

# 目次

特集：食べることとケア

食援助に関連するケア倫理の模索

——食事摂取が困難になった高齢者の援助事例を通して…… 菊井和子・渡邊美千代 5

「食べる／食べない」人のケアを考える…… 渡邊美千代・菊井和子 18

食べることと姿勢の関係について…… 玉地雅浩 28

食べることと法…… 稲葉和人 46

慣れ親しみとケア——ヒュームを手がかりに…… 会沢久仁子 62

食の繋がりから見る援助

——ハイデガーの「現存在」概念を手がかりに…… 服部俊子 70

ケアの多様で異質なコミュニケーション

——痴呆老人への食事援助を手がかりに…… 堀江 剛 84

食の存在論ノート…… 中岡成文 96

食と生きざま…… 西川 勝 102

食のほころび

——あるいは、食べることと食べさせてもらうこと…… 鷺田清一 107

\*\*

認識論的問題としての環境問題…… 紀平知樹 120

「脳」と「身体」——神経生物学的観点から…… 紀平知樹 132

臨床哲学研究会の記録…… 142



# 特集：食べることとケア

昨年度（2001年度）臨床哲学研究室の通称「ケア班」分科会では、食事援助およびその中止というケアの場面を取り上げ、一年間にわたって議論した。発端は、年度始めに分科会で何をテーマに議論するかを決めるとき、メンバーの西川勝さん（臨床哲学研究室大学院生、老人保健施設勤務、看護師）が、幾つかの事例とともに提示された、次のような「問い」にさかのぼる。

痴呆老人が食べられなくなったとき（あるいは食べることが困難になったとき、食べることを身体的にか意図的にか拒むとき）、周りの家族や介護・看護のスタッフは何に直面しているのか、何を考えればいいのか、どのようなケアやサポートが可能なのか、また不可能なのか。

この「問い」は、現在のケアの現場が抱えている諸問題を考える上で、基本的であると同時に非常に深い掘がりを示している。

人がものを食べることは生命活動や生活の基本中の基本であり、それを援助することもケアの最も基本的な動作の一つである。だが食べることは決して単純な活動ではない。そしてそれが人の生命や生活習慣に深く関わっているがゆえに、ケアも単純ではない。人がものを「食べること」また「食べないこと」とは、どういうことなのか。それを援助するにはどうすればよいのか。食事援助は骨の折れる作業であり、多くの労力を必要とする。しかし、増え続ける高齢者（食事援助を必要とする人）を前に、看護や介護のスタッフにも限りがある中で、どのような細やかなケアができるのか。またそこには誤嚥などによる生命の危険が常に伴う。だからといって安易に人工的な栄養補給技術に頼り（つまり食事援助を中止し）、人が「口から食べる」機会を簡単に奪ってしまってよいものかどうか。ものが食べられなくなって生を細らせていく高齢者に対して、援助者はどう付き合っていけばいいのか。さらにそれが意思疎通困難な痴呆老人である場合、どうなのか。

議論は、痴呆老人に対する食事援助とその中止という限定された問題を超えて、食べる・食べないことの意味、生活上の食事と生物上の栄養補給との違い、食べる／食べさせることの区別、一般の医療機関と福祉施設（またホスピス）での考え方の違い、そうした機関・施設の家族との相談やスタッフ間の意思統一の問題、拒食や過食といった現象、食事の仕方、さらには生物進化上の摂食の意味などにまで広がった。分科会のメンバーは看護師、介護福祉士、福祉施設職員、法律家、哲学・倫理学者、サラリーマン、学生、留学生など様々な領域の人々を含み、常時10～20人の参加者で

活発な対話が行なわれた。そしてこの議論に触発されて、何人かのメンバーが「食べること」や「ケア」に関する考えを口頭発表し、それがまた議論を触発することになった。またこの議論を、臨床哲学研究室全体の演習で要約して発表し、分科会に参加していない人々からの意見も交えて議論した。

こうして一年間が過ぎようとしているとき、この議論を何らかのかたちで成果にしてみようという気運が分科会に起こった。もとより一年間の議論で明確な結論が出たわけでもないし、それを目指したわけでもない。しかしこの議論の中で、メンバーは「食べることとケア」に関する諸問題を共有し、そこから豊かな切り口をそれぞれに見い出していったことは確かである。その個々の成果を、この『臨床哲学』の場で一つの特集というかたちで発表させていただくことになった。執筆者は一年間の議論から様々な触発を受け、それぞれの観点から力作を書いている。それらは、この議論に参加して下さったその他の多くの人々とともに生み出された成果である。

2002年6月

堀江 剛

# 食援助に関連するケア倫理の模索

——食事摂取が困難になった高齢者の援助事例を通して——

菊井和子・渡邊美千代

## 1. はじめに

“食べる／飲む”という食行動は人間の最も基本的な欲求で、看護では食事への援助を重要な機能の一つと規定している。看護 *nurse* の語源はラテン語の *nūtricius* (Oxford Dictionary of Etymology) で、滋養を与える、授乳する、子育てする、及びそうする人を意味し、元は乳母や保母などの呼称であったが、それが転じて乳幼児、弱者、病者の世話をすること、及びそうする人となり、今日では医療専門職の看護、看護婦<sup>1</sup>を意味するようになった。栄養物を与えること、つまり食への援助は看護の根源的なケアである。

食事として口から摂取された飲食物は消化管で消化吸収され栄養素として細胞に供給される。医療技術が発達する以前は人間は食べられなくなれば、次第に衰弱しやがて死に至ることが避けられなかったので、看護婦は患者に何とか食べさせようといろいろな努力をしてきた。近年、経管栄養法や高カロリー輸液療法（以下IVH）<sup>2</sup>の発達によりたとえ長期にわたり口から食べることができなくなっても栄養不足で死に至るとは限らなくなった。経管栄養やIVHは嚥下困難等で通常の飲食ができなくなった患者にとっても食の援助を行う看護婦にとっても画期的な代替食と言える。

しかし、食事、つまり“食べる／飲む”という行為は栄養補給という生理学的な欲求への対応であるばかりではなく、人生の大きな楽しみであり、家族や友人との絆を深める場であり、伝統儀式的の様式でもある。看護が医療専門職となって以来、看護婦は食事をややもすれば栄養学・生理学の視点で考える傾向が強くなり、食事の持つ文化的な意味を忘れがちである。栄養補給の効率や誤嚥による危険の回避のみを優先させて回復不能な意識障害のある高齢患者や嚥下困難患者の食事を簡単に経管栄養やIVHに切り替えることには議論の余地がある。

医療が人命の神聖性 (Sanctity of Life、以下SOL) を基本理念とした伝統的倫理規範から受け手である患者・高齢者・障害者等（以下患者という）の生活の質 (Quality of Life、以下QOL) を尊重し患者の意思を優先させるものへと意識変革が始まっている今日、経口摂取が困難になった高齢者の食への援助は如何にあるべきか、症例をもとにそのあり方を看護の視点および医療倫理の視点から検討したうえで、新たな食援助に関連するケア倫理の構築を模索する。

## 2. 事例<sup>3</sup>

### 2.1. 事例 A：家族の意思で経管栄養に切り替え延命を続けている事例

86歳、男性。パーキンソン病末期、全身衰弱顕著で食事、排泄等日常生活要全面介助。意味不明な発声はあるが会話不能。褥瘡形成、尿カテーテル留置、次男の家族と同居。嫁が主介護者になり訪問看護婦の援助を受けながら在宅介護を始めて3年になる。2年目頃から嚥下困難が始まり食事中咳き込むようになったので、食事を軟食にしてゆっくり食べさせるようにしたが、調理と介助に時間と手間がかかる上嚥下性肺炎が危惧された。医師の説明を受けた長男が鼻腔栄養に切り替えることを決め、看護婦の指導で介護者の嫁が鼻腔栄養の技術を習得し、1日3回実施している。家族は病気の進行状況を理解し、在宅での看取りを決めている。喀痰の排出多く、微熱持続。次第に衰弱して死の転帰をとると予測されている。

### 2.2. 事例 B：本人の意思で経口食を続け危機に陥った事例

84歳、女性。老人健康施設入院中。脳梗塞後遺症で嚥下困難があるにもかかわらず経口食に固執し続け、家族も患者の希望通りにして欲しいということで経口食を続けた。夫が付き添い看護婦とともに病院食と間食の介助をした。ペースト状の食事とプリン、ゼリーなどの間食を食べていたが、誤嚥が多く、飲み込むと咳き込み、吸引しながら食事をした。しばしば誤嚥による感染をおこし、喀痰多量、発熱を繰り返し医療処置による対処が必要であった。1年が過ぎた時、食事後激しく咳き込み、吸引したが喀出できず、意識レベル低下、呼吸停止となった。救急蘇生処置で気管内挿管、意識は戻るが喀痰多く頻回な吸引が必要であった。経口食は中止しIVH開始、状態は一時落ち着いたが、3日後、胸内苦悶を訴え血圧急低下し、急性病棟へ転出、3ヶ月後に死亡した。

### 2.3. 事例 C：入院／IVHを拒否し家族に看取られて終末を迎えた事例

85歳、男性。家族は長男と元看護婦の嫁の3人暮らし。胃癌を発見された時はすでに広範な肝転移があり根治治療は不可能だったが、腫瘍が潰瘍化し大出血の危険があったため胃切除術を受け、1ヶ月後退院。患者は癌の告知は受けていなかったが不治の病であるという認識はあった。術後5ヶ月頃より黄疸が出始め食欲低下、外科医より再入院してIVHを勧められたが本人が入院拒否、家族も自宅での看取りを決めた。食事は患者の希望を聞きながら好みのものを好みの時間に合わせて食べられるだけにしたので摂取量は少なく、栄養は十分でなかった。次男や孫が訪れた時は身体を支えられて酒宴に加わった。次第に衰弱し殆ど傾眠状態となり、呼び戻された孫の介護を受けながら術後6ヶ月で死亡した。

## 3. 事例の分析と評価

いずれも回復の見込みのない重篤な疾患を持ち食事摂取が困難になった高齢者の事例である。各事例に対して経口食、経管栄養、IVHのどの選択肢を選ぶかにより患者の経過と予後に大きな差が生じることから、これらの事例の援助方法の選択が適切であったかどうか、看護技術、生命倫理およびケアの視点から分析と評価を試みたうえで各評価

を比較検討する。

### 3.1. 看護技術の視点からの分析・評価

従来から看護では提供するケアが「有効」であるだけでなく「安全」で「安楽」であることを基本原則としてきた<sup>4</sup>。本稿では看護技術としての分析・評価にこの3基準を使用する。初期の看護では食への援助は患者の身体状況に合わせた食材選びや調理も含む食行動プロセス全体に対する援助であったが<sup>5</sup>看護教育制度が整備されて以来、食への援助は栄養学や食餌療法と関連付けて教育が行われるようになった<sup>6</sup>。ここでも栄養補給としての「有効」という従来の視点で評価する。

事例Aは嚥下困難のある末期のパーキンソン病患者で、質量共に十分な量が摂取できないが、経管栄養法という有効な代替食事により必要最低の栄養素を「有効」に摂取し1年に余る時間の生命を細々と生き続けている。事例Aとは対照的に事例Bは嚥下困難がありながら経管栄養を拒否し経口食に固執した例で、脳梗塞後遺症ではあるが意識は明瞭で一般状態は明らかに事例Aよりは良いので、経管栄養を実施していたならばもっと延命ができたはずである。しかしペースト状やゼリー状の食事では食品の質と量が制限されるうえに食事中咳き込んで折角口に入れたものも吸引しなければならず、栄養補給としては「有効」でなかった。事例Cは胃癌末期で経口食の摂取量が減少した時、本人の意思を尊重してIVHのための入院はせず、自然にまかせ1ヶ月後に死亡した例で、事例Bと同じ意味で「有効」でなかった。

次に「安全」についての阻害因子をみると、嚥下困難がある場合、経口食は窒息、誤嚥性肺炎、栄養不足などの危険があり、経管栄養法はカテーテルの気道への誤挿入、留置による粘膜の損傷や細菌感染、栄養物の濃度や注入速度の不適切による嘔吐、下痢などが考えられるが、一般的には経管栄養の方がより安全と考えられている。事例Aでは実施者は素人の家族であったが指導を受けてよく技術を習得し、1年余を危機的な合併症もおこさず一応「安全」に過ごしている。事例Bはしばしば感染症を併発し、遂に呼吸停止（窒息）という重篤な状態に陥り死亡したので、「安全」の評価は非常に低いと言わざるをえない。事例Cは、自宅療養では摂取する栄養素の絶対量が不足し脱水や衰弱を来す危険があるので「安全」評価は低い。

「安楽」の阻害因子は、経口食では誤嚥による咳き込みやそれに続く呼吸困難、感染症があり、経管栄養法とIVHではカテーテル挿入時の不快感や長時間の体位の固定・行動制限が考えられる。事例Aでは経口食から経管栄養法に変更することで誤嚥による咳き込みとそれに続く合併症の苦しさからは解放されたので、経口食と比較すれば「安楽」になったと言える。事例Bは食事中咳き込んで苦しく「安楽」とは言えなかった。事例Cは自宅の自分のベッドで食べたいものを食べたい時に食べることができたので「安楽」であったといえる。

### 3.2. 生命倫理の視点からの分析・評価

近年医療界で議論が活発になっている生命倫理の原理「自律 autonomy」「無危害 no harm」「仁恵 beneficence」「正義（公平） justice」<sup>7</sup>を適用して3事例を分析・評価すると次のように言える。

ヘルスケアにおける「自律」の原理はインフォームド・コンセントに基づく意思決定と密接な結びつきを持ち、その前提条件として意思決定能力が問われる<sup>8</sup>。患者にその能力が無い場合、家族を代弁者とするのが一般的である。また、最近の在宅ケアの考え方では家族も併せてケアの対象という捉えかたをする<sup>9</sup>。事例Aではケアの対象を患者に限定するか、それとも家族もケアの対象とするかで自律の原理への評価が異なってくる。援助方法の決定を行ったのは患者自身ではなく、日頃は患者と関わりの少ない長男であった。長男は遠隔地に住み交流は密でないので、寝たきりでコミュニケーション能力が無くなってすでに2年を経過した患者の意思をよく理解して代弁したかどうかは不明である。この決定は日本の伝統的慣習で家長として決定権を持つ長男が主介護者である弟の嫁の手間を省くという意図でなされたわけなので、家族の意思は尊重されたが患者自身の「自律」については不明である。一方、事例Bは患者と家族の意思は十分に尊重されたので「自律」は高く評価できる。事例Cは患者の入院拒否を家族がよく支持したので「自律」は守られた。

「無危害」は上記の「安全」と似ているが積極的に危害を加えないのみでなく危害のリスクを負わせないことも含んでいる<sup>10</sup>のでより強い原理である。既に述べたように嚥下困難な患者に経口食を続けることは無危害とは言えないと同時に経管栄養も経口食にくらべて危険性は小さくても全く危害のリスクがないとは言えない。「無危害」の原理は事例Aはある程度守られ、事例Bは守られなかった。事例Cは衰弱死のリスクがあったことから守られなかったと言える。

「仁恵」は患者の幸福を増進させることで、ヘルスケアの重要な目標である。しかし、ある行為が利益を与える（可能的善）と同時に害も与える（可能的有害性）ことが予測されるならば、それを比較考慮し釣り合わせる義務がある<sup>11</sup>。かつて健康と幸福は殆ど同義語であったが、先端医療技術の発達した今日、しばしば医療の専門用語としての健康と個人が生活の中で実感する幸福とのあいだに微妙なずれが出てきている。何が究極的な意味での患者の幸福か、という問は最も評価の困難なところである。またこの原理が自律と衝突した時、近年の法的判断は専門家の仁恵義務より患者の自律権を重視するようになってきている<sup>12</sup>。ヘルスケアの仁恵を通常の意味での健康増進や延命とするならば経管栄養やIVHは経口食のみに比較すれば栄養補給としてより目的に適った方法であるが、仁恵を患者の主観的幸福感とするならば3事例ともに評価には議論の余地がある。

「正義（公平）」は患者のニーズを充たすのに十分なヘルスケア資源や経済資源がない場合、その公平分配を求める原理である<sup>12</sup>。しかしヘルスケアの現状では理論的にも現実的にも完全に公平な分配はありえない。また、正義（公平）原理が仁恵や自律の原理と

衝突する時には常に他の原理に勝るわけでもない<sup>13</sup>。在宅ケアにおいても施設ケアにおいても、身体的にも心理・社会的にも様々なニーズを持っている家族や患者がいて、それらの人にも世話や処置が必要な場合、一人の患者の食への援助のみに不公平に多くのケアを提供することは「正義（公平）」の原理から考えると問題があるといえる。事例Aは在宅ケアで介護者は主婦であったため経口食では他の家族や介護者自身のニーズが満たされなかったが、経管栄養に切り替えたことで患者に対する食事援助の時間と労力が少なくなり不公平は幾分是正された。事例Bは家庭復帰をめざしてリハビリを行う老人保健施設に入所しているため、経口摂取の訓練のため看護婦の時間と労力がかかっても不公平とは言えない筈であるが、施設のマンパワーが十分でない今日、何が公平なケアの配分かは大きな議論の余地がある。事例Cは長時間をかけた食事支援は行なっていないので、正義（公平）が歪められたとはいえない。

### 3.3. 担当看護婦のディレンマ

看護技術の原則と生命倫理の原理を基準に3事例について援助の分析・評価を試みたが、患者と家族に深くかかわった担当看護婦らが日々のケアの中で直観的に感じ取ると上記の評価の間にはずれがあり、彼女らはその落差にディレンマを感じていた。

事例Aは、看護技術原理からも生命倫理原理からも状況の許す限りの高い評価が得られた。心身の機能が衰え終末期にある老父を息子の嫁が在宅介護し、家で最期を看取することはわが国の伝統的家族の価値規範からも高く評価される。しかし、5人家族の主婦として妻や母の役割も同時にこなしながら24時間介護を続ける嫁は明らかにストレス過重になっていた。嚥下困難の症状が出はじめた時、医師から説明を受けた長男の判断で経管栄養に切り替えた。患者には生命を維持する最低の栄養が補給され、1年以上が経過した。かつては要職に在り社会的にも家庭的にも敬意をもって遇されていた人が、今は家族とのコミュニケーションもなく、身体の全面介護を受け、人生最後の時間を細々と操作的に生かされている姿に訪問看護婦は複雑な思いを抱いた。もし自分が介護される立場ならばとても悲しく辛い状況だと思った。訪問看護婦としての基準による職務を確実に果たしたという満足感より、経管栄養という技術で不自然な生命の延長にかかわったことに虚しさを感じていた。

事例Bは事例Aとは対照的に原理原則による評価は非常に低かった。担当看護婦は高度救命救急医療センターでの看護経験があり、嚥下困難のある患者に経口食を続けることには反対であった。入院患者の食事方法を決定し指示を出すのは医師であるが、医師は看護婦から患者の摂取能力や希望を聞いて判断するので、食事法の決定に関して看護婦の発言力は大きい。担当看護婦は、患者がいくら経口食に固執したとは言え、自分が看護婦として強引に経管栄養を勧めなかったことに深い罪悪感を感じた。そしてこの問題を病棟カンファレンスにかけ他の看護婦の意見を聞いた。多くの反省点が挙げられた

が、最終的には患者の強い希望を受け入れ時間と労力と技術を尽くして食への援助したので、患者本人の意思を尊重したケアであったと評価された。担当看護婦は、全く納得したわけではなく未だに罪悪感を抱えているが、最近では延命よりもQOLを重視する老健施設のケアにより大きなやりがいを感じ始めている。

事例Cは長男の嫁が家族と看護婦の二つの役割を持ったケースである。長男夫婦は患者が診断を受けて以来、医師から大きな決断を二度迫られた。まず、根治手術ができないのに胃切除術を受けるかどうか、次に経口食による栄養補給が不十分になった時に再入院してIVHをするかどうか決めなければならなかったが、その都度、元看護婦として自分の発言に大きな責任を感じた。手術の時、患者には末期癌であるという最も重要な事実を隠し胃潰瘍と説明して納得させたことは、当時の常識としてやむをえなかったと考えている。手術は吐血と末期の激痛を予防した意味では有効であったが、診断を受けるまでは普通食を食べていた舅が入院してから死亡まで遂に一度も好物の酒や寿司を楽しめなかったことについて、医療の抱える矛盾を感じている。再入院を勧められた時、強く説得して入院させればもう少し長生きできたのではないかという心残りもある。最後の約1ヶ月、次男や孫が次々と訪れ食卓を共にし形だけではあるが杯を交わしたことや、舅が昔の思い出話を語り、「世話になるなァ」と感謝の言葉を残したことが暖かいものとして胸に残っている。二度の決断が適切だったか、在宅の看取りの方法がよかったかどうか迷うこともあるが、胃癌末期の激痛や嘔吐も無く、最後は子どもや孫に囲まれて眠るように死亡したので、よい看取りをさせてもらったと感謝している。

### 3.4. 看護技術、生命倫理およびケアの視点からの評価の比較

看護技術、生命倫理およびケアの視点からの評価をまとめたのが表1である。評価基準は想定される選択肢の中での相対評価とした。各視点からの評価には差があった。特に看護技術の評価とケアの視点の評価は大きく対立した。事例Aは看護技術としては最高の評価を得ながら看護婦自身は虚しい看護だったと自己のケアに否定的な評価をしている。一方、事例Bは看護技術としては最低の評価で看護婦は罪悪感を抱いたが、患者と家族の意思を尊重した結果なので不幸な転帰をとったにもかかわらず家族も納得し、病棟カンファレンスでも肯定的に評価され、担当看護婦はアンビヴァレンツな思いを抱いている。事例Cは栄養補給を目的とする援助としては高い評価はされないが、本人の意思が尊重され安らかな最期を迎えたことに看護婦である嫁は良い看取りであったと肯定的に評価している。

日本では生命倫理理論の臨床現場への適用はまだ緒についたばかりである。最も基本となる自律の原理についても患者自身の意思が問われることは少なく、多くの場合、医師と家族の代表者のコンセンサスで援助の大枠（経口食、経管栄養、IVH等）が決定されるため、そのケアが真に患者の自律を尊重したかどうか判定が困難な場合が多い。仁恵

については、わが国ではいまだSOLとQOLが対立する場合の判断基準が真剣に討議されることは非常に少ない<sup>14</sup>。正義（公平）についても、提供資源がニーズを下回る場合が多いにもかかわらず配分の基準が決まっていないのが現状である。従って評価は議論の余地を残したものが多く、今後真剣に議論すべき課題である。

#### 4. 食への援助に関する新たなケア倫理構築の必要性

3事例について、安全、安楽、有効という従来の看護技術の原則に併せて、自律、無危害、仁恵、正義（公平）という生命倫理の原理を用いて分析・評価試みたところ、幾つかの新たな視点による理解を得ることができた。しかし、生命倫理の原理は判断の際考慮する因子が多く判定が困難な上に、各原理間に矛盾と葛藤があることが多い。その場合、どの原理を優先すべきか、ある原理を他の原理より重要とするならばその根拠は何かなど検討すべき事項が多く、それを基にケア方法を決定したり評価するのは問題である。また、実際に事例を担当した看護婦は看護の原理原則でも生命倫理の原理でも割りきれない複雑な思いを抱いていた。今回用いた“食事摂取が困難になった高齢患者”という事例設定では食への援助に関連する限りない状況のなかの非常に限られた問題を提示したに過ぎないが、この限定された事例からでも、食への援助方法決定と実践に対する評価の難しさが浮かび上がってくる。医療現場では確固とした指針のないまま看護婦は実践に当らざるをえない。その結果、手順に忠実な援助を行いながら虚しさや罪悪感が残り、良いケアを提供したという喜びや満足感を味わえないことが少なくない。今一度ここで原点にかえて、食べる／食べさせる”ということ、つまり“食とは何か”“援助とは何か”について検討し直す必要がある。

##### 4.1. “食べる／食べさせる”とは？

食とは、元々自然界に棲息する植物や動物を加工・調理して食物という形にし、それを味わいつつ嚥下することで体内に取入れ、胃腸で消化吸収し体内に同化する一連のプロセスである。人間は誕生以後、原則的に母乳による食援助を受けた後、離乳食を経て食事のセルフケア行動を確立するが、食には栄養補給という生理学的な意味があるだけでなく、美味しいものを食べるという快感、他者と共に食べるという喜び等、心理・社会的にも大きな意義のある行動である。食行動は自分だけでできるものではなく、他者との関係性のなかで行われる。様々な過程を経て供される料理は自然と他者からの賜物であり、共に囲む食卓は他者との交歓の場である(図1)。私たちは通常は食事を端的に「美味しい」「楽しい」そして「その結果に満足した」と評価している。よい食事は人間にとって生きるエネルギーの源であり、人生の喜びであり、他者との関係性を深める場である。ところが食は常にそういった肯定的な意味をもたらすものとは限らない。食行動は、状

況の変化によって、活力供給源が危害の原因に、喜びが苦痛に、交歓の場が断絶の関係にと逆転しうるものでもある。食は“食べ物”“食べる人”および“食卓を共にする人”の三要素の間うまく調和がとれてはじめて肯定的価値を発揮するが、この調和が崩れると人間を不幸にし、生命を危機に陥れる凶器となるという否定的価値をも持つようになる。この調和を崩す要因は様々であるが、加齢や健康障害はその代表的なものである。その時、誰かの援助が必要となる。援助は、本来は失われた調和を回復させるためのものであるが、その在り様によっては援助自体が調和をさらに崩す悪循環の原因ともなりかねないという危うい要素をもっている。ケア提供者が援助を行なう時には、それが真に患者の食行動の調和回復に役立つものであるかどうか確かめながら実践しなければならない。その時、何を基準にケアを決定し、実行し、評価するか、その根拠がこれまでの基準では不満足であることが三事例の検証からわかった。

#### 4.2. 失われた調和の回復を求める食卓の演出

重篤な疾病をもち食事摂取が困難になった高齢患者の食卓は限りなくわびしい。というよりも彼らにはもはや着くべき食卓がない。患者は親しい人と共に食卓に着くのではなく、狭く居心地の悪い病床上で唯一人で制限された食べ物と直接対峙し、何とか食べようと格闘する。がそれも難しくなった時、“食べ物”と“食べる人”の間に援助者として“食べさせる人（看護婦）”が介入することになる。（図2）看護婦は介入の目標を安全、安楽、有効に栄養物を摂取させることにおく傾向がある。しかし、先に述べたように食援助の本来の目的は食べ物、食べる人、共に食べる人の間の崩れた調和を回復させることで、患者の「美味しく食べたい」「楽しく食べたい」そして「満足したい」という要求に応えることでなければならない。

ところが、この「美味しい」「楽しい」「満足」というのは実に捉えどころがない主観による感情であって、食べ物自体の持つ旨味や料理法、食べる人の嗜好や身体状況、誰とどこで食べるかという環境条件等々、数知れぬ因子によって大きく影響される。例えば、食欲の衰えた病人には白粥と梅干しが何より美味しく、嚥下困難のある患者にはペースト状のものがもっとも楽に飲み込めるものである。また同じ人にとって同じ食べ物が常に同じ評価ではなく、空腹時と満腹時、誰と食べるか、誰が食べさせるか等で刻々と変化する。考慮すべき因子は無限に多く、普遍性、信頼性、妥当性のある評価基準を作ることは全く不可能である。看護婦と患者（またはその代弁者）は協力してこの交錯する複雑多岐な要因を統合して援助方法の基本枠（経口、経管、IVH、自然に等）を決め、さらに毎食ごとにその時の状況を見極めながら具体的な決定を重ねていく。ケアされる人とケア提供者が共同でその場その時に見合った方法をその関係性と直観によって決め、実践し、評価していくのが食援助本来のあり方ではないだろうか。そもそもケアというのは、その本質として理論的な原理原則を当てはめて評価するものではなく、看護婦の

提供するケアを受け手である患者が主観的に満足したと評価して初めて有意義なものではないだろうか。看護が単なる技術 **technique** ではなくアート **art** とされる所以はそこにあるのではないか。そういった視点で事例Cを詳細に検証してみる。

食欲が低下しても入院して **IVH** を行なわないことを決めて以後、嫁と舅のケア関係は深まった。経口食が栄養補給の唯一の手段であるからには何とか食べてもらいたい、でも本人が食べたくないと言って食べない限りそれを強制することはできない。毎食毎食が真剣勝負であった。しかもその勝負は穏やかな雰囲気の中での闘いである。ある時は、「食べたくない」という舅に「〇〇ちゃん（孫）から美味しそうな佃煮が届いていますよ。少しでも食べてみませんか？」「ああ、××屋の佃煮か？じゃあ、お粥と食べてみようか」ということで、「食べたくない」という意思決定は簡単に反転した。またある時は、「何か食べてみたいものはありますか？」という問に舅が要求したものは嫁の想像もしていなかったものだった。「昔、中華蕎麦が出始めた頃に食べたあのスープはおいしかったなァ。あれをもう一度飲んでみたい」。そこで用意された中華風スープは実際には一口しか飲めなかったが、スープを前に舅は昔の思い出を語りはじめた。戦時中は子供たちに食べさせるのに苦労したこと、食糧が豊かになって初めて食べた中華蕎麦に感激したこと等々、ぼつりぼつりと話した。その後も舅の要求する食べ物は昔の思い出と結びついていた。また、次男や孫が訪ねてきた時は衰えた身体を支えられて離床し、皆と食卓を囲んで形だけの杯を交わした。最後の数日は傾眠状態となり、呼び戻された孫たちに口を湿らせてもらいながら臨終を迎えた。

この事例では患者は“食べる”ことはできなかったが、家族が協力して“共に食べる”ための食卓の風景を演出し復活させた（図3）。前述のように、“食べ物”“食べる人”“共に食べる人”のいずれの要素が機能不全になっても食事の調和は崩れるが、逆に調和が崩れた時には夫々の要素がお互いに補い合って調和を回復するように働きかけることも可能であることをこの事例は証明していると言えるのではないか。ケアの受け手は疾病や障害をもつ人なので全ての要素が健全に機能しているわけではない。それゆえに最早調和のとれた健康的な食卓を望むのは不可能と断定するのではなく、その人とそれを支える人の持つ力をうまく活用して失われた調和を回復させるのがケア本来のあり方ではないだろうか。

#### 4.3. ケアリング倫理の構築に向けて

近年、ケアの倫理を生命倫理のサブカテゴリーからはずし、独自の倫理モデルを創ろうとする動きがある<sup>15</sup>。Noddingsらは、ケアは合理的推論に基づく生命倫理の原理で導かれるものではなくケアリングの理想そのものの力で導かれると主張し、ケアはケアされる人へのケア提供者による受容と確認（受容性）、人間存在の事実としてケア提供者のケアされる人への関係（関係性）、ケア提供者からケアされる人への **commitment**（責任性）であるとしている<sup>16</sup>。つまり、ケアリング関係の中でケアされる人とケア提供者は人間と

いう関係のパートナーであり、ケアは伝統的な倫理原則で導かれるのではなくケアリングの理想そのものの力で導かれるという見解である。具体的に言えば、看護婦は生命医療倫理原理で決定された処置を看護技術として忠実に実施するのではなく、事例ごとのケアリングの状況のなかで、ケアされる人とケア提供者が共同でその場その時にあった決断をしていく、つまりケアリング自身が倫理を構築していくとする意見である。筆者らもその主張に賛同する。

Noddingsの考えに関心を持ち基本的には認めながらも、この理論には大きな落とし穴があると批判する人もいる。Kuhseは「普遍的な倫理原則をすべて拒否して一貫性を失うならば、その時私たちに残されるものは、ただの忝意性と気まぐれだけである」と厳しく指摘する<sup>16</sup>。確かに、ケア場面がケアを受ける人と提供者との二者のみで構成され、閉鎖的な環境で介入が行われるならばその危険は否めない。それを回避するためにはケア場面を開示し、常に第三者を引き入れることが必要であると筆者らは考える。例えば事例Cのように、ケアを受ける舅とケアを提供する嫁だけが食卓に臨むのではなく息子や孫など他の家族員を参加させることで皆が納得し満足するケアが展開されるのではないか。

## 5. おわりに

看護が救命延命中心から生活の質への援助に重点を移しはじめて以来、医療処置としての栄養補給のみでなく食事本来の援助を回復させようとする動きがある。多少の嚥下困難があっても出来る限り経管栄養を避け経口食を続ける試みが始まっている<sup>17,18</sup>。その時、看護婦は患者の身体と心に耳を傾けなければならない。患者の息を聴きながら患者と呼吸を合せて一匙一匙を口に運び、共に咀嚼し共に嚥下する感覚で食べたり飲んだりすることを援助している。そうすれば、それまで食べられなかったり食べなくなったりした人が驚くほど上手に美味しく食べることがある。その時、食べた人と食べさせた人は大きな喜びに包まれる。反対に食援助に失敗し危機状況を招くリスクも負わなければならない。それは責任の重い選択である。例えば事例Bの担当看護婦はその負い目を引きずり、いつまでも罪悪感に苛まれている。患者の苦しみは看護婦の苦しみである。

これまでの看護は、患者の「安全」を守るということを建前に患者のニードを抑制するようにケアを方向づけてきたきらいがある。「安全」「安楽」「有効」の基準は患者のためであると同時に、それさえ守っていれば第三者から非難されることはないという看護婦を守るための盾でもあった。しかし、自らリスクを引き受けても患者の真のニードに応えたいという人たちが現れたはじめた。患者と看護婦が喜びと苦しみとを共有しながら、その人・その場・その時のケアを共同でたゆみなく作り上げていくこと、それがケア倫理の基本ではないだろうか。

表1 援助に対する看護技術、生命倫理およびケアの視点の評価の比較

	状況			看護技術の評価			生命倫理の評価				ケアの視点の評価
	経口食への意欲	決定者	主介護者	有効	安全	安楽	自律	無危害	仁恵	正義	
事例A 経管栄養	不明	家族	嫁	○	○	○	本人？ 家族○	○	？	○	操作的な介入が虚しかった。
事例B 経口食	強くあり	本人	夫	×	×	×	本人○ 家族○	×	？	？	生命危機を招いた罪悪感と意志を尊重したいというアンビバレンツな思い
事例C 自然に	食欲減退	本人	嫁	×	×	○	本人○ 家族○	×	？	○	良い看取りをさせてもらったと感謝している

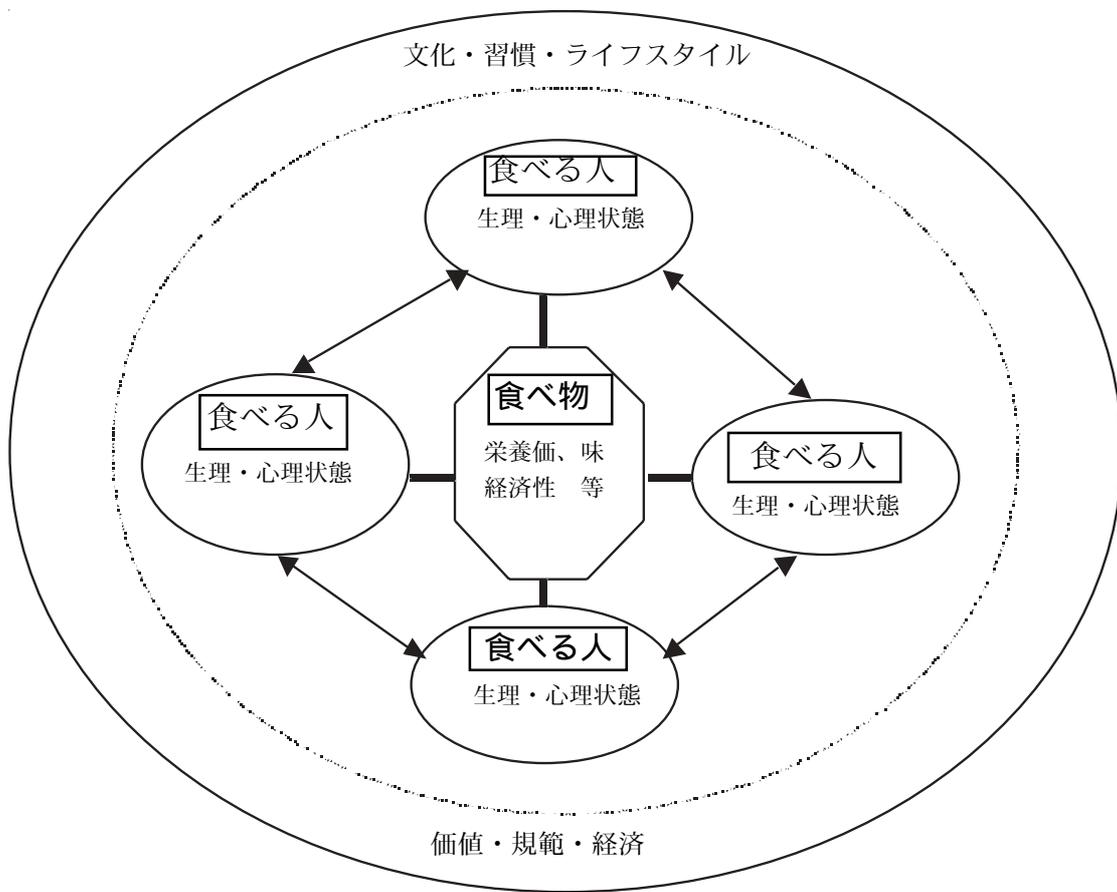


図1 調和のとれた交歓の場としての食卓風景

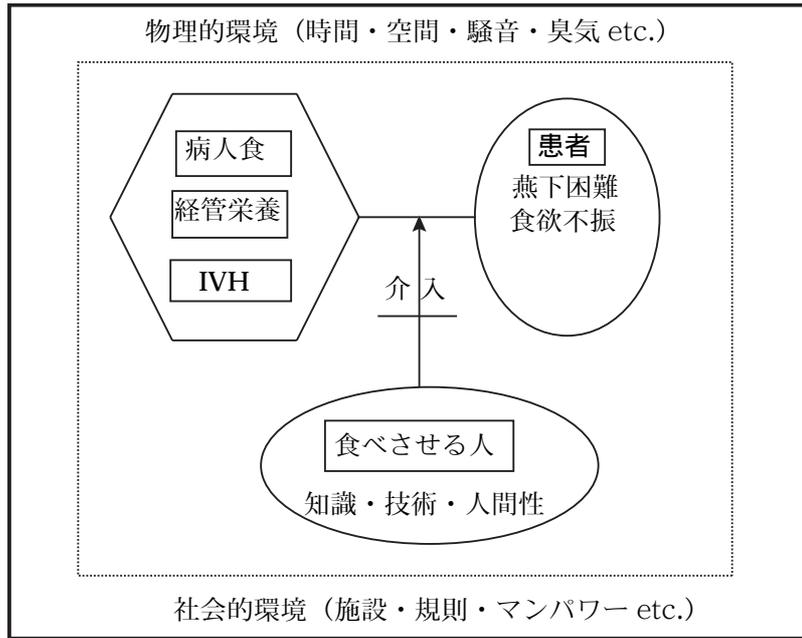


図2 食事摂取が困難になった高齢患者の調和の崩れた食卓風景

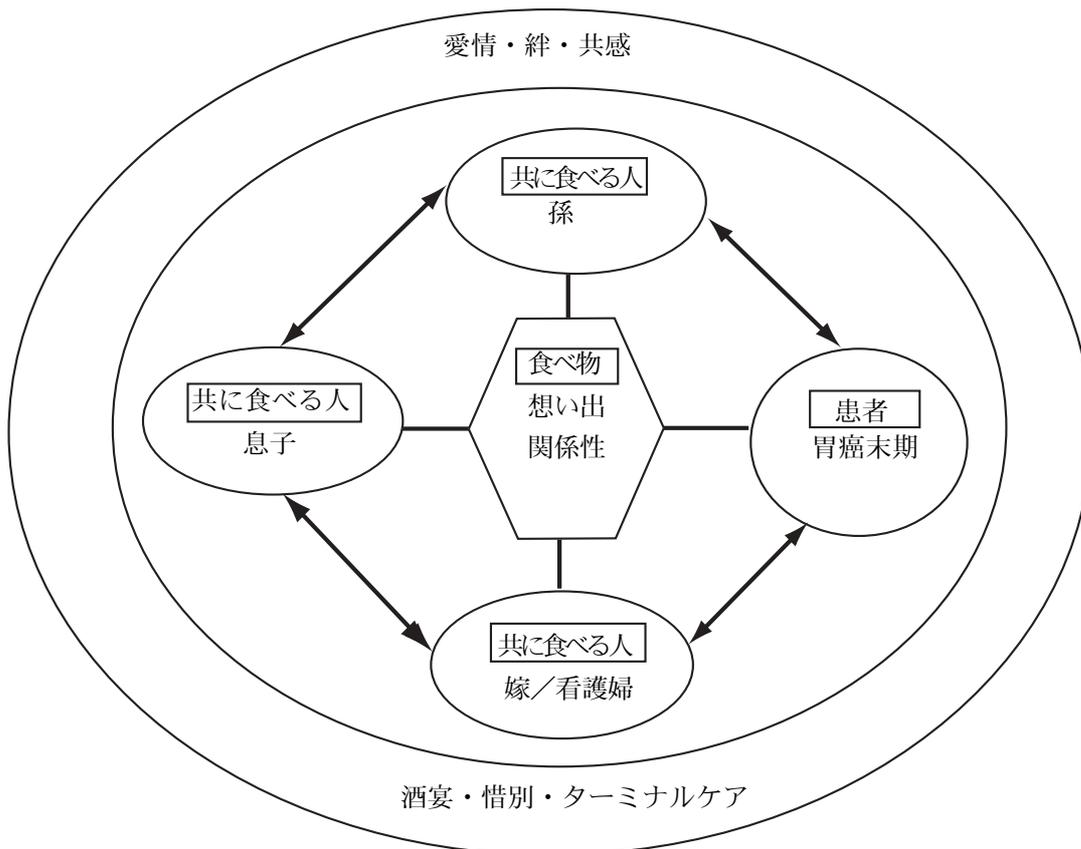


図3 調和の復活した事例3の食卓風景

## 注

- 1 平成13年の法改正（平成十三年法律第五十三号）により看護婦の名称はと改められたが、本稿では従来の慣習による看護婦を使用し、そのなかには男性の看護師も含む。
- 2 嚥下障害等の理由で経口的に食事の摂取ができない場合の栄養補給法として、経鼻的にまたは胃瘻からチューブを挿入し低残渣性・易吸収性・高エネルギーの成分栄養剤（elemental diet）を注入する経管栄養法と無菌操作で鎖骨下静脈等から中心静脈に挿入したカテーテルを留置し長期間高濃度の栄養輸液を行なう中心静脈栄養方法等がある。
- 3 プライバシー保護のため、用いる事例は担当看護婦の了解を得た上で検証内容に関係の無い個所を一部改変している。
- 4 氏家幸子：『安全・安楽。基礎看護技術特』第4版、医学書院、126-128頁、1994。
- 5 Nightingale F: Taking Food, *Notes on Nursing*, 1859, Reproduced by Edward Stern & Company, pp36-47,1946.
- 6 尾岸恵美子：看護における栄養学の流れ、尾岸恵美子他編、看護栄養学、医師薬出版、2頁、1996
- 7 ビーチャム T.L、チルドレス J.F：生命医学倫理、成文堂、1997
- 8 前掲書 7)126 頁
- 9 フリードマン M.M：家族看護学－理論とアセスメント、へるす出版、3-6、1993
- 10 前掲書 7)231-250 頁
- 11 前掲書 7)142-145 頁
- 12 前掲書 7)312-360 頁
- 13 町野朔：患者の自己決定権と法、東京大学出版会、163頁、1986
- 14 日本尊厳死協会は「終末期医療に関する提言」で緩和医療の拡充提言を行っているが、医療界や厚生省での活発な議論は少ない。
- 15 Fry S.T: Toward a Theory of Nursing Ethics, *Advanced of Nursing Science*, 11(4), 9-12i»ÅA1989
- 16 ノッディングズ N,：ケアリング、晃洋出版、1997
- 17 クーゼ H.：ケアリング、メティカ出版、199頁、2000
- 18 中口恵子：摂食・嚥下障害患者へのチームアプローチ、看護技術、44(1)、60-66頁、1998
- 19 水沢広代他：意識障害患者の嚥下障害へのアプローチ、看護学雑誌、63(1)、27-29頁、1999

（本稿の一部は「嚥下困難をきたした終末期高齢者の食援助に関連する倫理的課題」〈川崎医療福祉学会誌 Vol.12,No1〉から抜粋したものである。）

# 「食べる／食べない」人のケアを考える

渡邊美千代・菊井和子

## 1. はじめに

食べ物の外観・香り・テクスチャー、味、温度、音といった食味特性を感覚受容し、身体が受ける食知覚は、「食べる人」の食欲に大きく影響を与えている。食べることが苦痛としか感じられなかったり、空腹を感じなかったりする人、つまり「食べない」人にとっても、食知覚は大きく影響している。しかし、「食べる／食べない」ことを援助する場合、食行動のみにとらわれがちとなり、「食べない」人の口に食物が入り、消化器に収まることに食援助する人の安堵感があるように思われる。

「食べない」人が「食べられるかもしれない」「少しでも食べてみよう」といった気分に変化していく感情の揺れのプロセスに関わることも、ケアする人の大切な役割であると言えよう。たとえば、その人、個人にしか体験できない食知覚をケアすることは、その人の身体が今ここにあることを存在確認できる瞬間を支えることにもなる。「美味しい。そうこの味。生きていてよかった。」と思えることが、生きてきた自己の存在を実感することにもなる。その反面「食べない」人に対して、「食べられる」ようにするケアが、その人個人の存在を否定することにもなり得ることもある。

今回、「食べる／食べない」ことのケアを検討する中で「食べる／食べない」ことが、生活全体（存在様態）に関わることであり、人間の自己実現を考えた生活全体（存在様態）を保証しようとする実践であるということを示唆してくれた。この議論から「食べる／食べない」人とケアする人の関係性を考察し、「食べる／食べない」人へのケア課題を明らかにすると共に「食べる／食べない」人の新たなケアの構築を試みたいと思う。

## 2. 「食べる／食べない」ことのケアの手がかり

岡啓次郎著「食生活論・食生活と健康」によると「食う」と「食べる」という言葉から受ける印象を次のように述べている。「食う」は、「生きる・生存・一人・攻撃性・秘匿性・餌・口→食物・無秩序」とし、「食べる」は、「暮らす・生活・集団・交流性・団欒性・料理・食物→口・秩序」であると言う。<sup>1</sup>「食う」は、動物が獲物に襲いかかり、生き抜いていく為の本能的な行為であり、「食べる」は、食物が多くの人の手を介して人間の食卓に届けられ、調理することで人間の口に入ることになる。その過程には、同等に

分配する、自然界から得られた食物を争いなく円滑に配分し、分かち合うことが食を通じて理解できる。真壁は『ヒルデガルド・フォン・ビンゲンの世界一食は自然や人との交わり』の中で「むさぼりでなく、適度な食べ物を互いに分け合うということは、私達の人生のもっとも大きな課題の一つとされた」<sup>2</sup>と述べている。臨床においてケアを受けて食べる患者と食べられるようにケアする者が分け合うことは、食物そのものを分けるというのではなく、共食できる場、つまり「食べる／食べない」ことのケアを通して関係性を構築し食環境を気遣うことにあると思われる。

意思表示ができない患者の場合、食べたい、食べたくないに関わらず、食事時間となれば、援助者の手によって食物が一方的に口へ運ばれることになる。もし、援助者が無理矢理、患者の口に押し込むようなことになれば、食物を運ぶ行為は攻撃性をもたらすこととなり、その行為は無秩序化されることになる。このような場合、患者にとって味わいや食嗜好、食卓の団欒は奪われ、援助者によって患者の満足感や個人に内在する嗜好は無視されることになる。これでは、気配り (attentiveness) を必要とするケア (care) から遠ざかることになろう。本来ケアする者が食のケアに関わる場合、「食べない」患者一般に関わるのではなく、特定の時間的、空間的、社会的な存在者として関わりながら複雑な関係を築いていくことになる。その関係が織りなされる過程からケアする者は患者の食嗜好、食傾向、食パターンを知る手がかりを得て、関係の総体を広げることを可能にするであろう。

