

臨床哲学のメチエ

臨床の知のネットワークのために
Vol.6 2000 春夏合併号

METIER OF THE CLINICAL PHILOSOPHY METIER OF THE CLINICAL PHILOSOPHY

特集1 セクシュアリティ

セクシュアリティにおける「語りにくさ」の問題	栗田隆子	4
10代が子どもを産むことに関わって	伊藤悠子	9
性同一性障害をめぐる断章	畑 英理	14
基礎看護学と身体	寺山範子	18

特集2 アメリカ研修旅行報告	森 正司	23
----------------	------	----

特集1 セクシュアリティ

昨年度より臨床哲学のメンバーの数名が集まり、ジェンダーとセクシュアリティの問題について継続的に話し合う機会をもっています。今回の特集では、そのような活動の一部を報告するとともに、さらに、学内外でセクシュアリティに関わる問題に取り組む人たちに文章を依頼し、それを執筆者を含め編集者全員で討議したうえで掲載しました。

今後の活動方針を含め、編集に加わった者たちが留意したのは以下の点です。

セクシュアリティを“研究の対象”としてセクシュアリティについての「権威ある」知を求めるのではないこと。いつ誰が誰にどの場所でどのように語るのかという実践のレベルにとどまること。一部の人々のなかで議論を深めるというよりも、より“外”へと展開する運動を重視すること。ローカルなお喋りに陥ることなく、どのような個別的な場所においても生じている普遍的なものに焦点を合わせること。

以下に掲載する文章たちはいずれも確定したメッセージというよりも、発せられたばかりの問いかけとして読まれ、別の時、別の場所で応答されることを望んでいます。



セクシュアリティにお



「語りにくさ」の問題

——「セクシュアリティに臨む哲学の集い」からの報告

栗田 隆子

はじめに——

——セクシュアリティに臨むということ

大阪大学・臨床哲学の有志が集まったこの会の名前は「セクシュアリティに臨む哲学の集い」、というものであり、略して「セク臨」と呼んできた。「研究会」としなかったわけは、セクシュアリティをいわゆる研究の対象とし、厳密に定義することが目的ではなかったからである。セクシュアリティに哲学が(哲学、とあえていわなくても、シンプルにわれわれが、と言うほうがふさわしい場合も多い)「臨む」場所として、この集まりを参加者がとらえていたからである。これは「セクシュアリティに臨む哲学の集い」の場でおきたこと、感じたこと、話したことの報告である。最初に二つおことわりしたいことがある。ひ

とつはこの報告が、その場に起きたことに焦点をあてて書いていることにより、そこに参加をしていなかった人が読むと「わからなさ」が付きまとうだろうということである。なにがそこで問題になったのか、どうして「語りにくさ」にこだわるのか、などなど疑問が湧くことだろう。しかし、その「わからなさ」につきあい続けて頂くことによって、読み手が振り返って考える「契機」のひとつとなればと思っている。さらにまた「わからなさ」自身もその契機の一つとなれば幸いである。もうひとつはこの報告を私(栗田)がするというの意味である。この報告はあくまで私の視点で切り取ったものである。けれども、これを「会」の報告として表現したいがゆえに「私」の視点をことさらに強調することはやめたい。なぜなら、私の「考え」そのものが、

この集まりとは切り離せないからだ。私の考えはこの集まりに参加したメンバーに触発されて生まれたものだ。私が会を「代表」して語りたいわけではなく、いわゆる「客観的」に表現するために「私」を出さないというわけではない。むしろ打ち出さなくともじみでてしまう「私」の存在があることを読みとっていただけたら、と願う。

さらにこの報告を書くということもまた、セクシュアリティに臨むという行為そのものとして表現していきたい。

1. 頓挫の歴史——

——「セクシュアリティに臨む哲学の集い」から

セクシュアリティに臨むといってもなにをしたか、ということを書きたい。この集まりを2年前にはじめた時点では、とにかくセクシュアリティ（と思われる領域）についてお互い「語る」ことが必要と思われた。映画や、小説などに描かれているものについて語ろうという話もあったが、もっと身近なもので、抽象的なものでなく具体的なものについてざっくばらんに話し合おうということとなった。そこであるメンバーの発案によ「自分にとって性的と思われるもの」をそれぞれが持ちより、去年（1999年）の4月に第1回会合を開いた。

この案の意図はセクシュアリティについて具体的なものを目の前にしながら、それにまつわる「自分」を語ることにより、世間で流布されているような言葉をただ反復するのではなくそれぞれ身の丈にあった語りを行うことが目標であった。しかし、この目論見がセクシュアリティの語り口に対する模索の

始まりであったし、そして頓挫のはじまりでもあったといえる。つまり、この第一回目の会合でセクシュアリティにまつわる「私」を出して話すということ、さらにその出された「私」に対して聞く姿勢をとるといってそのものに対し、実に、メンバーそれぞれが「うまくいかない」という感覚を抱いたのである。はっきりいえば参加者は「語れなく」なってしまったのだ。参加した私自身も最初この「うまくいかない」という感覚がどこからきているのかわからなかった。つまり「何のためにこれを話すのか」「誰のために」「どんな目的で」ということはあいまいなままでよいと思っていた（少なくとも栗田は）のだが、ことはそんなに単純ではなかったことに、この「違和感」によって気づいたのであった。持ってきた「もの」に対する違和感があってもそれを口に出していいのかどうか、という危惧が参加者のなかで空気のように生じたのだ。もしくは一人が抱いた危惧が敏感に伝わったといってもいいのかもしれない。

たとえばあるひとがもってきた「ペットボトル」が目の前にある。しかしそれが「性的なもの」と他の人には見えない場合それを「性的に見えない」とストレートに伝えてしまっているのか、という戸惑いといったら、その「違和感」がわかりやすくなるだろうか。一人が違和感を覚えれば、（即座に感じるというのではないにせよ、多かれ少なかれ）みんなが違和感を覚え、誰の違和感とも言えないような、独特の雰囲気共有していくことになったのである。

セクシュアリティについてもっと「直接的」に語りうると思って会合を開いたのだが、実際は、このメンバー（の個々人のセクシュアリティ）・研究室・大学、といった条件が語

りを制約したのだ。さらに「セクシュアリティってこうよね」といった誰が言ったともわからない「世間的」な言説を反復することは、その「世間」的な差別の構造や態度をも反復することになるゆえに、避けたいと考えていた。このセク臨で語ることにより、そういった世間的なセクシュアリティにまつわる言説の「語りなおし」をしたいという意図もあったのだが、しかし、それもこの会合にまつわるさまざまな条件によって制限された。それゆえこの文章のテーマであるセクシュアリティにおける「語りにくさ」という問題にぶちあたらざるをえなかったというわけである。

メチエ第一号（1998年出版）で本間直樹さんが以下のように書いている。「主観的なものであれ、客観的なものであれ、セクシュアリティについての“純粋な記述”はありえないのではないか。むしろセクシュアリティについて語ることによって『語る主体』なるものが常に逆照射されるのであり、そこにこそセクシュアリティについての語りにくさが起因するのだ」という状況を、（本間さんも含んだ）グループ全体で、単なる「ことば」ではなく身をもって感じざるをえなかったのだ。そこで、第二回目以降の会合では、「私」ということばを出さず、みんながセクシュアリティに対して等距離で語る方法、しかし、（先ほども書いたように）世間で流布される語り口の反復を避ける方法はないかと再び考えることとなった。そこで「私」という主語を離れて、簡単で抽象的な言葉を出しながらその言葉をカードに書き、どの言葉と言葉が関連するか結びつけるという「ワークショップ」のような「作業」をした。しかし、この図をつくるという行為は、ことばでセクシュ

アリティにまつわる「私」についていろいろと説明をしないとしても、結局「私」というところから逃れ出ることはできない。たとえば例をあげると「セックス」という言葉に「暴力」という言葉をつなげたとする。それを「つなげる」ということはその人の性のありようを示すことになり、「賭け」となる一方、それに「違和感」を覚えた場合、それをストレートに伝えるべきかどうか迷いが生じるということも想像に難くない（セク臨で起きたことはほぼこれに近いことである）。ともかく、この「セク臨」のなかではその図を動かすことも、その図について話をするとも「できない」という事態となった。

セク臨のなかにおいて、セクシュアリティを「経験談」としては語れなかった。さりとて一般的な「分析」をするような言説もそぐわない。しかし「語り」を棄てるということも、できない。それは「哲学」だからという答えよりもむしろ、すでにセクシュアリティが「語られてきた」ものであるならば、語りを棄てるということは、その今までの語りの持つ構造を追認するということにつながりかねないからだ。

語りの方法を探しあぐねている折、'99年秋号で紹介されたソクラティック・ダイアローグ(S.D)を経験したものがメンバー内にいたこともあり、このS.Dを応用してセク臨内部でそれぞれの経験に基づいた性にまつわる事例を語った。これは一定の成功を得たといえる。特に語り手の立場に立ったものは「聴きとってもらった」という安心感があった。また個人の体験をもとにそれをみんなで聞くといったその個人に「かかわる」かたちで話をすることもできたし、さらに個人の事例を聞くということもある一定の方法に基づいて

行うことにより、聞き手にとっての不安感や危惧なども少なかったという参加者の感想もあった。しかしS.Dはメチエでも紹介されたように、非常に時間をかけて一人の話を聴かなければならず、また語り手もその経験を語る余裕を持っていなければならない。「どのような事例」についてもあてはまるわけではないのが、S.Dの特徴でもあり、そのような語りの限界（時間といった物理的な限界も含めて）を常に意識している必要はある。

2. 授業での発表

セクシュアリティの語り口についての模索が続くなかで、「セク臨」がなにをやってきたか、ということ一度、臨床哲学の授業のなかで発表することになった。セク臨のメンバー3人が、セクシュアリティにおける語りという共通の問題からさらにそれぞれの関心をもとにして、「ウーマン・リブの問題意識から」「多様な性を語るということ」「ゲイについて」というテーマを掲げ、発表をした。

この発表は臨床哲学の授業の中で「セクシュアリティ」ということが正面から取り上げられたということで、ひとつの実験的な試みであったといえる。その試みそのものは、それなりの意味があったのでは、と発表者の

