

〈論文〉

公衆衛生学の中で死を考える —公衆衛生学と死生学の融合の提言—

植田 美津恵

Abstract In Japan, life expectancy has increased dramatically and an unprecedented death-ridden society is about to begin. The situation surrounding aged people has changed greatly, and now we have to live while being conscious of death. Meanwhile, the education for medical staffs to learn about death is inadequate in terms of its contents and time. What lies behind this issue is that medicine has focused on extending people's lifespan and tends to regard death as defeat. However, death is inevitable for human beings. I believe it necessary to shift from the medicine that focuses on avoiding death to introducing thanatology into public health science that all health care workers learn in order to gain a viewpoint that death and life are the same. To this end, I propose reexamination of WHO definition of health as well as active involvement of specialists and practitioners from other fields, such as thanatology, in public health science.

Keywords: public health, thanatology, WHO, life, death

1. はじめに

日本は、未曾有の高齢社会を迎え、本格的な多死社会に突入しようとしている。

平成30年度の人口動態統計をみると、死亡数は136万2,482人・死亡率は人口千対11.0、出生数は91万8,397人・出生率は人口千対7.4、前者は前年度より0.2上昇し、後者は前年度から0.2減少している。今後しばらくは死亡数の増加と出生数の減少が続いていくと予測されている。当然のことながら、加齢とともに死亡率は上昇し、95～99歳の死亡率は人口千対で25.8である。

日本の平均寿命は、1947年に男女とも50歳代に達したのを皮切りに飛躍的に伸び続け、最も新しい平成30年の統計では、男性が81.3歳、女性87.3歳と、特に女性の平均寿命は世界のトップクラスである¹⁾。

日本社会では、これまでに例がないほど多くの高齢者が存在し、日々たくさん的高齢者が亡くなっているといえる。しかし、亡くなる場所が自宅ではなく病院施設で死亡する例が多いためか²⁾、人が死ぬところを見たことがない、あるいはそういう場面に遭遇したことがないという人もあり、死が遠い存在であるのが現実である。一般の人のみならず、医師や看護師などの医療従事者も、実際に勤務するまでは人が死ぬところを見たことがなく、また死に対する関心も高いとはいえない状況ではないだろうか。これは、医学教育において死を学ぶ機会がほとんどないためであるが、現在の医学は、人の健康を維持向上させることや延命を一番の目的に置いているため、彼らにとって死は敗北であるとの考えに支配されやすい。医学教育のみならず、看護学教育やその他の医療職を育成する教育も、ほぼ同様である。

しかし、人間は必ず死ぬ。その事実を当然のこととして受け止めれば、死を敗北と考える医療系の教育はむしろ奇異でしかない³。巷にあふれる健康番組や情報雑誌なども、まるで死なない人間を目指しているかのように、ひたすら健康を追究するのみで、死の概念はその陰に隠され、行き場をなくしているように見える。

死を意識しない医療は、人の尊厳をも意識しない。何故なら、人は生きていることが当たり前のようにして過ごす日々よりも、迫りくる死を自分のこととして考える時にこそ、人としての尊厳をいかに守るかを真剣に思うからである。

死を学び、死を考えて、はじめて健康を真正面からとらえることができる。ようやく人の体と心に触れる資格を持てる。すべての医療従事者は死をきちんと学ぶべきだと思う。

医学・看護学・薬学・歯学・美容などの分野で必ず学ぶ学問に「公衆衛生学」がある。明治時代、日本が西洋医学を本格的に導入した際、1875（明治8）年に文部省医務局が内務省に移管され、衛生局と改称されたことを発端とし、1885（明治18）年には、東京大学医学部に「衛生学教室」が開設された。これがのちの公衆衛生学の礎である⁴。

公衆衛生学は、健康にとって有害な環境や行動あるいは社会的要因を取り除くことにより、積極的にQOLを向上させることを目的としている⁵。現在、公衆衛生学において死はどのようなとらえられているのか、またどのような位置づけにあるのかを探ることで、公衆衛生学と死を関連づけた教育のあり方について考察をする。

一方で、死そのものは、昔から様々な分野で探求されてきた。死は人間の最大の関心事であるのも確かである。しかし、ひとつの学問分野としての死生学が構想されたのは1960～1970年代といわれ、それほど昔のことではない⁶。死生学は欧米で生まれたが、その後日本にも導入され、医療系教育とは別の体系において発展をみた。中には医療系の大学等で、死生学を重視しているところもないわけではない⁷。しかし、それは医学や看護学を学びながら、それとは別に独立した学問として死生学を履修するという方法である。人類の健全な発展や健康を追究するかたわら、医療系学問とは別ものとして死生学を学ぶやり方は、生と死を同じものとして同列に考えるのではなく、生は生、死は死という個別の捉え方をすることになりかねない。

生があつて死があり、死があつて生がある。現在の医療系の学問体系において、死を深く学び、理解し、人間の尊厳と直結した形で死をとらえるためのひとつの方法として、公衆衛生学の中で死を学ぶ具体的方法を模索したいと考える。

次章では、公衆衛生学の成立過程と歴史、公衆衛生学の中の死の取り扱い方・位置づけについて、いくつかのテキスト・文献を参考にまとめる。

次に、死生学の成立過程と歴史、日本における死生学の学問的な意義を明確にするために、文献研究を行う。

現状を踏まえつつ、今後の方向性として、公衆衛生学と死生学の融合の可能性を探り、将来の展望について言及する。

2. 日本における公衆衛生学の成立過程

2.1 明治時代の公衆衛生活動

我が国の衛生学・公衆衛生学は、明治以後の近代化の過程で、新しい国づくりとともに誕生し、発展を遂げていった。新政府のもと、コレラや結核等の感染症対策、衛生思想の普及、

環境衛生の改善などが進められた。当時は強い国家主義の時代であり、国策としてドイツ医学を本格的に導入するとともに、大学の講座に衛生学が組み込まれることで、衛生と公衆衛生が学問として定着することとなった。

