

# AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川医科大学紀要(一般教育)(2009.03) 第25号:23~42.

医学教育の中でスピリチュアリティに関する講義は必要か

杉岡良彦

*Ann. Rep. Asahikawa*

*Med. Coll.*

*Vol.25, 2009*

## 医学教育の中でスピリチュアリティに関する講義は必要か

### **The necessity of lectures on spirituality in Japanese medical education**

杉岡 良彦

**Yoshihiko Sugioka**

---

#### **Abstract**

The purpose of this paper is to discuss and emphasize the necessity of lectures on spirituality in Japanese medical education. The paper consists of three main parts. In the first, we attempt to clarify the meaning of the relevant terms: spirit, spirituality, spiritual care, and so on. The basic concept of spirit in the medical field assumes that the spirit is a person's essence and warrants and constitutes the wholeness in people, which means the integration of somatic, mental, and spiritual aspects. Furthermore, being human means being free and responsible and, as V. E. Frankl demonstrated, having the inner ability to search for life's meaning. In the second part, we review the characteristics and methods of contemporary medicine and its view of a person. Japanese medical professionals, particularly medical doctors, are unfamiliar with the concepts of spirituality and spiritual care. Therefore, it is essential to consider the relationship between the spiritual concepts and contemporary medicine. In the last part, we discuss the reasons why lectures on spirituality are needed in Japanese medical education. We propose three reasons for this requirement: (1) patients, particularly the dying, have spiritual needs; (2) contemporary Japanese medical education has few lectures on spirituality, whereas it places great emphasis on the acquisition of knowledge on biomedicine and the clinical techniques to diagnose and treat patients; and (3) spirituality lectures in medical education will help students to understand the nihilism that pervades medicine and also provide them with a basic appreciation of human dignity.

キーワード：医学教育、スピリチュアリティ、スピリチュアルケア、緩和医療、医学における人間観、medical education, spirituality, spiritual care, palliative medicine, a view of a person in medicine

---

旭川医科大学医学部医学科健康科学講座

e-mail:sugiokay@asahikawa-med.ac.jp

## はじめに

医療分野において、特に緩和医療の分野では「スピリチュアルケア」という言葉がしばしば用いられる。一方、スピリチュアル・カウンセラーという肩書きの江原啓之は、雑誌や TV にも多く出演し、一般向けの多くの著書もベストセラーになっている。江原の霊視によって悩みが解消され、人生の受け止め方が変わることもとされ、こうした癒しに対しては「スピリチュアル・ヒーリング」<sup>1)</sup> という表現も使われている。「スピリチュアル」という表現には、江原に代表されるような「スピリチュアル・ヒーリング」などのイメージが重なり、医学あるいは科学の分野では何か胡散臭いものと看做される傾向にあることも否定できない。

この論文は医学の中でスピリチュアリティとは何を意味するのかを考え、はたして医学教育においてスピリチュアリティに関する講義が必要であるか否かを考察することを目的とする。

### 1. スピリチュアリティとは何か？

#### 1.1. 医学の中でスピリチュアルという表現が用いられてきた最近の経緯

スピリチュアリティに関する議論でよく話題にされるが、WHO の健康の定義改訂の議論である。従来、WHO（世界保健機関）はその憲章前文のなかで、「健康」を「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."（昭和 26 年官報掲載の訳）と定義してきたが、1998 年の WHO 執行理事会（総会の下部機関）において、「健康」の定義を「完全な肉体的、精神的、spiritual 及び社会的福祉の dynamic な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」"Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." と改める（下線部追加）ことが議論された<sup>2)</sup>。その後、結局この提案は採択に到っていないが<sup>3)</sup>、健康の定義の中でスピリチュアルという言葉の使用が議論されたことは日本においても少なからぬ反響を与えた。

ところで、健康の定義改訂の議論がなされる以前、すでに WHO はスピリチュアリティに関する問題を緩和医療の中で取り上げていた。緩和ケアとは、「治療を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題（spiritual problem）の解決が最も重要な課題となる。」<sup>4)</sup> とされ、スピリチュアルな問題に取り組む重要性を明記している（1989 年の議論）。そして、スピリチュアル（霊的）という用語について、『『霊的』とは、人間として生きるということに関連した経験的一側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉である。多くの人にとって『生きていること』がもつ霊的な側面には宗教的な因子が含まれているが、『『霊的』は『宗教的』と同じ意味ではない。霊的な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の『生』の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。特に人生の終末に近づいた人にとっては、自らを許すこと、他の人々との和解、価値の確認などと

関連していることが多い。」<sup>5)</sup>と明確な記述が見られる。昨年(2008年)日本医師会より出された『2008年版がん緩和ケアガイドブック』の中で、「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦悩の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。」<sup>6)</sup>とWHOが2002年に提出した緩和ケアの定義が取り上げられている。さらに同書では、このスピリチュアルな問題に関して「生きている意味や価値についての疑問」<sup>7)</sup>と説明する。このように、WHOは緩和医療と健康の定義の中で、「スピリチュアル」という表現を用い、前者においては今からちょうど20年前に当たる1989年にその議論がすでになされていた。

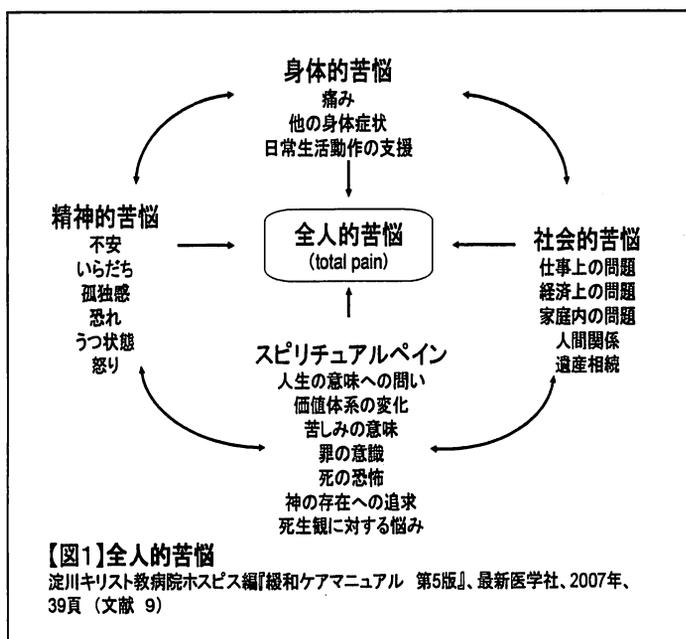
### 1.2. スピリチュアルケアとスピリチュアルペイン

緩和医療の現場では、スピリチュアルケアという言葉がしばしば使われる。関西学院大学神学部教授でこの分野での研究と実践の第一人者でもある窪寺俊之は、スピリチュアルケアに関して以下のように定義する。「スピリチュアルケアとは、肉体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛の緩和と並んで、患者のQOLを高めるには不可欠なケアで、特に死の危機に直面して人生の意味、苦難の意味、死後の問題などが問われ始めたとき、その解決を人間を超えた超越者や、内面の究極的自己に出会う中に見つけ出せるようにするケアである。日常生活では、知性・理性など合理性が重視される傾向があるが、スピリチュアルケアは、日常生活では忘れられて過ぎていた目に見えない世界や情緒的・信仰的領域の中に、人間を超えた新たな意味を見つけ、新しい『存在の枠組み』、『自己同一性』に気づくことである。」<sup>8)</sup>

ここで、肉体的苦悩、精神的苦悩、社会的苦悩に加えて、スピリチュアルペインという概念があり、そのスピリチュアルペインに対するケアの中心がスピリチュアルケアであることをまづおさえておこう。

