
対談 超高齢社会における尊厳死

—「宗教」の立場から考える—

戸松 義晴¹

安藤 泰至²

司会：堀江 宗正³



¹とまつよしはる：浄土宗総合研究所・主任研究員

²あんどうやすのり：鳥取大学医学部・准教授

³ほりえのりちか：東京大学大学院人文社会系研究科・准教授

超高齢社会に突入した日本は、今後「大量死社会」に突入するだろう。そのような状況のなかで尊厳死問題が再び形を変えて登場しつつある。それに対して、宗教界や宗教研究者はいち早く、弱者切り捨てなどの問題があることを表明してきた。本稿は、超宗派的な意見の取りまとめ作業をおこなった経験のある戸松と、生命倫理と宗教哲学にまたがる論考でこの問題に取り組んできた安藤との対談の記録である。尊厳死よりも尊厳ある生を送ることができるようにするべきであり、尊厳死法制化よりも、尊厳ある生のためのコミュニケーションを重視するべきであるという点で、両者は一致した。他方、宗教には潔く死を受容するようにすすめる面と、死の悲しみに生前から関わり続けようとする面の二面があることも対談から見えてきた。尊厳死を望む社会的風潮のなかで、高齢者に関わり、生死の連続性に立ち会う場を維持することに、宗教者も宗教研究者も配慮し続ける必要があることが確認された。

宗教と医療現場との往復

堀江 本日は、「超高齢社会における尊厳死—『宗教』の立場から考える—」というテーマで、安藤泰至先生と戸松義晴先生にお話をうかがいたいと思います。最初にお二方からそれぞれ、これまでどのようにこの尊厳死と宗教という問題、加えて高齢化や老いの問題に関わってこられたのかを、お話しいただきたいと思います。まず戸松先生のほうからお願いしたいと思います。戸松先生はこれまでも尊厳死の問題に関する諸宗教の意見を取りまとめたりすることがあったとうかがっているのですが、その辺をご紹介くださいますでしょうか。

戸松 私は 1953 年（昭和 28 年）に寺の長男として生まれまして、跡

を継いで浄土宗の寺院の住職をしております。特に尊厳死ですとか、臓器移植など医療におけるいのちの問題に関わるようになりましたのは、現代社会における寺院・僧侶の役割を考えるようになったからです。僧侶の資格をとるために仏教のことを勉強しましたが、現場とのギャップとといいますか、教義と葬儀・法要中心の現実の仏教の役割に思い悩みました。それで、大学院の博士課程が終わった後に、ハーバード大学の神学校へ留学して、神学修士課程でエンゲイジドブディズムと応用神学を学びました。そのなかで宗教がどのように死の問題、あるいは生命倫理の諸問題に関わるのかを、理念的にだけではなく具体的に、ケーススタディ、フィールドワークあるいは医学部のインフォームドコンセントのロールプレイの授業等を取りながら勉強しました。

帰国後、僧侶として檀信徒の方々の葬儀をおこなうに当たり、本人にとりましても、その家族にとりましても、どういう形で死を受けいれているのかというところに、私自身関わらざるをえないという思いがありました。現代社会では、死を一つの事象（出来事）として点でとらえ、それより前は医療、以後は宗教、特に仏教に関わるというように、役割が分断されています。しかし、患者やその家族にとっては、生の連続性（プロセス）のなかに死があると思います。

そういうなかで、仏教者が医療や看取りの現場でどういうことをしているのか、日本をはじめ、アジアや米国・ヨーロッパなど世界中の仏教者がどういう風に取り組んでいるのかということ、浄土宗総合研究所で5年間のプロジェクトを組み、現場へ参りまして調査・研究・シンポジウムをおこない、一つの成果として本にまとめました^①。また、超高齢化、多死社会に向かう日本の社会のなかで延命治療の中止あるいは不開始ということをも具体的に法制化するための尊厳死法案（仮）が、いま尊厳死法制化を考える議員連盟によって具体的に検討されています^②。

（財）全日本仏教会の事務総長、（財）日本宗教連盟の事務局長として、宗教界、特に仏教界として、どのようにいのちの問題、尊厳死の法制化の問題に対応するべきかなどを公開シンポジウムや研究会を開催して考えてきました。以上でございます。

堀江 去年そのシンポジウムがありました、その話はまたあとでうかがいたいと思います。それでは安藤先生、これまでの経歴と、尊厳死問題への関わりについて、よろしくお願いします。

安藤 私ははじめ京都大学で宗教哲学を勉強しました。宗教哲学というのは特定の宗教について研究するのではなくて、人間が宗教的な存在であるとはどういうことかについて思想的、哲学的に研究する。そういうことをずっと 30 代半ばくらいまでやっていたのですが、今から 17 年前に医学部にたまたま就職することになりました。別に生命倫理学だとか医療倫理学に業績があったからとかそういう研究をしていたからということじゃなくて、たまたまそういう職場についてしまった関係で、それからいわゆる「生命倫理学」の言説を勉強するようになったんです。その時に非常に違和感を覚えたというのが私の現在の研究の出発点なんです。

一口に生命倫理学といってもいろんな立場があるんですけども、私が疑問に思ったのは、英米圏でおこなわれている生命倫理学というのは自己決定とか自律（オートノミー）というのを中心としているということ、そして生身の生きている人間をきちんととらえるのではなく、むしろ非常に抽象的な人間像に基づいているということです。

また、生命倫理学（バイオエシックス）の主流はどちらかというと、そういう先進的な医療技術だとか生命操作技術に対して、「こういう反対論もある、こういう倫理的問題もある」という具合に事前に問題点を出しておくことで、「そういう倫理的問題についても考慮しましたよ、対処しましたよ」というお墨付きを与えるような、なにか初めから先進技術を進めるという結論が決まっていて、それに対する手続きを整えるような形で生命倫理の問題に関わってきたわけですね。そこに私は非常に違和感を覚えたのです。というのは、今の我々の生と死というものがいろんな意味で医療に絡め取られて、その枠内でコントロールされているという現状のなかで、実は本当は我々が問わなければいけない問い、

すなわち「いのちとは何か」とか、「生とは何か、死とは何か」、これは宗教的な問いでもあるわけですが、そういう問いを棚上げにしたままで、人権といったものが単なる手続きとして確認されているだけだったからです。そのような生命倫理学の現状に疑問を感じました。

尊厳死よりも尊厳ある生を —点としての死と連続性としての生死—

安藤 そこから私は、たとえば尊厳死といった特定のテーマというよりは、脳死臓器移植や生殖補助技術、出生前診断なども含め生命倫理で扱われるいろんなテーマにまたがって、生命倫理（学）の言説を批判的に問題にするという形ですとずっとやってまいりました。尊厳死については、私の生命倫理での処女論文である「人間の生における『尊厳』概念の再考」（2001年）^③でも扱ったのですが、なにか死だけを特別扱いするのはやはりおかしいだろうと思います。本来だったら尊厳ある死に方というのは尊厳ある生き方の延長線上にあるものなのに、それがひっくり返ってしまっているという現状を批判的に問題にしたいと思っています。

堀江 先に進む前に今話を少し説明してもらったほうがよいかと思いますが、生の尊厳を問題にせず、死の尊厳だけで帳尻を合わせるような状況があるということですね。それは具体的にいうとどういうことなのでしょう。

安藤 まず、「死」という言葉に二つの違った意味、次元があると思うんです。一つは「点としての死」、すなわち生きている人がある時点で死にましたという意味で、「死亡」と言い換えてもいい。もう一つは、たとえばその人がどういう風に死んでいったかというような「プロセスとしての死」、もっと時間の幅をもった、場合によっては何年というような時間を含んだ「死」の次元です。「尊厳死」という言葉自体が非常

に曖昧なんですけれども、後者の意味で尊厳をもって死にゆくプロセス、死に至るまで尊厳をもって生きるという意味での尊厳死、これには誰も反対する人はいないと思いますが、死亡の時点までは我々は生きているわけですから、実はそれは死に方ではなくてむしろ「尊厳ある生き方」を死に至るまでどうやってサポートするかということにかかっているんですね。

ところが今「尊厳死」として語られていることは、具体的には延命治療の不開始（手控え）や中止だとか、場合によっては医師の幫助による自殺（PAS）とか、積極的安楽死までも「尊厳死」という名で語られることがあるわけですが⁽⁴⁾、それらはむしろ尊厳を保つために死を選ぶ、つまり尊厳が保たれていないような生の状態があつて、それを避けるために死ぬことによって尊厳を守るとか尊厳を保つという、そういう形なんです。実は、そういった尊厳がないような状態で生きているという場合、そこには医療に欠陥があつたり、ケアやサポートが足りなかったりするせいで尊厳が保てないということがあつたわけです。そうすると本来やるべきことはどうやってその人の尊厳ある生を支えていけるかという議論であるはずなのに、そういう尊厳のない状態だったら死を選んでも構いません、あるいは死にたくなくて当然なんだから、「死にたい」と言ってる人については死なせてやったほうが人道的ですよ、という言説は、なにか一步そこを飛び越えてしまつて、医療やケアの不備を逆に正当化するような働きをしていると思います。

尊厳死賛成派の人たちは、たとえば医者はほっとけば限りなく延命のほうに向かうんだというような認識をしている人が多いのですが、現在はけっしてそうじゃないんです。過剰な医療に向かう傾向より、むしろ本当に必要な医療が受けられない人が多いことのほうが問題だ、というのが私の現状認識です。

そういう状況のなかで「尊厳死」が出されてくるのは、やっぱり医療費の削減であるとか、医師の免責という目的が大きいですね。実際、日本では医師も看護師も恐ろしいほど数が足りないわけで、十分なケアも提供できないなかで、医療者がそういう生死に関わる重大な決定につい

