

シンポジウム

# Innovation and Communication for Global Health Care – Medical Humanities –

抄録集

**日時：2019年9月6日 (金) 13:00 – 16:50**

**場所：京都大学医学部 芝蘭会館 稲盛ホール**

**主催：一般財団法人 グローバルヘルスケア財団**

**共催：京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野**

## 後援

厚生労働省、内閣府、日本医療研究開発機構(AMED)、日本医師会、京都府医師会、京都新聞社、先端医療推進機構  
京都大学 学際融合教育推進センター政策のための科学ユニット、京都大学 大学院医学研究科社会健康医学系専攻



## ご 挨拶

(財) グローバルヘルスケア財団は、グローバルヘルスケア分野の先駆的な取り組みを集積し、GHIC 構想として具現化するために、2010 年に設立されております。

研究部門では、再生医療技術、AI ロボティクスの研究開発や、臨床研究を行っております。一方、国際コミュニケーションプログラム研究開発として、UCLA やロンドン大学の協力を得て、医療英語のセミナーや国際医療英語認定試験 (CBMS) を実施してまいりました。

この度、本財団は、京都大学と共同で、グローバルヘルスケア分野におけるイノベーションとコミュニケーションを取り上げ、Medical Humanities をテーマに、国際シンポジウムを開催致します。

英国ロンドン大学キングス・カレッジ Brian Hurwitz 教授を基調講演にお迎えし、京都大学大学院医学研究科 中山健夫教授のご尽力にて、興味深いプログラムを提供させていただきます。

開催にあたり、ご協力いただきました関係各位に深謝申し上げます。

2019 年 9 月 1 日

一般財団法人グローバルヘルスケア財団

高久 史麿

林 依里子

## 「先端科学」と「メディカルヒューマニティーズ」

ご 挨 拶

このたび “Innovation and Communication for Global Health Care - Medical Humanities -” の国際シンポジウムを京都大学医学研究科芝蘭会館で開催させていただき運びとなりました。ご臨席賜りました方々、ご支援を賜りました方々にこの場をおかりして、心より感謝を申し上げます。

近代医学は、多くの疾病の克服・制圧、寿命の延長という私たちが追い求めてきた目標に向けて、輝かしい成果を達成してきました。しかし、超高齢社会、すなわち多くの人々が「長く生きられる」ようになった時代、そして加齢の必然として複数の疾病や心身の機能低下と共に「長く生きなければならぬ」今日、これまでの医学は、その先にある未来の姿を十分に描けていたのでしょうか。科学としての医学も、その応用としての医療も、いずれも「人間の営み」であり、研究活動、個々の臨床の場、地域の医療システム、国としての基盤整備、いずれの次元でも、「人間として、人間らしく生きること」への問いかけは欠かせません。

医学・医療の先端化が加速する今、私たちは、人間として、社会として、どのような形で、生命の倫理や死生観、共同体の形を問い直し、考えを深めていく必要があるのでしょうか。

歴史的には一歩先を行く欧米に学びつつ、超高齢社会の先頭にいる日本だからこそ可能となる「先端科学とメディカルヒューマニティーズ」の統合の試みが、<sup>グローバル</sup>世界 の <sup>ヘルスケア</sup>医療 のイノベーションとして未来を描く手がかりとなることを願い、ご挨拶とさせていただきます。

京都大学大学院社会健康医学系専攻健康情報学分野

中山健夫

## 目 次

プログラム	1
-------	---

### 司会・座長略歴

中山 健夫(京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野教授) 略歴	3
近藤太郎(元東京都医師会 副会長) 略歴	4
林依里子(財)グローバルヘルスケア財団評議員 ロンドン大学 SOAS 客員教授) 略歴	5

### 講演者略歴・講演抄録

ブライアン・ハーウィッツ (ロンドン大学キングス・カレッジ 教授) 略歴	7
What are the Medical Humanities and Why Do They Matter? (Abstract)	8
王 惠民 (エドワーズライフサイエンス(株)代表取締役会長) 略歴	9
「イノベーションの活用ー超高齢社会の日本に期待すること」	10
山中 燐子 (ケンブリッジ大学上級外交フェロー) 略歴	11
SOCIAL RESILIENCE: FROM HUMANS TO SCIENCE & TECHNOLOGY	12
カール・ベッカー(京都大学政策のための科学ユニット特任教授) 略歴	13
「なぜメディカル・ヒューマニティーズ？ 人文社会系が日本の医療に貢献できるのか」	14

### 基調講演全文

What are the Medical Humanities and Why Do They Matter?	17
「医療人文科学（メディカルヒューマニティーズ）とは何か？ なぜ今、重要か？」(抄訳)	33

1st シンポジウム  
Innovation and Communication for Global Health Care  
—Medical Humanities—

医学・医療の先端化が加速する今、人間として、社会として、生命の倫理や死生観、共同体の形を問い直し、未来をつくるための「メディカルヒューマニティーズ」をテーマとする連続シンポジウム（一般公開）です。

**日程** 2019年9月6日（金）  
**時間** 13:00～16:50（受付 12:30～）  
**場所** 京都大学医学部 京都大学創立百周年記念施設 芝蘭会館 稲盛ホール（定員 250名）  
**参加費** 無料  
**主催** 一般財団法人 グローバルヘルスケア財団  
**共催** 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野  
**後援** 厚生労働省、内閣府、日本医療研究開発機構（AMED）、日本医師会、京都府医師会、京都新聞社、先端医療推進機構、京都大学 学際融合教育推進センター政策のためのユニット、京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻

※シンポジウムは日本語で行われます。基調講演は日本語解説付。

プ ロ グ ラ ム （敬 称 略）

総司会 近藤 太郎（元東京都医師会 副会長）

13:00～13:05 **開会挨拶** 高久 史麿（（財）グローバルヘルスケア財団 筆頭評議員、前日本医学会 会長）  
13:05～13:15 **来賓挨拶** 上本 信二（京都大学大学院医学研究科 外科学講座肝胆膵・移植外科学教授、前研究科長）  
13:15～13:25 **シンポジウム概要** 中山 健夫（京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授）

第1部：基調講演

座長 林 依里子（（財）グローバルヘルスケア財団 評議員、ロンドン大学 SOAS 客員教授）

13:30～14:20 **What are the Medical Humanities and Why Do They Matter?**

ブライアン・ハーウィッツ（ロンドン大学キングス・カレッジ 教授）

第2部：講演

14:30～15:00 「イノベーションの活用—超高齢社会の日本に期待すること」

王 惠民（エドワーズライフサイエンス（株） 代表取締役会長）

15:05～15:35 「社会の基盤としてのヒューマニティーズ」

山中 燐子（ケンブリッジ大学 上級外交フェロー）

15:50～16:10 「人文社会系が日本の医療に貢献できるのか？」

カール・ベッカー（京都大学 学際融合教育研究推進センター政策のための科学ユニット 特任教授）

第3部：ディスカッション

座長 中山 健夫（京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授）

16:15～16:45 **講演者全員による討論及び質疑応答**

16:45 **閉会挨拶** 林 衆治（（財）グローバルヘルスケア財団 理事長）

問い合わせ E-mail: [symposium@fghc.or.jp](mailto:symposium@fghc.or.jp) URL: <https://symposium.fghc.or.jp/>

司会・座長略歴

## 中 山 健 夫 Takeo Nakayama



京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻 健康情報学分野 教授

1987年 東京医科歯科大学医学部卒。内科研修後、東京医科歯科大学難治疾患研究所疫学部門 助手、米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校フェロー、国立がんセンター研究所がん情報研究部 室長を経て、2000年に京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻助教授、2006年～ 同教授（健康情報学）、

2016～2019年 同専攻長・医学研究科副研究科長、2012・2018年度 同専攻ベストティーチャー賞、社会医学系専門医協会 社会医学系専門医・指導医。

日本疫学会、日本薬剤疫学会、日本臨床知識学会、日本禁煙科学会、日本循環器病予防学会、日本子ども健康科学会、日本行動医学会などの理事、日本医学会連合診療ガイドライン検討委員会委員、日本神経学会・消化器病学会・内視鏡外科学会・日本緩和医療学会等の診療ガイドライン統括委員。

厚生労働科学研究「診療ガイドラインの今後の整備の方向性についての研究（指定課題）」代表、厚生労働省費用対効果評価専門組織委員、厚生労働省e-ヘルスネット情報評価委員会座長、環境省子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）運営委員、公益財団法人日本医療機能評価機構Minds運営委員長・診療ガイドライン選定部会長、一般社団法人ヘルスケア・データサイエンス研究所（RIHDS）理事、NPO法人イービーヘルス推進協議会理事長、認定NPO法人健康と病いの語り・ディベックスジャパン副理事長、NPO法人日本メディカルライター協会副理事長、NPO法人医療ネットワーク支援センター理事、NPO法人日本インターネット医療協議会理事、NPO法人コクラン・ジャパン監事、医療ビッグデータコンソーシアム世話人、他

### 主な著訳書

健康・医療の情報を読み解く：健康情報学への招待（丸善出版）、臨床研究と疫学研究のための国際ルール集（ライフサイエンス出版）、医療ビッグデータがもたらす社会変革（日経BP）、京大医学部で教える合理的思考（日本経済新聞出版）、これから始める！医師×患者コミュニケーション：シェアードディシジョンメイキング（医事新報社）、他多数

