

死を受容させる死生学から、死を抱えた生を受容する死生学へ

——理論的素描¹⁾

堀江宗正

死生学は、死と生のあり方を探求する学問と言える。しかし、それはあるべき死の姿を描き出すことを通して、特定の理想化された死のあり方を押し付ける危険をはらむ。とりわけ「死の受容」は当初は経験的な記述であったのに、いつの間にか規範的なモデルとして受け取られるようになった²⁾。死生学者は、このような陥穽を避けることを、常に意識しなければならない。

本論考では、死生学史を「死を受容させる死生学」から「死を抱えた生を受容する死生学」への展開として理解することを試みる。まず、死生学の展開を学問分野に注目して記述し（第一節）、それを死の医療化と脱医療化の動きとして記述し（第二節）、その中で右記の死生学の二つの潮流を描き出し（第三節）、最後にそれを図式的にまとめる（結論）。本論考の目標は、死生学の二つの類型を理論的に素描し、死生学史に一つの見通しを与えることにある。

一 死生学の展開

死の受容に至る段階

死生学においては、死にゆく人の心理をいくつかの段階に分けて理解することが試みられてきた。例えば E・キューブラー・ロス¹は、死にゆく患者が、最初は死を否認しつつも最終的には死の受容に向かう五つの段階を、インタビューに基づいて記述した。それに対処する医療者や家族は、たとえ治療が困難だとしても、死にゆく患者のその時々ニーズに応答し、死へと向かう人の存在を無条件に受容することは可能だとされた²。

ホスピスケア・緩和ケア

治療が功を奏さない末期患者に、身体的な疼痛の緩和だけでなく、心理面、そしてスピリチュアルな面でのケアを提供する全人的ケアは、ホスピスケア・緩和ケアの枠内で提供されてきた。「緩和ケア」は現在では身体的な疼痛の緩和と混同されることもあるが、元々はホスピスケアと同義であった（キリスト教色のある「ホスピス」という言葉を公立病院などで避けるための語である³）。「care」という英語の単語は、日本語では「介護」と訳すことがふさわしい場合もある。しかし、ホスピスケア・緩和ケアの枠組では、治療が不可能な患者であつても、そのペインやニーズへの応答は可能であると考えられ、そのような応答を「ケア」と呼ぶため、日本語の「介護」には収まらない。それゆえ、カタカナのまま「ケア」と表現されることが多い。

Thanatology とその臨床系死生学

このような死生学の系譜は、臨床系の死生学と言える。看護学、精神医学、臨床心理学に属する研究者と実

践者が関わってきたが、その知見は死と直面する医療者全体に共有されるものである。英語では「thanatology」と呼ばれることが多く、主に米国で発展してきた（なお右記のホスピスは英国由来である）。

学際的 death studies としつゝの人文社会系の死生学

それに対して、人文社会系の死生学でも、知見が着実に積み上がっている。哲学は例えばプラトンからハイデッガー、ジャンケレヴィッチに至るまで死の問題を考察してきた。死と葬送に関する歴史学・人類学・民俗学は、ヨーロッパでも日本でも盛んである。これらの人文社会系の死生学は、大づかみに言えば、死と生についての観念、つまり死生観についての研究を主とすると言つてよいだろう。死生観は宗教によつて育まれる死後観を含むことが多いため、宗教学も死生学の一翼を担う。日本の二一世紀以降の死生学は特に宗教学者によつて牽引されてきた。

心理学系の悲嘆研究

親しい人を亡くした後起こる悲嘆の反応も、死生学の重要なトピックである。それは、葬送に関する研究と関連するはずだが、葬送儀礼が簡素化されたプロテスタント文化圏（英米など）では、悲嘆感情の心理学的な研究とケア実践が発展した。日本では、特に東日本大震災後に宗教者による悲嘆のケア（グリーフケア）が注目され、それと関連して、特定の宗教的教義の宣伝を目的としない臨床宗教師の実践も注目された。その結果、グリーフケアと宗教文化、葬送文化のつながりは、プロテスタント文化圏よりも強く意識されているかもしれない。宗教者と非宗教者をも含む、死にゆく人と悲嘆する人へのケアに関しては、日本スピリチュアルケア学会を中心に、資格制度が整備されている。そこでは従来なら宗教が担ってきた「生きる意味」や「死後の

ゆくえ」などの問いに、宗教的教義を押し付けずに応答できるようなスピリチュアルケアが探究されている。¹⁰

批判的死生学、死の社会学

また、近代以後の死生観は医療との関わりが大きくなるため、医療社会学を中心に、医療を通じて構成される死生観が、どのような政治経済的イデオロギーの影響を受けているかを批判的に考察する死の社会学が発達してきた。これを私は批判的死生学と呼んでいる。¹³

二 死の医療化と脱医療化

死の医療化

とりわけ、英国では死の医療化をめぐる議論が盛んである。死の医療化とは、死にゆく過程が医療によって管理され、形成されるようになることを指す。それは単純に理解された場合、病院死の増加と、延命のための医療技術の発展を指す。¹⁴