一人として思う。が、その実験とは、セク臨のメンバーが今まで、会合のなかで感じてきた、セクシュアリティについて語る際の難しさ、聞く側の居心地の悪さ、などを授業に参加した人々が感じたということにほかならない。メンバー三人はなぜ私が、ウーマン・リブや、多様な性、そしてゲイについて語るのかという「理由」を説明しなかったことから、たとえば「何故ゲイについてはなしをあなたはするのか」という違和感を聞く側が覚えたり、また、「どういうふうに質問をしたらいいのかわからない」という戸惑いを感じたり、という事態が授業の中でも実際に「必然的」に生じてしまったのだった。

授業の終わった後に、ひとりの参加者が「やはり、授業のなかでセクシュアリティについて語るということはあまりふさわしくないような気がする。とはいえ、一杯酒を飲みながら話すということがいい語り口とも思えない。〈××ではない〉、ということがまず先にあげられるのだけれど〈こういう語り口がいい〉ということが、なかなかいえない」という感想を述べていたことを、一言付け加えておきたい。

おわりに――

セクシュアリティを語るとは何であったのか
そしてこれから

実はここで、大事なことをオープンにしておこうと思う。この会は進んでいくうちに、(いわゆる読書会などでもメンバーの変動はよくあることで、普段は特筆すべきことでもないが)メンバーの変化、減少があったことである。このようなことをなぜあえて書くのかといえば、それこそがセクシュアリティに



ついて「誰とでも話そう」とはならないし「誰にでもあった語り口」というものが簡単に見つかるわけでもない、ということを証明しているであろうからだ。語りそのものが、ある種の政治的な実践にほかならない。抜けた人がいるということに残念、という気持ちもあるし、それこそ「セク臨」に足りない何かだったのだと思う。ただ、その限界が浮き出されることが重要なのだ。

「どのような仲間」といっしょにいたいと思ひ、どんなふうに性を語りたいのか。セクシュアリティにおける語りがそこからはじまるということへの気づき、これが少なくともわたしがこのセク臨に参加したということの成果だった。セクシュアリティを語ろうとすることにより（もしくは語らず黙っているとき）、そのメンバーのありようが、どうやっても浮かび上がってきてしまうのは残酷で、暴力的と言える。しかし、そこにはある種の「快樂」が裏面に張り付いているともい

える。それはまさに語る相手を「知る」という契機につながるからだ。また、セクシュアリティを「探求」するべく、その語り口を模索するという学問的姿勢がセクシュアリティ（とみなしているもの）を考え語る際に、あまり意味がないものだという実感も参加して分かってきたことである。もし「セクシュアリティ」の探求に意味があるとしたら、学問的・普遍的な語りが前提としているものを明らかにしていく、ということなのかもしれない。セクシュアリティの語り方は「こうである」ということを定義していくのが目的なのではなく、どのように、誰と語りたいのかという「かかわり」の問題として浮かび上がってくるのだ。その「かかわり」の言葉が「科学的な言説が捨象し無前提に肯定しているもの」を浮かび上がらせる。言葉を発すればそ



10代が子どもを産むことに関わって ——ある産婦人科の試み——

伊藤悠子

聴き手：大北

1 ある産婦人科の試み

私は、大阪市内の繁華街にほど近い病院の産婦人科で外来部門の看護マネージメントの任にあり、私の他、3人の非常に有能な助産婦さんと組んで働いています。そこは、10代妊婦の割合が多くて、それは全国的なレベルと比較してもはっきりしています（ちなみに、全国平均では、総分娩件数に10代が占める割合は、97年には0.71%、98年には0.68%、これに対して当院では97年には6.3%、98年には5.3%、99年には8.6%）。日本全体で見ると、10代で妊娠すると今2/3以上の方は人工妊娠中絶を選択しています。妊娠12週未満で認められている掻爬手術の時期を過ぎてしまうと、大変危険な、陣痛を人工的に起こす中絶方法が22週未満まで合法的に出来るんですけど、その段階も過ぎて出産せざるを得なかったり、全く医療機関を受診しないまま出産をて10代の出産はとらえられているんですね。私の勤めている病院でも、従来はそういう傾向が認められました。ところ

が、年々、はじめから出産を希望して来院する人が増えてきまして。本当にびっくりするような早い時期から来るんです。妊娠週数8週あたりから超音波で赤ちゃんの心臓の動きは確認できて、それが「妊娠」の確定ということになるんだけど、そのころ初診なら、まあ初期の受診なわけです。しかしですね、うちの病院に来る10代は、4週とか5週とか早い段階から妊娠を予測して受診に来ます。そこで、10代妊娠のパターンが変わってきたことをうけて、私たち産婦人科は、これまでの取り組みをまとめながら、10代妊娠の支援体制を作っていこうとしています。

というのも、まず10代の妊婦さんたちの多くは、親がその妊娠の事実を知らないのがほとんどなんです。それに、10代同士のカップルでは仕事も限定されるし、そのほとんどが流動的労働形態で、女の子も仕事は制限されていて、アルバイトも、妊娠とともにやめざるをえない。だから、経済的には不安定で日々の生活パターンも不規則となりがちです。生活基盤が安定しないせいでパートナー

との関係もうまくいかなくなっていて早くから喧嘩別れしてしまうことも多いです。そのため起こりうる育児放棄・虐待を前もって防ぐ必要もあって、月1回保健所との連絡会議を持って、連絡体制をとってきました。これをより実効的なプロジェクトとして進めていこうとしています。

実効的ということでは何を意味しているかということなんですけど、10代の妊娠の数を減らしたり、防いだりということではないんです。今まで10代妊娠といえば、「生活設計のない未成熟で不純な性交渉の結果であり、未然に防がなければならない」ととらえられていたし、確かに10年程前までは、法的な時期を越えてしまって、産むしかなくなっていて、養子縁組前提で施設とか、連れて帰っても本人はどこかへ行って赤ちゃんの祖父母が育てていることが多かったですね。だけど、今うちの病院に来る10代の妊婦さんたちは、意識的に早い段階から子供を産みたいと言ってくる人が多くて、まあ一言で言えば明るいんですよ。「赤ちゃんの血液型が合わなかったらヤバイな」とか言う人もありますが、深刻ではない。

確かに、さっき言ったようにもし赤ちゃんが産まれたら生活に困るはずなんで、そのことも当人は分かっていますし、10代妊娠をめぐる環境は変わってないんですけどね。親の理解や周囲のフォローがえられないとか。それでも、彼女たちはすごく妊娠を喜んでいて、出産を楽しみにしているんです。不安は高く、それが親との関係なんかで解消できない環境があるので、受診日でない日にも、どんどん訪れてきたりするんです。そこでね、確かに虐待や育児放棄の可能性があるとということで支援をしていこうとしているんですけど、

だからといって頭ごなしに妊娠したことを非難したり防止しようとするのでは何にもならないと思うんです。そうではなくて、そのまま出産するにしても、もし仮に中絶という結果を選ぶにしても、その経験が彼女たちの成長の上でも生きるような援助、、、それが実効的といってる中身の一つかなあ。

それから一般的ではない事例ですけど、望まれなかった赤ちゃんの出産には、一生懸命やっても私たちずっと辛い気持ちが残りますね。おっぱいをあげたりすると情が移るからやめて、と当事者の保護者の要望があったり、せめて施設に入所するまで母乳だけはあげたい、と言ってこられる方とか、さまざまなんですけど。妊娠期間、密接に関わった10代でも、そういったケースでは道であってもこちらが気付いてない振りをしてますね。向こうから声をかけてきて、勤めているスナックの名刺をくれたりするんですけど。確実な避妊方法の選択肢がない現状ですから、そうした問題ももちろん10代支援のプロジェクトのなかみに入ってきます。

2 「親密さ」とセックス

しかしここ数年、ほんとに女の子の方が一方的に変わってきてますね。

周りは相変わらず、10代妊娠は恥ずかしいとか、隠したりとかがあって、西日本のある大都市からお産を目的にうちの病院にやってきた高校生カップルがいますが、彼女の方は聞けば裕福な家庭のお嬢さんで、大阪に来るまではずっと自室に軟禁状態でした。妊娠の事実を誰にも知られるな、ということで出産されたことは姉妹にさえ知らされなかったで

す。他の施設で、比較的10代出産が多いところでは大阪府立母子総合医療センター、そこでは総分娩件数に占める10代が93年に出されたデータで1.1%なんですけども、そちらでは10代で出産される場合、出来るだけ早期から妊娠期間「教育入院」してもらおうということでした。ローティーンの場合は集中的な心身のケアや母親になる準備教育も必要かと思いますが、近隣の目から隔離させて内緒で出産される方も多いので、というお話を聞いています。

それと、当地域でも10代カップルの男の子の方の雰囲気はあんまり変わってないですね。親御さんに来ていただいてお話が出来るまでに持っていくと、赤ちゃんが産まれることで、男の子の方が少しは更正するんじゃないかと最終の期待をかけていることが分かります。実際には子が出来たっていきなり自覚を持つことはないから、妊娠に希望を託そうとするとうまくいかない。でも、女の子のほうは出来てしまったら、産んだらいいやんって感じで、出来るかもしれないと思っていた子がほとんどなんです。避妊していますという人でも、使い方が分かっていないの。コンドームを使っているというけど、よく聴いてみるとコンドームを置いているだけ。枕の上にあけないでおいているの。あと、ほとんどが膈外射精で避妊だと思ってる。とにかく、絶対に妊娠は避けなきゃとは思っていないですね。

それで、さっきもいったような形で、彼女たちの経験として活かしてもらいたいという考えからね、赤ちゃんが産まれれば生活が困ることは分かっているのになぜ妊娠を喜んでいるのかなと考えるんです。育てられるかどうかということよりも、まずどうして産みま

すと言ってくるのかということを理解しないと頭ごなしになりますからね。

何でなんだろうと思ったらね、人寂しさとかがね、生まれてもいいかということで避妊していないんじゃないかと思うんです。確かに、10代に限らず、避妊するかしないかということが、とりわけコンドームを着ける着けないということが男の人にゆだねられていて、女の人が言い出しにくいということが挙げられると思いますが、女の子たちが妊娠を喜んでいるのは事実です。親に週数をごまかして、もう中絶できないと嘘をついてまでして産もうとする人もいるの。困るはずの状態なのに、本当に妊娠を喜んでいて、そもそもセックスするというのが単に快楽を得たいというだけじゃなくてね、その瞬間の快の刺激を求めてというんじゃないくて、、、でもこれは解釈だなあ。

