

博士學位請求論文

指導教員 大西正倫教授

人間関係構築におけるケアリングの研究

－関係性における相互作用の様態－

A Study of the Creation in Human Relationships about Caring

-Modes of Reciprocal Response in Relationships

佛教大学大学院 博士後期課程
教育学研究科 生涯教育専攻
永島すえみ

目次

序章 本論稿の構成及びわが国における人間関係構築を目指したケアリング論の研究	
動向	1
はじめに	1
第1節 本稿の構成及び研究目的	2
第2節 わが国の看護領域におけるケアリング研究の主要動向	5
第3節 鍵概念の定義及び研究方法	19
第一部 マイクロシステム・メゾシステムにおけるケアリングの諸相	27
第1章 母子及びきょうだい間におけるケアリング	29
第1節 研究方法及び目的	29
第2節 倫理的配慮	30
第3節 情動の「調整活動」と「成り込み」の概念	30
第4節 観察された様態の詳述	32
第5節 ケアリング様態の分析	34
第6節 考察	37
第7節 結論	40
第2章 人工呼吸器を装着している子どもとケア者におけるケアリング	42
第1節 研究方法及び目的	42
第2節 倫理的配慮	43
第3節 概念規定：共感・思い入れ・同情の定義	43
第4節 結果及び分析	43
第5節 考察	49
第6節 おわりに	53
第3章 高齢者の生きがい喪失とその回復へ向けた仲間どうしのケアリング	54
第1節 日常生活における「お喋り」の場の消失	54
第2節 メゾシステムからマイクロシステムへ蟄居することで生じるストレス	55
第3節 お喋りと挨拶を交わし合うときに生じる共感とケアリング	57
第4節 おわりに	60
第二部 ケアリングにおけるケア者の葛藤	64
第1章 ケア及びケアリング論	65
第1節 ケア及びケアリングという言葉の意味	65
第2節 三人の哲学者によるケアリング論	66
第3節 看護の理論家によるケア及びケアリング論	69
第2章 ケアリングにおけるケア者の葛藤とその克服	72
第1節 研究方法及び目的	72

第2節	倫理的配慮	73
第3節	用語の定義	73
第4節	結果及び分析	74
第5節	考察	80
第6節	結論	84
第三部	ケア者の葛藤への対処：セルフケアリング	88
第1章	生死についての認識の問題	90
第1節	脳死の概念	91
第2節	病名告知	92
第3節	生きるとは	94
第4節	おわりに	96
第2章	生命の企投とケアリング倫理	98
第1節	研究方法及び目的	98
第2節	企投する生命への認識の変化	99
第3節	外科治療を拒否された事例におけるケア者のジレンマとその内観	100
第4節	おわりに	110
第3章	死の不安・社会的死からの脱却	115
第1節	社会的な死	116
第2節	死の不安	122
第3節	潜在光景	125
第4節	砂の女	129
第5節	肉親に死をむかえさせるときに陥った苦悩	135
第6節	死と生の狭間	141
第7節	生涯学習の機会と自己学習の継続	143
第4章	関係性のア・プリオリ	148
第1節	人における体験の認識	148
第2節	ケアリングにおける「我-汝」関係	151
第3節	「潜在光景」と「砂の女」における「我-汝」「我-それ」関係	153
第4節	人間生成の過程における認識	154
第5節	おわりに	156
終章	本研究の意義と今後への課題	159
第1節	マイクロシステム及びメゾシステム内におけるケアリング様態	160
第2節	エクソシステムにおけるケア者の葛藤とその克服	163
第3節	セルフケアリングにおけるエクソシステム及びマクロシステムを含めた認識の 必要性	164
第4節	「我-汝」「我-それ」関係における自己の成長	165
第5節	本論稿の独自性と今後への課題	166

序章 本論稿の構成及びわが国における人間関係構築を目指したケアリング 論の研究動向

はじめに

1985年、パリにおける第四回ユネスコ国際成人教育会議においてユネスコ・学習権宣言が採択された。全文の最後の段落には「人類が将来どうなるかを、だれが決めるのか。これは、すべての政府、非政府組織、個人、グループが直面している問題である。これはまた、成人教育の仕事をしている女性及び男性の問題である。また、個人から集団へ、全体として人類へとつらなるすべての人たちに、自己と自分たちの運命を統御可能にさせようとしている人たちが直面している問題である」と謳われている¹⁾。2010年における主な先進国における平均寿命はアメリカ合衆国男性76.2歳、女性81.1歳、イギリス男性78.2歳、女性82.27歳、スイス男性80.2歳、女性84.6

表1 平均寿命の国際比較
(単位 年)

国	男性	女性	作成期間
日本	79.44	85.9	2011
アイスランド	79.9	83.6	2011
スウェーデン	79.81	83.7	2011
スイス	80.2	84.6	2010
イギリス	78.2	82.27	2010
フランス	78.2	84.8	2011
ドイツ	77.51	82.59	2010
アメリカ合衆国	76.2	81.1	2010

歳、(表1)²⁾であり、主要先進国は高齢者社会へと突入した。人生80年、急速に進む交通網の発達や科学技術の進歩による情報網の拡大による多文化時代の到来でもある。このことは、各自が誕生した家庭が包含される地域や国の教育で受けて培った文化や価値・信念が、やがては交流することとなる外国の文化や価値・信念に晒されて揺らぎを生じ、人々がアイデンティティの確信をいだきつづけることが難しい時代であることをも意味する。1965年既に、ポール・ラングランは、変動する社会から投げかけられる課題に対処するには人々は教育を児童期、青年期で終了するのではなく生涯に渡って継続すべきであり、そのためには環境の整備が必要であることを主張している³⁾。わが国においても、1981年、中央教育審議会が「生涯教育について」答申しており、高齢者、および高齢期を

ひかえた国民一人ひとりが高齢期にそなえることが重要であることを表明している⁴⁾。

さらにわが国の家族形態は、第一次産業から第二次産業、を主とする産業構造の変化に伴い若い世代が都市部に居住

表2 世帯構造別にみた世帯数の推移
割合(%)

年	単独世帯	核家族世帯				三世帯世帯	その他の世帯
		総数	夫婦のみ	夫婦と未婚の子どものみ	ひとり親と未婚の子のみ		
昭和61	18.2	60.8	14.4	41.4	5.1	15.3	5.7
平成元年	20.0	60.3	16.0	39.3	5.0	14.2	5.5
4	21.8	59.0	17.2	37	4.8	13.1	6.1
7	22.6	58.9	18.4	35.3	5.2	12.5	6.1
10	23.9	58.6	19.7	33.6	5.3	11.5	6.0
13	24.1	58.9	20.6	32.6	5.7	10.6	6.4
16	23.4	60.6	21.9	32.7	6.0	9.7	6.3
19	25.0	59.7	22.1	31.3	6.3	8.4	6.9
22	25.5	59.8	22.6	30.7	6.5	7.9	6.8
23	25.2	60.6	22.7	30.9	7.0	7.4	6.8

するようになったため3世代、4世代が同居していた拡大家族が減少し、核家族、単独世帯が増加し独居住まいの高齢者も増えてきている(表2)⁵⁾。このような時代においては、一人ひとりが、社会人として自らで生活を営むために他者との関係を紡ぎ、支援のネットワーク作りをしながら生きてゆくことが求められる。各々が、孤独な一人ひとりになるのではなく、生涯を通して他者へと関心を向けあるいは他者の関心を引き応答し合う関係を構築して仲間社会を広げてゆくこと、自らの信念や思いを振り返り関心を向けた他者の思いや意志との齟齬を認識して尊重し支援することで成熟した大人としての成長に繋がるのではないかと考えるからである。この他者に関心を向けて応答し合う関係及び自分自身に関心を向けて他者と応答し合う関係を築いてゆくこと(ケアリング)を、日常生活の場におけるケアリング(母子・きょうだい・仲間うち)、専門職業人(看護師)におけるケアリング、ケアリングにおける葛藤とその克服についての視点から論究することで、ややもすると希薄になりがちな他者との関係性を再構築する糸口を見いだせるのではないかと考える。

第1節 本稿の構成及び研究目的

ケアリングは、看護職者や教職者が実施する職業としてのケアリングはもちろんであるが、その他にも親が子どもにするケアリング、子どもが親にするケアリング、仲間どうしでのケアリング、人間が動物や植物にみせるケアリングと、誰もが日々の生活において自然に実践している。しかしながら日々の自然な営みであるが故に習慣となり、意識上でのぼらせることは少なくなっていると思われる。ケアリングは、また、看護学や教育学の領域において広く使われているが、研究者によっていろいろな定義のもとに使われている。互いに関心を寄せて世話“care”をし、また世話をされる営みにはその場の状況や価値観・信念等が微妙に作用するために求められるケアリングの様態が異なるからであると考えられる。統一された概念規定が明確に行われていないとはいえ、ミルトン・メイヤロフ氏、ネル・ノディングズ氏、ヘルガ・クーゼ氏、ジーン・ワトソン氏等が論じるケアリングに関する理論は⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾、一部が既に邦訳され¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾、我が国における理論形成に影響を与えている。これら理論家の主張するケアリングについては第二部第1章第2節において詳述するが、その主なものは、ケアする人(以後ケア者とする)とケアされる人(以後被ケア者とする)が「ケアし、ケアされる」なかで応答しあう関係を継続的に築き上げてゆく過程であり、ケア者と被ケア者の間における相互の成長を促進し、ケア者による専心や没頭、被ケア者による応答が必要とされるといった論である。つまりは、ケアリングは、人が他

者へと関心を向けて互いに相手の意思を尊重しようとしているかぎりにおいて自然発生的にどこにおいても行われるものであり、相互の思いやりや人生における喜怒哀楽を共にして相手との関係を構築するときに必要な不可欠であり、人間関係を形成するうえでのコア“core”になると考えられる。そしてそこには、相互の関係性を築くためにケア者は、被ケア者へ関心を向け、愛着をいただき、共感し、感情を理解することが求められる。しかしながら、ケアリングを実施するときの行動のアセスメント尺度、要因、ケアリングという語彙のもつ意味等に関する研究はみられるものの、ケアリングにおいて生じる感情やケア者と被ケア者の間に生じる交流の様態、ジレンマや葛藤に焦点を絞った研究はみられない。従って、本論稿全体における検討課題は、諸々の年齢の人々が生活の場でどのようにしてケアリングにかかわり、お互いの関係を築いて成長へと繋げているか、人の生死に職業としてかかわるケア者が、自らが拠って立つ価値観や信念と被ケア者の信念や価値観との間にジレンマが生じてケアリングにおいて葛藤に陥ったとき、どのようにしてその葛藤を克服しているかを明らかにすることにある。なぜなら人は、他者へ関心を向けなくなり、他者との関係を遮断し孤立するとき、生きることの大切さを見失う可能性があるのではないかと懸念するからである。しかしながら他者へのケアリングは、仲間づくり、社会のルールづくり、喜怒哀楽をともにするネットワークづくりの^{ベース}基となる。そして人は自らが拠って立つ信念と相手の信念が異なることに気づくことができ、葛藤を克服できるときにケアリングにおける手応えを得て自らの成長へと繋げることができるのではないかと考えるからである。

全体としての構成は、Bronfenbrenner(Urie Bronfenbrenner)が提唱した理論モデルの枠組み、1) 家庭などの直接的な二者関係としての環境システム：マイクロシステム(Microsystem)、2) 職業上のケア者と被ケア者の関係や地域の仲間などとの三者以上の人々における関係としての環境システム：メゾシステム(Mesosystem)、3) 法律や情報などとの関係としての環境システム：エクソシステム(Exosystem)、文化や価値観・信念などとの関係としての環境システム：マクロシステム(Macrosystem)の柱をベースにしたケアリングの様態と生じた葛藤への対処と克服についての論考である。

章立てとしては、第一部、第1章では母子及びきょうだい間におけるケアリングにおける共感の様態と情動調整に焦点をあてる。第2章では、人工呼吸器を装着している子どもとケア者のケアリングにおける相互交流の様態を明らかにし、第3章では、退職後の高齢者が他者(仲間)との「お喋り」を通じたケアリングで自己の存在価値を見いだしてゆく

過程に焦点をあてる。

第二部第1章では、教育者であり哲学者でもある三人の研究者のケアリング論に言及し、共感、没我して専心する「我-汝」関係におけるケアリングの難しさについて、第2章ではケア者の葛藤とその克服について論考する。

第三部第1章では、「脳死」や「病名告知」などの新たな概念とケア者が日本文化の中で培ってきた信念との間にズレが生じたときの葛藤について論じ、第2章では、生命の誕生がどのように変化しているかに論を進め、生命の誕生と先天性の疾患を伴って生まれた子どもの死へ向けたケア者の心の準備とケアリング倫理について論究する。被ケア者が治療困難な疾患で生存を危ぶまれるとき、あるいは死に直面する状況でのケアリングにおいては、被ケア者の状態がケア者の培ってきたイメージと違うときや被ケア者とその家族の思いに齟齬が生じその間で板ばさみになるときは、ケアリングに携わっているケア者も感情を刺激されて葛藤に陥ることがある。この葛藤と葛藤への気づきの過程を人間の誰もが備えている共感の能力や日本の文化を背景にして考察し、身近に生活する人々の間におけるケアリング及びケア者が生涯を通して学びを継続し自らの知識を深め、エクソシステムやマクロシステムにおける他者の信念と自己の信念の齟齬について考え、自己と他者の意志を尊重し、両者にとっての善の倫理を追求することの重要性について論及する。また、他者や自己に関心を向けて共感しその意思を尊重してかかわりを継続するケアリングを行っているときの様態には、人の成長・発達や信念・価値判断、文化などが相互に作用する。誕生して最初は家庭における直接的な2者関係としてのマイクロシステムにおいてであり、次には親や兄弟・姉妹が属する組織と家庭における第三者を含めた関係としてのメゾシステムにおいて、さらには法律や制度などのエクソシステムにおいて、文化や己の信念などのマクロシステムまでへ移行する。従って本研究全体としては、人がケアリングを行う関係性の枠組みを各章立てのベース、つまり第一部第1章は、マイクロシステムである家族成員間という限られた2者関係（母子・きょうだい）、第2章では専門職者であるケア者と被ケア者などのメゾシステムにおける2者や3者関係において、第3章では3者関係としての地域の仲間関係へと広げる。第二部、第三部では法律との関係としてのエクソシステム、価値観や文化などのマクロシステムにおけるケアリングへと検討を深めて論及する。Bronfenbrenner¹⁴⁾が、発達しつつある人間が積極的に参加している行動場面の相互関係として『人間発達の生態学』に論じている概念枠をケアリングが行われている環境の枠組みにする。

第2節 わが国の看護領域におけるケアリング研究の主要動向

「ケア」や「ナーシング」と1970年頃まではほとんど同意語として使われてきた「ケアリング」は、ミルトン・メイヤロフ(Milton Mayeroff)¹⁵⁾氏やネルノディングズ(Nel Noddings)¹⁶⁾氏の著書によって看護の領域によって独占されるものではなく、福祉や教育学の領域など広く適用されるものであることが論じられている。ケアリングは、植物、動物、美術作品、観念などの事物、広くは環境までも対象に含められるからである。わが国においては、日本看護科学学会が1989年~1992年に「ヒューマン・ケアリング」に研究課題として取り組み、看護の研究者、教育者、実践者への「ケアリング」論の普及が始まった¹⁷⁾。研究課題として取り組みを開始した初年度の1989年には、「日本看護科学学会第1回国際看護学術セミナー」に台湾大学教授余王眉(You-Mei Chao 1989)氏、徳島大学助教授野島良子氏(1989)、コロラド大学教授ジーン・ワトソン氏(Jean Watson 1989)が招待され、それぞれが文化を背景にして考えている「ヒューマン・ケアリング」についての講演会が催されている。その後も「ケアリング」については、文献による解説や総説による紹介が相次ぎ、看護の教育課程へ取り入れられ、「国際ケアリング学会」等の学術集団が創設され、「高齢者ケアリング学研究会誌」「地域ケアリング誌」等の季刊誌が発刊されるまでになっている。最近においてケアリングは、ケア者と被ケア者が調和のとれた人間関係を相互に構築し、互いに成長し変化するプロセスであると解釈し、このプロセスにおいては人生において起きる不思議や神秘を認め、被ケア者が体験している内的世界、意味の世界を尊重し、病名や診断名の背後、あるいは認めることが難しいと考えられる反社会的な行動をしている被ケア者の背後にいる被ケア者のスピリット“spirit”をみつめて感じ、被ケア者のもつ内的ヒーリング力を高め、新たにし、ときには奇跡が起きること(常識や期待、予期以上のことが起きること)を可能にして受け入れる行動や態度であるとみるJean Watson氏のような学者もいる¹⁸⁾。人間は誰しものが自分自身、きょうだい、子ども、仲間、あるいは自然や環境を「ケアリング」してきたという歴史があるにもかかわらず、1970年代まで殆ど学問的にはアメリカにおいても注目されてこなかった。それが1980年代に入り、ケアリングが主流を占める時代からケアリングが優先される時代へと移行し、ケアリングの概念が学問的な注目をあびるようになる¹⁹⁾。日本においても、ケアリングが概念として看護教育に取り入れられるようになってから20年弱になり、この理論に関連した研究も増えている。序章ではこれら研究の動向を分析し、「ケアリング」理論として日本へ導入されてからの研究者の意識や研究手法の変化を明らかにする。

1. 研究方法

日本に「ケアリング」の概念が導入された1989年から2000年までは、医学中央雑誌において「ケアリング」をキーワードで検索された論文31件のうち文献を手に入れることのできた15件を対象とした²⁰⁾。Web上の検索が可能になっている2000年～2012年は「ケアリング」、「看護」、「テーマ」をキーワードにして医中誌Webでヒットした文献85件のうち抄録を参照できる文献66件を対象に検討した。

分析は、文献発行年、研究の対象、筆頭研究者の勤務領域、研究デザイン、分析内容、「ケアリング」概念の変化についてである。その際、分析した資料について指導教授の確認を得て、分析の妥当性を高めることに努めた。

2. 結果及び分析

1) ケアリング理論の導入：導入期（1989年～2000年）における動向

佐藤幸子らの研究をベースに「ケアリング」をテーマに使用している文献16件の分析結果について述べる。この分析で総論や特集を対象に入れたのは、日本に「ケアリング」が導入されたきっかけと、導入当初にケアリングの概念がどのように紹介されたかを検討する目的と、その後の研究者の意識の変化をみるためである。これら16件の文献は、海外の理論の紹介としての総説・論評・講演・翻訳が9件、文献研究1件、量的研究2件、質的研究4件であった。総説や翻訳においては海外の理論をベースにした「ケアリング」論が記述され、文献研究、量的研究においては研究者自身で概念を海外の理論をベースに規定した研究が始められている。質及び量的研究6件の研究対象になっているのは、日本の施設や機関で働いている患者—看護師間に着目した原著論文が3件、教師—学生間のかかわりを分析対象にしたもの2件、看護師を対象にしたもの1件である。理論導入の時期であり、研究に取り組むよりも、理論の理解に比重が傾いていたことが理解できる（表3）。

ケアリングの概念は、1989年に導入されて以来1994年頃までの初期は総説、解説、論評、講演、海外文献の紹介を通じて普及され、1995年になるとワトソン氏の理論を基に開発されたケアリング行動評価尺度“Caring Behaviors Assessment”が翻訳され、日本文化に特有と考えられる質問項目がさらに付加されて患者と看護師が考えるケアリング行動についての質問紙調査が始まっている²¹⁾。その後も2000年までは研究対象は日本人々であるが、概念は海外の理論をベースにした研究がおこなわれ、その内容は学生と教員間におけるケアリングプロセスとしての相互作用に焦点をおいたもの²²⁾²³⁾、ケアリング行動とし

での患者のプライバシーの尊重・意図的タッチ・積極的傾聴・患者のそばにいることに開するもの²⁴⁾、終末期がん患者が考えるケア者のケアリング行動にかんするもの²⁵⁾等である。

表3 ケアリング論導入期の文献及び研究の動向

年度	著者領域	文献No.	研究デザイン		研究対象	分析内容
2000	教育	37	質問紙	量	看護者	ケアリング影響要因
2000	教育	17	Field Research 助産婦学生	質	患者—看護者間、 学生(6名)—教師	学びのプロセス
2000	教育	18	参与観察 記録の分析	質	学生(4名)—教師	ケアリング行動要因
1999	教育	19	インタビュー 看護記録	質	患者—看護者	看護介入
1999	教育	20	参加観察 面接法(8名)	質	患者—看護者間	ケアリング行動
1999	教育	38	文献研究(49件)	文献	文献	研究手法 ケアリング概念
1997	教育	16	質問紙	量	患者—看護者	ケアリング行動
1994	教育	39	特集(総論)	総論	患者—看護者	ケアリング概念
1993	教育	40	海外文献	文献 翻訳	入居者—高齢者間	ケアリングの特質
1993	教育	41	海外文献	文献 翻訳	病院管理者(看護 婦以外)、病院管 理者(看護婦)	ケアリングの意味
1993	教育	14	総説	文献	患者—看護師	文献の推移
1993	教育	42	解説	文献	看護者、教育者、 管理者	ケアリング概念 研究テーマの推移
1993	教育	43	論評	文献	患者—看護者	ベナー看護論
1993	教育	12	解説	—	—	—
1992	教育	44	基調講演	—	—	—
1989	教育	21	講演	—	—	—

理論が導入されるとき概念は、その後の教育課程への取り組みに大きな影響を与えるものと考えられるため、次に「日本看護科学学会第1回国際看護学術セミナー」を通して最初に「ケアリング」の概念について話された余王眉氏・野島氏・ワトソン氏の講演録を基にその概略を記述して検討する。

2) 導入された余王眉氏・野島氏・ワトソン氏が述べる「ケアリング」論^{26) 27) 28)}

各氏のコアとなる論点についてであるが、まず余王眉氏は、「看護ケアは、ヒューマン・ケアリングの一形態」であり、1) 知覚された事物は、観察対象ばかりでなく、観察者の状態にも左右されることが実証されている、2) 個人と社会は一つの単位であるため、行動とは、環境の中で相互作用する個人の相互的調節関係の産物である、3) 人は、時間と空間における機能的な行動に失敗し、欲求不満や怒りを経験するとき、助けを必要とするようになる。従ってケアリングのプロセスにおいては、助けを必要とする人を、正しい時間に正しい状況におくことが重要な問題になる、4) ケアリングのプロセスにおいて患者に了解される援助を提供するには、看護婦(平成14年・名称改正にて看護師へ)は自らの価値を明確にし、直感的・主観的印象を信じる必要がある、5) 看護研究は実践における通常の変動

を含み、通常の文脈の中で収集された患者データに立脚する必要がある（例：プロセス・レコーディング」とも言われている）、現象学に立脚するものである、と述べている。確かに人を対象にした「ケアリング」においては、ケア者がどのように被ケア者の状態を知覚したかによって、実施されるケアリング行動が決定され、そのケアリング行動の快、不快、あるいは適切性を被ケア者がどのように知覚したかによって被ケア者の応答も変化してくる。両者はともに生活している社会環境における無意識の価値観、生活様式、法や制度等によって影響を受ける。そしてケア者と被ケア者が育ち、教育を受けてきた社会環境が全く同じであるとは限らない。同じであると仮定することができれば、ケアリングにおけるお互いの関係は公式化、様式化されやすく、一般化されたケアリング技術の構築は容易になると思われる。ところがケアリングを必要としている被ケア者は、個々の時間と空間を生きている。ケアリングの公式化、様式化が難しい所以である。その為ケア者は、刻々と変化する時間と常態することのない状況を正確に見極めながら、ケア者自身の価値観と被ケア者の価値観を照らし合わせ、ケア者自身の直感と主観を信じてケアリングを提供できるようになるための経験と修練が必要となる。しかもそこには常に、経験と修練の積み重ねによる習慣化、様式化への移行というジレンマを伴う。公式化し、様式化することで習慣化したケアリング行為となることを避けるには、特定他者としての被ケア者の具体的な状況のなかで、被ケア者にとって適切な状態にする個の尊重に基づく高度なケアリング能力が必要となる。余王眉氏は、また「正しい時間」、「正しい状況」との表現を使われているが、この「正しい」は被ケア者にとって「正しい」時間であり、「正しい」状況なのであり、判断は被ケア者に委ねられる。怒りや欲求不満で他者の支援を必要としている被ケア者が、誤ることなく自己の状況や状態を判断できるか疑念が残る。ケア者もまた、被ケア者の不満や怒りの状態を目のあたりにすれば、理解よりも先に不安や戸惑いを感じて、ケアリングを必要としている被ケア者の怒りや不満に敬意を払うことは難しくなりそうである。従ってこの時点ではケア者は判断を中止して、時間を作り、場を調整し、起きていることに注意を集中することが重要になると考えられる。この時点においては自らの判断をいったん留保し起きている現象を純粋に観つめるという現象学的視点を欠くことができない。余王眉氏の主張における更なる疑念は、「人は、時間と空間における機能的な行動に失敗し、欲求不満や怒りを経験するとき、助けを必要とするようになる」、この助けを必要とする人を「正しい時間に正しい状況におくことが重要な問題になる」についてである。欲求不満や怒りで助けを必要としている被ケア者の感情をそのまま正しいと受け入れるとき、

ケア者の感情もまた被ケア者の怒りや欲求不満を投影し、怒りや欲求不満に陥ることになる。向けられる怒りや欲求不満がケア者にとって対処可能なレベルの場合、問題は生じないと思われる。しかしながら、ケア者にとってもその不満や怒りがコントロールできる域を超えてコントロール不可能となる場合、いかなる状況が生じるかについてである。被ケア者にとっての最善を見失い、ケアリングの継続が難しくなるのではないかと懸念される。ノディングズ氏も、「わたしたちはときには、ケアされる人がなにを望んでいるか、そして、自分がどう考えるのがその人にとって最善であるかということで、葛藤に投げ込まれることもある²⁹⁾、また「すべてのケアリングの状況には、ケアするひとが、任務に伴う諸々の責任や義務に押し潰されて、負担に苦しんだ結果、他の人をケアするのを止めて、むしろ「ケアリング」の対象になってしまうという危険性が、現実にある」³⁰⁾と述べている。この危険性は、職業として不特定多数の被ケア者や生命の終結の選択に悩んでいる被ケア者のケアリングに携わるときに、ケア者が予測しておいた方がよいと思われる課題である。「ケアリング」が現象学に立脚する点については、事象の把握のプロセス、つまり「事象そのもの」を記述する点において、被ケア者がいるその場の状況、状態は「事象そのもの」として観察されながら、ケア者の知識を用いて判断することが差し控えられ（現象学における判断の停止）、被ケア者のおかれている状況、状態をそのままリアルに記述する過程については、現象学の手法を確かに用いる。しかし、現象学では観察者が、その事象を哲学し、解釈して意味づけを行い記述する。従って、具体的事象が抽象的な認識論となり、やがては観察者によって標準化される。しかし、ケアリングのプロセスにおいては、被ケア者とケア者間における判断の正誤性は問われない。痛みを感じている被ケア者がいれば、ケア者はその感じている痛みを直感的に感じて受け入れる。被ケア者が痛みの原因を探究する必要性を感じていず、ある特定の緩和法に依拠しているときには、その思いや方法を尊重して理解する。被ケア者個々の痛みであり、一般化、普遍化することを停止する。被ケア者に起きている事象は、被ケア者が感じているそのまま真であり、尊重され、意味のある現象となる。この時点において想起されるのが、ノディングズ氏の次の一節である。

「ケアリングには、自分自身の個人的な準拠枠を踏み越えて、他の人の準拠枠に踏み込むことが含まれている。ケアするとき、わたしたちは、他の人の観点や、その人の客観的な要求や、その人がわたしたちに期待しているものを観察する」^{31) 32)}。

ケアリングにおいてケア者は、自らの価値・信念の枠を超えて被ケア者の観点や要求、そして期待に応える。そのとき、ケア者自らが拠って立つ価値を明確にしていず、直感や印象を確認する術をもたないときは、ケア者はケアリング行動を見失うことになる。自らの準拠枠を超えてケアリングにかかわるときの落とし穴である。

次に、野島氏の論についてであるが、講演テーマ「Human-Caring と看護—看護の美はどこに成り立つか—」に筆者は一瞬戸惑いを覚えた。スキム・リーディング(skim-reading)で“Human-Caring”の単語を探そうとしたのである。しかし、この単語が記述されていたのは、表題、そして「まとめ」に「Human-Caring としての看護の本質を、文化という文脈にそって、看護者が、看護する行為のなかで獲得するところの美、に求めてきました」と2回のみ使用である。看護の本質、看護行為の美が、“Human-Caring”であると述べていることは確かである。しかし、それをいかに説明しているか。単純な引用は不可能である。講演の流れに沿ってじっくりと読み、解釈する以外に理解の手段はない。先ず文化の語源についての説明が述べられている。「文化の語源は、ラテン語の“cultura”」であり「栽培する、耕す、手入れする、さらに遡って、ある土地に居住する」ことを意味し、語源に内包されたこれらの意味は、文化が人間の生成行為」であり、「自然への働きかけの結果得られた産物」であるということである。しかし、「自然に働きかけて、道具や産物という形に転換する行為だけが、人間の行う生産活動ではない」ことを主張するために、アリストテレスの弁を借りて「事物を生成するには自然による生成、技術による生成、そして自己偶発による生成」があると主張を展開する。つまりは、「健康は自己偶発によって得られることもあるし、技術によって作りだされもする」。看護行為も「人が理想とする健康が作りだされていく過程」に関与している点において、健康（文化）の生成を企む一つの主体であり、健康をつくり出すという目的をもち、目的を達成する技術を駆使していると理解される。また、基本的ニードを充足するという看護の諸活動は、「互いに網の目状に連鎖しつつ、一瞬の切れ目もなく、それ自身が有する速さやリズムを維持しながら持続してゆく。そこに形としての「生活の流れ」、「個々人によって異なる、独特の流れの速さとリズムをもつ」と同時に、社会を構成する成員全体にその流れが認識され、文化の特性としての型を形成するというのである。看護行為で形成される美としては3つのタイプを主張している。第1は働き的美(用の美)であり、看護の働きがもつ「健康をつくり出す」という社会的効用と価値である。第2は看護活動において生成される生命に内在する美(かたち的美:身体的美、健康の美、生活の流れの美)、第3は看護者が看護活動の過程で獲得す

る技の美である。結果として看護者は、技術を媒介して病む人に働きかける「場」において二重の産物を生み出すことになる。病む人にもたらされる健康の回復と、看護者のうちに自覚される自己(Self)、孤立してある自己ではなく、行為によって他者と共にある自己、生を他者とともに共存する共生的な自己である。この「自覚がもたらす喜びを美と認識するところに、看護の中にある美が普遍的な真として、新しい看護学のパラダイムを構成してくると思われる」と述べられている。

しかしながら野島氏は、「自己偶発的に生成される健康」、「技術によって作りだされる健康」、「自然に生成される健康」についての具体的記述をしていない。従って筆者なりの具体的な解釈をすれば、自己偶発的に生成した健康とは「各個人が遺伝や母親の胎内で培ったとも考えられる生まれ出たときの体質の形成」が一例と考えられ、「生活の場」における細菌やウィルスの感染で抗体を得て健康を形成する等の「自然偶発的な健康形成」もあり、健康科学の技術を駆使して操作する美容整形やフィットネスクラブにおける計画的な訓練を通して理想とされる健康体を形成することも可能であるとなる。しかしながら、ヒューマン・ケアリングを看護行為が作り出す美としての「価値」とみることに同意しかねる。なぜなら健康をつくり出すことは、看護行為の目的の一つではあっても、そのことのみが目的ではないからである。さらには健康を価値とみるとき、不健康な状態の被ケア者へのケアリングに関わり健康を取り戻すことができないと判明したときにどのような事態が生じるかである。疾病を「キュア」するためにあらゆる手段をつくしたが、「キュア」できないとわかったとき医療従事者が感じた敗北（価値の否定）のときと同じような状況になりはしないだろうか。価値は、あらゆる個人、社会が常に承認し、絶対的に認められる性質をもつ、従って人は一般に敗北（価値の否定）を避けたいと願うようになる。またケア者は、敗北を認めるつらさから逃れるために、患者を対象化して病気に同化して考えることで感情を抑圧し、罪責感を封じ込め、自らの価値の維持に奮闘しかねない。看護行為による健康の生成が公に価値を認められることで、看護の社会的地位は向上し、学問としての探究への士気も高揚する。健康の生成は、人の活動範囲を広げて社会の経済活動を促進し、文化をより洗練して発展させる効用があり、公共の目的として活用できる側面をもつ。その意味において社会にとっての価値、役に立つ行為であることは確信できる。とは言え、やはり健康の生成を専門職者集団の目的として掲げ、価値を追求する行為とみることに異を唱えざるを得ない。理想の健康の形成を目指してヒューマン・ケアリング（看護行為）を提供するのは、単一の価値としての目的「健康をつくり出す」ことにあるので

はなく、人々が共に社会を形成し、維持し、各々の生涯をより良く生活できるようになるための支援のひとつとしてであると筆者は考える。

ワトソン氏は、「ケアリング」理論を形而上学的・超越論的次元で捉えており、次のように述べている。「ヒューマン・ケアリング・プロセスは、それ自体が、どちらの一人よりも大きなエネルギーをもつ場である。それは、自発的に発生しうる人間的な意識プロセスの一部だが、それ自体の限界を超えて各個人の生活の歴史の一部になり、より大きく、より深い、複雑な生活パターンの一部になるものである」と。ワトソン氏は、人間にはそれぞれが身体に中心部とも解釈されるコア“core”があり、それ自体にエネルギーがあるとみていて、その部分をヒューマン・センターと呼んでいる。そして人が癒しをしようと意識するとき、癒しの状態となり、拡大されたエネルギーの場が人の内的な力と資質を強化する。ヒューマン・センターを復活させ保存することによって、人の精神が生き生きと保たれ、物体としての地位に屈服することが避けられる。医学的キョア主体の制度では、技術化の下に人間は断片化され、患者は患者自身としての尊厳を貶め、物体に還元される危険性が潜んでいるのではないかと懸念するからである。患者が物体化されれば、それはまた、やがては医療に従事する専門家も物体へと還元されることを意味する。人間の尊厳を保存し、ヒューマニティを回復するにはトランスパーソナルなケアリングのもつ形而上学的(神学的)な高いエネルギーの次元を捉える必要があるとみているのである。私たち人間は、ケアリングプロセスにおいて生じる形而上学的な世界(ヒーリングが生じている場の様態)を見ることができないが、それを体験することはできる。ケアを与える者とケアを受ける者とが一つの総体をつくりあげる。2人の人が自発的、受容的にお互いの中に入っていくとき、変化が生じ、エネルギーに満たされる。この捉え難い現象を映し出すには、科学的パラダイムの一つであるホログラフィック理論が必要となる。この理論によると、物理的な世界では特定の瞬間に生起するようにみえるエネルギーの波動“pulse”が、周波数の世界では時を待たず、永遠であり、時空を超えるものであると示唆されている。ホログラフィックの視点では、意識は結果であるよりも原因に近く、人間をエネルギーの場と定義し、環境との間に連続的なエネルギー交換を行い続ける開放系、エネルギーの中心、意識のパターンなどと定義することで、科学的モデルの拡張、科学的な言葉を可能にする。ケアリングのプロセスにおいて生じるヒーリングを意識するが故にワトソン氏は、ケアリング / ヒーリングとこれら二つの語を殆ど常に並列に記述している。

ワトソン氏は、人間は生きた生命体でひとりひとりが独自の尊い存在で他者との取り換

えはきかないにもかかわらず、医学的「キュア」を主体としたパラダイム下で生じた人間の身体部分に焦点をあてた分析や身体の一部に生じている疾病を治療することでその人を治療できると考えたこと、人間を全て一括して理解できるかのような幻想をいただいたことからの転換をケアリング/ヒーリングモデルとして提示していると考えられる。この講演においてはヒューマン・ケアリングが如何にして生じ、どのようにして癒しがおきるのかについての詳しい記述はみられない。しかしながら、人間が相互につくりだすエネルギーとその場における意識の延長による現象として生じると解釈していることは確かである。2012年に発刊されたヒューマン・ケアリング・サイエンス“Human Caring Science”においてこの現象について説明されていると思われる部分があるので次に引用する。

「ヒューマン・ケアリングは看護師が他者の生命空間（他者の生命が在る時間とエネルギー空間）、あるいは現象野（事象が起きている場）に入るときに始まり、そこでは他者の存在状態（スピリット、ソウル）に気づき、この他者の状態を看護師自身の内的状態として感じ、被ケア者が取り除きたいと切望してきた情動や思いを解放することができるような状態で応える。このような状況においては、看護師と患者の間にはある種の間主観的な流れが生じる。どちらの自己（セルフ）にとっても調和がとれているとはいえない情動、思い、エネルギーが解放されると、それぞれの自己にとってより調和のとれた、個人ひいては人類にとっての安寧へ向けたより穏やかな、より意識の高い他の情動、思い、そしてエネルギーへと入れ替わる」³³⁾。

ノディングズ氏は、ケアリングにおいてケア者は自分自身の準拠枠を超えて、被ケア者の準拠枠へと踏み込むと「準拠枠」“personal frame”との表現をしているが、ワトソン氏は「ヒューマン・ケアリングは、特定の看護師が 特定他者の生活空間“the life space”や事象が起きている領域“phenomenal field”に入り込むときに始まる」と表現している。看護師は、意識する・意識しないに拘わらず、職業としての活動に携わるとき、被ケア者の生命（エネルギー）活動の場、生活の場、事象が起きている場“field”に常に入り込む。看護の職業としての特殊な立場、領域に関する考慮がワトソン氏のこれらの表現背景になっていると思われる。職業でありながら看護は、他者の生活空間（生活の場）や形而上学的領域（信念）に入り込む。意識していなければ、つい忘れてしまい、他者の領域を踏みつけてしまうリスクが付随してくる。両者の理論において多少の違いが生じているのは教

育者としてのノディングズ氏は教育を実践するときの概念枠組み「準拋枠」“personal frame”に焦点を絞っているのに対して、ワトソン氏は看護師の活動の場“field”において生じるリスクを念頭に教育、日常生活活動、宗教や信念、病からの回復、倫理、地球環境の回復を目指したより広い概念を構築している点である。

3) ケアリング概念の活用：活用期（2001年～2012年）における研究の動向

2001年～2012年に看護領域において「ケアリング」をテーマにした原著論文は66件であった。それらは量的研究が37.9%（25件）、文献研究6.0%（4件）、質的研究が56.1%（37件）である。量的研究では質問紙やアセスメント尺度が用いられ、質的研究ではインタビュー、振り返り、語りの分析、記録の分析、参与観察が実施されている（表4）。

表4 原著論文の推移(2001年～2012年9月)

発刊年	総数	量	文献	質	質的研究デザインの種類			
					事例	観察	記録分析	
2012	3	2	0	1		0	0	1
2011	6	4	0	2		1	0	1
2010	6	2	1	3		3	0	0
2009	9	2	0	7	インタビュー	4	1	2
2008	7	2	0	5	インタビュー	3	1	1
2007	6	1	2	3	インタビュー1、語り1	2	0	1
2006	8	4	0	4	振り返り1、語り1	2	1	1
2005	5	2	0	3	インタビュー	1	1	1
2004	8	4	1	3	インタビュー	2	0	1
2003	4	0	0	4	インタビュー1、振り返り1	2	0	2
2002	3	1	0	2	インタビュー1、振り返り1	2	0	0
2001	1	1	0	0		0	0	0
総計	66	25	4	37		22	4	11

第1章において既述したように、1989年から1994年までの最初の5年間には総説が9件である。研究の原著論文は、1997年以降に散見されるようになるが2000年までは7件であった。その内訳は量的研究が2件、文献研究1件、質的研究4件であったが、この導入期の10年に比較すると、2001年から2012年の10年間には原著論文が66件となり、「ケアリング」の研究に取り組む研究者の人数が飛躍的に増えている。

原著論文における筆頭研究者の勤務領域は教育分野が76%（50件）、臨床の看護師は24%（16件）にとどまっている。年次推移は、教育分野が2004年7件をピークに2005年～

2012年までに3～5名が原著論文を発表している。臨床における「ケアリング」の研究発表のピークは、2009年の4件であり、2003年には3件みられるものの、年間の発表はその殆どが1件の発表である（図1）。

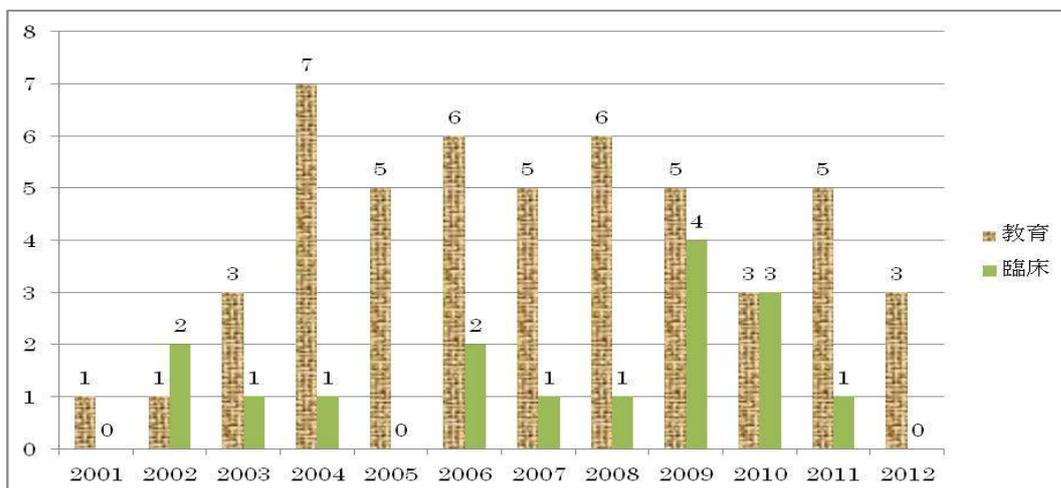


図1 原著論文における筆頭研究者の勤務領域（2001～2012年）

研究において分析の対象になっているのは、学生 30% (21 件)、患者 17.1% (12 件)、看護師 38.5% (27 件)、助産師 2.8% (2 件)、文献 4.2% (3 件)、その他は各 1.4% (1 件) で患者家族、看護教員、臨床の看護指導者、養護教員、高齢者、家庭薬販売業者、一般となっていた(表 5)。原著論文が 66 件であったにもかかわらず、研究対象が 70 件となったのは、ケアリングのプロセスを分析するために学生と教員、学生と臨床指導者、看護師と患者、看護師と患者家族などのように複数を対象にしている文献があるからである。

表5 研究対象（複数対象有）

(2001～2012)

研究対象	件数	%
看護師	27	38.6
学生	21	30.0
患者	12	17.1
文献	3	4.3
助産師	2	2.9
患者家族	1	1.4
看護教員	1	1.4
臨床指導者	1	1.4
養護教員	1	1.4
高齢者	1	1.4
家庭薬販売	1	1.4
一般	1	1.4
Total	70	100

表6 研究における分析内容

(2001～2012)

分析内容	件数	%
ケアリング行動	28	42.4
ケアリング要因	12	18.2
ケアリング体験(プロセス)	10	15.2
ケアリングパートナーシップ	3	4.5
言葉の意味	2	3.0
看護倫理	2	3.0
ケアリング能力	1	1.5
ケアリング概念の検討	1	1.5
教材の学習効果	1	1.5
患者支援	1	1.5
看護師の満足度	1	1.5
看護現象	1	1.5
看護教育における「ケアリ	1	1.5
学生への接遇教育	1	1.5
「ケアリング」のもつ影響	1	1.5
Total	66	100

研究の分析内容は、「ケアリング」という言葉の意味 3.0% (2 件)、ケアリング行動 42.4% (28 件)、ケアリング要因 18.2% (12 件)、ケアリング体験及びプロセス 15.2% (10 件)、ケアリングパートナーシップ 4.5% (3 件)、看護倫理 3.0%(2 件)であり、以下各 1.5%(1 件)がケアリング能力、「ケアリング」教材の学習効果、ケアリング概念の検討、看護現象、「ケアリング」という言葉のもつ影響、看護師の満足度、患者支援、学生への接遇教育、看護教育における「ケアリング」の動向についてであった(表6)。

4) 2001年～2012年の研究におけるケアリングへの意識の変化

2001年から2009年までは、51文献件中7文献(13.7%)においてケアリング概念の枠組み規定が行われ、9文献(17.6%)では規定はおこなわれていないものの概念と理解できる記述がみられている。それらの主なものは被ケア者としての「尊厳を守り、治療枠の中で被ケア者の意思を尊重し、被ケア者のコントロール感を補完しながら命を守り、被ケア者の成長を志向するかかわり」³⁴⁾、「被ケア者の立場になり、発達レベルに合わせた能力を引き出し、希望を支えるかかわり」³⁵⁾、「被ケア者が安心・安定し、身体機能の向上をはかり、社会的な役割を向上させ、自己肯定感を高め、生き甲斐や折り合いをみだし、審美的な欲求を満足させることのできるかかわり」³⁶⁾などである。

2010年以降になると15文献中9件(60%)にケアリング概念に関する記述がみられている。主なものは、「被ケア者の立場になり、発達レベルに合わせた、能力を引き出すかかわり」³⁷⁾、「被ケア者を大切な存在として認識し、その人の能力を最大限生かせるかかわり」³⁸⁾、「被ケア者一人ひとりを『社会で生活する人』と捉え、住み慣れた地域でその人らしい

生活を再構築できるように支援するかかわり」³⁹⁾、「被ケア者のおかれた状況や背景を 解したかかわり」⁴⁰⁾、「その人らしさを支え、残存能力を活かし、対象を取り巻く環境を視点においたかかわり」⁴¹⁾などである。ケアリングを促進する為に環境に視点を置き、ケア者と被ケア者がケアリングの目標を共有し、お互いを高め合おうとするパートナーシップについての模索が始まっている。これら概念を 2001 年～2009 年と 2010 年～2012 年に区分し、概念の内容を一つの文章になる意味ある文節ごとに区切り、同じ内容でカテゴリ化した。すると共通のカテゴリとしては 1) 被ケア者を理解する《知識》、2) 被ケア者へのケアリング行為である《欲求の充足》と《充足方法》、3) ケア者と被ケア者がともにいる状況としての《存在》、4) ケアリングの目的《目標》としての支え（サポート）の 4 カテゴリが浮かび上がった。研究者が探索しているケアリング概念における理想は、被ケア者の基本的欲求を充足し、安全安楽を維持して命を守り、経験・時間・空間を共有して、その人らしさや生き甲斐を支え、生活における目標をともに理解し合うことでお互いに成長してより良い生活を築くことにあるといえる。また、2001 年～2009 年、2010 年～2012 年において探索されているケアリング概念の内容には変化がみられる。研究者の被ケア者を病院や保健医療施設において生活する「ひとりの人」として理解する視点が、2010 年以降の論文では「社会で生活するひとりの人」へと変化し、被ケア者の基本的な欲求を満たすかかわりは「被ケア者の能力や残存能力を最大限に生かして、被ケア者の生活を再構築できるかかわり」へと変化している。また、時間・空間・経験を共有するケア者と被ケア者の存在は、共にいて生活の目標を共有する存在へと転換がみられる。カテゴリ化してみて浮上した最も重要な変化は、ケアリングの目的・目標である。ケア者が被ケア者の「希望や意思を支える」ことを目標にしていたのが、被ケア者が「その人らしく生きる」ことができるように支え、治療におけるサポートを実施することへと移行していた。研究者の視点は、被ケア者が地域社会において生活している人であり、地域の環境や社会における被ケア者の存在様式、そしてその役割へと広がっている（表 7）。

「ケアリング」論が導入された 1980 年後半から 1990 年代は、医学界が全ての疾患は科学の下に明らかにされて治療可能になるという夢から覚めて、限界に気づき、脳死者からの臓器移植、安楽死など、医師のみの肩にかかっていた人間の生死の判断に司法の判断が加えられ始めた時代である。自己主張することを「よし」とみない日本文化に包まれて、しかも日常生活の殆どを医療保健施設で過ごし、医療処置の時間に沿ったルールを守り、ケア者の世話を受けて療養生活をおくらざるを得ない被ケア者にとっては、自らの意思を

主張し、社会的な役割を継続することが難しい時代であったともいえる。このような状況下で、医師の補助的業務に携わってきた看護職者も医師と同様に疾患の治療を最優先にして被ケア者の身体的な疾患理解に忙殺され、被ケア者を「社会的な役割をもって生活しているひとりの独自の存在」として理解することを忘れてしまっていたようである。しかしながら、人は誰でも自然に他者へと関心を向ける存在であり、生活の場で起きている現象を見て、他者の立場を自分自身に投影して考えることのできる存在でもある。やがては周囲で起きている現象に気づき、「ケア」し、「ケアされる」存在である自らの限界や価値判断に足りない部分の改善へと努力を始めることができる。上記で分析対象とした20年以上に及ぶ研究者たちの論文からは、誰もが自然に実施していながら意識されてこなかった「ケアリング」について外国から導入した理論を学びながら普及に努め、わが国の現状に照らし合わせて実践に移している姿を垣間みることができる。

表7 ケアリング概念に含まれるケア者主体のカテゴリー

年		2001～2009年の概念に含まれている内容	2010～2012年の概念に含まれている内容
カテゴリー			
理解	知識	被ケア者を理解する	被ケア者のおかれた状況を理解する
		被ケア者の立場を理解する	被ケア者のおかれた立場を理解する
		被ケア者を固有の存在として捉える	被ケア者を大切な存在として認識する
		被ケア者の環境を理解する	被ケア者を取り巻く環境に視点を置く 被ケア者を「社会で生活する人」と捉える
行為	欲求の充足	被ケア者の命を守る	
		被ケア者に関心を向ける	
		被ケア者の所属のニーズを達成する	
		被ケア者の尊厳を守る	被ケア者の生活を再構築できるようにする
充足方法	充足方法	被ケア者の意思を治療の枠内で尊重する	
		被ケア者のコントロール感を補完する	
		被ケア者の審美的な欲求を満足させる	
		被ケア者とコミュニケーションをはかる	被ケア者との関係性を創造する
状況	存在	被ケア者と意思の疎通をはかる	
		被ケア者の体験に共感する	
		被ケア者に情報を提供する	
		被ケア者に人間性豊かにかかわる	
目的	目標	被ケア者の能力を引き出す	被ケア者の能力を最大限に生かす
		被ケア者の成長を促す	被ケア者の残存能力を活かす
		経験を共有する	被ケア者と目標を共有する
		時間を共有する	被ケア者とともに存在する
目的	目標	空間を共有する	被ケア者のその人らしさを支える
		被ケア者の希望を支える	被ケア者がその人らしく生きることを支える
		被ケア者の意思決定を支える	被ケア者の治療におけるサポートを行う
		被ケア者の人間性を高める	

第3節 鍵概念の定義及び研究方法

1. 鍵概念

本論稿における研究は主にケアリングについてであるが、ケアリングが行われている「環境」の枠組みをどのように考えるか、その定義が重要になる。また、ケアリングが行われている様子を場面ごとに描写する手法を取り入れる。その描写場面の様子を「様態」と呼称する。そのため「ケアリング」、「環境」、「様態」について最初に簡潔に述べ、定義する。

