

原 著

価値と規範の基礎

—— 見えない実在性 ——

関 谷 真

川崎医療福祉大学 医療福祉学科

(平成5年11月17日)

Values and Norms as Reality

Makoto SEKIYA

*Department of Medical Social Work,
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Accepted Nov. 17, 1993)*

Key words : value, norm, paradigm, realism

Abstract

The concept of illness works as a normative guide which introduces us to the cure and care of the sick. But illness is not a substance as individual things are. The substantials are the reality of individual persons.

Values and norms appear as real, not because of their own reality but because of the reality of things in which we conceive them. An evaluative or normative principle guiding us on how to conduct or evaluate things cannot absolutely exclude a paradigm case of things (at least, a model case) which provides us a reality of values and norms.

The ethical issues as 'brain death' or the care of terminally ill persons can be paradigm cases, which force us to face a novel norm of our daily life.

要 約

病気の概念は医学的治療を促す働きをする規範力がある。しかし、それは実体的概念ではない。その現実性は病人の存在からくる現実性である。

価値や規範は実在的であるが、その実在性は、われわれがそのなかに価値や規範を認めるできごとの現実性によって、すなわち、われわれの行動規範や価値評価基準は、パラダイムとしてのできごと（あるいは、モデル・ケース）の現実によってその実在性を得るのだと

いえる。

はじめに

われわれはできごとに出会い、できごとに感動し、できごとに巻き込まれる。できごとを分析し、そのなかに意味を見い出し、知識とする。時には、できごとを引き起こす主体となることもある。できごとは、諸々のことからの集積であり、変化するものでもある。それらのことからは因果関係で結ばれていることもあるし、このことの起りの結果や目的が明らかな場合やそうでないこともあるだろう。ある場合には、列車待ちをする群衆の互いに無関係にみえる人々の群であるかもしれない。

われわれは病気になることがある。病気に出会う。自分で病気になったと思う。病気はできごとにちがいない。病気の原因が分かる場合もあれば、分からず仕舞いのこともあろう。体がだるい、食欲がない、頭痛がするなど体の不調が重なると、「病気かもしれない」と疑う。あるいは、「どうということはない」と考えて過ごすかもしれない。病気は目に見えているようで決して見えるものではない。病気そのものを手元に取り出してみせることなど土台無理な話である。

病気はあるできごとをわれわれがそう呼ぶに過ぎない。そう名付けたのである。しかし「病気である」ことは、極めて現実的でリアルなものである。実在的である。そうであっても病気を「もの」としては取り出せない実在である。

われわれのこのようなできごとに対する意味付けを広く価値判断というとすれば、われわれはすべてのできごとに現実的になんらかの価値判断をもっていることになる。価値判断は、規範的に働くことがある。すなわち、病気ならばそれを治す必要がある、と考えるとすれば、それは医療を促す規範として働いているといっ

てよいだろう。

生命と呼ばれる概念も同じような事情にある。生物の生活現象に出会う。そのなかから生命そのものを取り出せるわけではない。生物現象にわれわれは「生命あるものの活動」という名を

付けた。生命は、しかし、現実的で実在的（リアル）であることを否定することは簡単ではない。そうして、生命は単なる物質よりは大切であるとか、殺人は正しくないという価値判断や規範が生まれてくる。

実在的ではない（「もの」ではない）が、実在的（リアル）なものをできごとにわれわれは認め、それに併わせて価値判断や規範を獲得する。倫理は、これらの価値や規範の学である。したがって、価値と規範について考察することは倫理の基礎を知ることだと思う。

できごとの創発性

われわれはまず、何らかのできごとに出会わなければ、何事にも意味づけをせず、価値判断もしないだろう。つまり、何かことが起こらなければ、価値も規範も生じないわけである。こういうできごとのあり方をわれわれは、できごとの創発性ということにしよう。

