The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	看取りとは何か
Author(s)	日髙, 悠登
Citation	メタフュシカ. 2018, 49, p. 29-40
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/71242
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

看取りとは何か

日髙悠登

1　緒言――交錯する死

本稿の目的は、わが国における看取りの在り方を論じるものである。

私たちは日常生活において、死を“間接的に”目にする機会が多くなった。こう述べれば、非常に奇妙に思われよう。だが、音楽、映画、漫画といった従来の大衆娯楽文化のさらなる発展に加え、テレビ、パソコン、ゲーム機器、スマートフォンといった情報機器類の急速な発展を思い起こせば、自ずと想像が着くはずである。これらにおいて表現方法に若干の差はあれども、死は格好の題材となってきた。戦場で死闘を繰り広げる兵士たち、凶悪犯罪に巻き込まれた男女、不治の病で看取られる恋人などは、美麗かつ悲哀の物語として描写され、巷間で話題となってきた。それらが最新の映像技術を駆使した視覚効果、あるいは人気の役者たちにより演じられた死であればあるほど、大胆に表現されて感動として消費されやすい。もはや人間の死は現実性を考慮されず、一方的に人格を取り払われ、物語の展開と終幕に必要な引き立て役として利用されている。家電量販店に立ち寄れば最新型テレビに流される映画の中で、いとも簡単に人間が死んでいく。そこに客を数秒間でも釘付けにさせて、人間の死に様を洗練された映像の躍動感と興奮が冷めない内に、映像作品と映像再生機器などの関連商品を購入に結び付けられれば、商業的に成功である。

創作と類似したもので、死の効果的利用は目立つ。例えば、武装組織が交戦勢力との戦闘場面を撮影・編集して、ウェブサイトにアップロードした動画がある。これは敵味方の死を問わない形で、組織のプロパガンダ普及と構成員募集の宣伝材料として、巧みに利用される。情報機器によって動画が容易に閲覧可能であることに加え、どこか遠い国で、見知らぬ誰かが死んでいるという事実は、死を知らない視聴者には、より現実性を追求した作品としてその目に映り、興奮をも掻き立てるからこそ利用価値がある。作品に登場する死と武装組織の宣伝に現れる死は、似て非なるものであるとの反論もあろう。その反論は一部に認められることではある。だが、表現方法と制作目的の違いはあれども、制作者は、人間の死が視聴者へ訴えかけるという特性を自然かつ正確に把握しているという共通点について、誰も否定できないのではないであろうか。すでにジャーナリズムの一部にも、大衆性と娯楽性の兼ね合いから、これらの特徴を認めることができ

る。他方、制作物が俎上に載せられた際、制作者の意図を離れて、大多数の人間による解釈が独り歩きをし始め、気付いた時には否定し難くなることは多い。こうした中には、人々の憶測と拡大解釈によって事象の真実性が損なわれるだけでなく、誹謗中傷が行なわれるなど、事態が収拾不能に陥っている状況も見受けられる。

人々が抵抗無く、パッケージ化された死の情報を受け取りがちなのは、死への恐れが欠如した一種の感覚麻痺である。でき得る限り、大衆に注目されて幾度も見てもらえるよう、工夫を凝らしているのが創作物の特徴であって、死に現実性を与えようと描けば描くほど、現実と乖離していることに気付かない。たとえ誰かの実体験が基になっていたとしても、創作であるからこそ、あるいは現実ではないからこそ、人々は近付きたい時に近付いて離れたい時には離れられる。私たちが生きる消費社会では、安易に取捨選択できるものの一つに、いつの間にか制作者の意のままに創作された死が、数え上げられているのが現状である。このような背景を持つ創作された死の影響は、死の現実を知らない者たちへ、時に誤った死にゆく人間の姿を伝えている。本来、死とは筆舌に尽くし難い数々の出来事であるが、それらについては最後まで伏せられたままとなっている。多くの人々に死は知られているようで、まだ何も知られておらず語られてさえいないという、極めて特異な状況が創出され続けている。

今述べたものの中には、一括りにできないものもある。死を中心に扱う作品の中には、日常的に死を経験していない青少年の死生観教育、いのち教育の他、生命倫理学研究に役立てられる格好の題材となるものもある。人間は死をいかに問うべきであり、受け容れるべきかを視聴者に投げかけるメッセージ性に優れた作品も多い。死を限りなく慎重に、かつ尊重しながら扱う努力に対して、大袈裟に扱った方も人々の印象に残るのは死者への冒涜、死に対する倫理観の欠如をそこに見ることに加えて嫌悪感を覚えるからでもある。私たちの日常は、<Virtual Dance macabre>（仮想的な死の舞踏）と言うべき、複雑な事情を含んだ死の情報群と密着しながら生きていることに気付かされる。