1) ケアリング

ケアリング“caring”は、福祉、医療、看護、心理、教育の分野で広く使われている。その語義は、形容詞で同情心のある、人を思いやる、親切な⁴²⁾や、他者へ思いやりをみせて、共感することである⁴³⁾と訳されているが、第二部で述べるように辞書によって異なる表現が使われ、理論の枠組みとしてもそれぞれの研究者で異なる定義をされている。従って「ケアリング」の一般論について述べるときは、各研究者の定義をそのまま使用するが、筆者の見解としては①他者に関心を向けて共感し、その思い、意志を尊重してかかわりを継続して応答し合う関係を築いてゆくこと、②自分自身に関心を向けて、その思い、意志を確認・尊重し、他者とのかかわりを継続して応答し合う関係を築いてゆくこと、として用いる。なぜなら、ケアリングは子どもどうし、親子間、きょうだい間、仲間どうし、教師と生徒間、看護師と患者間、医師と患者間などあらゆる人々の間で行われていて、関心を向けて、その関心を向けた他者に共感して応答することで、さらに両者の関係に深まりや広がりがみられていると考えるからである。また、他者と自分自身の思い、意志に齟齬が生じたときには、齟齬がなぜ起きているか、他者にとっての善は何か、自分自身にとっての善は何かを吟味しケアリングを継続することが重要になると思われるからである。

2) ケアリングが行われている環境の枠組み：システムとしての環境

ケアリングが行われている環境としては、人の生涯発達を念頭におくとき、まず初めは直接的な二者関係が発生する家庭があり、次に親に連れられて行く大抵は直接的であるがときには間接的な三者関係が生じる保育園、幼稚園、隣近所、学校などがある。さらには、人が所属する組織などの管理運営に影響を及ぼす学校教育法、児童福祉法、医療法、労働基準法などの法律もある。これらの環境を全て含むより上位の概念上の環境としては、日常生活においては意識することの少ない地域の文化や教育観などの信念などがある。人は

成長発達するにしたい活動の範囲はより広がり、生涯を通して環境との間で漸進的で複雑な相互作用を生じていると仮定して、最初に理論モデルを提示したのはBronfenbrenner(1917-2005)である(52)(53)(54)(55)。環境との相互作用が生じている概念の命名は、直接的な二者間における相互作用(immediate face-to-face level)が生じる環境をマイクロシステム(Microsystem)、家庭と保育園など二つの組織にまたがる間接的な三者関係において相互作用が生じる環境をメゾシステム(Mesosystem)、そして相互作用を行うその人が直接的な関係性を形成するのではないが、その人が属する組織との相互作用を生じる法律等に関する環境をエクソシステム(Exsosystem)、そして特定の文化における生活様式、人生設計の選択構造、価値観や信念などの環境であるマクロシステム(Macrosystem)である。人がケアリングを行い、生涯において影響を受けると同時に影響を与えていると考えられるこの「環境システム」は、Bronfenbrennerによる下記の記述とウーラハーコネン(Ulla Harkonen)⁵⁶⁾が推奨するペン(Penn, H)の図を参考に図案化すると図1のように表現できる(図1：人間の発達における環境システム)。

生態学的環境は、一組のロシア人形のように入れ子式の構造を概念図として理解することができる。最も中心のレベルから順次外側のレベルへと移ってゆき、これらの構造はマイクロシステム、メゾシステム、エクソシステム、マクロシステムと定義される。⁵⁷⁾

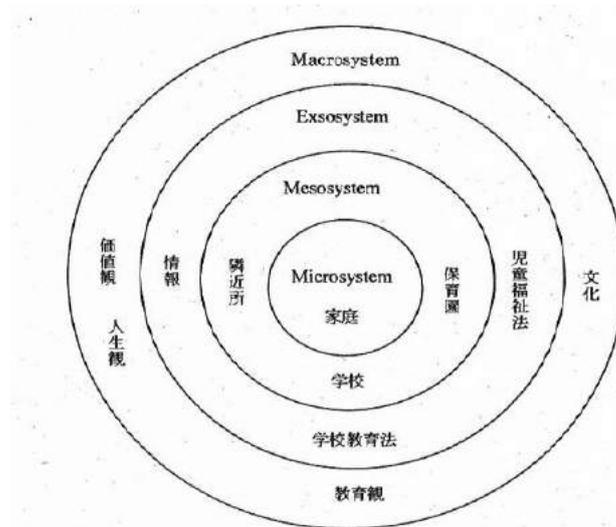


図2 人間の発達における環境システム

3) 様態

人と人がかかわり合いを行っているときの行為やコミュニケーションの様子であり、観察されたときの様子や態度などの状態を示す。

2. 方法

本研究は主にインタビュー調査、質問紙調査、参与観察、文献資料調査に基づいている。

筆者は、看護師として約 20 年間で看護職者として過ごしてきた。看護職者が医療領域におけるインタビュー調査や質問紙の調査をするということは、調査を依頼する施設の倫理委員会による審査を経るとはいえ、嘗ての人脈を頼りに調査が行いやすく、内容分析の解釈を容易にするという長所がある。しかしながらこの長所は、調査環境に慣れ親しんでいるために、客観性を欠き、重要な内容を見過ごす等、分析に影響を与える可能性を否定することができず、短所にも成り得る。この短所は、指導教授や投稿誌の査読者の批判を受けることで乗り越えることができたと考えている。また、インタビュー調査においては、半構成的面接にし、調査施設のスタッフとともに方法を検討の上、そのスタッフに依頼して実施した。録音されているインタビューの原発言をそのまま引用してストーリーを構成し、複数の研究者による検討を経た後に研究参加者へそのストーリーを提示して、分析結果が適切であることを確認している。

参与観察においては、偶然に居合わせた場面を詳述したものであり、被観察者は筆者が研究者であることは知らされていず、警戒心を引き起こすことはなかったと考える。観察した事象は、その直後にメモに記述し、帰宅後に記録として書きおこしたものである。筆者の主観が「解釈に影響を与えていない」と断定することはできないが、第三者としての客観性は保たれていると信じている。

なお、研究参加者名や参与観察した地名については、倫理的側面を尊重し匿名性を保持するために改名した。

引用文献

- 1) 浪本勝年, 伊藤良高, 廣田健, 他編, 藤田秀雄訳「ユネスコ学習権宣言」『ハンディ教育六法』, 北樹出版, 2013, p.47
- 2) 一般社団法人 厚生労働統計協会「厚生の指標 増刊」『国民衛生の動向』, 2012, Vol.59, No.9, p.75
- 3) P.ラングラン, 波多野完治訳『生涯教育入門』, 全日本社会教育連合会, 1971
- 4) 日本生涯教育学会編『生涯教育事典』資料, 東京書籍株式会社, 1990, p.551
- 5) 前掲書 2), p.44
- 6) Milton Mayeroff “*On Caring*”, Harper Perennial, Harper Collins Publishers, 1990
- 7) Nel Noddings “*Caring: A feminine Approach to Ethics & Moral Education*”, The Regents of the University of California Press, 2003
- 8) Helga Kuhse “*Caring: Nurses, Women and Ethics*”, Blackwell, 1997
- 9) Jean Watson “*Postmodern Nursing and Beyond*”, Elsevier Health Science, 1999
- 10) ミルトン・メイヤロフ著/ 田村真, 向野宣之訳「生きることの意味」『ケアの本質』, ゆみる出版, 2001, pp.13-16
- 11) ネル・ノディングズ著/ 立山善康, 林泰成, 清水重樹, 他訳「倫理と道德の教育—女性の観点から」『ケアリング』, 晃洋書房, 2008, p.39
- 12) ヘルガ・クーゼ著/ 竹内徹, 村上弥生監訳「看護婦・女性・倫理」『ケアリング』, メディカ出版, 2000
- 13) ジーン・ワトソン著/ 川野雅資, 長谷川浩訳「ポストモダン看護とポストモダンを超えて」『ワトソン 21世紀の看護論』, 日本看護協会出版会, 2005
- 14) ブロンフェンブレンナー(Urie Bronffebrenner)著/ 磯貝芳郎, 福富護訳:『人間発達の生態学』, 川島書店, 1995
- 15) 前掲書 6), pp.7-15
- 16) 前掲書 7), pp148-170
- 17) 樋口康子「看護におけるヒューマン・ケアリング—多元論的研究方法を求めて—」『看護研究』, 医学書院, 1993, Vol.26, No.1, pp.33-39
- 18) Jean Watson “A Theory of Nursing”, *Human Caring Science*, JONES & BARTLETT LEARNING, Second Edition, 2012, pp46-75
- 19) 筒井真優美「ケア / ケアリングの概念」『看護研究』, 医学書院, 1993, Vol.26, No.1,

pp2-13

- 20) 佐藤幸子, 井上京子, 新野美紀, 他「看護におけるケアリング概念の検討ーわが国におけるケアリングに関する研究の分析からー」『山形県立保健医療大学紀要』, 2004, Vol.7, pp.41-48
- 21) 操華子, 羽山由美子, 菱沼典子, 他「患者・看護婦が認識するケアリング行動の比較分析」『Quality Nursing』, ゆみる出版, 1997, Vol.3, No.4, pp.63-71
- 22) 細川順子「臨床におけるケアリング教育ー倫理的で探究的な臨床実習のためにー」『神戸大学医学保健学科紀要』, 2000, 16 卷, pp.59-68
- 23) 山崎あけみ「女性の健康に関するケアリングを学ぶ手がかりとなるプロセスの抽出」『看護研究』, 医学書院, 2000, Vol.33, No.1, pp.71-80
- 24) 松田光信, 浅田庚子「悲嘆状況にある患者のケア, ケアリングの観点から」『看護研究』, 医学書院, 1999, Vol.32, No.1, PP.77-83
- 25) 片岡純, 佐藤禮子「終末期がん患者のケアリングに関する研究」『日本がん看護学会誌』, 1999, 13 卷 1 号, pp.14-23,
- 26) Yu-Mei(Yu) Chao「ケアリングの諸概念ー文化の相違をふまえてー」『日本看護科学学会誌』, 1989, Vol.9, No.2, pp.38-45
- 27) 野島良子「Human-Caring と看護ー看護の美はどこに成り立つかー」『日本看護科学学会誌』, 1989, Vol.9, No.2, pp.46-58
- 28) Jean Watson「ヒューマン・ケアリング理論の新次元」『日本看護科学学会誌』, 1989, Vol.9, No.2, pp.29-37
- 29) 前掲書 11), P.39
- 30) 前掲書 11), P.20
- 31) 前掲書 11), p.38
- 32) 前掲書 7), p.24

(註)

“Caring involves stepping out of one’s own personal frame of reference into the other’s. When we care, we consider the other’s point of view, his objective needs, and what he expects of us”

33) 前掲書 18、pp46-75

(註)

“Human caring begins when the nurse enters into the life space or phenomenal field of another person, is able to detect the other person’s condition of being (spirit, soul), feels this condition within him-or herself, and responds to the condition in such a way that the recipient has a release of subjective feelings and thoughts he or she had been longing to release. As such, there is an intersubjective flow between the nurse and patient. As feelings, thoughts, and energies that are less harmonious with either person’s self are released, they become replaced by other feelings, thoughts, and energies that are more harmonious with one’s self and are kinder toward and more mindful of the well-being of each person and ultimately for humankind”

34) 吉田裕紀子, 野嶋佐由美, 畦地博子「精神科保護室における看護師のケアリング」

『高知女子大学看護学会誌』, 2009, 34 巻, 1 号, pp.20-28

35) 坂本喜美, 安藤和代, 岡野美栄「重症心身障害児 (者) へのケアリングにおけるエキスパートナースの思い, 関わりにおいて大切に心がけていること」『国立高知病院医学雑誌』, 2008, 16 巻, pp.13-20,

36) 猪股千代子, 佐治順子, 高橋方子, 他「パーキンソン病患者に対する音楽療法の効果「ケアリングの視点からの心の健康の定性的評価」『日本統合医療学会誌』, 2008, 1 巻, 1 号, pp.96-103

37) 濱田梨佐, 安藤和代, 井手野未奈, 他「興奮状態にある重症心身障害児 (者) へのケアリング行動」『国立高知病院医学雑誌』, 2010, 18 巻, pp11-16

38) 重久加代子「がん看護に携わる看護師のケアリング行動を促進する要因の探索「ケアリング行動 7 因子と関連要因の下位尺度の分析より」『看護展望』, メヂカルフレンド社, 2011,36 巻, 9 号, pp.854-859

39) 藤山恒子, 高橋真奈美, 御手洗静代, 他「「その人らしく生きる」を支えるアシストケアリング, 併存疾患を有する高齢透析患者の在宅支援」『日本リハビリテーション看護学会学術大会集録 23 回』, 2011, pp. 166-169

40) 増田裕美, 濱耕子「妊娠期に入院を経験した女性が認識する看護者のケアリング行動」『日本看護倫理学会誌』, 2012, 4 巻, 1 号, pp.22-31

41) 山本浩子, 中村もとゑ, 森川千鶴子, 他「老年看護学概論履修後に学生が捉えた「ヒューマン・ケアリングの意味」, 『日本看護福祉学会誌』, 2012, 17 巻, 2 号,pp.147-157

- 42) 犬童幹子「癌看護に携わる看護者のケアリングに関する研究, 癌看護のケアリングに影響する要因調査」『日本がん看護学会誌』, 2000, 14 巻, Vol.2, pp.42-54
- 43) 中柳美恵子「ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題, 看護学におけるケアリングの概念分析を通して」『呉大学看護学統合研究紀要』, 1999, 1 巻, 2 号, pp.26-44,
- 44) 木下幸代「ケア / ケアリングの意味するもの」『看護学雑誌』, 医学書院, 1994, Vol.58, No.4, pp.314-317
- 45) Cynthia Poznanski Hutchison 著/ 鈴木千衣, 筒井真優美訳「高齢ナーシングホーム入居者間におけるケアリング行動のタイプと意味」『看護研究』, 医学書院, 1993, Vol.26, No.1
- 46) Marilyn Ray 著/ 清真佐子, 吉田智美, 筒井真優美訳「組織文化における看護実践のためのビューロクラティック・ケアリングの理論」『看護研究』, 医学書院, 1993, Vol.26, No.1, pp.14-23
- 47) 近田敬子「「ケアリング」の概念と研究方法を模索して」『看護研究』, 医学書院, 1993, Vol.26, No.1, pp.40-47
- 48) 羽山由美子, 高田早苗, 木下幸代「看護実践の卓越性とケアリングのパワー, ベナー看護論を読んで」『看護研究』, 医学書院, 1992, Vol.26, No.3, pp.51-60
- 49) 樋口康子「ヒューマン・ケアリングの哲学的側面」“The Philosophical Aspect of Human Caring”, 『日本看護科学学会誌』, 1992, Vol.12, No.4, pp.49-58
- 50) Syogakukan “*Progressive English-Japanese Dictionary*”, Fourth Edition, 2005, p.306,
- 51) Houghton Mifflin Company : “*The American Heritage Dictionary of the English Language*”, Fourth Edition, 2009
(註) “feeling and exhibiting concern and empathy for others”
- 52) Urie Bronfenbrenner: “Toward an Experimental Ecology of Human Development, *American Psychologist*”, 1977, pp.513-531,
- 53) Urie Bronfenbrenner: “A Future Perspective, Perspectives on the ecology of human development”, *Developmental Ecology Through Space and Time*, 1995, pp.619-647
- 54) Urie Bronfenbrenner: “Environments in Developmental Perspective; Theoretical and Operational Models”, *American Psychological Association Press*, 1999, pp.3-27,
- 55) Urie Bronfenbrenner : “Ecological models of human development”, *International*

Encyclopedia of Education, Vol.3.3,2nd.Ed. Oxford. Reprinted in: Gauvain, M.& Cole,M.(Eds.),*Readings on the development of children*,2nd Ed.1993,pp.37-43

56) Ulla Harkonen: “The Bronfenbrenner Ecological Systems” , *Theory of Human Development*, Daugavpils University, 2007,pp.1-19

57) 前掲書 55) p.39

(註)

The ecological environment is conceived as a set of nested structures, each inside the other like a set of Russian dolls. Moving from the innermost level to the outside, these structures are defined as Microsystems, Mesosystems, Exosystems, Macrosystems, and Chronosystems.

第一部 マイクロシステム・メゾシステムにおけるケアリングの諸相

ひと「人」のあいだ「間」と書いて人間と言う。人は誕生の瞬間から誰かの関心を引き、世話を受け、互いに影響を及ぼし合いながら生涯を送る。文字どおり家族・仲間・地域社会といった人と人の間に生き、生かされている。ときには他者からの思い入れや関心が煩わしく思われてひとりになりたいと「構わないで」と叫びながらも、誰かが関心を向けてくれることを期待する。そして「誰も構ってくれない」「Nobody cares!」とふてくされる。それは人が互いにケア“care”し、ケアされながら生きる存在であることを意味する。時折「世話を頼んだ覚えはない」と拒否的態度で応じる方をみかけることもあるが、そのような方ほどややもすると家族や周囲の方々に世話（厄介や迷惑）をかけていることが多々ある。この互いに関心を向けてケアし、ケアされる過程「ケアリング」「caring」は、意識するしないにかかわらず常に我々の身の回りに起きていて、いろいろな関係性の様態を醸し出している。

第一部においてはこの日常生活におけるケアリングの様態を描写し分析検討を加える。なぜなら人は社会の最小単位である家庭において両親やきょうだいとの関わりを通して生活様式を学び、身につけながら成長する。初めは自らの感情や欲求に従い行動しているが、やがては自分を取り巻く環境を意識して沸き起こる興味や関心に従って行動するようになる。その行動が社会規範や両親・きょうだいの思いに反するとき、反社会的な行動、あるいは容認できない行動、危険な行動として認識され、衝突やぶつかり合いが生じるようになる。この衝突やぶつかり合いは、関わり合う者の感情を刺激するが、同時にその特定他者に自分自身の意思を伝えたいという欲求を生じさせ、特定他者の意思に気づき、自分自身の感情をコントロールして相手の思いを尊重できるようになる。最初は家庭において学習する相手への思いや情動のコントロールに端を発する衝動的な行動であるが、次第にその領域を二者関係から三者関係、そして集団における関係性を考慮したケアリング行動、あるいは社会における法律を考慮したケアリング行動へ、さらには地域や日本文化における価値観を考慮したケアリング行動へと広がってゆく。その広がり様態は、ちょうど U. ブロンフェンブレンナーが「人間発達の生態学」で、人間は生活環境の中に漸進的に入り込み、再構成しながら成長するとして、人が経験する活動、役割、対人関係のパターンを母親、子ども、きょうだい等の特定の 1 組における社会の中の特定の立場と関連する関係性をマイクロシステム(Microsystem)、発達しながら新しい行動場面へと入り二つ以上の組織における相互関係を織りなしてゆくメゾシステム(Mesosystem)、直接の行動場面ではな

いが発達しつつある人の行動や判断に影響を及ぼしているきょうだいの友人ネットワークや地域の教育委員会の活動等より広範囲なネットワークを含むメゾシステム(Mesosystem)、法律、教育制度などのエクソシステム(Exsosystem)、そして宗教や文化による価値・信念などのより上位のシステムをマクロシステム(Macrosystem)と構造化したのに包含される¹⁾。

本第一部では、対面的相互作用関係を直接経験するマイクロシステムである母子及びきょうだい間におけるケアリング、対面的相互作用からさらに発展し三者関係へと広がるメゾシステムである病院における5名の看護師と7歳女児のかかわりにおけるケアリング、文化や生活様式を反映しながら相互関係を構築してゆくエクソシステムとしての地域社会における仲間どうしのケアリング、さらに生涯教育において価値・信念を形成し続けるマクロシステムにおけるケアリングについて検討する。

第1章 母子及びきょうだい間におけるケアリング

子どもの発達には、乳幼児期には社会の最小単位である家庭内でおもにかかわる養育者である母親や父親、一緒に遊び多くの時間を共に過ごすきょうだい（兄弟・姉妹）いとの間で影響を強く受け合う²⁾。しかしながら、同時にまた、その子ども自身から出現する情動である快、不快、喜び、恐れ、怒り等の情動の発達や自己認知の発達にも影響を受ける。この泣く、笑う、怒る、恐れる等の身体的な表出を伴う強い感情の動きを示す情動は、新生児では未分化な興奮のみ³⁾といわれていたが、現在では誕生時に既に満足、興味、苦痛の情動が備わっていて、誕生後1年もすると喜び、興味、驚き、悲しみ、怒り、恐れ等の情動が認められ、2歳半ごろからは誇り、恥、罪悪感等も出現して3歳までには情動が出そろいと報告されている⁴⁾。

情動に関する主な研究手法としては、面接や質問紙による自己報告、表情や行動を観察して解釈・意味付けを行う現象学的観察法、生理的な反応（心拍数の変動、脳波の変動、発汗の変動、皮膚温度の変化、顔面筋の変化、ホルモンの測定など）を測定する等が挙げられる。自己意識を報告することの難しい乳幼児を対象とする研究においては、二者間（養育者とその乳幼児、乳幼児間）における行動の変化の観察、生理的反応の測定が主に採用されている。また、行動の変化を伴う二者間の相互作用における情動の変化については、ビデオカメラによる撮影の分析も盛んに行われるようになってきている。しかし、観察される養育者がビデオカメラを意識してしまい、自然な相互作用を抑制してしまう等の欠点が見られる。したがって、できる限り被験者が緊張せずに自然な行動をしている環境下における観察を実施するために研究者の近親者、友人とのお子さんが被験者になる例もよくみられる。とはいえ、情動は出現してから消失するまでが短時間（ときには数秒から数分以内）であり、機会をとらえることができれば、ごく限られたチャンスではあるが自然発生的な環境下においてもその変化を観察することができる。

本章では、一組の母子と兄弟が互いのかかわり(マクロシステム)でどのようにして関心を向け、互いに感情を読み取り、共感、あるいは反発し、怒り、泣くといった情動の変化を見せるかについてケアリングの様態を描写し、母親と異なる年齢におけるこの兄弟のケアリングについて考察を試みる。

第1節 研究方法及び目的

子どもが社会のルールを学ぶ過程は、日々の生活の中で生じる重要他者（本章において

は母親と兄弟) とのかかわりの中であり、情動の交流やコミュニケーションを発達させてゆく過程であるとも考えられる。社会のルールは、二者関係における重要他者とのコミュニケーションを通じて知り、重要他者の情動をかきたてる行動を取り、あるいは重要他者の誘いや促しに乗り、ときには逆らうことで衝突しながら学び始めるからである。本章の目的は、年齢の異なるきょうだい(兄弟)が見せる母親へのケアリング、および兄弟間におけるケアリングの様態を分析・検討し、どのようにしてお互いの感情を読み取り、意思を通じ合わせているか、互いに関心を向け合うことで社会のルールやコミュニケーションの学びを繰り返しているかを考究することにある。また、読み取った他者の感情や意思と自己の意思や感情の間に葛藤やズレが生じたとき、どのようにして兄弟とその母親が感情を調整しているか探究し、ケアリングにおける他者の思いへの成り込み(共感)についても考察を進める。

研究手法は、街角のバス停においてみられた1組の親子(推定年齢30歳前後の母親・6歳前後と1歳5か月前後の兄弟)の行動観察である。バス停には、長椅子(2脚)、大きな揺らすことのできるゴミ箱(1個)、タバコの吸い殻入れ(1個)が設置されていた。研究者の観察位置は、母親が座っている長椅子から1mほど後方に置かれている長椅子からである。観察記録は、観察直後に乗ったバスの中で思い起こしのメモを取り、時間の経過に沿いながら母親が兄弟の行動を禁止したために、兄弟の遊びに変化がみられた場面までを1様態として、母親ときょうだいの行動が変化したことにより場面を区切ることでできた様態1～様態4について分析した。

第2節 倫理的配慮

母親と兄弟の匿名性を保持するために観察をした場所であるバス停の地名を記述せず、きょうだいは「兄」、「弟」、または『K君』と表現する。K君の命名は、研究者が母子のいるバス停へ着いたときに、母親が携帯電話に没頭していたことに由来し、携帯電話の「携」をローマ字表記の「K」にした。

第3節 情動の「調整活動」と「成り込み」の概念

養育者とその子どもは、別々の個体でありながら互いに応答し、その意思を通じ合うことで二者一体感をもち、互いに情動を調整しあっている。特に養育者は、子どもの気持ちに合わせて自己の思いを修正して変える情動の調整活動をしているといわれている⁵⁾⁶⁾。鯨

岡峻氏は、その様子を「養育者の情動が子どもの情動領域まで伸び、それが舌状になっている」図で示している（図3）⁷⁾

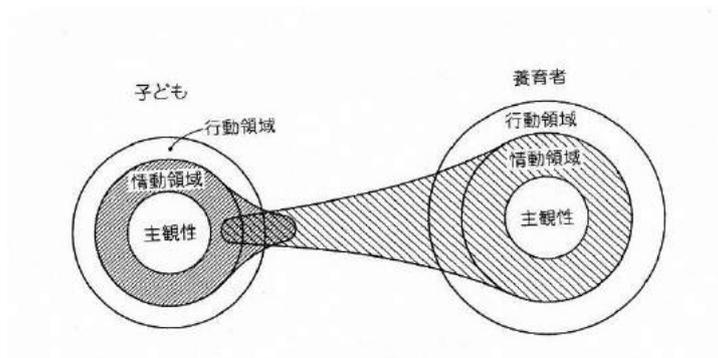


図3 鯨岡峻（関係発達論の構築より）

その例としては、母親が子どもに離乳食を食べてほしいときに観察されるエピソードを取り上げ、母親の子どもの行動を先取りした働きかけの源泉を「成り込み」として次のように論じている。「子どもの気持ちが母親の方に向かってきたとき、すかさず母親は子どもの気持ちに自分の気持ちを重ね（成り込み）、その結果、本来子どもに起こるべき行為がまず母親に現れて、思わず母親は口を開けることになった。一般に、先取的にみえる養育者の行動が現れてくるのはこのような仕方においてではないだろうか」。もっともこのとき「母親には、子どもに離乳食を食べさせようという基本的志向があるにもかかわらず、まだ子どもには食べ物を食べようという意図が生まれていないときがある」。そのようなとき母親は「子どもの出方に応じて自らの行動を調整しつつ、しかし最終的には子どもの行動を自らの願う方向に調整するという、二重の調整活動を含むものとなっている。」⁸⁾

筆者が臨床において頻繁に観察する母親とその子ども、特に乳児との間にみられる母親による情動の二重調整活動の具体例としては、子ども（乳児）が排泄でオムツが濡れて泣いていることに気付いたときに母親が子どもにみせるケアリングがある。母親は、「濡れたの、気持ち悪いね」と話しかけながらオムツを換える。「濡れたオムツを着けていることは気持ち悪い（不快である）」という母親の気持ちを子どもの気持ちとして母親自身に映し出し、子どもが泣いたことをあたかも母親自身の気持ちであるかのように感じ取り（共感）、子どもの情動（泣き）を静めるためのケアリングに繋げているのである。さらに、オムツを換えた後には子どもの不快な気持が快の気持ちになったと思入れをして、「ああ、気持ちいいね」と子どもの快の気持ちに成り込んだ声かけをする（成り込み）。もっとも、子どもが泣くのは、必ずしも排泄による快、不快からだけではない。空腹や驚き、嬉しさなどの情

動も関係している。そのとき母親は、子ども関心を向けてその顔の表情や身体の動きを観ながら子どもの思いを尊重してかかわり（ケアリング）、その関わりを修正していく。ケアリングにおいては、「共感」、「成り込み」をして互いの情動を確認してゆくことが重要になると思われる。

次節においては、より年齢の高い幼児期と学童期のきょうだいとその母親の間にみられたケアリングの様態について検討する。

第4節 観察された様態の詳述

様態1：「ゴミ箱での遊び」：母親による兄弟ふたりへの最初の禁止

研究者がバス停に着いてまず目にしたのは、母親が長椅子に座り携帯電話でメールを打つのに没頭し、兄が母親の3mほど右側後方にあるゴミ箱を揺らし、弟がバス停と隣の空き地の間にある幅30cmほどの側溝を行ったり来たりしている姿であった。バス停に着いて2～3分経過したときである。兄が「K君」と呼びかけて、嬉しそうな表情でゴミ箱を大きく揺らした。側溝の中を行ったり来たりしていた弟は、兄の呼びかけに応じて側溝を出ると、兄と一緒にゴミ箱を揺らし始めた。

ちょうどその時である。母親は携帯電話でのメールを終えた。兄弟を見ると二人で一緒にゴミ箱を揺らしている。「ここ来なさい」と、長椅子の自分が座っている直ぐ横を指さした。兄は、直ぐにゴミ箱から手を離して母親の指示した場所へと行き腰をかけた。K君は相変わらずゴミ箱を揺らし続けている。その様子に母親は、「K君！ 汚いからここ来なさい」と怒った強い口調で、ゴミ箱を揺らし続けているK君に禁止を告げた。

様態2：「吸殻入れでの遊び」：母親によるK君への2回目の禁止

K君は母親の怒った強い口調にゴミ箱を揺らすのを止めて、母親の側へ近づいて行った。しかし、途中で、長椅子の前に置かれているタバコの吸殻入れの上に、紙片が引っ掛かり風に舞っているのに気付く。紙片の方へと歩いて行き、吸い殻入れの中に押し込み始める。なかなか上手く行かずに数回試みている。その様子を見ていた母親は、長椅子から立ち上がるとK君の手を握り長椅子の方へ引き寄せ、自分は長椅子に腰を下ろした。K君は母親に握られている手を振りほどくと兄の側へ行き、兄の横に置かれているビニール袋を長椅子から払い落とし、その場所に座った。すると母親は、「もおー」と言いながら、K君に払い落とされたビニール袋を拾い上げた。ビニール袋の中から本を取り出し、バッグに入れ、

「ゴミ箱に捨ててきて！」とK君にビニール袋を手渡した。K君は母親からの依頼を聞いてビニール袋をゴミ箱に捨ててに行った。しかしビニール袋を捨てた後は、長椅子へは戻らずに、側溝へ行きその中で行ったり来たりする遊びを再開した。

様態3：「側溝の中での往復遊び」：母親によるK君への3回目の禁止

再度側溝で遊びだしたK君を見た母親は、「汚いから出なさい！」と言いながらK君の方へ行きかけた。その時、バスが近づいてきた。バスに気付いた母親は、立ち止り、「バスが来るよ！」とK君に向かって言い、長椅子の上に置かれていたバッグとサッカーボールを手にとろうとした。しかし、サッカーボールをなかなか持ち上げることができない。手間取っている。兄はバスの方へ行きかけたが、母親を待って長椅子とバスの中に立ち止まり、母親の方を見ている。母親の「バスが来るよ！」を聞いたK君は、側溝から出て母親の直ぐ横に立ち、母親がサッカーボールを持ち上げるのを待っている。バスの運転手は、母親がサッカーボールに手間取っている様子を見て、母子が乗らないものと判断したようである。降車客がいなかったためか、直ぐに出発した。すると母親は、「あー！ 行ってしまったわ。また、待たないといけないね」と下を向いたままで顔を少々赤らめながら言われた。兄は、母親の顔を見ながら、「Kのせいやで！ ねー」と母親の機嫌を確かめながらも、バスに乗れなかった理由をK君に転嫁し、その後は長椅子に座った。母親と兄の言うのを聞きながらK君は、二人の傍を離れて再々度の側溝での遊びを始めた。母親はやっとのことで持ち上げることでできたサッカーボールとバッグを再び長椅子に置き、側溝で遊び続けているK君を、「K！」と抱き上げて側溝から連れ出し、長椅子の側に立たせた。

様態4：「車道への距離を縮めるスリル遊び」：母親による兄弟ふたりへの禁止

今度は兄が、サッカーボールを持つと長椅子から立ち上がり、そのボールを歩道の上に置いてボールの上に座り、車が車道を走り去るのを楽しそうに眺め始めた。そして、K君の方へ視線を向けては、車道の方へと身体全体を傾け、満足げな表情を見せた。兄のその様子に興味を抱いたK君は、長椅子の母親の傍を離れて歩道の兄の横に行き、真似をしてしゃがんだ。さらに兄は、傍にしゃがんだK君に「もう少し前に座ろう！」と誘いをかけ、車道の方へとにじり出た。すると、K君も兄に続いてにじり出た。その様子に兄は、嬉しそうな表情で再度にじり出る誘いをかけた。K君が兄の誘いに乗って車道の方へとにじり出ていく様子を見た母親は、「ダメ、あぶないから」と軽い口調で禁止を伝えた。その母親

の禁止を無視するかのように兄は、ほんの少し、またまた車道の方へと寄って行った。その兄の後に続いてK君も車道へと近づいて行った。「ダメ！ あぶない！」と母親がきつい口調で怒鳴った。兄は母親の口調の変化に関心を向けて、母親の顔を見、そのまま動きを止めた。しかしK君は、母親ではなく、兄の顔を見ながら、さらに車道へとにじり出る動きをした。母親は、長椅子から立ち上がり、K君の方へ行き、抱き上げるとお尻を強く叩いた。K君はついに泣きだした。その時、次のバスが来て、サッカーボールを持った兄を先頭に、母親がK君を抱いてバスに乗車し去って行った。

第5節 ケアリング様態の分析

様態1：兄弟と母親におけるケアリング：思いのズレと母親の子どもたちへの期待と干渉

母親は携帯電話でメールすることに没頭、兄はゴミ箱揺らしに満足、弟K君は側溝の感触を楽しむことに夢中と、三者がそれぞれに興味・関心のあることに専心している間は、お互いの思いを確認し応答する姿はみられない。しかし、兄がひとりでのゴミ箱揺らしに飽きて、一緒にゴミ箱を揺らしてくれる、楽しみを共有してくれるK君を必要とするようになったとき、三者の間に変化が生じている。兄はK君も自分と同じようにゴミ箱揺らしを楽しむはずであるとの思いを抱き、これまでよりもさらにゴミ箱を大きく揺らして楽しさを演出し、兄がしているゴミ箱揺らしへとK君の関心を惹きつけた。携帯でのメールを打ち終えた母親の関心も、母親自身の興味ある物への没頭から、子どもたちの行動へと注がれるようになっていく。K君と一緒にゴミ箱を揺らして再び楽しもうと企てた兄の気持ちは、母親の禁止の命令で完遂することなく^{しぼ}萎む。母親にとってゴミ箱は「汚い物」、非衛生的で「それで遊んではいけない物」である。子どもたちの遊びを継続させることはできない。母親が気付くまでに充分ゴミ箱を揺らして遊びそろそろ飽きてきていた兄は、母親の禁止と促し「ここに来なさい」に直ぐ応えて、母親の傍へ行き座った。しかし、K君は数秒前に兄からの誘いに惹きつけられてゴミ箱への興味を抱き始めたところである。新たな遊びを始めたばかりのK君が母親の禁止を促す言葉を素直に聞き入れるはずもない。母親は情動を刺激されて、「K！ 汚いからここ来なさい！」と叱る強い口調になり、K君にゴミ箱揺らしを止めるようにと再度促し、さらには母親の傍に来るように命令せざるを得なくなっている。

弟K君は、「ゴミ箱揺らしは楽しいはず」、「一緒に遊んでくれるはず」との弟への期待から生じた兄からの干渉で側溝での遊びを止め、母親に干渉されてゴミ箱揺らしの遊びを中

止している。兄は弟と一緒に遊ぼうとした意図を母親によって干渉され、途中で諦めている。母親もまた、子どもたち二人の望ましいとはいえない容認することのできない遊びで、怒りの情動を喚起されている。「ゴミ箱を揺らしていたい」、「弟と一緒に遊んで楽しみを広げたい」、「子どもたちに汚い遊びをさせてはならない」と、三者三様の思いは一致しない。それぞれが相手の行動に関心を払い、相手が自分と一緒に楽しんでもくれるはず、行動を変えてくれるはずと期待しながらも、自分自身の思いも十分に完結できずに、満足感を抱くことができないでいる。

様態2：母親によるケアリング：二重の調整活動とK君の思いへの成り込み

K君は周囲のいろいろな物に興味を示している。最初は側溝の踏んだときの感触を楽しんでいたK君であるが、兄の誘惑でその関心は揺らして遊ぶことのできるゴミ箱へと移り、中止させたい母親の思いによる干渉でタバコの吸殻入れの上で風に舞っている紙片へと向かう。母親が長椅子に座らせようとしても、K君は母親に握られている手を振りほどいて兄の傍へ行く。そして、兄の横に置かれている本の入ったビニール袋を長椅子から払い落して、そこへ座っている。母親の汚い遊びをさせてはならないとの思いから出た叱りの言動で遊びを中止せざるを得なかったことに怒り、怒りのはけ口をビニール袋に入っている母親の本に向けて長椅子からはたき落とし、その情動を静めているのである。この時までには、K君が意味ある単語を喋るのは聞かれていない。したがって、言語にして抗議をするまでにコミュニケーション能力が発達していないK君は、怒りの情動を行動にして表現したと思われる。ビニール袋をはたき落したK君の行動に、母親は「もお！」と言いながら、ビニール袋を拾い上げ、その中から本を取り出してバックに入れ、ビニール袋は「ゴミ箱に捨ててきて！」とK君に手渡ししながらも、ビニール袋をはたき落したその行動を叱らなかった。なぜであろうか。そこには、母親の二重の思い、「汚く危険な遊びはさせられない」との母親自身の思いと、遊びを中止させられたK君の怒りの気持ち、「もっと遊びたい」「ほっといて」の感情に引き込まれて共感し、理解している思いを読み取ることができると考えられる。本はビニール袋の中に入っているもので汚れていない。遊びを遮られたK君の気持ちを考えると、今度は叱るよりも情動を抑えて、本をバックに入れ換えて、汚れたビニール袋はゴミ箱に捨て、K君をさらに叱って怒りの情動を煽るよりも、

遊びへの執着によるK君の怒りが鎮まるのを待つことにしたのだと思われる。

様態3：兄がみせた母親へのケアリング：母親の思いへの共感

母親はバスに乗れなかったことを残念に思うと同時に、近くにいた研究者に恥ずかしさを感じたようであった。その母親の気持ちを感じ取った兄は、バスに乗り込むことのできなかった直接の原因を母親がサッカーボールを持つのに手間取ってしまったことから、K君の側溝での遊びへと転嫁した。研究者の方をちらりと見ながら母親に向かって「Kのせいで、ねー」と兄が言ったのは、母親の残念に思う気持ちに共感し、たまたま居合わせたが為に、「バスに乗り損なう姿を見られてしまった」という研究者への恥ずかしいという母親の気持ちを察したための言い訳であったと推察することができる。6歳と思われる兄ではあるが、既に兄には、母親の気持ちに成り込みながら、自分の情動と母親の情動を調整しようとする情動の二重の調整をする様子が見られる。さらに、兄は自分たち家族以外の人、そこに居合わせた研究者の気持ちまでも推し測って表現することができるまでに情動の発達が見られている。母親と弟、見知らぬ第三者へと関心を向け、その様子を観て、それぞれの思いを察しながら行動することができるまでに兄は成長していると考えられる。

様態4：K君による兄へのケアリング：遊びへの誘い

最初は兄が、歩道から車道への距離を縮めるスリル感を味わうために、K君に遊びへの「誘い」をかけた。その兄の表情に誘われて、K君は真似をして応えた。しかし、車道へ出てしまうと危険であり、「ダメ、あぶないから」止めるようにと母親から禁止された。しかし、兄弟は母親からの禁止を聞かずにさらに車道の方へと距離を縮めていった。その様子に、ついに「だめ！ あぶない！」と、母親は怒鳴って禁止せざるを得なかったようである。兄はこの遊びの危険性を知ったうえで行っていて、興味はこのスリルある遊び、そのものにあるのではなく、弟K君が真似をするのを楽しんで誘いをかけたのであり、母親の怒鳴る口調を聞くと、これ以上母親を怒らせてはいけないと判断したのであろう、にじり出る行動を直ぐに止めた。しかし兄からの誘いに応えたK君は、母親の怒りの口調も気にならないらしく、今度は自分から兄を誘いだそうとして母親からの禁止の注意を無視して遊びを続行しようとする。そのため母親は実力行使で遊びを中止させようと、K君を抱きあげてお尻をたたいたものと考えられる。K君がみせた兄に関心を向けて兄の思いに成

り込みながら応答する様子からは、ケアリングは直接関係している対面している二者関係での意思の通じ合いを学ぶことから始まり、第三者との関係における他者の思いまでも推察し、他者の情動を思いやるまでに発達することがみえてきた。K君はもっぱら自分自身の関心に専心していたのであるが、兄に誘いをかけたK君の姿からは兄のスリル感に共感し、さらに続行したいであろうという兄の思いを理解するようになってきていることが読み取れる。

第6節 考察

現代の青少年が精神的に未熟であるのは、自然との触れ合いの欠乏、親の過干渉もしくは放任、知育を偏重する画一性の強い学校教育などが人間としての豊かで奥行きのある発達を損ねていると考え、幼少期からの遊びや情動体験の欠乏になによりも起因するのではないかと考えている学者もいる⁹⁾。情動(emotion)とは、身体的表出を伴うような、一時的で急激な感情の動きのことである¹⁰⁾。乳幼児期に養育者やきょうだいとの関係を形成し、遊びの中で情動を十分に体験して積み重ねることで、豊かな情緒ある社会の構成員へと成長してゆく。乳幼児期における行動基準の内面化は、「自己」が出現すると、悪いことをするという行為自体が、その子どもの情動に大きな衝撃を生じさせるといわれ、自己の基準に沿わない、不確かな事態に遭遇すると親の情動表出を参考にして行動を決めることが明らかになっている¹¹⁾。奇しくも本稿に取り上げた弟K君は、ひとりで歩いてはいるが、まだ1語文も話せない様子から1歳半前後で、感情のほぼ全てが出そろおうと考えられている3歳の年齢には達していないと思われる。しかし、兄は誕生からこれまでの年月を母親との関係において、あるいは母親と弟の関係を観ながら、母親の情動と自分の情動を調整できるまでの発達を遂げている。子どもは日々の遊びや生活の中で、養育者やきょうだいのケアリングを通して他者の情動表出を観て自分自身の感情に映し出し、他者の思いを知り受け入れ、あるいは受け入れられずに衝突しながら社会におけるルールや養育者の生活基準を学んでいると考えられる。それは子どもが、身近な親やきょうだいの二者関係の中で特定他者の感情や思いの表出を受け入れ、映して、発見し、学びを広げてゆくように強いられている存在だからであるともいえる¹²⁾。以下にその考察を試みる。

1. ケアリングにおける互いの思いのズレと干渉による学び

今していることを「もっとしてきたい」、面白いことをして「一緒に遊びたい」、「汚く、

危険な遊びをさせてはならない」という一致することのない三者三様の思いが、一緒のことをして過ごす時間を三者がもつのを妨げている。しかし同時に、兄にとってはK君と母親が何をしているか、母親にとっては子どもたち二人が何をしているか、関心を向けざるを得ない状況を作り出している。兄はK君の様子を窺いながら、表情や身振りを巧みに使ってK君を誘い出して遊びを展開しようとする。しかし、母親の表情や口調からその思いや情動を敏感に察知して、母親の感情を害することなくタイミングよく行動を変更しているのである。その様子からは、兄は既に自分が行っている遊びが、母親の遊びとしての安全の基準に沿わないことを知っていると考えられる。兄の年齢を考慮に入れると、この兄が弟の思いや情動が変化するのを楽しみ、母親の思いや情動の変化を感じ取り、その思いを尊重するケアリングは健全であると思われる。母親の遊びを禁止する干渉とも理解される子どもたちへのケアリングは、地域社会における他者との関係性において兄が自分の行動の善し悪しを判断する行動基準の判断に影響を及ぼしていると考えられる。一方K君は、周囲の世界を探索してまわる遊びに興じている時間が殆どを占めている。見慣れないもの全てが遊びの対象になっていると思われるが、特定の道具を使った遊びも兄の誘いで徐々に広がっている。まだ、なぜ母親の怒りの情動が生じているか理解していないようで、母親の安全な遊びの基準を踏まえて母親との関わりをするまでにはなかなかならない。主に二者関係において、母親の情動を掻き立てているK君のケアリングである。

2. K君のケアリングと母親の二重の調整活動における学び

自分の手と足で周囲の世界を探索できるようになったK君は、母親の傍を離れて自分の興味を充足させることに夢中である。今は、まだ母親が遊びを禁止する理由が分からず、母親の口調や表情が変化し、行っている遊びを遮られることで「行ってはいけない」ことを体験している段階である。そのために、母親の怒りの情動を引き起こす前に、兄のようにタイミングを見計らって遊びを止めることができないでいる。母親に遊びを阻止されると、母親の本が入っているビニール袋を長椅子からはたき落とす抗議の態度に出ていることから、K君が行っている遊びの善し悪しを母親が判断して叱られたのだと気付く様子やK君自身の行為を反省する様子はまだ見られない。

母親は、子どもたちのする遊びを最初から禁止するようなことをしていない。見守りながらも遊びの展開によっては、最初は軽い口調で「禁止」の指示を出し、その指示が効をなさないと判断するとより強い口調となり、それでも止めないときはK君の手の甲を叩き、

手を握り母親自身の方へと引き寄せる行為に出る。このときの母親には、「危険な遊びはさせられない」という母親自身の思いと、遊びを中止させられたK君の怒りの情動、「もっと遊びたい」という気持ちを理解し、「もっと遊びたい」でしょうけれど、「汚く危険な遊びは駄目なの、ごめんなさい、気持ちを静めて」と、K君へのケアリングと母親自身の情動が鎮まるのを待つセルフケアリングの二重の調整活動がみられているようである。このK君の気持ちに成り込んで理解してくれる母親のケアリングを通して、K君はのびのびと探索行動を続けることができている。この様子は、ちょうど鯨岡氏が母子間の情動の調整には間主観的な調整がみられていると報告しているのに似ている。子どもと母親はそれぞれが主観的な情動調整を行っていて情動に伴い行動している。大抵は子どもの情動が前面に出るときは、母親は自分の情動を引き下げる。そして子どもの情動が引きさがるも母親が自分の情動を前面に出してくる。しかしときには両者の情動が前面に出て衝突することも生じる。子どもの感情を理解するためには、母親は自分の感情を子どもの感情に移入して共感すること（成り込み）が大切であり、子どもの情動領域まで自分の情動領域を伸ばしたり、逆に自己の情動領域に限局したりしている¹⁹⁾。

3. 兄の母親への共感にみられる学び

他者の気持ちを理解するには、上記で述べたように自分の感情を移入して共感することが大切であり、鯨岡峻氏が仮説として論じているように情動領域は他者身体の情動領域にまで伸びたり、自己の身体に限局されたりと比較的自由に移動しうると考えられる。また、これまでは無能力であると考えられていた新生児や乳児も、母親の喜びの感情や悲しみの感情を映しとる能力をもち、母親の思いや育児の態度に影響を受けていると理解されるようになってきている。既に兄は、母親が自分たち以外の人々の間でどのような感情を抱きながら生活しているかを理解している。母親の気持ちを感じ取り、その感じた思いを母親へ発信すると同時に、第三者であるそこにおいてかかわりをもった他者（研究者）へも「(母のせいで)バスに乗れなかったのではありません」と母親に代わって主張したように思われる。それは、母親の感情に引き込まれて映しだし、新たに兄自身の主張として組み立てて発信することができるまでにケアリングできるようになっている姿である。兄は自己の思いを認識し、他者（母親）の気持ちに共感し、自己へのセルフケアリングと他者へのケアリングがみられている。兄が家庭における二者関係（マイクロシステム）、家庭と保育園などの2つの組織に及ぶ3者関係（メゾシステム）における体験の中で積み上げてきた学びである。

4. K君による兄への遊びの「誘い」にみられる学び

兄からの誘いに最初は応えるのみだったK君が、逆に兄を遊びに誘おうとする。兄が誘いをかけることで特定の道具に興味を惹かれて遊びを繰り広げていたK君であったが、繰り返して誘いを受けるうちに、逆の立場に立つことを学んだようである。兄との遊びの体験が、K君のケアリングに活かされていることを知ることのできる貴重な様態である。兄の顔の表情やしやがむ姿勢までを真似て、K君は兄を誘おうとした。兄は車道と歩道の違いを理解し、車道との距離にどのような意味があるかも理解している。それだからこそ弟K君が真似ることをスリルとして楽しむことができる。K君と居る場所を遊びの道具に選択したのである。おそらくは危険を伴う遊びによる情動の高揚を体験したことがあるのであろう。しかしK君は、兄のスリル感まではまだ理解はしていない。なぜなら、兄の表情の変化を見ることに夢中だからである。K君自身が居る位置を歩道からより車道の方へと近づけることがどのような危険を伴うか理解することなく、兄の関心を引くために遊びを継続しようとしている。K君におけるケアリングの芽生えである。

第7節 結論

5歳頃までにはほぼ全ての情緒がそろうといわれていたのが、現在では3歳ごろまでにそろうと報告されるまでになっている。興奮・快・不快・怒り・嫌悪・恐れ・愛情・嫉妬・得意・喜び・満足・心配・恥ずかしがり・望み・失望などは、他者とかかわり、行動を共にするときに必要な感情である。感情を適切に表出することができないときには、対人関係に障害を生じることもある。この感情の動きを示す情動は、個人の特性としての性格、他者に関心を向けて共感しその思いを尊重してかかわりを継続して応答し合う関係を築いてゆくケアリング、環境を調整して操作する知的発達にも影響を受ける。しかしながら、情動の発達に最も影響を及ぼしているのがどの因子であるかはまだ判明していず、今後の解明を待たなければならないが、子どものケアリングと情緒の発達はともに影響し合っているのは確かである。観察された母子と兄弟は、互いに関心を寄せてかかわり合い、遊びにおけるケアリングを通して興味・喜び・満足・恥ずかしさ・怒りの情動を生き活きと表出していた。また、善し悪しの判断や自己と他者の区別を認識できるようになる発達の途上にいる弟K君は、周囲の世界を探索することに夢中で、母親の感情の変化を十分に認識できていない。そのため、母親は繰り返してK君の行動に関心を向けてK君の意思を尊重しながらも危険な行為などについては禁止せざるを得なくなっている。他方で兄は、自分

自身の気持ち、弟の気持ち、母親の気持ち、それぞれを認識したうえで行動していた。

母親のケアリングは、K君と兄の行動を見守りつつ、子どもたちが汚い・危険な行動を遊びに取り入れようとする、止めるようにと言葉による介入を試み、それでも子どもたちがその行動を変える様子を見せないときには、実力行使で止めさせる様態が主であった。またときには、K君の気持ちに共感して成り込み、セルフケアリングとしての母親自身の情動の調整とK君へのケアリングであるK君の情動調整を行っている様子も見られた。この情動の二重の調整は兄にもみられていて、研究者に向かって母親へのケアリングをする姿（母親の気持ちに共感して母親の気持ちを代弁する行動）も観察された。

子どもが自己の情動を上手にコントロールして社会性を身につけてゆく過程は、養育者・きょうだい・日々かかわりをもつ地域の人々との関係性における相互作用（マイクロシステムとしての環境）においてであり、その相互作用は複雑である。偶然に遭遇する体験をも含めて、子どもは全ての環境要因をその成長の糧にしていると解釈できる。

本論は、1組の母子と兄弟のかかわりを観察して分析したものであり、研究者の主観的要素が解釈に影響を及ぼしている可能性を否定できない。この意味において普遍性への研究手法における限界はあるものの、様態は自然発生的に生じた三者のかかわりであり、マイクロシステム、メゾシステムにおける子どものケアリングがどのようにして行われているかを観察する手法として評価できると考える。

第2章 人工呼吸器を装着している子どもとケア者におけるケアリング

先天性の筋疾患で誕生の直後から人工呼吸器の装着を必要とする子どもたちがいる。人工呼吸器を装着するには気管内にチューブを挿入しなければならず、このチューブが声門を圧迫するために、人工呼吸器を装着すると声をだして泣けず、言葉を喋ることができない。このような状況下にいる子どもたちは、欲求をどのようにケア者に伝え、ケア者は子どもが伝える欲求をどのようにして汲み取っているだろうか。両者におけるケアリングがどのように行われているかに関する研究は皆無であるが、両者の情動の変化は養育者とその子どもあるいは兄弟においてみられたようにケア者と被ケア者である入院中の子どもの間においてもみられ、ケアに影響を与えていることが推察される。しかしながらその関係性は、マイクロシステムである特定他者間（母子）における関係からさらに発展して、メゾシステムである複数のケア者（本章においては複数の看護師）と被ケア者（入院中のひとりの子ども）におけるケアリング（3者関係へ、あるいはより多くの複数のケア者と被ケア者の関係）についての検討が必要となる。なぜなら、出生直後から呼吸困難のために入院し、複数の看護職者のケア下に置かれているからである。

