

癒し／医療とキリスト教

— 歴史的概観と検証の試み —

石 井 裕 二

はじめに

- 1 予備的考察
- 2 イエスと癒し
- 3 キリスト教の歴史における癒しと医療
- 4 現在の問題

はじめに：主題の意味と論述の筋道

癒し／医療は各分野において活発に論議されている。論議における《キリスト教的視点》の特質は何か。本稿はこれまでキリスト教界がこの問いにどう答えてきたかを歴史的に概観し、現在の問題を検証する手がかりを得ようとする。

表題に「癒し／医療」と表記したのは、「癒しおよび医療」と「癒しまたは医療」の両面を包括する意味による。論議に先立って、癒しと医療を区別するかどうか、区別するとすればそれぞれの意味は何かを明らかにしておかなければならない。この段階では、「癒し」の語は医療とほとんど同義の場合と、宗教的もしくは非科学的な意味を含め得る場合とがあるという簡潔な指摘にとどめておく。後に「1－1 癒しへの関心」において検討する。

医学史の視点からの一指摘によれば、もともとキリスト教はユダヤ教と共に医療に対する態度が曖昧もしくは両義的であった（指摘の内容については「3－1 古代」参照）。キリスト教は歴史を通して医療に大きな影響を与え、功罪ともに多大であった。しかし、医療そのものに対するキリスト

教の態度はけっして一義的ではなかった。原因の一つとしてキリスト教の歴史的事実そのものの多面性・多様性が挙げられてよいが、それだけにとどまるものではない。キリスト教思想はその核心に、医療への態度に特有の緊張を生じる要因がある。われわれが歴史的に問おうとするのは、緊張の事実およびその意味である。

一般に《緊張》の語は、《反対方向に向かう諸力が一カ所に作用している状態》、《互いに対立する思想や動機が一つの事物に同時に働いていて、調停不可能な状態》を表す。しかし、ここに述べるキリスト教思想における《特有の緊張》については、その事実および意味が本質的なものかどうかを含めて、慎重に考察しなければならない（後出「2 イエスと癒し」以下参照）。

《歴史的に問う》意味についても触れておきたい。たとえば聖書の中に、「[医者を必要とするのは、丈夫な人ではなく病人である]」（マルコ2：17par.）というイエスの言葉がある。聖書時代の人々にとっても現代人にとっても、癒しまたは医療の思想が《健康者とは何か》、《病者とは何か》の認識と関連することには変わりはない。聖書における健康者と病者の認識が、現今の医学的所見と大きく異なることは自明である。その違いには、聖書が伝える創造観と現今の科学的視点に立つ自然認識の違いに類比されるものがあるかも知れない。しかし、病者と癒しについて、人間の生と死について、したがってまた人間存在の意味について、聖書はわれわれに向けて《問い》を保持する。過去のキリスト者はそれぞれの時代においてその問いを聞き取り、それに答えてきた。今の時代に生きるわれわれは、聖書における病気の認識が現今の医学と別次元のものであることを理由にして、聖書からの問いを避けることはできない。現今の医学と医療のどんな局面にも、病者と癒しについて、人間の生と死について、また人間存在の意味について、一定の理解が働いている。その意味において哲学または神学が関連しない医学・医療はない。問題はその哲学または神学を正面から取り上げるかどうかである。人々がこの問いを回避すれば、癒し／医療の思想は暗闇の中にとどまり、荒廃を招くであろう。

以下における論述の筋道は、癒しおよび医療の語の多義性、およびコンテクストの多様性から生じる混乱を前もって避けるため、最初に予備的考察を設

ける。第二に、キリスト教思想の源泉である新約聖書が癒しについて指し示しているものを簡潔にまとめる。第三に、キリスト教の歴史における癒しまたは医療の実践と思想の中でとくに重要なものに目を向け、周辺との関連を考察する。最後に、人々が現在においてしばしば《医療》よりも広い意味において《癒し》を願望する意味を考え、われわれの課題に言及する。

1 予備的考察

1-1 癒しへの関心 ― 合理性と超合理性

《癒し》が問われ、多くの人々が様々な立場から発言しているが、癒しが意味するものは多様であるため、語の意味を限定した上で課題に向かう手順が必要である。

日本語の《癒し》には、以前は医療と区別される語感と語法があった。今でもその語感是一部残っている。《医療》は科学的・合理的であるのに対して、《癒し》は合理性の裏付けのない非科学的なものを示唆することができる。体と生命の要求に対して、《癒し》は主観的・宗教的な解決を提示し、少なくとも過去においては、占い・呪術・魔術による対応を含んでいた。

それにもかかわらず近年《癒し》の語が多用されるようになったのは、一面では科学的医学に対する楽観的な期待が薄れたことによる。近年における先端医学の目覚ましい進歩にもかかわらず、医学自体に厳しい限界があることは自明であるが、多くの人々にそのことが分かってきた。医学自体に問題があったのではなく、医学を含め科学全般に対する人々の楽観的な期待に問題があったのである。

それに加えて、世の中には今でも、現代の医学からかけ離れた癒しの観念を持っている人々が少なくない。それらの人々は医学による治療の範囲を超えて、または別の意味と仕方で、《癒されたい》のである。最近それらの人々の発言が多くなってきた。それによって癒しの語の意味は現在も拡張中である。

1-2 癒しの概念の広がり

癒しは病気の認識と理解を前提とし、それに応じて実施される。日本語の「病気」およびその関連語の語義・語感については検討を省略し、ここ

での考察は新約聖書において「癒し」の対象とされている語を中心に、西洋の医学史に継承されている概念に限定する。たとえばマタイ9：12「医者が必要とするのは、丈夫な人ではなく病人である」における「医者」、「丈夫な人」、「病人」、ルカ4：40「日が暮れると、いろいろな病気で苦しむ者を抱えている人が皆、病人たちをイエスのもとに連れて来た。イエスはその一人一人に手を置いていやされた」における「病気で苦しむ者」、「病人たち」、「いやし」等の事例である。

1-2-1 癒しの個人性と社会性

癒しへの願望は本来個人的なものである。しかし、人間は個人と社会の関係の中で生きているので、癒しの個人的願望は病者の属する社会と関連せざるを得ない。ここでは基本構造だけを見ておく。

過去には多くの地域において、病気は個人ないし家族の範囲内で対処されるべきものと、社会制度に委ねられるべきものとに区別されていた。社会制度における処置の基本は《病者の隔離》であった。したがって、癒しは病者の健康の回復と隔離の解除の両要素から成る。病者は身体的病苦と社会的隔離の両面において癒されることを求めた。

病者自身の立場では、《家族のための配慮》と《社会的な気兼ねまたは強制》のもとで、病者としての処遇に耐えるのが常道とされた。家族も社会も共に病者の治癒を願う。しかし、病者自身の癒されたい願望には周囲の感じ方と異なる要因と様相がある。家族・社会の自然的本能には、本体部分の存続・再生産をはかる原理が含まれる。そこでは、家族・社会の本体部分と見なされるものを存続・再生産させることが、個人の命運よりも優先される動機が働くのである。それに基づき、病者の治癒が見込めない場合、家族・社会の対応は《死の消極的容認》、すなわち《あきらめ》となる。病者自身もまた、癒しが実現しない場合、死を待つほかはないが、死は病者にとって解決の一つの道であり得る。病者は、家族と社会への連帯の中にある限り、自分の生死を彼らに委ねる。病者が死に臨んで人々との連帯の中で生を終えるとき、連帯の中での死は絶望ではない。その意味におい

