川崎医療福祉学会誌　Vol. 12　No. 1　2002　15–25

原　著

日常生活における価値論の位置

関　谷　　真[*1]

要　　約

価値判断の論理を価値論と呼ぶ．価値判断の構造は経験所与に対する超越的な性質を持った認識である．このことによってわれわれは経験するできごとに意味を与える．このような超越的判断の日常での位置について究明する．

病気の概念に隠されている「病む人」,「患う人」の現実的意味を問う．福祉的状況に現れるニードの概念のなかには構造的な人間実存の包括的存在形式が見出される．この実存的構造は病気概念にも妥当な病気の実存的意味を与える．すなわち，生き方の構造を根底にする生活所与に意味を見出すのが価値判断である．さらに，どのようにトリビアルな生活現実にも価値判断が隠れていることについて簡単に触れる．

結論すれば，人間の実存を善い方向へ向けるその決断は人間が意味のある生活現実を選び取ることにあるということである．すなわち，全体的包括的な人間の実存構造が確保された上で価値選択の可能性は人間に豊かに発現するということになる．

序　　論

科学・技術の時代といわれる現代の知識社会で知識力の開発と発達が大きな意味を持っている．科学・技術が示す積極的で目覚ましい社会的作用は明らかである．科学・技術が発達すればそれだけで人間的な社会が形成されるとはいえない，ということをここで殊更取り上げるつもりはない．むしろ知識としての世界認識はこの論著では当然の前提となる．

確かに現代の生活現実は人間の生活行動の規範的な形式が科学・技術的な知識の上に成り立っていて多くの職業として知識のシステムで支えられる傾向にあることははっきりしている．いわゆる専門家の集団が形成される．一方では，一般の生活のレベルは「人間であるものたち」のあらゆる思惑が働く複雑な人間関係があって，人間的な生存を確保する多次元で多様な価値（生存価）の実現を試みる．しかしながらこのあたりの事情をもう少し明確にしておくと，科学・技術的な知識の有用性と日常の価値実現の間に必要な連動がしっかり確立されているとはいえないという不安がわれわれのなかにある．例えば，そのような不安を背景にして生命倫理の多くの問題は知識と価値の連動の確かさを探求する考察であると見てもよいであろう．

医療倫理の一つにインフォームドコンセントがある．ある病気に対してある治療が行われるときに，患者に対して必要にして十分な情報を提供する義務が医師に課せられる．ところが，その情報提供があまりにも話す相手の理解力を越えていれば聞く方にとっては埒外の情報になってしまって，その結果その情報でどう決断したらよいかその患者にはまるで見当がつかない．情報が嘘とも本当とも分からないし，自分にとって何が大事なことなのかも見えてこない．そうなると自分が治療を受けることがどの程度の意味があるか分別ができない．治療を受けようとする決断は良好な生活実現のための価値的判断を含む決断であるが，自分に見合った理解できる知識がなければ価値の判断が付かないわけである．このように生活上の行動選択によって人々の生活が形成される．このような人間を問うことになるとどうしても価値的判断をする人間の特徴に目を向けざるを得ない．価値的判断は自分が何を「よしとして」選択するかを決めるもとになっている力である．広くいえば自分の思想である．それでことの左右が決まる．

このような事情の決断は厳密に倫理的判断としての決断であるといわなくてもよいのであるが，その根底に人の生活にとって善い方向を選択するという

*1 川崎医療福祉大学　医療福祉学部　医療福祉学科
（連絡先）関谷　真　〒701-0193　倉敷市松島288　川崎医療福祉大学

意味があること，そして人と人との関わりの良質な倫理的状況を産み出すという意味からも大事な決断なのである．「自分である」ことによって生活するわれわれは，同時にやはり自分として生活する他者との関わりなしには自分を見出せないという世界を持っている．ハイデッガーはそれを「世界内存在」としての人間の実存性として指摘している[1]．幸せや不幸せはこの世界とともにある．われわれの産み出す生活世界は「われわれ」という「自分として生きる」人間の集合そのものであるともいえなくもない．勿論そこには他の生物や自然という人間以外の存在があることも認めての上で成り立つことは当然であろう．そのなかに自分が在る．

人間が各人判断をする主体となるということは事実であって仮説ではない．即ち，価値の問題は仮説的理論を実証することではない．その点でも科学・技術の客観性と意味が異なっている．価値判断は実証性ではなくて明証性の論理を根底とするものである．そこに「このような判断がある」ということである．そこから論理が始まるという意味である．それは，また哲学や思想の持つ宿命であるだろう．

先取りしていってしまえば，それは「主観的主体」の問題である．主観的主体の復権という主題でもある．ヨナスは伝統的な「心身」問題を取り扱いながらこの主観の復権を提示している[2]．こころの問題としての主観である．ハーバマスは現代科学・技術時代にあって人間の主体のなかに芽生える利害や利益への関心が，いわゆる価値中立的な科学技術の客観性によって疎外されてきたことに注目している[3]．自分自身という主観を置き忘れてきた近代科学時代の技術主義を批判的に扱っている．付け加えておけば，ポラニーの「暗黙知」の考えもハーバマスの主題の異なった文脈での表明といえるであろう[4]．さらに広い地平の視点として環境問題から生じた環境の管理主体となっている人間の全体がその主観的主体として今までの価値観を変える方向に向かっている現実がある．「人間以外の自然と共存する」という理念はそのような考えの一つである．これは共同主観性の問題である．現在様々な角度から議論がなされている．この共同主観的な側面は実践的世界での基底となる領域である．政治や社会的政策にはこの共同主観的な価値観の基底が論じられなければならないであろう．しかし，共同主観性の根底には主観的主体者の位置がはっきりしていなければならないから主観的主体の位置がまず明確にされれなければならない．それは，つまり，自分という存在についての生活世界での実感的位置取りについてある程度の明証性を持った視点が示されなければならないということである．

