



出席者

アルフォンス・デーケン *Alfons Deeken*

上智大学 名誉教授

1932年生まれ。ニューヨークフォーダム大学大学院哲学博士号取得。59年来日。上智大学で「死の哲学」などの講義を担当。ドイツ功労十字勲章をはじめ菊池寛賞、全米死生学財団賞などを受賞。著書に「よく生きよく笑いよき死と出会う」(新潮社)「死とどう向き合うか」(NHK出版)などがある。

村上 陽一郎 *Yoichiro Murakami*

国際基督教大学大学院 教授

1936年生まれ。東京大学教養学部卒業。同大学大学院人文科学研究科博士課程修了。同大学教授、同大学先端科学技術研究センター長などを経て、2002年より現職。第1回哲学奨励山崎賞受賞、第39回毎日出版文化賞受賞。著書に「文明の死／文化の再生」(岩波書店)「生と死への眼差し」(青土社)などがある。

talk

座談会

# 新しい時代の「生と死」を考える

いのちを生きるだれもが必ず迎える「死」

個人や家族、社会が死をどのように捉え、向き合ってきたか。

さまざまな視点からの分析と、海外との比較を通して

日本の高齢者が豊かな死を迎えるために何が必要か

高齢者の意思はどのように反映されるべきかを考え

今日私たちが向き合う「生と死」の新しい課題に焦点をあてる。

## ● もし自分ががんにかかったら事実を知りたいか？

■ 治る見込みがあってもなくても、知りたい
 ■ 治る見込みがあれば知りたい

■ 治る見込みがあってもなくても、知りたくない
 ■ わからない



出典：(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」/2006年  
 注：全国に居住する20～89歳の男女を対象に調査。



### 近衛 忠輝 *Tadataeru Konoe*

日本赤十字社 社長

1939年生まれ。学習院大学政治経済学部卒業。62年ロンドン・スクール・オブ・エコノミクスへ留学、64年に帰国。同年日本赤十字社に入社、ジュネーブに赴任し、国際救援活動に奔走した。その後、日本赤十字社社会部長、副社長を経て、2005年より現職。



### 木村 利人 *Ribito Kimura*

ILC 理事・恵泉女学園大学 学長

1934年生まれ。早稲田大学大学院法学研究科博士課程修了、博士(人間科学)。ジョージタウン大学ケネディ倫理研究所国際バイオエシックス研究部長、早稲田大学人間科学部教授を経て2006年より現職。厚生科学審議会委員、医師国家試験委員、東京都病院倫理委員会委員長を歴任。著書に『バイオエシックス・ハンドブック—生命倫理を超えて』(法研)『自分のいのちは自分で決める』(集英社)などがある。



### 伍藤 忠春 *Tadabaru Goto*

ILC 理事・長寿社会開発センター 理事長

1950年生まれ。九州大学法学部卒業。73年厚生省(当時)入省後、厚生省年金局企業年金課長、大臣官房障害保健福祉部企画課長、大臣官房人事課長。厚生労働省大臣官房審議官(老健・健康担当)、雇用均等・児童家庭局長などを経て、2005年より現職。

伍藤 ● まずそれぞれのお立場から、生と死についてお考えになっているテーマや日頃感じていらっしゃることをお話しいただきたい。まず「死生学」を日本に定着させる活動を続けてこられたデーケン先生からお願いしたい。

