

生と死のあいだを問う－がん患者の闘病をてがかりに－

豊田 謙二（熊本学園大学社会福祉学部）

A Question of Space between Life and Death
－ Keywords from Ordeals of Cancer Survivors
Kenji TOYOTA

序

1. 「がん」という病
2. がん患者の動向
3. 告知と緩和ケア
4. 良く生きるには他者が必要－結びに－

序

舞台は紀元前5世紀、古典時代のギリシャである。

以下の会話は、女神カリュプソーに応じたオデッセウスのことばである。

聡き心のペーネロペイアが、美しき姿、身の丈、御身とは比べにならず劣りたるは、我ももとより承知せり。あれは『人の子、死すべき身』、御身は不死の身にして不老なり。されども我は、国へ帰り、帰国の日をば迎えんと、日々に思いこがるるなり。たとい神ありて、またも葡萄酒色の海原に、我を難破せしめ給うとも、耐え忍びて見せ申さん。我が胸には苦痛に耐える勇氣あり - - - (1)

上記は、「死」をテーマとするホメーロスの神話の一部である。「死」をテーマとする神話ではわが国の『古事記』も挙げられよう。その中には、伊邪那岐命が愛する、既に死した伊邪那美命をあの世の「黄泉国」に尋ねる神話が伝承されている。「不死」に関しては、古代シナの秦始皇帝が「不死」の薬を求めて、徐福を派遣する話も伝えられている。

先のホメーロスの神話で肝心なことは、「人間とは何か」の問いに「それは死すべきもの」と答える応答にある。神は「不死」であり、人間は「死すべき」ものという仮借なき断言こそ、人間への覚悟を迫るものなのである。

さて、わが国における「死」に関する論議についてである。今日我々は、様々な「死」に囲まれている。高齢化の進展に伴う「多死」社会とも、あるいは地震・豪雨・台風などの自然災害に伴う多くの「被災死」に直面している。

ただし、「死」に関する議論は稀であり、看取り、あるいはホスピスに関してはその推進団体に参加しなければその機会は得られないであろう。また、教育の一環として、「Death Education (死の準備教育)」がカリキュラムに組み込まれている、という話題は得られていない。⁽²⁾

ここで本稿における表題について、一言しておきたい。

とくに「あいだ」という表現についてである。ここには、二つの意味が含まれている。つまり、終末期を想定すれば、一つは死の時期が迫ってくる時間的な「間隔」のことであり、もう一つは死を迎える人とその人を看取る人、および医療者、その「関係」を指している。換言すれば、死を迎える人の時間軸に添いながら、その人を支える医療者と家族との関係である。同時にその社会的背景としての「告知」や「緩和ケア」の現状を検証しつつ、その課題に迫ろうとするものである。

1. 「がん」という病

「がん」という病状は世界の各地方において発症しており、その点で人間の生活に付随するものようである。また、日本では「がん」の症状は時代を遡って確認できるが、その病名は付けられていない。つまり、「がん」と特定しうる検査や診断ができなかったからである。

「がん」という用語には、英語では「cancer」、ドイツ語では「Krebs」と表現される。その原意は「カニ」であり、がんの腫瘍の外形が似ているからだという。

例えば、明治政府の要衝に就く岩倉具視は食道がんであったという。岩倉が胸部の痛みを訴えたのが1884年(明治16年)6月、同年7月20日に永眠した。時に59歳である。診察した医師は、ドイツ人のベルツである。彼は、政府の勧める西欧化のお雇い教師の一人として滞在していた。⁽³⁾

「がん」はその後西欧医学の導入とともに、医学・医療の領域に取り込まれが、その名称は第二次世界大戦後も暫く、「癌」で通用している。ようやく、1962年(昭和37年)に「国立がんセンター」が設置される。さらに、2015年(平成27年)に「国立がん研究センター」として再出発する。「がん相談支援」と「がん研究」部門を強化するものである。現在では、病名の名称では、「がん」とし、悪性腫瘍の全体を表す。「癌」は特にその癌腫を指す際に使用されるという。

さて、「がん」は古くから類似の症状を現して今日に至っているが、その病因については伝えられていない。ここでは、概略に止めねばならないが、要点だけでも記述しておきたい。⁽⁴⁾

がん細胞と正常細胞

がん細胞は正常細胞の変化したものであるが、その原因は遺伝子の変異にあり、変異遺伝子が蓄積してがん細胞に変化するという。つまり、「遺伝子」の病気と言われている。ここでは、がんの増殖の特性を要約してみたい。

