるあたりを、「骨量減少」として分離する。骨粗鬆症を予防的にとらえる婦人科⁹⁾のような場合は、ここを広義での疾患のようにあつかって治療をはじめてもよいし、骨粗鬆症の治療範囲をより狭く設定する傾向のある整形外科のような場合¹⁰⁾は、ここを疾患とみなさず治療しなくてもよい。

このように骨粗鬆症をめぐって考察を深めていくと、何をもって疾患とするのか、統一的疾患概念は可能なのか、そして、本来の疾患概念とは違った水準での運用がおこなわれているのではないかと

⁹⁾ たとえば、水沼1996のような立場。

¹⁰⁾ たとえば、杉岡・佛淵1995のような立場。

ということが感じられてくる。つまり、理念型としての疾患と運用レベルでの疾患という二つの水準が、暗黙の内に設定されているのではないかということである。

ここで近代医学で「疾患」とはどう定義されているのかを再考してみたい。つまり近代医学における疾患の理念型の再確認である。医学辞典をひもとけば、疾患は次のように説明されている。

「次の基準のうち少なくとも2つを満たす病変。病因物質をもつこと。はっきりと指摘できる徴候や症候群があること。一致した解剖学的変化があること」（ステッドマン医学大辞典編集委員会、1995、489頁）

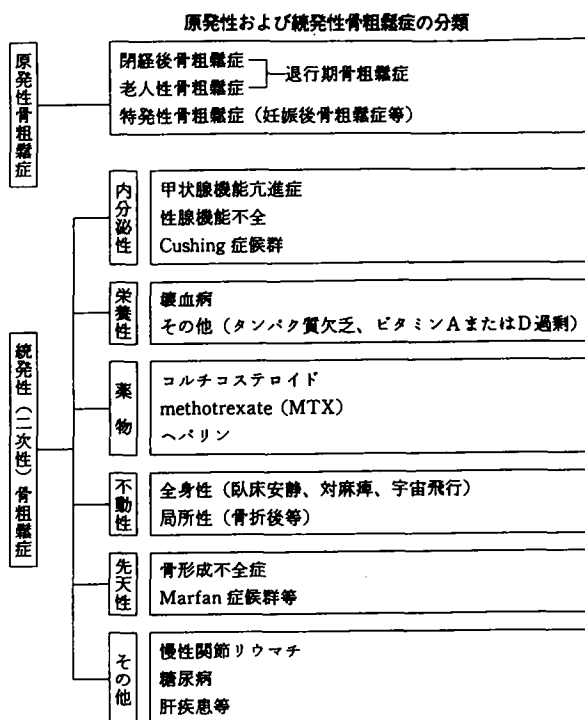
肺結核のように病因物質の明らかになっている場合を除いて、上記の二つを満たすことは非常に困難である。たとえ、徴候や症候群がはっきり指摘できる場合でも、「一致した解剖学的変化」を生体で進行中の疾患に関して見いだすことは困難である¹¹⁾。上記の疾患の定義は、厳密すぎて、実際の現場で用いるのは難しい。しかし、疾患を決定する際に上記のような厳格な基準を適応しないと、Aという疾患かもしれないし、Bという疾患かもしれないという疾患の特定の問題という事態を招く。疾患はある時点において、他の疾患と「徴候」や「症候群」が非常に似通っていることも多い。それは、普通疾患の進行とともに、徴候が類似している疾患との差異を拡大させていく。しかし、疾患が厳密に特定されるよりも、疾患が早期に治療されていくことが優先される個別の身体に関わる現場では、疾患の特徴を見定めるための放置は許されにくい。

さらにもう一つ考えておきたいのは、個別の身体における疾患でなく、医学研究という文脈で疾患を集合的に見る際にも、疾患はしばしば名づけと分類の途上にあるという点である。以下の分類を見ていただきたい。一般に「骨粗鬆症」という場合は、「原発性骨粗鬆症」なかでも、「退行期骨粗鬆症」が対象とされている。

