

## 〈死の質〉と現代日本のタミナール・ケア

カール・ベッカー

「人の死に方、または人が何の為に死ねるかを見れば、その人の価値観が良く分かる」と述べたのはフランスの哲学者、ジャンポール・サルトルである。サルトルは東洋学者でも歴史学者でもなかったのであるが、別の場で又「西欧人は原理（principle）の為に死ねるのに対して、東洋人は主人や殿様（master）の為に死ねる様である」と、語っている。これはかなり暴論的な文化比較のように思われる。そう簡単に東西比較に関して一般化が出来るとは思えない。詳細に見れば、国、時代、宗教等の差は、西洋においても東洋においても大きすぎる。しかし、その反面この言及の裏には幾分の真実が潜んでいるかも知れないのである。なぜならば、我々人間は自分の死を真面目に考える事によって、この世の中で、何が本当に大事であるかどうかの方が更に明確に見えてくるからである。

戦時中に死は美化され過ぎたからか、戦後、「死」についての話は暫くタブー視されてきた。しかし、これこそ妙な現象である。有史以来、人類は生老病死を意識して生きてきた。ごく例外的な社会を除いては、人にとって老いて死んでゆく過程は極めて自然な事である。しかし、戦後暫くの間、日本人の死は病院の問題となり、人の目に触れなくなった。最近になって漸く死の問題が話題となっている。

異文化との接触によって、死のような根本的体験の扱いが急速に変化する事がある。そして、その過程で悲劇が起こるのである。たとえば、筆者の知人はイギリスで看護婦をしているが、在英インド人の死の研究者でもある。ヒンズー教の伝統では、土に直に横たわって息を引き取る事が理想とされる。そして、マントラを唱える家族に囲まれて様々な儀礼が行なわれる事も期待されるのである。インドでは、多くの人は依然土間のある家に大家族で生活しているので、この死に方はごく当たり前で、何も困難な事はない。しかしながら、戦後、数多くのインド人がロンドンなどのイギリスの都会に移民をした。その結果、重病になればイギリス人と同様に近代的な病院に入院し、病院で亡くなるケースが大多数を占めるようになったのである。死ぬ直前に患者が必死の思いで病院のベッドから降り、せめて床の上に横たわろうとすると、看護婦と大喧嘩になる。大勢の家族が集まり病室でマントラを唱えようとしても、他の患者の迷惑になるという理由から、それも禁じられてしまう。結果的に患者本人は勿論の事、遺族も自分の希望に反する死期を体験する事になるのである。その後、遺族が精神的・身体的状態を著しく損なう事も多い。この例から、インド人が異文化に急激に入り込んでも、容易に同化出来ない事が明らかになるであろう。

日本人の場合、海外にまで移民しなくとも日本は急速に西洋化しており、国内にいても次々

と異文化が入ってくるのが現状である。従って、100年前の明治期の日本と現在の日本とを比較するだけでも「比較文化論」の研究となろう。明治期まで遡らなくても、戦前の日本では殆どの人が実家の畳の上で他界していた。縁側越しに見慣れた庭を眺め、家族や僧侶に看取られて死んでいったのであった。一度しか経験が不可能な出生、成人、結婚、還暦等の通過儀礼と同様に、その通過儀礼(死)を味わい意識的に経験したのである。それに対し、現在の日本人の殆どは、消毒された病室でいつの間にか意識を失って昏睡状態に入り、臨終を迎える。つまり、自分の死を己の経験として迎えていないと言えるであろう。

日本の伝統から考えると、これは非日本的な死にぞまである。このようになってしまった背景を少し検討してみたい。100年前の明治期の日本では西洋的な科学的医療はまだ普及していなかった。そこで、明治政府は森鷗外のような若い医師たちをドイツに留学させ、当時の西洋医学の最先端を学ばせたのである。鷗外が見たドイツの病院では、消毒と手術を実践する医者と同時に患者の精神を癒す神父が活躍していた。当時の日本では僧侶がカウンセラーの役割を果たしていたので、鷗外らは技術のみを日本に紹介した。その成果として、日清・日露戦争で負傷した多くの日本兵が助かった。これ以降、日本政府が伝統的な東洋医学よりも西洋医学を全面的に導入するに至った。その反面、僧侶によるカウンセリングが廃れていったのである。