人間の体は約60兆の細胞から構成されている。がん細胞は正常細胞からの突然変異で発生する、というのは1914年にドイツのボヴェリにより提唱されたのだが、その後この突然

変異を起こす原因やその発がん性との関連はなお 1960 年代までは不明であった。ところが、変異原物質は発がん物質であることが発見され、さらに 70 年代には、日本で使用されていた殺菌力のある保存料、その食品添加物 AF2 が染色体異常を誘発することが明らかにされ、その使用が禁止される。

やがて、発がん物質、たとえばタバコの煙りが DNA と結合し、突然変異を誘導することが判明する。正常細胞が細胞社会のなかでの構成員として自己制御力で活動しているのに対して、そのがん細胞は自己制御を持たないのである。つまり、細胞社会のなかを自由に動き回り、さらに増殖を続けるのである。しかも、正常細胞には寿命があるのに、がん細胞には寿命はなく、自ら「不死」のものとなる。⁽⁵⁾

「がん」という疾患

様々な傷病のなかで、特に近年になり「がん」が注目されている。自分の身近で、あるいは周知のスポーツ選手や著名なタレントががんの罹患を公表し、その動向が大きな話題を提供していることも影響しているであろう。そうした報道を受けて、「頑張っ」と固唾をのむ人々も多いのである。「がんとの闘い」を思わせる状況が身近に彷彿としてきた。まさに「がん」は死をもたらす悪魔のようである。

さて、この「がん」の特性について、国立がん研究センターが公表しているデータをもとに、以下に概観してみたい。

「がん」への恐怖は「死」を想起させることにある。まず、がんによる死亡率についてである。周知のことながら、がんは様々な疾病のなかで最大の死亡原因である。最新の 2017 年では、がんで死亡した人は 373,334 人（男性：220,398 人、女子 152,936 人）である。約 20 年前の 1996 年では、約 27 万人ががんで死亡しているから、がんでの死亡者は増加している。因みに、2014 年にがんと新たに診断された人は 867,408 例、2016 年には 995,131 例と罹患者は増加を続けている。

がんによる死亡率について、まず、以下に基礎データを紹介したい。

- ① 年齢別：死亡率では、男女とも 60 歳代から増加して、高齢期にはとくに男性が高くなる
- ② 部位別：「甲状腺」では女性では死亡率が高く、それ以外の部位ではとくに「肺」「胃」「大腸」などにおいて死亡率が高い
- ③ 累積死亡リスク：この「リスク」は、年齢を基に部位ごとにがんでの死亡率を記録したもの。生涯においてがんで死亡する確率は男性 25%(4 人に 1 人)、女性 15%(7 人に 1 人)である。

では、がんを引き起こし疾患に至らしめる要因とは何か。つまり誘発する主原因については、以下の表-1に示されている。

表-1 がんを誘発する原因

原因	がんへの貢献 (%)
タバコ	30
アルコール	3
食事	35
食品添加物	<1
生殖と性	7
職業	4
環境汚染	2
工業製品	1
医薬品と医療	1
地理的因子	1
感染	10

出所：黒木登志夫「ヒトはなぜがんになるのか」(『医の現在』26頁、所収)

発がん物質として顕著なのは、「タバコ」と「食品」となる。この二つの要因はまさに日常生活に起因するだけに、何よりも生活の改善が求められよう。筆者の黒木によれば、「タバコは最大の発がん原因である。わが国の男性の60%近く、女性の20%は、自らのお金でタバコという発がん物質を購入し、自らの体で発がん性を証明している」⁽⁶⁾、と酷評する。その他、焼き魚の焦げも発がん物質という。ここでは、因子として取り上げられてはいないが、殺虫剤・除草剤などの農薬にも発がん性が疑われるであろう。

生活環境の化学物資依存、さらに諸外国から輸入される多様な食品、工業化と並行して進行する化学製品の農耕への投入が持続している。そうした現状を転換するには、SDGs(持続可能な開発目標)という世界的な平和と地球の環境を守るという視野が必要である。なぜなら、この「目標」なかには、「すべての人に健康と福祉を」とともに、海や陸の「豊かさを守ろう」というメッセージが含まれているからである。

2. がん患者の動向

病気になるというのは、身体的な不快さや痛みを苦しむのはもちろんのこと、気持ちがいすっきり落ち込んで何をすることも億劫な心境に落ち込みやすい。がんは特に死期を告げられることもあり、身体的な痛みさらに内面的な苦しみに見舞われることが多い。それでも、近年に至ってがん検診、手術に関わる医療技術の革新によって「生存率」が極めて向上したのであり、「がん=死」ではなくなっている。

