

現代日本における死の受容に関する一考察

矢澤 香代子

日本大学大学院総合社会情報研究科

How do People accept the Death of a Family Member in Japan Today?

– A Consideration from a Viewpoint of Caring Ethics –

YAZAWA Kayoko

Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

When a person is dying, the approaching death is not merely a private matter of the person in question, but also a serious concern of the other members of her/his family and/or relatives. How does s/he wait for the last moment here on earth? In what manner do the family members accept the inevitable fact? What factors determine the way s/he confronts her/his own death? What can nurses do for a patient who faces her/his life end in order to release her/him from physical pains, mental fears and social distresses? These are points in issue that the author has discussed in this essay from a viewpoint of caring ethics.

序章 問題の設定 なぜ今、「死」の問題を取り上げるのか

第1節 現代社会と死

人間存在の基盤は「社会的関係性」にあり、「われとなんじ」の関係こそが、人間存在の基本である。

人間は社会の中に存在し、社会の最小単位は、家族である。現代日本の社会では、少子高齢化により核家族世帯や一人暮らし・夫婦のみの高齢者世帯が増加している。家族構造が変化するに伴い、家族の形態が多様化し、社会の基礎的単位である家族概念を変化していくことが予想される。離婚率の増加による、母子家庭・父子家庭の増加。結婚率の低下によるシングルの増加。内縁関係の同居者、グループホームや終身型老人ホームでの生活をする人も増加している。

そのような社会の中で、家族の一員が死を迎える時、死は個人だけの問題ではなく家族または家族に準じる人の関わりが必要になる。

ところで、出生から死を看取るまでを携わる医療

の場では、医学・医療技術の発展に伴い、出生や死が人為的に操作されるようになってきた。生殖技術の発達によって出生の新しい形態が登場し、さらに出生前診断による選択的妊娠中絶を行うこともできている。さらに、臓器移植や生命維持装置の開発によって延命治療が行われるようになった。このような技術的発展の中で、脳死、安楽死、といった新たな死の問題が出現してきている。生と死は1世代前には考えられなかったような様相をとって、現代の私達の前に立ち現れているのである。

しかしながら、現代日本に生きる私達にとって、生と死の問題、特に死の問題が帯びる様相の変化は、もっぱら医学・医療技術の発展にだけ帰することのできる問題なのであろうか。生と死の問題は、脳死、安楽死、等といった問題に還元することができるのであろうか。

私は看護学校の教員を務めている。職務上、死を迎える患者に接する機会が多い。これまでの経験に照らして言えば、死を迎える患者の、死の受け止め方はまちまちである。ある患者は「私は、早く死に

たい。」と叫ぶ。別の患者は「私は、死にたくない。」と、死への恐怖を隠さない。患者により反応は全く異なるのである。言うまでもなく、このような死に対する受け止め方の違いは、患者の余命の送り方、生き方に影響してくる。ある者は治療(生きること)に意欲的であったり、ある者は諦め無欲であったりする。確かに、死の受け止め方、死への反応の仕方には、患者その人の人生観が色濃く映し出されていることは事実である。各人の人生観の問題であるという側面がある。しかし、それとともに、いや、それ以上に、患者自身の家族・社会との関わり方によって、各人の死の受け止め方、死への反応が大きく左右されていることもまた否定できない。私は看護職の立場での体験や観察から、このような事実認識に立っている。そして、現代社会における人間関係のあり方が現代日本における死の受け止め方において決定的に重要な役割と位置を担い、死への対応の仕方を大いに条件付ける規定要因として作用しているのではないかと、という問題意識を私は抱くにいたっている。

さて、前に述べたように、今日、医学の発展に伴い、臓器移植や延命治療が可能になり、治療によって死までの過程が従来とは異なった姿を示すようになってきている。生命維持装置を付けて意識がなくても延命治療を施したり、苦痛の緩和はするが延命治療はなにも行わず死を迎える過程などがある。また、ありとあらゆる最善と思われる医療を求め治療(生きること)に意欲的な人、もうどうなっても良いと(生きること)に無欲な人がいる。社会の中での役割関係・家族役割関係が円滑で、周囲から惜しまれつつ穏やかな死を迎える人、社会的役割関係・家族関係が希薄で、葛藤しつつ孤独な死を迎える人がいる。

この様に各人が死を受容する仕方は、個人個人で様々である。もちろん個人の価値観の違いがあるかもしれないが。しかし、個人の価値観以上に実は現代社会における人間関係のあり方がそこに現れているものと、理解すべきではないだろうか。つまり、現代において社会に対する社会構成員の意識が、そしてそれに伴って個々人の生き方が多様化しており、この多様化が死の受容の仕方、受け止め方の相違に現れていると考えることができるであろう。もしそ

