

慢性 Chronicity⁽¹⁾ の概念とその臨床的意味

ステュアート・F・スピッカー
(訳) 酒 井 明 夫

目 次

- (一) はじめに
- (二) 時間の四つの意味
- (三) 慢性病とそれに対するケア—患者と治療者
- (四) 慢性病とそれに対するケア—糸球体腎炎の一症例
- (五) 結 語

要約

医療の現場では、「急性」や「慢性」の病氣という概念が頻繁に用いられる。これらはいずれも「時間」や「期間」の観念を前提にしているが、哲学者や科学者にとってはきわめてやっかいで矛盾に満ちたものである。本論では「時間」の四つの意味を区別し、その上で、患者と医師は同じ時間を共有してはいないことを示したい。さらに「時間」という複雑な観念をよりわかりやすくするために、糸球体腎炎の一症例を紹介し、慢性の経過をとる病氣の治療と介護について考えてみたい。この古典的な症例を「時間」的観点から分析することによって、慢性病の治療の機微が明らかになってくるのである。

(一) はじめに

日々の生活のなかで、われわれはしょっちゅう、「いま何時ですか」というような、ごく簡単な質問を口にする。このような質問に答えることは容易である。というのも、われわれは、自分たちが「そのなかに」存在している時間を指し示すことができるようなシステムをすでに作り上げているからである。このシステムがまったく人工の産物であることは、先に挙げたような質問に対する答がもう一度問いなおされることから明らかである。すなわちわれわれは、質問自体をより根本的な次元に移し変えて、時間的形式のなかに存在するというのはいったいどういうことなのか、と問うこともできるだろう。哲学者が、ありふれた日常の問いの数々を改めて問いなおす時、それらはまったく異なる意味性を帯びてわれわれの前に浮かび上がってくる。今何時ですか、という問いが発せられるとき、そこにはもうすでに、われわれが時間的存在であるということが前提されているのである。事実、生きられる

時間にはいくつもの方式や様態があるにしても、われわれは時間を超越することはできない。われわれは不可避免的に時間的存在であるにもかかわらず、この深遠な謎を解き明かすための正しい道筋について、いまだに十分な知識を得ていないのである。

(二) 時間の四つの意味

(1) 「客観的時間もしくは世界時間」

聖アウグスチヌスの『告白』には、たびたび引用され、よく知られたつぎのような文章があるが、ここには、すっかり日常に溶け込んだものがいかに洞察を拒否するかが示されている。「時間とは何だろう。誰も私にそれを尋ねなければ、私は知っている。しかしそれを聞いた人に説明しようとする、分からなくなる^(三)」。しかし、子供たちはみな時間を告げることを学ばないのだろうか。われわれ西欧人の生活は、時計、カレンダー、時間表、スケジュールなどを基準にして営まれているのではないのか。「自分たちに残された時間」はうんざりするほど長くて、もうそれには耐えられないと思っっている慢性病の患者を除けば、一日、一週間、一ヶ月などが意味するものについて考えたことのない人がいるだろうか。これから見ていくように、出来事や過程を計測するという行為のうちにある、—時間のなかで生きる—われわれが時間をそれとして考えることができるだけでなく、出来事（ことに生物学的な出来事や過程）を計測して、その結果を、人間の行為の説明や計画の達成と関連づけて説明できることが示されているのである。

現代の医療の場で頻繁に使われる「慢性 chronic」、「急性 acute」という言葉は、紀元五世紀にはもうすでに、ヌミディアの医学者カエリウス・アウレリアヌスの著作のなかに現われている。ラテン語の「acutus」という語

