

宗教の健康影響と医学的説明

宗教と医学の対話のために

杉岡 良彦

(旭川医科大学医学部医学科健康科学講座 講師(学内))

(和文要旨)

医学は近年、宗教への関与が健康に与える影響を検討している。多くの研究は宗教が心の健康だけでなく身体の健康にも良い影響を与えることを明らかにし、こうした影響が、医学的に既知の、心理的・社会的・行動的経路を介するとしている。つまり、宗教の心身への影響は、奇跡や、医療が見放した疾患に限定されるものではない。全人的視点は人間を身体、心、スピリットの三元論からとらえる立場であるが、宗教への関与は特にスピリットの次元と関わり、心身に影響を及ぼすと考えられる。こうした考察は、宗教を科学的にすべて理解可能であるとするものではなく、むしろ宗教と医学の協力を促すものである。神は医学が扱えない領域にのみ作用する(ギャップの神)のではない。しかし、集団を対象とした疫学研究結果の一方で、臨床現場では個々の患者はスピリチュアルペインに苦しんでおり、宗教と医学が協力して取り組むべき仕事は山積している。

(SUMMARY)

The effect of religious involvement on health has been investigated often in recent days. Many studies have found a positive association between religion and physical health, as well as mental health. I argue that the influence of religion on our health should not be limited to miracles nor restricted to the diseases that medicine cannot treat. This is because the mechanism by which religious involvement is thought to affect physical health is one that operates through psychological, social, and behavioral pathways. In other words, considering the perspective of a whole person consisting of body, mind, and spirit, religious involvement may influence the spiritual dimension of a person, and the effects of this would then also resonate with the mental and physical health.

The idea of religion affecting one's health does not imply that religion can be fully

understood by medical research, but rather suggests that religion and medicine can synergize for the benefit of a person's well-being. This idea is also trying to overcome the "God of the gaps" thinking, which leads to a decreasing understanding of spiritual doctrine because of scientific breakthroughs. I believe many questions are still left that religion and medicine have to address in a cooperative manner.

1. はじめに 宗教的治癒と科学的研究

いったい、宗教と医学はどのように関係しあうのだろうか。宗教と医学の関係を考える場合に、まず思い浮かべるのは宗教者達が行ってきた多くの奇跡である。キリストは目の見えない人を見えるようにし、歩けない人を歩けるようにした。おそらく、宗教にとって奇跡は本来重要な位置を占める。それは、宗教の対象とするものが神や仏などの超越者であり、宗教はそうした超越する世界に現世以上の価値を見出すとすれば、その超越世界に価値を見出す意味を、現世に生きる人々に提示しなければならないからである。その一つの方法として、病者を癒すという奇跡は、救済という点からも、大きな位置を占める。

一方で昨今、宗教より正確には宗教的信念の強さ、教義をどれだけ人生の中に取り入れているのかという内的宗教性、そして礼拝出席などの宗教実践が健康に及ぼす影響に関して科学的に検討されている¹。ここでは具体的に何が明らかにされているのか。そしてその結果がもたらす意味は何であるのか。本論では、宗教と健康に関する最近の研究結果を紹介しながら、その研究結果が持つ意義を考え、この作業を通じて宗教と医学の問題を再考しようとするものである。

¹ Koenig H.G et al., Handbook of Religion and Health. Oxford University Press. 2001. さらにその後の研究を含めてわかりやすくまとめた書物は、Koenig H.G. Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet, Templeton Foundation Press. 2008. (拙訳『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)がある。こうした研究は、緩和医療あるいはターミナルケアに限定された状況で、宗教と医学の関係を論じたものではないことに留意されたい。

2 . 宗教と健康に関する研究の現状

宗教が健康に及ぼす影響に関してはこれまで 1,200 件を超える研究があるが²、そのうち特に興味深いと思われる研究、代表的な研究をいくつか紹介したい。

2.1 寿命との関係

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かある。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³。また、42 件の別々の研究結果から、全部で 126,000 人を対象として宗教への関与が生存に及ぼす影響を調査したメタアナリシス研究⁴によれば、宗教への関与は生存率を 29% 上昇させることを明らかにしている⁵。