彼らや彼女たちはね、生まれたときから両親とも働いていて、過酷な労働形態で働いている両親のもとで育ってきている子が多くて、「チューリップのアプリケ」じゃないけど、親は24時間いつ働いていつ家にいるか決まってない。それで、ほとんどの子が物心つく前からしっかり親に抱かれたりとか、抱かれている間、親の体温を感じるとか見つめてもらうとか、母乳をもらうとか。ただそれもね、そういった良好な親子の関係がなければだめだというんじゃないくて、たとえば親だっていらいらしているときがあったり、それでたばこを吸って母乳の味が変わったり、機嫌のいいときとそうでないときの声のトーンが変わったり、そういうことも赤ちゃんは経験していると思うんです。そういう経験の反復が、自他の区別や他者との親密さの形成へとつながっていくんじゃないか。

そういうことを知らなくて育てていて、子供だけでご飯を食べたりとか、遊び仲間も同じパターンで、最終学歴も中学ということになると、若年の性交渉は非行とみられるけど、さっきいったような幼少期の体感覚を、思春期になって取り戻そうとしているみたいで、思春期の性に関心を持つ時期に体の接触を求めたりセックスすることで安心しようとするというのは、親密さの一つの切実な表現としてすごく納得できるというか、..、彼女たちは言葉を通して他者と関わろうとするのではなくて、セックスによってギリギリ自分を表現し、自己肯定しようとしているように思えます。でも、やっぱり解釈だなあ。

ただそう考えていくと、セックスだけでなく、妊娠している状態や赤ちゃんを産むということを楽しんで受け入れるということも関連しているような気がするんです。

何だかこれだけでは一方的な解釈にすぎないようで、もしもっと具体的な事情や彼女たちの様子などを語ることが出来れば、もう少しその解釈が一方的ではないというか。そもそも10代妊婦たちが私たちの関心を引っ張って行って、彼女たちの生活レベルに関わっていかうとすると彼女たちが置かれている状況やその記憶に関心を持たざるを得ないんですね。そのレベルに行くと、医療の範疇を超えるとして関せず、という医療職の方が世間では多いんだけど。たとえば、通常妊婦検診では、尿検査をしたり体重を測ったり、正常と異常を比較してチェックするということになるんですけど、うちではたとえば尿蛋白が出ていたら、昨日のご飯はいつ何を食べたのか紙に書いてもらって、すると野菜なんかほとんど食べていないとかが分かって、教科書的な食材とかどこで売っているか知らな

かったりするんです。するとその人の背景に入り込まざるを得ない。だけど、それらの細々したことを、ここで引き合いに出してしまうと家庭環境にさかのぼってしまって、人物が特定される恐れが伴うので出せません。彼女たちのことを、これ以上は具体的には語れないんです。

けれども、それが彼女たちの日常生活だったし、そういった社会的な状況の中で生まれ育ってきたわけですよね。親が悪い家庭環境が悪いというのではなくてね。そこで10代の方が子供をもって、確かに庇護者として十分な役割をすぐに果たせるかということそれは難しいかもしれないですけど、だからといってその妊娠を非難するということは、たんに彼女たちの生存を否定しているだけなんじゃないかと思うんです。彼女たちは、自分が置かれた状況の中で妊娠出産を肯定的に受け入れようとしていて、そのことと彼女たちの生存を切り離すことは出来ないと思うんです。

望まれる健全な家庭にだけ子供は産み育てられるべきだと誰が言えるのか。「健全な家庭」という価値観を信じ語ることが出来るのは、それが出来る条件に置かれているというだけなんじゃないでしょうか。そういった条件についての考えなしに、「健全な家庭」という常識を主張し、それを基準に10代妊娠を判定するというような否定的な姿勢が、当事者を圧迫し排除しています。

3 変化に関わる

それで、話はいかに10代妊娠に実効的に関わっていけるかということなんですが、彼女たちは今まさに成長発達過程にある10代

Métier of the Clinical Philosophy

の思春期のさなかですよ。思春期の発達課題であるアイデンティティの形成は17歳から19歳の間で確立されるといわれていて、その期間が早まり、かつ延長しているという話もあります。当事者が若年であるほど、赤ちゃんより自分のことに関心が向くのは無理のないことなんじゃないかと思うんです。赤ちゃんといえば、全面的に親に依存しないと生命を保つことが出来ないし、生理的欲求を非言語でしか訴えられないような、圧倒的な他者なわけで、そういう時期にある妊婦さんたちが親として振る舞ったり育児にふさわしい環境を作ったりすることは、本当に大変な仕事なんですよ。

でも、そういう時期にあるということは彼女たちが変化していく可能性を秘めているということですね、実際本当に変化して行くんです。そういう彼女たちの主体的な変化を支援していくことが実効的と言えるんじゃないかと思っています。従来通りの育児教室という形で、一方的にお教えしますという感じではね、長時間いすに座って話を聞くという習慣に乏しいし、そういうしかたで関わっても伝わらないし話が出来ずに逃げていってしまう。予防接種一つにしても、保健所が母子手帳を発行するとき同時に案内を渡すんだけど、それでは伝わらなくて赤ちゃんを病気にさせてしまう。でも、一度に多くのことをつめこむんじゃなくて、そのときそのときの彼女たちの表情や、身体に現れている反応をしっかり見て、当人の関心に即して関わって行くとね、伝わるし話ができるようになってきて看護婦さん聴いて聴いてという感じで話しかけてくる。20歳をすぎるとなかなかライフスタイルを変えとなると大変だけど、10代はほんと柔軟で、今まで日に1食しか食べてなかつ

たのに、表を渡して3食食べるように食べたものを書いてもらうとね、すぐ次の日から、まあ内容はともあれ、スナック菓子だけではない3食になってるんですね。砂漠が水を吸うようにどんどん変化して行って、そういう変化するものに関わるというのは楽しい。彼女たちの明るさ、そして変化の幅の大きさに、むしろ救われ教えられているのは私たちなんです。そういう変化を見せる彼女たちの姿というのはね、こちらの在りようをまさに鏡と

この文章は伊藤悠子さんが語ったものを聴き手である大北が聞き取り文章にしたものです。



性同一性障害をめぐる断章

——同一性の原理か、または概念なき差異か——

畑 英理

友人がこういう話をしてくれた。

彼女は、私の住む町の私立大学で社会学の講師をしているが、学生に現代の社会問題に関する課題を出した。そのとき、ある学生（仮にAさん）が「性同一性障害」についてレポートを提出した。それは、論理的な詰めは甘い、性同一性障害の人に友情に近い共感を寄せながら書かれた、好感の持てるものだったという。

それが、と彼女は言う。「それを提出した学生が、男か女かわからないんだ」 着ているものや、態度や物腰、声、体つき、名前までどちらとも取れるのだそうだ。私は、まあ今時の学生だったらそんなことも時にはあるだろうと思いながら、性別が分からなかったら何か不都合だろうか、と訊ねたが、「私はもともと全部さん付けで呼ぶし、教師としては特に困るわけではない」と彼女は答えた。

その後、偶然町でAさんを見かけた。教えてもらってそれとなく見ると、確かにAさんは、どちらとも分かり難かった。けれど、友人らしい青年と楽しそうにしゃべっている、いかにも自由闊達な自然なふるまいと、健康そうな肢体に、飾らない魅力が発揮されていて、その人が男性か女性か、または性同一性障害か、ということは、たいした問題ではないように感じられた。

ところがその時、Aさんを見ている私自身の方が、ふと、不思議な気持ちになって自分の性自認もあいまいになっていくように思えた。この驚きが、私が「性同一性障害」というものに初めてであったできごとであった。「障害」という病識はもたないものの、私自身が自分の性について、それほど確かな同一性を持っていた訳ではなかったこと、性についての自認と社会的な関係や身体感が矛盾に満ちていることを、そのとき迂闊にも初めて自覚したのだった。

Aさんがレポートの課題に選んだ「性同一性障害」とは、どういう病気だろうか。

定義は「身体の性 (sex) と性自認 (gender identity) との間に何らかのギャップがあること」であるという。

それにもいろいろ段階があって、服装などで異性の装いをすることで本来の自分にかえったような安心感を覚える (トランスヴェスタイト)、社会的にも異性として扱われ、異性の仕事や役割を求める (トランスジェンダー)、自身の身体の性に強い違和を抱き、肉体的にも完全な異

性であることを願う（トランスセクシュアル）、などに便宜的に分類することもできる。ホモ・セクシュアルなどの人と異なり、その違和感には自分は何ものであるかという、自分自身に向かう意識にあるといわれ、特に、トランスセクシュアルと呼ばれる人は、生物学的な自分の身体に違和感を抱き、服装や社会的役割はそのまま引き受けることができても、裸になったときの自分の身体として別の性を望むのだという。

吉永みち子の『性同一性障害』（集英社新書・2000年2月）には、トランスジェンダーとトランスセクシュアルの区別について、ある人の談話を引用してこのように解説してある。

「性的にトランスしているある人が、無人島に流れついたとします。もしその人がトランスジェンダーだったとした場合、誰もいない無人島ですから、周囲から男なのか女なのかという社会的な性をつきつめられたり、意識は反対の性で暮らさなくてもすみます。その解放感で、精神的にのびのびと自分自身を取り戻すことができるわけです。ところが、もしその人がトランスセクシュアルだった場合は、一応男と女という社会の枠から開放された安心感はあるものの、基本的には自分自身を取り戻してハッピーということにはならないんです。裸になったら、自分は自分の頭が求めている身体をしていないわけですから。間違った身体をしているという苦しさは解消できなくて、打ちのめされたまま生きていくしかない。周囲に何十億の人がいようとひとりぼっちだろうと、身体が変わらない限り根本的な状況は変わらないのがTSなんです」

