

# 医療者と宗教者の原点としての「共苦」

杉岡 良彦

(和文要旨)

本論文の目的は、共感と共苦に関する科学的研究結果を援用しつつ、医療者や宗教者にとって、「共感」ではなく「共苦」概念が有する意義を考察することである。医療者も宗教者も共に、様々な苦しみを抱えた人々に接する。その際に、共感的態度が必要と言われるが、「共苦」という言葉はそれほど多く使用されない。最近の科学的研究は共感と共苦を区別し、共苦は向社会的行動に導くことやその際の脳内のメカニズムが明らかにされている。また痛み刺激を受ける被験者への専門家の特異的反応に関する研究などを紹介し、医学や神学などの知識や支援が、相談者の苦悩を和らげるだけでなく、専門家を無力感から保護する機能を有する点を論じる。とりわけ「患者や相談者が困難に向き合う力を信じ、寄り添うこと」も、共苦の役割であることを提示し、共苦が有する3つの機能を明示する。共苦は医療者や宗教者の「原点」と考えられる。

(SUMMARY)

This study examines the results of scientific research related to empathy and compassion in order to argue that "compassion" rather than "empathy" is of greater significance for medical and religious professionals. Medical and religious professionals interact with people's suffering in various ways. In these interactions, an empathetic attitude is believed to be necessary, but the term "compassion" is not used that often. Recent scientific research distinguishes between empathy and compassion, has shown that compassion leads to prosocial behaviors, and describes the mechanisms that occur in the brain during such behaviors. This study introduces research on the reactions of professionals to subjects undergoing painful stimulations and discusses how professional medical or theological knowledge and support not only relieve the suffering of clients but also protect the professionals themselves from feelings of helplessness or burnout. This study suggests that "believing in the potential of patients or clients to face their difficulties and the significance of professionals being there for them" is also a critical role of compassion and outlines three different functions of compassion. This study concludes by suggesting that compassion can be considered a "starting point" for both medical and religious professionals.

## はじめに

宗教者も医療者も共に、さまざまな苦しみを抱えた人たちに接する。人々は、「なぜ人は病気で苦しむのか」「なぜ突然、交通事故や災害で愛する家族を失わなければならないのか」「そもそもなぜ苦しみがこの世界にあるのか」などと問う。

現代医学は、苦しみを引き起こす病気の原因を「科学」という方法に基づいて研究し、特に病気のメカニズムを分子レベルから解明することで様々な薬剤を開発してきた。さらに外科的治療や放射線治療など、多くの治療法を開発してきた。これによって人々を病気という苦しみから解放しようと努力する。一方で、宗教、特にキリスト教はイエスの十字架の上での死、いわゆる「受難 (Passion)」によって、苦しみが有する意味を深く探究してきた。イエスは自らが「多くの苦しみを受け、(中略) 殺され、三日の後に復活する」(マコ 8:31、新共同訳) と述べ、また新約聖書の別の箇所では、「事実、御自身、試練を受けて苦しまれたからこそ、試練を受けている人たちを助けることがおできになるのです」(ヘブ 2:18、新共同訳) と記されるように、苦しみは復活という希望に連なり、イエスの苦しみは、われわれの救いを保証するものとなる。

苦しみを抱えた人々に接する医療者にも宗教者にも必要とされているのは「共感 (empathy)」あるいは「共感的態度」であるといわれる。その一方で、「共苦 (compassion)」という言葉はそれほど多く使用されないし、両者は厳密に区別されずに使用されることも多い。しかし、医療者や宗教者も患者や信者と共に悩み、苦しんでいるのではないだろうか。そもそも共苦とは何か。この点について、「共感」や「共苦」という能力に関する最近の生物学的研究は、上記の疑問への洞察を深めてくれる。

本論文の目的は、医療者や宗教者にとって、「共感」ではなく「共苦」概念が有する意義を考察することである。特に、最近の科学的研究が共感と共苦をどのように区別しているのかを概観し、医療者や宗教者にとって共感や共苦が有する役割を考える。最後に、共苦の意味を 3 つに区別し、医療者や宗教者の原点としての共苦の意義を考察する。様々な宗教があるが、本論では特に苦悩の問題を多く論じてきたキリスト教と仏教(ダライ・ラマ) に注目し、共苦概念を考察する。

