

大特集 理想の逝き方を探る

僧侶が認知症患者を見送つて

浄土真宗本願寺派
如来寺住職
釋徹宗



グループホームで学んだ
「上手な迷惑」のかけ方

見送つて



(286)

BUNGEISHUNJU 2017.3

「終活」が定着し、人生の終わりについて考えることが、タブーではなくなっています。

人々は古より理想の死に方をまとめた「往生伝」を編んだり、臨終儀を行ったり、死と向き合ってきました。自らの幕引きを自分が望む形にしたいというのは、時代を問わず誰しもが持つ願望なのでしょう。

そして今、死をめぐる議論では、安楽死や尊厳死を選択肢にしたいと定員は九人で、スタッフは近所に住む人たちが中心です。大きな改築などはしませんでした。あくまでも普通の住環境で生活をしてもらいたかったのです。部屋の中の段差はそのままですし、玄関もそのまま。しかも開け放しにしていますから、自由に庭にも出てもらえる。交通量も少ない田舎ですので、門を開けたままにする日もあります。

認知症と言えば、徘徊というイメージを私も持っていましたけれど、自由に動けるようにしていると、逆徘徊はなくなったりします。

私やスタッフたちが心がけたのは、いかに普通の生活のまま過ごし

考える人も多くなっていると感じています。

私はこれまで、この種の議論には強い関心を持ってきました。宗教者は今を生きる人々と共に、来世との境界線の課題に取り組む役割を担っています。

加えて私は、認知症高齢者のグループホーム「mutsumi-an」(大阪府池田市)を運営し、地域社会の中で、高齢者との接点を増やす活動を続け

てもらうかでした。病院のように完璧アフリードもないし、素人たちの集まりだから普通の生活の延長線上で人を見取ることができるホームになっている、と自負しています。

ある高齢者の最期はとても印象的でした。延命治療をせず、在宅のまま死を迎えることを選択されたのですが、いつも「腰が痛いよ」とかいながら傍目にも元気に見える方でした。次第に痩せてていき、だんだん痛みを訴えることがなくなってきた。痛みを感じる能力自体も低下していくのでしよう。

その日も居間に座って、ほかの入居者やスタッフがワイワイ話をしている姿をじっと眺めていた。とても穏やかな表情でした。スタッフが「そろそろベッドに戻りますか?」と聞くと「うん」と答えた。そのままベッドに横になつてもらつて、そ

てきました。今では、施設の中で高齢者を看取るケースも増え、生と死について現場から考えることも多くなってきました。

今回は自分自身の体験を交えつつ、現代人にとってよりよい死の迎え方とは何かを考えていきたいと思います。

私のお寺の檀家で、植木職人だった方の一軒家を借りて「mutsumi-an」を開いたのは二〇〇三年のことです

延命治療主義の問題点

このように、施設での自然死の取り組みや、在宅でのホスピスケアなどに、これから終末期のあり方のモデルがあると思われます。

昨今の日本人は極端な延命治療主義に陥っています。ある世代の医師は、あらゆる薬を患者に投与して死んでいくともらうことなどが当たり前だと考えている。数日の延命のために大量の薬を投与することが常態化しているのです。果たしてそれが、人間にとって健全なことなのでしょうか。

先日スタッフから興味深い話を聞きました。知り合いのひとり暮らしのおばあさんは、家の玄関に「自分が倒れていても救急車を呼ばないで

ほしい」と貼紙をしているそうです。延命治療は望まない、自宅でそのまま死にたいというささやかな願望です。意思表示をしておかないと、望まない状態に長くおかかる可能性があるわけです。

このおばあさんが恐れているように、いつたん延命治療を始めてしまうと、もはや簡単に止めることはできません。スイッチを切つたり、管を抜いたりしてしまうと殺人になってしまいます。

