死生学　専攻　　領域（ 博士前期 / 修士・博士後期・前後期共通 ）

試験科目：　英　語

試験時間：（　９０　）分

注意事項

１．解答用紙に、必ず、受験番号および氏名を記入すること。

２．辞書を使用することはできるが、電子辞書等は不可である。

３．第１問と第２問の解答は、それぞれ別々の解答用紙に記入すること。

４．問題用紙および書き損じの解答用紙・未使用の解答用紙は持ち帰ってはならない。

第１問　（英語）

日本宗教に関するガイドブックに掲載された次の英文を読んで、下線部を訳しなさい。訳出にあたっては、(1) ～ (3) の記号に続いて訳文を記すことで、どの箇所を訳しているかがわかるように明示すること。また、日本語として意味の通る文章にすること。

Paul L. Swanson, Clark Chilson eds., Nanzan Guide to Japanese Religion, Honolulu: University of Hawaii Press, 2006, pp.115-116

第２問　（英語）

キューブラー＝ロスの 1969 年の著作 *On Death and Dying*（邦訳は『死の瞬間』）における「死の受容の５段階説」について書かれた次の文章を読んで、全文を訳しなさい。

In that book Kübler-Ross proposed that dying patients experienced a predictable set of reactions as they coped with dying. …

While Kübler-Ross' work focused on how individuals cope with the dying process, it soon became applied to the study of how persons respond to a variety of losses. …

Despite the widespread acceptance and popularity of Kübler-Ross' stage theory, there were also very many criticism. Some of these were methodological. Kübler-Ross' book is impressionistic. There are no methodological statements such as the populations studied or any expositions of results. Kübler-Ross is unclear as to whether these stages are descriptive or prescriptive. That is, one is never sure whether Kübler-Ross is simply describing a process or suggesting that the goal of therapy is to move individuals toward acceptance of death. There is little empirical evidence that supports the notion of stages in grief. Finally, the stage model does not recognize individual differences —— implying that grief is a universal process untouched by individual, circumstantial, developmental, relational, spiritual, cultural, or any other variables that might influence an individual's distinct response to a loss.

Kenneth J. Doka"Understanding Grief: Theoretical Perspectives"
The Routledge Handbook of Death and the Afterlife(Candhi K. Cann ed.), Routledge, 2018, pp.31-32

２０２６年度大学院入試問題（２０２６年　２月１５日実施）

死生学　専攻　　領域（ 博士前期 / 修士・博士後期・前後期共通 ）

試験科目：　専　門

試験時間：（　９０　）分

注意事項

１．解答用紙に、必ず、受験番号および氏名を記入すること。

２．６つの問題のうちから、任意の２つを選択して解答すること。

３．解答する問題は、自身の進学を希望する群から選択する必要はなく、自由に選択することができる。

４．問題ごとに解答用紙を分けて解答すること。

５．問題用紙および書き損じの解答用紙・未使用の解答用紙は持ち帰ってはならない。

第１問　（第１群）

最近、日本社会における土葬の是非がさかんに論じられているが、いかなる問題が提起されているか説明しなさい。そのうえで、今後いかなる展開がありえるかについて、宗教学や死生学における知見を用いて論じなさい。

第２問　（第１群）

以下の文章を読み、ここで言及された事例以外に、一見すれば伝統的に思えるが、外部からの刺激を受けて成立した概念を古代から現代にいたる日本の宗教史において見出し、その内実を説明しなさい。そのうえで、将来的にいかなる類比的な事例が生じうるかを想像し、自分の考えを論じなさい。

栗田英彦著「修養」（大谷栄一・菊地暁・永岡崇編著「日本宗教史のキーワード―近代主義を超えて」慶応義塾大学出版会、2018年、pp. 173-174所収）

第３問　（第２群）

人類学や考古学では、過去の人々の遺骨が収集され、研究の貴重なデータとして活用されてきた。他方で、近年、日本人類学会がアイヌの人骨の収集に関してアイヌ民族への謝罪を発表するなど、遺骨の取り扱いに議論がおこっている。死生学の観点ならびに研究倫理的な観点も踏まえ、遺骨の学術的取り扱いがどのようになされるべきか、自分の考えを述べなさい。

第４問　（第２群）

厚生労働省は、英語圏における「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」を「人生会議」として導入を進めてきた。そのことを背景に書かれた次の文章を読み、著者がいう「関係性のなかにある自律」とはどのようなものかを考えたうえで、フレイルな高齢者に対する人生会議をどのように考えるべきか、自分の考えを述べなさい。