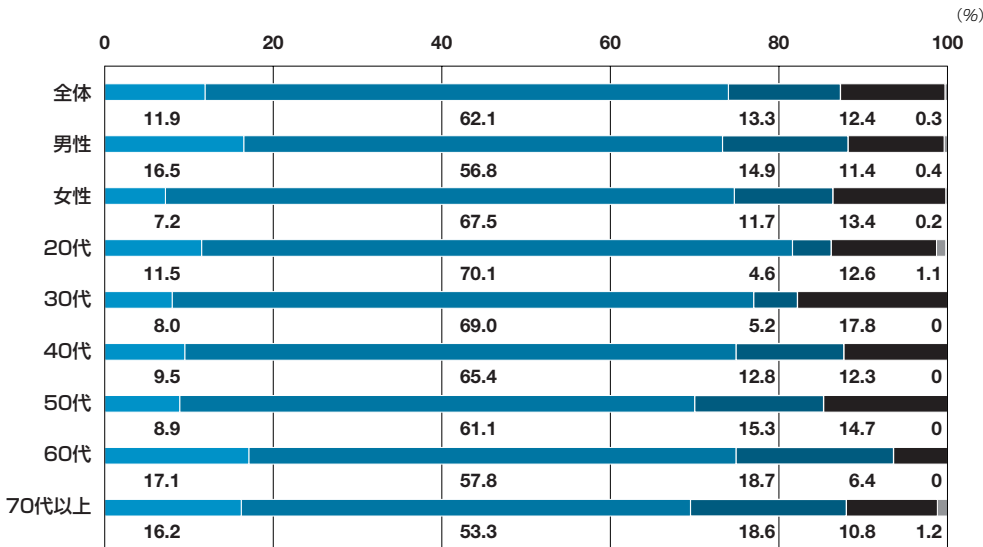
デーケン ● 日本では長い間「死」をタブーとしてきているので、死について語ることは「縁起でもない」こととして拒否されてきた。しかし平均寿命が80歳前後になった現在は、「死」を考えることは同時に「生」を考えることだという発想がようやく受け入れられるようになってきている。ドイツ語では動物の死と人間の

死とではそれを表現する動詞も違い、前者はただ消え去るのみだが、後者には肉体的な衰弱のプロセスの中でも精神的に成長できるニュアンスがこめられている。衰えながらも輝いて生きるための「死の文化」を新たにつくり上げることを提案したい。

そのためにはDeath Education(死への準備教育)の重要性を強く訴えている。私は上智大学で30年間死の哲学について教えてきたが、いつも最初の講義で学生にいうことは、「死の哲学は生の哲学である」ということだ。死の哲学を考えない人は、死を単なる敗北としてしか捉えられない。人間は確実に死に向かうのだから、自分

#### ● もし家族ががんにかかったら事実を知らせるか？

■ 本人の意向に関わらず、知らせる      ■ 本人の意向があれば、それに従う  
■ 本人の意向に関わらず、知らせない      ■ 分からない      ■ 無回答



出典：(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」/2006年  
注：全国に居住する20～89歳の男女を対象に調査。

talk  
座談会



らしく生きて死ぬことを追求しなければならぬし、他人の死へ向かう営みにも協力しなければならない。

ただ生命の長さだけを誇るのではなく、生命や生活の質を高めること、一人ひとりの魂や精神の充実への挑戦が重要だと考えている。

一般的には死を肉体的な面から捉えているようだが、私は死を四つの側面から考察している。「肉体的な死」「心理的な死」「社会的な死」そして「文化的な死」である。肉体的には生きていても、意欲を失ってしまったり、他人との関係が断ち切られていたり、あるいは文化的な潤いから遠ざけられているときには、その人は既に死んでいるようなものである。

**伍藤** ● 科学史研究の第一人者である村上先生は、科学を哲学的な視点から捉えて、生命や死を取り巻く現代のさまざまな事象に対し、鋭く問題提起をしておられる。

**村上** ● 102歳の実母の介護にかかわっている日常のレベルから見ると、今は上手に死ぬことが難しい時代になった、という印象が強い。

文明の程度が上がっていくに従って、社会の疾病構造が段階的に変化するという考え方がある。まず最初が消化器系の感染症、いわゆるコレラやペストなど、

次が呼吸器系の感染症、代表的なものは肺結核であろう。そして第三段階を生活習慣病と整理しているが、さらに第四段階として、閉塞的な現代社会への不適応や息苦しさが原因による事件や自死による死亡が浮上する\*1。疾患が身体的なものだけではない時代になりつつあることを実感する。

現在我々が死因として恐れる生活習慣病には根治・全治がないし、遺伝子レベルでの要因も含めて個人史の中に病気の原因があるとなると、医療は患者を抱えこんで治療する役割から、社会の中でどのように生きていくかを支援する役割に変化していかざるを得ない。それは同時に医師と患者の関係性の変化をも意味する。

また、先ほどデーケン先生が触れられたように、死が肉体的なものだけではなく精神や魂のレベルにもかかわっていることを考えると、既存の宗教が新しい社会構造に適応するための手段を持っていないことを痛感する。