第1節 研究方法及び目的

生後間もなくより人工呼吸器を装着している7歳、女兒、「喜笑^{キエ}」ちゃんと喜笑ちゃん^{キエ}のケアに2001年2月～5月に携わった関西地区のA総合病院に勤務するケア者（看護師）5名の協力の下に半構成的面接を実施した。協力したケア者には喜笑ちゃんのケアに初めてかかわった者と数年携わっている者を意図的に含めている。データは、A総合病院の面接室において行った半構成的面接におけるケア者の語りを録音して書き起こしたものである。複数のケア者により語られた内容をケア者と喜笑ちゃんのかかわりの経過に焦点をあてて振り返り解釈した。分析結果は、協力してくださったケア者に提示して分析が妥当であることを確認した。ケア者の属性及びケア者が喜笑ちゃんにかかわった期間は表8に示すとおりである。

表8 ケア者の属性

	ケア者A	ケア者B	ケア者C	ケア者D	ケア者E
ケアにかかわった期間	約 5年	約 2年	約 1か月	2日	2日
ケア職歴	7年	3年	4年	新卒	新卒
性別	女性	女性	女性	女性	女性

第2節 倫理的配慮

研究協力者が勤務する A 総合病院の研究倫理委員会の審議を経て、研究協力者と喜笑ちゃんの保護者に研究の目的、方法を口頭及び文面で説明して同意を得た。なお、女兒の匿名性を保持するために名前を変えてある。女兒への命名「喜笑」は、ケア者と被ケア者の女兒が互いに応答し合う中で喜びや楽しみを見いだして、互いの笑顔や反応に肯定的な意味を見だし、関係性を広げていることに因んだ。

第3節 概念規定：共感・思い入れ・同情の定義

1. 共感 “empathy”

新選国語辞典によると名詞、あるいは自動詞で、「他人と同じような感情・意見をもつこと。また、その気持ち」¹⁴⁾とある。しかし、分析したのはケア者（看護師）であり、被ケア者は7歳の女兒である。被ケア者の女兒は、彼女自身の主義・主張をする年齢としては若年である。したがって共感を、ケア者が「被ケア者の体験による表情や行動に誘発されて、その感情や思いを推察して理解し、同じような感情や思いを抱くこと」と定義する。

2. 思い入れ “compassion”

ケア者が「被ケア者の体験による苦痛、欲求や思いに気付き、その苦痛から被ケア者を解放したいあるいは被ケア者の欲求や思いを満たしたいと願うこと」と定義する。必ずしも被ケア者が苦痛から解放される、あるいはその欲求を満たされる状態を意味しない。

3. 同情 “sympathy”

ケア者が「被ケア者の体験による苦痛や悲嘆について気の毒に感じる、あるいは気の毒に思うこと」とする。

第4節 結果及び分析

1. ケア者にみられる緊張や戸惑いと被ケア者「喜笑」ちゃんへのケアリングの変化

ケア者は、以下にケア者 D とケア者 E の方が述べられているように、人工呼吸器やモニターに囲まれて生活している喜笑ちゃんのケアに初めて携わったときは緊張や戸惑いを感じて、「重症な子」「かわいそうな子」とみている。

- ・「呼吸器、栄養チューブ、モニターに囲まれとても重症な子ども、7年間病院で生活しているかわいそうな子どもという印象を受けた。」(ケア者 D)

- ・「呼吸器がついていて、ルートも繋がっていて重症という印象を受けた。今まで自分が接してきた子どもとあまりにも違うのですごく戸惑った。」(ケア者E)

しかし、「重症な子」「かわいそうな子」という印象は、ケアでかかわる時間が増えるにつれて次のように変化する。

- ・「喜笑ちゃんとたった数時間過ごただけで、うまく言葉では表現できないけれど、何とも言えず、とてもかわいく思えるようになった。その理由は、たぶん、想像した以上に喜笑ちゃんには色々な能力があり、人懐っこさがあるように思えたからだと思う」(ケア者D)
- ・「喜笑ちゃんと接する中で、喜笑ちゃんが私をじっと見たり、手をぎゅっと握り返してくれたりするうちに、かわいいと思うようになった」(ケア者E)

ケア者は、喜笑ちゃんを「かわいい子」「いろいろな能力のある子」とみるようになっていた。

2. 人工呼吸器の回路をはずす喜笑ちゃんへのケアリング

ケア者は生命線である人工呼吸器の操作には日々のケアにおいて最も注意を払っている。声を出すことのできない喜笑ちゃんはベッドサイドにケア者を呼ぶのにその生命線の人工呼吸器の回路をはずしている。回路がはずれれば、人工呼吸器の警報音(アラーム)が鳴り、アラーム音を聞いてケア者が駆けつけてくるからである。アラーム音でベッドサイドへ駆けつけるときに、どのようなケアリング行動をするか、ケア者は次のように述べている。

- ・「喜笑ちゃんが呼吸器をはずして何かを要求してくるときは、命の安全を守るために、まず第一に、吸引をして欲しいと訴えているのではないかと考える。そのためSpO₂(経皮酸素分圧)モニターの値、顔の色、喜笑ちゃんの胸に手をあててゼクレートの貯留がみられないか確認する。状態に異常がなければ、オモチャが(喜笑ちゃんの)手の届く範囲にあるか等ベッドの周りの環境を整えてみる。それでも白目をむいたり、泣いたり明らかに不快な表情をしているときには、知らない人が病室にいる、かかって

いる音楽が嫌い等、喜笑ちゃんにとって嫌なことがあると考えて原因と思われることを除く。喜笑ちゃんのサインと考えが一致したときは、喜笑ちゃんの言おうとしていたことを理解でき、意思の疎通がはかれたと感じる。」(ケア者A)

また、喜笑ちゃんが訴えているのではないかと推察してケアを行い、喜笑ちゃんの欲求を正確に把握できたと感じるときには嬉しくなると、次のように述べているケア者もいる。

・「喜笑ちゃんが落ち着くと喜笑ちゃんの考えが伝わったことを嬉しく感じる。」

(ケア者B)

さらに、喜笑ちゃんの落ち着く姿を見てケア者自らが安心し、推察したことが正しかったことに自信を得て、喜笑ちゃんへの関心をさらに高めている。

・「何となくホッとする。正しいんだなあと感じ、もっと喜笑ちゃんのことを知ろうと思う。」(ケア者C)

また、ケア者Aが以下に述べるように、喜笑ちゃんが人工呼吸器の回路を頻回にはずす意図を「さびしい」、「遊んでほしい」と解釈して対応している。

・「傍(喜笑ちゃんの部屋)に居ても、頻回に人工呼吸器の回路をはずし、目を見て何かを訴えているときは、なるべく一緒に遊び、さびしい気持ちやイライラしている気持ちをほぐすようにしている。」(ケア者A)

喜笑ちゃんが「さびしい」や「イライラ」していると感じたのはなぜか筆者はケア者Aへ尋ねてみた。すると

・「かつてに思っているの、おかしいわね」(ケア者A)

との返事であった。ケア者Cもケア者Aと同様に喜笑ちゃんが遊びをせがんで人工呼吸器の回路をはずすことがあると述べている。

・「呼吸器(人工呼吸器の回路)をはずすとき、もうしょうがないなと思って遊ぶ。でも喜笑ちゃんの表情が活気にあふれている(手を動かすなど)と、もっといろんなことができないかなーと思う」(ケア者C)

遊んでいるときに喜笑ちゃんは笑顔になり、お尻を振り、手足をパタパタ揺らすという。その様子を見て喜笑ちゃんの発達への援助について述べているケア者もいる。

- ・「反応があるので面白い。もっとかかわれる時間があればと思う。かかわり方によって発達する子なんだろうなと思う。」(ケア者B)

喜笑ちゃんは気管内の吸引をして欲しい、カセットデッキのテープを換えてほしい、オモチャのピカポンをつけてほしい等の欲求を伝えるとき、それに加えて寂しいとき、遊んで欲しいときに人工呼吸器の回路をはずし、少しでも長い時間ケア者とかかわりをもとうとしていた。

3. ケアリングにおけるかかわりの変化

喜笑ちゃんのケアにかかわり始めてからケア者にみられた変化としては、人工呼吸器やSpO₂ モニターを装着している姿への緊張と戸惑いが ⇒ 徐々に軽減し ⇒ 推察してケアしたことへの喜笑ちゃんの反応から推察が正しかったことを知り ⇒ 喜笑ちゃんの訴えに適切に対応できた手応えと喜びを得て ⇒ 喜びや手応えの積み重ねによる自信・安定感・存在感が芽生え ⇒ 喜笑ちゃんの依存・期待を受容したかかわりが深まり ⇒ 自立したケアの広がりがみいだされた。

ケア者は、喜笑ちゃんが人工呼吸器をはずす理由を「さびしい」「遊んで」と推察するようになると、喜笑ちゃんの欲求を受け止めて一緒に遊んでいる。この様子は次のように語られている。

- ・「機嫌良く音楽を聴きながら時々タンバリンを打っていると思っていたら、突然に回路をはずしだす(人工呼吸器)。隣(喜笑ちゃんの)を見ると、同室児の母親が面会に来ている。手遊びを一緒にしたら回路をはずさなくなった。」(看護師A)

人工呼吸器を装着するには、気管内にチューブを挿入しなければならない。その為に健康な状態なら咳嗽反射で自然に排泄される気管内の分泌物がチューブ内に貯留し、呼吸を妨げる状況が発生する。気管内で生じてチューブ内に貯留する分泌物は人為的に吸引して除去する必要がある。喜笑ちゃんは、咳嗽をすることでチューブ内の分泌物が除去しやすくなることを理解しているようである。

「普段は吸引時に咳嗽をほとんどしない喜笑ちゃんも、気管内の分泌物が多いときには咳嗽してくれる。しかも、普段の吸引のときよりもしっかりと大きくしてくれ、1回きりということはなく数回してくれる」(看護師A)

ケア者が推察した喜笑ちゃんの変化は、初めて会うケア者に緊張し ⇒ 緊張が軽減するとケア者への関心が芽生え ⇒ それでも喜笑ちゃん自身の欲求や思いを分かってもらえないとイライラし、悔しい、悲しいと感じ ⇒ 欲求や思いに対処してもらえるようになると緊張がほぐれて安心し、わかってもらえるかもしれないとの期待が芽生え ⇒ ケア者への依存や期待が高まり ⇒ 依存し甘えられるようになると自主的な遊びが広がっていた。(図4)

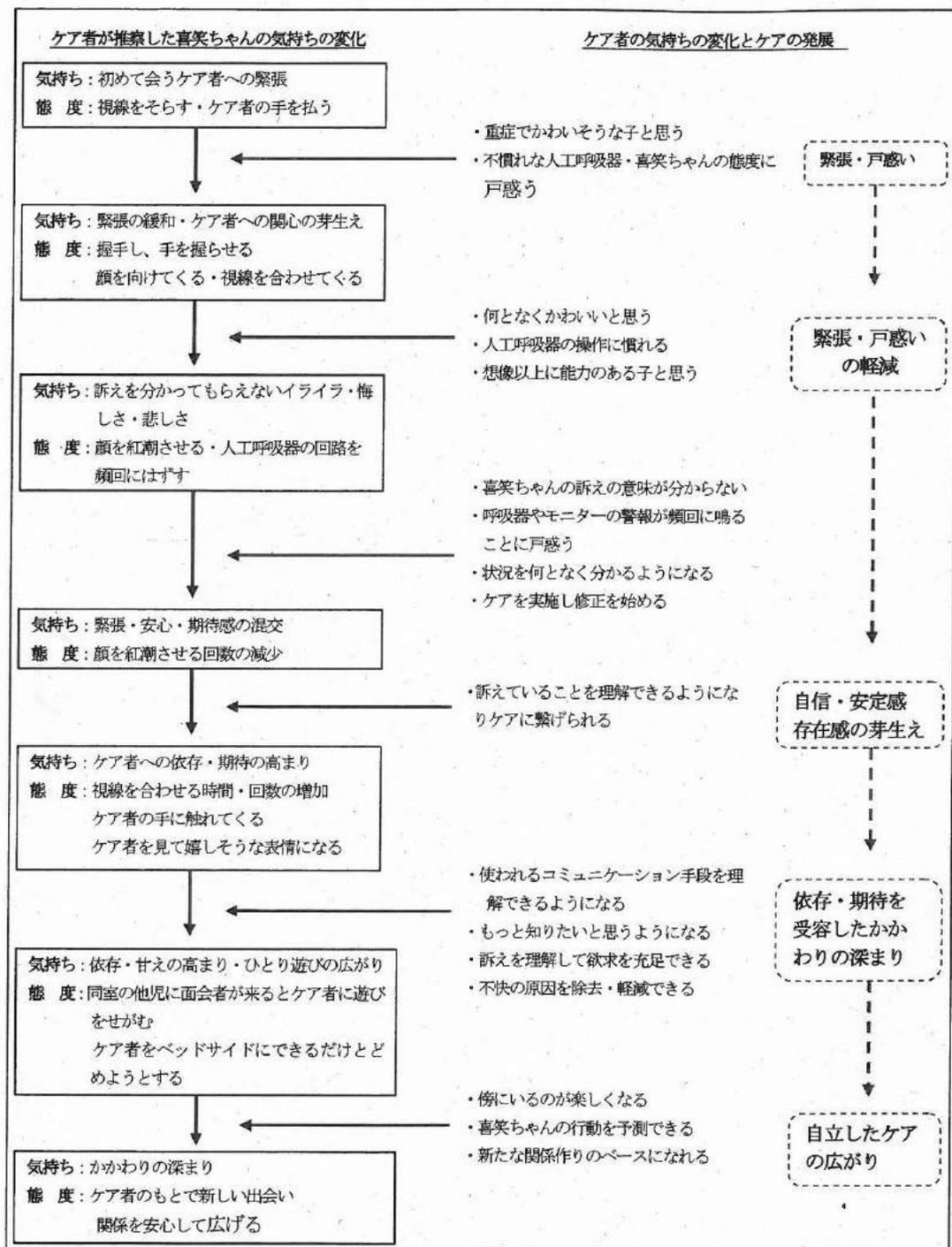


図4 喜笑ちゃんとケア者のかかわりの経過

第5節 考察

1. ケア者の緊張や戸惑いの軽減と思い入れ

ケア者には、初めて喜笑ちゃんのケアに携わったとき、緊張や戸惑いが生じていた。それは慣れない人工呼吸器の管理や初めての処置に対する緊張、喜笑ちゃんの姿や反応についての戸惑いが主であった。喜笑ちゃんもまたケア者から視線をそらせる、ケア者の手を払いのける等、緊張や不安を態度で示していた。しかしながら喜笑ちゃんは、徐々にケア者の目を見つめるようになり、手に触れたりするようになる。この行動が増えるにつれてケア者は、喜笑ちゃんを「かわいい子」「能力のある子」と思うようになり、ケアに携わる緊張や戸惑いも軽減する。ケア者と喜笑ちゃんは、共に過ごす時間が増えて互いに視線を合わせ、手を触れ合うことができるようになると、これまでの心理的、身体的な緊張が解け、安心して相手への関心をもち始めている。呼びかけに応じて目が合うようになり、働きかけに笑顔が返ってくると養育者は子どもと「気持ちが通じ合えた」という気分になると報告されているが¹⁵⁾、喜笑ちゃんとケア者の間にも同様のことが起き、気持ちの通じ合いが生じている。気持ちが通じ合い、喜笑ちゃんがケア者を受け入れたことで、両者の緊張が解けて、新たな関係作りへと進展している。このきっかけになっているのは、ケア者が人懐っこさと解釈している喜笑ちゃんの視線を合わせ、手を握り返し、お尻を振る動作である。喜笑ちゃんはこれらの動作を上手に使うことでケア者との関係を育むことに成功している。生命とは、「もともと『生きる力』を起こさせる基本的なエネルギーと考えられるが、それは単なるエネルギーではなく、周囲との関係を育てる力であり、物を判断する力であり、また生きてあるそのものである」¹⁶⁾と考えると、喜笑ちゃんが看護師に示す反応や動作は、喜笑ちゃんを発信源としてケア者のケアリングを引き出し、安心できる雰囲気醸し出している点において、他者との関係を判断する喜笑ちゃんの能力であり、原初的ではあるが他者に関心を向けて共感して応答し関係を築くケアリングがみられていると解釈できる。

2. ケア者にみられる喜笑ちゃんの行動への意味の付与と手応え

1) 思い入れをすることで、喜笑ちゃんの意図を推察するケア者

喜笑ちゃんは言葉を使って自分の欲求を伝えることはできない。そのためケア者は、なぜ喜笑ちゃんが人工呼吸器の回路をはずしたのか推察して判断している。人工呼吸器のアラーム音を聞き、ベッドサイドへ駆けつけたケア者が最初にする推察材料となる観察は、

喜笑ちゃんの視線、顔の紅潮の程度、涙、胸部のゼクレート音、SpO₂ モニターの値等であった。それは、教育として学んだ看護学や臨床の経験の中で得た知識の活用であり、ケアを進めながら喜笑ちゃんの反応を確認し、推察が的確であるか判断をする過程である。ケア者は、観察のために感じ・聞き、見て推察をして判断している。他方、喜笑ちゃんは自分の思いを充足するために、ケア者の対応が自分の欲求にかなっているかをその視線、顔の紅潮、涙、人工呼吸器のアラーム音を手段にして伝えているとみることができる。この状況でケア者は、喜笑ちゃんが落ち着くとホッとし、喜笑ちゃんが言おうとしたことを理解できた、意思疎通できたと考え、実施したケアリングの行為が正しかったと考えて満足している。ときには、また、実施したケアリングが喜笑ちゃんの欲求にかなっていないと感じると、「不信感（喜笑ちゃんの）をつのらせるのではないか」と考えながらケアリングの行為を修正している。喜笑ちゃんの欲求に応えようとしてケア者は ⇒ 「喜笑ちゃんの反応を観察することで喜笑ちゃんの意図を推測し ⇒ 喜笑ちゃんの満足・不満足、喜びやイライラ等を感じ取り ⇒ ケアリングの行為を修正する」、この過程を繰り返しながらケア者自身の判断についての自信、喜笑ちゃんの欲求を充足できたことへの満足と手応えを感じて、喜笑ちゃんへの関心を高め、新たに対応するためのケアリングの行為を見いだしていた。それは、人工呼吸器をはずす喜笑ちゃんの行為そのものに目を向けるのではなく、人工呼吸器をはずすのは寂しいからだと思い入れをして一緒に遊ぶ、聞いている音楽のテープに飽きたと思い入れをしてテープを換える、思い入れをしたケアリングの行為で喜笑ちゃんの情動を調整し、その欲求を満たしているなどである。いわゆる母親の子どもへのケアリング、「赤ん坊があくびをするのを見てあくびをしたとは捉えずに、眠くなってきたと捉えて寝かせるかかわりをする母親の自己調整的活動」¹⁷⁾と同じである。

ところで、ケア者Aの「かつてに思っている」という気持ちは、実際に勝手な思い込みといえるだろうか。一緒に遊ぶことで喜笑ちゃんが人工呼吸器をはずさなくなり落ち着いてくれば、ケア者の勝手な思い込みではないと判断できる。この「かつてに思っている」ことは、間違った思い込みではなく、ケア者が「思い入れ」をして感じ、推察した結果である。喜笑ちゃんの反応や動作を手掛かりにしてケア者はどのようなケアリングの行為が求められているか判断し、喜笑ちゃんはケア者のケアリング行為を見て自分の欲求を伝える手段の効果を判断している。ケア者と喜笑ちゃんは、互いに相手への思い入れを活用して交流を広め、深めているといっても過言ではない。ケア者のこの思い入れがなければ、喜笑ちゃんの遊びをせがむ気持ちは伝わらず、見過ごされるのではないだろうか。ケア者

の「思い入れ」、それはケア者が喜笑ちゃんに成り代わって感じる気持ち鯨岡氏の述べる「成り込み」¹⁸⁾に通ずるものであると考える。

今後、喜笑ちゃんが周囲の人々との関係を形成するときに、その思いや欲求を上手に伝えて情動をコントロールする力をさらに伸ばすには、喜笑ちゃん的生活空間においてコミュニケーション手段となる器具をケア者が見つけて、喜笑ちゃんと共に活用する機会を増やしてゆく必要がある。また、ケア者が喜笑ちゃんの思いや欲求を感じて推察することのできる空間的・心理的位置にいること、喜笑ちゃんに成り代わって感じることのできる「思い入れ」の感性を保ち、気持ちを通じ合おうとする姿勢も必要であると思われる。

2) 喜笑ちゃんの甘えや依存を受容してケアリングを深めるケア者

喜笑ちゃんは、その疾患の特徴として筋力が衰えるために、オモチャも少し重いと持ち上げることができない。上肢を高く上げることがかなわないために、上腕をベッド上につけた状態で前腕を動かしてオモチャを鳴らすことが精一杯である。下肢の筋力も殆どないために、下腿を動かすこともかなわない。もっともよく動かすことのできる部位はお尻である。お尻の筋肉を利用して左右に少しばかり振ることができる。ご機嫌なときにお尻の振り振りをする。このような喜笑ちゃんの筋力をよく知った上で、ケア者は喜笑ちゃんの手が届く範囲に、もてる重さのオモチャを置いていた。喜笑ちゃんはこのオモチャで飽きるまで一人遊びに没頭することもできていて、遊びへの意欲が高まっている。子どもは「子ども自身の速さと自発性で探索でき、必要なときの手助けがあれば遊ぶ」¹⁹⁾と論じられているとおりである。しかし、同時に「子どもの遊びには、それを認めてくれる人が必要であり、見つめてくれる人があってこそ、子どもは他とのかかわりを求めるようになる」²⁰⁾のであり、喜笑ちゃんが周囲との関係を形成してゆくには、喜笑ちゃんの遊びを見つめて一緒に楽しんでくれるケア者も必要である。生命線である人工呼吸器の回路をはずして遊びをせがむ喜笑ちゃんの姿はこのことを示唆している。喜笑ちゃんは、ケア者との繋がりの中で、見つめてもらっていると感じ、安心して飽きるまで遊びに没頭している。ケア者と「繋がっていたいという欲求」²¹⁾、アタッチメント “attachment” への欲求が充足されているからこそ遊びに没頭できているといえる。興味ある点は、喜笑ちゃんが遊びを楽しんでいるときは、ケア者も満足し、一緒に遊びを楽しむゆとりをもっていることである。

喜笑ちゃんは誕生から7年間を病室の一隅で生活していて、不特定多数のケア者が養育者としての重要他者の役割を担っている。不特定多数のケア者との関係を築くのは容易で

はなかったはずである。しかし、喜笑ちゃんは涙を流し、顔を紅潮させ、ケア者の手を払いのけ、人工呼吸器の回路をはずす等して、自分の欲求を主張し関係を築いている。欲求の主張手段としては、ケア者の手を振り払う、人工呼吸器の回路をはずす等は、ケア者から見れば好ましいとは思えない行為も含まれている。しかし、喜笑ちゃんにとっては、効果的で大切な意味をもつ行為で、ケア者の対応：「決して心停止するまで放っておかれたりすることがない」、また「必ず傍へ来てくれる」ことを確認する甘えの行為であり、ケア者への信頼であると考えられる。「子どものする行為は、実際的な子どもの世界体験に基づく自己表現であり、子どもなりに発見し、吟味し、確認してその学びを深めている」²²⁾と解釈するとき、ケア者が喜笑ちゃんの甘えや依存の行為を受容してきたことが喜笑ちゃんとの絆を深め、さらにはケア者のケアリングの実践を深めてきたのだと考えられる。

3. 喜笑ちゃんとケア者の両者が、お互いの気持ちを投影・修正する過程において育まれる感情の変化

喜笑ちゃんとケア者との間に生じている感情の変化は、ケア者が緊張しているときは喜笑ちゃんも緊張し、ケア者が喜笑ちゃんの依存や甘えを受容しているときは喜笑ちゃんもケア者に依存や甘えと期待を示し、楽しいときには一緒に楽しんでいる、というようにメルロ＝ポンティの「子どもと大人が互いを無限に映しあう」²³⁾に通じる合わせ鏡的な投影が両者の間にみられている。ケア者の喜笑ちゃんについてのイメージは、喜笑ちゃんが見せる微かな反応をケア者が読み取れるようになるにつれ、人工呼吸器やモニターに囲まれた「重症な」、「かわいそうな」子から、「想像以上に能力がある」、「もっと知りたいたい」、そして「傍にいるのが楽しい」子と思われるまでに変化する。喜笑ちゃんとケア者のかかわりの経過(図)で示した変化は、必ずしも直線的に進むとは限らず、重なりや前後の入れ替わりがおこること、ケア者個々によって経過する時間が異なること等も考慮に入れる必要がある。今回は、肯定的なケアリングがみられていたが、ときには否定的な方へと向かう可能性があることも忘れてはならない。

喜笑ちゃんの欲求を伝えようとする意思伝達力は、ケア者が喜笑ちゃんの欲求を感じて思い入れをして推察し喜笑ちゃんの思いを尊重して応える関係を築くケアリング、喜笑ちゃんの意図を推察してケアリング行為を修正・調整する中で培われてきたと思われる。日々のケアの中で、ケア者が喜笑ちゃんの依存と期待を感じて受け入れて応えながら確認して修正し、喜笑ちゃんもまたケア者の期待に応じて吟味し、確認しながら学びを深めてきた

過程である。喜笑ちゃんが寂しい、遊んでと伝えていると感じてケア者が対応するとき、対応に応じて喜笑ちゃんが落ち着き、お尻をスリスリ振る。ケア者は嬉しくなり、自信をもち、さらに喜笑ちゃんへの関心を高めてきた過程でもある。それは子どもが思いを鮮明に表わすようになり、子どもの思いと養育者がお互いにぶつかる時、結局そこにわかり合いとしての繋がり^{24) 25)}が生じるのと同じである。つまり、喜笑ちゃんとケア者のかかわりが深まってきたのには、ケア者の思い入れと同時に、喜笑ちゃんの判断力、意思伝達力もまた重要な機能を果たしてきたといえる。喜笑ちゃんは、ケア者を呼ぶのに最も効果的な手段は、人工呼吸器のアラームを鳴らすことであると見抜いており、視線や手を使って嫌なことを拒否するすべも心得ていて、これらのコミュニケーション手段を頻回に使っている。ケア者は、喜笑ちゃんの欲求や思いを伝える「人工呼吸器をはずす行為」にときには悩みながらも、喜笑ちゃんの思いに共感して理解し、関心を向け続けることで「意思の疎通がはかれた」、「正しかった」と手応えや満足を得て自信を得ていた。

第6節 おわりに

本研究は、一人のケア者による喜笑ちゃんへの数か月に及ぶケアリングを分析したのではない。複数のケア者のかかわり、しかも喜笑ちゃんにかかわった期間がケア者個々によって異なっている。喜笑ちゃんとのかかわりをもち始めた時期もことなっている。この異なる期間、時期におけるケアリング過程を分析したことはこの研究の限界である。従って今後に望まれることは、生命維持のために人工呼吸器を装着している喜笑ちゃんと同年齢・同様の状況にいる子どもと複数のケア者各々におけるケアリングについて、同じ期間に継続したインタビュー、あるいは参与観察を実施し、その様子を分析する様な研究が望まれる。

第1章、第2章で、マイクロシステム、メゾシステムにおける子どもとその養育者、ケア者間におけるケアリングの様態を論述した。それでは、子どもとは異なる高齢者、自分の意志と一緒に生活する妻や一緒に働いていた元の同僚に伝えることのできる高齢者はどのような関係を築いているのであろうか。高齢者のマイクロシステム、メゾシステムにおける一様態について次章で触れることにする。

第3章 高齢者の生きがい喪失とその回復へ向けた仲間どうしのケアリング

生き甲斐は、「生きる上でのはりあい」を意味し、日々の生活を通して家庭や地域社会における他者とのかかわりを通して育まれるが、危機的な状況や生活上の変化が生じたとき以外はそれほど強く意識されることはない。したがって、「生き甲斐」を探し求めている、あるいは「生き甲斐」を感じなくなったと思いつき始めるときには、これまでの生活に大きな変化を生じ、新たな対処や対人関係、周囲の環境の調整を必要としているときであると思われる。人はそのような変化が生じると不安になる、あるいは混乱するなど感情の揺れを経験してストレスに陥る。しかしながら、ストレスから危機までに陥ったとしても、やがては変化に対処できるようになり、体験で学んだことを認識して意味を見いだし、危機を乗り越えて成長してゆく。この変化に直面して生じる危機には、大きく分けると予期できずに偶発的、突発的に発生する状況的危機と、人生において直面し乗り越えて成長してゆく、成長のための痛みとしての成熟にともなう危機があるといわれている²⁶⁾。本章では、人生の第八段階、退職を機に高齢者が直面する危機、特にメゾシステム（地域や組織での仲間集団との関係）における「地位」や自分の思いを雑談「お喋り」にして話す機会を失ったために陥った危機を、新たな仲間との「お喋り」で再び乗り越えてゆく過程に焦点をあてて論及する。

第1節 日常生活における「お喋り」の場の消失

日本文化においては対立を避けて、昨日までの軋轢は「水に流して、新たなお付き合いをよろしくお願いします」と挨拶を交わす習慣を形成してきた。その背景には、村落共同体の井戸端や川縁で水浴びや洗い物をしながら、家庭内やお隣近所との付き合いで生じる揉め事^{もめごと}を互いにくわさ話や愚痴にしてこぼし、聞き流して忘れ、ストレスとして溜めこむことのない原風景があったと思われる。しかしながら、たゆまない努力を重ねてより簡便で快適な生活を求めて上水道や電化製品の家庭への普及が進み、井戸や風呂の使用で相互扶助をする必要は失われた。水道の普及率は、昭和30年度に総人口あたり32%だったのが、平成13年度には96.7%まで整備され²⁷⁾、東京都の例にみられるように今や殆どの家庭に水道も洗濯機（風呂）も設置されている²⁸⁾。わざわざ川縁に出かける、あるいは隣の井戸を借りて井戸水を汲みあげ手桶に溜めて洗濯板の上でごしごし洗う必要はなくなった。洗濯物を入れて水道の蛇口をひねりスイッチを押せば、洗濯機が洗いからすすぎ、絞りまでを自動で終えてくれる。家庭に洗濯機が無い場合でも、洗濯物を車に乗せてコインランドリ

一へ行き自動の洗濯機に入れると、洗いから乾燥までの約 1 時間を本屋・パチンコパーラー・家庭へ戻る等して一人の時間を過ごすことができる。入浴も機能的なユニットバスのスイッチを押せば、自動的に 40 度前後に調節された温度で給湯される。なかには 24 時間循環型の風呂で、ガラス張りの屋根から空を見上げ、1 日 2 回ほどゆったりと湯に浸りながら好きな読書を風呂の中で行う家庭さえある。洗面器にタオルと石鹸を入れて持ち、家族全員が一緒に銭湯に出かける姿、冬の寒い日の湯ごめを口実に赤提灯の一杯飲み屋に寄った父親たちがほろ酔い気分て鼻歌を歌いながら下駄をカラコロ鳴らして帰る姿は、殆ど見る事のない光景となった。

現代の日常生活からは、隣近所に住む顔を見知った異年齢の人々が公共の生活の場としての開放空間である井戸端、川縁、銭湯にワイワイ・ガヤガヤ三々五々集まり、お喋りしながら身体垢や衣服の汚れを洗い流し、心の洗濯をしていた生活様式は廃れた。そして簡便で機能的な設備・器具が各家庭に設置され、一人ひとりが家庭の閉鎖空間で設備・器具に向き合う生活様式へと移行している。

第 2 節 メゾシステムからマイクロシステムへ蟄居することで生じるストレス

家庭に普及した簡便な設備・器具は仕事や子育てなどの生産活動に 24 時間の大半を費やしているときには必需品となり、コンビニエンス・ストアで食糧を購入すれば隣家との交流を全くもたない独立した生活を可能にする。しかしながら、隣家との没交渉は、また、退職して特定の組織に属さなくなるときには、その家庭が隣近所の家庭から孤立することを意味し、社会との繋がりを見失う可能性をも秘めている。本節で示すのは、職場を退職したときに陥った喪失感による孤独を体験した A 氏とその妻、A 氏と同じ茶店に居合わせた人々の間におけるとりとめのない雑談（お喋り）について焦点をあて、繋がり空間づくりメゾシステムにおけるケアリングの重要性について論述する。

A 氏 : 体がいうことかかんで書いてあるわ。わしのことやな。最初上がってきたときはしんどかったもんな。

B 氏 : 少しは軽くなったんか。

A 氏 : そうやな。こっち来て話すようになったしな。

A 氏の妻 : 前はね。仕事から疲れて帰ると、くどくど、くどくど言うの。嫌になって、こっちは何も言わんと、ザーとした (下) 向いてね。

B 氏 : ほら、さっき来た、おそろいのシャツ着た、いつも一緒やて。トイレ以外、
どこも一緒やて。仲いいな。

茶店の女将 : あんたが来ると賑やかやな。

B 氏 : そりゃーそうや。家の中で、閉じた所で厭味言うたら家の中に充満するやろ。
ここやったら、外やったら天に上がって無くなるやん。

茶店の女将 : あーそうか。ここを出しているんか。だからここが良くならんのか。

(笑いの渦)

これらの会話は目的があって交わされたのではない為の一つの話題が掘り下げられることはなく、取り留めのない展開をみせている。しかしその内容には、Aとその妻の日常生活が垣間見える。職場を退職したA氏は、日々の大半を独り家の中で過ごすようになり、仕事仲間であった同僚との交流が途絶え、町内会や自治会活動に参加することもなく、社会からの隔絶感をもち、昼間を独りで色々な事を考えながら過ごすようになっていたと思われる。そして、仕事から帰ってきた妻を捕まえては、昼間に悶々と考え続けていたことを愚痴にして浴びせていた。他方、妻は、仕事から疲れて帰った緊張を解きほぐす暇もなく、夫から堰の切れた感情の吐露（愚痴）を浴びせられ、嫌になり、夫が喋りつくすまでただ下を向いてじっと耐えていたのであろう。

多くの場合ストレスは、緊張した感情を愚痴にして流すことができれば軽減し解消できる。したがって妻を相手にしてのA氏の感情の吐露は、昼間の孤独を和らげるのに必要なA氏の思いについての愚痴のお喋りであった。そのお喋りは、妻が受容できる範囲内のときは聴いてもらえることで共感や承認を得て、A氏のストレス軽減になった。しかしながらその語りが繰り返されて、妻が内容をくどいと感じ始めるころから、妻の許容範囲を超えて聞き流されることがなくなり、繰り返し浴びせられる妻の胸に突き刺さり、苦痛を与えて、二人の間に亀裂を生じかけさせていたようである。

身近にいる唯一の人「妻」に自分の悶々とした思いを繰り返して愚痴にして喋っていたA氏の生活に変化をもたらしたのが、茶店への訪問であったと思われる。B氏がいみじくも表現したように、茶店のような開放空間では、特定の他者に向かって語っていてもそこに同席している不特定多数の客が意識され、多くの人に聴いてもらえたような気持ちになる。ときには異なる思いを喋り出す客がいることはあっても、殆どの場合は多くの共感者を得てストレスを軽減し、感情を切り替えることができる。しかも日常生活へ戻れば、客

はそれぞれ異なる地域の住民であり、顔を合わせることはない。客の多くは、話される愚痴に耳を傾けて一旦受け止めるが、受け止めた後で天へと返す。思いを愚痴にしてのお喋りは、天に上がり、いつとはなしに忘れ去られる。話し手、聞き手のどちらにも負の影響が及ぶことはないとの暗黙の了解が働いている、おおらかで健康的な「お喋り」の空間・同じ茶店に集う仲間内でのケアリングである。

B氏と茶店の女将による状況の読み取りと会話のキャッチボールもみごとである。A氏が本音をほんの少しばかり「ふっと」漏らしたのを機会に、A氏の妻が夫の愚痴を聞くのがどれほどつらかったかと後方から矢継ぎ早に話したために茶店の空間に澱みが生じかけた。B氏は、それをさりげなく他の関心へと転換している。また、茶店の女将は、B氏の話の転換を受けて、会話の中心をB氏へと移動させた。A氏と妻は、B氏と茶店の女将のやり取りに関心を引き付けられて、辛い時期の自分たち夫婦の状況について話を掘り下げずに済ませることができた。このB氏と茶店の女将のやり取りは、文字どおりに解釈されると皮肉に取られる可能性もあるかもしれないが、笑いながら言われた言外の含みにはB氏と女将が、多くの客がお寺に参拝をすませた後に様々な思いを抱いてこの茶店を訪れ、お喋りの中で幾分気持ちをやわらげて悩みを乗り越えてきていることを、営みの中で感じ取ってきている事に裏打ちされたもののように思われる。女将が客とのかかわりにおいてみせるケアリングの話術である。

第3節 お喋りと挨拶を交わし合うときに生じる共感とケアリング

人は、誰もが、加齢に伴い頭髪は薄くなり、強健だった肉体も筋肉が衰えて姿勢を保持することが難しくなり体力の衰えを実感するようになる。中年期には家庭の大黒柱として家族の生活費を稼いでいた人も子どもの働きや年金に依存せざるを得ない生活が始まる。住んでいた家は、子どもたちが巣立ち、配偶者のどちらかが亡くなれば必要ではなくなり、やがてはより小さな住居へ引っ越すか、老健施設等へ入所することになる。高齢になると誰もが肉体が衰え、安定した収入を喪失し、組織や社会における役割を喪失して仲間との関係から遮断され、配偶者や友人など愛する者を亡くする。このようなメゾシステムからマイクロシステムへの退去による活動の場やケアリングの対象を喪失する体験は、高齢者の自己概念を脅かし、自己の存在意義や価値の低下を感じさせ、高齢者を危機（パニック）におとし入れる。この危機を乗り越えるには、周囲の人々と互いに関心に向け合う新たな関係を築き、お喋りのできる場所を見いだすことが必要となる。このお喋りには、我々は

常に人と人の中にいて、周囲へと関心を向け、他者によって話される内容を聞き手それぞれが、それぞれに一般的な解釈をして新たな興味関心を引き起こしていることをも意味されている。ハイデガーはお喋り（語り）について次のように述べている。

発言されている語りは、伝達です。その存在傾向は、聞く人に対して、語りがそれについて語っているものへの開示的存在に、参加させることを目指しています。

自分を言い表すさいに話された言葉の中に、すでにひそんでいる平均的な物分かりに従って、伝達された語りは、広く了解されることが出来ますが、そのさい聞いている人はみずからを、語りの内容事柄に了解している存在にと、持ち込んでいるわけではありません。ひとは語られている当の存在するものを、それほど了解しているのではなく、すでにただ語られたことそれ自体を、聞いているだけです。語られたことは了解されますが、内容事柄はただおおまかな^{うわ}上^{つら}面^めだけです。ひとは言われたことを、共通に同じ平均性で了解するので、同じことを思い考えるのです。」²⁹⁾

このことは、人はお喋りをする事で周囲に居る人々の関心を引き、自らを開示して語りの中へと参加することで自らの存在を感じ、了解されたと思ひ満足し、次への関心を引きだしていることを意味する。お寺の境内にある茶店が旧来の井戸端や川縁、会社組織に代わって、高齢者が社会との繋がりをみいだす「お喋り」をする空間になっていたのである。しかしながら、「お喋り」はそれ自体で自己の存在意義や価値を高めることを保証はしない。ハイデガーが述べているように上っ面の了解で、個々の聞く人の了解によっては逆に孤立を深めることもあり得る。しかしこの茶店でのお喋りは、孤立ではなく、互いに関心を寄せて応答し合う関係の継続へと繋がっている。なぜであろうか。それは次に述べる1) 活動することのできる場の広がりをもたらす身体活動による心地よい疲労、2) お寺への参道を取りまく自然、3) 茶店における出会いと互いの思いを愚痴にして話すことのできる暗黙のお喋りのルール、4) 茶店の女将がみせるケアリングの話術にあるものと思われる。

1. 活動の場の広がりをもたらす身体活動による心地よい疲労

山門からお寺の境内にある茶店までは、石段と湾曲した急な坂道が続き、鬱蒼とした自然林が道端と頭上を覆っている。自動車の登れる道路が無いので門前までは、誰もが歩かなければならない。所要時間は、登りなれた健脚で15分ほど、運動不足で鍛えていない一

般の人々で約 30 分、中には 45 分から 60 分かけて登る者もいる。日頃坂道を歩きなれない筆者などは、中間地点で既にじんわりと汗がにじみ始め、3分の2の地点では心臓は早鐘を打っていた。お寺への参拝者は、地道を同じように汗をかきながら一歩、一歩、また一歩と登る者、少し脇にそれて岩の上に腰をかけて一休みしている者、あるいは参拝をすませて降りてくる者と、それぞれがペースを調整しながら行き交っている。山頂のお寺に到着し、冷水で手と口を清め、観音様に手を合わせてご縁をいただいたことを感謝した後に、茶店の椅子に腰をかけると連山の眺めが眼前に広がっている。木立を吹きぬけてくるヒンヤリとした涼しい風に汗も引いてきた。山頂の風の流れを肌感じて思わず大きな深呼吸をする。日常の生活では車で移動するのが主となり歩くことは殆どない。冷房設備の整った職場環境でパソコンに向かって過ごしているために、他者の歩調に関心を向けることや汗をかくことは殆どない。他者に関心を向けて、身体の適度な疲労を感じているうちに筆者自身思い煩っている出来事を忘れていた。

2. お寺への参道を取りまく自然

山門を入ると直ぐに舗装されていない狭い山道を歩かなければならないが、杉や楓などの木々が生い茂っていて木陰を歩く事ができる。小石がデコボコと散在している道で、足元に気をつけながら登らないといけない。しかし、横を流れる谷川の清水や木々の葉が風にそよぐ音、小鳥のさえずりを聞きながらの登り道は、急な坂道であっても和やかな気持ちにしてくれる。参拝者どうしで、「こんにちは、上まではあとどのくらいですか」、「そうですね、今ちょうど半分くらいだと思います。ゆっくり登られてはどうですか」等と挨拶を交わしながら自己の疲労感、清涼感を互いに映し合う。すると参道を登っている他の参拝者の姿と自らの姿が重なり合い、仲間意識が芽生え、やがては参拝者どうしの繋がりを感ずる。筆者も日常の生活では仕事上の問題が意識にのぼりだしている頃であるが、躓かないように足もとの小石や木の根に気を配り、お寺に到着するまでの距離を推し測り、行き交う人々の様子に関心を向け、木々と谷川が織りなしてくれる小道をひたすらに歩いていた。

3. 茶店における出会いと暗黙のお喋りのルールとしてのケアリング

茶店におけるお喋りには利害関係が持ち込まれていなかった。語られている対象は不明瞭でありながらも参道を登ってくる新たな参拝者への発見があり、不特定多数の茶店の同

席者にお喋りができ、聞いていて面白く、明るい笑いがあった。それは特定の個人への攻撃や蔭口ではなく、語り手の憧れや自省のお喋りとなり、その存在感を高めるものとなっていた。漢字の「人」の由来は、人のたった姿を側面から描いた象形文字「𠤎」であるといわれているが³⁰⁾、人はお喋りを通じて1人が1人に支えられて心のゆとりを取り戻し、他者との繋がりを実感する存在である。それはまた、なにげない挨拶とお喋りのなかで互いの思いを伝え合い共感し、他者との隔絶感や疎外感によるストレスを軽減する存在であることをも意味する。“To be , or not to be: that is the question” 「このままでいいか、いけないか、それが問題だ」は、ウィリアム・シェークスピア(William Shakespeare)が『ハムレット』の1節に記述しあまりにも有名な台詞であるが、社会生活を営む我々にとっては、現代でも1600年当時と同様の人間模様が宿命として繰り返されているといえる。家族社会・学校社会・地域社会・会社組織における関係など、生きていく上ではお互いに関心に向けて、日々の状況を容認・肯定したり、迷い・反発・否定を感じたりしながら、全てにおいて関係を広げて縁を連鎖してゆく営みが不可欠である。人はその生涯を通じてケアリングを継続して生きていく存在であるといえる。本論のお寺にある茶店では、お喋りが日常的な関心的话题で継続され、お喋りする者の思いを尊重しつつ周囲への関心が広げられていた。

第4節 おわりに

メゾシステムに包含されるお喋りできる環境、慣れ親しんだ生活様式、親しい周囲の人々との関係を喪失することは、高齢者に不安を生じさせて大きなストレス源となり、危機に陥らせて生き甲斐の喪失に繋がる。このような高齢者の危機は 1) 十分な支持のもとに感じていることをお喋りすることのできる開放的な場所を得る、2) 同じような経験をした友人や仲間を得て対処法を見いだす、3) 自己の存在価値を見いだして独自の希望を見つける等で対処することができる。そのためには、自己を取り巻く文化における価値観の変化に意識を向け、その影響による自らの価値信念の揺らぎに気付き、変化を受容し、これまでの人生を生き抜いてきた自負心を大切に生きることが重要になると思われる。人の生き甲斐は千差万別で人生において変化する。変化に直面して生じるストレスに対処し、その達成を楽しむゆとりも必要である。四季折々の自然を楽しみながら歩いて活動範囲を広げ、日常におけるお喋りのできる友をみつけてお互いが培ってきた文化、信念の意味を次世代に継承(エクソシステムとマクロシステムを次世代に継承)する楽しみを見いだすことは、

高齢者が自己の存在意義を見失わずに社会生活を営むための鍵となる活動になると考えられる。また、本論を展開するに至ったような、お寺への参拝者どうしが境内や境内にある茶店で安心して互いに喋り、繋がりを見いだすことのできる集い、語らう開放的空間を次世代へと残すことができるような地域社会のネットワークシステム（メゾシステム）を意識的に継承してゆく人びとが増えることを願うものである。しかしながら、また、B氏が語った「外やったら天に上がって無くなるやん。」は、B氏の願いであり、お喋りは本質的には閉鎖的な性質をもち、話されている内容は個々によって解釈される。従って、語った人の意図したこととは異なる思いが伝達され、そこから生じる争いや葛藤といったマイナスの相互関係を生じることもある。そのようなマイナスの関係を生じることも含めて、我々は他者との関係を日常的にお喋りし継続してゆくことのできる仲間や空間を必要としていることを忘れてはならないと思われる。

引用文献

- 1) Urie Bronfenbrenner, 磯貝芳郎, 福富護訳『人間発達の生態学』, 川島書店, 1995, pp.17-46
- 2) Emde, R. N., Birigen, Z, “ The moral self of infancy; Affective core and procedural knowledge ” ,Special Issue; The development of self; The first three years. *Developmental Review*, 1991, 11 (3), pp.251-270
- 3) Bridges, K. M. B., “Emotional development in early infancy” , *Child development*, 1932, 3, pp.324-334
- 4) Lewis, M. & Ramsay, D. S. “Developmental change in infant’s responses to stress” *Child Development*, 1995,66,pp.657-670
- 5) 鯨岡峻『関係発達論の構築』, ミネルヴァ書房, 2002,pp.149-156,
- 6) 永島すえみ, 馬渡幸恵, 山中久美子「人工呼吸器を装着している子どもと看護師の関わり」『日本小児看護学会誌』, 2002,第 11 巻, 第 2 号, pp1-6
- 7) 前掲書 5), pp.133-137,
- 8) 鯨岡峻『関係発達論の展開』, ミネルヴァ書房, 2002, 第 3 刷, pp.148-151 (初版 1999)
- 9) 服部祥子「援助専門職者として, 個人として」『人を育む人間関係論』, 医学書院, 2003, p.95
- 10) 伊藤正男, 井村裕夫, 高久史麿総編集『医学大字典』, 第 1 版第 1 刷, 医学書院, 2003, p.1175
- 11) 水野理恵「乳幼児の気質研究の動向と展望」『愛知江南短期大学紀要』, 2003, pp.109-123,
- 12) 和田修二『教育人間学特殊研究 I』, 佛教大学通信教育部, 1999, pp.146-156,
- 13) 前掲書 5), p.136
- 14) 西尾実, 岩淵悦太郎, 水谷静夫編 『国語辞典』, 第 4 版, 岩波, 1992, p.539
- 15) 秦野悦子, やまだようこ編:『コミュニケーションという謎』, ミネルヴァ書房, 1998, p. 180
- 16) 河本英明『生きる力を育てる病弱教育の創造』, 東山書房, 1987, p. 12
- 17) 鯨岡峻「子ども理解と子ども—大人の間主観的關係」『教育と医学』, 11, 1989, p. 1137
- 18) 鯨岡峻『原初的コミュニケーションの諸相』, ミネルヴァ書房, 1999, p. 15
- 19) Nancie R. Finnie 編, 梶浦一郎, 鈴木恒彦訳『脳性まひ児の家庭療育』, 医歯薬出版, 1999, p. 141

- 20) 辻井正「障害をもつ子のお母さんと先生のために」『からだ・ことば・そして育ち』, 学研, 1993, pp.115-117
- 21) 前掲書 15), p. 89
- 22) 和田修二『教育的人間学』, 放送大学教育振興会, 1998, p. 77,
- 23) メルロ＝ポンティ, 木田元, 鯨岡峻訳『意識と言語の獲得』, みすず書房, 1994, p. 132
- 24) 前掲書 14), pp. 12-13(1138-1139)
- 25) 鯨岡峻『両義性の発達心理学』, ミネルヴァ書房, 1998, p. 181
- 26) Donna C. Agullera, 小松源助, 荒川義子訳「医療・看護・福祉のために」『危機介入の理論と実際』, 川島書店, 2004, p. 59, p. 175
- 27) 財団法人 厚生統計協会, 「厚生指標」『国民衛生の動向』, 2003, 臨時増刊・第 50 巻, 第 9 号, 通巻 784 号, pp. 267-268
- 28) 松平誠「浮世風呂文化のストラクチャー」『入浴の解体新書』, 小学館, 1997, p. 34-38
- 29) ハイデガー著, 桑木務訳「第三十五節 おしゃべり」『存在と時間』(中), 岩波文庫, 2000(第 40 刷), pp. 83-89 (第 1 刷 1961)
- 30) 藤堂明保編『学研漢和大字典』学習研究社, 2000, 第 36 刷, p. 43

第二部 ケアリングにおけるケア者の葛藤

ケアリング“caring”は、英語では形容詞、名詞であり、その日本語訳は形容詞として「同情心のある」、「人を思いやる」、「親切な」、「世話をする」等、名詞では「いたわること」、「親切さ」、「世話」などがあり¹⁾、ウェブサイトの Wikipedia, The free encyclopedia に類語として“compassion”が掲示されている。“compassion”は、“com・pas・sion”と掲載されているように²⁾ラテン語の“compassio”に由来し、キリストが人々の苦難を一身に背負い苦しみを緩和したように、他者の苦しみを一緒に感じて緩和しようとすることを意味し、情動的で、宗教における利他主義や哲学上の人道主義的な意味合いを含んでいる。また、“compassion”は仏教における「慈悲」に相当し次のように訳されている。

「^{ほとけ}仏の^{ちゑ}智慧は海のごとく広大にして、仏の心は大慈悲なり。」

“*Buddha’s Wisdom is broad as the ocean and His Spirit is full of great Compassion.*”³⁾