２　看取りの意味と理解

私たちの多くは直接的に死を見ること、すなわち、死にゆく者と接する機会が極端に少なくなった。その最たる場面は、死にゆく者との別れであり、看取りである。医療者と近親者ならば、人が最終的に死亡する場面に立ち会ったりすることはある。だが、死亡する場面に立ち会う機会に与れなかった者、あるいは死者から関係が遠い者は、葬儀に参列して棺に納められた死者を見送ることになる。それは結果としての死を目撃にしたに過ぎない。今日、医療の場以外において、十数人もの近親者を看取った経験がある者は徐々に減少している。

看取りは、人間が死へ踏み出す一歩を見届ける行為であるが、もはや日常生活内において必ず見られる光景では無くなった。これまで家庭で行なわれていた看取りは、その目で直接死にゆく者の口や目の動き、表情の有無、呼吸、胸の動きを確かめ、慰めの言葉を掛け、残された生をより近くに感じる家族同士の最後の交流である。従って、それは家族に対する愛情の在り方でもあった。看取りは、大切な人との死別を直接経験していなければ理解不可能な領域であり、直接経験

と情緒的理解によるものであって、知識的・思考的理解とは一線を画した領域である。

看取りは日本語独特の表現であり、具体的に何を指すかは不明確であるとされている[1]。とは言うものの、看取りは医療施設内における医療行為の概念と一線を画した行為であり、家庭看護の一つとして家族により行なわれていた。一方では、看取りの現状もすでに変化しており、医療施設における看取りが主とされていることは、後述するところでもある。

また、看取りについての正確な英訳は無いが、「End-of-life Care」「Withholding and Withdrawing Life-prolonging Treatment」「Palliative Care」「Hospice Care」が使用される[2]。確かに、これらの用語は各々異なる意味を持っているもので、看取りを英訳したものとは呼べない。それでも一応、死にゆく者への医療的配慮という点で、表現の一致を見ていると言うことはできる。ただ、医療施設で行なわれる医療行為というニュアンスが付きまといやすく、緩和ケアとホスピスケアのそれぞれは、わが国の医療現状と照らし合わせれば、医療施設で行なわれる何らかの医療行為を想像させやすいのも事実である。

看取りを行なうには「①医学的に末期であること、治療の無益性が明確であること」「②これ以上の積極的治療を望まないという本人意思があること」「③意思決定に際して手続き的公正性が確保されていること」であり、「医学的視点」「倫理的視点」「法的視点」の三つの均衡が取れていることが重視される[3]。しかしながら、この見解は、医療施設内に入院する状態が明確に判明している患者を想定しがちでもある。急患として医療機関へ搬送された際、刻一刻と死へ向かう時間的制約に加えて、延命の意思表明も確認できない限り、上述の三視点に照らし合わせながら、適切に看取りが行なえるか短時間での判断は難しい。看取りの在り方を問う時、倫理性を考慮するのは当然のこととして、付加すべき視点の議論も要される。

では改めて、看取りの何が大切と言うのか。竹之内によれば、「親しい者を看取り、その死に立ち会うという経験は、各人がそれぞれの死生観を形成する無二の好例といえる。〔中略〕『看取る』とは、手をかざして、注意深く見てとること」[4]と述べる。死生観は個人による自由な意思表明であり宗教観を含むこともあるが、厳密に定義されているものではない。例えば、「死を自覚しながら生と死に関する考えと思い」[5]とすることもある。現在では家庭における看取り、いわば、在宅死がかつてほど主流とされている時代ではなくなった。岡部らが述べるように、「今日の日本では、近代的な病院というブラックボックスのなかで死が処理される」[6]。それほどまでに、病院死は無視できないものとなっていった。そして、波平も述べるように「医師による死亡診断は、

---

1 箕岡真子；稲葉一人編著『ケースから学ぶ高齢者ケアにおける介護倫理』医歯薬出版 2008、p.88。

2 同上、p.88。

3 同上、pp.88-89。

4 竹之内裕文「5 章　死すべきものとして生きる」、清水哲郎監修；岡部健；竹之内裕文編『どう生きどう死ぬか 現場から考える死生学』弓箭書院 2009、pp.104-105。

5 浅見洋「在宅における終末期高齢者が表出した死生観とその宗教学的考察―訪問看護師への聞き取り調査を通して―」『宗教研究』第 80 巻第 2 輯（通号 349 号）、2006.3、p.263。https://www.jstage.jst.go.jp/article/rsjars/80/2/80_KJ00004363021/_pdf/-char/ja（2018 年 8 月 24 日閲覧）

