

第25回年次大会 大会長講演

# 死生学を考える—わたしを生き、わたしを死ぬ

大井 賢一

*Japanese Journal of Clinical Thanatology*

日本臨床死生学会 Vol.25 No.1 別刷

【複製禁】

# 死生学を考える—わたしを生き、わたしを死ぬ

大井 賢一

## 1. 緒言

阪神淡路大震災や地下鉄サリン事件が発生し、人の生と死をめぐる精神的な苦痛や問題が社会で大きく取り上げられた1995年に日本臨床死生学会は創設された。

それから四半世紀にわたり、日本臨床死生学会は臨床の場における生と死をめぐる患者やその家族の精神的な苦痛や問題に焦点を当て、彼らを精神的に支え癒すための方策を、医療提供者や援助者の精神的問題をも包摂しながら、学際的に幅広く研究、実践し、その教育に取り組んできた。

日本臨床死生学会は、これまでに年次大会で死にゆく者や死別に伴う悲嘆のケア、ターミナルケア、緩和ケア、難治性致死的疾患など日々死と隣接している患者やその家族のケア、脳死や植物状態による患者の家族のケア、災害など不慮の死によって残された者のケア、身体の一部を喪失した者の精神的問題、がんやAIDSなどの致死的疾患の告知に伴う問題、自殺をめぐる問題、病いにまつわる生と死の問題、加齢や老化と死をめぐる問題、医療提供者や援助者に対する生と死の教育、死に関する社会的問題をテーマに取り上げ、日本社会において臨床死生学の醸成に努めてきた。

これらのテーマは家族として身近な人の死（二

人称の死）にどう関わるか、社会のなかで誰かの死（三人称の死）をどう捉えるかに主眼が置かれてきた。四半世紀を迎えた日本臨床死生学会にあって、死と向き合うがん患者を支える視点からがん患者一人一人の、わたしを生き、わたしを死ぬ、そして、わたし自身の死（一人称の死）について考えたい。

## 2. がんの時代を生きる

### 2-1. 死に至る病としてのがん

人間は誰しも死を避けられない。医学の進歩とともに死ぬことも進化している。

厚生労働省が公表した令和元（2019）年人口動態統計月報年計（概数）によると、日本人の三大死因はがん（全死亡者に占める割合は27.3%）、心疾患（同15.0%）、老衰（同8.8%）となっており、死亡者のおよそ3.7人に1人はがんが死因となっている<sup>1)</sup>。1980年以前、日本人の死因は脳血管疾患が第1位であったが、1981年以降は38年連続してがんが死因の第1位にある。

日本臨床死生学会が創設された1995年前後のがんの5年生存率は国立がんセンターの統計によると1993～96年は53.2%、1997～99年は54.3%であった。1990年代はがんで2人に1人が死ぬ時代であった。当時のがん医療の限界、この厳しい現実から平成元（1989）年6月の厚生労働省「末期医療に関するケアの在り方検討会」報告書で「すべての患者に一律に告知するのは早計」として記してい

Kenichi OI

認定特定非営利活動法人がんサポートコミュニティ  
(〒105-0001 東京都港区虎ノ門三丁目10-4 虎の門ガーデン214号)

たし、最高裁平成7(1995)年4月25日判決<sup>2)</sup>でも胆のう進行がんの疑いがあると診断した患者に対して医師が手術の必要な重度の胆石症であると説明した事件で、がん告知は「医師の裁量の範囲内」と判示していた。実際にがんの告知率は1993年で18.2%、1995年で28.6%と低いものであった。がんが診断されることは、死の宣告にも等しいと考えられていた時代であった。