### 3. 「食べる／食べない」人から伝えられること

#### 1) 「食べる／食べない」ことのケアを通して見えてきた存在欲求—事例を通して—

この事例は食援助する者が、「食べる／食べない」患者の存在様態に自己投企し、患者の痛みに感情を寄せながら絶えず変化する患者に関係しようとする中で患者の存在欲求が見えてきた例である。

#### 【事例】

女性、35歳、精神分裂病（2001年8月の日本精神神経学会で統合失調症と病名変更を提案）以下T氏とする。

T氏は、幼い頃から母親に「〇〇しなさい。」「〇〇しないとダメでしょう！」などと命令的、指示的な態度で育てられた。20歳過ぎた頃から誰もいないにも関わらず、T氏に数人から「〇〇しろ！」「そんなことしてはダメだ！」「なぜこんなことするの？」などとT氏がすることなすこと注文をつけたたり、命令したりする声がすると言う。その為、家に閉じこもったきりになり、独り言も多くなる。食事も家族とは絶対に食べることはなく、家族が寝静まった夜中になってから台所をあさるようにして密かに食べるといった状態であった。そして「この味はおかしい」「臭い」などと言って、全く食べなくなる。

T氏はかなり痩せ、栄養失調に近い状態で母親が病院に連れてきたことから入院となった。

入院してからも食事をほとんど食べない日が多く、看護師は何とか食べてもらいたい一心からテーブルに座っているT氏の横に寄り添うように座って、「食べないと元気が出ないよ。少しは食べないと」とT氏を励ますようにしてスプーンでおかずをすくって差し出すとT氏は、その言葉かけと食べ物を差し出した看護師の手に反抗するかのようになり食器を手で払いのけ、お膳をめっちゃめっちゃにした。食器の中のご飯や惣菜はテーブルの上に散らかり、さらに床に落ち、とても食べられる状態ではなくなる。それを見たA看護師は払いのけようとするT氏の手を掴んで、散らかすことを止めに入り「食べ物をそんな粗末にはしてはいけない」と注意する。しかし、そんなT氏の食事風景が2、3日続くと思うと、ゆっくりではあるが、時間をかけて食べることもある。看護師達は、食べずにお膳をひっくり返すような行為がある時は、「食べるな」といった幻聴に左右されているのだろうと考えた。食べたり、食べなかったりの繰り返しであったが、次第にT氏は、食事時にはテーブルに付き、時間をかけてでも自分で口に食物を運んで食べるようになった。A看護師はT氏が食事をどのように味わっているかを気にとめながら「いいね。今日の食べっぷりは！」などと声をかけると、その日の食事はほとんど食べることもある。A看護師が「よく食べたね」とT氏に声をかけるとうれしそうに「うん」とうなづく。しかし、T氏がほとんど食べる時は、味わうことや食を団欒するというよりも食べることでA看護師に褒められたいといった思いからむさぼるように食べているようであった。

### 【A看護師の判断と看護実践】

A看護師は、T氏が食べたり、食べなかったりする状況を次のように判断した。幼い頃から厳しい母親に育てられ、T氏が「食べない」のは母親の命令や指示的言葉によって脅かされてきたことからの抵抗と考えた。「食べる」といった行為は、生理的欲求を充足することや食嗜好を満たすというよりも「褒められたい」、「認めてもらいたい」といった思いによるもので、母親に「愛されたい」というメッセージを伝えようとするものだと考えた。T氏が感情を強く表現するのは、お膳をひっくり返したり、暴れたりする食事の時であり、また、穏やかで満足そうな表情をみせるのも食事の時であった。A看護師は、T氏にとって食事をする時がもっとも自己表現できていると判断した。そこで、A看護師は、T氏の日常生活の中でも食事という場を通して、T氏の苦しみを分かち合えるかもしれないと考え、T氏の日々の行動や微妙な表情の変化を逃さないように捉えることでT氏の不快な感情体験に至った道筋に共感的に理解できるのではないかと考えた。A看護師は、T氏が幻聴に左右されずに行動ができていると判断した時に声をかけ、T氏を褒めるようにした。そして食事をする時には、T氏がどのように食事を味わい、どのような情動の変化があるか理解しようとした。しかし、T氏は食べることで生きるこ

と（栄養を摂ること）、食を味わうというより、「気にとめてもらいたい」「褒められたい」という存在欲求であると考えた。A看護師はこのように変化していったT氏の存在が気がかりになっていった。

## 【「食べる／食べない」ことのケアの分析】

### 〈存在様態（生活全体）と自尊心を支えるケア〉

「食べる／食べない」人へのケアは、一人ひとりの健康的な生活を実現するものである。T氏が「食べる」時も「食べない」時もA看護師は、T氏から伝えられるメッセージを敏感に捉えるようにT氏の生活に寄り添い、T氏の存在様態（生活全体）を支えられるように努力している。母親の命令や指示的言葉によって脅かされてきたT氏が暴れることがあっても、T氏の感情を受け止めるかのように振りかざす手を掴み、T氏の粗暴な行動に注意を注いでいる。A看護師は、T氏に常に関心を示し、けっしてT氏に無関心になることはなかった。A看護師は、感情を表すT氏を否定するのではなく、T氏の存在そのものを肯定できるように自尊心を支えている。母親に「愛されたい」というメッセージを伝えようとする感情体験に至ったT氏の存在をも支えようとしている。

### 〈共食知覚を支えるケア（共食感覚を支えるケア）〉

A看護師はT氏の感情の揺れに自己投企する為、あえてT氏の日常生活に巻き込まれながら、食を通してT氏の流動性や変化を的確に予測しながらケアを試みている。T氏の微妙な変化を捉えるように「食べる／食べない」T氏をケアするA看護師は、患者の目の動きや口の開け方、咀嚼、嚥下状態など患者の相貌から食物の食味特性をどのように体験しているのか。食卓の場である雰囲気やどのように感じているのか。A看護師はT氏の食知覚（食感覚）に強い関心を寄せ、T氏が感じている「食べる／食べない」場面に身を置くようにして共食知覚を支えるケア（共食感覚を支えるケア）を実践しているといえる。

### 〈「食べる／食べない」人のケアの修正と新たなケア課題〉

A看護師はT氏が食事をどのように味わっているかを気にとめながら「いいね。今日の食べっぷりは！」などと声をかけることで食事はほとんど食べる。しかし、T氏がほとんど食べる時は、生きること、健康を保つこと（栄養を摂ること）、味わうことや食を団欒するというよりも食べることで褒められたいといった思いからむさぼるように食べている。食べられることを褒め、T氏に食べるきっかけを作ったA看護師の行為が、健康的な生活の実現の為に「食べる」というよりも「褒められたい」「認められたい」といっ

た思いの為だけにむさぼるように食べるという行動をとるようになっていく。ここでA看護師は、T氏へのケアの修正が迫られていることになる。

## 2) 「食べる」こと・「食べない」ことの欲求

人間が健康を害し、食べられなくなる時の状況はさまざまである。消化器疾患にはじまり、嚥下障害によるもの、拒食症、うつ病などさまざまな障害によって食欲は失われる。食べることが生きていく上で大切であることは分かっているけれども食べられないこともある。食べられないといった辛さは食べられない本人にしかわからない。「食べられない」ことは、人間の集団、交流性、団欒性は陰を潜め、食への関心を失い、どのように調理するかといった興味も失いがちになる。健康障害によって口がまずく、味覚も異なり、旨味は、苦味か、または砂を噛むような味気なさでしかなくなる。健康な時には、美味しそうな臭いと感じていた料理さえも、嫌悪感でしかない臭気となり、鼻に突くように襲いかかり、吐き気を誘発することにもなる。その料理の臭いを避けるには、自分自身の身体を守るかのように、身の置き場を探し求めることになる。食べることが、人間にとって生きていく上で、基本的な営みであり、健康な時には、喜びであったにも関わらず、「食べられない」という状況の中で患者は、今までのなじみ深い暮らしから排除される状況に追い込まれることになる。食べることで生命体である身体を維持させなくてはならないにも関わらず、身体は一切「食」に関する出来事から遠ざかっていたいと欲求し、知覚を通して「私」という身体存在そのものに嫌悪を感じるようになる。援助する者は、知覚する身体性と個人として置かれている文脈 (context) に強い関心を向けることが常に求められる。

また、病院での食事情、食風景は、楽しく団欒する場としては設備に乏しく、差し出された病院食を床頭台かサイドテーブルの上に載せ、団欒の雰囲気とはほど遠く、誰に話し掛けることもなく、黙々と食べているのが現実である。食材を選ぶこともなく、病院食から季節感を感じることも、どのように料理しようか、どのような味付けにしようか、どのような盛りつけにしようかと思案するような思考過程は奪われることになる。痴呆症状などで意思表示が十分できない為に食事援助を必要とする場合、患者は自ら食べたいと思う食物を選択することはできず、他者によって選択された食物が、箸またはスプーンで口に運ばれ、咀嚼する口の動きを強いられることになる。食を通じて選択の自由は奪われ、援助するものに従わざるを得ない状況を作り出すことになる。たとえ人の手を煩わせて食物を口に運ぶ過程をとったとしても、援助者の強制力によって、「食う」の言葉からくる印象「生きる・生存・口→食物・餌 (Feed)」<sup>3</sup>に益々その気配を色濃くすることになる。

このように健康を害することによって、「食」の選択権は奪われ、食卓を共にし団欒するといった生活の潤いから遠ざけられる。ケアする者が、食べられない人の「食」に関わ

ることは、その人の存在の全体性に触れ、その人が存在する可能性を生きられた身体性から見出すことが求められているのではないだろうか。またケアする者は、「何故食べられないのか。今、どのような状況に置かれているのか。」「今、何を食べたいと思っているのか。」「どのような嗜好を好み、どのような生活体験をもっているのか。」「どのような思想と信条をもち、食に対してどのような価値をもっているのか。」「食べないということによってどのような意思を伝達したいと思っているのか。」を問うことで食べられない人の悲愴感・哀しみといった内的世界に触れ、「食」を介して食べられない人の置かれている厳しい状況を知覚しようとするのではないだろうか。

患者は食べることの援助を受け続ける中で、孤独感と無力感にさらされている事実も援助者は知る必要がある。J. Travelbee 著『人間対人間の看護』の冒頭に *American Journal of Nursing*, 1971年2月号からの次のような記載がある。(J. Travelbee は患者という用語をステレオタイプとして避けている)

きいてください、看護婦さん

ひもじくても、わたしは、自分で食事ができません。あなたは、手のとどかぬ床頭台の上に、わたしのお盆を置いたまま、去りました。そのうえ、看護のカンファレンスで、わたしの栄養不足を、議論したのです。(一部省略) わたしは、さびしくて、こわいのです。でもあなたは、わたしをひとりぼっちにして、去りました。わたしが、とても協力的で、まったくにも尋ねないものだから。(一部省略) わたしは、1件の看護的問題だったのです。あなたが議論したのは、わたしの病気の理論的根拠です。そして、わたしをみようとなさらずに。(一部省略) どうか、きいてください。看護婦さん。<sup>4</sup>

#### 4. 「食べる／食べない」人への新たなケアの手がかり

##### 1) 「食べる／食べない」人の葛藤

「頑張ってみて」という言葉かけに患者は嫌悪感を否応なしに感じさせられることがあるという。「そんなこと分かっている。食べられないから苦しいのに。これ以上どう頑張れというのか。」と食べられない患者にとっては、悲愴感とどうしようもなくやり切れない葛藤の連続に身を置き、ただ耐えているのである。久保成子は、『看護実践の人間学』の中で、「頑張ってみて」という看護婦から投げかけられるたびに、己の置かれている現実からその内部を凝視することを余儀なくされ、・・・素直に順応することができず、無意識のうちに抵抗し、哀しみと焦燥のなかに放り出されている<sup>5)</sup>と看護婦が安易な励ましをすることで葛藤する患者の気持ちを表現している。久保は「食べられない」患者の内的世界に関心を向けることを示唆している。看護師は患者に対し、「どれだけ食べられたか・何割食べられたか」を看護記録に記載する義務から食べられないと分かっている患者からも必ず聴取しようとする。患者は思う「どれだけの量を食べら

れたかということが我々食べられない患者に何の意味があるというのか、聞かれることがかえって疎ましく、その場の居心地の悪さを感じる」また、「どのような物が食べやすいか?」「どのような食べ物ならばあなたの嗜好に合いそうか?」「これからどのようなものが食べられそうか?」と聴かれることはないと言患者は言う。人間にとって食の嗜好は、その人、個人の生活体験と大きく影響している。甘味、辛味も微妙に個人差がある。患者は家の味付けがやっぱり一番良い。病院食は合わないと言多くの患者がいう。自宅から惣菜を作って運ぶ家族も多い。「美味しい物を食べて早く元気になって」と願いを込めて差し出された家庭料理に患者はほっとした面持ちで食を取る。看護師も食べ残された患者のお膳を見て、「食べられないのであれば、食べられるものを持って来てもらって下さい。」と声をかけることも多い。また、患者は自ら食べられるように工夫をしている。病院食に飽きた患者は院内にある食堂で定食を食べたり、売店でパンやお菓子を買ったりして食べたりする。喫茶室や自動販売機でコーヒーを飲んだりすることもわずかながらの安らぎを感じたり、楽しみの一つになっているようである。

本来、「食べる／食べない」ことが、栄養学や生理学の問題として見ている限り、個人の過去の生活体験や文化や社会的背景を考察することは失われてしまうことになる。食べない患者の看護記録の「食欲なし」「食事量5分1」と記載され、血液検査の結果、貧血と診断され、点滴による補液や経管栄養に切り替え変わっていくことをケアする者は見過ごしてはならないであろう。ケアする者はお膳をひっくり返したり、箸を投げたりする患者の抵抗が一見不合理と思われる行動であっても患者にとって生き残るためにそうせざるを得なかった方法であり、患者のこれまで分からなかった苛立ちや葛藤の意味を知る手がかりとなる。「食べる／食べない」人をケアする者は共感と解釈、つまり感情と知性が要求されていると言えよう。

## 2) 食べられない人への存在を肯定するケア一食を取り巻く環境の見直し

新潟県長岡ビハーラ病棟の記録<sup>注</sup>に次のような事例が紹介されている。小料理店のご主人(以下Y氏)、膵臓癌末期と診断され、激しい痛みを伴って入院となる。残された日々を充実した時間を過ごす為、モルヒネで痛みをコントロールできた頃、料理の腕前をビハーラ病棟のお世話になった人々に振るいたいといった思いからY氏はビハーラ病棟の台所で4ヶ月ぶりに包丁を握る。「包丁さばきの勘を取り戻すのは大変、少し怖いみたいだ。」と言いながらも、包丁を握るY氏は真剣そのものである。余命あとわずかと言宣告された患者の顔とは思われない。途中1時間の休憩を取りながら、3時間かけておでん・さばの味噌煮・刺身といった自慢の料理を作った。料理はビハーラ病棟の人々にもてなされる。食べる人々の「美味しい」といった言葉と団欒の食卓の雰囲気の中にY氏は身を置きながらも食べることはしない。しかし、Y氏は食の団欒の中で共に語らいに交わりながら笑ったり、美味しそうに食べる人々を満足そうに見ている姿が描

かれています。

Y氏自身は食べられないにも関わらず、自慢の腕を披露する時間を作り、Y氏のこれまでの生きられた体験を肯定する時間的、空間的、社会的な場となったのではないだろうか。

人間にとって「食べる」ことが普遍的な行為であるとするならば、食べられない患者にとって「食べる」ことを常に強要される状況下に置かれることになる。しかし、食べられなくとも、Y氏のようにけっして「食」への関心が失われた訳ではない。「食べない」人が援助する者によって、その存在さえも否定される事態は避けなければならないであろう。また、病院においては栄養士、料理士というように「食」に対して分業化されていく中で、看護する者は食事に対するケアへの関心が薄れがちになっているのが事実である。食事時間の提供、食の環境、食事の内容を他部門とも協力しながら調整を計っていく必要があるだろう。ケアする者にとって食事時間を調整したり、食事の内容を検討する作業は地道で継続的な働きかけが求められている。

「食」のケアに関わることは、「食べる／食べない」人の今ある現状に甘んずることなく、その人個人への関心とその人を取り巻く環境を改善していくことに力を注ぐことが望まれている。「食べる／食べない」人の存在を肯定し、「食」への抵抗や悲愴感をもたらさない為にもどこまでも患者の側に立って見ようとする視点が要求されていると言ってよいであろう。

## 5. 「食べる／食べない」ことのケアの課題

「食べる／食べない」人も、「食べる／食べない」人を援助する人もお互い独自の価値観をもった存在であり、またそれは同時に独自の食に対するこだわりでもある。「食べる／食べない」人の存在を尊重することは、「食」のケアする人が、患者が全量摂取したことを満足したり、食べる患者が口を開けて食べることができたことを鵜呑みにし、適切な「食」のケアができたとして満足してはならないはずである。味覚・食感・食の香りに対する嗅覚・食の色彩といった知覚は独自なものであり、過去に食べた思い出深い食物を、迎えなくてはならない死を前にして「食べてみたい」と語った食べ物は、ごま豆腐であったり、梅干し粥であったり、葛湯であったりさまざまであり、一人ひとりの患者にとっては、経験的知覚から欲する最高の「食」となる。「食」のケアを通して「食に対する価値観」、「食知覚」の差異を認めながら「他者の価値の感得」(Mayerroff,M)<sup>6</sup>を捉えることができると考える。食のケアは、食べた、食べない、どれだけの食事量が入ったかといった評価だけにとらわれるのではなく、経験科学の「経験知」でなく、個人の経験をあるがままに受け止めるケアが要求されている。

## 「食べる／食べない」ことのケアに求められる課題

これまでの考察から「食べる／食べない」人をケアをする者は次のような課題が求められていると考える。

1. ケアする者は、「食べる／食べない」人がどのような状況下にあっても、生の存在（栄養を摂取する）と「食」における自尊心を支えることが求められている。
2. ケアする者は、「食」の欲求や患者の存在全体に対し、流動的で変化することを認め、その存在全体の予測とケアの修正が常に求められる。
3. ケアする者は、「食べる／食べない」人に巻き込まれながら、「食」を手がかりに微妙な変化を捉える感受性が求められる。
4. ケアする者は、「食べる／食べない」人の生活全体（存在様態）を根底から肯定しながら、「食べる／食べない」人の抵抗について理解が求められている。
5. ケアする者は、「食べる／食べない」人の経験的知覚とケアする者の差異を認めながら、食知覚（食感覚）に関心が求められる。  
「共食感覚を支えるケア（共食知覚を支えるケア）」
6. ケアする者は、「食べる／食べない」人のその人個人への関心とその人を取り巻く環境を改善し、働きかけるケアの新たなシステムについて議論していく必要が迫られている。

## 6. おわりに

「食」のケアをする者は日頃、「食べる／食べない」人に関わり、どのようなケアが自分達にできるのか、自問自答するという。「少しでも頑張って食べてみませんか」ということに「食べる／食べない」人を前にして、なぜこんなことしか言えないのだろうかという無力感を感じざるを得ないという。筆者はその無力感を放置することなく、「食」のケアの現実に問いを向けながら議論していくことで実践やシステムを見直す原動力となるのではないかと考える。「食」のケアは、個人の経験的知覚や文化的・社会的背景によって大きな差がある。その差を認めながら、「食べる／食べない」人への存在全体を肯定することから「食べる／食べない」人の抵抗を知ることではないだろうか。ケアする者は、食べない患者をわがままとして片づけるのではなく、ケアする側に認識のずれがあったことに気づくことが大切なケアの過程である。その気づきによってケアされる者とケアする者が現実の関係性から新たな関係を見出すことになろう。

## 引用・参考文献

- 1 岡啓次郎、土屋治美、比留間トシ著：『食生活論・食生活と健康』、文化出版局、1990、p.27~32
- 2 真壁伍郎：『ヒルデガルド・フォン・ビンゲンの世界—食は自然や人との交わり』、総合 看護3号、現代社、1992、p.77
- 3 前掲書 1、p27~32.
- 4 Joyce Travelbee, *Interpersonal Aspects of Nursing*, 長谷川浩、藤枝知子著：トラベルビー『人間対人間の看護』、医学書院、1991、p .5
- 5 久保成子著：『看護実践の人間学』、看護の科学社、1993、p .45
- 6 ミルトン・メイヤロフ (田村真・向野宣之訳)：『ケアの本質、生きることの意味』、ゆるみ出版、1987、p .186~188

注 NHK、スペシャル「故郷いのちの日々」

# 食べることと姿勢の関係について

玉地雅浩

## 1. はじめに

我々が生活している世界は重力という巨大な力が働くため、姿勢は重力に抗し、じっと止まるように姿勢を保持し安定するような状態だけを指すのではない。というのも、仮に物に手を伸ばそうとすると、その腕の重みから、体全体は下の方向に引っ張られる力がかかっている。外から見ると止まっているように見えても、実は腕に引っ張られて体が傾かないように、腕を止めるための腕の筋肉だけでなく、体の筋肉も腕が下に落ちないように働かないといけない。<sup>1</sup>

外から見るとじっと止まっているように見えていても、その姿勢を保持するためには体の各部分の間で、目には見えないが、ある筋肉が働くと次々とつながっている筋肉の活動が起こる。そんな筋活動の連鎖が必要になる。あるいはある種の動きが必要となる。

さらに、座りながら本を読んだり、テレビを見たり、休むために或いは会話しながら食べるために座っているというように、一見、行為を行うためにじっと止まったまま座っている姿勢を保持しているように見えても、足を組み換えたり、浅く腰掛けたり、頬杖をつきながら前のめりで座ったり、時に長く座り続けたためにお尻が痛くなり、そっと自分の手をお尻の下に添えることもある。

実は運動を伴いながら行為に必要な姿勢を保っているということである。

つまり、ある特定の姿勢を保持するだけではなく、周囲の状況や行為の目的に合わせて身体各部の位置を調整し、そこで多種多様な動きができ、さらにそのときの自分の変化がわかることが重要になってくる。

ところが長い間、ベッドから離れることがなく、寝ていることが多い人は、しだいに周囲への関心が薄れ、動こうとする機会が減り、運動を伴いながら行為に必要な姿勢を保つ機能が低下することなどから、能力が低下し、ますます動くことに自信を無くしていき、生活の場を狭めていく。自分が動けると思えない人は、ベッドの柵の向こうは奈落の底の様に感じ、動きだせずベッドの上でじっとしがちになる。

そんな折、病室で寝ている人に見舞い客が果物をもってきて、その人に見せたとする。その人が寝たまま見ていると、あまりその果物に興味がないのだろうと感じる。関心があってよく見ようとしたり、匂いをかごうとすると自然と体が起きてくるし、それが難しかったら体や顔だけでも向けようと動き出すように思う。

ところが、体が動きにくい人は、動くことが億劫になり、持ってきてくれた物を食べ

たいと思っても、体を起こすことがしんどかったり、困難だったりする。それでも、せっかく作ってくれたのだから、わざわざ行列のできるお店のケーキを買ってきてくれたのだからと思いついて体を起こして食べ始めると、座っていることが辛くなる。座り続けるにも結構体力を必要とする。動きにくい手は動かすことに集中しなければならないし、すぐに手が重たく感じだるくなってきて、手を動かすことをやめてしまう。

そこで病院や施設のスタッフ、家族や時に見舞い客が食べることを手伝うことになる。手足を動かすにくい人や食べる時の姿勢や飲み込むことに問題がある場合、食べるなかで訓練することになるが、一所懸命介助しすぎたり忙しく介助するとお互いの間にズレが残る。また、失敗したことをしかったり、はげましすぎるのも本人にはあまりよくない。あくまでもその人の食べる調子にあわせて口に運ぶ。相手が飲み込む時には自分も息を止める位リズムを合わせないと、四六時中ベッドの上で寝ている人にとって、座るといふしんどい姿勢に耐え、必死にかみ、苦しい思いをしながら飲み込むという、往々にして一時間近くかかる食べるという場面では、なかなか最後まで食べてもらえない。そんなところに食べられないから食べない人と一緒に食べることの難しさを感じる。

理学療法士としての日常の業務においても高齢化社会を迎え、特定の疾患を患っていないくとも嚥下障害の治療の機会が増えてきているのが実情である。

運動機能や嚥下機能<sup>2</sup>に問題のある者だけでなく、特定の病気がなくても老化により背中が除々に丸くなり、アゴを突き出し、さらに体がねじれてくると、体の動きや安定性が乏しくなり、動作の目的に合わせた姿勢を作れない。あるいはごく短時間は良い姿勢がとれても維持できずに、あたかも重力に押しつぶされたかのような姿勢にいつのまにか崩れてしまうことが多い。そうすると飲み込むことが困難となる。こういう姿勢を我々もまねてみると飲み込みにくいことは体験できる。

嚥下と発声に必要な体の機能は密接な関係にあり、食べにくい人は発声もしにくい。そこで、ここでは、長い間ベッドに寝かされることが、どのように嚥下や発声に影響するか、また周囲との関わりを制限するかを考えていきたい。

食べられるのに食べようとしない、食べたくないから食べない、食べられるのに何故か食べられない等様々な側面があるだろうが、私は与えられたテーマである食べることと姿勢の観点から、嚥下機能と食べるための姿勢を保持することに問題があることに端を発し、食べられないから食べたくても食べられない人、あるいは食べられると思っていない人にどのような問題があるのかを思い描きながら述べていきたい。

## 2. 食べることと緊張性迷路反射（反応）の影響について

施設などでは、食事の時はできるだけ一つの部屋に集まり食事をするようになる。部屋の中は忙しくスプーンを容器に当てる音、むせたりクシャミをする音、お茶をこぼして慌てて職員が拭き取るために走り回ったり、トイレまでつれていってくれと頼む声など

様々な音が混在しにぎやかである。

ところが一步部屋を出ると廊下は物音がほとんどしない位静かで、とても日中とは思えない。部屋を覗くとベッドで一人静かに食べている人や、介助されながら食べている人もいるが、いずれにしろ先の部屋とは随分異なる。

食べ終わった後は一人ずつ寝たくないのに寝かされ、或いは自分から寝かされることを要求し、ベッドを倒され上を向いたまま寝ることになる。食事を共にしたお互いが、寝るという姿勢が一番リラックスでき、体への負担も軽いと思いこんでいるのか、休ませるために水平面に寝かせられるのだからと、寝たくないのに寝かされる人もさしたる抵抗もせず寝る。

視線が垂直に向くのと水平に向かうのは随分見える景色が変わる。一日に何回も通る廊下もベッドに寝かされて移動すると、どこを通っているか分からなくなる。変化のない天井の調子は少し不安な気分させる。

それだけではなく、上を向いて寝ていると色々な問題が起こってくる。その一つに姿勢反射(反応)の影響がある。例えば、緊張性迷路反射(反応)は空間内における頭の位置により体全体の姿勢筋緊張が伸びる方向に優位になったり、反対に曲げる方向が強くなったりする。<sup>3</sup>

何らかの原因で中枢神経系に問題があり、緊張性迷路反射(反応)の影響の強い人は、上を向いて寝ている場合だと体全体の姿勢筋緊張<sup>4</sup>は伸びる方向に働きやすくなる。そうすると頭はますます後ろにそり、食物は咽頭に流れ込みやすく、こういう影響を長期間受けている人の胸郭<sup>5</sup>は肋骨が上にあがりぎみに保持されている。このために息を吸う時に肋骨を引き上げる外肋間筋の働きが低下し、肋骨が引き上げられて胸郭が拡張することが制限され声門は完全に閉じにくくなる。そのため飲み込んだものが気道の方に入る可能性があり、ますます誤嚥の原因となりやすい。(図1参照)

また、緊張性迷路反射(反応)の影響が強い人を座らせて食べようとする時、食べ物を見たり噛んだり飲み込んだりする準備のために頭が下を向くと、全身は丸くなろうとする。この姿勢は特に嚥下に問題がない人にとっても、食物を取り込んだり、送り込むことに支障をきたす。飲み込む事が難しくなる姿勢である。

それゆえ摂食における姿勢の意義の一つは、身体各部の位置を調整し多様な動きに備えながらも頭部、特に口をいかに適切な位置にもっていくかである。訓練する際にはこの点は最低限考慮している。

「口腔器官を適切な位置に保つことは、口腔運動が最適に行われるようにすることである。」とも言われるゆえんである。<sup>6,7</sup>

口腔器官を適切な位置に保ちにくい人として、全身を丸くしたままでしか座っている姿勢を保つことができない人がいる。体を伸ばせないために体をねじることができない。すると体の重心線が水平面に対して傾き過ぎた時に、上手くもとの垂直方向に戻すために体の各部分を適切な位置にもっていく反応が阻害されバランスが低下する。そのため

対象物に手を伸ばすことが困難となる。体のバランスが低下した人は手を持ち上げて目の前にある食べ物をとろうとすると、手の重みに相当する分、体のどこかを後ろに移し、ヤジロベエのように、重みの釣り合いでバランスをとりながら食事動作を行う。体は丸くなったままなので、目や口を食べ物の方に向けると首の前の筋肉は非常に緊張する。

頸部の前面にある筋肉が緊張しすぎると口が閉じにくくなり、左右の筋肉の緊張の強さが異なると、頭部や口を傾けやすくなり、ヨダレが落ちやすくなる。

そこで訓練では頸部が緊張しすぎないように骨盤の安定性を促したり、体の左右が可能な限り対称性を保っているか、体の重心線が傾き過ぎていないかに注意し、体全体のバランスを整えていく。

そして姿勢と口の関係を整えることの重要性を先に述べたが、新たに口の機能と手の機能が関連していることを指摘しておきたい。

口の機能は手の機能と関連していることが多く、手がしっかりと上半身を支えるようになる時期と唇や舌の動きを自分でコントロール出来るようになる時期が一致しています。・・・中略・・・いつまでたってもヨダレが多くて困る子も、上肢支持機能を誘導し、体をまっすぐにした形で手押し車を練習するとヨダレが止まったり、食べ方が上手になったりします。<sup>8</sup>

ここで口、特に唇や舌の機能と手の機能の関係が語られている。そもそも緊張性迷路反射（反応）は無足獣レベルの反射（反応）であり、この反射が優位であるかぎり水平面での活動を余儀無くされる。

は虫類や進化の一手手前の両性類では、例えば緊張性迷路反射（反応）や緊張性頸反射群<sup>9</sup>を利用して手を地面に押し、頭を上に向け獲物を舌を伸ばして捕獲する。またワニは魚を捕獲するとき頭を後方に反らせつつ、距離を調節する。眼だけを水面の上に出したワニは水辺に集まってきた獲物に近づき、捕獲できる距離になると水中から頭を持ち上げ、先の緊張性迷路反射（反応）の影響を受けた体は全体的に伸び強力な力を発揮すると共に、そった体の先についている口は陸上の獲物に向けられ噛み付いた後、獲物の抵抗に対応することもできる。

また、ひっくりかえってしまった場合、短い四肢で体を反対にすることはできず、この緊張性迷路反射（反応）の特性を利用して元の姿勢に戻る、もし戻れなかった場合はワニにとっては一番無防備な腹を見せたまま死を待つ事になる。

栄養をとり、身を守る反射（反応）にも口と舌と手の関係がすでに伺える。

ですから舌というのは、早くいえば、生命を維持するための大切な触覚と捕食器官を兼ねている、ということになります。

ただ、舌の筋肉だけは、さすがに鰓の筋肉、すなわち内蔵系ではなくて、体壁系の筋肉です。・・・中略・・・顔面の表情筋が全部鰓の筋肉であるのに対し、舌の筋肉だけは手足と相同の筋肉です。われわれはよく「ノドから手が出る」というでしょう。舌といえば、ノド

の奥にはえた腕だと思えばいい。ただし感覚の方は、体壁系の皮膚感覚とは違って、あくまでも内蔵系の鰓の感覚ですよ。ですから舌というものは、内蔵感覚が体壁感覚で支えられたものだと思えばよいのです（三木 2001:36）。<sup>10</sup>

このように口と舌と手は密接な関係にあり、さらに水平面での活動から垂直面での活動、例えば地上から樹上生活に移り、やがて直立二足歩行を獲得する頃、口と舌と手の関係はさらに密接になり、発声、ことばを獲得することになる。

### 3. 口と舌と手の発達と発声の関係について

体を伸ばすことが困難な人は体をねじる動きもだせず、重心が体の中心から大きくはずれた時、もとに戻そうとする反応が出現しにくくなり、バランスが低下し、対象物に手を伸ばすことが困難となる。

食事動作のように上肢を前方に挙上するときには、手の重みをしっかりと支えるためにも、体全体は腕が重力に引かれ回転する力に抵抗し、胸郭を中心に体は機能的に働かないといけない。

人間の四肢（肩から肘そして手までの部分を指す）が安定して使えるようになるためには胸郭が固定性や安定性を得る必要があるかは、身体全体に対してどこに重心線がどこを通るかでも明らかになる。頭、お腹、腰や下肢（股関節から膝そして足までの部分を指す）それぞれの部分の重心線は身体全体の重心線とほぼ一致するために動きやすいが、胸郭の辺りでは胸郭部分の重心線と身体全体の重心線は離れており、運動性に乏しくむしろ固定性が要求される。

人間の動きには胸郭が固定されることにより他の身体部位の運動性が得られた面がある。<sup>11</sup>

時折立つ（直立二足肢位）姿勢をとるサル類も主な生活空間は樹上であり、移動手段は枝から枝へジャンプしながら枝を掴んだり、上肢だけで枝の間を渡り、胸郭を発達させた。

身体の動作時における胸郭固定は、前肢の運動支点を確保することであり、前肢の運動支点を確保、固定することは、前肢の運動効率を増大させることである。・・・運動器官としての前肢をそれぞれの生態圏での適応放散に利用しだしたのは新生代であり、・・・中略・・・前肢の運動効率を増大させたのが、樹上三次元空間の運動適応をなしとげたサル類である(葉山 1993:181)。<sup>12</sup>

よく上肢を自由にするために立ったとか、立ったから上肢が自由になったという議論があるが、私にはどちらとも判断しがたいが、霜山は次のように言う。

直立歩行という人間独特の体位によって手はじめて自由になった。自然人類学からみて、人間がいつから直立歩行するようになったか、ということは遙かな過去の霧の内にある。また何故か、という研究もまだ仮説の範囲を出ない。しかし人間の手はもはやいかなる動物の前肢ともことなっている（霜山 1998:74）。<sup>13</sup>

それでもサルのなかにも、動物園で立って人にエサをねだったり、オス同士が相手を威嚇したり、サルまわしでは立ったり、歩いている以上、立位が人間だけのものとは言えないという意見もある。「高等な猿類にはかなり長い間、立っている行動がよく見られる。しかし、それは一時的な必要であり、不器用な無理であり、本質的に自由な運動ではない。かれらは結局のところいわゆる四つ足である。」（霜山 1998:116）それゆえ、「直立歩行は人間特有の体位であり、運動である。」（霜山 1998:116）ともいう。

直立歩行する前、樹上という三次元の世界に移り住むためには、体を重力に抗し持ち上げ、枝から枝へ移るたび、ジャンプするたびに息をこらえることにより胸郭の機能を発達させ安定し、声の原型となる音が出るようになった。

そしてこれが、歩いたり走ったり、時にとんだり跳ねたりすることの基礎となる二足性を直立二足歩行を獲得した後に、喉頭が下がり、「ことば」がでるようになった。「ヒト固有の話し「ことば」をつくりだす構音器官は、からだの構造機能が二足性に全適応した後に誕生した器官である。」（葉山 1993:178）<sup>14</sup>

一人一人の成長段階においても、赤ちゃんは最初、鼻で息をしながらお乳を飲むことができる。それは鼻と気道の入り口の喉頭が隣接しているために可能なのだが、やがてお乳から離れる頃から喉頭が下がり始め、口の奥の空間が広がり、声を共鳴させたり舌を動かすことができるようになり、声の修飾や、音節を区切った発音、つまり「ことば」の発声が可能になる。（図2参照）

だがそれは、脊椎動物が肺呼吸を始め、呼吸器官ができる過程で、吸った空気の通る気道が体の腹側（人なら前面）に、食物の通る食道が背側にでき、口の奥で交差しているという構造上の特徴をさらに強調することになる。そのために、口から取り込んだものを飲み込む時には、反射的に息を止めなければならなくなった。

構音器官の構造や機能の変化により「ことば」の発声が可能になった。だが、その「構音器官の本来の機能は、生命の維持のための空気と食物との取り入れ口である。したがって、主機能はあくまで呼吸運動であり、食物のとり入れなのである。」（葉山 1993:175）

地面を水平に這って移動する動物では食道と気管が交差していても、ヒトのように喉頭部分にあたる箇所が喉の奥へと移動していないため、それほど心配はない。ところが、ヒトが重力に抗して水平面での活動から垂直面での活動により発声する機能を獲得し、直立二足歩行を獲得するにしたがい、さらに喉頭が下がりコトバを獲得したヒトにとって、食道と気道の交差という構造上の特徴は食べる時により現われてくる。そこで、食べたものが口からノドに移る瞬間に気道は自動的に閉り、誤嚥しないようにする。（図3参照）

ここまでで、上を向いて寝続ける人にとって食道と気道の交差という構造上の特徴と

緊張性迷路反射(反応)の影響の強い人は胸郭が息を吸った状態で保持されやすいため、気道を閉鎖しにくくなり、誤嚥の可能性が出てくる事が分かった。

食べることに機能的な問題が生じた時、自分ではハッキリと感じることはできないが、飲み込むことに抵抗感や恐怖感を感じることもある。

人の食道と気道の交差という構造的、機能的な特徴に由来する問題以外にも、ある人が生れてからの食べることに関する習慣により、この食道と気道の交差という問題が浮かび上がってくることもあるという。

#### 4. 食道と気道は構造的に交差しているだけではない

一旦、食べようと思えば口に入れたものは、別に何回かんだら飲み込もうと考えることなく、口の中で舌や歯の動きに合わせて嚙んだり、まわしたり、歯に当てたり、口の上に押し付けたりしながら、飲み込める状態になったものから自然と口の後ろにいき、飲み込まれる。この時、甘さや辛さ、苦さ酸っぱさなどいわゆる味に関するものや、温さや冷たさを感じているが、やがて、それらの感覚が不明瞭になっていく。「われわれが実際に意識できるのはノド元までで、ノド元過ぎたら熱さ忘れる。ここから下の感覚は大脳皮質までのぼってきません。」(三木 2001:32)

内蔵からの感覚が大脳皮質まで上がってこないため、普通、内蔵の相対的な位置関係や調子が分かりにくい。もちろん内蔵の調子が悪くなれば特定の部位の皮膚が変化したり、痛み、圧迫感、むかつきなど身体的、精神的な変調としてでてくるが、それはここでは触れない。

それでも、内蔵の病氣と長く付き合っている人は、おへその右側を触って固くなっていないかと触り肝臓の調子を探ったり、胃が重たいと所謂みぞおちの部分に触ったりするが、皮膚の下は脂肪やその他の組織があり、内蔵を触ったと思っても、皮膚や筋肉や脂肪などの介在物を介してである。「われわれの内蔵と申しますと、手で腹壁を通してわずかに触ることができるだけです。この中の出来事は、だからおぼろにかすむ、遠い世界の出来事です。しかし、その入口と出口は、当然外に開かれて、この現実の世界と交流していないといけない。」(三木 2001:29)

食道や気道の感覚がハッキリしなかったり、内蔵を普段あまり意識しないのは、内蔵からの感覚が大脳皮質まで届いていないからはっきりと自覚できない、とらえきれないという神経の伝達機能による理由だけではない。ある人が生れてから、苦いものが美味しく体によいものとして押し付けられたという食べることに関する習慣により、食道と気道の感覚が不明瞭になり混同し、それが思考や周囲との関わりにも混乱をきたすようになった事例をディディエ・アンジュが挙げている。

ディディエ・アンジュとの二回目の面接に訪れたロドルフの両親、特に母親の食事の与え方が豊富ではあっても不適切だった場合、食物といっしょに飲み込む母親のイメージが、彼

の身体を十分に温めてくれなかったのではなかろうか。また彼は苦いものを美味と感じ、身体の反射的な拒否反応を引き起こすまでむさぼり食うようになっていた。またブドウ酒、血、嘔吐物を区別することかできず、体に悪いとされた甘いものには手を出さないよう習慣づけられていた。彼の中で早くから、身体器官にとって自然な味覚が繰り返し意味を失っていたのはこのためである。その結果として彼は、思考においてもコミュニケーションにおいても混乱をきたすようになった。さらに彼はやたらに煙草をふかす。煙草をふかすのは、両親が押しつけたパラドックス的な命令、つまり苦いものを美味と感じ、体に悪いとされた甘いものには手を出さないよう習慣づけられている事に対し、煙幕をはるかのように見えると述べている。

数回後の面接で、ロドルフは煙草中毒と自分の食事に関わる症状と関係づけた。その際自分の喫煙の仕方を細かく述べている。煙を肺いっぱい吸いこみ、呼吸の限界まで肺にとどめておくのである。これは、(ロドルフが・・・括弧内は筆者が補足した)食物をとどめておけずに、息を吐きながらもどしてしまうのと表裏一体の関係にある。・・・中略・・・私は、彼が呼吸管と消化管とを混同していると解釈し、彼の身体イメージをはっきりさせた。平たく、一本の管が通っている身体。厚みと体積を持つためには、すなわち二次元から三次元へ移行するためには空気と煙を入れなくてはならない。(ディディエ・アンジュ『皮膚-自我』312-315頁を筆者が要約した。)<sup>15</sup>

思えば二次元の世界、つまり水平面での活動を余儀なくされる地上を這ったり、四足で移動する脊椎動物では内蔵は腹側、つまり地面に近い方にあり、重力に引かれつつ、あたかもぶらさがっているようである。筋肉も背中側の筋肉は重力に抗して体を持ち上げる必要がある脊椎動物(サルやチンパンジー、そしてヒトではさらに次に述べるような傾向が強くなる。)では、より脊柱(いわゆる背骨)の周囲で発達し、体全体に占める割り合いも小さくなってきた。さらに骨盤の形態の変化や内蔵の位置が移り、ヒトの体は"厚み"が減った。ディディエ・アンジュが提示した例は、今のべた進化の過程で直立二足歩行を獲得したヒトの体の物理的な"厚さ"が減っただけでなく、成長していく過程で周囲の人との食事に関わる習慣が時に体の物理的な体の"厚さ"ではない、ある種の"厚さ"が変化し、それが周囲との関係に影響すること、その"厚さ"の変化は体の中の内蔵の様子は自分では分かりにくく、遠い世界の出来事であるように、完全には把握しておらず、自分の思い通りにはならないことがあるというこではないだろうか。

嚥下は口腔相、咽頭相、食道相の三相に分かれる。一旦、飲み込まれるとあとは感覚することのできない遠い世界の出来事である。口から取り込まれ、ノドをすぎ食道を通り胃にいたるまでの運動は蠕動運動であり反射的な運動である。しかし、食道相が蠕動運動とはいえ、口から肛門までの一本の管の入り口と出口はどうしても外の世界と関わりをもつ。そして、そんな内蔵から世界への関わりの一つが三木によれば「言葉」であり、蠕動運動は「響きと化した内蔵表情」と言う。口から肛門までの一本の管の入り口と出口は世界に開かれていなければならない。そんなところに言葉というものが関与してくるようだ。

三木はサメの鰓の骨と筋肉が人間ではどうなっているかを図で示しながら、以下の様に述べている。(図4参照)

声の発声源である、のど仏の喉頭筋も、さらに、この声を言葉に直す、咽頭筋から口腔にかけての複雑きわまりない筋肉も、すべて鰓の筋肉の衣がえしたものであることが示されている。要するに"はらわたの筋肉"なのです。人間の言葉というものは、こうしてみますと、なんと、あの魚の鰓呼吸の筋肉で生み出されたものだ、ということがわかる。・・・中略・・・いずれにしても、人間の言葉が、どれほど"はらわた"に近縁なものであるかが、おわかりになったと思います。それは、露出した腸管の蠕動運動というより、もはや"響きと化した内蔵表情"といった方がいい。(三木 2001:144)

ヒトがことばを獲得する前は、サル類が樹上生活に移った。地上や樹上で体を持ち上げる時、ジャンプしたり枝に掴まる時に息こらえをし胸郭を安定させ声の元になる音ができるようになった。また、胸郭が安定することにより上肢が発達することになり、人間独特の手となり対象に関わりやすくなった。また直立二足歩行を獲得し、ジャンプしたりはねたり自由に動けるようになる頃には、喉頭が下がり、また上肢が安定すると舌も上手く仕え、さらに口腔の形を変えたりしながら、実に巧妙なやり方でヒト独特の声ができるようになった。

重力との関わりで構造的な変化や機能が変化したヒトであるが、もともと、ヒトは系統発生的には樹上生活を体験してきた動物であり、色々な特徴を有している。運動の面だけを取り上げても、「上肢の機能分化、それに伴う肩甲帯の発達および直立の姿勢は平板な体幹構造をもたらし、完全な休息姿勢(従重力姿勢)が背臥位であると言うヒト固有の構造をも生ぜしめた。」<sup>16</sup>

直立二足歩行を行うようになり、体の"厚さ"は計測可能な値として減った。

だが、休息姿勢(従重力姿勢)が背臥位であるからと患者や利用者を寝かせがちになることは、これまで述べてきたように、ことばというものを獲得するために喉頭が下がったために食道と気道の交差という特徴が、緊張性迷路反射(反応)の影響と合わさって誤嚥が起りやすい姿勢であることは述べてきた。緊張性迷路反射(反応)の影響が強い人は飲み込みにくい、声がかすれたり、手を挙げて体の正面で両手を使って対象に関わりにくくなる。

上を向いて寝れば寝る程、影響を与える緊張性迷路反射(反応)である。ヒトの形は寝るという姿勢が安定しているというだけでは、食べることに問題がある人にとって本当に休息姿勢(従重力姿勢)か、寝つづけることが本当にいいのかという問題が未だ残っている。そこで、もう一度臥床レベルから、つまり上を向いて寝ることが多くなることと緊張性迷路反射(反応)の関係から食べることに對してどのように影響するかを検討していく。

## 5. 水平面に寝ることから垂直に座って食べることについて

繰り返しになるが、上を向いて寝つづけると、緊張性迷路反射(反応)の影響により、体全体の姿勢筋緊張が体や手足が伸びる方向に優位になる。さらに肩甲骨は脊柱の方に近づいていく。すると運動機能に障害が無い人でも、肘を伸ばして上に挙げるのが難しくなり、仮に腕を挙げようとするすると体の側面にそって挙げる運動になる。交互に腕を挙げれば、その動きはは虫類や両性類が地面をはって移動する時の四肢(人間でいう手足)の動きと同じ様になる。

こうして、日頃水平面での活動を余儀なくされる事が多い人は、緊張性迷路反射(反応)の影響により、肘を伸ばしたまま腕を挙げにくくなる。さらに座った状態でも肩甲骨が脊柱(いわゆる背骨)の方に近づいていると、体の正面で両手を使っての動作がしにくくなる。つまり食事の時のように左手でお茶わんを持ち、右手で箸を持つという動作がしにくくなる。

そして脳卒中などの病気により姿勢筋緊張を上手くコントロールできない人は、対象物に手を伸ばそうとすればする程、バランスをとる事が困難になり、転倒する不安や不自然な姿勢を保つことに疲れたり、これらの理由から痛みなどが出現すると体は縮みやすく、後方にそり、腕は定型的な動き方を益々するため本人の想いとほうらはらに対象物から遠下になってしまう。もはや対象物に対して興味を持っていても、体が関わって行ったり、食べ物からの関わりに上手く関わっていけなくなる。

嚥下は飲み込む機能かもしれないが、食べることににおいては最初に食べ物を見て、匂いをかいで、生活のリズムのなかで周囲との雰囲気の中で、食べたいと思うところから開始される。長い間寝かされ動きにくくなって、対象に関わって行けなくなると、ますます緊張性迷路反射(反応)の影響のある人は、肘を伸ばしたまま腕を挙げにくくなり。手や体が食べたいと思う物から離れていくのに合わせて、気持ちも離れていく可能性はある。