価値的判断の意味

価値判断は人間の特別の能力である．価値判断によって人は自分自身も含めた自分の経験するできごとに意味を見出す．それによってことを選択して生活の方向を決める．

礼儀を弁えないからといって人が法律で罰せられるということもないが，周りからは迷惑がられるし，人からとかく風評も立つことがある．態度が多少性悪だといわれても仕事はしっかり仕上げるとすれ相殺されて，周りからは「まあいいか」と我慢されるときもあるかもしれない．親不孝だから法的に罰を受けることはないが，やはり周りからとかく何かをいわれがちにもなるし，人格的な信頼をある時は失うかもしれない．

アップルパイを作るために子供にリンゴを買ってきてくれるように親が頼んだとしよう．ところが，その子供にまだリンゴとほかの似たような果物の区別が付かないので，間違って梨を買ってきたとしよう．梨とリンゴの区別ができないので判断が間違ったことになるが，もともとその区別の基準が分からないのだから無理もないということはできる．同時に，アップルパイのためには梨では役に立たない．実際に意味がないと頼んだ親は思う．勿論，パイは梨でもできるわけだから利用価値がないというわけではない．この判断はその子供には無理であったということに過ぎない．トリビアルな例ではあるが判断のなかに真偽判断と価値判断が混じっていて一人の人間にそれが備わっていることを前提にした話である．実のところ，真偽判断も価値判断の一つなのだということを考えるとやや複雑になるが，実証という考え方を真偽判断に求めればそれは一般に認められている科学的真実を指す．しかし，いわゆる「よい」或いは，「悪い」の判断は実証的ではなく明証的判断である．明証的というのは「そうである」という判断から論理が積み重ねられるということである．

「これは命より大事なある人の形見である」ということは実証の対象ではなく，それをそうだと決めるその人の価値的判断を伴う選択である．その人のなかで主体的に判断されたことである．できごとがもたらす結果の善し悪しを決めるのは実証問題ではなくて価値判断の選択問題である．生物進化には目的があるかという問題設定に現れるようにできごとにはそれ自体現象として目的が存在するかどうかという目的論論争はともかくとして，目的を人が設定する場合にはその目的が価値的であると判断されて

いること，つまり追求に値するという判断があることは否めない．また同時に目的は実証される対象ではない．それは手元で物象化されて見えているいることでもないからである．しかし，方向として追求される．このような事情から一般に人間の生活世界は必ず価値選択が伴われているといって差し支えないであろう．

人間には一人一人価値判断力と知識の発見の能力がともに働いていると見るべきであろう．それに加えておけば，想像力である．善い悪いを判断する倫理判断は価値判断である（真偽判断も，価値判断の一つであるといってよい）．善い悪いの判断は正・不正，充足・不充足，快・不快，満足・不満などの錯綜をした基準の集まりであるが，その中で正・不正がかなりの重さを持って判断の基準を与えているといえるかもしれない．そういう人間が社会を形成する．

価値判断一般について，廣松は「私としては，・・・歴史的・社会的・文化的に“単位的な”ある生活共同体の内部においては，人々の価値判断を間主観的に同調化させ共同主観的に同型化させるメカニズムが作動していると考えます．価値的認知・価値的判断（勿論，超文法的“価値判断“の次元をも含む広義の価値判断）は，「所与を単なる所与以上・以外の（或るもの）として」覚知する「所与–(所識)」の構造になっており，価値は（所識）の一つの部類であり，「所与–(価値所識)」態が財にほかなりません．・・・」と論じている[5]．

この所論は廣い範囲の及ぶ課題を把握した論述であるが，焦点を絞れば，次の論点である，即ち，「・・・価値は（所識）の一つの部類であり，「所与–(価値所識)」態が財にほかなりません．」ということである．財というのはかたちと構造があるできごとやモノを意味している実体的で物象化された存在（物象化された対象は物質であるという意味ではない）である．先ほどの例で，「形見であるもの」を指している．

ここで言う（所識）は，実践としての生活で自分と自分の周りを分別して生産的な活動をするときにそのもとになっている人間的基底である．廣松はこの（所識）を人間の主体的な判断の出発点としてその哲学的所論を展開している．彼のいう（所識）の本質は「所与以上・以外の（或るもの）として覚知する「所与-所識」の構造」を人間主体に見ていることである．つまり，自分が対応し，関わっている対象となる相手に対して判断的な意味を覚知することによって（或るもの）が定立されるということである．例えば，「これは白い犬である」である．それが真であると判断する．「あることの後にあることが起こり，そのときにその先行する事象があれば後行の事象が必ず起こる」というできごととして覚知される所与-所識の認識は因果関係を値として持つ．そうと決まれば因果関係的な見方が生まれることになる．ヒュームの「propter hoc post hoc」（結果は後に起こること）の所論に近い[6]．所与というのは主体が体験する対象であって，周りのできごと一般（自己内の経験も含めて自分自身もそのできごとに含まれる）といっておいてよい．それは状況だということもできる．

