患者に焦点を当てるのは生活世界に焦点を当てるということである
ケア学というパスベクティヴ

カーリン・ダールベリ リネウス大学健康とケア学部、健康・ケア・学習のための生活世界センター客員教授
監訳 浜渕辰二 大阪大学大学院文学研究科教授
翻訳 川崎雅史 大阪大学大学院文学研究科修士課程

現代医学はますます、わずかな時代遅れのパーソナークスとともに、高度の専門化と科学技術利用の増進によって特徴づけられている。主要な生命医学の進歩は、今日のヨーロッパとその影響下にあるいくつかの文化、特に米国において達成されてきた。そのなかで同時に、患者はケアの受動的な受け手になってきている。世界の他の国々と同様に、スウェーデンの患者も、その健康とケアのプロセスに十分に参加してはいない。

それに反対する動きとして、いわゆる患者中心のケア（パーソンセンタード・ケア）に大きな期待が寄せられており、「患者自身の選択」が強調されている。患者を参加させるという基本的な考えは結構で、この動きには同時に関問題もある。「患者の選択」という行為者であり方は、個人を自立という近代的な観念に基づいており、これらは実存的な傷つきやすさであることや、患者が他者とともにある世界に巻き込まれていることを無視するものである。病に苦しむ患者は、善と健康をめざした選択をする余裕をもてるほどには自由を経験していないかもしれない。

本稿では、真の意味での患者の参加とパーソンセンタード・ケアを発展させる第三の道を明示するケア学の考え方を支持して論じた。その基礎となるのは、生活世界への理論的なアプローチであり、これは、苦しみながらウェルビーイング（よい状態にあること）を求める患者の世界の中で、その生きられた文脈において、健康と病いとケアを、それらが現われている通りに理解することを助けてくれる。生活世界に導かれたケアという考えは、人々の傷つきやすさや他の実存的な制約、そして私たちの実存的な自由とさまざまな可能性を認めるものである。

生活世界

生活世界という概念はもともと、現象学に触発されたヨーロッパの哲学者たちによって記述された。エトムント・フッカールは現象学運動の創始者として理解されており、この運動から、生活世界がヨーロッパの哲学において重要な考えとなっていった。その流れを取り上げ、同じまたは類似した主題を記述してよく知られる他の哲学者に、モーリス・メルルゾン、マルティン・ハイデガー、ハンス＝ゲオルク・ガダーマーがいる。生活世界の理論は認識論的、方法論的ならびに存在論的な含
意をもっており、また単に、私たちの実存、態度、私たちの世界であると私たちが主張する他のすべての経験を、本質的な仕方で特徴づけるような内在的および超越的な世界として見なすことができると。

ある人の生活世界は、それだけで存在しているわけではない。それは記述されているその人と根本的に混ざり合っていて、分離することができず、その人の感覚によってそれと見分けるのは難しい。しかしそれは、時間（時間性）と空間（空間性）の両方によって特徴づけられる。

生活世界の時間性と空間性

生活世界を基礎とすることで、時間は単に時計が計測し、毎時間、毎分、每秒が等しい長さをもつようなものにはとらまない存在として理解される。生活世界の時間的側面には、過去、現在、未来とつう呼ばれるものが含まれるが、私たちの実存のこれらの側面は、現象学的なバースペクティブにおいては異った仕方で強調される。メルロ＝ポンティ（1995）は、現在というのは過去と未来の間にある膠着の一点を構成するわけではないことを強調する。「いま」というのは、あのときとこれから」の両方を含む状況のことである。つまり、現在は過去と未来へと延びているのである。「私はそれを昨日のことのように覚えている」というスウェーデン語の言い回しは、ずいぶん昔に起こったが、いままなおそのときのようにいきいきとされている何かを記述している。これらは生活世界の「いま」がどのように過去にあったものと伴うのかというその一例である。同様に、どのように未来が即座に現在になり得るのはもしくは理解できる。例えば、医師が診断について述べていることを聞いたときに、患者の家族の未来についての感情思いでいっぱいになっており、たとえ深刻でいて重大な話だとしても、現在話されていることに対して完全に注意を払っているわけではないのである。