こうしてベッドから眺める周囲の世界は自分と密接な関わりをもっている世界というよりは自分と隔たった世界の世界である。

自分と隔たった世界、それは例えば内蔵のように自分の体の中にあり、もっとも近いものようでありながら、一方で自分の感覚が届かない、届いてこない遠い世界のできごとであり、そういう内蔵の響きとして、世界と交流している口からでてきているのが言葉だと先に述べた。これが自分の内への距離で決して数字で表せる距離ではないとすると、反対に一緒に食べている人あるいは食べようとしているものとの間の距離もある。三木はそういう距離感を生命記憶だという。

それは、かつて、そこからここまで、いって見れば、"暈の目"をなめなめしながら、エッチラオッチラはいはいしてきた、その時の記憶です。舌、唇、顔、手のひらから、もうからだじゅうをぜんぶ動員した、その感覚と運動—それらをぜんぶひっくるめた、それはそれ

は大変な記憶です・・・・・・・・。(三木 2001:44)

ハイハイしながら移動することにより獲得した「生命記憶」に裏打ちされた「距離感」は、まだ水平面での距離感であり、垂直方向の世界とは隔たりがある。直立という重力に抗して垂直に体をおこすことを獲得する過程で、舌、唇、顔、手の関係を発達させながら獲得したことはヒト、人が水平面から隔たっていく過程を表している面があるかもしれない。

座われない、歩けない時の乳児にとっては、寝た姿勢という水平での活動を余儀なくされる。「乳児はふだん低い場所で生活していて、多くは寝転んで時を過ごしている。このような生活空間を生きている者にとって、大人の世界は、はるか上の方に漂う、異質な場所である。大人の世界の特徴は、口から出る音によって、互いの動きが左右されているということである。」(新宮 2000:6)<sup>17</sup>

さらに「言葉が話すようになった瞬間は、同時に人間として自己を自覚する瞬間でもある。」(新宮 2000:5) とも新宮はいう。そして「人間になったということは、赤ん坊から見れば高い空のような、言語が飛びかう平面に踊りでたということの意味している。」(新宮 2000:9)

もちろん言葉を話せない人間として認められないとか、条件としてあげてているのではない。「乳幼児が、人間になった、と自覚するということは、事実としては彼が人間の中に入ったということの意味しているのではあるが、本質的には、人間の外側の位置を取ることができるようになったということが、むしろ重要なのである。自分という人間や、そのほかの人間たち外側から自分を見て、自分がどのように見えるかを試してみる。」(新宮 2000:10-11) ことだという。自分から離れた視線、周囲の人と自分を置き換えるような経験をしていることになる。

動けないからという理由でベッドから離れる機会をあまり与えられない人や、動けるのに動こうとせず、ともすればベッド上で過ごしがちな人は、どうも周囲の人のようににできないと思っている人が多いように感じる。

自分ができると思えないから動かない、動けない人が、ますます不穏になっていきやすいこともある。するとベッドの柵が高いものに変えられたり、あまり体を起こさないようにしたり、気分転換にと人がよく出入りする部屋の廊下側から窓側へとベッドを移されたりする。ところが、時に介助者に暴力をふるっている人が車椅子に移され仲間と同じ視線、平面に並ぶと、食事の魅力もあるだろうが大人しく食べているのをみたことは数回にとどまらない。

それゆえ、寝たままという水平面の活動から座る、立つという垂直面への移行は、言葉が行き交う世界に顔をのぞかせるだけでなく、自分の行為を周囲の環境との相互作用の関係から捉えられる準備をしている可能性は残されていないだろうか。

さらに、人間が身体性を帯びて、ある種の姿勢をとり行為することは、本人の周囲の環境からの受動的な働きかけを含んだ相互作用を受けつつ、行為できることにはならな

いだろうか。

というのも、「人間は他の人々と食卓をともにすることによって、その人間的距離の接近と思想の交流を体験しうる。」(霜山 1998:21) と述べている。

しかし、現実の施設での食事風景を少し思いだすと、皆が食事の準備を待っている間を待切れず自分だけ先に食べ始め、自分の分が終わると隣の人の分をこっそり食べたりする人もいるから、テーブルの形をどうするか、隣の人との距離はどうするかなどの対策を多くの施設はたてている。食事を共にした人との人間的距離の接近や交流が困難になる例である。

少し話は変わるが、よくつきあっている或いは夫婦の相手の食べる音が気になると、その二人は長く続かないとよく言われたりする。相手がペチャペチャと噛んだり啜る音に耳が引きつられ、口の周りに食べ物がついていることに眼が離せず、口に運ぶ仕草にまで気になり、一緒に食べていることに寒気が走るようになる。

食べるということは、単に栄養をとるというだけでなく、潜在的であれ、顕在的であれ身体性を帯びた他者との関わりが伺われる。

咀嚼ひとつとっても、それはけっして生理的な運動や感覚ではなく、あるものを享けながらそれを味わうという、ひとつの交感であり吟味のいとなみである。それは味わうのみならず分別する。そのかぎり「個性的な特質をそなえた思索という行為の萌芽であり、予兆である」とも言われるし、また「二つのもの(者と物)のこまやかな交流」として「対話というものへの前段階」をなすともいわれる(鷺田 1999:203-2049)。<sup>18</sup>

医療や施設の現場においても、食べたり飲んだりすることは、生命維持のみならず鷺田が述べているように、「二つのもの(者と物)のこまやかな交流」で「対話というものへの前段階」をなしているかもしれない。

だが、もし嚥下に問題があると一般的な意味でのコミュニケーションが生じる可能性のある場すら失いかねない。

嚥下障害のために噛まずに飲み込んでいる場合、本人が苦しいのはもちろんのこと、周囲の人もその雰囲気を感じ取り気になり会話が中断することもある。また咀嚼する時にペチャペチャと音をたてたり、食べているものをこぼしたりする。ましてむせて食物を飛び散らかすと、少なくとも病院や施設では周りの人々は非常に不愉快に感じる事が多く、一人だけ違うテーブルで食べるか、同じテーブルでも離れた位置に座らされ、一緒に食事ができなくなるためである。

## 6. まとめ

嚥下障害の原因は様々であるが、少なくとも中枢神経系に問題がある場合、上を向いて寝ている状態が長く続き、緊張性迷路反射(反応)の影響を強く受けると、体全体が

強く反り返り誤嚥の可能性がある。座位になっても姿勢反射（反応）の影響により飲み込みにくくなる。

座るといふ重力に抗する姿勢において、緊張性迷路反射（反応）という重力に影響を受け、自分ではどうにもならない反射（反応）にしばられ、食べたり、話したりすることに問題が生じ、周囲にあわせて、共に食べれないことがある。

お年寄りが重力に押しつぶされるように背中を丸めて食べる時にも、同様に飲み込みにくく、誤嚥しやすいという問題が出てくる。食べるために体の各部分を動かしながら座り続けるにも体力を要するので、日頃からベッドから離れ、可能であれば動くことが必要である。

ところが人間の体は寝るといふ姿勢が休息・安楽姿勢のような形であり、昔は無理をしないように、体のためにと療養するには寝るのが一番とことさら寝かされてきた。無理してしんどい思いをしてまで起こして、座らすという垂直面での活動は本来の人間の形や機能に似つかわしく無いのかも知れないが、その時々状況に必要な姿勢の意味を余り考えることなく寝かせきりにすることが多いように感じる。

いざ、食事の時になっても、人手不足から、あるいは食事のたびにベッドから椅子に移すのが大変だからという理由で、あまり考えることなく、ベッドの上で食べてもらったり、大きさのあわない椅子や車椅子で食べている事が多いように思われる。座らずに半分寝たようなベッドを起こしただけの姿勢で食べることは、人間が発声という機能を獲得したのと引き換えに喉頭が下がったために、食道と気道が交差する脊椎動物の構造上の特徴と緊張性迷路反射（反応）の影響と合わさって、誤嚥する可能性が高まることは先に述べた。

そもそも緊張性迷路反射（反応）に強く影響されることは、上向きで寝てもうつ伏せになっても重力に抗して活動を開始する時に困難さを生じ、四つ這いや座るといふ姿勢に移ることが困難となる。

その理由の一つとして頭のコントロールが上手くできないからである。そうすると食べる時に適切な位置に口をもっていくような姿勢はとりにくくなり、周囲を見回したり、食べたり、飲んだり、吸ったり、噛んだり、また話し言葉までも影響される。

そうすると周囲との関係性を上手く保ちにくくなる可能性がある。さらに水平面での活動を余儀なくされる人にとって見上げる世界との隔たりは外から押し量った以上の隔たりがある。

ベッドで寝かされることが多く不穏になりがちな人が車椅子や椅子に座らされ、重力に抗して体を起こす、持ち上げる、支えるということをしてしながら、食べるということに必要な座るといふ姿勢をとり、周囲の人と同じ目線の高さになり、部屋を見渡しながらか一緒に食べることを始めるようになって、周囲の人と上手く関係を保てるようになったことを目にしたとは一度や二度ではない。

「遠くを見る眼差し、というのがあります。たとえば、あの小高い丘に腹這いになっているライオンや、大空を舞っている鷺。目付きがどことなく人間に似てないですか。みな遠くに焦点を合わせた眼差しだからです。しかし、そこには根本的な違いがある。動物たちのそれは、たったの獲物と直結しているだけです。まさに"狙う"それです。しかし狙う時に姿勢を高くする必要はない。ライオンが後足で立って獲物を狙ったりしますか・・・・・・(笑声)。これに対して人間のは、あくまでも全体の景色を、それもできるだけ遠くを・・・・・・というものです。ここでは、とうぜん姿勢を少しでも高くしないとイケない・・・・・・。直立を産むのは、ですから、狙う衝動ではなく、あくまで遠くを眺めようとする衝動です。」(三木 2001:126)

周囲に興味や関心を持ったり、自分がおかれている全体的な状況を把握するためには、重力に抗して体を上に持ち上げるといった動作や姿勢が必要なのもかもしれない。三木はこうも言う。「皆さん、子どもの頃、縁日の人だかりのうしろから覗き込むときの、あの爪先立ちを思い出して下さい。もうふくらはぎの筋肉がフラフラです。それと闘いながら爪先立ちです。これを支えているのは、さきほどから言っている熱烈な好奇心――これです。」(三木 2001:126)

水平面と垂直面での活動を寝るという姿勢と座るという姿勢を食べることと関連して述べてきた。少なくとも食べている間は、重力に抗し体を持ち上げつつ周囲に合わせて適切に姿勢を保持する必要がある。

食べることを援助する上で、その人と息を合わせ、一緒に楽しむにしても、重力に負け押しつぶされたような姿勢やバランスをとれず転倒の不安や傾く体を必死にもちこたえようとしながら我慢して食べている人は、背もたれの一部に体を引っ付け力まかせに押し付けることにより転倒を防いだり、何かをつかんでまま必死に姿勢を保持しようとする。いずれも姿勢を変えられない状況で視線も一点に固定される。食べるという一定の時間、じっと座りつづけながら止まったように姿勢を保っているように見えながらも、体の各部分を動かしたり位置を変えたりすることを無意識に行う動作を必要とする以上、それが障害されると、とてもゆっくりとは食べていられないし会話する余裕もないし、まずは食べることに支障を来たす可能性がある。

重力と姿勢の関係を中心に考えるだけでも、このような多面的な問題があることが分かった。その人が食べる時にはどのような姿勢が適切かを考え続けることを今後の課題とし、この小論をおえたい。

## 注

注においては、引用した文献を明示してあるが、医学用語の説明は辞書や他の文献で調べたとしても、説明文の中に再び医学用語が用いられており、それを説明するために繰り返し医学用語で説明することになる。そこで、参照した説明文の意味から大きく逸脱しない範囲で筆者の責任で可能な限り日常使われる言

葉で説明するように試みた。引用した文章の真意から外れていた場合、当然それは筆者の理解する能力の問題であり、説明不足も筆者の責任である。

- 1 **S.Klein-Vogelbach** は人間の運動を調整しているのは、外からは見えないものと外から見えるものの2種類に分かれると言う。外からは見えないものは感覚が外から入力され、中枢神経系で統合され運動として出力される過程を指す。外から見えるものとしては、人間の体といっても重力のある世界で生活している以上、物体として重力や加速度など物理的な影響を受けることを指している。例えば、ゴルファーがカップに入ったボールを取る時、足は大きく後ろに上げて下に降ろした手の重みとバランスをとる。こういう反応が起こりにくい動く範囲は制限されると考えている。**S.Klein-Vogelbach, Functional Kinetics, Springer-Verlag, 1989, p.82-83, 121.**
- 2 嚥下とは、(ドーランド医学大辞典編集委員会訳『ドーランド図説医学大辞典』、広川書店、1980年、1785頁。)によると、物を口から食道更に胃に送ることである。口における運動は随意運動であるが、他の部分は反射運動である。
- 3 **K.Bobath** 『脳性麻痺の運動障害(原著第2版)』(寺沢幸一・梶浦一郎監訳、医歯薬出版、1992年、48-49頁。)によると、緊張性迷路反射(反応)は、空間における頭の位置を変えることで頭の中にある二つの迷路を刺激することによって引き起こされると考えられている。中枢神経系に問題がある場合、頭を曲げることも後ろに反ったりもしない位置で上向きに寝ていると、体全体は伸ばす方向に筋肉は緊張する。反対にうつ伏せに寝ると、体全体は曲げる方向に筋肉は緊張する。
- 4 姿勢筋緊張とは、同じ筋肉でも寝ている状態と座ったり立ったりしている時を比較すると緊張の度合が変化する。また予測される事態に備えて身体の各部分の位置を変えたりする際にも姿勢筋緊張は変化し、動作を可能とするための基本となる。また筋肉の緊張は単に外から入力された刺激だけで決定されるのではなく、恐怖感や怒りなどの感情や精神状態、さらに生活習慣によっても変化することから単に筋肉の緊張という意味より含まれる意味があるために姿勢筋緊張と分けて使用される。P.M.デービス『Steps To Follow』(富田昌夫訳、シュプリンガー・フェアラク東京、1992年、85頁。)
- 5 胸郭とは、(ドーランド医学大辞典編集委員会訳『ドーランド図説医学大辞典』、広川書店、1980年、1896頁。)によると、肋骨によって囲まれた部分で、上は頸まで下は横隔膜までを指す。
- 6 椎名英貴「摂食障害と姿勢について」(『第1回日本摂食・嚥下リハビリテーション研究会抄録集』、1995年、24頁。)
- 7 口腔とは、(ドーランド医学大辞典編集委員会訳『ドーランド図説医学大辞典』、広川書店、1980年、1174頁。)によると、前は唇が境となり舌や歯を含む消化管の前部または開口部付近をいう。
- 8 家森百合子・神田豊子・弓削マリ子『別冊発達3. 子どもの姿勢運動発達』、1997年、208頁。)
- 9 ここでは、本小論に関係する対称性緊張性頸反射についてだけ述べる。K.Bobath『脳性麻痺の運動障害(原著第2版)』(寺沢幸一・梶浦一郎監訳、医歯薬出版、1992年、48-49頁。)によると、対称性緊張性頸反射は、自発的または他動的に頭を上げたり下げたりする時に、上肢や下肢に影響がでてくる。頭を上げると上肢は例えば肘を伸ばすなど全体的に上肢を伸ばす方向に筋肉は緊張し、下肢は例えば膝を曲げるなど全体的に下肢を曲げる方向に筋肉は緊張する。頭を下げると反対の影響が出てくる。
- 10 三木成夫『内蔵のはたらきと子どものころ』、築地書館、2001年。
- 11 **S.Klein-Vogelbach** の前掲書 ,p.80。
- 12 葉山杉夫「ヒトの発声器官の起原」(柴谷篤弘・長野敬・養老孟司編『講座進化4形態学からみた進化』、東京大学出版会、1993年。
- 13 霜山徳爾『人間の限界』(岩波新書、1998年)
- 14 葉山杉夫「ヒトの発声器官の起原」(柴谷篤弘・長野敬・養老孟司編『講座進化4形態学からみた進化』、東京大学出版会、1993年、175頁の説明によると、喉頭が発声器官であることは、一般によく知られ

ているが、構音という言葉はあまり耳慣れない言葉である。構音はヒトの話し「ことば」固有ものであり、とくに、唇と舌、それに口の中の三つの動きは、構音に欠くことのできない重要部分であり、ヒトの話し「ことば」の大切な要素である。

15 デイディエ・アンジュ『皮膚-自我』(福田素子訳、言叢社、1993年、312-315頁。)

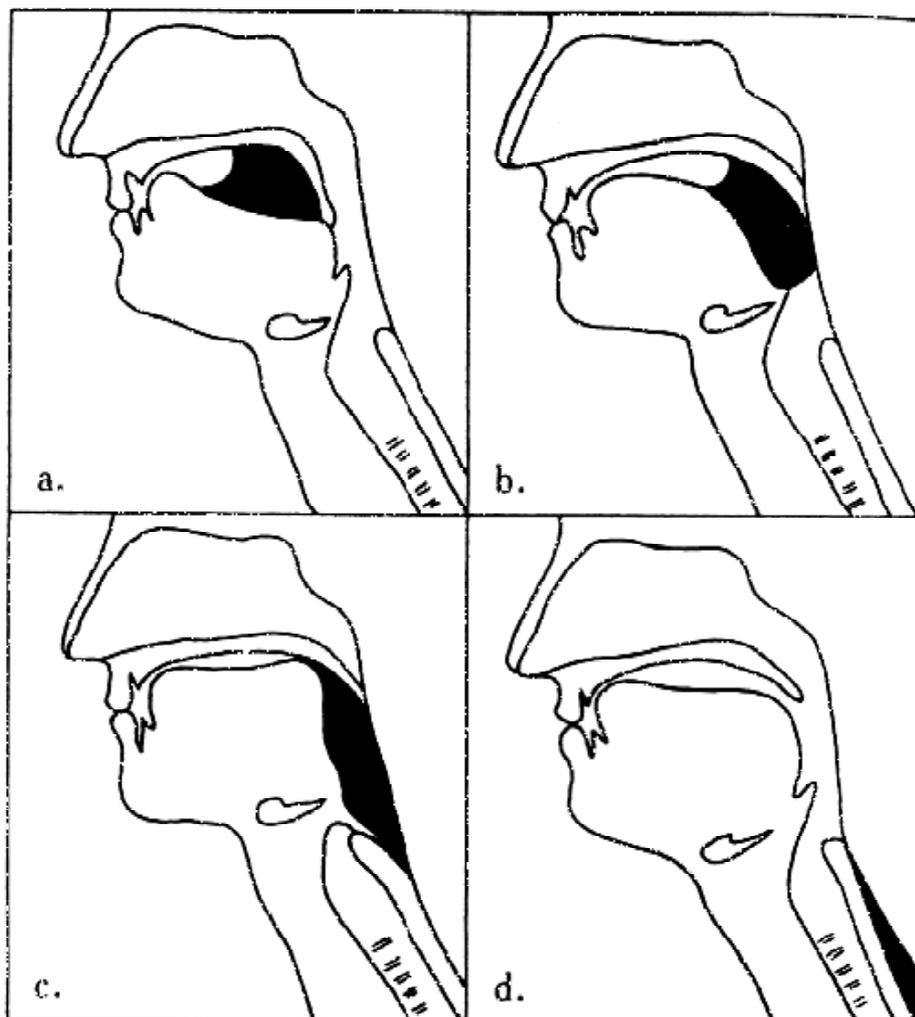
16 高松鶴吉、小児の運動発達、理・作・療法 19,9、1985年、617頁。

17 新宮一成『夢分析』(岩波新書、2000年)

18 鷺田清一『「聴く」ことのちから—臨床哲学試論』、TBSブリタニカ、1999年。

#### 資料

図1. a:口腔咽頭相, b:c:咽頭食道相, d:食道相



(P.M. デービス、1992年より)

図 2. 話し「ことば」をつくる三つのレベル  
 (広瀬肇、『臨床耳鼻咽喉科学 基礎編』、中外医学社、1992年より)



図 3. 頭頸部の気道と食道の関係(正中矢状断面)  
 a.呼吸運動時、b. 嚥下時、c. 発声時、d. 幼児の乳を吸う時、e. ウマの気道  
 (葉山、1993年より)

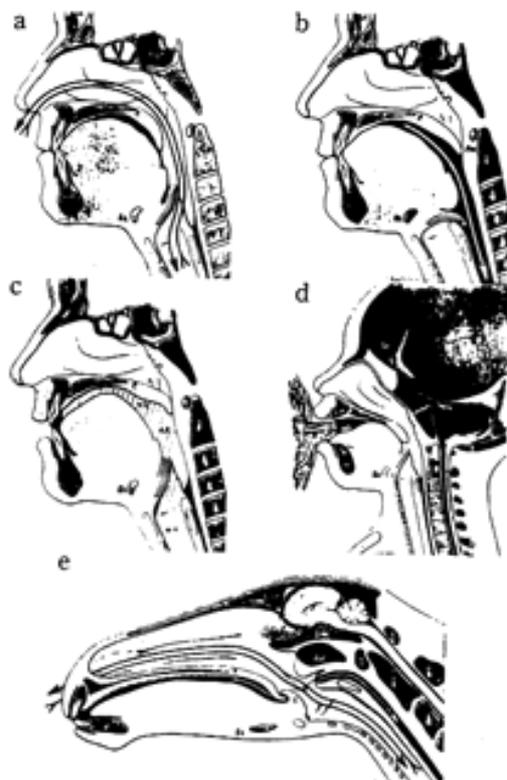
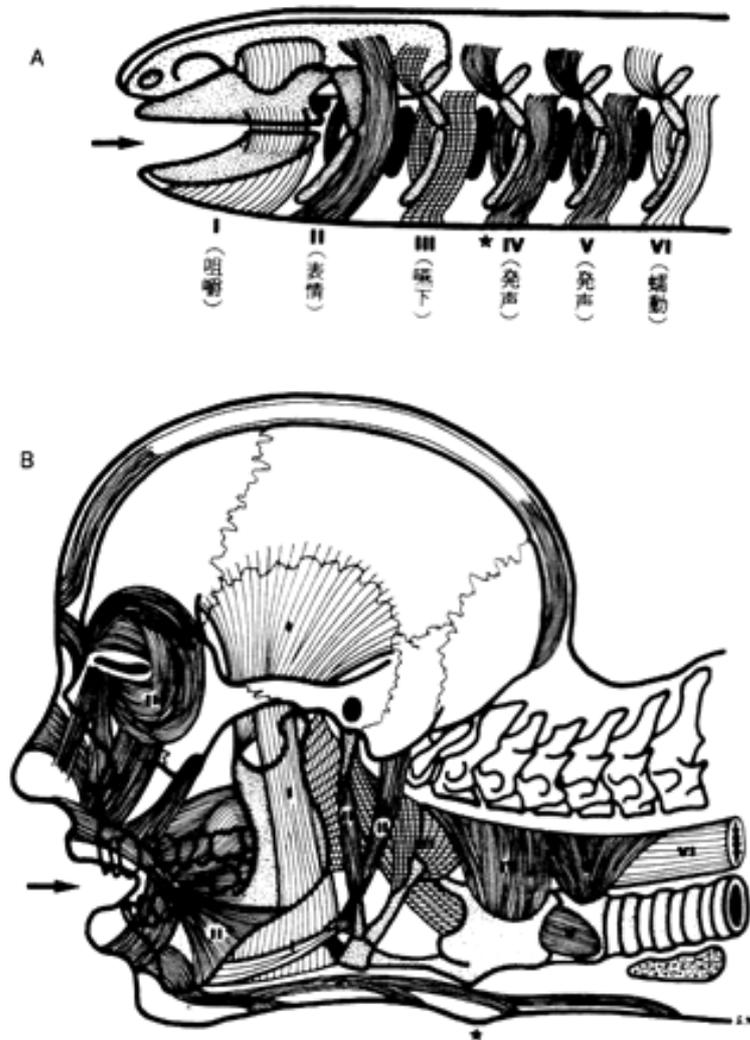


図4. 鰓の変身 Aはサメの鰓の骨と筋肉。Bはこれが変身して顔から口から喉元(★)の骨と筋肉になり摂食のかたわら表情と言葉を造る。  
(三木、2001年より)



# 食べることと法

稲葉一人

## 設例の設定

後に説明するように、文脈を捨象した問題の設例自体に、問題があることを認めながら、まず、検討すべき状況を共有しておく。

医療機関で治療を受けている終末期の高齢者が、自らは意思表示ができない状態に陥り、このまま経口での「食べる」ことにこだわると、誤嚥、それに引き続く誤嚥性肺炎の危険があり、経管栄養あるいは、胃ろうを増設して栄養を確保するという、医療・看護者側の思いと、家族らの「無理な延命は望みません。継続的な経管栄養は不必要です」という思いが相反した状態を想定する。

## 法的思考の特色と法解釈における裁判官の思考の特色

設例を検討するに先立ち、法的思考の特色等を検討しておく。一般人の、法律家への印象は、①既存の規則や先例に固執して、保守的な態度をとりがち、②融通がきかず、臨機応変な処置ができない、③権利義務や責任の有無という形で議論し、かえって問題の解決を困難にするという、否定的なものが多い。このような批判は今に始まったことではないが、なぜこのような通俗的な批判を受けるのか、法律家はなぜ批判に対して自己の態度を変えようとししない（変えられない）のか。これは、法的思考の特色に由来する。法的思考独特の専門技術的な議論様式・技法（例えば、後述の要件事実論）は、多くは、古代ギリシャ以来、レトリック（弁論術・修辞学）の伝統のなか、法廷弁論と結びついて作り上げられ、それが、近代の司法的裁判制度に取り込まれていったのである。つまり、法的思考を検討するとは、司法的裁判の制度的枠組みを分析することである。

- (1) 法的思考の核心は、司法的裁判における法適用が、事実認定と法解釈を中心に行われ、既存の一般的な法的規準に準拠し、それを具体的事実に応用する方式により、一定の法的決定を導き、正当化する。法的思考では、既存の（実定）法自体の正当性は憲法との抵触が疑われる場合以外、よほどのことがない限り問われることはなく、権限の源泉ないし権威的前提とされる。ここでは、実定法・先例が、特殊な意味を有し、思考は演繹的となる。
- (2) 法的思考には、事実の正確な認定が不可欠であり、法的思考は、過去の具体的事実の認定に拘束される。事実認定では、過去の、生の歴史的事実の細部までを再現するのではなく（そ

もそも不可能である)、法的権利義務関係や有罪無罪の確定に関連ある重要な事実と、そうでない事実を区別する。つまり、具体的紛争には、当初含まれていた、政治的・経済的・心理的・道徳的等の事情は考慮の外に置かれることとなる。ここでは、個々の narrative (物語) や文脈は特殊な観点から取捨選択、加工され、結局は、無視される。したがって、冒頭の問いの立て方自体、法的思考に組み込まれているといえる。

- (3) 法的思考は、既存の(実定)法的規準に準拠し、過去の事実拘束され、本来的に、過去志向的である。過去に生じた具体的紛争を事後的個別的に解決することを役割とする。ここでは、それ以外(将来の利害の調整、第三者への影響等)は、二次的な関心事となる。
- (4) 法的思考は、事実認定においても、法的権利義務関係や、有罪・無罪の確定でも、全か無か(all or nothing)という二分法的思考がとられる(刑事の疑わしきは被告人の利益の原則、民事の証明責任の原則=Non-Liquetの原則:真偽不明の場合の不利益)。ここでは、調整的・妥協的・互議的な、様々な ad-hoc な解決は排除される。

以上の特質をもつ法的思考過程は、形式論理的には、大前提たる一般的な法的規準に小前提たる具体的事実を包摂して判決を結論として導き出すという、法的三段論法として現れる。法的要件に事実を当てはめ、要件事実の存在が認定される限り、その事実によって一定の効果を与えるという、要件=効果図式(いわゆる要件事実論)である。そして、法的思考では、事実を(既存のルールに従い)正確に認定し、法的規準と関連付けた適切な理由づけがされている限り、その決定の結果・効果については責任を負うことはなく、批判は、法的規準自体に向けられる。

このようにして、法的解決の及ぼす意味、例えば、当事者の受け入れ可能性や解決への満足度等は、当然にはその射程に入っていないこととなる。<sup>1</sup>

もっとも、以上を、有権的解釈権を有する裁判官が全面的に取り入れているのではない。裁判官は、法に従いながら、法を発見し、具体的紛争を、できるだけ実態に沿った形で、解決しようと工夫するためである。

すなわち、現実の取引社会や家族関係では、法・ルールが予定しなかった事態がしばしば生じる(極端に言えば、法・ルールを文字通り当てはめて解決できる紛争などない)。ここでは、ルールの意味、要件、射程等事態に意見の対立が生じ、ルールの適用の仕方を考える学問としての、法解釈学が登場する。法の解釈とはなにかというテーマは、法律学の永遠のアポリアであるが、当該法の領域により、その厳格さ、反面自由度には違いがあるが、概ね、裁判官の法解釈のスタンスには、次の二つのイメージがある。一つは、「裁判官は法を解釈すべきではなく、文字通り機械的に法を適用すべきである」というもの、他方は、「裁判官は現実の紛争を前にして、直観的に妥当な解決を探るものであり、法律の条文による理由付けは、後から付けた理屈に過ぎない、そして、どのような解決にせよ、法律を柔軟に解釈すれば理屈は付くものだ」というものである。<sup>2</sup> 筆者の裁判官としての経験からすれば、実感としては、両者が交錯しながら、裁判官は心証形成と判断を行っているといえる。ただ、法的解釈は全くの ad-hoc のものではなく、キャリ

ア裁判官によってなされる以上、①既に蓄積され確立した法原理との整合性の確認は、3審制の下では、裁判官の職務義務であり、②仮に、解釈論を示しても、公権的解釈である以上、類似の事例においても妥当性を主張し得るものとなるようにとの配慮も不可欠である、③なによりも常識に合致（正義や衡平が背後にある）する必要がある。

しかし翻って考えれば、これらをどの程度厳格に遵守するかは、裁判官の個性や事案の性質（法の創造性を求められる、現代型訴訟か、当事者間に不平等がある訴訟かどうか）により幅がある。

## 設例の検討

そこで、以上の法的思考を踏まえ、設例を、法の類型を踏まえた個別法との関連で検討を加える。<sup>3</sup>

### Ⅰ 食べることと、普遍型法としての民事法

民事法において、設例を検討すると、まず、本人の能力がいかなる程度にすれば、別の制度（代理・代諾）が働くのか、減弱した場合に、本人に代わって判断する主体は誰であるのか等が問題となる。

設例では、「意思表示ができない」とするが、民法（平成11年改正後）と、任意後見契約に関する法律の、能力に関する規定は、以下のとおりである。

民法（第1、2、3編、）は、主として取引行為を規律し、近代法が採用した自由・平等を承継し、①所有権絶対の原則、②契約自由の原則、③過失責任の原則を原則とする。本稿では、②③が関連し、②では、古典的な契約自由の原則では、「人は皆等しく合理的な判断力を有している」という前提から、民法（第1編・総則）は、私権の享有、能力等についての総則規定と、代理の規定を有する。

他方、民法（第4、5編）は、親族と相続という、身分行為の規律を行い、身分行為の一身専属性等から、より本人の意思や能力が重視される。

1 本人（自然人）の能力について（以下、括弧内の条文は民法を指す）。

#### (1) 意思能力

民法は、有効な法律行為（契約）をするには、その行為につき、通常人並みの理解及び選択能力を必要とすることを前提としている（明文の規定はない）。したがって、意思能力を欠く人の意思表示は無効である。<sup>4</sup>

意思能力は、6-7歳程度で備わるとされるが、取引内容により、意思能力があるかは、相対的に判断される。

#### (2) 行為能力

意思能力が個々人の個々の行為ごとに評価されると、判定が不確実で取引の安定が害さ

れる。そこで、民法は、一定の類型を定め、本人の保護を図りながら、相手方の不利益を軽減する措置を講じている。

この制度は、近時成年後見法（民法の一部を改正する法律）が成立し、従前の民法が改正されて、以下の制度として存在する。

精神障害の程度	旧民法	新民法
軽度「精神上の障害に因り事理を弁識する能力が不十分なる者」	なし	補助（14～17条）
中度「精神上の障害に因り事理を弁識する能力が著しく不十分なる者」	準禁治産	保左（11～13条）
重度「精神上の障害に因り事理を弁識する能力を欠く常況に在る者」	禁治産	後見（7～10条）

ただし、未成年者について変更はない(36条)。

### (3) 身分法上の能力

身分行為（婚姻、養子）をする場合にも一定の行為能力が要求されるが、財産的法律行為におけるほど高度のものである必要がなく、とりわけ形式的身分行為の能力は意思能力と一致する（738条・成年被後見人の婚姻、764条・離婚、799条・養子、812条・離縁）。

### (4) 遺言能力

遺言をするには行為能力は必要ではないが、意思能力があればよい（961条・15歳以上の未成年者、973条・事理を弁識する能力を回復している成年被後見人）。

### (5) 不法行為能力・責任能力

「事理を弁識するに足るべき能力」を備えないときは、不法行為による賠償責任は否定される（712条）。この根拠は、過失責任から論理的に演繹されるという考えと、本人保護のために政策的に要請されているとする考えがある。

大審院は、道徳的善悪を判断できる知能以上のもので、「加害行為の法律上の責任を弁識するに足るべき能力」とする。<sup>5</sup> 具体的な年齢としては、11、12歳のところに基準を置いている。

### (6) 過失相殺（722条）能力

従前は、過失相殺にも責任能力が必要としていたが、最高裁は従前の判例を変更し、「事理を弁識するに足る知能が備わっておれば足り、行為の責任を弁識する知能が備わっていることを要しない」とした。<sup>6</sup>

以上見たように、民法等や成年後見法、及びその解釈論では、具体的にどの程度の能力が必要かは、当該必要とする行為の性質によって変わることが見てとれる。しかも、個々の基準の当てはめは明確ではなく、判例の集積に委ねられている。では、「食べる」という行為は、どのような行為と位置付けられるのか。食べるという行為が、レストランで注文をするという場面（法的には、売買契約となる）では、取引行為の規律をそのまま当てはめればこと足りるであろう。しかし、設例のような場面では、食べるという行為は、その人の尊厳ないし、生命・健康にかかわる重大なことである。取引行為でもなく、身分行為でもない。強いて言えば、より身分行為に近いものとなろうか。

ここで参考になるのは、**competence** (対応能力) の考え方である。臨床上の**competence** と、法的**competence** は、必ずしも一致しない。設例における意思表示ができない場合とは、現実の臨床の場面では、所与ではないし、また、単に、一時点での意思が表示できないというものではなく、それまでの闘病等の過程を踏まえた（したがって文脈的な）、特殊患者的なものである。<sup>7</sup> 臨床的指標としては、「決断ができ、そのことを他者に伝えることができる」「医学的状況と予後、医師が薦める治療の本質、内容、他の選択肢、それぞれの選択肢の危険と利益についての情報が理解できる」「決断が安定しており、一時的ではない、患者の決断が患者の価値観や医療や人生における目的と矛盾しない」「決断が妄想や幻覚に基づいたものではない」などがあげられる。<sup>8</sup>

また、**competence** を判断する、時期と判断者についても注意を要する。法的な **competence** の判断は、紛争等が生じた後に、事後的に、問題となった時点における「能力」を、限られた証拠のもとで、振り返って、合理的な裁判官が判断するものである。しかし、臨床上の **competence** は、しばしば緊急的な事態の、後戻りできない中、患者・家族が医療者のサポートのもと、将来に向けて全人格的に判断するものである。ここにも、法的判断と臨床判断（患者らから見れば決断）に齟齬が生ずる。

## 2 本人の能力を補う制度

次に、本人の能力が減弱した場合における、能力を補充する制度を総覧する。

### (1) 法律行為の代理

民法は、(減弱に関わらず) 意思表示についての代理の制度(任意代理)を設けている(99条以下)。代理の本人と代理人との関係は、内容が法律行為か事実行為で、委任(643条)と準委任(656条)とに分けられる。この場合、受任者は、善管注意義務(644条)を負う。

### (2) 身分行為の代理

民法は、本人の意思の尊重という見地から、身分行為は原則として代理を許さない。例外(797条・15歳未満の養子代諾養子)は限定的である。

## 3 任意後見契約に関する法律

民法上、任意代理は、本人の意思能力喪失後も、代理権は存続すると解釈されている(民法111条。通説)。民法111条が、能力喪失を代理権消滅の原因として掲げていないという反対解釈を理由としていた。しかし、本人が代理人を監督できない状態になったのであるから、本人保護の見地から代理権を存続させるには問題があると指摘されてきた。そこで、本人の判断能力低下後の任意代理人に対する監督の枠組みを決めたのが、「任意後見契約に関する法律」である。<sup>9</sup>

ところで、任意後見契約で委任できる事務の範囲は、代理権付与の対象となる法律行為に限られるが、その中には、財産管理に関する法律行為(預貯金管理、不動産管

理、遺産分割等)、身上監護(生活ないし療養看護)に関する法律行為(介護契約、施設入所契約、医療契約の締結等)のほか、要介護認定の申請等の、公法上の行為も含まれる<sup>10</sup>。これによれば、法律行為ではない、医療行為の決定(本稿でいう、能力減弱ないし喪失時の、食べることの決定の代理ないし代諾)は、任意後見制度ができた現在でも、同法で扱うことはできない。<sup>11</sup>

#### 4 親族間の権利義務

親族(民法上は、6親等内の血族、配偶者、3親等内の姻族、725条)であることにより生ずる効果は多岐にわたるが、ここでは扶養義務・親権を検討する。扶養義務は、原則として、直系血族及び兄弟姉妹が負い、特別の事情がある場合は、3親等内の親族が負担する(877条)。親権は、親が未成年の子を哺育・監護・教育することが、親子関係の中核で、親の子に対する養育監護の関係が親権関係である(820条)。親権者の代理権限は、原則として財産上の行為に限って認められる(824条)が、身分上の行為については例外的にだけ認められる。

ところで、身分関係から導き出される権利義務関係は、本稿の「食べる」の決定にどのように関わるのか。(身上)監護権の内容として、子に医療を受けさせることを含むとして、子の判断に親権者の代諾(権)を導くのが通例であるが、子の自己決定とどのような関係にあるのか、また、これが、子の生命・身体への侵襲を決めるという場合に、どの程度正当化根拠として用いることができるのか等については、詰めた議論はなされていないのが現状である。<sup>12</sup>

なお、親の判断に、妻や子供がどのように関わるかについての基準はない。

#### 5 侵襲を伴う医療行為についての成人たる本人と、両親の意思の齟齬

意思能力ある成人たる本人と親族との関係で、侵襲を伴う医療行為の選択に意見の齟齬があった場合について検討する。ここでは、宗教上の輸血拒否者の両親からの輸血委任仮処分申請事件を取り上げる。<sup>13</sup>

この決定は、親族である両親に、「父母として、Yとの間に平穏な親族関係を享受し、親族関係における幸福を追求し保持する権利ないしは利益、債務者に対する将来の扶養義務の履行を期待する期待権等を包摂した「親族権」とでも称すべき人格的権利ないし利益を有している」とした。仮に、設例の親族関係が、患者が子で、家族が両親であるような場合は、同決定から、親族権として、医療者には、両親の意向を聞くことが求められるであろう。

#### 6 未成年者の承諾能力と、親族の代諾権

医療者は、侵襲を伴う医療行為をなすにあたって、原則として患者の承諾を得なければならない。この承諾は、患者自身の自己決定であり、医療行為の違法性を阻却する。し

かし、このような原則は、幼児や精神病患者、意識不明の患者のように、患者が承諾できない状態にある場合には、問題が生じる。

未成年者であっても、承諾（判断）能力があれば、未成年者自身が承諾を与えることができることに異論はないが、承諾能力の内容や、その具体的年齢については、統一した基準はない。根拠を明示せず15歳ないし18歳とする見解、<sup>14</sup> 原付自転車の免許取得、女子の婚姻年齢、義務教育の最終年限から、15-16歳という見解<sup>15</sup>もある。

他方、承諾能力を欠いている場合には、親権者や法定代理人の承諾の代行、代諾が必要とされる。代諾の根拠については親権の内容である<sup>16</sup>と一般的に考えられている。そして、親権を行う者は、「自己のためにすると同一の注意を以って、その管理権を行わなければならない」（827条）とされる。

しかし、①承諾能力のない（あるいはある）という判断はどのような基準で行うのか、②両親の一方のみの承諾でいいのか、③親権者（特に両親）間で意見が不一致する場合はどうするのか、④親権者がいなく、後見人が選定されていない場合、事実上の監護者が代諾できるか等が問題と依然残っている。

しかし、承諾能力の有無で、あるなら本人が、ないなら代諾ということはあまりにも硬直した考えではないかと考える。特に、代諾の場合は、未成年者の自己決定権が全く否定されてしまうし、生命や重大な身体への侵襲の際には、本人の意思に重きを置くべきではないかと考えるが、その間の調整については検討を要する。

このような問題が顕在化したのが、川崎「エホバの証人」の両親による10歳の子への輸血拒否事件であった。<sup>17,18</sup>

10歳の少年の場合、先の規準でいけば、承諾能力がないと考えられ、このような場合、患者本人に代わり、親権者・後見人等の法定代理人が代諾権者として、承諾を与えることになる。しかし、必要と思われる承諾を与えない場合はどうなるのであろうか。<sup>19</sup>

わが国では、このような場合は、治療にあたる医療者が判断して、解決することを余儀なくされる。本来、子供の法定代理人は、子供の監護について法的義務を負っているのであるから、子供の最善の利益に適う範囲で、代諾しなければならない。もし、代諾が、そのような最善の利益に適わない場合は、親権・監護権の乱用にあたる。この場合は、医療者は、このような法定代理人の意思に拘束されず、子供にとって最善の利益というべき措置をとることになる。

更に、先に指摘したように、臨床的指標と法的基準とが常に一致するとは限らないし、時間的な緊急性等から第三者判断者が想定できない場面では、医療者が（与えられた時間内で）暫定的にでも決めざるを得ないし、判断能力判定の閾値が、患者の判断内容で変化する（一致すると閾値は下がり、不一致すると閾値が上がり、患者の判断能力に疑問を持つ）というバイアスが考えられる。

## 7 侵襲を伴う医療行為についての高齢者の承諾能力と家族等の代諾

高齢者の承諾能力の基準については、あまり議論がされていない。しばしば、痴呆等

の症状の出ている高齢者の意思が無視され、家族や医療従事者の固有の利益が暗黙に含まれた判断がされるという実際については留意する必要がある。

**Advanced Directive**（事前指示）がある場合は、その意思が、自死のカテゴリーにつながらない限りは、治療現場で尊重されるであろう。しかし、法的には、事前の意思が有効な効果を有する制度は、財産の処分に対する遺言しかない。しかも、遺言は、死亡を条件として効果を発効するもので、**Advanced Directive**は死亡に至る前の効果を求めるもので、しかも、特定の相手との契約関係を前提としない意思の表明であり、厳密に言えば、医療者や親族は、法的には拘束される根拠がないともいえる。<sup>20</sup>

他方、そのような生前の意思表示がない場合はどうか。法的には、成年後見人がいたとしても、財産の管理権が与えられているにすぎず（859条）、任意後見人は、身上監護に関する法律行為ができる（任意後見契約に関する法律6条）が、これも侵襲行為の代諾まではできないことになる。

そうすると、家族が高齢者である本人の意思を代行・代諾する権限を直ちに導き出すことは難しい。仮に、前記大分エホバの証人事件での決定のように、一定の範囲の親族に「親族権」類似の権利を認めたとしても、生存に対して **positive** な権能は認められても、**negative** な権能は、濫用として無効とされることが考えられる。<sup>21</sup>従って、冒頭の、家族らの「無理な延命は望みません。継続的な経管栄養は不必要です」という意思是、無効とされる余地もある。

以上見たように、臨床上医療者が、ルーチンで聞いている親族等の意向は、法的にどのような位置付けになるのかについては、必ずしも明確ではないといわざるを得ない。<sup>22</sup>

## 8 食べることについての本人の承諾能力と家族等の代諾

「食べる」も無理やり食べさせれば、違法性を帯びる。しかし、医療の現場では、（患者が）食べるが、経管栄養（経鼻経管栄養法と胃・腸（空腸）ろう栄養法がある）による、栄養補給へと姿を変え、ときに（医療者が）「食べさせる」になりがちである。経鼻経管栄養では、鼻・咽喉部への不快・異質感という負担を伴い、胃・腸ろう婁造設は重大な身体への侵襲を伴う。<sup>23</sup>

医学的には、経口摂取では十分な栄養が採れず、誤嚥性肺炎等を考慮し、「食べさせる」手段としての経管栄養が医療行為として行われるが、一定の侵襲がある以上、どのような場合に許される（違法性が阻却される）かは、法的には、本人及び家族の意思（承諾）との兼ね合いで決められる。

そこでは、慎重に安楽死につながる事態を避けながら、本人らの意思を確認する作業が先行する。本人に承諾能力があるのか、承諾能力がない場合、先行する意思表示がなされていたのか、親族の意思はどうか配慮がなされる。しかし、実際は、先に検討したように、本人の承諾・応答能力（**competence**）は一義的ではなく、また、本人・親族の意思自体が揺れ動き、医療者や親族との関わりの中で変化することも当然ある。先行

する意思表示が仮にあっても必ずしも明確ではない。親族といっても、法的な親等だけでは測れない近さ遠さがある。また、患者本人の症状自体援助者との関わりや時間の経過で変わり、医療的適応も一義的ではない、また、中心静脈管理ができるかどうかという医療のサプライ体制によっても大きく影響を受ける。

そのような流動的・交互関係的な、本人、親族、医療者の中で、食べるという行為の態様、目的やその **implication** が決められるのである。しかし、多様で、流動的・交互関係的な場面には、これまで見た、民法的な法的思考で分析し、判断することは難しい。

特に、食べることへのこだわり（意欲）は、生きる（生死ではない）ことへの意欲を象徴（象徴性の最たるものは、聖書における最後の晩餐である）するもので、それが末期であればあるほど、その意欲は尊重される必要がある。それは、法的な意思表示よりももっと素朴で、人の存在に根ざしている。また、意思を「表示」できなくとも、その意向が伝わることさえある。食べることは、栄養補給という、医療的な側面に止まるのではなく、むしろ、食という行為は、人が他人と時間と場所とを共有するための手段でもあり、食べること自体固有に意味ある行為である。このように、ある人にとって、食べるという行為の意味は多様であり、これを法的観点から迫ることには、大きな限界がある。

## II 食べることと、普遍型法としての刑事法

### 1 違法性阻却の原理

刑事法は食べることにに関して白紙（つまり、食べることは、通常侵襲行為とはなり難い）であるが、食べさせないこと、あるいは、無理に食べさせることが、人への侵襲行為となり害を与えるときは、刑事法が関連してくる。

そこで、まず、侵襲行為と違法性阻却との関係を検討しておく。

刑法は、正当業務行為は、違法性を阻却するとする（刑法 35 条）。その代表例が、医師による医療・治療行為である。正当化の要件は、①治療目的、②医学上の法則（*lege artis*）に従うこと、③患者の同意が必要とされる。<sup>24</sup>

治療行為の正当化要件としては、③患者の承諾が最も重要であり、これから行われようとする医的侵襲内容を完全に認識した上での、真摯な同意（完全な I C）が存すれば、被害者の法益の完全な放棄が認められ、傷害罪は成立しない。ただ、生命を否定するような同意は、刑法上は許されていない（同意殺等）。それ故、生命に関わる場合には、患者の同意のみでは正当化できず、優越的利益を加味した正当化の道を探る必要がある（安楽死や尊厳死での議論）。患者の意思に反する専断的治療行為が正当化されるには、緊急避難等の厳格な要件が必要である（エホバの証人への輸血等がこれに当る）。