「以上・以外」という事情は真偽判断を含めて価値判断の場合にその「超越的性質」が現れる．或る対象を「これは画家が描いた芸術品としての絵画であって，素晴らしく美しい完璧な作品である」という判断はその作品自体が主張していることではない．それを見るものとの間の相関が認識するもの側に生まれるからである．同じようにその作品を生産・製作する画家のなかにも何か意味のある（或るもの）を目指している点で「以上・以外」の所識がその作品を生む実践の基底にあるといわなければならない．

廣松の（所与–所識）の構造的理解は妥当だと著者は考える．所識の超越的性質も規範やルールが社会において人の態度決定に働く根拠になるという点でも賛同できる．病気という状況としての所与が「これは病気である」という判断による所識が成立しなければ「病気に罹っている人である」ということは生まれないから医療者としての「医師」（医学を専門とする科学者としての医師とは厳密には別である．勿論，別人であるという意味ではない）という職業は存立しないであろう．医師と患者は相関的な人間社会のなかの共同観念である．つまり，手短に言ってしまえば，病気という価値的判断がなければ具体的なできごととなる物象的かたちをなさないのが医師–患者の関係（細かい概念の並び方でいえば，患者–医師関係）であるといえるであろう．

そこで，人間の実践的判断力のなかで価値判断が占める意味を多少なりとも解明するのがこの論著の目論見である．

病気の概念は価値判断を含む

幸福そのものは存在しない．幸福を理解する人間と人間が理解できる対象となる生活状況が実際にあるということを確信する明証的な現実を人々は分かるということから始まる．その構図のなかで幸福という状態が人間によって判断される．そういう状況は人間自身が産み出す世界の状況である．状況については時に面倒な状況や現状の分析が必要だとして

も判断が生まれるのは事実である．そのような機作を普通の生活ではいつも意識的に反省しながら行動しているわけではない．しかし，一端「幸福とは何か」という問題提起がなされるとすれば人間の認識の機作に戻らねばならない．つまり，どのような所与としてのできごとを幸福な状態と呼ぶかという問題である．

病気の概念も実は同じ機作の上に立っているといえよう．前もっていっておけば，病人がいなければ医師という存在もなく，医師がいればその相手は病人が「ある」ということを意味する．医師と患者は相対概念である（相対的ではあるが，患者という生活状況（病み苦しむ人の状況）の方が先に生活現象に現れてくるといえる．従って，現代における病気の概念は，如何なる病人かを決める手がかりになっていて，病気の種類の識別は現代医療においては科学的・技術的方法に大いに依存している．

病気の種類について身体的あるいは精神的な病変の原因が証明されているときや病気の型が条件的に決定している場合（例えば，ヴィールス感染症など）には，病変が必然的に身体的あるいは精神的症状として現れることを前提に診断や予後を知ることができる場合がある．このような病気の同定やその技術が進んだためにある意味では病気の価値的判断の側面（すなわち，病気は病める状態であり患いであるという生活感）が覆われているともいえるのである．

エンゲルハートも病気について同様の価値論的論議をしている[7]．成る程現代人は病気は当然にあるものとして病苦と戦ってきた．医師は当然の職業として専門家という社会的な階級を形成している．しかし，病気というできごとが人間に意識されない限り，病気も医師も病院も存在しない．

例えば，ガンの告知における困難がある．主治医は確実にガンであると診断できる立場にいても，相手の患者が「自分はガンではない」と思っている．このような場合に判断が異なるのである．医師は専門家であるからその筋のことでは絶対であるという一般的な常識が成り立つから医師はガンの治療としてその後の医療法を今後続行したいと思うであろう．だからといって患者は素人なのにわがままであると決めつけられるだろうか．心理的なショックを忌避する防衛的な患者の拒否であるというように決めつけるというわけにはいかない．これが人間の生活なのだからである．これだけではないがいろいろな事情で，例えば，家族との生活的な関係状態などでガン告知が状況的に困難になるのである．

前述したように，実のところ「病気である」という判断は医師だけのものではない．それは人間同士が職業や生まれに関わらず共同的に分かる状況に対する判断である．科学・技術者だけが分かるというもでもないできごとが病気である．確かに，ガンの早期発見には医療技術の大きな進歩が貢献していることは明らかである．しかし，「病気である」という判断は科学・技術者だけのものではない．ここが問題なのである．

病気の判断は価値判断である．科学・技術は単に身体の状況を記述するにとどまる．それが重要でないということには決してならないが，医師がある状況を病気であると判断する場合にはその判断は価値判断として万人共通の共同的意識でなければならない．そこが成り立って医師の判断と医療行為には意味が生じるのである．医学の専門家である医療者の意義もまた随伴するのである．論点に戻ることにしよう．WHO（世界保健機構）が定義する健康の定義は，「健康とは身体的・精神的・社会的のいずれの面でも完全に良好な状態 well–being のことであり，単に病気や障害がないことを意味するわけではない」と表現されている．

とはいっても，まだはっきりしないのはこの中の表現にある「完全に良好な状態」というその状態が何を意味するかという核心である．それがなければ健康自体が理解できない上に悪くすればもっと曖昧なことになる．そのことはエンゲルハートも指摘する．更に，この定義に従うとすれば，健康でないことが病気であるということではない．健康の反対概念が病気ではない．そういうことになる．後者の判断は現実には妥当であろう．というのは，障害を持った人々にとって直ちにその人は不健康＝病人の生活を送っているとはならないからである．数学ができないからその人は不健康だとも，また病気だともいえないからそういう点からすると生活の完全に良好な状態の判断基準は何かということが曖昧になる．完全に良好な状態ということについての論議は次節に回して，まず病気とは何かに論点を絞る．