は、「鋭い、素早い sharp」と訳されるのがもつとも適當かもしれないが、この語は、「chronos」とは正反對の概念を表すものとして用いられた。そして、これらの用語は、それぞれ、急激な経過をとる病いと長期にわたる病いに適用され、のちにケルスの著作にも再び登場する^(三)。これらの言葉は、私が「客観的時間」と呼ぶ時間の第一の意味（「宇宙時間」とか「世界時間」とも呼ばれる）をよく言い表している。この時間概念は、物理的過程のうちに置かれるすべての事物や、さまざまな精神状態にあるすべての心に対して、計測可能な一定の時間的位置を与える。われわれが月、週、日時の単位で予定を立てる時に使っているのもこの時間概念である。それは、「まだ頭在化しないある核から臨床的段階へ、さらに臨床の早期から臨床的明証へと推移する時間であり、『また』、患者の病気の持続期間を判断したり、その病気がどれほど『早期に』発見されたのかを判定するのに極めて重要な意味を持つ時間なのである^(四)。したがってこの時間概念は、個々の患者における「病気の時期測定」として言及されることも多く、症状発現に先だって行われた尿検査、理学的検査、X線検査などの所見を後から比較検討することによって得られる場合もあり、また、特定の症状の持続期間を客観的に計測することによって決定される場合もある^(五)。ここまでの話からすれば、時間計測によって知られるある病気の時間性は、患者と医師双方の意見が一致する地点であり、どちらの側でも（いわゆる）生物学的な事象や病気の持続期間を計ることができるのだ（心理学という科学が生まれるきっかけとなった、「反応時間の個体差」という周知の問題を除けば）、という結論を出したくなるかもしれない。私がこのような例を述べてきたのは、事象や過程の「計測」ができるというこの時間概念の特徴を、数量化を排除するような他の時間の意味と対比させるためである。後者に属する二つの時間の意味について述べる前に、さらに他の二つの時間の意味について簡単に述べておきたい。

(2) 「履歴書の時間」

医療の場では、患者の病歴を取る時に「履歴書」の時間が問題となるが、この履歴書は個人への称賛や非難の根拠となるものであり、「生の流れ、もしくは歩み」と言うこともできようが、しかし実際には流れというよりも（道筋や川にたとえられるような時間でもなく）、出来事、決断、人生の節目、業績、失敗、過去の重い病気などを選択的に網羅したものである。

この時間の意味は、たしかに主観的で固有なものではあるが、誕生から死までの間に起こる出来事と同様、ある種の計測手段によって把握され、表現され得るものである。すなわち、われわれは、ある個人の時間の特有な意味に関心を寄せる伝記作家や医学史家となって、あらゆる人間の「履歴書」に記された出来事の日付けを正確に特定できるのである。ここでは、病歴が「採取」されて記録され、病いの発症時期が特定された患者の「診療記録」がいったい誰によって必要とされるのかは言うまでもないと思う。これら二つの時間の意味は、通常「時間的経過 chronology」という標題のもとに一括され、時間を客観化する（最初に述べた時間の意味）ような時間計測法に従う。

(3) 「生きられる経験の時間」

時間の第三の意味は、主観的、もしくは心理学的—現象学的時間とも呼ばれるものである。それは、われわれひとりひとりに固有な展望もしくは（非空間的な用語で言えば）、記憶、現前、未来への期待など、個人の「時間的な」生の営みを土台として得られる世界経験である。このような時間の様態は、長期間ベッド（ある患者にとって）は死の床であるような）から出ることのできない慢性病患者が、どのようにその存在様式を変えていくかを見るとき、ことさらに興味深いものとなる。慢性病患者の心理学的—現象学的時間は、ほとんどの場合ひどく窮屈なものである。過去のいろいろな計画は意味や重要性を失い、ほとんど実質的な価値を持たなくなる。健康な時に思い

ついたそれらの計画は、今となつては無駄で馬鹿げたものに見えるようになる。ファン・デン・ベルクは、自分が慢性病にかかつていた時に、つぎのように書いています。

「過去はつまらない、どうでもよいようなことばかりだったように思える。私には、自分がなすべきことをほとんどやらなかったように感じられる。未来も過去もその輪郭を失い、私はそのいずれからも退き、過去にあったことやこれから起こることを私から奪いさるこのベッドの上で、現在に縛りつけられている。健康な時、私は未来に生きており、未来が私の義務を紡ぎだすために必要とする限りでの過去に生きていた。数えるほどの特殊な場合を除いて、私は現在に生きたことはなく、現在を考へることもなかった。しかし、この病の床は、私を現在から逃がすまいとして^(六)いる」。

ここで指摘しておかなければならないのは、慢性病患者の重い時間障害は、心理的な解除反応をも引き起こすということである。慢性病自体によつてもたらされた歪みや混乱状態は、さまざまタイプの「慢性症 chronopathies」の原因となり得る。慢性病患者が何も未来に期待できず、実現可能な未来も持てずに、自らの横たわるベッドが「永久的な監禁^(七)」の場になる、ということは決してまれなことではない。健康な状態であれば、正常な生の拍動が営まれ、「収縮」と「拡張」は同じ回数出現するが、ベッドに縛りつけられた慢性病患者には規則正しい「収縮」はもはやない。というのも、拡大、発展という意味での「拡張」、つまり戸外へ出るというような、外部へと方向づけられた運動がそこには欠けているからである。