【図1】は、日本において緩和ケアにかねてから熱心に取り組んできている淀川キリスト教病院による4つのペイン(苦悩)の図解である。「患者の苦しみを身体的だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルにも把握し、それらが相互に関連する“全人的苦痛”

(total pain)として理解すること」<sup>9)</sup>の重要性を指摘する。



一方、このスピリチュアルペインについて、窪寺は「超越者との関係の欠如、究極的自己の喪失などが原因で、病気の中でのわたくしの生きる意味、目的、価値の喪失などからくる虚無感、無力感、疎外感、喪失感、怒り、いらだちなど」<sup>10)</sup>であると説明する。ところで、【図 1】にもあるように、total pain の中で、「心理的苦悩」と「スピリチュアルペイン」が分けられている。心理的苦悩とスピリチュアルペインの違いに関して、「心理的苦悩が人間関係における不適応や葛藤に根ざしているのに対して、人生の目的、苦悩の意味、死後のいのち、罪の意識からの解放などはスピリチュアルペインである。心理的苦悩が主に人間関係の原因で起きているのに対して、スピリチュアルペインは実存的問題に悩むことが原因であるといえよう。」<sup>11)</sup>と窪寺は説明する。しかし、なぜ両者を区別し、わざわざスピリチュアルペインと呼ぶ必要があるのか。この疑問に答えるためには、そもそもスピリットとは何かという問題の考察が必要である。それは、人間存在の構造に関する考察でもある。

### 1.3. スピリットとは何か？

#### 1.3.1. フランクルの議論

人間に対して人間性という言葉があり、神に対して神性という言葉があるように、スピリットに対してスピリチュアリティという言葉があることができる。つまり人間性や神性が人間や神の性質あるいは本質を示すように、スピリチュアリティはスピリットの性質あるいは本質を示すものと考えられる。それでは、そもそもスピリットとは何か。医学の中でスピリットの問題を考察した人物として、ウィーン大学医学部で神経学、精神医学の教授であったフランクル(Viktor Emil Frankl. 1905 - 1997)がいる。フランクルは、ニコライ・ハルトマンやマックス・シェーラという哲学者たちが人間に関して、「身体、心理、精神(スピリット)」という3つの領域の存在論的差異を質的に異なるとの観点から正しく評価した点を認めつつも、彼らは人間存在の全体性 wholeness を充分考慮に入れていないとする<sup>12)</sup>。この全体性とは、身体的、心理的、精神的な側面が統合されていることであり、精神という核心部分こそが、人間の統一性と全体性を保証し構成するとする<sup>13)</sup>。「人間の本質的基盤としての『精神的なもの』"the spiritual"が無ければ、この全体性は存在しない」<sup>14)</sup>つまりフランクルにとって、人間は「心身の統一」ではなく、「身体的—心理的—精神的な統一にして全体」"eine leiblich-seelisch-geistige Einheit und Ganzheit"<sup>15)</sup>である。

さらにフランクルは、人間を自由で責任存在であるとみなす<sup>16)</sup>。自らのアウシュビッツでの強制収用所体験と、精神科医および神経科医として日々の臨床のなかで回復困難に思われる多くの患者と接してきた体験とを併せ持つフランクルの人間理解には説得力と重みがある。フランクルの人間理解で興味深いことは、「人間の生命の内にある根源的な力」を人間が意味を求め、即ち「意味への意志」"the will to meaning"である点である<sup>17)</sup>。これは当時のフロイトやアドラーという精神分析医が人間を「快楽原則(快楽意志)」あるいは「権力意志」の視点から理解していたことと対照を成す。そして人生の意味が何であるのかは、人間が問いかけているのではなく、人生が人間に問いかけるのだとする。人間はその人生からの問

いかけに応答する response することが、人間の責任 responsibility であると述べる<sup>18)</sup>。フランクルによれば、人間がスピリチュアルな存在であるというのは、「自由、責任、意味への意志」という観点から論じられなければならない。そして、こうした特性を可能にするのが人間のスピリットである。また彼はスピリチュアルという表現について、「他の動物と共有する現象とは異なり、我々が特に人間的な現象を扱うことを示す表現である。」<sup>19)</sup>と述べるように、スピリットあるいはスピリチュアルという表現は人間固有の働きを指し示す。

このようにフランクルによれば、人間においては身体的次元、心理的次元、精神的次元の3つの次元を区別することが出来、各々の次元は人間全体として統一されている。その統一を可能にするものがスピリットであるとした<sup>20)</sup>。

つまりフランクルのいうスピリットは、(1) 人間存在の本質あるいは核心 core であり、機能的には(2a) 人間存在の統一性を可能にするといういわば生命的機能と、(2b) 自由と責任という精神的機能の両者を含んでいると考えられる。

### 1.3.2. スピリットの多義性と人間観

京都府立医大の棚次正和教授は、スピリットの原義であるラテン語 spiritus とそれに対応するヘブライ語 ruah ギリシャ語 pneuma に共通する4重の意味として「①風という物理的 (physical) な意味、②息という生理的 (physiological) な意味、③知・情・意を含む内的生命としての心理的 (psychic) な意味、そして④人間に超越的に働く「生命原理」としての超自然的 (supernatural) な意味」<sup>21)</sup>を指摘する。

オックスフォード現代英英辞典でもスピリットの名詞での意味としては12種類が挙げられているが、「人間存在を構成する一部としての意味」だけでなく、「肉体を離れて死後も生存すると信じられる魂 soul やゴーストの意味」があげられている。

つまりここで注目したいのは、フランクルではスピリットの二つの機能は、上記の4つの意味のうち、②や③の意味に当たる。さらにそれ以外にも、スピリットの意味として、④超自然的な意味あるいは死後も存続する魂などの意味、すなわち「神、聖なるもの」という人間存在を超越する意味を含むとすれば、この点がおそらくスピリットやスピリチュアリティに関連した議論を混乱したものにし、医学領域ではスピリチュアリティに関して非科学的で胡散臭いという印象を与える原因の一つになると思われる。この点はさらに後に論じる。

さて、スピリットに関する上記の4つの意味の③に関し、棚次も「心」の意味を、霊 (ruah, pneuma, spiritus) と心 (nephesh, psyche, anima) の二つに分けて考える。スピリット (霊) が人間存在の本質であるとするなら、人間を「心と身体」という二つの次元から考察する心身二元論では充分でなく、スピリット (霊) を含めた三元論となることは容易に理解される。棚次は、こうした人間観を「霊心身三元論」<sup>22)</sup>と表現している。また、また、統合医療という言葉の提唱者であるとされるアリゾナ大学医学部のワイル (Andrew Weil) は、統合医療の定義の中で人間全体として「身体 body、心 mind、スピリット spirit」の3つの側面を明記する<sup>23)</sup>。さらに、淀川キリスト教病院の全人的医療は、「からだ、こころと、たましいが一体である

人間(全人)に、キリストの愛をもって仕える医療“a medical ministry in Christ's love serving the patient as a total unity of body, mind, and spirit”<sup>24)</sup> であるとし、同様の3つの分類がなされている。ところで、今回取り上げた3つの次元に言及する人間論は実は必ずしも新しいものではない。ヨーロッパ(あるいはキリスト教)の思想史では霊 Geist・魂 Seele・身体 Leib という三区分法が伝統的に行われてきている<sup>25)</sup>

