



総研叢書

第7集

共に生き、 共に往くために

往生と死への準備

浄土宗の死生観

医療・仏教・死の現場

エンディングノート

浄土宗総合研究所

総研叢書……………第7集

共に生き、共に往くために

—往生と死への準備—

はじめに

第一章 浄土宗の死生観

曾根宣雄

一. はじめに

二. 問題の所在

三. 臨終行儀について

四. 法然上人の臨終の教え

五. おわりに——凡夫のための臨終の教え——

第二章 日常における死の問題——生老病死——

今岡達雄

一. はじめに

二. 超々高齢社会とは

三. 死を迎える場所の変化

四. 延命治療の問題点

五. 隠蔽される死

6

11

12

15

26

33

43

49

50

50

54

55

58

六、ボックリ信仰の意味

七、尊厳死とは何か

八、終活ブーム

第三章 医療・仏教・死の現場

—海外の事例が日本に示唆するもの—

ジョナサン・ワッツ、小川有閑

一、はじめに

二、日本における医療界の問題・仏教界の問題

三、死にゆく人のための仏教的ケア

四、インフォームド・コンセントと告知の問題

五、医療従事者や宗教者のコミュニケーション能力

六、仏教チャプレンとチームケア

七、病院・ホスピス・在宅ケア

八、宗教者によるグリーフケアの可能性

92 89 85 83 80 76 73 70 69 66 62 60

第四章 仏教ホスピス運動——日本の事例——

戸松義晴、宮坂直樹

一、ホスピスについて

二、日本でのホスピスについて

三、実践施設の概観

四、理念と実践内容の考察

五、共通する課題——医師・ビハラー僧の声から見えてくるもの——

六、まとめ——僧侶として——

第五章 終末期に向けての個人の対応

東海林良昌

——エンディングノート——

一、エンディングノート成立と広がり

二、主な特徴や特殊な事例

三、実際の使用から見えてくる限界と「書く行為としての
終末期への対応」

四 おわりに

資料編 文献案内

工藤量導

一 死生学など

二 日本人の死生観

三 宗教と医療

四 ビハラー、ホスピス、スピリチュアルケア

五 闘病記、ルポ

六 エンディングノート、老いの準備、弔辞

七 グリーフケア、自死問題

八 生命倫理、その他

九 詩、エッセイ、漫画

一〇 絵本

一一 映画

おわりに

220 216 212 208 206 204 201 198 196 194 191 188 187 180

はじめに

二〇世紀後半は健康で豊かな生活を目指した高度経済成長の時代であった。これと歩調を合わせるように医療技術が進展し、多くの死に至る病が克服され、幼児死亡率が低下し平均余命の長い長寿社会が実現した。つまりこの半世紀に行われてきたことは少死化の実現であり、その実現と歩調を合わせて、人生において必ず直面しなければならぬ死という問題を日常から隠蔽し、死の存在を忌避する社会が出来上がった。死を迎える場所の半世紀の変化を見ると、一九五一年には八二・五%が自宅でなくなっていたが、世紀末二〇〇〇年には八一・五%が病院や診療所といった医療機関で亡くなるようになった。自宅での家族に見守られて迎える死、すなわち社会の中で意味を持った死から、医師と看護師だけが見守る中で死を迎え、すぐさま霊安室に運ばれる死、つまり事後処理としての死への変化でもあった。また、死が日常から隠蔽されるのと同様に、死を迎える者の身体的な苦痛や心の苦悩については社会的に軽視されてきたように思われる。終末期医療の重要性が叫ばれてきたにもかかわらず、未だに政策的に重視されていない現状がこれを物語っている。しかし、二一世紀になって大きな変化が起きようとしている。

高齢化社会

二〇〇一年の六五歳以上の高齢者数は二二、八六九人で全人口占める高齢者の割合は一八・〇%であった。厚生労働省の予測によれば高齢者の割合は二〇三〇年には三一・八%、二〇五〇年には三九・四%にまで高まる。平均余命の伸びが鈍化する中での高齢化の進行は死亡者数の拡大をもたらす。今世紀初めに年間一〇〇万人を突破した死亡者数は、二〇五〇年には一六〇万人に達すると予測されている。前世紀後半の少死化に対して、二一世紀前半は多死化社会への移行である。退職後約二〇年間、衰えゆく身体を抱えながら死を意識しながら生活する「死への準備社会」が到来すると考えられる。

医療への高度依存

「国民生活基礎調査」から通院者、つまり健康上の問題があつて病院に通っている人を年齢階級別の一〇〇〇人当たり通院者率としてみると平成一九年度では、六五歳未満では二四九人なのに対して六五歳以上では六三八人となっている。また、「国民医療費の概況」から平成二〇年度の人口一人当たり国民医療費から見ると六五歳未満では一五・九万

円なのに対して六五歳以上では六七・三万円となっている。つまり、六五歳以上の人口が急速に拡大する高齢者社会では、医療機関に依存している人が急速に拡大するとともに、費用面から見ても高度な医療を重点的に受ける可能性が拡大し、高度に医療に依存した社会になると考えられる。体の不調をかかえ医療に依存しながらも次第にしかも確実に死に向かう人々が急速に拡大しつつある。

既存宗教への疑問点

将来が見えない不安ではなく、死に向かって着実に歩んでいるという将来がはっきり予測できる中で、人々はどのように生きていくのであろうか。これは東日本大震災とまったく異なる状況である。

東日本大震災のような自然災害とは、予期できない自然の脅威によってもたらされた理不尽な命の奪取である。朝には笑顔で話をしていた家族が夕べにはもういない、生きようと必死で努力をする中で奪われる命への鎮魂と祈り、自然の驚異に対する恐れと命の重さへの認識は、宗教的感情を確信させる原点であつたであらう。法然上人の時代から多くの人々が浄土教に魅せられた原点であつたかもしれない。

しかし、高齢化社会における漸進的にやってくる死は、これまで私たちが経験したことの無いものである。人々は漸進的な死を無視し享樂的に生きることが出来るのか、それとも直面する事態に過度に依存し死に偏執しながら生きていくのであろうか。その中で宗教は、死に向かって直面する精神的な苦悩（スピリチュアル・ペイン）の緩和という実務的役割を担うのか、あるいはこれまでと違った画期的な死のイメージを多くの人に与えることが出来るのであろうか。まさに既存の宗教は変容を迫られているのである。

仏教・浄土教に求められること

我々は葬儀を中心として宗教活動を営んできた。亡き人の極樂浄土への旅立ちを祈念して葬儀を行い、極樂浄土での成仏と還相回向を願って念仏を唱えてきた。これは亡き人への鎮魂と冥福の祈りであったが、自分自身の極樂往生への視点に欠けたものであった。本来、自分自身の往生のための念仏であったのだが、高度経済成長下での生活向上と医療高度化の恩恵として得られる長寿社会の中で、いつの間にか自分の往生については非現実的なものとして無視してきたのではなからうか。仏教の中でも瞑想や座禪は人生を生きる中で智慧として活用され評価されてきたが、念仏は死者を送るための方法としてしか力を

發揮してこなかった。しかし、瞑想や座禪は死後のビジョンを持っていない。

念仏による自分自身の極楽浄土への往生というビジョンは、高齢化した人々が漸進的な死を目前にして生き抜くための力となる可能性を持っている。念仏によるこの世の生と極楽浄土への往生という永遠の生命への転換こそが浄土教の基本であり、今こそ浄土教の時代となる可能性がある。

本書は、このような背景の中で行われている様々な活動を集積したものである。本来ならば様々な活動を評価し整理して提示することが望ましいことであるが、残念ながら種々の活動についての有効性や継続性について評価できる時期には達していないと思われる。そこで、本書においては周辺も含めた様々な情報を集約し、浄土宗教師の皆様が考察するための素材に資することを目標にしたものである。

二〇一二年三月

浄土宗総合研究所主任研究員 今岡達雄

第一章

浄土宗の死生観

一．はじめに

来世に対する意識の変化

統計経理研究所『国民性の研究 第十二次全国調査』によりますと、一九五八年には「死後の世界を信じる」が二〇%、「どちらとも」が一二%、「信じない」が五九%となっています。したがって「信じる人」と「否定しない」という人が三二%ということになります。これに対し、二〇〇八年には「死後の世界を信じる」が三八%、「どちらとも」が二三%、「信じない」が三三%となっています。つまり、「信じる人」と「否定しない」という人が六〇%にのぼっているのです。意外に思われる方もおられるかもしれませんが、一九五八年と二〇〇八年では、死後の世界を信じる人も否定的に捉えない人も、倍近く増加していることが解ります。この数字の増加の背景については、慎重な分析が求められますが、少なくとも唯物主義・科学万能主義と称される現代において、多くの人々が素朴な感情として来世を肯定していることを、再確認する必要があると思います。その意味においては、浄土宗で説く「指方立相の浄土」「救済者阿弥陀仏」という教えはもちろんのこと、「往相・還相」「俱会一处」等の教えを受け入れてくださる素地が十分にあると考えて

良いと思います。かえって、浄土宗の僧侶側の方が、現代には通じないと思い込んでいるのかもしれない。

聖道門と浄土門―その人間観の違い―

浄土宗の教えと他宗の教えの相違の根拠は、出発点としての人間観にあるといっても過言ではないでしょう。聖道門とは娑婆において自力得道を目指す「悟りの仏教」であるのに対し、「浄土門」とは阿弥陀仏によって浄土に往生させていただく「救いの仏教」です。これは、聖道門と浄土門の人間観の相違に起因するものです。根本的な相違とは「一切衆生悉有仏性」という人間観に基づき悟りを目指すのか、「罪悪生死の凡夫」という人間観に立って阿弥陀仏の救いを求めるのかということです。法然上人は、『阿弥陀経釈』においては、

末法の凡夫は、釈尊が入滅されてから遙か時を隔ててしまい、智識は劣り、煩惱の汚れがとても深いのです。常に煩惱が心を惑わし拘束するので仏性が顕わになることがないのです。(筆者訳) *1

と述べ、末法の凡夫は仏性を顕現させることのできる機根ではないことを明らかにしてい

ます。また、『往生浄土用心』においては、

凡夫の心は、物に執着し酒に酔っているようなもので善惡の判断さえできないので
す。一時に煩惱が百たびも混じり合い、善惡の判断が乱れやすいので、どのような行
であつても自らの力ではきちんと行じることが難しいのです。(筆者訳)*2

とされています。法然上人は凡夫とは、煩惱が次から次に湧き起り、善惡の判断が乱れ
やすい存在であり、自らの力で行を成就することのできない存在であるとしています。

ここで、きちんと認識せねばならないことは、「凡夫」とは私達のことには他ならないと
いうことです。私達は煩惱にまみれた凡夫であり、自らの力によって悟りのための行を成
就しない存在なのです。それ故に、浄土門に入り本願行である念仏を修して阿弥陀仏に
お救いいただくのです。現世において修行し悟りを目指すという立場に立つ宗派とは、根
本的に考え方が異なります。法然上人は、人間の現実の姿を直視する実存的な立場に立た
れています。理想的な人間観に立つのではなく、本音の人間観に立っているということ
を改めて確認しておきたいと思います。

二. 問題の所在

ターミナルケアに対する仏教の関わり方

多くの医療関係者の尽力により、疼痛緩和はかなりの水準になってきています。このこと自体は、大いに歓迎すべきことであり、称讃されるものだと思います。

一方、ターミナルケアへの仏教の関わりを考える上で注意すべきことは、何のために仏教が関わるのかということです。端的に言えば「望ましい死」を迎えるためや「死の受容」のために仏教が関わるのかということです。これは根本的な問題であるといつて良いと思います。現在、仏教看護・ビハラー学会の会長を勤められている藤腹明子氏は、次のように述べています。

仏教では「丁度ローソクの火を吹き消すように、欲望の火を吹き消したものが到達する境地」(『和英対照仏教聖典』 仏教伝道協会刊) のことを涅槃といいます。涅槃寂靜の境地とは、この世のさまざまな苦しみの中にあつても、もがきおぼれることなく、それらの苦を客観視、達観視できるようになることといえるでしょう。この境地が人間としての最終的な自己実現、あるべき姿であつて、それがいわゆる人間的に成

熟した姿ではないかと思ひます。

人が自分自身、あるいは他者の生老病死に対峙して「いのち」をめぐるさまざまな問題、苦しみを解決していくためには、まさにこのような人間的成熟が求められます。また逆に、自身の生老病死にきちんと向き合うことや、あるいは実際に医療現場での看取りへのかかわりを通じてこそ、人間的に成熟していくことができるのではないかと思ひます。^{*3}

これは、おそらくターミナルケアと仏教（宗教）の問題を考える際に提示されるであろう典型的な論理だと思ひます。皆さんはどのようにお感じになるでしょうか。賛成される方もいるかもしれません。しかしこういったスタンスで臨むことについては、一度きちんとした検討が必要ないように思ひます。確かに「涅槃寂静」の境地は、すばらしいものであり、究極的には私達が目指すべきものです。しかしながら、釈尊の登場以来どれだけの人がこの娑婆世界においてその境地に到達しえたのかということが問題になります。「人間的成熟」も同様です。そうなれば良いと思ひます。けれども、すべての人が成熟して人生を終われるのでしょうか。こういった論理の元、一体どれだけの人が涅槃の境地に入り、人間的成熟を実現して最期を迎えられたのでしょうか。はつきりいえば、釈尊の涅槃

寂靜の境地は、釈尊だからこそ到達しえた境地なのであり、それ故に釈尊が尊いのではないでしようか。

キューブラー・ロスの五段階説と問題点

ターミナルケアにおいて、「死の受容」ということが大きなウエイトを占めるようになった背景には、キューブラー・ロス博士の五段階説の影響があるように思います。その著『死ぬ瞬間』においては、亡くなり行く人の心理状態を「①否認↓②孤立↓③怒り↓④取り引き↓⑤受容」という段階論で説明します。^{*4}この論のポイントは、二年半に渡り二〇〇人以上の患者にインタビューをした結果として、亡くなり行く人が死を受容するということが打ち出した点にあります。私自身は、この論を知った時に「一体どれだけの人が死を受容できるというのだろうか」という疑問を持ちました。また、こういった現実離れた論はそれほど注目されてはいないのではないかとも思いました。ところがその後、ターミナルケアに関する論文や本を読むと非常に多くの支持者がいることを知りました。私は、学会等でこの論理を用いている方にこの疑問をぶつけてみましたが、残念ながら満足行く解答は得られず、逆にキューブラー・ロス博士を批判することはおかしいという言

葉を数多く頂戴することになりました。では、この説に対する批判はないのだろうかと思いい、探してみるとやはりあったのです。

齊藤茂太博士による批判

著名な精神科医である齊藤茂太博士は『茂太さんの死への準備』の中で次のように述べています。

かつては私も、死にゆく者を見つめる立場にあったし、叔父や両親の死に近づく姿を見てきた。それだけに、この末期患者が死に至るまでの心の推移が、ロス博士のいう「否認」から「受容」までの「死にゆく過程の五段階」と一致するとは、とても思えないのである。

生きている人間の心というものは、もつと複雑に揺れ動くものだ。つかの間に走り去ってしまう感情があるかと思えば、別の感情は何日も心の奥底にいすわって離れないこともある。それらの感情とは、苦悩、不安、怒り、恨み、後悔、倦怠、ときには死に対する挑戦的な気持ち、ときには絶望など、人間の感情表現のあらゆる状態をさしている。

それらが寄せては返す波のように、繰り返し訪れるとみるのが、自然であろう。それが、「まだ生きている」証しでもあろう。

したがって、死にゆく者の心理のプロセスは、「否認」から「受容」へと一方向に向かうのではなく、「否認」と「受容」とのあいだを行きつ戻りつしていると思うのである。

それに、「受容」という二文字がどうにも引かかるのだ。というのも、末期患者が死を受け容れたとき、すでに彼らは諦めの境地に達していると考えるからだ。「諦め」といえば、「もう何もかもダメだ」と、生を放棄した「投げやりな心境」と捉えられなくもないが、そうとばかりはいえまい。

私自身、人間が「諦めの境地」に到達するのは大変なことだという意識がある。さんざん葛藤したあげく、「もうこれでいいんだ」という心境、換言すれば「悟り」の境地なのだと思う。^{*5}

E・S・シュナイドマン博士による批判

UCLAの死生学の名誉教授E・S・シュナイドマン博士(Edwin S. Shneidman)は、

五段階説について次のように批判されています。

私はこれらの心の動きが必ずしも死にゆく過程の「段階」だとは思わないし、これらの心理段階が孤立―羨望―取り引き―抑うつ―受容の順序で起こるとはさらに思わない。順序に関していえば、そもそも一定の順序があるとさえ思っていない。―中略―私の経験では、それらは五つの心理段階に限定されるものではなく、ちょうど蜂が巣のまわりを飛びまわり、自由に巣箱に出入りするように、種々の心理状態が自由に飛びかいつつ、あるいは出現し、あるいは消失する状況とでも表現すべきものである。いずれの感情にも不信と希望の相互作用が含まれている。―中略―死に直面した人の心の動きは、定まった一つの方向に向かうというよりは、受容と否認の両極間を行き来しているというべきである。^{*6}

この両博士に共通しているのは、生きている人間の心は、複雑に揺れ動くものであることを指摘し、いずれも末期の患者の精神状態が一定の方向性（向上的）に進んでゆくのではないことを指摘している点にあります。斉藤博士の「死にゆく者の心理のプロセスは、『否認』から『受容』へと一方向に向かうのではなく、『否認』と『受容』とのあいだを行きつ戻りつしている」という言葉やシュナイドマン博士の「受容と否認の両極間を行き来

している」という言葉を看過してはならないと思います。もちろん両博士の言葉は、法然上人の教えに基づいているわけではありませんし、凡夫とか煩惱という語を用いているわけでもありません。けれども両博士が、きちんと割り切れない人間の心、人間の弱さに着目している点に学ぶべきことは多いといえます。また齊藤博士が、「受容」を「悟り」と同義に捉えていることにも注目したいと思います。

勝又正直氏による批判

名古屋市立大学看護学部教授の勝又正直氏は『ケアに学ぶ臨床社会学』の中で、キューブラー・ロス博士の自伝『人生は廻る輪のように』に基づきながら次のように述べています。

この記述を読むと、死の受容にいたる五段階の説は、セミナーに記録をまとめるために急ぎよ考え出されたものであることがわかります。決して仮説として検証されたものではないのです。

キューブラー・ロスは二年半に二〇〇人以上の患者にインタビューしたと言っています（『死ぬ瞬間』訳書六八頁、以下同様）。この本には小さな事例も含めて、わたし

の数え間違いがなければ、二八の事例が挙がっています。しかし五段階を経て死の受容にいたった事例というのはひとつもあげられていません。むしろこの五段階というのは各事例を整理する整理箱のような働きをしています。しかもそれに収まらない事例も多く、それを著者は「第一〇章末期患者へのインタビュー」として集めています。

もちろん、ここから「週末期の患者は最初はずから死を否定するがうまくサポートすれば受容にいたるだろう」というような「お話」を作ることにはできません、そうした「お話」はあまり抵抗なく受け入れられるでしょうし、反論はなかなかできないものです。しかし、科学的理論の必要要件を検証可能性でなく、ポッパーのいう「反証可能性」においたとしても、反論できないような「お話」というのは科学的理論（仮説）とは言い難いのです。しかし私たちはついこういうした本の中に他にも適用できるような理論をもとめてしまいがちです。その結果、『死ぬ瞬間』といえ、

5段階説、という少々短絡的な読みが横行してしまったのです。^{*7}

勝又氏の指摘は、キューブラー・ロスの五段階説の構築に対するものですが、客観的な意見として耳を傾けるべきでしょう。さらに勝又氏は、二〇〇四年二月二十五日（土）に放送された、NHK ETV特集『最後のレッスン』キューブラー・ロス 死のまぎわの

『真実』の内容について取り上げて次のように述べています。

晩年、キューブラー・ロスは脳卒中に倒れ、半身不随となり、長く苦しい晩年のうちに、自らの「終末」を迎えたとき、彼女は、怒り、毒づき、あるいは神を「ヒットラード」と悪態をつけているのです。それはどうみても、かつて聖女のようにだと評された彼女の姿から大きくかけはなれていましたし、死を心静かに受容している姿とも思えないものでした。もちろん、適切なまわりの力添えがなければ、死の受容の段階にはいたらないのだ、ともいえるでしょう。しかしキューブラー・ロスは、多くの死にゆく人々に寄り添ってきた「死の専門家」とされてきた人です。その当の本人が自分の死を受け入れることもできず怒り汚い言葉を吐きつける姿は、なによりも彼女自身が提唱した「死の受容にいたる五段階」説の信憑性をうたがわせるものでした。^{*8}

私自身、この放送を見ましたが、要は「死の受容を説いた当事者が、死を受容できなかった」という現実を私達に知らしめるものでした。勝又氏はこれについて「キューブラー・ロス自身による反証」^{*9}であるとしています。

人間は凡夫であるという認識の重要性

そもそも人間は迷いを持った存在（凡夫）であることを認識していなければ、多くの人々は死を超越できず、悩み苦しみに苛まれた人だったというだけの見方になりかねません。悩み苦しむ患者の姿というのは、人間として当たり前なのだという眼差しがあればこそ、患者さんの一瞬の笑顔、ちょっとした優しさが輝きとして見つめられるのではないのでしょうか。誰もが凡夫である以上、「死の受容」ができなくて当然なのです。亡くなり行く人々の精神状態が段階的に向上し、最終的に死を受容できるという見方は、そうであってほしいものであり、そうありたいものでもあります。しかし多くの人々は、迷いの心を減することも、死の受容もできないことを忘れてはならないのです。「死にたくない」という思いがあつて当たり前という凡夫の現実を直視しなくてはならないのです。

「あるべき姿」論から実存的な論へ

「望ましい死」や「死の受容」ということを論じるこういった考え方を、私は「あるべき姿」論と呼んでいます。「望ましい死」と「望ましくない死」、「死を受容した最期」と「死を受容できない最期」、こういった対比で語られる際に人は当然「望ましい死」「死を

受容した最期」でありたいと願うことでしよう。「望ましくない死」「死を受容できない最期」を願う人はまずいないでしょう。しかしながら、実際はどうなのでしょうか。「望ましくない死」を迎えざるを得ない現実、「死を受容できずに最期」を迎えなくてはならない現実、これが私達の現実の姿です。たとえば、幼い子供やこれからという若者が死に直面せざるを得ない状況において、「望ましい死」とか「死の受容」などという概念自体を持ち出すことができるでしょうか。また、それが意味を持つことなのでしょうか。当事者が生きたいと願い生に執着し、家族が最期の最期まで現実を受け入れられず悲しみに苛まれることはいけないことなのでしょうか。「それが当たり前なのだ」と言える立場に立つのが、法然浄土教の立場ではないでしょうか。少なくとも私自身は、人間の死に様を評価の対象のごとく扱うこと自体に奢りを感じざるをえないのです。

こういったことは、ターミナルケアに限定される問題ではありません。根本的な死生観の問題です。病の中でのこと以外にも、災害・事故・自死という、平生の私達が望まないであろう最期を迎えざるを得ない現実がたくさんあります。（私達は平成二三年三月一日の災害でそのことを思い知らされたのではないのでしょうか）「望ましくない死」や「死を受容できない最期」を迎えた人は、どうなのでしょう。涅槃の境地も死の受容も無関

係なまま亡くなって行つた方々のことをどう考えたら良いのでしょうか。これは、私達自身の問題に他なりません。

本論では、それらの答えを法然上人の言葉の中に求めてみましょう。そこには、人間の現実の姿に根ざし、なおかつそれを簡単に割り切らないあたたかさがあります。涅槃の境地と無関係な凡夫の私達であっても、けつしてダメな存在ではないのです。法然上人の教えに出会えたことに感謝しつつ、謙虚に学んでみましょう。

三、臨終行儀について

『往生要集』に説かれる臨終行儀

まず、法然上人以前に修されていた「臨終行儀」について考えてみましょう。「臨終行儀」とは、臨終に際して浄土往生を願つてなされた儀式のことを言います。恵心僧都源信は、『往生要集』巻中において次のように説かれています。

- ・ 祇園精舎の西北の角、日没する方角に無常院を造り、病人を安置する。
- ・ 衣鉢や生活資具を見て執着心を起こすことを防ぐために、別の場所に安置する。

・ 御堂の中に立像を置き、金箔を像に塗り、像の面を西方に向ける。その仏像の左手に地面に垂れる長い五色の細長い幡を繋ぎ、病人を仏像の後方に安置し左手に幡を持たせ浄土往生の思いをさせる。

・ 看病する者は焼香、散華して病人を莊嚴し、屎尿吐唾があれば取り除く。

・ 命終の時は、専ら念仏三昧の法に依り、顔を西に向け、心も一心に阿弥陀仏を觀想し、心と口を共にして、念仏の声を絶やすことのないようにする。決定して往生する想いをなし、浄土より聖衆が来て迎接する想いをなす。病人はもし聖衆等を見たなら看病人に語り、看病人はそれを記録する。

・ 病人が話すことができれば、看病人は看病しながら何の境界を見たか問う。もし病人が罪相を見たことを語ったならば、念仏して助け、同じく懺悔して罪を滅せさせる。もし罪が滅して、聖衆が念に应じて現前したならば、看病人はそれを記録する。

・ 行者の身近な親族や妻子等が看病する際には、酒肉五辛を禁じる。酒肉五辛を食した人が病人に近づけば正念を失い鬼神交乱し、病人は狂死し、三惡道（地獄・餓鬼・畜生）に墮ちるからである。

・ 最後の十念相続は困難ではないようであるが、凡夫の心は野馬のようであり、識は猿よ

りもはげしく六塵は乱れ未だやんだことがない。それ故あらかじめ、念仏につとめ、善根を堅固にしておくべきである。

このように、亡くなり行く者の往生のために細かく規定がなされています。源信が同書で「或いは説かく、仏像を東に向け、病者を前に在く」と述べているように、阿弥陀仏の安置は「引接」を表す西向きと「来迎」を表す東向きがあつたようです。

臨終行儀に学ぶべき点

臨終行儀には、現代の私達が学ぶべき点も多くあります。まず一つ目は、同信同行の者による看取りであるということです。平生より共に浄土往生を願い念仏を修していた目的を共有する仲間が最後まで寄り添うというのは、亡くなりゆく者にとって大きな支えとなつたことでしょう。またこれは、孤独な死を迎えさせないという意味においても、大きな意味を持つているといえるでしょう。人間にとって、死自体は大きな孤独です。それに対して臨終の場では、同心同行の者が寄り添い、命終にあたつては阿弥陀仏・観音勢至及び聖衆が来迎引接されるというのは、亡くなりゆく者が独りぼっちの死を迎えないことを示すものだといえるでしょう。

二つ目は、亡くなりゆく者を常に清潔に保つことが示されていることです。これには、亡くなりゆく者の苦しみを軽減させ、少しでも快適にしてあげようという姿勢をみることでできます。三つ目は、酒肉五辛を食した者が看病することを禁じていることです。酒に酔った人が看取りの場に臨むということは避けるべきでしょうし、肉食はともかくとしても、五辛（ニラ・ネギ・ニンニク等）の匂いを漂わせて臨むことも避けるべきでしょう。なぜならば、これらはすべてより煩惱を増長させる要因となり、心の安定を妨げるものであるからです。

臨終行儀の問題点

このように臨終行儀には、学すべき点がありますが、いくつか問題点があることも事実なのです。それらを列挙するならば、

①亡くなりゆく人が正念（心が安定した状態）の境地に至ったならば阿弥陀仏の来迎があるという「正念来迎」の思想に基づき実践されていたこと。

②正念を目指すことが重視されたので、執着を生じさせるものがその場から廃除されることになったこと。

③ 正念に至らしめるために善知識という導き手の存在が重視されたこと。

※『往生要集』の引用部では「看病人」とされている。

④ 浄土往生の証として奇瑞が求められたこと。

⑤ 「臨終の一念は百年の業に勝る」とされ、平生の念仏よりも臨終の念仏が重視されたこと。

⑥ すべての人に臨終行儀の実践が可能ではないこと。

などがあげられます。

臨終行儀と私達の現実のありさま

① より考えてみましょう。臨終行儀は、「正念来迎」という考え方に基づいていました。「正念来迎」とは心の乱れを減した状態に至ったならば、阿弥陀仏の来迎があるということです。したがって、正念の境地に至らなかった者、すなわち執着心を有したまま亡くなった者は、阿弥陀仏の来迎はなく、往生できずに三悪道に堕したと見なされました。ここで皆さんにもお考えいただきたいのは、凡夫である私たちが自らの努力によって正念の境地に入ることが可能であるのかということです。残念ながら私は、平生においても自

らの力で正念に入ることができるような器ではありません。正念に入るとは、非常に困難であるといわざるをえないのです。ましてや亡くなりゆく人に多くの執着心が生じたとしても、凡夫である以上、それは当然のことと言うべきではないでしょうか。②に関していえば、書物によつては執着心を起こさせないために、家族の看取りを禁じているものさえあります。これは、現代の私達には、真似のできることでないと言えるでしょう。③の善知識というのは、いわば正念来迎のための媒介者ということができます。けれども善知識にふさわしい人が不在の場合は、どうすることもできません。④の浄土往生の証として奇瑞というのは、亡くなりゆく人が来迎を目の当たりにする・妙なる音楽を聞くなどを体験し伝えることや、看取りの場にいた者が紫雲を見るといった非日常的な現象に遭遇するということが求められたということです。当然のことながら、奇瑞のない場合は往生が得られなかったと見なされました。⑤はどのような念仏観に立つかという問題を孕んでいます。平生の念仏よりも臨終の念仏を功德あるものとして特別視するか否かは教義上大きな問題です。ちなみに源信は『往生要集』において「臨終の一念は百年の業に勝る」と説いています。さらにいうならば、臨終の一念の重視という考え方は、「死に様」を重視するということであり、「生き様」よりも「死に様」というものにウエイトが置かれるとい

うことになります。⑥に関して言えば、残念ながら私たちの最期は、思い通りにならないという現実があるということです。最期が思い通りにならない以上、誰もが臨終行儀を修することが出来るわけではありません。この現実を無視してはならないのではないですか。私が最も危惧するのは、現代において臨終行儀を修めることが、正式もしくはは最善であるという風潮が登場した場合、それを修めさせることができなかった遺族は、新たな苦しみを背負うことに成りかねないということです。また、往生のためには臨終行儀が不可欠だという誤解が生じる危険性もあります。

こういった点において、臨終行儀に学ぶべき内容は参考にするべきとしても、私自身は現代に復活させるということには躊躇せざるをえないというのが正直な思いです。ただし、誤解のないように申し上げておきますが、私は臨終時に亡くなりゆく人や看取る人々が、念仏をお称えすることを否定しているわけではありません。臨終に念仏が修めるのであれば、実践すべきだと思います。私の申し上げていることは、臨終行儀という儀式自体に対するものであって、臨終に念仏をお称えすることの否定ではないのです。この点をご理解いただきたいと思います。私が危惧しているのは、臨終行儀が往生浄土の条件であるのかのごとく捉えられることであり、それが本来なすべきことのように受け止められることなの