## 2 刑事法の解釈

刑事法は、「被害者を含めた国民全体の利益のために、刑罰を科すべきか」という全体と個人の利益の調整を主眼とする点で、個人と個人の利益の調整を計ることを目的とする民事法と対照的な性格を有し、司法法である刑事法は法的安定性が強く要求される。<sup>25</sup> 例えば、「法律無くば刑罰なし、法律無くば犯罪なし」という、罪刑法定主義（憲法31条）がこの表れである。しかし、法のカatalogは常に現実の社会での行為を網羅できないため法文上の文言解釈という問題が出てくる。

これを、殺人・傷害に限って検討すると、法文は、「人を殺した」（刑法199条・殺人罪）、「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した」（同202条・自殺関与及び同意殺人）、「人の身体を傷害した」（同204条。傷害罪）、「身体を傷害し、よって人を死亡させた」（同205条・傷害致死罪）とする。そこで、当該行為（この場合は作為だけでなく、不作為も含む）が、「人を殺す」「人の身体を傷害する」という、実行行為に該当するかが問題となる。これは、例えば、経管栄養を施されている患者に、管を外し（作為）たり、管が外れているのを知りながら放置する（不作為）ような場合であり、安楽死において語られるのと、同じ状況である（なお、積極と消極的安楽死と、作為・不作為の区別は一致しないことに注意されたい）。<sup>26</sup>

また、遺棄罪では、「老年、幼年、身体障害又は疾病のために扶助を必要とする者を遺棄した」（刑法217条・単純遺棄罪）、「老年者、幼年者、身体障害者又は病者を保護する責任がある者がこれらの者を遺棄し、又はその生存に必要な保護をしなかった」（同218条・保護責任者遺棄罪）「前2条の罪を犯し、よって人を死傷させた」（同219条・遺棄等致死傷）と規定し、同様の作業がなされる。

どのような行為が、「人を殺す」「人の身体を傷害する」、「遺棄し、又はその生存に必要な保護をしなかった」と解釈されるかは、それぞれの、構成要件（実行行為性）の解釈論に委ねられる。<sup>27</sup>

しかし、民事法の項で見たように、刑事法でも、食べるということが持っている多様な側面を見るのではなく、不都合（食べないことによる、生命・身体や安全への危機等）が生じた場面で、その結果に因果力を与えた行為を事後的に特定し、その行為（これを訴因という）が存在し、法文に該当するかを判断するための素材として、食べる（ないし食べさせる）、食べない（食べさせない）という行為を見ているにすぎない。ここからは、食べるという行為自体の持つ多様性は無視される。刑事法の先例で示された事実は、これらを判断するために、法的な加工をした事実であり、先例の中で示された様々な基準は、刑罰という強制作用との関連で示された、最低限の基準である。

## III 食べることと、管理型法

1 管理型法には、各政策の基本的内容やその実施にあたる機関の組織・権限と活動規準・手続に関する規定するものが多く、私人によって、直接遵守され、裁判所で普遍的

のように適用されることを必ずしも予定していない。管理型法は、そのめざす目標が複雑化し専門化してくるにつれて、組織規範を中心に作動するようになっている。また、管理型法は、裁判による司法的救済の対象となる個々人の具体的な権利・利益を直接明確に規定することは少なく、具体的な権利・利益の確定は、担当行政機関の裁量的判断に委ねられていることが多い。そこでは、事務処理の規準を示す、通達や訓令などが、決定的な役割を果たす。

2 健康(医療・看護・介護)に関する管理型法には、介護保険法、老人保健法、老人福祉法のほか、医療法、医師法、保健婦助産婦看護婦法等、様々なものが存在する。

これらの内容は、その目的(通常法律の第1条に掲げられる)を見れば、いずれも、制度的ないしシステムとしての確立や、それを支える人材の資格等を定めたもので、本稿の、「食べる」ということに直接関連する規定はない。<sup>28</sup>しかし、これらの規定も、実際の食べる行為を巡る様々な面に、時にはシステムからの拡張・制約原理として働く。

#### IV 食べることと、自治型法（ルール）

1 比較的小規模でその成員の同質性が高かったり、共通の目的を協同して追求していたりする社会関係・集団・組織において、その内部秩序を構成したり、成員間の利害調整や紛争解決を規制したりするために、その社会内部での法的正統性の一般的承認によって、自主的に生成し、存立するものを、自治型法（ここに言う法とは、ルールという広義のもの）と分類する考えがある。自主型法（ルール）は、明確な法準則として定式化されていないものも多く、その遵守も、外部的な強制力サンクションよりも、関係者の立場の互換性や互報的關係によって内面的に支えられている。自治型法の基盤となる集団・組織が大きくなればなるほど、個々の成員の自律的決定による自主的合意との関係も希薄となり、かえって成員の自由を抑制したり、その権利や利益を侵害したりすることもあり得る。特に、わが国では、古くからの慣行に基礎を置くもの（家制度）や、社会の流れに棹を刺すもの（ヤミ・カルテルや談合）が多く、自主的な相互の人格を踏まえた対等な自主型法ができにくい素地がある。

2 では、医療（看護・介護も含む）の現場における、食べるということについては、この自治型法はどのような関係を有するのであろうか。集団を病院と捉えれば、病院内での自主的な取り決めを指すこととなろう。しかし、①病院内の成員とは、医療者という固定メンバーだけではなく、そこに出入りをする患者・家族もその一員であること、②この取り決めは、規律により制するのではなく（これは幾ら細かく定めても、所詮は、法条項が具体的になる、つまり、**Regulation**が、**guideline**ないし**manual**と形を変えるだけである）、その作る過程にこそ重点を置く必要がある。

また、本稿での、ある特定の患者が「食べる」ということにおいては、この最後の点、すなわち、能力が零から100まである患者、それを取り巻く様々な家族・親族に、一人

の患者の文脈を踏まえて、これに関わる医療者が、相互に「食べる」ということについて、それぞれのこだわりや専門的な知識・経験を踏まえ、話し合うという、共有する場と時間こそが大切であるといえる。そして、お互いが、過度に依存することなく、また、お互いの人格を認め合う中で、行きつ戻りつをしながら、患者の「食べる」ことへの決定に（ほんの）少しずつ関わるという、共同作業を営むことこそが、医療の現場における自治型法の実践である。

## まとめにかえて

総じていえることは、法的判断とはノーマルでない（なにがノーマルかの議論は避けつつ）事態での、日常的紛争解決手段が尽きた段階での、法律家により加工された事実、法律家が法律を当てはめて作り出される、回顧的判断である、普遍法型の法的基準や法的思考は、それ自体は社会の安定のためのセーフガードとして必要である。しかし、この基準や思考を、多様で、人それぞれの個別性を前提とする日常診療・介護・看護にあてはめることは、生きた現場を損なうことになりかねない。特に、昨今の医療ミス・過誤、これを刑事罰や民事責任で追及するという作業が進めば進むほど、**defensive**になる医療者をして、このような限界・特殊事例へと関心を向けさせ、その基準さえ守れば「こと足れり」とする風潮を生み出すことにも見られる。本来医療・看護は、患者と向き合い、家族と連合し、様々な文脈のもとで、専門性に支えられながら、臨機に行う作業であるのに、法の硬直した考えを慮ると、その本質を忘れがちになる。ここでは、適切な法の役割・意味と、現場の生き生きさ、これは患者への医療・介護・看護の質でもあるとの妥当な関係をいかにして保つかという、今日の問題にたどり付くのである。

食べるという行為は、先に見たように多様である。これを法的思考、特に普遍型法だけで処理しても、有意義な結果を導き出すことはできない。

また、管理型法では、そもそも、規準自体を同定することができない。

では、自主型法（ルール）はどうであろうか。今、医療の現場では、法的な責任をにらみながら、様々な取り組みがされ、事故防止マニュアル、EBMに基づく各種診療ガイドライン、クリティカル・パス等が作られつつある。しかし、これらは、実際の臨床になかなか根付かない。また、これが、患者や家族に理解されることもなく、そもそもそれを目的に作ってはいない。しかし、今必要なのは、医療の現場において、医療者と患者・家族が、一つの「食べる」ということについて話しをすることであろう。忙しくて、時間がないとという指摘、患者・家族は多様で、また、それほどやわではないとの指摘も想像される。また、全て患者・家族本位で治療を進めることは、制度の中での医療を前提とする限りは無理だという意見もあるであろう。

しかし、ここで、法的な規準や法的思考を持ち出し、また、医療的適応だけで、食べるという営みを検討することは、医療者（患者・家族を含め）にとっては、自殺行為に

等しい。医療は、「食べる」、「排せつする」、「話す」、「歩く」「息をする」等という、日常生活を前提とするもので、医療がこれらの一部を（主として病院において）管理・コントロールしても、これらを全面的に管理・コントロールすることはできない。むしろ、このような日常生活から改めて、医療を問い直す必要がある。例えば、夕食のおかずを巡り、親子の会話がはずむ、弁当の蓋を開ける際の楽しみ、食べながら今日あったことを話すなどは、いずれも日常生活の一コマである。もちろんこれを全て医療の現場で実現することはできない。しかし、反対に、これほど日常的で、個人に深く関わってくるが故に、他律的・第三者的な規準を持ち出すこともできない。それが、いかに生死に関わる場面であっても、その営みの多元的・多重的な意味を忘れてはならない。そこでは、「食べる」ということについて、患者・家族と、専門家である医療者が正確な情報を提供しながら寄り添い、お互いの人格を認めて、胸襟を開けて話すという作業から始めるしかない。その上で、生きた法（自治型法・ルール）を作り上げていく過程こそコアといえる。

## 注

- 1 田中成明、法理学講義、有斐閣、1994年
- 2 内田貴・民法Ⅰ総則・物権総論6頁、有斐閣、1994年
- 3 このような法的思考は全ての法領域について同じように共通するものではない。以下は、いわゆる法の3類型モデルに沿って検討する。前掲田中は、法システムと法文化を動態的・重畳的に捉えるために、3つの法類型モデルを提唱する。
  - 1 普遍主義型法が、近代西欧の法の支配や立憲主義などの自由主義的原理を背景として持ち、他の領域と区別され、法的空間の中核をなす。民法や刑法がこれに該当し、この法領域では、法的思考が典型的に見られる。
  - 2 管理型法は、公権的機関による特定された政治的な政策目標の実現を図る法類型と分類される。犯罪予防・秩序維持など、消極的・規制的なものから、社会保障・生活環境の整備・経済活動の規制など、積極的・促進的なものまであり、法的思考より、裁量的な判断が強く支配する。本稿との関係では、介護保険法、老人福祉法、老人保健法などがこの法領域に含まれる。
  - 3 自治型法・ルールは、社会における人々の意識・行動を現実に規制しているインフォーマルな社会規範やその成員間で共有されている正義・衡平感覚に基づいて自生的に生成し存立する。ここでは、本来、法的思考が排除してきた、妥協的調整的モデルが強く現れる。
- 4 大判明治38年5月11日民録11-706
- 5 大判大正6年4月30日民録23-715
- 6 最大判昭和39年6月24日・民集18-5-854
- 7 Encyclopedia of Bioethics 第5版
- 8 Bernard Lo: Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians Williams and Wilkins, Baltimore, p192-200,1995

9 任意後見契約とは、「本人が、任意後見人に対し、精神上の障害（痴呆・知的障害・精神障害等）により判断能力が不十分な状況における自己の生活、療養看護および財産の管理に関する事務の全部または一部について代理権を付与する委任契約で、任意後見監督人が選任された時から契約の効力が生ずる旨の特約を付したもの」（2条3号）をいう。公証人の作成する公正証書で行い、登記所への嘱託により、登記がされる（3条）。登記されていると、本人の判断能力が不十分となると、本人や親族から家庭裁判所に任意後見監督人の選任の申立てがなされ（4条1項、自己決定の尊重の観点から、本人の申立てないし同意が必要とされている。4条3項本文）、選任により、任意後見契約は効力を発し、任意後見監督人は、任意後見人の事務を監督する（7条）。

10 一問一答・新しい成年後見制度 173 頁、商事法務研究会 2000 年

#### 11 持続的代理権(durable power of attorney)

アメリカでは、本人の能力喪失によって、代理関係は自動的に終了する。そこで、持続的代理権制度が別に設けられている。ほとんどの州法で取り入れられているが、細部においては異なる。通常は、経済的問題に対処するための持続的代理権法と、医療問題に対処するための持続的代理権法とは、別個に制定されている。とりわけ、医療問題については、直接本人の生死に関わり得る決定事項だけに、より慎重な手続が要求されている（樋口範雄・アメリカ代理法 91 頁、弘文堂、2002 年）。

12 石川稔、親権の性質と内容、夫婦・親子 215 題 274 頁、1991 年

13 大分地方裁判所昭和 60 年 12 月 2 日決定（判時 1180-113、判タ 570-30）

事案 患者（Y・債務者、30 代、3 児の父）は、左足大腿骨が骨肉腫に侵され、このため大腿骨を骨折し、大分大学医学部付属病院整形外科に入院している。骨肉腫は放置しておく他へ転移し、やがて死の転帰に至る可能性が高い。そこで、担当医師は、Y に対して、切断手術を勧告したが、Y は手術の必要性を理解して実施を強く希望したが、手術にあたっては、必要とされる可能性のある輸血については、宗教上（エホバの証人）の理由により拒み、輸血することなく手術をして欲しいとした。病院では、輸血を承諾しない限り手術を施行しない方針をとり、その間担当医が Y を説得しながら、化学療法を続けた。Y の両親（X 1,2、債権者）は、3 人の子の一人である Y が、結婚し、2 女 1 男の父であり、平穏な家庭生活を営んできているのであるから、Y が輸血を拒否することは自殺行為と同じであるとして、Y の両親は、Y を看護し、Y の生命健康を擁護する法律上の権利を有するとして、「Y に代わり、大学病院に対し、Y の左脚切断手術及び必要な輸血等を委任することができる」という趣旨の仮処分を求めた。

決定 仮処分申請を却下

「X らは Y の父母として、Y との間に平穏な親族関係を享受し、親族関係における幸福を追求し保持する権利ないしは利益、債務者に対する将来の扶養義務の履行を期待する期待権等を包摂した「親族権」とでも称すべき人格的権利ないし利益を有している・・・Y が真摯な宗教上の信念に基づいて輸血拒否をしており、その行為も単なる不作為行動に止まるうえ、X ら主張の前記被侵害利益が、Y の有する信教の自由や信仰に凌駕する程の権利ないしは利益でるとは考え難いことであり、・・・本件輸血拒否行為の目的、手段、態様、被侵害利益の内容、強固さ等を総合考慮するとき、右輸血拒否行為が権利侵害として違法性をおびるものと断ずることはできない。・・・」

14 淡路剛久・医療契約、新民法演習 184 頁、1968 年

15 中谷＝橋本、患者の治療拒否をめぐる法律問題、判タ 569-8、1986 年

16 阿部徹・判例コンメンタールⅦ親族法 385 頁、1970 年

17 昭和 60 年 6 月 6 日に、自転車に乗っていてダンプカー左後輪に両足を轢過された 10 歳の少年が、救急車で近くの病院に運ばれ、輸血の必要があると判断され、手術をしようとしたところへ両親が駆けつけ、自分たちはエホバの証人の信者であるから、子供に輸血しないようにと申し出た。医師団は、両親に輸血の必要性を強く説得したが、拒否を続け、事故の 4 時間半後、少年は出血性ショックで死亡した。

18 欧米では、このような場合、裁判所が緊急に関与し、解決する制度がある。

- 19 両親は、保護を怠ったとして、保護責任者遺棄致死罪（輸血を拒否したことで、死の結果を惹起したと認定されれば）で訴求される可能性があるが、検察庁は両親を不起訴とした。また、医師らが、両親の意思を無視して、輸血をした場合は、両親は「信仰上の権利」等を侵害されたとして、不法行為として争われる余地はある。なお、これと類似した構造はエホバの証人への輸血の伴う説明義務違反事件である。
- 20 **Living will** と判断の委任（持続的代理権・**durable power of attorney**）を含めたものが、**Advanced Directive**である。法的には、健康な時期になされた抽象的な末期医療の拒絶の意思表示は、現実に末期状態になった場合の意思表示とみることができるかという根本的な疑問がある。自己決定を、その事態（末期における苦痛等）の現前性を前提とすると、健康時の意思表示は、単なる参考資料にすぎないという意見もあろう。逆に、末期時に作成されたこの種の書面等は、その時点での正常な意思表示と評価できるのかという問題を生ずる。なお、カリフォルニア州の自然死法(1976)は、後者に拘束力を付与するが、前者は医師の判断資料としての効果を認めていない。
- 21 倫理面とは別に、法は一般的に、**SOL (Sanctity of Life = 生命の尊厳)**に近い立場を採用しているといえる。
- 22 アメリカでは、意思決定能力のない患者のための判断（代理判断）を、次の順で行っているとされている。(1) 事前指示 もっとも、事前指示が明確に法的拘束力を有するとする州は限られている。(2) 代理判断(**substituted judgments**) 事前指示がない場合に、家族などが「患者がこのような立場になれば、望んだであろうこと」を本人に代わって判断するものである。(3) 最大利益基準(**best interest standard**) 現在、患者の家族や診療に当たっている医療従事者が、判断能力を失っている患者にとって、もっとも利益になるかを考えて、判断することである。
- 23 胃ろう造設は、かつては、開腹で行われていたが、現在は、内視鏡的経皮で行われることが多く、局所麻酔下で、数時間で終わり、患者への負担・侵襲度は低くなりつつある。また、その後の管理も、中心静脈管理（**IVH**）とは違い、家族でも行うことができる。
- 24 違法性阻却の基本原則については、古くから考えの違いがある。実質的違法性、つまり違法性阻却の実質的根拠については、(a)法益衡量説(優越的利益説)、(b)目的説、(c)社会的相当性説に分かれる。(a)は、法益侵害を上回る（ないしは等しい）利益が、行為に存在するから正当化されるという考え、(b)は、正当な目的のための、正当（相当）な手段だから正当化されるという考え、(c)は、歴史的に形成された倫理秩序の枠内の行為であるから、正当化されるという考えで、(a)は結果無価値論と、(b)・(c)は行為無価値論と結びつく。前記の①③のウエイトの置き方いかんにより、(a)から(c)に分類される。例えば、③を重視する、つまり、現代の治療行為の不処罰根拠は、患者の承諾を決定的なものと位置付けると、(a)説に近づく。
- 25 前田雅英・刑法総論講義第3版3頁、東京大学出版会、1998年
- 26 不作為犯の分類 不作為犯は、①真正不作為犯と、②不真正不作為犯とに分かれる。後者は、作為の形式で記載された構成要件が不作為によって実現される場合で、前者は、構成要件自体が、不作為の形式を採用する場合である。殺人・傷害・単純遺棄罪は、不真正不作為犯であるが、保護責任者遺棄罪は、両者を規定していることになる。両者の違いは、後者が、「殺すな」という禁止規範違反であるに対し、前者は、「保護せよ」という命令規範違反である。
- 27 実行行為性の解釈論 行為それ自体が、各犯罪類型で定められた結果を発生させる危険性を持っていたかの判断を指す。例えば、「殺す」行為とは、たまたま死の結果を生じせしめた行為の全てを指すのではなく、典型的に人の死を導くようなものでなければならない。この点、不作為、特に不真正不作為犯では、形式的に結果と因果関係が認められるものを全て含むと、広範囲にわたりすぎる（おぼれている人を見つけた人を、急いでいるので見捨てた場合を、「人を殺す」とは評価できない）ので、作為義務を有すること、そして、作為による実行行為と等（同）価値の判断を要すると解される。

28 介護保険法「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」（同法1条）

老人保健法「この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。」（同法1条）

老人福祉法「この法律は、老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対して、その心身の健康に保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする。」（同法1条）

医療法「この法律は、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。」（同法1条）

医師法「(医師の職分) 医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。」（同法1条）

保健婦助産婦看護師法「この法律は、保健婦、助産婦及び看護師の資質を向上し、もって医療及び公衆衛生の普及向上をはかるのを目的とする。」（同法1条）

# 慣れ親しみとケア——ヒュームを手がかりに

会沢久仁子

## 序 食べることとそのケアに見える、人の世界との関わり

食べることとそのケアをめぐるケアの分科会の議論から、食べることとそのケアが人とその人の世界の物事や人々との関係を映し出していることが見えてきた。本稿では、人の世界との慣れ親しみとそこから生じるケア、ケアの道德について、デイビッド・ヒュームの哲学にもとづいて論じる。だが残念ながら本稿では、食べることにおける人の世界との関係および食べることのケアについては論じない。というのも筆者にはそれを論じる用意がまだないからであり、それは今後の課題である。

まず最初に、ケアの分科会での話題から、食べることとそのケアにおいて人とその人の世界の物事や他人との関わりを考えさせるいくつかのことを記しておこう。例えば拒食症や過食症では、痩せることや太らないことに強迫的になってしまい、痩せや満腹感という体の感覚を損なってしまう。またそうした摂食障害は、本人とその親との関係にかかわる病であるとも言われている。また、例えば老人ホームで、体の異常がないにもかかわらず自らの意思で毎日一個のパンしか食べず、日々弱っていくある人は、子どもたちが自分を家に引き取らないことを非常に不満に思っているようだった。また、人は互いに親しくなるために食事を共にする。食事介助の際でも、介助者の食欲が失せていけば、食べる人の食欲も湧かないように思われる。また逆に本人が経口食から胃ろうに切り替えた時に、介助者が食事を共に味わえなくなることを不安に感じたり、介助者の食欲が落ちる場合があるという。

これらが示すのは、人にとって食べることが、自分が生きている世界を受け入れ、とりわけまわりの人々と関係をつけることであり、食べることを共にしながら人々が互いに影響関係にあることである。

そこで、食べることとそのケアについて考えを深めるためにも、人とその人の世界の物事や他人との関係にはじまりケアの道德まで論じている、ヒュームの哲学をここで省くことはいくらか意味があるだろう。ヒュームは、知覚相互の関係と習慣から世界の構成を説明し、また他人への慣れ親しみからケアの感情と行為、ケアの道德が生まれることを説明した。以下、ヒューム哲学における1. 世界との関係および慣れ親しみと、2. ケアの義務の理論を押さえ、3. 適切なケアのための調整や反省について、また自然に慣れ親しんだ関係ではなく職業的ケアのような人為的な関係におけるケアについて検討

する。本稿はヒューム哲学からケアを捉えようとする試みの一端にすぎないが、このような試みから、ヒューム哲学を評価するとともに、それが十分捉えていない事態をもまた見ることができるようになればと望んでいる。

## 1. 世界との慣れ親しみ

ヒュームは、世界を諸知覚相互の関係によって説明した。そして、自分に関係する、慣れたものが快適であり、愛を感じさせること、すなわち世界の人や事物との慣れ親しみについて論じた。1.1では世界の構成についてのヒュームの最も基本的な考えを見よう。そして1.2では関係あるものへの愛、すなわち慣れ親しみの原理を確認しよう。

### 1.1. 諸関係による世界の構成

ヒュームは、経験される世界をさまざまな知覚の集まりと考え、それらの知覚の関係によって世界の構成を説明した。ここでは、世界を構成する基本となる三つの関係と、習慣がもたらす効果を見ておこう。

ヒュームによるとまず、知覚 (**perception**) は、印象 (**impression**) と観念 (**idea**) とに分類される。印象とは、最初に経験される、感官の感覚や身体的快苦、感情の一切である。また観念とは、記憶や想像によって出現する、印象の淡いコピーである。観念は、印象と比べて勢いと活気の程度が劣り、その点でのみ印象と異なる (T1.1.1.1)<sup>1</sup>。

印象にも観念にも複合的なものがあるが、それらは単純なものにまで分離できる。そこで、記憶 (**memory**) は、もとの印象と同じ順序と形式で観念を出現させるが、他方想像 (**imagination**) は、順序と形式にとらわれず観念を自由に置き換える (T1.1.3.2)。

とはいえ想像は、ある程度規則的に観念相互を結合する。そのような結合関係には三種類あり、すなわち類似 (**resemblance**) と、時間的あるいは場所的接近 (**contiguity**)、原因と結果 (**cause and effect**) である (T1.1.4.1)。想像は、或る観念からそれに類似する何らかの観念に容易に進むし、また空間と時間に沿って進むものである。因果関係については次に述べる通りである。これら三つの関係によって、観念相互は自然に関係づけられる。

因果関係は、世界の構成を説明するとりわけ重要な関係である。ヒュームは、その因果関係が事物に本質的な必然的關係ではないと考える。そうではなくて、因果関係は全く経験にもとづく。例えば炎を見て熱を感じるように、或る種類の事物が別の種類の事物を常に伴い、恒常的に接続しているのを見出すとき、我々は一方を原因、他方を結果と呼ぶ。そして、一方の出現から他方の存在を推論する。我々は未だ経験していない例が過去に経験した例に似ているとは証明できないのだから、因果推論は、想像における観念の接合にのみ依存する (T1.3.6.2-3)。

また因果推論によって得られる観念は、単に想像されるのではなく、確信される。ヒュームは、因果推論によって得られる観念が、単なる観念ではなく信念(belief)であり、勢いと活気のある点で単なる観念とは違うとする。そして、このように観念に活気を与える原理を問うて、印象に関係して現れる観念が常に生氣のあることを経験的諸事実から見出す。そこでヒュームは、「或る印象が我々に現れて来るとき、その印象はそれに関係する諸観念へと心を運ぶのみならず、その印象の勢いと活気の分け前をそれらの観念に同じく伝達すること」(T1.3.8.2)を一般規則として打ち立てる。

そのような信念は、想像のなんの新しい作用もなしに反復から、すなわち習慣(custom)から起こる(T1.3.8.10)。加えて信念は、因果推論の場合のように自然的に生じるだけでなく、人為的な反復ないし習慣からも産み出すことができる(T1.3.9.16)。或る観念を人為的な反復ないし習慣によって信念にすることこそ、教育の本質であり効果であるとヒュームは指摘する。

## 1.2. 関係あるものへの愛

さらにヒュームは、上に述べた諸関係と習慣とによって愛の感情が喚起されると指摘する。『人間本性論』のなかの一節、「関係あるものへの愛について(Of the love of relations)」でヒュームは次のように述べる。

およそ何らかの接続によって我々と接合される者は、他の性質を問いたださずとも、その接続に比例して、我々の愛を常に間違いなく享ける。(T2.2.4.2)

ヒュームは次の例を挙げる。例えば血縁は、子どもに対する親の情愛(affection)をはじめ、この関係の多少に応じた愛を産む。また同国人や隣人、同じ職業の人、同じ名前の人をすら、我々は愛する。さらに知り合いも、他に何の関係もないのに愛と好意を生起する。

これら関係者や知り合いに愛を感じる現象について、ヒュームはその原理を、関係者と知り合いがその関係や習慣によって生氣ある観念を我々に与え、生氣ある観念が快適であることだと解明する。すなわち、自分に関係あるものは、因果推理の場合と同じく、それへの容易な想像の推移によって生氣に富んで想われる。また知り合いはひとつの習慣であり、これも観念の生氣を強める。関係者と知り合いに共通の、生氣ある快適な観念に、我々の愛や好意が生じるのである。

このような愛は、もちろん人に限らず事物に対しても生じる。例えばヒュームが挙げるのは、我々がある都市に相当期間住むと、最初は快適でなくても、ただ通りや建物に親しみ面識ができるにつれて、次第に嫌悪が減って、愛の感情へと変わることである。

ただし、物と比べて人は、共感によってその人の感情を我々に感じさせて、生氣と快

適さを取りわけもたらし、愛を感じさせるのである。

以上のように、ヒュームは、関係と習慣によって世界が構成され、関係や習慣が愛を生むことを示す。この愛からケアの行為が生じ、ケアの道徳も生まれる。このことを次章で見よう。

## 2. 親しい人をケアする義務

先に見たとおり、関係と習慣から愛が生じることは人間本性である。ヒュームは、そのようにして生じる、子どもに対する親の情愛を、「本能」にもとづくものとも述べている (T2.2.12.5; DOP Foot4)。そしてヒュームは、この自然な情愛を持ち、この情愛からケアをすることが義務でもあることを示す。

自然な感情が道徳的判断の対象にもなることを説明するにあたり、まず、徳と悪徳の区別ないし賞賛と非難はどのようになされるのだろうか。ヒュームは、道徳性は我々の情念や行動に影響するので、理知によって知られるのではないと主張する。というのも、理知は真偽に関わるのであって、理知だけから情念や行動を産むことはできないからだ。理知は、事物の存在や因果関係を知らせて感情に仕えるにすぎない。道徳性は、理知によって知られるのではなく、或る印象、或る特殊な快苦であり、感じられる。そしてそれら徳と悪徳の印象は、或る行動や感情、性格を、自分の利害を参照せずに、一般的に概観したときに感じられる<sup>2</sup>。一般的に概観するとは、もう一言説明を加えると、その行動や感情、性格を持つ人に近づく人が受ける快や不快への共感である (T3.3.1.17)。

次に、道徳的判断の対象については、我々が或る行動を賞賛するとき、我々はその行動を産んだ動機を顧慮し、行動を動機の外的サインと見なす。道徳的賞賛や非難の本来の対象は動機であるが、我々はそれを直接見ることができないため、外的サインとしての行動に注目する。「一切の有徳な行動は、その値打ちを有徳な動機からのみ引き出す」(T3.2.1.4)。

また、或る行動を道徳的なものにする第一の動機は、行動の徳への顧慮では決してなく、他の自然的動機ないし原理でなければならない。なぜなら、行動の徳を顧慮することができる前に、行動は実際に有徳でなければならないからだ。

そのような、行動を有徳にする、有徳な自然的動機があることは、子どもに対する親の情愛とケアにおいて明らかである。

父親が子どもの面倒を見ないゆえに、我々はその父親を非難する。なぜか。なぜならどの親にも義務である自然的情愛の欠如をそれは示すからである。もし自然的情愛が義務でなかったら、子どものケアは義務ではありえない。(T3.2.1.5)

ヒュームによると、ケアすることは義務であり、というのもケアの動機として義務感とは別に自然的情愛があり、この自然的情愛が義務だからである。

では自然的情愛はどのように義務となるのか。ヒュームは、自然的な諸動機ないし諸感情を道徳的に賞賛したり非難するのは、「人間本性におけるそれら感情の一般的な勢いに応じて」(T3.2.1.18)であると指摘する。つまり、我々は徳と悪徳について決定するとき、感情の自然で通常 of 勢いを常に考慮する。そして感情が普通の尺度からどちらかに大きく外れる場合、その感情を悪徳として非難する。具体的には例えば、人は、関係および習慣の程度に応じて、子どもや家族、親戚、知人を自然に愛するものである。そこから、程度に応じて彼らを愛するという義務の普通の尺度が起こる。そしてもし情愛のすべてを家族に集中したり、あるいは家族を全く顧慮せずに見知らぬ人を最良したりして、感情の普通の尺度を逸脱すれば、その人は不道徳的と非難される。我々の義務感、感情の普通で自然な経過に従うのである。

こうして、関係と習慣から生じる自然な情愛とこれを動機とするケアとが義務であることをヒュームは示した。以上の議論を踏まえてここでさらに考えてみたいのは、慣れ親しみの適切さであり、また職業的ケアのような、自然的関係ではなく人為的関係によるケアである。次章ではこれらについて、ヒュームに依拠しながら考えてみよう。

### 3. 慣れ親しみとケアの道徳

自然な慣れ親しみがケアの道徳をもたらすとヒュームの議論からは、関係と習慣が常に快適さをもたらすのか、関係と習慣の生む問題点がないかとの疑問や、職業的ケアのように親しくない他人へのケアをどう考えるのかとの疑問が生じる。ケアにおける慣れ親しみの調整や習慣による見落としへの反省、また約定によるケアがどのようになされ、道徳性を持つかを考えよう。

#### 3.1. 慣れ親しみの調整と、習慣への反省

関係と習慣が生氣ある快適な観念を我々にもたらすとヒュームは述べた。しかし、慣れたものは倦怠感を与え、むしろ新しいもののほうが生氣に富んで快適なのではないか。そしてケアにおいても、ときに身内の者へのケアは嫌な、やる気の失せるものになってしまい、むしろ他人をケアするほうが快適にできる場合があるのではないか。そして、このような場合に適切なケアをするためには何が必要だろうか。

ヒュームは、習慣と快適さに関する上の疑問に対して、次のように説明を加えている(T2.3.5.2-4)。まず確かに、新奇なものは心を最も動かす。というのも、心が新しい不慣れた方向に動くことは困難であり、この困難が心を興奮させて、快適な情念を生み、増大させるだけでなく、それに伴って苦痛な情念をも増大させるからである。新奇なものは、

それ自身に本来属する快苦以上の快苦を与えて、心を最も動かす。

だが、反復は次第に軽易さを生む。軽易さは、一定限度を越えない限りで、快の源泉である。軽易さの快は、心の躍動にあるというより、秩序立った運動にある。そして軽易さの快は、時には苦を快に転換するほど強力である。

さらに、軽易さが過ぎると快適な感情を滅して不快をもたらすこともあるとヒュームは認める。

このようなヒュームの説明からも、過度の慣れが親しい人への情愛を失わせて不快をもたらす、適切なケアができなくなる場合があると言える。親しい人に対する適切なケアができなくなることについては、もちろん過度の慣れだけでは語れず、疲労など他の原因もあるだろうが、過度の慣れは一つの考慮できる点であろう。そして、そのような自然的感情は道徳的評価の対象にもなるのだから、我々は不適切な自然的感情を適切な感情に調整しなければならない。

感情の適切さを感じ取ることは、前章で触れたように、その感情を一般的に概観することによってなされる。そして、関係と習慣を調整することにより、適切なケアをするための適切な感情を持つことが可能だろう<sup>3</sup>。

また、過度の慣れが不快を生じさせることに加えて、慣れによって対象の普段との違いや変化を見落とすかもしれないことも問題の一つに挙げられるだろう。

ヒュームは、我々が経験と習慣から一般規則を性急に作り、現在の観察と経験に反しても一般規則を判断に影響させてしまうと述べる (T1.3.13.8)。というのも、1.1節で見た因果推論の原理と同様、或る一つの事物と他の事物との接合を見慣れると、省察に先行して、想像は一方から他方へと自然に移るからである。このような心の働きはまず起こり、反省されることで訂正される (T1.3.13.12)。

するとケアは、適切な愛情だけでなされるのではなく、注意深い反省もまた必要とすると言えるだろう。

### 3.2. 約定によるケア

これまでに見たように、ヒュームは関係と習慣から生じる自然的情愛にもとづいてケアの道徳を論じる。しかし、それら関係や習慣、そして情愛は、人為的に作り出され調整されることができる。これがとりわけ明らかになるのは、職業的ケアのようにケアの義務が人為的に設定される場面であろう。このような場面では、関係や習慣、情愛を作り出すことでケアの義務が果たされることを最後に考えてみよう。

職業的ケアにおいては、まず最初に、関係や情愛のない見知らぬ人とケアの授受を約定 (promise) する。この約定に伴ってケア提供者はケアする義務を負い、義務感からケアを行う。義務感からとはすなわち、この場合ケアする動機は自然的なものではなく、約定履行の動機は義務感以外にはないということだ。約定とは人々が相互の自己利益のた

めに案出したもののひとつであり、これらの案出によって我々は、「他人に真の好意を少しも抱かずとも他人に奉仕する」(T3.2.5.9) ようになるのである。

しかし、義務感からケアを行うとはどのようなことだろうか。もともとケアは自然的情愛から生じる行為であったが、約定によるケアは、情愛とは無関係に行きだけを約定し、提供するということだろうか。このように行きだけを約定することもありうるだろうけれども、しかし行きだけの提供はもともとの情愛を示すものとしてのケアとは違う。ケアを約定するとは、むしろ、情愛にもとづく行為の提供を約定することだと考えられる。すなわち、要求されるケアの行為と情愛の程度は様々としても、ケアの約定は必要に応じて情愛を提供することをも含み、したがってケアの約定においてはケア提供者は情愛を提供する義務も負うということだ。このように考えることは、職業的ケアが「感情労働」とも呼ばれることに合致する<sup>4</sup>。

そこで、ケア提供者は受け手への情愛を作り出さねばならない。情愛を作り出すことは、前節で見たように、関係や習慣を作り出すことによって行うことができる。職業的ケアにおいては、最初は見知らぬ人であっても、その人との慣れ親しみを作り出しながらケアを提供することになる<sup>5</sup>。

なお、ケアの受け手がどのようなケアの行為および情愛を必要とするかは、約定時に測られるだけでなく、ケアをするなかで随時、言葉や振る舞いからの感情の共感によって測られるものである。

自然的なケアの道徳性は、相手との関係や習慣と、それらに応じて生まれる情愛、この情愛を示す行為が一般性を持つことにあった。他方、約定によるケアの道徳性は、受け手に必要な情愛を作り出して情愛にもとづくケアを提供することにある。

## 結論

ヒュームは関係と習慣にもとづいて世界を説明し、関係と習慣から対象者に対して愛とケアの行為が生じること、さらにその自然的な情愛と行為が道徳的に評価されることを論じた。我々は加えて、道徳的に適切なケアを行うために、関係と習慣を調節し、適切な情愛を持つことができるだろうことを指摘した。またヒュームの一般規則の議論を受けて、ケアにおいても習慣の反省が必要であろうことも指摘した。さらに、慣れ親しみから自然に生じるケアではなく、職業的ケアのように人為的に設定されたケアについて考えた。ヒュームはこのようなケアについては論じていないが、我々はヒュームの自然的ケアの議論と約定の議論とをつなげることによって、ケアの約定が情愛の提供を約定していること、そしてケア提供者は関係と習慣を用いて受け手が必要とする情愛を作り出し、提供することを義務としていることを述べた。

ヒュームの議論を手がかりに、慣れ親しみとケアについて、このようなことを大雑把ながら示した。だが、ケアにおける人々の関係および習慣や感情の動き、ケアの適切さ

ないし道徳性については、さらに詳細に検討することができるだろう。

また、今回は食べることとそのケアが考察の端緒だったが、これを論じることはできなかった。ヒュームを手がかりにこれを論じるならば、食べ物と共に食べる人とが私（食べる私、または人が食べるのをケアする私）とどう関係し、どのような感情をどう喚起してケアになるかを論じなければならない。すなわち、対象である物と人との相互関係が私に及ぼす影響について論じ、また特に食べ物という物を、言い換えると食べることの意味を考察しなければならない。これをヒュームを手がかりにしてどう論じることができるだろうか。そしてヒュームを越えて考察しなければならないことは何だろうか。

これらについては今後取り組んでいくことにしたい。

## 注

- 1 ヒュームの著作への参照は、その著作の略記号の後に、巻や部、節の段落番号を示す。
- 2 ヒュームは、『人間本性論』では「徳の感覚(sense of virtue)」(T3.1.2.3; T3.1.2.9)や「道徳性の感覚(sense of morality)」(T3.2.1.7)、「義務感(sense of duty)」(T3.2.1.5; T3.2.1.18)のように、道徳的判断について「感覚」という言葉を用いている。しかし、この感覚は、感官の感覚ではない。ヒュームは『道徳原理の研究』では、この印象を「道徳的情感(moral sentiment)」(EPM5.17)と言い換えている。
- 3 過度の慣れの場合だけでなく、第2章でヒュームが挙げていた、何の理由によってか関係と習慣に見合った情愛を持たない人についても、関係と習慣の調整は、適切な感情と行為を生むための一つの対処法であろう。また、ケアのための適切な感情を自然には持てない場合、義務感ないし行為の徳の顧慮にのみもとづいて行為することは、有徳なケアの行為と言えるもう一つの対処法になるだろうか。このような行為はケアの行為ではなく、対処法にはならないのではないか。この点は次節のケアの約定の議論にも関係する。
- 4 感情労働については、例えば次を参照。岡原正幸、山田昌弘、安川一、石川准『感情の社会学——エモーション・コンシャスな時代——』世界思想社、1997年、105-106ページ。武井麻子『感情と看護——人とのかかわりを職業とすることの意味』医学書院、2001年。
- 5 約定によるケアの場合でも、ケアの提供は一方的になされるだけではない。双方が慣れ親しむことによって、ケアの依頼者が提供者を自然にケアすることも起こりうるし、さらにこれはケアの受け手の自然的義務であるとも言うことができる。

## 文献

DOP: Hume, David, "A Dissertation on the Passions", *Essays: Moral, Political, and Literary*, Vol.2 (*The Philosophical Works*, Vol.4), Thomas Hill Green and Thomas Hodge Grose (ed.), Aalen: Scientia Verlag, 1964 (1882), pp139-166. (渡部峻明訳『人間知性の研究 情念論』暫書房、1990年、237-281ページ)

EPM: Hume, David, *An Enquiry Concerning the Principles of Morals*, Tom L. Beauchamp(ed.), Oxford: Oxford University Press, 1998. (渡部峻明訳『道徳原理の研究』暫書房、1993年)

T: Hume, David, *A Treatise of Human Nature*, David Fate Norton and Mary Norton (ed.), Oxford: Oxford University Press, 2000. (大槻春彦訳『人性論』全4巻、岩波文庫、1948-1952年)

岡原正幸、山田昌弘、安川一、石川准『感情の社会学——エモーション・コンシャスな時代——』世界思想社、1997年

武井麻子『感情と看護——人とのかかわりを職業とすることの意味』医学書院、2001年

# 食の繋がりにから見る援助

——ハイデガーの「現存在」概念を手がかりに

服部俊子

## はじめに

数年前、ある疾患により私は入院していた。点滴針やテープなどの外的な物だけではなく、自分のからだの細菌まで異物と判断してしまうような反応がおきた。そして点滴による栄養剤と抗アレルギー剤の投与を受けたのだが、私は食べようとしても食べられない。常に痛みや吐き気も感じるし、言葉では語れないしんどさである。投与される点滴薬の増加に伴い血管穿刺回数も増加する。医師は心臓に近い血管からの点滴も考慮したが他の危険性と照合し躊躇していた。医療者は「痛い思いしないためにも頑張って食べられるといいのにね。」と言葉を置き去る。さらに、青地味ながらも腫れた手にむかい、「血管がないね」とまた言葉を重ねる。確かにこの医療者の気持ちは自然かもしれない。事実、私も医療の現場にいたころ、同じようにそう思っていたからだ。タンパク抗体や肝機能の検査値で異状はある。でも、手足の拒否反応は目に見えるが、目に見えない身体内部の拒否反応は、患者の精神的なもの、ストレス、として医療者は判断し、そういう患者に何の疑問もなく、食べない患者として栄養摂取の代替治療方法を考える。食べられなくても食べないのであっても、そういう食の欠如状態にある患者の治療としては、栄養摂取が医療においては最良の方法だと思っていた。「でも医療ってこういうものでいいの？何かが違うよ。」「食べられない患者に栄養点滴をしながら、食べなきゃ、とか、食べなくても今は点滴があるから、ということが医療？」すでに医療現場から哲学の道に転向していた私は、また自分自身に問いかける。「こういう齟齬はどうして生じるの？」そう自問しながらもしんどさを感じる私は、訪れてくれる友人にいう。「痛い思いをしながらも、私の持っている医学的知識を活用してはいるつもりでも、それでも、食べられないのよ。」

患者である私は、食べられないことに対する複雑な思いが、医療者には届かないことがわかっていて。というのも、かつて医療者であった私は、食べない患者を前にしたときの医療者が、「栄養摂取は病気の回復に必要なものだから、是非食べてほしい」と考えることを知っていたからである。患者の食べられないという思いが、医療者によって栄養不足として摺り替えられ、その患者の思いを覆い隠してしまうのだ。しかし、食が栄養摂取と同じではないと私達の誰もが気づきながらも、それに対してどうすればよいか

は誰にもわからない。この両者の思いはどこまでも平行線を辿り、齟齬として現れてくる。その齟齬をうめるような援助は果してあるのか、患者となった私に疑問が生じるのである。

しかしながら、依然として今の医療現場では、食の援助は栄養摂取の色合いが濃いようである。それはどうも、患者と医療者の双方の思いによって支えられているようだ。食べられなくなった患者は、医療者にこの原因を調べ、除去して欲しいと切に願う。医療者においては、食の欠如状態が栄養の欠如状態に摺り替えられ、食は栄養摂取の単なる一手段として扱われる。患者は栄養摂取に縋り、医療者もまた栄養摂取に縋ろうとするわけであるが、その思いの根底には、食の欠如状態が私達に告げ知らせてくることになる、(生物学的) 生命が有限である、ということへの不安があるからなのであろう。しかし、同じように栄養摂取にこだわっていても実際の患者と医療者では、食の欠如状態が現れたときの対応が、それぞれ異なっている。

私達は医療現場においては、それぞれが医療者や患者と呼ばれる、異なった者となる。したがって私達の根底にある思いがかりに同じであったとしても、すでに異なった者であるそれぞれを通してその思いが現れるのであるから、医療者と患者とでは食に対する対応が異なっていたとしても当然ではないだろうか。

現代ドイツを代表する哲学者の一人であるハイデガーは、まさに、このようなそれぞれの存在の現れを区別したうえで、そのような世界の「存在」が各々に対してそれぞれ異なったものとして「現」れてくる、ということをも主題的に考察した。その現れの間をハイデガーは「現存在(Dasein)」と呼び、私達が世界を知るための唯一の道筋として、自らの哲学の中心に据え付ける。ちなみに、ハイデガーは、私達が一般的にいうところの人間存在のうちに、現れの間としての「現存在」を見出そうとしていたのである。医療現場<sup>1</sup>における食の問題とその援助を考えるにあたり、このようなハイデガーの概念をもとにしながら、医療者と患者のそれぞれの「現存在」に現れている世界を分析することで、はじめてそれらの存在者により近付くことができるように思える。医療現場において、これらの両者に現れる食の世界は果してどのようなものなのか。その現れの違いが、両者の間の齟齬を生じさせるとしたならば、その齟齬の根はどこにあるのだろうか。その生じた齟齬は、どうすればうめることができるのだろうか。また、そこに援助があるならば、具体的にどういう方法が可能なのか。このような問いに答えてこそ、はじめて食の援助のあるべき姿が垣間見えてくるような気がしてならない。

したがって本稿では、このハイデガーの「現存在」概念を手がかりにしながら論をすすめて、この問いについて考えていくことにしたい。

## 1. 私達が気遣う食の繋がり

ハイデガーは、私達各々の「現存在」に現れる世界に、私という者をはじめとして、多

くの物や他者といった存在者達が存在しているのだという。その存在者達が現れてくる世界を、「現存在」である私達はいつも気にかけるから、他の存在者達とも、またその世界とも関わるのできるのである。このような「現存在」を気にかける私達の在り方を、ハイデガーは「気遣い (Sorge, 英語 / care)」と呼んだ。そして、共に存在する存在者達の中において、物に対する気遣いを「配慮 (Besorgen)」と呼び、者に対する気遣いを「顧慮 (Fürsorge)」として区別するのである。また、このように区別された物への「配慮」と者への「顧慮」も、最終的には私自身へと差し向けられてくる気遣いなのであって、このような私自身への「気遣い」こそが、逆に、物への「配慮」や者への「顧慮」を成り立たしめる根本的なものと看做されるのである。

では、私達が「気遣い」を通して世界と関わるとは、果してどういう事柄をさすのであろうか。

世界には、私も物も者も多くの存在者達が住まう。この存在者達は、「現存在」が関わる以前にすでになんらかの繋がりを持って存在しているのである。そこにあるペンも机も光も、あなたも彼も、すべてがすでになんらかの繋がりを持って存在しており、その繋がりにおいて、すでに世界は存在している。このことは、ペンやあなたなどが単独で存在し、その総体が世界であるということでは決してない。それは、私達が、私を含めた存在者達に気遣うことで、その存在者達が住まう世界にはじめて関わるができる、ということなのである。このような、私達と世界との「気遣い」を通しての関わり、このことをより詳しくみるために、まずは、存在者達の中でも、もっとも身近な存在者としてある物と、それへの気遣いである「配慮」から見ていくことにしよう。

