

《 論 説 》

老い・自律と vulnerability

—討議倫理的観点から—

朝倉 輝一

はじめに

現在の日本は、高度経済成長の時代を経て超高齢社会化と少子化社会、あるいは別の側面からいえば多死社会化を迎え、次第に人口が減少していくといわれている。そのなかで、これまではタブー視されてきた、あるいはできるだけ遠ざけてきた死に方の問題、言い換えるならどのようにして一人ひとりが穏やかに死を迎えることができるのかという問題がクローズアップされるようになってきた。

一度死ねば二度死ぬことはできない。逆に言えば、生きているとは何なのか。「死」がなければ、生きているということも、もちろんない（養生の思想）⁽¹⁾。若い時は生きることを中心に考えるから、「死」はいちばん最後になる。つまり死とはジ・エンドである。ところがある一定の年になるとスタートラインになる。なぜか。死んだときの自分を想定して、そこから逆算して今を位置付けるようになるからである。

政策面からみると、我が国では健康は国民の義務となっている。義務としての健康を国民に課す「国民健康法」が制定され、2000年に健康寿命に着目した「健康日本21」という健康戦略が国によって示され、その後2012年に全面的に改訂され通称「健康日本21（第2次）」として現在も積極的に推進されている。改定された基本方針ではまずわが国の目指すべき姿を、「全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」とし、以下の基本的な方向が示されている。「①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防、③社会生活を営むために必要な機能の維持及

び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」⁽²⁾。また目指すべき社会と方向については、「個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く社会環境の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図るとともに社会生活機能低下の低減による生活の質の向上を図り、また、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保を図るとともに、社会参加の機会の増加による社会環境の質の向上を図り、結果として健康寿命の延伸・健康格差の縮小を実現する」⁽³⁾というものである。

今日では病院で死ぬのは当たり前だが、かつては在宅死が当たり前だった。1950年代、病院死は10%台にすぎなかったが、その後次第に病院死が増え続け、1976年に割合が逆転。それ以降、病院死は増え続け、今日では80%以上になっている（厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」）。

健康の維持・増進に最も関係するのが医療である。その医療が人間生活への影響力を強める事態を「医療化」⁽⁴⁾と呼ぶとするなら、医療化によって死生にかかわる問題が医療に独占されたという言い方もできよう⁽⁵⁾。たしかに、医療の高度化は、それまで不治とされた病に苦しむ患者にとって福音であるばかりでなく、平均寿命の延長という形で多くの人にとっても歓迎すべきこととして迎えられてきた。しかし、専門家に囲まれてはいるが患者本人は孤独のうちに息を引き取るという事態に対して、患者家族や友人など周囲の者たちを患者の死から遠ざけることなく、死のタブー化や死の隔離からもう一度その人自身の人生の主体性を取り返す試みがみられるようになった。それが死生学⁽⁶⁾である。

さらに、超高齢社会化は同時並行的に生じている少子化などが重なり、限らない成長というイメージは衰退する。言い換えれば、社会的には「定常状態」⁽⁷⁾、個人的には死の自覚を含みこんだ死生観の構築の必要が表立った課題となっている。高度経済成長期のような時代には、死は停滞・無などのネガティブなイメージしかもたれなかったが、現在では一人ひとりが死を見据えることが要請されている。もちろん、いにしへの死生観の復活ではなく、高度経済成長や超高齢社会化を経験している社会における死生観の（再）構築が目指

されなければならないのである。

1. 「死のタブー化」から一人ひとりが自らの死を見据えた時代への転換の要請

近年新たな医療技術が死生観や社会的価値観を揺さぶっている。先端医療研究とその臨床応用は、人体実験的性格を帯びるがゆえに侵襲性の高い実験と治療の線引きを困難にする。それとともに、医学研究・医療の細分化がさらに進んで専門家以外の者が判断・決定する機会が奪われる事態も生じた。

例えば、「脳死体からの臓器移植（特に心臓や肺、肝臓など）」という「治療」は、単なる先端医療の臨床応用であろうか、それとも人体実験であろうか。「脳死からの臓器移植」は人工心肺などの先端医療技術と免疫抑制剤の開発がなければ生じない。この技術によって生じている問題を挙げれば、脳死判定の技術的确实さ、特に不可逆性の問題、脳死による臓器提供者（ドナー）からの移植以外に治療がないという医学的根拠と患者選別の根本的問題、あるいは移植後さまざまな免疫抑制剤などを服用しながら生活・生存する場合のQOLの確保という患者利益の問題、そもそも圧倒的なドナー（臓器提供者）不足に悩む世界的現状、さらに世界で初の心臓移植から約50年、免疫抑制剤が開発されてからでも40年程度で安全性が確認された「一般的な治療」と言い切れるのかという問題などがあげられよう。

また、ガン治療において、抗ガン剤治療か外科手術か放射線治療か、主治医の専門分野によって勧められる治療法が違い、その選択は素人である患者自身に丸投げされる、あるいは抗ガン剤治療を選んだとしても、ガン細胞が劇的に減少したが、同時に患者自身は衰弱死するというような事態などもある。このように研究・応用・治療の線引きは今日ますます困難になっているのが現状なのである。

以上の例において共通しているのは、本人の「意志決定」の有無、もっと踏み込んでいえば、本人が意思決定できないような状態になったときに事前に（書面または口頭で）本人が表明した意志を尊重するかないかという問題である。ここには、本人の意志決定を周りの人あるいは社会が受け入れることが

