

現代日本の死生観

——末期がん患者の死の「受容」と死生観をめぐって

坂本 佳鶴恵

現代日本の死生観

——末期がん患者の死の「受容」と死生観をめぐる

坂本 佳鶴恵

かつて、日本では日常生活のなかに死が位置づけられ、死は身近な存在だった。しかし、今日ほとんどの死が病院に隔離され、人々が身近に死を意識することがない時代といわれている。1951年、病院での死亡率は9.1%、自宅は82.5%で日本人の8割以上は自宅で死を迎えていたが、2010年は病院77.9%、自宅12.6%で約8割が医療機関で死亡している⁽¹⁾。もちろん、映画やテレビドラマではしばしば死が描かれている。しかし、私たちはメディアで描かれる神話に接する一方で、実際に死に立ち会う経験はほとんどない。

本稿では、こうした現代日本において、人々が実際どのように死に向き合い、死んでいくのか、そこでは死生観（死に対する考え）はどのような意味を持つのか、死の「受容」と終末期の死生観の意味、そこで生ずる問題について、死の問題に直面せざるをえない末期がん患者の事例を通して考察する。

I. 死のタブーはなくなったか

ゴラーは1960年代のイギリスで調査を行い、親族と死別した大多数の人々は、いまやそれ以前の社会で広く受容されていた悲嘆や追悼、服喪の儀礼や指針を持たず、愛するものを亡くした嘆き・悲しみと折り合いをつけ乗り越えていくための社会的支援を欠いていると論じている（Gorer1965=1986）。アリエスは、12世紀までの共同体の儀礼によって「飼いならされた死」が、個人化、感情革命による親密な人々における悲壯化といった変化をへて、死が家族間で気遣いという形でタブー化し、死が「自分の死」であることを失い、医療のうちに閉じ込められ、服喪の廃止により共同体としてのあり様も失っていった過程を描いている（Ariés1977=1990）。キューブラー・ロス（以下省略してロスと書く）は、「科学が発達すればするほど、私たちはますます死の現実を恐れ、認めようとしなくなる」という。「死の過程はより孤独に、より機械的に、より非人間的になった」（Kübler-Ross1969=2001:22-3）。

他方、島藺進は、こうした近代における死のタブー化を認めつつ、1960年代以降の先進国における死生学の発展や、日本でも1977年の「日本死の臨床研究会」が立ち上げられたのを嚆矢として死生学が興隆し、ホスピス、脳死・臓器移植の問題、葬式など、現代では、むしろ死への関心が高まっているとしている（島藺 2012）。細見も映画「お葬式」（1984年）や80年代の脳死論議などを嚆矢として、死の言説が流行しているとする（細見 2007）。

確かに映画や物語、歌などでは墓や葬式・納棺など今までにない形で死が扱われ、関心を集めている。臓器移植なども社会的話題になっている。しかし自分や親しい人にとっての現実問題としてはどうだろうか。2010年に行われた朝日新聞の世論調査では、「もし、あなたが治る見込みのない末期がんだとわかったら、そのことを知らせてほしいと思いますか、知らせてほしくないと思いますか」という質問に、「知

らせてほしい」78%「知らせてほしくない」18%、「自分が治る見込みのない病気で余命が限られていることがわかった場合、余命を知らせてほしいと思いますか。知らせてほしくないと思いますか」には、「知らせてほしい」76%「知らせてほしくない」20%であるのに対して、「もし、あなたの家族が、末期がんだとわかったら、そのことを本人に知らせたいと思いますか。知らせたくないと思いますか」という質問には「知らせたい」が40%「知らせたくない」48%、がんに限らず「家族が治る見込みのない病気で余命が限られていることがわかった場合、本人に余命を知らせたいと思いますか。知らせたくないと思いますか」には「知らせたい」37%「知らせたくない」52%であった⁽²⁾。

自分は死の可能性については知りたいが、家族には知らせたくない。自らの死についてふだん家族の間で話し合ったり、意志疎通はしておらず、死に臨んでもむしろ家族間で死の問題を語ることを避け、タブー化しておきたいという気持ちを持つ人々が、現代日本でもまだ多いのである。

Ⅱ. 身近な死のタブー化による問題

(1) 医療現場におけるタブー化と治療の選択

こうした身近な人の死に際しての、死のタブー化は、実際的な問題をもたらしている。医療側では、少なからぬ医療関係者が、末期の患者と家族・医師の間で死を前提としたコミュニケーションが不足しているために、患者が拒否したかったであろう蘇生術や無駄な延命医療がほどこされることを、悔やむべき実体験として告白している。

1990年、医師であった山崎章郎によって、当時がんの告知がタブーとなっていたために、患者が自らの命に関わる治療の意志決定から外されていたこと、そのために不信感に苦しんだ患者が多くいたこと、また延命至上主義のなかで、死に瀕した末期患者を苦しめるだけの蘇生術がおこなわれていることが告発された(山崎 1996)。「多くの医療者も家族も、患者に真実を伝えることがタブーであり、たとえ死が確実に見えていたとしても、患者の命を一分一秒でも延ばす努力をつづけることが当然である以上、それらの事態をやむをえないこととして考えてきた。」(山崎 1996: 108) 患者の意志を無視した延命至上主義は、当時、しごく当然の制度化した医療倫理だった。

