

日中の終末期医療に関するアンケート調査に基づく 生命倫理の比較文化論的研究

宇佐美 公 生*

(2007年12月7日受理)

はじめに：医療における社会・文化的特徴—生命倫理学の課題とそれへの文化相関的対応

Bioethics という言葉は1970年代に、アメリカで使われ始めた言葉である⁽¹⁾。それは、医学を含む生命科学（遺伝子組み換えや臓器移植など）の発展に伴う新たな倫理的課題について考える学問分野として名付けられたものであった。しかしもちろん医療に関する倫理は、生命倫理学という名称が生み出される以前から「医の倫理」として洋の東西を問わず存在してきた。

伝統的には、医療という特別な専門技術は、人間の死と生に直接かかわる技術であるだけに、その技術を行使する専門家には、一般人の道徳以上の「道徳」が求められてきた。そのような道徳が一般に「医の倫理」と呼ばれてきたものである。医の倫理は、医師が備える専門技術の故に有する力を、「善く」使うための道徳として、パターナリズム、あるいは「仁術」という形で求められてきたものであり、今日の生命倫理でも「慈恵原理」や「無危害原理」という形でその道徳は引き継がれている⁽²⁾。医の倫理の下では、医療者の腕の良し悪しに対する社会の側からの評価があったとはいえ、医師がどのような治療を行うか、その方針については医師の専断事項であり、最終的には彼（彼女）の知識と判断、技術、そして良心（道徳心）にゆだねられていたといつてよいであろう。

だが、医療技術の進歩と社会体制の変化、権利意識の拡大などが、既存の道徳では処理できない問題を提起することになり、それが今日の生命倫理学の広がりにつながっている。そしてこれらの変化の多くが西洋伝来の近代的医療技術や西洋的社会体制、西洋の人間観（個人主義、人権、人格の尊厳）と連動しているところから、今日そうした技術や医療体制が普及した東アジア諸国における生命倫理にも、少なからず西洋的課題や考え方の影響が見られることは確かである。日本でも医療技術の伝来、開発、進歩にともなって既存の倫理観が見直され、とりわけ1980年代からは上述の「生命倫理学」の紹介と相まって、医療が抱える倫理的課題に対しても考え方や対処の仕方での大きな変化が見られた。

例えば「日本生命倫理学会」が組織されるのは1988年からであり、脳死と臓器移植を巡って厚生省が「臨時脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）」を組織したのは1990年である。この間、各病院や大学、研究所にも続々と倫理委員会が組織されることになり、医療の現場でも、それまでさほど重視されてこなかった「患者の意思の尊重」や「自己決定権」という考え方が大きな位置をしめることになる（小松19-30頁参照）。

* 岩手大学教育学部

その後、扱うべき倫理的課題は、研究や技術の変化とともに専門分化し、その範囲も「生命倫理学」という言葉が造られた70年代と比べて広がってきた。そして同様な課題は中国でも問題になっており、いわゆる「生命倫理学」は中国の医学教育においても基本的な教育科目になっている。例えば、私の手元にある教科書『医学倫理学第2版』第一章では、ヒポクラテス以降の「医の倫理」と中国の医学倫理、さらに倫理学の歴史が解説され、20世紀60年代以降のアメリカに始まる生命倫理学の背景理論（義務論と帰結主義）と「無危害原則」「慈恵原理」「正義原理」「尊重原理」という四大原理について説明されている（兵祥興主編『医学倫理学第2版』人民衛生出版社、2003、4-11、51-54頁参照）。少なくとも筆者が中国の医療関係者に直にインタビューした限りでは、中国においても現代の生命倫理の諸課題とそれに対する（西洋の生命倫理もふまえた）新しい医療倫理が教育され、医療者はそれらを遵守すべきものとされている。

しかし、倫理的課題が西洋伝来の医療技術の進歩と、医療を取り巻く社会体制、権利意識などの浸透に由来するものであるとしても、そうした課題への対処の仕方という点では、日本に特徴的な傾向を見て取ることができる。そしてそれらの特徴については、これまで比較（医療）文化論や思想史、文化人類学などの観点から様々な研究が重ねられてきた。例えば、「欧米における脳死体からの臓器移植の数に比して、日本での移植例の少なさは何に由来するのか」とか、「中絶天国とまで揶揄された日本人の中絶に対する罪の意識の低さは何に由来するのか」といった形である（ラフルーア73頁参照）。同じような日本に特有の傾向は、安楽死や尊厳死、人工授精（男女産み分け）など他の生命倫理的問題についても指摘できよう。

ところで「生命倫理的問題に対する西洋社会との違い」ということと言えば、日本と同じような特殊性は、日本以外の東アジア諸国においてもしばしば見られることである。例えば、中国の医療関係者の話では、脳死を人の死と認めて、脳死体からの臓器移植を受け入れることにさほど積極的でないのは、一般の中国人の場合も同様である。それ故、中国においてもたとえ医師が脳死と判断していても、患者の家族を前にした死亡判定の多くは心臓死をもって行われているそうである。また「配偶者の同意」の下で「経済的理由」による人工妊娠中絶を容認している先進国も日本以外では台湾だけである、ということも地域による西洋社会との違いとして挙げることができるかもしれない⁽³⁾。そしてこうした共通性の根にあるのは、東アジア特有のモンスーン型の気候風土に対応した農耕社会と祖霊祭祀や儒教などの宗教的伝統によって培われ伝えられてきた死生観である、としばしば指摘されてきた（加地1994、218-226、加地1990、227-231頁参照）。

ところがこのように生命倫理的諸問題への対応において一見類似した傾向が見て取れそうな東アジアにおいても、問題によっては、その類似した傾向の内側で、国や地域ごとに違いが見られるものもある。例えば、現在の韓国では、金銭の授受を伴う「代理母」の商業的利用が認められており、またES細胞の研究をはじめ、生殖医療技術の研究開発についても、日本などと比べて非常に積極的である。さらに脳死体からの心臓移植など臓器移植も日本に比べると多かった。とりわけアジア地域の腎移植では、韓国は一時期までインド、中国に次いで多かったという事実がある。

そして本稿で取り上げる「終末期の迎え方」もそうした問題の一つである。「安楽死」や「尊厳死」とも関わる「終末期の迎え方」については、欧米に比べて東アジアの諸地域の方が保守的であり、地域での考え方の類似性も高いとはいえ、脳死と臓器移植、延命の中止法、末期患者の介護などの問題と絡めると、必ずしも一様とは言えない。

終末期の迎え方については、厚生労働省の調査班によるアンケート調査など、これまで日本でも複数の調査例があり、それらの調査に基づく特徴の分析もなされてはいる。本稿では、それらの調査の分析について独自の視点から検討を加えるとともに、新たに筆者が日本と中国で行った調査結果を加えて、以下の点について検討を行ってみたい。

- 1) 現代の医療事情とその文化的背景に関し、これまで指摘されてきた論点を検討する。
- 2) 終末期の迎え方に関する厚生労働省のアンケート調査の特徴を、文化論の視点をまじえて検討する。
- 3) 筆者が厚労省のアンケート項目を用いて日本の学生を対象に独自に行った調査を、中国寧波大学における調査と比較することで、両者の特徴を明らかにする。
- 4) それらの特徴を促す諸要因のうち文化的特質を見ることの「意義」と「課題」について考察する。

1. 現代の医療事情とその文化的背景について

まず生命倫理の諸問題の中で日本の文化的特徴（死生観）を反映していると言われてきた幾つかの問題について、その特徴を簡単に見ておくことにする。

生命倫理的課題に対する対処の仕方を左右する死生観に関しては、以前から西洋と東洋で様々な違いが指摘されてきた。とりわけキリスト教道徳を背景とする西洋と、儒教や仏教を背景とする東洋（日本、中国、韓国）とでは、死の受け入れ方や意味づけ方、死後の世界の考え方等で大きな隔たりがあると言われてきた。

(1) 脳死体からの臓器移植について

すでに触れたように、欧米では年間数千例の脳死体からの臓器移植が行われているのに対して、日本では臓器移植法（1997年）ができて10年を経ても、脳死体からの臓器移植例は全部で64例（2008年1月現在）に過ぎない。日本での脳死体からの臓器移植の少なさという特殊事情については、比較文化論的観点から次のような説明がなされてきた。曰く、①日本では、たとえ脳の機能が停止しても、身体には靈魂が宿っていて、身体を傷つけることは慎むべきである、と考える傾向にある。つまり心身が相互に結びついている。②日本人は死者（祖先）を擬人化し、死者も生者と同じ感情的生活を営むがゆえに、死者の魂を安らかに保ち、遺体を傷つけるようなことをしてはならないと考える。③日本人は個人の権利よりも家族の権利を優先する。死者の身体は個人のものというよりも、家族のものである、と考える。④日本人は死者から臓器を受容することに関し、（主に神道の伝統から）不浄と穢れを恐れる。⑤日本人には、キリスト教的な利他主義、あるいは慈悲と自己犠牲の伝統が欠如している、といった具合である⁽⁴⁾。

