

# ビハーラリポート

No.6  
JUNE  
1993

## CONTENTS

セミナー 吉岡尚文 秋田県の憂鬱について考える	2
報告 浄土真宗共学研修会参加報告	12
田代俊孝「脳死と臓器移植を通していのちを考える」	
BOOK REVIEW 田代俊孝編著『死そして生を考える』	17
INFORMATION	18

## ビハーラ

休養の場所、気晴らしをすること、僧院または寺院

『漢訳対照梵和大事典』

- 一、病人に供給す
- 二、病のために医薬の具を求む
- 三、病者のために看病人を求む
- 四、病者のために法を説く
- 五、余の比丘のために法を説く
- 六、法を聞いて教化す
- 七、大徳のものに供養し、恭敬するために
- 八、聖衆に供給するために
- 九、深経を読誦するがために
- 十、他に教えて深経を読ましむ

『十住毘婆沙論』卷第十六

講演

ビハーラセミナー

# 秋田の憂鬱について考える

—— なぜ死に急ぐのか ——

1993年5月17日 鷹巣町中央公民館

吉岡尚文

秋田大学医学部法医学教室教授

この報告は先日行なわれたビハーラセミナー「秋田県の憂鬱について考える なぜ死に急ぐのか」秋田大学医学部吉岡尚文教授の講義をまとめたものです。当日の講義はスライドを多用して行なわれましたが、ここでは吉岡氏の著書『秋田県の憂鬱』をもとにして要約しています。

**秋田県は自殺率全国第一位** 下の表は全国的にみた、過去9年間の自殺率の高い都道府県を「国民衛生の動向」および秋田県庁からの資料によりピックアップしたものである。秋田県の自殺率は、ワースト1か2であり、1987年以降はワースト1である。

**男性に多い自殺者** 各年の自殺者の実数は図に示す通りである。統計を取り始めた1983年が9年間で一番多い。その後1987年も443名と高い数値を示したが、以後は年々減少し、昨年は1983年よりも100人少ない335名である。この図から見ると、女性の自殺者に大きな変動はないが、男性の自殺者に凸凹がありこれが全体の自殺者数の多少に影響を及ぼしているようである。

**気候の好い時期に自殺が多い** 9年間の自殺者を月別に分類したものである。農繁期と農閑期が関係するという人もいるが、12, 1, 2月といった寒い時期に少なく、雪が解けて花が咲き、しのぎ易い気候、すなわち4, 5, 6月になると多いのはどうしてであろうか。

**地域別に見ると** 所轄警察署別の9年間の自殺者をグラフに示した。白抜きの棒グラフは、その地域の人口をもとに算出した自殺率の平均である。白抜きの棒グラフが他界のは自殺率が高いということでその意味するところは判ると思われる。自殺率を計算すると、その数値が40以上の高い所轄署は順に矢島、角館、本荘である。逆に自殺率が30以下と低いのは、秋田・臨港に次いで大館、横手、象潟の順である。

**五十代以上に多い自殺者** 下の円グラフは9年間の自殺者を各年齢層に分類し、百分率でみたものである。男女全体では、20才未満が非常に少なく、年齢が進むにつれて円弧が大きくなり、50歳代が最大となる。その後、多少は減るが60歳代、70歳代も比較的多いことがわかる。男性では50歳代が多く約25%を占め、次いで40歳代が20%を占めている。女性に比べ30歳代、40歳代の比率の多い点が特徴である。一方、女性では70歳代が20%を占め、80歳代でも約15%である。60歳以上が女性の全自殺者の半数以上である。

**率でみると高齢者の自殺率が高い** 統計を取り始めた1983年と、昨年(1991年)の各年齢層の自殺率を男女別にみた折線グラフである。自殺率としてみると、男女とも80歳代以上が一番高く、次いで70歳代である。女性では両年ともほぼ並んで変化しているが、男性では両年の間では、40歳代と50歳代とで大きな差がある。男性の1983年の折線の推移は他の年と略同様であるが、1991年はいつもの年と異なる推移を示し、今後の傾向を意味しているのかもしれない。このグラフからいえることは、自殺率においても男性は女性よりも60歳代までは高値であるが、70才以上になると男女差はなくなるということである。