6 岡部健；相澤出；竹之内裕文「1 章　在宅ホスピスの現場から―臨床死生学という課題」、清水（他）、前掲書、2009、p.26。

第一段階としての死であり、法的・社会制度的には、そして亡くなった人とは無関係の人々にとっては、死亡診断によって決定された時刻がその人の死亡が決定した時」[7] である。

小館は「医師が作成することが許されているのは死亡診断書なのであって、死の判定書なのではないということ、つまり『死亡』であって『死』ではないということである。死亡も死も単に表現の仕方の違いに感じられるかもしれないが、両者はまったく異なる次元での意味を有している」[8] と述べる。小館の指摘を基に考えると、医師が作成する「死亡診断書」から「死亡」と「死」の違いを指摘する中において、臨終の場面における医師の登場は大きなものと言える。医師は「死亡」の判定者であって、「死」の判定者ではない。しかし、医師の医療技術の高さから生じる信頼性は、やがて、死の判断さえも医師に委ねて成り行きに任せることが慣習となっている。

さらに、小館は「『死亡』に対して、『死』とは人びとの受容によって生じる合意であり、私たちがそれを実感するという意味的側面が色濃いものである」[9] とも述べる。すなわち「死亡」は、残された生者が感覚的に受け止められる「死」とは隔たりがある。「死亡」と「死」を曖昧にしてしまい、理解が及ばないまま誰もが納得してしまったのである。医学知識を有した専門家である医師へ頼り過ぎている現代において、小館の指摘は鋭く一考に値する。

いずれにおいても、家族により家庭で行なわれた看取りの多くは、病院と医師の増加により病院へ移行するようになった。この病院死は、様々な点で問題を引き起こした。ベッカーは「病院で亡くなることは、日本の伝統に反し、西洋文化の一種の模倣」[10] と述べる。もちろん、これだけではない。柏木は 1997 年に「病院死の問題点」について、「①やりすぎの医療の中での死」「②苦痛の緩和が不十分の中での死」「③精神的ケアが不足している中での死」「④個性が重んじられない中での死」の 4 点を指摘した[11]。柏木の主張には、患者の人格を尊重しない病院医療の非倫理的側面に着目しつつ、多くの人間が病院と医師に信頼を置き過ぎたばかりに、病院死の現実を知らないまま亡くなっていくことに警鐘を鳴らした。病院死の問題は、人間の尊厳に関与するところに本質があり、現在においても課題として残されている。

病院死の問題は他にもある。延命医療の側面から言えば、家族に患者との対面が許可されるのは死が近いことが心電図の反応によって明確な時であり、やがて、心電図の反応が無くなった状態の死を確認させられる[12]。病室では普通の行為と捉えられがちだが、医療者側の事情によって、家族は死にゆく者の最期に立ち会う存在となった。看病から始まるのではなく、形式的に死を確認してもらうという役目を負わされた、いわば矮小化された存在に過ぎなくなった。すなわち、

---

7 波平恵美子「3 章　死の文化：文化人類学の立場から」、内田伸子編『誕生から死までのウェルビーイング―老いと死から人間の発達を考える』（お茶の水女子大学 21 世紀 COE プログラム誕生から死までの人間発達科学第 1 巻）金子書房 2006、p.43。

8 小館貴幸「第 8 章　死者とケア―ケアにおいて存在しうる死者―」、金井淑子；竹内聖一編『ケアの始まる場所―哲学・倫理学・社会学・教育学からの 11 章―』ナカニシヤ出版 2015、p.153。

9 同上、p.153。

10 カール・ベッカー『死の体験：臨死現象の研究』法蔵館 1992、p.216。

11 柏木哲夫『死を看取る医学：ホスピスの現場から』（NHK ライブラリー 68）日本放送出版協会 1997、p.29。

12 蘆野吉和「第 8 章　看取りを通じた地域づくり」、佐藤智編集代表；鈴木荘一；村松静子編集委員；平原佐斗司編集幹事『在宅での看取りと緩和ケア』（明日の在宅医療第 3 巻）中央法規出版 2008、p.134。

病院死は生きた人間と死にゆく人間との交流を限定的なものにしてしまった。

河野が述べるように、「科学技術の進歩は死を『他人の死』にしてしまい、現代人は日常の中で『自分の死』として体験できなくなった。それゆえに、死が自分に直面するとあわてふためき無力になって、死を体験し語り合うことが困難になってしまった」[13] からである。では、結局のところ、家庭における看取りと呼ばれるものは何であったのであろうか。再び問うところでもある。

