

令和4年度入学（一般選抜 前期日程）試験問題の出典

総合政策学部

種別	大問 番号	著者名	著作物名	書名等	版元
総合 問題	一	佐伯 啓思	自分なりの『死の哲学』 は	朝日新聞, 2018年2月2日付 「自分なりの『死の哲 学』は」より, 一部改変 *承認番号(22-1143) *朝日新聞社に無断 で転載することを禁 止します。	朝日新聞社
	一	厚生労働省	厚生統計要覧(令和)元 年度 第一編 人口・世帯 第 2章 人口動態	厚生労働省ホームペ ージ, https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kousei.html を加工して 作成	厚生労働省
	一	朝日新聞	広がる『人生会議(ACP)』 自分らしい最期、家族ら と対話で	朝日新聞, 2021年4月10日付よ り *承認番号(22-1143) *朝日新聞社に無断 で転載することを禁 止します。	朝日新聞社
	一	松田 純	安楽死・尊厳死の現在	中央公論新社, 2018年, pp.136-138より, 一部改変	中央公論新社

令和4年度 一般選抜・前期

総合政策学部

総合問題 (120分)

注意事項

- 1 試験開始の合図があるまで、この問題冊子の中を見てはいけません。
- 2 この冊子は、5ページあります。なお、下書き用紙が2枚あります。
- 3 試験中に問題冊子及び解答用紙の印刷不鮮明、ページの脱落などがあった場合は、手を挙げて試験監督者に知らせなさい。
- 4 解答は、必ず黒鉛筆(シャープペンシルも可)で記入し、ボールペンや万年筆などを使用してはいけません。
- 5 解答用紙には、氏名及び受験票と同じ受験番号を忘れずに記入しなさい。
- 6 解答は、必ず解答用紙の指定された箇所に記入しなさい。
- 7 下書きの必要があれば、下書き用紙を利用してかまいません。
- 8 試験終了後、問題冊子と下書き用紙は持ち帰りなさい。

資料(A)~(D)を読み、あとの問いに答えなさい。

資料(A)

高度の医療技術や延命治療が発達したこの社会で、人はいかに死ねばよいのか。死という自分の人生を締めくくる最大の課題に対してどのような答えを出せばよいのか。今日、われわれは実に深刻な形でこの問いの前に放り出されている。

簡単な事実をいえば、日本は超高齢社会にはいつてしまっている。2025年には65歳以上の割合は人口の30%に達するとされる。介護施設の収容能力をはるかに超えた老人が出現する。また、現在、50歳で独身という生涯未婚率は、男で23%、女で14%となっている。少子化の現状を考慮すれば、一人で死なねばならない老人の割合は今後も増加することになるろう。

おまけに医療技術や新たな医薬品の開発によって寿命はますます延びる。政府は人生100歳社会の到来を唱え、医療の進歩と寿命の延長は、無条件で歓迎すべきこととされる。しかしそうだろうか。それはまた別の面からいえば、年老いて体は弱っても容易には死ねない社会の到来でもあるだろう。ということは、長寿社会とは、家族の負担も含めて長い老齢期をどうすごすか、という問題であり、その極限に、家族もなく看取るものもない孤独死、独居死という事実が待ち構えている、ということでもあろう。

とはいえ、統計的なことをここで述べたいわけではない。超高齢社会とは、人の死に方という普遍的なテーマの方に、われわれの関心を改めて振り向ける社会なのである。近代社会は、生命尊重、自由の権利、個人の幸福追求を基本的な価値としてきた。それを実現するものは経済成長、人権保障、技術革新だとされてきた。しかし、今日、われわれは、もはやこれらが何らの解決ももたらさない時代へと向かっている。近代社会が排除し、見ないことにしてきた「死」というテーマにわれわれは向きあわざるを得なくなっている。

いくら思考から排除しようとしても、また、いくら美化しようとしても、老・病・死という現実とは、とてもきれいごとで片づくものではない。仏教の創始者にとって人間の最大の苦とされた老・病・死の問題は、それが、決して他人には代替不能な個人的な事態であるにもかかわらず、それを自力ではいかんともしがたい、という点にある。徹底して個人の問題であるにもかかわらず、個人ではどうにもならないのだ。自宅にいて家族に看取ってもらうのが一番などといって、政府もこの方向を模索しているが、じっさいにはそれは容易なことではない。また、家族にも事情があり、その家族もいない者はどうすればよいのか、ということにもなる。