です。また、凡夫である私たちが、自らの努力によつて正念に入ることが出来るか否かは、よく考えてみる必要があると思います。

四、法然上人の臨終の教え

『逆修説法』の説示―「三種の愛心」とそれを減するための来迎―

さて、臨終のあり方に種々の条件が説かれていた時代に法然上人はどのような教えを展開されたのでしょうか。様々な呪縛から解放してくださった方こそ他ならぬ法然上人であつたのです。

法然上人は『逆修説法』第一七日において、次のように説いています。

その来迎引接の願というのは、すなわち四十八願中の第十九願のことです。諸師がこれを解釈しており多くの義があります。まず、阿弥陀仏は衆生の臨終正念のために来迎されます。よく言われるように病苦が身にせまつてまさに死に臨む時、必ず境界愛・自体愛・当生愛の三種の愛心が起ります。けれども阿弥陀仏が大光明を放つて行者の前に現れる時、かつてない事であるので阿弥陀仏に対する帰敬心の以外の思い

は起りません。したがって三種の愛心は無くなり再び起きることはありません。それは仏が行者の元に近づいて加持護念されるからです。『称讃浄土経』には、阿弥陀仏が慈悲加祐をもって心を乱れさせないようにして、命終の後は、浄土に往生して不退転位に住すると説きます。『阿弥陀経』には、阿弥陀仏が諸の聖衆と共に臨終の衆生の前に現れる故に、この人は最期にうろたえることなく、阿弥陀仏の極楽浄土に往生することを得ると説かれています。「令心不亂」と「心不顛倒」とは、衆生を正念の境地に入らしめるということです。したがって、衆生が臨終時に正念に至ったから来迎があるのではなく、来迎によって臨終に正念に導いていただくということは明かなのです。平生の間に往生行を成就した人は、臨終に必ず聖衆の来迎を得るのです。来迎を得る時に、すみやかに正念に住するのです。けれども、この頃の行者はこの旨をわきまえずに、平生の行を捨てて、恐れを生じて臨終の時になって正念に至ることを祈っています。これは最も道理に合わないことです。そうであるならば、よくこの意と旨を心得て、平生の行によって正念に入られないというような恐れを起こさず、来迎によって臨終正念となるという決定の思いを起こさねばなりません。これはとても大切なことです。聞いた人は心に留めなさい。(筆者訳)

法然上人は、阿弥陀仏の来迎が衆生の臨終正念のためであることを明確にしています。

衆生が病苦の中で死に臨むときには「三種の愛心」が起ります。愛心という語から良いイメージを持たれる方もいるかもしれませんが、これは「執着心（こだわりの心）」のことです。境界愛（家族・親族・家屋・財産等に対する執着心）・自体愛（自らの身命への執着心）・当生愛（死後どうなるのかという不安）の三つがそれです。これは現代の私達にも通じることでしょう。法然上人は衆生がこういった執着心を起こしてしまうものの、阿弥陀仏の来迎によって帰敬の心の外は起こらず、三種の愛心は亡ばされ再び起こることはないとしています。ここでは経証として『称讃浄土経（阿弥陀経の異訳）』と『阿弥陀経』を引用しています。それまでは「正念来迎」が説かれていたのですが、法然上人は「来迎正念」を説きました。正念来迎とは「衆生が正念（執着を滅した状態）に至れば阿弥陀仏の来迎がある」というものであり「来迎正念」とは「阿弥陀仏の来迎によって衆生は正念に導かれる」というものです。

つまり、平生の時に念仏を修した者は、臨終の時に必ず来迎をいただき、たちまちに正念に住することができるのです。ところが今時の行者は、そのことをわきまえずに尋常の行を捨て怯弱の心を起こし、はるか臨終の時を期して正念を祈る、これは最も偏った道理

に合わないことだと述べています。

私たちが注意すべきことは、阿弥陀仏の来迎というのは衆生を臨終時に正念の境地に導くためになされるということです。境界愛・自体愛・当生愛という「三種の愛心」は、現代の私達にも通じることだと思います。誰もが愛する家族とは離れたくはなく、このまま生きていたいと願い、死後の不安を抱くことでしょう。三種の愛心は、凡夫である私達にとっては当たり前のことといえるでしょう。しかし、法然上人以前は、亡くなりゆく者がそういった執着心を滅して正念に至らない限り阿弥陀仏は来迎されないとされていたのです。それ故に、臨終のあり様が非常に重視され、往生できなかったと見なされた人も多かったのです。そもそも自らの努力によって臨終に正念に入ることが来迎の条件であるならば、往生できない者がほとんどではないでしょうか。

凡夫のための教えを展開させた法然上人は、凡夫の現実を直視し「来迎正念」を説かれました。これは、法然上人が単に自らの考えを述べたものではなく、『称讃浄土経』と『阿弥陀経』という経典を正しく読み取って提示してくださっているものです。従来の祖師が正しく説示を理解できなかったのに対し、法然上人は経典を根拠に凡夫のための教えを示してくださったのです。

『浄土宗略抄』の説示―「正念来迎」から「来迎正念」への転換―

『浄土宗略抄』には、次のように説かれています。

またきちんと往生浄土を願う気持ちがあり、阿弥陀仏の本願を信じて念仏を称える人の臨終が悪いことがどうしてありましようか。それは仏の来迎されるのは、念仏行者の臨終正念のためだからです。それを心得ない人は、みな自分が臨終に正念に入り念仏を申したならば仏がお迎えに来られると考えていますが、これは仏の本願を信ぜず、經典の内容も心得ていないのです。『称讃浄土経』には「(阿弥陀仏は)慈悲をもつて助けて、(衆生の)心を乱れさせることがない」と説かれています。平生の時にお称えしてきた念仏によって、必ず仏は来迎されるのです。仏が来迎される様を見て正念の境地に住するといふべきです。にもかかわらず、平生の念仏を空しいものと考え、根拠がないのに臨終になつて正念を祈る人が多くありますが、非常に間違つたことです。ですから、仏の本願を信じている人は、臨終に来迎され正念に導かれるといふことを疑つてはなりません。常日頃お称えしている念仏を、ますます心を込めて称えるべきです。一体いつ阿弥陀仏が本願において、臨終の時念仏をお称えした人のみ

を迎えようと誓われたというのでしようか。臨終の時の念仏によって往生するということは、もともと往生を願うことなく偏に罪を造った悪人が、まさに死に臨んだ時に初めて善知識の勧めに遇って念仏を称えて往生するということであり、『観経』に説かれています。そもそも念仏を信じている人は、臨終の行い（臨終行儀）を強いて修める必要はありません。仏の来迎が定まっているならば、臨終の正念も定まっていると思うべきです。この意はきちんと心に留め心得るべきことです。（筆者訳）*11

法然上人は、往生浄土のころざしがあつて本願を信じて念仏を申した人が臨終に悪しきこと（正念に至れないこと）はないとします。なぜならば、仏が来迎するのは、臨終の行者を正念に至らしめるためだからです。臨終に凡夫が正念に至ったならば仏の来迎があると心得ているのは、仏の本願も經典も心得ていない者であると述べます。平生によく修した念仏によって必ず仏は来迎し、それによって衆生は正念に入るのであるとするのです。そして臨終の念仏によって往生するということは、往生を願わず罪を造った悪人がまさに死を迎えるときに初めて善知識の勧めによって念仏をして往生するということをいうのであつて、念仏を信じている者は、臨終の沙汰（臨終行儀）をしいてする必要もなく、仏の来迎が定まっているならば、臨終の正念も定まっていると思うべきであるとしている

のです。

ここでは先に引用した『逆修説法』と同様に、「正念来迎（衆生が正念に至ったならば来迎がある）」ではなく「来迎正念（衆生の正念のために来迎する）」であることを明らかにしています。また平生に念仏を修し念仏を信じている者は、しいて臨終の沙汰（臨終行儀）をする必要がないとしている点も注目されるでしょう。法然上人は、『観経』に基づき臨終の念仏による往生とは、それまで念仏に縁のなかった者が善知識の勧めによつて往生することであるとしているのです。

『往生浄土用心』の説示—思うようにならない死と阿弥陀仏の救い—

『往生浄土用心』には、次のように説かれています。

日頃念仏を申していても臨終の時に善知識に遇わなければ往生が難しいとか、また病が重く心が乱れていたならば往生が難しいとも言われていますが、そのように言われているものの、善導大師の御心によれば、極楽に往生したいと願つて多くも少なくも念仏を申した人が命の尽きる時には、阿弥陀仏が聖衆と共に来迎してくださいますので、常日頃念仏を称えているならば、臨終に善知識がいなくても仏は来迎してください

さるのです。また、善知識の力によって往生するというのは、『観經』の下品のことです。下品下生の人などは、日頃念仏を申すこともなく往生を願う心もない逆罪の人であり、そういう人が臨終に初めて善知識に遇い十念を具足して往生するのです。日頃より阿弥陀仏の本願力をたのみ思惟し選択された名号を称えて極楽に往生しようと思う人は、善知識の力がなくとも仏は来迎されるのです。

また病を軽くしようと祈ることは賢いことのように思われるけれども、病を思わずに死ぬ人が整った最期を迎えても、断末魔の苦しみがあり、八万の塵勞門より無量の病が身をせめることは、百千の矛や劍で身を切り裂くようなものです。それ故に見ようと思うものも見ることができず、言おうと思うことも言えなくなります。これは人間の八苦の中の死苦であるので、本願を信じて往生を願っていた行者であってもこの苦は逃れられることなく悶絶してしまいますが、息の絶える時は阿弥陀仏の力によって正念になって往生することができなのです。臨終は髪を切るほど僅かなことです。が、阿弥陀仏の御力以外では心を定めることは難しいのです。ただ、仏と行者の心において知ることなのです。その上、三種の愛心が起こったならば、魔縁の便りによって正念を失ってしまいます。この愛心は善知識の力では取り除くことが困難です。阿

弥陀仏の御力によって除いていただくのです。善導大師が『観経疏』において「もろもろの邪業や煩惱をさえざるものはない」と説かれていることは、本当に頼もしく思われるのです。

また極楽往生を願う者と思われる人が、正念に住して念仏を申したときに仏が来迎されるのですと申しているようですが、『阿弥陀経』には「阿弥陀仏は諸の聖衆と共に亡くなり行く人の前におられます。この人は命が終わる時に心が迷うことなく、阿弥陀仏の極楽浄土に往生することを得る」と説かれていますので、人の命が終わろうとする時には、阿弥陀仏が聖衆と共に目の前に来迎されたことを見たとまつた後に、心が迷うことなく極楽に往生できるのだと心得なさい。したがって病が軽くなるようにとか善知識に遇わせてくださいなどと祈る暇に、一遍でも病状が良いときに念仏を申して、臨終には阿弥陀仏の来迎に預かって三種の愛心を除き正念の境地に入らせていただいて、極楽に往生しようと思いなさい。そう言いましても、意味もなく善知識に向かわないで終わろうと思うべきといっているではありません。先徳達の教えにも、臨終の時に阿弥陀仏を西の壁に安置し、病者をその前に西向きに寝かせて、善知識に念仏を勧められなさいと言われています。それはそうできれば理想的なこと

ではあります。ただし、人の死の縁は、前もって思っていたようにはなりません。にわかには道端で終わる事もあります。また大小便をしているところで死ぬ人もあります。前業によつて、太刀や刀によつて命を失い、火に焼けて水に溺れて命を滅ぼす人達も多いのです。そのようにして死を迎えたとしても、日頃より念仏を申して極楽に往生しようと願っている人であるならば、息が絶える時には、阿弥陀仏・観音菩薩・勢至菩薩が来迎してくださると信じ思い取りなさない。(筆者訳)^{*12}

法然上人は、臨終時に善知識の存在がなくても来迎を受け往生することができるといふことと、病で心が乱れていても往生することができるといふことを明確にされています。つまり、平生に念仏を称えていた者は善知識の存在や心の乱れに関係なく、阿弥陀仏の来迎を受けて正念に導かれ往生することができるのです。

また臨終行儀については、そうありたいことではあるとしながらも、法然上人は人の死の縁は思うようにはならないものであることを指摘し強調します。法然上人の「ただし人の死の縁は予ねて思うにも叶いそうらわす」という言葉は、肝に銘ずるべきものであると思います。こればかりは、良いケアがあつたとしてもどうにもなりません。けれども、どのような最期であつても日頃から念仏を申して極楽往生を願っている人には、阿弥陀仏の

来迎があるのです。

五. おわりに — 凡夫のための臨終の教え —

法然上人の臨終に関する教説をまとめるならば次のようになります。

①「正念来迎（衆生が正念であるが故に阿弥陀仏の来迎がある）」ではなく「来迎正念（衆生を正念に至らしめるために阿弥陀仏の来迎がある）」である。

②平生の念仏行こそが肝要である。平生の念仏を修せずして臨終に正念を祈ることは、道理に合わないことである。

③善知識によらずとも、平生に念仏を修した者には来迎がある。（阿弥陀仏を善知識とすべきである）

④人の死に様は、思うようにならないものであるが、その如何を問わず平生の念仏によつて阿弥陀仏の来迎がある。

⑤平生に念仏を修し、その教えを信じている者は、臨終行儀をする必要はない。

法然上人の一連の教説からは、臨終行儀を往生の条件とするような内容を見出すことは

できません。また臨終行儀を重視した言葉も見出すことができません。法然上人が重視しているのは、臨終のあり様ではなく「平生の念仏行」なのです。このように、法然上人は經典に基づき「正念来迎」ではなく「来迎正念」ということを明示されました。私たちは、煩惱具足の凡夫です。常に物事に執着し悩みながら生きています。そういう私たちが、臨終時に執着心を滅して心が乱れることのない境地（正念）に入ることなどできるはずがありません。正念とは「死の受容」といつても良いと思います。少なくとも私自身は、自らの常日頃を顧みる時、そうなれないと言わざるをえないのです。凡夫が自らの力によって正念に至ることは非常に困難なことですが、法然上人が凡夫にそれを求めておらず、阿弥陀仏の来迎によって正念が実現するとされているのです。

私達は、自らの命終が安らかであってほしいと願わずにはいられません。けれども、自らの努力によって執着を無くし、正念の境地に入ることとは不可能なことです。愛する家族との別れを嘆き悲しむというのは、凡夫たる私たちにとって当然のことではないでしょうか。そういった煩惱具足の凡夫の心を安定させ、浄土に導くために阿弥陀仏は来迎してくださるのです。この法然上人の教えは、臨終時に正念に至らなければ阿弥陀仏は来迎されないし、浄土往生もできないという呪縛から凡夫を解放するものであったということができ

るのです。

法然上人が臨終行儀を重視しなかった理由としては、A「經典〔『阿弥陀經』・『称讃淨土經』〕の説示に基づくこと」、B「私たちの現実の姿を踏まえていること」があげられます。Bについては、「たゞし人の死の縁は、かねておもふにもかなひ候はす」という法然上人の言葉の持つ意味と重みを考えねばなりません。現代においてすらなお、人の死に様が望むようになるとは限らないのです。淨土宗において重視すべきことは、平等救済でありその精神なのだと思います。間違つても「（臨終行儀を修した）良い死に様」「（臨終行儀を修さない）悪い死に様」というような新たな基準を生じさせてはなりません。法然上人が衆生の「死に様」の如何を問うていないことには、特に注意を払わなくてはならないのです。法然淨土教において必要とされているのは、臨終行儀や良い死に様ではなく「平生の念仏行」なのです。これらの点を踏まえ、法然上人の教えに基づいた上でターミナルケアへの関わりを考えて行かなくてはならないのです。

淨土宗の二祖聖光・三祖良忠は、共に臨終行儀を説いていますが、これは法然上人の「来迎正念」の教えを否定したものではありません。法然上人の教えを踏まえた上で臨終に寄り添ふことの大切さを示したものであるということができます。臨終行儀を修さなくとも淨

土往生は可能ですが、亡くなり行く人の不安を和らげるために求めに応じて説いたものなのです。いずれにしても法然・聖光・良忠の三代が、臨終行儀を往生浄土の条件としていないことと、平生の念仏によって「来迎正念」であると説いていることは、再確認しておく必要があるでしょう。

私には、ターミナルケアと仏教の関わりを考える際に忘れることのできないことがあります。一〇年程前になりますが、私が親しくさせていただいたH上人が痛で亡くなられました。お互いに弱小寺院ということもあり、色々なことを語り合った仲でした。五三歳で中学生と小学生の三人のお子さんを残しての旅立ちでした。最期は緩和ケア病棟に入られたのですが、その際に担当のお医者様が「この患者さんは、お坊さんですか。では、普段から生と死の問題について学んでいらつしやるから安心ですね」とおっしゃったそうです。もちろん善意から出た言葉であらうことは否定しません。けれども、私自身はこの言葉に憤りを禁じ得ませんでした。お坊さんであっても、生と死の問題を学んでいたとしても苦しみや悲しみが無くなるわけではありません。それこそ、悟りの境地に達しない限り無理でしょう。葬儀の際に奥様が「本人の希望もあり、病気のことはずっと皆様に隠していました。失礼な点が多々あったと思いますが、主人の無念さに免じて許してください」

と言われました。私は、これこそが真実の声なのだと思います。看取る側も看取られる側も凡夫なのです。割り切れないこと、受け入れられないことだらけなのが、娑婆の現実なのです。ターミナルケアの問題を論じる際に「聖道門（悟りの仏教）」の立場ではない、「浄土門（救いの仏教）」の立場を提示して行くことは非常に大切なことです。私達、浄土宗僧侶は、まず凡夫の現実の姿について知らしめる努力をして行かねばなりません。そして、凡夫の現実の姿に対して寛容的・包容的な救済者が阿弥陀仏であり、私達はそれをお伝えして行く使命があることを改めて肝に銘じなくてはならないと思います。

凡夫である私達の臨終は、思うようにはなるものではないかもしれませんが、平生称えた念仏によって間違いなく阿弥陀仏は来迎され、正念に導かれ浄土に往生することができます。残された者は、悲しみの気持ちをお念仏に託し、阿弥陀仏にお願いし往生と還相を願うのです。

*1 『昭法全』一四二頁

*2 『聖典』四・五四八頁

*3 『宗教と終末医療』（アーユスの森新書）一一八―一一九頁

*4 キューブラーロス『死の瞬間』（読売新聞社）参照

*5 齊藤茂太『茂太さんの死への準備』（二見書房）九六～九七頁

*6 E・S・シュナイドマン『死にゆくとき』（誠信書房）七～八頁

*7 勝又正直『ケアに学ぶ臨床社会学』（医学書院）一四一～一四二頁

*8 『同右』一四二～一四三頁

*9 『同右』一四二頁

*10 『昭法全』二二三頁

*11 『聖典』四・三五八～三五九頁

*12 『同右』四・五五七頁

第二章

日常における死の問題

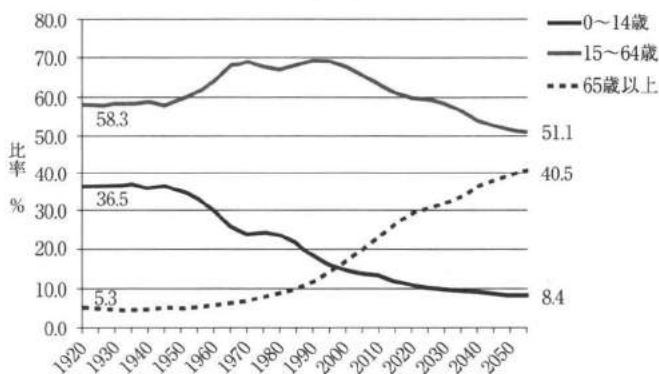
—生老病死—

一. はじめに

「死」は誰もが避けることの出来ないものであり、その経験を聞くことも語ることも出来ない事象であるために恐れや苦しみの対象となる。人類の歴史の大部分の時期、死は人の力ではどうすることも出来ないものであり、否応なしにやってくるものであった。そして、死の苦しみや死への恐れから逃れるために、死への過程や死後の世界について様々に語られてきた。戦後の近代科学の発展や様々な技術革新の社会への導入、核家族化や自立性の重視などの生活スタイルの変化によって、死は日常生活の中から見えにくいものになった。しかし死は無くなった訳ではなく、今や、留保されてきた死が一気に押し寄せる超々高齢社会における多死社会に突入している。多死社会は日常的に死に直面する社会である。その死に関連して既にどのような問題が起き、これからどのような問題が起ころうかについて考えてみた。

二. 超々高齢社会とは

年齢階級別人口比率

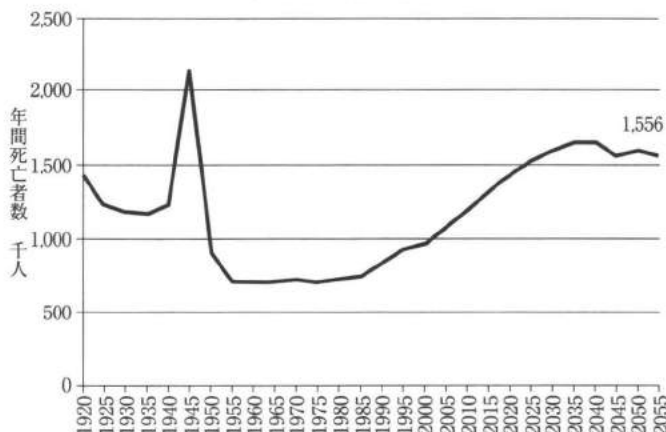


各年10月1日値、総務省統計局『我が国の推計人口（大正9年～平成12年）』、総務省統計局『人口推計』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成18年12月推計出生中位推計）』

わが国は平成一九年（二〇〇七）に超高齢社会に突入した。一般的に六五歳以上の人口が七%から一四%までを高齢化社会、一四%から二一%までを高齢社会、二一%以上を超高齢社会と呼ぶようだ。わが国は平成一九年に六五歳以上の人口が二・五%と二一%を超えた。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によれば、高齢者率は今後増加の一途をたどり、二〇五二年には四〇%にまで達する超々高齢社会になると予測されている。

過去を遡ってみると、明治・大正期には日本人の平均余命は短く、日本は多産であるが乳児や新生児の死亡率が高い社会であった。例えば大正一〇年から一四年の平均

年間死亡者数推移



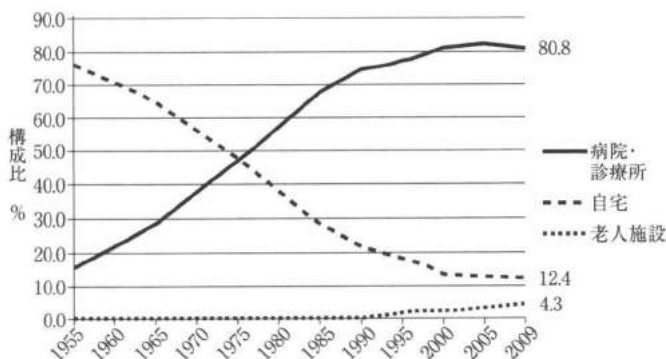
厚生労働省「人口動態統計」、総務省統計局「わが国の人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」

余命は男性四二・〇六歳、女性四三・二〇歳であり、また一人の女性が一生涯に産む子供の数を示す合計特殊出生率は大正一四年（一九二五）で五・一人、乳児および新生児死亡率は出生千人当たり二〇〇・五人であった。また、戦後統計を取り始めた昭和二二年（一九四七）の平均余命は男五〇・〇六歳、女五三・九六歳、合計特殊出生率四・五四人、乳児および新生児死亡率は出生千人当たり一〇八・一人であった。つまり、二〇世紀の前半までの日本社会は多産であるが子供の死亡率が高く、平均余命も五〇歳に満たない社会であった。それは、死に立ち会う機会の多い社会であり、否応なし

に死を見つめる社会であつたと考えられる。

二〇世紀後半から始まつた、公衆衛生の向上、栄養摂取の改善や医療技術の急速な進展は、乳児および新生児死亡率や感染症による死亡者数を劇的に減少させ、平均寿命の拡大に大きく寄与することになった。また産業構造の変化によつて雇用環境が変化し、家族構造も居住のフレキシビリティの高い核家族が好まれるようになった。労働における男女の機会均等が重視されるようになり、女性の社会進出と夫婦共働きが一般的になった。女性の社会進出は働き盛り年齢と出産年齢が競合することから、一夫婦の持つ子供数の減少、いわゆる少子化の傾向が強くなり、一人の女性が一生に産む子供の平均数（合計特殊出生率）は平成一七年には一・二六にまで低下した。その結果、日本社会は少子高齢化社会となり、今後は高齢者の死亡者数が徐々に拡大し平成三七年（二〇二五）以降は年間一五〇万人以上の多死社会を迎えることになる。これは、乳児・新生児死亡率の高かつた戦前の年間死亡者数を上回るものとなる。

死亡場所の推移



厚生労働省統計情報部「平成21年人口動態統計」

三、死を迎える場所の変化

さらに医療保険制度の整備と相俟って、臨終を病院で迎えることが一般的なものとなった。昭和二十六年（一九五一年）には自宅での死亡が八二・五%であったのに対し病院・診療所での死亡数は全死亡数の約一・七%だったが、平成二十一年（二〇〇九年）には自宅での死亡が一二・四%に対し、病院・診療所での死亡が八〇・八%になっている。これは戦争直後まで自宅で死を迎えることが一般的であったのに、次第に病院で亡くなることが多くなり、昭和五〇年（一九七五）を境に病院・診療所で亡くなることが一般的になったということである。つまり、自宅という家族・親族に身近なところに死があっ

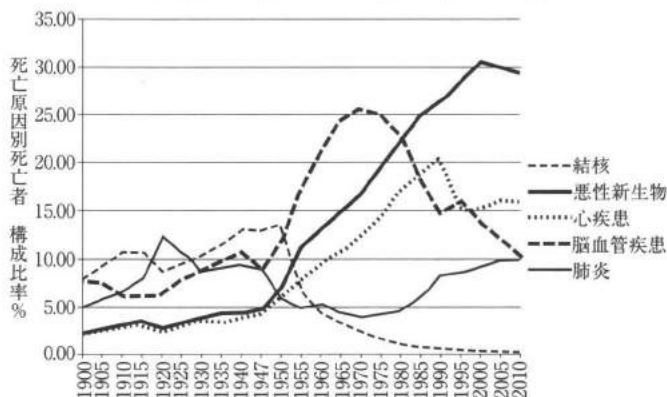
た社会から、病院で亡くなり病院の霊安室に移されるという、死を速やかに見えないものにする社会になったということである。死を医療的治療の敗北の結果として捉え、病院という治療・快復の場から地下の霊安室に移され、病院の裏口から運び出されるという、死を隠蔽する社会になった。

最近の傾向では病院・診療所での死亡数は頭打ちになったが、これに替わって介護老人保健施設、老人ホームなどの老人施設が増加傾向にある。老人施設は都市内に立地していることの多い病院とは対照的に、一般的な社会と切り離されて立地している場合が多く、今後は死が益々一般的な社会から見えないものになる可能性がある。

四．延命医療の問題点

現代医療は疾病の治療と延命を目標として展開してきた。戦前の死亡原因の第一位であった結核は、戦後の抗生物質製剤の普及に伴って劇的に減少した。また、結核に替わって死因の第一位になった脳血管疾患についても昭和四八年（一九七三）の一八万人、死因の約二五％を境に急速に減少した。その後死因の第一位になったのは悪性新生物（いわゆる

死因別死亡者の全死亡者に対する比率



厚生労働省『人口動態の概況』

悪性腫瘍、癌)、第二位は心疾患であった。最近の統計によれば死亡者数としては悪性新生物、心疾患ともに増加傾向にあるが、死亡原因別の比率で見るとここ一〇年はほぼ横ばいである。ただ死亡者数が増加傾向にあり、その中でも高齢の死亡者数が増加していることから、死亡原因別では悪性新生物や肺炎での死亡者が増加している。

がん研究助成金「地域がん登録研究班」による協同調査(日本六地域、一九九七から一九九九年)によれば、がん部位別五年相対生存率はがん部位によって大きな差があるが、これらを総合した全がん生存率は五四・三%である。つまり積極的な治療によって半数以上のがん患者が救われていることを示してい

る。特に乳がんや前立腺がんなどのように治癒率が高いがんもあるため、がんに罹患した患者の多くは治療を希望する。しかし、治療法の確立していないがんに罹患した患者や、治癒の見込の少ないがん末期に発見された場合にも治療が施され、死に至るまで治療が施されている場合も多い。治療回復の見込が難しくなった患者については、緩和ケアに移行することが望ましいが、末期がん患者に見合った緩和ケア病床の病床整備は限られており、多くの場合には一般病院で一般患者と同様の治療を受けながら臨終を迎えることになる。また、末期における症状によって延命治療が施される場合がある。これは、人工呼吸器や胃ろうという処置であり、患者の呼吸や栄養状態が人為的に管理されることになる。症状が悪化しても長期にわたって延命は可能であるが、その一方でいつ延命処置を中止するか否かが大きな問題となっている。また、介護の末期においても同じような問題が発生している。介護末期には食事の経口摂取が困難な状況に陥ることが多く、誤嚥性肺炎を発症する可能性が高くなる。このために経管栄養などの方法がとられることが多い。末期がんの患者が一般病院を出て自宅療養に移行した場合にも同様な困難が待ち受けている。

このような状況から、病気になる前から延命治療を受けるか否かについて考えておくことが極めて重要になってくる。つまり、自分自身の死の迎え方について具体的に考えてお

くことが必要であるし、健康であるからこそ考えることもできる。

五・隠蔽される死

「死」を見つめることは、「生きること」を考えることに繋がる。しかし今の社会は「死」を隠蔽し、「死」を見えないものになっている。例えば病院では、危篤になると大部屋から個室に移され、そして臨終を迎えると地下にある霊安室に移される。所定の手続きを経て病院の裏口から看護師に見送られて搬送される。病院ばかりではない、葬祭に関しても「縁起でもない」という理由によって社会からの隠蔽の度合いが増している。例えば宮型霊柩車については自治体条例によって使用が制限されている地域があるし、火葬場や斎場に関しては立地に関して反対運動が行われることが多くなっている。「死」に関連する事象を「縁起でもない」という理由から見えないものにする力が働いている。事件や事故が起きてても遺体が見えないようにブルーシートで隠されてしまう。東日本大震災でも被災されたご遺体はほとんど隠されていた。「死」の姿は見えないけれども、数だけは大きな見出しで発表される傾向がある。

その一方でテレビドラマやゲームの中は死に満ちている。殺人事件を中心にした刑事ドラマはたくさん放映されているし、アクション映画の中でも死が日常茶飯事となつてゐる。アクションゲームでも戦うシーンが多く、冒険型のゲームでも死が満ちあふれている。ゲームではリセットすると生き返ることが出来るし、ドラマの中で死んだ人も他のドラマでは元気で恋をしたりする。つまり、ドラマやゲームというバーチャルな世界では簡単に死が訪れるが、それはリセット出来る世界なのだ。しかし事件・事故や災害によるリアルな死は、その数だけは報道されるがその情景は隠蔽されている。