「原発性」という言葉は、「少なくとも現時点では原因が不明であり、その疾患の予防や治療を考える場合にはその疾患そのものについて対処しなければならない疾患」を指す。一方、「続発性」骨粗鬆症とは、「因果関係が判明している原因疾患や薬剤が存在する場合の骨粗鬆症」であり、「加齢や性別、生活習慣の中に含まれるもの」は危険因子であっても原因とは位置づけられない（細井1997、22頁）。つまり一般に議論されるところの骨粗鬆症は、原因のわからないものである。そして、単一な疾患とは言いがたいものである（同、23頁）。

にもかかわらず、骨粗鬆症は多くの場合、あたかも一つの「疾患」のごとくあつかわれ、理念的に議論がおこなわれがちである。「骨粗鬆症」は運用のレベルでは、厳密には「疾患」というよりも、「症候群」（「病的経過に伴った徴候や症状の集合で、病状を構成しているもの」）（ステッドマン医学大辞典編集委員会1995、1707頁）として位置づけたほうがよいものである。

¹¹⁾ 死亡した身体なら、疾患による変化が、死亡による変化にかき消される前に、素早く解剖をおこない、解剖学的変化を特定することもできるかもしれないが。



日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準検討委員会19 97「原発性骨粗鬆症の診断基準（1996年度改訂版）」日本骨代謝学会雑誌14巻4号22頁

「骨粗鬆症は、長年の生活習慣に基づく多角的な要因によって発症する代表的な疾患である。しかし、本症に関する危険因子をその寄与する割合も含めて厳密な意味で明確にすることは非常に困難である。その最大の理由は、骨粗鬆症は、①骨量の減少、②骨微細構造の劣化、③骨組織全体の脆弱性の増大化、④疼痛、そして⑤容易に骨折を惹起せしめるなど、さまざまな特徴を合わせもつ（単一の疾病ではなく）1つの症候群（osteoporosis syndrome）だからである」（鈴木1997、1081頁）

このように「骨粗鬆症」は疾患の理念型からはみでた広がりを持った状態を示す記号表現であり、実態としては医学辞典で言うところの「症候群」にあたる。「症候群」としての運用は、医学の側では、研究の未熟な段階で、原因の不明確な、症状・徴候レベルのみの診断名として限定的、一時的なものと見なされがちである。だから理想としては、医学研究の進展により、病態解析が進み「『原発性』骨粗鬆症の指す疾患群はより小さいものになる」ことがもくろまれる。つまり、「現在では原発性骨粗鬆症とされている疾患の中に将来原因が明らかになって『〇〇性骨粗鬆症』と呼ぶようになるものがでてくる可能性もある」（細井、前掲22頁）。このようになると、疾患の理念型に近い形で運用できる。

たしかに、当初は疾患とは近代医学の治療対象としての理念型であったかもしれない。しかし、現状では多くの疾患は病理発生構造が明確にされうるものではなく、たえず症候群的に症状・徴候レベルでのみ名づけられながらも介入がおこなわれていかざるをえない。そしてそのような広がりをもった症候群として運用することが、さまざまな医療分科による異なった知と治療実践の、併存と葛藤を引き起こしている。「症候群」レベルは、「疾患」レベルと、意図的に、あるいは不注意に混ぜられ、多分野の医師は患者の身体への介入をより幅広く、より初期の段階から、それぞれの分科の方法でおこなうことにつながっている。「病的経過に伴った徴候や症状の集合で、病状を構成しているもの」という「症候群」は、疾患と較べれば非常にルーズな記号である。差異化と同一化の話に戻れば「症候群」としてあつかえば、差異性よりも、同一性を軸に運用することができる。

ロラン・バルトは、「記号学と医学」の中で「診断の困難さや誤りは、言語学的、構造的に、どのように定義することができるのか？」（バルト1972、125頁）との問いを投げかけている。その答えの一つは、この「疾患」と「症候群」のような、異なった水準の記号を混同して用いてしまっていることがあげられよう。そして、本来なら指示対象の違うものに、同じ記号表現が用いられてしまっているのである。「骨粗鬆症」という記号表現は同じでも、＜疾患的＞な意味での「骨粗鬆症」と＜症候群的＞な意味での「骨粗鬆症」がある。

