

# 生涯教育としてのデス・エデュケーションの必要性 — わが国における死の看取りの変遷をととして —

關 戸 啓 子<sup>\*1</sup>

## 要 約

医学の進歩によって、人の寿命が延びたことは事実であるが、その医学の進歩が脳死と臓器移植など深刻な問題を引き起こしたことも否めない。いかに医学が進歩しても、人が死ぬ存在である限り、老病死の問題に直面せざるを得ない。各人にとって、終末期をどう過ごすかは大きな問題である。

そこで、本稿においては、生涯教育としてのデス・エデュケーションの必要性について、死の看取りの変遷をととして考察した。その結果、デス・エデュケーションが必要となった理由として、死の看取りに関する重要な変化が二つ考えられた。それは、次のとおりである。(1) 多くの人々が、自宅ではなくて病院で死を迎えるようになったため、死を目の当たりにすることがほとんどなく、人は死についてよく知らないまま暮らしている。(2) かつては、治療は医師に任せきりであったが、現在では患者が自分の受ける治療について決定するようになってきた。

## はじめに

人はなぜ生まれて来て、死ぬのか。V.E.フランクは、「死は生きる意味の一部になっている」<sup>1)</sup>と述べている。つまり、人はいつか必ず死ぬ存在であるからこそ、何かを成し遂げようとする。死があるから、人生は意味のあるものになるというのである。ならば、人の死に方は最期に立ちふさがっている人生最大の意味の時であろう。しかし、生きる意味の一部である死、一回きりの人生の終焉が本人の知らないところで決定されていないだろうか。これでは、人は生きる意味を引き受けることができないであろう。人は最期の息を引き取るときまで人生を意味あるものにするためには、死について学習し、自分の死のあり方を考えておく必要があると思われる。

自分の死のあり方について考えるためには、人は「死」について学習しなければならない。この教育はデス・エデュケーション、日本語では死の準備教育と呼ばれている。アルフォンス・デーケン<sup>2)</sup>は、デス・エデュケーションの目的は「死を身近な問題として考え、生と死の意義を探究し、自覚をもって自己と他者の死に備えての心構えを習得すること」<sup>2)</sup>であり、「生涯を通じて人生のさまざまな段階—幼年期から老年期にいたるまで—においてなされる」<sup>3)</sup>と述べている。つまり、デス・エデュケーションを生涯教育と

してとらえているのである。生まれて来たからには死は免れず、死についての学習は、生涯において継続されなければならないのである。

そこで、本稿においては、古代から現代までの日本人の死の看取りにおける変遷を文献から探ることによって、今なぜ生涯教育において、デス・エデュケーションが必要なのかを明らかにすることを試みる。

## 日本人の死の看取りについての歴史

歴史的にみて、日本人は、どのように死の看取りを行って来たのだろうか。このことについて、杉田暉道、新村拓、看護史研究会、坂田三允などの説を参考にすると以下のようにとらえることができる。

### 1. 古代における死の看取り

古代の人々は、どのように死の看取りを行っていたのだろうか。杉田暉道らは、神話にみるわが国の看護として「古代日本では“けがれ”に対する観念が強く、隔離も行われていたことがわかる。具体的な事がらとしては、たとえばガマの花粉による創面の保護、異種タンパク製剤による火傷治療、温泉および水治療法などの経験医術があり、モモの木を用いた魔よけ法、死者の霊魂によるたたりの除去法といった魔法医術も行われ、分娩介助や乳児養育のことも伝えられている。したがって、日本の古代神話時代には他の民族と同じく、経験医術と魔法医術

<sup>\*1</sup> 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科  
(連絡先) 關戸啓子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

とが併存していたことは明らかである」<sup>4)</sup>と述べている。しかし、病はそれによって回復することは少なく、実際の看病や死の看取りは家族によって行われていたと推測される。

