

癒しと宗教

駒澤大学仏教経済研究所主催

(平成28年3月15日、火曜日、午後1時半より)

駒澤大学深沢キャンパス・アカデミーホールにて

開会の辞

工藤 豊 (東京電機大学特任教授・仏教経済研究所所員)

長らくお待たせいたしました。

ただいまより、「癒しと宗教」と題しまして、駒澤大学仏教経済研究所主催のシンポジウムを開催させていただきます。

数えますと本研究所主催のシンポジウムとしては8回目になります。本日はご多忙のところ、ご来場いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、本日司会を務めさせていただきます仏教経済研究所所員の工藤と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

いま、スクリーンに式次第が映し出されておりますが、本日はこういうスケジュールで進めさせていただきます。

最初に、壇上に立ってくださっている3人の方々の演奏を30分ほどお楽しみいただきます。スクリーン上では紹介が抜け落ちており、大変失礼いたしました。後程、本日のシンポジウムのコーディネーターを務めます西村教授より紹介申し上げます。

そのあと、駒澤大学仏教学部教授で、本研究所の所長でもあります長谷部八朗先生より基調講演を行い、ついで横浜市南区にございます弘明寺のご住職であります美松寛昭様に、それから3人目として埼玉県川越市にございます帯津三敬病院の名誉医院長でいらっしゃいます帯津良一先生にお話をいただきます。

そのあと、最後に会場の皆さまとの質疑という形で進行する予定でおりますので、最後までご参加いただければありがたいと存じます。

まず、スケジュールの最初に「癒しのクラシック・ジャズ 生演奏」と示してありますが、壇上で演奏を準備していただいております3人の方々について、西村教授からご紹介をお願いいたします。

西村 祐子 (駒澤大学教授・仏教経済研究所所員)

私は本日、コーディネーターを務めさせていただきます西村祐子と申します。

早速でございますがこの「癒しの音楽」に関しましてのご説明と、演奏者のご紹介をいたします。

最初に演奏していただきます「愛の賛歌」のみ、歌手の滝口由美子が参加いたします。そして電子ピアノは一戸智之、コントラバスは灰田直史でございます。

時間もあまりございませんのでさっそく演奏をお願い致します。曲目は「愛の賛歌」、「フライ・ミー・トゥー・ザ・ムーン」、「マイ・フェイヴァリット・シングス」、「亡き王女のためのパヴァーヌ」、最後に、「スマイル」を、連続して

演奏いたします。

どうぞ、お楽しみくださいませ。

演奏（30分）

工藤 それでは講演に移らせていただきます。本日のメインテーマは掲示の看板に示してありますが、「癒しと宗教」というテーマを設定いたしております。最初に基調講演といたしまして、駒澤大学仏教学部教授、そして主催であります仏教経済研究所所長の長谷部八朗先生にお願い致します。それでは長谷部先生、よろしくお願い致します。

長谷部 八朗（駒澤大学仏教学部教授・仏教経済研究所所長）

どうも、みなさんこんにちは。今日は本研究所主催のシンポジウムでは第8回目の開催になります。お忙しいところ、来場くださいませ本当にありがとうございます。

今回「癒しと宗教」と題しまして、お話をいたしますが、私の話に先立ちまして、心の琴線にふれる素晴らしい音楽の演奏、またこの後、美松ご住職の仏教サイドからの癒しのお話、そして帯津先生からの医療分野からの癒しのお話があり、十分にそれで癒されると思うので、私からの癒すお話は必要ないかなと思うのですね。これから私がお話する内容は、頭の中が混乱するような、少し学問的なお話になるかもしれません。しかし、主催者側の研究所という立場から、学問的なお話もする、という役割を担当したいと思っております。

30分ほどの時間ですのであまり複雑なお話しはできません。おそらくお手元にお配りした一枚のペーパーの内容を、順番にお話しして行って、どこかで時間がきて終了という形になるかと思えます。どうぞその辺りはご了承いただきたいと思えます。

私のお話しには「行者と修行」という題をつけました。私は宗教学を専攻しております、その中でこの癒しに通じるような分野を研究してまいりました。

私自身あちこちを歩くのが好きですが、私たちは研究の上でそれをフィールドワークとっております。各地を歩いて、いろいろな方々から話を聞いて、そしてそれを研究上のデータにしていくということをずっとやってまいりました。

3月になって2回ほど、スケジュール調整をしながら沖縄にいったまいりました。先週の土曜日に帰ってきたところなのですが、沖縄でもとても寒く、みぞれが降りました。今頃の季節に沖縄でもみぞれが降るのです。身体は凍えてしまいましたが、いいお話をたくさん聞かせていただきました。沖縄には仏教もございしますが、民間宗教の宗教者もおられます。向こうではユタと呼んでいますが、ユタさんとかお寺さんのご住職の方々いろいろなお話を夜遅くまで聞かせていただきました。

私自身が癒されて帰ってきたわけですが、そういうことをずっとやってまいりました。こうした私の研究の中心に行者、仏教者を中心とした行者ですから、ここでは仏教系行者と呼んでおきますが、この仏教系行者を中心に調査をし、論文を書いてきたということになります。

このような宗教者、仏教者をふくめた宗教者が癒しにかかわる、人々を癒すという仕事をやる。そういう側面を研究材料としてやっていく分野が、1970年代から欧米で「医療人類学」という名称のもとで盛んに研究されるようにな

りました。この医療人類学というのは「人類学」と称していますからいわゆる文化人類学の一つです。その中で医療が脚光をあびた。それが70年代だろうと思います。

それは言うまでもなく病気とか、治療を主な問題として扱うという分野への関心を持っておりましたが、それが我が国にもかなり影響を与えまして、我が国の人類学者、宗教学者、民俗学者がこの分野、あるいはそれに関連した分野を盛んに研究するようになりました。

昨今はそういう話題が学会においても少なくなってきましたが、文化人類学と総称される分野ではそういう伝統がいまだに続いております。

私も学生時代にそういう分野に大変興味をもちまして、向こうの文献をあさり、基礎的な知識をそなえて、そして現場、フィールドにいくという活動を繰り返してまいりました。

そういう分野の研究活動の中で特に私は、治療をする側である宗教者と、治療される側である一般の方々、つまり相談する者とされる者、その両方に関心をもちまして、インタビューを積み重ねてきました。

一番印象に残っているのは、先ほどの沖縄を含めて全国各地を歩きましたが、山陰の小さな島にいったとき、何の変哲もない小さな島でしたが、しばらく滞在していると大変な驚きを経験いたしました。

非常に新鮮な刺激を与られ、ある意味でショックを受けたわけです。それは、島の人同士の仲が良いのはすぐにわかるのですが、その仲の良さがどういう場合に特に表面に出てくるかということ、人々が病気になった時なんです。そういう時に本当に島の人々の真価というのが見えてくるわけです。

それはどういうことかということ、島にはお寺があり、神社があり、キリスト教もある、新宗教もある。そしてそのほかにも各地域で自治会のようなものを作っているわけです。

そのような地区で、誰かが病気になったらみなさんが共同で祈禱する。共同でのお祈りを、誰かが病気になったら盛んにやるわけです。それが一か所、一回では終わらず、例えば入院している間は毎日のようにやる。そしてお寺でも、神社でも、そして地域ごとでもやるわけです。すごい数の祈禱を、しかも集中して行います。ひとりの病人のために。

すばらしいですね。そしてその行動が結局治る元になると信じられているわけです。たとえば癌のような病気でも、精神疾病的な疾患であれ何であれ、そうやることによって治ると島の人たちは信じている。もちろん結果として治らないこともあります。

それでもこれだけやったんだ、回復を願っていた気持ちは通じたんだということを、彼らは信じて疑わない。

そこにはなにか、共同体の原点といいますか、人間と人間の在り方、関わり、関係がドラスティックに歴史的に私の前で演じてられていたという思いを持ち、とても感激いたしました。

この感激がそれからずっと長い間、今日に至るまで、こういう研究を続ける原動力になりました。それは私自身の癒しにもなっていると思っております。それが、私のこの研究を支えてくれた素晴らしい体験であり、研究活動の第一歩です。

それがここにいう3番の病気行動、イルネス・ビヘイビア (illness behavior) と書きましたが、病気とみなされた人々の示す関心、行動、習慣等をその島の中ではみんなが共有している。だから病人という立場になった本人も周囲の

知人たちが、自分がしてほしいことをやってくれるという信念をもっているから、入院しても怖くない。そして周りの人も病人に対して、他人であろうと当然やってあげるということです。

こういう病気行動が、常に集団で共有されるという、そんな理想的な形はどこにもあるわけではありません。あるいはその島のみの特例であったかもしれません。

でも私は人間関係の原点はここにあると思うんですね。つまり、なにか辛いことがあったとき、寂しいことがあったとき、いろんな負の体験をしたときに人々がどう手を差し伸べるか、これが人間関係を支えてきた、そして社会を支えてきた原点であると考えます。それが非常に明らかに出てくるのが病気の場合だということですね。

だからこの病気行動というものにとっても私は感心をもって、細かくいろいろとノートをとりました。そういう病気行動を含めて、結局、伝統的な文化においては、病気になった人に対して多元的に手を差し伸べる。それらを含めた様々な治療行動、ここでは医療体系と書きましたが、いろいろな医療体系を出来る限り総動員してやっていく、これが伝統的な文化の中では豊富にあった医療の行動であり治療の行動だと考えられます。