(4) 「現象学的な内的時間意識」

四番目の時間の意味は、もつとも基本的なもので、ある意味では他の三つの時間性の様態を可能にする条件とも言えるものである。このいわゆる、超越的—現象学的時間は、ある単一な経験の「流れ」の枠内に属するすべての経験を一義的に規定するもの、と要約することができる。この内的—時間意識については、つぎのようなエドムント・フッサールの言葉を挙げるだけで十分だろう。「この時間は、完全に他からは独立した。しかもきわめて難解な問題領域につけられた名称である」^(九)。客観的時間もしくは世界時間は、今述べたような超越的—現象学的時間意識とはつきり区別されなければならない。後者は「〔現前する〕—時間」であり、「〔現前する〕—持続」である。このもつとも基本的な意識の位相は、決して計測されることはない。

(三) 慢性病とそれに対するケア—患者と治療者

さて、本論のそもそもの目的にとりかかるために、これらの時間が患者と治療者との関係においてどれほど重要な意味を持つかを考えてみよう。病気の時間経過は、患者と治療者双方の科学的な物の見方によって客観化されている（器官、細胞、生理学的過程、解剖学的構造などは、医者ばかりではなく、自らの身体が病気に冒されている「患者によつても」客観化されるのである）とはいえ、自らの慢性病に対する「患者の知覚」が、患者の慢性病に対する「治療者の知覚」と同じでないことだけは確かである。さらに、慢性病のケアに対する「患者の知覚」が、長い客観的時間の間に治療者が患者に行うそうしたケアに対する「治療者の知覚」と異なることも明らかである。

今示したような四つの「時間的観点」をそれぞれ別個に考えてみよう。まず、自らの慢性病に対する患者の見方は、優れて個人的なものであつて、数量化できるものではなく、そのことは、ファン・デン・ベルクが四番目の時間の意味、すなわち心理学的—現象学的時間の意味を述べた個所にすでに示されていたとおりである。第二に、こ

のような主観的時間や、過去と未来が患者にとってまったく変わってしまったという心理的变化とは別に、何か月、ときには何年にもわたるケアを受けるという患者の経験がある。患者の立場からすれば、医療従事者たちの介入は、病いの発症以来、何か月にも何年にもわたる食事療法や治療法を通して、患者の生きられる経験のすべてと密接に結びついている。患者の立場（休息の場？）からすれば、慢性病のケアは、自らの生活にすっかり溶け込んでその一部となる。このことは、八歳から糸球対腎炎をわずらってずっと治療を受けていたが、次第に悪化して（二五〜三〇歳で）末期を迎えたトーマス・アデイスの患者の例が証明している。この患者はひどい浮腫に冒されていた。アデイスはこう書いている。「浮腫はほとんど彼自身の一部となり、そのために、彼の体に生じる波動さえもごくあたり前のこととして受け取られた^(一)」。第三に、ケアを提供する側の人々が患者の病気をどう認識しているかを考えてみなければならない。ここでケアを提供する人々というのは、医師、看護婦、その他の医療従事者のことであるが、彼らは、患者の慢性病が計画的な医学的治療、薬物投与、外科処置などに還元されてしまう限り、患者とは切り離された傍観者となる。その場合、ケアを提供する人々が慢性病の患者について抱く時間的展望とは、出来事的时间的経過を示すものとしての診療記録に「目を通し」、それによって、不確定な今後の経過を含む未来へと投企された予後を「読み取る」ことに他ならない。患者自身も、「いつ何々ができるようになるか」という質問、たとえば、「来月になったら歩けるようになるでしょうか」、「一二月には休暇を取れるくらい回復するでしょうか」と尋ねることによって、こうした傾向を助長するのである。第四に、ケアの提供者は、患者の人生（病期？）のなかにある特別な瞬間を作りだすような決定を行わなければならない。提供者の時間的立場から見た慢性病のケアには、一定の時間に計画的に食事や薬物を与える（たとえば四日に一度、八時間に一回の投薬というように）ことから、始めと終わりが不確定な精神療法といったより複雑なものまで、さまざまな時間のスペクトルが含まれて

