

死と社会

—— 終末期医療の社会的意味 ——

奥山敏雄

1 医療のなかの死

ホスピスや緩和ケアと呼ばれる終末期医療が登場し、医療が人の死を処遇するし方が大きく変化した。その背景に医療に直接に関わる要因として、医療技術の急速な進歩によって急性疾患の多くが医療的にコントロール可能になった結果、急性疾患から慢性疾患へと疾病構造の重心がシフトしたことがあげられる。

急性疾患の場合には、正常の回復がすなわち延命であり、その実現が患者にとってア priori に善であり医療行為を正当化する根拠でありえた。病院という医療システムは回復のためのシステムであって、医療がはたらきかける対象は死を回避して生きるという状態であり、死は医療の限界点として生起するやむを得ない出来事にすぎず、終末期医療に積極的な意義が付与される余地はない。病院においては、死にゆく人がどのような思いや苦しみを抱え、自らの死をどのように受けとめるのかという、死にゆくその人の経験や意味という視点は欠落しているのであり、死にゆく人は自らの死にゆく経験からは疎外され続けることになる。病院で死ぬ場合、「その人固有の死は確実にあるのに、死にゆく過程ではその人固有の過程はなかなか存在しえず、死と闘い、結局死んでいく者がだれなのか、はっきりしないことになる」と医師自身からも指摘される状態が一般的であった⁽¹⁾。

慢性疾患への疾病構造のシフトは、回復が見込めないながらも生きることを常態化することになり、延命が患者にとって善であるとはア priori には言えなくなった。何が患者にとっての善なのか、医療行為を正当化する別の根拠が探し求められねばならず、そこで見出されたものがクオリティ・オブ・ライフである。もはや死が避けられない場合、死にゆくその人の生活の質、その人が望むような生き方を可能にすることに医療行為の正当化の根拠が求められねばならず、死にゆく人が自らの死をどのように受けとめ、どのように死にむかうのかという、その人固有の経験が医療のなかに組み込まれることになった。

だが疾病構造の変化は、終末期医療が登場する背景のひとつにすぎない。終末期医療が積極的な価値ある医療として確立されるには、医療システムに直接関わる背景から広く社会的な背景まで、いくつかの根底的な変化を考えねばならない。

第一に、上記でも触れたように、病院は回復のためのシステムであるため、病院のなかでは死は人目に触れぬよう覆い隠され、患者が自らの死を口にすることも忌避される。ところが終末期医療では、死にゆくその人がどのように死を受けとめ、どのように死にむかうかというその人固有の経験が医療に組み込まれるという転換があり、医療における死の位置づけが大きく変化している。それは社会における死の位置づけの変化と連動している。いわゆる、死のタブー視として語られてきた状態から、死の Awareness の復活へとという変化である⁽²⁾。

第二に、死にゆく人自身が死にゆくことの意味を求めるようになったことは、医療技術の進歩によって死にゆく生が引き延ばされたことだけでは説明ができない。自らの死を直視することを避けて、医師にすっかりおまかせして死にたいという生き方もありうるが、今日では多くの人々が死にゆくことから目を背けずに、今までの自分の生き方についての想いを語り、死ぬまでにせめてこれだけはというこだわりを語るようになった。重篤な病いを生きる人が、闘病記という形で自らを饒舌に語ることも多い。病気という重大な出来事がそうさせるだけでなく、絶えず自己とは何者なのか、自己の経験の意味を求めて自己を語り出さなければならないような社会的背景を考えなくてはならない⁽³⁾。

第三に、死にゆく人自身の経験や意味づけを、医療システムのなかに組み込んでいくという医療システムの変化がある。この変化は、終末期に限らず患者の意思や経験を医療システムに組み込んでいこうとする医療システムの変化と連動している。意思決定という点で患者の意思を医療システムに組み込む試みが、インフォームド・コンセントに基づく自己決定医療への変化に見られる。また、従来は医療から排除されてきた患者の主観的経験を医療に組み込もうとする試みが、ナラティブ・ベイスド・メディスンという形で注目されている⁽⁴⁾。

この大きな流れのなかで、死にゆく人自身の経験や意味を医療システムへと組み込む変化が進行しているのである。終末期医療では医療がはたらきかける対象は身体だけではなく、新たな対象として死にゆく過程が心理的過程という形で構築された⁽⁵⁾。この心理的過程へのはたらきかけを中核に各種の末期症状のコントロールが新たな医療として価値付与され、死にゆく人のその人全体をケアするという全人主義の理念がホスピスや緩和ケアのプログラムでは形成されてきている⁽⁶⁾。死を前にして失われていく生の意味や死にゆくことの意味をめぐる苦痛をスピリチュアルな苦痛と呼び、その人の全人的な苦痛の中核にあるものと位置づけられている。スピリチュアルケアの浸透こそ、死にゆく人の経験や意味を医療システムの対象として組み込もうとする運動の中核にあるものだ。医療以外の社会的領域に属する事象を医療的な管理の対象として医療に組み込むことを医療化と呼ぶが、終末期医療の確立は、死の医療化のひとつの局面である死の病院化に続く局面をなしている。死にゆく人の心理的過程が医療的に管理されることは何を意味するのか、死にゆく人の意味への問いは医療によってどのように対処されるのか、詳細に明らかにされねばならない。

そして第四はその先に待ち受ける問題である。死にゆく人の内面に医学的専門知識によるまなざしが向けられ、死を受け容れていく心理的過程が医療の対象とされることの問題点を明らかにすることは重要だ。スピリチュアルケアには様々な批判が可能であろうが、問題はその先にある。信仰を共有する共同体が解体した現代、死にゆくことの意味はひとまずは死にゆく人自身によって見出されねばならない。終末期医療が意味喪失の苦しみに対するケアの手をさしのべるが、そこにも問題があるのだとすればそれを乗り越える可能性はどこにあるのか。現代社会において死にゆく人が直面する意味喪失の危機とはいかなるものであり、死にゆくことの意味を見出すとはいかなることなのか。意味は何らかの共同性のなかではじめて成り立ちうるものであるが、伝統的共同体はもとより家族などの中間集団からも人間が切り離される個人化が進んでいる現在、死にゆくことの意味を支えうる共同性はありうるのか、あるとすればどのような共同性なのか。これらの点について考えなければならないのである。

2 死の抑圧と共同性

1960年代後半以降、キューブラー＝ロスによる死の受容の5段階モデルをはじめ、看護学、心理学、社会学、文化人類学、歴史学など様々な分野にわたり死について数多くの経験科学的研究が精力的になされ、公的な言説として影響力を持っていくことになった。様々な分野で死についての研究がなされたことは偶然の一致ではなく、20世紀に特に欧米社会に浸透していった死の隠蔽、抑圧、タブー視に対する批判を共有しているからである。

アリエスの研究は、死についてとる態度が時代や社会によって大きく異なることを明らかにした古典的な業績である。アリエスは、死や喪がタブー視されていることを明らかにしたゴラーの研究に触発され、産業社会において死が性に代わって主たる禁忌の対象となったことを解明し死に関する研究が回避されていた状況を突破するものとして、ゴラーの研究を高く評価している¹⁷⁾。アリエスは、ゴラーと同様に欧米社会において特に1930年から1950年の間に死を前にしての態度が、死をタブー視するものへと急激に変化したことを指摘している。その大きな要因が、死に場所が病院へと変化したこと、すなわち死の病院化に求められる。わが家で、家族の者たちのまんなかで死ぬのではなく、病院で、しかもひとりで死ぬようになった。家で死ぬのが不都合になったから、病院へ死にに来るようになった。そして病院での死においては死にゆく人が親戚や友人の集まりのなかで儀式を主宰する機会はなく、死の大きな劇的行為にとって代って、死は一連の小さきみな段階に解体、細分化され、医師と看護スタッフがはっきり認めた決定により生じる技術上の現象になったのである。そこでは死を主宰するのは医師や看護スタッフであり、死の時期だけでなく、死の状況についても彼らが決めていく。死にゆく人は、医師や看護スタッフから容認されるような死に方を求めら