欧米の生命倫理学で主流になっている「倫理原則」は、「自律尊重の原則」である。そこでは、個人の自律（autonomy）を重視し、医療の場面では患者の自己決定を最大限に尊重するべきとされている。この「自律」の概念は、欧米流の個人主義的な自己決定の考え方である。……この個人主義が、本人と家族、そして医療者やケア従事者の関係性を重視する日本の医療（とりわけ高齢者医療）の場面においては、なじみにくいものなのではないだろうか。

言葉を換えれば、自分のことは自分で考えて決定するべきであるという個人主義の考え方を、他者との関わりのなかで意思決定を形成していこうとする日本の「人生会議」に、そのまま当てはめることは難しいということである。……

このように「自分で決める」といっても、自分ひとりではなく、家族のことも考えながら意思決定をしていく、こうした「自己決定」のあり方を「関係性のなかにある自律」という。本人と周囲（家族や親しい友人など）とのインタラクティブ性のなかに成り立つ自律ということである。結果、「家族の望みが私の望み」となることもある。……

とりわけ、日本の高齢者医療の場面においては、「フレイル」な高齢者に対して、欧米流の「自己決定」の発想が適用しづらいという現状もある。高齢期に、身体機能が全身的に低下して、身体だけでなく心理的にもストレスを受けやすい脆弱な状態を「フレイル」という。本人の気力も含めた全般的な機能が低下した「フレイル」な高齢者に、予後を伝え、「自分でよく考えて決めてください」と要求することは、なかなか厳しいのではないだろうか。

小林亜津子「ゆれる時代の生命倫理ーケア・美容整形・安楽死など、シチュエーションで考える８章」、笠間書院、2025年、pp. 242-244

第５問　（第３群）

さまざまなメディアでの自殺の報道や、物語作品における自殺の病者に反応して、それを模倣した自殺行動（模倣自殺あるいは後追い自殺）が生じることはよく知られている。

模倣自殺を予防するためには、メディアにはどのような配慮が必要かを、包括的かつ合理的に論じなさい。参照すべき研究や理論がある場合には示してよい。

第６問　（第３群）

以下の文章を読み、あなたを臨床現場にいる人と仮定して、この村田理論がはらむ課題を挙げなさい。その際に、(1) 村田理論が広く支持されるのはなぜだとあなたは考えるか、(2) 臨床現場にいる人の何らかの立場を選択し、どのような立場を選択したかを明示し、(3) あなたが指摘する課題、(4) あなたからの指摘の根拠、以上四点を必ず含め、(1) (2) (3) (4) の記号を必ず付して、自分の言葉で記述すること。

治癒の見込みのない病いを抱えておられる方に寄り添うこと、そばにいることは、かんたんではありません。友人がそのような状況であったとき、なんと声をかけたらいいかわからず、お見舞いを先送りにしてしまって後悔した方もおられるのではないでしょうか。何か役に立ちたい、力になりたいと思ってお見舞いに行こうと思うものの、なにもできるわけでないことは、気が重いです。励まそうと思って嘘を言ったり、事実や本心とは異なることを言ったり、格言やら宗教書やらの前向きな言葉を伝えたりして、かえって空しくなることもあるでしょう。患者さん本人を怒らせてしまうとまではいかなくとも、探り合いばかりの関係、本音を語り合えない関係になってしまうのは、残念ですね。

優れた医療者だったら……たとえば、熟練の看護師だったら、きっとうまく対応できると考える方もおられるでしょう。でも、実際には、医療者にとっても容易ではないのです。精神科医のエリザベス・キュブラー＝ロスは、半世紀前の米国の医療を批判し、死に瀕した患者の訪問を医療者が避けるようになると指摘します。そのことを彼女は、医療者が死を怖れているしるしなのだと分析します。彼女の分析がすべてではないにしても、治療の見込みのない患者さんを前にして、医療者が無力感を感じることはありそうです。そして、医療者が患者と向き合うためにはどうしたらよいか、さまざまな方法が提案されてきました。

村田久行の理論も、こうした提案の１つと位置づけることができるでしょう。彼は、終末期がん患者の苦しみ（「スピリチュアルペイン」と彼は呼びます）を、「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義して、人間存在の時間性、関係性、自律性の三次元における喪失と捉えることを提案しました。時間性における喪失とは、将来・未来という時間の喪失、関係性の喪失とは他者との関係の喪失、自律性の喪失とは自分で自分の行為を決定でき行為できることの喪失とされます。これら三つの次元における喪失に焦点を当てるという提案を通して、彼の理論は、特に医療者のあいだで評価され、「村田理論」とも呼ばれて親しまれています。