死の脱医療化——死の認知運動、在宅死運動

それに対して、死の脱医療化が盛んに唱えられ、死生学の一翼を担ってきた。それは、病院死の増加によって、死が日常生活から隠蔽され、死に関することがタブー視されるようになったと論じ、死を真正面から認め、語るようにしようという「死の認知運動」と関連して展開されてきた。¹⁶ 米国では公民権運動の一部である患者の権利運動の結果、「患者の権利章典」に関する宣言が一九七三年に出される。そこでは診断・治療・予

後に関して、患者は理解可能な言葉で知らされる権利を持つとされる。¹⁷ また、死の医療化を病院死の増加によって測るという観点に立てば、逆に減少してきた在宅死を増加させることが死の脱医療化を意味することになる。米国でのホスピス・緩和ケアは、施設より在宅でのケアに力を入れている。¹⁸

安楽死関連の実践

また、死が間近な人へ、苦痛が多いのに無益な延命治療をおこなうよりも、安楽死、延命治療の中止（終了）・差し控え、自殺帮助・帮助自殺・帮助死をおこなえるようにしようという動きが、死の医療化への反対、死ぬ権利の主張とともに、様々な国で進展している。¹⁹

死の脱医療化は第二の医療化か

だが、こうした「死の脱医療化」の動きは、結局は医療関係者によって推進され、国によっては医療政策と運動しているので、むしろ「死の医療化」の第二段階と言える。²⁰ つまり第一階段が、死にゆく過程を医学的に管理し、患者の生命を長らえさせるもの（延命）だったとすれば、第二階段は超高齢社会における医療費増加を抑えるため、入院期間を短縮したり、病床数を制限したり、在宅死を奨励したりして、延命治療をおこなわない選択を事前におこなわせ（縮命）、元々は自然に起こるはずの死の受容を、意思決定プロセスのガイドラインに沿って計画的にうながすという形をとる。リヴィング・ウィル（生前意思）やACP（アドバンス・ケア・プランニング）は、形式上は延命でも縮命でもなく中立に、本人の意思や話し合いを重視するものだが、治療をしないという選択肢を予め考慮に入れさせる。日本では、安楽死・尊厳死は法制化されていないが、これらの言葉を使わずに、「人生の最終段階における医療・ケア」の選択という形で、死の受容を計画的にうな

がす実践がなされるようになった。²¹

癌モデルを超えた死の脱医療化

死の脱医療化は、現在さらに新しい段階にきている。清明な意識を保ったまま、自己の死について思いをめぐらせ、人生最終段階の治療を選択できるというイメージは、病状発覚から死に至るまでにある程度の期間が生じる癌患者に、より適合的である。認知症患者の場合は、リヴィング・ウィルを文書の形で残せたとしても、それを書いた時点と最終的な死の時点とは隔たりがある。また、様々な疾患を経ながら、少しずつ身体的障害が重くなってゆく虚弱（フレイルティの高い）患者の場合、自律的選択のできる患者というより、障害者としてケアするべきであり、すでに歴史のある障害者福祉の考え方や実践の方が参考になる。²²

障害の社会モデル

現在の障害者福祉は、「障害の社会モデル」に依拠している。国連の『障害者権利条約』にもその考え方は浸透し、日本政府もそれに批准している。²³ 障害の社会モデルは、障害を個人の問題としてとらえず、それを障害として成り立たせてしまう社会の側の問題としてとらえるものである。例えば「障害者差別解消法」に明記されている「合理的配慮」は、健常者が享受している権利を障害者が行使できないようにしている社会の側のバリア（障壁）を取り除くために必要かつ適切な配慮を指す。その負担は社会の側が持つべきものとされる。²⁴

地域共同体で死にゆく人を支える

今日の社会における「人生の最終段階」とは、死の前の数日間や数時間ではなく、障害を抱えながら生きて

ゆく年単位の期間を指すと考えるのが妥当である。それを支えるには、家族と医療者という従来のアクターだけではなく、幅広い地域社会のボランティアや近隣住民も動員するべきだと考えられている。その理念は、認知症フレンドリー社会、慈悲共同体、コンパッション都市などと呼ばれている。²⁵ その成功事例としては、インドのケララ州が挙げられる。日本でも理念的に近いものとして「地域包括ケアシステム」という政策が打ち出されている。²⁶ しかし、日本の場合、人口減少社会と医療費削減への圧力という現実から、地域住民への丸投げになりかねない。

三 死生学の二つの潮流

以上、臨床系の死生学を中心に、死生学の展開を追ってきた。私はここから、二つの潮流を取り出すことができると思っている。すなわち、「死を受容させる死生学」と「死を抱えた生を受容する死生学」の二つである。単純化すると、安楽死関連実践（延命治療の中止・差し控え、自殺幫助・幫助自殺・幫助死、「尊厳死」など）を押し進める潮流と、死の手前で様々な苦痛を抱える人の支援とケアを充実させようとする潮流である。極端に単純化すると、「安楽死かケアか」とまとめられる。