**65歳以上の自殺率** 年齢が65才以上になると高齢者の対象となるわけであるが、高齢者のみをピックアップして各年の自殺率を求めたのがこの図である。1985年の男性で100を越えているが、それ以外の年は自殺率60～90の間にある。男女とも60歳を過ぎたあたりから、何等かの対応をせねばならないのかもしれない。

### **なぜ65歳以上に自殺者が多いのか**

各年毎に、65歳以上の高齢者が自殺者全体の何%を占めているのかを下のグラフで見ると前述の説明が判り易いと思われる。9年分について、65歳以上の自殺率の高い地域を見ると、矢島，本荘，大曲，横手などで、低いのは、秋田，大館，鷹巣，湯沢などである。このことは、過疎、高齢化、農業依存といった共通基盤のほかに、その地域の習慣、経済、社会構造などに関連がありはしないだろうか。

### **自殺の背景**

自殺の動機・背景は非常に知りたい事である。これが判然とすれば防止対策には大いに役立つのであるが、実際のところ正確に把握することは困難である。遺書を残している場合もあるが、大部分は家族から死者の健康状態、借金の有無、家庭内の状況などの聴取を参考にして、係官によって判断されている。したがって、本来の動機、背景が隠されていたり、異なっていることもあろう。また動機が単一でない場合もあると思われる。

**病の苦しみ** 65歳以上では病苦の割合が男女ともかなり多くなっており、更に、厭・孤独感も多くなっている点が高齢者群の特徴といえるようである。しかし、真に病苦が自殺の動機となっているかどうかは、調書に記載されている入院・通院状況の内容を見るとそのまま受け入れ難い部分があることを強調しておきたい。

年齢を更に細かく刻んで自殺の動機・背景を調べてみると、表のようになる。その年齢層によってかなり異なっており、20歳代、30歳代は精神障害に起因した自殺が1位である。40歳代は借金等経済的要因がトップであり、いわゆる病苦が1位となるのは50歳代になってからである。このように自殺の動機・背景はその年齢、性別によって違いがあり、一律に論じる事はできない側面を有していることは事実である。しかしこのことが逆に、その年齢層を考慮した何らかの対応で、自殺を減少させる部分を有していることも事実である。

## **自殺者の入院・通院状況**

自殺の背景を見ると、年齢が進むにつれ、病苦である割合が高くなっていった。そこで、入院・通院状況の記載のあったものを分類したのがこのグラフである。この様な医療機関とのかかわりの中での自殺には、医療スタッフも関心を持つべきで、医師や看護婦の患者への接しかたで減少させることは出来ないだろうか。近年、医療側は、クオリティーオブライフに代表されるように、医者自身を含めた医の倫理面に目をむけ始めたので、患者への接し方も以前とは変わりつつある。このような状況の変化が、好影響を及ぼしてくれれば幸いである。

## **自殺防止のために**

高齢者のいわゆる病苦による自殺は、今回のまとめをやっていて、もっと防げるのではないだろうかと感じている。というのは、これまで誰もが指摘しているように、老人の自殺で病苦が真の動機であったものは非常に少なく、病気になったことから派生する様々な心理的、感情的な要因が重要なウェイトを占めているからであり、現にデータをまとめてその様な印象を持った。医療機関側の親身な対応、病状の丁寧な説明、家族の思いやりのある言動、経済的不安の除去など、病気になって弱気となり、動揺し、不安を抱いている状況を取り外してやらなければならない。このことで自殺者が一人でも二人でも減るならばすぐにでも実践すべきである。

# 質疑応答

吉岡先生のお話の後、セミナー参加者からいただいた質疑応答をここに抄録しました。

## **家族構成と自殺**

**柴田寛彦氏（医師・僧侶）**

3つ質問をさせていただきたいと思います。先程のお話の中で家族構成の

お話があったんですが、それと自殺者のことを会わせて考えた場合に、例えば大家族の場合は自殺率が低いとか、夫婦二人きりの方が自殺率が高いとか、家族構成と自殺率を結び付けた



