

「現代の死」を考える

倉田 真由美

(立命館大学大学院先端学術総合研究科博士後期課程、生命領域)

はじめに

医療とは人間が経験を通じ、自らの英知によって経験を整理して、同じ症状を示すものには同じ原因があると考え、同じ治療を行えば好結果を得る確立が高いことを知ると共に、その経験が整理されて“医療技術”として次第に貯えられたものである(吉利, 1993: 5)。この医療を、より有効に組織するための知的行為の成果が“医学”であり(中川, 1993: 5)、医学を修め医療を提供する医療従事者は、生命の尊重を第一義に、最善の治療によって病者を癒し、健康の回復に努めるといふ、極めて人間的な活動を原点とするものと定義される(日本医師会, 2001)。つまり、医療専門職者により、生命の尊重と健康保障を前提に、経験的事実に基づいた医療技術を繰り返し展開する中で、得られた結果から技術革新を進めてきたものが現代の医療と言える。ところが、これまで進められてきた医療技術の革新が、必ずしも全面的に望ましい結果を与えているとは言い難く、特に技術革新を進めるための建前としての健康権が、結果的に技術革新そのものと、解決しがたい矛盾を生む状況が増えてきている(中川, 1993: 23)。そして、その中のひとつに尊厳死や安楽死、延命治療の是非などの死を巡る問題がある。

また、医療技術革新を進める中で、病院中心の医療システムを築き上げたことにより、慣れ親しんだ自宅に戻ることでできないまま病院で死を迎える人が急増し、2005年の「人口動態調査」によると、医療機関で死を迎えた人は82.4%にも上る¹。半世紀前までは逆に在宅死が8割だった。こうした死を迎える場所の移行は「死離れ」を引き起こし、現代日本社会は「死の空洞化」にさらされていると指摘される(広井: 2004)²。にもかかわらず、われわれはこうした医療環境の中で、これから死を迎えなければならない。河合(1996: 135-154)はこの事態に対し「現代はいかに生きるかだけでなく、いかに死ぬかを同等の重みを持って考えなければならない」と指摘し警鐘を鳴らしている。そこで、本稿では今一度、死を巡る現状の問題を概観し、現代の医療環境の中でいかに死を迎えるか、「現代の死」について検討していきたいと思う。

1. 現代の死を取り巻く環境「痛みと苦しみの延長」

国立がんセンターによると、1993年から1996年の5年相対生存率³は男性45.1%、女性54.8%と報告されている⁴。これは積極的治療により約半数の患者ががんから救われたことを示すものである。だが、がんの治療は極めて苛酷であり、肉体に多大な負担をかける。がんの主な治療法のひとつである抗がん剤治療(chemotherapy)は、効果をあらかず量と副作用がほぼ同じか、場合によっては逆転することもあると言われている⁵。しかし、現代医療は治療及び延命を目的としていることから、何の手も尽くさず死を迎える

訳にはいかず、こうした姿勢を患者にも強要する傾向にある。2005年から2006年の高度先進医療費の総額は37億円、うち32億円、9割弱ががん関連の費用であったことが報告されており、これらは他の疾患に比してがんの治療費が高額なものが多いということもさることながら、高度先進医療に占めるがん治療の割合(68%)が高いことを示している⁶。つまり、がん治療は今まさに臨床において技術革新が進められている最中であり、こうした状況の中、がんに罹患した患者の多くは医師に勧められるままに治療に取り組み、また、すでに助かる見込みの少ないがん患者も同様に、治療という大儀の下、死ぬ間際まで辛抱を強いられているのではないだろうか。

