

絵は画家の生命の表現です

日動画廊副社長 長谷川 智恵子

聞き手:佐多保彦 株式会社東機質 代表取締役社長

佐多:長谷川さんは、旧ソ連へ幾度も足を運んでいらっしゃるそうですね。

長谷川:ええ、40回以上になります。一番始めは1975年、「ピカソ展」の交渉でした。その頃私の回りではソ連に対して好い感情をお持ちでない方が多く、不安もありました。ところが実際に行ってみると、とても気さくな方、素朴な方に会い、お友達づきあいをさせていただきました。おほかで強い民族性だと思います。

佐多:ロシアには良い作品があるんですか。

長谷川:エルミタージュ美術館やプーシキン美術館など、印象派をはじめ、ピカソ、マチス、シャガール、レンブラント等、驚くほどの名品ぞろいです。私は日動笠間美術館*で、「ルノワール展」「ゴーギャン展」など、日本の西洋美術との交換展を何度かやりました。国立西洋美術館やブリジストン美術館だけでなく、個人コレクターの方々からもお借りできたのは、画商としての強みです。貸したり借りたりという相互関係ができますから。

ここ10年というもの、日本にも立派な美術館が建ちましたけど、内容がまだまだ追いつかないという状態なんです。それに海外からの美術展も数多く催されましたね。けれども最近ヨーロッパでは、「日本には貸してばかりで、何も借りるものがない」と言われてしまうんですよ。「借りるものがないのなら、寄付させちゃおう」ということで、「貸与の交換条件として、フランスのオルセー美術館にお金を寄付」という記事を読みました。私は、オルセーどころじゃない、日本の国立美術館に寄付してあげなきゃかわいそうじゃないか、と思ったのです。それほど予算的に乏しいのです。海外で、「お金はあるけれど文化はない」ように言われるのは、非常にくやしいですね(笑)。日本はすごく文化的な国だと、私は思っていますから。

佐多:アメリカには、個人コレクターの寄付による美術館



はせがわ・ちえこ

1944年、東京生まれ。64年、聖心女子大学在学中に長谷川徳七氏(現日動画廊社長)と結婚。パリ日動画廊支配人、日動笠間美術館副館長、日本洋画商共同組合理事長。仏政府よりナショナル・ド・メリット・シュヴァリエ勲章などを受賞。著書に『素顔の巨匠たち』『世界美術館めぐりの旅』『美術館へ行こう』『女だから女だてらに』など。

がたくさんありますね。

長谷川:お金持ちが自分の稼いだものを国に残してあげようという意識がありますね。国がそれを税制優遇してフォローし、メンテナンスしてやってゆくというかたちです。アメリカは大都市だけでなく、地方の小さな町にも素晴らしい作品があります。これには本当に驚かされますね。

日本は日本画や伝統工芸、それにお相撲とか歌舞伎などの保存には熱心ですが、西洋美術に対してはあまり熱心じゃありません。特に、いま油絵を描いている現存の作家が海外で展示をすることに、文化庁の援助がほとんどないんですね。日本画という特殊な珍しいものを、外国の人が本当には理解できません。でも洋画というのは比較も可能ですし、批評もできます。私は、今を生きているもの、息づいているもの、マーケット・バリューのあるものを、もっと海外に紹介してもいいんじゃないかと思います。昨年より香港のアート・アジアに私共も出品し

VITALITE

インタビュー



ていますが、反応はなかなか好いですよ。これからは日本の方が出て行く時代になっていくと思います。

佐多:香港のチャイナ・クラブには中国現代アートのコレクションがあります。

長谷川:香港はあれほどインターナショナルな街なのに、ちゃんとした美術館がないんです。トランジットな街といえますか、97年の中国返還ということもあって、人々が文化を育てようとしなない面があるんでしょうね。けれども先程のアート・アジアには4日間で4万5千人も入っています。関心は高いのです。

佐多:ご主人は国内担当で、長谷川さんは海外担当と、ご本に書かれていますが、海外に出られることが多いと、タフでないとやっていけませんね。

長谷川:1年のうち4カ月位は海外です。私の元気のもととは、よく眠ることなんです。飛行機の中では、もうずっと(笑)。そして夜は早く熟睡し、朝早く起きるタイプです。「たいへんでしょう」と言われることもあります、何事もつらいと思えばつらい。生き方の問題ですから。私は楽天家なんでしょうね。

佐多:いきいきとした方に接して勇気づけられることもありますし、また、絵画をみて元気づけられることもありますね。

長谷川:絵というものは、見る人の感受性によって随分違います。ある絵を見て心が穏やかになるとか、ほっとするとか、逆にいきいきしてくるとか。でも、絵は基本的にその作家の魂を表現したものだと思います。偽物と比較するとよく判るのですが、偽物の絵というものは魂がないのです。プロですからテクニックは相当なものがあります。しかし勢いがない、力がないということになってくるのです。もうひとつは色です。色はどのように真似しようとしてもやはり不自然さがでてきてしまう。どこま

でも、その人固有のものなんですね。

これは偽物の話ではないんだけど、カミーユ・ピサロという印象派の画家がいて、お孫さんのクロード・ピサロもやはり画家なんです。自黒の写真で見せていただいたら、構図も主題もそっくりなんです。ところがカラー写真で見ましたら、色が全然ちがうんです。

自分の心の中にあって、表現しようと思うものを、どのように絵の中に出すか、それがその作家が世の中に受け入れられ残っていくかのポイントになるんでしょうね。そういう作品をご覧になると、落ち着くとか勇気がわくとか、何か訴えるものがあるのだと思います。

佐多:それに関して思うんですが、美術館に行って鑑賞するというのも大事だけれど、自分で買ってみたいということが本当に美術をみる目を養うことになるんでしょうね。

長谷川:そのとおりです。やはり買うということは凄く勇気のいることです。見る目が真剣です。それに比べて例えば評論家の先生方は、ある時には非常に奇抜なことをおっしゃいます。人が言わなかったようなことを批評しようということもあるのでしょう。でもコレクターの方というのは自分のお金ですから、一生懸命に見てお買いになるのです。

いま売れる絵は「商業主義に乗ったものだ」などおっしゃる向きもありますが、でもいま売れるということは、誰かに確実に共感を与えたわけです。そういう意味から、「売れる絵だから芸術性が高くない」とは必ずしも言えないのではないのでしょうか。絵に対して好き嫌いというものはあるけれども、多くの人がいい絵だな、という場合はどこか共通性があるものです。いい絵、本当に好きな絵に出会いますと、なにかゾクッとします。絵にはその作家の永遠の生命が込められているのです。

