

シンポジウム
死生学と応用倫理

第2部 「いのちの終わり」と死生観」
End of Life and the View of Death and Life

新しい死のかたち・変わらない死のかたち

21stCentury COE Program

Construction of Death and Life Studies

THE UNIVERSITY OF TOKYO

June 2003

シンポジウム「死生学と応用倫理」趣旨

東京大学文学部および大学院人文社会系研究科では、2001年より応用倫理プロジェクト（責任者：竹内整一[倫理学]）を、また2002年より21世紀COEプログラム「死生学の構築」（責任者：島園進[宗教学]）を立ち上げ、社会の新しいニーズに応じた人文学や社会科学・行動科学の展開に取り組んでおります。

この2つの企てはそれぞれに大きな広がりをもっており、また、たがいに深い関連をもっていることは言うまでもありません。生命倫理問題や死の看取りの問題は両者がともに関わり合う領域の中心に位置しています。

そこでこの度、両プロジェクトの合同により、シンポジウム「死生学と応用倫理」を行うこととなりました。高まりつつある医療やケアの現場のニーズを意識し、生命倫理の問題や、死と誕生の意味への新たな問いかけなどにつき、論じ合おうというものです。

「死生学の構築」プロジェクトでは、当然のことながら「死生観」を問い直すという課題が重要な位置を占めています。これは文化的な差異や文化の歴史的变化に注目するものです。一方、「応用倫理」においては、新しい技術や生活様式に直面しつつ、文化的な差異を超えた原理を問うたり、差異を超えて合意に達するための方途を問うという課題が重要です。

この度のシンポジウム「死生学と応用倫理」は、文化の差異や変化に着目しつつ、現場のニーズに応える知の産出を目指すもので、生命の発生と死、すなわち「いのちの始まり」と「いのちの終わり」に焦点を当てています。

第1部では、生殖技術やクローン技術や再生医療の急速な発展を踏まえ、胎児や胚や生殖細胞をめぐる生命倫理問題が論題となります。欧米ではすでに長期にわたり、人工妊娠中絶をめぐり、「いのちの始まり」についての議論がなされてきていますが、行き詰まりの様相を深めています。1978年の「試験管ベビー」の誕生以来、重みを増してきた生殖補助医療をめぐる議論は、不妊治療の普及によって次第に身近なものになり、多くの議論が積み重ねられてきています。一方、1990年代の後半になって、クローン羊ドリーの誕生やヒトES細胞の樹立がなしとげられ、人の発生過程に介入して医療の飛躍的拡充を得ようとする展望が広がってきています。こらはいずれも、生まれいずるいのちへの科学技術の介入に関わります。人のいのちの始まりをどこまで制御してよいのか、とまどいと不安が広がっており、この会議はそれらに応えるべく、新たな知の展開を図ろうとするものです。

第2部では、とりあえずは医療技術の進歩にともなって立ち現れてきた死の問題、すなわち脳死・臓器移植における死の定義の問題や、ホスピスや緩和医療などへの関心などを踏まえつつ、現代人にとっての死の意味をあらためて問おうとするものです。たとえば日本では1977年に、病院で死ぬ人と自宅で死ぬ人の割合がひっくり返って以来、現在ではほとんどの人が病院で死を迎えるようになってきています。それはかつてなかった医療技術の享受を意味すると同時に、比喩的にいえば、「畳の上で死ぬ」という、尋常な死を死ぬことのできなくなってしまう、かつてない事態の到来をも意味しています。安楽死や尊厳死が新たに問い直されるようになってきたのも、人間らしい死に方への切実な欲求と関わっていると

思われます。新しい死のあり方が避けられないなかで、私たちは古来の変わらない死のかたち・死の謎を見定める必要があります。ここでは、このような問題をすぐれて現代的問いとして総合的、多分野交流的に考えてみようと思います。

ぜひ活発な討議にご参加下さり、「死生学と応用倫理」についてともにお考え下さい。

第2部「いのちの終わりと死生観」

End of Life and the View of Death and Life

シンポジウム

「新しい死のかたち・変わらない死のかたち」

パネリスト

小松美彦（生命倫理学 東京水産大学）

田口ランディ（作家）

中神百合子（緩和ケア医 戸田中央総合病院）

西垣通（情報学 東京大学）

鷲田清一（臨床哲学 大阪大学）

（司会）竹内整一（倫理学 東京大学）

6月21日（土） 14:00～17:30 医学部大講堂

14:00 15:30 各パネリストの提題（一人15分程度）

15:30 15:45 休憩

15:45 17:30 総合討議

終了後、18:00より「山上会館」（「三四郎池」隣り）にて懇親会があります。

死の歴史的現在

小松美彦（東京水産大学、科学史・生命倫理学）

P・アリエス『死と歴史』によれば、19世紀以降、死は禁忌の対象になった。あるいはJ・ゴーラー『死と悲しみの社会学』に照らすなら、20世紀になって性が解禁されることと引き換えに、死は抑圧の対象になった。しかし、世界的に1970年前後から、死はむしろ盛んに議論される事柄へと転化した。そして日本では、80年代後半のパブル期あたりから、この傾向がさらに急速に高まったように見受けられる。