エンゲルハートは，「病気概念には記述と説明の役割のほかに行動を命じる働きがある．ある種の事柄を望ましくないとか，克服すべきこととして指定する働きである．病気とは規範的概念であり，どんなことがあるべきでないかを示すのである．従って病気概念は価値評価の基準を含み，ある種の事柄を望ましいとし，他の事柄を望ましくないとする．病気概念は病人であるとか医者であるというような社会的役割を規定したり，確定したりする．更にそれらの役割を，権利と義務を織り込んだ期待すべき行動の網の目のなかに組み込んでいく．病気概念は審美的であると同時に倫理的であり，何が美であり何が

善であるかを示す．何ものかを病気だというとき，それはそのありようが醜いというばかりではなく，そのもを救うというなんらかの義務が課せられていることを示している.」と述べている[8]．美醜論と絡ませる倫理的規範性の議論には強い賛意を表せないが，この論で医療行為には規範的な論理的根拠のあることが明白である．医療は単なる技術ではないのであるし，従って医師という職業は人間の倫理性の高度な社会的活動表現であるということになる．

病気の定義には実体論的な面と唯名論的或いは心理学的な面がある．また，病気現象を病気と診断する場合にも，病因論的実体論と病気現象の生理学的類型論などがあって病気を病気とする判断手順には様々な見方がある．しかし，ここでは病気の認識論に論の焦点はなくて，むしろ,「病気である」という判断が規範的な価値判断であることに注目すれば，医療が技術者でもある医師という専門家を媒介としている実践的倫理的行為であるということを強調したいのである．そうだとすれば，インフォームドコンセントという制度が，その制度の発生の由来からも察せられるように科学・技術主義的医療と生活者である患者との接点に立つことも理解できるであろう．

「・・・医学的説明という営みの中に価値評価が入り込んでいるのは，病気の説明をするさいには，マイナスの価値と判断される状況を制御して消滅させることに直接の焦点が合わせられているからである．この場合の判断とは実用主義的な意味であって，決して中立的ではない．ある一組の現象を病気と呼ぶことは，それによって医学的な介入を許し，病人という役割を設定し，医療従事者の行動を促すという意味を持つ．アルコール症，同性愛，斜視，軽い鈎虫症などまでを病気と呼ぶことは，一種の価値判断に基づくと考えてほぼ間違いないなかろう．そう考えてくれば，一連の現象を病気と解釈するかどうかの基準は，足の骨折から色盲に及ぶ連続的なスペクトルのなかで，いろいろと変わりうるものである．骨折した足あるいは分裂病における断絶に伴う苦痛と不快とは，直ちに医学的な援助の対象となる．一方，色盲とか反社会的行動などの問題は．このスペクトルの対極に位置する．しかし，このスペクトルの全域にわたっていえることは,，病気という概念は現実の説明というよりは，むしろ価値評価の方法に近いということである.」とエンゲルハートは述べる[9]．

医学の領域は科学・技術の領域であるが，医療はそのまま医学ではない．それは臨床実践であるから病気という概念は医療行為における指導原理のように働くのだがそれは今まで述べてきたように「病気である」という判断の価値論的性質のためである．更に，われわれは健康を追求する志向的な価値実現を目指している．それがとりもなおさず「医の倫理」が生活者の観点を含めた医師と患者の間の共同意識としての健康の実現を目標とするわれわれの問題になる所以でもある．

ニードという概念の意味すること

福祉領域の学問ではしばしばニード（あるいは，ニーズ）という言葉が用いられる．そのニードに対して福祉サービスや政策や福祉施設の設置などが対置される．その場合に諸々のニードの充足を援助したり，充足の実現のための条件を設定したりするという実践的実現のかたちや政策的構造が与えられるというわけである．

しかし，ここで問題にしたいのはニードという概念である．ニードは簡単にいってしまえば,「欲求の集合」である．欲求は人間の主観的内部から起こる志向の方向である．望むことを望むのであり，その充足が生活の良好さを主観的に実感する価値判断の基礎になっているその根底である．それによって人生が全体としてどのような意味を持つかを判断できる．すなわち，ニードの集合が与える生活の所与的実存的内容に対してそれが示す方向を価値として認めるときに，今の状態に意味を人は見出すといってよい．

人間の見出す「生存価」の人間実存における意味はニードの充足という現象的構造を持っているといっておこう．ここで言うところの「現象的」というのは人間が生きるということをわれわれの経験できる「生きるかたち」として理解する．すなわち，われわれの存在が充足されるように望む方向性はこのかたちが生存形式として具体的に現れ，そこにあるからである．これを人生の実存的構造と呼んでもよい．実存形式の全体的な充足が基底になってその構造の端的な実現として生活行動の選択と決断がある．そのときに具体的な経験内容に対応して価値的判断が超越的な性質を持った力として働く．

ニードは多岐にわたる内容と方向を持った望みの種類によってニードの集合を作る．ニードを欲求という表現にしたからといって単に感情的心理的欲望だけを指すのではない．そうではなくて，人間の実存の構造から生まれる実生活的要求を意味する．それらの要求のなかには現実の今の生活で満たされているものもあるだろう．従って，現実の生活ではニードを未だ満たされていない欲求の集合に限りが

