

死生学の可能性—第I部 「人生会議」としてのACP 総論

山田有希子・堀 強・村松 英男・中谷 竹代・趙 曉辰・児玉 博利

宇都宮大学共同教育学部教育実践紀要 第9号 別刷

2022年8月31日

死生学の可能性—第I部 「人生会議」としてのACP 総論[†]

山田有希子*・堀 強**・村松 英男**
中谷 竹代***・趙 曉辰**・児玉 博利**

宇都宮大学共同教育学部*

宇都宮大学大学院地域創生科学研究科先端融合科学専攻**

宇都宮大学UUカレッジ生***

キーワード：死生学、人生会議、ACP

0. はじめに

本稿は、2021年度 宇都宮大学大学院地域創生研究科 博士後期課程の死生学特論の参加者6名による共著論文であり、この死生学特論での対話が元になっている。参加メンバーは、年齢は20代から70代にまで至り、留学生をはじめさまざまなバックグラウンドをもつ社会人学生である。全員互いにはば初対面の中、コロナ下のためオンラインで実施された。当初2021年度前期で終了する授業であったが、「授業」の枠をこえ、「死生学」——響きは重厚であるが、いまだ曖昧な印象しかない「学」——をめぐり、参加メンバーの対話が自然に継続される形が選ばれ、約一年が続いた。

本稿は、メインテーマとして「死生学」という学問の可能性について、また、サブテーマとしてアドバンスケア・プランニング (Advance care planning 以下ACP) ——昨今、医療現場とくに終末期医療におけるホット・トピックの一つ (詳細

は第II部 第3章を参照) ——に焦点をあて、この死生学特論での一年にわたる「対話」と参加メンバーそれぞれの「懐疑」 (= 自問自答という意味で、自己対話) の成果である。

0. 1 「死生学」とは

日本の大学制度の中で「死生学」が掲げられたカリキュラムや授業は新しい、つまり、まだ歴史が浅い。本特論の参加メンバーも博士課程在籍者が大半を占めるが、担当教員も含め、この学の“専門家”は一人もいない。そこで、まず本稿で「死生学 (thanatologyあるいはDeath & Life Study)」とはどのような意味で用いられているか、この「死生学特論」での考察も踏まえ、以下二つの特徴を整理しておきたい。

0. 1. 1 死生学の特徴1—「死」から「生」を考える学

一般に、「死生学」の代表的な定義として以下の二つが挙げられる。

定義1) 死生学とは「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を意味を再考し、死を意識せざるを得ない人間を主題とする学問」¹

定義2) 「死生学とは、死にまつわる現象に照準し、

[†] Yukiko YAMADA*, Tsuyoshi HORI**, Hideo MURAMATSU**, Takeyo NAKAYA***, ZHAO Xiaochen**, Hirotoishi KODAMA**: Potentials through Death & Life Studies / Thanatology I ACP as a Jinsei-Kaigi : some general remarks
Keywords: Death & Life Study, thanatology, Jinsei-Kaigi, ACP

* Cooperative Faculty of Education, Utsunomiya University

** Graduate School of Regional Development and Creativity, Utsunomiya University

*** Utsunomiya University UU college
(連絡先: yamaday@cc.utsunomiya-u.ac.jp)

¹ 「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.l.u-tokyo.ac.jp/dalspe/ja/education.html> (2022年3月27日参照)。

その考察や解明を通して生を捉え直す学問」²であり、「死にまつわる現象」に注目し、「死への照準から「逆照射的に」[生]を捉えようとする学。

本稿でも、この二つの定義を総合的に踏襲している。すなわち、死生学とは、①人間が「死すべき存在」であることを大前提にし、まずは②「死にまつわる現象」を対象としながら、それによって、③最終的に「生」を捉えようとする学ということである。

折しも、コロナ下の生活を強いられ、わたしたちのほとんどが、みずからの「死」、あるいは身近な、かけがえのない人の死のリアリティを感じざるをえなかった「死への不安」の年が2020年であったとすれば、本稿執筆の2021年度は、わたしたちの多くが、ある程度俯瞰的・客観的にその「不安」の意味をふりかえり、まさに逆照射的に「いかに生きるか」を問われた年であったと言える。

関連して「死生学」の「学」の意味についてもふれておこう。「学」とは、欧文表記では～Studyあるいは～logyで示される³が、今日「学」とは、自然科学に代表されるように、ある種の普遍性・客観性が求められるものである。すなわち、当該の学の探究・研究者の主観性、その特殊なバックグラウンド（世代・社会的属性・性別等）は、研究対象そのものからは切り離され、探求・研究が客観的・对象的に遂行されるべきとされている。ただし、「死生学」の場合、それは「学」でありながら、研究者自らの「生」のあり方——研究者それぞれの「私」がいかに生きるか——といった1人称的生死観・人生観の影響がとくにそのテーマに強く反映されたり、また、研究を通じて逆にそれぞれの生死観・人生観が影響を受けたりする要素がたいへん大きい。実際、死生学の定義について、石丸は、冒頭に紹介した引用に続けて、それが「実践的」「実存的な特徴」をもつとしている⁴。ここで「実存的」とは、「かけがえのない私」、あるいは、匿名化・3人称化されない、唯一の私という意味で理解してよいであろう。

「死生学」とは、すなわち、古くからの哲学の問い——ただし、現代においては狭義の「哲学(philosophy)」の問い——<いかに生きるか>(ソクラテス)を問う学、ただし、繰り返しになるが「死にまつわる現象」への問いから、「逆照射的に」この私の「生」を問う学として、古くてかつ新しい学と言えるであろう。

0.1.2 死生学の特徴2—「学際性(interdisciplinary)」

死生学の特徴第二点として「学際性(interdisciplinary)」が挙げられる。死生学の探究においては、以上のようにまず「死にまつわる現象」が対象とされるにしても、その現象それ自体がさまざまなトピックを含み——生物学的・医学的な現象、人口統計学・社会学的問題、倫理的・法学的な安楽死・尊厳死問題、自殺、終末期医療、死にまつわる不安・悲嘆の問題・等に至るまで——その方法論・アプローチはやはり多種多様となる。そして、それらが「死生学」として融合・総合される場合、「学際性」が特徴の二点目となる。⁵