そもそも死をめぐる伝統的な関心は、人間にとっての死の意味、死にゆく者の心構え、看取りの精神と意義、死後の死者の在りようなどに大別されるが、従来は時代ごとの濃淡の差はあるにせよ、これらがほぼ一体となって人々の心を捉えていた。だが、現在の死をめぐる関心は、「私の死」に、それも「私の死の迎え方」に収束しているだろう。

こうした背景には、次のような事態があるように思われる。第1に、60年代後半のアメリカ社会で芽生え、70年代の医療経済政策と医師の思惑と市民の権利意識との一見奇妙な一致を経て、80年代に「患者の権利」として掲げられた延命をめぐる批判意識が、日本に輸入されたことである。この意識が浸透するにつれて、私たちの多くもまた、延命装置と呼ばれる医療機器につながれたまま、病院で死を迎えることに疑問を抱くようになった。第2に、専門家や市民団体の間で80年代前半に再燃した脳死・臓器移植に関する論議が、日本社会全体に広がりを見せたこと、さらに第3に、家庭や病院の暗部に押し込められていた老人性痴呆症が明るみに出て、やがてアルツハイマー病という名称の浸透とともに深刻な社会問題となったことである。

ここで重要な点は、命を長らえさせることへの価値評価の転換の中から、死への関心が高揚したということだ。したがって、私たちの関心は、他ならぬ死にゆく過程の長さや質に集中している。私たちは、死ぬことそのものよりも、長期の闘病生活の果ての病院死とともに、「身体の死」以前の「精神の死」に恐怖するようになったのである。死を前にして「スパゲティー状態」で病院のベッドに身を横たえている者を、あるいは、痴呆性老人や脳死者を、私たちはひたすら憐れみの目で捉え、自分だけはそうはなりたくないという思いに苛まれるようになったのである。安楽死や尊厳死への欲望も高まる次第である。

こうして、現代の死をめぐる私たちの関心は、他者の“死”をいったんは介しつつも、結局は「私の死」に、それも「私の死の迎え方」に収束している。この傾向は、至極当然に思えるかもしれない。が、そのように思えるのは、私たちが当該の状況の渦中にあるためではないだろうか。死をめぐる関心は、先述のように元来は多様であるにもかかわらず、私たちのそれはそうはなっていないのだ。

では、死をも討究すべきはずの生命倫理学はどうか。

通常予想に反して、既存の生命倫理学が死そのものを熟考することはまずない。筆者の知るかぎり、日本の生命倫理をめぐる議論で死の定義を明確に下したのは、「脳死臨時調査会最終報告書」（1992年）の次の一文である。「身体の基本的な構成要素である各臓器・器官が相互依存性を保ちながら、それぞれ精神的・肉体的活動や体内環境の維持（ホメオスタシス）等のために合理的かつ合目的々に機能を分担し、全体として有機的統合性を保っている状態を『人の生』とし、こうした統合性が失われた状態をもって死とする」。したが

って、脳が全身体の統合性を司るのであれば、脳死は個体全体の死ということになる。が、実のところ、この把握は「アメリカ大統領委員会 死の定義」（1981年）の焼き直しに他ならない。さらに、「大統領委員会」の死の定義は、「ハーバード大学基準」（1968年）と俗称される医学論文に導かれている。その論文では、脳死状態の者を死んだことにするために、死の定義の必要性が提起されていた。つまりは、全身の統合性が失われたとされる脳死者を死者するために、まず死の定義の必要性が提唱され、ついでそれを受けて、全身の統合性が失われたとされる状態を死と定義する、といった循環作業がなされたのである。そして、近年の日本に顕著な「私の死の迎え方」への関心も、「ハーバード大学基準」とそれを取りまく状況に淵源しているように思われる。

死の現在を論じるに際しては、まずはこうした歴史的なからくりを看破する必要があるだろう。また、生命倫理学における死の議論が医学・生理学からの借りものにすぎないこと、そしてそうである以上、科学の言葉で塗り固められた無機的なものでしかないこと、これが検討されるべきだろう。死の議論は生身の死を見つめていない。息をし、香りを漂わせ、表情を放つレベルでの、議論にはなっていないのである。

21世紀のメメント・モリ

田口ランディ（作家）

私は私自身の死を体験することはできない。私が体験できるのは他者の死だけである。

多くの他者の死を体験してきたが、ここでは私にもっともたくさん疑問を投げかけた私の兄の死について考えてみたい。

私の兄は42歳で死亡した。死因は「心不全」だが、実質的には餓死である。兄は7月のある日、突然に生活することを放棄し、雨戸を閉めきって何も食べず一步も外に出ることもなく音楽を聞きながら横たわり、衰弱死した。発見されたときはドアまで1メートルもない台所のタイルの上に横たわった状態で腐敗していた。なぜ、1メートルの距離を移動して外に助けを求めなかったのか。死亡時の所持金は18円だった。