寿命に関しては、また別の角度からの興味深い研究がある。それは、支援を与えることと、支援を受けることの比較である。宗教は利他的行為を人々に勧めるが、利他的行為の後で満足感や自己有用感が増すことは、経験上も多くの人が体験することである。Brown らは 423 組の高齢夫婦を 5 年にわたり追跡し、支援を与えることと支援を受けることが死亡率に与える影響を調べた⁶。他者を助けた人はそうしなかった人よりも有意に長生きであった。もちろんその際、他の研究においても同様であるが、年齢、性別、心身の健康状態に関わる因子等が、比較する群どうしできるだけ同じ条件になるように統計学的に調整されている。その一方で、援助を受けることは死亡率には影響しなかった。他者に対して役に立つ支援も精神的な支援もしなかった人は、配偶者や友人、親戚、隣人を援助した人に比べて、追跡調査中、死亡率が 2 倍高かった。こうした結果は、身体機能、健康満足度、健康行動、年齢、

² H.G. Koenig, *Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet*, p.22

³ 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, pp.124-129.

⁴ 複数の研究結果を統合してあらためて全体で再分析すること。こうして得られた結果は最もエビデンスの質が高いとされる。

⁵ M.E McCullough et al, "Religious involvement and mortality: a meta-analytic review," *Health Psychology*, 19(3), 2000, pp.211-222.

⁶ S.L. Brown et al, "Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality," *Psychological Science*, 14(4), 2003, pp.320-327.

収入、教育レベルを調整しても、依然として有意な結果であった。

2.2 メンタルヘルスとの関係

Koenig らのグループによる最近の研究⁷では、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⁸（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。

2.3 手術後の死亡率との関係

冠動脈バイパス移植、心臓弁置換またはこの両方を用いた心臓手術後の患者 232 人を対象に前向きに追跡して（平均 6 ヶ月間）宗教的への関わりと死亡率の関係を調査した研究がある⁹。調査開始時に、所属している宗教、礼拝への出席、宗教から受ける力強さおよび救い（慰め）、宗教団体での知人の数および宗教性の自己評価を行い、統計学的解析によって、過去の心臓手術、調査開始時の身体機能障害の重症度、年齢および社会集団への参加について調整を行った。宗教から受ける力強さあるいは救いが「ない」と報告した被験者の死亡率は、その他の患者の死亡率 3 倍であった。社会集団への参加頻度が多く、宗教から受ける力強さおよび宗教的救

⁷ 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, pp.389-95.

⁸ 本論「3.2 研究における宗教の評価」を参照。

⁹ T.E. Oxman et al, "Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly," *Psychosomatic Medicine*, 57(1), 1995, pp.5-15.

いが大きかったと報告していた72人では、死亡率がわずか2.5%であったのに対し、集団への参加も宗教による救いもないと報告していた49人の死亡率は21%を超えていた。

2.4 ネガティブな関係 宗教と高死亡率

次の研究は、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¹⁰。「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、宗教的苦闘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つ（「神は自分を見捨てたのかと思った」、「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。

3 . 方法論に対する基本的な考察

3.1 臨床疫学と因果関係

以上、紹介した研究は、臨床疫学の方法論に基づいてなされている¹¹。臨床疫学は、現在の医学の基本的な立場であるEBM（科学的根拠に基づく医療）の基礎的方法論である。臨床疫学は、観察研究（横断研究¹²やコホート研究¹³など）と介入研究（ランダム化臨床試験¹⁴など）に大きく分けられる。ただし、どの研究方法を用

¹⁰ 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, pp.1881-1885.

¹¹ R.H. Flecher et al, *Clinical Epidemiology: The Essentials*. Fourth edition. Lippincott and Wilkins, 2005.