*1972年開館。茨城県笠間市笠間978-4

NEW TECHNOLOGY

血圧測定の新しい波 —加速度脈波

高沢 謙二

たかざわ けんじ

埼玉県出身。1979年、東京医科大学卒業。93年より、東京医科大学第二内科講師。現在、心臓カテーテル及び心エコー部門のチーフを勤める。



サイレント・キラー（静かなる殺人者）と呼ばれる高血圧は、はっきりとした自覚症状がないために、悪性の場合では放置すると1年以内に腎不全、心不全、脳卒中などで死にいたる病である。

加齢とともに血管はどうしても弾力を失い堅くもろくなる。そこにサビのようにプラークが付き、血流への血管の抵抗が増加するのである。よく、年令に90を足すなどといわれるが、WHO世界保健機関によると、収縮期最大血圧160以上、拡張期最低血圧95以上が本態性高血圧である。悪性高血圧は拡張期が130以上のものをいう、中年になったら、常に血圧への気配りを怠ってはならない。

ところでこのような血管の状態が心臓に負担を与えていることについて、いわゆる「上と下」という形の血圧の数値（収縮期血圧と拡張期血圧の値）だけを問題にするということは、「サッカー場に行って、サイドラインばかりを見ているようなもの」(1)という。では、試合の中身を見る方法は……？東京医科大学第二内科の高沢謙二先生は、血圧を拍動する波形で表し、それを解析して中枢と末梢の脈波の違いを明らかにすることに

よって、心臓に対する後負荷（afterload）を数値化することに成功された。これが加速度脈波で、循環系の簡便で新しいモニタリングの方法として、いま注目されている。

先生はいつごろから、この研究をお始めになったのですか。

高沢：12年程前から、動脈インピーダンス（交流の抵抗）の研究をしていました。人間の血流は一定（直流）ではなく、ドクン、ドクンと、絶えず拍動して押しよせて来ますね。それは脈波として、一拍ごとに繰り返すポコン、ポコンとした波形に表されます。心臓病あるいは加齢や動脈硬化によって血管の抵抗が増したとき、脈波の波形にはどう表れるのだろう……。いろんな波形があります。前の方が高かったり、後の方が高かったり、あるいは一体どこが変曲点なのか判りにくいものもあります。

波形パターンの分類から、インピーダンスの変化は微分を使ってもっと簡単に表現できるとわかってきました。血圧の波形は、収縮期に高く、拡張期には低く表れますね。収縮期最大血圧が、いわゆる「上」と呼ばれている数値ですが、収縮期には前期と後期がある

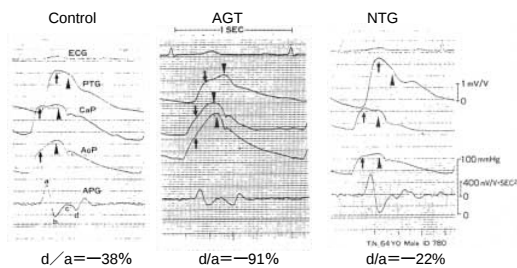


図1:それぞれの脈波と加速度脈波の変化

上段から指尖容積脈波 (PPG)、頸動脈波 (CoP)、大動脈起始部血圧 (AoP) の同時記録波形を示す。左のコントロール状態の記録に比べて、中央のアングiotensin 投与後血圧が上昇した時には、それぞれの波形で収縮前期成分 (↑) に比べ収縮後期成分 (▲) の上昇が認められる。一方ニトログリセリン投与により血圧が下がった時には、それぞれの波形の収縮後期成分の減少が見られる。一番下段の加速度脈波 (APG) は、4つの収縮期成分 (a波: 収縮初期陽性波、b波: 収縮初期陰性波、c波: 収縮中期再上昇波、d波: 収縮後期陰性波) により成るが、AGT による血管収縮後の昇圧時の波形パターンの特徴は、a波に対してd波が深くなる、すなわち d/a が低下することである。一方NTGによる血管拡張に伴う降圧時には逆にa波に対してd波が浅くなる、すなわち d/a の上昇がみられる。
(『ICUとCCU』Vol.17, 4, 1993)

のです。この収縮期前方成分が、左心室から動脈血がドッと流出したときの圧波、そして後方成分が末梢血管からの反射圧波です。前方に比べて後方がどれくらい高いかによって、血管の抵抗が表現されるのです。

脈波はどうやって測るのですか。また、測定する場所によって波形は違うのでしょうか。

高沢: 日本でも70年ころから行われていた、光のセンサーを使う指尖容積脈波でもできますし、頸動脈波と言って、マイクロフォンを頸部につけて測定することもできます。観血的あるいは非観血的な血圧波形でもよいでしょう。どこの波形でも使えます。

ただし、場所によって波形の特性があります。大動脈の中核である起始部の波形と、腕とか足とか、末梢部の波形は違う。それが一番大事なことです。

多くの場合、心臓を出た直後の波形では収縮後期の成分 (図1の▲) が高い。ところが、末梢では収縮前期の成分 (図1の↑) が高い。例えば運動をすると、血圧が、220位まで上がると言われていますが、そんなときでも心臓の中核ではほとんど上がっていない場合があるということが分かってきています。ですから、心臓に負担がかかって、心臓肥大や心不全の一番の原因になるような圧力は、実は通常の腕で測る数値だけでは分からないということが起こってきます。つまり、最大血圧140といっても前期でなのか、それとも後期でなのか、あるいは測定された場所がどこなのか、それらによって評価が全く違うのです。

血圧の波形にはその人の血管の状態がでるんですね。

高沢: そういことです。波形の立ち上がりの部分は伸展性を表し、器質的な加齢に伴う変化を示すとか、あるいは後期の再上昇波が高いのは、末梢からの高反射波ですから、血管系の緊張が高いということがいえるでしょう。

降圧剤によって、また食事療法や適度な運動をすることによって血圧が下がると、脈波のうえではどう出るんでしょう。

高沢: まず加齢にともなう血管系は自然に堅くなって、収縮期血圧の後方成分が上がり、心臓に負担がかかっていきますね。これが心臓の後負荷 (afterload) です。言ってみれば血管系が心臓に対して、“おまえ、そのへんにしとけ、そのへんにしとけ” ってサインを送っているわけです。で、血管系を若返らせるということは、この後負荷を下げて行くということであり、心臓の若返りにもつながるのです。例えばいま話題になっている、心臓の肥大をとるといわれているACE (angiotension - converting - enzyme) 阻害薬でも、a波に対するd波がどんどん変化して、この変化さえみれば効果が解るということがあります。つまり d/a というものが、血管系の後負荷を表すいい指標になっていて、a波に対するd波は、加速度脈波による後負荷指数 (afterload - Index) というわけです。

