

# 株本千鶴著

## 『ホスピスで死にゆくということ 日韓比較からみる医療化現象』

東京大学出版会，2017年

先日、NHK（BS1）で『ラスト・ドライブ』という番組を見た。ドイツのある社会福祉法人がホスピスに入所している末期の患者を対象におこなっている、患者が人生最後にもう一度、訪れたいと思っている場所に専用車で連れてゆくというサービスを取材したもので、番組では、亡き夫のことを思い出せる海辺に行くことを希望した84歳の末期がんの女性や、恋人とよく訪れた湖畔のカフェをその恋人と最後にもう一度訪れる50歳の同じく末期がんの男性など、患者たちのそれぞれの「ラスト・ドライブ」が紹介されていた。

株本氏はホスピスの理念の一つを「納得のゆく死（good enough death）」（B・マクナマラ）の実現に求めているが（70頁）、このようなラスト・ドライブも「納得のゆく死」のための一つの重要なケア（支援）と言えるだろう。

と同時に、この番組を見ながら、私は1949年5月に川崎市でおきた「安楽死」事件のことを思った。鍍金業を営む在日コリアンの男性が母親に業務用の青酸カリ溶液を飲ませて死に至らしめたという事件だが、その男性は、脳溢血の後遺症が悪化して全身不随となったその母親の「早く楽にしてくれ」「早く殺してくれ」という願いに応じてそうしたのである。東京地裁は1950年4月、この男性に懲役1年、執行猶予2年の判決を下した。

中山研一・石原明編『資料に見る尊厳死問題』（日本評論社、1993年）は、この東京地裁判決を安楽死に関する日本初の判決として収録しているが、この事件そのものを安楽死として理解するのは難しい（だから、被告男性も有罪判決を受けた）。この事件から10年以上後の1962年、名古屋高裁は、安楽死が法的に認められる条件として「病者

の苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものであること」「もっぱら病者の死苦の一つと緩和の目的でなされたこと」等をあげたが、上の事件で在日コリアンの母親が感じた苦痛というのは、身体的なものではない。事件の前年の1948年、夫（被告男性の父）が朝鮮に帰るに際し、母親は自分も一緒に連れて行ってほしいと懇願したが、身体が自由がきかないことを理由に、夫はそれを拒んだ。その後も母親は朝鮮に帰ることを心待ちにしていたが、朝鮮に戻った夫の方が困窮し、日本にいる息子に送金を頼むほどで、とても母親が帰れるような状況にないことを息子から告げられる。「早く楽にしてくれ」「早く殺してくれ」という母親の言葉は、その直後に発せられたのであり、東京地裁の判決文によれば、被告男性は「帰郷の望みを絶たれた」母親の「悲痛の心中の苦悩を察し」て事に及んだのである。

この母親とその家族がそうであったように、1946年末の段階で約60万人と言われる在日コリアンの多くは、朝鮮に帰りたくとも帰れない状況にあった。彼ら、彼女らの多くはそもそも、日本の植民地支配と構造的に無関係ではない生活苦、生活難から逃れるために日本にやってきたのであり、朝鮮本土に生活基盤がない以上、植民地支配が終わっても、朝鮮に帰ることは決して簡単なことではなかった。

上の在日コリアンの母親は、要介護の状態にあったとはいえ、末期の病状ではなかったのだから、彼女の帰郷の願いをドイツのラスト・ドライブに重ねて理解するのは不適切かもしれない。しかし、息子に幫助されての自殺に近い彼女の死が、ホスピスの目指す「納得のゆく死」の対極にある

ことは確かだろうし、そうなった背景にある日本と朝鮮の近現代史を今一度、よく振り返るべきではないか。ホスピスの日韓比較を試みた株本氏の本書に触発されながら、そう思った。書評としては不適切な書き出しになったが、在日コリアンに対する暴言がネット上にあふれる日本の現状ゆえ、1949年の事件のことはホスピスとの関連で書いておきたかった。お許しいただきたい。