明治期の日本にとって西洋医学の導入は大いなる改善であったに違いない。多くの日本人の死因であった肺炎、結核、種痘等の病原菌による病気が減少した。肺炎、結核、種痘の患者を消毒された病室に寝かし、休養と栄養を与えれば、殆どの患者が免疫力によって1ヶ月もすれば回復したであろうことは容易に想像出来る。たとえ患者が死亡した場合でも、病原菌が周囲に蔓延する恐れはなかった。

他方、現在の日本人の死因は病原菌によるものではなく、癌、脳卒中、心筋梗塞等本人のライフスタイルに深く関係している成人病である。そのような患者を消毒された病室に寝かし、十分な休養や栄養を与えても、そのみで全快する事はなく、寝たきりの状態が延びるだけである。西洋人でさえ消毒された病室に不快感を持つのであるから、日本人が嫌うのは尚更の事である。そして、長い年月入院していると、寿命よりも患者の生命の質(クオリティ・オブ・ライフ)が問われるようになる。

30年前のアメリカにおいて、現在日本で行なわれているような癌の告知論争が盛んであった。当時の主な医者は、告知をすれば患者の病状が悪化するであろうと主張していた。そこで、告知する病院としない病院との比較研究が行なわれた。結果的には、告知を受けた患者の方が治療により満足していた事が明らかになった。しかしながら、同様の事が日本でも言えるとは限らない。日本の医者や家族が患者を死の恐怖から守ろうとして告知に反対しているのは良く理解出来る。その反面、死の事を考えたいと思う患者が死について口に出来ず、建て前を通しているうちにますます孤独になってゆくのである。

上記の問題のみを考えれば、アメリカ式に告知をすればよいように思えるかも知れないが、全面的な告知が好ましいとは言い難い。なぜならば、告知するか否かのみが問題の全てではないからである。告知する際には、どこまで患者と接する時間を設け、どの程度まで信頼を得られるかが最優先の問題となる。告知までしようと考えた医師たちは、元々患者と親しく、関係

がよかったのかも知れない。逆に言えば、患者の精神状態まで良く知らない医者たちに告知するように命令したとしても、日本の医者たちが恐れるように、逆効果になりかねないのである。つまり、問題は告げ方なのであり、告げるか否かだけではない訳である。必要なのは、患者と知り合う機会と時間なのである。

しかしながら、日本の主な病院では、多数の患者を短時間で診なければならないので、とても1人1人と付き合う暇はない。結果として、何かの治療が出来そうな患者に対しては全力をかけてみるが、治る見込みのない末期患者に対して余計な手間をかけたくないという心理が、医者や病院に働くのである。これは東西問わず共通する現象かも知れないが、そこで治る見込みの有る患者と無い患者のケアとニーズが異なるため、患者を二分する発想が生じる。つまり、死期を認識した患者には、緩和ケアとホスピスのサービスを提供するというものである。なお、ホスピスには、病院型と在宅型があり、いずれにおいても患者の不治の病に更なる延命治療を施す事はせず、患者の痛みを可能な限り取り除き、普通の生活に近い形で末期を過ごしてもらう事を目的としている。

ホスピスが「死ぬ人のための施設」であるという事で、日本では多少なりとも敬遠される場合がある。しかし、これは全くの誤解である。たとえ末期患者であろうとも、本人が自発的に望む場合のみホスピスは紹介される。普通の病棟とは違い、ホスピスでは消毒薬や機械は殆ど使わない。そのかわり、患者の好む動物や植物、食べ物、絵画、飾り物や衣類が自由に許されている。尚このような環境を望む末期患者は少なくない。

しかも歴史を遡れば、潔く（奇麗に、清く、積極的に）自分の死を受容する事は、日本の伝統の誇るべき一部分である筈である。近い将来死ぬと分かっても、日本人こそ逃げたり、隠したり、目をそらしたりしなかったのである。いずれ我々人間は皆他界する生老病死の運命にあるのであるから、治る見込みの無い人に対して治る見込みがあるかのように装い、最後まで本人の希望している死に方を奪う茶番を演じてよい訳などないであろう。