ちであるが，ここでは不足をニードの概念とはしない．そうではなくて，むしろ充足も不足もともに共存する人間論的な実存的あり方を示すニードの総体と考える．包括的な人間の全体を基礎にした人間性実現の志向という観点で論じたいのである．例えば，人の幸福な状態や幸福であるという概念は，そういう意味での人の志向の方向である．細かい議論はここでは論議をしないが，人権思想も人間の実存的根底にその根があるはずだと考える．人権は人と人の関わりのなかで生まれ，一人の人の要求が他者によって認められ，そういう相互承認が人権の内容についてそれらの主張にわれわれが意味があると決めた上で，各人の要請や要求を人権という概念に仕立てる[10]．

即ち，これらの事情を理解するために図1に示されるように倫理のカテゴリー，人格のカテゴリー，実存のカテゴリー，行動選択のカテゴリーに類的に分節される感性的な領域から知的な領域に及ぶ人間の全体的で包括的な人間の志向とその実現に及ぶことを基本的に意味する．好き嫌いというレベルから共感への志向，主体性や自由の欲求，知的好奇心の満足から心情的感情的な安定や充足，不安からの開放の願い，主観的に区別される欲求の数は切りがないだろう．ともあれカテゴリー類型の集合で一応の人間実存の形式を求めれば図のようになる[11]．そこからこの図に纏められたカテゴリーの集合は全体として全て相互につねに関連しながら充足されるものである．それがまた先に述べた「生存価」と重なる．

例えば，身体的障害を生活状況に持つ個人に対して援助や支援が周りから生じるときそれが一般的に医療福祉的な援助と呼ばれる．そのような援助の系列は図における行動選択のカテゴリーに属する内容を示すであろう．特に身体性と生活行動のスペクトルに視点の重心が与えられる．ここで行動のスペクトルに属する行動の一般系は，自己利益の追求，論理的思考の展開と知識獲得の展開，関わりへの関心とその構築，技術の開発と美的関心の表現，宗教的な関心の追求などである．これらが身体の健康と感情的な安定というものを含めて援助や支援が実行されるときに援助対応者への全人的対応と呼ばれる対応を見出す．また，医療技術を駆使する医療も人の健康や病気の回復という身体性カテゴリーと関連する．現実の具体的生活ではそれらのカテゴリーのうちの幾つかに重点が置かれていたり，特にある特定のカテゴリーの問題を抱えていたりするので一人一人が違った状況を持つのである．しかし，あるカテゴリーに重点が置かれた援助や支援が図に与えられている他のカテゴリーに無関係ではあり得ない．そのことが「全人的」といわれる「包括的」実存性の意味なのである．それはまた介護や福祉援助が全人的生活支援とされる所以なのである．

それは誰にでも簡単に理解できることであろう．包括的な人間の実存性の一領域のカテゴリー（例えば，人の自由や主体性に）に視点の重心が置かれても必ず他の領域に無関係ではあり得ない．精神的疾患で悩む患者が施設で事情によって拘束的な生活状況に甘んじなければならないときにはそれが人間性の人格のカテゴリーの示向ベクトル方向と接触する場合もある．そこに感じ取られる自由の拘束は主体性，自由，そして共感を充足する生活ベクトルに無

図1　包括的実存的人間性のカテゴリー

関係ではあり得ない．

ミンコフスキーは精神病理学者である．彼の研究に精神統合失調の患者や鬱病の人の時間感覚についての研究がある．過去・現在・未来という時間の感覚がそれらの精神的失調の状況でどのように変化するかというテーマの研究である[12]．研究の細かい点は彼の著書に譲る．論者は精神病理の専門家でも心理学の専門家でもないのできちんとした理解はほとんどできないが，注目したいのは，精神病理について考究する視点に前掲の図からいえば人間の「実存のカテゴリー」が行動のカテゴリーに属する病理に深く関連するという事実を示している点である．病理的状況に現れる人間の時間性と空間性の問題である．

彼によれば，「・・・ある分裂病者では精神常同症を認め，，他の分裂病者ではそれを認めないのか，さらにまたある抑鬱者は抑鬱性妄想を示すが他の抑鬱者はそれを示さないのはなぜかという問題に関しては，われわれの患者たちについてはつねに蓋然的なものに止まる因果的説明を求める代わりに，われわれはむしろこれらの相違を，観念-情動的ないしは観念-感情的表現への傾向性と呼びうるもののせいにしたい．・・・そしてこの表現への傾向性を問題にすることは，精神障害の現実的な連繋には通常その痕跡すら見出されない因果的説明よりは，もっと生きいきした，もっと柔軟で人間的な，従ってもっと説得力のある一つの因子を導入することなのである．・・・こういう考えから精神病理学をふり返ってみると，種々の観念，種々の感情，種々の情動，種々の意志的表現（ここではそれらの内容は問わず，特殊な態度としてのそれらを問題としている）は，いまや疾患により創り出された心的生活の特殊な構造を，状況に応じて，充実したり，表現したりするための材料であるように見える．それらはこの構造の二次的な表現なのである．・・・しかし，われわれが心的作用から，観念，感情，意欲を次々と取り去っても，・・・確かに何ものかが残る．しかもそれは本質的な何ものかである．それは生きた自我が時間と空間に対して対処する仕方，しかも諸知論測定可能な時間や幾何学的空間に対してではなく，具体的，質料的な内容は奪われていても，決して死んだ形式ではなく，むしろ反対に，われわれ自身が知っているように，生命に充ち満ちた時間と空間に対して対処する仕方である．生きた自我のこの空間-時間的関係の現象学的分析のうちに，われわれは精神障害の構造的側面の研究の基礎を求めるべきである」[13]．ここに示唆されている構造とは論者の提示した図に表された実存的構造と同等であるといって差し支えない．

