



医療法人 啓信会  
京都きづ川病院

# 季刊 すまいる

夏 2008 vol. 19

すまいる smile

2008 vol.19 夏 季刊 ● 年4回発行

発行 ● 医療法人 啓信会 京都きづ川病院

きづ川病院 News

病院内の行事や予定などのお知らせです。  
また、病院のホームページでは、最新の情報を掲載していますので、ぜひご覧ください。  
<http://keishinkai.dip.jp>

要予約

**7月1日より特定検診がはじまります。**  
実施期間 平成20年7月1日(火)~12月27日(土)

対象者

宇治市、城陽市、久御山町の国民健康保険加入者で、  
受診時に40歳以上の方、または後期高齢者医療被保険加入者の方

自己負担金

1,000円(免除制度あり)

- 城陽市、久御山町については、国民健康保険証または後期高齢者医療被保険者証と受診券をご持参ください。
- 宇治市については、国民健康保険証または後期高齢者医療被保険者証をご持参ください。
- 今年度より、予約にて対応させていただきます。ご希望の方はお電話でご連絡ください。

**がん検診・肝炎ウイルス検診のお知らせ**  
実施期間 平成20年7月1日(火)~12月27日(土)

検診名・内容	対象者	一部負担金 (一部免除制度あり)
大腸がん検診 (便潜血反応検査)	40歳以上の市民(宇治市、城陽市、久御山町)	700円
前立腺がん検診 (血液検査)	55歳以上の男性市民(城陽市、久御山町) ※前立腺がんを診断を受けた方、定期的にPSA値の検査を受けている方は検診を受けることはできません。	城陽市 300円 久御山町 200円
肝炎ウイルス検診 (血液検査)	40歳以上の市民(宇治市、城陽市、久御山町) (事前申込みが必要です。保健センターへ電話または直接申し込んでください。) ※今まで肝炎ウイルス検診を受けたことがない方が対象となります。	城陽市 600円 宇治市 800円 久御山町 500円

TEL 0774-54-1113 きづ川クリニック

**乳がん検診のお知らせ**

実施期間 平成20年7月1日(火)~12月27日(土)  
実施曜日 ● 月曜日(午前)、火曜日(午後)、金曜日(午後)

検診名・内容	対象者	一部負担金 (一部免除制度あり)
乳がん検診	40歳以上の女性で元号(明治・大正・昭和)の 偶数年生まれの方 (宇治市、城陽市、久御山町)	城陽市 1000円 宇治市 1500円 久御山町 1000円

※乳がん検診につきましては、きづ川病院で行います。ご希望の方はきづ川病院までお申し出ください(要予約)。

TEL 0774-54-1111 京都きづ川病院



医療法人 啓信会

京都きづ川病院

〒610-0101 城陽市平川西六反26-1 TEL 0774-54-1111 FAX 0774-54-1119  
URL <http://keishinkai.dip.jp>

**花火**  
日本の打上花火のきつかけは今から二七五年前(享保十六年)。その後、明治十年代には複合の調剤が工夫され、色彩的にも技術的にも革命的進歩をとげる。特筆すべきは打上花火製造の全工程が現在でも手作業で作られていることだろう。世界に誇る日本独自の火の芸術を支える技術の精巧さは、まさに驚異というほかない。ちなみに今年の両国の打上花火は七月二十六日(土)。



**灯台**



石廊崎灯台は伊豆の最南端。石廊崎の海拔六十メートルの断崖上に立つこの灯台は、明治四年に「日本の灯台の父」と呼ばれた英国人プラントンにより建設され、昭和八年に改築されたもの。内部の見学はできませんが、青い海と空に突き出すようにそびえる白亜の姿は息をのむほど美しい。

**尾瀬**

尾瀬は群馬、新潟、福島、山梨の三県にまたがる高層湿原。その面積は長さ六キロメートル、最大幅二キロメートルに及ぶ湿原。尾瀬ヶ原。そして湿原をめぐる二〇〇メートル級の山々、その裾を彩るブナ林。尾瀬ヶ原から二〇〇メートルほど登ると昔の湖を思わせる尾瀬沼。尾瀬中の水を集めて流れ落ちる三条の滝。高山植物の宝庫。至仏山。人の手の加わらない湿原に自生する季節の花々。尾瀬は植物、動物、地質などの研究の宝庫でありその全域が特別天然記念物に指定、保護されている。