こうしたスピリットに関する理解から、我々は以下のスピリチュアリティに関する定義をよりよく理解できる。例えば、窪寺によればスピリチュアリティは、「すべての人の内に宿っている資質」<sup>26)</sup> であり、このことは普遍的事実であるとする。また、スピリチュアリティに関して、「人類という生物を構成している一部分である」(Narayanamy)あるいは、「人間一つに統合する力、すなわち人間の生活全体にいきわたる生命の本質である。」(Dossey&Guzzetta)との記述もある<sup>27)</sup>。テイラー(Taylor E. J)も「スピリチュアリティとは、人間の活力と行動や思考になくはならない基本的要素である」<sup>28)</sup> とし、これまでなされてきた複数の定義をまとめて、「人間が本来もっている普遍的な特性を指していることがわかる。スピリチュアルな特性は誰にでもあり、それは人間のすべての部分を統合し、行動を起こさせ、気力を出させ、生活のあらゆる状況に影響を与えている。」<sup>29)</sup>と説明する。

「医学・看護・福祉の分野では、「スピリチュアル」は「人生の意味と目的」に関わる意味で用いられる」<sup>30)</sup>とされ、フランクルも「意味への意志」を「人間の生命の内にある根源的な力」とみなしていたが、スピリチュアリティの機能<sup>31)</sup>に関して、窪寺は以下のようなユニークな考えを提示している。「スピリチュアリティとは、自分の存在の意味が脅かされた時に、危機状況の中で生きる意味を見つけ出すように働く機能で、自己保存・自己防衛機能として働いている。」<sup>32)</sup>これを生物学的に考察し、「自己防衛としてのスピリチュアリティは人間が長い人類史の中で進化させたと考えられる。人間はさまざまな自然・社会環境を生き抜き、生存・繁栄という生物学的欲求を貫いてきた。人類の種として生き残るという欲求が動因となって、自己防衛の機能としてスピリチュアリティが進化の過程で形成されたと推察できる。」<sup>33)</sup>つまり、生物学的進化と関連させながら、スピリチュアリティを考察し、スピリチュアリティの「自己保存・自己防衛機能」という機能を意味づけている。

以上のスピリットに関する議論を踏まえれば、先に我々が提示した疑問、つまり【図1】のtotal painにおいてなぜ「心理的苦悩」と「スピリチュアルペイン」が区別されているのかの理由が明らかになる。つまり、日本ではあまりなじみの無いスピリットという概念であるが、それは人間を構成する固有の存在あるいは人間の本質とみなされ、人間は身体、心理、スピリットの3つの側面を有すると伝統的に理解されている。こうした人間観に基づけば、人間の心理的次元に関わる(由来する)苦悩が「心理的苦悩」であり、スピリチュアルな次元に関わる(由来する)苦悩が「スピリチュアルペイン」と理解できる。よって、心理的苦悩とスピリチュアルペインが区別されることはむしろきわめて受け入れやすい区別なのである。

#### 1.4. 宗教とスピリチュアリティ

さて、宗教とスピリチュアリティの関係に関して整理しておくことは必要である。これまで見てきたように、まず医療現場においてスピリチュアリティは「人生の意味や目的」として理解されることが多かった。それは人間誰もがもつ要求であると考えられる。さて、「人生の意味や目的」の根拠を何に見出すかによって宗教とのつながりの有無が生じる。この点で明確な主張を提供しているのは فرانクル である。彼は、「非宗教的な人間は自らの現存在を単に使命として、したがって自分の責任への呼びかけとして体験しています。それに対して、宗教的人間は、それに付け加えて、使命を果たす審判者をも体験するのです。つまり宗教的人間は、その使命を、神からの委託として体験するのです。」<sup>34)</sup>と述べる。つまり、先に見たようにフランクルは人生の意味が何であるのかは、人間が問いかけているのではなく、人生が人間に問いかけるのだとする。人間はその人生からの問いかけに応答する response ことが、人間の責任 responsibility であると考えたが、その責任に答えることを、「神からの委託として体験する人」を宗教的人間であるとみなす<sup>35)</sup>。このようにしてスピリチュアリティは宗教との関連を持つ可能性があるが、神（仏）という超越者との関係を考えないのであれば — 少なくともフランクルの考えからは — 宗教との関連を持つとはいえない。

ここで見過ごすことのできない重要な点は、宗教とスピリチュアリティはともに、神仏（あるいはサムシンググレート<sup>36)</sup>）という外在的なイメージの超越的存在、あるいはしばしば「本当の自分」また仏性と表現されるような我々の内部（もちろん空間的な意味ではなく比喩的な表現であるが）に想定される存在との「かかわり」を求めるという点では共通しているとの点である。それゆえ、「宗教あるいは超自然との関連が無いのであれば、私はその信念、実践あるいは体験をスピリチュアルとは呼ばず、ヒューマニスティックと呼ぶ。」<sup>37)</sup>という主張は尤もである。

しかし、宗教とスピリチュアリティの共通点の一方で、「自分はスピリチュアルではあるが宗教的ではない」"I am spiritual, but not religious."と主張する人は多くいる。では、宗教とスピリチュアリティの違いは何であろうか。一般に宗教は一定の組織、制度を持っており信仰の対象となる神仏（超越者）は明確に定められている。しかし、スピリチュアリティは外在的あるいは内在的な何らかの超越的あるいは超自然的存在を認めるが必ずしも特定の組織にとらわれない超越への個人的な関係に支えられていると考えられる。

この点に関しては東大宗教学の島菌進教授は、「スピリチュアリティ（靈性）とは、個々人が聖なるものを経験したり、聖なるものとの関わりを生きたりすること、また人間のそのような働きを指す。」<sup>38)</sup>と定義した上で、もともと「特定宗教の枠内で一定の規範ののっとって経験されて、生きられてきたものであったスピリチュアリティが、特定宗教の枠を超え、個々人が自由に探求し、身につけることができるようなものと考えられるようになってきた。」<sup>39)</sup>と説明している。つまり、歴史的には宗教とのかかわりを持っていたスピリチュアリティが特定宗教の枠を超えて広がりを見せているとする。島菌は 1960 年代、70 年代にかけて欧米で「ニューエイジ」あるいは日本で「精神世界」と呼ばれていたものを包摂して「新靈性運動・文化

new spirituality movements and culture」<sup>40)</sup>と名づける。そして、「新霊性文化の当事者は、ゆるやかなネットワークと柔らかい多面的なアイデンティティを良しとし、権威的な組織と固い一元的なアイデンティティとをきらう。それが新しい霊性の人的結合の面での特徴であり、ここに伝統的教团的な宗教との主要な違いの一つがあると考えられている。」<sup>41)</sup>と指摘する。

「自分には宗教心はないと思う人ですら、すべての人がそうするように、人生の意味を探し求めている」<sup>42)</sup>といわれるように、人生の意味を捜し求めることがスピリチュアリティの「あらわれ」であるなら、誰もがスピリチュアルであるといえよう。個人のスピリチュアリティは、歴史的には特定の宗教の教えや儀式を通じて育まれてきたが、現代では、必ずしも宗教権威的組織や強固なつながりに縛られないひろがりを持っている。そして、社会的な運動との関連でスピリチュアリティを考えるならば、むしろ宗教へ抵抗する傾向を持っていることもある。

以上、WHOの緩和ケアや健康の定義改訂の議論におけるスピリチュアルケア、スピリチュアリティをめぐる考察から出発した我々は、これらの概念を整理しつつ、「身体 body、心 mind、精神 spirit」という3つの次元、「霊心身三元論」という人間理解に行き着いた。

しかし、こうした考察はこれまでの医学、つまり通常我々が考える生物医学とどのような関係にあるのだろうか。この点を明らかにしなければ、医学教育においてスピリチュアリティの問題を語る理由が十分に理解されない。