兄は三十代から引きこもりを繰り返していた。三十代前半までの兄はなんとか働くことができた。主に土木作業の従事していた。長期で上海の工事現場に出稼ぎに行ったとき、中国人の女性と知りあい結婚を決意する。しかし、結果的に日本に帰って来た兄はその女性との恋愛から一方的に逃げる。その後、兄はだんだんと働く意欲をなくし、ひきこもりがひどくなり、ついにまったく部屋から出なくなる。同居している父母とのトラブルが多くなり、家庭内の緊張が高まった。特に父親との乱闘で警察が呼ばれたことが三回ほどあった。

兄は両親から「これが最後だ、働く」と言い、お金を無心して部屋を借りた。そこで新しい暮らしを始めるべく、掃除用具や自分の持ち物を搬入していた。が、なぜかすべての物は梱包も解かれぬまま放置され、兄は生きることを止めた。そして死んだ。

兄の死は、私にいくつもの問題を提起した。

まず、働かず、お金もない者は死ぬのか……ということ。兄は「山奥で静かに暮らしたい」ということを言っていた。少なくとも、私たち家族が生きていた環境の中で「自給自足」のような生活は不可能であった。働かなければお金がなく、お金がなければ水も電気もガスも止められる。それが現実だった。その現実の非情さがく然とした。

生活保護を受けることも提案したが、兄は拒否した。当時の兄には「役所との事務手続き」を行う精神力はなかった。それに、プライドの高い兄は「～してもらおう」という提案に強い嫌悪感を示した。

この社会の中で、兄が行き着く先の選択肢はあまりに少なかった。また多くの人たちが「弱者は死んでもしょうがない」と思っている事実にもく然とした。

社会への適応に成功している人たちにとって、死とは敗者のゴミ捨て場なのである。他人事ではない。私は自分の中にまず「働かざる者食うべからず」という発想が存在したことにショックを受けた。

兄の死体は腐敗しており、アパートはひどい臭気にまみれていた。お葬式も遺体が発する腐敗臭のために通常とは違う形で行われた。この時、アパートの汚れた部屋を掃除してくれた清掃会社の青年、そして葬儀を取り仕切ってくれた葬儀屋の男性の二人から、私は強い影響を受ける。

彼らは壮絶とも思える「死」の現場で仕事をし、その仕事を通して人間の尊厳に触れていた。彼らは「兄がどう生きたか」を全く問題にしていなかった。この自然界に殉じた尊い生命として扱ってくれた。まったく宗教とは関係なく、死の超越性が仕事を通して個人に顕現

していた。私は彼らの仕事ぶりを通して「死」とは何かを感じる事ができた。それによって、兄の鎮魂へと自らが向かっていったのだった。そして、最初の小説「コンセント」を発表する。

その後、NHK から「死者の体を浄めることを仕事としている男性にインタビューしてもらえないか」と依頼を受ける。このとき私はこの依頼を断る。なぜか私はこの男性と語ることで、自身の体験を論理化してしまうことを嫌ったのだった。

私は「死」を語りたいと切望しているが、同時に「私の体験した死」を論理化したくないという嫌悪にも似た気持ちももっている。

兄の死から一年後、母が植物状態のすえに亡くなった。病院で死んだ母を取り巻いていた医療従事者からは、清掃会社の青年や葬儀屋の男性のような「仕事を通して個人に顕現化する超越性」を感じることはなかった。病院で感じたのは、社会通念とも似た「死は敗北」ということだった。死が敗北であるのなら、人間は永遠に人生において勝つことはできない。なぜなら死とは物理予測としての確実な未来である。人は絶対に死ぬ。

人間はどのように死ぬのかわからない。ライオンに食われるか、地震で埋もれるか、強盗に刺されるか、病死か、老衰か。なんであれ死はやって来る。そして死に様は違っても「死」という現象は一つだ。死の瞬間に「死を受け入れるための準備」を、いま私たちは、まったく、教えられていない。

死後を語ることは宗教である。だが、死という瞬間は、すべての人類に共通する冷徹な場面だ。「何をもって死とするか」は、「死の瞬間」について多くの市井の人々が思えるようになったときに答えを出すべきことである。死を思えないのに、死を規定するのはおかしい。

いまずべきことは、死の瞬間を思う知恵を「体験的」に取り戻すことだ。死を思う知恵は伝えられるが、死とは何かを言語で教えることは難しい。死は認知を超えたものなのだ。

高齢化社会、ヘルパーなどの職種に従事する人が急激に増えている。その人たちが他者の死と関わる機会は増えるだろう。家庭に介入していく「ケア」を仕事とする人たちの間から、21世紀のメメント・モリが始まるような予感がしている。