**氷**

京の北山、京見峠をさらに北へ向かうと、〈氷室〉という珍しい地名に出会う。京都市北区氷室町。「氷室」とは昔、蒸し暑い京の夏のために季冬(十二月)に氷や雪を貯蔵しておく冷蔵庫であった。一丈あまり土を掘り、氷や雪を草で覆い、中には厚く茅藁を敷いて保存する。そして夏、かろうじて残った氷を天皇に献上。待ちかねた貴人たちは水酒にひたして飲み、女官たちは「ちびたい、ちびたい」とその感触を楽しんだという。夏の氷は現代では信じられないほど、貴重な産物であったと伝えられている。

**鶉飼**

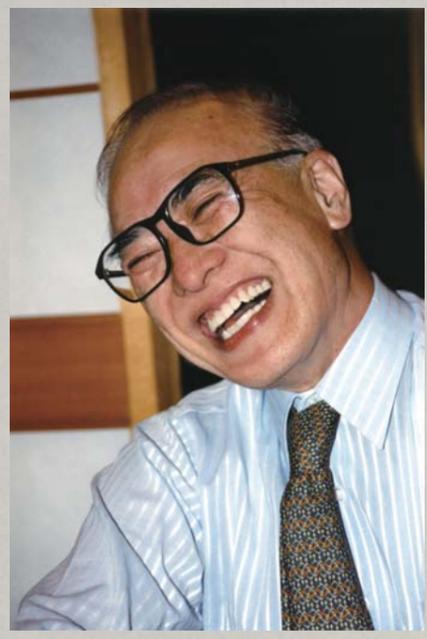
飼いならした鶉を使って鮎をとる、夏の風物詩である。月明を嫌うので上弦の夜は月の落ちるのを待ち、下弦の夜は月の出る前に船を出す。鶉飼は一度に十二羽を使い、鶉を巧みにさばいて呑んだ鮎を吐かせ、また水へ追いやる。鶉の種類には海鶉、川鶉、姫鶉があるが、ことに海鶉が良いとされている。鶉飼は今なお古風な烏帽子、腰袋をまとう。現在、長良川その他で鶉飼を見ているが、これは二、三里ばかり上流から本町の鶉飼をやってきたあと、演じて見せる夏の夜のショーである。



# 追悼

## 中野 進 会長

平成20年2月9日 逝去 享年84歳



中野進先生、お会いするたびに「やあ」と手を挙げてにこやかにご挨拶してくださる先生の笑顔をもう見ることができないというのを2ヶ月たった今も、まだ信じることはできません。社会的な多くの重責を担われ、毎日、本当に多忙な日々を過ごされながら、患者様のことを第一に考えられ、そして仕事を楽しみながら毎日過ごされておられたお姿を私たちは決して忘れることはありません。

「救急医療は医療の原点だ」と堂々と申され、『献身と信頼』という京都きつ川病院の病院理念に込められた地域医療に対する熱い熱い思いをこれからも胸に、そして忘れることなく、職員一同精進してまいります。

どうか安らかにお休みください。ありがとうございました。

京都きつ川病院 院長 丸山 恭平  
(4月11日 中野進を偲ぶ会にて)

### 特別対談 連載◎第3回

宗教学者、国際日本文化研究センター名誉教授

医療法人啓信会 理事長

## 山折哲雄氏×中野博美氏

# これからの日本の医療

### 京都からの発信



山折哲雄氏

### 医療が死について学ぶこと

**中野** これはどう話を進めていいか困り果てていたんですが、「死」ということでありますが、私が知っているのは、医師が直接一人一人の患者さんに相対して、医療者として見た死であり、それ以上の上のものは余り多く見たことはありません。まあ、一般の人に比べると死の場面に立ち会うことは相当多かったとは思いますが、先生には父親が実践で得た「とめる」「ほめる」「さする」をお使いいただいています。