わたしたちが同じ身体の状態で二人の医師を受診した際、一方では「骨粗鬆症」であると診断され、他方では「骨粗鬆症」でないと診断されたとしよう。普通、わたしたちはどちらの医師の判断が正しいのかと困ってしまう。あるいはさらに第三の医師に診断を求めるかもしれない。しかし、「ある」のか「ない」のかはっきりさせたいというような、二者択一的思考ではうまくいかない事態が生じているのである。つまり、いずれかの医師が誤診（記号内容を十分に見出し得ない、つまり症状を十分に集め、徴候に組み換えることに失敗）していなくとも、二人の医師の記号表現（疾患的、症候群的）の用い方が違うことにより異なった診断は下される。わたしたちは、「骨粗鬆症」でありかつ、「骨粗鬆症」でない状態でありうるのである。記号表現と記号内容のずれと、そこにからむ力（知・技術）の微妙な変化を把握しない限り、そのようなある記号表現で「あり」かつ「ない」状態に、わたしたちは悩まされつづけるだろう。

おわりに

本稿では、「骨粗鬆症」を＜共時的＞に研究することを通して、つぎのことを確認した。

近代医療の診断では、①理念型としての「疾患」の診断は差異化と同一化が同時におこなわれることによって決定されることになっているが、②そこには、多様な知や技術が関わっていることもあって、③同じ記号表現に対応する記号内容にずれが生じており、④さらに、「骨粗鬆症」という記号表現が、理念型的「疾患」と、運用的「症候群」という二つの水準で恣意的に用いられているために、

⑤同じ身体の状態が、「骨粗鬆症」であるという診断と「骨粗鬆症」でないという診断が併存する可能性が必然的に生じていることである。

今後の課題としては、疾患を歴史社会的に考察することがあげられる。疾患は＜共時的＞に検討されるだけでなく、＜通時的＞に検討される必要がある。ただ、同じ記号表現であれば、記号内容とのずれなど考慮せず、すべて同一のものとしてあつかい、記号表現の成立と拡大という「医療化」のストーリーで描く歴史記述は多い。確かにそのような研究はストーリーが単線的で理解しやすい。だが、いかなる歴史記述もよりメタ次元からながめれば「〇〇から〇〇へ」とか、「〇〇の誕生」のような話になってしまうだろう。それを避けるためには、本稿のような断面図的検討、つまり記号表現と記号内容の間のつながりとずれ、さらにそこに作用する知や技術の考察をもとにして、より微細なレベルに降りて複線的歴史記述をおこなうことも必要であろう。本稿は、そのような＜通時的＞研究への予備作業ともなっている。

(付記 本稿で記載した医師の所属は、それぞれの論文が書かれた当時のものであり、現時点では異なっている可能性もある。)

参考・引用文献

- 井上哲郎1996「〔Ⅱ〕骨粗鬆症の症状と診断 1骨粗鬆症の症状と診断基準」日本医学会『第105回日本医学会シンポジウム骨粗鬆症骨粗鬆症—病態、診断、治療の進歩—』
- 井上哲郎、山崎薫1997「骨粗鬆症診断のための骨X線写真の見方」日本医師会雑誌117巻7号
- 医療人類学研究会編1992『文化現象としての医療—「医と時代」を読み解くキーワード集—』メディカ出版
- 内藺耕二ほか監修1970/1983『医学生物学大辞典 第2巻』メヂカルフレンド社
- ウルフ、ヘンリク R. /ベデルセン、シュティグ・アンドゥル/ローゼンベルク、ラベン：梶田昭訳1990 (Second edition)/1996『人間と医学』博品社
- オベール、フランソワ/レシー、ジャン＝ピエール；細野眞・細野真理子訳1995/1998『放射線医学から画像医学へ』白水社
- 折茂肇1997a「巻頭言 骨粗鬆症update」日本医師会雑誌117巻7号
- 折茂肇1997b「骨粗鬆症の診断」からだの科学195号
- 岸本英彰、山本吉蔵1996「骨粗鬆症の薬物療法に期待するところ 整形外科医の立場から」クリニシアン43巻9号
- 黒川高秀1995「骨粗鬆症研究の思想」関東整形災害外科学会雑誌26巻3号
- 黒田浩一郎編1995『現代医療の社会学—日本の現状と課題—』世界思想社
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph W. 1992 Deviance and Medicalization From Badness to Sickness Temple University Press
- 進藤雄三1990『医療の社会学』世界思想社