て、患者やその家族との濃密なコミュニケーションをとる余裕がない。そうした医師あるいは医療者がもう本当にお手上げになっている状況で、尊厳死のような言葉が出されてきているというのが現状だと思います。

戸松 先ほど自己紹介のなかで言い忘れたのですが、5年間、慶應義塾大学医学部の自主選択科目を2講座担当し、医学部3年生と「死ぬ」ということを共に学びました。たとえばホスピスで看取りをしている宗教者、緩和ケアの医師、家族を亡くされた遺族で医師との間で辛い経験をされた方々にお越しいただいて、学生と議論をする授業をしました。他の講座はインフォームドコンセントのロールプレイで、末期がんなど悪い知らせを伝える、あるいは医療過誤があった時にどのように患者さんに理解してもらうかなど、患者役として俳優を招き、治療だけでなく患者や家族のところに寄り添うことの大切さを共に学びました。

授業のなかで非常に痛感しましたのは、いま安藤さんがおっしゃられたように、現場では医師も自分の思いにかかわらず、一つの医療制度のなか、また病院には経営というものもありますし、そういう構造のなかで、自分の思いにはそぐわない形でもそのシステムで医療が実際におこなわれていることもあるということです。では何が悪いのかというと、これは単一的な問題ではないと思います。

死との関わりについて宗教者の立場から私どもの自省の念を込めて言いますと、近年になって宗教者が、特に仏教者の場合、亡くなってからはじめてご連絡をいただいて、それからその後の葬儀法要を執りおこなうことが役割であると考えられてきた経緯がございます。ところが昔は、死を迎えようとしている方がいると僧侶は呼ばれて、その臨終にも立ち会っていたわけですし、日常生活のなかでも関わりが密接だったわけです。今は分業化が進んでいて、病気になった時は医療者、介護は福祉関係者、それから亡くなった後は宗教者が関わる。国の所轄庁も「死」に関して取り上げてみても、みんな分業化されていて担当が違う。

そういうことで、おっしゃられたように「死」や、亡くなった後のことも点になってしまっているのです。本来、継続性と関係性のなかで起

こってくるはずの「死」を含めた前後のことが、やはり点になってしまっている。私は宗教者として特にこの死の問題、それからいま安藤さんがお話になった問題を、点でなくて連続性のなかで考えなければならぬと思っています。いま、「いのち」ということを考える時、死を点でとらえそれのみを見るのではなく、その前のプロセスにもどのぐらい宗教者が関わってこられるのか。それは何も看取りとかそういうことだけではなくて、人々の日常生活のなかの色々な問題に、宗教者なりにできるところで関わってこなかったことが問題なのです。普段から関係を持っていなければ、お檀家さんだつて、病気になった時に相談に来ようにも来られないし、臨終の時は伺いますよといっても、そういう連絡もなかなか来ない。同様に、やはり国民が、私たち一人ひとりが自分の死の問題を普段から考え、たとえば医療の事前指示書であっても、自分だけでなく、やはり家族や周りの人と相談し、あるいは医療の問題であれば掛かりつけの先生と、ちゃんと話してお互いの信頼関係を築いていけば、おそらく、色々な問題はあまり起こらないでしょう。

私が非常に大事だと思うのは、宗教者と信者や一般の方、あるいは医療者と患者さん、そういう信頼関係が崩れると、結局どんなシステムを作っても、なにをやってもそれが働かないということです。このような問題が起こってくるのも、今まで「いのち」の問題を避けてきた傾向があったからだと思います。最近やっと「終活」ですとか色々言われてきていますけれども、そういうなかで、やはり自分のいのちは自分だけで考えるのではなく、周りの方と共有し、医療者や宗教者とも関係性をもつこと、関わりのなかで考えることが重要なことではないかなと感じています。

堀江 そうしますと、尊厳死の前に尊厳ある生を考えた時に、医療とそれから宗教者が関わってきたことが分業してしまって、みんながバラバラになっているということですね。この分業自体は仕方ない面もあるとして、しかし協力していかなければならないということがわかりました。

尊厳死法制化よりも 尊厳ある生のためのコミュニケーションを

堀江 そうしますと、お二方は尊厳死を法制化すること、尊厳死法案には具体的に二つの案が出されていて、第1案と第2案がありますが、それらについては反対に近いということでしょうか⁽⁶⁾。

安藤 尊厳死法案自体には私は反対ですけど、じゃあ延命治療の不開始とか中止に全面的に反対かというところではないです。その是非は基本的にはケースバイケースだと思いますし、皆さんおっしゃっているように、実際の医療現場では既におこなわれているわけです。ただ、非常に問題があるのは、本来そういった決定の前提となるべき本人の意思というのがあいまいなままで、医療現場の都合だとか、医師の恣意的な説明だけで、本人も家族も十分に納得しないままでそういうことがおこなわれているという現状です。

たとえば法制化することで、医師の免責ができるということが言われるんですけども、現実的に医師が訴えられるというような場面を考えると、患者本人および家族との十分なコミュニケーションがとれていないようなケースがほとんどであって、それをきちんとやっているのに医師が訴えられるなんていうことはまず考えられない。もちろん親族や親戚同士で意見が割れるというケースはありえるんですけども。

そうすると、さっき言ったように実際には医師や看護師の数も少なく、ほとんど一杯一杯の状況にあるなかで、死にゆく人の尊厳ある生をどうやってサポートするかについて、医師も看護師も悩みながらそこに関わっていくという本来のあり方自体が消し去られてしまって、尊厳死法制化によって、とにかく書類で意思確認しましたという形だけを整えさえすれば、延命治療の不開始や中止によって患者を死なせても問題ありませんよ、とでもいうように形式的に進められていく。それはすごくいのちが軽くなってしまうということだと私は認識しております。



戸松義晴氏

堀江 戸松先生は具体的に宗教者の尊厳死法案に関する意見をまとめられた機会があったようですが、それはどのようなものなのでしょうか。

戸松 私は、昨年（平成 24 年）10 月に日本宗教連盟が主催いたしました

「いま、尊厳死法制化を問う」というシンポジウムに宗教界の代表ということで出ました⁶⁾。実は、そういう尊厳死の問題について、海外ではどうなのか、色々な論文を読んだり勉強したりはしてきたのですが、じゃあ日本の宗教団体はどうなのかということ把握していなかったのので、これを機に色々調べました。すると、最初の脳死臓器移植法案もそうだったのですが、改正臓器移植法が出る時に、宗教界が問題視したことがわかりました。臓器移植ということよりも、特に「脳死」が法律で規定されることについてです。この時は、ほとんどの宗教団体が改正臓器移植法案には反対をいたしました。ちょうどその前後に、この尊厳死の問題もいくつかの教団から意見の表明があったりはしていました。

けれど、特に今回の尊厳死法案に関することは、ほとんど意見が出ていないようです。それは、まだこの尊厳死法案について、議員連盟としても、公式な法案としての議論や公聴会などの手続きをとっていませんので、それを取り上げて意見を表明するということには至っていないということだと思います。

ただ、宗教団体の考えについては、読売新聞の大阪版でアンケート記

事が掲載されています⁷⁾。このアンケートによると、仏教系や、キリスト教系、新宗教系を問わず、ほとんどの教団が消極的反対、慎重に進めるべきだという表現でした。明確に反対されているところは2団体あります。それから賛成しているところはありませんでした。ですから宗教界といたしましては、現状において、やはり尊厳死という「死」の問題を法律で規制することに関しては、それぞれの宗教宗派の死の概念や、教義の根幹に関わることでもあるため、そういう意味で、法制化して画一的に「死」を規定することに対して、反対する傾向が強いです。

それともう一つは、尊厳死の法制化によって、難病をかかえた一部の方たちに大きなプレッシャーを与えたり、具体的にいのちの危機に関わったり、あるいは生きる意味に対して否定的な考え方を与えてしまうという危険性があります。やはりそういう人たちの立場に立ったところから問題を考えることが大切で、おそらく非常に慎重に進めるべきだということの表れだと思います。特に、安藤さんがお話になったように、延命治療の中止そのもの、あるいは不開始とかに関しては、だいたい宗教界におきましては、改正脳死臓器移植法案の時もそうですけど、最終的に個人の自己決定権が、社会の公益、倫理、道徳に反しない限り、それが尊重されるべきだということが多いように思います。ほとんどの宗教団体がそうです。

堀江 そうしますと、懸念材料として一番大きいのは、弱者の切り捨てやいのちの選別を招くという問題ですよね。あと、これは記事のなかで紹介されている浄土宗の見解ですが、「尊厳死」という呼称自体に「延命治療の停止による死を美化する価値基準を含み、一般的な呼称としては適当でない」という指摘もありますね。

戸松 尊厳死という言葉がきれいに聞こえますが、現実の医療の場面ではそうではないのです。それからもう一つ、私が個人的に一番感じたのは、まず違和感ですね。尊厳死ということではありますが、内容は医師の訴追を逃れるという意味合いが強いのです。現実には、たとえば医

師は善意でやったことを訴追されると自分を守ろうとしますから。患者さんの利益よりも、やはり手順にそっているかとか、法律に違反していないかとか、訴追されないかとか、そういうことが今は確かに優先されてしまっている。しかし、その医療訴訟については、たとえばアメリカの場合もそうですし、日本でも、私はいま病院の倫理委員をやっていますので、実際に見てみると、やはり医療過誤はなくならないと思うのです。どんなに技術が進んでも、それは個々によって色々な反応やデータが違うので簡単には医療過誤はなくならない。