データがあるかどうかということが第1点です。

**吉岡** これについては有りません。作業に大変な労力が必要で、同居か同居かという点までしか割り出せないんですね。

### なぜ秋田なのか

**柴田** 第2点はなぜ秋田なのかということ。なぜ秋田が自殺率が全国で一番高いのかということについて先生の現時点でのお考えをお聞かせ願いたいと思います。

**吉岡** これは非常に難しく、また大事な点な訳です。データをまとめている段階では、まとめ上げれば何か特徴が出てくるだろうと思っていたんですが、実際にまとめ上げてみると、こういうわけで秋田が多いというのが見出だせなかったんです。現在はその背景について、各方面の方にお集まりいただいて考えてみるという活動をしております。

### 娯楽の必要性

**柴田** 3番目としまして、一昨日日たまたま講演を聞いておりましたら、こういう例え話をしていたんです。筑波学園都市は学者さん達の町で、研究機関の施設ばかりで、娯楽施設は必要無いだろうということで町が作られた。ところが、たくさん自殺者が出た。そこで、真面目一方でもいけないだろうということで、喫茶店を初めとして娯楽施設をつくったら、自殺者が減ったという話なんです。今先生のお話を伺いながら、この話とからめあわ

せて考えてみますと、秋田は全国的にも田舎ですし、普段の憂さを晴らす娯楽施設も少ない、そういったことが自殺と結び付くのかなと考えてみたんですけれども。

**吉岡** 身近なところで気楽にやれる娯楽というのは重要だと思います。しかし例えば岩手県、新潟県が秋田について自殺率が高いわけですが、どちらも新幹線が通っているし高速道路もあるんですが、文化度が上がって立派な文化施設を作ったとしても、それで恩恵を受けるのはごく一握りの人ではないかという感じを持っています。

**柴田** 高齢者向けの娯楽というのが必要で、行政というのは娯楽というのは苦手な部類で、行政とは別な形で考えていかなくてはならないと思います。どうもありがとうございました。

### 生きがいの大切さ

#### 新川孝道氏（僧侶）

先生が『秋田の憂鬱』という小冊子を発行されて、自殺率全国トップという汚名をなんとか晴らしたいと呼び掛けられまして、4月に先生の法医学教室で第一回目の会合がありました。これが御縁となりまして、ビハーラとしても是非先生にお越し願いたいということになりました。こういった有志の集まりとの連携が必要ではないかと思えます。日本の仏教は葬式仏教だと批判的に言われながら、現実生きるための宗教として仏教を学ぶ人が少ないんです。檀家の方々は100%お葬式と先祖を祭ってもらいたい。これが日本の仏教の現実なんです。秋田では特に

高齢者の自殺が多いという中で、高齢者が生きがいというものを求めているながらゲートボールとか俳句とかといった趣味の段階で終わっているんですよ。私がよく提案しているのは、我が家の宗教について、生きる拠り所として勉強してほしいということと、子孫のために家計図を作って、縦横の人間関係を伝えてほしいということなんです。こういうことが一つの生きがいを与えることに繋がっていくのではないかと思っているんです。

### 苦しみに耐える力を

佐藤俊晃氏（僧侶）

病気、経済、また対人関係の苦しみでも、同じ「苦しみ」という圧力がどの人にもあったとして、それに耐え切れるか耐え切れないかというのが死を選ぶか生きていこうとするかの違いだと感じたんですが、1つには圧力を減らすという対策と、もう1つには圧力に耐えていくという対策とがあると思うんですが、その辺で何かお話していただきたいんですが。

吉岡 自殺につながる苦しみという圧力なり刺激なりは瞬間的なものではないと思うんですね。持続的な圧力にある日突然抗し切れなくなるというのが実情じゃないかと思います。圧力を除去する事は重要なんですが、それが除去できないときそれに抗しきれぬ精神力をどう養ってもらえばいいかということなんですね。励ましが必要な場合もあるだろうし、話を聞くこと、相談にのるといったことが必要な場合もあるだろうと思うんですが、そういう環