¹² ある一時点において、有病率や健康状態などを調査する研究。この研究方法である集団の有病率が高いことがわかったとしても、その因果関係は不明である。

¹³ 時間を追って、ある集団（患者）を追跡調査する研究。因果関係についてはある程度明らかになるが、観察する集団が無作為化されていないため、バイアス（偏り）が生じる可能性がある。

¹⁴ 研究対象者を無作為に2群（あるいはそれ以上）に割りつけて、一方の群には介入（検査や治療

いた研究かによって、結果の解釈が変わる。例えば、ある横断研究によって、礼拝に週1回以上通う人が、礼拝に週1回未満しか通わない人よりも、膝関節の痛みを訴える人の割合が少ないという結果が得られたとする。ここから、教会に通うことは膝関節の痛みの軽減に効果があると結論付けられるだろうか。答えは「否」である。なぜなら、もともと膝に痛みを感じる人は、教会に出席する頻度が少なくなることは充分予想されるからである（逆に言えば、もともと膝に痛みの無い人は教会に出席しやすい）。また、祈りをささげる時間の長い人と、そうでない人を比較すると、祈りをささげる時間が長い人ではうつ病患者が多いという結果が横断研究から得られるとする。ここから、「祈りはうつ病を引き起こす」と結論付けられるだろうか。答えはやはり「否」である。なぜなら、うつ病の人が、救いを求めて祈る時間を増やすことは充分ありえるからである。事実は、祈りがうつ病を引き起こすのではなく、うつ病患者が病気からの回復を求めて長い祈りをささげるのである。

以上、二つの例が示すように横断研究で得られた結果からは因果関係を明らかにすることは出来ない。宗教と健康問題の因果関係を明らかにするためには少なくともコホート研究、可能ならランダム化臨床試験が必要とされる。そして、特に最近のこの領域の研究の多く（そして上記に紹介した研究いずれも）は、コホート研究や一部ランダム化臨床試験によって行われている。

3.2 研究における宗教の評価

宗教と健康の問題を調査する場合には、宗教をどのように評価するのが重要な問題になる。多くの研究では、宗教の評価は、宗教性と宗教的実践の両方あるいはいずれかの観点からなされている。宗教性は外的宗教性 *extrinsic religiosity* と内的宗教性 *intrinsic religiosity* に区別され、前者は宗教そのものを目的とするのではなく、それ以外の目的がある場合（教会のメンバーであるのは、それによって社会での人脈を気づきやすいから）などであり、後者は「私の宗教信念は私の人生すべてのを支えている」などの表現で表さるよう¹⁵、ある人が神を信じること、祈りをささげることなど、宗教自体に価値があると考え、その人の行いや考えなどに深く広く宗教が影響を与えている状態である。先の Koenig らの研究（注7参照）でも

など）を行い、もう一つの群（対照群）にはその介入を行わず、両群を経過観察し、転帰の違いを明らかにする。最も質の高い研究方法の一つと考えられている。

¹⁵ H.G. Koenig et al, *Handbook of Religion and Health*, pp.500-501.

Hoge の内的宗教性尺度が用いられていたように、こうした宗教性を評価する質問票も開発されている。

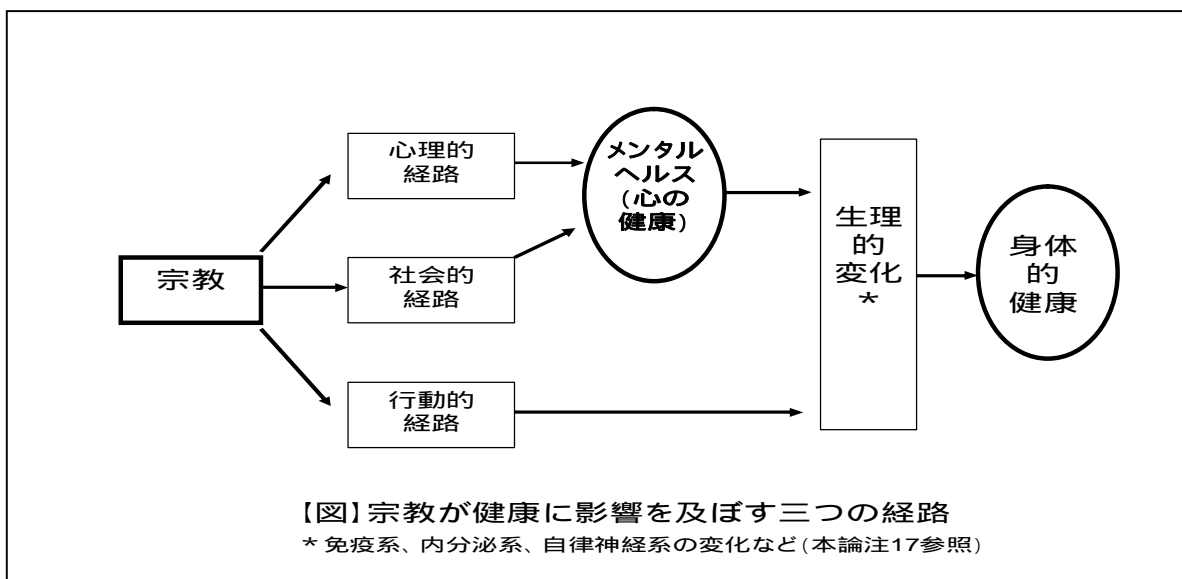
科学的研究はすべての因子を漏れることなく把握することが出来ないため、宗教と健康の関係を調査する研究においても、得られる結果には必ず限界がある。よって、こうした研究分野を考察する際にも、どのような疫学的手法が用いられ、どのように宗教が評価されているのかを明確にすることが極めて重要となる。

