

「死生学」教育の試み
—終末期医療およびがん診療の事例に基づいて—

山田 有希子, 村上 恵理

宇都宮大学教育学部研究紀要 第70号 別刷

2020年3月

「死生学」教育の試み

—終末期医療およびがん診療の事例に基づいて—

Ein Versuch der Thanatologischen Erziehung
-Auf den Exempeln von Sterbebegleitung und Krebsbehandlung-

山田 有希子[†], 村上 恵理[‡]
YAMADA Yukiko and MURAKAMI Eri

概要 (Summary)

今日「死生学 (thanatology)」とは、人間の生老病死に関わる学際的な研究 (哲学、倫理学、宗教学、文学、医学、看護学、教育学等々からなる多分野協働研究) とされ、死生学「教育」は、死生学の知見を通じて、教育を受けるもの一人ひとりにとっての「生」(あるいは「よき生」) を考えるための教育と言えよう。ただし、「生と死」に「学」、そして「教育」が付け加わることには特有の危うさがつきまとう。本論は、そうした問題意識を基に、生命倫理学の問題を中心にした、また、死生観教育とは区別された死生学教育を旨とした試みに関する一考察である。

キーワード：哲学、医学、死生学、死生学教育、生老病死、終末期医療、緩和医療、がん診療、腫瘍学、ACP

0. はじめに — 学際的な学としての「死生学」、および「死生学教育」への展望

今日「死生学」とは、日本では字義通り「死と生」をめぐる学であり、また一般に、人文学 (哲学・倫理学、宗教学、文学) を基礎とした、自然科学 (医学、生命科学) および、法学、教育学、看護学等さまざまな学問分野からなる学際的な学¹とされている。日本の各大学・研究施設でそれぞれの研究の試みがみられる。

「死生学 (thanatology)」の語源は、ギリシャ語で「死」あるいはギリシャ神話の「死の神」を意味するタナトス ($\theta \acute{\alpha} \nu \alpha \tau \omicron \varsigma$) と学や理論を意味する「 $\lambda \acute{o} \gamma \omicron \varsigma$ (logos)」である。直訳ではそれゆえ、「死学」にもなるが、今日、日本ではそれは「死」のみならず、ひるがえって「生」を考える学としてあえて「死生学」と訳されることが多い。あるいは、「死」が death のみならず、die そして dying の意味を担うと考えると、「死」は life (生) と対立し切り離された概念ではなく、むしろ生 (人生) の一部として、それも人生の最も重要な過程の一つとして死をとらえることもできる。あるいは、現実として人間の死亡率が100%とされる以上、「生きる」とは同時に必然的にだれもが「死につつある」ということである。そうした意味での「死」を踏まえるなら、死生学は、「死すべき存在である人間のあり方をみすえ、そこから生きることの意味を再考し、死を意識せざるを得ない人間を主題とする学問」²とひとまずは

[†] 宇都宮大学 教育学部 (連絡先: yamaday@cc.utsunomiya-u.ac.jp 著者1)

[‡] 独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター 放射線科医長 (現在) 著者2

規定されよう。

死生学「教育」とは、こうして、一つには、死生学の学際的な知見を通じ、教育を受ける者が自分自身にとっての「生」を考えるための教育であると言えよう。しかし、ここでわれわれが考えるべきは、「生と死」という概念に「学」、さらに「教育」が付け加わることには、ある一定の危うさがつきまとうということである。すなわち、「学」や「教育」の名の下に、たとえば学生に対して、意図せずとも特定の生き方や人生、あるいは特定の「死」や「死に方」を「よいもの」として押し付けかねないのはいかという危惧である。

本研究では、生と死に関する一定の価値観を押し付けようような教育をひとまず死生観教育とし、それとは区別される死生学教育を展望していきたい。というのも、「死生学」という言葉を講義で口にする、しばしば学生が連想するのは、日本語ですでに流通している「死生観」という意味³において、さまざまな「死生観」を紹介される授業だからである。たとえば、古典的には武士道、あるいは戦時中に戦地に出征する日本兵の覚悟や精神論、最近では終末期における患者の死を直前にした心構えや態度、そして、広く日本人の異世界観や霊魂観等を史的に知識として与えられるという授業である。対して、本研究が中・長期的にめざすのは、大学生など若年層を対象として、そうした死生観の紹介にとどまる授業や教育ではなく、後に言及するように「哲学対話」を基本とする教育の構築である。

その第一弾として、以下の論考は準備段階にとどまるものではあるが、哲学と医学の観点から、終末期医療の患者の症例を通じて、いわば潜在的患者としての学生が、自らの、あるいは、家族の生き方や死について考える試みである。

以下、本稿の執筆の責任は山田にあるが、本稿の構成とその主な担当は以下の通りである。

1. 考察の背景(山田)
2. 死生学教育の試みと考察－2017年度
 - (1) 死の人称性(山田)
 - (2) 終末期医療における死の人称性(村上)
3. 死生学教育の試みと考察－2018年度
 - 医療における「対話」について
 - (1) 医療における対話について(村上)
 - (2) 哲学対話としての医療者と患者の対話(山田)

1. 考察の背景 — 終末期医療の現場と生命倫理学

(1) 生命倫理学と医療現場の「ギャップ問題」 — 終末期医療の現場をめぐって

山田と村上は、2015年より、栃木医療センター緩和ケアチームの「患者の自己決定支援」の取り組みに参加するなかで、生命倫理「学」と医療現場との「ギャップ」問題にたびたび直面してきた。1970年代に日本に輸入されたアメリカ由来の生命倫理「学」では、いまや常識となった規範や諸概念—たとえば、患者の「自己決定権」や「インフォームド・コンセント」等—も、肝心の医療現場ではさまざまな事情から実現されえない事例が少なくない。とりわけ終末期医療においてそうである。たとえば、医療者が、患者の意向よりも家族のそれに左右され、そのことによってとくに看護師が患者と家族の間に挟まれ、医療チームメンバー各々が自分の納得のいく医療が目指せないといったことがある。あるいは、そもそもインフォームド・コンセントや自己決定を放棄する患者がいたり、たとえ患者自身の意思が明確であり帰宅を切望していても諸事情によりその意思を叶えられないまま最期を迎えたり等、医療者の悩みは深く、また多岐にわたる。