仏教の伝来と古代国家の確立に伴い、飛鳥時代から平安時代にかけては、死の看取りにも変化がみられる。この時代における仏教と医療の関わりについて、杉田暉道らは「飛鳥時代の仏教は日本に伝来してから約半世紀を経て、ようやく公認されることになり、中央豪族は氏寺の建立にふみきった。そして病氣平癒などの現世利益を求め、後世の追善を保証する、いわば呪術的儀礼がさかんに行われるようになった。(中略)奈良時代においては、仏教は国家の振興のために大いに利用された。(中略)したがって、救療事業もさかんに行われ、ついに、僧でありながら医を職とする僧医、病人の看護を主とする看病僧が出現するにいたった。(中略)718(養老2)年に、大宝律令を基本にして改正されたのが『養老律令』で、このなかに、医療制度として医疾令がある。(中略)この制度は医療を国営としたもので、医師は一定の学業を終えたあと、国家試験を受けて認定された者になり、政府の指定した所に勤務することを義務づけている。(中略)平安時代の前半は、世のなかで平穏で文化も栄えた。(中略)平安時代の末期になると、あいつぐ戦乱や飢饉、流行病などによって、社会的・経済的不安が大いにたかまり、貴族の最も恐れていた仏教の説く末法の世にはいったと考えるようになった」<sup>5)</sup>と述べている。このように、仏教と医療は深く結びついていた。ひとたび病になれば、回復がほとんど望めない時代において、仏教は病人の心の安寧に大いに貢献していたようである。しかし、僧医や医師はあくまで朝廷に仕える人々を対象に活動していたのである。では、この時代において、一般庶民は実際にはどのような死を迎えていたのだろうか。新村拓は、「この時代は、困窮者や病人で自存不能の者に対して、近親者がいるならばその者たちが引き取って世話をするのが通常であり、古代国家は貧病者への救療を法的に義務づけてはいるものの、今日の社会保障的な視点を見出すことはできない。(中略)身寄りのない召使などは、死に臨んで家から運び出された。彼らは屋敷内の仮屋か、あるいは家から遠く離れた葬所であるような所か、道路などに運び出され、臭穢に染まって死を迎えたのである。その際、食物や蓆などの寝具らしき物が整えられているが、看護の者が付き添っている様子はなく、食が尽きて餓死様の状態で、臨死の立ち会いもなく死を迎え、カラスや野犬に処理され白骨になって行ったのである。(中略)人々が臨死の病人を出棄するのは、

死を忌むことからきている。政府は、病人を悲田院や施楽院あるいは薬王寺に収養するようにしばしば命じてはいるものの、それらの収養能力は低く、たいてい期待できるものではなかった」<sup>6)</sup>と述べている。

つまり、古代においては、臨死の病人を治療するすべはなく、精神的に宗教や家族が支える看取りであった。しかし、身寄りのない者にはそれも望めず、家から出され餓死する状況であった。古代の人々にとって、死は病になれば免れないものであった。現代と違って、その原因もわからない古代においては、予防方法はなく、常に病になる大きな可能性のなかで人々は生活していたといえる。よって、人々は「いわゆる生死流転の輪廻の思想」<sup>7)</sup>を信じ、死と向き合いながら生活することを余儀無くされていたのである。

## 2. 中世における死の看取り

次に、中世の人々は、どのように死の看取りを行っていたのかをみてみたい。鎌倉時代から江戸幕府の成立以前までの、医療・看護について杉田暉道らは「鎌倉時代の文化は、ほとんど仏教関係の人々によって支配され、医学も大部分は僧侶によって把握されていたので、なにごとにつけても仏教の精神が基調をなしている。医療や看護も、仏教の思想を根底にして人間の苦しみを救うという態度でみている。(中略)鎌倉時代における救療施設は各寺院にあったようである。現代のホスピスにあたるものであろう。鎌倉時代こそ仏教看護の黄金時代と称すべきであろう。(中略)南北朝・室町・安土桃山時代における特色は、まず戦傷治療の発達と、その結果として生じた経験的医術の諸流派の成立、および看護精神の変化である。(中略)いままで仏教の保護者であった貴族が没落したために、浄土宗の僧侶たちは、生活の手段として葬式や法要・祈祷を行うようになった。他の宗派の僧侶たちもこれにならうようになり、各宗派の寺院の生活がしだいに安定してきたので、看護を含めた医療活動は行われなくなった」<sup>8)</sup>と述べている。中世は医学の発展という立場からは大きな節目であり、仏教との関わりが絶たれることによって、これ以降、学問として独立したともいえる。しかし、疫病が蔓延し、戦乱が続く世の中に苦しめられていた一般庶民にとって、仏教看護の発展は望ましいものであり、その衰退は残念であったと言わざるを得ない。実際に救療施設で死を迎えられた人は一部であっても、精神的支えとしての仏教の役割は大きかったと思われる。