私達のまわりには多くの物が存在するが、その物には「道具 (Zeug)」となり得るような存在性格が予め備わっており、その存在性格をハイデガーは、「道具的存在性 (Zeughaftigkeit)」と名付けている。このような、物が持ちあわせているところの「道具的存在性」を「現存在」は見抜き、それを自身が使用するための「道具」として見出すのである。さらに、この「道具」は、そもそも「～のため」という指示をお互いに差し向けあって繋がっているものとされ、それは「道具」が存在する前に、なんらかの繋がりの中にその「道具」があることを意味している。この繋がりをハイデガーは「道具連関」と呼び、「道具」が見出されるときには、すでにそれが他の「道具」に帰属されて在る、と捉えたのである。このように、「道具」は単独で存在するものではなく、「道具連関」の総体としての「道具全体性」の中のひとつとして位置付けられて存在している、ということができる。また、「道具」が「道具全体性」の中に位置付けられ、そこに存在し得るためには、「道具」にも、その「道具」の適切な用途において適切な場所に位置するような存在性格がもともと備わってなければならないとして、ハイデガーは、それを「適所性 (Bewandtnis)」といったかたちで問題にしようとしたのである。この「適所性」は、「～のため」という「道具」が差し向けられている指示によって、もたらされるものである。その指示をもとにした「道具連関」を成り立たせているものこそが、まさに「現存

在」の「配慮」という気遣いであり、この気遣いは連関を、私達に親密なものとして在るようにしむける。この過程を通して、「現存在」にとって連関が、はじめて<意味のあるもの>として現れてくる。ハイデガーはこのような「現存在」の働きを「有意義化」と呼び、「現存在」が、「～のため」という指示においてもたらされる「道具」の「適所性」を、自身にとって<意味のあるもの>へと変換するような関わりとして捉えたのである。この「適所性」の連関全体のことを、ハイデガーは「有意義性 (Bedeutsamkeit)」と呼び、この「有意義性」こそが、最終的に世界を世界たらしめているものである、として解釈するにいたるのである。

「現存在」の気遣いとしての「配慮」は、このようにして、物という存在者を、私達にとっての親密な繋がりの中にある身近な存在者としての「道具」に見出していくのである。この「道具」は、「現存在」がそれを具体的に使用するからこそ、より私達にとって身近な存在者として現れてくる。そのことをより具体的にいえば、以下のとおりになる。

ハイデガーは、「現存在」が日常的に出会う仕方を「交渉」と呼び、その「交渉」において見出すのは「道具」であるという。ちなみにハイデガーは、この「交渉」に、ギリシア語において実践を意味する **praxis** という言葉をあてている。この言葉の意味からもわかるように、「交渉」は、私達が物を使用することにおいて、私達と物が最初に出会う際の、その出会われ方なのである。具体的にそれは、目の前にドアという物があるならば、ドアを開きつつ取っ手を使用するということで、すでにドアと「交渉」をしている、といった出会われ方である。このような「交渉」は、私達が日常におこなっている行為を指すものであるといえよう。さらに、この「交渉」は、予め物に備わっている「道具的存在性」を見抜く力としての「配視(Umsicht)」という様式を持っている、とハイデガーはいう。この「配視」によって「現存在」は、道具が持ち得る「道具的存在性」を見抜き、その道具が持ち得る「道具的存在性」の可能性をより活かすことができるようにその物と「交渉」することで、物を「道具」として見出していくのである。例えば、「現存在」がレンガという道具を見出すには、「現存在」が、予め土が持っている「道具的存在性」を、逆に土の方からも導かれるようにして見抜き、それをもとに、焼く、あるいは練るといった行為を通し、それと「交渉」する中で、はじめて土をレンガとして見出すことになる。つまり、こういった「交渉」は、「現存在」がその物に対して一方的に働きかけるということだけでは決してなく、むしろ、物の背後にある「道具連関」の繋がりからも促されるようにして導かれていく、というあり方なのである。したがって、このような「交渉」は、能動的な側面と受動的な側面が合わさって成り立っているものといえよう。もっとも身近な存在者である物と、それへの気遣いである「配慮」との間には、まさにこういった関係が結ばれているのである。

とはいえ、私達と世界との気遣いを通しての関わりは、それだけではない。ハイデガーは、物への「配慮」という関わりの他に、他の「現存在」への気遣いとして、「顧慮」という関わりを考えていた。したがって、次に、私達が他者と関わる気遣いとしての「顧

慮」について概観して見ることにしたい。

ハイデガーは、他者に対する「顧慮」には、ふたつの様相があるという。ひとつめは、他者であるその当人が持っている気遣いを、「その他者にかわって引き受ける」というやり方であり、それは他者である当人が世界に関わる術として持ちあわせている気遣いを、その当人からとりあげてしまう、ということである。そうなれば、「現存在」の「顧慮」は、その他者であるその人を「支配」してしまうことになる。ふたつめとしての「顧慮」は、他者であるその当人が世界と関わるための「気遣い」を奪うことなく、他者であるその人が、世界に関わるそのままを、「現存在」の私が気遣うということなのであり、「他者に手本を示すようなものである」とハイデガーはいつている。さらに、このふたつの「顧慮」を、具体的な例をもとにしながら見る。脳卒中の疾患により麻痺が生じ、日常生活の動作がうまく行えない患者がいるとする。その患者は、動きづらい手足をもとに、日常的に使用していたお箸をより使いやすいように工夫したり、自身でリハビリテーションを施す。これは、患者自身があらたな「道具連関」を成り立たせようとさまざまな物に「配慮」していることを意味する。この患者が、昼食を食べるために上体を起こそうとしている場面において、この患者に、ひとつめの「顧慮」、すなわち他者を「支配」するかたちの「顧慮」で、医療者が関わろうとするならば、動きづらい手足の状態を考え、患者の上体を医療者が起こし、食事に必要なお箸などの「道具」をすべて設置してしまう、ということになる。これは、他者の気遣いをすべて奪いとってしまうことであり、すなわち他者の可能性（ここではより動けるようにすること）を奪うことなのである。次に、同じくこのような場面に対して、ふたつめの「顧慮」で、すなわち「他者に手本を示すような」「顧慮」で関わるとするならば、それは、患者という他者のそばに「顧慮」しようとする者としての医療者が立ち止まり、上体を起こそうとする患者を見守りつつ、患者が「配慮」しきれないところ（例えば棚からお箸を取り出して患者に渡すことをする）を手伝う、という関わり方になるであろう。

このようなふたつの「顧慮」は、目の前に現れている他者の中でも、すでに関わりのある者に対する気遣いなのだが、私達の日常では、多くの他者と街ですれちがったり、また「道具」を介して出会われる、といった場合の他者への気遣いもある。私達は、街ですれ違う他者にはお互いに無関心で無視しあいながら出会うのであり、また「道具」の繋がりの際間から現れてくる他者と出会うこともある。このような、隙間から現れる他者は、例えば、食材の「道具連関」からは、食材を栽培している者や販売している者、といった者達として捉えることができよう。このように、無関心で無視しあう出会い方をする他者や、道具を介して出会う他者への気遣いを、ハイデガーは「顧慮の欠損状態」にある気遣いという。この「顧慮の欠損状態」にある気遣いは、かりに自身が出会う他者が、街ですれちがったり、物を介して出会うような他者であったとしても、逆に「現存在」がいつもそれらに対して「顧慮」をする準備を整えている状態を意味している、ともいえる。というのも、街ですれちがうとしても、少しのきっかけがあれば「顧慮」と

いう気遣いによる関わりとして、「現存在」はその他者とも近付き得るのであり、そういう意味においては、「顧慮の欠損状態」は、まさに「顧慮」というあらたな気遣いを生じさせ得るものとして捉え返すことができるかもしれない。

以上において、「現存在」へ現れる世界と、その世界への「配慮」と「顧慮」という、私達の気遣いの在り方を見てきた。ハイデガーはさらに、「道具」を気にかけてたり、他者を気にかけてりするこの在り方こそが、「日常的」で「平均的」な「現存在」としての在り方であるともいう。いいかえればそれは、私達が「道具」や他者に気遣いすることを通して、食べることや使うなどといった行為が導き出され、それをもとに世界と関わっている、ということなのである。しかし、このような気遣いには、私達は日常的にほとんど気づくことがない。「あなたの日常的な食べる行為はどのようなものですか。」と問われると返事に困ってしまうように、「道具」に気遣いながらもその繋がりに支障がない限り、私達は、あらためて日常の食べるという行為が結んでいる連関に気をとめることなどないのである。かりに食べる行為をしようとしても、調理するための食材が見つからず、お箸が見当たらなかったとする。これは「道具連関」と私との繋がりに支障がきたされた状況であり、そのような状況におかれた私達は周囲を見回し、他の「道具」に「交渉」しながら、食材やお箸になるような物をあらたに見出すであろう。それでも「連関」への「交渉」が全く＜意味をなさない＞くらいに、食べるための連関自体が完全に支障をきたしたならば、「現存在」は、連関との繋がりが途絶えてしまわざるを得ない。そのような状況にある「現存在」は、連関と密接に繋がっていたときに気遣っていた「顧慮」や「配慮」が、一挙に色褪せてくるのを感じ、「現存在」の気遣いの根本的なものとしてある、私自身の「気遣い」しかできなくなってしまうのである。このように私自身への「気遣い」だけになってしまうということは、「現存在」にとって、他の存在者へと張り巡らせていた網目の糸が断ち切られてしまうということなのであって、またそれは、他の存在者同様に、「現存在」が「単独化」して存在してしまう、ということの意味するのである。このような状況におかれる「現存在」にとって現れてくる世界は、もはや私以外にはありえなくなってしまう。そのときには、まさに私自身の存在に、つまり有限存在としての私自身の存在に、「現存在」は向き合う他なくなるのである。しかしながら、「現存在」が自身に向き合うことしかない状況にあっても、「現存在」はつねに、日常的な私達に戻りたいと願う。なぜなら、ハイデガーは、「現存在」の「平均的」な在り方を、「現存在」が自らを有限存在であることを隠蔽し、またそれから目を背けながら生きていくような態度のうちに、見定めようとしていたからである。「現存在」である私達は、世界に存在する物に「配慮」し、また他者に対しても「顧慮」しているにも拘わらず、このような気遣いにあらためて気をとられることなく過ごしている。ここにこそ、「現存在」の「平均的」な姿がある、とハイデガーは考えるのである<sup>2</sup>。

では、これまで述べてきたようなハイデガーの「道具連関」と「現存在」との関わりをもとにするならば、食の欠如状態にある患者という「現存在」は、果してどのような

存在者として見えてくるのであろうか。そして、その患者という「現存在」は、世界とどのように関わっているのか。私達が、日常的にはあらためて気にとられることのないような、食べる行為とその連関をもとに、次の節でそのことを明らかにしていくことにしたい。

## 2. 食の繋がり と 食べる行為

私達の食べる行為というものは、食べる「ため」の連関全体に「現存在」が気遣い、その連関全体から導き出されてくるものである。例えば、入院中の患者の食べている姿を思い浮かべて見る。行為主体としての患者だけではなく、座る椅子も机も箸も、その視野に入ってくる。そしてもっと見えない物にまで想像をふくらますならば、机や食物を照らす光り<sup>3</sup>など、さまざまな「道具」たちも浮かんでくる。このようにして思い浮かべることができる「道具」たちは、食べる行為をする患者の食の「連関全体」をかたちづくっている、ということができよう。患者の食べる姿からも、食の世界が拡がりを持ってくるようだ。私達は、さまざまな物に「配慮」をしながら食べているにもかかわらず、食べる行為そのものにほとんど気をとられることはない。そのような、きわめて当然のように行っている日常的な行為であっても、場合によっては、それができなくなることもある。そのような状況におかれた「現存在」は、あらためて食べるための「諸連関」に「交渉」を行っていかなければならない。そのような「交渉」の甲斐もなく、食の「連関全体」の繋がりが途絶えてしまったときに、私達は食べる行為が諸連関から導き出されない存在者になってしまうのである。このような存在者となったときに、私達は医療の場へと赴き、患者という者になる、といえよう。

では、食の欠如状態にある患者の「現存在」の世界を考えるために、入院中に食べられないと嘆く患者の姿を思い描いて見る。気分の悪そうな表情で、食べ物が運ばれてきても全くそのことになんら反応を示さないような患者の姿が想像される。あるいはそれは、少しでも食べようと上体を起こしお箸を持ったものの、食事のおかずを全くつつきもしない患者の姿なのかもしれない。この様子からは、本当に食べる行為が導き出されているとは到底いえず、食べるために繋がっていた物達、すなわち椅子も、お箸も、さらには患者に食べられなかった食べ物までもが、物さびし気に置かれている様子が見てとれる。食べる行為をする者から食べるために繋げられた糸を引きよせると多くの「道具」がついてくる。物さびし気に食べ物達がおかれている様子は、道具を繋いでいたそのような糸が一挙に切れたような、あるいはもともとそこに糸などなかったかのような印象を、私達に抱かせるのである。これは、「交渉」が支障をきたし、さまざまな連関が途絶えた状況である。この状況は、連関が「交渉」においてうまく繋がりを保っていたときとは異なり、諸連関にあった「道具」達がすべて、単なる物へと立ち返ってしまうことなのである。ナイチンゲールは「患者が手をつけなかった食物を、後で食べてくれ

ることを期待して、つぎの食事時刻までベッドのそばに置いておくようなことがあるが、これは結局のところ、患者を何も食べられない状態におとしいれるにすぎない<sup>4</sup>と示している。つまり、彼女が述べたかったことをハイデガー流にいうならば、それは、患者が食べるために存在した食べ物が、その「～のため」という指示による連関が断ち切られると、食物という「道具」より調理された単なる物へと変換されてしまい、患者の食べる行為はますます引き出されにくくなる、といいかえることができよう。したがって、食べられないという患者は、食べる行為が導き出されない状況におかれているといえる。そのような患者は、その「現存在」においてもっとも根本的である患者自身への「気遣い」というものにとらわれ、まさに有限存在である私自身にむかってのみ「気遣い」をする他なくなっているのであろう。加えて食そのものは、呼吸と同様に生命体に不可欠なものであり、「現存在」の有限性をもたらすものとしての影響が非常に大きい。だからこそ、この食の欠如状態にある患者は、小さな創傷を負った患者よりも、はるかに自身の有限存在性を感じているのである。そういった「現存在」は、食の連関に「配慮」しているにも拘わらず、その気遣いに気づくことなく食べていたような、そのような日常的な私に戻りたい、とより一層強く願うであろう。それゆえに、患者は自身に向けられた「気遣い」から目を背けたいがために、栄養のための点滴やその他の栄養摂取方法という物への「配慮」に縋ろうとするのかもしれない。

では、このような食の欠如状態にある患者と、その患者に援助をしようとする医療者に齟齬が生じてくるのはなぜなのであるだろうか。医療者としての「現存在」にとって、食の欠如状態にある患者は、果してどのような他者として現れてくるのだろうか。

### 3. 患者と医療者の間にある齟齬の根

医療者は、医療的知識という生物学などの実証科学をもとにした知識を備えた存在者である。この知識というものは、もともと「生命」というものに焦点をあてたものである。ちなみにハイデガーによれば、この「生命」は、「事物的存在者」(Ding)でもなければ「現存在」でもない<sup>5</sup>ようなものとしてあり、生命活動というかたちで持って、「現存在」のもとにのみ存在するものとして捉えられている。医療者は、「生命」に焦点をあてた医療的知識をいつも「配慮」する者として存在するのであり、それは、患者の「現存在」における生命活動に、いつも気遣う存在者なのである。さて、食の欠如状態にある患者が、このような医療者が集まる医療機関に赴くにいたるのは、自分が気づくことなく行っていた食べる行為が、いくら「配慮」をしても、導き出されなくなってしまうときである。つまり、患者となった者は、日常的に食べることをしていた私達に戻りたいと願いながら、医療者の前に現れることになるのである。だが、医療者は、食の欠如状態にある患者を前にしても、その患者の生命活動に多大な影響を与える栄養という、実証科学的な枠内から患者を捉えてしまう。このような医療者の態度は、患者自身が築き上げて

きた食べるための連関全体（「有意義性」）を、一挙に＜意味のない＞ものへと摺り替えてしまうのである。このように、食の欠如状態にある患者は、医療者によって、栄養の枠内に位置付けられる「生命」として捉えられてしまう。ここにこそ、齟齬の根があるのである。

また、食の欠如状態にある患者は、食べる行為が導き出されない状況で、他の存在者達との繋がりも途絶え、医療者との関わりからも「単独化」しやすい状況にある、といえる。この状況は、医療者が、「生命」への気遣いをすることにこだわり、医療的知識の枠内に「配慮」でもってとどまることを容易にしてもいる。そして、このとき、目の前の患者という「現存在」は、医療的知識の隙間から顔を覗かせるような他者として、医療者の前に現れるのであった。つまり、この事態は、医療者が、「顧慮の欠損状態」としての存在で患者に関わり続けることをたやすくさせるものなのである。<sup>6</sup>医療者が、患者を前に医療を行うということは、日常的なことである。その中で、目の前の患者の「現存在」が、患者自身の気遣いに向かい、自身が有限存在であることへの不安を抱いていたとしても、医療者は、そのことから目を背けることも当然あり得る。なぜならば、患者が向き合っている、自身が有限存在であるという事実は、医療者にとっても、同じ事実だからである。患者自身が、その事実から目を背け、それを隠蔽したいがために、日常的な患者自身に戻りたいと強く願っていたのと同様に、医療者は、「現存在」としてある患者のその事実からも目を背けたいのである。というのも、医療者の「平均的」で「日常的」な在り方は、医療的知識に「配慮」するところこそあるのであって、従来の患者の捉え方の延長として、引き続き「生命」への気遣いといったかたちを通しての患者との関わりにとどまり続けていくからなのである。したがって、このような医療者の「平均的」で「日常的」な在り方が、医療者と患者との齟齬を拡げることに加担しているともいえるのかもしれない。

以上のことから、医療者と患者の「現存在」における齟齬の根がどこにあるのかが見てとれた。食の援助のあるべき姿を模索する私達にとっては、むしろ、この齟齬をうめるところこそ、その食の援助の本来的な姿を見定めなければならないのではないだろうか。

#### 4. 今の医療の動向－齟齬をうめられる？

しかしながら、日本の医療の現状は、逆に、このような齟齬を拡げる方向に向かっていくような気がしてならない。最近、日本の医療現場では、アメリカで誕生した、栄養管理を一括に引き受けるNST（Nutrition Support Team、栄養サポートチーム）というシステムが取り入れられているという<sup>7</sup>。ちなみに、こういった活動の診療報酬は、現在日本では認められてはおらず、こういった状況の中で、このようなサポートチームをあらたに病院内に発足させるには、医療現場の臨床家達による相当の熱意と尽力があった

からのことなのであろう。嚥下障害の機能訓練法、医療チューブ、栄養剤としての多種の点滴や成分栄養剤などといったものを、徹底的に管理するというこのチームは、あくまでも従来から行ってきた栄養管理の視点に依拠している。このチームが介入することによって、術後などの長期絶食しなければならない患者の栄養摂取方法が、より適切に考慮され、栄養摂取方法に関する合併症の減少といった優れた効果が得られているともいわれている。さらにそれは、嚥下運動が障害された患者には、早期から嚥下訓練を開始することで、その運動への意欲を増進させ、早期退院へと導いているとも報告されている。確かに、このようなNSTの活動のもとで救われる患者が多くなることは、医療を受ける者として喜ばしいことでもある。しかしながら、その一方では、この活動に関わる現場の看護師が、現在の食に関する援助に憤りを持っている思いが伝わってくる記事<sup>8</sup>もある。その文章の背後からは、栄養サポートチームとしての援助が、食べ物を飲み込む運動だけでなく、経口からの栄養摂取だけの援助でもなく、<人が食べ物を食べること>に関わる援助を目指していくのだという強い思いを読み取ることができる。栄養管理というものにも本当の食の援助があり得ると思えたから、それがこのチーム発足への熱意なのであろう。しかし今一度よく考えて見る必要があるのではないだろうか。食べ物を飲み込めるようにと、嚥下運動を強化するようリハビリテーションを行う、しかし、それでも嚥下する力が強化できない状態にある患者には、果してどのような食への援助を行えばよいのか。患者が自分の意志を伝える手段を消失した場合の食への援助をどうすればよいのか。老衰などのように代謝がどんどん低下していき、それによって食がなくなりつつある患者にどうすればいいのか。完全なる無菌状態での食事が食べられなくなる患者にどうしたらよいのか。つまり、臨床でのこういった栄養摂取方法のひとつとしての経口摂取ではない、本来の食の援助への問題は、NSTの介入による栄養管理を徹底化させることだけで、本当に解消され得るのかどうかをあらためて考えて見る必要がある、ということなのである。医療者も患者との齟齬を感じているからこそ、食の援助について真剣に考えたいと望むはずである。ならば、医療者は、食の援助を栄養摂取へと摺り替えてしまう今の医療の在り方とその在り方が生じさせる齟齬の根に気づき、そしてそこにこそ向きあうことが、今求められているのである。いいかえれば、それによってこそ、患者の目の前にある医療者が、食の欠如状態にある患者という他者への「顧慮」の気遣いによって関わるという、そもそも医療者自身が求めていたはずの食の援助の本来的な姿を捉えることができるのではないだろうか。このような問いについて答えるために、具体的な食の援助の可能性を、抗癌剤治療を受ける患者を例に、最後に探っていくことにしたい。

## 5. 食の援助－患者と医療者の齟齬をうめることを目指して

抗癌剤治療を受ける患者には、医療者は治療の実際とその副作用、その対処法を説明

する。例えば、副作用として吐き気が二週間出現するので、食べられなくなった場合は栄養摂取を点滴によって行う、あるいは、吐き気への対処法としては制吐剤を使用する、などの医療的知識が説明され、患者もそれを知識として持つことが必要とされる。このようなオリエンテーションといった治療に関する説明は、単に知識を介するだけならば、医療者と患者は、お互いが、その知識の連関への「配慮」の隙間から出会われるだけの他者同志となる。したがって、そこでは、医療者の他者への「顧慮」は、「欠損状態」とどまり続けることになる。かりに、このような状態のままに、実際の抗癌剤治療が開始されるとする。そうすると、予想される通りの吐き気が出現したとしても、患者は、それが医療的知識の範囲内である限り、その吐き気に対して予想されている通りの対処法を自分なりに「配慮」するため、患者の食の連関は特に支障をきたすことはない。患者は、自身が獲得した知識をもとに、食べ物や食べ方の工夫や、口の清潔を保つための処置など、医療的知識をもとにしたさまざまな「道具」との「交渉」において、食べるための「連関全体」に繋がりに続けられるよう「配慮」しているのである。だから、依然として患者が繋がりを持てるような場合には、医療者にとっては、それが表立って問題としては見えてこないであろう。しかし、副作用出現の可能性が消失する二週間を過ぎても、食の欠如状態が依然として継続しているような事態がおこるとする。その場合、患者は、すでに自身が「交渉」できる手立てとして持ち得ていた医療的知識が<意味をなさなく>なり、患者がかろうじて食の連関として繋いでいた、その繋がりのものも見失ってしまうのである。そのような状況にある患者を前にした医療者は、今までの知識の範囲外の事態において、あらたな医療的知識を探し求め、それを気遣うことにのみ「没入」せざるを得なくなる。なぜ患者が食べられないままにあるのか。医療的知識がその問いに答えを持たないなら、医療者は、その食の欠如状態を栄養の欠如状態として、ただ栄養摂取の代替方法を考慮することしかできないのである。このような医療者の態度は、医療者自身がますます患者の「生命」への気遣いとどまることを助長させてしまう。またそれは、医療者自身による患者への気遣いを、依然として「顧慮の欠損状態」のままにとどめ続けさせる結果を招くのである。しかしながら、医療者のこうした態度は、食べる行為が導き出されないままの患者に対しては、もはや一切の医療的知識を提示することなど到底できず、さらにそれは、患者がさまざまな繋がりにあらたに気遣いすることすらできない状態へと貶めてしまう。このような状況におかれた患者は、ひとりで自分自身の気遣いに向かわざるを得なくなってしまうのであって、それは、医療者と患者との間の齟齬をますます拵げることによって繋がっていくのであろう。したがって、そのような齟齬をうめる援助は、ますます困難となっていく他ない。こうして見ていくと、医療者というものは、患者のおかれている状況が、完全に、自身が獲得し得る医療的知識の範囲外へと抜け出てしまうまでは、あらたな抗癌剤の知識や癌の疾患などといった、それに替わる別の医療的知識を延々と気遣い続けるのである。いいかえればそれは、医療者と患者との齟齬が、患者の死がまさに目前に迫ってくるまで決して気づかれることが

ない、ということといえるのかもしれない。かりにそうであるとするならば、医療者は、患者とともに過ごす間には、患者との間に生じる齟齬に気づくことがないまま過ぎてしまうことになるであろう。このような事態は、医療者が、食の欠如状態にある患者を、常に栄養の知識の範囲内で見続けけることしかできない、ということの意味するのである。では、もし、栄養の知識の範囲内からだけではない本当の食の援助が可能であるとするならば、この患者の援助は、具体的にどのようなものとしてあり得るのであるだろうか。

すでに述べてきたように、医療者は、抗癌剤治療を受けている患者に対しても、まずは医療的知識の範囲内においてそれを理解しようとする。しかしながら、そもそも患者は、そのような医療的な知識による予見からは超え出てしまうような存在なのであった。裏を返せばそれは、患者自身があらたな連関に投げ出されているということなのであって、また、患者自身の方でも、その連関の中で自らを組み直していくという状況にあるともいえよう。それはまさに、患者が、あらたな存在可能性に向かっていて、ということの意味しているのである。このことを、食の欠如状態にある患者にあてはめていかえるならば、そのとき患者は、自らの食の欠如状態が、もはや栄養の欠如状態といった連関の中では捉え切ることができなくなったという事実を引き受け、そこから別の連関へと自らを繋げていき、またその中で自らの食の欠如状態を捉え返していく作業を行っている、といえはしないだろうか。患者は、どのような状態にあっても、いつも食べられるように気遣っている者なのである。確かに医療者も、患者の可能性について考えてはいる。しかしそれは、あくまで医療的知識の範囲内での副作用出現という可能性を予見するだけなのであって、実際それは、さきに見たような患者のあらたな存在可能性についてはあえて目を向けないようにしているといえる。したがって、具体的に患者を援助するというところにさしあたり求められているものは、患者がそのような存在にあるということに医療者が気づく、ということではないだろうか。医療者がそのことに気づくならば、医療者は、医療的知識を気遣うことだけに「没入」するのではなく、その医療的知識に気遣いながらも、さまざまな可能性のある患者に出会うことができるのであろう。そこで、はじめて医療者は、「顧慮の欠損状態」という状態の中で患者に出会うのではなく、他者としての患者に対して、まさに「顧慮」というかたちで出会うことができるのである。

抗癌剤の副作用としての食の欠如状態が予定範囲内で患者に出現した場合には、医療者はその症状を当然のことと看做し、その症状を片付けてしまう。しかし、それでは本当の援助とは到底いえはしない。本来の援助というものを考えるならば、食の欠如状態にある患者自身も、あらたな繋がりの中で自らを捉え返しているというその事実を医療者が目を向けるのでなければならぬ。もし医療者がこういった患者に目を向けるならば、病院の設備に固定されていた点滴台が患者の食べる行為を妨げており、そのことに対して、患者が、いつも患者なりの仕方に対処していたという事実が気がつくはずであろう。あるいはまた、患者の手が痺れて箸が持てなくなっていたということに対して、患

者自身が最善の方法を工夫していた、ということにも気づくことになる。しかしながら医療者は、そのような気づきを得るだけでは許されない。つまり医療者は、その患者の気遣いのみでは取り除けない支障があるという事実を積極的に捉え返し、その取り除き切ることのできない支障を患者とともに取り除こうとすることこそが、自身に課せられた仕事である、ということに自覚的でなければならないのである。医療者が患者とともにその支障を取り除こうとするならば、患者の食べる行為が、そこで再び導き出されることへと繋がっていくかもしれない。いいかえればそれは、医療者もともに関わることで、食の連関に再び繋がろうとする患者の気遣いは助勢され、あらたな連関に繋がりがよくなる、ということなのであろう。そして、まさにこの関わりこそが、医療者と患者とが「顧慮」を通して出会う、ということなのである。

これらのことから、患者の可能性をもとにする援助というものは、患者がいかなる状況におかれても、患者のあらたな連関への繋がりを模索し、その可能性を引き出す気遣いを、患者と医療者とがともに考えるということに他ならないといえはしないだろうか。

患者と医療者にとって、世界はそれぞれに異なってかたちで現れてきた。だからこそ、患者と医療者の間には、必然的に齟齬を生むような土壌があったともいえる。そして、その齟齬をうめるのは、唯一「顧慮」による気遣いをおいて、他にはありえないのである。したがって、かつて患者であった私が感じていた医療者と患者との齟齬に対する疑問は、まさにこのような視点からの考察によって、はじめて解決し得るものであったとあらためて感じるのである。

## おわりに

今の医療では、科学的知識の増加や技術の進歩にともなって、医療的知識は目まぐるしく変容する。この状況で、医療者は、知識に対してさらに「配慮」という気遣いが求められているのである。そしてこのことは、医療者が、患者の前においてはますます「顧慮の欠損状態」であり続ける状況を生み出すであろう。このような状況の中では、医療者は、食の欠如状態にある患者を前にしても、食の欠如状態の意味を考えることをしないまま、食を栄養へと置き換え、そして治療を施すであろう。これは、栄養管理を徹底化させるといったNSTの活動に象徴されるとおりである。したがって、このような今の医療では、患者を他者として「顧慮」することよりも、患者の生命への「配慮」に目を向け続けるということになりかねない。確かにここでいう医療的知識への「配慮」は、医療者が、いつも最先端の知識を獲得することが求められている以上、必然的なものではある。だが残念ながらそこには、患者への援助というものは見出すことはできないのである。

本稿では食の援助の可能性を求めて、医療現場における患者と医療者に現れる食の世界を分析することで、その齟齬の根がどのようなところにあるのかを探ってきた。そし

て、そこで明らかになったことは、医療者が「顧慮」という患者との関わりを徹底化させることによって、患者との齟齬の根がどこにあるのかをその都度確認（患者がどのような連関を開いているのか、あるいは閉じているのか）し、そしてそれをさまざまな気遣いとして実践することが求められている、ということであった。そしてこのような医療者の構えにこそ、私達が求めている食の援助の本来的な姿が見えてくるのである。

## 注

- 1 医療には多くの施設や機関があるが、ここでは対象として病院を考えている。介護施設において、食べることの援助は痴呆や老衰状態の老人を抱える介護施設においては、深刻さをもって現れており、早急に考えていかねばならないことであろう。いずれにしても、援助する者は、栄養摂取の観点から食を見る傾向にあると言えよう。
- 2 ハイデガーは、「現存在」の存在は、いつもすでに世界に投げ込まれているという事実性としての「被投性 (Geworfenheit)」や、その事実性を引き受けたうえで私の存在可能性に向かって身を投ずるといふ「企投 (Entwurf)」、そういった「被投性企投」という存在であるという。しかし、たいていの私は、その事実性から目を背ける在り方であるともいう。それは、私の存在が有限性であるという事実から目を背けたいがために、ひとのおしゃべりに興じたり、ひとが楽しむとおりに楽しみに興じたりして、居心地のよい世界に居続けたいと願う。そのときは、私への「気遣い」をしているにもかかわらず、その私への「気遣い」より、道具への「配慮」に「没入」したりして、私への「気遣い」を覆い隠そうとしているのである。が、いつもその根底にある有限存在であるという事実性が呼び起こす不安などの「情態性」に私は突き上げられ、たとえそれが楽しみに興じているときでさえも突き上げられたならば、私は不安の気分になるのだという。ただし、こうした不安な気分になりながら、また事実性を隠すよう生きるのも、私達の「現存在」としては「平均的」で「積極的」な在り方であり、それがもっとも「日常的」な私達である、とハイデガーはいつている。私達が有限存在であることは、私達自身はわかってはいるのだけれども、それをいつも覆い隠そうとして生きているのである。裏を返せば、こういった在り方であるからこそ、有限存在で在りながらもいつも未来にむかって生きていくことができるといえるのである。
- 3 ハイデガーは「私達が時計に眼をむけるときは、私達は表立ってはいないが「太陽の位置」を利用しているのであって (略)」 (『存在と時間』世界の名著74、原佑、渡辺二郎訳、中央公論社、p161、1980) というように、「道具連関」(ここは時計) を繋げていくと、いつも自然 (Natur)(ここでは太陽) まで繋がるのである、としている。
- 4 ナイチンゲール『看護覚え書き』6「食事」8 (ナイチンゲール著作集第一集、薄井担子ら訳、現代社)
- 5 「生命についての学としての生物学は、現存在の存在論のうちに、(略) その基礎を持っている。生命は一つの固有な存在様式であるのだが、本質上現存在においてのみ近付き得るのである」(『存在と時間』、前掲書、p131) としている。すなわち、生命は「現存在」の<もと>に在る、として(存在論的には) 捉えられる、ということである。
- 6 入院から地域保健までを一体としてその栄養管理を適切に行うために、医師、看護師、薬剤師、栄養士等で構成されるチーム、職種をこえた集まりのチーム活動は、診療科の分野を総括して指導できる権限をもたされているようである。詳しくは NursingToday vol.16、No8、2001-7 p20～23、日本看護協会出版会
- 7 同、p41～42

# ケアの多様で異質なコミュニケーション

——痴呆老人への食事援助を手がかりに

堀江 剛

ケアは極めて多様で異質なものに関わっている。それは一方で、具体的な生活における人や物への配慮・援助である。人の心や体の動き、その動き方、動き方のパターンや習慣、さらに生活の仕方、生き方に対する配慮・援助である。そこにはレベルを異にする様々な生の様式が拡がっており、それに関わる仕方もまた多様なものにならざるをえない。他方ケアは、医療・福祉その他の領域における組織的・制度的な活動であり、仕事ないし職業として、つまり社会的な営みとして生み出されている。ここには別の意味での多様性・異質性が拡がっている。人が組織や制度の中で働くとき、そこには様々な人間関係や連絡・連系の回路が形成される。また現代では、その組織・制度自体が、様々な異なる領域（科学、経済、法、政治、倫理など）との密接な関わりの中で機能している。このように「ケア」の営みは、人の生の様式と社会における多様性・異質性に関わりながら、今日ますますその複雑な様相を見せはじめている。

この「多様で異質な関わり」としてのケアの様相を、どのようにすれば上手く捉えることができるのか。また、そこにどのような困難が潜んでいるのか。以下では、まず(1)ケアの多様で異質な関わりを捉えるための理論的視点を提案する。それは「相互作用・コミュニケーション」という概念によって示される。次に(2)痴呆老人への食事援助という場面を手がかりにケアが持つ工夫や困難を浮き彫りにし、最後に(3)その「困難」について考察を加える。

## 1. 相互作用・コミュニケーションとしてのケア

ケアを捉える場合、目の前にいる「人への関わり」をケアの核と考えるのが一般的である。そしてその周囲の事柄を、ケアに間接的に影響する環境や条件と見なす。しかしこれは一般的なイメージ、一つの区切り方でしかない。実際、細かに見れば分かるように、ケアが営まれているときの最も具体的なありようは、「人への関わり」というよりも、個々の出来事から人の生や生活までも含む様々な「事態への関わり」である。またその事態への関わりが様々な拡がりや継続を生み出すことである。こうした多様な事態を「人／環境」に区切って捉えることは一つの抽象である。同じように、ケアを「人が関わる」こととして捉える必然性は全くない。例えば人ではなく、ある手やその動き

方、ある気づき・気持ちといった心の動き方、そうしたものが事態に関わっていると考  
えても不都合はない。また手、気持ち、その他の道具のコンビネーション、あるいはス  
タッフ間のコンビネーションが事態に関わっていると見てもよい。さらに組織や制度、ま  
た自治体や国家が事態に関わっていると見なすこともできる。またこの考えに従えば、人  
の「行為」や「性格」と呼ばれるものも、個々の事態への（途方もなく膨大で複雑な）関  
わりを「人に属する／属さない」という観点で区切ったものに過ぎない。

しかしそうは言ってもケアは「関わり」であることに変わりはない。つまり、何らか  
の変化に対して別の変化が接続され、それによる変化がまたもとの変化に関わっている  
ような、変化におけるフィードバックの生成過程である。今こうした関わりを「相  
互作用 **interaction**」、またその総体を「コミュニケーション」と呼ぶことにしよう。こ  
れらの概念において、その項をなすものは「人」ではない。言い換えると、人が人と相  
互に作用したりコミュニケーションしたりするのではない。むしろ逆に、多様で異質な何ら  
かの「相互作用・コミュニケーション」がまず生じていて、私たちはそれらを「人の人  
への関わり」「人の行為・性格」などとしてイメージしているだけなのである<sup>1</sup>。

もちろん、これら「人」による捉え方が間違いだと言うのではない。複雑な相互行為・  
コミュニケーションに対する一つの可能な区切り方（捉え方）に過ぎないと言っている  
だけである。多くの読者は、「人」によらないケアの捉え方を奇妙に思われるかも知れな  
い。しかし、ケアというものが私たちの生の様式や社会における微細かつ広範な「関わり  
」であるとするならば、その営みを捉えるために、それなりの緻密かつ包括的な概念  
を必要とするのではないか。「人の人への関わり」という一般的なイメージによっては捉  
え切れないほどの多様で異質な「関わり」が、ケアという営みにおいて生じている。そ  
の実際のありようを捉える一つの理論的視点として、ここで「相互行為・コミュニケー  
ション」という概念を導入するのである。

ところで、この考えを究極にまで押し進めていくと、次のような帰結があらわれる。す  
なわちケアに限らず、あらゆる自然および私たちの生・社会の、どの局面を、どのよう  
に、どれほど切り取っても「相互作用・コミュニケーション」ないし「関わり」の生成  
しかなく、それらを支えている基礎になるような「モノ」や「領域」は見つからない。あ  
るのは多種多様な「関わり方」の違い、心や体の動き方、使い方、生き方、区切り方と  
いった「仕方」の違いだけである<sup>2</sup>。これは逆に言うと、どのような「モノとモノ（人と  
人も同じ）の関わり」においても、それらがどのように変化するか、またその変化がど  
のように理解されるのか、その「仕方」の違いしか問題にしない、ということである。そ  
の「仕方」に外在する「モノ」（例えば客観的なモノや主観的なモノ）や「領域」（例え  
ば生活世界や日常世界）を想定しないことである。これはケアの営みを考える場合、二  
つの問いを提起する。

一つは、一般に「ケア」とはどのようなコミュニケーションの「仕方」なのか、とい  
う問いである。「ケア」という言葉がある統一感をもって使われ、現実には社会の中で仕事

として成り立っている（生じている）からには、そこに他と異なる何らかのコミュニケーションの仕方が見つけられるはずである。言い換えると、様々に錯綜する相互作用において「これがケアの営みである」と言えるような区切り方が示されうるはずである。これを示すことは、「人の人への関わり」というモノに依存した（従って「ケア」という営みに対して外在的な）区切り方を一旦解除して、ケアというコミュニケーションそれ自身に内在した区切り方を導入することでもある。

私は、ケアを "well-/ill-being" という区切り方に基づいたコミュニケーションであると考え（日本語で適当な言葉が見つからないので英語を使った）。例えば、体の調子がよくない（ill-being）と感じて横になる、そういう人を見てよくなる（well-being）よう配慮・援助する、そのための福祉（well-being）組織や制度ができる。これらはすべて、何らかの事態の変化に対して "well-/ill-being" の区切りを使い、そのことによって事態を変えていこうとするコミュニケーションである。要するに、ケアとは何らかの "well-being" を実現しようとする「関わり」である。これは "healthy/sick"（健康/病気）の区切りを使う「治療＝キュア」の営みとは、隣接しているが異なる関わり方である。また "good/bad"（よい/わるい）や "right/wrong"（正しい/誤っている）といった倫理的・法的な区切りとも、似ているが異なる<sup>3</sup>。

このようなケア・キュア・倫理・法という様々な区切りは、相互に同等あるいは厳格に区別して使われているわけではない。また実際の場面では諸々の区切りが交錯しているに違いない。しかしおおよそにおいて、今の社会に生じているコミュニケーションの仕方の違いを示しており、その中に「ケア」の営みは位置づけられうる。また上の例から明らかのように、ケアのこの区切りは、それが営まれている相互作用の具体的な局面において使われている（実践されている）。この意味で "well-/ill-being" という区切りは、社会における「ケア」の在り方を一般的に識別する指標であると同時に、その「実践の仕方」を示してもいる。

そこでもう一つの問いはこうなる。では、個々のケアにおける実際の（実践の）相互作用の「仕方」とは、どのようなものなのか。ここにはもちろん無数に様々な仕方が考えられる。しかしその特徴に関してなら、ある程度のこと言える。私はここで、ケアが極めて「文脈依存的」な営みであるという特徴に着目したい。ケアは "well-being" 実現のためとはいえ、単にそれを原則とみなし、そこから様々な規則やマニュアルを定め、それに忠実に従うような実践ではない。むしろ、相手の出方やその場の状況の変化（すなわち文脈）に応じて対応を変化させ、そこで生じる様々な変化を利用することによって「関わり」をかたち作っていく、そのような工夫の営みである。おそらくこの特徴に着目することによって、最初に述べた「多様で異質な関わり」としてのケアの実際のありようも、より一層具体的なかたちで捉えることができるだろう。

## 2. 痴呆老人に対する食事援助とその中止

痴呆老人に対する食事援助およびその中止の決に関わる一連の問題群は、今日特にまとまったかたちで議論されていないとはいえ、「食べる」という生命・生活の基本に関わる問題として、増え続ける痴呆高齢者に対する援助の問題として、また医療・福祉の両方の領域に横たわる問題として、私たちの生活・社会における「多様で異質な関わり」におけるケアの在り方を典型的に示しているように思われる。以下では、まず(2.1)この問題群におけるケアの多様で異質な関わり方を「工夫」という観点から考察し、その後で(2.2)特に痴呆という意味疎通困難な人に対する相互作用とそのパブリックな相互作用への関わりをケアの「困難」というかたちで浮き彫りにしてみたい。

### 2.1. 多様で異質な関わり方と工夫

食事援助、あるいは食への関わりを考えるために、まず「食べること」について考えてみる。食べることは、自然や社会の中から「食べ物」と目されるものを獲得してくること、またその食べ物と諸々の器官(手、口、咽、食道、胃腸など)を連係させること、そのことで生命・生活を維持することである。そこには単なる栄養補給だけでなく、何をどのような仕方食べるかという生の様式や習慣が常に随伴している。それは個人やその場の文脈によって異なり、食べることを左右する。食べ物の好き嫌い、どんなふうに味わうか、どんな物を食べてきたか、ときには偏食や過食・拒食あるいは絶食が、その人の生活にとって極めて重大な要件になる場合もある。また、独りで食べるか何人かとともに食べるか、さらに「人に食べさせてもらう」のをどう思うかといったことまで含めて、食べ方に大きく影響する。

しかしケアが「食べること」に一挙に、全面的に関わることはありえない。むしろ、この多様で異質な活動全体を見渡せないことを前提にして、常にその局面に関わる。それ故に、どの局面にどのように関わるか、その仕方が問題になってくる。それはまずもって"well-/ill-being"の区切りを使って活動の局面に関わるのだが、その仕方は様々である。大雑把に分けてみても、活動の生命維持=栄養補給という局面に着目してケアすることもできれば、食べるという具体的な動作に対する支援(すなわち食事援助)が主な局面になることもある。またこれらの局面のうちにもさらに細かな局面があり、その関わり方は一様ではない。場合によっては、食べるときの微妙な身体の姿勢に配慮すること、あるいは一緒に買い物に行くとか、一緒に食事の用意をして一緒に食べること(逆に独りで食べるに任せること)が重要なケアになりうる。

とりわけ食事援助に関しては、それが人の生命維持と日常生活の重なる局面への関わりであるだけに、その仕方は多様である。そこでは援助者の経験や技能、食や食生活に関する知識や配慮などが要求される。時として「食べない」状況を察知し認め、そのよ

うな事態に対してどのように援助していくかといった工夫が要求される。つまり「食べるのがよく生きること (well-being) である」という価値が通用しなくなる局面に出会うこともあり、それに応じて「関わり方」を修正しなければならない。このように、一般的な価値に基づいた区切りを用いるかどうかといった選択や関わり方の修正もまたケアの工夫のうちに含まれる。

ところで食事援助は、それがあまりにも基本的な援助であるため、社会の中の特別な(専門的な)ケアとして評価されない。特に医療機関のように、治療を軸にした目的と成果が求められる組織では、食事援助は積極的な評価の対象にならない。またケアが一定の組織での仕事として「社会化」されている限り、必然的に効率化の圧力がかかる。単純に考えて、施設が個別のクライアントを相手に細かな食事援助を充実させようとしても、人員の点で限界がある。これは別の観点からすると、限られた資源をどのように公平に分配するかという問題でもある。一人の人に細かなケアを提供するだけでは社会のケアとは言えない。社会のケアには、その「効率化・公平化」との兼ね合いが要求される。これは組織・制度の中におけるケアという営みが、常に抱えているジレンマである。しかしまた、この「兼ね合い」を実現することが、職業的なケアに求められるスキルと見なされる。非効率・非公平であると同時に、その逆のものを実現することが、ケアの営みの中に含まれているのである。別の言い方をすると、例えば医療保険や介護保険はケアを(一応)公平・効率的に実現させているが、同時に個別的なケアの在り方を制限している。これらの制度もまた、ケアの相互作用・コミュニケーションの実践ないし工夫である。

また今日では、経口による食事援助に代わるものとして、人工的栄養補給技術(経管栄養法や高カロリー輸液法)が発達している。これによって、栄養補給効率や誤嚥の危険性という観点から、食事援助は非効率的で危険な作業と見なされるようになっていく。従って、クライアントの生命維持・安全性を優先させようとするれば、経口による食事援助の意味はますます低くなる。ところが「口から食べる」ことがクライアントの "well-being" にとって重要な場合、この圧力に抗して食事援助を続けることもある。「口から食べる」生き方を援助することと、逆に生命維持・安全性の観点から「口から食べない」仕方で援助すること。両者の間でどちらのケアを選択するか、さらにどのような仕方で選択するかといったことが問題になる。このように、一つの技術の導入によって、ケアはより複雑な関わりに向かって開かれる。これは簡単な道具の使用から最先端の医療技術に至るまで、あらゆる「技術」について言える。ケアの観点から見て、技術の導入によって人の "well-being" が上昇するわけでも下降するわけでもない。それは単なるイメージであり、一般的な価値による抽象に過ぎない。本質的なことは、そこでケアの関わり方がますます多様で異質になるということである。

ちなみに上の選択は、とりわけ高齢者に対するケアにおいて微妙である。なぜなら、ここでは必ずしも生命維持や安全性だけが "well-being" における価値として優先されるわ

けではなく、人の「生の終わり方」にかかわるケアが要求されるからである。そこでは例えば、食事援助を続けながら「食が細っていく」ことに対して積極的に援助しなければならない場合も生じる。食事援助の継続か人工的栄養補給への切り替えかという選択は、高齢者ケアに関しては、施設によって考え方も異なる。また個人的な状況、家族の意向、用いられる価値観・倫理観も様々である。大雑把に言えば、医療機関では生命維持・安全性が優先され、福祉施設などでは特別な状況でない限り食事援助を続けていこうと努力する傾向が見られ始めている。いずれにしても、生死の在り方を含む選択の基準が多様化すればそれだけ、ケアの関わり方も多様になる。

心身の動き、生命・生活（死を含む）、組織、制度、技術など、ケアの関わりは多様で異質である。そしてその拡がりが大きければ大きいほど、そこにおける「工夫」の余地もまた多様で複雑なかたちで開かれる。その「工夫」は、一般的に通用している諸々の価値が容易には適用できず、それらが相反する、あるいは修正を要する地点において、とりわけ重要なものとなるように思われる。すなわち「生きる＝食べる」ことの素朴な肯定が揺らぎ「食」や「生き方」の多様性があらわれるとき、組織・制度の営みとして個別的な援助と効率性・公平性が対立するとき、技術の導入によって生命維持・安全の優先性と「生の終わり方」が交差するとき、また次に述べるように、相手の意思を確認することが困難なときなどである。一般的な価値や原則が揺らぐ不確定状態の中でこそ、ケアの工夫は発揮される。