では治癒回復が見込めない患者はどこへ行けば治療を強要されず、安心して死を迎えることができるのだろうか。末期がんの患者が安寧な死を迎えるために、これを支援する緩和ケア病棟が1981年以降、日本でも何箇所か設立され始めた。緩和ケア病棟はその基本指針として「痛みやその他の苦痛となる症状の緩和のための治療をし、無理な延命や意図的に死を招くことはせず、死を自然なものと認めこれを援助する」ことを挙げ(日本ホスピス緩和ケア協会、ホスピス緩和ケアの基準)⁷、現代医療の治癒回復及び延命を目的とした介入とは逆に、死を受容することを支え、無理な治療や延命を課すことはないと言明している。まさしく、回復の見込みが少ない者が安寧な死を迎えるのに相応しい場所と言える。ところが、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団によると、緩和ケア病棟は2006年6月現在、全国で157施設2,982病床しかなく、年間30万人ががんによって死亡するそのうちの4%しか収容できないことを明らかにしている。従って、このごく限られた病床から溢れた者は一般病院に入院せざるを得ず、がんで死に逝く者の大半が一般病院において治療目的と同様の医療介入を受けながら死を迎えなければならない。ここに今日の医療環境が抱える問題のひとつがある。

この問題に対し漸く、『がん対策基本法』⁸(平成18年法律第98号)が2006年閣議決定され、これを基に2007年6月「がん対策推進基本計画」が策定された。この中で重点的な取り組みのひとつとして5年以内に緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院の複数箇所の整備”が盛り込まれている。しかし、緩和ケア病棟を標榜するまでには、日本医療機能評価機構が定める病院機能評価⁹を受けるとははじめとする施設整備と併せて、従事する医療者にかかる資格要件など複数の設置基準を満たさなければならない¹⁰。また、現在加療中のがん患者は全国に140万人と推計されており、これに新たにがんを罹患する者が1年間に50万人以上にも上るといわれている。これら全てのがん患者が居住地に関わらず、安心・納得のいくがん医療を受けられるようになるのは容易なことではなく、かなりの費用と時間が必要であり、今しばらく治療目的の患者との混在は続くと考えられる。

2. 現代の死を取り巻く環境「生の質を度外視した延命」

延命治療技術の目覚ましい進歩により、これまでなら助けることができなかつた命を救うことが可能になった。しかしその一方で、身体的には救われたけれども、意識が戻らない状態、いわゆる植物状態(遷延性意識障害)という“生の質が問われる状態”を作り出した。遷延性意識障害とは疾病・外傷により種々の治療にもかかわらず、3か月以上にわたる、自力移動不能、自力摂食不能、糞便失禁状態、意味のある発語不能、簡単

な従命以上の意思疎通不能， 追視あるいは認識不能の 6 項目を満たす状態にあるものをいう（日本脳神経外科学会，1976）。

こうした遷延性意識障害の患者は国内に約 4 万人超いるといわれている。しかし、未だ日本には意識障害専門の病院など、患者が安心して入院できる施設はなく、また在宅治療を選択しても、医療的ケアを必要とするケースの介護を引き受けてくれる事業所は少ない¹¹。従って、このような状態となった患者の家族は、終わりの見えない 24 時間の介護を余儀なくされる。誰もが自分の介護のために大切な家族を犠牲にしたくないと考える。2004 年に実施された 40 歳代から 60 歳代を対象に「どのような死を希望するか」についてのアンケート調査では、「家族に迷惑をかけたくない」という理由から、65%の人が理想の最期に「心筋梗塞などである日突然死ぬこと」、いわゆる“ぽっくり死”¹²を希望していた¹³。だが、現代の医療環境の下では、急に病気になって倒れると、ほとんどが病院に搬入され、本人の意志にかかわらず救命のための処置が施される。そこで先述したような植物状態となった場合、時間が経つにつれて介護する者は自分の生活と介護との両立に疲弊し、やがて見守る者の中から、今後を案じる声や介護分担を巡る問題が持ち上がる。だが、この議論に患者自身は当事者でありながら、加わって自らの意見を申し伝えることができない。延命治療の是非を巡る最大の問題は、“当事者の意思が確認出来ない”という点にある。患者自身、楽にして欲しいと希求しているのか、または、もう少し此岸に留まりたいと考えているか。あるいは、病院側が説明するように、もはや何も感じたり、考えたりはしてはいないのかもしれない。しかし、いずれも憶測に過ぎず、本人の意志を確かめることが出来ないジレンマに陥る。また、こうしたストレスの高い状況がこの先いつまで続くのか、先の見通しが立たないことによる大きな責任がのし掛かかる。