## 1. 共感と共苦の定義とその生物学的意義

### 1. 1. 共感と共苦の区別

喜びであれ痛みや苦しみにあれ、他者との感情を分かち合う能力は共感とよばれるが、シュトラウスらは共苦を「他者の痛み気づき、その痛みを和らげようと動機づけられ

ること」(Strauss et al. 2016)と定義する。ツェチャクらは、「分かりやすく言えば、共感  
は感情 (feeling) あり、共苦は行動 (action) である」(Trzeciak et al. 2017)と端的に両  
者の違いを指摘する。このように共感と共苦は、重なり合うが、違いもある。特に共苦  
は他者の苦悩や痛みを感じ (共苦の意味1)、それを和らげようとわれわれを他者の利  
益となるような向社会的行動 (prosocial behavior) へと駆り立てる (共苦の意味2) (Wu  
et al. 2022)。以下では、共感と共苦のこうした区別を念頭に置きながら考察をすすめる。

## 1. 2. 共感・共苦と向社会的行動の生物学

そもそもなぜ人間は困っている人を助けようとするのだろうか。ここでは、(1) 進  
化論的観点、(2) 脳科学に基づく報酬系やストレスの観点から考察する。

まず進化論的観点からであるが、人間を含めた哺乳類では自分では生きるすべをもた  
ない生まれたての子孫をケアすることに由来した行動だと考えられている (Wu et al.  
2022)。苦悩する同じ生物種を助けることはその生物種の生存に益となる。よって向社  
会的行為は人間に限らない。例えばチンパンジーなどは、自分に直接の利益がなくても、  
他のチンパンジーに道具を差し出して食べ物を獲得するのを助ける。つまり、他者の感  
情を知覚し、必要な援助を提供することは生物種の生存にとって重要な機能である。

次に、向社会的行動に関わる脳科学の研究結果から考えたい。他者が痛みを受けてい  
る画像を見た際に、観察者自身も自らが痛みを受けているのと同じ脳領域、つまり前帯  
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. 2011)。その際、観察者において  
も、交感神経系と内分泌系の活性化というストレス反応が引き起こされることが示され  
ている (White et al. 2016)。次に観測者は、自分もそのような状況に巻き込まれないよ  
うに自らを守る行動 (回避) をとるか、あるいは共苦と呼ばれる働き、つまり他者を助  
ける行動 (向社会的行動) をとる<sup>1</sup>。向社会的行動には他者の痛みを感じるという脳内の  
ボトムアップのメカニズムに対して、「困っている人を助けるべきだ」などの社会規範  
や自分に近い人か否かなどの社会的／文脈的要因というトップダウンのメカニズム  
が関与する。向社会的行為を選択した際は、脳内の中脳辺縁系 (mesolimbic system) な  
どの報酬系が活性化され、援助者は喜びや満足感を感じる。さらに、他者を援助するこ  
とでその人の苦悩が軽減するのを見れば、それが援助者の報酬系をさらに活性化させる。

<sup>1</sup> 以下の生物学的説明は (Wu et al. 2022) による。

このように、共感や共苦（およびこれに伴う向社会的行動）が、倫理や道徳の視点から論じられるのみではなく、進化論的にも脳科学的にも、その意義やその行動を支えるメカニズムが明らかにされつつある。それでは実際の臨床場面では、共感や共苦の効果はどのように評価されているのだろうか。

## 2. 共感と共苦の効果に関する科学的研究

### 2. 1. 医療における共感の効果

臨床現場で、患者の訴えに真摯に耳を傾け、その苦しみに寄り添うこと、いわゆる「傾聴」や「共感的態度」は、患者と医療者とのより良い信頼関係を築く上での基本である。患者はこうした医療者に巡り合いたいと思うし、共感的態度を身につけている医師の「治療結果が良い」と、経験的に感じている医療者も多い。

実際に、上記の経験的事実を裏づけるデータもある。例えば、ラッケルらは、医療現場での共感の効果を検証する実験を行った（Rakel et al. 2009）。風邪に罹患した 350 人の患者を対象として、医師が患者にどの程度共感的な態度で接したかを評価する質問票（patient-scored Consultation and Relational Empathy(CARE) questionnaire）に、初回診察後、記入してもらった。50 点満点のうち、満点の評価をつけた 84 名の患者とそれ以外の患者を比較し、「年齢、性別、楽観性の評価、ストレス」などの交絡因子を調整して計算したところ、風邪の罹患期間がそれぞれ 7.10 日と 8.01 日（0.9 日罹患期間が短縮）で、統計学的に有意に（ $p=0.017$ ）減少していた<sup>2</sup>。

