

## 医学部における人文社会科学教育の現代的意義 —医学哲学の観点から—

杉 岡 良 彦

京都府立医科大学医学生命倫理学人文・社会科学教室 非常勤講師

### 要約

医学部における教養教育の意義が問い直されている。医学に関する多様な理解があるが、本稿では、医学哲学的観点から、在宅緩和ケア医やがん患者の体験手記などを通じて医学を考える。そして、医学は科学であるが、同時に患者との共感や共苦とよばれる能力も必要とされる学問領域であることを、共感に関する生物学的研究を紹介しながら論じる。単なる科学の応用としての医学ではなく、臨床現場で突き付けられる哲学的な問いに対応できる能力の修得が現代の医学教育には求められている。

### はじめに

医学哲学は、京都帝国大学文学部出身でフランス哲学を専門とする澤瀉久敬（1904-1995）が、大阪帝国大学医学部で1941年から医学概論という講義を始めたことを発端とする。澤瀉は医学概論を「医学の入門」*introduction to medicine*ではなく、「医学の哲学」*philosophy of medicine*と定義した。現在、「医学概論」は前者の意味で用いられることが多く、本来の澤瀉の意図を正しく反映しないと考えるため、以下は医学哲学と表示する。

医学哲学の必要性については、すでに澤瀉の著書（澤瀉1981）に詳しいし、これまで拙著の中で繰り返し主張してきた（杉岡2019）。今回の小論では、医学教育における人文社会科学の意義について、緩和ケア医や一般の患者たちの声も拾いあげながら考える。医学という学問は、全ての人々に開かれた学問実践であり、現代社会で医療と関わりをもたない人はまずいない。だからこそ多様な医療への理解に配慮しつつ、超高齢社会における日本の医学教育では何が必要とされているのかを考える必要がある。本論ではこうした作業を通じて、医学部での人文社会科学教育の現代的意義について、医学哲学の立場から考察する。

## 1. 医学哲学から医学の全体像と実現すべき価値を考える

まず、医学哲学とはどのような学問か<sup>注1)</sup>。筆者は「現代の医学を反省することを通じて、より良い医学を創造するための学問」という澤瀉久敬の定義を踏まえる。医学哲学の方法は反省 reflection であり、単なる医学批判ではない。より良い医学を創造するために、現代医学の根底を問い直すのである。同時に、医学哲学は医学の全体像を示すことも重要であると考え。われわれが知らない場所に行き戸惑うのは、地図をもたないからである。また、科学は分析という方法により対象を細分化して研究し、われわれの日常生活に役立つ知識や技術を提供してくれるが、医学の全体像への理解が不十分であれば、医学を科学の単なる応用と考えてしまう。

医学哲学という学問は澤瀉が述べるように個性的であり、それゆえ様々な医学哲学がありうるが、著者は医学の全体像を、「科学論」「人間観」「医療倫理・制度」という3つの座標軸に規定されながら実現すべき価値を目指して営まれる実学」と理解する。そして、医学が実学であり、実現すべき価値を目指すという点を特に強調したい。なぜなら、「医学が何を指すか」によって、医学研究の課題や医学教育の内容も変化せざるを得ないからである。

この点について、2000年に発表され、その後2022年に改定された日本医師会の「医学の倫理綱領」<sup>注2)</sup>に注目したい。最新版の前文には「医学および医療は、病める人の治療はもとより、さらには治療困難な人を支える医療、人びとの健康の維持増進、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである」と書かれている。2000年版との違いは、「医療がこれまでの診断と治療・治癒はもとより、支える医療、緩和ケアをも包含するものへと大きく転換した点を、綱領の前文に明記」した点にあるという。

かつて、そして現在でも、医学の目指す目的は何かと問われれば「治療・予防・健康増進」と答える医療者は多い。しかし、「支える医療、緩和ケア」が日本医師会の医学の倫理綱領に明記されたことは、死を可能な限り避けるというかつての「延命至上主義」からすでに脱却しつつある医療現場の現状を正しく反映し、また超高齢社会を迎え「死」を見据えることへの自覚を医療者に促すものであると言える。

このように、医学の全体像において「実現すべき価値」は「支える医療、緩和ケア」を包含するものと考えべきである。ただし、この点において、実際の医療あるいは患者の観点からあらためて考慮すべき論点がある。それはネット社会において多様な