“caring”が“compassion”の類義語であるとすれば、ケアリングにかかわるケア者は、利他主義や人道主義をふまえた上で他者の苦悩や苦難をとともに感じてケア者自身はその苦悩や苦難を背負うことになる。慈悲については小学館『大辞泉』に「菩薩が人々をあわれみ、楽しみを与え、苦しみを取り除くこと」⁴⁾とあり、楽しみを与えることもケアリングに近い意味合いをもつと解釈されている。このように類義語の意味をも含めるとケアリングは深遠で広い意味から成り、一つの概念枠に絞ることが難しいことが分かる。第一部においては、父母、きょうだい、仲間などマイクロシステム・メゾシステムである二者関係・三者関係におけるケアリングについての記述であり、社会ルールとして互いに求められる行動は明白であった。しかし上記のキリストや仏のように他者の苦悩や苦痛を全て背負いながら弟子等と応答し合う関係を築いてゆくケアリングにおいては、社会ルールや道徳として善と悪を明白に分離することは難しい。仏教聖典には他者から向けられた怨みによる苦難を「わたしはそしりを受けたときには、じっとそれに耐え、そしりの終わるのを待って、他へ移るのがよいと思う。」と釈尊が弟子のアーナンダに伝える箇所がある⁵⁾。釈尊のアーナンダへの教えをケア者は、職業としてケアリングに携わるとき守れるだろうか。第二部では主に三人の哲学者の「ケアリング」論の概要、および終末期の看とりのケアにかかわるケア者がケアリングを実施して生じた葛藤とその原因について論及する。

第1章 ケア及びケアリング論

現在では看護学、哲学、教育学、社会学など広い分野で使われるようになっている「ケア」、「ケアリング」は、日本語のカタカナ表現にするとまったく意味の異なる語であるかのような錯覚をおぼえる。しかし、“care”、“caring”と語源をたどれば外来語であり、英語からの借用語である。従って日本語の「高齢者ケア」を英訳するときに“Care of the Elderly”とするか、“Caring for the Elderly”とするかは悩むところである。英語を母国語とするある方に両方を提示して印象を尋ねてみたところ、前者は「身体的な世話」についてであり、後者は世話をする人への「愛情や愛着が含まれている」と解釈されるとの応えがかえってきた。それは接続詞“of”と“for”による影響もぬぐえない。本章では最初にこれら“care”、“caring”が、どのような語義で主に論じられているかについて論じる。

第1節 ケア及びケアリングという言葉の意味

ケア“care”とは、オックスフォード新英英辞典によると「案じ、あるいは関心を寄せる」“feel concern or interest”こと、「愛情を抱き、好意をよせる」“feel affection or liking”こと、「世話をし、ニーズに注意を払う」“look after and provide for the needs of”ことを意味する⁶⁾。したがって、ケア者が被ケア者のことを気にかけて愛情をもって世話をし、ニーズを満たしてゆく行為であるといえる。さらに、オックスフォード類語辞典によると保護や擁護“Protection”、責任や義務“charge”等の意味もあり、人を養育“custody”し、保護・監督“guardianship”する責任“responsibility”を担う行為である⁷⁾。

ケアリング“caring”は、同じくオックスフォード新英英辞典において「他者に親切にし、案じる」“displaying kindness and concern”こと、集合名詞である「自分自身の面倒を見ることのできない人々、特に病人や高齢者を世話する仕事や業務」“the work or practice of looking after those unable to care for themselves, especially the sick and the elderly”と説明されている⁸⁾。従って介護職などの新たな職業が台頭し、ケアリングに「仕事」や「業務」の意味が追加されたようである。ケア者が日常的に相手に関心を向ける努力をして相手の思いを尊重して応答する関係を築いてきたケアリングには、職業・業務として「人の世話をする」や「思いやる」行為も含まれるようになったと考えることができる。さらにオックスフォード類語辞典を検索してみると形容詞としての「親切的な」“kind”が主な類語で、思いやりのある“sympathetic”、理解力のある“understanding”、深い同情をよせる“compassionate”等の語彙も掲載されている⁹⁾。

上述のことから結論付けられることは、「ケア」「care」とは、案じて関心を寄せ、愛情を抱いて世話をし、責任や義務の下に保護・管理・養育する者としての一人称の視点からの行為であると解釈されていた。しかし看護や介護が職業となりマイクロシステムやメゾシステム内で行われていたケアを専門職者であるケア者が行うようになった。「ケアリング」「caring」になると、被ケア者がどのようにケア者のケア行為を判断するかを包含する「思いやりのある」や「理解力のある」といった、ケア者への評価までも意識する二人称の視点が加えられ、被ケア者とケア者、相互の思いや判断を考慮に入れる職業上の継続する行為として論じられだしたと考えられる。

第2節 三人の哲学者による「ケアリング」論

「ケアリング」「caring」を主題にした著述には、ミルトン・メイヤーロフ(Milton Mayeroff)氏による『ケアの本質』“On Caring” (1972)¹⁰⁾¹¹⁾、ネル・ノディングズ(Nel Noddings)氏による『ケアリング：倫理と道徳の教育—女性の観点から—』“Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education” (1984)¹²⁾¹³⁾、ヘルガ・クーゼ(Helga Kuhse)氏による『ケアリング：看護婦・女性・倫理』“Caring: Nurses, Women and Ethics”(1997)¹⁴⁾¹⁵⁾がある。三氏はともに哲学者であり、教育者であり、研究者である。ミルトン・メイヤーロフ氏は男性であるが、ネル・ノディングズ氏とヘルガ・クーゼ氏は女性である。これら三人の哲学者が述べる「ケアリング」についての概略、共通点、相違点への検討を試みる。

ミルトン・メイヤーロフ氏は、ケアリングの意味を「もう一人の人について幸福を祈ったり、好意をもったり、慰めたり、支持したり、起きていることに単に興味をもつことと混同してはならない」と述べ、さらに「それだけで切り離された感情ではなく、つかの間の関係ではなく、単にある人をケアしたいという事でもない」と続けている。ケアリングは、「相手が成長し、自己実現することを助ける1つの過程であり、ちょうど友情が相互の信頼が深まり関係が質的に変化してゆく時と共に出現するように、人の発達にかかわる一つのあり様・過程」である。ひとりの人の生涯においてケアリングは、その人の諸々の価値や活動の位置づけをする働きをし、その人のケアリングが包括的だと、総合的なものの見方ができるようになり理解力を身につけて、その人は生涯において基本的な安定性を生じるのだという。そして社会において場違いとなり、自分の居場所を求めて絶え間なく、たんにさすらうのではなく、適切な位置『安らぎの場所にいる』ことができる。ケアリングを通して他の人々に奉仕することで、その人自身の人生の意義を十分に生きる。ケアリン

グし、ケアされるから社会で『安らいでいる』ことができ、くつろいだ『こころ安んじた』生活をできることになる¹⁶⁾。

ネル・ノディングズ氏も、メイヤロフ氏が上記の「他のひとをケアすることは、最も深い意味では、その人が成長し、自己を実現するのを助けることである」と述べていることに触れている。また、ケアリングに取り組む際の重要な出発点、『誠実で信頼のおける特定のケア者による継続的なかわり』“constancy”、『倫理的な自責の念』“guilt”、「被ケア者が成長して自立することを『応酬』“Reciprocation”とみる」ことの重要性を指摘したことについてもメイヤロフ氏の功績を認めている¹⁷⁾。ノディングズ氏自身は、メイヤロフ氏の論点にさらに職業として施設で実施されるケアリングを第三者の視点としてみるときに、何をもってケアリング行為とみるかに関する問題を提起している。その第1は、人間の出会いに伴う間主観的な関係性についてである。ケアする、ケアされるという人間関係には存在論的な基盤である人間の出会いや、情感に満ちた応答、経験としての意味の認識が含まれるが故に問題となる。ケアリングとは、錯綜した複雑なものであり、いかに主観的なものであるかを理解できるならば、そこから時には誘発されるケアの責任の重さに圧倒されて困惑し葛藤や苦痛に出会う覚悟をしておいたほうがよいかもしれない¹⁸⁾。第2は「応酬」“reciprocity”をどのようにみるかである。他の人といかに道徳的に接するかという倫理的な基礎を自然なケアリングの関係であるとみて、「意識的にせよ、無意識的にせよ、『よい』と感じるような人間的な状態を築くことをケアリングとみる。人間の関係性における『喜び』“joy”を人間の基本的な情感“basic human affect”であるとして、「自分の成長した子どもを見て、子どもに規定されている根本的な関係を認識するときの、ひとつの深い、押さえきれない喜び」を得ることを応酬であるとみる。さらに、「あえて、原理に基づく倫理学を、曖昧で不安定なものとして拒否しようと思う。ひとつの原理がある所には、どこにも、当然のこととしてその例外が含まれているし、非常にありがちなのは、諸原理が、わたしたちを互いに分け隔てるように働く」ことであるとも主張している¹⁹⁾。

ヘルガ・クーゼ氏は、「ケアリング」という言葉を看護師たちがどのように理解しているか例示することから始めている。そして、看護師たちはケアリングについて、「患者との出会いを特徴づけるような感情や感覚、気質を指すもの」だという点ではおおむね一致しているようであり、「患者との間に非常に深い親密な関係を想定」していることが多いようで、「積極的に関与し関わり合う姿勢」であるとか、「相互作用のプロセス」であるという理解をしていると述べている。看護師たちにとってのケアリングの意味は、感情を伴う反応に

関わるもので他者への関心が含まれ、人間関係、愛着、心を開くこと、被ケア者のニーズに「傾注」し反応することであり、共感、感情移入として理解される「ケア」を実践することであったという²⁰⁾。またクーゼ氏は、我-汝の関係としてメイヤロフ氏が考える「ケアリング」論における人間関係は、看護師と患者の出会いのあり方としては、深遠で親密すぎると問題を提起している。なぜなら、「ケアする他者」はケアリングを通して他者自身の存在を完結させるのであり、「他者自身が相手の世界のなかにいるかのように、相手と相手の世界を理解できるようにならなければならない」という人間にたいするケアリングは、特別なものであり、看護師がケアされる複数の相手と常に構築する関係としては非常に困難なことだと考えるからである。ノディングズ氏の「おのれを空しくして他者の経験を受け入れ、反応しなければならないという『没入』ともいわれる我-汝の関係を必要とするケアリングを看護の理想とすることは非常に危険である」ともみる²¹⁾。しかしながら、クーゼ氏自身が「ケアリング」をどのように概念化しているかについては明確には記述されていない。唯一「ケアリング」の概念であろうと推測できる文章としては、「医師が患者と接するのは短い診察の間であり、そのために個々の患者に向き合う「ケアリング」としての理解（細部まで行き届いた気づかひのこもった理解）が不足、患者への良いケアとしての条件にしばしばかなわなくなる²²⁾」がある。この文章から読み取れるクーゼ氏が考えるケアリングの概念は、「個々の患者に向き合い理解する」ことであり、それは「個々の患者への細部まで行き届いた気づかひのこもった理解」であると解釈できる。

以上のようにみても、メイヤロフ氏とノディングズ氏の考える「ケアリング」は、間主観的な関係性を伴うものであり、被ケア者とケア者相互の成長を促進するものであり、ケア者の自己実現を助長するものであるとみる点で一致する。また、クーゼ氏も含めた三者が一致をみるのは、道徳上の判断を伴う行為であり、複雑な過程であり、他者の感情的な反応を理解して応える行為であるということになる。

ノディングズ氏とクーゼ氏の両氏において最も異なる点は、クーゼ氏がケアリングにおける特質を男性・女性といった性差によるものであるとみることに異議を唱え、公平な観点から正当化できる道徳・倫理を原理原則とするケアリングを提唱²³⁾しているのに対し、ノディングズ氏は道徳的判断や倫理の正当化が不当に強調されるときに陥る原理主義の行動としての闘争や殺戮は男性（父親）の取り組み方であり女性（母親）の取り組み方ではないとみる。そして、独自の存在としての個人である被ケア者との関わり合いのなかでニーズを察して応えていく女性の特徴を備えたケアリングこそが本来のあり方ではないかと

主張する²⁴⁾。もっともノディングズ氏の述べる女性の特質としてのケアリングは古典的な意味（Jung 的な含みをもつ）においてであり、倫理的な行動の本当の源泉を人間の情感のこもった反応にあるとみて、人間の主観的な経験による関係性が人間の存在の基礎、倫理の基礎であり、一定の規則、秩序の基に生み出されるものであるとの前提がある。したがって男性、女性といった社会的、文化的に規定された性役割や特質を超えた論（古典的な女性性）を展開し、客観的・合理的な道徳や倫理に縛られることへは懸念を示し、ケアリングにおけるかかわりあいの中で生じる喜びを伴う情感が理想を高めて成長を促進すると考えている。

三人の哲学者の著書を基に、各氏が考える「ケアリング」についての類似点、相違点の概観を試みた。人間関係を土台にした発達理論が 1950 年代に台頭し、1960 年代には相互作用理論、1970 年代にはシステム理論や現象学的実存的理論、1980 年代になりフェミニズム理論、1990 年代になり医の倫理「ケア」・「キュア」が台頭したことを鑑みると、三氏の著述における理論も、これら理論モデルの展開に影響を受けて、修正されてきたとみることができる。筆者はこれら三氏の理論をベースにケアリングを 1) 他者に関心を向けて共感し、その思いを尊重してかかわりを継続して応答し合う関係を築いてゆくこと、2) 自分自身に関心を向けて思いを尊重し、他者との関わりを継続して応答し合う関係を築いてゆくことと定義した。それは、人と人の関係には必ず間主観的な関係性がともない、互いの思いや価値観をどのように解釈するかが重要な鍵になると思われること、人は誰でもが女性・男性といった性差を超えて共に他者へと感情を移入して理解する特質が備わっているとみるからである。また、闘争や殺戮などの行動は女性性や男性性を超えたものであり、状況いかんによっては両性がともにこれらの行動を選択することがあり得るし、教育や法律、育ってきた文化との関係が深いのではないかと考えている。

第 3 節 看護の理論家におけるケア及びケアリング論

看護においては、「ケア」は「看護ケア」“nursing Care”とも表現され、赤ん坊をあやして育むように病人を介抱して看護する「思いやりをこめてその人の可能性を助長させる癒しの行為」(松木光子)²⁵⁾であるとみなされてきた。また、生命や健康、安寧を維持するために個人が自分自身のために積極的に行う実践活動としての「セルフケア」“self-care”理論を提唱した看護の理論家もいる (Dorothea, E. Orem)²⁶⁾。さらに「ケア」は、患者に変化を起こす力となり、機能回復を促進し再びもとの生活へと復帰できるようにする力「統

合力」となり、支持力となり、疾病とかストレスに満ちた感情や恐れなどに関する解釈や理解をさせることで治癒を高める力となり、肯定的・共感的であることで生命力となり、相手を思い、うちこんだ姿勢でケアすることで問題解決力となるとも論じられている (Patricia Benner)²⁷⁾。カウンセリングの領域に影響を受けた批判とか判断をしない「無条件の積極的関心」や、被ケア者の怒りや不安や困惑などをあたかも自分自身のもののように感じ、しかもその怒りや不安や困惑に自分自身の感情が巻き込まれないようにしながら積極的傾聴による「共感的理解」(カール・ロジャーズ)²⁸⁾の看護ケア研修も実施されている (大段智亮)²⁹⁾。以上のように看護領域における「ケア」とは、ケアされる人への「気づかい」や「好意」という感情を伴った反応、ケアされる人のニーズに注意を払いながら世話をする行為、自分自身、あるいは他者の生命や健康を維持するための感情を伴う反応や行為の意味で論じられてきたことになる。

「ケアリング」については、哲学や他の科学領域の理論を組み合わせながら、ケア者と被ケア者間の関係性や相互交流を重視する論が展開されている。その主な理論家にマーガレット・ダンロップ氏(Margaret J. Dunlop)やジーン・ワトソン氏(Jean Watson)がいる。マーガレット・ダンロップ氏(Margaret J. Dunlop)は、ケアリングについて、ケアが家庭という私的な領域から発生してきて個人的な愛情の文脈の中で実施され女性や女性と同様に低い地位にある男性にあてがわれてきたのに対し、ケアリングは保健、教育、福祉の制度上の中へとより公共の領域へとケア者たちの「愛」の実践を移してゆく1つの試みであると主張したいと述べている³⁰⁾。

ワトソン氏は、ケアリングは女性が口承的伝統の中で引き継いできたものであり、モダン時代の社会的危機に対処するために道徳的理想と実践における新たな気づきを加味した考える行為であり、その行為には次の要素が含まれているという。

- ・生命と生活と自然の内的プロセスであり、深い主観的な意味と感情とを尊重すること。
- ・命を愛し、人間を愛し、自然を愛し、生きとし生けるものすべてを愛するという愛情で動機づけられた使命を基にして生活・研究・実践すること。
- ・自分自身、他者、自然、惑星などと関係を結び育み、協力し、多様であること、関係性、ハーモニーを追求すること。³¹⁾³²⁾

ワトソン氏の考えるケアリングを筆者なりにまとめてみると、ケアリングとは「我々人

間のみでなく惑星をも含めた生けるものすべてを尊重し、全てとの関係を直観的な感受性で全体性や結合性の基に考慮し、多様で調和のある関係や協力を求めて育み、その中で自分自身をも発見して癒される生活を実践すること」となる。この論の中には、ケアリングによるプロセスや効果はもちろんのこと、存在論や認識論、現象学における意味論、システム論、カオス論などを包含し、なおかつこれまでの科学のパラダイムを超えた新しいモデルを求める姿をみることができる。広範囲に及ぶ深遠なモデルで、忘れ去られようとしてきた深層の隠れた原型としての聖なるもの（それは女性性であるが）を回復しようとする試みであり、個人的にも集合的にも自分自身から隠してきたものを思いだし、元に戻すという人間の普遍的な能力、人間の基礎的要求³³⁾を満たそうという永遠の探究のプロセスであると考えている。人間がもつ普遍的な能力を回復・探求するプロセスであるとみるときは、ケアリングは誰もが実践できる可能性を秘めていると考えることができる。しかし同時に、忘れ去られ隠されてきた深層の能力を探求して自分自身を発見するプロセスと考えるときには、生涯をかけても思い起こすことのできないケア者がいることも懸念される。ケアリングは、個人としての高度な成長のプロセスとなり、全ての看護師が職業としての看護において被ケア者全てとの間で実践できるかは、ヘルガ・クーゼ氏が案じているように懸念が残る。

「ケアリング」論の台頭は、哲学における論理学・認識論・存在論・倫理学などの発展や、看護が職業として定着したこと、病気の症状や身体の徴候を治して取り除く“Cure”を望むことが難しくなった疾患を有する人々が医療施設を出て症状や徴候をコントロールしながら家庭や保健福祉施設で生涯を送るようになり、これらの方々へのより良い生活をめざした支援活動が必要になってきたことにも影響を受けていると考えられる。ケア者の反応や行為そのものへの着眼のみではなく、人間の健康に影響を及ぼしている医療保健制度や文化が考慮されるようになり、且つ被ケア者とケア者における二者の関係性に関心を向けることの重要性が主張され、ケアをする看護師の職業人としての成長も重要視されるようになったからである。ケアリングについては、倫理性を伴い、職業として、制度として、科学として観察し測定して数量化する試みが始まっていて、看護職のみではなく教職、介護・福祉職等の職業においても、今後さらに論が展開されて発展するものと思われる。既述のように多様な概念として使われているケアリングであるが、次の第2章ではミルトン・メイヤロフ氏、ネル・ノディングズ氏、ヘルガ・クーゼ氏の論を基にケアリングで葛藤に陥ったときの様態と葛藤の原因について検討する。

第2章 ケアリングにおけるケア者の葛藤とその克服

ケアリングに深く関わるケア者は、日々の生活をどのような心理で過ごすことになるであろうか。メイヤロフ氏やノディングズ氏の表現を借りれば、この社会において生活する上での諸々の価値観を理解し、諸現象を包括的・総合的に捉えることができ、自己実現へ向けてころ安んじて住まい、職業や研究に専心する生活を送ることができ、被ケア者の人間的な成長を喜び、自らも人格的な成長を遂げることになる。これら両氏が論じているケアリングに従事する者は、主に教職についているケア者についてであり、ある意味において社会生活を自立して送っている人々とのかかわりに関するケアリングである。では、健康を害して病の床につき、現代医学では治療による回復が望めずに死を間近にひかえている患者をケアしているケア者はどうであろうか。被ケア者の感情に思い入れをし、共感して理解するケアを実践するとき、教職についているケア者と同じように、ころ安んじて生活するであろうか。クーゼ氏の論を借りれば、「我-汝」の関係を必要とするケアリングは非常に危険を伴うことになり、相手を受け入れ気づかい、補完し合う関係、理想のケアリングをどこにおいても実践できるという保証はない。被ケア者への思い入れが深くなるほどに同情の思いを抱き、自らの言葉を失い、窮地にたたずむことも考えられる。本章ではケア対象を喪失することで感情に揺れを生じるといわれる看取り体験をもつケア者（これ以降第2章においては、ケア者とは「看護師」を意味する）が調査紙に記述した内容から分析されたケアの過程における葛藤の様相を詳述する。

第1節 研究方法及び目的

近畿圏内のベッド数100床以上を有する総合病院（3施設）に勤務するケア者を対象に、平成11年9月～11月に自記式無記名による質問紙調査を実施した。調査はケア者の属性として年齢、看取り体験の有無とその回数、被ケア者あるいはその家族に治療を拒否された体験の有無を問い、被ケア者とその家族が治療を拒否する理由についての自由記述である。本章においてはこの質問紙調査における、被ケア者とその家族から治療を拒否された経験があると回答し、「被ケア者とその家族が拒否した理由」について記述した9名の回答及び文章に焦点をあてて分析する。分析手法は、1) 句点「。」あるいは文章の切れ目と判断される個所で区切る、2) 区切った文章を分析単位として繰り返し読み込み、各分析単位を最低限意味のわかる1文、あるいは語彙にしてコードとする、3) コードにしたものを類似性と相違性に着目して検討し、内容が類似するものを集めてサブカテゴリーを明らかにする、

4) 類似するサブカテゴリーをさらに集めてカテゴリーとし、5) カテゴリーを収斂してタイプとする。

第1章で論じたように、被ケア者への感情の移入による困惑や葛藤をケア者が経験しているなら、どのような状況で生じているか、そのようなケア者への支援の方策があるか検討を進めることを目的に、終末期の被ケア者とその家族から治療を拒否されるというケア者自身の存在意義が問われることになる体験をしたケア者の回答を分析する。

第2節 倫理的配慮

調査にあたり研究の趣旨を文書で説明し、参加者の匿名性を保持するために無記名とした。調査紙の配付は、病院倫理委員会による審査を受けて承認を得て後に実施し、記入済みの質問紙は、プライバシー保護のために封筒に入れて投函あるいは後日の郵送にし、投函をもって研究参加への意志を表明したものと解釈した。

第3節 用語の定義

1. 共感

新選国語辞典によると名詞、あるいは自動詞で、「他人と同じような感情・意見をもつこと。また、その気持ち」³⁴⁾であり、同義の言葉に「同感」がある。「共感」は、厳密には相手との間に心理的距離を置き、相手の感情に巻き込まれないようにしながら、相手の感情、思い、意見を理解することである。しかし「共感」や「同感」が、英語の”Empathy”と訳されるが、「共感」・「同感」・「同情」が”Sympathy”と訳されるように、共感・同感・同情を質問紙の自由記述から明確に区別することは難しい。同情は、「自分の感情や思いを相手に投影しているにすぎない」³⁵⁾と述べている論もみられるが、被ケア者の立場に立ってその思いや抱いている感情を理解しての「共感」か、ケア者の体験や価値観から被ケア者とその家族の気持ちを推し量ろうとする「同情」を伴う「同感」なのかを質問紙の自由記述から分析するには限界がある。また、ケア者自身の体験や価値観抜きで被ケア者を理解することは殆ど不可能である。従って本研究においては、「ケア者が、被ケア者とその家族の感情・意見に誘発されて、その感情や意見を理解して同じような感情や意見をもつこと」と定義する。

*第1章第3節、第2章第3節で定義した「共感」とはケア者と被ケア者のおかれた状況が異なるために、再々定義をした。

2. 葛藤

小学館大辞泉によると「心の中に相反する動機・欲求・感情などが存在し、そのいずれをとるか迷うこと」³⁶⁾とある。英語では”conflict”、”dilemma”と訳され、対立する二つの意見・考え・価値信念の板ばさみになり、どちらを選択するのか難しくなる状況である。本研究では、「被ケア者とその家族、被ケア者と医師、あるいはケア者自身と被ケア者の家族の間における治療についての相反する考えや意見のなかで板ばさみとなり迷い悩む」ことと定義する。

3. 受容

相手の気持ちや考えを受け入れることである。しかし、必ずしも受け入れて認める、あるいは共感することを意味しない。従って、相手の気持ちや考えを聞いた後の対応をどのようにするかは次の段階になる。本研究においては、共感との違いを明確にするために、「ケア者が被ケア者やその家族の気持ちや考えを拒否することなく聞き、ケア者本人の信念と異なっても、被ケアとその家族の気持ちや考えを理解し、その意志に沿ってケアを実践する」ことと定義する。

第4節 結果及び分析

1. ケア者の属性

表9におけるケア者の属性をみれば、被ケア者（患者）あるいは家族から治療を拒否された体験をしたと回答し自由記述欄に記入した者が9名（2.42%）いた。そのうち6名は被ケア者とその家族の両方から治療を拒否された経験があり、3名は被ケア者の家族による拒否であった。これらのケア者が看取りを体験したときの勤務領域は、成人の消化器外科及び内科（1名）、一般内科（1名）、がんの終末期ケア（3名）、小児科（4名）である。看取りの体験は、数え切れないと記述した者（3名）、450回（1名）、50回（1名）、30回（2名）、15回（1名）、3回（1名）である。年齢は最年少の回答者で28歳（看取り回数3回）、最高齢の回答者は52歳（数えきれない回数）、平均年齢36.67歳（STD7.38）である（表9）。

表9 ケア者の属性 n=9名(2.42%)/372名

事例番号	年齢	勤務分野	看取り回数	拒否(患者or家族による)
1	39	小児・産性	30	家族による拒否
2	30	CCU・小児循環器	15	家族による拒否
3	39	集中治療・終末期ケア	30	患者と家族の両者からの拒否
4	29	がん	450	患者と家族の両者からの拒否
5	40	消化器(内・外)	50	患者と家族の両者からの拒否
6	52	末期がん	500	患者と家族の両者からの拒否
7	37	小児・NICU	500	患者と家族の両者からの拒否
8	28	小児	3	家族による拒否
9	36	内科	500	患者と家族の両者からの拒否
average	36.67	7.38		
min	28	(STD)		
max	52			

*看取り回数「500」は「数え切れない」等の言語表現した回答者
 *患者あるいはその家族によって拒否された事例ごとにおける回数は設問していない。従って回答者は代表的な事例を記述したことも考えられる。

2. 被ケア者やその家族の治療拒否の状況

表2-2-2からは、被ケア者とその家族は治療による苦痛、治療効果への期待、病気の予後、生存への期待、薬の副作用についての認識がケア者とは異なるがために治療を拒否していたことが分かる。それらは1) 被ケア者に「生きてほしい」という願いが強いために、被ケア者の家族は鎮痛剤を拒否し、医師は治療の中止を決心できずにいた(事例1, 5, 9)。しかしながら、被ケア者は治療を苦痛に思っていた(事例9)、あるいは医師の治療方針を受け入れられずに治療を中止したいと考えていた(事例5)。2) 治療による被ケア者の痛みの軽減がうまくいかないために、被ケア者とその家族の両者がともに治療を拒否していた(事例3, 6)。3) 被ケア者の家族は、病気が治るという望みをもてずに、繰り返す再発で被ケア者を苦しめたくないと考えていた(事例7)。4) 被ケア者の家族は、被ケア者への治療を中止する決心をしていた。しかし、ケア者は決心できずにいた(事例2, 8)。5) 被ケア者は死をむかえる覚悟をして、身辺や仕事の整理を済ませるために一時的に治療を拒否していた(事例4)などである(表10)。

3. 治療を拒否された体験に関するケア者の思いのカテゴリー

表II-2-2の事例番号で示されるように9名のケア者は、終末期のケアをしているときに被ケア者あるいはその家族から治療を拒否される体験をしていた。ケア者はこの体験の中で、被ケア者とその家族の思いとのズレを受容、あるいは共感していた。しかしながら葛藤を生じているケア者もいた。ケア者におけるこれらの体験の認識は、【受容タイプ】、【共感タイプ】、【葛藤タイプ】3つのコアカテゴリーからなり、さらに共感タイプは《被ケア者への共感》、《被ケア者とその家族の両者への共感》、葛藤タイプは《被ケア者の家族との思いのズレによる葛藤》、《被ケア者とその家族の両者への共感による葛藤》の5つのカテゴリーに分類された。このうち葛藤タイプでは、ケア者と被ケア者及びその家族の間における治療や予後についての信念にズレが生じていた(表10)。以下にその詳細について述べる。

表 10 ケア者が認識した思いの 카테고리：治療拒否への思いに焦点をあてて

n=9名(2.42%)/372名

事例番号	カテゴリー		サブカテゴリー		コード抽出者	コード	ケア者記述内容
	コア	カテゴリー	共感	思いのズレ(ズレの内容及び原因)			
1	受容タイプ	被ケア者の家族の思いとのズレの受容			被ケア者		もっと早く決意してほしかった。私ならそうする。ここからは看護師と家族で頑張るしかない。
				被ケア者の家族の思いとのズレ	その家族	治療の拒否	
				(死を覚悟する時期のズレ)	ケア者	早く決意してほしかった	
2	受容タイプ	被ケア者の家族の思いとのズレの受容			被ケア者		意思決定できない小児の場合、親がどこまで決定権をもつか。子どもの生きる権利を親であつても奪ってはいけないと思う。
				治療・予後についての信念のズレ	その家族	治療拒否	
				(コミュニケーションの不足)	ケア者	子どもの生きる権利、奪ってはいけない	
3	共感タイプ	被ケア者への共感	被ケア者への共感	被ケア者と医師の思いのズレ	被ケア者	しんどいことはしたくない、もう十分	人として死ぬなら、このまましんどいことはしたくない(患者) 先生も(医師)一生懸命はわかるが、これでもう十分だし、先生にも、このように患者の思いを伝えよう。
					その家族	治療の拒否	
				(死を覚悟する時期のズレ)	ケア者	被ケア者の思っていることを医師に伝える	
4	共感タイプ	被ケア者への共感	被ケア者の意志決定への共感		被ケア者	治療をやめてほしい、仕事の整理をする、日常生活の自立	がん末期の患者だったので、積極的治療はやめてほしいということで、少しでも日常生活が自立しているうちにいったん退院し、その後、しばらくして、入院、死亡した。少しでも自分の仕事など整理をしたいと言っていたし、QOLがわりに充実していたように思う。ターミナルの状態の場合、少しでも苦しまず、楽にさせてやりたいと思う家族の方がわりというように思う。
			(意志の尊重)		その家族	苦しめたくない、楽にさせたい	
			(QOLの充実)		ケア者	被ケア者のQOL充実していた	
5	共感タイプ	被ケア者とその家族への共感	被ケア者への共感	被ケア者と医師の思いのズレ(コミュニケーション不足)(医師と被ケア者の意志疎通不十分)	被ケア者	治療方針がおかしい	医師の治療方針があきらかにおかしい場合もある(患者の治療拒否)。勇気がある(患者の家族)。患者のそばにいる時間を多くあげたい(家族)
			被ケア者の家族への共感	被ケア者とその家族と一緒に過ごす時間の調整(環境調整の不足)	その家族	勇気がある	
			被ケア者との共感	医師の思いへのズレ(コミュニケーションの不足)	ケア者	そばにいる時間を多くしたい	
6	共感タイプ	被ケア者とその家族への共感	被ケア者への共感		被ケア者	苦痛の増強、食事摂取できない	治療しても苦痛が軽減せず、治療により全身の苦痛増強や食事摂取ができなくなる(患者)。治療のための検査(採血・レントゲン)拒否(患者)。患者の苦痛やつらさを見ていられなかったのでは(家族)。
			被ケア者の家族への共感		その家族	苦痛を見ていられない	
			(苦痛除去)/(食事摂取)		ケア者		
7	高懸タイプ	被ケア者の家族との思いのズレによる葛藤		治療・予後についての信念のズレ	被ケア者	治療に期待もてない、完治しない	患者への思いが深すぎて拒否していると思われることもあった。一時的に治っても再発したり、完治するわけがなく、苦しまなくてはならないので、苦しめたくないという気持ちになっている家族もいた。家族の思いもわかるが、悔しいと思ったこともある(ケア者)。
				被ケア者の家族との思いのズレ	その家族	苦しめたくない	
			(苦痛除去)	(コミュニケーション・ケア力の不足)	ケア者	思いわかる、悔しい	
8	高懸タイプ	被ケア者の家族との思いのズレによる葛藤			被ケア者		もし自分が家族の立場であつたら、もっと悩んでいたと思う。もし患者の立場であれば、どうしていただろうと今になって考える。答えは結局出ないままです。
				治療・予後についての信念のズレ	その家族	治療拒否	
				(信念の揺らぎ)	ケア者	もっと悩んでいた、答えは出ていない	
9	高懸タイプ	被ケア者とその家族の両者への共感による葛藤	被ケア者への共感		被ケア者	治療が苦痛、治らない病気、治療を止めたい	鎮痛剤を拒否する家族があり、患者の苦痛と鎮痛剤を制限してはいけないことの板ばさみにあい辛かった(鎮痛剤で急変のおそれがあると説明を受けた為)。治療しても治ることのない病気と思っていた(患者)。治療が苦痛と苦しんでいた(患者)。
			被ケア者の家族への共感	薬剤の効果・副作用への信念の揺らぎ	その家族	鎮痛剤の使用拒否、副作用への恐れ、状態を維持したい、助けたい	
					ケア者	板ばさみ	

1) 受容タイプ：被ケア者の家族の思いの受容

事例1においてケア者は、被ケア者の家族と同じ状況では自分自身も治療を拒否したであろうと回答している。また、家族は本心から治療を拒否し、拒否した後も面会のために病室へ来る回数が増え、家族が治療を拒否しなかったとしても被ケア者が生存する可能性は低かったと回答し、家族に「もっと早く決意してほしかった。私なら、そうする。ここからは家族と頑張るしかない」と記述している。家族がその子ども（被ケア者）の死を覚悟して治療の中止を決意する時期よりも、ケア者は早い時期に被ケア者である子どもの死を覚悟していたと考えられる。しかし、家族よりも早い時期にその死を予測しながらも、いったんケア者自身の思いを保留し、家族がその子どもの死を覚悟できるようになるのを待っていたと思われる。なぜなら「ここからは家族と頑張るしかない」との記述からは、家族が治療を拒否したときには、死へと向かっていたその子どもの状態が一次的であるにせよ回復の兆しをみせ、治療の中止を思いとどまらざるを得ない状況になっていたと解釈されるからである。ケア者が決心できないでいる家族の思いを受け止めて、家族が子どもの死を覚悟できるようになるのを待ちながら、ケアを続けていた姿が浮上する。

事例2においては、医師が家族の治療拒否に対して説得を試みているが、治療への同意を得ることができていない。ケア者は、家族が本心から子どもの治療を拒否し、家族の面会に来る回数が減少し、その子ども（被ケア者）は家族が治療を拒否しなかったとしてもやがては亡くなられたであろうと回答している。そして、「意志決定できない小児の場合、親がどこまで決定権をもつか」との疑問を呈している。家族の意志を尊重して積極的な治療は行われていないが、ケアは継続されている。事例1とは逆で、「子どもの生きる権利を親であっても奪ってはいけないと思う」との回答からは、被ケア者の死の時期がその家族の治療の拒否によって、ケア者が考えていた時期よりも早まったことを読み取ることができる。子どもの治療を拒否した家族が、子どもとの面会に来る回数を減らしたその背景には、子どもの死を直視できる心理状況ではなかったことが推察される。

これら二事例は、被ケア者の家族の意志決定が一方では被ケア者の生存の期間を長くしもう一方では短くした事例である。被ケア者の家族が「子どもの死を覚悟する時期」と、ケア者が考える子ども（被ケア者）の死の時期にはズレがみられる。ケア者は家族の思いを聞き受け止めてはいるが、そのギャップを埋めるべく家族との話し合いを続けていたのは医師であり、ケア者が被ケア者の家族とのコミュニケーションをはかろうと努めている様子は回答からは伺い知ることができない。

2) 共感タイプ1：被ケア者の思いへの共感

事例3では、医師は被ケア者に治療を受けるようにと説得を試み、治療に一生懸命に携わっているが、被ケア者は治療が苦痛になり拒否している。そしてケア者は、その状況では被ケア者と同じようにケア者自身も治療を拒否したであろうし、被ケア者は治療に希望を見いだせていないと回答している。医師と被ケア者の間に生じている治療への姿勢の乖離、ケア者はそのことに気付いて被ケア者の思いを医師に伝えようと考えている。この事例では、被ケア者が治療効果に対して懸念をいだき、治療を中止して楽になりたいという思いを抱いていたことが推察される。ケア者もそのような被ケア者の気持ちに共感している。

事例4では、被ケア者は治療に望みをもちながらも、末期の状態にいることを悟り、日常生活を自分でこなせる間に仕事や身の回りの整理をしたいと希望して、一時退院している。しかし、その後しばらくすると再入院して亡くなられたようである。再入院したときに「少しでも自分の仕事の整理ができた」と被ケア者が言われていたということで、ケア者はQOL (quality of life)がわりに充実していたように思う」と記述している。被ケア者は治療への望みを失ったのではなく、死を前にしての身辺整理をする時間作りの治療中止であったようである。この被ケア者の思いに共感して意志を尊重し、被ケア者の身辺整理の援助へと比重を移したことをケア者は納得し、その援助に価値をみいだしている。

この2事例はどちらも成人の被ケア者であり、ひとは痛みを伴う治療はもうこれ以上必要ないと判断から治療を拒否し、他方は死にいたるまでの一時期を利用して身辺の整理をするために治療拒否を選択している。これらの事例は、被ケア者自身の意志で死の時期を決定し、納得のいく治療を受ける選択をする意志を持ち合わせている成人の被ケアとの関わりである。

3) 共感タイプ2：被ケア者とその家族の両者の思いに共感

事例5では、被ケア者とその家族の両者が治療を拒否している。それは本心からの拒否であり、被ケア者もその家族も治療に希望を見いだしていなかった。そしてケア者自身も同じ状況では被ケア者やその家族と同様に拒否しているであろうし、治療を拒否しなかったとしても生存の可能性が高まったとは思わないと回答している。治療拒否後も被ケア者の病室へとその家族は面会の回数を増やしている。また、ケア者は自由記述欄に「医師の方針がおかしい場合もある」、被ケア者の家族が治療を拒否したことについて「勇気があると思う」と記述している。ケア者は医師の治療方針に賛同していないが、被ケア者とその家族の思いには共

感している。

事例6においては、被ケア者の苦痛が治療でも軽減せず、むしろ増強して、食事も摂れなくなっている。この状態に被ケア者とその家族が治療を拒否した。ケア者は、被ケア者も家族もこのときの拒否を本心からしていたのではない、治療に希望をみいだしていなかったからであると回答している。この家族は治療拒否後も被ケア者のもとへの面会が増えている。ケア者自身も同じ状況では治療を拒否しているであろうし、治療の継続で被ケア者が生存したとは思えないとも答えている。この回答からは、治療により「痛みが増す」、「食事が摂れなくなる」などは、治療拒否の要因になると考えることができる。この事例にみられるのは、治療の副作用が強く全身の苦痛が増強したために、生存に欠くことのできない食事の摂取が思うようにならず、治療効果に疑念をもち、治療を拒否した被ケア者とその家族へのケア者の共感である。

4) 葛藤タイプ1：被ケア者の家族の思いを受容できず葛藤

事例7のケア者は、被ケア者とその家族の治療拒否について、説得しようと最善を尽くしたと回答している。そのときケア者は、患者と家族の治療拒否に腹が立ち、本心からの拒否ではなく、治療に希望を見いだせていないから拒否しているのだと考えている。そして、家族が治療を拒否しなければ被ケア者が生存したと思われるかについては、「どちらともいえない」を選択している。拒否の理由の欄には「治療に対しての期待、宗教、家族とのかかわり」が影響し、ときには「患者への思いが深すぎて拒否している」、「一時的に治ってもまた再発したり、完治するわけではなく、苦しまなくてはならないので、苦しめたくないという気持ちになっていた」と記述している。また、被ケア者と同じ状況ではケア者自身も治療を拒否したであろうと述べているが、その家族であったなら治療を拒否しないと回答している。苦痛の緩和が難しいとき被ケア者は、治療に望みを託して苦痛を耐えるよりも、痛みを緩和する方に思いが傾き、その思いが治療拒否へと至ることを示唆している。痛みを我慢できなくなるときは、治療効果に疑問が生じ、治療を止めたくなくなるという心情にケア者は共感している。しかし、第三者である被ケア者の家族の思いについては異なり、痛みが強く苦痛に苛まされていたとしても治療を拒否すべきではなかったと考えており、治る望みをもてる間は治療を続けられるようにとケア者は努めていたと思われる。そのために、被ケア者の家族が「苦しめたくない」と思うのも分かるが、「悔しいと思ったこともある」と共感を一部見せながらも思いのズレに悩んでいる様子が記されている。

事例8においては、その家族は本心から拒否していて、被ケア者の家族と同じ状況ではケ

ア者自身も治療を拒否していたであろうと回答されている。被ケア者の家族は、治療拒否以前と同じように面会にも訪れている。これまでの事例と大きく異なる点は、被ケア者の家族が治療を拒否しなければ被ケア者は生存したと思うとの回答で、「もし自分が家族の立場であったなら、もっと悩んでいたと思う」とケア者が記述していることにある。ケア者は調査紙に回答した時点にも、まだ「ケア者自身ならどのようにするか」答えをみいだせないでいた。このケア者は、ケア者自身もその状況では「治療を拒否したであろう」と被ケア者の家族が治療を拒否することに共感していたためか、「家族への説得に最善を尽くした」を選択していない。ケア者による被ケア者の予後への見通しは、被ケア者の家族と異なっていた。被ケア者の家族が治療を拒否することについてどのように対処し、意味づけを行えばよいか分からずに悩んでいた姿が浮かび上がる。

5) 葛藤タイプ2：被ケア者とその家族の両者に共感して葛藤

事例9のケア者は、被ケア者は治療を苦痛に思い、治療をしても治ることのない病気だと思いながらも、治療への望みもまた抱いていたと回答している。鎮痛剤を使用すると急変する恐れがあるという医師からの説明に、被ケア者の家族は鎮痛剤の使用を制限することを望んだ。ケア者は、苦痛を和らげるために鎮痛剤を使用したいとのケア者自身の思いと、被ケア者の家族が生存に少しでもリスクになる鎮痛剤の使用を制限したいとの思いの間で悩んでいる。被ケア者もその家族も治らない病気であると意識しながらも、心から鎮痛剤の使用を拒否し、少しでも身体によくない影響を与えると思われる薬（鎮痛薬）を制限することを選択している。被ケア者とその家族が、自分たちの選択で患者が痛みを我慢しなければならない状況を作り出しているともいえる。このケア者は、被ケア者とその家族の状況では、ケア者自身も鎮痛薬の使用を拒否したであろうと考えていて、鎮痛剤の使用拒否を取り下げようとの積極的な説得を試みていない。しかしながら、被ケア者が鎮痛薬の使用を制限しても生存できたとは思われないとも回答している。治療が難しく末期の状態になったとき、覚悟を決めることの難しさ、治療の選択について決心が揺れる様子を読み取ることができる。

第5節 考察

ミルトン・メイヤロフ氏が述べるように被ケア者が成長して自己実現することを助ける過程をケアリングであるとみると、終末期にいる被ケア者の成長や自己実現を助けるとはどのような過程を意味するか。そしてまた、ネル・ノディングズ氏が述べるように被ケア者や

その家族とケア者の主観的、存在論的な思いが錯綜するときに、ケア者がその責任の重さを理解しながらも困惑し、葛藤するとはどのような様態をさすのか。さらには、ヘルガ・クーゼ氏が論じているように、ケアリングの過程においてケア者自身を正当化するのに必要な道徳・倫理をどのように考えなければならないか、第4節での分析をもとに考察を試みる。

1. 異なる思いの受容と自分自身の思いを認識することの重要性

ケア者と被ケア者の家族の間に、被ケア者が「助かる」大丈夫という信念をもっている時期、あるいは「死を受け入れる覚悟」ができる時期にずれが生じる場合がある。ケア者が救命に全力を注いでいるときに、被ケア者の家族は死をむかえさせる決心を既にしており、もあれば、逆に被ケア者の家族は救命を求めているがケア者は救命の可能性は殆どないと考えていることもある。本事例においては、被ケア者の家族が思い描き覚悟をするまでの子ども（被ケア者）の死の時期とケア者が考えている死の時期の間にズレがみられる。それにもかかわらず、子ども（被ケア者）の死をむかえる家族が覚悟を決める思いにケア者は寄り添いながらケアを継続している。終末期にいる子ども（被ケア者）の親は、我が子の予後を見据えて決断を下さねばならないが、その決断には疾病の重症度、一般的な治癒率、社会生活を送れる可能性の程度、生きることへの親の信念や価値観が大きく影響して動揺を生じる。ケア者が困惑することなくケアを継続できる要因になっているのは、ケア者自身の信念が明確になっている点が挙げられる。二事例ともにケア者は、被ケア者の家族の立場を理解し、被ケア者の予後の見通しが被ケア者自身と異なっていることを認識している。しかもケア者自身の信念に揺らぎがみられない。被ケア者の家族との思いが一致しなくとも、そのことを知り受けとめ、しかもケア者自身の信念を維持している。

2. 「思い」の尊重とサポートによってもたらされる QOL (quality of life) の充実

人は誰もが、心地の良い環境に居て、意義のある長い人生を生きたいと願う。その願いは疾病のために治療を受けている被ケア者にとっても同様である。ケア者にとっては、被ケア者のこの願いの実現はケア目標にもなる。被ケア者のより良い人生の実現へ向けてケアを提供していると信じているときには満足感を抱き、十分なケアを提供できないためにその願いを実現することが難しいと思うときには対処法を見いだせずに無力感を抱くことになる。ケア者が被ケア者の思いに共感している事例3・4では、どちらの被ケア者も自分自身の状態を理解し、十分に治療を受けているとの思いを抱き、その思いをケア者へも伝えている様子

がうかがえる。また事例4では、被ケア者には死を迎えるために身辺を整理するだけの気力が備わっていて、その意志が尊重されている。治療についてどのような気持ちを抱いているか言葉にしてオープンに表明し伝えることができるときには、お互いの中にある思いのズレを克服できるようである。また被ケア者が、死を迎えるまでの時間をどのように過ごすかを考えて実施できるだけの気力を備え、サポートを得ることができて充実した時間を過ごせるとき、ケア者はケアをしていることが喜びや充実感につながっている。被ケア者の身体症状は治療を受けている間は常に変化する。ケア者がその変化を把握して症状が緩やかなときに被ケア者と家族の意志を実現できるように環境を整えて支援するなかで、被ケア者の QOL (生活の質)が充実した事例といえる。被ケア者とその家族が悔いのない終末をむかえるために必要な支援について、日常のケアの中で話し合い、適切な時期を見計らって身辺整理などを行うことの重要性が示唆されている。事例4のケア者は、被ケア者が終末へ向けて自己の思いを実現する支援をしていたといえる。それはいわゆるミルトン・メイヤロフ氏が述べる「他者へのケアリングにおいては、他者が成長するように助け、そうすることでまた、ケア者は自分自身の実現になる」ことでもあると考えられる。³⁷⁾

3. 被ケア者とその家族の思い表出への支援

被ケア者とその家族はともに治療を拒否している。この両者は、自分たちの意志を表明するだけの強さを持ち合わせている。ケア者はそのような被ケア者とその家族の思いと態度に共感をみせている。不治の病においては、被ケア者とその家族は治癒を望みつつも生存への可能性が低くなりつつあることを悟り、やがては死への覚悟をしなければならない。覚悟を決めるまでには、被ケア者とその家族が抱く希望に乖離が生じることがある。また、ケア者自身と被ケア者の家族の間にも思いの齟齬が生じることがある。乖離を小さくするには、被ケア者とその家族が死への覚悟を決めることができるまでの感情の揺れや思いを互いに表出する機会が必要である。被ケア者とその家族が安心して思いを出せるコミュニケーションの場を作れるかが鍵になる

4. 非受容と信念の揺らぎによる葛藤

ケア者は、被ケア者の家族が被ケア者が痛みを耐えている姿を見るにしのびずに治療を拒否していることについては、理解し共感している。しかし、被ケア者の家族が治療効果を期待できないと考えて治療を拒否すること、あるいは宗教上の信念から治療を拒否することに

については、共感できず、治療の中止は被ケア者の命を終わらせることになるかとケア者は考えている。これらの事例において、ケア者には被ケア者を助けたいとの思いが強く、死を迎えさせることへの覚悟ができていない。被ケア者に苦痛を我慢させて治療を受けさせることは、生存できるようにするための一縷の望みではあるが、被ケア者の苦痛を傍で見ていた家族は辛い。特に、寛解で被ケア者の症状が軽減して希望が優勢になり家族が喜んでいるときに症状が再燃して重度になると、家族は治療を継続して受けさせることを躊躇する。あるいは苦痛を耐えさせていることに罪悪感すらいだくことになる。ケア者は、被ケア者の家族の「痛い思いをさせたくない」との思いには共感するが、被ケア者の家族が治療を拒否することについては共感できずに信念が揺らぎ葛藤に陥ったと思われる。また、治療技術が高度になっているとはいえ、被ケア者の死期を医療者が寸分も狂うことなく予測するのは難しいことがある。ケア者は、被ケア者が死をむかえた瞬間の身体症状、死をむかえるまでの生活状況、あるいはまた死期についてのイメージが予測していたのと異なるときには、被ケア者に安楽な意義のある入院生活を過ごさせることができなかつたと自責の念に駆られてケアへの信念に揺らぎを生じ、葛藤に陥ることが考えられる。ネル・ノディングズ氏が「わたしたちは、関心も信念も相容れない二人の人をケアしていて、その間で板ばさみになっている自分に気づくことさえある。ときには、その葛藤が解決できず、それを忍ばねばならないこともある。」³⁸⁾³⁹⁾と述べているように、ケア者と被ケア者の家族の間に、被ケア者の生存へ向けた思いが錯綜して一致をみずにケア者が葛藤に陥っている事例である。

5. 医薬品に関する正確な知識及び普遍化された道徳・倫理の必要性

不治の病であると告げられて、「生存」より「死」が優勢になったとしても、被ケア者の家族にとって「助かってほしい」との願いをあきらめるのは容易ではない。死へのリスクを高める薬剤は、鎮痛剤であってもときには被ケア者の家族は拒否をする。現在の治療技術では、身体症状による苦痛はある程度コントロールできるようになっている。しかしながら、痛みを完全になくすることはできず、薬剤の副作用をなくすることもできない。また、被ケア者の「死への覚悟」と「生存への望み」の間における心理的動揺もどちらか一方が常に優勢を保っていることはなく、日々の身体症状や治療処置による痛み、周囲の人々との関係に左右されて変化する。この被ケア者の感情を敏感に読み取って共感をするケア者もまた心理的動揺に身をさらしていると考えられる。事例9では、被ケア者とその家族の間で、死への覚悟と痛みのコントロールについての信念にズレが生じ、ケア者はその板ばさみになり葛藤に陥

っている。ケア者が痛みに関する薬剤の適用や副作用についての正確な知識をもっていたとしても、異なる信念をもつ両者に共感するとき、ジレンマに陥り葛藤が生じる。このときケア者は、ヘルガ・クーゼ氏と言われるようにケア者自身を正当化するのに必要な道徳・倫理観をもつ必要があるように思われる。副作用を承知の上で痛みの軽減を優先するか、可能な限り痛みを耐えて副作用を極力少なくするか、被ケア者にとって何が善いか判断を迫られる。看護におけるケアリングは、「人間の尊厳を保持・促進し、守ることであり、卓越した倫理的な知識が必要」であり、ケア者自身が被ケア者との「関係性を築くことのできる能力をもっていること、そしてケア者自身の能力の限界を知っている」⁴⁰⁾ 必要がある。しかしながら事例8・9のケア者は、その判断をくだす倫理の知識を十分に得るための機会に恵まれていなかったと考えられる。

第6節 結論

終末期のケアリングにかかわったケア者9名の事例分析から【受容タイプ】、【共感タイプ】、【葛藤タイプ】の3タイプが浮かび上がった。受容タイプのケア者は、被ケア者（子ども）の家族との間に死をむかえる覚悟をする時期にズレを認めている。しかし、そのズレを認識し、被ケア者の家族の思いを受けとめ、葛藤に陥ることなくケアを実践している。共感タイプのケア者は、意志を表明できる成人の被ケア者とその家族のケアリングにかかわり、被ケア者の終末期の自己実現へ向けてサポートを継続していた。葛藤タイプのケア者は、被ケア者とその家族の間における信念のズレをどちらにも共感するが故に調整できずに葛藤に陥っていた。9事例の分析であり一般化するには限界があるが、葛藤を克服するには、受容タイプのケア者にみられるようにケア者自身の信念を認識できる、あるいは共感タイプにみられるように被ケア者のQOL実現へ向けた支援を実施できるように環境を整えること等が重要であると考えられる。

引用文献

- 1) 國廣哲彌,安井稔,堀内克明,池上嘉彦『プログレッシブ英和中辞典』第4版,小学館,2005(初版1980),p.306
- 2) 前掲書 1) p.407
- 3) 仏教伝道協会『和英対照仏教聖典』、“The Teaching of Buddha”, 2000, 序
- 4) 松村明監修『大辞泉』, 小学館, 1995, p.1211
- 5) 仏教伝道協会『和英対照仏教聖典』“The Teaching of Buddha”,2000, pp. 240-243
- 6) *Oxford Dictionary of English*, Oxford University Press, 2003 (EX-word 電子辞書)
- 7) *Oxford Thesaurus of English*, Oxford University Press, 2004 (EX-word 電子辞書)
- 8) 前掲書 6)
- 9) 前掲書 7)
- 10) ミルトン・メイヤロフ著 / 田村真・向野宣之訳『ケアの本質ー生きることの意味ー』、ゆみる出版, 2001, 第9刷, pp.13-16
- 11) Milton Mayeroff “*On Caring*”, HarperCollins Publishers, 1972(first edition)
- 12) ネル・ノディングズ著/ 立山善康・林泰成・清水重樹・他訳「倫理と道德の教育ー女性の観点からー」『ケアリングー』, 晃洋書房, 2008, (第1版,1997)
- 13) Nel Noddings “*Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*”, The Regents of the University of California press, 1984
- 14) ヘルガ・クーゼ著/ 竹内徹・村上弥生監訳『ケアリングー看護婦・女性・倫理ー』, メディカ出版, 2000
- 15) Helga Kuhse “*Caring: Nurses, Women and Ethics*”, Blackwell, 1997
- 16) 前掲書 11) pp.1-3
- 17) 前掲書 13) pp.9-16
- 18) 前掲書 13) pp.12-13
- 19) 前掲書 13) pp.4-5
- 20) 前掲書 15) pp.145-158
- 21) 前掲書 15) pp.147-149
- 22) 前掲書 15) preface, p.IX
- 23) 前掲書 15) pp.142-145
- 24) 前掲書 13) pp.1-2

- 25) 松木光子編集「基礎看護学」『看護学概論』, ヌーヴェルヒロカワ, 1993, p.3
- 26) 粕田孝行(Takayuki KASUDA)「オレムのセルフケア理論とその展開」『看護 MOOKー看護理論とその実践への展開ー』, 金原出版, 1990, pp.63-66
- 27) Patricia Benner / 聖路加看護大学公開講座委員会訳「看護における理論の必要性」『看護研究』アーカイブス, 医学書院, 2003,第1巻,pp.25-32
- 28) カール・ロジャーズ/ 畠瀬直子監訳『人間尊重の心理学』, 創元社, 1999, p.110, pp.128-132
- 29) 大段智亮『人間の看護の出発点』, サンルート看護研修センター, 1986, pp.155-156
- 30) Margaret J. Dunlop, Patricia Benner 著/ 相良ーローゼンマイヤーみはる監訳「ケアリングの科学は可能か?」『解釈的現象学』, 2006, pp.25-39,
- 31) Jean Watson 著 / 川野雅資・長谷川浩訳『21世紀の看護論, ポストモダン看護とポストモダンを超えて』, 日本看護協会出版会, 2005, p.87
- 32) 前掲書 31) p.85
- 33) 前掲書 31) pp.82-83
- 34) 金田一京助,佐伯梅友,大石初太郎,野村雅昭『新選国語辞典』,小学館, 第8版, 2002, p.317
- 35) <http://syass.kwansei.ac.jp/tatsuki/Thesis97-98CL/5kyokan.html> 2011/02/23 pp.1-3
- 36) 松村明監修『大辞泉』, 小学館, 1995, p.526,
- 37) Milton Mayerroff, “self-Actualization Through Careing” *On Caring*, Harper Perennial, 1990, pp.39-40
- (註)
- “ In caring for the other, in helping it grow, I actualize myself. The writer grows in careing for his ideas, the teacher grows in caring for his students; the parent grows in caring for his child. . . . *I do not try to help the other grow in order to actualize myself , but by helping the other grow I do actualize myself.* ”
- 38) Nel Noddings, “Rules and Conflicts” *A Feminine Approach to Ethics & Moral Education Caring*, University of California Press, London England, 1986, p.55
- (註)
- “We have been looking at the conflicts of caring, and we have seen that conflict may arise between the perceived need of one person and the desire of another; between the wants of the cared-for and

the the welfare of persons yet unknown. We may even find ourselves in conflict between two persons for whome we care and whose interests and beliefs are incompatible. Sometimes, the conflict cannot be resolved and must simply be lived.”