いのち を みまもる

中神百合子（戸田中央総合病院、緩和ケア）

はじめに

現代の死の様相が変わってきているという時代にあって、私には忘れられない看取りの光景がある。祖父の最後である。祖父は肺炎の身をおして雪のなかを往診にいき、その晩から床につき、二日後に亡くなった。その間、祖父の床のまわりを家族・縁者が取り囲み、見舞いに訪れた患者や幼なじみと共に、ときどき水を含んだ棉球で唇を湿す。ゆらめく蠟燭と競うように呼吸が弱まっていく、その様子を静かに見守った。厳かで閑かな清らかな最後、悲しみの中にも温もりを感じていた。いわば「まじわりの中の死」と言えるのだろう。昭和 24,5 年頃の日本では、このような光景は決して珍しくはなかった。子供であっても、こうして看取りとそれに続く葬礼の作法を学び、死は別れであることを直感的に掴んでいった。今の自分の仕事にどこかで繋がっている気がする。

さて、わが国では、1977 年に病院死が家庭死を上回るようになった。近代医療の発展がもたらした恩恵が多々ある一方で、治療・治癒不能な患者、死にゆく患者(Dying patient)は忘れ去られ、孤独な死を余儀なくされるようになった。

ホスピスの誕生と緩和ケア

Dying patient に対する状況は欧州でも同様であった。このような患者に対してキュアからケアへの転換が模索される中で、1964 年、ロンドン郊外に、シシリー・ソングラス博士によって聖クリストファー・ホスピスが誕生した。近代ホスピス運動の始まりである。ホスピスはビザンチン期に端を発するというが、たんに建物をさすのではなく、「その人がその人らしく、尊厳をもって生を全うできるように支える」ケアの哲学ないしプログラムである。ホスピス運動は、その過程で、痛みや不快症状のマネジメント、ケアの考え方とこころ、死学など多彩な成果をもたらした。この成果は、とくにがん治療過程に取り入れられ、緩和ケアの提唱につながっている。ホスピスケアと緩和ケアはともに患者の Quality of Life (QOL) を尊重し、全人的痛みの緩和をはかるものであって同義語として使われている。ホスピスの語源である hospes, hospitium はそれぞれ host、客と主人の間に流れる温かな気持ちを意味する。このことから呼称はともかく、ホスピスケアや緩和ケアの行われるところでは、いわば「温かいもてなしのこころ」が根底にあることが求められている。すべての医療者が持つべきケアの態度でもあると考えている。

痛みからの解放と緩和ケア

1980 年代から「がんの痛みからの解放」に取り組んできた WHO は、緩和ケアを、「治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的な(spiritual)問題の解決が最も重要な課題となる」と定義した。その最終目標は「患者とその家族にとってできる限り良好な Quality of life を実現させる」ことであり、「末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対してもがん病変の治療と同時に適用すべき多くの利点」をもっている。いくつか挙

げられた基本理念のうち、「生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れることとして死に行く過程にも敬意を払う」、「死を早めることにも死を遅らせることにも手をかさない」はケアの過程で生ずる倫理的問題を解決する際の基本姿勢である。つまり、緩和ケアは患者と家族をケアの対象として、その全人的苦痛緩和にチーム・アプローチで取り組む。その人らしさを保証するのは、受容と肯定の態度であり、ケアの礎石でもある(図1)。緩和ケアの提供期間は、一般に、患者と家族に対して疾患の診断時から患者の死までの全期間、遺族に対して死別後12~13ヶ月とされている。

Total Pain と Total Suffering

緩和ケアは Total pain:身体的、精神的、社会的、霊的苦痛の緩和をめざしている。この4つの苦痛を例示するが、個々別々ではなく、互いに複雑に錯綜し関係しあって、患者に Total pain をもたらしている。

- ・身体的苦痛：痛み、その他の不快な症状、日常生活動作の支障
- ・精神的苦痛：不安、孤独感、抑うつ状態、怒り、恐れ
- ・社会的苦痛：失業など仕事上の問題、経済的不安、家庭での地位の変化
- ・Spiritual pain：罪責感、死の恐怖、超越的存在への希求、人生の意味への問い

ところで、緩和ケアが対処すべき Total pain とは何であろうか。WHO の文脈の中では、身体的苦痛には他の苦痛も関係しているという意味で患者は Total pain をもつ、と言っているように思える。しかし、私たちは「患者には身体的痛みばかりでなく、精神的、社会的、spiritual な痛みもあるのであって、患者のそうした痛みを全体に互って視野に入れる」という意味で使い、むしろ Total suffering に対処している。

つまり、Pain と suffering は以下のように区別される。Pain は身体(侵害受容器)が感ずるもので、原因を突きとめやすく、治療など対処が可能である。痛み苦しむ時間は、相対的に短くなる。一方、suffering は<ひと>が感ずるものである。原因が解りにくいため対処の仕様がなく、希望のない予後を反映した時間を経験することになる。身体的苦痛の緩和があって初めて他の苦痛の解決に患者の関心がいくのは確かである。しかし、緩和ケアが真に対処すべきは Total suffering である。ただし、病む人や dying patient の pain ないし suffering はホスピス・緩和ケアによって発見されたと考えている。

症例紹介：一般病院における緩和ケアと死

患者：I.S.さん、男、66歳。S県北部在。

病名：転移性脳腫瘍(原発巣不明)