しかしこのような日本の移植事情の特殊性に関する文化的特徴づけについては、次のような批判もある。

①の身体へのこだわりという点では、アメリカ人もエンバーミング（死体処置術）を施して、眠るがごとき死の演出に多くの費用を使い、戦死者の遺体を本国へ移送することを基本とするなど、とりわけて日本人だけが遺体に執着しているわけではない（波平1990、15-20頁参照）。またレシピエントが、移植によってドナーの肉体的な部分も移ったと感じたり、「侵入者」として自らの身体によそ者を感じたりすることも報告されている（鈴木40-41頁、ジャン＝リュック・ナンシー『侵入者』以文社、2000、27-34頁参照）。

②については、①とは逆に、西洋でもドナーの家族が、レシピエントの中でドナーが生き続けているという思いから、レシピエントと接触を持ちたがるものがしばしば問題となっている。この例に見られるように、死後なお死者が象徴的な形で生き続けるという思いは、日本人に特有のものとは言い難い。またキリスト教(カトリック系)やイスラム教などに見られるように、遺体を火葬に付さない習慣を持っている文化は、別の意味での死者の擬人化を含んでいると考えられる(波平1996、198-206頁参照)。

そもそも鈴木崇夫が指摘するように、複数の社会のあいだに見られる『『文化的相違』を強調する議論には皮相的ないし恣意的なものが少なくない。つまり、自分が主張したい結論を正当化するために、それぞれの社会に関して、自分の主張に都合のよい側面だけをいくつかピックアップしたうえでそれを過大に(つまり、不当に)強調するというやり方である』(鈴木40頁)⁽⁵⁾。

その様な意味で④についても、次のように指摘することもできよう。すなわち「日本臓器移植ネットワーク」の調査によれば、臓器移植の希望者は、腎臓に関して言えば1万1千人余りと、その比率は他国と比べても決して少なくはない。一方、死後自らの臓器を提供してもかまわないと思っている人も、実際には一般人の約6割と少なくない(大井47-49頁参照)。ところが腎臓移植数は、904件(内、生体腎834件、死体腎144件、脳死体腎16件、2005年日本移植学会調べ)と必ずしも多くない。現在、海外に出かけて移植を受けようとする日本人の数が少なくないこと。開発途上国における闇の臓器売買への対策としてフィリピン政府が(日本のニーズを顧慮しつつ)臓器売買を公認する制度の導入を発表したこと(2007.2.2読売新聞)や、宇和島徳洲会病院での臓器売買事件(2007.1.1読売新聞)などの報道を見ても、レシピエントとしての日本人がとりわけて臓器移植に対し消極的であると言うことはできないであろう。

しかし現実には、脳死からの臓器移植はもちろんのこと、心停止後の腎移植に関してもドナーは少なく、多くの人(移植の二倍以上の経済負担で、しかも日常生活への影響も大きく生存期間の短い)人工透析(25万人以上)に頼っていることもまた事実である(大井46頁参照)。日本での腎移植の件数はここ10年間でも大きな増加はなく、移植希望者数に対する死体腎提供者の割合は、米国やヨーロッパに比べて圧倒的に少ない。その割合は人口の差を考慮しても、欧米の10分の1以下の提供率である。

大井玄は、こうした移植への姿勢の違いの一番の根を日本人の「家族の意見の尊重」あるいは「親類家族など関係者の意見との妥協型の意志決定」(大井49-50頁参照)、つまり上記③の特徴に見ている。すなわち、患者が死後の臓器提供を望んでいても、遺族の一部が臓器提供を承諾していない場合には、関係者同士で妥協が図られ、最終的には提供されないことが多くなってしまおうのである。文化人類学者の波平恵美子は、死を受け入れる前に身体を毀損して臓器を取り出すことへの日本人に見られる消極的傾向について次のような要因を挙げて説明している。すなわち、家族は身内が五体満足なかたちで自宅で亡くなり、納棺のような葬儀の手続きを経て、ようやく死を受け入れる傾向にあること。さらには遺体を故意に傷つけることは信仰上の罰につながる観念があること。伝統的な死と再生の観念にそぐわないこと。顔のある人間同士の相互扶助を越えた見知らぬ者への「献身」の観念が薄いこと。移植医療そのものへの不信があること、などである(波平1990、48-55頁、新谷254頁参照)。さらに臓器を提供することを承諾した遺族の場合でも、提供の理由が、亡き身内の身体の一部を生かすことや生存の意義をとりもどすため、言い換えれば移植を待つ重症患者への同情よりも、家族への哀惜や

遺族の割り切れない思いを癒すため、あるいは新たな再生観念（＝死者供養）として行われている面が強いことも指摘している（波平、同上）。たしかにそうだとすれば、遺族が故人の死をどの様に意味づけるかが移植の可否を決定する可能性が高い。この点までは説明できるように思われる。

しかし繰り返しになるが、現代の日本の臓器移植、とりわけ脳死体からの移植に関する特殊な状況について、もっぱら文化的特殊性にだけにその違いの根拠を求めてしまうことに対しては慎重でなければならない。むしろ文化的諸特徴を際立たせることが、逆にその陰に潜む（医療や福祉に関する）政治的な戦略や社会的問題を見えづらくしてしまう場合があるからである。

もし①や⑤で指摘されたように、キリスト教圏では、本人（家族）の「隣人愛」や「献身」、あるいは機械論的身体観、といった宗教的・思想的根拠によって臓器提供が進んでいるのだとしたら、「本人の拒否が明示的でない限り臓器を社会のものと見なす」フランスやベルギー、イタリアなどの移植法の制定は不必要であったはずである。そこには単なる文化的な背景を越えた社会的・政策的な意図が絡んでいると考えざるを得ない。日本でも脳死からの臓器移植を推進しようとする側からは、脳死を人の死とすることに消極的な文化的・年代的・宗教的相違や個人的価値観の違いを認めつつも、逆にその違いに配慮することを名目的理由に「自己決定権」が持ち出されてきたという事実を見過ごしてはならない（小松19頁以下参照）。「自己決定権」を持ち出すことで、脳死からの臓器移植という社会的課題を乗り越える道はたしかに開かれることになった。ところが、いったん「自己決定権」という普遍の原理の回路をとおしてしまうと、貧困な医療福祉の下で個人の選択肢が狭められたままで、市場原理の側に決定が委ねられ、なし崩し的に脳死からの移植が広がっていく可能性が生まれてしまう。それゆえ日本の臓器移植の特殊事情の根拠を、文化的特徴だけに求めてしまうことについては慎重である必要がある。

（2）「人工妊娠中絶」の問題について

キリスト教文化では、生命の誕生は神の賜であり、それを人為によって押しとどめたり、中絶することは禁じられている。これに対して戦国時代のキリスト教宣教師が伝えるところによれば、当時の日本では、間引きや子殺しが平気で行われていたそうである。一方別の宣教師の報告では、日本では生まれてきた子供は極めて大切に扱っていたようであるが、反対にキリスト教文化圏では、捨子の例が頻繁に見られ、修道院や教会の近所には捨子院のような施設も作られていた、という（ラフルーア72-74頁参照）。

戦後の日本でも、優生保護法後、「中絶天国」という不名誉な称号を冠せられるくらいに中絶件数は増えた。他方、たしかにキリスト教圏では、捨子は多かったが中絶はまさに宗教（と政治）的理由から、ある時期まで厳しく制限（禁止）されてきた。しかしロー対ウエイド判決以降、アメリカでも中絶率は上昇を見せ、近年ではむしろ日本の中絶率を上回っている年もある⁶⁾。またカリフォルニア州やイギリスなど、医療費や福祉費用の削減のため、胎児の生の質に応じた中絶を認める地域も出てきた。ここからもキリスト教的な文化の伝統があるからと言って、必ずしも中絶そのものに対して消極的であったり、禁忌の感情をもっているとは言えない。そしてアメリカにおける中絶率の推移は、女性の労働環境や家庭の経済格差などと決して無関係ではない。さらにイギリスや北欧の福祉国家でも遺伝病患者への着床前診断などが行われ、福祉費用の削減と優性保護的な目的で、広義の生命の選別が行われている。

(3) 終末期の医療について

戦後日本人の平均寿命は伸びたが、かならずしも一人の人間の自立活動可能期間が伸びたわけではない(大井21-23頁参照)。とりわけ近年の平均寿命の伸張は、以前のように乳児死亡率低下や感染症による死亡率減少によるものというよりも、むしろ病気を持った高齢者の余命の延長、つまり広い意味で、非活動的余命としての終末期が伸びただけであると言われている。かくして医療の進歩によって伸びた終末期にどのような介護や医療を行うべきか、という問題が高齢化社会の大きな課題となっている。