- 39) ネル・ノディングズ著, 立山善康, 林泰成, 清水重樹, 宮崎宏志, 新茂之訳, 「倫理と道徳の教育—女性の観点から」『ケアリング』, 晃洋書房, 1997, p.87
- 40) Jean Watson, “A theory of Nursing” *Human Caring Science*, Jones & Bartlett Learning, 2011, pp36-38

第三部 ケア者の葛藤への対処：セルフケアリング

わが国の乳児死亡率（人口千人対）は、大正末期までは150以上であったが、昭和15年に100以下となり、昭和35年には30.7、昭和50年に10.0、平成21年は2.4と低率になった。大正から昭和初期までの主な死因は肺炎、腸炎等の呼吸器や消化器の感染症であったが、昭和中期以降は先天奇形・変形および染色体異常、周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害へと移行している。成人・老年期を含めた全死亡においては心疾患、悪性新生物、不慮の事故が主な死因である。平均寿命は、昭和22年に男性50.06・女性53.96、昭和32年で男性63.24・女性67.60、昭和52年が男性72.69・女性77.95、平成22年には男性79.64・女性86.39へと延びている¹⁾。医療技術の恩恵を得て、感染症を治療することができるようになり、我々の平均寿命は明らかに延びている。とはいえ、人の身体を構成する皮膚細胞や血液細胞などの組織細胞は、老化に伴ないアポトーシス現象で自然に死を迎えてやがて除去される。そして除去された細胞と入れ替わりに、新たな細胞が作り出されて身体機能を維持する。アポトーシスがなければ、新たな生命の誕生は必要ではなくなる。死があるから、誕生があるともいえる。多細胞生物として進化を辿ってきた人間は、死を迎えることで人口の限りない増殖を抑制しつつ次世代の誕生を可能にし、遺伝子DNAを継承することで死と生命の連鎖を繰り返してきた。

ところが、科学技術が高度になるにつれて人間の「生命」・「死」に人の手が加わり、医療ビジネスとして展開されるようになった。精子バンクによる体外受精などの生殖補助医療、胎児期におこなわれる先天性疾患の出生前における遺伝子診断と治療、脳死者からの臓器移植、人工呼吸器などの延命装置、誘導性多能性幹細胞（iPSC：Induced Pluripotent Stem Cells）による再生医療は、その主な例である。体外受精で人偽的に試験管ベビーと呼称される生命が誕生し、母胎内において胎児期に治療を施すことで出生時に死亡する危険性が回避され、他者の臓器を移植し不全状態にある臓器と入れ替えることで生きる時間の延長が可能になり、体細胞に数種類の遺伝子を入れることで自己複製能力をもった人工多能性幹細胞の培養が可能になった。平成9年（1997年）に制定された臓器移植法は、15歳以上の成人をドナーの対象にしていた。しかし、小児の心臓移植など他国へ渡り移植医療を受ける事例が世界的に増え、移植を必要とする患者の人数に比べ、ドナーとなる人の数は増えず、人間の臓器を不正売買するなどの問題が浮上してきた。2010年5月には、WHOは他国へ渡っての臓器移植医療の禁止令を発布した²⁾。日本においてはWHOの対処に追随すべく、平成22年（2010年）には15歳以下の小児もドナーになることが承認された。

車の運転免許証の裏には臓器提供に関する意思の表示項目「以下の部分を使用して臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。3. 私は、臓器を提供しません。（1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。）【心臓・肺・肝臓・腎（じん）臓・脾（すい）臓・小腸・眼球】⁹⁾が記載されるまでになっている。臓器移植医療は、法制度が整い日常的な治療手段となったのである。高度化した世界的な医療技術の進歩や概念の変化に、医療においてケアリングに従事する者はいかなる影響を受けているだろうか。

第1章 生死についての認識の問題

二十世紀は科学者が生物の「生」「死」に手を加えて操作した時代といえる。その代表的なものにクローン動物の誕生、人の精子バンクと体外受精、脳死判定と心臓移植などがある。これらの科学技術の応用は、既に科学者の手を離れて社会生活の中に組み込まれていて、誰もがその成果を享受できる立場にいる。しかし、そのことが日常で人々の意識に上り、自らの問題として認識されることは殆どない。それは、日ごろ私たちが情報をどのようにして認識しているかに関連する。新しい情報は周囲の環境との関係で意味づけが行われて認識され、知識として知覚され、使用されると消化され、調節されて統合される。統合された知識は、使用されなくなると時間の経過とともに意識に上らなくなり無意識下へとしまわれるからである。

「誕生」や「死」の概念についての体験はどうであろう。人生において体験をしておせるだろうか。「いや、他者が誕生する場面や死の床に就くのを見る経験ならできるが……。」との返事が返ってくるのは確かである。自らが体験できないにもかかわらず「誕生」には性の問題が絡み、「死」には愛しい者を失う悲しみや自分自身に降りかかる時の恐怖から、語ることは伝統的にタブーとされてきた。それが1970年頃からあらゆる領域の人々が一堂に会して本格的に論じられだした。「生」「死」に関する科学技術の応用が専門領域の科学者の研究室から市場へと移行し、商品としての価値が付加されたからである。誘導性多能性幹細胞（iPS）は、平成24年には特許を取るまでになり、京都大学 iPS 細胞研究所長山中伸弥氏は平成24年10月8日ノーベル生理学・医学賞を受賞した⁴⁾。ノーベル科学財団のホームページには、「成熟細胞が初期化により多能性（異なった発達の可能性）をそなえることができるということを発見したことにより John.Gurdon 氏と連帯で山中伸弥氏に、2012年のノーベル生理学・医学賞が授与された」と掲載されている⁵⁾。分化した生殖細胞は永久に最初の状態には戻れないと考えられていたのが初期化できる「分化前の状態へ戻る」ことを証明したのである。とはいえ、誕生して社会生活を営んでいる個人が「生」と「死」をやり直すことはできず、他者に依頼することもできない。市場へ持ち出された商品には利害関係が絡み出す。法制度の整備や改訂がなされ、新たな概念が導入されてもなお納得がゆかずに戸惑いを抱きつつ生活している人々がいるのも事実である。本章では、この「生」と「死」についての概念の変化と変化への戸惑いに触れ、日本の宗教文化を背景にして考察し、生涯教育としての学びの機会を活用して自己の価値・信念を内省し、自らに生じている葛藤への気づきを得ることの重要性を提言する。

第1節 脳死の概念

1997年7月16日に制定された「臓器の移植に関する法律」いわゆる臓器移植法は、新しい「死」の概念を取り入れるために制定された法律の典型例である。なぜなら、その第6条1号には「この法律に基づき、移植術に使用されるための臓器を。死体（脳死した者の身体を含む）から摘出することができる」とある⁶⁾。また、同条2号には「前項に規定する『脳死した者の身体』とは、その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であって脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定されたもの⁷⁾の身体をいう。」とある。以上の条文からはこの法律が、「脳死者」と判定された人からではなく、脳死した「もの」から臓器を摘出することを人々（法の制定者を含む）に納得させようとしている意図を読み取ることができる。旧来からの「死」の概念を変えて、新たな「死」の概念を制定し、人の臓器を移植医療に使用する目的で制定された法律は、科学技術を駆使した臓器移植医療を定着させるために「脳死」を人の死として概念規定を法の条文に記載したのである。

法律として普遍化された「脳死」としての人の死は、しかしながら、医学的な知識をもたない一般の人々にとっては直ぐには認めがたいと思われる。脳死の概念が法制度化される以前人々は、他者の死を確認するのに頬から血の気が失われ、手足が冷たくなり、手足が硬直（死後硬直）するのに触れて見て確認し、納得して死者との別れを覚悟してきた。他方脳死者の身体は、血流と血圧が保たれていて温かく、深い眠りについているような気持ちで傍らにいる人々に抱かせる。脳死と判定された者の臓器を移植臓器として使用できるように維持するには、心臓や肺の機能を保持して一定量の血流と血圧を保つ必要があるからである。臓器の移植に関する「法律施行規則（抄）」によると、「法第六条第四号に規定する判断に係わる判定にあたっては、中枢神経抑制薬、筋弛緩薬その他の薬物が判定に影響していないこと及び収縮期血圧が九十水銀柱ミリメートル以上あることを確認するものとする。」⁸⁾ 資料1」となる。

脳幹部を含めた脳全体の細胞が壊死に陥れば、やがて意識も感覚もなくなり、肺も心臓も機能しなくなるのは確かである。しかし、身体各細胞レベルは、死滅するまでに時間差があり、全ての細胞機能が同時に停止するのではない。その時間差を利用して治療に使用しているのが臓器移植である。各臓器の体外での保存期間は、肺－0時間、心臓－4時間、脾臓－4～6時間、肝臓－20時間、角膜36時間、腎臓－72時間（保存器による）、骨－最大限2年であるといわれている⁹⁾。「どのような刺激を与えても脳波が平たんで、人

工呼吸器をはずせば呼吸は止まるのであり、脳死は人の死である」と言われても納得するのが難しいのは当然である。愛しい身内の者を失くしたときは、死亡したという事実を否定したい感情に駆られて認めることができるようになるまでに数日から数週間ときには数か月を必要とする。

社会学者の見田宗介氏は、日本文化における死者との対話について触れ、日本の宗教では死者と生者は断絶していないと述べている¹⁰⁾。この世に愛しい者を残す死者の未練と死者に対する生者の未練がみられ、死者と生者の間には対話が成立している。死者との別れを通夜、葬式、初七日、四十九日、十三回忌、三十三回忌、五十回忌まで行い、やっと死者がホトケ（仏）となり、カミ（神）となったことを認めてきた文化である。朝、起きるとともに仏壇・神棚に死者の好物をお供えし、供物を死者と共に分けて食べ、朝夕に死者と対話する人々の姿は日常生活の一部であった。実際に死者が供物を食べているか・いないか、話を聞いているか・いないか。事実は関係なく、問う必要もない。共に食べ、対話していると信じて疑わない人々の姿がそこにある。死者と我、客観的な証明を必要としない二人の世界、疑い問う必要のない世界である。「平常心是道」、人々の生活における信心そのものが「道」である。科学万能社会が忘去し、失った世界、拠り所、安心がそこにある。木にしめ縄が施され御神木となり、道端の石も地藏仏として意味を与えられる。植物、無生物等自然の全てに霊をみてきた文化である。

第2節 病名告知

「先生、この子の死を無駄にしないでください。それでないと何のために頑張ったのかわからなくなります。最後の最後に逆転されてしまいましたけれど。お願いしますよ！」と病院から退院されるときに、子どもを白血病で亡くされた父親が13歳のわが子を腕に抱いたままで絞り出すような声で言われた。ケアにかかわってきた医療者は、この言葉に深く頭を垂れた。

医療者に全面的な信頼をよせて、病院で不治の病と闘い、助かることに最後まですがりながらその命を終えた多くの子どもたちの親が言いたかったことを、この父親の弁は的確に言い表しているように思われる。死が訪れるその瞬間まで、この父親はわが子の生存の可能性のみを胸に抱いて頑張ってきたのであろう。「米国と違って日本の医療風土では、癌の告知や死の宣告は、まずなされることはない。従って日本の臨死患者は、体の衰弱などから、うすうす自分の死期の近いことを予感する。その分、葛藤と防衛の深刻さは、まだ

軽くてすんでいると言えるかもしれない¹¹⁾と荒木氏は述べている。癌の告知は患者本人には、「患者が生きる意欲を失くさないように」との配慮から、その家族には「家族が混乱に陥るのを避けるために」との良心と善意から、1990年代までは病名を伝えないことを原則にしていた医師が多かった。現在ではインフォームドコンセント(Informed Consent: IC)の概念が取り入れられ、患者は医師から疾患やその治療処置について十分な説明を受けたうえで納得し、同意して治療や処置を受ける権利を有するようになった。不治の病である「癌」についても例外ではない。しかし、癌の告知は患者本人には、「患者が生きる意欲を失くさないように」との家族の配慮から、またときには家族員へ「家族が混乱に陥るのを避けるために」との患者自身の善意から病名を伝えないようにと望まれる人々がいるのも事実である。

不治の病に罹患しながらも病名を告げられないでいる患者は、医師や家族が告げない限り、最後の瞬間まで自分の死を予感しないであろうか。必ずしもそうではないと思われる。荒木氏が述べているように、体の衰弱などから死期が近いことを予感する。医師の診察を受けるために「癌センター」や「腫瘍科」という暗に病名を告げている医療機関を訪れ、治療を受けながらうすうす気付く。しかし、事実を認めたくないという気持ちが優勢を保ち、そこに一縷の望みを託して精一杯生きているのである。「・・・最後の最後に逆転されてしまいましたけれど・・・」と言われた父親は、おそらく、子どもの生存への希望が、死ぬかもしれないとの予測的事実を覆い、治療処置を受けさせることで生存への希望を維持してきたと思われる。子どもの死を迎えざるを得なかった父親の最後の願い、ここまで治療処置を受けてきた子どもの頑張りに報いるには、医師が「わが子の治療処置で経験して新たに見いだしたであろう知識を活用して、他の白血病の子どもを助けることに全力を注ぐ」こと、「わが子と同じ白血病の子どもたちの治療法を見いだす」ことであり、その願いを医師に託したと推察される。

不治の病の病名告知は、必ず行うべきである、あるいは控えるべきであるといった二者択一的な考え方をする必要はないと考える。医療従事者と患者・その家族との間に対話が保たれているときには、患者への生への気力、残された時間への思い、こころの準備、家族の思いなどを配慮して、いつ、どのような環境下で、どのように告げるか対話を繰り返しながら準備を進めて、告知するか・しないかを定めることができる。しかしながら対話が失われて医療従事者と治療処置を受ける患者やその家族との間に、「治癒への期待」と「死への覚悟」についての乖離が生じるときは、前者、後者ともに自らの判断で選択をする余

地を失い、法に依拠せざるを得なくなる。

不治の病に罹患することは、日頃は忘れていて他者に起きることであり、少なくとも平均寿命である男性なら 80 歳前後、女性なら 90 歳前後までは生きているであろうと信じて疑わずに過ごしている人々に「死」を突き付ける。三世代、四世代が同居していた拡大家族においては、家庭内で身内の死を経験して葬儀を執り行っていた。核家族が大半となった今日では、殆どの人は病院で死をむかえ、葬儀社の車で病院から直接斎場へと向かい、家庭へは骨壺に入って帰ってゆくことが多い。死があつて生があり、生があつて死がある。にもかかわらず死についてはタブーとして話されることは殆どなく、身内の者の死を見る経験もまた失われてきている。このように、第 1 節で述べたように法による死の概念規定で愛しい者の死を体感することが難しくなり、生活を共にして誕生を祝う、あるいは死の惜別を共に分かち文化としての祀りごとの継承が難しくなっている。日常生活のなかでの学びや意識化が難しくなっている現状があるからこそ、無意識下の信念や直面する戸惑いを内観する機会となる生涯教育における学びは重要になると考える。

第 3 節 「生きる」とは

アイルランドの喜劇役者ハル・ロチ(Hal Roach)のユーモアに、「ケイシーは小切手を現金にするために銀行へ行った。窓口の出納係が『身元を確認できますか』と尋ねると、ケイシーはポケットから鏡を取り出して覗き込み、『ああ、確かに俺だよ』と言った。」 というのがある¹²⁾。この小咄でケイシーは、銀行の出納係が身分証明書の提示を求めたのに、身分証明書ではなく、鏡を使用して自分で自分を確認するという惚けた行為をして笑いを誘っている。鏡の中の像は、虚像であり、投影している人物の左右は鏡の中で反転する。しかし、鏡を見ながらそのことを意識することはなく、鏡を通して見慣れた自分の顔があれば自己確認としては事足りる。子どもが初めて鏡を見るときは、そこに映る自分の姿に驚いて不思議がる。しかし、何度か経験するうちに自分であることに気づき、成長するにつれて鏡に映る自分の姿を他者がどのように評価するかを念頭に、身づくろいを始める。他者であった不思議な人物は、やがて自分自身となり、他者からの評価を意識した自分の外観作りに活用されるようになるのである。鏡の中の人物は、誰かはわからないが 1 人であった、しかしその鏡の人物を覗き込んでいる自分の行為に気付くと 2 人の人物が意識されるようになる。やがては、見知らぬ人物は自分自身であることに気づき、鏡の前で色々な行動を試していくうちに、イメージ化した自己像の形成へと発展する。ユーモアとして観

客が笑うのは、銀行や郵便局といった公的な機関で自分自身を証明するには運転免許証、パスポート、健康保健証などの公的機関が発行する顔写真付きの身分証明書の提示が期待されているのに、ケイシーが自分で鏡に映る像をみて自分を確認するという一般的な慣習とは異なる行動を取ったが為に期待された行動とのズレが生じ、そのズレがおかしさを誘うからである。

しかし人はときに、社会が期待する理想像を追求するがあまりに、あるがままの自分ではなく、虚像の自己像でしか自分の存在を認められなくなるときがある。ケイシーの行動をユーモアとしてではなく、視点を変えて文明人を風刺したブラックユーモアとみるなら、現在の人々の中には自分の存在の意味を見失い、他者との関係のみでなく、自分自身についても常に自己確認を必要とする状況が生じる可能性が高まっているのではないかと解釈できる。

平成 22 年（2010 年）の日本における死亡総数における全年齢における死因順位は、第 1 位は悪性新生物、第 2 位・心疾患、第 3 位・脳血管疾患、第 4 位・肺炎、第 5 位・老衰、第 6 位が不慮の事故、第 7 位が自殺である。ところが、生産年齢人口である 15 歳～39 歳の年齢では、自殺が第 1 位、不慮の事故が第 2 位を占める¹³⁾。毎年のように 3 万人前後の方々が不慮の事故、あるいは自殺で亡くなっている。布施豊正氏は、「自殺という極限までに追い詰められた人々に共通しているのは、人種、国籍、宗教の違いを越えた心の苦悶とストレス、落ち込みなどの精神的危機という厳しい事実である」と述べ、「こころの危機は、自分の力で分析、対応し、究極的には危機の減少と人間的成長を果たしうる」として、自分の生活に身近な伝統文化に内動している「生活の知恵」、「緊張緩和の方法」、「民族文化療法」を探究することの重要性を主張している¹⁴⁾。

人は常に他者との関係の中で自己の存在を確認しながら成長してゆく。人が生まれ出た世界は自分自身をも含めて常に変化している世界であり、居住空間の環境は変化していて同じ形態や同じ時間に留まることのない世界（宇宙）である。あらゆる物質、形あるものは常に形を変えて、やがては消滅する。「諸行無常」であり、「色即是空」の世界である。しかしながら、常に変転して消滅する世界がこの宇宙であっても、そのことが即、生きることの否定に繋がるわけではない。それはまた、「空即是色」へと続く存在であることを意味し、消滅するからこそ、生命の誕生、自己の存在が意味をもつ世界となる。ひとりの行動や意識、存在は、次の人へと繋がり、その次の人からまた次の人へと繋がる。繋がり連鎖は、連綿と時間や空間を超えてこの宇宙全体に広がってゆく。変化し続けて、やがて

は消滅する存在であるからこそ、今、この時点の自己は何者にもとって代わることでできない唯一の自己なのである。このように考えるとき、生きるとは、万物との縁を織りなし、一瞬、一瞬を大切にし、唯一の我が身を愛おしみながら生活することであると思われる。とは言え、社会の中や自分自身の心の中で疎外や依存を作り出して危機に陥り、無力感、空虚感に陥る時期があるのが人間である。日本の生産年齢人口における自殺率の高さは、日本国内における死因の順位としても前述のように高いが、世界においてもロシア、ハンガリーに続いて第3位と高い¹⁵⁾。成人期における自殺の危険因子は、自殺企図歴、精神疾患の既往、周囲から十分なサポートが得られない状況、喪失体験、アルコール症、薬物依存、性格、事故傾性、自殺の家族歴¹⁶⁾などが報告され、ライフサイクルに基づく発達段階に応じた面接法の提案、電話による命のホットラインや、精神科医による治療、母子・父子家庭への支援なども進んできているが、高い自殺率が30年以上も続いている。

人々の行動範囲はこれからも広がり続け、異なる文化において育まれた価値観の間で葛藤は増え続けるとと思われる。そのとき、各自が自己の依って立つ価値観を確認しながら、他者の価値観との異同を認めることができ、異文化の下で育ってきた人々と共に歩み続けるには、生涯教育の機会を通じて、自らが育ってきた文化や価値観への気づきや見直しを行う機会は欠くことができないのではないだろうか。

第4節 おわりに

人生における「生」「死」は、やり直しがきかない。自分で体験することができないだけに他者の経験や自国の文化の中で培われてきた先人の知恵を学ぶ必要がある。他者の菩薩行の恩恵である臓器を譲り受けて生の営みを続けることができるようになった人々は、自分自身の臓器がその譲り受けた他者の臓器を異物とみなす拒絶反応に悩み、生涯を通じて拒絶反応抑制薬を飲み続けなければならない。精子バンクからの体外受精で生を受けた人々は、自分の出所（父親）捜しの悩みを抱く。人の生涯から生・老・病・死の苦を取り除くことは不可能である。生があるから老があり、生があるから病いがあり、生があるから死がある。どちらか一つでは成り立たないのが人の存在であり、この連鎖が消滅するときには生・老・病・死の四苦の全てが同時に消滅することになる。人間の欲望には限りがなく、際限なく諸々の縁を織りなしてゆく。この縁は自己のみの力、自国のみで制御できるものではない。他者・他国との関係性の中で対話を通して暴走や爆走をくい止める手立てが必要となる。その手立てが文化であり、宗教であり、法となる。21世紀は、自己の依

って立つ足場（価値）を見失い、寄り添い手助けしてくれる身内の者の人数が極端に限られてくる核家族となり、自らの責任で人生を生き抜くことを大半の人々が要求され、ストレスに陥りやすい時代になると思われる。自らに律して従う自律・自己実現の世界は、教育や日々の生活において文化・宗教・法を身につけて責任と義務を果たしてゆく孤独で厳しさを伴う世界である。そしてまた、己の限界を知り、他者の尊重を必要とする世界でもある。人生を通じての学習が必要となり、その機会と場所があらゆる人種、国籍の人々に提供されるための制度が求められるようになる。したがってこれらを学ぶ機会、旧来の学問領域や年齢制限を超えた教育が生涯にわたって必要になると思われる。

第2章 生命の企投とケアリング倫理

人は、その生涯の始まりを生命細胞として父母の体内で発生し、外界に適応できるまでに母胎内で発育した後誕生し、社会生活を営むことで他者との関係性を築きながら成長を遂げ、やがては死をむかえる。それは、細胞自身の力で生命を維持しながらも、この世界に誕生するときには一人の人間として出生する存在であり、周囲の人々や環境・文化の中に自らを企投すると同時に、胎児期を過ごした母胎内からこの世界に投げ出され、他者との関係性のなかに巻き込まれ、その関係性がときには「よじれ」や「もつれ」を生じながらも、やがては自らの意志でよじれやもつれを解きほぐして統合し、人格を形成してゆく過程であるとイメージできる。しかしながら企投する存在であった生命細胞は、生殖補助医療が進むにつれて試験管ベビーのように、体内（胎内）環境を提供してくれる両親や産科医師、社会における法律や文化における人間の生殖行為への考え方の変化による影響を受けて、意図的に操作される存在だと考えられるようになりつつあると思われる。本章では、生殖補助医療の進化と陰の影響を文献検索、およびあるケア者が体験した1事例の分析から描き出し、自らの力で胎外世界へと企投する存在とされてきた生命の誕生とその生命が死をむかえるときの様相の変化、及びケア者が直面する倫理的ジレンマにおける葛藤の克服としてのセルフケアリングの一つ内観の重要性について論及する。

第1節 研究方法及び目的

あるケア者による内観の記述を編集して分析した。被ケア者は匿名性の保持のために名前を変えて「倫法^{みちのり}」と命名する。名前の由来は、事例の分析には倫理的、法的視点が不可欠になると考えたからである。治療法が確立されていない難治といわれる疾病の治療においては、患者あるいは患者家族の同意の上で治療薬が使われることもあれば、治療は控えられて疾患の経過を見守ることもある。この過程においては、薬の副作用や症状による苦痛、疾患についての不安から、患者やその家族は心理的に動揺する。ケア者もまた、患者やその家族の苦痛や心理を理解して共感するが故に平静ではいられなくなる。本章においては、先天性の多重奇形を伴って生まれた子どもをケアする者が、自らの葛藤に気づき、倫理や法的視点、自らの育った文化的な価値観や判断を分析することで、感情の揺れを乗り越えてさらなる成長を遂げる可能性があることを描き、自己洞察の効用について詳述する。次節においては、まず人の誕生における被投、企投の語義について検討する。

第2節 企投する生命への認識の変化

人はこの世に自らの生命力で未来への可能性に向かって自分自身を投げ出す存在¹⁷⁾であると同時に、自らを企投した環境における相互作用のなかで生活し成長する存在でもある。初めはわずかに 55~65 μ の微小な精子、あるいは 100~150 μ の卵子として精巣・卵巣の中で発生する。そして精巣・卵巣から排出された精子と卵子は卵管内で受精し、3~4日をかけて卵割を繰り返しながら子宮内腔まで移動し、子宮粘膜に着床して胎児期のうちに母体外の世界に適応できるまでに育つ¹⁸⁾。このマイクロレベルの生命細胞は、父あるいは母となる者の胎内（身体）環境を選択することはかなわない。その存在は父となり、母となる者が生活する環境によって制約を受ける存在でありながらも、胎内世界での発生に始まり、新生児として生まれ出てくる世界へと自らを企投し、自らの可能性を了解して在る存在であった。生命細胞の発生は、人知を超えた存在で、父となり母となる者が如何に望もうが、操作できない生命体だったのである。しかしながら現代の生命科学は、胎児の疾患について母胎内にいるときから診断を可能にし、法律上の両親とは関係のない第三者からの精子や卵子の提供を受けて試験管内におけるベビーの誕生を可能にした。このことは、多重奇形で母体外の生活に適応できないであろうと考えられる胎児にとっては、母胎内において治療を受ける機会を可能にし、精子や卵子を自分の体内において宿すことのできない不妊の人々にとっては第三者の精子、あるいは卵子を譲り受けて自分たちの子どもとして母胎内で育てることが可能になったことで福音となった。自らを企投する存在であった生命の誕生が、両親の意思と産科領域の医師の手助け（生殖補助医療）で人偽りに操作される存在にもなったのである。日本においては、精子の提供を受ける非配偶者間の人工授精の歴史は、既に50年以上になり、一万人以上が生まれていると言われる¹⁹⁾。しかしながら、人によって操作される存在へと認識されるようになった生命の誕生は、憂慮される事態をも生じさせている。なぜなら、障害をもって生まれる可能性があるという理由や男児・女児の診断が胎内で既に判別されるが故に両親が望まない性の胎児が、誕生を喜ばれずに中絶される事態が生じてきているからである。母胎の血清マーカーで診断のつくダウン症の胎児については、イギリスにおいて1990年に法律が改正され「胎児に重い障害がある場合」は出産の直前まで中絶できるようになった²⁰⁾。真否は定かにされていないが、母親の細胞を使ったクローンベビーの誕生も報道されている。生命の誕生への認識は、人為的な操作ができない神からの賜物、生物としての自らの生命力で生まれ出てくる存在から、科学の粋を結集して意図的に誕生させることのできる存在へと変化したともいえる。

我々は健康で社会的、経済的に自立した生活を送っている常日頃は、誰からも影響を受けることなく自分ひとりの力で生活を営んでいると考えがちである。しかし、父母の体内で発生する精子や卵子が、父母の日々の生活環境から影響を受け、父母の住む国の法律によって規制を受けるように、誕生後においてもまた祖先が作り上げてきた技術や自然環境、文化に包まれて生活する存在である。生活しているこの環境は、地球上の全ての生物・無生物の織りなす相互システム系として機能しており、地球もまた他の惑星、太陽系との関係で常に変化している。したがって人間は、自分一代ではなく、無限の過去と無限の未来に連続しているのであり²¹⁾、未生の子どもへの責任をもち²²⁾、地球の未来に責任の一旦を担う。我々のこの身体は、各種臓器・器官なら成り、臓器・器官は各種組織から成り、組織は各種細胞から成り、それぞれの臓器・器官、組織、細胞が各レベルで自立して活動しながらも、互いに緊密に協働して身体という小宇宙を構成している。存在するものは総べて「互いに相縁^{あいよ}り、相扶^{あいたす}けて『大宇宙』を構成するとともに、この大宇宙における森羅万象がまた一つであり、それ自体小宇宙的な存在をなしていること、そして人間もこの宇宙の森羅万象の一つであり、それ自体小宇宙的存在であるが故に、人間の作る制度や思想、活動の一切もまた、それぞれが全体であると同時に部分となって、互いに大宇宙と小宇宙の関係をなして動いている」²³⁾ことを忘れてはならず、生命細胞への畏敬を常に念頭に置き、生まれてくる子どもたちに一人ひとりが責任を負っていることを忘れてはならない。そしてまた、古来考えられてきたように人となる生命細胞自体に生命力が備わっているからこそ、科学の粋を結集して生命細胞を操作することができるという事実や恩恵も忘れてはならないであろう。

次節においては、自らの意思を表現する能力をもたない乳児の両親と医療者の間に生じたジレンマをケア者 A の語りを通して分析し倫理や法律、ケア者自身のもつ価値判断への気付きが、ケア者のジレンマ克服に有効であることを論じる。

第3節 外科治療を拒否された事例におけるケア者のジレンマとその内観

ジレンマは、そこに何らかの意味で「対立」あるいは「不確定」が存在し、それが何らかの意味での変化によって解消されることが期待されながらも、板ばさみになってどちらとも決めかねる状態を生起する²⁴⁾。本章では多重奇形を伴って生まれた事例において、あるケア者が経験したジレンマについての検討を試みる。

臓器の多重奇形を伴って生まれる子どもの多くは、出生後数分以内に人工呼吸器を装着し、

血管内に通されたチューブから栄養や薬剤を得て生命を維持する。医療処置の効果を得て日常生活を営めるまでに治癒する子どももいれば、生後1年～2年の後にはその生涯を終える子どももいる。アメリカでは1970年～1980年代に開放性脊髄破裂の子ども^{25) 26)}や脳損傷を受けた子どもの両親による治療拒否²⁷⁾の問題が法廷訴訟となった。多くは両親が生命の維持に反対であると訴えても、医師に治療を継続するようとの命令が下される傾向にあった。しかし1982年、インディアナ州の法廷は、チアノーゼを伴う先天性の心疾患と肺の疾患を合併した4か月半のダウン症児に血流の修復が不可能であることを理由に、両親の「蘇生を行わない」という主張を認めて支持する判決を下した²⁸⁾。1984年には、議会において、子どもへの虐待という見地から、不可逆性の昏睡の「新生児」に対して、また死をむやみに延ばすような治療を受けている「新生児」に対して、実質的に役に立たない治療や治療をすることが残酷となる「新生児」に対して治療を制約することが決定された²⁹⁾。法の介入においては、障害に対する偏見から判断が下されないようにすること、子どもの虐待の観点からの考慮がなされることの2点が主な考慮点となっている。疾患の重症度や行われる治療処置は、子ども個々で異なるために、全ての事例に適用される法律の制定はなされていない。日本の臨床における倫理的ジレンマは、1994年～1995年に実施された浅井篤氏等による一般内科病棟において診療をしている医師への調査がある。これらの医師たちは、患者の診療拒否・診療要求・真実告知、家族の診療拒否・診療要求、患者の自己判断能力などの倫理的ジレンマを報告している³⁰⁾。そしてまた、医師として経験した2つの症例を、13項目に及ぶジレンマの枠組みを用いて分析している。それらは、1)何が問題となっているか、2)誰が問題としているか、3)どのような医学的状況か、4)医療関係者の判断はどのようなものか、5)患者の解釈モデル、希望はなにか、6)家族の希望はどのようなものか、7)感情的、利害問題の有無、8)関係者間のどこに不一致があるか、9)いかなるジレンマ解消の努力がなされたか、10)どのような意志決定がなされ、その根拠はなにか、11)関係者は納得しているか、12)関係者は満足しているか、13)下された判断の倫理的妥当性はどうかである³¹⁾。

1. 事例紹介

「倫法」^{みちのり}は在胎28週で先天性横隔膜ヘルニアの診断を受け、在胎40週で帝王切開下に出産した。出生時に共通房室弁孔・両大血管右室起始・左心低形成などの先天性心疾患を合併していることが判明した。ケア者Aは、生後1日目で人工呼吸器を装着した状態の「倫

法」に会い、母親とは出産後 3 日目に車いすで「倫法」のベッドサイドを母親が訪れたときに会ったという。主治医の「倫法」への治療方針は、最初に横隔膜ヘルニアを閉じ、その後心疾患の手術をする予定であった。父親の了解を得て、生後 1 日で手術に踏み切ろうとしたが、母親が「倫法」の手術に同意しなかったために横隔膜を閉じる手術の実施をみおくれた。「倫法」は、ケア者 A の勤務する病棟へ入院して生後 2 か月で亡くなっている。

横隔膜ヘルニアは、胸腔と腹腔を分けている横隔膜に欠損孔がある病気である。その欠損孔を通じて腹腔内の臓器（胃・大腸・小腸・肝臓等）が胸腔内に出てきて肺が圧迫されて出生直後から重篤な呼吸、循環障害をきたす。治療としては、胸腔に脱出してくる臓器を腹腔内に戻してから横隔膜の欠損している部分を縫合して閉鎖する手術を行う（心臓の疾患及び手術については後述する）。

2. 倫理的配慮

「倫法」が生まれた年月及び場所の記載を控えた。また、自己の内省をしたケア者を匿名にすることで、ケア者はもちろんのことであるが、被ケア者とその家族の匿名性を保持している。被ケア者の名前の由来は、倫理や法的判断がケア者の内観にとって、あるいは被ケア者とその家族にとって必要不可欠になると考えたからである。

3. 問題の分析

この事例で問題となったのは、医師が考える外科的治療を「倫法」に受けさせるかどうかである。ケア者 A 及び A が勤務する病棟のケア・スタッフは、主治医の治療方針に沿い、ご両親の決断を待って外科的治療を受けさせることを目標に添えていた。従って、第 1 回目の外科的治療において、腹腔内臓器が胸腔へ出て呼吸を圧迫しないように横隔膜の欠損孔を閉じて肺の機能を正常に保てるようにし、同時に、胃瘻を作成して栄養補給路を確保する。第 2 回目の外科的治療で体動脈と肺動脈の短絡路を形成し、二酸化炭素を多く含んで心臓へ戻ってくる血液の肺へ流れる量と、肺で酸素を得て心臓へ戻り全身へと出ていく血液の量を調整する（図 5 - a, b）。第 3 回目の手術で肺動脈絞扼 - 大静脈・肺動脈連結術（図 5 - c）を実施して、身体を循環して心臓に戻る血液を心臓へ戻さずに直接肺へと流す手術を受けさせることができるように、「倫法」の体力を維持して成長を助けることであった。しかしながら、母親の同意を得ることができず、医師・病棟のケア・スタッフと「倫法」のご両親の間に倫理的ジレンマが生じた。

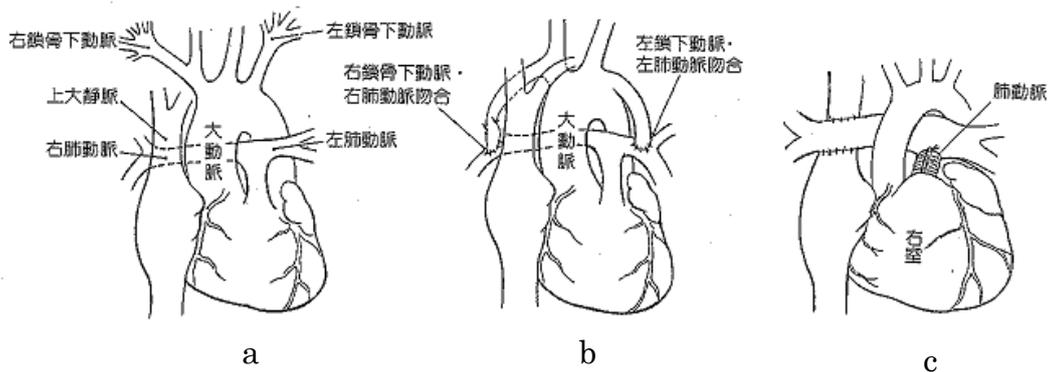


図5：体動脈－肺動脈短絡術（a：術前、b：術後）、肺動脈絞扼－大静脈・肺動脈の連結術（c）

医療者とご家族の間に生じたジレンマを浅井篤等のジレンマ検討のための13項目からなる枠組、(1)何が問題となっているか、(2)誰が問題としているか、(3)どのような医学的状況か、(4)医療関係者の判断はどのようなものか、(5)患者の解釈モデル、希望は何か、(6)家族の希望はどのようなものか、(7)感情的利害問題の有無、(8)関係者間のどこに不一致があるか、(9)いかなるジレンマ解消の努力がなされたか、(10)どのような意志決定がなされ、その根拠はなにか、(11)関係者は納得しているか、(12)関係者は満足しているか、(13)下された判断の倫理的妥当性はどうか、を参考に以下に分析を試みる。

1) 何が問題になっているか。

「倫法」のご家族と医療者の間で問題になったのは、手術を受けさせるかどうかである。第1回目の手術を受けさせて横隔膜の欠損孔を閉じ、胸腔内圧を保ち肺胞が十分に拡張できる状態の身体環境を維持する必要があった。しかし、この手術に母親が異議を唱え、父親と母親両方のご家族を含めた数回に及ぶ家族会議も重ねられた。しかし、手術に同意するとの結論は出なかった。

2) 誰が問題にしたか。

内蔵の重複奇形を伴って出生した「倫法」にとっての可能だと考えられる生存期間、治療・処置によって受ける苦痛、将来どの程度まで社会生活を送れるようになるかが問題となった。特に母親は、横隔膜の欠損孔を1回目の手術で閉じたとしても、人工呼吸器を確実にはずすことができるとの保障がないこと、横隔膜の欠損孔を閉鎖して後に先天性心疾患の治療としての手術を少なくとも2回は受けなければならないこと、これらの治療を受

けてもこの当時の治療技術では2～3歳までの生存の可能性が高かったために、「倫法」に手術を受けさせることを拒否した。

3) どのような医学的状況であったか。

胎生8週頃に閉鎖される胸腹裂孔管が、遺残したのが先天性横隔膜ヘルニアで、胎生15週頃に腺管様構造から気管支構造に移行する肺の発育も、胸腔に出てくる腹腔内臓器の圧迫による影響を受け、形成不全をみると報告されている³²⁾。先天性心疾患を合併していたことと相まって手術で横隔膜裂孔を閉鎖して後も人工呼吸器からの離脱は難しいと考えられていた。心疾患については、胎児期の循環路を維持するために薬剤が使用されていた。薬剤を中止すれば、遺残させている循環路が自然に閉じるために、死亡時期が早まる。経口での食事摂取は、人工呼吸器を装着しているために気管や肺への食物の誤嚥を防ぐためと、胃や腸が胸腔に脱出する危険性が高い為にできず、経静脈からの輸液で摂取していた。人工呼吸器による呼吸の維持、薬剤による胎児期の循環路の維持、静脈からの輸液による栄養維持で生後2か月までの延命効果が得られていたものと考えられる。

4) 医療関係者の判断はどのようなものか。

頭蓋内出血を起こすこともなく、薬剤の効果で胎生期の循環路が維持され、人工呼吸器で生命を保持していた。適切な時期に外科的治療を実施すれば2～3歳までは延命可能であるとみられていた。そのため、「倫法」の母親の同意が得られるまで人工呼吸器と薬剤の使用を続け、ご両親との話し合いが継続されていた。

5) 患者とその家族の希望はなにか。

「倫法」の母親は、できるだけ速やかに全ての治療を中止したいと述べることもあったが、「倫法」が手足を動かし、開眼するようになると中止を決心できずにいた。父親は、2～3歳の命でもできうる限りの治療を受けさせたいとの思いを述べるがあった。しかし、母親の「『倫法』に痛い目をさせたくない」との気持ちを考慮して、母親の決心がつくまで待つことにしていた。

6) 感情的利害問題の有無

母親は、「倫法」が将来自立した社会人となることを望んでいた。2～3歳の生存の可能性であると予測されていたため、「倫法」が将来において母親の期待を達成することは無理であった。それ以上の利害は含まれていなかったと推察されている。

7) 関係者間のどこに不一致があるか。

主治医と病棟のケア・スタッフは、たとえ短い期間であっても外科的治療を含めてでき

うる限りの処置を施して助ける必要があると考えていたようである。しかし、母親は数回にわたる手術を受けさせないといけないこと、成長して自立した社会人になれる可能性が非常に低いことなどから、「倫法」にこれ以上の苦痛を与えたくないと考えていた。父親は医師や病棟のケア・スタッフの思い、母親の思いの両方で揺れていたが、母親の気持ちを優先することにした。

8) いかなるジレンマ解消の努力がなされたか。

ご両親へは、医師からの「倫法」の状態についての説明がなされ、ケア・スタッフによる日々の状態についての説明が継続されていた。一般的には面会時間の決まりがあったようであるが、ご両親は24時間いつでも「倫法」のベッドサイドに居ることができるように配慮された。「倫法」は腸が胸腔内へと出て数度にわたり命が危ぶまれながらも状態をもちなおすことを繰り返した。生後1か月ごろであったようであるが、腸のかなりの部分が胸腔に脱出したために非常に重篤な状態になり、今後1週間以上の生存が望めないかも知れないと予測された。このときは母親からの希望で、数日を母親と共に一緒に個室に入院した。しかし、この時も命の危機を乗り越えて、生後2か月まで生存した。

9) どのような意志決定がなされ、その根拠はなにか。

外科的治療以外の処置は、最後まで施された。胎児循環を維持するための薬剤は、先天性心疾患の外科的治療を施せる可能性が完全に閉ざされた時点で、これ以上の延命は「倫法」の負担になると判断されて、途中から差し控えられた。これらの判断の根拠になっていたのは、当時の治療技術の及ぶ範囲内における決定であり、ご両親との話し合いにおける決定でもあった。患児である「倫法」は、判断を下すことのできる能力をもたないために、しいて言えば生命力でその意思を伝えていたと考えることができるかもしれないが、意志決定には加わっていない。

10) 関係者は下された判断に納得し、満足したか。

患児「倫法」の満足に関しては、意思を表現できない乳児であったために不明である。ご両親は、出生直後の新たな病名の判明（先天性心疾患の合併）に、一時期、不満と動揺を生じたが、話し合いを継続し、外科的な治療を受けさせないと家族会議で最終決定を出していたために納得していたようである。医師、ケア・スタッフの中には、治療の望みである外科的治療を施すことができなかつたことについてやや不満も残ったと考えられるが、ご両親との2か月にわたる数回の話し合いの結果であり、大半のケア・スタッフは納得したものであると思われる。全スタッフの思いを確認することは行われていないので、全容は不明

である。

11) 下された判断の倫理的妥当性はどうか。

患児の苦痛を最小限にしたいとの両親の希望で、横隔膜の欠損部・心臓の構造異常に関する外科的治療は行われていない。外科的な治療を受けていたなら患児は2～3歳、あるいはそれ以上の延命も可能であったかもしれない。このことはしかし、外科的な治療が成功するとの仮定を前提にしてであり、必ずしも真実ではない。一方、医療技術は日々進化しており、「倫法」と同様の疾患の子どもたちの中には無事に手術を乗り越えて、日常生活に戻り、社会生活を行っている事例もある。

人工呼吸器の装着は正しかったであろうか。人工呼吸器は、肺胞の拡張を助けて肺の機能を維持し、横隔膜裂孔から腹腔内の臓器（腸や肝臓）が胸腔内に出てくるのを極力防ぎ、「倫法」が苦痛に陥るのを抑制する働きがあったと考えられる。人工呼吸器無しでの生後2か月までの生存は難しかったと思われる。この期間に、ご両親は家族間における話し合いを、主治医とケア・スタッフは医療者間及び「倫法」のご両親との話し合いをもつことができた。また、ご両親は、「倫法」と一緒に過ごす時間を持ち、感情的な葛藤を克服する時間をもつことができたものと考えられる。「倫法」自身の意思を聞くことはできないが、倫理的には妥当な判断であったと思われる。子どもへのインフォームドコンセント（informed consent）の問題が現在では浮上してきているが、本事例においては、認知や言語の発達からみても、ご両親と医師、ケア・スタッフが判断する「倫法」にとっての最善の治療に依拠せざるを得ない。

従来は先天性の奇形を伴い生命を危ぶまれる新生児（生後28日まで）の治療決定は、「延命治療」を含めて主治医にあると考えられてきた。それは、医師が複雑な医学上の専門知識を持ち、医学的な決定を下さなければならない時の客観的な能力をもっていると社会的に評価されていたからである。しかし現在では、完治が望めない疾患や社会生活への復帰に困難を伴う疾患が増えるにつれて、患者・患児にとって善いかどうかを法律、倫理、社会的な信念の動向等を含めて検討し、最善と思われる判断を保護者である法定代理人との話し合いによって決定するように求められている。