## 3. 近世における死の看取り

戦乱の世から、天下太平の時代を迎えた江戸時代を中心とする近世の人々は、どのように死の看取りを行っていたのであろうか。看護史研究会では、「江

戸時代は封建制度の完成期をむかえ、商業・交通の発達や、町人文化の興隆で、繁栄の時代といわれる。しかし、そこでの人びとの病気をみると、やはり諸病の悩みつきぬ時代であった。もっとも多い死因は、各地における天災、飢饉による餓死と疾病の流行である。(中略) 疾病への対応策も、対症療法的な漢方処方や、滋養分の補給ぐらいしかなく、呪術迷信を頼っても救われないなかで、時としては病人の隔離的な遺棄さえおこなわれた。(中略) 8代将軍吉宗の時代になり、小石川薬園内に『養生所』が設立された。(中略) 入院の対象は、薬を買うことができない者、身寄りのない者、家族中が病弱な者など江戸の貧しい町人が中心で、入院料は無料であった。(中略) 江戸時代の看護は家庭看護であった。この時代は女性に、養老、子どもの養育、夫への献身など家を守ることを求め教えた儒教の普及があり、家庭婦人の任務として、実際に役立つ看護の力が求められた<sup>9)</sup>と述べている。

この時代においても、伝染病の大流行時などには、臨死者の遺棄がまだあったようだ。しかし、通常の場合には、家庭や療養所等で対症療法的ではあるが、何らかの看病が行われていたようである。

この時代から、儒教の影響を受けて、看病は家主婦が行い、臨終は家族に見守られながら迎えることが定着していったことが窺える。

#### 4. 近代における死の看取り

鎖国が解消され、外国から進んだ医学が急速に取り込まれた近代における死の看取りは、どのように行われていたのだろうか。坂田三允は「明治維新によって、日本は近代国家としての第一歩を踏み出した。医学はドイツを模範とすることに定められ、教育もドイツ風のものとなった。(中略)『看護婦』の名称のもとに、看護の仕事がはじめられたのは、討幕戦争の傷病者を東京、神田の官軍病院に収容したときといわれている。(中略)その後、看護婦は、社会の要請によって、さまざまな分野で活動する基盤をつくっていくのであるが、なかでも、病院の増設に伴って病院で働く看護婦の業務のほとんどは医師の診療の介助であった。また、病院が増えたとはいえ、病人の世話は、家族がすることが多く、主として主婦がその役割を担っていたが、家庭生活が複雑になったことや、医療の進歩に伴って、しだいに『派出看護婦』が求められるようになっていく。(中略)昭和時代の前半は、国内経済の混乱、うち続く戦争、敗戦など世情は不安定であったが、医療も看護もともに国策に従った活動を行わざるを得ず、日中戦争、太平洋戦争(第2次世界大戦)に従軍した看護婦は延べ3万人にのぼるといわれる<sup>10)</sup>と述べている。

ドイツから、科学的な医学知識が導入され、医学の技術は発展した。病院も増え、職業としての看護婦の活動もはじまった。しかし、この時代の病院や医院における看護婦の仕事は診療の補助であり、看病はその多くが家族の手に委ねられていた。派出看護婦という職業もあったが、経済的に一般庶民が利用できるものではなかったようである。さらに、社会情勢の不安定さ、何よりも戦争によって、一般庶民が十分に医療や看護の恩恵に浴せる時代ではなかったのである。

#### 5. 近代までに共通する日本人の死の看取り

古代から近代に至るまで、病に対する医療のあり方には大きな変化がみられる。呪術的なものから、経験に基づく医療、さらには科学的医療へと発展している。

医学が発展していない時代には、病の原因がわからず祟りであるとか、罪の報いであるとか考えたり、現世の苦しみから死後の世界に望みを託したりした。そこには、予防する術もなく、いつ死に至る病に誰がなるかわからない恐怖のなかで、一生懸命に生きようとする人々の姿がみえる。この時代に、死について考えなかった人はいなかったであろう。この死という恐怖を癒してくれるのは、この時代の人々にとって、信仰以外なかったのである。特に仏教は、僧侶による実際の救療活動を行い民衆を救ったが、それ以上に心の拠り所として、臨死者の精神的支えになったのである。人は、どうしてもない恐怖に出会った時、人を超越した絶対的な存在に救いを求める。人に死があるかぎり、この救われたいという気持ちは誰にも存在するであろう。仏教伝来以降、仏教看護が精神的看護として人々の心を癒していたのは歴史的事実である。医学が発展し、死を科学的に解明する傾向が強いが、死を迎える患者は心を持った、死を恐れる人である。医療が進歩しても、なお、人は死を迎えることには変わりはなく、精神の拠り所を必要としている。このことは、現代の死の看取りにおいて、歴史から学ぶべき点ではないだろうか。