医学的無益性

前者は治療が無益か患者の利益にならなっているかを区別し、無益な延命を避けることを目指す。²⁷ かつての治療モデルは病気を死ぬまで治療し、救命しようとしてきたが、死を受容させる死生学は、どの治療をどのタイミングでやめるか、また仮に患者の救命の可能性があっても差し控えるかどうか、その妥当性についての議論

を精緻化しようとしている。「治療」を引き続き重要な論点として議論を進める様は、治療モデルの残響を思わせる。そして、その最終的な判断を患者本人の自己決定に求める。

疼痛緩和と持続的鎮静

これが成り立つのは、予後が見通しやすく、患者の意識が死の間際までクリアで、認知機能が衰えていないような比較的若い末期癌患者である。また、かつてに比べて疼痛緩和の技術が浸透し、最終的な持続的鎮静が登場したことで、安楽死の要件に数えられていた「耐えがたい肉体的苦痛」²⁸は典型的と言えなくなってきた。しかし、意識の消失に至るような持続的鎮静は、仮に安楽死の形をとっていないとしても、意識の消失の時点自身（または近親者等）で決定できるという点で、安楽死にかなり接近する。²⁹安楽死・補助死が法制化されている国では、肉体的苦痛だけでなく精神的苦痛を理由に縮命を選択できるようになった。³⁰それは、肉体的に耐えがたい苦痛が生じていなくても、生きることをやめる選択を患者がおこなえ、医療者がそれを助けなければならぬということを意味する。

滑り坂論法

このように、延命を避けることを目指す安楽死類似の実践が、その決断の時期の前倒しにつながるという懸念は、「滑り坂」論法と呼ばれてきた。滑り坂論法 *slippery slope argument* は、生命倫理学においては誤謬論理の一つとして考察されてきた。³¹しかし、一般的妥当性を持つ論証としては認められないとしても、経験的事実を説明するための「理論」としてとらえることはできる。それが現実には起きていることを考慮し、いかなる場面で滑り坂論法を適用することが有効なのか、また逆に有効でないかを考えるべきである。³²

死を抱えた生を受容する死生学

このような「死を受容させる死生学」に対して、「死を抱えた生を受容する死生学」は、苦痛を縮命によって終わらせることより、苦痛を緩和し、ケアすることに重きを置く。つまり身体的苦痛を緩和しながら、それ以外の精神的な苦痛（心理的苦痛とスピリチュアルな苦痛に分かれる）をケアする。それは死が必ずしも近くはない、慢性疾患や障害者のケアや介護に近づいてゆく。「障害の社会モデル」にもとづく地域社会レベルでの取り組みと合流する。

良い死のスク립ト

臨床系の死生学は、死の受容に至る心理的な諸段階の研究から始まった。これは、「死の心理学」に特有の発想と言える。一方、「死の社会学」では、個人の選好だけでなく文化に根ざした「良い死」のスク립トがあり、それが社会のなかでも複数あり、個人のなかでも状況に応じて使い分けられたり、混在したりするとう、スク립ト理論が提唱されている。特に一九九〇年代の日米における医療者への調査から両国における良い死のスク립トを比較したロングの研究は重要である。³³

日本人に見られる宗教的・霊的なスク립トと医学的スク립ト

私は二〇一九年の死生観調査（死生学・応用倫理センター）の分析から、日本人の考える良い死のスク립トは、(1) 死後の安楽な世界に向かう通過点としての死という宗教的・霊的なスク립トと、(2) 死後の遺体処理や葬儀は気にせず、人に迷惑をかけずに医療によって早く安らかに死にたいと考える非宗教的な医学的スク립トに分かれると結論した。自殺許容の傾向と延命拒否や安楽死は有意に相関していた。そして、これ

らについて(1)は反対し、(2)は容認する傾向がある。³⁴

〈反延命〉主義の時代

日本社会は長年、高い自殺率に悩んできている。そのような社会的背景の中で、「人に迷惑をかけずに医療によつて早く安らかに死にたい」と考える人々が一定数いることは、重く見なければならぬ。つまり、希死念慮の強い人ほど、延命拒否傾向があるが、安楽死関連の実践は、そうした人によつて支持されている可能性がある。私は、このような傾向を、意味もなく長く生きていたくないという「〈反延命〉主義」の潮流として理解している。論者によつては、それとナチズムの優生思想との共通点を指摘している。³⁵

宗教と死の受容との関係

この(2)の医学的スク립トは、ここまで述べてきた「死を受容させる死生学」に明らかに対応する。(1)の宗教的・霊的なスク립トは、宗教的信仰の要素が入るため、「死を抱えた生を受容する死生学」と完全に重なるとは言えない。

