

# ホスピスと共同性<sup>1)</sup>

田 口 宏 昭

はじめに

1980年代以降、死に対する態度に変化の兆しが見え始めている。進行癌の患者にも癌が告知され始め、死体に防腐処理を施す《インバーミング》(embalming)の技術が日本にも導入され、一部の葬儀業者は顧客の注文を受け付け始めた。また、大都市圏を中心に《メモリアル・パーク<sup>2)</sup>》の建設も相次いだ。更に、火葬後その遺骨や遺灰を山河、海に撒く《自然葬》を進める市民運動の団体が1990年前後から活動を始めた。これらの動きをもって、死への接近の仕方が多様化してきた現実があるとひとまずは理解しておこう。これらの個別的にもみえる現象が相互に関連を持つ事象であると仮定することは魅力的な仮定だが、いまのところそのような関連を探求するに十分な資料を持たない。そこで本稿においては上記の変化の兆しのうち、永年タブー(禁忌)であった末期癌の患者に対する癌告知さえ近年積極的になされ始めたことに注目し、末期癌の患者のケアを進めるホスピスについて若干の考察を行いたいと思う。

## 第1節 近代医療と患者の疎外

ホスピスは、現代先進諸国における、病を見て病む人間を見ない技術優先の医療、業績優先の医療、あるいは利益優先の医療の現状に対する直接的な社会的反応である。

近代における社会の合理化は医療の領域においても進んだが、それが「医の愛」あるいは「医における仁」という規範によって、医療者と患者の関係が律せられることを困難にする。近代以降の医の魔術からの解放は、理性の光を人間の病気現象に当てることになった半面、病む人間の全体性を医療者に見失わ

せる結果になった。このような変化は選択されたひとつの文明の成り行きであったように思われるのだが、西欧でも東欧でも合衆国でも、あるいは日本においても、ことの成り行きは同様の結果を生んだ。20世紀前半の資本主義体制のなかで営利化の極まったイギリス医療の腐敗は、医療者が患者を病める全体的存在と見なさなかったことを示していることは言うまでもない<sup>3)</sup>。ソヴィエト社会における医療に関しても、かつてソルジェニツィンは『ガン病棟』を通して、巨大化し、官僚制化した病院の医療において病める患者の身体が機械の部品のように扱われ（勿論彼にとってはその背後に社会主義官僚制が横たわっているのだが）、人間性が背後に押しやられ、患者が疎外されていた現実を告発した。合衆国や日本においても医科学と医療技術がめざましい発達を遂げた半面、医療の制度的価値を独占する医学は、患者の身体に分析のメスを入れ、操作する対象と見なし、患者の主体性を奪う知識体系の頂点に君臨してきた。科学的真理の事実上の独占（あるいは真理の保有者であることを素人に印象づける技量の独占）は人間の人間に対する「科学的」支配を可能にする近代以降の新しい支配の形態である。支配される側が科学の価値を一旦受け入れるならば、支配はいとも容易になる。その場合、サービスの受容者側の欲求充足はこの価値に優先する正当性をあたえられ難い。かくして、医療における分析的理性を體現する専門家支配はあの利益誘導型の政治的支配よりも一層安定し、半面また専門家以外のものが容喙できない密やかにして苛酷なものとなるのである。

だが、患者はひたすら己の身体を冷徹に対象化するまなざしを甘受し続けるであろうか。患者はいかほど対象化されようとも、全体であることを止めない。否、病む人格、病む社会的存在以外の存在であることができないのである。患者は苦痛や不安を訴える。患者は叫ぶ。患者は怒りをぶちまける。患者は意気消沈する。このような感情の表出は特に末期癌患者において顕著である。これらの反応は、対象化のまなざしに対する抵抗である。

## 第2節 死への直面

人が生きるということは、生きられなかった生を背負って生きるということである。それはありえた生であったかも知れないし、有りうべき生であったか

も知れない。現有の時点での人の全体性のなかにはこの生が感情の記憶の累積として包摂されている。この隠されていた面が、人が死に臨み、その関心が己の死一点に集中するとき甦り、意識の表層に噴出して来る。

キューブラー・ロスは『死ぬ瞬間』において、破局の近いことを知らされた終末期の患者が示す反応を否認と隔離、怒り、取り引き、抑鬱、受容の5段階に分けてそれぞれの典型事例を分析した。これらの反応こそが生きられなかった生に関する感情の記憶の古層からの表出反応である。ただし、いかなる場合も近づく破局を患者に知らせるべきかどうかに関して、スタッフの適切なアプローチの方法は、本人にも家族にも「準備的悲嘆の時間的余裕を十分にとって死ぬ」癌患者とその余裕のない心臓病患者とは区別されるべきことにスタッフの注意を喚起している<sup>5)</sup>。すなわち長い苦痛の前触れがなく、突然人を死に至らしめる心臓疾患と異なり、癌は比較的病気が長引き、長い苦痛を伴うことが一般的である。その分、家族も患者も死に備える時間的余裕をもつことができる反面、悲嘆の期間もそれに応じて長いのである。

ところで長い期間死に直面するというこの事態に人はいかに耐えることができるのであろうか。否、その能力を現代の人間は持ち合わせているのだろうか、と問う方が適切かも知れない。これに対して、キューブラー・ロスは死に直面するわれわれの能力が低下したことを上掲書で指摘しているが、たしかにその通りであろう。元来その能力の構成要素、おそらくは最も重要な構成要素は宗教的不死性への信仰であらう。ここで、単に不死性と言わずに宗教的不死性と言ったのは、他方にインバーミング、死体や生体の冷凍保存、臓器移植などの「現代版」不死性信仰があり、これと区別する必要があるからである。それはそうとして、此岸の世界での人間の常態としての苦難、苦痛、蹉跎が彼岸の世界や宗教的不死性への信仰を支えてきたとみなすのは広く支持されている仮説であらう。もしそうならば、此岸の世界での日常的な悦楽の増大は、彼岸の世界を人々にとって不必要なものにし、不死性への信仰を衰微させるという結果をもたらしたと考えるもよい。このようないわば社会の世俗化の結果、現代人が独力で死に直面することはますます困難になってきており、集団レベルでの死のタブー化（例えば、死について語らない、あるいは会話において婉曲語法

を用いて直接死に言及することを互いに避ける行為など）もそのような状況へのひとつの適応様式だとも理解される。しかしそれはあくまで、主として死に直面していない間の適応の仕方に過ぎない。また個人レベルで見ると臨死患者やその家族における死の拒否（不死身の幻想）もまたひとつの適応様式である。けれども、それらは死の事実を回避する行為の様式であって、決して死に直面する能力を意味するとは言えない。

集団的不死身幻想であれ、個体的死を拒否する個人的不死身幻想であれ、幻想によって死を回避することと死を直視することとは区別されなければならない。ここでいう死の直視とは肉体の死を個体の死として確認し、その事実を受け入れることである。では、死に臨んでこの事実の受容を患者はどれだけ自力で達成することが出来るであろうか。ホスピス医たちが注意深く観察した癌患者たちの多様かつ豊富な死にゆく経験例は、死の受容が自力ではほとんど不可能であることを示してきた。不死性の信仰が確固としてあった時代においてさえ、死にゆく人は多くの場合枕頭での聖職者たちによる臨死の宗教儀礼を必要としたのであるから、況、その信仰が衰微した現代においては、永生や転生への確固とした信念を得られぬまま、生き残る人々との迫り来る別離の孤独に独力で耐えることはほとんど不可能である。それゆえにこそ、そのような人々に対して宗教的な援助がホスピスにおいて試みられているのである。その実効性に関しては、不死性への信仰と死の受容との間に一定の関係があることが宗教的枠組みをもったホスピス・ケアの実践を通して明らかにされてきている。というより、ホスピスは本質的に宗教的だともいえる。