できるかという問題だけでなく、医療技術によってある状態になったら本人の意志とは関係なく、決められたルールに従って何らかの行為を行う（例えば臓器摘出）あるいはやめる（例えば積極的治療停止）ことはできるのか、その是非を巡っても議論されなければならない。現在では「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年度「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改称）などが厚労省を通じて広報されているが、一般的に知られているとは言いがたいのが現状であろう⁽⁸⁾。先端医療に代表される技術の受容は、同時にその技術がもつ価値観、あるいはその技術がもたらす価値観の受容でもあること、言い換えるなら社会的な合意形成がなければ当該技術の受容も難しいということなのである⁽⁹⁾。

医療における患者の主体性を取り戻す運動は、治療と侵襲性の高い実験の間の線引きの難しさへの反省によるところが大きい。「タスキジー事件」や「国立ユダヤ人慢性疾患病院事件」「ウィローブルック事件」など実験的医療における人権侵害には、医療の進歩のためには多少の犠牲はやむを得ないという効率優先の思想が背景にあった。しかし、侵襲性の高い実験的医療における「人の尊厳」「人権」保護は、当時興隆していた人権運動の高まりと相俟って、「だれのための医療か」という医療における意思決定主体を問い直すことへとつながっていく。この問いが、医療における意思決定の主体が医療者から患者の側に劇的に移る大きなきっかけとなり、「患者の自己決定」や「インフォームド・コンセント」を確立させる⁽¹⁰⁾。専門家支配（医療者によるものに限らない）が患者を人生そのものから疎外しているという認識と批判が、自らの人生における「生と死」の問題に主体的に取り組み、決定するという意識を人々に再認識させることになったのである。

このような潮流は、世界医師会リスボン宣言やアメリカ病院協会患者の人権宣言など、患者の権利に関する様々な宣言、あるいは、患者の有効同意のない治療行為は暴行とみなされるとしたシューレンドルフ判決（1914）、専門家の情報開示基準と自己決定権の接点を示したサルゴ判決（1967）、適正なケアと開示義務の基準を示したカンタベリー判決（1972）、いわゆる尊厳死を認める

判決が下されたカレン・アン・クインラン裁判（1976）、世界で初めてリヴィング・ウィルが法制化されたカリフォルニア州の『自然死法』（1976）、さらには我が国ではじめて患者の自己決定権とインフォームド・コンセントを結びつけた「エホバの証人無断輸血事件」最高裁判決（2000）など、これら宣言や法・判決が積み重なることで患者の主体性が確立されてきた。

2. 老いた人の生を肯定し擁護する

では、超高齢社会における患者の人生の主体性の取り戻しとはなんであろうか。主体性の取り返しに必要なのは、病み衰え、死にゆく人その人固有の生を度外視することではなく、その人の生を肯定し擁護する視点である。いまや超高齢社会化とともに、いかに最期を迎えるかという議論も盛んになってきた。例えば、苦痛を伴う末期状態や持続的植物状態になったときに、苦痛などの症状の緩和や無駄な延命治療をやめて自然に死期を迎えられるようにすると答える者が多くなってきている（後掲「意識調査に現れた末期医療への関心」）。

ここで注目しておきたいのは、いわば日本的な特徴とでもいうべき態度のとり方である。日本では、「自立的」あるいは「有能的（生産的）」であることよりも、「家族への迷惑」などの近親者への配慮にかなりの比重がかかる。つまり、多大な医療・介護負担が生じたときに、家族が自分の人生・生活を犠牲にしてまで関わらないようにするために自らの死を選ぶということである。

2012年に発表された財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」⁽¹¹⁾をみてみよう（以前にも指摘したことがあるが2008年度であった。最新版と比較すると違いもみえてくるのであらためて取り上げることにする）⁽¹²⁾。理想の死に方として「ぼっくり（ある日心臓病などで突然死ぬ）」と「ゆっくり（寝込んでもいいから病気などで徐々に弱って死ぬ）」、いずれを選ぶか尋ねたところ、全体の70.9%の人が「ぼっくり」⁽¹³⁾を希望した（図1）。そして「ぼっくり」を理想の死に方として選んだ人の理由の80.9%が「家族に迷惑をかけたくないから」（「ゆっくり」を選んだ人は14.3%）、次が69.8%の「苦しみたくない」（「ゆっくり」12.3%）であった。