情報が入手可能となり、医師の医学的知識量と患者の医学的知識量の絶対的な差が少しづつとはいえ埋まりつつあること、代替医療や伝統医療などへの患者の関心の高まり、患者自身（医療者自身による患者体験を含む）の情報発信により、標準治療以外の様々な医療情報が容易に入手できるという点である。このため患者や家族は医師があまり知らない情報を入手し、不安や困惑に陥る可能性もある。以下ではまず、医学教育では取り扱われることの少ない疾病理解や患者の体験記を紹介したい。

## 2. 緩和ケア医からの情報発信——萬田緑平——

萬田緑平（1964 - ）は、もともと外科医として出発し手術や抗がん剤治療などに携わるが、その後、在宅医療を中心に行うようになる。彼はいくつかの一般読者向けの著書を上梓しているが<sup>註3)</sup>、彼の情報発信の意義について、ここでは2点を挙げたい。

1点目は、在宅医療の現実、つまり病院以外で人が亡くなる場合にどのような経過を辿るのかを、詳細に紹介している点にある。多くの医師にとって、死は病院での治療の結果（あるいは敗北）としての死である。在宅という限られた医療資源の中で患者をケアすることに多くの医師は慣れていない。病院医療と在宅緩和ケアの両方を経験してきた萬田は以下のように述べる。

「病院の医師は、人間の死がこんなにも穏やかなものだと知りません。病院が当たり前に行っている治療をやめて、上手に支援すれば、多くの人が苦痛から解放されて、最期のときまで穏やかに生き抜くことができるのです」（萬田 2022a 年、6 頁）。

彼の著書の意義の2点目は、萬田が独自の「死生観」とそれにかかわる「疾病観」に基づいて在宅医療を行っているという点である。現在、在宅医療は日本医師会においても推奨されているが（日本医師会 2013 年）、多くの場合、開業医が外来診療の延長として在宅医療を行っている。よって多くの医師にとって、治療できない帰結としての患者の「死」は相変わらず医学の敗北であると考えられている場合が多いのではなかろうか。しかし萬田は、病気や死について以下のように述べる。「あらゆる病気は、老化の段階にただ名前をつけただけにすぎない」（萬田 2022a、18 頁）。あるいは「人によって、老化のスピードが速い臓器と遅い臓器があるわけです」（同、21 頁）と主張する。さらに「人間のみならず、ペットを含めて、「死なせない」ことを美德とする日本人。それが本当に当人にとって幸せなことなのか、死生観が問われているような気がします」（同、24 頁）と、医療の根底にある死生観の見直しを指摘する。

あらゆる病気が老化によるものというのは、病気を単純化しすぎているという印象をわれわれに与える。とりわけ、小児医療に関わる医師にとってはそうであろう。しかし、超高齢社会を迎えた日本においては、こうした疾病理解の提示や死生観の再考を促す点では、彼の主張を軽々に無視することはできないのではなかろうか。

医学は単なる科学の応用ではない。患者を生物学的に理解するだけでは不十分であることは、G. エンゲルや V. フランクル、最近ではサルメイシーらも、**biopsychosocial model** や **biopsychosocial-spiritual model** を提示しながら、われわれに包括的な患者理解を示している<sup>注4)</sup>。医療者はこうしたモデルを踏まえながら、さらに死生観について深く学び、患者や家族の思いをくみ取り、その希望に応じた治療や死の在り方に対応できる能力を獲得すべき時代に生きている。

### 3. 近藤誠の主張とその背景にある哲学

近藤誠（1948-2022）に関しては、多くの説明は不要かもしれない。彼は、『患者よ、がんと闘うな』（1996）で、医学界に大きな挑戦状を突き付けた。誤解を解いておく必要があるが、近藤は単なる現代医療の否定者ではない。彼は、日本のインフォームドコンセントの導入に寄与しているし、それまで外科的治療（ハステッド法）が主流であった乳がん治療から乳房温存療法への転換に貢献するなど、近藤誠が現代医学に与えた正の影響も否定できない。その一方で、それまでの乳がんの外科的治療法中心の在り方への反省から、がん治療そのものへの疑問を発信し、がんの手術療法、抗がん剤治療をことごとく批判した。そして「がん検診」のみならずあらゆる「健診」には意味がないと主張した<sup>注5)</sup>。

医学哲学の観点から、彼の主張の根底には何があるのかを3つの視点から考えたい。1点目は、近藤が或る意味では臨床経験に基づきながらも、「エビデンス主義者」であった点である。彼は研修医時代に放射線科において治療を受けながらもなくなっていく多くの患者に接する。そして、医師がおこなっている標準治療そのものへの疑問を抱く。抗がん剤治療をなぜ彼が否定をするのかといえば、その理由の一つは「エビデンスがない」と考えるからである。例えば本当に手術療法や抗がん剤は、何もしない場合よりも効果があるのだろうか。実はこれは科学的に答えづらい問いである。なぜなら標準療法が確立されている現在において、がん患者を放置群と治療群にランダムに割り当て、あらためて無作為化比較試験（randomized controlled trial: RCT）を行うこと