こうした事態の当事者に、あるいはその家族に、いつ自分自身になるかもしれないという状況にわれわれは置かれている。それゆえ、今の医療のあり方に対し、楽に死なせてはもらえないのではないかと懸念を抱く。この懸念が新たな死に対する不安としてわれわれに押し掛かかり“苦しまずに、そして家族に迷惑をかけずに死にたい”という、ぽっくり願望を強化しているのではないだろうか。

3．現代の死を取り巻く環境「死を迎える場所の移行」

1922 年から推し進められてきた医療保障の拡充に伴う病院の普及により、1980 年には病院での死亡数が自宅での死亡数を上回るようになった¹⁴。こうした在宅死から施設死への「死を迎える場所の移行」により、患者と家族の分離が進み、多くの家族は介護役割を失うことになった。中には、身内の臨終に立ち会うことができない家族もでてきた。病院側は「蘇生の処置を見ることにより（看取る者の）心的トラウマになる」「実施者（医療者）に緊張感や不安を与える」など、医療側の利便性から家族が臨終に立ち会うことに消極的で「処置が落ち着いた時点で一時的に立ち会ってもらおう」という形式を取っている施設が大半を占める¹⁵。このため死に逝く者は最後の局面を独りで乗り越えなければならず、また看取る者は死に逝く者の最期を見届けることができなくなった。

病院が普及するまでは病める者を自宅で看病し、看病を通して健康がいかに大切なものを学び、命のあることに感謝した。また、家族の死に寄り添いそのプロセスを共有することで、死とは如何なるものかについて、先人の死を看取ることにより学ぶことができた。

しかし、病院中心型の医療システムにより、病院へ病人と死に逝く者を隠蔽したことが、結果、“命の尊さ”や“死の本質”について学習する機会を奪うことになったのではないだろうか。

個人の死に対する恐怖や嫌悪意識と、現代の医療環境による死の隠蔽とが相俟って、今日ではすっかり暮らしの中から死の姿が消えた。これにより、現代人の生命観や死観に変化が起きた。田中（2007：119-121）は、多くの死をこれまで看取ってきた内科医師の立場から「近代科学技術の進歩は日本人の死の概念を変えた」と述べている。では医療技術の向上が、現代人の死観にどのような影響をもたらしたのだろうか。そこでこれまでの論考から「現代人の死観」について以下に概観していきたいと思う。

4．現代人の死観

われわれは死をいつ頃から意識し始めるようになるのだろうか。これまでの調査では、児童期から青年期前期ころより、死を意識し始めるようになることが明らかにされている（丹下，2004：65-76）。この時期の死に対するイメージは、順に「怖い」（45.75%）、「寂しい」（30.97%）、「苦しい」（10.97%）となっており（齋藤，2003：49-53）過半数が死に対しネガティブなイメージを抱いている。その後、成人期でも死に対する恐怖は高い状態が続き、壮年期に入り徐々に低くなり、老年期になると死に対する恐怖は軽減し、死を不可避なものとして受容する傾向にあるといわれている。つまり、われわれの多くは、死を間近に控え、現実味を帯びてくる老年期に至るまで、死は“恐ろしいもの”として認識している。だからこそ、日々の生活の中で抑圧し、現代人は近親者の不幸や、病気にでもならなければほとんど死について考えることがない。非医療従事者を対象にしたアンケートでは、死に関して全く、あるいは稀にしか考えたことがないと答えた者が60%以上にも及んでいることが報告されている（森末，2003：67-76）。このように、われわれは意識の中から“死”を排除するよう努めてきた。また、好都合なことに病院が普及し、病と死を引き受けてくれるようになったことで、死は生活の“場”からもその姿を消すことになった。こうした状況を河合（1996：135-154）は「あまりにも生を重視し、死を嫌うため、象徴的な死を起こりにくくしている」と述べ、今の死を隠蔽する傾向にある社会環境を指摘し警鐘を鳴らしている。

半世紀に渡って押し進められてきた医療保障の拡充は、死を人々の生活から分断し、“死離れ”という悪習を生み出した。また、生活の中から死を排除したことにより、死は観念的なものとなり（木下，1998：1-18）このため自分はこれからどのような最期を迎えるのか想定することができなくなったのではないだろうか。自らの最期を描くことができなければ、死のその先にある“死後の生”に寄せる関心や期待は生まれてこないであろう。こうして現代人は、「来世観」や永遠の「生命観」を失くし、死を単なる“生の終わり”と考えるように至ったのではないだろうか。最近の調査で、多くの人々がある日突然死ぬことを理想の死として希望しているのは、単に、家族に負担をかけたくないという理由からだけではなく、来世観や生命観が欠落し、死を単に終わりとし刹那的に捉えるようになったこともひとつの要因ではないかと推察される。

