

マダム・ジャポンは「中世」に夢中

翻訳家

福本 秀子

聞き手：佐多保彦 株式会社 東機貿 代表取締役社長

佐多：福本さんは、主婦業と翻訳業を見事に両立され、先年は日本人の翻訳家では初の「フランス文学翻訳者奨学生」としてフランス政府から招かれて留学もされています。その時の経験談やフランス文化への思いなどはご著書『マダム・ジャポンは袋だたき』（社会思想社）に記しておられますね。

福本：ええ、私は大学を卒業してからフランス語の魅力にとりつかれました。その後たまたまフランスの歴史家レジーヌ・ペルヌー女史にお会いして、こんどは中世に夢中になりました。

佐多：中世の何処に魅力を感じられたのですか。

福本：ペルヌー女史が中世の女性を書いておられますから、正確に翻訳するためにはその時代を知らなければならず、いろいろ調べているうちに中世の虜になったというわけです。ある種の文学や科学は、中世で頂点を極めているように思えます。医学も。その時代のヒルデガルドという女性が著した医学の本など、今でも参考書として用いられています。すべて中世が土台であり、我々はこれを少し発展させているだけなのかもしれません。たいへん興味深い時代です。

佐多：ペルヌー女史が中世の女性を浮き彫りにされる中には、どのようなメッセージがあるのでしょうか。

福本：まず、現代は中世の回帰である、というペルヌー女史による新しい見解があります。中世では女性の権力が強く、財産のある「中流の上」以上の女性は夫と対等の権利をもっていたのです。また、そういう女性との関係性で時代を見ないと中世は面白くない。中世の女性の在り方から鑑みて、今の時代は中世に帰らなければいけないというのが、ペルヌー女史のまず第一のメッセージです。

佐多：女性が男性と同様なレベルに立っていたということ。ペルヌー女史の『十字軍の女たち』（パピルス・1992）には、女性も十字軍に参加していた事実が書かれていますね。十字軍といえば男だけの必死な戦いのイメージがあったので、司教に励まされて女性たちも遠征に行ったというのには驚きました。



ふくもと・ひでこ
横浜市生まれ。

1955年、慶応義塾
大学経済学部卒。
パリ大学法経学部
博士課程修了。

翻訳家。訳書に、レジーヌ・ペルヌー女史の『中世を生きぬく女たち』『十字軍の男たち』（白水社）『甥に語る中世』『十字軍の女たち』（パピルス）など。著書に『ファム・エ・サムライ』、『マダム・ジャポンは袋だたき』（社会思想社）など。



福本：女性も、子どもも、一家で行った。引越しみたいなものです。戦争というよりは、エルサレムへの武装巡礼ですから、一緒に行ったのでしょうね。男性とともに戦いに参加した事実などは、ペルヌー女史の研究で明らかになったわけです。だからといって彼女は男女同権については一切言っていません。男性は男性らしさ、女性は女性らしさを大切にしてできることをすればいい、というのがペルヌー女史の二つ目のメッセージです。彼女はウーマンリブには批判的ですし、魔女の考え方も否定しています。ことにジャンヌ・ダルクが魔女と言われて処刑された話は、ジャンヌ・ダルク研究所創立者としてペルヌー女史は許せないようです。

またペルヌー女史が訴えた、忘れてならないもう

一つのメッセージは、「すべての可能性はあなたの内にある」ということです。

佐多：現代の人が中世の女性から学ぶべきところといたら、何になりますか。

福本：学ぶべきは、自分は何でもできるという「確信」と、それをどうしてもやり遂げたい「欲」をもつ事ですね。

あの時代、中流以上の家では、女性であれ男性であれ、学問は家庭教師について勉強するか、修道院で習いました。その点で男女差がないので、結婚しても女性は夫にできることは自分もできる、と考えました。日本の中世とは大きく違いますね。日本では、自分が何かできる、などという考えは女性にはなかった。母、妻、妾、愛人、乳母、姑という6種の女性が、たった一人の男を一人前にするために、陰のもり立て役に回ったような時代です。女性が表に立つ場などどこにもありませんでした……。

ところが中世フランスでは、女性にも領地はこれだけ、財産はこれだけ欲しいという、はっきりした物欲が出てくる。これには逞しさ、エネルギーを感じますね。お金や財産がなければ人生は楽しめない、というような今の時代にも通じる考え方が、中世には女性にもあったと考えられます。そして、ここから生命力も出てきたのではないかと思います。

でも、そんな彼らも教会に寄進する場合は欲得抜きでした。司祭に祈りを捧げてもらうことで、天国での幸福が得られると信じていたから、自分の死後もきちんと祈ってもらうために寄付する。それも、夫の名前でなく、自分の名前で寄付する。寄進のためにも彼女らに財産は必要だったのでしょう。ある程度宗教心が関係して、物欲も強かったのかもしれない。

佐多：非常に信心深かったそうですね。中世の人たちにとっては、神の存在も近いものだったと思われませんか。

福本：ええ。常に神の声を聞いていたと思います。彼らは心から神を信じていましたから、神は実際に存在するものだったでしょう。神を求めて野原に立てば、神の声をも聞いたはずです。ジャンヌ・ダルクの場合も、実際に神の声を聞き、幻想ではなく本当にその姿を見て行動したのだと思います。

現代でも、神とか、悪魔とか、先祖の霊とか、表現できない何らかの力や宇宙からのパワーみたいなものは我々の周りにも満ちていて、十分に心が統一できればそのメッセージを聞けないまでも何か感じられたりするのかもしれない。空気も自分も対象も汚れているから、できにくくなっているというだけで……。