竹之内は看取りについて、次のように述べる。

> 私たちの社会では、「在宅死」の極端な現象（他国と比較しても極端に少ない）とともに、身内を看取り、死にいく過程を身近に体験する機会が失われてしまった。それにより看取りの前提となる知識・地縁による扶助も期待できない状況にあって、家族は終末期患者の傍らで、迫りくる未知の「死」、未体験の「看取り」に対する不安を募らせる。そして急変事が生じると救急車を呼び、患者を入院させてしまうことになる――同様のことは、特別養護老人ホームなどの福祉スタッフについてもいえる。終の住み処で最期を迎えるという患者の願いを叶えるためには、社会的・経済的な条件を整備するにとどまらず、「死の看取り」の知・技の習得が不可欠となるわけである。[14]

家庭における看取りとは、死を学ぶことに相違ない。医療・福祉関係者でさえ、死について、そして死にゆく者に対してのプロフェッショナルではない。生きてさえいれば、それ相応の医療的対処はできるが、死は生きている者にとって自身のことと自覚し、体験できないものである。通常、知覚・体験不可能なことに対して行動は起こし難い。

20 世紀から現在にかけて、多種多様な技術が確立されて発展し、私たちの生活を飛躍的に向上させた。このような生活が通常のものとなり、技術の恩恵に与って生きてきたことを忘れてしまうほどである。医療技術も例外なく生命を操作することに躊躇するどころか、積極的に関わってきた。医療技術の多くは健康な体を取り戻して、維持し続ける行為が主たるものであり、生の行き着く先にある死の問題にまで触れることはなかった。すなわち、医療技術とは死から可能な限り逃れ、抗おうとする技術と言い換えても過言ではない。池永も述べるように、「現代の医療技術の進歩によってもたらされたのは、治癒不可能な病の『創出』というパラドクスであり、近代の医学の限界であった」[15]。確かに、末期癌という不治の病に冒された患者であれば、彼らは「医学の限界」を体現した存在である。これも「死は医学の敗北」と言い慣わされていることと繋がる話である。抗うがゆえに、抗えなくなった先にある死をいざ目前にした時、死をどう受け入れたら良いのか、医療者でさえ混乱することになる。元々、医療には延命の思想が根底にあること、また医療を受ける側、看取られる側も生存の可能性が高まったことにより、医療を容易に批判で

13　河野博臣「2.　死の意味」、河野友信；河野博臣編『生と死の医療』朝倉書店 1985、p.13。

14　竹之内裕文「第四章「看取りの文化」の再構築へむけて―「間」へのまなざし」、清水哲郎編『高齢社会を生きる―老いる人／看取るシステム』（未来を拓く人文・社会科学シリーズ 03）東信堂 2007、p.112。

15　池永新「第一二章　現代終末期医療というメタフィジック」、大野道邦；油井清光；竹中克久編『身体の社会学―フロンティアと応用』世界思想社 2005、p.279。

きない風潮もある。それだけ多くの人間が、現代医療に価値を見出していることへの現れを窺わせる。

その中でも、延命医療は医療が終着した典型であると言える。延命医療は死を回避しようと試みられる医療であって、死を永続的に回避できる都合の良い医療ではない。回復の見込みが無い患者が長い年月を生かされ、意思疎通もままならないまま死んでいかなければならないことに対して、倫理的に批判されがちである。生命維持装置の無数のチューブに繋がれて、延命医療を受け続ける患者の状態をスパゲッティー症候群と呼ぶことは、特に有名である。脳死・臓器移植問題では臓器移植の是非だけでなく、脳死が果たして人間の死なのか、従来の死の定義を巡って大きな論争を引き起こし、立法にまで及んだことで社会的に非常に大きな注目を集めた。

次の小松が論じる死への視点を参照してみたい。

> 第一は、死が時間的な点ではなく、時間的な幅をもつものだということである。死は現在のように心臓や脳が機能停止した瞬間ではなく、死の予感から埋葬の向こう側までの、あるいは少なくとも息を引き取るまでの一連の時間的な流れなのである。〔中略〕死とは死の儀式の遂行過程の全体なのである。／第二は、その一連の時間的流れとしての死が、死にゆく者に生じる単なる生理的な変化過程としては捉えられていないことである。医者が病床の傍らにいる場合、医者は死にゆく者を診断し、息を引き取るまで残された時間の長さを予測する役割を果たしたといわれることからすれば、たしかに死が生理的過程であった一面はある。だが、死を予感した者が知人を呼び寄せ、その者たちとともに一連の死の儀式を遂行することが死を迎えることの中心であったことからすると、死は生理的な過程という性質よりも、人々がともに過ごす時間の流れといった性質を多大にもっているように思える。[16]