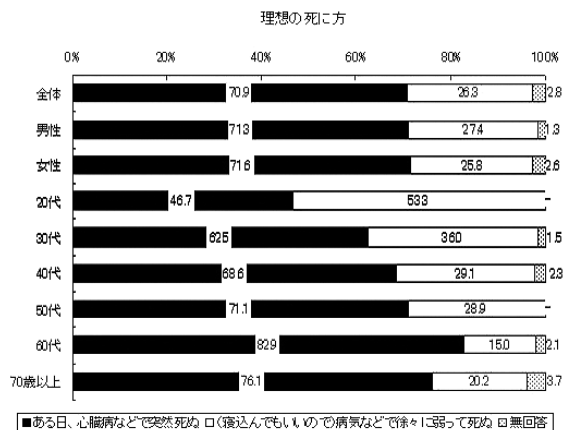


図 1

出典「2012年 ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」

<http://www.hospat.org/research309.html>

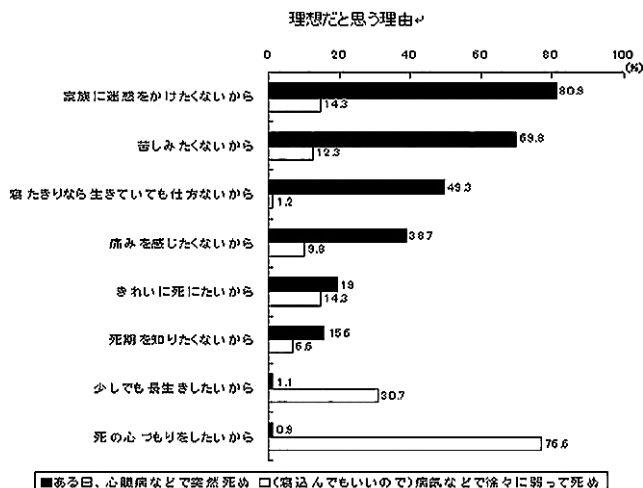


図 2

出典「2012年 ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」

<http://www.hospat.org/research310.html>

自立性・意識性に最も近い基準は「寝たきりなら生きていても仕方ない」で49.3%であった（「ゆっくり」1.2%）。ちなみに「ゆっくり」で最も多かったのは「死の心づもりをしたい」で76.6%であった⁽¹⁴⁾（図2）。

2008年度と同じ調査と比べると、全体としてみると男性の側で「ぼっくり」が2%ほど減っている程度であるが、年代別に見ると20代で58.3%から46.7%へ、30代では70.6%から62.5%へ、40代では73.4%から68.6%へ、50代では75.6%から71.1%へ、また70代以上でも82.2%から76.1%へ減っている。逆に増えているのが60代の75.1%から82.9%である。こうしてみると4年間の間に年代が若くなるほど「ぼっくり」を望まなくなる傾向が強くなると言えそうである。こうした背景として、日本の場合、高齢者のケアはその家族自身が負担するという傾向が続いてきており、また、高齢者自体が政策の対象であり、措置の対象でしかなかったということもあって、家族との関係性の中でみた理想的な死として「ぼっくり」が選ばれていたが、高齢者ケアのあり方に対する変化が次第に浸透し始めているとみることもできるだろう。性急な判断は慎まなければならないが、かつて高齢者は高齢者というだけで、社会の中で主体として認められていなかった時代からの変化の兆しと見ることもできるかもしれない。敬老は確かに高齢者への敬意を表すが、「老いては子に従え」を旧来の高齢者像の典型として理解すると、その意味するところは社会的意志決定からの排除・疎外を意味している。しかし、すでに独居老人の孤立死（孤独死）が問題となっているように、核家族化の進行した現代社会では、旧来の高齢者・家族関係観に基づく高齢者像では、高齢者は孤立する。そこで導入・推進されているのが介護保険と地域包括ケアシステムである。

介護保険と地域包括ケアシステムは、世代間で互いにサポートしあい、備えをする社会の構築の一環をなす。特に地域包括ケアシステムに関しては単に団塊世代が75歳を超える2025年問題だけではなく、さらに射程を延ばしていわゆる2040年問題、すなわち高齢化率が36%を超え死亡者数がピークに達するだけでなく、総人口が現在より25%程度減少するとみられている問題を見据えて単なる高齢者介護を超えた射程で議論されるようになっている⁽¹⁵⁾。ここではそれ

らの議論の詳細に立ち入ることはしないが、高齢者の主体性の取り戻しの可能性（高齢者の自己決定や権利という面からみた場合不十分な点は多いと思われるが）として位置づけることはできる。現在の取り組みが狙い通りに進み、今後問題点を解決しながら充実してきた場合、言い換えれば現在よりも社会的資源を必要とところに投入できるようになる場合、「ぼっくり死」の選択の理由として「家族への負担」が挙げられることは減少していくだろう。このように、医療・介護費用といった医療経済政策や人的資源抜きに「ぼっくり死」言説（あるいは「尊厳死」言説）は成り立たないのである。医療経済政策や人的資源の問題がなくなったとしてもポックリ死（尊厳死）言説が説得力を持ちうるとすれば、そのようにして自らを死へと廃棄することで守るべき「自分らしさ」とは何か、そしてそれが主体性の回復として位置づけられることなのか、あらためて問う必要がある。

また、「孤立死（孤独死）」も喫緊の解決すべき課題の一つである。2010年1月NHKで「無縁社会」が放映され、大きな反響を呼んだ。2017年度版内閣府の『高齢社会白書』では、「孤立死」とは「誰にも看取られることなく亡くなったあとに発見される死」と説明されている。かつては確立した定義はないとされながらも、「誰にも看取られることなく息を引き取り、その後、相当期間放置される悲惨な孤立死（孤独死）」（2010（平成22）年度版『高齢社会白書』www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/html/s1-3-3-02.html）と記述されていたが、次第に現在の定義に定着したようである（以下、『高齢白書』にならって「孤立死」とする）。2017（平成29）年度『高齢社会白書』では、（独）都市再生機構が運営管理する賃貸住宅約74万戸で生じた自殺・他殺を除く孤立死は、2010年184件から2012年度の220件、2015年度で179件と報告されている（http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_2_6.html）。ただし、この統計での孤立死には「一週間を超えて発見された」件数の報告であることには注意が必要である。ちなみに東京と23区内での65歳以上の独居老人が自宅で亡くなった件数は3127件と報告されており、11年前の2004年の1669件と比較すると倍近い数字になっていることを鑑みれば、「一週間を