それを日本の社会において目下経験的に検証しつつあるのが、例えば筆者が1990年から1993年の間しばしば訪問している福岡県下のキリスト教系のK病院である。ここではホスピス病棟の入院癌患者たちは必ずしもキリスト教徒ではなく、むしろ多くは非キリスト教徒である。にもかかわらず、少なからぬ患者たちは入院後洗礼を受ける。また別の患者たちは、洗礼を受けるに至らない場合でも永生への信念を受け入れながら死を受容していく。同病院のホスピス病棟において1991年、末期癌で死亡した57歳の女性の例を示そう。彼女は大学医学部付属病院で子宮頸癌と診断されて子宮全摘手術を受けた1年後、さらに多

発生骨転移と診断されて治療を受けたが効果なく、病院から治療不能と告げられて退院し、自宅療養していたがそれも不可能となり、K病院に入院することになったが、53日の入院生活の後死亡した。彼女は入院11日後に担当医宛てに一通の手紙を書いた。そこには次のことが書き記されていた。<sup>6)</sup>

「正直にまだ洗礼を受ける心境にはなっていません、女学院に入った事で、一粒の種がまかれ、神様の事をちょっと聞きかじっただけです。その後、時々礼拝に行った位です。

今度初めて、自分の死を持つ(待つ?)身となり、神様を感じる事が出来ました。私がこの病院を良く知っていたというのも、み恵みとします。何か神が、その道を開いて下さった様な気がします。愛がなければ何事も人間は出来ないという事がわかっただけでも、私の人生は幸せだったなあ、とつくづく思います。それと母が神棚に向かって私の為祈っているのを知っています。ですから洗礼にはちょっと抵抗があるのです。

私は、苦しいときのわかクリスチャンという思いもあります。イエス様が私の重い荷物を持って下さっています。時々イエス様が主人と二重写しになる事もあります。どうぞ最後まで心穏やかに、神のもとに行きたいと毎晩祈っています。」

記録によればこの女性の場合、呼吸不全の状態が増強するにつれて死んでいく過程の不安を病院チャプレン(病院付き牧師)に訴えるようになった。入院15日後のチャプレンとの会話の記録を紹介する(意味が通りやすくなるように筆者が一部修正した。傍点筆者)。

患者：「私、こわいんです。」

牧師：「何がこわいんですか。死ぬこと?どんな風になっていくのかが恐いんですか。」

患者：(うなずく)

牧師：「これからの痛みや苦しみが、どうなるのか、どんな風に死ぬのか

と思うと、不安なんですか。」

患者：「そうです」（筆談）

牧師：「今一番心配な事は」

患者：「父・母・家族」（自分の手のひらに筆談する）

この会話において死を間近にして、死に対する患者の恐怖と不安がはっきりと告白されている。更にその上、自分が遺して死んでいかざる得ない親や家族との近づく別離への切ない思いも。これらの問題については後に触れることになるだろう。そして翌日担当医との間で次のような筆談がなされた。

患者：「恐れがある。死について。」

医師：「身体については、だんだん弱っていきますが、Sさんの尊厳を保ちつつ対処します。イエス様は死んでも復活され、今も生きておられる方です、信じる者はイエス様の元に迎えられるます。大丈夫です。」

患者：「良くわかりました。葬儀よろしく。」

我々はここに、患者が自分を取り巻くこれら他者とのコミュニケーションを通して、言うなれば《霊的不死性》への信念の受容につれて死をも受容していく過程を見ることができるであろう。

このような不死性への信仰以外に死にゆく人が個体死の恐怖、不安、孤独を克服する世俗的信念を現代社会は用意することが出来るのであろうか。国家、政党、人類、企業、職業、民族、祖先、科学的真理、あるいは科学的法則が指し示す《ユートピア》等々を個人の有限の生を超越する「存在」と見なし、それへの同一化によってこれらの感情を克服するのであろうか。《判断停止》によって克服するのであろうか。それとも国家や民族や政党への同一化によって自らを「無化」し、そこでの自死の選択によって克服するのであろうか。だが、社会圏の拡大と交錯、個性化と価値の多元化の世界に生きる人々が、これらの対象に同一化すると考えることは現実的ではない。もしそれが現実味を帯びるとしても、大衆を唆すそのような計画は民主主義と衝突せざるを得ない。それ

は全体主義的政治支配下の《世俗司祭》のみが企て得ることであろう。このような一種の《機能的宗教》の《司祭》が約束するいかなる《世俗的救済》の企てよりも現実性を帯びているのは、技術に基づく不死性の実現の次のような企てであろう。

我々はG.オーウエルの描く世界<sup>1)</sup>の医療版の実現可能性について検討してもよい。すなわち近い未来における死体の冷凍保存や解凍、臓器移植(1990年代の今日、まさに実現されつつあるのだが)、コンピュータによる全社会成員の生体情報の管理、臓器提供者と移植受益者の効率的決定のシステム—これらすべてを個別死そのものを否認するシステム—の全面的実現可能性をキューブラー・ロス<sup>2)</sup>にならって真剣に考えなければならないであろう。

それにしても、来たるべき社会は技術によって死を完璧に否認できるであろうか。否である。蘇生と移植の技術がいかに発達しようとも、それでも例えば事故による死体の焼失や完全な解体、放置による腐乱など蘇生・移植不能死を皆無にすることはできないのである。しかも誰がその偶然の矢を射られるかを誰も前以て知ることはできないのである。仮に偶然の死の完全な回避をなしえても、所詮死の技術的否認がすべての人々に例外なく適用される完璧なものでなければ、否認の技を適用されないかも知れない己の死に対する恐怖と不安の感情はすべての人々の日常性の気分を重くする社会の暗い《通奏低音》となるであろう。そこには技術に依拠する世俗的な死の否認が結局のところ死の不安、恐怖、孤独から人間を解放するどころか、そのような感情を日常的に強化しさえする可能性をもつという逆説が横たわっているように思われるのである。この問題は、近未来において起こり得る問題ではあるが、ここでは議論の展開上これ以上立ち入った議論は控えて、話の筋をもとに戻そう。

ところで、不死性への信仰や《未来社会》における《世俗的救済》への信仰の問題は別としても、死に臨む患者を支えるその他の社会的条件はあるか否か、あるとすればそれは何か。個別死の不安、恐怖、孤独に苦しめられる終末期の患者の苦痛の程度は彼(彼女)が取り結び、死の瞬間まで維持できる社会関係とコミュニケーションの量、質にもかかっているのではないであろうか。不死性への信仰に踏み切らなかった末期癌患者の場合でも、家族、医師、看護婦