4 . メカニズムに関する考察

4.1 宗教が健康に影響を及ぼす三つの経路

上記で紹介したいくつかの論文が示しているように、宗教が健康に対して多くは良い影響を持つこと、それが単にメンタルヘルスだけではなく、身体健康や寿命にまで影響を与えることは、現在ではおおむね一致している¹⁶。しかしこうした結果は、奇跡であるのか。あるいは、既知のメカニズムを介して生じるのか。

我々は、上記の宗教のもつ心身の健康影響に関して、既知のメカニズム、例えば三つの経路を考えることができる¹⁷。それは心理的経路、社会的経路、行動的経路の三つである（【図】参照）。



¹⁶ ただし、こうした研究に対する反論としては R. P. Sloan, *Blind Faith: The Unholy Alliance of Religion And Medicine*, St Martins Press, 2006 がある。

¹⁷ H.G. Koenig, *Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet*, pp.37-67, H.G. Koenig et al, *Handbook of Religion and Health*, p.388, および Jeff Levin, *How Faith Heals: A Theoretical Model*, *EXPLORE*, 5(2), 2009, pp.77-96.

まず、心理的経路であるが、例えば様々なストレスに直面した場合でも、宗教を重んじる人では、そこに何らかの意味を見出そうとする傾向にある。良く引用されるように「試練」という考えによって、多くのストレスは神が自らを鍛えるためにもたらすものであり、そこに神の愛さえ、見出そうとする人がいる。そして、困難の中でも希望を持ち続けることが出来ることが多い。こうしたストレスコーピングによって、宗教的な人はうまくストレスに対処することが出来る。これは結果として、良好な心の健康状態に導く。次に、社会的経路には、例えば同じ宗教に属する人々からうける社会的サポートや心理的つながりがあり、これによって孤立感を軽減することが出来る。孤立感の軽減は、心理的な健康に非常に良い影響を与えることは、例えば自殺者の多い地域でのうつ病対策の一旦として「孤立を防ぐ」ことを含む対策によって、大幅な自殺減少が認められた日本のデータからも強く示唆される¹⁸。最後に、行動的経路に関しては、宗教的な教えが、我々の行動様式に影響を与える。例えば、性的混乱の予防は、性行為感染症の減少につながる。また過度のアルコール摂取や喫煙の制限は、肝疾患や肺がんをはじめとする多くの疾患予防につながる。こうして宗教（宗教性や宗教的实践）は、心理的、社会的、行動的経路を介して、心身の健康に影響を与えられられる。

さらに心の健康が、生理的にも良好な状態をもたらすメカニズムに関しては、近年新たな分野での研究が進んでいる。

4.2 精神神経免疫学

精神神経免疫学（psychoneuroimmunology：PNI）は、1970年代半ばに提唱された学問分野である¹⁹。これまでの臓器中心の研究（さらには組織、細胞、遺伝子へという、細分化する研究）とは異なり、特に人体の神経系、内分泌系、免疫系の相互作用に注目し、人体をできるだけ包括的に、全人的に研究しようとする分野であるといえる。たとえば、ストレスを感じると、脳の視床下部から CRH（副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン）が分泌され、それが脳下垂体から ACTH（副腎皮質刺激ホルモン）の分泌を促し、ACTH によって副腎皮質からコルチゾールが分泌され

¹⁸ 高橋邦明ら「新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動 老年期うつ病を中心に」『精神神経学雑誌』100巻、1998年、469-485頁

¹⁹ H.G. Koenig and H.J. Cohen ed, *The Link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor*, Oxford University Press, 2002.