ところが、明らかな医療過誤の場合であっても、誠意を持って一生懸命やっていると患者さんの家族からお礼の手紙がきたり、逆に手落ちがなくても信頼関係が崩れたりすると、患者さんやご家族の方から、馬鹿にされたとか嘘をつかれたとか、そういうクレームがあり、訴追までもっていかれるということがある。だとすると、この尊厳死の問題も信頼関係を構築しながら進めていかないと、これは医療界にとっても、それから、それを受ける私たち国民にとっても、不幸になるのではないかと感じました。

死に関する問題、そこには本当は宗教者の役割があるはずなのに、宗教者はそれを果たしてこなかったという点も反省材料です。浄土宗ではこれからそういうところに取り組んでいこうとして、実際の取り組みも始めています。

宗教者と医療者と法案とのギャップ

堀江 医療者と宗教者の取り組みについて考える際に、関係するかもしれないと思うのですが、今回の対談のために私のほうで事前に「宗教立の病院を対象とする『高齢者と尊厳死』についてのアンケート調査」をおこないました（末尾資料を参照）。様々な資料から全国で 50 の宗教立の病院をリストアップし、尊厳死と「老い」についての意見を問うアンケートをおこないました。残念なことに回答率があまり高くない

18%でして、実数でいうと9つしか返ってこなかったという結果になります。ですからこれをもって宗教立病院の一般的な傾向とすることはできませんが、せっかくなので、尊厳死法制化についての見解をご紹介しますと、「法制化されることで訴迫の不安なく患者の意志を尊重できるので賛成である」という項目に○をつけたのが67%でした。それ以外の理由で賛成であるというのは11%で、その理由としてはリビングウィルを尊重できるようになるというものがありました。つまり、訴迫の不安があるから賛成なのではなくて、患者のリビングウィルであればそれを尊重するんだということです。

いずれにせよ、宗教立病院の医療者の8割近くが尊厳死法制化に賛成という結果になりました。この調査では病院名を公表して答えているところもありますし、匿名で答えているところもあるんですが、宗教立の病院であっても、医療の現場で働いている人たちは尊厳死法案に賛成する人が多いという結果になります。これについてはどのようにお考えですか。

安藤 どういう方が回答されているかによるのですが、病院にアンケートを送ったということで、やっぱり病院に勤めている医療者が答えているわけでしょうね。そこで問題なのは、じゃあ医療者だから終末期の医療の現実をみんな知っているかということ、実際には知らないということです。一つには医療者独特のものの見方というのがあって、それは非常に偏っているということ。それから病院のなかの医療でできることには非常に限界があるわけで、死にゆく人のケアについては病院以外、医療以外のところで実際にできることがいっぱいあるんですけど、病院勤務の医療者はそういうところに目が向いていないというのがあると思います。

病院でできる医療についてすら、医療者だからといって知識が十分なわけではない。たとえば高齢者が自分の口からものを食べられなくなった時に、胃瘻^{いろいろ}(⁸)のような形で人工栄養補給をするかどうかという際に、胃瘻をすることももう不可逆で死ぬまですっとそのままだと思い込んでいる

人が多いのですが、実際はいったん胃瘻をつけることで体力が回復してまた口から食べられるようになる可逆的な人もいます。その見極めは高齢者の医療にかなり経験を積んだ人でないとできないのに、なにか「胃瘻」イコール人工的な不自然なものでずっと生かされているというイメージだけが先行している。そういったイメージは一般の人だけでなく、ほとんどの医療者も同じだということです。

もう一つは、人工的な延命は何がなんでも悪いというような方向に今行こうとしているんですけど、延命治療の意味合いは病気によってもぜんぜん違うわけです。たとえば私が知っている ALS（筋萎縮性側索硬化症）の患者さんで、人工呼吸器をつけて車椅子で、ほとんど目くらいしか動かさないという人がいるのですが、その人は文章を書いたり海外の学会で発表したりとか、そういうことを自由にやっているんですね。人工呼吸器のような延命のための装置がなければ文字通り生命を断たれてしまうような人が、そうやって生き生きと活動できているんです。そうすると、なにか延命治療自体が悪いとか、非常に不自然なものであるという画一的なとらえ方はやっぱりよくないだろうと思います。なのに、医療者のほとんどは病院のなかでの現実しか見ていないので、重い障害を持っていてもそうやって生き生きと活動していつてらっしゃる方の実際の生活をほとんど知らないのです。病院のなかだけしか知らない。

戸松 実際いまの医療の現場で、延命治療の中止とか、それから不開始が問題になるのはどのような場合かということです。たとえば、おそらく治療の現場においては、癌の場合はある程度どのくらいの余命か大体想定できるし、目に見えていろんな機能が弱っていくなかで、延命治療している現場はほとんどないと思います。この場合は、患者さん本人、ご家族、あるいは医療者も、ある程度共有ができています。ですから、そういう場面で、この法案が必要になることはあまりないと思います。本当に必要になるのは、おそらく急性期の患者さんで、たとえば循環器の停止があったとかで、人工心肺をつけた場合、あるいは胃瘻の場合も、明らかに体力が戻れば回復の見込みがあるということで、一応見込みで

始めた場合に、止められないという問題はあるかと思います。ただ、実際に、その案件がどのくらいあるのか、要するに、いま病院では手順がほしい決まっていますから、そういう場合は病院の倫理委員会に申請をしておこなうとか、在宅での看護や介護の場合は実際には阿吽の呼吸で医療がおこなわれているのが現状だと思います。そういう意味では、既に国（厚生労働省）のガイドラインで、または、医師会、それから日本老年医学会、日本救急医学会等で、終末期医療のガイドラインが大体できていますから、そのガイドラインの手順にきちっと沿っていけば、そんなに問題は起きないと思うのです。医師が一番恐れているのは訴追がおこなわれることです。裁判に際しては膨大な資料を出さなきゃいけないし、自分のキャリアにも傷がつきますから。であれば、訴追されないことを担保するために、ガイドラインできちっと進めていけばいいのです。

経済産業省の「安心と信頼のある『ライフエンディング・ステージ』の創出に向けた普及啓発に関する研究会」に私は委員として携わりましたが、その際におよそ 4000 人を対象に死（ライフエンド）のことにに関して調査をおこないました⁹⁾。その結果、実際に死の準備、あるいはリビングウィルの表明をしている方はもう極端に少ないのです。それから尊厳死協会に入っている方も 0.5%しかいないという現状があります。そのなかで、要するにまだ多くの国民には、リビングウィルをどう考えるか、どう表明するかという準備がないなかで、法制化だけが進んでいくことが一体よいことなのか。確かに医師の立場であれば、不本意な訴追を恐れるということはいくつもあります。だからといって、法制化することで訴追を逃れ、それではじめて安心して患者の意志に沿った医療ができるということではなく、患者と信頼関係を築きながら、患者の希望に沿って治療を進めれば、当然訴えられることはないわけです。そういう意味では、本当に法制化が必要なのだろうかということを、私も色々な現場で感じております。信頼関係があればこういう問題が倫理委員会に上がってくるということはありませんよ、正直言って。現在ほとんどの病院では、患者さんとご家族に対して入院する時に希望を聞いて

いますから、それに沿って手順に従いちゃんとやっているという現状があるので、私は訴追とかそういう案件はそんなにないのかなと思っています。確かにそういった部分について、医療の現場と法制化に関わる一部の方たちとの認識のずれがあるのかなと思います。

その背景には、やはり言いにくいことですが、先ほど安藤さんが言われたように、医療費削減の問題とかあるのかもしれませんが。こういう法案については委員会を開き、皆さんから意見を聞きながら進んでいくようなところがありますが、私としては、やはり最初の素案を決める段階で宗教者を入れるべきだと思うのです。今まではどちらかというと宗教者は委員になかなか入らないので、宗教案件っていうのは非常に国のほうも扱いにくいようです。憲法第 20 条「信教の自由」や、第 89 条「公の財産の支出又は利用の制限」とそれらの条文を根拠とした政教分離の原則など色々な問題がある⁽¹⁰⁾。ですが、そこに宗教者が参加し意見を積極的に述べていくことが、実は国や国民、あるいは社会にとっての公益に叶うという関わり方、ただ反対するのではなくて、反対するのであればその対案をちゃんと出す、要するに取り組みをちゃんと示すということをしながらかやっしていかなければならないということを痛感します。

堀江 その、たとえば対案というのは戸松さんのほうでは具体的には何か？

戸松 たとえば、改正脳死臓器移植法案の時にも私たち宗教者は反対しましたね。そうすると病院でいつも言われるのは、ホンネで言われますが、「戸松さんたち宗教者はいいですよ。高みの見物だから。私たちはやっぱり現場で直面しているわけで。そうするとその難病の子供を助けたいという母親の気持ちもよくわかる。それからやっぱりなんとかして助けたいというドナーの家族の思いもわかる。そういうなかでも助からない方がいたらどちらに最善を尽くすのか。そういうシステムを整えるのが、仏教の慈悲の、あるいは菩薩の思想じゃないですか」って言わ

れると確かにその通りですよ。なぜそういうことを言われるかという
と、いつも宗教者は、意見は言うけどその現場には関わってこないし、
実際関わってきていない。つまり、本当の意味でその方たちの悲しみだ
とか思いというものを受けとめきれていないし、反対するだけで無責任
だと。そういう思いが医療者の間に非常にあるのだと思います。

だとすると、私たち宗教者は、そういった場面に一緒に関わることに
よって、たとえば延命治療の不開始についても、患者さんのお話を一緒
に聞いたりとか悩みの相談にのったりして宗教者が求められているとい
う現状があれば、当然宗教者にも終末期医療に関する委員に入ってもら
って、国の制度を決めていきましょう、ということになる。対案ではな
いのですが、具体的に関わっていくということが大切なのに、現状では
それがなされていないのです。