「学際性」という言葉は、昨今、大学改革や各専門研究を刷新・革新するためのキーワードの一つとしてしばしば掲げられる言葉である。ただし、その意味については、<一つの専門性だけに閉塞せず、俯瞰的・大局的視野で追究・探求をめざす>といった意味以上は、はっきりしない点が残るようにも思われる。「学際性」とは実際何であるか。

死生学の場合、関わる専門領域やテーマはたしかに多岐にわたり、死生学として融合・総合的に結実させるために、その研究者には、ある専門性（たとえば医学）と別の専門性（哲学・宗教学）の両者に通じるようなかなり高度な、複数の専門的知識と能力が求められるということであろうか。あるいは、ある専門性と別の専門性を媒介するような、さらなる第三の専門性が必要とされるのであろうか。この

² 石丸昌彦編著『死生学入門』放送大学教育振興、2014年、p.18。

³ 「死生学」という表記の由来についての詳細は、山田有希子、村上恵理「『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—」『宇都宮大学教育学部紀要』第1部70巻、2020年、pp.153-166「0 はじめに」を参照。

⁴ 石丸 前掲書 2014年、p.18。

⁵ 死生学とは、「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」とある。「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（2022年3月27日参照）。石丸前掲書 2014年、p.18。

特論でも「学際性とは何か」という問題は、目下課題のままであるが、少なくとも、本共著論文において執筆者が目指した「学際性」とは、次のようなく他者理解にもとづく自己理解⁶であったとふりかえる。すなわち、本稿も、まずは「死をめぐる現象」に関し、それぞれの学の観点・方法論（社会学、思想・哲学、心理学、法学等）による論考で構成されるが、各専門家しか理解できないような閉鎖的内容や専門用語による展開はできる限りさけ、共著者相互は元より、主に大学生を念頭に専門家でなくとも理解可能・対話可能な論稿を目指した。その結果として、本稿における死生学の「学際性」は、対話に参加する者に、様々な意味での他者理解と想像力が求められる学であるということが実感された。たとえば、他の学問方法に触れることで、翻って、自らが専門とする学の方法論を改めて自覚・反省するといった、学問間の相互理解ひいては自己理解であり、また、各論に反映された各執筆者の死生観から、やはり自らの死生観を自然に省みたり、相互に影響を与え合ったりするといった意味での異分野融合、学際的な学の営みが可能となったと振り返る。

0. 2 本稿の構成

以下、本稿全体の責任は山田にあるが、本共著論文の構成と各章の主な担当は次の通りである。なお、大きく第Ⅰ部総論（第1～2章）と第Ⅱ部各論（第3～6章）との二部構成からなるが、第Ⅱ部は紙幅の都合上、別稿として展開されている。

はじめに（山田有希子）

第Ⅰ部 総論

第1章（堀強） 死生学と超高齢社会

第2章（村松英男） 死を「人称」「態」で理解することは可能か？

第Ⅱ部 各論（別稿）

第3章（山田有希子）日本におけるACP（Advance Care Planning）の特徴と課題

第4章（中谷竹代）「傍らにあること」の意味とは何か―「担い手」と「受け手」の相互理解を求めて―

第5章（趙曉辰）医療従事者の心理的負荷―ACP実施による負荷軽減の可能性について

第6章（児玉博利）自己決定権と安楽死

おわりに（全員） 人生会議（ACP）としての死生学

第Ⅰ部 総論

第1章 死生学と超高齢社会

堀強⁶

本章では、日本における死生学の展開を考える上で、その大前提となる、生と死をめぐる社会的現況を、統計データを通じて明らかにする。死生学とは何かという問題について、本稿「はじめに」でも言及されたように、それが仮に「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を再考し、死を意識せざるをえない人間を主題とする学問」⁷であるとしても、まずわれわれは「死生」について考える際、基本的な社会学的情報、リテラシーをもってその問いに向き合わなければならない。「少子・超高齢化」「多死化」「生産年齢人口純減」等々、いわゆる「社会課題」がさまざまに挙げられる今日、はたして日本の現状はいかなるものであろうか。本章では、とくに筆者の関心また博論の課題⁸から、「超高齢社会と介護」をめぐる状況をとりあげていきたい。

すなわち、1. 1では「高齢化の現状」について確認し、それを受けて1. 2では「介護保険制度、要介護認定状況」について、1. 3では「高齢者の死因、死亡者数推移及び死に場所・緩和ケア病棟及び病床数」の現状を明らかにする。そして、1. 4では、日本における介護問題の一つの展望として、「介護職員数及び外国人介護人材の必要性」について論じていきたい。最後に1. 5「今後の課題」では「介護福祉士養成校を通じた外国人介護福祉士の育成・定着の果たす役割（意義）」を中心に、「超高齢社会と介護」をめぐる日本の今後の在り方について展望する。

なお、1. 1及び1. 2の一部は、拙論⁹の一部を改訂したものである。

⁶ 宇都宮大学地域創生科学研究科先端融合科学専攻博士後期課程、社会福祉法人太陽会理事長補佐

⁷ 石丸昌彦編著『死生学』放送大学教育振興会、2014年、P.18。

⁸ 「外国人介護人材受入・育成・定着の実践モデル構築に向けて―死生学の観点からの考察を含めて―」（仮題）

⁹ 堀強『外国人介護人材受入・育成・定着の実践モデル構築に向けて（1）―わが国の外国人介護人材を巡る現況及び問題点を探る―』宇都宮大学国際学部多文化公共圏センター年報 第14号 2021年、pp.149-165

【表1】高齢化の現状

(単位：万人・%)

