

VITALITE インタビュー

禅仏教とポストモダニズム

花園大学教授・臨済正宗真人会師家

秋月 龍珉

聞き手：佐多保彦 株式会社 東機質 代表取締役社長

佐多：先頃、『世界の禅者—鈴木大拙の生涯—』（岩波同時代ライブラリー）という本をお出しになりましたね。

秋月：ええ。私はこの本を書くにあたって、西谷啓治先生（京大・宗教哲学）から「君は希有（けう）の人の側にいるんだから、何でもいから先生の昔話を聞きだしておいてほしい」と言われました。ところが大拙先生は昔話が嫌いなんですね。君がわしの昔の話を書く暇があったら、唐の古典を日本の若者に親しませるような努力をしろ」と。それでも先生に無理を言って何とか昔の話を聞き出したわけです。

人は年をとるほど昔の話をしますもの。しかし大拙先生は96才で亡くなられる最後の日まで、常に前向きの姿勢をとっておられました。その生きざまは、まさに精進波羅密多（しやうじん はらみつた）そのものでした。孜孜として働くという姿勢を貫かれました。法華経の“不即不断の精進心”（ふそくふたんのしやうじんしん）⁽¹⁾を持ってという、大乘菩薩の生きざまですね。それは最後まで、まさに“生命力”を生き抜いた方でした。

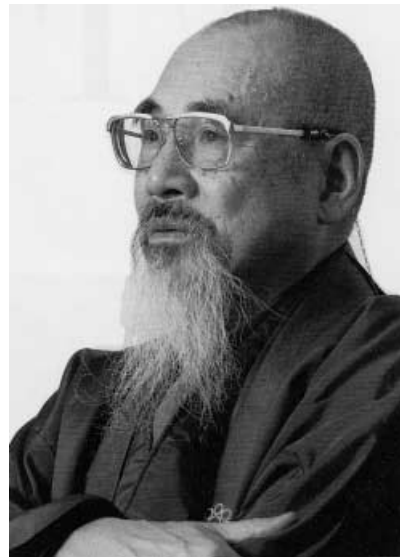
佐多：先生は、禅もいったん滅び始めると速い、今日の禅のあり方を懸念するということをおっしゃっていますが。

秋月：そうです。戦後哲学界の元老であった務台理作先生（むたいりさく）は、「あなた方の時代には“禅は不立文字だ”」⁽³⁾などと言って何でも秘密にしておかないで、できる限り文字化しておいてください」といわれました。伝統というものは、できあがるのには長い時間がかかります。しかし滅びる時には、一世代、30年で絶えてしまいます。

終戦後来日した、英国のケストラーは「日本には、ダイセツ・スズキが書いているような禅マスターがたくさんいるのかと思って来てみたら、禅臭い坊主ばかりだ」と批判しました。私はそれはある意味では当たっていると思います。しかし、あのころまではまだ、本物の禅僧が何人かおられました。“来たりて見よ”というような、話は判らなくてもその人に会うだけで禅というものを見せて下さる、そんな方がまだいらっしゃったのです。

佐多：すると「一代は一代に如かず」という言葉のように、禅は時代とともに下り坂をたどっているのでしょうか。

秋月：大拙先生は『日本的霊性』（岩波文庫）という本の中で、鎌倉時代に注目せよとおっしゃっています。それ以前の聖徳太子とか最澄、空海はいわば個人芸。日本人が民



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。同大学院修了。現在、花園大学教授、埼玉医科大学名誉教授。月刊誌『大乘禅』主幹、臨済正宗真人会師家。著書に『秋月龍珉著作集全15巻』（三一書房）、『新大乘』（すずき出版）、他多数。



族単位で霊性というものに目覚めたのが鎌倉時代です。日本人の宗教的な主体性が、仏教に触れることによって動き出した。それが鎌倉仏教です。その代表が禅と念仏、そして日蓮（しやうねん）の唱題です。神通としては伊勢神道があげられます。

その鎌倉時代に続いて日本民族の精神が高揚したのが、明治時代です。だから戦後生き残りの、明治生まれの高僧は筋金入りです。どこか違います。幸いなことに私は、そういう方に直接触れることができました。山本玄峰、古川大航、植木憲道、古川堯道、宮田東珉というような老師方です。

率直に言って、高度成長以降に育った人たちはもう日本人だかアメリカ人だか分かりません。ということは、禅だけではなく文化一般に言えることでしょうね。

佐多：そうですか。ところで、先生は葬式にはお出にならな



いそうですね。

秋月：そうです。私はお寺を持っていません。お寺を持つと、檀家の世話、葬式と法事をしなければなりません。しかし本来、お釈迦様の仏教は死者儀礼とはかわりがないんです。今の時代には、一人くらいそんな坊主がいないと仏教のイメージチェンジにならないでしょう。(笑)。

ある檀家の人が檀那寺の和尚さんのところに息子の進学の相談に行きました。すると和尚さんは「わしはナマモノは扱わん」と言ったとか。嘘のような本当の話です。私はこの話を聞いて、じゃあ、私は“ナマモノ”だけにしようと思ったわけです(笑)。