超えないで発見された」孤立死が相当程度あるのではないかと推測することは可能であろう。確かに、独居老人の自宅死はすでに1970年代から問題になっていたし、都市部のほうが人的交流が疎遠になりがちで孤立死が発生しやすいことの理解も浸透している。しかし、現在は、隣人関係の希薄さだけではなく、様々な理由による経済的困窮によって社会的つながりが断たれ、餓死・衰弱死に至った例も孤立死とされている。どのような理由であれ、社会から疎外され取り残されるということは、放置すべきでない異常な事態だという認識が社会的に共有されているからこそ「孤立死」が問題になっているのである。死をタブー視したり、見えないようにすることは、自殺や孤立死への社会的関心・対策や取り組みへの関心をも希薄化させることになるが、逆に強調の仕方次第では英雄的な死の礼賛につながりかねないので注意すべきである。

3. 日本人の死生観について

自然科学といえども、生命観・身体観・死生観・セックス観などを核心とする文化価値体系から独立ではない。先端医療技術が人間の生誕や死に深く関わるようになればなるほど、文化的な領域との衝突は避けがたくなる。医療の目から無意味なことと、文化的に無意味であることとは全く別だからである。ここでは日本と沖縄を取り上げる⁽¹⁶⁾。

①日本 「過去はすでになく、未来はまだない」

一般論としてだが、ヨーロッパのような一神教的精神がない日本人が現世の生活を明るく楽しんでいるようにみえるのは、現世に対する執着や熱意といったものに淡白だからだという指摘がある⁽¹⁷⁾。たとえば、短歌には人のこころそのものを詠うものはあるが、神もしくは超越の視点に立ったものはあまり知られていないようだ。一種の「神の無い美学」である。この美学は一見すると現世中心のようだが、執着しないのだから実は現実を軽視してもいる。では本来の世界はどこにあるのか。それが現実的可視的な「顕」の世界と対比される宇宙の生命のリズムとしての「幽」の世界である⁽¹⁸⁾。だから、表面的には楽天主

義と厭世主義が同居している。

一神教的伝統を持たないということは、日本人は「人の世を作ったのは人である」という意識を根底にもつということである。いわば「日本教」の信者である。どこにも、何にも、絶対性を認めず、また求めない。求めても空しいという諦観に立脚してものごとを考える。「未来については宿命としてあきらめ、過去については供養という形で限りなく執着し、未練を残す。それが現在の生を規定する」⁽¹⁹⁾、これが日本人の伝統的な死生観である。

現世主義は必ずしも現状の肯定ではないという指摘は加藤周一もしている。現世主義は現在の社会に超越する価値基準を持たないのだから、未来社会を構想することもない。日本にユートピア思想が根付かないことと、個人の死後に来世を考えない習慣は同じ根から出ているのである。

加藤は M. ライシュ、R. J. リフトンとともに、明治期から高度成長期の昭和にかけて 6 名の著名人（乃木希典、森鷗外、中江兆民、川上肇、正宗白鳥、三島由紀夫）を選び、彼らの行動と死への臨み方を取り上げ、共通する面を分析することで多くの日本人がもつ死生観を「集団志向性を中心とする現世主義」⁽²⁰⁾とまとめた。この現世主義は以下の四点の特徴をもつ。

第一に、現世とは「具体的には個人が所属する直接集団、ことに地域的・職業的集団として与えられ、その集団への個人の組み込まれの度合いが高い」。このような集団を優先させる社会では「死の恐怖がより少なく感じられるとしても不思議ではない。日本社会において死が隠されず、日常生活の中に死との親密さがあるのは、死の崇高化が著しいからではなく、死の恐怖が少ないからである」（加藤 et al., 1977b, 193-4 頁）。

第二に、「集団的価値の強調と集団に超越する価値への消極的な態度とは、密接に関連する。したがって抽象的かつ包括的である宗教的ないし非宗教的『イデオロギー』体系への抵抗は強い」（前掲、194頁）。

第三に「日常的に、また具体的に与えられる現実の経験を重んじる傾向は、当然、時間の軸の上で、現在を重んじる傾向でもある。過去はすでになく、未来はまだない。」「『過去を水に流す』ことは一種の美德であり、『明日を思いわ

ずらわない』ことは称賛すべきことである。時間は、始めと終わりを持つ構造としてではなく、現在の継起として表象される」（前掲、195頁）。

第四に、日本人に一般的にみられる世界観は「一種の調和的宇宙観である」。それは「物理的自然ばかりでなく、すべての生物を含み、死者の魂（日本語のカミ）さえも包摂する。観察者自身がその中に含まれるから、この宇宙は明瞭な認識の対象にはなりえず、したがって知識としてよりは、自分自身を包み込む宇宙的な感情として与えられる」（前掲、196頁）。そして、現代の日本人の多くは、その人自身の死を「特定の集団の（ことに家族の）中の存在から、以上の意味での『宇宙』の中の存在への移行と感じているように想像される」（前掲、197頁）とまとめている。

では死後についてはどうだろうか。たとえば、死者を迎える行事である「盆」という行事は、仏教の教義の中にはなく、祖先崇拝を仏教的儀式に取り込んだものである。多くの日本人にとって、人の魂は、第一に、「生前も死後も同じ集団（この場合〔盆を指す——引用者〕には家族）に属する。第二に、死後の所属性は、一定の期間ののち弱まる」「死者と生者との制度化された密接な関係は、一般に二世代以上にわたることは稀である」（前掲、198頁）。これこそ、近代の日本人一般の重要な特徴としての、相対的に弱められた「象徴的不死」なのである。唯一絶対の創造神を求めず、また認めない日本人にとって、人の生も死も人の中で起こるのである。