私は、自分が中世に生きていたらどうだったろう、と思うのです。第四次元のものが本当に見えたりしたら、素晴らしいでしょうね。そんな、中世の神秘的なところにも、私は惹かれるんです。

佐多：では、中世に魅せられた福本さんの「生命力」についてのお考えを聞かせていただけますか。

福本：そうですね。「生命力」は、運の善し悪しを左右するものという気がしています。「生命力」のない人には運が向いてこないのではないかと。

今、やはりペルヌー女史著の『王妃アリエノール・ダキテーヌ』（パピルス・1994出版予定）について訳しているのですが、彼女は2度結婚しているのです。最初はフランス王ルイ7世と結婚する。この人は、王位を継ぐはずではなかったのに兄が死んだために王になった、あまり「生命力」の強くない人。何をやっても運がない。

一方、アリエノール・ダキテーヌは、華やかで美しく「生命力」に溢れているので、運から近づいてくる。彼女はルイを捨てイギリス王ヘンリー2世と結婚して幸せを掴むんですね。このヘンリー2世がまた相当に運が強い。ここぞというときに嵐が去ったり、また逆に風が味方したりして戦に勝つのですね。運というのは「生命力」と本当に関係が深い、とこの物語でも痛感しました。

同じようなことは、もちろん十字軍にもあったと思います。戦争で無残な死を遂げたり、ここぞというとき負けたりする人はやはり運がなかった。

でも、結局、運も「生命力」も自分でつくるものですから。

佐多：「運が7割、努力が3割。運は人との関わりを求めて自分がつくっているとも言える」と福本さんは著書に書いておられますが、その積極性、素晴らしいエネルギーはどこから？

福本：私にとっては運のある人、「生命力」のある人を多く友人にもつことがまず重要なポイント。それと自分には運がある、幸せな星の下に生まれている、と暗示をかけることですね（笑）。また、「生命力」があるというのはいつもキラキラとしていることでしょう。私はそういう力は好奇心から生まれると思っています。何に対しても興味をもち、もう一步突っ込んでみる。自分に何かチャンスが与えられた時は、どうしようかなと考えずに受け入れる。例えば、私にまさかこんなことできるはずがない、という申し出があっても、私は絶対辞退しないんです（笑）。

佐多：マダム・ジャポンのキャッチフレーズ「チャンスを生かす」は、同時に「生命力」のキーワードにもなるということでしょうか。本日はどうもありがとうございました。

NEW TECHNOLOGY



低流量麻酔

山村 秀夫

やまむら・ひでお

1921年、熊谷市生まれ。48年、東京大学大学院修了。52年、東京大学医学部助教授として、日本に初めて設置された麻酔学を担当。77年、東京大学医学部付属病院院長、東京専売病院院長などを経て、現在、康済会病院理事長、東京大学名誉教授。

いま、低流量吸入麻酔法が注目されている。それは経済性だけでなく、低流量にすることによって手術室内空気汚染を減らすことができるからである。

従来より一般に使われて来た高流量吸入麻酔法は、fresh gas flow (FGF) を4～6L/min.程度必要としており、麻酔ガスが多かれ少なかれ手術室内に流れてしまう。これに比して低流量では実際のところ、0.3～2L/min.程度のFGFですみ、構造的にリークが少ない。しかも気化器や麻酔濃度測定装置の進歩は、この方法につきまとういたコントロールの困難さを解決しつつあるといわれている。

そこで、わが国の麻酔学のパイオニアである山村秀夫・東大名誉教授に、吸入麻酔の現状と低流量麻酔への移行にかかわる問題点について、お話をうかがった。

——まず、吸入麻酔の現在の状況を教えてください。

山村：そもそも、華岡青洲のころの煎じ薬による麻酔では効能が正確でないうえに、一旦かかるとなかなか覚めませんでした。その後導入されたエーテル麻酔も調節性が低く、麻酔医のカンに頼らざるをえないものでした。しかしいまの麻酔ガスは、酸素と笑気に気化したフローセンなどを混ぜたものですが、これは早くかかり、早く覚め、麻酔剤の濃度で深さを自在に調整できるというものです。

では、この麻酔ガスをどう吸入させるか。まず濃度調節した麻酔ガスを一定の流量送って吸入させ、呼気を全部外に逃がしてしまう『非再呼吸法』があります。これだとコンスタントでいいのですが、呼気に出た麻酔薬を大気中に出してしまい、不経済であるとともに手術室内の空気汚染を引き起こすことになります。そこで呼気の麻酔薬を戻して再利用するために、『半閉鎖循環式』、さらに『閉鎖式』があります。

—— 経済性だけを考えると、完全な『閉鎖式』が良さそうですね。

山村：もちろん、経済性だけを考えたら完全に循環させるのがいいのです。しかし全体のガス流量が少ないため吸入ガスに呼気が混合してしまい、吸気や呼気の麻酔薬の濃度を正確に知ることは困難です。いまはフローセンやセボフルレンなどの強い液体性麻酔薬を気化して吸入させるのが一般的ですが、かなり正確な濃度設定が要求されます。ここが不正確ですと、麻酔の深さが過剰になり、血圧が下降したりして危険です。そこで現在は、経済性となるべく一定の濃度を吸入させることとの妥協によって、『半閉鎖循環式』が用いられているわけです。

