[二〇〇九年度大会パネルセッション1]

在宅ホスピスの現場における日本思想史研究の可能性

――「病院死」を選択する日本人――

本村昌文
桐原健真

はじめに

本稿は、二〇〇九年度日本思想史学会のパネルセッション「在宅ホスピスの現場における日本思想史研究の可能性―「病院死」を選択する日本人―」の概要である。本パネルは、司会を中村安宏（岩手大学）が担当し、パネリストは、岡部健（医療法人社団爽秋会岡部医院理事長）、本村昌文（東北大学）、桐原健真（東北大学）の三名であった。

当日は、本パネル実施の経緯と趣旨説明の後、岡部、本村、桐原の順に報告を行い、質疑応答という構成であった。以下、この順次に沿って、本パネルの概要を記す。なお、原稿作成にあたって、実施の経緯と趣旨説明は、司会の中村からの資料提供に基づき本村がまとめ、岡部報告・本村報告・「おわりに」は本村が、桐原報告は桐原がそれぞれ作成した。

一、パネル実施の経緯と趣旨

本パネルは、二つの組織の活動が母胎となった。一つは、宮城県仙台市のタナトロジー研究会である（二〇〇三年四月発足）。本研究会では、在宅ホスピスの現場に従事する医療者・介護者と死の問題に関心を寄せる人文学の研究者とが、「看取り」の文化の再構築を目指し議論を重ねてきた

（その成果については、岡部健ほか編『どう生き、どう死ぬか―現場から考える死生学―』（弓箭書院、二〇〇九年）を参照）。この研究会を通して、日本人の死生観や看取り意識に関する研究成果の必要性が指摘され、そうした課題に日本思想史という研究分野の果たす役割が重要であるとの共通認識が形成されていった。

もう一つは、岩手大学の教員を中心とした文部科学省科学研究費補助金・特定領域研究「東アジアの海域交流と日本伝統文化の形成―寧波を焦点とする学際的創生―」のなかの「東アジアにおける死と生の景観」班である（二〇〇五年～〇九年）。当プロジェクトにおいて東アジアの死と生に関する研究が進められ、二〇〇八年一二月に企画された講演会において、本パネルの報告者である岡部と本村に、相沢出（医療法人社団爽秋会研究員）を加え、医療現場に携わる人々と人文学研究者とによる死生観や看取り意識に関する共同研究の可能性を検討した。

以上の二つの組織による研究を融合・深化させ、日本思想史研究の新たな可能性を探るべく企画されたのが、本パネルであった。「日本人の死生観」を扱った研究は多く世に出ているが、それらに対し本パネルの特徴や目指すところは以下の点にあった。すなわち、在宅ホスピスの現場での経験を積んできた医師と思想史研究者とが、互いの接点や問題点を探るなかから、「死」という人類にとっての根源的な問題に関わる思想史研究の可能性を広げていくとともに、思想史研究の側から医療現場に向けて発信できるものについて検討することである。

現在、日本では八〇パーセント以上の人が病院で死を迎え、自宅を希望しつつもそれが現実化できない事態に数多く直面している。自宅で死を迎える選択を阻む主な要因としては、患者とその家族の抱く、「病院にいるのが安心」、「自宅では家族に迷惑・負担をかける」という意識があるという。以上の点をふまえて、本パネルでは「なぜ日本人は病院で死ぬようになったのか」という現場からの問題提起に注目して三つの報告を行った。

二、「死と看取りの現在」（岡部健）

本報告は、二千例を超えるガン在宅死を支えた経験をもとに、現代日本人の看取り意識について、人文学研究者へ論点を投げかけたものである。在宅死を支えるためには、①医療に関する問題、②介護・看取り環境に関する問題、③看取りの意識構造や価値判断基準に関する問題を解決する必要がある。①②については、爽秋会グループでモデル形成を目指し、一定の成果をあげてきた。しかし、③はほ

とんど手つかずの状態にあるといってよい。この問題は、医療系の人間の努力だけでは解決は困難であり、人文学系の諸学問との学際的研究が必要である。

病院死が八〇パーセントを超える現代日本では、死や看取りは医療者の手にゆだねられてきた。しかし、今後、病院は治療の場としての機能を特化させ、死や看取りは医療者の手から非医療者へ、すなわち、病院死から地域社会での看取りへと転換していくことになる。このような状況において、先にあげた③の問題を解決し、死や看取りの受け皿となる文化を再構築していくことが喫緊の課題といえよう。