る。コルチゾールは免疫抑制作用を持つため、結果的に免疫機能が低下する。こうしてストレスという心理的な因子が、最終的に免疫機能の低下という身体機能に影響を及ぼすメカニズムが説明される。

宗教が身体に及ぼす影響に関しても、ストレスコーピングと社会的サポートによって、より良好な心の状態が得られるのであれば、そのことは、神経系、内分泌系、免疫系等の生体内のメカニズムを介して、身体に影響を与えることは、なんら不思議で理解不可能な現象ではなく精神神経免疫学から充分説明可能なのである。

つまりここで明らかにしておきたいことは、宗教が健康に良好な影響を与えることは、医学（科学）的に「未知の経路」によるのではなく（その場合はまさに「奇跡」と呼ばれるだろうが）、宗教上の教義や礼拝出席などの実践が、すでに既知の経路を介して、良好な健康状態に導くと考えられることである。既知の経路によって、宗教が健康に影響を与えること、それは医学の立場からは、宗教の健康影響という事実への理解を可能にすることであり、宗教の持つ機能を再発見することでもある。

5 . 科学的研究の持つ意味 宗教と医学の対話に向けて

5.1 宗教の再発見

アメリカでは、成人の 90%以上が、神あるいは higher-being に対して祈りをささげると述べ、3分の2が教会やシナゴーク（ユダヤ教の教会）のメンバーであり、40%が礼拝に定期的に参加し、大多数が病気のスピリチュアルな側面を考慮してほしいと考えているという²⁰。

こうしたアメリカの事情と異なり、特に日本では宗教に対する誤解が強いように思われる。科学の発達 は必然的に宗教の領域を侵食するかの ような情報や、似非宗教団体による社会問題などの影響を受け、現在の宗教は解決しなければいけない多くの課題を突きつけられている。人々は宗教の力を見失い、宗教に大きな期待をもちやかけていないようにも思える。

²⁰ W.R. Miller et al, "Spirituality, religion, and health. An emerging research field," The American Psychologist, 58, 2003, pp.24-35.

これまでは、あまりにも宗教の持つ否定的な側面が強調されすぎてきたといえよう。多くの現象や物質は人間に肯定的な側面と否定的な側面を両方含んでいる。例えば、現代医学において、薬剤は治療の中心的な位置を占める。薬剤はその効果とともに副作用があることは、そしてそれがどんな薬剤でも効果があれば副作用があることは、少し薬理学を勉強した人なら誰もが理解できる事実である。副作用があるにもかかわらず、現代医学では、薬剤が重要となる。それは、副作用よりも薬剤の作用効果が患者の治療あるいは病気の予防にとって勝ることが期待されるからであり、そのように適切に処方されるからである。

同様に、宗教がある人の罪悪感を増強させ、あるいは場合によっては、祈りがかなえられないと思込むことから絶望感を増強させる可能性は否定できない²¹。しかし、多くの研究が示すように、宗教は病気からの回復や予防効果に、ポジティブな影響を明らかに持っているのである。こうした事実を全く評価せず、ただ宗教のネガティブな影響のみを強調することは偏った情報であり、結果的に宗教と医学の積極的な対話を妨げる要因の一つになる。

日本ではまだなじみの薄い、宗教の持つ健康影響を調査する科学的研究は、少なくとも宗教の再評価、再発見を促すだろう。

5.2 医学と社会に与える影響

日本は世界でも例を見ない速度で高齢化社会を迎えている。平成 17 年度のデータでは²²、高齢化や高度医療等の影響に伴い、65 歳以上の高齢者が医療費に占める割合は全体の半分以上（53.4%）となり、医療費は年間 33 兆円を超え、国民所得に対する割合も昭和 40 年度には 4.18%、昭和 60 年度には 6.13%と増加し、平成 17 年度では 9.01%にのぼる。