かつては、医療行為の場は、殆どが患者の自宅であり、また亡くなる場所も自宅であった。そして、「客死」を忌避する祖霊祭祀や儒教的な伝統、さらには「棄老」(嫉捨)を非常識とし、親族による介護と家族一体となった看取りを家族の当然の務めとする忠孝道徳の中で、在宅の死も望ましいものとされてきた⁽⁷⁾。そして現在の日本で約8割の人が病院で亡くなっている状況を、肯定的に語る人は少ない(新谷39-41頁参照)。これと比べ、西洋ではホスピスが普及しているイギリスやアメリカ、在宅もしくは高齢者専用住宅などで亡くなる人の比率が6割近いオランダ、9割が在宅死であるデンマークなど、日本とはだいぶ異なる事情にある(三井67頁、池上140頁、額田134頁参照)。もちろん日本でも在宅での死を望む人の割合が低いわけではない。むしろ上記の理想の死の迎え方の伝統に従えば、在宅で親しいものに介護され看取られることが望ましいことは確かである。しかし好むと好まざるとにかかわらず、約8割の人が、病院で息を引き取らざるを得ない事情にある。医療制度や老人福祉の環境の違い、さらには家庭環境や家族構成の変化(核家族化)が、こうした終末期の過ごし方の違いの最も大きな要因であろうが、それ以外にも、終末期を過ごす患者の意識や患者を支える家族の考え方など、広い意味で死生観に絡む要因もあると思われる。そうした事情を比較文化論の視点から考察するためにも、次に厚生労働省の検討会による「終末期医療に関するアンケート調査」をとおして、日本の終末期医療の特徴を考えてみたい。

2. アンケート調査をとおしてみた終末期医療に関する日本人の意識

平成5年度、10年度、平成15年度の三度にわたる厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会」によるアンケート調査の結果については、『21世紀の末期医療』(厚生省健康政策局総務課監修、中央法規、2000)と『今後の終末期医療の在り方』(終末期医療に関する調査等検討会編、中央法規、2005)として出版されている。ここでは後者を中心に、終末期のむかえ方に関する現代日本人の意識の特徴を考えていくことにする⁽⁸⁾。

(1) 告知について

安楽死や尊厳死を含む終末期医療については(問1)、一般人、医療関係者の多くが、「非常に関心がある」「まあ関心がある」と回答していて、高い関心をもっており(般80%、医92%)、自らが治療困難な病気に罹患した場合に告知を望む人も多い(般72.6%→92%、医98%、看98%)。(→の左はH10、右はH15の数値。それ以外は特に断らない限り、H15年の数値。また数値の前の「般」は一般国民への調査を、「医」は医師、「看」は看護師、「介」は介護士への調査結果の数値各々を示す。)また多くの人がその病名や見通しについても(問2)「担当医から直接に説明を受けたい」と考えていて(般92%)、「家族に聞いてもらう」という回答は(般6%)と少なかった。しかも「直接説明を受けたい」という比率は、5年前の調査(般90.3%)よりも、若干では

あるが上がり、「家族に聞いてもらう」(8.1%)は逆に少なくなっている。しかし医療関係者の場合、病状や見通しの説明については、「まず本人に説明する」としたのは、医3.4→5.9%と、(若干変動はあるものの)一般人の「直接説明を受けたい」とする比率に比べて圧倒的に低く、「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」としたり(医35.6→41.5%)、「家族に説明する」(医58.8%→50.9%)の割合が高くなっている。看護師の場合は、患者と直接接する機会の多さからか、「直接患者への説明をすべき」とする割合が医師よりも若干高く(看4.4%→9.4%)、家族への説明は減りつつある(看29.0→20.6%)が、「患者本人の状況を見て」という答えはいずれの年も60%以上と高い。

このように終末期医療における医療者の対応の仕方は、告知の問題一つとっても、通常の医療におけるインフォームド・コンセントがそのまま適用されるわけではなく、患者本人の希望が、そのまま受け入れられるとは限らない状況が見えてくる。欧米での正確な病名告知の比率は分からないが、しかし日本よりも圧倒的に患者への直接的な説明の割合は高いとされてきた。例えばアメリカでは、癌の場合、ほぼ確実に患者本人に告知されるし、患者の自己決定を重視するオランダでも、その前提として病名の告知は殆どの場合患者に行われているようである。逆に癌の告知を避けたがる社会の例として、欧米ではしばしば日本が紹介されるほど、日本の病名告知に関する状況は異質と言える(2000.8.1「朝日新聞」日曜版参照。三井60-2頁、大井150-158頁参照)。終末期が長くなり病院で終末期を迎える人が増える一方で、それを支える介護体制ができていない不安がこの問題にも現れていると思われる。

清水哲郎は、「病名告知」について、一般的な言葉のネットワークと専門家の言葉のネットワークが必ずしも重なり合わないことに注意しなければならないとしつつ、「患者の生き方の幅を広げる」という意味でQOLを考えたとき、QOLへの配慮は患者自身が自らの病状について知ることと直結していないと考えている。そして患者自身の心理的動揺により、そうした状況を客観的に理解できない状態に陥ってしまうとすれば、総合的QOL判定の観点から言って、やはり告知は個別の患者の状況を判断してから考えるべきであるとしている⁽⁹⁾。

(2) 延命措置について

アンケート調査では、自らの終末期医療のあり方についても、いくつかの特徴がみとれる。すなわち「痛みを伴う一ヶ月未満の末期状態における心肺蘇生措置」(問3-1)や「6ヶ月未満の末期での延命治療」(問3-2)については、「やめるべき」と「やめたほうがよい」を合わせると(問3-1)が般70.1%、医90%、(問3-2)が般74%、医82%となり、「苦痛の緩和に重点を置く」ことを望む傾向(般58.9%、医83.5%)がみとれる。問3-2で「単なる延命治療でも続けるべき」とする答えは、一般人では減る傾向にある(般16→12.7%、医8.3→9.0%)が、他方で「積極的安楽死」については一般人の場合(般13.3→13.8%)とほぼ変わらず、医師の場合には2.5%と極めて低い。終末期医療を支える社会的な体制の違いがあるとはいえ、オランダの民間調査機関が2001年に行った世論調査では、「回復不可能で死期が迫っており、耐え難い苦痛にさらされている患者は、自分で希望するときに死ぬる」という意見に賛同した人の割合が、85%にのぼったこと(三井22頁参照)と比べると際だった違いがあると言える。

ちなみに、WHOの調査による自殺率では、日本が先進国の中では圧倒的に高く、社会体制の不安定な国と並んで、2005年は24.2人(/10万人)、2007年24.0人である。それに対し安楽死を認めているオランダは、9.4人で48位、ホスピスが普及しているとされるイギリスで7.5人の

56位、アメリカは10.4人で46位となっている。隣国の韓国では近年急速に自殺率が上昇し26.1人（/10万人、2005年）とOECD加盟国ではトップとなっているのに対し、中国は13.9人と低い。しかし別の調査（中国心理衛生協会）では、中国の実際自殺率は23人というデータもある⁽¹⁰⁾。しかも、日本では最も自殺率の高い年齢層は55-64歳の間だが、アメリカやオランダでは75歳以上が最高率となっている。また58カ国の自殺許容度（自殺は許される）の意識調査では、オランダがトップで4.36であり、日本の3.03、アメリカの2.65よりも遙かに高い⁽¹¹⁾。これは、キリスト教徒（プロテスタント）が多いとはいえ、安楽死を許容する意識が反映されていると考えられる。また自殺許容度で中国が、1.43と最下位に近い方に位置しているのも特徴的である。

ところが同じ「延命治療」に関してでも、対象が「家族や自分の患者」（問5）となると、「継続すべき」が（般23.3→20.7%、医13.6→12.0%）と、減少傾向にあるとはいえ「自分」の場合よりは高く、「積極的安楽死」については反対に（般11.3%、医0.7→1.5%）と低い。これは「家族愛」ということを考えると当然の結果とも言えるが（額田34-5頁参照）、しかし他方で苦しんでいる患者の家族として（積極的安楽死ではないが間接的安楽死につながる可能性を孕む）「苦痛緩和への要望」が多くなる傾向にはある（般67.2→88.0%）点は特徴的と言えよう。かつて東海大学安楽死事件でも、本人の意思が明確でないまま、「楽にしてあげて欲しい」という家族の強い要望で安楽死が行われたことを考えても、家族としては一方で「少しでも生きていて欲しい」という思いと、他方で家族として「身内を苦しませたくないし、また自分たちも苦しみを見たくない」という思いが複雑に反映しているものと考えられる。