デュルケームの『自殺論』は、カトリックの多い国とプロテスタントの多い国とでは、後者の方が、その個人主義的傾向ゆえに自殺率が高いことを示した。近代社会における自己本位的自殺に関しては、集団主義的なカトリックが保護因子になる。だが、前近代的な社会では宗教的規範によつて他者本位的自殺が強制されることがある(ヒンドゥー社会における寡婦自殺)。³⁶

つまり、宗教的スク립トが現代日本ではたまたま自殺や安楽死関連実践を抑制する傾向を示すものの、潜在的には宗教的規範が「死を受容させる」圧力を発揮することもありうる。イスラームは自殺を禁止するため、

ムスリム社会の自殺率は極端に低い。だがジハードでの殉教が来世での幸福を約束するという教義もあり、過激派の「自爆テロ」を正当化する根拠となっている。³⁷

私の日本人対象の調査では、宗教的信仰と自殺許容との間に負の相関が見られた。それをつないでいたのが、自殺者は死後も苦しみ続けるという観念であつた。³⁸この観念は、自殺した人にステイグマを貼ることを意味し、自死遺族を苦しめている。逆に、仏教は必ずしも自殺を禁止しているとは言えないという論調も現れている。³⁹仏教は自殺（じせつ）を殺生の一つとして禁止したが、その一方で、釈迦は病苦を抱える人の自死に理解を示したとされる。後者は、自殺を正当化する根拠に利用される危険もはらむ。仏教評論家の中には、断食の末に餓死する断食往生死を死の作法の出発点として称揚し、延命治療と対比させる人もいる。⁴⁰「ボックリ寺」のように、死ぬ間際まで元気でいて、死ぬときは寝たきりや認知症にならず短期間で亡くなることを祈願する習俗も一九七〇年代からある。教義的には仏教から「死を受容させる死生学」を引き出すこともできそうである。

だが、すでに見たように現代日本人における宗教的・霊的なスクリプトは、医学的スクリプトと異なり、「早く安らかに死にたい」という願望には傾かない。むしろ現代日本人で仏教を信仰している人は、死期を自分でコントロールせずに、いずれは死ぬのだからそれを待てばよいと考える傾向があるのかもしれない。日本撰述の偽経とされる延命地藏経では、延命が地藏のご利益の一つとして説かれてきた。密教には延命尊に向かつて延命を願う「延命法」という修法もある。⁴²つまり、延命は概して日本仏教では良いこととして願われてきたのである。

スピリチュアルケアの可能性

いずれにせよ、人文社会学系の死生学における死生観の研究を、死の臨床に単純に応用することには、慎重さ

が求められる。死に関わる宗教的規範は強制力があり、時代や地域によって、異なる現れ方をする。死にゆく自己の存在や失われた他者の存在を受容したいというスピリチュアルペインに対応するのが、スピリチュアルケアである。それは、特定の宗教的死生観をケア対象者に押し付けることを倫理規範などで禁止している。今日、そこには海外のチャプレンに近い宗教者（臨床宗教師）だけでなく、非宗教者も多く関与するようになってきている。⁴³ 医療行政や特定教団から自由に、かつ複雑で多様な現代日本人の死生観の研究も取り入れながら、地域社会やコミュニティとつながるような実践となることで、スピリチュアルケアは、宗教的・霊的なスクリプトを持つ人々だけでなく、非宗教的で医療によって早く楽に死にたいと思う人の背後に隠されている希望をも、すくい取ることができるだろう。

葬送研究と悲嘆研究の接続

ここまで臨床系の死生学を中心に見てきたが、死生学のなかで無視できないのが葬送研究である。悲嘆研究および悲嘆ケアでは、故人への追慕の念から離れ、故人との絆を切断し、故人のいない新たな社会的状況に適応することが、悲嘆に苦しむ人の目指すべきゴールだと考えられてきた。それに対して、故人への愛着や内的表象、すなわち故人との絆を保ち続けながらも、社会的に適応した健康な状態を維持している事例が存在することが、専門家の間でも認知されるようになった。このことは「継続する絆（絆の継続）continuing bonds」と呼ばれる。どのようなものが継続する絆に当たるのか、またそれが病的になる場合とならない場合との違いは何なのかが研究されている。⁴⁴

そのなかで弔いや服喪の行為が、悲嘆の苦痛を緩和するのに役立つことが確認されている。継続する絆は、西洋の悲嘆研究者の間で提示された概念だが、その背景にはプロテスタント文化圏で葬送儀礼が大幅に簡素化

されたことがある。その結果、死別後に様々な症状が現れ、専門家による悲嘆ケアが必要になる。シヨッキン
 グな死別に伴う「遷延性悲嘆障害」は、『精神疾患の診断・統計マニュアル 第五版』に含められた。こうし
 て死別と悲嘆の過程の医療化が進んだ。⁴⁵