て、病者は死の中にも救いを認めることができる。そのことから逆に、死にゆく病者によって家族が慰められる場合が少なくない。

癒しの願望の個人的性格は、近年ますます拡張しつつある。罹病以前から人々の生活態度が個人主義に傾いているからである。個人主義では、癒しは病者にとって《自分が想定する健康状態》の再獲得である。それができない場合、病者として《自分なりに満足できる状態》(苦痛の軽減、生活の質、その他)を獲得しようとする。その意味での癒しのために、病者は家族および社会からの援助を要求する。個人主義的要素の強い社会では、家族や社会の側でもその方向において病者個人の要求に応えようとする態度が強まりつつある。最も極端な場合、最終局面において安楽死の問題が生じる。

1-2-2 病気の解釈における社会制度と宗教

癒しは《病気の経験》と関連する。経験は客観的に一致しているわけではないが、経験に解釈が伴うため、病気の経験に文化的特徴が認められる。たとえば宗教史において、神または神々の信仰や思想は病気の経験を解釈する前提になる。また社会に対する自分の態度、自分自身の人間理解、自分が病気をどんなものと考え、常日頃から病者をどう見ているか。これらはすべて《病気の経験の仕方》に影響を与える。

癒しの実施は、病気の経験と解釈にしたがって追求される。歴史的には、癒しはまず家庭内の事柄である。病気とその解釈の基準は、最初は家庭内のものである。それが集合化すると、癒しは社会制度を形成する。癒しに関連する社会制度は多様かつ多層的である。それぞれの社会制度が病気の基準を定め、解釈を下し、治療法を指示または提供する。

宗教が直接に関与した社会制度の場合、癒しの祭祀が成立する。その内容は象徴と儀礼である。象徴と儀礼は、病気の状態および癒しによる状態の変化を具象化するのが一般的である。宗教における病気と癒しの把握の仕方は、基本的に宗教独自の概念による。現今の宗教的社会においても、病状に対する科学的医学の診断に関わりなく、その宗教独自の説明が与えられ、それに応じた処置が施される。結果として、癒しにおける宗教の働

きは、一部の例外を除き、科学的医学の発展を排除するものとならない。同一の病者に対して異質な施療（たとえば科学的医学による処置と宗教的な癒しの儀礼）が平行して実施される事例は少なくない。¹⁾

1-3 癒しの原理

ここでは《癒しとはどんなことか》について考えられている諸原理を整理する。本稿では《癒し》の語をそれらの諸原理を包括する意味において用いる。諸原理にはそれぞれ問題性が所在する。

この項の記載内容は、癒しの事例を列挙してから、それらを整理する段階で述べるべきものとも思われるが、癒しの語について概念が混乱することを防ぐため、ここに繰り上げる。D. Ritschl, in: Evangelisches Kirchenlexikon, 3. Aufl., Bd. 2, 1989 [=EKL³ II], 475f.が述べる「癒しの四つの仕方」は、概念的に確かな整理の一例であろう。以下はその内容をまとめ直したものである。

【類型1】：強い無敵な健康者を理想とするもの

原理1-1：自己治癒

広く認められているところによれば、生物体にはホモイオスタシス（同等状態）安定の原理があって、すべての身体的および心的な機能と規則性を等しい状態に保持するために働く。それによって感染、傷害、病害等の《侵害》は防除され、解決され、除去され、消化される。精神医療にとっても自己治癒は重要な主題である。多くの苦痛を《時が癒す》。

この原理の絶対化は、医学的治療の助けを放棄して宗教的に過剰上昇し、神と自然経過との同一化に到達することがある。たとえば、究極的には霊だけが存在し、物質は存在しないとするクリスチャン・サイエンスによれば、医学的な側面援助はすべて自己治癒に帰属する。霊だけが働いて治癒をもたらす（後述）。

原理1-2：修復

この原理では、病氣、攪乱および損傷の侵入以前の状態を取り戻すことが癒しである。病氣は侵入以前の《基準状態》の攪乱であって、働く能力および生を享受する能力を遮断し妨害する。癒しに求められることは、日常生活から疾病が有効に除去され、以前の能力が取り戻されることである。近代医学は広範囲にこのモデルに向かっている。

この原理は、人道主義と結びつく限りにおいて尊重されなければならない。しかしこの原理を一面的に評価すれば、人間が歴史的存在であることを度外視する一種の快楽主義に結びつきかねない。そこでは人間は結局、機械的な機能形態によって把握される。人間を精神身体的な《全体存在》であることを重視する立場（ホリスティック医学等）にも、この傾向が入り込んでいる。

【類型2】：病者を受容するもの

原理2-1：諸制約の受容

病者は癒しにおいて学習経験し、癒しの後はもはや以前と《同等ではない》。癒しは生命、病気、および苦痛の結合を指し示し、最後に老いと死を指し示す。病者は病気を通して生長し（子供の場合に著しいが、子供に限らない）、自己自身を新たに理解することを学ぶ。

この原理は、不明確であるが幅の広い《癒しの概念》である。この癒しの概念は、《救いについて学ぶこと》、《身体的・心的障害にもかかわらず、満たされた生活を身につけること》、したがってまたリハビリテーションにおいて働く。

原理2-2：諸関係の新生成

ここでは、癒しは病者の自己自身に対する関係、および他の人々との関係の新生成として理解される。たとえば自己自身への関係において、人は《健康な身体状態にありながら病んでいる》場合がある。逆に《病気の仕方において健康である》場合もある。癒しは第一に、自己自身への関係の新生成である。癒しはさらに、他の人々への関係において現れる。癒しは、罹病への関連づけ以前に、生への関連づけの問題である。その意味において《救い》が《癒し》に意味を与える。しかしこの原理には、人生全体を《免れ得ない死》を中心に据える諦観が付随することがあり得る。

2 イエスと癒し

聖書における癒しの思想の核心は、イエスによる癒しの実践とそれに関連する言明の意味である。イエスが癒しを実施したことに疑いの余地はない。しかし、彼自身の本来の任務は、「神の国の福音」の啓示者である。彼を医者として告げる聖書の記事はない。癒しは啓示者の任務に深く関連す

るが、その任務と同一ではない。両者の関連と相違とを明らかにすることは、キリスト教理解の核心に関わる。

イエスの存在と働き全体を包括的に理解する企ては、キリスト論／救済論の主題である。それゆえ、イエスによる癒しが彼の本質的な働きを構成している事実と意味とは、キリスト論／救済論の視点から論じられなければならない。この視点はすでに新約聖書に現れ、古代キリスト教の思想の中に反映している。

新約聖書には癒しの出来事が多く記述されているが、癒しの思想を表明する核心的要素と見られるものを以下四点にまとめておく。

2-1 癒しは福音を構成する。

マタイ11：2-6par. (イエスの自己確認)

ヨハネは牢の中で、キリストのなさったことを聞いた。そして、自分の弟子たちを送って、尋ねさせた。「来るべき方は、あなたでしょうか。…」イエスはお答えになった。「行って、見聞きしていることをヨハネに伝えなさい。目の見えない人は見え、足の不自由な人は歩き、重い皮膚病を患っている人は清くなり、耳の聞こえない人は聞こえ、死者は生き返り、貧しい人は福音を告げ知らされている。わたしにつまずかない人は幸いである。」(参照：イザヤ26：19、29：18、35：5-6、42：7)

この記事の主題は、福音の啓示者としてのイエスの自己確認である。自己確認は広い意味での病者の癒しを先頭に立てた活動によって提示されている。同時に、他の文脈において癒しが必ずしもイエスに固有の働きと見なされていないことに注意を要する。イエスの福音において、病者の癒しは《罪の許し》の告知である。彼の働きに特異なものは癒しではなく、罪の許しである。したがって、身体的な癒しを求める状況と結びつかない《罪の許し》の事例(ルカ7：47-50)と説話(ルカ15)が伝えられている²⁾。