	総数	男	女	女性割合	高齢化率	男	女	備考
総人口	12,522	6,090	6,433	51.3				
65歳以上	3,640	1,583	2,057	56.5	29.1	25.9	32.0	
・65～74	1,760	841	919	52.2	14.1	13.8	14.2	前期高齢者
・75～	1,880	742	1,138	60.2	15.0	12.2	17.7	後期高齢者

出典：総務省統計局資料から筆者作成

1. 1 高齢化の現状

わが国は1970年に高齢者率（満65歳以上の者の総人口に占める比率）が7%となり「高齢化社会」（傍点筆者）を迎え、また、24年後の1994年には14%となり「高齢化社会」から「高齢社会」となった。さらに、そのわずか13年後の2007年には高齢者率は21%となり「超高齢社会」（傍点筆者）を迎えた。総務省統計局資料¹⁰（2021年9月15日）によれば、【表1】に示すように、2021年の高齢者率は29.1%と過去最大となっていて、これは世界の中で日本が最も高齢者率が高い¹¹超高齢社会にあることを示すものである。これによれば、後期高齢者は1,880万人と高齢者3,640万人の51.6%を占めている。このうち女性は高齢者の56.5%、後期高齢者の60.2%を占めている。今後、高齢者人口は団塊の世代が後期高齢者（満75歳以上）になる2025年まで急増し、その後の増加は緩やかになるが、後期高齢者の急増は続く。

厚生労働省「2019年簡易生命表¹²」によれば、

2019年の平均寿命（0歳の平均余命）¹³は男性81.41歳、女性87.45歳と過去最高を更新した。

一方、2010年以降の平均寿命と健康寿命¹⁴の推移は【表2】のとおりである。これによれば、2019年の日本の健康寿命は、男性72.68歳、女性75.38歳である。これは厚生労働省によれば世界1位である。このところ健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを上回り、2019年の平均寿命と健康寿命との差は、男性8.73年、女性12.07年と健康寿命の統計のある2010年より若干縮まった¹⁵。

月24日)

¹⁰ 総務省統計局人口推計（2019年10月現在）、<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2017np/index.html#a05k28-a>（参照2022年2月18日）

¹¹ グローバルノート（国際統計）によれば2020年における高齢者率が最も高いのは日本の28.40%、次いでイタリア23.30%、ポルトガル22.77%、フィンランド22.55%、ギリシャ22.28%、ドイツ21.69%の順となっている。<https://www.globalnote.jp/p-data-g/?dno=2910&postno=3770>（参照2022年3月8日）

¹² 日本にいる日本人について、昨年1年間の死亡状況が今後変化しないと仮定したときの平均余命とされている。<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-15.pdf>（参照2021年12

¹³ 世界保健機関（WHO）の世界保健統計によれば、2019年の世界の平均寿命は73.3歳（男性70.8歳、女性75.9歳）で、上位はモナコ89.4歳（男性85.55歳、女性93.4歳）、シンガポール86.19歳（男性83.48歳、女性89.05歳）、マカオ84.81歳（男性81.89歳、女性87.86歳）、日本84.65歳（男性81.73歳、女性87.74歳）とされている。<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf>（参照2022年3月27日）

¹⁴ 令和2年度版厚生労働白書（第1部第1章第2節1）によれば、健康寿命とは健康上の問題で日常生活が制限されることなく正確できる期間としている。<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19/dl/1-01.pdf>（参照2022年3月27日）

¹⁵ 厚生労働省「健康日本21（第二次）推進専門委員会」委員長（辻東北大学大学院教授）によれば健康寿命が伸びた要因について「がんや心臓病、脳卒中などの発生率の低下があげられる。喫煙率の低下や高齢者の社会参加の広がりも一因」と説明している。介護ケアニュースJOINT（2021年12月13日）<https://kaigo-calendar.jp/post/4417/>（参照2022年3月27日）

【表2】平均寿命と健康寿命の推移

(単位：歳)

男性	①平均寿命	②健康寿命	①—②	女性	①平均寿命	②健康寿命	①—②
2010年	79.55	70.42	9.13	2010年	86.30	73.62	12.68
2013年	80.21	71.19	9.02	2013年	86.61	74.21	12.40
2016年	80.98	72.14	8.84	2016年	87.14	74.79	12.35
2019年	81.41	<u>72.68</u>	<u>8.73</u>	2019年	87.45	<u>75.38</u>	<u>12.07</u>

出典：総務省統計局資料¹⁷から筆者作成

【表3】要介護度別認定者数の推移

(単位：千人)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
2017	892	868	1,260	1,103	832	764	601	6,413
2018	878	880	1,294	1,124	852	785	599	6,582
2019	934	944	1,352	1,156	880	818	602	6,686

出典：要介護度別認定者数の推移（内閣府）から筆者作成

一般に75歳前後から医療や介護の必要性が高まる¹⁶ということに加えて、女性の平均寿命と健康寿命の差は男性より3.3年程度長い。これらから、日本の超高齢社会においては、女性の後期高齢者の医療・介護問題の対策がより重要であると分析される。

1. 2 介護保険制度・要介護度認定状況

わが国の介護保険制度は、2000年に「高齢者の

介護を社会全体で支え合う仕組み」として、それまでの措置制度に代わるものとして創設された。厚生労働省によれば、介護保険制度の基本的考え方¹⁸として「自立支援」「利用者本位」「社会保険方式」が掲げられている。

内閣府による要介護度別認定者数の推移¹⁹は【表3】のとおりであり、これによれば2019年度の要介護認定者は6,686千人に上っている。

また厚生労働省「介護保険事業状況報告書(年報)²⁰」による2018年度の要介護認定状況は【表4】のとおりである。これによれば、女性（前期高齢者）の認定者数・認定率は、男性より下回っている。その反面、女性の後期高齢者の認定者数・認定率は、男性を大幅に上回っている。これらは、先に1. 1で検討した平均寿命と健康寿命の性別の相違と整合し

¹⁶ 2019年度の国民医療費の概況（厚生労働省）結果の概要「5年年齢別国民医療費」によれば、国民1人当たり351.8千円、65歳未満191.9千円、65歳以上754.2千円（70歳以上754.2千円、75歳以上930.6千円）と高齢者（特に後期高齢者）の1人当たり医療費は高まる。https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/dl/data.pdf（2022年3月8日参照）