## 近 藤 太 郎 Taro Kondo



近藤医院 院長

グローバルヘルスケア財団 理事

東京都医師会 顧問

### 略歴

平成元年 慶應義塾大学医学部卒業

平成 9 年 近藤医院を開設、院長（東京都渋谷区富ヶ谷）

### 医師会など

渋谷区医師会 理事、東京都医師会 理事、東京都医師会 副会長、東京都医師会 顧問、日本医師会 代議員を歴任。現在、東京都医師国民健康保険組合 常務理事。

### その他、現職 主なもの

慶應義塾大学医学部 内科学客員講師（神経内科）

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科非常勤講師（医療管理政策学コース）

医療経済フォーラム・ジャパン 正会員、医療とニューメディアを考える会 世話人

日本国際医学協会 常務理事、医薬教育倫理協会 理事、東京内科医会 理事

日本臨床内科医会 理事、日本ヘルスサポート学会 理事

内科系学会社会保険連合 内科系診療所委員会 委員長

東京都病院協会（慢性期医療委員会委員）、日本医師会 産業保健委員会 委員

日本医療機能評価機構 Minds 診療ガイドライン選定部会 部会員

東京都 外国人患者への医療等に関する協議会 委員 および、同 検討部会 委員

### 渋谷区関連

渋谷区介護認定審査会委員、渋谷区障害支援区分判定等審査会会長

渋谷区立代々木山谷小学校学校医

### 所属学会、医会等 主なもの

日本内科学会（認定内科医）、日本神経学会（専門医）、日本医学教育学会 推薦代議員

日本糖尿病学会、日本公衆衛生学会、日本医療・病院管理学会、医療経済学会

## 林 依 里 子 Eriko Hayashi



(財) グローバルヘルスケア財団 評議員  
英国ロンドン大学 SOAS Academic Scholar

### 略歴

愛知教育大学大学院  
英語英文学専攻修士課程修了（教育学修士）  
英国ケンブリッジ大学および米国ピッツバーグ大学客員研究員を経て、名古屋大学・名古屋工業大学・岐阜大学などで教鞭をとる。専門は、20 世紀の詩人と作品研究、欧米文化論、異文化コミュニケーション。2018 年よりロンドン大学にて、「医療分野の diversity」をテーマに新たな研究を進めている。

### 所属学会

米国 WH オーデン協会、Modern Language Association、日本 TS エリオット協会  
日本コミュニケーション学会、日本英文学会

### 主な著書

『オルゴールから文化が聞こえる』 中日新聞社

『実践！医療英語 こんなとき、英語で何と言う？』 日経 BP 社

など多数

### 主な学会発表

Modernity in poet with transnational identity (Manchester University)

Para-national communication in 20<sup>th</sup> century poets-The cases of W. H. Auden (Georgian Technical University)

T. S. Eliot: The Significance in his concept of culture (Korea University)

など多数

### 主な社会活動

NHK 教育テレビキャスターなどメディア出演

特定非営利活動法人先端医療推進機構理事長、副理事長

国際医療英語認定試験(CBMS)代表

EM ネット代表

International Federation of University Women (IFUW)

など多数

## 講演者略歴・講演抄録

## 基調講演

### ブライアン・ハーウィッツ **Brian Hurwitz**



D'Oyly Carte Professor of Medicine and the Arts in the Department of English, King's College London

Co-Director of the Centre for the Humanities and Health, King's College London

#### **Academic Degrees**

BA (Cambridge), MBBS, MA, MSc, MD (London)

FRCP (Royal College of Physicians), FRCGP (Royal College of General Practitioners)

#### **Career**

-2002 Professor of Primary Health Care, Imperial College London

2002- Professor of Medicine and the Arts, King's College London

#### **Memberships**

Fellow of the Royal College of General Practitioners

Council Member of the Association of Medical Humanities

(2000- Membership of the Association continuing)

Member of the Parkinson's Disease Guideline Development

Group National Collaborating Centre for Chronic Conditions

(for National Institute of Clinical Excellence) 2004-06

## **What are the Medical Humanities and Why Do They Matter?**

### **(Abstract)**

Brian Hurwitz

Medical Humanities today spans a variety of discourse communities that deploy the lenses and analytical tools of the arts and humanities to investigate problems of health, disease and responses to illness. Although its origins can be traced to the beginning of the twentieth-century, the field emerged in the second half of the century from criss-crossing interactions that illuminate medical practices across a wider terrain of enquiry than established bimodal disciplines, such as medical ethics, medical history and medical sociology. I will present examples of research achievements from this field – which is also known as the Health Humanities – and discuss its innovatory potential to link-up with scientific research, user movements and disabilities studies.

(講演全文および和訳は本冊子 16 ページ以降にございます)

(The full-text of the lecture is from page 16 of this book.)

## 講演

### 王 恵 民（ケイミン・ワング）Huimin Wang



エドワーズライフサイエンス社  
コーポレートバイスプレジデント  
日本・アジアパシフィック担当  
エドワーズライフサイエンス株式会社代表取締役会長

#### 略歴

1993 年エドワーズ（当時の Baxter International）入社、日本における腎臓部門の製品・療法開発部長、心臓血管製品事業部長、バクスター株式会社代表取締役を含む多数の役割を務める。入社前は Booz, Allen & Hamilton シカゴ支社シニアアソシエイト、共同設立した Integrated Strategies Inc. 副社長、McKinsey & Company のアソシエイトを務めた。それ以前は慶應義塾大学病院で麻酔科チーフレジデントとして勤務。また一般社団法人米国医療機器 IVD 工業会（AMDD）など医療業界の様々な団体の役員等を務め、2010 年までは AMDD の初代会長として従事した。鹿児島大学医学部卒業後、シカゴ大学経営学修士取得。

#### 業界活動

米国医療機器・IVD 工業会（AMDD）顧問（2010.4～2019.1）  
米国医療機器・IVD 工業会（AMDD）会長（2009. 4～2010.3）  
在日米国商工会議所（ACCJ）医療機器・IVD 小委員会 委員長（2002.10～2005.6、2007.3～2010.3）  
在日米国商工会議所（ACCJ）ヘルスケア委員会 委員長（2005.4～2007.3）  
慶應大学医学部麻酔学教室 非常勤講師（2006.10～）  
一般財団法人 グローバルヘルスケア財団 理事（2010.01～）  
特定非営利活動法人 日本から外科医がいなくなることを憂い行動する会 理事（2011.6～）

## イノベーションの活用-超高齢社会の日本に期待すること

王 惠民

これまでの治療や診断の方法を大きく変えるような革新的な新たなものが医療機器の分野で出てきた場合に、それがどのくらいの早さで先ずは試され、さらに一般の臨床の場で採用され、有効活用されるかということが、医療機器を提供する側からは大きな課題となる。特に高齢者の割合が多い日本では、これから出てくるであろう革新的な医療機器が、特に高齢者の中で、その採用、普及の早さや度合いがどうなのかを測ることは、機器提供側にとっては意義がある。そのような新しい診断や治療法が臨床の現場でどのくらい有効なのか、効果、効能の面で既存のものと比較してどうなのか、さらには医療経済の観点からはどうなのか、特に QOL の改善といったこれまではあまり定量的に測られることがなかったパラメーターではどうなのかといったことは非常に有用な情報となる。日本では、今日現在 10 年ほどのギャップがあると言われていた平均寿命と健康寿命の差が、このようなテクノロジーの採用でどのくらい縮めることができるかなどは、そのテクノロジーの社会的貢献度の可能性を測る上で役に立つ。日本の臨床現場でこのようなデータの収集が今まで以上に活発に行われ、その分析結果が発信されることが期待される。それと同時に、高齢者に有効と思われる新たなテクノロジーが現れた時に、十分有効に活用されるのはなかなか困難なことがある。そのような一例を挙げて、現状の難しさと、今後の日本におけるイノベーションの活用について考察する。

It is of great interest from a medical device provider's perspective to know how quickly an innovative diagnostic or therapeutic innovation is tried, adopted into the regular clinical setting and fully utilized. It is meaningful for a medical device provider to measure the level and speed of adoption and spread of an innovative technology among elderlies in Japan where there is a high proportion of such population. How effective the new diagnostic or therapeutic technology is in a clinical setting, how effective or efficacious it is relative to existing technology, or how it measures up in such parameters as QOL that are rarely measured quantitatively, are examples of some of the very useful information. The difference between the life expectancy and "healthy life expectancy" in Japan today is said to be about 10 years and measuring how much the adoption of the new technology may reduce this difference will allow us to estimate the potential contribution of the new technology to the society. It is much anticipated that collection of such information occurs more often than before and then the resulting analyses presented. At the same time, we observe a new technology that is particularly effective for elderly patients is not necessary adopted fully in Japan. I will discuss such an example and consider the difficulties of technology adoption today and the use of innovation in future in Japan.