境の整備が秋田の場合遅れていると思います。したがって気軽に相談したり悩みを打ち明けられるという環境を整えることが重要だと思います。でも、それによって自殺者がいなくなるかというところではない。それと平行して、若いときから自分の老後の状況を把握して対処できるという精神力を持つことが、併せて必要だと思います。それを誰がやればいいのかということになると皆さんのような方々だと思います。そういう風潮が日本の社会に欠如していたんだと思うんですね。

### 「生きがい」を支える連携を

奈良正人氏（医師）

私も病苦が自殺の直接の原因ではないだろうと思います。というのは病気を苦にして死ぬのではなく、病苦に対して自分が絶えられなくなる病気になるんだと考えられます。精神科領域の病気になるのですが、秋田ばかりでなく精神科に気軽にいけない部分があるんじゃないかと思うんです。それが都会よりは田舎のほうが人の動きが良く分かるということがあって、余計に行きにくくしているんじゃないかと思うんです。

それから、現在の保険医療体制の中で、精神的な領域まで含めて診療することは不可能だと思われます。また病気に関しては、ある程度の年配になったときいかに病気と共存するかというような話をできるだけするようにしているんですが、なかなか患者さんが理解してくれないという問題があるんです。むしろ、自分の体を正しく理解し

ながら、病気があればそれといかにいい状態で人生を全うするかというような教育が必要なんじゃないかと思いません。やはり亡くなった人の宗教ではなく生きている人にとっての宗教が必要だろうと考えます。私は寿命を決めるのは神様だと思いますが、どう生きるかを決めるのは人間だと考えています。それをお手伝いするのが医療機関であり宗教だと思うんです。そういう意味でもっと連携が必要だと思います。

### 在宅ケアのポイント

千葉文吉氏（町議）

鷹巣町は福祉の町作りをテーマにしています。一人暮らしよりは家族と同居している場合の自殺率が高いというお話だったんですが、今町では在宅ケアをやっていこうという方針なんです。そうすると、同居者の率が多いという問題は、自殺者自身の問題に焦点を合わせるのか、同居者との関わりを問題にするのかということが、今後の対策を立てる場合重要だし、私たちの在宅ケアの町作りを考える場合のポイントになるのではないかと考えるのですが、今までの考察の中で、同居者がどのような関わりで自殺に繋がるのかという点をお聞きしたいのですが。

吉岡氏 現実に同居者の自殺が起きているわけですが、何らかの家族間のしがらみなり、自分だけが疎外されているという考え方に落ち込んでくるきっかけを作る何かが、同居者の中にあるのだろうと思うわけです。しかし、福祉行政の方がその家庭の中に

入っていったうまく聞き出せるだろうかというのも、大きな問題だと思うわけですね。恐らく家族の方の世間体が第三者の立ち入りを拒否すると思うんです。もう一つ、自分の持っていた主導権が移行してしまうということも本人にとっては大きな精神的負担になっているということも聞いています。具体的にいえば、お婆さんからお嫁さんに家庭の主導権が移ってしまう事による疎外感がきっかけになっているということです。あと、独居のほうに目を向けて欲しいのは、独居になってから1年目、2年目の時が自殺率が高いということですね。この点に福祉の方は目を向けて欲しいということですね。

### 退院しても帰るところがない

田村豊一氏（医師）

私も同居者のほうが自殺者が多いということを聞いて気付いたんですが、嫁姑の関係がうまくいっていないという状況の中で起こってくるんじゃないでしょうか。老人病棟を長く見ますと、最近退院するときに帰り先がなくなっているということがあるんですよ。同居していたのに受け入れ先がなくなって、施設にいれる家族が多いんです。共稼ぎをしているとかという問題もあるんでしょうけれども、一緒に同居できないような社会状況になってきているということが最近多いんです。そういうことで悲観的になって自殺するというようなことも気付いたので、検討していただければと思います。（了）