れるのである。取り乱した見苦しい死には否定され、生き残る者たちに死による耐えがたい動揺を決して起こさせないように、激情はひそかに私的にのみ許されるものであって病院からは排除されていくのである。死にゆく人は、まわりの人に間もなく死ぬことを忘れさせるように振る舞わなければならない。このように死は日常生活から病院へと隔離され姿を消すだけでなく、病院においても死は隠蔽されていくのである⁽⁸⁾。

葬儀についてもアリエスは死のタブー化を指摘する⁽⁹⁾。死のタブー化が徹底しているイギリスでは、火葬が支配的になっている。その理由は、火葬は死体の名残りのあらゆるものを消滅させ、無化する最終的なものだからだ。アメリカにおける遺体の防腐処理も、劇的な現象としての死は認めないというある種の否定として解釈される。このように、かつて身近にあっておなじみであった死が、隔離され否定されて姿を消していくのである。それは、周囲の者たちに死の苦しみや耐えがたい動揺をまぬがれさせようとするもの、幸福を維持するためのタブー視なのだ。アリエスは考えている。

アリエスに対しては、病院死の増加という現象は否定できないものの、その解釈として死の否認や抑圧とは言えないのではないかという批判が向けられている⁽¹⁰⁾。たしかにアリエスの場合には、「ロマン主義者の精神をもって、より良き過去の名において不信の眼差しをこめつつ、より悪しき現在を眺めるのである」という批判はまぬがれない⁽¹¹⁾。だがアリエスの研究は死についての経験科学的研究の代表的なもののひとつであり、ホスピスなどの終末期医療の確立に寄与した言説と深い関連を持つものであると考えられる。

ではアリエスが良きものとみなしている、死を前にした態度とはどのようなものか。典型的にはギリシャ、ローマの時代から12世紀までの長きにわたって西欧では、死は日常生活のなかで身近でなじみ深いものとして存在しており、こうした態度の一部は20世紀前半まで西欧でも伝統的な死への態度として残存していた。人々は、自分が死んでいくことの予感を、自然の兆候や内心の確信によって与えられ、己の最期が近いことを知って、死にゆく者はごく穏やかにそのための準備を整える。死は死にゆく者自身によって組織される掛けの儀式であり、死にゆく者の部屋は掛けの場となり、親戚、友人、知人などが自由に出入りし、立ち会うことになる。この死の儀式はごく自然に受け入れられ、過度の感情の動きを示すことなく行われ、そして安らかに息をひきとる。「死をなじみ深く、身近で、和やかで、大して重要でないものとする昔の態度は、死がひどく恐ろしいもので、その名をあえて口にするのもさしひかえるようになっているわれわれの態度とは、あまりにも正反対です。それゆえに、私はここで、このなじみ深い死を飼いなされた死と呼ぶことにしたいのです」⁽¹²⁾。飼い慣らされた死において、死は私の死として個人に訪れるものと捉えられているのではなく、死は社会的で公的な事柄と捉えられていた。死者は教会の墓地に墓碑なしに匿名の存在として葬られた。教会の墓地は共同体の中心であり市場や集會が開かれる公的空間なのであ

り、そこに死者は匿名的で公的なものとして存在し続け、生者は日常生活のなかであたりまえのこととして死に慣れ親しんでいた。喪の悲しみも個人的なものではなく、共同体のメンバーが欠けることによって弱められる共同体の苦痛の表現なのであり、社会的なものであった。

飼いならされた死においては、信仰を共有する共同体のなかで、最期まで共同体の一員として安らかに死んでいくのだが、死への恐怖が存在しないということではない。現代よりもはるかに死をもたらす厳しい自然的、社会的環境にあって、生活のなかに死は満ちあふれていた。だが現代のように私という存在を無意味にする不気味で恐ろしい出来事として死を恐れるのではなく、死への恐れ自体が共同体によって飼い慣らされていたのである。死にゆくことの意味は、この共同体において宗教によって与えられていたのであり、死にゆく人は死にゆくことの意味を個人で見出し担う必要はなく、信仰を共有する共同体として死を受容していたのである⁽¹³⁾。

その後、死を前にした態度は、「己の死」、「遠くて近い死」、「汝の死」を経て、「タブー視される死」へと社会的に変容をとげてきた。この過程は、死にゆくことの意味を与えてきた信仰を共有する共同体の衰退の過程であり、公的領域と私的領域が分化し私的領域としての近代家族が形成される過程をへて、さらに私的領域が個人へと分解していく過程である。個人への分解の過程と並行して死の病院化が進行し、死が病院のなかへ制度的に隔離され、病院のなかでも周りの人々から見えないようにさらに隔離されるとともに、死にゆく人が自らの死を他者に語り感情を表出することは心理的にも抑圧されるようになった。家族は医師と共同して病名を偽るなどの情報操作を行うとともに感情の表出も抑制し、死にゆく人を看取る共同体から離脱していくことになった。こうしてタブー視された死においては、個人が死にゆくことの意味を孤独に探求し担わねばならなくなったのである。

死を前にした態度がこのような形で編成される社会において、1960年代以降に近代的ホスピスが登場することになったのだが、その際に、個人の自律や自己決定を尊重しつつも、家族を中核メンバーとするケア共同体を新たに形成し、そのなかで死にゆく人を死の受容へと方向づけようとする試みがなされることになるのである。

3 死の Awareness 運動

病院において医師によって死が管理され、死の隠蔽、抑圧、タブー視として語られてきた状況が、1960年代以降になると大きな変化をむかえる。1967年にイギリスで近代的ホスピスが誕生し、その後アメリカをはじめ各国で急速にその数を増大させ、さらにホスピスから派生して緩和ケアが確立された。同じく1960年代後半、デス・エデュケーションのコースがアメリカの大学で開設され、大学を越

えて拡大していった。また、悲嘆も正常な反応として見なされるようになり、死別者のセルフ・ヘルプグループが形成され、広範に広がっていくようになった。日本においても1970年代にホスピスが誕生し、1977年に日本死の臨床研究会が設立されている。これらの動きはばらばらのものではなく、死にゆく過程、死、悲嘆というテーマに感心を寄せる、研究者、カウンセラー、医療従事者、一般の支援者らが、個人、集団、組織として相互にゆるやかにつながりながら展開していった、ひとつの社会運動として理解できる。この「死の Awareness 運動」は、社会運動として20世紀後半でめざましい成果をあげたものとして評価されている⁽¹⁴⁾。

死の Awareness 運動が広範な広がりと継続性をもって展開されえたバックボーンとして、死についてのアカデミックな研究の展開が不可欠なものであった。

1950年代後半から1960年代は、研究が着手されてこなかったこの領域についての先駆けの研究がなされている。先に述べたゴーラーの研究、アリエスがたびたび言及するミトフォードのアメリカにおける葬送儀礼と葬儀産業についてのベストセラーなどがある⁽¹⁵⁾。パーソンズはアメリカ社会が死を否定する文化であるというよく見られる主張に対して批判を展開し、むしろアメリカは死を受容する文化を持っているのであり、死に対する態度とその社会で共有される価値とが深層で結びついていることを明らかにしている⁽¹⁶⁾。さらに、終末期医療のあり方へ大きく影響した研究も続々となされている。1950年代末にはセント・クリストファー・ホスピスを設立したソンドラスが、その設立のための基礎的な研究を本格的に開始している⁽¹⁷⁾。またグレイザーとストラウスは、アメリカの病院での参与観察に基づいて、病院内で末期患者をめぐって展開される相互作用を「死の Awareness」をキーワードとして分析し、オープン認識の重要性を指摘するとともに、末期患者の管理のための重要な知識を提供することになった⁽¹⁸⁾。この時期に展開された主要な研究は、続く1960年代末から1970年代に死についての研究が開花していく際に大きな影響を与えていったのである。