—— 『半閉鎖循環式』では、余剰麻酔ガスが手術室に漏れますね。病院のスタッフの方々にとって、この影響はどうなのでしょう。

山村：例えば、手術室の看護婦さんは流産する確率が高いとか、高濃度の笑気を吸うと奇形が生じるとか、低濃度でも長時間のフローセン吸入はアレルギーの誘因になるとか……。このような報告があります。ただし、果して本当に余剰ガスのためにこのようなことがおこるかどうか、定かではありません。が、少なくとも疑いがあるということです。

15年程前に、私が全国の国立大学病院長会議でこの空気汚染を問題にしたところ、手術室に余剰ガスの排気装置がつけられるようになりました。そのため、いまは現場スタッフの間に、以前のような危機感はないと言っているでしょうね。

しかしアメリカでは、排気装置をつけても手術室にお残る麻酔ガス濃度がある基準以下でなければならないといった規定があります。

それに独立採算性のアメリカの病院では、麻酔薬の使用量を減らすことによって経済性を図るということも重要なことです。低流量にすると経費が5分の1になるという報告もあります。

—— 日本では、麻酔薬は保険請求でまかなえますね。

山村：ええ。そのあたりに、低流量麻酔法の長所が分かっている、つい面倒なのであえて用いない原因のひとつがあると言っているでしょうね。

—— それでも近ごろ、低流量への動向があるというのは、

山村：そもそも低流量麻酔に関して、初めて国際的なミーティングが開かれたのは1978年ですが、当時はそれほど普及しませんでした。

最近になって注目され始めたのは、第一には、気化器が大変正確になって来たことと、麻酔薬の濃度が瞬時に測定できるようになって来たからです。つまり、大量のFGFを流さなくても、患者さんが何%の酸素を吸うか、麻酔薬の濃度はいくらか、炭酸ガスの状態はどうか、などがモニターによって判り、微妙な調整が可能になったということです。

第二には、高流量麻酔法では湿度を保つことが困難ですが、低流量麻酔の炭酸ガス吸収装置は効率よく加温加湿できます。患者さんの気道が渇きませんし、肺の保護や体温の保持に有効です。

さらに、麻酔薬はいま、非常に値段が高くなっています。それは、体に害がなく、効き目がはやく、覚めやすく、覚める時に興奮しないという麻酔薬の理想を追求した結果です。いい麻酔薬ほど高価ですから、できるだけそれを逃がさないように閉鎖式に近づけたいわけですね。また笑気も、最近は長時間使用が造血機能に異常をおこすと言われ始め、代替品が求められています。キセノンというガスがそれですが、これも閉鎖式で1時間使用につき数万円という高価なものです。

また完全な閉鎖式が可能になると、代謝の過程でどの位の酸素や麻酔薬が使われているのかが、供給量で判るようになり、ひいてはコンピュータによる麻酔の自動制御も夢ではなくなるかも知れません。

このようなさまざまな理由から、低流量麻酔が注目されるという時代の流れができてきたのではないかと思います。

—— 山村先生が中心となって呼びかけていらっしゃる『低流量麻酔研究会』について、その方針を聞かせていただけますか。

山村：麻酔装置の進歩で、低流量麻酔がそれほど難しくなくできるようになれば、体内での麻酔薬の吸収や代謝などを研究する上でも、これが役にたつと思います。そこで、さしあたり学会で興味をお持ちの方や、以前低流量に関する論文を発表された方などに呼びかけて、少しこの方面を勉強していこうという主旨で始めました。今秋、行われる全国臨床麻酔学会（93年11月11日～13日／座長：滋賀医科大学麻酔科・天方教授）で、第1回の低流量麻酔研究会が開催される予定です。

TOPIC

救急救命医療の、いま

杏林大学病院・救命救急センターの
リニューアルオープンによせて

「その日は朝から、なんとなく変な感じでね。ひどい肩凝りと高熱で、無性にイライラするんだ。中国の上海で取材中のことだった。数時間後にはウイグル行きの飛行機に乗る所だったんだけど、胸騒ぎがするんで、ホテルの医者に診てもらったんだ。胸に聴診器をあてている、ちょうどそのまっ最中に、来たんだねえ。心臓発作が。もちろん、即、入院。その時の診断は肺炎、ただし心拍数が異常に高いとのことだった。」と語るのは、胡桃沢耕史氏。一昨年の夏のことだ。

作家の鋭い感受性が強運を招いたのだろうか。三週間後に帰国。そのまま横須賀市の病院に運ばれ、心筋梗塞ということで心臓バイパス手術をうけた。現在は、ほぼお元氣だが階段を上がる時などは5回くらい休む必要があるとのことだ。

※

心筋梗塞発作の特徴は激しい胸の痛みだが、胸痛がおこってから医師にかかろうと決心するまで、平均で3時間。胃痛と考えると我慢したり、救急車を呼ぶのを躊躇する人が多いためだ。急性では、12時間以内に50%が死亡すると言われた。しかしCCU(冠状動脈疾患監視治療室)の導入により、死亡率は15～20%に下がった。このような救急患者の多くは救命救急センターに搬送される。

しかし、全国に104ある救命救急センターのうち、実際に救急専従医が24時間体制で活動しているところは半数以下という話もある。ひとつ言われた、“たらい回し”状態はかなり改善されたものの、心筋梗塞のみならず、脳血管障害、慢性疾患の急性増悪、中毒、交通事故や災害による外傷、熱傷等々、いつどこで119番のお世話にならないとも限らないのが生身の体である。救急車の行く先で、どんな医療が行われているのだろうか。