「宗教の立場」の二面性

—死の受容を促す宗教、死の悲しみに寄り添う宗教—

戸松 そういったなかで、私たち浄土宗がいま実際に進めていますのは、
いわゆる「終活」としてのエンディングノートであり、これは非常に大
切な問題だと認識しています。自分らしい死を迎えるのだといって自分
の思いだけで勝手に決めてしまうような自己中心的な死が認められてい
くというのは、仏教徒としてあるべき姿に一番反していますから。本来、
人は関係性のなかで生まれて関係性のなかで亡くなっていくのが仏教の
考え方なのです。そういった関係を紡いでいくということの大切さを、
浄土宗のお寺から檀信徒の皆様へ伝える。死をパーソナル（個人的）な
問題として片づけてしまうのではなく、ご家族や親しい方とお互いに話
し合って関係を紡ぎながら共有する問題なのだと言信する取り組みを進
めています。そして、この先死を迎えるまでどのように生きるのか、死
という一つの通過点を見据えながら、どうやって生きていくのかを考え
ていただく。まさに「尊厳ある生き方」ですね。

尊厳は亡くなる人だけじゃなくて、同時にご家族にもなくては行けないわけですよ。要するに、亡くなる人だけに尊厳があり得るということではなくて、また医療者にも同様になればいけないのだと。そういう思いをつないでいくために、私たちができる手助けとして、檀信徒との関係性を通して「生」とは、本当に生きるとはどういうことかを共有していく大切さを伝える必要があるのです。そのツールとして「縁（えにし）の手帳」という名前で、いま、もうかなりできてきましたが、それを先ずはお寺さんに配布して、特に住職の奥様方の意見を聞いた上で、来年度に各寺院でそれぞれ使っていただくように進めています。これは配って終わりではなくて、必ずコミュニケーションを取りながら関係を紡ぎ、共有し、そういうなかで医療のこと、介護のことを一緒に考えていくことを目指しています。

堀江 今ご紹介されたのは浄土宗の取り組みですが、今回の病院へのアンケートの回答はキリスト教の方が多かったんです。そこでも、患者との間のインフォームドコンセントを含むコミュニケーションが非常に重要であると強く言いながら、法制化には賛成するという方が結構いらっしゃるんですよ。ですから、法制化の社会に与えるインパクトとは別に、尊厳死の一步手前の尊厳ある生を十分なコミュニケーションの下にケアし、その延長線上に「尊厳死」と呼ばれるものが選択されることについては、宗教の立場を踏まえた医療者の間では、それほど反対もないということです。なかでもホスピス病院などは、最初から延命措置をおこなわないことを前提に緩和医療をおこなったりするので、意識としても尊厳ある生のケアに重点を置いており、そのことが尊厳死法制化を許容するという態度につながっているように思われます。

安藤 ちょっといいですか。今戸松さんの言われたようなことに私は全く賛成なんですけど、一般的には「宗教の立場」から語るという場合、人の有限性の自覚っていうことがすごく表に出ることが多い。それが下手するとひっくり返って、「人は有限なのだから、死に際しては、生に執

着してあがいたり
せずに死をありの
ままに受け入れて
死になさい」みた
いな言い方になる。
そうすると、たと
えば延命治療に関
しては「しない」
という選択のほう
を宗教者が逆に後
押しするような側
面もあるように思
うんですね。



安藤泰至氏

脳死臓器移植をめぐる議論の際にも問題になった点ですが、やっぱり今おっしゃったような関係性の問題が重要だと思います。伝統宗教が生まれたような時代にはもちろん延命治療はないわけですが、たとえば初期仏典のなかにあるキサー・ゴータミーの話などは興味深いです。わが子を亡くしたキサーが、なんとかその子を生き返らせようとして釈迦のところを訪れるわけですが、釈迦は今まで一回も死人を出したことのない家のケシの種を取って来るよう命じるわけですね⁽¹¹⁾。この話を今の我々が読むとですね、この時釈迦がやろうとしたことには、やっぱり深い意味があったんだと思うわけです。「人は死ぬものだ」と口で言えばわかるのに、なぜそんな回りくどいことをしたのかと。キサーは多くの家々を回ることで、やっぱり実際死人を出した家とか、誰かが亡くなって遺族が悲嘆にくれていたりする、そういう場を何度も見たわけでしょう。つまり「人の死」という現実、単にこう生がなくなったということではなくて、周りの人がどういう風にしてそれを悲しんで受けとめているかというその現実をキサーは見ることによって、わが子の「死」を受け入れていったのだと思います。それには時間も必要だったでしょうし、そういう現実的な智慧が釈迦にあったと思うんですね。

ところがさっき戸松さんがおっしゃったように、今は死ぬまでは全部医療の管轄になって、宗教は死んでからが出番みたいな形になっている。生も死も含めて、そういう人間の実際に生きる現実には細やかに寄り添っていくという姿勢自体が、医療の側にも欠けているし、実は宗教の側もないがしろにしてきたということがよく表れているんじゃないかと思います。

堀江 今かなり本質的な論点に話に移っていると思います。先ほどまでは宗教団体の見解という次元で話をしていたんですけども、もうちょっと宗教の教義に関わるような、広い視野での宗教の見解という次元に話移ってきているように思われます。仏教などでも、執着から離れるとか、あるいは無我という言い方、この文脈で使うのが良いのかどうか分からないですけども、そういうことを言う。それは下手をするとですね、子孫あるいはその周りの人に迷惑をかけたくない、かけないのが信仰者としてとるべき態度なんだ、そしていきさぎよく死を受容することが良い死に方なんだという態度につながるんじゃないかと思うんですけども、戸松先生が先ほどおっしゃったのは、教義よりも実践に関わることだという理解でよろしいのでしょうか。

戸松 これはたとえば教義によっても違いますし、信仰によってもずいぶん違いがある。たとえば仏教のなかですと、どちらかというとその潔い死ですとか、事実をただ受けとめるという考え方は禅系統に多いものです。浄土教というのは最後まであがいても、それが人間だからそれで良いし、死ぬ時まで「死にたくない死にたくない」っていつて亡くなくても、要するに心が乱れた状態であっても、必ず阿弥陀仏が臨終来迎してくださるという、そういう考え方なのです。ですから、教義によって考え方が違ってくると思います。

「宗教」への期待と「宗教者」への期待の温度差

戸松 ただ、私が一番問題にしたいのは、先ほど宗教や宗教団体の取り組みと、考え方をお話ししましたが、これは私たち宗教者の立場から言っていることであって、では社会ではどう受けとめられているかということなのです。

実は、日本ホスピス緩和ケア協会が4年毎ぐらいにずっと死の問題に関して調査をしまして、たとえばどこで死を迎えたいかとか、死に直面した時宗教が心の支えになるかというアンケートをとっています⁽¹²⁾。2008年度の際は約39.8%の人が「宗教が心の支えになると思う」と答えていますが、2012年度にはそれが約54.8%に上がったんですね。この評価が上がった理由を様々な専門家の先生方が分析しています。たとえば東日本大震災で死が身近になって、みんなが死や宗教のことを考えた。そのなかで宗教、先ほどお話があった、たとえば仏教の智慧だったり、キリスト教の愛だとか、新宗教もそうですが、それぞれ宗教が、あるいは一般の方たちが考えるその宗教というものが、実は目に見えないものでも、そういうものが心の支えになるということを多くの方が感じておられる。

ところが、違う質問として、では実際に死に直面した時に「誰が心の支えになるか」と聞くと、直近の経済産業省のアンケート調査⁽¹³⁾だと、一番相談する人は葬儀社である。なぜかというと、現実の問題で、要するに亡くなってからたとえば行政機関への手続きだとか、具体的に分からないことや困った問題なども相談にのってくれたうえに、全部やってくれる。そのうち精神的な相談にも知らない間にのってくれている。こういう理由で葬儀社がトップです。同じ質問について、非常にパーセンテージが少ないのは宗教者なのです。それから、第一生命経済研究所のアンケートのなかでも出ていますが、当然一番頼りになるのは配偶者や子供。医師は4番目になりますが、高いですね。看護師さんは意外と低い。さらに低いのが職場の仲間や直接利害関係が生じる人。最も低いのが宗教者ということなのです。

「宗教」が心の支えになるかどうかについては支えとなると感じている人は多いのですが、「宗教者」それぞれが支えになるという回答はあまり出てこない。このような現実があるのです。こういった意識が、たとえば先ほど申し上げたとおり、国や行政が様々な制度を作っていくなかで、あるいは医療のなかでも、実際に宗教のもつ精神性や倫理観の大事さについては皆さんも感じている。ところが、特定の宗教者が介在することになると公平性や政教分離の問題が出て、信頼性が落ちてしまうと思われている。そういう意識が非常に多くのことに反映されてしまっているのが、私は大きな問題だと思うし、あるいは私たち宗教者の反省点でもあるのかなと思っています。なぜそういうことが起きてくるのかということですね。

堀江 そういう風に「宗教」を心の支えにしようと思っても、その人がどの程度宗教を知っているのか、信仰を持っているのかというのがちょっとわかりづらいですね。それで具体的な窓口である「宗教者」に頼るのかというと、実際には頼らないということで。

未曾有の超高齢社会に宗教は応答できるか

堀江 私が一つ気になるのは、そもそも宗教は、これほどの超高齢社会を、経験していないのではないかと。歴史上存在していないわけですから。たとえば仏教にしてもキリスト教にしても、それができあがった時点では、これほどの超高齢社会というのは想像すらできないと思うのです。それほど、人々は老いているわけですね。これに宗教は本当に答えられるのか。そういう非常に根本的な、ちょっと哲学的なことを含むような問題があると思うんですが、安藤先生いかがでしょうか。