1970年代の本格的な研究の拡大期の代表的な研究は、パークスの死別の悲嘆における心理的過程についての4段階モデルとキューブラー＝ロスの死にゆく人の心理的過程についての5段階モデルである⁽¹⁹⁾。特に終末期医療の確立の基盤となった決定的に重要な研究が、キューブラー＝ロスの5段階モデルである。このモデルは、その妥当性を検証しようとする研究がなされ、多くの批判が寄せられていくにもかかわらず、死にゆく過程を理解する支配的なパラダイムになったと言ってもよい⁽²⁰⁾。このモデルは、死にゆく心理的過程を、否認、怒り、取り引き、抑鬱を経て最終的に死の受容へといたる5段階を逐次的に経るものとして図式化したものであり、死にゆく人のケアの指針を与える理論的根拠とみなされ、ホスピスなどの新たな終末期医療を生み出す大きな背景をなしている。また、医学教育や看護教育の教科書に取り入れられ、死をめぐる啓蒙書でもたびたび言及され、研究者を越えて医療従事者や一般の人々へも広範な影響力を持つようになった。

さらにこのモデルは、多くの研究分野において死にゆく過程への研究関心を刺激することにもなったのである。この時期以降、死や死にゆくこと、悲嘆というテーマをめぐって、多くの学会組織、研究誌、実践的活動組織が形成され、死をめぐる研究と実践は確立された領域となったのである。

このような研究の展開を背景に、死の Awareness が医療現場の公的言説として浸透することになったのだが、そこにおいて中心的な役割をになった存在、すなわちキュブラー＝ロス、パークス、そしてソンドースというカリスマ的リーダーたちが医師であったことは注意しておく必要がある。後述するように、人々が自らを語り自己アイデンティティを再帰的に構成することで意味づけを行うようになったことが医療の変化の社会的背景になっているが、再帰性が浸透することの一環として医療制度を構成する専門知識である医学自体の変化が英米圏では1950年代から起きていたことも重要な要因だ。解剖学に裏付けられた臨床医学において徹底的に排除されてきた経験する人間としての患者が、再び臨床医学のなかに導入されてきたのである⁽²¹⁾。単に臓器を観察することが患者を診るのではなく、その人の症状の訴え、その人の感じ方や考え、そして生活歴や家族関係を含む社会関係まで理解する必要がある、患者に語ってもらいそれに耳を傾けることが医師の役割になってきた。こうして解剖学的パースペクティブ優位の医学において、心理学的パースペクティブの重要性が増大してきたのであり、フロイトに端を発する医学パラダイムの心理学化傾向が加速してきたのである。死にゆく過程が心理的な過程として構築され、医療に組み込まれることになったのも、このような医学パラダイムの大きな変化の流れのなかにある。医療システムという専門家システムの変化が、病いや死にゆくことの意味を求める人々を医療システムに組み込んでいったのである。

4 死の復活

20世紀後半、死にゆくこと、死、葬送、悲嘆などをめぐって様々なことが語られるようになった。医療においては、ホスピス、緩和ケアといった新たな医療が登場し、安楽死の言説も増加してきた。葬儀については伝統的な様式以外に様々な形の葬儀が行われるようになり、また死別の悲嘆についてもカウンセリングが行われたりセルフヘルプ・グループが形成されてきており、死別体験を語るセミナーがデス・エデュケーションの一環として行われるようになった⁽²²⁾。

これらの動きに共通する要素は、選択の正しさの根拠を外部の権威に求めるのではなく、自己自身に求める点にあるとウォルターは指摘する⁽²³⁾。医療技術の進歩にともなって、感染症などの急性疾患で死亡する人の割合が減少し、がんなどの慢性疾患で死亡する割合が増加した。さらに終末期の管理技術が進歩することと相まって、死にいたるまでの時間が長いものになった。死に直結する重篤な病いになったことをどう受けとめるか、死にいたるまでどのように生きるのか、ど

のように死をむかえるのが、ゆっくりと死にゆく時間を生きねばならない人にとって、もはや目を閉ざしてはいられなくなった。ソンドースは、ホスピスがめざす良き死とは、神によって与えられる安らかな死なのではなく、死にゆく人が自分らしく死をむかえることであり、そのためには自己の内的価値に支えを見出さねばならないと考えている。ソンドースが初の近代的ホスピスを設立したことは、教会や医学から死にゆく個人へと権威を取り戻す試みなのである。葬儀についても、伝統的な定形的なものや葬儀業者によって取り仕切られるものではなく、亡くなった人のその人らしい人生が反映されたものが求められるようになってきている。死別の悲嘆についても、かつてのように社会的なエチケットの観点から見られるのではなく、残された人の個人の心理という点から支援がなされるようになった。これらの動きが示しているものは、病院や葬儀業者などの専門家によって死が処遇されるそのされ方に対する違和感の表明であり、自分の選択に基づいた自分らしい死に方や葬儀や死別のあり方を求めるものである。このような死をめぐる主題についてこのような主張をもってなされてきた動きを、ウォルターは「死の復活」と呼んでいる。

死の復活の動きが、死の隔離、隠蔽、タブー視に対する「復活」であることは言うまでもない。モダンの死の場合、公的領域と私的領域の分化というモダニティの基本的な構造のなかに死が位置づけられてきた。死は病院で医療専門職のルーティーンによって管理され、患者は客体でありひとつの症例にすぎない。つまり選択の正しさの根拠である権威は医療専門職にあり、専門的知識、技術によって患者の身体がコントロールされ、患者は黙ってそれに従うのであり、つらい感情は患者の私的世界のなかへとしまわざるをえず、患者の感情や私的経験や意味は抑圧される。モダンの死にとって、死ぬことに気がつかずに死ぬこと、まわりの人に迷惑をかけずに死ぬことが、良き死なのである。

死の復活論の流れにある言説は、このモダンの死のあり方、つまり公的言説が私的経験を排除することを批判し、公的言説と私的経験を結びつけることを試みる。だが復活論のなかにも多様な要素が含まれていて一枚岩ではない。なかでもウォルターは、レイトモダンの要素とポストモダンの要素をひとまず区別したうえで、両者が混在している現状をネオモダンと呼んでいる⁽²⁴⁾。

レイトモダンの要素をもった復活論の典型として、キューブラー＝ロスの言説を想起することができる。キューブラー＝ロスは解剖学的な臨床医学的パースペクティブによって身体をコントロールするという点を批判するが、それに代えて心理学的医学のパースペクティブによって死にゆく人の心理的過程を5段階モデルという形で構築し対象化した。対象化することはコントロールと容易に結びつくものであり、結局専門家が死にゆく心理的過程を理解し、安らかに死を受容するようにコントロールすることになるのである。死の受容の5段階モデルや「成長の最終段階としての死」というキューブラー＝ロスの言説では、死にゆく人自身が「やり残したこと」をやり終えないと死にきれないということに気づき、それを実現

することに死にゆくことの意味を見出すことになり、自らの人生を俯瞰して自己のアイデンティティを確証すべく最期の自己実現を達成して死を受容することが良き死なのだと言われる。ケアをする人は死にゆく人のことばに耳を傾け、「やり残したこと」の気づきを促し、死の受容へと方向づけるのである⁽²⁵⁾。5段階モデルは、終末期医療のバイブルとして医療現場で大きな影響力を持っているのである。ここに典型的に表れているように、レイトモダンの要素は、公的言説が私的経験を排除することを批判し、公的言説が私的経験をくみあげたうえで、より良い方向へと操作するものなのである。