ホスピスは30年も前にイギリスで始まり、現在欧米ではその数は3000近くとなっている。日本には、独立したホスピスと仏教型のビハラーを合わせてもごく僅かしかない。親孝行が理想とされる日本では、親を施設に入れる事に対する抵抗が強いが、病院とホスピスの二者択一となった場合、いずれについても以下の事が言えるであろう。即ち、何よりも末期患者のクオリティ・オブ・ライフがポイントなのである。

80年代のアメリカにおいて、病院及び病院型ホスピス、在宅ケアの比較研究が数多く行なわれた。長期間入院の場合、従来の病院と病院型ホスピスとの間にはクオリティ・オブ・ライフの点で余り差異が見られなかった。この研究結果によって、盲目的なホスピスの支持者は減少した。しかし、別の観点から考えると、長期間に及ぶ寝たきりに近い生活は、どの施設で過ごそうともクオリティ・オブ・ライフは変わらないであろう事は容易に理解出来る。そこで、死期そのものに焦点を当て、最後の3日間ないしは1週間の〈死の質〉クオリティ・オブ・デスの研究がされるようになった。

クオリティ・オブ・デス〈死の質〉研究がテネシー州ナッシュビル市のバンダービルト大学医学部によって始められた。1000人以上の患者に対し、ターミナル・ケアに移った時点で、

「あなたは最後の3日間をどのように過ごしたいのか」とまず尋ねたのである。また同じような意味の質問を、色々な形に置き換えて、なるべく多くの答えを各患者から得ようと試みたのであった。全解答を分析し、類型に分けて整理してみると、どの程度の割合の患者がそれぞれ何を望んでいるのかがはっきりと見えてきたのである。そして、各患者が他界してから、その患者の担当者、看護婦、家族等に「患者は最後の3日間をどのように過ごしたか」と尋ね、その回答と患者の期待とを比較した。またその他に様々な影響しうる要因が調べられ、年齢と収入のみが多少影響していた事が明らかになったのである。

長期入院のクオリティ・オブ・ライフを計った時点では病院患者とホスピス患者との間に余り差異がなかったのに対して、クオリティ・オブ・デスの時点では、両者の違いが明らかに出たのである。特に「痛みは感じたくない、取り除いて欲しい」という患者の希望が多かったのであるが、病院患者よりもホスピス患者の方が遙に満足していた事が目立った結論の1つであった。色々な観点からその調査の結果を分析しても、ホスピス患者のクオリティ・オブ・デス〈死の質〉の方がより高い事が分かってきたのである。

日本ではこれほど大規模な調査は行なわれていない。第一、何百人ものホスピス患者がいなし、病院との比較をしようと試みるだけでも多くの病院は調査を断るであろう。しかし病院死は日本人の理想像とは程遠いものである事は言うまでもない。そこで、理想像を少しでも数的に把握する為に、比較文化論的立場から「死」を勉強している100人の京都大学生に対して、同じようなクオリティ・オブ・デス〈死の質〉指数調査を試みたのである。確かに、末期癌患者とは様々な意味で比較しにくい対象かも知れない。どちらかと言えば、学生の方が「近代的」「西洋的」で、70～80歳代の末期患者ほどは日本の伝統を重んじていないと言えるであろう。にも拘わらず、日米の比較の観点から見ると、得られたデータは極めて興味深いものであった。以下では、先ずアメリカ人と日本人の優先順位を並べて比べてみよう（この項目以外にも両国で沢山の解答を得られたが、ここでは上位のものだけ紹介する）。

#### アメリカ人の解答：

希望する状況	平均%
(1) 来て欲しい人が居てくれる	28
(2) 自分で好きな行動が出来る	20
(3) 痛みを感じない	19
(4) 平安な気持ちで居られる	16
(5) 日常生活に参加出来る	15
(6) 自宅に居られる	11
(7) 神様と共に居る事を感じたい	10