生命倫理学やケア概念の理論的整理として、患者の自己決定権や患者の「全人的ケア」の議論が盛

んになっても、あるいは、盛んになればなるほど、医療現場では、当事者である患者はもとより医療者の多くにもそうした議論が十分に共有されていないどころか、現実と理想あるいは「学」（理論）のギャップがますます深まりつつあるという皮肉な現状がときおりみられる。生命倫理学の議論に造詣の深いある医療者の、「生命倫理学での議論は、現場とはまったく関係ないところで哲学者や倫理学者がくり広げているだけの知的遊戯である」という言葉が象徴的である。すなわち、今日の日本の生命倫理学自体の倫理性を問われる現状があるともいえ、他方でももちろん学問は学問としての自由を保障されるべきであり、いずれにしてもそのあり方を問う時機と言えるであろう。

さて2016年に栃木医療センターでは緩和ケアチームにおける自己決定支援WGが発足し、同病院医療者約200名を対象とした「患者の自己決定権をめぐる諸問題」に係る予備調査が実施された。自己決定権の原理は、一般に西洋近代の人間モデル、すなわち、自律的で合理的な意思決定主体の存在を前提とするが、緩和医療の現場ではその実現はむしろ例外的なものに留まることが示された。2019年度からは、自己決定権の限界問題と背景をより具体的に分析し、多角的観点からの解決策を模索することが目指されている。

(2) 「障・老・病・死」と「生」の切り離し

近代以降、アリエスの古典⁴を引き合いに出すまでもなく、死そして老、病が人間の日常性から排除され、隠蔽され避けるべきもの（「倒立した死」）になったということはしばしば指摘されることではある。もっとも、人生100年時代を迎える現代の日本においては、とくに高齢者（といってもまだまだ元気な中高年）を中心に、むしろ死を語る、あるいは自分の死を考えることは一定程度開かれたものになりつつある。とはいえ、それは、たとえばいわゆる「終活」といった、自分の死に際しての身辺整理（遺言、財産分与の手続き）など、自分の死そのものを考える、語ることが中心であるより、自分の死の後を事前に考え、元気なうちにその準備をすることが中心にあるといえる。他方、一般には老・病・死から縁遠い若年層にとっての死生学あるいは死生学教育という観点から学校現場に目を向けてみよう。2018年度からは小学校で、2019年度からは中学校で「道徳」が「特別の教科道徳」として教科化され、「学習指導要領」にも典型にみられるような「生命の尊さ」「生のすばらしさ」を考える授業はますます活性化されることが見込まれる（少なくとも要請される）。と同時に、それとは対照的に、生徒・児童が自らのあるいは家族の「老・病・死」について直接語ったり考えたりすることは、発達段階に応じて彼らへの心理的・精神的影響、あるいは場合によっては「自殺」の誘因になりかねない等の懸念から、学校教育現場では依然として回避される傾向にあると言える。また、たしかに健常者中心主義の社会構造の反省と変革が求められ、そこそこで「多元化社会」あるいは「ダイバーシティ」等といった理念が謳われつつも、依然として、公立の学校現場では、障がいのある子ども達にとっての特別支援教育とそうでない“通常の”学校教育は空間的にも切り離されていることが多い。

しかし、誰もが「死」のみならず、高齢化に伴い「障」「老」「病」を経験する時代において、健常者の「生」を前提とし、いわば偶発的な、もしくはたんに周縁的な問題としてのみ「老・病・死」を考えるだけでは自らの「生」を考えるのに十分とは言えない。むしろ「障」「老」「病」「死」の問題こそが、「生」の中心的、本質的問題として捉えられる必要があるのではないだろうか。

(3) 若年層を対象とした「死生学」教育の必要性をとらえる

教員養成学部（教育学部）における哲学・倫理学担当教員としての論者（山田）は、以上の二つの問

題意識(1)と(2)の基に、村上と共に終末期における患者や家族へのケアのありかた(全人的ケア)の充実をめざして、中・長期的な視点から、また、病院外の観点から、いわば潜在的患者としての若年層を対象にした、学校現場では担えない現代における「死生学教育」の必要性をとらえるにいたった。2018年度、19年度には小学校5年生から中学校3年生の児童を対象に、ただし親子参加を条件として、宇都宮大学にて夏休みセミナーを開催している。また2017年度および2018年度には、宇都宮大学「哲学概論」受講生の大学生を対象とし、各年度2回にわたり「現代社会における生と死の問題」をテーマとして取り上げた。その際、共著者である村上(放射線科医)と連携し、「死の人称性(17年度)」「医療における対話(18年度)」をサブテーマに据え、終末期やがん患者をめぐる医療の諸問題の実例をもとに、大学生を対象とした死生学教育のあり方の模索を開始した。

以上の若年層向け死生学教育においてそれぞれ試みたのは、「生(障)・老・病・死」という人間の四苦に関し、現代日本社会における現状、とりわけ医療現場をめぐる現状を、まずは客観的に、そして、できるだけ価値中立的に学生や児童・生徒が知ること、いわば現代社会における死のリテラシー教育である。科学技術一般に言えることであるが、科学技術が進展すればするほどその知識や情報格差はますます広がりを見せる。それに応じて、たとえば「がん」という病気についても、不十分な知識から非合理的にあるいは不必要に死や病をおそれたり、タブー視したりすることなく、医学的・科学的に生老病死の現状を理解する科学リテラシーが求められるであろう。その上で、次に死生学教育としては、「哲学対話」という方法論から、学生ができるかぎり価値・規範中立的に自らのあるいは家族の生と死について、ひいては、社会のあり方について考え、問題を整理する力の教育が目指される。