（※「TS」はトランスセクシュアルのこと。引用者註）

自己同一性（アイデンティティ）、つまり自分が自分であることが自明であり、自分と自分以外のものが矛盾なく区別できることは、人格としても生体としてももっとも基本的な機能である。そこに障害が起きる例としては、「解離性同一性障害」（いわゆる多重人格）や、免疫の異状としての自己免疫疾患やAIDSなどあげられるが、「性同一性障害」は、特に「性」に限定して、自分の身体の性と自己認識とが食い違う現象である。

どんなに限定された意識であっても、「同一性」が損なわれるということは、個体の存在の根源を脅威に晒すできごとであるだろう。特に、上記のような肉体的にも完全な異性を望むトランスセクシュアルと呼ばれる人は、自分の存在を否定して自死にいたることも時にあるという。

このようなとき、こころと身体の違和から、精神（頭あるいはこころの性）が身体（体の性）を否定したようにも見えるが、「性同一性障害」の人は、インターセックス（半陰陽）と呼ばれる人々のように、身体自体に「障害」を抱え込んでいる訳ではない。男として、あるいは女として、身体的には完全なのだから、やはり、それを受け入れられない心のなかに矛盾の本質があると言えるだろう。

この問題について、度々「本当の自分」「正しい性」「間違った身体」などの言説が見られる。本人の自覚としては全くその通りなのだろうし、「性」を決定するのは器官か、精神か、という大きな問題に関わる問いから、そのような記述になっているのだろう。しかし、どちらかが間違っ

ていたり、本当であったりというより、「身体的な性と意識としての性が食い違う私」という矛盾した自己認識を抱え込んでいる状態、と考えたほうが一人の生身の人間の有りようとして適切な気がするが、どうなのだろうか。

「性同一性」というと、日本語としてよくこなれていないので、意味が分かりにくいですが、男性であることや女性であることが、「その人らしさ」にとって、「相応しい」感じがしたり、「その人らしからぬ」と感じることであろう。例えばAさんのように女性にしては直裁に過ぎる身のこなしや、男性にしてはなめらかな身体の線を持ち合わせた不思議な印象の人を、どちらの性とも決められないままみていると、日頃ほとんど無意識に持っていた「性同一性」の感覚のようなものがはぐらかされる。その、「あれっ」と感じるような日常性のずれのなかで、私自身についても、「性自認」と「自分らしさ」が必ずしも一致しているわけではなかったことに、気付かされたのだった。

改めて考えてみると、私は自分が「女」であることについて、子供のころから多少の違和を感じてはいたが、だからといって「男」と自認したわけでもなく、ただ、性に関して身体と自己意識のあいだにずれがあったというだけである。それは不都合ではなく、「不同一」によって生じる解放感が、身体的な性という所与からの救いでもあった。私の場合は、「性同一性の障害」ではなく、「不同一という自由」というべきだったかもしれない。

自分の女性性を肯定した上で、社会的な要求に異議を唱えるフェミニズムにはそれなりの政治的な効果もあり、また自らの女性性を否定する性同一性障害も、その人なりの尊厳の有りようを示しているのだろう。同様に私は自分の女性性を肯定も否定もしないところにおいて、それはやはりそれ以外に選択のないひとつの立場だったと思う。社会的な要求への不同意と自らの身体的な性への不同一は、私の自由に属する領域だからであり、特に、女性性の集大成としての「母性」の罫に嵌ってしまわないためにも、「同じ土俵に乗らない」という意味で、そこは私の性的自由の在処だったような気がする。

Aさんのセクシュアリティについて、私は何も知らない。それほど大きな矛盾を抱えた状態には、少なくともそのことで屈託があるようには見えなかったが、「性同一性障害」をレポートのテーマに選ぶぐらいの動機はどこかに持っているのだろう。その話に何か触発されるくらいには、私も「性的不同一」だった。そして「不同一」を病気と考えない、その程度の人が多くいるにちがいないと思う。

一方で、その苦しみから医学的治療を求める性同一性障害の人も、潜在的な数も含めて多くあると聞く。「その悩みを軽減するため」（埼玉医科大倫理委員会答申）医学的にもっとも有効な手段は、性転換手術であり、手術を受けてでも別の性になりたいと望む人のうちごく一部の人が、様々な審査を受け、高いハードルを超えて、ようやく手術を受けられるようになってきたのが、日本の現状のようだ。けれどまた、手術で変えられるのはあくまで外形的なものであり、その後も性ホルモンの投与などを受け続けなければならない。

自己認識のなかに性について解きがたい矛盾を抱え、それに耐え切れず何とか軽減しようと

したとき、手術を望む人もあれば、そこまでは望まない人もあり、その様な方法では解決できないと考える人もあるだろう。このような悩みが一つの「病気」とか「障害」とか言いがたいのは、その「症状」も「処方箋」も、人のあり方によって千差万別と言えるくらい異なるからでもある。その一人ひとりが自分の問題を考えるとき、葛藤を押しさえ込んだり、棚上げしたり、回避したり、そのまま持ち続けたり、さらに突き詰めたり、悩みの根本的な解決や軽減を模索したり、方法も千差万別であるはずだ。そのどれもがその人なりの回答であって、尊重されるべきだろう。

その意味で手術を唯一の治療と認めることが、かえってそれ以外の治療や方法が次善の策と捉えられ、解決の道に限られるという面があるのではないだろうか。

医学的治療に積極的な埼玉医科大学の倫理委員会答申には、「医学的立場からのひとつの判断を呈することによって、今後日本の社会における性のあり方を考えるためのひとつの契機になる事を期待する」という後書きが添えられている。治療を提供する側の心構えがこのようなものであるのなら、受け取る側も、一度は「医学的立場」を相対化してみる必要があるのかもしれない。

私の「性不同一」は、自覚的には性同一性障害の人と地続きであるように感じるが、そのことで苦しんでいる人からは、そこには無限の隔たりがあると言われるようにも思う。それは、そのことを苦しんでいない私と彼らの距離といえるかもしれない。

そうだとすれば、その距離にこそ、「性同一性障害」の人が、アイデンティファイできる何かがあるに違いないのだと思う。私と彼らの距離にこそが、彼らが存在をかけてまもっているもの、尊厳をかけた矛盾に他ならないのだと思うとき、そこに第三者が安易な解決や解消を持ち込むことこそが不遜である。

少なくとも、医学を相対化するまなざしは、その近さへの親しみとその距離への畏敬からしか生まれられないように思われる。

(はたえり)

参考

<http://www.saitama-med.ac.jp/frame-douitu.html>

基礎看護学と身体

— 身体のもつセクシュアリティとどうつきあうか — 寺山範子

1 看護とセクシュアリティ

医療や看護において性に関する研究が行なわれるようになったのは1940年代になってからで、本格化したのは1960年代に入ってからと言われる。人間の生活の質を左右する健康上のさまざまなことからについて、医療や看護が真剣に取り組むことができるようになったのは戦後のことなのである。

研究初期の60年代には老人、糖尿病、心臓病の患者の性の研究が中心となっていた。老化や特殊な疾病の影響によって性的機能障害が顕在しているとか、そうした問題を潜在的にもっている場合についての研究であった。しかし現在では、そうした限られた範囲を大きく越えて、社会のあらゆる場所のあらゆる世代にわたる問題を扱うようになっている。性に対するオープンな雰囲気は、結果としてさまざまな医療上の問題を生み出した。たとえば「小児への性的虐待」「思春期の妊娠」「エイズ」「性同一性障害」「成人のセックスレス」「高齢者の性行動」「体外受精による生殖技術」等などは、単に個人の問題として処理してしまうことのできない社会的な問題を含んでいることに難しさがある。医療や看護の場はそれらの問題の具体的な対処場所のひとつとなっているだけに、以前と比べてはるかに複雑で多様な問題と取り組まなければならないとなっている。

看護では70年代半ばに雑誌の特集で「患者の性」として取り上げられたのが最初なので、研究対象としては歴史の浅い領域である。歴史の浅さの背景について川野¹⁾は、「タブー意識と看護職という価値観との対立」「若く独身の看護婦には患者の心配を理解しにくい」「プライバシーに触れることを判断するのは困難」「看護はキリスト教との関連をもつ歴史があるため性愛は抑圧されてきた」「性を勉強するのはウーマンリブの特殊な女性だけという偏見」「疾病中心モデル」「性のニードは二次的なものと見なす傾向」「個別性の強い問題」「興味本位の対象とされる側面をもつ」と説明しているが、これらには同意できる点が多い。川野は看護に性が欠落してきたことを問題の両面から指摘していると思う。つまり患者の側に現実に発生している性の問題として認識できなかったという事実として、また認識の主体である看護者側が持っている性の価値観が作用しているという事実としてである。

性に関する看護で先端をゆくアメリカでは、1990年代に入ってから、患者にはたらきかけ

するための指針を提示するまでになっているが、そこで注目されるのは看護者への性教育である。他人のセクシュアリティや性機能を取り扱えるようになるには、看護者自らもそうしたものに對して健全な態度をもっていることが求められているからだと述べている点である。だから保健医療に携わる専門職者は性教育の分野で特別な訓練を受けなければならないというのである。ここで言われている「健全な態度」というのは、性に関する自分自身の個人的な価値観を明確にしようと取り組む態度のことだとされている。自分の性の価値観を知るとは、他人の性の価値観を知ることへつながるものであり、さらに他人の性の価値観に対する受容性を増大させ得るという可能性において健全なのだというわけである。さらに、ほとんどの保健専門職者は偏見をもっていると言ってはばからないのには耳が痛い。しかしこうした偏見を患者に押しつけないためには、なんといっても自己受容することが必要だと繰り返し指摘していることには賛同できる。このようにみえてくると、性の問題と取り組むには看護者自身の健全なセクシュアリティへの態度が必要であること、そのために性教育の必要性が欠かせないというのが結論のようである。