医療費や福祉問題など、現在の日本及びほとんどの先進国が直面する社会問題を解決するために、これまでのように生物医学（現在の分子生物学的方法を中心として、疾患の解明や治療を行おうとする医学）等を発達させることだけでこうした問題が解決されると期待することはもはや現実的ではない。格差社会、特に医療格差の問題を考えると、先端医療をひたすら追求することは、障害や疾患を持つ者と健

²¹ H.G. Koenig et al, Handbook of Religion and Health, pp.60-77. また臨床現場での興味深い報告は、次の著書参照。工藤信夫『信仰による人間疎外』いのちのことば社、1989 年

²² 『国民衛生の動向』、財団法人厚生統計協会、2008 年、225 頁

常者との格差を埋めるともいえるが、先端医療を提供できる施設とそうでない施設、そうした施設にアクセスしやすい都市とそうでない地方、高額な医療を受けることができる者とできない者などの格差を大いに助長する。こうした先端医療の持つ負の側面を考慮すれば、先端医療以外の価値の座標軸を提示することはきわめて重要であり、この点からも宗教上の信念、宗教的教義、あるいは礼拝出席などの宗教的実践などが、心身の健康に影響を及ぼす予防医学的效果は日本においても再度検討される必要がある。つまり宗教の持つこうした予防医学的效果は、高騰する医療費問題に取り組むためのひとつの有望な戦略になる可能性がある。さらに今後在宅医療が重視され（この背後には医療費抑制という経済的要因が強く働いているが）、年老いた家族を介護する機会が増える。その際に、本人のみならず、家族にとっても、宗教上の信念や教義、そして同じ宗教仲間からの公私にわたる支援（宗教的サポート）は、このストレスの多い介護の日常の中で希望を見出し、意味を見出すことに役立つだろう。宗教がもたらす心理的效果の影響は、身体上も経済上もかなり大きなものになると予想され、こうした分野の研究も今後非常に重要となるだろう。

5.3 医学研究が導く宗教と医学のより深い関連

科学の進歩に、キリスト教がいかに関与しているかはこれまでも多く指摘されてきた²³。全知全能の神が創られた宇宙に存在すると考えられる自然の斉一性への確信、自然という書物への理解とその書物を理解するためのプラトニズムと結びついた数学という言葉への関心、さらには神の御業を讃える行為としての科学研究に対する動機付けなど、その核心的な影響は多岐にわたる。しかしその後は、例えば宇宙論や進化論に代表されるように、科学の独自の進歩に伴い、宗教が関与する領域はますます狭くなるのだろうか。宗教は科学の発達によって、周辺領域に追いやられるのであろうか。身近な例で言えば、人が病んだとき、宗教が関与するのはあくまでも「現代医学が見放した病気」に関わるだけなのだろうか（実際、書店での一般向けの宗教と病気を扱う書物では、こうした観点で書かれた書物が多い）。

そうではない。本論で筆者が強く主張したいことは、「宗教による健康影響の少なくとも一部は医学的に既知の経路を介する」ことである。だからこそ、どれほど医学が進歩しようとも宗教は周辺領域に追いやられると考える必要は全く無い。医

²³ A.E.マクグラス著（稲垣久和ら訳）『科学と宗教』、教文館、2003年および渡辺正雄『科学者とキリスト教』、ブルーバックス、講談社、1987年

学ががんや心血管疾患をはじめとする身体疾患や、気分障害や不安障害などの精神疾患に対して、薬剤、手術、放射線療法、あるいは認知行動療法などの心理療法によって対処するように、その同じ疾患に関して宗教的教義や祈り、様々な宗教的儀式（礼拝出席など）が、心理的、社会的、行動的経路を介して影響を与える。従って、宗教が影響を及ぼす領域は、単に現代医学が見放した病気に限定されはしないし、ただ奇跡だけが、宗教のもたらす影響ではない。