## 2-2. 死の克服から生の充実へ

2000年代になって新薬開発や医療技術の進歩で、がん医療は高度化と多様化を果たした。その恩恵を日本人が受けられるようになりつつあった平成18(2006)年6月16日、がん対策基本法(平成18年6月23日法律第98号)が成立、時代は大きく動いた。1990年に19.8億円だったがん対策予算が2007年には212億円と10倍増、1990年代に50%台だったがんの5年生存率が2006～08年には62.1%と10%増になった。1995年に28.6%だったがんの告知率も2006年には65.7%となり、最高裁平成14(2002)年9月24日判決<sup>3)</sup>では末期がんで死亡した患者について医師が患者の家族に対して病状等を告知しなかった事件で、がんの告知は「医師の裁量」ではなく「医師の義務」とした。2007年4月、厚生労働省は市民に対して「緩和ケアは死を待つだけのあきらめの医療」といった誤った考え方を改め、「緩和ケア」の正しい知識を持つことを目的とした緩和ケア普及啓発事業として日本緩和医療学会に委託、Orange Balloon Project<sup>®</sup>を推進した。時代は死の克服から生の充実へと日本人のがん医療に対する関心をシフトさせた。

## 2-3. QOL (Quality of Life) から QOD (Quality of Death and Dying) へ

1995年に生産年齢人口は8,726万人をピークに減少に転じる一方、高齢化率は1995年の14.6%から増加し続けている。100歳以上の高齢者が1963年には153人だった。2019年9月15日時点の住民基本台帳に基づく100歳以上の高齢者は7万1,274人に達した。2025年には13万人に増え、2050年には53万人になると推計されている。

平成30(2018)年3月の厚生労働省「人生の最

終段階における医療に関する意識調査」報告書によると、人生の最期を迎えるときに胃瘻や人工呼吸器といった延命治療を受けたくないと回答した人が9割に及んでいる<sup>4)</sup>。しかし、日本透析医学会統計調査によると、80歳以上で透析を受けている患者数は年々増え、2018年末時点で6万6,891人に達し、統計を取り始めた1982年と比べて360倍超に増えている<sup>5)</sup>。死が視野にない時には誰もが延命治療を望んでいないのにもかかわらず、延命治療を受けて生命をつないでいる高齢者が多いのが現実である。

2010年代になって、時代は人生100年時代の終末期医療を考えなければならなくなった。技術の進歩によって助かる生命が増えた一方で、想定していなかった事態も起きている。高齢社会にあって多くの高齢者が人生の終わりに複数の慢性疾患を患うことは珍しくない。老化のこの側面は倫理的にも医学的にも死にゆく過程の医療管理をより複雑にした。倫理的にはケアの目標が緩和になったときにいくつかの慢性疾患を治療すべきかどうかの問題が提起された。医学的には複数の慢性疾患が同時に治療されているために両方の治療が複雑になり、死にゆく軌跡の予測が難しくなった。

こうした高齢社会が急速に進展する今日にあって、死生観・価値観の多様化も進んだ。平成24(2012)年8月22日に制定された社会保障制度改革推進法(法律第64号)第6条第3号にも規定されているとおり、「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」が求められている。同法の制定に向けて議論が重ねられていた社会保障制度改革国民会議では、平成25(2013)年8月のその報告書のなかで「死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」<sup>6)</sup>について言及している。

生命の終わり方と向き合い、苦悩して病いと向き合う人と彼らを支える医療提供者や援助者がいる。それぞれが直面する現実を見つめ直し、新たな取り組みに着手する、まさに今がその時であろう。

### 3. 死生学を考える

#### 3-1. 死生学 (Thanatology) の誕生

死生学 (Thanatology) という用語は、パリのパスツール研究所副所長、食作用の発見で 1908 年にノーベル生理学・医学賞を受賞した免疫学者であり微生物学者の Elie Metchnikoff が老年学 (Gerontology) 研究を進めるなかで誕生した。Metchnikoff (1903) は著書『人間の性質に関する研究』のなかで、「老年学 (Gerontology) と死生学 (Thanatology) と呼ばれる科学の 2 つの分野、老化と死の科学的研究は、人生最後の期間に大きな変化をもたらす可能性が非常に高いと考える。」<sup>7)</sup>と記している。死生学 (Thanatology) は、ギリシア神話に登場する死そのものを神格化したタナトス (Thanatos) に由来している。