社会が大きくなり関係が複雑になると、それらの多様な行動の一つひとつがいろいろな専門家、エージェントの手に任せられるようになっていく。そうすると専門家でない一般の人たちは、病気の際、あるいは病人をめぐる行動を主体的に選ぶことが出来なくなり、専門家に任せるようになってくる。

しかし本来は病人を含む集団構成員の人々は、病に対して主体的に考え、行動する、という伝統をもっていた。私たちの先人たちはそういう行動をとっていた。それが現在でも様々な形で出てくるのが伝統的な社会、地域社会、地域共同体なのです。

しかし現在では、個が強くなるとか、個の確立といいますが、個人の意思が前面に出て、集団や共同体が後ろに引っ込んでいくような時代になっています。そういう時代では絵に描いた餅のようなものになるかもしれませんが、私がフィールドワークの際に経験してきた中にはまだまだ存在いたします。それが私たちの目に映らなくなっているのは寂しいことですが、私はまだまだあるそうした現実をもっともっと報告していきたいと思っています。

4番目ですけれども、多元的な医療体系、メディカル・プラリズム (medical pluralism) の問題です。医学という場合、もちろん近代医学を指します。そしてそのほかに宗教その他の治療方法を視野にいれ、それらをさまざまに組み合わせて行う医療があります。

私がフィールドワークを行っている地域ではこれを「祈れ薬れ」とか、「祈り半分薬半分」などと言っています。結局、「病気になったら祈り半分、薬半分じゃ」ということです。だからお医者さんの力を借り、同時にまた祈りなどの形による自分たちの医療の行動などの伝統的なものも大事にし、両方を総動員している。そうすると結果は二の次と考えられるようです。

もちろん治ることが前提ですけれども、よしんば治らなくても彼らは納得するわけです。自分で自分の命というものに対して一つの納得を得る、そういう風な経験、行動というものが山陰の島の社会においてはまだまだ残っている。そして、かつてはそうした広い意味での病気行動・治療行動が多くの社会で行われていたと考えられます。そのことを私は現実に目の当たりにしたわけです。

ここまでをまとめますと、私は回心？というのは何らかの癒やしを求める相談者の多元的な行動や要求、さきほどの言い方をすれば病気行動を受け入れることによって、相談者と相談される側の人にはホリスティック・コミュニケーション (holistic communication) と呼ばれる全体論的なコミュニケーションを実践することになるわけです。私はそうい

う宗教者を研究対象に選び、フィールドワークの中でまたそういう人と出会えたわけです。

そのような宗教者は相談者の個人的な体験、生理的な状態、社会関係などいろいろな総合的な情報を手掛かりにしなから相談者の「病因」を探るわけです。「病原」は「病気の原因」ですから色々な検査を通じて医者で分かります。しかし「病因」というのはなかなか複雑です。同じ病原を抱えていても発症しない場合もあり得ますし、とくにメンタル的なもの、精神、神経的な疾患、不調ということになれば同じ症状でも病因は様々です。しかし今日のご時世では、全てのお医者さんがそうではありませんが、プライバシーに抵触するとか、個人情報の保護という観点から、相談者の内面に踏み込んで病因を探ろうとするお医者さんは少ないと思います。

また、時間がない、忙しい等、いろいろな理由はありますが、なかなかホリスティック・コミュニケーションができない。さらにいえば、宗教者がすべてそれをやっているかという、もちろんそうでもありません。しかし中には盛んにそうしたコミュニケーションを模索し、プライベートな側面も含めて相談者と絆を結び、連帯感形成に腐心している人もまた少なくありません。

私の友人で、フィールドワークをしているお坊さんがおります。彼は四国の方なのですが、未だ共同体の残る山村の僻地の出身で、つねに信者さんや檀家さんの中にいるそういう相談者を回って歩いております。

その時何をしているかというとお茶を飲んで。お茶を飲みながら何をしているかという話をしている。世間話を含め、たわいのない話をしている。話をしに行くんだ、と言っています。何のためにかというと、本人がさみしいからというのかもしれないかもしれませんが、そういう普通の接触がいざという時に役立つからです。1回、2回程度ではうるさいとかえって邪魔にされてしまう。でもそれを続けますと、相手の方々が、お坊さん、まだ来ないかなと待ってくれる訳です。そうやってコミュニケーションを深めている人がおります。その人の真骨頂が何かというと結局、癒しなんです。

信者の方がある難病にかかり、東京の大学病院で手術をされました。しかし難病だから簡単には埒があかない。私も医学のことはよく分かりませんが、レックリングハウゼン病と聞きました。エレファントマンという映画がありましたよね。ああいう浮腫、むくみのひどい症状がでました。そして医者には、これは不治の病だと言われたそうです。でもわたしの友人はその信者さんと徹底的に交流をはかって、コミュニケーションをはかって、生活のいろいろなところに彼自身が入り込み、外から見ているとやりすぎかなと思えるくらい相談者の生活に関わっていました。

私が訪問するとその患者さんと住職と3人で夜まで飲み明かし、いろいろ話を聞きました。そういうことをやっているうちに症状が軽くなっていったんです。因果関係は分かりませんし、極端なことをいえば科学的な因果関係はいいんです。しかしそのことによってその相談者は本当に住職を信頼し、あるとき私に、こういう関係を結んでもらってよかった、と泣きながら吐露しました。その言葉を本人に言ってあげたらと言ったのですが、いやなんか照れくさいというので、私が代弁いたしました。その言葉によって住職は、俺は本当に住職をやっているよよかったな、かえって癒されたという言葉が返ってきました。ドラマですよ。こういうドラマが私の前で展開している。こういう状況には研究者としてもはまってしまう。それが前に申しました多元的な医療体系ということになると考えるわけです。

レジュメの内容で次に行きますが、そういう宗教者の中で私が一番関心をもったのが仏教系の行者でありました。仏教系の行者とあえて言うておりますが、たとえば山伏修験者のような人たちも歴史的には仏教と結びついたわけですから、私は広い意味で仏教系と考えてもいいと思っています。そういう修験者や、民間の仏教系の行者も含め、私は広い意味での仏教系の行者を中心に研究をしてきたわけです。

その時に留意することは、仏教系の行者には第一に、僧籍の有無、寺院、教団とのかかわり方などの要素によって、いろいろなタイプがいるという点です。一言で仏教系といっても非常に広いわけで、そういう広さをそのままに、私は

調査をしてきたわけです。

その中には親がご住職でみずから小さいうちに出家したというオーソドックスなお坊さんもおられますし、民間の一般の人がある病気体験や苦悩の体験などを通して助けられて、そのことでその道を目指し、最終的に出家して寺院を持ったという民間の人に至るまで、非常に幅広くおられます。そういう意味で行者の世界は極めてダイナミックですし、私もそういう様々なタイプを視野にいれて研究をしてきましたし、そうする必要があるのが仏教系行者の特徴です。

そしてそうしたタイプの違いは最終的に、その治療の儀礼にも反映してまいります。その治療に反映する儀礼の特徴を理解するためには、仏教といろんな宗教が習合しているという状況をしっかりと見届けないといけません。行者がやる儀礼はいろんなものを取り込んでいる場合が多いからです。とくに民間系から入った場合は、いろいろな修行、いろいろな神社・仏閣、それらと出会い、関わりをもち、そこでいろいろなことを学んでいる。ですから、研究する上では、それらの習合的な要素を含んでいることを視野に入れる必要があります。

それからもう一つは、行者のそういう多様な実態を把握するためには彼らのライフヒストリーを知ることが求められる。過去の体験、特に苦悩体験、病気体験、そして修行体験というものが濃厚に影響を与えていることを理解する必要があります。そこから各行者の個性が生まれてくるからです。だから私の調査している範囲においては例えば百人の人を調査したとしますと百人がすべて違います。だから仮に同一の宗派に所属していても治療儀礼はそれぞれまったく違うわけです。

各行者は、そのくらい自分の修行というものを主体的にみて、自分のものにしていく。もちろん所属宗派がある場合、それぞれの宗派の規則がありますから、そこから逸脱することはできません。しかし、それはきちんと押さえつつも、結局は自分自身の修行の在り方を独自に見出しているのが行者の世界であり、その世界の存在が彼らの自信になっているわけです。他の人はどうであれ、自分はこれをやり抜く。そういう揺るぎない信念が出来た行者こそ、やはり人々から受け入れられる、ということだと思います。だから各行者のライフヒストリーに寄り添ってみたいということが不可欠になっていくわけです。

もう残り時間がほとんどありませんので簡単にいたしますが、もう一つの観点に「修行」というものがあり、これも考えないといけません。

簡単にお話いたしますと、日本の仏教は大乗仏教ですから、修行の在り方は、自行即化他行であるとされます。だから自分の行をやるだけでは駄目でそれを人に与えることが大事なのだといわれます。それが菩薩行です。菩薩行は衆生を済度する、救済するということが本来の目的です。衆生済度ってなんだといえば迷妄な世界、迷いの世界に溺れている衆生を助けて悟りの世界、彼岸に渡すことです。同時にそれは行者自身が彼岸に渡るために必要な、いわゆる波羅蜜、実践徳目でもあります。