ポストモダンの要素は、死にゆく人がどのような心理的過程をたどるか、悲嘆する人がどのような過程を経るかといったことについて、ノーマルなものはないはずであるし、コントロールすべきものではないと主張する。例えば、専門家が「適切な悲嘆」という言い方をすることには警戒しなければならない。それはあくまで悲嘆している人にとって耐えられるような悲嘆のことであって、専門家が適切なパターンを決めることはできない。自分らしい死のむかえ方、自分らしい悲嘆のし方、自分らしい葬儀こそが追求される。その人その人で異なるような多様な私的経験が、病院での教育訓練やメディアのなかでテーマとして議論されるようになり、その結果、公的な言説が断片化され専門家の権威が脅威にさらされることになるのである。

ウォルターは、ポストモダンとは私的経験を祝福することによって公的なものと私的なものとの区別を解体するものであり、死にゆく人、死んだ人、残された人たちの感情が至高のものとしてされる限りで、この事態をポストモダン的であると考えている。例えば、患者は必ずしも治療効果が最も高いと医師が判断する治療を選択するのではなく、自分にとって気持ちの良い治療、自分の価値観に合った治療を選ぶのであり、それを可能にする医療システムの仕組みが、インフォームド・コンセントである。さらにポストモダニズムは、近代的なものと同様の混合であり、復活論にもこの性質が表れている。緩和ケアは、近代的な医療技術や緩和技術を駆使し、個人の自己決定や自律性を強調する一方で、家族によるケアを強調し、伝統的価値を採用している。個人が自分らしさを追求すべく、先端医療技術を受け入れつつ漢方薬を飲み、カウンセリングを受けながらヨガで瞑想をするように、自分らしい混合を作って、医療スタッフ側に自己主張したりメディアで主張したりする。こうしてノーマルな死に方、ノーマルな悲嘆のし方を構成していたものを解体し、専門家が担ってきた公的言説を断片化するのである。

ウォルターがいうように、死の復活の動きが基本的には、死をめぐる公的言説と私的な経験とを結びつけようとする試みであるなら、それは死にゆく人自身が死にゆくことを意味づけるいとなみに焦点があてられたものであるはずである。レイトモダンの場合であっても、ひとまずは専門家が、死にゆく人自身による意味づけを理解し、医療的はたらきかけの前提的知識としてくみあげていかねば

ならないし、ポストモダン的な場合には、死にゆく人自身が自らによる意味づけを追求し、それを主張し、専門家はそれを受け入れていかねばならない。死にゆく人自身による意味づけの模索は医療の仕組みの根本的な変化を迫ることになるものであるが、それは死までの時間が引き延ばされたことや、医学パラダイム内部の変化からだけでは理解ができない、さらに大きな社会的背景が考えられねばならない。

5 再帰的プロジェクトとしての自己

死についての現象を公共的な議論の主題にしようとする文献が活発に登場するとともに、ホスピスなどの制度形成が進行してきたことについて、自己アイデンティティという観点からの意味づけの問題として理解することができる⁽²⁶⁾。

ギデンズによれば、モダニティとは本質的にポスト伝統的秩序であり、前近代において場所の状況拘束性を通して結びついていた時間と空間を分離し、特定の共同体から切断され抽象化された「空疎な」時間次元を発展させるとともに、特権的な場所を持たない「空疎」な空間を発展させ、社会活動を特定の場所へ準拠することなしに調整するために時間と空間を再組織化するための基盤を形成した。この基盤の上で、貨幣メディアに代表される象徴的通標と専門家システムとからなる「抽象的システム」によって社会関係をローカルな文脈から剥離し、無限に広がる時間、空間を横断して社会関係を再分節化するという、「脱埋め込み」メカニズムが作動可能になった。時間と空間の分離および脱埋め込みメカニズムの上で、制度的再帰性が作動するのであり、社会生活の状況についての情報や知識が近代的制度そのものを構成し、この情報や知識に基づいて社会生活が継続的に修正されていくのである。そして今日のハイ・モダニティでは、モダニティの再帰性が徹底的に浸透し、社会システムも自己も外的基準から切断されていき内の準拠を強めていく過程が進行しているのである⁽²⁷⁾。

社会システムが制度的に再帰的になり内的に準拠するようになると、モダニティの再帰性は自己の核心部にまで及ぶことになる。自己アイデンティティは共同体や所属する中間集団による規定性を消去され、たえず自己を再帰的にモニタリングして自己を再組織化していく試みとなるのであり、その意味で自己は「再帰的プロジェクト」となる。なぜなら、社会は多元的なものとなり、行為主体は領域ごとに異なった、矛盾した、しかも絶えず変化する不確実な役割を引き受けねばならないだけでなく、ローカルな領域にグローバルなシステムが浸透し、様々なリスクを前に抽象的システムを通した一貫した、しかしたえず修正される選択をすることによって自己アイデンティティを組織化していかねばならないからである。換言すれば、再帰的に適用される知識を通じて社会システムが構築されるということは、その知識が循環的で変化に開かれたものとなるのであり、いかなる知識も確実性を持ち得ず懐疑のまなざしにさらされることを意味する。社会的

世界のリアリティや意味は根本的な懐疑にさらされ、固定的な準拠点とはなり得なくなるのである。そこで再帰的な回路をもちいた選択を通じて、たえず意味を再帰的に問い直す営みが、自己の再帰的プロジェクトの課題となるのである⁽²⁸⁾。道徳的基準という外的基準に拘束されることなく、内的準拠に基づいて再帰的に作動する回路が内的な自己なのであり、この内的自己に具体的な形を与えていく営みが、物語り（ナラティブ）なのである⁽²⁹⁾。

こうしてハイ・モダニティの徹底した再帰性のもとでは、意味やリアリティを見出す営みは自己の再帰的プロジェクトの課題とされるのだが、そこに大きな困難が待ち受けている。事物や他者についてのリアリティー感、有意味感、懐疑的なまなざしのもとでは消え去るような事柄を自然的態度に基づく「括弧入れ」を通じて自明視する実践的意識によって支えられており、いわば懐疑の暫定的停止によって存在論的安心がかりうじて生み出されている。時間、空間、アイデンティティなどの自らの行為の実存的枠組みを自明視するためには、実践的意識とともに、日々のルーティーンによって括弧入れを行い続けなければならない。自己アイデンティティを構築するために選択の際に利用する専門家システムなどの抽象的システムは、このルーティーンを提供するものであり、ルーティーンこそ重大な道徳的ジレンマを引き起こす実存的問題を制度的に抑圧し隠蔽するものである。病いや死は実存的な問題を露見させる決定的な出来事であるため、病院の専門家システムのルーティーンによって日々の生活経験から隔離されるのであり、病いや死に際して意味を問い直すことが抑圧されるのである。しかし、内的準拠システムによるコントロールのみによって制度的抑圧を貫徹することは困難であり、人格的無意味性の脅威に個人は曝されることになる。そこでは括弧入れによってかりうじて成り立っていたリアリティや意味が解体し存在論的安心が喪失することになるのである。再帰性が徹底したハイ・モダニティにおいて、存在論的安心は極めて脆弱なものにならざるを得ず、人格的無意味性こそが根本的な心的問題となるのである。なぜなら、実存的問題や道徳的問題については、モダニティの内的準拠の内部では答えが見出されないものだからである。このようにモダニティの本質は、意味の問題を公的な領域から個々人の経験の私的な領域へと隔離し、自己アイデンティティに過剰な負荷をかけるものであり、その結果、人々は意味喪失という人格的無意味性の開口部がそこかしこに待ち受ける世界を生きねばならなくなったのである。