癒しがイエスに固有の働きでないことについては、たとえば、イエスを批判するファリサイ派の人々も癒しを実施した。マタイ12：22-32、「そのとき、悪霊にとりつかれて目が見えず口の利けない人が、イエスのところに連れられて来て、イエスがいやされると、ものが言え、目が見えるようになった。…」(22) しかし、ファリサイ派の人々はこれを聞き、「悪霊の頭ベルゼブルの力によらなければ、この者は悪霊を追い出せはしない」と言った。…(22-

24) イエスは彼らの考えを見抜いて言われた。「…わたしがベルゼブルの力で悪霊をおいだすのなら、あなたたちの仲間は何の力で追い出すのか。…」(25—27)

2-2 癒しの本質は贖罪である。

ルカ13：31—33（癒しの完成）

ちょうどそのとき、ファリサイ派の人々が何人か近寄って来て、イエスに言った。「ヘロデがあなたを殺そうとしています。」イエスは言われた。「行って、あの狐に、『今日も明日も悪霊を追い出し、病気をいやし、三日目にすべてを終える』とわたしが言ったと伝えなさい。だが、わたしは今日も明日も、その次の日も自分の道を進まねばならない。預言者がエルサレム以外の所で死ぬことはありえないからだ。」

イエスの癒しの働きは、彼が「今日も明日も」進む道である。その働きが「三日目に完了する」とあるイエスの言葉は、直訳的には「働きが短期間で終了する」ことを意味するように受取れる³⁾。しかし、直後に現れる「エルサレムでの死」の予告、およびルカ福音書全体の文脈を合わせて見れば、遠く十字架の死と復活の出来事を指し示すことは明らかである。

ルカ福音書は、すでに9：21—27、31においてイエス自身の「死と三日目の復活」、および「エルサレムでの最期」の予告を記述し、9：51、53においてエルサレムへの旅の開始を告げている。ここに挙げたルカ13：31—33の出来事は、13：22が「エルサレムへ向かって進んでおられた」と強調的に書いているように、その旅の途上に位置づけられている。「エルサレムでの死」と「三日目の復活」は、ルカにおいて保持されている受難と復活の伝承に属する。イエスが受難と復活によってなしとげたものは、贖罪（もしくは神との和解）である。

2-3 癒しの動機は《隣人愛》と《しるし》の結合である。

ヨハネ5：2—9（ベトザタでの奇跡）

エルサレムには羊の門の傍らに、ヘブライ語で「ベトザタ」と呼ばれる池があり、そこには五つの回廊があった。この回廊には、病気の人、目の見えない人、足の不自由な人、体の麻痺した人などが、大勢横たわっていた。さて、そこに三十八年も病気で苦しんでいる人がいた。イエスは、その人が横たわっているのを見、また、もう長い間病気であるのを知って、「良くなりたいたのか」と言われた。病人は答えた。「主よ、水が動くとき、わたしを池の中に入れてくれる人がいないのです。…イエスは言われ

た。「起き上がりなさい。床を担いで歩きなさい。」すると、その人はすぐに良くなって、床を担いで歩きだした。

イエスの癒しは、長年病苦にある人に向かって「良くなりたいのか」と語りかけることから始まる。ここには第一に、相手の願望を受け容れようとする《隣人愛の動機》が現れている。しかしそれと並んで、むしろそれを圧倒するように、第二の《しるしの動機》（「神の支配」の部分的実現を指し示そうとする動機）が現れる。

《しるし》（セーメイア）の動機とは、「神の支配の部分的実現」を意味する（Oepke, in: Theol. Wörterbuch zum NT, 3, 1938, S.213 参照）。しかし、ここではそれに加えて、「部分的実現」の出来事が「自らを超えて、全面的実現を指し示す」意味において、次に述べる《選び》との関連の中で用いられている。

ベトザタの池でイエスは、五つの回廊に満ちた多数の病人の中から一人だけを選んで癒した。医療行為として人道的・博愛的に見るならば、大勢の病者の中から一人だけを選んで癒し、他を顧みないで立ち去る行為は是認されない（D. Ritschl, a.a.O., 476）。それゆえこの出来事の意味は、《隣人愛》を人道的・博愛的性格のものと解釈することを拒絶し、むしろその性格を切り離して、癒しの相手が《選ばれた》ものであり、その行為が《しるし》であることを鋭く特徴づける要素を含む。

医療行為の博愛的動機は、人間が一般的に抱く願望である。博愛的医療者は、病者の存在を認識する時と所において医療行為を実施しようとする。しかし、この聖句は博愛的な理解を超える。病者に与えられる医療の機会の均衡がまったく顧みられないからである。ここには他に《癒しを待つ大勢の病者》がいたが、彼らに対して一般的に、また少なくとも《癒された一人》と同等の条件を満たしている病者に、医療を実施しようとする動機は見られない。ここでの医療の動機は、《神の意志》（世界の条理を超えて働く神の絶対的意思）にある。神自身が主導する行為は、この場面では《選び》と《しるし》として現れる。究極的な救い（神の国）が非究極的次元（日常的な世界）において表される対象は《選び》であり、表される仕方は《しるし》である。

その意味において、《しるし》は《つまずき》を伴う。聖書において《つまずき》は、その相手がイエスである場合、イエスへの信仰を失わせるもの、または彼に対する怒りを招くものを意味する。とくにイエスの癒しの働き

には、その意味での《つまずき》と結合する要素があった。

新約聖書中のイエスの言葉に限定した場合、《つまずき（スカンダロンとその関連語）》は、一般的には《信仰への妨害》として忌避されるべきものである。たとえば、「もし、右の目があなたをつまづかせるなら、えぐり出して捨ててしまいなさい」（マタイ5：29）その他。しかし、イエスは自身の働きについて、「目の見えない人は見え、足の不自由な人は歩き、重い皮膚病を患っている人は清くなり、耳の聞こえない人は聞こえ、死者は生き返り、貧しい人は福音を告げ知らされている」と述べたのに続けて、「わたしにつまづかない人は幸いである」と語った（マタイ11：5－6その他）。ここでイエスは、彼自身がおこなう癒しの行為が《つまずき》を与え得るものであることを告知しているのである。イエスの癒しは、「2－2」で見たように、贖罪において完成する。それと関連して、贖罪そのものが《つまずき》となる。たとえば、シモン・ペトロはイエスへの信仰告白の後、受難（贖罪の死）を告知したイエスに反対したとき、イエスから「サタン、引き下がれ。…あなたは私へのスカンダロンである」と叱責された（マタイ16：23）。さらに受難を直前にしたとき、イエスは弟子たちに向かって、「あなたがたは皆わたしにつまづく」と告げなければならなかった（マルコ14：27その他）。パウロが「十字架につけられたキリスト」の宣教について、ユダヤ人には《つまづかせるもの》と述べるのは、その延長線上にある。新約聖書におけるスカンダロンの用例については、とくにStählin, in: Theol. Wörterbuch zum NT, 7, 1964, S. 343 ff. 参照。

その視点から見ると、この聖句はイエスを継承するキリスト教会の使命を性格づける意味を持つであろう。教会が医療の課題に取り組むことは、一面において隣人愛によって動機づけられ、また一面においてしるしの性格によって制約される。それゆえ、人道的・博愛的視点における医療行為が単一の目的、したがって目的のすべてではなく、それに《救いのしるし》が付随しなければならない。福音は博愛的行為と完全には同一化せず、それゆえそれによって代替されることはできない。救いと癒しの関連を把握し、同時に両者の差違を受け入れることは、イエスの継承者・信仰者に求められる《節度》である。それゆえ、医療における教会の働きもまた、一般的視点に対して《つまずき》を与える要素を持つものであり得る。