延命治療は、死への感覚を鈍らせていると教えてくれたのは、施設のかかりつけの医師です。彼は地域の医院の元院長で、子息に代を譲り比較的時間を自由に使える立場です。

何より驚いたのは、弱り始めた高齢者を見て、「明日くらいかな」とか「あと二週間ぐらい」と大まかな寿命を言い当てるのです。彼に言わせると「若い医師ならば、わからな

いかもしれない」とのこと。延命治療が今ほど盛んではなく、自宅で人が亡くなる方が多かった時代を知っているから経験的にわかるのでします。

枯れ木のように亡くなる

人間は最末期になると飲んだり食べたりすることが困難になってします。消化する力もなくなり、栄養が摂取できなくなり、体液の循環も衰える。そして、枯れ木のように自然と亡くなるのです。

しばしば指摘されることですが、昨今のご遺体は大変重くなっています。これは私も実感することがあります。最後の最後まで、点滴などの栄養を与え続けたためにそのようになっているのでしょうか。しかし、昔のお棺はもっと軽かった。老いて栄養が取れなくなるという自然の流れ

くなるのは、残酷だ」といった意見も出たのです。ここ数十年、「具合が悪くなれば入院して、できる限りの措置をするのが当然」という前提となっていますからね。

しかし、この前提は変化しつつある。考えてみれば、近代成長期では、死は医療の敗北であり、社会から死が隠ぺいされたところがあります。森田芳光監督の『家族ゲーム』（一九八三年）に、印象的なシーンがあります。ある登場人物が、住まいである団地のエレベーターに棺桶が入らない、と話をするシーンが出てきます。生き物は必ず死ぬことがわかっていないながら、目の前の死を前提としない形で住宅が作られるようになつたのです。

かつての地域共同体が根強い頃には、もとと他者の死や葬儀は身近なものでした。個人の自己決定ではなく地域の様式があつたのです。

に背くから体に負担を与える、苦しみを増やしているように思えます。過剰な延命治療の反動からか、在宅自然死を望む人も出てきました。それがいいとか悪いといった話ではなく、私たちは死に関する自己決定が求められる社会に生きているということです。ある意味、死生観の転換期を迎えているとも言えそうですね。実際、私たちのグループホームでも、開設初期は、「在宅での看取り」に違和感をもつスタッフがありました。

最初の入居者の死は突然でした。その方の様子を見て、調子が悪いのかなと感じる間もなく、容体が悪化しぐるープホームの中でお亡くなりになつたのです。この事態にスタッフは二分されました。一方では在宅での自然死を受け入れる人がいて、他方では「病院に搬送しないで亡くなつたのはかわいそうだ」「家で亡

しかし、老いや病気や死が病院に囲い込まれることになり、老病死との向き合い方が視界に入つて来なくなつてきました。もちろん、かつての形態に戻ることはできません。だから現代人は「終活」などといった活動が必要になつていて。

さて、その後、私たちのグループホームでは、何度も議論を重ねました。最初は、在宅死に否定的だった人たちも次第に考え方を変えてくれました。そして、現時点で七名の方をホームで看取ることができました。

さらには、入居者の方の通夜・葬儀をグループホームの中で行つたこともあります。親族の方から、「この家の方が大好きな人だったから」と頼まれたのです。グループホームを「自宅」として認めてくれたことはとても嬉しいことでした。

他の認知症の入居者の方がワイヤー

**証券・金融商品あつせん相談センター
(FINMAC)**

株式、投信、FXなどのトラブルでお困りの方は、**フィンマック**にご相談ください!

金融庁指定紛争解決機関/法務省認証紛争解決機関

0120-64-5005
9:00~17:00 (土日祝日等を除く)

の時を迎える。体調を崩したブッダは、嘔吐し下痢をしながら、「水が欲しい」と苦しみ続けます。

周りの人々は横たわるブッダに

「あなたほどの人が、このようなどころでなくなつてはいけません」と提言するのですが、ブッダは「みんなを呼べ」といって村人たちを集めます。そして、老いと病で死にゆく

自分の姿を人々に見せるのです。まさにブッダ最後の説法です。

このあたりが仏教の面白いところですね。ブッダの臨終を取り繕うことなく、生々しく後世に伝えていく。あのブッダでさえ、辛く苦しい臨終を迎えた。それを引き受けいく姿が提示されているのです。臨終を思い通りにデザインすることはできない。ただ引き受けるのみ。そう説いているようにも思えます。