6 死にゆく人の孤独

ハイ・モダニティにおいて人格的無意味性の脅威という実存的不安が深刻化する状況にいたる前提として、モダニティの形成とそこにおける人間のありかたの根底的な変化のプロセスがある。この点についてエリアスは社会関係や社会構造の変化と人格構造の変化とを連関させながら、死にゆく人の孤独化について論じ

ている。

死を隔離し、死にゆく人や死についての一切を可能な限り人々の目から、とくに子どもの目から隠蔽しようとする傾向は19世紀以来一貫して強まっている。文明化の進展により、死にゆく人を前にして個人的な感情を表出するにあたって、旧来の定型的な行動様式や儀礼が役に立たなくなった。適切な言葉や振る舞いを見つけ出す課題は個々人の許に差し戻されるが、われわれはその課題を解決できないのである。死にゆく人の傍らに立つとき、腹藏なく語り合ったりごく自然に語りかけたりすることができなくなる。この語りかけこそ死にゆく人が必要としているものなのだが。なぜなら、語りかけられなくなることは、まだ生きているというのに、はやくも見捨てられてしまったことになるからだ。死にゆく人に「変わることはない強い絆と安らぎを与えるため、その手を握ってあげるとかさすってあげるとかする行為が、現代の人々には難しく感ぜられる」のである⁽³⁰⁾。こうして死にゆく場面から人々は退却していき、沈黙していく。そして死はそれを専門とする人の手にゆだねられていく。もはや病院という制度化された型通りの仕事場のほかには、死に対し社会的な形態を与えているものはなく、「現代の死をめぐる状況は著しく未定形なもので、いわば、社会という地図の上にある小さな空白の区画といったところである」⁽³¹⁾。

死が社会的場面から隠蔽され抑圧されることを引き起こす現代社会の特質として、以下の点があげられる⁽³²⁾。第一に、寿命が延びたことで死を遠ざけておくことが可能になったこと。第二に、医学や衛生の進歩と自然についての科学的知識の発達により、死が自然的経過の終局として認識され、自然的経過のコントロールの可能性の認識と相まって不安を大きく緩和していること。第三に、物理的暴力を国家が独占しコントロールすることにより、社会の比較的高い内部的安全性が形成され、病気が老衰によるベッドの上での安らかな死という決まった形の死に方を想定することが可能になったこと。これらの諸点において、社会構造の特質が人格構造に深く影響するのであり、その一部をなしている死のイメージも多く影響を受けるのである。

そして第四に、人格構造に極めて大きな影響を与える要因として、現代社会において人間の個別化が極めて進んでいる。社会の発達とともに、人間がおかれてくる関係性が変化し、「人間はお互いを徹頭徹尾独立した個体として、窓のないモナドとして、個別化された『主体』として、理解している」⁽³³⁾。全世界は「外界」としてこの「主体」に対峙しており、他方、主体の「内面」は、目に見えない壁によってこの「外界」から隔絶されているのであり、その意味で〈閉ざされた人間〉という人間像が形成されているのである。この見えない壁とは自己コントロールという規範であり、それは他の人間や事物に対する衝動や激情を遮断し、その人をその対象から切り離すように強く作用するものであり、その人にとってこの見えない壁は実在の壁のように感じられるようになる。その結果、他者との関係における意味を喪失するという、孤独化の傾向が人格構造に刻み込まれるの

である。つまり、見えない壁の形成として自己コントロール規範が作動するようになり、その効果として「外界」から隔てられた「内面」が形成され、「主体」が形成されることになる。この過程が進行することによって、個々人が非常に個別化され、感情や衝動の自己コントロールがなされ、孤独化の傾向をもつという三つの特性が、現代社会の人格構造に共通する特質として生み出されるのである。

現代社会において死にゆく人は、このような人格構造を持っている以上、最後まで〈閉ざされた人間〉として死をむかえざるをえない。まわりの他者からは遮断されているわけだから、死にゆくことの意味をまわりの他者が支えてくれることはない。人は他者から絶対的に独立して存在しているからには、人間の生とは根本的に世界から隔絶された生であり、そのような生は、ただその生にとっての意味を持たねばならない。つまり他者との関連をまったく捨象した、ただ己にとっての意味、それだけで自足しているような意味を持たねばならない。もしこの意味が見出せないときは、無意味なまま生きざるを得ないということになるのである。

しかしこのような意味概念の理解は、〈閉ざされた人間〉という人間像の刻印を打たれたものにほかならないのだとエリアスは批判する。意味は主体の内部に閉ざされたものではなく、間主体的なものであり、「さまざまな仕方で相互に依存し合い、意思を疎通し合っている人間たちの多様性」が意味概念にとって本質的なものだ⁽³⁴⁾。他者との関係性をまったく欠いた意味を見出すことは不可能なのである。自分の生に意味があるという場合、自分は他者にとって、そして他者は自分にとって意味があり、重要なのだという了解と深く結びついている。すなわち自分の生の意味を問う場合、自分は他者にとってどのような存在なのか、またかれらに何をしてやれるのか、という問いの持つ意味と極めて密接に関連しているのである。さらにその場合、何かがある人の生に対して「積極的な高い価値のある作用」を持つときに、「それはかれにとって意味がある」と言う。逆にこのような作用が欠落したり、実現されないときに、「意味の喪失」を言うことができるのである⁽³⁵⁾。

個別化や孤独化が進むほど、〈閉ざされた人間〉が他者との関係において生の意味を見出すことは難しいことになる。まして死にゆく人が生の意味を見出すことはさらに難しいことだ。かつて四、五百年前の西欧において、死は多数の人々がそれに関わっていた公共のものであったが、現代ではそうした公共性は失われてしまった。他者の関与がなくなってきた場のなかで、他者との関係性における意味を見出すことは極めて困難な課題となる。たとえそれまでの人生がいかに充実したものであったとしても、「自分の死にざまそのものが無地味であると感じている人の場合には、死ぬことへの辛さはおそらくひと通りではない」⁽³⁶⁾。死にゆく人は、「わたしは他の人間にとってまだ意味のある存在なのだ」という思いを必要としているのである。にもかかわらず、死にゆく人に対して、「あなたは他の人々に対して意味を失ったわけではない」とわからせてあげることは困難なの

だ。それを伝えることができる関係性が失われてきており、死にゆく人にかけることばも見出すことは困難であり、死にゆく人に触れることすらできなくなっているからだ。死を間近にした人が、まだ生きているのに、周囲の人々にとって自分とはもはやほとんど何の意味も持っていないのだ、と感じなければならないような事態に身を置くと、その人は真に孤独である⁽³⁷⁾。

人間の個別化の進展とともに、生の意味を与える公的な枠組が不在になり、意味の問題は私的領域へと隔離され、世界から隔絶されたその生にとっての意味を探し求めねばならなくなった。公的領域から死が隔離されることによって、死が私的領域において意味喪失を露呈させる脅威となったのである。死にゆくことの意味を与える枠組がなくなり、死の場面での振る舞い方も与えられなくなった。このことは他者の死に接する場合に、個人に大きな不安と緊張を強いるだけでなく、自らの死の場合にはさらに孤独の不安が大きくなる。そして他者の死に接することは自らの死を想起させ、自己アイデンティティを維持することが危機に瀕するため、他者の死に接することを忌避するようになるのであり、死の隔離と隠蔽が進むとともに、死にゆく人の孤独も深まるのである。

7 終末期医療における死

エリアスが明らかにした意味の私化と死にゆく人の孤独化がさらに進展している状況が、ハイ・モダニティの現在である。再帰性や内的準拠が浸透することは、意味やリアリティのいわば「根拠」を与えるような外的規準からシステムを切断し、ルーティーンによるコントロールが有効に作動することによって「根拠」への問いを暫定的に隠蔽することを意味する。しかし内的準拠によるコントロールには限界があり、「統制が道徳の代わりをする」ことにはほろびが生じざるを得ないのである。「死の過程は、コントロールの喪失の始まり以外のものとしてはみなされえない。死はまさにコントロールが失敗に終わるゼロ地点であるがゆえに、理解不可能」なのであり、死は再帰性のメカニズムを適用して有意味に理解しコントロールできる対象なのではなく、そもそも再帰性が作動する境界の外部なのである⁽³⁸⁾。