がんの早期治療が進んだことや山崎の告発を一つの契機として、今の日本では、がんの告知自体は一般的になってきている。しかし、末期の告知はいまだ簡単ではない。また告知をしたからといって、医師や医療スタッフが患者や家族と、死にまつわる様々な問題をオープンに話しあえるわけではない。「末期がんといいば・・・私は蘇生術は無駄だと思います・・・家族がどうしても離れられない人がある。それはがんにかぎらないですよ。肺炎でも心不全でもそうです。『なんでもいいから生きさせてください』と言います。この人はほんとうにこのおばあさんがいつかは死ぬということをはっきり理解しているんだろうか、と聞いてみたくなるような感じで、とにかく死なれては困ると言います。それまでの状況を全部説明しても、それでもやっぱり蘇生術をやってほしいと最後まで主張なさる方がいます。そうするとほんとうに家族のためだと思います・・・ご本人のためにはならないです。」(入江→柳原 2004: 209-10)

患者本人が家族と、できれば医療スタッフも交えて、自分の死について率直な話し合いをしていたら、こういう事態にはならないであろう。しかし日本では、死を前提にして、患者を交えて医療スタッフ・家族の話しあいがあらかじめおこなわれることはほとんどない。「身近な誰かが死にそうだというときに『何も見守ってやりたいと思います』なんて、なかなか言えるセリフではない。いざとなると、『な

んとかしてください。できることは全部してください』と医者にすがりついて泣くご家族が多い。／だが、そうなると、何か治療をしないわけにはいなくなる。医師は『このまま静かに死なせてあげたい』と思っていたとしても、やむをえず延命治療をすることになってしまう。』(高柳 2002: 106)

(2) 患者と医療者・家族間のコミュニケーション・ギャップ

死がタブー化しているために、患者が医師・看護師などと自分の死について語れないため、つらい思いをする事例や、家族が患者と死を前提としたコミュニケーションができないために、患者が苦しむといった事例も多く報告されている。ホスピス医の柏木哲夫は、ある患者に「もうダメなのではないでしょうか」と聞かれ、「そんな弱音はいたらダメですよ。がんばりましょう」と応えたら、患者から「あのとき、私は先生に、もっと弱音を吐きたかったのに、先生が励まされたので、二の句が継げずに、だまってしまいました。そして、その後、とてもやるせない思いが残りました」と言われて衝撃を受けた体験を書いている(柏木 2011: 54-5)。

こうした死を認めない励ましは「家族から患者になされる場合もかなりある。」(同: 54-5) 例として72歳の膵臓がんの末期患者が、ただ1人の身内である68歳の妹が自分の死をなかなか受け入れられなかったため、医師に仲介を頼んだ例が報告されている。「先生、妹、なんとかならないでしょうか。見舞いに来るたびに励ますんです。『姉ちゃん、きっと治るからがんばりよ・・・』って。私は末期で、そう長くはないことはよく分かっています。私なりに覚悟はできています。私が死ぬと妹は1人、天涯孤独になります。ですから、私が死ぬことが受け入れられないのだと思います。その気持ちはよく分かるし、励まざるをえないのもよく分かるので、これまでだまって、『うん、うん』と言ってきたのですが、最近、励まされるのが、とてもつらくなってきたのです。でも、妹が不憫で私からそのことが言えないのです。先生にこんなお願いをするのは本当に申しわけないのですが、妹にうまく私の気持ちを伝えていただけるとありがたいのですが」(同: 56)。医師の高柳和江も「最後の段階では本人がすでに死を受容し、あとはやすらかに死んでいきたいと願っているのに、まわりの人が受容できず、『もっとがんばって、生きてちょうだい』と、奮闘努力を期待する場面がよく見られる」と指摘している⁽³⁾(高柳 2002: 55-6)。身近な死はまだタブーから免れていないことが多く、そのために起こっている問題も多いのである。

医師を含む医療スタッフや家族と患者は、なぜ予想される患者の死について、話し合うことが困難なのだろうか。仏教・キリスト教などの宗教では、「お迎えがくる」「天国に行く」などの共有できる死の語り方がある。しかし、近代以降の先進諸国では、こうした宗教が保証する死後の世界は共有されにくい。前述の世論調査では、死後の世界を信ずるかどうかでは「あると思う」49%、「ないと思う」43%だった(朝日新聞2010/11/4)。死がどのようなものか、死んだらどうなるのかといった問題は、個人がそれぞれ解決するきわめて私的な問題となり、家族ですら立ち入らない。死を語り合えない原因の一つには、こうした死を語る共通の社会的な言葉や死生観がないということもあるのではないだろうか。

以下では、身近な死に際して、私たち現代日本人がどのような死生観をもち、それが身近な死の「受容」やあり方にどのような意味をもつのかを考察する。

Ⅲ. 死の「受容」と死生観研究

(1) 日本的な死の「受容」論

ロスは、末期患者のインタビューから、近い将来の死の認知に対する患者の反応として、「私のことで

はない、そんなことがあるはずがない」という「否認・孤立」, 「どうして私なのか」という「怒り」, 神との延命の「取引」, 喪失感からくる「抑鬱」, そして死の「受容」という5つの段階があることを提示した(Kubler-Ross1969=2001)。このような死の「受容」にいたるロスの5段階説は、広く受け入れられた。その後、これをふまえて必ずしもこの5段階をすべて経るわけではない、順番に起こるわけではない、すべての人が死の「受容」に到達するわけではない、などが議論されてきた(河 2010)。なかでもロスの「受容」の概念をめぐる、多くの議論がなされている。とりわけ、日本では死を「受容」することに価値を見出す論者が多い。