### 山折

そうですね。私は人が亡くなる時には本人はもちろん、家族が、周辺の人がどうかというところは、そうでない人に比べたら随分経験していますし、そういう経験とか知識というのは、どのような医者にも必要であるとは思っています。日本の医療は西洋医学が入ってから病気の治療という部分が大きくクローズアップされて現在に至っています。

病気の治療を主たる目的にしますと、やはり死というのは、敗北という位置づけになることが多いと思います。ただ、一方では誰でも死ぬということでありまして、片や東洋医学といいますが、仏教思想だと思わなくても、「生老病死」を一連のものとして取り扱うことが、医療者の役目であるということをおもいます。

ただ、西洋医学の流れである今の日本の医療は、生体の機能停止というところから大きく人生が終了するということとあるにもかかわらず、生体の機能停止という理解以上のものがあまりないと思えます。まだまだ、今の日本の医療は死について学ばないといけないことが多いと自分自身の反省も含めて感じています。

厚労省が言っていることですが、死ぬ場所が50年ぐらい前は8割ぐらい家で亡くなっていた。それが、昭和40年代後半にこれがクロスしまして、現在は8割ぐらいが病院で亡くなる。家で亡くなるのは、その他がありますので1割

ちよつとであると。場所がないということもあるでしょうし、同席する者の中には医師がいた方がいいとか、あるいは病院に、病院にというそれまでの治療の流れがそうさせているのかもしれない。

厚労省などは、そこまで皆が病院で死ななくていいのではないかと言っているのですが、これは医療関係者だけで決まる話ではありません。もうちよつと医者だけでなく、宗教関係者というか、死にまつわる関係者がいろいろ意見を出すべきだと思ふのですが。

### 「とめるほめるさする」 中野三原則

**山折** 私は進先生に最初にお目にかかったのは十数年前になります。日本生命倫理学会という大きな学会ができました。その創立大会が大阪であったんです。

最終日に懇親会がありまして、そのとき偶然、進先生にお目にかかって、たしかワインを飲みながら話し合っただけです。

ね。その中で三原則のお話をされた、自分は医者を生業やっつけてきて3つの原則が必要だと思うようになり、それを医者としての心得と考えるようになった。

1つは「とめる」、痛みをとめるのは医者の当然の役割「ほめる」ことも患者の役割だと言わねえ。患者をほめるということも大事にしていく。それから、3番目がもう医療の手だてがなくなった段階で、これはもう「さする」以外にないんだと。これも自分が心得として考えてきたことだと、そう言われたんです。僕は非常に感動しましたね。「これは中野三原則ですね」と言いました。しばらく考えてから、「それはお医者さんの三原則でもあるんだけれども、同時に人間が人間とつき合う上の三原則にもなりますね」と言ったことを覚えてます。どんな人間も痛みを持っている。それはお医者さんが治すような痛みももちろんあるけれども、それ以外に心の痛みという痛みを持っている、人間関係ではそれをどうするかという問題が1つある。



## 人生80年時代の人生観と 医師の役割

それから、人間関係でつき合っていく上では、やっぱりほめるということが非常に重要なんだよ。ただ、ほめるというのは非常に難しい、叱るよりもひよつとすると難しいかもしれない。相手の心に響くようにほめるというのは、やっぱり人間関係でも非常に大事なことではないかと思いましたが。

3番目の「さする」というのは聖書とか仏典を見ていきますと、やっぱりイエスでも仏陀でも体をさするように相手の心をさすっているんです。言葉だけではどうにもならない状況があるわけですから、さするというのは、やっぱり人類2000年、3000年の中では重要な宗教的な行為だったのだと。だから、「先生、中野三原則は人間関係を律する上での三原則になりますね」と、それで意気投合して、ちよつと酔い過ぎたという記憶があるんですが。

確かに「とめる」は医者第一の役割。「ほめる」のは友達との間で、そして「さする」のは家族間でとくに重要になる、そういう考え方もあるなど。それはどのような解釈をしてもおもしろい、なかなか味のある中野三原則だと思っただけです。これを皆さんに話しますと、どこで話しても皆さん感動してきてくださいますよ、これは不思議ですね。