報告

浄土真宗共学研修会

# 脳死と臓器移植を通して 「いのち」を考える

田代俊孝氏の講義に参加して

ビハラ編集部

さる6月14日、能代市にある浄土真宗奥羽教務所にて浄土真宗共学研修会が開催されました。ビハラ会員、真宗僧侶今井氏のお誘いによりビハラ事務局より曹洞宗僧侶も三名程参加させていただきました。テーマは「脳死と臓器移植を通していのちを考える」。講師は同朋大学教授、田代俊孝氏。同氏は全国でも先駆的なビハラ活動推進者の一人です。以下は当日の資料とノートをもとに編集部の感想の一端を報告するものです。

講義の内容は最近の脳死、臓器移植に関わる医学者、仏教学者の見解から、親鸞や良寛の生死観にいたるまで多岐にわたりましたがここでは「尊厳死」に関する田代先生の考えを報告します。

## 「尊厳死」の捉え方

昨今話題になっている「尊厳死」について田代先生は次の新聞記事をまず紹介された。

中日新聞 1993年5月24日付  
「尊厳死を考えよう」

拙稿「尊厳死を考えよう」（2月15日付）に対する反響の大きさには驚い

た。日本尊厳死協会への入会手続き問い合わせは数百件に及んだ。同協会からは「趣旨広報」を多として感謝の手紙を頂いた。記者冥利に尽きる思いである。

### 臨終の問題避ける風潮

多くの感想文が筆者に寄せられたが、そのいずれもが、人間として苦痛なく、清明な意識を持ち、近親者に金銭面と労力面の負担を欠けずに自然な形で天命を全うしたいとの、真摯な思いに満ちあふれていた。どのように死

ぬかは詰まるところ、どのように生きるかの完結である。多くの方が、人口心肺と点滴によるチューブ漬けで“生かされる”末期医療の在り方に疑問を抱かれているのに、医療の側は適切に対応しているのだろうか。

日本の社会環境には、臨終の問題を公然と論じるのを避ける風潮がある。読者からの感想文に次のようなものがあった。

「昭和天皇が御臨終近くになり、下血と輸血を繰り返されていたとき、庶民は“最後までお苦しみになって、お気の毒に”と感じていた。しかし、その思いはマスコミには表面化しなかった」

確かに、日本最高の技術を持つ医療チームによる昭和天皇に対する末期医療を公然と批判する声はなかった。国民が真に願ったのは、心身ともに、お元気で長生きしていただきたいのであり、決して植物人間状態での延命を臨んだのではなかった、科学者の昭和天皇御自身の意思にも添わなかったのではないだろうか。

しかし、庶民の間にいかなる思いがあろうとも、「天皇に安らかな死を」との主張は事実上タブーだった。結果的に、寿命を縮めることに賛成すると受け取られかねないからだ。複雑な思いのかけで、死ぬものの苦しみが忘れられた。昭和天皇の死が尊厳ある臨終だったと断言できるだろうか。

### 世間体考え家族は反対

一般の家庭でも状況は似たようなものだ。そこに、尊厳死問題の微妙な難しさがある。「自分は尊厳死協会に入

会したいのだが、家族が反対する。家族に内緒で入会できないか」との要請が日本尊厳死協会にあるそうだ。以前は協会名が入らない封筒で通信していたが、検討の結果いまは中止している。事務手続きに無理があるのと、尊厳死宣言の趣旨からも、家族に告知しない宣言は不自然と考えたからだ。

本人は尊厳死を願うのに、なぜ家族が反対するのか。家族の言い分は、老人を尊厳死協会の会員にすると、親類、縁者から、最期まで手を尽くしてみとる用意がないのだ、と非難されるからだという。ムラ社会日本ならではの反対理由だが、尊厳死を臨むものが、家族の“形作り”の犠牲になるのは不当なことだ。

実際に尊厳死宣言はどの程度活用されているのか。日本尊厳死協会の追跡調査によると、会員の死亡原因の五十二%がガンであり、ほとんどが「リビング・ウィル」（尊厳死宣言書）を医療機関に提示することで、苦痛を緩和してもらいながら死を迎えたことが判明した。ガン以外の病気では提示の必要もなく死亡した例が多かったという。ガンと尊厳死は切り離しえない関係にあるとの結果が出ている。