ここでは、死は埋葬への移行という期間にまで及ぶものと捉えられている。確かに、医学における死とは、心停止・自発呼吸停止・瞳孔散大という死の三徴候と呼ばれるものである。しかし、医学はあくまで一つの視点を提示したに過ぎず、死の概念を代表的に包括するものではない。三徴候は身体に現れた死の一部分であり、医学が死の判断基準を設けるには、あまりにも少な過ぎる判断材料であった。それはある意味で、医学における死の解釈への限界を指している。また小松の指摘に従えば、死は、ただ一人によって孤独に迎えられるものではなく、多くの知己に見守られながら共有されていたものとされる。これは在宅死の在り方に通ずるものでもある。そして、久野によれば「葬送は現世の人間に課せられた神聖な義務」[17] と述べる。

では、なぜそれほどまでに葬送が重視されているのか。それは葬送を終えるまでの遺体は死者ではあるが、人間としての扱いを求められる存在だからである。事故、事件により不遇の死を遂げた被害者は、介入した捜査機関の捜査関係者、搬送先の医療機関の医療従事者といった第三者からすれば、適切に扱うべき対象としての遺体に過ぎない。しかし、その遺体を遺体として受け

16　小松美彦『死は共鳴する　脳死・臓器移植の深みへ』勁草書房 1996、p.175。
17　久野昭『葬送の倫理』（精選復刻　紀伊國屋新書）紀伊國屋書店 1994、p.160。

入れられないのは、言わずもがな被害者の遺族と知己である。彼らは遺体と対面しても、この遺体は別人であり、どこかで本人はまだ生きているのではないか、という心理反応を示すことがある。死という衝撃的事実に直面している最中でもあり、受け止めきれない事実の深さに沈み込み、悲しみの濁流に翻弄される。突如として喪失を経験する際の感情に矛盾を孕むことは自然な反応である。

現在では衰退したものも多いが、各地の村落共同体では、共同体の構成者たちの協力を経ながら、生きていた者を死者として迎える独自の葬送が執り行なわれてきた。死者を弔う数々の行為は、御魂の鎮めの意味を持つことに加えて、弔う者たちに対しても必ず意味を持った。死者と共に生きてきた記憶を何らかの形で、共同体内に蓄積していくことになった。そこから明らかなことは、葬送の本質は生者を死者として迎え、受け入れていくことである。

３　看取りの社会的背景

死と、どう向き合えばいいのか。すでに超高齢社会を迎えたわが国は、必然的に多死社会を迎えることが叫ばれている。この状況にあって、死は現在以上に問題化した末に、処理されるという可能性は十分あり得る。事態の解決は、国の急務であると同時に、国から私たち国民に投げかけられた大きな問いでもある。例えば、医療費は国家財政を圧迫するものであると言われるが、日常生活において医療を受ける為には、保険が適用されるかどうか、医療費の負担について視野に入れられる。死を迎えるまでの過程においても、医療費と関連付けられている今日では、医療は個人的な出来事であると同時に、社会的な課題でさえある。

ここでは、終末期医療の現状からも考察することとしたい。終末期医療は緩和ケア病棟のみで行なわれるわけではなく、緩和ケア病棟・ホスピスに入院できる者は極めて少数である。この終末期医療を行なう、緩和ケア病棟と呼ばれる保険適用可能な終末期医療施設の届出受理数は 2018 年 6 月時点で、403 ヶ所、8,197 床と「届出施設累計」と「届出病床累計」は年々、増加傾向にあるが、一方で「届出施設数」と「届出病床数」は近年、減少傾向にある[18]。そして、緩和ケア病棟入院料制度により、宗教的理念の有無に拘らずホスピスの設立と運営は可能になり、ホスピスと緩和ケア病棟を一つの枠に入れることで、「ホスピスの社会化」が促進されるようになった[19]。

キッペスは、日本ではホスピスが話題にされる時、欧米とは異なり理念よりも経済面が重視される傾向にあると主張する[20]。しかしながら、金銭面での議論は非常に現実的な問題であり、国民の税金によって、医療費が成り立つ限り避けられない議論である。それを否定的に捉える必要は無い。理念が必要であることについては同意できる。しかしながら、国民皆保険制度、税金投入などホスピスと社会を結ぶ一つに、金銭面が重視されるのも議論の必要範囲内だからであり、社会的にも納得のいくものでなければ、わが国のホスピスは理念先行的なものとなって瓦解し、

18　NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会「緩和ケア病棟入院料届出受理施設数・病床数の年度推移」 https://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html（2018 年 6 月 15 日更新／ 2018 年 8 月 24 日閲覧）

