

[ヒューマニクス]

医学概論とは何か – その歴史的意義と使命 –

藤野 昭宏*

産業医科大学 医学部 医学概論教室

要 旨：医学概論とは如何なる学問なのかについて、1. 医学概論への誤解、2. 歴史的変遷、3. 目指す医師像、4. 教育の現在、5. 根源的思想、そして6. 医のプロフェッショナリズムとの関連、の6つの観点から考察した。医学概論とは、医学とは何かをつねに根源的に問い直す、医学の本質を見極める学問のことであり、生命倫理学、臨床倫理学および医療人類学の3本の柱とその土台である人間学から成り立つ。人間学としての医学概論を学ぶ意義は、霊性的自覚によって病いの語りへ共感し、医学を通して根源的のちを実感する癒し癒される人間関係を体験的かつ思索的に理解し、自己自身の人間性と霊性を深めることにある。そして、その根源的思想にあるのが「矛盾的相即」の考え方である。この矛盾的相即の思想を、生涯にわたって医学を通して体験的に理解すること、これが医学概論の究極の使命である。

キーワード：霊性的自覚、病いの語りへの共感、矛盾的相即、根源的のち、人間学。

(2015年8月24日 受付, 2015年11月12日 受理)

はじめに

医学概論とは如何なる学問なのか。生命倫理学や医療倫理学という名称であれば、その学問的範疇が比較的想定し易いと思われるが、医学概論という、一体どのような内容の科目なのかがなかなか見当がつかず、おそらく医学全般の概要について説明する入門的な講義のことだろうとの程度の理解しかなされていないことが少なくない。しかし、これは医学概論に対する大きな誤解である。

かつて大阪大学医学部で長らく教鞭をとっていた澤瀉久敬が「医学の本質を問い直す学問」としての医学概論の重要性を訴えていたことは、今の医学教育の現場にいるほとんどの医学部教員にでさえ知られていないのが現状であろう。最近になって臨床研究における医学研究者の倫理的態度の根幹が問われているが、大学医学部における医学生や卒後の生涯教育における医師に対するプロフェッショナル倫理教育そのものである医学概論は、まさに今こそ本格的に求められている時代に入ったといえるのではないだろうか。

医学概論と称する医学入門に関する講義科目がある大学医学部は少なからず存在するかもしれないが、澤瀉のいう医学概論を専門とする教員が医学概論教室を主宰しその教育を担当する大学は、現在80ある全国の大学医学部のうち唯一産業医科大学のみである。ただし、最近になって大学院医学研究科に専門科目として医療倫理学または生命倫理学の講座が次々と開設されており、医学概論と殆ど同様の教育と研究が行われていることは注目すべき動きである。

澤瀉によって医学概論の学問的基礎が確立され、彼の教え子であった中川米造(後の大阪大学医学部教授)によって継承され発展した医学概論が、現在にいたって産業医科大学でどのように受け継がれ、また独自の展開をしてきたのか。

本稿では、医学概論の歴史的展開と教育内容の実際について簡潔に述べた後に、医学概論とは一体如何なる学問なのかについて、その学問的特徴について論述することとしたい。その上で、医学概論の歴史的意義と使命とは何かについて考察してみたい。

*対応著者：藤野 昭宏, 産業医科大学 医学部 医学概論教室, 〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1, Tel: 093-691-7224, Fax: 093-692-2787, E-mail: fujino@med.uoeh-u.ac.jp

1. 医学概論に対する誤解

初めに、医学概論への誤解を解いておきたい。医学部で医学概論という場合、新入生である1年生向けの医学入門として、臨床医学や基礎医学をわかり易いようにその概略を講義する科目であると誤解されていることが少なくない。それは、「概論」にはただ単に概要というだけではなく、「物事の本質を問い直す」というもう一つの意味があることを知らないために生じる誤解である。すなわち、医学概論は医学入門でも医学総論でもなく、「医学とは何か」をつねに根源的に問い直す「医学の本質を見極める学問」であるということを経験的に明確にしておきたい。

医学概論に対する誤解を生じないために、各学年の最初の講義で、医学概論を学ぶ意義について、次のように教授している。

「医学概論は医学の本質を見極めて〈医学の根源を問い直す学問〉であり、医学を哲学することである。しかしながら、哲学することは、単に机上で文献学的に思索することを意味するものではない。医学教育や医療現場での〈体験を基礎にして哲学すること〉が最も大切である。自分の〈無知の知〉をしっかり自覚できること、学問として医学を愛すること、体験的な〈気づき〉によって医師としての自己の生き方を根本的に問い直すこと、この3つを生涯にわたって実践することが医学概論の究極的な意義である。その体験の積み重ねによって、自分自身の本来の生き方を新たに発見または再確認することにより、単なる知性や感性の探究に留まらず、結果として人間的・霊的な成長が得られることを目指す学問である。すなわち、医学を哲学する医学概論は、〈人間学としての医学〉を探究する学問である。」

2. 医学概論の歴史

1) 澤瀉久敬による医学概論の基礎の確立

日本で初めて「医学概論」を学問として真正面から取り組んだのは、ベルグソン哲学者であった澤瀉久敬(1904-1995)である。澤瀉は、戦時中の昭和16年から大阪大学医学部において「医学概論」を講義した。澤瀉は、医学が自ら反省し外に広く知識を求めることだけではなく、内省的に医学とは何かを探る「医学の哲学」として医学概論を定義し、その重要性を主張した。後に出版された医学概論の3部作(科学論、生命論、医学論)は、当時の哲学好きの医学生たちに少なからぬ影響を与えた。

医学概論を欠いた医学は完全ではあり得ず、医学部講座の一つとして医学教育に深く根付くべきものであり、医学や医療は国民生活の福祉に直結するという国民的見地から医学概論は必須であると熱心に説いた[1]。

さらに、ベルグソン哲学者として理論よりも事実を重視するという根本的態度から、医学論や生命論を考究していく中で、西洋医学だけではなく、生命の源である「気」の思想を土台とする「漢方医学」について高い関心をもち、その重要性についても説いていた[2]。西洋哲学者である澤瀉が、東洋医学についても深く言及していたことは意外と知られていない。

澤瀉は哲学者の立場から、医学概論は「医学の哲学」であって医学の倫理学や医道論ではないことを強く強調し、医学概論の学問的基礎を確立しようと試みた。澤瀉の医学概論に対する深い思いは次の文章に端的に示されている。

「一部のひとたちは医学概論なるものと、私の『医学概論』とを混同し、拙著を根拠として医学概論そのものを批判している。しかし、拙著は医学概論という学問が確立されるための一つの踏み石に過ぎない。立派な医学概論は今後建設されるのである。大切なことは他人の著作を単に批判することではなく、自らよりよい医学概論を考究し、それを自ら論述することでなければならぬ。学問は、すべて、破壊的ではなく建設的であればならぬ。私がやがて二十年になろうとする医学概論研究の間、終始一貫祈念し続けたことは、拙著を捨石にすることによって、秀れた医学概論の誕生を待望することであった。医学概論は一つではない。無数の医学概論が可能である。既成の医学と、医学教育の現状と、さらに医療の実情とを曇らない眼で直視し、反省することによって、よりよい医学を建設しようとする人類愛的熱意と熱情のあるところ、必ず一つの医学概論が誕生する[3].」

澤瀉にとって医学概論は、医学の哲学的基礎となる学問体系であり、現実の医療の直視と反省を土台にして歴史的にダイナミックな変化をしながら、医師自らがつねに医学の根源を生涯にわたって問い直し続ける医学の根幹となる敷石のような存在であった。

2) 中川米造による医学概論の発展

医学概論の基礎を確立した澤瀉に強い影響を受けた一人が、当時京都大学の医学部生であった中川米造(1926-1997)である。昭和22年のある日のこと、医学

そのものについて学びたいと思っていた中川は、澤瀉によって著された『医学概論 第一部 科学について』を読み、久しく求めていたものにやっと出会えたという。その年に同窓会雑誌に「医学概論序説」と題した文章を寄稿し、「医学は少なくとも人生を真に幸福ならしむべく努力しなければならない科学であり、医学者は医学とは何か、医学は如何にあるべきについて真剣に考えなければならない。それが医学概論の必要性であり、医学概論のすべてである」と述べている[4]。

卒業後に中川は大学病院で耳鼻科の助手を務めていたが、治療を行っても患者を癒したという実感を得ることができずにいたところ、昭和29年に澤瀉から推薦されて大阪大学から誘いを受け、澤瀉の後任として医師出身で初めて医学概論専任の講師となった。以来、大阪大学医学部教授として平成元年に退官するまでの41年間にわたって医学概論の学究に努めた。

中川によれば、明治初期の頃の医学論は西洋医学を導入した指導者たちによって訓辞をたれる形式の「医政論」であり、明治中期から末までの日本医学が第一期黄金時代を迎えた時代の医学論は、成功者たちによる説教的な道徳を説く「医道論」であったという。大正時代に入って大学医学部の生理系の教授が、教養としての「生命哲学」を論じるようになり、昭和に入って開戦、敗戦といった時代に医学論を担ったのは医師や医学生たちであったとしている。戦後はほとんどの大学で哲学者が「医学哲学」を教えるようになった。さらに、昭和25年頃から一般市民が医学を論じるようになり、広い意味での社会医学として医学論が始まったと述べている[5]。

中川は、この社会医学の内容を医学概論に積極的に取り入れたのである。昭和27年に医学概論の専任講師となって初めて出版された翻訳本『社会医学の意味』のあとがきの中で、次のような社会医学に対する解釈をしている。

「現代医学は、まず、肉体から精神を切り離し、生活から神秘を捨てる合理的精神によって始められた。医者が病人において見るのは、肉体的な、生理的な異常や偏倚でしかない。医師は技術者として、その技術を売ることによって生計を立てる。かつては医師は、神父や司法官と共に、聖職(Profession)とされた。また医は仁術であった。しかしながら、魂を否定した医術は、もはや、合理性のみを基盤とする技術者とならざるを得ない。それでは病む個体の、感性的な救済への要請に応えることはできなくなる。また、病む個体の苦痛に共感をいさぐ社会の声に真に答え得なくなる。ここに、