最近、老母（八十四）の入院で体験したことだが、老人医療には家族に対する「インフォームド・コンセント」（医療行為の説明と同意）が、かなりの程度行なわれているようだ。本人への病状告知も相談を受けた。医者が知りたいのは、ある程度の危険と苦痛を覚悟しても手術での完治を望むのか、それとも天寿を予期したうえでの穏健

な治療行為のいずれを選択するかについて、患者と家族がどのように考えているだ。「御老人の場合は難しいのです」と医者が悩んでいたが、聞かれたほうも明確には答えにくい問題だ。その場合でも、尊厳死宣言は一つの指標になりうると思う。

### 死を自ら選択する時代

漫画家の長谷川町子さんは生前「七十歳過ぎたら、入院しない、手術しない、葬式しない」と宣言、その通りにしてなくなった。徹底して自然死だった。随筆家の佐藤慶女さんが著書『女六十代、老いと生死のつきあい方』（講談社）の中で、死を受容してがんと共生しながら最期まで学者として生き抜いた阿部幸子・岡山大学教授（昨年十二月死去）の感動的な闘病生活を紹介している。まさに「生死一如」の理想的な尊厳死だと思った。

何人も誕生は自らの意思ではなしえないが、いかに死ぬかは自らの意思で選択する時代が来ているのだ。

（編集委員）

## 「尊厳死」への批判的視点

さて、以上の新聞記事を紹介したうえで田代先生は「尊厳死」を安易に肯定する風潮に対し次のように自身の見解を示された。

最近の安楽死・尊厳死の  
記事に思う

中日新聞2月5日付朝刊、および5月

24日付朝刊の『視点』「尊厳死を考えよう」および「同」（編集委員林茂雄氏の署名記事）を読み、タブーになりがちな死の問題を改めて考えさせられた。その意味では意義のあるものであった。

そしてその論調のごとく「人口心肺と点滴によってチューブ漬けで“生かされる”末期医療の在り方に疑問を抱いているのは筆者も同じである。また癌末期に、「リビング・ウィル」の証書を提示して、苦痛を緩和してもらいながら死にたいというのも良くわかる。もっとも、後者のように、死が切迫していて、苦痛を除去するために、本人の同意を得て、モルヒネなどを投与し、結果的に死を早めるのを「消極的安楽死」と呼んでいる。

しかし、そこには大きな問題と落とし穴がある。林氏の論調のように尊厳死協会から感謝の手紙をもらうほど一方的にそれを推奨するのもやはり問題がある。かつて、大阪で日本安楽死協会（日本尊厳死協会の前身）が開いた同様の趣旨の後援会に障害者の人達が抗議したことがあったということを筆者は記憶している。新聞が公に訴え、市民ひとりひとりの問題意識を喚起させるものである以上、むしろ、社会的弱者の立場にたった指摘をもして読者に考えさせてほしかった。

### 尊厳死問題の落とし穴

さてその逆の立場にたって述べてみたい。1978年11月、当時安楽死法案が衆議院法務委員会で審議されていた。

その折、作家の野間宏氏を世話人代表に、水上勉氏らが「安楽死法制化を阻止する会」を結成し、次のような内容の声明を出した。翌年、3月野間宏氏は、同法務委員会に出席し、ここでもこのことを述べた。その要点は、

(1) このような動き（安楽死肯定）は明らかに、医療現場での治療や看護の意欲を阻害し、患者やその家族の闘病の気力を奪うばかりか、生命を絶対的に尊重しようとする広汎な人々の思いを減退させている。

(2) 安楽死には、疑問が多すぎる。真に逝く人のためを考えてというよりも、生き残る周囲のための「安楽死」である場合が多いのではないか。強い立場の人々の満足のために、弱い立場の生命が奪われているのではないか。生きたいという人間の意思と願いを、気がねなく全うできる社会体制が不備のまま「安楽死」を肯定することは、實際上、病人や老人に「死ね」と圧力を加えることにならないか。

といった点である。もちろん、それから、15年を過ぎ、社会状況も変わったともいえよう。しかし、もう一度このことは確認して議論をする必要がある。ましてや、最近の「尊厳死」論は、尊厳死の域を越え、苦痛を除くために死を選ぶという「安楽死」に近い。