一方、介護保険制度の概要（厚生労働省老健局（2019年5月））によれば「人口1人当たりの介護給付費」は85歳以上の年齢階級で急増する。https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf（2022年3月8日参照）

¹⁷ 厚生労働省第16回健康日本21（第二次）推進専門委員会（令和3年12月20日）資料3-1「健康寿命の令和元年の値について」https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000872952.pdf（参照2022年3月27日）

¹⁸ 介護保険制度の概要令和3年5月厚生労働省老健局 https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf（2022年1月25日参照）

¹⁹ 介護保険制度の概要令和3年5月厚生労働省老健局 https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf（2022年2月18日参照）

²⁰ 厚生労働省「介護保険事業状況報告書（年報）」2019年度概要https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyos/19/dl/r01_gaiyou.pdf（2022年1月28日参照）

【表4】要介護認定状況（2018年度）

（単位：千人（％））

	前期高齢者（満65歳～74歳未満）			後期高齢者（満75歳以上）		
	要支援	要介護	計	要支援	要介護	計
全体	235(1.3)	495(2.8)	730(4.1)	1,585(8.8)	4,138(23.0)	5,723(31.8)
男性	101(1.2)	265(3.2)	366(4.4)	265(3.8)	1,408(19.9)	1,673(23.7)
女性	134(0.1)	230(0.3)	364(0.4)	1,320(12.1)	2,730(25.0)	4,050(37.1)

出典：厚生労働省2018年度「介護保険事業状況報告（年報）」から筆者作成

ていると分析される。

一方、着目すべきは、厚生労働省の「2019年国民生活基礎調査²¹」による「介護が必要となった主な原因である割合」である。これによれば、認知症が原因となった割合は、要介護者の17.6%（要支援者の18.9%、要介護者の24.3%）で、要介護1～3では第1位、要介護4～5では第2位となっている。二宮（2015）は、認知症高齢者の推計に関する研究²²において、認知症高齢者数は、2012年の462万人（高齢者の15%）から、2025年には約700万人（高齢者の約20%）と増加すると見込んでいる。すなわち、介護問題において特に認知症高齢者対策が重要といえる。

1. 3 高齢者の死因・死亡者数及び死に場所・緩和ケア病床及び病床数

【高齢者の死因】

厚生労働省「人口動態統計」²³によれば、2000～

2018年における高齢者人口10万に対する主な疾患の死亡率の推移は【表5】のとおりである。すなわち、高齢者の主な死因（5大疾患）は、「悪性新生物（がん）」、「心疾患（高血圧症以外）」、「脳血管疾患」、「肺炎」、「老衰」となっている。このうち「老衰」は、2016年までの間は第5位であったが、2017年以降、「がん」、「心疾患」について3位となっていることが注目される。

MURC（2020）「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業報告書²⁴」は、481施設の入居者総数28,928人（うち85歳以上19,866人68.7%）を対象としたものである。

このうち2019年7月に死亡した利用者は、173人（男性34人、女性134人、無回答5人）、死亡時の平均年齢は92.1歳（91～95歳33.5%、86～90歳24.3%）について主な調査項目及び結果は以下のとおりとなっている。一方、2019年1月1日～6月30日間の退所者数は3,969人で、このうち死亡による対処（契約終了）が3,019人76.1%（うち施設内で死亡した人は2,028人51.1%）となっており、介護老人福祉施設（以下「施設」という。）は、入居者の過半の「死に場所」になっていると分析できる。

◆①入所期間

- ・1年未満21.4%、1年以上～3年未満29.8%、5年以上27.0%

²¹ 厚生労働省2019年国民生活基礎調査の概況<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/14.pdf>（2022年1月28日参照）

²² 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究（平成26年度厚生労働省科学研究費補助金（研究代表者 二宮利治）<https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2014/141031/201405037A/201405037A0001.pdf>（2022年1月28日参照）

²³ 厚生労働省人口動態統計<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20150&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065>（2022年1月26日参照）・

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/14.pdf>（2022年1月28日参照）

²⁴ 「介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業報告書」https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200424_15.pdf（2022年2月18日参照）

【表5】高齢者の主な疾患の死亡率の推移

(人口10万人あたり)

	2000	2005	2009	2010	2015	2016	2017	2018
悪性新生物	983.7	976.2	952.3	967.5	930.4	926.2	921.5	916.6
心疾患	567.8	585.0	555.7	576.8	532.5	528.6	542.2	546.1
肺炎	375.2	400.7	374.8	391.2	348.9	336.9	270.8	261.3
脳血管疾患	524.5	456.1	376.2	375.1	302.0	298.2	286.9	279.4
老衰	96.6	102.7	133.9	154.4	251.3	269.3	289.6	309.3
上記計	2,547.8	2,520.7	2,392.9	2,465.0	2,365.1	2,359.2	2,311.0	2,312.0

出典：厚生労働省資料「人口動態統計」から筆者作成

◆②要介護度

- ・入所時 要介護度4：39.3%、要介護度5：30.1%（4以上69.4%）
 - ・死亡時 要介護度4：34.7%、要介護度5：51.4%（4以上86.14%）
- 入所時から死亡時に向けて、要介護度が重度化していることが判る。

◆③死因

- ・老衰77.5%、がん5.8%、肺炎5.2%、心疾患4.0%、脳血管疾患1.2%

◆④既往疾患（複数回答）

- ・高血圧症37.0%、脳血管疾患30.1%、心疾患28.3%、骨間接疾患20.2%、糖尿病13.9%、腎不全5.2%、がん4.6%、なし2.3%、その他38.1%、無回答9.8%