死と向き合い、死を引き受けてい

死に至らることです。難病で苦しむ人、ひどい痛みを抱える末期の人など、積極的安楽死やむなしではないかという場合があるのもよく知っています。しかし、たやすくこれを認めてしまうと、人類が糺余曲折の末に到達した「無条件の人格・人命の尊重」が棄損される懸念があります。これを手放してはいけない。

昨年、神奈川県相模原市の障害者施設で大量殺人が起こりました。犯人は、障害者は社会の役に立たないから死んで当然だ、という考えを隠そうともしませんでした。私たちの心の中には、このような悪しき優生思想が潜んでいます。だから、場合によっては、高齢者や重病の患者などの弱者が社会にとつて金銭的な負担だと考えられるようになり、安楽死を選択すべきといった圧力になる可能性は捨てきれませ

く道筋は、宗教的ストーリーへ身をゆだねることだろうと思います。救いの教えや来世のストーリー、あるいは「死んだらあのお山へ帰る」とか、「おじいちゃんはこうやつて亡くなつたんだよ」といったお話。とにかく、みんなで死について語ることが重要です。

生命の私事化とは

現代社会において、在宅で死ぬことが困難な場合も少なくありません。独居の人も多い。また、「周りの人に迷惑をかけたくない」という思いもある。迷惑をかけたくないからこそ、安楽死や尊厳死を選択したいと考える方も増えてきていると聞きます。この点について考えてみたいたいと思います。

ここで安楽死について簡単に整理

ん。「すべり坂」の手前でストップを設定するといったところです。

また、「積極的安楽死」を施す担当は医師になりますが、これは必ずぶん過酷な事態を押しつけることになります。「自己決定」などと言ひながらも、自分で完遂できるのではなく、特定の人に大変な負担を背負わせることになるのです。

「安楽死先進国」であるベルギー・オランダは、ホームドクター制度という特性をもっています。ホームドクター（町医者）が、長年にわたってその人とつき合い、病歴や死生観や価値観などを理解しているからこそ、安楽死に取り組むことができる。時には、親子何代にもわたって関わってきた医師もいる。こういう制度と、これまで世界で最も「自己決定」に価値をおいてきた風土があつて、積極的安楽死の議論が進んで

しておきましょう。いろんなタイプをひとくくりに語るわけにはいきません。安楽死は、大まかに三つに分類して理解することができます。それは、①消極的安楽死、②間接的安樂死、③積極的安樂死の三種類です。

「消極的安楽死」とは、本人の意思で、延命治療を拒否して亡くなることで、事実上の自然死を指します。

これをかつては尊厳死などと呼んでいました。次に「間接的安楽死」とは、末期がんや治療が難しい重病の患者が、モルヒネなどを服用し、少々寿命は短くなつても痛みから解放されて死を迎えるものです。私は、これら二種類については賛成です。

しかし、「積極的安楽死」にはいくつか問題が潜んでいると思われます。「積極的安楽死」は薬物投与などで

きたのでしよう。

しかし、現在の日本では、一気にその議論へと進むまでに取り組むべき課題がいくつもあると思われます。さらに言えば、延命も断命も自分の都合ですからね。自分の都合を肥大化させて、医療に「延ばせ」「断て」と自分の生命を私事化してしまいます。それが僧侶の役目でもあると考えています。

ですから、「人に迷惑をかけたくないから」という理由で老病死をデザインしようとする心に潜んでいます。傲慢にも目を向けてたいと思います。むしろ、どうすれば上手な迷惑のかけ方ができるのか、へと視点を移行することが肝要な気がします。

私がこのような考えに至ったのも、脳性麻痺で車椅子での生活をし

ている東大准教授の熊谷晋一郎さんに聞いたお話をきつかけです。

熊谷さんは言います。「私は自分では体が動かせない。だから、人に迷惑をかけないと生きていけない。だからいかに上手に人に迷惑をかけるのが、自分の生きるすべなんです」

彼の話を聞いて、「迷惑をかけない」という考え方には潜む傲慢さが見えてきました。上手に迷惑をかけることは、自分自身のテーマになってしまった。また、自分の周囲を見回すと、世の中には上手にお世話をされる人がいることに気がつくようになりました。グレープホームでも、そういうタイプの人がときどきいることを思い出しました。