これは第一生命経済研究所の小谷みどりも指摘していると云うのだが、死の隠蔽は自殺の増加や凶悪犯罪の増加に影響していると考えられる。リアルな現実の死を数や言葉でしか報道しない社会、その一方ドラマやゲームの中ではバーチャルな死に満ちた社会は、生きることの意味を考える切っ掛けを失った社会である。人の命は何時でもリセット出来ると思解する子供達がいっても不思議でない社会。生きたくても生きていけない様々な事情の上に死があることに直面し、生きているときに何をしなければならぬかを考えなければいけないのに、その機会を自らの手で握りつぶしている社会、それが現代社会である。死を隠蔽することは、生きる意味を考えることを放棄した社会なのかもしれない。

六. ポックリ信仰の意味

平成二三年二月の毎日新聞朝刊の家庭欄に「ザ・特集…ぴんころ地藏、ポックリ大師、ころり観音・・・なぜPPKブーム」という記事があった。PPKとはご承知の方も多いと思うがピンピンコロリのことで、この記事によれば「PPK」は一九七九年に北沢豊治さんが長野県体育学会でPPK体操を発表したのが始まりとされている。北沢豊治さん（当時七〇歳）は長野県飯田市の元高校教諭で、お年寄りの会話によく出てくるピンピンとコロリの二つの言葉を組み合わせ、造語したそう。またこの特集記事によれば、ぽっくり寺は奈良県斑鳩町の吉田（きちでん）寺、水戸市の桂岸寺、福島県会津のころり三観音、熊本県八代市の釈迦院など昔から信仰を集めていた寺に加えて、最近はいびんころ地藏、ポックリ大師など新しく建立された仏様も観光バスが押し寄せるくらい人気になっているそう。

PPKという造語が三〇年前のものだったことはちょっととした驚きであったが、三〇年前から病気もせずに健康に生きて、最期を迎えるときは家族の手を煩わせず、介護のお世

話にもならず、ましてや病院で人工呼吸器や胃ろうを受けることなく、ぼっくりと死にたいというのが、大方の人々の希望であることは良く理解できる。しかしこれを裏返して考えると「他人の世話にならずにぼっくり死にたい」というような、自分の思い込みがかなうことはほとんど有り得ない事であり、それ故にポックリ信仰にまでなっているのである。また、自分としては介護も受けずにぼっくり死にたいと思っているが、その人を取り巻く家族にとってみるとポックリ死は望ましいことではなく、残された僅かな期間を介護や看護をしながら別れを迎えたいと思っているであろう。これを証明するように、亡くなった故人との関係で最期の看病をしてあげられたことを感動的な体験で語る人が多いし、逆に故人の最期に十分な世話を出来なかったことを悔やむ声を良く聞く。確かに何年もの長期にわたる看護や介護は、家族に多大な負担を掛けることになるのでそれを積極的に望む人はいない。しかし、程良い看護や介護は往く者にとっても、見送る者にとってもぜひとも必要なところの交流期間であり、これは大切にしなければいけない。

「引き際のいさぎよさ」と「ぼっくり」は同義ではない。人生、「やりっ放し」で「ぼっくり」は無責任である。亡くなる前になつたらば、亡くなつた後の家族・知人との心の交流も視野に入れて、いろいろなことを整理していく心構えが必要であらう。

七. 尊厳死とは何か

日本尊厳死協会という団体がある。協会では尊厳死を以下のように定義している。「尊厳死とは、傷病により、不治かつ末期」になつたときに、自分の意思で、死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命措置をやめてもらい、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えることです」。日本尊厳死協会は、カレン事件の判決があつた一九七六年に、初代理事長太田典礼氏のもとに設立された安楽死協会が始まりである。カレン事件とは遷延性意識障害（植物状態）となつたカレン・アン・クインランさんの人工呼吸器の取り外しを認めるように訴訟を起こしたもので、一九七六年にアメリカのニュージャージー州最高裁判所で人工呼吸器の取り外しを認める判決が下された。判決後人工呼吸器は取り外されたが、その後も自発呼吸を続け人工栄養のもとでさらに九年間生き続けた。日本尊厳死協会はこの事件に大きな影響を受けて設立され、積極的安楽死（本人の自発的意志を前提とした医師の手による自殺補助）と紛らわしい「安楽死」という言葉を「尊厳死」という言葉に置き換え、一九八三年に日本尊厳死協会に改称している。

表 全がん協部位別臨床病期別 5 年相対生存率

(1997-2000年：初回入院治療症例)

がん部位	症例数	臨床病期別生存率%				全症 例生 存率%	術後 生存 率%	病期 判明 率%	追跡 率%
		I	II	III	IV				
食道	3,158	78.1	43.2	24.5	7.9	37.6	47.2	61.9	98.9
胃	14,247	99.1	72.6	45.9	7.2	71.8	76.0	81.9	98.5
結腸	5,494	98.1	94.0	77.4	20.1	74.6	76.2	70.9	98.4
直腸	3,412	96.9	86.4	71.7	16.3	73.7	75.9	73.0	98.5
肝	3,887	54.6	43.1	24.8	9.4	30.9	49.9	76.5	98.4
胆嚢胆管	1,023	63.8	41.4	16.5	7.2	25.6	39.3	53.5	99.4
膵	1,681	36.2	9.5	8.7	1.6	7.8	17.0	50.6	99.1
喉頭	1,247	100.0	89.2	68.5	57.4	81.8	76.3	64.2	97.4
肺	12,228	78.2	44.5	19.8	3.7	37.8	64.4	88.9	99.3
乳	11,781	98.2	91.5	67.8	31.5	87.3	90.3	88.3	98.4
子宮頸	3,211	91.5	71.1	51.0	18.0	74.7	85.7	87.0	97.7
子宮体	1,752	94.3	80.9	59.7	23.4	82.7	85.8	64.0	98.3
卵巣	1,253	92.6	63.2	44.9	29.6	62.8	68.1	52.4	98.2
前立腺	2,468	100.0	100.0	100.0	51.1	87.9	95.9	58.1	98.1
膀胱	1,674	95.3	87.0	59.9	20.0	77.7	77.5	49.8	98.4
腎臓など	1,543	91.9	82.5	64.7	20.0	68.2	77.3	52.8	97.7
甲状腺	1,545	99.4	100.0	98.5	47.2	91.7	95.6	39.0	97.4

出典：http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/seizonritu.html

日本尊厳死協会では「尊厳死の宣言書（リビング・ウィル）」を作成しその普及を図っている。尊厳死というものは法律的に規定されたものではないので、法的拘束力がない。そこでこの宣言書の内容は家族、縁者および医療従事者への要望という形をとっている。

同協会では尊厳死を法的に規定しようと「尊厳死立法化」請願書を厚労省に提出したり、尊厳死法制化を考える議員連盟発足させたりロビー活動を積極的に行っている。同協会の宣言書の要点は次の三つにある。第一は傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすための延命措置は断る。第二にその場合、私の苦痛を和らげるための十分な緩和医療を行う。第三に回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめるという内容になっている。

この宣言書の問題点は具体性の欠如にある。例えば全がん協加盟施設生存率協同調査の部位別臨床病期別五年相対生存率（一九九七～二〇〇〇年・初回入院治療症例）を見て、がん部位と臨床病期によって五年相対生存率は大きな変動幅で異なっており、また患者によっても状況が大きく異なる。

したがって、個々の症例に対して医師が「現代の医学では不治の状態であり、既に死が

迫っている」と診断を下すことになる。通常、医師が行っているのは疾病の診断であり、がんの部位と進行状況、その進行状況での統計的な生存率を示すことは出来ても、余命を予測することは不可能である。例えば、二人の患者が同じ部位のがんで同じステージにあっても、個体によって余命に差があることは自明であり、集中的な治療によって回復する可能性も零ではない。つまり、医療従事者の立場では何時の時点でもこの宣言書を適用したらいかがかわからないであろう。また「単に死期を引き延ばすためのだけの延命治療」にも問題があり、医療の現場では決して死期を引き延ばすためでなく、治療の可能性を期待して人工呼吸器や胃ろうが行われる。治療に向かうこともあれば、結果的に治療の目標が得られない場合もある。だからといって医療従事者としては治療の可能性のある患者に延命治療を行わないわけにはいかない。治療の可能性のある患者に延命治療をしなかった場合には、医療過誤として患者遺族から訴訟を起こされる可能性がある。患者遺族は家族を失った悲しみが大きい余り、その悲しみの原因が医療従事者の過誤にあったように考えることによって自分自身を納得させることもあり、医療従事者も慎重に行動せざるを得ないのが現状である。

長期にわたる看病や介護は罹患者を取り巻く家族にとって、心的にも経済的にも大きな

負担になることは確かである。もし心的なそして経済的な負担を掛けたくないから死を選ぶというならば、多くの人々の援助無しでは生活できない難病の患者、しかしながら毎日毎日を生き活きと生き抜いている患者たちに何を言うことが出来るのであろうか。自分の死に方は自分で決めるといふ尊厳死という考え方には、我欲ともいえるような側面があることを指摘しておこう。

八．終活ブーム

最近、終活という言葉を聞くようになった。就活や婚活の派生語で、人生の終焉をより良く迎えるための前準備のことらしい。結婚しようと努力することを結婚活動といい、省略して婚活、就職のための活動は就活である。これに対して人生の最後をより良いもの、つまりより良い最期を迎える準備を終活と言うらしい。身の整理を行ったり、自分自身のお葬式を考えたり、埋葬方法を考え墓地を探したり、エンディングノートを書いたり、遺言書を作ったり、心身が不自由になった時のために後見人制度を利用したりと、終活には様々な活動があるようだ。

ところで、テレビや映画の世界でも終活ブームだ。がんになった父との最期の別れまでを実娘が撮り続けた映画『エンディングノート』が評判になった。また、遺品整理人を扱ったＴＶドラマ『遺品整理人』や、遺品整理の仕事を通して命と向き合い生きることを知っていく男女を岡田将生と榮倉奈々が演じた映画『アントキノイノチ』などで、そこでは孤独死の問題や遺品の整理という問題が取り上げられた。これらのテレビドラマや映画では、終末期における家族との交流の中に人生の大切なものがあること、遺品の整理の中にも故人の人生が凝縮して込められているということを訴えているものだ。つまり人は独りで生きているのではなく、周囲の人に支えられ生きているということと再認識させることにあったと思う。

ところが世の中で言われている終活には、家族や周囲の人々に迷惑を掛けたくないから事前に準備をしておこうとか、たとえ死んだ後でも自分の人生を他人に覗かれたくないので身辺を整理しておくといった方向に向きかねないところがある。本当に必要なことは自分の考え方ですべてを準備することではなく、準備に向かって家族や周囲の人々を巻き込んで、関係者が納得した形で死を迎えることにある。人生とは問題が山積した中を生き抜くことであるから、その人が残したものの中にも問題がいっぱい詰まっただけで当たり前

だ。終活とは、まだ生きているのに孤立した状況にある人々に、家族や周囲の人々と結びつけるような活動になることが望ましいと思う。遺品が少なく整理も万端であったからより良い最後であったと考えても、遺族が思い出をたどりながら遺品を整理するというグリーフワークの機会を奪ってしまったのかもしれない。桜の木の下で眠りたいと、遠くの墓園の樹木葬を選んだが、子供たちは遠くてお参りに行けないと不満かもしれない。つまり終活とは、死に向かつての個人の願望を実現する活動では無く、その個人を取り巻く家族や周囲の人々を結びつける活動であって欲しいと思う。

延命治療の問題点、隠蔽される死、ポックリ信仰の意味、尊厳死、終活ブームと現在の死の状況について述べてきたが、最期に指摘したいのは「自分好みの死」という考え方に ついてである。確かに死を迎えるのは「ひとりの人間」だが、その死はその人のものではなく、その人に関連する全ての人に共有すべきものである。だから、死に至るまでの生き方も、死そのものの迎え方も、死を迎えた後も一人のものでは無いということを認識すべきであろう。

第三章

医療・仏教・死の現場

—海外の事例が日本に示唆するもの—

一．はじめに

現在、仏教はアジアの枠を超えて世界中に広まっています。特に仏教の「死」に関する教えや行、具体的にはチベット密教の「死者の書」、死に関する禅語、上座部仏教の死体の瞑想、そして阿弥陀如来の臨終来迎の教えなどが欧米人をひきつけています。たとえばインターネット書店のアマゾンで「Buddhism（仏教）」と「Death（死）」で検索をすれば、五四三冊もの本が該当し、その多くは自他の死に直面した時に仏教をどう活かすかについて書かれています。

一九八〇年代から、ホスピスなど「死」を迎えるための専門施設や専門家が¹増え、その中には終末期の患者やその家族に対してのケアを行なっている仏教者たちもいます。しかし、マスメディアに取り上げられることも少ないので、広く知られているとは言えませんが、「ホスピス」と言えば、キリスト教に源流を持つ²というイメージを持たれる方も多いでしょう。そのため、日本では、「仏教者の手によるホスピスを」という運動のなかで、キリスト教色のある「ホスピス」を「ビハーラ」という言葉に置き換えるようになりました。「ビハーラ」はサンスクリット語で寺院を意味しますが、「ホスピス²」と同様に

貧しい人たちに社会福祉と医療ケアを与える場所、旅人が休息する場所という意味も持っています。実際、仏教にはビハラの歴史があり、お釈迦様が建てた祇園精舎 (Jetavana Vihara) には、精神的ケア、経済的ケア、医療ケアの役割があったと伝えられます。また、インドを初めて統一したアショーク王 (紀元前二七〇ー二三二) は、仏教寺院を通じて薬草栽培・調剤を普及させたことで知られています。日本でも、五九三年創建の最初の官立寺院である四天王寺は、病院や貧者救済、薬草栽培も行う施薬院としての機能も備えていました。このように最初期の寺院は病人や終末期のケアセンターでもあったのです。

お釈迦様の教えの中核をなす四聖諦が、苦を病気に喩えて、その原因・治癒・治療方法を解き明かしていることから、お釈迦様を「偉大なる医師」と形容することがあります。しかし、そういった喩えとしての「医者」ではなく、現実にお釈迦様やその弟子たちが、出家・在家を問わず終末期にある信者たちを悟りに導いた例は多くあります。元来、僧侶は死にゆく者に対しての導き手であったのかもしれませんが*²。さらに、次の二つのエピソードは、お釈迦様が介護ケアやグリーフケア*⁴のカウンセラーでもあったことを示しています。

出家者ブティガッタ・ティッサは重篤な状態に陥り、身体は膿み、仲間の僧侶が近づけ

ないほどの悪臭を放っていました。お釈迦様は他の僧侶たちに彼を看護することをただ命じるだけでなく、まず彼の身体、衣、部屋を清めること、さらに今後の看護計画を立てるよう指示したと伝えられます。

また、在家信者のキサ・ゴータミーは、子どもを亡くして悲しんでいましたが、お釈迦様は子どもを生き返らせたのなら、一人も死者を出したことがない家を見つけ出すように彼女に求めます。当然、そのような家は見つけられませんでした。お釈迦様は死の逃れがたさを彼女に悟らせると同時に、死を経験した多くの人たちに接せさせることで、彼女をコミュニティによるグリーフケアにつなげたのでしょう。

仏教には時代を問わず、終末期の患者と悲しみに沈む遺族への献身的サポートの実例が多く残っています。私たちはこれからの仏教的ケアのあり方を探るべく国内外の施設を訪問し、また講師として招き、調査をしてまいりました（訪問した施設の概要は文末にまとめました。国内の施設については第四章参照）。

この調査は、仏教の伝統について包括的に明らかにし、各地で仏教徒が多様な活動をしていることの紹介を目的としています。取り上げる各事例の実践者たちは、お互いに知識を共有し、影響を与え合いながら、それぞれ独自に活動を発展させています。本論では、

各事例を共通するテーマに分けて分析を進めていきます。そこから僧侶や信者の皆さんに現状を改善するヒントを見出していきたいと思えます。

二・日本における医療界の問題・仏教界の問題

まず、日本が現在直面している死の問題を概観してみましよう。日本は近代以降、アジアのなかで特殊な地位を占めてきました。欧米の植民地にならなかった数少ない国であると同時に、G7に加盟している唯一のアジアの国であることが示すように、他のアジア諸国よりも高度な近代化と経済成長を成し遂げた国でもあります。しかし、この二、三〇年の間で、欧米諸国と同様に、その高度な発展ゆえの諸問題が各分野で生じ、医療界も大きな問題に直面しています。医療界の問題には二つの側面があります。

一つには、医療システムの構造的な問題です。つまり、現在の医療システムでは、医療費として点数化される手術などの治療や投薬に重点が置かれ、心のケアや治る見込みのない患者への終末期ケアが点数化されないゆえに放置されています。その結果として「治療」に当たる医師や看護師に仕事が集中し、疲弊を招いてもいます。また高齢者福祉や国民皆

保険制度を現行の税収システムでは支え切れなくなっていることも挙げられます。

もう一つは、死を敗北とみなすような文化的問題です。この価値観のもとでは、我々が死すべき運命にあるということ、死にゆく者であるということは忘却されてしまっていますし、患者が亡くなった時、医療従事者も、遺族も、深刻な精神的トラウマを受けることになるでしょう。これらの問題は、現在、アジアの仏教諸国も医療の産業化・近代化が進む中で直面し始めています。

日本は急速かつ先進的な近代的発展ゆえに、欧米諸国のような世俗化された社会、つまり、公的な場所から宗教が排除される傾向にある社会となっています。このように高度に近代化・世俗化した文化のなかでは、日本人が終末期の心のケアを自分たちで創り上げようとする時、もともと在った仏教の伝統的な資源を活用することが、他のアジア諸国に比べて非常に困難になっています。しかし、私たちは調査のなかで次のようなことを発見しました。今、日本の仏教は、商業化された「葬式仏教」として揶揄されているわけですが、日本の仏教者そして一般人も、終末期の患者と遺族をケアするために、仏教が非常に有益であることに気づき始めています。そして、いわゆる「葬式仏教」によって弱められてきた仏教本来の力を解放しようと努力しています。

他の仏教国にとって、日本が今経験していることはとても貴重なものとなるはずです。

なぜなら、現在、日本の仏教が直面している諸問題は、近代化のすすむ他のアジア諸国の仏教もいずれ直面するであろうことが予想されるからです。なかでも、社会における僧侶のアイデンティティや役割は、近代化による大きな変化の一つであり、仏教国全体に通じる差し迫った問題と言えます^{*5}。アジア諸国では、かつて僧侶はもっとも高い教育を受けた知識人階級であり、社会のリーダーでしたが、今や一般の教育レベルが伝統的な僧院教育を追い抜き、その結果、一般信者の多くは僧侶と同じ、もしくはより高度な教育を受けるようになり、多くの国で僧侶の教養や知識の質が相対的に下がってきていると言えます。世俗化と近代化は教育以外にも僧侶の生活様式に大きな影響を与え、日本では僧侶は儀式の時だけ法衣をまとい、アルコールをたしなみ、結婚をし、家族を持ち、世襲制が常態化しています^{*6}。他の国の仏教徒は、日本の僧侶が墮落していると言いますが、彼らが時代の変化に順応しようと悩みもがくなかで直面せざるを得ないものは何か、という非常に重要な前例を、日本は提示しているのです。

その他に日本が先例を示す大きな問題としては、寺院・僧侶と檀信徒の関係が、伝統的な親密なものから、より都市化された希薄なものへと移行していくことがあげられます。

この変化は、寺院を中核とする親密な地域共同体が崩壊し、かわりにショッピングモールを中心とする人間関係が希薄な都市型社会へと、社会全体が移行していったことと軌を一にしています。変わりゆく仏教の最終的な評価はまだできませんが、その移行過程には多くの問題が生じるでしょう。たとえば、マーケティングと利益優先に基づく仏教の商業化も避けて通れません。特に都市型仏教の重要な一側面に葬式産業の進展があげられますが、それは現在のところ日本において他にはないでしょう。しかし、同様の傾向は、経済発展と都市化が高度に進むタイなどの他の仏教国でも現れてきています。こうした問題についても、日本は他のアジア諸国の仏教が歩むこれからの道筋に重要な視点を与えてくれるはずです。

三：死にゆく人のための仏教的ケア

仏教者の死への基本的姿勢には大きく分けて二種類あります。第一に臨終における精神状態を最重要とする立場です。遺族が人目もはばからずに嘆き悲しんだり、死後一定の時間内は遺体を動かしたりすべきではないという考え方があり、厳粛で統制された儀式的な

「死」を重視します。そこでは、プロの宗教家が死にゆく者の案内人として登場し、平安な「良き死」は間違いなく成就されるとされます。本論で紹介する現代の事例で言えば、このような死への姿勢はチャプレンに強くあらわれています。チャプレンとは、患者や家族、介護者たちに生じる諸問題に適切に対処できるように高度な訓練を受けた宗教者であり、お釈迦様の時代の「死にゆく者への導き手」と同じと言えます。また、この姿勢は特別に様式化された仏教的施設という形でもあらわれます。たとえば、国立台湾大学病院では、臨終間際の患者のために阿弥陀仏と極楽浄土の大きな絵が描かれていて、読経をして遺体を安置するための静かな部屋が用意されています。アイルランドのリグパ・スピリチュアル・ケア・プログラム (Rigpa Spiritual Care Program) では修行者の瞑想場所に隣接してケアセンターを建設しています。他にも、特に日本において強い傾向ですが、この死への姿勢に基づき、遺体の提供は死者を冒瀆するものとして拒否する仏教者もいます。

死に対するもう一つの姿勢は、カルマや輪廻を確信し、死の前後の状態でこだわらない立場です。たとえば、台湾では死者の意識が献体等で乱されることはないと考え、遺体提供を菩薩の慈悲行として仏教者が盛んに促している例があります。ケアという観点においてはこのタイプは形式にこだわらず、介護者がそばに寄り添い、共感しながら傾聴するこ

とを重視する現代の仏教ホスピス運動も含むでしょう。すなわち、仏教ホスピス運動では、患者にチャプレンの宗教を押し付けけるのではなく、むしろ患者自身が自分のスピリチュアリティに気づけるよう手助けをするのだと強く主張されています。この姿勢は、イサン・ドルシー (Issan Dorsey) の活動にもっともよくあらわれています。ドルシーは一九八〇年代後半に、サンフランシスコにマイトリ・ホスピス (Maitri Hospice) を建設した曹洞禅の僧侶で、「あなたは理想的なことを願うのではなく、あなたとともにいる人・場所を大事にしない」と言っています。この姿勢は、たとえ患者が「良き死」を望んでいたとしても、必ずしも「良き死」を最優先するわけではありません。現実的には、このタイプは患者ケアをチャプレンよりも、各種のトレーニングを受けたボランティアに任せていることが多く、これはサンフランシスコのマイトリ・ホスピスや禅ホスピス (Zen Hospice)、台湾の慈済会教団のホスピスなどの例に明瞭に示されています。

しかし、現実にはこの二つの立場は明確に分別されるというより一者の中に混在しています。あまり形式にこだわらない後者のタイプは、「人は生きてきたように死ぬ^{*7}」と考えますが、実際には逆に患者に瞑想指導などをして、前者のタイプに近づくこともしばしばあります。このことは、ブラーマビハラー／カンボジア・エイズ・プロジェクト

(Brahmavihara/Cambodia AIDS Project) や佼成病院のビハラ*8など、我々が調査した多くのグループに共通する経験でした。一方で、病気になる前にスピリチュアルな志向を育てていた人がより良い死を迎えているように感じられることは、多くの実践者に共通する意見でもあります。こうした見解は、全人的・包括的ケアとしての心のケアの重要性を経験的に理解している科学者や医療者の世界で、仏教者が重要な取り組みをしていることにつながっています。代表例として、マサチューセッツ医学大学のジョン・カビットジン (Jon Kabat-Zinn) のマインドフルネス心理療法、マインド・アンド・ライフ・インスティテュート (The Mind and Life Institute) でダライ・ラマ (Dalai Lama) の思想と西洋科学を取り入れているジョン・ハリファクス (Joan Halifax)、ムニッチ大学病院 (Munich University Hospital) のインターディシプリナリーセンター (Interdisciplinary Center for Palliative Medicine) のジアン・ボラーシオ博士 (Dr. Gian Borasio) の研究チームなどを挙げておきます。

このように我々が調査した事例のなかには二つの考えが共存していますが、患者は布教の対象ではなく、死およびその向こうに希望を持てるような生き方を提示されるべきであるという共通理解があります。また、各事例を検討していくなかで、仏教者の活動は、患

者よりも介護者*⁹に対して有効であるということに行き着きました。患者に対して仏教の教えや実践をどの程度に提供すればよいのかということは各事例によりさまざまですが、介護者が仏教徒であろうとなかろうと、仏教が介護者に必要な資源（姿勢・哲学）を提供するという点では合意が得られるでしょう。みんなで瞑想する機会を大事にするサンフランシスコの禅ボランティア、チベット仏教に基づくリグパ・ウパヤ・プログラム（Rigpa and Upaya program）を受けてセルフケア理論を学んだ世俗的志向の持ち主であるクリスチャンのドイツ人とアメリカ人の医者、現場でインターンとして働くことで僧侶としての宗教性を体得した台湾とアメリカのチャプレン僧侶、彼らに共通する意見は「死にゆく人とともにある」という意識を持ち続けられるように精神性を磨くことが介護者には必要だということでした。

四．インフォームド・コンセントと告知の問題

「インフォームド・コンセント」と「告知」は、現代の医療システムから生まれた専門用語です。前者は主治医が患者に対して治療の状況、要するに診断を説明するプロセス、

後者は医者が患者に回復の見通しや死が不可避であることなど、予見を説明するプロセスです。おそらく、患者と直接関わり、その家族からの相談を受けてもいる医療者や介護者たちが生み出した言葉なのでしょう。しかし、アジアの社会、特に集団を非常に重んじる東アジアの伝統的な社会では、「インフォームド・コンセント」も「告知」も西洋の個人主義的な考え方の反映だから賛同されていけないのではないかという批判的な声が欧米などから聞こえてきます。たしかに、その見方は東アジアの文化・精神風土を見れば理解するものですが、仏教国だからという観点はあてはまりません。なぜなら、仏教はしばしば神の介在より個人の努力を尊ぶ個人主義と同様に、個人の救済や悟りに焦点を当てることを批判され続けてきたのですから。

死を否定するような価値観、そして、その価値観ゆえに、患者に差し迫る死を伝えられずに沈黙をしてしまうという悲劇は、ことに日本の場合、集団と沈黙を重んじる東アジア固有の性格というよりは、近代化の結果であるということが調査を通じて分かりました。イギリスの浄土教徒であるキャロライン・ブレイザー (Caroline Brazier) の調査では、死について沈黙をするイギリスの文化を生んだものは、次の三点であると示します。一点目は第一次・第二次世界大戦を通して多くの死者を出したトラウマ、二点目はフロイトの

「死を忘れよ」という警告に基づく現代心理学の発展、三点目は死を敗北とみなす現代医療に蔓延する科学的物質主義です*¹⁰。我々のドイツ調査でも、何人かの医療者がここ最近まで死について沈黙をする文化があったこと、今も東欧からの移住者達にはそれが根強く残っているということを証言しています。京都大学の死生学の専門家であるカール・ベッカー (Carl Becker) は、日本がこの五〇年ほどの間に、死を安楽な世界ととらえていた文化から、死を恐れる文化に様変わりしてしまった。かつて墓参りや年回法要を通じて先祖に敬意を払う仏教文化によって、日本人は死は常に存在するものとして抵抗なく受け入れていたのだと指摘しています。

今日の社会、なかでも医療者たちは、悩みながら「死」に直面しているように思われます。「良き死」をどう成就するか、死に関する仏教の実践をどう活用するかという点から考えると、介護者、家族、患者が「死を認める」という第一歩を拒否するようでは、どうにもなりません。とても難しく微妙な問題であり、家族が干渉することなく、患者が自分の診断や予見を直接に聞けるべきであるという合意はなされないでしょう。本調査に同行した戸松義晴、ハワイと日本でチャプレンを務めた浄土真宗本願寺派の千石真理はともに、告知はするべきであるが、もし家族や介護者の支えがないまま死の予見を伝えるとい

うことであれば、そのような告知は破壊行為以外のなにものでもないと言います*10。不幸なことに、今の都市社会では、死にゆく者は治療の対象から外れ、病院の寂しい一角に移されるか、家族の見舞いがしにくい遠隔地に転院せざるを得ず、それが告知の標準化のもたらした結果となりかかっているのです。病院のチームケアシステム、ホスピスのボランティアや患者仲間による助けあい、自宅や寺院での看取りをサポートする人たちなど、その形態はさまざまであれ、本論で紹介する事例の多くは患者と家族をケアするシステムをいかに築きあげているかを示してくれます。また、アメリカの病院では、患者それぞれの置かれた環境の違いに応じて「インフォームド・コンセント」と「告知」をどう実施するかを慎重に検討するための倫理委員会を設置しています*12。

五．医療従事者や宗教者のコミュニケーション能力

介護者と患者、そしてその家族のコミュニケーションがうまく取れなければ、致命的な問題に直結します。「死にゆく人とともにある」仕事に従事する医療者・宗教者も同様で、文化的背景に関わらず、「インフォームド・コンセント」と「告知」を妨げる要因の

一つには、医師の対人コミュニケーション能力の乏しさが考えられます。戸松義晴は医学部で、患者に寄り添いながら告知をする能力を向上させる授業を試みていますが^{*13}、コミュニケーション能力の欠落は、日本の医療従事者全般に言えると指摘しています。本調査においても、話をうかがった医療従事者や宗教者は、現代の医学は治したい、癒したいという医療者の基礎的動機を伸ばすような教育を行っていないという認識を持っています。そういった現状への対策として、ウバヤ・ビーイング・ウィズ・ダイイング・プログラム (Upaya Being with Dying Program、死にゆく人々を支えるためのプログラム) やリグパ・スピリチュアル・ケア・プログラムでは、医療従事者の対人コミュニケーション能力と寄り添う心を磨く教育プログラムを行なっています。

そして、医療者だけでなく、宗教者のコミュニケーション能力にも同様に問題があることが明らかになりました。たとえば、教会牧師であったアントン・T・ボイソン (Anton T. Boisen) が入院した時、そこで出会った聖職者は彼を一人の人間として見るのではなく、布教の対象としてただ教義をまくしたてるだけでした。ボイソンはその苦い経験をふまえて、一九二〇年代にアメリカでチャプレン養成のための最初のプログラム、クリニカル・パストラル・エデュケーション (Clinical Pastoral Education、略してCPE) を作り