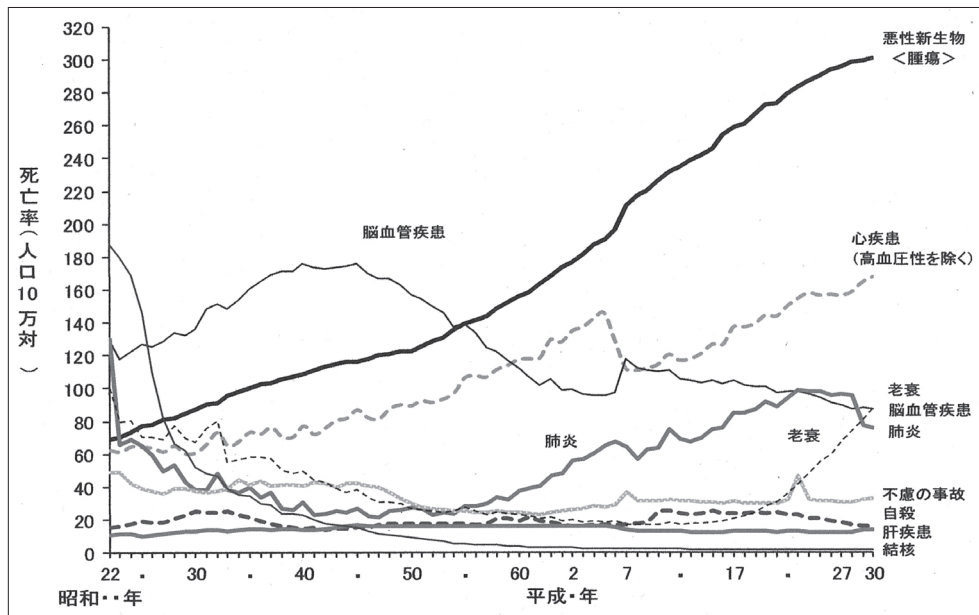
今日、さらにはがん治療に関する医療技術の向上が望まれるが、それとともに重要な課題

は「生存」期間における生活の在り方であろう。

ここでは、まず「サイバー生存率」について、国立がん研究センターのデータにより検討したい。ついで、「緩和ケア」の現状と将来的な課題を探ることにしたい。

死亡原因のなかで「がん」の原因での死亡は、他の原因と比べても減少してはいない(図-1)。

図-1 主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移

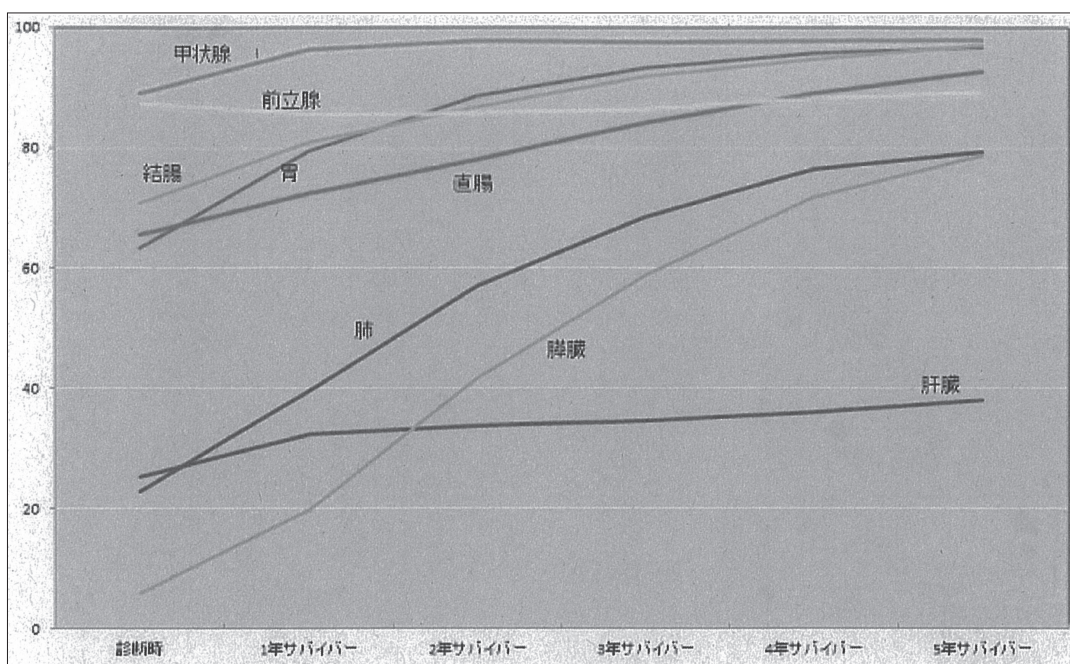


出所：『人口動態統計』(2019)