病理や病気の理論的基盤が科学的知識にあるとすればその知識獲得の人間の活動は何処に属するかといえば行動選択のカテゴリーであり，その実際の活動は行動のスペクトルの一次元として隠されている．その行動のスペクトルには技術活動も宗教的活動も同時に含まれているカテゴリーである．この項に属する実践的な現実が人間の実存性全体の一部であるから人間の実存という根底において知識は価値判断と無関係ではなくなるのである．というのは科学・技術の知識は人間の実存性全体が関わる人間自身の営みだからである．それは人間の生存を確保するだけではなく人間のニードが生活の基盤となって価値として判断される物事を無視することはできないからである．病気を癒すという行動はそういう意味を持った人間の活動である．このことが前節での病気の概念のテーマの背後にあった考え方でもある．

主観的主体としての人間の実存構造は，人は人と関わりなしに生きることはない，という原則によって間主観的な社会関係にも同じ実存の形式は適用されることはもちろんである．

飯田は，ラウルズの思想を引き合いにして（論の道筋では，ラウルズ批判のその他の主張にも明確な言及がなされている），道徳的基盤をもとにした福祉政策を論じている[14]．その際に，正義と公正という理念を大事にする考えを提示する．「衣食足って礼節を知る」としばしばいわれる．そうではなくて礼節があってこそ衣食の充足が社会に政策として実現するという発想に立って，福祉政策を実行する国家の政治の中核的道徳を正義と公正に置くという道筋を示唆するのである．著者も指摘するようにアリストテレスは正義という道徳的理念に倫理的道徳のなかでも特別の位置を与えている．この論議の道筋ではニードが満たされるためには正義と公正の実現を伴う社会的条件が必要であるというように解釈できる．

このような考え方は理論的に筋が通っていると思う．しかしながら，このような理論が適用される対象は，既に人間の社会生活が或る一定の秩序のもとで国家というような成体をなしていて，なおかつ，社会的政治的政策が実施されている共同的社会がある場合である．成熟社会とまでいわなくてもある程度の法的政策的システムを備えている共同体があることを前提にしている．

ところで，生活支援としての社会保障制度があってその制度に正義と公正が理念として組み込まれているとしても実際に提供される援助サービスが生活の質の向上に見合っているかどうかは正義と公正の

原理だけでは結論できない．サービスが正しい方向と公正に配分される政策上の機構的方向が成り立っているからといっても限られたサービス実体では生活の質が保障されるかどうかは期待できない．「ニードーサービス関係」は次元が別の判断原理を要するにちがいない．例えば，バリアーフリー化する社会を目指すのは正義と公正を目的とするのではなくて，全ての生活者に平等な生活を意味するのだとすれば平等性の原理の方が公正の原理よりは優先されているのだともいえるからである．ここで言う「平等性」というのは障害があろうがなかろうが人はそれぞれ実存的な全体性を確保できる生存の構造を存在として保障されていると見なすべきであるという意味である．せいぜいのところ公正なサービスの配分が政策的に成り立っていなければ，平等性も成熟社会であってさえその総体において実現がおぼつかないということがいえるのかもしれない．

更に，サービスの向上とか新しいサービスの開発に道を開くというような創発的なアイディアが生まれる基盤は正義や公正ではなくて人間性実現へのニードの重み，つまり，価値的な判断によるある生活状況に重みづけがあるからではないかと考える．介護サービスの実質はそういう類の支援ではないであろうか．勿論，既存のサービスの配分に関して政治的政策的体制が実効的に働くときには正義や公正の理念は重要であることを否定しない．

即ち，人々に理解されるニードの集合は人間の分節的な人間性の表現であり，そのニードは人が「期待する生活の充足」を判断する基準となっている生活上の期待の方向であると見なせる．生命の質は，結局，このニードの集合の実現のされ方によって判断されていて，その度合いによって実現の程度も判断されているといえるのでなかろうか．そういう基盤にある議論が生活の質（QOL）の議論である[15]．具体的な実存の構造を持った「生活の質」の実現はよいことであるという価値としての意味づけがなされる．

現実に福祉援助サービスが人のニードの集合に適合するかどうかは簡単には決まらない．しかし，社会が提供する援助やサービスが，たとえそれが個人的レベルのボランティア的な活動形態のものであったとしても，個々の人のニードにできるだけ適合する方向を目指すであろう．それにも拘わらず，ぴったりと個々の人のニードの集合とサービスによって満たされると目されるニードの集合の間にはいつも不協和音のある音楽のような場合も多々あることも現実である．それを如何に埋めてゆくかは生活設計や政策や政治の問題になる．