本題に入ろう。私自身は、医療の歴史社会学という視座から生命倫理等を考えてきたが、韓国研究については全くの素人なので、本書からは多くを学んだ。

日本初のホスピスは、1981年に開設された聖隷三方原病院のそれで、1984年に淀川キリスト教病院内に設立された病棟型ホスピスがこれに続く。他方、株本氏によれば、韓国のホスピスの始まりは日本よりも早く、1965年に江原道江陵のカルバリ病院で始められたホスピス活動が最初で、これに済州島のイシドル医院（1976年、ホスピス活動開始）が続く（第3章）。

本書で株本氏は、このようにして始まった日韓双方のホスピスの比較を試みるのだが、本書の特徴は、ホスピスの「医療化」という独自の視座（第1章）を立てて比較をおこなっている点である。

「医療化（medicalization）」とは、従来、社会学において「医療の範ちゅう外にあった現象が、医療の範ちゅう内であつかわれたり、医学的な定義や説明をあたえられる過程」を意味してきた（16頁）。しかし、この理解のままだと「ホスピスの医療化」は、「白い白鳥」のような冗語になってしまう。なぜなら、日本でも韓国でも、ホスピスは病院内で始まっており、最初から医療の内部に位置づいているからである。このような難点を自覚した上で、株本氏はホスピスの医療化を「ホスピスケアにおいて、医療の範ちゅう外のケアよりも医療の範ちゅう内のケアが優位とみなされる過程」と定義し直す（56頁）。

ホスピスの医療化をめぐる株本氏の考察は丁寧なものだが、私自身はやや物足りなさを感じた。というのも、株本氏はホスピスの医療化に力点を置いて論じつつも、肝心のホスピスとは何か、ど

ういう条件を満たせばホスピスと言えるのか、等について、あまり詳しく論じていないからだ。株本氏にとっては、あるいはそれは自明なのかもしれないが、私を含めて一般の読者は「医療化」の前に、そもそも「ホスピス」とは何かを知る必要があるように思う。

「キュア（治療）からケアへ」と表現されることの多いホスピスの理念だが、私の理解では、この理念は少なくとも次の三つに分けられる。第一に、患者の死がそれによって早まることがあったとしても、苦痛の緩和とコントロールを治療よりも優先し、徹底すること。

第二に、医療者の考えではなく、患者やその家族の意向や希望を尊重すること。

第三に、アメリカの医療社会学者のR・C・フォックスの言う「意味の問題」に向き合うこと。フォックスは次のように述べている。「近代医学は〔人がなぜ病気になり死ななければならないかという〕意味の問題（problems of meaning）に対して何の正当化もおこなえず、またそうした問題に対処する手だてを何らもたない。近代医学は、まさにその本質である科学的な志向性ゆえに、病気が『いかにして（how）』生じるかを説明するにとどまる。しかし、近代医学は『なぜ（why）』その病気が不可避のものとして生じるのかという疑問をしっかりと受けとめたり、これを解消したり、これに答えたりはしないのである」<sup>(1)</sup>。自分は、また人間はなぜ死ななければならないのか。死んだら、どうなるのか——。初期のホスピスは、世界的に見て、宗教的基盤をもって出発しているものが多いが、医学が扱えないこのような問いに（最終的な答えは出せなくとも）向き合うことがホスピスの出発点であり、そこから「スピリチュアルケア」等の概念も生み出されてきた。

株本氏の「ホスピスの医療化」という指摘に戻ろう。医療化と言う以上、株本氏の立論は、ホスピスには医療ではない何かがあることが前提となっており、その何か——株本氏の言う「医療の範ちゅう外のケア」（前述）——が縮小ないし消滅する傾向をもって、株本氏はホスピスの医療化と言っていることになる。では、その医療ではない何かとは何なのか。上の①ペイン・コントロー