現病歴：200X年秋、右下肢筋力低下で発症、ほぼ完全麻痺となる。近くの整形外科でMRI施行、多

発性脳内病変が疑われ、某大脳神経外科で脳腫瘍疑いにて入院予約。痙攣起こし、緊急入院。精査し、11個の脳転移巣認められ、原発巣は発見できず。右前頭部を試験開頭し生検、未分化型腺癌(転移性)と診断。全脳照射と部分追加照射施行。翌年1月、肺炎起こすが、やや改善をみたところで当院転院【自宅に近いホスピス入院は断られた - 未告知】、不定の意識障害あり適応外】。前院での予後告知1ヶ月。

現症：PS4、全身チアノーゼ。脱水所見、血圧などvitalは良いが、酸素SIで酸素飽和度93%、意識清明で対話可能。肺炎様所見は増悪、肝障害、低栄養状態、出血傾向。【家族に：恐らく10日以内の予後。妻：覚悟しているが、何故こんなになっちゃたんだか解らない。脳が駄目だと何故動けないのか、食べちゃいけないのか解らない。】

経過：最初の3日で低酸素症進行(70%)。意識低下。前院から痰よりMRSA検出の連絡。当院の入院時検査で、さらに緑膿菌、深在型真菌症。【個室隔離、家族へのガウンテクニックの指導。面会制限。MSW導入し個室料減免措置】脳圧降下剤を漸減しつつステロイド増量、抗生物質2剤。病日15日目に、酸素なしで97-98%。【I：マスクしてちゃ看護婦さんと話できない。横になってれば身体が楽で酸素いらない】以後、医療者との対話がさかんで、仕事や趣味の話などする。痰の菌は消えないが、全身状態は病日28日には安定した。昼夜逆転と思われるので、眠剤が鎮静剤を処方して欲しいと看護師より報告がある。

【Dr：夜、元気のようにけど、ひょっとして、昔から夜型人間？ I：そうだよ、ウフフ】【看護師達：Iさんのライフスタイルなら、眠剤はいりません】病日34日：IVH lineを歯でかみ切り、自己抜去。【I：やっちゃったよ。ごめんね。】嚥下障害みられず、ゼリー類を介助で摂取。末梢から補液、抗けいれん剤、ステロイド投与継続。病日39日：リクライニング車椅子で桜見物し喜ぶ。病日40日より再び、末梢点滴24時間開始。42日に無呼吸時間増え、意識レベル低下、酸素投与開始【妻に、脳ヘルニアが疑わしい。今日・明日かもしれない。付き添いを 妻：息子が研修中だから持ち直すと思う。今まで何回も乗り越えてきた。仕事は調整して付き添います】妻の希望で末梢点滴はつづけるが浮腫増強、45日目に自然に抜ける【前夜、Iが妻に‘俺ももう駄目だな’】。ステロイドのみ単回皮下注継続。49日目に快復、「先生、ありがとう」。妻希望で再度、末梢点滴開始するが翌日には抜け、line確保できず。【医師：もう、点滴は無理と思う。そけい部からIVH挿入を試みるか、鼻から管をいれて栄養補給をしてみてもよいが。 妻：どちらもしないで下さい。Sのいのちにまかせようと思います】。徐々に尿量低下、循環不全が明らかとなる。夜は家族との会話がさかんであった。55日目夕方訪室した医師に、「いろいろお世話になりました」としっかりした口調で挨拶。56日早朝、息子も気づかぬほど静かに永眠。

告知について：I氏は正式の告知はないが、十分に病状を認識していた。一般に、ホスピス・緩和ケア病棟では告知を前提にしているところが多いが、地域性があるようだ。告知の問題点は、伝え方や時期、伝えたあとの患者・家族のサポートの有無にあると思われる。当科も前提にはしていないが、治療を望む方には段階的に告知をしている。当人の人生であり、治療、療養の場など選択肢を提供する上でも告知が望ましい。

現代の厳しい医療環境にさらされている一般病院で、緩和ケアがめざす、とくに死を normal process としてとらえ、その人らしさを保った生を全うさせることは難しいかもしれない。しかし、本症例は、一定の限界のなかで、<変わらない死>、この人らしい死の迎え方をしたと思える。医学的にもI氏は天寿を全うしたと言えよう。家族はI氏の<いのちへの信頼>を医師の伝える病状と秤にかけながら冷静に死を受容された。妻は「悲しいけれど、

言われていた余命の倍以上を生きてくれました。あんなに沢山の会話ができるまでになるとは思わなかったし、桜が見られると思わなかった。皆さんに可愛がってもらい嬉しかった」と言って下さった。

緩和ケアと QOL

緩和ケアの目標である QOL とは何であろうか。河の試案を示す。図 2 の直方体が示す空間は患者の療養環境であり、またその QOL を位置づける空間である。QOL を示す Q 点は X,Y,Z で規定されるが、緩和ケアの根底にある「温かいもてなしのこころ」によって O 点から P 点に移動しやすくなる。また、Q 点がこの空間のどこにあっても、「輝く」状態があることが、輝きの要素をもった Q 点で示されている。I 氏がスタッフにみせた笑顔や、ユーモア、感謝の言葉などがそれである。「健康と感じる」のではなく「生きる意味の実感度」といった要素を含む QOL である。家族を巻き込んだチームケアによって、患者のいのちにどれだけ「輝きの要素をもつ Q 点」を与えられるかで、緩和ケアの真価が問われるだろう。終末期にあってはなおさらである。

"The last part of a life may have an importance out of all proportion to its length."