病者の主体性をも考慮に入れた技術が登場せざるを得なくなる理由がある。仁は、道徳的な要請ではなく、治療のための技術として合理的に変貌しなければならない。このような、非合理的な人間の主体性を、科学の名の下に提出し、実践的に解決しようとするもの、それが社会的ないし社会学的ということに他ならない[6].」

また、医学概論を構成する柱の一つとして、医学の史実を体系化し、総合することによって医学の全体像を見つけていく学問である「医学史」が無視できない存在であると考えた。

こうして中川による医学概論は、医哲学、医社会学、医学史の三つを柱とする学問的な基本骨格が形成され、1980～1990年代に入ると、さらに医療人類学や保健行動科学までも含めて「医学とは何か」を考究する学問として展開した。

やがて医の哲学はバイオエシックス(生命倫理学)を含めた医の倫理の研究へと発展し、保健行動科学は当時の医学教育に強い影響をもたらした。ワークショップ形式によって医学部教員自らが「気づき」を体験する合宿は、日本医学教育学会などの支援によって現在でも続いている。

さらに晩年の中川は、「宗教と癒し」のテーマについても言及しており、「死を見据える医療」についての考察も行っている。「癒し」については、中川が耳鼻科で臨床経験を積んでも得られなかったと回想しており、インドやアフリカの未開発地での呪術医の探索に積極的に参加していたことから、最終的な関心が合理的な学問を超えた「心の世界」にあったのではないかと思われる。

このように、中川にとって医学概論は、澤瀉のいう医学の根幹としての医学の哲学の枠にとどまらず、医学の科学的側面を重視しつつも、人間社会の中で意義ある学問として、医史学、行動科学、文化人類学や宗教学を含む学際的な社会科学としての医学を探究することであった。

3) 武見太郎の生存科学と医学概論

中川米造が大阪大学医学部で医学概論の研究と教育に没頭していた1970年、米国では従来の医の倫理に代わって、脳死臓器移植や体外受精などの最先端の医療技術の臨床応用の倫理的判断に対応できる「バイオエシックス」がすでに中心となりつつあった。中川も医哲学から医の倫理へと関心が移り、米国で誕生した生命倫理学の考究に入った形跡があるが、この生命倫理学が日本に積極的に導入される契機をつくったのは、

実は当時の日本医師会会長として医学関係者や政界に絶大な政治的影響力をもっていた武見太郎であった。

1975年に日本で初めて開催された世界医師会東京総会では、「医療資源の開発と配分」という生命倫理学の内容を主テーマとして全面的にとり上げており、1978年にジョージタウン大学ケネディ研究所のライクによって編纂された『バイオエシックス百科事典』の中の「日本の医療における伝統的職業倫理」を執筆していたことなどから、医師会会長という政治的要職にありながら、かなり先駆けて生命倫理学の考え方を当時の日本にとり入れようとしていたことがわかる。

当時のマスコミに登場する武見の姿は、カリスマ的な政治手腕でもって特権集団としての医師会を統率し、医療行政に対して圧力的な態度であったことから、生命倫理学と武見とがどうしても結びつかないと思われる人もいるかもしれない。

しかし、武見には一般的には知られていないもう一つの実像ともいべき姿があった。それは、叔父の影響で幼少時から法華経に親しみ、慶應義塾大学医学部在学中に仏教青年会を創設するという仏教(日蓮宗)への厚い信仰心がみられた一方で、最先端の自然科学(分子生物学や原子物理学など)への飽くなき知的好奇心が旺盛で、学問への真摯で一途な学究の徒としての姿である。自然科学への高い関心は、慶應義塾大学の医局を出た後の若き日に理化学研究所の仁科芳雄博士の下で研究した経験が強く影響しているものと考えられる。

武見は、仏教的観点から「生存の理法」に基づく「人類生存のための統合的学問体系」の必要性を医療年鑑などの医師会関係の会誌などを通して提唱し続けてきた[7]。その彼が、ポッターの「人類生存のための科学としてのバイオエシックス」の考え方に触れると同時に、ジョージタウン大学ケネディ研究所の「生物医学のためのバイオエシックス」の概念にも出会ったことで、それらを受け入れながらも東洋の国である日本の伝統を重視する独創的な「生存の理法に基づく生存科学」が展開された。

武見は、「生命倫理学とは、医療を受ける側の一般人の倫理(一般倫理)と、医師の職業倫理(医の倫理)を統合した、新しい一つの総合的な倫理体系である。しかもそれは、(～すべからず)と命じる古来からの禁欲的な倫理ではなく、現代科学の進歩に対応する新しい倫理であり、権利義務に先行する倫理でなければならない」と定義した[8]。すなわち、生命倫理学を「社会的コンセンサスが得られる新たな医師と一般人のための総合的倫理体系」として位置づけ、また倫理を「未来からの反射」による問題解決のための積極的な行動指針と

して捉えていた[9]。これは、患者の自律性を極端に強調する米国で誕生した生命倫理学と比較して武見の独創的な考え方であった。

医のプロフェッショナリズム教育の重要性が新たに評価されつつある現在、この武見による医師のプロフェッショナリズムを含む生存科学の思想には、今こそ改めて注目すべき内容が包有されていると考えられる。

当時、日本の医学界においては、この武見思想ともいべき生存科学の考え方は十分に浸透することはなかったが、晩年に創設した財団法人生存科学研究所の研究活動の中で、高名な医学者、経済学者および自然科学者らによって継承された。その一人が、産業医科大学の初代学長を14年間にわたって務めた土屋健三郎である。

3. 産業医科大学における医学概論の誕生

1) 土屋健三郎と建学の使命

若き日に哲学者になることを志したという土屋は、医学生時代に出会った澤瀉久敬の『医学概論』に深く触発され、良き医師になるためには、人生の中でつねに自己反省すること、すなわち「哲学することこそがもっとも大切である」という信念があった[10]。

土屋は慶應義塾大学医学部を卒業、インターン医を経て医師になると、家業の臨床医家ではなく予防医学の学者としての道を志した。母校の衛生学・公衆衛生学教室に入り、重金属中毒の実験的研究だけでなく、疫学的アプローチを用いた研究と教育にも情熱を注いだ。

同教室の教授に就任して円熟期に入りつつあった50代半ばを過ぎた頃、当時の日本医師会会長であり、また産業医科大学設立準備委員会の座長でもあった武見太郎から学長就任の依頼要請があり、土屋はこれを応諾した。土屋にとって武見は母校の慶應義塾大学の先輩と後輩という間柄だけではなく、武見が晩年に提唱した「生存科学」の思想に深く共鳴していた。

産業医科大学は、当時の労働省を母体として設立された産業医養成を目的とした事実上の官立医科大学であるが、産業医科大学を単なる産業医養成学校にするのではなく、医学を哲学することを通して「人間とは何か」を考究する大学でなければならないとの不退転の決意が土屋にはあった。

1978年に初代学長に就任すると、第1回入学式で「建学の使命」を提唱し、「人間愛に徹し、生涯にわたって哲学する医師」の養成が産業医科大学における医学教育の基本骨格であり真髄であると訓辞した[11]。この建学の精神が机上の謳い文句に留まることがないように

するため、全学的な組織である医学概論専門委員会が設置されて直ちにカリキュラム編成に着手し、1年から6年までの全学年にわたって22単位という画期的な医学概論教育を行うことが提案され、そのまま実行に移された。開講にあたっての土屋の医学概論に対する深慮と情熱は、次の文章の中で端的に述べられている。

「私は、産業医科大学の初代学長に就任してから、この大学の基本となる教育方針をどのような形にするか思い悩み、色々と新しい医学教育のあり方についても検討してみたが、結局は、医学教育の中でバックボーンとなるべきものは、医学生が医学とは何かを一生涯問い続けることであろうという結論に達した。そこで、カリキュラムの編成にあたって、医学概論を6年間にわたって必須科目として実施するように計画した。一方、医学に関する哲学を論議するとき、澤瀉先生が言われるように必ず生命論や科学論が中心になるであろうが、そうなると、人間とは何か、健康とは何か、疾病とは何か、さらに人間の文化や産業、生活などへもその議論は発展せざるを得なくなると思われる。そこで、私は、当然医学に係わる諸問題を中心とはするが、本学における医学概論は、広く、人間とは何かという議論まで発展させ、いわゆる人間学をも含有するものであるべきであると考えている[12].」

2) 医学概論の変遷と Early Exposure の導入

1978年から1986年までの開学当初の9年間、医学概論専門委員会委員長の鈴木秀郎(第1内科教授、後の病院長)と副委員長の本多正昭(哲学教授)が中心となって、1年から6年までの計22単位の医学概論教育の企画と運営を行った。1981年に医学概論教室の助教授として伊藤幸郎が着任し、1986年に教授に昇任すると、医学概論専門委員会に代わって伊藤が医学概論のすべての運営を担当することとなった。なお、医学概論の初代教授となった伊藤は、東京大学教養学部で教鞭をとっていた大森莊蔵教授の下で科学哲学を専攻した後に、東京医科歯科大学医学部を卒業し、都立病院で糖尿病を専門とする内科医師であった。

当時の基本的な教育手法は、6学年を2学年ずつ3クラスに分けて、心と身体、東洋と西洋、医学と倫理などの10テーマを6年間で「総合人間学」として修了させるもので、講師には各界の著明な学者を招待して傾聴させる従来通りの講義形式であった。

やがて学生と教員の双方からこうした教育手法の限界が指摘され、1983年度から入学した間もない1年生全員に重度心身障害児施設で実習をさせるという早期

体験学習(Early Exposure)が開始された。この導入を決断した伊藤幸郎は、この実習の意義について、次のように報告書の序文の一部に述べている。

「医学概論は単なる医学入門でなく、総合人間学としての役割を目指している。医師は医師である前に人間である。病いとは、生とは、死とはを考察することなしに単なる技術者になり下がることは許されない。しかも、最近の医学界における専門技術偏重の影響は卒前教育に反映し、“医師としてのマナー”を知らない若い医師を輩出させている。医学生は確かに知的エリートかも知れないが、人間の苦悩への共感を欠いているものは医師失格である。本実習は病める者への共感とともに、人間共通の“生への意義”を考えさせるために企画した[13].」