2－4 聖書に現れている《民衆の期待》は博愛的な癒しであって、《しるし》の意味は民衆によって理解されない。

マタイ15：30－31（群衆の願望）

大勢の群衆が、足の不自由な人、目の見えない人、体の不自由な人、口の利けない人、その

他多くの病人を連れて来て、イエスの足もとに横たえたので、イエスはこれらの人々をいやされた。群衆は、口の利けない人が話すようになり、体の不自由な人が治り、足の不自由な人が歩き、目の見えない人が見えるようになったのを見て驚き、イスラエルの神を賛美した。

ルカ4：40par. (同)

日が暮れると、いろいろな病気で苦しむ者を抱えている人が皆、病人たちをイエスのもとに連れて来た。イエスはその一人一人に手を置いていやされた。

ここに見られる群衆の行動は、博愛的な癒しへの期待を表しているが、その文脈に《しるし》の意味の認識が欠落している。それゆえ、もしも《しるし》の要素が顕在化すれば、期待が一転してつまずきに代わり、イエスへの賞賛が怒りに代わる状況でもある。これはイエスの働きに対する民衆一般の視点と態度であって、後の時代にも久しく持続する。

2-5 まとめ：《二重の緊張》

新約聖書における癒しの記述には二重の緊張がある。第一の緊張は、群衆（多くの場合、弟子たちを含む）の願望とイエス自身の間にある緊張である。群衆の願望は、人々が癒しとして理解し、求めるものをイエスに施してもらうことであった。彼らは当面する病苦から自分または家族が癒され、延命すればよい。多くの場合、それは究極の救いの求め（たとえば人間性全体の回復、それゆえ究極の希望）ではない。それに対して、イエスは癒しを神の国の福音に含め、福音を宣教する行為としての癒し、究極の救いのための《しるし》の提示に従事する。イエスの働きは究極の癒しの《しるし》、救いのための《しるし》としてであって、その結果は延命でなく永遠の生（希望の究極的実現）である。その生を受取る相手もまた、目前にいる人々だけでなく、普遍化されなければならない。

第一の緊張から第二の緊張が派生する。それは《癒し》と《贖罪》の間の緊張である。人々は《しるし》としての癒しの一面だけ、すなわち癒しによる延命だけを求めた。しかしイエスは、贖罪によって神と人間の間の壊れた関係を再樹立しようとする。彼にとって、癒しは《贖罪のしるし》

であった。福音書の癒しの記事に現れている特徴は、イエスが癒しを自分のペルソナ(贖罪者としての自己証明)に結びつけようとするのに対して、癒しを受ける人々の側の態度はイエスの超自然的な能力への期待と驚きにとどまることである。彼らは癒しを求めるとき、贖罪への関心を示さない。それは超能力の期待または信仰であって、本来のキリスト信仰ではあり得ない⁹⁾。

福音書に見られるこの緊張が自覚され、キリスト信仰の視点が獲得されるのは、共観福音書以後においてであった。たとえばペトロの手紙一は、癒しの奇跡を求めて殺到する人々とはまったく異なる信仰態度、すなわち《キリストの苦難への連帯》による《癒し》を訴えている。それによれば、《キリストの苦難に連帯していること》は《癒されていること》である。

不当な苦しみを受けることになっても、神がそうお望みだとわきまえて苦痛を耐えるなら、それは御心に適うことなのです。…しかし、善をおこなって苦しみを受け、それを堪え忍ぶなら、これこそ神の御心に適うことです。あなたがたが召されたのはこのためです。というのは、キリストもあなたがたのために苦しみを受け、その足跡に続くようにと、模範を残されたからです。この方は、…十字架にかかって、自らその身にわたしたちの罪を担ってくださいました。わたしたちが、罪に対して死んで、義によって生きようになるためです。そのお受けになった傷によって、あなたがたはいやされました。(一ペトロ 2:19-24)

上記の《いやされました》の語にはイアセーテ(ἰαθετε)が用いられている。他にヤコブ 5:16、ルカ 5:17、7:7、9:2、マタイ 8:8、使徒 4:30 等も同じであって、この語に他の《癒し》の語と区別される意味はない。

以上によれば、人々の現在における生は苦痛もしくは苦難のうちにある。しかし、癒しは贖罪においてすでに現実化している。人々はイエス・キリストの贖罪への連帯、すなわち、彼の贖罪を受け取る信仰によって自分自身の苦痛に耐えるとき、その苦痛はすでに癒されている。ここで意味される《癒し》は、《人間の生のまったく新しい質への移行》である。この癒しは、先に「1-3 癒しの原理」において「原理 2-2」として示した「諸関係の新生成」に類似するが、その限界を超える。ここに現れているのは「義によって生きる」こと、すなわち《神との交わりにおいて生きる希望の確かさ》であって、諦観ではない。

3 キリスト教の歴史における癒し／医療

癒しと医療の実践とその思想は、キリスト教の歴史の各段階において文法的・社会的なコンテクストの中で特徴のある現れ方をしてきた。ここではその経過においてとくに注目すべき点を選び、簡潔に述べる。

3-1 古代

キリスト教宣教が大きく進展したのは、ギリシア／ヘレニズム文化の影響下にある地中海世界においてである。その世界では一般に、病気の原因は超自然的なものと考えられ、癒しは超自然的な力との関連において求められていた。しかし学問の世界では、癒しの思想と実践はすでに一定の科学性の観点に立っていた。たとえばギリシアの《医の哲学》によって発展させられた医療は、病気と癒しに対する超自然的な諸原因を退け、合理的で学問的な諸基準を追求していた。すなわち、病気の像を観察して記録し、薬草を発見してカタログにし、自然的な自己治癒力を助成する観点のもとで、病者を《心と体の全体的存在》として取り扱っていた。ただしそれは一般民衆の観念、知識、および生活からかけ離れたものであった。

医学の祖とされるのはヒポクラテス(459- c.350 B.C.)である。その著作集とされる Corpus Hippocraticum は紀元前5-4世紀に当時の医学者たちによって増補・集成されたものであるが、その中に当時の上述のような医学の哲学および実践が現れている。ヒポクラテスを検討し、とくに自然哲学的基礎づけを確立したのはプラトン(427-347B.C.)であった。後にヒポクラテスおよびプラトンの教説を集約し、豊富な経験的資料を用いて大成したのはガレノス(129頃-199)である。彼は解剖学と病理学を結合して医学を精密科学的に基礎づけ、治療法の進歩に大きく貢献した。ヒポクラテスからガレノスへの発展については、J. Schwahn, in: Taschenlexikon Religion und Theologie, Bd. 2, 1983, S. 260; H. Diller, in: Historisches Wörterbuch der Philosophie[=HistWb], Bd. 5, 1980, 968ff. 参照。ヒポクラテスおよびガレノスについては、The Cambridge Illustrated History of Medicine, pp. 54-64に比較的详细な記述がある。

学問と民衆の視点の違いは、文明と未開、高級と低級としてすべてを割り切ってよいものではない。病気の原因を《超自然的なもの》と考えることは、一面ではたしかに未開性の発露であり得るが、また一面では、人間

の存在全体を《身体的現象によって完結するものと見なさない感覚または洞察》を表現するもの（そのような人間観の一種のメタファー）であることができる。

古代のキリスト教は、一般民衆の教化に主力を傾けた。癒しについての教父たちの態度の基本は、イエス・キリストの伝承を守ることであった（イレナエウスc.130-c.200、アタナシウスc.296-373等）。それと並んで、古代教会において癒しの典礼化（病者の癒しを目的とした宗教儀式的執行）がおこなわれ、按手、油注ぎ、祈り、水、断食、（しばしば聖餐、洗礼も）が、癒しの求めと関連させられるようになった。