Cicely Saunders1

* 参考・引用文献は紙面の関係で割愛させていただきました(竹内)



図1 緩和ケアの枠組み
(武田 1997 より引用)

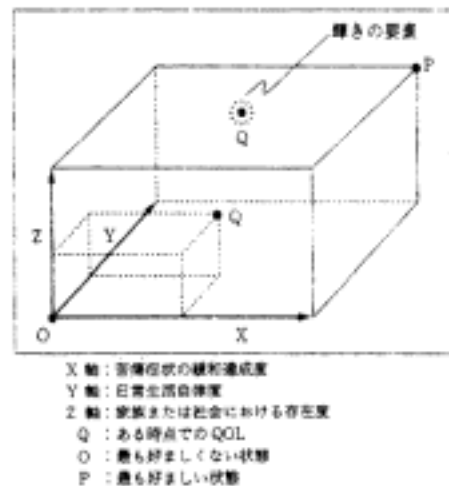


図2 緩和ケアと QOL
(河 1997)

情報学から死をながめる

西垣通（東京大学大学院情報学環、情報学）

1 機械は死ぬのか

鉄腕アトムは2003年の春に生まれたという。では、鉄腕アトムはやがて歳をとって死ぬ存在なのだろうか。もし部品が壊れなければ、永遠に若く、生き続けるのだろうか。

現在、機械と動物と人間という三者を隔てる境界線はますます危うくなりつつある。もう少し科学技術が進歩すれば、やがて人間のようなロボットができると信じている人も少なくない。1980年代の人工知能(Artificial Intelligence)研究は、人工生命(Artificial Life)研究に移行し、機械的に生命活動を模擬するさまざまな試みが行われている。また一方、ヒトゲノム計画に代表される分子生物学は、人間と動物とのあいだの遺伝的な差異がきわめて小さいことを明らかにした。人間の遺伝子をマウスと比較すると、80%はほぼ同じである。また、人間とチンパンジーのゲノムを比較すると、両者の差異は1.23%にすぎない。

いったい生命は機械的存在なのか。人間の生死は、どこまで機械的に捉えられるのだろうか。

2 生物進化と死の始まり

地球上に生命が誕生したのは約38億年前である。最初の生物はバクテリアに代表される原核生物で、潰さなければ死なない。もちろん単細胞生物であり、体内に「核」は無く、単に自分のゲノムを複製して増殖していくだけの存在である。ある意味では機械と似たようなものだ。

約14億年前に、真核生物が出現した。これは単細胞生物ではあるが、体内に「核」をもち、生殖細胞と体細胞の区別がある。生殖細胞同士が合体して新たな個体ができる。すなわち、ここで「個体、性、死」が発生したのだ。その後、約9億年前に、複数の真核細胞同士が合体して多細胞生物が出現した。これは一種の共生体である。ホモ・サピエンスの出現はたかだか十数万年前であり、統一体としての「個人」は、記憶や意識の一貫性に支えられたフィクションともいえる。

3 機械的生命観の乗りこえ

生物は機械的・物質的な対象とみなされつつあり、さらにバイオ・テクノロジーやITは、これを操作する技術だと考えられている。クローン人間やデザイナーベビーはその例だ。しかし、20世紀末に出現した生命記号論やオートポイエーシス理論は、新たな生命観を提起した。そこから、生命活動とは繰り返し得ない一回性的な事象であり、あらゆる生物は互いに結びついて存続しているという観点が現れる。われわれはいわば、38億年前に生まれた一つの巨大な生命の一部といえるかもしれない。

異常に脳の発達した生物である人間は、生物的な死をそのまま受けとめることができず、様々な不死性の神話を生みだしてきた。情報学は、21世紀の生命哲学として、われわれ

を支える新たな神話を提供できるのだろうか。

< 参考資料 >

- ・ Hoffmeyer, J. (1997) Signs of Meaning in the Universe, Indiana University Press, Bloomington. (松野孝一郎・高原美規訳『生命記号論』、青土社、1999年)
- ・ 河本英夫『オートポイエーシス』、青土社、1995年
- ・ 西垣通『刺客(テロリスト)の青い花』、河出書房新社、2000年

コミュニケーションとしての 死

鷲田清一（大阪大学・臨床哲学）

死 が報道されない日はない。災害、事故、戦争、暴行、自殺……。さまざまな 死 がそこにはある。が、それらはもちろん 死 の一部である。これらの 死 のまわりに、あるいは背後に、報道されない無数の死がある。病死とよばれたり、自然死とよばれたりする 死 が。