杏林大学病院救命救急センター

東京三鷹市にある杏林大学病院救命救急センターは、79年秋のオープン以来、東京都三多摩地区と、杉並、世田谷の西部地区を引き受けてきた。ベッド数約20床、毎年1000人前後の3次重症救急患者を収容してきた。1,2次救急患者は毎年20,000人にのぼる。しかし近年、搬送患者の増加に伴い病棟、救急外来も手狭となり「末期癌の80才のDOA-Dead on Arrival(来院時心呼吸停止)―の患者を診ている真最中に、20才の交通事故の青年の搬送依頼を物理的に断らざるを得ない」ジレンマも出て来た。“断らざるを得ないケース”は年間、100～150と増え続ける一方であった。

そこでこの6月、第1次から3次までの救急医療を充実させ



島崎 修次

しまざき・しゅうじ

1940年、大阪生まれ。66年、大阪大学医学部卒。筑波大学臨床助教授、米国セントルイス大学留学を経て、87年より杏林大学医学部教授、救命救急センター長を兼任。

た同センターの新棟がオープンした。地上3階、地下2階、総床面積は約7200平方メートルあり、総工費に70億円かけているということだ。

救命救急センター長の島崎教授に、詳細と救急医療の現状を聞いた。

——新センターの特徴はどんなことですか。

島崎:やはり、規模の大きさと設備の充実でしょうね。世界有数といっても過言ではありません。1階の1,2次救急外来用には、内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻科、産婦人科、小児科のそれぞれの診察、処置室があります。救急車がそのまま入る3次救急用スペースには、重症救急患者用の処置室が3室。多発外傷や心筋梗塞ショック、あるいはDOAの初療や蘇生はここで行われます。それと、緊急手術室、血管造影室、CT(コンピュータ断層撮影)室、ICU患者家族控え室などがあります。2階の3次救急治療棟には、ICU、CCU、熱床ユニット、水治療室もあります。ベッド数は30床。各ベッドサイドには人工呼吸器等の治療セットと、心電図や圧モニターなど各種モニターが集中配管とともに懸架システムでユニット化され、それらが中央でコンピュータ管理されているんです。

3階は看護婦さんの休憩室とラウンジ。そして地下は医局、緊急手術室が2つ、当直室、薬局といったところでしょうね。

——2階病棟の天井に広いドーム状の窓がありますね。

島崎:ええ。天井がかなり高いでしょう。自然光を取り入れやすくなっていて、ボタンひとつで光の量を調節できます。これにより患者ばかりでなく医師、看護婦をはじめとする医療従事者の閉鎖空間での種々の精神的・肉体的ストレスを解決しています。この効果は意外に大きいですね。

救命センターの患者さんの在院日数は平均して6.5日。でもこの数字にはDOAの方も含まれていますから、実際は10日前後です。始めは意識がありませんが、だんだん回復するにつれて、ストレスがどっと出てきてしまうのです。また、熱



第3次重症救急処置室

2階病棟

ドーム状の窓

傷とか慢性呼吸不全の急性増悪などの患者さんは、1か月や2か月の長期滞在になる場合もありますね。そういう方々の精神的・肉体的ストレスには特に注意が必要です。

——救命救急センターに搬送される患者さんの内訳を教えてください。

島崎: だいたい年間1,000名前後です。心臓と脳の血管傷害が300名程度。外傷、熱傷が300名。中毒、その他が200名。そして、いわゆるDOAが200名位ですね。

——マンパワーはどうですか。また、パラメディック(救急救命士)についても聞かせて下さい。

島崎: この施設を支えるマンパワーは、他科や他施設からの実習・見学を除き30名の救急専門医師、55名の専従看護婦、それに臨床検査技師・工学士を含むパラメディックスは約8名です。

パラメディックといえば、私は救急救命士国家試験問題の出題委員を勤めていますが、現在、全国に6000人程度の合格者がいます。このうち実際、救急現場で働いているパラメディックスは約900名程度。あとの約5000人は看護婦さんです。救急救命士の仕事は、いわゆるプレホスピタルケアですから、院内の看護婦さんに資格を活かす機会はありません。資格をもった看護婦さんの活動の場をどう広げるかと、救急救命士の卒前・卒後教育とがこれからの問題ですね。

救急医療の、いま

——救急救命の現場では常に冷静な臨機応変の処置が要求されるわけですが、最近は救急医とか外科系のいわゆるチーム医療の必要な科が、若い人達に敬遠されがちだそうですね。

島崎: それが問題なんです。正直なところ、一般的に外科系は敬遠されがちです。と言うのは、外科系は寝ずの当直は多いし、丁稚奉公みたいに(笑)技術を盗んで、身につけなければならない時期もある。とくに救急では何が来るかわからない。10年でもまだ一人前ではありません。ところが、今の若い人はすぐ、きわめて狭い範囲の専門医になりたがる傾向があるんですね。専門医は確かに重要です。専門性は大事だけれども、それを支える、あるいはその背景に、基本的な重症患者の取り扱いの技術が身につけていなければ、患者もその医師自身も困るんです。そういった意味でも、厚生省の言うところのスーパーローテートで、研修医が救命救急センターなどで勉強するのは非常にいいことだと思います。

るのが「脳死問題」ですね。

島崎: そうですね。脳死状態になった患者さんは、積極的に治療しなければだいたい2〜3日で亡くなります。若い人だと約一週間ですね。現段階では脳死判定後は人工呼吸器をはずさず、酸素濃度を下げたり、強心剤の点滴を止めたり、といった消極的な治療に変更しています。これらの処置は基本的には家族の納得のためです。