佐多：結婚式には出席なさるんですね。

秋月：ええ。教え子の結婚式にはちゃんと「法衣ころもで出てよいなら」と断って出ています。

佐多：教え子と言えば、先生が埼玉医科大学の教授の頃は、若い医学生たちにどんなことを教えられたのですか。

秋月：埼玉医科大では10年間、倫理学とか宗教学の講義をしたんですが、たった一つのことしか言いませんでした。それは「君たちはこれから西洋医学を学ぶ。これは確かに素晴らしい。しかしその医学の基礎にあるのはデカルト以来の近代的な自我の哲学だ。その根底にある主客・物心二元論をもう一度考え直してみる必要がある」ということです。

ヨーロッパではすでに1840年代に、そういう運動が始まっています。資本主義の発展による近代社会の矛盾が明らかになって、近代はこのまま無限に進歩するどころか、科学や技術の発達で逆に人類を滅ぼしかねない。近代的な自我の思想そのものに“死に至る病”が潜んでいる。ここで詳しく述べるいとまはありませんが、要するに“近代の終末観”ですね。近代的自我を超克した現代的な人間観が興らなくてはならないのです。ポストモダニズムの“後近代者”の自覚です。

戦後の三大思潮は実存主義と共産主義と実用主義です。実存主義と共産主義は心と物の両極端に別れていますが、歴史哲学的な観点から見ると、近代の終末を見てポストモダンを求めた共通の地盤から興っています。

近代的矛盾の自覚が100年以上遅れたアメリカでも、ポ

ストモダンの大きな人類の歴史の流れをみることでできた人がいました。例えば、ここ40年の心身医学です。ストレス性の病気は薬で治してもまたすぐ再発します。体の病気は心の問題と大きく関わっているからです。いや、頭の中では身と心は分けられるけれども、実際は一つなんです。心身医学はそこを見えています。医学自体が精神と物質の心身二元論では立ち行かなくなって来ていることの自覚です。

それからニューエイジサイエンスという物理学の運動がありますね。近代ヨーロッパの科学の行き詰まりを感じ、“東洋の神秘主義”に学ぶ中から、新しい科学を創造しようという動きです。

佐多：西洋と東洋の思想的対話ということでしょうか。

秋月：その通りです。トインビーはキリスト教と仏教の対話から今後1000年の人類を導く深い人間観が発見されると期待しました。

例えば、禅でよく唱えられる“衆生しゅじょう本来仏なり”という言葉がありますね。このことはキリスト教でいう、インマヌエル(Immanuel. 神、我らとともにいます)という言葉の表すものと同じだと思います。仏と神という言葉を一っしょにするわけにはいきませんが、宗教哲学の言葉で、「個」(生きとし生けるもの)と「超個」(神・仏)として考えた時、単なる「個」もなければ単なる「超個」もありません。「個」と「超個」は区別はできるけれども(不可同)、切り離すことはできないのです(不可分)。人間は現実には煩惱妄想ぼんのう むそうそうの固まりですし、原罪によって墮落した存在です。それでも本来は仏であり、インマヌエルなのです。このように、概念の違いを押さえながらそこに共通する地盤を見いだして行こうとしているわけです。これも、私の言うポストモダニストの探究です。

-
- (1) 波羅蜜多:般若(最高の知慧)の自発自展による完成
 - (2) 不即不斷の精進心:ひたすら仏道修行に励む姿勢
 - (3) 不立文字:悟りは文字で伝えることができない。心と心で伝えるもの
 - (4) 衆生本来仏なり:生きている人や動物、迷っている人の本性は仏陀(覚者)である

在宅医療の 今後を探る

NEW TREND

セコム・セキュリティネットワークによる 在宅医療業務

サザエさんの漫画家長谷川町子さんの死（'92年5月27日）は、「家族による密葬と納骨をすませるまでは公にしないでほしい」との遺言どおり、35日間伏せられていた。それに先立つ“3つの約束”がある。それは「70を過ぎたので具合が悪くなったら、①入院しない、②手術しない、③もし亡くなったら密葬してほしい」というものである。このニュースは、静かで大きな波紋を広げた。戦後ホームドラマの、というか家庭生活の一典型、磯野家の生みの親である長谷川さんの生き方と死に方に、深い感慨を覚えた人も多かった。

しかしそのようなやり方は誰にでもできることだろうか。自分自身の強い意志と、介護や看護してくれる人と場所がなければ不可能だ。自分の家で病み、自分の家で死ぬことは、現代において最も難しいことのひとつになっていると言える。

まさにこの時期、東海大学でおこった“安楽死事件”が法廷にもちこまれ、「楽に生きてやってほしい、との家族の懇願うけ」「殺人罪で起訴」「終末医療の遅れ反映」「豊かな時代に、出口で右往左往」等の活字を目にしたものだ。