そこで、がんと診断されてからの年数別の生存率を観察してみたい。

図-2-① サバイバー5年相対生存率

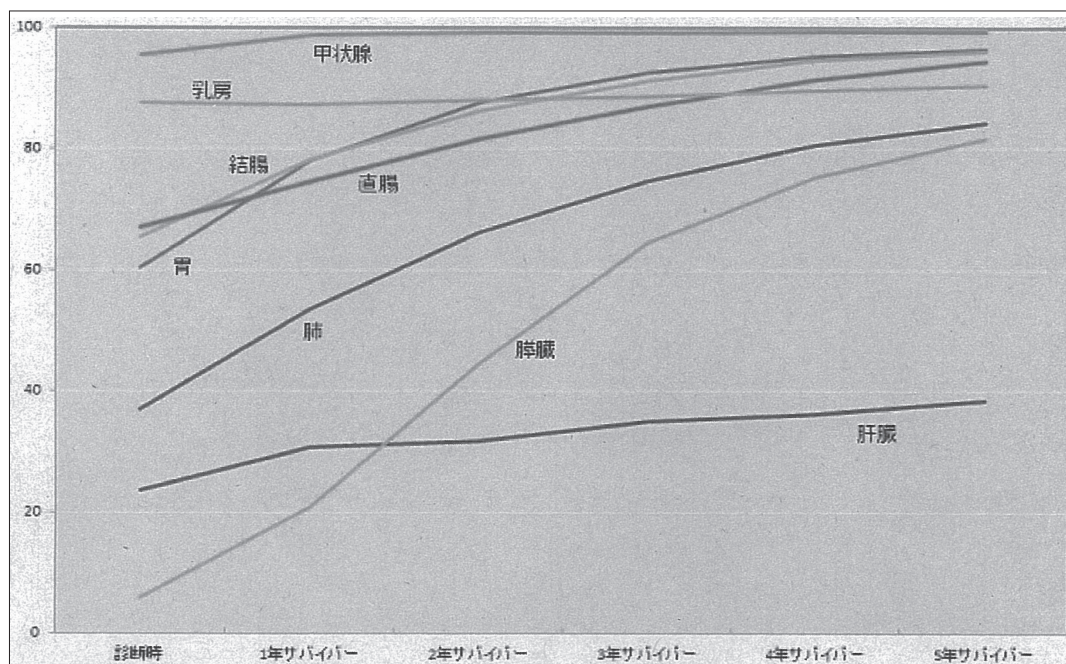
(男性)



出所：国立がん研究センター (2019)

図-2-② サバイバー5年相対生存率

(女性)



出所：国立がん研究センター (2019)

図-2について、①男女とも、胃、大腸（結腸・直腸）がんはなだらかな曲線を描いて生存率は高くなる。②男女とも、比較的生存率の低い肺と膵臓がんでも、診断から5年後には5年相対生存率は80%近くに上昇する。③肝臓がんは診断から5年後での5年相対生存率は約40%である。切除の手術ができず、血液を解毒する機能が低下するからであろう。

ここで、がん罹患者の傾向と5年相対生存率に関して得た特徴点を、以下に整理して掲示して置きたい。

- ①がん種によって、生存率が異なる。
- ②がんに罹患する年齢層ががん種で異なる
- ③男女によって罹患するがん種が異なる
- ④高齢者のがん罹患者が増加している

実は、がん患者の「生存」期間での生活のありかたが極めて重要であり、本稿での中心的課題でもある。改めて次節において課題整理を試みたい。

3. 告知と緩和ケア

診察室で診断を待つ人とがんの患者との間にあるのは、「告知」である。告知とは本来「連絡事項を関係者に知らせる」という意味以上を含まないのであるが、今日では「がんの告知」という表現で、がんと告知が親縁関係で結ばれている。英語では、「notification of cancer」呼ばれ、この表現はことさら特異の表現ではない。がん患者にとってこの「告知」は極めて重要な意味を持ち、さらにその後の人生に大きな刻印を与えることになる。そこでまず、この「告知」から検討を始めたいと思う。