のように押さえることができるならば、実は死の受け止め方の中に、現代社会そのもののあり方が表出されていると理解できないであろうか。

本来、生と死は家庭の中に有り、日常的な出来事として身近に経験することであった。つまり、古来、人々は生と死と背中合わせに暮らしていたのであり、この事態は数十年前まで続いてきた。しかし、戦後急速に医療は発達し、経済的にも豊かになってくると、医療機関内で出産・死を迎えることが多くなった。具体的な数字で見ると、医療施設(病院・診療所・助産所)における出生は、1950年の4.6%から1960年には50.1%に増え、2000年においては、全出生数の99.8%を占めるようになった。また、1950年における在宅(施設外)死は全体の88.9%を占めていたのに対して、1977年には病院死50.6%となり(在宅死49.4%)、1997年には日本人の約80%が病院で死を迎えた。このうち、日本人の死因第1位である癌の場合は、90%が医療施設で死を迎えている。従って(在宅死を望む人はいても)、自宅で出産・死を迎える人はほとんどいない。

他方でまた、死を迎える場所は病院の中が一番多いが、住み慣れた家で死を迎えたいと思っている人は多い。しかし、自宅での療養を家族構成員だけでは看きれないという無視できない現実がある。共働き、少子化、核家族、経済的問題など現代社会に特有の在り方が突きつけている問題がそこに影を落としている。現代、社会生活の多様化によって「社会とは何か」また「家族構成員とは何か」をめぐって暗黙の社会的な基本了解が揺らぎ、従来の社会規範が不確実になっていることに原因の一端があるのである。

さらにまた、自殺者が増加している。1980年代に入ってこの傾向は顕著になっている。自殺死亡率(人口10万対)は、1947年の15.7から1958年25.7となり、以後は相対的に低い状態が続いていた。ところが、1983年21.0、1986年21.2と再び高率を示した。以後しばらくの後、低下傾向にあったが、近年再び上昇傾向にあり、2000年は24.1となり、男の55~59歳で72.5と大きな山を形成している。また男女

とも80歳以上で高率となっている。

そしてまた、ごく最近では、いじめや虐待、無差別殺人などによる死も多くなって来ており、ここにもまた、ストレス社会、家族の崩壊などまさに現代社会が抱える様々な問題が映し出されているのを見ることが出来る。

第2節 現代社会における死の受容と選択

高度医療が発達して、第1節で述べたような深刻で複雑な問題様相を呈している現代社会において、自分が死を受容し、家族も受容することが臓器移植や延命治療などにも影響してくるのである。当事者自身が自分の死を受容し、家族もその死を受容することの意味と重要性を考えてみたい。

たとえば、当事者および家族による死の受容は臓器移植や延命治療の実施・選択の遂行などに影響を及ぼすことになる。現在、臓器移植が行われる場合を想定して、臓器を提供するかしないか、自分の意思を示すカードに生前、表示することが推進されている。その結果患者は、臓器提供における意思表示の選択を迫られているのである。しかしそのカードの記載に当たっては、患者が死を迎えた時、希望の治療や療養の場などの選択を患者がなす権利や保障は考慮されていないのである。そのような中で患者が自分の決断に基づいて選択できるような、理念的ならびに制度的な整備が必要ではないだろうか。私はより患者の意志を尊重すべきであり、患者が自分の死に方を選択できるべきだと思う。患者の死は患者自身のものであるからである。そのためには、次の2点が基本的な視点となることと考える。

- (1) 患者自身が自己の病名や病状を正しく認識し、人生が自己のものであることを認識しながら闘病できること。
- (2) 医療者(看護師)は、患者やその家族を側面から応援する立場に他ならず、あくまでも主役は患者であり家族なのだという意識のもとに患者・家族と関わっていくこと。

この視点を中心に据えて、現代日本における死の受容に関する考察を行いたい。

死に対する受容は、現代の社会・家族の影響が考えられる、しかし、その受け止め方は個人的なもの

である。従って、死の受容の仕方は個々によって異なることになる。そこで死の受容が、社会・家族の影響を受けながらも個人の問題である、として捉えて考えたい。

第2章 死とは

第1節 死の定義

「死」は、一般的理解として「生命がなくなること。死ぬこと。また、生命が存在しないこと。」などとみなされている。

臓器移植法ができるまでは、心拍の停止、自発呼吸の消失、瞳孔の散大(固定)の3つを指標にした、いわゆる心臓死だけが人の死とされてきた。死の直接的な原因は、心臓と脳の機能が停止し、それに伴って呼吸が停止することであるが、最近では脳幹部が不可逆的に消失したものを一定の条件下で死亡とみなす脳死の定義や判定基準をめぐる論争も多い。

臓器移植法では臓器を移植する場合に限って「脳死を人の死」と定め、1997年10月16日に施行された。その判定は1985年に発表された厚生省(平成13年より厚生労働省)の基準、いわゆる竹内基準に従って行われる。(1)深昏睡である、(2)瞳孔が固定し、左右とも4mm以上である、(3)脳幹反射(対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射など)が消失している、(4)脳波が平坦である、(5)自発呼吸が消失している これらのことが確認されなければならない。こうした1回目の判定から少なくとも6時間(6歳未満の場合24時間)後に再び同じ作業を行い、結果が同じであれば最終的に脳死と判定する。そして、脳死判定の知識と経験をもつ二人以上の医師の判断が一致することが必要とされる。