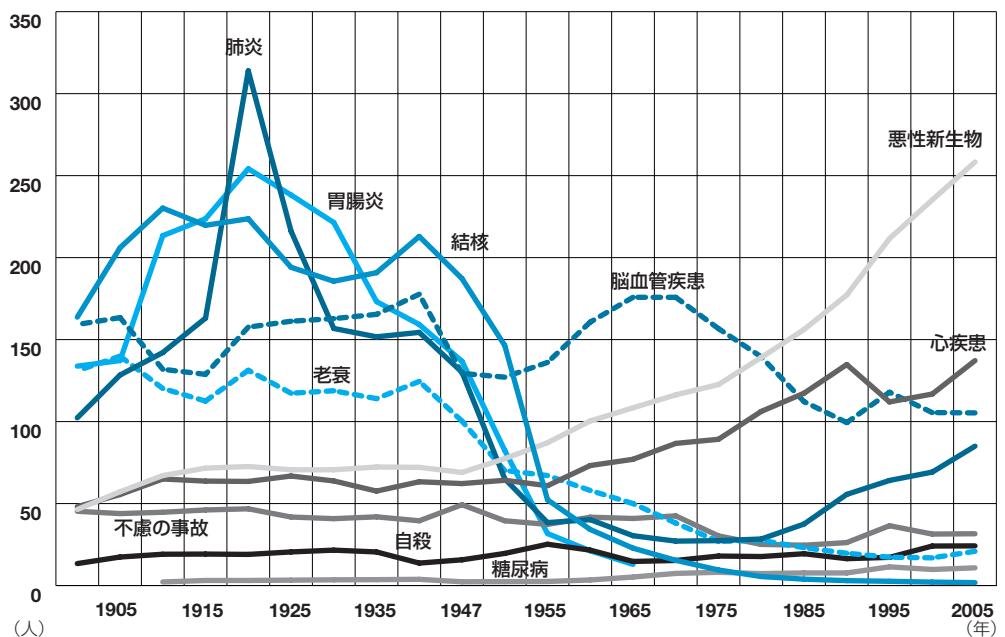
このような時代の社会構造の中で、どのように適応し対応して生きていくべきなのか、決して容易なことではないと感じている。

**伍藤** ● さまざまな死を考えるということから、国境を越えた赤十字の「救援」の視点で、近衛社長にお話しいただきたい。

**近衛** ● デーケン先生や村上先生のお話は

日常のレベルから見ると、今は上手に死ぬことが難しい時代になった、という印象が強い

【\*1】  
主要死因別死亡率(人口10万人対)の年次推移  
出典：厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態調査/2005年  
資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」/2006年  
注：全国60歳以上の男女を対象とした調査結果



平時の死の問題だが、ご存じのように赤十字では緊急時、非常時の死を中心に国境を越えた活動をしている。第1回ノーベル平和賞を受賞したアンリ・デュナンによって設立された赤十字は、そもそもは戦時の救護から始まり、現在は人知を超えた自然災害、感染症への対応と三つの大きな柱での救援活動を行っている。

国境を越えた戦時の救援活動においては、それぞれの国の利害関係はもとより、人種、宗教等を超越したグローバルな人道的ルールとして国際人道法\*2が存在する。問題は、その遵守を国家主権の壁を乗り越えて、いかに確定するかである。国際人道法は、軍人と民間人を峻別して、それぞれに異なる対応を求めているが、根本的にはただ生命と健康を守るだけではなく、軍人であろうと民間人であろうと一人の人間としての尊厳を守ることを求めている。

例えば、捕虜は「すべての場合において身体及び名誉を尊重される権利を有する」ことになっており、公平な裁判や、宗教の尊重などにも配慮され、死亡した場合の扱いについても規定されている。

**伍藤** ● 日本におけるバイオエシックス(生命倫理)の草分けであり、「患者中心の医療」の立場から医療関係者に対する生命倫理教育も実践してこられた、木村先生のお話を伺いたい。

**木村** ● 私がバイオエシックスの分野に本格的に取り組み始めたのは、1970年代初めの父の死が一つのきっかけだった。当時の日本では当然であったが、主治医からガンであることを告げられなかったため、父は死を受容する身体的・精神的備えもなく、しかも肺ガンによる激痛の緩和を求めても、その処置さえしてもらえなかった。

自分のいのちであるにもかかわらず、不治の病気であることが告げられず、治療法や痛みへの処置の願いも聞かれず、いのちの終わりへの備えもできなかった。そのことに対する大きな疑問が私に湧き上がってきた。