ただ、苦痛を除くという理由だけの安楽死が許されるものではない。安楽死を願うという必要のない医療、つまり、苦痛を除去すること、あるいは、気がねなく医療を受けられる医療環境

づくりなどの努力をすべきであろう。本来、医療の不備から生じた苦悩を患者の安楽死で解決していこうとする考え方は、あまりにも短絡的で医療の発展という観点から見てもマイナスである。

人は病床に伏して「役に立たない」「まにあわない」という空しさと焦りのなかで「死にたい」と思うこともある。しかし、それは、周囲への配慮と生きることの意味を見失ったものが「死なねばならない」ということからそういうのである。これまた、自他双方が人間を合理主義の目で測り、「役に立つ、立たない」という価値観を絶対化することと、社会的弱者に充足感を与えることの出来ない社会福祉の不備からそう思わせるのである。そこに、「価値なき生命の毀滅」（ナチスドイツ）ないしは、「死なねばならない」という形での死の強制に陥るといふ危険性があるのである。それが自己決定、つまりリビング・ウィルによるとしても、それが「死なねばならない」「死んだほうがましだ」という形で作られたものであるならば、やはり問題が残る。

たとえば、筆者達の行なっている『老いと病のための心の相談室』の相談ボランティアが事例カンファレンスのなかで、

「寝たきりのおばあちゃんが『死にたい、死にたい』という。初めは周囲の気を引きつけるために言っているのだと思っていた。ところがよく話を聞くと、『寝たきりの私はちっとも間に

合わない、役に立たない。生きる意味はどこにもない。息子からは邪魔もの扱いにされ、息子の嫁からも鬱陶しい目でみられる。最近孫からも馬鹿にされるんですよ。もう死んだほうがましだ』と言われる。どう対応したらいいでしょうか。」

と問題提起をしてくれた。本当は生きていたい。しかし、社会的弱者が「死なねばならない」というような社会こそが問題なのである。安楽死、尊厳死、リビング・ウィルの裏にはこんな問題が隠されているのである。それ

ゆえ、安楽死と尊厳死を区別して考えようとされてきたのである。尊厳死はどこまでも、脳死や回復不可能な長期の植物状態など、人としての尊厳を損なっている場合として

しかし、果たして区別がつくであろうか。たとえ、ついたとしても実際には、中日新聞の「視点」もそうであったように混同されているのである。肯定的論調の目立つ昨今、「視点」なればこそ、一方的な論議でなく、より深い視点から、このような立場にも触れて読者に考えさせてほしい。

---

## 「生も不如意。死も不如意」

田代先生のお話しは、死にたいする最近の風潮、それはたとえば「上手な死に方」などという言葉があるように、「死」を演出可能なものとして語りつつある世相に対し、一石を投ずる意図を持っておられたように聞いた。

それが尊厳死問題全般に関わる批判でないとは先生自身の牽制にもあるとおり、このことをもって尊厳死そのものが非難されるものではないだろう。ただし講義の中で言われた「生も不如意。死も不如意」という言葉が心に残った。

脳死や、臓器移植など近年かまびすしい論議に気を取られているうちに本当は仏教の立場から言えば最初から「生死は意のままにならぬ、無常のもの」という仏教の大前提を忘れていたような気がする。私達の活動はまずその確認が基礎になっていなければならないのだと再認識した。

なお講義は真宗僧侶の方々初め、とくに一般の門徒の皆さんが参加者の半数を占め熱心に質疑を繰り返していたのが印象的でした。



# Book Review

市民のためのビハラー

## 死そして 生を考える

田代俊孝編

同朋舎

定価1800円

本書は、死そして生を考える研究会（ビハラー研究会）が行なった講演をまとめたものに、編者の一稿を加えたものである。

ここに登場している11人の講演者は、大学の学長から開業医、看護婦、元刑務官、仏教学者、キリスト教の牧師そしてガンを告知された主婦と様々だ。各々その立場や体験を通しての生死観が展開されている。はじめに、田代俊孝氏は「死をタブー視し拒否している点を考え直していかなければならない」「命—生命というものを我々は私有化しています」