## 2. 医学におけるスピリチュアリティの位置

精神科医の香山リカは、スピリチュアルにはまる人々は「自分がいま夢中になっているスピリチュアルが、オウム真理教のような危険なカルトや怪しげな新興宗教と実は地続きなのだ、という連続性の感覚がきわめて乏しい」<sup>43)</sup>と警告する。そして、「『科学的に証明されていないからといって、すべて偽とはいえない』から『たとえ科学的には偽でも、人々の心を豊かにするならいいではないか』まで、さまざまなレベルで『目に見えない世界』の意義や正当性を主張しようとする意見、主張がある。」<sup>44)</sup>とし、「この価値観の広まりこそが、スピリチュアル・ブームを支える最大の要因になっているのではないだろうか。」<sup>45)</sup>と、スピリチュアル・ブームを批判する。香山はその本の中で、科学や医学をどのように考えるのかの明確な概念規定を与えないまま、スピリチュアルなものと科学あるいは医学との漠然とした対立図式のもとで議論を展開している。実際、医療者の多くも、スピリチュアリティに関して「漠然とした不信任感」、「非科学的で胡散臭いという思い」を抱いているのではないかと思われる。

こうした疑問を払拭し、スピリチュアリティに関する真摯な議論を医学の中で展開するためには、医学の学問としての特徴、医学の方法論、医学における人間観の変遷を理解しておく必要がある。

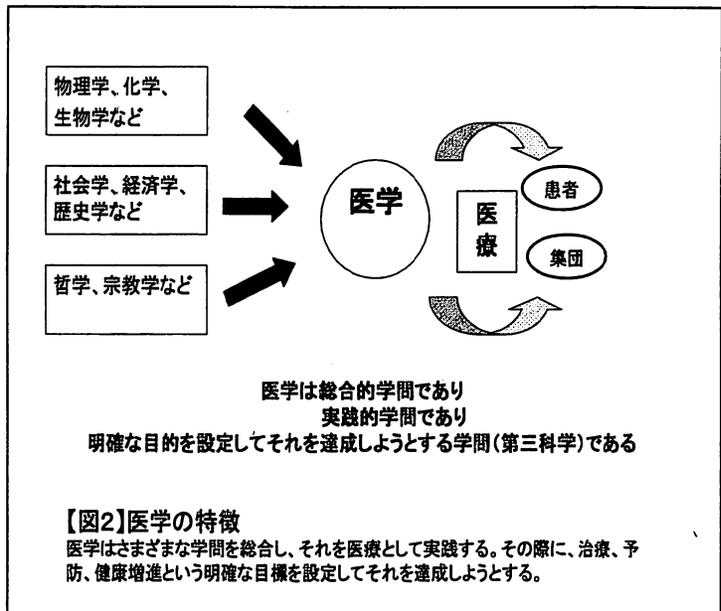
### 2.1. いわゆる諸科学と医学の違い —医学の学問としての特徴—

農学の哲学としての農学原論という学問の日本における創始者である柏祐賢は、新カント学派、特に西南ドイツ学派による科学論が、物理学や生物学などの自然科学 *Naturwissenschaft* と歴

史学や経済学などの文化科学 Kulturwissenschaft の二つに分類してそれぞれの科学の根拠を基礎付けたことを踏まえ、農学や医学などの応用科学 applied science といわれるものを第三科学として位置づけた。柏祐賢に拠れば、まず自然科学は価値とは無関係に、普遍的なものを抽出し、法則定立的な方法に基づいて展開し、一方、文化科学は一定の価値視点から(価値関係的に)、個性的なものを抽出し、個性記述的な方法に基づいて展開する<sup>46)</sup>。これに対して第三科学は、「自然科学における知識および歴史科学(文化科学)における知識を前提とし、土台として、それらを人間の目的的な営みのために最高の成果をあげ得るがごとく、組み合わせ、試験的方法によって確認した知識の体系である。」<sup>47)</sup>したがって第三科学は、未来展望的 prospective、目的設定的 purposive、計画構想的 projective であるという特徴を持つ<sup>48)</sup>。

柏祐賢はこのように農学や医学などを第三科学として基礎付け、第三科学が単なる自然科学や文化科学の応用ではなく、固有の方法を持つことを明らかにした。この第三科学論を踏まえて、筆者は医学生に医学の特徴を講義する際には、「医学は

- ① 総合的学問であり、
- ② 実践的学問であり、③ 明確な目的を設定してそれを達成しようとする学問(第三科学)である」と説明し



ている【図2】。「総合的学問」であるというのは、医学の中には物理学も化学も生物学も、歴史学や社会学や経済学も含み、また哲学や宗教学をはじめとするあらゆる学問の考え方や方法をも含むことを意味している。「実践的学問」および「明確な目標を設定して」とは、医学は単なる知識で終わるのではなくその実践が大切であること、つまり具体的に病む人を苦しみから救い、あるいは人々を疾患から予防し健康を増進するという課題(治療、予防、健康増進)を明確にし、その達成にむけて具体的に実践するという医学の特徴を示している。

## 2.2. 医学の方法論<sup>49)</sup>

いわゆる近代医学の有効性が多くの人々に納得されたのは、ウイルヒョウ(1821-1902)の細胞病理学(病気の座がはっきりと細胞という目に見え、扱うことが出来る対象にあることが明らかにされた)やパスツール(1828-1895) コッホ(1843-1910)などの細菌学説、さらにはエールリッヒ(1854-1915)をはじめとする抗生物質の発見・開発によるところが大きい。現代医学の進歩を支えるものとして、近代医学から続く人体の詳細な構造と機能の解明およびそう

した知見に基づいた治療方法の開発があるが、それを支える主要な方法として分子生物学がある。ワトソンとクリックによる DNA の二重らせん構造の発見（1953 年）以来、急速に進歩したこの分野のおかげで、近年の分子標的治療薬の開発に見られるように、病気の原因が分子レベルで解明され、例えばがん細胞に特異的に発現する分子を標的としたり、活性化された細胞内シグナルの阻止など、疾患特異的な治療が可能になる。一方、この 10 数年で、医学界に生じた大きな変化の一つは臨床疫学と evidence-based medicine (EBM) の台頭であるといわれる。有名な臨床疫学の教科書の中で「1980 年代は、臨床疫学は医学の支流であった。（中略）今では臨床疫学は臨床医学の主流である。」<sup>50)</sup> と述べられ、さらに「臨床疫学は臨床医学の基礎科学である」<sup>51)</sup> と明記される。臨床疫学の出現によって、基礎医学の単なる応用としての臨床医学ではなく、また医師の個人的経験に基づいた医療ではなく、治療法や予防法の効果を分子生物学とは異なる科学的方法で明らかにした医療を提供することが（たとえまだ充分でないにせよ）可能になる。つまり現在の医学を支える主要な基礎科学として、分子生物学と臨床疫学を挙げることができ、これは医学研究の方法論の大きな変化でもある。

### 2.3. 医学の中の人間観の変化

生物医学は人間の身体に注目するが、その心理社会的要因の身体への影響があらためて評価され、身体だけではなく心理社会的要因を含めたより包括的な枠組みから人間や医療を考えていこうとする動きも現れた。フロイト（1856-1939）の精神分析、キャノン（W. Cannon. 1871-1945）のホメオスターシス homeostasis の概念、セリエ（1907-1982）のストレス学説等を理論的支柱とし、心身医学という新たな分野が出現した。日本でも九州大学医学部に初めて精神身体医学講座（現在の心療内科）が設置され、胃・十二指腸潰瘍、気管支喘息、蕁麻疹などの「心身症」のために、それまで他の診療科を受診するも症状が長引き病気に苦しんできた人々が心身医学的アプローチによって回復していく様子は、その初代教授である池見西次郎の多くの著書にも記されている<sup>52)</sup>。心身医学は現在、「総合医学、全人的医療へと発展」<sup>53)</sup> しつつあり、これを支える医学・医療モデルは 1977 年エンゲル（Engel GL）によって発表された biopsychosocial medical model（人間を身体的、心理的、社会的側面から捉えようとするモデル）<sup>54)</sup> が展開されつつある。つまり人間が、「身体的側面」→「身体的、心理的、社会的側面」と、近代医学以降、全人的という概念とともに、多面的に考察されようとしていることがわかる。