（土）たちが自分の側にいて、自分と共に在ることを患者が感じるとき、その不安、恐怖、孤独の感情は和らげられる。末期癌患者の場合、患者の移動の能力は日増しに衰え、その生活圏は次第に狭められ、友人や職場の同僚との接触の頻度は低下する。したがって彼（彼女）らの方から患者を訪ねないかぎり患者は彼らに会うことはできないので患者は社会的に孤立化する、という傾向が一般的に認められる。その上たまたま訪ねてくる人々が、「すぐに元気になるよ」と声をかけて患者の死を否認し、患者に励ましの言葉を投げかけるとき、患者は彼（彼女）らが自分と共にあろうとする存在ではないことを敏感に感じ取って、孤独感にさいなまれる。彼らは患者が今以上に生きる意欲を傾けえない状態にあることを理解せず、さらなる努力を無神経に要求しているのであり、破局の病によって生き残る人間と死んでいく人間への分節化の社会的力がはたらく世界の一方の側から向こう側の患者を見るまなざしに固執し続ける。だから、死んでいく人間をまのあたりにしているこの今の瞬間においてさえ、彼（彼女）らは対象としての「他者の苦痛」、対象としての「他者の死」としてしかこの状況を理解しえないのである。これとは反対に、共にあるということは、この場合患者と同じまなざしで死を直視し、死を感じることである。同一化でも同情でもない、このような共にあるという姿勢—それは共感と言ひ換えることもできるであろう—が、実は末期癌の患者を支えていく。このことはホスピスでのほとんどの臨床経験の記録報告が明らかにしているところである。死に臨む患者を最後の瞬間まで社会関係から切り離さないこと、これはホスピス・ケアの要諦でもある。

### 第3節 「共同の死」と「孤独な死」

この問題を社会学にさらに引きつけて考えるとき、想起されるのはフランスの社会学者、エドガール・モランの考え方である<sup>9)</sup>。文明史は個性化の歴史である、というのが彼のこの書に見られる歴史社会学的理解の根本命題であると私は理解したが、彼の「共同の死」と「孤独な死」の対概念で捉えられる死の社会的特質の歴史的变化における現代の死の特質は、彼の見地に従うならば、「孤独な死」である。この書が出版されたのが1970年であるから、初版が1975



年に出版された『死と歴史—西欧中世から現代へ—<sup>10)</sup>』の著者、フィリップ・アリエスとはほぼ同時代に現代の死の特質を後者と同様、「孤独な死」と捉えていたことになる。モランによれば、人間が自ら属する共同体ないし社会集団を肯定する限り、換言すれば、彼（彼女）がその社会的抑圧を甘受している限りにおいて、死の恐怖、死が彼（彼女）に及ぼす衝撃は消滅させられる。古代においてはまさにそうであった。彼はレヴィ＝ブリュールの“Carnets”（『手帳』）から次のような箇所を引用してこの自説を補強している。

「個人が自分自身の存在について抱く感情は、その集団の他の構成員との共存感を包含しているように思われる。（その存在感は）避けがたい不  
断の相互依存関係の中に自らがあると感ずる存在感なのである。そうした  
依存関係はだいいち、平常では、それほど強烈には感じられていないもの  
なのだ。なぜならまさしく、あたかも空気圧のように、そうした依存関係  
は絶えず存在するからである。」<sup>11)</sup>

人間の感情をめぐる集団と個人の間関係についてのこの把握の仕方は、レ  
ヴィ＝ブリュールと同時代のデュルケームの『自殺論』における愛他的（集団  
本位的）自殺の分析と驚くほど似ている。集合意識が個人意識を包摂し、圧倒  
的な集団の圧力のもとに集団成員が自らを犠牲にするのが愛他的自殺であるが、  
ブリュールに拠りながらモランが、「個人の犠牲において社会が自らを確認す  
る場合、同時に個人がそうした確認を、自らの個性の確認以上に正当なもの  
だと感ずる場合、死の拒否や死の恐怖は影をうすめ、克服されるのである。」<sup>12)</sup>  
と述べる時、モランはデュルケームの『自殺論』に言及してはいないが、  
デュルケームとはほぼ同じ発想をしているのである。

モランのこの考え方に従うならば、死に対する人間の態度は人が集団に対し  
てどのような依存関係にあるかということと深く結びついている、という仮説  
が導きだされてくる。

「孤独な死」が歴史的過去の「共同の死」とすっかり入れ替わって、現代人  
を苦しめていると単純化することは、もちろん行き過ぎである。アリエスは

ヨーロッパ中世においてさえ、特に都市部においては「孤独な死」が見だされたことを指摘している<sup>13)</sup>。すなわち、いつの時代にも同時代人が社会のなかにいかに、またどれほど組み込まれているかという問題の答えを導き出すにあたっては、地域差の要素を勘案しなければならないことを彼の研究は示唆しているのである。そして中世の都市共同体と比べれば、同地域の現代の農村は「共同の死」の特質を一層希薄化している可能性を含むことに留意すべきであろう。さらにそれを都市と比べれば、まだしも「共同の死」の特質を保持しているという可能性をわれわれは留保しなければならない。このような留保をつけるならば、理念型として理解される「共同の死」と「孤独な死」の両概念によって捉えられる歴史的現実、社会変動の過程においてその位相を変えながら、いわば螺旋条の上を上昇していく、というイメージをわれわれは結ぶことができるであろう。

以上の議論から、現代のホスピスは、死んでいく人々が生きながらにして精神的・社会的に遺棄される状況に対する20世紀の「共同の死」を求める営みであると考えることが出来よう。現代のホスピス運動が内包する社会学的含意をさらに検討するにあたって、ここに至るまでの記述においては部分的にしか触れなかったホスピスの概観を、まず描いておかなければならない。

#### 第4節 ホスピスとは何か

見えない死—病院死— 死に対する子供たちの意識を混乱させるテレビドラマのなかの死をめぐる、日本におけるホスピス運動の発展に大きな功績のあった柏木哲夫は「死が劇化され、脚色される一方、現実の死、本当の死の姿というものは、ますます家庭から引き離されているのです。」と述べている<sup>14)</sup>。産業化の進んだ社会においては、子供たちは茶の間で映像のなかの死をしばしば「目撃」するのだが、現実の死を目撃し、それを経験することはほとんどない。「本当の死」は家庭から引き離されるだけではない。「本当の死」の新たな場である病院においてさえ、死は衆人の視線から遮断される。このような事態をかって仲村祥一は死の「蒸発」と呼んだのだが<sup>15)</sup>、死は我々の社会から文字どおり消え去ったわけではないことは言うまでもない。厚生省が作成している

「完全生命表」によれば、確かに1990年の男子の平均寿命は75.86歳、女子のそれは81.81歳であるから、1920年代前半期の男子平均寿命42.06歳、女子平均寿命43.20歳と比べると、日本人の平均寿命は70年あまりの間に飛躍的に延びたことになる。このような平均寿命の著しい伸長は死者実数の著しい減少を意味しているかに見えるが、しかし実は、日本の社会における死者の数は1960年代以降年間70万人を下回ることはないのである。それどころか、1980年代以降は増加傾向さえ見られる。

にもかかわらず死が我々の身近の日常から姿を消しているのはなぜか。それは第一に、死亡率の概ねの漸減傾向が続いたので、身近な人々が死ぬ頻度が相対的に減少したからであり、第二に、死を迎える場所が家庭から施設、特に病院へと移ったからである。表1は、第二次世界大戦後の日本の社会における死亡実数、死亡率ならびに死に場所の推移を示している。これを観察すると、施設（大部分は病院であるが）で死ぬ人の割合は一貫して増加し続けてきた。ホスピスを求める運動が起こってきた直接の背景にはこのような死に場所の顕著な変化がある。なぜこのような変化が生じてきたかについてはここではこれ以上立ち入らず、事実の確認だけにとどめておきたい。