そこで、もう少し掘り下げて「死後の存在」に対する認識について発達段階別に見てゆきたいと思う。死の現実的意味を理解するようになる児童期から青年期前期にかけて、死

後の存在に関する信念は次第に強くなり、やや疑問を持つ青年期中期を経て、青年期後期には再びその信念を強く持つようになることが明らかにされている(丹下,2004:65-76)。また成人期から老年期では、「死後の生命を強く信じている」「信じる傾向にある」と回答した者は30歳代で最も多く、40歳代では「わからない」「疑わしい」と答えた者が多かった。50歳代になると「ありえないと確信している」と回答する者が最も多くなり、60歳代でも「わからない」「疑わしい」と考える者が最も多いが、一方で「強く信じている」も増え、「ありえないと確信している」と同数になっている(森末,2003:67-76)。

上記の結果をまとめると、児童期から、青年期までは年々死後の生を肯定するようになり、一旦、青年期中期(高校生)で懐疑的になるも、その後再び肯定的になる。引き続き成人期は死後の存在を信じる傾向が高いが、壮年期になると否定的・懐疑的になり、老年期では懐疑的な者も多いが、一方で肯定する者も増加し2群化すると考えられる。つまり、加齢に伴い死後の世界への幻想や期待は低くなり、死後の存在を否定的または懐疑的に捉えるようになると考えられる。しかし、老年期において、再び死後の存在に対して肯定的になる人が一部で増えるのは何故か。これは、老年期に入り間近に迫る死と真摯に向き合うようになることで、新たな死観を持つようになるからではないだろうか。金児(1991:199)は「死に対する不安がもともと強いものは靈魂観念¹⁶も強く、そのような人が死の怖れから解放されるためには、死を肯定的に受け取らざるを得ない。つまり、死に対する怖れが強い人にとっては、その怖れは靈魂の観念を持つことによって正当化される」と述べている。従って、老年期で2群化したのは、死に対する恐怖の高い者が、間もなく迎える死を受容するために、改めて死後の存在(魂や輪廻転生)を肯定的に捉えるようになるためではないかと考えられる。

これまでの論考から、死に対する恐怖は年を取ると共に死に対する迷妄が取り払われ軽減するが、“死後の存在”については一部を除き、年々懐疑的になる傾向にあると言える。しかしながら、死との接触のほとんどない現代の医療環境の下、果たして現代人の死の恐怖は、本当に年齢と共に軽減するのだろうか。これはひとつの推測に過ぎないが、年を取るごとに死の恐怖が軽減するのは、死を受容する方向に向かっているのではなく、死と対峙することのないまま、死の局面さえ乗り越えればよいと刹那的に考えるようになるためなのではないだろうか。古の人々は死と共に生活し、死を恐れ、だからこそ金児の説くように死を受容しようと極楽往生を願ってきた。しかし、現代人は年を重ねるにつれ、死後の存在に対し懐疑的になる傾向にあることから、老いて死を目前にした時、死に対する恐怖から極楽往生を願うようになる者と、他方、刹那的に死を考え、恐怖を抑圧し、最期を迎えているのかもしれない。

こうした「現代人の死観の背景には第二次世界大戦の敗戦の後、日本が推し進めた近代化路線の非合理的な精神の打破、合理主義に根差した価値観の普及等の流れがあり、これら近代思想により、豊かな次世を思い描くことが出来なくなったのではないか」と言われている(金児,1991:178)。同論考の中で金児は「社会が死をどのように見るかによって、その社会で生活を営む人々の死に対する態度も規定される。達成と成功を重視してきた近代合理主義の社会にあっては、ネガティブな死観が熟成されてきたように思える」と述べる。合理主義の下、プロセスよりも結果を重んじてきた現代人にとって、死は全てを無くすという意味において“虚無”であり、“生の終わり”に過ぎない。だからこそ、次世に期待することもなく、極楽往生を夢見ることもなく、ただ死に際さえ楽で苦しくなければそ