社会面では、有名人物やその関係者の死亡記事が小さく載せられる。しかしその死亡記事は、死 の記述というよりは駅の伝言板のようなものである。葬儀という、生 の側の事情のためにそれは書かれているのであって、だれかの 死 はここでは連絡事項でしかない。

このように「ふつうの死」とうものは新聞ではほとんど問題とならない。せいぜい、家庭欄や生活欄で、近年死亡率が高くなっている病気についてや、あるいはホスピスケアのこと、あるいは葬式のような死の習俗の新しい流行について、記事が書かれるくらいであろう。

死 はこの社会において、いわばシステムティックに覆い隠されているのではない。新聞のせいで、と言いたいのではない。そうではなくて、わたしたちの社会は 死 という出来事を、出来事としては一貫して視野から外している、この「常識」にジャーナリズムが深く加担しているのではないか、と言いたいのだ。

死 が隠されているというのはどういうことか。たとえば、わたしたちのほとんどが、家族のメンバーが死んでゆくその過程をぜんぶは知らない。わたしたちはそのほとんどが病院で死ぬが、死の瞬間というものはまず、心電図とか、ピコピコと冷酷に鳴るあの枕元の器械によって、そしてそれを読む医療機関の専門家によって知らされる。器械は理論を背負っており、それを専門家は解読するのであって、死 はじかに人体において知覚されるものではなくなっている。人体のだらしなく空いた孔という孔から体液が漏れだしているのだらうと想像がつかないわけではないが、それを想像するいとまもなく、白布に包まれた死体に面接することになる。遺体であり、亡骸である。死体処理の過程をつぶさに見たひとなど、この社会では医療と看護の専門従事者くらいしかいない。

死 という、ひとの一生において決定的な意味をもつ出来事が、この社会では知覚不能になっている。家で死ぬひとはめったにいないし、路上で死ぬひともめったにいない。今日ではひとはほとんど病院のベッドで死ぬ。考えてみれば、のたれ死にするひとのめったにいない社会、指一本、手一本、未知に落ちていない社会とうのは、ふつう考えられているのとは反対の意味で、異様な社会なのかもしれない。老衰という、しぜんに消え入るように死ぬこともほとんどなくなって、死期が近づけばなんらかのかたちで治療がなされる。治療は医療機関でなされる。「畳の上で死ぬ」という言葉はほとんど死語になっている。

死 がこのように当人や関係者の意思の及ばないところで「処理」される出来事になっているということ、このことと関連して、病もまた、じぶんの死に起こることであるにもかかわらず、その理解や処置はわたしたちの手から遠ざけられている。いまじぶんの身体に何が起きているかということ、わたしたちはまるで御託宣をうかがうように医師から聴かされ、受け容れるだけ。じぶんがじぶんの身体にかかわる回路に医師という他人が介在しているわけだ。じぶんの身体をじぶんのものだと、わたしたちは自信をもって言えなくなって

いる。たとえばわたしの義理の祖母は、虫歯のときはどういう葉っぱを噛みしめればいいのか、風邪のときはどういう草を煎じて呑めば効くか、子どもの頃から家族に教わって熟知しており、九十を過ぎるまで一度も医師にかかったことはなかった。そういう自己治療、相互治療の習慣は、もう遠い昔のはなしになっている。

さらにさかのぼって出産の場面。死亡とおなじで、ひとの誕生も、家で産婆さんに取り上げてもらうということがなくなった。わたしたちは、家で母親の呻き声を聴くことも、赤子の嘔きだすような鳴き声を聴くこともなくなった。ひとの誕生がどういう事態なのかをじかに知覚することはめったにない。

念を押せば、さらに生命活動にとってもっとも重大な意味をもつ栄養摂取の前提となる調理の過程と排泄物処理の過程、これらもシステムティックにわたしたちの眼から遠ざけられている。

排泄物処理からいえば、かつて排泄が野外や共同便所でなされ、くみ取りもわたの面前でなされていたのに、下水道の完備とともに排泄物処理が見えない過程になった。つぎに、食品はスーパーやコンビニに行くとすでに加工され調理されて、あとはチンするか湯で温めるだけいいレトルト食品として売られている。ニクや魚などの食材はきれいに切りそろえられてパックに入れて売られており、わざわざじぶんで生きものを殺し、捌く必要はなくなっている。排泄物の処理も、水に流された後どういう経路でどこでどう処理されるのか。わたしたちの想像力はうまくはたらかない。

要するにわたしたちの社会では、生きるうえでもっとも基本的な出来事がもっとも見えにくい仕組みになっている。食材となる生きものの死体処理、食材の輸入と調達、出産と遺体処理などの場面が、一貫して視野から外されている。わたしたちは、調理された肉、パックされた食材、胎脂や血液を拭われた新生児、死に化粧をほどこされた正装した遺体をしか、見ないのである。どういう作業をへて、肉や食材や新生児や遺体がいまここに在るのか。それを思い描くには想像力が要る。だから、そういう場面が視野から外されているというのは、そこではたらいてきたはずの想像力もまた萎えさせられつつあるということだ。