ました。同様の問題は仏教国、特に日本で顕在化しています。日本の僧侶は父親の職業を義務的に継いでいることが多く、宗教的使命に基づく天職ではなくビジネスとして考えている人も少なくないと社会から見られる傾向があります。仏教国の僧侶教育は、得てして説教者を養成することに力点が置かれ、僧侶の本分である寄り添う者、慈悲に基づき支え合う仲間という視点が弱くなっていると言えます。

六、仏教チャプレンとチームケア

本論で取り上げた文献の多くが、仏教チャプレンの養成を緊急の課題とし、しっかり訓練された僧侶が必要であると訴えています。見方を変えれば、宗教者が現代社会の中で役割を失いつつある現状への危機感のあらわれであり、社会に再び関わりを持つとうとする試みであるとも言えます。アメリカの浄土真宗本願寺派僧侶でCPEの指導員であるジュリー・ハナダ (Julie Hanada) は、もし僧侶教育が檀信徒と付き合うためのものだけでなく、社会のあらゆる階層の人たちと関わっていくためのものであるなら、わざわざチャプレンが必要とされることはないだろうと言っています。しかし、多くの仏教国での僧侶教

育は、經典を機械的に暗記し、教義の宗派的解釈、儀礼の教育、寺院の運営ノウハウなどに限定されていて、この幅の狭さは医療者教育とあまり変わりません。

チベット仏教徒でカリフォルニアのジョン・ミューラー病院 (John Muir Medical Center) で指導員をつとめるトマス・キルツ (Thomas Kilts) が言うように、CPEでは、寺院をどうするか、ではなく、人との関係性や危機的状況にどう対応するかという問題を取り扱っています。危機的状況にある人は「寺の中にいる」のではなく、「いたるところにいる」のであり、仏教を用いるべき時とそうでない時があるということを学ばないといけません。これはチャブレンがまず初めに必要とされる能力です。チャブレンは説教をするのではなく、耳を傾け、傍らにいたいということが大事であり、イサーン・ドルシーが言うように、寺という限られた場所ではなく、いたる所で人と出会い、そこでさまざまな方法によってコミュニケーションをとることを学ばなければなりません。私たちが出会った実践者たちは、こうした経験はともやり甲斐があると話します。初めに医療現場に順応することが求められ、次に自分の精神性の知識を人との関係性を構築する中にどう用いるかを学ぶ。そのため、CPEでは、チャブレンに特定の宗派・宗教に偏らないことを強く求めます。つまり、患者がいかなる信仰を持っていようとも平等に接しなければなり

ません。宗教教団がチャプレンに資金を提供しながら養成すると、教団はどうしても自宗派を重視してもらいたくなるので、チャプレン養成はとても面倒な事業になります。そこで、アメリカでは、チャプレン養成は病院が請け負い、チャプレンは患者に対してプロとして偏見なく向き合う医療チームの一員としてみなされるようになりました。

これはボランティアとチャプレンの重要な違いです。チャプレンは医療機関（しばし公的機関）の有給職員として働くことになります。この点で、チャプレンは大きな責任を負い、病院の臨床チームの一員として働き、医療チーム全体の精神の安定をはぐくむよう務めなければなりません。チャプレンが医療チームの一員ということは、従来の医療システムに対する批判的な新しい取り組みといえます。今までは、ソーシャルワーカーや精神科医、セラピストやチャプレンはほとんど顧みられることなく、医者と看護師からなる医療の専門家の支配のもと、医療ケアシステムは排他的に築かれてきました。しかし、WHOが健康の定義をメンタルとスピリチュアルの分野にまで広げたことで、全人的ケアを拡充していく方向に医療界も向かうようになったのです。くわえて、ジョン・カビットジン（Jon Kabat-Zinn）のような先駆者たちは、心のケアが予防医療として早期治療と同様に、医療機関や医療行政の財政負担を軽減できることを示してきました。ジュリー・ハナ

ダはチャブレンの役割を次のように要約しています。「チャブレンは入院期間の短縮化を助け、医療チームと協力し、患者や家族が不満を持って訴訟を起こしたりしないよう、その話に耳を傾け、皆が死や医療倫理について話し合う手助けをする¹⁴」と。

チャブレンに求められるもう一つの役割は、チャブレンとは患者と家族だけではなく、医療施設の介護者や医療者たちのためにも働くということです。ジュリー・ハナダは自身の経験から、チャブレンは医療チームの一員として働くことや、厳しい業務のなかで医療者たちを悩ませる諸問題に関わることに自分の時間の五〇%を使っていると言います。この点では、チャブレンは患者や遺族の同伴者以上の役割を担い、医療チーム全体の精神状態を見渡し、健全な方向に育むということも求められるのです。これは、特殊な能力であり、技術を要する極めて重要な仕事です。ジョン・ハリファクスがアメリカで創設・運営しているウパヤ・ピーイング・ウィズ・ダイイングプログラムは、仏教の教えを上手に医療現場に適応させ、医療チームや施設のなかで知識や技術を活用するチャブレンを養成するシステムの好例です。

七、病院・ホスピス・在宅ケア

この問題は、既存の医療施設をどう改革するか、心のケアが欠かせない全人的ケアをどう推進するかという二つの問題が重なり、我々の調査での大きな課題の一つでした。既存の医療施設の改革は、非常に難しい問題です。なぜなら、現代の医療施設は、死を敗北として否定的にとらえる価値観、科学的物質主義に覆われており、仏教的ケアを含む全人的ケアの流れとは相容れないからです。調査した各事例は、こうした医療文化をなんとか変えようと、心のケアの有効性を証明しようとしています。実際には全人的ケアに共感を示す医療者側のリーダーなり行政担当者がいるかどうか、変革の大きな鍵となっています。台湾とドイツでの調査では、仏教に理解のある医師が病院の上層部にいて、彼らが病院への進歩的全人的ケア導入の道筋を作っていました。皮肉なことに、おそらく仏教国とみなされるであろう日本の医療者や行政官僚が、仏教や心のケアに対する理解がもっとも欠けているように思えます。しかし、医師でもある僧侶の存在——ほとんどは僧侶であることを隠して医師をしているのだが——は、社会における仏教や宗教への態度を変えることができるのではないかという僅かな希望を与えてくれます。

他方、仏教徒がわずかではあるが、草の根から革新的な取り組みを始めていることも分かってきました。終末期の患者と家族への仏教的ケアは、サンフランシスコのマイトリーホスピスと禅ホスピスプロジェクト、タイのプラバット・ナンブ寺院 (Phrabat Nambu Temple) にあるタマラック・ニウエット・ホスピス (The Thamarak Nivet Hospice)、カンボジアのブラーマビハーラ／カンボジア・エイズ・プロジェクトなどのエイズ治療の現場から始まりました。こうしたプロジェクトは、慈悲に基づくケアという真の宗教的理想の実現にあたって大きな意味を持ちました。キャロライン・ブレイザーは「文化の質や特徴というものは、その社会のもっとも弱い立場の人たちへのケアのあり方、関心の持ち方にあらわれるものです^{*15}」と言います。かつてエイズ患者たちは、家族からの支えも、金銭も、自分自身の価値も失いがちで、彼らを支援するということ自体、大きな困難でした。しかし、誰も彼らに関心を払わないからこそ、仏教者たちは創造性を発揮し、自分たちが良いと思うことを自由に試みることができました。既得権益を守ろうとする病院・医療システムと違い、周縁領域での活動は仏教の理念に合致するプログラムを生み出す自由な創造性を持つことができるのです。

洋の東西を問わず、キリスト教・仏教を問わず、ホスピス運動はボランティアによる在

宅ケアから始まっています。チャブレンを含む全人的ケアの導入を通じて医療制度の改革がなされていることは、たしかに希望のある展開です。しかし、巨大な中央集権化した現在の医療システムを維持するために必要な経済的負担を考えた時、私たちは、このシステムにどのような未来が待っているのか、また、私たちは人間として、より地域に密着した全人的ケアを受けるべきではないのかという疑問を抱くし、日本で活動する人たちの多くが同様の見解を持っています。たとえば、曹洞宗僧侶で緩和ケアの看護師である飯島恵道は、在宅ホスピスケアを超えた地域によるケア（コミュニティ）を切望しています。それはつまり、そこで死にゆく者はケアを受けるだけでなく、「死」に対する新たな視点を仲間に示す、そのような地域によるケアが行われることを描いています^{*16}。また、真宗大谷派僧侶でビハラチャブレンの谷山洋三は、ビハラ運動の将来は、死にゆく者のケアから社会福祉へとその範囲を拡大していくだろうと予想しています^{*17}。谷山も戸松も、心のケアの重要性を認めると同時に、地域のなかで関わる人たちの増やしていくことが、瀕死の「葬式仏教」を再生させる鍵になるだろうと考察しています。この理念はサンフランシスコの真ん中に位置し、地域の住民がボランティアとして活動するマイトリー・ホスピス（Maitri Hospice）、欧米を中心に展開するチベット仏教系の新興教団リグバ（RIGPA）が

アイルランドで修行道場の隣にホスピスを運営するリグバ・スピリチュアルプログラムなどにもっともよく現れているでしょう。そこでは単にケアをするだけではなく、釈迦の四苦の教えが日常生活にはかならないと社会が認識していくように働きかけているのです。

八．宗教者によるグリーンケアの可能性

最後の論点は、大切な人の死後に何が起こるか、つまりグリーンケアです。この部分は、我々が調査した各事例でもまだあまり手が着けられていないのが現実で、終末期ケアとは異なるものとして考えられているようです。戸松は日本における生の世界と死の世界の分離、つまり、死ぬまでは医療の分野、死んでからが宗教の分野という断絶を詳細に指摘し^{*18}、調査で出会った多くの専門家たちも、いかに死を敗北とみなす文化が死にゆく者を病棟の片隅に押し込め、見捨ててしまっているかということを論じています。全人的ケア導入やチャプレン運動によって、死にゆく者が見捨てられることのないように努力がなされていますが、グリーンケアはまだ病院や終末期病棟で対応すべきものとはなっておらず、そのため遺族は新たなサポートコミュニティ^{*19}を見つけ出して、移らなければなら

ない状況にあります。

各事例も遺族ケアに取り組もうとしていますが、終末期ケアの比重が大きいため、なかなか遺族ケアにまで手が回らないでいます。しかし、リグバ・スピリチュアルプログラムは、生老病死の全てに対応する宗教的コミュニティを作ろうというビジョン、生前・死後を通じて人々が助け合い、支え合うことの可能性を私たちに示してくれます。そして、これこそ日本仏教が特に大きな可能性を持つていえる分野なのです。日本の実践者達が論じるように、日本仏教は死者のために年回法要を、毎年、何百と行なっており、それこそ高度に築きあげられた遺族のグリーフケアのシステムであり、親族や地域などによる遺族への支援ともなっているのです。葬儀・法要の持つ遺族ケアの可能性については、自殺学・死亡学で著名なエドウィン・S・シュナイドマン (Edwin S. Shneidman) の「事後予防」の概念^{*20}や、デニス・クラス (Dennis Klass) の「継続する絆」の概念^{*21}など、西洋の研究者によって世界に紹介されてもいます。このことは仏教ホスピス運動が、今後、さらに築きあげていける分野であり、日本の仏教徒はそこに大いに貢献できるものと思われまふ。ホスピス運動に流れる全人的ケアの精神は、終末期ケアだけでなく、遺族ケアにまで広げることができます。それは、死とともに生きるという文化とそれに基づく

施設や社会の再構築へとつながるでしょう。

文末資料・訪問した施設およびケアプログラム

(一)台湾・仏教系ホスピス施設

・仏教慈済総合医院

台湾の仏教教団慈済会が運営する私立病院。世界最大のボランティア団体ともいわれる慈済会では、ボランティア活動を大乘菩薩道の修行実践と捉え、各国の信者が積極的にボランティア活動に取り組むことで有名。台北市と花蓮市の二ヶ所で総合病院を運営し、総合病院のなかにホスピスが設置されている。訪問した台北の総合病院は二〇〇五年に創設。ホスピスは二五床。独自のプログラム（宗教的な心のケアなど）は組まれておらず、一般的なホスピスとなっていて、心のケアは僧侶ではなく、ボランティアスタッフがとめる（ボランティアスタッフはほとんどが教団の信者）。看護師とボランティアスタッフがいて、チャプレン僧侶はいないものの、臨終行儀の部屋があり、亡くなる時にはそこに移動して念仏を唱えるという。患者は信者に限らない。また看護師と医師も宗教観は特になく、一般人と変わらない。一週間に一回くらい、僧侶が来るようになっていた。キリスト教徒用の部屋も用意している。

・台湾大学付属病院（略・NTU）

台北市にある国立台湾大学医学部の附属病院。日本でいえば東大病院にあたる。一九九五年創

立。病床数は一七床。一九九八年から臨床仏教宗教師の養成システムを持っている。臨床仏教宗教師とは、NTUと臨床仏教研究協会が協同で開発した養成プログラム（五年）を修了した僧侶に与えられる資格で、取得後、僧侶は全国のホスピスに派遣される。僧侶は医学知識も習得した医療チームの一員として扱われる。つまり、僧侶は医者、看護師、ソーシャルワーカーと同じレベルで協力し、患者に接することになる。当時の副院長・陳榮基が台湾に適應したホスピスの創設を目指し、陳慶餘（台湾大学医学部教授）、釋惠敏（法鼓仏教学院校長）、宗淳法師、姚建安（台湾大学病院医師）らと協力し、イギリスや香港のホスピスを参考としつつ、仏教文化と融合したホスピスを考案。一般人のボランティアもいるが、心のケアは主に臨床仏教宗教師が担当する。公立病院なので患者の信仰は不問だが、臨終行儀の部屋を用意している。また、霊安室は往生室と呼ばれ、仏教用・キリスト教用の部屋がある。養成にあたっては、資金の面で苦勞している。医療界の側からの要請で生まれたことが注目すべき特徴である。

（二）サンフランシスコ・仏教系ホスピス施設

・ラグーナ・ホンダ・ホスピス (LAGUNA HONDA HOSPICE)

サンフランシスコ州立の公立病院。一九八八年にホスピス創設。病床数は二六床。ホスピスと緩和ケア病棟がある。ラグーナホンダ病院と禅ホスピスプロジェクトの協同運営。禅ホスピスプロジェクトは、サンフランシスコ禅センター（鈴木俊雄が一九六〇年代に創設した禅の専門道場）の内部に組織されたもので、病院側は身体ケアとソーシャルケア、禅ホスピスプロジェクトは心のケアを担当。心のケアを担当するスタッフは、禅ホスピスプロジェクトでトレーニング

を受けた一般人のボランティア（仏教徒）。三分の一は禅の信者で他の信者はチベット系・上座部系が多い。キーポイントは患者に布教をしないこと。寄り添い、傾聴する人が求められる。公立病院のため、患者は貧困層が多く、病床は古い。一つの大きな部屋に二六床ある。ボランティアは毎週、集まって瞑想をする。ボランティアは強い宗教観を持つものの、活動中は宗教色を出さない。禅ホスピスプロジェクトは、禅センターが財政面を負担している。以前は病院でチャプレンを雇用していたが、財政的な要因で雇用ができなくなった。その結果、禅センターと協力することになったという。また、創設当時、この病院にエイズ患者が多く入院していたことも禅センターとつながる要因であった。

・マイトリー・ホスピス (MAITRI HOSPICE)

ハートフォードストリート禅センター（イザサン・ドルシーが創設）が母体となる。エイズ患者専門のホスピス。一九八七年創設。病床数は一五床（すべて個室）。年収が三一、九五〇ドル（約二五〇万円）。以下の患者が入院を認められる。心のケアはスタッフ、ボランティア（主に地域住民）が中心。ボランティアは特に禅信仰は問われず、ひろく門戸が開かれている。トレーニングに宗教的な要素は無い。施設には瞑想の部屋もあるが宗教色は薄い。保険は受けず、寄付者により支えられている。

(三)ヨーロッパ・仏教系ホスピス施設

・国立ミュンヘン大学病院緩和医療学際センター（ドイツ／ミュンヘン市）

一階が研究所、二階が緩和ケア病棟となっている。一九九九年創設。病床数は一〇床。プロテスタントとカトリックのチャプレンがいるが、医療従事者には仏教徒が多い（カトリック教徒だけれど、禅センターに通うなど、仏教に造詣が深い者、チベット仏教徒など）。Religionsピリチュアルケアプログラムと合同でワークショッブを開催、仏教の瞑想の効能を科学的に研究するなど、心のケアに仏教を取り入れる試みを行なっている。

・RIGPA精神ケアセンター（アイルランド）

ゾグチェンペラ（専門道場）とデツシエンシヤイングスピリチュアルケアセンター（ホスピス）が隣接。RIGPAケアプログラムは、医療従事者の心のケアを行う。自分自身で心のケアを学ばずに医師となったものが、終末期ケアに関わるとバーンアウトしやすいため、RIGPAはワークショッブなどを通して、医療従事者に死に対する態度のヒントなどを提供する。ホスピス自体は一般と変わらないが、専門道場と隣接していることが特色。生老病死の包括センターを指している。

またドイツのベルリンの寺院に、スピリチュアルケア事務室がある。施設はなく、現在、ベルリン市周辺に寺院、信者用住居、学林、ケアセンター（ホスピスを含む）を建設中。

（四）東南アジア・仏教系ホスピス施設

・ブラーマビハーラ（カンボジア）

施設はないが、五、六人のスタッフが病院・事務所・スラム・個人宅に派遣される。心のケア

だけでなく、医療相談、ソーシャルサポートを行う。アメリカ人の曹洞宗女性僧侶ベス・ゴールドリングが、エイズ患者のケアをきっかけとして一九九九年に開始。スタッフの仏教実践は重視するが、患者に布教活動を行うわけではない。

・タマラック・ニウエット・ホスピス

タイのブラバット・ナンブ寺院にあるホスピス。僧侶アロンゴットが一九九二年に開始。エイズ患者専門病棟で、病床数は二〇〇床を超える。患者はお互いに心のケアをする。一般ボランティアはいるが患者もボランティアの一員である。寺院のなかにあるので仏教色は強い。患者は勤行や瞑想へ自由に参加できる。

・終末期ケアネットワーク（タイ）

二〇〇四年、僧侶バイサンが医療従事者と僧侶の交流ネットワークを作成し、終末期ケアの情報をシェアしている。

(五) 仏教系ケアプログラム

・ウバヤ禅センター・終末期ケアチャブレン養成プログラム

アメリカのニューメキシコ州に、女性僧侶ジョン・ハリファクスが一九九六年に創設したウバヤ禅センター内に設けられたプログラム。医療従事者がワークシヨップを受け、現場に戻る。ワークシヨップでは、患者・遺族への対応、セルフケア、病院運営の改善を学ぶことになる。

・CPEプログラム(クリニカル・バストラル・エデュケーション・プログラム)

臨床スピリチュアルケアと訳される。一九二〇年代にキリスト教牧師アントン・T・ボイセンが作成した教育制度。受講者は宗教者に限らないが、宗教専門教育(宗教学・神学の大学院修了、キリスト教以外でも可)を受けていることが求められる。一年間の教育課程を経て、卒業すると一年間は医療現場でインターンをしなければならない。修了者はチャブレンと称される。チャブレンは病院の職員であり、チームケアの一員となるので、布教活動は認められない。チャブレンの活動は、患者やその家族だけでなく、他のスタッフや施設従事者の精神的ケアにも責任を負う。CPEの指導員になるにはさらに四〜六年が必要で、信徒の指導員は現在三名いる。

*1

アイルランドの尼僧マザー・メアリー・エイケンヘッド(Mother Mary Aikenhead 一七八七—一八五八)とその教会のシスターたちが原型をつくり、シシリー・ソンドース(Cicely Saunders)が最初の近代的ホスピス(一九六七年、セントクリストファーホスピス、ロンドン)を建てました。特に、ソンドースは世界中の仏教ホスピス運動に多大な影響を与えたと言われます。

*2

「ホスピス」には、ラテン語の「hospes」に直接の起源を持つ「宗教的使命により運営される旅行者、若者、恵まれない者たちのための宿」という原意があります。Merriam-Webster Dictionary 源信の二十五三昧会では、終末期にある僧侶を仲間の僧侶たちが世話をし、念仏を唱えながら看取ったとされ、その仲間こそ「善知識」とされました。

*3

本論での「グリーンフ」とは、大切な人を亡くした際に生じる心の変化や葛藤のこと。グリーンフケアと

*4

は喪失ケアとも言われ、喪失による悲嘆に苦しむ人へ手を差し伸べ、寄り添うことを意味します。

*5 Watts, Jonathan. ED. (2010) *Rethinking Karma: The Dharma of Social Justice*. University of Washington Press

*6 およそ四割の男性僧侶が寺院に生まれ、父の跡を継ぐという。Covell, Stephan G. *Japanese Temple Buddhism: Worldliness in a Religion of Renunciation*. Honolulu: University of Hawaii Press, 2006, 82

*7 Sengoku, Mari. (2011). "One Dies as One Lives: The importance of Developing Pastoral Care Services and Religious Education." In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

*8 本書の第四章を参照

*9 本論では、患者を支える医療従事者、宗教者、遺族などをまとめて「介護者」とする。

*10 Brazier, Caroline. (2011). "The Birth of New Culture of Active Dying: The Role of Buddhism in British Attitudes and Practices Towards Death". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

*11 Tomatsu Yoshiharu (2011). "Tear Down the Wall: Bridging the Pre-Mortem and Post-Mortem Worlds in Japanese Medical and Spiritual Care". & Sengoku, Mari. "One Dies as One Lives". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.

*12 Hanada, Julie. (2011). "Listening to the Dharma: Integrating Buddhism into a Multi-Faith

- Healthcare Environment". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.
- Tomatsu Yoshiharu. "Tear Down the Wall".
- Hanada, Julie. "Listening to the Dharma".
- Brazier, Caroline. "The Birth of a New Culture of Active Dying."
- Iijima, Keido. (2011). "Amans: A Buddhist Nun's Efforts to Unite the Medical and Religious Worlds in Death". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.
- Taniyama, Yozo. (2011) "The Vihara Movement: Buddhist Chaplaincy and Social Welfare in Japan". In *The Vihara of Compassion: Buddhist Care for the Dying and Bereaved in the Modern World*, edited by Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu. Forthcoming.
- Tomatsu, Yoshiharu. "Tear Down the Wall".
- たこえは、遺族が悲しみを語りある分かち合いの集いなど。
- Shneidman, Edwin S. (1974) *Deaths of Man*. Baltimore, MD: Penguin Books Inc.
- Klass, Dennis; Silverman, Phyllis R.; Nickman, Steven I. Eds. (1996). *Continuing Bonds: A New understanding of Grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.

第四章

仏教ホスピス運動

—日本の事例—

近年「ホスピス」ということばを耳にすることが増えてきた。あるいは「緩和ケア」「ビハラー」という形で耳にするかもしれない。それらの意味とは何なのであろうか？いのちの終わりと関係していることばのようだが僧侶には関係がある話なのだろうか？

本論ではホスピス・緩和ケアについて概要をまとめ、さらには仏教の立場からその活動に取り組む施設を概観することを通して、私たち僧侶がどのように関わり得るのかを考察していく。

一．ホスピスについて

主にがんの末期患者を襲う不安を含めた様々な苦痛を、医師・看護師・薬剤師・各種の療法師（理学・作業・音楽）・栄養士・宗教家・ソーシャルワーカー、そしてボランティアスタッフなどがひとつのチームを組んでケアをすることを目的としている施設が「ホスピス（hospice）」である。その語源は、中世ヨーロッパにまでさかのぼる。ホスピスはもと、ラテン語で「歓待、もてなし、もてなす場所」を意味するhospitiumと同起源を持つ語であり、その語源は同じくラテン語のhospes（host（主人）とguest（客人）の両

方を意味する）である。つまり「客をあたたく迎え、もてなす」ことが本来の意味である。

中世においては以前は慈善による貧民の救済施設、宗教の巡礼者や旅人の休憩所を意味していた。例えばキリスト教の聖地エルサレムを訪れる巡礼者達が旅の途中、病氣や疲労で倒れたときに当時の修道院が宿や食事を提供していた、それがホスピスの原型である。誰でも利用することができ、不治の病のときには看取りまで行うこともあったのである。

末期の患者の看取りを目的とした最初の施設は、一九世紀（一八七九年）にアイルランドのダブリン市に建てられた「聖母ホスピス」である。この施設は当時イギリスの弾圧を受けていたアイルランドで、貧しい人々や飢える人々、そして病む人々に対して、せめて最後のときぐらいは人間らしく、温かなベッドの上で看護を受けながら亡くなって欲しいと願い活動をした修道女リー・エイケンヘッド（Mary Aikendhead：一七八七―一八五八）の教えを受けた修道女たちによって建設された。

その後、一九〇五年にはイギリスで最も古いセント・ジョセフ・ホスピス（St. Christopher's Hospice）が誕生。次いでこのホスピスで一九五八年より勤務し、モルヒネによる疼痛を研究・実践して、「現代ホスピスの母」と呼ばれる女医シシリー・ソンダー

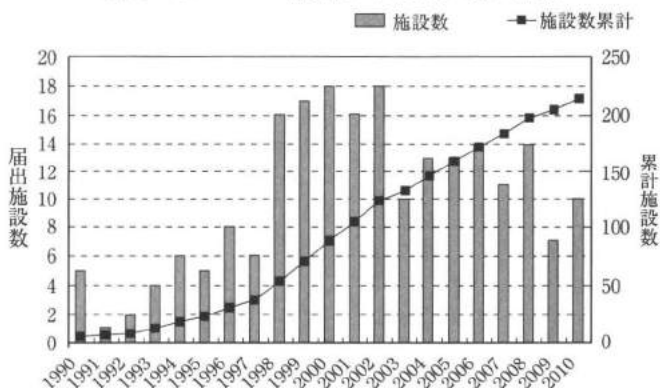
ス (Cicely Saunders) が、一九六七年にセント・クリストファー・ホスピスをロンドン郊外に設立。「近代ホスピスの発祥」と呼ばれるこの施設の開設以後、世界各国にホスピスの働きが広がったのである。ちなみにシシリー自身は二〇〇五年に、自身の建てたホスピスで亡くなっている。

二・日本でのホスピスについて

二・一 日本でのホスピスの歴史的経緯

日本での最初の取り組みは、一九七三年に淀川キリスト教病院にて始まった、がんの痛みや苦しみを持つ患者に対して医師・看護師・ソーシャルワーカー・牧師など様々なスタッフがチームを結成してケアに当たるOCCDP (The Organized Care of the Dying Patient「死に行く患者への組織的なケア」とされている。施設としての最初のホスピスは、一九八一年に浜松の聖隷三方原病院が設置をした「聖隷ホスピス」がそれに当たり、前述の淀川キリスト教病院で「淀川キリスト病院ホスピス」が開設されたのは一九八四年のことであった。以後その数は年々増え、現在、日本全国で二一六施設・四、二九七床

図1：ホスピス（緩和ケア施設）数の推移



特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 HPより
 (http://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html)

（二〇一一年七月一日現在）となっている
 （図1参照）。

しかし施設数の増加とともに、ケアの質の低下が懸念されるようになっていった。そこで「特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会」の前身である「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」では、平成九（一九九七）年に以下の基準を策定した*1。そこでは①治療不可能な疾患の終末期にある患者とその家族に対して、②さまざまな専門家がチームとなって、③できる限り人間らしく、快適な生活を送ることができる、というホスピス・緩和ケアの基礎理念をもとに、緩和ケア施設におけるケアの内容についての指針を示している（文末

二・二 ホスピスと緩和ケアの違いと対象となる患者

「ターミナルケア」「ホスピスケア」「緩和ケア」などのさまざまな呼称を耳にすることがあると思われるが、それらはしばしば混同されている。それぞれの差異について、日本ホスピス緩和ケア学会による説明^{*2}と、柏木哲夫氏^{*3}による説明をまとめると図2のようになる。

まず、「ターミナルケア」とは死が近い人全般に対して行われるケアであり積極的な治療（例えば、人工心肺など）も行われるのに対し、「ホスピスケア」とは「全人的なアプローチ」ということばかりもわかるように、ターミナルケアの中でもその患者の苦痛を取り去ることを目的としている。医師や看護師だけでなく、臨床心理士や宗教者、ボランティアなどが加わって心身ともに痛みをとることを目的としているケアである。医師が完治は難しいと判断した患者を対象として、積極的な治療は行わない全人的なケアの総称と言える。

それに対して、「緩和ケア」とは痛みを取り除くことを主眼としたケアである。「緩和ケ

図2 用語の説明

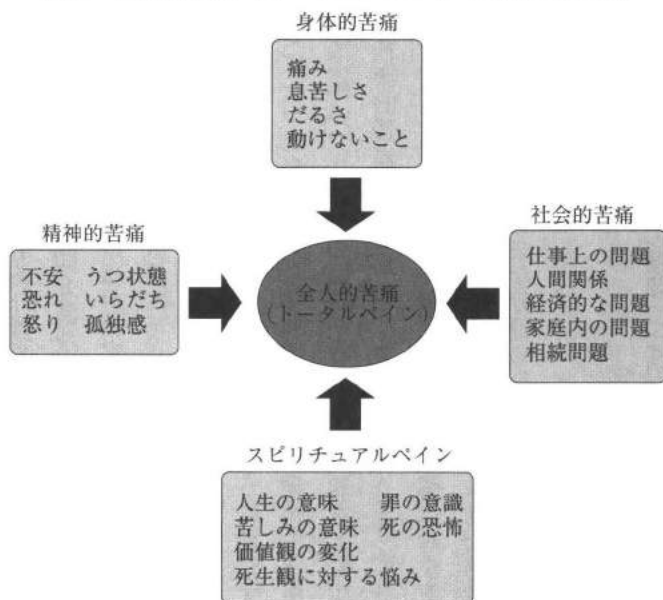
ターミナルケア Terminal care	1950年代からアメリカやイギリスで提唱された考え方で、人が死に向かってゆく過程を理解して、医療のみでなく人間的な対応をすることを主張した。ホスピスはケアの対象を末期の患者（日本国内では悪性疾患（がん）とエイズに限定）とその家族、としているが、当然末期の患者全員がホスピスに入るわけではなく、むしろ一般病棟で最後を迎える人の方が多。そこでホスピスケアを含めて、すべての末期の患者に対するケアをターミナルケアと呼んでいる。
ホスピスケア Hospice care	1960年代からイギリスで始まったホスピスでの実践を踏まえて提唱された考え方で、死に行く人への全人的アプローチの必要性を主張した。ホスピスの経緯については前述の通り中世ヨーロッパでは旅人であったのに対し、その後主にケアの対象としたのはハンセン病や結核であった。この両者が治癒可能となった後、今度は対象者ががんやエイズへと移行した。このことを考えると今後、医学の進歩と新たな治療困難な病気の登場により、対象となる患者の疾患は変化することが考えられる、という。その一例として柏木は2004年現在のアメリカのホスピス数3650のうち、ケアの対象に占めるがんの割合が46%に過ぎないことを挙げている。つまり現時点ですらホスピスでケアを受ける人の半分以上はがん以外の疾患であり、例えば心疾患が12.2%、認知症が8.9%、その他にもエイズ、慢性の肺疾患や腎疾患、神経筋疾患などを挙げている。
緩和ケア Palliative care	1970年代からカナダで提唱された考え方で、ホスピスケアやターミナルケアの経験と方法が注ぎ込まれたもの。治癒が不可能な疾患に伴う不快な症状のコントロールを目的とするケアが「緩和ケア」と呼ばれるようになった。国や社会の違いを超えて人の死に向かう過程に焦点をあて、積極的なケアを提供することを主張し、WHOがその概念を定式化した（表1参照）。
エンドオブライフ・ケア End-of-Life care	1990年代からアメリカやカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されている。ターミナルケアに変わる語として2000年代に入り広まり、現在医療分野ではこの語に完全に置き換えられている。北米では緩和ケアはがんやエイズを対象としたものという理解があるが、がんのみならず認知症や脳血管障害など広く高齢者の疾患を対象としたケアを指している。