もちろん、『古事記』や『日本書紀』の神話に典型的にみられるような（たとえば、イザナギノミコトとイザナミノミコトの国生み神話）、人間の生を自然の生命の中の一部とみなす傾向も根強く残っている。また、絶対神を戴く宗教と比べると生者と死者の区別が厳密でないため、現世と他界が緩く連続しており、幽の世界と現世（顕の世界）が相互に交流可能で影響を及ぼし合う（「草葉の陰で泣いている」、盆や彼岸には先祖の魂が帰ってくるなど）。このように生と死が緩やかに連続しているため、死者にも生きているものの何かを見るような、言い換えるなら、生と死を包み込む自然ないし生命の流れの中に融合しようとする傾向が強い。これと比較すると、ユダヤ・キリスト教では、死者は

神の領域であって生者の世界とは関わらないという意味で境界が厳密である。このような死生観においては生と死は切断されており、死者や遺体に「人間性」を見たり、感情移入することなどありえないのである⁽²¹⁾。

日本では、葬儀は死者をあの世に送り出すという儀式性が強い。死は死にゆく本人にも、周囲の人間にも、儀式的性格がある。神がいないのだから、神に代わって死が「誰の目にもわかりやすい状態であること」が必要だからである。人の生成と消滅は共同体の人々を巻き込むプロセスであって、一点に絞ることができない事象なのである。したがって、人の本質は、その人を囲む人間関係そのものに求められることになる。

たとえば、脳死者は「生きているように見える」が、ヒト胚は尊厳をそなえ、法的に保護されるべき人格といわれても「実感が湧かない」（実際ある研究会で、ヒト胚が人格か否かが生命倫理のホットな話題になっていると問われたあるヒト胚研究者が参加者の前で語った言葉）。なぜなら、脳死者はまさしく手に取るように分かるからであり、ヒト胚など1ミリ以下の細胞レベルのことなど人としてありありと実感できないからである。欧米ではヒト胚が人格か否かが生命倫理上の一大争点であり、脳死者が死者かということはそれほど問題になっていないことと比較すれば、その違いははっきりするだろう。

日本人の伝統的死生観も、明治初期あるいは第二次大戦敗戦後に怒涛のように押し寄せた欧米文化やそれに基づくライフスタイルの浸透・神格化、技術革新に伴う疾病構造の変化、社会の都市化・核家族化を経て超高齢少子社会化などを迎え変容してきているし、変容せざるをえないのも確かである。臓器移植ドナーが頭打ちなのは単に脳死に至る事故が少ないからだけでは片付けられない事情があるのではないか、あるいはそうした事態を踏まえて再生医療が期待されるのは、日本人の死生観が少なからず影響している可能性があることは指摘しておきたい。

②沖縄

沖縄では、年間を通じて断続的に祭事が開かれ、親族などが集まる機会が多

い。祖先崇拜の風習が在宅ケアを望むひとつの要因になっているという指摘もある。2007年10月30日付産経新聞は、沖縄の人々の終末期への対応を次のように紹介している。「アドベンチストメディカルセンター」の栗山登至（とし）ホスピス医長は、「沖縄では、輪廻（りんね）転生という考え方が身近にある。無駄な治療は避けて、最後まで気持ちを安らかに過ごそうという患者が非常に多い」「沖縄の人は病気の進行をありのままに受け入れようとする。独特の死生観があるからか、緩和ケアへの移行がスムーズだ」と発言している。そして記事は次のようにまとめられている。「沖縄県は平均所得が全国レベルを大きく下回ること、共働き家庭が多いため家庭の介護力が低く、低所得で在宅ケアにたどりつかないケースも少なくない」（『産経新聞』2007/10/30）。

栗山ホスピス医長の発言には臨床で得られた認識の重みがあるが、記事自体には沖縄の現状への誤解もあるようだ。たとえば、筆者が訪ねたホスピス（2010年）では、末期であることを告げられていない患者も一定の割合にいるという。したがって「ありのままに受け入れる死生観」が沖縄の特徴というのは、少なくともその時点では妥当してない可能性がある。むしろ、ホスピスや終末期の在宅ケアを望む人たちは、沖縄に限らず「最期まで気持ちを安らかに保ちたい」「無駄な治療は避ける」のが一般的である。確かに、年金などに頼って生活するのがやっとなという高齢者は多いだろう。しかしそれも沖縄に限ったことではない。むしろ、沖縄では、核家族化がかなり進んでいることを正確に認識すべきである。ただし、高齢者世帯とその息子・娘世帯が遠く離れていないことが沖縄の特徴である。それを踏まえれば、少なくとも低所得や夫婦共働きだけが理由で家族による在宅介護が受けられないというのは直接の理由とは考えにくい。むしろ、高齢者の在宅看護・介護サービスを提供する施設や人員の不足などの制度のほうにも目を向けるべきである。

では、沖縄の独特の死生観とはなんだろうか。琉球新報社の2016年版『沖縄県民意識調査報告書』⁽²²⁾によれば、沖縄の伝統的な祖先崇拜についてどう思うかという質問に対して、「とても大切だ」「まあ大切だ」を合わせると91.7%が回答しており、「9割以上が大切だと答えたのは前回（2011年——引用者）ま