その後、「死と死の過程の問題(Death and Dying)」に深い関心を持つようになり、ワ

シントンD.C.で開催された「いのちの終わりを考える」の研修会に参加した。ここで、私たち医療先進国の病院での死が、いかに恵まれた死であるかを知りショックを覚えた。世界にはさまざまな死があること、貧困、飢餓、戦争、大事故などによる死について映像を見て考えるセッションがあったからである。

このような経験から私は人間の生と死をグローバルに捉え、医療や政策、法律、倫理学など特定の学問分野に閉じこめるのではなく、より幅広い学問の相互協力研究の視点を取りこんだ、新しいいのちの価値観をつくり上げるために未来への展望をしていく必要があると思った。そのいのちの新しい総合的学問としてバイオエシックスを構想し、「超学際」としての学問を提言してきた。その提言から30年以上を経て、確かにバイオエシックスやインフォームド・コンセントの考え方が臨床の現場で取り入れられつつあり、医療や看護が患者中心へと大きく変化しつつあるといえる。しかし日本では、まだまだ医療のパターナリズムが根強く残っており、それを打破するためにもバイオエシックスの考えが必要であると考えます。

**伍藤** ● 今回の座談会のため、村上先生・デーケン先生・木村先生の著書を読んだが、タイトルに「死」という言葉が入っているものが多く、カバーをせずに電車内で読むことや、読みさしの本を家庭や職場の机の上に放置しておくことが、なんとなくためられた。デーケン先生のご指摘のように、日本人にとって「死」はやはりタブーで、話題にすることへの抵抗感が強いのは事実であろう。しかし、著書を読み進むにつれて、死に真面目に向き合うことによって、生きることをより真摯に考えることができる、ということを再認識した。

日本人にとって「死」はタブーで、話題にすることへの抵抗感が強いのは事実であろう

私は行政官として厚生労働省で30年以上働いてきたが、行政の役割は生きることをどのように支えていくかということが大命題であり、昨今の大きな課題は「自立と尊厳」である。

日本では高齢者の生活を支える支援策\*3

#### 【\*2】

##### 国際人道法

武力紛争(戦争)において、紛争犠牲者の人道的な取り扱いを定めた国際法規範。かつては「戦争法」「武力紛争法」と呼ばれていたが、1971年に赤十字国際委員会が用いたことから一般化した。

#### 【\*3】

##### 日本の高齢者の生活を支える支援策(2007年4月現在)

##### 【福祉】

- 1999年 ●地域福祉権利擁護事業
- 2000年 ●介護保険制度施行
  - 成年後見制度施行
- 2003年 ●新型特養の創設
- 2006年 ●特養の個室化の推進
  - 特養での看取り制度化
  - 高齢者虐待防止法施行
- 2007年4月～
  - 孤立死防止推進事業の創設
    - ・ 広報・シンポジウム
    - ・ ハイリスク高齢者の精神的ケア
    - ・ 地域支援ネットワークの整備ほか

##### 【医療】

- 1990年 ●緩和ケア病棟の制度化
- 2006年 ●在宅療養支援診療所の創設
  - ・ 一定の要件を満たす診療所には診療報酬を手厚く評価
  - ・ 入院患者の在宅への早期復帰、在宅死への評価
  - ・ 自らの生活の場において必要な医療を受けることのできる体制づくり



【\*4】

自分の介護が必要になったときに望む介護 度数 (%)

自宅(配偶者や親族だけによる)	74	28.6%
自宅(各種在宅サービスを活用しながら)	82	31.7%
子どもの家(各種在宅サービスを活用して)	5	1.9%
特養などの福祉施設に入所	11	4.2%
病院などの医療機関	56	21.6%
介護機能のある民間の有料老人ホーム利用	10	3.9%
無回答	21	8.1%