継続する絆の理論は、故人との絆を継続させるための新たな方法の発見につながった。だが、儀礼的な服喪
 行為を通じて悲嘆を癒すことは、プロテスタント文化圏の外では今日でも普通に観察されることである。実際
 「継続する絆」の着想源の一つには、日本の先祖祭祀があった。カトリック文化圏や先祖祭祀の根強いアジア
 では、まったく新しい形態の服喪が提案されるには至らず、既存の葬送儀礼を現代的ニーズに合わせてアッ
 デートする形になるかもしれない。⁴⁶ そのような地域での最新の葬送研究は、悲嘆の医療化に対して、文化的な
 代替手段の可能性を示すことになるだろう。

お迎え研究の示唆するもの

故人の内的表象を保持することは、自分自身の死とも関係する。そのことを示唆したのが「お迎え」の研究
 である。お迎えとは、死が近づいていることを自覚した人が、すでに亡くなっている親しい故人の姿を幻視し
 たり、夢に見たりすることである。せん妄の一種として薬物治療などの対象とされることもあるという。だが、
 傾聴されることにより、自分自身の死を受容しやすくなるともされる。⁴⁷ 「お迎え」というのは日本における表
 現だが、故人があの世界に迎え入れてくれるということを含意する。日本人高齢者の間で、故人とあの世で再会
 することを願う気持ちは小さくないと思われる。このような故人の表象が可能になるのは、そしてそれが自己
 の死の受容にまで影響をもたらすのは、長い期間にわたって故人を何らかの形で追悼し続けたからであろう。
 つまり、継続する絆が介在すると考えられる。したがって、服喪を通じての他者の死の受容は、自己の死の受

容と関連していると言える。

しかし、服喪行為の将来にわたる持続可能性を自明視することはできない。単身者が増え、孤立死・孤独死や「無縁社会」が問題視される一方で、葬送儀礼を簡素化、または省略することが遺された者に迷惑をかけたために望ましいとされている。あるいは経済的な原因からやむをえないとされている。宗教式の葬送を忌避し、散骨や樹木葬、あるいは単なる廃棄処分を求める人々も出てきている⁴⁸。それ自体は社会の変化であり、死生学が価値判断を下すべきではないし、価値判断を示したところで趨勢に影響を与えるには至らないだろう。だが、これまで述べてきた知見からすれば、これらは「死を受容させる死生学」の社会的帰結である可能性がある。死の自己決定のみならず、葬送の自己決定を推進し、自己の死への悲嘆を遺された人に負わせないことを先回りして確認しようとする動きは、葬送の簡素化に向かう。葬送が簡素化されると、上手く処理されない悲嘆反応が残り、病理化、医療化が深まる。他者の死の受容が自己の死の受容と関連するならば、次世代に於ける悲嘆の失敗は、やがて次世代の人々の自己の死の受容を困難にする。それも心理学的・医学的な治療の対象となるだろう。地域によっては、文化的・社会的にそれを補うための新しい言説や慣行が登場するかもしれない。

だが、服喪や追悼の行為を、他者の死の受容、自己の死の受容を効率よくスムーズにおこなうために利用するという功利主義的、機能主義的な態度は、服喪や追悼に関わる当事者の心情とかけ離れている。当事者は、故人の実在性を（程度の差はあれ）念頭に置きながら、服喪に関わっている。死後生を信じる人にとっても信じない人にとっても通じるような、「死後」についての語り⁴⁹が、無宗教者が多いと言われる日本でも共有されている。

「故人の死を心理学的・精神医学的な技法を用いて受容させる死生学」は、様々な形で「死者を抱えた生」

(儀礼や記憶を通じての故人との交流)を是認してきた文化的背景においては不適切になる可能性がある。宗教学や文化人類学の知を援用し、「死者を抱えた生を文化的・社会的に受容するあり方を考える死生学」が、より必要になるだろう。

結論

本論考では、死生学の展開を概観しながら、「死を受容させる死生学」と「死を抱えた生を受容する死生学」とを対比してきた。それを図式化するとしたら、次のようにまとめられる。

死を受容させる死生学

治療モデル、死に方は自己決定事項(家族と医療者によつて代理可能)、癌がモデル、死後生観念は死の直視を妨げる、死は終焉、良い死の理想化、〈反延命〉主義社会(安楽死・自殺幫助の条件を探る、延命の否定、優生思想の傾向)、故人との絆の切断とその死の受容による社会的適応

死を抱えた生を受容する死生学

ケアモデル、身体的ケアに留まらないトータルケア、障害の社会モデル、慢性疾患に対応、死を超えた生の観念の是認、スピリチュアルケア、慈悲共同体の再構築、故人との絆を継続したままでの生のあり