在宅医療を求めて

本格的な在宅医療はどうしたら可能なのか、今、様々な試みがなされている。自治体と一緒に、地域でのニューメディアによる在宅医療支援システムをつくらせてきた長野県の諏訪中央病院。定期往診・訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリの在宅ケアサービスを進める新潟県の大和



セコムトウェンティフォー(株)
薬剤マネージャー
水野康弘さん

医療福祉センター等などがある。

その一方で、病院経営を含む医療サービス、とりわけ在宅医療に乗り出して来た企業もある。セキュリティ会社のセコムである。セコムは、独自のデリバリーネットワークを利用して昨年から在宅医療業務を始めている。東京世田谷区にあるセコムの調剤薬局では現在、週に240パックの薬剤を40名ほどの患者さんに調剤し配送している。東京女子医大、帝京大、聖マリアンナ医大、神奈川県立ガンセンター、大阪大医学部などから紹介された患者さんだ。おもにガン、短腸症候群、難病に指定されているクローン病……。

抗ガン剤や放射線の大量投与・照射はまず、消化管に障害をおこす。患者さんは食べることができなくなってしまう。食べられないと免疫力が低下してしまうので、化学療法を一時中断しなくてはならない。そこで静脈から栄養を補給しておけば治療を中断しなくてもすむというわけだ。



左:セコムの調剤薬局

右:クリーンルームで
パキュマットによる調剤・充填

また、胃や小腸など消化管の摘出手術を受けた後や、慢性の消化器系の病気の患者さんに静脈栄養は欠かせない。クローン病では、自己経鼻チューブ挿入による栄養療法が重要な地位を占めている。

セコムの調剤薬局に連なるクリーンルームでは、ブドウ糖、たんぱく質、脂肪、ミネラルなどを、パキュマットというコンピュータ内蔵の自動輸液混合機を用い、専用のソフトバックに詰めている。静脈栄養のほか、鎮静剤や抗がん剤など、一日に200バックの調剤・充填が可能だという。

「ガンも末期になると、病院のベッドでいろんなチューブや装置をつけられているよりは、家で家族に囲まれて最後を迎えたいという希望をもつのが自然でしょう。在宅で治療が受けられるシステムさえあれば、小康状態の時にでも一時、家に帰ることができます。それには、①往診してくれるドクター、②訪問してくれる看護婦さん、③そして定期的な薬剤の補給、この3つが必要です。この3つが供給できる体制であれば、在宅医療はできるのです。」と、セコムウェンティフォー(株)薬剤マネージャーの水野康弘さんは語る。

訪問看護がネック

現在、在宅ケアにかかる費用は薬剤や静脈栄養の配送に月額3万円程度、訪問看護費用に月8回で15～6万円、あわせて20万円程だという。差額ベッド代に比べたら、そんなに多額ではないかも知れない。訪問看護に保険が効けば、3割として5万円程にはなる。

「訪問看護ステーションが充実すれば、このシステムももっと楽に使えるようになるでしょう。看護婦さんにしても、病院勤務とは違うひとつの働き方ですね。地域密着型の独立したビジネスという言い方もできます。ただし、例えば訪問看護ステーションがたくさんできたとしても、それだけではまともにと広がりには欠けますね。地域のセンターが必要ではないでしょうか。」

「その点、薬局はもともとセンター形式が作りやすい。そこで、“介護デパート”のようなものを考えています。ベッドや車椅子、様々な介護用品、介護や看護をうける手続き

や派遣に関する情報、そしてカウンセラーによる相談受付……。要するにそこに行けば全てがそろえるような“デパート”です。訪問看護ステーションの看護婦さんをはじめ、介護をしている人に利用してもらえて、しかも、そこで調剤した薬剤や栄養剤を配送するシステムをもっていることが必要です。」

「これからは、ある程度病院が少なくなり、その代わりに訪問看護ステーションと、調剤薬局を含む病院機能のある医療ステーションが出来ていくのではないのでしょうか。検査や総合的な診断は大きな病院で行い、あとは自宅で、ホームドクターに診てもらいながら療養します。2000年頃には大きく変わると思いますよ」と水野さん。

これからの在宅医療

実際、セコムはアメリカで在宅ケア事業を実践して来た。東京世田谷区の久我山病院という総合病院の経営再建も行っている。医療と経営の分離という動きの中で、目下、医療関係者の注目の的であるらしい。しかし、医療サービスをビジネスとして成り立たせるには限界がある。在宅ケアも、特定の地域の特定の人だけが高額な費用を払って受けるものであってはならない。セコムはセキュリティ事業の一環として、銀行のCD管理、旅行業務、そして“人の健康を守る”医療事業を位置づけている。

「このような事業は本来、すべての人がどこにいても同じような治療を受けられるシステムを作らなくてはなりません。実際まだ始まったばかりですが、民間だけでやる仕事でもないように思います。」