2. 死生学教育の試みと考察－2017年度 「死の人称性」

(1) 「死の人称性」－哲学的な概念整理から

①ジャンケレビッチの死の3分類⁵

われわれが「生」、およびその対概念である「死」とは何かという問いを立てるとき、その問いのあり方やアプローチの仕方はさまざまである。たとえば、もちろん医学的・生物学的な観点をはじめ、人口の増減・自殺者の増加等の地理学的・統計学的観点からそれに迫ることもできる。また、宗教学や民俗学的観点からは、古来より当然のことながら「生」と「死」には高い関心が向けられ、宗教・芸術・文学など人間文化一般は、ひとつには「死」への不安・恐れや興味・関心から開花した人間独自の営みであると言えるであろう。このように生と死に関するさまざまな問いとアプローチがあるが、哲学的観点からしばしば取り上げられるジャンケレビッチの「死の人称性」の議論を下敷きに、まずは「生と死」について下記のような概念整理を試みたい。

ジャンケレビッチは死を人称によって三つに分類した。

- 1人称の死 : 私の死
- 2人称の死 : あなたの死
- 3人称の死 : 彼、彼女の死

まず3人称の死から説明がなされるが、それは、医学・生物学・人口統計学等々、自然科学的観点における死であり、数値化され、匿名化され、いわば客観的に分析可能な死である。ジャンケレビッチにしたがえば、医療者にとって死は「平凡極まりない事実」であり、「死者はすぐに置き換えられるものである。3人称の死はたえまない自然現象として「ひとが死んで世界に穴が空いても、生命は

その穴を次々に塞いでいくものである。それとは対照的に、2人称の死、すなわち「私」にとって身近な人の死は、かえがえのない「あなた」の死であり「私を内側から揺り動かす死である。かけがえのない「あなた」の死は、客観的に数量化された3人称の領域に組み込まれることを徹底的に拒否する死であろう。そして、「死の哲学は身近にいるひとの死〔2人称の死〕を契機としてなされる」とジャンケレビッチは捉え、それが1人称の死、私の死を考えるきっかけとされている。

②絶対的無としての「私の死」に関する哲学的考察

さて1人称の死は、私の死でありながら、私が経験不可能な死、経験したその瞬間に経験そのものが主体とともに失われるといういわば「限界」経験といえよう。この意味での「私の死」は、3人称の死とは全く異質の死であることはもちろんのこと、2人称の死をきっかけにリアルにとらえられるものとされながらも、それとも一線を画すものである。というのも、ある一定の宗教的な「死後」や「死後生」なるものを想定しない限り、それは「語りえぬもの」「絶対的な無」としか語りえないものだからである。キルケゴールやハイデガーが問題にしたのも、本来的には、この「私」の死（＝絶対的な無）であろう。この絶対的な「私の死」と対比すると、「あなたの死」は、それが私にとってどれほどの虚無感をもたらし、絶望の経験であったとしても、むしろそれが深ければ深いほど、そうした無が成立する場としての私の生がそれだけ一層「ある」ものでなければならない。それは道徳的・規範的な意味を担って、あなたが死んでもいなくても私は生き続けなければならない、といったようなことではない（少なくとも直接的にはそうではない）。たとえば「すべてを失った」「私にはもう何もない」というとき、そこで浮き彫りになるのは、字義通りの「すべての喪失」「完全な無」であるよりも、そうした「ない」のありかとしての「私」が常にすでに「ある（いる）」という形而上学的・存在論的構造である。言い換えれば、あなたの「死」という圧倒的虚無が次第に新たな積極的意義や価値を生み出さうものも、そうした私の生（ある）においてなのである。

「生と死」は一般に対立関係にあると言えるが、1人称の死は、それゆえ、論理的あるいは概念的に整理する限り、3人称の「生と死」、さらに2人称の「生と死」における対立を超えた、つまり、そうした相対的対立そのものを根こそぎ無化するような否定、絶対的対立を成立させる無（絶対的な無）であるといえる。

ただしジャンケレビッチの議論を離れてより厳密に理をつくして考えるなら、「絶対的無」としての死というのは、死後生なるものの可能性を無根拠に否定する偏狭な視点ともいえるかもしれない。死の概念を、もっと多角的に考えてみるならば、死後生なるものは、たしかに現世とは隔絶するものではありながらも、その存在の可能性をたしかに肯定はできないまでも、だからといって完全に否定することも論理的にできないものであろう。それゆえに、信仰の対象としての死後生が想定されうるともいえるのである。

③医療者に求められる「2.5人称の死」－柳田邦男

さて次に、以上の死の人称性の議論を下敷きに、柳田邦男が提示した医療者に求められる「2.5人称の視点」⁶を検討したい。柳田は、3人称の視点を批判しつつ、たとえば「新薬の臨床データ集収にはばかり熱心になる医師や、治療法のない末期がん患者には関心をむけなくなる医師」などを挙げている。また医療現場以外でも、警察官、検察官、弁護士等における3人称の視点を「専門化社会のブラックホールにはいりこんだ専門家たちのものを見る目」とし「乾いた視点」と形容している。対して、そうした

専門家に求められるとされるのが「潤いのある2.5人称の視点」である。

すなわち、それは医療者が患者に対し「その家族の身になって心を寄り添わせる」ような視点であり、かといって「完全に2人称の立場になってしまったのでは、冷静で合理的な判断ができなくなるおそれ」があることから、2人称と同時に客観的で冷静な3人称の視点を併せもった視点と言える。

柳田の議論において「2.5人称の視点」は主に患者側から要請される視点であるが、これは同時に医療者側から考えても次の意味で必要な視点であると言える。すなわち、医療者に対し、患者一人ひとりに向けて、柳田のいうような「潤いのある」「家族の身」になった2人称の関わりを求めることは（理想ではあっても）現実問題、過酷な要求といえるのではないか。クライマンが指摘するように、医療者側の立場に立てば「医学の仮面、つまり専門家のペルソナ」⁷なるものがむしろ必要である。医療者の3人称的「乾いた視点」とは、日々患者の痛みや苦しみに直面する彼らにとっては、時としてそれがなければ「圧倒されてしまうかもしれないことから距離を保つ」ためにも必要なものと言える。すなわち、「感情労働」としての医療ケアに従事する者が場合によって2人称の関わりに偏りすぎることを回避するため、セルフ・ケアのためにも「2.5人称」の視点は重要であると言えよう。