近代になって、ある程度医療は発展したが、まだまだ治療できない病は多くあったし、日本は戦争を繰り返して、人々は、その意味でも命の危機のなかで生活していた。このように、近代までは、人は、少なくとも死を意識しながら生きてきた。また、時代とともに医療は変化した。そこにおける死の看取りを、家族が行ってきたことには変わりは見られなかった。身寄りがない場合には、臨死状態にありながら家から出されたり、施設で死を迎えることはあったようだが、親族があれば、家で看取られることが基本であった。このことが、近代までの日本人に無

言で死のあり方を教えていたのである。

### 現代日本人における死の看取りの現状

第2次世界大戦後から今日までの、日本人における死の看取りは、どのように行われてきたのだろうか。それにはまず、医療が提供される場が変化したことを取り上げなくてはならない。「医療白書〈1996年版〉」には、「医師の往診は明治以降戦前までは一般的な形態で、患者の自宅は出生から死亡まで医療を提供する場でもあった。その後、医科学及び医療技術が華々しく発展し、効果的な医療技術を一カ所に集められた患者に適用することが効率的かつ経済的であると認識され始めると、医療形態は『往診』から『病院医療』へとシフトしていった」<sup>11)</sup>と述べられている。これに伴い、死の看取りも自宅から、病院へと変化していった。厚生省大臣官房政策課「人口関係資料」<sup>12)</sup>によると、1951（昭和26）年には、病院及び診療所で死亡した人は11.7%、自宅で死亡した人は82.5%であった。その後自宅で死亡する割合が減少し、1975（昭和50）年には、病院及び診療所で死亡した人は46.7%、自宅で死亡した人は47.7%とほぼ同数になった。その後も自宅で死亡する人の減少は続き、1993（平成5）年には、病院及び診療所で死亡した人は76.9%、自宅で死亡した人は19.8%になった。つまり、現在では、8割近くの人が医療施設で死亡しているのである。

医学が進歩し、多くの病気が予防・治療できるようになり日本人の平均余命は飛躍的に延びた。医療がもたらした恩恵は、評価されねばならない。しかし、その反面、人の死は、医療施設に集中し、その死の瞬間まで懸命に続けられる延命処置に阻まれて、家族が近づくこともできないような状態でおこる、不自然なものとなった。現在において、死を看取るのは医師と看護婦である。医療の専門家ではあるが、家族ではない。柏木哲夫は、「現代の病院では、臨終が近づいたとき、家族は病室から出され、心臓マッサージや人工呼吸などの蘇生術が施される。無益なことかもしれないと思いながら、延命医療の一環としてなされる蘇生術は、患者に負担をかけるだけではなく、家族にもやるせない思いを抱かせているのである。ICU（集中治療室）で多くの機械に囲まれて、孤独な死を遂げる人や、家族の付き添いが許されないまま、淋しく死を迎える患者などは、近代医学の犠牲者ともいえる。死は元来情緒的な出来事である。死は人々に悲しみと淋しさを感じさせる。人々が家庭で死を迎えていた昔は、周りの家族が死にゆく人の変化を日々自分の目で確かめ、家族同士で悲しみを分かち合い、思い出を語り合い、しみじみとした

会話がいった。すなわち、家庭での死は情緒的な死であった」<sup>13)</sup>と述べている。

このように、現代日本人における死の看取りは、医学の進歩によって、医療者に託されることとなった。古代から近代までは、死の看取りは基本的には家族によってなされて来た。それ故、死は看取る者にとっても、看取られる者にとっても、感情を伴う過程であった。お互いに別れの時を共有しながら、思いやりながら迎える経過であった。ところが、現代になって、急に死は医療施設に取り込まれ、社会から隔離され、見えないものとなったのである。