ところで、学際的研究を進めていく上で、在宅ホスピスの現場からの具体的かつ明確な問題提起が重要である。私がここで提起したいのは、病院から在宅への移行時、在宅へ移行後、死の直前という時間的経過に伴い、患者およびその家族の意識構造が変遷していくということである。まず、病院から在宅への移行時にみられるのは、「入院すれば治る」「たとえ治癒しなくとも最も穏やかに最期まで過ごせるのは病院」という病院に対する異常なまでの信頼である（「病院信仰」）。しかし、実際に病院には治療の専門家はいても、死の専門家はいない。こうした「病院信仰」は、病院死が常態化するに伴い形成された誤解ではないだろうか。

次に在宅への移行後、在宅の継続意志が強まっていくにつれ、先の「病院信仰」は希薄化し、患者も家族も死と向き合うなかで、日常性を維持する価値観が立ち現れてくる。この価値観には墓参や仏壇など既存の宗教に関わる価値観も含まれているが、たとえば仏教の話などは患者とその家族との対話のなかでそれほど強く話題として出てこない。

死の直前になると、所属宗派に関係なく、患者とその家族は「あの世とこの世で死生はつながっている」という「あの世・この世」観へと回帰していく。このとき、「あの世」「この世」「お迎え」「旅立つ」「逝く」「自然に帰る」といった来世とつながっているという感覚をもつ言葉を使用すると、患者とその家族と死の問題を語り合う場が形成しやすくなる。

以上のような経験をもとに、私は次のような看取り過程における日本人の意識構造の変化を考えるようになった。病院から在宅へ移行、そして終末期へと至るにつれ、表層構造にある「病院信仰」が剝がれ落ち、次に「中層構造」に位置する日常性を維持する価値観が剝がれ落ち、最後に深層構造に位置する「あの世・この世」観が立ち現れてくるということである。

表層構造にある「病院信仰」はどのように形成されたの

か、中層構造にあると考えられる「病院」という空間から解放されたときに生じる日常性を維持する価値観にはいかなるものがあり、それらはどのような関係性を構築しているのか、深層構造に根強く残る「あの世・この世」観の形成と継承はいかになされてきたのか。こうした三層からなる看取り意識の重層構造の解析を経て、看取りの文化の再構築が可能となる。このような研究は医療系の分野ではなく、むしろ人文学系の諸学問が得意とするところであり、さまざまな学問分野を集約して、学際的研究を行うことが必要である。

三、十七世紀後半における医療と介護
――『河内屋可正旧記』を素材として（本村昌文）

本報告では、先の岡部報告で示された表層構造に位置する「病院信仰」に関わる医療に対する意識に加え、岡部医院の作成している「居宅支援経過書」、厚生労働省の「終末期医療に関する調査」（二〇〇八年）において、病院から在宅移行時によくみられる「家族に迷惑をかける」という意識に注目し、それらの形成過程の一端を検討することを目指した。

具体的には、十七世紀後半における庶民の日記を素材とした（『河内屋可正旧記』、以下『旧記』と略す）。その理由は、当該時期に死・死後に関する多様な教説が形成されること、また四・五名から成る小家族的な家の形成という家族構造の変化がみられることである。

『旧記』には、五十歳までは家業に専念し、五十歳以降に死・死後のことを考えるという意識がみられる（巻十五）。このような生と死のイメージの人生において求められたのは、「無病安心」であった。ここで注意したいのは、「無病安心」のために病気の予防に努めるのみならず、病気の治療・治癒を求める意識がみられ、そうした文脈の中で医師の存在が強調され、身分の上下を問わず、医師を求める傾向が認められることである。「無病安心」を重視する文脈の中で、医師の存在、医療行為への期待が強調されており、こうした主張と密接に関わるものが、死を忌避するという意識であった。