#### 日本人の解答：

希望する状況	平均%
(1) 自宅に居られる	44

(2) 自然(青空、緑等)が見られる	40
(3) 痛みを感じない	38
(4) 家族に看取られる	35
(5) 延命技術を使わない	20
(6) 畳の上、布団の中、自庭を見て	20

以上の表から幾つかの発見があるであろう。日本人は人間関係を大切にすると良く言われるが、この調査で、アメリカ人の第1希望は「人に来てもらう」事であった。但し、興味深い事に、これは必ずしも「家族」の見舞いではなく、自分の「来て欲しい人」という風に定義されたそうである。パーセントで言えば、日本人の方がアメリカ人よりも人間関係を望んでいるようであるが、優先順位としては、日本人の第1希望でもなかったのである。(但し、日本人の自宅希望には家族に囲まれる希望も入っているとも考えられる。)

アメリカ人の2番と5番の希望はよく似ているようだが、末期癌患者であるにも拘わらず、「自分で好きな行動が出来る」等の「行動的な」志向が目立つ。以前、カナダのマギル大学のマーガレット・ロック先生等が指摘した事でもあるが、西洋人は入院しても、積極的に自分の治療に「参加」したがるのである。リハビリがやれるならばリハビリに取り組む、目や顎しか動かなかったら、目や顎の運動をする、頭脳しか働かなかったら、頭脳だけでも治療に有利な瞑想やビジュアライゼーション(イメージ・トレーニング)を試みるのである。それに対して、日本人の病人は「甘える」傾向にあり、「自分でどうにも出来ない。頼むから助けてくれ」と子供のような患者がかなり多いという。無論例外はいくらでもあろうし、そう簡単には言い切れるものではないであろうが、「積極的、行動的」と「消極的、状況的」とを敢て分ければ、アメリカ人の希望は前者の方に入り、日本人の理想像はどちらかというのであれば後者の方に近いと言えるであろう。

又、アメリカ人の第4と第7番希望は、精神的安定や、宗教に基づく願望を明らかに示しており、強いて言うのならば、これも外界との関係よりも個人の内面的な側面を重視している希望である。どの場所や環境に居るかは、アメリカ人にとって多少なりとも二次的な順位であったように思われる。アメリカ人、日本人の双方とも「痛みを感じたくない、痛みを取り除いて頂きたい」等の希望は第3位に位置している。両国で優先項目として考えられている事が分かるが、比率まで見ると、日本人はアメリカ人の約2倍も痛みを意識し、嫌がっているようである。

次に、日本人の死期希望を中心に検討してみたい。自宅で他界したいという希望が圧倒的に多かったのである。これを第6位の「畳の上、布団の中、自庭を見て」等の希望と合わせれば更に高い比率になる。尚、飽くまでもその場限りの思い付きで答える質問であるから、このように答えていない患者はこれを希望していないという事には決してならないであろう。

日本人の第2希望を見ると、「何か自然の風景を見ながら他界したい」と答える者が(アメリカ人には全くいないのに対して)大変多かった事が目立つ。そして8位以下の順位中でも、海、山、森、川、鳥、雪、風、花、等と指摘した日本人も沢山いた事から、如何に日本人に

として「自然の風景」は大事であるかが伺える。行間を読めば、ある意味では、アメリカ人の望む「平安」な精神や「神様と共に居る事を感じる」事に類似すると言えよう。つまり日本人は自然を感じる時、精神が平安になり、聖なる何かを感じるのかも知れない。しかし少なくとも表現上、アメリカ人が直接的に内面の精神や宗教を解答に出すところを、日本人は飽くまでも外見的环境や状況を示して、精神の事には間接的にしか触れていない点は興味深い。

次に、家族に看取られたいという希望は、「家族とも限らない大切な人」と表現するアメリカ人と対照的であると共に、上位ではなく第4番目の項目として挙げられている事は意外である。しかし「延命術だけやめて欲しい」「死が早まってもチューブはイヤ」等の解答が目立った。これは7年も前になる昭和天皇の隠れ方だけによる反応ではないであろう。寧ろ、脳死、移植、尊厳死に関する情報や番組が多いためではないかと考えられる。この希望は3番の「痛みを感じたくない」とは幾分矛盾するかのようであるが、必ずしもそうとは言えないのである。何故なら鎮痛剤注射やいわゆる緩和ケアは別に点滴や延命術を必要としないからである。いずれにしても、現在日本の医療の行方とは随分違うとしか言わざるを得ない。

