

## 代替・補完医療とスピリチュアリティを論じる視点

旭川医科大学 杉岡良彦

### はじめに

本稿では、主として医学哲学の立場から代替・補完医療を考える。まず、現代の医学の中で、代替・補完医療（以下、CAM）をどのような視点から論じるのかを考え、CAMを論じるにあたっての前提となる問題を整理し、議論の枠組みを概観する。さらに具体例として、スピリチュアリティに関する研究結果を紹介し、スピリチュアリティの科学的研究が現代の医学にもたらす意義を考えたい。

### 1. 医学哲学の立場からCAMを論じることは必要か

そもそも医学哲学とはどのような学問であろうか。日本における医学哲学（医学概論）の創始者である

おもだかひさゆき 澤瀉久敬（1904—1995）は、「哲学とは自己を省みることによってよりよい自分を創造しようとするものである」とし、それをふまえて医学哲学とは「現在ある医学を反省することによって、あるべき医学、よりよい医学のあり方を示すものである」<sup>1)</sup>と定義する。

澤瀉の医学概論は『科学論』（1945年）、『生命論』（1949年）、『医学論』（1959年）の三部から成るが<sup>2)</sup>、その『医学論』においてすでに漢方医学が取り上げられている。それは西洋医学に対する信頼が極めて強力であった当時からすれば、画期的な取り組みといえよう。澤瀉は漢方医学と科学研究の関係や、漢方医学に対する研究態度に関して、以下のように述べている。

「もし科学的とは単に近世西洋科学を意味し、漢方医学を科学化するとはその意味で漢方を西洋科学化することであるとすれば、それは漢方の独自性を否定することに他ならない。漢方医学と西洋医学の根本的な相違は、それが単に科学的であるか否かにあるのではなく、両者の底にある世界観の相違なのである。

（中略）漢方医学の正しい理解は、漢方の独自性を明らかにすることであり、それはその根底にある生命論、世界観そのものの解明でなければならぬ。」<sup>3)</sup>

このように、医学哲学はその当初から今日いうことこのCAMに対して強い関心を示していた。以上より、医学哲学の立場からCAMを論じる意義は、

- 1) CAMと現代医学のよってたつ原理（生命論・医学観）を比較する作業を通じて、現代医学の本質をよりよく理解できる。（現代医学の相対化とより深い理解）
- 2) より良い医学に向けた具体的な考察が可能となる。（より良い医学の創造）

の二点が挙げられる。もちろん、何をもって「良い」とするのかという「価値」の問題も重要であることは言うまでもない。一方、患者サイドからは

- 3) 多様な医療の選択肢から自分が受ける医療を選択することは当然の権利である。

という点がある。このように、医学哲学の立場からは、医学の本質を明らかにするためにも、そして患者サイドにとっては選択肢を増やしより満足できる医療を受けるためにも、CAMについての考察は必要であると考えられる。

### 2. CAMが要請される社会的要因とCAMの分類

現在、CAMが問題とされるとすれば、その社会的要因にはどのようなものがあるのかを確認しておきたい。主なものとして、（1）少子高齢化に伴う医療費の高騰、（2）感染症から生活習慣病への疾病構造の変化、（3）患者の権利への配慮と患者ニーズの多様性等を挙げることができる。具体的には、1955年の年少人口（0 - 14歳）は33.4%、2005年には13.7%に下がり、2055年には8.4%になると予想されている<sup>4)</sup>。一方で、1955年の老年人口（65歳以上）は5.3%、2005年には20.1%、2055年には40.5%になるとされている。医療費に関しては、2007年には65歳以上の医療費が全体の52%を占め、一人あたりの国民医療費が26万7千円であるのに対し、65歳以上74歳未満で約64万6千円、75歳以上で79万4千円となっている。

こうした現状を考えれば、治療医学とならんで、予防医学および健康増進医学がますます強く推進される必要がある。そしてCAMには、こうした予防や健康増進への寄与が期待されることになる。