以上のように、理論的に整理された「2.5人称の視点」あるいはそこからみられた2.5人称の生と死とは、医療現場において実際いかなるものであろうか。以下の村上によって紹介された患者と医療者の関わりにおいて私たちはその事例を見ることができるようと思われる（ただし、そこから、さらに学生一人一人が、翻って自らの死、1人称の死あるいは、その手前の2人称の死への考察にむかう点については、後述のように課題が残される）。

(2) 終末期医療における死の人称性－3人称から2.5人称へ

医療者は、日々患者の死と直面する。Professionalとして関わる死は、いわば「日常的なこと」であり、ジャンケレビッチの上述の分類にしたがえば「3人称の死」である。しかしながら、ひとりの患者の死が、医療者の心を大きく揺り動かすことがあるのもまた事実である。とりわけ、死へと向かう患者に対し、その限られた時間の中で、可能な限りその患者に向き合おうという覚悟が医療者になされたとき、その患者の死は単なる3人称ではなく、「かけがえのないもの」「心を強く揺り動かすもの」、つまり、2人称の死に近いものとなる。論者（村上）は、放射線治療を専門としており、がん患者に対しては主治医としての関わりではなく、治療法の一つとして放射線治療を受けにくる患者、また外来で接する患者との関わりが多い。論者が、これまで関わった患者の中でも、とくに心を揺り動かされた方々との関わりを紹介したい（なお、個人が特定されないよう、実際の状況とは一部異なるように記述している）⁸。

① Aさん（70代男性）との関わり

Aさんは、もともと持病があり通院中であったが、定期検査のため撮影したCTで、偶然異常を指摘された。悪性度の高いがんの診断で抗がん剤治療を行っていたが、骨への転移による痛みを治療する目的で放射線外来にこられた。当初Aさんは、主に、治療により仕事に支障をきたす心配を訴えていた。しかし、症状の進行に伴い、歩く・座る・寝るといった日常生活にも困難を感じるようになり、Aさんは、これから自分がどうなるのかという不安の方を頻繁に訴えるようになった。

主治医の治療（抗がん剤投与など）に加え、論者の放射線外来では、症状コントロール（放射線治療や鎮痛薬の処方検討）の他、CTなどの画像情報や血液データを閲覧しながら、推察される痛みの原因を説明、症状の可視化につとめた。というのも、痛みの原因について、Aさんはすでに主治医から

も説明をうけてはいたが、口頭だけでの説明だと不満足な様子を見せることが多かった。そのため、CT画像での異常な所見を指し示しながら痛みの原因について説明を試みた。すると、Aさんは大変満足した様子を見せた。こうした説明の営みは、病気の治療や痛みの除去に直接つながるものではないが、患者の理解や不安の解消にはおおいに効果があったようだ。患者にとって原因不明の痛みは、原因が分かっている痛みと比べ、はるかに苦痛なのである。放射線科は目に見える「画像情報」を用いて診療を行うが、こうした場合に非常に有効であることを再確認した。

また看護師は、外来のたびにAさんの思いを傾聴、日常生活へのアドバイスなどを行った。その関わりの中で、Aさんは次第に自分の今後について不安をますます口にするようになった。当初は、抗がん剤が劇的に効いて治る可能性もあると思っていたようであるが、ある時から「治らないのではないかと」感じていたようだ。というのも、主治医は、完全に治すことは難しいことを予見しながらも、はっきりとした予後宣告をしなかったからである。患者の自己決定権や自由意思の尊重ということが、生命倫理学の分野では原理・原則になって久しいとされるが、肝心の医療現場、とくに終末期医療では、患者の自己決定の大前提にある「十分な説明」が、さまざまな事情から実現されえない状況がある。ただし、それは、担当医師が必ずしも説明を怠っているというケースだけではなく、はっきりとした予後の確定は医学的にも難しい場合があるということ、また、担当医師も患者の精神的影響を考慮して、直接的な説明を避けやすいという事情があると思われる。

しかし、Aさんはそうした状況の中、「本当のことが知りたいんです」と、主治医ではない私に涙ながらに訴えるようになった。とくに看護師の前では何気ない会話の中から、ぼろっと本音をもらすこともしばしばあったようだ。やがて、歩行困難となり、入院をされ、終日ベッドで臥床していることが多くなり、その時期には、身の置きどころのない不安を訴えた。担当医や看護師を呼び、ただしばらくそばに寄り添うとやっと安心したように「ありがとうございます。こうして来てもらえただけで安心しました」と話されることもあった。Aさんは私のことも病室に呼び「先生の顔を見るまでは落ち着かないんですよ」と言われることもあった。最後には、意識障害をきたし、そのまま病院でのお看取りとなった。

②Aさんとの関わりから考える「2.5人称の視点」

医療者と患者が身体上の訴えについてやりとりを行うのは当然のことであるが、Aさんの場合には、患者のその他の訴えが強く、また積極的であったことから特に頻回であった。Aさんの身体上の訴えや思いを聴き、質問に答えることを繰り返すことで、次第に、お互いの信頼感が形成されたように思われる。

ふりかえると、Aさんからは「他の先生には聞きにくいんですが、村上先生なら聞けるんですよ」と言っていたこともあり、私の方もAさんの思いに答えるべく、可能な限り、常に誠実に答えよう心がけていた。Aさんは自分の不安や症状について、かなり詳細に言語化し、医療者に伝えてくれたため外来時間は余裕をもって確保し、ゆっくり話を聴けるように配慮した。また、現在の症状だけでなく、将来予想される症状についてもその都度説明するようにした。入院後は、毎日接する放射線治療技師や看護師も、日々変化する病変の観察や精神面でのフォローを行い、その都度担当医へ報告を行った。Aさんが放射線科外来に紹介されてから亡くなるまでの間、われわれスタッフはみなどこかでAさんのことを気かけ、Aさんの残された時間の中で必要な対応がいつでもできるよう考慮していたように思われる。それは、Aさんの訴えや信頼に応えられるのは、同じ医療者でも私たちこそがそれを引き受けるのだと自覚したときから始まった気がする。そうしたやり取りを重ねるこ