安藤 実際、人間の死ということを考えると、現在でも別に高齢者だけが死ぬわけじゃないですよ。あるいは別に病気だから死ぬわけでもな

いし。我々がこの世に生を受けたとたんに、その死という運命は決まっているわけですね。もちろん今の日本なんかでは、幸いなことに若い人はほとんど死なないわけですね。戦争もないから兵隊に行って死ぬこともないし、乳幼児死亡率も非常に低い。

宗教というのはこれまでずっと、生と死は一体である、いつでも死というものはやってくる、それに備えよということを教えてきたんだけど、それはおそらく今、ほとんどの人が 70 歳や 80 歳まで生きる世の中でも、基本的には同じことだと思いうんですよね。

人はそれを忘れていただけなんです。これは死のタブーというように一言で言えるのかどうかかわからないのですが、少なくとも私が大学で授業をして、学生に感想を聞いたりすると、自分たちにも死がいつか訪れるということ、それがいつかはわからないし、たとえば事故とかいうことであれば、自分たちのような若い人でも明日死んでもおかしくないということ、言われてみれば当たり前のことなのに、そういうことは考えたことがないという学生がほとんどなんです。

だから宗教というものがやっぱり、今の社会の現実のなかで見えにくくなっているそういう人間の存在の原点というものをきちんと人々と一緒に話し合えるような場を作っていくということが非常に大切だと思います。宗教がなにか答えを人に教え込むとか、世界観を教え込むということじゃなくて、そもそもどういう問いのところから宗教というものが生まれてきたのか、そういう原点に帰ることで、かえって宗派とか諸宗教の違いを超えて、実はその問いの部分をもっと共有できるというか、社会のなかで気軽に話し合えるような雰囲気を作っていければいいですね。

そういう「文化」を熟成することが、終末期の医療における選択についても、誰かが死を目前にした時に選択を迫られるというような形で初めて考えるというのではなく、普段からやっぱりそういうことについて、自分の考えをもっておく上での助けになっていくんじゃないかと私は思っています。

堀江 昔のように短命な社会だと「死にたくない」という気持ちが強い

と思うんです。でも現在の超高齢社会では、「死にたいのに死ねない」という思いのほうが強くて、だから「死なせてもらえるように法律を」みたいな話にもなってくるのだと思うんですよね。このような社会的文脈が固定化すると、つまり「死をどうとらえ、どう生きるか」という問いをスキップするような議論が続くと、「死を想え」という宗教の教えが意味を持ちにくくなりますね。

安藤 私は非常に驚いたんですけど、直接的に死の脅威にさらされていない今の若い人たちが、たとえば「生かされている」という言葉を聞くと、「生かしてもらっている、(そのことに)感謝をする」というような意味ではなくて、ほとんどの場合「無理やり生かされている」というような意味だととるんだそうです。それはなにかとても奇妙なことだなあと。

堀江 「生かされている」という言葉は、大いなるものに生かされているんじゃないでなくて、なにか社会とか周りの空気とか雰囲気とか、そういったもので無理やり自分は生かされている、という意味に聞こえてしまうということですね。それを敷衍すると、現代社会では、生きることを強いられているという重圧からの解放として死があり、「死なせてもらいたい」という願望も、そのような死の意味づけと関連がある、ということになります。それは「死を想い、どう生きるべきか」を問う姿勢とは、大きく異なりますね。まさに生と死を問う文脈の転換を象徴するような話です。戸松先生はいかががでしょうか。

宗教を教えること、 そして関わりの場を維持すること

戸松 そうですね、これはお寺の立場から申し上げますが、あるいは他の宗教や宗教団体もそうだと思いますが、現実にお寺は高齢の方との関

わりが多いですね。また伝統的にも各地域では、宗派を超えた念仏講などの信仰の場には、高齢の方を中心とした社会的な役割がありました。今はそれがずいぶんなくなってきましたけども、そういう場を通して、高齢者の皆さんが、これはたとえば信仰とか行事だけでなく、社会的なつながりを維持する、そういったなんらかの役割を担ってきたのかなと思うのです。

ところが今は、高齢者が社会的役割を発揮する場がない。昔はそういうところに行ってお互いに支えあい、なんらかのサポートを受けないと生きていけなかったのが、今は一人でも便利で快適な生活を送ることができる。それはどういうことかという、人と関わるような煩わしいことは嫌だとか、自分の活動が制限されたり意志がとおらなかつたり、嫌な思いはしたくないから、人に助けてもらうようなおせっかいはいらない。そういう思いがお互いの関係性のなかで生じてくるわけです。コンビニがあり、宅配があり、インターネットではなんでも注文できる。そういう意味では人の世話にならなくても命をつないでいける。お金さえ払えば介護する人も仕事としてやってくる。個人的な細かいことまで「あんたこうしたほうがいいわよ」とか言われぬ。

そういう社会なら、人と関わらない、あるいはなんらかのコミュニティとかお寺の講とかに属さなくても生きていけるというのです。このような風潮が進むにつれ、もともと宗教団体もっていた役割も消え去りつつあるのです。そういうなかで、宗教者や宗教団体は、高齢者の皆さんに何ができるのか、一緒に経験したり、同じ立場に立って共有したりできるのか、ということなのです。

それはありがたい法話をしたり、ひざを突き合わせてお話をすることだけではなくて、私はやっぱり具体的な生活の支援が必要だと思うのです。その一つの手立てとしては、たとえば、ハワイの浄土真宗本願寺派のコミュニティが中心となっはじめたのですが、ダーナ・プロジェクトというもの⁽¹⁴⁾、それからアメリカの禅ホスピス・プロジェクトというものがあります⁽¹⁵⁾。これは、宗教者を中心におこなう活動というものではありません。それは檀信徒だったり地域の人たちだったり

するのですが、そういった人たちが集まり、あくまでも宗教者（寺院）は場と機能を提供しネットワークづくりに協力し日常生活支援をおこなっています。

ダーナ・プロジェクトの例ですが、高齢者が今日いま買い物に行きたいけど一人では行けない、そうすると登録している人のなかで車を運転できて時間がある人が一緒に行くわけです。実際に買い物にお付き合いをして、話をしたければするけども、一番大事なのは買い物に行くなどのいのちを繋ぐための生活の支援なんですね。そういうことをいま行政のほうで、たとえば郵便局員だとか、それから民間団体でもやろうとしていますけど、宗教者もそのような、実際的な生活支援、いのちをつなぐ支援をする必要があるのです。

高齢者や患者さん、悩む若者のほかすべての人たちを思う時、私は「いのち」を守るということを常々言っていますが、いのちのその大事さを説く宗教者が傍観しているのでは、やはり信頼もされません。実際に寄り添い一緒になってその人の生活のなかに入って行き、同じ視点に立って見ないと、本当の意味で人々の喜びや怒り、悩みや苦しみや痛みなど、生きることや「いのち」のこともわかったとは言えないのです。私も含めて、そういった具体的な活動をこれからの宗教団体はしていかななくてはならないのだと思うのです。

私たち僧侶にとっては、法話のテクニックを磨いたり、本や論文を書いて読んでもらったりすることも必要ですが、やはり高齢者や患者さんたちと時間を共有することが大事なのです。それは医療の現場から学ばせていただきましたけれど、医者であっても理屈を超えて、人間として患者さんと接するという場がなければ、信頼はなかなか結べない。どんなに優秀なお医者さんでも、顔さえ見ないで説明をするのでは、なかなか納得がいただけない。やはりそういう時間の共有、場の共有ということを宗教者もしていけないといけないと思うのです。今までとは違った視点で、要するに宗教の枠組みのなかですということではなくて、相手の生活のなかに入って行って関わる。そういったことが必要であると今回の震災のなかで、私も、もう一度学べたし、実際の現場でもその実

践が生かされてきたと思います。

堀江 お話の前半のほうでは、人の助けを借りずに生きていける社会になったとおっしゃられましたが、それでも取り残されている人たちがやはりいるようなんですね。両者とも「無縁社会」などと呼ばれるような「孤立化」の動きに関わっている。そういう人たちの具体的な生活の支援にこれから宗教者が積極的に関わっていく。そのような関わりの中なかで、宗教が教えを説くものというよりは、もうちょっと社会的な、組織的な活動をするものというか、そういうふうに変わっていくというような理解でよろしいでしょうか。

戸松 そうですね。なんというか、布教より社会活動を優先するというよりは、このような社会を教義に則って考えたとき、教えがおのずと社会活動という実践になってくると考えています。たとえば浄土宗の研究所の中なかにも布教班があるように、仏教では「法話」が期待されている。実はこれも私たちの調査ではなくて第一生命経済研究所の小谷さんの調査なのですが、一般の方たちに、「寺院に対して何を求めますか」と聞くと、いまだに 8 割ぐらいの方は、葬儀だとか法要などの儀礼をちゃんとやってもらいたいというのがトップなのです。2 番目には法話や仏教の智慧など心が安らくなるようなお話をしていただきたいと、そういう宗教的なものへの期待はすごく高い⁽¹⁶⁾。そういった期待に添うために、普段から私たちは儀礼のトレーニングや、法話に関する研究のプロジェクトもやっています。

しかし実際には、法話が心に響いたという方は非常に少ないのです。また、儀礼が慰めになっていると感じているかについては、僧侶自身では約 2 割の人が慰めになっていると思っていますが、信者は 1%にすぎないそうです。浄土宗総合研究所でとったデータにも、そういう厳しい結果がでています。それでは何が足りないのか、この点について法話研究班で調査をしました。