### 死にゆく人を取りまく今日の課題

死は、病院において高度な治療を受けた結果、その甲斐もなく訪れるものとなった。よって、死にゆく間際まで延命の治療が懸命に続けられるために、命は医療者に委ねられ、死にゆく人にとって臨終は最期まで病と闘う壮絶な場となった。そこにおいては、自然に死を迎える姿も、家族との会話も望むことはできない。柏木哲夫は、現在の日本の末期患者に対する医療について、「延命のための手段はたくさんあります。そしてそれが、多くの問題をかもし出しています。ある癌センターの肺癌病棟では、末期の肺癌患者が心停止、呼吸停止をした時、一人の例外もなくレスピレーター（人工呼吸器）につながることです。（中略）レスピレーターにつながれたまま癌の末期状態を生き続けなければならない、あるいは生かされ続けなければならないという状況は、非常に恐ろしいことです。（中略）抗癌剤の投与は、患者の状態によってはあるところまで必要でしょう。しかし、亡くなるその日まで、非常に副作用の強い抗癌剤が投与され続けるということには、疑問があります」<sup>14)</sup>と述べている。

このような医療の実情から、末期医療においてはquality of life（以下、QOLと略す）が重要視されるようになってきた。QOLとは、「単に病気から回復したり、症状が緩和されるだけではなく、患者の生命の質、生活の質を重視し、高めていこうとする思想」<sup>15)</sup>である。末期医療においてQOLを高めるために重要となるのは、痛みの緩和である。厚生省統計情報部「平成6年度人口動態社会経済面調査」<sup>16)</sup>によると、「痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合、単なる延命だけのための医療についてどのようにお考えになりますか」という質問に対して、「やめたほうがよい」「やめるべきである」と、自分自身の場合には75.1%、肉親の場合には66.8%の人が回答していた。つまり、多くの人は、多少長く生きられるだけの延命医療によっ

てQOLが低下するよりも、安らかな最期の時を望んでいるのである。そして、日本においても最近になって、ホスピス（緩和ケア病棟）が増加している。ホスピスの語源と役割について、小坂樹徳は「ホスピス（hospice）の語源はラテン語の *hospitium* で、*hospitality*, *hospital*, *hotel*（歓待、病院、ホテル）等と共通した意味を持っている。中世の初めのヨーロッパでは、旅に疲れた人々のために修道会が設けた無料宿泊所をホスピスと呼んだが、その後病人や貧困者が収容され、生活するところとなった。19世紀の中頃、中世のホスピスの心が見直され、人生という旅の最後の安らぎの場として、末期患者のケアを専門に行う小施設が建てられたが、これが今日のホスピスの起源である。ホスピスとは、治癒の見込みのない人々がもつ様々な悩み、死の恐怖、不安、孤独感等を和らげ、最後の瞬間まで平穏で、しかも人間としての尊厳を保ちながら、価値ある人生を生き抜くために、医師、看護婦、カウンセラー、宗教家、ソーシャル・ワーカー、理学療法士等がチームを組んでケアをする場所である」<sup>17)</sup>と述べている。

ホスピスの目的は末期における治療は最低限にし、最期まで生活の視点で患者を支えようとするものである。患者がどのような治療を望むのか、あるいは望まないのか、どちらにしても、最期までどのように過ごしたいのかを決定するためには、患者自身が自分の病名や病状を知っている必要がある。よって、ここにおいてインフォームド・コンセント（informed consent）の問題が生じる。インフォームド・コンセントは、説明と同意と訳されるが、その発生と内容について、秦洋一は「今世紀初頭から米国の法廷では、医療をめぐる訴え（医事紛争）が徐々に増えてきた。その数は、1930年ごろには一つのピークに達する。つまり、市民の間に、医療の結果や治療の方法についての不満や不信が高まってきた。（中略）インフォームド・コンセントの考え方は、まず法廷の中で確立し、それを受けた形で行政が介入し、徐々に医師の世界が医療倫理の中に組み入れるようになった。『情報開示』の義務、つまり患者の『知る権利』が確立されたとされているのは、1957年のサルゴ判決である。（中略）サルゴ判決は、医療側は『提案した治療への患者の知的な同意のために必要なあらゆる事実』を開示する義務を負うものとしている。患者に開示しなければならない情報として具体的に挙げられているのは、治療の内容、予想される利益と危険性、予後、ほかの治療法（代替治療）の有無と、あればその内容についての説明である。これは、現在、米国で行なわれている標準的なインフォームド・コンセントの内容とほぼ一致している」<sup>18)</sup>と述べて