風邪症状の重症度は上気道症状を調べる質問票（Wisconsin Upper Respiratory Symptom Survey）の短縮版が用いられ、先の CARE 質問票で満点の評価をつけた患者群ではそれ以外の患者群よりも風邪の重症度が統計学的に有意に減少していた。さらに、血液中のインターロイキン 8（IL-8）が風邪罹患時（ベースライン）と 48 時間後に鼻汁を用いて測定され、CARE 質問票で満点をつけた 84 名では IL-8 濃度の上昇値の平均（単位は pg/mL）が 562.2、それ以外の人々では 220.1 であり、交絡因子を調整して計算したところ統計学的有意差を認めた（ $p=0.015$ ）。IL-8 は、免疫に関与するタンパク質の一つであり、上気道ウイルス感染で急激に上昇し、数日から数週間後には低下するため、免疫反応を評価する有益な指標の一つである。以上のように、この研究は患者と医療者との間

---

<sup>2</sup> 1 日短縮させるに過ぎないという解釈もできるが、現在よく使用されるインフルエンザ治療薬（オセルタミビルリン酸塩 [タミフル®]）はインフルエンザ症状をプラセボ群に比較して約 1 日（23.3 時間）短縮させることでその科学的効果が評価されている。

での信頼関係が成り立った上での医療者側からの共感的態度が、実際の風邪症状の改善に効果的な影響を与えたという興味深い結果を示している。またチャプレンにおいても、共苦が入院患者の苦悩やうつ状態を軽減し、ウェルビーイングを高めることが報告されている (Masco et al. 2023)。

## 2. 2. 共感に伴う否定的感情を改善する共苦

クリメッキらは、ネガティブな感情を過度に共有することで生じる弊害を軽減する方法の一つとして、「共苦」に注目する。彼らは、共感と共苦を区別し、それぞれの能力を高めるトレーニングが脳にどのような影響を与えるのか、そしてとりわけ共苦トレーニング (compassion training、以下 CT と略) が共感によって受ける過度なストレスを軽減できるか否かを調査した (Klimecki et al. 2014)。この研究で参加者は (1) 共感トレーニング (empathy training、以下 ET と略) の後に CT を受ける群と、(2) 記憶トレーニング (memory training、以下 MT と略) を受ける群 (対照群) の 2 群に分けられた (それぞれ 25 名、28 名。今回の研究では性差による影響を排除するため女性に限定された)<sup>3</sup>。参加者には、2 種類のビデオが見せられた。一つは日常の光景を映した映像 (LE ビデオ: Low Emotion video) であり、もう一つは怪我や自然災害で苦しんでいる人々を描いた映像 (HE ビデオ: High Emotion video) であった。もちろん、慣れを避けるために、LE、HE 共に、複数のビデオが用意された。被験者は、例えば、ET を受けた後に、HE ビデオを見て、次に CT を受けた後に、別の種類の HE ビデオを見る。そしてその前後に自記式の質問用紙に回答し、共感、肯定的感情、否定的感情などが測定された。

主な結果は以下である。ET を受けた後では、共感のスコアと否定的感情のスコアが上昇した。しかしそれに続けて CT を行った後では、共感のスコアに変化は見られなかった (共感のスコアは ET を受けた後と同じく高い状態が維持されていた) が、否定的感情のスコアが HE ビデオを見る前の状態まで減少し、肯定的感情のスコアが——HE

<sup>3</sup> ET は、他者の苦しみへの共感能力を高める目的で行われる。参加者は過去の自らの困難な経験を思い描き、その過去の苦しみ (suffering) に触れるように指示される。次に、健康でない身近な人、さらに見知らぬ人やすべての人々への苦しみへと共感が拡大されていく。CT が目指すのは、自己と他者への親近感 (friendliness) の態度を養うことであり、東洋の瞑想的伝統に基づく。自らの苦しみへの思いやりにはじまり、次に身近な人の苦しみへと感情は広げられ、最後にはすべての人々へと思いやりは拡大される。このトレーニングの究極のゴールは、たとえ自分自身の苦しみや他者の苦しみに直面しているときでさえも、思いやりと温かさを備える能力を養うことである。MT は、前もって定められたルート上に覚えるアイテムを配置し生き生きと思い描く「場所法」(Method of Loci) が用いられた (Klimecki et al. 2014 の supplementary material より要約)。