このように自分の場合と家族の場合とで対処の仕方がずれる傾向は、「持続的植物状態」の場合（問7、問8）の対処の仕方についても指摘できる。すなわち平成15年の調査では、自分の場合（問7）には「延命治療の継続」と「単なる延命治療の停止」はそれぞれ10.1%と79.6%であるのに対し、家族の場合（問8）にはそれぞれ19.0%と64.9%であり、「分からない」とした比率も14.3%と自分の場合に比べて高い。また医療関係者が「延命治療を部分的に中止ししてもよい」と考える場合に、「続けるべき治療の種類」（問7補2）からもある特徴が見て取れる。すなわち持続的植物状態の患者に対してカレン・クインラン事件のように人工呼吸器を外すことは認めても、尊厳を傷つけないためとはいえナンシー・クルーザン事件、テリ・シャイボ事件などに見られた、水も栄養もを断ち「餓死させる」という処置については、必ずしも肯定的には考えられていないということである。

（3）「書面による生前の意思（リビング・ウィル）の表示」（問11-1）について

「意思表示」の意義は認められる傾向にある（般59.1%、医75.3%）。しかし「患者の意思の尊重には賛成するが書面にする必要がない」とする意見も一定程度（般25.2%）あり、リビング・ウィルの表示は認めても「医師が家族と相談し希望を尊重すれば法制化については消極的」な割合は、一般人、医療関係者ともに増える傾向にある（般45.6%→60.3%、医42.9%→50.7%）。書面で残すことの意義を認めるということは、家族や医師が、自らの希望を尊重してくれない可能性への対処か、あるいは終末期に考えられる家族や医師の混乱を避けるための手がかりを提示しておこうとする意図か、いずれにしてもコミュニケーションが事前に十分にとられてさえいれば、法制化までは必要ないという考えと解釈できる。一方意図を書面で表そうとしても、建前でしかなかったり、なかなかその真意が伝わりにくかったり誤解を生むのではという恐れや、人間の意思の流動性への危惧もあり、書面として残すことに消極的な意見もある（大井92

-7頁参照)。

ところが「書面による意思表示」については肯定的であるのに、「死期が近いときの治療方針に関して、医師が患者本人の意思を尊重してくれると思っている」(問11-2)とした者は必ずしも多くない(般16.5%、看14.3%)。これは医師側が「患者本人の意思を尊重する」と答えている割合(医59.9%)と対照的である。この違いには様々な要素が考えられる。患者の側からすれば、意思を表明しても、最終判断は医師の手に委ねられているので、医師の裁量で治療方針が変更される可能性がないわけではないし、また家族の希望と患者の意思とが合致していない場合、医師が家族の意向の方を受け入れがち、という可能性も考えられるだろう。例えば、患者が自宅で死を希望していても、家族がそれを拒むかもしれないし、患者が痛みの除去を希望していても、それが延命を妨げる可能性があって、家族の方は延命を望んでいる場合、医療者として家族の希望をどこまで拒否することができるかという問題もあるであろう。また逆に人工呼吸器を装着すればかなりの延命の可能性があると看しても、それが家族への極度の負担を強いることになる場合、家族の健康の方が尊重されることもあるかもしれない⁽¹²⁾。

(4) 終末期医療における療養の場所について

医療者側の終末期医療に関する悩みとして「告知や説明」の次に多かったのが「在宅医療体制の不十分さ」(医60%、看54%)であったが、この点は、一般人の回答とも対応している。すなわち「自分が痛みを伴い6ヶ月以下に死期が迫っている時、どこで療養生活を送りたいか」(問4-1)という問いに対しては、「なるべく早く今まで通った医療機関に」(般11.8%)、「なるべく早く緩和ケア病棟に」(般20.7%)であったのに対して、「自宅で療養し、必要になれば医療機関」とした人が20.4%、「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア病棟に」とした人も28.3%と比較的高く、反対に「自宅で最後まで」とした人は9%と低かった。ただし後者3つをまとめ一時期でも「自宅で療養」を希望する人の合計は57.7%と高いことになる。しかし自宅で最後まで療養する可能性(問4-2)については、多くの人が「実現困難」であるとしている(般65.6%、医51.6%)。そして実現不可能とした理由(補問)で最も多かったのが、「介護している家族に負担がかかる」(般78%、医69%)であり、次に多かったのが、「病気が急変したときの対応への不安」であった(般57.3%、医53.3%)。一方「家族が終末期の場合の療養場所」(問6)については、やはり「自宅で療養し、必要になれば専門施設へ」という人は般48.3%、医66.1%と最も多く、「自宅で最後まで」という人の割合は般10.5%、医4.4%と少なかった。

ところで癌や臓器不全などによる比較的短期の終末期と区別して、療養が比較的長期化すると考えられる「高齢で脳血管障害や痴呆などにより日常生活が困難になった場合や治療困難な疾病に侵されたとき」の「自分の療養場所」(問9)としては、一般人の場合には、「一般病院」38.8%、「介護医療施設」24.8%と専門施設が多かった反面、「自宅」とする答えも22.7%と比較的高かった。対して医療関係者の場合は、「自宅」の割合がさらに高い反面(医48.9%、看41.2%、介護38%)、病院への入院希望が一般人に比べてはっきりと少なかった(医、看ともに2.1%)。ここにも医療者と一般人のズレが見て取れる。病院は治療の場ではあっても長期的な療養を要する疾患のケアには適していないと考える医療関係者に対し、一般人にはそのように理解されてはいないように見受けられる。そして長期的療養の場合、医療者自身は、「自宅」を最終の場として望ましいもの——住み慣れて、好きなように過ごせ、家族とともに過ごせる場——と考えているのに対し、「自宅外の施設で」と答えた一般人の多くが、「家族の介護の負

担」(83.9%)や「緊急時の迷惑」(45.7%)を挙げていることから、できることならば自宅を最後を迎えたいが、家族の負担に配慮して不本意ながら自宅外での施設を選んでいる可能性が考えられる。また同じように「日常生活が困難となった家族」の長期の療養場所についても、「自宅」とした割合は、26.7%と4分の1程度はある。ただし「一般病院」とする割合は「自分」の場合より多く41.2%で、逆に「介護療養医療施設」は17.0%と「自分」の場合よりは低かった。いずれにしても上記の調査結果と病院で最後を迎える人の割合が8割という現状とのズレを考えると、家庭の住環境の整備や介護専門施設の充実も含めた介護体制の整備が今後の課題として考えられる。そしてそのことは、終末期医療の普及にあたって充実すべきものとして、在宅終末期医療の体制作りを挙げる医療関係者が多い(医62.6%、看76.8%、介護69%)ことも対応していると言える。

3. 寧波および岩手の大学生への調査結果について

ここで、上記のアンケートの調査項目をもとに筆者が独自に行った中国と日本で行った調査⁽¹³⁾の結果を、上で挙げた諸点を中心に見てみることにする。調査は2006年11月、中華人民共和国浙江省寧波の寧波大学の学生240名と岩手大学学生など150名の日本人学生を対象に行われたものだが、20代の学生中心の調査であるので、上記の各年齢層にわたる厚生労働省の調査とは同等に扱えない。しかし同世代の日中両国の学生を対象に行った点で、一つの特徴を有すると考える。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
問1	27.8/5.4	61.5/46.7	10.6/41.7	0/5.8						
問2	91.2/84.2	3.4/6.7	5.4/9.2							
問3-1	19.3/22.5	39.3/27.8	22.8/19.6	18.6/30.1						
問3-2	22.7/20.5	53.1/35.3	13.1/16.3	13.8/27.9						
問4-1	5.2/2.6	4.0/7.0	25.4/24.6	37.9/30.0	21.6/15.4	1.3/5.8		1.3/8.8	3.3/5.4	
問4-2	24.0/22.3	42.6/41.9	30.7/35.4	2.7/0.4						
問5	34.1/57.8	41.1/19.6	5.0/6.5	19.3/16.1						
問6	8.7/10.3	8.7/15.0	30.9/15.0	24.8/23.2	12.1/15.6	0.6/26.2		11.4/3.0	2.7/1.7	
問7	12.8/22.5	45.0/38.3	31.1/24.2	10.7/15.0						
問8	28.0/65.1	38.0/10.5	8.0/5.5	26.0/18.9						
問9	41.0/44.2	17.3/12.5	28.0/31.7	2.2/4.2	11.5/7.5					
問10	48.2/54.2	23.0/23.1	12.6/13.0	3.5/2.5	12.6/7.1					
問11-1	75.0/61.8	7.9/17.2	6.4/7.7	0/1.3	10.7/12.0					
問11-2	18.0/28.8	23.7/32.4	5.0/7.6	48.2/21.4	1.4/0.4	3.6/9.7				
問11-3	23.7/19.0	33.1/9.5	9.3/30.6	26.6/28.0	0/0.9	7.2/7.8				
問11-4	29.0/21.7	43.3/23.4	5.0/30.6	11.3/5.1	11.3/19.1					
問12	7.0/37.0	35.7/49.6	28.0/6.1	14.7/4.3		14.7/3.0				