私の見たところ、そういう人の共通点は、物事へのこだわりがないことです。こだわりのない人は「これやっておいてね」といえば、「わ

父は、しばしば「やはり手術を受けなければよかつた」「後悔している」とぼやいていました。しかし、祖父が手術を受けてくれたおかげで、孫と一緒に寝たり、じっくりと語り合ったり（筆談ですが）、濃密な時間もつことができました。そして、約一年後、祖父は息を引きとったのです。

祖父が往生してから、私は「何故、あれだけ嫌がっていた手術を父はうけたのだろう。なぜ考えを変えたのだろう」と考えました。そこで次のように思い至ったのです。祖父自身は手術を受けて延命をはかるよりも、そのまま自然死することを望んでいた。しかし、周囲の願いに眼を向けて、不本意ながら意を翻したのではないか。祖父の最後の一年は、利他のための一年ではなかつたのか。確かに祖父からもらつた。

かった」と快諾し、自分ではどうしてもダメなときは「もう無理だからお願い」と、人助けてもらうことがごく自然なのです。逆に「自分がどうでないと納得できない」とか

「私はこういう人間だ」と、自分のこだわりを人に押し付けてしまうタイプは、お世話をされることが苦手です。

「迷惑をかけたくない」と考える人は、結局、お金で「お世話を購入」しようとします。購入したのだから、迷惑をかけたわけではない、というメンタリティです。まさに消費者体質でいかんともしがたい事態があります。そのひとつが、この積極的安樂死問題です。

ちょっと過激なことを言いますと、どうしても積極的安樂死を望むなら、いつそ自ら食を断つて、餓死

や衰弱死をすれば、少なくとも他人の命を終わらせる行為を要求されることはいなくなるかもしれませんね。

揺らぎを切り捨てない

ここで、少し私の経験を話させてください。私の祖父も僧侶で小唄を歌つたりするような喉が自慢の人でした。がんになって気道切開の必要があると診断されたときに、「(声が出なくなるなら)そのまま、死なせてくれ」と言い出した。言つても聞かない頑固な人だから、と家族や親類は治療を半ばあきらめかけていました。ところが、土壇場になつて「手術を受ける」と言いました。

無事手術が終わり、声が出せなくなりた祖父とは筆談でコミュニケーションをとるようになりました。祖

た時間があつたおかげで、私たちはずいぶん老病死について学びました。

なにも「みんなのために不本意でも延命せよ」と言つているのではありません。「死は決して自分一人の範囲内で完結するのではない」ということ、そして、「死の自己決定や死生観とは、確たるものではなく、振り幅があるものである」ということです。

このような揺らぎを簡単に切り捨てるところなく、安樂死の議論を進めています。

たとえば、二〇〇〇年頃に盛んだ「脳死」を巡る議論をご存知でしょうか。「脳死を人の死であると認めることで、臓器移植の可能性が広がる」。欧米を含めた多くの国では、すぐにこの方向へと進みました。しかし、日本では、脳死判定や

臓器移植の技術をもちながら、長い間躊躇し続け、議論を重ねました。日本ほど脳死について考察を深めた国はないでしょう。

医師や学者に留まらず一般の人々までを巻き込んだ議論を経て、結局、十年ほど遅れて日本でも「脳死」が認められたのですが、同時に、各国では「我々は日本ほど脳死について考えてこなかつた。確かに日本の議論には耳を傾けるべきところがある」という動きが起りました。つまり、日本発信で世界的な議論が生じることになつたのです。

安樂死の問題についても、まずは消極的安樂死や間接的安樂死についてきちんと向き合うことが肝要だと思われます。もしかすると、今回も、日本から世界へ向けて発信できる生と死の哲学や文化が花開くかもしれません。