臓器移植関連で問題になるのは、脳死の死亡時刻と検屍の問題です。脳死は人の死だと言っても、心臓が動いている間は検屍できません。2回めの脳死確定診断の時刻で死亡診断書を書いたら、今の法律では事情聴取ですよ。それが解決されないかぎり、いくらレシピエント側から要請されても、また例えば家族の要請があっても、はいどうぞと言うわけには行きにくい状況なのです。

——特別立法化されるという話もありますが、今後はどうなるのでしょうか。

島崎: いまレシピエント側で、ある程度の移植病院を施設認定するという動きがあります。移植医療が軌道に乗りシステム化されるまでの間は、ドナー側としても、まず最善の治療が行われ、しかる後に脳死診断が下されたと納得してもらう必要があるでしょうね。その意味で、誰もが納得できると思われる病院を臓器提供施設として認定する必要があるかもしれませんね。

しかしもっと重要な事は移植に供しない脳死患者が多数、日常的に発生していますが、その取り扱いについての取り決め、あるいは共通のコンセンサスが全くないことです。まずこれを早く解決することが重要です。主治医は現場で困っているのです。

※

一般に「脳死」の発生率は全死亡数の0.4〜1%と言われており、件数は年間3,100〜7,900と推計される。この度お話を伺った杏林大学病院救命救急センターで発生する「脳死」の数は年間約50程度だという。

最近も、「脳死議論が法廷に持ちこまれた傷害致死事件」に大阪地裁の判決が出た(93年7月9日)。司法解剖執刀医は脳死時刻を死亡時刻とし、人工呼吸器をはずして心停止後、腎臓を摘出。これに対し当然のことながら検察側は心停止時刻を死亡時刻とし検視をめぐる争ったものだ。裁判長は心停止を採用し結果的に「脳死」判定時を死亡時刻とする事は否定したものの、人工呼吸器の取り外しについては「問題なし」としている。

救急医療は、「まったなし」だ。

LOVE

脳と心——愛は脳を活性化し育てる——



松本 元

まつもと・げん

1940年、東京生まれ。東京大学理学部物理学科卒業。通産省工業技術院電子技術総合研究所にて、神経の研究に従事。89年より、同研究所超分子部長、筑波大学教授を併任し、脳の学習・記憶のメカニズムを、そして「人間とは何か」を追及。従来宗教などが果して来た役割について、科学の側からアプローチし、「愛は脳を活性化する」が持論。著書に、『神経興奮の現象と実体』『脳と学習のメカニズム』『脳とコンピュータ』など。

心は心理学・哲学・宗教によって従来研究され、脳は脳神経科学によって研究されてきた。従って、脳から心への理解は両者の融合を試みることから始まる。心理学では心をどの様に理解し、それを脳科学ではどの様に解釈できるか。

心理学は人の行動を観察することで行動の誘因である心を理解するが、心についての統一的な解釈はまだ持ち得ないでいる。一方、脳神経科学はネコやネズミ、サルなどの実験動物を対象として研究が行われてきており、人の脳を主たる対象にしていない。そのため、最近の進歩が急であると言っても、動物実験の結果をそのまま人の脳にあてはめることになり、心の理解へのへだたりは大きい。

人は「自分の存在をありのままに受け入れてもらいたい」という欲求を進化の過程で遺伝的に特に強化された動物である、と考えられる。この受容欲求と生理的欲求の充足を出発点にして、人は軽い推論をもとに外界認識し学習し記憶を形成する。こうして変更した欲求基準をもって、新体験への対処を繰り返して成長する。人の本性は善であり、物質やエネルギーだけでなく情報に関しても開いた系であることが、現在の自分と自分のおかれている位置を受容することと強く関係している。

人は感情の動物である

人は大脳皮質が極めて進化した知性の動物である。この意味で人の脳はコンピュータとよく比較されるが、視覚パターンの認識において現在のどんなコンピュータも脳には及びもつかない。例えば、われわれは30年も会っていない旧友に町でふと遭遇した時、その人の頭髪の様子は大きく変わり、顔にはしわが増え、眼鏡などもかけるに至っているにもかかわらず、そこに幼い日の面影をみつめて、「君は塚田君

ブラックボックスと言われた脳の解明は、現在飛躍的に進んでいる。脳死を巡って、「生命とは何か?」「生きるとはどういうことか?」、そしていま、「脳を考えることは人間をトータルにとらえること」という地平を獲得しつつあるように思われる。そこで、今回より下記の予定で、松本元さんの「脳と心」を連載する。