とで、互いの信頼関係が形成されたように思われる。

このようにして、Aさんとの関わりにおいては、医療者、患者ともに、たんなる医療技術やサービスの提供者とその享受者という関係をこえて、より人格対人格の関係に近い関係を築くことができ、次の治療法の検討にむけて、お互いの理解の深まりがなされていったと振り返る。こうした医療を今後も実践するためには、まず、患者が症状を訴えやすい環境であることや、病院内の様々なスタッフが連携を密にとっていること、スタッフそれぞれが患者の状況をよく把握したうえで支持的・協力的であることが必要不可欠である。

3. 死生学教育の試みと考察－2018年度 医療における「対話」について

(1) 医療における「対話」について－乳がん患者と社会の関わりから考える

① 国民病としての「がん」と乳がん

「がん」は現代日本人の1/2が罹患する国民病と言われる。高齢化が進んだ現代社会とは切っても切れない病である一方、医療の発展により、必ずしもいわゆる不治の病でないことは確かである。以下、乳がんをとりあげ、他のがんにはないその特徴と実際の患者さんの症例から医療のあり方を考えたい。

乳がんは、2014年の統計では年間約7.6万人がかかり、女性では1番罹患患者数の多いがんである⁹。一方で、早期発見により根治が期待されるがんの一つであり、5年生存率は90%を超える¹⁰。治療は手術、薬物療法（ホルモン薬、抗がん剤、分子標的薬）、放射線治療を組み合わせる「集学的治療」が行われる。遺伝子分析などによる治療のオーダーメイド化、個別化も進んでいるがんの一つである。

乳がんの大きな特徴の一つに、他のがんと比べて罹患年齢のピークが若い、ということがあげられる。他のがんが60代以上に罹患率が上昇するのに比べ、乳がんは30代から増加し、40代後半から50代でピークに達する¹¹。つまり、仕事や育児の真ただ中で罹患する方が多いのが特徴だ。治療を組み合わせる行うことが多いため、治療期間が長いこと、他のがんに比べより長期の観察が必要であることから、仕事や家庭への影響が少なくない。

そのうえ、乳がんは切除手術の場合「乳房切除」というボディイメージの変化を余儀なくされること、その他の治療による副作用でも、脱毛やリンパ浮腫など見た目の変化を伴うものが大きいことなど、女性患者にとっての精神的ダメージも大きい。こうした患者さんの悩みを支えるため、厚生労働省による「治療と職業生活の両立支援プログラム」や、ピンクリボン活動、サバイバーシッププログラム、アピアランスケアなどの教育普及・就労・経済支援活動が広がりを見せているが、まだ十分とは言い難い。

以上のように、とりわけ乳がん患者にとっては、「がんを治すこと」と同様、治療後も以前と同じ家庭生活や社会生活を維持することが、必要欠くべからざる条件である。しかし、医療者と患者の間でギャップが生まれがちなのはまさにこの点である。というのも、医療者は、病気を治療するプロフェッショナルであるがゆえ、どうしても病気を治すことに最大の関心がある。しかし、患者にとっての関心事は、たんなる病巣の問題としての病気だけでなく、病気にかかることで影響の出る全てを含む。病気とは、経済的問題、仕事、家庭、出産や育児、恋愛や人間関係、趣味などあらゆるところに影響を及ぼすものであるからだ。医療者がこうした視点をもつことで2.5人称の視点が成立し、全人的ケアの実現に近づくとと思われる。実際の乳がんの患者たちとの関わりを振り返りたい。

② Bさんとの関わり (50代女性)

Bさんはがんが進行し、骨や肝臓などさまざまな個所にがんが転移していた。主治医との相談の結

果、彼女は抗がん剤治療をやめる選択をした。その背景には、家族への経済的負担を最小限にしたいという思いが大きくあったようだ。Bさんは非常に責任感が強く「家族に負担はかけられない」ということを繰り返し口にしていた。また、彼女は残された時間を病院内で治療に費やすのではなく、やっておきたいことをやるために使うことにしたようだった。

彼女はまた非常に我慢強い人でもあった。痛みを和らげるための放射線治療や鎮痛薬の処方を行っていたが、彼女は痛みがあるのにもかかわらず「痛みはありません」と言うこともしばしばあったのだ。そのため医療者側から「痛みどめは、我慢する必要はないですよ」「痛みは軽いうちに対応しましょう」などと、痛みを我慢させないような働きかけを積極的に行っていた。

しばらくは日常生活もおおむね問題なく過ごせていたのだが、ある時いき腕をぶつけて骨折してしまった。健全な腕なら打撲程度の衝撃でも、転移がある骨の場合は、脆弱でたやすく骨折をしてしまうことがある。しかし、Bさんはすべてご自分の責任と考える方であり、この骨折についても「いや、私の不注意です」と繰り返し話した。骨折した腕には補強具があてられることとなった。その際の担当の医師からは「おそらく骨折した部分が完全に回復することは無理である。補強具はこの先つけたまま生活することになる」という説明があった。私はその場に同席しており、うなずきながら聞くBさんを見守っていたが、担当医師が立ち去った後、Bさんはぼつりと「私、楽器を弾くのが好きだったんです。これじゃもう弾けないですよ。生きてる甲斐がなくなっちゃった」と話しながら涙した。彼女の話聞き、私はリハビリテーションのスタッフの協力をえて、補強具を軽量化・簡易化できるよう調整するようにした。そして、Bさんには、無理な負荷をかけなければ再び骨折するリスクは最小限であることを話し、動きは制限されてしまうが、これまで楽しんでこられた趣味を可能な限り継続してもらえるよう支援した。

上記の骨折担当の医師の説明は、たしかに骨折への一般的な医学的対応としては誤りではない。特にこの症例では全身への骨転移があり、高リスクであることから、可能な限りの安静を心がけることも配慮の一つと言えるだろう。しかし、患者さんの生きる喜びはそれとは全く別のところにありうることを医療者は常に想像できなければならないと考えさせられる事例である。