現在の公衆衛生協会の前身である、大日本私立衛生会は 1883(明治 16)年に設立された。その趣旨と目的をみると、衛生行政の重要な部分は、コレラなどの外来伝染病の予防にあること、広く民間の協力を得ることが行政効果を上げるために必要なこと、民間側においても文明開化に伴い、衛生思想の普及を図ることが要望されていること、などが大日本私立衛生会設立の背景として述べられている。また、「当時の国民の体位の貧弱さ、生活環境の劣悪さが欧米諸国に比べて極めて低い」ことを憂い、衣食住を含めた生活様式の全般的改革が必要とされた。そのためには、公衆衛生事業というものは政府が中心とならなければならず、衛生会がそれを側面的に援助する、と明記されている。

大日本私立衛生協会の事業として、(1)機関誌の発行、(2)牛痘種継所⁸、(3)伝染病研究所の設立⁹、(4)衛生事務講習会 が挙げられており、伝染病予防と公衆衛生従事者の教育に重点を置かれているのがわかる。

大日本私立衛生協会は、1931(昭和 6)年に、「日本衛生会」に改組され、財団法人の認可を受け、「財団法人 日本衛生会」として、それまでの事業を継承することとなる。1950(昭和 26)年には、「財団法人 日本衛生会」と「日本公衆衛生協会」「日本公衆保健協会」との 3 団体の統合が図られ、「日本公衆衛生協会」となった。

さらに、平成 18 年の公益法人制度改革を受けて、2012(平成 24)年に「一般社団法人 日本公衆衛生協会」に移行した。

時代とともに、呼称は異なっているが、政府の公衆衛生事業を側面から支援する団体であることに変わりはなく、その事業とは、国民の健康を増進するための諸事業であることに他ならず、学問を基盤として行政と民間とが一体になった活動の先駆けといえる。

2.2 戦後の新しい公衆衛生

1945 年の終戦後、アメリカ由来の公衆衛生と新憲法の法体系に基づいた幅広い学問分野での公衆衛生学教育が行われ、戦後の荒廃した日本において公衆衛生の普及は国民の健康維持・寿命延長に多大なる影響を与えた。

戦争終結直後、日本に進駐した GHQ(連合軍総司令部)の訓令「公衆衛生対策に関する件」は、1945(昭和 20)年 9 月に発布されており、公衆衛生がアメリカの占領政策として重要な位置づけにあったことが伺える。

1946(昭和 21)年に制定された日本国憲法第 25 条には、「すべての国民は、文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と謳われ、同条 2 項には「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」ことが定められている。ここに、公衆衛生が日本の最高規範に明記されたことで、その必然性と重要性の自覚を政府や国民に強く促すこととなった。

日本国憲法の理念を受けて、公衆衛生に携わる医療従事者の資格や免許に関する法令が制定され、同時に医学・看護学・歯学・薬学・福祉学等に携わる専門職は、これらの法体系の中で、公衆衛生学教育を受けることとなった。

当時の日本の平均寿命は 40 代であった。それが男女ともに 50 代に達したのは 1947 年、

以後日本の長寿化は目覚ましいスピードで伸びていった。敗戦から復興の時代において、寿命の延長は明るい未来を予測させ、死の概念は瞬く間に遠ざけられていく。

GHQ の指導のもと¹⁰、軍国主義から民主主義への転換を目指していた当時の日本にとって、国民の社会福祉・社会保障・公衆衛生の向上に力を注ぐことは、民主主義国・日本という、変貌を遂げた姿を国際社会に示す絶好の旗印だった。特に公衆衛生は伝染病罹患率の減少や¹¹、寿命の延伸などのプラスの側面が、目に見えやすく国民に受け入れられやすい性質を持つ。政府と国民が足並みを揃えて公衆衛生事業に取り組み、実践の場で生かすことで、より一層敗戦後の目覚ましい復興と国の前向きな変化を体感することができたに違いない。

2.3 伝染病の激減から生活習慣病の台頭へ

1945 年を境に、日本の疾病構造は大きく変化し、まったく違う国であるかのようにみえる。戦前の死亡原因をみると、上位には結核や胃腸炎、肺炎といった伝染病・感染症があがっているが、戦後それらは激減し、悪性新生物や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が増加し、2019 年には死因第 3 位に老衰が登場するという報道があった¹²¹³。

伝染病の中でも、国民病として恐れられた結核は、1899 年から上位にあり、1940 年代前半は死因第一位であった。当時は結核やそれによる死は極めて身近であり、常に死と隣り合わせであったといっても過言ではない。しかし、戦後直後からその数は激減し、今や年間の結核死亡者数は 2,303 名（平成 29 年・概数）である。抗結核薬の威力もさることながら、国民の生活全般の質の向上、とりわけ衛生状況や栄養状態が改善したことも大きな影響を与えた。

結核に代表される伝染病・感染症は、現代の日本ではむしろ珍しい疾患とみなされ、深刻さに欠ける。これまで世界において撲滅宣言が出されたのは天然痘のみであり¹⁴、伝染病や感染症がなくなったわけではない。むしろ、新たな感染症として脅威とされる新興感染症や、沈静化していたはずの感染症が再び猛威を振るう再興感染症は重要な課題である。発展途上国では、いまだ伝染病や感染症で死亡する例は多く、地球規模で考えれば、病原体が伝播を続けることで発生する疾患は永遠に脅威であり続けるだろうと考えられている。

ともあれ、日本の公衆衛生事業が伝染病や感染症予防に果たした功績は大きい。予防接種の普及で乳幼児の死亡率は減少し、母子保健の徹底によって周産期死亡率や乳幼児死亡率は国際比較でも低い数値にとどまる¹⁵。また、手洗いや咳嗽、マスク着用などの予防行為は、伝染病や感染症の伝播を最少限に抑え、加えて、早期発見や早期治療が可能な地域の医療体制の充実が細菌やウィルスの体内侵入の阻止につながった。一方で、伝染病や感染症が過去の病気として認識されることは、死を意識から遠ざけることにもつながった。