いる。要するに、患者とケアの提供者は、「同じ時間的秩序を共有していない」のである。観察する行為と観察される事物がまったく異なる時間的秩序に属しているように、患者の慢性病と、慢性病のケアに対する患者の認識は同一の時間的秩序に属してはおらず、また、慢性病と、それに対する医療従事者のケアもまた同じ時間的秩序に属してはいない。慢性病において患者の世界が崩壊していくにつれて、彼の生きられる時間性も崩壊していく。しかし、ケアを提供する者には、このことはあてはまらない。

(四) 慢性病とそれに対するケア——糸球体腎炎の一症例

一九四八年にトーマス・アデイス博士は、『糸球体腎炎——診断と治療』^(二二)という著書を発表した。この古典的著作は、血液透析やさまざまな腎透析法が開発される以前に書かれたもので、医師や看護婦がこの特殊な病気の患者を診断し、治療することに役立つようという意図がこめられていた。彼の考え方は、腎疾患の患者にはとりわけ注意深い管理が必要であり、腎臓に「休息」を与えるためにあらゆる努力を傾けるべきである、というものであった。腎臓に余計な「作業」を強いることは、即患者の病気を悪化させ、死期を早めることにつながる。「正常に機能するネフロン」の数が減っている^(二三)腎臓を「休息」させることは、腎臓が行う濾過「作業」を最小限に抑えることであり、これこそ臨床上の目的であるとされたのである。

この本の後半で紹介されている症例は、八歳の男の子の例である（すでに言及したように、三〇歳ごろに死亡したあの症例である）。アデイスの、細心の注意と思いやりで満ちた治療（臨床と検査所見の両面での厳密な評価と、改良を加えられた食事療法を含む）は、この重症の糸球体腎炎の患者を二二年間も生存させることに成功した。もしこうした細心の治療が行われなかったら、子供の余命や予後はもっとずっと短くなっていたであろうし、おそらく

一〇歳か一二歳までしか生きられなかったに違いない。この症例は二二年間フォローされ、その間、血清中の尿素、クレアチニン、蛋白質が何度となく測定され、尿中への蛋白質の出現率が頻回に算出された。アデイスはつぎのように述べている。

「もしわれわれが、合理的な治療には、これらのほかにもさまざまな物質の測定を長期に渡って行うことが不可欠であると考えらるならば、当然われわれは自分の手でそうした作業をする必要に迫られる。しかし、われわれには、病歴をとり、身体的所見を調べ、患者を治療し、通常の検査法によって明らかになるこれらの物質の数値を検討したりする時間がないのである」^(一四)。

ここでわれわれが認識しなければならぬのは、臨床を効率よくこなすことによつてどのくらいの仕事量が可能となるか、という問題である。というのも、臨床検査を行うには非常に多くの時間が必要だし、またそれにかかる莫大な費用も負の要素として働くからである。(アデイスはこれに続いて、そうした患者を支えるには看護婦の役割が重要であることを指摘し、彼女らの仕事は「個々の患者の診察にまで拡張され得る」^(一五)と述べている。これは実に一九四八年に言われたことなのである。)

さらにアデイスによれば、もっとも重要なことは、腎臓という器官が完全に身体全体の支配下に置かれていることである。腎臓の病氣、という言い方は誤った抽象化に過ぎない。病氣が「主に」腎臓にあるとしても、症状は腎臓に限局しているのではなく、他の部位をも巻き込み、全身に及ぶのである。

『糸球体腎炎』の最後の五〇頁で、アデイスは、患者の腎臓に最大の休息を与えるという治療理論を具体的に説

明している。そのなかで彼は、この慢性病の経過を、初期、潜伏期、増悪期、末期の四つに区分している。これら四つの時期は明確に区別されるわけではないが、病気がある時期から他の時期へと徐々に推移していく際には、「それに相応した治療上の^(二六)変化」が不可欠とされる。彼は、「休息」を操作的につぎのように規定している。(1)「尿に含まれる水以外の物質の割合をできるだけ低い値にすること：(2)これらの物質の尿中の濃度を、血漿中の濃度に限りなく近づけること」。そして彼は、この目的に従って、蛋白質、水、塩の摂取量を患者ごとに細かく設定している。(この食事療法は二二年にわたって続けられたことを思い起こしてほしい。)

