

# 死をめぐる我が国の現状

研究開発室 小谷 みどり

## 目次

1. 死とは何か	17
2. 我が国における「死」の現状	18
3. まとめ	22

## 要旨

一般に、死とは生活機能が停止した状態を指すと認識されるが、1997年に制定された臓器移植法により、脳死と心臓死とに人の死が構造化されることになった。つまり、本人が臓器提供を希望していれば脳死の判定後に「死亡」とみなされるが、提供意思を表明していなければ心臓停止まで「生存」とみなされるダブルスタンダードが存在する。

我々は死がどういうことか、観念的に理解しているが、他人の死の事実からしか体験できず、人間関係のなかで意味付けされて初めて認知する。また、死のイメージは社会や時代によっても変化する。

我が国では、今後30年間は多死社会にあり、年間死亡者が急増する。また、戦後の平均寿命の伸長で、高齢者の死が増えている。65歳以上で死亡した人は全死亡者の8割近くに上っており、この事実が、死の意味合いや葬送のあり方にも影響を与えている。さらに、病院で死を迎える人が8割を超え、かつては家庭で行っていた死の看取りが医療現場にゆだねられるようになった。

かつては、看取りや葬送にかかわることは遺族やイエの仕事であり、本人が生前に考えておくことではなかった。ところが昨今では、尊厳死、葬送のあり方など、自分らしい最期のあり方について考えておきたいという人が増加している。それにつれ、葬送メニューも多様化しており、自らの最期を選択できる土壌が少しずつ整いつつある。

高度成長期以降、死の瞬間が医療にゆだねられるようになると、「死は敗北」という風潮が出てきた。自然な死に触れる機会がなくなった一方で、ゲームや映像の世界では殺人や殺傷がいと簡単に行われている。高齢者の死の増加、核家族化、人間関係の希薄化などにより、「納得のできる死」が増え、死の悲しみの量が減少している。

誰もが安心して最期を迎えられる社会の構築のためには、死にゆく人をみんなで支えあう仕組みが必要である。そのためにも、誰もが遭遇する死をライフデザインの一領域としてとらえ、広い意味でのデス・エデュケーションが必要になる。

キーワード：多死社会、選択死、デス・エデュケーション

## 1. 死とは何か

「死ぬ」とは、『日本語大辞典』（講談社）によれば、「命が終わる。 生気がない。動きがない」などの意味がある。この解釈は一見、科学的なようだが、「命が終わる」のはいつの時点であり、どういった段階を指すのかがあいまいで、死を具体的に説明しているとはいえない。

一般に、肉体的に死とは、生活機能が停止した状態を指すと認識されている。人間の死は従来、心臓が停止する、呼吸が停止する、瞳孔が開くといった基準で判定されてきたが、近年の医療技術の発達により、脳機能が停止しても人工呼吸器をつけていれば、1～2週間程度であれば心臓停止を回避できるようになってきた。つまり、死が脳死と心臓死とにわかれたのである。

厚生省（当時）の脳死研究班は1985年、脳死の判定基準について、深い昏睡状態にある、自発的呼吸がない、瞳孔が固定し、瞳孔径が左右ともに4ミリ以上ある、脳幹反射がない、脳波が平坦である、以上の条件が満たされた後、6時間経過を見ても変化がないことを確認するという6点を示した。このような脳死状態に陥れば、脳の機能が永久的に損なわれるうえ、植物状態とは違い、人工呼吸器を使っても2週間以内に心臓は停止することがほとんどであることから、人の死は心臓停止の瞬間なのか、脳死の瞬間なのかという議論が行われてきたのである。

1997年6月に臓器移植法が成立し、本人が臓器提供を希望していれば脳死の判定後に「死亡」とみなされるが、提供意思を表明していなければ心臓停止までは「生存」とされるという、ダブルスタンダードが法的に存在することとなった。

こうした現状は、死を科学的な側面だけで分析するのは不可能であることを意味している。すなわち、死は他人の死の事実からしか体験できず、人間関係のなかで意味付けされて初めて認知される。死が生活機能の停止であるという事実は客観的に認識されているが、この認識も他者の死を通じて体得した社会的な事象にすぎないということである。