しなければならぬ世代ではないかということなんです。ところが、今は人生90年だ、人生100年だと言っている。そういうことを社会的なメッセージとして言っているのか、そこはもつとも慎重でなければいけないのではないかと私は思っています。もちろん、100年生きて健康な方はあります。日野原さんのような方はその典型ですが。

**中野** ええ(笑)

**山折** 日野原さんは例外でしてね、私は老人だとは思ってません。だって、8階まで駆け上がるんですよ。ですから、日野原さんは大事な先駆者、リードオフォーマンだと思います。けれども一般の日本人

それで、死の問題になるんですが、

私は年来、日本人はつい最近まで人生50年できたと思っているんです。今住んでいる綾小路からちよつと北に行くとなんて小学校跡というところがあります。あそこは信長が自刃したところですね。信長は死ぬとき、「人間50年、下天の内を比べれば」という幸若舞を舞って腹を切つたと言われているんですが、その信長の時代は、既に人生50年だったんですね。その人生50年が恐らく戦後まで続いていた。その間、なんと4世紀に及ぶわけですよ。そしてこの時代の人生観というのは、死生観あるいは生死観というものでした。死と生で人生を説明していたわけですよ。その場合、死の比重と生の比重が同等なんです。だから、働き詰めに働いて気がついたらもう死がそこに迫っている。それで死を受け入れた、こういう人生観だったと思います。

ところが、先ほどおっしゃった昭和40年代あたりから高齢化社会が目立つようになってきて人生80年というようになってきたのは、せいぜい戦後30年あたりからじゃないでしょうか。人生50年時代には、それなりの生きるためのモデルというのがたくさんあったと思います。ところがそれが一気に80年になったわけですから、その人生80年をどう生きていいかのモデルができていない。そのうえ生と死の間に老・病という難しい問題が割り

の立場からしますと、そろそろ80になったら「死に支度」という、これまたいい大和言葉があるんですよ、それを思い出した方がいい。死に支度というのは自殺への願望とは違うんですよ、いずれ人間は死んでいく存在なんだと、それに対してどういう最期、晩年の心の構えを身につけるかという問題です。

それを私は、他人を介護するように自分を介護する。それは自分の最後をどうみとるか、他人をみとるのように自分を見とるかということなんです。中野三原則と、それから他人をみとるように自分をみとるということ、この2つの問題が人生80年時代には必要になるのではないかと。

さて、他人をみとるというのは中野三原則で行くんです。それにたいして自分をみとる場合はどうするか。その最も重要な基本は、日常的な食事のコントロール。かつての我々の知恵ある先人たちは、自分の寿命を悟ったとき、だんだんと食事を制限していった、精進に入る。最後は断食、そして静かに息を引き取る。それを理想としていた。これができれば完全なリビング・ウィルと言いますか自己決定での最後の迎え方になる。私は、これを断食往生と言っています。

かつて多くの修行者たちが、平安時代から鎌倉時代にかけてそういうことを修行の一環としてやっている。その伝統は中国、インドをさかのぼれるんですね。日常的な断食というのは、また新しく生き返って、新しい生活を始める、そういう

込んできた。老病死という長い長い時間が横たわっている。ゆつくりそれがやってくるから、ゆつくり見つめざるを得ないという状況が出てくる。そうすると、一方ではだんだん死が遠のいていくような感じになる。眼前にあるのは老いと病なんですよ。それにどう対応していいのかわからないところで、今大変に困難な問題が出ておられますし、そこから混乱も生じていると思います。

そこでは老人保険、介護保険といったような問題が出てくるわけです。その人生観がまだ定まっておられないので、それに対する社会的な対応策が定まっていない。したがって、医療の側もそれにどう対応したらいいだろうか戸惑いがある。その場、その場の病気を治すということはかなり技術的に進歩を遂げておられます。けれどもそこで悩み始めた人間全体を治す人間の治療という側面が非常に