死という「運命決定的なとき」において個人は、再帰的に組織された抽象的システムによって隔離されている問題に直面せざるをえなくなり、自分の実存の根本的な側面を再考するように強いられる。そこでは「道徳的／実存的規準に頼ることなくしては、容易に処理することができない」のであり、「外的規準が再び働くよう強いられるような瞬間」が訪れることになる⁽³⁹⁾。それゆえ、社会システムの再帰性にとっても、自己アイデンティティの再帰性にとっても、死は根源的な脅威なのであり、だからこそ徹底的に隠蔽されねばならない。とりわけハイ・モダニティにおいては意味やリアリティの了解が自己アイデンティティの再帰性に委ねられているため、再帰的な自己にとって死の脅威は極めて強烈なものとな

り、人格的無意味性と「実存的孤独」に陥ることになる。エリアスが見出した死にゆく人の孤独は、個人が他者から切り離されているために、他者にとって自らがなんの意味も持っていないと感じられる事態であった。「実存的孤独」は、エリアスのいう〈閉ざされた人間〉としての意味という側面をさらに徹底したところに見出されるものであり、人生の転機となる出来事に直面したときに、実存的な問題に対処できるような道徳的規準などの外的規準に頼ることができず、「豊かで満足のいく生活を送るのに必要な道徳的資源から切り離されていることをいう」のである⁽⁴⁰⁾。死は伝統的社会において宇宙論的秩序のなかに位置づけられていたが、世界のすべてが再帰的選択によって構成されたものになるとともに死が病院のルーティーンによって隔離隠蔽されると、人間存在がいかなるものなのか、いかに生きられるべきかという道徳的問題とのつながりが切断され、実存的問題への対処が不可能になるのである。

病院というシステムにおける死の隠蔽に対する批判の言説についてはこの観点から理解することが容易であるが、死の復活と呼ばれる状況はどのように理解されるのだろうか。結論から言えば、たしかに公的言説のなかに死をめぐるテーマが多く現れるようになり、それに基づいてホスピスなどの新たな制度的仕組みが生まれたが、それらは実存的孤独を解消し人格的無意味性から人々を救い出すものではないのである。

ホスピスや緩和ケアと呼ばれる終末期医療は、自己の再帰性が医療システムの制度的再帰性のなかに組み込まれて成り立っている。精神科医キューブラー＝ロスによる末期がん患者へのインタビューに基づいて構築された死の受容の5段階モデルは、死を直ちに想起させる病いになったことが判明し自己が解体する危機に瀕したとき、自己解体を回避すべく心理的防衛機制を多段階的に発動して、徐々に死を受容していく心理的過程をモデル化したものだ。つまり死に直面したとき、それまでの人生の物語は解体し意味喪失の危機に瀕し、死にゆくことの意味を問わざるをえなくなるが、個人のそうした意味の再帰的な問い直しの過程についての医学的専門知識として5段階モデルが構築されているのである。このモデルが終末期医療の標準的な専門知識として用いられるようになり、円滑にこの5段階を経て死を受容できるように医療専門職が死にゆく人にはたらきかけ、終末期医療システムの再帰性が作動することになるのである。

5段階モデルでは否認、怒り、取引、抑鬱という段階をへて、死の受容段階へいたるとされているが、取引段階と抑鬱段階との間に「やり残したことをやり終える」という重要な契機が置かれている。つまり、自らの死を想い、人生をふり返って、残された時間のうちにどうしてもこれだけは実現したいということを見出し、それをやり終えることを経て、死を受け容れていくというモデルになっている。終末期医療の専門職は、このモデルを用いて死にゆく人の語りを傾聴し、「やり残したこと」を発見させ、その実現にむけて家族や親しい人々とケア共同体を作り、やり残したことをやり終えて家族に見守られて安らかな死をむかえる

という良き死のシナリオを描き、そのためのルーティーンを作り上げるのである。

ホスピスなどの終末期医療システムは、死にゆく人、家族、医療専門職みんなが死についてオープンに語り、その人らしい死をむかえられるよう援助するのだと標榜しているが、以下の点からすると、死が実存的な問いを開いてしまわないよう巧妙に死を隠蔽するものではないだろうか。第一に、ホスピスにおいて死にゆく人は医療専門職の専門知識とルーティーンに基づくコントロールに服するという点では、病院と変わりはない。病院との違いは、コントロールの対象が、身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛へと拡張された点にある⁽⁴¹⁾。第二、死にゆくことの意味を見出すという課題はあくまで死にゆく個人に課されているのであり、伝統社会のように意味が宇宙論的秩序に位置づけられ共同体が意味を与えるわけではない。第三、死にゆくことの意味として見出されるべきものは自己実現であるとされるが、それは日常生活での意味の解釈枠組を、死を前に日常性が解体した状況においてもそのまま用いることにほかならない。死がリアリティや意味の解釈枠組を解体させ、実存的な問いを突きつけるものであるとするならば、自己実現という意味を共有するケア共同体のなかへと死にゆく人を囲い込むことは、実存的な問いの隠蔽にほかならない⁽⁴²⁾。そして第四に、意味への問いを自己実現に限定することは、死にゆく人の関心をそれまでの人生の延長としての生に限定することにほかならない。自らの存在が世界から消滅すること、自分が実現したことも自分を覚えている人もやがて世界から消滅すること、そもそも世界そのものが消滅すること、これらをめぐる根源的な恐れや実存的孤独については、共感的傾聴によって心理的不安感を軽減させるという対応がとられるだけであろう。つまり、ホスピスにおいては「死にゆく過程」という「生」に焦点が当てられるのであり、死は隠蔽されるのである。

以上のように、自らの死を想うことを契機として構成される「死にゆく過程」についての専門知識に基づいて終末期医療システムが作動し、死にゆく人の関心をそれまでの人生の延長上にある自己実現に焦点化させることにより、それまでの意味の枠組の解体を回避し、実存的な問題を抑圧するものであり、自己実現という意味を共有する共同体のなかに死にゆく人を囲い込むことを通じて、死を隠蔽することになるのである。あくまで死そのものは終末期医療システムにとっては外部であり続けるのであり、「死にゆく過程」という「生」がシステムの内的要素として構成されているわけだ。病院死との違いを表現するならば、死がシステムのコントロールを破壊することのないよう「死にゆく過程」に変換され無害化されているのであり、この無害化された死を積極的に利用することによってコントロールが行われるのである。病院死の批判から立ち上がってきたはずのホスピスや緩和ケアであるにもかかわらず、死が背景に退いていて生の医療のひとつのバリエーションにすぎないのではないかと、終末期医療にたずさわる医師から指摘されることも事実なのである。

8 意味と共同性

信仰を共有する共同体を形成して宗教的世界観のなかに死にゆくことの意味を位置づけることにより、個人として意味を担う負荷を免除するという、死を受容する共同体を復活させることは今のところ不可能である。ならば、死を極力隠蔽して自己実現という意味を共有する共同体を形成し、そのなかへと死にゆく人を囲い込み最期の自己実現を支援することが、医療によるコントロールであるとしても、それは否定されるべきではない。最期の自己実現を逃げて死を受容し、死をむかえることができれば、それで十分なこともあるだろう。