出典：国際長寿センター「平成17年度高齢者日常生活継続調査研究報告書」/2005年

注：独居または夫婦二人世帯の後期高齢者300ケース(非該当 41)を対象に調査。

talk  
座談会



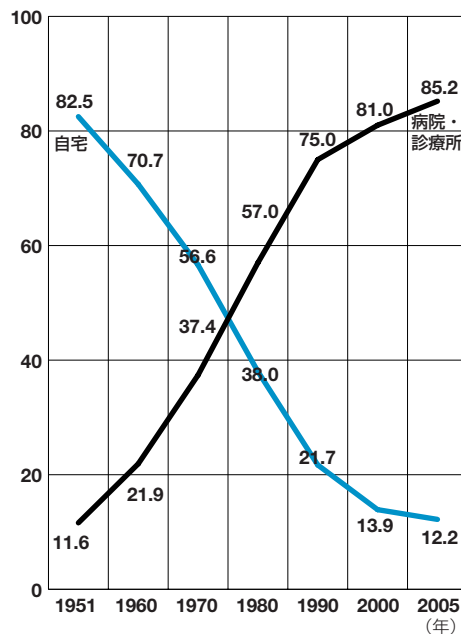
ホスピスとは死に逝く人を支える思想であるということが、なかなか理解されていない

【\*5】

死亡場所の年次推移(2004年)

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部人口統計調査/2004年

注：介護老人保健施設、助産所、老人ホーム、その他の死亡を除く。



として、いくつかの法律が制定された。まず2000年4月からは介護保険制度とそれと対になる成年後見制度がスタートし、さまざまなサービスや取り組みが開始されている。2006年は世界に先駆けて内容的にも充実した高齢者虐待防止法が施行されている。加えて今年の4月からは孤立死防止推進事業を創設する予定だ。

現実の生活の場、終のすみかでもある施設での生活の質の向上を図るため、特別養護老人ホームの個室化を推進し、また施設内での看取り制度など死と向き合う事業も始まっている。

医療面では90年に緩和ケア病棟ができて、いわゆるホスピス制度がスタートした。2006年からは、在宅での暮らしを支える心強い味方として、24時間態勢での往診を可能とする在宅療養支援診療所制度を創設した。また支援診療所の医師と連携して看護師を自宅に派遣する、訪問看護ステーションも全国に設置されている。

世界的に見ても水準の高い制度を持っていることは明らかだが、現実の暮らしの中で必要な人にどれだけ手厚い支援ができるかが、これからの課題である。

デーケン ● 私がホスピス設立のために運動を始めた頃、日本にはホスピスは一つしかなかったが、現在は160余りになった。これは喜ばしいことではあるが、課題も

まだまだ多い。つまりホスピスとは、単なる「死に場所」としての施設を意味するのではなく、死に逝く人を支える思想であるということが、なかなか理解されていないのだ。

ホスピスでは患者に二つのことを約束する。それは「最後まで痛みを苦しむことのない疼痛緩和」そして「独りぼっちで死に逝くことのない看護」。その約束を果たすためチームで患者を支えている。

ドイツでは圧倒的に在宅ケアホスピスが支持されており、1,300の在宅ホスピスケアセンターがある。ケアチームが患者の自宅に出向き、ボランティアもいっしょに協力する。また、宗教的なグループなどによる組織的なサポートもある。

木村 ● アメリカでは在宅ホスピスが主流であり、これからは日本でもそのような動きになっていくであろうが、家族だけが介護を担うには限界がある。家族を支えるボランティアなど、人的なサポートが必要となろう。

例えば、私たち一家が約20年間住んでいたバージニア州・アーリントンには、コミュニティのサポートによる在宅ホスピスケアが確立していた。地域の教会がボランティアを組織して、患者の家族のための買い物や銀行などに行く運転や食事づくりなどを相互分担して、協力していた。

また、さまざまな文化的背景の異なる患者ケアのための「多様性委員会」があり、私もボランティアで医師患者関係のあり方への対応をアドバイスしてきた。

村上 ● 母の介護を例にとれば、先ほど説明のあった在宅療養支援診療所のおかげで、いわゆる往診での医療が受けられるようになったのは心強いことだが、ご指摘のように24時間365日の介護というのは、正直なところかなりしんどい側面も抱えている。

介護の専門家やボランティアを、開かれた家族としてどれだけ取りこんでいくことができるか、ということも大きな課題であろう\*4。

近衛 ● 自宅で亡くなることを希望する人

は多いが、実際に亡くなるのは12%程度と聞いている\*5。介護は人的なサポートを得て何とか可能であっても、最期の看取りが難しいのは法律上の問題もあると思う。医師がいない状態で自宅で死亡した場合、警察を呼んで検死を行わなければならない。これはかなり厄介な問題であり、一般人にとっては精神的なダメージになる。