次に、CAMを論じるにあたり、その定義と具体的な内容を確認しよう。米国国立衛生局相補・代替医療センター（NCCAM）によれば、CAMとは「一般的にはこれまでの医療の一部であるとはみなされていない多様な医療システム、医療的実践、薬品等を使用する一つのグループである」<sup>5)</sup>とされる。また、その内容においては、ハーブ、ビタミン、瞑想、ヨガ、気功、マッサージなど、極めて多岐にわたる。CAMを論じる難しさの主要な要因の一つは、この多様な（あるいは雑多な）CAMのために、CAMを論じる視点が定まりづらいという点である。

医学哲学的視点から現代医学との比較においてCAMを論じるとすれば、われわれは以下のような簡単な分類を採用することが許されるのではなかろうか。それは、①「現代医学の枠組み（生命観、医学観等）を変えることなく研究や臨床への応用が可能なCAM」と、②「現代医学の枠組みを変える可能性を秘めたCAM」、の二分類である。もちろん、両者間の境界が明確でないものも存在する。だが、この分類によれば、ハーブやビタミンなどの効果は、これまでの薬理的あるいは生理学的方法を用いた基礎的研究が可能であるし、臨床研究も従来の方法による検討が可能であろう。そして、その効果が認められたとしても、医学の枠組みへの影響は考えづらい。しかし、例えば「祈り」や教会への礼拝などの宗教的実践が、うつ病や寿命に影響を与えるという研究結果は、医療者を困惑させる。それは、こうした結果がこれまでの人間観や医学観を揺さぶるからである。

### 3. 医学の人間観

もしも、CAMが我々に新たな人間観を要請する可能性があるとするれば、その前に、現在の医学はどのような人間観を有しているのかを確認しておく必要がある。良く知られているように、医学の講義は解剖学から始まるといえよう。たとえ、生化学や分子生物学の講義がその前に行われていたとしても、それは、理学部をはじめとする他の学部での内容と大差がない。解剖学は医学生に医師になるという自覚と共に、人間に対する見方を提供する。それは身体⇒系（消化器系、呼吸器系など）⇒臓器⇒組織⇒細胞⇒分子（遺伝子）という物質レベルでの階層構造に基づく人間理解である。そして、病理学では、様々な疾患が、臓器、組織、細胞、さらに分子や遺伝子レベルから説明される。こうした生物医学 biomedicine の限界を明らかにし、身体・心理・社会から疾患を考えようとしたのがエンゲルの身体・心理・社会モデル biopsychosocial model である<sup>6)</sup>。そして、こうした身体・心理・社会的な存在としての人間観を、現在の医学は基本的に有している。

### 4. 科学的証明

「現代医学の枠組みを変える可能性を秘めたCAM」という分類を例示したが、確認しておくべきことは、「現代医学の枠組みを変える」のか否かを考える前提として、そのCAMの有効性が医学的な方法で明らかにされている必要がある。その医学上の効果が認められない、あるいはその可能性が極めて低いのであれば、それについてそもそも議論をするまでもない。それでは、科学的証明にはどのようなものがあるのか。例えば、医学の代表的な方法論としては、基礎医学で主に使用される分子生物学的方法と、臨床医学で主に使用される臨床疫学的方法が挙げられる。そして、例えばある動植物からの抽出物が、培養がん細胞のアポトーシスを誘導したとしても、必ずしもその抽出物が実際のがん患者にも有効であるとはいえない。CAMを論じる際には、いわゆるエビデンスの質という考えを抑えておく必要がある。例えば、「科学的に証明された」といっても、単なる個人の感想等であるのか、実験室レベルの研究であるのか、症例対照研究であるのか、コホート研究であるのか、無作為化比較試験（RCT：randomized control trial）であるのかによって、その結果のもつ意味は大きく異なる<sup>7)</sup>。さらに、治療効果においては、（1）自然経過での改善、（2）非特異的反応、（3）特異的な治療効果を区別する必要もある<sup>8)</sup>。