「ア施設（病棟）」ということばがよく使われるが、これは単にここである「緩和ケア」を行う施設を指すわけではないことに注意が必要である。「緩和ケア施設（病棟）」というのは、厚生労働省の設置基準を満たした施設を指している。この基準では、「ホスピスケア」や「緩和ケア」とは異なり、患者の疾患の種類が限定されている（悪性腫瘍で余命六か月以内かエイズの患者）。こうした基準に従い、ケアを行う場所を「緩和ケア病棟」というのである。

緩和ケア病棟では、一般病棟のような、病気に対する治療や手術を行わず、あくまでも、様々な苦痛への緩和を目的としており、延命を目的とした医療行為は行わないのが一般的である。また、一般病棟では治療という観点から、患者さんに対して食事や面会時間等、さまざまな制限が加えられるが、緩和ケア病棟では患者さんの「生活」が第一に考えられ、最小限の規制以外は基本的には自由に活動ができる。入院費に関しては、一日あたりの一定額の金額が定められているが、一般病棟と同じように、健康保険も適応され、高額医療の助成も受けることができる。

日本では平成二二年厚生労働省「緩和ケア病棟入院料の施設基準」により、ホスピス・緩和ケア病棟（医療保険制度による承認施設）で提供されている保険診療の対象となるの

図3 全人的苦痛（トータルペイン）をもたらす背景



独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
がん情報サービスHPより

(http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html)

は、「主として悪性腫瘍（がん）の患者又は後天性免疫不全症候群（AIDS）に罹患している患者」（カッコ内、筆者）と定められている。しかし現実には、上記の説明でもわかる通り、「ホスピス」や「緩和ケア」はその理念の根底においては、それ以外の疾患の患者さんも受けいれる可能性をも示唆しており、またその患者さ

んは末期ではないこともあり得る。ケアの形態も施設への入院を伴うもののみならず、訪問診療や訪問看護、訪問介護などの「在宅ケア」、一般病棟におけるケアチームによる「ホスピスケア」、あるいはホスピスや緩和ケアの専門外来や「デイケア」など、様々な形態が考えられるのである。

なお「全人的ケア」とは「全人的苦痛（トータルペイン）」をケアすることであるが、そのような苦痛をもたらす背景は図3のように図示することができる*4。

病気になった患者は「身体的苦痛」や「精神的苦痛」を味わうだけではない。病気とその治療に伴い、仕事上の問題や家庭内の問題なども生じ、その患者を取り巻く環境は一変し、「社会的苦痛」が加わる。さらには「スピリチュアルペイン」と呼ばれ、終末期の患者が人生の意味や罪悪感・恐れなど、死生観に対する悩みに伴って引き起こされる苦痛も新たに指摘されるようになってきた。このような患者にまつわるあらゆる苦痛を「全人的苦痛」と呼び、さまざまな分野の専門家が協働してそのケアに当たることが緩和ケアの目的となっている。

二・三 緩和ケア施設の種類について

「緩和ケア施設」と呼ばれる施設は、その設置形態において大きく次の五つに分類される⁵⁾。

(一) 病院内緩和ケアチーム

病院内緩和ケアチームによるホスピスは、緩和ケア病棟としての承認施設基準を満たした病棟を持たず、緩和ケア専任として従事する様々なスタッフがチームを組んで緩和ケアを行うことを意味している。病院内に緩和医療を行うための専門家を用意している施設となる。病院内緩和ケアチームによるホスピスは、病棟施設基準を満たしていないため、緩和ケアのみでなく、一般的な治療行為をおこなうながらのケアとなることが多い。

(二) 病院内病棟型（長岡西病院など）

病院内病棟型ホスピスとは、病棟や階を定めて病院内で緩和ケアを行うことである。一般病院の一部の病棟をホスピスに利用している施設となる。ホスピスの行われる病棟や階は、「緩和ケア病棟」または「PCU」と呼ばれ、多くの病院で最上階または上層部に配置している。これは眺めの良さが、精神的ケアの一つとなるためである。

(三) 病院内独立型（佼成病院、あそかビハークリニック、聖隷三方原病院など）

病院内独立型ホスピスとは、一般病棟と同じ敷地内に、独立した形で建物を持つホスピスのことである。一般病棟とは別棟であるため、建物は低く、部屋も、より自宅に近くつろげる造りとなっているのが特徴になっている。

「一般病棟と同じ敷地内に、独立した形で建物を持つホスピス」などと聞くと、病院内独立型ホスピスが隔離病棟であると誤解をされてしまいがちだが、治療法がなく行き場所がなくなった患者が最終的にいくところなのではなく、死を宣告された患者が残りの人生を、より自分らしく生きるための緩和ケアを受ける場所とするのが正しい認識である。

(四) 完全独立型（ピースハウス、薬師山、ゆふみなど）

完全独立型とは、緩和ケア病棟承認基準を満たす施設を、独立に設立するもので、運用に必要なスタッフや機器が独自に必要なことから、経営上の負担が大きいとされる。緩和ケア以外の積極的な治療を行わない。

(五) 在宅緩和ケア

在宅緩和ケアとは、残された限りある時間を、苦痛を伴う医療に費やさず、住み慣れた家でできるだけ自然な形で、最後まで人間らしく生活を送りたいと考える患者を支え

る総合的なケアのことである。入院施設を持たず（あっても短期入院のみ）、在宅ケアを主としたホスピスケアを行う。患者と家族が家にいても安心して療養できるようなきめ細かな配慮が、ケアを提供する医師・訪問看護師やケアマネジャーに要求される。

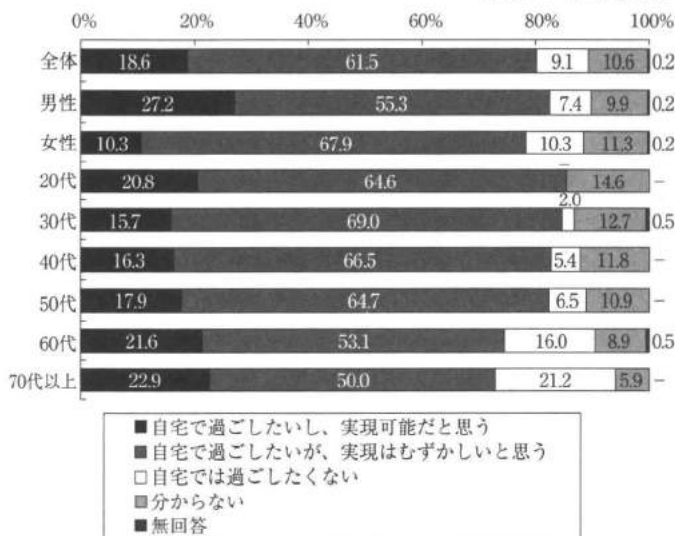
二・四 根強く存在する精神的なケアへのニーズ

このように緩和ケア施設によるケアの指針を設け、全人的苦痛を和らげることを目的とした施設が求められる背景には、一般の方々の、自身が罹病した際の精神的なケアに対する期待の大きさが見え隠れする。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が平成二〇（二〇〇八）年に行った「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」での、「余命が一〜二か月に限られていた場合の最期の過ごし方の希望」（図４）では、自宅で過ごしたいという人が八〇・一％にのぼるのに対し、そのうちの六一・五％は「実現は難しいと思う」と答えている。「難しい」と判断させる要因は、「医療的問題と介護の問題が大部分であるうが、一般の方々の希望は在宅での看取りにあることがうかがえる。同様のことは「末期ガンで余命が余命が限られている場合に送りたい療養生活」（図５）からも見てとれる。

図4 余命が限られている場合、自宅で過ごしたいか

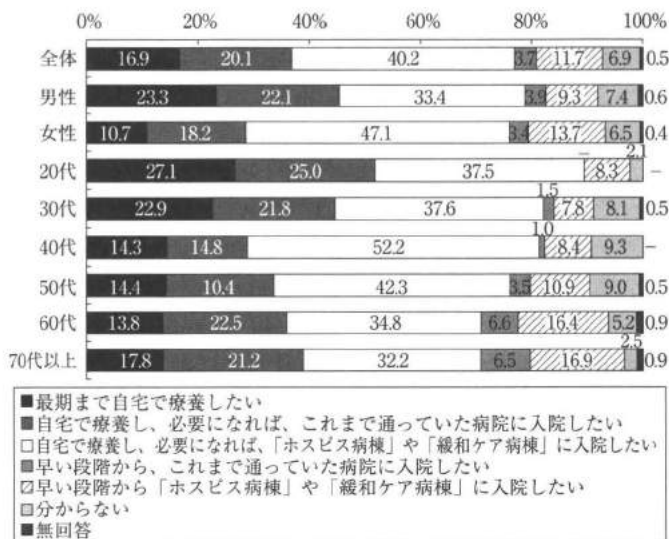
(性別、年齢層別)



特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 HPより
(<http://www.hospat.org/research-202.html>)

また、多くの人が自分の最後を自宅で過ごしたいと考えている理由については、「残された時間をどう過ごしたいか」(図6)の回答にみることができる。この中で一番高い率(六一・五%)を示したのは「家族と過ごす時間を増やしたい」という願いである。図4、図6からわかることは、願いと現実には乖離がある、ということである。自宅で過ごしたいが過ごせないというのが現実であり、その理由は「(物心両面において)

図5 末期がんで余命が限られている場合に送りたい療養生活
(性別、年齢層別)

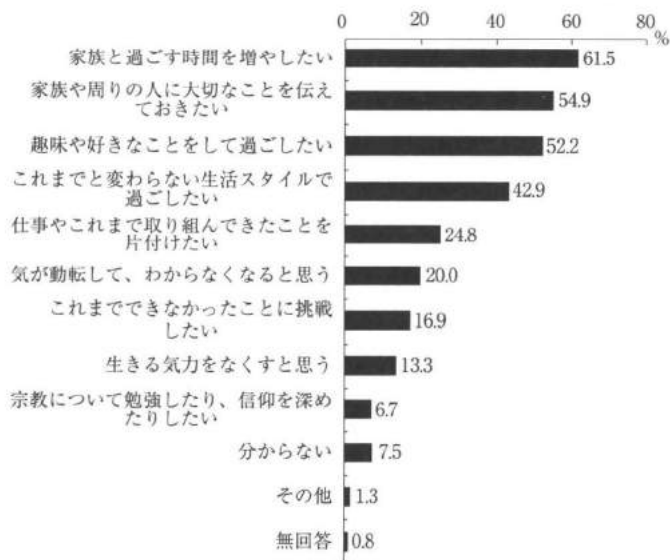


特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 HPより
(<http://www.hospat.org/research-207.html>)

家族に迷惑がかかる」(図7)というものである。病院に入院すれば家族と過ごす時間が減り、また大部屋へ入院した場合には家族に伝えておきたいことをゆつくりと伝えることができない、というように図6の調査結果に挙げられた願いも叶えることが難しくなっていく。

医療者も医療的な施術とアドバイスの専門家ではあるが、「家族に迷惑をかけたくない」という問題は解決が難しい側面があり、心理的・精

図6 残された時間をどう過ごしたいか（複数回答）

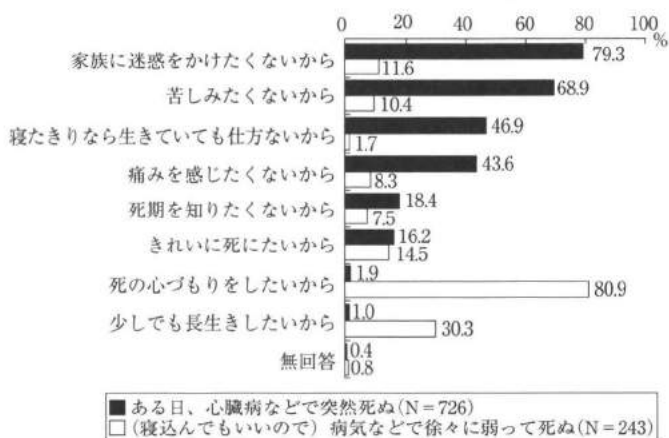


特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 HPより
(<http://www.hospat.org/research-209.html>)

神的な支援を行う専門的な立場の人と協働しない限りは解決できないと思われる。このような場面において僧侶の役割が求められているのではないだろうか（この点については後述する）。

では余命がわずかになったとき、宗教者には何が求められているのであろうか。これについては「死に直面した場合に心の支えになる人」（図8）と「死に直面したとき、宗教は支えになるか」（図9）の回答が参考となる。

図7 ぱっくり死、またはゆっくり死が理想と思う理由



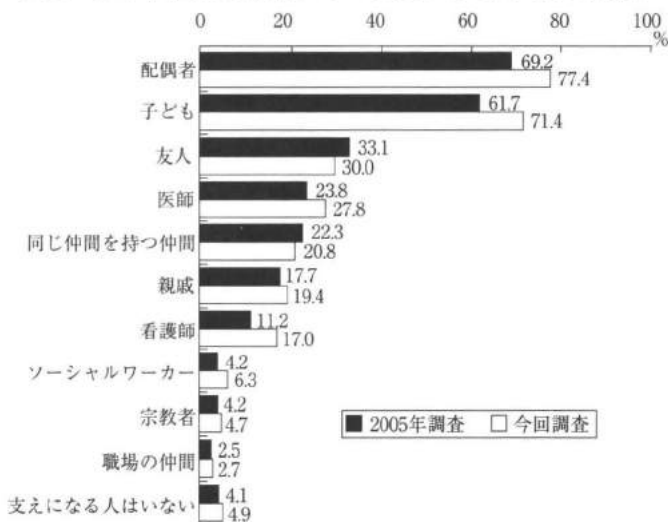
特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 HPより
 (<http://www.hospat.org/research-211.html>)

* 図の題名は筆者による

まず、図8の結果からは「死に直面した場合に心の支えになる人」として宗教者はそれほど高い位置を占めていないことがわかる。複数回答でさえこのような現状であることは、後に図10で示す一般の方々との葬儀の意義の感覚のずれとともに、僧侶として充分に認識しておく必要がある。

しかしながら、図9では「信仰する宗教がある」ということは、死に直面したときに心の支えになると思います

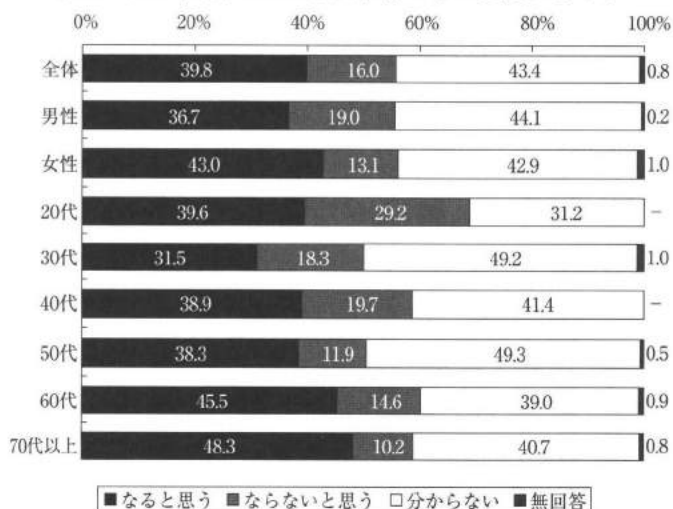
図8 死に直面した場合に心の支えになる人（複数回答）



特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 HPより
(<http://www.hospat.org/research-212.html>)

か」という質問に対しては「わからない」と回答した人が四三・四％いた一方で、「なると思う」と回答した人（三九・八％）が「ならないと思う」と否定した人（一六・〇％）を上回っている。信仰する宗教が心の支えになると考えている人は女性に多く、また年齢層が高いほど多くなる傾向がみとれる。すなわち、「現状の宗教者には期待はできない」が、実は「自分たちが死を間近にしたときに心の支えとなって欲しい」という潜在的な宗教に対する期待も

図9 死に直面したとき、宗教は心の支えになるか



特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 HPより
(<http://www.hospat.org/research-213.html>)

感じられるのである。

二・五 「仏教ホスピス運動」Ⅱ「ビハーラ」の登場

ビハーラ (Vihāra) とはサンスクリット語で、仏教またはジャイナ教の僧侶の宿舍や道場を意味する。一九八五年、田宮仁氏^{*6}によって、西洋的な語との複合語であった「仏教ホスピス」に代わることばとして提唱された。田宮氏によれば、ビハーラとは仏教を背景としたターミナルケア施設の呼称であり^{*7}、「ターミナルケアの問題に対し、仏教の立場から日本的な「看取り」のあり方を提示し、実証していくこと」^{*8}の必要性を強く感じてこの語を提唱したという。

その後仏教界でも「ビハーラ」は広がりを見せ、それにまつわる活動や研修も種々行われてきた。谷山洋三氏によればそれらの活動は、狭義（提唱時の原義）・広義・最広義の三つに定義することができる^{*9}（例は筆者による）。

【狭義】「仏教を基礎としたターミナルケア活動及びその施設」

例…長岡西病院ビハーラ病棟、倭成病院緩和ケア内科、あそかビハーラクリニック

【広義】「老病死を対象とした、医療及び社会福祉領域での、仏教者による活動及びその施設」

例…浄土真宗本願寺派のビハラー活動、日蓮宗のビハラー・ネットワーク（NVN）、

NPO法人ビハラー21、社会慈善委員会（ひとさじの会）、等

【最広義】「災害援助、青少年育成、文化事業など『いのち』を支える、または『いのち』についての思索の機会を提供する、仏教者を主体とした社会活動」

例…浄土宗平和協会、財団法人報恩明照会による「いのちの電話」の活動、全国青少年教化協議会、浄土宗應典院、アユス仏教国際協力ネットワーク等

「ビハラー」が「仏教ホスピス」に代わることばとして提唱された当初の意図を具現化した施設、つまり狭義の意味の実践を行っている施設は三か所ある^{*10}。以下、その三施設について考察していく^{*11}。

三、実践施設の概観

本論で概観する施設は、①医療法人崇徳会 長岡西病院 五階東（ビハラー）病棟（以下、長岡西病院）、②財団法人大日本仏教慈善会財団 あそか第二診療所 あそかビハ-

ラクリニック（以下、あそかビハールラクリニック）、③立正佼成会付属佼成病院緩和ケア内科ビハール病棟（以下、佼成病院）の三施設である。これらの施設に関して、（一）概要、（二）各病院が掲げる理念、（三）「ビハール」についての説明、（四）診察、入院の対象とする患者さんについて、（五）行われている宗教行事について、の五点から考察する。

三・一 長岡西病院 *12

（一）施設の概要

新潟県長岡市に位置する長岡西病院は二四〇床（一般一一五床、療養一二五床）を有する病院である。五階東病棟に二七床（個室一五室、二人部屋二室、四人部屋二室）の緩和ケア病棟（ビハール病棟）がある。

この緩和ケア病棟は平成四（一九九二）年五月、長岡西病院開設と同時に病床数二二床にて創設され、平成五（一九九三）年四月に厚生省（当時）から全国九番目の緩和ケア病棟として認可を受けた。平成一三（二〇〇一）年六月、二七床に増床、平成二〇（二〇〇八）年四月緩和ケア外来を開始している。緩和ケア外来では緩和ケアに関する相談の他、入院、他病院からの紹介による相談・診察を行っている。

(二) 理念

経営母体である医療法人崇徳会の経営理念・基本方針の中に掲げられている「緩和ケア病棟（ビハラー）を開設し、いのちの尊さを大切にしたりやすらぎの医療と看取りの実践」を実現すべく、以下の三つの理念を掲げている。

- ① 限りある生命の、その限りの短さを知らされた人が、静かに自身を見つめ、また見守られる場である。
- ② 利用者本人の願いを軸に看とりと医療が行われる場である。そのために十分な医療行為が可能な医療機関に直結している必要がある。
- ③ 願われた生命の尊さに気づかされた人が集う、仏教を基礎とした小さな共同体である。（ただし利用者本人やそのご家族がいかなる信仰をもたれていても自由である）

(三) 「ビハラー」の説明

長岡西病院ではビハラーについて以下のように説明をしている。

ビハラーとは、インドのサンスクリット語で「僧院・休養の場所」を意味し、仏教

を背景とした緩和ケア病棟であるため、病棟にある仏堂にお釈迦様がおられ、常勤ビハラ僧およびボランティア僧侶が日々の勤行や種々の仏教行事を行っている場です。ただし、特定の宗教を布教するという意図は全くありません。

(四) 対象とする患者

長岡西病院では対象とする患者について以下のように説明している。

悪性腫瘍のステージ四、後天性免疫不全症候群（AIDS）などに罹患し、医師が治療困難と判断した患者、または自ら積極的治療を希望しない患者を入院対象者として受け入れている。患者や家族の願いに基づき、医師や看護師など病棟スタッフ全員で症状緩和とともに、患者の願いに沿う暮らしを組み立てていく生活の場として考える。

(五) 行われている宗教行為

*13

常駐の常勤ビハラ僧の他に、地元の様々な宗派の僧侶がボランティアとして関わっている。これは病棟の基本姿勢となる一宗一派に偏らない超宗派の活動で、かつ特定の宗派

の布教活動にもならないようにする、ということにもつながっている。また関心を持った僧侶が一人でも参加しやすい利点もある。

このボランティア僧侶は全員がボランティア組織である。仏教者ビハラの会（旧「新潟県仏教者ビハラの会」）。会員数約七〇名）に属している。

病棟では、朝と夕方に一五分程度の勤行が行われ、朝の勤行には病院スタッフも参加する。夕方の勤行には患者やその家族に付き添う形でスタッフが参加することもある。この勤行はもちろん自由参加であるが、患者から参加したい旨の意思表示があれば可能な限り実現するための努力をするという。例えば、病室まで迎えに行ったり、移動が難しい場合にはベッドに横たわった状態のまま仏堂へと連れてゆく。それもかなわない場合には病室の備え付けのテレビがリアルタイムで仏堂の映像を流す仕組みになっているため、テレビ越しではあるが病室にいたまま勤行に参加できるようになっている。

患者の死亡後には、遺族の意思により「お別れ会」を開くことがある。この会には家族の他、医師や看護師を含めた担当スタッフも参加している。

三・二 あそかビハークリニック *14

(一) 施設の概要

京都府から車で四〇分ほどの城陽市に位置するこの施設は、平成二〇（二〇〇八）年に親鸞聖人七五〇回大遠忌事業の一環として、特別養護老人ホーム「ビハークラ本願寺」とともに一九床の緩和ケア病床を有するクリニックとして設立された。浄土真宗本願寺派の關係団体・財団法人大日本仏教慈善会財団（明治三四年設立）が設立母体となっている。浄土真宗本願寺派では人材育成のための研修（ビハークラ活動者養成研修会）を昭和六二（一九八七）年より行っており、その修了生がビハークラ僧としてケアにあたるとともに、彼らが実地経験を積む場ともなっている。併設の特別養護老人ホーム「ビハークラ本願寺」との補完関係にて運営がなされている。今後九床の増床を予定しており、実現すれば二八床となる。平成二二年七月から翌二三年六月の一年間で、六一名を同施設にて看取っているという。

(二) 理念

あそかビハークリニックでは「願われないのちを共に生きるひとときに、仏の慈悲に

照らされている「ぬくもり」と「おかげさま」の心で、安らぎの医療を実践します」という基本理念をもとに、以下の基本方針と活動方針を掲げている。

〈基本方針〉

① 私たちは、すべての患者さん・ご家族に自分の大切な人を見るまなざしで、あなたの気持ちを尊重するケアをします。

② 私たちは、ありのままのあなたを大切に受けとめ、その思いに寄り添います。

③ 私たちは、自分を取り巻くすべての人のつながりの中で感謝の心を持ちながら、あなたとともに成長していきます。

④ 私たちは、出会った人とのつながりをいつまでも大切に続けます。

⑤ 私たちは、すべてのスタッフが互いに尊重し信頼しあうことのできるチームづくりをします。

〈活動方針〉

① あなたと家族、すべてのスタッフの間に、あたたかいコミュニケーションに基づく信頼関係を築きます。

② あなたを悩ます痛みや不快な症状を緩和します。

③ 限りあるいのちの中で見出す真実を真摯に受け止めます。

④ あなたと家族が希望する場所で、あなたらしく時を過ごせるよう支えます。

⑤ あなたと家族が望むときに、家族がケアに参加できるよう援助します。

⑥ 愛する人と別れなければならない苦しみ、療養中から死別した後まで寄り添います。

⑦ 他の医療機関と連携し、地域と共に歩むクリニックをめざします。

⑧ ビハラの施設として質の高いケアを提供できるよう、研修・教育に努めます。

(三) 「ビハラ」の説明

あそかビハラのホームページには詳細にビハラの説明が記載されている。

「ビハラ」という言葉はあまり聞きなれない言葉かもしれませんが、この言葉は古代インドのサンスクリット語の *Vihāra* をそのまま音訳したものです。そのビハラという言葉は、「精舎・僧院」「身心の安らぎ・くつろぎ」「休息の場所」を意味しています。「精舎・僧院」というのは一般にいわれる「寺院」のことで、お寺は「身

心の安らぎの場所」を意味していました。つまり仏教の教えは、生・老・病・死の苦悩を課題とし、身心の安らぎをもたらすものでした。聖徳太子が建立されたと伝えられる四天王寺には「四箇院」といって「敬田院」「施薬院」「療病院」「悲田院」が設立されており、仏教と医療や介護といった社会福祉は密接な関わりをもっていました。しかし、時代の流れの中で仏教と医療や介護といった社会福祉はそれぞれ専門分野化し、各分野の関わりが薄れてまいりました。特に仏教・僧侶の活動はお葬式が多くなり、仏教Ⅱ死というイメージが強く、病院の中で僧侶の姿を見かけることはまずありえないというのが現在の状況です。そのような中で、仏教がもともと課題としてきた、老・病・死の苦悩に應えるため、医療・介護といった社会福祉の各分野とも連携しようという活動が生まれます。それが「ビハラー活動」と呼ばれるものです。浄土真宗本願寺派では一九八七年からビハラー活動が展開され、医療の分野だけでなく、介護の分野も含めた社会福祉領域などにも活動の範囲を広げてまいりました。現在では全国各地にビハラー活動の団体が組織作られ、病院や高齢者施設などで様々な活動がなされています。宗教が基盤にある活動と聞くと、勧誘されるのではないかという不安もあるかもしれませんが、このビハラー活動は、生・老・病・死の苦悩に共

感じ、少しでもその苦悩を和らげていこうとするもので、信者を増やすことを目的としたものではありませんので宗教が違っていたり、宗教に関心がなくてもご安心いただくことができます。

(四) 対象とする患者

あそかビハラーでは、対象とする患者について次のように説明している。

①苦痛の緩和を必要とするがん等の悪性腫瘍に罹患している患者さんなど（がんの早期からの和ケアを希望される患者さん、医師が治療困難と判断した患者さん、自ら積極的治療を希望しない患者さんなど）。

②患者さんとご家族、またはその何れかが緩和ケア・終末期ケア（エンドオブライフケア）を望んでいることを原則とする。

③緩和ケアの提供時に患者さんが病名・病状について理解していることが望ましい。もし理解していない場合、患者さんの求めに応じて原則的には適切に病名・病状の説明をする。

④家族がいないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会

的・経済的・宗教的な理由で差別はしない。

(五) 行われている宗教行為

あそかビハラーでは「スピリチュアル・ケアの実践のためにビハラー僧（仏教チャプレン）が常駐僧侶として活動しています。また、当院は浄土真宗（西）本願寺派が設立母体ですが、患者様・ご家族それぞれの宗教・宗派・信念にゆだねており、強制的な宗教勧誘をすることはありません。宗教に関わりなく緩和ケアを受けることができます」と注釈をつけたうえで、ビハラー僧の院内での役割については「主にスピリチュアルな痛みに対するケア」としている。スピリチュアルな痛みについては「『なぜ自分だけが病気になるんだろうか』『何のために今まで生きてきたんだろうか』『死ぬのが怖い』『死んだらどうなるのか』『きっと自分は死んでも救われない』などの、病気によって生じる人間存在の危機から生じる苦悩」と説明している。また「ビハラー僧はスピリチュアルケアだけではなく、様々なお悩みも聞かせていただいております」とあり、続けて宗派・宗教を超えて宗教的な悩みも聞くことの他、「家族間の悩みや散歩のお手伝いなども」すると述べている。

長岡西病院と同じく、朝と夕方に勤行があり、朝の勤行には日勤の病院スタッフは全員参列する。また夕方の勤行の折には一五分以内の法話も行っている。ホールにてお別れ会を開くこともあり家族の他、病院のスタッフも参加するが、同施設の入居者の参列はほばないという。

三・三 佼成病院^{*15}

(一) 施設の概要

新宿から車で一五分ほどの場所、東京都中野区内にある佼成病院内に設置された緩和ケア施設である。名称にもある通り、宗教団体である立正佼成会の附属病院であり、緩和ケア病棟は平成一七（二〇〇五）年に設立された。現在の病床は一二床である。

(二) 理念

佼成病院では以下の理念を掲げている。

「人が生きる」ということを尊重し、今あるいのちに敬意をはらいます。そして、患者さんおよびご家族が抱いていらっしゃる困難に対し、多種のスタッフが力を合わせ

てチームを組み、穏やかな日々をお過ごしただけのような最大の援助を行い、共に喜びや悲しみを分かち合うことのできる一員であることを目指します。

(三) 「ビハール」の説明

「当病院の宗教法人としての特徴をいかし、宗教的理念（仏教を基本的理念として）を重視しつつ、いかなる宗教、宗派をお持ちの方にもその方の人格、宗教観を尊重してまいります。一般には、緩和ケア病棟はホスピスと言われておりますが、当院では仏教用語を用い、「ビハール病棟」といたしました」とした上で、ビハールについては以下のような説明を加えている。

【「ビハール」とは仏教の言葉で「やすらぎの場」「休養の場」などの意味があります。がんによる身体や心の痛みを和らげることを望まれるかたのための病棟です。今ある症状を緩和する治療はできる限り行いますが、延命治療は行いません。患者さん、ご家族が今あるこのときをその方らしく生活していただけるように援助いたします。入棟に際して宗教の有無、教派などは問いません。