がそもそも倫理的ではないからだ。近藤は、自らの意思で標準治療を行わない人たちを外来でフォローし、その経緯をまとめている（近藤 2012）。

2点目は、がんはもともと転移能を有する「本物のがん」と転移能をもたない「がんもどき」の二つに分類されるという理論である。だからこそ、いくら初期のがんを見つけてもそれが本物のがん、つまり転移能を有するのであれば、原発巣のがんはすでに他臓器に転移しており、その後増殖するのであるから、原発巣を取っても意味がないと考える。また、がんもどきであれば、そもそも他臓器に転移しないのであるから、何らかの症状（消化管であれば通過傷害など）が出現してから、その症状を取る処置を行えばよいと主張する。つまり、近藤が推奨するのは、白血病などの一部のがんの抗がん剤の効果は認めるが、固形がんに関してはがんの「放置療法」なのである。

3点目は、諦観思想である。医学哲学の観点からは特にこの主張に注目したい。先ほどの萬田同様に、近藤も「がんは老化現象」（近藤 2012、206 頁）と考える。そしてわれわれは「自由に生きる、何ものにもわずらわされずに生きる」ことの重要性を強調する。現代に生きるわれわれは確かに「病に対する不安」に支配されている。近藤は以下のように述べる。「がんを自然現象としてうけいれることができるなら、がんによる死はふつう自然で平和ですから、がんにおいてこそ、やまいという観念から死ぬまで解放されることができるはずです」（同、207 頁）。さらに、「がん死亡が増えている現在（中略）、がんの本質を見直すことはもちろんですが、もっと広く人生観・世界観を涵養するための哲学が求められているはずです。ある種の諦観を持つのでなければ、医者や検査に振り回されてしまうからです」（同、203 頁）。

たしかに、諦観は重要な思想であり、仏教とも親和性のある森田療法の根底にある思想ともいえる。しかし諦観思想を過度に拡大するならそもそも医療が不要なものになってしまう。実際、近藤の晩年の多くの著書はほとんどの医療を否定した<sup>注6)</sup>。

#### 4. ステージⅣのがん患者の体験記

さまざまな疾患に罹患した患者たちが SNS や著書を介して容易に情報発信を行える時代になった。中には、高価でエビデンスが明らかではない治療法で改善したとする内容もあり、注意が必要である。ただその中でも、ステージⅣのがん患者 8 名の体験を公平な観点から紹介している杉浦の著書『がんステージⅣ克服』は参照となる。本著は実際にかんに罹患し克服した杉浦自身が編集者となり、他にもステージⅣの患



者ががんを克服していった過程が描かれている。その内容は現代医学を最初から否定するのではない。ある人は数回の再発のたびに手術や抗がん剤治療を受けている。

その中でも「スキルス胃がんステージⅣ」と診断された松野氏（2005年、53歳時）の体験は、われわれに多くのことを教えてくれる。厳しい義母の下で働きづめの生活であった彼女は、スキルス胃がんを診断された際に、「神様が「お前はもう休んでいいんだよ」と言ってくれたように思えました」（杉浦、159頁）と語っている。手術や抗がん剤治療をうけるも、肺転移が見つかり入院している際に東日本大震災に見舞われるが奇跡的に助かった（107名の入院患者中、72名が犠牲となった）。その後自宅に戻り、体育館に避難している人々のために炊き出しを行う。医師から「今度こそ終わりかな」と言われていた彼女は「だからもう、今あるいのちを最後までとことん使ってやろうと思ったのです」と当時を振り返っている。その後の検査で、彼女の肺転移が消えていた。そして2023年に本が出版された当時も元気で仕事をしている<sup>注7)</sup>。

## 5. 医学哲学から現在の医療と医学教育の在り方を考える

### 5. 1. エビデンスという観点

医療者、特に医師にとってのアイデンティティを支える一つは、自らが「科学的精神に則っている」という自覚であろう。具体的には、とりわけ臨床研究から得られたエビデンスを重視する態度であり、それに基づく医療がEBMである。例えば、仏教の瞑想に由来するマインドフルネスの医療現場での応用が増えているのは、その効果を示すエビデンスが多く示されているからだ。EBMは、生物医学的な方法のみを正しいとするのではなく、臨床効果があるならば、それを受け入れていこうとする開かれた方法を有している点は特記されるべきである<sup>注8)</sup>。さらに、EBMは5つのステップからなるが、その4番目のステップでは患者がどのような治療や効果を求めているのかという患者の意思決定を配慮することが必要になる。つまり、NBMとEBMは対立するものではないのである。