「去年の話です。あるニュージーランド人が観光旅行で東京に来ました。短腸症候群でバクスターかどこの在宅ケアを受けていた患者さんです。ある大学病院からセコムが紹介されて、1週間、新宿のホテルに薬剤を配送しました。慢性疾患の患者さんでも、このように海外旅行ができるのです。日本人も、在宅ケアシステムのある国であれば新婚旅行に海外へ、というのも夢ではありません。」と水野さん。

医療をめぐる環境は少しずつ変わろうとしているようだ。

REPORT

AIDS病棟より ―ニューヨーク便り(その3)―



ニューヨーク大学
Pulmonary Critical Care Medicine
中田 光

1954年東京生まれ。京都大学医学部卒。91年東京大学医科学研究
所感染免疫内科助手。92年7月よりニューヨーク大学附属ベルビュー
病院に留学中。

秋晴れのある日、5番街49丁目にある紀伊国屋書店へ雑誌を探しに出かけた。日本で始めてAIDS患者が自ら名乗り出て、患者に対する差別について訴えたという。そんな話を耳にして、日本では今どうなっているんだろうと、ふと気になったのである。

日本を発つ前に何人かの患者さんから彼らが受けている差別の話聞いたことがある。もちろん、HIV陽性であることは隠しているから、職場や地域での差別はない。医療現場における差別である。

ある患者はカリニ肺炎で地方の総合病院に入院した時、一日中、病室の外から鍵をかけられていたという。一週間程たってカリニ肺炎の方は軽快したものの幻覚などの拘禁症状が出た……。また、別の患者はHIV陽性患者の虫歯を治療してくれるという病院をやっとのことで探しあて、医師を通じて予約を入れた。当日、飛行機とタクシーを乗りついで病院へ行くと、院長が出てきて丁重に治療を断られたという。こんな話は山ほどあって、表にはでてこないけれども、患者さんと家族の心の中に沈黙し傷となっていくのだろう。医師やナースは多分、自責の念に駆られながらも、周囲の無知と偏見のためにそうせざるを得なかったのかもしれない。



エムパイアステートビルから眺めたニューヨーク大学医学部(◇)とベルビュー病院(▼)、向うはイーストリバー。

私が留学しているベルビュー病院には常時200人のHIV陽性患者が入院している。だからHIV患者を診ない触れた

くないというのは無理なことだし、ナンセンスだ。それでも、AIDS患者が入院し始めた81年頃にはこういった医師やナースがいたという。85年頃から、患者は急速に増加したために、AIDSはもはや特殊な疾患ではなくなり、医者もナースも覚悟を決めたのだ。もちろん、この間に、HIVの感染経路が明らかになり、医者やナース向けにさかんに教育が行われたのである。

ベルビュー病院のAIDS教育

ベルビュー病院のAIDS projectの総括責任者であるFred Valentine先生は、穏やかに話す人であるが、筋が一本通ったという感じの老紳士である。彼はHIV患者の診療にあたる医療従事者に危険手当を支払うならば、同額を彼らの教育用に当てるべきだと考えている。実際、彼の下にはAIDS educatorという教育専門のポストが二つあって、レジデント(研修医)やナース向けにパンフレットを作ったり講演を開いたりしている。内容は純粋に医学的なものから、患者さんの社会的背景にまで及ぶ。



Fred Valentine先生
彼は若い医者が科学にのみ目をうばわれて、患者の心の痛み
に気がつかないと嘆く。

何よりも感心したのはレジデントの教育に相当な時間を割いていることだ。アメリカの研修システムは、大体どこも同じらしいが、内科系、外科系に分かれて、それぞれの中で全科を回るシステムになっている。内科系は20科、一つの科は一ヶ月だが、土日も含めて毎日病棟に詰めていなければならないから相当ハードである(彼らは交代で睡眠をとる)。



レジデントたち彼等
等は一人15～20人の患者を持ち、一カ月間
AIDS感染症病棟で学ぶ

17階にあるAIDS感染症病棟で彼らの教育を担当しているのは意外にも、まだ若い女医さんだった。Dava Klirsfeld先生がその人で、彼女はAIDS感染症病棟主任でもある。

回診は日曜日を除く毎日、午前中いっぱいかけて行われ、3～4人の問題のある症例をピックアップし、一症例につき30分ぐらいかけて徹底的に討論が行われる。そして、実際にその患者さんのベッドサイドへ行き、丹念に診察をして、再び控室に戻って討論が始まる。……という風に、ここの回診は日本の大学病院でみられるような“大名行列”と呼ばれている形式だったものではなくて、集中的で密度が濃いものだ。それでいて窮屈ではなく、討論はうちとけた雰囲気の中で行われている。Klirsfeld先生にしてみれば、この回診は随分と負担だろうと思うけれども、彼女は嫌な顔を見せず、誰にでも気軽に声をかける。とかく暗い雰囲気になりがちなAIDS病棟において彼女の存在は大変重要だと思う。ともあれ、最初のうちはおっかなびっくり患者に接していたレジデントたちも、こうした密度の濃い研修システムによって一カ月経つと、AIDSという疾患そのものに深い理解を持つようになるという。