感染症のように、細菌やウィルスに代表される病原体を相手にするのは、敵が明確である分だけ対策が取りやすい。ところが、結果的に自らを構成する細胞や遺伝子を攻撃することで発症する生活習慣病対策は、一筋縄ではいかない。厚生労働省は、それまで「成人病」と呼んでいたものを「生活習慣病」と呼称を変えることで、専門家による治療にだけ頼るのではなく、国民ひとりひとりの生活習慣を見なおすことをより強く推奨する方針を明らかにした¹⁶。生活習慣を改善することは、薬物や手術などで病が治療できることに慣れてきた国民にとって、予想以上に困難であり、厄介である。いわゆる特効薬は望めない。死を意識することが少なくなった国民にとって、治るという概念の乏しい生活習慣病との付き合い方

は今なお大きな課題である。

2.4 公衆衛生と予防医学

公衆衛生学では、感染症や生活習慣病などの病気にならないように対策を講じるとともに、病気になったときに早期に病気から回復することや後遺症が残った場合は早期に社会復帰することも予防の概念に含める。これは、リーベル,H.R とクラーク,E.G が提案したもので、一次予防から三次予防まで、予防の三段階として知られている¹⁷。

一次予防とは病気にならない体づくりである。食生活を正し、適度な運動によって生活習慣病を予防するという行為を意味する。予防接種や性感染症予防のためのコンドーム着用も一次予防である。

二次予防は、病気の早期発見早期治療である。一次予防のほとんどが、国民ひとりひとりの意識と行動変容であるのに比べ、二次予防は専門家の力を必要とする予防行為となる。そして三次予防には、リハビリテーション、社会復帰、再発防止などが該当する。

このように、すべての医療・健康関連の行為を予防という概念で説明をするという考え方には、公衆衛生が必要とされた当初は伝染病や感染症が主な対象だったものが、今や生活習慣を病気発生の主要因とする生活習慣病が、公衆衛生の大きなテーマであることが伺える。

一方、衛生、または公衆衛生という言葉自体にやや古臭さがあるのは否めない。大学医学部の中でも、他の分野に比べると地味な印象に映ることがあり、近年、医学部の講座でも、公衆衛生学講座といわず、予防医学と名を変えている大学も少なくない。しかし、予防医学という呼称が、公衆衛生学全体を網羅しているとも考えにくい。確かに公衆衛生学は、その誕生から今日に至るまで、疾病を予防することによって人々の健康を向上させることが目的であるが、例えば、環境汚染や労働環境、人口動態、法規法律、制度など、予防にとどまらない幅広い分野も包含している。公衆衛生が、単に疾病を予防の概念でまとめるだけでなく、地球レベルの視野と国際的な取り組み、さらに個人にとって質の高い人生の追求までも求められている点は、公衆衛生学と死生学を繋げる上で、強く認識する必要があるだろう。

2.5 世界の公衆衛生とWHOの設立

1920年、米国の公衆衛生学者、ウィンスロー、C.E.A.は公衆衛生を次のように定義した。「公衆衛生とは、組織化された地域社会の努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的および精神的健康と能率の増進を図る科学であり技術である」¹⁸。

ウィンスローが生きた時代は、ちょうど医学の飛躍的な進歩により、環境衛生が中心であった公衆衛生の役割が母子保健、学校保健、精神保健などへと幅広く拡張されていくとともに、人口の高齢化や生活習慣病の増加、抗菌薬の使用による薬剤耐性菌や新興感染症の出現など、想定外の健康問題が表面化していく端境期の頃である。この定義が現在でも広く用いられていることを思うと、時代が変化しても、公衆衛生学とは「組織化された地域社会の努力」を通じて展開されることに変わらない、実践の学問であることが理解できる。

あまりに有名なウィンスローによる公衆衛生の定義ではあるが、はるか昔の、インダス・メソポタミア・中国などの古代文明の都市では、人類が文明を築き上げる過程で、すでに萌芽的に公衆衛生の起源をみることができる。古代ローマ時代の都市における上下水道の設備が大規模で精緻であったことはよく知られているが¹⁹、これも「組織化された地域社会の

努力」が基盤となっているのだろう。

健康を経験科学の視点からとらえたのは、紀元前 460 年頃のヒポクラテスであった²⁰。その意思を継ぎながら、気の遠くなるような長い時間をかけ、新しく画期的な発見と業績が世界各国で積み重ねられ、今日の医学体系が構築されるにいたった。

第二次世界大戦後、1945年に国際連合が設立され、1948年の総会では国連の下部組織として世界保健機関（WHO）ができ、日本は1951年に加盟を果たした。WHOの設立によって、健康は自国のみならず、世界の重要事項として認識され、公衆衛生が人々の健康のために目指すべき方向が表明されるとともに、課題や展望も示されつつある。

我々は、医学や公衆衛生学の進歩により、過去においては不治の病であった疾病の原因や治療法を解明し、ある程度健康問題には対処することが可能になった。しかし、温暖化や各地で起こる民族紛争やテロ、開発途上国の急激な人口増加、貧困・格差問題など新たな難問が続出し、多くの公衆衛生上の課題が山積している。これらの問題は相互に関連し、その解決は容易ではない²¹。

最近では、David・StucklerとSanjay・Basuふたりの公衆衛生学者による「経済政策で人は死ぬか？」（2014年 橘明美・臼井美子訳 草思社）のように、公衆衛生学の視点から経済政策を分析し、経済政策が人々の健康や福祉をどう左右するかを統計学的に研究した著書もある²²。公衆衛生学が個々の人生にどう関わるか、といった考察や研究は、他の学問や制度、政策、気候変動、国際社会の動向などとの関連性を視野に入れつつ、先進国や発展途上国を含むすべての国が連携して、着実に取り組んでいく必要性を強く示唆している。