現実問題として容態が急変することなどを考えると、在宅での看取りは家族にとっては気持ちのうえでの負担がとても大きいし、その負担感を感じている高齢者も、迷惑をかけたくないと考えているのではないだろうか？

**デーケン** ● それは非常に大切なテーマだ。自宅で死にたいという人が多い中で、家族に対する配慮や教育が足りないことはネックである。私は家族への情報や他の家族とのふれあいを持つ場として、また介護による燃え尽き症候群を防ぐためにも、各々の地域にデイケアホスピスをつくることを提案したい。患者本人も他の患者との関係を持つことで、生活の質が上がることも期待できよう。

**近衛** ● 在宅ホスピスでの生活の質の向上と、それを支えるための家族や医療関係者への教育の重要性についてはまったく異論はないが、まず最初の入り口であるインフォームド・コンセントのあり方については、いささかの異議を唱えたい。日本ではインフォームド・コンセントというと、生死の確率や生存日数の予測だけが伝えられるような傾向にあるが、例えばガンの告知などはその後の肉体的・精神的なケアがなくて、余命の予想日数だけを伝えられても家族も本人も途方に暮れるだけだろう。包み隠さず知らせることが、インフォームド・コンセントというわけでもないと思うのだが。

**デーケン** ● もちろんただ告知をすればいいというわけではない。心のケア、アフターケアこそが重要である。61年にアメリカの医師に対してガン告知について調査を行ったところ、約88%の医師が「ガン告知をしない」と答えた\*6。79年には

約98%が「ガン告知をする」と答えた\*7。この約15年間にアメリカでは革命的な変化が起こり、人間の知る権利に関する考え方が変わったことがわかる。その背景には最初に述べた「死への準備教育」の影響も大きかったと思う。今ではアメリカの多くの大学で死に関する講座が開講されている。また、ドイツでも中学・高校生に対し、ガン告知やホスピスなど死について教えている。

日本のように死をタブー化して、きちんと向き合っていないと、ガン告知を受けたとき大人として成熟した選択ができないのではないかと思う。

死への準備教育は、人間らしい死を迎えるために必要だと考えている。特に人間が死に向かうときには以下の六つの課題が考えられる。死との折り合いをつけるためにも重要であろう。

その六つの課題とは、①手放す心を身につける②許しと和解③感謝の表明④別れを告げる⑤遺言書の作成⑥自分の葬儀法を伝える、である。

【\*6】

参考文献

Oken, D (1961) What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. JAMA 175,1120-1128.

【\*7】

参考文献

Novack, DH, Plumer, R, Smith, RL, et al (1979) Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 241,897-900.



医療行為における価値判断の主体が、医師中心であった時代から、患者中心の時代へと移った

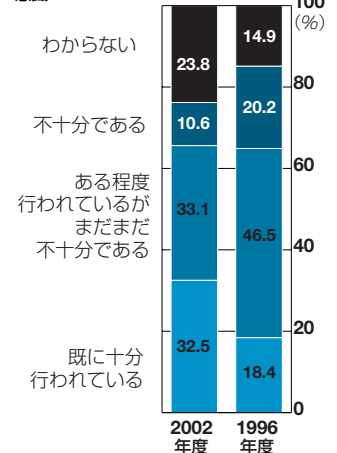
**木村** ● 自分なりの情報を持ったうえで、いのちを安らかに終えるための選択を行うにはインフォームド・コンセントが必要だ、という認識が日本にはそもそもなかった\*8。しかし、「自己決定」という考え方は国際的に見ても70年代から定着しはじめたといえるだろう。

ガン告知などが、現実には医師が患者を見限ることと誤解されてしまったのは大きな問題だし、死期が定められ治療が必要とされない患者へのケアが失われるようなことは、絶対にあってはならない。今、医療行為における価値判断の主体が、医師中心であった時代から、患者中心の時代へと移ったことを日本でも積極的に受け止める必要がある\*9。

医師に「あなたは死にます」といわれなくても、欧米人には信仰があるからそれを比較的穏やかに受け止められるのでは、と聞かれることが多いが個人の信仰の問題だけではない。デーケン先生のおっしゃるとおり、アメリカでは70年代に入ってから死の捉え方が大きく変わった。死