19　柏木哲夫『定本　ホスピス・緩和ケア』青海社 2006、p.118。

20　ウァルデマール・キッペス『スピリチュアルケア：病む人とその家族・友人および医療スタッフのための心のケア』サンパウロ 1999、p.383。

社会的に受け入れられる余地が無くなる可能性がある。

日本人の死亡場所を巡る問題は、社会的にも看過できない。厚生労働省の統計によれば、日本人の死亡場所は統計開始年の 1951 年では、病院死は 9.1％、自宅死は 82.5％であったが、1975 年には病院死は 41.8％、自宅死は 47.7％と拮抗し始め、1980 年には病院死は 52.1％、自宅死は 38.0％となり、病院死が自宅死を大きく上回るようになった[21]。最新の統計結果（2016 年）でも、病院死は 73.9％、自宅死は 13.0％であり、依然として病院死の割合は首位を占める[22]。

公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による男女 1,000 名（対象年齢 20 ～ 89 名：有効回収数 924 名）に対するアンケート調査（2012 年）でも、余命 1 ～ 2 ヶ月になった場合、自宅において最期を迎えたい者は全体で 81.4％に達するが、実現に対して難しいと思う者も全体で 63.1％と多い[23]。なお、「自宅で最期を過ごすための上位 3 条件」の 1 位は「介護をしてくれる家族がいること」（63.4％）、2 位「家族に負担があまりかからないこと」（50.0％）、3 位「急変時の医療体制があること」（42.2％）である[24]。

日本国内の終末期医療の意識調査については、一般国民・医師・看護職員・介護施設職員の計 1 万 8,800 人を対象とした終末期医療に関する意識調査等検討会の報告（2014 年）がある[25]。同報告書では、健康状態が維持されている末期癌の場合を除き、自宅療養を望む回答者の割合は 10 ～ 37％であり、多くの回答者は医療機関と介護施設における療養を望んでいたことが明らかになった[26]。治療方針の希望は状態像により差は見られるが、「肺炎にもかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高い一方で、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」を望んでいない割合が 57 ～ 78％と高かった[27]。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団と終末期医療に関する意識調査等検討会、これら二つの調査の背景に共通しているのは、多くの国民が在宅死を迎え難く、またそれは将来的により顕著になるという社会的課題を示している点である。

このような状況において国も施策を講じた。厚生労働省は、国民の 60％以上が自宅での療養を望んでいる現状に加え、2040 年までに死亡者数が現在よりも約 40 万人が増加する背景などを鑑みて、これまで中心となっていた入院医療と施設介護から在宅医療・介護への転換を推進して

---

21 厚生労働省「平成 29 年度　厚生統計要覧（第 1 編人口・世帯　第 2 章人口動態　第 1-25 表　死亡数・構成割合，死亡場所×年次別）」 https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/data29k/1-25.xls（2018 年 8 月 24 日閲覧）

22 同上。

23 公益財団法人日本ホスピス・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」報告書要約（2012 年）」 https://www.hospat.org/research-302.html（2012 年 2 月公開／ 2017 年 11 月 23 日閲覧）
調査対象者数の出典と統計処理については、下記 URL を参照されたい。
https://www.hospat.org/research1-3.html（2012 年 2 月公開／ 2017 年 11 月 23 日閲覧）

24 同上。https://www.hospat.org/research-303.html（2012 年 2 月公開／ 2017 年 11 月 23 日閲覧）

25 終末期医療に関する意識調査等検討会「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」2014
調査対象者数の統計処理については、同報告書 pp. 4-5 を参照されたい。
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/dl/saisyu_iryou08.pdf（2018 年 8 月 24 日閲覧）

26 同上、p.10。

27 同上、p.10。

いる[28]。在宅死が進まない理由として、現代医療への期待度・依存度が強いこと、少子高齢化と核家族化が要因にある介護力低下が一般的なものとなり､在宅における看取りには抵抗がある為、医師から在宅医療を勧められた者の中には、手の施しようが無くなったという疑念を持っていることが挙げられる[29]。在宅死ができない現状は、家族が同居していても、その先に待ち受ける死に問題を抱えていることと変わりない。もちろん、訪問診療医、訪問看護師、訪問介護士などの積極的な在宅医療の利用も視野に入れるべきであり、家族に対する看取りの負担は、ある程度は軽減される時代になった。