第1回：人は感情の動物である／心理学は心をどうとらえるか

第2回：脳科学から心の理解への切り口

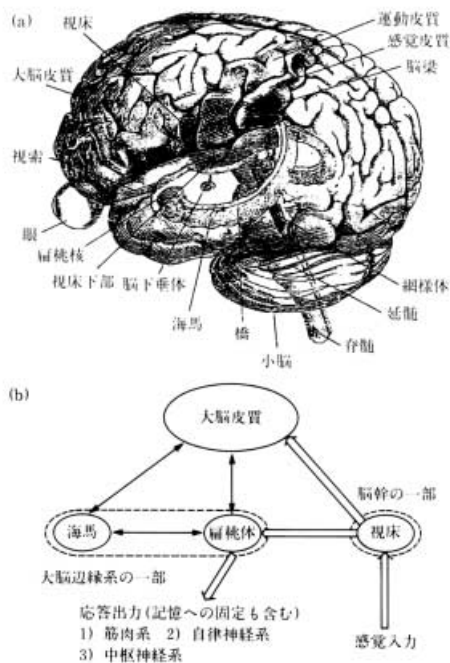
第3回：愛は脳を活性化し育てる／脳科学と聖書の教え

ではないか。」と思わず叫んでしまうことがある。そして同時にこの旧友と過ごした日々の出来事を懐かしさと共に次々と想起することができる。聴覚パターンの認識においても同じである。「もしもし」とかかってきた電話の一言から、何十人という友人の中から「斉藤君からだ」と判り、すぐどういう感情でかけてきたのかを推し測り、応答への心の対処をする。このように高速で緻密なパターン情報処理が行えるコンピュータは工学者の夢である。人の脳の知性情報処理の妙の解明に医学者のみならず工学者も大いに関心を払ってきた。

しかし、この様に脳が持つ素晴らしい知性も、知性だけで独立に働くわけではない。人は知性の動物であると同時に、感情も受け入れてもらえないと知性も働かず、一步も行動に出られない感情の動物である。

現在、カウンセリング・スクールのディレクターとして活躍中のWさんは14才から27才までの13年間強迫神経症というノイローゼにかかり悩んだ末、自分をありのままに受け入れて貰ったことでこの心の傷は完全に癒された。彼女は神経症から解放される過程を次のように述べている。

「私は見るもの聞くもの触れるものすべてが気になって仕方がなかったのです。一足の靴下を干すのに2時間、一枚の皿を洗うのにも1時間といった様に、何か観念が起きるとそれに捉えられて今やっている行動はそのままストップし、あげ句の果てに部屋にうづくまってしまうような状態でした。(中略)私のまきちらす否定的で破壊的な感情は周りの人々まで病気にしてしまう程強烈なものでした。わたしは自分が嫌いでした。しかしカウンセリングによって、私はすこしづつ自分を受け入れるようになっていきました。それは、カウンセラーである先生に、どんなわがままな感情も許され受け入れてもらったことによって、私の内側に人間としての基本的な自信が取り戻されてきたからです。人は愛されることで愛をおぼえてゆくこと、受け入れられることで自分を好きになっていけること—これらのことがわかってきた時、何故私が神経症であるのかを理解しました。恨みごとを言い、罵声をあびせても、少しもゆるがず、裁かず、忍耐し続けて下さる先生に対して、私は今まで感じたことのない不思議な感覚を



- ◀ (a) 組み立てられた脳。感覚と内臓の調節に働く主要な構造と、辺縁系および脳幹の主要な構造を示す。
 (b) 五官からの感覚入力情報の大脳処理過程路の概念図と、大脳よりの応答出力が筋肉系のみならず、自律神経系・中枢神経系へ及ぶこと概念図。大脳辺縁系・視床などでの情動情報が快ならば快行動出力が自律神経系・中枢神経系を活性化し、不快ならば不活性化する。

高に価値がある、と考える。

人間主義心理学におけるマスローの欲求階層論は、人間の発達・成長が次の5つの欲求水準とともに進展することを述べ、人格形成過程を説明する。

第1次欲求(生理的欲求)は、個体としての生命を維持したいという、生命体として必須なものである。生理学的にも第1次欲求は視床下部でコントロールされていることがよく知られている。食欲は視床下部の摂食中枢で、睡眠欲は視床下部後部・中脳網様体、橋網様体、視索前野、延髄網様体で、また性欲は視床下部腹内側核あるいは内側視索前野でそれぞれ支配される。第2次欲求は安全欲である。人は本来不安をもつ存在である。不安は自分の衝動に対する恐れや否定的感情から生ずる。このため、整然とした秩序や明確な対象、しっかりと動かないものへの依存や信奉の念が生ずる。第3次欲求は所属と愛情の欲求(社会的欲求)である。人は一人では生きられない。人と人との関係を持つことによって、自分を位置づけ、情緒の安定や精神的糧を得ることができる。第4次欲求は尊重の欲求である。自己がより高い位置にありたいとの欲求であり、第3次欲求より高次である。第5次欲求は自己実現の欲求である。自分でなければならないことを自分の力を最大限に発揮して実現したい欲求である。

マスローは欲求の階層が低次である程、優先して求められるとする。生理的欲求が他のどの欲求よりも強力なのは、生命維持に直結している為である。生理的欲求が満たされると、第2次の安全欲求が人の意識や行動を支配する。安全が確信されれば、未知で危険な状況にも立ち向かうことができる。続いて、第3次の愛情や所属の欲求が出現し、それが満足されると尊重の欲求が、更に自己実現の欲求が出現する。すなわち、低次より高次の欲求が順次出現して満たされると、満たされた欲求は漸時活動を停止し、ついには意識から消失し行動にも影響を与えなくなる、というのである。

心は成長と共に欲求の基準が階層的に変化するものであることをみた。これを脳という空間に位置を占める物質的存在の活動の結果として、心が一元的に理解されるとすると、この背景に非線形非平衡系に関する科学観が必要であると思われる。

(次回、「脳科学から心の理解への切り口」につづく)