つまり癒されるということは癒すということ、癒すということは癒されるということで、両者は表裏一体なのです。だから「俺は治してやってるんだ」という態度ではだめなのです。癒しなどの行為の実践によって自分自身が正され、癒されるという思いを持たない限り、菩薩行にはならない。この原点を仏教系行者はさまざまな形であれ目指しているということは、表現は違えど大なり小なりいえると思います。そこが仏教系行者の仏教系行者たる所以となります。

そういう世界、いわゆる修行を積んで、功德を積んで、そして行力を深めて、そして人々を偈佐する。そういう世界が、仏教の実践的な社会関係を担う最も主要な存在として行者を位置づけ得る根拠になると思います。だからこの実践は、仏教の実践の中では外縁に属するのではなくて、菩薩行をめざしそれを実践しているという意味で、中心に位置するものだと思います。そして人々が癒される世界を彼らは目指している。これは素晴らしいことだと思います。こういう意味でこの世界を私は行者仏教と名付けました。この行者仏教という世界をもっともっと多くの人々にも知ってもら

い、そしてそれをさらに私は追究していきたいと思っています。

その行者仏教の細部について、今日はお話しできませんでしたが、なにか機会がありましたら、この続編という形でお話ししたいと思います。

冒頭でお話ししたとおり、30分という与えられた時間を超過してしまい、言いつばなしのような形になりましたが、この「行者仏教」というあり方を少しでも皆さんが心にとめていただけたら幸せと思っています。

つづいて先生方のお話がありますので私はこの辺で失礼いたします。

工藤 どうもありがとうございました。フィールドワークを通じて把握された、共同体の中での治療や癒しを含む様々な行動の実践者としての行者と彼らが体现する「行者仏教」について、彼らがどのようなライフストーリーを持ち、共同体の中で、その構成員との生活の中でどんな役割を担っているかというお話をいただきました。

続きましては美松寛昭ご住職にご登壇願います。横浜市にございます弘明寺、正式には瑞應山 蓮華院 弘明寺、と申しまして、開山は721年、インドから渡来した善無畏（ぜんむい）という方によって行われたとされ、横浜最古の寺院と伝えられております。弘明寺では、八世紀の僧侶、行基が彫刻祈願をしたと伝えられております十一面観世音菩薩を本尊としております。その御本尊をおさめる本堂等が本格的に建立されたのが1044年と伝えられております。

明治時代にはご承知のように、廃仏毀釈の影響から一時無住職になった時期もあったと伺っておりますが、明治34年ころに渡辺寛玉というご住職が弘明寺に入られまして、地域社会との協力体制確立ののみに目覚ましい復興をとげられ、昭和から平成にかけて何回かの改修を経て、現在の弘明寺が完成されたとのことでした。

本日、お話の中でも出てくると思われませんが、弘明寺では病苦研究会、つまり病苦に悩む方々に対して、仏教の立場からのケアを考え、実践するという会を催しておられ、いろいろな講演会や研修会等も開催しておられると伺っております。

最初に、弘明寺の活動をご紹介するビデオをご覧いただきまして、そのあと、コーディネーターを務めます西村教授と美松ご住職との間でお話を予定しています。ではまずビデオ映像をご覧ください。

(護摩壇のビデオを上映) 約7分

工藤 弘明寺で行われる護摩行の映像をご覧いただきました。それでは美松先生、壇上に上がっていただきたいと存じます。

この後、壇上で西村教授と美松先生お二人の間での対話というかたちで西村教授からの質問を通して弘明寺での活動や理念をご紹介いただきたいと思います。よろしくお願ひ致します。

美松 寛昭 (瑞應山 蓮華院 弘明寺住職)

みなさん、こんにちは。今日はよくご来場くださいました。只今、ご紹介にあずかりました横浜の弘明寺の住職をし

ております美松寛昭でございます、今日はよろしくお願ひ申し上げます。それでは西村先生、よろしくお願ひ申し上げます。

西村 早速ですが、ご住職にまず「祈り」とは何なのか、ということについてお伺ひいたします。いったい祈りは何のために、何を目的になぜ祈るのでしょうか。その点からお伺ひいたします。

美松 はい、祈り、これは私たち仏教徒だけではなく、あらゆる宗教で祈りがございます。私にとっての祈りとは、先ほどの長谷部先生のお話の中にもありましておりで、仏法には広き教えがございますが、その根本をなすものは自利と利他である、ということをお大師様、弘法大師がおっしゃっております。自利と利他、それは自分を悟りの境地に向かわせるのと同時に他の人々を幸せに、幸福に、安泰にする。それが祈りであるということをお大師様がいつてらっしゃいます。

そして、私が病苦研究会という会をはじめましたのが平成13年のことでございます。それまで私は仏教の立場から、病で苦しむ人々、そしてそれ以外にもいろいろなことで苦しむ人に手を差し伸べることはできないか、それは仏教の教えの具現化であります、そのためになにかできないかということを考えておりましたが、その実践へのきっかけとして始めたのが病苦研究会ではございます。

その研究会の活動の一つとして、神奈川県には県立がんセンターという医療機関がございますが、そこには「患者の会」とものが作られております。患者同士あるいは家族同士でお互いに癒しあっている会といったものですが、その会に呼ばれましてお話をさせていただく機会が何回かございました。ある時にその会長さんから、人のために祈ることができるのはあなたたちだけなのだから、と言われたことがございます。「人のために祈ることができるのはあなたたちだけ」、と言われたときに私ははっとしました。あ、そうか、本当の祈りというのはやはり自利と利他の双方にあるんだ。だから利他を重んじなければならないと。

そう考えて、わたしは自分のお寺に「祈りの寺」というサブタイトルをつけまして門に張り付けました。誰でもが自由に祈れる寺、そういうふうな意図のもとで、誰でもが入れる寺を目指しました。

よく誤解されておりますのが、お寺はなかなか敷居が高く、檀家以外は入ってはいけないのではないかと、思われている点でございます。しかしそうではない。自由に祈ることができる場所がお寺であり仏様なのだということを示そうと致しまして、「祈りの寺」をサブタイトルにしております。

それから平成25年から、筑波大学名誉教授で、遺伝学をご専門となさっております、村上和夫先生という先生にもその会でお話をさせていただいております。この方は遺伝子学専門の先生で、遺伝子についていろいろなユニークな研究をなさっている先生です。たとえば、糖尿病の患者さんにつまらない話をずっと聞かせてから採血する場合と、吉本興業の芸人さんに面白い話を聞かせて笑ってもらってから採血する。そうすると笑っていたほうが血糖値が上がらないというような研究をされている方です。

実は私どもも、先ほどご覧いただいた護摩行の際に同じ調査をしていただきました。護摩行の最中に血を取られました。あるいはその場に来ている方々のうち、何人かの有志の方に採血に応じていただく。そして護摩行以外のときにも採血し比較する、という実験をしました。今年に入って結果が出ましたが、護摩行で実際に祈っているときのほうが同様にプラスの結果が示されたということです。そして行を行っている僧侶には、特有の行者遺伝子というべきものが働いているといった可能性も指摘されました。

祈りには力があるという点について、私たちはそんな実験をしなくても当たり前にもう感じております。そして、みなさんはよく、祈ることしかできないとおっしゃいます。しかしその言い方は違います。祈ることができる、と

ただきたい。祈ることができるということはそれが様々なことをする力につながる。それが私の祈りに対する考え方で
す。

ですからよく私はみなさんにお話し伝えるときに「祈力の充実」ということをいいます。祈力の「き」には「祈り」
という字を当てます。祈りの力を充実させてください。祈ってください。そうするとそれが力になりますよと、そうい
うふうにお伝えするのです。ですから祈りとは力があるものです。だから継続して行っていくものと考えております。

西村 ありがとうございます。私も行者の遺伝子というものにとっても興味がございます。実はご住職にそういうテス
トをしていらして研究に加わっていらっしゃると伺ったのでそのことを今、みなさんにわかりやすく説明していただ
けたいと思います。ありがとうございました。

もう一つ祈りに関してですが、ご住職は以前、現代の日本人にとって祈りがどういう形で生活に溶け込んでいるのか、
あるいは生活の中に祈りがないのか、という点について、非常に危機感を覚えていらっしゃるということをお話され
たと思います。そのことについてお話をお願いいたします。

美松 どこの寺にもご住職がだいたいいらっしゃいます。無住職のお寺にも兼務住職が祈り、お寺を守っていらっし
やる。祈りを考える場合、それはお寺の中にももちろんあるものです。しかし、私が危惧するのはお寺の中だけにあるか
たちでいいのか、という点です。やはり普段の生活の中に「祈り」が少なくなってきたのではないかと感じてお
ります。

西村 祈りというものには、何か医療上の効果、例えば免疫力を高めるような作用があるのでしょうか。祈りをすれ
ば私たちにはどのような、効果というか利点があるといえるのでしょうか。

美松 まず私どもは真言宗という宗派でございます。真言宗ではじつは自分の中に仏があると考えております。した
がって祈りの目的は、祈ることによって自分の中の仏に目覚めることにあります。祈る自分が仏なんてとんでもない
と思ったら駄目なんです。自分が祈ることによって自分の中の仏を引き出す。そこに祈りの意味があるのではないか
と思っています。そう認識して祈ることが大事です。