さらに、チュートリアル形式の少人数セミナーを新たに取り入れ、5年次学生に医学概論の卒業論文をチューターの指導の下で1年間かけて作成させるなど、学生が主体的に学習できるように工夫された。

4. 医学概論が目指す医師像

澤瀉と中川による医学概論の学問的遺産について先に述べたが、医学概論が目指す医師像については特に敢えて言及されていない印象がある。産業医という医師を養成する日本で唯一の大学の医学概論として、どのような医師像を目標とすべきなのだろうか。

産業医科大学の初代学長に就任した土屋健三郎は、新しく入学してくる学生たちに対して産業医科大学が目指す理想的な医師像を提示する必要があった。そこで土屋は、建学の使命を提唱し、その中で「人間愛に徹し、生涯にわたって哲学する医師」が産業医科大学の目標とする理想的な医師像であることを強調した。さらに、これに加えて「上医を目指す医師」と「感謝されない医師」についても言及し、当時の学生たちに入学式や卒業式を通して何度も訓辞された。

1) 人間愛に徹し、生涯にわたって哲学する医師

「人間愛に徹し、生涯にわたって哲学する医師」のフレーズは、土屋によるオリジナルの文言ではなく、ヒポクラテス全集の『礼儀[Decorum]』に由来したものである。その中で「医師は知恵を愛する者、すなわち哲学者でなければならない。もしそうであるならば、医師は神にも似た者になるであろう」と医師が哲学することを賞賛している。また、患者への経済状態への配

慮についても言及し、「医師は料金を決めることに気をもんではならない。ときには無料で治療せよ。もし経済的な苦境にある見ず知らずの人の治療をする機会があった場合は、必要な援助をすべて与えよ。というのは、人間愛[philanthropia]のあるところに、技術愛[philotechnia]があるからである」とする。現代の臨床医学の父としてイギリスとアメリカの医学界で永く賞賛されているウイリアム・オスラー博士は、まさにこの言葉に医師の倫理の本質を見出している[14, 15].

2世紀にローマで活躍した医師であるガレノスは、ヒポクラテス学派の伝統を受け継ぎ、「最良の医師は哲学者である」という短い論文の中で、「医師は誰でもあらゆる部門の哲学、即ち、論理学、自然学、倫理学を知らなければならない」と明言している[16, 17].

ガレノスのいう哲学的医師とは、単に哲学文献の研究者のことでなく、自分自身の生き方が正義と自制によって形成されている医師のことである。医師にとって学習と研究は基本であり、摂生した規則正しい生活をつねに心掛け、患者には礼儀正しさと慈悲深さをもって癒すこと、これが哲学する医師であるとした。

このように、「人間愛に徹し、生涯にわたって哲学する医師」は、2千年以上にわたり臨床医学の父とされている医聖ヒポクラテスの伝統そのものであり、その後継者であるガレノスの医学思想にも深く根ざしていることを改めて強調しておきたい。ちなみに、日本の大学医学部でこの伝統的医師像を謳っているのは、唯一産業医科大学だけである。

初代学長の土屋健三郎がこの医師像を建学の使命として第一に掲げたのは、相当な熟慮の末であったものと推察され、時代を貫く深い信念があったことを感じざるを得ない。このことは次の文章の中で、土屋の確固たる意思を汲み取ることができよう。

「医師は人間に奉仕するための天職である。単に学問や技術を身につけるだけでは不十分である。生とは何か、死とは何かをつねに問い、生涯にわたって哲学を勉強する必要がある。そしてその哲学を基本として、医療という職業に従事するのが本来の医師である[18].」

2) 上医を目指す医師

上医という言い方は、西暦454年から473年にかけて書かれた、中国の陳延之の著書『小品方』にある「上医医国、中医医民、下医医病」から来た言葉といわれている。この意味についてはさまざまな解釈があるが、「上医は国を癒し、中医は人を癒し、下医は病を癒す」というのが一般的な理解である。言い換えると、目前の患者の

治療に全力を尽くすのが下医、公衆衛生的予防対策を実践するのが中医、国全体の医療システムにメスを入れてすべての国民が平等な医療の恩恵にあずかることができる仕組みをつくるのが上医、という解釈になる。したがって、『小品方』に則して文字通り解釈すれば、上医は政治家や官僚を意味することになる。具体的には、国会議員や医系技官として医療政策や労働衛生政策で活躍する医師が該当する。

しかし、土屋の言うところの「上医」は、治療だけでなく病気が再発しないように予防医学を実践する医師であると同時に、働く人の健康が保持できるように企業上層部に対して組織的な対応が実践できる医師、すなわち企業組織内で医師として有機的に機能する「産業医」を指していることは明らかである。

「産業医こそが上医である」との土屋の独創的な発想によって、産業医科大学が目指す医師像が新たにもう一つ提唱された。この医師像は、1978年の開学当初にあった産業医に対する負のイメージを根底から払拭することに大きく貢献したものと考えられる。

3) 感謝されない医師

通常、患者やその家族から感謝されることは、医師としての喜びであり、生き甲斐の原点となる重要な出来事である。感謝されることを心の支えとして一所懸命に医学の実践や研究に励んでいる医師も少なくないであろう。しかし、土屋によれば、逆に「感謝されない医師」を目標とすべきであるとする。これは一体どういうことなのだろうか。

「感謝されない医師」とは、病気を未然に防ぐことを実践する「産業医」を前提にした究極の予防医学を実践する医師の姿ではないかと思われる。職場環境や作業の改善によって労働者の病的症状が劇的に改善する場合もあるが、自覚症状のない慢性疾患や軽症のメンタル疾患を有する労働者に対して面接や就業制限などを実施したときは、感謝されるよりも、むしろ嫌な顔をされることが少なくない。しかし、直接的に感謝されることが少ないことにこそ、医師として真の喜びを覚えるのが本当の医師の姿であり、利他の精神と無功德の心を貫くプロフェッションの真髄がある、ということが土屋の伝えたかったことではないだろうか。

しかしながら、感謝されないことに喜びを感じるというのは至難の業であり、あまりにも感謝されない日々が続くと、自分は必要とされていないのではないかと虚無感に襲われてしまうのが普通の感性をもった人間であろう。医師としてのアイデンティティ・クライシスに陥らないためにも、「感謝されない医師」とい

うのは、感謝されることをあたり前とってしまう傲慢な医師にならないよう、逆に患者に「感謝する医師」であれ、と積極的な意味で解釈した方が土屋の真意に近いものと考えられる。

5. 産業医科大学における医学概論の現在

澤瀉久敬の医学概論は、科学論、生命論及び医学論を、中川米造は、医哲学、医社会学および医学史を医学概論の基本骨格とした。産業医科大学では、土屋のいう「人間学」を基盤した医学概論の教育と研究を具体的にどのように進めたらよいのであろうか。

1999年から筆者が医学概論を担当することとなったが、前述の産業医科大学独自の3つの理想的医師像を目指して具体的な教育を行うために、前任者によって築かれた貴重な教育遺産である Early Exposure はそのまま引き継ぎ(ただし、実習期間を1泊2日から2泊3日に延長した)、2年から6年までの講義に関しては筆者が全面的にカリキュラムを新しく再編成した。これは、これまでの人間学としての伝統を大切にしつつも、医学概論を構成する学問として重要な柱である生命倫理学、臨床倫理学及び医療人類学の内容ができる限り系統的に学べるように工夫し、かつ自主的な参加型学習を各学年に取り入れたことが大きな特徴である。以下に各学年の医学概論のテーマと具体的内容について簡単に紹介したい。

1) 1年次：早期医療体験・コミュニケーションとは何か

1年次のテーマは、「コミュニケーションの原体験」である。医師を志す者として病む人間に寄り添い、共感するとはどういうことか、について学ぶために、福岡県内の九つの重度心身障害者施設(あゆみの里、北九州市立総合療育センター、北野学園、小池学園、聖ヨゼフ園、久山療育園、ひなた家、方城療育園、やまびこ学園)とキャンプ(療育キャンプ)、さらに二つの特別養護老人ホーム(風の家、もみじ苑)で、患者のケアの体験をする実習を行っている。六つの施設では2泊3日の宿泊研修の形となっているが、残り五つの施設では通いである。この実習は、1983年から30年以上にわたって継続して行っており、全国の大学医学部の早期医療体験学習の先駆けとなったものである。

この実習の最大の意義は、早期の医療体験で単に医師となるモチベーションを向上させることだけではなく、一人の人間として、コミュニケーションの原体験をしてもらうことにある。すなわち、言葉によるコミュニケーションが通用しない現場において、相手に共感

するとは一体どういうことかについて、コミュニケーションが上手くとれない現実の苦悩の体験を通して、新たな自己への「気づき」と「省察」を深めることに最も意義がある。そのことによって、医学生としての心構えを新たにして、病いを抱えた人間に真に共感するとはどういうことなのかの意識づけと行動変容の原体験となることが実習の目的である。

実習後には、学生主導型のグループ別反省会と全体の体験発表会を行い、さらに各施設担当者全員と教員とで会議を行って実際の学生の様子や次年度に向けての留意点などの確認を行っている(Table 1)。

Table 1. 早期医療体験(Early Medical Exposure)

1. 医学とは何か(I)	医学概論を学ぶ意義
2. 医学とは何か(II)	患者から学ぶ医療のあり方
3. 医学とは何か(III)	水俣病から学ぶ医療のあり方
4. 極限からの生還	(学外：松尾清美)
5. 患者体験に学ぶ	(産業医科大学模擬患者研究会)
6. 心ある医療をめざして	医学と仏教(学外：安松聖高)
7. Early Medical Exposure 実習	意義と目的
8. Early Medical Exposure 実習	オリエンテーション
9. Early Medical Exposure 実習	(各施設で3日間の実習)
10. Early Medical Exposure 反省会	(グループ別 前半)
11. Early Medical Exposure 反省会	(グループ別 後半)
12. Early Medical Exposure 反省会	(全体発表会)
13. Early Medical Exposure 反省会	(各施設代表者からの報告)