ロスは「受容」について以下のように述べている。「受容とは感情がほとんど欠落した状態である。あたかも痛みが消え、苦闘が終わり、ある患者の言葉を借りれば「長い旅路の前の最後の休息」のときが訪れたかのように感じられる。・・・患者は、いくばくかの平安と受容を見出すが、同時にまわりに対する関心が薄れていく。一人にしてほしい、せめて世間の出来事や問題には煩わされたくないと願う。面会者が訪れることを望まなくなり、たとえだれかが訪ねてきても、患者のほうはもはや話をする気分などではなくなっている。」(Kubler-Ross1969=2001: 193)

ロスの「受容」は「自分の『運命』に気が滅入ったり、憤りをおぼえることもなくなる」という感情が変動しない状態を指し「幸福な段階と誤認してはならない」(同上)とされるが、日本ではむしろ死の恐怖や否認をのりこえた「良い」イメージで「受容」が語られることが多い。柏木は最期の段階を「受容」と「あきらめ」にわけ、「受容には死を受け入れるという積極性がみられ」「あきらめとは絶望的な放棄」で「看取った者には、何かもやもやした、やるせない心の『濁り』が残」こるとしている(柏木 1980: 73)。柏木はまた、積極性をもつ「受容の死」という類型を、死を否定し最期まで治療をおこなう「闘いの死」に対峙させて提示している。「受容の死」の特徴は、①死を語る、②積極的な生き方(最期まで積極的に生きる)、③死を突き抜ける(死を新しい世界への出発ととらえる)、④暖かいコミュニケーション、⑤準備された死、⑥「心の澄み」を残した死(看取ったスタッフにこれでよかったという「心の澄み」とさわやかさが残った)である(柏木 1996: 35-45)。

菊井らは、柏木の積極的な「受容」をふまえ、「わが国でいう『死の受容』は・・・力強く肯定的な意味をもっている」とし、1)自己の死が近いという自覚、2)自己実現のための意欲的な行動、3)死との和解、および 4)残される者への別離と感謝の言葉の4つの構成要素からなっているとする⁽⁴⁾(菊井ほか 2000)。

(2) 患者をめぐる死生観研究

こうした死の「受容」は、死生観と深く関わっている。「ホスピスにおいて、目前に迫る死に対してどう過ごすかは、その人の持つ死生観によるところが大きいと思われる。」(細井ほか 2001: 58) とりわけ「積極的な生き方」を含む柏木の「受容の死」に代表される、日本的な肯定的な死の「受容」には、死生観が大きく関わる。

しかし日本では、社会全体の死生観の特徴や歴史的变化についての研究は多いが、患者をめぐる死生観の研究は少ない。京田亜由美らは、1999～2009年までの病を抱える患者の死生観を扱った論文を分析し、「死を意識する病を抱える患者の死生観に関連する研究では、死生観に着目して研究目的としているものはわずか3件であり、患者の思いや病気体験、スピリチュアルペイン、生き方、希望といった研究目的において、死生観が2次的に見えてきた研究が多くを占めた。・・・これは、死をタブー視して死に関する話題を避けるといった日本人および病院内の社会・文化的背景が強く影響していると考えられる。・・・

患者を対象とした死生観に関する研究が行われてきているが、未だ年数的にも歴史が浅く、『患者の死生観とはどのようなものか』を明らかにする段階であることが分かる」と述べている（京田ほか 2009：55）。

従来の研究は、直接患者に死生観を聞いたものではなく、ほとんどがホスピスを選んだ理由や治療の拒否、医師・看護師などからみた患者の言動や、家族へのインタビューなどから患者の「死生観」を推測したものである。「倫理上の困難」や「死生観の多面性」から、「死生観を目的とした研究は、死生観尺度などの既存の尺度を用いた量的研究のみ」という状況である（同：56）。実際、死生観尺度研究をおこなった平井らは、末期がん患者の調査にあたって、『「死」という言葉を含む項目は末期がん患者への印象が非常に強いという現場からの指摘』があり減らすように努めたこと、『「死生観」を直接質問するということで、調査依頼を行ったいくつかの施設で調査に同意が得られなかった』ことを書いている（平井ほか 2001：84, 90）。

（3） 死生観尺度研究

数少ない死生観の直接的な研究である死生観尺度を用いた計量的な研究では、欧米で用いられている Temper の DAS（Death Anxiety Scale）や Wrong の DAP-R（Death Attitude Profile-revised）が、キリスト教的な内容を含み、日本人にあわないことが指摘され、平井らなどにより、日本人の死生観を測定するための尺度が提案されている（海老根 2008）。