3. 治療のために意志を決定するときの問題

木村競は、「意志決定が必要な『問題』とは、①そこに何らかの意味で『対立』あるいは『不確定』が存在し、②それが何らかの意味での変化によって解消されることが期待され

ているものである」と述べている³³⁾。「倫法」の治療上の意志決定は、ご両親と医療従事者の双方に葛藤を生み出した。それは、ご両親と医療従事者の尊重する倫理原則に相違があり、乳児であったが為に「倫法」自身の意志を聞くことができず、判断の指標を明確に提示することができなかったからであると考えられる。先天性の多重奇形を伴って出生した新生児の外科的治療の実施については、ご両親と医師の話し合いに委ねられる。意志決定までに話し合わなければならない内容についてノーマン・エル・カンターは、(1)栄養を継続すべきかどうか、(2)外科的治療を避けたとしたらどの程度生命が危険な状態に陥るか、(3)外科的治療を受けたとしてどの程度の延命が可能か、(4)外科的治療で患児の状態や後遺症はどの程度改善するか、(5)救命率はどの程度か、(6)外科的治療を受けることによる影響はどのようなことが考えられるか、(7)他の治療手段はないか、(8)児が治療を受けることで身体的、精神的苦痛をどの程度受けるか、(9)その児を育てることは、両親やきょうだいにどのような影響を及ぼすか、(10)在宅ケアを行えないときの代償療育として何があるか、(11)医療費はどの程度必要で、誰がその医療費を支払う最終的責任を負うか³⁴⁾の11項目を挙げている。浅井篤等が検討した内容に、後々必要となる医療費、および療育についての検討が加えられている。

一方、日本医師会生命倫理懇談会の報告では、通常の場合に医師の説明が求められる範囲として1)病名と病気の現状、2)取ろうとする治療の方法、3)取ろうとしている治療方法の危険度（危険の有無と程度）、4)それ以外に選択肢として可能な治療方法とその利害得失、5)予後、すなわち、その患者の疾病についての将来予測、を提示している。そして「これらについて医師は、基本的なこと、言い換えればその患者が同意の意志決定をするのに必要と思われる部分を説明すれば、一応の義務を果たしたことになると言ってよい」³⁵⁾と付加している。この報告書で述べられている「意志決定に必要な部分」は、同意の意志決定を医師が得るのに必要と思われる部分についてである。患者とその家族が主治医と異なる意見を表明するときや異なる考えであるときの支援については触れられていない。医師と異なる治療上の意見を患者とその家族がもつときには、医師との話し合いのテーブルにつくための情報を自らで収集し、「自らの責任」で疑問を問わねばならないことになる。この報告書は、暗黙裡に医療上の治療決定について、患者とその家族に自己責任を問うていると考えられる。また、患者とその家族が意志決定する際に必要となる情報の質と量についても何も述べられていない。疾患や治療に関する専門的な知識の量は、医師と患者とその家族では大きな隔りがある。医師は説明を十分に行ったと考えていても、患者とその家族に

とっては馴染みのない情報であり理解するのが難しいときがある。朝日新聞に「病状の詳しい説明を『した』と思う医師が 97%もいるのに、『十分な説明を受けた』と感じた患者は 5割に過ぎない」との調査結果が報告されていたのがこの状況をよく表している³⁶⁾。医師にとっては日常的に使っている用語も、患者とその家族にとっては専門以外の言葉で「まるで外国語」の響きをもち、理解するのに困難を伴うことがあると思われる。

それでは、同じ医療従事者である看護師と医師では、医療上の専門知識に関する量に大きな隔たりはないであろうか。残念ながら医学上の知識に関しては、看護師は患者と医師の中間の位置に居て、患者とその家族同様に、医師との隔たりは広いと思われる。医学は科学として専門分化し、専門分野が異なれば医師であっても異なる分野の専門知識集団員とは呼ばれず、疑問を戦わせることでさえも難しくなっているのが現状である。患者とその家族が治療上の意志決定をするのに必要とする有用な情報をどの程度看護師が提供できるか疑問の残るところである。ノーマン・エル・カンターの述べる①～⑤項目における判断も容易ではない。人の身体は機械とは異なり、同じ病名でもその重症度は異なり、薬剤や治療技術への反応も異なる。治療技術の進歩に伴い、ある程度の予測は可能となっても 100%の的中率となることは殆どない。したがって医療処置を受けさせるかどうかの判定には、前述の障害に対する偏見から判断が下されないようにすること、子どもの虐待の観点からの考慮がなされることの 2 点は非常に重要な項目であると考えられる。と同時に治療処置に必要な医療費における国の支援も必要である。「倫法」のような多重奇形を伴って生まれる子どもへの経済的な支援策として育成医療があった。この法律は 2005 年（平成 17 年）には障害者自立支援法と改称した。その対象は身体に障害を有する児童で、これを放置すると将来障害を残すと認められる児童、手術などによって改善が見込まれるものである。したがって「倫法」の母親が最初から懸念していた「将来どの程度まで社会生活を営めるようになるか」も念頭に入れて医療処置の実施の有無は判断される必要がある。

4. ケア者の内観についての検討

医療に携わる者として、「倫法」の母親の^{みちのり}気持ちの揺れに添い、思いを理解できていなかったのではないかとケア者 A は述べていた。なぜなら、「倫法」が入院してきたときにその両親と一緒に過ごす時間をできるだけ多くもてるようにと努めたのは、「手術の可能な時期を失することなく、両親の手術への同意を得ることに主眼を置いていた」からであるという。それは、両親と子どもは一緒に過ごし、日々、互いの適切な応答を繰り返し体験する

うちに快、満足、安心、喜び等の欲求が満たされて相互の愛情が形成され、「どのようにしてでも命を助けたい」と両親が思うようになるのではないかとの考えからであった。そのケア者 A の思いは、また「母親と倫法と一緒に過ごした時間は数時間、数日であり、母親が倫法の手術を拒むのは、まだ愛情がそれ程深まっていないからだ」と判断したと推察することもできる。このようにケア者 A が判断された背景には、伝統的に医療従事者が信じて疑わなかった「最善を尽くして命を助けること」、養育者もまた医療従事者と同様に「愛情が構築されれば、いかなる手段を講じて子どもを助けたい」という信念があったようである。医療の目的が健康を求めて疾病を治療することに主眼が置かれてきたことを考えれば、ケア者 A の様な判断が下されるのは当然である。しかしながら、立場が変わり法的制限が変化すれば求められる善も変わり得る。各自が受けてきた教育や文化的な価値観念は、無意識下で行使される可能性を秘めているために、他者との間に葛藤が生じるときには、自己の信念で他者の行動を評価してしまい対立をますます広げる可能性がある。そのとき、他者のもつ信念との相違をみつめ、困難を伴おうとも話し合いを十分に行い、どこで互いの間にジレンマが生じたかを検討する機会をもつことができれば、ジレンマ解消へのステップを踏み出すことができる。

ケア者 A は、また、「倫法」の母親が「一番しんどいのを乗り越えたときには、この子が生きたいのなら手術を受けさせようかと迷いました。何回も痛い目をして手術を受けて、それも、手術を受けても呼吸器をはずすことができるかどうか分からないのなら、何回か家族会議ももちましたけど、皆で決めたことですから、手術はしないって」とあたかも母親自身に言い聞かせるかのようにポツリ、ポツリともらされる言葉を聞いたときには、その母親の苦悩する思いを理解できず、母親の思いに添うことができなかつた A 自身が「情けなかつた」ともらされていた。ランゲフェルドは、人間的に有能であるということ「純粋に合理的な議論をして合理主義的な結論を出すことだけが問題ではなく、人間的な感覚や感情の世界、価値や意図の世界、人間がそこで自己を表現しようとしている意味の世界を理解できるということが大切なのである」³⁷⁾と述べている。ケア者 A は、幸いにも「倫法」の母親の思いの吐露を聞くことができたことでケア者 A 自身の信念に気付き、母親の感情、治療拒否の意味を理解することができ、その母親が「倫法」を苦痛から解放し、その責任を我が身に負い、これからの人生で「倫法」を追憶しながら生きていく姿をイメージできたという。母親は、帝王切開で「倫法」をこの世に誕生させた瞬間から、即、「倫法」の死を見つめていた。母親の手術治療の拒否は、全ての非難を一身に背負い生きてゆく苦

決の選択であった。医療の場におけるケアは、被ケア者の命が終結したとき、あるいは回復して退院する時点で多くの場合、その関わりは終わる。しかしながら、母親は子どもの死の事実を生涯背負いながら生きることになる。日本には、胎児のときに死亡した子どもを水子として供養する文化がある。我が子に一人の人としての人生を送らせることができなかつたことを詫びながら母親は生涯を過ごすのである。その悲しみは、年月と共に和らぐことはあっても、消滅することは無い。水子地蔵を参る母親たちの姿からはそのことが理解できる。「倫法」の人生が母親の思いに影響を受けたのと同じ様に、その母親もまた「倫法」によってその生涯に影響を受けたと考えることができる。

第4節 おわりに

1965年発表のユネスコの生涯教育理念における「生涯」は、誕生から死にいたるまでとなっている。しかし、本章では父母の体内で精子、卵子として発生する時点も人の生涯に含めた論を展開した。その意図は、生命細胞にも生理学的なレベルであるが自立した営みがあり、その生命細胞の発生があるからこそ人間が存在すると考えるからである。また、生命科学の発展は、人間にとって福音になると同時に、生命への畏敬を忘れさせ、生命の選別や人為的な操作などによる問題を生起させているのではないかと懸念されるからでもある。幸いにも本章で検討したケア者Aは、医療側に身を置いていた自分自身の信念に気付き、手術治療を拒否していた「倫法」の母親の感情と言葉の意味を理解している。「倫法」とその母親が互いに影響を受けているように、ケア者Aもまた「倫法」とその母親との出会いに影響を受けていた。人の生涯は常に変化して、留まることは無く、現在は過去から規定され、未来は現在から規定される。しかしながらその未来は、固定したものではなく現在から未来におけるあらゆる森羅万象との相互作用で変化する。人と人の相互作用もその例外には成りえない。

第三部の研究を進めるにしたがいみえてきたことは、人間の生涯は身体や精神の発達に左右されるということはもちろんであるが、マクロシステムである受ける教育や文化の中で培っている価値・信念、そしてエクソシステムである法律や制度と個人レベルの知的発達が相互に影響を及ぼし合うということである。学問・価値・制度・法律などとの相互作用は、直接に視覚でとらえることは容易ではない。従って、このことを意識することは、一般的には難しいと考えられ、生涯を通して学びを広く深めていくことが肝要になる。また、人が他者の痛みを我がものと感じるには他者に共感し、他者の思いを尊重してかかわ

りを継続して応答し合う関係を築くことのできるケアリングが重要な鍵となる。そして他者との応答において葛藤を抱くときには、その葛藤が意味することを内省し生じていることについて理解しつづける努力を怠らないようにする必要があると思われる。

引用文献

- 1) 一般財団法人 厚生労働統計局「衛生の主要指標, 厚生 of 指標」『国民衛生の動向』, 増刊, 2011, Vol.58, No.9, pp.39-65
- 2) World Health Organization “*Transplantation of human cells, tissues, and organs*”, pp.1-2, URL: <http://www.who.int/transplantation/en/> (2012年5月18日アクセス)
- 3) 亀岡交通安全協会「運転免許証」, 永島すえみ, 第638506110270号
- 4) 京都大学『京都大学メールマガジン 号外』, (2012年11月27日アクセス)
URL: http://www.kyoto-u.ac.jp/ja/issue/mm/backnumber/2012/extra_121016.htm
- 5) Nobelprize Organization ホームページ: p.1、 (2012年11月27日アクセス)
URL: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2012/
(註)
“The Nobel Prize in Physiology of Medicine 2012 was awarded jointly to Sir John B.Gurdon and Shinya Yamanaka “for the discovery that mature cells can be reprogrammed to become pluripotent”
- 6) 厚生省医療法制研究会監修『健康政策六法』, 中央法規, 1999, p.1966
- 7) 前掲書, 6) p.1966
- 8) 前掲書, 6) p.1971
- 9) 荒川霞「実際的な見地から見た米国における臓器移植」『臨床麻酔』, 真興交易医書出版部, 1989, Vol.13, No.6, pp.727-728
- 10) 波平恵美子『病と死の文化-現代医療の人類学-』, 朝日新聞社, 1997, p.33
- 11) 中尾弘之編, 荒木志朗執筆「葛藤—心理学・生物学・精神医学—」『死と葛藤』, 金剛出版, 1988, pp.391
- 12) Hal Roach “ Ireland’s International Comedian “*Hal Roach*” ”, Folens Printing Co., P.7,
(註)
“Casey went to the bank to cash a check. The teller said, “Can you identify yourself?” Casey took a mirror from his pocket, looked into it and said, “Yes, it’s definitely me.”
- 13) 一般財団法人 厚生労働統計局「衛生の主要指標, 厚生 of 指標」『国民衛生の動向』, 増刊, 2012/2013, Vol.59, No.9, pp.400-402, 第11表
- 14) 布施豊正『心の危機と民族文化療法』, 中公新書, 1993, p.167

- 15) 一般財団法人 厚生労働統計局「衛生の主要指標, 厚生 of 指標」『国民衛生の動向』, 増刊, 2011, Vol.58, No.9, p.424, 第 11 表
- 16) 高橋祥友『中年期とこころの危機』, NHK ブックス, 2000, pp.120-129
- 17) Martin Heidegger 著/ 桑木務訳『存在と時間 (中)』岩波文庫, 2000, pp.294-300
- 18) 松本精一編集「母性看護学[2]」『母性看護学各論 2』, 医学書院, 1998, pp.4-29
- 19) 岡崎明子「出自知る権利どこまで、生殖補助医療」『朝日新聞』, 2002 年, 28 日
- 20) 松尾慈子「出生前診断, 発祥の地・妊婦の三分の二受診」『朝日新聞』, 1998
- 21) 鎌田茂夫『禅とはなにか』, 講談社学術文庫, 1995, p.38,
- 22) 和田修二『教育の本道』, 玉川大学出版部, 2002, p.94,
- 23) 前掲書, 22), P.220
- 24) 木村競「終わりなき再編成としての意志決定」『茨木大学教育学部紀要 (人文・社会科学・芸術)』1997,46 号, pp.249-269,
- 25) Norman L.Cantor “*Legal frontiers of death and dying*“Defective Infants”” Indiana University press,1987, p.127
- (註)
- 1974 年ニューヨーク州の地裁の判決: その二分脊椎の新生児の予後は、全盲で聾啞、麻痺があり、意識を取り戻す見込みは全くないとの予測であった。裁判所は両親の反対を却下し、外科的に栄養チューブの埋め込みを命じた。その時の判決は次のようなものである。「両親は、そのような治療を差し止める何らの権利をもたない。そのようにすることは法的には遺棄にあたる。全ての人間にとって享受されなければならない基本的な権利とは、『命』そのものに対する権利である。
- 26) 前掲書 25)、 p.127
- (註)
- 1981 年フロリダ州の地裁判決: 四人の医師が診察し、内 2 名が治療を施すべきではないとの判断をした。しかし、他の医師の判断を根拠に両親の治療の中止の訴えは斥けられた。
- 27) 前掲書 25)、 p.128
- (註)
- 1983 年フロリダ州の地裁判決: 重度の脳損傷を受けて出生し、植物的な昏睡状態が生涯続くと診断を受けた 10 か月乳児の呼吸器を取りはずすことを支持した。
- 28) 前掲書 25), p.128
- 29) 岡堂哲雄,大西和子監訳『死とその周辺』, 廣川書店, 1997, p.208

- 30) 浅井篤、福井次矢「生命倫理－倫理的ジレンマと意志決定に関する考察」『日本生命倫理学会誌』, 1997, Vol.7, 通巻8号, pp.103-108
- 31) 前掲書 30), pp.103-108
- 32) 鈴木宏志, 横山穰太郎, 岡田正編集『標準小児科学』, 医学書院, 第3版, 1995, P.107
- 33) 前掲書 24), pp.249-269
- 34) 前掲書 25), p.127
- 35) 森岡泰彦『インフォームドコンセント : NHK Books』, 日本放送出版会, 1994, P.197
- 36) 平塚史歩, 吉田晋, 岡崎明子 「カルテをこの手に, 患者と医者いま」『朝日新聞』, 1999, 11月19日,
- 37) M.J.ランゲフェルド著/ 和田修二監訳『よるべなき両親』, 玉川大学出版部, 1996, p.30,

第3章 死の不安・社会的死からの脱却

筆者は日頃は「死」について忘れていて考えることがない。そして、今の生活があたかも永遠に続くかのごとくに日々を暮らしている。この心境を筆者なりの詞に託すと：

わが身体、わが身でありながらわれ一人の身にあらず
わが身体の内に入り、われを生かしている各細胞や微生物に感謝す
わが身滅びれば、わが身に宿る微生物もまたわれと共に滅ぶ
共に滅ぶは定めにて、いと愛しきかな・・・
われもまた地球に守られて生かされし身なれど
日頃は意識にものぼらず、感謝する身なるを感謝す

ところが、人は感謝するはずである我が身体を憎み、「死」を常に意識にのぼらせていなければならぬ状況に置かれることがある。自らのアイデンティティに自信を持つことができず、他者との関係を遮断しあるいは遮断されることで社会における自分自身の位置を失くしてしまうという痛ましい状況に、ときとして陥るからである。自分自身が教育や文化の中で身につけて無意識の中へとしまいこんでいる信念に裏打ちされた自信は、社会的なルールとしての構えとなり、日頃は他者との関係を保つ心理的な落ち着きの源となり、親しい者との絆をつくる源ともなる。しかしながら、日本国、〇〇町に生まれて△△の職業について生活している◇◇氏にとっての、死は遠い未来のことであり、健康で自立した生活を生涯に渡って継続的に送ることができるという信念は、◇◇氏自身が愛しい者を亡くして取り残されたとき、病気のために愛しい者との別れをしなければならないとき、社会的に受け入れられない状況に身をさらすとき等は、他者や愛しい者との遮断を強く体験し、不安や苦痛に悩まされることになる。

この死に対する不安や苦痛は、成長の糧として活かすことはできないのだろうか。また、このような状況に陥った者に最初に気づくのは誰であろうか。C.G.ユングは、諸々の民族、時代は固有の精神的方向や構えをもっていて、これらの傾向のあるところには排除が伴う。その排除とは、なにがしかの心的要素が、ともに生きることができながら、一般的な構えに合わないばかりに、それが許されないということにほかならず、正常な人間なら一般的な方向を受け入れてなんの支障もきたさない。しかし脇道や回り道をゆく人間は、普通の人のように広い道を歩くことができない。そしてそれだけに、大道の傍らにあつて、とも

に生きることを待ち望んでいる者を最初に発見する者になると述べている¹⁾。

このような大道を逸れ脇道に在る状況の一つに「社会的死」がある。本章ではハンセン氏病（癩病）の人々が社会的な死の状況にどのようにして置かれたかについて、小説「ベン・ハー」と『病い』の存在論を題材に論及する。また、古来から人々が信じてきた「死」の定義が医学の進歩に伴い揺らいでいること、「死と生の境界」に携わる医療従事者が直面している倫理問題について触れ、倫理面において生じる問題を各自が生涯学習として取り組むことの重要性について述べる。さらに第3節において、「潜在光景」、「砂の女」、「The Struggle to End My Father's Life」に描かれている「死の不安」、「疎外」、そして「人工呼吸器装着で引き起こされた臨終における苦闘」等について論究する。

第1節 社会的な死

1. 小説「ベン・ハー」にみる癩病人の悲劇

「朝になれば所払になり、市境の門へ連れて行かれます。帰ることは二度とかないません。」・・・「ええ、そうですね。忘れていました。自分の家に帰るつもりになっていました。わたしたち癩病人ですもの、帰る家はないのですね。わたしたちは死人に属するのですね」泣きながら彼女は言った。（ルー・ウォーレス：ベン・ハー 第6章4節）註²⁾

「ベン・ハー」が出版されたのは1880年、ルー・ウォーレス53歳のときである³⁾。主人公ベン・ハーの妹テルザとその母は、ハー家を悲惨な生涯に陥れた地方太守グレートスによって癩患者が牢死した第六檻房に八年間幽閉される。二人が幽閉された隣の第五檻房には舌を切り、眼をくり抜かれた囚人が入れられていて、第五檻房と第六檻房の間は壁として塗り固められ、床の少し上に一か所だけ兜を通せるほどの穴が開けられている。テルザとその母のための食事は、第五檻房の囚人の所に配られた三人分の中からこの穴を通して囚人が差し入れてくれる。牢番は「三人分の食事を第五檻房に入れること」、「第五檻房の囚人は危険だから決してその扉を開けないように」と言い渡されていて、第五檻房の壁の向こうに第六檻房があることさえも知らされていない。第五檻房は薄暗く、第六檻房は昼間でも全く光の差し込まない暗闇である。この幽閉環境は、当時、癩病人が置かれていた社会からの隔離状況を作者ウォーレスが比喩的に表現したものと解釈できる。なぜなら、

テルザとその母の声を聞くことのできた唯一の人（第五檻房の囚人）は、舌を切り取られていて話すことができず、眼をくり抜かれていて見ることもできず、外部の人に第六檻房に入れられている二人のことを伝えることは不可能な描写になっているからである。作者ウォーレスは、テルザとその母を全くの孤立状態にして檻の中に閉じ込め、誰の目にも触れることなく、呼びかけに応答してくれる人もいず、世間から完全に遮断して助けを求めることのできない状況に置いている。この幽閉は、テルザとその母を閉じ込めた地方太守グレートスの退位で解かれるが、8年間の癩菌の巣窟である檻房生活で二人は癩病に罹患している。その檻房から解放されたときの心境が冒頭の一節である。当時、癩病人は忌み嫌われ、自分たちの家から追い出され、死人と同様にみられて墓地に住まわされ、一般の人々との接触は完全に断たれていた。ベン・ハーの妹テルザの弁を借りれば、「死人の仲間入り」「belong to the dead”をしたことになる。

物語の前半は、压制者の理不尽な振る舞い、ハー家の悲劇、主人公ベン・ハーの苦境が主に描かれている。それにもかかわらず読者が希望をもってこの物語を読み進めることができるのは、ベン・ハーの不屈の精神と妹テルザとその母が常にもちつづけている「希望」があるからである。第八章4節では、テルザとその母の癩は、奇跡的に、その信仰ゆえにナザレ人の癒しを受けて治癒する。感染性の疾患であれば、感染源となっている病原菌が死滅すれば必ず治癒する 때가来る。しかし、それを主イエスの癒しの奇跡として語っているところに、当時、癩が「治癒を望むことのできない病い」と考えられていたことを読み取ることができる。1880年、南北戦争当時のアメリカの人々の願いは、癩に罹患した人々が奇跡的に治癒して家族のもとに戻ってくることだったのかもしれない、あるいはまたその可能性の兆しがみえていたのかもしれないが、作者はそのことには言及していないので定かではない。

「ベン・ハー」において母娘が希望を失わずにいることができたのは、1)ふたりにとって兄・息子であるベン・ハーが生きて外の世界におり、いつの日か会えるのではないかとという望みがあること、2)母と娘が二人で一緒に檻房に入れられたのでお互いに慰め合い、励まし合うことができたこと、3)誰かはわからないが、食物や飲み水を差し入れてくれる者がいること、4)食物や水の差し入れがあるうちは殺される危険性はないと感じていたこと、等が源になっていたのではないかとと思われる。

2. 癩を病む

徳永幸子は、その著『『病い』の存在論』において、癩を病むことは人間らしさの崩壊であり、1)身体の崩壊、2)対象世界との関係の崩壊、3)他者との関係の崩壊を体験すると述べている。社会的人間として滅びるだけでなく、自己の身体も解体しているように感じるといのである。彼女は、癩になって癩院で生きた一人の男、北條民雄の代表作「いのちの初夜」をとりあげてこのことを以下のように説明している。

1) 身体崩壊

癩における身体崩壊は実にすさまじいものであった。手足はあるいは崩れ、あるいは傷が化膿しては切断されて失われる。身体の表面のすべて、陰部に至るまで結節に覆われて、身体の輪郭が変化してしまう。眉毛はごく早期から抜け去り、やがて顔面も侵されるとその人らしい表情というものが失われる。原形をとどめないほどの変容である。さらに盲目、呼吸困難による咽頭切開で声を失うことが加わって、まさに毀れかけた呼吸のある泥人形という形容が大げさとは言えないほどの身体崩壊のあり様である。…

物を掴もうと意図する指向性と手が掴みに出かけていくことの間には通常では、反省不可能なまでの一体化があるのだが、いわば身体は「私」何かの対象へ向かう指向性を運動において具現化するための唯一無二の朋友であったのだが、今やその身体が「私」から分離し、意識に立ち向かってくる最大の敵になってしまったのである。自分の外にある敵ならば戦うことも滅ぼすこともできよう。しかし、敵は自分の身体である。「私」を世界から引き剥がす敵を滅ぼして、人間らしさを回復しようとするれば、それは「私」を亡ぼすことでもあるのである。…

敵を殺して、関わりを生きようとする「私」の指向性を生かしめようとする、指向性が受容すべき身体を殺さなければならない。それは死でしかない。身体という獄に文字通り終身刑の囚われの身となったのである。そのことは、そのまま、他者や対象世界とのこれまでの関係のあり様を叩き壊してしまう。身体崩壊は同時にあらゆる日常性の途絶を意味している。

2) 対象世界との関係崩壊

世界は触れてきてくれなくなった。…見えなくなると、世界は光景を開示しない。手足を失い、知覚神経が麻痺すると、世界は触れてこない。耳に癩菌が巣食うと、世界は沈黙する。世界は「私」に語りかける言葉を失って、暗い地平のかなたに沈んでいってしまう。

一方で、ちょっとした気温の変化、湿度の高まりが、猛威をふるって襲いかかってくる。寒さは、そのために衰弱死するほどに激しい神経痛を引き起こす。…梅雨時の高温多湿は傷を化膿させ、さらには傷口に蛆を湧かせる。無力な身体に、自然は牙をむき出して容赦なく襲いかかってくるのである。…

3) 他者との関係の崩壊

駅に降り立った北條と父親は、病院までの道を車で行こうとする。交渉に行った父親は「荷物だけなら運んでもよいさうだ」と言いながら戻ってくるのであった。…いわゆる社会から閉め出され、人間一般とは別の、しかも忌み嫌われる存在に自分になったのだと、北條は打たれるように知ったのである⁴⁾。…

以上のような人間らしさの崩壊、「生きながらにして死んでいる」という悲痛を身体的、精神的、社会的に経験して、人間として全ての関係性が遮断されていることを感じる際の恐怖は計り知れないものがある様に思われる。癩は生きながらの死であると歌っている詩人に、ハンセン病患者の品川清がいる。彼は歌う：

らいは愛してはいけない。
らいは愛されてはいけない。
だから…
らいは生きながらの死である⁵⁾。

身体的な苦痛を逃れる道を死に見いだそうとし、人として愛を求め・求められる存在になることのできない精神的な苦痛の癒しを「死」という眠りに求め、社会的な疎外からの救いが他者との関係の遮断であるとは、なんという生なのだろうか。自分の身体という獄に終身の囚われの身とは、まさに極刑であり、社会的死の中に生きることの凄まじさである。この状態から抜け出るには、医療としての科学技術、福祉制度、法制度、教育制度における周囲の人々の理解などが必要であったと思われる。しかし、日本ではその支援のための法律が、人々の偏見と根拠なき恐怖心に対応できずに、次に述べるように癩病人への烙印を長期に及んで持続する機能を担ってしまった。

3. 隔離政策がもたらしたもの：自由の制限

日本における「らい予防法」の制定は、1907年（明治40年）であり、1931年（昭和6年）には「旧癩予防法」に改正されている。その第二条の二においては以下のように定められている。

「行政官庁ハ癩予防上必要ト認ムルトキハ左ノ事項ヲ行フコトヲ得ル

- 一 癩患者ニ対シ業務上病毒伝播ノ虞アル職業ニ従事スルヲ禁止スルコト
- 二 古着、古蒲団、古本、紙屑、襤褸、飲食物其ノ他ノ物件ニシテ病毒に汚染シ又ハ其ノ疑イアルモノノ売買若ハ授受ヲ制限シ若ハ禁止シ其ノ物件ノ消毒若ハ廃棄ヲ為サシメ又ハ其ノ物件ノ消毒若ハ廃棄ヲナスコト⁶⁾

この条項では、癩菌は毒素を（病毒）出すことになっていて、紙や着衣、食物のすべてに其の毒素が散布されているかの印象を受ける。しかし、実際はらい菌の体内への侵入による発病である。しかも感染力は低く、多数のらい菌への暴露がおこらない限り発病はしないと現在では解明されている。第二条で記載されている様に病毒が原因だとすれば、消毒での効果は期待できないが、直接口から摂取しなければ安全だということになる。医学的な基礎知識の基に策定されたはずの「らい予防法」で、なぜこのような記述が行われたのか疑問が残るところである。

世界的には第二次世界大戦後、伝染力が低いこと、プロミンを精製したジアフェニルスルホン（DDS：Diaminodiphenylsulfone）やリファンピシン（RFP：Rifampicin）が著効を呈することが分かったこと、人権上の視点から施設内の隔離について批判が高まっていた⁷⁾。それにもかかわらず、日本ではハンセン氏病特有の鮮紅色の斑紋や結節等の皮膚症状から、癩病人は気味悪がられ、さげすまれ、人間扱いされてこなかった。医師は、一般的には病気になる患者が健康を回復できるように正確な疾患の情報を患者に伝え、治癒にむけての試みを患者が自分自身で実践できるように教育の機会を設けなければならないが、多くのらい患者はその配慮を受けることができなかった。必要な情報を得る手段をもたず、教育の機会を得ず、経済的な自立の道を閉ざされ、移転の自由をなくして、癩病に罹患している人々のみが住む癩療養所で社会から隔離された生活を余儀なくされてしまった。昭和28年に改正された「らい予防法」でも、予防としての感染者の就業禁止、汚染場所の消毒、物件の消毒廃棄は継続されている。らい菌の伝播を予防し、撲滅するには必要な処置である。しかし、治癒した人々をも含めた「絶対隔離」の政策は、ハンセン氏病に罹患した人々

に、その自由権を制限し、隔離施設における囚われ人としての人間性剥奪に近い生活を忍従させた。

4. 隔離政策への反省と学び

らい菌は末梢の神経を冒すために、知覚麻痺とその二次的障害としての火傷等が初発症状としておこる。また、免疫を有する健康な成人は、非常に少ない割合の人を除いて発病することはないといわれ、現在では「多剤併用療法」を行えばらい菌は2～3日で伝染力を失い、急速に治癒すると報告されている⁸⁾。1995年4月にはようやく、「らい予防法」の廃止が決議された。1996年3月には「らい予防法」は廃止され、廃止に関する法律案提案理由説明で以下の内容を含む陳謝が述べられている。

*「現行のらい予防法は、感染源対策としての患者の隔離を主体とした法律であります
が、今日ハンセン氏病は、現在のわが国においては感染しても発病することは極めて
稀な病気であることが明らかとなっており、また仮に発病しても、治療方法の確立し
ている現在においては適切な治療を行うことによって、完治する病気となっております。
・・・旧来の疾病像を反映したらい予防法が現に存在し続けたことが、結果として
ハンセン氏病患者、その家族の方々の尊厳を傷つけ、多くの苦しみを与えてきたこと、
さらに、かつて感染防止の観点から優生手術を受けた患者の方々が多大なる身体的・
精神的苦痛を受けたことは誠に遺憾とするところであり、行政としても陳謝の念と深
い反省の意を表する次第であります。そしてこうした思いの下に、今回、らい予防法
の廃止を提案することとしたものであります」⁹⁾。*

外見上の容貌にいただいた恐怖と偏見、隔離政策がもたらした烙印が、ハンセン氏病に罹患した人々を長期に渡って絶望させ、苦しめてきた。この事実を認め、これからの世代が同じ過ちを繰り返すことのないように、財団法人日弁連法務研究財団による「ハンセン病問題に関する検討会議による『最終報告書』¹⁰⁾が政策の歴史としてまとめられたことは今後の世代にとっての財産になると思われる。人は過ちを犯しやすい存在であることを忘れず、他者の声に耳を傾け、弱者の置かれている立場に目を向け、その人々と共に歩むことのできる世代を育む教育者になりたいものである。

また、「成熟した大人であるということは、実際に人を信頼することと人の信頼に応えて

生きることができること、人間であることの尊厳が、強者への同調ではなく弱者への誠実にあり、人生の究極の意味が存在への信頼とよるべなき者への無償の愛と奉仕の「反復」にあることを直覚している人間のことである」¹¹⁾を思い起こすとき、ハンセン氏病に匹敵する新たな感染症が発生するときの医療に従事する者としての役割を考えさせられる。それは、感染の広がりを最小限に抑えるのは公衆衛生に携わる者の当然の責務であり、その為には感染経路、感染予防策、治療に関するより正確な知識を情報として集め、学ぶことが義務になること、そしてその責任や義務を果たすのみで終わることなく、根拠なき恐怖や偏見を助長する情報の流布をできうる限り防ぎ、正確な情報を頒布する役割を果たすことである。と同時に、絶対隔離のような罹患者の人権を剥奪する政策の制定には、その政策が本当に必要かどうかを問い続ける姿勢を堅持することも重要である。事実を事実として見る知識を養うことのできる自己研鑽と生涯学習は欠くことのできないものである。

人は誰もが、自分の体内で抗体を生産することのできない病原菌の感染を受け、発病するリスクを常に背負っている。そのリスクを回避したいがために、政府は政策としてハンセン氏病に罹患した人々を隔離した。安全が脅かされていると信じて恐れ、安全を求める大衆の声の方が大きくなり、ハンセン氏病に罹患して助けを求めている人々の声を凌駕した結果とも考えることができる。置かれた状況はいつ反転するとも限らないのであるが、発病していない人々にとっては決して反転させてはならない、また反転しないであろうとの思いが強かったものと考えられる。隔離された患者は、顔面・四肢末梢部のシビレ感や違和感、皮膚の知覚過敏、日常動作困難、運動麻痺、顔面・四肢の変形や筋肉の萎縮などの病状¹²⁾に苦しみながらも、外からの支援を得ることはできず、隔離されている者同士で世話をしあわざるを得ない状況に置かれたのである。「隔離政策で社会は弱者・病者への寛容さ、共にゆっくり歩む構えを失った。…寛容さを失うことは、実は、自らが差べつ・偏見の対象となる可能性を大きくすることである」¹³⁾を肝に銘じておきたいものである。

第2節 死の不安

恐怖が明らかな対象に対して感じる恐れであり逃避行動を生じさせるに足る強い覚醒状態なのに対して、不安は対象が漠然としている恐れを指す。しかし、生理学的には不安も恐怖も脳の同一部位から生じる。情動の区別はない¹⁴⁾。また、死の不安の第一の起源は、自分自身が無くなってしまおうという非存在の不安であり、極めて実存的な不安である。一般に、死に対する不安をうまく防衛できているときは、人は死を意識下に置かない。すな

わち頭では、いつか自分も死ぬのだと、わかっているつもりである。しかし、それは遠い先の話であり、今の自分とは無縁だと思っている。事故に遭って死ぬ不幸な人は、常に他者であり、当面自分は死なないであろうと信じて生活している。自分は当面死なないという安心感が脅かされるのは、否応なしに自分の死を直面せざるを得なくなったときであり、これには2つの場合がある。1つは、自分が病気になって死の可能性を感じ取ったときであり、もう1つは、家族の死や、自分にとって大切な人が死んだときである¹⁵⁾。この「死の不安」は人間にとってなくてはならないものであり、命の防衛活動でもある。そして成長へのエネルギーへとも転化する。

V.E.フランクは、「死は、どれほど早い時期から直視しても早すぎるということはない。というのも、悔いのない人生を送ろうとするなら、死の事実、いつかは死ぬという事実、人間存在の無常という事実をたえず念頭におかなければならないからである。もし死ということがなければ、永遠に生きることができ、すべてを後回しにすることができる。何事も今日やる必要はない。何事も明日やればいい。つまり、人間存在が時間的に限定されているという事実だけが、時間を、一時間一時間を、一日一日を有意義に過ごすように促しているのである。死は怖れるべきものではなく。死は生の意味づけにとってなくてはならないものであるが、それだけではない。死は、生の意味づけが無に帰することを防ぐものでもあるからである。なぜなら、すべては過ぎ去る、とはどういうことだろうか。それは、私たちがすべてを救い出して『過去の存在』にするということだからである。過去の存在になったものは、失われて二度と取り返せないのではなく、保存されて二度と失われないのである。私たちがなすこと、私たちがつくるもの、私たちが体験すること、私たちがしっかりと苦悩に耐え抜くこと、それらは、とにもかくにも私たちがなしたものである。過去の存在という存在も、一種の存在である。それは、もっとも確かな存在かもしれない。過去の存在として蓄えられたものは、なにものも、また何人も奪うことができないからである」¹⁶⁾と述べ、死を正視することの重要性に触れている。

今この一瞬一瞬を生きることで過去の存在が蓄えられていく。すばらしい発想である。「死」へ向かって生きていく。この貴重な一人ひとりの史実を多くの人々が描き残せるだけの能力を身につけると、人類の歴史にまた新たな発想の転換が生まれるように思われる。それがもしかしたら21世紀なのかもしれない。1985年のUNESCOの第4回国際会議において次の「学ぶ権利」(The right to learn)が承認され、教育資源を求め、自分史を記述できるだけの各個人の能力を育成し、発展させることが目標に定められたことを納得す

ることができる。

The right to learn is
the right to read and write
the right to imagine and create

The right to learn is
the right to read one's own world and to write history
the right to have access to educational resources
and to develop individual and collective skills.

(生涯学習辞典に掲載されている訳は註を参照) 17)

筆者なりの解釈をすると学ぶ権利とは、読み書きを行い、情報を分析して疑問を提示し、想像を巡らせて、新たに創り出す権利である。学習権は、自分自身の世界を解釈し（読みくだし）、史実として書きあげる権利であり、個人が教育資源を手に入れ、個別的、総合的な能力を発展させ、ひいては社会集団の学習能力を高めてゆく権利である。やや意識をしたのは、下記に示されるように接続詞“and”を削除して後ろの動詞を集合名詞にし、一部の単語を付加し、前置詞“about”や“at”を挿入すると以下の解釈が成り立つことを知ったからである（社会教育特殊研究 IZ 谷川守正教授講義より）。

The right to learn is
the right to read writings
the right to question and analyze
the right to imagine and create
The right to learn is
the right to read about one's own world and to write history
the right to have access to educational resources
and to develop individual and collective at collective skills.

つまりは学ぶ権利とは、書物を読み、疑問をもち、その疑問を分析することで想像をふくらませて創造活動に携わる能力を身につけることであり、教育資源を手に入れ利用して、

個々の能力を磨き自分自身の世界観を解釈して史実としてまとめるための個人の統合能力を発展させる権利を有することになる。

人がある書物をよみ、その書物の世界をどのように解釈するかは個々で異なり、作者が意図していなかった世界までを想像して新たな意味づけをみいだして、その個人のもつ信念体系までを創造できることは、第1節「社会的な死」において小説「ベンハー」や『病い』の存在論』においてその片鱗に触れた。第2節では、さらに想像の世界をふくらませ、松本清張の『潜在光景』にみる死の不安がもたらした殺人の衝動について、安部公房の『砂の女』にみる社会的な死としての疎外から脱却した男の軌跡について、医療ソーシャルワーカーのZelda Foster氏の“The Struggle to End My Father’s Life”にみられる延命処置を受けた家族としてのFoster氏の苦闘について論及する。

第3節 潜在光景¹⁸⁾

この物語は一人の男「浜島」が、自分の母親と同じような境遇で生活している女性「小磯泰子」を愛するようになり、泰子の息子「健一」を危うく絞め殺しそうになるストーリーである。浜島は、かつて自分が伯父と母親にいただいていたのと同じような感情を健一がいただいているのではないかと不安を感じるようになる。そして自分が行った行為を健一がとるのではないかと恐怖を感じるようになり、衝動的な防衛行動に出る。この防衛行動に出るまでのストーリーを1) 出会い、2) 浜島の原光景、3) 不安と殺意、4) 二つの殺人の繋がりに分けて要約し、「殺されるのではないかと不安を抱くに至った主人公の過去と情動の変化について分析する。

1. 出会い

主人公の浜島は、毎日80分かけてバスと私鉄と都電を乗り継いで住宅街にある自宅から都心の会社まで通勤している。ある日の会社帰りにつり革にぶら下がっていて、20年前に品川に近い所に住んでいた頃に彼の家のちょうど前に2年ほど住んでいた泰子から声をかけられた。20年前、彼女は16歳くらいで女学生のセーラー服を着ており、浜島には何となく眩しく感じられて親しくなれずに、隠れて、表に面した二階の障子を少し開け、一心に彼女を観察したものだった。その彼女の現在の住まいは、彼の降りる停留所より一つ手前だった。この時、浜島は結婚して10年、子供もなく妻との生活をだんだんつまらなく感じるようになっていた。泰子は4年前に夫を亡くし、6歳の息子をだかえて保険の集金人と

して生計を立てていた。この偶然の出会いをきっかけに浜島は泰子の保険の世話をするようになり、泰子は浜島に食事を作ったりして世話をやくようになる。

2. 浜島の原光景

二人の交際は進展し、出会いから三カ月近く経った頃より男女の仲になる。浜島は彼女の家にたびたび足繁く通うようになった。この頃より浜島は、ふと彼自身の小さなときを思い出すようになる。浜島もまた泰子の息子健一同様に父親の顔を知らない。母の話によると父親は浜島が三つのときに死んだということだった。浜島のとぎれとぎれに微かながら残っている記憶には、彼の父の兄である小肥りの背の低い男が、始終、家に遊びに来ている。この原像が、母親が着物を縫う姿とともに重なっている。

この伯父は、釣りが好きで、機嫌を取るためによく浜島を突堤の先端にある積み石の出っ張った所に釣りに行くのに誘ってくれた。だが釣りのこと以外は、どうも彼は伯父が嫌いであった。伯父は親切だし、オモチャも買ってくれるし、言葉も優しい。なぜ嫌いなかわからない。浜島はかなり大きくなるまで母から添い寝をされていた。そんな浜島が寝ついてから、ふと目を醒ますと、母の姿がそこにはない。こんなとき、隣の部屋ではまだ伯父と母とのぼそぼそと話す低い声を聞いたりなどした。

伯父と釣りに行った事実は、たびたびで、伯父の脱いだ下駄の形まで浜島の記憶にある。下駄だけでなく、近くに漕ぎ寄せてくる小舟を繋ぐための棕櫚製のロープが、いつも伯父の立っている位置の足下に長々と横たわっている。この記憶は、幾つかの断片で、決して一つに繋がることはない。その伯父が実に不意に死んでしまった。母は一間で慟哭した。浜島には母がなぜあんなに悲しがるのか分からなかった。

3. 浜島の不安と殺意

泰子の息子健一は、浜島を無視するのではないが決して彼になつかなかった。頑固に浜島との距離を置き、彼の殻の中から浜島をじろじろ大きな眼で観察しているのだった。浜島は自分の幼児のときを考えて、健一の気持ちが分からなくはない。母親が奪われそうなことを警戒していて、浜島が伯父を嫌ったように健一も浜島を拒絶していると考え。そして健一のことを気味悪くなり、健一のちょっとした動作に「殺意」を感じて怯えるようになる。そして、ある晩、泰子が帰って来るのを待っているうちに浜島は眠ってしまう。十一時近くになって目を醒ましたが泰子はまだ帰って来ない。便意をもよおして手洗いに

入り、何分かそこにしゃがんで、戸を開けて出た。その途端、その薄暗い台所に、薪を割る細長い鉈を手にした健一が立って、眼を光らせていた。

便所の戸を開けて出た瞬間、浜島は健一に襲撃されていることを直感した。恐怖とも何とも形容のできない感情に逆上した。瞬時に浜島は、自分の身を守るために刃物を握った健一に真正面から跳びかかり、小さな殺人者の咽喉を絞めつけた。帰ってきた泰子が気づき、医者を呼び手当てをした結果、健一は意識を取り戻して回復した。医者が万一の場合を怖れて警察に届け出たので、浜島は殺人未遂の嫌疑で捕らえられた。

警官は、浜島が6歳の子供を殺そうとした理由をいろいろと訊いた。しかし浜島は説明できなかった。6歳の子どもと36歳の大人のことである。この小さな子供が彼に「殺意」を持っていたという説明をどう述べていいか分からなかった。

4. 二つの殺人の繋がり

数日間の拘禁と執拗な訊問の繰り返しとで、浜島はかっとなった。なぜ警官は理解できないのか。それには浜島自身の経験を話さなければ分かるまいと感じ、ついに叫んだ：

「なぜ、私が健一を怖れていたかというのですか？ それは、私がかってそれをしたからです」…「伯父はよく突堤に釣りに行っていました。私も従って行ったのですが、伯父の釣り場は、突堤の端の危険な足場でした。その足下に、うしろに立っていましたが、そっとそのロープの途中を握りました。伯父の脚がロープとすれすれになったとき、子供ながら力いっぱい綱を持ち上げればよかったです。うしろ向きに立っている伯父は、ちょっと身体を動かした途端、うき上がったロープにつまずき、人形のように他愛なく海中に墜落してしまいました。母も世間も私の行為に気が付きません。まさか、七つの子がそんなことをしようとは思いませんから。伯父は、釣りをしていて誤って海に転落し、溺死したことになって済みました。」

5. 『潜在光景』からの学び

この『潜在光景』が、『松本清張短編全集6・青春の彷徨』に納められたのは1964年である。発刊当初は、七歳の子供が「殺意」をいだとは不自然であるとする批判が三島由紀夫等からあったという¹⁹⁾。しかし、現在では、神戸のA少年事件等の殺人に至る事例が新聞紙上に載るようになり、残念ながら、三島等の批判は的を得ていないことが明らかで

ある。主人公浜島の場合、幼児体験（厳密には浜島が伯父を殺したときの年齢、7歳は学童の範疇であるが）は、個人的無意識となり、抑圧されていた。しかしその原風景は潜在光景となり、浜島が伯父と同様の選択を行い、浜島の母親の築いていた生活環境に似た生活を営む泰子を愛するようになり、浜島自身が伯父になつかなかつたように、健一がまた彼になつかないこと等を契機に、彼に不安、恐怖を投げかけるようになる。それでも浜島にとって、初めのうち、それは健一の行動に対する浜島自身の思い過ごしであり、根拠なき不安であった。それが夜中の十一時、普段なら寝ているはずの健一が鉈を手に握り暗闇に立っている姿に直面し、彼自身の幼児期の殺人体験が脳裏によみがえり、衝動的に防衛行動に出て健一の首を絞めつける。

精神科医でない松本清張が、この短編でこれほどまでの心理描写を行えたのはなぜであろうか。日常生活で体験する身内の死や新聞、テレビ等のマスメディアから流れる「殺人事件」の光景は、どれほど幼い子供の潜在光景となり、無意識下に抑圧されているのだろうか。潜在光景の主人公「浜島」は、彼自身が犯した犯罪の原風景が記憶の最下層に潜在光景としてしまわれていて、再び意識の上に上がってきたために不安を生じた。関連する研究の報告はみられないが、幼い頃にみたり、聞いたりしたこのような潜在光景が、類似の作品を書くことで昇華されて解消されるとしたら、「死」や「殺人」の場面に遭遇した体験から生じる不安や恐怖は、行動の歪みとしてではなく、社会的に認められた作品へと昇華できる可能性があることになる。

6. 生涯学習の実践者 - 松本清張

心理臨床大事典によると「原光景」は、フロイト(Freud,S.)に発する精神分析的概念の一つで、子供とは、その乳児期を含めて、両親の性交とかかわりのある体験を（一般的に想像されている以上に）より多くもっているものであること。その体験は（たとえその後の意識的な記憶からは完全に欠落しているように見える場合でも）、子供に大きな諸反応を生ぜしめている場合がありうること。その結果として、これが子供の精神構造や人格発達に多大な影響を及ぼしている場合がありうること、等を意味する言葉である。」²⁰⁾ とある。清張は1909年（明治42年）生まれである。尋常高等小学校高等科を卒業したのみの清張が、16歳から版下工として朝日新聞西部本社において嘱託で仕事を始め²¹⁾、心理臨床事典の「原光景」の用語説明の事例にも成り得る程の物語の展開を記述している。このような心理学用語についての知識をどこで学んだのだろうか。「菊地寛や芥川龍之介の諸作に傾倒し、早

大の講義録で独習したりしていた」²²⁾との情報もある。文学作品を書けるほど、内容密度の濃い講義録は、まさに、生涯学習の参考書である。清張を UNESCO の第 4 回国際会議で採択された「学ぶ権利」を独習で実施していた先駆者と呼ぶのは飛躍しすぎであろうか。

第 4 節 砂の女

『砂の女』は 1962 年、安部公房 38 歳のときの作品である。彼は東大医学部を卒業しながらインターンを放棄して、医師への道を断ち、結婚して小石川に借りた物置小屋を改造して住んでいる。高校時代に昆虫採集が好きだったという²³⁾。この趣味は『砂の女』の主人公「仁木順平」が妻（仁木しの）に告げる旅行に出るときの口実として利用されている。しかし、主人公は昆虫採集に熱中しているわけではなく、時間の経過に伴い忘れられる。趣味の昆虫採集は、仁木順平の空虚感を埋めてくれるものではなかった（安部公房自身の趣味の一端が窺える）。この寓話的作品は、砂丘地帯の砂の穴に住む人々の部落という非現実的な世界（環境）を設定し、写實的に描写することで読者の興味を惹きつけている。しかし、描かれている人々の心理は、私たちが日常に経験し、考えていることである。

日常生活において自分の定位置を見いだすことのできない仁木順平は、鞘翅目のハンミョウ属の新種を見つけて図鑑に自分の名前を半永久的に載せることで、自分の疎外（空虚）感を埋めようとする。しかし結果せずに、砂丘地帯の砂の穴の家での生活が始まることになる。ストーリーは原書を読んでいただくとして、本節は、主人公が砂の部落へ順応しながら「疎外」感の解消をしてゆく様子を、彼の心の動きが描写されている箇所を抽出し、その部分の解釈を通して検討する。また、主人公が疎外（虚無）感をもっていたのではないかと推論した点についても焦点をあてる。そして、一般に考えられる疎外感を克服する手立てについて論究できれば本節の目的は達成である。解釈の部分は◇で表示する。

1. 主人公（仁木順平の）の心模様の推移²⁴⁾

1) 外の世界への出口がないことへの抵抗：

「冗談じゃないよ！ 非常識にも、ほどがある！ これじゃまるで、不法監禁じゃないか…立派な犯罪だよ…なにもこんな無理をしなくたって、日当を欲しがっている失業者ぐらいいくらだっているだろうに！」。

すると、「このことを外に知られちゃ、まずいでしょうねえ…」と返事がある。

「ぼくなら、安全だつてのかい？…とんでもない！…それこそ、とんだ見当ちがいつても

んだよ！ あいにくとぼくは、浮浪者なんかじゃない…税金も払っていきりゃ、住民登録票だって持っている…いまに、搜索願がだされて、とんだことになってしまうぞ！ 一体、なんと言って申しひらきするつもりなんです？…さあ、責任者を呼びなさい…どれくらい間拔けたことか、よく話して聞かせてやるから！」(p.60)

☆ 自宅から半日ばかりの海岸にある砂地の部落の一軒家に宿を借りた主人公は、その家から外の世界への出口がないのに気づき、騙されたことに抵抗しようとする。

2) 同僚への期待：

あれから（砂の穴の家にとじこめられてから）一週間…もうそろそろ、搜索願が出されてもいい頃である。初めの三日だけは、届けを出してあった。しかし、そのままになっている。ただでさえ、他人の行動に神経過敏な同僚たちが、これを見逃してくれたりするはずがない。おそらく、その晩のうちにも、誰かおせっかいやきが現れて、下宿をのぞきに行ってくれたことだろう。」(p.75)