中枢だけを見ていては、逆に分からないことですね。

高沢: 実は私自身も、「末梢には、多くのファクターがありすぎる。末梢で見たってしょうがない」と思っていたのです。ところがだんだん、末梢のリミテーションさえ押えれば、ちゃんともの言えるということが分かってきました。それが、2次微分して得られた加速度脈波というわけです。

そこでもう一度、心臓の最終的な役割というものを考えてみると、末梢まで血液を送り出してやるということです。心臓収縮のかたちがどうか、効率がどうかではなく、あらゆる臓器まで、指さきまで、酸素を届けてやることです。ですから指尖の脈波というのは、心臓がきちんと血液を送り出しているかが見られるとともに、波形から中枢の様子が分かるのです。決論的には“Look between the lines!”です。「上と下」の値だけでなく「中の試合を見る (脈波を記録する)」ことが大事です。

70年代には脈波の解析が日本でやられていたのです。しかし心エコーなどの新しい方法が出てきて現実的に心臓の収縮などが解るようになって、あまりやられなくなりました。

しかしマス・スタディーというか、病気になる可能性のある人を早めに見つけて予防したりという中では、より簡単に測れて評価できるという方法が大事です。特に加速度脈波は日本がオリジナルなものです。この春の国際高血圧学会のサテライト・シンポジウムで発表した時も大変注目されました (2)。これから一つ一つの波形のもつ意味が分かってくるとますます発展すると思います。

(1) Michel O'Rourke: “Arterial Function in Health and Disease”

(2) オーストラリアのシドニーで開催。また本年暮のアメリカ心臓学会及び、明95年パリで開かれる血管系の国際学会でも発表される。



臓器移植法案 について

大井 玄

おおい げん

東京都出身。63年、東京大学医学部卒業。東京都立衛生研究所環境保健部研究員などを経て、78年より東京大学医学部衛生学教室助教授。現在、東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻教授。

私は東大の国際保健という大学院に所属するが、社会学と国際保健の立場から臓器移植法案について意見を述べたい。私の現在の意見は、ごく慎重な臓器移植を容認するものの、そのための立法措置は必要ではない、というものである。私の論点を三つに絞ろう。

(一)

まず第一に、「文化を変えるには用心深くあれ」という点である。人間はどの民族も命の誕生と死に特別な意義を認め、儀式を行ない、それを文化として継承してきた。社会的な死の認識もそれに入る。民族の固有文化に対する思い入れの強さを示す事例は、歴史に多く認められる。旧約聖書マカバイ記によれば紀元前二世紀にユダヤ人たちはその支配者のアンティオコスに対し反乱を起こし、勇敢に戦い、一時エルサレムをも占領した。この反乱の理由は、アンティオコスがユダヤ人たちのヘレニズム化を急ぐあまり、彼らが受け継いで来た出生の儀式、つまり一つには割礼を禁じたからであった。「たかが割礼のために」と思うだろう。科学的合理主義の立場からは、理解し難いかも知れない。しかし文化とは、いや我々が生きていく実存とは、しばしば合理主義的分析を超えるものである。

日本の文化にも同様の部分が認められる。日本人は人がなくなると死体をご遺体と言い、深い敬意を払ってきた。これは死体をcorpseあるいはdead bodyという単純な言語表現しか持たない文化圏の人間には、理解し難い。たとえば脳死体を単なる物体と見做すならば、これにがんなどの病気を起こしたり、薬の毒性を試したり、ホルモンの製造工場として利用することも可能だろう。しかしもし私たちがそれを「無惨な」とか「いしからぬ」と感ずるならば、私たちに遺体に対する畏敬の念が残っていよう。実際、科学中心の教育を受けてきた現代日本人たちも、一旦その家族を事故や災害で失うならば、

その遺体や遺骨を収集するためにあらゆる努力を払う。文化人類学者波平恵美子が旧航機墜落後に観察した日本人の行動はそうであった。また、戦後数十年過ぎても南洋の島々にあるいはシベリアの奥地に、日本人は遺骨を収集しようと出かける。通常まったく合理的な生活を送っているのに、なぜ事に当たって突然私たちは遺体を整え、遺骨を集めようとする激情にとらわれるのか。これは、肉親の死によって無意識の領域から発動されて現れる「何か」であり未だにきちんと解析されてない力である。つまり脳死を前提とする臓器移植法案には、私たちが受け継いできた、このような私たちの深層心理にまでまたがる死の理解(それも文化と呼ばれるが)を変えようとする意味合いがあることである。

(二)

第二に「有益な医療技術とあまり有益でない医療技術」という社会医学的功利主義の立場から、この問題を分析しよう。有益な医療技術とは何か。それは効果的であり、安く多くの人が利用できる技術である。つまり大きな利益を多くの人にもたらすものである。たとえばペニシリンなど一部の抗生物質はそうであった。これに対しあまり有益でない医療技術とは、有効性がはっきりせず、高価であり、しかも限られた人しか利用できないものだろう。さらにその利用が他人の犠牲を伴うことがあれば、その有益さはさらに減少しよう。心臓移植などはそのようなひとつだと思われる。移植後の平均生存期限は短い、一件につき数千万から時には1億というような費用がかかる、そして人類的に見てごく一部の人しか利用できない。アメリカでは年に2,000近く心臓移植が行なわれるが、そのアメリカでは人口2億5,000万人のうち4,000万人に医療保険がなく、5,000万人が医療のごく一部をカバーする保険しか持っていない。つまり約9,000万の人々は満足に医療の恩恵にあずかれない。ましてや臓器移植を受けられない。しかもアメリカは世界の医療費の40%を使ってい

るのである。さらに臓器の提供者（ドナー）を見ると、彼らは事故や犯罪で死んだ者が多い。アメリカの事故と犯罪統計を見る限り、若く貧しい者がドナーであると推察される。貧しい者が臓器を提供し、富める者がそれを利用するという認識が、アメリカでも広がるならばドナーの数は減少して行かざるをえないだろう。アメリカの高度医療は、ぶくぶくに肥った糖尿病患者がその病のため足一本腐りかけ、切断しなければならぬのに美容整形を顔にほどこそうとしている姿を連想させる。