## 講演

### 山 中 燐 子 Akiko Yamanaka



ケンブリッジ大学中央アジア研究所上席外交フェロー  
国際津波防災学会代表、ERIA 会長特別顧問等

#### 略歴

津田塾大学英文学科卒。北海道大学経済学部文部教官。英国王立国際問題所、ドイツ外交協会、ストックホルム環境問題研究所、ロシア科学アカデミー、米国ハーバード大学ライシャワー研究所、ブルッキングス研究所などで研鑽。北海学園大学人文学部教授（国際文化論）、C S I S 米国戦略国際問題研究所上席客員研究員、オックスフォード大学セントアントニーズカレッジ上席研究員、国際連合大学客員教授（平和構築・安全保障）、北海道大学大学院国際広報メディア研究科客員教授（国際交渉戦略論）、ケンブリッジ大学チャーチルカレッジ客員教授、日本国際問題研究所評議員。

#### 国会

衆議院議員、外務大臣政務官、外務委員会理事、女性局長、国防部会長代理、などを歴任。

#### 外務省

「平和構築特別大使」及び「世界津波の日特別大使」歴任。

#### 著書

「THINK, or SINK：沈まぬ先の知恵」（栢櫓舎）、「運よく女性に生まれたら世界を舞台にひと仕事」（北星堂）、「夢ある未来へ：人間の安全保障」（角川書店）等多数

#### 専門分野

予防外交、国際比較文化論、安全保障（人間の安全保障・平和構築）

#### 受賞

国際ソロoppチミスト日本「千 嘉代子賞」（国際理解に貢献）

インド「オイスカ大賞」（アジアに貢献）

## SOCIAL RESILIENCE: FROM HUMANS TO SCIENCE & TECHNOLOGY

山中 燐子

地球温暖化、紛争、戦争、テロ、疾病、そして自然災害の増加や高齢化の問題に加え、BREXIT や覇権主義の復活、独裁的な指導者の台頭など、国際社会は非常に不安定な状況が続いている。民主主義の曲がり角と言っても過言でないこの憂慮すべき時代に、我々は何ができるのか？ ここでは、日本が最先端を行く高齢化社会と頻発する自然災害における防災、減災、復興について、個人として、社会の一員として、そして国際社会の中で、人間らしい生き方とは何かを再考察したい。

その為には、基本に戻って考える事が肝要である。まず、非伝統的な安全保障、即ち、人間の安全保障の再定義である。食料の安全保障、水の安全保障、エネルギーの安全保障そして環境の安全保障の重要性を再認識しなければならない。次に、予防外交である。紛争・戦争を予防するための基本的な概念であるが、実は、自然災害の防災・減災・復興にも当てはまる。第3に、Society 5.0 という新たな概念である。これは、内閣府によると「サイバー空間（仮想空間）とフィジカル空間（現実空間）を高度に融合させたシステムにより、経済的発展と社会的課題の解決を両立させる人間中心の社会」という事である。例えば、医療分野に於いては、さまざまな疾病の予防検査がより容易になり、他方、ロボットによる介護やケアが可能になる事が期待されている。まさに、高齢化社会における先進的な取り組みとなり得る。他方、阪神淡路大震災や東日本大震災から学んだ教訓として、①法律の見直し ②意識の醸成 ③科学技術を活用した復興と再生を挙げる事ができる。しかし、いかに科学技術や医療が進歩しようと、人間がそれを活用するのであって、それに支配されてはならない事も自明の理である。いかなる分野の専門家であろうと真の教養を身に付ける事が求められる。

現在の国際社会において、①「Social Resilience（社会の耐性）の確保」、②「Common Interests（共通の利益）の重要性の啓発」そして ③「バランスの時代の確立」をキーワードとして掲げたい。

## 講演

### カール・ベッカー Carl Becker



京都大学大学院 政策のための科学ユニット 特任教授

#### 略歴

1951 年、米国シカゴ生まれ、ハワイと日本で育ち、ハワイ大学  
イースト・ウエスト・センター大学院哲学科修士課程を修了。  
京都大学等に留学して、81 年、同ハワイ大学博士号取得。大  
阪大学、筑波大学等の教鞭を経て、92 年に京都大学の助教授  
から教授へ。

現在、京都大学医学部内「政策のための科学」ユニット特任教授。米国宗教心理学会  
より「アッシュビー賞」、国際教育研究学会より「国際理解賞」、インドやロシアの大  
学院より名誉博士号を受賞。

#### 研究分野

現代医療は日本人の死生観や潜在的価値観と外れていることに疑問を抱き「日本的死  
生観によるケア」を提唱。医療倫理・環境倫理等の研究で一般講演から専門的な学会  
発表まで世界的に活動し、学術的に高い評価を受け、病院のワークショップ、市民講  
演会、マスコミ等で活躍している。

#### 主な著書

『仏教と医療の協力関係』自照社出版、2018 年

『愛する者は死なない―東洋の知恵に学ぶ癒し』晃洋書房 2015 年

『愛する者をストレスから守る―瞑想の力』晃洋書房 2015 年

『愛する者の死とどう向き合うか』晃洋書房 2010 年

『生と死のケアを考える』法藏館、等多数

## なぜメディカル・ヒューマニティーズ？ 人文社会系が日本の医療に貢献できるのか

カール・ベッカー

ミドリ十字の非加熱製剤問題や STAPS 細胞研究のスキャンダルなどが起こり、医学倫理の重要性が唱えられて久しい。他方、患者の期待は過剰に膨らみ、医師の応答がそれに見合わない、医療法人を訴える裁判も増加傾向になる。こうしたことから、医療倫理分野が国内でも発達してきたのだが、「医療倫理」と訊くと、山積みの倫理申請書の査読や、研究の妨げとなる足かせのルールなどを連想してしまう。

無論、医師になるためには、医学知識は不可欠な必須条件だが、十分条件とは言えない。さらに良い医師と評価されるためには、例えば他者理解を示すコミュニケーション能力や、ストレス対抗力、瞬時的で正しい臨床の判断力などは必要不可欠である。ただし、他者理解能力、ストレス対抗力、臨床の判断力などは、医学そのものよりも、人文系の内容でもある。さらに、社会・心理学者などの参加がないと、医学だけで決められない高齢社会の問題も深刻である。

なお、人文系の研究者も医療を妨げようとする意志は毛頭無く、医療のお世話になっており、より良き医療に貢献したいと考えている。元来、東洋では「医は仁術」と言われてきたが、その仁術を学ぶ家庭が少ないためか、大学教育の一環として教えねばならなくなっている。その医療倫理と人徳の仁術を学ぶ場として、メディカル・ヒューマニティーズが注目を浴びている。既に欧米では、オックスフォードやロンドン、ハーバードやスタンフォードをはじめ、数十箇所もの医学系・非医学系大学院が専門学位を出すと共に、医師の卵にも必修科目を提供している。

メディカル・ヒューマニティーズは人格形成教育、臨床倫理、研究倫理、制度倫理などに大雑把に別けられるが、拙演では、それぞれを簡単に紹介したい。メディカル・ヒューマニティーズの歴史や文献については、Hurwitz 教授が基調講演で述べられるので、拙演では、その辺りを簡単に触れるだけ留め、トリアージやセデーションの臨床的倫理問題、文化や社会の希望を反映する研究倫理の決定、最後に財政赤字時代における医療費配分の優先順位の根拠などについて検討したい。これらの問題に対して、人文系の教育と研究も建設的に、医療を支援する役割を果たせるはずである。



# 基調講演全文

## What are the Medical Humanities and Why Do They Matter?

Brian Hurwitz

In this talk I want to examine the origins of the Medical Humanities, characterise the field, and address why it is that university centres in faculties of arts, humanities and medicine worldwide believe it to offer productive contexts and materials for research and teaching across disciplines.

One Japanese surgeon whom I'm delighted to say is in the audience here today, studied our master's degree in Medical Humanities at King's and we have had delegations from Medical Schools in Japan and Japanese professors give papers in the UK about the importance of narrative perspectives and skills in medical practice.

To begin with, I'd like to draw your attention to a short paragraph by some of the doyens of evidence-based medicine, who in 2000 - in the pages of - *JAMA* wrote:

'...knowing the tools of evidence-based practice is necessary but not sufficient for delivering the highest quality patient care. In addition to clinical expertise, the clinician requires compassion, sensitive listening skills, and broad perspectives from the humanities....'

Guyatt GH, Haynes B, Jaeschke R, Cook D *et al.* EBM: principles of applying users' guides to patient care. *JAMA* 2000; 244: 1290-96.

Quite what these authors meant by the phrase '*broad perspectives from the humanities*' they never subsequently elaborated: perhaps they meant that for highest quality care:

- there's a list of important things EBM doesn't help with, such as compassion, sensitive listening skills and broad perspectives from the humanities; **or**
- that compassion and listening skills in medicine *constitute* broad perspectives from the humanities, or

- that as regards medicine broad perspectives from the humanities these are *only* good for promoting ethical and interpersonal virtues such as compassion? or
- that the source of these virtues is centred not *in* medicine but outside of it, within the humanities?

Whichever interpretation we choose – as I hope to show – none of them encompass the full meaning or potential of this claim.

However, *hold on* to this valorisation of the humanities for medicine by some of the *high priests* of Evidence Based Medicine, while I trace out from where this interface field has arisen.

The medical humanities is not a new field. Conjoining medicine and the humanities in a *single term* was the inventive move of George Sarton in 1948.

Sarton was a Belgian chemist and mathematician who became a historian of science, settling in Boston in the early years of the 20<sup>th</sup> century, founding *ISIS*, a journal devoted to the history of science, technology and medicine in 1912 which remains a prestigious UoChicago Press publication.