在宅で看取られた者は家族や知己から見守られ、人間としての直接的な関わりの中で最期を迎えていた。家族や知己が死にゆく者の人間性を尊重し、比較的最期まで人間としての関わり方が豊かなものであった。だが、前述のように 1975 年以降、在宅死から病院死への移行が起き、それと共に医療者に看取りが任されると、患者が死亡退院するまでの間に、家族が支払い続けなければならない医療費の問題は看過できなくなった。さらに、家族や知己との関わりが激減することにより、最期まで人間的な関わり方を保ち続けることは乏しくなる。

そこで、死を迎える為に、看取る側と看取られる側相互の意思疎通に加え、十分な倫理的配慮により看取りがなされる〈死援〉という考えによって、患者と家族が満足できる看取りが行なわれなければならない。ここに QOD（Quality of Death：死の質）と呼ばれる「死にゆく者の様態の質的評価」[30] と「死の瞬間に、患者とその家族が場所や方法、それに心の状態などに関して最大限に満足できるようにすること」[31] が問われていると言っても過言ではない。有終の美や粋な最期とまではいかずとも、人生の締め括りに満足してから逝きたいと願うのは自然な心情である。QOL と同時に、QOD をも高めることは今後の課題である。

４　結語

では改めて、死をどこで迎えれば良いのか。人間としての尊厳を保てた死は迎えられるものなのか。より突き詰めれば、私たちは安心して“どこで”だけでなく“どのようにして”最期を迎えられるか、という大きな問いに直面している。これに対して絶対と言える答えはない。看取りは不確定な設計図のようなものだからである。病院死、在宅死を問わず入念に看取りの準備を整えていたとしても、本人が望むような看取りではないという可能性も少なからず残される。そしてまた、看取りに最も大切な死の受容が見過ごされていることもある。ここに看取りの究極性とも言える問題が立ちはだかる。あらゆる感情を出し尽くしてもなお、語り尽くせない苦痛の先にたどり着かなくてはならない死期は、自己探求でもある。看取りの本質は、この自己探求におい

28　厚生労働省「在宅医療・介護あんしん 2012」 https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/anshin2012.pdf（2018 年 8 月 24 日閲覧）

29　蘆野、前掲論文、2008、p.146。

30　中山將「第 2 章「よい死」をめぐって―いかに死ぬかを考える―」、高橋隆雄；田口宏昭編『よき死の作法』（熊本大学生命倫理研究会論集 4）九州大学出版会 2003、p.43。

31　カール・ベッカー著；比留間亮平訳「次世代のための死生観教育―理由、段階、内容―」、次世代死生学論集編集委員会編集『次世代死生学論集：21 世紀 COE プログラム「生命の文化・価値をめぐる死生学の構築」』東京大学大学院人文社会系研究科 2006，p.25。

て自身を見つめ、家族、知己、ケア提供者たちとの対話を通して死の受容への手がかりを得ていくことであり、痛みを癒していくことである。なぜ死が訪れるのか、という重く圧し掛かった事実を冷静に受け止められる人間は決して多くない。看取りは、その現実に真正面から挑んでゆく、看取られる者と看取る者との間に起きる緊密な出来事でもあることから、忘れられないものであり、後世にも伝えられていく大切な事柄である。そして、看取りは決して他人事などではなく、人間の一生における最大の問題であることを忘れてはならない。

（ひたかゆうと　大阪府立大学教育推進本部教育推進課研究員）

参考文献

浅見洋「在宅における終末期高齢者が表出した死生観とその宗教学的考察―訪問看護師への聞き取り調査を通して―」『宗教研究』第 80 巻第 2 輯（通号 349 号）、2006.3、pp.259-284。
https://www.jstage.jst.go.jp/article/rsjars/80/2/80_KJ00004363021/_pdf/-char/ja（2018 年 8 月 24 日閲覧）

蘆野吉和「第 8 章　看取りを通じた地域づくり」、佐藤智編集代表；鈴木荘一；村松静子編集委員；平原佐斗司編集幹事『在宅での看取りと緩和ケア』（明日の在宅医療第 3 巻）中央法規出版 2008、pp.131-150。

池永新「第一二章　現代終末期医療というメタフィジック」、大野道邦；油井清光；竹中克久編『身体の社会学―フロンティアと応用』世界思想社 2005、pp.279-294。

岡部健；相澤出；竹之内裕文「1 章　在宅ホスピスの現場から―臨床死生学という課題」、清水哲郎監修；岡部健；竹之内裕文編『どう生きどう死ぬか　現場から考える死生学』弓箭書房 2009、pp.13-29。