告知では検査を伴う診断を基に、病名とその手術の要否、さらに治療法が説明される。

告知は必要なのか

告知を必要とするか、との問いに患者の意見は二つに分かれる。「聞きたい」と「聞きたくない」である。近年、「聞きたい」という意見が増加しているという。患者側からすれば「きつい」、「つらい」話なので、できれば避けたいのは人情であろう。

医師側での「告知」への姿勢が重要である。なぜなら、まず世界医師会「リスボン宣言」(1981年)は多くの医療に関わる倫理綱領を採択したが、その根底において「インフォームドコンセント」を基本的な倫理綱領としたのである。その要点は以下の内容につきる。

医療上での医師と患者での意思決定は、医師と患者との共同でのことであり、その承認のうえで、その共同の意思決定ができない場合には、患者に最終決定権が認められるのである。そのことを、自己決定尊重の理念とする。

したがって、そのインフォームドコンセントの一環としての「告知」は、医師と患者との共同的なことでなければならないだろう。

さて、日本での告知をめぐる動向である。厚生省が「末期医療に関するケアの在り方の検討会」ががんの告知するにあたっての4条件を提案している。(1989年)

- ①告知の目的がはっきりしていること
- ②患者に受容能力があること
- ③医師と患者・家族の間に十分な信頼関係があること
- ④告知後の患者の身体面および精神面でのケアと支援ができること⁽⁷⁾

この4条件をここで取り上げたのは、とくに「医師と患者・家族との間の信頼関係」の重要性に注目したいからである。つまり、この「告知」から始まる患者の苦闘を支え得るキー概念が、かの「信頼関係」だからである。

国内では、「告知」の必要性に立脚して具体的な活動が開始されていた。「国立がんセンターがん告知マニュアル」(1996年4月)の作成と活用である。すでに「インフォームドコンセント」に触れたが、その趣旨は患者の「自己決定」を促すことであり、そのためには患者は、がん治療での手術・放射線療法・化学療法などの危険性や後遺症などについての知識を必要としている。

医療科学・技術の急速な進展はがん患者には朗報ではあるが、適用例が少ない時には同時にリスクが高まる。医療者の個々の治療への提案への返答には、家族・知人のサポートが必要である。つまり、提案への応諾には、患者の相談役としての他者が不可欠なのである。

告知において面談した医師と患者・家族との信頼関係は、その後の患者における様々な困難・苦闘を支えるものであって欲しいと思うのである。ここに、医療者側からの心強い提案があり、引証したい。

がん診療の一貫性という立場から、告知をした医師は折にふれその患者さんとの接触を続けるべきである。これが、がんという病気にかかった患者さんにつきあっていく最低限のマナー、ルールであろう。⁽⁸⁾

(2) 緩和ケアとホスピスケア

「告知」をうけると、病者は「がん患者」に転身する。その「がん」という名称に拘るのはすごく当然であろう。同じ人間ながら「告知」後には、「がん患者」として、まるで別の人間とならざるを得ないからである。

「告知」からの心理的プロセスは、以下のように進行しながら「がん患者」という新しい自分を背負わざるを得ないという。

- ①「否認」：診断への不信、間違いでしょ
- ②「怒り」：なぜ、私がこんな目に
- ③「取引」：どうすれば、どんな方法が、
- ④「抑うつ」：考えられない
- ⑤「受容」：なにをしないといけないか⁽⁹⁾

「告知」に合わせて、患者の同意をとりながら治療が進行する。患者の容態はそのがん種により、年齢により、あるいは部位により様々な展開を示す。この節では、患者の容態が悪化しつつ、死期が迫る過程での医療者と患者・家族との関係を追跡したいと思う。その過程においては、「緩和ケア」が極めて注目される患者へのケアである。ここでは、緩和ケアを中心にその役割と課題について検討してみたい。

まず、緩和ケアという「ケア」について制度的な検証から始めたい。法制度として推進されることになるのは、以下の事情に基づいている。

「緩和ケア」

わが国では、がん対策基本法(2006年)に基づく「がん対策推進基本計画」(2007年)が制度化する。その要点は2007年度から2011年度までの5年間を対象として都道府県がん対策推進計画の基本とされるべきことである。具体的には、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により基本的な知識を習得すること(10年以内)」、という内容である。その後、改正「がん対策基本法」が制定される。