ところで、「宗教による健康影響の少なくとも一部は医学的に既知の経路を介する」という主張は、いくつかの注意すべき問題を含んでいる。一点目は、「少なくとも一部は」という意味には、いまだ医学的に未知だが、しかし将来的には科学的に発見可能な経路が存在する可能性を残していることを意味している。二点目は、「宗教的奇跡」が生じる可能性を含んでいることである²⁴。それは、先の【図】で考えるならば、宗教的教義などに由来する良好なストレスコーピング（心理的経路）や、同じ宗教の仲間とのつながりや支援（社会的経路）を介することなく、例えば「祈り」のなかで突然希望が与えられ、抑うつ症状が改善すること（心の健康への影響）があるかもしれないし、失明していた人を直ちに見えるようにした（身体の健康への影響）キリストの奇跡などの場合がある。これらは、おそらく既知の経路を経ず、心身に影響を与えている。科学的立場とは、あくまでも事実を事実として認め、その事実を科学的方法論に従って明らかにする態度であるとするれば、我々はこうした奇跡を最初から否定することは科学的態度ではない。

三点目は、宗教と医学を同じ平面（次元）で語ることの危険性に注意しなければならない。両者が関与する領域は有限な同一平面上にあると考えるなら、医学の進歩によって宗教が関与する領域はますます限定されたものになるだろう。つまり、こうした考えでは「ギャップの神」“God of the gaps”が前提とされている²⁵。宗教と医学の関係を考えるためには人間存在の構造に関する議論を要する²⁶。例えば、人間の全人的な理解として、身体、心、スピリットというとらえ方がある。それはかつての心身二元論ではなく、生物学的医学ではとらえられない人間の本質的な領

²⁴ 例えば、ルルドの泉の奇跡は有名であり、この問題に関しては以下参照。竹下節子『奇跡の泉ルルドへ』、NTT出版、1996年

²⁵ A. E. McGrath, *The open secret: a new vision for natural theology*, Blachwell Publishing, 2008, pp.238-240.

²⁶ 人間の身体、心、スピリットという人間理解に関しては、V. E Frankl, *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*, expanded edition, Meridian, 1988, p.22.参照。なおフランクルの人間観と宗教や医学の問題に関しては、拙論「医学におけるホモ・レギオースス 新たな人間像の探求」『宗教と倫理』、第8号、35-50頁、2008年参照。

域をスピリットとして明確に確保し、スピリットの機能として「生きる意味を求める」などを認めるいわば三元論²⁷である。ここでスピリットの領域を人間存在の構造として考慮すべきであるとする理由と、なぜ身体、心、スピリットの三元論であるのかを考える。前者の理由は、人間が生物学や心理学あるいは社会学によって説明しつくされる存在ではないことを明確にする必要からである。スピリットの次元を明確にすることは、科学主義による還元論的説明から人間の主体的で能動的な機能（それは精神的機能を含む）を守る²⁸。後者（三元論）の理由は、医学あるいは科学がこれまで主として（意識するか否かに関わらず）心身二元論に基づいていたとすれば、新たなスピリットの次元の導入は結果的に三元論に至るからである。もちろん、ティリッヒが物理的次元や化学的次元あるいは歴史的次元を指摘するようにさらに多くの次元を考慮することは可能であるが²⁹、少なくとも三元論である理由は、身体、心の次元を認めつつも、それらの次元に還元しつくされない人間固有の領域を確保するためである。

こうした人間理解に基づけば、「宗教による健康影響の少なくとも一部は医学的に既知の経路を介する」という主張においては、宗教（特に内的宗教性）の影響はまず人間存在のスピリットの次元に作用することによって生じると考えることが出来よう。人間存在の構造における、身体、心、スピリットという三つの領域がそれぞれ次元を異にしながらも関係を持ち、一人の人間の中では関係付けられ統一されているように、宗教と医学も人間の構造を介して関係付けられるべきであるように思われる³⁰。

四点目は、特に宗教者から問題を提起される可能性がある問題、つまり宗教の持つ健康影響が論じられると、その観点からのみ宗教が評価されてしまう恐れ、言い換えれば宗教をあたかも薬剤や治療法と同じレベルで論じることへの抵抗である。筆者も基本的には同じ危惧と抵抗を持つが、こうした問題提起に向き合うためには（そしてそうした疑問を放置することは宗教と医学の関係を疎遠にする）宗

²⁷ 次の論文も「霊心身三元論」の重要性を論じている。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、37-51頁。さらに生の次元論に関する以下の論文は示唆に富む。芦名定道「ティリッヒ 生の次元論と科学の問題」『ティリッヒ研究』、創刊号、2000年、1-16頁

²⁸ V. E. Frankl, *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*, p.16.