【\*8】

インフォームド・コンセントに対する意識



出典：内閣府「2002年度 高齢者の健康に関する意識調査」/2002年  
注：全国の65歳以上の男女を対象に調査。

【\*9】

患者権利章典

インフォームド・コンセントや診療記録の閲覧など、医療における患者の権利に関する宣言の一つ。「患者中心の医療」を理念に、医療提供者側が患者の医療への主体的な参加を支援する。

参考：東京都病院経営本部＝  
<http://www.byouin.metro.tokyo.jp/osirase/sonota/kenri.html>



を告げられればショックであることに変わりはないが、いのちの情報を得て自分なりにコントロールできることにより得られる安心感や満足感が重要である。

アメリカのインフォームド・コンセントでは、回復の見込みがある、回復の見込みがないといういのちの情報をどちらも医者から患者本人に告げられる。回復の見込みがある場合には、治療方法のいくつかの選択肢と、回復の見込みがない場合には痛み止めの注射を打ちながら、安らかに死を迎えられるような選択肢があることも、正確に告げられる。

日本では患者に真実を告げることは、患者に生きる希望を失わせることと考えられてきたので、本当のことをいわないほうがよいとされてきた。しかし、本当のことを告げることは、患者を見捨てるのではなく、最後までケアすることを意味するべきである。

患者が安らかないのちの終わりを迎えるために、真実の情報を分かち合い、赦し合い、愛し合い、患者が安心してこの世から旅立てるように患者も家族も医師も意識を変えていく必要があると思う。国際的にはいのちの終わりについて、健康なときにあらかじめ自分のいのちの終わり方について文書にし、指示しておく傾向が社会的に容認され法的に確立している国も増えつつある\*10。

**近衛** ● 積極的に自分の死と向き合える人とそうでない人がいて、私は日本人が死

死への準備教育を若い頃に行って、生命の大切さを教えることも大変に重要だ

について「受け身」であるという印象を持っている。先ほども述べたように、年寄りには社会に迷惑をかけずに黙って死を迎え入れてきたという背景があるので、自分の余生や死に方について積極的に主張することができなかったのではないだろうか。

外国の老人ホームはほとんどが個室で私物を入れてもいいが、日本では個人のものではできるだけ持ちこまないのが今までは一般的であり、強く主張するような個性があっけはいけなかったのだ。

そのような文化・風土の中では、制度

をはじめ社会的には自己決定を尊重する方向に変化しているが、個人の意識のレベルではまだそこまで至っていないという印象を持っている。

同時に感じることは、戦後60年の平和と物質的な繁栄の中で、豊かさや長寿を現実に手にしてしまった後に残るものは何か、これから何を求めていけばよいのか、皆が困惑し戸惑っているような気がする。

最近の陰惨な事件の多発を平和の代償だと解説した友人がいるが、もしそうだとしたらあまりに虚しい。デーケン先生が提案されたような死への準備教育を若い頃に行って、いのちの大切さを教えることも大変に重要なことだと思う。

**村上** ● 自立主義、自己決定権は大切には違いないが、どこまで普遍的に主張できるのか。すべて「自分」を土台にして考えているが、果たして死は自分だけの問題なのか、ということにも思いをめぐらすべきだ。もう一つ、現代社会の中で自立や自己決定をいうこと自体が、場合によっては権力機構の中に、予定調和的に収奪されていく危険も見逃せない。あえてその自己責任のシステムから自分を引き離して考える必要も、ときにはあるのではないだろうか。

**伍藤** ● 生の充実を考えるにあたって、単に健康であるだけでなくだれかの役に立っているかどうか、社会的に役割があるかどうかなどが重要な要素になるのではないかと思う。

昔の日本には地域の住民同士が、ボランティア的に助け合うシステムがあったが、現代でもさまざまな場面で高齢者をケアするサポート・ネットワークが草の根的に地域に広がることによって、社会のニーズを満たしつつ同時に個人の生きがいも高まるような、柔軟性のある社会システムが生まれていくのではないかと期待している。

例えば今話題になっている定年退職後の団塊世代を、就労ほど厳しい条件ではなく、しかしまったくのボランティアだけでもなく活用することで、独居高齢者の生活を支えることがかなりの程度可能になると思う。また、介護では家族だけに負担