本稿の最初に述べたように、医学史の視点からは、キリスト教の医療に対する態度はもともと曖昧であったとされる。その指摘に説明を補足すれば、313年、キリスト教がローマ帝国の公認宗教になって以降、キリスト教の上記のような伝統的態度は医療全般に影響を及ぼすようになる。たしかに一部の宣教者たちは福音書中の癒しの奇跡を伝え、癒しに対する信仰の力を説いた。また370年頃から聖人や殉教者の遺跡への巡礼が病者のためにおこなわれ、かつてのアスクレピオス（ギリシア神話中の医神）の神殿への巡礼に取って替わった。しかし、全体としての教会は、社会の全領域を宗教によって統合することを目指し、医療の領域をそれに含めた。その結果、以前は世俗の領域に属した医療に宗教的権威が介入することになった。たとえば、病者に《天上における永遠の生に導く良き死⁵⁾》の準備をするため、病床に聖職者が医者と同席するようになった。

3-2 中世

3-2-1 中世前期における癒しと医療の全般的状況

古代における科学的医学は、中世前期のヨーロッパでは数百年にわたって停滞し、むしろ退化したと言われる。この動向が当時のキリスト教の態度と関連したことは否定できない。当時のキリスト教神学の本流は、古代神学から超越論的な思弁を継承していた。一般信徒の間では、癒しが聖遺物崇敬および聖地と結びつく伝統が強められたが、彼らの行動に癒しと救

いの関連を感知する意味があったことは否定できない。

3-2-2 修道院の医学から世俗領域へ

ローマ帝国の没落と共に、そのもとにあった教育施設は衰退した。続く時代に著しく発達した修道院は、中世初期において文化の担い手となる。医学もそれに含まれ、それ以前の医学書は修道院（モンテ・カッシノその他）の図書館に収められた。この時代には、修道院においてでなければ医学が修められなかった事情もあって、多数の修道者が医学を学び、医療に従事した。しかし、彼らにとって医療は本務ではなく、医学の内容に進歩はなかった。

第二ラテラン公会議(1139)は、一連の教会改革の中で修道者たちに医療活動を禁止した。それによって修道院の医術の時代が終わり、医療は在俗聖職者(教区司祭等)、兼業医師(湯屋、床屋その他)、一般信徒、およびユダヤ人の仕事となる。さらにその後、第四ラテラン公会議(1215)は聖職者全般に対して医療行為を抑制した。

第二ラテラン公会議では規定第9条。Cf. U. Fritsche, in: Theologische Realenzyklopädie [=TRE]14, 1985, S. 769. この公会議は教会改革を推進した。修道者の医療の禁止は聖職者の経済的頹廃を防止する施策と関連していた。修道者に対する医学学習の禁止は、1130年のクレルモン教会会議において先に決定されていたようである。第四ラテラン公会議では、聖職者全般に対して、外科的施術による流血を禁止し、身体的苦痛にあまり関与しないようにとの警告が発せられた。Cf. The Cambridge Illustrated History of Medicine, p. 88.

3-2-3 中世後期における医学（再発見と活性化）

中世において、医学および自然哲学全般は主としてアラブ世界において継承された。キリスト教世界は、中世後期に入ってからアラブ文化に接する機会を持った人々によって、ようやくその遺産を再発見する。とくにキリスト教徒がスペインのアラブ支配地域を再征服したとき、そこに蓄積された学問的資産から受けた刺激と貢献は莫大であった。

7世紀に成立したイスラムは、それまでキリスト教に属した広大な地域を支配下に収めた。それに伴い、アリストテレスをはじめとするギリシア哲学がイスラム圏に継承さ

れた。ガレノスの医学書もそれに含まれた。イスラム自体はコーランが医療に言及するところが少ないため、ガレノス等の医学の継承はアラブ人キリスト教徒を通してであったと言われる。彼らは稀少なガレノス等のギリシア語文献をビザンチン帝国内で入手し、アラブ語へ翻訳し、普及した。The Cambridge Illustrated History of Medicine, pp. 66f. 参照。その後におけるキリスト教界のアラブ文化との接触は、コンスタンティノープルおよび南イタリアを経由するものが多かったが、それと並んで、アラブ世界に継承されていたギリシアの哲学および科学の文献がラテン語に翻訳され、膨大な量がスペインのトレドを中心に蓄積されていた。キリスト教世界は1085年、トレドを占領し、それらの文献を手に入れた。

その影響下でスコラ学盛期が出現し、各地に大学が設立され（パリ1110、ボローニャ1113、オックスフォード1167、モンペリエ1181等）、諸大学には医学部が設けられた。大学の医学者たちは聖職者であった。しかし医師の数はきわめて少なく、一般民衆は医学的医療に無縁であった。

医学校は10世紀末までにサレルノ、12世紀末以前にモンペリエに設立されていた。パリ大学設立以降、諸大学には神学、哲学、法学と並んで医学部が設置された。しかし、専門医師（Doktoren）の数は少なく、たとえばパリでは1296年に6名、1395年に32名であったが、当時のパリ住民は8500名に達していた。W. U. Eckart, Geschichte der Medizin, 1990, 3. Aufl. 1996, S.107, 109f.; Erwin H. Ackerknecht, Geschichte der Medizin, 1959, 7. überarbeitete und ergänzte Auflage von A. H. Murken, 1992, S. 60ff. とくに S. 64. 邦訳では E・H・アッカークネヒト『世界医療史』94頁以下および101頁。同書は1955年に英語で、1959年にドイツ語で書かれた。邦訳は英語の1968年版から、1983年に第1版、1996年に第2版が刊行されている。

3-3 宗教改革時代

医学はすでに教会から離れて独自の道を進んでいたが、進歩は緩やかであった。宗教改革時代に医学を代表した人物の一人はパラケルスス（1493-1541）である。彼は古代ギリシアから伝承された体液病理等の思想を発展させると共に、化学物質の調合による医薬を考案した。その背景には錬金術の発想が見られる。当時の錬金術の根本的な意図は、自然界の神秘を物質のメカニズムとして解明しようとするものであった。パラケルススは同時代のコペルニクス（1473-1543）と共に、科学と信仰は真理に達するための二つの異なる道であると確信した。

パラケルススについてはH. Schipperges, in HistWb, Bd. 5, 982 参照。彼の信念は、自然は化学的哲学または真の医学の研究によって解明されるということであった。錬金術と癒しの関連については、M・エリアーデ『世界宗教史1』1991, pp.298 ff. 参照。

宗教改革者たちとその教会は、癒しをもっぱら信仰の問題として考えていた。《ルター》は信仰と癒しの関連を問わない。彼は祈りによる癒しには肯定的であったが、医術・医学に対しては批判的であった。

彼の神学の原理である《十字架の神学》では、神は苦難と十字架においてのほかは認識されない。それゆえ、病気とその癒しは、それ自体において信仰の内容に関わるものではあり得ない。信仰は神の慈しみに向けられているが、われわれは神の慈しみを《事実においてでなく、希望において》持っている。信仰において新たにされた人間は、彼の生において《矛盾した外見のもとに》あらわれている。それゆえ彼には、苦難、卑賤、および十字架を負うこともまたキリストとの結びつきのしるしに属している。しかしルターは、自ら病を得てから態度が微妙に変化したと言われる。TRE 14, S. 769 参照。

《カルヴァン》の場合にも、癒しに対する基本的な姿勢に大差はない。彼にとって、「癒しと救いは、地上の諸制約のもとに隠されている希望の内容である。それゆえキリスト者は、飢え、貧しさ、および苦痛の中で満足し、神が彼を《命とすべての慈しみの源泉として現されているイエス・キリスト》によってお呼びになるまで、待たなければならない」。