Sarton was one of several voices at that time calling for ‘a new humanism’ in face of the splintering of scientific knowledge into specialties and subspecialties, *across which* scientists were finding it hard to converse about their research findings to other scientists *in their own discipline*. He believed there to be *two primordial roots* to human understanding: the study of nature and the study of history. Of the two, only history offered the interpretative framework required to understand science fully, because however much insight scientists gained into the workings of the universe this understanding would lack an appreciation of *how* their *own* conceptual lineage had arisen from the turns and twists of thoughts, hypotheses, observations and inventions in different epochs, places and cultures. Only history could delineate how channels of understanding arise and flow into – hinder and obstruct - the development of scientific thinking and procedures, how false paths and knowledge superseded came into being and for a time seemed explanatory and true. The sciences as products of human

minds are fallible, provisional, and rooted in presuppositions and *human* institutions. Sarton argued that a new engagement with the humanities – history, philosophy and literature could generate a multidisciplinary understanding – ‘a new humanism’ – with science and an understanding of how it generates progress at its centre. This endeavour he also called ‘the humanization of science’

The humanization of science sought to understand science as an expression of human characteristics and capabilities – curiosity, imagination, interrogation and experimentation – which the Humanities would help situate and comprehend.

Sarton’s ideas were paralleled by the concerns of physicians such as Theodor Puschmann, professor of medical history in Vienna and by William Osler, who had established the Hospital Historical club at Johns Hopkins in 1890s, who both saw history as a partial antidote to ‘excessive reductionism and specialisation’. Whilst science provided knowledge and tools to diagnose and treat diseases, it offered no tuition (or intuition) on matters, concerning how medical students were to understand doctor-patient relationships, or how best they could interact *within* the profession, and *between* it and the public. By reading medical biographies and memoirs and studying literature and philosophy of the period, the mentality, values and *reasonings* of earlier generations of doctors would be made available, Osler argued, which was the reason he amassed a vast library of books and manuscripts devoted to medical culture and practice, spanning many civilisations and periods. In 1919 as Regius Professor of Medicine at Oxford, Osler referred to the humanities as “the hormones” that activate *new* ways of thinking in society, the academy and in medicine (“The Old Humanities” 1-7). Both he and Harvey Cushing the neurosurgeon saw libraries as laboratories of the humanities relating to medicine.

So when Sarton coined the term *medical humanities* in a short book review published in *ISIS* in 1948 he meant by it a scholarly endeavour that could critically situate the sciences, including medicine, its discoveries and inventions in a multidisciplinary framework of human understanding.

The medical humanities has since grown into a scholarly configuration and meeting ground for disciplines including the History & Philosophy of Medicine, Literature and Medicine, Medical Ethics and Law, and combinations of these. In my own institution this has translated into one of the largest doctoral programmes anywhere and a master's degree with courses on, for example, the history and evolution of clinical case reports; the role of 19th century French novels in exploring medical practices, relationships and professionalism; the place of delusions, dreams and compulsions in twentieth century philosophy of mind and literature; the philosophy of medical methods and their scientific status. We have had a mix of students and physicians coming on the degree including a professor psychiatry from the Mayo Clinic who is now Head of the Mayo's Medical Humanities programme and a senior lecturer in Neurology from Calgary, a consultant neurologist and a nephrologist from Brazil, and as I said at the start, a Japanese surgeon.

Health Humanities today is the **umbrella term** for activities that adopt the methods, lenses and analytical tools of the Humanities to *inquire* into past and present-day beliefs and values embodied in health care sciences and practices. The boundaries of the field are loose, shifting and porous, which makes it difficult to situate in the contemporary Academy because the field involves a "heterogeneous inbetween-ness". In my own university it is centred in English but there are satellites of activity in other departments, including History, Bioethics and Medical Law, French, Philosophy and Psychiatry; in Durham it is situated in Anthropology, in Manchester in History of Medicine and in Columbia NY in the Medical School.

Like many an umbrella term, Health Humanities has a low specificity – there are lots of possible things encompassed by it and it's not absolutely clear what counts as a Health Humanities scholarship. The humanities are interested in human concepts, processes and artefacts, their significance and meaning, **lineage, production and authorship**, in how what is produced **becomes known**, whether as text, dance, sculpture or a musical score. Humanities' **authors, artists**

and scholars question, **critique** as well as celebrate what it is that they study, which may not be entirely separable from the **objects** that they create. In this sense subject and object in arts and humanities to an extent interpenetrate.

The humanities often espouse **outsider** positions, champion the marginal and downtrodden. Their disciplines engage with postcolonial theory, feminism and disability studies, and seek to expose concealed assumptions and questionable and unjustified moves. 'The role of critique' writes Rita Felski, 'is not to castigate, but rather to complicate, not primarily to engage in the destruction of ideas but to expose their cultural construction and ... role'. It is to get behind an object of interest or an idea to bring to light new positions and interpretations that supersede or counter previous readings. As Claudia Ruitenberg explicates critique it is a **painstaking** inquiry that may demonstrate entanglement rather than clarification or problem-solving. It therefore "slows matters down" forces reflection and raises questions as much as providing answers.

### **Examples of Medical Humanities Research**

Hearing a voice in the absence of any speaker is one of the most unusual, complex, and mysterious aspects of human experience. The **Hearing the Voice** project based in the Medical Humanities Centre at Durham aims to develop a better understanding of the experience of voice hearing in the absence of any external stimuli. These experiences are common and have not always been seen as pathological. They are richly described across cultures and historical eras in memoirs, letters, and literary accounts. Can such experiences from the past, their content, and diversity, be compared with the voices people hear today? What are the important tropes within which voice hearings are recounted? Are the subtypes of voices today **different** or similar to those in the past? How does hearing voices change one's being-in-the-world in relation to how one experiences oneself, belief in one's own agency, inner direction and relationship with others? This research is being undertaken with clinicians in association with modern-day hearing voices groups across several continents, and addresses the implications of its findings for the neural foundations of language, the nature of

thought and the unity of the self and possible therapeutic options. Some of their findings have been published in *The Lancet*, in journals of cognition and psychology as well as in blogs and exhibitions.

Typically regarded, as a symptom of severe mental disorders such as schizophrenia, voice-hearing is increasingly recognized as an important part of *many* people's lives and experience, as well as a phenomenon that has had profound significance, not only for individuals, but across communities, cultures, and history.

From the revelatory and inspirational voices of medieval mystics to those of imaginary friends in childhood, and from the inner voices of writers as they craft their characters, to the accounts people give from the international Hearing Voices Movement, the project explores the **complexity** and **diversity** of the experience and interpretation of voice-hearing.

Four characteristics of voices: their dialogicality, evaluative and motivational content, and the presence of other voices have been charted including unworded speaking and relatedly to 'inner hearing'.

The assumption that voice-hearing is inevitably a feature of psychiatric disorders, notably schizophrenia, is changing; voice-hearing can be a feature of grief, spiritual insight, and voluntarily dissociated states such as meditation; it might follow traumatic events, disrupted processes of memory, abusive experiences, prolonged stress, or sensory deprivation. Voices – often persecutory in nature – might arise out of conditions of anxiety or hypervigilance, out of ruminative and obsessional thinking. During transitional life experiences, the inner dialogue orienting the self might break up into punitive or admonishing, as well as comforting and conciliatory voices. If voice-hearing arises in many modes and dimensions, then examination of these different experiences enhances our understanding of them. Some novelists have discussed their sense that fictional worlds are in part built out of voices which in some way generate characters, intentionality and agency. As Pat Waugh, one of the researchers has

written 'in building the disembodied vocal command or commentary into a "character", the novelist takes control of the processes of inner speech'

### **What's health humanities about this work?**

It's historical – but also to some extent transhistorical – it offers a constructive critique of the narrowness of previous researches into voice hearing. It is transdisciplinary – better still multidisciplinary, involving a wide patient involvement from far flung parts of the globe and input from psychology, literary and historical scholars well as qualitative and cognitive neuroscience researchers. So it's a multifaceted action oriented critique.

It has resulted in an impressive set of publications.

Another good example, it seems to me, is Catherine Belling's work on hypochondria *which takes seriously* the accounts hypochondriacs give of their symptoms and fears, and deconstructs their labelling by modern medicine as 'unreliable narrators'. Belling's is a work that confronts the central anxiety of hypochondriacs by taking seriously their concern that there's something threatening lurking inside their bodies. Belling finds evidence that hypochondriacs are **more attuned** than others to complex feelings embodiment and **less able** to sustain the fantasy – fiction if you like! – that so-called 'normals' live by: of **invulnerability** to disease and illness. She treats hypochondriacal testimonies as credible narratives of vulnerability which have something important to say to contemporary medicine's definition of health as the absence of disease, and about its denial of death. Belling notes that we *all* today participate in public health messages that demand individual and social vigilance for early detection of disease, for example, thro' screening programmes, which posit **collective** participation, to some degree, in a hypochondriacal narrative – the idea that potentially there's always *something* threatening us from inside. How *unreasonable* is it that hypochondriacs cannot accept they are completely free of disease however extensively they are investigated and nothing abnormal is found, when false negative rates and re-screening intervals systematically

institutionalise modern medicine's doubts about the meaning and reliability of tests that signal the *all clear*?

Hypochondriacal stories are marked by streams of beginnings which, without clear trajectories and diagnoses, hardly ever develop – the result is people who become stuck in multiple arrested unsatisfactory stories and accounts. For Belling Hypochondria is not simply a condition within a person. Nor is it a form of somatization, an emotional or psychological state that manifests as a physical response or a symptom. Nor is it malingering, in which a healthy person feigns illness. In her formulation, hypochondria is a condition of embodiment and it is particularly amenable to modern approaches to *reading* personal accounts which come up against the more naïve realist interpretive frameworks of modern medicine.

*The Story of Pain* is the outcome of a Wellcome Trust funded programme at Birkbeck University of London to explore the nature of pain across the Anglo-American world, from 1760 to the present, through a reading of letters, memoirs, poems, prayers, songs, stories, images, textbooks, philosophical and scientific investigations, and music. It therefore considers a profusion of testimonies expressive of pain and discomfort – bodily and mental – and develops a historical account deeply informed by the language and conceptual resources in which pain has been articulated, endured and comprehended over the centuries.