上記のデータは、厚生労働省による「終末期医療に関する調査」の質問項目(縦軸)に従い、筆者が日本と中国で行ったアンケートのデータの一部(補問は省略)である。数値は%で日本と中国の数値がそれぞれ/の前後に記されている。

(1) 告知について

「安楽死」や「尊厳死」への関心については(問1)、「非常に関心がある」および「まあ関心がある」とした学生は、日本がそれぞれ27.8%、61.5%、合計89.3%に上ったのに対して、中国が5.4%、46.7%、合計52.1%と若干の差がある。しかし自らが治療困難な病気になった場合に、「病名等を知りたい」(問2)を望む割合は、日本91.2%、中国84.2%と極めて高かった。さらに病名等の告知を「直接担当医から受けるか」という問い(補問)には、日本94.8%、中国92.3%と、ほとんどが「直接の告知」を望んでいる。調査対象が20代の高等教育を受けている学生で、希望的な態度表明も含まれているせいも、この点では、厚生労働省の平成15年(2003)年調査の比率(知りたい76.9%)よりもかなり高い割合となっている。一方、筆者がアンケート調査と並んで行った中国の医療関係者へのインタビューでは、患者には病名を「知る権利」があるとしながらも、医師は必ずしも直接「本人に説明する」とは限らず、「患者本人の状況を見て判断する」としたり「高齢者の場合、子供に説明する」と回答していただいた例が多かった。この点は日本の医療関係者の考え方と類似していると言える。

(2) 延命措置について

「自分が痛みを伴う余命一ヶ月の場合の心肺蘇生措置」(問3-1)については「やめるべき」及び「やめたほうがよい」の合計は、日62.1%、中47.4%と若干日本の方が高いが、圧倒的な差ではない。(以下、筆者の調査の日本と中国の割合は、それぞれ「日」「中」の後に数値を記す。また厚生労働省のH15年調査の「一般人」については前節同様「般」の後に数値を記す。)同じように「痛みを伴う余命6ヶ月未満での延命措置」(問3-2)についても「単なる延命措置はやめたほうがよい」(日53.1%、中35.3%、般53.5%)、「単なる延命措置はやめるべきである」(日22.8%、中16.3%、般15.9%)と若干日本の方が高くなっている。これらの問いへの回答で、「心肺蘇生措置」や「延命措置」を「続けるべき」とする割合は、日本と中国で大きな差はなく、前者が日19.3%、中22.5%(般9.2%)、後者が日22.7%、中20.5%(般12.7%)であった。ただし、「分からない」とする割合は、「心肺蘇生」の場合日18.6%、中30.1%、「延命治療」の場合日13.8%、中27.9%と、日本に比べ中国の方が高かった。この割合は「安楽死」「尊厳死」への関心度に相関したものと考えるのが妥当であろう。厚労省の数値とのズレは、やはり本調査が20代に限定され、身近な問題として感じづらい点も反映していると思われる⁽¹⁴⁾。

そして両国の違いは、続く「自分の延命治療を中止する場合の具体的方法」(問3補問1)からも見て取れる。すなわち日本では「苦痛の緩和」を重視する割合が54.8%と一番高いのに対して、中国では「自然に死期を迎えさせる方法」を望む割合(50.4%)が高い。(この点には、終末期医療の具体的な知識の有無や理想的な死のあり方に関するイメージが反映しているのかもしれないが、筆者が中国の学生に直にインタビューを行った限りでも、理想の死に方として「自然な死」という表現が多かった。)ただし同じことが「家族」の身に起こった場合、すなわち問5及び補問では、中国ではその回答の分布が異なってくる。この場合には「単なる延命治療でも続けられるべき」とする割合が57.8%と高く、「単なる延命を中止する」場合の具体的方法も、「あらゆる苦痛の緩和」が第一位で50%であった。それに対し日本では、「単なる延命治療でも続けられるべき」は自分の場合(22.7%)に比べれば34.1%と若干高いが(般20.7%)、「延命はやめたほうがよい」も41.1%と高く、「中止の方法」については、自分の場合(54.8%)と同様「苦痛の緩和」が56.6%と最も高かった(般67.2%)。なお「延命医療の中止」の方法として「積極的安楽死」(問5補問)を希望するものは、自分の場合(日8.6%、中

12.2%)も家族の場合(日9.4%、中13.2%)も高いとは言えないが、比率としては若干中国の方が高かった⁽¹⁵⁾。

(3) 終末期の療養場所について

次に、自分が「痛みを伴い治る見込みがなく余命6ヶ月未満と告げられた場合の療養生活の場所」(問4-1)については、日中両国とも、「自宅で療養し、必要になればそれまでの医療機関に入院」とする人(日25.4%、中24.6%)と「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院」とする人(日37.9%、中30%)とが多い。次に多かったのが「自宅で最後まで」で日21.6%、中15.4%であった。日中のこの類似した傾向は、次の「最後まで自宅で療養できるか」(問4-2)についても指摘できる。「実現可能」とする人が、日24%、中21.3%であるのに対し、「実現困難である」が、日42.6%、中40%とほぼ近似しており(般65.5%)、さらに困難な理由についても「介護してくれる家族に負担がかかる」と「症状が急に悪くなった時の対応に自分も家族も不安である」が共通して最も多かった。なお厚労省の調査と比べると「なるべく早く医療機関へ」(日5.2%、中2.6%、般11.8%)、「なるべく早く緩和ケア病棟」(日4%、中7%、般20.7%)が少なく、逆に「最後まで自宅で」を希望する人が多くなっている(日21.6%、中15.4%、般9%)。家族に看取られながら自宅で死を迎えることを終末期の一般的(理想的)な形態とする伝統をもった両国において、若い人も(若い人の方こそ)潜在的には自宅での療養を希望しつつも、他方で家族の負担等に配慮して自宅外の専門施設で死を迎えざるを得ないと考えていることが見て取れる。中国の老人病院の医療関係者の話では、現在でも、余命僅かになると自宅に戻って死を迎えることを希望する患者(及び家族)が少なくないそうである。「客死」を忌避し「孝」の徳を重視する儒教的伝統を有する中国では、現在でもできることなら家族に看取られて自宅で生を終えることを理想としているということであろうか。しかし、次の問いからは、単純にそうとも言いきれない面もうかがわれる。

「家族の余命6ヶ月未満の終末期の延命治療」(問5)について、「単なる延命治療であっても続けられるべき」とする割合が中国では57.8%と高く、逆に「延命治療をやめるべき」「やめたほうがよい」が26.1%と低いことは上で述べた。日中とも、本人の場合と違い、家族に対しては「最後まで治療を続け生きてほしい」とする割合は高いのだが、特に中国ではその割合が半数を超えていた。しかしその家族が「余命6ヶ月未満の末期での療養場所」(問6)となると、日本では、「自宅で療養して必要になれば医療機関」(30.9%)や「緩和ケア病棟」(24.8%)が多いのに対し、中国ではそれぞれ15.0%、23.2%と、日本ほどは多くなく、むしろ「がんセンターなど専門的医療機関で積極的な治療をさせたい」が一番多かった(26.2%)。そして「最後まで自宅で」が日本では12.1%であったのに対し、中国では5.6%とむしろ少数であった。上記の自分の場合の「在宅療養」への希望(日21.6%、中15.4%)と比べて中国が低い点が興味深い。日中の医療機関をめぐる環境の違いもあるだろうし、また中国では一人っ子が多く、十分な介護ができない状況にあるということもあるのだろうが、中国では余命6ヶ月程度の場合、まずは十分な医療(治療)を親に受けさせることを第一と考える傾向にあることがうかがわれる。(筆者のインタビューに、自宅での療養は家族としての務めの放棄だ、と答えてくれた中国の学生もいた。)

この点は他の問いへの回答からも確認できる。「家族が持続的植物状態になった場合の延命治療」(問8)や「脳血管障害や痴呆などで日常生活が困難になった場合の療養場所」(問10)について、中国の学生は、(問8)の「単なる延命治療でも続けられるべき」が65.1%、(問

10) の療養場所は「自宅で」が54.2%とそれぞれ最も高い割合を示している。後者の問いについては、日本の学生も48.2%と最も高いが、前者の「植物状態となった家族の延命治療」については、日本の学生は「単なる延命治療はやめた方がよい」の38%が最高割合である点では、中国の場合と対照的である。中国の学生は、できることなら家族に対してはたとえ植物状態でも可能な限り治療を優先し、痴呆などで療養せざるを得なくなった場合には、身近で面倒を見てあげてくれることを望んでいる姿勢がうかがえる。保険制度や医療環境、介護制度など、政治・経済的側面での違いもこうした回答の違いに少なからず影響しているだろうが、それでも両国とも高等教育を受けられる教育・経済環境にある人達であることを考えた時、そこに考え方の文化的違いを見て取ることも不可能ではないであろう。