さらに臓器の売買がある。昨年8月、臓器目的で赤ちゃんの売買を行なうブラジルの犯罪組織が摘発されたと報道された。生後15日の乳児を約200ドルで買いドイツに輸出し、臓器移植に必要とされる心臓や腎臓を提供するのである。心臓は約8万ドル、腎臓は約3万5,000ドルで売られる。つまり片方に臓器を必要とし、それを購入者が存在し、他方ではそれを供給しようとする人が存在する限りは、臓器にはマーケット価格が生じる。インド人の臓器はヨーロッパ人が、中国大陸の臓器は台湾人が移植してもらうという構造は、すでに定着しているようにも見える。臓器移植にマーケット性がある限りは、今後途上国の子供たちが誘拐され、その臓器を金持ちが買う例はもっと増えるだろう。

有益な医療技術の例を挙げると、日本でのB型肝炎のワクチンの新生児への接種がある。これで将来肝硬変や肝ガンなどを起こすキャリアの数が、私たちの世代の人口の約2%からその百分の一まで低下した。B型肝炎のワクチンの値段は、一人わずか数百円。しかし東南アジアではキャリアが10%を超える地域もあるが、このわずか一人数百円が捻出できず、接種計画が頓挫している。また中国、ベトナムなどの国々で行なっているポリオのワクチンは約10円だが、この地域では近い将来ポリオは根絶されるだろう。さらに現在世界では、1日に約5万人の子供たちが下痢症で死んでいるが、これは少量の塩と糖分とを加えた水分を補給するだけで大部分は助かる。一人の心臓移植にかかる費用があれば、途上国では何万何十万いや何百万人の命が助かる。したがって心臓移植は、たとえその医療成績が今後改善されるとしても、その費用、その利用する者という点から、そしてさらに潜在的な犠牲者を伴うということから、有益な医療技術とは言えない。

（三）

三番目に、「貪り」という点から考察したい。私たちのグループは途上国に行くことも多いが、バングラデシュの漁民たちはベンガル湾で採ったエビを「すべて」日本に輸出している。そして彼らはもっとも安いお米だけを食えることになる。例えばバングラデシュのある地域で野原で働いた日当は40円。これで家族5人が食べている。そのためタンパク欠乏も起こり、一旦結核などになると死ぬ率は格段に高くなる。また、飢え

た子供たちの姿で知られるあのエチオピアも低地に行くと緑したたるコーヒー園が広がる。しかしそのコーヒーも、換金のため先進国に輸出されるので、その食生活はやはり貧しく、貧乏人は飢えている。今トリ肉1kgを得るには穀物2kg、ブタでは4kg、牛肉では7kgが必要である。私たちがおいしい物を飲み食いするのは、途上国で飢餓と栄養失調を、そして死をもたらすような経済構造により可能になっている。

それどころではない。私たちは直接的に人をも殺している。第二次世界大戦直後、国土の40%を失い、在留邦人650万人が帰国し、1946年から3年続いた第一次ベビーブームによって毎年100万をはるかに超える子供が生まれた時、（同時に外地で強姦され妊娠した女性たちが戻って来たあの時、）日本は妊娠中絶を合法化した。優生保護法が通過して10年以内に、中絶件数は3,000万件に達したと推定される。（これは日支事変、第二次大戦の日本人の死者より何倍も多い。）このような法的対応は当時世界中の非難を浴びた。もっとも声高に日本を非難したのはアメリカであった。しかしその後世界のほとんどの国で同様の対応を迫られている。1991年には日本では40万の中絶件数であったのに、アメリカでは150万の中絶があり、その8割は未婚の女性である。ロシアでの妊娠中絶率は日本の10倍近い。つまり、生きている者は生まれて来る者を殺し、富める者は貧しい者を死に追いや、そのようにして人間は生き延びて来ている。

今、心臓移植で治るかも知れない人がいる際、私たちは何とかして救おうという気持ちに駆られる。キリストは自分の身を犠牲にして人類を救おうとした。仏教でも我身を飢えた虎に食べさせる慈悲が説かれている。しかし他方では、仏は、「貪るなかれ」と説いている。たしかに人間は生きたい。生きたいものならば生きたい。わが子を救いたいという気持ちを持っている。しかし、もしある特定の人の命が、この世の中の何十万人という人命にもまして大切と言うのなら、私は賛成できない。いや、まずはともあれ、私たちが他の動植物の命、さらには人間の生命を犠牲にして生かされている存在であることを認識すべきだと考える。もしこの認識に立つならば、そして今後人間と人間、人間と他の生物との「共生」を目指すならば、2,500年前のブッタの「貪るなかれ」という教えはまことに適切であろう。

まとめると今回の臓器移植法案は我々の大切な死の文化を著しく変える恐れがあり、あまり有益ではない医療を助長する恐れがあり、そして長い意味で地球上の共存共生という目的に抵触する意味があると思われる。そのような効果が予期される法は、たとえ善き意図をもって作ろうとするにせよ、極めて慎重な扱いが必要であろう。

AIR MAIL

チューリッヒにて 最近考えること スイス便り(その1)

米川 泰弘

よねかわ・やすひろ

1940年、三重県生まれ。64年、京都大学医学部卒業。京都大学医学部助教授、国立循環器病センター・脳神経外科部長などを経て、93年より、チューリッヒ大学脳神経外科主任教授。



「人間尊重」

《Der Mensch in der Mitte》。チューリッヒ大学病院紹介のパンフレットの表紙にこの言葉が添えられている。日本語に訳せば「人間尊重」とか「人が大切」という意味であろう。この病院の創設は1204年にさかのぼるが、近年はこのモットーのもとに病院づくりがなされている。病院を単に治療・療養の場として位置づけるのではなく、療養しながらも生活するところと認め、そのためのいろいろな配慮がなされている。日本から見学に来られた方々はこのような根本的なコンセプトとその実践に感銘を受けて帰られることが多い。