The effect of weaponry on human tissue has long been a productive trope for metaphors of pain: "red hot pincers... tearing and twisting", "cutting", "exploding" and "searing". Descriptors such as "burning", "scorching" and "crushing" in the early nineteenth century were joined by violations such as being "chewed from inside", whereas in an earlier period humoral processes predominated, which elucidated pain as flows that were "blocked", "choked" or "stagnant".

In a rural society pain could be likened to "a garlic with roots moving around", headaches like "forked-" or "sheet-lightning", a quite different vocabulary being adopted in Japan, which included terms such as "woodpecker"

headache like the pounding of the bird on bark and “musk deer headache” like the galloping of running of deer. Shivering and fever were not part of these sorts of Japanese headaches, Bourke says, which required animal metaphors such as ‘octopus’ (sucking) and ‘crab headache’ with its associated pincer sensation. (p 68)

Bourke makes apparent the extraordinary diversity of figures of speech recruited to conjure up and share painful experiences. During industrialisation pain was likened to mechanical disruption – “rust around nerves” and “defective ball bearings” – and when the railway arrived pain started to be viewed as a signal that heralded a coming danger. Sensitivity to this cultural expressivity underpins Bourke’s thesis that “figurative language discloses our being in the world”; it helps familiarise the alienation and social estrangement pain causes, by condensing experience of it into culturally understood terms. In India the pain of cancer has been likened to that of “a scorpion continuously stinging”, “the sting of a thousand cobras”, illustrating the socio-cognitive process of embodiment Bourke calls “retrojection”, the means by which metaphors, images and cultural symbols from *outside* the human body are not only called upon to communicate and make sense of pain, but actually fuse with the painful experience, and thereby come to be felt from *inside*. Her work shows convincingly just *how* “the physiological body becomes an active repository of social and political meaning”. Bourke shows how language use in relation to pain has varied by class, religious affiliation and cultural framings, which during her period has shifted from positioning pain as a punishment for sin and a guide to virtuous behaviour, to seeing it as stimulus to personal development and secular, social solidarity. Pain stigmatises and silences sufferers, many of whom play down its severity and constant presence, to protect loved ones from the depth of their suffering

Medical Humanities is not a discipline with a defining method; rather it is a pluralistic, polymorphous collaborative field of activity.

The Faculty of Arts and Humanities at King's College London extols Humanities for helping people to learn 'to think, to argue and to express themselves, to evaluate experience and emotion, to understand **other** times and **other places** as well as our own – to *care* about strangeness and the **unfamiliar**, to appreciate that aspects of understanding are dependent on viewpoint.' The humanities offer access to systems of belief which are not necessarily mainstream and it is from platforms such as these they can help to re-position the notion of patienthood - patient experiences, cultures and perspectives - as *far more* central a subject of enquiry than it has been hitherto. In this Disabilities Studies has led the way, but Medical Humanities scholars today engage with a growing public culture which finds expression in writings, images, artworks and enactments undertaken by patients, patient groups, carers, counsellors, poets, playwrights, novelists and visual and performance artists who are creating a multifaceted conversation. It is a conversation taking place in many media - letters, memoirs, book-length biographies, fiction, poetry, political manifestos, film, theatre, newspaper-columns, television, radio dramas, social media and e-fora. The conversation concerns experience of *dis*-ease, its stigmas, personal and cultural denials, relationship with carers, healthcare personnel, medical power, institutions and hierarchies. It is a conversation that shares reflective self-intimacies aimed at making *new sense* of health care experiences and healthcare divides: divides between illness and disease, bodies-in-culture and bodies-in-clinics, between mental and physical conditions, expert and lay, cared for and caring for, scientific and humanistic; and between the biological and social.

These conversations have created and are creating a cultural imaginary that is expressing and enacting a heightened public awareness that the experience, meaning and significance of illness is not grounded in the discourse of bioscience; the demand is for different terms of reference from those of objectified body parts and universal disorders for discussing illness, terms better able to accommodate and recognise people caught up in locally situated networks of language and impaired agency and affiliation. In the West, these

conversations concern experiences of heightened vulnerability and *dis*-ease from many possible causes, their stigmas, personal and denials, relationships with carers, medical models of pathology, power, institutions and hierarchies. In Japan, I understand there is a well-developed culture concerning ageing which does not match bioscientific concepts, and which has its own expressive genres revolving around positive features - such as Pokkuri, Kanreki, Keiro-no-Hi, Inkyo - as well as negative images, such as Yama-uba and Ubasute

A cultural space with aspirations for more emancipatory and embodied selfhood is beginning to surround health care, which is of interest not only to those *directly affected* but to those not yet sick or in some way disabled. How its testimonies can be accommodated and met by a scientific and medical knowledge conducted within a bio-scientific discourse detached from much of the lived experience of sick people, which gauges bodily and mental problems scientifically and statistically is unclear but the two books I've mentioned go some way towards creating a linguistic and conceptual interchange between this imaginary and the scientific realm. Devan Stahl's memoir of the effects of her seeing an MRI scan of her central nervous system which revealed appearances of multiple sclerosis also addresses she could not decide what was worse, becoming subjugated by a such a disease or subjugated to "medicine's cold culture of abstraction and objectification".

This brings us to another terrain from which conversations about the Medical Humanities arise, which came into view in the second half of C19<sup>th</sup>, in debates in the UK and USA about reform of medical education in the light of the fading value the humanities were being accorded in the practice of medicine in contrast to the increased importance then attached to the sciences. Key notions of *that* debate had *in fact* surfaced a century earlier, in C18<sup>th</sup> discussions about the role of sympathy, the humane, humanity and humanism in attempts to develop a medical ethics grounded in the theories of philosophers such as David Hume and Adam Smith that were centred on the notion of sympathy. Sympathy was conceived of by these thinkers as an inter-personal *force* linking individuals

together and promoting moral and social cohesion in the face of the fragmenting effects of industrialisation and a growing division of labour necessitated by a growing capitalism.

In his *Lectures on the Duties and Qualifications of Physicians* of 1772 the Edinburgh Physician and moralist John Gregory extolled nervous powers and dispositions of *sensibility* as the chief characteristics required for the practice of medicine. Gregory insisted that:

‘The chief quality of the physician is humanity, the **sensibility** of *heart* that makes us feel for the distresses of our fellow-creatures, and which... incites us in the most powerful manner to relieve them. Sympathy produces an anxious attention to a thousand little circumstances that may tend to relieve the patient; an attention which money can never purchase... He requires to be knowledgeable and show especially active benevolence, love of all mankind’.

In the same period, Wilhelm Gottfried Ploucquet, a Wurttemberg physician and Professor of Medicine at Tübingen university in what is now Germany in a volume entitled *Der Artz – The Art of Medicine* in 1797 – wrote:

‘Numberless difficulties press down on the physician in the course of his professional activities. He, particularly if he has a sympathetic heart, suffers endlessly along with the patients of his care; he is most damned to spend a great part of his life in scenes of misery, where a thousand loathsome impressions haunt his senses.’

In David Hume’s philosophy, **sensibility** was the faculty by which ‘the passions and sentiments of *others* become our own’.

Adam Smith in his *Theory of Moral Sentiments* of 1771 placed sensibility as the chief moral and psychological faculty.

‘How selfish soever man may be supposed, there are evidently some principles in his nature, which interest him in the fortunes of others... Of

this kind pity, or compassion ..... is the most exquisite **sensibility**. The greatest ruffian, the most *hardened* violator of the laws of society, is not without it.'

Notice here that moral responsibilities of doctors are being grounded not only in *inner* states or *feelings* but *in the social sphere*, in relationships located *outside* of a narrow medical sphere, where humanity, pity and compassion were thought of not predominantly as calls upon the emotions but as calls *to practical action* that would make the world a better place and society a more cohesive enterprise, in which medicine was to play its part.

This terrain of sympathy is *certainly not* what George Sarton was pointing to when he coined the term Medical Humanities yet it is frequently claimed by medical educators and humanists to be the main grounds and purposes of the Medical Humanities, especially in a Medical School setting. They elide the Medical Humanities with what the EBM physicians I quoted at the start seemed to accept: that scientific knowledge alone is not sufficient for providing good medical care. Powers and capacities conceived as lying *outside* science – experience, intuition, capacities to imagine other lives – bodies & minds – are crucial too, and these can be nourished and encouraged by studying and reflecting on materials traditionally situated in the humanities, such as memoirs, poetry, and patient experience fora. Professional reflections are equally important: Archie Cochrane recalled a man he'd been responsible for when a medical officer to a large prisoner of war camp in Saxony.

"The Germans dumped a young Soviet prisoner in my ward late one night. The ward was full, so I put him in my room as he was moribund and screaming as I did not want to wake the ward. I examined him. He had obvious gross bilateral cavitation and a severe pleural rub. I thought the latter was the cause of the pain and the screaming. I had no morphia, just aspirin, which had no effect. I felt desperate. I knew very little Russian then and there was no one in the ward who did. I finally instinctively sat down on the bed and took him in my arms, and the screaming stopped almost at once. He died peacefully in my arms a few

hours later. It was not the pleurisy that caused the screaming but loneliness. It was a wonderful education about the care of the dying. I was ashamed of my misdiagnosis and kept the story secret" - he literally turned the experience into Anekdotia – which in Greek originally meant literally a secret history.