### 2.4. スピリチュアルなものとの科学的証明および医学の人間観

以上の考察を踏まえ、スピリチュアルなものとの科学的証明および医学の人間観の関係を考察しよう。まず、人間存在の本質としてのスピリットの存在は、科学的証明の対象とはなりづらく、その証明は困難である。特に自然科学において、明確に証明されないものを採用しないのは、現象の多様性をできる限り少数の原理から説明しようとする科学の基本的な態度であり、それは「オッカムの剃刀」としてよく知られている。だがスピリチュアリティに対する医学的態度はスピリチュアルな対象があるか無いかを問題とすることではない。香山のスピリチュア

ルなものへの批判の根底には、スピリチュアルなものが科学的に証明されない点にあるが、そうした概念を採用せず議論を進めることを無条件で良しとすることは、科学的ではあっても必ずしも医学的ではない。香山の立場は医学を単なる科学の応用（応用科学 *applied science*）であるとする立場である。さらに、科学的に証明できないものをただちに「偽り」であるとみなし、スピリチュアリティに関する研究を行うことさえ、非科学的であると批判するのであれば、それはもはや科学者の判断ではなく、科学主義者の独断である<sup>55)</sup>。

ところで第三科学論が示すように、医学は自然科学や文化科学の単なる応用ではない。「医学は①総合的学問であり、②実践的学問であり、③明確な目的を設定してそれを達成しようとする学問（第三科学）である」と医学の特徴を先に3点挙げたが、医学にとって大切なのはスピリチュアルペインに関与すること、あるいはスピリットの存在を前提とした様々なケアにおいて、患者の QOL や疾患のアウトカム、あるいは医療経済などにどのような効果があるのかをしっかりとした方法に基づいて証明することであろう。ただしこの医学的証明は「証明されるか、されないか」という二分法ではない。臨床疫学では、研究の質が区別される。例えば大学教授や博士号をもつ研究者などの専門家の意見は、最も根拠の質が低いものとされ、無作為化比較対照試験（RCT）は最も質の高い研究であると看做される<sup>56)</sup>。このように科学的根拠の質は段階的に異なる。この点を見失うと、質の低い研究による証明で「医学的に証明された」と謳う疑似科学的な主張がまかり通る。大切なのは、質の高い医学的証明がなされることである。いまだ医学的証明がなされないにもかかわらず、あたかもそれが医学的に証明されたように振る舞い、現代医学の用語を用いることで、その科学性を偽装することは、まさしく疑似科学の態度である。

最後に、これまでの医学の人間観との関連では、先に見たように、エンゲルは身体的要因だけではなく、心理的要因や社会的要因の重要性を訴え、*biomedicine* から *biopsychosocial model* の必要性を訴えた。人間全体として、「身体、心、精神（スピリット）」というとらえ方が重要であるとすれば、ここで *biopsychosocial model* から、*biopsychosociospiritual model* への転換が必要とされるだろう<sup>57)</sup>。それは従来の医療モデルと全く異なるものではなく、今までの医療モデルに新たに *spiritual* な次元を加えたものとなる。ただし、スピリチュアルな次元は他の要素のように疾患に影響を与える要因 *factor* ではなく、人間の本質であり主体 *agent* である。

### 3. 医学教育の中でスピリチュアリティに関する講義を行う意義

#### 3.1. 臨床上の要求

米国にあるデューク大学医学部の「スピリチュアリティ・神学・健康センター」の共同所長で、宗教と医学に関する多くの論文や著書もあり、また精神科医療、高齢者医療の専門医の資格を持つコーニック（Harold G. Koenig）は、なぜ医療者（特に医師）が忙しい臨床現場の中であえて患者のスピリチュアルニーズに取り組みなければならないのか、その理由を7つ挙げている<sup>58)</sup>。以下、やや詳しくその理由を見ていこう。

- 1) 多くの患者は宗教的であり、大多数が自分たちの信仰が医療の中で考慮されることを

好ましいと思っている。高齢、女性、病気、そして宗教的な患者は、自らの宗教的な要求を医療者に認めてもらいたい、そして取り組んでもらいたいと思っている。しかし、患者は医療者の機嫌を害したり、あるいは不愉快にたくないで、自分ではそうした宗教的要求を言い出しづらい。

- 2) 宗教が患者の病気への対処能力に影響を与える。アメリカのある地域では 90 パーセント近くの患者が、病気になったときに宗教的信念の助けを受けており、こうして宗教を利用する患者は他の患者よりも上手に病気に対処していた。
- 3) 宗教的信念と実践が医学上のアウトカムに影響を与える可能性がある。ストレスが身体に与える効果を考えれば、患者のスピリチュアルニーズと感情面のニーズが満たされないことは患者の免疫、内分泌、循環器系に負の影響を与える。
- 4) 患者は信仰のコミュニティから遠く離れて入院することもあり、宗教的援助を提供してくれる場所から孤立することも多い。
- 5) 宗教的信念と儀式は患者が行う医学上の決定と対立したり、あるいは他の場合には医学上の決定に影響を与える。特に、がん、重大な肺疾患、終末期の状況にある患者、キリスト教原理主義グループ、エホバの証人、など。
- 6) 宗教的信念と関与は退院後や医師の治療が終了したあとと患者がコミュニティで受けるヘルスケアとモニタリング（監視）に影響を与える。協力的な信仰コミュニティの中にいる患者はそのコミュニティの人々に電話や訪問、感情的な支援の提供、診療所への車での送迎、服薬のチェック、きちんと食事を取っているかどうかの確認、などをしてもらう。協力的な信仰のコミュニティがこうした援助をしていることを医療者は知る必要がある。
- 7) 医学、看護学、精神医学の研修プログラムは今ではあらゆる卒業生が患者のもつ文化的背景に考慮した医療を提供することを保証するよう要求されている。病院認定合同委員会（JCAHO）は、急性期病棟、老人ホーム、在宅医療サービスを受ける人のすべての患者で、スピリチュアル・ヒストリーを取り、文書に残すことを要求した。

以上からコーニックは、「患者は身体的、心理的、社会的要求と、スピリチュアルな要求をもつ唯一の人間である。医療を最大限に高め人間全体を治療しようとするのであれば、こうした要求に取り組まなければならない。」<sup>59)</sup>と主張する。海外と日本で宗教に関する捕らえ方は異なるとしても、スピリチュアリティは「すべての人の内に宿っている資質」であった。将来使用する薬剤の作用機序や副作用、具体的な診断手技等を医学生時代に勉強するように、将来要求されるスピリチュアルニーズに取り組むために、スピリチュアリティに関する講義を行うことは医学部の中で不可欠であると考えられる。

さらに注目すべきことは、スピリチュアリティを患者のケアに統合するための訓練の必要性が、海外の医学教育の中でますます認識されてきており、1992年には、「宗教、スピリチュアリティ、医学に関するコース」を提供したのは3つの医学部だけだったが、2006年までには、アメリカとカナダの141校の医学部のうち100校（全体の70パーセント）以上がそうしたコースをもっていたという<sup>60)</sup>。

### 3.2. 医学教育の現在の問題点とスピリチュアリティに関する講義の意義

医学教育において、スピリチュアリティを問題とすることは、非科学的で迷信的な思考に医学生を曝露し、科学的思考を妨害することではない。医学教育に限らず大学教育で大切なのは、批判的で合理的精神を培うことであろう<sup>6 1)</sup>。その点では、近代医学が自然科学を導入してきた当時の態度と我々はその理念を共有しているといってよく、スピリチュアリティを考慮する医学の中でも脈々と力強く受け継がれるべき態度である。