れでよいという、刹那的な死観を持つに至ったのではないかと考えられる。

では、病と死を引き受ける側である、医療従事者の死後観はどうか。死を日常的に経験している医療者と一般成人を対象とした死に対する意識調査では、「あの世」をどのくらい信じているかについて、医療者は「あまり信じてない」を中心に「分からない」と併せて60%を占めており、医療者の全体の分布を見るとやや信じていない傾向にあった（田代，1993：58-65）。先述したように死に対する恐怖心が強い者ほど死後の存在を肯定する傾向にあることから、死後の存在に懐疑的な医療従事者は一般成人よりも死に対する恐怖心が弱いと推察される。金児は医療従事者と女子短大生を対象とした調査の中で、「死を知れば知るほど、死を見つめれば見つめるほど、死にまつわる迷信や妄想が払拭されて、死の怖れが少なくなっていく」（1991：193）ことを明らかにしており、医療従事者は複数の人々の看取りの経験によって死の概念が明確なことから、一般成人よりも死に対する恐怖心が弱く、死後の存在にも懐疑的な結果となったと推察される。つまり、死と向き合い、死の本質を知ることにより、金児が指摘するように、死にまつわる迷信や妄想が払拭され、恐怖は軽減し、死を現実的に考えられるようになるのではないだろうか。

しかし、現代の医療環境下で、死との接触の少ない非医療従事者が死を体験し、死について学ぶことは困難なことである。また、合理主義の下で培われてきた価値観は急に変えられるものではなく、次世や極楽も俄かには受け入れ難い。そこで、現代人の死観を踏まえた上でわれわれはどのように死を理解し、これを迎えばよいか、以下に検討したいと思う。

5．現代の医療環境の中でいかに死を迎えるか

現代の医療環境の中でこれから死を迎えなければならないわれわれは、自分の死に方を自分で選択・決定しなければならない。だが、どのように死を迎えればよいか、見当をつけることが出来ない。なぜなら、急速に進められてきた医療保障の拡充の下、随分の時間、死を遠ざけてきたからである。こうして死は観念的なものになり、自分自身の死を想定することができず、ただ、苦しまずに死ねればよいと、刹那的に死を迎えようとしてはいないだろうか。それだけではない。長年にわたり生と死を切り離し、死を隠蔽してきたことは、死のみならず“生”の面へも悪影響をもたらし、生命の尊さと死の不可避を今改めて学び直さなければならないであろう。

そこで、死という概念をどのように扱えばよいか。死について多くの論考があるが、その中でも近代医療がもたらした死を巡る問題と対峙し、1978年に大作『死』の中で人称別の死の概念を打ち立て、著書『死とはなにか』（1995）において「安楽死」の問題について追究している、フランスの哲学者ジャンケレヴィッチを手掛かりに“死とは何か”について考えていきたいと思う。

ジャンケレヴィッチは死について、「死とは存在のいかなる残余も残さない全的絶滅《永遠の虚無に至る虚無化である。》」と述べ、死してわれわれは肉体と意識（精神）を失い、これにより思考も感情も失うことから無と化すと説明する。従って死後の生は存在せず、われわれが死後の生について語ることを以下のように説明する。

人々は終末に関する小説を作り上げ、あるいは、もうひとつの世界の地図を作って、超経験の秩序を経験界にならって表象し、要は、昇華された此岸にすぎない彼岸を構成する。未来の極縁を原点線で延長し、そうして、超自然を自然と化する。[414]

つまり、死後の生とは生者が実世界になぞって空想した産物にすぎないと説く。死は虚無であり、死後の生は存在しないと述べるジャンケレヴィッチだが、決して現代人のように刹那的に死を捉えている訳ではない。“死とは何か”について、ジャンケレヴィッチは以下のように説明する。

死は変貌であり、再生だ。分解であり芽生え、腐敗であり開花だ。というのは、死ぬとはふたたび生きること、ここで分解して他の形で再生することだから。生は変貌するが、亡びるものではない。普遍的生の汲み尽くせない源泉と春の疲れを知らない復帰のほかには不死はない。[422]