死のイメージは社会や時代によっても変化する。たとえば、戦乱や飢餓、災害が絶えなかった時代や社会では、死と日常的に接する機会が多くあるため、死は観念的なイメージではなく、「端的に死体それ自体であり、動かなくなってそこに横たわっている誰彼であり、そしてやがて変色し、腐り、いやな臭いを発しながらくずれてゆくという事実そのもの」（小浜；11）であった。戦後の日本では、死の迎え方が変化し、死を体験する機会が減少するなど、さまざまな社会環境の変化により、死のイメージや意味合いが変化しているものと考えられる。

そこで本稿では、日本における「死」の現状について、「死の社会環境」「選択死」「死の隠蔽」「死の意味」という4つのキーワードから概観していくことにする。

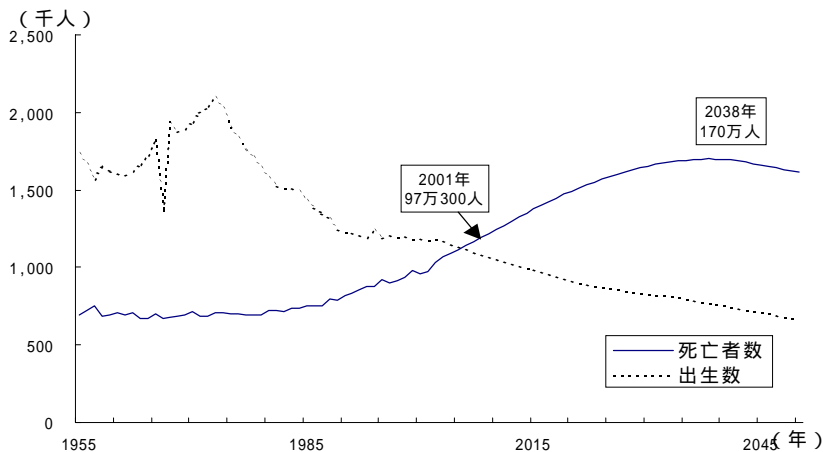
## 2. 我が国における「死」の現状

### (1) 死の社会環境

#### 1) 多死社会

高齢社会の成熟により、我が国は多死社会を迎えている。2001年には1年間で97万人が亡くなっているが、国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、死亡者数はこの先、右肩上がりに増加し、ピークを迎える2038年には170万人が亡くなるとされている（図表1。2002年1月推計。ただし、中位推計）。その後、少子化の影響で、死亡者数は減少の一途をたどることになるものの、少なくとも今後30年間で死亡者数は1.7倍に増加すると推計されており、多死社会が確実に進行していくのは明らかである。

図表1 年間死亡者数・出生数の年次推移と将来推計



資料：2001年までは厚生労働省「人口動態統計」、2002年以降の推計は、国立社会保障・人口問題研究所2002年1月推計

#### 2) 平均寿命の伸び

戦後、我が国の平均寿命は急速に伸び、世界一の長寿国となった。2001年には男性が77.72歳、女性が84.60歳となり、50年間で、男女ともに20歳前後伸びている計算になる。長寿化の背景には、栄養や医療技術の向上があるが、図表1でも分かるように、1985年ぐらいまでは横ばい状態であった死亡者数に対し、出生数は大幅に上回っており、人口増加のなかで、「人が死ななくなった」という錯覚を人々に与えてきた。