(四) 対象とする患者

校正病院において対象となる患者は積極的な治療を望んでいない悪性腫瘍の患者および、当病棟でのケアを理解した入棟の希望者で事前に真実の病名・病状についての説明（告知）を受けていることが望ましいが、必ずしも告知の必要はない。ただし、入棟後、患者のご要望に応じて、真実の病名・病状の説明がなされる場合もあることは了解する必要がある。

(五) 行われている宗教行為

前述のとおり、立正佼成会を母体とする病院であるが、他の病院と同様、入院時・在院時含めて、宗教による規制はまったくない。設立当初から要請を受けたカウンセラーの資格を有する立正佼成会会員が患者のスピリチュアルケアの任にあたっている。施設内には仏像の安置された部屋はあるものの、特別な宗教的法要は行われていない。

四．理念と実践内容の考察

四・一 施設の概要について

「ホスピス」と聞くと大きな施設を想像される方も多いようだが、実際には上記の三施設の病床数（それぞれ二七床、一九床、一二床）からもわかるように、その数は少なく、二〇床前後が一般的である。これは厚生労働省による緩和ケア施設の設置基準が厳格なため、施設の面積、人員等の経済効率性が一般病棟よりも低下するということも一因である。別の要因としては専門医や希望する看護師の数の問題がある。日本の場合、麻酔医や緩和ケアの専門医の数が少ない。また「死亡退院」が基本となる緩和ケア病棟では、看護師にかかる精神的負担も大きく、社会的要請に反してその数が増えない現状がある。また患者が週末期という性質上、院内で患者のもとに通わなくてはならない頻度も多い。現行の診療報酬の制度の中では需要に見合う施設の供給は見込めないのが現状と言える。（この二〇床前後という病床数は海外でも同程度であることがほとんどである）

四・二 理念について

二〇〇年前に西洋で起こった産業革命以前は「医療＝医学＋宗教」という認識が世間でも認知されていたが、それ以後の医学の進歩により「医療＝医学」という時代が長く続い

てきた。この三施設は医学による患者の苦痛の除去はもちろんのこと、ホスピスの精神・ビハラの精神を反映し、さらに宗教を根底とした全人的療養の分野との両輪において、患者と家族の意向を最大限尊重する姿勢にもとづくケアを打ち出している。

近年は一般病棟でも患者の意思は尊重される傾向にあるが、緩和ケア病棟では患者の一時帰宅の希望や飲酒に關しても柔軟な対応をしている。また、あそかビハラクリニックではこたつや寝具を完備した家族室が用意され、患者と家族が水入らずで話をすることができる。夜になると患者は病室に戻る必要があるが、家族とともに寝泊りすることはできないが、これは自宅における「居間」と「個人の居室」でも同じことがいえる。その他、浴室も家族での入浴が可能であったり、ペットとの病室での面会も許可されたりと、できうる限り自宅で過ごしているような環境を患者とその家族に提供することに注力している。長岡西病院とあそかビハラクリニックでは仏教に根差した理念を明確に掲げており、それを実現すべく資格を有した仏教僧侶が常駐している。

四・三 「ビハラ」の説明について

「ビハラ」という用語に關しては、あそかビハラクリニックが最も詳しく説明して

いる。また現在の仏教を取り巻く状況にまで言及している。これは宗派の関係団体が設立母体になっている影響と、設立の経緯が浄土真宗本願寺派のビハラ活動者養成研修会修了者の実践の場としての性質を帯びていることがその理由と推察できる。

またビハラの理念は掲げているものの、すべての施設において入院にあたっては「宗教や信条を問わない」と謳っている。これは各施設が厚生労働省の基準に沿った緩和ケア病棟であり、入院患者の保険といういわば公費を受領する関係上、患者に対して憲法で定められる「宗教の自由」および「政教分離」の原則が堅持されなければならないためである。

四・四 対象とする患者について

俊成病院の入院基準を見る限り、末期のがん患者以外にも、希望する患者は入院できることとなる。また病名の告知を受けている必要がないことも特徴といえる。

しかし同じ病気を抱えていることからくる安心感があることも緩和ケア病棟のひとつの強みである。闘病中の方の集まりや遺族の会では、自分の持つ疾患やあるいは亡くなった方の死因によって、同じ「終末期」といってもそれぞれ感じ方が違うことが多く、それに

よって「理解してもらえない」という感覚や心理的な摩擦が起ることもある。緩和ケア病棟のように「末期」という大分類ではなく、入院できる患者の疾患が限られていることは、入院患者同士の最低限の「前提」を形成し、ひいては入院生活における安心にもつながっている部分がある。

あそかビハークリニックでの入院患者の滞在日数は最短で二四時間、最長で八か月であり、平均入院数は現在一ヶ月を超えている。大学病院等の高度医療病院では、三ヶ月を超える入院は保険診療収入が著しく下がるため、それを超えた入院は難しくなる。しかし入院時の予見ががんの末期であり、余命が六か月以内、という規定のため、診断の時点で余命が六か月という診断であれば、それを超えても定められた保険収入が病院側には入ることであり、この点は特筆すべき点である。

あそかビハークリニックで掲げている入院患者の基準は日本ホスピス・緩和ケア協会が出している指針と完全に一致している。「がんの早期からの緩和ケアを希望される患者さん」とあるが、早期の段階で一度入院をしてもらい、疼痛コントロールを施すことで、可能な限り長期間自宅で過ごすことができるような態勢もとっている。また「レスパイト入院」といって、普段看病をしている家族に心身ともに休んでもらうために一週間限定で

患者を預かるような形態での入院も積極的に受け入れている。

四・五 行われている宗教行為について

どの施設においても宗教的行事の強要はできないため、基本的に傾聴と寄り添いが中心となるが、実際には長岡西病院とあそかビハークリニックでは、朝晩の勤行や法話会、また仏教行事も開かれている。

長岡西病院とあそかビハークリニックのいずれにおいても、ビハラ僧が葬儀を執り行うことはない。理由のひとつには、患者と病院のスタッフの関係が崩れてしまつて利害関係が生じる恐れがあることが挙げられる。例えば、葬儀までセットでなくては患者を受け入れない、あるいは入院中に不利益を感じさせるようなことが起こりうる、ということがないとも断言できない。「あなたにお経を読んでもらいたい」と頼まれれば、読経はするが、葬儀という形は受けないという方針は堅持しているようである。

あそかビハークリニックには三名のビハラ僧がいるが、「散歩のお手伝いなども」と書いてある通り、ビハラ僧の役割は単に「心のケア」や「傾聴」と銘打った活動にとどまらない。散歩の手伝いから雑用、将棋や囲碁の相手等、入院生活におけるその患者さ

んの生活すべてに関わっていく必要がある。また患者本人だけではなく、家族との交流、たとえば小さな子供と一緒に遊んだり、勉強を見てあげたりすることも求められる。しかもそれらを「仕事」としてこなすわけではなく「自らの楽しみ」としている姿勢が見受けられる。同様のことは長岡西病院にも言え、ビハラー僧は病院職員とはいえ、資格的には医療面での専門的な関わりはほとんどできないため、食事の配膳や外出の同行など、雑務を中心とする身のお世話を通じて患者との関係性を構築している^{*16}。長岡西病院で常勤ビハラー僧をしている森田敬史氏が「何気ない身のお世話が実は重要で、それが故に、関係性を深めていきやすいことを、現場での実践を通して強く学ぶこととなった」^{*17}と述べているように、傾聴などの研修を受けたからといってビハラー活動ができるわけではなく、あくまでも人対人の信頼関係を基礎としていなければ立ちいかないのである。「年中行事を始めとする様々なイベントがそれぞれの利用者にとって、生涯最後のイベントになる可能性が高く、その一瞬一瞬を貴重なものとして捉えていく必要がある」^{*18}との森田氏のことばは、ビハラー僧たちが日々患者に接する姿を象徴していると言える。

五. 共通する課題 — 医師・ビハラ僧の声から見えてくるもの —

これまで狭義の意味でのビハラという観点から国内の三施設について概観してきた。それらを通していくつかの共通の課題が見えてくる。

五・一 施設は入院患者を選べない、入院患者も施設を選んでいない

各施設とも「ビハラ」を標榜し、それに見合うような宗教的行事など、全人的な患者へのケアを提供している。しかしここで問題となるのは、ビハラとはいえ医療法人であるという点である。

そもそも患者はビハラという観点から病院を選んでいるわけではない実態がある。平成一七（二〇〇五）年四月から平成一八（二〇〇六）年三月までの一年間で、少なくとも一三二六人が緩和ケア病棟へのベッド待ちの間に亡くなっている（一施設の平均では一六・一人）^{*19}。また東京都を例にとれば、緩和ケア病棟への入院待機患者数は一四・二人となっている^{*20}。これらの調査時点から、施設数と病床数は増加しているが、同時にがんの患者数も増加しているという点を考慮しても^{*21}、事態が改善されているとはいえない。

状況である*²²。これが何を意味しているのか。事実上、遠くても空いている療養型施設に入居するのか、あるいは家族の協力を得ながら自宅で在宅介護や在宅医療を受けるか、という選択となる。このように、患者は病院を選べないという現状があるということを暗示している。

また同時に病院もまた患者を選ぶことはできず、入院時に面接があるわけでもない。すべての患者に門戸を開いている必要がある以上、これまで見てきたように「宗教的な規制はない」という看板を掲げる必要がある。患者や家族の中には、そうした宗教的な背景を求めてその病院を選ぶ人もいるであろうが、現在の医療の病床数の不足を考えると、「空いたところに入る」という傾向があることも否定できない。宗教に興味がなかったり、あるいは他宗・他宗教の患者が来院することは頻繁にあるのである。

結果として、行われる宗教的行事に対してのクレームが来たり、あるいは自由な行事の遂行に障害が出たりするケースもある。また「病院と患者」との問題だけでなく、勤務する医師の意識も障害となりうる。医師や医療従事者サイドが宗教に興味がない、あるいは否定的な見解を有していると、例えばそこにビハラー僧がいたとしても協力を求められることも役割が期待されることもなく、なかなか出番はないという事態も実際に起こっている。

五・二 病院の財政的な問題

厚生労働省による設置基準が厳しいため、病院への負担が大きいことも問題となっている。病院の経営上は、治療行為や延命措置は手術の治療点数が多く収入源となる。しかしながら、そのような医療行為を可能な限り行わないという前提に立つ緩和ケア施設は収入源が限られ、経営的にも難しい点がある。

具体的に言えば、収入は一日一人当たり緩和ケア病棟入院料三七八〇点／日、緩和ケア診療加算四〇〇点／日（二〇一〇年）分の補助金が保険から病院へは支給されるが、それ以外には積極的治療はしないため医療上の収入源はない。この診療報酬は、一九九〇年二五、〇〇〇円、一九九二年三〇、〇〇〇円、一九九四年三一、二〇〇円、一九九七年三六、〇〇〇円、一九九八年三八、〇〇〇円、二〇〇二年三七、八〇〇円と、傾向としては増加で推移しているが、膨大に膨れ上がった医療費の削減問題が取りざたされる昨今、今後の見通しは不明瞭である。差額ベッド代がもう一つの収入源となるが、こちらは自己負担になるために、特に入院が長期化した場合には患者や家族の負担となることが多い。

医師が施した医療的行為に対して支払われる「出来高払い」の一般病棟に対して、一日

に受け取る入院料が決まっている「定額制」の緩和ケア病棟の場合、高価な薬剤を使用したり、また多くの人員を配置して精神的なケアができる体制を整えるほど、医療機関の負担が増してしまうという構造的な問題がある。

冒頭の図1からもわかる通り、平成一五（二〇〇三）年を境に届出施設の数が増減傾向にあることから、社会的需要に対して施設の継続的な維持が難しいことがうかがえる。

五・三 対象となる疾患の広がり→施設の不足→在宅へのシフトの問題

二〇〇六年六月に成立した「がん対策基本法」では、国及び地方公共団体に、「がん患者の状況に応じた疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に」（同法第一六条の一部）行われるために必要な施策を講じるべきことが定められており、今後、緩和ケアの対象は着実にひろげられていくと考えられる^{*23}。

また国の政策が在宅ケアに重点を置いたものへとシフトしていくなか、五・二に挙げた問題点と相まって施設型のケアの限界が議論されるところである。また施設型ではこれまで見てきたとおり、「信仰に基づく運営の難しさ」の問題も明らかになっており、今後、療養型・高齢者専用賃貸住宅型・派遣型等、さまざまな形態が模索されてくることになる

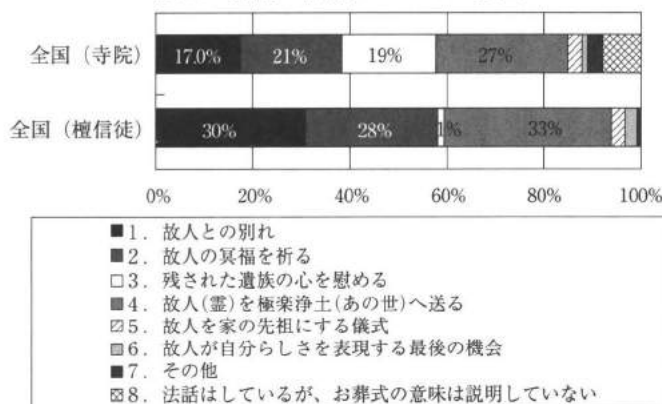
であろう。

五・四 浄土宗、僧侶としていかにすべきか

浄土宗は緩和ケアの問題に対してどのような姿勢を持っていたのか。谷山氏は「浄土宗では『ビハーラ』という言葉には関心が薄いようだが、「仏教看護・仏教福祉」を標榜した活動をする僧侶たちもいる」と指摘をしている^{*24}。「ビハーラ」を提唱した田宮氏は浄土宗の大学である佛教大学に仏教学科専攻科仏教看護（ビハーラ）コース開設する際に参画しており、その過程では元浄土宗総合研究所長の水谷幸正氏も深く関与している。にも関わらず「関心が薄い」と指摘される状況にある。

実際に浄土宗はあそびハーラクリニックのような施設を有してはいない。浄土宗教師が専門的に終末期の活動に関わっていく場合には、独自の施設が必要となるであろうが五・二でも考察した通り、経営的には単独で緩和ケア施設を維持していくことは難しいと考えられる。自宅で亡くなる人の数よりも病院で亡くなる人の数が多くなっていること、そしてその病院内では宗教的行為が行える状況にはない現状を考えると、檀信徒の臨終に際して、浄土宗の宗義である西方極楽浄土への往生のためのプロセスを共有し、念仏とともに

図10 葬儀の役割についての意識



実践する場がない、ということの意味する。換言すれば「阿弥陀仏と願往生人」と「願往生人とその家族（送る側）」との関係を、患者も家族も実感する場がない、という問題が生じているといえる。

また僧侶養成課程において、そうした問題について自身の考えをまとめたり、仲間と議論をしたり、現場を体験する機会はもうけられていない。つまり終末期を迎えた方への関わり方については、僧侶各個人に委ねられているのが現状である。

檀信徒にとっては宗教的現実である阿弥陀仏による来迎引接にリアリティがなく、僧侶にとつては檀信徒の死のプロセスに関わっていくことが難しいという認識が存在する。この事実を

表した調査がある。浄土宗総合研究所の現代葬祭仏教研究プロジェクトが二〇〇九年に行った「お葬式に関するアンケート調査」では、葬儀の意義に関して寺院（僧侶）と檀信徒の間での受け止め方にずれが存在することが明らかにされている（図10）。特に認識に大きな差異があるのは「残された遺族の心を慰める」という項目であり、寺院側では一九％がそうであると回答しているのに対し、檀信徒は一％しかそのような認識を持っていないことがわかる。しかしホスピスやビハラの本義からすれば、一僧侶が葬儀儀式の中、あるいは地域社会の中でなしうることも少なからずあることに気づかされる。

六. まとめ 一 僧侶として――

佼成病院緩和ケア内科の林茂一郎氏のお話を紹介する。

医師として患者さんに関わることと、看取りを前提として医師として患者さんに関わることは〇と一〇〇の違いがあった。前者は病気を治すことを目的としているので、多少の苦痛があっても治療に向かうことができる。しかし看取りを前提としたものはそれとは違う。ジュースを飲みたいという患者さんの要望があれば、もしその人

がジュースを飲めなければ、凍らせてかき氷にして、口の中で溶けるような工夫が必要となる。どうすれば患者さんの要望をかなえることができるか、試行錯誤を繰り返して、ときには実際に自身が横になって試してみる、ということまでやってみる。

人は職業の前提があつて、本来の関係が築けないことがある。当初、ホスピスにお手伝いに行っていたとき、普通の服で活動していたときには「林さん！」と患者さんと呼ばれられて、用事を言いつけられたり、あるいはお話をしたり、ということがあつた。正式に医師として同じ場所に出入りするようになって、白衣を着た瞬間に「先生でらしたのですか！」となり、それ以後はあまり頼まれごとをされたり、相談事をされたりということがなくなつた。

同じようなことは僧侶の場合も起こる。長岡西病院のビハラー僧である森田氏は「意識的に働きかけるかどうかは別にして」『自分は僧侶ですよ』というお声掛けや雰囲気を出す、「お坊さんに話を聞いていただくのに、まだまとまっていないので、少し整理してからお話しします」という身構えに似た反応が多く見られた²⁵と述べたうえで、こうした反応が必要な支援の「タイミングを見誤る」ことにつながると指摘している。

林医師は患者の食べるという行為をとっても尊重している。「カルテは患者の状態を書く

のではなく、家族のことや、患者の症状も書き込むようにしている」ということばがあらわすように、治療に当たる医師本人でさえ、病気だけ見ていてもだめだ、という思いが強くあることがわかる。僧侶もまた、患者はもちろんのこと、家族や友人までをも含め、理解し受け止める立場にあるといえよう。

五・三で挙げたように、医療的アプローチとして様々な形態の施設が模索される中、医療型施設以外ではこうした活動をどのようにサポート出来るのかを考えていかななくてはならない。その一つとして注目されるのが、「仏教」そしてその「場としての寺院」や「実践者としての僧侶」である。谷山氏は、実際に使用されている意味としては、狭義または広義が最も近いと思われるが、現在活動を行っている組織のほとんどが広義または最広義に当てはまると指摘する。続けて、田宮氏と田代俊孝氏は共に狭義を用いながらも、彼らの影響を受けた組織の活動領域は広義から最広義に当てはまり、「今やビハラの定義は広義で用いられるべきではなかろうか」と述べている。もちろん医療行為は無理としても、ビハラの活動は各寺院でもできることともいえる。

前章でも見た通り、日本仏教の本来持っているコミュニティである檀信徒との関わりは、生前の元気なうちから信頼関係を構築することが可能である。病みゆく人、死にゆく

人、そしてその家族や友人と関わって行くことができる立場にある者はそれほど多くはないため、その「信賴關係」を軸として年回法要等が行われることの意義は看過できないほど大きいはずである。

森田氏は、病棟に入院されてから關係性を構築するよりも、すでに長年培われた關係性の方がより緊密であることを実感している。「すなわち、お寺と檀信徒との寺檀關係が様々な側面において強固なものであるならば、そして医療分野に宗教（特に、仏教）が当然あるべきものであると認識されるならば、ビハーラ僧の存在価値は薄れるかもしれない。逆に言えば、ビハーラ僧という職種が成立する背景には、現代の寺檀關係が葬式仏教や儀式仏教と揶揄されるほど希薄になっている部分」もあることを指摘している^{*26}。

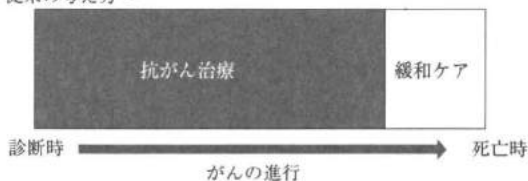
症状や環境（家族、地域の医療施設など）によってどのようなケアを選択するのがよいが、患者と医療者との十分な話し合いが重要であることは言うまでもないが、その話し合いに向かう姿勢や心を作るのはあくまで患者本人である。少しでも安定した心持ちになっていけば、その話し合いが、患者本人にとって納得のいく最期に向けて進んでゆくことを可能にさせるはずである。そして僧侶は、その姿勢を共有し支える手伝いが出来るのではないか。

患者の亡くなった後についても同様のことが言える。前述の林医師は患者が亡くなったあと、遺族を招いてお茶会をしている。入院していたときのエピソードなどの資料を作り、お茶会の際にはスタッフがもう一度目を通し直して、お茶会にて家族と亡くなった方との思い出を分かち合う場としている。あそかビハラにおいても生前の写真をもとにパソコンにて作成したアルバムを遺族とともに見ながら、亡き人の思い出を語り合っている。寺院での法要もまた長年そうした役割を果たしてきたはずである。医療者であろうが、宗教者であろうが、亡くなった方と縁のある人々が集う場の必要性は、家族など大切な方を亡くして悲しみの中にある方々のための診療も遺族外来の登場からも伺うことができる。

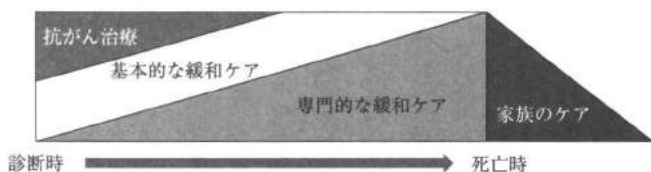
ビハラという言葉は狭義には寺院の中の居住用施設を指すが、広義には寺院全体を指す。各寺院が「ビハラ」となり得ることの自覚が僧侶側に必要である。今後、国の政策によって在宅による看取りへとシフトしていくとなると、あるいは個々人が自らの最期に関与してどうありたいのか意志を表明するようになっていくと寺院は死のプロセスに関わる機会が多くなる可能性がある。病院で亡くなるという手の届かないところから手の届くところに帰ってくる。私たちはそこに関わっていく責務がある。そのためにはともに病氣と

図11 ケアに関する考え方

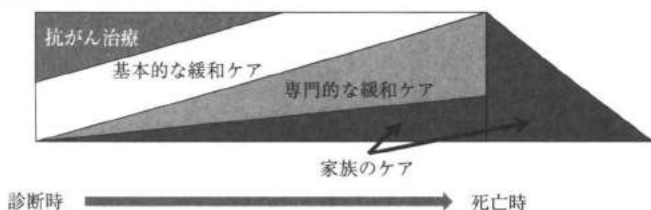
従来の考え方*²⁷



WHO の近年の考え方*²⁸



僧侶として認識しておくべき形



向き合う、という姿勢
 が大切である。その一
 つの手段としてエンデ
 イングノートの作成に
 僧侶や家族が関わり、
 檀信徒の価値観・死に
 対する考え方など含め
 死のプロセスを共有し
 ていく必要がある。こ
 うした活動は広義の意
 味でのビハラー活動で
 もあるのではないか。
 葬儀や法要も、元気な
 ときの関わり合いから
 死までのプロセス、そ

してその後の家族のケアまで一つとして捉えていく必要があるだろう（図11）。

文末資料・緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準

この基準は、厚生省が定めた「設置基準」に従い、厚生大臣あるいは各都道府県知事が承認した施設としての「緩和ケア病棟」にあつて、ホスピス・緩和ケアを受ける人々とケアを提供する人々にとって共通の理解と指針になるものである。

「ホスピス・緩和ケアの基本的な考え方」

ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のクオリティオブライフ（QOL）の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。ケアの要件は、以下の五項目である。

- 1) 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意を払う。
- 2) 死を早めることも死を遅らせることもしない。
- 3) 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
- 4) 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見いだせるようなケア（霊的ケア）を行う。
- 5) 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える。

「施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」

施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムは、国または地方自治体の定める法律等を遵守し、患者と家族に提供される。

I. 患者と家族について

- 1) ホスピス・緩和ケア病棟のケアは、患者とその家族とを一つの単位として提供される。
- 2) いずれの患者や家族もそれぞれ独自の価値観と信念を持っていることを認識し尊重する。

II. 入院の条件について

- 1) 医師が治癒が望めないと判断した悪性腫瘍またはエイズの患者を対象とする。
- 2) 患者と家族またはその何れかが入院を希望していることが原則である。
- 3) 入院時に病名・病状について理解していることが望ましい。理解していない時には、患者の求めに応じて、適切な病名・病状の説明がなされる。
- 4) 家族がいないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会的、経済的、宗教的な理由で差別しない。

III. ケア計画について

- 1) ケア計画は、患者・家族の求めに応じ相談の上で立案する。
- 2) 提供したケアに関する適切な記録がなされ、チームメンバーが共有する。
- 3) 症状緩和やケアに関するインフォームド・コンセントを得る。
- 4) 患者との死別前から、家族や大切な人々に対するケア計画をたてる。

IV. 痛みなどの症状緩和について

1) 適切な治療法によって、痛みなどの不快な症状を緩和する。

2) 症状緩和は、患者と家族が持つ身体的・精神的・社会的な要求を確かめ、それに対応することを双方が認識し実行する。

3) 痛みの治療、症状の緩和は末尾に示す基準となる文書を参考にする。

V. チームについて

1) チームは患者とその家族を中心とし、医師、看護婦、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアが参加する。

2) チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換を行い、互いに支え合いホスピス・緩和ケアの理念と目的を共有する。

3) チームは、計画的な教育プログラムを持ち、継続評価によってチームとしての成長を図る。

VI. ボランティアについて

1) ボランティアは、チームの一員であり大切なケアの提供者である。

2) ボランティアの参加は自由意思によって行われ、チームにおける役割を明確にした上で、ボランティアには応分の責任が求められる。

VII. 死別後のケアについて

1) 死別後のケアは患者の療養中から始まり、家族と、患者にとって大切な人々を支える。

2) 病的な悲嘆の中にあると判断されるときには、適切な専門家を紹介する。

VIII. 質の確保と活動の評価について

1) 提供された医療やケアの評価と見直しが行なわれること。

- 2) チームのあり方とプログラム全般の見直しがなされること。
 - 3) 評価、見直しについては、原則的には各施設の責任において行うこと。
 - 4) 当連絡協議会に第三者を加えた委員会を設ける。委員会は各施設に対して、ケアの「質の確保と活動の評価」について検討の上で、勧告を行うことができる。
- Ⅸ・基準の改定と委員会の設置について

- 1) 以上の基準は、当協議会会則六条―一―) による協議を経て改定を行うことができる。
- 2) 「質の確保と活動の評価」に関する委員会の設置については、別に定める。

*1 恒藤暁 「わが国のホスピス・緩和ケア病棟の実態」(『ホスピス・緩和ケア白書二〇〇四』(財) 日本

*2 ホスピス・緩和ケア研究振興財団(一一)、二〇〇四年)

*2 日本ホスピス緩和ケア学会HP上にある志真泰夫(日本ホスピス緩和ケア協会副理事長・筑波メディカルセンター緩和医療科診療部長) による定義。

(<http://hpci.org/what/baseline.html>)

*3 柏木哲夫 「終末期医療をめぐる様々な言葉」(『総合臨床』五六(九)、永井書店、二〇〇七年、二七四―二七八頁)

*4 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービスHP
(http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html)

*5 五分類に説明は、あそかビハークリニックの医師であり、浄土真宗本願寺派僧侶でもある月江教昭

*6

氏が研修会において使用した資料を元に構成した（あそかバハラを訪問した際に資料を頂戴した）。ターミナルケアや仏教に関心を持つ識者（看護師、看護教育者、心理学者、仏教学者、社会福祉研究者など）の参加を得て、研究グループ「京都ビハラの会」を発足させる。平成四年、臨床の場として田宮氏の兄が院長をしている新潟県長岡市の長岡西病院にビハラ病棟（二二床）を開設。平成一六年に「仏教看護・ビハラ学会」を発足。

*7

田宮仁「仏教の理念にたったターミナルケア／ビハラ」（『現代のエスプリ』二七四、至文堂、一九九〇年、一一二―一三頁）

*8

中外日報 平成一九（二〇〇七）年一月八日付六面

*9

谷山洋三「ビハラとは何か？」―応用仏教学の視点から―」（『バリー学仏教文化学』（一九）、一九九五、三九―四〇頁）

*10

谷山（一九九五）、三六頁

*11

現在、患者やその家族が病院を選ぶ際にホームページを参考にすることがある。そのためここでは各施設が開設しているホームページの情報を元に比較検討することとし、ホームページ上にない情報に関しては、聞き取り調査の際の資料を参照する（その箇所にはその旨を明記する）。平成二二年度と平成二三年度の携帯電話の普及率の変化が八四・五％（二二年度）から八四・六％（二三年度）に対して、インターネットの全国普及率は六一・一％（二二年度）から七八・二％（二三年度）と飛躍的に伸びていることを考えても、今後さらにホームページの活用が進むと考えられる。なお文中の下線部はすべて筆者によるものである。

*12

概要・理念等は当院のHPによる。（<http://sutokukai.or.jp/nagaokanishi-hp/>）

森田敬史「ビハラー僧の実際」(『人間福祉学研究』一・三、二〇一〇年、一九三〇頁)と、元長岡西病院ビハラー僧の中下大樹氏への聞き取りに基づく。

概要・理念等は当クリニックスのHPによる。(http://asokaviharajp)

概要・理念等は当院のHPによる。(http://kosei-hp.or.jp)

森田敬史(二〇一〇)二二頁

森田敬史(二〇一〇)二二頁

森田敬史(二〇一〇)二二頁

読売新聞「ホスピス空きベッド待ち、一三二六人死亡」(平成一八(二〇〇六)年四月一日付)

東京都福祉保険局による平成一九年三月発表の「東京都医療機能実態調査結果報告書」。入院待機患者数は平成一八年一〇月二日現在。

厚生労働省「平成二二年度我が国の保健統計」

(http://mhfw.go.jp/roukei/saikin/hw/token/national/22.html)

ベッド数が足りない、といってもすべての緩和ケア病棟が常に満床というわけではない。スタッフ数の問題もあるが、病院の地域的状況や患者の病状の進行とのタイミングが関連しているため。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団HP (http://www.hospato.org/public_what.html)

谷山洋三(二〇〇五)三九頁

森田啓史(二〇一〇)二八頁

森田啓史(二〇一〇)二四頁

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービスHP

(http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html)

志真泰夫「これからのホスピス緩和ケア―専門性の確立と地域への普及」〔『ホスピス緩和ケア白書二〇〇七』二〇〇七年、一三頁）

第五章

終末期に向けての個人の対応

—エンディングノート—

「あんなふうに死ねるかなあ」。

映画『エンディングノート』を観終わった帰りに、私の隣を歩く定年を迎えたであろう年齢の男性がつぶやいていた一言です。

同作品は、かつて営業畑一筋に重役まで上り詰めた熱血サラリーマンであった主人公が、定年後に余命数ヶ月のガン宣告を受けながらも、自らの闘病と死への段取りを行っていく様子を映画監督である娘が撮ったものです。自らの父の死という題材でありながらも、ユーモアを交えながら決して重くならず、悲喜交々の旅立ちまでの日までが描かれています。この作品の冒頭には、こんなモノローグがあります。