- 杉岡洋一1995a「巻頭言」Geriatric Medicine33巻4号
- 杉岡洋一1995b「骨粗鬆症—鑑別すべき疾患と対極にある疾患—」日本骨代謝学会雑誌13巻2号
- 杉岡洋一・佛淵孝夫1995「整形外科的立場からの治療適応」CLINICAL CALCIUM5巻1号
- ステッドマン医学大辞典編集委員会1995/1997『ステッドマン医学大辞典第4版』メジカルビュー社
- 菅野盾樹1999『恣意性の神話 記号論を新たに構想する』頸草書房
- 鈴木隆雄1997「骨粗鬆症の危険因子と予防」日本医師会雑誌117巻7号
- 清野佳紀1996「〔Ⅱ〕骨粗鬆症の症状と診断 3骨代謝マーカーその他の特殊診断法—種々のマーカー、遺伝子診断など—」日本医学会『第105回日本医学会シンポジウム骨粗鬆症骨粗鬆症—病態、診断、治療の進歩—』
- 高田政彦・山本逸雄・森田陸司1997「放射線科からみた骨粗鬆症」臨牀看護23巻1号
- 日本医学会1996『第105回日本医学会シンポジウム骨粗鬆症骨粗鬆症—病態、診断、治療の進歩—』
- 日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準検討委員会1997「原発性骨粗鬆症の診断基準（1996年度改訂版）」日本骨代謝学会雑誌第14巻4号
- 林泰史・中村利孝・細井孝之・太田博明1997「〔座談会〕骨粗鬆症をめぐる」日本医師会雑誌117巻7号
- バルト、ロラン：花輪光沢1972/1988「記号学と医学」『記号学の冒険』みすず書房
- フーコー、ミシェル：神谷美恵子訳1963/1969『臨床医学の誕生—医学的まなざしの考古学—』みすず書房
- 藤田拓男1998「骨粗鬆症の疾患概念の変遷と定義」日本臨牀56巻6号
- 細井孝之1997「原発性骨粗鬆症」からだの科学195号
- ボラニー、マイケル：佐藤敬三訳1966/1980『暗黙知の次元』紀伊国屋書店
- 三木隆己・森井浩世1996「骨粗鬆症の薬物療法に期待するところ 内科医の立場から」クリニシアン43巻9号
- 水沼英樹1996「骨粗鬆症の薬物療法に期待するところ 産婦人科医の立場から」クリニシアン43巻9号
- ライザー、スタンリー J.: 春日倫子訳1978/1995『診断術の歴史—医療とテクノロジー支配—』平凡社

(にしむら ひろし・博士後期課程)

The Gap Between the Signifier and the Signified in Disease Diagnosis: A Special Reference to the Disease 'Osteoporosis'

Hiroshi NISHIMURA

This article attempts to give a sociological account of the disease 'osteoporosis', using Japanese medical journals from 1995 to 1998 as a source.

For the contemporary construction of osteoporosis, there are various different medical disciplines concerned - not just orthopedics, but also gynecology, internal medicine, geriatrics and radiology. As the term 'osteoporosis' is diagnosed by different disciplines employing different diagnostic frames as well as technologies, a number of things are signified by the term. This has caused a loosening of relation between the signifier and the signified of the disease, and therefore, we must ask here whether 'osteoporosis' in this sense possesses one single reality at all.

At present, osteoporosis is treated as one disease, and there are disputes across disciplines about the nature of disease. There is a movement to standardize the process of diagnosis, but on another important level, some change can be seen.

It could be pointed out that the term osteoporosis tends to function not only as a signifier for a disease but also one for a 'syndrome' (that is to say, more loosely as a collection of signs and symptoms that appears in the onset of the disease and which construct a patient's condition.) In other words, the task of diagnosis that was originally to be carried out both by differentiating and identifying a disease is being done solely according to the principle of identification.

This shift has made it possible for some medical disciplines to begin treatment osteoporosis in its own way and at an earlier stage. The double standards for diagnosis (osteoporosis as a disease and osteoporosis as a syndrome) are confusing us.