誕生や病や死は、人間が有限でかつ無力な存在であることを思い知らされる出来事である。おなじように調理や排泄物処理の仕事も、じぶんがほかならぬ自然の一メンバーであることを思い知らされるいとなみである。調理をするという行為は、排泄物の処理とならんで、人間が生きものであることを思い知らされる数少ない機会だからである。

そういう出来事、そういういとなみが、「戦後」社会のなかでしだいに見えなくさせられていった。

ひとはじぶんが生きるために他の生命をくりかえし破壊しているということ。そのとき他の生命は渾身の力をふりしぼって抗うということ。ひとはその生存のためにひとつの作業を分かちあい、たがいに支えあうものであるということ。じぶんという存在がまぎれもない物そのものであり、生まれもすれば壊れもする、消滅もするということ……。そういうことの中からだごとの体験がことごとく削除されるとしたら、わたしたちの現実感覚、もしくは《現実性の係数》そのものが、根底から変容してしまうだろう。その変容した新たな《現実性の係数》に、わたしたちの感覚ははたして耐えうるか。

脇の下や顎の下を洗われ、こぼした乳や漏らした便を始末してもらったこと、あるいは介護や看護で他人にからだをさすってもらったこと、恋人と指先をからませること、性の交感、そしていのちの誕生に母親のすさまじい呻き声や赤ちゃんの嘔きだすような鳴き声がともな

うこと……。いのちのもっとも基礎的な場面で、ひとはたがいのいのちを深く交えている。いのちはそのように社会的な関係のなかで、生まれ、消える。

食べることへの関心をなくすこと、あるいは異様な早食い、これらいのちのトラブルも他人とのつながりのトラブルであることが多い。生と死をあくまでひととひとのあいだの出来事としてとらえる用意がないと、生と死は、この社会のシステムとの共犯関係のなかでますます見えにくくなってゆくだろう。

以上が、現在の死について考えるとき、最初に思うことである。

シンポジウムでは、これを前提として、死と人称の関係について考えてみたいとおもう。

死とは、まず、そのひとが「いなくなるかもしれない」「いずれかならずいなくなる」という、あるひとの存在の消滅として、生きているわたしたちによって受けとめられる出来事である。これは、ひとの存在が「いなかったかもしれない」「いないこともありえた」という、あるひとの存在の偶然性という様態を含んだ問題としてあることと、相同的である。そういうだれかが「いつかなくなる」そして「いないこともありえた」という偶然性を含み込んだ存在という意味での「有限性」のなかでひとの存在を見ることの一部として、死の問題はある。

それに、前提として述べた死という出来事の「社会性」ということも考えあわせれば、死の問題は、じつは、死からもっとも遠いとおもわれているコミュニケーション（共同性）や所有の問題とも深くかかわっている。そのあたりのことについて、当日発言できれば、とおもっている。

- < 参考文献 > 『悲鳴をあげる身体』（PHP 研究所）
『死なないでいる理由』（小学館）
『老いの空白』（弘文堂）

「新しい死・変わらない死」

竹内整一（東京大学、倫理学）

< 死の位相 >

一人称の死
(死ぬ)

二人称の死・三人称の死
(死なれる・死なせる)

痛み・苦悩・孤独
Quality of Life
自己決定・受容
安楽死・尊厳死

終末期ケア
ホスピタリティ
緩和ケア

(脳死)

(臓器移植)

(死体)

無/宇宙・自然への還元
死後の世界(霊魂・輪廻
他界・子孫、等々)

悲しみ・悔い
弔い・供養・追憶
鎮魂

人類の死

(すべて死ぬ)

< 論点整理 >

1、私の死/交わりのなかの死

私の死への関心への収束(「有機統合体の失われた状態」としての「死の定義」)
フィクションとしての「統一体のしての個人」
孤独な死

共鳴する死
コミュニケーションとしての死(「ひととひとのあいだの出来事」)

2、緩和ケア・ホスピタリティ

Quality of Life (生命の質) 死にゆく Pain・Suffering・孤独

- ・緩和ケア(治療・延命・「死は敗北」)
- ・ホスピタリティ(「温かいもてなしの心」、近さと遠さ)
- ・告知・自己決定・所有
- ・チーム・アプローチ(分業)
- ・「死にゆく者の心構え」
- ・「死の瞬間を思う知恵」

3、「死んだもの」へのかかわり

「生身の死」の隠蔽・「現実性の係数」変容・生命の機械化
「死後の死者の在りよう」
「死んだもの」の人称
鎮魂

4、死生観・生命観

「人間にとっての死の意味」

Spiritual Pain

偶然性・有限としての死

「死の超越性」(/ 「人間の尊厳」 / 「自然界に殉じた尊い生命」)

神話・物語・聖性の創成 (/ 言語・論理化)

5、情報と死

生物にとっての価値・意義としての情報

「巨大な生命の一部」としてのヒト

高度情報化社会と死