◆⑤身元引受人

- ・子ども又は子どもの配偶者80.3%
つまり、介護老人福祉施設入居者の殆どは身元引受人がいる。

◆⑥入所時からの看取りを見据えた話し合い

- ・有り88.4%

◆⑦話し合いに参加する施設関係者の主な職種（複数回答）

- ・施設の看護職員98.8%、生活相談員84.1%、看護支援専門員76.2%、介護職員70.1%、配置医師59.1%、栄養士・管理栄養士51.2%、施設長32.3%

◆⑧医師と本人、家族等が協力し看取りを行うことを決定した時期】

- ・死亡日から30日前以内53.84%、死亡日から31日以上60日前以内16.8%

前記⑥～⑧は、人生会議に相当するものであり積極的に行われていると分析できる。また多職種連携が行われている。

一方◆③死因の順番は【表5】による高齢者の死因の順位とは大きく異なっている。これは、施設入居者は複数の既往症を有しながらも施設で看取りを迎える前に、人生会議を通じて終末期における既往症の積極的治療を回避する判断（自己決定）をした結果として「老衰」が看取り時における死因の77.5%となったと仮定される。また当該調査の結果が【表5】に十分に反映されているとは限らない。

ここで、都市部における死因についてみてみよう。死因不明の急性死や事故で亡くなった人の検索、解剖を行っている「東京都監察医務院」が公表しているデータ²⁵によれば、2019年の東京23区内における一人暮らしで65歳以上の者の自宅死数(異常死)は3,913人²⁶(男性2,534人、女性1,379人)と2002年の1,361人の2.88倍と急増している。また男性が64.8%を占めていることが注目される。人口が集中する中で人的交流が疎遠になりがちであるが、以上のことから分析されることは、高齢者の異常死(孤独死対策)も喫

²⁵ 東京都特別区の2019年の年齢階級別、性・世帯別異常死数(自宅死亡) <https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kansatsu/kodokushitoukei/kodokushitoukei30.files/tokubetuku.pdf> (参照2022年2月18日)

²⁶ 東京都23区における複数世帯での高齢異常死数(自宅死亡)は、2,176人(男性1,182人、女性994人)で単身世帯での異常死数と併せると6,089人(男性3,716人61.0%、女性2,373人39.0%)となっている。

【表6】死亡者数推移

(単位：千人(千人未満切捨))

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
①死亡者数	961	1,083	1,197	1,290	1,308	1,340	1,362	1,381
②高齢者	757	888	<u>1,019</u>	1,147	1,170	1,209	1,223	1,253
(①÷②)%	(78.8)	(82.0)	(85.2)	(88.9)	(89.5)	(90.2)	(89.8)	(90.8)
③85歳～	273	353	452	569	592	625	89.8	670
(②÷③)%	(36.2)	(39.7)	(44.3)	(49.6)	<u>(50.6)</u>	(51.7)	(53.0)	(53.5)
④高齢者以外	204	195	177	142	137	131	139	127

出典：厚生労働省資料「人口動態統計」から筆者作成

【表7】終の場の推移

(単位：%)

年	病院	診療所	介護施設	助産所	老人ホーム	自宅	その他
<u>1951</u>	<u>9.1</u>	2.6	-	0.0	-	<u>82.5</u>	5.9
1970	32.9	4.5	-	0.1	-	56.6	5.9
<u>1977</u>	<u>45.7</u>	4.9	-	0.0	-	<u>44.0</u>	9.4
1990	71.6	3.4	0.0	0.0	-	21.7	3.3
2000	78.2	2.8	0.5	0.0	1.9	13.9	2.8
<u>2005</u>	<u>79.8</u>	2.6	0.7	0.0	2.1	12.2	2.5
2010	77.9	2.4	1.3	0.0	3.5	12.6	2.4
2015	74.6	2.1	2.0	-	6.3	12.7	2.1
<u>2019</u>	<u>71.3</u>	1.6	<u>3.0</u>	-	<u>8.6</u>	<u>13.6</u>	1.9

出典：厚生労働省資料「人口動態統計」から筆者作成²⁸

緊の社会問題だということである。

【死亡数推移及び死に場所】

2000年度以降の死亡数の推移は【表6】、「終の場」の推移は【表7】のとおりである。【表6】によれば、2000年以降、高齢者の死亡数が急増しており、2010年には100万人を超えている。さらに2016年以降、超高齢者ともいえる85歳以上の死亡者が高齢者の死亡者の50%を越え、その割合が漸増していることがわかる。

国立社会保障・人口問題研究所の2017年推計²⁷(中位推計)によれば、2030年の死亡数は160万人となり、2040年には約168万人まで増加し、ピークを迎えるとしている。

²⁷ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」平成29年推計(死亡中位推計) https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf (参照2022年1月27日)

²⁸ 表中、数値が「-」の箇所は、「その他」に含まれている。

【表8】緩和ケア病棟・病床数推移（累計数）

	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
病棟数	88	159	225	361	377	401	419	443	456
病床数	1,659	3,002	4,495	7,325	7,709	8,144	8,558	9,051	9,380

出典：非特定営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会資料³¹から筆者作成

【表7】によれば、「終の場」は、戦後間もない1951年当時は自宅死が82.5%、病院死は僅か9.1%であった。その後、1977年には病院死が45.7%と自宅死44.0%を上回り2005年には79.8%とピークを迎えた。2019年には、病院死71.3%、自宅死等25.2%（自宅死13.6%、介護施設死3.0%、老人ホーム死8.6%）となり、病院死が漸減する一方、介護施設及び老人ホームでの死亡が急増した。この背景には、2006年の介護報酬改定から「介護老人保健施設」「老人ホーム」に看取り加算²⁹が設定されたことがあり、この傾向は政府の推進する「地域包括ケア制度」と相俟って今後も続くと思定される。

【緩和ケア病棟及び病床数】

石丸昌彦³⁰では、緩和ケア病棟数の推移が示されていて興味深い。これに病床数を含めた推移を調査すると【表8】のとおりとなった。これによれば、緩和ケア病棟数及び病床数は、2000年の88病棟1,659病床から2020年には456病棟9,380病床とこの20年間に病棟数は5.1倍、病床数は5.6倍と急増しており、日本においても緩和ケア病棟における看取りが浸透していると推察される。