方の探究

仮に、「死を受容させる死生学」を死生学A、「死を抱えた生を受容する死生学」を死生学Bとしよう。以下、論点ごとに両者を対比させながら、これまでの議論を記述し直す。

死生学Aは、治療が功を奏さない人生の最終段階において、どのような治療を選択するか、あるいは治療をしないことを決定するか、どのようときに治療をやめるべきかなど、治療に関心を寄せる。医学的に無益な治療に批判的であるという点では、脱医療化に見えるが、医療者を総動員して治療終結の精緻な正当化を目指すので、再医療化と言えるかもしれない。患者のインフォームド・コンセントが重視されるとはいえ、インフォームする（情報を提供する）医療者の存在は大きい。ここでは、治療の選択や自己決定（ないし共同決定）がガイドラインに沿ってシステムティックに、すなわち医療者が戸惑うことなく、医療者に責任が負わされることなく、円滑におこなわれることが理想とされる。

死生学Bは、治療とケアを対比し、治療が功を奏さない場合でもケアはできるという立場をとる。これは単に身体的治療をせずに痛みや容態を管理するという意味ではない。身体的な疼痛緩和をしつつ、それだけでなく心理面やスピリチュアル面でのケアをおこなうことを意味する。また死生学Aが、患者個人の治療の決定に焦点を当てていた背景には、死期に比較的近い時期に自己決定することが可能な癌患者の存在があった。

それに対して、高齢化の進んだ今日では、癌だけでなく他の様々な慢性疾患、認知症を抱えながら死に至る高齢者が少なくない。つまり、多かれ少なかれ、人生の最後には障害を抱えながら死を迎える人々が増加しているということである。死生学Bは障害の社会モデルに立ち、死に至る要素を抱えながら生きる日々を支える。そして、それを障害として成り立たせ、障害として認知させる社会のあり方を問う。

死生学Aの一部は、宗教的な死後生観念が死の直視を妨げるとする。そして、死は終焉であり、いずれ死ぬのであれば、いたずらに延命をせずに、心身の状態がまだ正常さを残しているうちに、自ら死を決定し、死を受容することが望ましいとする。その意味で、「良い死」の理想化が見られる。それは希死念慮とのつながりを持つ。望ましい生産的な生のあり方があり、高齢化も、健康寿命が長いのであればよいが、虚弱な状態で生き続けることは望ましくないと考える。この点で、優生思想との類似性が認められる。

それに対して、死生学Bは、死を超えた生の観念を是認する。これはいわゆる「あの世」だけでなく、「死後のこの世」をも包括する。したがって、死後の魂を否定する人をも排除しない。なぜなら、死後の魂の存続を否定する人も、自分の死後にこの世界が続いてゆくことは否定できないからである。死と生を包摂する「いのち」の働きを支えるスピリチュアルケアの実践が、死生学Bでは中心的な役割を果たす。現状のスピリチュアルケアは、個人に対するカウンセリングをモデルとしている面もお残しているが、障害を抱えた人々を社会で支える必要性が増しているため、慈悲共同体などの新しいケアのモデルも模索されている。

それは葬送研究などで提示されている「死者の社会性」「死者と生者の共同性」などというアイディアと接続するかもしれない。死生学Aは、故人の喪失を受容し、故人との絆を切断し、故人が不在である社会に適応することを目指す。それに対して死生学Bは、故人との絆を抱えながら生きることが可能だとする。そうした死者と生者の共同性のなかに、やがては自らの死も位置づけられるという希望が、遺された者の生を支える。

実際には、このように死生学Aと死生学Bが、クリアカットに分かれて存在するわけではない。また、AからBへという一方向的な展開ではなく、当初はBが目指されていたのに、Aが突出し、その後またBに回帰するという展開だと見ることもできる。それゆえ、BはAを包括すると見ることもできるし、いやAにBは吸収されるのだと主張することも可能である。また、英国のように両者の対立が比較的見えやすい社会もあれば、

日本のように、この対立自体があまり意識されていない社会もあるかもしれない。

死生学の展開を振り返り、今後を考えるための視座、また国や地域の違いを分析するための概念として、これら二つの類型を活用していただければ幸いである。

■註

1 本稿は下記の発表をもとにしている。「死生学から見た腎不全医療——学際的議論を開く」、第七回城西CKD懇話会（オンライン、二〇二三年一月一八日）。原稿は下記にアップロード。https://www.academia.edu/112608628。二〇二四年一月九日アクセス確認。この発表の後半では腎不全治療が、本稿で示す二つの死生学の中間に位置しており、近年重要性の高まっている「障害の社会モデル」を先取りしてきたと論じている。しかし、本稿では、二つの死生学を理論的に提示するに留めることにした。それは、腎不全医療以外にも死生学に関心のある研究者に広く読んでもらいたいという意図からである。腎不全医療への含意について関心がある人は、発表原稿を読んでほしい。また発表は、医療者を対象とする懇話会でなされたため、悲嘆研究や葬送研究についての論究は十分ではなかった。本稿では、それを補足している。

2 堀江宗正「死にゆく人が目指すべき「モデル」などない——キューブラー・ロスにおける「受容」と「正直さ」、清水哲郎・島蘭進（編著）『ケア従事者のための死生学』ヌーヴェルヒロカワ、二〇一〇年、三二七～三三四頁・三三四頁。堀江宗正「キューブラー・ロスにおける「死の受容」——今、どう読むか」、『老年精神医学雑誌』二三巻一〇号（二〇一二年一月）、一一八七～一一九三頁。