ところで看護のカリキュラムに含まれている人間のセクシュアリティの概念は主に生殖に関連するもので、母性看護学における母子保健の分野で扱われている。看護教育のなかで早くからセクシュアリティの問題として具体的な問題となっていたのは、男子学生の母性看護学実習である。男子学生の看護教育に関してはこれまで紆余曲折があった。保健婦助産婦看護婦学校規則の制定当時（昭和 27 年）には教育内容は男女同一であったものが、改定（昭和 31 年）されて男子学生の母性看護学実習を精神科実習に読み替える規定に変わり、さらに男女雇用機会均等法成立を経てようやく（昭和 62 年）基礎教育における学科目の男女差が解消された経緯がある。したがってこの時期の実習指導で大きな課題となっていたのは、実習前の男子学生への動機づけと受け入れ側となる病院の了解を得ること、また実習中であれば学生と病棟へのフォローアップであり、その結果は事例とともにさまざま報告されてきた。それらの結果はもう一度分析してみる必要があると思われるが、ここでは行なわない。しかし結論の多くは「アンズルヨリウムガヤスシ」であったと記憶している。母性看護学実習が仮りにクリアーできたとしても、すでに述べたように人間のセクシュアリティに関する態度、価値観、行動などはひじょうに幅広いものがある。そこから多様な問題が発生しているのであるから、母子保健の範囲内だけで対応するには臨床場面そのものがあまりにも複雑になりすぎてしまったということだ。保健専門職者に基本的な性教育が必要だというアメリカ看護界の提言は、こうした事情に応えるものとして評価できる。自分自身も持っている性の価値観と向き合うことなくしては、つぎつぎに現れてくる多彩な問題に取り組むことなど原理的に困難ということなのだから。

2 基礎看護学における戸惑い

基礎看護学を担当していて工夫が要るなと感じていることのひとつに、患者の身体に触れながら行われる看護技術と学生とをどのように出会わせたらよいかという問題がある。実際のと

ころは有効な工夫ができているとは思えないのだが、とにかく触れ方を演じてみせて、その場に流れている空気を私自身の戸惑いともども一気に超えてしまおうというのが正直なところである。これは私自身が身体というものに対するスタンスをどうとるか、まだ明瞭にできていない証拠ともいえる。看護技術演習で学生・教師にどのような戸惑いが起きているのか、私自身の経験からひろってみた。

(1) 学生の戸惑い

学生は臨床実習で実際に患者の身体に触れる以前に、学内での看護技術演習を通してお互いの身体に触れ合いながら基本技術の反復訓練をする。この演習段階で学生は「身体に触れ合う」ことに対してなんらかの戸惑いを示すことがある。とにかく看護者役なのに患者役の学生になかなか手を出そうとしない、教師がしばしば声をかけて促さないと始まらない、やっと手を出したところで遠慮がち、そっと掴むから気持ちが悪いし看護技術として有効な行為にならない、患者役の学生はますます身体を固くする、触れられたくないから動けない患者役なのに自から動いてしまう等などは学習初期に繰り返してみられる反応である。さらに身体を部分的に露出して行われる看護技術の場合にはそうした反応はもっと強くなり、教師の視線が遠のくやいなや簡略化してしまったり省略したりしてしまうこともある。ただしこうした戸惑いは学習初期のお互いにまだよく知り合っていない時期と、ある程度演習が進んだ段階とでは変化するようだ。そうなってくると今度はお互いに複雑な注文を出せるようになる。ここを持ってとか、その持ち方では不安定だとか、それは乱暴で不愉快、だからこうしてなどなど、自然に実験しあえるようになる。身体を触れ合わせながら学びあう方法に慣れたものと思われる。

けれどもこのような慣れはしょせん学内の学生どうしでのことでしかない。臨床実習で患者と出会ったときに生かせるようなものではない。臨床実習で性的出来事に会い、受け持ち患者を嫌いになったと言って実習の継続に困難を来すことがある。そうしたとき学生は泣きながら「誤解された自分が悪いのだ」と言ってしまう。患者と知り合うことがあわせもつこうした出来事をどうしたらよいだろうか。

(2) 教師の戸惑い

学生は演習のときにどのような状況に置かれているのか、それを想像できないわけではないので教師にも戸惑いはある。演習開始時の学生は一年生、標準的には18歳の女子と男子である。青年期に入り身体的変化が一段落したとはいえ、自分の身体に対する意識のしかたが過敏な時期である。青年期特有の悩みの多くが自分の身体に由来する問題であるのはよく知られているだろう。学生はこのような微妙な感覚とともに生活しているわけであるが、看護技術を身につける段階ではお互いに身体を差し出し、触れ合うことが避けられない。演習が成立しているのは学生に授業としての了解（それも暗黙の）があるからにほかならない。学生は身体に視線を向けたり、直接触れたりすることについて複雑な思いをもちながらも、教師は学生がそうした条件下にあることを十分承知したうえでなお、お互いに演習の名のもとにそうした思いを抑圧

し、無視し合っている。このようにして身体に対する思いを抑圧したり無視してしまうことは、身体に対しての自分のスタンスのとりかたを学習できるかもしれない貴重な機会を逃していることになるのではないかと、ふと思ってしまう。なぜなら臨床実習で学生が性的出来事に出会ったときに、教師がどうフォローできるのか、いつもその都度うろたえるばかりで日頃の指針のなさを思い知らされるからである。患者の身体に触れながら行なう看護行為は単なる動作などではない。患者に触れることを通して触れられる自分自身を問うことのできる看護の原理そのものを含む行為であるはずだ。それなのに基礎看護学で最も重要な患者の〈身体に触れる〉とはどのようなことなのか、ほんとうはまだそれを説明することができていない。

3 基礎看護学における〈身体〉の空白

身体に触れることを通して行われる看護技術について、基礎看護学の学習参考書²⁾³⁾はどのように記載しているだろうか。目次と索引には〈身体〉〈触れる〉に関わる項目は見当たらなかった。総論部分には看護の対象である人間について「人間の行動や健康を理解するために知識や理論が必要...」と抽象的表現でまとめられているだけで、それがどのような知識であるかは特に示されていなかった。患者の〈身体〉に〈触れる〉記述は個々の看護技術場面で頻出する。身体を露出して行なう行為や、特にそれが生殖器周辺を含む場合には、羞恥心へ配慮するよう繰り返して記述されている。たとえば、「陰部や肛門の処置はだれもが好まない」「検査や治療は羞恥心を伴い心理的負担が大きい」、だから「患者に羞恥心を与えない」ようにするために、「カーテンやスクリーンをして身体を露出させない」「プライバシーを守る」「女性患者の場合、特に婦人科疾患の場合は必ず付き添う」などのほか、「説明を行なって患者が納得した上で」「熟練した技術を提供し」「配慮は十分に」「気をつける」というのが共通した記載内容であった。

学習参考書が示しているのはただ一点、通常身体を露出することは恥ずかしいことだから、必要があって行なう看護技術でもよくよく配慮せよということに尽きるのではないかと。正しいけれども物足りなさを感じるのは、羞恥心や心理的負担と言いつつも〈身体〉だけモノとして取り出されているように思われるからだ。これでは生きた〈身体〉に〈触れる〉には遠すぎる。

医師は看護者と同じぐらい、あるいはさらに、そしてより直接的に患者の身体に触れる。医学教育においては身体と出会う方法として特徴あるアプローチをとる。医学部一年目の中心である解剖学実習はその象徴である。それは〈切る－見る－知る〉であり〈死体－人体－人間化〉である。解剖とは「知識を得るために死体を切る」⁴⁾ことであり、切ることは見えるようにするための空間をつくり出すことである。知る過程を通して学生は「人体の複雑微妙さと尊厳とに心を打たれて神妙に」⁴⁾なり、また死体にある個人差を見せつけられることによって死体自体が主張している「人間性」や、「解剖死体の過去、生前の人生に次第に興味を惹かれ、その全体がどうまとまっているか」⁴⁾などへ関心を向けるようになるという。医師にとっての〈身体〉というのは、第一に疾病の診断や治療を完遂するために知りたい対象となる。構造や機能は探求され、調べ尽くされるべきものとなるのである。こうして身体に見出された変化や痕跡から

臨床哲学のメチエ

患者の人間性や人生に関心を向けるようにもなるという。看護教育でも形態機能学で身体 of 知識を得るが、解剖学実習は行なわない。〈切る－見る－知る〉とか〈死体－人体－人間化〉という過程は、身体を分解して底に行き着いたところからしか始められない何かのためにある方法のようでもある。

ところで看護学はそのようなものだろうか。少なくとも身体を分解しなければならない必然性はない。むしろ患者がその場所で、患者なりに生き生きと、生きている状態そのままを知ることから始まるものだろう。それに生きている身体は欲望を含む生々しいものとしても存在しているはずだ。日常生活を生きる身体があらわす反応を、人間的なものとして了解し、受け容れることではじめて看護の生活援助は成立する。しかしまた反対に、〈身体〉の生々しさは“伏せるべきもの、覆うべきもの、恥ずかしいもの”だとみるいわゆる社会的な常識に添うことも患者に看護行為を受け入れてもらうための前提なのだ。こうした意味での裏も表もある〈身体〉の理解が基礎看護学の課程で欠けているのかもしれない。さらに看護技術を用いるそのときに、何らかの見方で身体を見、身体に接する自分がある。学生や教師が戸惑っているまさにその時こそ自分の性の価値観を知る機会である。抑圧や無視はこうした機会をつぶしてきただけでなく、他人の性の価値観を知る機会をも奪ってしまってきたことになる。演習で学生や教師が感じている戸惑いや、臨床実習で性的出来事に出会ったときの戸惑いなどは、〈身体〉と向き合うことの空白状態を物語るものではないだろうか。

引用文献

- 1) 川野雅資他『看護と性－ヒューマンセクシュアリティの視点から－』, 看護の科学社, 1991, p.12-18.
- 2) 『基礎看護学特』, 金芳堂, 1996.
- 3) 『基礎看護学2』, メヂカルフレンド社, 1996.
- 4) アルバート・H・カーター著『はじめての死体解剖－医学部新入生の16週間－』 飛鳥新社, 1999. p.103.

参考文献

- ナンシー・F・ウッズ 編『ヒューマン・セクシュアリティ－ヘルスケア編－』, 日本看護協会出版会, 1984.