1. 4 介護職員数及び外国人介護人材

介護保険制度が創設された2000年度以降、介護

職員数は要介護高齢者数の累増に伴い増加し、2000年度の549千人から2019年度には1,960千人と約3.6倍となっている。

一方、第8期介護保険事業計画計画（2021～23年度）³²によれば、介護職員の必要数は2019年度の約211万人に対し、団塊の世代が後期高齢者となる2025年度は約243万人となり、介護人材が約32万人（5.3万人/年）不足すると見込まれている。

こうした中、生産年齢人口の純減、後期高齢者を中心とする高齢者の純増、要介護者の純増が今後とも長期間にわたって継続すると見込まれるため、日本人のみで介護人材を賄うことは困難であることが明白である。このため政府は、介護人材不足等に対応するため、矢継ぎ早に多様な外国人介護人材受入制度の整備を進めている。現時点（2021年12月末）では、①EPA介護福祉士候補者制度（滞在資格「特定活動」）、②介護福祉士養成校を通じた看護福祉士養成制度（滞在資格「介護」（在学中は「留学」）、③介護技能実習制度（滞在資格「技能実習」）、④特定技能1号（滞在資格「特定技能1号」）の4種類³³がある。このほか「身分に基づく在留資格（日本人の配偶者等）³⁴」や「資格外活動³⁵（留学生のアルバイト

²⁹ 看取り加算は、特別養護老人ホーム、グループホーム、特定施設入居者生活介護での看取りに対して算定できる加算制度。利用者が人生の最期を自分らしく送れるように支援することを目的として、2006年度に創設された。その後、内容の改定（充実）が行われている。

³⁰ 石丸昌彦『死生学入門』,2014年,放送大学教育振興会, p.198

³¹ 非特定営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会「緩和ケア病棟・病床数」推移https://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html（参照2022年1月27日）

³² 第8期介護保険事業計画計画に基づく介護職員の必要数について <https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000804129.pdf>（参照2022年2月18日）

³³ 厚生労働省「外国人介護人材受入の仕組み」<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000485526.pdf#page=9>（参照2022年2月18日）

³⁴ 身分に基づき在留する者（「定住者」（主に日系人）、「永住者」「日本人の配偶者」等）で、2019年度末時点で約53.2万人。これらの在留資格は在留中の活動に制限がないため、様々な分野で報酬を受けられる活動ができる。

³⁵ 留学生等のアルバイト等で、2019年度末時点で約37.3万人。本来の在留資格を阻害しない範囲内（1週28時間以内等）で、相当と認められる場合に報

ト等)」などによる介護職従事者がいる。

厚生労働省「外国人雇用状況」によれば、「社会保険・社会福祉・介護事業」に係る外国人労働者は2021年10月末時点では41,189人³⁶と2019年10月末の22,706人、2020年10月末の29,838人から急増している。そして、2021年10月末の滞在資格内訳は、「EPA介護福祉士候補者及びEPA介護福祉士3,152人」「介護3,064人」「介護技能実習10,247人」「特定技能4,029人」「資格外活動（留学生等）及び身分によるもの20,697人」となっている。ちなみに2019年10月末の22,706人は、2019年度の介護職員数1,960千人の1.16%程度を占めている。

1. 5 今後の課題

「少子・超高齢化」「多死化」「生産年齢人口純減」等といった「社会問題」に直面する中、潜在介護福祉士の掘り起こしや、介護現場の意義や働き甲斐を日本人に対して啓蒙する対策がとられているが、それには限界がある。このため、介護人材需要（不足）に適切に対応していくには、どのようにして外国人介護人材の「受入・育成・定着」を図っていくかが喫緊の社会的な重要課題である。中でも、「介護福祉士養成校を通じた外国人介護福祉士の育成・定着の果たす役割（意義）」は大きいといえる。加えて、外国人介護人材がわが国においてよりよく生き・活躍できる（ウエルビーイング）ようにしていくこと、そのような社会を構築していくことが重要といえる。

介護は要介護者に対する対人サービス（感情労働）であり、外国人介護人材も日本人介護人材と同様に、終末期にある利用者に対し、いわゆる「2.5人稱」

の視点³⁷で接し、その看取りは、3人稱の死でありながら、2人稱の死に近い感情を抱き、当該外国人介護者のグリーフケアが必要な場合も考えられる（医療・ケア者の精神的負担については、本稿第4章（趙担当）を参照）。

そこで、今後は、外国人介護人材を含む介護人材の死生観、入居者や家族、医療・介護チームのACP（人生会議）なども視野に入れたアンケート調査などを行い「死生学の観点」を含めて「外国人介護人材受入・育成・定着のために実践的モデル構築（仮題）」に係る研究に取り組んでいきたい。さらには、外国人介護人材が帰国後母国の介護現場等で中核的役割を担えるような場の在り方についても探っていきたい。

第2章 死を人稱・態で理解することは可能か？

村松英男³⁸

本稿では、1章（堀）が示す現代の日本の社会状況を踏まえた死生現象の現在地を俯瞰すべく、死の捉え方と人稱・態について考察する。それは、3章（中谷）が扱う医療・介護現場における哲学、および、4章（趙）で着目する医療者の精神的負荷に関する心理学的考察に向かうための、人間と死の根源について考えることにつながる。そして、5章（児玉）における死の自己決定、さらには、ACPの可能性に関する議論の基盤となることを期したい。

2. 1 死と人間の歴史

コロナ危機を踏まえた現代における死への関心の復活を分析するために、西欧において、中世から現代まで、広く普及している死に対する態度の変遷を

酬を受ける活動が許可される。介護福祉士養成校在学の留学生には介護施設で資格外活動する者もいる。

なお、大和総研レポート（2021.6.11）によれば、「介護」の在留資格候補者と言える医療・福祉に従事する「資格外活動」（留学生等）は、医療・福祉に従事する外国人労働者の12.4%を占める（2020年）とのことである。