ジャンケレヴィッチは個人の死を再生（継続）の起点と考える。死は姿を変えて再び生まれ変わることであり、新たな始動である。死して、人は亡びるのではなく、新たな生を生きるのである。従って、死は決して消滅ではない。だからこそ、後世は不要であると以下のように説明する。

滅びることのない生は、つまり、後生を必要としない。延長はすべてよけいなことだ。種の不死が、個人の死を受け継ぐ。生者は死ぬべき者だが、生者の生は生の生命力と絶滅することがなく、腐敗することも無い。そこで、死は生の終末ではなく、ただ単に生者の終末なのだ。死は一人の人間の生涯を閉じることであっても、普遍的生を閉じることは無い。[422]

個人の死は種の不死を支え、生を繋ぐ。命あるものは必ず死ぬ。しかし、生（命）は継承され滅びることはない。だからこそ、死は決して生の終わりではないとジャンケレヴィッチは説く。個人の死は種の不死にとって不可欠な要素であり、自然の摂理に基づき、順に滅び新たな生へと継承され次世代を築く。それゆえに、命ある者は全て死を迎える。けれども、それは生（命）の終わりではなく、一個人の、一生が終わった、ただそれだけのことである。このように、故人の死の歴史に支えられて生（命）は受け継がれている。だからこそ、死は個人の終生であっても、“生（命）”の終わりではない。さらに、膨大な生（命）全体の中での、個人の死の位置づけを確認する。

死は決して存在全体の非存在ではなく、一つの個別の存在の非存在だ。死は超経験な虚無ではなく、個別な部分的消滅であり、特定の状況のもとに縦横の軸で位置づけることのできる部分的消滅だ。だれかがどこかで...ある人がある瞬間に...。というのは、だれかの死が問題なのだから。一つの椅子が、それまでその席を占めていた人がいなくなって空席となるように、場所が一つ急に空になるのだ。こうして、死は副次的なものとなり、逸話や偶発ごと、膨大な生命の内部では、死は皮相的な局地の雑事の尺度にまで還元される。[422-423]

個人の死とは、膨大な生命全体の中で、ほんの一部が欠けることであり、一個の消滅は、今、この時にも、其所此所で起きている。時間と場所この2軸で記された1ピースがあたりこちで欠け落ち、欠けたピースの部分は、新たな生で補填される。こうして数え切れない人々の死によって、生(命)はこれまで絶えることなく脈々と受け継がれてきた。死すべき者とそれを見守る者にとっては、まさに、此の世の終わりである死も、生(命)の継続の中では副次的ことがらに過ぎず、皮相な死もひとつのエピソードまでに還元される。つまり、個人の視点から見上げる死は、全てを失う此の世の終わりである。しかし、見方を変えて、膨大な生命全体から個人の死を見た場合、それは一部分の消滅にすぎず、継承される生(命)の中では副次的なものにまで還元される。

こうした視点が現代人の中に失われているように感じる。これまで受け継がれてきた膨大な生命の中で、自らが担う役割について考えると同時に、われわれは死して生を繋ぐ“命の継承者”としての自覚が今改めて必要ではないだろうか。これから死を迎えるわれわれは、死の恐怖という重圧に負け、意識や生活の中から排除しようとするのではなく、個人に死に方の選択決定を迫る現代の医療環境の中に在ることを自覚して、問題意識を持ってこの課題に取り組むべきである。

そこで、これまでの議論を踏まえた上で、今後の医療のあり方として次のことを提言する。現在の病院中心のシステムを見直し、治療・処置にのみに限って病院へ行くようにし、基本は在宅での療養を中心とするシステムに改変すべきである。“病や死”という課題と取り組むのは当事者である患者とその家族であり、医療はその支援者にすぎない。だからこそ、取り組みの場所を病院から在宅へと、主体者の元へと返還すべきではないかと考える。