（医師–患者関係）の項を（患者–医師関係）というように置き換えると（ニードーサービス関係）の項は全く同じ事情を示すことになる．「欲求という価値」の発生と「病気である」という価値の発生（この場合には負の方向を示すといってもよい）とが同じレベルになるのである．つまり，人間の状況を人間が判断するときに発生する主観的主体と間主観的共同性の錯綜する価値的判断である．従って，この状況に人が対応するときに倫理的関係も生まれることになる．倫理的関係というのは間主観的共同性の必然性がもたらす人々の集まりの「善い方向」への規範的意識（「べきである」という意識）を根底に据えるものである．医療福祉活動における援助の倫理性はそこに生まれる人の間の関係のあり方である．従って，そこに現れた規範の具体的な内容について人間の包括的な実存性の実現の度合いを見極めながらことの善し悪しを決める判断が生まれる．

不十分ながら今まで述べてきたことは包括的人間の実存性のカテゴリー全てが一人の人間とその人と他者との関わりの両方で絶え間なく実現の方向に働く力をももたらすということを明示する試みである．人生の方向の善し悪しは包括的特質の実現の仕方に依って人の日常が実存的に基礎付けられているその具体的現れに対してわれわれ自身が行う判断である．その判断力は人間の価値判断力である．できことに対して意味づけをする力である．

生活におけるトリビアルな状況に働く価値判断

価値判断は経験されるできごとに対してわれわれが与える力である．廣松のいうところの「所与を単なる所与以上・以外の（或るもの）としての覚知する（所与)–(所識）の構造」がその力をもたらす．それに依ってわれわれの前に現れるできごとが意味づけられるということである．われわれは「意味づける者」である．その意味の実現が要請されるときに規範的な意識となる．

判断力は行動の選択力でもある．つまり，好きだから特にこの食物を食べる．糖尿病で栄養管理をしなければならないから一定の食事コントロールをする．これも価値判断である．大きな枠組みでは，政治政策や法制度も同じ生活的な根底的価値判断の選択があり，そこから現実的な制度や政策が生まれる．大袈裟にいえば，価値判断の変化は生活構造が変わるきっかけになっている．従って，生活構造が変化するときには考え方や価値選択の判断基準が変化しているともいえるだろう．

トリビアルだが同じことは競馬のような賭け事で八百長が禁じられるのは同じ意味である．賭け事は

確率的な想定を楽しむゲームである．従って，まじめにルールを守ることによってその確率場が確率的に妥当な状況を持たねばならない．ところが，そこにまやかしや八百長的な手法が入ってしまえば純粋な確率場は人工的な干渉によって悪い意味での規則的な結果に導くことになるから「賭け事」というゲームは成立しない．野球のような手段のゲームでも同じであって，偶然に（時には戦略的でありうるが）エラーが生じるのは許容できるが，選手が気持ちに従って自分が嫌になれば飛んできたボールを取らないとなるとゲームは面白くなくなる．風変わりな例かもしれないが人間の内的な思惑による選択が大きな影響を持つことを示す．

現実生活における様々な複雑な変化や変動，また多様な行動の集合はいつでも人間の内的主観的価値判断による選択（それが感情的なものであろうとも，人間の感受性の変化であろうとも）の方向に関わると見なしてよいのである．しかしながら，大きな問題は人が互いに相互に関係する構造を持った実生活の機構，例えば，学校や病院，経済機構，その他の実生活上でわれわれが遭遇する機構にわれわれが組み込まれるとき，例えば会社に就職するとか選んだ大学に進むとかするときに，「選択される」ということが起こる．この選択基準は，必ずしも自分の全ての実存的要求に合っているとは限らない．人がその時どうするかは決まっていない．

また時々，血液型と人の性格との関連性があるという人と全くないという人があっても単なる遊びかもしれないが，血液型と性格に関連づけてはなすと面白い話題になる．同じことだが星占いにもそんな奇妙な魅力がある．無関係と言い切れないのかもしれなと思ってしまう人のよく分からないところがある．病気がもう治ったと医者にいわれて，しかもその医者を十分信用しているにも拘わらずそれで安心できない人もいるような場合がある．これは，生活の質（QOL）がこのようでなければならないと決めてかかることは簡単ではないということである．一方で，医者のことばに十分安心して生活が取り戻せる人もいるのである．これらの生活のリズムや価値観が異なる人々の集まりで我々の関わりは振動しているのかもしれないというやや複雑な現実があることも事実である．

われわれの実生活は外的な物理的法則に従っていない．はっきり言えば人生は因果関係だけでは理解できない．ことばは自分のなかで生じるもののであり，気分の一つである不安や心配，努力しようとする意志や意図，宗教的霊的な信念，もっと身体的な事象であれば栄養の新陳代謝，記憶の生成，記憶をもとにした想像力，希望とか目的意識，自分が大事に思う考え方，様々なことがわれわれの「内側」に実在している．山頂を目指して登山をするという単純な事象にしても歩き方も，山頂に至るルートの取り方も，途中での休み方も，時間のかけ方もみな異なっていてよい．つまり，「個性」があってよい．

われわれは誰一人として健康や幸福であることを拒否はしないである．人生が始まったときからそういう方向を切り捨てるということはしない．所が問題はそのような目標がはっきりしていても人生は紆余曲折する．時には自分の目標が消えてなくなるような危険もないわけではない．そんなときにまた自分の目標となる方向を新しく見出すことも起きる．

このような場合に幸福への志向や方向，健康への志向や方向はその実現の道筋についてどのような紆余曲折を経るかは未知である．だからといってその幸福への方向を意図として消し去ることはないであろう．従って，健康とは何かとか幸福は何かとかの思考の方向性の具体的なイメージは常に必要になる．行き当たりばったりではないのであればそうなるであろう．