#### 3.2.1 医学知識偏重教育への批判は正しいか

かつて、医学教育に対してなされた医学知識偏重への批判、つまり医師免許をとったばかりの医師は医学知識は豊富にあっても、実際の臨床現場で役にたたない、もっとはっきり言えば、即戦力として役にたたないという批判が多く聞かれた。これに対しては、2つの点からの考察が必要である。まず1つ目の考察は、医学教育は即戦力の医師を育成するのが最も優先される使命であるのかという点である。医学の知識は広く深く、また日進月歩で新たな知識と新たな手技の学習が必要とされる。その意味で、生涯にわたる医学の修得が必要とされる。ウサギと亀の比喻のように、卒業時にどれだけの手法を身につけたかではなく、より大切なのは生涯にわたり知識も手技も学び続ける態度と情熱を医学生に伝え、そうした芽を医学生に育むことではなかろうか。そういう情熱を伝えられた医学生は自ずから卒業後、より高い知識と手技を習得する努力をおしまないであろう。「卒業時にどれだけ現場で即戦力として役にたつのか」という判断基準 — それは、医学教育を評価する重要な物差しではないことをしっかりと確認したい。

医学教育に対してなされた医学知識偏重への批判に対する2つ目の考察は、医学知識の中身の問題である。先に最近十数年で、臨床疫学が極めて重要な医学的方法になってきたことを挙げたが、かつての医学においては実験室で得られた科学的実験的成果を患者に応用することが、すなわち科学的医学であり医学の本流であるとの考えがあった。つまり、医学は応用科学であり、実験室で得られた科学的な（その中心は分子生物学であるといつてよいが）知識を臨床現場に応用することがより良い医学であるとの立場である。こうした立場の背景には、「実験医学」の重要性を主張したクロード・ベルナル（1813-1878）の理念が息づいているが<sup>6 2)</sup>、実験医学が必ずしも医学の唯一の方法ではないことは、臨床疫学およびその知識と手法に裏付けられた EBM が明らかにしているといつてよい。医学知識偏重で問題となるのは実験医学— 言い換えれば生物医学— に関する知識の偏重である。すなわち、医学知識偏重が批判されるのではなく、医学の生物医学重視が反省を迫られているのである。

この点を理解するには、本論で述べてきた人間存在の構造への理解、例えば人間全体として「身体 body、心 mind、精神 spirit」という視点がますます重要になる。こうした人間観が無ければなぜ生物医学重視では充分ではないのかを理解することが困難となろう。人間存在のこの3つの次元を考慮するなら、人間を対象とする医学教育において、「身体の知識=生物医学の知識」だけではなく、「心の知識=精神医学や心理学の知識」、さらに「人間の本質としての

スピリットの知識＝スピリチュアリティやそれを理解するための基礎としての哲学や宗教学の知識」が重要であることは明らかである。こうした知識は将来医師となる医学生にとってきわめて重要であると考えられるが、実際には満足にそうした講義を提供できている医学部はきわめて少ない。先ほどの医学知識偏重の批判に戻して考えれば、医学知識偏重への批判とは、生物医学の知識偏重への批判であり（誤解を避けるために繰り返し述べるが、それが他の講義に比べて相対的に多すぎるのが問題である）、一方で人間の存在構造の観点から必要とされる心理学や哲学あるいは宗教学の知識が生物医学に比べてきわめて少ないことが問題である。その点ではこうした医学知識はむしろ知識欠乏状態にある点が批判されねばならない。ただし、人間の心理や人間存在のスピリットを理解するためには、単に心理学や哲学や宗教学を講義すればよいというものではない。そうした講義を医学部で提供する教員は、それぞれの専門分野に関する知識だけではなく、医学に関する知識もできるだけ持つことが求められる<sup>63)</sup>。

### 3.2.2 良い医師とは何か —澤瀉の医学概論より—

いったい、医学教育の目的とは何であるのか。それは言うまでもなく、より良い医師を養成することであろう。それでは、より良い医師とは何であるのか。上で述べたように、より良い医師を育てる指標は、卒業時にどれだけ即戦力として働ける医師を育成できているかどうかではないことは確認した。より良い医師とは何かを明らかにするには、そもそも医学とは何であるのかを振り返る必要がある。

日本における医学の哲学としての医学概論の創始者である澤瀉久敬は、医学概論を「科学論」、「生命論」、「医学論」の3つの部分から構成した。その中心となる「医学論」の中で医学とは単なる理論、基礎研究でなくその応用こそ本質であるとし、医学は本来「医術」であるべきだと述べる<sup>64)</sup>。しかし、その術は、自然に働きかける術ではなく、人間が人間に対して働きかける、即ち「他人を自主性と自由を持つ人格者として取り扱い、行為する事である」という意味で「仁術」であるとした<sup>65)</sup>。さらに、人間を対象とするがゆえに「医学は道徳的な人類愛と、宗教的な慈悲或いは救いの観念なくしては正しくは成立しないのである」と指摘し、こうした態度を医道というなら「医道なくしては医学は無用有害な術と化する恐れをもつ」<sup>66)</sup>と、医学における医道の必要性を訴えた。このようにして、医学を「学、術、道の3つを含むもの」としてとらえた。澤瀉の指摘するように、医学が「学・術・道」の3つを含むのであれば、医学教育もその3点の習得をめざすものでなければならない。

つまり、医学知識を提供するだけの医学教育は「学・術・道」の3つのうち「学」を提供するにすぎない。もちろん、この「学」の内容に関して、現在の医学教育では人間全体としての「身体、心理、精神（スピリット）」の3つの側面を考慮するという観点からは、身体知識の獲得が偏重していることは先に述べたとおりである。また、即戦力となる医師の育成を重視する医学教育は（それは何よりも医学生自身が強く望んでいることだろうが）、澤瀉の医学論からは、身体に関する知識を中心とした「学」の部分と「術」の半分の面の習得を意味する。つまり「術」に関しては、澤瀉のいう「医術」を含むが、必ずしも「仁術」を含んでいるとはい

えない。最後に、「道」の部分は現在の医学教育でどれほど提供できているかどうかの議論よりも、現在ではそもそも「医道」とは何か、それをどのように提供すればよいのかの議論をスタートさせる段階ではなかろうか。そして、現在の医学教育では充分できていないと思われる「仁術」や「医道」に関する議論を深めるためにも、スピリットを人間の本質とする人間理解が実は極めて重要であることが理解されるであろう。

以上より、より良い医師を育てるという医学教育の大きな目的を考察するためには、二つの座標軸が考えられる。一つの軸は、「身体、心理、精神（スピリット）」という座標軸であり、もう一つの軸は、「学・術・道」という座標軸である。特に前者は人間の存在構造に基づいて、こうした3つの次元に関する知識とそれらへの対処方法が医学教育の中でどの程度提供できているのかという座標軸である。この2つの座標軸は今後の医学教育を考える際に重要な反省と改善点を提供してくれるだろう。

### 3.2.3 スピリチュアリティとニヒリズム —我々の批判—

以上、本論ではスピリチュアリティに関する講義が医学教育において必要であり、その理由として（1）临床上の要請があること、（2）にもかかわらず現在の医学教育に欠けている医学知識であること、（3）より良い医師を作るという医学教育の目的達成のためにも不可欠である（「身体、心、精神（スピリット）」および「学・術・道」の座標軸）との点から論じてきた。最後に、スピリチュアリティに潜む危険性を明記しておくことは有用であろう。