ここでは、長期にわたる食事療法や、時期に応じたその改変などの詳細について述べるつもりはないが、ただ、この患者は八歳の時にはもうケアを受けるようになり、この自分の役割を、物理学の博士課程の時も教授になってからも放棄することなく果たし続けたということは言うておくべきだろう。一〇になる前に、もうすでに「彼の通院間隔は三カ月に一度、あるいは六カ月に一度にまで延長されていた^(二七)」。やがて月日が流れ、障害部位の範囲が変化するにつれて、蛋白質、水、塩の摂取量も変更されていった。この患者の障害は治癒せず、潜伏期を経て増悪期へ、さらに末期へと移行していったが、彼の増悪期は二四歳から始まった。年月とともに蛋白質の消費量は増加せざるをえなかった。というのも、尿から失われる蛋白質の量はどんどん増えていったからである。栄養士に助言をおおぐこともしばしばだった。

このように勇敢な、しかも忍耐のいる作業を重ねていたにもかかわらず、アデイスの姿勢はあくまで謙虚だった。彼のつぎのような言葉には、典型的なイギリス人の控えめさがよく現われている。「われわれは、彼の血漿中の蛋白質濃度を持続的に上げていく方法をまだ知らない。その知識が得られないうちは、われわれの治療法はたんなる対症療法にすぎない^(二八)」。この当時はまだ、「糸球体腎炎で浮腫が発生するメカニズムについてはほとんど知られ

ていなかったのである^(二九)」。

最後の数か月間、患者は自分の病いを、たとえばネフロンに発生するいくつかの病的過程というふうに客観的に捉えることはなかった。アデイスは書いている。

「自分の病気を客観的に見るというのは、病気に対する彼のきわめて自然な態度とはなはだしく食い違うものだったろう。これは、われわれが患者の知恵と呼んでいるもので、それはわれわれの目の届かないところでゆっくりと成長していくのである……。唯一の無難な対策は『放っておく』ことだが、この否定的戦略にもケアが必要なのである^(三〇)」。

(五) 結 語

ほぼ二三年経過して最後の時期に入ったこの患者の病いを考える時、人間的視点、社会的視点がわれわれの前に姿を現わしてくる。細胞変性の度合いが計測できる「客観的時間」の観点からすれば、この患者はもはや死んだも同然である。しかし、このような解釈は、患者の「主観的」時間性と、彼が自分の生に与えている価値に立ち戻ってみることによって避けることができる。というもの、彼自身もまた生きたいと望んでいる、という事実があるからである。この点では、アデイスはきわめて保守的である。彼はつぎのように述べている「われわれは、悲劇の最後の場面を見るために舞台のそでに退くのである^(三一)」。

一九四八年に出版されたこの症例記述は、価値観が色濃く反映されているという点では、二千年以上前のプラトンの『国家』^(三二)に登場する慢性病の記述とあまり違わない。プラトンは、医術と鍛錬を自らに施し、不断に自分の不治の病いを観察し続けながら死を先送りし、食事療法を守ることによって「老年者への榮譽」を勝ちえようとする

ヘロディクスについて書いてある。^(三三) プラトンはつぎに、この裕福な人間と対比するかたちで、ある大工職人を登場させる。この大工は自分の仕事を一生懸命やる男であった。プラトンは、「もし誰かが彼に長期にわたって頭に包帯を巻いたり、その他もろもろの治療を受けるように厳命したとしても、彼は即座に、自分には病気になっていない暇などないし、病いに占有されて目の前の仕事もできないような人生は生きるに値しないと言う。そして、彼はそんなことを言う医者に別れを告げ、いつもの生活に戻り、健康を回復し、自分のやりたいようにやって生きていくのである。もし彼の体が負担に耐えられなければ、彼は死んでこの世のやっかいごとからすべて解放されるだろう」。プラトンは続けて、「このような男にとっては、これこそが医術の正しい用い方なのである」。^(三四)