現在の苦境は祝福の生と均衡する。ここで受けている苦痛は天上の慈しみによって釣り合いが取れている。キリストおよび使徒たちによってなされた癒しの奇跡は、神の力と大きさの証明である。それらは人間における希望と信仰を強めるが、あまり医術的価値を持つものではない。カルヴァンの引用はCorpus Reformatorum [=CR] 74, 774; CR 30, 519; CR 30, 628. TRE 14, S. 770 参照。

3-4 近代

近代に入ってから、信仰と癒しの関係は急速に多様化し、個人差も大きくなる。しかし多様化の流れの中でいくつかの基本的なパターンが形成される。

3-4-1 近代の信仰態度と医療

近代初期のプロテスタントにおける信仰態度は、正統主義、敬虔主義、および啓蒙思想に大別される。癒しの思想はそれぞれに特徴がある。《正統主

義》では、宗教改革者の信条を継承して教会的信仰を重視し、医療に対しても宗教改革者たちの態度を踏襲する。《敬虔主義》は正統主義的な教会の内部から生じた批判的態度である。彼らの信仰的確信は保守的であったが、自分で聖書から読み取った信仰を実践することによって、信仰生活がしばしば変革された。彼らは隣人愛の実践を重んじ、《医療宣教》、《医療牧会》に着手する。

医療宣教を代表したのはデンマーク・ハレ宣教団、ヘルンフト兄弟団、後にアルバート・シュヴァイツァー、医療牧会の先頭に立ったのはブルムハルト父子、ボーデルシュヴィンク一族等である。

敬虔主義者たちは後に述べる啓蒙主義と結びついたとき、医療の人道主義化に大きく寄与するものとなる。

3-4-2 医学の近代化

医学の思想と技術の近代化は16世紀中期から始まるが、進歩は当初それほど急速ではなかった。近代化が決定的に進展するのは18世紀後半からであり、近代医学の確立は19世紀に入ってからのこととされる。

医学に近代的な思想と方法が取り入れられるのは16世紀後半頃からである。パラケルススによる医化学の導入についてはすでに述べた。ヴェサリウス(A. Vesalius, 1514-1564)による解剖学の病理学への導入がそれに続く。彼は宗教裁判によって死刑を宣告されたが、エルサレムへの巡礼に減刑された。ハーヴィー(William Harvey, 1578-1657)が心臓の解剖所見に基づいて血液循環を発見し、生理学の画期的な進歩をしるしづけたのは、ヴェサリウスの約1世紀後であった。診断法の近代化(検温、聴診、打診等)は18世紀後半、医学全般が決定的に近代科学に基礎づけられたのは1830年頃からとされる。R. Toelner, in HistWb, Bd.5, 988; dtv Brockhaus Lexikon 12, 1982, S. 11ff. 参照。

18世紀の段階では、進歩した医療の恩恵を受けるのは特権的で裕福な人々に限られていたが、19世紀に入ると医療の対象者は急速に拡大する。契機となったのは、一面では、当時のヨーロッパに進展した工業化と人口の都市集中による公衆衛生上の必要であった。その中であって、隣人愛と人道主義によって時代の問題状況に取り組んだ人々の働きは注目に値する。

Ackerknecht, S.101ff.は、医療をめぐる時代状況の変化と医学倫理の探求の開始について、以下のように述べている。「18世紀の医者たちは社会的に非常に高い地位につき、高収入を得ていたので、後代の人々はこの時代を医者の職業の黄金時代と特徴づけた。

数が僅少であった医者たちは、通常、王侯の休廷で働くか、特権的な貴族の気前の良い家族のために働いていた。住民のよりよい医学的扶助を保持するために、適切な医療保険、大学と健康状態との改革について考えられた。しかし…この時代の医学的、技術的、および科学的傾向は、工業化、プロレタリアート化、都市化、および資本主義の生成によって制約された経済的努力と並行していたことを記憶せねばならない。同時に、民主主義と国家主義の発展は、医学、その代表者たちとその機関にも刻印され、これまで予見できなかった繁栄をもたらすことができた。邦訳では155頁以下参照。邦訳はもっと簡略である。

3-4-3 啓蒙主義、敬虔主義と人道主義

《啓蒙思想》は、自然的人間の本性を真理認識の基礎に据える。彼らには生身の人間の苦痛に共感する動機がある。そのことから人道主義に基づいて民衆の医療に取り組む人々が続出した。たとえば、精神病を因習的・宗教的偏見から解放して《病気》として医療を開始したのは、ピネル (Philippe Pinel, 1755-1826) をはじめとする啓蒙思想のもとにある医師たちであった。同時代に、テューク (William Tuke, 1732-1822) をはじめ敬虔主義の系譜に属するクウェーカー派の人々が、精神病患者に対する人道的な処遇を開始した。年代が進むとそれぞれの思想が影響し合い、敬虔主義と啓蒙思想の両方を受け入れて調停をはかる人々が多くなる。近代キリスト教思想の主流は、これら両思想の調停によって生じた。

ピネルははじめ神学を学んだが、後に医学に転じた。信頼に値する伝承によれば、彼は1794年頃、パリのピセトル病院において精神異常の病者たちを鎖から解放したとされる。Ackerknecht, S. 98, 邦訳151頁。ピネルの改革以前には、精神病患者は犯罪人扱いであった。W. U. Eckart, *Geschichte der Medizin*, 1990, 3. überarbeitete Aufl., 1998, S. 259. 精神病患者に対する人道的処遇の先駆となったもう一人の人物はウィリアム・テュークである。彼は1792年、精神病患者を受け入れる施設の設立に着手した。彼が一族の支援を得て設立したヨーク療養所 (the York Retreat) は、1796年、30名の患者を収容できる施設として開設され、患者に対する従来の非人道的な処遇を全廃し、まったく家族的に生活できるようにした。同療養所はその後も数世代にわたりテューク家の一族によって維持された。ヨーク療養所についてはThe Cambridge Illustrated History of Medicine, pp. 291f.に内部の画像と比較的詳細な記述がある。ウィリアム・テュークとその後継者たちについては、The Dictionary of National Biography, 1885-1901, 1993, Vol. 19, p. 1230その他参照。

敬虔主義と啓蒙主義の調停をはかった人として、たとえばゲラート (Christian Fürchtegott Gellert, 1717-1769) を挙げておく。彼によれば、医学によってわれわれの生の維持に配慮すべきであるが、病者は自らの終わりに目を向

けて、生きることへの欲求を少なくし、神への愛を強めなければならない。ゲラートは病弱のため牧師職を断念し、著作家、讃美歌作者となった。彼は癒しについて多くの重要な牧会的提言をおこなっている。TRE 14, S. 770参照。

3-4-4 特異な実例

近代以降、癒しに関して特異な主張と実践をおこなう集団や運動が、キリスト教の主流派から離れたところに出現した。その中にはキリスト教界の医療への関わり方全般に多大な刺激を与えたものがあるので、時代が前後する上に一部重複するが、ここにまとめて記載する。

クウェーカー

ジョージ・フォックス(1624-1691)を創始者とするクウェーカー派は、すべての人に対する普遍的な神の愛の現実性を認め、隣人愛を強調する。彼らはキリストを人間の罪のための贖罪としてでなく、人間の内にあって働く神の愛の現実として理解する。⁶⁾ その意味では、彼らの人間観は楽観的である。

クウェーカーは敬虔主義の流れを継承しながら、徹底した隣人愛によって人道主義の動機と連携する。彼らは進歩しつつあった医療を彼ら自身の働きの中に取り入れた。既述のように、クウェーカー派の医療施設においておこなわれた精神病患者医療の抜本的改革は特筆されなければならない。彼らは信仰的確信に基づいて病者への対応を根本的に改めたのである。

モルモン教

ジョーゼフ・スミス(1805-1844)を創始者とするモルモン教は、歴史の初期段階の教会生活を現代において復興することを目的としている。癒しについても彼らは初期教会の実践を踏襲し、《宗教的癒し》を重視して信仰簡条に含める。