かつて فرانクルは、医学の中で、ニヒリズムが蔓延していることを指摘した。フランクルの人間観、つまり自由と責任を強く訴える彼の人間観が生まれた時代的背景は、科学の進歩とその思想を根底に持つフロイトの心の構造に関する理論がある<sup>67)</sup>。科学の還元主義的態度に支えられたフロイトの理論に対して、フランクルはニヒリズムであると批判している。ニヒリズム nihilism (nihil-ism=虚無主義)とは、フランクルに拠れば文字通り「無 (nihil)」であることを語ることによって自らを明らかにするのではなく、「～にすぎない」nothing-but-nessと語る中に隠されているのだとする<sup>68)</sup>。

スピリチュアリティに関する我々の批判あるいは危惧は、生きる意味への問い、生きることへの不安などを、単に脳内の神経伝達物質に還元したり、本能によって駆り立てられた不安にすぎないと理解するニヒリズムの態度にある。それはある一つの立場からすべての現象を過度に一般化して説明し、人間が自由と責任存在であることを隠蔽する態度である。同様のことがスピリチュアリティをめぐる問題においても生じるならば、その点こそが批判されねばならない。例えば、「あなたは前世で多くの人々を不幸にしたから、その結果、今あなたは不幸である」と自称「霊能者」に言われ、変えられない人生の不幸を嘆き希望を失うこと、あるいは「あなたには悪い霊が憑いているから、それを取除かなければいけない」といわれ、不安に駆られた人が、高額な祈祷を受けたり仏像や壺を買わされ、その後も何かの不幸があるたびに不安に駆られ、同様の祈祷や購入を繰り返すこと・・・これらのケースでは、前世や悪い霊という（世間で言うところの「スピリチュアルな」）概念が用いられ、人間がそうしたものによって

駆り立てられ、支配されてしまっている。人間は、生体を構成する分子（遺伝子）、過去の心的外傷体験、あるいは社会や環境によってすべて決定されているのではないのと同様に、前世や守護霊（もしあると仮定しても）によって決定されてしまうのではない。人間はスピリチュアルなものに駆り立てられる存在に「すぎない」と主張するなら、それは生物学主義や、心理学主義、社会学主義と同様に、人間の自由と責任を隠蔽する「決定論」に陥るのである。われわれがスピリチュアリティをめぐる現象に対して批判するのはこの点であり、スピリチュアリティの存在基盤であるスピリットが科学的に証明できるかどうかではない。スピリットあるいはその性質であるスピリチュアリティこそがこうした決定論に対して抵抗し、さまざまな要因や条件に対して決定を下す主体 agent なのである。スピリットは人間の本質であり、人間の主体的能動的な働きの根拠である。

#### 4. まとめ

本論では、医学教育の中でスピリチュアリティに関する講義の必要性を考察した。WHO の健康の定義改訂の議論または緩和医療においてすでに「スピリチュアルケア」、「スピリチュアル」の意味が議論されていることを確認した。スピリチュアルという用語に関しては、「霊的な因子は身体的、心理的、社会的因子を包含した人間の『生』の全体像を構成する一因子とみることができ、生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。」と明確にされていた。さらにフランクルの議論から、スピリットを人間の本質と考え、その人間は自由と責任存在であり、生きる意味を求める能動的主体であることを確認した。人間は心身二元論ではなく「身体、心、精神（スピリット）」の三元論の立場から理解される必要がある。

次に、こうしたスピリチュアリティの問題やスピリットを考慮した人間観は、現在の医学とどのような関係にあるのかを考察した。スピリチュアリティを医学の中で論じる際の漠然とした不信感は、「（1）第三科学としての医学の特徴、（2）分子生物学と臨床疫学を主要な研究方法とする医学の方法論、（3）生物医学での人間観から、「身体、心理、社会」というより多面的に人間が考察されてきた変化」を確認することで反省を迫られた。スピリチュアルなものの存在を証明することは、医学の中でスピリチュアリティを議論するための必要条件ではない。医学で求められているのは、臨床疫学が示すように質の高い研究方法によって、スピリチュアルケアなどが患者にもたらすアウトカムを科学的に証明することである。

以上の考察を踏まえて、医学教育におけるスピリチュアリティの講義の必要性を考察した。（1）すべての患者がスピリチュアルニーズを持つこと、にもかかわらず（2）医学教育においてスピリチュアリティに関する講義がほとんど無いこと（一方、生物医学に関する知識が大きなウエイトを占めている）、（3）「身体、心、精神（スピリット）」および「学・術・道」という座標軸から医学教育を考察することで、スピリチュアリティに関する講義の必要性がさらに理解可能になることを論じた。2006年までに米国やカナダではすべての医学部の70パーセント以上が、「宗教、スピリチュアリティ、医学に関するコース」を提供している。スピリチュアリティに関する研究と教育の議論が今後日本でも真摯に展開される必要がある。

謝辞：スピリチュアリティに関する疑問に丁寧に答えてくださり、また医学教育におけるスピリチュアリティの問題について貴重なご意見を頂いた京都府立医科大学教授、棚次正和先生、大学教育のあり方と大学教員のあり方を自らの学問への態度を通じて教え続けてくださっている京都大学大学院地球環境学堂教授、柏久先生に御礼申し上げます。

付記：本研究の一部は、平成 19 年、20 年度「文部科学省科学研究費助 基盤研究 (C)」の助成を受けて行われた。

〈注〉

- 1) 江原の本は非常に多く出されている。スピリチュアル・ヒーリングに関しては、江原啓之『幸運を呼ぶ「たましいのサプリメント」 スピリチュアル セルフ ヒーリング』（三笠書房、2003 年）などがある。TV番組の中で、再婚した女性に「あなたのお子さんは、前世で実は再婚相手の子供だったんです。だから子供さんと現在のご主人はとても仲がいいでしょ。その子がいなければ二人は結婚していなかったかもしれないです。そして二人を結びつけたのは夫の守護霊であるおじいさんです。」と述べるが、これによりその女性は再婚した「意味」を見出し、子供と再婚相手の仲のよさを「納得」できた。
- 2) 「WHO憲章における「健康」の定義の改正案について」厚生労働省ホームページ 報道発表資料(平成11年3月19日)[http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1103/h0319-1\\_6.html](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1103/h0319-1_6.html) (アクセス日 2009 年 3 月 23 日)
- 3) 白田寛、玉城英彦「WHO 憲章の健康定義が改正に至らなかった経緯」日本公衆衛生学会誌、第 47 巻 第 12 号、2000 年、1013-1017 頁
- 4) 世界保健機関編（武田文和訳）『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために』、金原出版株式会社、1993 年、5 頁
- 5) 同上、48 頁（下線は引用者による）
- 6) 日本医師会『2008 年版 がん緩和ケアガイドブック』、2008 年、8 頁
- 7) 同上、8 頁
- 8) 窪寺俊之『スピリチュアルケア学概説』、三輪書店、2008 年、58 頁
- 9) 淀川キリスト教病院ホスピス編『緩和ケアマニュアル 第 5 版』、最新医学社、2007 年、38 頁
- 1 0) 前掲、『スピリチュアルケア学概説』、59 頁
- 1 1) 同上、35-36 頁
- 1 2) V. E. Frankl, *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*, New Amer Library Trade; Rei Exp 版, 1989. p.22. なおフランクルの人間観と宗教と医学の問題に関しては、以下の論文で論じている。拙論「医学におけるホモ・レリギオース — 新たな人間像の探求 — 」『宗教と倫理』、第 8 号、p35-50、2008 年
- 1 3) V. E. Frankl, *man's search for ultimate meaning*. Basic Books, 2000, p.34
- 1 4) *ibid.* p.34