Cochrane's felt responses to the dying man's situation, his embodied emotions and presence *jump off* the page: "I put him in my room as I did not want to wake the ward. I examined him. I had no morphine. I felt desperate. I knew very little Russian. I finally *instinctively* sat down on the bed and took him in my arms. I was ashamed of my misdiagnosis."

Through his thoughts and feelings we sense not only the urgency of the situation but something of Cochrane's resourcefulness and capacity unorthodoxly to improvise, despite his desperation and lack of *medical* facilities.

A striking aspect is the didactic closing statement that the encounter "was a wonderful education about the care of the dying."

Which aspects of the soldier's case had Cochrane found especially educative? What did he learn from these terrible circumstances: that doctors would do well *not* to assume screaming is a response to somatic pain even when the patient is known to suffer from a physical condition that's frequently painful? Or that when clinicians cannot communicate verbally the resulting anxiety and loneliness may all too commonly be imputed to pain, and that all three - pain, anxiety and loneliness - are eased by the reassurance of physical closeness, even with a stranger?

Iain Chalmers wrote of the account that:

'With this *anecdote* Archie Cochrane reminds us that decisions about how best to care for patients are often complex, and that undue reliance on evidence from formal investigations will sometimes be inappropriate.'

The account is an anecdote but not for the reasons Chalmers gives, which relate to it being a single unsubstantiated instance that sets out clinical complexities and uncertainties and the need – occasionally - to practise without

supporting evidence from formal studies. What makes this a powerful anecdote is the *drama* of its intense focus on ambiguity and fallibility which the doctor is caught up in to which *instinctively* he finds some resolution – not only movingly by ‘being with’ the soldier life at the end of his life – but by committing the original sin of EBM – by making claim to the truth: that the man was lonely.

The account is important because it forces readers to try to work out what was at stake in the encounter. Was the soldier lonely – *how* did Cochrane know? - or was he frightened and indeed in pain, emotional and physical – or all three? The account has entered the medical literature as a call for better palliative care. Important as this undoubtedly is Chalmers’ reading vacates the expressivity – the expressive power - of the piece as an imprint of interpersonal relations in medicine, by ignoring its qualities as a plea for medicine to go beyond narrow exhortations, claims or counterclaims about ‘evidence’, solutions found to complex situations, paths not taken and riddles unriddled. It should be read as a memorial text, an act of reparation for a mistaken interpretation, an attempt by Cochrane to seek release from self-criticism, and a small but urgent contribution to the cultural memory of suffering.

Medical Humanities brings analysis and rigour to the study of such testimonies.

In this memoir Anatole Broyard writes that the diagnosis of prostate cancer meant that ‘all my trivial selves fell away and I was reduced to essence’. This ‘essence’ of his individuality Broyard asserted in a distinctive voice, and through refusing to accept the role of a docile or quiescent patient, stripped by the clinical environment of the hospital of individuality and quirkiness.

He refused to ‘shrink’ into death arguing that on the contrary people should ‘**burst**’ into death.

An American novelist of creole New Orleans descent, Broyard spent most of his life in New York City where he wrote for the *New York Times*. Maintaining that ‘technical explanations of disease flatten the story of illness’, he insisted on libidinous expression of his thoughts and responses to his illness through which

he recovered the meaning of his illness. 'When the cancer threatened my sexuality, my mind became immediately **erect**. Writing is a counterpoint to my illness. It forces the cancer to go through *my* character before it can get to me'<sup>\*</sup>.

I believe that the Medical or Health Humanities is the best chance we have at the current time for helping to create a culture of care - both of the patient and professional - that takes account of the individuality, personal needs and experiences of each. Although in the health humanities the sick person is much more likely to be the true hero of illness than in biomedicine, where the doctor is the hero - in an institution such as Kyoto University I should say where the *scientific physician, surgeon and public health specialist* - are likely to be heroes and heroines. But either way, what I hope to have shown is that Medical Humanities arose from the epistemological task of making sense of scientific knowledge with the best tools available within the Humanities: through careful attention to language, and through a sustained interest in voice, viewpoint, plot lines, metaphors and figures of speech in illness. *This* is what I take the Evidence Based physicians to have meant when they said that 'clinicians require broad perspectives from the humanities...'

---

<sup>\*</sup> 'To die is to be no longer human', he wrote 'to be dehumanised - and I think that language, speech, stories or narrative are the most effective ways to keep our humanity alive'

## 医療人文科学（メディカルヒューマニティーズ）とは何か？ なぜ今、重要か？（抄訳）

ブライアン・ハーウィッツ

「メディカルヒューマニティーズ」の起源と、この分野の特徴についてみなさんにお話します。そして、世界中の文系、人文科学系、医学系の大学教育でメディカルヒューマニティーズが、分野を超えて教育や研究に適応できるコンテンツを含んでいると、なぜ信じられているのかを説明します。

まず、JAMA(2000)に掲載された、evidence-based medicine (EBM) に関する短い論考に注目します。

“エビデンス・ベースの実践ツールを知ることは必要だが、患者へ質の高いケアを提供するには不十分である。臨床医は、臨床の専門知識に加えて、「思いやり」「繊細なリスニングスキル」そして「人文科学からの幅広い視点」が必要である。”

Guyatt GH, Haynes B, Jaeschke R, Cook D *et al.* EBM: principles of applying users' guides to patient care. *JAMA* 2000; 244: 1290-96.

この著者たちは「人文科学からの幅広い視点」という言葉の意味について、詳しい解説を述べていませんが、おそらく「最高に質の高いケア」を意味していると思われるます。

- 思いやり、繊細な傾聴の技術、人文科学からの幅広い視点など、EBM だけでは十分でない重要なものがあります。
- 医学における思いやりと傾聴の技術は人文科学からの幅広い視点から構成されます。
- 人文科学からの幅広い視点を持つことは、例えば慈悲のように、倫理や個人の中に生まれる美德に働きかけるだけのものでしょうか？
- これらの美德の源泉は医学ではなく、人文科学の中にあるということでしょうか？

私が想定するいずれの解釈を選んだとしても、この主張の意味や可能性を網羅しているわけではありません。医学分野での人文科学の価値設定については、EBM の先生方にお任せして、この分野の枠組みやこれまでの過程について、探りたいと思います。

メディカルヒューマニティーズは新しい分野ではありません。医学と人文科学を結びつけた Medical Humanities という用語は、1948 年の George Sarton の独創的な活動がきっかけでした。化学と数学を専門とするベルギー人の学者サートンは 1912 年、ボストンを拠点に科学・技術・医学の歴史を専門とするジャーナル ISIS（訳注：現在も刊行）を設立しました。Sarton は、当時の科学者たちが直面していた問題（研究分野の下位領域が枝分かれしていたため、同分野の学者者同士であっても、研究について議論することに困難が生じていた）に対して、「新しいヒューマニズム」を求めた提唱者の 1 人でした。彼は、人間の理解には 2 つの根本的な源、『自然の研究』と「歴史の研究」があると信じていました。この 2 つのうち、「歴史」は科学を理解し、解釈するための必要な枠組みを提供します。多くの科学者が世界の万物の解明に取り組んだ結果、さまざまな時代・場所・文化において、思考、仮説、観察、開発の過程で転換とねじれが起きました。そして、自分たちの概念的な系統への認識が欠けてしまいました。科学的思考と手順の開発において、誤った道筋と知識がどのように入り込んだのか、真実であるように思われた合意への道筋が、どのように発生し、あるいは妨げられたか、それを描くことができるのは、歴史の視点です。人間の心の産物としての科学は誤りやすく、暫定的であり、前提条件と人間社会に根ざしています。Sarton は、「人文学と科学の新たな関係を生み出し、その中心で進歩が生み出される」と主張しました。（この人文学とは、歴史・哲学・文学の学際的な合意による「新しいヒューマニズム」を指す）この試みについて、彼は “The humanization of science”（科学の人間化）とも名付けました。Sarton と並行して、Theodor Puschmann（ウィーンの医学史教授）や、William Osler（1890 年代にジョンズホプキンスに病院歴史クラブを設立）も同様の考えを提唱していました。

科学は、病気を診断・治療するための知識とツールを提供します。一方で、医師と患者の関係をどのように理解するのか、また公衆に対してどのように最善を尽くすのかということに関して、医学生が学べる授業はありません。Osler は、医学の伝記と回顧録を読み、その時代の文学と哲学を研究することで、先代の医師のメンタリティ、価値観、推論を利用できるようになると主張しました。そのため彼は、多くの文明と時代にまたがる、医療文化と実践に捧げられた膨大な資料を収集していました。1919 年、Osler はオックスフォードの医学教授として新しい雑誌 “the hormones”（The Old Humanities 1-7）を刊行しました。これは、社会、アカデミア、医学による新しい人文

科学の考え方を活性化するものでした。Osler と脳神経外科医の Harvey Cushing は、図書館を医学に関連する人文科学の研究所と見なしていました。

1948 年に ISIS で出版されたレビューの中で、Sarton は「メディカルヒューマニティーズ」という用語を造りました。人間理解のための学際的なフレームワークの中で、発見と発明があり、科学（医学を含む）を批判的に捉えることができる学術的な試みだと記しています。その後、メディカルヒューマニティーズは、医学の歴史と哲学、文学と医学、医療倫理と法、およびこれらの組み合わせを含む学問の学術体系として成長してきました。私が所属する教育機関において、メディカルヒューマニティーズは、博士課程や修士課程の中でも、最も大きなプログラムの 1 つです。今日のヘルスヒューマニティーズは、人文科学の手法、分析ツールを採用して、ヘルスケアの科学と実践に具体化されている過去と現在の信念と価値を探究する活動です。その領域の境界はゆるく、多くの分野に関連するため、「異質な中間性」が含まれます。