様々な宗派の方たちにもアンケートの協力をお願いしたのですが、檀

家や信者は僧侶に特に何を求めるのかという問いには、1位は「人徳」を求めるという回答でした。それは医療現場でも同じで、優秀で医療技術が高い医師よりも、やはり医師は人格者であってほしい、信頼でき、尊敬に値する人であることが望まれるのと同じことなのです。ですから宗教者は法話がうまいとかお経がうまいという前に、あるいはそれも必要ですが、やはり一番大事なものは人柄であり、「人徳」であるということ、つまり信頼されるあるいは尊敬される人でいてもらいたいということなのです。

それがいま、残念ながらどの宗教においても、宗教者はほとんど普通の人のと同じような生活のスタイルをとっていて、目に見える宗教者としての違いは儀礼をつかさどるとか、資格があるということだけです。また、普段からの関わりもなく、葬儀や通過儀礼などの「点の関係」になってきている。やはりそういうなかで人徳が求められるなら、話をするとか本を読んでいただくだけではもう不十分だと思います。

宗教者として関わる時間を十分にとり、生活に実際に寄り添い思いを共有することによってしか伝わらない。「ああ、このお坊さんと会ってよかった」と感じていただくためには、具体的なアクションだったり、人柄や信念に基づく心からの言葉でないと伝わらないのです。私たちが超高齢社会のなかで何ができるかといって、具体的な手立てばかりトレーニングしても、実践が伴わなければそれはおそらく役に立たない。言うならば宗教団体の本来の役割について、宗教に期待してくださる方たちに答えられるように、もう一度見直す時期に来ているのです。本来の目的（布教・儀礼・教化育成）を達成するための手段（事業）が、逆に目的になってしまっていないか。宗教団体の持っているダブルスタンダードに対して、多くの方が嫌悪感を持っている。それが先ほど申し上げたように、宗教は心の支えになると思っていても宗教者が頼りにならないという思いになるのだと言えるのです。

ですから、高齢者との関わり方の問題にしても、待っているのではなくて、率先して出て行き、実践する。その場を共有して私たちが学ばせてもらう。お寺には高齢の方も大勢いらっしゃるのですから、様々な問

題に直面している方たちと関わり経験することで、共有して伝えていくという、エンゲイジド（engaged：社会的に積極的に関わる）ということですが、そういう実践と共有を私たちは打ち出していないと、この問題はちょっとやそつとではたちゆかないと思うのです。

分岐点に立つ宗教

—尊厳死を望む社会のなかでの変容の可能性—

戸松 また、日本の社会構造の変化について、実は少子高齢化は、宗教団体の根幹を揺るがす問題なのです。たとえば、過疎地域にあるお寺が多いのですが、既にもう過疎化が始まっていて、お一人亡くなるごとに檀家がいなくなるという現実があります。辛い事実ですけど、将来存続ができないというお寺が多数出てくるのです。そういったなかで、そのお寺自身もそうですが、本山などの包括宗教法人がその対策としてどのようなビジョンを打ち立てているのか、そういったことを先送りしてきたという現状があるのです。

堀江 大変な問題ですね。

戸松 大変な問題です。そもそも、お寺の継続性だとか安定性がなければ、社会的な活動すらできない。要するに、お寺の存続もおろか、自分たちの家族でさえちゃんと生活ができないような安定していないなかで、檀信徒の教化運動のために時間を割くことすら担保できないのならお寺として護持できないということで、私はその両方の問題に、今こそ取り組むべきだと思っています。

堀江 そうしますと、これはただ一つの宗派とか一つの宗教だけが考えていく問題では当然ないわけです。みな同じ問題を抱えているわけですから。色々な形での連携やネットワークができるはずだし、今後ますます



堀江宗正氏

す必要になりますよね。

それと同時に「宗教」そのものの変容ということも見えつつあるような気がします。宗教というものが超高齢社会を経て老いていく高齢者、特にそのなかでも弱者といわれるような、あるいは孤独死しかねないような人たち

とか、そういう人たちと関わっていく。それによって、宗教者は当然のことながら宗教的信念に基づきつつも、そういう人たちとの関わりのなかで人徳と人格を磨いていく。そのことで、宗教そのものが大きな変容を経るかもしれない。

これまでの話からすると、「点としての死」に儀式を通して関わるという限定された役割ではなく、孤立しがちな高齢者が日々の生活のなかで人間的な関わりをすることができるような「連続するいのち」の交歓の場になるという包括的な役割へと、宗教は転換するのではないか。過疎化集落や、孤立集落、災害を蒙った高齢者集落など、場合によっては、宗教的施設で待ち構えるのではなく、そういう所におもむくという働き方も必要で、それは東日本大震災以後、見えてきた活動の形でもあると思うのです。それに従って、教えの力点も変わるのではないか。悲惨な終末期を生きることにとらわれずに潔く死ねというのは日本の宗教、とくに「教え」のレベルでは強かったと思うのですが、縁をつなげたり、支えたりして、共苦・共感・共知の過程を後世に残す時期に入っている。そう予感するところがあります。

一方で、「尊厳」ある孤立死や医療にかからない「自然死」、水分や

栄養を抑えることで肺炎にかからせずに死なせることができるという「平穏死」のようなものをすすめる本も流行していて、そういうものに適用できるように知識化された「宗教」が潔く死んでゆく日本人の死生観を裏付けるものとして受容される傾向があります。医療費を削減したい政府の思惑や高齢者を早く死なせたいという周囲のプレッシャーと相まって、「大量死社会」に適応した「宗教」の知が展開するという可能性もありますが。

安藤 さっき戸松さんがおっしゃったことでいうと、宗教というものの一番の強みは、生活している人を見ているということだと思っんです。

医療の場合、今は病院で死ぬ人が80%ぐらいですが（実際にはその80%の人たちがみんな病院で最期の時を過ごしているわけじゃなくて、死亡の時に病院にいるっていうだけの話なんです）、どうしても医療者は病院のなかにいると、生活している生身の人というのが見えないような構造になっているんですね。そのなかで、もちろん心ある医療者たちは、本当にがんばっているわけです。患者さんのために、ご家族のために、とがんばっているわけだけでも、残念ながらその活動を社会に開くというか、たとえば「今医療ではこんな問題が起こっている、私たちも悩んでいるんです、一緒に語り合いませんか」とかみたいなのという雰囲気はないんです。医療は医療のなかだけで閉じてしまっている。医師とかでこういう問題に発言する人は、功成り名を遂げた後の人というか、（言い方は悪いですが）もう現場から去ってしまったような人ばかりが大きな発言権をもっていて、実際に医療の現場で本当に悩みながら日々現実にぶつかっておられる人たちからは、声が上がってこない、ということがあるんです。これは私が医学部というところに勤めていて、いろんな医療者の方と語り合った感想なんですけども、医師の立場からの（社会的）発言といったものは、医師のなかでも本当の上澄みの方に偏っているということです。現実には現場で奮闘している医療者たちも戸惑っているのですが、彼らの問題意識をもっと開けるような場がないんです。これは宗教者についても基本的には同じだと思うんですが、

やっぱり医療というのはすごく制度化されたものなので、ある意味では生死の選択みたいな問題が医療の現場に丸投げされているような現実がある。

この丸投げをそのままにしておいて、たとえばもっと自宅死を増やすべきだといったことを言うのは非常に危険です。もう家庭とか家族というもの自体が、人の死や老いというものをきちんと受けとめられるような場ではなくなっているという現実のなかで「自宅で死ぬのがよろしい」と言ってしまうと、結局は家族の人たちではケアできないもんだから、死を選ぶとか死なせるという選択のほうに後押ししていくようなことになります。尊厳死法制化は、まさにこういう隙間から溢れ落ちちゃった人を死という方のルールへ流していくみたいな、そういう働きをするんじゃないかと、私は非常に批判的に見ているんですね。

だからそれを「どう死ぬか」ではなくて「どう生きるか」っていう我々の問いかけとしてもう一回受けとめ直すためには、やっぱり医療にしても宗教にしても、もう一回原点に帰って、自分たちは今こういう問題で悩んでいるんだということを、みんなと共に語り合えるような場を開いていくのが本当に重要なことだと、今お話をうかがっていて思いました。

堀江 ありがとうございます。ほとんど私の代わりにまとめていただいた感じですね。この対談も、そのような場を開く一つの契機になればと思います。

宗教者、医療者、宗教学者の役割

堀江 それでは、最後にこれだけは言っておきたいということがございましたらお話しください。

戸松 私は、公の場で宗教者がいのちをめぐる社会問題に関わる時、二

つの大きな障害があると思います。一つには政教分離、二つには宗教団体に対する信頼です。東日本大震災における救援活動や、弔い、復興のなかでも宗教法人に対する「政教分離の壁」があるように思います。先ほど少し申し上げましたが、特に行政は、憲法第 20 条、第 89 条とそれらの条文を根拠とした政教分離の原則を非常に気にします。

実は私が慶應義塾大学で教えることになった時も、私は僧侶として自分のその死の現場の経験を伝えようと思ったのですが、医学部の医学教育統轄センターの先生や学部長は、「戸松さんはハーバード大学で医学部の生命倫理を勉強されてきたのですから、慶應でハーバード大学と同じ授業をやっていただきます」ということを言われました。朝日新聞の磯村健太郎さんが取材に来られた時も大学側はそればかり力説して、磯村さんが「いやいやでも僧侶として多くの現場に立ち会ってこられたのですから」というのに対して、「いや、僧侶でありますけども、なによりもハーバード大学の経験から……」といった感じですか。それから、医学教育統轄センター所属で医学部の授業を受け持ったのですが、教授会において、医師免許をもっていない僧侶が医学生に教えるのはいかなものかという意見も出たそうです。