おわりに

死は古来より恐れられてきた。その昔われわれが死を恐れていたのは、死が未知のものであり、死後どのような世界がわれわれを待ち受けているのかという不安であった。しかし今、死が恐ろしいのは、もはや死そのものや死後の行方が恐ろしいのではなく、56%の者が「死に至るまでの苦しみや痛みに対する不安や恐れ」をあげている(第一生命経済研究所：患者が満足のいく医療を受けるには - 終末期医療に関する意識から - 2005年9月)¹⁷。また、同調査の中で「多少死期が早まっても、苦痛などの深い症状を和らげることに重点を置いて欲しい」(67.7%)、「苦痛から解放されるために、生命を短縮させて欲しい」(9.3%)と8割以上の者が延命よりも苦痛を取り除くことを希望しており、「出来る限り手を尽くして、すこしでも長生きしたい」と答えたものは10.2%と全体の約1割にすぎないことが報告されている。つまり、現代人は長生きよりも、とにかく苦しまずに死を迎えられることを医療に望んでいる。

こうした終末期医療に対する受療者側の要望と、医療現場における延命治療の中止を巡る問題等を受けて、2007年5月厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」¹⁸を策定、公布した。この中で「終末期医療及びケアの在り方」として、患者本人への情報提供と意思決定を基本とする、終末期医療の開始、不開始及び中止等は、医療・ケアチームによる医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する、疼痛やその他不快な症状を緩和すること等を明文化し、“苦しまない死”の実現に向け、今、終末期医療の

環境も変わりつつある。そこでこれらの医療環境の改革と併せ、患者の死や病に対する意識改革が必要ではないだろうか。未だ医療現場では治療方針を医師が導き決定しているケースがほとんどであり、患者と治療者とのパターンリスティックな関係から脱しきれておらず、患者自身が治療を選択決定し、これを支援するよう治療者に依頼してくるケースは稀である。そこで、病や死はわれわれ一人ひとりに向き合うように与えられた課題と考え、治療（または療養）は患者自身が主導で行うべきものであるということを意識付けのための啓蒙活動が急務ではないかと考える。

注

¹ 厚生労働省：統計調査結果.報道資料.平成 17 年人口動態統計月報年計（概数）の概況.

統計表人口動態.第 1-25 表 <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data18k/1-25.xls>

² 資料集東京大学 21 世紀 COE プログラム「死生学の構築」応用倫理教育プログラム 2004 年 6 月 26 日.（<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/shiseigaku/pdf/rinsho.pdf>.広井良典）参照

³ 相対生存率とは、まず生存率（診断から一定期間後に生存している確率）に実測生存率と相対生存率があり、実測生存率とは、死因に関係なく、全ての死亡を計算に含めた生存率のことであり、この中には、がん以外の死因による死亡も含まれる。がん以外の死因で死亡する可能性に強く影響しうる要因（性、年齢など）が異なる集団で生存率を比較する場合には、がん以外の死因により死亡する確率が異なる影響を補正する必要がある。性、年齢分布、診断年が異なる集団において、がん患者の予後を比較するために、がん患者について計測した生存率（実測生存率）を、対象者と同じ性・年齢分布をもつ日本人の期待生存確率で割ったものを相対生存率という。5 年相対生存率とは、がん患者の生存率と同年齢の一般集団の生存率を 5 年間で比べたものである。全国がん（成人病）センター協議会；その他全がん協加盟施設の生存率共同調査

（<http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/faq.html>）参照。

⁴ 国立がんセンター：がん対策情報センター、がんの薬物療法

http://ganjoho.ncc.go.jp/public/dia_tre/treatment/yakubutu.html；最新がん統計

⁵ 同上

⁶ 日経 BP：がんナビ Report.http://cancernavi.nikkeibp.co.jp/report/0206rep_1_p.htm

同上

⁷ 日本ホスピス緩和ケア協会.ホスピス緩和ケアの基準：

<http://www.hpcj.org/hpc/hpctop.html>

⁸ がん対策基本法とは、我が国のがん対策がこれまでの取組により進展し、成果を収めてきたものの、なお、がんが国民の疾病による死亡の最大の原因となっている等がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、並びにがん対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。がん患者がその居住する地域に

かかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療（以下「がん医療」という。）を受けられるようにすること。がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。を基本理念とする。電子政府・法令データ提供システム・がん対策基本法：
（<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>）参照

⁹ 財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価事業 <http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