以上、CAMを論じる議論の大まかな枠組みを概観した。次に、CAMの一分野として、スピリチュアリティの健康影響を具体的に取り上げたい。

### 5. スピリチュアリティの科学的検討

「スピリチュアリティ」あるいは「スピリチュアルケア」は最近医療の中で議論が活発に行われつつある領域である<sup>9)</sup>。また緩和ケアにおいては、身体的・心理的・社会的苦悩だけではなく、スピリチュアル

ペインにも配慮することが求められている。ただし、スピリチュアルケアはターミナルケアにのみ限定されるものではない。ところで、スピリチュアリティは多義的な概念であり、科学的研究が困難であると考えられる傾向が強い。そもそもスピリチュアリティに関する科学的研究は不可能であろうか。以下ではスピリチュアリティに関する三種類の研究を紹介する。

### 1) 礼拝出席と寿命の関係

宗教との関わりが寿命に影響を及ぼすという研究がいくつもある。たとえば、40歳以上のアメリカ人男女8,450人を対象に、平均8.5年間追跡調査した研究によれば、礼拝に全く出席しない人に比べ、週1回礼拝に出席する人では18%、それよりも多く礼拝に出席する人では30%、死亡リスクが減少していた<sup>10)</sup>。

### 2) うつ病とスピリチュアリティ

うつ病性心不全あるいは慢性肺疾患の急性増悪のために内科に入院していた50歳以上の患者を対象に調査し、1,000人の大うつ病性障害あるいは小うつ病性障害に罹患している患者を見出した。これらのうつ病患者のうち865人を12~24週間追跡調査して、うつ病からの寛解速度に影響を与える因子を調査している。この研究で特に興味深いのは、調査開始時に宗教的実践の現状を調べて、同時に宗教的信念の強さを質問票を用いて調査し、両者を組み合わせることで、最も宗教的な被験者を同定していることである。具体的には、少なくとも週に1回は礼拝に出席し、少なくとも毎日祈りの時間をもち、少なくとも週に3回聖書か宗教的な聖典を読み、Hogeの内的宗教性尺度(トータルスコアは10~50点)で45~50点のスコアを獲得した患者は、865人の患者サンプルの14%を占めた。寛解にかかわる多くの人口統計学的因子、心理社会的因子、精神医学的因子、身体的健康予測因子を調整した後、こうした(最も宗教的な)患者は、それ以外の患者よりも53%うつ病からの回復が早かった<sup>11)</sup>。

### 3) スピリチュアリティの否定的な影響

55歳以上の入院患者596人を平均2年間追跡し、入院期間中の宗教的葛藤が生存に及ぼす影響を調査している。「神に罰せられているかまたは神に見捨てられた」、「信仰コミュニティから見捨てられた」、「神には変える力がなかった」という患者の感情やその他の消極的な宗教的考えを把握する7項目からなる尺度を用いて、宗教的苦悶や宗教的葛藤を評価した。人口統計因子、身体的健康、心理的因子および社会的因子について調整したところ、宗教的葛藤スコアが高いほど、死亡リスクが経時的に高くなることが示された。特に宗教的葛藤に関する7つの質問のうち2項目(「神は自分を見捨てたのだと思った」、「自分に対する神の愛を疑った」)については、死亡リスクをそれぞれ28%および22%増加させた<sup>12)</sup>。

これらの研究が、RCTという方法を採用していないとしても(無作為に人をスピリチュアルな実践を行うように、あるいは行わないように振り分けることは倫理上も困難である)、非無作為化比較試験あるいは比較的大規模なコホート研究に基づいて行われている点を強調したい。