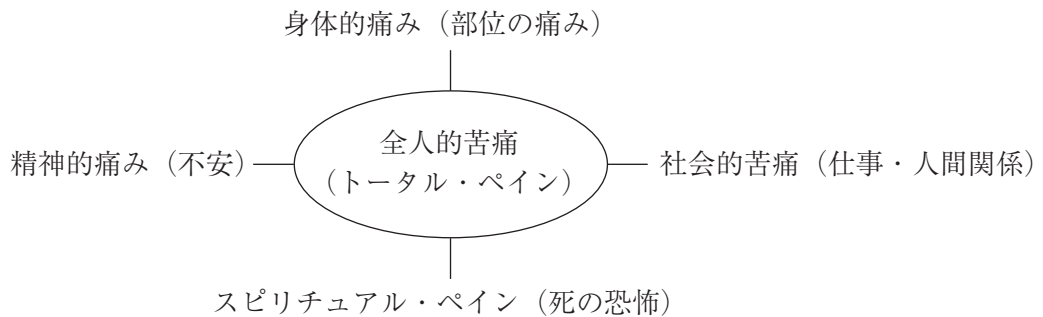
ただし、世界的規模でわが国での法制度に先んじて、すでに「緩和ケア」の必要性が公表されていた。1984年のWHO(世界保健機関)の専門会議においてである。このなかに、「緩和ケア」の定義が差し挟まれている。

その趣旨を要約しよう。

「緩和ケア」とは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを向上させることにある。つまり、患者の苦痛を予防し、和らげることを通してそのQOLを向上させようとする。そのためには、患者の痛み、その他の身体的、心理的、社会的スピチュアルな問題を早期に見出し、的確な評価を行い、対処することである。⁽¹⁰⁾

その基本的なキーワードはQOL、つまり「生命・生活の質」の向上である。ただし、ここでのQOLの向上は、がん患者に向けられたものである。その対象とされる「痛み・苦痛」に関して、以下の図を提供したい。

図-3 苦痛の種類



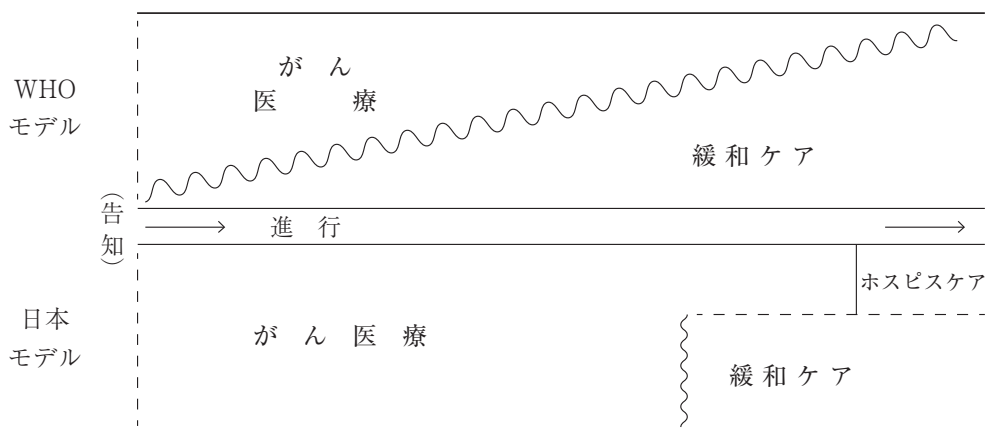
出所：豊田作成

緩和ケアは上記のような様々な「痛み」を和らげることであり、そのことによって生命・生活の質を向上させようとするのである。ここで重要な点は、緩和ケアを進めるにあたって、患者個々人の「痛み」を聞きながら、緩和ケアのチームと患者・家族とのコミュニケーションを築くことにある。つまり、「告知」された患者に常に連続的に関わりつつ、患者の症状の展開、患者の意向に合わせつつ、ケアは進めねばならない。

なお、緩和ケアとホスピスケアとの相違は、「ケア」の開始時期に関わると思われる。緩和ケアが患者の容態の進行に合わせつつ「痛み」の軽減を図るのに対して、ホスピスケアは終末期のある時期、たとえば死期の3ヶ月前からケアを開始する、という点で異なると思われる。

医療と緩和ケア、ホスピスケアとの関係は、図-3に試みとして提示している。

図-4 終末期における医療とケア



出所：坂井かをり『がん緩和ケア最前線』を参考にして作成

「緩和ケア」の進展には、緩和ケアについて、医療保険での点数が加算されて医療者に収入が約束されたことが大きな意義をもつ。こうした緩和ケアの導入を巡る状況にはかなり複雑な日本社会の変動が推定されるのである。そのうちで、ここに関わる状況を紹介したいと思う。基本を揺るがず変化は、まず以下の二つの傾向である。