例えば、部屋の扉は冷たいサッシをさけて暖かい感触の木を主に使っている。また、チューリッヒ湖を見下ろす各階の一番よい一角には病室を作らず、患者と家族との談笑の場を設けている。カフェテリアをあちこちに作り、同じく入院患者、訪問者、病院職員の憩いの場を提供している。病院のなかに専用のラジオ放送局を作り、DJを流している。都心にもかかわらず広くスペースを取った庭園は常に手入れが行き届き、芝生や木々の緑と色とりどりの花々がいつも心をなごませてくれる。MRI(各磁気共鳴映像法)などの新技術の取り入れのためにスペースが必要になっても庭をつぶしたりしないで、それを地下に設置して解決しているのである。院内では広いフロアを利用して時々コンサートが行われることもある。病院の中には礼拝堂もあり、誰でも心の平安が必要な時には祈ることができるし、神父さんも病室に出入りしている。

また、理学療法士、作業療法士の活動は大変充実していて、患者の状態が良好であれば、彼らの仕事は手術直後から早々にIPS(集中治療室)で開始される。すなわち手術直後から、一日も早く元の生活および社会復帰ができるようにするための準備、訓練が始められるのである。身体的トレーニングだけでなく、社会福祉士が病室によく出入りして退院後の生活について相談にのってくれる。

「扶氏医戒の略」

さて、このようなことは確かに何もかも結構なことばかりなのだが、上述のモットーの「人」とは誰を指すかについて、実は最近しばしば考えさせられている。病院の運営部の中枢で広報を担当しているS氏に、ふとした機会に“der Mensch”の「人」とは患者のことか、それとも職員を含むのかと聞いてみた。彼はちょっと考えて、それは両方であるという答を返してきた。

私といえば、緒方洪庵が「扶氏医戒の略」に述べていることに同感して、医師はつねに病める人々の側に立ち可能な限りの献身をすべきと考えているだけに、ここでも当然、「人」とは病める人のことを指すのだと思っていたのである。私がチューリッヒ大学に赴任して一番最初に看護部、運営部の人々に私の脳神経外科運営方針として講演したことは次の2点である。「常に患者第一と考えること」「皆さんからの建設的な意見には耳を傾ける用意はあるが、仕事が多すぎる、仕事を減らしてくれなどという要求のある大勢との討論には応じるつもりはない」。

ところが最近、看護部の首脳は「教授は患者第一といって、私どものことを考えてくれない」といつてきた。そうではないが、健康で働ければそれが一番充実した人生ではないか、それが私どもの職業ではないかと応えた。しかしこのような声が出てくる背景には、実は、私がこちらに着任してから、当科への緊急患者の搬送が大変多くなったことがある。

超過勤務

私の方針で、紹介医からの要請があれば、当直医と紹介医との討論を禁じ、必ずそれに応じて患者を速やかに搬入させることにした。そして、迅速に検査を施行し診断を下した後、治療の必要なものは当科で治療する。そのケースが脳神経外科での治療に属しないと判明した場合には、

紹介元に返送するか、直接適当な他科に転科する。これを徹底させたのである。この方法を、もともと私はここチューリッヒで20年程前にたたき込まれたのであるが、今もそれが大学病院としての機能であり、最も良い対応と考えている。

その結果、急性期のクモ膜下出血をはじめ、あつかう症例が私の着任前よりずっと多くなった。患者はチューリッヒ州内のみでなく他州、イタリア、トルコ、スペイン、エジプト、アラブ首長国連邦からも送られて来る。このような遠方からの緊急患者はヘリコプターで運ばれ、直接病院屋上に着陸する。手術になる場合には準備を完了しておき、1時間以内に執刀開始の体制にある。手術数は年間100程増加し、本年は年間900を越えることが予想される。それにつれてスタッフの仕事は多くなる、手術場のチームの超過勤務は増える、IPS病棟の看護婦の仕事は当然多くなる、秘書のタイプ仕事も断然増えてくるといった具合である。

始めは息をひそめて見ていた職員たちの中から、こんなに仕事が増えては自分たちの身体がもたないとか、患者の治療・看護に責任がもてないなどという声も出てきた。一年契約の助手のドクターたち（専門医の資格をとるために他科から働きに来ている）の一部は、忙しいだけでトレーニング体制ができていないと言って早目にやめて行く。さらには労働時間が多過ぎると、助手たちで作っている団体の弁護士を介して抗議してくる始末である。

対応

私は当科では、理論を含む教科書的なトレーニングは学生時代で終わり、こうして沢山の症例（当然のことながら一つとして同じ症例はないのであるから）を前にして、遅くまで身を粉にして働くのが我々のところでのトレーニングの大きな部分を占めるのであると丁重に返事を書かざるを得なかった。そしてまた、2つある脳神経外科専用の手術室では少なくとも1室は午後4時までに終わることを手術場看護婦に不文律として約束した。

IPSには上記救急患者の8ベッド用に最新の心電図、血圧、脈拍などのモニターを入れたものの、看護婦の定員がなかなかまらないうって6ベッドのままである。確かに彼女らは、余り仕事がついと自身も病気になる、手術室もIPSも本当に機能しなくなるのである。また、上記の看護婦の定員に満たない理由はいろいろあるらしい。まず、できるだけ集中治療室看護婦として訓練された有資格者だけを採用すること、履歴書、推薦人、推薦状が看護部幹部のお眼鏡にかなうこと、余りに厳しい仕事を敬遠して応募が少ないこと、などであるという。

こういう実態に直面すると、私の前任地の国立循環器病センター（大阪）の集中治療室の看護婦たちが、ここより

少ない定員で勉強会を開きながらお互いに切磋琢磨し、忙しい忙しいと言いながらも、それこそ緊急患者を待ち構える体制を作っていたこと、そして9ベッドの患者がすべて気管内に挿管された状態、あるいはバルビタール昏睡療法となってその管理が大変になっていてもその職務にベストをつくす姿勢でいたのを、つくづくありがたく懐かしく思い出すのである。

“anspruchsvoll”と「吾足るを知る」

さて、このようなズレや食い違いはどこから来るのであろうか？この頃、私はドイツ語の“anspruchsvoll”ということ、「吾足るを知る」ということを対比して考えてみている。彼等の生活態度の違いの根源が、どうもこの辺にあるのではないかと思ってみることがある。ドイツ語の“anspruchsvoll”は辞書で引いてみても余り適当な訳語が載っていないが、「要求度の高い」、とか「何かにつけて注文をつけるうさぎ型」というほどの言葉である。スイスはヨーロッパの中で、永く戦争を経験せずに、しかし国を守る兵役を義務として国民に課しながら、富を蓄積し国民の生活水準を高めてきた国である。その中で住むものとして、より高いものを求める—anspruchsvoll—のは当然であろう。かくして彼らの主要な関心は日常生活に向けられているのであろう。より少ない労力で高賃金を得て、より快適な生活を送ろうとするのではないだろうか。