西村 よくわかりました。そしてご住職から見て、今の日本人に祈りは欠けていると思われるのでしょうか？

美松 私は欠けているというよりは、祈り方が分からないのではないかと考えております。それは私たちの世界では
師資相承といって、師匠から弟子へ、法や道を伝えることになっております。それは家庭の中でもお婆ちゃんから息子
へ、息子からその息子へとといったつながりの中で伝えられるものと似ていると思うのですが、現在では仏壇もおかない、
神棚もおかないといった家庭も増えています。そうした伝承の機会が失われていることも関係しているのではないで
しょうか。あるいは、よく言われるように科学的根拠といった部分をあまりにも強調した結果、祈りの対象への違和感も
増している側面があるのではないかと、核家族化が進んだことと相まって、祈り方が分からなくなっているのではな
いかなと思っています。

西村 ありがとうございました。この場では、大きな質問を三つさせていただきました。このあと会場の皆さまから
の質問もありになると思いますので、あとのパネルディスカッションの時に伺いたいと思います。ありがとうございました。

美松 どうも、ありがとうございました。

工藤 どうも、ありがとうございました。祈りの効果、あるいは現在の日本人の祈りのあり方、祈りの仕方について、真言宗系の僧侶という立場からお話をさせていただきました。

この次は帯津良一先生にご登壇いただきます。帯津先生にはホリスティック医学という立場から本日の「癒しと宗教」というテーマに関連したお話をさせていただけると思います。

帯津先生は東京大学医学部をご卒業ののちに東京大学の医学部第三外科、都立駒込病院の外科医長をご歴任されまして、ご出身地である埼玉県川越市で帯津三敬病院を設立され、現在はその名誉院長を務めておられます。そのほかにも日本ホリスティック医学協会の名誉会長、および日本ホメオパシー医学協会の理事長なども務められておりますが、それらの立場からホリスティック医学の権威として、さまざまな場で講演もなさっていると伺っております。

それでは帯津先生、よろしくお願ひ申し上げます。

帯津 良一（帯津三敬病院名誉院長、日本ホメオパシー医学協会理事長）

こんにちは。帯津と申します。今日は講演時間をあまり考えないで資料を作ってきたので、とても全部はできないと思いますので、行けるところまでいって時間が来たなら終わるという形でお話いたします。

私がホリスティック医学をめざして30年ちょっとになるのですが、まだひとつの体系、あるいはスタイルとしてのホリスティック医学を手にしておりません。まあ、私の生きているうちは無理かなと思っているという状況です。

とにかく私が医者になってから半世紀以上、癌の世界で生きてきまして、癌という病気が身体だけの病気ではない。身体、心、生命の三つが一体になった人間まるごとの病気であるということに気が付き、それでホリスティック医学の道へ入ったのです。「ホリスティック医学」はいま申し上げましたとおり、身体、心、生命の一体となった人間まるごとをそっくりそのままとらえる医学なのですが、その身体、心、生命について、英語圏の文献をみますとボディ、マインド、スピリット (body, mind, spirit) になっている。ところがホリスティック医学を実践している私たちにしてみれば、洋の東西を問わず、「生命」はスピリットではなくてソウル (soul) になってしまうのですね。どうしても一人の人の命という考え方になってしまう。それでは本当の意味でのホリスティックではないので、本来の「スピリット」を求めないといけない。そのスピリットとソウルの違いがどこにあるかという、これは実は私だけが考えたのでは不十分なので、ネイティブの人に確かめないといけないと思って、京都大学のカール・ベッカーさんに電話して、私はこう思うのだけどうだろう、と聞きましたらそれでいいといわれました。以来、それで通しているのですが、要するにスピリットというのは時空を超えて広がるおおいなる空間の中のおおいなる生命ですね。そのスピリットの一部が一人ひとりの身体の中にやどったものがソウル、ですからホリスティック医学はスピリットを対象とする以上、これは自分の身体の中の生命ではなくて、全体の生命、虚空の生命をいうわけで、そうするとこれでもう宗教になっている。仏教になっている。ですからホリスティック医学は究極には霊性の医学、といいますか、生命の医学というものになると考えています。

スライド映像を用意してきたのでそれを見ながらいけるところまで行きたいと思います。

我々はいずれにしてもいろいろな場の中を生きてきて、その過程で結集されたもの、あるいはそこから得られた生気が今の自分になっているわけです。

ここからの映像では私の主な「場」をあげてみました。これは私が生まれた家の前にある蓮馨寺という浄土宗のお寺なのですが、この門前で私は生まれ、中学生になるまでずっとこのお寺の庭で育ちました。遊び場がこの庭だったわけです。ですから、なんとなく浄土宗というか、それに代表される仏教に親しみを感じていままでやってきました。

次の映像ですが、映画少年のころを示しています。私が高校にはいったのは昭和26年ですが、そのころようやく太平洋戦争後の物資窮乏状態がゆるやかになり、モノが少し出回りはじめた。そこへ今度は、戦時中全然入ってこなかった欧米の映画が怒涛の如く押し寄せてきます。そのころ私は、都立小石川高校におりました。川越から池袋を経て、毎日通っていたのですが、当時の映画の氾濫に目がくらんで映画ばかり見ておりました。そんな状態でも、学校の勉強が少しはできたのですからびっくりするくらいです。映画を観ていたおかげで世界、あるいは地球の場というものに非常に親しみを感じるようになりました。当時ファンだったイングリット・バーグマンのポスターですね。

次は、大学時代の写真です。大学時代は空手部におりました。この昭和30年代前半の時代は医学部にいましたが、その時代を、私は史上最強の時代とっております。本当にいい時代でした。おそらく司馬遼太郎の『坂の上の雲』の時代もよかったし、江戸の元禄時代もよかったかもしれませんが、私はこの時代が一番だと思います。この時期、皆が希望をもって、同じ方向をみつめていた時代と思います。老いも若きも、お金を持っている人も持っていない人も、みんな同じ方向をみていました。そういう時代に学生時代を過ごしたというのが、いまの私の医者としての考え方に非常に影響していると思います。

そして医学部の専攻で外科を選んだことで、外科手術実習で身体の中を開き、胸の中、お腹の中をみて、そこにある隙間を見つけました。臓器と臓器との間にある隙間、そこに場が存在するわけですね。これを私は命の場、生命場と呼んでいます。そういう生命場に早くから触れたというのが医者になる、あるいは医者になってからの仕事にいい影響を与えてくれたと感謝しております。

次の映像は、結局、医療と医学とは違いますのでここを区別しないといけないという内容を示しています。医学はあくまでサイエンス（science：科学）ですから、これはそれこそエビデンス（evidence：証拠）があって、それを把握できる有能な才能を備えていれば対応できるのですが、医療という分野は戦いでいえば最前線です。その最前線は科学のみで律せられるところではなくて、人間同士がまるごと絡みあう場となるわけです。ですから医療が最前線なら、医学は後方で補給などを担当する兵站部に当たります。兵站部という言葉は古くなって今の方は知らないと思いますがロジスティクス（logistics）といわれるものです。

この最前線では、たとえ医学あるいは戦術がいくら優秀であっても必ず勝てるとは限りません。やはり全体を見る戦略の世界が重要となります。先ほど申しました『坂の上の雲』の時代についても同様で、日本海大戦、ロシアのバルチック艦隊を破ったあの戦いはまさに戦略の勝利だったといえます。

次に「医療と場」のお話をいたします。

医療とは場の営みであるということです。患者さんを中心にご家族とか、友人とか、あるいは様々な医療関係者が場をつくって、一緒にその場のエネルギーをあげることによって、患者さんは病を克服し、ほかの当事者たちもみな癒されていく。これが医療だと考えます。

次の映像は、その場の階層性についてです。

我々は場の中の存在で常に場の中に身をおいて生きているわけですが、この自然界の場は階層から成立しているということを言っている方は結構いらっしゃる。場の権威である東京大学名誉教授の清水博先生がそうだし、それから亡くなられた免疫学者の多田富雄先生もおっしゃっていました。それから直接私に言ってくれたのは、筑波大学出身で当時

はケンブリッジにいた松本文二さんという分子生物学者でした。

このスライドの図版を作ったのは私ですが、ようするにこういう形で人間は様々な階層の中に在り、内部にも様々な階層を孕んでいる。その構造は、一番小さいところでは素粒子の段階からはじまって、いちばん大きいのが虚空となります。そしてここにはある法則つまり、上の階層は下の階層を超えて含むという性質があります。ようするに上の階層は下の階層のもっている性質を全部もっていて、さらにプラスαを備えている。だから下の階層で得られた研究成果を上階層にあてはめようとしても、届かなかつたり十分に把握できなかつたりすることになる。例えば人間という階層を例にとりますと、人間の階層にできた病が癌だとしますと、臓器という階層を対象に築き上げられた西洋医学をもってしては十分な対処ができないことになる。だから人間という階層にできた癌を扱うためには人間という階層を対象として築かれた医学、つまりホリスティック医学によらなければダメだというのが我々の考えになります。