人々の希望と現実とのギャップは、全体についても言えるのではないであろうか。即ち、(日本ではクオリティ・オブ・デス研究が完成しておらず、前述した困難な問題を抱えているのに加え)、今回の簡単な調査からでさえも、多くの日本人が理想とする死期と実際の死期の差異が余りに大きい事は如実なのである。自宅で他界したくても、8割もの日本人は病院で死を迎えている。自然に囲まれたくても、見える物は病室の壁、もしくは窓越しに隣のビルの壁という例が多い。無論、看護婦は可能ならば患者の痛みを取り除こうとするが、それよりも薬に関する規定や病院の規則が先に重んじられる傾向にある。ましてや延命術等の事になると、患者自身の希望よりも、医者希望によって、あらゆる手段が検討されるのである。畳の上で、自分の寝慣れた布団で、見慣れた風景を眺めながら往生する事は、日本人にとって理想像であっても、結局実現不可能となっている。

いつか是非日本側でもクオリティ・オブ・デス研究を完成したいが、それが出来るまでに、病院死以外の可能性を実現しなければならないのであろう。いくら日本側の解答者は若者であるからといって、心の中で彼らは伝統的な日本の精神を示していないとは言えない様子である。

以上で見てきたように、クオリティ・オブ・デスは一応死期に対する希望に基づくものである。しかし現実にはその実現に関する情報を提供してくれる人は、遺族やケアを努めた人である事も説明した。敢て言えば、死者自身はもう他界しているのであるから、本人にとってはもう過ぎた問題なのである。寧ろ遺族が長期間に亘って気を煩わすのである。以下では遺族の事をも少し考えてみよう。

筆者が死や臨死体験を研究している事が日本で広く知られるようになった事から、様々な人から死に関する問い合わせや体験談が寄せられる。中でも、亡くなった親戚や主人の幽霊が現われたという話もある。角膜等の臓器を移植した後や、死に方やお葬式が思う通りに行かない時に、この種の体験が特に多い様である。拙著(『死の体験』)でその研究を詳細に紹介したので、ここでは幽霊の現実性に関する議論は割愛する。幽霊は外界に存在しているか想像の産物なのかを別問題にしても、幽霊を経験する本人にとっては、これは恐ろしい一大事である。遺

族の健康な精神状態を考慮すれば、可能な限り末期患者に納得の行くような死期を過ごしてもらう方が良いのではないであろうか。

尚、「不思議な体験」は決して田舎に住んでいて、かつ無教養で迷信深い人間に限った事ではないようである。徳島第一病院の院長郡暢茂氏が、何千人もの医師や看護婦にアンケート調査で尋ねた処、病院内の幽霊現象が極めて多い、寧ろ日常茶飯事と言わざるを得ない事が明らかになった。しかもこれは日本だけの現象でもない。1973年、アメリカ連邦政府の援助を得て、ロサンゼルス自殺防止センターは（日系アメリカ人を含む）434人もの未亡人を対象にした「死者からのコンタクト」に関する研究を発表した。その結果、44%もの未亡人が亡き夫の幽霊を見たり、声を聞いたり、霊媒術等で会ったりしていると答えたのである。又、人類学の観点から考えても、これは決して異常な事ではない。あらゆる文化や時代の中で、人の死に因んで、遺族が死者と「出会う」事は普遍的なものである。寧ろそのような体験を抑圧したり、無視したりする文明の方が珍しく、奇妙であると言えるであろう。

これはただ単に面白い話に終わらず、実は大変深刻な問題を内包しているのである。主人や親戚の他界後1、2年以内に、数多くの不慮の病気、事故、精神病、自殺等が遺族を襲うのである。昔ならば、これは死者のタタリと考えられたかも知れない。或いはこの現象がタタリの発想の原因となった可能性もある。現在では、精神不安、悲嘆、損失感等と解釈されているが、それを体験する遺族にとっては二重の悲劇に違いない。と同時に、国民健康保険等の社会全体の福利にとっても二重なるロスになってしまう。