彼女は遠隔地に住む年老いた両親に会いたいという強い希望があった。移動に1日近くかかる場所であり、すでに独歩での移動が困難になっていた彼女には身体的負担が大きいことは明らかであった。しかし、この最大のミッションに家族と病院内のさまざまなスタッフが支援に動いた。病院内スタッフは外出を成功させるため、本人や家族も交えて話し合いを行った。リハビリスタッフによる歩行訓練や看護師によるスキンケア指導や疼痛時対応などを重ね、Bさん自身の外出への自信を後押しした。ソーシャルワーカーは、移動が少しでも楽に行えるよう情報を収集（例えば、駅で車いす介助を頼む方法）し、惜しみなく提供した。その結果、Bさんの望みはかなえられ、1か月近くの間、両親との時間を過ごした後、病院に戻り、その1週間後に永眠された。

③CさんとDさんの「語り」から

先述のように、とりわけ乳がん患者の場合、仕事とがん治療の両立は患者さんにとって大きな課題である。仕事を持ちながら、がん治療を続けている二人の患者が以下のように語ってくれた。

Cさん「最初は自分のことだけで手いっぱいでしたね。その後ですべてに対する感謝が来ます。生きてるだけで丸儲け、っていうでしょ（笑）？まさにそれ。それで仕事に復帰したんだけど、職

場の人には黙ってても理解してもらえないですよ。ちゃんと説明しないといけない。自分の仕事もできる範囲で最大限に果たせるよう、そこは頑張りました。』

Dさん「病気のことを話すのは抵抗がある人もいるかもしれないけれど、正直に話した方が結果的に周囲のサポートを得られやすいと思います。職場の環境も10年前とは確実に変化していて、理解も広がっていると思います。何より子どもが好きで、この仕事をずっと続けていきたい気持ちを大切にしたいですね。

子どもはこちらが思う以上にわかってくれますね。一度子供たちと一緒に縄跳びしていたら、かつらがスポンとはずれちゃったんです。我ながらびっくりしましたよ（笑）。でも子供たちは思った以上に自然に対応してくれましたね。』

Cさん、Dさんとも、ユーモアあふれる語り口で、がん治療を続けながら仕事をつづける際に、職場に積極的に説明をし、周囲の理解を得ることの重要性について話してくれた。周囲の共感を引き出し、対話の場を作り上げることを、無意識でありながら上手になさっておられるのだろう。

宇都宮大学の講義では、私（村上）の自己紹介の後、以上の患者さんたちとの関わりを提示し、さらに学生にお互いに自己紹介してもらった。自分について、相手に知ってもらいたいことは一つではない。それは当然のことながらがん患者も全く同じである。病気は大きな出来事ではあるが、その人の人生の全てではない。現代においては、医学的に多様な選択肢がある。患者さん自身の多様な側面や価値観を医療者にみせてくれることで、結果的に、患者にとっても医療者にとってもよりよい医療につながっていくのだと思われる。とりわけ乳がんの場合には、病変の治療としてのキュアのみならず、患者さんの社会参加やご家族等の関係も含め日常生活全体へのケアの視点から、患者さんと治療法を検討していく必要がある。

(2) 哲学対話としての医療者と患者の対話

① 医師主導型から患者主導型へ、そして、Advance Care Planning (ACP) へ

上記のとくにBさんと村上との関わりにみられるように、医療現場に求められることの一つは、今日、医療者と患者の「哲学対話」と考えられる。「哲学対話」についての考察は稿を改めるが、本稿に関わる点を下に素描する。

医療現場においては、従来の医師主導型のパターンリスティックな医療への反省を経て、患者主導型の医療が提唱されて久しい。すなわち、患者の自己決定権の原理を前提に、医療者側が十分な説明を行い、患者自身がそれを理解し、最終的な治療方法を、患者の自由意思をもとに決定するという医療である。かつてのように医師側が医療者としてのある種の職業倫理（医の倫理）から、患者の身体のカユア（治療）をめざし最善と思われる決定をおこなった場合でも、それが患者にとっての最善とは限らないのである。患者のQOL（人生の質）を上げるための医療、患者のよき生にとっての医療のためには、患者主導型の医療が当然であり理想的にも思われる。インフォームド・コンセント（説明と同意）という言葉も一般に理解されるようになり、患者の意思を尊重すべく、医療現場では「お医者さま」という呼称に対抗するように「患者さま」という呼称が使われるようになっているのが象徴的である。すなわち、患者は、お医者さま（父親）の決定に従順にしたがう無知な存在（子ども）[パターンリズム（父権主義）]ではなく、積極的に自己決定する主体である。もっといえば、<医療者は医療サー

ビスのメニューを提供し、他方、患者はその中から好みの治療法を自由に選択（インフォームド・チョイス）するサービス受給者、消費者としての「患者さま」であるとの関係が成立しているともいえる。

しかし、今日とりわけ終末期（人生の最終段階における）医療においては、そうした単純な患者主導型の医療ではなく、厚労省がおしすすめるACPに代表されるように、医療者（あるいは医療チーム）と患者そして家族が、人生の最終段階における生き方について、事前に（病気になる前に、あるいは、終末期を迎える前に）相談や検討を重ねるプロセスを重視する取組みが提唱されている。ただし、ACPも現場の声を聴く限りその実現にはさまざまな課題が山積している。何より、患者自身も医療者も死を語ったり、考えたり受け入れることに消極的である。厚労省の調査¹²によれば「人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者との話し合い」について、「話し合ったことはない」と回答した「一般国民」（n=973）は55.1%であり、「医師」（n=1088）は35.4%であった。医療の専門家であっても、患者一人一人に対してその人生観や価値観に関わることにまでふみこんだり、その意向を文書で確認するという「手続き」を進めたりすることは、多忙を極める医療現場で簡単に実現できることではないようである。そこで、ACPのあり方の一つとして今後さらに考えていきたいのが「哲学対話」という方法論である。

②哲学対話—会話と討論との違いから

さて「対話」（dialogue）といえは、古代ギリシャ以来の哲学の方法論として、辞書的には「文字通り異なる（ディア）論理（ロゴス）が開かれた場でぶつかり合い、対決を通じてより高められた認識に到達しようとする運動」¹³とされるが、その意味は今日あまり明確ではないように思われる。現代社会における対話（dialogue）の重要性を説く平田は、対話の意味を会話（conversation）、および、討論（debate）から凡そ以下のように区別している¹⁴。