無病安心を希求し、その実現のためにいかなる努力を惜しまずとも、人間は老い、やがて死を迎える。こうした死に至る過程について、『旧記』には「たとひ養生を能して長命を保ちたり共、衰老のくるしミのミ有て、さのミ益なし」（巻十三）と否定的に捉える記述がみられる。こうした「衰老」のくるしみには、要介護状態になって家族の世話にならざるをえないことも含まれていたと考えられる。視力を失い、歩行不自由な状態となった父親が語る「我等如

きの者ハ、片時も早く死てこそ、子共の苦労もまぬがるべきに、無用の長生する事よ」（巻九）という言葉にみられる家族に迷惑をかけるという意識は、現代に限らず当人の悩み苦しみを示すものであった。ただし、こうした意識は現在では在宅への移行を阻むネガティブな要素としてのみ機能しているのに対し、『旧記』においては、理想的な親子関係を体現する究極の道徳的価値観である「仁」「義」と解釈されるものであった。

現代において死を迎える場所を選択する際に、ネガティブな要素として機能する意識を転換させるさまざまな価値観を思想史の立場から蓄積していくことが必要であろう。

四、「あこがれ」としての病院信仰（桐原健真）

今日の「病院」には、hospital あるいは guesthouse という本来の意義から少なからず乖離している部分がある。本来 hospital とは、難病に罹患したために、それまで帰属していた共同体から逸脱してしまった人々を、新たな共同体に回収し、肉体的のみならず精神的・霊性的 spiritual にも癒すための施設であった。この後者における癒しが、現代日本の病院においては過度に排除されていると言わざるを得ない。

当初、巡礼宿から誕生した hospital は、その性格上、肉体の救いに留まらず、傷ついた霊魂 anima を救済する宗教的な場であり、日本にこれをはじめて紹介したのが一六世紀のキリシタン宣教師であった所以はまさにここにある。しかしこのキリシタン病院は、霊魂救済という宗教的目的よりも、信者獲得という宗教的手段の側面を理由に弾圧の対象となり、「きりしたんばてれんの詐術」として言説化され、やがて消滅する。

このような言説を背景として、ふたたび西洋式病院を紹介しはじめた一八世紀後半の蘭学者たちは、病院から宗教的な慈善精神を排除し、これを「人を愛する風俗」すなわち人間の感情にもとづく慈善精神に由来する施設として叙述した（桂川甫周『北槎聞略』一七九四年）。このようにして、「詐術」ではなく「仁術」として再紹介・再輸入された「病院」は、日本には存在しない「あこがれ」の施設として描かれ、やがて「王道政治」の象徴として理解されるようになっていく（この傾向は一八四〇年代の箕作省吾から五〇年代の吉田松陰、そして六〇年代の横井小楠へと引き継がれる）。

蘭学成立以降、日本の医療は宗教性・霊性を積極的に評価してこなかった。もとよりこの傾向は日本だけのものではなく、欧米でも人間を治療すべき「生きた肉の塊」ととらえるような傾向（病院の医療化）が存在しており、これへ

の反省からホスピス運動が現れた。それは、hospital の本来性を回復――あるいは現代病院の欠如性を補完しようとする思想運動であると言えよう。

しかしながら日本における病院の医療化の問題は、決して欧米だけを参考にして解消されるものではない。すなわち「治療すべき肉体を収容する施設」として構想された近代日本の病院では、宗教性や霊性が本来的に排除されていたのであり、それは「欠如」ではなく「非在」にほかならない。この近代日本における病院を文化史的に把握することを通して初めて、現代日本の医療現場における精神的・霊性的な救済の意味が見いだせるのであり、その解き明かしの道筋を示していくことが日本思想史という学問の可能性なのではないだろうか。

おわりに

以上の報告の後、質疑応答では、「病院」の概念規定、病院について書物などを通して間接的に理解していた時代と実地調査をした時代との相違、共同体から逸脱した者への対応を行っていた仏教と西洋の病院とのつながりなど病院の形成過程に関する問題、ガン中心のケアと老衰のケアとの相違から生ずる問題などについて議論され、最終的にかつて在宅死を支えていた文化的基盤とは何であったのかという課題に取り組む意義が確認された。

末筆ながら、本パネルの各報告をお聞きいただき、有益な質問や課題を提起してくださったみなさまに、司会、報告者一同より謝意を表したい。

（東北薬科大学非常勤講師）
（東北大学助教）