ただし、共有の共同体は排除の共同体でもあり、自己実現という意味以外の意味を排除するものでもある。自己実現とは未来で達成される結果を目的に現在をその手段として意味づけるものであり、その結果以外についての関心を捨象することによって成り立つものである。それは意味の型のひとつにすぎず、モダニティに適合的な型にすぎない。死に直面したとき、それまで気がつかなかった雑草一本の輝きに心が洗われ、今ここに生きていることのみずみずしさを感じるといふこともあるが、これは別の型の意味だろう。死にむかう過程において、自己実現ということにもはや何ら意味を見出せない人もいるだろう。そういう人を逸脱的ケースとして、正常な過程へとコントロールしようとするには問題がある。それまでの日常世界の自明性に亀裂が入り、その自明性に執着してきた生き方が自己欺瞞であると気づきはじめたにもかかわらず、再び自己欺瞞へと引き戻すようなものだからである。

また、自己実現という意味は、近い未来の結果へと視界を限定させ死を視界の外部へと排除することであるが、そうした隠蔽ができずに死の切迫によって存在論的安心が粉碎されてしまうこともある。そこでは日常的な意味の枠組が解体することですべてのリアリティや意味が失われ、混沌のなかに投げ込まれる根源的な不安や恐れに苦しむことになる。自己アイデンティティも解体し、死にゆくことを不条理としてしか感受できず、自己を焦点とする意味を再構成することはもはや不可能になる。これは決して稀なケースではない。むしろ最期の自己実現を逃げて、後はなんの不安や恐れもなく死をむかえることのできるケースの方が稀ではないだろうか。仮に最期の自己実現を達成することができたとしても、その後死が切迫してくると身体は衰弱し私の身体という把持ができるような身体性も解体するとともに、能動的に何かを為しうる可能性は限りなくゼロに近づき、未来へと延びる直線的な時間意識も断絶し、混沌とした現在のみを生きねばならない。そうした死にゆく生には意味は要らないのだろうか。むしろ死の淵に立たされ日常世界の意味が総じて解体してしまい混沌の苦しみに喘いでいるからこそ、それに代わる意味が要るのではないだろうか。

もちろんそれは宗教的世界観が与える意味ではない。直線的時間軸も解体し自己物語も解体してしまっているため、それは自己を焦点とした日常世界の能動的

な意味からすれば、無意味に見えるような位相の意味であるはずだ。では、志向の対象として構成される能動的意味ではない意味とは如何なるものだろうか。物語としての自己は解体し、他者と共有していたと思っていたものがひび割れ、死に瀕した〈今ここ〉での意味を失っていくとともに、死の闇へと消えてゆく側と生の世界に残る側との隔絶が、ますます厳然と立ち現われる。しかしそうであっても、死にゆく者と看取る者とが、まさに死にゆく場にいるそうしたさなか、苦しみに喘ぐ背中に触れ、喘ぎに合わせるかのように背中をさすってくれる他者の息づかいに引き込まれ、自らの息と他者の息とが共鳴しあうことによって〈今ここ〉の生に繋ぎ止められるということがありうる。こうした身体間の共鳴は触れるという契機以外にも、まなざしや声という契機でも生起しうるものだ。そこでは、夫や妻といった自己と他者の役割存在的なカテゴリー的意味は脱落し、身体と身体との共鳴によって自己と他者とが剥き出しで曝され合うという関係が感受され、その感受が死を前にした〈今ここ〉の生を支えることになるだろう。

この地点に、何も共有するものがないにもかかわらず成り立つ共同性の可能性がありうるのではないか。死にゆく人の苦しみは他者の前から消え去る苦しみであり、その他者が体験する喪失の苦しみを感じする苦しみであり、そして何よりも死の闇へと消失していく剥き出しの苦しみであるが、それは看取る他者には理解できない。看取る他者の苦しみは、死にゆく人を喪失する苦しみ、喪失することによって自己が壊れてしまう苦しみ、死にゆく人の苦しみを理解することができない苦しみ、その人の苦しみを自らが代わってやるができない苦しみであるが、それは死にゆく人には理解できない。死にゆく人と看取る人との間には埋めることのできない絶対的な隔絶があるのであって、互いに相手を共感的に理解することによって死にゆくことの意味を共有しうるわけではない。そのような共有の共同性は成り立ち得ない。にもかかわらず、死にゆく人と看取る人との身体が、身体の根源的に受動的な感受性である〈傷つきやすさ〉によって互いに曝され合い、傷を負っていくことによって、死が照らし出すこの絶対的隔絶に〈共に〉ひりひりと曝されているという眩暈がするようなせつなさがみずみずしいものとして感受されるのであり、そのことが〈今ここ〉における生の内的充溢の強度としての意味を生み出し、死にゆく人を死の淵に立つ〈今ここ〉の生に繋ぎ止めることになるのである⁽⁴³⁾。役割存在としての意味、それによって構成される自己物語という意味、その中核にある自己実現という型の意味、志向の対象として構成されたこれらの意味がすべて解体したとき、死が照らし出す絶対的隔絶に〈今ここ〉で〈共に〉曝され傷を負っているという点において、〈今ここ〉でまさに〈共に〉存在している〉ことが感受されるのである。この位相の意味を〈共在価値〉と呼び、共在価値という意味を支えるみずみずしい感受を生み出している関係性を〈共在の共同性〉と呼ぶのである⁽⁴⁴⁾。

社会学を含む社会科学において考えられてきた共同性は、価値や規範を共有する共同性であった。しかし、上で展開してきたような終末期医療の登場とその射

程や限界を検討する作業は、共有の共同性を構築することの限界を明らかにするものである。それは死を隠蔽し排除することによって成り立つ社会が持たざるをえない限界であり、人格的無意味性と実存的孤独という根本問題はますますいたるところで顕在化するものとなった。そして、死にゆく人の実存的な不安や根源的な恐れへのケアを行うことを目指すのならば、〈共在の共同性〉という共同性と意味をめぐる根本的な視座の転換が必要になるとともに、共有の共同性を基盤とするコントロールとは別の形で終末的医療という社会的な仕組を構築することの可能性について、考えていかなければならないのである。

注

- (1) 山崎章郎『病院で死ぬということ』主婦の友社、1991年、89頁
- (2) Seale, C., *Constructing Death*, Cambridge University Press, 1998
- (3) Giddens, A., *Modernity and Self-Identity*, Polity, 1991 (秋吉美都, 安藤太郎, 筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ』ハーベスト社, 2005年)
- (4) Greenhalgh, T. and Hurwitz, B., *Narrative Based Medicine*, BMN Books, 1998 (斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史訳『ナラティブ・ベイスト・メディスン』金剛出版, 2001年), 斎藤清二, 岸本寛史『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版, 2003年。ナラティブ・ベイスト・メディスンは、統計学的根拠を重視するエビデンス・ベイスト・メディスンを補完するものとして患者のナラティブを用いるものである。さらにシャロンが提起したナラティブ・メディスンは、患者が語る病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する能力としてのナラティブ・コンピテンス(物語能力)を医療者が身につけることによって、医療者が患者を分類し整理箱に入れるような非対称な関係に立つのではなく、医療者が患者の世界に入り込み、患者の苦しみの意味を理解し、患者と共に歩むことによって間主観的な共同性を構築し、臨床的な効果を高めることをめざす。Charon, Rita, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, 2006 (斎藤清二, 岸本寛史, 宮田靖志, 山本和利訳『ナラティブ・メディスン—物語能力が医療を変える』医学書院, 2011年)
- (5) その代表的なものが、キューブラー=ロスによる死の受容の5段階モデルである。Kübler-Ross, E., *On Death and Dying*, Macmillan, 1969 (川口正吉訳『死ぬ瞬間』読売新聞社, 1971年)
- (6) 全人主義は終末期医療に限定すれば、身体的苦痛, 社会的苦痛, 精神的苦痛, スピリチュアルな苦痛という死にゆく人がいだく苦痛の全体として、その全体的(全人的)苦痛の緩和を試みるものである。全人的苦痛の中核として位置づけられているものが、スピリチュアルな苦痛であり、スピリチュアルケアはホスピスや緩和ケアのアイデンティティをなすものである。
- (7) Ariès, P., *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du moyen âge à nos*