表1 死亡数・死亡率(人口10万対)及び死亡の場所別構成比の年次推移

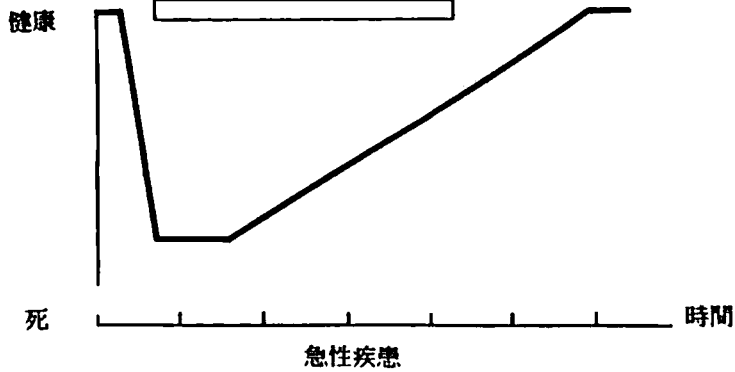
	死亡実数(人)	死亡率	施設内(%)	施設外(%)
1947	1,138,238	1,457.4	9.2	90.8
1950	904,876	1,087.6	11.1	88.9
1955	693,523	776.8	15.4	84.6
1960	706,599	756.4	21.9	78.1
1965	700,438	712.7	28.6	90.8
1970	712,962	691.4	37.5	62.5
1975	702,275	631.2	46.7	53.3
1980	722,801	621.4	57.0	43.0
1985	752,283	625.5	67.3	32.7
1990	820,305	668.4	75.1	24.9

(資料：厚生省、『人口動態統計』)

どこで死ぬかを確認したので、次にどのような原因で死ぬかを確認しておこう。今日の日本において、死因別死亡率で最も高いのは、悪性新生物（つまり癌）、これに次ぐのが心臓疾患、そして第3位が脳卒中である。これら3大死因相互の間で、病院での死亡率（自宅での死亡率に対比して）に差があるかいか。死因別の死亡場所構成比を見ると癌によって死ぬ人は、心臓疾患や脳卒中で死ぬ人よりも病院で死ぬことがより多いという傾向が見いだされる。これはなぜか。後二者は慢性疾患という点では前者と共通しているが、必ずしも進行性の致死性疾患とはいえない点で前者とは異なる。また生活様式を意識的にコントロールすることによって自宅において日常生活を送ることも可能である<sup>16)</sup>。このため、危機的状況を脱すれば、必ずしも継続して入院し続ける必要もない。しかし、容態の急激な変化が招来されて、通常の生活の場で患者は死に至ることがある。このような疾患のもつ各々の特性の差異が死に場所の傾向の違いに現われてくるのである。

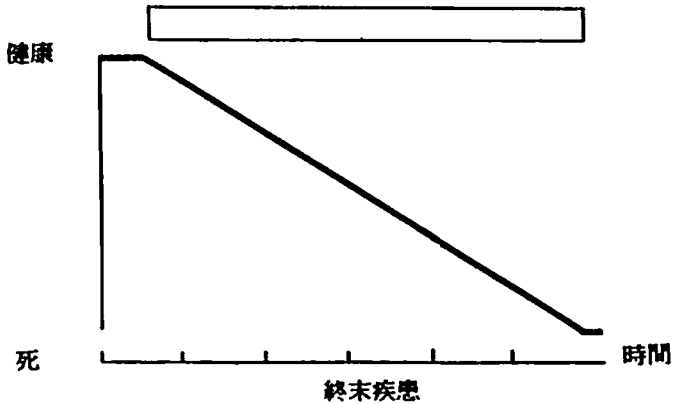
疾患の二つの類型 早期発見によって癌の治癒率は近年向上しつつあるとはいえ、転移をきたした癌は医療者がその進行を押しとどめ、寛解に至らしめることは未だ困難である。進行を押しとどめるべく使用される抗癌剤の投与や放射線療法はその強い副作用によって患者を苦しめる。これとは逆にホスピスは、このような患者に対してまったく異なったアプローチを行う。そのアプローチの性質は、疾患についてのある重要な基本的認識（二つの疾病モデルと呼んでもよい）に基礎を置いている、と理解するのが問題を捉えやすくする。次の図に示すのは、イギリスのホスピス・ケアの専門家であるR.トワイクロスが呈示している疾患の二つのモデルである。疾患モデルは、その目的によっては一例えば、疾病構造の変化を示そうとする場合のように「急性疾患」と「慢性疾患」とに分類されて示されることが多いが、彼はそれを「急性疾患」と「終末期疾患」とに分類している<sup>18)</sup>。図1は急性疾患の場合を、図2は癌を典型例とする終末期疾患の場合を示している。なお、図の上部にある  は専門的な医療ケアの集中度と期間を示している。

図1 急性疾患



(資料：Robert Twycross, 'Hospice care', in Roy Spilling(ed.), "Terminal Care At Home", Oxford University Press, 1986, p.101.)

図2 終末期疾患



(資料：Robert Twycross, 'Hospice care', in Roy Spilling(ed.), "Terminal Care At Home", Oxford University Press, 1986, p.101.)

まず第一に、急性疾患についての彼の説明によると、心臓蘇生術、人工呼吸、  
静脈注射、経鼻チューブ (nasogastric tubes)、抗生物質は、急性疾患ないし慢

性化するかもしれない急性疾患の初期段階において、健康の回復を目指して用いられる手段である。医師がこのような手段を用いることによって、患者は最初の危機を切り抜けることができる。一般的には、予後は良好である。そして回復は患者自身の自然治癒力（natural forces of healing）に助けられ、患者個々人が完成させる。

他方、終末期疾患の場合は、予後は徐々に悪化する。したがって、「死んでいく過程の苦痛を長びかせるような治療的介入 therapeutic interventions は無益であり、かつ不適切である。」<sup>19)</sup>と彼は言う。彼のみならず、ホスピスにおいては治療的介入はしない、というのがホスピスの専門家たちのほぼ合意に達している原則であるように思われる。すなわちホスピスは治療や延命ではなくて、苦痛を緩和し患者に「生命の質」<sup>20)</sup>を確保しようとすることに重点を置く。

彼によってなされたこのような対比は医療の専門家の間での認知の枠組みを代表しているように思われるが、ホスピスに何が求められているのかを端的に理解していくうえで重宝なモデルであるといえる。ただし、心臓疾患や脳卒中をどちらのモデルで捉えるかとなると、若干問題は残るかも知れない。というのは、長期にわたる生活習慣がこれらの疾患の背後にあり、その累積が疾患を慢性化させるに至ったと考えられているからである。危機を医療的処置によって切り抜けることが可能であるという点では急性疾患モデルで捉えられるようにも見えるが、予後が健康時の状態の水準に戻ることはあまり期待できないし、自然治癒力の助けを借りて回復が進むとも考えられないので、このモデルで捉えることには無理があるようにも見える。

このように見てくると、多様な疾患をすべて二つの単純化されたモデルに当てはめて考えることは困難であるが、進行癌を第二のモデルで捉えることは許されるであろう。そこで第二のモデルに沿ってホスピスを考えるとすれば、それは要するに、終末期疾患モデルで捉えられる疾患に対して治療的介入を極力抑えて、緩和ケアを基本に患者を援助していこうとするものである、ということになる。それは生命の長さよりも「生命の質」(QOL=QUALITY OF LIFE)を重視するアプローチである。このようなホスピスの特質を考察するに当たっては次にその成り立ちと展開とをまず概観しておく必要がある。