次に「識」の位相との関連をお話いたします。

結局、医療というのは場の営みだと申し上げましたが、医学も同様で、結局は場の営みだというのが唯識を見ていくとわかります。意識の表層にあたる心の五識のところは五感の世界に該当します。西洋医学はこれの一つずつ解明していきましてとにかくある程度の成果は残しているわけです。それに対して六識にあたる意識のところが、実は我々がやっているホリスティック医学のところなんです。対象が「心」だから心理学かと思われるかもしれませんが、それは五感に属するもので、意識のところにホリスティック医学が属します。ここではじめて「場」が登場するわけですね。五識のほうは場ではなくて、目に見える個物の世界となります。

福岡伸一さんは分子生物学の動的平衡ということをおっしゃっていますが、彼は命を分子の流れとしてとらえて、身体はその分子の流れの淀みのようなものだと言っております。身体そのものも場の特殊な形態と考えれば、福岡さんのいうこともよく分かります。

その次に末那識がきます。末那識は自己に執着するところですから、これは免疫が該当すると思われます。一般的にホリスティック医学に携わっている者は免疫の先にホリスティック医学があると思っているようです。しかし私とはそうではないだろうと思います。いま我々がやろうとしているホリスティック医学は免疫より手前だろうと思っています。それは免疫とはやはり場の医学といえるからです。これは多田富雄さんが『免疫の意味論』などの中で解き明かしています。

ようするに免疫系というのは、自己と非自己をわけて、そして自己を非自己から守るような仕組みの単純なものではない。自己という場に免疫の仕組みを適用しながらその場の中で自己組織(自己組織化)を行っている。それらの免疫の世界を多田富雄さんはスーパー・システムと呼んでおられますが、そういう意味では免疫は非常に華やかな場の世界である。ですから末那識、そしてさらに阿頼耶識と対応させると、これは虚空の世界ですから、自然治癒力の世界で霊性の医学が該当する。そういう意味で、末那識と阿頼耶識をあわせて霊性の医学と私は呼んでおります。いずれにしてもホリスティック医学は霊性の医学に向かっているだろうということで、ここでまた宗教と近い関係が出てくるわけです。

次の画像は虚空についてです。私は柔術をやっているんですけど、柔術に強くなるために呼吸法を学び、調和道丹田呼吸法に行き着きました。調和道丹田呼吸法のルーツは江戸中期の臨濟宗の白隠禅師といわれております。次の画像にあるように、白隠禅師は虚空についてしっかりと教えています。

この白隠禅師の『夜船閑話』に、「虚空(こくう)に先(さきだ)ちて死せず、虚空に後れて生ぜざる底(てい)の不退堅固(ふたいけんこ)の眞法身(しんほつしん)を打殺(だせつ)し、金剛不壊(こんがうふゑ)の大仙身(だいせんしん)を成就せん」とあります。若いお坊さんたちに生きながら虚空と一体になることを教えていると思われます。

私が虚空と付き合い始めたのが患者さんの死に直接触れるようになってからです。はじめに西洋医学だけを、外科医だけをやっている頃は、あまり患者さんの死に直に触れようとしなかったのですが、ホリスティック医学をやるようになりますと、患者さんと私の関係が、壊れた機械とそれを直す人という関係ではなく、戦友といった関係になってくる。ホリスティック医学の場合、いつも患者さんと2人で相談しながらやるものですから、その中で多くの代替療法を使います。その代替療法はごまんとありますから、私が全部の代替療法に通じているわけではありません。患者さんの方が詳しい場合もあります。だから2人でとにかく相談しながらやっていく、これは戦友の関係です。戦友が倒れるときには必ず傍にいてあげるということで、患者さんが死ぬときには必ず傍にいてということを中心掛けてきました。

そこで気が付いたのは亡くなった患者さんの傍にいて亡くなって少し経つと、少しというのは一分とか二分、ながくて一時間くらいですが、顔がものすごく良くなっていくのです。これは女性ですとこんな美人だったかというくらい、例外がなく良くなっていきます。全員が美人です。これは、生きている間は邪な心があるから外見も曇ってしまっているのだらうと思われまふ。だから美人でない人もいっぱいいるわけですが、死ぬとみんな美人に戻るわけです。それを見て、私はどうしてこのようになるのかを考えたのですが、これはお勤めを果たしてきたこの世から、故郷に帰る安堵の表情だと私は思ったわけです。

それでは故郷はどこだと考えたとき、白隠禅師の虚空を思い出したわけです。故郷は虚空なのだと、我々は虚空からただひとりでこの地球にやってきて、またただひとり、虚空に帰っていく孤独なる旅人であると認識し、虚空を強く意識したわけです。そして「ふるさと」というと、患者さんの死に顔を見ながらいつも今映っております童謡の歌詞を思い浮かべております。

「志を果たして いつの日にか帰らん 山は青き故郷 水は清き故郷」この歌詞から、虚空に非常になじみを感じておりました。

次はモンゴルの大草原の映像です。モンゴルといっても私が行くのはモンゴル共和国ではなくて、中国の内モン自治区ですが、そこに2年に1回行っております。あそこに寝ているのが私で、少し腹が出すぎていますが、モンゴルの草原に寝て青空を見て虚空を感じて帰ってきます。

あの場所では本当に虚空を感じます。こうやって草の中に寝ながら、下から上にまっすぐに見上げると紺碧の空があって、前に逝っている人たちが現れてきたりします。本当に虚空です。

モンゴルの草原について付け加えれば、司馬遼太郎さんもモンゴルが大好きでモンゴル語科を出ております。今映っています『草原の記』は1992年に出たエッセー集といった内容ですが、全体の三分の二くらいいったところに、「私（司馬遼太郎）にはこの本のテーマが虚空に思えてきた」という虚空について述べた一行があります。そして、ここに出てくるいろいろな人が虚空の人だとも書いています。

この『草原の記』の帯に、「生きとし生けるものは すべてみな虚空に向かう。永遠なるもの、それは人間の記憶だけである」と書いてある。「すべて虚空に向かう」ですね。ただ司馬さんが抜かったなと思う点は、最後には記憶もなくなってしまうことです。それは、記憶している人がみんな虚空にいつてしまうからです。だから私は、司馬さんとしてはその点がちょっと抜かったのかなと感じています。それよりは今映っています、アガサクリスティの『そして誰もいなくなった』のほうが、虚空に関してここに持ってくるにはいいかなと思っております。

ですから、次に映し出されているように、「人間は虚空からの旅人である」となるわけです。

旅人は旅情を抱いているといひます。今映っていますキャサリン・ヘップバーン主演の映画『旅情』は、昭和30年に日本で上映されました。本当にいい映画でした。「旅情」とは、喜びと悲しみ、あるいは、いろいろな寂しさとときめき。それらが一体となった、しみじみとした旅の想いをいうと思ひますが、その根底には悲しみがあると私は思っております。

おります。

次に移っている本は山田太一さんの編纂したエッセー集です。

人間の本性は何かと考えたときに、これは生きる悲しみであると考えます。この本は山田太一さん自身が書いたのではなくて、山田太一さんが生きる悲しみをテーマにして何人かの人が書いたエッセーとか短編小説を一五編くらい集めて、彼が解説をしている本です。実にいい本です。

その本の山田さんが書いた序文に、生きる悲しみといっても特別なものではない、そもそも生きることに悲しみがつきまとうのだ、ということが書かれている。これだけでは説得力がちょっと弱いなと思って最後まで読んでみると、水上勉さんのエッセーが出てきます。そこに水上勉さんが、我々は虚空からの旅人である。その旅人の本質が悲しみなんだ、という意味のことを書いている。これで私はなんとなく納得できて、やっぱり医療も互いの生きる悲しみを労わりあい、敬いあって、寄り添いあうものだと思うようになりました。これが医療なのですが、それがなかなか実現できません。私は20年間、とにかく寄り添いあおうじゃないか、相手の悲しみを労わりあおうじゃないか、自分の悲しみを慈しもうじゃないかということをやっているのですが、なかなかどうして癌治療の現場はまだまだ殺伐としているところがございます。

次に映っているのが、竹内整一さんの『かなしみの哲学』という本で、悲しみについて書かれています。ここにはいろんな人が出てきます。西田幾多郎、西脇順三郎、それから国木田独歩さんとか、いろんな人が悲しみについて触れています。哲学のきっかけは驚きではなくて悲しみである、というようなことを西田幾多郎さんも言っております。

ですから医療の本分とは、治したり、癒したりするのは一つのテクニックに過ぎず、本来の医療とは、誰もが生ある限り、たとえ病の中にあろうとも人間としての尊厳を持ち続けることをサポートする、というところにあるはずで。医療の一番の眼目は、患者さんが、いかに自分の人間としての尊厳を全うするかをサポートする。そこに我々は本当の医療の第一義をもとめなきゃいけないと思っています。

次に、ホリスティック医学についてお話いたしますが、そもそも、ホリスティック医学の言い出しっぺはアンリ・ベルクソンです。彼は1859年に生まれて1941年に亡くなっていますから、一時代前の方ですが、彼が、それまでの分析的な医学に異を唱えて、ホリスティック医学という、人間まるごとを対象とした医学を唱えたわけです。

アンリ・ベルクソンが異を唱えたちょうどそのころに、ローマのガレノスに端を発した分析的な医学が、今映っています。ルイ・パスツールにいたって花開き、頂点に達していました。それに対してベルクソンが異を唱えたわけです。