¹⁰ 特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会・緩和ケア病棟・緩和ケアチームの設置基準（<http://www.hpcj.org/iryoku/pcusk.html>）参照。

¹¹ 全国遷延性意識障害者・家族の会：遷延性意識障害者とは？

<http://homepage3.nifty.com/zsk/home-top/top.html>

¹² ぽっくり願望とは、長期間に渡る療養による苦痛や家族への介護負担を案じ、長患いすることなく、突然に逝きたいと願い望むことを言う。「ぽっくり往生」という言葉はすでに元禄期からみられ各地方において諸説あるが、死に逝く者、死を看取る者双方が苦しむことなく往生することを願うもので、“ぽっくり”とは物がもろく折れたり、こわれたりするさまと同義として突然死ぬさまを言い表していると考えられる。家族や他人の手を煩わせずに往生したいという日本人の死生観を反映した言葉である。

¹³ 株式会社第一生命経済研究所ライフデザイン研究本部：ライフデザインレポート「患者が満足していく医療を受けるには 2004 年 5 月「死に対する意識と死の恐れ」(主任研究員：小谷みどり) <http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/rp0405.pdf>

¹⁴ 注 1 参照。

¹⁵ 心肺蘇生中の家族の立ち会い（FWR）に関するアンケート調査の概要。山口大学大学院医学。（山勢博彰）<http://ds22.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~yamase/fwr/fwrform.htm> 調査結果概要.<http://ds22.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~yamase/fwr/FWR.pdf>

¹⁶ 霊魂観念とは、霊的存在への信仰、死者への畏怖の感情、あるいは願い事をかなえてくれたり、祟りや罰を与えたりするような人知を超えた存在に対する畏怖の念、あるいは輪廻転生を信じること、こうした観念の複合したものを言う。

¹⁷ 株式会社第一生命経済研究所 <http://group.dai-ichi-life.co.jp> ライフデザイン研究本部。ライフデザインレポート 2005 年 9 月患者が満足していく医療を受けるには（主任研究員：小谷みどり）<http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/note/notes0509.pdf>

¹⁸ 厚生労働省：医政局。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について。<http://www.mhlw.go.jp>.<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>. 終末期医療に関する調査等検討会報告書 - 今後の終末期医療の在り方について - 平成 16 年 7 月.<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>

参考資料

黒岩卓夫：宗教学と医療，弘文社，1991

河合隼雄：日本人のこころのゆくえ，世界、通号 643 号，岩波書店，1997

木下稔子：未来の出来事の特徴と行動調整 - 青年期と中年期の人々の死に対する態度の比較分析 - ，光華女子大学紀要，第 36 巻，1998

厚生統計協会編集：国民衛生の動向 2006 年，厚生統計協会，2006

齋藤英子・林かおり・藤野文代：大学生の死のイメージに関する研究 - TEG、Self-Esteem・

- 身近な死の経験による分析 - , 群馬保健学紀要, 第 23 巻, 2002
- ジャンケレヴィッチ, V: 死, みすず書房, 仲沢紀雄訳, 1978
- 丹下智香子: 青年期前期・中年期における死に対する態度の変化, 発達心理学研究, 第 15 巻 1 号, 2004
- 田中雅博: ドクター和尚からの提言・今、死から学ぶこと(特集; 死についての教え), 大法輪, 第 74 巻 6 号, 2007
- 田代順: 死に関する意識調査 - 医療従事者と一般成人の比較, 生命倫理, 第 3 巻 1 号, 1993
- 深浦麻人・田沢公樹・佐藤郁世ほか: 我が国の肺癌末期医療における D.N.R.order (蘇生処置禁止の指示) の実態と医師の意識調査, 日本癌治療学会, 第 29 巻 9 号, 1994
- 松崎憲三: ポックリ信仰 - 長寿と安楽往生祈願 - , 慶友選書, 2007
- 森末真理: あなたと死 - 非医療従事者の死に対する意識調査 - , 川崎市立看護短期大学紀要, 第 18 巻 1 号, 2003
- 山勢博彰: 心肺蘇生中の家族の立ち会い, エマージェンシーケア, 8 月号, メディカル出版社, 2006
- 吉利和・中川米造: 新医学序説, 篠原出版株式会社, 1993