3. 死生学とは何のための学問か

3.1 死生学の歩み

公衆衛生学の歴史の長さに比べ、死生学（death study thanatology）のそれはとても短い。アメリカやイギリスで死生学が活発に語られるようになったのは、1960年代のことである²³。その契機は、医療の中で死にゆく人をケアするにはどうしたらいいか、という問いの中で芽生えた。

日本に死生学という学問が入ってきたのは1970年代半ばだとされる。しかし、それはあくまで学問として、であって、死そのものの描写は、「古事記」に登場するイザナギ・イザナミの物語や万葉集にもみてとれる²⁴。死が人間にとって絶対に避けられないものであるからこそ、古くから伝えられる書物に死が描かれていても何ら不思議ではない。

驚くべきことに、著述家の加藤咄堂は1904年に「死生観」、1908年に「大死生観」を刊行した。伝統的な宗教や文化になじめないものを感じる近代人のために、古今東西の死生観を探求した本で、当時の大ヒット作だったという。いわば、現在我々が学ぶ死生学の先駆けともいえる著作である²⁵。

アメリカやイギリス同様、日本でも本格的に死生学が学問として馴染んでいくのは、1970年代後半に、医師や看護師を中心に死にゆく患者へのケアをテーマに活動がはじまったのが契機だった。1977年には大阪で「日本死の臨床研究会」が発足し、死生学という日本語が普及するきっかけを作ったアルフォンス・デーケンが、1982年に上智大学で「生と死を考えるセミナー」を開催している²⁶。

死を遠ざけ、死を見ないようにする日本人について、デーケンはいくつかのエピソード

を紹介している。そのひとつに結婚式のスピーチがある。デーケンは、上智大学の教え子からスピーチを頼まれることがよくあったそうだが、その際に必ずといっていいほど念を押されることがあった。それは、結婚式に出席する身内には年寄りが多いので、話の中で、自分が「死の哲学」を受講したことは言わないで欲しい、というものだ。笑い話のようだが、当の本人はいたって真面目。その依頼を聞いたデーケンの寂しさや空しさは想像に難くない。

この種の話は他の国においても同じだ。

1965年に「死と悲しみの死生学」を著したイギリスのジェファリー・ゴラーは、第一次世界大戦当時、葬列に出くわすと、こどもたちはその場で目をつぶって死者を見送っていた。自分もその子どものひとりだったゴラーは、1960年代に入ると状況が変わっていくのを敏感に感じた。ゴラーは、1963年の調査によって、大人たちが死をどのように子どもに伝えたらいいか戸惑っている様子を明らかにしている²⁷。つまり、平和を獲得した代償として、我々自身が意識的に死を日常から徐々に引き離していったのである。

国が発展し近代化が進めば進むほど、健康政策が充実すればするほど、死のタブー化は進んでいく。生きることや健康のみをひたすら追求する行為は、個々の人間の中に実存する「生」と「死」が、逆のベクトルを持っていることを意味する。ひたすら「生」に邁進していったと思ったら、ある時、急に裏切られたように「死」のベクトルに強く引っ張られる。病気を得、死を意識した時に多くの人が混乱をきたし、我を見失うことが多いのは、まさにこの、2つの逆方向ベクトルの存在ゆえである。

死生学は、単に「死」について学ぶのではなく、死は生に伴い、また生が死を伴うものとして「死生」を一体として考えることから始まる。自己の内なる生と死のベクトルを同じくすることが、死生学という学問のスタート地点ではないだろうか。

3.2 死生学と臨床死生学

死生学が、学問として発展・定着したのは、死を意識する疾患に罹患した人々のケアへの取り組みが発端となっている。臨床や終末期において、より死生学が意識されるのは当然であり、「臨床死生学」と呼ばれる学問分野が成立したことも自然の成り行きといえる。

死生学と臨床死生学とは何が違うのか。

清水哲郎によれば、臨床死生学の定義（狭義の）は以下にまとめられる。

「医療や介護という場で、生死にかかわる状態にある人たちのケアにあたっている人たちが、まさにそのケアの場面において必要としている死生についての理解、ことにケアという実践をどのように進めていくか、どう患者・利用者やその家族に対応していくか、といった実践知を涵養することにかかわるような窓口というか、死生学の部門が求められているわけで、それを担う活動を“臨床死生学”と呼んでいる」（2017年 臨床死生学テキスト編集委員会(編著)「テキスト 臨床死生学」勁草書房 P.6）。

加えて、山崎浩司は昨今「臨床社会学」「臨床哲学」といった領域が誕生している動きに着目し、「臨床」が幅広い分野で用いられている現状を鑑み、「臨床死生学の射程は医療や福祉に限定されず、生死の問題がさまざまな形で生起する現場に直接・間接にかかわり、実践を意識して研究しようとするあらゆる試みを含む」とし、これを臨床死生学の広義の定義としている（同上 P.7）。

狭義の定義をみると、臨床死生学とは、これまでの死生学の萌芽と発展を推し進めてきた臨床の医療従事者においての、死生学という学問の必要性・重要性を語ったものである。臨床死生学は、日々人の死に向き合う者にとって、多様な視点を持ち、知識と経験を重ね、患者にとってよりよいケアを推し進めるための、比較的新しい学問分野となる。

医師や人の看取りに関わる仕事に従事する人にとって、死は自分以外の一人称の死である。つまり、自分ではない、対象化された死。だからこそ、仕事として死をとらえることができ、死にゆく人を冷静に看取することができる。日常のこととして余命を宣告したり、医学的根拠がないといって西洋医学以外の医療を頭ごなしに否定したり、そのような、時として患者を置きざりにした行為ができるのも、元は三人称の死しか経験できないためではないだろうか。

かといって、一人称としての死を体験することは誰にとっても不可能だ。自分の死を語ることはできない。なぜなら、誰もが死んだことなどないのだから。体験できないがゆえに、死を恐れ、不安を抱き、地獄を想像し、時に錯乱する。考えれば考えるほど、無限なき妄想が広がることにつながる²⁸。