このような方向の筋，あるいは希望の先に自分を含めた周りの世界でどのようなことに出会うかは分からないが，われわれはその分からないことについて知ろうとする．そこから知識獲得という理解の形式が生まれる．その一つは科学や技術である．それ故に，科学・技術はそれ自体にそれ自体の範囲内でその意味を持っている．意味を持っているという判断は既に価値的な判断であってそれが知識を発展させる原動力になっている．科学はわれわれの経験へのアプローチの一つの形式であって唯一の形式ではない．

そのようなわけでわれわれは，自分のなかの時には迷走するかもしれない想像力と併せて世界を生活世界として経験してそれについての知識と価値的判断による方向的な意味づけをする．いつでも意味としての価値に飛躍しながら人生の日々を繰り返す．実現さるべき価値に飛躍してそれによって行動を変化させる．それは決断であるし，実現の道筋が多様でもありうるから困惑も，議論も，時に争いもあるかもしれない．カオティックな状況も経験するかもしれない．

終わりに

人の経験する生活世界の経験は自分自身のことを含めてそのなかには人間の生活行動を含めた人間自身の営みについての経験が大きな位置を占める．人間の行為は「人間の行為」（actio hominis）と「人

間的行為」(actio humana) というような区別をする議論がしばしば語られる．これは丁度自然人類学で「ヒト」と「人間」を便宜的に区別するのと似ている．

生命倫理の問題でも「死の定義」に関して,「脳死」を問題とする場合に「脳死判定基準」は医学的生物学的定義，あるいは，記述であるが,「人の死」はその判定基準に沿った現実とは必ずしも一致せず，人間の文化という文脈で考察される事情が上に述べた同じ論理である．すなわち，穿った言い方をすれば，人の死は事実ではなくて真実としての人間事象であるということであろう．もう少し深めると，事実としての死はそれが人々にとって真にその人が亡くなったと感じ取られるその時まで真実の死にならないということである．事実と真実は人間においては本来区別できないからである．

つまり,「ヒトの死」と「人間的死」がきちんと重ならない限り議論は続くことになる．これは人間の世界における価値の位置ということであろう．

現代は獲得される科学・技術的知識と価値の多様性と多次元性の間に乖離があるという疑念の不安が存在する時代である．生命倫理，環境倫理，職業倫理，人権問題，尊厳死の問題などに反映されるように事実についての知識の有用性とその手段性について必ずついて廻る価値という意味づけの問題が議論のなかで除外できない主題となるのである．

すなわちそれは，人間的である限りでの超越性を示す人間の特質である．

文 献

1) Heidegger M：存在と時間（上，中，下）．桑元努訳，岩波文庫，1960．
2) Jonas H：主観性の復権—心身問題から｛責任という原理｝へ— 宇佐見公正・滝口清栄共訳，東信堂，1981．
3) Habermas J：Knowledge & Human Interests (English translation)，Polity Press，1987．
4) Polanyi M：暗黙知の次元—言語から非言語へ— 佐藤敬三訳，紀伊国屋書店，1980．
5) 廣松渉：新哲学入門，岩波書店，175，1988．
6) Hume D：Enquiries concerning Human understanding and concerning the Principles of Morals (reprinted edition 1975)，Oxford University Press，1777．
7) EngerhardtJr HT：健康と病気の概念．新しい医療観を求めて（スピッカー S，エンゲルハート T 編 石渡隆司他編訳)，26–53，1992．
8) 前掲書７） 35
9) 前掲書７） 46–47
10) Sumner LW：The Moral Foundation of Rights，Oxford University Press，1987．
11) 関谷真他：高齢者の QOL の理論と概念構造に関する研究 平成11年度岡山県老人保健強化推進事業計画 川崎医療福祉大学要介護高齢者の QOL 評価に関する研究班 （主任研究者 江草安彦)，1–8，2000．
12) Minkowski E：生きられる 時間—現象学的・病理学的研究—２ 中江育生・清水誠・大橋博司訳，みすず書房，1973．
13) 前掲書２） 237
14) 飯田精一：福祉を哲学する．近代文藝社，1992．
15) 平成10年度岡山県老人保健強化推進事業計画 要介護高齢者の QOL 評価に関する総合的研究および平成11年度同事業計画 要介護高齢者の評価に関する実践的研究 川崎医療福祉大学要介護高齢者の QOL 評価に関する研究班 主任研究者 江草安彦

（平成14年５月２日受理）

Theory on Practical Appropriation of Values to Daily Economy of Human Life

Makoto SEKIYA

(Accepted May 2, 2002)

Key words : VALUE, TRANSCENDENTALITY, HUMAN ECONOMY OF LIFE, CONCEPT OF DISEASE AND HUMAN NEEDS

Abstract

The theory on values has been often reiterated as a last resort in the philosophical thinking. in the way that the value concept has the clue to the transcendental foundations of human conducts through which we find the meaning and direction of our experiential world. The author gave an idea on a practical use of such a theory and logic of values particularly concerning the ethical decisions.

The concept of disease or illness and that of human needs in the personal pursuit of well-being were interpreted as the holistic comprehension of categorical analysis of human existential foundations. on which our decision on the choice of performance would be made as value-laden.

In conclusion, in the daily economy, even in its single triviality, of human conducts and performances the value pursuit will never be excluded in the reality of human life which primarily characterizes and validates the holistic actual human existence.

Correspondence to : Makoto SEKIYA

Department of Medical Social Work, Faculty of Medical Welfare,
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.12, No.1, 2002 15–25)