はやく / ゆっくり

1998. 11.21

立岩 真也

(立岩 真也『私的所有論』表紙裏より)

0. はじめに

昨夏、1999年7月11日より7月24日までコロラド州プエブロにおいて「大阪大学 第七回訪米ホスピス研修」に参加した。そのあと7月25日より7月27日までカリフォルニア州バークリーにおいて「障害者の自立生活を学ぶ自己研修」を行った。以下はこの二つの研修で感じたこと考えたことをまとめたものである。

ホスピス研修の方は大阪大学医学部環境医学実習として毎年行われており、今年で七回を数えるもので予め企画されていたものに臨床哲学の大学院生として参加させていただいたものです。これに対して後半の研修は私が障害者自立生活運動発祥の地バークリーでCILやPEOPLE FIRSTを視察しておきたかったので企画したものである。

これら二つの研修は私にとって、当初何も関連のないものと考えていた。ところがいくつかの共通点と相違点があり、さまざまな考察すべき問題が浮かびあがるものとなった。

1. 在宅ホスピス

先ず、ホスピス研修についてであるが、以前「ホスピスと社会」という拙文を『第七回訪米ホスピス研修感想集 アメリカの在宅ホスピスケアを見学して 第七回近畿ホスピス在宅ケア研究会 報告資料』(1999. 9.9 大阪大学プエブロ会)に寄せたことがあり、おもに医療社会学的な感想と考察であった。そこで今回はなるべく具体的な事例を取り上げ考察を試みてみたい。

末期癌患者が在宅する他人の家を訪問することは、われわれの日常からするとありえないことである。訪ねる場所が遠い異国であるアメリカの片田舎であること、ホスピス・スタッフとともに出かけるということと、日本から持参したささやかなお土産とインタビューのための「Questionnaire to patients」(質問票)がなければ、異常なあるいは非日常の事態であろう。私は末期癌の母を看取った経験を持ち、日本人特有なのかもしれないが、そのことを家族全体の問題として背負い込み、現場あるいは状況そのもののなかに取り込まれ、外から冷静にあるいは俯瞰的にこのことを見る視点を持たずにいた。このことを忘れたからホスピス研修に参加してしまったわけではないが、今回の研修で心を揺さ振られた。家族のみんながヘトヘトになり、心が打ち砕かれ、最後に崖の上から突き落とされるような体験であった。どうしてそうだったのか、そしてほとんどが輸液にまみれて病院で亡くなるわれわれ日本人から見ても、米国の在

在宅ホスピスを訪ねてわれわれと共通する何かをなお感じ取ってしまうのか考えてみたい。今回の研修と私の個人的な体験を簡単に比較はできない。米国と日本という国情や文化の違いや時間のズレ（1986年の日本と1999年の米国）ということでまとめあげてしまうこともここでは適切ではない。しかし、今回のいくつかの患者訪問やホスピス・スタッフとの会話において、共通のものと異質なものを感じるがあった。そのことについてここで言えたらと思う。

死を目前にした患者が、家に帰りたいたと訴えることをよく聞く。なぜだろうか。何人かの患者訪問で、こんな質問を試してみた。Are you happier at home than in a hospital? もちろん最終的に在宅ホスピスを選んだ患者たちへの質問だから、答えはほぼYesである。私が訪ねた患者たちは以下のように答えた。

- ・病院は刑務所のように自由に振る舞えないが家ではそれが可能だ。
- ・家では私の周りに多くの人々がいる。
- ・病院の食事がいやだし、家では好きなことができる。
- ・友人が周りにいる。
- ・自分で自分の生活をコントロールして過ごせるから快適だ。

在宅を選んだ患者たちだから病院を否定的に見ているのは当然である。告知を受け延命治療を断念し、痛みの緩和という医療さえ受ければ彼らにとって病院は必要ないことになる。ところで原理的には「入院していること」は「医療を受け入れているということ」であり、「在宅すること」は「医療を拒否していること」を意味する。また「ホスピス」は病院内であるいは別棟で緩和病棟として、積極



的延命治療は中止し、痛みの緩和を総合的にする施設である。それでは、「在宅ホスピス」はあらゆる施設を拒み、自分の家と地域と家族にこだわり、しかし痛みの緩和という医療的処置だけは受け取り、ホスピスにあったあらゆるケアは享受しようというものであろう。この意味で脱病院・脱施設であるといえるが、脱医療ではない。また家族からのみケアを受けるのではなく、さまざまなホスピススタッフから24時間ケアを受けることができるという意味で在宅という形は取るが家族中心のケアというわけではない。この意味で医療と家族のあり方をケアということで新しい形を模索しているものと言えよう。

ところで本来、ホスピスとは何だったのか。ホスピスの故郷とも言える地を訪ねた経験から考えてみる。私は2年前にフランスのブルゴーニュ地方にある中世の城郭都市ボーヌを訪ねた

臨床哲学のメチエ

ことがある。そこはオテル・ディユー（Hotel-Dieu）と呼ばれる施療院が街の真ん中にあり、近年までホスピスの機能を果たしてきたという。身寄りのない者が人生最期の時を過ごす場として、それは街の貴族ニコラ・ロランの資産によって15世紀に建てられた。建物内部を今でも見ることができる。苦しむ貧しい病人たちが収容されていた「貧者たちの間」（salle des pauvres）と自費で治療費や入院費を支弁できる病人たちが入っていた「サン＝タンヌの間」その他に分かれており、お金があっても自分たちの城館や自宅の居住条件があまりよくなく、看護も十分に受けられないときにはここに入院滞在したのであった。このような意味でホスピスとは看護が十分に受けられない人々に対して貧富の区別なく収容し、ホスピタルな場として誕生したのは間違いない。ここを訪ねて強く印象に残ったのは、ベストや飢饉のため剥き出しの死がそこここにあった「中世の秋」に死に真正面から対峙していく現場がここにあったということである。「貧者たちの間」の天井は船底型で非常に高く、静寂につつまれ、両サイドに15床ずつのベッドが並び礼拝堂とともにある病室である。そして臨終に面した病人が出た時にこの施設の最高の舞台装置が整う。すなわちロヒール・ファン・デル・ウェイデン作と伝えられる祭壇画「最後の審判」が祭壇に飾られるのであった。死に至る病に対して、魂への配慮を整えたこの施設は患者に、死というものがただ美しいもの安らかなものであるという幻想を与えるのではなく、死を死に切ることを提示しているように感じた。と同時に私には何か「ここでなら…」と思わせてくれるものを感じさせてくれる場でもあった。木製の柱と板で個室のように仕切られたベッドのあちこちからうめき声がこの病室（貧者たちの間）全体に響きわたるのが聞こえてくるような中で私は何故か安らぎを感じたのであった。それはなぜか。病気の苦痛とは何か、どのようにそれを捉えたらよいのか、どのように対処しその克服をはかるのか、そのことを根本的に問う施設装置である。

このオテル・ディユーは米国型終末期医療の典型としての在宅ホスピスを捉えるときに通低するものが感じられる。また在宅ホスピスの研修に行き決して忘れてはならない視点がある。在宅ホスピスの家族のみによる日常の介護の現場を見ることは原理的にできないということである。私たちが訪問するときはナースやソーシャルワーカーなどのスタッフといっしょであり、家族以外の人がいるという点で日常の介護の場面ではなくなる。在宅の介護は家族にとって日曜も祝日もない自己犠牲的な仕事で、患者の入浴、トイレ、食事の世話には想像以上のエネルギーを要するもので様々な家族間の葛藤や諍いを生み出すであろう。そのような状況のなかで自分の家族の身体を他人に委ねることは医療者を除いて日本ではあまり見慣れないことであろう。私が訪れた患者は全身状態が極めて劣悪な条件にはなかった。またそこでは家族の誰かが献身的な姿で世話していることが伺えた。ホスピス・スタッフはあくまで患者自身へのケアばかりでなく、患者を直接介護する家族のケアも行う。患者へのケアの主体は、



しかしあくまでも介護する家族（主として配偶者や娘、嫁）なのである。家族にしかできないケアがある、家族にしかわからない感情のぶつけ方がある。家族内の葛藤の出方も多様であり、そのことを何かマニュアルのようなもので一定に対処することは不可能である。しかしその場において何か援助をしようとするのがスタッフの努力目標なのである。いよいよ臨終のときが近づけば、スタッフは看取る家族に対して患者との最後の時間の過ごし方や別れ方、死ぬ時にどのようなことになるか（バイタルサインの変化）をアドバイスする。現代医療の主たる舞台が病院になって久しく、われわれはもはや看取ることが日常性からかけ離れており、家で看取ることができなくなってしまっている。看取りを家族に取り戻すという意味でも在宅ホスピスは患者とその家族に主体性を回復する機能を果たしていると言えよう。私は死ぬ間際の母の助言にさえ満足に返事ができないでいた。何か最期まで母との間にわだかまりがあった。「わかった」というただそれだけの返事ができないでいた。今もそのことを時々反芻している。そのときの自分に対して苛立つこともある。しかし何かそこで誰かの助言通りにことを済ませていたらと思うと、あのときの苦しみや自分の本当の思いを今も反芻するだろうか。しかし、一方で人は死に行くのは一度きりの経験なので小さなささいな未経験のことで気を揉むこともある。家族も平常心ではいられないであろう。患者は神経が研ぎ澄まされている。少しのことで不安になる。看病する家族への精神的なサポートやケアは必要である。今まで数多くの看取りを経験してきたスタッフの助言や死に至る人の状況の知識は何よりも周りのものに安心を生むであろう。私は母の臨終の過程を今も苦い気持ちで思い出すことがある。私が痰を除去していたときに看護婦と医者が数人で足早に病室に入ってきた。ベッドと母の体の間に厚い板を差し入れ、一人の医者が母に被さるように両手を押し当て、心肺蘇生術を始めた。母の口からは液体のようなものが大量に出てきた。そしてその間もう一人の医者が動転する私に向かって、やるだけのことはやりますがこのままだめになることがありますと言ってきた。それは痛ましい様子であった。そこまでしなくてもと思う間もなくやがて、医者は時計を見て死亡時刻を私に告げたのであった。延命治療の最後もやはり無理やりという感が拭えない。今思えばこんな死に方しかなかったのかと思う。家族のターミナルケアを医療面以外ほとんど身内で取り込み苦しんでいる日本の家族に比べ、米国の家族は他人であるスタッフと身内であるかのように付き合いケアされることを委ねている。そしていよいよ最期のときこそは身内だけで静かな最期を迎え入れることができている。このような看取りの一連のケアがのちに残される遺族の悲嘆からの回復（グリーフケア）をスムーズにすることは間違いないであろう。ホスピスにはグリーフケアなるものがある。死別後の遺族へのケアである。花束を贈ったりカードを贈ったり、みんなで悲しみを語り合うパネルを設けたりして、遺族の気持ちを慰めて早く立ち直るようにする。私の場合にもそのようなことが自然にあったように思う。友人が葬式の日には仕事を休んで手伝いに来てくれた。法事や仏事が定期的に親戚や知人を集めてくれて、話をしていつてくれる。これらのことは大きな慰めになる。