たとえば、医の倫理での問題として脳死や臓器移植は、かつては問題とはならなかったことである。かつてわれわれは脳死というできごとに出会わなかった（多分正確には、出会えなかった）。しかし、現代の医療技術、特に延命技術が発達し、人工呼吸器のもとで、脳機能の停止が先行する救急患者に出会うことになった（フランスの医師たちは、1953年に coma dépassé（深昏睡）としてそれに気付いていた）¹⁾。

死は日常のできごとである。現在に至るまでそうである。その死は心臓機能や血流が完全に停止するといういわゆる心臓死というできごとである。脳死状態では、人工呼吸器のもとではあっても心臓は動ぎ、脳血流以外は血流は維持され、体はぬくもりがある。脳死は、人の死なのかと問う。

できごとに対応するわれわれ

できごとに出会うわれわれは自ずとそれにそれなりの対応する精神があるらしい。外界の世界を感覚がどう把握するかという感覚受容のメカニズムはさておき、できごとに対応するわれ

われの姿勢を多少なりとも分析しておこう。その流れを羅列してみる。

1. できごとを記述する。ありのままに語る。

2. できごとを説明する。そのできごとにどんな印象を感じたとか、どういう状況でそれが起こり、どういう原因や理由があったのか、そのできごとの結末はどうだったのかなどやや突込んだ語りとなる。説明は、知識体系のなかで重要な役割を果たしている。科学的説明のようにことの因果関係やそこに見出される自然法則などが援用されることもある。説明には、できごとに意味を見い出す潜在的な働きが既にその役割を果たしているにちがいない²⁾。

3. できごとに意味づけをする。その意味づけは現実的で実在的である。意味づけは先行して存在しないということである。この意味づけをする時に価値判断が伴われる。そして、そういう価値を荷う実在的できごととして、そのできごとは似たようなできごとについて、説明したり、判断したりする場合の範例（モデル）となり得る。こういう例（ケース）を規範例（paradigm）と呼ぶことができる³⁾。

ことの善し悪しは、できごとなしには判断されない。少なくとも、パラダイムとなる実際のケースが想定されているはずである。

先に挙げた生命、病気、死などは、単なることからの呼び名ではなく、できごとを意味づける実在的（リアル）な判断である。それらは見えないが現実的で実在的な何ものかを示している。その現実性はできごととそれに対応するわれわれの存在にもとがある。

4. できごとの主体となる。われわれの生活はすべてそういうできごとの連続といえる。活動するものは、広くできごとの創発に手を貸している。できごとの創造者なのである。ここでは、しかし、主体となるものは意識のある存在特に、人間に限っておこう。

5. 存在として見えない実在の問題。われわれが神とか、魂とか呼んでいる存在者を指す。生命、病気というようにかたちでは見えないが、実際にそれを見る現実のできごとがあるのと異なり、実在者そのものでありながら見えない存在について語る。この点は、ここでの論議

では取り上げることができない。

以上の列挙はこの順序でわれわれがことに当たっているというわけではなく、ここで言及しようとしたことは、実のところ価値判断にまで至るできごとの理解ということである。すなわち、できごとに「意味をみる」ことが倫理を語る時に欠かせないからである。逆に、意味を見通すことが実在的（リアル）でなければ、価値には現実性も実在性もないことになる。われわれは、現代の価値多様の時にあるという。価値だけを取り出して議論しても恐らく不毛である。しかしながら、共通体験としてのできごとに一端もどって、価値判断の領域に踏み込むことはできる。

そこで、われわれが価値判断と結びつけている範例（パラダイム）としてのできごとが大切な働きをすることになる。

パラダイムの形成

パラダイムは、体験されるできごとを基にして、そのできごと全体の状況や条件を原理として引き出し（ある意味で抽象化一般化）、それに価値判断（ことの善し悪しの判断）を付加されたものである。したがって、パラダイムは規範（norm）の性格を帯びることになる。それに似たできごとに関して、外的な判断基準あるいは、原理が適用されるときのもともとのできごとが、すなわちパラダイム（paradigm）ということである。