いる。

つまり、インフォームド・コンセントの考え方自体は、米国の契約社会から形成されたものである。よって、日本人には、なじみにくい考え方ではないかという意見もある。しかし、病の構造も複雑になり、それに伴い治療方法も一律ではなくなってきた。また、新たな病も発見されるなど、治療にも限界があることがわかってきた。すると患者も、いつまでも自分に対する治療方法を医師まかせにしておくことはできない。医師から、病気に対する説明を受け、納得した治療方法を受ける必要が生じるのである。

アメリカにおける終末期患者の現状を、1989（平成元）年から2年間と1992（平成4）年から2年間にわたり、家族を亡くした3357名に尋ねて調査したところ、終末期に延命目的の治療が実施されたのは56%で、59%の患者は緩和ケアを望んでいたが、その希望が通ったのは10%であったという結果が報告<sup>19)</sup>されている。このように、アメリカにおいてさえインフォームド・コンセントが正しく機能するには、困難が伴うということである。医療者とそれに従う患者という今までの関係から、対等に話し合える関係に変化するために時間がかかるのはどこの国でも同じである。それだけに、自分の死のあり方に対する考え方をきちんと持つておく必要がある時代であるともいえよう。

ここで、見逃せない問題として、日本で早急にインフォームド・コンセントが話題になった要因の一つとして、「脳死と臓器移植」の問題がある。脳死は、それまでの心臓拍動の不可逆的停止、自発呼吸の停止、瞳孔散大と対光反射の消失という、いわゆる3徴候によって判断されていた死にかわる新しい死の概念である。脳死の状態で人工呼吸器を装着した場合には、数時間にわたり脳以外の臓器は生きた状態であるために、他の患者に対して臓器移植が可能となる。よって、脳死の判定についても、臓器移植がからむ場合が多く、不当に判定される可能性や家族の脳死患者を死体とみることのできない感情などから、常に課題が山積みであった。

日本においては、1968（昭和43）年に初めて、札幌医大の和田教授が心臓移植を行ったが、その手続きや方法に疑惑がもたれ、和田教授は殺人罪で訴えられた。以後、移植に対する不信が日本には根強く残り、国内では法的整備が進まないため、海外で移植手術を受ける日本人も出てきた。脳死を認める世界的趨勢もあり、1990（平成2）年に「臨時脳死及び臓器移植調査会」が発足して以来、日本も国としてこの問題に取り組んできた。そして、1997（平成9）年10月に「臓器移植法」が施行され、国内における

脳死及び脳死者からの臓器移植が認められた。脳死者からの臓器移植には、インフォームド・コンセントがかかせない。患者の同意なしに、脳死になったからといって臓器を取り出すことはできないし、移植することもできない。また、人は十分に脳死と臓器移植について、知らない状態で、自分の場合にはどうするかを決めることはできない。健康な時から、もし、自分が脳死になったらどうするのか、決めておかなければならないのである。

### 患者の人権に関する新しい潮流と デス・エデュケーションの必要性

これまで述べてきたような現在の医療の現状から、人は健康な時にこそ、自分が死に至る病や事故にあった時延命治療をどうするのか、脳死になったら臓器を提供する意志があるのかなのか等を決めて、それを自分の意志として携帯しておかなければならない時代になってきているのである。自分の意志を明確にしておき、それに従った医療を受けることができるのは、人権の問題である。秦洋一は「いまや医療は、治療法の選択あるいは拒否から予後、終末にいたるまで患者の納得を得て協働作業をしていかなければ、満足のできる結果は期待ができない時代だ。(中略) インフォームド・コンセントは、お互いに対等の人格としての、患者と医師の協働作業であることを強調したい。インフォームド・コンセントは患者・医師関係の出発点であると同時に、その過程を分かち合うための原則だからである。そこでは、患者の『人権』への配慮がポイントになる。医学的には不幸な結果に終わるとしても、患者が納得できるような過程をたどることが大切なのである」<sup>20)</sup>と述べ、治療における患者と医師の協働作業の重要性を提言している。福田みずほは、患者の人権について、自己決定権を重要視する立場から、「民主主義の基本である、情報公開の原則にもとづく『知る権利』は医療の場でも守らなければならない。医師だけが患者の身体についての情報を独占し、治療方針についても自分のやり方を押しつけ、患者の『自己決定権』を認めなければ『日本固有の信頼関係』というのは虚構にすぎない。インフォームド・コンセントの導入は『患者の権利』の根幹をなすもので、この考え方が日本の医療の欠陥を改善していくものと信じる」<sup>21)</sup>と述べている。