#### 3-2. 死の準備教育 (Death Education)

心理学者の Ernest Becker (1973) が著書『死の拒絶』の冒頭の序において、死の恐怖は人間に普遍的に存在し、人間の活動は死が最終的な運命であることを否定し克服するためのものと記している<sup>8)</sup>。その普遍的妥当性について疑問があるにもかかわらず、西洋社会において死は恐怖を引き起こすものであるという通念が支配していた。

第二次世界大戦後、1956 年の米国心理学会シンポジウムの記録として心理学者の Herman Feifel (1959) が編集した『死の意味するもの』は、西洋社会の死に関するタブーに挑戦し、学際的研究を通じて死生学に関する研究成果を示した<sup>9)</sup>。それを契機に大学でも死生学における死の準備教育 (Death Education) に対する必要性を認識し始めた。死の恐怖の克服をめざした実践的な取り組みとしての死の準備教育は、死の恐怖を縮小させる効果があったとの報告がある一方、変わらないあるいは逆に増大させたという報告もあった。

1958 年の臨床心理学者であり自殺研究者の Edwin S. Shneidman による国際的な自殺予防の取り組みは、生に対する不安から自己破壊な死を考えている人、その家族や友人、その両方の苦悩に応える死生学の取り組みとして発展していった。ここには医療における生存を絶対の優先事項とする延命主義に対し、生命の質 (QOL: Quality of

Life) を重視するという視点の下で主張される尊厳死 (Death with Dignity) や安楽死 (Euthanasia) の問題も関わってくる。健康という概念は価値観に基づくものであり、医療提供者や援助者は臨床現場にあって患者の価値観から目を背けることはできない。

#### 3-3. 死の過程 (Dying)

1967 年の医師の Cecily Saunders による近代ホスピスであるセント・クリストファー・ホスピスの設立と、1969 年の精神科医の Elisabeth Kübler-Ross による『死ぬ瞬間—死とその過程について』の出版によって、終末期患者をめぐる医療の問題は転換期を迎える。

Kübler-Ross (1969) は著書『死ぬ瞬間—死とその過程について』で、一般的に否認→怒り→取り引き→抑鬱→受容という 5 段階を経て、人は死んでいくという理論を提示し、死の過程 (Dying) の研究の確立に決定的な影響を与えた<sup>10)</sup>。他方、このような理論で人の死を一般化し応用することは個別性を無視することになり、医療提供者が終末期患者と交流を行う障壁になるとの批判も浴びた<sup>11)</sup>。

しかし、Kübler-Ross の主張は、医療提供者を含め、終末期患者の家族や友人には死に対する恐怖があるため、絶望の淵に立たされた家族や友人である終末期患者から目を背け敬遠する傾向があり、それによって終末期患者は孤独に陥る、終末期患者は生命尽きる最期の瞬間まで主体的に自らの希望を発するべきであり、終末期患者の家族や友人はそれを受け入れるべきであると理解されることが現実的である。

実際に、Kübler-Ross のホスピス運動は、医療提供者が終末期患者の苦悩に寄り添い、ただ生かすための延命治療ではなく、疼痛緩和やケアを中心とすることによって、人が人として最期までより良く生きるための緩和ケア (Palliative Care) として普及している。今日にあって緩和ケアは、延命治療と同時に提供される医療として関心が寄せられている。今や、わたしがわたしの人生の主人公としてわたしを生き、そして、わたしとして死んでいく、わたしの人生というシナリオで死をデザインする時代になったと言えるのかもしれない。

## 4. わたしを生き、わたしを死ぬ

### 4-1. リハーサルなき“わたしの死”

わたしがわたしの人生というシナリオの主人公であるからには、わたしの死はわたし個人のものであり、その代役はなく、避けられないものである。しかし、わたしの人生というシナリオのなかで、わたしの死のシーンにリハーサルはなく、理論的に可能性としてでしか理解できない。