病院もその快適な生活空間作りの一環である。彼らにとって遠い国から着任した私はいえ、精神の安寧を求める「吾足るを知る」の老子の教えに共感を覚え、また100年以上も前の緒方洪庵の教えを金科玉条にして、脳神経外科教室や病棟の運営をしようとしているのである。私の観点からは、彼らは討論が達者なばかりで働かない、彼らにすれば私は患者のことばかり考えて職員のことを顧みないということになるのである。

「中庸の徳」

そこでもう一度よく考えてみると、冒頭に述べた、彼ら運営部の考えによる病院生活空間の快適さ作りのどの一つをとっても、患者にとってありがたいものばかりである。確かに、ただ忙しい忙しいで毎日が過ぎて行くと、肝心の看護がおろそかになったり患者とのコンタクトが心のこもらない機械的なものになってしまう恐れもあるであろう。

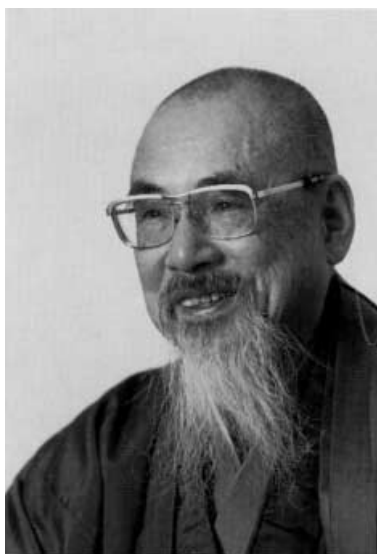
いずれにしても、双方がそれぞれの考えを主張し続けるのみではことは解決しないし先にすまない。『菜根譚』の「中庸の徳」ではないが、ここはうまくチームの舵とりをして、調和のとれた病棟づくりをやっていくほかはないと思っている。（続）

FAITH

キリスト教と仏教の共通の根拠

一禅者から キリスト教徒への提言

スイス・ツークで開催された第1回キリスト教・仏教
対話集会における講演(1994年7月)より抜粋



秋月 龍珉

あきづき・りょうみん

1921年、宮崎市生まれ。東京大学文学部哲学科卒業。同大学院修了。花園大学教授・埼玉医科大学名誉教授・禅僧。著書に、『秋月龍珉著作集』全15巻、『道元入門』『公案—実践的禅入門』『禅門の異流—一休・正三・盤珪・良寛』『禅仏教とは何か』『世界の禅者—鈴木大拙の生涯』『正法眼蔵を読む』『新大乘—仏教のポストモダン』など多数。共著に八木誠一博士との宗教哲学討論集『親鸞とパウロ』『禅とイエス・キリスト』『ダンマが露わになるとき』など。

はるばる日本の東京から参りましたゼン・マイステル秋月龍珉と申します。本日こうしてお招きにあずかり、皆様とお目にかかれましてことに感謝いたします。

私はまず、30年まえの第二バチカン公会議が人類に与えた偉大な恵みに心から敬意を表します。このカトリックの世界的な会合におきまして、エキュメニカル・ムーブメントと呼ばれる決定がなされました。これは唯物論に立ち向かうためには、同じイエス・キリストを信じるクリスチャンが、カトリックとプロテスタントとギリシア正教に分かれているのは望ましくない。世界教会建設の運動、ないし「教会再一致運

動」を進めなければならないという重要な決定です。と同時に「諸宗教の対話」という路線が、そのとき初めて打ち出された、誠に記念すべき会合でありました。

それまでのカトリックは、カトリックの信仰だけが人類普遍の真理であると主張していました。もしそうであるならば、「君たち異教徒は、悔い改めてカトリックになれ」というしかありません。これを突き詰めますと、十字軍のような痛ましい宗教戦争を肯定する考えにつながります。それでは地上には永遠に平和は実現できません。これに対して、日本の上田敏という詩人が次のような詩を作っています。

FAITH

キリスト教徒 血に渴き
群羊守る力なき
異教の民の声呑むを
……
架れ主のごとく十字架に

キリスト教の信仰を世界に伝えるという美名のもとに、血に渴いて戦争をおこした。異教徒たちはただ声を呑むだけだ。しかし、そんなことが許されるはずがない。真のクリスチャンならば、宗教を弘めるために戦争をするより、主イエスのように自ら十字架にかかって異教徒を救うべきではないか。戦争による宣教など、もってのほかだ。愛の神は決してお許しにならないだろう……というのです。

しかし第2バチカン公会議の決定によって、「教会再一致」と「諸宗教の対話」の路線が開かれて以来、人類は大きな幸福を得ることができました。愚かな宗教戦争はこれではっきり終結宣言されました。私はこれを人類への大きな恵みと信じます。

そしてこの30年、キリスト教徒と仏教徒の間に思想的な対話が進み、そこに宗教者としての交わりが急速に開けたことはご承知のとおりであります。3年あるいは4年おきに日本の禅僧がヨーロッパの修道院で修道士の生活をする。そしてヨーロッパの修道士の方々が日本の禅寺で坐禅を体験されるというような、東西霊性交流が真剣に続けられております。私はこれを、神の国を地上に建設する努力と考えます。

実は第2次世界大戦以前から、日本のカトリックには二人の優れた神父さんが禅仏教に深い関わりをお持ちでした。お一人は上智大学のデュモリン神父です。デュモリン先

生は「自分はカトリックの信仰を持っているのだから、宗教者として信仰そのものについて仏教に学ぶ必要はない。けれども私は禅ブッディズムの哲学思想と、そこから出てきた禅の芸術というものに深く感銘をうけた。だから、禅ブッディズムの思想と芸術をヨーロッパのキリスト教世界に伝える努力を、戦前から続けてきた」とおっしゃいました。私はデュモリン先生の明確な姿勢に対し、心から尊敬し感謝しております。

もうお一人は多分、同じイエズス会の司祭だと思いますが、ラサール神父さんです。この方は戦後日本に帰化されて愛宮真備^{えのみやまき び}という日本名で生きた方ですが、ラサールさんはデュモリン神父さんとは少し行き方が違って、戦前から禅宗の伝統的な一宗派である曹洞宗の中で坐禅に打ち込んだ方です。ラサール神父は「自分はカトリックの司祭として、神人合一の深い境地に入りたいのだ。絶対者の神と相対者の人間が一つになる、信仰の究極の境地を得たいのだ。しかし西洋の伝統にはそういう方法がなくはないけれども、あまり発達していない。自分は神人合一の境地を得たいから、東洋の坐禅の道を学び、それを体得しようとして戦前から禅寺で坐禅を実践してきたのだ」と、こう言われました。これはクリスチャンとしての立場をもって禅に入って来られたわけで、私はこれも筋がとおっていて、ありがたいことだと思っていました。