近代ホスピスの起源と発展 エリザベス・G・マクナルティらによると、<sup>21)</sup>近代ホスピスは18世紀のイギリスに端を発する。そしてそれはキリスト教と密接な関係を持ちながら、その後、先進社会を中心に広がりをもっていく。初期に運動の担い手になったのは修道院とそこを拠点とする修道女たちであった。1879年には、F・ナイチンゲールとも一時期ともに仕事をしたことのあるM・エイキンヘッドの遺志を受け継いで、ダブリン市郊外に「アイルランド慈善修道会」が《Our Lady's Hospice》(「聖母のホスピス」)を設立した。もうひとつ初期のホスピス、《the Sacred Heart Hospice》(「聖霊ホスピス」)が同じ修道会によって1890年にオーストラリアに設立された。その後1893年のロンドンにH・バレット医師によって「聖ルークス・ホーム」が設立された。20世紀初頭、1905年にはよく知られている《St. Joseph's Hospice》(「セント・ジョセフ・ホスピス」)が同じくロンドンに設立された。<sup>22)</sup>そして「近代ホスピスが弾みをつけ始めるのは、シシリー・ソングラス女史がセント・ジョセフ・ホスピスにおいてその仕事を開始した1958年を待たなければならなかった。」とマクナルティは述べている。「彼女はそこでの仕事の経験をふまえて、死んでいく一人の患者から寄せられた500ポンドの寄付を基金にして1967年、ロンドン郊外に《St. Christopher's Hospice》(「セント・クリストファー・ホスピス」)を設立した。イギリスでのホスピス運動は概略このような発展の経過をたどったのであるが、この運動はその後大西洋を渡ってアメリカ合衆国とカナダへと、そしてイギリス海峡を渡ってヨーロッパ、中東地域および日本を始めとする極東アジア地域へと拡がったのである。<sup>23)</sup>そして1980年代初めから本格化した日本のホスピス運動は主としてキリスト教徒の医師、看護婦、その他の関係者によって担われた。そして後述する大阪府の淀川キリスト教病院や静岡県の聖隷ホスピス(1981年に開設)はその重要な拠点となった。その後、福岡県下の福岡亀山栄光病院も九州地方での拠点となっている。これらのうちことに淀川キリスト教病院は1973年日本で最初のホスピス・プログラムが実施に移された病院であり、院内ではスタッフのチームがOCDP(The Organized Care of the Dying Patient, 死にゆく患者の組織的ケア)と自ら名付けたケアのプログラムに沿って実践を積み上げてきた。初期においては一般病棟で他の患者と混在する形で終末期医療を

行っていたが、その後、スタッフの間で1979年「第1回院内ホスピス設立準備委員会」が開催され、1981年には理事会がホスピス設立を正式に決定した。翌1984年に設立のための2億円全国募金が始動され、集まった資金によってホスピス病棟が建設され、ホスピス・ケアは1984年に開始された。<sup>20)</sup>

このような歴史を持つ近代ホスピスは、過去のものではなくて、現に生成されつつあるものである。近代ホスピスと一口に言っても、キリスト教に担われた主流のホスピスもあれば、仏教に担われたホスピスもある。社会や文化の違いによる差もあろう。従って、それを一義的に定義することは極めて困難である。しかし、それを対象として捉えようとするからには、何らかの概念規定が必要であろう。その概念の輪郭は、筆者がこれまでのホスピスという語を用いた文脈から察せられようが、より明確にするために次にいくつかの定義を紹介し、若干の考察を加えておきたい。

ホスピスの定義 人生を旅路に例えて、E. G. マックナリティらは「現代のホスピスは人が人生最後の旅路で逗留する旅路である。」<sup>21)</sup>と言う。旅路の終わりに重荷を降ろし、身を横たえて、「後の事はよろしく頼む」と言い残して「永遠の眠り」につくこと、日本人ならば自宅の畳の上で老衰死すること—現代における民衆の死の理想像はこの辺にあると言えるであろう。だが、末期癌患者にとってはその「旅路」は誠に厳しく、辛い。1991年のデータによれば、65歳以上の高齢者のうち、老衰で死んだ人は全死因のうち3.8%を占めるに過ぎない。これに対して悪性新生物を死因として死ぬ人は23.3%に達し、心疾患で死ぬ人は22.8%、脳血管疾患で死ぬ人は16.1%に及ぶから、平安のうちに人生の幕を閉じることは容易には叶えられないのである。そうであるなら、われわれにとっては死への坂を緩急様々であれ滑り落ちていく人生最後の旅路の旅路は近親者を初めとする他者の援助を最大限借りてでも、より快適とは望まぬまでも、少しでも苦痛の少ないものであって欲しいとだれしも願うであろう。ホスピスはそのための援助を「旅人」<sup>22)</sup>に提供する。このようなホスピスについての定義のいくつかを次に示しておこう。

第一の定義はR. トワイクロス<sup>23)</sup>の定義である。彼によると、「ホスピスとは、終末期の患者とその家族に対して、継続的なケアを提供するプログラムである。」<sup>24)</sup>



第二の定義は、B.R. キャシレスとJ.A. ドノバンらの定義である。彼らは非常に実践的な視点から、「ホスピスとは、死んでいく人々にごく普通の緩和ケアを提供する方法であり、終末期の患者のニーズを充すのにふさわしいひとつのアプローチである。」<sup>29)</sup>としている。最後に、第三の定義、しばしば引用される「全米ホスピス協会」の定義を紹介しておこう。これによると、「ホスピスとは、末期患者とその家族を、家や入院体制の中で、医学的に管理するとともに、看護を主体とした継続的なプログラムをもって支えていこうとするものである。様々な職種で組まれたチームが、ホスピスの目的のために行動する。その主な役割は、末期ゆえに生じる症状（患者や家族の肉体的、精神的、社会的、宗教的、経済的な痛み）を軽減し、支え励ますことである。」<sup>29)</sup>

三つの定義を比較すれば、最初の二つの定義が第三の定義に含まれてしまうことがわかるであろう。これらホスピスの定義、特に第三の定義のなかに次にあげる目標の一部はすでに示唆されているが、目標はこれらの定義をより具体化した内容を示したもので、次にホスピスの専門家や研究者たちが示すそれによってホスピスのより具体的なイメージをつかむことができるであろう。

ホスピスの目標 まず第一に、イギリスの緩和ケアの専門家として第一人者ともいえるR. トワイクロスによれば、ホスピスケアの目標は、(1) 痛みや、その他の苦痛を与える症候から患者を解放すること、(2) 患者に対する心理的ケアを提供すること、(3) 患者が、差し迫った死を前にしてできる限り積極的に生きることを手助けするサポート・システムを提供すること、(4) 病気の期間中や死別後の一定期間、その家族に対して心理的ケアを提供することである。<sup>30)</sup>

他方、J.D. ストークルは、ホスピスが患者に保証しようとするのがらもしくは目標として、(1) 慢性的な苦痛と身体的な不快感の予防、(2) 気兼ねなく援助を依頼できる職員、(3) 個々人の希望やニーズにあわせて提供されるケア、(4) 患者ならびに家族がケアに参加することの四点をあげている。<sup>31)</sup>

また、E.G. マクナルティとR.A. ホルダーバイらは、近代ホスピスの基本目標を「患者が残された生の質を最大限享受し、そのかぎりにおいて最高の水準の生活が可能になるようにできるだけ彼（彼女）らを心地よい状態、ごく普

通の意識の状態に保つことにある。」<sup>32)</sup>としながら、この目標のもとにホスピスが何を追及するかについて彼らは次のように述べている。すなわち、「ホスピスは患者の苦痛（身体的苦痛のみならず、情緒的、精神的苦痛をも含む）を抑制すること、すなわち患者が最大限の満足を得られるように援助すること、患者が社会関係、家族関係をもつことができるようにすること、ならびに患者が尊敬をもって死ぬべく己についての肯定的自己像を維持し続けられるよう援助することである。」<sup>33)</sup>と。