ガン告知の後、まず最初に取り組んだのは、エンディングノートというマニュアル作りでございます。エンディングノートとは簡単に申しますと遺書なのですが、遺書よりフランクで公的な効力を持たない家族への覚書のようなものです。自分の人生をきちんとデッサンしておかないと、残された家族は困るでしょうから…。*1

冒頭のこのモノローグは、本稿で取り上げる「エンディングノート」の性格をよく表しています。すなわち「公的な効力を持たない、遺されていく者たちへの覚書」です。この遺言書のようなあっても、法的な効力の無いエンディングノートを近年書店で見かける

ようになりました。

これは購入者自らが、古い・病・死に関する様々な希望を記述する形式を取っており、前述のように遺言書のような法的な強制力はありませんが、その内容には、突然の出来事を想定した備忘録や、これまでの経歴を記した自分史などの内容が共通して見られます。このエンディングノートは、各出版社から発行されており、書き方を教授するセミナーなども開催されるなど、一種のブームになっていると言えます。

現在わが国は、先進諸国との高齢化率の比較から見ても、世界に例を見ない高齢社会に突入しており、高齢者と親族とのコミュニケーション不足と、老後に関する不安を抱える人々が、今後ますます増加の一途をたどろうとする今日、エンディングノートに見られるような終末期へ向けての個人の対応へのニーズは高まっていくと思われます。

本章では、これらエンディングノート成立の背景、主な特徴や特殊な事例の紹介、使用方法とその限界、そして「終末期に向けての個人の対応」の視点から新しいノートの提案を行っていきたいと思います。

一・エンディングノート成立と広がり

エンディングノートはいつごろから作られるようになったのでしょうか。いくつかの書籍の成立を追ううちにたどり着いたのが、NPO法人ニッポン・アクティブ・ライフ・クラブ（NALC＝ナルク）が発行したエンディングノートです。この団体では、二〇〇二年秋に会員アンケートを実施。その回答で最も多かった、「自分の死後の希望を家族に伝えるノートがほしい」という要望をきっかけにノートの企画がスタート。当初の企画では、タイトルに「終末期」「自分史」などの案が出ましたが、最終的に「エンディング」に落ち着いたそうです。発売当初の値段は、一冊一〇〇〇円＋消費税五〇円。

二〇〇三年の発売当初に、民放の情報番組で取り上げられ、問い合わせが殺到し、一気に二〇〇〇冊を販売されました*²。その後、二〇〇五年には、NHKの『クローズアップ現代』で、遺言とは異なり終末期医療や葬儀の希望、親族へのメッセージを気軽に書けることから、中高年を中心に広がりを見せ、書くことで自分の人生の見つめ直しや、新たな生きがいを見つけようという人も現れていると紹介されました*³。また、大手紙などでもたびたび取り上げられるようになりました。その結果二〇一〇年まで一三万部を売り上げ

ているそうです*4。

現在、エンディングノートをインターネット上の販売サイトで検索すると、書籍と文具（文具メーカーから発売され、ノートとして分類されている）のカテゴリーの中に、百冊以上が存在しています。

また、パソコンの普及に伴い、新たな製品の開発も進められています。我国のパソコン普及率は、一九九〇年代前半までは、一〇パーセント台と、一部の専門家やマニアを中心としたものでしたが、九〇年代後半より飛躍的に上昇。現在では、単身世帯、外国人世帯を除く、一般世帯では、七六・〇パーセント*5、単身世帯を含む世帯を対象としたものは八三・四パーセントの普及率となっています*6。そのような状況下で書籍以外のエンディングノートも登場しています。

ユニークなものとしては、USBメモリーに収められたエンディングノート『ルミナス』*7です。これはUSBメモリーに管理ソフトが搭載されているもので、エンディングノートと言うより、あえて管理ツールに近く設計されています。本製品は、「エンディングノートは日常の蓄積情報」、「必要になった時に作るのではなく、必要になった時にできている」のコンセプトから企画されています。それに基づき、ハガキのあて名を印字でき

るソフトも同封されており、年賀状の名簿管理や印刷などのような日常使用しながら、万一の時に備える内容となっています。また、本人がパスワードを用いて、秘匿情報を管理できるのと共に、家族が共有情報を閲覧することができる機能も備えています。

また、パソコンの普及と共に増加の一途をたどる、インターネットの利用^{*8}の増加も新たなエンディングノートを生み出しています。それが、インターネット上で管理するエンディングノート『一期ノート』です。これはクラウドコンピューティング^{*9}という考え方に基づいているもので、エンディングノートに記述していた内容をインターネット上で管理会社に預ける形を取っています。この特徴は、通常のエンディングノートの項目に加え、写真データ・日記・健康状態などの日々の情報を保存する事が出来ることです。

また、「安心サポート」いうシステムも連動しており、契約すれば市販のセンサーを見守られる契約者（当事者）宅に取り付け、センサー反応の有無を一時間ごとにメールで『二期ノート』に反映させ、センサーの反応を見守る契約者（親族など）がインターネット上で確認することが可能です。万一センサーの反応が無くなった場合は、親族などにメールで緊急連絡が届きます。センサーの購入や管理費は有料ですが、エンディングノートの新たな展開として注目されると思います。

このようなパソコンやインターネットを使った取り組みは、まだ始まったばかりですが、これから世代間のデジタルデバインド（デジタル機器を使用できるかできないかの格差）が無くなっていくと思われ、今後更なる発展を見せるでしょう。

二. 主な特徴や特殊な事例

このような経緯で世に知られるようになったエンディングノートは、現在さまざまな団体や出版社から刊行されています。しかし、内容は近似しているものが多く、ここではそれらに共通する事柄とその内容について、または特色ある内容を持つエンディングノートについて紹介してまいります。平均的なエンディングノートに取り上げられる事柄と内容には次のようなものがあります。

自分史（これまでの人生の出来事と思い出）

- ・ 家族、両親、兄弟との思い出
- ・ 学歴や職歴、その当時の印象に残っている出来事
- ・ 恋愛や結婚、子供の誕生の喜び

・最もうれしかったこと、悲しかったこと

相続財産目録

・現金、預金、土地、建物、有価証券、年金、生命保険、損害保険等

・法的な遺言状の有無

老いと病への希望

・介護、看病が必要になったときの希望

・病名や余命期間告知の諾否

・延命処置に関する希望の有無、尊厳死への見解

・臓器提供の意思の有無

・死亡を知らせてほしい人の名簿

・家族親族へのメッセージ

葬儀・墓についての考え方

・一般の葬儀なのか密葬なのか。宗教的儀礼の有無、予算・場所の希望

・特に用意してほしいもの、してほしくないもの

・墓の有無。無い場合の埋葬希望場所

・散骨や樹木葬等の新しい葬法に対する見解

これらの項目の一々を見てみると、老病死に関する必要な情報と縁者への希望を記述することが、その内容となっています。

その編集意図としては、①自分が歩んできた思い出を整理する、②身近な人々に感謝の気持ちを伝える、③後事の希望・意思を伝える、④必要な情報や連絡先を記録しておくなどが、代表的なものでしょう^{*10}。

エンディングノートを記述して何が期待できるのか。それぞれの編者の見解は多様ですが、それを見ていくとエンディングノートの目指すところが見えてきます。例えば、ある書では、

自分のことや家族のこと、将来のことを少しずつノートに書いていくうちに、考えが整理されて、次のステップに進みやすくなるからです。そして、あなたに何かあったときは、家族やまわりの人がノートを見て、あなたの希望を実現してくれることが期待できます。また、心配なのは死後のことだけではありません。もし、これからあなたが寝たきりや認知症になってしまったら、誰がサポートしてくれるのでしょうか。万一のときに、あなたが希望どおりのサポートを受けたいのなら、今からそのことに

ついで信頼できる人と話し合い、形にしておくことが大切です^{*11}

と、自分と周りの家族、将来に対する考え方の整理と、自己の要望を縁者に伝達することの他に、老・病の諸段階におけるサポートを誰にお願いできるのか、身近な人々と話し合うことを促しています。このような自己と身近な縁者との関係性を想起させている書は他にもあります。

エンディングノートを書きながら過去を振り返ったり、ご家族の将来を創造したりする中で、あなたはきつと充実した時間を手に入れられることでしょう。そして、エンディングノートは「愛する家族へのラブレター」ですから、愛する人と思う温かい気持ちを取り戻せることでしょう。エンディングノートが、あなたとあなたの家族が、充実した時間を過ごすために役立つことを願ってやみません^{*12}

ここでは、自らの人生の整理と共に、エンディングノートを「愛する家族へのラブレター」と位置づけ、自己と家族との関係性の強化や回復が意図されています。

また、その他にも老・病・死の自己変容の機会と捉え^{*13}、

死の覚悟は、生きる覚悟に結びついていきます。逆に、しっかりと生きる覚悟が固まったとき、すでに死の覚悟は定まっているのです^{*14}

と、エンディングノートの記述は、老病を生きる覚悟であり、それがそのまま死の覚悟につながる、死の受容を意図している書もあります。

ただし、このように老病死の諸段階における、自己と他者との関係性の強化・回復や、死の受容が意図されていても、この背景には、世界に例を見ない高齢社会に突入した現代日本における死の特殊性があると考えられます。現代日本社会においては、高齢化が進むと同時に家族や地域社会との分断が進み、以前は家族や地域の方々に任せることができた老病死の諸事を自らが一人で行わねばならないという事情が見え隠れします。家族・親族・地域社会から分断された現代日本の個人は、人生の老病死の局面において、学生が就職活動を行うことを意味する「シューカツ」のように、老病死を迎えるための「終活」を行わねばならないのです^{*15}。

さて、多くのエンディングノートが宗教に関して、執筆者の選択に任せ、一定の距離を保っているのに対し、仏教系エンディングノートには、教化上の創意工夫が見られます。その一つに臨済宗妙心寺派僧侶であり、行政書士でもある田口誠道師が著した『宝珠』をご紹介します。本書の序文には、

このエンディングノートは、仏教寺院と檀信徒とのつながりを深めることを目指して

企画・編集してあります。したがって、もしもの時のために伝えたい事柄を書き残しておくと趣旨に止まらず、書き進めながら仏教や菩提寺への理解を深め、ご縁というつながりも感じていただけるような工夫をしています。また、ただ記入するだけのノートでなく、解説やコラムなど読み物としての役割も果たし、いざという時に役立つであろう情報も収録しました。いきなり空白に書き込むのではなく、読んで、学んで、ご自身の気持ちを見つめ直してから記入することで、より本当の思いが込められるのではないかと思います^{*16}

この『宝珠』では、通常のエンディングノートの機能と共に、仏教・菩提寺への理解を深め、ご縁というつながりを感じてもらうことが意図されており、「人間として生まれることのむずかしさ」、「年をとること」、「縁とは」、「菩提寺とのつながり」、「宗派による違い」など、仏教に関するコラムや解説も掲載しています。本書では付録として、僧侶向けの解説書も用意されており、そこに説かれる内容には、現代仏教がなぜエンディングノートに関心を持っているのかがうかがわれ興味深いです。例えば、

近年では、都市部を中心に直葬という形式の送り方が増えており、葬儀式の類いを一切行わず、死亡後に火葬のみを行うケースが三割にもなると聞きます。これらの背景

の一つとして、宗教観や宗教意識の希薄化もあるといわれています。エンディングノートの多くが、そのような宗教儀式の省略に応えるようになっていたのも時代の流れではないでしょうか^{*17}。

と、近年問題となっている「直葬」等の宗教儀礼の省略に象徴されるような、宗教観の変化が編集のきっかけとされています。さらに、

このような風潮が起りつつある時代を背景に、逆にエンディングノートを活用して、伝統仏教への理解を深め、檀信徒にあらためて寺院とのつながりを意識させることができないかとの思いから出発し、様々な工夫を試みました^{*18}

と、エンディングノートの記述を通じて、伝統仏教への理解と寺檀関係の再構築が意図されています。また、本書には更なる工夫があります。

この章からは、ご自分で書き込む必要はありません。あなたの供養を託す方に書いてもらうことにしましょう^{*19}

この書き出しからも分かるように、本書では当事者の死後の供養を託された者が、通夜から葬儀を一連とした詳細な記録（没年月日、通夜・葬儀等の日時場所、喪主、葬儀委員長、導師、戒名、納骨場所、お別れの会の日時場所、弔辞）、また中陰から年忌法要など

の予定を書き込めるようになっていきます。これは遺族が菩提寺と関係性を保つための工夫でもあります。

この伝統仏教によるエンディングノートの編集方針から見えてくるのは、現代日本仏教の置かれた状況、つまり社会全般から寄せられた、華美な儀式や寺檀関係への疑問や批判への対応であるという点です。仏教界からは、葬儀でしか仏教とつながりが持てなくなった現代日本社会と、崩壊しつつある寺檀関係を対象として、それらとの関係性を回復する意図が読み取れます。

三、実際の使用から見えてくる限界と「書く行為としての終末期への対応」

これまでエンディングノートの内容や編集意図の分析を通じ、その有用性について述べてきました。ここでは視点を变えて、まず実際に使用する場合に想定される限界について考え、その上で当研究班としての「書く行為としての終末期への対応」を提示したいと思います。それは、現行版の限界を見立てることにより、さらに有益なエンディングノートの可能性を提示することができると考えるからです。

前掲の如くエンディングノートは、個人が記述するので、プライバシーが保たれ、じっくりと時間をかけて考えながら書くことができるという利点があります。しかし、それゆえの限界というものがありません。

例えば、リビングウイルや遺言内容の有効性です。リビングウイルとは生前に記述する終末期医療に関する要望書ですが、これはリビングウイル自体の限界でもありますが、健康なときに書かれた要望が、終末期においても有効であるかという問題です。病状や精神状況によって、終末期の要望に変化の可能性があります。

また、記述が自己評価に基づくため、利己的な内容に偏向してしまいます。本人の希望を実現させたいと願うのが、家族や関係者の気持ちでしょうが、実現が難しい要望の場合、実際に介護や終末期医療が必要になった時の要望の実現性と、健全時における本人の意思の優先性が衝突し、どちらを実行すべきなのか判断が困難になってしまいます。記述の時点で、それは現在の要望であり、実際にその要望を参考にすべきときが来た時には、要望どおりに実現される場合もあるし、変更の可能性もあるということを含めて理解しなければならぬと思います。そうではあっても、健全時の要望は、必要になった時点で検討されることになるでしょう。その意味で、記述することの有効性が否定されるものでは

ありません。

今回の研究班の調査の中で聞かれた声の一つに、「エンディングノートの全ての項目を書ききれない」というものがあります。多岐にわたるエンディングノートの項目を全て記入する事は、健全時でも集中力を維持することは困難であり、高齢になればなるほどその完遂率は低下するということでした。

これらの限界点の中で、リビングウイルや遺言内容については、そもそもエンディングノート自体が法的な効力は確実ではなく、それを理解した上での記入が求められることを大前提としなければなりません。必要であればエンディングノートとは別に遺言書を作成しておくこともあるでしょう。また、第三者の眼に触れ、書き換えの可能性があるノートに詳細を書くことは、相続の際に混乱を生じさせる場合があります、記入に慎重さを要すると指摘もあります^{*20}。

さて、ここからはこれらのエンディングノートの限界を踏まえながら、「書く行為としての終末期への個人の対応」を提案していきたいと思います。

先ほど自己評価に基づく記述の問題点を指摘しましたが、他者からの評価を基にすることで、その弊害も解消されるのではないかと考えます。

例えば、私たちは人生のいくつかの場面で、色紙に寄せ書きをいただいた経験があるかもしれません。寄せ書きは、他者からの善意の評価に基づいており、自己評価と合致するものもあれば、そうでないものもあります。また、自分の知らない長所を評価してくれる場合もあります。何より誰かが自分のために書いてくれたことがうれしいのです。

そのような形で、親しい方に文章や言葉を寄せてもらうことで、独りよがりなノートにならず、暖かな気持ちで読み返すことができるのではないかと思いますし、先のウェブ上のエンディングノートでもご紹介いたしましたが、近年のIT技術の進歩で、写真、音声、動画なども、付属資料として添付することで、より当事者の人生を再現することが可能となるでしょう。

また、リビングウィルや遺言書の不確実性について述べましたが、介護従事者の方から、当事者の願い事や好き嫌いを記す、ウィッシュリストは多ければ多いほうが良いというご助言もいただきました。介護をご家族が専従できればよいですが、現在は介護事業所にお任せをするケースが増加しております。その場合、介護担当者が、利用者の希望が分からないままに、現場の仕事が行われている現状があるそうです。このウィッシュリストがあれば、より利用者の気持ちに沿った介護が行われるようになるでしょう。このウィッ

シュリストも意識的に記しておくべき項目です。

最後に、エンディングノートは項目が多くて書ききれないという限界については、リーフ式のノートを提案したいと思います。多くのノートは好きなところから好きなだけ記入してくださいという、但し書きを付していますが、それならばノートを綴じることなく、ファイルに綴じられる穴を開け、当事者が必要な項目だけを記入し、必要な項目だけを保存できれば、その人の注文に応じたノートとなるでしょう。

さらに仏教系エンディングノートも取り上げましたが、まだまだ数は少なく、浄土宗独自のノートの作成も検討されてよいと思います。通常のエンディングノートの項目に加え、浄土宗の教えや、法然上人のお言葉、コラムやエッセイなどの軽い読み物も挿入し、檀信徒の教化に役立てていただける内容が望ましいでしょう。

四. おわりに

これまで近年ブームとなっているエンディングノートの分析と、その限界を踏まえた上で、「書く行為としての、終末期への個人の対応」の提案を行いました。

そこから分かってきたことは、中高年を中心に広がりを見せているエンディングノートの内容は、自分史、備忘録、自己の希望が中心ですが、それはまさに老病死に対する個人の対応です。しかし、遺言書などのように法的な力を持たないエンディングノートは、あくまで他者に理解され自他共に共有できる要望を実現することによって、意味をなすものだと考えます。

その観点から言えば、当事者と家族や親族とのやり取りは欠かせないものであり、そのやり取りの中から両者の気持ちを通じ合い、老病死のさまざまな実際の局面で役立てられるノートが出来上がると思います。

また、これは現代日本社会における老病死の特殊性と深い関係があります。それは日本では、個人の意思のみによる老病死は困難であるという特殊性です。老病死に関して個人の意思が尊重される西欧に比べ、日本ではほとんどが家族の同意を得た上での個人の意思の尊重ということが、偽らざる実態でしょう。それが難点でもあり利点でもある訳ですが、エンディングノート作成には、家族との関係性が強い日本的個人が筆者であることを意識することが必要です。

さらにもう一つ指摘しておきたいのは、仏教系エンディングノートは数が少なく、まだ

まだ開発の余地があるということです。今後、檀信徒教化に使用されることを視野に入れた、浄土宗版エンディングノートの作成が求められます。

このブームはまだ続くかと思われませんが、まずは皆様が記入し、その長所短所をお感じ取りいただき、教化の場面に役立てていただければ、寺院が社会に向けた老病死への取り組みの一助になるものと思います。

*1 砂田麻美『エンディングノート』、『エンディングノート』製作委員会、二〇一一年

*2 『フロンティアエイジ』、株式会社フロンティアエイジ、二〇〇八年七月号

*3 『思いを家族に残したい 広がるエンディングノート』（『クローズアップ現代』、NHK、二〇〇五年三月一日）

*4 『毎日新聞』、二〇一〇年四月十七日

*5 『消費動向調査』、内閣府、二〇一一年

*6 『通信利用動向調査報告書世帯編』、総務庁情報通信政策局、二〇一〇年

*7 『ルミナス』 www.adlux-inc.com/rouminous/index.html

*8 総務省情報通信政策局の調査によると、過去一年間のインターネット利用率は、すなわち単身世帯を含む全世帯に占める過去一年間でインターネットを利用した世帯員の比率は、二〇一〇年平均で九三・八パーセントとされている。（総務省情報通信政策局「通信利用動向調査報告書世帯編」）

クラウドコンピューティングとは、利用者がインターネットへの接続環境があれば、データの管理などのサービスを受けられるシステム。従来のコンピューター利用者は、利用者自身がハードウェア、ソフトウェア、データを管理していたのに対し、クラウドコンピューティングでは、パソコンや携帯接続端末と、その機器で動作するブラウザとインターネット環境さえあれば利用できる。

「エンディングノート」は、自分が歩んできた道や思い出の数々を綴り、身近な人々に感謝の気持ち、後事の希望・意思を伝え、また、自分自身と家族関係者のために、必要な情報や連絡先を記録しておくためのもの」（『幸せのエンディングノート』、主婦の友社、二〇〇九年）

本田桂子『あなたと家族のためのエンディングノート』、日本実業出版社、二〇一〇年

尾上正幸『実践エンディングノート』、共同通信社、二〇一〇年。次に挙げるものも同内容である。

「自分らしい最後を迎えるための生前準備を始めることで、今何をする必要があるか、何について知っておかねばならないのかはつきりと見えてきます。それにより、残された人生をどう生きるべきか、具体的に考えることができるようになります。健康な今だからこそ、余裕を持って死に向かい合い、終末に向かう心構えを作ることができます。夫婦で、あるいは家族と一緒に今までの人生を整理しながら、今後の人生プランを練ってみてはいかがでしょうか」（NALC製作協力『大切な家族へ伝えたいエンディングノート』、角川SSC、二〇〇六年）

「苦難や壁は大きなチャンスでもあります。克服できないあいだは、到底チャンスには思えないでしょうが、乗り越えたとき、それに対する見方が変わり、チャンスだったということが理解できます」（島田裕己『幸福のためのエンディングノート』、文芸春秋、二〇一一年）

同

「今や日本人の平均寿命は、男性は七五・五九歳、女性は八六・四四歳と世界でもトップクラスだ。もちろん長生きをして、そのぶん人生の終盤を思う存分楽しめるのは喜ばしいことだが、先が予測できないのが人生である。長寿化で老後が長くなれば長くなるほど、そのリスクがあることも知っておかなければならない。(中略) 認知症や延命処置など、寿命がさほど長くないころには考えなくてもよかったし、介護や葬儀のことなども、家族が多く、また地域との結びつきが強かった昔は、誰かが手を貸してくれたものだ。しかし、長寿化し、核家族化し、地域の結びつきが希薄な現代社会となれば、そうはいかない。ここにもう一つの「シューカツ」を考える必要があるそうだ。就活ならぬ終活である」(本田桂子『終活ハンドブック』、PHP研究所、二〇一一年)

田口青道編著『宝珠』、青土社、二〇一一年。この他にも浄土真宗系のものとして、牧野仁『私の想い』(探究社、二〇一〇年)がある。

「エンディングノートを教化活動に活用していただくために」田口青道編著『宝珠』、青土社、二〇一一年

同。また、その他にも本書には、「仏教のことや法律的なことなどを理解をしてから、あらためて自分の意思を見つめ直していただける内容に項目を構成しています。(中略) 仏教解説に關しては、特定の宗旨に偏らないよう留意しています」(同)、「葬儀や法要の供養記録欄も入れ、本人の希望だけではなく、遺された家族が個人の意思を確認しながら予定を立てたり、供養の備忘録としても活用できるようにしました。このノートを引き継いで活用することで、家族の方々に、個人や寺院との縁がつながり続けることを実感していただきたいと願いました」(「エンディングノートを教化活動に活用していただくために」(同)等の、多くの工夫が施されている。

同 同

資料編

文献案内

ここまで往生と死への準備に関連する内容として、浄土教の死生観、高齢化問題、延命治療、ポックリ信仰、尊厳死、終活ブーム、国内外のホスピス・ビハラー運動、スピリチュアルケア、在宅ケア、チャプレン制度、エンディングノートなどさまざまなトピックスを取り上げてきた。近年、これらの問題に関する書物が専門書や新書の形式を問わず多数出版され、さらには映画や漫画の題材としてさまざまな形で取り上げられているのは周知のとおりであろう。

それらの資料は膨大であって全体を網羅することは難しいため、ここでは本研究班がお勧めする文献ならびに映画等の中から、比較的手に取りやすいものを選んで紹介することにした。本分野に関する興味や学習を深めていくための、読書や鑑賞のきっかけとなれば幸いである。

一．死生学など

● 島菌進・竹内整一編『死生学』第一巻～第五巻（東京大学出版会、二〇〇八年）

文科省・二一世紀COE「死生学の構築」「死生学の展開と組織化」の研究成果

として、古今東西の死生観の比較考察、歴史学・人文学の諸研究、ケア実践の哲学的・社会的考察など諸方面で活躍する研究者の論文が収められている。第一巻では日本における死生学の形成過程やその展開、第二巻は他界観、第三巻はライフスタイル、第四巻は死および死後のイメージ、第五巻は医療と法制度に焦点が当てられている。

● 岡部健・竹之内裕文編『どう生きどう死ぬか―現場から考える死生学』（弓箭書院、二〇〇九年）

編者が主催する臨床死生学「タナトロジー研究会」に集った若手研究者たちを中心とする論文をまとめたもの。本研究会は、医療者と文科系研究者がお互いに欠けている部分（医療者は死の宗教的・哲学的・社会的な視点、文科系研究者は臨床経験）を補い合うことを目的に立ち上げられた。よって哲学、社会学、宗教学、国文学、臨床心理、教育学などの分野でも、可能な限り死の現場を意識した論述が心がけられている。

● カールベッカー編『生と死のケアを考える』（法蔵館、二〇〇〇年）

現在、日本社会の崩壊の根底にある個人の「死生観」がゆらぎを見せている。そ

の立て直しを目指してターミナルケア、教育、法医学、心理学、宗教など、様々な分野の研究者たちの視点から、命の本質を問う論文が集められている。

● アルフォンソ・デーケン『新版 死とどう向き合うか』（NHK出版、二〇二一年）

「死への準備教育」の普及に半世紀にわたって努めてきた著者の最新版。死生学、悲嘆、自殺、尊厳死・安楽死、告知、ホスピス、ターミナルケアなど本分野に関連する項目が網羅されている。また同著者による『死への準備教育のための一二〇冊』（吾妻書房、一九九三年）では巻末の付録を合わせると約五〇〇冊の関係書籍がリストアップされている。

● 広井良典『ケアを問いなおす―「深層の時間」と高齢化社会』（ちくま新書、一九九七年）

著者はケアという言葉が広範な意味を持つことを提示しつつ、「人間とはケアする動物である」「その人と「ともに時間を過ごすこと」自体がひとつのケアである」と指摘する。また、死生観の問題とからめた時間論にも定評があり、著者が提示する「深層の時間」はカレンダー的に直線的に流れる日常的な時間ではなく、死者と生者が出会うような深淵な場であり、そこに宗教的・仏教的な世界観

を想定することもできよう。

- フィリップ・アリエス『死と歴史—西欧中世から現代へ』（みすず書房、二〇〇六年「初版一九八三年」）

著者は「人間は死者を埋葬する唯一の動物」と規定するフランスの歴史研究者。西欧の歴史研究を通じて、死に対する人間の態度の変容を明らかにし、現代のような「タブー視される死」がいかにして形成されてきたのかを追究している。

- 勝又正直『ケアに学ぶ臨床社会学—理解社会学の再生を求めて』（医学書院、二〇一〇年）

臨床社会学はケアから何を学べて、どのように生かせるのか、臨床場面の事例を示しながら社会学と看護学について平明な言葉で解説している。

二、日本人の死生観

- 池上良正『死者の救済史—供養と憑依の宗教学』（角川選書、二〇〇三年）
うらみ苦しむ死者への対処法について仏教説話集などを題材に用いて、「供養」

「憑依」をキーワードに日本の民衆宗教史の変遷を追う。著者によれば「浮かばれない死者」を「安らかな死者」へ変換するために、法要、念仏、写経、寺への寄進などの行為（追善回向）が行われるようになったという。日本仏教の土着化に新たな視点を提示し、その宗教観を明らかにした一書。

● 碑文谷創『死に方を忘れた日本人』（大東出版社、二〇〇三年）

葬儀専門雑誌『SOGI』に連載をまとめたもの。その内容は、死生観、葬式と習俗、祭壇、グリーフケア、墓地、遺体論など多岐にわたる。巻末に「葬儀マナーの嘘」を収録し、書店に並んでいるいわゆる葬儀マナー本に記された内容を具体的に批判・検証している。

● 佐藤弘夫『死者のゆくえ』（岩田書店、二〇〇八年）

本書では日本列島に住んでいた各時代の人々が共有していた死の観念がいかに変容していったのか、著名な思想家から死生観を抽出するという方法ではなく、風葬、古墳、納骨、霊場、板碑などのトピックスを歴史学・考古学の成果（石塔や金石文などの史料）をもとに論じている。中世には往生極楽を目的とする板碑の建立が盛んに行われており、法然浄土教の救済理論と比較する視点も興味深い。

● 竹内整一『「かなしみ」の哲学―日本精神史の源をさぐる』（NHKブックス、二〇〇九年）

日本人は古代から今にいたるまで「かなしみ」を主題とする歌や物語に慣れ親しんでいる。著者は「悲しみの感情や涙」は決して否定的なものだけでなく、心を耕して、他者への理解を深め、すがすがしく明日を生きるエネルギー源となるとの主張を行い、「かなしみの復権」を提唱する。

● 吉原浩人編『東洋における死の思想』（春秋社、二〇〇六年）

ヒンドゥー教・仏教・儒教・道教・キリスト教・イスラムなどの東洋の諸宗教において死がどのように語られてきたか、その教義と歴史を解説する。曾根宣雄「ターミナルケアと宗教」を収録する。

● 林望『往生の物語―死の万華鏡『平家物語』』（集英社新書、二〇〇〇年）

『平家物語』を死の大文学としてとらえて、その主要な登場人物一人の様々な最期に焦点を当て、死と向き合うためのヒントを先人達に学ぶ。

三 宗教と医療

- ジョナサン・ワッツ、戸松義晴編『寄り添いの死生学―外国人が語る「浄土」の魅力―』（浄土宗出版、二〇二一年）

本書は主として外国人の視点から「ネバーダイアローン（私たちは決して独りで死を迎えるべきではない）」をテーマに、史実に基づいた記述を、現代に生きる私たちの人生に照らし合わせながら浄土教のレンズを通して考え、死を迎えるにあたって必要な準備と実践を提案する。

- 宮崎幸枝『お浄土があつてよかったね―医者とは坊主でもあれ』（樹心社、二〇〇八年）

医師であり、篤信の真宗門徒でもある著者によるエッセイ。一般に、宗教者が病棟内で患者へ特定宗派の教義を説くことは忌避されがちである。ところが、筆者は自らの信念・信仰にもとづいて積極的に浄土教の思想内容を伝えることによって、患者とのコミュニケーションをとってゆく。また、遺言として辞世の歌を作成するなど様々にユニークなアイデアが披露されている。