「われらは、異言を語る力、予言する力、啓示、示現を受くる力、病をいやす力、異言を积く力等の賜物あることを信ず」(末日聖徒イエス・キリスト教会「信仰簡条 第7条」)。

クリスチャン・サイエンス

クリスチャン・サイエンスを創始したメアリ・ベイカー(1821-1910)は、自分自身の病気の治癒の経験から霊的癒しの方法を発展させた。それによ

れば、キリストの癒しは彼の靈的影響によると見られている。大きな反響を得た著作 *Science and Health* (1875) によれば、苦痛と死は「虚偽の思考および幻想である《物質 (matter) 》」のもたらす結果である。それは物質を实在とする誤った信仰から成っている。それゆえ健康は、医学的処置によってでなく、病者の幻影に「正しい思考を対抗させる」ことによって回復される。

The Oxford Dictionary of the Christian Church, 1.ed., 1958/1963, pp. 275f.; 3.ed., 1997, p. 334 参照。TRE14, S.771 のまとめによれば、靈的癒しは信仰生活の基本である。病氣、罪、悪、および死は「非現実的なもの」であって、それらは〔現実の〕認識によって克服される。

彼らの中にわれわれが見る動機は、キリスト教徒に限らず、癒しに対して一般市民が抱く願望（医学的処置によらずに癒されること）に通じるものがある。

ルルド巡礼とカトリック

ルルド巡礼は、カトリックの民間における癒しの思想と教会当局の対応とを集約的に示す事例である。近代以降、カトリック社会においては、科学的医学が隣人愛の基盤に立って積極的に推進されてきた。それと平行して民間では、医学によらない癒しに対する古来の期待と願望が存続している。カトリック教会では、人々のその願望を慎重に包容しながら、医学をはじめ近代科学全般に対して開かれた態度を維持している。ルルド巡礼はその顕著な一例である。

南フランスのルルドは、1858年、当時14歳であった少女（ベルナデット・スビルー）へのマリア顯現によって知られる。とくに1862年、教皇によってその地が真正な巡礼地と認定されてからは有名な巡礼地となり、毎年数十万人の巡礼者が訪れるようになった。巡礼による病者・障害者の奇跡的な癒しが有名である。ルルドへの巡礼者数を年間約300万人、そのうち約5万人を病者・障害者とした文献もある。*The Cambridge Illustrated History of Medicine*, p. 88; *Encyclopedia Britannica* CD98その他。現在ルルドにおいては、癒しと奇跡が区別されている。《癒し》に該当するのは《疾病を終わらせる経過》であって、その場合には身体の自然的な治癒力または外的な治療（薬品、外科手術等）もまた役割を果たす。それに対して、《奇跡》として承認されるものには多数の前提が設けられ、慎重に検証される。U. Fritsche, in: TRE14, S.771参照。ルルドの近年の情景は、Owen Chadwick,

A History of Christianity, St. Martin's Press, New York, p. 283に写真がある。膨大な数の病者が延々と癒しを待つ情景が生々しい。

4 現在の問題

4-1 基本的課題

現在のキリスト教界では、癒し／医療について多岐にわたって討論されている。討論を貫く基本的な関心は、信仰生活に占める癒しの意味を積極的に再把握すること、それに基づいて医学および医療の現状を適正に受容すること、そして新たに生じつつある諸問題に的確に対応することである。

4-2 日本における一般的状況

われわれは日本における状況の把握から再出発しなければならない。日本では一般的に、癒し／医療に対する意識が合理的なものと非合理的なものに二分され、しばしば無原則に混合されている。比較的最近まで、日本では医学に対する一般的な関心と意識が低いのが通例であった。その原因は、第一に、医学界が自らを特殊化してきたことにあるであろう。

英国（1832）、アメリカ（1847）、ドイツ（1871）における医師会の結成は、それぞれ医師の排他的傾向を強めるものとなった。日本の医師会・歯科医師会はそれぞれ1920年代に結成され、1947年に現行制度に移行している。

第二に、人々が癒しに期待する内容がしばしば過大であって、医療の範囲に収まりきらない場合が少なくなかったであろう。それに加えて第三に、医療の実態との関連が考慮されなければならない。多くの人々は久しい間、自分や家族が病気になったとき、民間療法（薬草、宗教的癒しを含む）と比較的安価な売薬（たとえば置き薬）に頼るほかはなかった。意識が低いということよりもむしろ経済的理由によって、多くの人々にはそれ以外に道がなかったのである。

一般人が医師の治療を受けるようになったのは、医療保険制度の整備の結果である。医療保険の整備の近年における急速な推進と、国民の平均寿命の近年における急伸は、密接に並行する。平均寿命については他の要因

をも考慮に入れる必要があるが、重要な部分を医療の充実に帰さなければならぬ。平均寿命の伸張がわずかに二、三十年来のことであることは、医療制度の関連の密接さを暗示する。

出生時における平均余命は、1936年までは男女ともに40歳台であった。70歳台に達したのは、女は1960年、男は1975年である。この平均寿命の推移は、医療保険制度の進展と平行している。健康保険制度の発足は1938年、国民健康保険制度の拡充により医療が全国民に行き渡るようになったのは1961年以降である。⁷⁾

医療に対する一般的意識は今日大きく変わりつつあるが、多くの人々の意識の深みに働いている《癒しの願望》は、現在においても数百年來の日本の習俗を脱却したとは言えない。

4-3 日本における医療保険制度の哲学とキリスト教

一部重複するが、比較のために再び西洋を見なければならぬ。医療保険制度成立の背景は、西洋において19世紀前半から始まった社会改革運動であった。当時は社会の工業化と人口の都市集中に伴い、従来の農村型社会に見られなかった社会問題が多発した。問題は貧困、疾病、劣悪な居住環境、および犯罪に集約される。これらの問題は不可避でも改善不可能でもないという見解が識者の間に生じ、次第に広まった。問題認識の根底にはキリスト教的隣人愛が働いていた。とくに当時のリベラルな近代キリスト教は、キリスト教信仰の本質を隣人愛に求めていた(そのため正統主義者からはしばしば近代キリスト教の倫理主義的偏向を非難された)。彼らは社会改革のエネルギーを獲得するために他に二つの力を必要とした。一つは科学であった。もう一つは政治・経済力であったが、労働者の健康状態の悪化が労働力の甚大な欠乏を生じることを認識した経営者側がそれに応じた。医療問題では、科学的貢献は医学者・医師に依存し、政治・経済力は産業界に依存する。彼らの共同作業は、先頭に立った英国において19世紀中期から現実化し、間もなく欧米諸国に波及した。

以上の欧米の事情に比較して、日本の医療保険制度の哲学的基盤には産業界(およびそれと結合した政界)の功利主義が突出していて、倫理的な基盤

は著しく薄弱であった。とくに1922年の健康保険制度の制定は、資本主義先進国の生産性に追随する政府と産業界の要求が、ロシア革命以降急進化する労働運動への対策と重なり、制定の気運が生じたのであった。また1938年における国民健康保険の制定は、主たる動機が戦時中の国家主義であった。

1922年の健康保険制度は、「法律の制定理由として労働者の生活上の不安の除去ということもたわれているが、それ以上に労働能率の増進、労使の乖離の防止と対立の緩和、ひいては国家産業の発展がこの法律の目的であった」。吉原/和田『日本医療保険制度史』2000東洋経済新報社、37頁。1938年の国民健康保険の制定については、註7の第二段落に述べておいた。