でと同じ傾向だ」と報告している。年代別では、20代の84.4%、30代の90.1%が「とても／まあ大切だ」と回答している。

しかし、信仰を「大切にすることとそれを「信じる」ことがどの程度重なるのかは慎重に見極める必要がある。祖先や魂の存在を心から信じ、行動規範の核とするならば、生活に何か問題が生じた時、人は何よりもまず魂の救済を求めるであろうと考えられる。しかし、同報告書においてユタに悩みごとを相談するかという問いに対して「よく・たまに相談する」と回答しているのは全体の16.6%にとどまっており、20代で8.7%、30代で12.1%となっている。

トートーメー（位牌）に象徴される伝統的祖先崇拝を大切に重要なものにとらえることと、それを心から信じることは同じ事柄ではない。自分の信仰はともかくとして、たんに自分より上の世代が大切にしているから自分も大切にすることということも充分ありうるからである。そのことがこの統計から読み取ることができる。こうした変化が意味するのは、遅い早いの違いはあれ、どの地域にもみられるような、近代化の波が次第に昔ながらの習慣をそのままの形で踏襲していくことを困難にしているということである。

4. 地域包括ケアシステムにおける自立支援と尊厳の問題

以上のような整理をもとに、高齢者の主体性の回復という課題として地域包括ケアシステムを見てみよう。地域包括ケア研究会の現状での最新の報告である2016年度版によると、2040年に向けて「(高齢者の——引用者) 尊厳と自立支援を守るための予防」が前面に打ち出されている⁽²³⁾。そして、「高齢者の尊厳」から「高齢者」が外され、「尊厳」と「自立支援」は高齢者という文脈を離れても地域共生社会の基本理念として理解できるとしている。すなわち「すべての住民が自らの意志に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することで、その人らしい生活を送ることを可能にする」(「H28報告書」13頁)という基本理念は地域で生きるすべての人に共有できる価値観であるとしている。

しかし、自立支援のみが高齢者の尊厳と等価に置かれるということは、自立

支援（と予防）だけを（高齢者の）尊厳を守ることへと視野を狭めてはいないだろうか⁽²⁴⁾。以下では、「ユネスコ生命倫理と人権に関する宣言」第7条および第8条（ユネスコ生命倫理宣言と略記）⁽²⁵⁾、および1998年11月「ヨーロッパ委員会への生命倫理および生命法における倫理原則に関する政策提案に関するバルセロナ宣言」（Barcelona Declaration 1998。以下「バルセロナ宣言」と略）における基本理念について「自律（autonomy）」「尊厳（dignity）」「統合性（integrity）」「弱さ（vulnerability）」概念が等価に置かれていることを検討し、「H28報告書」が極めて狭隘な視点に陥っていることを指摘したい。

「ユネスコ生命倫理宣言」および「バルセロナ宣言」は、生命倫理における指導理念として上記4概念を挙げている。池谷壽夫が「生命倫理と『脆弱性』」論文で、「ケアの倫理」と「脆弱性（vulnerability）」概念を検討するためにバルセロナ宣言の特徴をまとめ、従来の生命倫理の枠を大きく超えているという評価を下しているので、これを参考にしながら議論を進めたい。バルセロナ宣言では、「自律」概念では5つの質と能力 capacity が考えられている。つまり、自律は単に個人の選択可能性を指すのではなくもっと複合的な概念としてとらえられている。すなわち①生の理念とゴールを創造する能力、②道徳的洞察、「自己規制」およびプライバシーの能力、③強制なしに反省し行動する能力、④個人の責任と政治的関与の能力、⑤インフォームド・コンセント、以上の諸能力である。しかし同時に人間は「状況づけられた生きた身体」として有限で諸条件に依存しているために、自律は理念にとどまるとされており、「ベルモント・レポートやその後の国際文書とは異なり、自律の尊重が人格の尊重と等置されず、しかも人間の有限性と依存のゆえにこそ、自律が支援さるべきだとされている。」⁽²⁶⁾

「尊厳」概念は、「それによって存在者が道徳的地位を持つことになる特性」として「自律的な行動のための能力、苦痛や喜びを経験するための能力」と同一視される。したがって、尊厳は、「道徳的地位を持つことになる特性」として、「プロセスにあるもの」であると同時に、「一定の能力にもとづくもの（能力論）」として捉えられて⁽²⁷⁾いるとまとめられている。

「integrity」概念（池谷論文では訳語として「統合性」が当てられているが、現在ではまだこの訳語は定着していないと思われるので原語のままとする——引用者）は、「外部の干渉を受けてはならない心身ともに尊厳のある生の触れることのできない核、基本的条件」、「破壊されるべきではない尊厳をもった存在者の生の一貫性」、「経験から思い出され、それゆえにナラティブのなかで語られうる生の一貫性」「ある人のライフストーリー、人間の社会と文化についてのナラティブの統一や歴史」⁽²⁸⁾とまとめられている。

最後に、「vulnerability」概念（池谷論文では訳語として「脆弱性」が当てられているが、integrityと同様に定着した訳語ではないと思われるので原語のままとする——引用者）について、一方では「すべての道徳性の可能性と必要性を根拠づける」人間のかかえる普遍的な「生の有限性と脆さ」を意味するが、他方では「その自律や尊厳や統合性が脅威にさらされかねない者たち」⁽²⁹⁾を指すとまとめられている。