① 病院数の増加・大規模化（複合化）

病院数の増加は1960代から急速に進展する。それは診療所からの転換であり、病院病床数の増加であり、また民間の私的病院の増加である。その傾向を促進したのは法制度の整備を基盤とする民間病院拡大政策である。たとえば、利潤を求める医療法人制度の創設により法人格を容易に取得できる政策である。西欧で多数を占める民間非営利などの公的・民間病院とは異なる、利潤を追求する医療の道を開いたのである。

今日、病院が利潤を保証されない医療に手をだせないのは、わが国の医療制度の根幹に「利潤追求」を置くからである。⁽¹¹⁾

② 在宅ケアの脆弱化・弱体化：社会的介護の欠如

病院での手術後、緩和ケアの後に自宅に戻れない患者は少なくはない。あるいは、在宅医療を選択できない人も多い。基本は在宅ケアにおける住居の貧困、ケアできる人の不在にある。こうした事態は戦後の住宅政策、地域政策の不毛の上に築かれている。東京一極集中を推進することで、労働者と資金を中心部に集中して、家族を離散させ企業を中心部に集中させる。代々家族の女性を中心に継承されてきた「看る」という作法が断絶された。また、地区の支え合いの伝統が若者の流出で継承を絶たれている。社会的介護を推進せずに、在宅でのケアは、就業している子育て中の主婦に責任を押し付けて、大きな負担が掛り持続性に欠けている。

こうした社会状況のなかで「病院死」が死の場所においてほぼ80%と突出している。緩和ケアの際に、「がん難民」と呼ばれる患者がつくられている。緩和ケアは看取りを兼ねていないので、病院サイドでは痛みの軽減終了後には退院を勧める。患者は介護者が不在の自宅に戻れずに、いわば「がん難民」とされるのである。その「難民」の重要な特徴は「パスポート」を持たないことにある。つまり、出国の際にパスポートを持参せずに出国したのである。とすると、その難民には適切な庇護が提供されないと生命が保証されない。「がん難民」は個人責任ではなく、自宅に戻れるための社会的なケアが提供されるべきである。

4. 良く生きるには他者が必要 — 結びに—

人間は死すべきものとして生を享けた。その限られた生をどう生きるのかが、常に我々人間に問われている。

がん患者が死期の迫るなかで、「QOL（生命・生活の質）」を巡る生に向き合う時にスポットライトを当ててみた。この表題とした「生と死の間」での人間としての、死に直面した生きざまを照らすためである。

この時間的な「間」で見えてきたのは、医療者とがん患者・家族との信頼関係の大切さである。ここでは、生と死との間において、お互いに正面から向き合いそして言葉を交わすことである。告知から始まり、必要に応じて検査を挟みながら手術・痛みケアなど患者の希望

に合わせながら、いわゆる「緩和ケア」が開始される。この過程での信頼関係は揺るぎなく、連綿として続いていく。

その過程は一人の患者の歩みとしてだけでなく、人間の常に直面する「死」との向き合いかたとして捉えたい。時間軸での「いま」というあいだ、自己と他者との関係軸としての空間的な「間」とが密接に関係している。この点について、精神科医として「あいだ」に注目した哲学者、木村敏の表現を引きたい。

人間には種の生存とはレベルを異にする個の生存に対する関心と自己意識が生まれ、さらには個と個との矛盾における共存という自己の生存にとって必要な要請から、他者から絶対的に区別された単独者として、しかも他者との社会的な交わりを求めるといふ欲望が生じる。⁽¹²⁾

最後にもう一つの論点に触れておかなければならない。医療者と患者・家族との信頼関係の構築と継続、その重要性は告知から緩和ケアにまで妥当することを繰り返した。患者のいわゆる「自己決定」はそうした他者のサポートにおいて現実化する。当然ながら、その「決定」には、人格あるものの決定として尊重されるからである。

ところで、その「人格」とは、その行為が責めを受けることの可能な主体、すなわち責任をもつて行為できる主体のことである。

この課題を取り上げたのは、患者に関わるそれぞれの関係者での意見・判断の調整は如何に、という点である。病院内におけるこうした課題は、いわゆる「倫理」の範疇に属する。つまり当該での課題は、院内の「倫理委員会」における議論に委ねなければならないと思われる。つまり、その争点は古典的な教義の基本とされた「生命の尊重」から、バイオ等の先進的医学・科学に曝されている今日、倫理学は「生命の質」の順守をテーマとしなければならないからである。