脳死判定については、以後検討されている。

第2節 死をどう捉えるか

死は時間の流れの中の「点」であるだけでなく、継続した「線」でもあるだろう。「点」とは一つ一つの現象であり、「線」とは連続する時間の流れということである。両者は「非連続」でありながら深いところで「連続している」と考えられなければならない

いだろう。すなわち、狭義の「死」は「点」であるがそれを広義に解釈すれば「死にゆくこと」すなわち「線」をも含むことになる。ゆえに、生と死の境界を定めることは困難である。人間は60兆の細胞からなり生きている。死と認められた時点でも、生きている細胞はあり、完全に個体の全細胞が死滅するまでには時間の経過がある。また、その時の温度によっても死滅するまでの時間は変わる。今日の死体の保存方法、冷却などによると長時間の保存が可能である。

死を時間の流れの中の「点」と考えるか、直線上の終わりとも考えるか。死を人生の終わり、先のことと考えるか、生と共にあると考えるか。死をどう捉えるかによって、死に対する考え方が異なることになる。

竹内久美子の『そんなバカな！遺伝子と神について』のなかで生物の個体は遺伝子の乗り物に過ぎないということが書いてある。とすると、人工授精やクローンの問題を考えて遺伝子の死をもって「死」と考える必要も出てくるだろう。そう考えると、個体は死んでも遺伝子は子孫に引き継ぎ、永遠に生きることも考えられる。だが、現在ではそこまでは考えられていない。

また、人工妊娠中絶では、どの時点から人間としての生命体と見なすのが問題となっている。人工妊娠中絶とは、胎児が母体外において、生命を保続することができない時期に、人工的に胎児及びその付属物を母体外に排出することをいう。妊娠21週未満までが法的に可能な期間である。現在日本では、刑法第9条に墮胎罪が有り、中絶は基本的に殺人罪の一つになっている。しかし、母体保護法第14条第1項の「母体の健康を著しく害する恐れ」で定められた規定に当てはまれば医師も受けた女性も罪ではあるが罰せられない。

現在、受精卵を操作することや冷凍保存する等の不妊治療や、受精卵を利用した再生医療も動き出している。そのような中でどの時点から人間の生命の始まりと考えるかを見直し、規定することが今後ますます重要となるであろう。なぜならば、受精卵は細胞分裂を繰り返しながら成長し、徐々に人間としての姿、機能を形作っていく。成長がよい状態であ

れば、妊娠21週ぐらいになると、母体外に出ても生命を保続することができるようになる。しかし、受精卵の段階で何らかの操作がされると、よいと思われる結果ばかりか、よくない結果を生むこともある。また、妊娠中の母体の影響が胎児の成長、健康にも影響する。特に妊娠初期の段階では、人間の体の重要な器官である心臓や脳、肺などが造られていく。したがって、受精卵からの生命を考える必要があると言える。現在、若年者の妊娠中絶が低年齢化し10代で増加している。それは生命の大切さや、人間の死の痛みを感じないからであろう。それが出産後の育児放棄や子どもへの虐待死にも現れているのではないだろうか。そしてそれは、人の命を大切にすることと共に自分の命をも大切にすることへの関連性が有るように思う。

しかし、いずれにしても人間が死ぬことは現実である。誰も死ななければならぬ。しかし、私たちは死をできるかぎり遠くに押しやり、意識しないように生きている。死を恐れ、忌み嫌っている。

これまでの歴史の中で死の捉えかたは、大きく二つに分けられるだろう。その一つは理性による哲学的捉え方であり、「理解」ということが基本となっている。例えばソクラテス、カントに見られるように理性による形而学的世界に関連させた捉え方である。もう一方は感情による宗教的捉え方である。これは「感ずる」ということが基本となっていて、自己の経験的世界として措定する捉え方である。この例は、キリスト、仏陀に見られるように、現代では倫理学の範囲も含まれる捉え方である。

「死生観」とは

「死生観」とは何かを厳密に定義するのは、難しい。したがって、「死生観」と類似語の「人生観」と比較して考察してみる。

「人生観」の定義は比較的容易で、辞書を引くと「人生とその有する意味の理解、解釈、評価の仕方である」とか、「人生に対する観念または思想上の態度である」などと記されている。いずれにしても、人生観とは個性的なものであって、その人に特有の素質や性格が基礎となり、これに文化、教育、体験、経歴および時代性などの諸要因が働いて形成されて

いくものである。

「死生観」も「人生観」と同じように文化、教育、宗教などの直接的、間接的な諸要因の影響を受けて形成されていく。それは受動的なものではなく、多くの可能性の中から本人が主体的に選択していくものである。したがって個性的である。

「死生観」について分析して考えてみると、死後に対する「死観」と生前に対する「生観」の組み合わせたものと捉えたい。両者は分割できるものではなく諸々の経験、要因によって個人の中に形成されていく。そして「死観」と「生観」との絡み合いの中で「死観」に視点を当てたものが「死生観」、¹⁾「生観」に視点を置くものが「人生観」ということになる。