を強くないことが重要であることは、先ほどから繰り返し語られているがこのような分野でも、経験豊かで知恵を持った元気な高齢者の活躍の場が多くあると思う。

**近衛** ● 日本では、定年後も働き続けたいという意欲を持っている人が欧米に比べて多いが、その人たちの活躍の場づくりということも重要な問題だと思う。

「働く」といっても、必ずしも今の仕事をそのまま続けるということではなく、社会とつながっているという自覚を持ち、しかも人の役に立つことであれば、それは非常に大きな生きがいになると思う。

**デーケン** ● アメリカで行われた研究では、2,700人の男性を10年間追跡調査したところ、ボランティア活動を行っている人といない人とは、亡くなる比率に大きな差が出た。同じ期間で見ると、ボランティア活動をしていない人は、している人の2.5倍の数が亡くなっていることがわかっている<sup>\*11</sup>。

**村上** ● アメリカから学ぶべき点として、19世紀のフランスの政治思想家で『アメリカの民主主義』の著者であるトクヴィルの分析を紹介しておきたい。トクヴィルが19世紀の初頭にアメリカを旅して、その調査を進めていた頃、「デモクラシー（民主主義）」はヨーロッパではむしろネガティブな意味合いを帯びていた。それは「衆愚」の意味が強かったからだ。

トクヴィルはそれを逆転させたが、その最大のポイントは、アメリカではいろいろな人たちのコミュニティを、人々が自発的につくることにある、という。人間は《独り》では、行動も判断も弱い存在でもある。

**近衛** ● 「衆愚」と「デモクラシー」を分けるものは民度であると思うが、日本人の民度が上がっているかといえば、必ずしもそうとはいえない。バイオエシックスなどの分野では上がっている一方で、一般のレベルでは法律に触れないことは何をしてもいいという風潮に示されるように、民度の低下が危惧される。「コモン・センス」は日本では常識と訳されることが多いが、みんなに共通の価値観、いわ

ば社会通念のことである。

現代の日本では、知識や情報ばかりが先行してしまい、正しいコモン・センスが成り立っていないのではないだろうか。日本における文化の再生には、とぎすまされたコモン・センスが必要であることを強く訴えたい。

**デーケン** ● それぞれの国には風土や文化の違いがあるため、アメリカの自立主義をそのまま日本に取り入れることはできないだろう、ということは理解できる。

英語ではcivilization（文明）とculture（文化）は同じ意味合いで使われることが多いが、ドイツ哲学における「文明」は物質的な環境をより快適にするための技術的な成果の総体をいい、進歩が前提となっている。

一方、「文化」は人間の自己認識、世界観、価値観と結びついた内面的な自己実現を示しており、芸術や音楽に代表されるように必ずしも進歩するものではなく、行きつ戻りつ蛇行すると理解されている。

自我が確立した欧米とはまた違った色合いの日本独自の「死の文化」の確立が求められており、そしてその文化をどのようにしてコモン・センスにしていくことができるのか。

その答えはすぐに見えてくるものではなく、数多くの試行錯誤を繰り返しながらも考え、求め続けていくことでしか得られないものであろう。

**木村** ● 日本の生と死の文化が、現代のグローバルな文明に大きく貢献できるとすればそれは、何か。

日本人の考える豊かな伝統に根ざした、生や死の独特の意味深さを共有するコモン・センスにする方向には賛成だ。しかし、国際的なスタンダードとして、受け入れられている「国連・世界人権宣言」や「ユネスコ・バイオエシックスと人権に関する世界宣言」などの原則に反するような考え方や、例えば、患者の知る権利の否定や、人間の尊厳の無視、医師の権威主義などを、特定の文化や慣習の名において正当化するわけにはいかないのは当然である。

豊かないのちを生きるためのバイオエシックスを、今後も積極的に展開し続けていきたい。

〈2007. 1. 16〉

#### 【\*10】

##### リビング・ウィル

リビング・ウィル (Living Will) とは「生前の意思」やそれを記録した「遺言書」などを示す。インフォームド・コンセントが浸透するとともに、単に生命を存続させるのではなく、人間の尊厳を保って死を迎えようとする考え方が広がっている。



参考：U.S. Living Will Registry=  
<http://www.uslivingwillregistry.com/forms.shtm>

#### 【\*11】

##### 参考文献

Pain relief: Jacobs, Gregg D. Clinical Applications of the Relaxation Response and Mind-Body Interventions. Journal of Alternative and Complementary Medicine. Dec 2001, Vol. 7, No. supplement 1: 93-101

写真：湊 雅博