- jours*, Éditions du Seuil, 1975 (伊藤晃, 成瀬駒男訳『死と歴史』みすず書房, 1983年), Gorer, G., *Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain*, Cresset Press, 1965(宇都宮輝夫訳『死と悲しみの社会学』ヨルダン社, 1986年)
- (8) サドナウは1960年代のアメリカの病院におけるフィールドワークの結果, 病院において死を不可視なものとして管理する活動が様々な形で行われていることを明らかにしている。Sudnow, D., *Passing On*, Prentice Hall, 1967 (岩田啓靖, 志村哲郎, 山田富秋訳『病院でつくられる死』せりか書房, 1992年)
- (9) アリエス, 前掲訳書
- (10) Armstrong, D., “Silence and truth in death and dying,” *Social Science and Medicine*, Vol.24 No.8(1987), pp.651~657, Kellehear, A., “Are we a ‘death-denying’ society,” *Social Science and Medicine*, Vol.18 No.9 (1984), pp.713~729
- (11) Elias, N., *Über die Einsamkeit der Strebenden*, Suhrkamp, 1982 (中居実訳『死にゆく者の孤独』法政大学出版局, 1990年, 19頁)
- (12) アリエス, 前掲訳書, 25頁
- (13) 澤井敦は, 飼いならされた死の時代の共同体を, 「死を受容する共同性」と捉えている。澤井敦『死と死別の社会学』青弓社, 2005年
- (14) 死の Awareness 運動の全体像の概略については, Doka, K.J., “The Death Awareness Movement” in Bryant, C.D. (ed.), *Handbook of Death & Dying Volume One*, Sage, 2003, pp.50-56 を参照。現代ホスピス運動については, Stoddard, S., *The Hospice Movement (updated and expanded)*, Vintage, 1992 (高見安規子訳『ホスピス病棟から』時事通信社, 1994年)
- (15) Mitford, J., *The American Way of Death*, Simon & Schuster, 1963
- (16) Parsons, T. and Lidz V.M., “Death in American Society,” in Shneidman, E.(ed.), *Essays in Self-Destruction*, Science House, 1967 (大原健士郎ほか訳『自殺の病理 (上)』岩崎学術出版社, 1971年, 125~159頁)
- (17) Saunders, C., “The Problem of Euthanasia,” *Nursing Times*, 1959 October 9, pp.960-961, Saunders, C., “The Last Stages of Life,” *American Journal of Nursing* March (1965), pp.1-3
- (18) Glaser, G. and Strauss, A., *Awareness of Dying*, Aldine, 1965 (木下康仁訳『「死の Awareness 理論」と看護』医学書院, 1988年)
- (19) Parkes, C.M., *Bereavement*, International University Press, 1972, その第3版が, Parkes, C.M., *Bereavement 3rd ed.*, International University Press, 1996 (桑原治雄, 三野善央訳『改訂 死別』メディカ出版, 2002年)。キューブラー=ロスについては, キューブラー=ロス, 前掲訳書, Kübler-Ross, E., *Death: The Final Stage of Growth*, Simon & Schuster, 1969 (その新訳として, 鈴木晶訳『死, それは成長の最終段階』中央公論社, 2001年), Kübler-Ross, E.,

- Living with Death and Dying*, Macmillan, 1981 (川口正吉訳『死ぬ瞬間の子供たち』読売新聞社, 1982年)
- (20) キュブラー＝ロスのモデルが影響力を持つにいたったのは学問的理由だけではない。病院における人間の無視や非人間的な医療技術を批判したこと、さらに患者のコントロールに主眼をおく医療の世界を支配してきた男性原理に対して、感情の表出に重点をおく女性原理を対置した点が評価されたこと、段階モデルを構築することによって、各段階の課題を乗り越えて死へといたる過程そのものが成長の最終段階として積極的に位置づけられていることが、アメリカ文化にとどまらずモダニティと適合的であったこと、これらの要因が大きい。
- (21) Arney, W.R. and Bergen, B., *Medicine and the Management of Living*, The University of Chicago Press, 1984
- (22) 日本においてはアルフォンス・デーケンが主宰する生と死を考えるセミナーの論集を見ると、どのような主題についてどのように語られているかがよくわかる。デーケン、曾野綾子(編)『生と死を考える』春秋社, 1984年, デーケン、平山正実(編)『身近な死の経験に学ぶ』春秋社, 1986年, デーケン、重兼芳子(編)『伴侶に先立たれた時』春秋社, 1988年, デーケン、飯塚真之(編)『日本のホスピスと終末期医療』春秋社, 1991年, デーケン、飯塚真之(編)『新しい死の文化をめざして』春秋社, 1995年, デーケン、柳田邦男(編)『＜突然の死＞とグリーフケア』春秋社, 1997年
- (23) Walter, T., *The Revival of Death*, Routledge, 1994
- (24) Walter, T., *ibid.* pp.39-46
- (25) 奥山敏雄「死の受容」と「人生の意味」—終末期医療における2成分の矛盾—『社会学ジャーナル』28号(2003年), 93～111頁
- (26) ギデンズ, 前掲訳書。ギデンズのモダニティ論に基づいて、公的領域における死の不在と私的領域における死の顕在という現状を論じたものとして, Mellor, P., “Death in high modernity,” in Clark, D.(ed.), *The Sociology of Death*, Blackwell, 1993, pp.11-30
- (27) ギデンズ, 前掲訳書, 11頁～37頁
- (28) ギデンズ, 前掲訳書, 5頁～7頁
- (29) 1980年代より, 自己論のなかに物語論が導入されるようになり, 現在では社会学的自己論の主流のひとつにまでなった社会的な背景のひとつが, このモダニティとの関連にあるわけである。
- (30) エリアス, 前掲訳書, 45頁
- (31) エリアス, 前掲訳書, 44頁
- (32) エリアス, 前掲訳書, 69頁～86頁
- (33) エリアス, 前掲訳書, 78頁
- (34) エリアス, 前掲訳書, 81頁
- (35) エリアス, 前掲訳書, 94頁～95頁

- (36) エリアス, 前掲訳書, 92頁
- (37) エリアス, 前掲訳書, 96頁
- (38) ギデンズ, 前掲訳書, 230頁
- (39) ギデンズ, 前掲訳書, 230頁
- (40) ギデンズ, 前掲訳書, 9～10頁
- (41) 奥山敏雄「死にゆく人を支えるケア—様々な困難の根底にある社会学的問題」『社会学ジャーナル』24号 (1999年), 45～61頁, 奥山敏雄「ホスピス、緩和ケアにおける全人主義の意味」『社会学ジャーナル』25号 (2000年), 51～70頁
- (42) 奥山敏雄「死にゆく過程の構築と生の意味をめぐる自由」(加藤秀一編『生—生存・生き方・生命』岩波書店, 2010年, 167～191頁, 奥山敏雄「死にゆく人としての役割、その社会的構成」『社会学ジャーナル』29号 (2004年), 167～187頁
- (43) 〈傷つきやすさ〉という概念については, Lévinas, E., *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Martinus Nijhoff, 1974 (合田正人訳『存在の彼方へ』講談社学術文庫, 1999年), 熊野純彦『レヴィナス 移ろいゆくものへの視線』岩波書店, 1999年
- (44) 奥山敏雄「死にゆく過程における根源的受動性への気づき」『社会学ジャーナル』33号 (2008年), 25～46頁, 奥山敏雄「死を前にした意味の位相の転換」『社会学ジャーナル』35号 (2010年), 109～127頁, 奥山敏雄「生の意味の位相とスピリチュアルケアの深度」『社会学ジャーナル』38号 (2013年), 1～26頁