たとえば、ある地域の人々の平均寿命が突出して他の地方と比べて長いとしよう。そこで食生活を中心としてその地域の人々が日常をどう過ごすか調査する。その調査から食生活の一定パターンが見えてくる。食生活が健康維持に欠かせない重要条件だとすれば、寿命もそれに可成り依存するにちがいない。そこで栄養学的条件をその調査から抽出する。その条件のまとまり全体は、その地域の食生活パターンに一致するわけで、そのパターンは食生活の良いモデルとなる。このモデルはパラダイムとしての役割を果たし得る。

心臓死は、息を引き取る、脈を打たない、生活反応がない、血の気の引いた冷たい体、など

の様々な状況を含んだできごとである。医学的にこれらをまとめて、死の判定基準として、対光反射喪失、自発呼吸停止、拍動停止の三徴候に注目する。三徴候法としての心臓死の診断であり、今までの死の定義でもあった。これもパラダイムの例である。

脳死は、三徴候モデルと異なり、心臓は停止しておらず、人工呼吸による呼吸は継続し血流も維持されている。ある医師はいう⁴⁾。脳死判定基準は、診断として、必ず心臓死に至る回復不能な脳機能の廃絶の状態を適切な医学的検査によって確認することであると。心臓死の場合と似ているようで似ていない点は回復不能な機能停止というポイント・オブ・ノーリターン (point of no return) を決定しているところは似ているが、心臓は必ずいつかは停るとはいっても現実にその場では働いていることは、心臓死と明らかに異なる。

こうなると全く同じできごとについて語っているのか、まるで異なるできごとについてそれぞれ話しをつけているのか分明ではない。もしも、異なるできごとについて語るのであれば、どちらかは人の死ではないこともあり得る。もしも、脳死を人の死とするならば、それは、心臓死と同じできごとのちがう局面であるか、脳死という死をちがうパラダイムとして採用するかであろう。いずれにせよ、同じできごと(死)のちがう局面に出会ったとしてもパラダイムは変わることになる。死の条件が変わるからである。

価値と規範は決して具体的現実的できごとの背景なしには成立しない。つまり、規範性を獲得したパラダイムとそこに伴われる状況や条件を満たす原理には、必ず原型となるできごとが先行している。そのできごとに価値判断が伴っていたから、パラダイムとそこにある原理は規範性をもつのである。したがって、無理矢理にあるパラダイムを具体的な他のケースに当てはめようとすれば、無理なことが生じる。

法的概念の発達はこういう事情から展開されるのであろう。

病気について

病気の概念に関して、エンゲルハートは次のように述べている⁵⁾。「病気という概念は価値評価的であると同時に説明的概念であるのに対して健康という概念は、むしろ規範的な性格をもった理想像を表わす積極的概念だといえる」。別のところでは、病気の概念も規範的な性格をもつと述べている。健康の概念がより規範性が強くみえるのは病気や障害のない現実是非常にまれでもあり、健康概念自体も巾の広いものだからである。国連保健機構(WHO)の健康の定義は次のようである。「健康とは身体的、精神的、社会的、そのいずれの面でも完全に良好な状態 well-being のことであり、単に病気や障害のないことを意味するものではない」。

さらにエンゲルハートは述べる。「ある一組の現象を選んで病気と呼ぶことはそれによって医学的介入を許し、病人という役割を設定し、医療従事者の行為を促すという意味をもつ。アルコール症、同性愛、斜視、軽い鉤虫病などをも病気と呼ぶことは、一種の価値判断に基づくと考えてはば間違いなからう……病気という概念は現実の説明というよりはむしろ価値判断の方法に近いということである」と⁶⁾。