今や患者が治療に対して自己決定する権利を有する時代になろうとしているのである。これは、終末期の医療においても同様であり、「他人の生死観に左右されることなく、自分の生死観に則って、自己決定できるような社会」<sup>22)</sup>が望まれるのである。つま

り、患者の人権が認められるということは、自分の終末期はどのように迎えたいかを考えておかなければならないということなのである。

医学は進歩し、人々は直接死にゆく人を看取することもなくなり、まるで命が永遠であるかのように、死を忘れて生きている。しかし、どんなに医療技術がすすんでも、いつか必ず死はやって来る。人生最期の迎え方ぐらい、否、最期だからこそ、その生をどのように過ごすかは自分で決めたいものである。それに備えるための、デス・エデュケーションの意義は大きいと言わざるを得ない。柏木哲夫は、デス・エデュケーションの必要性について「昔は誕生と死が日常生活の一部にあった。人は家で生まれ、家で死んだ。家族は喜んで誕生を祝い、悲しんで死を迎えた。誕生にも死にも情緒が伴っていた。家族の死を身近に体験して、人は自分もやがて死ぬのだということを実感した。最近では誕生と死が家庭から病院へ移ってしまった。日常生活の中で自然に学んでいたことを意識的に学ぶ必要が出てきた」<sup>23)</sup>と述べている。また、アルフォンス・デーケンも、デス・エデュケーションの意義について「なぜ最近まで日本でホスピス運動がほとんど進まなかったかと言いますと、その理由の一つに死のタブー化があげられます。死をタブー視していたせいで、学校などで死については全く教えられなかったのです。ですから、すべての人に心の準備ができていませんね。これでは医師と患者のコミュニケーションもスムーズに行きません。日本のホスピス運動の将来を考えると、これからは家庭や学校や社会の中で、もっと『死への準備教育』を重視してほしいと思います」<sup>24)</sup>と述べている。このように、デス・エデュケーションは、人として自分の人生そのものに深く関わる重要なものである。さらに、最近ではインフォームド・コンセントからインフォームド・チョイス（説明による選択）へと考え方が変化しつつある。つまり、自分に対する治療は自分で選ぶという考え方である。インフォームド・チョイスは、医師まかせの治療から180度転換した、患者の人権が真に尊重される新しい潮流である。これによって、ますますデス・エデュケーションの必要性は高まってきているのである。

### ま と め

日本人の死の看取りにおける変遷をたどることによって、生涯教育におけるデス・エデュケーションの必要性について考察した。結果、現代人が死についてなぜ学習しなければならないかという理由として、死の看取りに関する二つの大きな時代的変化が考えられた。一つは、現在の社会生活の中で死を目の当

たりにすることはほとんどなく、人は死についてよく知らないということである。歴史的にみると、かつて、人の死は日常の一部であり、家族の中で看取られることによって死のあり様は自然と学習されてきていた。ところが、現代では、死は社会から隔離されており、多くの人の死は病院という一定の場所に集中し、普段の社会生活のなかから隔絶されている。よって、人は必ず死ぬにもかかわらず、その死について関わることなく暮らしている。このような現状からも、死を意図的に学習する必要性が高い時代であるといえるのである。次には、医師任せの治療から、患者が自分の受ける治療について自己決定するような時代になったことである。かつては、人は医療に無条件で自分の生命を託して来たが、自分の死のあり方は自分で考えなければならないことに

気付きはじめた。そのきっかけは、人の生命を延長するためだけに技術が偏重し高度化した医療の発展である。つまり、癌治療が患者の生活の質を低下させている事実や、高度な医療器械に囲まれて家族との面会も制限されて迎える死や、臓器移植をするために起こる脳死問題などが、人に、自分の死のあり方を考えざるを得なくしているのである。自分の受ける治療やケアを選択し、自分の望む死のあり方を自己決定し実現させるためには、死についての学習が必要となってくる。

このように、日本人における死の看取りに関する状況が変化したことによって、現代では社会的にも死のあり方を考えることは要求されており、生涯教育において、デス・エデュケーションの必要性が高まっていることが浮き彫りにされた。