哲学者の Martin Heidegger (1927) は著書『存在と時間』で、そのことを「死の先駆的決意性 (vorlaufende Entschlossenheit)」と表現した<sup>12)</sup>。Heidegger の死の先駆的決意性は、わたしにいつか必ず訪れる死という、そのことから目を背けず、引き受け、覚悟し、決意することであって、死の恐怖を覚悟するということではない。死を克服する最善の方法は、予期していることである。

医学の進歩は、日本人の暮らしと健康を大幅に改善し、日本人は長生きできるようになった。医学の課題は生命を終わらせる、あるいは生命を脅かす、深刻に衰弱させるかもしれない病気に対峙して、生命を十分に生存可能な状態に保ち、死を可能な限り避けようとすることである。しかし、この課題に対する医学の探求は、わたしたちに死をさらに受け入れ難くさせることを除いて、本質的に死の認識を変えていない。

### 4-2. 自ら体験できない“わたしの死”

ベテラン女優の樹木希林さんが2018年9月15日に亡くなったことは記憶に新しい。彼女は2004年に乳がんと診断され、2013年に乳がんが全身転移したことを公表、「わたしはわたしの前にあることを受け入れ、流れに任せることを選びます」とコメントした。彼女の死後、彼女の夫であった内田裕也さんは彼女を「見事な女性でした」と評した。彼女は自らを生きて、自らとして死んだのである。

哲学者の Vladimir Jankélévitch (1966) は著書『死』のなかで、死を文法範疇の人称を使って、一人称の死・二人称の死・三人称の死の3つに区分した<sup>13)</sup>。

わたしたちにとって彼女の死は社会のなかで誰かの死であり、三人称の死である。それは他人事であるがゆえに彼女の死は自然現象であり、生命

の秩序の一部と見做すことができる。しかし、彼女と夫婦であった彼女にとって彼女の死は自然現象であり、単なる生命の終わりで済ますことはできないだろう。それは特別で代替不可能な比類のない身近な人の喪失である。その二人称の死としての経験的事実から悲哀が生じる。そして、彼女にとって自らの死が、わたし自身の死、一人称の死である。

しかし、死を迎えたわたしは、その瞬間に存在がなく、自らのその状態を自覚することはできない。わたしの死の後にわたしの死はない。わたしの死はわたしの生の彼方ではなくて、わたしの生の側にあり、わたしの死は死につつあるという過程 (Dying) で、わたしの生と同時に存在するのかもしれない。

### 4-3. “わたしの死”に対する恐れ

これまでの日本臨床死生学会では医療提供者や援助者からみた死、二人称の死や三人称の死といった他者の死の経験的事実から、学際的に幅広く研究、実践し、その教育に四半世紀にわたり取り組んできた。しかし、こうした他者の死の経験的事実からの議論では、医療提供者や援助者自身の死、わたしの死を理解することはできない。がんを体験した人はもちろんのこと、医療提供者や援助者がその告知の時にわたし自身の死を覚悟し、この一人称の死の可能性の先駆によって、死の恐怖を抱き始めたときをそろえる。

未だ死の恐怖とは何かについての明確な合意はない。それは消滅に対する恐れなのか、死の過程に対する不安なのか、死後に対する無知なのか、わたしが抱くこうした死に対する恐れがわたしの生を支配しているのだろうか。しかし、わたしが感じる死の恐怖が生に対する不安として投影されたものだとするならば、わたしはわたしの生の一回的な価値を自覚したのであろう。

精神科医の Viktor E. Frankl (1946) がナチスの強制収容所での自らの体験を綴った著書『夜と霧』に、強制収容所で起こったジャガイモ盗難事件で Frankl が収容者にどんな状況にあっても人間が生きることには意味があるとして、「わたしたちを見下ろしている者は、失望させないでほしいと、惨めに苦しめないでほしいと、そうではなく誇りを

もって苦しみ、死ぬことに目覚めてほしいと願っている」と語ったと記されている<sup>14)</sup>。Franklによれば、生きる意味は人間に発見されるのを待っているのではなく、生命の方が人間に生きる意味は何かと問いかけているという。