池谷はバルセロナ宣言の4つの概念をこのように説明した後、この宣言の特徴を3点にまとめている。第一に、自律は「絶対的な自律としてではなくて、人間の依存と制限、ケアの必要のゆえに、限定された相対的なもの」としてとらえられること、第二に、「保護と自律の二分法的な把握はこえられ、自律への支援が強調される」こと、第三に、vulnerabilityは「人間という存在者が持つ普遍的な脆弱性と、特殊な状況的な脆弱性の2つの意味」⁽³⁰⁾でとらえられている。池谷は「vulnerability（脆弱性）」概念への関心からバルセロナ宣言の特徴をまとめているが、われわれにとっても示唆に富むものがあると思われる。すなわち、この4概念は相互に分離独立したものではなく、むしろ密接に相互に関連していることは容易にみて取ることができるだろう。

5. 「古い」の存在様式 老いを生きる者と看取る者

「vulnerability」に関しては、先に挙げた池谷が、国連開発計画（UNDP）発行の『人間開発報告書』（2014）ではじめてサブタイトルに vulnerability がキーワード概念として掲げられたことなどを挙げ、語源と意味について『オックスフォー

ド英語辞典』などを参照しながら検討している⁽³¹⁾。また、法学者のH.L.A. ハートの「生物学的 vulnerability」⁽³²⁾、レヴィナスの「〈生物学的 vulnerability〉と〈他者が傷つけられることに対する vulnerability〉」⁽³³⁾、ロールズやドゥオーキンの「平等な尊重と配慮を受ける権利」⁽³⁴⁾など、様々な分野で多様に論じられているというのが現状であろう。

ここではこれらの議論の細部に立ち入ることはせず、「vulnerability」を「社会化」という観点から考察してみたい。以前にも取り上げたが、繰り返しのいとわずに説明すれば、社会化とは、人間は言語共同体と間主観的に共有された生活世界の中に生まれ落ち、そのなかで養育されると同時に自ら価値や原理を選択して成長することによってのみ個体となるという意味である⁽³⁵⁾。各人は個体化の複雑な社会的ネットワークの中に編み込まれ、そのなかで個人のアイデンティティと所属する集団のアイデンティティが成立する。こうしたプロセスが人の傷つきやすさ（vulnerability）を刻み込んでいく。それゆえに保護が必要となるのである。道徳とはまさしくこのアイデンティティとその vulnerability を保護するためにあるということが理解できる。

ケアの倫理は、アトム化された個人の主客支配というモデルからアプローチせず、「誰もが応えてもらえ、誰ひとりとして見捨てられない」という気遣い（care）からアプローチする⁽³⁶⁾。だが同時に、恣意的に理解されやすい伝統や共同体に埋没せず、自律的な意思決定の積極的意義も充分尊重する必要から、社会化に伴って必然的に起こる「vulnerability（傷つきやすさ）」を保護するための了解概念が人々のコミュニケーションの核にあることがわかるのである。言い換えるなら、「各人の尊厳への等しい尊重」に対するセンシビリティが問われているといつてよいだろう。

では、老いを否定する場合をどうとらえればよいのだろうか。討議倫理的な観点における当事者のパースペクティヴからすれば、そのような立場は老いとは弱さの象徴である。それゆえ、老いを否定する者の自己欺瞞は、老いによって身にまとわざるをえない障がいなどの弱さを自己および他者の目にさらすことで自らの尊厳が傷つけられたと感ずること、そしてそのことに耐えられない

という点に由来する。しかし、他面から見れば、この自己欺瞞自体は自らの傷つきやすさを守る行為とみることもできる。

この自己欺瞞を指摘し、直視するよう説得したり、直視することを通じて「古い」の受容へと促すことは、自己欺瞞は乗り越えられるべきだという「あるべき人間像」を正義としてその人に強制することになる。もう一点押えておかなければならないのは、弱さを身にまとう者は他者から承認を得られずに尊厳が脅かされ、蔑まれるというその人独特の価値観は容易には変わらないということである。

むしろ、ここで重要なのは、「vulnerability」が人格の尊厳を損なうことなどない、むしろ自律と vulnerability は等価であること、また尊厳や integrity とも等価であること、さらに vulnerability そのものを理由に他者からの承認が得られないことなどはないという人間関係の事実の理解へと促すことである。それは、「誰もが応えてもらえ、誰ひとりとして見捨てられない」というケアの倫理の核心と同じである。だが、われわれが古いについてどのように考えてきたか、今どう受け止めているのかということはまた別の問題である。それは本稿の範囲を超えるので、機会をあらためて検討することにする。

「古い」を権利主体の自己決定の尊重のヴァリエーションとしてのみとらえるだけでなく、社会化を通じて複雑なネットワークの中で相互依存と自己決定にさらされている人格の「vulnerability」という文脈を視野に入れるかたちで再構築する必要がある。

注

- (1) 貝原益軒『養生訓』講談社学術文庫、1982年。
- (2) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」厚生労働省、平成24年、16頁
(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf)
- (3) ibid.
- (4) I. イリイチ『脱病院化社会』晶文社、1979年