本稿を閉じるにあたり、ハンナ・アレンがローマ人の言葉を引いている、その一節を『人間の条件』から引証したい。

「生きる」ということと人びとの間にあるということ、あるいは「死ぬ」ということと人びとの間にあることを止めるということは同義語として用いられた。⁽¹³⁾

注

- 1) 斎藤忍隋『プラトン』岩波書店、1972年、29～30頁
- 2) 拙稿「アイルランドとホスピス—メアリー・エイケンヘッドを顧みて—」(『総合科学』第21巻第2号、2016年)において、ホスピスの源流を尋ねている。
- 3) 酒井シヅ『病が語る日本史』講談社、2008年、252-258頁を参照、および当該箇所はトク・ベルツ編『ベルツの日記』(上)菅沼竜太郎訳、岩波書店、1979年、123-124頁
- 4) 杉村隆・垣添忠生・長尾美奈子『がんと人間』岩波書店、1997年、66～73頁
- 5) 高久史磨編『医の現在』岩波書店、1999年、27-29頁参照
- 6) 前掲書、26頁
- 7) 柳田邦男『「死の医学」への日記』新潮社、1999年、322-323頁参照
- 8) 杉村・垣添・長尾『がんと人間』前掲書、152頁
- 9) 上坂冬子『死ぬという大仕事』小学館、2009年、29頁
- 10) 柳田邦夫、前掲書357-359頁を参考にして、文章は引用者が変更している。
- 11) 菅谷章『日本の病院』中央公論社、1981年、160-172頁参照
- 12) 木村敏『あいだ』筑摩書房、2000年、192-193頁
- 13) ハンナ・アレント『人間の条件』筑摩書房、1994年、20頁

参考文献

- H.T エンゲルハート他共著『バイオエシックスの基礎—欧米の「生命倫理論」—』(加藤尚武・飯田亘之編、東海大学出版会、1988年)
- ハンナ・アレント『人間の条件』筑摩書房、1994年
- 井村祐夫『医と人間』岩波書店、2015年
- 上坂冬子『死ぬという大仕事—がんと共生した半年間の記録』小学館、2009年
- 上田紀行『生きる意味』岩波書店、2005年
- 柏木哲夫『生と死を支える—ホスピス・ケアの実践—』朝日新聞社、1987年
- 神谷美恵子『新版 人間をみつめて』朝日新聞社、1974年
- 木村敏『あいだ』筑摩書房、2005年
- 木村敏『あいだと生命—臨床哲学論文集—』創元社、2014年
- グレーフ00子『ドイツの姑を介護して』中央公論新社、1999年
- 合田正人『レヴィナスを読む—<異常な日常>の思想』筑摩書房、2011年
- 小林博『がんの予防・新版』岩波書店、1999年
- 近藤誠『がん治療総決算』文藝春秋、2007年
- 斎藤忍隋『プラトン』岩波書店、1972年
- 坂井かをり『がん緩和ケア最前線』岩波書店、2007年
- 酒井シヅ『日本の医療史』東京書籍株式会社、1982年
- 酒井シヅ『病が語る日本史』講談社、2008年
- 新村拓『老いと看取りの社会史』法政大学出版局、1991年
- 新村拓『在宅死の時代近代日本のターミナルケア』法政大学出版局、2001年
- 杉村隆・垣添忠生・長尾美奈子『がんと人間』岩波書店、1997年
- S.スマイルズ『自助論』新訳・竹内均、三笠書店、2003年
- 高久史磨編『医の現在』岩波書店、1999年
- 額田勲『終末期医療はいま—豊かな社会の生と死—』筑摩書房、1995年
- 波平恵美子『脳死・臓器移植・がん告知』福武書店、1988年

- 野村拓『国民の医療史—医学と人権、新版』三省堂、1977年
V.E. フランクル『夜と霧—ドイツ強制収容所の体験記録』—邦訳・霜山徳爾、みすず書房、1956年
ルイス・フロイス『ヨーロッパ文化と日本文化』訳注・岡田章雄、岩波書店、1991年
星野一正『医療の倫理』岩波書店、1991年
アドルフ・ポルトマン『人間はどこまで動物か』邦訳・高木正孝、岩波書店、1961年
マザー・テレサ『生命あるすべてのものに』邦訳・鳥飼久美子、講談社、1982年
松田道雄「解説」（富士川游『日本疾病史』平凡社、1969年）所収
柳田邦男『「死の医学」への序章』新潮社、1990年
柳田邦男『「死の医学」への日記』新潮社、1999年
吉原清児『がん医療の選び方』講談社、2003年
エマニュエル・レヴィナス『倫理と無限』邦訳・西山雄二、筑摩書房、2010年