#### 3) 「高齢者の死」の増加

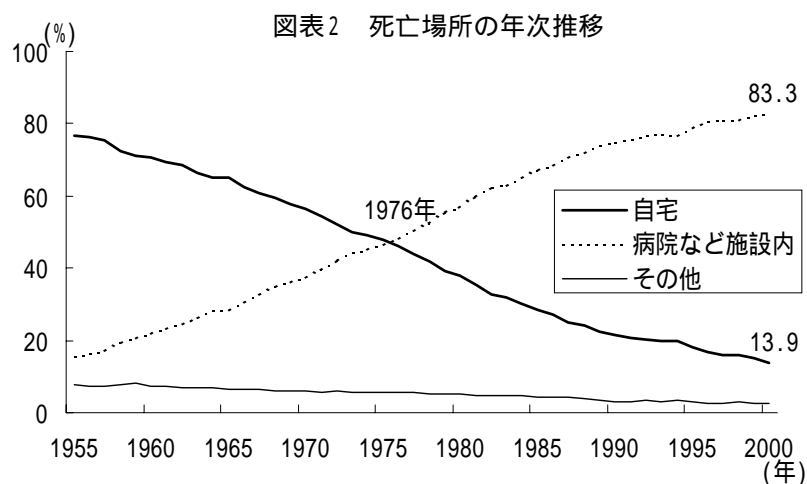
平均寿命の伸長に伴い、超高齢者の死が増えている。全死亡者に占める80歳以上死亡者の割合は、1970年には21.0%であったが、2000年には43.8%にまで増加している。これを65歳以上まで広げると、2000年には全死亡者の78.8%を占める（1970年には61.5%）。つまり、亡くなるのは、すでに退職した高齢者がほとんどであり、家族も社

会も「納得できる死」が多くなっているといえる。80歳以上での死も4割以上を占めており、故人の子どもも退職しているケースも少なくない。こうした「死亡者の高齢化」は、死の意味合いのみならず、義理会葬者の減少など、葬送のあり方にも影響を与えている。

#### 4)病院死の増加

病院で亡くなる人の割合が年々増加しており、2000年には全死亡者の83.3%を占めた(図表2)。代わって、自宅で亡くなる人は減少し、2000年には13.9%であった。しかし、この両者が逆転したのは1976年と、わずか25年前のことであり、病院死が当たり前の時代になったのは、それほど古い話ではない。

病院で亡くなる人が増えたことにより、医療関係者の中で「死は敗北である」といった意識が生まれ、その結果、「助かる見込みがなくても、最期まで治療するのが良い」という風潮が社会に広く根づいた。患者に意識はないのに、医療器具の力だけで息をして延命しているという終末期の光景が「スパゲッティ症候群」と呼ばれたのも、1980年代から90年代にかけてのことである。ちょうど、病院で亡くなる人が半数を超えた時代と重なる。



また、病院死の増加は、看取りに家族が関与する余地も奪ってしまう。さまざまな調査では、自宅で最期を迎えたいと考える人が多い<sup>\*1</sup>が、家で看取ることには家族の不安も大きいという。それは、死が遠くないことは家族も理解しているが、死の兆候が現れたときの対処方法を知らないこと、あるいは「病院にいれば、死なずにすんだのではないか」という思いや親族からの批判に耐えられるかといった思いである。かつて、我が国では、死の看取りは家庭科教育の一環として位置づけられていた<sup>\*2</sup>が、昨今の家庭科教育では、こうしたノウハウや手順は教えられなくなり、家族のスキル

低下も、在宅での最期を困難にする要因となっている。

## (2) 選択死

### 1) 脳死

前述したように、我が国では臓器移植法が成立し、臓器移植をする場合に限り、脳死が人の死と見なされることになった。このことにより、厚生労働省などは「臓器提供意思表示カード」を作成し、提供の意思の有無、提供する場合はその臓器名をあらかじめ記載しておくよう、呼びかけている。しかし、総理府が2000年に行った「臓器移植に関する調査」では、意思表示カードの存在を知っているとした人は81.1%いたものの、実際に所持している人は9.4%しかおらず、所持していない理由として臓器提供に対する抵抗感を挙げた人が最も多かった（意思表示カードは「提供したくない」という意思表示もできるが、そのことへの認知が低いと推測される）。しかも日本では、家族の同意がなければ臓器提供はできないことになっており、本人と家族という二段階の同意が前提となっている。いずれにせよ、死の基準が二分化され、本人と家族の同意によって、死の瞬間が心臓死か脳死かを選択できる状況が生まれている。