もしプラトンが現代に生きていたとしたなら、彼は、慢性病と延命の努力に対する自分の見解をどのように訂正しようとするだろうか。プラトンが密かに提出している重要な問い、すなわち、「医術の正しい用い方とは何か」をわれわれ自身に何度も問いかけてみることは、その都度意義のあることにちがいない。このことは、将来われわれが、プラトンが想像もしなかったほどの慢性病の増加をみることになるだろうという予想によってなおさら重要なものとなる。慢性病に対するケアには、テクノロジーの粋を集めた、専門的かつ道徳的な取組みが必要とされているのである。

注

(一)「chronicity」という言葉は、一八六一年頃から、病気のある性質もしくは状態を表わすために用いられてきたようである。たとえば『オックスフォード英語辞典』には、「その経過の慢性度 chronicity に比例して」とか、「傾向としては慢性 chronicity へと向かう」(一八七八)などの表現が記載されている。私は、この語は多少古めかしいものではあるが、しかし長期にわたって持続する病気や病いを、その時間的側面を強調して表現するには有用であると考えた。医師たちは、六カ月もしくはそれ以上持続する病いを慢性とすることが多いが、しかしこの操作的

概念は決して chronicity の系統的分析には結び付かない。

(一) アウグスチヌス、『告白』、第一一巻、一五章、Robinson and Rease, London, 1912. *Quid est tempus? Si memo a me quaeret, scio, si quaerenti explicare velim, nescio!*

(二) John H. Dirckx, *The Language of Medicine*. New York: Harper and Row, 1976, pp. 59-60. (マクソン・マークス、『医学の言語』)

(三) Alvan R. Feinstein, *Clinical Judgment*. New York: Robert E. Krieger Publishing Co., 1967, p. 210. (アルヴァン・ファインステーン、『臨床的判断』)

(四) 前掲書、pp. 210-211. ファインステーンは、たとえば「早期」、「末期」などの時間的概念は発見された病気に ついて言われる事が多いが、実際に計測された時間(つまり客観的時間)に基づくことはほとんどなく、腫瘍の解剖学的段階から演繹されることを指摘している。「小さく限局した腫瘍は「早期」と推定され、大きく広がった腫瘍は「末期」と推定される。したがって、癌の「早期」治療という考え方は完全に思弁的なもので、時間的経過と つぎよりは解剖学に基づいたものなのである。」

(五) J. H. van den Berg, *The Psychology of the Sickbed*, Pittsburgh: Duguesne University Press, 1966, pp. 27-28. (ヤン・ファン・デン・ベルグ、『病床の心理学』)

(六) 前掲書、p. 63. ファン・デン・ベルグのこの書を参照のこと。 *The Phenomenological Approach to Psychiatry*, Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1955. (『精神医学への現象学的アプローチ』、pp. 12-15頁、60-83頁)

(七) Edmund Husserl, *Ideas: A General Introduction to Pure Phenomenology*, London: Allen and Unwin, 1931, p. 234. (エドムント・フッサール、『イデーメン：純粹現象学への序章』)

(八) Edmund Husserl, *The Phenomenology of Internal Time-Consciousness*, (ed.) Martin Heidegger (trans. J. S. Churchill) Bloomington: Indiana University Press, 1964. (エドムント・フッサール、『内的時間意識の現象学』、Göttinger Universitätsvorlesungen (1940-1910) 及び『時間意識』、pp. 1-12) 以下のようになかたが出版された。Vorlesungen zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins, in Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung (1928). 上記参照。 *Husserliana*, Band X

(ed. R. Boehm) Haag: Martinus Nijhoff, 1966., p. 236 (『フッサリアーナ』第十卷)

(一〇) 前掲書, p. 23.

(一一) Thomas Addis, *Glomerular Nephritis: Diagnosis and Treatment*, New York: Macmillan Co., 1948, p. 308. (トーマス・アデイス『糸球体腎炎：診断と治療』)

(一二) 前掲書。この重要な著書を私に紹介してくれたオットー・グッテンタークに感謝する。

(一三) 前掲書, p. vii.

(一四) 前掲書, p. viii.

(一五) 前掲書, p. ix.

(一六) 前掲書, p. 266.

(一七) 前掲書, p. 290.

(一八) 前掲書, p. 303.

(一九) 前掲書, p. 307.

(二〇) 前掲書, p. 310.

(二一) 前掲書, p. 311.

(二二) プラトン、『国家』、第三卷、406-408頁

(二三) 前掲書, 406b.

(二四) 前掲書, 406d-e.