3 堀江「死にゆく人が目指すべき「モデル」などない」…三二七頁。

4 Cicely Saunders et al. eds., *Hospice: The Living Idea*, London: Edward Arnold, 1981. シンダース他、岡村昭彦監訳『ホスピス——その理念と運動』雲母書房、二〇〇六年。

- 5 プラトン、岩田靖夫訳『パイドン——魂の不死について』岩波書店、一九九八年。Martin Heidegger, *Sein und Zeit* (Gesamtausgabe, Abt. 1. Veröffentlichte Schriften 1914-1970, Bd. 2), Frankfurt am Main: V. Klostermann, c1977. ハイデッガー、細谷貞雄訳『存在と時間』筑摩書房、一九九四年。Vladimir Jankélévitch, *La mort*, Paris: Flammarion, 1977. ジャンケレヴィッチ、仲澤紀雄訳『死』みすず書房、一九七八年。
- 6 代表的なものとしては、Philippe Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-Âge à nos jours*, Paris: Éditions du Seuil, 1975. アリエス、伊藤晃・成瀬駒男(訳)『死と歴史——西欧中世から現代へ』みすず書房、二〇一二年。
- 7 東京大学の研究者を中心とする死生学プロジェクトは、宗教学者の島蘭進によって牽引された。その成果物としては『死生学一〇五』東京大学出版会、二〇〇八年。
- 8 藤山みどり『臨床宗教師——死の伴走者』高文研、二〇二〇年。
- 9 島蘭進・鎌田東二・佐久間庸和(共著)『グリーフケアの時代——「喪失の悲しみ」に寄り添う』弘文堂、二〇一九年。
- 10 鎌田東二編著『講座スピリチュアル学第一巻 スピリチュアルケア』ビイングネットワークプレス、二〇一四年。
- 11 Barney G. Glaser and Anselm L. Strauss, *Awareness of Dying*, N.Y.: Aldine Publishing, 1965. グレイザーとストラウス、木下康仁訳『死のアウェアネス理論』と看護——死の認識と終末期ケア』医学書院、一九八八年。
- 12 Tony Walter, *What Death Means Now: Thinking Critically about Dying and Grieving*, Bristol: Policy Press, 2017. ウォルター、堀江宗正訳『いま死の意味とは』岩波書店、二〇二〇年。
- 13 日本では特に哲学と生命倫理学に依拠する小松美彦の仕事が目立っている。小松美彦『生権力の歴史——脳死・尊厳死・人間の尊厳をめぐる』青土社、二〇一二年。
- 14 David Clark, "Between Hope and Acceptance: The Medicalisation of Dying," *BMJ*, 2002 Apr 13; 324(7342): 905-907. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.905> 二〇一四年一月一日アクセス確認
- 15 Geoffrey Gorer, *Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain*, Salem, N.H.: Ayer, 1987. ゴーラー、宇都宮輝夫訳『死と悲しみの社会学』ヨルダン社、一九九四年。

- 16 Lucy Bregman, "The Death Awareness Movement," *The Routledge Companion to Death and Dying* (edited by Christopher M. Moreman), London: Routledge, 2017.
- 17 "AHA Patient's Bill of Rights," APRA (American Patient Rights Association). <https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights/> 二〇二四年一月二一日アクセス確認
- 18 Dana K. Cassell, Robert C. Salinas and Peter A. S. Wynn, *The Encyclopedia of Death and Dying*, N.Y.: Facts on File, 2005: p. 142.
- 19 松田純『安楽死・尊厳死の現在——最終段階の医療と自己決定』中央公論新社、二〇一八年。
- 20 前出『いま死の意味とは』第三章。
- 21 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について」二〇一八年。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> 二〇二四年一月九日アクセス確認
- 22 前出『いま死の意味とは』第三章の結論部分。
- 23 外務省『障害者権利条約』二〇一八年改訂。 https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page25_000772.html 二〇二四年一月二一日アクセス確認
- 24 内閣府『障害者差別解消法リーフレット』。 https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/sabekai_leaflet.html 二〇二四年一月二一日アクセス確認
- 25 Allan Kellehear, *Compassionate Cities: Public Health and End-of-Life Care*, London: Routledge, 2005. ケレハー、竹之内裕文・堀田聰子(訳)『コンパッション都市——公衆衛生と終末期ケアの融合』慶應義塾大学出版会、二〇二二年。
- 26 厚生労働省「地域包括ケア」。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuitechoun/hukushi_kaigo/kaigo_kounrisha/chiki-houkaisu/ 二〇二四年一月二一日アクセス確認
- 27 Lawrence J. Schneiderman and Nancy S. Jecker, *Wrong Medicine: Doctors, Patients, and Futile Treatment*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1995. シュナイダーマンとジェッカー、林令奈訳・赤林朗監訳『間違った医療——医学的無益性とは何か』勁草書房、二〇二二年。より批判的なものとしては、櫻井浩子・加藤大喜子・加部一彦『医学的無益性』の「生命倫理」山代印刷株式会社出版部、二〇一六年。