ヒューマニティーズの作家、芸術家、学者は、各々が探究していることを疑問視し、批評し、祝福します。また、自身が打ち込んで作り出した作品（オブジェクト）を、探究している対象から切り離せない場合もあります。この意味において、芸術と人文科学では主格と対象がある程度、折り重なっていると言えます。人文科学は、しばしば“はみ出し者”を支持し、辺境にいる人々や、虐げられた人々を擁護します。

メディカルヒューマニティーズ研究の例について説明しましょう。

話し手がいないにも関わらず、誰かの声が聞こえるという体験は、非日常的で、難解で、謎めています。ダーラム大の Medical Humanities Center を拠点とする Hearing the Voice プロジェクトは、外部刺激がない状況での聴覚体験について研究しています。声が聞こえることは、ありふれた体験であり、必ずしも病的と見なされているわけではありません。また、あらゆる文化やさまざまな時代を通して、回顧録、手紙や文学などの資料も豊富にあります。

今日の人々が体験する音声は、昔の人々が経験したものと比較できるのでしょうか？音声のタイプは、過去のものとは異なるのでしょうか。それとも類似しているのでしょうか？声が聞こえることは、人間にとってどのような体験なのでしょうか？自分自身に対する信念や基準、他人との関係性など、自分を取り巻く世界をどのように変えるのでしょうか？

この研究は、複数の国で臨床医と共同で実施されています。言語の神経基盤、思考

の性質、自己の統一、そして実施可能な治療に対する反応の意味を探究しています。ここから得られた知見は、The Lancet、認知と心理学のジャーナル、エキシビションなどで紹介されています。

通常、「声が聞こえる」という体験は、統合失調症などの重度の精神障害の症状として、あらゆる社会や文化、歴史を超えて認識されています。中世時代では、神秘主義者による啓発的でインスピレーションに満ちた声があり、幼少期には想像上の友人の声、そして作家がキャラクターを作り上げる時の内なる声などがあります。国際的な Hearing Voices Movement のプロジェクトは、音声聴覚の複雑かつ多様性のある体験について探究しています。

聴覚が精神障害、特に統合失調症の特徴であるという見方は変わりつつあります。音声聴覚は、悲嘆、精神的な洞察、および瞑想などの自発的に切り離された状態の特徴である可能性があります。それは、心的外傷的出来事、記憶の混乱したプロセス、虐待的な経験、長期にわたるストレスによるものかもしれません。

この仕事におけるヘルスヒューマニティーズとは何でしょうか？ それは歴史的ですが、ある程度歴史を超えたものでもあり、音声聴覚に関する従来の研究の視野の狭さを建設的に批判します。それは、学際的であり、さらに地球上の遠く離れた地から幅広く患者が関わり、心理学、文学、歴史学、認知神経科学者も関与します。

別の良い例は、ヒポコンドリア（心気症）の症状と恐れを説明する研究です。研究者の Belling は、体の中に潜む何かが脅かされているという懸念を真剣に受け止めて、心気症の中心的な不安に立ち向かいました。心気症患者はそうでない人よりも複雑な感情を持ち、いわゆる空想を維持できないという証拠を見つけます。心気症患者の証言を脆弱性のある、信頼できる物語として扱っており、これは現代医学における病気の予防、死を否定するような「健康」の定義に何か重要なことがあるのではないかと指摘しています。常に私たちを内側から脅かす何か、偽陰性率や再検査が体系的にすべてを示す検査の意味と、それを信頼する現代医学に疑問を投げかけています。

Story of Pain は、1760 年から現在まで、英米の世界の痛みの性質を手紙、回顧録、詩、祈り、歌の朗読を通して探究するロンドンのバークベック大学で行われている研究成果です。

キングス・カレッジ・ロンドンの芸術人文科学部では、人々が「考えること、主張すること、表現すること、経験と感情を評価すること、他の時間や他の場所を理解す

ること、私たち自身を気遣うこと」を学ぶことを支援し、人文科学を称賛しています。人文科学は、必ずしも主流ではない学問体系へアクセスし、その枠組みを勘案して患者の概念を再構築するのに役立ちます。すなわち、患者の経験、文化、展望など、それらはこれまでよりはるかに中心的な調査対象となっています。メディカルヒューマニティーズは今や、患者グループ、介護者、カウンセラー、詩人、劇作家、小説家、ビジュアル・パフォーマンスアーティストなどによって創作された文章、画像、ネットワークなどを用いて表現を見つける公共的文化にまで成長しました。その他にも、手紙、回顧録、伝記、詩、政治的マニフェスト、映画、劇場、新聞のコラム、テレビ、ラジオドラマ、ソーシャルメディア、e-フォーラムなど、多くのメディア上で多面的な会話として表現されています。会話とは、不安の経験、そのスティグマ、個人的および文化的否定、介護者との関係、医療従事者、医療力、制度および階層に関するものです。それは、自己の内に包含するものが反映された会話であり、医療の経験や、医療に関するいろいろな境界－体調不良と病気、文化における身体と病院における身体、精神と身体の状態、世話をする方とされる方、科学的（サイエンティフィック）と人道的（ヒューマニスティック）、生物学と社会の間－が新しい感覚で意識され、目指されたものです。

これらの会話は、病気の経験、意味、重要性が生物科学の言説に基づいていないという認識を高め、それを表現する文化的想像力を生み出します。病気を議論するため対象化された身体部分や、普遍的な障害用語とは異なる参照用語が必要です。より解放的で具体化された自我を志す文化的空間がヘルスケアを取り囲み始めています。これは、直接影響を受ける人だけでなく、まだ病気でないけれども、何らかの形で障害を持つ人にとっても興味深いものです。身体的・精神的問題が、科学のおよび統計的な評価、即ち、生きた経験から切り離された生物科学的言説の中で培われた科学的・医学的知識によって、どのように証言されるかは不明ですが、想像と科学という2つの異なる領域を往来して言語的、概念的に表現している本をここで紹介します。中枢神経系のMRIスキャンを見たDevan Stahlの回想録です。多発性硬化症が明らかになりつつある一方で、何がより悪いかは決められないけれども、そのような病気に虐げられたとする解釈を「医学の冷たい文化」としています。

これは、19世紀後半にみられた英国と米国の議論を思い起こさせます。メディカルヒューマニティーズまたはヘルスヒューマニティーズは、それぞれの人の個性、個人

のニーズ、経験を考慮に入れた、患者と専門家の両方のケアの文化を作り上げていく最高のチャンスです。メディカルヒューマニティーズは、人文科学で利用可能な最高のツールを使用して科学的知識を理解する認識論的課題から生まれたものです。患者が発する言葉に注意を払い、声、視点、ものがたり、メタファー、詞藻（しそう）などに注目します。

「臨床家には人文科学の幅広い視点が必要だ」と EBM の主唱者達が語った意味、それを私は以上のように考えています。



## 謝 辞

本シンポジウムの開催にあたり、以下の皆様よりご後援いただきました。  
ここに謹んで感謝の意を表します。

一般財団法人グローバルヘルスケア財団

筆頭評議員 高久 史磨

評議員 林 依里子

京都大学大学院医学研究科

社会健康医学系専攻健康情報学分野

教授 中山 健夫

## 後 援

厚生労働省

内閣府

国立研究開発法人 日本医療研究開発機構(AMED)

公益社団法人 日本医師会

一般社団法人 京都府医師会

株式会社 京都新聞社

特定非営利活動法人 先端医療推進機構

京都大学学際融合教育研究推進センター政策のための科学ユニット

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻



# 特定非営利活動法人 先端医療推進機構

## 次世代医療審査委員会



### \* 治験審査委員会・倫理審査委員会

当法人は平成19年より、治験審査委員会・倫理審査委員会（IRB = Institutional Review Board）を設置し、定期的に審査委員会を開催しています。

当法人のIRBは、従来型の医療機関内に設置されたIRBとは異なる、第三者機関としての審査委員会であることが特徴です。迅速かつ公正な審査を通して、臨床試験および臨床研究の推進に貢献しております。

### \* 特定認定再生医療等委員会・認定再生医療等委員会

当法人は平成27年に、特定認定再生医療等委員会ならびに認定再生医療等委員会を東京と名古屋に設置し、毎月審査を行っています。迅速かつ丁寧な審査委員会の運営を通して、再生医療分野の発展を支援しております。

2014年11月25日に「再生医療等の安全性の確保等に関する法律（再生医療新法）」が施行され、再生医療等を行う医療機関は、施設およびプロトコルに関する承認を国より受けなければならないことになりました。

再生医療等技術には、ES・iPS細胞、体性幹細胞、その他細胞による再生細胞治療が含まれます。再生医療等技術は第一種から第三種に分類され、第一種、第二種は「特定認定再生医療等委員会」、第三種は「認定再生医療等委員会」で再生医療等に関する審査を受けた後、届け出をし、承認されて正式に再生細胞治療を実施することが可能となります。

### \* 認定臨床研究審査委員会

当法人は、平成30年7月12日付で厚生労働省より臨床研究法に基づく臨床研究審査委員会の認定を受けました（委員会の正式名称：「JAPSAM中央臨床研究審査委員会」）。特定非営利活動法人としては全国で2番目、東海・北陸地域では初めての認可となります。