### 2) 尊厳死

死ぬ瞬間が医療に完全にゆだねられるようになってくると、「自分らしい最期はどうありたいか」を模索する人たちが出現してきた。治癒の見込みがなく、限定された余命であれば、無駄に延命治療をせず、自然な死を迎えたいという意思を表明する人が増えてきたのである。本人による尊厳死の意思に法的拘束力はないが、尊厳死の認知度も年々高まっており、尊厳死の市民団体「日本尊厳死協会」で自然な死を迎えたいという「リビング・ウィル」に署名している人は現在、10万人にもものぼっている。

### 3) 葬送メニューの多様化

1980年代後半以降、「自分らしい葬儀とは」といったテーマが公に語られるようになってきた。従来の葬送のあり方は、イエ制度を背景とした慣習に基づくものであり、こうしたあり方に疑問を抱いた人たちを中心に、宗教色のない葬儀、血縁を超えて入る合葬式墓地や継承を前提としない永代供養墓などが出現したのも、この頃である。また、それまで法律違反だと思われていた散骨も法律の規制対象外であることが判明し、宇宙葬、月面葬など、お墓の代替メニューが豊富に出てくるようになった。「自分らしさを求めたい」、「子どもに迷惑をかけたくない」といった意識から、自分の葬送について考えることが奇異ではなくなり、むしろ、生の延長として積極的に考えようとする傾向も出てきている。

### (3) 死の隠蔽

死の瞬間が医療にゆだねられるようになると、家族もその瞬間にかかわる度合いが少なくなり、「死は敗北」とされた。前進することが良しとされていた高度成長の社会にあっては、死は隠蔽されるべき対象であった。一方で、ゲームなどのバーチャルな世界では、殺人や殺傷がいとも簡単に、しかもリアルに行われている。ゴラー(1965)は、自然な人間の死が忌避され、隠蔽されるようになり、映像としてしか接することができなくなっているこのような現象を「死のポルノグラフィ化」と呼んでいる。

日常のなかから死を意識するものは排除され、火葬場や葬儀会館が近隣にできるとなれば、反対運動が起きるといった現状もしかりである。解決策としては、火葬場らしからぬ外観にする、宮型霊柩車の乗り入れを禁止する、花輪やしきみを会館の外に並べないといったものがあるが、これらはいずれも、「死のイメージ」を払拭させることで合意を得るものである。

昨今、若者による凶悪犯罪が多発しているが、死が社会から隠蔽され、イメージのなかでしか、死を認識できなくなっている現実も、その一因ではないだろうか。死は生物の自然の現象であり、万人の身にいつか起きるのだから、死や命について子どもに教育する必要性があるだろう。

### (4) 死の意味の変化

#### 1) 納得できる死

高齢者の死が増えたことにより、遺族にとって「納得できる死」が増えている。告別式の弔辞でも、故人が現役であったならば、「惜しい人を亡くしました」などとなるところが、故人が高齢者ならば「長寿をまっとうし...」となる。つまり、人は老いてから亡くなるというパターンが当たり前になった我が国で、死は納得でき、受け入れられやすいものとなっている。

#### 2) 悲しみの減少

高齢者の納得できる死が増えたこととも関連があるが、昨今、死の場面で悲しみの量が減少している。介護の長期化で家族も疲れ果て、悲しむ気力が残っていないこともあるが、人間関係の希薄化も背景にあると考えられる。核家族化が進展し、親子のきずなも弱くなってきていると実感する人が増えていることも、一因であろう。

#### 3) 老後の不安増大

寿命が伸長したことにより、退職後の期間が長くなり、特に経済的側面からの老後の不安が高まっている。その結果、死への不安よりも老後の不安の方が大きくなっている。また、「死後の世界」などのようなイメージが希薄化し、「死んだら無」という意識が浸透していることもある。

#### 4)死を学ぶ機会の減少

かつては一族が同じ地域に住んでいることが多かったものの、遺族や親族がそれぞれ離れている地域に住むようになると、簡素化のために、初七日がお葬式と同じ日に行われることが当たり前になってきた。また、法事も三十三回忌で終わりにするなど、法事の簡素化や減少が目立っている。宗教離れの側面もあるが、法事の減少はすなわち、一族で集まることで故人をしのぶ機会の減少でもある。さらには、長寿化により、自身が中年以降になるまで、身内の死を体験したことのない人も増えている。このように、身近な人を亡くす悲しみ、死とは何かを体験する機会が日常生活のなかから少なくなっているのが現実である。