2) 2年次：生命倫理学・人間の死とは何か・研究発表会

2年次のテーマは、医学史を含めた「生命倫理学」である。医学概論の学問的支柱の一つとして生命倫理学を系統的に学ぶために、まずアルバート・R・ジョンセン(Albert R. Jonsen)^(註1)の拙訳『医療倫理の歴史—バイオエシックスの源流と諸文化圏における展開』(ナカニシヤ書店)をテキストとして、ピポクラテスの誓詞から生命倫理学誕生までの医療倫理の歴史的展開について、学生たち自身で他の文献を含めて調べ、グループ別に発表する機会を与えている。

その上で、米国での生命倫理学(Bioethics)誕生の歴史的経緯、インフォームド・コンセントの基礎理論、臨床シナリオを用いた医師役・患者役のインフォームド・コンセントに関するロールプレイ、医療資源の優先順位と配分、人格論、自己決定の意義、自己とは何か、脳死臓器移植の問題点(学外)、尊厳死と安楽死、ホスピスケアの実際(学外)、人間の性とは何か、医のプロフェッションナリズムなどの内容となっている(Table 2)。

Table 2. 医療倫理学・生命倫理学

1. 医学概論とは何か
2. 現代医学を哲学する 砂原茂一『医者と患者と病院と』に学ぶ
3. ヒポクラテス医学と医師の倫理
4. 医療倫理の歴史的意義と課題(I) 班別発表会
5. 医療倫理の歴史的意義と課題(II) 班別発表会
6. 生命倫理学(I) バイオエシックス入門
7. 生命倫理学(II) インフォームド・コンセントの基礎と実際
8. 生命倫理学(III) 自己決定の尊重の自己とは何か? - 人格論を再考する
9. 生命倫理学(IV) 医療資源の配分はどのように考えたらいいか?
10. 生命倫理学(V) 医学研究の倫理と利益相反とは何か?
11. 生命倫理学(VI) 人間の性とは何か?
12. 生命倫理学(VII) 終末期医療の実際 (学外:佐藤英俊)
13. 生命倫理学(VIII) 脳死と臓器移植-現在何が問題なのか (学外:栗屋剛)
14. 生命倫理学(IX) 人間の死とは何か?
15. 医のプロフェッショナリズムと生命倫理
16. 研究発表会 (1限~4限)

また、解剖学実習が始まる学年であることを考慮して、「人間の死とは何か」についてじっくり考える絶好の機会と捉え、京都大学のカール・ベッカー教授の『死の体験』(法蔵館)を題材にして毎回の講義の初めの時間を用いてさまざまな「死の体験」に関する学説を紹介している[19]。臨死体験や死後の世界に関する宗教観なども含め、医学生としてどのように「死」と向き合ったらよいかを自分自身でよく考える契機となり、安直なオカルト現象に陥ることがないように、健全な死に対する思考の免疫をつくることが目的である。

さらに、学年105名を10グループに分け、各班がそれぞれ自主的に話し合っただけで生命倫理学に関連する研究テーマを決定し、2万語以上の研究レポートを作成すると同時に、夏休みの最後の週に各班30分間の研究プレゼンテーションの機会を設けて、お互いが研究内容を評価し合う訓練を行っている。参考までに、今年度の研究テーマを表に示した(Table 3)。

なお、標準的な生命倫理教育の内容に関しては、各大学の教員による独自のカリキュラムで行われているのが実態であり、生命倫理に関する必要最小限の標準的な内容を網羅する「生命倫理モデルコアカリキュラム」はまだ存在していない。そのため、ユネスコの『生命倫理コアカリキュラム』、世界医師会(WMA)の『医の倫理マニュアル』、欧州の『生命倫理プログラム』、などの

標準的なカリキュラムを参考にして、医のプロフェッショナルリズム教育を含めた医学生のための「生命倫理モデルコアカリキュラム」となるように工夫している。

Table 3. 生命倫理に関する研究テーマ 2015

1. 救急医療の現場-救える命を見捨てる「たらいまわし」行為がなくなるには?
2. ゾンビ映画にみるパンデミック-人類は生き残ることができるのか?
3. 東洋医学に学ぶ-Gone with the Development of Medicine
4. 代理出産-タイ代理出産事件から学ぶ生命倫理-
5. 出生前診断による堕胎の可能性-その子の命は誰のもの?
6. トリアージの功罪-医療の原則の例外を考察する
7. エボラ出血熱-感染患者の権利をどのように守るのか?
8. 生体実験は悪魔の誘惑か?-被験者が与えてくれたもの
9. 世界の医学教育-世界水準の医療を見据えて
10. 医師に求められる倫理観とは-群馬大学病院死亡事故から考える
11. 2025年問題-私たちが医師になる頃の医療はどうなっているのか?

3) 3年次: 医療人類学・コミュニケーション医学・漢方医学総論, 基礎研究室配属

3年次のテーマは、「医療人類学」である。コミュニケーションの本質は、異文化交流における共感にあるという文化人類学の視点を学ぶ。ハーバード大学のアーサー・クライマン教授の『病いの語り-慢性の病いをめぐる臨床人類学』(誠信書房)をテキストとして、病い(illness)と病気(disease)および疾患(sickness)の本質的な相違に基づき、病いは患者の生活の一部であり、苦悩する(suffering)患者の病いの語りへの共感の大切さと[20]、何故医師は患者とのコミュニケーションでトラブルをもたらすことが少なくないのかを理解することを目的とする。

学生に医療現場の疑似体験をしてもらうために、初診レベルの初級編、日常診療レベルの中級編、対応に困難を極める上級編の医師役と患者役の三パターンのシナリオを用いて実習を行っている。患者の生活文化圏と医師の専門家集団の医療文化圏がいかに異なるものであるかを実感し、コミュニケーションの鍵が共感であることを体験的に理解させることが狙いである。この異文化交流における共感の重要性は、医師のプロフェッショナルリズム教育の基盤の一つであり、医療訴訟トラブルの原因と対策に共通していることも併せて講義を行っている(Table 4)。

Table 4. 医療人類学, コミュニケーション, プロフェッショナルリズム

1. 3年次医学概論評価説明とその意義
2. 医のプロフェッショナルリズムとは何か?
3. コミュニケーション医学 (I) 医療訴訟とコミュニケーション
4. コミュニケーション医学 (II) コミュニケーション技法の基礎
5. 医療面接技法演習 (初級編) 患者との異文化交流体験
6. 医療面接技法演習 (中級編) 患者家族との異文化交流体験
7. 医療面接技法演習 (上級編) Difficult Patient の症例
8. 医療人類学 (I) 文化人類学からみた医療とは?
9. 医療人類学 (II) 病いと癒しの臨床人類学
10. 漢方医学概論 (I) 漢方医学の歴史と基礎となる考え方
11. 漢方医学概論 (II) 漢方医学の病態認識とは?
12. 漢方診療の実際から (学外: 田原英一)
13. 漢方医学概論 (III) 陰陽五行論と五臓の関係
14. 世界の伝統医学と補完代替医療
15. 医学研究の倫理と医のプロフェッショナルリズム
16. 体験コース発表会 (1限~4限)

また、現代医学もある特定の文化が生み出した知識と技術の体系の一つであるとする医療人類学の視点から、漢方医学の現代医療における有用性だけでなく、インド発祥のアーユルヴェーダ医学や全人的医療としての代替補完医療についても誤解が生じないように講義している。とくに、人間の視覚では認識することができない生命エネルギーである「気」を根本概念とし、未病を癒すことを目標とする漢方医学は、医学概論が究極的にめざす医学体系であるとの認識に立って重視している。陰陽五行論に基づく五臓、気血水、虚実、表裏、寒熱、六病位などの中国医学の伝統的な病いの考え方は、壮大な宇宙哲学と目の前の病気を癒す実証的な医学を相即的に結びつけた「哲学即医学」であり、同時に「医学即哲学」の体系だからである。

さらに、希望者のみを対象に、夏休みを利用して体験学習を毎年実施している。体験学習の目的は、医学の対象としての生物学的生命 (bios) だけでなく、もう一つの伝統的な生命観である霊的生命 (zōe)^(註2) を体感することにある。異文化交流に必要な人間としての根源的な共感とは、この霊的生命の共鳴現象であるとの理解に立ち、単に頭だけの理解だけではなく、身心一如のからだ全体で実感することを目標としている。

具体的な実習の内容は、ホスピスケア病棟実習 (栄光病院)、漢方診療実習 (麻生飯塚病院)、禅体験実習 (聖護寺・国際禅道場)、祈りと禅体験実習 (真命山カトリック別院) およびフォーカシング実習 (修道院・黙想の家) の五つである (Table 5)。

Table 5. 3年次 体験学習コース (選択)

1. ホスピス病棟実習 (栄光 (5日間) 福岡県糟屋郡 6名 病院)
2. 漢方診療実習 (麻生飯塚 (5日間) 福岡県飯塚市 12名 病院)
3. 国際禅道場鳳儀山聖護寺 (5日間) 熊本県菊池郡 10名
4. 真命山霊性交流センター (4日間) 熊本県玉名市 10名
5. フォーカシング実習 (4日間) 福岡県宗像市 15名

フォーカシング実習: 福岡黙想の家 (カトリック修道院) で行う

フォーカシング (focusing) とは、元々実存主義哲学者であったジェンドリン (E. Gendlin) がシカゴ大学でロジャーズ (C. Rogers) らとカウンセリングの共同研究をしていく中で開発された共感の技法のことであり、言語化される以前の深層意識にある前概念的な「からだの実感」にフォーカスを当てて、相手が素直な自分の気持ちに触れることを目標としたものである [21]。相手の「心の鏡」になることに徹し、相手が「からだで感じる気持ち」に正直に向き合うことを通して「心の整理」をする共感の技法として、人間関係におけるコミュニケーションの基盤となるものである。この実習は筆者の精神科医の経験を生かして行っている。

なお、後期に実施される基礎研究室配属のために、将来の医学研究者になる者としての心構えとして、医のプロフェッショナルリズムの観点から「研究倫理」について講義している。また、基礎研究室配属 (10月~12月上旬) の期間では、医学概論教室に配属される学生のために、医療人類学の研究テーマに関して、疫学的手法を用いた研究だけでなく、半構造化面接を用いた質的研究の方法について、入門レベルの内容を中心に指導を行っている。