ビデオを見た後でさえ——上昇していた。つまり CT によって、否定的感情が改善したのである。MT は ET と CT を受ける群のコントロール群として設定されたが、MT の前後で共感のスコアや肯定的・否定的感情とも有意な変化は認めなかった。

次に研究者らは、機能的磁気共鳴装置 (functional magnetic resonance imaging: fMRI) を用いて、トレーニング前後の脳の活性化部位を調べた。最も興味深いと思われる結果は、ET を受けた後と、CT を受けた後で比較したところ、脳の活性化部位に明確な違いが認められたことである。前者では、それまでの研究結果 (Lamm et al. 2011) が示すように、他者の痛みを見た際に活性化される領域——前島および中帯状皮質前方部 (anterior midcingulate cortex: aMCC) ——が活性化され、続いて行われた CT の後では内側眼窩前頭皮質 (medial orbitofrontal cortex: mOFC)、前帯状皮質膝前部 (pregenual ACC) および腹側線条体 (ventral striatum) の活性化が認められた。後者の部位は喜びや肯定的感情と関わる (Kringelbach et al. 2009) だけではなく、報酬を受けた際に活性化される領域 (報酬系の一部) でもある (Haber et al. 2010)。

研究者らは考察の中で、ET は共感のスコアを上昇させるが、同時に否定的感情を強めてしまう一方で、CT は ET の否定的側面を改善し、報酬系や人々の連帯に関わる領域を強める効果を有することから、医療や教育現場などでのバーンアウトを予防するための大きな可能性を秘めた方法となりうると結論づける。共感と共苦を区別し、共苦の効果を心理学的・脳科学的に明らかにしたクリメッキらの論文は高く評価されてよい。

### 2. 3. 専門職の共感/共苦とトップダウンのメカニズム

苦悩を抱えた人々に日常的に接する専門家は、共感しつつも、その人たちから適切な心理的距離を取る術<sup>すべ</sup>を身につけているように思える。日々多くの苦悩する人々に向き合うある有名な神父は、専門職が「相手の苦悩にいかにかき込まれないか」も重要であると指摘する。また医療現場でも特に 1 年目の医師や看護師は「共感しすぎることも良くない」と先輩の医療者からアドバイスを受けることもある。他者の苦悩を感じ取る能力が人間にあるとしても、患者の状態が改善しない場合や、苦悩の状態が長期におよぶと、宗教者も医療者も共に疲弊し、バーンアウトに至る可能性もある。

苦悩する人々に日々接する専門家は患者や相談者の苦悩をどのように対処しているのだろうか。例えば医療者とそれ以外の人々では、痛みを受けた他者を見た際に、脳の反応が異なるというユニークな研究結果がある。チェンらは、鍼治療を行う 14 人の中医師 (女性 7 名) と 14 人の鍼治療経験のない参加者 (女性 7 名、コントロール群) を

対象に、口唇、手、足に鍼を刺す映像と、Q-チップという痛みを与えない道具を用いて鍼と同じ部位に触れる映像を見せ、fMRIを用いて実験を行った（Cheng et al. 2007）。その結果、痛みの映像と Q-チップを用いた映像を見た場合で比較すると、コントロール群では痛みに関わる領域（前島、一次体性感覚野、前帯状皮質など）が統計学的に有意に活性化されたが、医師群ではこうした部位の活性が認められなかった。医師で活性化されていた脳の領域は、感情コントロールや心の理論に関わる内側および上前頭前野（medial and superior prefrontal cortex）および側頭頭頂連合部（temporoparietal junction）であった。通常人々はコントロール群のように、痛みを受けている他者を見て自らもその痛みに関与——それは本能的なあるいはボトムアップと呼ばれるメカニズムである——する。この事実は脳の前島や前帯状皮質が活性化されているという脳画像によっても示されている。しかし、今回の実験結果を踏まえチェンらは、専門家では脳内のトップダウンのメカニズムが働いて、他者の痛みへの原始的な共感を抑制しているのだと述べる。そして、このことは専門家としての適切な医療を行うために必要だと結論づける。苦悩する人々に向きあう宗教者にもおそらく同様のメカニズムが働いていると考えることができる。また専門家は、人々の苦悩が改善するのを見ると（あるいは例えば、感謝の言葉を述べられると）、脳内の報酬系がさらに活性化される。しかし専門家の真価が試されるのは、むしろ治療がうまくいかない場合や患者や相談者の苦悩が続く場合である。