この私有できないものを私有化しようとするところに「妄想と現実との歪み、人間の死にたいする苦悩というものが出てくる」として、その死の問題を解決した向こうに私達の本当に願っている生があるという。

真宗学者の池田勇諦氏は「釈迦は死

というものを厳しく説いた、決して死というものを問題にしたのではない」しかし量的な命のみ求めるなら「死んでも命がありますように」これは「どう死ぬか」ということよりただ生きていたいという執着があるだけで、そこには「命の質」を問うことが欠けていると指摘する。とりわけ、本書で関心を持ったのは、元刑務官であった瀬邊信恵氏の死刑囚の生と死であった。

死刑制度をめぐる議論が活発化している今日にあって、19名の死刑執行にあたってきた氏の言葉は一般論的な死刑はいしの是非を越えて新たな視座を与えてくれる。

また最近、立花隆氏やマスコミ、TVでとりあげられ話題を集めた臨死体験を問題にした畝部俊英氏の臨死体験と仏教も興味深いものがある。臨死体験を科学的に研究した、Eキューブラーロスやレイモンド、ムーデーの立場と仏教を照らし合わせつつ臨死体験を「俱舎論」でいうところの中有（死と次の生との中間の存在）として理解している。更に真宗の了解を加え中有を生死輪廻の考えとは異なるもので、宗教者と医者という背景の違いによるものだろう。「太陽と死は直視することが出来ない」とゲーテはいつている。少し古い言い回しになるが、生と死の主体性を確立するアプローチとして本書は積極的な時間を与えてくれるだろう。

N. I

## INFORMATION

### ビハラー試写会

6月29日(火)午後6時 鷹巣町広域交流センター

映画「病院で死ぬということ」市川準監督 出演 岸部一徳他

リポート4号で書評にて紹介しました『病院で死ぬということ』が映画化されました。9月には能代山本、北秋田一円でビハラーによる自主上映会を展開しようと考えています。会員の皆さんに試写会御案内したところ約50の方が参加してくれました。9月にはまた宜しく御協力願います。

### 長岡西病院ビハラー病棟見学

7月13日～14日

全国に先駆けて開設された仏教ホスピスの理念に基づく新潟県は長岡西病院のビハラー病棟を見学してまいります。6月末現在、十数名の参加予定ですが、いずれ見学の報告をリポート誌上などで行ないたく予定しています。

### 次回ビハラーセミナー

7月22日(木)午後7時 鷹巣阿仁広域交流センター

## ターミナルケアを考える キリスト教の立場から

### キリスト教牧師・秋田大学医学部特別講師小助川次雄

県内においてはやくからターミナルケアの実践に取り組まれている、終末期医療に関わる第一人者です。キリスト教と仏教という違いはありますが、生の終わりを迎えようとする患者さんにどのように心の面で接してゆくのか、体験と理論を踏まえた貴重なお話しになることでしょう。

入場無料です。どうぞ御参加下さい。

どうして秋田県に自殺が多いのか。この間については吉岡先生御自身もまだ明確な答えが見いだせないとのこと。けれどもそれを環境のせいだと責任を回避せず、生き死には自分の責任、いや生きていくことこそが自分の責任と受けとめなければ、と思うのはその当事者にとっては酷なことでしょうか。

田代先生のお話しで気づかされたことですが、死を語り、生を語ることがブームとしてではなく本当の意味で自身の大切な問題として考えて行かねばならないと思う。

生や死を真面目に考えるということは大切なことだけれども、なかなか普段の生活の中

ではそれを語り合うムードではない。でもここに来れば普段見失いがちなそんな問題を改めて考えることが出来る。ビハラーセミナーはそんな場所であって欲しいと思います。

#### ビハラーリポート

第6号 1993年6月30日発行

ビハラーリポート発行所

ビハラー代表 兼能代山本地区事務局

藤里町月宗寺内 袴田俊英 0185-79-2468

大館地区事務局 越姓玄悦 0186-49-6957

森吉地区事務局 奥山亮修 0186-72-4143

阿仁地区事務局 今井典夫 0186-82-2418

鷹巣地区事務局 佐藤俊晃 0186-66-2032