ところで、こうした疫学研究結果の背後にあるメカニズムを「神の恩恵」あるいは「奇跡」に帰すべきなのであろうか。スピリチュアリティが健康に影響する経路として、コーニックは、心理学的経路、社会的経路、および行動的経路の三つの可能性を提示する<sup>13)</sup>。例えば、信仰をもつ人たちは、困難を神の試練であると感じ、絶望の中にも希望を見出そうとする。こうした傾向は、ストレスに対する上手な対処法(コーピング)の一つである。さらに、例えば定期的な礼拝出席は、同じ信仰を持つ仲間との交流によって孤独感を軽減させる効果を持つ。また、行動的経路に関しては、ある種の宗教的な教えが性的混乱や過度のアルコール摂取を抑制することによって、性行為感染症や肝疾患をはじめとする多くの疾患予防につながる。つまり、スピリチュアリティと健康の関係はあくまでも既知の経路を介して作用すると考えることが可能なのであり、科学的検討の場に奇跡や神秘的な説明をもちだす必要はない。

こうしたスピリチュアリティの研究が示しているのは、今後の超高齢化、医療費高騰などの社会的問題に、スピリチュアリティという視点は大きな示唆を与える可能性をもつ——それは治療的にも予防的にも——という点であろう。また、フランクルが述べるように、疾患後の後遺症や長寿であるがゆえに体験する可能性が増える様々な苦難に対して、その「苦しみ」を引き受け、「生きる意味」を見出すという営みも、医学的にも極めて重要となる<sup>14)</sup>。さらにこれらの研究結果は、人間を身体・心理・社会という次元から考える従来の枠組みから、人間を身体・心理・社会そしてスピリットという次元から考える新たな人間観の可能性も示唆していると言える。それは、超越的なものへと開かれた人間観でもあり、こうした人間観を考えることは、従来の宗教と医療の対立図式を越えて、両者の協力的な関係の考察を可能とする<sup>15)</sup>。

## 6. CAMの問題点と今後の課題

医学哲学的な立場からは、CAMを論じることは、現代の医学を反省し、医学を相対化し、科学主義への反省と人間観の再考を促すという利点が考えられる。また、こうした営みによって、これまでの現代医学に欠落していた治療方法や新たな視点（疾病観、人間観等）が導入され、理論的にも実践的にも、よりよい医学の創造にCAMが寄与する可能性がある。CAMが医学的に検討され、有効とされたものは、医学に導入され、またそうしたCAMの導入によって、医学自体も変化する——このように、CAMと現代医学はダイナミックな関係にある。こうした変化によって、医学がどのような方向に変化するのか、一体何が変わるのか、その点を今回は特にスピリチュアリティの科学研究に注目して論じた。

科学である医学と身体・心理・スピリットという人間観の問題を考える際には、フランクルの次元的人間論 dimensional anthropology の考えが有用である<sup>1)6)</sup>。人間を三次元の円錐に例えるなら、科学を通して把握された人間像は、人間を丸ごと捉えるのではなく、ある見方、一つの視点から見られた投影像と言える。円錐を平面に投影すればそこには円や三角形の像が現れる。しかしそれはあくまで円や三角形であって、本来の円錐ではない。この類比が示すように、科学はその自らの立場を絶対化するのではなく、常に包括的、全体的な人間観を前提としつつ、自らの認識上の限界と強み——例えばある疾患に関与する分子を特定できれば、それを標的として治療が可能となる——をしっかりと自覚する必要がある。

ところで、残念なことには、CAMを自称する非常に高額な医療まがいの行為も見受けられる。それに関しては、患者側は普段から警戒をし、賢明な患者を目指す必要がある。特にがんなどの診断を受けた後は、冷静な判断が損なわれやすい。一方で、医療者も、詐欺まがいの医療に関してはその誤りや矛盾点を指摘することによって、患者サイドに、より正確な情報や、科学的検証の考え方とその限界を、正しく伝えていく責任があるだろう。もしもCAMを自称するグループがその効果を主張するのであれば、そして医療であることを主張するのであれば、それは必ず何らかの形で科学的（生物学的、心理学的、社会学的等を含む）に、しかもできるだけ質の高い方法で、検証されなくてはならない。少なくとも身体あるいは心理に何ら測定可能な影響を与えないのであれば、それはそもそも医療とは呼べないのである。