中川恵一は、平井らによる死生観尺度を用いて、東京大学医学部附属病院の放射線外来を受診した20才以上の癌患者308人と東京都在住の20-79才に層化2段階無作為抽出をおこなって調査した1162人を比較分析している。平井らの尺度は「死後の世界観」「死への恐怖・不安」「解放としての死」「死からの回避」「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」という7つのドメインに分けられた27の質問項目から構成されているが、性別と年齢の調整をおこなった結果、ドメインとして一般市民に比しがん患者の得点が高かったのは、「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」であった。個別の質問項目では、「私の人生について考えると、今ここにこうして生きている理由がはっきりしている」「未来は明るい」「自分の死について考えることがよくある」である（中川 2012）。

中川の調査は多数の患者を対象とした本格的なデータ分析であり、死生観を患者に直接質問した点で、画期的である。しかしこの結果が「死を意識するようになって、日本人の死生観が大きく変化しないことを示唆するようにも考え得る」（同：327）かどうかは疑問である。対象となったがん患者は「治療のサイバーから終末期まで多様な病態をもつ患者を含んで」（同：328）おり、死を目前とした終末期のがん患者の意識を特にとりだしたものではない。また、死が近づくにつれて、がん患者の死生観が変化するか、あるいはどう変化するかも調査の対象ではない。

他方、平井らは31名と少数であるが、末期がん患者に対して死生観尺度調査をおこなっている（平井ほか 2001）。この調査では、一般向けに平井らが作った尺度（平井ほか 2000）を末期患者用に、新たに項目内容と項目数を変更した尺度を作って実施している。その結果、「人生に対する評価が否定的で、死を回避する傾向にある対象者は、抑うつ傾向にあり、人生に対する評価が否定的で、実存的な孤独感を感じている対象者は、不安傾向が高い」ことが指摘され、また、「抑うつ・不安状態にある患者は、死に関する話題はできるだけ避けたいという思いがあることが示された」。これを受けて「臨床でこのような患者に接する際には、死に関する話題を直接持ち出すことにはできるだけ慎重になるべきということかもしれない。しかし、これらの話題を積極的に患者とすることで、抑うつ・不安の緩和につながる可能性もある」

と考察している（平井ほか 2001：92）。また、「人の寿命はあらかじめ決まっていると思う」、「人生には人間の力ではどうしようもないことがある」の2項目と、主治医の推定予後の間に負の相関がみられたことから、身体的状況の悪化が死生観に影響を与えるのではないかと述べている（同：91）。

平井らの調査は、末期がん患者の死生観が、末期の抑うつ・不安といったメンタルヘルスと関連していること、身体状況の悪化などの要因によって、死生観が変化する可能性を示している。

IV. 末期がん患者の死生観の変容

(1) 「生命飢餓状態」をどう生きるか

宗教学者の岸本英夫は、51歳の在米中に皮膚癌を宣告され、以後10年の闘病をし亡くなった。自身の癌が発覚する以前に、宗教学者として死生観の分析をおこなっている⁽⁵⁾が、がんを得たのちは、まったく異なる立場からの死生観が存在することを書いている。それは一般論ではなく、自分自身の「生存の見通しが絶望」的になり、「腹の底から突きあげてくるような生命に対する執着や、心臓をまで凍らせてしまうかと思われる死の脅威におびやかされて、いてもたってもいられない状態におかれた場合」、すなわち「生命飢餓状態におかれた」ときの死生観である。そこで求められるのは、「何か、この直接的なはげしい死の脅威の攻勢に対して、抵抗するための力になるようなもの」であり、「それに役立たないような考え方や観念の組立ては、すべて、無用の長物」である（岸本 1973：11-13）。

こうした岸本の癌患者としての体験は、通常の状態で論じられる死生観と、実際に自分が死に直面したときの死生観はまったく異なる意味合いを持つことを示している。では「生命飢餓状態」におかれると、患者にとって死生観はどのような意味をもち、どのような死生観が必要とされるのだろうか。以下では、死を前にした患者の死生観の変容について、二つの対照的な事例をとりあげて検討する。

(2) 岸本の事例

岸本は「このような状況のもとにおかれて、私には、死というものを、どう考えたらよいかという問題が深刻になってきた。それをはっきりさせなければ、一刻も心を休んじていられないような問題なのである。」（岸本 1973：27）と死生観が末期における心の平安に不可欠であることを述べている。

「死後の世界や、自分の肉体を離れた靈魂の存在を信じないとすると、死というものは無に近くなる。この自分が、なくなってしまうこと以外にはない。・・・私にとっては、自分が無になってしまうという事は、考えただけでも身の毛のよだつ思いがする。」（同：27-8）この恐怖に、死後の世界を信じない岸本は、当初「よく生きる」という死生観で対処しようとした。「死後のことはわからない、という建前のもとに、自分の生命欲、生命飢餓感とたたかってゆくことにしたのである。・・・私は、それは、残された時間を、できるだけ充実して生きることだと思った。生命の充実感にあふれるような生き方をしていけば、死の恐怖に勝ってゆけるのではないかと。・・・そこで、それから、ただがむしゃらに、働いた。」（同：29）