死生学や臨床死生学を学ぶ者は、どこまでいっても三人称の死から逃れることはできない。しかし、今必要なのは、体験できない一人称の死を想像する力、それに立ち向かえることのできるたおやかな心の育成であると考ええる。

臨床死生学の学問としての必要性は十分理解しつつ、筆者には多少の懸念が残る。それは、従来の医療が縦割り・細分化が進んだがゆえに、全体像を俯瞰してとらえる力をなくしているのではないかと、とい危惧である。結局は、生は生、死は死という二つに分断されたまま、それぞれが学問体系を紡ぐものとして位置することになり、死を他人事と捉える専門家を輩出してしまうことにならないか、といった恐れである。

しかしそれでは、本来思い描いているような患者のケアはできないのではないだろうか。もともとの死生観・死生学から切り離されたものになってしまうことになるのではないだろうか。

とすれば、臨床死生学といった死生学を派生させたかのような学問体系の確立より、むしろ山崎の提唱する広義の定義にこだわり、臨床からいったん離れた死生を考える機会を得ることが必要な時代ではないかという思いに至る。

それゆえ、この論著では、歴史を持ち、日本国憲法にも謳われている国民の権利としての公衆衛生学に死生学を融合させる提言とその可能性について言及したいと考えるのである。

4. 公衆衛生学の中の死

4.1 テキストからみる現在の公衆衛生学

大学や専門学校における公衆衛生学のテキストは、数多く出版されている。職種によって、内容に多少の相違があるものの、大まかな体系・項目はほぼ同じである。

例えば、医学部学生や公衆衛生大学院の学生を対象と考える「NEW 予防医学・公衆衛生学」(2018年改訂第4版 南江堂)の目次の概要は次の要領で構成されている。

第1章は、「衛生学・公衆衛生学の現状と歴史、基本的方法、活動分野」として、医学の中の予防医学の位置、歴史、事例から学ぶ公衆衛生、公衆衛生・社会医学の新たな展開、公衆衛生・社会医学の活動分野と教育・訓練と続く。

第2章は、「健康と疾病の概念、ヘルスプロモーションと社会・行動科学」で、WHOが提唱した健康の定義の解説がある。また、先に触れた一次～三次予防と、さらに一次予防を第一段階の健康増進と第二段階の特異的予防に分けている。二次予防と早期発見・早期治療を第三段階とし、三次予防の重症化予防を第四段階、同じく三次予防のリハビリテーションを第五段階とするなど、細かく分類している。また、プライマリヘルスケアやヘルスプロモーションなど、WHOの世界宣言によって各国共通の概念となった健康関連のテーマについて解説を加えている。

第3章は、「医の倫理」として、基本的人権や生命倫理を取り上げている。この章の最後に、「終末期患者への対応」としてわずか1ページ半の枠での記載がある。患者の尊厳やQOL、スピリチュアルについて説明があり、ACP (Advance Care Planning) にも触れている。ここまでが第1部「総論」である。

第2部は、「人口統計、疫学、生物統計」で、主に統計学指標や疫学研究についての記載がある。

第3部は、「生涯を通じての健康」として、子どもや女性の健康（いわゆる母子保健）、学校保健、高齢者と健康、社会と健康、第4部として、感染症、環境保健、産業衛生、栄養と食品保健の項目が並ぶ。

第5部は、「社会保障と保健医療政策」、そして最後の第6部は「健康危機管理」で、健康のリスクマネジメントについての記述となっている。

資格の種類によって、難易度や何を重視するかの点で違いはあるものの、構成やテーマは、ほぼどのテキストも同様である。公衆衛生学は、実際学んでみないとわからないことが多いが、歴史・統計・人口学・保健・法律とその内容は多岐にわたっている。

このテキストでは、「医の倫理」として、終末期医療を取り上げている。ここでのテーマは「医師としての倫理」であるため、あくまで三人称の死を前提にしたものであり、死生学のように踏み込んだ内容とは言い難い。

4.2 三人称としての「死」と予防の限界

公衆衛生学のテキストには、死の記述がほとんど見られないが、メディア・メディック発行の「公衆衛生がみえる」には、「終末期医療と死の概念」として、比較的充実した記載がある。その構成は、まず「緩和ケア・終末期ケア」から始まり、全人的痛みの概念から、鎮痛補助薬に関する、いわば「痛み」全般について説明がある。次に「死の受容」、「尊厳死と安楽死」と続き、「異状死」として、届出や死体の検案、監察医制度、死後変化といった流れになっている。430ページ中10ページを「死」に関するテーマに費やしている公衆衛生学のテキストは、他には見当たらない。比較的幅広く「死」を取り上げているほうだと言えるだろう。

しかし、これもあくまで三人称の死を超えるものではない。医療従事者としての死との向き合い方、処理の仕方であり、自ら死生を深く考えるようなものとは程遠い。

先に触れたように、公衆衛生学の中で予防医学は重要なテーマであり、予防を一次～三次に分け、予防の概念をわかりやすく説明している。再発予防を意味する三次予防は、一次予防（病気にならない体づくり）と通じている。いわば、一次から三次までくるくと回るサイクルを果てしなく生きることを強いられているようなものだ。

しかし、そのあとは...? 予防の概念では語られないところにある、最終段階の「死」は、この場合どこに位置するのだろうか? 予防とは、最終的に死ぬことを避ける概念・行為であるから、予防医学の中で死が語られることはないのだろうか。逆に、死を前提にした予防という考え方、位置づけは困難なのだろうか? やはり人は、死を見ないように、考えないようにしつつ、果てしなく寿命を延ばし続けることが理想なのだろうか?