やむをえず入院すると、そこでは延命治療が施される。私は、自分の意思で治療をやめる尊厳死(この言葉には少し抵抗を感じるが)はもちろん、一定の条件下で積極的に死を与える安楽死も認めるべきだと思う。だが、その種の議論さえ、まだタブー視されるのである。

近代社会が、生命尊重や個人の自由、幸福追求を強く唱えたのは、ただ生きていればよいからではなく、個人の充実した生の活動をかけがえのないものと考えたからである。だから、その条件として生命尊重や自由の権利などに重要な意味が与えられたのだ。しかし、人は年老い、活力を失い、病に伏し、死に接近してゆく。これが厳然たる現実である。いくら「充実した生の活動」といっても、その生がかけり、活動が意のままにならない時がくる。

かつて、この「若い、活力を失い、病に伏し、死に接近する」苦にこそ人生の実相をみたのは仏教であった。自由の無限の拡大や幸福追求をむしろ苦の原因として、この苦からの解脱を説いた。それは、今日の近代社会のわれわれの価値観とはまったく違うものである。ただ仏教が述べたのは、生は死への準備であり、常に死を意識した生を送るべきだということである。死の側から生を見たということである。

別に仏教が死に方を教示してくれるわけでもないし、仏教の復興を訴えようというのではない。「死」は、あくまで個人的な問題なのである。「死の一般論」などというものはない。自分なりの「死の哲学」を模索するほかない。

(『朝日新聞』2018年2月2日付、佐伯啓思「自分なりの『死の哲学』は」より、一部改変)

資料(B)

厚生労働省の資料にみる「死亡者数の死亡場所別内訳の推移」

年次	総数	病院・診療所	介護老人保健施設・介護医療院	助産所	老人ホーム	自宅	その他
死 亡 数							
1951年	838 998	97 455		261		691 901	49 381
1955年	693 523	106 732		402		533 098	53 291
1960年	706 599	154 247		791		499 406	52 155
1965年	700 438	199 568		774		455 081	45 015
1970年	712 962	266 864		428		403 870	41 800
1975年	702 275	327 908		193		334 980	39 194
1980年	722 801	411 940		30		274 966	35 865
1985年	752 283	506 044		10		212 763	33 466
1990年	820 305	615 406	351	2		177 657	26 889
1995年	922 139	710 498	2 080	2	14 256	168 756	26 547
2000年	961 653	778 668	4 818	2	17 807	133 534	26 824
2005年	1 083 796	892 919	7 346	3	23 278	(a)	27 548
2010年	1 197 014	960 776	15 651	1	42 099	150 783	27 704
2015年	1 290 510	988 123	29 128	—	81 685	163 986	27 588
2016年	1 308 158	990 945	30 729	1	90 096	169 447	26 940
2017年	1 340 567	1 002 531	33 110	—	99 918	177 498	27 510
2018年	1 362 470	1 004 210	35 483	—	109 596	186 205	26 976

※1990年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

(厚生労働省『厚生統計要覧(令和)元年度』第1編人口・世帯 第2章人口動態より、一部改変)

資料(C)

人生の最期に自分が望む医療やケアを受けられるよう、大切にしたいことを前もって考え、家族や主治医らと共有する取り組み「人生会議(ACP: Advance Care Planning)」。少しずつ広がり、新型コロナウイルスの流行を受けてオンラインでの講座も登場した。だが「縁起でもない」と敬遠する人も多い。それぞれの思いを引き出す対話ができるかがかぎと言えそうだ。

(中 略)

ACPの考えは、欧米や豪州で始まり、国内にも入ってきた。重要性は理解されても知名度は低く、17年の厚生労働省の調査で、ACPを「よく知っている」としたのは一般の3%。76%が「知らない」と答えた。人生の最終段階の医療について聞くと、55%は「話し合ったことはない」と答えていた。

国立がん研究センターが昨年発表した遺族調査でも、話し合いが進んでいない実態が浮かんた。17年に亡くなった患者遺族のうち、希望する最期の療養場所について、患者と医師間で話し合いがあったのは病気により違うが、最も高いがんで37%。患者と家族間で療養場所や蘇生処置について話し合いがあったのも、29~42%だった。

(中 略)

患者サイドはどうみるか。がん患者らでつくるNPO法人がんサポートかごしまの三好綾理事長は「本人はもちろん、残された遺族の納得にもつながる。でも医療者がマニュアルのように進めると、『治らないと突きつけられた』と患者が感じ、傷つく場合もある。話したいタイミングは人によって違うし、信頼関係があつてこそ。それぞれの生き方に寄り添うACPが広まってほしい」と話す。