持ちました。」

こうして彼女の心の傷は癒されたのである。今ではこの経験を通じて同じ心の悩みを持つ人々と関わることを人生の生きがいとしている。

心理学は心をどうとらえるか

自然科学の分析的・実験科学的手法を中心に用いて人間の行動を研究し、この立場から人(心)を理解しようというのが、アメリカ心理学界で主流の行動主義心理学である。ここでは人間の内省的な側面を非科学的なものとし、人間の構造の中で動物と共通する面に重きを置く。

これに対しフロイトの精神分析学では、性悪説の立場から衝動の破壊的性格を論じている。個人の中でのこの衝動と抑圧との対立、さらには個人と社会との対立の力関係の中で衝動優位か抑圧優位かのどちらかの人格が形成される。フロイトは人間を部分的に分割して分析的に研究するのではなくトータルにとらえ、その全体的過程を諸種の要因との関係から動力学に理解しようと試みた。

近年、人間の本性に基づく人間主義心理学がマスロー(Maslow, A.H.)らによって提唱され、アメリカを中心に広く研究されている。マスロー心理学では、心理現象の理解には人格をまず全体(トータル; as a whole)として把握することが必要であり、人を生物的存在として捉えるのみでなく社会的、精神的に捉えるために立体的(階層的)人間観を提案する。人間の欲求、価値観、生きがい観などの理解に階層性を導入し、人間の発達・成長に伴ってこれがより高次の階層に向上し、自己実現という人として最も至高な位置にいたる、と考える。そして、完成された人格が形成されるすべての要因は、人間そのものに内在し人間性自体に最

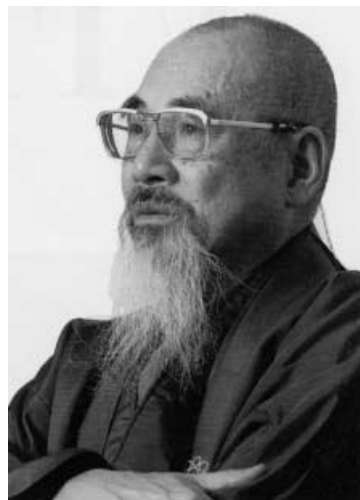
FAITH

東洋の禅哲学者として 西洋の近代医学に問う

埼玉医大名誉教授・花園大学教授・禅僧 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。同大学院終了。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—休・正三・盤珠・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。



埼玉医大で十年間、倫理学と宗教学を講義した。その間、私はただ一つのことだけを説いた。それは——君たちはこれから西洋医学を学ぶ。医学は西洋医学だけではない。東洋医学、ことに漢方が最近とみに注目されている。しかし、現代においては、医学の主流は西洋近代の医学である。

ときに、漢方医と称する人々が、「西洋医学は効かないから、ちょっと引っ込んでもらって」などという。そんなとき、私はきびしく反論して言う、「そんなことを言うのは、君自身が医科大学を卒業してから言ってほしい」と。人の生命を扱うのだから、医大六年の就学は最低にして当然のことではないか。針灸師だけの資格で医療の場でものをいうには限度を心得べきであろう。このことは西洋の心理学応用の心理治療ないしカウンセリングのばあいでもまったく同じことである。薬を使わないから取り締まれないといって、野放し状態にしているのは、厚生省の怠慢だと思う。肉体の病気であろうと、精神のそれであろうと、医療には医師の資格が必要である。禅僧などが、「坐禅すればノイローゼなんか必ず治る」と言うのも越権である。

だから、諸君は自信と自負とをもって、西洋医学をしっかり学んでほしい。しかし、ここに一つ大事なことがある。それは、——西洋近代の医学がどんなに勝れていても、その根底にある人間観は、デカルト以来の「近代的自我」の思想である。そこに問題がある。確かに西洋近代のヒューマンイズムはすばらしかった。そこから科学も民主主義も生まれた。しかし、その肝心の「自我」の思想が、ケルケゴールの言うように「死に至る病い」を病んでいたとしたら、どうなのか。近代は必ず終末を迎える。

「ポスト・モダン」が自覚的に探求されなければならない。

このことは、医学においても例外ではない。近代医学の根底にある人間観の問い直しが必要だ。

こんなことを医大の進学課程や附属の高等看護学院

の学生たちに説いていた。そして東京医大の高間直道先生を中心に全国の同志に呼びかけて「医学哲学倫理学会」という学会を創設して、その第一回の会場を引き受けてもらった産業医科大学で、つい、かねての自説を述べた。それを聞かれた当時の同大学長の土屋健三郎先生が、「自分は西洋ヒューマンイズムと東洋ヒューマンイズムの統合なしには、現代の医学教育はあり得ないと思っていたが、いみじくも秋月さんが同じことを言われた」と、深い賛同の意を表してくださった。それ以来、何度も講演や講義の機会を与えていただいた。

では、ポストモダニスト(後近代者)の自覚に立つ新しい(そして、東西統合の)医学とは、何か。それを説くのは、私の任ではない。それを探求するのは新しい科学の創造を目指し、になう医師諸賢の仕事である。ここには、次に二つの具体的な動きにふれて、若干の私見を述べる。

一つには、デカルト以来の物心二元論を超克する「心身医学」の動きである。そこでは、仏教の(単に“道元の”ではない。道元自身、それは“仏教本来の”であると言っている。)^{じんしんいちにょ}「身心一如」の思想が大きく役立つであろう。この方面については、池見西次郎先生の秀れた業績がある。