³⁶ 厚生労働省「外国人雇用状況」2021.10末 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23495.html（参照2022年2月18日）

³⁷ 2.5人稱の死は、ノンフィクション作家である柳田邦男が、『犠牲（サクリファイス）わが息子・脳死の11日』（文芸春秋、2000年）において、脳死・「二人稱の死」の視点を取り上げたことに始まる。柳田は、『緊急発言 いのちへ1』脳死・メディア・少年事件・水俣』において、「・・・治療対策としての患者は単なる「三人稱の死」ではない。なぜなら、医療者というのはその人の大事な場面で、非常に密接なかかわり合いを持つからであり、私は『二・五人稱の関係性』と呼びたい」と提案している。

³⁸ 宇都宮大学大学院地域創成科学研究科先端融合科学専攻博士後期課程

概括しているのが Jacobsen/Petersen である。Jacobsen/Petersen は "Return of Death in Times of Uncertainty"³⁹「不確実性の時代における死の復活」の Abstract の中で、次のように述べている。「人間の歴史の殆どにおいて、死は、生活の中に組み込まれていて、不可欠のものであった。それは、先史時代および現代以前の人間が、精一杯、一緒に暮らす以外に選択肢の無いものであった。歴史家によれば、死とは、人間にとって、身近なもので、飼いならすことができるものであったため、社会文化生活の中心に存在した。現代の世俗的な社会の到来とともに、死は、ますます隔離され、忌み嫌われる様になり、社会の片隅に追いやられ、隠蔽され、触れてはいけないものになっている。」(筆者訳)ここでは、人間による死の捉え方が、現代とそれ以前とは、かなり異なっていた可能性が示唆される。

2. 2 ジャンケレヴィッチの「死」

ジャンケレヴィッチによる人称性の死⁴⁰の区分は有名であるが、その仏語からの邦訳を担当したのが仲澤紀雄である。Jacobsen/Petersen は死の捉え方の歴史の変遷の中で、以下のようにジャンケレヴィッチによる観点を紹介している。本稿では、フランス語から、言語間距離が日本語よりも近いとされる、英語を母語とする Jacobsen/Petersen の解釈として以下の通り紹介する。

We must distinguish between different forms and experiences of death—which he refers to as the three person’s perspective. (中略) First, according to him, there is the death of a person unfamiliar to me which even though it may relate to the death of a remote, entirely unknown, and anonymous person nevertheless still causes reflections of death. Second, there is the death of a person familiar to me which is experienced as a personal and painful loss of someone loved.

³⁹ Jacobsen, M. H. and Petersen, A., The Return of Death in Times of Uncertainty-A Sketchy Diagnosis of Death in the Contemporary "Corona Crisis", *Social Sciences*, 2020, 9, 131.

⁴⁰ ジャンケレヴィッチ・ウラジミール著、仲澤紀雄訳、『死』みすず書房、1978年。

This kind of death moves us because it ends relationships near and dear to our lives. Third, there is my death which is the death that concerns the first person him/herself and which we can contemplate and mentally prepare for well before it happens - not least sparked by witnessing the deaths of others. It is a death we carry with us until we die (Jankelevitch[1966] 2017, pp. 44-59) .

まず、ジャンケレヴィッチが三つの人称の観点として言及する、死の異なる様態と経験を分類しなければならない。(中略) 第一に、私たちに死のことを考えさせるけれども、遠く、見知らぬ、名前も知らない人の死がある。第二は、個人的で痛みを伴う、愛する人の死である。この種の死は、それまでの死者との近い関係が終焉を迎えるため、私たちの感情を大きく揺り動かす。第三に、私の死があり、それは当人の最大の関心事である。他者の死に立ち会うことによって大いに刺激を受け、実際に死が訪れるまで、よく考え、心の準備することができる。そして、それは、死ぬまで所持し続けるものである。(筆者訳)

仲澤の邦訳では、第三人称(態)⁴¹ (pp.24-25) の死、二人称の死、一人称の3分類の死である。Jacobsen/Petersen の解釈も同様、私がよく知らない人(たち)の死、私がよく知っている人(たち)の死で喪失に痛みを伴う、そして、私の死である。この分類は、有名であり、われわれにとって、不可解な、常に哲学的関心の的である、「死とは何か」を理解するうえで、一見明瞭な分け方を与えるかに見える。しかし、ここでは、たとえ類推(アナロジー)表現であっても、人称や態といった文法用語が、死を語るのに可能か、または、適切か、ということに加え、不確実で捉えにくい死を類型化できるのか、という疑問が生じる。

2. 3 人称と態

人称(person)とは、人をaddressするとき、自称(一人称)、対称(二人称)、他称(三人称)の3種類に分けることとされる。語り掛ける相手の呼び方として、固有名詞、一般名詞、あるいは、代名

⁴¹ 「態」: 仲澤の訳では、「人称」の後に「態」が入っている個所と、入っていない箇所がある。

詞は言語によって様々であるが、ここでは、他者の死に接する際、よく知っている人 (a person familiar to me) としての死者に語り掛ける場合が二人称であろう。そして、語り掛けるときは、同じ次元に立っていることが条件となる。

態 (voice) は、主語と動詞の関係を表し、主語が動作の主体であれば能動態、客体であれば受動態とされる。また、時制とは別に、動詞が表す動作や状態の時間的局面・様相を表現するアスペクトとも定義されることがある。仲澤の訳では、どちらの意味で使われているか不明であるが、通常の扱われ方とすれば、前者と考えられる。

ジャンケレヴィッチの晩年の講義を聴き、1970年に日本に戻って間もなくジャンケレヴィッチの「死」(1966)を邦訳した仲澤によれば、ジャンケレヴィッチには造語癖があったといい、特に「死」はギリシャ哲学とロシア文学(ドストエフスキーやトルストイなど)の交響曲であるという。「死とはなにか」の訳者、原章二⁴²は、「ジャンケレヴィッチについては難しい点が多い。なにより、主要著作が翻訳されていない。また、それについての論及も少ない。そもそもジャンケレヴィッチの著作自体が、単に大部であるだけでなく、非常に特異な文体と構成をもっており、一般的な言い方でいえば読みにくい。」と言う。また、他の書評によれば、該博な背景知識に裏打ちされた用語法が散見され、また文章展開の構造的把握も困難であるため、容易な要約的理解を許さない、という。⁴³ここで推察されるのは、「死」における用語法からの邦訳の困難さである。