患者サイドから考えれば、かつての近代医学が得意とした、抗生物質による感染症治療に代表されるような「受身の医療」は、現代医学の一部ではあっても中心ではなくなっている。CAMは一部の医療者にとっては科学的研究の興味深い対象となりうるし、患者にとっては利用したい医療の選択肢として存在する。また、患者の要請が強くなれば、医療者は自らの関心の有無にかかわらず、それを検証せざるを得ない状況となる。こうした患者と医療者の興味や関心、あるいは要請によって、CAMが検討され、現代医学に組み込まれ、また医学そのものが変わっていく。こうしたダイナミックな医学の創造を可能にする鍵は、やはり患者と医療者の真摯な対話であると考えられる。

(注)

- 1) 澤瀉久敬『医学の哲学 増補』誠信書房、1981年、258頁。
- 2) 澤瀉久敬『医学概論 第一部 科学について』1945年、『医学概論 第二部 生命について』1949年、『医学概論 第三部 医学について』1959年（いずれも誠信書房）。ここではそれぞれを『科学論』、『生命論』、『医学論』と略記する。
- 3) 前掲『医学論』135頁。
- 4) 『サブノート 保健医療・公衆衛生 2011』104、154頁。および国立社会保障・人口問題研究所ホームページ <http://www.ipss.go.jp/> 参照（アクセス日2011年9月27日）。
- 5) NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) のホームページ <http://nccam.nih.gov/> より（アクセス日2011年9月27日）。
- 6) Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, 196, 1977, 129-136.
- 7) 例えば、日本癌治療学会による肝がんの診療ガイドラインによれば、エビデンスレベルは高い順番に、1a: RCTのメタアナリシス、1b: 少なくとも一つのRCT、2a: 前向きコホート研究など、2b: 後ろ向きコホート研究など、3: 症例対照研究（後ろ向き研究）、4: 処理前後の比較などの前後比較・対照群を伴わない研究、5: 症例報告など、6: 専門家個人の意見（専門家委員会報告を含む）と6つに分類されている。[http://www.jsco-cpg.jp/item/02/intro\\_02.html](http://www.jsco-cpg.jp/item/02/intro_02.html)より（アクセス日2011年9月27日）。

月 27 日)。

- 8) ロバート H. フレッチャーら (福井次矢監訳) 『臨床疫学 第2版』、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2006年、136頁。
- 9) スピリチュアルな問題は医療現場では「生きている意味や価値についての疑問」(日本医師会『2008年版 がん緩和ケアガイドブック』8頁)とされ、必ずしも宗教と関わりをもたない。デューク大学のコーニックによれば、臨床現場においてはスピリチュアリティと宗教の言葉を厳密に使い分ける必要はないが、科学的研究において、両者は明確に定義されなければならない、実際の研究ではスピリチュアリティはより狭義の意味、つまり宗教とほぼ同義語として用いられる場合が多い、とされる。また、現在のスピリチュアリティの概念は宗教よりもより広い概念であり、さらに主として前者は個人的な営みで、後者は組織的な営みであると一般に考えられている。Koenig H. G, et al., *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press, 2001, pp.17-23.
- 10) R. F. Gillum et al, Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort, *Annals of Epidemiology*, 18(2), 2008, 124-129.
- 11) H. G. Koenig, Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 2007, 389-95.
- 12) K. I. Pargament, et al, Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study, *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 2001, 1881-1885.
- 13) H. G. コーニック著 (杉岡訳) 『スピリチュアリティは健康をもたらすか——科学的研究に基づく医療と宗教の関係——』医学書院、2009年、35—49頁。
- 14) 特に、以下参照。V. E. フランクル (山田邦夫、松田美佳訳) 『苦悩する人間』春秋社、2004年。
- 15) この点については、ティリッヒの以下の文献を参照されたい。P. Tillich. *The Meaning of Health: Essays in Existentialism, Psychoanalysis, and Religion*. Exploration Press, 1984. (相澤一訳 『宗教と心理学の対話——人間精神および健康の神学的意味』教文館、2009年)。
- 16) Frankl, *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*, Meridian, 1988, pp. 15-30.