そういう経験から、やはり宗教者が、それは私たちの反省点でもあるのですが、社会的信頼とかそういうものが得られていないと感じるのです。表面的には、あちこちで先生、先生と言われたり、上座に座らせていただいていますけど、その実、死に関して頼りになる人というところには入っていない。これは、國學院大学の石井研士先生の調査結果で、社会的存在のなかでの宗教法人の信頼の度合いについてですが、社会的な様々な法人のうち、宗教団体が信頼度最低 14.5%ですよ。トップが病院などの医療機関。続いて新聞等のマスコミ、教育機関や裁判所。そのなかで、利潤を追求する大企業でさえも 58%は信頼に値するといっているわけです。それから、国会議員や地方議員は低い。宗教法人は国会議員の 3 分の 1 程度ですよ⁽¹⁷⁾。ということはどういうことを意味しているのか。ですからやはりこういう信頼から取り戻していかないと、私たちの声もなかなか社会に届かないし、役割を担いにくいと思うので

す。

たとえば宗務行政において、宗教法人審議会をはじめ、宗教に関する案件に関して、宗教法人制度の運用に関することや、外国の宗教に関する様々な調査とか、そういう公の調査では、学識経験者という宗教学者の社会的信頼度は高いと思っています。私たち宗教者は私たちなりの取り組みに可能性を感じていますが、制限もかなりあります。しかし、行政や社会の制度のなかで宗教に関する問題や宗教的な倫理観に関わる問題について進めていく時に、宗教者が積極的に参加する意味は大きく、果たす役割も大きいと思います。

望みとしては、やはり自分たちの知見や理念的なことだけに基づかないで、エンゲイジドされたことを発信していく。それから、学識経験者にも理念の世界だけでなく、やはりその現場で積極的に活動し関わることが求められている。どちらにしても自分の経験や意見が、いかに公益に反映されるかという視点で参加をいただくということが大事だと思うのです。学識経験者と、それから宗教者と、そういう意味では両輪と言いますか、そういう形でやっていくことが必要だと思うのです。いま、実際には学識経験者の影響力のほうがずっと強い。ですから学識経験者と宗教界と、良い意味で協力すること、公益のために大きな目的のために協働していくことが大事なのです。

その一つの例として宗援連（宗教者災害支援連絡会）という、島菌進先生が始められた会があります⁽¹⁸⁾。島菌先生も歳を重ねられて、まるでエンゲイジド宗教学者に近いですね。ただ研究だけじゃなくて、現場を大事にして、人の思いをも大事にされる宗教の研究者と、それから現場を大事にする宗教者が手を取り合って協力している。そういうことが大事なのかなと思います。様々な問題について積極的に情報発信をおこない、実際に取り組みを進めていきたいと思っています。

とりあえずはリビングウィルについてなるべく多くの方に考えていただく。具体的に考える場ときっかけを提供して、宗教者が一緒に取り組みを進めていくことで、尊厳死の問題に関して多くの方と本当に胸襟を開いて進めてまいりたいと思います。

ただ、私は非常に厳しい点もあると思っています。それは、宗教や宗教団体が次第に世俗化していく可能性がある。それから個人化、効率性、経済効率を残念ながら優先するような社会の風潮もある。一方では、宗教法人も市場経済のなかの法人として存在し、そういう意味では宗教法人の収入ですとか、宗教活動をおこなううえで経済的な安定を得るために収益事業を中心にやっていくこともあり、ややもすると私たちの言っていることとやっていることは違うのではないかということが社会で問題になる。そこを情報開示によって正しく見せていくことも必要になってくるのではないのでしょうか。言葉に行動が伴わないということはなくしていかなくてはいけないのかなと思っています。これは並大抵のことではないし、海外でも、西ヨーロッパの社会の現状がある意味でいったら一つのモデルのようになると思うのです。ドイツにしても、フランスにしても、宗教離れは厳しいということを私たちは心に留めながら取り組んでいかなくてはいけないかなと思っています。

堀江 そうすると「宗教」といっても、もちろん私は宗教団体を応援したいという気持ちはあるのですが、それと同時に医療者が、さらには今のお話だと宗教学者も、宗教者や宗教団体とは別に、ある種の宗教的な資質みたいなものを持つようになるという可能性もあるわけですね。宗教学者も色々な役割を今たくさん期待されたようなんですけども、安藤さんは今後どのようにやっていかれるのでしょうか。

安藤 医療者ということであると、医療者教育自体が非常に偏っているわけですね。医師の場合、ご存じのように、米国なんかだと普通の一般大学を出てから医学校に入る。そうするとその段階で文科系か理科系か、ある程度の一般教育の大学を卒業しているわけですけど、日本の場合は高校卒業時点で特に医師になりたいということではなくて、たとえば偏差値が高かったからというような理由だけで送り込まれている。今大学の教養部の単位、昔だったら 2 年間完全に教養だったのにそれがなくなって、非常に少なくなっていますし。そうするとそういう人間のこと

について、あるいは社会のことについての基本的な視線だとか、あるいは異なるいろんな立場の人たちとの付き合いだとか、そういうものがないままに医療者になっていく人っていうのはものすごく多いのです。実は大学教育はやっぱり 20 年、30 年経って、その人たちが 40 代、50 代ぐらいになって本当に効いてくると思うんですけど、今の人達が 40 代、50 代になるとどうなっちゃうんだらうかって想像すると暗い気持ちになります。

だからもちろん大学教育も大切だけど、今後はやっぱり卒後教育を相当重視していかなきゃいけないように思います。やっぱり卒業して社会人になってみれば、もちろん医療者も病院のようなある意味閉ざされた世界で働いているというその現実以外に、たとえば自分で家庭をもったり子供をもったりして、色々な形で、生活する生身の人間として社会に関わる経験ができてくる。そうするとやっぱり学生時代には見えなかったものが見えてくる。でもそういう経験を実際に自分が病院のなかでやっている医療活動とつなげる、生活と医療をつなげて考えるっていうことがなかなかできないような現状があります。だから専門家としての枠だけに閉じこもってしまうわけです。

それを開いていけるような姿勢を育てるためには、東大なんかやっているような医療従事者やケア従事者を対象とする死生学のセミナーとか、ああいうのがもっと広まっていけばいいなあと。私も看護師さんの卒後教育などに関わる機会が多いんですけど、単に医療倫理の基本を教えるとかそういうことだけじゃなくて、やはり生きているとはどういうことか、死ぬとはどういうことかというレベルにまで掘り下げて、みんなが考えていけるような、その通路を作ることがすごく重要ですね。そうすることで、医療者の宗教に対するある種の拒否感（宗教者に対する拒否感とは限りませんが）をなくすことはできないにしても、少なくとも壁を低くしていくことができるだろうな、というふうに思います。

堀江 東大の死生学・応用倫理センターの医療・介護従事者のためのリカレント教育⁽¹⁹⁾には、私も関わっていて、先日も講義をしたばかりで

すが、すごくびっくりしたのは、いかにも文学部らしい話のほうに非常に食いつきが良いということでした。講義後、熱心に質問に来られたり、話しかけてくださったりした方が多く、休み時間がなくなるほどでした。数年前に同じ話をした時よりもずっと反応がよく、宗教とか哲学とかに関心を持つ医療関係者が、以前よりもどんどん増えてきているのではないかと思います。その辺から、我々も少しずつ変えていけるのかなと期待をもっています。

ただ、なにぶん高齢化のスピードが速く、「大量死社会」の接近が目前に迫っていて、宗教団体も非常に危機が迫っているという状況です。宗教研究者においても、ただ権威ある教養を学者然として語るだけでなく、ナマの声を急いで拾い上げていくような、それこそ臨床的な学術活動が必要だと思います。その一環として、宗教団体の状況にも耳を傾けていく必要があるでしょう。同時に、中立であるからこそ、宗教者からも一般社会からも信頼されるという面もあるので、特定の宗教団体に偏らない、あるいは超宗派であっても特定の宗教勢力に偏らないという注意が必要です。また、特定の政治的イデオロギー、とくにここ 15 年ほど、人々の孤立化を進めてきた新自由主義的なイデオロギー、さらに拙速とも言えるほど尊厳死の法制化を進めている特定の政治勢力、メディアの風潮、そういうものに奉仕するような研究をおこない、お墨付きを与えるようないわゆる「御用学者」もありうるわけです。色々な勢力や立場の動向に注意しつつ、このチャレンジングとも言える時代の流れから学び取ったことを後世に伝えていく、そういった仕事が今後望まれるのではないかと。今回の『現代宗教 2014』の特集もそのような仕事の一部となるのではないかと、今日のお話を聞いて、考えを新たにしました。どうもありがとうございます。

資料

宗教立の病院を対象とする「高齢者と尊厳死」についての アンケート調査（結果）

期間：2013年8月23日から9月6日まで

回答率：18%（50通のうち9通）

調査者：堀江宗正（注意：個人による調査であり、国際宗教研究所によるものではない）

質問 1 貴院ではいわゆる延命医療（人工呼吸、人工栄養など）の導入・差し控え・中止・終了について明確な方針をお持ちでしょうか。当てはまる選択肢に○をつけてください（以下同じ）。

- 1 明確な方針を持っている。56%
- 2 明確な方針を持っていない（個別のケースによる）。44%
- 3 その他 0%

質問 2 上の質問で「明確な方針を持っている」と答えた方にお尋ねします。それはどのようなものでしょうか。（参考文献や資料などがありましたら、ご教示ください。）

もともとホスピスであるため、延命医療をおこなわないことが前提。（2件）

患者本人とその代理人に決定する権利がある（2件）。

参考文献の提示（1件）

質問 3 患者本人の意思が明らかであれば、延命医療の不開始・中止を判断しても医師は訴追を免れるとする尊厳死法（案）について、様々な立場があります。貴院の医師は、おおむねどのような立場に近いですか。複数を選択してもかまいません。