- 28 恩田裕之「安楽死と末期医療」、国立国会図書館『Issues Brief』四七二、二〇〇五年。https://dl.ndl.go.jp/view/download/diidoipo_1000714_po_0472.pdf?contentNo=1。二〇二四年一月一日アクセス確認
- 29 森田達也・田代志門(編著)『鎮静と安楽死のグレイゾーンを問う——医学・看護学・生命倫理学・法学の視点』中外医学社、二〇二三年。
- 30 児玉真美『安楽死が合法の国で起っていること』筑摩書房、二〇二三年。
- 31 Bernard Williams, "Which Slopes are Slippery?", *Making Sense of Humanity And Other Philosophical Papers 1982-1993*, Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- 32 黒崎剛「生命・遺伝子操作に適用された「滑り坂論」の意味を捉えるために——W.ヴァン・デア・バーク・「滑り坂論」の紹介を兼ねて」、『ヒトゲノム解析の倫理問題』研究報告集⁹⁶『京都大学倫理学研究室、一九九六年。http://www.ethics.bun.kyoto-u.ac.jp/wp/genome/genome96kurosaki/。二〇二四年一月一日アクセス確認
- 33 Susan Orpurt Long, "Cultural Scripts for a Good Death in Japan and the United States: Similarities and Differences," *Social Science & Medicine*, 58(5), 2004, pp. 913-928. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.037。二〇二四年一月一日アクセス確認
- 34 堀江宗正「死のタブーと「良い死」について考える——死生観調査から」、上廣死生学・応用倫理講座『医療・介護従事者のための死生学——二〇一九年度夏季セミナー』（東京大学、二〇一九年八月四日）。https://www.academia.edu/41272222/。二〇二四年一月一日アクセス確認
- 35 小松美彦・市野川容孝・堀江宗正(編著)『〈反延命〉主義の時代——安楽死・透析中止・トリアージ』現代書館、二〇二二年、一二〜四六頁。
- 36 Émile Durkheim, *Le suicide: étude de sociologie*, Paris: Presses universitaires de France, 1976. アェルケーム、宮島喬訳『自殺論』中央公論新社、二〇一八年。
- 37 山岸智子「殉教」、大塚和夫ほか編『岩波イスラーム辞典』岩波書店、二〇〇二年。
- 38 山本功・堀江宗正「自殺許容に関する調査報告——一般的信頼、宗教観・死生観との関係」、『死生学・応用倫理研究』二二号、二〇一六年、三四〜八二頁。

- 39 大谷由香「不殺生と自死」(第一八回「涙骨賞」受賞論文本賞)、『中外日報』二〇二二年。 <https://www.dnugainippon.co.jp/info/ruikou/ruikou018-01-001.html> 二〇二四年一月一日アクセス確認
- 40 山折哲雄『日本人と「死の準備」——これからのをより良く生きるために』角川書店、二〇〇九年・七五〜七七頁。
- 41 村田典生「死と向き合う民俗信仰——流行神とぼつくり信仰」、『佛教大学総合研究所共同研究成果報告論文集』六号、二〇一八年、九五〜一〇〇頁。
- 42 中村元(ほか編著)『岩波仏教辞典』岩波書店、一九八九年、「延命地藏」「延命地藏経」「延命法」(電子ブック版参照)。
- 43 山本佳世子「非宗教者」によるスピリチュアルケアにおける「祈り」、『宗教学研究』第九〇巻一輯(二〇一六年)、九九〜一二三頁。
- 44 Dennis Klass, Phyllis R. Silverman and Steven L. Nickman, *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*, New York: Routledge, 1996.
- 45 Joanne Caecatore and Allen Frances, "DSM-5-TR Turns Normal Grief into a Mental Disorder," *The Lancet Psychiatry*, 9(7), 2022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00150-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00150-X) 二〇二四年二月二日アクセス確認
- 46 Tony Walter, *On Bereavement: The Culture of Grief*, Maidenhead: Open University Press, 1999.
- 47 諸岡了介ほか、「現代の看取りにおける「お迎え」体験の語り——在宅ホスピス遺族アンケートから」『死生学研究』九号、二〇〇八年、二二三(二二四)〜二〇五(一四二)頁。
- 48 山田慎也・土居浩(編著)『無縁社会の葬儀と墓——死者との過去・現在・未来』吉川弘文館、二〇二二年。
- 49 堀江宗正「死後生の心理化——メモリアリズムの内的世界」、『宗教学研究』第八四巻第四輯(二〇一〇年)、一一三〜一一四頁。

(ほりえ・のりちか 東京大学大学院人文社会系研究科教授)