デュモリン神父の禅の思想と芸術、ラサール神父の坐禅の実践。これはともに世界カトリックの20世紀の新路線の貴い先達であり、感謝すべき業績でありました。
(次号に続く)

LOVE

メイヨー・クリニック・メソジスト・ホスピタルでの30日間(その2)

田中 美智子

最後の診察:もう病人ではありません

4月も半ばを過ぎたとはいえ、大雪の降った翌日の20日が、ドクター・ペインの最後の診察となりました。先生は、「今日であなたに対するメイヨーの治療は終わりました。もう病人ではありません。ですから薬も出しません。緊急の場合には、夜でも電話していただいかまいませんが、下痢や便秘、消化不良といったことでは駄目です。あとは自分で自分の状態をしっかりと観察しながら、健康管理していくこと。あなたがこれから立派にやっていけるということは、この30日間の入院生活で証明されています。もう明日日本へ一人で帰っても大丈夫です」と、穏やかにおっしゃるのでした。正直言って「薬も出しません」と言われた時は慌てました。この下痢の連続はどうなるのだ……と不安でした。しかし後になってみると、ひたすら薬に頼るのではなく、自分で自分の健康管理ができたことは、その後“自立して生きる”糧になりました。また、リンパにガン細胞が見つかったので、最後にレントゲン科へ回され診断を受けました。検査結果はコバルトをかけるべきかどうか微妙なところで、レントゲン科の部長先生、ドクター・ペイン、私の間で話し合いが持たれました。最後はドクターが「執刀医の“勘”としては、この際副作用のあるものは何もしない方が良く思う。それに放射線は日本でもできるので、帰って日医大の先生ともご相談なさったらいかがですか」とおっしゃいました。結局、日医大の先生方も執刀医の“勘”を尊重しようということで、私も納得し、コバルトも抗ガン剤もやりませんでした。薬の使用を慎重に考え、人間が本来持っている回復力をまず引き出すことの重要性を、身をもって学びました。

これまでのお話では、少し厳しい側面を強調しすぎてしまったかも知れません。スパルタ式特訓の毎日だったと印象を持たれた方もあるかと思います。確かに、これをやりなさいというドクターの指示に対しては、話し合って折り合いをつけて行く、といったようなことはありませんでした。そのときどきに、私自身は満点しか許されないのだ、と全力をあげざるを得ません。でも、こうすることによって一つ一つをクリアで



たなか・みちこ

1934年、東京生まれ。東洋英和女学院より、アメリカ・イリノイ州ノックス大学へ留学し、57年、同大卒業。主婦。

きたことが、次の問題にとりかかる時の自信につながりました。あの厳しさが、私の甘えを切り捨て、早い回復につながったのです。

とりあえず、直接的な治療方針、あるいは病院の姿勢という面でのお話を先にしましたが、こうした面をフォローするさまざまなことにも、私はとても深い印象を持っています。最も大きなことといえば、医師団と早い時期から信頼関係が樹立されたこと、そしてナースをはじめ、看護にあたって下さった方々の行き届いたきめ細やかなケアがあったことです。

対話:何でもいいから言って欲しい

少し具体的にお話してみたいと思います。医師団との交流は毎朝7時にアシスタント・ドクターがいらっしゃるところから始まります。その日の様子を聞かれ、8時頃にはドクター・ペインがいらっしゃって、私の手を握り、「さあこの24時間のことを話して下さい」とおっしゃるのです。最初の日、私は何を言ってもいいのか分からず黙っていると、ドクターは困ったように言われました。「何でもいいから言って欲しいのです。こちらの考えだけで動きたくありませんから。個人個人で違うことがたくさんあるのです。英語を話すのは大変かもしれないけれど、頑張って下さい」と。「何でもいいから言って欲しいのです」。この一言で心を開かれました。何でも聞いていただける、そう思ったのです。医療の側からすると、切った、はった、薬を出した、回復したで終わるのかもしれませんが、患者にとっては医師との“やりとり”が入院中のことだけでなく、その後の人生にかかわることにもなるのです。それから退院



外来診察室



メソジストホスピタルの患者

までの30日間、土日以外のほとんど毎朝、10分から15分くらい、私はドクター・ペインとの対話の時間をもちました。時には、病気の話だけでなく、私の家族のことや、着ているパジャマの色のことなどさまざまで、心が和むひとときでもありました。病気のことに限っては、どんな質問にも納得いくまで説明して下さったので、不安定になりがちな患者にとっては何よりの安定剤の効果があったのではないかと思います。このドクター・ペインとの会話を通じて、私はメイヨーの医療の底流をなすものは、“個”を大切にすることだと分かりました。食道ガンの患者は“みな同じ”というのではなく、私という個人をしっかり見つけ抱きとめて下さったのです。

信頼関係とインフォームド・コンセント

医師と患者の間に結ばれる信頼関係を、医師がいかに重視しているかということは、メインの手術の後、2回の縫合手術を追加して行わなければならないとなったときの対応にもよく示されました。私のところにいらしたドクター・ペインは、「私たちの力及ばず、申し訳ありませんでした。一度で済ませるべく全力を尽くしたのですが、首の左右両側にリークが見つかったのです。胸骨の後ろで縫合する難しい手術とはいえ、残念です」と深々と頭を下げられたのです。まさか3週間のうちに3回も手術を受けるとは夢にも思っておりませんでしたから、最後の手術の前にはかなり落ち込みました。しかしこの時にも医師団に対する信頼は全く揺るがなかったのです。医師自らが、その時その時の状況をきちんとお話しして下さいます。事前にどのような治療が施されるかを説明されることによって、患者である私も自分なりに、どういう状況にあるのか、どういう処置が行われていくのかを理解して、精神的なゆとりというべきものもたらされたと思っています。

現在日本で盛んに言われているインフォームド・コンセントは、何か「病名の告知」のみを意味するようなトーンがありますが、実は病気の進行状況、治療や看護の経過や内容、あるいは将来の見通しなど全てを患者に説明することをいうのだと、実感しました。