一人称、二人称、三人称としての死

平山正実は死に関する研究を行う場合、一人称としての死と二人称としての死、そして三人称の死とではその性質がまったく異なっていることを把握しておくことが必要であるという。平山はこう述べている。

「第一に、死を三人称、すなわち『それ』として扱うとき、死は単なる“もの”にすぎない。この場合、死は客観的に分析すべき対象となる。ここでは、死という『事実』が問題になるのであって、そこでは『現象』の『観察』が重要になる。法医学、生理学、大脳生理学、解剖学、衛生学などで取り扱われる死は、いずれもこの三人称としての死である。ちなみに、脳死について考える場合、判定基準については三人称としての死が問題にされている。ところが家族や当事者が死ぬ際には、二人称や一人称としての死が重要な意味をもってくる。このように死を論ずる場合でも、各々の立場によって微妙な違いが生じてくる。この点をはっきりさせておかないと、どうしても議論がかみ合わず混乱してしまうだろう。

第二に、死を二人称として扱う場合がある。この場合、死を『われ』と『なんじ』との関係においてとらえる。つまり、二人称としての死とは、関わりの中で死について学ぼうとする分野である。精神医学、心理学、看護学などで扱う死は、その多くがこの二人称としての死が問題になる。その代表的な例

がタ・ミナル・ケアである。ここでは、末期患者に対する精神療法的アプローチが重要視される。その他、遺族や自殺念慮をもつ人などに対して援助する場合も、こうした二人称的対応が重要になる。……

第三に、死を一人称として扱う立場がある。ここでは自分の死が問題になる。つまり、自分自身の死に対する考え方が問われてくる。このような一人称としての死は、当然三人称や二人称としての死とは異なる。……一般的に『自分が癌であったら知らせたい』という人は多いが、『配偶者や身内のものが癌になったら知らせる』と答える人は、それよりずっと少ない。……また、患者に対して三人称的な立場で接しようとする医療者は、癌告知に対していっそう消極的にならざるをえない。このことは、死に対する関心の度合いが、自己、身内、他人の順で希薄になっていくことを示している。

ところで医療者が臨床場面において、死にゆく患者に接する場合、患者自身の意思や自己決定権、主体性といった一人称としての死について考慮しなければならない。死期や予後の判断などもしなければならないので、三人称としての死についても考える必要がある。また、その人達に関わり精神的援助を行う際には二人称としての死が問題になる。このように、医療者が死にゆく患者に接する際には、多面的な関わりが必要である。

中絶、自殺、安楽死、尊厳死などについて研究する場合も多角的なアプローチが必要であって、医学だけでなく、哲学、倫理学、宗教学、神学、社会学、法学、文化人類学などの協力を得るべきである。この場合も、絶えず自分の立場が一人称としての死について考えているのか、あるいは二人称や三人称としての死について言及しているのかということを知悉しているべきである。」¹⁾

医療者（看護師）は患者に向き合っている時、冷静な判断・態度をとることが必要となる。しかし、患者との人間関係が深まると身内や自分のことのように、感じてしまい感情が冷静な判断を鈍らせることもある。また、冷静さゆえ患者の感情に近づかないこともある。そこで医療者の中で患者と一番接する時間の長い看護師は、三人称としての「死」を捉

え、そして二人称としての患者に向い、一人称の患者を理解することが必要となるのである。

第3章 社会・家族の中の死

第1節 家族の中の死

第二次世界大戦後まもなくまでの日本では、二世帯家族が多く大家族の中で、それぞれの役割を持ち、協力して生活していた。また、現在のように進学率が高くなかったので経済的独立は早く、自立できていた。

現在は、結婚しても親とは一緒に住まず、核家族が多い。子供は、1人か2人と少ないので個室が与えられ、家族間の意思疎通の場が少なくなった。また、電化製品の発達により家事役割が減少し、家族の協力が少なくなった。一方で、子供が少ないために大事にされ、成人しても自立できず、経済的・生活に関することを親に頼り、結婚せずに同居を継続したり、結婚後も援助を受けている親子関係もみられる。それは協力し合う関係ではなく一方的に依存する関係である。また、夫婦であっても別性、別居を望む人もあり、妻の役割・夫の役割という区別は、無くなりつつある。そして夫婦であっても親子であっても個を尊重するようになった。したがって、第二次世界大戦後まもなくまでの家父長制や、男尊女卑の家族の形態、家族関係が変わってくると家族であっても関係が希薄であったり、一体感の欠如が見られるようになってきている。

そのような中で、家族の一員が死を迎える時、家屋の個室化・家族構成員の少数化・共働き家庭の増加・近所付き合いが少ないなどといったことが、家での看取りを困難にしている。襖や障子で仕切られただけの部屋ではなく見えない個室では、看病が困難である。共働きの家では、仕事の都合で休みがとりづらく病人に付き添うことが困難である。家族成員が少ないので看病を交代する者がいない。頼りにする親戚・近所とは疎遠である。