Dava Klirsfeld先生
彼女はAIDSが流行する前に感染症科に入り、流行が始ってからはベルビューのAIDSの歴史と共に歩んできた。AIDS感染症病棟の主任。

AIDS患者のメンタルケア

日本ではまだほとんど手がつけられていないのが、AIDS患者のメンタルケアだろう。先日、日本でも患者さんの自殺が報道されたが、アメリカでも自殺する患者は多いと聞く。患者さんは社会や家庭の中で疎外され、悩み、抑うつ状態になることが多い。病院は単に合併症の治療を行うばかりではなく、患者が安定した精神状態を保てるよう、精神面でのバックアップを行っている。ベルビュー病院には3人のAIDS患者専門の精神科医がいて、先に述べたAIDS educator及びソーシャルワーカーと緊密に連絡を取りながら、患者とその家族を含めてカウンセリングに当たっている。一方、

日本でも計画されているが、末期患者のためのNursing Home Group Homeというようなホスピスはニューヨークではもうかなり前から機能しており、病院と連携して患者さんのケアに当たっている。

これとは別に、患者さんによるコミュニティ作りも盛んで、病棟では毎週のように患者さんの集まりがある。長期生存者を囲んで、体験談を聞いたり、医師を囲んで勉強会を開いたりしている。



全国的に普及した患者さんによるコミュニティ誌。



エイズ感染症病棟に貼られたエイズ予防のためのポスター。

※ ※ ※ ※

移民によって成り立ち、多様性を享受しようとするアメリカ人気質は、AIDS患者を診る医療従事者にも生きてるように思えてならない。

ひるが返って、均一志向の日本人気質は患者さんにとってまことに不幸である。理解しようとする前に、日本人は異質なものを排除したり見えないふりをしてはいないだろうか？

厚生省は各県に一病院、あるいは全国を数ブロックに分けて各ブロックに一病院を指定して患者さんの診察を行うことを考えているようだけれども、遠距離を通わなければならない患者や家族の側に立ってみれば、それ自体差別ではないだろうか？

AIDSは現在のところ不治の病だけれども、決して先端医療を必要とする疾患ではない。感染経路から考えて感染予防はB型肝炎などに準じて考えるべきものである。したがって通常の消毒システムを持っていれば、どここの病院でも患者を受け入れることができる。そうと知りつつ、AIDS患者は診ないという医師やナースがいたならば、免状を返上する以外にはないだろう。国は、まず医療機関における偏見をとり除くよう努力してほしいものである。

※ちなみにベルビュー病院では針刺しなどの医療上の過失によるHIV感染はまだ報告されていない。

LOVE

自宅で家族に囲まれて 末期ガン患者の在宅ホスピスケア



かわ ぎょ こう
川越 厚

1947年、広島県生まれ。73年、東京大学医学部卒業。茨城県立中央病院産婦人科部長、東京大学分院産婦人科病棟医長を経て、現在ライフケアシステムメディカルディレクター。
著書に『産婦人科腫瘍学』（中外医学社）、『家庭で看取る癌患者』（メヂカルフレンド社）。
昨年、『家で死にたい—家族と看とったガン患者の記録—』（保健同人社）を上梓、反響を呼ぶ。

自分が「死を目前にしたガン患者」だとしたら、
残された時をどう生きるか。

現在、年間20万人もの人がガンで亡くなっているが、自宅で息を引き取る人は7%程度に過ぎないという。しかし、厚生省の調査によると国民の半数が「自分がガンで死ぬなら家がい」と思っているという結果がでている。そこで、在宅ケアの普及活動と現場での医療に従事し、かつ『家で死にたい—家族と看とったガン患者の記録』の著作をもつ川越医師にインタビューした。

ライフケアシステム

川越医師が4年前から所属するライフケアシステムという在宅医療の組織は、最期まで人間の尊厳を貫くための在宅ホスピスケアにも力を注いでいる。東京、神奈川、千葉に地域コミュニティを作り、会員制で「主旨に賛同してくださる健康な方にも入会していただく互酬制度」として、現在290世帯800人が入会しているという。入会時の預かり金10万円、月会費6000円（世帯単位）。年間予算4000万円で、同システムを開設した佐藤智医師をはじめとした医師5人、看護婦7人と事務スタッフを支えねばならず、その働きの多くはスタッフのボランティア・スピリットに負うところが多いという。東京・市ヶ谷にある本部で、往診から帰ってきたばかりの川越医師は、スタッフとの打ち合わせに追われていた。ご自身が結腸ガンで死を見すえてきた方とは思えないほど、精力的なスケジュールをこなしている。

——ライフケアシステムの主旨、そもそも在宅ホスピスケアとは何かについて、お聞かせください。

川越：ライフケアシステムは自分達の健康は自分達で守る、病気は家庭で治すという主旨のもとに集まってできた会員組織です。もちろん、すべての病気を家庭で治すといっているのではなく、不治や予防の段階での病気には家庭での療養が大切だということです。ライフケアシステムはまだ訪問看護という言葉がわが国に定着していない13年前から、在宅ケアのパイオニアとして訪問看護と往診などの活動をしてきました。しかし、いま訪問看護はどこでも受けられるようになってきましたから、ライフケアの特許ではなくなりました。一つ時代が変わってきたということでしょう。