### 3. 宗教者における共苦と医療者における共苦

#### 3. 1. 宗教者（キリスト教）における共苦の問題

宗教者が信者の苦しみに向き合うとき、その苦しみからの解放のための思考や手段の枠組みを与えるのが広い意味での神学的／教学的知識である。さらに、祈りや瞑想、サクラメント（秘跡）などの儀式は、具体的な救済の手段となっている。とりわけキリスト教は、苦しみについて深い考察を行ってきた。

牧師や神父にとっての痛みの意味について、カトリック司祭でもあり、イエール大学やハーバード大学で実践神学の教授も務めたノウエン（H.Nouwen, 1932-1996）は、『傷ついた癒し人』の中で牧師自身の孤独という「痛み」が牧師本人にとって、そして牧師に相談に来る人々にとっても、重要である理由について「彼（牧師）自身の痛みを深く理解することは、彼の弱さを強さに変えることを可能にし、また彼自身の経験を、自らの苦痛を誤解して暗闇の中にしばしば失われている人びとに、癒しをもたらす源泉と

して提供することを可能にするからである」(ナウエン、123 頁。括弧は引用者による)と述べる。

ナウエンは「癒しはどのようにして起こるのか?」と問う。そして牧師の使命としてホスピタリティという語を提示し、「客に注意を向ける能力」(同、126 頁)と定義する。客に注意を向けるには「自分の欲求や心配や緊張に心を奪われて」いるのではなく、比喩的に表現すれば「自分の孤独を受け止めて自分の家でくつろいでいる」(同、129 頁)ことが必要となる。彼は「牧師は、苦痛を取り去ることを主な使命とする医者なのではない」(同、130 頁)と述べ、牧師によるホスピタリティが癒しとなるのは、「(牧師が)他者の孤独と苦痛を取り去るからではなく、孤独を他者と共に分かち合うことのできるレベルで認めるようにと彼(相談者)を招くからである」(同、130 頁。括弧は引用者による)と説明する。痛みを分かち合い告白し合うことにより、痛みが本人の問題に限定されず「人生の共同の探究へと利用できるもの」となり、「これらの苦痛そのものが、絶望の表現から希望の徴へと変えられる」(同、132 頁)と、ナウエンは指摘する。

ナウエンが主張するように、キリスト教では苦しみは絶望に終わるのではなく、信仰を深め、希望につながるという積極的な意味が付与されている。このような理解は、苦悩する本人だけではなく、牧師や神父にとっても希望をもたらす。なぜなら患者と共に苦しみを分かち合う牧師や神父が、相談者に巻き込まれ、共感疲労に陥ることを防ぐ役割も有していると考えられるからだ。さらに、苦悩が続く相談者への態度として必要なのは、その人たちのために祈り、あるいは sacrament などの秘跡を与えることだろう。このように、宗教者には相談者の苦悩が続いても「できること」がたくさんある。特に、医療者と比較するなら、死後の救い(復活という希望)について語ることが宗教者にはできる。死後の救いはキリスト教に限らず、浄土教などでも「阿弥陀仏による救済」という形で、極めて明確な救いの在り方が提示されている<sup>4</sup>。

### 3. 2. 医療者における共苦の問題

人間に死は避けられないし、重度の心身の障害を抱えて生きる人々もいる。医療者であればだれもが医療の限界を実感する。その際に医療者はその患者に何ができるのだら

---

<sup>4</sup> 岩田は「宗教の意味を物語という観点から捉え返そうとする研究」に注目し、物語が有する「『現実』を開示する力」(岩田 2023、iv 頁)を論じる。宗教的对象の实在を直接論ずるのではなく、宗教という物語が持つ意味や力に着目することは、医療現場でも教会や寺院でも、苦悩する人々への救済に向けた新たな可能性を開く視点である。