ここで「近代ホスピスの基本目標」は末期癌患者のいわゆる「生命の質」（QUALITY OF LIFE）を達成することを意味している。このもとに、他の見解も勘案して下位目標を整理することができないであろうか。ホスピスの目標は、上記のように多様な内容をもって示されているように見えるが、下位目標を筆者なりに整理すると次のようになるであろう。

第一に、患者の身体的な痛みを緩和する医療的処置を行うこと。R.トワイクロスという（1）ならびにJ.D.ストークルのいう（1）がこれに該当するであろう。これは狭義の「緩和ケア」（palliative care）、すなわち「麻薬」処方を中心とする、末期癌固有の痛みと見なされている疼痛や呼吸困難、さらには長期の臥床が引き起こす「床ずれ」などに対処して苦痛を緩和する医療的処置である。

第二に、肉体的な痛み以外の精神的、社会的、宗教的痛みを緩和するケアをチーム・ワークを通して行うこと。これは広義の緩和ケアすなわちE.G.マクナルティらのいう身体的・情緒的・精神的「苦痛を抑制すること」のうちに含まれるであろう。この目標のもとに、身体的苦痛に連動するところの死に対する恐怖、不安、孤独の感情に苦しむ患者を、言語的・非言語的コミュニケーションを通して支えていく組織的な活動が行われる。チームはホスピス医、精神科医、看護婦（士）、聖職者、ボランティア、家族等によって構成される。

第三に、家族も患者のケアに参加できるようにすること。家族はケアの重要な担い手である。患者は、死に直面することになって改めて家族との感情的な絆を確認する可能性を常にもっている。家族が側にいること自体が患者にとっては慰めとなり、また支えともなる。なお、J.D.ストークルのように患者自

身もケアに参加する主体に含めることは、ことばの綾としてはありえるが実際問題としては疑問である。

第四に、患者が死にゆく過程においても、死後においても必要に応じて家族に対する適切なケアを行うこと。R.トワイクロスが示した(4)がこれに該当する。一般にグリーフ・ケアと呼ばれているものがこれである。これはホスピス運動の過程において新たに発見され、付け加えられた目標と言えるであろう。

第五に、患者や家族に対する援助は、個々人のニーズにあわせて行われるべきこと。これはJ.D.ストックルが示している。例えば、入浴したい患者に入浴サービスをおこなってその数日後に患者が息を引き取る場合もあるが、そのような段階にあるときでも、患者のニーズを何よりも優先するホスピスならば、そのニーズをできるだけ充たすことを目標とする。そのことが「生命の質」の達成につながるからである。

これら五つの下位目標は、「生命の質」の確保という目標に収斂していくであろう。

緩和ケアの意義 ホスピスが延命治療を行わず、癌末期患者の残された生命の質を最大限高めるために第一に重要視しているのは、疼痛のコントロールである。これが狭義における緩和ケアである。コントロールの体系化されたマニュアルも出されていて、神経ブロックや鍼灸・マッサージなどの刺激療法、種々の鎮痛剤の使用法の研究も進められている<sup>3)</sup>。

ところで、これらの鎮痛剤の使用は患者個々人の状態に即して、その反応に基づいて進められるべきことがマニュアルの参照者に勧告されているが、そのことは、痛みの「個性」の尊重が強調されているということの意味する。鎮痛剤の処方における、このような痛みの個性の尊重は、勿論有効なコントロールの探求から経験的に確認されて結論づけられたものであることは当然予想されるが、他方において患者が身体の特定期部位の「不調をもつ」ととどまらず、全人格を病む人間として位置づけて、彼(彼女)に対して医療的援助を行うという「全人医療」の思想がそこに反映されているようにも考えられるのである。ホスピスはこの「全人医療」思想の現実化の最も純粋に近い姿であるといえよう。

この全人医療の考え方にたつ柏木はその数多くの死の臨床経験（看取りの経験）から、「人は生きてきたように死んでいく」ことを教えられたと述べている。彼は、この命題を呈示することによって、現代人がいつかは死ぬ存在であることを自覚しつつ、「よき死を迎える」ために、「よき生を生きる」ことをひとびとに示唆しているのであるが、同時に、このメッセージは「人生の歩みが短い終末期の死にゆく過程において凝縮されるその様は、まさにその現われる苦痛と苦悩において、その人の人生の歩みと同様、個性的である。」という意味にも解釈できる。ホスピスは人々のこのような《全人的痛み》からの解放を目指して積極的な援助を行っていかうとする。

苦痛の種々相 終末期の癌患者の痛みは、患者自身にとっては分ち難い全体的な痛みとして経験されるのであるが、同時にその痛みは非常に多次元的かつ多面的な要素をもっている現象として捉えることができる。一般にターミナル・ケアの専門家の間においては末期癌患者の苦痛は、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、宗教的苦痛の4つの側面をもつと考えられている<sup>30)</sup>。これらの痛みのうち、身体的苦痛でさえ個性的であること、それが他の精神的、社会的、宗教的苦痛と密接な連関をもっていること、これらが相互に影響を与えあうことが強調される<sup>31)</sup>。例えば、癌性疼痛として顕著に現れる痛みが他の諸々の心理的痛み、すなわち怒り、不安、失望等など（これらの心理的痛みにどのような概念を与えるかはさておくとして）の誘引になり、逆に死に対する不安、あるいは残される家族の将来に対する不安が身体的苦痛を増幅するという捉え方は、終末期医療の臨床家のはぼ一致した見方であると思われる。そして個々の患者の痛みの現象は、患者それぞれの人生が個性に彩られているように、個性的であることが強調されるのである。

ここで注目してよいと思われるのは、近代医療のなかで無視されがちであった身体的痛みの個性がこのようにターミナル・ケアにおいて注目され強調されたのにとどまらず、痛みの概念が拡大され《全人的痛み》として確認されつつあるということである。筆者はこの概念の拡大は重要な社会学的意味を持つと考えるのである。

## 第5節 共同性の復権としてのホスピス—むすびにかえて—

援助的関与と「共同の死」 患者の痛みはあくまでも患者の痛みである。医療者も家族も患者の痛みを肩代わりして経験することはできない。しかしながら、その痛みが生理学的・心理学的・社会的・生命倫理的痛みの総合的なものであるならば、4つの角度からの患者の痛みへの援助的関与は総合的な痛みを軽減させることができるであろう。実際、ホスピスにおいて行われているのは、患者の全体的痛みへの洞察を欠いた非人格的な治療的関与（あるいは医療的侵襲）ではなくて、今まさに死なんとしている患者の痛みを軽減するためにあらゆるコミュニケーション回路を動員して援助的はたらきかけをする援助的関与である。一般的には充たされることが容易でないニーズ—例えば性的ニーズや病気の進行を速めると判断されがちな入浴のニーズ—でさえ、その充足が前述のホスピスの目標に合致すると判断されるならば、積極的に充足の手段がこうじられるのである。その意味では、患者が自分の病気について事実を知りたいという欲求を持っている場合に、スタッフが告知の是非について検討し、告知後の患者ケアの体制を整えた後にそれを実行することも、当然この場合のニーズの充足に当たる。そしてさらに、患者が死の瞬間まで社会的に生きる人間として処遇されて、その性別、その年齢、その生まれや育ち、その職業、その人種などの社会的符牒を通してではなく、一人の人間としての尊厳を認められるとき、患者は肯定的な自己像を抱いて「生命の質」を高めつつ、人生の最後を生き抜くことが可能となる。