では、ライフケアの存続意義はなにか。一つは、真の医療を求めて互酬制度を追及すること、もう一つは24時間医師と相談できるというケア、さらに講演会や勉強会をおして末期ガンの方やその家族に病気について知っていただくこと、などではないかと思います。

いま末期ガンの方の在宅ホスピスが注目されていますが、在宅ケアというふたつに分けて考えなければなりません。その一つが末期ガンの在宅ケアで、もう一つが高齢者の寝たきりや脳血管障害、痴呆などの場合の在宅ケアです。

在宅ケアのありかた

——末期ガンと高齢者との在宅ケアはどう違うのでしょうか。

川越：高齢者の場合、まずケアする期限がつかめないし、医療と福祉の関係でいうと福祉的要素が多い。その点、末



ライフケアシステムのスタッフと
打ち合わせ中の川越医師

期ガンの場合、患者の年齢は若い、ケアの期間が3～6か月とだいたい予測でき、医療に重点をおいたケアになってきます。末期ガンの場合、寝たきりになるのは長くて1週間、ほんとうに最期まで手がかからない方が多いですから。

とくにガンの場合、死への準備をすることになります。たとえば、母親が娘に家事を教えるとか、社会人が仕事の整理をするとか。それには、家にいるのがいいわけですね。

——具体的なケア活動の内容について、教えてください。

川越：末期ガンの場合を例にとると、医者役目は症状コントロールで、痛みや腹水、胸水が貯まることでの苦しみを緩和することです。看護婦さんは食事や下の問題などの介護をどうするか、家族の葛藤や悩みをどうするかなど、一緒に考えていきます。また、亡くなった後の処置も大切な仕事になってきます。

日本型の在宅ホスピスケアには、大きな特徴があります。それは、外国の場合家族は患者と一緒にあくまでケアを受ける側ですが、日本のような家族の絆が強い社会では、家族もケアを受けると同時に、介護の担い手になる。ケアする中で充実感ができて、悔いのない看護ができるという結果をもたらすと思います。

もちろん、最初は家族に介護力はないけれど情熱はありますから、最後にはベテランの看護婦さんが舌を巻くほど上手になっていますよ。そんな中で、患者さんも家族も死の受容をしていきます。

こんな例があります。40代の卵巣ガンの末期の方で「3か月ぐりに命を考えなさい」と言っている人です。往診にうかがった時、こんなことをおっしゃった。彼女は宗教心はなかったけれど、昔手にしたことのある聖書を久しぶりに読んだそうです。すると、命を神に預けられるような気がしてきたというのです。いままで自分の命は自分のものと思っていたから苦しかったけれど、命を委ねることができると思うとなぐさめられましたと……。これこそ、死の受容の極致ではないかと、教えられたような気がします。

病院医療と在宅ケア

——病院での医療と在宅医療との違い、今後のあり方についてお聞かせください。

川越：病院は基本的に治す場所です。ところがここに問題がひとつあります。最期は家で過ごしたいと思っても、現状では選択の余地がないことです。つまり家で過ごそうとしても、医療者がタッチしない状態になるのです。また病院でガンと闘いたい、若い患者に告知してほしくないから病院にいたいという場合もあります。そのような生き方を選ぶ人はそうすべきだと思います。ホスピスがいいからなんでも在宅で、と言っているのでは決してありません。場にはその場のケアがあります。

誤解を恐れずに言いますと、ホスピスの医師が治す医療に熱心になってはおかしいように、病院の医師がホスピスケアに熱心すぎるのもいけません。いまのホスピス・キャンペーンでは、病院の医師が悪者になる恐れがあります。そうではなくて病院の医師は治す医療に専念することが第一で、それは心を鬼にしないとできないことです。逆に、ホスピスケアとは、死に逝く人をどうケアするかであって、助かる人にホスピスマインドを持つというのはおかしい話です。

——その意味からも、生の医療と死の医療と、どこで一線を引くかが難しいでしょうね。

川越：その通りです。一人の医師ではなかなか決められません。ガン患者の経緯をみると、最初から諦める人はいませんが、あるところからは「助からない」と発想を変える必要があります。でも、それがどこなのか、一つの回答はないでしょう。

医師として、末期と判断する基準は助かる確率が20%以下になったときではないかと考えています。「確率50%で助かる」なら、がんばって治療を続けましようと言うでしょう。いずれにしても、自分の命を医師に預ける信頼関係は必要ですが、最終的には自分の命は自分で決めるということだと思います。医師は情報を提供しつつ、それをいかに支えていくかが問われるのではないかと考えています。