今一つは、最近の「死の医学」(サナトロジー)の動きである。医学は病気の治療から始まった。そして病気にかからない健康な身体を造る医学に進んだ。しかし、いかに健康に努めても、延命医学が進歩しても、人間は必ず死ぬ。それなら死を看とる医学も必要だ、そこまで来た。死の医学である。しかし、死を考えるのも、人間としてはやはりよく生きるためである。そこで、生(バイオ)と死(サナトス)を考える、「バイオサナトロジー(生死の学)学会」を造ろうということになって、先の土屋先生を中心に(私も発起人になって)、昨年新しい学会ができた。新しい医学の創造を考える各位の入会を希望する。

HOPE *Bourgogne*

オータンのサン・ラザール教会

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。

パリからオータンへの道はサンスからオーセール、アヴァロン、ソーリュを経て入るのがふつうだろう。ゆるやかなイヨンヌ河の流れは優しい。県道980からオータンの町へ入る。ローマ占領のガリアの時代、この町はガリアの首都であり、オータンという名前は、ローマ皇帝アウグストスからとったものである。ついでに言えば、ブルゴーニュという名前も、5世紀にバルト沿岸から移動してきたブルグンド族から来ている。

今は粗い印象を与えるが、サン・タンクレ門はローマ時代のものであり、かつては城壁がまわりを取巻いていたのである。町の通りは狭いが、家並はほぼ三階くらい、曲折する道から教会前広場に出る。正面を眺めようとすると、少し幅がなくてきゅうくつな感じがする。

1120年頃に教会はたてられはじめた。ジェラルド・ド・ルションが1079年にマルセイユから待ち寄った聖ラザールの聖遺骨が祀られたために各地から巡礼がおびただしくあつまったのである。当時としては珍しく彫刻家、ジルベルトゥスの名前が楯石の上部に刻まれている。半円形壁面の主題はこの時代に多い「最後の審判」であり、左側が選ばれた人と、右側が地獄に墮された人々と分かれる。そうした点ではコンクのサント・フワ教会の正面と同じである。

ロマンスクの時代は「終末の日」が近づきつつあるという確信が人々をとらえていたから、どうしても善悪二元論のきびしい様相が芸術表現に多かったのである。いわば思想として黙示録的であり、その意味ではモワサックのサン・ピエール教会の半円形壁画が典型的だろう。

この教会は土地から出る砂岩を用いているため、サント・マドレーヌ教会のように白く明るい印象ではなく、灰色に、場所によっては暗く沈んだ調子である。しかし全体として諸人物はまるでマニエリスムの彫刻や絵画のように長く洗練されていて、優雅である。コンクの人物たちはずんぐりとして、時には可愛らしくさえるが、この教会の諸人物はサント・マドレーヌ教会と似て、その衣紋の繊細な流れが印象的である。

右側に魂をはかる場面がある。これはフランスのみならずイタリア（たとえばウンブリアのスポレットにあるサン・ピエトロ教会）にも見ることができ、エジプト起源である。いわば先行する異文化の組み入れた。聖ミカエルが悪魔と対峙し、後者の足には蛇が巻きついていてる。

しかし何よりもまして身廊に刻まれた柱頭彫刻は美しい。《ゾダイック叢書》が「比類なく」、ロマンスク彫刻の傑作とたたえるゆえんであろう。たとえば「マドレーヌにあらわれたキリスト」は、やや左に身をかかめ、手をひらき、優美な身のこなして膝づこうとするマドレーヌを見下ろしている。マドレーヌの斜に下ろした手と平行する膝から足にかけての線も見事だ。あるいは「東方の三博士の礼拝」における聖母子は仇気なさ、無垢と清純の姿で見るものの心をとらえてしまう。均衡としなやかさは間然とするとところがない。



エヴァ



魂をはかる

それに「東方の三博士の目覚め」はどうだろう。三人が並んで眠りこんでいるところに天使がそっとあらわれる図である。三人を包んでいる半円の衣の縁どりと博士たちの冠。天使の翼の線の美しさは、ほぼ直方形の枠組のなかに絶妙なバランスをもって夢みるような印象を与えるものである。これらを刻んだ人々の名は知られていない。彼らは共同体のためにつくったのであって、自らのためではなかった。ジルベルトゥスはむしろ例外である。

ところで楯石のところに本来おかれていた『エヴァ』は今、教会のかたわらにあるロラン美術館のなかにある。大ぶりの植物文様のなかに、それと見まがうようなエヴァの肢体は、官能のリアリズム的表現というべきで、横顔と長い裸身と、ゆるやかに曲げられた膝、リンゴをつかんだ手先、「誘惑」そのものの表れである。その迫真性のゆえに、これを眺めた人は、いましめよりも逆に、それに呼応するものを「内なる自然」に覚えたのではないか、という感を与えるほどである。それと同じことは、宗教改革者、マルティン・ルターの友人でもあったクラナッハの描く妖しいまでの女たちにもうかがうことができる。むしろ女の実しさそのものの表現がキリスト教的制度をこえてそこにあらわれていよう。いや、逆に禁忌があるから美しいのかもしれない。

さて何度かオータンを訪れたなかで、私に思い出ふかいのは、とある古い木造りの建物をつくりかえたホテルに泊まった夜のことであった。ブルゴーニュ地方のことである。さまざまな教会を訪ねたあと、中世より修道院がつくった葡萄酒を味わうよろこびは格別なものがあつた。クロ＝ヴァージュやニュー＝サン＝ジョルジュの芳香に私はすっかり旅のつかれをいやされたものである。

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っしやいませんか？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へどうぞ
TEL:03-3586-4558 (東機質ビル内) 担当：岩沢、田中