4) 4年次: 漢方医学各論・死の臨床・臨床倫理学演習

4年次のテーマは、「漢方医学各論」と「死の臨床」および「臨床倫理学」である (Table 6)。漢方医学各論では、日本漢方の古方派を代表する寺澤捷年が著した『症例から学ぶ漢診療学』(医学書院) を基本テキストとして、漢方診察実習 (脈診・舌診・腹診) を含めた講義を行っている。

漢方医学各論は、気・血・水、陰陽・虚実・寒熱・表裏、太陽病期・少陽病期・陽明病期・太陰病期・少陰病期・厥陰病の各病態認識と代表的な生薬と方剤について、典型的な症例での「証」の決定を通して学ぶことが目的である。漢方の診察法である四診 (望診・聞診・問診・切診) の内、脈診・舌診・腹診については、4~5人のグループ

別実習で漢方診察を学び、その結果を漢方特有のカルテに記載する実習を行っている。

Table 6. 漢方医学各論・臨床倫理学

1. 漢方医学(I)	気の病態認識(気虚, 気うつ, 気逆)と方剤
2. 漢方医学(II)	血の病態認識(血虚, お血, 水毒)と方剤
3. 漢方医学(III)	陰陽・虚実・寒熱・表裏による病態認識と方剤
4. 漢方医学(IV)	陰陽・虚実・寒熱・表裏による病態認識と方剤
5. 漢方医学(V)	漢方診察の実際(1): 漢方実習①
6. 漢方医学(VI)	六病位(太陽病期, 少陽病期, 陽明病期)による病態認識と方剤
7. 漢方医学(VII)	六病位(太陰病期, 少陰病期, 陰明病期)による病態認識と方剤
8. 漢方医学(VIII)	証の決定演習
9. 漢方医学(IX)	漢方診察の実際(2): 漢方実習②
10. 死の臨床(I)	臨床死生学入門
11. 死の臨床(II)	ホスピスケアに学ぶ
12. 臨床倫理学(I)	Clinical Ethics 演習(1)
13. 臨床倫理学(II)	Clinical Ethics 演習(2)
14. 臨床倫理学(III)	Clinical Ethics 演習(3) (班別発表会)
15. 臨床倫理学(IV)	Clinical Ethics 演習(4) (班別発表会)

4年次の後半のテーマは、「死の臨床」と「臨床倫理演習」である。死の臨床は、日本のホスピス病棟の創始者の一人である柏木哲夫医師が、淀川キリスト教病院のホスピス準備室長だった時代に多くの臨死患者さんとの交流の中で失敗した体験について、NHKの実録映像(1984年)を通して学ぶことを基本にしている。この内容は、ホスピスケアの真髄ともいべき中身であり、柏木医師が失敗経験から学んだ臨死患者さんとの接し方は、先に述べたところのからだの実感を重視するフォーカシングの技法そのものである。臨床実習に入る直前の教材として、最適の内容であると考えている。

臨床倫理演習は、アルバート・R・ジョンソンらによる『臨床倫理学』(新興医学出版)をテキストにして、まず臨床倫理学の方法である四分法(医学的適応・本人の意向・OOL・周囲の状況)を用いた基本的アプローチ法(問題点の列挙・情報収集と検討・具体的対応)を学んだ後、臨床症例で最終判断が困難な22のケースについて四分法を用いた臨床倫理的アプローチが実際にできるようになることが目的である[22, 23]。22のケースについて、グループ(5名)別に学会形式で質疑応答を含めた全員参加型の発表会を実施している。

5) 4年次: 医療面接実習と客観的臨床能力試験(OSCE)

4年次後期の後半に、客観的臨床能力試験(OSCE:

Objective Structured Clinical Examination)のための医療面接実習とOSCE本試験の医療面接教育を2001年度から実施している(Table 7)。また、医療面接実習とOSCE本試験に患者役として参加していただく模擬患者(SP: Simulated Patient)のための養成講座を毎月1回開催している。

医療面接の一般的な基本構造は、a) ラポールの形成・患者への対応、b) 患者理解のための情報収集、c) 患者への教育・調整・動機づけ、の三つであると言われていた。言い換えれば、信頼関係を基盤として良好な医師-患者関係を築きながら、正確な診断と検査、治療を行うための患者情報を収集し、患者に対して丁寧なインフォームド・コンセントを行うというのが医療面接の基本ということになる。これを学生同士のロールプレイやSP参加による実習を通して実技中心の教育を行うことになるが、全国の医学部で一斉に実施される制度化されたOSCEとして、点数確保のためのマニュアル化された指導や医師のマナー教育に陥ってしまう危険性がある。

そのため、医学概論が行う医療面接教育では、患者の病気に対する生物医学モデル(bio-medical model)に当てはめて推量する疾患中心の診断学(disease oriented diagnosis)に終始するのではなく、病いは生活そのものであると捉え、患者への共感を通して、患者本人が人生に苦悩する姿を浮き彫りにしながら受容していく「病いの語り(illness narratives)」としての診察学(illness oriented diagnosis)を目標としている[24]。

Table 7. 医療面接実習(OSCE)

1. 医療面接(I)	症例を用いたロールプレイ演習
2. 医療面接(II)	模擬患者との実演とフィードバック
3. 医療面接(III)	〃
4. 医療面接(IV)	グループ別ロールプレイ演習
5. 医療面接(V)	〃
6. 医療面接(VI)	まとめと対策
7. OSCE本試験と反省会	(1限~4限)

OSCE: Objective Structured Clinical Examination

6) 6年次: アドバンスド臨床倫理学(統合講義)

6年次のテーマは、「アドバンスド臨床倫理学と医学概論の総まとめ」である。医事紛争からみたコミュニケーションの重要性、四分法を用いたアドバンスド臨床倫理演習(プレゼンテーション)、アドバンスドOSCE医療面接演習、終末期医療のアプローチ法と倫理問題、臨床現場のインフォームド・コンセントの実

際、医学概論の生涯にわたる意義と使命、が主な内容である (Table 8)。

5年次の臨床実習が終了し、クリニカル・クラークシップが行われる6年次に現場の医師向けの臨床倫理学を学ぶ意義は大きく、それまでの知識と理論中心の生命倫理学の理解から、リアリティのある実践編の臨床倫理学の重要性を実感しながら理解することを目標としている。

Table 8. アドバンスド臨床倫理学

1. 医事紛争と臨床コミュニケーション
2. 臨床倫理 四分割法の総復習
3. 臨床倫理 Case Study (I)
4. 臨床倫理 Case Study (II)
5. Advanced OSCE 医療面接 (I)
6. Advanced OSCE 医療面接 (II)
7. 終末期患者へのアプローチ法と倫理
8. 臨床現場の Informed Consent の実際
9. 医学概論の生涯にわたる意義と使命

7) 大学院・卒後修練・産業医学基本講座

大学院では医学研究の倫理、産業医学研究の歴史と倫理、産業医実務研修センターで行われる卒後修練コースでは産業医の実践倫理(年に2回)、産業医学基本講座では産業医学研究の倫理について講義している。また、医学研究科産業衛生学専攻医学概論領域での研究論文指導では、疫学的手法や半構造化面接を用いたインタビュー調査方法に加えて、現象学的人間学のアプローチの方法を用いた質的研究で学位を取得することを目標としている。

以上、現在の産業医科大学で行われている医学概論の教育内容について概観してきたが、医学概論の基本柱となる学問として、生命倫理学、臨床倫理学および医療人類学の三つの柱を立てていることがわかる。生命倫理学には医学哲学と研究倫理が、臨床倫理学には四分割法を用いた実践的臨床倫理演習と臨床死生学が、医療人類学には漢方医学と医療面接実習が含まれる。それら三本柱の土台となっているのが「人間学」である (Fig. 1)。

なお、人間学の学問的定義については諸論のあるところであるが、本稿では、自然科学、人文科学および社会科学の底流にある「人間とは何か」を哲学する学際的な学問と位置づけていることを改めて確認しておきたい。

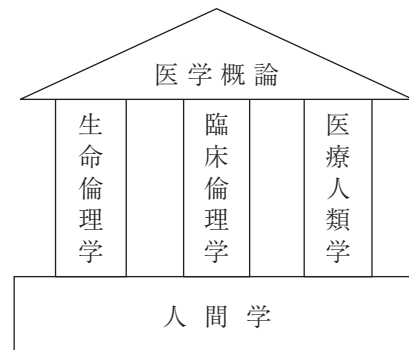


Fig. 1. 医学概論の学問的構造。

6. 医学概論の根源的思想は何か
- 矛盾的相即と根源的いのち -

人間学としての医学概論の根源的思想となるものは一体何であろうか。

現在のところ、1) 疾患(disease)と病い(illness)、2) 生物学的生命(bios)と霊的生命(zöe)、3) 自我(ego)と自己(self)の3つの比較概念を深く理解することが鍵となっており、霊性的自覚による他者への共感、そして根源的いのちを実感する癒し癒される人間関係を、医学を通して体験的かつ思索的に理解することが、人間学としての医学概論を学ぶ意義ではないかと考えている。その根源的思想として底流にあるのが、「矛盾的相即」の考え方である。

矛盾的相即という考え方は、西田幾多郎の「絶対矛盾的自己同一」を中山延二^(註3)が言い換えたものであり[25]、鈴木大拙の「即非の論理」と同じものである^(註4)。この矛盾的相即の考え方が人間学としての医学概論の根底にあることを確認するために、共感体験、死生観および漢方医学の三つの代表的な研究・教育テーマを通して理解を深めてみたい。

1) 共感とは何か - ロジャーズの三条件と絶対矛盾的自己同一の場所 -

医師が患者との信頼関係を築くためには、まず患者との良好な共感的コミュニケーションを図ることが大切である。視線や声の大きさ・スピード・音調への留意をはじめ、相手に不快感を与えるような動作を控えるなどの心理・行動科学的な内容のみならず、患者の言葉を繰り返すこと、うなづき・あいづちをする、態度と一致した共感の言葉を伝えるなど、カウンセリング技法の基本が医師に求められる。