ケアの営みは、こうした揺らぎの中の関わりといったものを本質的に抱え込んでいる。だがそれは次のようにも言える。すなわちケアにおける「工夫」は、一般的な価値であれ特殊な価値であれ、また知識や経験や技能であれ、それらを相互作用の「文脈」に依存させる中で柔軟に用いる能力である。価値や原則に「従う」というよりも、それらを「利用する」プラグマティックな力である。ケアの積極的な営みは、このような多様で異質な相互作用・コミュニケーション技術（工夫）の展開にあると言える。

## 2.2. 固有で曖昧な相互作用とパブリックな相互作用

痴呆の人へのケアの場合、相手の意思を確認することは難しい。そこでは言葉による明確な分節化を主としたコミュニケーションとは異なった相互作用が重要な働きをする。つまり、クライアントの振る舞い・言動・表情などから「意を汲む」ことや、逆に援助者が振る舞い・言動・表情を用いて相手に関わるような相互作用である。こうした状況の中で、痴呆の人に対するケアが日々行なわれている。そこには相手の意思決定や判断能力を推測し、それを促したり、引き出したり、抑えたりする多様な「工夫」が含まれている。それは相手との関わり方を調整しながらケアを継続していく技能でもある。<sup>4</sup>もちろんこのような相互作用は、私たちの生活にとって特別なものではない。普通に言葉を使うときでも、そこに言外のメッセージや意味を汲み取ったり発したりするのが、コ

コミュニケーションの常態である。あるいは一般に「感情」と呼ばれる相互作用もここに含まれると考えてよい。

こうした関わりは、それが明確に分節化されないだけに、第三者にとってはもちろん、関わる当事者たちにとってさえも説明できない。しかし実際に「今・ここ」で独自なかたちで生じており、続いている。それは、とりあえず相互作用それ自身に「固有な」としか言えないような相互作用である。また、そこで交される情報やメッセージは常に曖昧（両義的）であり、それ故に関わりの一方の側の「思い」が、よい意味でも悪い意味でも入ってこざるをえない（よい意味では「思い」や「思い入れ」悪い意味では「思い込み」と言えるだろうか）。そしてそれは、当の相互作用が破綻せずに続いている限り、気づかれることなく作用し続ける。さらに言えば、こうした「思い」とそれを受け止めるという相補的な関わりを暗黙のベースにして相互作用が続いているのかも知れない。これは痴呆の人とその援助者の関係を入れ替えても同じように言える。つまり、痴呆の人の（周りから見て勝手な）思いを援助者が受け止める場合もあれば、逆に援助者の思いを痴呆の人が甘受している場合もある。いずれにしても、それらは両義的で確認困難な情報やメッセージのやりとりの中で生み出されてくる固有な相互作用である。ここでは、差し当ってこれらを「固有で曖昧な相互作用」と名づけておく。

ところで、このような中で、痴呆老人が「食べられなくなる」という事態が生じる場合がある。そしてこれが発端となって、諸々の医療的・看護（介護）的方針の維持・変更・決定といったケアの新しい局面が生じる。このとき相互作用としてのケアは、（特にクライアントと援助者の間の）固有で曖昧な関わりを越えて、この関わりに関わる当事者、同僚、上司、クライアントの家族などの間でのより複雑な相互行為の次元で展開されることになる。この局面では、事態を問題として判断し、必要な関係者に知らせ、措置を検討・調整・決定するといった過程が生じる。それに伴って「誰がどうした／するのか」といった人の意思・行為・責任・権利（権限）に関するやりとりが必要になる。これらは、公然のものになった、公表された、公的な、という意味での「パブリックな」次元における相互作用である。それは例えば、クライアントの家族との相談、スタッフの申し送りやカンファレンス、医師を中心とした指示体系機構、あるいはクライアントの事前指定書といった、多かれ少なかれ一定の「公の」形態をとった相互作用である。

こうした「パブリックな相互作用」は、先に述べた「固有で曖昧な相互作用」と全く異なるコミュニケーションの仕方である。ここでは明確に分節化された情報やメッセージのやりとりが重要になる。しかし、この二つの相互作用の領域は別々にあって対立しているのではない。むしろパブリックな交互作用のただ中にも、それと同時進行で、固有で曖昧な相互作用が影のように拡がっているのだし、後者は前者との関わりにおいて初めて現れる（固有で曖昧なものとして分節化される）のである。従って、例えばケアにおいてどちらの相互作用の領域を重視するのか・選択するのか、といった問いは成り立たない。そこにあるのは単にコミュニケーションの仕方の違いだけである。<sup>5</sup>二つは「ケ

ア」という多様で異質なコミュニケーションの両側面であり、二つの異質な相互作用の交差である。そこで固有で曖昧な相互作用とパブリックな相互作用との関わり（ないし接続）を、もう少し見ておく。

食事援助に何らかの支障が生じたとき、それがどのような「問題」なのかが捉えられなければならない。事態が「問題」とされることで初めて、パブリックな相互作用への接続が可能になるからである。しかしそれは事態の単純な認識ではない。例えば単に「食べられなくなる」と言っても、様々な判別が必要である。身体的な事柄（嚥下可能／困難）なのか、相手の「食べたくない」という意思表示なのか。食欲がなくなったからなのか。こうした判別を含めて援助者は「問題」を捉える。また援助者は事態をよく観察するとともに、相手との関わりの中で、自分が食事援助を続けていけるのか、自分やスタッフにその能力があるのか、食事援助の中止がなされた場合相手や家族はどう考えるのか、それで相手は満足（well-being）であるのか、医師はどう判断しどのような措置を指示するのか、そこで自分はどれだけの責任を負えるのか、など様々な「文脈」とその変化を予測・予想する。

それは事態の認識ではなく、相互作用の中での「問題の構成」である。そしてそこに、相手への配慮や「思い」（入れ・込み）の盛り込まれる余地が多分に生じるのであり、援助者には、それを上手く問題として構成する「工夫」が求められる。ここには恐らく固有で曖昧な相互作用上の微妙な力学が働く。ある意味で、ケアの営みは常にこの力学とつきあっている。しかし同時に、それをどのように処理し「問題」としてパブリックな相互作用に接続していくかも問われる。そのような「関わり」を、仕事としてのケアは常に求められる。

ところがパブリックな相互作用は、その次元だけを取り出すならば、この「思い・工夫」を基本的にカットして話を進める。ここでは「問題」に正確に対処することが優先するのであり、援助者における「問題の構成」過程がいちいち問われることはない。せいぜい当の問題への対処が上手くいかない限りで、「どのように事態が判断・報告されたのか、それは「事実」か、そこに問題はなかったのか」というかたちで遡及されるに過ぎない。しかもそれは「誰がこの判断・報告をしたのか、それはクライアントの意思だったのか」といった、人の責任や意思に言及するかたちでコミュニケーションされる。これに対して、援助者の「思い」や自分の行なった「工夫」について明確に分節化して表現するのは極めて難しい。まして、意思疎通困難な相手との関わりや様々に交錯する文脈の中で決定されたことであれば、なおさらである。

このように、固有で曖昧な相互作用と、そこで起きた「問題」が処理されるパブリックな相互作用との間には、埋め難いギャップが横たわっている。それは異質な相互作用の接続として、コミュニケーション上の様々な困難を常に潜在させている。

### 3. ケアの「困難」について

これまでの議論は次の三点に要約できる。すなわち「ケア」は、

- ・ある区切り (**well-/ill-being**) によって生じる多様で異質なコミュニケーションである
- ・文脈依存的な相互作用において諸々の技術・経験・知識・価値などを用いる工夫である
- ・固有で曖昧な相互作用とパブリックな相互作用との接続において困難を潜ませている

そこで最後に、三点目のケアにおける「困難」について、もう少しだけ踏み込んで考えてみたい。

ケアにおける固有で曖昧な相互作用は、ある種「言葉にならないもの」として体験される。しかしこの体験を言い当てようとしても、そうした「モノ」や「領域」があるわけではない。むしろそれは、固有で曖昧な相互作用の「仕方」であり、とりわけパブリックな相互作用との関わり方によって決まる。例えば、援助者とクライアントとの間で生み出されてくる固有な関わりは<sup>6</sup>、それが曖昧（両義的）な相互作用を含む限り、よくあるパブリックな「問題」追求（意思・行為・責任・権利、あるいは事実への言及による「問題」化）を前に、しばしば言葉にならない。固有で曖昧な相互作用は、パブリックな相互作用の前でいわば「黙り込む」のである。それはまた、パブリックな相互作用が自らと対になるもの、自らに対立するものとして設定した「私的」な領域に身を隠すことで存続してもいる。

もちろんそうだからと言って、パブリックな相互作用を止めるわけにはいかない。それは必要なコミュニケーションであり、ケアの営みが組織的・社会的な拡がりを持っている以上、それを展開させることは不可避である。生み出されきた固有で曖昧な相互作用に対して、特に援助者は、それがどのような事実として認識されうるのか、それを自分の意思で行なった行為として、どのような理由で行なったのか、それは良かったのか悪かったのか、どこまでの権利をもって自分の行為の責任が負えるのか、そうしたことを（程度の差はあれ）言葉にし同定していく。しかしこれらの作業は、固有で曖昧な相互作用の様々な区切り方、事態や問題の構成の仕方に過ぎないのであり、そのような「ある一定の」パブリックな相互作用である。この意味で、それを固有で曖昧な相互作用に別の仕方と接続していく余地、上に挙げた「問題」追求的な仕方とは異なるパブリックな相互作用が考えられるはずである。少なくとも、従来からあるパブリックな相互作用に付加する、あるいはそれを反省するかたちで、ケアにおける「困難」に焦点を当てたパブリックな相互作用を工夫していくことはできるのではないか。

この新しいパブリックな相互作用・コミュニケーションとはどのようなものなのか。その指標は何なのか。単純に定式化するならば次のようになる。すなわち、それは解決ないし解消すべき「問題」についてコミュニケーションすることではなく、どうしようもない

「困難」（あるいは「困惑」と言ってもよい）についてコミュニケーションすることである。そのような相互作用・コミュニケーションの能力や工夫を開発することである<sup>7</sup>。ここでは、固有で曖昧な相互作用を「黙らせる」パブリックな相互作用ではなく、むしろそれらを「聴く」パブリックな相互作用が重要になる<sup>8</sup>。

それは「事実」の認識や確認、そしてそれに基づく「問題」の是正といったコミュニケーションではありえない。ここには、ある一定のパブリックな相互作用としての多様な科学（主義）的言説が関与していると思われるが、それらを慎重に解除する工夫が問われる。しかし他方、次のことにも注意しなければならない。すなわち「聴く」と言っても、クライアントや援助者などの「人」にではなく、「事態」として生み出されてくる相互作用に耳を傾けるということである。すでに述べたように、ケアの営みを「人の人への関わり」として捉えることは一つの抽象である。この抽象と深く相関するかたちで、人の意思・行為・責任・権利・善悪といった、ある一定のパブリックな相互作用としての倫理的・法的言説が形成されている。つまりこれら「人」に関わるパブリックな相互作用もまた、固有で曖昧な相互作用を「黙らせる」ことに加担しているのである。それを何らかのかたちで一旦解除できるような工夫が「聴く」パブリックな相互作用に要請される<sup>9</sup>。

私は、最後の「人」に関する論点が、ケアの「困難」に関わるパブリックな相互作用を考えるとときにとりわけ重要な要件になると考える。そうであるからこそ、最初に「人の人への関わり」という捉え方に代わる「相互作用・コミュニケーション」の概念を提案したのである。つまりこの概念は、ケアの営みを、その困難とともに「聴く」ための一つの理論的な「工夫」でもある。ケアの「困難」に関わろうとする多くのケア論は、「関係性」（この論文では、それを「関わり」と表現した）を強調する。だがどういうわけか、そこに必ず「人であること **humanity**」が暗に、あるいは公然と前提されていおり、それを明確に批判するようなケア論はほとんど見当たらない。しかし私の考えでは、この前提を方法的に解除することなしに、ケアの多様で異質な関わり＝相互作用・コミュニケーションを「聴く」ことは不可能である。

この論考は、昨年度（2001年度）大阪大学臨床哲学研究室で行なわれたケア班分科会の演習「食べる／食べない」での一年間にわたる議論を踏まえて書かれている。様々な分野からの参加者と多岐におよぶ議論の中で、私はそれこそ多様で異質なケアの在り方や困難について考えさせられた。長くねばり強い議論と、それに加わったすべての方々に感謝したい。

## 注

- 1 こうした考えは、コミュニケーション概念に基づいたシステム論社会学 (N・ルーマン) や心理療法論 (G・ベイトソン、P・ワツラウィックなど) に示唆を得ている。とりわけ、N. Luhmann, *Essays on Self-Reference*, New York 1990. (『自己言及性について』土方透・大澤善信訳、国文社、1996年。特に第一章「社会システムのオートポイエーシス」)、G. Bateson, *Steps to an Ecology of Mind*, New York 1972. (『精神の生態学』佐藤良明訳、新思索社、改訂第二版、2000年)、P. Watzlawick a. o., *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*, New York 1967. (『人間コミュニケーションの語用論——相互作用パターン、病理とパラドックスの研究』山本和郎・尾川丈一訳、二瓶社、1998年) を参照。
- 2 「仕方」の違いだけというのは、スピノザの "modus" (様態・仕方) の概念をヒントにしている。スピノザ『エチカ』岩波文庫上下巻、参照。また言語の問題に限るが、後期ウィトゲンシュタインの言語ゲーム (語の意味が問題なのではなく、語が「如何に使用されるのか wie gebraucht wird」だけが問題であるという考え方) の考え方にも近い。L. Wittgenstein, *Philosophische Untersuchungen*, Oxford 1953. 参照。
- 3 ルーマンのシステム理論における「コード化 Codierung」の概念を参照。ある一定の区切り (二項コード binärer Code) が用いられることで、社会のコミュニケーション・システムは様々なサブシステムや機能システムに分化しうる。例えば、法システムは「法/不法 Recht/Unrecht」、学問システムは「真/非真 wahr/unwahr」、医療システムは「健康/病気 gesund/krank」、道徳的コミュニケーションは「よい/わる gut/schlecht」や「尊敬/失敬 Achtung/Mißachtung」などといった区切り (コード) を用いたコミュニケーションである。ただしルーマンは「well-/ill-being」を用いた福祉 (ケア) システムについては何も語っていない。これはルーマンの理論を参考にして私が考えだしたアイデアである。N. Luhmann, *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Frankfurt 1998., S. 359 ff. und S. 748 ff. ; C. Baraldi u. a., *GLU: Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*, Frankfurt 1999., "Code" (S. 33-37.), "Medizinsystem" (S. 115-118.) und "Moral" (S. 119-121.)
- 4 痴呆老人とは違うが、意思疎通困難な「コミュニケーション状況」に関する考察としては、本間直樹・武田保江「失語症者とその看護が問いかけるもの——他者理解とコミュニケーションについての臨床哲学的考察」(『臨床哲学』第三号、2001年6月、2-15頁) 参照。
- 5 システム論・情報理論の観点から「アナログ/デジタル・コミュニケーション」の概念によって両者の区別と二重性を定式化しているのは、A. Wilden, "Analog and Digital Communication: On Negation, Signification, and Meaning", in *System and Structure - Essays in Communication and Exchange*, London 1972/1980., pp. 155-195.
- 6 固有で曖昧な相互作用は「人」の観点に限っても、クライアントの生命・生活それ自身や援助者の間においても生じている。ここでは「援助者とクライアントとの間」で生じている相互作用を取り上げた。
- 7 具体的な形式として念頭に置いているのはソクラティック・ダイアログである。本間直樹・堀江剛「臨床哲学における対話の活用——ソクラティック・ダイアログの有効性と問題点」(『哲学的理論における抽象性と具体性——ヘーゲル哲学と看護理論に定位して』平成12-13年度科学研究費補助金、基盤研究(C)(2) 研究成果報告書、研究課題番号: 12010004、研究代表者: 中岡成文、2002年3月、5-22頁) 参照。ただしソクラティック・ダイアログがそのまま、ここで考えている「新しいパブリックな相互作用」の実現の形式であるとまでは言えない。両者の方向性が似ていると考えているだけである。今後の研究と実践の中で模索したい。
- 8 この「聴く」というコンセプトは、鷺田清一『「聴く」ことの本質——臨床哲学試論』(TBSブリタニカ、1999年) に由来する。

- 9 ケアの問題に限らないが、例えば法的な相互作用（法律用語に基づいたコミュニケーション）に持ち込まれる前での「裁判外紛争解決」における方式の一つとして、「調停 **Mediation**」というパブリックな相互作用の「別の仕方」が工夫されている。稲葉一人 "ADR, **Mediation**, Risk Communication" (『哲学的理論における抽象性と具体性——ヘーゲル哲学と看護理論に定位して』所収、臨床哲学コロキウム「現代社会と実践的哲学」報告、49-52 頁、74-81 頁) 参照。

# 食の存在論ノート

中岡成文

## Ⅰ 「養う」というケアのあり方——貝原益軒

貝原益軒において食というテーマを考察しようとする、と、「養生」ないし「養う」という広い観点をとることになる。人はさまざまな面で養われねばならない。そして、養分は外から来るとは限らない。このような益軒の思想の背景には、朱子学などを支配した「気」の哲学がある。気の存在論に基づくさまざまな推論のパターンは、後にも見るように、現代科学の知見に親しんだ私たちの目からは、奇異に映る場合も少なくないが、食や「栄養」、さらにはケアのあり方を捉えなおす助けにはなると思われる。以下では、貝原益軒の『養生訓』（伊藤友信訳、講談社学術文庫1982年に基づく。以下本節の丸カッコの中の数字は同書の参照ページ）から学べる点を取り出してみたい。

### 1 養生は内外の調和

益軒は「元気を養う」(34) という言い方をする。飲食などの外物の助けによりそれは可能になるが、食べ過ぎると、「生まれつきの内なる元気」が「外物の養分（気）に負けて病いになる」とも言われる。「ひとは、心の内に楽しみを求めて、飲食などの外的な養分をほどほどにすべきである。外物の養分にたよりすぎると内なる元気をそこなう結果になる」(35) と益軒は警告する。

「外物の助け」、つまり現代の私たちのいう栄養をそれだけ切り離して考えるのではなく、身体の内と外との相互作用のなかでトータルに捉える。この益軒の視点は、次のような箇所にも示されている。「ひとの身体は、元気をもとにしている。穀物の養分によって元気は生成しつづける。穀物や肉類をもって元気を助けなければならない。とはいうもののそれらを食べすぎて元気をそこなってはならない。元気が穀肉に克てば命は長し、穀肉が元気に克つと短命になる」(97)。「穀肉が元気に克つと短命になる」という最後の文は、養分の取りすぎ、摂食の仕方のゆがみなど、現代の食生活の問題点を指摘しているようにも思える。じっさい、厳しい食生活を送ってきた人の身体はそれなりの「工夫」をして自己維持しているので、ふつうの食生活（バランスのとれた栄養状態）に入るとかえって太ってしまうことがあるという（三好春樹『元気の出る介護術』より）。

元気という言葉以外に、「心気を養う」(35) という言い方も『養生訓』には見られる。

「心気を養う」のが「養生の術（方法）の第一歩」（同）であるが、それはいわば足し算よりは引き算に基づく。つまり、積極的に何かを追い求め、積み重ねるというよりも、心を穏やかにし、憂いや心配をなくすこと、「心を苦しめず、気を痛めない」ことが、「心気を養う大切な方法」だというのである。また、「もし飲食や色欲を慎まないならば、毎日栄養剤などの補薬をのんでも、朝夕に栄養を補っても何の役にもたたない」（以上同）とも述べられている。要するに、守りといえば守りの姿勢であるが、気を消耗させるのではなく、むしろ養うこと、心を静かにし、「気を和かにして荒くせず」（68）にすることが眼目とされているのである。現代に目立つアクティブな健康法とは対照的といえよう。

益軒はそのほかにも、「徳を養う」（65）とか、「思いを少なくして神（心）を養い」とか、またこれは明代の医書に出てくる言葉のようであるが、味の濃いものを食べないで血気を養う、ないし飲食を節制して胃気を養う（以上80）とか、注目に値する「養い」に言及しているが、私がそのなかで最も教えられるのは、「志を養う」（125）という表現である。これはとくに親に接するときの心得とされる。子たる者は、親の「口腹の養い（栄養）」に気を配るだけでなく、親の心を楽しませて、「志を養う」（234）べきだという。それはまた病人へのケアの態度にも通じるのであり、病人の望みをかなえてやることにより、その志を養うというのであるが、これについては次項に譲ることとする。

## 2 ケアの観点

ケア論とも読める益軒のテキストは、自己ケアに関するそれ（「畏れ」をキーワードとする）と、他者へのケア（「養い」をキーワードとする）とに分けられる。

まず自己ケアについて見る。「養生は畏れの一字」（37）であると益軒はいう。「畏れる」ということは、身を守る心の法である。すべてに注意して〔原文では「心を小にして」――引用者注〕気ままにしないで、過失のないようにし、たえず天道を畏れ敬まい、慎んでしたが、人間の欲望を畏れ慎んで我慢すること」（同）が肝心である。また、「養生の道においては、勇ましいのはだめで、畏れ慎み、いつも小さな橋を〔原文では「ちいさき一はしを」――引用者注〕渡っているように用心すること」（55）が勧められる。畏れるのは、恐怖することを意味しない。「畏れるということは大事にすることをいう」（同）のであり、とくに老人はこれを銘記する必要がある。

益軒は、「内敵には勇、外敵には畏れ」（42f）ともいう。つまり、体の中の敵（飲食・好色・睡眠などの欲や怒り、悲しみ、憂いなど）に勝つには心を強くして、忍耐すること、我慢することが大切であるのに対して、外敵（風・寒・暑・湿）に勝つには「それを畏れて早く防ぐこと」、このときばかりは忍耐しないことが大切だと力説している。

次に、他者のケアについて。先述の「志を養う」べきことが指摘される。身体ではなく、むしろ「志を養う」（125）こと。これは病人に接するとき重要な心得である。「病

人がひどく欲する食物がある。食べて害になるものや、冷水などは、どんなに欲しても与えてはならない。が、病人が強く食べたがるものを、のどに入れて飲みこまないで、口の中で味わわせてその願望を満たしてやることも、病人の志をききいれての養生の一つの方法である」。今の引用の最後に、「病人の志をききいれての養生の一つの方法である」と現代語訳してあった文は、原文では「志を養う養生の一術也」とある。「病人の志をききいれ」るのとは、少し違う。病人が強く欲しがる食べ物を、それが消化できないから、あるいは飲み込んだら健康を損ねるからといって拒否し、落胆させるのではなく、せめて口の中でいっときもぐもぐと味を楽しませて、ともかくも望みをかなえて、気持ちを前向きにしてあげる。それが病人の「志を養う」ことである。心をサポートし、闘病の助けになるのである。じっさい、今のホスピスでも、もはや食べ物を飲み込むことができなくなった末期の患者さんに、好物を口の中で嘔み、その味わいを楽しむよう勧めることもあると聞いた。益軒はまた、先述したように、親の心を楽しませて、「志を養う」(234) という子の務めにも言及している。

### 3 攻撃的医療の否定

益軒の気と養生の哲学は、医療に関しても、足し算よりも引き算、積極的・攻撃的であるよりもしっかりと足下を固める方向をよしとする。「薬はことごとく気を偏らせるものである」(39) と彼は述べる。治療よりも、予防を勧めていると言い換えてもよい。薬・鍼灸を使わざるを得なくなる前に、飲食・色欲を慎み、規則正しく寝起きして養生すれば、病にかからずにすむ(38)。予防を主とするやり方は、治世にたとえながら説かれる。国を治めるのに徳をもってすれば(=養生すれば)人々はおのずから心服して乱は起こらない(=病にならない)。ところが国を治めるのに徳を用いないで(=養生しないで)力をもって政治をする(=薬・鍼灸に頼る)なら、人々は恨みそむいて乱を起こし、かりに百戦百勝しても尊敬されない(39f) というのである。

## II ヘーゲルの「食」論

ここでは、ヘーゲルの主著の一つである『精神現象学』(1807年)の「自己意識」の章の冒頭に出てくる生命論、さらには「食」論を検討したい(以下では、檉山欽四郎訳に主として依拠するが、テキストの分量が少ないせいもあり、引用注は省略する)。これにより、前節で見た貝原益軒の「気」の哲学、ひいては東洋的全体観(人間と宇宙とが一体)から一定の距離をとることができ、また、食の「生命的(生き物的)」意味、つまり「世界から自分を闘いとる」という機能に注目することができる。

さて、上述のヘーゲルのテキストであるが、これは生命体としての人間が「自己意識」を確立するのに先行する、プリミティヴな段階を描き出している。個々の人間も他の生

物も、生命界の一部である。個体は、生命を持つ間は、他の個体から区別される「区別項」であり、「形態」である。しかし、死んでしまえば生命の流れ全体の中に呑み込まれて、形を失ってしまう。したがって、一方には全体としての生命の流れがあり、他方では個々の生命体があり、後者は生まれることにより前者の中で一定の「区別項」となり、死ぬことにより前者の中に完全に吸収され、「廃棄」されてしまう。

「分裂の廃棄は他者によって起こる。しかし廃棄は自立性そのものにも在る」とヘーゲルは述べる。つまり、個体の死は他の個体によって引き起こされるが、そもそも個体として生まれ、存在しているということがすでに、己の内に「死」を胚胎しているのである。生命の非情な流動性は、個体の存立を支える一方でそれを圧迫し、ついにはその自立性を解体させ、呑み込んでしまう。個体が存立するということが、この非情な解体作用に対抗し、それを「抑圧」して、自分の「区別」性を守ることである。

人間は生命界の一部でありながら、自己保存のために他の生命体を「食べる」。食べる行為により、人間個体は「自分が自分と一つ」だという「自己感情」を形成すると、ヘーゲルは述べる。かくして、他の生命体を食べてしまうことにより、つかの間の充足感が生じるが、食べてしまうと、その対象は当然ながら無くなってしまふ。そうすると、せっかく「自己感情」を与えてくれた当のものがなくなってしまうわけである。ということは、人間が向かうその対象が食べ物のような受動的なものではなくて、もっと手応えのあるもの、結局は別の人間でないと、永続的な「自己感情」は得られないことになる。ここに、「食」の限界が示唆されているのかもしれない。

見方を変えるところも言えるだろう。そもそも食べることはひとりだけでは実現しない。必ずといっていいほど、他の人、社会の仕組みが介在しなければならない。コンビニで何か買って食べるためにも、流通経路などの助けが必要になる。食をめぐる問題を考えるとき、この社会性を忘れては、十分なアプローチができないであろう。

### III 環境と食べること——今西錦司『生物の世界』

今西錦司は進化について独自の見解を発表した学者として知られているが、ここでは彼の『生物の世界』（今西錦司全集第一巻、講談社1974年。以下本節の丸カッコの中の数字は同書の参照ページ）をテキストとする。

『生物の世界』が書かれた時期は、日本の思想界では西田幾多郎や田辺元の哲学が大きな影響を与えていた。今西もこの書の執筆時には西田の『哲学論文集』を熟読しており、西田の特別講義のおりにはいつも最前席に陣取っていたと、彼と親しかった下村寅太郎は証言している（『今西錦司全集』月報第1号、1974年）。その西田や田辺の思索が日本の戦争遂行に荷担していたと断定して、この側面から今西の理論を否定する論者もいる。1930年代から40年代の日本思想はより大きな文脈で検討される必要があると私は考えるが、これについてはかつて『〈境界〉の制作——30年代思想への接近』（『思想』第882

号所収) という拙論で扱ったので、繰り返さない。

人間的主体と環境が相互作用を及ぼし合うものであることについては、この時期の西田が「場所の論理」形成の一環として活発な思索を展開している。

環境とは具体的には何であろうか。もちろん生物が食物を取り、またその生物を殺す敵がいるところであるが、それだけだろうか。それは「作られたもの」の側面だけに注目することになると今西はいう。「作られたもの」というのは、西田の哲学用語であり、この場合でいえば生物の対象的・静的な側面を意味する。むしろ、「作るもの」、つまり対象的世界の背後に働く生命の動的欲求を看取すること、働きとしての生命自身に語らせること—それが西田の、そして今西の抱負である。今西がいうには、生物は、「この世界に安住し、つねに平衡を保って静止していたいのかもしれぬ。食物をとらねばならないというのはなにかこの平衡が得られていないから、それを得ようとする努力であるともいえる」(54)。食の欲求は、世界との危うい平衡を希求するやり方の一つである。この捉え方には、ヘーゲルと同じく、食べることの根源に迫る意欲がうかがえる。さてしかし、食物をとったら、今度はその食物を消化しなければ平衡は得られず、消化しきってしまえば今度はその空隙を次の食物をとることで埋めねば……というふうに、生物は摂食と消化との間を終わりなく往復しなければならず、瞬間的・断続的にしか平衡は得られない。食を通して、生物が絶対の平衡に達するときは決して来ないのである。食を通して人は世界と和解することはできない—これは、前節の最後にも示唆したが、「食の限界」なのであろうか。

けれども、そのように言ってしまうと、唐突に生命の世界に人間的な意味をこじ入れることになるだろう。生物は、そして生物として生きているかぎりの人間も、生命とは何かという疑問を起こさないし、生きる目的をことさらに意識しない。生物にとっては「おそらくその日その日の生活が円滑に進められて行くのがまずなによりも緊要」(55)なのである。そのためには食物として外から取り入れる(同化する)べきものを見分け、仲間と敵との見境をつけることが必要である。「そう考えると生物にとって食物とは自己の体内に取り入れられたから食物なのではなくて、すでに環境に存在するうちから食物でなければならない」(同)。私がこちらにおり、たまたま食物があちらにあるのを発見するという事ではない。私が生活する「生活の場」としての環境は、私自身の「継続」であり、「延長」である(57)から、私が食物として認めたものは、私の身体の延長である。であれば、逆に、「その食物にはまたわれわれの生命の延長が感ぜられると考え」(58)てもいいのである。人間が食べることにこだわるのは当然といえる。

しかし、このように私と私の食べるものとは切り離せないものであり、「食物を認めるということはすなわち自分を認めていることになる」(61)とさえいえる反面で、私がそれをつねに「食物」として認めているかどうかは疑問である。私がそれを必要としないとき、空腹でないとき、むしろ性欲を覚えているとき、それは私の目に「食物」とは映らない。つまり、生物があるものを食物と認めるか認めないかは、「その生物の要求

にしたがってそのときどきに一定していない、そしてその要求とはつまり生物における統合性が一定の指導方針にしたがって、そのときどきに求める処置」(同)であるということになる。

このようにして、今西は、食を「本能」という言葉で固定的に解釈することを拒絶する。生物が食べるということは、もっと主体的なものである。どんな原始的な生物でも、「統合性」をもち、「主体性」をもって食物などを認めている(64)。生物学からのこの今西の指摘は、人間があるときは食べ、またあるときは食べないという振る舞いをすることを解釈するのに役立つであろう。ひいては、食の援助の仕方にもヒントを与えてくれる。つまり、援助される側の「統合性」と「主体性」とを尊重しつつ、場合に応じて「食べさせ」たり、「食べない」ことを許容したりする柔軟性が大切だと思われるのである。それは援助の統合性と言い換えることができる。

# 食と生きざま

西川 勝

「猿を聞人捨子に秋の風いかに」という芭蕉の句がある。今回のテーマで書きあぐねていた僕にとりつくように迫ってきた。破調の句は、読後のいやな感じをぬぐい切れない。「野ざらしを心に風のしむ身哉」「しにもせぬ旅寝の果よ秋の暮」という句もある『野ざらし紀行』に、あるエピソードと共に書かれた句である。芭蕉が旅の途中で、捨て子と出会う。このままでは遅かれ早かれ、この子は生きてはいけないであろう。しかし、芭蕉も死を覚悟した旅の途上にある。この捨て子を連れて行くことは叶わない。芭蕉は「己の運命を泣け」とつぶやき、その場を後にした。捨て子をさらに見捨てること。芭蕉は、猿の声に断腸の思いを聞く文人たちへの強烈な揶揄を、破調の句に成した。やり場のない怒りと悲しみは、芭蕉自身を貫いている。人が人に出遭ってできること、その場に居ることと、立ち去ること。ケアは二つの相に分かれざるを得ない。ゼロから無限にいたる距離という観念で、この断絶をうやむやにすることも可能だが、論理的に可能なことが、人を納得させる理屈にはならないのが、生き難さの根本でもある。

看護という職業で、日々を送る僕は、さまざまな人生模様を垣間見る。相手のことを知りえるのは、ほんの僅かだが、そこから看護をはじめるとはほかにない。よく唱えられる全人的ケアへの欲望は、幾度も潰え去る。一度きりに終わらない断念の苦さに辛うじて耐えるは、何故だろうか。寄せる思いが実を結んだとは到底思えないある人のことを、もう一度思い返すなかで考えてみる。

身寄りのない初老の男が病院で死んだ。彼は僕が勤めている老人保健施設に1年余りの間入所していた。彼の名前をSさんとする。ある福祉事務所からの電話が、Sさんの死を知らせた。彼が退所してから3年の歳月が過ぎていた。福祉の担当者は、Sさんの葬儀をするのに故人の写真が一枚もないので、亡くなった病院に来るまでに転々とした施設に写真はないかと問い合わせたらしい。病院で撮る写真は体の内部。葬儀にレントゲン写真は役に立たない。老人保健施設では、レクレーション風景などの写真を撮ることが多い。数枚の写真に彼の姿が残っていた。そのうちの一枚が郵送された。

クリスマス会に参加したときの写真。痩せて小柄なSさんが、大きすぎてだぶだぶの縦縞ジャケットを着込み、サングラスで格好つけている。歯が1本もなく入れ歯もしない口元は、凄みを利かせるには少し無理がある。彼には悪いが、ちょっと滑稽に見える。しかし、Sさんを少しでも知っている者には、切ないほどに彼の気骨が伝わってくるいい写真だ。

Sさんは口から食べることができない人だった。入所時に持参した看護サマリーからその経緯を抜書きする。

- ・ Sさん。男性、71歳。
- ・ 平成元年ごろ、脳外科入院。平成9年脳外科病院入院（病名不明）
- ・ 平成10年4月9日、駅改札口で倒れているところを発見。救急車で脳外科病院に入院。脳梗塞の診断。右上肢麻痺（三角巾）、嚥下および咀嚼障害あり。4月20日経鼻胃チューブ自己抜去。5月7日胃ろうチューブ造設。会話困難あり、意思疎通不可。リハビリ室への出棟で興奮。ベッドサイドリハのみ。喀痰喀出困難、吸引。
- ・ 平成10年9月17日、G病院へ転院。リハビリ拒否。注入食拒否。寝ている間に注射器ですばやく注入。注入後の白湯、薬拒否。散歩や売店での買い物は楽しそう。好きなものを少量、口に入れてじっくり味わってから吐き出す（ナースの勧め）。便通確認はできない、怒り出す。左聴力なし、右難聴。意思疎通は筆談。失語症で書字の判読困難。
- ・ 平成10年10月21日、G病院から老人保健施設へ入所。

障害、困難、拒否と、ネガティブな表現が連ねられる。問題解決志向のケアプランにはうってつけの利用者だ。事の成否はともかく、ケアする者にとっての課題には事欠かない。ケアのベテランにしろ初心者にしろ、とにかく気になる目立った存在であるには間違いない。このようなケースの場合、心理社会面でのアセスメントが重要だというのはケアにおける常識になっている。しかし、肝心のSさんの生活背景に関する情報は、ほとんどないに等しかった。入所時の相談記録にはこう記されている。

- ・ 愛知県出身。廃品回収業。独身。身寄りはない。酒（－）、タバコ（－）。
- ・ ホームレス生活だったところ、M神父が生活保護手続きをしてアパート暮らし。入院中にアパートの補助金打ち切り。

身近に感じる事のないホームレスという経歴。生涯のほとんどが謎に包まれていることで、ケアスタッフの関心は、Sさんに対する勝手な想像の世界を手探りした。相談員からの情報だけが頼りであった。

修道会の神父として釜が崎に住み込み、リヤカーを引いていたM神父は、ある暑い日にSさんと出会う。坂道で、Sさんが小さな体でリヤカーを引き上げていたのを、少し後押ししたのがきっかけだ。はじめは偶然であった二人の関係が次第に緊密になっていった。多くのホームレスの人たちとかかわりを持った神父にとっても、面倒な生活保護の手続きを最後まで我慢したSさんは珍しい人であった。どんな過去がSさんを孤独に追い込んだのかは分からないが、神父との出会いがその人生を大きく変えたのは確かだ。看護者という役割を離れた街中では、路上に寝転ぶ人の姿を見捨て続けている自分にとって、神父とSさんの関係はまぶしく思えた。しかし、そんな善意物語は勝手な空想だっ

たことが、すぐに分かった。Sさんは人の善意に沿って生きるなどということは断固として拒否するつわものであったのだ。老健に面会にくるM神父にことばにならない怒声を浴びせかけ、今にも殴りかかりそうな勢いで追い詰めるSさんの姿に圧倒されてしまったのだ。質素な身なりで、自分で用意したおにぎりを弁当に持ってくる神父に、なんとも気の毒であったが、Sさんの怒りは止むことがなかった。アパートが引き払われたことに対する不満や、未だ、形にならない怒りまでが神父に向かって投げつけられていた。そのうち、神父はSさんに会うことをあきらめて、用件だけを引き受けていた。ナースが痰の吸引をするたびに、深々とお辞儀をして礼をいうSさんとは思えない行動だった。

老健でのSさんの暮らしぶりは、生真面目さと突然の怒りとのあいだで揺れていた。4人部屋のうち自分のベッドを昼間からずっとカーテンで閉め切り、誰も入らせない。同室の痴呆の人が、カーテンを触るだけでも「アッー、ウッー」と言葉にはならない怒りの声で威嚇し、職員がなだめに入っても、おさまる様子ではなかった。下手をすると止めに入った職員に暴力行為さえ見られた。身長147cm、体重37kgと小柄であるが、怒ったときの力は若い男性職員でも手を焼くほどであった。人の邪魔さえなければ、自分のベッドや、たんすの中は左手だけを使い整理していた。麻痺のために、利き手の右手が使えないのでずいぶんと時間をかけていたが、衣類や私物の細々とした物をきれいに片付けていた。もともと几帳面な性格であったことが、生活ぶりの端々にうかがえた。施設のプログラムにある集団体操やサークル活動、レクリエーションにみんなと参加することはほとんどなく、カーテンの中でごそごそしているか、ベッドに横になっていることが多かった。入所者の多くが階下のデイルームに降りて人影がまばらなときには、談話コーナーの隅で、ラジオ体操を一人で熱心に行っていた。自分の意志では動かなくなった右腕を左手で上げ下げして、関節が固まらないようにしていた。

こんなふうに、人とは離れていることを常とするSさんが、私たち職員に近づいてくるのは、胃ろうから注入食を入れるときと、痰の吸引を頼みに来るときぐらいだった。コミュニケーションはとりにくい、痴呆の人とのトラブル以外に、これといった問題もないSさんは、そのうち、目立たない人になりつつあった。

しかし、入所して2ヶ月になろうとしたころ、注入食の拒否が始まって状況は一変した。Sさんは、唾液を飲み込むことさえ難しく、睡眠中などに無意識に気管へ誤嚥していた可能性もあり、慢性化した呼吸器系の炎症に悩まされていた。痰は粘っこく、咳き込んでも、なかなか口の中まで出てこない。口まで来ても、舌の運動がスムーズでない、うまく吐き出せない。Sさんは、いつもティッシュペーパーで口の中を拭き取っていた。それでも、どうしてもなく、苦しいときに看護婦に吸引を頼みにくるのだった。

そんなSさんが口から食べたり飲んだりというのは、まさに自殺行為としか思えないのだが、彼は胃ろうからの注入食や水分を拒否して、売店で買った丸ボーロを口に含み、ゆっくりと飲み込むという作業を続けた。ケアスタッフ全員によって、何度も経口摂取の危険性について説得が試みられたが、相手にされなかった。医師の指示で、食道から

胃への造影検査がなされたが、糸のように細い通過が認められただけであった。それでも、Sさんが慎重に嚥下を試みている場合、明らかな誤嚥はないという所見だった。Sさんの頑固さを考慮して、しばらく様子を見るしかなかった。注入食の拒否はおよそ1週間に及んだ。からだは衰弱しているようには見えなかったが、もう、何らかの対策を講じなければと皆が真剣に考え始めていた。

Sさんは、売店に行っては、丸ボーロや牛乳を買って帰り、カーテンの中で、孤独な試みを繰り返していた。ベッドの横にあるゴミ箱はティッシュペーパーで一杯になっていた。赤ん坊が食べるものと真剣に格闘している姿は、切ないものがあった。買い物に付き合う職員に千円札を気前よくチップとして渡し、何度断っても受け取ることがなかったので、事務所にSさんのお金として再度入金するということが続けられた。Sさんの渡したチップの総額は、生活保護費に近づくほどだった。こうした行為も、Sさんの誇りを支えるものであった。チップをいくらあげても、お金は事務所から黙って戻ってくる。この奇妙な贈答関係にSさんは気づくことはなかった。

それにしても、一体いつこんな拒食の関係が終わるのかと不安になっていたとき、Sさんが、注入食を再開した。拒否を始めたときも理由はわからなかったが、それが終わったときも同じだった。彼の気持ちが変わったことと、自分たちのケアとの関連がどうしても見えてこない。Sさんに、振り回されているという感じがした。しかし、少しずつSさんの行動には変化が現れてきていた。たとえば、注入食を入れるイリゲーターやチューブを自分で洗いはじめたのだ。缶詰の注入食を入れる前にガーゼで漉すという儀式も始まった。注入食のスタンドも、Sさんの私物のようにベッドから離れなくなっていた。徐々にSさんは、胃ろうからの注入食の方法を自分なりのスタイルに変えていったのである。普通、注入時の体位は少し上体を挙げた形にするのだが、Sさんは水平に横になったままで、注入のスピードも基準より速めてしまう。医学的にはよくない方法なのだが、職員からの指示を非常に嫌がるSさんを説得するのは困難であった。

胃ろうからの注入方法をSさん流に完成させると、次は吸引の自己実施を、要求するようになった。多少細かな操作を必要とする喀痰の吸引は、なかなか上手くできなかったが、諦めることはなかった。吸引の仕上げだけをナースが手伝うことにした。Sさんが生きるために必要な技術を自分のものにしようという気持ちが痛いほど伝わっていたからである。

決して満足に痰の吸引ができるようになったわけではないが、自分専用の吸引機も購入してベッドの横に置くようになった。カーテンの内側にSさんの世界が出来上がってきた。

現実的には、Sさんがもう一度アパートを借りて一人暮らしをするというのは不可能であったが、退所の話が出るたびに、Sさんは読みにくい字でアパート暮らしへの希望を伝えた。鉛筆の先が折れるように力を込め、ギザギザに筆跡が折れ曲がりながら「アパート」と書き上げるSさんを見つめる間、息が詰まるような気迫を感じていた。絶望や妥協とは断固とした一線を画するSさんの生きる姿勢には、理解を超える不気味な力があつた。

さまざまに、強烈な印象を与えたSさんも、遠く離れた療養型病院に移ることが決まった。Sさんを見送るとき、それまで見たこともないようなSさんのすがすがしい表情に、職員は軽いショックを覚えていた。ほんの少しくらい悲しそうにしてくれてもいいじゃないか、という思いがあったのである。転院先の病院からの迎えの車がSさんに乗せて去ってしまうと、ある種の脱力感に襲われた。

自分たちケアスタッフが、Sさんの意向をできるだけ尊重したつもりでも、Sさんには一日も早く立ち去りたい不自由な施設でしかなかったのだ。お互いの思いは交差することなく離散した。「それで、よかったんだ」と、いまは思える。Sさんの生きざまに触れたあの日々は、確かにSさんと共にいたのだから。

捨て子に別れを告げた芭蕉は、人が人にできることの限りを嫌というほど自覚していた。見捨てるほかなかった芭蕉と、飢えに泣く捨て子の出会いは無意味であったのだろうか。二つのいのちが、閃光を発するようにその切っ先を触れ合わせる一瞬。どんな結末がその後が続こうとも、それはいのちの物語である。ケアはいのちの物語だ。そこには喜びも悲惨も人の生きるさまと同じく限りなく存在する。

# 食のほころび

——あるいは、食べることと食べさせてもらうこと

鷺田清一

## 1 はじめに

食べさせてもらうということほど、心を動かすものはない。感動という意味ではない。心がはげしく揺らいでしまうという意味でだ。

母に、あるいは愛するひとに、あるいは看取ってくれるひとに、食べさせてもらう、あるいは最後の水の一雫で唇を湿してもらうというのは、それこそはらわたに沁み込む思いがする。じぶんをほどいて、それこそ馬鹿みたいに口をあぐりできる。あるいは、身を他者にゆだねきる、と言ってもいい。

が、じぶんが独力で食べられなくなってしかたなく食べさせてもらうというのは、どういうかたちでであれ、悲しいものである。面とむかって食べさせられるときはもちろん、横を向いて（なにかに気をとられて心ここにあらずという状態で、あるいは他の患者の様子が気になってそちらに眼を逸らしながら）スプーンを差し出されたときは、屈辱におもわず口を閉ざしてしまうのではないだろうか。いやいや、そもそも食べる姿をだれかに脇から見つめられるというのが、どこか辛いものである。おいしそうに舌鼓を打ちながら食べるのならまだしも、いのちをつなぐために、ただそのためにだけ食べているところを他人に見られるというのは、悲しさや羞ずかしさを通り越して、存在しているということの惨めさの窮みへとひとを追いやるのではないだろうか。

生きるためにはなにかを食べなければならない。食いつづけなければならない。これはだれをも縛っている、生の究極の条件である。とすれば、わたしが食べているところを見るひともまた食べつづけなければならない以上、食べるところを見られることを羞ずかしがる必要など毛頭ないはずなのに、それでも、その条件にじかに曝されている光景を他人に見られることが、悲しさ、羞ずかしさ、惨めさといった感情にひとを追いやるのだとしたら、いったいその理由はどこにあるのだろうか。存在するということじたいが羞ずかしいこと、惨めなことだとでもいうのだろうか。

もういちど言う。生きるということは食べつづけることである。ひとはときに、修行として、あるいは祈りとして、食を断じることはあっても、たかが数日である。たかが、と言ったが、もちろんそのダメージの深さは、そこから食を戻す過程に細心の注意が要ることからもうかがえる。食わなければ生きられないという、これは人間の核にある事

実である。が、食べること、味わうことに人間の生存や体験の意味が凝集しているというのが、さらにもっと核にある事実であるようにおもえる。だからこそひとは、食わなければ生きられないという絶対の必然をも、ときに頑として拒みもするのだ、と。

## 2 食べることを拒む

あるうら悲しい話から――

ミルクの温度があまり高いか、あるいは低すぎるか、あるいは調合の具合が変えられている時、乳児は哺乳びんのミルクをのむことを拒むことがある。……発達初期の精神病理に関する多くの知見の教えることは、環境のごくわずかな昏い変動や、母親の態度の些細な冷たい変化が、すでに乳児に、彼を傷つける気分変動をおこさせ得るということであり、その最初の徴候は食物の拒絶ということである。乳児はもし彼が全く何もしたくない時には、あるいは愛情を失った時には、食べることへの関心もなくなることがある。……人間はわずかな感情の浮沈のために惑わされる。

その他に人間的な「吟味」のできないものとしては、老年性痴呆の患者などの「食べることしか楽しみのない」生活をあげることができる。また精神病院での食事時のもの悲しい光景は、ひごろはのろのろと動いている患者たちの恐ろしい速度の「早食い」である。また精神分裂病者や老年性精神病患者における、食物に毒が盛られていると確信している被毒妄想は、人間学的には信頼というものの喪失のすさまじい表現に他ならない。

(霜山徳爾『人間の限界』)