死は生きる意味を無に帰すことはない。生きる意味、その価値観は人生が有限で一時的だからこそ、絶対的になる。もし生命が無限であったら、生きる意味の選択は無期限に延期できるだろう。生命が限られているからこそ、その一時的の機会に生きる意味を求めなければならないのである。

## 5. 結言に代えて一改めて「わたしを生き、わたしを死ぬ」に込めた思い

日本語の動詞を自動詞と他動詞とに分類することについては否定論もあるが、目的格としての格助詞「を」を伴う動詞を他動詞、それ以外を自動詞と考えると、「生きる」と「死ぬ」は自動詞である。

わたしが自らの価値観に従って生きる意味を選択するだけならば、それは単に主観的なものであり、生きる価値が客観的に実在するか否かは問題とならず、それぞれの視点から思い思いに解釈されるに過ぎない。しかし、先述したFranklは、生きる意味を特定宗教の神である必要はないが人間を超える存在、人間に外在する視点を前提にしているように思われる。

四半世紀を迎えた日本臨床死生学会にあって、わたしをわたしの外在する視点として置き、自動詞である「生きる」と「死ぬ」にあえて「わたし」という目的格を付加し、「わたしを生き、わたしを死ぬ」とすることで、わたし自身の死（一人称の死）について共通する、共有可能な意味を見出せるのではないかと考えることを試みた。

死生学の探求は死の恐怖を除くことではない。それはわたしがわたしとしてわたしの生きる意味を見出すために、人それぞれの生きる価値を探求する取り組みであり、これまでもこれからもその探求によって社会的有用性に資すると信じている。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：令和元年（2019）人口動態統計月報年計（概数）の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai19/index.html>
- 2) 民集 49 卷 4 号 1163 頁
- 3) 判例時報 1803 号 28 頁, 判例タイムズ 1106 号 87 頁
- 4) 厚生労働省：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 平成 30 年 3 月
- 5) 新田孝作・政金生人・花房規男 他：わが国の慢性透析療法の現況. 透析会誌 52(12): 679-754, 2019
- 6) 社会保障制度改革国民会議：社会保障制度改革国民会議報告書. pp.31-2, 平成 25 年 8 月 6 日.
- 7) Elie Metchnikoff: *The Nature of Man: Studies in Optimistic Philosophy*, translated by P.C. Mitchell, Putnam, New York, pp.297-8, 1908 (1903).
- 8) Ernest Becker: *The Denial of Death*, The Free Press, 1973. (アーネスト・ベッカー著／今防人訳『死の拒絶』, 平凡社, 東京, 1989)
- 9) Feifel, Herman: *The Meaning of Death*, New York: McGraw-Hill Book Company, 1959. (大原健士郎・勝俣暎史訳『死の意味するもの』, 岩崎学術出版社, 東京, 1973)
- 10) Elisabeth Kübler-Ross: *On Death and Dying*, Macmillan Publishing Company, New York, 1969. (E・キューブラー・ロス著／鈴木晶訳『死ぬ瞬間—死とその過程について』, 中央公論新社, 東京, 2001)
- 11) Wass, Hannelore & Neimeyer, Robert A.: *Dying: Facing the Facts*, Taylor & Francis, 1995, pp.93-95.
- 12) Martin Heidegger: *Sein und Zeit*, Max Niemeyer, Tübingen, 1927. (マルティン・ハイデッガー著／細谷貞雄訳『存在と時間』(上・下), 筑摩書房, 東京, 1994)
- 13) Vladimir Jankélévitch: *La mort*, Flammarion, 1966. (V. ジャンケルヴィッチ著／仲澤紀雄訳『死』, みすず書房, 東京, 1977)
- 14) Viktor E. Frankl: ... *trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager*, Kösel eBooks, 1946, (V・E・フランクル著／霜山徳爾訳『夜と霧—ドイツ強制収容所の体験記録』, みすず書房, 東京, pp.137-40, 1956.)