しかし、ただ単にカウンセリングのマナーやテクニックを修得することがコミュニケーションの目的ではなく、カール・ロジャーズ(C.Rogers)が提唱したクライエント中心療法(client-centered psychotherapy)の人格変化の必要十分条件である、a)自己一致、b)無条件の肯定的関心、c)共感的理解、というカウンセリングマインドを体得することが、相手に共感するための目標となる[26, 27]。実際に、積極的傾聴法(active listening)の技法を用いて、体験過程療法であるフォーカシング(focusing)のセッションを何度も繰り返していくと、言語化される以前のからだで感じる心の実感であるフェルト・センス(felt sense)に触れていく過程を経て、自然と心の整理をしていくことができるようになる[28, 29]。その結果、聴き手と話し手の双方が、信頼感・安心感・一体感で満たされることを体験する^(註5)。話し手の表情が活き活きとなり、笑顔が出てくるようになると、フォーカシングの成功体験となる。この体験過程の段階に至ってはじめて、相手に真に共感するという現象が生じる。

この相手に共感するという現象は、一体どのように説明できるのだろうか。自然科学的な観察と実証的な方法の枠組みによって説明できるだろうか。あるいは精緻な西洋哲学の方法論を用いれば説明が可能なのだろうか。いずれの方法でも対象論理に基づいた思考方法であるため、実際に説明することが非常に困難であるか、事実上不可能である。何故なら、他者である自分が、他者のままで相手の気持ちに内在化して、素直に自分らしく(自己一致)、相手の話を一切批判しないで(無条件の肯定的関心)、相手の立場になって感じ理解する(共感的理解)ことは、自我(ego)を中心とした科学的あるいは哲学的思考によって説明することが不可能だからである。

では、共感とは一体どういう現象であるのか。どうすれば共感現象を説明できるのであろうか。その問いに見事に応えてくれるのが、西田のいう「絶対矛盾的自己同一の場所的論理」である[30]。すなわち、相手と自分とが基本的には相容れないという矛盾した存在のままで実は一体であるという共感現象は、絶対矛盾的自己同一の場所的論理でもって表現してはじめて成り立つものと考えられる。

共感という矛盾的相即の現象は、西田のいう絶対矛盾的自己同一の場所において、鈴木のいう「靈性的自覚」[31]によって、「根源的のち」を互いが実感すること、と言い換えることもできると思われる。すなわち、決して相手を自分の気持ちに巻き込んだり、相手の気持ちに過剰に入り込んだりするのではなく、相手の気持ちを完

全に理解することは不可能であるという事実を受け入れたままで、相手の気持ちをあたかもその人のように実感することにより、お互いが根源的のちを体験すること、これが共感の現象だということである。

この根源的のちを実感する絶対矛盾的自己同一の場所においてこそ、互いに信頼感・安心感・一体感が自ずと生じ、両者の心の自立性と成長感が得られるのである。これとは反対に、もし相手に同情した場合は、お互いが不信感・不安感・違和感を覚え、両者が共依存的な関係に陥って停滞感や閉塞感が生じてしまうことになる。「異にして分かつべからず、一にして同ずべからず」(親鸞)の関係性こそが真の共感であり、動的な矛盾的相即の関係にあってはじめて生起する現象である。

2) 生死とは何か - 四つの死生観 -

「先生、私はもうすぐ死ぬんでしょう？死んだら私はどうなるのですか？死後の世界はあるのでしょうか？」と末期の患者から尋ねられたら、主治医としてどう応えたらよいのだろうか。この手の質問は、医者がかつても苦手とするものであり、できれば避けて通りたいと考えている医者も少なくないと思われる。この素朴な死の問いに対する患者への回答例として、伝統的な三つの人間観[32]に基づく死生観と著者が考える四つ目の死生観について、できるだけ平易な表現になるように述べてみたい。

① 唯物論的の死生観 - 人間は肉体的存在 -

「人間は肉体的存在であり、死とは肉体活動の消失である」との唯物論的の死生観に立って、「人の死とは、肉体の活動が停止し、焼却されて灰となり、自然に帰ることです。脳の活動も停止しますので、人間の意識機能も完全に消滅します。死後に意識が存続することはあり得ません。ですから、死をもってその人の人生すべてが終了します。」と死後は自然へ回帰するが、意識が完全消滅することを述べるのがよいのだろうか。

② 観念論的の死生観 - 人間は精神的存在 -

それとも、「人間は本来精神的存在であり、死とは精神活動の停止である」との観念論的の死生観に立って、「人間は本来精神であり、身体は精神の道具にすぎません。ときには、身体は精神を閉じ込める牢獄にもなります。ですから、精神活動の完全な停止をもって人間の死であるといえます。もちろん、精神活動のない肉体のみの生存はありえません。」と人間らしい精神活動が終了することが死であると強調するのがよいのだろうか。

③ 矛盾的相即の死生観 - 人間は身心一如の存在 -
この両者の考え方ではどうにも腑に落ちないという人には、どのように説明したらよいか。そこで登場するのが、「人間は身心一如の存在であり、死とは生死一如である」という矛盾的相即の考え方に立った死生観である[33]。

「死は生あつての死です。生は死あつての生です。死と生は分離することができません。これを不一不二といいます。生と死は現実にはまったく別の現象ですが、実は生と死は一体のものなのです。これは、ちょうど紙の表と裏の関係です。表はどこまでも表ですが、実は裏と一体になっているのが紙ですね。これを分けて理解することが実は幻想なのですよ。」と生と死が実は一体であることを説く矛盾的相即の考え方である。

この考え方は、道元の「生死すなわち涅槃とこころえて、生死としていとふべきもなく、涅槃としてねがふべきもなし。このときはじめて、生死をはなるる分あり。生より死にうつるところは、これあやまりなり(正法眼蔵：生死の巻)」と同じものである[34]。すなわち、生死とは隠顕俱成の矛盾的相即の関係にあり、現実には生死一如しかなく、死は人間が創り出した迷妄であることを悟りなさい、とする死生観である。

④ 霊性的自覚による死生観 - 人間は根源的いのちを実感する存在 -

さらに、矛盾的相即の考え方でも何かしっくりこないという人には、どうしたらよいのだろうか。矛盾的相即の表現が哲学的で難しく感じるという人のために、この考え方をより徹底してシンプルにしたのが、「死とは、本来の自己に還ることである」という霊性的自覚による死生観である。

「死とは、生まれる前にいた本来の自分に還ることです。本来の自分というのは、すべての人のいのちの源で、心の故郷のことです。生きるということも実はまったく同じことで、いのちの源を感じながら生と死の両方を生きることなのです。ですから、心から安心して、今、この瞬間を生きていることに感謝して、いのちの源を何となく感じてみるといいかもしれませんよ。」という霊性的自覚によって根源的いのちを実感することが人の死であると理解する考え方である。この考え方は、生死一如の矛盾的相即の考え方を動的に再解釈したものであり、ある意味でもっとも素朴な死に対する見方である。

これらの四つの死生観は、毎年講義で学生たちに話す内容であるが、人間の死生観については文化や宗教

によって様々な考え方があるため、どれが正しいというものではない。死を目にした末期の患者から素朴な質問として死について尋ねられたときに、決してその場から逃げることなく、医師である前に一人の人間として、自分なりの死生観を語る際の参考にしてほしいということである。

3) 漢方医学とは何か - 病いの語りに共感する医学 -

漢方医学の根本概念は、気思想である。生命の根源的エネルギーである気は、すべての源であり、目に見えない気から、人体の構造を維持する物質的な血と水が生じると考えられている。気血水の三者は別々な存在でありながら、生体を保持するためには互いに必要な存在として一体のものである。すなわち、気血水は矛盾的相即の存在である。気血水以外の陰陽・虚実・寒熱・表裏の基本的概念についても同様である。例えば、陰はどこまでも陰でありながら、実は陽と一体であり、陰の中に陽があり、陽の中にも陰があるという矛盾的相即の関係にある。

漢方医学の伝統的な概念である「五臓」についても同様である。五臓は陰陽五行論を人体に応用したものであり、五行の木・火・金・土・水に、五臓の肝・心・脾・肺・腎を当てはめたものである。五行の各要素が互いに相生・相克関係にあるように、五臓の各要素も互いが相生・相克関係にある。例えば、木は火に対して相生関係にあるが、土に対しては相克関係にあるように、肝は心に対して相生関係にあり、脾に対しては相克関係にある。肝が怒りの状態になると、心は躍動し、脾は抑圧されるため消化機能は減退するという関係である。

また、五臓は西洋医学でいう各臓器のことではなく、身心一如の機能単位のことである。すなわち、五臓は、互いが相生・相克関係にある、身心一如の矛盾的相即の関係にあるということである。

実際の診察では、四診(問診・聞診・視診・切診)により「証」と方剤を決定していくのが一般的であるが、日本の漢方医学では吉益東洞(1702-1773)による古方派の影響が強いため、脈診と舌診に加えて腹診を重視することがよく知られている[35]。

しかし、漢方医が意外に大切にしているのが「聞診」である。最近の世間話をして患者の心をほぐし、患者が自分の病気について漏れなく言えるようにさりげなく配慮していることが多い。特に、患者が不定愁訴について冗長に語るのをよく聴くのが漢方医である。不定愁訴は西洋医学が最も苦手とするものであるが、漢方医学では「証」を決定するための重要な症状であるとして丁寧に聴くのが漢方医の診察スタイルである。す

なわち、漢方医は自然と患者のそばに寄り添い「病いの語り」に共感しているのである。

このように、漢方医学の長所は、病いの語りにも共感することにあると考えられる。気血水・陰陽・虚実・寒熱・表裏・五臓という漢方医学の矛盾的相即の考え方をを用いて、診断即治療である「証」を決定し、患者の生活・人生・いのちに共感する医学、これが漢方医学の真髄である。

7. 医学概論の根源的思想と歴史的使命

前章で、共感体験、死生観、漢方医学の3つの代表的な医学概論のテーマについて簡潔に述べてみたが、これらに共通して底流にある矛盾的相即という根源的な思想とは一体何かを改めて確認してみたい。そのことを理解するための鍵となる、1) 疾患(disease)と病い(illness)、2) 生物学的生命(bios)と霊的生命(zöe)、3) 自我(ego)と自己(self)の相即関係にある比較概念を用いて述べると次のようになる。