母親の気持ちがじぶんに向いていないこと、じぶんが粗末にされていることを、その存在全体で感知して口を開けることを拒む乳児。世界をその味わいによって、好悪によって、分けるということを放棄し、その存在になんの「尊さ」もなくただ生きていくだけという状態のなかにじぶんを封じ込めるかのように、食うことを急ぎばやに「済ます」老人。あるいは、食への関心を喪失し、食べ物を介護スタッフにスプーンで押し込まれ、そしてまさにそのさなかにそのスタッフの眼が別のひとに注がれていることにふと気づき、仕方ないとは判りながら、これまた仕方なくさらに食欲を遠ざけてしまう老人。

言うまでもないが、これはしかし、人生の曙とか黄昏として思い浮かべられるようなとき季節の情景ではない。こんなにまでして生きることがどうしても耐えがたいとおもいうとき、あるいはその存在がひとびとのあいだでないがごとき扱いを受けたままであるとき、あるいはじぶんの存在の軸とでもいえるものが消え失せただ憔悴のなかに身を置くしかないとき、そのように存在の乏しさに打ち棄てられていると感じざるをえないときにも、ひとは食うことを拒む。その存在が塞ぎ、食うということへと向かわなくなる。いや、ひとはそのとき、じぶんがまだ食いうるという事実じたいを拒もうとするのであ

ろう。そしてその拒みすらもが、やがて必然によって押し流されるとき、つまり食べることを拒むその意思が生きるとは食うことだという必然に抗いえず、それにからだごと屈するとき、要するにいちばん惨めなときにすらも何かを口にしてしまうときに、ひとは情けなさの極みへと追いつめられる。情けなさ、つまり感情を喪失してしまうのである。おそらくそれが、ひととしての最後の、拒みなのであろう。……感覚麻痺。

人間的な「吟味」のできない悲劇的な状況、たとえば史上に多くの記録の残る恐ろしい大飢饉——そこでは救荒植物すらほとんど一草もとどめなかったといわれるが——の状況、また迫害され、捕えられ、食物もろくに与えられなかったキリシタンの記録——そこでは糞便からわく蛆すら口に入れたといわれる——、またアウシュヴィッツなどのナチスの強制収容所の餓死に至るまでの強制労働の報告——これらにおいては、人間相互の信頼や、人生への信念、あらゆる教養、あるいは信仰がいわば試みに逢わされるのである。そこでは、ものを「吟味」しつつ生きる人間に与えられる、人間存在の可塑性の秘密が強制的に奪われてしまう。したがって人間は醜悪きわまりないものにもなり得る。

ここで霜山が「人間の可塑性の秘密」と言っているもの、それは、世界を分けるということ——味わい分ける、嗅ぎ分ける、見分ける、聴き分ける——、そしてそれによって世界から何かを選ぶというところにひとの生存がかかっているということであろう。じぶんにとって望ましいものを選び、受け入れがたきものを拒み、他人とのつながりや別れを選ぶ……、そのなかにこそひとがひとりひとり取り替えようのない「だれか」であるという事実の基礎があるからだ。分けることと選ぶこと、つまり感覚とはけっして感覚情報の入力といったことではなくて、何かを対象として迎えに行くことなのである。このことを霜山は次のようにも言い表している。

生命の流れは「味わい」の中に、いわばせきとめられるのである。なぜならば吟味しながら味わうことは、何らかの或る（著しい）目立つものに向けられるからであり、それを強調し、あらわにするからである。かくして人間の味覚は、対話への前段階なのである。更にもっと明らかにいうならば、それは或るものを愛しつつ行われる対話への前段階乃至は萌芽ということができよう。なぜならば愛しつつ対話においては、単にそっけなく或ることを告げるといことはなされず、二つのもの（者、物）の交渉のこまやかな情緒的洗練化がなされるから、味覚というものもその予兆であるといえるのである。

さて、分けることのなかで味覚というものが格別の意味をもつのは、視覚や聴覚とは異なっていたしかにそこに物との隔てはないのだが、かといって対象性もないということではないからである。世界を味わい分ける、つまり吟味するということで、ひとはその生き物としてのあり方にひとつの偏位をしるのである。じぶんが触れる物たちを対象としてそれにかかわるようになったのである。ドイツの哲学的人間学はそれを、「周界」

を「世界」に変えることと表した。物の加工、つまり技術というものが、言葉とならんで文化のしるしとされるのは、言葉がひとの発声を体系的に変換するのとおなじように——ひとは激痛のさなかでも「ぎゃー」とは唸らず「痛い」と叫ぶ——、それによって世界が建物や畑や都市や「自然」として意味づけられ、編みなおされるからである。隔たりはないが対象性が生まれつつあるというのは、だからそういう文化の初動がそこにあるということだ。乳児はあらゆる物を口に入れて確認する。吸ったり、噛みついたり、舐めたり、しゃぶったり、含んだり、吐き出したり、ときに戯れたり……。それを受け入れるか、拒むか。世界がじぶんにとって意味をもちえなくなったとき、ひとはその初動に帰還し、そしてその最初のしるしそのものを抹消しようとするのではないか。「意味」が見出せなければ「限界」は哀しい姿をとる」とは、おなじ霜山の言葉である。

### 3 口のまぐわい

しかし、先にいくつかの例に見たように、その「限界」が感覚の初動という場面に、麻痺という屈曲したかたちで現われ、さらに、ひとをそこへと追いやるのが、「じぶん」というものがひとびとのあいだで根こぎにされているという想い、つまり「じぶん」というものに位置をあたえている社会生活のその初動の破綻であるのは、どうしてなのだろう。

「じぶん」の成立というのはひとつの損傷であると言えるかもしれない。母からの、世界からの剥がれ、そういうものとして「わたし」は誕生するからである。その剥がれは、しかし距離の設立でもある。わたしが「わたし」となるのは、わたしが他の多くのひとたちとともに「わたし」であることを了解することだからだ。「わたし」というものがわたしだけのものではなく、だれもがじぶんを指し示すときに「わたし」と言ってよいこと、「わたし」はあなたにとっては「あなた」であり、「あなた」はあなたにとっては「わたし」だということ、そのことの了解のなかに「わたし」は生まれる。〈他者の他者〉としてのじぶんの了解、その上に「わたし」が編まれるのだとしたら、わたしが「わたし」として生まれたときには、唯一のものとしての「わたし」はすでに死んでいるということになる。わたしは誕生とともに死ぬ。たがいに別個の存在として「わたし」を了解しあう、そういうたがいの隔てのなかで、ひとはすでにじぶん自身とも隔たっているのだ。ということは、母親の関心がじぶんから逸れている、そう感じて口を噤んだ乳児の哀しみは、誕生以来、ずっとひとの想いを苛みつづけているということだ。「わたし」の存在から疼きは外れることがない。だからひとは、その疼きを抑えきれないとき、つまりじぶんが根こぎにされていると感じるとき、その「可塑性」を失い、その存在の初動の封鎖へとじぶんを追いつめる。食べようという衝迫が消えてしまうのである。

一般に、物に触れるということは、ある距離を置いた対象への関心というものがなけ

れば起こらない。表面をそっと撫で、擦って、きめを感じ、熱を感じ、重みを確かめ、やんわりと押して、ときにとんとんとつつき、あるいは掌のなかで転がす……。それを壊さないように、そっと。そのためにはしかし、指が、腕が、状況に応じ、力を込めたり緩めたりと柔軟に対応できないといけない。霜山のいう「人間の可塑性」というのは、そういう緊張／弛緩という力の可塑性でもある。

愛撫とはおそらく、そういうものである。何かに触れるということはじぶんが何かに触れられてもいるという感覚なしには起こらないのであるから、愛撫とは、距離の消去それじたいのなかにずっととどまっていたいという欲望であるかもしれぬ、とさしあたって言える。が、愛撫はつねに挫折する。まさぐりは距離を必要とするからである。距離の消去それじたいのなかにとどまっていたいという欲望のなかにあるときには、まさぐるという行為のなかに孕まれている距離が、剥がれ、奪われ、取り残されとしてしか感受されない。距離が、対象への愛や関心の前提としてではなく、抹消すべき隔てとして感受される。そして隔てを抹消すればそこには激突という関係しか残らない。愛撫は知らぬまに痛みが変わっている。世界からふわふわした可塑性が消え、壊しても壊しても壊し足りないものになる。

愛撫は、他者との距離の消去として見惑われる。が、そのとき、愛撫は可塑性の消失としてしか終わらない。現代の若い女性たちの性にふれてそこに「求められないと寂しい」「求められたら断れない」といった依存の感情を見る香山リカ、「最大のタブーはもはやセックスなどではなく、《愛》なのかもしれない。セックスは今や、そうした愛の親密さや感情的な交流を避ける口実になっているのではないだろうか」という伊藤俊治の指摘が、ふと浮かぶ。くつついてもくつついても足りない……。その心情は、痩せても痩せても足りないという、ダイエット症候群にもつながっているのだろう。「じぶん」の根こぎという心情は、社会からの期待（＝厳命）への密着としての「過剰適応」というかたちをとり、それが摂食行動という「限界」にぶち当たって、存在の初動であるあの「味わい」を麻痺させる……。

意味の不在が「限界」に哀しいかたちをとらせると、霜山は書いていた。意味の不在が感覚麻痺として現象する。西欧語のセンスが「感覚」と「意味」という意味をあわせもっていることには、深い意味があるようにおもう。フランス語のsensはさらに「方向」という意味もあわせもつ。見ること、聴くことだけでなく、対象との密着である触れることも、まさぐりという、何かに向かう志向性を欠けばなりたたなかった。では、口という、いのちのもっとも基幹的な部位においてはたらきだす志向性、つまり食べるということへの傾きを封じ込めるものはいったい何か。

#### 4 いただけないこと、のめないこと

命令という、命じられる者だけではなく命じる者そのひとにも深く残る〈棘〉について、つぶさに語ろうとしたエリアス・カネッティは、その著『群衆と権力』（岩田行一訳）のなかで、「逃走」とういかたちで鹿を動かす命令について、ほぼ次のように書いている。命令というのは、その原始の形態においては、一方が他方を脅かすというかたちで二匹の異種動物のあいだに起こる。そのとき逃走は「死刑判決に対する、最後の、そして唯一の控訴」である。「もっとも古い命令、人類が誕生するはるか以前に下された命令」は死刑判決であり、そのためには犠牲者はやむをえず逃走するのだ、と。

人間が下す命令においては、こうした死への怯えは消えているようにもみえる。約束や契約から、命令は合理的に下されるようにもみえる。そういう見かけは「買収」という事実からくる、とカネッティはいう。一方が食糧を与え、他方がそれを受け取る、つまり主人が奴隷を、母親が子どもを「養う」というつながりが死の緊迫を覆い隠すのだが、一方が他方の生き死にを握っているという事実には変わりはない。そのかぎり、「死刑判決の残酷さが消えやらずにのこっている」。そしてそれがちらっとでも顔をのぞかせたとき、ひとは「傷つく」。

愛する者の言葉にも、さりげない命令、穏やかな命令が潜んでいる。一方がそれを命令形ではなく、命令ともつゆ思わずに要求したことが、他方に折にふれて疼く根深い傷痕を刻んでしまう。あるいは倫理。ひとであるかぎりの守るべき最低の約束事とおもわれることが、それに進んで従おうとする主体にさえ、見えない傷を残す。あらためて言うこともないが、倫理もまた命令のかたちをとる。生き延びたいなら言うことを聴け、そういう掟として倫理はある。

さてそこで、食べ物を与える／もらうという **feed** の関係である。**feed** というのは、まずは「餌を与える」ことであるが、そこから「飼う」（飼育）という意味と「養う」（扶養）という意味とが派生する。「飼う」のは、ひとがひと以外の動物に餌を恒常的にやるということであり、「養う」というのはひとが別のひとを「食べさせる」ということである。この「食べさせる」はもちろん、文字どおりの餌を与えるという意味ではなくて、この社会のなかで生きていける最低の保障もしくは保護をするということである。この他動詞 **feed** が自動詞になると、動物が物を食う、赤子が食事をするという意味になる。ひとがひとに食事を供するときは **feed** とは言わない。つまり、赤子に食事を供するときには、英語では動物を飼うことに準じた物言いをするということである。言ってみれば、馴致といういとなみである。ここでは一方が他方の生殺与奪の権をにぎっているという、非相称の関係、カネッティによれば「命令」（＝死刑判決）の関係がある。

ひとは赤子のとき、食糧を母から受け取るというかたちで、和らげられた「脅迫」、和らげられた「買収」に応じざるをえない。つまり「自発的な虜囚」の名にふさわしく従順となることを強られる。その脅迫の背後には死という刑罰がちらつかされる。そう

いうかたちで不服従が抑え込まれる。

おとな（要介護者）が食事を与えられる際に、その与えられ方に神経を研ぎ澄ます、あるいは震えさせるのは、じぶんが**feed**されているのか否かが最大の関心事になるからである。「ひと」として「ある」こと、つまり「ひとりのひと」としてのじぶんの存在がそこで認められているということが判然としないことには、存在がもたないからである。「ひと」としてのリスペクトを受けているかどうか、それが食べ物そのものよりも大きな意味をもっているからである。ここで「ひと」というのは、「だれ」としてのひとの個別的な存在のことである。だれか特定のひとの意識の宛て先となっているような、代わりのきかない特異性におけるひとのことである。給食という、個人の嗜好を勘定に入れないう食事は、「吟味」という、対象へと向かうひとの根元的な志向性を否定しているという意味で、それがどんなに凝った料理として供されても、「不味い」物である。そこでは「わたし」は、複数のひとりとして匿名のまま存在するしかないからである。介護者がおなじ食卓の別のメンバーに注意が向かっているときには、介護者がどれほどじぶんのために時間を割いてくれたとしても、供された食物は「わたし」には「不味い」物である。そのとき、「わたし」はそのひとの想いの宛て先にはなっていないからである。他者たちのだれのうちにもじぶんがなにか意味のある場所を占めていないと感じるとき、ひとは「わたし」の存在の消失という事態に立ちすくまざるをえない。だれかあるひとにその特異性においてふれるのではなく、交換可能なものとしてふれるというのは、E・レヴィナスの言葉を借りて言えば、「根源的不敬」なのである。

わたしが、赤子のように、たとえじぶんでは何もできない存在であっても、それでも**feed**の対象としてではなくて、ひとりの「だれか」として遇されているかどうか、何をしなくともただ「いる」だけで「わたし」の存在に意味があるとされているのかどうか、それをひとは食事を供されるときその供され方に見届けようとする。いや赤子でさえそうだと、霜山は言っていた。食事を供するひとの意識がどこかへ行っているときにそれをそういう仕方で供される者が口を閉ざすのも、反対に「わたし」を愛でているひとによって食事を供されるときにほとんど至福とっていい想いに浸るのも、事態は逆だが、そこに賭けられているものは同一なのである。

根こぎというかたちで存在が塞ぐとき、わたしたちの感覚は、もはや対象ではなく、自身の麻痺へと向かう。そして存在がその足がかりをすべて失なったとき、それでも消え入る前にひとつ残されていることがあるとしたら、それは黙り込み、もしくは慟哭以外にないだろう。存在の最後の拒みは、徹底した失語、もしくは痙攣である。

そういう拒みが幾重にも折り重なった、そのあとである。ひとの存在の乏しさに、ほとんど僥倖のようにして、燻し銀のような艶が出てくることのあるのは。最後の痙攣であるはずのものを、それを最後とすることを許されなかった存在が、その最後の拒みを、意地と諦めが交互に綾なすその襞のあわいにもはや力みなく漂わせたとき、そこに渋味というものが醸成されてくる。そして、渋味は乳児が頑と受けつけないものである。わ

た私たちの存在の初動には見いだされなかったものである。「個体の判断機能はまず『それを取り入れるべきか吐き出すべきか』（有害か無害か）を判断すること（属性判断）に向けられ、それが在るか無いか（存在判断）は後回しにされる」とフロイトは考えたが、だとすれば、渋味はそれを超える判断であることになる。ひとはここで自己を超える。が、feedはその最後の可能性をもひとから奪う。

「口に合わない」もの、どうしても「いただけない」行動、どうしても「のめない」要求……どうしても譲れず、むずかるしかなかったことを、ひとは最後の拒みをも押し流されてきた果てに受け入れる。それが「諦め」に彩られた渋味という感覚である。これは「趣味」という名のひとつのたしかな判断である（テイストとは言うまでもなく「味わい分け」のことである）。「渋味には艶がある」と、原稿用紙の升目に書きつけたのは『「いき」の構造』の九鬼周造だ。「渋味は甘味の否定には相違ないが、その否定は忘却とともに回想を可能とする否定である」。剥がれの前、母が世界のすべてであったようなその存在の甘味を経て、ひとがいたりつくもうひとつ別の、寂れても艶のある味覚である。その艶に感応できたとき、ひとには別の世界が開かれる。もはや甘えではない甘味、もたれではない依存、九鬼の言葉を借りれば「色に染（そ）みつつ色に泥（なず）まない」という感覚である。そういう艶をもちえてはじめて、ひとは密着ではなく他者にかかわる仕方、そう「世話」や「思い遣り」や「抱擁」という文化を生んだのである。くりかえすと、その可能性じたいを奪ってしまうのが、**feed** というかたちでの自他の関係なのである。**feed** は、人間が最後の最後のところでなんとしても「いただけない」もの、「のめない」ものなのである。口を閉ざすこと、**feed** の対象となることを拒絶すること、つまりは賭けるまでもないほどはかない死をそれでも賭すこと、それは弱き者に残された最後の抵抗である。

## 5 口のためらい、口のくるい

それにしても、「食べる」というのは、よくよくどういういとなみなのか。「食べる」ということは、なぜ、生き物としての人間としてのみならず、「だれか」としての人間の存在の根幹にかかわるのか。

感情を導いたり、抑えたりすることについてのわたしたちの無力を「人間の縛り」と呼んだのは、哲学者のスピノザである。（ちなみに、スピノザの『エチカ』第四部の表題に掲げられたこの言葉は、サマセット・モームの小説の題にも用いられており、邦訳ではその **Human Bondage** が「人間の絆」と訳されているが、これは誤解を生みやすい訳だ。） こういう「縛り」はなぜか口を直撃する。「食べる」といういとなみが、感情のわずかな揺らぎのなかで、籬をはずされ、狂わされる。感情の浮沈にうろたえて、ひどい早食いになったり、逆に物をがんと受けつけなくなったりする。

魚菜に舌鼓をうつうち、しだいに老いさらばえて、固体への関心をなくし酒だけあれ

ば十分となり、その液体にもやがて関心を失い煙草さえあれば十分となり、しまいにはじぶん自身が気体となって、仏さまの線香と化す……などという、(多田道太郎一流の) 枯れるような消え入り方も思い描けないわけではないが、実際には、わたしの父がそうであったように、ふと故郷の味を思い出したのかあの塩辛い雲丹のアルコール漬けを毎日一箱たいらげ、かと思うと隣りの患者への差し入れを見て、羨ましくて、どうしてもそれとおなじ饅頭が食べたくなり、それを主食は抜きに半月ただただ食べつづけるというように、食のコントロールを失ってしまうことのほうが、病院という慣れない空間のなかでは普通のことなのかもしれない。

口は不思議な器官である。からだの他の部位にはそれほど機能が重層しているわけではないのに、口にはわたしたちのさまざまないとなみが密集している。食べる、舐める、飲む、息をするだけではない。話す、笑う、泣く、唸る、歌う、そして愛玩する。つまり、食事、語らい、感情の表出、歌唱、そして性の交わり。どれひとつを欠いても、人生が成り立たないくらいに生きるうえで大事なことを引き受けている。だから幸福はここに集中する。おいしいものを食べ、酒を嗜み、喉を潤し、笑い声をあげ、心ゆくまで歌い、そして接吻する、あるいは他者の身体に吸いつく。不幸も、だから、ここに集中する。何を食べても不味く、言葉を吐き捨て、あるいは失い、歌を忘れ、身を合わすことを怖がる。

食べることの様態はおそらくこれら幸不幸のすべてとなんらかのかたちで絡んでいるのだろう。が、そもそも食べるという欲望じたいがやっかいなものである。腹が減ってくると、その足りなさに気持ちまで渴き、そわそわ、いらいらしてくるのに、腹がいっぱいになるととたんにどんなご馳走にも見向きしなくなる。どんな美味もわたしたちを誘惑しない。それどころか凝りに凝ったその姿がうとましくすら感じられる。性的な嗜好にもそのようなところはある。快を享けたあとの刺戟はこそばゆく、不快ですらある。が、それにしても、食とくらべるとまだどこか引きずるところ、執拗なところがある。

このように、寄せては引いてという、波のようなところが食にはある。この波はどこからくるのか。それはわたしたちの内部で起こっているはずなのに、わたしたちの意識にはまるで外部から、押し寄せてきたり、かき混ぜたり、突き上げたりするかのよう受けとめられる。〈わたし〉のいのちのなかには、〈わたし〉よりももっと古い波や震え、渴きや疼きといったものがあるらしい。たぶんそれがわたしたちの意識の外にあるからこそ、そして「幸福」の根はそういう淵にあるからこそ、わたしたちは容易なことでは「幸福」のイメージが描けないのだろう。

## 6 捕まえること、弄ぶこと

先ほども少しふれたことだが、ある物の感触や肌ざわりを味わうために、わたしたちは掌を丸め、それを壊さないように、そうろっと撫でる。あるいは、手のなかで転がす。

が、これが生き物だと、愛撫と確認が、捕獲とかいたぶりという意味をもつことになる。虫を捕まえたあと、掌のなかに閉じ込める。愛犬なら、足首をぎゅっと握って掴み、そのうえでもう片方の手で毛並みをやわらかく撫でる。

食べるという行為はそのことをもっとむきだしにする。それは異物を体内に入れるという行為だからであり、そのために噛み、砕き、咀嚼するという行為だからである。

咀嚼するという行為は哺乳類の出現とともに始まるという。進化のそれ以前の動物は、異物を体内にそのまま呑み込む、あるいは濾過する。

異物の摂取、それは哺乳類では捕獲という意味をもつ。みずから動き、じぶん以外の生きものを捕獲することでしか生きられない。捕獲というまぎらわしい言い方はよそう。噛み砕き、磨りつぶし、嚥下することでしか生きられないのである。植物が太陽のエネルギーを蓄えつつ作った、炭水化物と脂肪という、三元素の化合物を集めて、それを体内に取り込み、通過させ、運動エネルギーとして消費することで、動物は生きる。生きるために、植物を食べ、あるいは植物を食べた動物を食べ、あるいは植物を食べた動物を食べた動物を食べつづけなければならない。ベルクソンのいうように、総体としてみれば、生命は「徐々に集めて急に消費するという二重のはたらき」である。

が、そういう言い回しはまだ外野席に立っている。栄養の摂取、それはあきらかに力の非対称のなかでなされる。「食べられるものはすべて権力の食物である」とはE・カネッティの言葉だが、口はまずは、捕獲し、潰す凶器なのである。あるいはこれは、自嘲が過ぎるといえないこともないが、「われわれ〔西欧人〕は、自分が食うものを軽蔑し、軽蔑するものしか食うことができない」と言い切り、そこから「われわれは、われわれが食うもの、食う行為、そして最後にはわれわれ自身の肉体にたいする軽蔑という視野のなかで、人食を軽蔑すべきものとする」として、食うものと食われるものの抽象的な分離がカニバリズムの禁止を文明性のしるしとみるような西方の文化を作りあげてきた……と話をつなげるJ・ボードリヤールのようなひともいる。ともあれ、西方の文化が食事の席で口を閉じること、音を立てないことを厳しく要求するのは、「口を開くことに含まれている脅迫的な要素が外に洩れでるのを最小限に食い止める」ためだというのは、ありそうなことである。西方の食の表象には、死と暴力の影が深く落ちている。

飢えが癒されたあと、食はいたぶりに変わる。餌を口のなかでころころ転がし、触感を味わい、味わいつくしてあとは吐き出すこともある。食の醍醐味は触感の組み合わせにこそあるとすれば、味覚は飢えを満たしたあとにくる、あるいは少なくとも飢えの不安が消えたあとにくると言ってよい。愛玩、いたぶり、味わい……。ここでも食は性愛に近い。

## 7 食の規則

回遊する魚、たとえばサケは、「故郷の川底で孵化後しばらく発生をつづけ、稚魚に成長してのち、いっせいに川を下って父祖伝来の「餌場」に向かう。ここでたら腹食うと、こんどは故郷の川を目ざして海洋を逆戻りする。腹中の卵巣と精巣はひたすら成熟をつづけ、河口に着くころはそれらがお腹に充満して腸は押しつぶされ、河をさかのぼるときはもう飲まず食わずとなる。こうして孵化地点にたどりついた雌と雄は、そこで産卵・放精をすませ、やがて静かに死んでいく。ここではだから、餌場で成長を終えるまでが食の相、故郷で受精を終えるまでが性の相となり、しかも当然、餌場は食の場だから、故郷は性の場となる」（三木成夫『胎児の世界』）。このように、多くの生命においては二つのうねりが波模様を描き、食（個体維持）と性（種族保存）がきっぱりと位相を分け、交替する。が、「食と性のけじめが消えた」人間は、食と性という「二足の草鞋」をはいて生きる。「“食い気”も“色気”ももはやごちゃませ」なのである。生命の籐が外れ、果てしのない技巧が食と性を貫通する。

味覚はだから、生命過程のある段階で発生すると言ってよい。先ほど述べたように、食の快はつきつめれば触感にあるとしても、ただたんに唇や舌、喉ごしの快ではない。口唇をその場所とする意識された快からしだいに外れてゆく体内の茫漠とした感覚、つまりはどろんとした熱と重みの感覚に、食うという経験の裾野はある。「口が、差異の認識を促す接触や通過、体内化などの短く強烈な体験を最初にもたらすとすれば、満腹は乳児に、中心的な広がり、充満、重みの中心といったようなより拡散した持続的な体験をもたらす」（D・アンジュー『皮膚－自我』）。これは味覚以前の感覚だと言ってもいい。乳飲み児にとっては、摂取はまずはそのように感覚されたにちがいない。現に母の乳は、あらためて味わいの対象としてみれば、うまい／まずいにカテゴライズすることの不可能な、言ってみれば噎せかえるようなたぐいのものだ。近すぎるからか。たぶんそうだとおもう。

これにたいして、味覚は食物への距離を前提とする。ちょうど、色の知覚なる言い方がすでに物へのある隔たりのなかでしかできないように。

赤い色の土は、熔融され、抽出され、ついには少量の鉄分やカドミウムや水銀の酸化物や硫化物の形になり、それがさまざまな添加剤にまで変容される。その過程で、赤い色の土はわたしたちから隔てられ、その代りに、もとの相をとどめない変容された顔料として眼の前にみていることになる。古代人にとっては、赤い土色というのが色覚にとって重要なのだが、わたしたちにとって〈赤い色〉は、実体とかかわりない抽象的な概念をさしている。この意味では、眼のまえに視える赤い土の色と、〈赤い色〉とのあいだには埋めることのできない差異が横たわっていることになる。

（吉本隆明『初源への言葉』）

だから母乳はミルクではない。ミルク（牛乳）は、赤という色が顔料として血の色、陽の色、土の色から切り離されるように、牛から切り離されたひとつの飲み物である。だからミルクには味がある。ここで、ミルクを飲むという行為は他種の動物の乳を飲む行為だとは意識されていない。そしてというか、だからというか、乳児のときだけでなく、おとなになってもミルクを飲み、ケーキやチーズといった乳製品を食す。なのにそのおとなが、バリ島でひとりの乳母が左の乳首を赤子に、右の乳首を仔豚にふくませているのには驚愕する。まるでおぞましい光景を見るかのように。

咀嚼もまた、味を消えさせる。味は、食物のその触感とともに、それを口にしたときに立ち起こってくるもので、咀嚼し、攪拌しているうちに、体液と混ざりあって、うまくもまずくもない味へと馴らされてゆく。同化ということがそこでは起こるのだ。そして同化されたものは、もはや二度とあらたな食の対象とはならない。吐き出してもういちど食べなおすということはあるにない。食物の消化は、二度と食せないものへの転化でもあるのだ。

ここがたとえば牛の、行きつ戻りつする咀嚼との違いであり、ひとに食のタブーが存在するゆえんである。かんたんな例をひとつあげてみる。コップの水を飲むには無数の仕方がある。ぐいと一息に飲む。いちど飲んだ水をコップに戻して、残りの水と攪拌し飲みなおす。それで口を漱ぎ、ふたたびコップに戻して飲みなおす……。こういうかたちで無数の飲み方があるのに、ひとは二番目以降の飲み方にひどく抵抗をおぼえる。体内に入るのは水とおのれの唾液だけなのに。

これは生理としての食が、人間においてはすでに意味の領域へと拉致されていることを示している。自己と他者、内と外、その境界を曖昧にするものを深く忌避するところが人間にはある。じぶんでもなければじぶんではないものでもないような曖昧なものを、ひとの喉は受けつけない。里の獣という他者を食すことはできても——ただし、野獣という絶対的な他者もまた忌避される——、ペットという「身内」は食すことができない。いうまでもなく、ここでも性は食に似ていて、人間において性交の対象となるのも、あくまで近隣の他者であって——異国人との婚姻はながらく禁じられてきた——、「身内」ではない。「身内」は、自己でも他者でもない曖昧な存在だからである。ちなみに、B・リーチによれば、侮蔑語というのもおなじ規則にしたがっており、ひとはもっとも憎々しい相手に向かい「権力の犬」「雌豚」などとペットや家畜の名で呼び棄てるが、まちがっても「ゾウ」や「カンガルー」などと言って相手を貶めたりはしない。

## 8 おわりに

口にはひとのほとんどの幸福と不幸が集中すると、先に書いた。それは、わたしたちの感覚や感情が意味というものを結び目として、たがいを跨ぎ越しあうからだろう。そしてその交点に、おのれ以外のものをからだに通すという、食べるいとなみがある。

ひとの生理は、意味を、あるいは解釈を深く孕む。だから、ひとの感覚には、そうとは意識されないままに記憶が深く折り畳まれているのだろう。味覚は頑固である。そして、ながらく忘れていた味が、それとは関係のないなにかをきっかけにふとよみがえる

瞬間があるのも、生理に蓄えられた記憶というものがひとにはあるからだろう。その記憶が、ときに生理をねじ曲げもしてきたのだ。その意味では、人間においては感覚にもまして、記憶というものが強くはたらくのかもしれない。そしてその記憶は、はるか内記憶にまで遡るものなのだろう。ひとは胎内ですでに、母親の腹壁ごしに〈社会〉を感知していたはずだから。

食べるといういとなみの、意味による、あるいは解釈による編みなおし。それゆえにこそひとにおいては、意味によって、解釈によって食がほころびることが起こる。そういえば三度の食事。ひとは時間の定まった共食というかたちで、その秩序によって、おのれの食のほころびを、あるいは籐の外れを補修しようとしてきたのかもしれない。個食が食欲のコントロールを狂わせやすいのも、そのような理由によるとおもわれる。与謝野文子の言葉を借りていいかえれば、ひとのいのちが、「食べないと死ぬ」から「食べると死ぬ」という、飽食の異様なフェイズへと入りだしたのも、そう遠い昔のことではない。

# 認識論的問題としての環境問題

紀平知樹

## 1 環境問題に対する実感

環境の危機が叫ばれて既に久しい。新聞やテレビなどでもたびたび環境問題の特集が組まれたりしている。また、21世紀は「環境の世紀」であると指摘されることもある。確かに、政府、企業のレベルで環境問題に対する取り組みは徐々にではあれ、すすめられているように思われる。しかしわたしたち一人一人の生活のレベルまで降りてきたときに、環境問題に対する取り組みはどうであろうか。例えば「環境倫理学」という授業で、受講している学生に環境問題についてどう思うかというような質問をしてみると、多くの学生は、「環境が危機に瀕しているということはテレビや新聞を通して知っているが、実感がなく、また何をしてよいかわからない」とか、「自分一人が環境によいことをなにかしたとしても、それほど効果があると思えない」というような答えを返してくる。しかしこのような答えはわりとごく一般的な答えではないだろうか。もちろんゴミの分別、「環境に優しい」商品を購入する、省エネを心がける、アイドリングストップをするなどして、環境問題に熱心に取り組んでいる人たちがいるということも否定はしない。否定はしないが、そのような取り組みが急激に広がっているようには思えない。この原因はどこにあるのだろうか。その原因のひとつとして、先の学生の答えの中にもあったように、環境破壊に対する実感のなさというのがあげられるのではないだろうか。それではなぜ実感がないのであろうか。例えば、私が実家に帰れば、子供の頃に木が生い茂っていた山が、いまでは住宅地になっているのを目にする。例えば、そのような光景を見て、緑がなくなったことを残念に思う。しかし、それによって環境破壊が起こっているのだ、とまでは考えない。しかし実際には、木が伐られて、住宅地が造成されることによって、その生態系は壊滅的な被害を受けているはずである。それゆえに明らかに環境破壊が起こっているということになるであろう。しかしもしそうだとし、つまり山がきりひらかれ、住宅地ができることによって環境破壊が引き起こされたところで、いったいわたしにどのような影響が及んでくるのか、ということは明らかではない。あるいは、そもそもわたしに影響があるということすら不確かではないだろうか。

またここ数年夏の暑さは厳しくなる一方で、最高気温が37度や36度ときいてもそれほど驚かないようになった。例えば2001年の6月に大阪で最高気温が35度を超えた日

は、11日ある。ところが1981年の8月では、3日しか35度を超えた日はなかった<sup>1</sup>。もちろんこれはたんなる一例に過ぎないかもしれないが、気象庁の発表でも、この100年間で日本の平均気温が約1度上昇しているという報告がある<sup>2</sup>。明らかに気温の上昇により、とくに夏は生活がしにくくなっているという実感は多くの人が持っているのではないだろうか。しかしわたしたちがそれをきっかけにして環境問題を考えるということにはなっていないように思われる。むしろエアコンの設定温度をさらに下げることが真っ先に思いつくのではないだろうか。

なぜ環境の劣化を目の当たりにして、環境の改善に取り組むという行動にわたしたちは向かわないのだろうか。そこにはおそらく様々な要因が絡まり合っているであろう。例えばわたしたちのいま現在の豊かで、便利な生活を手放すということになれば、おそらく誰もがなんらかの抵抗感を感じるであろう。つまり環境の劣化に対する危機感よりも、現在の生活を手放すことの抵抗感のほうが勝っていると考えられる。環境問題を論じる文献においてたびたび指摘されていることではあるが、環境問題とは、その被害が明らかになるという意味では、いま現在の問題ではなく、50年、100年後の問題であることができるであろう。仮にわたしが今日、ここで何かを行ったからといって、よいものであれ、悪いものであれ、その影響が明日目に見えるような形で現れてくるというものではない。環境問題とは、今日、ここで行ったことが、例えば50年後、あるいは100年後、ここではなく、どこかで影響を及ぼすかもしれないといった類の問題である。それゆえに、実感から行動を起こすということは難しいと思われる。ことに、いわゆる自然から離れて都市生活を送っている人間なら、なおさらのことではないだろうか。

環境倫理学においては、「現在世代は、未来世代の生存可能性に対して責任がある<sup>3</sup>」という世代間倫理が論じられているが、これは環境問題の性格に由来する、環境倫理に特徴的な事柄であろう。しかしその際にいわれている「責任」ということは、ほかの倫理学で用いられている責任と同じなのであるだろうか。湯浅慎一氏はこの点を指摘して、「伝統的な倫理学は倫理主体が意志の主体として人格であることを強調するが、ここに見る環境内存在の責任の所在は、明らかに意志から認識へと移っている<sup>4</sup>」と述べている。ここでは責任に関する議論に深入りするのは避け、認識（知ること）と行為（行い）の乖離について考えていきたい。特にこのことを地球温暖化の問題に即して考えていくことにする。

さて、ここでいう認識とは、明証的な認識ではない。つまりつねに不確実性を伴った認識である。例えば地球温暖化の問題にしても、その主要な原因は二酸化炭素の排出量の増加であるといわれるが、それに対する批判も多くある。また世代間倫理ということに関しても、本当に将来世代はわたしたちと同じような価値観を有するかという疑問が提出されることもある。二酸化炭素の排出量と温暖化の因果関係を明らかにするためには、非常に複雑な計算が必要であり、現在それを確実に算出することはできないといわ

れている。また世代間倫理に対する批判についても、わたしたちが将来世代の価値観を知ることができない以上、その批判が当たるという可能性も残されている。従って、この問題に関する認識はつねに不確実である。またそこにわたしたちが認識を持っても行為に向かえない（あるいは向かわない）理由もあるのではないかと思われる。

それではいかにしてこのような困難を克服し、わたしたちが環境問題に積極的に取り組むことができるようになるのだろうか。あるいはまた、環境問題に取り組むとして、わたしたち一人一人がどのような取り組みを行うことができるようになるのだろうか。このことを考えてみたいと思う。

## 2 地球温暖化問題

すでに様々なところで説明されているが、まず地球温暖化のメカニズムについて確認しておくことにする。

地球上で生命が生きていくことができるのは、大気のおかげである。この大気によって、地表の平均気温は約15度に保たれている。もしもこの大気がなければ、地表の平均気温は、およそ零下18度ぐらいまで下がるといわれている。例えば大気の厚い金星では、地表の平均気温は、約477度といわれているし、また逆に、大気の薄い火星では、地表の平均気温は、およそ零下47度といわれている。どちらにせよ、生命にとっては過酷な条件であり、地球上のように生命が豊かに繁殖することはないであろう。

この大気の主成分は、窒素と酸素であるが、地球温暖化の問題を考えるとときに重要になってくるのは、この主成分ではなく、ごく少量含まれている二酸化炭素などの温室効果ガスである。例えば京都議定書において温室効果ガスとされているのは、二酸化炭素、メタン、亜酸化窒素、ハイドロフルオロカーボン、パーフルオロカーボン、六フッ化硫黄の6種類である。

地球は太陽からのエネルギーを受けている。そしてそれと同じだけのエネルギーをまた放出している。しかし、地球には大気があり、その大気がいわば温室の役割を果たしており、一定程度のエネルギーの放出を防いでいる。その役割を果たしているのが、温室効果ガスである。大気中における温室効果ガスの割合が大きくなればなるほど、放出されるエネルギーの量が減り、その分だけ地表の温度が上昇する。これが地球温暖化の仕組みである。

とくに現在さまざまなところで議論されているのは、二酸化炭素の増加である。この二酸化炭素の増加に関してもさまざまな原因が絡んでいる。まず、主な原因としてあげられるのは、石油などの化石燃料の使用によるものである。わたしたちの現在の生活は、この化石燃料ともはや切り離せないことは明らかであろう。例えば、夕方になり、暗くなればわたしたちは電灯をつける。しかしその電気は主に火力発電によって産み出されたものである。また自動車に乗ればガソリンを使うことになる。さらに、20年前

なら、各部屋にエア・コンディショナーがついている家というのはかなり珍しかったのではないかと思われるが、現在では、それもそれほど珍しいことではないであろう。このようにしてわたしたちの生活は、そのほぼすべてが化石燃料を使用することによって成り立っていると考えられる。私の部屋の周りを見回すだけでも、いくつもの電化製品がならんでいる。これら電化製品が増えることによって、当然消費電力も増え、ひいては二酸化炭素の排出も増えるということになる。

佐和隆光氏によれば、1990年の日本の二酸化炭素の排出量は、3億700万トンであり、1人当たりになると、2.46トンであった。しかし1995年には、3億3200万トンになり、1人当たりは、2.65トンへと増加している。増加率になおすと総排出量で6.3%、1人当たりでは6.9%増加していることになる。他方、そのあいだ欧州のOECDでは、総排出量は0.6%減であり、イギリスでは4.9%減、ドイツでは11.6%減である。アメリカとカナダはそれぞれ5.1%、7.6%の増加となっている<sup>5</sup>。日本の場合をもう少し詳しくみてみよう。例えば1999年の二酸化炭素排出量の内訳を見ると、産業部門が40.3%と一番多いが、民生（家庭）部門で13.0%、民生（業務）部門で12.2%、運輸部門で21.2%<sup>6</sup>となっており、民生、運輸の二つの部門をあわせると、産業部門よりも多くの二酸化炭素を排出していることになる。また1990年度から1999年度の間二酸化炭素排出量の伸び率をみても、産業部門では0.6%の増加なのに対して、運輸部門では23.0%、民生（家庭）部門では15.0%、民生（業務）部門では21.1%の増加である<sup>7</sup>。

日本でこのように二酸化炭素の排出量が増加している原因は、先にも述べた通り、電化製品の急速な普及と、運輸用のエネルギー消費も伸びていることであるのは明らかであろう。日本では、1970年代のオイルショックによって、企業の省エネは進んだといわれているが、家庭用と運輸用のエネルギー消費は必ずしも省エネになっているわけではないのである。確かにヨーロッパでは二酸化炭素の排出量を減らしている国もあるが、やはり世界全体でみれば、二酸化炭素の排出量は年々増えてきている。

二酸化炭素の排出量の増加は、このような化石燃料の使用によるものだけではない。それ以外の大きな原因としてあげられるのは森林の伐採である。樹木は光合成によって、酸素を作り出すが、そのために二酸化炭素を必要としており、大気中の二酸化炭素を吸収する役割を果たしている。しかしながら、その森林が大量に伐採されることによって、これまで吸収されていた二酸化炭素が吸収されなくなり、大気中に放出されることになってしまうのである。このことが温暖化をうむ原因ともなっている。また気温の上昇によって、サンゴ礁が白化するという現象もみられる。サンゴ礁も水中に溶け込んだ二酸化炭素を固定する役割を持っているが、そのサンゴ礁が白化することにより、二酸化炭素を吸収することができなくなり、そしてまた、これまで固定されていた二酸化炭素が白化によって海水中に放出されることによって、大気中の二酸化炭素濃度が濃くなるということもある。

それでは、大気中の二酸化炭素が増え、地球が温暖化することによってどのような影

響がでてくるのであろうか。このこともまた多くのところで論じられているので、ごく簡単に確認しておくだけにしておきたい。まず地球温暖化の影響でよく言及されるのは、海面の上昇と、それに伴う土地の陥没である。海面は20世紀の間で、平均10センチから20センチ上昇しているといわれている。また21世紀の間には地球の平均気温は1.4度から5.6度上昇すると予測され、それに伴い海面は9センチから66センチ上昇すると予測されている。またマラリアなどの感染症の流行、異常気象の発生、さらに作物の収穫量にも影響がでてくることが予測されている<sup>8</sup>。

### 3 環境の危機と科学の危機

大気中の二酸化炭素の量は、季節によっても、そしてまた年によっても増減があるが、現在の二酸化炭素の増加は、そのような自然な周期によるものではなく、これまでみてきたようなものに由来する人為的な増加であると考えられる。ことに産業革命以降の科学・技術の発展、市場経済の拡大とそれに伴う大量生産・大量消費・大量廃棄というサイクルこそが地球温暖化の主たる原因となっている。そこから環境倫理学は、科学・技術、あるいは市場経済の批判、そしてそれによって成立しているわたしたちの生活をも含めた文明全体の批判へと向かっていかなければならない。そこで特に批判の対象となるのは、近代において成立した西洋の自然科学であり、またその背景にあると考えられるキリスト教的世界観などである<sup>9</sup>。

しかし西洋の科学や文明を批判するのは何も環境倫理学が初めてというわけではない。19世紀後半から20世紀中頃にかけてニーチェ、ディルタイ、フッサール、ハイデガーなど多くの哲学者が自然科学やヨーロッパ文明の批判を企ててきた。ここでは認識という観点から、近代の自然科学に対する批判を行ったフッサールの議論を見ておくことにする。

フッサールの哲学的課題はさまざまに林立している諸学問に対して、唯一の絶対的基盤を与えることであったということができよう。裏を返せばそのことが意味しているのは、フッサールの眼には、諸学問には絶対的な基盤が欠けているというように映っていたということである。彼の著作はそのほぼすべてを科学批判として読むことも可能であろうが、特に『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』と題された書物は、まさに西洋の諸科学に対する批判が全面的に展開されている。そこでフッサールの批判の矛先は、ガリレイとデカルトによって形成された近代の物理学と、その根底にある数学とに向けられている。そこで特に問題となるのは、過度の形式化のために、自然科学が提示する世界が、わたしたちの生（生活、生命）にとって意味を失ってしまっているということであろう。というのも、自然科学が提示する世界は、数値化された世界であり、実際にはわたしたちの目には見えていない、あるいは、感じられていない世界だからである。例えばわたしたちは、今日の気温を数値化された温度によって感じているの

ではなく、むしろ、昨日よりも暑いとか、あるいは今日は空気がべとついているとかなどとしてまずは感じているはずである。つまり数値化された、客観的な世界の経験に先立って、主観的、相対的な世界の経験をわたしたちは行っているはずである。そのような世界をフッサールは生活世界とよび、自然科学によって提示される世界は、この生活世界を「理念の衣」によって覆ってしまうものであると述べた。そしてそのことによって自然科学はわたしたちの生に対する意味を喪失してしまっただけであると批判したのである。

この批判は、自然科学のみならず、自然科学からでてくる技術に対する批判でもある。つまり熟練の技、などといわれる場合の技倆(Skill)ではなく、まさに自然科学の成果によって成立する技術(Technology)が問題なのである。フッサールが具体的に挙げているのは、幾何学と測定術との関係である。幾何学が扱う三角形や四角形といった図形は、その定義上、わたしたちの経験に与えられるものではない。しかしそれが客観的に実在しているかに思わせるのが、測定術である。フッサールは次のようにいう。

「哲学的な」認識、すなわち世界の「真の」客観的な存在を規定する認識を自覚的に得ようと努力した結果、**経験的な測定術**とその経験的、実用的な客観化の機能とが、その実用的な関心を純粋に理論的関心に転化させることによって、**理念化され、純粋幾何学的な思考作用へと移っていった**、ということが理解される。こうして測定術こそが、結局は普遍的なものとなる幾何学と、その純粋な極限形態の「世界」との開拓者になるのである。<sup>10</sup>

あるいはまた、次のようにもいう。

数学は測定術と結合して現れ、いまやそれを指導しつつ—そうすることによって数学は、理念的な対象の世界から、再び経験的に直観される世界へ下降するのであるが—、**直観的現実的な世界の事物について**、しかも形態の学としての数学のみが関心を持つ側面（その側面にはあらゆる事物が必然的にあずかっているのであるが）に関して、**全く新しい性質の客観的実在的な認識**、すなわちその固有の理念的な対象に**近似的に**関係している認識が得られるということを示したのである。〔中略〕純粋数学と実用的測定術によって、人は物体の世界におけるこのような広がりを持ったすべてのものに対して、**全く新しい帰納的予見**をなすことができる。すなわち人は、そのつど与えられ測られた形態的な出来事から出発して、知られてもいないし直接には決して測ることもできない出来事をも、異論の余地のない必然性を持って「計算」しうるのである。こうして**世界に縁遠かった理念的な幾何学が、「応用」幾何学**となり、ある点では、**実在認識の一般的方法**となる。<sup>11</sup>

つまり幾何学が扱うような、わたしたちの経験に実際には与えられないような対象と、わたしたちの経験に実際に与えられている対象とをつなぐのが経験的測定術であり、それによって幾何学の応用も可能になり、また世界は客観的に「真なる」世界として自立することが可能になるのである。

このような批判を自然科学による環境破壊と結びつけるのは容易であろう。つまり自然科学によって提示された世界を「真の世界」と見なすことによって、自然科学はわたしたちの生から独立し、自立的に発展を遂げることが可能になったのであり、さらにその「真の世界」はそもそも自然科学によって構築された世界なのであるから、自然科学によって、その世界を統御することも可能であるという幻想も生まれることになる。そして、このような幻想は、現在の環境の危機がいつか科学技術によって解消されるという楽観論をうみだすもととなっているようにも思われる。