また、今日、死に対する意識が薄らいでいる。その理由の第1は、不慮の事故を除けば多くの人は長生きをできるという良い時代であることである。高齢者の死は若者の死とは違い穏やかである。「天寿」

とお祝いをしたり、「寿命だから仕方ないね」と諦めもできる。平均寿命が延びたためか、平均寿命までは生きられるのではないかという思いがあり、死に対する意識が薄らいでいるようである。

第2に、身近な生活の場から死が遠避けられていることである。死を身近に見ることは殆んどないのである。それは死の8割が病院・施設で迎えられており、葬儀（告別式）も5割が自宅以外の所で行われているからである。自宅で行われることの多かった葬儀が、狭い居住空間のアパート・マンション・個室の多い住宅では困難であり、近所の手伝いの風習も近所付き合いの疎遠さや働く人の多い中頼むことを躊躇するためである。そこで葬儀社の会場や公営の斎場、ホテルなどの利用が多くなっている。葬儀の準備や駐車場の手配、参列者への接待など気使いや心配が少なくてスムーズである。また、死の看取りや死後の処置、葬儀の準備などに身内が関わることも、ここ20年くらいの間に激減している。病院での臨終の場面では、医師や看護師が患者を囲み家族は離れた場所にいるか、病室から出される場合もある。人生の最後を飾る葬儀は葬儀社や互助会の社員の手慣れた手順で進められ、決められた時間の中で終了する。初七日、四十九日といった法要も合わせて行い、親戚縁者の別れを惜しむ機会は少なくなるのである。

第3に、日本人の死生観を形作り死者儀礼と深く結びついている伝統的な宗教が重んじられなくなっていることである。一般には仏教や神道、あるいはキリスト教に関心を示す若者は少なく、祖霊を祭祀儀礼や民族信仰も希薄なものになっている。また、自宅に床の間や神棚、仏壇をもたない家も多い。死を教えることによって生きる意味や生き方を、また苦が生起する理由とそこから抜け出す道などを教えてきた伝統的な宗教も力を失いつつある。

第2節 身近にあった死から考える

以下に提示する事例は、病院で看護教員（看護師）として患者とその家族の看護に携ったこと、そして知人、友人、身内の者の死などを身近に経験したことから、その様々な形態をまとめた。これらの事例は、死亡時の年齢が若年であった場合と高齢の場合、

死が突然だった場合と、予後が知らされ経過があった場合、病院での死と自宅での死、死を迎える本人と家族の受け止め方、そして家族関係の相違を選んでいる。

8歳の男の子 A は小学2年生で活発でやさしく、優秀な子だった。学校の友人からも、近所のお年寄りからも慕われ、学校の先生からも信頼されていた。二人兄弟の長男として両親から期待されていた。病院には次々と面会の人々が来ていた。

A の両親は、突然の交通事故で脳死状態となった我が子の状態が信じられず泣き崩れていた。怒り、悲しみに満ち溢れ苦悩している様子が見られた。脳幹部損傷のため、A の意識はなく、瞳孔は散大し、自力で呼吸することもできず、栄養物を消化器で消化・吸収することもできない状態だった。しかし、人工呼吸器で肺に酸素が送られ、血管から栄養剤の輸液が行なわれ、血圧を安定させたり、体液のバランスを保つ薬剤が入れられ生命は維持されていた。はじめに父親に生命の回復は無理なこと、もう長い命ではないことが医師から告げられた。母親は、半狂乱の状態で伝えられる状態ではなかった。1週間で心臓の働きが徐々に悪くなり、血圧が徐々に下がり、脈拍も触れなくなってきた。体に浮腫が見られるようになった。その間に両親の反応はこの状態では、悪くなるばかりで「長男がつらそう。もう頑張らなくてもいい、楽にさせてあげたい。」というように反応が変化してきた。

私は事故当日から亡くなる当日まで毎日状態を観ていた。そして看護の一部をたずさわった。血圧や体温、脈拍は、徐々に低下してゆき薬剤を使用しても上昇が見られなくなった。それでも A の体は温かく、心臓の拍動があり、便、尿の排泄も見られた。私の観察では、両親が面会に来て声をかけると血圧と脈拍がやや上昇した。もちろん、両親や医師、看護師が声をかけても返事をする事はなかった。温かいお湯で、A の体を拭き、血液循環の悪くなった四肢や背部をマッサージすると血液の流れがよくなり、一時的にも皮膚が温かくなった。

このような A の状態を観て、こう思わずにはいられなかった。確かに脳死状態で脳の細胞は不可逆的变化を起こしている。しかし、まだ生きている身体

の細胞は温熱、マッサージによる刺激に反応している。これがいわゆる「個体死」であるならば、身体は冷たく、温熱にもマッサージにも反応はない。

柳田邦男は『犠牲』のなかで脳死状態になった次男のことを書いている。

それによると昇圧剤を切ったのに面会に行くと血圧が140前後、心拍数60台という高い数値が出ていて「ぼくが来たのを、からだ感知するのかなあ」と、からだ語りかけてくる肉親でしか分からない感覚が生じたという。そして「科学的に脳死の人はもはや感覚も意識のない死者なのだ」と説明されても、精神的な命を共有しあって来た家族にとっては、脳死に陥った愛するものの肉体は、そんな単純なものではないのだということを、私は強烈に感じたのだ。」¹⁾と書かれている。