### 5. 2. 実現すべき価値——寄り添うことと共苦するという業績——

医学は実学である。その実現すべき価値は患者によって異なってくる。そして、同じ患者であっても、その人の病気のステージによって何をを目指すのかは変化するし、例えば終末期においては提供できる医療は極めて限られたものとなる。これまでは医

師が提供するの「科学的エビデンスに基づいた医療」であると考えられてきた。しかし、実際の臨床現場では、いまだエビデンスが十分得られていなくても、あるいは今後でも得られそうになくとも、医療者にできることがある。それが「寄り添うこと」であり、共感や共苦といわれるものであると著者は考える。

こうした話題は単なる道徳的な、美談の一つとしてのみ語られるべきではない。ある意味で生物学的な根拠がある。そもそも共感とは、「他者の感情を知覚し、その感情を敏感に感じ取るという生まれ持った能力を示しており、共感には他者の幸福 (well-being) のために世話をしたいという動機が伴う」(Decety et al., 2016) と理解されている。共感に関する科学研究で明らかにされているのは、「他者が痛みを感じている顔を見る時」「他者の苦しみを想像する時」などに、それを見ている(あるいは想像している)被験者の脳の活性化領域が、その被験者本人が直接痛みを感じている際に活性化される部位でもあるということだ。とりわけ痛みへの共感とは、それを見ている人にもまさに「痛み」として感じられている。具体的には前帯状皮質 (anterior cingulate cortex:ACC)、前島 (anterior insula:AI)、扁桃体 (amygdala) などが活性化されることが示されている (Lamm et al., 2007, Bellucci et al., 2020)。そして共感とは、その他者を援助するなどの向社会的行動 (利他的行為) を促し、それが実現されると報酬系が活性化される。つまり、他者の痛みへ共感し、他者を助けることは、満足や喜びをもたらす。興味深いことは、共感が人間だけではなく哺乳類などの生物種にも認められる点である。確かに、進化論的に考えても、共感能力を有する集団は助け合うことで生き残りやすくなることは想像に難くない。

医療現場では、治療がうまくいった場合に、こうした「共感⇒利他的行為 (医療) ⇒報酬系の活性化⇒共感」というループが強化され、医療者も充実感を覚える。しかし、治療の甲斐なく亡くなる人もたくさんいる。その際に医療者はただ無力さを感じるだけであれば、バーンアウトに至る。

精神科医の V. フランクルは、全ての人間には生きる意味があると考え、特に「苦悩すること、つまり存在に耐えること、運命に耐えること」を「態度価値」と名づけた (フランクル 2004、119 頁)。人間には病気や自然災害をはじめ避けがたい苦悩がある。その苦悩に耐えることも——何かを創造したり体験したりすること同様に——立派な業績であると彼は理解し、この態度価値によって自らの人生を意味あるものとする理解した。フランクルは人間を「苦悩する人間」(Homo patiens) と考えた (同、

133頁)。しかし、とりわけ医療者に関しては、この概念をさらに拡張できるのではないか。つまり医療者は患者と共に苦しむことができる。つまり「共苦する人間」(Homo compatiens)なのである(杉岡 2023、381 - 382 頁)。もちろんすべての人間は苦悩する人間であり他者と共苦する人間である。態度価値によって、われわれは自らの苦悩から逃げずにその苦悩に向き合うことで人生を意味あるものにできるとするなら、医療者は患者と共に苦悩することによって、患者に安らぎを与えるだけでなく、医療者自身の人生をも意味あるもののできるのではないか。

## 6. 最後に——医学部における人文社会科学教育の現代的意義——

「共苦する人間」という概念を導入するなら、「患者の死」は「医学の敗北」ではない。患者と共に苦しみ、最期まで寄り添うことは、立派な医療者としての業績であると考えたい。それは患者本人が態度価値を実現することで自らの人生を意味あるものとしたように。

生物医学の応用のみが、よりより医療を提供するのではない。日本医師会の「医の倫理綱領」に新たに明記されたように「支える医療、緩和ケア」、つまり患者の人生に寄り添った医療を提供することも重要な医療の役割となっている。人間とは何か、死とは何か、生とは何か、苦悩とは何かなどの問いに、これからの医療者はますます向き合わざるを得ないのである。臨床現場が、こうした哲学的な問いを医療者に突き付けてくるのである。