しかし、最終的には、彼は別の死生観にゆきつく。「しかし・・・やはり、私は、ひまがあれば、死というものは何か、と考えざるをえなかった。そして・・・ふとした機会に、「死」ということに対する考えかたの目がひらけたのである。・・・死というのは、人間にとって、大きな、全体的な『別れ』なのではないか。そう考えたときに、私は、はじめて、死に対する考えかたが、わかったような気がした。」（同：29-30）

「それまでの私は、正直に言って、死から、一生懸命、目をそむけてきたとあってよい。死をみないようにして、そして、ただ、残されている生命の時間を、できるだけ有効に使うとしていた。・・・しかし、『別れのとき』という考え方に目ざめてから、私は、死というものを、それから目をそらさないで、面とむかって眺めてみる事が多少できるようになった。・・・すでに別れをつげた自分が、宇宙の霊にかえて永遠の休息に入るだけである。私にとっては、すくなくとも、この考え方が死に対する、大きな転機になっている。／この人生のことをかえりみ、生きている人たちのことを、人生というもののよさを、考えながら別れていくものであるとするならば、・・・静かにして、人生を味わってゆく、その味わいかたの方が、ことによると、もっと人生をほんとうに生きるゆえんかもしれない。」(同：33-4)

この「別れのとき」という死生観が、彼にとってコペルニクス的転換であったことがうかがえる。岸本の死生観は宗教学者を中心にすでに多くの論者によって取り上げられている(宮嶋 2006, 中村 2007など)が、それらの議論の多くは、岸本が最終的にたどりついた死生観をどう解釈するかをめぐってなされている。

本稿では、こうした岸本が得た死生観の真の意味といった問題ではなく、岸本のいう「生命飢餓状態」が、死を目前に突きつけられた人間に共通の問題であり、重要な死生観の変化を表現していること、そして発病当初の「よく生きる」という死生観から、後に得た日頃「別れ」を意識して生を味わうという死生観への変化が、従来の死生観尺度で把握することが難しいこと、また、岸本の事例が、一時点での意識調査ではなく、意識の変化をとらえることが、がん患者の死生観研究において重要であることを示唆していることを指摘しておきたい。

(3) 花の事例

岸本が著名な宗教学者であり、日頃から死生観が研究対象であったのに対して、がんになるまで死生観についてあまり考える機会がない一般の末期患者にとっての死生観とその変化を、がんで亡くなった花のブログの事例から考えたい。花は死生観の非専門家という点だけでなく、女性であり、独身で子供などの扶養家族がいないといった点でも、岸本とは対照的である。なお、分析や解釈に際しては、淀川キリスト教病院でホスピスを設立し、多くの患者を看取った柏木の末期癌患者をめぐり治療と看護をめぐり諸研究などを随時参照する。

花は2010年11月、ステージⅣの胃がん(末期がん)と診断された、当時36歳の女性である。治すための根治手術は不可能で、12月に通過障害緩和のための(姑息)手術をし、2011年1月に余命3ヶ月の告知を受け、2012年3月に亡くなった。抗癌剤は副作用のためすぐに断念して代替療法を受けながら、ブログや投稿で自らの状況や気持ちについて発信し続けた。

彼女は自分の病気の診断・治療の内容をよく理解していた。そして2011年9月開設のブログのタイトルの下に「前向きというよりは『達観』を目指している」と書いたように、早くから死を受け入れ、受容しているようにみえた。彼女はこれ以前にも何回か別のブログ(本人が削除)を書いており、2010年末に、筆者がブログをつうじて知り合ったときから、すでに死の受容についてブログやコメントのなかで書いていた。彼女は最後のブログをたちあげたとき、「はじめましてのご挨拶」として開設の意図を次のように書いている。「入院中から現在に至るまで、色んな本・サイト・患者さんの闘病ブログなどを読んで来ました。特にブログでは様々な事を学ばせて頂きました。・・・ガンの治療も進行も本当に人それぞれです。・・・ただこういう生き方をしてる人もいるんだなあと、通りすがって頂ければ嬉しいです。／医学的な意味での治療も重要ですが、いざガンになってみると『心の在り方』が一番大切なんだなと気付

きました。その辺も含めまして・・・『闘わない末期がん治療日記』マイペースで更新していきます。」(2011/9/16)

ブログでは病状、日常生活、自分の思い、がん関係の本の紹介などをつづっている。着つけを習い始めたり、旅行に出かけたり、手芸品を大量に作りフリーマーケットで売るなど、非常に意欲的に過ごしている様子が報告されている。他方で、10月30日には「終活」として遺影の写真と棺桶で着させてもらう着物など、葬式の準備をしていることも報告している。『死の準備をすることは、自分の人生を振り返る、あるいは再発見する作業になる』という意味もあり、持病の有無に拘らず誰でも今から考え始めてもいいのかなと。(10/30)と必ずしも死ぬと決めているわけではないとしているが、「終活は自分の最後の晴れ舞台(?)だからね!常識に囚われずに好きにやらせてもらいたい!」(10/31)とかなり現実の問題として考え、貸衣装・ヘア・メイク・化粧の店に依頼して身なりを整え、写真館で遺影をとった様子を報告している(11/2)。

この頃の心境として「痛みとか苦しみは最小限に、心穏やかに過ごせたらいい」という思いと「予後不良の情報ばかりで凹む事もしばしばなんです、その悔しさをバネに伝説を作りたいという意気込み」を書いている(10/24)。「夜になると何だかワケも無く悲しくなって涙が出そうな時があります。」(11/1)とゆれる気持ちも書いている。