まず「会話」とは、テーマが特に設定されず、参加する者同士の間で続けられるおしゃべり・情報交換であり、他方「対話」は、一つのテーマに対して、異なる意見や価値観をぶつけあう行為である。「対話」はそうすると、一見「討論」との区別が難しくなるかもしれない。しかし、「討論」とは、ある主張や意見を他者（や聴衆）に説得力をもって主張する行為であり、そこで重要になるのは、主張者自身のいわばホンネの主張ではなく、なんにせよある与えられた主張に関する説得力の優劣である。そこには、さまざまなテクニック（プレゼン力、レトリック力）が必要であり有効であろう。対して、「対話」は、対話者同士が、自分自身の価値観をぶつけ合うことで、最終的には、それぞれが納得し、ともに第三の結論に至るプロセスとしてひとまず形式的に区別される。「対話」においては最終的には、かりに最初に主張した意見のままであったとしても、そこに対話者とのやりとりや関わりというプロセスがあることが重要であり、また、討論とは異なり、当事者それぞれのホンネが交わされるという点が要となろう。

③医療現場における「哲学対話」の可能性—「会話」から生まれる哲学対話

医療現場において、上記のような「対話」をもって、すなわち、医療者と患者どちらか一方主導の偏った関係ではなく、共同行為としての医療として、双方が対等な立場で、ホンネとホンネで向き合い、患者だけでなく、医療者も納得のいく医療（および患者のよき生）を模索するという過程はひとつの理想と思われる。ACPは、そうした医療をめざしたものともいえる。

ただし、実際の医療現場においては、そうした理想的な哲学対話の実践はすぐにはやはり難しい事情がある。それゆえ、本研究では中・長期的視点から、潜在的（将来的）患者としての若年層を対象に、

老病死に関するひいては「生」に関する哲学対話を基にした死生学教育のあり方を考えていきたいのであるが、同時に、いま現在の問題として、医療現場における「哲学対話」の可能性を取り上げるなら、村上が紹介した患者との関わりから注目したいのは、むしろ「何気ない会話ややりとりから生まれる対話」であると考えられる。たとえば面と向かってICやACP手続をとりながらの「面談」等では、患者はホンネを話しにくいし、話せないことが多いであろう。それよりも、何気ない会話から信頼関係を築き上げ、そこからお互いがホンネを吐露し合うようなやり取りにおいてこそ患者の意向が引き出せるのかもしれない。あるいは患者の意向を引き出すとがホンネで語り合うということ、あたかも患者一人一人に確とした意向や本当の気もちなるものがあるかのように前提されているが—もちろん、そういう患者もいるであろうが—おそらくは、患者自身も信頼のおける医療者そして家族とのやりとりや関わりの中で、次第に自らの気もちや思いを形づくっていくものであると考えられる。それは、ケアする者とケアされる者の関係に見られる相互変容であり、そうしたケアに関する考察は、人間関係一般にあてはまる問題として改めて考えるべきテーマである。ただここで言えることは、患者がどのような医療をうけるか、あるいはどのような最後を迎えたいかは、そこで関わる医療者がだれであるかに応じて、また両者の関わりに応じて、当然のことながら影響を受けうるいわば一回きりのものであり、匿名の3人称的医療ではなく、自ずと固有の2人称的視点が加わった「2.5人称」的医療となるのである。

4. 学生の反応と今後の課題

今回わずか2回の試みを通じてではあるが、授業を受けた学生のアンケートや直接の反応から推測されるのは、医療現場における具体的なリアルな症例にふれることは、学生にとってより身近な問題として生と死を、それも2人称の生と死を、また少なからず1人称の生と死を考える「きっかけ」になったということである。

2017年度、村上からは、医学的には3人称的には「もう手の施しようがない」とされる患者に対して、患者の生のために、できることを最後まで患者とともに模索する医療ケアのとりくみが紹介された。それは病気に打ち克つためのいわゆる積極的治療（キュア）ではないが、患者の身体状況だけでなく、患者の人格に医療者も人格としても対等に向き合う医療、すなわち柳田の言う「潤いのある2.5人称」の医療の実践例と言えるであろう。ある学生の「病気は自分一人だけで治すものではないのだと思いました」との言葉にそれが表れている。

また、2018年度に紹介された乳がんの患者は、がんという病を社会における非日常的なもの、回避すべきものととらえず、むしろ、がんと共に前向きに生きる人であると言える。ただし、そのように前向きに生きる方向に進むことができたのは、たとえば、患者さん自身の資質やその確とした自己決定権に基づき、それを医療者がサポートしていくという単純な患者主導型の医療がほどこされたからというわけではなかったと思われる。むしろ、医療者（そして、医療ケアチーム全体）と患者さんとの連携により、徐々に次のケアのあり方や方向性が育まれていったと考えられる。すなわち、ケアする者とケアされる者との相互関係にもとづいて、はじめて生まれたそのつど一回きりの共同行為としての医療の実践であろう。

以上、いずれの患者さんとの関わりにおいても基軸となった、両者の何気ない会話から生まれる「対話」の意義は、学生にとっても、すなわち、医療現場に限られず、日常の人間関係におけるそれとしても考えさせられるものがあつたと言える。

最後に、2017年度の哲学概論を受講した学生（眞壁俊太郎さん）のコメントを当人の了解をえて記す（〔 〕内の表現は山田の補いによる）。

- 1) 医療現場における、医療者と患者のやりとりの具体例が紹介されていて、私にとっては、3人称的であるはずのそれらの事例が、いつの間にか2人称的に感じられました。医療者も、患者との相互関係を構築する間にまさにこのように人称性が変化をしていくのかもしれないなど、医療者の視点を追体験できたような気がします。医療現場においては、患者と対話し、キュアのみでなくケアを施すことが3人称の死を2人称の死へと変容させることがよく理解できました。
- 2) 講義の中では、〔上記のように〕3人称の死が対話によって2人称の死へと変容していくことが示されていました。(略)一方、2人称的観点から死を捉えることが1人称の死を考えるきっかけになるとも言われていました。