そこで次のような研究も大変役に立つと思われる。アメリカの病院やホスピスの中には、患者のみならず、遺族となる家族に対してもカウンセリングを実施している所がある。患者が他界する前から1ヵ月毎に家族を呼び寄せて、彼らの恐怖、悲嘆、心配等に対していわゆるグリーフ・ワーク・カウンセリングを行なうのである。カウンセリングは、患者の他界後数ヵ月間に互って継続される。勿論、そのようなカウンセリングを実現していない施設の方が多い。そこで両者の遺族の健康状態に関する比較研究が行なわれた。結論から述べると、カウンセリングを受けない普通の遺族は前述したように、病気や事故の連続であったのに対して、グリーフ・ワーク・カウンセリングを受けた遺族には、そのような兆候もなく、親近者を失う経験をしていない人々と同程度に健康状態が安定している事が分かったのである。

これは心理学上興味深い結果であろうが、国民の健康と経済にとって更に重要な発見でもある。病気、事故、自殺未遂等が起こってから対処するのでは、大変な時間と人力、そして費用を要するのである。もし数時間のカウンセリングだけでそのような損害を避けられるのであれば、それほど喜ばしい事はないであろう。遺族や本人にとっても厚生省や大蔵省にとっても、即実践力となる予防医学であろうから、その対応は急務な課題である。

言うまでもなく、日本では、未だこのような比較研究が行なわれていない。もっとも、グリーフ・ワーク・カウンセリングを実践する病院やホスピスは日本に殆ど無いので、比較研究は当分出来そうにない。しかし、これも完全に非日本的な発想ではない筈である。何世紀にも互って、佛教の僧侶達がまさにグリーフ・ワーク・カウンセリングに専門的に携わってきたのである。今こそ臨終行儀を再検討する価値は大いに有るように思われる。



他文化と比較してみた場合、日本の老化現象は著しい。世界一の平均寿命を誇る反面、西欧の倍ぐらいの老人人口、極めて長い平均入院期間、老人の自殺率、そして1人当りの医療費も世界一を争う有様である。西洋より医学を導入した日本は皮肉なことにこの方面においても、西洋よりも優れた業績を上げているのである。今日、日本は産業廃棄物等の深刻な問題を数多く抱えている。しかしながら、医療に関する問題はより深刻なのである。何故ならば、日本人自身の生き方と死に方そのものに関わるからである。

幸いに、問題を打開するのに西洋の模倣も新経済対策も要らないように思われる。例えば、望まない患者に高額な先端技術を押し付けるよりは、都市から少々離れた病院の何割かを日本型ホスピスに置き換え、各部屋に畳や縁を入れるだけでも、日本人患者のクオリティ・オブ・デスの満足度が上がる筈である。高収入を望む医者のような専門技術者を増やさなくとも、患者の心を察する聞き上手な日本型カウンセラーや僧侶の治療への参加を認めれば、病气や事故に支払われる保険金は下がるであろう。海外の傾向や問題点を認識しながらも、日本人独自のニーズや希望を絶えず最優先にして前向きに歩めたならば、今後も日本人の死に方が他文明と比較しても日本人の誇れる価値観の現われとして受け取られるのであろう。

#### 参考文献

郡 暢茂『医療現場のふしぎ体験』東京、銀河出版、1994。

ベッカー、カール『死の体験』京都、法蔵館、1992。

Ball, J. F. "Widow's Grief : The Impact of Age and Mode of Death," *Omega* 7 (1976), pp. 307-333.

Kalish, R. A. and Reynolds, David K. "Phenomenological Reality and Post-Death Contact," *Journal for the Scientific Study of Religion*, 12, 2 (June, 1973), pp. 209-221.

Wallston, K. A. et al. "Comparing the Quality of Death for Hospice and Non-Hospice Cancer Patients," *Medical Care* 26, 2 (February 1988), pp. 177-182.