死を受容しているかのようなブログのタイトルとは逆に「私のお腹の中には地球を滅亡させる時限爆弾が仕掛けられていて、でも私の死と共にその爆弾のスイッチもオフになり、世界は救われるという設定ならば、死ぬことにも意義が見いだせるかもしれない」(11/21)というように、死を簡単には受け入れられない気持ちも表現している。

彼女の死の「受容」への態度は微妙である。多くのがん患者がそうであるが、死を受けいければ生きながらえることができるという話があり、治るために死の受容をしようとしている側面がある。実際、彼女は『ガンをつくる心 治す心』という本から「治すことを諦めた」ことにより治ったがん患者がいるというメッセージを読み取っており(10/28)、当時末期がんで延命治療を拒否して、宣告されていた余命より長く生きていた入川保則の記事を読んで、「やっぱり一度は『死』を受け入れること、何かに夢中になる事が元気の秘訣なんだなあと改めて勇気付けられました」(11/10)とも書いている。

しかし体調が悪化するにつれ、希望が弱まり心も不安定になる。「いよいよターミナル期に突入のかな。」(12/16)「身体も心も疲れ気味。ここのところ毎日リーゼ嬢(精神安定剤)の世話になってます。」(12/28)

そして医療側の最期の宣告に対して、「先生曰わく、そろそろ覚悟しなくちゃならない段階にさしかかっているみたいです。・・・まだまだ生きる気は満々なんです、その気持ちの裏側に『やっと死に至る過程を待ち構えるという苦しみから解放される』という安堵感も無きにしもあらず。」(2012/1/31)と冷静に受け入れる一方で、希望も捨ててはいない。「体力的には車椅子必須なぐらいしんどいけど、何とか温存しつつ、出来れば大好きな夏の季節までマッタリと生き続けたいな～なんて思っております。最終ラウンドからの奇跡の復活なるかしら??」(2/26)

痛みのコントロールのため入院していた緩和ケア病棟から退院して、自宅に戻った後は次のように書いている。「号泣した。もう諦めていいんだ。あとは自然に任せればいいんだってホッとした。この時を迎えるために私は今まで自分に死への達観を言い聞かせていたんだ。本当は怖かったよ。夢だったらいいのって思ってた。今もまだ死ぬことは抵抗があるけど、このまま穏やかな自宅での日々の中で眠るように行けるなら、そろそろ解放されたいなという気持ちも無きにしもあらずかな。なんてね。バカな事言う

なって怒らないで、うんうんそうかいって聞き流してね。・・・天国には私のじーちゃんばーちゃんも居るし、虹の橋には姉が飼ってたハナがいる。寂しくないよ。しばらく成仏しないで、フワフワと空を飛んでみんなを見守っているのもいいね。その方が楽しそうだなうん。たまにポンタに乗り移って、家族に話し掛けたりさ(笑)／そう、こうして先の幸せを妄想しておけば怖くない。怖くないよ♪」(3/1)

そして3月3日には「ブログはここで一区切りさせてもらって、ご挨拶を。・・・みんなよりちょっと先にあばよしちゃいますけど、お笑い精神を基本的に天国でも楽しく暮らすので、笑って見送ってね！」と最期の挨拶をし、その後も短い近況報告を数回していたが、19日の更新を最期に21日に亡くなった。

花は生きたいという欲求と奇跡への希望を最期まで持ちつつ、最終的には死後の世界を「妄想」することで、見事な死の「受容」を書き残した。しかし「真夜中になると涙もろくなってイカンのです。きっと自分の気持ちに正直に向き合っているのかな。だけど明るく振る舞う事は、私が私の心の平穏を保つための手段だから、これでいいの。」(2011/12/2)と書いているように、意思と理性による相当なコントロールもあったと推測される。

また、娘の死を受け入れたくない母親との葛藤もあった。「ものすごいワガママなんだけど、正しいか間違っているかは別として、親には自分の気持ちを常に味方になって肯定して欲しい！死について語った時に「そんな事考えたらだめ！」って怒ったりテレビでお涙頂戴な癌のドラマを見ていたらチャンネルを変えたり。。それって『私の存在・人生』自体を否定されてるみたいで悲しくなるのです。・・・母親はまだ私が死を覚悟する事は許してくれないです。」(2011/10/31)

V. 死の「受容」とは何か

(1) 患者の死生観の変容

筆者は生前の花とインターネット上で個人的にやりとりをしていたが、当時は、若いのに早くから死を覚悟し「受容」している人だと思っていた。しかし、改めてもう一度通して彼女のブログを読んで整理すると、彼女は決して死を「受容」していたのではなく、治すために、そして万一のときに苦しい思いをしないために、ブログをつうじて死を「受容」しようと努力していたのだということに気づいた。

本当に「受容」しているかどうかは、本人が演技をして明るく振舞っている場合もあり、他人にはわからない。ロスも柏木も、末期患者の誰もが最期まで生き続ける希望をもつとっており(Kubler-Ross1969=2001:232-4)(柏木 1987→1997:26-7)、日本的な意味での積極的「受容」は、直前(症状が悪化し、全身状態が悪くなり、死が近いことを感じる)までできないのが本当のところなのかもしれない。