- (5) 以下を参照：朝倉輝一「健康と病気 医療と文化」霜田求他『医療と生命』ナカニシヤ出版、2007年、158-169頁
- (6) 以下を参照：平山正実『死生学とはなにか』日本評論社、1991年。島蘭進他『死生学 1 死生学とは何か』東京大学出版会、2008年
- (7) 広井良典『定常型社会——新しい「豊かさ」の構想』岩波書店、2001年
- (8) <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>、あるいは <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>
- (9) この問題については以前論じたことがある。朝倉輝一「妥協とインテグリティ——医療における意思決定の問題」『東洋法学』No.59, vol. 3, 2017年3月、1（330）—22（309）頁。
- (10) R. Faden / T. Beauchamp, “A History and theory of Informed Consent” Oxford Univ., 1986. R. フェイドン／T. ビーチャム『インフォームド・コンセント』酒井忠昭他訳、みすず書房、1994年
- (11) <http://www.hospat.org/research1-3.html>
- (12) 朝倉輝一「死生学」金城一雄他編著『沖縄で学ぶ福祉老年学』学文社、2009年、185-196頁
- (13) <http://www.hospat.org/research309.html>
- (14) <http://www.hospat.org/research310.html>
- (15) 平成28年度版地域包括ケア研究会「報告書」9頁
http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf
- (16) 各文化圏における死生観について簡単に紹介したことがある。以下を参照。前掲朝倉輝一「死生学」187-193頁
- (17) 相良亨『日本人の死生観』ペリかん社、1990年
- (18) 磯部忠正『「無常」の構造』講談社現代新書、1976年
- (19) 相良亨前掲書
丸山眞男は「歴史意識の『古層』」において、日本の歴史の古層をなし、「いまここ」なる現を重視する歴史の執拗な持続低音として「つぎつぎになりゆくいきほひ」と指摘した。『忠誠と反逆』ちくま学芸文庫、1998年、353-423頁。
- (20) 加藤周一・M. ライシュ・R. J. リフトン著、矢島翠訳『日本人の死生観』上・下、岩波

書店、1977年。以下、上巻を（加藤 et al., 1977a、頁）、下巻を（加藤 et al., 1977b、頁）と略記。加藤他著『日本人の死生観』は拙稿『沖縄で生部福祉老年学』所収論文「死生学」でも取り上げているが、短く紹介する程度だったので、今回はさらに詳しく紹介・検討を行っている。

(21) 前掲平山正実『死生学とは何か』

(22) 『沖縄県民意識調査2016』琉球新報社、2017年

(23) 平成28年度地域包括ケア研究会「報告書」13頁、

http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf。以下、本報告書からの引用は本文中に（「H28報告書」一頁）と標記する。

(24) 地域包括ケアシステムの成立の経緯や意義、討議の倫理の観点からみた問題点については別稿を参照されたい。朝倉輝一「『地域包括ケアシステム』と討議倫理」『現代社会問題研究』NO.15、2018年3月、東洋大学

(25) 参考のために「ユネスコ生命倫理と人権に関する宣言」の当該箇所を挙げておく。

生命倫理と人権に関する世界宣言（仮訳）は2005年10月19日、国際連合教育科学文化機関（ユネスコ）第33回総会において採択された。

第7条—同意能力を持たない個人

同意能力を持たない個人には、国内法に従い、特別な保護が与えられる。

a) 研究及び医療行為の実施の許可は、関係する個人の最大の利益にかなうかたちで、国内法に従って、取得されるべきである。しかし、関係する個人は、同意の意思決定過程及び撤回過程に最大限可能な限り関与すべきである。

b) 研究は法律によって定められた許可及び保護条件に従い、関係する個人の直接の健康上の利益のためにのみ実施され、その研究と同等の価値を持ち被験者が同意し得る実効的代替研究が他に存在しない場合に行われるべきである。直接の健康上の利益をもたらす可能性のない研究は、最大限の抑制をもって、この個人の危険性及び負担を最小にし、同等の人々の健康上の利益に貢献するとされる場合に、法律に定める条件に従い、関係する個人の人権の保護と両立するかたちで、例外としてのみ実施されるべきである。そのような個人の研究への参加の拒否は尊重されるべきである。

第8条—人間の脆弱性及び個人のインテグリティの尊重

科学知識、医療行為及び関連する技術を適用し、推進するにあたり、人間の脆弱性が考慮されるべきである。特別に脆弱な個人及び集団は保護され、そのような個人のインテグリティは尊重されるべきである。

出典：文部科学省「生命倫理と人権に関する世界宣言」

<http://www.mext.go.jp/unesco/009/1386605.htm>

- (26) 池谷 壽夫「生命倫理と『脆弱性』」『了徳寺大学研究紀要』第10号、2016年、115頁
- (27) ibid
- (28) ibid
- (29) ibid
- (30) 池谷、前掲書、115-6 頁
- (31) 池谷、前掲書、105-7 頁
- (32) H.L.A. ハート『法の内容 第3版』（特に第9章第2節「法と道德の最小限の内容」）長谷部恭男訳、ちくま学芸文庫、2014年
- (33) E・レヴィナス『存在するとは別の仕方であるいは存在することへの彼方へ』合田正人訳、講談社学術文庫、『存在の彼方へ』（特に「第3章感受性と近き5傷つきやすさと接触」）合田正人訳、講談社学術文庫、1999年。
- (34) ドゥオーキン『権利論』木鐸社
- (35) J. Habermas, “Treffen Hegels Einwände gegen Kant auch auf die Diskursethik?“, in *Erläuterungen zur Diskursethik*, Suhrkamp, 1991, S.14ff. J. ハーバーマース、朝倉輝一他訳『討議倫理』法政大学出版局、2005年、10-12頁。
参照 朝倉輝一「ケアにおける承認の問題」『東洋法学』2013年、No. 56, vol. 2, 320-301頁
- (36) Carol Gilligan, *In A Different Voice*, Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press, 1982. 『もう一つの声』岩男寿美子監訳、川島書店、1986年。以下も参照。谷田信一「現代医療の倫理」判博・遠藤弘編『増補現代倫理学の展望』、勁草書房、1998。松川俊夫「ケア」および竹山重光「ケアの倫理」加藤尚武・加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』、世界思想社、1998年。