フッサールは生に対する意味を喪失した自然科学の基盤が、実は生活世界のうちにあるということを提示し、そのことによって、科学の生に対する意味を回復しようとしたのである。確かに自然科学が喪失してしまった自己の基盤を回復することは、科学自身のありかたに変様を迫るものであろうし、そのような科学は、環境破壊的であるよりは、環境宥和的でありうるようにも思われる。というのも、自然科学がわたしたちの生にとって意味を持つというとき、そこでいわれている生とは、まさにある環境（生活世界）の中で営まれている生なのであって、もしもわたしたちの生が、他の種の生とは異なる特別な生であるとしても、しかしわたしたちの生が環境を構成する一要素であるということには疑いを差し挟む余地はない。そしてこのわたしたちの生は、有機体であれ、無機物であれ、他の構成要素との相互連関（例えば呼吸や食物連鎖といった生態系や社会といった共同体において）の中でのみ営まれうるものだからである。従って自然科学がわたしたちの生に根付いた科学として成立したとするならば、そのような科学は、わたしたちの生の連関すべてにとって意味を持つような科学になるであろう。

以上みてきたように、環境の危機は、現在のわたしたちの生活を成り立たせている自然科学および技術を含めた文明に対する批判と、そこからでてくる新たな文明の形成へと向かわせるように思われる。しかしことはそれほど単純なのであろうか？

いまわたしは「現在のわたしたちの生活を成り立たせている自然科学」と述べた。確かにフッサールは、自然科学と生との乖離に批判の焦点を合わせたのであるが、しかしわたしたちの現在の生活は、その生とは乖離したといわれる自然科学の上に成立しているのであって、その限りにおいては、生と自然科学の間には乖離などないということもできるのではないだろうか。逆説的ではあるが、自然科学が生活世界に理念の衣をかぶせることによって、生活世界は喪失されたのではなく、むしろその理念の衣に覆われた世界こそが、わたしたちの「生活世界」を形成しているのではないだろうか。先にも述べたように、フッサールは客観的に提示された世界に先立ち、主観的、相対的な世界の経験を行っているとして述べているし、そのような生活世界こそが自然科学の基盤であるという。しかしそのフッサール自身、自然科学の成果をも含めた世界を生活世界とよぶこともある。

具体的な生活世界は「科学的に真なる」世界に対してはそれを基礎づけている地盤であるが、それと同時に、生活世界独自の普遍的な具体相においてこの科学的に真なる世界を

も包括している。<sup>12</sup>

あるいは次のようにもいう。

あらゆる実践的形成体（そのみでなく、その関心に関与することを差し控えた場合には、文化的事実としての客観的科学の形成体もそこに含まれるが）を、直接にうちに含む生活世界は、もちろんたえず相対性の変移のうちにありながら、主観性に関係づけられている。<sup>13</sup>

フッサールは、現象学的還元の方法を『イデーI』において述べる際に、自然的態度と現象学的態度とを対比していたのであるが、後期になると、自然的態度(natürliche Einstellung)と自然主義的態度(naturalistische Einstellung)<sup>14</sup>を区別し、まず批判されるべきは自然主義的態度であるとしている。そして自然的態度は、むしろあらゆる認識を支える根源的な信念であるとし、一定程度の評価を得るのである。しかしこのようなフッサールの主張は、一方であらゆるものの根源的地盤としての生活世界と、現象学的分析の手引きとしての、つまり還元を施され、そこから超越論的主観性へと遡行するための手引きとしての生活世界という「生活世界の二義性」という問題を生じさせることになる。しかしこの問題に立ち入ることはやめ、フッサールが「超越論的判断中止という態度の転換の中で体系的省察を遂行してきたが、再び自然的態度を回復しようと思えば、いつでも可能なのであって、この自然的態度のままで生活世界の不変の構造を問うこともできるのである<sup>15</sup>」と述べている通り、わたしたちの日常生活における経験に即して、考察をすすめていくことにする。

確かにわたしたちは、今日の気温が25度とか、湿度が60%などのような数値化された気候を経験しているわけではない。先にも述べた通り、まずは暑いとか、べとつくなどといった経験を通してはいるはずである。それゆえ暑さや湿気などはわたしたちの生活世界を構成する主要な要素である。しかし、そのような感覚に劣らず数値化された気温や湿度もわたしたちは—暑さや湿気などとは別の仕方ではあろうが—「経験」しているのであり、それは数値化されない気候と同じようにわたしたちの生活世界を構成する要素となっているのではないだろうか。つまり暑さや湿気感覚と同じように、あるいはそれ以上に数値化された気候はわたしたちの現在の生に差し迫ってこないだろうか。例えば天気予報の降水確率によって、わたしは家を出る前に傘を持っていくかどうかの見当をつけるであろうし、洗濯をするかどうかもそれに左右される。また、しっかりと断熱され、そしてエア・コンディショナーによって室温や湿気を調整された家の中に住むわたしたちは、外気の様子を確認するために、やはり新聞の天気欄やテレビの気象情報で気温を確認したりして、その日に着ていく服を調節したりしているのではないだろうか。つまり確率や度数という数値がわたしの生活に有意味に、まさに関連を持ったものとして働いているのである。

従ってもはや生と自然科学といった二項対立的な図式は成り立たないのであって、環境倫理が自然科学に対する批判を行おうとするならば、否応なしにわたしたちの生のあり方そのものも批判の俎上にあげなければならないのである。つまり、自然科学は生にとって関係ないのでもなく、意味がないのでもない。むしろ自然科学を批判している当のわたし自身が、つねに自然科学によって理念の衣を着せられた世界の中に取り込まれているのである。そこでどれほど生活世界を回復せよと叫んでみたところで、いまや自然科学の影響を受けない生活世界などどこにもないのである。むしろ、わたし自身の足下にすら、いかなる自然科学の成果も受け付けていないような世界などありはしないのである。むしろこのわたし自身が理念の衣に覆われた世界をも、わたしたちになじみの生活世界として、あるいは快適な環境として受け入れてしまっているのではないだろうか。ここにこそ環境問題の困難、つまり「知ってはいても何をしたらよいのかわからない」という問題が潜んでいるのではないかと思われる。

#### 4 経験・習慣・認識

わたしたちの生は二種類の経験から成り立っている。一方は暑い、べとつく、さわやかななどといった身体を通した経験であり、他方は気温 35 度、湿度 60%、降水確率 50% などといった数値化されたものによる経験である。これら二種類の経験は、いまや一方がより根源的であるということではなく、等しい資格を持ってわたしたちの生活世界を構成している。そして生活世界とは、わたしにとっては「馴染み」の世界であって、そこからの脱却はわたしに「違和感」を与えることになるであろう。

さて、環境の危機を認識しても、わたしたちはすぐさまその危機を回避するための行動に移ることができない、という問題に戻ろう。例えば、わたしの身体が異変を来したとしたなら、わたしはすぐさま何らかの処置を講じるはずである。しかしわたしは、環境の危機を認識したとしても、すぐさま、何らかの処置を講じているわけではない。この相違はどこからでてくるのであろうか。わたしの身体は、わたしそのものであって、身体の危機はすぐさまわたし自身の危機として認識されている。しかし環境の危機はどうであろうか。環境の危機をわたしは、それほどわたし自身の危機として感じているのではない。しかし先にも述べたように、わたしの生は、環境のうちにあり、その中で他のものとの相互連関の中でのみ、生きていくことができるのである。それゆえ、環境の危機は、わたし自身の、わたしの生の危機でもあるということが出来る。それゆえわたしは環境の危機に対して、何らかの対策を講じることも不思議ではないし、おそらくそのことは不可欠であろう。しかしそれができないのである。おそらくその原因は、先に挙げた二種類の経験に基づく二種類の認識にあるのではないだろうか。カントは、そしてまたフッサールも認識は経験から始まると述べた。しかし経験は、まさに現実的に体感することができるような経験と、体感されているわけではないが、それでもまさにわたしたちにとって現実味を帯びたものとして行われる経験とがあるということがここで

は問題なのである。フッサールならば、前者を本来的な経験として、そしてまた明証的な、つまり絶対確実なものとして優先させるであろう。しかしながら先に見てきたように、現在のわたしたちにとっては、等しく本来的な経験となっているのではないだろうか。両者が等しく本来的であるとはいえ、この二つの経験の間には相違があることもまた確かである。それはつまり、確実性（実感）の問題であり、あるいはより具体的にいえば、身体を通した経験であるかどうかということである。

それでは身体を通して環境の危機を実感すれば、それで事足りるということであろうか。ある意味ではそのとおりであるといえるであろう。つまり、わたしたちの生命が脅かされるほどまでに、環境の危機が迫ってきたとするならば、それが手遅れであったとしても、その危機を回避するための何らかの対策をとろうとするであろう。ある意味で、と述べたのは、そこまで危機が迫ってくるならば、ということである。しかし現在の環境の危機は今すぐ生じるというものではなく、数十年後のことである。

おそらく多くの人々が年々夏の暑さが厳しくなっているのを身体によって感じているのではないだろうか。あるいはまた冬が暖かくなっているを感じているのではないだろうか。しかし環境の危機のための対策は遅々として進んでいないというのが現状であろう。それはいまだ環境の危機が目前に迫っていない<sup>16</sup>ということでもあろうが、別の理由も考えることができる。すなわち、この劣化しつつある環境こそが、現在のわたしたちの生活世界なのであり、その中でわたしたちはある種快適な生活を送っているのである。**実感のない認識と、そのような認識もまた私たちの生活世界に根付いたものである**ということ、このことが環境の危機の認識から、危機の回避の行動へとわたしたちを向かわせないものなのではないだろうか。

それでは、わたしたちはこのままこの生活世界の中に安住して、実感のない認識を持つだけでよいのであろうか。確かにわたしたち一人一人が環境に対して貢献できることは限られているかもしれない。すなわち、環境の危機に対する対策を阻むものは、何もわたしたちの実感のない認識だけではないのである。マクロな視点から見てみるならば、市場経済、国益の壁、南北間の貧富の格差といった問題が複雑に絡み合い、その対策を遅らせている。これらの問題をひとつひとつ解消していくことも重要なことである。しかしそのようなマクロな対策と同時に、ミクロな取り組みもまた必要なのではないだろうか。

わたしたちの認識は、突然どこかから降ってわいてくるわけではない。むしろ認識はつねに前提を持つのである<sup>17</sup>。従って認識を変えるためには、前提を変える必要がある。それでは認識の前提とは何であろうか。それはまさに経験に他ならない。ある種の経験の繰り返し、つまり習慣性がある一定の認識を産み出す—あるいは認識とは習慣性の結晶であるといってもよいかもしれない—のであり、その認識こそが生活世界的な現実—それはわたしにとってなじみ深く感じられるものである—を形成するのである。従ってわたしたちの経験を変えること、つまり習慣を変えること、このことによって認識も変

わってくるのではないかと思われる。

もう少し具体的に考えてみよう。例えば、ゴミの分別収集について。ゴミをわざわざ燃えるゴミ、燃えないゴミ、ペットボトルなどに分類するのは、全くなんの分類もせずにいる状態から考えるならば、煩わしいことであろう。しかし、いちどゴミを分別するという習慣を身につけたらどうであろうか。そうするならば、もはや煩わしさを感じなくなり、当たり前のこととしてゴミを分別するようになるのではないか。あるいは歯磨きを考えてみよう。多くの人が、毎朝、毎晩歯を磨いているのではないかと思われる。それではなぜ歯を磨くのであろうか。もちろん虫歯にならないため、そしてまた虫歯になって歯医者に行くのが嫌だから、ということも当然考えられる。つまり健康とコストベネフィットを考慮して歯を磨くということも考えられる。しかしそれよりも先に、歯を磨かなければ気持ちが悪くという感覚のほうが先に立つのではないだろうか。それ以外に歯を磨くことに関して先立つ理由はないのではないだろうか。ある一定の行為を、ごく当然の（自然な）こととして行わせることが習慣性の力ではないだろうか。習慣が「第二の自然」であるならば、その自然を「第一の自然」と調和させること、そのことが環境問題に対するひとつの対策となりうるのではないかと思われる<sup>18</sup>。

環境問題を扱ったものの中で、最近「環境ガバナンス」という言葉を見かけることがある。これは「多元的で多様性を持った主体の存在とその役割を認識し、それぞれの主体が共同して複雑化した政策課題によりよく対応していくという考え方<sup>19</sup>」と定義されている。この環境ガバナンスを押し進めていくためにもわたしたち一人一人がこれまでの習慣を見直さなければならない。どのような認識であれ、それが認識である以上は、その認識を形成している経験や習慣があるはずである。それはまた私たちの生そのものである。その生を見つめ直すこと、そこから新たな一步に踏み出さなければならないのである。

## 注

- 1 いずれも、朝日新聞の気温の欄によって調べた。
- 2 平成13年1月16日付け気象庁報道発表資料。 <http://www.kishou.go.jp/press/0101/16a/2000.pdf>。またIPCCの報告（第一作業部会「気候変化2001：科学的根拠」）では、20世紀の間で、地球の平均気温は約0.6度上昇したといわれている。政策決定者用の要旨は以下のところで読むことができる。 <http://www.ipcc.ch/pub/spm22-01.pdf> なお、その全文は次のところで読むことができる。 <http://www.ipcc.ch/pub/tar/wg1/index.htm>
- 3 加藤尚武、『環境倫理学のすすめ』、丸善ライブラリー、1991年、4頁。
- 4 湯浅慎一、「環境内存在とその責任－環境倫理の現象学的基礎づけの試み－」、『環境倫理を学ぶ人のために』所収、1994年、世界思想社、106頁。
- 5 佐和隆光、『地球温暖化を防ぐ－20世紀型経済システムの転換』、岩波新書、1997年、53頁。
- 6 環境省地球環境局が作成したパンフレットによれば、この運輸部門の中では、輸送量で5割を占めている乗用車が二酸化炭素の排出量の約8割を排出している。「地球にやさしい乗り物を選ぼう」、

環境省地球環境局， 2 頁。

- 7 首相官邸地球温暖化対策推進本部が2001年7月10日に発表した「1999年度（平成11年度）の温室効果ガスの排出量について」による。<http://www.kantei.go.jp/jp/ondan/suisinhonbu/010710/pdfs/siryoku1.pdf>
- 8 地球温暖化対策推進本部，「地球温暖化対策推進大綱」，平成13年3月19日，4頁。<http://www.kantei.go.jp/jp/ondan/suisinhonbu/2002/0319ondantaikou.pdf>
- 9 キリスト教的世界観が、環境破壊の原因であるということについては、異論もある。しかしここでは、世界観の問題ではなく、環境の危機に対してなにをすべきか、ということ論じたいので、世界観の問題、あるいは聖書解釈の問題には立ち入らない。
- 10 Edmund Husserl, *Husserliana VII(Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie)*, Mrtinus Nijhoff, 1962, S. 25. (『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』(木田元訳)，中央公論社，1974年，44頁)
- 11 *Ibid.*, S. 30-31. (49 – 50 頁) この測定術は、単に長さのみならず、次第に味、香り、温冷などのようなものにも拡張されていく。
- 12 *Ibid.*, S. 134. (183 頁)
- 13 *Ibid.*, S. 176. (247 頁)
- 14 自然主義的態度とは、自然科学による理念の衣を通して世界をみようとする態度である。
- 15 *Ibid.*
- 16 しかしこれはすぐに何らかの対策を講じないでもよいということの意味してはいない。例えば今すぐに二酸化炭素の排出量を減らしたとしても、これまでに排出された二酸化炭素がまだ大気中に留まっているのであり、その効果が現れるのはしばらく先のことである。そういう意味では、環境の危機は目前に迫っているのである。
- 17 この発見こそがフッサールをして、発生的現象学へと移行せしめたものであろう。
- 18 もう少し具体的に述べておこう。京都議定書で各国の二酸化炭素排出量の削減目標が、EU8%、日本6%と決められた。しかし実際には、地球温暖化を止めるためには、世界全体で50%ほどの削減が必要であるといわれている。いま現在のエネルギー供給源などを考えてみるならば、1950年代の二酸化炭素排出レベルにまで下げなければならない。先にわたしが「第一の自然」と述べたのは、この1950年代レベルのわたしたちの生と自然環境のあり方である。先に環境破壊の原因となっているのは、大量生産、大量消費、大量廃棄というサイクルであるということは述べたが、明らかにこのサイクルは、自然の自浄能力を超えてしまっているものであり、まさにそれがわたしたちの現在の生のあり方ではないだろうか。もしそうであるとするならば、いま現在の生を1950年代の自然に近づける努力が必要であると思われる。
- 19 松下和夫，『環境学入門12 環境ガバナンスー市民・企業・自治体・政府の役割ー』，岩波書店，2002年，vii頁。

# 「脳」と「身体」

——神経生物学的観点から

紀平知樹

## 1 はじめに

現在、社会において生じている問題の多くに科学技術の進歩の問題が結びついている。あるいは、科学技術の進歩によって、様々な問題が引き起こされているといってもいいかもしれない。例えば、人間の生と死をめぐる問題、とりわけ、クローン技術や、臓器移植、着床前診断など。また地球温暖化、酸性雨、環境ホルモンなど、環境の危機も科学技術の発展と切り離して考えることは困難であろう。科学技術がわたしたちに様々な問題を突きつけてくる以上、わたしたちもまた、その意味を問わなければならないように思われる。しかしそれは単に対象としての科学技術の意味を問えばよいというものではない。つまり、科学技術がこれほどまでにわたしたちの社会に問題を突きつけてくるということは、それはもはやわたしたちと「排他的」なものではなく、むしろわたしたちの社会とともにある、あるいはわたしたちの社会を構成する極めて重要なものであると考えざるをえないであろう。あるいはわたしたち自身が、何らかの意味で科学技術の上に生存しているのであって、科学技術の意味を問うことは、わたしたち自身の生存の意味を問うことでもあるだろう。

しかし、これほどまでに高度に科学が進歩した結果、それを専門とするもの以外には、科学の成果やその意味を問うことが困難になっている。科学者とその他の者との間には大きな溝が開いているのであって、その溝は埋まるどころからさらに広がろうとしているかに見える。このような状況に対して、溝を埋めようという努力があることも確かである。フランスの哲学者ジャック・ローゼンベルグは、「有機体に固有のメカニズムに関係する〈生命についての倫理学〉と生物学的研究が引き起こす倫理的な影響を価値づけることを目指す〈生命－倫理学〉」を統合し、「人間が存在する意味を問う」ための生命倫理学を提唱している<sup>1</sup>。しかしここで注意しなければならないのは、人間が「本来的に」存在する意味を問うことよりも、まず現在の状況における人間の存在の意味が問われなければならないということである。というのも、先にも述べたように、もはや科学技術なしにわたしたちの存在は成り立たないというほどまでに、科学技術が浸透してしまっているからである。

今回は、「生物学的研究が引き起こす倫理的な影響を価値づける」ということはひとま

ずおいておくとして、脳死の人の身体の問題、あるいは脳と身体とがどのように関係しているのか、つまり人間という有機体に固有のメカニズムについて考察してみたい。

## 2 ある脳科学者の発言から

脳死の問題において、中心的な問題となるのは、人間であることは脳の働きによるかどうか、ということであろう。あるいは、人間を人間たらしめているのが脳であるかどうかという問題であろう。脳死をめぐる問題においてたびたび指摘されているのは、西洋医学の背景にある、デカルト主義的心身二元論の問題である。デカルトは、人間を思惟実体（精神）と延長（身体）との合一体であると考えていたわけであるが、そのときに人間を人間たらしめるものとして重視されるのは精神であり、身体は、時計などと準えるような精巧な機械であると考えられていた。従って、精神が抜けた身体は、もはや単なる物質であり、それはもはや人間とはよべないということになるであろう。一般的なレベルでは、脳死、および脳死体からの臓器移植に対する抵抗感がヨーロッパにおいても存在するということが最近報告されている<sup>2</sup>が、医学界においては、いまだデカルト的な心身二元論が主流であるだろう。

人間にとっての脳の役割に関して脳科学者の利根川進が劇画家の池田理代子と次のような対話を行っている<sup>3</sup>。

池田：ゲーテは、「人間が人間であるゆえんというのは、気高さであり、情け深さである」といっているんですが、利根川先生は、人間が人間であるゆえんは脳のはたらきにあるとお考えなんですね。

利根川：私は気高さとか情け深さということ自体が、脳の中で起こっている現象にもとづいていると思っています。人間は何かというような問いに対して、文学的な概念による説明がありますが、それが実はいったい何を意味しているかと問いつめると、概念はおぼろげになってくるんです。今おっしゃった情け深さということも、きっと脳の感情面を操っている部分を研究していけばいろいろなことがわかってくると思います。

確かに気高さや情け深さということが脳の何らかの部分と関係しているということは正しいであろう。しかしだからといってそれが脳だけで起こっているということがいえるであろうか。つまりたった一人の人間の脳の中だけで、気高さや情け深さということが生じるだろうか。例えば気高いとか情け深いといったことは、誰かの何らかのある行為に対する感情であろう。そうであるとするならば、気高さや情け深さといったものは、ある行為や行為主体を必要とするであろうし、またその行為を気高いものとして評価するものも必要であろう。従って、ある行為とその認知との間において初めて気高さというものが生じるのではないだろうか。確かに、気高さや情け深さといったものを、脳の

ある部位の働きに関係づけることは可能であろうが、しかしながらそれは脳のある特定の部位にのみ基づくわけではないであろう。もしも他との関係抜きに、気高さや情け深さといったものがありうるとするならば、その場合、気高さ自体や情け深さ自体といったものが存在するというプラトニズムを主張しているのであろうか。

脳の働きを重視する立場からは、概して、他との関係性を軽視するような主張がなされるように思われる。そのような主張に対して森岡正博氏は、「脳のはたらきこそが、人間を人間たらしめているのだから、脳のはたらきがなくなった人間は、生きてはいえない<sup>4</sup>」という考え方を脳還元主義とよび、このような考えを土台にして登場してきたパーソン論に対する批判を行っている。森岡氏によればパーソン論の主張とは以下のようなものである<sup>5</sup>。

- (1) 人間の本質は、自己意識・利害関心・理性などをつかさどる大脳のはたらきにある。
- (2) 中枢神経系のはたらきの程度に応じて、人間を一元的に序列化することができる。すなわち、階段のような、存在論的な位階秩序が構成される。そして、人間をどの地点から〈ひと〉と見なすべきかについての客観的な線引きが可能となる。最上階の位階である、健康で正常で理性的な成人が〈ひと〉の理念型である。そこから下降するにつれて、人間は徐々に〈ひと〉から遠ざかってゆく。
- (3) 位階が下降するにつれて、倫理的な配慮を受ける権利や、意見表明の権利や、生存権が縮小される。位階の低い人間への差別的な取り扱いは、正当化される。

それに対して森岡氏は「脳死への関係性アプローチ」を提唱し、「脳死の人」とその周囲のものたちとの関係性から、脳死を考える立場をとっている。その際、関係性の基点となるのは、脳死の人のあたたかい身体である。そしてその身体を通して、周りの者はすでにいないはずの人が、そこにありありと現前しているのを感じるという。このような関係性から脳死の問題を問わなければならないと森岡氏は主張する。

一方で人間の間人たるゆえんを脳に求め、その機能が低下すればもはや人間でなくなるという主張があり、他方で脳死の人とそのまわりの人間との関係性から、脳死について考えるべきという主張がある。前者を三人称的立場からの脳死、後者を二人称的立場からの脳死へのアプローチとよんでもよいであろう。しかしここで問題は、同じ脳死という問題に関してこの二つの立場からの議論は噛み合うのか、ということである。三人称的な立場からは、脳の機能に焦点を当てて議論がなされるのに対して、二人称的立場からは、脳死の人の身体を中心とした関係性に焦点を合わせているのであって、自ずからそこにはずれが生じているのではないだろうか。従って、二人称的立場からするならば、まずは三人称的立場をとる者に対して、身体に目を向けさせることが必要なのではないかと思われる。

### 3 フィネアス・ゲージの事故

神経生理学者のA・ダマシオは、『生存する脳ー心と脳と身体の神秘ー』<sup>6</sup>において、西洋医学の主流な考え方、つまりデカルト的二元論に対して、様々な実験に基づき、批判を行っている。彼は次のようにいう。

肉体から分離した心という考えは、西洋医学の病気の研究方法、治療方法を特異なものにしてきたように思える。デカルト的分離は研究と臨床に浸透している。その結果、身体の病気ーいわゆる本当の病気ーの心理的帰結はたいてい無視され、考慮されるとしても再考時である。この逆、つまり心理的葛藤の身体への影響は、それよりもさらに無視されている。実に興味深いことだが、デカルトは医学の方向を変えることに貢献した。つまりヒポクラテスの時代からルネッサンスまで優勢だった有機体的、心身一体的アプローチから医学の向きを変えることに一役買ったのである。(373-374)

確かにデカルトは、医学の方向を変える役割を果たしたのであり、それによって近代医学の発展に貢献したということは十分認められるであろう。それは近代医学の恩恵に与っているわたしたちにとっても意味のあるものであることは疑いえないであろう。しかしそのことによって隠されてしまったものもあるということもまた確かであるように思われる。その隠されたものとは、上で「心身一体的アプローチ」といわれていることであり、ダマシオは脳と身体との関係、あるいは「理性の神経的基盤」(24)の探求にのりだしている。

彼のこの研究の発端になるのは、1848年にフィネアス・ゲージという人物の身に起こった事故である。彼は若く有能な鉄道の建設工事現場監督として働いていた。鉄道の拡張工事のために、そしてできる限り平坦で直線的な道を造るために、その途中にある岩石などを爆破しなければならないのであるが、彼の役目は、その仕事を監督することであった。その爆破の作業中に、彼は事故に遭うことになる。ものすごい爆発がおり、彼がいつも火薬を詰めるのに使っていた鉄棒が、彼の「頭蓋の底部に突き刺さり、大脳の前部を貫通し上部を高速で突き抜ける。30メートル以上も離れたところに、血と脳みそにまみれた鉄棒が落ちて」(41)いた。これほどのダメージを受けたにもかかわらず、彼は事故直後から人と話したり、自分で牛車から降りたりすることもできた。そしてわずか二ヶ月足らずで、彼は治癒を宣告されたのである。

当時ゲージの治療に当たっていたハーロウ医師の報告によれば、ゲージは「触れること、聴くこと、見ることができ、手足や舌のしびれもなかった。左視力は失われていたが、右は完全だった。しっかり歩き、両手を器用に使い、会話や言葉にこれといった問題は見あたらなかった」(46)という。しかし彼の人格的特徴はすっかり変わってしまっていた。事故以前の彼は、「バランスのとれた心もち、彼を知るものからは、計画した行動を非常に精力的にしかも粘り強くこなす、敏腕で頭の切れる仕事人として尊敬され

ていた」のであるが、事故後の彼は、気まぐれで、無礼、同僚たちに敬意を払わず、将来の行動を考えるが、それを実行する段になるとやめてしまうというような人間になっていた。そして事故後の彼は、職を転々とし、事故に遭ってから13年で亡くなってしまった。そしてゲージが亡くなったという噂をハーロウ医師は、彼の死後5年してからききつけ、ゲージの親族に許可を得て、彼の遺体を墓場から掘り返した。ゲージの頭蓋骨は現在でも、彼の頭を突き抜けた鉄棒とともに、ハーバード大学に保管されている。

ゲージの身におこった事故によって、彼の脳のどの部分が損傷したのかということをもはや正確に割り出すことはできないが、事故後120年たってから、ハンナ・ダマシオがコンピューターを用いてゲージの傷が脳のどの部分であったかということ測定した。その結果彼の脳の損傷は、「右半球よりも左半球がひどく、また前頭領域全体としては後方よりも前方がひどいこと。事故のダメージで両半球の腹側と内側の前頭前皮質は痛んでいるが、前頭前皮質の外側には及んでいない」(76-78)ということが明らかになった。

もはやゲージは生きてはいないので、脳の損傷箇所が明らかになったとしても、それと人格の変化との関係を調べることはできない。しかし、ダマシオは、彼のもとに来るさまざまな患者たちから、ゲージの身に何が起こったのか、ということ明らかにしようとしている。

エリオットという患者は髄膜種を患い、手術でその腫瘍とそれによってダメージを受けた前頭葉組織を除去した(cf. 84)。手術は成功し、動いたり、言葉を使ったりする知性は正常であったが、ゲージと同じように、人格が変わってしまった。彼は書類を読み、理解し、分類するなどの能力に何の問題もなかったが、突然ある特定の書類に没頭し、それを何によって分類するかだけで一日費やしてしまう傾向が出てきた。そこでダマシオはさまざまなテストを行ってみるが、エリオットはそのすべてのテストをかいぐり、知性にはなんの問題もないことを証明した。しかしダマシオは、エリオットが自分に降りかかった悲劇を「事の重大さにそぐわない、超然とした態度で語」(95)り、「常に自制的で、常に無感情な傍観者として状況を描写」(ibid.)しているのに気づいた。これは彼が感情を抑制していたということではない。例えば地震で崩壊するビルや、燃えさかる家の写真を彼に見せて、話を聞いてみると、エリオットは、「病気になる前と比べて、自分の感情は変わってしまった」(96)といったという。彼は「自分が好んでいる絵を見ても、気に入っている音楽を聴いても、一切喜びを感じない。自分からその可能性が永久に奪われてしまっているにもかかわらず、その絵の刺激、その音楽の刺激の知的内容については知っている。かつてそれが自分に喜びを与えてくれたことを知っている。エリオットの苦境は<知っているが感じない>というもの」(97)であるとダマシオはいう。この例からダマシオは、情動、あるいは感情と意志決定の結びつきを考察するようになった。

#### 4 理性と生体調節機能

一般に感情に振り回されると、正しい判断ができなくなるといわれる。それゆえ、できるだけ感情を抑えるのがよいということがたびたびいわれる。確かにあまりにも激しい感情は、判断を狂わすことがあるかも知れない。しかしダマシオは、「感情の衰退は、たがのはずれた感情と同じぐらい、不合理な行動の重要な原因になっている可能性がある」(109)という。

そしてダマシオは、前頭前皮質損傷患者の症例（この症例は彼自身の患者のものではなく、歴史的なものである。一つ目は、R.M. ブリックナーが一九三二年に研究した「患者A」。二つ目はヘップとペンフィールドの自動車事故による頭蓋骨折の患者。三つ目はアカリーとベントンが研究した出産時の脳損傷。四つ目はエガニス・モリスの前頭前白質切断である。）から、暫定的に以下のような結論を導き出す（cf. 120）。

- (1) 損傷部に腹側部が含まれるなら、両半球の前頭前皮質の損傷は常に、推論、意志決定並びに情動・感情の障害と関連している。
- (2) 推論・意志決定並びに情動・感情の障害がほとんど影響を受けていないその他の神経心理学的特徴と比べて顕著であるなら、損傷は腹内側部で最も大きい。さらに、この障害により、個人的・社会的領域が最も影響を受ける。
- (3) 前頭前野に損傷がある場合、背側部と外側部の損傷の程度が腹内側部以上ではないにしてもそれと同程度であるときは、推論・意志決定の障害はもはや個人的・社会的領域にとどまらない。またそうした障害は、情動・感情の障害同様、ものや言葉や数を使った検査によって認められる注意や作動記憶の欠陥を伴う。

これらの結論をもとに、ダマシオは、「脳と身体は分割不可能な有機体を形成し」(156)、そのような有機体は、一個の総体として環境全体と相互作用をするということを明らかにしようとする。しかしここで注意しておかなければならないのは、ダマシオが身体というとき、その言葉で意味されているのは、「有機体から神経組織（神経系と末梢神経系）を除いたもの」(154)であるということである。身体と脳をこのように分けたとして、それではその両者はどのように統合されているのだろうか。この両者の相互結合のルートは二つあり、一つは、末梢神経を通してであり、もう一つは、血流によってであるとダマシオはいう。

さて、一般に人間は「心をもつ」といわれるが、その「心をもつ」ということはどういうことなのであろうか。ダマシオは、「心をもつ」ということは、「その有機体が＜イメージになりえる、思考とよばれるプロセスの中で操作し得る、そして、将来の予測、計画、次なる活動の選択などの手助けすることで、最終的に行動に影響を及ぼしえる、そんな神経的表象を形成する＞こと」(158)を意味しているとする。この心をもつということ

の定義は、脳死、あるいはパーソン論において用いられる人格の定義とほぼ重なるといってもよいであろう。そうであるとするならば、「神経的表象の形成」が人格であることにとって重要な意味をもってくることになるであろう。それでは、わたしたちは、どのように神経的表象を形成しているのであろうか、あるいは、神経的表象は脳のみによって形成されるものであろうか、このことが明らかにされなければならない。

上での引用に従うならば、心をもつことにとってイメージを持つこと、そしてそのイメージに基づき何らかの行動に影響を及ぼすことの二つが重要である。そのことに中心的な役割を果たすのが、「トポグラフィ的に構造化された表象」と「指示的表象」である。ダマシオによれば、指示的表象とは、「われわれの知識の全宝庫であり、そこには、生得的な知識と経験によって獲得された知識の双方が包含されている。そのうち生得的な知識の基盤は、視床下部、脳幹、辺縁系における指示的表象にある。この知識は、生存に必要な生態調節（例えば、代謝、欲求、本能の調節）に関する一連の指令とみなすことができる」(177)という。あるいは、指示的表象とは、「休眠中の発火能力」(176)であるともいわれる。そしてその表象は何らかの刺激によって目覚めさせられるのである。このようにして、思考のためのイメージが形成されてくるが、単に神経的な回路によってのみ、イメージが形成されるわけではない。これらの表象のさらに下位には、生存に関わる調節機能が働いている。

わたしたちの生存は、「その構造全体と組織の健全性を維持する一連の生物学的プロセスに依存している」(192)のであるが、そのプロセスにおいて重要な役割を占めているのが「前もって構造化されているメカニズム(**preorganized mechanism**)」(195)であるとダマシオはいう。この前もって構造化されているメカニズムは単に生体調節にとって重要なだけでなく、わたしたちにとってあるものがよいかどうかをも分類しているという。このように、生態調節に関わる前もって構造化されているメカニズムこそが、わたしたちの選択能力の最下層に位置しているものであり、それは進化的に古い脳構造で連続的に起こっているのである。

理性の機関は伝統的に<新皮質的>であるとされてきたが、その機関は、これまた伝統的に皮質下のとされてきた生体調節機関なしには機能しないのである。つまり、自然は理性の機関を生体調節の上に組み立てただけではない。<そこから>そして<それを使って>組み立てたのだ。(211)

さまざまに混み合った複雑な状況においては、皮質下の回路のみで対処することはできないので、その際には、新皮質の回路を用いなければならない。しかしその場合でも当然皮質下の回路は働いているのであり、上でみたように、新皮質における回路は、皮質下の回路を用いているのである。その二つの回路をつなぐのが情動と感情であるとダマシオはいう(211)。

## 5 情動と感情

もし、高鳴る心臓の感覚もない、浅い呼吸の感覚もない、ふるえる唇の感覚も力の抜けた四肢の感覚もない、鳥肌の感覚もないし内臓が動揺する感覚もないとしたら、はたしてそこにはどういう種類の怒りの情動が残されているだろうか。わたしにはそれを考えるのはとても不可能だ。

はたして人は胸の中のうっぶん、紅潮した顔、拡大した鼻腔、食いしばった歯、荒々しい行動の衝動を思い描かず、弛緩した筋肉、穏やかな息づかい、平静な顔で、怒りの状態を想像することができるだろうか？

ダマシオはこのようなウィリアム・ジェームスの言葉を引いている(cf. 212)。ダマシオ自身、ジェームスの見解に基本的に賛同している。しかしながらジェームスは、「情動を引き起こす状況を心的に評価するプロセス」(213)に目を向けたかったとして、その点を批判している。

ダマシオによれば、情動とは、「特定の脳システムを活性化する特定のメンタルイメージと結びついた一連の身体状態の変化」(233)である。この情動には一次の情動と二次の情動があり、第一次の情動は初期の情動で、前もって構造化されたメカニズムでも十分説明できるような情動である。生まれながらの人間は、熊や鷲を恐れるようになっている必然性はないとダマシオはいう。むしろ、「下界の、あるいは身体の中の刺激のいくつかの特徴が、単独に、あるいは組み合わせられて知覚されると、ある情動を伴い、前もって構造化された形で反応する」(215)ようになっているのである。つまり身体反応を引き起こすために、熊や鷲などを認識する必要はなく、「いくつかの重要な特徴を検出し、分類し、扁桃体のような構造がそれらの結合した状態に関する信号を受け取る」(215-216)ことが必要なのである。情動はこの一次の情動だけに収まるものではなく、大人の情動といわれる二次の情動がある。例えば旧友との再会や彼の死を突然聞かされたときに、生じる情動がそうであるとダマシオはいう。その場合どのようなことが起こっているのだろうかということ、「内臓や骨格筋や内分泌腺の機能のいくつかのパラメーターに変化が起きる。いくつかのペプチド調節物質が、脳から血流に放出される。免疫系も急激に変化し、動脈壁の平滑筋の基本的な活動が増加し、血管を収縮させ、細くする」(220)というようなことが起こっているという。そしてエリオットのような、前頭前野に損傷を受けている人の場合、この二次の情動が損なわれているのである。そしてそのことによって、「ある種の状況や刺激によって喚び起こされるイメージと結びついた情動を生み出すことができず、それゆえそれに続く感情を持つことができない」(224)のである。

さて、ダマシオは情動と感情を区別して用いている。何らかの対象の知覚は、身体に一連の変化を引き起こす。それが情動であり、感情は、そのような身体の連続的な変化を経験することであるという(cf. 233)。従って感情はつねに身体と不可分に結びついているのである。感情と情動、この二つが、わたしたちが何らかの選択を行う場合に最も最

下層で働いているのである。

感情は身体と不可分につながっているから、優先的に扱われ、我々の精神生活にすみずみまで入り込む優越的地位を有している。優先的に扱われるものは、後回しになるものに対する参照基準となるので、感情は、それら後回しになったものがことにどう取り組むかに関して決定権を持っているといえる。(250)

以上のような研究からダマシオは、ソマティック・マーカー仮説というものを主張する。例えばある会社のオーナーがある場面に直面していくつかの反応のオプションを前にしたときに、どのようにして一つの選択肢を選び取っているのか。ここで考えられるのは、伝統的な高い理性による意志決定という見解と、ソマティック・マーカー仮説である。前頭前野に損傷を受けたエリオットは様々なオプションを考え出すことはできるのであった。しかしそのうちでどれを選ぶべきかを決めることができないのであった。そこからダマシオは、「エリオットのような患者に関する経験が示唆しているのは、とりわけカントが提唱した冷静な戦略は、健常者の決断の仕方というより、むしろ前頭前野に損傷をもつ患者達の決断の仕方と深い関係を持っている」(269)という。脳はすべてのオプションを書き出し、その帰結を予想して、その中から最前のものであると選ぶというやり方をしていてはではなく、むしろ、瞬時のうちに、それらのことを行うこともできるのであり、そうだとすると脳は「純粋理性以上」のものを使って仕事しているのだとダマシオはいう。そしてその仕事に身体が関わっているのである。ダマシオによれば、「前提に対する費用便益分析を行う前に、そして問題解決に向けて推論し始める前に、ある極めて重要なことが起こる。例えば、特定の反応オプションとの関連で悪い結果が頭に浮かぶと、いかにかすかであれ、ある不快な『直感(gut feeling)』を経験する」(270)のであるという。その感情は身体に関係するものであり、また一つのイメージをマークするものであるがゆえにソマティック・マーカーといわれる。そしてそれは、ある特定の行動がもたらすかもしれないネガティブな、結果に注意を向けさせるような自動化された危険信号として機能するのである。そして、そのおかげで、たくさんある選択肢の中から、避けるべきものと優先すべきものとを分け、最終的な決断ができるようになるのである。

## 6 おわりに

脳の働きは、身体と密接な関係があるのであって、身体は単に脳を保存するためにあるのではない。むしろ身体は脳の働きにとってきわめて重要な役割を果たしているのである。もちろん、ダマシオがここで記述しているのは、「正常」な脳の働きなのであって、脳の機能が停止してしまったときに、身体にはどのような意味があるのかということについてはなにも述べていない。またここで論じられているのは、身体と脳の関係であり、

他者との関係性といったものも論じられていない。

しかしここでダマシオが論じているのは、まさにパーソン論などで論じられている、道徳的人格として存在する場合の人間の脳がどのようにして働いているか、ということとして読むことはできるであろうし、道徳的存在者として存在するためには、身体が不可欠であるということもできるであろう。従って、そもそも人間の人間たるゆえんを脳だけに求めようとする試みには無理があるということがいえるのではないだろうか。つまり最も「人間らしい人間」においては、その「人間らしさ」を支えているのが身体なのだから。

ここまでもっぱら三人称的な視点から人間を人間たらしめるものについての考察を見てきた。この考察を踏まえて次ぎに二人称的な視点から人間を人間たらしめるものについての考察を行わなければならないが、紙幅の関係上それを論じることはできないので今後の課題としておきたいが、しかしそこでも、森岡氏が指摘していたように身体というものがその考察の中心となるであろう。しかし問題はいかにして二人称的視点と三人称的視点とを接続させるか、ということにある。あるいは身体物体 (*Leibkörper*) としての人間が考察の中心とならなければならないように思われる。

## 注

- 1 ジャック・J・ローゼンベルグ、『生命倫理学』(小幡谷友二訳)、駿河台出版社、2001年、32頁。
- 2 出口顯、『臓器は「商品」かー移植される心ー』、講談社、2001年、171頁参照。
- 3 利根川進、『私の脳科学講義』、岩波書店、2001年、156-157頁。
- 4 森岡正博、『生命学に何ができるかー脳死・フェミニズム・優生思想』、勁草書房、2001年、97頁。
- 5 前掲書、105頁。
- 6 Antonio R. Damasio, *Descartes' Error - Emotion, Reason, and the Human Brain* -, Quill, 1994. (『生存する脳ー心と脳と身体の神秘ー』(田中三彦訳)、講談社、2000年。) なお同書からの引用箇所は本文中に翻訳の頁数を示した。

# 臨床哲学研究会の記録

## 《研究会》

- 第1回 (1995.10.25)  
鷺田清一 (大阪大学教授・倫理学) :  
《苦しむ者》(homo patiens) としての人間
- 第2回 (1995.11.30)  
中岡成文 (大阪大学教授・倫理学) :  
臨床哲学はどのようなフィールドで働けるか  
入江幸男 (大阪大学助教授・哲学) :  
ボランティア・ネットワークと新しい〈人権〉概念の可能性
- 第3回 (1996.4.25)  
フリー・ディスカッション
- 第4回 (1996.5.17)  
川本隆史 (跡見学園女子大学教授・倫理学) :  
関東大震災と日本の倫理学  
——四つの症例研究
- 第5回 (1996.5.30)  
池川清子 (北海道医療大学教授・看護学) :  
看護——生きられる世界からの挑戦
- 第6回 (1996.6.20)  
堀一人 (大阪府立刀根山高校教諭) :  
「おかわりクラブ」の実験から  
——職業選 択から自己実現への道筋
- 第7回 (1996.9.26)  
鷺田清一・中岡成文 : 哲学臨床の可能性
- 第8回 (1996.10.17)  
小松和彦 (大阪大学教授・文化人類学) :  
「癒し」の民俗学的研究
- 第9回 (1997.1.23)  
荒木浩 (大阪大学助教授・国文学) :  
「心」の分節——中世日本文学における  
〈書くこと〉と〈癒し〉
- 第10回 (1997.7.3)  
鷺田清一 : 臨床哲学事始め  
山口修 (大阪大学教授・音楽学) : 音と身
- 第11回 (1997.9.25)  
テーマ「看護の現場から」  
伊藤悠子 (芦原病院看護婦) :  
Fever phobia の克服に向けて  
——Nightingale 看護論に依拠した小児科外来における実践から  
西川勝 (PL病院看護士) :  
臨床看護の現場から
- 第12回 (1997.11.27)  
小林 愛 (奈良市社会福祉協議会・音楽療法推進室) :  
音楽療法をめぐって
- 第13回 (1998.7.2)  
パネルディスカッション「学校を考える——『不登校』という現象を通して」  
提題者 : 栗田隆子 (臨床哲学・博士前期課程)  
寺田俊郎 (臨床哲学・博士前期課程)  
畑 英里 (臨床哲学・研究生)
- 第14回 (1998.9.24)  
山田 潤 (大阪府立今宮工業高校定時制教諭) :  
子どもの現在 学校の現在  
——増え続ける不登校の問いかけるもの
- 第15回 (1998.12.12)  
パネルディスカッション  
「学校の現在と不在——哲学の現場から〈不登校〉現象を考える」  
提題者 : 栗田隆子 (臨床哲学・博士前期課程)  
寺田俊郎 (臨床哲学・博士前期課程)  
畑 英里 (臨床哲学・研究生)
- 第16回 (1999.4.17)  
浜田寿美男 (花園大学教授・発達心理学) :  
生きるかたちを伝える場としての学校

第17回 (2000.2.19)

テーマ「哲学教育の可能性と不可能性  
——高校の授業から」

堀 一人 (刀根山高校教員)

大塚賢司 (同志社高校教員)

第18回 (2000.7.1)

中島義道 (電気通信大学教授) :  
哲学の教育——対話のある社会へ

第19回 (2001.7.14)

西村ユミ (日本赤十字看護大学) :

臨床のいとなみへのまなざし

武田保江 (臨床哲学・博士課程修了) :

「死体と出会った」エピソードをもとに

《公開シンポジウム》

第1回 (1996.12.13)

テーマ「哲学における〈現場〉」

熊野純彦 (東北大学助教授・倫理学) :

死と所有をめぐる

——〈臨床哲学〉への途上で

古東哲明 (広島大学教授・哲学) :

臨床の現場——内と外との交差点

池田清彦 (山梨大学教授・生物学) :

おまえのやっているのは哲学だ／おまえ

には哲学がない

第2回 (1997.2.21)

テーマ「ケアの哲学的問題」

川本隆史 (東北大学教授・倫理学) :

生きにくさのケア—フェミニスト

——セラピーを手がかりに

清水哲郎 (東北大学教授・哲学) :

緩和医療の現場

——QOLと方針決定のプロセス

コメンテーター：中野敏男 (東京外国語大  
学教授・社会学)

第3回 (1998.2.20)

第一部

テーマ「女性におけるセルフをめぐる」

北川東子 (東京大学) : 孤立コンプレックス

吉澤夏子 (日本女子大学) : 親密な関係性

コメンテーター：藤野寛 (高崎経済大学)

コーディネーター：霜田求 (大阪大学)

第二部

テーマ「国際結婚」

山口一郎 (東洋大学) :

ドイツと日本のあいだで

——日常としての文化差

嘉本伊都子 (国際日本文化研究センター) :

国際結婚とネーション・ビルディング

コメンテーター：浜野研三 (名古屋工業大学)

コメンテーター：熊野純彦 (東北大学)

コーディネーター：田中朋弘 (琉球大学)

執筆者一覧（執筆順）

菊井和子	大阪大学大学院博士後期課程（臨床哲学）
渡邊美千代	大阪大学大学院博士後期課程（臨床哲学）
玉地雅浩	大阪大学大学院博士後期課程（臨床哲学）
稲葉和人	京都大学大学院医学研究科（医療倫理学）
会澤久仁子	大阪大学大学院博士後期課程（臨床哲学）
服部俊子	大阪大学大学院医学系研究科（医の倫理学）
堀江 剛	大阪産業大学非常勤講師（臨床哲学）
中岡成文	大阪大学大学院文学研究科教授（臨床哲学）
西川 勝	大阪大学大学院博士後期課程（臨床哲学）
鷺田清一	大阪大学大学院文学研究科教授（臨床哲学）
紀平知樹	大阪大学大学院文学研究科助手（臨床哲学）

**臨床哲学 第4号**

2002年6月10日 印刷・発行

編集・発行 大阪大学大学院文学研究科 臨床哲学研究室  
(大阪大学文学部 倫理学研究室)

〒560-8532 大阪府豊中市待兼山1-5

TEL/FAX 06-6850-5099

E-mail homma@let.osaka-u.ac.jp

ホームページ URL

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

# 臨床 哲学

CLINICAL PHILOSOPHY

第4号 2002年  
大阪大学大学院  
文学研究科  
臨床哲学研究室

臨  
床  
哲  
學

第四号

(三〇〇三)

大阪大学大学院文学研究科 臨床哲学研究室