FAITH

アフリカ便り ムヒンビリー メディカル・センター



渡辺 政直

元日本聖公会首席主教。1986年に退職後、「再度、現場の第一線に戻り、人々への奉仕活動の道を歩みたい」という希望のもと、1987年7月、夫人とともにタンザニアのダルエスサラームに渡る。当地において、貧しい人々や、同港にある「THE MISSION TO SEAMEN」という船員のための休養施設で奉仕活動を行う傍ら、タンザニア各地の英国教会（THE ANGLICAN CHURCH）でも奉仕活動を続けている。夫人は看護婦の資格を生かし、医療奉仕活動をしている。

国土が日本の2倍半、人口2635万人のタンザニア共和国にある唯一の国立総合病院がダルエスサラーム市にある「ムヒンビリー・メディカル・センター」である。医師の多くはダルエスサラーム大学医学部出身で、看護婦数は500ないし600名、病床数は2000を越える大病院だ。病気治療にお金がかかることは当然のことだが、このセンターは全てのタンザニア人の保健と福祉を願い、「無料」を大前提として掲げている。確かに素晴らしいことだ。でもこの大目標遂行のための裏方の苦労は並大抵ではない。薬品の確保、医療器具の設備、運営費、人件費、営繕費等々必要経費は尽きることがない。私立の病院もある。でも有料だから利用者は自ら限定される。

さて、このセンターに入院できる者は国内各地に散在する公営の診療所（警察、国鉄、港湾、電力、軍関係、銀行等々のクリニック）又は宗教団体経営の診療所で診察を受け、センターでの治療を必要とするとの診断書を受けなくてはならない。どこのクリニックも病人で満員だ。マラリア、結核、肺炎、腸チフス、コレラ、脳膜炎、皮膚疾患、高血圧、心臓疾患、腎臓疾患、そしてエイズ等々、さまざまな病気に苦しむ人が診察を求めて殺到する。その中からセンター行きを指示された患者は国内全土からダルエスサラームに集まる。センターの病棟内の病室（ウード）におよそ20のベッドがある。でも患者数が多くなるとベッドは勿論のこと、床の上にも収容され、更に患者の身寄り、見舞い客等の出入りで足の踏み場もない状態になる。医師の絶対数に比べて、入院患者数は

はるかに多く、診察や治療も十分にゆき届かないのが現状と思う。患者への投薬も、建前として医療分業になっているので、特殊な薬品は医師の処方箋で市内の薬局で入手しなくてはならない。高価の故に入手できず病状悪化を招くケースも多い。

ひるがえって日本のことを考えると、全国どこの市町村にも整った病院がある。医師、看護婦、医療器具、医薬品、治療、看護、救急態勢、健康保健等々、いずれをとっても恵まれている。しみじみ「有り難いことだ」と思う。こうした医療全般にわたって万全の備えをもつ日本は世界一幸せな国と言っても過言ではあるまい。ただ、この事実にはハッと気付いたのは恥ずかしいことだが自分自身が国外、殊に東アフリカに来て初めてのことである。日本にいた時はごく当たり前のことと受け止めていた。

17世紀のオランダの画家、レンブラントは影を描く画家と言われている。筆法は暗い部分を見逃すことなく丹念に描いてゆく。その中に光りの部分が見事に浮き出てくる。ただ絵画の影と光りは描かれたまま動きがでない。しかし、今我々の住むこの地球は動いている。現在さまざまな事情で影に覆われている国々に、一日も早く光があたることを願ってやまない。

そのために、今光の中にある国の人々が世界のどこかに影のあることに気づき、そしてなんらかの行動に結び付くようであれば、どんなに幸いなことであろうか。

お知らせ

バイオサナトロジー（生死の哲学）学会に学際的な英知をお寄せ下さい

会長／土屋健三郎・前産業医科大学学長

副会長／師岡孝次・東海大学教授、山折哲雄・国際日本文化研究センター教授

評議員／青木 清・上智大学生命科学研究所所長、植松 正・日本尊厳死協会会長、岡田節人・国際生物科学連合

副総裁、河野友信・（財）パブリックヘルスリサーチセンターストレス科学研究所副所長、隅 寛二・死の臨床研究会理

事、田宮 仁・ビハラの会世話人代表、古川泰龍・シュバイツァー寺代表、八木誠一・桐蔭学園横浜大学教授、他。

《資料請求先／事務局》

〒104 東京都中央区銀座4-5-1 聖書館ビル303 財団法人 生存科学研究所内 バイオサナトロジー学会事務局

HOPE Bourgogne

フォントネー修道院

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」（音楽之友社）、
「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。



フォントネー修道院の回廊



フォントネー修道院の窓

フォントネー修道院はデジョンから行くと国道5号をとおり、約80キロで達する。ヴェズレーから行けば、国道457を経てモンパールの町に入り、そこから森の中を15分ほど走って着く。修道院は広い、人家の稀な森の空地に立っている。そこから湧き出す泉はきよらかな小川をつくり、モンパールの方に流れてゆく。