- 1 法制化されることで訴追の不安なく患者の意思を尊重できるので賛成である。67%
- 2 上記以外の理由で賛成である。11%
その理由 ・リビングウィルを尊重できるように（1件）
- 3 高齢者や社会的弱者に尊厳死を迫る圧力がかけたり、治療が消極的になったりする可能性があるため反対である。11%
- 4 上記以外の理由で反対である。0%
その理由（なし）

- 5 その他 ・これまでも本人や家族との話し合いでやってきた (2件)。
・時期尚早。

質問 4 貴院では特定の宗教者が医療行為以外の患者のケアに関わっていますか。

- 1 関わっている。67%
2 関わっていない。33%

質問 5 「関わっている」と答えた方にお尋ねします。それはどのようなものでしょうか。

スピリチュアル・ケア、またはパストラル・ケア (3件)
チャプレン (3件)
お話を伺う。茶話会を開く。
司祭としての役割
神への信頼、打ち明け、力を願うなど

質問 6 貴院の設立母体となった宗教の教えは、スタッフの間でどの程度浸透していますか。

- 1 過半数が教えを尊重している。内容を知っており、信者ではないとしてもその価値や理念を共有している。78%
2 過半数が教えの内容を十分に知らないか、知っていたとしてもその価値や理念とは関わりなく、医療行為に従事している。22%
3 その他 0%

質問 7 貴院のよってたつ宗教上の理念との関係でお尋ねします。望ましい死の迎え方とはどのようなものであるかについて、貴院のスタッフの間では定まった考えがあるでしょうか。

- 1 とくに考えは定まっていない。スタッフによって異なる。56%
2 ある程度、考えは定まっている。44%

その内容
死を肯定的に受けとめる
患者の命と人格の尊厳を信じる。
患者は真実を知る基本的な権利を持っている。
患者には延命処置を受けるか拒否するかを決定する権利がある
ホスピス、緩和ケアは全人ケアであって、救命延命の発想とは異次元。

参考文献や資料などがありましたら、ご教示ください。

聖書

東京衛生病院臨床倫理方針「1.尊厳」「4.終末期医療」、"A Statement of Consensus on Care for the Dying "General Conference of the Seventh-Day Adventist Church, 1992 (<http://www.adventist.org/beliefs/statements/>)

寺本松野『新装版 看護のなかの死』（日本看護協会出版会、2001年）

細井順『死を恐れないで生きる——ガンになったホスピス医の人生論ノート』（いのちのことば社、2007年）

『新・私が決める尊厳死「不治かつ末期」の具体的提案』（中日新聞社、2013年）

質問 8 貴院のよってたつ宗教上の理念との関係でお尋ねします。望ましい老い方とはどのようなものであるかについて、貴院のスタッフの間では定まった考えがあるでしょうか。

1 とくに考えは定まっていない。スタッフによって異なる。78%

2 ある程度、考えは定まっている。22%

その内容

老人も尊重されるべき。老いを否定しない。死や老いと関わらない。老い、死に至るなかにも癒しがある。

聖書は「白髪は輝く冠」「力は若者の栄光、白髪は老人の尊厳」など、老いの過程や結果にも敬意を払うよう促している。

人間らしい老い方、全人的な老い方。

参考文献や資料などがありましたら、ご教示ください。

聖書

質問 9 最後の質問です。以上の回答結果は貴院を代表する見解として公表してもよろしいでしょうか。

1 回答者個人の見解であるので、病院名や回答者名は伏せ、回答は量的に処理してもらいたい。56%

2 病院を代表する見解として、病院名をあげた上で公表してもかまわない。44%

注

- ① 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、2011年。Jonathan S. Watts and Yoshiharu Tomatsu (eds.), *Buddhist Care for the Dying and Bereaved*, Boston: Wisdom Publications, 2012.
- ② 下記の注5を参照。
- ③ 安藤泰至「人間の生における『尊厳』概念の再考」(『医学哲学・医学倫理』第19号、2001年、16-30頁)。
- ④ 安楽死とは、一般に耐え難い苦痛からの解放のために生命を断ったり、それを短縮したりする行為をさす。①消極的安楽死(延命治療の手控え・中止)、②積極的安楽死(致死薬注射)、③医師の幫助による自殺 physician-assisted suicide(致死薬処方)がある。一方、「尊厳死」という言葉は、植物状態患者の人工呼吸器の取り外しをめぐる裁判をきっかけに出てきたが、世界的には「安楽死」とほぼ同義である。しかし日本においては「安楽死=積極的安楽死」、「尊厳死=消極的安楽死」として、両者が対比的に記述されることが多い。安藤泰至「安楽死/尊厳死」(大澤真幸他編『現代社会学事典』弘文堂、2012年)、39頁。
- ⑤ 尊厳死法制化を考える議員連盟「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案(仮称)」2012年3月22日(小川浩史の掲載による、<http://www.arsvi.com/2010/1203dwd2.pdf>、2013年11月9日アクセス)。「第七条 医師は、患者が延命措置の不開始を希望する旨の意思を書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している場合(当該表示が満十五歳に達した日後にされた場合に限る。)であり、かつ、当該患者が終末期に係る判定を受けた場合には、厚生労働省令で定めるところにより、延命措置の不開始をすることができる」(第1案)。「……延命措置の中止等を行うことができる」(第2案)。
- ⑥ 日本宗教連盟「第6回宗教と生命倫理シンポジウム—いま、尊厳死法制化を問う—」2012年10月16日(<http://www.jaoro.or.jp/archives/860>、2013年11月9日アクセス)。
- ⑦ 読売新聞「『尊厳死』立法に宗教界は……賛成なし、反対2団体(国内アンケート)」、『読売新聞』(大阪版)2006年1月11日、「心のページ」。
- ⑧ 胃瘻とは、腹壁を切開して胃のなかに管を通し、食物や水分や薬物を流入・投与するための処置を指す。
- ⑨ 「安心と信頼のある『ライフエンディング・ステージ』の創出に向けた普及啓発に関する研究会報告書」(2012年4月26日、<http://www.meti.go.jp/press/2012/04/20120426006/20120426006.html>)。
- ⑩ 「憲法20条 1 信教の自由は、何人に対してもこれを保障する。いかなる宗教団体も、国から特権を受け、又は政治上の権力を行使してはならない。2 何人も、宗教上の行為、祝典、儀式又は行事に参加することを強制されな

い。3 国及びその機関は、宗教教育その他いかなる宗教的活動もしてはならない。」

「憲法 89 条 公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便宜若しくは維持のため、又は公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない。」

(11) 仏教伝道協会『和文仏教聖典』（仏教伝道協会、1966 年）、98-9 頁（パーリ、長老尼偈註）。

(12) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」2008 年度、2012 年度 (<http://www.hospat.org/research-top.html>)。

(13) 「安心と信頼のある『ライフエンディング・ステージ』の創出に向けた普及啓発に関する研究会報告書」（前出）

(14) プロジェクトダーナ東京「プロジェクトダーナとは」(<http://www.projectdana.jp/about/>、2013 年 11 月 9 日アクセス)

(15) Zen Hospice Project, “What we do” (<http://www.zenhospice.org/about/what-we-do>、2013 年 11 月 9 日アクセス)。

(16) 第一生命経済研究所「ライフ・デザイン・レポート」(http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/ldr_index.html、2013/11/07 アクセス)。

(17) 石井研士「日本人はどれくらい宗教団体を信頼しているのか——宗教団体に関する世論調査から」（『東洋学術研究』第 49 巻第 2 号、2010 年）、図 5 制度・組織の信頼度（JGSS・2006 年）。

(18) 宗教者災害支援連絡会 (<https://sites.google.com/site/syuenrenindex/>、2013 年 11 月 9 日アクセス)。

(19) 東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター、上廣死生学・応用倫理講座「医療・介護従事者のための死生学 夏期セミナー」2013 年 8 月 4 日 (<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/ja/seminar/130804.html>、2013 年 11 月 9 日アクセス)。

掲載論文一覧

〈特集：老いに向きあう宗教〉

戸松義晴・安藤泰至・司会：堀江宗正
「超高齢社会における尊厳死—『宗教』の立場から考える—」

川島大輔

「老いを生きる〈わたし〉、他者、宗教—エリク・H・エリクソンを手がかりに—」

Masami Takahashi

「高齢化と宗教の老年学のおよび心理学的な考察—『生きがい』と『自分らしさ』のダークサイド—」

白波瀬達也

「あいりん地域における単身高齢生活と死—弔いの実践を中心に—」

川又俊則

「老年期の後継者—昭和—ケタ世代から団塊世代へ移りゆく宗教指導者と信者たち—」

猪瀬優理

「教団の維持・存続と少子高齢社会—信仰継承に着目して—」

アイリーン・バーカー

「新宗教における高齢化の問題—老後の経験の諸相—」（翻訳：高橋原）

〈継続特集：3.11 後を拓く〉

川上直哉

「3.11 以後の宗教の取組み」

黒崎浩行

「復興の困難さと神社神道」

〈学術動向〉

中野毅

「宗教の起源・再考—近年の進化生物学と脳科学の成果から—」

現代宗教 2014 2014年3月4日発行

発行者 (公財) 国際宗教研究所 ©国際宗教研究所

上掲論文は <http://www.iisr.jp/journal/html> よりダウンロード可能