繰り返しになるが、死があってはじめて人間の尊厳に思いをめぐらし、健康の有難さを痛感し、予防行為を受け入れられるのではないだろうか。公衆衛生学の中で死を考えることは、むしろ必然ではないのだろうか。

では、すでにこのようにほぼ完成された体系を持つ公衆衛生学に、死の概念を導入するにはどうしたらよいか、次に具体的な提言に言及したい。

5. 公衆衛生学の中で死を学ぶ

5.1 WHOの「健康の定義」の再検討

WHOは、1946(昭和21)年、以下のように健康の定義を打ち出した。

「Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」²⁹。

これに対し、1998(平成10年)に、WHO執行理事会において「physical」「mental」「social」にプラス「spiritual」を加えようという動きが起こった。その背景には、健康の確保において生きている意味・生きがいなどの追求が重要、との立場から提起されたものといわれている。

同時に、stateの前に「dynamic」を挿入する案も提出された。この「dynamic」については、「健康と疾病は別個のものではなく連続したものである」という意味づけの発言が理事会であったといわれる。「健康と疾病は...」をさらに拡大すれば「健康と死は...」と言い換えることができる。英語とはいえ、「spiritual」と「dynamic」を挿入するだけで、随分と健康の定義が違って見える。健康と疾病と死がつながっていることが世界憲章で謳われれば、健康のとらえ方や意識がより広くより深みを持ったものになるのではないだろうか。

結局、この改定案は棄却されたが、その背景には、「spiritual」の捉え方への戸惑いがあったものと思われる。正式発表では、案の棄却について「現行の憲章は適切に機能しており本件のみ早急に審議する必要性が他の案件に比べ低いなどの理由で、健康の定義に係る前文の改正案を含めその他の憲章に係る改正案と共に一括して、審議しないまま事務局長が見直しを続けていくこととされた」とあるが、それだけではないだろう。

当時この改定案が、アンマン宣言を表明して³⁰、イスラム健康観の世界普及を目指していたWHO東地中海事務局によるものであったことから、宗教を超越すべき健康定義が特定宗教へ偏重し宗教によって健康支配が生じることを危惧する声がみられ、最終的に否決となった一因と指摘されている。

「spiritual」を日本語でどのように解釈するかは議論のあるところだが、確かに宗教色が漂うのは否めない。臼田らは、この一連の改定案の提案から否決までの動向を、「加盟国間の思想や宗教、民族性によって健康定義の解釈に差が生じる場合や時代変遷に伴って登場する新要素が健康定義の解釈に影響を与える場合それらを現行のWHO健康定義へ集約させて解釈するよう促すのに効果的に働いた」と解釈をし、「今後、physical、mental、socialの

3つを軸とする WHO 健康定義はますますその重みと解釈の幅を持って普及拡大するものと予想される」とまとめた。

臼田らの考えは、極めて現実的でわかりやすい。確かに「spiritual」の挿入は、日本語訳を考えた時に相当の混乱と異議を伴うと思われる。しかし「dynamic」は、ただ健康を追究するのみならず、人は老いて病気を得て死んでいくことが当たり前であり、健康と死が同じラインにあることを意識づけるに適切な単語だと思えば、「dynamic」の導入は再考する価値があるのではないだろうか、と考える。

5.2 公衆衛生学と死生学の融合

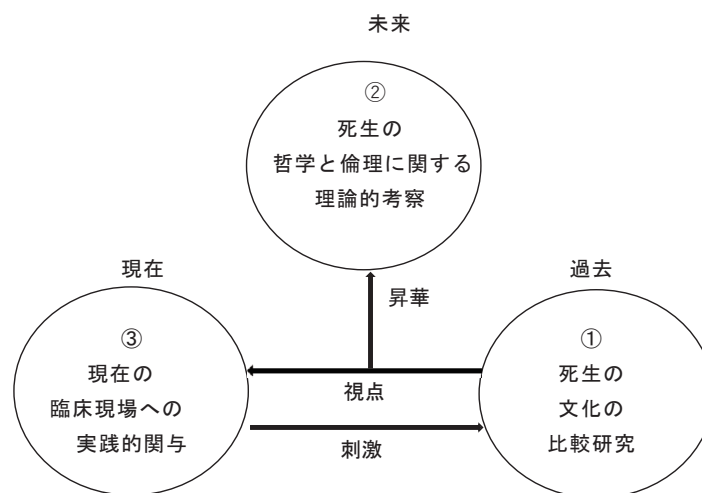
公衆衛生は、今後どのように変貌を遂げていくのだろうか。

今中・佐々木らによれば、「近年の公衆衛生においては、専門家がすべて主導するかつてのスタイルではなく、人中心の考え方のもに、個人自身や地域社会自体の視点や主体性を尊重するようになってきている」としている。現在の公衆衛生は、誕生した時代の保健行政や環境衛生に加え、疫学・医療統計学・社会行動科学などという共通の学術基盤を有している、とされる。筆者はここに「死生学」を導入することを提案したい。

両者は、2017（平成 29）年に、関連 8 学会、6 団体の協働で始動した社会医学系専門医制度において、8つのコンピテンシーを備えることを求めている³¹。さらに「社会学系専門医は、保健・医療・福祉・環境とそれらに関連する社会の在り方にアプローチし、人々の健康の維持・向上に寄与する役割を担うものである」とした上で、「相互作用や連携をもって、同様に多職種、各職種の専門家の育成制度が進展してきている」とある。この「多職種・各職種の専門家」に死生学における専門家（大学教官のほかに例えば作家、宗教家、グリーフケア実践者など）を投入し、公衆衛生・予防医学の中に死生学をきちんと位置付けることを期待する。

これからの死生学は、現在に対応するだけでなく、未来を展望するだけでなく、過去に向かい合う必要がある、と論じるのは、島菌進と清水哲郎である。（図 1）

図 1. 「死生学」プロジェクトの死生学構想（医療・介護のための「死生学入門」から引用）



この構想を主張した島菌によれば、現代の死が医学や技術の枠内で扱われるようになってきている一方で、それに満足できず、広い意味での宗教性や精神性(スピリチュアリティ)を求めようとする傾向が現れており、現代的な死生学は死を再構成する運動の一部を担うと見ることもできると論じている。その上で、COEプロジェクトの「死生学」を①死生の分化の比較研究、②生の哲学と倫理に関する理論的考察、③現在の臨床現場への実践的関与の3つを柱にするものとしている³²。