アルコール症は酒が好きだとか、酒を飲み過ぎるということでもないが、アルコール依存になる原因は現代医学でも恐らく未だ完全に理解されていない。もしも、病気というものは、その原因が明らかなものについて妥当する概念だとすれば、可成り病気とそうでないものの区別が付き易い。しかし、それは現実的ではないことは明らかである。それでも同性愛や斜視までも病気とすることにも抵抗を感じる。

HIV 陽性の人にはエイズ・ビルス感染をしても、エイズ・ビルスによる発症をしていない場合に、病人だと言えない。日常生活で多少の制約を受けるが、病人とは言い難い。

エンゲルハートはさらに続けて、「このような病気観は、現代の「病気実体」(疾患単位)における病因論的構造の複雑さを配慮したところから生まれた。喘息、癌、冠動脈疾患などは、病態生理学的であると同時に心理学的病気である。

この種の病気は個人の体験するストレス、および周囲からの援助の手のあるなしに深く関わっているからである。この意味ではこれらは社会的病気でもある。……冠疾患のように、すでに確立された病気に関しても多くの因子が考えられる。ということは、この病気は遺伝学的にも、代謝的にも、解剖学的にも、心理学的にも、また社会的にもとらえることが可能である。そのいずれをとるかは、その人が遺伝学者か、内科医であるか外科医であるか、精神科医であるかによって異なる。……たとえば、公衆衛生の専門家ならば冠動脈疾患の基本要因を運動不足、過食喫煙などの生活態度に求めるだろう」という⁷⁾。

結論から言えば、病気である現実になれわれは確かに出会うが、病気であることをモデル化したり、疾患分類上の区別を明確にしたりすることは極めて難しい。したがって、パラダイムとしての病気を特定することは可成り困難で、各種の病気であると思われるできごとの集積に個々に対応しているしかないのだとも言える。

「病気という概念は一連の自覚、他覚症状の組合せを説明したり、予知したり、制御したりするために、相互に関連づけようとする努力の産物である」とエンゲルハートはいう⁸⁾。

結局、「……病気そのものとは病苦を体験し、かつそれを説明するわれわれ人間にとってあるがままのものである。説明原理としての病気は、それで説明される当の状況と不可分な関係にある。端的に言えば、説明原理は「もの」ではない。「もの」とは説明原理によって説明されるところのものであり、病気とは「もの」ここではとくに病める人間を説明するための道具である」ということになる⁹⁾。

現代の医学は、「病気を診るが病人を看ない」と批判されることがある。病気に巻きこまれてるのは病気ではなく、病人である。医師は病人に直面しているのであって、病気にではない。典型的な病気に患っている病人はある意味で減多にいないのかもしれない。病気になる原因は複雑でいろいろな生活条件、生理学的体質、遺伝学的体質、心理学的性格、その他諸々の原因や条件が絡んでわれわれは病気に巻き込まれる。

これらの病気の複雑さからくる病気実態は「医療はパーセントの技術」と言わしめるに足るのである。いずれにせよ、病気という実体が人に取りつくのではなく、病気である人がいる現実がわれわれを病気に出会わせる。

総じて言えることは、病気や健康の概念は価値と規範の問題を含むものである。それ故に倫理的課題として扱われる。しかし、病人であることが、道徳的に正しくない人を意味しない。道徳的判断はやはり価値と規範の基礎をもち、今まで論じてきた通りの同じ道筋を土台にしていることは一言つけ加えておいてもよいかも知れない。

末期医療（ターミナル・ケア）

末期医療でよく取り上げられる考えは、生命の質 QOL (Quality of Life) である。QOL をどう定義するかは難しい。しかし、実際にそういう考えに従った医療プログラムが実施され、また試みられようとしている。たとえば、ホスピス制度、在宅医療などである。これらは、価値実現の活動であり、主体的なできごとの創出（創発）といってよいものであろう。