私は早春も、夏のおわりにも、また秋にもここを訪れた。静かなのは春だ。清冽な溪流に従ってゆくと、その空地に光が淡くおちて人気ない広々とした世界に修道院が見えてくる。きこえてくるのは鳥の啼き声と、林をわたってゆく風の音だけだ。

この修道院は1118年、シトー修道会の聖ベルナルドゥスによって建てられ、最盛期には300人以上の修道士、労働修士がいたと言うが、今はその^{おもかげ}の影はない。16世紀から衰退がはじまり、大革命時には製紙工場となったが、やがて今世紀のはじめに素封家のエドワール・エナールが買いとり、昔のままにほぼ復元した。だから民間のものだが見学はさせてくれる。まわりの枯草の間から空にむかって雲雀がとび立ち、早春の光が雲の間から淡くさして入口に佇む私を泉のほとりへと誘ってゆく。

左手に外来者の宿泊所、彼らのための祈禱所、そしてパン焼の棟がならぶ。そこから奥に向かうと鳩小屋のかたわらをすぎ、教会があらわれてくる。簡素この上もない建築で、ロマネスク教会に多い、幻想動物や聖書の主題にみちた柱頭彫刻は何もない。簡明にして、しかも「清貧」を旨としたシトー修道会の精神のままだ。彼らは11世紀末、先だったクリュニー修道会が次第に土地、財産の寄進をうけて奢侈贅沢となり、典礼の儀式が多く、労働の時間がきわめて少なくなかったのを批判しながら登場したのである。

彼らはクリュニーから80キロ離れたシトーという荒地を切り開き、「清貧」、労働のバランスを回復し、奴隷をもとめず、自給自足の生活にそって厳しく自己を律した。しかもピラミッド形の機構をもったクリュニー修道会とはことなり、横につながる民主的な運営をこころみた。また当時の12世紀はとくに天候が比較のおちつき、「大開墾時代」といわれる程、森がひらかれたが、シトー修道会もその先頭に立って働いたのである。

彼らは求めて谷の奥、森の中、山に水の便を考えながら修道生活の場をつくった。このフォントネー修道院も豊かな泉をいくつも持った大きな森の奥にある。また芸術的なものを建物からとり去り、「感覚のよここび」をとおしてではなく、直ちに神に達する道をえらんだ。その名のとおり、12世紀の「霊的」な泉となったのである。「フォントネー」とは「泉に注ぐ人」という意味をもつ。私が目の前にあるこの修道院は、まさしくその理想の具体的なあらわれである。この精神に共鳴して修道士になった人は1153年、聖ベルナルドゥスが亡くなった年、その数343に及ぶ教会、修道院をたてたのである。彼らがとくにあがめたのは聖母マリアで、今も、この教会の内陣近く、13

世紀の聖母マリア像が一つたてられている。

教会はつつましく、静謐だ。右に出ると回廊がある。その柱には僅かに淡い植物文様の線がある。早春の光が広くあふれる中庭をめぐるこの回廊をゆっくりと歩く。「単純の偉大さ」という言葉が口について出る。

寝室は共同で2階にある。修道士たちは起床（冬）が午前2時、就寝が午後5時。聖務と労働に4、5時間があてられていた。開墾、牧畜、手工業や農機具の改良、発明等がその仕事だった。修道院の敷地の右側に工場があり、中世において「知的労働者」でもあった彼らは、水力をエネルギーとして多くの実験と改良を重ねた。泉のまわりに魚を飼い、労働修士（下部構造）の助けをかりて羊毛産業にもいそしんだという。

火の気は台所にしかなく、彼らは藁ぶとんに衣服のまま休んだ。しかし病めるもののための病室や、規則をやぶった修道士を入れる牢もある。ここに使徒的生活をストイシズムによって地上に実現したいという強くゆるぎない意志のあらわれがある。

私は広いこの修道院のなかをあちこち午後の光を浴びながら歩いた。教会左手の林のなかに小さな墓地がみえる。彼らはここに入り、働き、老い、あるいは病み、やがてこの墓地で永遠の眠りについた。「全ては恩寵である」という言葉が思い出される。

シトー修道会の建物は、なお多くのこっているが、とくにブルゴーニュの他に、私は「プロヴァンスの三姉妹」と呼ばれる、アヴィニヨンの東、50キロのセナンク、エクス、アン、プロヴァンス郊外、デュランス河に近いシルヴァカンヌ、南仏海岸、フレジュスから入る林の間のル・トロネの修道院も好きだ。そしてこのフォントネーはまさに「中世の至高の夢」の一つであると言える。

Château de Chailly

シャトー・ドゥ・シャイイ

中世がいまだに息づいているブルゴーニュにいらしゃいませんか？数々の銘酒を生み出すぶどう畑、グルメレストランの数々、中世そのままの街並、美しく広がる大地や小さな村々、豊かな生命力と「はだのぬくもり」を感じる地方、それがブルゴーニュです。

問い合わせ先：(株)佐多商会 ブルゴーニュ事業部
TEL:03-3586-4558 (東機質ビル内) 担当：若沢、田中