その流れが、フランスの科学哲学者であるジョルジュ・カンギレムのあたりでは、病になって脅かされるのは一つひとつの臓器の働きではなくて、その人間存在の全体、人間の尊厳であるということが言われるようになりました。人間の尊厳という言葉は直接使われてはおりませんが、生の歩調、生きる歩調、足取りが脅かされるのだといっています。この前後の文章を読んでみると、やっぱり人間の尊厳と捉えた方がいいと考えます。フランスの哲学者であるミシェル・フーコーに至っては医療の中に科学を持ち込んだのは失敗だったということをやっております。私もそう思います。

医療は科学ではないのです。医学は科学ですが、医療は先ほど申しましたように最前線の戦略ですから科学でない部分がたくさんあるわけです。それを今の医学界のように何でもエビデンス、エビデンスといって済ませてはいけません。我々人間は直観と論理をうまく組み合わせて良い人生を歩んでいるわけですから、病になった途端にエビデンス、エビデンスと馬鹿の一つ覚えのようにいっても、健康な状態にある人々にはなかなか届きません。直観もいれないといけないと思うわけですね。

そういう考えに立って、大阪大学が医者は哲学を身につけないといけないということで「医学概論」という講座を作ったのが1941年です。この年に太平洋戦争が始まる。その時、若者がみんな戦地について戦っているのに大阪大学の医学部の学生はぬくぬくと教室にいて、しかも医学のテクニックを覚えるならいいが、哲学などという訳のわからないものやっていると、非難されるわけです。それに対して、この講座の教授であるフランス哲学者の澤瀉久敬さんが、学生たちに、君たちは気にするな。肩身は狭いかもしれないけども、哲学を身につけたいいい医者になってお国に恩返しするんだ、とっています。この経過と主張は、ホリスティック医学を見るうえで非常に重要なのです。

次の画像は、ホリスティック医学の別の流れに関連する人で、J・C・スマッツという方がいます。南アフリカ連邦の政治家で哲学者ですが、この人がホーリズム (holism: 全体論) ということを行いました。これがホリスティック医学の理論的な背景になっております。さきほど言いましたフランス哲学派が実際の整理と展開を行い、スマッツのホーリズムがそれに花を添えたと理解すればよろしいでしょうか。

西田幾多郎さんもちょうどスマッツと同じ1870年生まれですが、西田幾多郎さんも「全体」ということをしっかりとしています。そしてホーリズムが陥りやすい罠というか、陥りやすい問題点を非常に強調しています。それは、全体というのは先ほど申し上げましたとおり、ソウルじゃなくてスピリットです。だから全体というのは小さくまとめられるものではなくて、関係性の無限の広がりですとらえなければならない、と指摘しています。実にいいことをいっております。無限の広がりとして命をとらえるわけですから、ここで宗教と一体となってくるといえるのではないのでしょうか。

次は先ほど出たアンリ・ベルクソンについてです。ベルクソンは1927年にノーベル文学賞をもらった哲学者・文豪ですが、直観ということをして、生命の躍動 (飛躍?) ということを行っています。彼の有名な言葉に「創造的進化」という言葉があります。ベルクソンがこれでダーウィンの自然淘汰を根拠とする進化論に異を唱え、生命には「意識の持続」として表れる内的な独特の衝動力があって、これが「生命の飛躍」というものによる進化を進めたに違いないという独自の進化論を主張しています。

さらに、ベルクソンがいうのは、その生命の躍動によって生命のエネルギーがあふれ出ると、我々は大いなる喜びに、歓喜に包まれる。その歓喜はただの快樂ではない。かならず創造を伴うといっております。ここでの創造はクリエイションの意味ですが、何を創造するのかというと、自分の力をもって自己を創造するという意味です。ベルクソンは自問自答の形で論を展開するのですが、結論としては、大いなる喜びと自己実現が表裏一体となっていることを示唆しています。

私は50年間、現場で癌治療をやってきましたが、分かったことなんて幾らもないです。しかし、幾らもないうちの一つが、自然治癒力や免疫力を高める最大の要因はときめきであるということです。ですから患者さんには何でもいいからときめいてくれとけしかけるのですが、患者さんにすれば病氣中ですからなかなか難しい。それでもときめきが一番大事であるとはいえる。それは何故だろうと考えてもなかなか分からなかったのですが、ベルクソンを読み返しているうちに、ときめきや喜びの裏には自己実現がくっついているというのが分かりました。そこから確かに歓喜と創造が一体化したものが自然治癒力、免疫力を高めるための大いなる力であるということが理解できたのです。

この歓喜と創造は、どう見ても何かに対する備えであると思えないとベルクソンはいっています。それでは何に対して備えて我々は歓喜と創造を追い求めているのかといえば、それは来世への備えであり、それを備えていくことが人間の尊厳であるという関係になっています。

もう一度全体論についてお話いたしますと、ホーリズムというのは、スマッツがいったように、全体には部分の総和以上の価値があるという考えに立ちます。それを我々は個別精神としてのソウルの範疇で考えてしまうという誤りに陥りやすい。ちゃんとスピリットが示す広い世界を見ていかないといけないわけです。

今見ていただいているのが『医学概論』です。これがフランス哲学者の澤瀉さんがやった大阪の医学概論をもとに書いた本で、「科学について」「生命について」「医学について」の三部からなっています。そこではまず、人はなぜ治るのかを問題といたします。まず、治しですね、治しの方法を問題とするのが西洋医学です。

それに対して癒しの方法があります。これは自然治癒力に働きかけることを意味いたします。いま多くの代替療法がこれを担当しています。だから癒しと治しの方法が統合されたい治療法が存在しています。だけどそれだけではまだ不十分です。それにプラスして、医療者と患者の皆さんとの関係性の効果というものが非常に大きいのであり、その関係性が治しと癒しの統合を背後で補っているわけです。患者さんと医療者との関係性の効果というのは、両者の一体感がそこにはないといけないのですが、現実を見ていると、癌治療の現場でも、一体感どころか離れている場合が多い。それによって得るべき効果が出てこないということが非常に多いわけです。ですからそのところをホリスティック医学が求めていくということになります。

ご覧の画像は、『思想としての「医学概論」』という本です。2013年に岩波書店から出た、高草木光一さん（慶応大学教授）が編者で4の方が書いている実にいい本です。これからの医療の在り方、医学の在り方というのがよく書かれています。

時間が来ましたのでここで終わりにさせていただきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

工藤 ありがとうございました。映画や文学、哲学その他、さまざまな分野のお話を通じてホーリズムという観点から、身体、精神、そしてそれらを包含した総体としての人間の最良の生き方とはどういうものかについての考え方、そして医学と医療という区別に基づく治療についてのお話をいただいたと思います。

質疑応答

この後はまた、講演をさせていただいた3人の方々に壇上に戻っていただきますが、そのための模様替えの時間をいただきますと思います。

それでは再開させていただきます。壇上に3人の方々に戻っていただきましたが、この後西村教授にも参加していただいて、会場の方との質疑を行いたいと思います。なにか、ご質問等々がございましたら挙手をして発言をお願いしたいと思います。

西村 お話の内容の確認などでも、あるいは具体的な事例に関連するご質問とかでも結構でございます。いかがでしょうか。

参加者A 帯津先生に質問がございます。さきほどのお話の中で西田幾多郎先生が指摘された関係性の無限の広がりということと、ホリスティック医学の背景となったホリスティック・イデオロギーということとの関係、さらに最初の方でお話があった「虚空」というものとの関係性をどう捉えればいいのかという点、あるいは我々が個として生きている存在ということと、生きた肉体を離れて死んでしまった先に想定される無限の広がり、これを虚空というのかと思いますが、そうしたものとホリスティック・スピリチュアリティというものは一つの事と把握していいのでしょうか？

帯津 「虚空」とは、物理学的には何千もの宇宙をはらむ広大な空間ですし、仏教のほうでも同じと考えます。そして、身体の中の「生命の場」に目を向けていくと、これらも環境の場の一部に違いないと考えます。

そして環境の場はさきほどの画像でご覧いただいたようにいくつもの階層からなっていて一番外側にあるのが虚空となります。我々の命は階層を超えて存在するのですから存在の場はやはり虚空なのだろうと考えます。だから虚空からこの世にやってきてまた虚空に帰っていく孤独なる旅人、そして悲しみを抱いている存在が人間となります。そのところをしっかりと踏まえると医療の在り方や人間の尊厳とは何かということが少しずつ見えてくると考えています。そう考えても、まだまだ私一人で解明し尽くすわけではありませんで、いろんな方の考えを教えていただいでだんだん固めていかないといけないと思っています。

参加者A ありがとうございます。そうなりますと例えば『般若心経』に「色即是空」ということがございます。色即是空の色とは肉体だとか、あるいは物質だとかそのようなことをいうとされていますが、それが「空」ということを「虚空」と理解いたしますと、即是ということだから結びついているということは般若心経、色即是空、空即是色、あるいは受想行識だとか、……自在皆空だとか、そういうことと整合性があるように思うのですが、そう解釈してよろしいでしょうか。

帯津 私は実は性格がせっかちで、「般若心経」は長すぎて苦手なのでその部分の解釈に関しては遠慮させてください。私はその代わり白隠の「延命十句観音経」を毎朝唱えています。あれはあつという間に終わりますから。延命十句観音経は白隠が考えたわけではないようですね。でも私は非常にいいお経だと思って毎朝、唱えております。