私も上記の体験から柳田氏の感じたものがよく伝わってきた。

長男の所属していたカブスカウトの隊長だった B は大学を卒業し、働き始めたばかりの職場に向かい、オートバイで走行中、左折する車に衝突され即死だった。そのため両親は突然の死の知らせに驚き、信じられぬ気持ちで、ショックが大きかったようだ。1ヶ月後に訪ねた時も、写真を見て涙ぐみ、「荷物の整理は、まだしていない、現像してないので本人もまだ見てない写真もある。」と言っていた。B がまだ生きているように思っているようであった。突然の死は残された家族にとって、たとえ心臓が止まり、無呼吸で、意識がなく、冷たくなった遺体と対面しても現実を否定したいのだろう。火葬して遺骨が仏壇にあっても死が信じがたいものなのだということが伝わってきた。

友人の C は、助産師の仕事を辞めて6歳と13歳の子の育児の為に専業主婦となっていた。咳が止まらず、風邪にしてはおかしいと診療所から大きな病院に紹介された。病院の検査の結果、結核の疑いという事であったが、精密検査をしたほうがよいと、大学病院紹介となった。診療所を受診してから大学病院入院まで3ヶ月を要した。そしてそこで診断されたのは、肺癌であった。本人と夫にすぐ告知され、それから1週間後に癌の転移があること、進行癌であることが告知された。「この時、まだ病名について

信じられず受け止められない状態だったのに、転移の再告知は、かなりショックだった」と後日、夫から聞いた。

入院してから身体的状態は悪くなる一方だった。漢方薬や、気功をとり入れ一時退院、外泊をしたが身体的な苦痛は増していった。最終的に呼吸の苦しさによる苦痛に耐え切れず、本人の希望による薬剤使用、そして薬剤使用増加による苦痛の緩和、それに伴い副作用として意識が徐々にもうろうとなっていた。病院に泊まり看病していた夫も、妻を苦しさから解放してあげたいと思う気持ちだったようだ。葬儀の後の友人間の話では、「よく本人も夫も頑張ったね」とねぎらいの気持ちだった。夫も子供を残されて、まだこれからという若さに無念の気持ちのようであったが、病気に苦しむ様子を見ていたので仕方ないという気持ちのようだった。

母方の祖母は、祖父が90歳で亡くなってから間もなく、体が弱くなり病院に入院した。食物が経口摂取できなくなり、経管栄養や輸液で栄養を補給しそれ以外の治療はしていなかった。病院でMRSA（メチリン耐性ブドウ球菌）に感染したが、それが落ち着いたところで退院した。身体の衰弱により回復は、無理な状態であったが、予後は自宅で見るといふ家族の意思であった。訪問看護を受けながらも1ヶ月で亡くなった。その間、家族以外にも子供や孫達が訪れ世話をしていた。叔父の話によると亡くなる3日前ぐらいまで大きな声で何かを言っているかと思ったら、呆けないようにと九九を暗唱していたとのことだった。働き者で気丈な祖母らしかった。葬儀の後の会食では、なかなか会えない兄弟、叔父、叔母、従兄弟達と楽しく思い出話をするという和やかさだった。亡くなったことは悲しくても、「大往生」であったとみんなが思える死であった。

病院に入院していたDは、仕事や家族の話題をあまりすることもなく、定年まじかであった仕事に戻りたいとか家に帰りたいたいということもなかった。病院の中には、運動するところや楽しめるところが何にも無いと不平をもらし、ベッドに横になっていることが多かった。妻は毎日のようにわずかな時間、面会に来ていた。Dが亡くなった時、妻は初めてDが家庭内で暴力を振るっていた事、それが恐いのと

世間体も有るので仕方なく面会に来ていたことを打ち明けた。そして、遺体は今までの思いがあるので、家に連れて帰りたくないと言い、直接葬儀場に運ばれて行った。

Eは70歳後半で、何度か入院していた。家族の話や今までしてきた仕事、旅行、近所付き合いなどの話を嬉しそうに楽しそうに話してくれた。少しでも症状が落ち着くと家に外泊して、「家はいいなー」と言っていた。また、妻が毎日面会に来て長い時間ベッドのそばに寄り添っていた。そして面会時には、同居している長男の嫁の料理が届き、食欲がなく病院の食事は食べなくてもそれらは口にしていた。本人も家族も病気の回復が難しく余命が数ヶ月であることを説明され知っていた。ある時、妻は私に「Eの両親兄弟、みんな苦しまないでぼっくり亡くなったんだよ。」と言った。それは、Eの死もそうであって欲しいという気持ちのようだった。実際にEは、病院で家族に見守られ、それほど苦しまずに安らかな死を迎えた。