臨床研究法施行により、特定臨床研究を実施する者は、実施計画による実施の適否等について厚生労働大臣の認定を受けた認定臨床研究審査委員会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣に提出することが義務付けられています。また、特定臨床研究以外の臨床研究を実施する者に対しても、実施基準等（利益相反の管理等）の遵守及び認定臨床研究審査委員会への意見聴取に努めることが義務付けられています。

### 【問い合わせ先】 特定非営利活動法人 先端医療推進機構 事業部

〒464-0858 名古屋市千種区千種2-22-8 名古屋医工連携インキュベータ410号

TEL : 052-745-6881 / FAX : 052-745-6882

ホームページURL <http://japsam.or.jp>

# 細胞塊三次元培養・分化誘導マイクロプレートTASCL (タスクル)

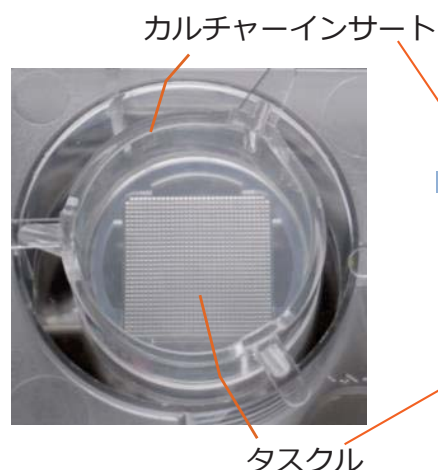
再生医療において三次元培養による細胞塊（スフェロイド、オルガノイド）の有用性が注目されています。

細胞塊三次元培養・分化誘導マイクロプレート「TASCL」（タスクル）は、独自の微細加工技術と表面処理技術によって開発された、次の7つの特徴を備えた商品です。

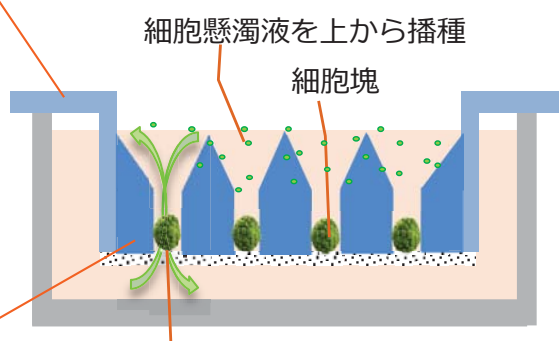
## 【TASCLの7つの特長】

- ①ほぼ均一な大きさの球状の細胞塊を一度に大量培養できる（TASCL1セットで約3600個または約6000個）
- ②細胞の状態を長く良好に保つことができる・・・底面が貫通、ガスや培地が循環するため
- ③分化誘導ができる・・・1ヵ月間の長期培養ができるため
- ④トータルコストを削減できる・・・小さく高密度のウェル構造で器材や培地・試薬を節約
- ⑤開封してすぐに使える・・・タンパク質防付着処理済、滅菌済み、予め器材セット済み
- ⑥簡単に使える・・・細胞懸濁液を上から播種するだけ（遠心分離不要）、培地交換も容易
- ⑦観察が容易にできる・・・TASCLに載せたまま細胞の顕微鏡観察も可能

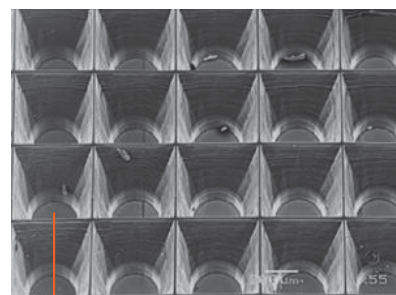
## タスクルをカルチャーインサートに載せた状態



## 細胞培養時の断面図（イメージ）



## タスクルのウェルの拡大写真



底面に貫通孔があり、ウェル上下からガス・培地が循環する

## TASCLを推薦していただける先生方のコメント

### TASCLは細胞塊移植の研究に役立ちます

名古屋大学名誉教授  
岩田 久 先生



整形外科分野の再生医療の例として、軟骨などの欠損部への細胞移植治療が研究されています。そこで、細胞の代わりに、細胞塊を移植すると、より生着率が高まり、治療効果が上がるのではないかと期待されています。TASCLは小さなプレート上で、均質な細胞塊を大量に培養できるため、このような移植治療の研究に役立ちます。

### TASCLは従来品より使いやすく失敗のリスクがほとんどありません

愛知医科大学 整形外科 教授  
出家 正隆 先生



当研究室では細胞塊移植の前臨床研究に取り組んでいます。細胞塊を培養するためにTASCLを使いましたが、初めて使うスタッフでも、球状の細胞塊を容易に培養することができました。従来品と比べてとても使いやすく、失敗のリスクもほとんどありません。細胞塊を用いる実験には便利なツールだと言えます。

# 2019年度 CBMSセミナー・認定試験

～医療英語ラーニングプログラム～

## ① 医療英語セミナー

現場で使える医療英語を学ぶセミナー。（※会場、講師および日程は変更になる可能性があります。）

連続で受講していただければ高い学習効果が期待できますが、1講座ごとの受講も可能です。

各回前半はトピックに関連する記事のリスニング練習および記事の読解、語彙練習を行います

後半はディスカッションやスピーチ練習、CBMS模擬試験等より実践的な医療英語力を身につけます。

**受講証明書** 受講証明書の発行も可能です。必要な場合は事務局にご連絡ください。

**申込・入金** 随時受付けておりますが、できるだけ1週間前までにお申し込み、ご入金ください。

### 《東京会場》

**会 場** フクラシア品川高輪口 （JR・京急品川駅高輪口より徒歩4分） ※変更の可能性あります。

**日 程** 9月14日(土)、9月28日(土)、10月12日(土)、10月26日(土)、11月9日(土)

**講 師** 小山田幸永 (Basic)、ジョナサン・ワイルダー (Practical)

**時 間** 10:00-12:15 (Basic、前後半60分、途中休憩15分)

14:00-16:15 (Practical、前後半60分、途中休憩15分)

**料 金** 1回 8,640円 (税込) 、※Basic、Practical それぞれ1回と数えます

### 《大阪会場》

**会 場** コンファレンスプラザ大阪御堂筋 会議室 (大阪メトロ本町駅から徒歩約3分)

**日 程** Basic : 9月14日(土)、10月12日(土)、

Practical : 9月28日(土)、10月26日(土)

試験対策プレセミナー : 11月9日 (土)

**講 師** 井上真紀 (Basic、試験対策)、アレックス・バーク (Practical) 、

マーガレット山中 (Basic 9月14日のみ)

**時 間** 14:00-16:15 (前後半60分、途中休憩15分)

**料 金** 1回 7,560円 (税込)



## ②【認定試験】第9回 国際医療英語認定試験（CBMS）

国際医療英語認定試験（CBMS）は医療現場に求められる英語コミュニケーション能力を認定する試験です。問題形式はリスニングとリーディングの選択問題にマークシート形式で答える筆記試験です。獲得した得点を認定し、認定証とスコアシートをお送りします。受験者はこのレポートを参考に、自分の医療英語力を客観的に把握し、今後の学習に役立てることができます。認定証の有効期間は5年間です。

**日 程** 11月16日（土）14:00～16:00（13:20受付開始）

**会 場** 東京会場：フクラシア品川クリスタルスクエア

（品川駅港南口から徒歩約8分）

大阪会場：コンファレンスプラザ大阪御堂筋 会議室

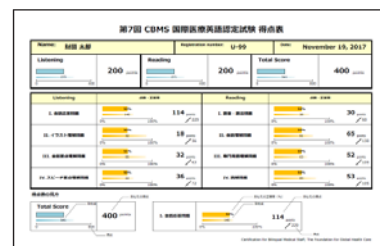
（大阪メトロ本町駅から徒歩約3分）

**受験料** 12,500円（税込）

※申込は11月7日（木）まで。入金期限は11月8日（金）14:00となります。



認定証



スコアシート

## ③CBMS Basic試験

医療系の学生や医療英語の基礎レベルの方々を対象にした試験です。CBMS試験より問題数を絞っており、問題も易しめになっているのが特徴です。※2019年度より「ジュニアCBMS」から改称いたします。

試験時間は60分。通常のCBMS試験同様、リスニング及びリーディング問題によって認定します。

**日 程** 11月16日（土）11:00～12:00（10:20受付開始）

**会 場** CBMS試験に準ずる

**受験料** 6,500円（税込）

※申込は11月7日（木）まで。入金期限は11月8日（金）14:00となります。

## お問い合わせ・お申し込み先

一般財団法人グローバルヘルスケア財団 CBMS プロジェクト事務局

〒464-0858 愛知県名古屋市千種区千種 2-22-8 名古屋医工連携インキュベータ410

Tel : 090-7856-4676 / 052-753-7932 Fax : 052-745-6882 E-mail : [cbms@fghc.or.jp](mailto:cbms@fghc.or.jp)

URL : <https://cbms.jp/>

後援：東京都医師会、東京都看護協会、日本医学会、日本医師会、日本看護協会、日本病院会



シンポジウム

# Innovation and Communication for Global Health Care

– Medical Humanities –

抄録集

編集・発行：一般財団法人 グローバルヘルスケア財団  
京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻健康情報学分野  
印刷：キンコース・ジャパン株式会社

発行日：2019年9月6日  
U R L： <https://symposium.fghc.or.jp/>  
E-mail： [symposium@fghc.or.jp](mailto:symposium@fghc.or.jp)