参加者B 今日のみなさんのお話は、日頃私の感じていることをそのまま発言していただいているような気がして、非常に心強かったという思いがいたします。実際に私たちが病気になっても、今日いわれたような治療者と患者が一体感を持つことが重要だという考えをお持ちのお医者さんに会って診てもらえたら、何でも治ってしまうんじゃないかと思えるわけです。しかし現実の話、はっきりいってしまえば我々にはそういう出会いがないということになる。お話に出てきた統合治療などをやっている先生とお会いして話しをすると、非常に納得がいくのですが、実際に病気になったときにはなかなかそういう機会がない。そういう、患者と一体感になれるような治療を実践してくれるような先生に簡単に会える方法はないのだろうかという現実的なお話なのですが、ご助言をよろしくお願い致します。

帯津 本当にその通りなんです。本当に私も嘆いております。私の病院は九九床ありまして、規模としては中よりは小病院に入る訳ですが、そこに大きな国立がんセンターとか癌研とかから患者さんがやってくるんです。そして、そういう大きな病院でいかに悲しい想いをさせられたかと、延々と嘆くわけです。そういう態度を取る方向に行ってしまうと、やっぱり患者さんの生きる悲しみを敬うとかではなくて、新しい悲しみを与えてしまうような言動を取ってしまう医者が多いとなってしまうわけです。これは何としてでも改めていかねばいけないと思っています。

参加者B わかりました。そういうお医者さんと出会うことを根気強く待てということですね。

西村 根気強く待つしかないのでしょうか。

帯津 医者側も患者側も一人ひとりが努力していかないといけない。私も病院スタッフに年中いつているのですが、私の部下のドクターにも悲しみを与えている者もいます。そんな程度ですからなかなか改めていくのは大変ですけども、でも諦めないでやっていこうと考えています。

参加者B 結局患者側としては待てといわれている気がするわけですが、患者側の努力としてはどのような対応を心がければいいかということについて、少し助言をいただければと思います。

帯津 患者さん側の医療者に対する態度としては、同様に医療者側の悲しみを理解していくということではないかと思えます。お互いさまだと思うので、相互理解を目的に、少し努力していただければと思います。

参加者C 今のお話しと関連してなのですが、私はオーストラリアのホスピスを見学したことがあります。そのホスピスは、もうすぐ亡くなる方々、余命6か月と診断されたら入所を受け入れてもらえるという病院でした。もう20年近く前なので今は違っているかもしれませんが、そのホスピスには宗教家がきて話しをする時間が設けてありました。

日本人でも、死ぬ前というか、年を取ってくると、死んだらどうなるのだろうということを皆考えると思います。まして癌で入院したとか、余命がどれくらいあるか分からないとか、不安で気弱になっているようなときには、やはり宗教家のお話を聞いて、心の整理をするというのはすごく大切なことだと思います。

しかし、医療機関では、入院患者に対しては面会時間とか、結構制限があるわけです。そういう意味では病院での面会時間などだけで、宗教的な話をするのは難しい。現在では心理学とかカウンセリングの文化も定着しつつありますが、そういう形で心の整理とかいっただけでは納得しきれない部分があり、やはり宗教が必要だと思うのです。そういう意味で病院にあり方としても、宗教ともう少し結びつけたあり方を考えてもらいたい。とくに死ぬ前のケアとか、ホスピス関係のところではやっていただきたいと思います。

それから宗教に関してですが、私は宗教が好きなのでかじってみたりはいたします。今の日本人は宗教的にはだいたい仏教的信仰を持っていると思うのですが、そうであるなら仏教の側でもその教えの中で、死ぬとはどういうことなのか、仏教の世界でどう示されているかなどについて、啓蒙活動といったことをもう少しして欲しいという感じがいたします。

新興宗教ではうるさいくらいにミーティングだ、会合だといって、倫理的なことも伝えようとしています。新興宗教信者の数も多いので、信者の人たちはそれなりに勉強してそういう知識を得ていると思います。しかしそうでない一般の方、つまりお葬式と法事でお坊さんを呼ぶだけが仏教とのかかわりというような方は、宗教的な倫理観などに触れることが必要かと思っています。そこで、宗教界と病院側へのお願いです。両者の接点をもう少し作っていただきたいという思うわけです。

帯津 確かに欧米のホスピスはスピリチュアリティというのを大事にしています。それはキリスト教にその伝統があるからだだと思います。日本のホスピスでもスピリチュアリティはあるのですが、日本ではどうしてもスピリチュアリティのない、緩和ケアのほうがいまは主流になっています。ただ欧米のホスピスにもスピリチュアリティだけでなくかなりドライなところがあります。たとえば入所している患者さんがどこから出血する、お腹の中の粘膜など直接見えないところからも出血している。そしてどんどん血圧が下がっていても、もうこの人はなくなる人だから輸血はしない、という対応をする。それくらいドライなところもあるのです。

ただ日本の場合は緩和ケア中心となると申しましたが、その緩和ケア中心もまた問題があると思います。同じ緩和ケアでもやはり希望のある緩和ケアであってほしい。

治癒の方法がなくなったといっても、私のところでは丸山ワクチンなども使用しています。進行度からいっても治る状態じゃないから、丸山ワクチンを投与してもしょうがないじゃないかといわれたらそれまでなのですが、患者さんは丸山ワクチン投与で希望を持ちます。少しでも良くなる、というのが重要だと思います。別に助かろうとまではいわないが、食欲がなかったのがちょっと出てきて美味しく食べられるとか、そういう希望もあっていいと思います。東西の在り方を考えると、ヨーロッパの人たちと我々、キリスト教と仏教の違いとかいろいろとあるかもしれませんが、どちらにしても患者さんにとって居心地のよいことをやっていかなければいけないということは共通していると思います。

美松 ご指摘ありがとうございます。

まず緩和ケアというお話がございましたが、私は3年間、都内のある病院で緩和ケア病棟の医療ボランティアをさせていただいた経験がございます。私はその時に病院からこういわれました。坊さんであることを隠してください、と。つまり、日本の病院はかなり保守的で、宗教を入れるということに対してすごく抵抗がある。一方で今の日本の医療を支えているのは医療スタッフの過剰労働なのです。つまり患者の話も聞かないといけない、治療もしないといけない、そして家族の話も聞かないといけない。それによって今の医療は支えられているから、医療スタッフというのはいくら経験があっても持たないという状況にあります。そういう場で宗教者は何ができるか、ということだと思います。

よく日本人は無神論、無宗教だ、という方がいらっしゃいますが、そんなことは絶対ないと私は思っています。根底にはかならず仏教や神道に基づく伝統的な宗教観が心の中に残っている。ですから法事もやるし、最近はどうか分かりませんが、お葬式を、形ながらもする人もいます。あるいは苦しい時に祈る人もいますし、人形を自分で捨てられないからお寺でお焚きあげをしてくださいという人もいます。私も宗教者の1人ですが、緩和ケアのボランティアをさせていただいたときに、実は患者さん側が要望すれば私が正体を明かしてもよいことになっておりました。そして坊さんと話をしたい、と要望なされた患者さんが3人くらいいらっしゃいました。その時、美松さん来てくださいと看護師さんから連絡があって、その患者さん方と話をしたことがあります。その時に患者さんから、私はこんなこともした、あんなこともしたんだけど、仏様は許してくれるのでしょうか、と聞かれました。もちろん、あなたが許していただきたいという気持ちで仏さまを拝めば、絶対に許してくれます。だから仏の世界に行けますよという話をいたしました。そういう経験から、私は患者さんが宗教家の話を聞くというよりは、宗教家が患者さんの話を聞くという方が合っていると思っています。宗教家が聞き、必要な問いに答えるということです。

私がいま、一番目指しているのは宗教と医療が融合した病院を作りたいと思っています。これは実際に準備に入っていて「空海記念病院」という名前です。それに先立って、私は、まず弘明寺内で病苦研究会を開催しております。病苦というのは、仏さまのいうところの四苦、生老病死に関連いたします。最後の死苦には、病苦からのつながりが存在するわけです。帯津先生のお話の中で「生きることの苦しみ」という内容がございましたが、その生きることも含めてこの四つの苦がつながっております。そして病苦に関しては、私はまず治すことをめざしたい。宗教家が入ることによって、先ほど申しましたこととの関連でいえば祈りを通じて抵抗力をあげることにより、まず治すことをめざしたい。そして死は避けられません。死に臨んだ時に宗教家の存在が改めて必要になるだろうと考えています。それは患者さんだけでなく、家族にも必要になると思います。

本当に私たち仏教関係者が反省しなければならないのは、法事がグリーフケア（grief-care：大きな悲嘆にくれている人々への支援）になっていないということにあるのではないかと思います。形だけになってしまっております。私たち宗教家は、法事などの行事がグリーフケアになるようにしなければいけないと考えています。

長谷部 それでは私からも少し補足をおきます。いまのご質問ありがとうございます。ホスピスに相当する仏教側の試みというのはヴィハーラ（Vihara）と申します。同じようなことが試みられつつあります。ただ日本では僧侶が参加する形がなかなか広まらない。美松先生はこれからとおっしゃっておりますが、なかなか広まらないという状況があります。それにはいろいろなマイナス要素の思い込みがあるからだと思います。