ル、②患者とその家族の意向の尊重、③意味の問題のうち、①はそれ自体が医療行為である。②の方針はキュアと（冒頭のラスト・ドライブのような）ケアの両方に開かれているので、これを殊更、医療ではないものと見なすことはできない（通常の医療でも患者の自己決定の尊重等が言われるようになった現状に照らせば、なおさらそうだ）。すると、ホスピスの中の医療ではないものは③に収斂してゆかざるをえず、株本氏の言う「ホスピスの医療化」とは、ホスピスが③の「意味の問題」を以前のように扱えなくなる状況と理解できる。他方、ホスピスは今日、日本でも韓国でも「緩和ケア」とセット（ないし同義）で理解されるようになってきているが、それは純粋な医療行為である①のペイン・コントロールが、実践としてのホスピスの大部分を占めるようになってきていることを意味し、それがホスピスの医療化であるとも理解できる。あるいは、③の「意味の問題」が精神医療（精神的ケア）の問題と見なされ、同時にこの問題に答えることが①のペイン・コントロールの一つとされてゆくなら、それもホスピスの医療化と表現できるだろう。

以上は、株本氏の議論に私が引いた補助線だが、株本氏自身はホスピスの医療化を「専門化」「制度化」「商業化」の三つに分けて分析している（第2章）。第一の専門化は、日韓に限らず、全世界的に緩和ケアの分野で（あるいは緩和ケアという形をとって）進行している。緩和ケアに関する専門知識や資格を有する医療関係者がホスピスケアの主役になってゆくなら、株本氏の言うようにホスピスは医療化してゆく。第二の制度化とは、日本に即して言えば、ホスピスでなされる様々なケアや用いられる医薬品等が診療報酬点数表に記載され、健康保険等が適用されるようになることである。実際、何が医療かは、日本では保険が適用されるか否かによって制度的に定義されるとも考えられる。ホスピスの財源確保という点で、保険適用は重要な意味をもつが、保険適用が広がれば広がるほど、ホスピスケアはますます正統な医療となってゆく。第三の商業化は、営利目的でホスピスを運営するようになることだが、株本氏によ

れば、これはアメリカの例が想定されるのみで、日韓には見られない。

株本氏は、ホスピスの医療化を専門化と制度化の二つの指標に大別して、日韓のそれぞれの状況を比較する。その結論を簡潔に述べると、日本のホスピスは専門化と制度化の両方がすでに進行しており、それらのメリットのみならず、デメリットが指摘されるようになってきているが、韓国はそのどちらも今まさに進行中で、それらのデメリットよりもメリットの方が、期待とともに語られる傾向にある（第6章）。

そう言える根拠を、株本氏は、日本のホスピス関係者16名、韓国のホスピス関係者12名に対するインタビューとその丁寧な分析によって提示している。本書の肝に相当するこのインタビュー結果は、本書の第Ⅲ部（第5章、第6章、第7章）で詳細に論じられているが、ここではその中から一つ紹介するにとどめたい。

ホスピスの医療化という本筋からはやや外れるが、韓国のあるホスピス関係者は、医療に関する韓国での決定の構造について次のように指摘する。「家族単位でうごき、家族単位で意思決定する。……相談はすべて【患者本人ではなく】保護者（である子どもを相手におこなわれる）……個人の意見が尊重されるのが難しい社会だとも思います。しかし（…）延命治療を自分が決定できない状況では、ホスピスが活性化するのは難しいということです。……家族が鉄の障壁になっている」（180頁）。

患者個人ではなく、家族単位で医療に関する決定がなされることは、在米コリアンに関する調査でも指摘されてきたが<sup>(2)</sup>、この家族主義は、臓器移植に関する法規定を見るかぎり、日本でもまだ根強いように思われる。

（市野川容孝 東京大学）

- (1) Renée C. Fox, "Medical Evolution" in: J. J. Loubser et al. eds., *Explorations in General Theory in Social Science*. Free Press, 1976, pp. 773-787, p. 777
- (2) L. J. Blackhall et al. "Ethnicity and Attitude Toward Patient Autonomy" in: *JAMA*, September 13, 1995 (Vol. 274, No. 10), pp. 820-825.