終章

第1節 看護師としての死生観、倫理観

いろいろな状況の中で、患者が死に対してどう向き合うか、死をどう受け止めているか、患者にとって一番頼りにしている人は誰なのか、家族は患者をどのように思っているのかなどを知ることが大切である。

患者が死を迎えようとする時、看護師や家族に、自分の思いをいろいろと訴える人もあり、またあまり訴えない人もいる。また患者は家族を信頼し、家族は患者を大切にしている、家族関係が親密である関係の人もいる。その一方で、患者が家族に助けを求めないことがある。それは、どうしたらよいか分からなかったり、遠慮からであったり、助けを求められない事情があったりする。家族も、助けてあげたいけれどどうしてよいか分からない、仕事が忙しいとか、育児に手がまだかかるとか、親子・嫁姑関係で辛い思いをしたので等と助けられない事情がある場合もある。また、家族の面会もなく、経済的な援助もなく、死んでも知らせないでという家族・親

戚関係もある。

そのような時看護師は、患者がこれまでどのような人生を送ってきたのか、患者と向き合っている今、患者はどのような気持ちでいるのかを、知ることが必要である。そして患者・家族が何を求めているか、そのとき必要な看護は何か話し合っ決定していくことが必要である。

現代、日本でも医療訴訟の問題がグロースアップされるようになり、患者の権利も主張されるようになってきている。しかし、患者の権利として主張することにためらいがある人も多い。看護師は患者から情報を得るとともに、情報を提供もする。また、医師に患者の情報を伝え、患者にとって最良の医療が行われるように話し合うことも大切である。そして患者の家族、頼りとする人に協力を求めたり、その人たちをサポートすることも大切である。

「早く死にたい」「死にたくない」と患者が叫ぶ背景には何があるのか、しっかりと腰を据えて向き合っていくことが必要なのである。「死にたい」と思うのは、何か苦しいことつらいことがあるから死にたいのであって、その苦痛が取り除かれれば安らかな気持ちになれるものである。がん性疼痛に苦しむ患者は、痛みを薬でコントロールすることにより、安らかなになれる。「死にたい」と訴える患者には、そばにいて体に触れ、患者の話をしっかりと聞くことによって患者は、落ち着きを取り戻すことができる。

病院の中で死を迎える患者が多く、家族がそばにずっと付き添うことが困難な現代社会の状況では、看護師の果たす役割は重要である。

死を大事にするとは、死に行く時間を大事にすることである。患者や家族が死を受け止めるためには、時間が必要である。また、辛い気持ちを表現することができる場が必要であり、それを受け止められる人が必要である。

看護師は、患者や家族と接する時間が医療者の中では一番長い。そのため、患者や家族の気持ちを聴くことができ、身体的・精神的・社会的状態を把握できる立場にいる。病名や予後を告知する場合何時がよいか、誰にすればよいかの判断の手がかりを医師に提供することも大切である。また、告知された後の患者・家族への支援も大切である。積極的な医療

を最後まで続けるのか（生命維持装置などは付けたら、延命治療を試みるのか）、それともなるべく自然な状態で、死を迎えたいのか（生命維持装置は付けない、延命治療はしない、自宅で死を迎えたいか）、患者や家族が受けたいと思う医療を判断し選択できるように配慮することが大切である。

また、意識がなく、脳死状態であっても残存する機能があること、家族にとって死とは認められない（場合によっては、生きていると思えないこともある）存在でもあることを認識して看護をすることが大切である。したがって、呼吸や輸液管理、排泄物の処理や身体の清潔保持、言葉や行動での反応がなくても、声かけなどをすることが大切である。

また、その人がどのように生きてきたか（生きていたか）を理解し、死を迎えるまでできるだけその人がその人らしく生きられるような援助が必要である。

脳死者が臓器提供をする場合、脳死から臓器提供に至る時間を、家族が死にゆく者と触れ合い、納得のいく形で臓器提供を決心するのを、看護師が看護を通して支援することが大切である。

以上のように死を迎える患者・家族の看護をする場合、科学的な思考と、死を受け止める患者・家族の感情を尊重することが大切である。ただ、医師の指示通り行ったり、家族・患者の言いなりにだけなっていたり、法律で認められていない行為をしたり、自分の利益が目的であってはいけない。医師が安楽死をさせようとしている時には、患者の意思の確認が必要であり、患者の意思が示されていない場合は、医師の行為を制止することが必要である。患者が「早く死にたい」と言う時、それに協力しようとするのではなく、そう言う患者の気持ちをよく理解しようすることが大切である。現代の社会の状況、患者・家族の状況を理解し適切な判断と援助が必要である。

看護教育の中での生命倫理観の育成

看護師としての倫理観は、看護師になってからもその時代の社会の状況、患者・家族の一人一人にとってどうあるべきか考えていくことが必要である。そのためには、看護師になる前の基礎教育が重要である。