在宅医療についてある研究者はこう述べている¹⁰⁾。

「病気の進行をいかなる医療技術によっても阻止できない、死ぬことが明らかになった末期患者のケアが末期医療である」と。

「病院等における施設内の末期医療においては必ずしも患者や家族の希望がくみ入れられない場合がある。それは「家に帰って畳の上で過ごしたい」という願望がある際にも、医学に関する医師の興味本位でいたずらに入院が長びく場合がある。逆に医師が在宅医療が可能だと判断しても、家族の事情で患者を受け入れる体制が整わずに帰宅できない場合もある。入院医療には思わぬ問題が生ずることもある。たとえば、延命や医学的解明の目的が強く、患者に苦痛を与えることを省みない検査、蘇生法として行われる臨終の儀式——医師は最期の看取りをしたいと望んでいる家族を病室から出るように勧め、患者のありとあらゆる穴に管を挿入する。点滴、鼻腔チューブ、尿カテーテルなど。生命を一秒

でも長く延ばすことが最善の医療と信じて疑わない医師たち。

一方、在宅での死は平安な静かな死が多い。住みなれた部屋、畳の香り、ふとんのぬくもり、見守る家族の眼、やさしい手、臨終に来てくれる家庭医、看護婦。

もちろん身体のことばかりではなく、患者の心も家族の心も大切にしてくれる病院も存在する。家で療養したくとも逆にさまざまな事情があって入院を続けなければならないこともある。在宅死が次第に少なくなり、施設死が増加しているのは、いったいどのような理由によるのであろうか。医療の進歩といって喜ぶべき問題なのか、家族の結びつきが弱くなったための悲しむべき現象なのか、それを明らかにしてゆかねばならない」と。

QOL がどういうことを指しているかをここでは論じない。ただ、QOL を実現する努力が実り、それができごととしてうまくゆけば、そこにはQOL の実現の端緒があるということである。そのなかで QOL とは何かが更に明らかになるのである。

おわりに

いかなる抽象的価値、抽象化一般化された規範もそれが現実的で実在的でなければ意味がな

い。それらの実在性はわれわれの体験できるときごとにある。したがって、できごとに出会ってもそれが無意味だと感じられる場合、極めて不安定な状況を生む。また、積極的な意味だけが意味だとも言えないのだろう。善悪、利と害の対立はここでは特に論じなかったが、このことも現実的なことにちがいないのである。

いずれにせよ価値や規範はそれ自体が見える実体ではなく、われわれが内的確信とともに出会うできごとにわれわれが見通す実在的現実 (reality) に向かうときに創発されるリアルなことである。

実際、科学的説明に登場する仮説という道具は、論理実証主義が極限まで否定し去ろうとしたが果たせなかった。仮説の規範的性格は実証主義の実証的現実を少し越えたところにあった。

倫理においてはなほのこと、単なる実証論では話が進まない。しかし、価値や規範が概念的空論にならないためには、それらがリアルでなければならない。それがすなわち、見えない実在的なものということであった。

論述はややまどろっこしいが、もう一つの見論見は、説明される「もの」、「もの」に還元する還元主義ではない論法、すなわちできごとの総体に注目する理解を指向することでもある。そういう見論見を潜ませた倫理の基礎論である。

文 献

- 1) Pallis, C (1984) 人間の死と脳幹死。医学書院, p. 13.
- 2) Von Wright, G. H. (1971) 説明と理解 (丸山高司, 木岡伸夫訳)。産業図書。
- 3) ここでのパラダイム概念は、クーンの用いる科学的探求の指導理念とは異なり端的にモデルになるような事実そのものに近い意味である。
- 4) 水谷 弘 (1988) 脳死と生命。草思社, p. 18.
- 5) Engelhardt Jr. H. T. 新しい医療観を求めて (石渡隆司他訳)。「健康と病気の概念」の分担論文。時空出版, p. 50.
- 6) 同上書, pp. 46-47.
- 7) 同上書, pp. 40-41.
- 8) 同上書, p. 43.
- 9) 同上書, p. 44.
- 10) 厚生省・日本医師会編 末期医療のケア——その検討と報告—— 中央法規, p. 198.