2. 4 一ノ瀬の「人称の交錯」「パーソン・ボイス」と田島の「死と言語」

ジャンケレヴィッチの「死」への言及は一切ないが、一ノ瀬正樹⁴⁴は「死の所有」の序章5において、「死者への語り掛け」における人称の交錯について述べている。

⁴² 原章二「生の哲学再考ーベルクソンとジャンケレヴィッチ」早稲田大学、1999年。

⁴³ 筆者の調査では、2022年時点で翻訳されている主要著作は、「ベルクソン」「徳について」(IV巻のうちI、IIのみ)「死」「帰らぬ時と郷愁」であり、音楽論では、「フォーレ」「ドビュシー」「リスト」である。

⁴⁴ 一ノ瀬正樹『死の所有』東京大学出版会、2019年。

さて、では死者に語り掛けるという言語行為において、いったい何が起きているのか。(中略) 私が思うに、ここには、死者として理解している相手の「二人称の死」の脇に、自分自身が死者の世界に入っているという限りでの「一人称の死」が仮託的に併置されていると、そう解すべき事態なのではなかろうか。(中略) ここには、ある意味で偽装的な仕方で、「二人称の死」と「一人称の死」とが交錯しているのである。しかも、こうした死者への語りかけは、すでに触れたように、しばしば死体、遺骨、遺影などを前にして行われる。そして、こうした死者の物的な遺物に付き添う「死」は「三人称の死」である。だとすれば、死者への語りという言語行為には、「二人称の死」と「一人称の死」のみならず、「三人称の死」もまた介在していると、そう述べなければならない。

また、一ノ瀬は、「パーソン」と「声」について次のように述べている⁴⁵。「『死』を『語り掛け』と結び付けて理解することには十分な理由がある。すでに触れたように、『生』の主体たる『パーソン』は本来的には『声』の主体である。よって、『死』は『声の喪失』でもあると捉えるのであった。しかるに、『喪失』という体験は、他面において、失ったものを回復したいという心の底からの希求でもある。したがって、私たちは、『死』という『声の喪失』という事態に面して、そうした事態に抗い、失われた『声』を回復しようと、慟哭し、語り掛け、呼びかけるのではなかろうか。」このように、「死」と「語り掛け」を結び付けて考える例は、次に示すように、一ノ瀬だけには限らない。

田島正樹⁴⁶は、独自の言語起源論として、人類による、音韻の発生を可能にする咽頭構造と、その後の死者を呼び出す歌としての言語の獲得について触れた後、「重要なことは、初めの言葉が何か存在するものの代替としてではなく、現前しない死者を呼び出す呪術的な名前であったということである。」と述べている。本稿との関連では、人類の歴史における、死と言語の根源的な結びつきに焦点をあてている。

⁴⁵ 一ノ瀬 前掲書 P.14。

⁴⁶ 田島正樹「死と言語」Heidegger Forum vol. 6、2012年、pp.96-98。

本稿では、この議論を、さらに深めるべく、死を語る用語として、文法用語である、「パーソン」＝人称、そして、「声」＝「ボイス」＝態、を考える。そして、ここでは、人称の交錯と同時に、主体か客体かの、態の交錯という事態も類推される。つまり、同じ次元に立って、自分の死と他者の死を仮託的に併置するとき、主体として死者に語り掛ける自分と、客体として語り掛けられる自分との交錯である。

2. 5 死の本質

ジャンケレヴィッチは「死」の3部構成の本論（それぞれ4章からなる第1部・死のこちら側の死、第2部・死の瞬間における死、第3部・死の向こう側の死）の序文、「死の神秘と死の現象」の3で、第三人称、第二人称、第一人称態の死を書いている。つまり、人称・態の死は「死の現象」として書かれていることになる。

前出のJacobsen/Petersen (2020) は、デンマーク人神学者、Bjerg⁴⁷の言葉を以下のように引用している。

According to Danish theologian Bjerg (1975), it is useful to distinguish between death in itself and thoughts about death. The former (the unchanging and historyless death that eventually comes to us all in one form or other) we have no access to as it is located beyond the limits of direct and recollectable human experience, whereas the latter is something we can elaborate on, share, and discuss with others.

死、それ自体と死に関する考えを区別することが肝要である。前者は、普遍で、歴史のないもので、すべての人に様々な形で最終的にやってくる。それは、思い出すことができる人間の経験の範囲を超えているためアクセスすることができない。後者は、自分以外の人と議論し、共有し、詳しく述べることができるものである。(筆者訳)

現代では、多くの人々が語る「死の現象」や「死に関する考え」(thoughts about death) は、多種

多様である。そして、本稿で例示した通り、文法用語で語り、類型化する「死の現象」のように、自分の死と他者の死の交錯という点では共通している、と考えられる。ここに示す交錯とは、人間が他者の死に接して、それを、私の死に置き換えて考える錯綜のことである。そして、この交錯が人称や態で死を語ることの明瞭さの反面、死の本質を見誤る可能性を否定できない所以である。しかし、「死、それ自体」(death in itself) は、歴史を通して、自分の非存在がゆえに常にミステリーであり続け、そのために、人間の究極の関心の一つは私の死に収束すると考えられる。

令和4年4月1日 受理

⁴⁷ Bjerg Svend, *Death Copenhagen: Berlingske Forlag*, 1975.

Potentials through Death & Life Studies / Thanatology I
ACP as a Jinsei-Kaigi : some general remarks

Yukiko YAMADA, Tsuyoshi HORI, Hideo MURAMATSU, Takeyo NAKAYA,
ZHAO Xiaochen, Hirotoishi KODAMA