- 1 5) V.E.フランクフル、山田邦男ら訳、『苦悩する人間』、春秋社、2004年、220頁 (*Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Verlag Hans Huber Bern, 1984, p.221*)
- 1 6) “*The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*”, p.33
- 1 7) V.E.フランクフル、山田邦男ら訳、『意味による癒し』、春秋社、2004年、5頁
- 1 8) 前掲、“*man’s search for ultimate meaning.*”, p.29
- 1 9) *ibid.* p.28
- 2 0) こうした存在論的差異と次元間の統一を主張する人間論を次元的存在論 *dimensional ontology* あるいは人間論 *dimensional anthropology* と呼んだ (“*The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*”, p.22)
- 2 1) 棚次正和「霊性の人間学は可能であるか」『密教文化』第220号、2008年、43-44頁
- 2 2) 同上、47頁
- 2 3) Andrew Weil, *Health and Healing*, Houghton Mifflin Company, 2004, ix, 統合医療を「あらゆるライフスタイルを含めた、人間全体 *the whole person* (身体 *body*、心 *mind*、スピリット *spirit*) を考慮する治療志向の医学。治療関係を重視し、通常の治療も代替治療も、適切な治療はすべて利用する。」<sup>23)</sup> と定義し、この中で人間全体として「身体、心、スピリット」の3つの側面を明記する。
- 2 4) 前掲、『緩和ケアマニュアル 第5版』、5頁
- 2 5) 金子晴勇『人間学講義』、知泉書館、2003年、57-71頁
- 2 6) 前掲、『スピリチュアルケア学概説』、16頁
- 2 7) エリザベス・ジョーンズ・テイラー (江本 愛子、江本 新 (翻訳)) 『スピリチュアルケア—看護のための理論・研究・実践』、医学書院、2008年、6頁
- 2 8) 同上、4頁
- 2 9) 同上、4頁
- 3 0) 前掲、「霊性の人間学は可能であるか」、41頁
- 3 1) ここでは「スピリットの機能」ではなく、「スピリチュアリティの機能」という表現が用いられている。スピリチュアリティは本来スピリットの性質を示す表現であると考え、本論の文脈からは、「スピリットの機能」と表現されるべきであろう。
- 3 2) 前掲、『スピリチュアルケア学概説』、36頁
- 3 3) 同上、36-37頁。もちろん、窪寺の意図はスピリチュアリティを生物進化に還元して説明しようとするものではない。
- 3 4) V.E.フランクフル、山田邦男ら訳、『意味への意志』、春秋社、2002年、155頁
- 3 5) 以下の記述も、フランクフルの理解と類似した宗教とスピリチュアリティの関係を示唆する。「スピリチュアリティは自己内部や対人、トランスパーソナルな存在との結合性を通して人生の意味を探究しようとする人間存在の一部分である (Reed, 1992)。「宗教は、スピリチュアリティへの架け橋となることができる。なぜなら、宗教は人生の意味を実

- 感できるようなものの見方や感じ方や行動のあり方を鼓舞し、人々が人生の意味深さを体験できるように助けてくれるからである。」いずれも前掲、『スピリチュアルケア—看護のための理論・研究・実践』、11頁
- 36) 腎臓の傍糸球体装置より分泌され、血圧調節に関わる重要な酵素である「レニン」の遺伝子解読を行ったことでも有名な筑波大学名誉教授の村上和雄氏は、特定の神仏ではなく「サムシング・グレート」という表現で宇宙に存在する偉大な意志を表現する。例えば（『サムシング・グレート—大自然の見えざる力』、サンマーク出版、1999年）参照。
- 37) Harold George Koenig. *Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet*, Templeton Foundation Pr, 2008. ヒューマニズムについてコーニックは同書の中で「ヒューマニズムは人間的関心を支える人間的手段を通じて、真理と道徳性の探求を行う。自己決定能力を重視するため、ヒューマニズムは信仰、超自然的なもの、経典などに基づく超越的理由を拒絶する。」(p.17)
- 38) 島菌進『スピリチュアリティの興隆—新霊性文化とその周辺』岩波書店、2007年、v頁
- 39) 同上、v頁
- 40) 同上、48—49頁
- 41) 同上、62頁
- 42) 前掲、『スピリチュアルケア—看護のための理論・研究・実践』、11頁
- 43) 香山リカ『スピリチュアルにハマる人、ハマらない人』、幻冬舎、2006年、140頁
- 44) 同上、150頁
- 45) 同上、159頁
- 46) 以下の第三科学の説明に関しては柏久「第三科学としての農学と農学原論」『京都産業大学国土利用開発研究所紀要』第9号、昭和54年、1-22頁および柏久「農学論と農学史—農学史研究序説」『京都産業大学国土利用開発研究所紀要』第19号、平成10年、1-33頁を参照
- 47) 柏祐賢「農学の本質と農村計画学の重要性」1979年（『柏祐賢著作集』第11巻、丸善、1987、113頁、所収）
- 48) 柏祐賢『農学原論』養賢堂、昭和37年、383頁
- 49) 医学の方法論に関しては、拙論「医学における疑似科学の問題—代替医療は疑似科学か—」『医療と倫理』、2007年、23-31頁、参照
- 50) Robert H. Flecher, Suzanne W. Flecher. *Clinical Epidemiology: The Essentials. Fourth edition* Lippincott and Wilkins, 2005. p. vii
- 51) *ibid.*, p. v
- 52) 池見西次郎『精神身体医学の理論と実際（総論）』、医学書院、1962年等多くの著書があるが、一般向けに書かれた書物としては『心療内科』（1963年）、『続心療内科』（1973年）がある（いずれも中公新書）。

- 5 3) 中川哲也「心身医学の歴史と現状」『心身医学標準テキスト第 2 版』、医学書院、2002 年、3 頁
- 5 4) Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 1977, 129-136
- 5 5) ベルクソンは、当時科学的な証明が充分でないにもかかわらず心身並行論を主張する科学者に対して、以下のように批判する。「そう言っているのはもはや科学者としてのあなたではなくて、形而上学者としてのあなたなのです。」(「心と身体」『世界の名著ベルクソン』、中央公論社、1969 年、178 頁)
- 5 6) 臨床疫学において、エビデンスの質は①無作為化比較対照試験 (RCT) が最も高く、以下順に②コホート研究、③症例対照研究、④記述的研究、横断研究、症例報告、⑤専門家の意見であるとされる。
- 5 7) 池見酉次郎やその弟子の永田勝太郎らは「人生の意味や価値」、「生きる意味」に着目した فرانクルのロゴセラピーの考え方を取り入れて、**biopsychosocioexistential model** (身体、心理、社会、さらに実存を含め人間をとらえるモデル) を提唱した(内田安信、高島博監修、永田勝太郎編集『ロゴセラピーの臨床』、医師薬出版株式会社、1991 年)
- 5 8) 前掲、*Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet*, pp.156-160.
- 5 9) *ibid* p.160
- 6 0) *ibid.* p.24
- 6 1) 柏久『環境形成と農業—新しい農業政策の理念を求めて』(昭和堂、2005 年)の「はしがき」にもあるように、柏教授は出席メールを媒介とした対話を重視した教育を行う。
- 6 2) 「ホメオスターシス」の概念を導入したことで有名であるが、彼の『実験医学序説』(1865 年)は医学における実験の重要性、さらに実証主義的態度の重要性を示す。
- 6 3) 医学概論の澤瀉は、京大哲学科の出身であるが、医学概論の講義のために医学生と共に医学の講義にも出席し、医学関係の書物を読み漁ったという(澤瀉久敬『医学の哲学 増補』、誠信書房、1981 年、225 頁)。
- 6 4) 澤瀉久敬『医学概論 第三部 医学について』、誠信書房、昭和 34 年、5 頁
- 6 5) 同上、5 頁
- 6 6) 同上、5 頁
- 6 7) 前掲、*man's search for ultimate meaning*, pp.26-28.
- 6 8) 前掲、*The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*, p.22

(すぎおかよしひこ 医学概論、予防医学)