● 山折哲雄他『日本人と「死の準備」——これからをより良く生きるために』（角川SSC新書、二〇〇九年）

本書の前半は近年自らの「死」をテーマとした著作を多数発表している宗教学者としての立場から死生観について述べている。後半は総本山知恩院が発行する機関誌『知恩』と佛教大学四条センターの共同企画「よく生きるための『死の準備』講座」の連載を抜粋したもので執筆陣に多彩な顔ぶれがならぶ。

● 与芝真彰『医師と僧侶の狭間を生きる——智慧と慈悲こそが医療を救う』（悠飛社、二〇〇七年）

医師（昭和大学藤が丘病院長）であり、浄土宗僧侶でもある筆者が目指す仏教精神に根ざした医療の必要性を説く。

● 林茂一郎・田中雅博編『宗教と終末医療』（アーユスの森新書、二〇〇九年）
死にゆく人を孤独にさせない看取りを行うために、宗教は何かができるのか。医師、仏教セラピスト、看護師などさまざまな活動現場を持つ僧侶たちが、終末期医療における宗教の役割について論じている。

四. ビハーラ、ホスピス、スピリチュアルケア

- 田宮仁『「ビハーラ」の提唱と展開』（学文社、二〇〇七年）

「ビハーラ」とは、古代インドのサンスクリット語で「休養の場所、気晴らしをすること、僧院または寺院」などの意味を持つ語。日本におけるビハーラの提唱者である著者によつて、ビハーラが提唱された背景や飯田女子短期大学看護学科および長岡西病院におけるビハーラ・ケア実践の記録が紹介されている。

- 田代俊孝『ビハーラ往生のすすめ―悲しみからのメッセージ』（法蔵館、二〇〇五年）

ビハーラ活動を展開する著者が、念仏のご縁を得て救われてゆくことを「ビハーラ往生」と名づけ、生死の苦悩に対峙した先達の事例を紹介する。

- 谷山洋三編『仏教とスピリチュアルケア』（東方出版、二〇〇八年）

第Ⅰ部では仏教者・実践者・研究者がそれぞれの領域を超えてスピリチュアリティの議論を深め、第Ⅱ部では浄土真宗の専門用語を通じてスピリチュアリティに関する解説を行う。

● 金子昭『驚異の仏教ボランティア—台湾の社会参画仏教「慈済会」』（白馬社、二〇〇五年）

台湾の仏教団体「慈済会」は現在四〇〇万人もの会員を擁する台湾随一の教団に成長した。その主たる担い手は尼僧であるが、会員は必ずしも仏教徒でなくともよく、慈悲喜捨や菩薩行の実践を基礎とする大規模なボランティア活動が展開されている。本書は創始者である証嚴法師を中心にその組織・システムや活動の内容をレポートしている。

● 全国青少年教化協議会付属 臨床仏教研究所編『臨床仏教叢書Ⅱ—無縁社会から有縁社会へ』（白馬社、二〇一二年）

公益活動・社会活動をおこなう宗教者による仏教教化事例発表大会での基調発題や教化事例発表、ならびに臨床仏教研究所の理事・研究員による書き下ろし論文を掲載。ジョン・サンワッツ・戸松義晴（訳・高瀬頭功）「台湾の「公共的仏教」：終末期ケアのための臨床仏教運動」も収録している。

● 服部洋一『米国ホスピスのすべて—訪問ケアの新しいアプローチ』（ミネルヴァ書房、二〇〇三年）

ホスピス先進国・米国は在宅ケアを中心的なプログラムとするのがその特徴である。著者は文化人類学者であり、ミシガン州での長期取材をもとにホスピスの現状と展望について述べる。

五．闘病記、ルポ

● 内藤いづみ『あなたが、いてくれる。―在宅ホスピス医いのちのメッセージ』（佼成出版社、二〇〇三年）

著者は山梨県甲府市の在宅ホスピス医。本書では末期がんの患者たちが、自宅で家族に囲まれるなかで最後の時を過ごし、穏やかな旅立ちを迎えてゆく様子が描かれている。さまざまな事例を通じて、現在の在宅ホスピスの現状や概要を学ぶことができる。

● 柴田久美子『抱きしめておくりたい―看取りの日々を生きる』（西日本新聞社、二〇〇六年）

著者は島根県隠岐諸島の知夫里島で看取りの家「なごみの里」を運営している。

かつて島には特別養護老人ホームがなく、家族介護ができなければ本州の病院に移らなければならなかった。そこで筆者は島で最後を迎えたいという願いをかなえるために施設をつくった。本書はお年寄りたちとの日常をレポートしたもので、著者は「高齢者」とは私たちに幸せを届けてくれる「幸齢者」なのだという。

● 斉藤茂太『茂太さんの死への準備』（二見文庫、一九九九年）

著者は精神医学の医師。本書は死への準備に関わる様々なエッセイを収録し、法然浄土教も高く評価している。歌人として著名な父・茂吉は篤信の仏教徒であり、死に際に善導大師「発願文」の一節をメモに残していたとのエピソードも明かされている。

● 石飛幸三『「平穩死」のすすめ―口から食べられなくなったらどうしますか』（講談社、二〇一〇年）

特別養護老人ホームに常勤医として勤務し、四〇名以上を看取った現職医師が延命治療の限界と安らかな看取りについて述べている。介護現場では胃に管を通して栄養注入する胃ろうや多量の点滴による肺炎が頻発しており、著者は過剰な医療をしない平穩死を提案している。

● 小澤勲『痴呆を生きるということ』(岩波新書、二〇〇三年)

痴呆老人の治療とケアに二〇年以上関わってきた著者が、肺ガンで余命一年と宣告されたことを機に執筆をはじめた。従来ほとんど論じられていなかった痴呆を生きる人たちの体験世界に分け入り、「ぼけても心は生きている」「ぼけても安心して暮せる社会を」のスローガンに集約される痴呆ケア論を展開している。

● 大井玄『人間の往生―看取りの医師が考える』(新潮新書、二〇一一年)

終末期医療に取り組みつづける医師である著者が、在宅看取りの現場の具体的な事例について、脳科学の知見や哲学的考察を通じて、往生すること、そして生の意義について語っている。

● 色平哲郎『大往生の条件』(角川oneテーマ21、二〇〇三年)

著者は長く無医村であった長野県の「ムラ」に赴任した医師であり、そこでの地域医療の体験をもとに、高度医療が必ずしも「健康長寿」に適していないことを明らかにし、現代日本の医療システムについて問題提起する。

● すずらの会編『電池が切れるまで―子ども病院からのメッセージ』(角川文庫、二〇〇六年)

長野県立こども病院に長期入院した子どもたちの詩、作文、版画がおさめられている。「だから 私は命が疲れたと言うまで せいっぱい生きよう」、一歳にして亡くなった少女の遺作の詩「いのち」をはじめ、彼らが幼い頃から生・病・死を身近に感じ続けてきた中で綴られた作品群は大きく心を揺さぶる。

● 平川克美『俺に似た人』（医学書院、二〇二二年）

昭和の町工場で働いていた自らの父親の介護とその共同生活について、食事から排泄にいたるまで湛然に綴っている。物語を叙述するという形式を通じて、生・老・病・死の中でも「老いとは何か」との問いに注視し、「衰退という価値」を発見してゆく。

六 エンディングノート、老いの準備、弔辞

● 田口誠道『宝珠―おだやかな旅立ちのために』（青山社、二〇二一年）

行政書士でもある臨済宗の僧侶がつくった仏教用のエンディングノート。諸宗派で使用できるように特定の宗義に偏らない記述がなされている。特徴として、本

人が書き込む欄以外にも、遺された家族が書き続けるための供養（葬儀・法事）のページが用意されている。

● 武井敦司『今から始める、書き込み式遺言ノート』（桐文社、二〇〇八年）

巷にあふれるエンディングノートは任意の記述部分が多く、高齢者の方は書き込むのにかなり苦慮することが予想される。一方、本書では可能な限り選択肢を用意して、書き込みが容易になるように配慮がなされている。

● NALC編『大切な家族へ伝えたい「エンディングノート」』（角川SSC、二〇〇六年）

エンディングノートブームの火付け役的存在となったNPO法人NALCが作成したもの。エンディングノート本体とガイドブックがセットになっている。

● 朝日新聞生活グループ編『人生のエンディング―遺言書、遺品整理、終末医療から葬儀まで』（朝日新聞出版、二〇〇九年）

朝日新聞での連載をまとめたもの。遺言状の書き方、遺品整理、終末医療から葬儀まで、自分らしい最期をとげるために必要とされるさまざまな事項を網羅的に取り扱っており、巻末にはエンディングノートが付属している。

● 本田圭子監『終活ハンドブック—これだけ知っておけば安心』（PHP研究所、二〇一一年）

著者はエンディングノートや遺言書の作成ガイドなどを数多く手掛けている。本書は安心な老後の暮らし方や介護の用意、さらに人生の最期を安らかに迎えるための生前三点契約書（財産管理等の契約書）「任意後見契約書」、「尊厳死宣言書」を、ポケットサイズにまとめたもの。

● 文藝春秋編『弔辞—劇的な人生を送る言葉』（文春新書、二〇一一年）

わずか数分の間に、個人との濃密な関係が凝縮される弔辞。作家、漫画家、映画監督、政治家、スポーツ選手、コメディアンなどさまざまな分野の五〇人が述べた名弔辞を収録している。

● 嵐山光三郎『追悼の達人』（中公文庫、二〇一二年）

明治・大正・昭和の文人四九人の傑作追悼文や弔辞を通して彼らの生身の姿を浮き彫りにする。生まれた順ではなく没年順に掲載しているため、また違った文学史の側面が見えてくる。文人たちは知人の死をいかに捉え、どのように表現したのか。

七. グリーフケア、自死問題

- 高木慶子『悲しみの乗り越え方』（角川コンテナー21、二〇一一年）

著者はカトリックの信者であり、一五〇人以上を看取ってきたグリーフケアの専門家。その豊富な経験にもとづき、人間の弱さを基調とする悲しみ、喪失体験との付き合い方について述べている。

- 自死遺児編集委員会あしなが育英会編『自殺って言えなかった。』（サンマーク文庫、二〇〇五年）

自殺（自死）によって親を失った子どもたちがその胸中を正直に綴った手記集。亡くなった本当の理由を言えない、愛されていなかったのではないかという想い、SOSに気づけず止められなかった後悔などが語られている。

- 清水新二編『現代のエスプリ五〇——封印された死と自死遺族の社会的支援』（至文堂、二〇〇九年）

自死遺族のためのわかしあいと支援活動について、最新の実態・情報・今後の展

● 望をまとめたもの。「自死」という用語の扱いについても詳述されている。

● 橋爪謙一郎『お父さん、「葬式はいらない」って言わないで』（小学館101新書、二〇一〇年）

エンバーミングの専門家でもある筆者が、葬儀社の立場からグリーンフワークとしての葬儀の役割を語っている。大切な人との死別を体験した人が立ち直るための「悲しみの儀式としての葬儀」の必要性を説き、簡素化の一方をたどる葬儀の形にも警鐘を鳴らしている。

● 泉谷閑示『「普通がいい」という病―「自分を取りもどす」10講』（講談社現代新書、二〇〇六年）

精神科医である著者は、薬物による治療ではなく、内的な側面をガイドする精神療法のアプローチを主眼とする。「普通がいい」多数派であろう」というこれまでに疑うことなく信じていた常識を疑い、「自ら感じ、自ら考える生き方」を取り戻そうとの主張を、イメージ図を用いて大胆な視覚化を行うとともに、哲学・詩・小説・童話・宗教などのバラエティに富む言葉を引用しながら力説している。

八．生命倫理、その他

● 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』（PHP新書、二〇〇四年）

脳死者の臓器移植に一貫して反対し続ける著者がその問題点を徹底的に検証する。著者によれば、脳死者は臓器の摘出時に激痛を感じている可能性があり、家族の呼びかけに反応することがあり、出産もできる。脳死者の意識を感受する想像力を持つことの重要性を主張する。同著者による『自己決定権は幻想である』（洋泉社新書、二〇〇四年）は、脳死・臓器移植の問題やリビングウィル、エンディングノートなどとも深い関わりを持つ「自己決定権」というロジックの負の側面を明らかにしている。

● 森岡正博『生命観を問いなおす—エコロジーから脳死まで』（ちくま新書、一九九四年）

生命倫理やエコロジー思想に関する入門書。「欲望」をキーワードとして、我々自身の内にひそむ現代の生命と自然の問題をひもとく。『生命学をひらく—自分と向き合う「いのち」の思想』（トランスビュー、二〇〇五年）は大学や寺院で

の講演を編集したもので、終末期医療、遺伝子操作、ひきこもり、無痛文明論など著者の代表的な主張を平易な語り口で述べている。

● 中島みち『尊厳死』に尊厳はあるか—ある呼吸器外し事件から—（岩波新書、二〇〇七年）

富山県の射水市民病院で入院中の末期患者七人の人工呼吸器が取り外され死亡した事件（二〇〇六年）の実態やその後政府・医療界・メディアで論じられた尊厳死法制化や医師の免責など、尊厳死や終末期医療の問題について鋭く切り込んだ一書。

● 庄司進一『生・老・病・死を考える—五章—実践・臨床人間学入門』（朝日選書、二〇〇三年）

生老病死に関する判断を通して具体的に人間を考える「臨床人間学」を創設した筆者が行った、大学生や医療関係者を中心とする討論形式の授業を再現。

● 佐藤初女『おむすびの祈り—「森のイスキア」こころの歳時記』（集英社文庫、二〇〇五年）

青森県岩木山の山麓に「森のイスキア」という、悩みを抱えた人々の苦しみや痛

九、詩、エッセイ、漫画

● 伊藤比呂美『読み解き「般若心経」』（朝日新聞出版、二〇一〇年）

みを分かち合う場を主宰している。「面倒くさいっていうのが一番きらい」という筆者が、心を込めた料理を作り、おむすびを握って、一緒に食べ、悩みを話したくなるまで傍らに寄り添い続けてじっと耳を傾ける。「食」という日常の営みを通して「生きる」ということを見つめなおすことのできる一冊。自身はカトリックの熱心な信者で、本書に述べる「静の祈り」「動の祈り」という概念は念仏者の生活態度としても興味深い内容である。

詩人である筆者は母の介護のためアメリカと日本との往復を余儀なくされる。母の看取りだけではなく、残された父の孤独をも世話しなければならない。そのような日々の苦悩を癒すのに筆者が選んだのはお経であった。詩人らしく選び抜かれた言葉で懺悔偈、香偈、四奉請、日没無常偈、発願文、地藏和讃が現代語訳されている。詩人・石牟礼道子と対談した『死を想うーわれらも終には仏なり』

（平凡社新書、二〇〇七年）では「浄土」や「願い」をテーマとした対談が行われている。

● 茨木のり子『詩のこころを読む』（岩波ジュニア新書、一九七九年）

『寄りかからず』（ちくま文庫、二〇〇七年）などの詩集で有名な筆者が、確かな審美眼にもとづき五〇以上の珠玉の詩を選び出している。推薦された作品は、人生の周期順に「生まれて」「恋唄」「生きるじたばた」「峠」「別れ」の五編に振り分けられている。著者の言葉を借りれば「どこの国でも詩は、その国のことばの花々」という。

● 太崎善生『聖の青春』（講談社文庫、二〇〇二年）

重い腎臓病（ネフローゼ）を抱えながら、二九年という短い人生を駆け抜けた天才棋士・村山聖の伝記。師弟・家族との愛情やライバル達との友情を通じて、彼の人間性の強さや純粋さといった魅力を伝える一方、命を脅かす病の中での弱さや脆さといった人間の本性ともいえるべき側面も余すことなく描写している。

● くさか里樹『ヘルプマン！』（既刊・第一九卷（講談社）

日本は少子・高齢化問題を抱えており、将来的にヘルパーが不足するのは間違い

ない。本書は老人介護の現場を舞台にした社会派の漫画作品であり、介護保険制度から、介護施設での人権問題、介護虐待、認知症など幅広いテーマを扱い、将来への問題提起を行っている。

● 吉田秋生『海街Diary』既刊・第四巻（小学館）

鎌倉で暮らす三姉妹の元に、幼い頃に離婚して家を出て行き長い間会っていない父の計報が届き、何の感慨もわからないままに父親の葬儀に参列することに。そこで出会った中学生の異母妹・すずとの接触から物語は大きく展開する。葬儀や法事の場面での細やかな心理描写は秀逸であり、看護婦である長女・幸は終末期医療への興味を深めてゆく。

● 谷口ジロー『犬を飼う』全一卷（小学館文庫）

一五歳になる飼い犬が亡くなるまでの最後の一年間を綴った作品。痩せこけてしまつて、食べ物ものどをとらない愛犬の様子をひたすら丹念な描写で追つてゆく。人間も動物もたった一人では生きていけず、迷惑をかけずに死んでゆきたくとも実際には思うようには死ねないのである。

● こうの史代『この世界の片隅に』全三巻（双葉社）

映画化もされた代表作『夕風の街／桜の国』（全一卷、双葉社）に続いて、戦争・ヒロシマ・原爆をテーマにすえつつ、広島市近隣の軍港である呉市に住む人々の、戦時下ながらも穏やかな日々の暮らしを、当時の膨大な生活史の資料に基づいて丹念に描いた作品。かけがえのない大切な人をなくし、世界が色彩を失ってしまような絶望的な窮境から、救済・再生に向かう一步を踏み出してゆく姿が、漫画ならではの技法を用いて鮮やかに表現されている。筆者が本作品への思いを綴った「戦争を描くという事」（『平凡倶楽部』平凡社、二〇一〇年）もお勧めしたい。

● 志村志保子『女の子の食卓』既刊・第七巻（集英社）

「食べ物」をテーマにして、女の子の感情や思い出を絡ませて人生や思い出の一幕を描いたショートストーリー。人は嬉しい時も、悲しい時も、辛い時も、それでもお腹はすき、食卓を囲み、ご飯を食べて生きてゆく。当たり前前に意識もせず日々口をしている食べ物の「甘い」「苦い」「すっぱい」といった味覚は、実は私たちの記憶に深く結びついており、その細やかな感情が密度深く打ちすえられる作品。男性の方にもぜひ読書をすすめたい。

一〇・絵本

- 葉祥明『Call my name—大丈夫、そばにいるよ』（浄土宗出版、二〇〇九年）、
『For your everything—あつめず』（同、二〇一一年）、『Imagine and Voice—
あなたとともに』（同、二〇一一年）

宗祖法然上人の八〇〇年大遠忌を機縁として、絵本作家であり詩人でもある著者が『無量寿経』『観経』『阿弥陀経』の世界を絵と詩によって表現した。日常生活を生きる苦しみを癒す作品たち。

- 佐野洋子『一〇〇万回生きた猫』（講談社、一九七七年）

一匹の猫が輪廻転生を永遠に繰り返していく様を描いた作品。現代社会において「死」は当然ネガティブなものであるが、本書において猫が最期によりやく死を迎えた時、多くの読者はそれをハッピーエンドとして受け入れることができる。それは仏教、そして浄土教が厭う輪廻無窮の世界からの解脱というテーマと符合する内容といえるだろう。闘病記が嫌いという筆者が生前に残したエッセイ集

● 『死ぬ気まんまん』（光文社、二〇一一年）もおすすめしたい。

● 今岡深雪（文）／掛川晶子（絵）『ジャータカ物語』（浄土宗出版、二〇一一年）

お釈迦様の前世の因縁譚を平易な言葉でつづったもの。「大きな音」、「おしゃべりなかめ」、「ともだち」、「ほりあてた金貨」など全二話がおさめられている。大人が忘れかけた「まごころ」がつまった一冊。

● 大塚敦子『さよならエルマおばあさん』（小学館、二〇〇〇年）

ガンの告知を受けたエルマおばあさんが、家族の介護の中で死を迎えていくまでの写真をおばあさんの飼った猫の目を通して描く。死後の世界についても言及する貴重な絵本。

● マイク・セイラー（文）／ロバート・グロスマン（絵）『ぼちぼちいこか』（偕成社、一九八〇年）

主人公はいろいろな仕事に挑戦するがどれもこれも失敗。最後に発せられる言葉は「ま、ぼちぼちいこか」。あくせくしないで、ゆっくり自分をみつめてみようというメッセージが込められている。

● 西本鶏介（作）／長谷川義史（絵）『おじいちゃんのごくらくごくらく』（鈴木出

版、二〇〇六年

おじいちゃんと孫の絆を描いた作品。おじいちゃんがお風呂に入るときに言う「ごくらくごくらく」という言葉が、二人の楽しい時間とやがて訪れる死による別れの場面での重要なキーワードとなる。

● リディア・バーディック（文）／ジェイン・フリーマン（絵）『わたし大好きーひざを寄せて読む絵本』（童話屋、二〇〇六年）

アルツハイマー病、認知症、その他もの忘れの激しい人が介護者と一緒に読む絵本。並んで座って膝と膝をくっつけて、絵本を広げて一緒に声を出して読めるように工夫されている。

● アーノルド・ローベル『ふたりはきょうも』（文化出版局、一九八〇年）

がまくんとかえるくんの二匹のカエル物語。ふたりはいつも一緒に考えたり、相談したり、遊んだりしている。そんな仲良しのふたりだが、ある時、かえる君の家には「ひとりきりになりたいのです」との張り紙が。はたしてその真意は？ ひとりでいること、ふたりでいることの素晴らしさをやさしく語りかける。

● スーザン・バーレイ『わすれられないおくりもの』（評論社、一九八六年）

死を語る絵本としての定番作品。年老いたアナグマが死んで森の仲間達は悲しみに包まれるが、その思い出を語ることでアナグマが皆の心の中に生きていることを知ってゆく。

● 柳田邦男『大人が絵本に涙するとき』（平凡社、二〇〇六年）

著者は「大人こそ絵本を読もう」と呼びかけを続け、終末期にも用いることを提唱しており、本書では八〇冊のオススメ絵本を紹介。絵本はユーモア、悲しみ、思いやりなど、大事なものに深く気づかせてくれる。

● 宮入良光「絵本を利用した布教実践について―法話の序説としての「いのち」の絵本」（『教化研究』一七、二〇〇六年）

浄土宗総合研究所の現代布教班が「一般書籍の布教利用と、その利用用法について」という課題のもと、布教に有用な絵本一〇作品を四つのテーマ（①心に生きる、②自然に帰る、③いのちのつながり、④死後）に振り分け、現場での使用例を紹介している。

一・映画

● 砂田麻美監督『エンディングノート』（日本、二〇一一年）

末期がんと向き合い、最後の日まで前向きに生きようとする父とそこに寄り添う家族の姿を、実の娘が記録したドキュメンタリー映画。高度経済成長期を駆け抜けた「段取り命」の営業マンであった父が、自分の人生を総括するために「エンディングノート」を作成し、それを実行してゆくなかで家族とのふれあいと心の交流が行われてゆく。

● 瀬々敬久監督『アントキノイノチ』（日本、二〇一一年）

さだまさし原作のベストセラーを映画化。複雑な過去を持ち、心を閉ざしていた若者が、遺品整理業という特殊な仕事を通じて生と死の問題と正面から向き合い、命の重さや人と人とのつながりを知り、少しずつ再生してゆく姿が描かれている。

● 山田洋次監督『おとうと』（日本、二〇一〇年）

東京で堅実に家族と生きてきた姉と、大阪で破天荒な暮らしを続けてきた弟との

再会から別れまでを描く、笑いと涙にあふれた家族ドラマ。一方で、看取りやターミナルケアへの鋭い問題提起も行っており、看取りの舞台となった「みどりのいえ」は、台東区の山谷地区にあるホスピス「きぼうのいえ」(NPO法人きぼうのいえ)がモデル。詳しく知りたい方は、同施設長による山本雅基『山谷でホスピスやっています』(じつぴコンパクト新書、二〇一〇年)などがある。

● 西川美和監督『ディアドクター』(日本、二〇〇九年)

僻地医療ならびに高齢者医療といった現代的なテーマにも鋭く切り込んだ人間ドラマ。山あいの無医村に赴任し、村人から全幅の信頼を集めていた医師の失踪をきっかけとして、その人物像や行動をめぐる周囲の人々の心理があぶりだされてゆく。映画のキャッチコピーである「その嘘は、罪ですか」は宗教者にとっても深い問いかけを持っている。同監督による著書『きのうの神様』(ポプラ社刊、二〇一〇)や映画の医療指導を監修した太田祥一『本物』の医療者とはなにか―映画「ディア・ドクター」が教えるもの―(へるす出版、二〇〇九年)も併読をすすめたい。

● 小泉堯史監督『阿弥陀堂だより』(日本、二〇〇二年)

売れない小説家である夫とパニック障害になってしまった女医の妻が東京から故郷である信州の無医村に移り住み、自然に囲まれた暮らしの中で再生してゆく姿が描かれている。阿弥陀堂という村の死者を祀ったお堂に暮らすお婆さんが村の広報誌「阿弥陀堂だより」を連載している。

● リチャード・アッテンボロー監督『永遠の愛に生きて』（アメリカ、一九九三年）

『ナルニア国物語』などの童話作品で知られ、キリスト教研究者でもあるクライブ・ステープルス・ルイス（英国人）とその妻の詩人ジョイ・グレシヤム（米国人）という、年齢や文化も大きく異なるふたりの出会いから死別までを実話にもとづいて描いた作品。愛する者との別れは大きな喪失・悲嘆であり、その死を受け止め、それでも生きてゆくという決意が切々と表現されている。

● ドウニ・アルカン監督『みなさん、さようなら』（カナダ・フランス合作、二〇〇三年）

父の女癖の悪さから両親が離婚したため、長男は父とほとんど口をきくこともなかった。ところが突然、父が末期ガンを患っているとの知らせを聞き、母の懇願を受けて、最期のひとときを楽しく演出するためにできる限りのことをしようと

する。末期ガンのため病床に伏す偏屈な父と、それを看取る家族と友人たちとの交流をユーモアたっぷりに描いた作品。

● 秋田光彦・釈徹宗『仏教シネマ―お坊さんが読み説く映画の中の生老病死』（サンガ、二〇一一年）

映画について対談した書籍。葬儀をしない寺としても有名な浄土宗應典院の秋田光彦氏と宗教学者の浄土真宗本願寺派の釈徹宗氏が、映画を手掛かりにして、誰しもが避けることはできない生老病死、さらには葬の問題について語っている。

おわりに

本書は弊研究所の調査研究プロジェクト「往生と死への準備」の調査研究成果をまとめたものである。このプロジェクトは海外での終末期における仏教的ケアに関する調査研究である「Ojo & Death」プロジェクトを先行研究としてゐる。「Ojo & Death」プロジェクトではその研究成果として「Never Die Alone I」、「Never Die Alone II」の二冊を上梓している。この先行研究に（一）臨終に対する教学的見解、（二）日本国内の終末期における様々な問題分析、（三）日本国内における仏教ホスピス運動（ビハラ）の状況調査、（四）多数出版されているエンディングノートの分析等を加えたのが調査研究プロジェクト「往生と死への準備」である。研究期間は平成二〇年度から平成二二年度の四年であり、うち三年を調査に、最終年の一年で調査のまとめを行った。

この問題に対する個人的な関心は、檀信徒との交流の中で、最期の場面だけが抜け落ちていたという点にあった。たとえば寺院を通じた僧侶と檀信徒の付き合い方を見ると、檀信徒の方々が元気な時には寺に來られたり、あるいは僧侶が檀信徒の家にお伺いしたりしているが、病気になったり介護が必要な状態になるとだんだん行き來が少なくなる。その

うち家族から亡くなったとの知らせが届く。僧侶は人の死に関連した活動をしているのに、檀信徒の方々の臨終には関与できないのが一般的な状況である。この期間は医師、看護師、介護士が重点的に関与する期間となっているが、本当に僧侶が活動すべきことはないのでかという点に関心があつた。つまり、空白の期間の存在である。その一方で浄土教は臨終行儀のような優れた儀礼を有しており、これが空白の期間を埋める優れた方法論になるのではないかという期待があつた。このような関心から調査研究プロジェクトを立ち上げ、調査研究を進めていった。

ところで、人生の最期を如何に迎えるかは人々にとって甚だ大きな問題である。それは暮らし方や人々との付き合い方といった日常の問題から、医療や介護の在り方・付き合い方や関わり方、宗教的救済の在り方とか仏教福祉の問題とか、とにかく広範囲でかつ奥行き深い問題である。プロジェクトの開始にあたっては、この大きな問題について現代社会の問題としての切り口をもつて分析する予定であつたが、調査研究を実施していくうちに複数の大きな問題があることに気付き、単純な切り口では対応できないことが分かつた。たとえば仏教ホスピス運動（ビハール）は現存する病院では受け入れられていないのではないか。その一方、海外で終末期における瞑想を中心とする仏教的ケアに注目が集ま

っている理由は何か。臨終行儀の教学的な意味づけは出来ているのか。終活ブームとは一体どのような意味を持っているのか。エンディングノートとはどのような意味を持っているのかなどである。

このような状況の中で多くの問題が整理されないながらも、個々の問題については少しずつ研究成果が出てきたので、浄土宗教師の方々に少しでもこの問題に関心を持っていたきたく、此処に研究成果をまとめた次第である。

第一章は研究員・曾根宣雄師の担当で浄土宗における臨終の教えについてまとめた。第二章は主任研究員・今岡達雄の担当で死を巡る最近の状況についてまとめた。第三章は研究員・ジョナサン・ワッツ師の担当で海外における終末期における仏教的ケアについてまとめていただき、これを研究スタッフの小川有閑師に翻訳していただいた。第四章は研究員・戸松義晴師、研究員・宮坂直樹師の担当で国内における仏教ホスピス運動の実情について調査しまとめていただいた。第五章は研究員・東海林良昌師に多数のエンディングノートの分析をお願いしその結果をまとめていただいた。資料編は研究員・工藤量導師の担当で研究書・専門書から一般書さらに映画から漫画にいたるまで様々な資料を収集し整理してもらった。

最後に、この資料を一人でも多くの皆様に読んでいただき、活発の議論がわき上がりま
すことを念願する。

研究主務 主任研究員 今岡達雄

プロジェクト研究担当者

研究主務 ……今岡達雄

研究員 ……戸松義晴、曾根宣雄、ジヨナサン・ワッツ、宮坂直樹、東海林良昌

嘱託研究員 ……工藤量導、鍵小野和敬

研究スタッフ…小川有閑

アドバイザー…佐藤雅彦、関徳子

総研叢書 第7集

共に生き、共に往くために

— 往生と死への準備 —

平成24年3月31日 発行

編 集	浄土宗総合研究所
印 刷	株式会社共立社印刷所
発 行	浄 土 宗

浄土宗宗務庁

〒605-0062 京都市東山区林下町400-8

TEL 075-525-2200(代)

〒105-0011 東京都港区芝公園4-7-4

TEL 03-3436-3700(代)

<http://www.jodo.or.jp/>

浄土宗総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園4-7-4

TEL 03-5472-6571(代)

<http://www.jsri.jp/>