また、メイヨーでの手術前の検査結果や、3回にわたる手術とその直後の様子は、その日のうちにドクター・ペインから日本医科大学付属病院に報告され、そのコピーが私の枕もとに届けられていたこともご紹介しておきたいことのひとつです。

話はちょっとそれますが、先生方にお会いできる楽しみの一つに毎朝のドレスアップがありました。英国紳士のドクター・ペインは背広だけでなく、ワイシャツ、ネクタイ、カフスボタンを毎日のように替えていらっしゃいました。フランス人形を思わ

せるアシスタント女医ドクターは、取っかえ引っかえ素敵なスーツ姿で現れました。外界を感じることでできるものは何でもとても嬉しかったのです。また先生方が大変身近に感じられ、朝一番明るい気持ちになったことを憶えています。

明るく元気なナースたち

さて、私が感じたきめ細かなケアとはどのようなものであったか、もう少し詳しくお話してみたいと思います。まずはナースのことですが、私が一番驚いたのは、大勢の方々が入れ替わり立ち替わり看護にあたったということです。朝8時から夕方4時まで、4時から夜12時まで、12時から朝8時までと三交代のローテーションが組まれているのですが、一週間に一度の人、二～三度の人、あるいは夜だけのパートの人などさまざまです。男性のナースのお世話にもなりました。こうして考えてみますと、30日間に私がお世話になったナースは、一度しか会っていない人も含めると大変な数になりそうです。定期的にお世話になった方々でも、四～五人になります。ところが、そうした入れ替わり立ち替わりの体制のなかでも、不自由さや不快感、不安を覚えたことはありませんでした。メイヨーは、ベッド数2000の大きな病院ですが、このしっかりとしたひとつの大きな流れは、何によってもたらされているのか、いま考えても不思議なところなのです。

メイヨーの病室は、ナース・ステーションを中心に、放射状に配置されています。私のように家族の付添いがない場合には、静まりかえっていない方がいいだろうと配慮され、たいいていドアが開けられたままになっていたのですが、このナース・ステーションがいつも明るい雰囲気、ジョークが飛び交うのか、笑い声が絶えませんでした。彼女たちの明るさと元気さは、頼もしくもありました。私は手術直後から、病院の担当ナースのみの看護で付添いは誰もつきませんでしたが、助けが必要なとき、ベルを押すとナースが飛んで来てくれましたし、担当ナースが他の患者についているときにはヘッド・ナースが来てくれましたので、何の不自由もありませんでした。夜中でも睡眠剤などを求めると、10分も待たずに薬が届きました。私の場合、勿論飲み薬はすべて液体状で必要だったにもかかわらず……です。薬剤師が病棟に常駐しているそうです。

リハビリで廊下を歩いていると、担当でないナースの方々も必ず声をかけて下さいました。「昨日より顔色がいいわよ」とか、「ずいぶん速く歩けるようになりましたね」など。自分では回復度がつかめない場合もあり、そんな時には落ち込むわけですから、この励ましの一言は本当に嬉しかったのです。（次号に続く）

HOPE

Bourgogne

ブルゴーニュ小史(2)

文芸評論家
饗庭 孝男

あえば・たかお

1930年、滋賀県生まれ。甲南女子大学文学部教授。フランス文学専攻。著書に、『石と光の思想』（勁草書房）、『小林秀雄とその時代』（文芸春秋）、『恩寵の音楽』（音楽の友社）、『西欧と愛』（小沢書店）、『幻想の都市—ヨーロッパ文化の象徴的空間—』（新潮社）『ヨーロッパの四季』（東京書籍）など多数。

さてブルグンド族の王、ゴンドボーはラングルからマルセイユ、またロワールからアルプスまでを支配した。そして土地所有者たちと広大なガロ＝ロマンの平野を分ちもち、開墾をし、文化を築いたが、現在、古い墓地から発見される遺品から推察して、その移住とともに持ちきたったものが、装飾留金、帯留等、牧畜民族の技術が生んだ諸々の品物であったことが分る。それは、シャルネ・レ・マコン地方にとくに多く見出されるものである。

彼らの宗教はキリスト教だったが、しかし異端とされた「アウリス派」に属していた。（三位一体において父と子は二つの明別された本性をもっており、したがってキリストは人間でもなく、神でもないのである）。ところがフランク族のなかで頭角をあらわしてきたクロヴィスは妻、クロチルドがカトリックのこともあり、政策上も異教からカトリックに改宗することによって、地方に着々と土地をもち、教区を定めつつあった司教たちの支持をとりつけることができた。彼が後に「アウリス派」のブルグンド族を倒すのみならず、フランク族を統一する要因の一つにこの改宗の問題があったことを考える必要があろう。ゴンドボーは516年に亡くなった。

とはいえ彼が生きていた頃のブルゴーニュ地方には多くの異なる民族が住んでいた。彼がオルレアンに入城した時は、民衆がラテン人、ユダヤ人、シリア人の言葉で聖歌をうたったという。前回でふれ

たようにそれはキリスト教の布教が、オータンやソーリュにあったシリアやアジアの商人たちの居住区からはじまったこととも無縁ではない。それほどまで、ブルゴーニュ地方は東方との貿易が盛んであったのである。トゥールにも、ブルージュにも東方人のコロニー（植民地）があった。

ところでクロヴィスの二人の息子、チルドベールとクロテール、それに甥のティベールは、534年、オータンを攻略、ブルゴーニュ地方を中心とするフランスの支配を成し遂げる。ここにメロヴィング王朝が成立するのである。この王朝は300年間、ヴァロワ王朝よりも長くフランスに君臨した。が、しかしその統治は陰謀と虐殺、性的な乱行のあけくれであった。クロテールは六度正妻をとりかえたが、他の愛人は数え切れなかった。しかも亡くなった三人の兄の未亡人を順々に妻とした。彼の死後、四人の子はアウストラジア（東北部）、ネウストリア（中西部）、アクイタニカ（南部）、ブルグンド（東部）をそれぞれ統治したが、ネウストリアの王、ヒルペリヒは好色であり、王妃の侍女、フレデグンデを愛するが、彼が王妃と離婚したあと、兄のアウストラジア王、ジギベルト王妃の妹と結婚すると、フレデグンデは、その新妻を殺させ、自らがヒルペリヒの正妻となる。

他方、妹を殺されたジギベルトの王妃、ブルンヒルデはフレデグンデの放った刺客で殺されたジギベルトの遺児を擁して政治を行い、多くの敵を殺した。