死を目前にした感情は、岸本が空腹感になぞらえ「生命飢餓感」と呼んだように、その状態にならなければ、わからない。「死ぬのが怖い」は「歯が痛い」と同様、経験している本人でなければわからず、他人と共有はできないのである。この共有できないものへの対処が、末期における患者・家族・医療スタッフの克服すべき大きな課題となる。

先に述べたように、日本の末期医療の多くは、患者が一定の積極性を示す肯定的な死の「受容」を指向している。患者の死生観は、こうした死の「受容」に不可欠である。柏木は、死後の世界を「信じることができる人は、死を受容しやすいと思う」(柏木 1987→1997:27)と述べているが、岸本の場合も花の場合も、死後の世界について考えることが死の恐怖を乗り越えることに役立っている。

岸本の場合、いわゆる死後の世界は信じない選択をしつつ、「宇宙の霊にかえる」という宇宙や自然の一部としての自分の最期を思い描いた。花の場合は、自分で「妄想」と意識しつつ、死後、先に亡くなっ

た親しい人々に会えたり、魂が残るといふ仏教的ないわゆる死後の世界を空想することで、恐怖を乗り越えようとした。いずれにせよ、自分の死後について、自分がじっくりくるなんらかの説明や想像をすることで、恐怖を克服している。

柏木は、死後の世界を重視し、死の「受容」は、「死ぬまで」だけでなく「死んだ後」も自分に可能性をみいだすことだという（柏木 1978→1996：65）。父と義兄の二人から死ぬ数日前「死んだらどこへ行くのだろうか」と問われ「魂はよみがえるよ」と答えたと書いている人がいる。「二人とも、不安にかられ、救いを求めていることは、明らかだった」（堀田→高柳 2002：212）。こうした恐怖に対して、高柳は、死後の世界や輪廻転生など、死後に行く場所を自分で決めることを提案している（同）。

死後の世界を信じない多くの日本人にも、岸本的な解決はありうるし、花のように自分の空想の世界といつつ「死後の世界」を思い描く解決もありうる。重要なことはおそらく、どういう死生観（物語）かよりも、どういう死生観なら納得して安らかな気持ちで、死後の自分を思い描けるかということではないだろうか。

（2） 周囲の死生観

死生観は、医療スタッフや家族においても重要な役割を果たす。それはⅡ(1)で述べたように、延命優先か緩和ケア優先かという治療の判断にも影響するほどである。柏木は、看取るものの死生観が、患者のケアの仕方に大きな影響を与えると述べている（柏木 1987→1997：147）。医師・看護師・家族などが死を否定的にとらえていると、死を話題にすることを恐れ、患者と死を語り合うことができない。

古いデータであるが、1975～6年に1週間以上淀川キリスト教病院に入院し死亡した12歳以上の遺族108人（回収率50%）の調査では、医師から回復の見込みなしとつけられた時期と家族がそう判断する時期のずれがかなりあり、家族の回復への強い希望と死の受容の困難が推察される（柏木 1978→1996：81）。また当時はほとんど告知されなかったにもかかわらず、42.6%の患者が自分の死について家族に話し、31.5%が死後について話している。こういう状況に対して、柏木は次のように述べている。「二、三の例外を除いて、家族の反応は患者の話しかけを積極的に受け止めることをせず、『そんな弱気なことはいうものではない』とか、『死ぬなんてことは考えずにがんばりなさい』とかの表現に代表されます。・・・患者が死についての話しかけを家族やスタッフにする時は、例外なく、死についての不安や恐怖を持っていると考えていいと思います。その不安や恐怖に十分つき合うことに対する不安が家族やスタッフに起こるために、それを受け止めずに逃げてしまうのではないのでしょうか。」（同：84）

末期患者を抱えた家族は、死を否定的にとらえ、死を話題にすることを恐れるという一般的な死生観に加えて、愛する人を失うことを受容しなければならないという困難を抱える。家族が、医師はもちろん、患者よりも死の受容が遅れることもあるなかで、患者と患者の死の可能性を前提にした会話をどのようにおこなうことができるだろうか。花の場合も母親と死をめぐる会話をする事の難しさが語られているが、生死を二項対立図式でとらえると、死が絶対的に負の価値をもつ忌避されるものとなり、会話が難しくなる。生と死が対立ではなく、ともにありうることとして捉える死生観や生死の語り方がもっと工夫され共有される必要があるのかもしれない。

家族や周囲の親しい人々は、患者の死を受容したとしても、どうコミュニケーションをとったらよいかわからないという場合も少なくない。柏木は、患者が家族に対して「頑張れ」といった安易な励ましの言葉ではなく、患者が「つらいなあ、しんどいなあ」という患者の苦痛への共感の言葉を求めていることを、医師が家族に伝えて、患者との関係が改善された例を報告している（柏木 2011：56-7）。家族や周囲によ

る死の「受容」や死生観、患者とのコミュニケーションのしかたは様々であり、病気になる以前の家族関係の影響などもあるが、こうした家族や周囲の死生観とその変容の研究も必要であり、それによってそのときどきに見合った具体的な知識の提供と援助がなされるべきである。