日本にはなお地域のつながりや死に対する慣習がある。結果として患者や患者の家族のケアになってしまっているということがある。それは組織や誰か個人が意図したケアではなく自然

発生的なケアであろう。

ところがケアを仕事とする場合にどのようなことが問題となるか。私は教職にある社会人としての立場からも考えてみたい。不即不離という言葉があるが、あまりに患者を抱える家族に入り込んでしまうと専門家としての適切なケアができなくなることがあるのではないか。その家族の独自の問題を的確に掴み、そしてそこから第三者の立場を回復し対処すること、このことが求められている。しかしあくまで家族ではない他人が専門家として真剣に家族の問題に関わる。しかも家族のように感情的、情緒的に流されることなく。家族の死に直面して危機状況に追い込まれた家族にとってこのようなケアギバーがいたらどれほど力強いことであろう。このようなケアを求められるスタッフは日頃から厳しい訓練を受け豊富な人生経験を積んでいることが求められる。ケアを受ける家族や患者はサービスの内容とどこまでそのサービスを受けることができるのかを予め具体的に知っておく必要があるだろう。そのための啓発も普段から重要になる。

スタッフの労働は精神的肉体的に厳しいものがあるから、十分な休暇が認められるべきである。休暇について、そもそも末期患者を看取るためにどんな家庭でも十分に家族のメンバーが取れるようにすべきであろう。ホームステイ先のスタッフとともに私はそのスタッフの母が入所するライフケアセンターを訪ねた。日曜の朝食の後のひとときだった。車椅子に下腹部が腹水で膨れたお祖母さんが辛そうに娘（スタッフ）に抱擁されていた。私たちが紹介されるとお祖母さんは車椅子で後退する仕種を始めた。スタッフは涙を溜めていた。死ぬ2週間前には私の家に引き取って妹といっしょに面倒をみることになっていると、帰りの車中で言っていた。たった2週間という短さに驚くとともに日本では普通、収容先で亡くなるのが当たり前だから、こちらの方がまだ好条件だと思い直した。「看取り休暇」はないのだろうか。私の場合も、母が死ぬ日も仕事に行っていて、病院に行くと、そのまま今日はここにまだ幼かった弟を連れてきてほしいと母が言ったので、意識のある間にお別れを弟にして、その夜、昏睡状態になって亡くなった。看病で徹夜の夜も休暇は有給休暇だけで取り、母が死んで初めて特別休暇が取れるという状況であった。在宅ホスピスというものがこの先どのような方向に発展していくの



か。脱病院・脱施設でありしかし医療からは完全には離れず留め置き、ホスピススタッフに家族の身体・精神のケアをある程度預け、一方で家族の誰かが主たるケアギバーとして大きな役割を担う。この状況をどのように見るか。家族のようなプライベートな中にまで医療や管理の触手が伸びてきたということも言えるし、家族の機能を回復する過程である

という見方もできよう。

ソーシャルワーカーに私と同じ歳の男性がいた。人の良さそうな人で彼の講義のときプエブ



口にはイタリア系、スペイン系、ロシア系、アフリカ系などの違った文化をもつ人々がいて、お互いの文化を理解するのが難しく、いつも新しい文化を学ぶ必要があると言っていたのが強く印象に残っている。彼は医療モデルが「一対一モデル」なのに対してソーシャルワーカーのサポートサービスは円環モデルで患者を支える人々を支えるような「システムモデル」であると説明してくれた。個人が個として存在し、約4000万人にもものぼる

無保険者を抱える米国の現実にあつて在宅ホスピスのサービスを受けられる人は看護してくれる家族がいるだけ条件はよいのかもしれない。そして看護する人々を支えるシステムは患者にとつても、看護する家族にとつても大きな支えになることは確かである。日本人のように、家族が死に直面した時、全員でそれを受け止め、自分のことのように受け止める傾向がある場合にこそ、医療モデルのような対応より、システムモデルの方がより大きな効果を発揮することができよう。

最後に在宅ホスピスの患者訪問で感銘を受けたことは、What have you discovered about yourself and others throughout your lifetime? (ときに、われわれによい人生のアドバイスを、と言い換えたときもあった) という質問に対する答えであった。

- ・ 人から助けられた時に人を助けられる人になってほしい。
- ・ 人はみな同じだ。家族を大切にしなさい。家族とともにいないときに、一人で家族のことを思うことも大切だ。
- ・ 神のみぞ我を助く。神は母のような愛を与えてくれる。
- ・ よく働き、よく遊べ。子どもにいい思い出をたくさん作ってあげなさい。
- ・ いい人生を送りなさい。

死を目前にし、そのことを受け入れることができた人の言葉は透明で美しく力強い。私がこの研修に参加している日々は、日本に残した家族にとって私の不在であった。家族のことを一人思うことがよくあつた。私が不在の時、家族が私のことを思うことがあれば、その時、私は家族と共にある。永遠の不在がやがて訪れる。私も母の永遠の不在をいつも経験している。しかし、母がさまざまな状況や会話のやりとりの思い出として現前することがある。その時母は私と共にある。患者たちに触れてこのようなことを実感することができた。私は生きていくうえで大きな励ましを受けた。



2. バークリーにて

ホスピスの研修を終えてバークリーに立寄った。障害をもつ人々がどのように自立生活を営もうとするのか、その場所を訪ねるためであった。

C I L (Center for Independent Living), Group home Tim's, People First, Clausen house IL Program の4つの施設を訪ねた。



C I L は 1972 年に設立され、障害をもつ人が自立生活を営むためにさまざまなサービスを斡旋、供給する地域拠点としての機能を果たしている。当日案内をしてくれた人はギャローデット大学を出た聴覚障害をもつ男性スタッフだったが彼はここが全世界の C I L の中心だと言っていた。バークリー C I L は自立センターの全米的モデルの一つであるのは間違いない。ここでは以下のようなサービスが行われている。自立生活技術訓練サービス、ピア・カウンセリング、介助者紹介サービス、住宅相談サービス、アドボカシー、青少年サービス、視覚障害者サービス、聴覚障害者サービス、精神障害者サービスなどが運営されている。例えば、自立生活技術訓練サービスにおける具体的な訓練プログラムとして介助者管理能力の訓練や安全管理、金銭管理、料理栄養管理、健康・医療管理、時間管理のような生活の自己管理能力の訓練サービス、買物や移動訓練、セックス管理の訓練などが提供されることで自立生活への移行がスムーズになされることを目指している。またアドボカシーとは障害者の社会的サービスに対する諸権利擁護を目的とする事業のことである。さらにピア・カウンセリングは C I L のサービス運営原則にかかわるものであり、同じ障害をもつカウンセラーが同じ障害をもつ者の立場から個別的、集団的にカウンセリングを行ったり、自立生活技術の習得訓練をすることなどにより、自立生活形成を促進する。C I L は障害者の社会参加の地域的拠点としてだけでなく重要な雇用の場の機能も果たしている。私が訪ねた時で、約 50 人のスタッフのうち 80% が何らかの障害をもつ人であった。またバークリー C I L は居住サービスは実施されておらず、地域に根差した非居住型のプログラムを用意していることになる。日本の場合、このようなセンターがないこと、親や家族の管理的保護の伝統が強いことから居住サービスが一層必要となるであろう。

今回私が訪ねて印象に残ったことはお金のかからない些細な事柄が人の意識を変え、障害をもつ人がアクセシブルな環境を創り出せるということである。例えば手の不自由な人がヘッドセットで自分の音声のみがインプット可能なコンピューターがある。ところがそれを設置している机の下に車椅子が入るには低すぎたとする。このことをその人を雇用できない理由とすることがあるという。私を案内してくれたスタッフは笑いながら、この机の足の下にブロックを敷けば良いのだ、そしてそのブロックは 5 ドルで手に入れることができるのだという。障害をもつ人に寄り添いその不便さを丁寧に辿り、理解することの重要性をこのことから学ぶことが

できる。

このデフをもつスタッフに障害の定義を聞いてみた。「何か日常的なことをする上で何かが必要となってストップする瞬間、例えば車椅子で上れない、目が見えないために介助犬が必要である、自立生活をする上で何か不自由を感じた、それが障害である。また精神障害で普通的生活をする上で薬を定期的に飲まなくてはならないことも含まれる」ということだ。彼自身、聴覚障害をもつゆえに、読唇術を使っているために一对一の会話は可能だが、聴衆との会話は不可能である。だから私は障害をもつ人になるということである。

ホスピスの普及の原因と共通する理念としてこの自立生活を支える自己決定や自己選択権の行使を評価する精神的土壌のようなものが米国にはあるのではないか。自分一人で生活ができること、仕事をこなしそれで生計を立てることができるということこのことがここで問題となっている自立なのではない。たとえ介助者のケアが日常必要であろうと、介助者の雇用や訓練や意思疎通も含めて自らの行動やライフスタイルを自らの意思で決定できることこのことがここで言う自立なのである。またこのような自己決定権の行使が人権として認められる思想的な土壌が米国にはある。これは末期癌の患者が延命を止めてホスピスで自分らしい死を迎えようと自己決定して病院を出ることと共通している。

死にゆくのは本人であり、障害をもって生きるのも本人である。その本人にとってよい生き方を自己決定できるようにすることが、周りを取り巻く私たちの役目でもある。そこにわれわれのような今現在、死に直面していない者や今障害をもたずに生きている者たちが、本人の自己決定に影響を与えてはならないであろう。医療側やケアの専門家がその専門的な知識や家族にとっての面倒さから本人の意思を取り込む危険性を排除するために本人の自己決定を尊重すること。そしてその自己決定に至るプロセスに、われわれ障害を現在もたない者、死に直面していない者の都合が入り込まないような生き方を選ぶことが内発的な義務としてなされることが重要ではないか。