日本の医療保険制度を主導したのは被用者保険であるため、それを代表する健康保険制度を軸に見てゆくと、医療の需要者は被保険者本人であるよりも、むしろ産業界／健康保険組合の様相を呈している。⁸⁾ 制度の運用実態はまさにそうであって、最有力支払者である産業界／健康保険組合と主たる供給者（医師会等）の折衝において基本的原則が決定されてきた経過がある。とくに制度改革の度ごとに上記の両者が自らの利害のためにはげしく争い、被保険者が無視されたままであった経過は、日本社会特有の現象である。

問題は、そのような健保制度の功利主義的構造が、これまでほとんど批判を受けずに容認されてきた経過にある。とくに日本のキリスト教界は、医療制度全般への関与がまったく受動的であった。

理由がなくはない。教会で働く牧師は健康保険（被用者保険）の対象外であった。さらに、牧師の多くは貧しかったから、牧師とその家族は病気のとき、まともな医療を受けられない場合さえ少なくなかった。この事情は、日本のキリスト教界において医療に対する関心が希薄であった理由の一つであろう。医療保険制度の成立段階において、牧師をはじめ日本のキリスト教界はほとんど関心を持っていなかったのである。

しかしわれわれには、キリスト教の視点から改めて問うべきことと答えるべきことがある。すなわち、キリスト教における癒し／医療の思想は、贖罪信仰と隣人愛の結合から出発し、民衆による癒しの願望とヒューマニズムに出会うのであった。現在の日本のキリスト教は、その歴史から改めて問われることがある。同時に、その歴史に向けて問うべきこともある。

4-4 おわりに：癒し／医療における哲学と神学

最近しばしば指摘されることは、医の哲学が医療技術の高度化について行けない状況、もしくは医療技術が一人歩きしはじめている状況である。ただし、その種の指摘は抽象的・一般的であるため、無責任な批判となりがねない。われわれは単純な具体的事実から再出発しなければならない。

出発点としなければならないことは、医療のすべての局面とすべての行為において、医者はそれぞれ自分の哲学を保持し、その思想的基盤に立って医療を実施しているという単純な事実である。病者の側でも同じであって、病者自身にはつねに何らかの癒しの哲学がある。問題は、医療／癒しの哲学の中身が、医者および病者個人の内面にほとんど隠された状態にとどまっていることである。哲学はあるが、中身は開示されない。したがって、開かれた場で吟味・検証されることはほとんどない。要するに、だれも言わないし、言いたくないのである。まれに医者同士、医者と病者の間、また病者と家族の間で、それぞれの哲学の中身が露呈される局面が生じるとしても、一瞬の遭遇または衝突で終わる。

キリスト教はその哲学の中身をあえて問わなければならない。同時に、哲学からの求めに対して答えなくてはならない。伝統を継承して言えば、キリスト教には《贖罪観と隣人愛の結合の上に立つ「癒し／医療」の思想》がある。現在のキリスト教は、この思想を現代の医療の状況に向けて《新たに語り込む》ことを迫られている。伝統を伝統のまま持ち出すだけでは人々は耳を貸さない。

さしあたり三つの課題がある。第一に、われわれはキリスト教の癒し／医療の思想が持っている全般的な意味内容を自ら熟考し検証しなければならない。本稿はその試みの一つである。第二に、われわれはその意味内容を、現在の平明な言葉と概念によって明確に言明しなければならない。この点に関して、われわれのこれまでの努力は不十分であった。たとえば本稿では、《贖罪》と《隣人愛》のほか、《しるし》と《つまずき》のような神学用語を用い、とくに後者の二語についてそれぞれの意味の説明につとめた。しかし、今後必要とされるのはもはや説明ではなく、その意味を日常の言葉に言い換えることである。それによってわれわれは概念のすれ違いをなくさなければならない。第三に、医療に生じる個々

の事例もしくは局面に、宗教者として明確に対応する課題である。われわれの生はたえず、直接または間接に生死に直面している。個々の事例・局面に対して、われわれは宗教者として明確に発言し行動しなければならない。われわれの発言と行動はすべて、われわれ自身の癒し／医療の思想の発現として責任を負う。

本稿は、キリスト教の癒し／医療の思想に本来的な緊張があることを指摘しようとした。この緊張の漠然とした表明は、態度の曖昧さとして現れるのであった。われわれに求められていることは、キリスト教の伝統が保持する医療の思想を熟考し、その意味を再把握しながら、直面する具体的な諸問題に対して明確な態度を表明し、その根拠を提示することである。われわれの態度表明そのものは、歴史と状況の両面から見て多様化を免れないであろう。しかし、根拠の提示に取り組む中で、どんな発言も態度も、キリスト教の医療の思想の核心を指向するものとなるであろう。

注

- 1) 以上 J. Rüpkе, in: Lexikon für Theologie und Kirche, 3. Aufl. 1995 [=LThK3] IV, 1357f. 参照。なお、日本のように宗教的伝統が混在し、文化が多元的に重合しているところでは、癒しの思想は慎重に識別してかからなければならない。
- 2) Oepke, in: Theol. Wörterbuch zum NT, 3, 1938, S.212.
- 3) たとえば A. R. C. Leaney, The Gospel according to St. Luke, London 1958, pp. 208f. では、この箇所を "day by day, and one day soon" と訳し換えている。
- 4) この共観福音書的な奇跡信仰は、使徒 5: 12-16, 8: 4-8 にも受け継がれている。
- 5) The Cambridge Illustrated History of Medicine, pp. 64f.
- 6) EKL² III, 415f. フォックス自身、未公開の Book of Miracles において、「癒し」と「癒し礼拝」についての指示とを書いたと見られている。TRE14, S.771 参照。
- 7) 日本の医療保険制度は、被用者保険と国民保険に大別される。(それぞれ目的が異なり、成立の時期にも隔たりがある。とくに健康保険法の施行と本格的な国民健康保険法の施行の間には約40年の隔たりがある。) 被用者保険は健康保険法によって始まった。同法の制定は1922年(大正11年)、全面施行は1926年である。国民健康保険の制度は、任意組合として1938年(昭和12年)に発足した。当初は二種に分けられ、主として農民を対象とする《普通組合》と、同一の事業または同種の業務に従事する者を対象とする《特別組合》である。普通組合は、1937年に勃発していた日中戦争のもとにあって、一般国民の体力の増進により富国強兵をはかる意図が当初から付随していたが、第二次世界大戦中の1942年、制度の改変により強制

加入へと移行する。それに対して特別組合は、医師、薬剤師、弁護士等を対象にしたものであった（現在では設立が認められていない）。

1945年の敗戦は国内の混乱と社会制度全般の崩壊をもたらしたが、その中で医療保険制度は機能の大半を失った。被用者の健康保険の復興は、1947年（昭和22年）頃から徐々に着手された。同じく被用者保険に属する共済組合は、1948年に旧制度が設立され、1954年に私立学校共済組合、1958年に国家公務員共済組合、1962年に地方公務員共済組合が設立された。国民健康保険は1948年から市町村の公営事業として公共化に着手されたが、一般人を対象にした新たな国民健康保険法は、1958年公布、1959年施行、対象を全国民に拡大したのは1961年である。以上については、主として吉原/和田『日本医療保険制度史』2000東洋経済新報社、34-170頁参照。

- 8) ここでは保険料の負担割合に、健保組合と被保険者本人の間における需要の度合いが反映することを見るだけにとどめる。組合健保の保険料負担割合は折半が原則であるが、組合規約により事業主の負担割合を増加させることができる。1974年における保険料負担率は事業主57%、労働者本人43%（『社会保障事典』1976大月書店、172頁）、1996年9月現在の平均では、事業主56%、労働者本人44%であった（『世界百科事典』1998日立デジタル平凡社）。なお、産業界／雇用者と健保組合の関係については別途に考察を要する。負担割合の決定においては、雇用者と被保険者の力関係が反映することもある。