ところで「自分自身が持続的植物状態」になった場合(問7)は、日本でも中国でも、「単なる延命治療はやめた方がよい」(日45%、中38.3%)、もしくは「やめるべきである」(日31.1%、中24.2%)が家族の場合と比べて圧倒的に高い。しかし他方で自分自身が「脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となった場合の最後の療養場所」(問9)としては「自宅」を希望する者が、中国で44.2%、日本で41%と一番高い割合を示している。厚労省の数値22.7%と比べるとこの違いは際立っている。そして中国では、「最後まで自分の好きなように過ごしたいので」(69)(括弧内は実数)と並び「家族との時間を多くしたいので」(64)という理由を挙げる人が多かった点が特徴的である。他方「自宅以外(病院・老人ホーム)」を希望する人でも、その理由として一番多かったのは「自宅では家族の介護などの負担が大きいため」(日75、中91)で、次に「自宅では、緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれないから」(日48、中57)であった。ここから中国はもちろん、日本でも本人は事情さえ許せば、家族と共に最後を迎えたいと望んでいることが分かる。そしてこの点では「最後の療養場所」に「一般病院」を選ぶ「一般人」が多かった(38.2%)厚労省の調査結果(介護医療施設24.8%、自宅22.7%)と比べて若干異なる結果となっている。(ちなみに筆者の調査では、この問いで「病院」を選んだ割合は、両国(日17.3%、中12.5%)とも、老人ホーム(日28%、中31.7%)よりも低かった。)20代の学生には問いの「日常生活が困難な場合」が身近に迫った自らの問題として考えられないためかもしれないが、しかしこうした希望は、だからこそ現実の諸条件から距離をおいた素朴な希望、あるいは潜在的に抱かれている理想と捉えることもできるのではないだろうか。

(4)「書面による生前の意思(リビング・ウィル)の表示」(問11-1)について

「治る見込みがなく、死期が近い時には単なる延命治療を拒否することをあらかじめ書面に書いておき、がんの末期などで実際にその様な状態になり、本人の意思を直接確かめられない時はその書面に従って治療方針を決定する」(問11-1)という考え方について、「賛成する」とした意見は、日本でも(75%)中国でも(61.8%)と高く、厚労省の調査(59.1%)と比べても相対的に高かった。ただし、「患者の意思の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要はない」という意見は、日本(7.9%)に対し、中国(17.2%)と中国の方が高かった。またこうした「リビング・ウィル」の有効性について法的な裏付けを与えるべきとする考えが、日本では40%にとどまる(厚労省の調査でも37.2%)のに対し、中国では62.5%と高かった。そして「法律を制定しなくても医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方針を決定する」が、日本の57%(般60.3%)に対し、中国は31.6%と低かった。このように「リビング・ウィル」を書面で残すことには、両国共に肯定的であり、中国では更にそれを法制

化することに前向きである。ところが続く「リビングウイルの内容を医師が尊重してくれると思うか」(問11-2)という問いでは、「そう思う」(日18%、中28.8%、般16.6%)「そうせざるを得ないと思う」(日23.7%、中32.4%、般19.5%)となっており、厚労省の調査数値からも分かるように、日本の場合さほど高くなく、むしろ「その時の状況による」が最も高くなっている(日48.2%、中21.4%、般44.9%)(額田1995、34頁参照)。一方中国の場合には先の法制化への意向を反映してか、「そうせざるを得ない」がより高くなっている。ここからは、書面での意思表示を望ましいとしつつ、家族など周囲の関係者との関係次第という状況依存的性格が日本人に特徴的であること、逆に中国の人の個人(自己決定)意識の強さがうかがえる。そのことは次の「患者本人の意思が確認できない場合の、家族や後見人の代理意思表示の有効性」(問11-3)についての回答からもうかがえる。すなわち「それでよいと思う」(日23.7%、中19%、般30.7%)、「そうせざるを得ない」(日33.1%、中9.5%、般26.5%)に対し、「そうは思わない」が日9.3%(般4.8%)、中30.6%と中国の方が高いからである。「リビングウイール」については前向きでありながら、「自己決定」への思い入れが日本人の場合さほど強くなく、家族などの代理意思決定への許容度が高いことが浮かびあがってくる。同じように「意思表示の書面も、代理人による意思表示もない場合の延命治療の判断」(問11-4)については、「家族や親戚など多数の意見」(日29%、中21.7%)「配偶者など最も身近な人」(日43.3%、中23.4%、般61.8%)に対し、「担当医の判断」(日5%、中30.6%、般5.5%)と、身近な者による意思決定の依存の度合いで日中間で対照的な結果となっている。

臓器移植の少なさに関する日本の特徴でもふれたが、こうした決断に際し家族の意向を尊重し、それに信託する傾向の強さをここでも確認することができる。それはまた医師と患者自身のコミュニケーションや信頼関係の薄さと解釈することもできよう。実際、次の問い「延命治療の中止の可否について医師と患者間で十分な話し合いが行われていると思うか」(問12)に対して、「十分行われている」(日7%、中37%)、「行われているが不十分」(日35.7%、中49.6%)、「行われていると思わない」(日28%、中6.1%)と、中国と比べて日本の方が、話し合いの不足を訴える人が多い点からも、そのことは裏付けられる。

以上、厚労省の「終末期医療に関する調査」とも対比しながら、筆者自身による日中の学生への終末期医療に関する意識調査を検討してきた。時代的な流れの中で日中類似した傾向も見取れるが、若干の違いもあった。ここでもう一度簡単に今回の調査結果の特徴を確認しておこう。

- ・終末期の単なる延命治療については、「中止すべき」と考える傾向は、家族の場合と比べて自分の場合の方が両国とも強い。ただし中国では、家族への延命中止についてはむしろ消極的でさえある。
- ・家族に対する終末期の「単なる延命治療」について、日本よりも中国の方が肯定的であり、療養の場所も、「自宅」よりは「専門医療機関」を考える傾向にあるが、しかし自分の場合には「在宅での療養」を望む傾向にある。
- ・日本では「延命治療の中止」をする場合に「苦痛の緩和」を重視するのに対して、中国では「自然に死期を迎えさせる」方法を重視している。
- ・「持続的植物状態」になった場合、中国では「延命治療の継続」について自分と家族の場合にはっきりとしたズレが見られる。
- ・脳血管障害や痴呆などで日常生活が困難になった場合、学生本人は日中とも「自宅での

療養」を望む傾向が、家族の場合と比べてかなり強いが、必ずしもその希望が実現可能であるとは思っておらず、その理由に家族の負担を挙げる者が多い。

- ・日本でも中国でも、「病名の告知」については肯定的で、「リヴィング・ウイル」の表明についても前向きである。しかし日本では意思表示が尊重されるかどうかについて「その時の状況による」とする意見が多く、周囲の近親者の意思決定に依存する傾向が強い。さらに「医師と患者の話し合いの不十分さ」を指摘する者も多い。他方中国では意思表示の有効性の法制化を望む割合が高く、自己決定への志向性が日本に比べると強い。

このように「終末期医療」については日中に多くの共通した特徴がある一方で、若干の違いも存在することが明らかになった。しかもそれらの特徴の内のいくつかは、矛盾していると解釈できるものであった。社会体制、医療・福祉制度、経済状態や住環境など様々な違いがあるにもかかわらず、多くの共通した傾向が見られるということは、現実の制度や社会的環境を越えた、より大きな人間的・文化的背景を共有していると考えうる理由があると言えるが、反面その内容に矛盾した志向性が見て取れるということは、日中それぞれに終末期医療に関する課題を抱えていることを示唆している。また日中間でいくつかの違いがあるということは、社会的・制度的の違いに加えて、家族観や死生観など思想的、文化的な違いが作用していると考え余地も残されているということになる。

今回のアンケート調査では、個々の回答者に直接に回答の意味を確かめ、それぞれの回答の背景にある考え方、理由について詳しくインタビューをするまでには至っていない。わずかに中国において一部の学生と医療関係者に対し、現代の生命倫理的課題に関するインタビューを行ったにとどまっている。また、対象とした年齢層が20代と限られており、しかも浙江省という中国の比較的豊かな地域の学生と岩手大学という東北地方出身者の多い大学の学生という極めて限定的な対象の比較であるため、(厚生労働省の調査が一方にあるとはいえ)一般に東アジアや日本と中国という範囲で論ずるには、不十分な調査と言わざるを得ない。その意味で今後、とりわけ中国においてより広い年齢層と地域での調査が必要であることは言うまでもない。しかし医療や福祉、死生観に関する比較文化論的研究をさらに進めていくためにも、また上で分析した調査結果の意味をより深く理解するためにも、最後にこれまでに指摘されてきた「老い」や「病」に対する介護や看護の社会・文化的特徴について再確認しつつ、今後の検討の視座を確保しておくことにする。