☆ 同僚たちの関心を引きたいがために、誰にも何も告げずに、今回の休暇を取ったことをすっかり忘れて、同僚が自分のことを探してくれるだろうと期待をいだきはじめる。

3) 生活の振り返りと砂の女との新たな関係の始まり：

けいれん…同じことの繰り返し…いつも、別なことを夢みながら身を投げ入れる相も変らぬ反復…食うこと、歩くこと、寝ること、しゃっくりすること、わめくこと、まじわること…。(p.137)

☆ たわいないことの繰り返しが生きる糧となり、主人公にとっての新たな関係構築の始まりとなる。

4) 外の世界と過去の色あせ：

「納得がいかなかったんだ…まあいずれ、人生なんて、納得づくでいくものじゃないだろうが…しかし、あの生活や、この生活があって、向うの方が、ちょっぴりましに見えたりする。このまま暮らして行って、それで何になるんだと思うのが、一番たまらないんだ

な…どの生活だろうと、そんなこと、分かりっこないにきまっているんだけどね…昨日までのことが、何年も昔のこのように感じられた。」(p.198)

☆ 砂の穴の家での生活に対するある種の居直りが、外の世界における教師としての生活を徐々に過去へと忘却させて、新たな暮らしを始めようとする心境をはぐくみ始める。

5) 砂の穴の家における生活への順応と新たな生きがい :

仁木は脱出に失敗してからというもの、ひどく慎重になっていた。冬眠しているくらいのつもりで、穴の中の生活に順応し、まず部落の警戒を解くことだけに専念した。…生活の単純な反復の中に融けこめば、いつかは彼らの意識から、消え去ることも不可能ではないだろう。(p.201)

☆ あからさまな脱出劇を試みていた主人公であるが、脱出は非常に難しいことを悟る。そして砂の穴の家における生活を成り立たせる工夫をいろいろ考案しているうちに、その繰り返しが生活習慣としての反復となり生き甲斐(過ごし甲斐)になっていることに気づく。主人公が砂の部落の人々の意識に登らなくなる時(警戒が解かれるとき)には、主人公が砂の部落に同化するときでもあるようである。

6) 新たな生活の場における存在感の芽生え :

べつに、あわてて逃げだしたりする必要はないのだ。今、彼の手のなかには、行き先も、居る場所も本人の自由に書きこめる余白になって空いている。それに、考えてみれば、彼の心は、浄水装置のことを誰かに話したいという欲望で、はちきれそうになっていた。話すとすれば、ここの部落のもの以上の聞き手は、まずありえまい。今日でなければ、たぶん明日、彼は誰かに打ち明けてしまっていることだろう。逃げる手だては、またその翌日にでも考えればいいことである。(p.227~228)

☆ 砂の穴の家にとって非常に貴重な「水」、その水をつくりだす工夫に余念のない主人公である。その浄水装置は、外の世界の人々にとってはありふれたものである。しかし、今の生活、砂の部落にとっては人々が必要としているものである。主人公の外の世界へ戻りたいとの心境は、砂の部落での必要な存在になりたいとの思いへと変わっている。外の世

界への執着は消失し、砂の部落にとって必要な存在になることへの期待が芽生えている。

2. 主人公の心境としての疎外感を推論した根拠

主人公仁木順平は、妻に昆虫採集に行くと言って旅行に出るのだが、行き先を告げない。妻と彼との会話や妻が彼の行動に関心を向けている様な記述は、この物語の初めから、終わりまで全くみられないのである。しかも、同僚の誰も、彼の趣味が昆虫採集であることを一度も打ち明けられていない。そして、また、搜索願は出されたようだが、本気になって彼のことを心配している者がいる様子も描かれていない。

家庭裁判所からの「失踪に関する届け出の催告」は、仁木しの（主人公の妻）からの失踪宣告の申し立てがあったから、主人公本人が、裁判所へ生存の届け出をするようにとの督促状となっている。しかも親切に、届出をしなければならない期限も設定されていて、7か月の猶予である。猶予期限の1か月後には、7年以上生死が分からないものと認められて失踪者と審判され、民法30条により死亡の認定を受けたとの描写になっている。

主人公が砂の部落の外の世界で必要とされていたという手がかりは捜せない。彼のことを非常に心配している者がいる気配も全く感じられず、外の世界に彼の帰りを待っている者は一人もいない様子である。彼は執着する仕事や慰みももたない。新種のニワハンミョウを見つけたいと考えたのも、微かでも同僚の注意を彼自身に向けさせることができないかと考えたからだった。作者安部公房は、主人公を外の世界ではまったくの疎外環境下に住まわせている。

3. 砂の穴の家における疎外（虚無）からの脱出：希望作戦

主人公は砂の穴の家から逃げ出すために、女が眠っているときを見計らって砂の壁をよじ登ろうとする。しかし砂の壁は崩れて登れない。次にわざと日中、太陽の下で砂搔きを行い皮膚の炎症をこしらえて床につく。それも4日目には回復した。仮病作戦は①病院へ連れて行ってもらえるのではないかと、②医者が呼ばれるのではないかと、との思惑からであったが失敗した。その次は、いかに自分が重荷になるかをサボタージュで示そうと試みる。しかし、つまらない。さらには、家に降り積もる砂を搔きだしてモッコに載せ、外の世界へ売りに行く機会が好機であると思いつく。砂を搔きだしている女を、その最中に襲い縛り上げる。女を人質にしてモッコに主人公自身が乗り上に引き上げてもらおうとする。しかし、砂の穴の上にいる人々は、モッコを繋いでいる綱の手を離し、主人公はまた砂の穴

の中へと落下する。それでも諦めきれない。着替えのシャツを縫り合せて5m程のロープを作成する。夜になり女が寝入った後、ロープを使って穴から這い出すのに成功する。ついに、外の世界への逃げ道を見いだしたかに思われた。しかし、つかの間、アリ地獄ならぬ、砂地獄（塩あんこ）にはまり込む。部落の人々に助けられて砂の穴の家に後戻りである。

脱出作戦をことごとく失敗した後、思いついたのが、「希望」作戦である。まず最初は鴉を捕らえるための罠を仕掛け、それを希望と名付ける。あわよく鴉が捕まれば手紙を書き、その足に結び付けて逃がしてやるつもりである。逃がしてやった鴉が再度人間に捕まる保証はないが、あわよくばの話である。「希望」は、鴉たちに無視され続ける。しかしその穴の中に、ある日、水が溜まっている。透明で、毎日部落の者たちが支給してくれる金気の浮いた水などよりは、はるかに純粋に近い水だった。ここ半月ほどは雨が降っていない。罠用にしかけた桶は水漏れがするにもかかわらず、水が溜まっている。地下水の泉でもない限り、洩れていく分だけが絶えず何処かから補給されていたことになる。砂の毛管現象によるものであることに気づき興奮する。そして、もっと高能率の溜水装置の研究をすることが日課になる。それに装置の研究は幾つもの条件を組み合わせねばならず、意外に手間取った。資料の数は増えても、なかなかその資料を統一する法則がつかめない。さらに正確な資料を取ろうとすれば、どうしてもラジオで天気の前報や概況を確かめておく必要があった。ラジオの購入が主人公と砂の女の共通の目的になったのである。外の世界へ脱出する最後の頼みの綱として希望をかけた「鴉」は、仕掛けた罠に捕まらなかった。しかし、その代替物として砂の部落では貴重な、生活の希望を紡ぎ出す「水」を溜めることができた。思いがけない成果である。

4. 「砂」のもつ意味とケアリングとしての関係構築

安部公房は、砂丘の中の孤立した部落を創り出すことで、読者に異次元の世界を想像させながら読み進ませることに成功しているといえる。砂をどのように解釈したらよいか分からないが、空想の世界であり、その部落の人々と砂の女、そして主人公・仁木順平のかもしれない不思議な関係を安心して眺めることができる。娯楽小説、ミステリー短編として安部公房の描き出す写実の世界へ引きずり込まれるのである。そこでは、見え隠れするストーリーの意味を考える必要はない。私のように無防備に論文の一コマに取り込もうとする者は風変わりということになるであろう。しかし、惹かれたのである。この「砂」の招

待（正体）に！ 人間が人生で織りなしてゆく「他者との関係」を砂と解釈できないだろうか。外の世界における主人公は、他者との関係が途切れている。そこは関係を結ぼうとしながらも、結ぶことのできない疎外の世界である。他者へ関心を向けて関係を築こうとしても、他者からの応答がみられない。砂の部落は、その逆で、強依存、密着の世界である。砂の女は、この部落の人々との癒着とでも表現したくなるような関係がなければ、生きてゆけない女である。それは疎外とは対極にある人間関係の崩れでもある。砂の女は妊娠するが、子宮外妊娠であり、主人公との間における新しい生命の誕生の予感はこの段階では閉ざされている。砂の穴から出て自立した生活を営む、外の世界への橋渡しとしての生命誕生が閉ざされていることになる。しかし砂の部落に住んでいれば、女の家は防砂堤の役割を担っているため、部落の人々の関心は自然と女の家に向き、支援を得ることができる。砂の女にとって、主人公仁木順平は防砂堤を築く責務を負ってくれば、さらに人々の関心を引き付けることのできる心強い人生の同伴者に成り得る。砂の家、砂の部落における主人公と砂の女の新たなケアリングの始まりでもある。

人間は疎外も依存も、希望や危機さえも自分たちで創り出す。人生に対する「意味づけ」を社会生活の中で、各自が育ってきた文化や伝統、慣習との関連においてみいだすからである。関係性の構築へ向けた努力は、日々の生活感を生み出し、希望となる。社会における個人の存在の意味づけは砂のように、気づかないうちにときには漏れ出し、ときには溜まる。日々お互いに関心を向けて応え合う努力を積み重ねているうちに、意識にのぼらずとも応えようと努めるそのこと自体が人生の希望になる。『砂の女』は、人間関係を構築する過程をイメージ化した世界とも呼ぶことができるように思われる。

他者との関係性の遮断に陥り自殺という極限にまで追い詰められる人々に共通しているのは、人種、国籍、宗教の違いを超えた心の苦悶とストレス、落ち込みなどの精神的危機という厳しい事実であり、心の危機は、自分の力で分析、対応し、究極的には危機の減少と人間的成長を果たしうる。その為には、自分の生活に身近な伝統文化の中に内動している「生活の知恵」、「緊張緩和の方法」、「民族文化療法」を探求することなどが重要である²⁵⁾。

主人公仁木順平が、砂の部落の生活にとって非常に重要となる浄水装置を生活の知恵を活用して造ろうとしている姿は興味ある点である。また筆者にとって本節は、作者安部公房が描いた書物を読み、その世界を想像して新たな世界を作り出す” the right to imagine and create” 文字通りの論文における生涯学習としての人間関係構築の過程に関する創造

世界でもある。砂の女において描写されていると考えられる人間関係の構築になくてはならないもの、それは、1) 日々ひたすらに没頭できることがあること、2) 他者から必要とされること、3) 実施していることの意味を見出すこと、等であるように思われる。物へのケアリング、他者へのケアリング、過去・現在・未来へのケアリングは、人にとって欠くことのできないものである。

第5節 肉親に死をむかえさせるときに陥った苦悩

大往生をとげるとは「病の床に着くことなく、邁進している学問・仕事に従事している最中や舞台に立っていながらにして燃焼しつくすことである」や「自分の家の畳の上で、身内の人々に囲まれて最後の別れを言い、穏やかに眠りにつくことである」などは市井でよく聞かれる表現である。この表現には、「死をむかえる」その人自身の心づもりができていて、病や事故などによる長期に及ぶ苦痛を被ることなく、医療処置を必要とせず、健康な日常生活を営みながら死をむかえたいとの思いが垣間見える。しかしながら、大往生できるかどうかは誰にも保証できないのが現実である。社会的に高齢と考えられている年齢まで大病をすることなく生活してきたので蘇生は不要(DNR: Do Not Resuscitate) や人工呼吸器などの医療機器による生命維持装置の装着を拒否する等、生前の意志をリビング・ウィルとして書面にしたため法的にも有効な状態にしておけば、高度化した医療機器による生命維持の手段を使うことなく静かな死をむかえることができると誰もが信じて疑う必要のないことを保証できる時代は到来するであろうか。本節ではニューヨーク州ホスピス協会の共同創設者であり、病院における延命治療を差し止めるための決定に携わるプロジェクトチームの委員長を務め、医療上の無益な処置を止めさせ、道理にかなう治療の決定をくだせるように発議する立場にいたゼルダ・フォスター氏が体験した、思い通りにはゆかない、肉親に死をむかえさせるための苦悩について論究する。

1. 父親に死をむかえさせるにあたってのゼルダ・フォスター氏の動揺²⁶⁾

フォスター氏が陥ったこの出来事は、ある週末の金曜日に90歳になるフォスター氏の母親からの「直ぐ来るように！」との電話に始まる。

両親の住む家に向かう途中の道路は雨で滑りやすく、さらに悪いことには途中で交通事故があり、日頃よりも家に着くまでにかなりの時間を経過したようである。父親は93歳なので、何月、何日と断定はできないが、父親か母親の生命にかかわる電話が必ずかかって

くることをフォスター氏は覚悟していた。両親の家に着き、母親が父親の傍らで屈みこんで泣いている姿を目にしたときに、父親は「よい死をむかえた」とフォスター氏は思ったようである。病気になることもなく、ほんの2週間ほど体調を崩しただけで、67年間連れ添った妻の傍らで、自分のベッドに寝たまま、安らかに死をむかえることができたと考えたからである。しかしながら、父親の顔に触わると温もりが伝わって来た。「生きている」。「救急車を呼んで!」、フォスター氏が後々ずっと後悔することになるこの言葉を発してしまった。救急隊員がやって来て、父親が最初に呼吸を止めたと思われる時間から1時間以上もたってから、心肺蘇生術が施された。そして、一番近い病院へ父親は救急車で連れて行かれ、警官二人の立ち会いの下で、五人の医師たちの必死の蘇生が試みられた。フォスター氏はといえば、救急車を要請はしたが、蘇生の様子に、どうすればこの蘇生を止めさせられるかを考えるようになる。しかし、家族は救急室の待合室で待機するように案内された。父親と母親の死について、心の準備をしていたはずのフォスター氏が、父親の身体に残る温もりに、思わず「死」を否定して「蘇生」を要請してしまった「死と生の間^{はさま}における動揺」の瞬間である。

2. 医療処置中止における医療職者と患者家族の困惑

フォスター氏の妹夫婦が到着し、フォスター氏の娘も救急室の待合に来ることができた。母親を除く家族の全員が待合室に揃い、家族全員で数回に渡って父親に会わせてくれるように医師に懇願する。やっとのことで娘であるフォスター氏と妹は許可がもらえ、父親との面会が許される。しかし、父親には既に人工呼吸器が着けられていて、看護師から脳の機能は、最小限残っていることが告げられた。フォスター氏は、父親のヘルス・ケアの代理委任状を持っていることを看護師に伝え、医師との話し合いを希望する。しかし父親を診察した医師は既に帰宅していた。「蘇生処置禁止」の書類にフォスター氏たち家族が署名したいと考えていることを知った看護師が別の医師を呼んだが、その医師はひと言の説明もなく署名用紙を渡し、数分後には父親のそばから離れて待合室でフォスター氏と妹は待機するように指示された。

非公式ではあるが救急室の行政官からは、「始めた処置は、途中で切り上げることはできない」ことが告げられたという。フォスター氏は、生命を維持するための治療と治療を中止するように要請することが殆ど同じ意味内容であると行政官を説得することができないこと、父親のヘルス・ケア条項を代理人としてフォスター氏と妹が父親の意志を継いで決

定することはかなわないことをよく承知していた。しかし、父親の人工呼吸器をはずしてほしいが為に「ニューヨーク州のヘルス・ケア代理人法や、合衆国自己決定条項について聞いたことはないの！」と、行政官に向かって思わず叫びそうになったようである。そして、道理は通じなくても、法律でなら勝てるであろうと考え直す。土曜日の午前中に昼間勤務の行政官に会いに来ることにし、いったん夜中の3時には帰宅した。延命治療を差し止めるための決定に携わるプロジェクトチームの委員長を務めているフォスター氏自身が、父親(93歳)の医療処置に関して、ニューヨーク州にある病院の行政官に氏自身の父親の生命維持装置をはずすように懇願することになったのである。そしてこの瞬間は、フォスター氏は、父親のヘルス・ケアの代理委任状をその手に握りしめながらも、なす術もなく立ち尽くした。

医師、看護師、事務員など病院に勤務している職員等は、病院との雇用契約によって仕事として従事している医療職者である。従って、勤務時間には限りがあり、医師も主治医としての処置を終了し、患者が落ち着いたと判断すれば（心拍数や血圧が安定すれば、人工呼吸器をつけていても落ち着いていると判断する）、その勤務帯の仕事を終えて帰宅するのは当然である。救命のために救急隊を要請したのはフォスター氏である。氏の要請に応じて医師たちは最善を尽くし、その父親を救命し、状態を安定させ、脳機能も生命を維持するのに必要な最小限の機能を維持することができた。蘇生にかかわった医師は安堵したに違いない。そこへ、フォスター氏の治療差し止めの要求が看護師から伝えられたのである。患者家族の矛盾する心理的な要求が、蘇生処置を施した医師とは別の医師に告げられたことになる。また患者家族の要請で始めた医療処置を、主治医でない医師が中止させることは認められない。フォスター氏からの父親の人工呼吸器をとりはずすようにとの要求を伝えられた医師は、自らの責任以上の要求に当惑し、どのように対処すればよいか、言葉を失ったのではないだろうか。その医師が若く、初めての経験であれば、その当惑はさらに増したことであろう。

「生きているか」、「死んでいるか」定かではなく、「生きている」と思えた瞬間には父親を助けたい衝動にかられたフォスター氏である。しかし、延命治療を差し止めるための決定に携わるプロジェクトチームの委員長を務めているフォスター氏であれば、これまでも幾人となく同じような状況の人々を見てきたはずである。人工呼吸器のサポートで呼吸をしている父親の姿をみたときから、92歳、高齢の父親が今後には耐えなければならない状況を理解し、フォスター氏の苦悩が始まる。そして、医療処置を中止させるための病院組

織における手続きや判断をくだせる医師が誰であるかも十分に承知していながらも、父親の人工呼吸器をはずすために、次のステップ「法的対処」を踏む決断をする。

3. 人工呼吸器をはずすための法的ステップを踏む病院組織と患者家族の葛藤

人工呼吸器をはずすための裁判は1970年代末にカレン・アン・クインランの両親によって始められた。娘がもう回復しないことを知り人工呼吸器をはずすことを希望して法的判断に訴えたのである。そしてニュージャージー州最高裁判所は、人工呼吸器をはずすことを認める判決をくだしている。不可逆的な昏睡状態に陥ったカレンが、「昏睡状態から抜け出して認識力を持った人間らしい生活に戻る可能性がない」のであれば、生命維持装置の続行を中止することが許される、との判断をくだしたのである。1990年にはナンシー・クルーザン裁判で、連邦最高裁判所は同様の判決をくだしている²⁷⁾。

従って、この法律の判断に関する傾向を熟知していたと思われるフォスター氏は、「1993年代である。ニューヨークの市立病院が、法に背くことは考えられなかった」²⁸⁾と述べる。フォスター氏にとっては、また、病院が父親の遺志を守りたいと希望する子どもの権利を侵害することはあり得ないと考えたのであろう次のように「蹂躪」との表現をしている。

「私たちは、思い知らされた。そう、ええ、そう、蹂躪された。病院側は、次から次へと難題を提示してきた。救急病棟の昼勤の行政官は、病院全体を統括している行政官の所へ私たちを行かせた。するとその行政官は、筆頭代理人は妻（私の母）なので、副代理人である私が執行するには、妻に筆頭代理人を放棄してもらうか、妻にはその能力がないという証明が必要だと言われた。」²⁹⁾

子どもとしての権利を執行したいと考えるフォスター氏は、ニューヨーク市指定の教育機関になっている病院の老年病学を担当している母親のかかりつけの医師二人に連絡を取り、母親が筆頭代理人となる能力がない旨を電話で病院に伝えてもらうように依頼する。二人の医師がフォスター氏の依頼に応じて病院に連絡を入れると、今度は、母親に代理人としての能力がないことを書面にして郵送するよういわれ、フォスター氏たちは自動車を運転して自分たちで書状を受け取りに行き、病院に提出する。しかし既に夕方になっていて、行政官は勤務交代していた。土曜日に人工呼吸器をはずすことは叶わなくなったのである。そして、日曜日にもまた人工呼吸器をはずす医師がそろわないとの理由で月曜日ま

で待たされることになる。フォスター氏たち患者家族の思いは、病院組織の体制が整い、フォスター氏たち患者家族が踏まなければならない法的手続きを終えるまでのステップを踏まなければならなかったのである。月曜日の朝には、病院の代表部門の責任者が出勤し、依頼した法学の専門家によるフォスター氏たち子どもの主張「生命維持装置をはずす」ことにかんする手続きが取られ、人工呼吸器がはずされた。はずすいなや、父親は息を引き取った。

患者家族がその肉親に死をむかえさせる決心をするときには、その決心自体が感情の影響を受けて揺れ動き、アンビバレントな要求をすることがある。患者の生命に責任を持たねばならない医師が、確定していない患者家族の感情の揺れに沿って救命処置を施したり、止めたりを繰り返すことは不可能である。対処としては、時間をかけて、世間的に認められている法の手続きを進めることが、最も安全な方法といえる。フォスター氏は、どのようになれば自分たちの権利を認めてもらうことができるか困惑しながら対処していたからであろう。自分たち子どもの権利が蹂躪されたと考えるが、病院に働く医師としては法律に違反することなく、フォスター氏たち家族の最終決断を書面として得たうえでの実施であったと考えられる。人工呼吸器をはずすのに必要な法的書類をそろえるのに時間を必要としたのはフォスター氏側家族であったのだから。病院側も判断をくだすときに同席しなければならない医師がそろわず、必要な法的書類のない状態でフォスター氏たちの要求を取り入れることはできず、組織としての判断をくだせない状況に置かれていたと考えることもできる。患者とその家族が考える医療処置が、医師の考える医療処置と相反するときには法的判断を求められる社会においては、法的条件を満たさなければならないがためにスムーズに対応処置をとることができない可能性が生じる。患者家族と病院に勤務する医師や管理者が直面する新たな課題である。

4. 医療者の法律遵守の姿勢と文明のかかわりについての考察

ブルックリン医療センターにおいて医療ソーシャルワーカーの任につき、社会心理学の分野、特に退役軍人の退院計画やエイズに罹患している方々の雇用促進プログラム等に関連した著作や、死にゆく病いに罹患している人々とその家族の生活向上に貢献した先駆的な論文“Social Work Management of Fatal Illness”を1965年に発刊しているゼルダ・フォスター氏でも、93歳の氏自身の父親に死をむかえさせるにあたって苦闘している。ニューヨーク州保健局における「心肺蘇生禁止法」が制定されていて、患者自身の意志が法的

に有効な状態で書面にしたためられ、家族が同意したにもかかわらずである（参考資料として当時のニューヨーク州のリビング・ウィルの書式^{資料2)}とワシントン州の「心肺蘇生拒否」指示書^{30) 31) 資料3)}を添付する)。一旦救命が要請されて救急処置が施され、生命を維持するための装置が稼働を始めていたからである。文明とは、人間の知能の所産以外のなものでもなく、サディストであり、ギリシャ神話によるタナトス「死の神」と呼称したいほどであり、文明が成立する自律性の中に、対象としたものを「殺す」こと、あるいは一部を「排除」することによって成り立つ部分がある³²⁾。現代になり、医学もまたこの文明としての自然科学の道を歩んでいる。科学として学んで分析するには、全てを包含することは難しく、対立するものを排除し、構えの一致するものを推し進めることで進展する。医学も自然科学を歩み始めたときから、科学として人間を分解し、対象物として理解することに心血が注がれるようになったといえる³³⁾。「死」を認めず、敗者にならないための努力に没頭し、敗者になる可能性を無意識層へと抑圧しているのではないと思われる。また、死を認めず、あらゆる治療手段を尽くそうとすることが可能になる社会的背景には、医師の治療の下で生命を助けることができ、助かれれば社会生活を営むことができるとの患者とその家族の期待、肉親の死をむかえる心の準備をすることへの感情的な難しさがあると思われる。しかし、助かっても必ずしも期待したような回復は望めず、むしろ人間としての社会生活を営むことのできる認識力が戻らないことを知ると患者の家族は助けるためにあらゆる処置を施すように依頼したことを後悔する。医療従事者の中にも、また、自分自身や身内の者が同じ状況に置かれるのではないかと不安をいだく者が出てくる。そして、この時点は新たなターニング・ポイントになる。本節におけるフォスター氏の様な体験からは、肉親に死をむかえさせるにもエクソシステムである居住地域の法律や、マクロシステムである医療機関の体制などにおける信念や習慣等が影響を及ぼすこと、またその逆、法律や医療機関を活用する人々の思いが法律を起草し、体制を創り上げていることを読み取ることができる。そして、つまりは患者やその家族と医療従事者が、ともに、同じ思いを繰り返さないための法的な方策を講じる工夫を始めることになる。「治療拒否」、「生命維持装置の取りはずし」、「尊厳死」などの問題は倫理、道徳上の問題として医学のみでなく他分野の科学者も参加して検討されて対応されるようになった。エクソシステムでは、人びとの体験と法律や施策は相互に影響を及ぼし合いつつ進展をみせているのである。

第6節 死と生のはざま

1. 「死」の定義の難しさ

ポール・フリッチェ氏(Paul Fritsche)は、『生と死の境界』で医学の進歩のアンビバレンツ(両価性)が浮かび上がりつつあり、生と死の境界にある臨床例に深く関与すればするほど、医師の行為に普遍妥当な基準を設ける試みはいっそうの困難に直面すると述べている。そして彼は、臨床の麻酔医として診療活動を行ってきたいくつかの病院で出会った患者の中からそのような症例を提示している。そのうちここでは、2症例を提示する。

症例1 13歳の少年

1965年に13歳の強健な少年が体育の時間に転倒し、頸部を打って入院した。第3、第4頸椎の脱臼があり、最初は膀胱と直腸の麻痺を伴う両下肢の対麻痺がみられただけであった。挿管後人工呼吸器を使用した数時間のうちに麻痺が腕と横隔膜にも拡大。危険はあったが、脱臼領域の頸髄圧迫物の手術的除去が行われた。しかし、予期したとおり改善は得られなかった。意識は完全に維持されていた。知的レベルの高い母親は、毎日少年と母親自身を苦痛に満ちた状況から解放して欲しいと訴え、「終わりのない恐怖よりも恐怖に満ちた終わりの方がまだましです」と訴えた。当然の処置として気管切開口を通じて人工呼吸器が継続されたが、事故から10カ月後、少年は上行性膀胱腎盂腎炎の続発症で死亡した³⁴⁾。

ポール・フリッチェ氏は、この13歳の少年をこれ以上苦しませることなく、母親の願いを聞き入れるべきではないかという気持ちに日々かられたという。そして、母親の願いは人間的に理解しうるものであり、母親には未成年で同意能力をもたない息子のために代弁する権利がありはしなかったらうかとの途方もない(ポール・フリッチェ氏によれば)思いをめぐり切れなかったと述懐している。

この少年は、第3、第4頸椎の脱臼で横隔膜を支配する横神経が麻痺し、自力での呼吸はできなくなっている。上下肢の運動や排尿・排便などに関する神経も障害を受けていて、自力では排泄できない。視神経、嗅神経、平衡聴神経は第3頸椎よりも上方に有り、特に傷害を受けていないので意識ははっきりしている。第2章で述べた喜笑ちゃんと同じ状況(人工呼吸器下で生きている)に置かれたわけである。大きな違いは、喜笑ちゃんは生まれた直後から人工呼吸器を必要としたのに対し、この少年は転倒事故により13歳になってから人工呼吸器を必要とするようになったことである。また、喜笑ちゃんのご両親は、喜笑ちゃんが生きていることで満足し、今の喜笑ちゃんの状態を受け入れているのに対して、

この少年の母親は少年の苦痛を見かねて治療を止めて欲しいと訴え続けていた点である。気管切開のほかに頸髄の圧迫物を取り除くための外科的な手術を受けている点、精神的な苦痛について、この少年と喜笑ちゃんでは異なる。精神発達年齢を考慮すれば、この少年は13歳という思春期にいて、性の目覚め、自我の目覚めの揺れる時期にいる。思春期という繊細な時期に交通事故に遭遇し、自己の身体的なイメージが壊れると同時に、身体的な苦痛の極みにいたことも事実である。

症例2 27歳の男性

1964年1月16日、氷雨と吹雪の中で乗用車を運転中、立木に衝突して前頭部を強打して入院。顔面の粉碎骨折。病院へ運ばれる40kmの間に数回呼吸を停止したが、そのたびに赤十字救急隊員がマウス・ツー・マウスで人工呼吸を繰り返した。入院時所見は、深い意識消失、呼吸抑制を伴う重度のショック、前頭骨の両側陥没骨折、前頭基部の数カ所の骨折であった。瞳孔は対光反射ほぼ消失、左右不同で散大しており、伸展性痙攣あり。挿管、人工呼吸、ショック対症療法を行った後、重度の前頭基部陥没骨折を手術で治療。両側の大きな硬膜外血腫を除去し、二つに断裂した硬膜を縫合。手術後昏睡がやや浅くなる。3日目脳浮腫、循環クリーゼ及び呼吸抑制により急速に容態悪化。重篤な代謝異常を伴う持続性意識消失。4週間後もなお全く絶望的な状態と思われた。しかし、5週目以降徐々に意識が戻りはじめ、5カ月後には身体・精神機能をほぼ完全に回復して退院。患者は獣医としての職業活動を再開できるようになった³⁵⁾。

この症例2の患者は、自発呼吸が停止し、深い昏睡に陥り、瞳孔は散大し、心臓の停止を経験している。いわゆる伝統的に「死」とみられていた「死の三徴候」である心臓の拍動停止・呼吸停止・瞳孔散大³⁶⁾を一時認められながらも職業に戻るまでに回復している。現代医学の技術を駆使した蘇生法と集中治療技術で数十年前なら確実に死に至っていたと思われる人々が、この27歳の男性のように助かっているのは確かである。

このようにみえてくると呼吸及び心臓の停止が「死」を意味するという従来の見解は、もはや普遍的に正しいとは言えない。呼吸停止に関しては人工呼吸器が補助をし、心臓の停止に関してはペースメーカーを用いた人工的な心筋への刺激や体外循環による補完が行われるようになっている。生への望みに意思を向けるか、死をむかえる方へと意思を定めるかは、各自が置かれる状況と家族がいただく思いに左右される。治療もまた、それぞれの意思に影響を受ける。各自が自分自身の意思を振り返り確認し、他者とのずれが生じるとき

には自分の言葉にして意思を説明し、他者を説得できるだけ的主張をする覚悟が重要である。

第7節 生涯学習の機会と自己学習の継続

このままでいいか、いけないか、問題はそれだ。
どちらが立派な生き方か、このまま心の内に
暴虐な運命の矢弾をじっと堪え忍ぶことか、
それとも寄せくる怒濤の苦難に敢然と立ち向かい、
闘ってそれに終止符をうつことか。 37)38)

ウィリアム・シェークスピア(William Shakespeare)が『ハムレット』を創作したのは、1600年～1602年の間であると言われているが確証はない。ハムレットは、王となって義父の座におさまっている叔父が、実は自分の父を殺害した犯人であることを父の亡霊から聞き、父の亡霊に叔父への復讐を誓う。しかし、母はすでに叔父と再婚している。母の身を案じ、公人・王子としてのわが身を考えれば、復讐を選択するのではなく、現状にじっと耐えるべきなのではないかとの思いが強くなる。“to be, or not to be: that is the question”は、現状をそのまま受け入れて叔父の義理の息子として生きるべきか、そうではなく叔父を殺し、復讐を早く済ませるべきなのではないか、どちらにするか決心できずに葛藤しているハムレットの姿を映し出している。ハムレットは、叔父への復讐を敢行できずに狂気を装いながら生活を継続する。父の亡霊に誓った復讐を果たす機会を窺いながらもそれを実行する勇気のない自分の弱さを嘆くのである。しかし、ハムレットが躊躇し、迷い、選択できない状況に陥っている間に、叔父はハムレットを殺害しようとして罾を仕掛け、結局、叔父自身はその罾にかかり死ぬことになる。叔父の手先となった侍従長や侍従長の息子もそれぞれがしかけた罾の矛先にかかり死ぬ。“to be, or not to be: that is the question”の訳は、「生きるか、死ぬか、それが問題だ」³⁹⁾と訳すこともできる。

しかし、Act I, Sc. ii でハムレットは「あ～、あまりに堅固なこの肉体が、溶けて分解し、ひとしづくの露となればいいのに、永遠の定めなどなければいいのに、自殺は神の掟に反する」と独白している⁴⁰⁾。ハムレットは自殺を罪と認識しているのである。彼が最も悩むのは、自分自身の生死ではなく、叔父への復讐を成就してもよいかどうかである。一度足を踏み入れたらこの世に帰ることのかなわない死後の世界への旅立ちは、神の御前では罪

となる。この独白は、従って父の亡霊に約束した復讐の断念を意味する。叔父を殺して父の復讐を遂げれば、母を悲しませる。ハムレットは決断できないのである。父の亡霊との約束を胸に秘めて、本懐を遂げられないことに逡巡と悩み、苦しみながら狂気を装いながらもハムレットは生きねばならないのである。

生きることは諸々の縁を築きあげていくことである。周囲の人々との愛憎、身分や職業関係、地球上の生物・無生物との関係など、わたしたちが生きていくことは全てに於いて関係を広げ、縁を連鎖していく行為である。釈尊が菩提樹の下で得た直観は、全ての存在は関係性の中にあるということであり、条件の連鎖で「苦」が生起するということであった⁴¹⁾。その連鎖が減するとき、生・老・病・死などの苦もまた減することになる。縁起の法では、「無明（無知）に縁りて行（意志）がある。行によりて識（意識）がある。識によりて名色（個体）がある。名色によりて六処（六つの感官）がある。六処によりて触（対象との接触）がある。触によりて受（感覚）がある。受によりて愛（貪り）がある。愛によりて取（取著）がある。取によって有（欲望的存在）がある。有によりて生（迷いの生涯）がある」となっている⁴²⁾。生きていくことは、迷いを生じながらも種々の縁を織りなしてゆくことを意味する。

ランゲフェルトは、「人は自分のしたこと、しないことの結果を引き受けなければならない。『結果を引き受ける』ということは、わけても悪い結果を修正していくことであり、そうしてこそ、また、責任性と信頼性が現実のものとなる⁴³⁾」と述べ、自己の尊重と自己の批判ができるような大人ならしさをもつように人と出会い、人を支援してゆくことの重要性を説いている。この出会いの場を如何にして広げてゆくかは、これからの人々の課題である。

引用文献

- 1) C.G.ユング著/ 松代洋一訳 『創造する無意識』,平凡社, 1996, p.47,
- 2) Lew Wallace “*BEN-HUR*” , Buccaneer Books New York, 1983, p.322,
註
“because when morning comes they will put us out of the gate of the city to – return no more.”
“Ah, yes!”she said, between sobs; “I forgot. I had the feeling of going home. But we are lepers and have no homes; We belong to the dead!”

(Book Sixth IV, BEN-HUR)
- 3) ルー・ウォーレス著/ 松本恵子訳 『全訳ベン・ハー』 , 英宝選書, 1976, p.296
- 4) 徳永幸子 『病の存在論』 , 地湧社, 1990, pp.96 - 102
- 5) 山本俊一 『死生学、他者の死と自己の死』 , 医学書院, 1996, p.110,
- 6) 大谷藤郎 『らい予防法廃止の歴史』 , 勁草社, 1997, P.68,
- 7) 前掲書 6) p.39
- 8) 前掲書 6) p.16
- 9) 前掲書 6) p.398
- 10) 財団法人日弁連法務研究財団ハンセン病問題に関する検証会議 『最終報告書』 (要約版) ,
2005, pp.1-54,
- 11) 和田修二 『教育的人間学』 , 放送大学教育振興会, 改訂版,1998, p.127,
- 12) 後藤正道,野上玲子,畑野研太郎,岡野美子,石井則久,他著『ハンセン病治療指針』(第2版),
日本ハンセン病学会, 医療問題委員会, 治療指針と治癒判定基準に関する小委員会,
2006, p.193,
- 13) 前掲書 10)、 p.54
- 14) 岡堂哲雄編集,石谷真一,他 『心理査定プラクティス』 MAS(Manifest Anxiety Scale)
至文堂, 1998, P.188,
- 15) 中尾寛之編,荒木志朗,他 「葛藤ー心理学・生物学・精神医学ー」 『死と葛藤』 , 金剛出版,
1988, p.386,
- 16) V.E.フランクフル著/ 山田邦夫,松田美佳訳 『宿命を超えて、自己を超えて』 , 春秋社, 1998,
p.40,
- 17) 岡本包治・他編 『生涯学習辞典』 , 日本生涯教育学会編, 東京書籍, 1990, p.567
(註)

第4回成人教育国際会議宣言「学ぶ権利の承認は、今やかつて以上に、人類にとっての主たる挑戦となっている。

学ぶ権利とは、

読み書く権利であり、

探究し分析する権利であり、

自分自身の世界を解し歴史を著す権利であり、

個人や集団の技量を高める権利である。

18) 松本清張『共犯者、潜在光景』，新潮文庫，1984，p.178～215，

19) 前掲書 17) p.322

20) 氏原寛，小川捷之，東山紘久，他『臨床心理事典』，培風館，1994，p.903，

21) 重松泰雄監修，中島河太郎『明治・大正・昭和 作家研究大事典』，桜楓社，1992，p.520

22) 小田切進、尾崎秀樹 『日本近代文学大事典』，机上版，日本近代文学館，講談社，1984，
p.1364、

23) 前掲書 21) p.36

24) 安部公房『砂の女』，新潮文庫，1962，p.60，p.75，p.137，p.198，p.201，pp.227～228，

25) 布施豊正『心の危機と民族文化療法』，中公新書，1993，p. i ～ iii、

26) Inge B. Corless, et al. Written by Zelda Foster “The Struggle to End My Father's Life” , *A Challenge for Living*, Jones and Bartlett Publishers, pp.327-334,

27) ダニエル F.チャンブリス著/ 浅野祐子訳『ケアの向こう側』，日本看護協会出版会，2002，
pp.229-230，

28) 前掲書 26), p.329

(註)

How could a New York City hospital in 1993 not obey the law?

29) 前掲書 26)、 p.329

(註)

Could our father's and our rights to protect his wishes be abrogated? We learned that yes, yes, yes - They could be abrogated. Obstacle after obstacle was paced in our way. The daytime emergency room administrator sent us to the day hospital administrator. She told us that since my mother was listed as the first proxy and the daughters as the second, we needed to prove that she was unable or unwilling to serve in that role.

- 30) Barbara A.Backer, Natalie Hannon, Noreen A.Russell 著/ 岡堂哲雄,大西和子監訳『死とその周辺－死への総合的アプローチ』, 廣川書店, 1997, p.205、
- 31) 谷田憲俊編『ホスピスケアと在宅Ⅱ』, 日本ホスピス・在宅ケア研究会, 1997
- 32) 大塚義孝「人間とは何か, 深層心理学的人間論」『児童学研究第 13 号』 p.8、
- 33) 村上陽一郎『医療と医学のはざま』, 第 19 回日本看護科学学会学術集会講演集, 1999
- 34) ポール・フリッチェ著/ 佐藤登志郎,古郡悦子訳「医学・法律・倫理からみた諸問題」『生と死の境界』国際医学出版, 1985, p.10
- 35) 前掲書 34) p.5
- 36) 水野清一『生と死の間 - それでも脳死・臓器移植か-』, かもがわ出版, 1992, p.104
- 37) Book Club Associate “*The Oxford Dictionary of Quotations*”, Oxford University Press, Third edition, 1982,p.433
(註)
To be, or not to be: that is the question:
Whether 'tis nobler in the mind to suffer
The slings and arrows of outrageous fortune,
Or to take arms against a sea of troubles,
And by opposing end them.
(ACTⅢ-Scene 1, Hamlet, Prince of Denmark) William Shakespeare
- 38) 小津次郎責任編集,小田島雄志「ハムレット」『シェイクスピア作品鑑賞事典』, 南雲堂, 1997, p.307
- 39) シェイクスピア著/ 市河三喜,松浦嘉一訳『ハムレット』, 岩波文庫, 1998, p.82
- 40) D.C.Browing “Shakespeare's Tragedies”, *EVERYMAN'S LIBRARY*, 1968, p.489
(註)
“o, that this too too solid flesh would melt, Thaw and resolve itself into a dew! Or that the
Everlasting had not fix't. His Canon' gainst self-slaughter”
- 41) 増谷文雄『釈尊のさとり』, 講談社学術文庫, 1996, p.31-35
- 42) 前掲書 41) p.29
- 43) M.J.ランゲフェルト,和田修二監訳『よるべなき両親』, 玉川大学出版部, 1996, p.67

第4章 関係性のア・プリオリ

サモスのアリストタルコス (Aristarchus of Samos)は、これまでに信じられてきた天動説を覆し、古代ギリシャの天文学者ピタゴラス派が説いた地球の回転説(地動説)を支持したが故に、ストア学派の学者から神の冒瀆者と非難を受けたという¹⁾。太陽は常に太陽であり、我々地球に住む人々との関係は変わらない。しかし、個々の人々の太陽への認識はどうであろうか。真夏に快晴で気温が34℃に上がれば、「暑い、雲が出て太陽を覆い隠してくれるように」と願い、日向を避けて木陰や冷房が効いている建物の中へと移動する。反対に、真冬の零下10℃の日などは、少しでも太陽が顔をのぞかせてくれると日光浴をしたいと日向を探して歩く。太陽は常に太陽でありながら、太陽と地球の位置関係、個々の人々が住む地域と太陽との位置関係、各地域を覆っている気圧や自然環境との相互影響で、人々がいづく太陽についての認識は変わる。人は、このように体験したことを意識として蓄え、分析や価値判断の対象にし、やがては日々の行動へと繋げてゆく。他者や物との関係は初めから存在していて、意識を向けながらも体験している間は認識にまで至らない。しかし、やがては認識し利用するようになるのである。

第一部においては「母子及びきょうだい間におけるケアリング」、「人工呼吸器を装着している子どもとケア者におけるケアリング」、「高齢者の生きがい喪失とその回復へ向けた仲間どうしのケアリング」について検討を加えてきた。第二部では、ケアリングにおけるケア者の葛藤について触れた。第三部、第1章は「生死についての認識の問題」、第2章は「生命の企投とケアリング倫理」、第3章は文学作品における「死の不安」や「社会的疎外としての死」について論究した。本章においてはこれらの認識の問題がどのようにして生じているかをマルティン・ブーバーの「我-汝」、「我-それ」関係を基に論述し、アブラハム・H・マズローの人間生成をベースに、自ら判断し、自由意志で行動することのできる人間としての生涯における価値観、道徳観生成の重要性について論究する。

第1節 人における体験の認識

第二部第1章第2節において、ヘルガ・クーゼ氏が「我-汝」の関係としての看護師と患者の出会いのあり方は、深遠で親密すぎると問題を提起している点にふれた。「我-汝」の関係とは一体どのような関係であろうか。マルティン・ブーバー(Martin Buber, 1878-1965)は、子どもが対象を知覚して関係を結んでゆく過程を次のように述べている。

「はじめ幼児は対象を知覚し、その後で関係を結ぶと考えるのは正しくない。そうではなく、関係を結ぶ努力がはじめである。向かい合う相手を自己に従わせるために、幼児は手でアーチの形をつくる。つぎに、言語形態に先行した状態で、言葉なくして『なんじ』と語りかけることによって相手と関係を結ぶ。しかし、『ものになること』などは、『われになること』と同じように、原体験の分裂、結び合っていた相手からの分離から生じたのちの所産にすぎない。はじめに関係がある。関係こそ存在の範疇であり、他者をむかえる備えであり、ものを捉える形体であり、魂の鑄型である。」²⁾

共にいる者（もの）を知覚してから関係を結び、「汝」あるいは「それ」を認識するのではなく、汝を我に向かわせようと努力し、向き合った汝との関係の中で「我－汝」、「我－それ」へと分離するというのである。第一部第1章4節で、弟 K 君が兄からの誘いにのって車道への距離を縮めるスリルある遊びに興じる様子を詳述し、第5節で分析した。このとき、最初は兄からの誘いに興味を湧き立たせて車道への距離を縮める遊びを兄と一緒に始めた K 君である。兄の認識である「面白いよ、この遊びは」は、K 君にとって最初は兄の努力によって汝として向き合う相手であり、兄と遊びが全体としての一つであり、兄と兄がしている遊びとの境はない。兄の行為の模倣を始めた K 君であるが、K 君の衝動を刺激し、模倣の相手となる兄に向かい合わせ、兄と K 君の「我－汝」関係をつくりだす。そして遊びに対する兄の認識を正しくは理解することなく、兄の表情の変化そのものを楽しみ観察を始めるようになる。そして兄の遊びへの思いをそれとはなく認識し、兄とその遊びを分離する。兄の表情の変化を見ることが K くんにとっての遊びへと変化し「我－それ」関係になった瞬間である。この時点では、車道へと距離を縮めていく遊びの様態そのものに変化は生じていない。しかし、K くんはその遊びへの認識は変化したと考えられる。なぜなら模倣しながら兄の表情をみることに専心し始めたからである。その遊びは、k 君に誘いをかけて一緒にすることで味わうスリルある兄の遊びから、k 君自身が使うことのできる兄へ誘いをかけるスリルある遊びへと変化したと解釈できる。

誘われて始めたときには、「兄と車道へと距離を縮める遊び」を一つの包含された汝として向き合っていた k 君であるが、兄とその遊びを区別し始めた。兄との「我－汝」関係は、遊びを通しての「我－それ」関係となる。そして兄にとっての K 君を誘い出すことのできるスリルある遊びは、K 君自身にとって兄を誘い出すことのできるスリルある遊びとなり、K 君を発信源として行われるようになったのである。このときこの遊びは、兄に包含され

る一つの汝から、兄から分離されて K 君にとって利用を意識されるものである「それ」へと変化したといえるのではないだろうか。同様の関係は兄が母親へ見せたケアリングにも垣間見ることができる。第一部第 1 章第 5 節の様態 3 において描写したのは、バスに乗り損ねたときに母親がそこに居合わせた研究者にその姿を見られてしまい恥ずかしさを感じた瞬間である。兄は母親のサッカーボールをなかなか掴みあげることができなかったことへの「はずかしさ」、バスに乗り損なったことへの「残念な思い」に共感する。母親に共感したときは、初めは兄の中では母親と兄自身の感情は混とんとしていて一つである。母親とその感情は包含された一つであり、母親の気持ちに成り込んでいる兄と母親、母親の感情と兄の感情は互いに重なり合う「我－汝」関係といえる。しかしながら、母親がなぜ恥ずかしいと感じているかを考えられるようになると、兄は母親とその思いを区別するようになる。そして母親に成り代わって「K のせいやで、ねー」と兄自身の思いを前面に出して原因を K 君に転嫁するまでになる。母親は母親、その思いはその思いとして認識され、兄にとっての「我－それ」関係となり、母親の気持ちを静めるための兄自身の思いとなり言い訳をみいだしたと解釈できる。この状況はマルティン・ブーバーの以下の表現に喩えられる。

「人間は『なんじ』に接して『われ』となる。向かい合う相手は現れて、消えてゆく。関係の出来事が集っては、散ってゆく。こうした変化の中で、なん度も成長しながらも、つねに同一のままの相手である『われ』の意識が、しだいにあきらかになってくる。なるほど『われ』の意識は、つねに『なんじ』に対する関係の網の目の中で『なんじ』を捉えようとし、しかも『なんじ』自身とはならない認識可能な存在者として現れるが、しかし、ますます強く『われ』が現れ、ついには結合の絆を断ち切って、『われ』自体を分離させ、一瞬、『なんじ』と同じように自己の『われ』と向かい合い、やがて『われ』を自己の所有物として把握し、それ以後、意識的に自己自身との関係にはいるようになるのである。

今やこのようにして、はじめて別の根源語「われ－それ」がつくられる」³⁾

マルティン・ブーバーによれば、人が環境や他者を認識するのは、「我－それ」関係とされ、事物が汝から「それ」に変わることによって初めて、人は環境や他者を並列的に整理することができるようになる。「我－汝」として向かい合う人や環境は、我と独占的に向か

い合うものとしての汝であり、全て他のものは背景となる。「我 - それ」となって初めて認識でき、思考の中で繰り返して調べ、秩序付け、表現することができるようになる。我々人間は、時間と空間に関連をもつ「それ」の世界で活動し、知識を得て日常の世界として安堵して生活しているとされる。人間は対象となる「それ」の日常世界なくしては生きることができない。しかし、「それ」のみの世界で生きるのでは真の人間ではなく、秩序と整理された知識のたがが弛み、満足感よりも疑惑があとにのこり、これまで抱えてきた確信が揺れる「我 - 汝」の世界もまた生きねばならない存在であるというのである。限定された狭い空間である家庭で、日々、日常生活を共にするきょうだい関係、母子関係は、独占的な関係になるかかわりの密度の濃いマイクロシステムである。この空間では、互いに独占的に向き合う「我 - 汝」の関係が必要であると同時に、時間が認識され、日々の生活における秩序やルール、習慣や慣習となる経験としての知識も必要である。そしてときには他者が入れる余地のある空間でなければ、やがては閉塞し、その中で窒息してしまうことも生じ得る。他者が入ることや新たな出来事が生じることで、新たな「我 - 汝」関係ができ、感情を湧きたたせることも生じてくる。家庭内というマイクロシステムにおける「我 - 汝」関係は、やがては「我 - それ」関係となり、過去として整理され、記憶へと退く。人の生涯における環境認識におけるサイクルとしての「我 - 汝」と「我 - それ」、そして新たな「我 - なんじ」と「我 - それ」関係の形成である。

第2節 ケアリングにおける「我 - 汝」関係

第一部第2章で論じたケア者と喜笑ちゃんの関係は、出会い当初は双方がともに過去の経験で相手进行评估し、我としての個を主張するものであった。しかし、互いに相手を独占したいとの衝動の下に、関心を向け続け、互いに思いを共感し衝動が湧きあがる瞬間が訪れる。瞬間、瞬間の「我 - 汝」関係、互いに独占し向かい合う関係に在る汝を我に引きつけることで、新たな「我 - 汝」関係を幾度となく作りだしていく。そして体験のなかで「汝」は「それ」となり意識化されてケア者にとっては「かわいい子」、「いろいろ能力のある子」とみられるようになり、被ケア者である喜笑ちゃんにとってはケア者を「依存し甘えることのできる人」へと分離させる。ケアを受ける、あるいはケアされる対象である「我 - それ」関係にある個として認識されるようになるのである。ケアリングは、ある意味においてケア者と被ケア者が互いに向かい合い、相手(汝)の思いを「我 - 汝」関係における私の思いに重ね合わせて把握し、相手の思いが私の思いとなり、そしてついには相手と

その思い、および自分自身である我から分離させ、「我」の思いとしてではなく「我—それ」関係における相手(汝)の思いや我の思いとして分離させる。その瞬間から我の思いであり汝の思いでもあったその思いは、相手のあるいは我の思いとして認識されるようになり「それ」として整理され、日常の中で利用されるようになる。このことをマルティン・ブーバーは次のように説明している。

「認識とは、向かい合うものと互いに見つめ合うことによって、存在の本質が、認識する者に明らかになることである。認識を行う者は、現存として見つめていた存在を、やがて対象として把握し、これを他の対象と比較し、系列の中に秩序付け、客観的な記述を行い、分析しなければならない。『それ』として把握しなければ、認識を存続させることは不可能である。」⁴⁾