端的にはお坊さんが病院に出入りするの縁起が良くない、ということでしょう。だから黒い衣を着ないで来てくれとか、患者さん自身のご祈祷してもらったお札をベッドに持ち込みたいと言っても許してもらえないなどの状況があります。そういう状況が現実にある訳です。

しかし、お話にもありましたとおり、患者の側がそれを求めていることが結構あるわけです。ただ、そういう患者のニーズを病院には受け止めてもらえないという状況があるわけです。だから自分の病院はヴィハーラであり、キリスト教式ホスピスと理念を共有しているんだということを表立っていえるような環境が今後整っていけば患者さんも安心だし、そうした試みでいい効果があがれば、病院としては緩和ケアなどの方向につなげていくことができる。いまはそ

の過渡期にあるのではないかと思います。そして、そういうことを試みようと思っている仏教者、宗教者も少なくない。そのきっかけがなかなかつかめないという状況にあると思っています。だから今後、ホスピスに代わり得るようなもの仏教サイドから発信していく試みは増えていくのではないかと思いますし、期待したいとも思っております。

参加者D 3人の先生のお話を聞かせていただきましたが、その中で現在、医学は戦術であるというお話を聞かせていただきました。いま我々の受けている医療は西洋医学中心でエビデンスがベースになっており、例えば癌治療でも西洋医学に基づく標準医療というのがあって、西洋医学がベースになった戦術で治療がなされているということだと理解いたしました。それで、今日お話しいただいた癒しというものをテーマに考えた場合、ホリスティック医学のように患者さんを中心に考えるやり方と西洋医学とのバランス、あるいは西洋医学において中心となっている戦術と、医療としての戦略といわれるもののバランスをどういうふうにこれから取っていき、また、1人の患者としてそのバランスをどう考えていったらいいのか、御示唆をいただけたらありがたいと思います。

帯津 いまおっしゃったように、現在では西洋医学が日本の通常医学ですし、世界の通常医学であることは間違いのないわけです。西洋医学とは治す医学で、身体の一部に起こった故障を機械に対するがごとくに修理していくわけです。これは方法論としては治す方法です。けれどもその結果は治ったか治らないかの二つに一つです。それに対して癒しの方法とは命のエネルギーを高めるやり方と考えればよいと思います。この場合はたくさん高めなくてもかまいません。一歩前進を考える方法です。そうすると、治った治らないの二極化の方法に一歩前進の方法を加味できるわけです。この「高める」ための方法は山のようにありますから、それぞれの人の個性に応じてうまく戦略的に組み込んでいけばよいと思います。だから両方の治療法の本質をわきまえて、1人の患者さんに上手に戦略として組み上げていくことが出来れば、一番効果があると思っております。

参加者D ありがとうございます。そうしますと患者に合わせたオーダーメイドの治療を戦略として組み上げていくことが、バランスの取れた治療につながる、という理解すればよろしいのでしょうか。

帯津 そうしたことだと考えます。

美松 今のご質問に関して、私は先ほど、現在の日本の病院は保守的だということを申し上げましたが、ご承知とは思いますが、先進国の中でも英米や北欧などで統合医療を取り入れております。例えば、総合病院の中に医療チームの中に鍼灸師がいたり、ヒーリング (hesling) をする人がいたり、アーユルヴェーダ (Ayurveda : インド・スリランカ伝統医学) 等の古典的な医療をする人がいたりしながら、医療チームを作って治療にあたるという医療が、実は諸外国では当たり前に行われています。そこでは、オーダーメイドというよりは、患者が自分自身で医療を選んでいくといった方がいいかと思います。

ただ、日本人の場合には、自分で治療内容を選ぶなどといったら、主治医の先生が嫌な顔をするのではないかとか、そういうことを考えてしまいます。

実際には、そういった医療チームには宗教者もいるわけです。その人々は、患者側の「どうしたらいいんだろう」という疑問を聞いてあげることもできるし、またはヒーラー (healer) といって悪いところに手を当てて改善を試みる。この「手当」というのが治療の基本、原点です。そういう人たちがいて治療チームが構成されている。しかし日本ではそういう治療のやり方には保険がきかないし、純粋な宗教者のような、医療資格を持たない者が医療行為を行ってはいけないとか、いろんな壁が立ちふさがっております。だから実際にやりたくても、そのやり方を採用するとお金がたくさんかかってしまうなど、いろんな問題が生じてしまいます。我々も理想をめざしていきたいと思っているのですが、実はそういう障害もあるのではないかと考えています。

でも自分の命ですからやはり自分が積極的に動いた方が予後がいいとあって、そのやり方を採用している先生もいら

っしゃいます。

長谷部 治療内容をどうくみ上げるかという問題は、私が先ほど申し上げた、治す側と治される側の関係性に最も関連すると思います。これをどう構築するかが治療内容のオーダーメイドにつながっていくわけです。そう考えれば、医療側と患者側との利他的な関係では当然、有効な治療内容の構築は出来ないわけです。そう考えれば、両者の関係は、病気になってからではなかなか難しいと思われまます。

それならどうしたらいいのか、ということになってまいります。そこで私は、そこにはお医者さんと宗教者として患者さんというトライアングルを考え、形成していくことが必要になってくるのではないかと考えています。宗教者が関与する関係性には、何らかの形で信仰というものが形成されていくわけです。それは教団とそこに含まれる信者という体制的な関係のなかに組み入れられていくだけではなく、個々のお寺さんとの関係の中で個別の関係が作られていく場合もあるはずです。

特定のお寺の檀家さんにならなくても信者さんになる場合もありますし、ご住職の話聞きたくて関係が形成されることもあると思います。そういう肌理の細かい関係をつくることが出来れば、医療側と患者側の両者をつなぐ役割を宗教者が担うことも出来るはずです。特定のお医者さんはそれが出来たとしても全体的には期待できない訳ですから、そこに宗教者が介在することができれば、より理想的な関係形成が可能になるのではないかと考えられます。もちろん、宗教者が関与することで生じるリスクもありますが、治療のための関係構築という問題意識を、しっかり信念としてもっている実践的な宗教者の関与は、これからの新たな医療のあり方を考えるうえでは視野から外せないのではないかと。その方向を宗教者が主体的に発信していくという形を患者側も求めていただきたいと思われまます。

先ほど帯津先生もおっしゃっていましたが、治すことと癒すことはニュアンスからしても違われまます。「癒し」という言葉は国語辞典をひいても出てまいりませぬ。「癒す」という動詞はあるのですが、つまり、「癒し」という言葉は、まだ言葉として認知されていないわけだ。だから我々がそれを認知させていこうではないかと、そのきっかけを作っていこうではないかと思われまます。その際に「癒す」という言葉からは、心が洗われるというか、なにかが心に伝わっていくような部分も感じまます。治す、治さないという観点に限定すれば、病気の原因を取り除けば治るということになります。しかし、病気の症状の原因を意味する病原と、もっと深いところにある病因とを宗教人類学のほうでは分けるのですが、表面的な病原ではなく病因にまで手を差し伸べるような、そういうケアが出来たらいいなと思われまます。

そのためには、今日のシンポジウムのテーマに関連させるならば、医療と宗教とがどう向き合えるかという問題になっていくのだらうと思われまます。

今までの我々の社会には、両者は相容れないものだという偏見があったのですが、これからは正反対の方向で、両者をどういう形で接近させるかということが「癒し」というテーマにかかわることだらうと思われまます。「癒し」という言葉をそういう観点から受け止めて、新たな医療の在り方を考えていくことが必要になっているのではないかと、今日の両先生のお話を拝聴した、私自身の感想でもありまます。

工藤 どうもありがとうございました。まだ質問のある方もいらっしゃると思われまますが、終了予定の時間が参りましたのでここまでとさせていただきます。

なお、本シンポジウムの記録についてですが、少しお時間をいただくことになるかと思われまます。駒澤大学のホームページを開いていただくと仏教経済研究所のホームページも閲覧できます。のちにそのホームページのほうにこのシンポジウムの記録を閲覧できるようにしたいと考えておられまます。また、研究所では、『仏教経済研究』という研究紀要を毎年発行しておられまます。そちらの紀要にも記録を掲載いたします。ご興味にある方はそちらも参照していただければと

思います。

本日はご清聴いただきまして誠にありがとうございました。

最後に仏教経済研究所の所長である長谷部教授から一言ご挨拶をさせていただきます。

長谷部 冒頭にもお話しいたしましたがお忙しいなか、本当にありがとうございました。

時間的制約で十分な準備や展開ができず、このような形で幕を閉じることになりましたが、そうした中でも内容的には帯津先生、美松先生から、普段はなかなかお聞きできないお話がありましたし、拝見できない映像を見せていただきました。

私は医療と宗教が、こういう形で同じテーブルについて話ができ、そしてお互いにそこに共鳴していくものを見出し得たということは画期的なことではないかと思っております。こういうものを今後も深めていき、広げていって、それが社会の啓蒙につながっていくことができれば、本当に幸せなことだと思っています。

みなさま、この時間をお過ごしになって癒されましたでしょうか。

同様の企画のもとで次の機会をまた準備し、開催したいと思っておりますので、請うご期待をということでございます。今日は本当にありがとうございました。