4. 終末期医療のアンケート調査とその文化的背景考察にあたっての課題

いかに努力をしても人間はいずれ死の時を迎えざるを得ない。現在日本では8割を越える人たちが病院で最期の時を迎えている。しかし病院は本来、病気や障害を治療すべき場であったはずであり、またかつての日本では、多くの人が自宅において終末期を迎えていたという(波平1990、223頁参照)。ところがその治療も、実際に病院で行われるようになったのは近年のことであり、明治初期でも「医療行為がなされたのは患者の自宅であった」(大井24頁)らしい。若干の時代的ズレはあっても、事情は西洋の場合も変わらない。西洋における病院も、かつてはその語源(ホスピス)が示すとおり、「行き倒れの人を収容し、最期を看取ってやるための場所」(同上)でしかなかった。

過去において在宅医療が行われていた理由の一つに、抗生物質などが開発される以前の「医

療が無効だった」(同上)ことが挙げられる。医療の場が病院に移ったのは、医療技術が進歩し医療への信頼が高まったためであり、加えて交通や健康保険など医療を取り巻く環境が整備されたためである(同上、30-34頁参照)。それでも医療環境の貧弱な地方や農村では、病院で亡くなる人の割合は低かった。地方における医療の貧困さと、その信頼なさについては、明治10年代に東北地方を旅したイザベラ・バードの記述にもうかがうことができる(イザベラ・バード『日本奥地紀行』、平凡社、2000、230-232頁、236頁、254-255頁参照)。そして第二次大戦後直後ですら病院死を遂げる者は2割に満たなかったのである。

ところが、大井玄によれば、現在「私たちは、ある意味では、百年前の医療効果の少なかった状況にもう一度戻りつつある」(大井37頁)とすら言える、というのである。それは病院での治療効果を期待できない病が、死亡原因の大半を占めるようになったためである。呼吸器系や消化器系の感染症、あるいは急性化膿性疾患がほぼ克服され、残っているのは現在の死因の上位を占める癌や心疾患、脳血管疾患など、どちらかと言えば高齢者に宿命的な病であり、加齢という非可逆的な過程に伴う癒しがたい病であって、それらは治療よりは、終末期において介護すべき病なのである。にもかかわらず病院で最期を迎える人が多いことには、医療技術の進歩とは別に、かつては家族や地域社会に支えられていた在宅介護の環境が、都市化と核家族化、女性の社会進出、少子化等により変質したことにもその一因があろう(同上、37-8参照)。加えて大井は、老人介護に対する意識の変化を指摘する。「伝統的に日本人が何世紀にもわたってつちかかってきた老人への対応」が、核家族化により「幼児教育として刷り込まれること」が少なくなってきた、と(同上)。

それでも、厚労省の終末期医療に関するアンケート調査及び筆者の調査結果を見る限り、自分が高齢になり日常生活が困難となった時(問9)「自宅で終末期を過ごしたい」と考えている人は決して少なくなかったし(日41%、中44.2%、般22.7%、医48.9%)、家族に対して(問10)「自宅で過ごさせたい」割合はさらに高かった(日48.2%、中54.2%、般26.7%)。また「余命6ヶ月未満の療養場所」(問4-1)でも、最期だけは専門機関を希望するものを含めると、何らかの形で自宅での療養を望む割合はかなり高かった(日93%、中70%、般58.8%)。してみれば日本でも中国でも、事情さえ許せば老後を自宅で家族と共に過ごし、死を迎えることを望む人が多いということになる(額田128頁参照)⁽¹⁶⁾。

高齢者の終末期の在宅介護が、東アジアの諸地域の慣習として認められ、しかも現代の少なからざる若者もそのことを自ら望み、家族に対してもその様に配慮したいと考えているとして、それはどのような理由(背景)からなのであろうか。肉親の「情」として最期まで家族の面倒を看たい(看られたい)と思うということはある。それはおそらく洋の東西を問わぬ普遍的な人間的感情であろう。しかしそうした感情とは別に、様々な文化的思想的背景もあったと考えられる。例えばモーゼの十戒に「父母を敬え」とあるにもかかわらず、現代のオランダにおける高齢者の家族との同居率の低さ(1~2%)や、イギリスやアメリカでのホスピス利用者の多さなどの状況は、それらの体制を支える社会的・文化的背景ぬきには考えられない。

日本では近世以降の老人の在宅介護は、儒教倫理を中心に孝の論理により支えられてきた。ただし新村拓によれば、孝の論理の定着は為政者側の政策に因るところが大きかった(新村1991、130-131頁、他に新村1989、141頁参照)。中世から近世にかけては、『五人組帳』に示されるように、共同体による相互扶助が強調されたりもするが、それは「家族による孝」では対応できない状況、すなわち家族機能の弱体化を補い、封建体制を維持し、国家(公)が負うべ

き老人扶養の責任を回避するための政策であった、というのである(同上)。近世以降も、医師常磐潭北の著となる『百姓分量記』に見られるように、儒教倫理に基づいて農民の分と徳が説かれ、その中で老親の扶養と看護としての「孝」を親の養育の恩に報いる「人の大道」であるとし、嫁の第一の勤めは舅姑への孝にあるとされている(同上132-133頁)。「近世社会では、親の恩を強調することによって、老人扶養を私的扶養の範囲内に押しとどめ、老人に関わる諸問題はあくまでも家族内において処理すべきもの…としている。その段階で解決できない場合、共同体・村の問題として提起されることもあったが、国のレベルの社会問題として取り上げられることは決してなかったのである」(同上135頁)。新村によれば、その後近代国家となっても、老人扶養は、「明治民法」の下で私的扶養のうちに留め置かれ、戦後に成立した老人福祉法においてさえ、老人を「敬愛すべき者」として規定する条文のうちに「扶養の社会化にブレーキをかけ、私的扶養を正当化する」心構えを読み取ることができる、としている(同上136-137頁)。しかもそれは「敬愛規定を設けなければならないほど、老人が敬愛される対象ではなくなっている」(同上)ことを含意するものでもある、とも。新村は、今後増え続ける老人に対して、扶養の社会化(公的扶養)が進まなければ、「棄老」という名の嫉捨や「安楽死」の名を借りた親殺しも現れかねない状況を危惧する。実際、「在宅」にも「病院」にも、理想の「終末期」を見いだすことができないこのようなディレンマの現状は、額田勲によって具体的に報告されている(額田126-148頁、100-116頁、150-158頁参照)。

振り返ってみれば、孝の論理が、為政者側から押しつけられていたとはいえ、かつての日本で在宅死が多かったのは、何よりも医療技術と環境が貧困であったからである。乏しい医療環境の下で、多くの終末期の患者は医療の十分な恩恵に浴することができなかったおかげで、さほど長く家族の手を煩わせずに在宅で息を引き取ることができたのである。高度化した医療と幾ばくかの社会的福祉の下で、長くなった終末期を過ごさざるを得ない現代の状況に、もはやそのままかつての在宅介護を重ね合わせることはできない。仮に我々の潜在的意識に長らく刷り込まれてきた孝の論理の文化的伝統が継承されているとしても、その意識が降り立つべき地平がもはや失われてしまっている。その意味で、生きることと死ぬこと、生かすことと死なせることの意味を、今や我々一人一人がゼロから紡ぎ直していかなざるを得ない地点に立たされていることを自覚すべきなのかもしれない。そのためには、現在を生きる人たちの終末期に関する意識をもう一度丹念に分析し、それらの意識が因って来る背景を理解するとともに、「自らの理想の死」「家庭環境」「医療制度」「周囲の価値観」「伝統」などの様々な文化的負荷を負った終末期への「思い」について、その根元を洗い直していく必要がある。その意味で、現代における比較文化論的研究は、アルケオロジー的で臨床心理的な技量をも必要とすると言えよう。

ここで見てきた終末期医療に関するアンケート調査の結果にも、確かに文化的特質と思われるものを看取ることができたし、それらが各文化の中で培われた家族観や死生観、倫理観に影響されている可能性も読み取ることができた。しかしそれらは他方で、人々の経済状況や福祉制度、医療環境などに制約され矛盾を孕んだものであることを押さえておく必要がある。終末期の過ごし方については、肉親の自然な感情に加え、それと親和性のある「孝の論理」や祖霊祭祀的死生観からくると思われる要素も見取れる。ただし他方で日本の場合、個人として自らの死をどのように迎えるかという「生の質」の問題に思いを廻らせた系譜も見過ごすことはできない。政治的に孝の論理が広められる陰で、政治が推奨する社会の枠組み内に居場所を見いだせない者たちの間では、老いた貧窮者への布施が仏縁による相互扶養の教えとして説

かれたり、また個人として生への執着から離れ、死（往生）を準備する修行の場として往生院に居を移したり、あるいは肉親による看取りを忌避して阿弥陀信仰に邁進する者もあった（新村1998、299-305頁、新村1991、123頁以下参照）。西洋におけるホスピスも元々中世の修道院に付属して設けられたもので、そこで疲れた巡礼者や社会的に遺棄された貧病者を介護したのは、まずもって苦痛を贖罪として神聖化し、病苦と死を受け入れている人に仕え慰めを与えることが、介護する側にとっての信仰の証、修行であったからである（新村1992、9-10頁、ギース167頁以下、梶田102頁以下参照）。このような営みは現代から見れば、不合理で蒙昧な気休めの営みに映るかもしれないが、しかし他方で社会から遺棄された者にとっては、避けがたく恐ろしい死をより主体的に意味づけ、受け入れようとした試みと解釈することもできよう。