柏木哲夫『死を看取る医学：ホスピスの現場から』（NHK ライブラリー 68）日本放送出版協会 1997。

――――『定本　ホスピス・緩和ケア』青海社 2006。

ウァルデマール・キッペス『スピリチュアルケア：病む人とその家族・友人および医療スタッフのための心のケア』サンパウロ 1999。

久野昭『葬送の倫理』（精選復刻　紀伊國屋新書）紀伊國屋書店 1994。

公益財団法人日本ホスピス・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」報告書要約（2012 年）」。
https://www.hospat.org/research1-3.html
https://www.hospat.org/research-302.html
https://www.hospat.org/research-303.html（2012 年 2 月公開／ 2017 年 11 月 23 日閲覧）

厚生労働省「在宅医療・介護あんしん 2012」。
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/anshin2012.pdf（2018 年 8 月 24 日閲覧）

――――「平成 29 年度　厚生統計要覧（第 1 編人口・世帯　第 2 章人口動態　第 1-25 表　死

亡数・構成割合，死亡場所×年次別）」。
https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/data29k/1-25.xls（2018 年 8 月 24 日閲覧）
河野博臣「2．死の意味」、河野友信；河野博臣編『生と死の医療』朝倉書店 1985、pp.12-17。
小館貴幸「第 8 章　死者とケア―ケアにおいて存在しうる死者―」、金井淑子；竹内聖一編『ケアの始まる場所―哲学・倫理学・社会学・教育学からの 11 章―』ナカニシヤ出版 2015、pp.146-168。
小松美彦『死は共鳴する　脳死・臓器移植の深みへ』勁草書房 1996。
終末期医療に関する意識調査等検討会「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」2014。
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/dl/saisyu_iryou08.pdf（2018 年 8 月 24 日閲覧）
竹之内裕文「第四章「看取りの文化」の再構築へむけて―「間」へのまなざし」、清水哲郎編『高齢社会を生きる―老いる人／看取るシステム』（未来を拓く人文・社会科学シリーズ 03）東信堂 2007、pp.95-116。
――――「5 章　死すべきものとして生きる」、清水哲郎監修；岡部健；竹之内裕文編『どう生きどう死ぬか　現場から考える死生学』弓箭書院 2009、pp.95-118。
中山將「第 2 章「よい死」をめぐって―いかに死ぬかを考える―」、高橋隆雄；田口宏昭編『よき死の作法』（熊本大学生命倫理研究会論集 4）九州大学出版会 2003、pp.23-61。
波平恵美子「3 章　死の文化：文化人類学の立場から」、内田伸子編『誕生から死までのウェルビーイング―老いと死から人間の発達を考える』（お茶の水女子大学 21 世紀 COE プログラム誕生から死までの人間発達科学第 1 巻）金子書房 2006、pp.41-55。
カール・ベッカー『死の体験：臨死現象の研究』法蔵館 1992。
――――著；比留間亮平訳「次世代のための死生観教育―理由、段階、内容―」、次世代死生学論集編集委員会編集『次世代死生学論集：21 世紀 COE プログラム「生命の文化・価値をめぐる死生学の構築」』東京大学大学院人文社会系研究科 2006、pp.13-31。
箕岡真子；稲葉一人編著『ケースから学ぶ高齢者ケアにおける介護倫理』医歯薬出版 2008。
NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会「緩和ケア病棟入院料届出受理施設数・病床数の年度推移」。
https://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html（2018 年 6 月 15 日更新／ 2018 年 8 月 24 日閲覧）

付記

拙稿は、博士論文『わが国における看取りへの視座―宗教者によるケアの臨床哲学的探求から―』（2018 年 3 月 22 日学位授与）の一部である「第 1 章　看取りの学術的背景／第 2 節　社会的背景」を加筆修正したものである。

What is the terminal care?

Yuto HITAKA

The purpose of this paper is to discuss the way of terminal care in Japan. In contemporary society, death is an easy subject, and effective use is also prominent. To put it briefly, our daily life coexists with the information group of death that can be called <Virtual Dance macabre> (Virtual death of dance). Many people have not seen death directly, and opportunities to contact with those who dying have become extremely few. The most important scene is terminal care. Therefore, we examined the meaning and understanding of the terminal care from the viewpoint of cultural aspects and medical ethical aspects, and clarified problems of hospital death and home death.

Then, we examined the present condition of terminal care using published materials of each organization such as Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan Hospice Palliative Care Foundation. These materials pointed out that the possibility of many people dying at home will be low in the future. In particular, we pointed out that the improvement of QOL and QOD is a future task.

Where and how should we die? We are faced with a big question as to whether we can receive peaceful death, but there is no definitive answer to this. It is because it is like an uncertain design drawing. However, we should not forget that terminal care is never somebody else's problem. It is the biggest problem in our lifetime.

「キーワード」
看取り、終末期医療、死生学、生命倫理、QOD