この様に考えるとき、他者に関心を向け、共感して応答し合う関係としてのケアリングにおいて全ての被ケア者との間で常に「我—汝」関係を築くことは、我と汝を取り巻く環境を分析する術をもたないことになり、我と汝における独占的な関係の継続で周囲に居る人々との関係を秩序付けるルールを作り、守る機会を失うことになる。と同時に「それ」としての過去における経験の認識を欠くことにもなる。「我—汝」の関係にあるケア者と被ケア者において終始「我—汝」の関係のみが存在するとすれば、両者はお互いの境界をもたない混沌の世界に居ることになり、客観的な観察をすることができず、科学的な治療も施せなくなる危険性を生じることになると考えられる。ケア者と被ケア者においては、「我—それ」の関係として観察し、状況を認識し合う関係も必要である。ケアリングにおいては「我—汝」、「我—それ」関係の両方が必要であり、その時々によって両関係のバランスがどのようにしてとられているかが重要になるのではないだろうか。

さらには、「我—汝」の関係にある我と「我—それ」の関係にある我の自己に対する意識は、同じではないとマルティン・ブーバーは主張している。「我—汝」関係にある我は人格的存在としての主体として自己を意識し、「我—それ」関係にある我は経験や利用の主観として自己を意識する。だからといって、二種類の間があるわけではなく、人間性の二つの極があり、人間誰もがこの二つの我の中で生きているというのである。人は誰もが常に人格者としての我でいることはできず、経験や利用の「それ」との関係にある我をも必要とする。ケアリングにおいてはケア者と被ケア者は人間の自然的な性格として互いに向

き合う関係に生き、状況の中で応答し合い、現存在として成長し合う関係を生きることが重要であると思われる。

第3節 「潜在光景」と「砂の女」における「我—汝」・「我—それ」関係

第三部第3章第3節における浜島と泰子、浜島と泰子の息子である健一との関係はどうか。浜島にとって泰子は、20年前から関心を向け続けていた「我—汝」関係に入りたい存在である。しかしながら、「隠れて、表に面した二階の障子を少し開け、一心に彼女を観察したものだった」とあるように、浜島にとって泰子は一方的に観察される存在であり、汝と呼びかけたい存在として居ながらも現存在として呼びかけることのできない「我—それ」における「それ」であった。我としての浜島は、泰子との人格的な結合に入るのではなく、自己の欲望を満たすのに泰子を利用し、泰子を分離させることで観察可能な存在にしていたといえる。しかし浜島にとって幸いにも、泰子は夫を亡くして息子と二人の生活を送るようになる。そして電車の中で以前に近くに住んでいた浜島の姿を見たときから、彼女の関心が彼に向くようになる。そして浜島にとっても、泰子にとっても、両者の関係は「我—汝」へと移行する。

しかしながら浜島は、伯父が母と「我—汝」関係になるのを過去に経験した。母を独占していた彼と母の「我—汝」関係の中に伯父が入り込み、母の関心が伯父へと向いていった。母を伯父に取られるのではないかと不安になった浜島は、伯父に憎しみをいだき殺してしまった。この時点で浜島と母の関係は、伯父との関係性で「我—それ」へと陥ったと思われる。浜島が、未分離な状態である子どもとして汝と呼びかけていた母から自分自身である「我」を分離して、母を個的存在である「それ」とみるようになる瞬間がおとずれたのである。

浜島にとっての健一は、泰子の気を引くためのもの、関係を築くために利用するものであり「我—それ」関係の「それ」に終始していた。それが、浜島が伯父を殺した年齢と泰子の息子健一の年齢が重なったとき、彼は健一との関係を「我—それ」として客観的にみることができなくなる。伯父を殺したときの過去の彼自身と健一の現在の個的存在「それ」とが重なり、伯父に抱いた彼自身の思いを健一の思いであるといふには誤認するようになる。そして衝動的に健一を殺す行動にでる。健一の存在は、浜島と泰子の「我—汝」関係に影をおとすのではないかと懸念を高めるものとして彼に認識されていた。健一の浜島自身への思いと、彼自身の伯父への憎しみである思いの境界が不明瞭となり、混沌とした

重なり合う一つの思いになった。彼が抱いた伯父への憎しみは、健一の憎しみとして浜島自身からは分離され、健一の憎しみであると誤認されるようになり、健一を排除する行為に踏み切ったと解釈できる。「我—それ」として分離するときに生じた認識のズレ、誤認である。

『砂の女』の主人公「仁木順平」と砂の家の女の関係はどうであろうか。順平は終始自己を他者と分離させて意識下におくことに余念がない。絶えず「我 - それ」の世界を生きているとも解釈される。彼は、砂の家の女を砂の部落から逃げ出すための手段として利用しようとする。砂の部落の人々の関心を引くために人々がみている前で砂の女と関係をもとうとして襲いかかり女の激しい抵抗に遭い失敗したかと思えば、女が砂を掻きだしている最中に襲って縛り上げ、人質にして外の世界へ出ようとする。しかし、どれも失敗に終わる。順平にとって砂の家の女は、「我 - 汝」の関係になるひとりの人格をもった女性ではなく、外の世界へ出るために利用する存在「我 - それ」の関係としての女なのである。それでは、女の方はどうであろうか。順平をひとりの男性として向き合おうとしているであろうか。残念ながら順平は、女からみても砂を掻きだしてくれる力であり、利用することのできる「我 - それ」のみの関係として描かれている。両者の関係、砂の部落の人々との二人の関係には「我—汝」の呼びかけや応答は描写されていないのである。互いに努めて向き合おうとし、関係をもち、精神的に結合し、求め、求められて新たな意味をつくりだす営みはみられない。生活の営みとして時が刻まれ、砂の家に場所が限定され、強い自由意志をもたない人として順平、砂の家の女、砂の部落の人々はそれぞれが分離して存在している。生き生きとした関係をつくることのできない、型や繋がりを形成することなくこぼれ落ちてしまう文字通りの砂の関係である。

第4節 人間生成の過程における認識

アブラハム・マズロー(Abraham Harold Maslow, 1908-1970)は、人間は本来の性質からして、さらにさらに完全な生命へ、より一段と完全な人間性への実現へと駆り立てられる存在であり、環境の役目は人間自体がもつ可能性や能力を実現するのを認め、助けてやるだけであり、創造性、自発性、自立性、確実性、博愛、真理の探究などは、人間の手足や頭や目と同じように、人のもつ可能性の芽であるとみる⁵⁾。従って、人間は人を愛したり、探究心をもったり、創造したりする能力を教え込まれるのではなく、萌芽としてあるものを認め、育て、励まし、助けて、ありありとした現実になるように実現する努力を必要と

する。教師や文化といった環境から安全や愛情や地位を求め、これらの基本的欲求が満たされると、人は環境からの必要物を用いて、それぞれが自己流のかたちで独自の発達をとげ始める。しかし、基本的欲求は、当人はもちろんであるが他の人や周囲の環境によって満たされる必要がある。そのため、環境にかなり依存する存在でもある。

第3章第1節において癩病人がおかれた社会的な死について論究した。癩に罹患した人々の大半は身体的な安全の欲求を満たす道を遮断され、社会的に所属する欲求も遮断される。そして愛情を育む関係性への欲求を断念し、他者からの尊敬を求める欲求をも断念したのである。しかし、このような状況においても「ベン・ハー」における母娘のように人間としての自己実現の種子を忍耐強く温存し、社会との関係を維持しようとする強い意志がみられることもある。所属する場所へ戻れる希望があり、苦悩を堪えて体験してきた「過去の存在」への揺るぎない自己への自信と満足があるからである。人間は、ときには基本的欲求を満たすことが難しい状況においてさえも互いに支え合い、可能性をみだし、希望的な運命を実現しようとする。環境に依存する存在であると同時に環境より独立し自立的に自己実現する存在であることをも意味する。アブラハム・H・マズローは、強い人間は必要とあればグループ（社会集団）を超えることを求めることもできると次のように主張する。

「わたくしが、所属に対する一般的な人間欲求として論議してきたものは、共同社会に対する欲求、相互依存、家族、仲間、同胞に対する欲求を含んでいる。…仲間関係のセルフ・ヘルプグループから、われわれは再三再四基本的なあり方について社会的動物であることを学んでいる。もちろん、究極的には、強い人間は、必要とあればグループを超えることを求める。だが、それでも、この強さは、彼の社会によって、かれのうちに発達をとげたものであることを認識しなければならない。」⁶⁾

強い人間とは、強い意志をもつ人間である。第3章7節で述べたウィリアム・シェークピアが描写した「ハムレット」は、母親の身を案じて狂気を装いながら生活する。母親への思いが伯父への憎しみを克服させて、伯父を暗殺することを断念させる。しかも伯父は、一国の王となり、「ハムレット」の生死も伯父の手中に握られている。この状況をしっかりと認識したうえで、逆境を耐え忍ぶ手段として狂気を装うことを決断したのである。決断する強い意志について田中潤一郎氏は、西田哲学における根源としての意志にふれている。

「意志の立場は静的な因果関係・順序関係の枠に閉じ込められることなく、認識の立場を跳躍して全実在の根源へと遡ることができる。それゆえ因果関係を超越して、最も深い実在の底へと至ることができるという意味で、意志は動的で、また自由である。」⁷⁾

自らの意志に従い判断して生きることは、その意志に内在する価値体系が多くの人々が信じる価値体系に沿わず、少数派となるときには順風・満帆とはいかず、逆風に悩み、自らに責任を負い厳しい生活を送ることになる可能性をも秘めている。また、自らの意志に内在する価値体系は、完璧で揺るぎないものではなく、社会におけるイデオロギーの変化や、社会情勢、自らの体験に伴い自己生成を繰り返す。このとき、自己を客観視できる者は、社会情勢からの精神的な自立を成し遂げ、自己の在り方を主体的に決めることができる。人は自らに内在する価値体系をその生涯を通じて生成しなおし、文化・教育の中で培ってきた価値体系を認識して真理を探究することのできる存在なのである。

第5節 おわりに

ケアリングにおける関係性は、人が努力して形成するものであり、その関係は既に生成されているものであると同時に、相互の影響のもとに新たにつくりだされ、見いだされるものでもある。それは、マクロシステムの中で周囲の環境全てと相互に影響し合い創造すると同時に、独立した人格「我」として自らの意志において創りだすものであることをも意味する。「我-汝」としてよびかけ、「我」の中に取り込み、「我-それ」として認識し、利用する。従って現存在としての生活を営む人間には、社会生活を営む家族としての規範、働き・生活費を稼ぎ・所属の欲求を満たしてくれる組織の規範、ときには歴史の風雨に耐えて論じられ続ける人の道としての規範が必要である。しかし、これらの規範とて、第3章5節で述べたゼルダ・フォスター氏とその父親の治療に携わった医師のように、おかれる立場が異なれば違った解釈を生じることになる。その状況で真理を求めて、自己自身に責任をもつことは容易なことではない。自己葛藤や挫折などの苦難を乗り越えなければならぬ。どのようにすれば乗り越えられるかについて田中圭治郎氏は、O.F.ボルノー(Otto Friedrich Bollnow, 1903-1991)の論を引用しつつ、従来の考え方、思想を保守することに安住せず、自分自身を見つめ、自己否定し、新しい自分を絶えず求める努力、自分だけの思い込みを乗り越える努力が必要であると論及している⁸⁾。ポール・ラングランによる変動す

る社会から投げかけられる課題に対処するには、児童期、青年期で教育を終了するのではなく、生涯に渡って継続すべきであり、そのためには環境の整備が必要であるとの提唱が再度思い起こされる。

引用文献

- 1) ブリタニカ・ジャパン『ブリタニカ国際百科事典』，電子辞書, 2004
- 2) マルティン・ブーバー著, 植田重雄訳『我と汝・対話』，岩波文庫, 2013(第1刷 1979), pp.38
- 3) 前掲書 2) pp. 39-40
- 4) 前掲書 2) p. 52
- 5) アブラハム・マズロー著, 上田吉一訳『完全なる人間、魂のめざすもの』，誠信書房, 2012 (1998 第1刷) , p.204
- 6) 前掲書 5) p.258
- 7) 田中潤一郎著, 「意志から絶対自由意志へ」，田中圭治郎編著, 『教育学の基礎』，佛教大学, 2006, p.92
- 8) 田中圭治郎編著『道徳教育の基礎』，ナカニシヤ出版, 2012, pp6-7

終章 本研究の意義と今後への課題

第一部で論究したように人は誰もが、この世に誕生して最初は身近にいて関心を向けて世話をしてくれる母親や父親、きょうだい等との相互における直接的な2者関係（マイクロシステム）で、やがては近隣の友達や教師、父母の会社仲間や友人などといった3者関係、あるいはまた幾つかの組織にまたがる4人以上の人々（メゾシステム）と互いに応答し合いながら関係を築いていく存在である。それは、生涯に渡る発達過程でいろいろな出来事を体験しながら経験として知識を蓄えて社会生活を営み、環境の全てのものとの相互作用を生じつつ関係性を繰り広げると同時に、内包されるシステムもエクソシステム、マクロシステムへと広がり、そしてまた、やがては自然に死をむかえる者としてシステムもマイクロシステムへと戻る存在ともいえる。

人の生涯においては、何らかの理由で社会における他者との関係を遮断し、あるいは遮断されて関係を築き広げてゆくことが難しくなり生きることの大切さを見失うことや、突然に健康状態の変調などで社会生活を営むことが難しくなる事態が生じるのを体験することも起きてくる。この世に生を受けてから大過なく社会生活を営み高齢となり自然な死をむかえて生涯を終える者もいれば、予期せず死をむかえて人生を終える者がいるのが現実である。それだからこそ人は、相手を求めて出会い、相手に共感することでその相手の思いを理解して尊重し関係を継続していくことを必要としているのであり、努めてケアリングを行うことを必要としている存在ともいえるのかもしれない。

ところが人は、生活を営む上でケアリングを日々繰り返えしながらも繰り返えすことで習慣になり、多忙な生活の中では生涯に渡って実施しているにもかかわらずケアリングを意識上にもぼらせることを忘れられがちであることがみえてきた。本研究の意義は、人が日頃に行っているケアリングについてマイクロシステム、メゾシステム、エクソシステム、マクロシステムにおける様態を詳述し可視化することで、その実施における課題を示唆したことにある。そこで、本研究をまとめるにあたって、ここまで検討を進めて考察してきた 1)生活の場におけるマイクロシステム及びメゾシステムにおけるケアリングの様態、2)看取りのケアリングに従事しているケア者の葛藤と克服、3)ケアリングにおけるエクソシステム及びマクロシステムまでを含めた認識の必要性、以上の3点に焦点をあて再び論及する。

第1節 マイクロシステム及びメゾシステム内におけるケアリング様態

第一部では、マイクロシステム、メゾシステムにおけるケアリングの様態について詳述した。第1章においては「母子及びきょうだい間におけるケアリング」、第2章では「人工呼吸器を装着している子どもとケア者におけるケアリング」、第3章においては「高齢者の生きがい喪失とその回復へ向けた仲間どうしのケアリング」についてである。次に既述したこれらの様態について概観する。

1. 第1章におけるケアリングの様態

5節で描写分析したように1歳半前後で幼児前期のK君とその兄、母親のケアリングについてであった。K君はほとんどの時間を自分自身の興味関心に没頭して遊びを繰り広げていた。しかしそのK君が、兄の方へと関心を向けて兄の遊びへの思いを理解しようとしながら、ふたりでの遊びを継続しようとする姿を垣間見せてくれたのである。兄にとっては車道への距離を縮めてゆくことで何が起きるかを予測できるために生じるスリル感である。弟はこの兄のスリル感の意味を理解してはいない。そして、兄へのケアリングとして弟K君が取った行動は母親から好ましいものとは判断されずに中止させられる。とはいえ、兄の表情から楽しいこと、一緒にしていきたいことであることを理解して継続しようとしていたと思われる。兄の思いに共感してその姿を模倣しようとしているK君の行動からは、兄に関心を向けて応えながら関係を続けようとしているケアリングの芽ばえが窺える。

6歳前後と推測される兄は、母親の口調から素早くその感情を察知して、禁止されると理解すると、K君よりも早く遊びを止めていた。弟の関心を引き付けて一緒に遊びを展開しようとするが、母親から判断すれば弟に禁止したのと同様に衛生上や安全上の理由から容認できる遊びではなく中止させられる。兄は、母親が何を求め、どのような感情になっているかを理解できるまでに成長していて、母親が自分たちに関心をむけていること、遊びの種類によってどのような感情になっているかを理解して母親の思いに添いながら遊びを変化させていた。また、母親の口調からその気持ちや思いに共感し、それらを言語化できるまでになっていて、母親が研究者に感じた恥ずかしさ、バスに乗り損なったことへの残念さに共感し、その理由を弟K君の行動に転嫁することで母親の気持ちをなだめようとするケアリングをみせていた。

一方母親は、社会において許容されるルール、非衛生的な行動や危険な行動についてきょうだいに教える役割を担い、ときには母親自身の用事あるいは興味への関心で子どもの

行動から気が逸れる様態も見られるが、多くの時間をきょうだい、特に弟へのケアリングに専念していた。そして母親に遊びの楽しさやスリルを途中で中断されたK君が、怒りの情動を母親の持ち物に向けて発散したときには、危険な行動をしたときのように強い口調で叱ることはなく、K君の怒りの情動を静めていた。そこには、K君の「もっと遊びたい」、「ほっといて」の怒りの気持ちに母親が共感し理解して、「もっと遊びたい」でしょうけれど「汚く危険な遊びは駄目なの、ごめんなさい、気持ちを静めて」とK君の気持ちへの思いやりを含ませたかわりがみられる。また、K君は危険な遊びや衛生的でない遊びを判断できる年齢に達していないとみていて、母親の本を長いすの上から地面へとはたき落としたK君の行動を、「しょうがないわね」と諦観し、母親自身の情動を静めるセルフケアリングも行っていった。K君と母親自身の情動を静めるという二重の情動調整活動としてのケアリングの様態であるとみることができる。

2. 第2章におけるケアリングの様態

誕生の直後から人工呼吸器を装着して生活している7歳の女兒、喜笑ちゃんとケア者（複数の看護師）におけるケアリングについての様態である。喜笑ちゃんとケア者は、出会いの初めでは共に緊張していた。緊張した喜笑ちゃんは、ケア者と視線を合わせず、ケア者の手を払いのける等の態度をみせる。他方ケア者は人工呼吸器やSpO₂モニターを装着している喜笑ちゃんの姿に緊張して戸惑い、喜笑ちゃんを「重症な子」、「かわいそうな子」とみる。しかし、喜笑ちゃんに関心を向けてかかわるうちに、喜笑ちゃんはじっとケア者を見つめ、手をぎゅっと握りかえすようになる。その様態に、ケア者は喜笑ちゃんを「かわいい子」、「いろいろ能力のある子」とみるようになっていく。そして喜笑ちゃんの表情や態度から何を伝えようとしているか推察してその欲求に応えられるようになる。すると喜笑ちゃんに笑顔がみられるようになり、表情が活気にあふれて手足の動きも活発になってくる。このような喜笑ちゃんの反応を確認しながらケア者は、行っているケアリングに手ごたえを感じて、喜笑ちゃんの依存や期待を受容したかわりを深め、自信・安定感・存在感を得るまでになっていた。喜笑ちゃんとケア者のケアリングでは、お互いに気持が通じ合い、緊張が解けて、新たな関係作りへと展開がみられている。喜笑ちゃんの示す反応や動作は、喜笑ちゃんを発信源にして、ケア者のケアリングについての自信を引き出し、お互いが安心できる環境をつくる^{ベース}基になっていた。喜笑ちゃんは、この関係を生活している病室を担当している1人のケア者のみではなく、他の病室を担当しているケア者とも築

いている。人工呼吸器のアラーム（警報音）を利用して病室の外にいるケア者を呼び寄せて、自分の欲求に共感してもらい、ケア者のケアリングによる行動が喜笑ちゃんの欲求に合っていれば人工呼吸器をはずさなくなり、お尻を振り、手足をパタパタさせて、求めていることに合っていることを伝えている。喜笑ちゃんのケアを求める欲求とケア者の欲求を充足させたいとの関心を媒介にして、被ケア者とケア者はケアリングにおいて互いにかかわりを深めて自立や関係の構築へと足がかりをみいだしていた。

3. 第3章におけるケアリングの様態

お寺の境内にある茶店における職場を定年退職したA氏と妻、その仲間Bや茶店の女将のお喋りによるケアリングの様態に焦点をあてた。A氏がケアリングを行っていた主な範囲は、退職前はメゾシステムであるA氏が所属する会社組織の仲間や取引先とであったと思われる。しかしA氏の日常の生活範囲は、退職後はマイクロシステムである家庭内へと縮小する。しかもその家庭内でケアリングにかかわることのできる相手である妻は、まだ仕事を続けているために昼間は留守で、家庭で一緒に過ごすことのできる時間は10時間程度、そのうち食事・入浴・睡眠の時間を考慮に入れると実質1～2時間程度であったと推測される。A氏の関心は、もっぱら、わが身に起きた会社組織に属したころの仲間の喪失、仕事の目標やA氏自身の存在の喪失感など過去に所属した組織における関係の喪失であったと思われる。一緒に過ごすことのできるわずかな時間に、堰を切った水のごとくにその喪失感を愚痴にして妻へと浴びせていた。しかしながら、A氏の喪失感について毎日のように繰り返し浴びせられる妻は、そのことに耐えることがつらくなり、ふたりの間には亀裂が生じかけていたようである。そのA氏と妻が再び健全なお喋りの場をお寺の境内にある茶店にみいだした。家庭内に限定された妻と二人のみの関係であるマイクロシステムへと縮小したケアリングの場が、茶店へ出ていくことで、会社組織の仲間の代替ともいえる地域社会（メゾシステム）へと戻り、ケアリングを実施する仲間が増えた。生活を営む環境が広がり、お互いに関心を引き、あるいは関心を向けられることで、ときには煩わしくなり「構わないで」と叫びたくなり、しかしまた、「誰もかまってくれない」「Nobody cares！」とふてくされることのできる相手の人数が増えて、お喋りが増える世界への戻りである。お喋りを通じてひとり(独り)がひとり(一人)に支えられ、やがては複数の仲間との関係を築き、心のゆとりを取り戻して他者との繋がりを実感する。家族社会・学校社会・会社組織社会・地域社会へと他者との関係を広げて成長している存在である。しかし、それはま

たその社会での関係性にとときには遮断や隔絶が生じることを意味し、人は自らの存在を確かめながら他者との関係を築き続ける存在であることをも意味する。「このままでいいか、いけないか」、「To be, or not to be: that is the question」ハムレットの独白をとときには自らの問題として振り返り、ケアリングの維持や再構築、あるいは所属し意識することのできるシステムを広げて学び、自らの世界に意味を見いだしながら生きていく努力を必要としている人間の姿が浮かび上がってきた。

第2節 エクソシステムにおけるケア者の葛藤とその克服

第二部第2章「ケアリングにおけるケア者の葛藤とその克服」においては、終末期にいる被ケア者とその家族へのケアリングにかかわったケア者の葛藤について論述した。

終末期のケア者の中には、被ケア者あるいはその家族に治療を拒否される体験をしているケア者がいた。これらのケア者のうち表10—事例9のケア者は、治療の拒否にあいながら、被ケア者とその家族の思いに共感しそれぞれの思いを尊重しようと努めていて、両者の一致しない思いの板挟みとなり葛藤している。被ケア者が治療による苦痛を耐えられなくなり治療に望みを託すよりも死を選択しようとしている姿に、これ以上は治療を続けなくてもよいと被ケア者に共感する。しかし同時に、被ケア者の家族が助かって欲しいとの願いから治療に望ましくない影響を与えると考えられる鎮痛薬を使用することを拒否することにも共感する。家族からすれば助かって欲しいとの思いからの鎮痛薬使用の拒否である。ケア者は、苦痛に耐えることがつらくなり死を選択しようとしている被ケア者の思いと回復に悪い影響を少しでも及ぼす薬剤を使用したくないとの家族の思い、そのどちらにも共感して葛藤に陥っていたと思われる。助かってほしいとの思いからケア者の家族は、ケア者が救命に力を注ぐことを求めているが、そのとき既に被ケア者は苦痛に耐えがなくなり死をむかえる覚悟をしようとしていた。この事例におけるケア者の葛藤は、被ケア者とその家族の間で「助かる」大丈夫だとの信念をもっていた時期、信念に揺れが生じた時期、あるいは「死を受け入れる覚悟」を始める時期にズレが生じ、被ケア者とその家族が治療や病態に関する情報を十分に理解するための応答を継続することができず、十分なケアリングを行えずに生じたものと考えられる。

このような葛藤に対処するには、なぜ被ケア者とその家族が治療を拒否しているか、その思いは変化することはないか、対処するための最善の医療技術は何か、被ケア者の状態に影響を及ぼすことの最も少ない鎮痛薬はないかなど、常にケア者自身の知識を吟味して

新たな知識を得る努力、さらにはケア者自身の立つ位置を認識しながら、被ケア者にとっての善を選択して判断を下すのに必要な道德・倫理観を身につける努力を必要とする。被ケア者へのケアリングにおいて、ケア者が没我して専心する状態では、ケア者はときに自らの言葉・価値・信念を見失い、窮地にたたずむ可能性があることがみえてきた。その窮地から抜け出すには、より広い知識や解釈を得ることのできるエクソシステムやマクロシステムにおける人の存在様態までを含めて被ケア者とその家族を理解することが必要になる。職業として被ケア者に関心を向けてその思いに共感し関わりを継続するケアリングにかかわるときには、被ケア者に共感しづづけることでケア者自身を見失うことがないように、生涯を通じて法制度の改正に関心を向けること、地域の文化や教育で培ってきた信念を確認して保持すること、あるいは新たな価値・信念体系を学んで対処できる術を身につけてゆくことなどを必要としていると考えられる。

第3節 セルフケアリングにおけるエクソシステム及びマクロシステムを含めた認識の必要性

分化した生殖細胞を初期化することができるという学術的な発見により、他者の臓器を譲り受けるのではなく、治療を受けるその人自身の細胞を使った移植医療の研究が盛んになっている。しかし、まだ臨床での応用として広く活用するまでには至っていないために、角膜・腎臓・心臓等の移植医療に頼らざるを得ない方々がおられるのは事実である。そしてまた、試験管ベビーとして母体外での人為的な操作で生まれてくる方々もいるが、その生命の始まりを父母の体内で精子、あるいは卵子として発生し、外界に適応できるまでに母胎内で発育してから誕生するという自然発生的な生命の始まりをむかえるのが多くの人の誕生の様態（一般の人々が日常的に考える誕生の姿）でこれからの未来においても同様なパターンは継続されてゆくと考えられる。従来、胎児は母となる人、父となる人を選択することができず、父となり母となる人々にとっても、誕生してくる子どもの性別を選択することや、先天性疾患に罹患していない健康な子どもを選択して誕生させることは叶わない願いであった。これら医学による人の誕生についての研究が実施されていなかった時代の人々は、「子は天からの授かりもの」と認識し、交通網やメディアによる情報網の発達も限られていて、メゾシステムである個々の地域・村の仲間集団における学びによる価値判断で行動していたと思われる。ところが現在では全ての疾患ではないが、胎児の先天性心疾患や先天性の代謝異常・染色体異常等の診断が、超音波検査・羊水検査・母胎の血清

マーカー検査等で可能になった。さらには、多くの学問分野が発達して地球規模での移動網や情報網が張り巡らされて情報交換が盛んになり、医学分野の研究も益々加速化、高度化して受精卵の操作や組織細胞を初期化できるまでになった。このような状況下においては、子どもの頃に周囲の人々から教えられて培う生命の誕生や死などに関する人々の認識は、新たにとり決められる公共政策としての法律、教育、福祉政策などとの関係で変わってくる。メゾシステムである身近でともに生活している地域の人々との間で培う子どもの頃の認識は、エクソシステムに包含される学問の発展や進歩による医療技術や国際法との関係で成長するにつれて新たになり、価値観や信念の再構築が生じるのは当然である。このように論を進めてみると、マイクロシステム内におけるひとりの「私人」としてのケア者が、私人の特定の価値・信念で被ケア者(家族員)のケアリングに携わるときは、その価値・信念はマイクロシステム内における家族員との関係構築のベースである。しかし、専門職業人として多数の人々とかかわるときには、多様な価値・信念の被ケア者のケアリングに携わることになる。より広い視野で被ケア者をひとりの人として理解し尊重するために、被ケア者の信ずる宗教や価値・信念についての学びを疎かにはできないことになる。ケア者は、ケア者自身が拠って立つ信念や意識することを忘れがちな自らの価値・判断を振り返り、自分自身の価値・判断で被ケア者を評価していないか吟味して、被ケア者とその家族にとっての善の倫理を見失わないように努める必要があることを意味していると考えられる。

第4節 「我 - 汝」・「我 - それ」関係における自己の成長

人となる生命細胞は、初めは精子・卵子としてそれぞれに父親の精巣・母親の卵巣で誕生し、やがては母親の子宮腔内において受精卵として細胞分裂を繰り返して胎児となり、臍帯を通して栄養をもらい受けて成長し、母親の胎内に別離すべく臍帯から分離し、この世に生まれ出て身体的なひとりの人としての生活を始める。この生命細胞としての発生の時期から、すでに「我 - 汝」・「我 - それ」関係は始められているようである。なぜなら、「精子」、「卵子」は、記憶における認識レベルではないが細胞レベルにおいて、精子は卵子を求めて移動し、卵子は精子を求めて移動しているからである。受精卵となり「我 - 汝」関係を成就すべく、お互いを求めて細胞同士がひたすらに努力して、やがては受精卵となる瞬間が到来する。受精卵となり卵細胞の分割が続いている間は精子と卵子の区別ができなくなる細胞レベルの「我 - 汝」関係である。まだ、この時期は混とんとしていて細胞分裂

の中を漂うことになる。細胞分裂を終えてひとりの個体としての「我」にまで成長すれば、精子・卵子における「我 - 汝」関係は終わる。そして母親との「我 - 汝」及び「我 - それ」関係が始まる。母胎内における時間を胎児が母体外の世界において生活できるようになるまでの成長の手段であると考えれば、母親と胎児の関係は「我 - それ」関係に喩えられる。と同時に、両者は切るに切れない二人がひとりに包含される接合の関係であり、そのように解釈すれば「我 - 汝」関係となる。両者は完全な独立した「我」と「汝」にはなりえないからである。マルティン・ブーバーは胎児の生活について次のように語っている。

「誕生以前の幼児の生活は、純粹なる自然的結合、母親から子供への生命の流出であり、肉体的相互作用である。この場合、生まれ来るものの生命の地平はただ一つの方法で、新しい生命の担い手の中に刻み込まれてもいるが、しかし、けっしてそれだけではない。なぜならば、子供の生命は母親の胎内にばかりやすらっているのではないからである。ユダヤの古い諺に「人間は母の胎内にあるとき、一切を知り、誕生とともに一切を忘れる」といっている。」¹⁾

人は人格ある個として現世に生まれ出る前から、既に「我 - 汝」の関係を求めて努力し、やがて「我 - それ」関係へと発展させる。この世に生まれ出てからもこの関係性は継続され、さらに発展して「我」、「汝」、「それ」を認識するようになり、各々が意識の中へと組み込まれ、私の意識として新たに生成してゆく。生活の中で他者に関心を向けて、相互に応答し合い、生涯を通じて人格的成長をとげてゆくのが人間の生涯発達の様態であると考えられる。

第5節 本論稿の独自性と今後への課題

Bronfenbrennerは、「人間発達の生態学」において、人間の行動が展開される環境を人が経験する活動、役割、対人関係のパターンとして、1組の二者関係における対面的相互作用に影響するマイクロシステム(Microsystem)、子どもにとっての家庭と学校など二つ以上の行動場面の相互関係や直接的な行動場面ではないが両親の職場やきょうだいが通っている学校における友人ネットワーク等の間接的な影響を生じるメゾシステム(Mesosystem)、属する組織や教育などに間接的に影響を生じる法律や制度などを含めるエクソシステム(Exosystem)、信念や文化における人々の価値観などをマクロシステム

(Macrosystem)と命名している。そして人間の生涯における発達、環境との相互作用であるシステムとして拡張、移行する過程であり、より複雑なレベルでの役割や活動を可能にすると仮定している²⁾。本論稿の独自性の一つ目は、このBronfenbrennerの定義の枠組みである環境を人の生涯におけるケアリングの場の枠組みにしたことである。二つ目は、人が誰しもその生涯において実践しながらも、忘れられてしまいがちなケアリングを意識上にのぼらせる取り組みとして、日常生活の場や病室内において自然に発生する二者、三者間における相互に関係が生じている場面を観察やインタビュー調査を通して検討したことにある。三つ目は、多様な概念として使われているケアリングを各論者の論及をベースにして検討しつつ、主には「他者及び自己に関心を向けて共感し、その思いを尊重してかわりを継続・応答し合う関係を築いてゆく」ことであり、人間だれしもが自然発生的に他者との関係性を構築するときに実施しているとみたことである。四つ目は、マルティン・ブーバーの「我ー汝」、「我ーそれ」関係をケアリングにおける関係性の解釈に用いたことにある。

この独自性は、また、本論文の短所ともなり得る。なぜなら研究者が、複数の研究協力者についてその誕生から死までの全生涯を通じ、しかも各システムにおける他者との相互作用の場面において観察し記述言語で可視化すれば、これらの人々の日常生活に介入することになる。研究協力者と相互作用を生じている相手の匿名性を脅かすことがないように注意をはらっても、そのプライバシーを侵害する危険性を常に伴う。また、70年、80年以上という長期のスパンにおける継続した観察、その観察内容を分析し言語化すること、個人の生活の場面を記録として不特定多数の人々にみせることに同意する参加協力者を募ることの難しさもある。さらには、研究者自身にも限界があり、数十年の長期に渡って観察を続け、研究結果として研究協力者に公表し続けることを保証することも難題である。

今後の課題としては、研究者が数人でグループを形成し、ケアリングが行われている様態について、自然発生による場面をビデオやDVDの記録媒体を用いて検討するなどの新たな方法を模索することにある。また、異なる文化における同じレベルのシステムにおいてケアリングが行われている場面の様態を観察してその相違を検討する、あるいはシステムを移行しつつある子どもどうしにおけるケアリングの様態を発達の視点から比較検討することで人の生涯発達におけるケアリングの様態と人間関係の構築がどのように移行するかについて考究することにある。

引用文献

- 1) マルティン・ブーバー, 植田重雄訳, 『我と汝・対話』, 岩波文庫, 1979, p.35
- 2) Urie Bronfenbrenner, “Ecological models of human development”, *International Encyclopedia of Education*, Vol.3. 2nd.Ed. Elsevier. Reprinted in: Gauvain, M. & Cole, M.(Eds.), *Readings on the development of children*, 2nd Ed. 1993, pp.37-43

◎臓器の移植に関する法律施行規則

(平成九・一〇・八) 厚令七〇八

(内臓の範囲)
第一條 臓器の移植に関する法律(平成九年法律第百

四号、以下「法」という)第五号に規定する厚生省令で定める内臓は、脾臓及び小腸とする。

(判定)

第二條 法第六条第四項に規定する判断に係る同条第二項の判定(以下「判定」という)は、脳の體質的な障害(以下この項において「器質的脳障害」という)により深昏迷(シャマン・コーマ・スケール(別名三一九度方式)で三百に該当する状態にあり、かつ、グラスゴー・コーマ・スケールで三に該当する状態にあることをいう。第二号、第四号及び次項第一号において同じ)及び自発呼吸を消失した状態と認められ、かつ、器質的脳障害の原因となる疾患(以下この項及び第五条第一項第四号において「原疾患」という)が確実に診断されていて、原疾患に対して行い得るすべての適切な治療を行った場合であっても回復の可能性がないと認められる者について行い得るものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する者については、この限りでない。

- 一 六歳未満の者
- 二 急性薬物中毒により深昏迷及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者

三 意識が低下した状態にある者
四 代謝性障害又は内分泌性障害により深昏迷及び自発呼吸を消失した状態にあると認められる者

2 法第六条第四項に規定する判断に係る判定は、次の各号に掲げる状態が再び確認されることをもって行うものとする。ただし、自発運動、除脳硬直(頸部付近に刺激を加えたときに、四肢が伸展又は内旋し、かつ、足が屈曲することをいう。次条第五号及び第五條第一項第七号において同じ)、除皮質硬直(頸部付近に刺激を加えたときに、上肢が屈曲し、かつ、下肢が伸展又は内旋することをいう。次条第五号及び第五條第一項第七号において同じ)又はけいれんが認められる場合は、判定を行ってはならない。

- 一 深昏迷
瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも四ミリメートル以上であること
- 二 瞳孔反射(対光反射、角膜反射、毛様体反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射及び咳反射をいう)の消失
- 三 平坦脳液
- 四 自発呼吸の消失
- 五 前項第五号に掲げる状態の確認は、同項第一号から第四号までに掲げる状態が確認された後に行うものとする。
- 4 法第六条第四項に規定する判断に係る判定に当たっては、中枢神経抑制薬、筋弛緩薬その他の薬物が判定に影響していないこと及び収縮期血圧が九十水銀柱ミリメートル以上あることを確認するものとする。

5 法第六条第四項に規定する判断に係る判定に当たっては、聴性脳幹誘発反応の消失を確認するよう努めるものとする。

第三條 法第六条第五項の規定により判定を行った医師が作成する書面には、当該医師が次の各号に掲げる事項を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

- 一 判定を受けた者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 判定を行った日時並びに判定が行われた病院又は診療所(以下「医療機関」という)の所在地及び名称
- 三 判定を行った医師の住所(その医師が医療機関に勤務する医師であるときは、その住所又は当該医療機関の所在地及び名称)及び氏名
- 四 判定を受けた者が前条第一項各号のいずれのものにも該当しなかった旨
- 五 判定を受けた者について前条第二項各号に掲げる状態が確認された旨及び当該確認がされた日時並びに当該確認の時点において自発運動、除脳硬直、除皮質硬直又はけいれんが認められなかった旨
- 六 前条第四項の確認の結果(使用されなかった部分の臓器の処理)

師が作成する記録には、当該医師が次の各号に掲げる事項を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

- 一 判定を受けた者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 判定を行った日時並びに判定が行われた医療機関の所在地及び名称
- 三 判定を行った医師の住所(その医師が医療機関に勤務する医師であるときは、その住所又は当該医療機関の所在地及び名称)及び氏名
- 四 判定を受けた者の原疾患
- 五 判定を受けた者が第二條第一項各号のいずれのものにも該当しなかった旨
- 六 判定を受けた者の第二條第二項に規定する確認の時点における体温、血圧及び心拍数
- 七 判定を受けた者について第二條第二項各号に掲げる状態が確認された旨及び当該確認がされた日時並びに当該確認の時点において自発運動、除脳硬直、除皮質硬直又はけいれんが認められなかった旨
- 八 第二條第四項の確認の結果
- 九 第二條第五項の確認を行った場合においては、その結果
- 十 判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思(臓器を、臓器の機能に障害がある者に対し臓器の機能の回復又は付与を目的として行われる臓器の移植術(以下「移植術」という)に使用されるために提供する意思をいう。以下この条及び次条において同じ)及び判定に従う意思を書面により表示していた旨
- 十一 判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意

思及び判定に従う意思を表示していた旨の告知を受けた家族が判定を拒まない旨並びに当該家族の住所、氏名及び判定を受けた者との続柄又は判定を受けた者に家族がないときは、その旨

十二 前各号に掲げるものほか、判定を行った医師が特に必要と認めた事項

2 前項の記録には、次の各号に掲げる書面を添付しなければならない。

一 判定に当たって測定した脳波の記録

二 判定を受けた者が生存中に臓器を提供する意思及び判定に従う意思を表示した書面の写し

三 判定を受けた者に家族がいる場合においては、当該家族が判定を拒まない旨を表示した書面

3 前項第三号の書面には、判定を拒まない旨のほか、次の各号に掲げる事項が記載されていなければならない。

一 判定を受けた者の住所及び氏名

二 判定を拒まない旨を表示した家族の住所、氏名及び判定を受けた者との続柄

(臓器の摘出に関する記録)

第六條 法第十條第一項の規定により法第六條第一項の規定による臓器の摘出(以下「臓器の摘出」といふ)を行った医師が作成する記録には、当該医師が、同項の規定により摘出した臓器(以下「摘出した臓器」といふ)ごとに、次の各号に掲げる事項を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

一 臓器の摘出を受けた者の住所、氏名、性別及び生年月日

二 臓器の摘出を受けた者の死亡の日時

三 臓器の摘出を受けた者の死亡の原因となつた傷病及びそれに伴う合併症

四 臓器の摘出を受けた者の主な既往症

五 臓器の摘出を行った日時並びに臓器の摘出が行われた医療機関の所在地及び名称

六 臓器の摘出を行った医師の住所(その医師が医療機関に勤務する医師であるときは、その住所又は当該医療機関の所在地及び名称)及び氏名

七 摘出した臓器の別(当該臓器の左右の別及び部位の別を含む)

八 摘出した臓器の状態

九 摘出した臓器に対して行った処置の内容

十 臓器の摘出を受けた者に対して行った血液学的検査、生化学的検査、免疫学的検査その他の検査の結果

十一 臓器の摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示していた旨

十二 臓器の摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を表示していた旨の告知を受けた遺族がその摘出を拒まない旨並びに当該遺族の住所、氏名及び臓器の摘出を受けた者との続柄又は当該臓器の摘出を受けた者に遺族がないときは、その旨

十三 臓器の摘出を行う前に、法第六條第五項の書面の交付を受けた旨

十四 摘出した臓器のあつせんを行った者の住所及び氏名(法人にあつては、その事務所の所在地及び名称)

十五 前各号に掲げるものほか、臓器の摘出を行った医師が特に必要と認めた事項

2 前項の記録には、次の各号に掲げる書面を添付しなければならない。

一 臓器の摘出を受けた者が生存中に臓器を提供する意思を表示した書面の写し

二 臓器の摘出を受けた者に遺族がいる場合においては、当該遺族が臓器の摘出を拒まない旨を表示した書面

三 法第六條第五項の書面の写し

3 前項第二号の書面には、臓器の摘出を拒まない旨のほか、次の各号に掲げる事項が記載されていなければならない。

一 臓器の摘出を受けた者の住所及び氏名

二 臓器の摘出を拒まない旨を表示した遺族が摘出を拒まない臓器の別(当該臓器の左右の別を含む)

三 臓器の摘出を拒まない旨を表示した遺族の住所、氏名及び臓器の摘出を受けた者との続柄

(摘出した臓器を使用した移植術に関する記録)

第七條 法第十條第一項の規定により摘出した臓器を使用した移植術を行った医師が作成する記録には、当該医師が次の各号に掲げる事項を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

一 移植術を受けた者の住所、氏名、性別及び生年月日

二 移植術を行った日時並びに移植術が行われた医療機関の所在地及び名称

三 移植術を行った医師の住所(その医師が医療機関に勤務する医師であるときは、その住所又は当該医療機関の所在地及び名称)及び氏名

四 移植術に使用した臓器の別(当該臓器の左右の別及び部位の別を含む)

五 移植術を受けた者に移植術を行うことが必要であると判断した理由

六 移植術を受けた者に対して行った血液学的検査、生化学的検査、免疫学的検査その他の検査の結果

七 移植術を受けた者又はその者の家族が移植術を行うことを承諾した旨

八 移植術に使用した臓器のあつせんを行った者の住所及び氏名(法人にあつては、その事務所の所在地及び名称)

九 前各号に掲げるものほか、移植術を行った医師が特に必要と認めた事項

(記録の閲覧)

第八條 法第十條第三項に規定する厚生省令で定める者は、移植術に使用されるための臓器を提供した遺族、移植術を受けた者又はその者の家族及び法第十二條第一項の許可を受けた者(以下「臓器あつせん機関」といふ)とする。

第九條 法第十條第一項に規定する判定等に関する記録を保存する者は、前条に規定する者からの請求により当該記録を閲覧に供するときは、次の各号に掲げる事項を記載した請求書の提出を求めなければならない。

一 請求の年月日

二 請求をする者の住所及び氏名(法人にあつては、その事務所の所在地及び名称)

三 請求をする者が移植術に使用されるための臓器を提供した遺族である場合には、臓器の摘出を受けた者との続柄

四 請求をする者が移植術を受けた者又はその者の家族である場合には、移植術を受けた者との続柄

五 請求に係る記録の別

第十條 法第十條第三項に規定する厚生省令で定める記録は、次の各号に掲げる第八條に規定する者の区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるものとする

救急医療現場用心肺蘇生拒否 指示書(ワシントン州保健省)

患者氏名 _____ 記載年 ____ 月 ____ 日

第1部A：終末期に関する主治医の声明

下記に署名した私、上記患者の主治医、は患者を直接診断した。私は、患者を診断し、終末期であることをカルテに記載し、かつ証明する。終末期とは、外傷または病気により医学的に不治で不可逆性で、通常の医学的判断で死期が近いと判断され、かつ生命維持治療は死にゆく過程を引き延ばすだけになっている状態を意味する。私は、この指示書に則って業務を遂行することは、患者の文書による意志の表明、患者の法定代理人、または患者の健康生命に関する正当な代理者による患者の意志の表明に一致することを、さらに証明する。

主治医署名 _____

第1部B：(患者が永久的意識障害にあるとき)

下記に署名した私は、上記患者の主治医であることを宣言する。私たちは患者を直接診断し、患者は永久的意識障害であることをカルテに記載し、かつ証明する。永久的意識障害とは、医学的に不治で不可逆性で、可能な医学的判断で、不可逆性または遅延性意識障害から回復の可能性が医学的にないと判断された状態を意味する。

主治医署名 _____

相談医署名 _____

第2部：救急医療現場関係者への主治医の指示書

私はここに、患者の心肺停止のときに関与する全ての救急医療関係者へ、上記の記載日から発効する患者の心肺蘇生指示書について指示する。心肺蘇生とは、用手気道確保以外の全ての呼吸補助、心臓マッサージ、気管内挿管、呼吸管理、除細動、経静脈的蘇生用薬物使用を含む。私は、通常の医学的判断で必要とされる症状緩和や鎮痛のために他に必要な静脈注射、酸素投与などを行うことを指示する。

主治医署名 _____

第3部：患者の医療方針指示書

この指示書は、____年 ____月 ____日に作成された。私、_____(氏名)は、健康に関する決定をする能力を持ち、下記の如き状況下において人工的に死ぬことを引き延ばすことを拒否することを望み、進んでかつ任意に決定し、ここに下記の如く宣言する。

- a) 主治医から終末期と診断されたり、永久的意識障害と2人の医師から診断され、生命維持治療が単に死ぬことを引き延ばすだけになったときは、そのような治療は行われぬか中止されること、そして自然に死なせるように指示する。私はこの書面を通じて、終末期とは、外傷または病気により医学的に不治で不可逆性で、通常の医学的判断で死期が近いと判断され、かつ生命維持治療は死にゆく過程を引き延ばすだけになっている状態を意味すると理解する。私はまたこの書面にて、永久的意識障害とは、医学的に不治で不可逆性で、可能な医学的判断で、不可逆性または遅延性意識障害から回復の可能性が医学的にないと判断された状態を意味することを理解している。

b) このような生命維持治療に関して意志決定ができない状況に至ったら、この指示書が私の家族、主治医によって内科的・外科的治療を拒否し、その結果起こり得ることを受け入れるという私の最終的表明であるとして尊重されるのが私の意志である。

c) 私が終末期または永久的意識障害と診断されたときは、

心肺蘇生に関しては：

私は、人工的な栄養や水分摂取を望まない。

私は心肺蘇生を望まない。

私は、人工的な栄養や水分摂取を望む。

私は心肺蘇生を望む

d) もし私が妊娠中と診断され、かつ医師がそれを知ったならば、この指示書はその妊娠中は効力を失う。

e) 私はこの指示書の意味するところを全て理解しており、感情的にも精神的にも健康に関するこのような指示書を示せる能力を有している。

f) 私は、私がこの指示書に署名する前に、私はこの指示書に書き加えたり削除したり変更できること、私はこの指示書に書き加えたり削除したりしてもいいこと、そのような変更がワシントン州および連邦政府の法律に則っていることを理解している。

g) この指示書の全ての部分が尊重されるのが私の意志である。もし、部分的に有効でない状態が生じても、残りは効力を保持するのが私の意志である。

署名 _____ 住所 _____

この宣言者は、個人的に知っている人であり、健康に関する決定が可能なる人である。

署名 _____ 署名 _____

第4部：法定代理人医療方針決定声明

私、_____(氏名)は、上記の患者の治療に関する決定を、 法定代理人、 保護者、 代理意志表明者(適当な項をチェック)の名のもとに、正式に代理していることを証明する。私は、この患者はこのような状態では心肺蘇生を望まないと感じている。したがって、心肺蘇生は行わないよう指示する。

署名 _____ 日時 _____

第5部：救急医療現場用心肺蘇生指示プレスレット (切って腕に巻いておくこと)

私は、この患者は緊急医療時心肺蘇生指示を表明していることを証明する。そのコピーはカルテに挟んである。この患者は心肺蘇生を望んでいない。

患者署名 _____

主治医署名 _____

相談医署名 _____

(資料) 谷田憲俊編『ホスピスケアと在宅ケアII』日本ホスピス・在宅ケア研究会 1997年

書式 8.1 リビング・ウィル Living will

死は生命の一部である。それは誕生、成長、老化と同様の事実である。私は私の生命の終末時に、私の面倒を見てくれる人々や、私の主治医に医療処置に関する私の意思を伝えるために、この意思表示書を使いたい。これは、「生前意思表示書」と呼ばれている。なぜならば、私の身に関して、将来、実行して欲しいことを、前もって指示するからである。これは、私への生命維持のための医療についての、私の意思を示している。私は、これが法的に拘束力を持つことを望む。

私が自分の受ける治療について意思決定したり、伝えることができない場合、私の周りの人々は、私の生命を維持する処置に関して、この書類の指示に基づいて実行してください。

私は医学的治療を望みません（私の生命を維持するための経管栄養や水分補給を含めて、次のような場合）。

- ・意識がなかったり、もはや意識が回復する期待がもてない場合（医療によってすぐに私が死ぬとは限らない場合でも）、または
- ・病気、外傷のために回復する見込みがなく、死が間近かに迫っている場合。

私は、安楽になるために薬の投与やケアを受けることを望むし、痛みや苦しみを緩和するケアを受けることを望みます。私は、鎮痛薬が私の死期を早めるとしても、この処置を望みます。

私は特別な指示を希望します [ここに何らかに特別な指示を記す。例えば、脳血管疾患による発作の後、生命を維持することに危惧を抱いている人。あなたがこのことについてや、条件として望むことがあるならば、それをここに記して下さい]。 _____

Choice in Dying (formerly Concern for Dying), 200 Varick Street, New York, NY, 10014の許可を得て掲載。

謝辞

本研究の全過程を通して佛教大学大学院教育学研究科の先生方にご先導をいただきました。職業との2足の草鞋を続けておりましたので遅々として進まず、論文提出までに至らないのはいかと匙を投げかけつつも、先生方のご指導を賜っていただきましたので諦めることなく最後まで草稿を書きあげることができました。特に、博士前期課程からご指導を賜りました竹内明教授、和田修二教授、田中圭治郎教授、そして博士後期課程で草稿の修正から誤字・脱字を含めました詳細なご指導、ご助言をくださいました大西正倫教授に深謝申し上げます。大西教授からは理解が不十分なままに記載していました内容についてのご指摘があり、再度引用文献に使用している書物の原書を読み直すことを致しました。重ねてこころよりお礼申し上げます。

また、

本研究にご参加くださった協力者の方々、ケアリングを行っている貴重な場面をご呈示くださいました無名のお母様、お子様、地域の方々には間接的ではありますが、お礼を申し上げます。

「ありがとうございました！」

2015, 11, 23 日

永島すえみ