アンケート調査結果に見られる様々な矛盾する意識からも、今日死を主体的に受け入れる（精神的・肉体的）場所が見だしづらくなっている状況を垣間見ることが出来る。今後、このアンケート調査の分析を深めていくためにも、そうした一人一人が意識的・無意識的に抱えている文化的・社会的「負荷」と主体的「希望」とをより詳細に確認していく必要があると考える。

主要引用・参考文献

- 池上直巳「終末期医療等に関する意識調査の課題と今後のあり方」（終末期医療に関する調査等検討会編『今後の終末期医療の在り方』中央法規、2005所収）
- ウィリアム・ラフルーア「受胎を概念化する—日本人の胎児起源の観念とその今日の変容要因—」（科研費平成15-17年度報告書『生命ケアの比較文化論的研究とその成果に基づく情報の集積と発信』松田純代表、2006所収）
- 大井玄『終末期医療—自分の死をとりもどすために』弘文堂、1989
- 加地伸行『儒教とは何か』中公新書、1990
- 加地伸行『儒教—沈黙の宗教』ちくまライブラリー、1994
- 梶田昭『医学の歴史』講談社学術文庫、2003
- J・ギース／F・ギース『中世ヨーロッパの都市生活』講談社学術文庫、2006
- 小松美彦『自己決定権は幻想である』洋泉社、2004
- 波平恵美子『病と死の文化—現代医療の人類学』朝日出版、1990
- 波平恵美子『いのちの文化人類学』新潮選書、1996
- 新村拓『死と病と看護の社会史』法政大学出版局、1989
- 新村拓『老いと看取りの社会史』法政大学出版局、1991
- 新村拓『ホスピスと老人介護の歴史』法政大学出版局、1992
- 新村拓『医療化社会の文化誌』法政大学出版局、1998
- 新谷尚紀編『死後の環境』昭和堂、1999
- 額田勲『終末期医療は今—豊かな社会の生と死』ちくま新書、1995
- 三井奈美『安楽死のできる国』新潮新書、2003

注

- (1) ウィスコンシン大学医学部のファン・レンセラー・ポッターが1970年に発表した論文のタイトル「バイオエシックス、生存の科学」に使用されたのが最初であると言われている。その後、1971年ジョージタウン大学医学部のヘレガースが設立したケネディー研究所の一部門の名前として使わ

れた。

- (2) 「養生治療を施すにあたっては、能力と判断の及ぶかぎり患者の利益になることを考え、危害を加えたり不正を行う目的で治療することはいたしません」「どの家に入っていきにせよ、すべての患者の利益になることを考え、どんな意図的不正も害悪も加えません」「治療のとき、または治療しないときも、人々の生活に関して見聞きすることで、およそ口外すべきではないものは、それを秘密事項と考え口を閉ざすことにいたします」といった誓いからなる「ヒポクラテスの誓い」は、まさに専門家 Professional（神に誓うもの）の特別な道徳を表したものであり、西洋の医学道徳は、このような患者に専門技術を施す専門家の「徳」として受け継がれてきた。同じように中国でも『黄帝内経』以来、医療を施すものが身につけるべき徳目は専門家の徳として教えられ伝えられてきた。例えば、明代の龔廷賢編『万病回春』には「医家十要」として「一に仁心を存し、二に儒道に通じ、三に脈理に精し、…九に嫉妬する亡く、十に利を重んずるなかれ」として、「仁」の徳が最初に挙げられ、陳実功の『外科正宗』には、「貧富の差なく、求めるものには迅速に、見返りを計算せず、病人をさげすむことなく、病人のためを第一に考えるべきこと」が、医術を行う者の戒めとして説かれている、という（傅維康編『中国医学の歴史』、東洋学術出版社、488-9頁参照）。
- (3) cf. The World's Abortion Laws, in http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_fac_abortionlaws.pdf. なお理由は異なるが「配偶者の同意」を条件とするもう一つの先進国が韓国である。
- (4) 新谷尚紀『死後の環境』昭和堂、1999、252頁以下、鈴木崇夫「脳死・臓器移植をめぐる議論における比較文化論」（『セミナー医療と社会』第6号、1994、40頁、波平48-50頁参照）。
- (5) 同様の論点は、韓国の生殖技術開発状況の背景に儒教的父系血統主義を指摘する淵上恭子の論文に対する批判として、慎蒼健「儒教と生命倫理の可能性」（小松美彦・土井健司編『宗教と生命倫理』ナカニシヤ出版、2005、所収）でも指摘されている。
- (6) cf. "Abortion Surveillance—United States 2003" in *The Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol.55, 2006.
- (7) 新村1991、94-95頁、98頁。池澤優「二つの“いのち”という戦略と陥穽」『現代宗教』東京堂出版、2003所収、60-62頁。額田、1995、35頁参照。
- (8) アンケート項目は『今後の終末期医療の在り方』2005に80～125頁まで、それぞれ「一般国民」「医師」「看護職員」「介護職員」を対象にしたものが記載されている。以下、記述中に挿入される「問1」「問3-1」「補問」などの問い番号は、特に断らない限り「一般国民対象」対象のアンケートの問い番号を表すものとする。なお同書には、「終末医療等に関する意識調査の課題と今後の在り方」と題して、池上直己氏による調査についての分析と今後の調査への提言が掲載されているが、本稿では、なるべく同論文とは異なる観点からの分析を加えるように努めた。
- (9) 清水哲郎「真実を知らせることとしての癌告知」（『癌治療と宿主』vol.3-3、メディカル・レビュー社、1991、<http://www.sal.tohoku.ac.jp/~shimizu/situation/truth.html> に再録）。できうる限り告知を前提として患者の自己決定を尊重した医療を行おうとすれば、当然病名を告知されたときの、患者の精神的動揺に対するケアも必要となる。キューブラー・ロスの『死ぬ瞬間』や S. フィンクや D.C. アグィレラ等による「危機理論」の研究、さらに宗教を背景にしたデス・エデュケーションなど、欧米では告知を支えるスピリチュアル・ケアの蓄積も日本より充実しており、告知をサポートする体制の違いが、告知比率の違いとなって現れていることはたしかである（河正子「わが国緩和ケア病棟入院中の終末期癌患者のスピリチュアルペイン」『死生学研究』東京大学大学院人文社会系研究科、2005、52頁）。また「告知」に対し「曖昧」であることの意味を日本思想の観点から肯定的に

解釈する試みとして、竹内整一「生と死の『曖昧な肯定』について」（関根清三『死生観と生命倫理』東大出版会、1999所収）参照。

- (10) cf. <http://www2.ttcn.ne.jp/~honkawa/2770.html>, http://english.peopledaily.com.cn/200211/28/eng20021128_107637.shtml, 及び <http://www.koreisha.com/07.02image/n02.24.html>
- (11) cf. <http://www2.ttcn.ne.jp/~honkawa/2784.html>
- (12) このことから患者と医師との間の信頼関係が成り立っていないとか、医師は建前で「尊重する」と答えている可能性があるとは早計に断ずることは控えなければならないが、しかしこうしたコミュニケーションに関する理解のズレがどこに由来するかを検討する必要はあるだろう。この点に関しては前掲清水、1991参照。
- (13) アンケート項目の中国語訳に関しては、岩手大学大学院教育学研究科院生姚曉艷さんに、中国でのアンケートの収集と医療関係者へのインタビューに関しては、寧波大学外国語学院日語系の陳凌紅先生と劉永嵐先生にご協力をいただいた。
- (14) しかし調査後中国では、ある長期療養患者が安楽死を求めた事件が報道され、大きな話題を呼んだ。現在再調査すれば、この比率はもう少し違ったものになっていると思われる。
- (15) 中国では、2006年「两会」（人民代表大会と党代表大会）の折、安楽死立法議案が提出されたが、専門家の間では時期尚早とする意見が多く通過しなかったとのことである。<http://law.cctv.com/special/C18081/01/> 参照。
- (16) 2004年韓国の緩和医療学会の調査では、理想の死に場所として「自宅」を選択したのは54.8%であった。その「客死」を嫌う韓国でも1999年に72.9%であった在宅死亡率が、2002年には49.2%と減少し、逆に病院での死亡率が16.6から39.9%に増えているとのことである。cf. <http://www.koreisha.com/07.04image/n04.24.html>

※本研究は平成19年度科学研究費補助金「特定領域研究」「東アジアの死と生の景観」（課題番号17083001）に基づく研究成果の一部である。