筆者は、現在の医療教育において、医療現場に生きる者に①と②が欠けていることを憂い、その解決法として、公衆衛生学に死生学を導入する試みを提言したいと考えた。公衆衛生学を、③臨床現場への実践的関与の基盤を形作るものとして位置づけた上で、過去生である①を学び、②へと繋げていき、そして②は、単に考察にとどまらず、③の実践に帰結する、という考えに立つものである。

6. 結語

高齢・多死社会を迎える中、医療や健康に従事する者にとって必須の科目である「公衆衛生学」に「死生学」を取り入れる試みについて、公衆衛生学の歴史、死生学の概要を述べた上で、考察・言及を行った。その根底には、死を意識せずに健康を追究することへの虚無感があることにも触れた。

公衆衛生学と死生学とは別物ではなく、同じ土壌で語られなければならない。

そのために、従来の公衆衛生学における「医の倫理」分野に死生学を取り入れることを提唱したい。具体的には「死生の分化の比較研究」として、日本と世界の死生観を歴史とともに学び、自らの死生観の確立を目指す。同時に、死を哲学や宗教学・倫理学の側面からとらえ倫理的考察ができることを目標とする。そして、実践的関与として、臨床現場で自身の死生観や倫理的考察を生かすことができ、患者や国民の尊厳を尊重するに値する医療者の育成につなげていきたい。

同時に、WHOの「健康の定義」の見直しを行い、健康と死が連続していることを定義上でも明確にし、死を意識した深い健康観の確立を促していく。

今回は、公衆衛生学と死生学の融合について、過去の論文やテキストを参考に考察をした。具体的なカリキュラム構築までには至らなかったが、今後本論文を端緒とし、他職種との連携を図りつつ、公衆衛生学テキストに導入する死生学の基盤項目を検討していきたいと考えている。

注

- 1 女性の平均寿命は2002年には85年を超えたが、男性の平均寿命の伸びは遅く、80年を超えたのは2013年である。
- 2 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」（2002年）によると、日本では、死を迎える場所として「病院」が最も多く、2000年時点で80%を超え、オランダ35.3%・フランス58.1%と国際的にみても高い。
- 3 里見清一氏は、「衆愚の病理」の中で、医師の仕事は敗戦処理であり、「患者の死は敗北なのか」と問題提起をしている。
- 4 「公衆衛生学」と「公衆衛生」の用語の区別は、實成文彦にならって「理念・法制度・諸活動（基本的方法論、母子から高齢者までの心身の健康・感染症・環境・地域・学校・産業等各論的諸活動）を内包した総体を「公衆衛生」とし、それらに関する学問を「公衆衛生学」として述べることとする。
- 5 公衆衛生の目的はテキストによって異なる。WHOはウインスローの定義に基づいて「地域社会の組織的努力を通して疾病を予防し、生命を延長し、身体的・精神的機能の増進を図る科学であり技術である」と定めている。
- 6 柴田博によれば、死生学（Thanatology）は、老年学（gerontology）とともに、1903年免疫学者メチニコフに創出された用語で、この2つの学問は、科学（自然、社会）および人文学（哲学、宗教、文学など）の双方の分野からなる学際的な学問だとされる。
- 7 放送大学教養学部「生活と福祉コース」では、「死生学のフィールド」の科目を設けている。シラバスによれば、「死生学のフィールド」では、出産・生殖・老い・看護・介護、看取り、自死、戦争、死別悲嘆、弔い、いのちの教育など、死生にまつわる現場を幅広く取り上げて論じる、とある。
- 8 牛痘種継所は、痘苗製造所のこと。当時の伝染病の中で、科学的な予防方法が存在していたのは痘瘡のみであったことから、痘苗の重要性は早くから知られていた。
- 9 伝染病研究所は内務省立として所長北里柴三郎の下で発足した。
- 10 指揮を執ったのは、以後日本の公衆衛生の進展に深く係わることとなるGHQ公衆衛生福祉部長のサムス大佐であった。
- 11 総務省統計局によれば、1946年の痘瘡の患者は17,954名（死亡者3,029名）、1947年は、386名（死亡者85名）、1948年は29名（死亡者3名）と激減している。
- 12 厳密に言えば、感染症とは病原体が宿主となる生物の体内に侵入し、定着・増殖することによって発症する疾患。伝染病は伝播能力に着目した概念。1999年に伝染病予防法を廃止し、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染症法）が施行され、用語として感染症を用いることが多くなった。
- 13 2019年7月13日朝日新聞にて、「2018年に亡くなった人のうち、“老衰”による死者数が約11万人となり、脳梗塞（こうそく）などの“脳血管疾患”を抜いて死因の3位になった」と報道された。
- 14 1980年5月WHOは天然痘の世界根絶宣言を行った。1977年にソマリアで最後の患者が確認されて3年後のことである。
- 15 乳児死亡率は、2016（平成28）年で出生千対2.0。妊娠出産時の妊婦および子どもの健康の重要な指標となっている周産期死亡率は、3.6と世界で最高水準にある。
- 16 平成8年10月「公衆衛生審議会意見具申について—生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について—」によれば、「“加齢”という要素に着目して用いられてきた“成人病”を生活習慣という要素に着目してとらえ直して、今後の疾病対策の基本的方向性について検討を行った」とある。
- 17 予防の概念（一次予防：primary prevention, 二次予防：secondary prevention, 三次予防：tertiary prevention）は、1970年代後半にハーバード大学の両教授が提唱した。
- 18 具体的な公衆衛生活動とは、疾病予防、感染症対策、健康増進、医療、リハビリテーション、環境衛生、衛生教育、社会保障制度の改善など、である。
- 19 B.C300の古代ローマでは、上下水道の整備、公共の場の清潔保持、医師の地位向上を目指した。
- 20 ヒポクラテス（B.C460-375頃）は、それまでの呪術的要素の濃い医学から科学としての医学を提唱。その当時は、まだ神々の怒りや悪魔、呪術によって病気が起こると信じられてきたが、ヒポクラテスは観察に基づく経験的知識から病気の原因を理解しようとした。四体液説を説き、環境や生活習慣が病気の原因である、と考えた。
- 21 岸玲子氏は、21世紀のこれからの公衆衛生は、1. 環境・健康問題へは予防原則をしっかりと持つ（Precautionary principle）ことが世界の流れ 2. 健康に加えて「安全も公衆衛生の重要課題」 3. 健康不平等（Health inequity） 4. 人権（Human Rights）がテーマと提言している。いずれも国際的動向を視野に入れた提言である。
- 22 書籍の帯の説明文は、「緊縮財政が、国の死者数を増加させていた!世界恐慌からソ連崩壊後の不況、ア