## 文 献

- 1) VE フランクル (山田邦男, 松田美佳訳) (1996) それでも人生にイエスと言う, 初版, 春秋社, 東京, pp49-49.
- 2) アルフォンス・デーケン (1997) <叢書>死への準備教育 第1巻 死を教える, 初版, メヂカルフレンド社, 東京, pp2-2.
- 3) 前掲書, pp48-48.
- 4) 杉田暉道, 石原 明, 長門谷洋治 (1995) 系統看護学講座 別巻9 看護史, 第5版, 医学書院, 東京, pp18-19.
- 5) 前掲書, pp38-40.
- 6) 新村 拓 (1989) 死と病と看護の社会史, 初版, 法政大学出版局, 東京, pp103-131.
- 7) 田村芳朗編 (1977) 日本における生と死の思想, 有斐閣, 東京, pp46-46.
- 8) 杉田暉道, 石原 明, 長門谷洋治 (1995) 系統看護学講座 別巻9 看護史, 第5版, 医学書院, 東京, pp47-55.
- 9) 看護史研究会編 (1994) 看護学生のための日本看護史, 医学書院, 東京, pp50-58.
- 10) 坂田三允編 (1998) 日本人の生活と看護, 初版, 中央法規出版, 東京, pp21-22.
- 11) 医療経済研究機構編 (1996) 医療白書<1996年版>, 初版, 日本医療企画, 東京, pp173-173.
- 12) 前掲書, pp200-200.
- 13) 柏木哲夫 (1995) 死を学ぶ ― 最期の日々を輝いて ―, 初版, 有斐閣, 東京, pp9-9.
- 14) 柏木哲夫 (1994) 第14章 末期医療と医学教育. 伊藤幸郎編, 医療と人間 第1巻 医療と歴史, 初版, メディカ出版, 大阪, pp232-233.
- 15) 小坂樹徳 (1995) 新版看護学全書 第1巻 医学概論, 初版, メヂカルフレンド社, 東京, pp175-175.
- 16) 医療経済研究機構編 (1996) 医療白書<1996年版>, 初版, 日本医療企画, 東京, pp220-220.
- 17) 小坂樹徳 (1995) 新版看護学全書 第1巻 医学概論, 初版, メヂカルフレンド社, 東京, pp184-184.
- 18) 秦 洋一 (1996) 患者の人権を守るとは何か ― インフォームド・コンセントの本来の意味 ―. 看護教育, **37**(8), 623-627.
- 19) Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold j, Claessens MT, Wenger N, Kreling B and Connors Jr AF (1997) Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Annals of Internal Medicine*, **126**(2), 97-106.
- 20) 秦 洋一 (1996) 患者の人権を守るとは何か ― インフォームド・コンセントの本来の意味 ―. 看護教育, **37**(8), 623-627.
- 21) 福田みずほ (1992) いま, なぜ「患者の権利法」が必要か. こころの科学, **43**, 87-89.
- 22) 浦瀬さなみ (1994) 自らの生死観に則って自己決定できる社会を. 看護学雑誌, **58**(3), 234-239.
- 23) 柏木哲夫 (1995) 死を学ぶ ― 最期の日々を輝いて ―, 初版, 有斐閣, 東京, pp12-12.
- 24) アルフォンス・デーケン (1997) 生と死とユーモア. ホスピスケアと在宅ケア, **5**(3), 306-317.

# The Necessity for Continually Educating People about Death because of Changes in the Caregiving Process for the Terminally Ill in Japan

Keiko SEKIDO

(Accepted May 12, 1999)

Key words : EDUCATION ABOUT DEATH, CONTINUING EDUCATION,  
CARE OF THE TERMINALLY ILL

## Abstract

It is true that medical progress has prolonged man's average life span. But it is also true that this progress has given rise to major dilemmas such as brain death and organ transplants. However much medicine advances, so long as man is mortal, he is obliged to face such problems as the infirmities of old age and the certainty of death. How to spend one's terminal stage of life is an important consideration for every person.

Therefore, in this study, the necessity for educating people about the problems associated with death are considered along with changes in the caregiving process for the terminally ill. Two important reasons for the changes are considered : (1) People know less about the death process. People do not witness death as much as before because more people are dying in hospitals instead of in their homes. (2) In the past, treatment was determined by the doctor, but at present, patients have more say in the care they receive.

Correspondence to : Keiko SEKIDO

Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan

(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.9, No.1, 1999 61-68)