おかれているという感じがします。

その人間の治療の中に、哲学的な問題とか宗教的な問題とか、死の問題も入っている。数は少ないかもしれませんが、でも、宗教家の役割に似たようなことをやりながら終末期医療に臨んでいるお医者さんも私は個人的に何人か知っております。人生80年を生きる人々を治療するお医者さんが宗教家の役割を併せ持たなければならなかった、実際にそれをやり始めている。それならば死そのものの問題、死後の問題までかわっていいのではないかと思っています。

逆に宗教家の方も、死を目前にしてい

う日常的な行でもありました。そして、最後のときには、浄土という向こう側に着地するための断食になる。つまり生と死と、その両方の可能性に開かれたものなんです。

食事をコントロールすることは自分の生命をコントロールすることにつながるし、最後は自分の生命の最後を別の世界に軟着陸させるための技術でもあるんです。そういう技術は80代になったからといって突然身につくものではない。やっぱりそのためには10年、20年なりの準備期間、助走期間が必要なんです。その助走期間のために腹八分の生活をする、それでライフスタイルを整える。そういう予防医学にも通するような生活の仕方というのを、そろそろ声を上げていっているのではないかと思っています。

## 緩和医療との違い

**山折** もう一方で現代医学がやっている、最後の死を迎えるときの緩和医療というのがあります。痛みを和らげて最後は安楽死に導く、これは非常に大事なことだと思えます。しかし、その緩和医療というのは、最後のところはお医者さんの手にまかせている。だから、これは自己決定とはいえないものの、半分の自己決定だと言っているんです。他人の操作が入るわけですから、断食往生とはそこが違うと思えます。しかし、それはそれで現代医療のぎりぎりのところだろうと思えますね。

人々の悩みに対して、先ほど言った「とめる」「ほめる」「さする」という意味の人間の治療でかわることができると思うんです。それはかならずしも医学的な技術に基づいた治療ではない。そう考えると最後の場面でお医者さんと宗教家は手を握ることもできる。そういう点で仏教日本よりはキリスト教国、西洋の方が進んでいると思えますね。病室にお坊さんと呼ぶことは、日本ではまだタブー視されていますから。病院側が、坊さんでも神父さんでも受け入れるというふうに行くのかどうか、それは日本の医学界がどう考えるのかという問題ですね。

それから、宗教家の方も終末期医療とは何かということ、医療の側からではなしに普通の人間の側として考えることも必要になる。その場面で人間的なカウンセリングの仕事というのはできるはずなんです。カウンセリングの仕事というのは、医学的な治療と重なるところがあると思います。そういう提携関係をどうつくっていくかということもこれからの課題ではありませんか。

## 晩年の心構え— 他人をみとるように 自分をみとる

**山折** もう1つ、私はさきの中野三原則を引用させていただくときに、これは人生80年時代という70代ぐらいまでの原則ではないかと思っています。80にか

ただ、緩和医療を行うために用いられる薬がモルヒネですね。そこで、私はモルヒネ安楽死と断食安楽死という二つの方法があると言っているんです。一方は西洋医学、もう一方は東洋医学の方法とでもいい。そのようにして、まず議論を始めてもいいのではないかと提唱しているんです。それが他人をみとるように自分をみとる、そのための究極の問題にかかわるだろうと。ところが、医療と宗教の問題を考える会なんかでモルヒネ安楽死という私の今申し上げたような考え方に真つ向から反対される方がおられます。おまえはモルヒネに対する考え方が根本的に間違っているとされます。

もちろん、終末期になったその状況生と死のはざまを行ったり来たりしている人に対してどうしたらいいかというのは、慎重でなければなりません。また、その段階になって断食往生をしたいと言っても、客観的条件が許さない場合もあります。だからそのときにはならないとわからない問題だとは思いますが。しかし、死を仲立ちにして医療と宗教ということを考えたら、いつでもその問題が出てくる。自分の生命をどうみとるかという問題ですね。

**中野** 人工呼吸器が装着され、ホープレスのような状態で、家族もある程度疲れ、そういう状況が続いたときに、少しずついろいろな注入しているものを少なくしていく。点滴の量を減らす、あるいは人工呼吸器の量を少しずつ落とすとかです。そのままにしておくとずっと継続す