患者の病い(illness)に対し、自然現象としての疾患(disease)については、冷徹な自我(ego)によって客観性を保持して科学的に分析し、再現性が実証されている治療を自分の能力と限界をわきまえた上で患者に施し、患者の生物学的生命(bios)を最大限尊重することは、科学者である医師として当然の責務である。しかしながら、病いにある人間は苦悩する(suffering)存在であり、病いは患者にとって生活そのものである。患者の生活文化と病いの苦悩に癒し人として共感することは、専門職(profession)である医師にとってさらに重要なアート(art)である。

では、病いにある人に真に共感するとはどういうことか。それは、フロイドのいう自我意識(ego)中心の自らの場ではなく、個人的無意識の底を遥かに超えたところのユングのいう集合的無意識にある自己意識(self) [36, 37] という自ずからの場において、霊的生命(zöe)を感じ、病いの語り(illness narratives)に一人の人間として寄り添うということである。

ユングのいう集合的無意識にある自己の場は、唯識論でいうところの「阿頼耶識」に相当する自己意識の最下層にある根源的な意識であり [38]、十牛図の第八図「人牛俱忘」及び第九図「返本還源」並びに第十図の「入塵垂手」の自覚である「自己は自己ならずして自己である」という「絶対無の場所」にある [39]。この場所で霊的生命である根源的のちを一人の人間として実感して病む人に寄り添うこと、これが医師に求められる癒し人としての共感である。この共感によって、患者と

医師の双方が癒し癒される関係となり、互いの内面的な自立性と成長が生じる。

霊性的自覚による他者への共感、そして根源的のちを実感する癒し癒される人間関係を、医学を通して体験のかつ思索的に理解し、自己自身の人間性と霊性を深めること、これが人間学としての医学概論を学ぶ意義である。そして、その根源的思想にあるのが、「矛盾的相即」の考え方である^(註6)。

矛盾的相即の思想とは、相互の自己否定的同時因果の関係性のことであり、わかり易くいえば「お互いさま」「お陰さま」の関係性のことである。この矛盾的相即の根源的のちの関係性を医療の実践の場で体現することこそが、時代を超えた医学概論の歴史的使命である。

8. 医のプロフェッショナリズムと医学概論

最近になって、カナダやアメリカの医学教育で改めてプロフェッショナリズム教育が重要視されてきている [40]。この理由の詳細については省略するが、研究不正や利益相反の疑いのある一部の医師たちの社会に対する責任意識の希薄化が主な原因ではないかと推測される。

プロフェッショナリズムとは、古くから職業専門職集団の社会に対する契約を宣言(profess)して、その専門職集団の質を保証する社会的責任(自律性と自己規制)のことを意味する。具体的には、「ヒポクラテスの誓詞」や「世界医師会倫理綱領」などがこれに該当する。

カナダの内科医および外科医の王立協会が唱えるプロフェッショナルの基本項目は、1) 倫理(正直・誠実・責務・情熱・敬意・利他精神・多様性の尊重・機密保持)の実践、2) 高い自己行動基準、3) 医学会の規制遵守、および 4) 医師自身の健康保持による最善の患者ケアの涵養、となっており、医師の倫理的側面、組織的側面及び道徳的側面が強調されている [41]。

これらのプロフェッショナリズムの中身は、すでに産業医科大学の建学の使命である「人間愛に徹し、生涯にわたって哲学する医師」に含まれていると考えられる。何故なら、人間愛[humanitas]とは、「すべての人間は、いかなる特質や状況であっても、一つの普遍的な国家において平等である」というストア哲学の美德に由来しており、人間愛に徹することが、結果として倫理的・道徳的側面を満たすことになるからである。マザー・テレサが創設した修道会「神の愛の宣教者会」がまさに至高の人間愛を実践しており、この修道会の行為は人間愛を超えた神の愛による真のプロフェッショナリズムの姿ではないかと思われる。

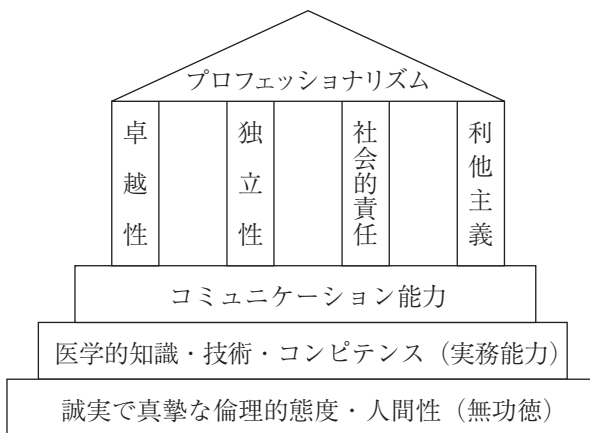


Fig. 2. 医師に求められるプロフェッショナリズム. David Thomas Stern (2006): Measuring Medical Professionalism. University of Oxford Press p 19を参考に新たに作成.

また、「哲学する医師」を行動科学的に言えば、「日々の医療の実践の中で、根源的な問い直しによる自分自身への新たな〈気づき・省察・意識変容〉を行い、患者と社会に対して誠実で真摯な行動をとる医師」と再表現できることから、高い自己行動基準による組織への責任というプロフェッショナリズムの精神はまさに「哲学する医師」の姿であると言って決して過言ではない。

さらに、冒頭で述べた医のプロフェッショナルの倫理的側面・組織的側面・道徳的側面という要素は、実は、「産業医のプロフェッショナリズム」そのものであることを強調しておきたい。企業社会の中で医師として活躍する産業医には、医学の専門家として、現場で働く人々に対して誠実で真摯に対応して彼らの健康を守るだけでなく、企業組織全体が健康になるために、組織に対してコミットメントできる実務対応能力が求められるからである[42]。

人間学としての医学概論の立場で考えてみると、プロフェッショナリズムとは、単に卓越した医学知識と技術を有する専門家集団の社会に対する政治倫理であるに留まらず、医師自身の霊性的自覚によって患者の病いの語りに一人の人間として共感し、癒し人として患者の根源的のちに触れ合い、医者と患者の双方が互いに自分自身に対して誠実で真摯に向き合うことであるといえよう。この日々の積み重ねが、結果として、組織や社会に対する信頼感と安心感と一体感を生むことになるのである。具体的なプロフェッショナリズムの構成要素と全体の構成については、図に示したので参照していただきたい(Fig. 2)。

おわりに - 科学・アート・人間学 -

本稿では、医学概論への誤解を解くことから始まって、歴史的変遷、目指す医師像、教育の現在、根源的思想、そして医のプロフェッショナリズムとの関連に至るまで、「医学概論とは一体如何なる学問なのか」について簡潔に述べてきた。改めて言うまでもなく、医学概論とは、「医学とは何か」をつねに根源的に問い直す、「医学の本質を見極める学問」のことであり、その基盤に「人間学」があるということである。

「医学は不確実性の科学であり、確率のアートである(W.Osler)」ことは医学界では誰もが知るところであるが、科学とアートの基盤に倫理があり、倫理の土台に「人間学」があることを強調する医学者は依然として少ない。しかし、最近の日本の医学研究の信頼を根底から震撼させている出来事が次々と生じていることを省みると、今こそ「人間学」を基盤とする医学概論の重要性が増している時代はないであろう。

医学概論は、医学教育においてだけでなく、卒後修練、大学院教育、あるいは研究倫理委員会や病院倫理委員会などの実務を通じて、その意義と使命が活かされてくるものと確信している。そして、臨床医、産業医、または研究者として晩年に至ってはじめて、「医学とは、できる限り確かな医学知識(science)と技術(art)を駆使し、病いにある人の生活・人生・いのちに共感し、一人の人間として寄り添う人間学(humanities)である」(Fig. 3)ことをしみじみと実感できるのかもしれない。

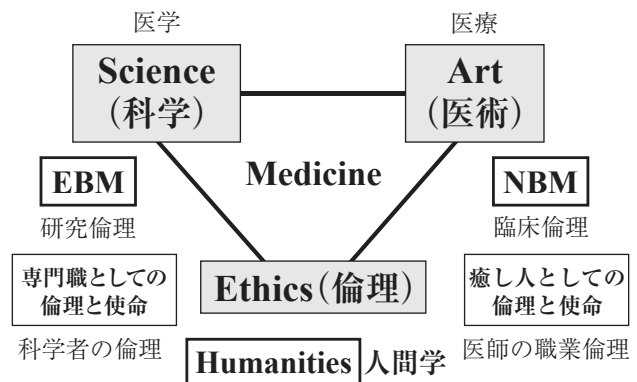


Fig. 3. 医学・医療の基本的構造. EBM: Evidence Based Medicine, NBM: Narrative Based Medicine.

(註1) アルバート R・ジョンセン(1931～)は、カルフォルニア大学サンフランシスコ校医学部のバイオエシックス准教授(1972)、1987年よりワシントン大学医学の医療倫理学の教授を経て、現在同大学の名誉教授である。イエズス会の司祭出身で、1967年にエール大学で神学博士を取得している。米国で誕生したバイオエシックス(bioethics)に大きく貢献し、医学研究における生命倫理の基本政策(ベルモントレポート、1979)に深く関与した人物である。日本では、決疑論(casistry)を応用した臨床倫理学の方法(四分表)を紹介した臨床倫理の研究者としてよく知られている。

(註2) ゴーエー(zöe)を生物学的生、ビオス(bios)を社会的政治的生と二分するG・アガンベンの見方や、ゴーエーには地上の肉的生命と天上の霊的生命の双方の意味があるという見解もあるが、古代ギリシャ時代から新約聖書ではゴーエーが永遠の生命の意味で用いられている(織田昭(2002)『新約聖書 ギリシャ語 小辞典』教文館 p 244)ことから、ここでは生物学的生命をビオス、無限定で根源的な霊的生命をゴーエーとした。

(註3) 中山延二(1894～1988)は小学校の校長として教育現場の第一線に立つ一方で、在野の仏教哲学者として多数の著書を執筆した。代表著書に、『矛盾的相即の論理』『現実世界の根源的究明』『正法眼蔵中山釈』『一切真実の根拠としての世界』などがある。『仏教における時の研究』で京都大学から文学博士号を授与され、後年になって武庫川女子大学教授を務めた。