一方、2002年度から実施されている小学校学習指導要領では、1947年の学習指導要領試案以降初めて、「人の死」について触れられており、死の教育が始められることとなった。指導要領の解説書のうち、道徳編（小学校5・6年対象）には、「人間の誕生の喜びや死の重さ、生きることの尊さを知ることから、自他の生命を尊重し力強く生き抜こうとする心を育てるとともに、生命に対する畏敬の念を育てることが大切である」と記されている。今回、小学校の道徳で人の命に触れる授業がなされることになったものの、中学校や高校では、死の教育についての指導方針はいまだに示されていない状況である。

### 3.まとめ

以上のように、我が国ではここ30年余で、死をめぐる社会環境や生活者意識が様変わりしてきた。ところが、社会やライフスタイルがどんなに変わっても、各人のライフコースにおいて、「死」というイベントは絶対に避けられない。そうであるからこそ、「誰もが安心して最期を迎えられる社会」の構築が求められる。

筆者はこれまで、死をライフデザインのなかに組み入れる視座から、子々孫々までの継承を前提とした墓地制度の現状と課題、お葬式の変化、さらには終末期医療の問題などを調査・研究してきた。これらの問題に共通しているのは、「死にゆく人をみんな支えよう」という課題である。家族のあり方が変化し、家族やイ工制度の枠組みのなかでこうした作業を担うことは、これから将来、不可能である。また、終末期や死の問題は、自分で考え、準備しておいても、自分で実行することはできない。だからこそ、社会で支える仕組みが必要なのである。

こうした視点に立ったとき、大きな障害の一つは、生活者の「死への偏見」である。誰もが遭遇することは理解しているのに、考えたくない、隠蔽しておきたいという意識が働く。本稿でも触れたように、「助かる見込みがなくても、最後まで治療をがんばるのがよい」という意識の浸透も、病院で死を迎える人が増えてきたことが背景にある。こうした意識が根強い限り、地域で死を看取ったり、死後の安寧を提供したりす

る環境を整備するのは難しい。そのためにも、人の死をライフデザインの一領域に位置づけ、「デス・エデュケーション」を行っていくことが今後は必要とされよう。

(研究開発室 副主任研究員)

#### 【脚注】

- \*1 筆者が2001年10月に行った調査でも、治癒の見込みがなく、死期が近い場合、78.9%が在宅で過ごすことを望んでいたが、実現が難しいと考えている人は55.1%おり、その理由として家族への負担を挙げていた。(LDI レポート 2002年3月号)
- \*2 大正時代の家政学書『家政講話』には、臨終が近づいたら、「<sup>がしよく</sup>臥褥を整理し、見苦しい有様の無いやうにして、静かに臨終を遂げ」させ、医師の検定を請うたあと、「衣類を脱がせ、消毒薬を以て全身を拭い清め」る、といった手順が記載されている。また、『応用家事教科書』にも、「呼吸きれたる時は、医師の検診」を受け、「仰臥せしめ、先づ眼及び口を閉ぢ、消毒薬にて全身を拭ひ、衣服を着換へしめ、白布を以て之を被ひ、その容態の醜からざるやうに」し、「医師の診断書を添へて、死亡届を戸籍吏に差出し、二十四時間を経て葬儀」を行うと、書かれている。

#### 【参考文献】

- ・大江スミ, 1917, 『応用家事教科書』下巻, p.68, 宝文館, 『復刻家政学叢書』第七巻, 1982, 第一書房
- ・嘉悦孝子, 1916, 『家政講話』, p.262, 婦人文庫刊行会, 『復刻家政学叢書』第六巻, 1982, 第一書房
- ・小浜逸郎, 1997, 『癒しとしての死の哲学』, 王国社
- ・丸山圭三郎, 1992, 『ホモ・モルタリス』, 河出書房新社
- ・Geoffrey Gorer, 1965, *Death Grief and Mourning in Contemporary*, Cresset Press (宇都宮輝夫訳, 1994, 『死と悲しみの社会学』ヨルダン社)