ジア通貨危機、さらにサブプライム危機後の大不況まで、世界各国の医療統計データを公衆衛生学者が比較・分析した最新研究」とある。

²³ 昔から死は人間の生において最大の問題であり、様々な分野で探求されてきたが、ひとつの学問分野として死生学が構想されたのは近年に入ってからである。

²⁴ 万葉集では、人の死に関する歌を「挽歌」とよんでいる。万葉集のなかには、亡くなった人を追悼する挽歌が263首あり、これは万葉集全体の5.8%にあたるといわれる。

²⁵ 島菌進氏によれば、「死生観」という言葉は、加藤咄堂がはじめて書物の中で用いたもの。刊行後も死生観という語は時々思い起こされ、アジア・太平洋戦争期には出征する若者たちを励ます意図をもって、死生観に関する書物がいくつも刊行された。

²⁶ 大学のアルフォンス・デーケン氏は、早くから大学で死生学に取り組み、死の哲学や文学作品における死について講義を続けてきた。

²⁷ 死について、どのように説明したか、を大人たちに尋ねたところ、「子どもたちにはおじいちゃんが死んだと話しました。それだけです」「潮時を見て娘に話そうと思ったのですが、あまりに突然でショックも大きかったのでやめました」「私は説明しませんでした。子どもたちは学校で習ったと思いますよ」などの回答だった。

²⁸ 死の不条理さを論じ、死を人称態という視点から整理したのは、フランスの哲学者ウラジミール・ジャンケレヴィッチ（1978年「死」みすず書房）である。

²⁹ 健康定義を含むWHO憲章は、第二次世界大戦直後にAndrija Stampar（ザグレブ大学長）が作成した草案から制定された。

³⁰ 1999年11月25日～29日 ヨルダンのアンマンで開催された第7回世界宗教者平和会議での宣言。

³¹ コンピテンシーとは、①基本的な臨床能力、②分析評価能力、③課題解決能力、④コミュニケーション能力、⑤パートナーシップの構築能力、⑥教育・指導能力、⑦研究推進と成果の還元能力、⑧倫理的行動能力を備える、ことである。

³² COEプロジェクトとは、2002年度に東京大学でスタートした「死生学」をテーマにした取り組み。死生学を「thanatology」と表現せずに「death and life studies」とすることで、「死だけを考えるのではなく、死と生を一体のものとして研究する」と謳っている。

参考文献

- ・アルフォンス・デーケン 2017年「よく生きよく笑いよき死と出会う」新潮社
- ・伊藤ちぢ代 2006年「衛生行政と健康に関する法制度（2）－健康観の哲学的基礎付けのための基礎研究」日本大学大学院総号社会情報研究科紀要 No.7,203-212
- ・「一般財団法人日本公衆衛生協会の歩み」www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu01_1.pdf (20191023 アクセス)
- ・医療情報科学研究所（編）「公衆衛生がみえる2018-2019」メディックメディア
- ・臼田寛、玉城英彦、河野公一 2004年「WHOの健康定義制定過程と健康概念の変遷について」『日本公衛誌』第51巻 第10号 pp884-889
- ・内田樹 成瀬雅春 2019年「善く死ぬための身体論」集英社新書
- ・厚生労働協会（編）：厚生指針増刊 国民衛生の動向 2019年度版
- ・小堀鷗一郎 2019年「死を生きた人びと」みすず書房
- ・岸玲子 2011年『「健康・生活価値」の探求 健康・生活科学委員会からの学術・教育への提言1. 公衆衛生学分野から』日本学術学会 日本学術会議 健康・生活科学委員会市民公開シンポジウム
- ・岸玲子 2018年(改訂第4版)「NEW 予防医学・公衆衛生学」南江堂
- ・里見清一 2013年「衆愚の病理」新潮選書
- ・柴田博 2015年「学際的な学問としての死生学」医療と社会 Vol.25 No.1
- ・島菌進・武内整一 2016年「死生学（1）」東京大学出版会

- ・ 清水哲郎/会田薫子 2019年「医療・介護のための死生学入門」東京大学出版会
- ・ 清水哲郎・島菌進（編）2017年「ケア従事者のための死生学」HIROKAWA
- ・ 實成文彦 2012年「わが国の公衆衛生学教育の歴史的概観と課題」医学教育 第43巻第3号
- ・ 中村信也編著 2019年（第10版）「公衆衛生学」同文書院
- ・ 柳川洋・中村好一（編集）2019年（第37版）「公衆衛生マニュアル」南山堂
- ・ 柳川洋・尾島俊之（編著）2019年（第12版）「公衆衛生学」医歯薬出版株式会社
- ・ 臨床死生学テキスト編集委員会（編著）2017年「テキスト 臨床死生学」

植田 美津恵（うえだ みつえ） 東京通信大学 人間福祉学部 准教授