CILは自立生活の制度的保障を確立する運動も行っており、自立生活の普遍化を目指している。例えばアクセシブルな環境整備の確立を目指す運動も展開している。パークリーのバスに乗車したとき、車椅子の人が一人で乗車できるように道の下までリフトが降りて車椅子を載せて揚げる。後部の座席は両側ともに自動的に持ち上がり、そこに車椅子2台分のスペースが空くことになる。では車椅子3台になればどうするのか。そのときは1台は後続のバスを待たねばならないということである。

CILでの自立形成の理念すなわち自己決定、自己選択の行使や介助者管理能力の獲得をベースとした場合、たとえ重度の身体障害者であろうと自立可能な障害者に対象が限定されはしないかというおそれがないか。例えば重度の知的障害者などは上記のような自己決定権の行使などのような意思を起点とした自立生活形成の場合、この理念から漏れてしまうおそれがあるのではないかということである。

Group home Tim's はパークリーの隣りオークランドにある。平屋の小奇麗なグループホームで州の補助と寄付金で運営されている。福祉施設とは思えないほど掃除が行き届いており、

臨床哲学のメチエ

その理由を尋ねると監査が入ったときに汚いところがあると、すぐに州からの助成が打ち切られてしまうからということだった。ここはフィリピン系アメリカ人が運営しており、アットホームな雰囲気を感じた。実際に障害をもつ人の部屋も案内していただいた。それぞれここから学校や職場にでかけていて昼間はほとんど部屋には誰もいない。スタッフは家族としてここに住む障害をもつ人と共に暮らしている。障害認定は4つのレベルからなり、レベル1の人は自分でかなり身の回りのことができる。せいぜいスタッフが食事を作ってあげる程度の一般的なケアを必要とする程度である。レベル2の人はスーパーヴァイザーが言えばそのことができる程度の人である。レベル3の人は24時間スーパーヴァイズが必要で、例えば外出時はスタッフの誰かが付き添い、ハミガキなどの世話も必要な程度の人で、このホームではこのレベルの人までを引き受けることにしている。さらにレベル4の人は behavior challenger をもつ人で一人につき二人のスタッフが必要となり、月額3000ドル支払ってくれるが他人に危害を加えることもあり、このホームでは引き受けていないそうである。スタッフにいくつかエピソードを伺ったところスタッフへの暴力事件が2度ほどあり、また放浪癖から警察に保護を求めたことも何度かある。この施設はCIL や次に見る Clausen house のように障害をもつ人の自立を目指しているわけではない。「遠く」を目指しているのではなく「近く」を目標にしているとのことである。「近く」とはどこか。援助を受けて日常生活を送ることということであろう。またこのホームはフィリピン系のスタッフだけか入所しているのは白人が多いのも特徴と言えよう。韓国系の人やフィリピン系の人など多くのアジア系の人々がこのようなグループホームの運営に当たっているが、日本人はこの種の仕事をしている人はいないということも聞いた。年配の女性スタッフがここで暮らす障害をもつ人を家族だと言っていたのが印象に残る。ここに暮らす障害をもつ人はしかし、確かに自分の家族に見捨てられた人々である。そして家族の愛情をもって援助を受けている。家族の愛情はしかし、よく言われるように家族の愛情に覆われて当事者の自立が阻まれていることもある。一度捨てられた家族の愛情をその人に取り戻し、その上でその人の自立を促すような愛情のあり方を模索するのは困難な道筋のように思われる。

オークランドにある People First のリージョナルセンターを訪ねたがここでは割愛する。

Clausen house もオークランドにある。ここは知的障害をもつ人 (developmental disability) のための自立生活プログラムで自立生活のスキルを長期間かけて学ぶ施設であった。ここはデイケア、居住、ジョブ・トレーニングのサービスが行われている。入所資格は18歳以上、米国籍者、自分の収入があること、必要な薬を自分で飲めること、鍵の管理ができることである。インストラクターの費用は国から出る。1日2時間のトレーニングプログラムがあり、料理、予算以内での買物、チェックブック(小切手帳)の使い方、小遣い帳の付け方などを学ぶ。

障害者の自立の現場をいくつか訪ねた。障害者は施設でも家でもない自分たちの存在する場を確保することを目指した。Clausen house はこのためのスキルを学ぶ施設でありあくまでも過渡的な施設という位置づけができよう。

3. おわりに

今回の研修旅行において考えたことをまとめてみたい。今日、生命や身体を議論するうえでキーワードになっているのが「自己決定」であろう。この言葉を使わずにホスピスも障害者の自立生活も語れないし、前進もしないであろう。

ホスピスは一般病棟から緩和ケア病棟へ場所を移し、医療内容も延命治療中心から疼痛緩和中心へと移行する。さらに今回見たように在宅ホスピスは場所をさらに自宅へと移すことになる。このようなことは患者の自己決定の尊重ということで行われる。このプロセスには病名告知、予後の告知などが前提となる。末期癌において告知を行う最大の意義は患者自身が残り少ない人生を主体的に希望あるものとして過ごせるようにということである。告知を受けるという自己決定がいつも人道的でよい結果を生むのかはその決定がどのようになされたかによって変わってくるであろう。健康な時の精神状態と不治ではないかという不安に脅える精神状態では自己決定の内容も変化する。自己決定を無視した無条件告知がその社会の常識になっていたとして、ある人にはそれが精神的暴力になりうる場合もあろう。私が訪れた患者の中にも病名や病気の内容について言及すると話を逸らしたり、ごまかしてしまう人もいた。また、告知そのものに反対意見を表明する人もいた。医療の目覚ましい進歩のなかで末期癌の患者は社会全体から見てどのような存在としてあるのか。病院にとって、医療者にとって、その家族にとって不寛容な存在にときになりはしないだろうか。「incurable な人」という点では時間的な違いこそあれ、障害をもつ人も医療従事者からみれば「incurable な人」であろう。そのような人々が社会から排除され、家族という愛情の規範化された場に追いやられているということも言えなくもない。一般病棟から緩和病棟へそして家族のもとにそして私が見た限りでは家族の女性という個人へとその存在の場を強いてはいないか。ターミナルケアは短期で終わるが、ある程度病変が固定しその状態が長期にわたる障害をもつ人はしかし、強いられた場から飛び出そうと主張し実行に移した。ここに自己決定の原理が働いた。しかし先にも指摘したように意思のみを起点とする自己決定の原理では救い出せない障害をもつ知的障害者がある。自己決定万能の脆さがここに見られる。医療の場面においても自己決定の名のもとに「死ぬ権利」や「死ぬ義務」が画一的に個人に強いることもあろう。個人の自己決定のプロセス、それに至るまでの環境がどのようなものであるかが問われるべきである。自己決定を尊重し、しかし自己決定の脆さを深く自覚する社会と人々の意識の確立が求められよう。そして「障害者の自立」と「在宅ホスピス」に共通して見られる試みは病院や施設から出るということであり、相違する点は前者は家族そのものが自立を阻む敵であるという認識であり、後者は家族によるケアという密室性を一旦解き放ち、これに全面的に頼ることを避け（家族ケアの否定）、病院という施設に閉じ込められていたケアを家に取り戻し（家族ケアの肯定）、地域にまで広げるということであった。そして何れの動きも新しいケアの社会化のかたちを問うということをおれわれに示していると言えるのではないか。

今回は、会澤久仁子さんのアメリカ・ホスピス研修報告に引き続き森正司さんの報告を掲載するとともに、以前より計画していた「セクシュアリティ」の特集を同時掲載した。その結果通常のページ数を大きく上回ることになったため、春夏合併号という形態をとることになった。

『メチエ』は1998年より臨床哲学研究室の論文集である『臨床哲学』から分かれ、「臨床哲学研究会」の報告や各研究グループの活動報告など行う媒体としてスタートした。「臨床哲学」は大学院哲学講座の専門分野となってから3年目を迎え、学内外からさまざまな関心のもとに人々が集まり、活動の範囲

も多様化している。これまで『メチエ』の企画・編集は本間が全面的に行っていたが、今年4月から本間が助手から講師となったこともあって、『メチエ』の編集方針を本年度からの新しくすることにした。

基本としては、編集総責任を本間が負い、毎号ごとに研究室内外より編集委員を募り、編集委員が原稿を依頼し、場合によっては執筆者も編集に加わって全員で原稿を検討する。またこれまでのように、すでに行った研究会の「成果報告」のみならず、臨床哲学としての新しい研究プランを打ち出すという方向でメチエを発行していきたい。

大学院という枠内で「臨床哲学」の活動を考えた場合、「研究」＝「論文を書く」という従来の研究スタイルを今後変えていく必要があるだろうし、その意味でも『メチエ』は積極的に新しい研究スタイルというものを提示していく自由な活動媒体として活用されることを期待したい。

今回の特集に関していえば、「セクシュアリティ」について書くということが括弧付きの「研究」ではなく、それ自身が行為・実践としてどのような意味を持ち、また持ち得ないのかということを経験者のあいだで議論した。セクシュアリティに関しては、「執筆者」は透明な主体では

あり得ないし、誰が誰に向かって書くのかという“人称”と“宛

臨床哲学の余白

先”の問題は無視することができない。セクシュアリティについて記述する者とされる者が「私」、「我々」、「彼ら」、「彼女ら」という人称のあいだでどのように引き裂かれ、あるいは併合されるのか。それとも主格／対格の問題ではなく、セクシュアリティを「誰の」という所有格で述べるのが問題であるのか。今回の特集ではこれらの問いはオープンなまま置かれているが、来るべき特集でぜひ考えてみたいことのひとつだ。

(本間直樹)

臨床哲学のメチエ

Vol.6 2000 春夏合併号

編集：大北全俊 + 栗田隆子 + 寺山範子 +
畑 英理 + 本間直樹

協力：Power Mac G4

大阪大学大学院文学研究科 臨床哲学研究室

560-0043 大阪府豊中市待兼山 1-5

homma@let.osaka-u.ac.jp

<http://bun70.osaka-u.ac.jp/>