このように考えるなら、医学部における人文社会科学教育の担う役割は今日ますます重要となっていることは明らかであろう。それは将来の臨床現場で突き付けられる切実なる問いへの準備なのである。そして、医学哲学という観点から考えるなら、こうした準備は、かつての——医学教育モデル・コア・カリキュラム以前の——教養教育の哲学では不十分である。医学という学問に肉薄した、医療現場から湧き上がる哲学的な問いを論じる学問研究と教育が医学部では切実に必要とされている。こうした研究教育を中心的に担うのが医学部における人文社会科学教育であり、その人文科学分野を担うのが医学哲学なのである。医学概論の澤瀉久敬は、学問・技術・医道(医療倫理)のすべてを身につけた医師が、立派な医師であると述べたが、医学部における人文社会科学は、この立派な医師の育成に大きく貢献すべき分野なのである。



## 注

- 注 1) この点に関しては、杉岡（2019）を参照。
- 注 2) 医の倫理綱領 | 医の倫理 | 医の倫理 | 医師のみなさまへ | 日本医師会 (med.or.jp) (アクセス日 2023 年 11 月 26 日)。
- 注 3) 文献の萬田の著書 (2022a, 2022b) を参照。
- 注 4) こうした主張やモデルに関しては、杉岡（2019）、59 - 89 頁を参照。
- 注 5) 近藤に関する著者の批判的見解および彼の独自の理論の形成過程に関しては、杉岡（2014）、329 - 360 頁を参照。
- 注 6) 例えば近藤（2023）などを参照。
- 注 7) 九州大学の池見酉次郎らは「がんの自然退縮」の研究を行い、こうした患者には「実存的転換」が認められたことを報告している（中川 1983）。もちろん、これらの研究は症例報告であり、実存的転換を認めればがんが自然退縮するという因果関係を示すものではない。しかし、医療者はこうした事実を謙虚に受け止めるべきであるし、自然退縮について知っていれば、高額で、科学的証明を伴わない治療に対しても慎重であることができる。
- 注 8) EBM の医学哲学的意義に関しては杉岡（2019）、43 - 57 頁参照。

## 文献

- Decety J et al.2016. Empathy as a drive of prosocial behavior: highly conserved neurobehavioural mechanisms across species, *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 371 (1686): 20150077.
- Lamm C et al.2007. What are you feeling? Using Functional Magnetic Resonance Imaging to Assess the Modulation of Sensory and Affective Responses during Empathy for pain, *PLoS One*, Dec 12;2 (12): e1292.
- Bellucci G et al.2020. Neural signatures of prosocial behaviors, *Neurosci Biobehav Rec* 118, pp.186-195.
- 澤瀉久敬（1981）『医学の哲学』（増補版）誠信書房
- 近藤誠（2023）『「健康不安に殺されるな」僕が最後に伝えたかった一番大事なこと』ビジネス社
- 近藤誠（2012）『がん放置療法のすすめ——患者 150 人の証言——』文春新書

近藤誠（1996）『患者よ、がんと闘うな』文藝春秋

杉浦貴之（2023）『がんステージIV克服 「転移」「再発」「余命告知」からの回復記録』  
ゆさぶる

杉岡良彦（2023）『共苦する人間：医学哲学から宗教と医学を考える』春秋社

杉岡良彦（2019）『医学とはどのような学問か：医学概論・医学哲学講義』春秋社

杉岡良彦（2014）『哲学としての医学概論：方法論・人間観・スピリチュアリティ』  
春秋社

中川俊二（1983）『ガンを生き抜く』協和企画

日本医師会（2013）『かかりつけ医の在宅医療 超高齢社会—私たちのミッション』

フランクル（2004）『苦悩する人間』山田邦男・松田美佳訳、春秋社

萬田緑平（2022a）『家で死のう！ 緩和ケア医による「死に方」の教科書』フォレスト  
ト出版

萬田緑平（2022b）『穏やかな死に医療はいらない』河出書房新社

**謝辞**「医学哲学」の開講を決意され、京都府立医科大学における教養教育の充実を強く推進されている人文・社会科学教室、瀬戸山晃一教授に深く感謝いたします。また神経内科学の本学名誉教授である中島健二先生は医学哲学に造詣深く、多くのご指導をいただきました。その学恩にあらためて感謝申し上げます。

**利益相反** なし