²⁹ P.ティリッヒ（相澤一訳）『宗教と心理学の対話』教文館、2009年、69-79頁

³⁰ 芦名定道「ティリッヒ 生の次元論と科学の問題」にも同様の主張がある。さらに次元の異なる三つの領域がいかにして関係しあうのかという問題は残るが、それは心脳問題にも関わる。これに関しては別に論じる必要がある。

教には宗教の存在意義（目的）や機能があること、宗教の持つ健康影響はそれ自体が目的ではなく、内的宗教性の強さや宗教実践の結果としてもたらされることをあらためて明らかにする必要がある。

6. まとめにかえて

本論では、宗教が健康に良好な影響を及ぼす科学的研究がすでに多くなされている事実を紹介するとともに、そのメカニズムとして、既知の経路を介してこうした作用が及ぶ可能性を示した。しかし、海外での宗教と健康問題の科学的研究の結果を持ち出すことで、「宗教の健康に与える影響はすべて科学的に証明される」とか、「今後宗教は健康問題の解決を中心にして進むべきだ」と主張することが筆者の意図ではない。宗教が心身に及ぼす影響を、奇跡という経路に限定するのではなく、また現代医学が見放した疾患やターミナルケア領域に限定するのではなく、我々は既知の経路を介して宗教が心身に影響する事実を（もちろん奇跡が関与する可能性を別に認めながら）、しっかりと認識する必要がある。既知の経路を介するがゆえに、宗教は心身に現実に影響を与えているのである。

こうした主張は宗教と医学の関係にある種の変更を迫る。いったい、これまで宗教は身体の救いをどのように考え、それぞれの宗教の教学のなかで身体の救いはどのように位置づけられてきたのであろうか。身体の救いは、近代医学の発達以降、医学に完全に委ねられたのであろうか。もしそうであるなら、各々の教学の中で、科学と医学はどのように位置づけられるのかが示されねばならない。一方、本論で紹介した医学的研究結果は、教義をどれだけ人生の中にといっているのかという内的宗教性、そして礼拝出席などの宗教実践などが、心身に影響を与えることを示す。それは、宗教と医学の対象領域を単に魂（霊）と身体（肉）に2分して安住するだけでは不十分であることを示している。ここでは、人間の存在論的（次元論的）理解が求められているのではなかろうか。ティリッヒは（人間の生の）「諸次元の相互内在性と相違を理解することが、衝突を取り除き、すべての次元における健康と癒しの援助者たちの密接な共同作業を作り出すことが出来るのである」³¹と指摘す

³¹ P.ティリッヒ（相澤一訳）『宗教と心理学の対話』、78頁

る。また、臨床上の個々のケースでは、「祈りがかなえられない理由は何か」、「病気を治す力は神には無く、科学（医学）がそれにとって代わるのか」、「私の病気は多くの罪のためか」など、患者は病気を通じて多くの悩みを持ち、宗教的であればあるほど、その悩みが増強されることも多い。こうした問題（スピリチュアルペイン）にどのように答えていくのか等³²、論じなければならない多くの具体的で切実な問題が山積している。宗教学は、病む人を通じて、救いの可能性と意味を論じることが求められているし、医学は病む人のスピリチュアルペインに向き合い、さらに予防や健康に宗教がどのように関与するのかを明らかにすることが求められている。今日こうした問いに宗教者と医療者が共に誠実に答えていくことが、宗教と医学の対話を促し、ひいては人々のウエルビーイングの向上に寄与することになるのではなかろうか。

キーワード:

宗教と医学、心理的・社会的・行動的経路、全人的理解、ギャップの神、スピリチュアルペイン

KEYWORDS:

religion and medicine, the physical, social, and behavioral pathways, a whole person, God of the gaps, spiritual pain

³² 海外ではチャプレンがこの問題に取り組んできたが、日本でもその必要性が真剣に議論されている。窪寺俊之『スピリチュアルケア学概説』、三輪書店、2008年および、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年参照。