本稿は、「市民公開講座 代替・補完医療の可能性と限界の検証 資料集」(2011年11月 日本医学哲学・倫理学会)の原稿に若干の修正を加えたものである。

## 発表と討論のまとめ

司会・まとめ 森 禎徳（東邦大学）

「代替・補完医療とスピリチュアリティ——科学かトリックか——」

（演者：杉岡 良彦（旭川医科大学 専任講師） 2011年7月2日東洋大学）

本発表は2011年11月3日に開催された日本医学哲学・倫理学会主催の公開講座「代替・補完医療の可能性と限界の検証」における講演を念頭に行われたものである。発表者は医学哲学の立場から代替・補完医療を論じるという基本的な立場を取りつつ、代替・補完医療を議論の俎上に載せることが現代の医学にとってどのような意義を持ちうるかを論じており、その際、西洋近代科学に基礎を置く現代医学のみを唯一のパラダイムと見なす狭隘な視野を退け、現代医学をある意味で相対化することによって初めて、そこに何が欠けているかを見出すことが可能になると同時に、代替・補完医療が持っている可能性を正当に評価するための前提条件もまた、現代医学に対する相対的な視点によって整備される、と説く。発表者のこのような議論は、とりわけ患者のニーズを中心として医療のあり方を再検討し、あるいは予防医学を重視することで「医療」の領域を再定義する際に説得力を発揮する。また、発表者の視点は西洋医学、漢方医学の双方に対して広く門戸を開く「統合医療」のコンセプトにも通じるものがあると言えるだろう。

現代医学と代替・補完医療を敵対的に捉えるのではなく、後者によって前者をより深く理解する視座を獲得することで、医療の「良さ」とは何かを再検討する契機となす、さらには予防医学など、現代医学がこれまであまり重視してこなかった領域において代替・補完医療が持つ（かも知れない）効用を積極的に解明することで、医療の信頼性を総合的に高める、こうした意図に支えられた発表者の議論が非常にスケールが大きく、また未来において実現されるべき理想の医療への示唆も大いに含まれていたことは疑いを容れない。しかしその一方で、発表者の本来のテーマである「スピリチュアリティ」については、質疑応答において様々な問いが示された。その中でも多くの参加者が共有した問いとして挙げられるのが、スピリチュアリティというあいまいな心理的要素を不用意に導入することは、かえって代替・補完医療一般への信頼を損なうのではないか、という点である。この点に対して発表者は、医療としてのスピリチュアリティを評価した研究が2000年までに1000件以上存在することを指摘し、スピリチュアリティを医療の中で論じる理由はあるくまでも科学的検証に基づいている点を強調するとともに、一般的に医療者が代替・医療を受け入れづらい理由として、科学的検証の不足のみならず、既成の医療とは異なる概念を導入することへの心理的なレベルでの抵抗による点も大きいことを指摘した。ただし、発表者が強調するスピリチュアリティの「科学的検証」の多くは、科学的に最も信頼性の高い無作為化比較試験に依拠していないため、これらをどの程度評価すべきかを見極めるには、代替・補完医療に対する検証を西洋医学におけるエビデンスと同一のものとして見なすべきか否か、あるいは、もし代替・補完医療に対して西洋医学的エビデンスとは異なる客観的な検証が可能であるとすればそれは何か、というさらに本質的な議論に踏み込む必要があるだろう。

ほとんどの代替・補完医療はその効果が科学的に検証されていないため、そこでは単なるプラセボ効果と現実的な効能との境界線が見失われてしまいかねない。それゆえ代替・補完医療の中でも特に効果を見極めにくいスピリチュアリティという分野は、代替・補完医療全般が置かれている現状や直面している課題をもっとも端的に象徴しているとも言えるだろう。しかし、もしスピリチュアリティに関する（西洋医学とは異なるにせよ）万人に理解可能な検証方法を示すことができるならば、それは代替・補完医療全般が医療としての信頼性を確立する上で非常に大きな前進となることは確実であり、その意味で発表者の試みが今後いかなる展開を遂げるかが期待される。