確かに、直観的には、2人称の死に直面すれば1人称の死を考えるようになると思われる。しかし、講義中で説明されたような「生対死」の相対的対立から、相対的対立を根こそぎ無にする絶対的な無へと思考を飛躍させる、つまり2人称の死をきっかけに1人称の死を考えるにはもう少し手掛かりが必要な気がします。この点について少し考えてみたいと思います。

そもそも、1人称の死を考え、語ることには論理的な困難がつきまとうように思います。まず、3人称的死であっても2人称的死であっても、それらを考え語る主体である私の存在は自明のものであるという前提に立つことができます。そのため、それらを考え、語ることはそう難しいことではなく、ある意味では日常的な営み(日常的に他者の死を経験しているという意味ではありません)であるとも言えます。一方、絶対的無を考えるには日常的な思考から少し離れる必要があると思います。というのも、絶対的無を考えると、その主体である私の存在がどこに位置づけられるのか不明瞭だからです。絶対的無を考えようとしても、私の思考、私の意識、つまり私という主体そのものが存在する限り、それは、私が想像し得る相対的な無であってしまうように思われます。つまり、相対的な無として絶対的な無を語るといったような構造が立ち現れてしまうのではないのでしょうか。このように、絶対的な無の取り扱いは一筋縄ではいかない、難しいものであると考えられます。

本来の意味での絶対的無が、思考可能で言語化可能なものなのかどうかはここでは一旦脇に置いておくことにします。これを論じるにはまた別の機会が必要でしょう。しかし、少なくとも、〔いわゆる〕哲学的な思考をあまり経験したことがない人は、上記のように相対的な死・無としてしか私の死を想像するしかないという状態から抜け出せず、それどころか自分がそういう状態にあることさえ気づけないかもしれないことが言えると思われます。このような構図においては、結果的に、被教育者(および教育者)にとって比較的理解のしやすい「生命の尊さ」「生の素晴らしさ」に収斂する教育になるのではないのでしょうか。死生“学”教育という観点を達成するには、この困難さを克服する必要があるように思われました。(もちろん、講義を受けることで、なかにはこのような思考にたどり着く者も一定数いると思いますし、そこを死生学教育の一つの目標に設定することも可能であると思います。)

本研究の今後の課題は、冒頭に掲げたような死生観教育と区別されるための死生学教育の意味をさらに追究すること、そのための「哲学対話」の意味およびその実践のあり方を追究することである。

死生学教育にむけた、以上の試みは、まだその準備段階の記録に留まるささやかなものではある。しかし今後も、医学と哲学の連携を軸とした、死生学および死生学教育の可能性を追求していきたい。

※本研究は、2017・18年度「宇都宮大学異分野融合研究」助成を受けたものである。

- 1 柴田博「学際的な学問としての死生学」『医療と社会』第25巻1号, 2015年, 公益財団法人 医療科学研究所, pp.9-20。および「死生学・応用倫理センター」(東京大学大学院人文社会系研究科)「部局横断型 死生学・応用倫理教育プログラム」より <http://www.lu-tokyo.ac.jp/dalspe/ja/education.html> (2019年9月30日アクセス)
- 2 「死生学・応用倫理センター」(東京大学大学院人文社会系研究科)「部局横断型 死生学・応用倫理教育プログラム」より <http://www.lu-tokyo.ac.jp/dalspe/ja/education.html> (2019年9月30日アクセス)
- 3 日本語における「死生観」の意味については、一ノ瀬正樹「『死生学』プロジェクトの10年」『死生学研究』第17巻、東京大学大学院人文社会系研究科グローバルCOEプログラム「死生学の展開と組織化」, 2012年, p. 8以下参照。
- 4 フィリップ・アリエス『死を前にした人間』みすず書房, 1990年
- 5 Vladimir Jankelevitch, *Penser la mort ?*, 1994, Liana Levi. 原章二訳, 『死とはなにか』青弓社, 1995年, pp.13-14参照。なお本節(1)①②は、拙論「ヘーゲル哲学における生と死の概念について—『論理学』における「生命の矛盾」を基盤として—」(宇都宮大学教育学部紀要. 第1部 63号, pp.103-116, 2013年)の「はじめに」における考察を再検討し、改訂・改変したものである。
- 6 柳田邦男『言葉の力、生きる力』第6章 25人称の視点 新潮社, 2005年より。
- 7 アーサー・クラインマン『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』(江口重幸・上野豪志・五木田 紳 共訳) 誠心書房 1996年, p.286参照。
- 8 本研究については、栃木医療センターの倫理委員会および宇都宮大学の研究倫理審査の承認を受けている。
- 9 国立がん研究センター がん情報サービス ホームページ <https://ganjoho.jp/public/index.html>最新がん統計https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html 3.がん罹患(1)どの部位のがん罹患が多いか(2019年9月30日検索)
- 10 国立がん研究センター がん情報サービス ホームページ <https://ganjoho.jp/public/index.html>最新がん統計https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html 4.生存率(1)がんと診断されてからの生存率(2019年9月30日検索)
- 11 国立がん研究センター がん情報サービス ホームページ <https://ganjoho.jp/public/index.html> 最新がん統計https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html グラフデータベース http://gdb.ganjoho.jp/graph_db/index (2019年9月30日検索)
- 12 厚生省「平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」p32「図1-1-2」より。https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo_a.html 厚生労働統計一覧>人生の最終段階における医療に関する意識調査>2020年1月30日アクセス
- 13 『岩波 哲学・思想辞典』「対話」, 岩波書店, 2015年, p.1025.
- 14 平田オリザ『わかりあえないことから—コミュニケーション能力とは何か』講談社, 2012年, pp.96-105参照。なお平田における「対論」を本稿では「討論」としている。

**Ein Versuch der Thanatologischen Erziehung
-Auf den Exempeln von Sterbebegleitung und
Krebsbehandlung-**

YAMADA Yukiko and MURAKAMI Eri