(註4) 本文中でも言及しているように、西田幾多郎の「絶対矛盾的自己同一の場所的論理」は、鈴木大拙のいう「即非の論理」(金剛般若波羅蜜経)あるいは中山延二のいう「矛盾的相即の論理」とも言い換えられることから、ここでは中山のいう「矛盾的相即」という比較的わかりやすい表現を用いている。また、矛盾的相即の論理が哲学でいうところの論理学の範疇を超えているという筆者の考えにより、本稿では矛盾的相即の論理ではなく、矛盾的相即の〈考え方〉または〈思想〉としている。

(註5) 自己一致、無条件の肯定的関心、共感的理解は、ロジャーズの「パーソナリティ変化の必要にして十分な条件」の治療者の基本的態度に該当するものであるが、筆者の経験から、自己一致は「信頼感」を、無条件の肯定的関心は「安心感」を、共感的理解は「一体感」を醸成するものであると理解している。

(註6) この矛盾的相即の考え方は、産業医科大学開学時の哲学教授であった本多正昭(1929～)によって、14年間にわたって当時の医学部の学生たちに繰り返し教育された。筆者もその教育の恩恵を受けた当時の初期の頃の学生の一人である。試験前になると「不一不二」「分離即結合」「非連続の連続」などの禅的用語が学生間の会話で飛び交っていたことを今でも鮮明に思い出される。本多はドミニコ会修道士の頃にアリストテレスの形式論理によるトマス神学を学ぶことに違和感を感じ、仏教哲学者の中山延二に出会った後に、矛盾的相即の論理を媒介としてキリスト教神学を再解釈することをライフワークとして試みた、仏教に精通したカトリック哲学者である。仏教哲学の真髄である矛盾的相即の論理を、医学教育の中に本格的に導入したのは、日本で本多が最初の人物であろう。なお、矛盾的相即に関する学術研究は、本多に師事した研究者(橋本裕明、佐藤泰彦、吉田真一ら)によって受け継がれており、筆者もその末席にいて浅学の身ながら学んでいるところである。

利益相反

本論文に利益相反はない。

引用文献

1. 澤瀉久敬(1964): 明日の医学と医学概論. 医学の哲学. 誠信書房, 東京 pp 3-30
2. 澤瀉久敬(1978): 漢方医学の本質. 医学概論 第三部 医学について. 誠信書房, 東京 pp 128-165
3. 澤瀉久敬(1978): 新版の序. 医学概論 第一部 科学について. 誠信書房, 東京 pp 3-6
4. 中川米造(1991): 恩師・澤瀉久敬先生. 学問を見る眼. 学問の生命: 「医学とは何か」を問い続け行動する. 佼成出版社, 東京 pp 44-50
5. 中川米造(1991): 私の医学概論の方法. 学問を見る眼. 学問の生命: 「医学とは何か」を問い続け行動する. 佼成出版社, 東京 pp 18-24
6. 中川米造(1991): 第二の柱・社会医学(医社会学). 学問を見る眼. 学問の生命: 「医学とは何か」を問い続け行動する. 佼成出版社, 東京 pp 68-74
7. 武見太郎(1980): 人類生存の秩序とバイオエシックス. 国民医療年鑑(昭和五十五年度版)日本医師会編. 春秋社, 東京 pp 5-84
8. 武見太郎(1983): 生存科学とバイオエシックス. Sophia Life Science Bulletin 2: 1-23

9. 藤野昭宏(1999): 生存科学としての生命倫理学. 医学哲学医学倫理 17: 42-54
10. 土屋健三郎(1980): 医学概論. 医学概論 産業医科大学講義集 1978. 産業医科大学, 北九州 pp 1-2
11. 土屋健三郎(1979): 産業医科大学建学の使命 - 昭和53年4月入学式にあたって. 産業医科大学雑誌 1: 2-4
12. 土屋健三郎(1980): 巻頭言. 医学概論 産業医科大学講義集 1978. 産業医科大学, 北九州 p 1
13. 伊藤幸郎(1987): 医学概論 Early Exposure 報告書(1986). 産業医科大学, 北九州 p 84
14. Jonsen AR (2000): Hellenic, Hellenistic and Roman Medicine - Fifth Century BCE to Third century CE. A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press pp 7-8
15. アルバート・R・ジョンセン(藤野昭宏, 前田義郎訳)(2009): 古代ギリシャ・ヘレニズム・ローマの医学. 医療倫理の歴史-バイオエシックスの源流と諸文化圏における展開. ナカニシヤ出版, 京都 pp 16-18
16. Jonsen AR (2000): Hellenic, Hellenistic and Roman Medicine - Fifth Century BCE to Third century CE. A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press pp 10-12
17. アルバート・R・ジョンセン(藤野昭宏, 前田義郎訳)(2009): 古代ギリシャ・ヘレニズム・ローマの医学. 医療倫理の歴史-バイオエシックスの源流と諸文化圏における展開. ナカニシヤ出版, 京都 pp 22-25
18. 土屋健三郎(1978): 産業医科大学の使命とその具現化のために. 産業医学ジャーナル 1: 40-45
19. カール・ベッカー(1992): 死の体験-臨死現象の探求. 法蔵館, 京都 pp 13-221
20. アーサー・クラインマン(江口重幸, 五木田紳, 上野豪志 訳)(1996): 慢性の病いをもつ患者をケアするためのひとつの方法. 病いの語り-慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房, 東京 pp 303-332
21. ユージン・ジェンドリン, 池見陽(池見陽, 村瀬孝雄訳)(1999): 体験過程療法. セラピープロセスの小さな一歩-フォーカシングからの人間理解. 金剛出版, 東京 pp 75-138
22. Jonsen AR, Siegler M & Winslade WJ (2002): Clinical Ethics - A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Fifth Edition. McGraw Hill, New York pp 1-12
23. Jonsen AR, Siegler M & Winslade WJ (赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡 監訳)(2006): 臨床倫理学-臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 第5版 新興医学出版, 東京 pp 261-268
24. 藤野昭宏(2005): 臨床倫理としての共感的態度教育の実践と思想-「医療面接」教育の根源を探る. 理想 675: 34-47
25. 中山延二(1979): 場所的論理に重要な役割をはたしている「同時」という概念について. 仏教と西田・田辺哲学: 西田哲学及び親鸞聖人の教義に対する田辺博士の批判について. 百華苑, 京都 pp 3-87
26. Rogers CR (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol 21: 95-103
27. カール・R・ロージャズ(伊藤博編訳)(1966): パーソナリティ変化の必要にして十分な条件. サイコセラピーの過程. ロージャズ全集第4巻 岩崎学術出版社, 東京 pp 119-120
28. 池見陽(1997): フォーカシング-創造性の根源. フォーカシングへの誘い. (池見陽 編) サイエンス社, 東京 pp 2-27
29. 池見陽(2005): フォーカシングとクライアント中心療法. フォーカシングの展開. (伊藤義美 編) ナカニシヤ出版, 京都 pp 3-18
30. 西田幾多郎(1998): 絶対矛盾的自己同一. 「宗教哲学」論文集. 西田哲学選集 第三巻. (大橋良介, 野家啓一 編). 燈影舎, 京都 pp 164-230
31. 鈴木大拙(1999): 霊性. 鈴木大拙全集. 第八巻. 増補新版. (久松真一, 山口益, 古田紹欽 編). 岩波書店, 東京 pp 79-133
32. 本多正昭(1992): 人間の静的構造-心と体について. 人間とは何か-矛盾相即の世界. 増補新訂版. 創言社, 福岡 pp 3-26
33. 本多正昭(1979): 人間の尊厳-生死ならびに心身の矛盾的相即的關係性をめぐって-. 比較思想序説. 法律文化社, 京都 pp 151-173
34. 中村宗一(1972): 正法眼蔵 生死. 全訳 正法眼蔵 卷四. 誠信書房, 東京 pp 396-398
35. 寺澤捷年(1998): 診察の実際. 症例から学ぶ和漢診療学. 第2版. 医学書院, 東京 pp 172-221
36. 河合隼雄(2007): 個人的無意識と普遍的無意識. ユング心理学入門. 培風館, 東京 pp 89-113
37. CG ユング(野田倬訳)(2007): 個人的無意識と集合的無意識. 自我と無意識の關係. 人文書院, 京都 pp 9-82
38. 横山紘一(2003): 自己の根源体-阿頼耶識. 唯識の哲学. 平楽寺書店, 京都 pp 112-185

39. 上田閑照(2003): 自己の現象学-「十牛図」を手引きにして. 道程「十牛図」を読む. 上田閑照集 第六卷. 岩波書店, 東京 pp 207-344
 40. Sullivan WM(宮田靖志 訳)(2009): 医療プロフェッショナリズムを教える. 医療プロフェッショナリズム教育-理論と原則-. (日本医学教育学会 倫理・プロフェッショナリズム委員会 監訳). 日本評論社, 東京 pp 5-38
 41. Royal College of Physicians & Surgeons of Canada (2015): Draft CanMEDS 2015 Physician Competency Framework - Professional. Canada, Ottawa <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>
 42. 藤野昭宏(2013): 産業医と倫理- 21世紀に求められる産業医の倫理と使命. 産業医と労働安全衛生法四十年. 産業医科大学雑誌 35(特集号): 27-34
-

Medical Humanities -the Historical Significance and Mission in Medical Education

Akihiro FUJINO

*Department of Medical Humanities, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan.
Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan*

Abstract : In this paper we consider the significance and mission of medical humanities in medical education from the following six viewpoints: (1) misunderstanding of the medical humanities; (2) its historical development; (3) the criteria for the ideal physician; (4) the contents of current Medical Humanities education; (5) the basic philosophy; and (6) its relation to medical professionalism. Medical humanities consists of the three academic components of bioethics, clinical ethics and medical anthropology, and it is a philosophy and an art which penetrate to the fundamental essence of medicine. The purpose of medical humanities is to develop one's own humanity and spirituality through medical practice and contemplation by empathizing with patients' illness narratives through spiritual self-awakening and by understanding the mutual healing powers of human relations by way of the realization of primordial life. The basic philosophy is "the coincidence of contraries". The ultimate mission of medical humanities is to cultivate physicians to educate themselves and have a life-long philosophy of devotion to understanding, through experience, the coincidence of contraries.

Key words: spiritual self-awakening, empathy with illness narratives, coincidence of contraries, primordial life, humanities.

J UOEH 37 (4) : 273 – 291 (2015)