コロナ禍を受け、日本老年医学会は昨年8月、高齢者にACPを勧める提言を出した。新型コロナウイルスに感染すると急変することがあり、高齢者は重症化しやすい。一方、感染がわかれば家族らと会うこともままならなくなり、話し合いどころではなくなる。

提言をまとめた委員の1人、三浦久幸・国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部長はその意図について「最期が近くなってから話そう、決めようとしても難しい。比較的健康なうちに始めてほしい」と語る。普及への課題は「どんなに良いツールがあっても、大半の人は1人では書けない。対話をして思いを引き出し、かなえる。意思決定の支援ができる人材の育成」とする。

(『朝日新聞』2021年4月10日付、「広がる『人生会議(ACP)』自分らしい最期、家族らと対話で」より、一部改変)

※厚生労働省では2018年にACP(アドバンス・ケア・プランニング)の愛称を「人生会議」としている。

資料(D)

一般に、明確に文書として残ることは、法的には、重要な証拠とみなされる。しかし医療やケアは法律ではない。アドバンス・ケア・プランニングで大切なことは、患者と医療者とが対話し、コミュニケーションを十分に深めていくことである。そのなかで患者自身も価値観や人生観を問い直しながら変容していく。医療者にとっては、その変化に寄りそって行くことこそがアドバンス・ケア・プランニングである。そのなかで、医療者も患者から教えられることもあり、医療者の成長にもなり、医療職としての誇りを持つようになる。

ある病院の総看護部長は「質問紙に機械的に記入させて、患者の意向を了解したと思われることが一番怖いことだ」と語る。1回きりしかアドバンス・ケア・プランニングの機会がないのであれば、それは医療を誤った方向に導きかねない。繰り返し相談することが、アドバンス・ケア・プランニングを形骸化させないための必要条件だ。この病院では、質問紙への記入も2回以上、面談は平均9回以上も繰り返し行っている。事前指示を点ではなく、線でとらえ、アドバンス・ケア・プランニングのプロセスのなかで、医療者と患者側とのコミュニケーションが深まることで、患者のQOL(満足度)が向上する。

この病院のアドバンス・ケア・プランニングの書式がとても優れているのは、最も大事なことは紙や書式ではないという考え方から出発しているからだ。大事なものは紙への記入ではなく、これをきっかけとして医療者と患者がコミュニケーションを十分深めていくという考え方で作られていることである。

(中 略)

アドバンス・ケア・プランニングの定義はまだ定まっていない。米国における取り組みには、余命1年以内の最終段階の患者を対象にしているものもあるが、先ほどの総看護部長はあまり狭く限定する必要もないと考えている。むしろ、幅の広い膨らみのある言葉としてこれを使用し、「どのような年齢や健康状態にある成人でも個人の価値観や人生の目標、将来の医療ケアに関する選考(好み、希望)を理解し共有できるよう支援するプロセス」とアドバンス・ケア・プランニングを定義する。こうしたコミュニケーションを^③自覚的に制度として取り組むことこそアドバンス・ケア・プランニングである。

このような考えは徐々に受け入れられ、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の2018年改訂にも取り入れられている。「本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である」という文言が新たに追加された。

また「時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である」と記された。

こうしたプロセスに丁寧に取り組んで、コミュニケーションを深めておけば、患者の意識が混濁した状況になっても、本人の意思を推定もしやすくなり、本人の希望にそった医療の方向を選択しやすくなるのではないだろうか。

(松田純『安楽死・尊厳死の現在』中央公論新社, 2018年, pp.136-138より, 一部改変)

- 問 1 資料(A)における下線①とは、どのような価値観を言うのか。資料(A)中の言葉も用いながら 50 字以内で答えなさい。
- 問 2 資料(B)の空欄(a)に記入されるべき数値について、2005 年における総数に対する割合(%)に換算し、小数点一桁で答えなさい。
- 問 3 資料(B)から読み取れる死亡場所の変化傾向について、「病院」と「自宅」の割合、「介護老人保健施設・介護医療院」「老人ホーム」に注目しながら 160 字以内で答えなさい。
- 問 4 資料(D)の下線③「自覚的」とは、具体的にどのようなことを示しているのか。60 字以内で答えなさい。
- 問 5 資料(A)の下線②で著者は「自分なりの『死の哲学』を模索するほかない」と記している。現在の我が国の社会的な状況を考え合わせながら、資料を踏まえて、あなたは「死」に対してどのように考えるか、どのように模索するのか、600 字以内で答えなさい。