看護教育は、大学、短大、専門学校で主に行われている。どの機関であっても看護学の基礎の科目として、哲学や倫理学、論理学のいずれかをカリキュラムに入れている。その中で「死のとらえ方」「死生観」「生命倫理観」などを考えさせて、「終末期の看護(ターミナルケア)」を学ぶようになっている。そして、さらにまた、看護師となってからも考えを深めていけるような教育が必要である。

最後に、論文中で「看護師」の名称を使用していることについて説明します。「看護師」は保健師・助産師と共通する看護の役割を担っていることから、保健師・助産師・看護師と区別せず「看護師」としてまとめて述べています。また、私は看護師の資格を持った教員であり、看護師を養成する専門学校の教員をしていることから、この論文では「看護師」として述べていることをお断りします。

引用文献

- 1) 平山正実『死生学とはなにか』, 日本評論社, 1995年, pp. 17~18.
- 2) 柳田邦男『犠牲』, 文藝春秋, 1996年. p 129.

参考文献

- 1) アルフォンス・デーケン『死を考える』, メヂカルフレンド社, 1996年.
- 2) E・キューブラ・ロス著, 鈴木晶訳『死ぬ瞬間』, 読売新聞社, 1999年.
- 3) E・キューブラ・ロス著, 秋山剛、早川東作訳『新・死ぬ瞬間』, 読売新聞社, 1997年.
- 4) 永六輔『大往生』, 岩波新書, 1996年.
- 5) 竹内久美子『そんなバカな! 遺伝子と神について』, 文藝春秋, 1995年.
- 6) 窪寺俊之『スピリチュアルケア入門』, 三輪書, 2000年.
- 7) 斉藤弘子『「私」が決める死の迎え方』, 保健同人社, 1997年.
- 8) 根岸利幸, 八嶋嶺, 瀧澤清, 網野皓之『満足死宣言』, 日本評論社, 2000年.

- 9) 日野原重明『生き方上手』, ユーリーグ, 2001年.
- 10) 宮子あずさ『看護婦が見つめた人間が死ぬということ』, 海竜社, 1998年.
- 11) 山崎章郎『病院で死ぬということ』, 文春文庫, 1996年.
- 12) 山崎章郎『続・病院で死ぬということ』, 主婦の友社, 1993年.
- 13) 山折哲雄『日本人と浄土』, 講談社学術文庫, 1996年.
- 14) 河野友信, 平山正実『臨床死生学事典』, 日本評論社, 2000年.
- 15) 鈴木康明『生と死から学ぶいのちの教育』, 現代のエスプリ至文堂, 2000/5.
- 16) 朝日新聞社『死生学がわかる』, AERAMOOK, 60/2000.
- 17) 新村拓『在宅死の時代』, 法政大学出版局, 2001年.
- 18) 東嶋和子『死因事典』, 講談社, 2000年.
- 19) 文芸春秋編『私の死亡記事』, 文芸春秋, 2001年.
- 20) ジム・クレイス著, 渡辺佐智江訳『死んでいる』, 白水社, 2001年.
- 21) ヘルガ・クーゼ著, 竹内徹、村上弥生訳『ケアリング』, メディカ, 2000年.
- 22) 飯田巨之・加藤尚武共著『バイオエシックスの基礎』, 東海大学出版会, 1999年.
- 23) ペーター・シンガー著, 山内友三郎、塚崎智訳『実践の倫理』, 昭和堂, 2000年.
- 24) ペーター・シンガー著, 榎則章訳『生と死の倫理』, 昭和堂, 1998年.
- 25) 加藤尚武『応用倫理学のすすめ』, 丸善ライブラリー, 1995年.
- 26) 坂本百大, 長尾龍一編『正義と無秩序』, 国際書院, 1990年.
- 27) 加茂直樹, 谷本光男編『環境思想を学ぶ人のために』, 世界思想社, 1998年.
- 28) 川喜多愛郎, 唄孝一, 大森文子, 中島みち『生命倫理』, 日本看護協会出版会, 1993年.
- 29) 松野かおる著代表『系統看護学講座 在宅看護論』, 医学書院, 2000年.

- 30) 中島紀恵子著代表『系統看護学講座 老年看護学』, 医学書院, 2001年.
- 31) 小島善夫著『系統看護学講座 関係法規』, 医学書院, 2001年.
- 32) 波平恵美子編『系統看護学講座 文化人類学』, 医学書院, 1993年.
- 33) 杉田紀暉道著代表『系統看護学講座 看護史』, 医学書院, 2001年.
- 34) 柏木哲夫・藤腹明子編『系統看護学講座 ターミナルケア』, 医学書院, 2001年.
- 35) 日野原重明著『系統看護学講座 医学概論』, 医学書院, 2001年.
- 36) 長谷川浩編『系統看護学講座 人間関係論』, 医学書院, 2000年.
- 37) 厚生労働省監修『厚生白書』, 1996年.
- 38) 厚生労働省監修『厚生労働白書』, 平成2002年.
- 39) 厚生統計協会編集・発行『国民衛生の動向』, 2002年.