これとは逆に、多くのスタッフに囲まれて末期癌患者がどれだけ多くの延命治療を受けようとも、スタッフ間やスタッフと患者家族との間に共謀関係が形成されて、そのため患者が自らに関する最も重要な情報の埒外に置かれて、意味を共有できるコミュニケーション回路が閉ざされるならば、患者は社会的に遺棄されたも同然である。患者が社会的に遺棄されるということは、死に直面する彼（彼女）が孤独に追い込まれるということである。このような場合、患者は肯定的な自己像を抱くことができない。

ホスピス・ケアを進めてきたある臨床医は「死を看とる、抱きしめるとは、

人間を尊厳ある人間として遇する、最善の医療であり、ホスピスの精神は、東西を超えて、施設だけではない、みんなが参加し、生と死を結ぶヒューマン・ケア・プログラムではないかと、私は考えている<sup>40)</sup>という。比喩的に表現された「死を抱きしめる」という言い方のなかに示されている態度は、ホスピスの実践の本質を物語っていると言えよう。「死を抱きしめる」とは、死にゆく人のすべてをあるがままに受け入れる態度を意味する。

前述した「共同の死」は、実はこのような「死を看とる」医療、「死を抱きしめる」医療に通じる。そこにおいては、医療者も患者家族も患者の死にゆく過程に参加し、患者を避けず、患者との間にコミュニケーション的にかかわりを維持していく。いかなる人も他者の死を経験することはできないが、このように死にゆく人々に対して、感情を持つ人間としてかかわることはできる。

他者に対するこのような関与は、かつては血縁・地縁のネットワーク組織を基盤にした伝統的社会における死に対する共同体成員の通常の処しかたであった。これについて例えば、若干特殊と言えるかもしれないが次にあげる例、すなわち大正3年（1914年）宮崎県の日向茶臼原に農場を持つ孤児院で歿した一人の医師の終末の様子を参考までに紹介しておこう。この人は医師であったが、意を決するところあってキリスト教徒となり、のち孤児院を建て院長としてその運営に尽力した人物である。彼は前年7月病床に臥し、翌大正3年1月30日に50歳で死亡している。『石井十次日誌（大正二年）』からその記録の一部を抜粋転載する<sup>41)</sup>。この記録は本人自身が病床に臥し、日記を記すことが出来なくなったので、孤児院の仲間が「日々録」として筆をとったものである。

「拾弍月十九日 午前二時頃より二三時間に亘り、泣いては祈り、祈りては泣きハンカチーフ七八枚を霑ほした心情を知るものは唯神と彼のみと申すのが正当と存じます・・・」（この部分は小野田鉄弥著、『石井十次伝』からの転載部分である。）

「一月五日（一）連夜祈禱会ノタメ一同公会堂ニアリ将ニ閉会セントスル時石井院長今夜ヲ過ゴスコト六ヶセントノ自覚アリ看護ノ人々ニ告別ノ辞ヲ述ベラレントノ報アリ一同大ニ愕キ直ニ事務所ニ至リテ徹夜ス 一同配

慮其極ニ達スト雖モ「神ヲ信ジテ騒グ勿レ」トノ院長ノ訓示ヲ奉ジ静肅ニ  
ス、(二) 院長ハ岩村氏ニ特ニ自分ニ代ッテ天下ノ同情者諸氏ニ厚ク感謝  
シ呉ル様託セラル」

「一月六日 院長ハ無事昨夜ヲ過センモ自ラ終ニ起タザルヲ期シ男女職  
員殖民及血族其他ノ人々凡ソ百名ト一々握手ヲナシ或ハ感謝シ或ハ希望ヲ  
述ベ訓示の告別ヲナシ泰然トシテ少モ乱ルル所ナカリキ 了テ半ハ昏睡ニ  
入ル」

「一月二十八日 石井院長人力車ニテ殖民地ヲ巡視シ西内氏ノ門迄到ル  
殖民一同殆ソド手ニテ捧グル如クシテ往復 院長ハ非常ニ満足ノ体ニテ  
幾度カ萬歳ヲ唱エラル」

「一月二十九日 院長衰弱甚シク発熱アリ」

「一月三十日 (一) 石井院長今曉病革マリ午前十時危篤ニ陥ル 此旨  
直ニ郡役所ニ通知ス (二) 院長ノ愛婿児島虎次郎氏ヨリ友子安産母子共  
ニ健全ニシテ大ナル男子ナリトノ電報来ル 小野田事務員院長ノ耳元ニテ  
電文ヲ朗読センニ首肯シテ答ヘラル 是其最後ニシテ爾後全ク昏睡ニ陥ラ  
ル 山内郡長来訪 大声其名ヲ呼ベドモ答ヘナシ 午後二時十分安カニ眠  
ニ就ク」

見舞状に対する返信のなかで彼は「七月初旬以来病床に呻吟せし小生は  
云々」と記しているのです。その死は老衰死ではなかったと推定される。葬儀は  
茶臼原の野道を長い葬列が続く野辺送りであった。彼はこの茶臼原の孤児を含  
む生活・生産共同体の長であったがゆえに、その喪失への過程は上に見たよう  
に一層共同体成員の悲嘆に充たされていたことは当然考えられるが、そのこと  
を差し引いてもなお共同体の一成員の死が、その慣れ親しんだ生活の場で他の  
成員から深い感情の交流を通して最後の瞬間まで支えられていく様がよくここ  
に記録されているといえるであろう。

共同性の復権 今日では農村においてさえ、死後の儀礼への関与の慣習は残っ  
てはいるものの、死にゆく過程にかかわることはほとんどなくなりました。

我々は、その人格の全面にわたり個人を緊密にそこに結び付け、個人を拘束し続けていた集団からの自由を得て、個性化の道を辿ったのであるが、その代償は孤独な死であった。人々に自由を保証する機能集団への分属は人々の世界とのかかわり方の断片化を意味し、私生活への関心の傾斜は多くの場合、他者への基本的無関心や遠慮の態度と表裏をなすものとなり、近隣社会の成員が重篤の病人の病氣見舞いや援助を日常的にする慣習はもはや廃れてその面影はない。かくして、家族が家庭での介護を放棄せざるを得なくなった末期患者は病院に運び込まれる。集団と個人のかかわり方の緩やかな変化に規定されるこれら無関心や遠慮、それに加えて病院での病人の延命にかける家族の想い、これらが相俟って成員の死にゆく過程をますます見えにくいものにし、患者に死を許さず、秘密と虚偽によって死にゆく末期の患者を包囲し続けてきたのである。

ホスピスはこのように人々がその共同社会から次第に切り離され、分析のまなざしのもとで医療的侵襲の対象として、生きながらにして社会的に遺棄されていく過程に対する社会内部からの反応である。死にゆく過程における共同性の復権のための運動である。その共同性は、しかしながら死にゆくものの個の欲求の充足を最優先する共同性であって、共同体的拘束に個を従属させるそれではない。看取られるものが支えられるだけでなく、看取るものもまた今この瞬間においてさえ死と表裏をなす生を生きているに過ぎないとする自覚から看取られるものへの共感が生成され、更に死にゆく人々を支える行為それ自体によって看取るものが生命の質を高める可能性を内包する共同性である。これは新しい人間共同の質を示唆するであろう。