IV. 結

日本の社会全体の客観的な言説の部分では、死について多く語られるようになってきたものの、身近な死はまだタブーの対象となっている。本稿では、このような身近な死のタブー化が、死に臨んだ状況のなかでどのような問題を起すかを見、その背景となる死生観や、人生の最終段階とされる死の「受容」がどのように理解され研究されているかを検討し、末期を宣告されたがん患者が自らの死生観を語った事例を通して、死の「受容」と死生観研究の方向を探った。

従来の死生観研究は、死に臨んだ人々の意識を直接聞くことが難しく、また変化についてもあまり考慮されてこなかった。しかし、末期においては、死の恐怖と対応して大きな意識・死生観の変化が起こりうる。そしてその変化が、死の恐怖を乗り越えていくことに大きく寄与していることが示唆された。今後は一時点での研究ばかりでなく、変化を捉えることも必要である。また身近な死のタブー化の一因として、家族や周囲の死生観との関係もあり、患者の「受容」や死生観の変化と関連させた、家族など親しい人々の「受容」と死生観の変化の研究も必要であろう。最後に、死を否定したり、悲しみのイメージだけでとらえるのではない死生観が社会的課題であるということも指摘しておきたい。

謝辞

サイトの引用を認めてくださった花さんのご家族に感謝するとともに、最期までがん患者の生き様をレポートしてくださった花さんに感謝をし、ご冥福を心よりお祈り致します。

注

- (1) 2000年以降、病院での死が約8割を占めている。平成22年度の人口動態統計，厚生労働省2011/12/1。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf>
- (2) 全国の有権者3000人対象。層化無作為2段抽出法による郵送調査。回収率77%，朝日新聞2010/11/4。
- (3) こうした指摘は日本以外でもある。たとえば（Kubler-Ross1969=2001：286-8）。
- (4) 『『死』の受容』については、当事者による能動的意味合いよりも、自然の摂理に従うと云う日本人独自の死生観があるとする、より消極的な「受容」が多いと考える意見（笠原 2008）もあるが、いずれにせよ「受容」を肯定的にとらえていることは共通している。
- (5) がんが判明する以前、岸本は死生観を客観的に、肉体的生命の存続の希求、死後における生命の永続の信仰、自己に代替する限りなき生命への委託、生活のなかで永遠の感得の4つに分類している（岸本 1973）。

引用文献

- Ariés, P. 1977=1990 成瀬駒男訳『死を前にした人間』みすず書房
Gorer, G. 1965=1986 宇都宮輝夫訳『死と悲しみの社会学』ヨルダン社

- 海老根理絵 2008 「死生観に関する研究の概観と展望」『東京大学大学院教育学研究科紀要』第48巻
 花 2011-12 『明日できることは今日やらない』(2012年8月7日取得)
<http://blog.livedoor.jp/kyouyaranai-2525/archives/2011-09.html>
- 平井啓ほか 2000 「死生観に関する研究—死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証—」『死の臨床』23(1) :
 77-83
- 平井啓ほか 2001 「末期がん患者の死生観とメンタルヘルスに関する実証的研究」『健康文化研究助成論文集』7 :
 83-93
- 細見博志 2007 「死生観と看取り」『臨床看護』33(13) : 1941-7
- 笠原浩一郎 2008 「通所リハビリテーション(デイケア)利用中の在宅高齢者の死生観について」『群馬医学』
 87 : 31-9
- 柏木哲夫 1978→1996 『死にゆく人々のケア』医学書院
- 柏木哲夫 1980 『臨死患者ケアの理論と実際—死にゆく患者の介護』日本総合研究所
- 柏木哲夫 1987→1997 『生と死を支える』朝日新聞社
- 柏木哲夫 1996 『死にゆく患者の心に聴く』中山書店
- 柏木哲夫 2011 『「死にざま」こそ人生』朝日新聞出版
- 河正子 2010 『「死を受け容れた状態」は多様である』→清水ほか 2010所収
- 菊井和子, 竹田恵子 2000 『「死の受容」についての一考察—わが国における死の受容』『川崎医療福祉学会誌』
 10 : 63-70
- 岸本英夫 1973 『死を見つめる心』講談社
- Kübler-Ross, E. 1969=2001 鈴木晶訳 『死ぬ瞬間—死とその過程について』中公文庫
- 京田亜由美ほか 2009 「死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究の動向と課題」『群馬保健学紀要』30
 号
- 宮嶋俊一 2006 「岸本英夫の死生観：宗教学者が死を語ることの意味について」『死生学研究』8 : 175-190
- 永田勝太郎 2006 『<死にざま>の医学』日本放送協会
- 中川恵一 2012 「がんと死生観」『死生学研究』17号
- 中村みどり 2007 「岸本英夫の「死後世界観」：宇宙生命への溶入」『宗教研究』81(3) : 627-651
- 島藺進 2012 『日本人の死生観を読む』朝日出版
- 清水哲郎ほか 2010 『ケア従事者のための死生学』ヌーヴェルヒロカワ
- 高柳和江 2002 『死に方のコツ』小学館
- 柳原和子 2004 『がん患者学Ⅱ』中公文庫
- 山崎章郎 1990 『病院で死ぬということ』文春文庫