うか。「何もできない」と悲観的に考える医療者や、「医師が行うのは治療であり、それが不可能となれば、現在では別の専門家（公認心理師や臨床宗教師など）に任せばよし、そうすべきだ」と考える医師もいる。しかし、苦悩が長引き、医師がそれ以上何もできないと思う時でさえ、できることがあるのではないか。共苦は、医療者が患者の苦しみから逃げず、患者の苦しみに寄り添うことを含むと考えたい。「思いやりの心で接すること」とも言い換えることができる。それは目に見える形で、患者に何か特別な治療を提供することではない。苦悩する患者を一人で苦しむままに放置するのではなく、患者の苦しみに寄り添い、患者が困難に向き合う力を信じるのが医療者にはできる。これが本論の冒頭で区別した「共苦の意味1, 2」に続く、共苦の新たな機能である（共苦の意味3）。宗教者が神や仏という超越者を前提とし、超越者を「信じる」ことを介して苦悩する人々に向き合うとすれば、医療者はそうした超越者を介することなく、直接その苦悩する人々の内にある「苦悩に向き合う力」を「信じる」ことによって、患者に寄り添う。

こうした共苦（共苦の意味3）も大切な医療者の役割の一つだと考える時、医療者にとっても無力感から解放され、脳内の報酬系は再び活性化されることが期待される。医学的知識や医療行為という従来のトップダウンの機能が有効ではなくなったとき、人と人との本来のボトムアップである共苦の原始的側面が再びあらわになるが、共苦の意味3という新たなトップダウンが働いて、医師は患者に寄り添う人、奉仕する人になる。

あるいは患者の意識や判断力が保たれている場合であれば、共苦の一形態として、どのような苦悩の状態にあっても、患者の人生には意味があることを、患者自身が見出すことができるように援助することも挙げられる。ここにあるのは、どのような状態でも患者の人生には意味があると医療者が確信していることであり、また患者が絶望していても人生から問われている意味を見出すことができるという患者への信頼である。これは V.フランクルのロゴセラピーのエッセンスである。ロゴセラピーは癒されない苦悩や変えられない運命に対しても、患者の態度は変えることができることを患者と共に確認し、苦悩に向き合う新たな態度を見出していくことの手助けである（Frankl 1988, pp.5-6）。

#### 4. まとめに代えて

本稿では、共苦が有する三つの機能あるいは意味を区別した。一つ目は、他者の苦しみを自らの苦悩として共感する能力である（共苦の意味1）。二つ目は、困っている人

に、その困難や苦痛を和らげようと手を差し伸べることである（共苦の意味2）。三つ目は、苦しみが和らげられなくても、苦悩を抱えた人に寄り添い、その人が困難に向き合う力を信じることである（共苦の意味3）。

このように共苦を整理するなら「共苦」は、そもそも苦しむ人たちに向き合う医療者や宗教者の原点であるといえよう。「共苦」という原点の上に、医学——さまざまな病気のメカニズム（病態生理）や診断技術や治療法——を身につけた専門家の一つが医師であり、神学や教学——聖書や経典の理解、解釈、説教や宗教儀式の方法など——を身につけた専門家の一つが宗教者なのである。医学や神学あるいは宗教儀式は、苦悩する人間にとって有益であるだけでなく、医療者や宗教者にトップダウンのメカニズムとして機能し、生身の人間でもある専門職を共感疲労から守る働きも有する点は見逃されるべきではない<sup>5</sup>。特に本論で強調したいのは、共苦が有する三つ目の機能であり、この機能に無自覚であれば、専門職は敗北感や無力さに支配され、自らを守るために苦悩が続く人々を切り離すか、あるいは自らバーンアウトに陥る可能性が高まる。

辻村は『ダライ・ラマ<sup>ニンジェ</sup>共苦の思想』の中で「普遍的責任（Universal Responsibility）」という概念を紹介し、「普遍的責任の基本的な意味は、自己中心的な動機なしに共苦の感覚から他者に対して何かをなそうと欲することである」（辻村 2016、210 頁）というダライ・ラマの言葉を引用する（Universal Responsibility はチベット語ではチ・セム（チ＝universal、セム＝consciousness）[同、202 頁]）。その後、詳細な文献的検討を経たうえで辻村は「ダライ・ラマの普遍的責任とは、私的な区別を設けることなく他者の苦を贈りものとして遍く（チ）受け取り、その応答として彼らの苦を取り除こうとする勇ましい意思（セム）を抱くことに他ならない」（同、220 頁。傍点は引用者による）と要約している。別の個所では特に「責任」という表現に注意し「「普遍的責任」とは、他者の苦しみに対する普遍的な応答可能性であり、共苦<sup>ニンジェ</sup>に基づく積極的な行動と捉えてよい概念である」（同、169 頁）と説明する。

医療者も宗教者も、苦しむ人を区別しない。その意味ではダライ・ラマが主張する普遍的責任の実践者なのであり、医療者や宗教者は苦悩する人へ応答する専門職であるといえる。その応答という責任を、医療者も宗教者も担っている。V.フランクルは、生き