#### 【註】

- 1) 本稿は、1989年度～1991年度の文部省科学研究費の助成を受けて行った研究の成果の一部である。
- 2) 合衆国においては、「墓地」の婉曲表現であるが、日本では家族がピクニック気分で行かされるよう、景観にも配慮した公園墓地を意味する。これを《メモリアル・パーク》と呼ぶところに死の直截な暗示を避ける現代の婉曲表現への志向が窺われる。
- 3) 川上 武、『医学と社会—科学的精神とヒューマニズム—』、頸草書房、1968年、8頁。
- 4) 小笠原豊樹訳、新潮社、1974年。
- 5) キューブラー・ロス、川口正吉訳、『死ぬ瞬間』、読売新聞社、1971年、212-3頁。



- 6) 栄光ホスピス研究会、『相即の医療—死のかなたよりの医療—』、第15回栄光ホスピスセミナー報告要旨、1992年、7頁。
- 7) G. ニューウェル、新庄哲夫訳、『1984年』、早川書房、1972年。原作は1949年に“NINETEEN EIGHTTY-FOUR”の作品名で発表された。
- 8) キューブラー・ロス、上掲書、32-3頁。
- 9) その代表作、『人間と死』（古田幸男訳、法政大学出版局、1973年）はアリエスの『死と歴史—西洋中世から現代へ—』と同様、死の歴史社会学的研究であるといえるだろう。
- 10) Ph. アリエスは前掲書の序文において、G. ゴーラーの『死と悲しみの社会学』、宇都宮輝矢訳、ヨルダン社、1986年）の影響を受けていることを認めている。
- 11) E. モラン、前掲書、34-5頁。
- 12) E. モラン、同上36頁。
- 13) Ph. アリエス、伊藤晃・成瀬駒男訳、『死と歴史—西洋中世から現代へ—』、みすず書房、1983年、112-3頁。
- 14) 柏木哲夫、『安らかな死を支える』、いのちとことば社、1984年、25頁。
- 15) 仲村祥一、『日常経験の社会学』、世界思想社、1981年、156-82頁。
- 16) イギリスにおけるデータもある。1969年のイギリスにおける死者総数は579,378人であったが、虚血性心疾患による死亡者は自宅で亡くなる人が47%でもっとも多く、施設内死亡の割合は43%であった。これに対して悪性新生物、脳血管障害、呼吸器疾患による死亡者は全体として自宅よりも病院でなくなる傾向が見られた。施設内死亡の割合はそれぞれ、62%、62%、61%、自宅死の割合はそれぞれ、34%、30%、32%であった。Ann Cartwright, Lisbeth Hockey & John L. Anderson, “Life before Death”, Routledge & Kegan Paul, 1973, p.5.
- 17) 進行癌の場合は、一般的に専門家による継続的なコントロールによっても、劇的快癒を見ることは稀であり、まして自宅療養は病気の進行による日常的動作の能力の衰微とともに不可能となっていく場合がほとんどである。
- 18) Robert Twycross, ‘Hospice care’, in Roy Spilling(ed.), “Terminal Care at Home”, New York, Oxford University Press, 1986, p.101.
- 19) Ibid., p.101.
- 20) Ibid., p.100.
- 21) Elizabeth G. McNulty & Robert A. Holderby, “Hospice : A Caring Challenge”, Illinois, Charles C Thomas Publisher, 1983, pp.5-16.
- 22) このホスピスの設立をもって近代ホスピスの出発点とする見解が取られることもある。R. トワイクロスもカトリックの修道会系のホスピスについては、‘Modern (Catholic) Hospice’ として系譜図のなかに位置づけてはいるものの、特に時期を明示しているわけではない。
- 23) 日本におけるホスピス運動の草分けの一人である柏木哲夫はアメリカ留学中にホスピスについて学んだ経験をもち、そのことが運動のなかで活かされていくので、アメリカ経由の運動の伝播も考慮にいれなければならないだろう（柏木哲夫、『安らかな死を支える』、いのちとことば社）。とは言え、彼は後にイギリスのホスピスも視察していることも付け加えておかなければならない。）
- 24) 柏木哲夫、『淀川キリスト教病院のホスピス・ケアの展望』、池見西次郎・永田勝太郎編、『日本のターミナル・ケア』、誠信書房、1984年、158-72頁。
- 25) Elizabeth G. McNulty and Robert A. Holderby, op.cit. p.3.
- 26) ホスピスの古い起源は、傷病によって旅をつづけられなくなった文字通りの旅人

- の傷病を癒し、彼(彼女)らに水や食料や宿を提供するヨーロッパ中世の修道院にあった。
- 27) Robert Twycross, *Ibid.*, 1986, p.96.
- 28) Barrie R.Cassileth & Judy A.Donovan, 'Hospice', in Barrie R.Cassileth & Peter A.Cassileth (eds.), "Clinical Care of the Terminal Cancer Patient", Lea & Febiger 1982, p.158.
- 29) 日本医師会 生命倫理懇談会, 『「説明と同意」についての講演・質疑記録集』, 1990年。
- 30) Robert Twycross, *Ibid.*, p.96.
- 31) John D. Stoekle(ed.), 'Introduction', in "Encounters between Patients and Doctors: An Anthology", The MIT Press 1987, p.34.
- 32) Elizabeth G.McNulty & Robert A.Holderby, *op.cit.* p.6-7.
- 33) *Ibid.* p.7.
- 34) 例えば、レナード、デイビス共著、柏木哲夫監訳、『進行癌患者のための症状コントロール』(最新医学社、1988年)がある。
- 35) 神経ブロックとは、「色々な組織から刺激によって発する信号を、神経の伝達能力をなくすることによって、中枢にとどかなくすることで痛みを取る方法である。」とされる(村山良介、『鎮痛医療とターミナル・ケア』、池見西次郎・永田勝太郎編の上掲書、173-182頁)。
- 36) 鎮痛剤としては、非オピオイド性鎮痛剤のアスピリン、弱オピオイド性鎮痛剤の鎮酸コデイン、強オピオイド性鎮痛剤の硫酸モルヒネや塩酸モルヒネ(最も強い痛みに対して使用されるのが一般的)などが使用される。
- 37) 柏木哲夫、『安らかな死を支える』、いのちのことば社、1984年、42-44頁。
- 38) 例えば、池見西次郎・永田勝太郎編の『日本のターミナル・ケア—末期医療の実践—』(誠信書房、1984年)は、31人が寄稿しているが、末期癌患者の痛みに関する論文の多くは、この点に関してはほぼ合意があるように思われる。
- 39) これらの点に関して永田は次のようにホスピス・ケアに携わるもの的心構えを記している。「痛みをもつ患者のケアを目的とする者にとって重要なことは、上に述べた痛みの本質に常時留意して、決して医療者個人の独断や偏見におちいらないように心し、科学者としての自覚を忘れないことである。すなわち、医療者は自らの痛みの尺度をもって、患者の痛みをおしはかっはけないのである。痛みの尺度は個別的なものであり、それぞれの生理学的・心理学的・社会的・生命倫理的な条件、すなわち人生経験によりつくられたものであり、したがって、「人は生きてきたように痛む」のである。」(永田勝太郎、「痛み」、池見西次郎・永田勝太郎編、『死の臨床—わが国における末期患者ケアの実践—』、誠信書房、1982、14-27頁。)
- 40) 鈴木荘一、『死を抱きしめる—ミニ・ホスピス 8年の歩み—』、人間と歴史社、1985年、201頁。
- 41) 石井記念友愛社編、『石井十次日誌(大正二年)』、石井記念友愛社発行、1983年、196-201頁。この日誌は明治17年に始まり、大正2年12月絶筆となった石井十次の日誌に各種資料を添え逐次刊行したもののうちの一冊である。