---

<sup>5</sup> 共感疲労は compassion fatigue と表現されることが多いが、empathy fatigue と表記されることもある（Chen et al. 2022）。共感と共苦を心理学的・生物学的に区別するなら、共感はバーンアウトにつながるが、共苦は報酬系の活性化などから本来はバーンアウトに至らないという考えもあり（Dowling T. 2018）、本論でも基本的に empathy fatigue という表記が望ましいと理解する。

る意味は人生から問われており、それに応答するのが人間の責任であるとした (Frankl 1988, p.62)。さらに苦悩が人間にとってどのような意味を有するのかについて論じ、人間を「苦悩する人間 (Homo patiens)」であると理解した (フランクル 2004、133 頁)。これらのフランクルの表現を踏まえるなら、医療職や宗教家は、苦しむ人からの問いかけに応答するという責任を有し、さらに苦悩する人と共に苦しむ人、つまり「共苦する人間 (Homo compatiens)」を代表する職業ともいえる。

こうした考察は、宗教と医学という、現在では距離が遠くなったと考えられている二つの学問領域を同時に射程に入れることによって、深められる。そして、共苦という概念の有する三つの意味を抽出することによって、医療者と宗教者という専門職に、その原点である共苦の意味の自覚とそれぞれの使命への反省 (振り返り) を促すとともに、専門職の疲労 (バーンアウト) を予防し、結果的に専門職を訪れる苦しむ人たちに、よりよい治療や救済をもたらすことが可能となるのではなかろうか。

## 謝辞

共苦の問題について宗教者の立場から貴重なご意見を頂いたウィリアムス神学館館長黒田裕司祭、六甲教会英隆一朗主任神父に感謝したい。また適切な文章表現を提案いただき、科学論文の疑問点等をご指摘いただいた査読者の先生方、表記や内容にわたり詳細なご教授をいただいた編集委員長の鬼頭葉子先生に深く御礼申し上げます。

## 文献一覧

- Chen X. et al. 2022. Effects of psychological intervention on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. *Front Public Health*. 10: 952932.
- Cheng Y. et al. 2007. Expertise modulates the perception of pain in others. *Curr Biol*. 17(19): 1708-1713.
- Decety J. 2020. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med*. 133(5): 561-566.
- Dowling T. 2018. Compassion does not fatigue! *Can Vet J*. 59(7): 749-750.
- Frankl VE. 1988. *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*. expanded edition. Meridian.
- Freudenberger HJ. 1974. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 90(1): 159-165.

杉岡：医療者と宗教者の原点としての「共苦」

Haber SN. et al. 2010. The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology*. 35(1): 4-26.

Klimecki OM. et al. 2014. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 9(6): 873-879.

Kringelbach ML. et al. 2009. Towards a functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Trends Cogn Sci*. 13(11): 479-487.

Lamm C. et al. 2011 Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage*. 54(3): 2492-2502.

Mascaro JS. et al. 2023. The Language of Compassion: Hospital Chaplains' Compassion Capacity Reduces Patient Depression via Other-Oriented, Inclusive Language. *Mindfulness* (NY). 14(10): 2485-2498.

Rakel DP. et al. 2009. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 41(7): 494-501.

Strauss C. et al. 2016. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin Psychol Rev*. 47: 15-27.

Trzeciak S. et al. 2017. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Medical Hypotheses*. 107: 92-97.

White CN. et al. 2016. Empathy for the Stressed. *Adaptive Human Behavior and Physiology*. 2: 311-324.

Wu YE. et al. 2022. Neural basis of prosocial behavior. *Trends Neurosci*. 45 (10): 749-762.

岩田文昭 (2023) 『浄土思想 釈迦から法然、現代へ』中公新書。

辻村優英 (2016) 『ダライ・ラマ<sup>ニンジエ</sup>共苦の思想』ふねうま舎。

ナウエン H.J.M. (1981) 『傷ついた癒し人—苦悩する現代社会と牧会者』西垣二一訳、日本キリスト教団出版局。

フランクル V.E. (2004) 『苦悩する人間』山田邦男、松田美佳訳、春秋社。

キーワード

共感、共苦、向社会的行動、医療者と宗教者、バーンアウト

Keywords

empathy, compassion, prosocial behavior, medical professionals and religious professionals,  
burnout