このような時間の可動性は日常の経験に属しており、ふだんはうまく働いている。過去の記憶や未来の心配が、人の活力やウェルビーイングの感覚を減退させるのではなく、例えばそれが「いま」の経験を支配し、ひとすると消してしまいさえするとかもしれないほどに強くなくなるときである。例えば、老いた親の病いや不十分なヘルスケア（保健医療）といった困難な経験をしたことのある者は、些細で単純なことと通常見なされる「来週」の健康診断をひどく恐れることができる。病院にいったときに痛い経験をしたことがある子ども、看護師や医師のような外見の人を見ると不安になることがある。これらの人々にうまく接するために、彼らの生活世界を特徴づける動的な時間性を理解しなければならない。

生活世界を基礎とすることによって、空間性の意味をもずっとよく理解することができる。私たちのほとんどは、花が咲き草木が茂る春の公園を、とても素晴らしいものと思っている。しかし、アレルギーのある人々にとっては、公園に咲く花々は悪夢になることがある。スタッフにとってはよく知っており快適な場所である病院の部屋も、患者によって全く異なる仕方で経験されるかもしれない。空間性は、それぞれの人の独特なバースペクティブから、その意味と内容と重要性を得ることになる。

もし時間的な側面や空間的な側面が意味のある文脈に含まれるなら、それは意味や文脈抜きで経験される場合は全く異なる仕方で理解されることがある。例えば、複雑な検査結果についての医師の所見を受け取るまで、配偶者と一緒に家で一週間待つことは、心配の種にはなるだろうが、それでも意味があり、なんらかのかたちで正しいように感じられる。他方、救急病棟の混み合った待ち合室で、足首の痛みについての医師の所見を数時間待っていて、いつ検査が行われるか情報が得られないということは、かなりの無意味な苦しさと結びつけることになる。

440 看護研究 Vol. 45 No. 5 2012年8月
生きられた身体

時間的次元と空間の次元は、多面的な生活世界の全体と同様に、動かない中核、世界が主にそのまわりを動く中心、つまり身体もっている。身体は、ヘルスケア・サービスにおいてよく知られた現象である。医学は生物学的なものとしての身体に関係し、ケアや治療のほとんどは生物学的なシステムに影響を与える。しかしケア学をとっても本質的なことは、身体が単なるそうした生物学的なもの以上のものとして理解されるということである。生活世界に基づきながら現象学的および実存的なパースペクティヴを用いることによって、身体は主体として、経験する何かとして、すなわち「生きられた」身体として理解されることになろう。

生きられた身体は、記憶、経験、思考、感情、知恵に満ちており、意味を担ったり割り出しする。一つの簡単なテストによって、世界にある物的存在者の中で身体が占めている独特の位置が明らかになる。目の前のテーブルの上で、あなたの片方の手の前はベンを置いたところと、そこには２つの対象、つまりベンとあなたの手があることになる。あなたはどちらもお互いに並んでいるのを見ることができるが、目の前にあるこれらの２つのものを決して同じように見なすことはないだろう。あなたは立ち上がって、ベンをテーブルの上に残したまま立ち去ることはできるが、あなたの手についてはそれが決してできない。あなたの右手であなたの左手をつかんでみる、もっと多くのことを発見できる。あなたは同じ身体を内側から外側からも、しかも同時に感じることができる。こうしたこととは他の物体について行なうことは不可能である。

生きられた身体は、近代科学によって分離され分類されてきた生の別の側面を結びつける。すべての実存的側面は、生きられた身体のうなじ繋がりされている。生活世界アプローチでは、感情は思考から区別されず、物理的側面は精神的側面から完全には区別されない。そのような二分法は、日々の生活ではふつう生じない。あなたが悲しいとき、あなたは精神的に悲しいとは言わない。あなたが悲しいとき、あなたは悲しいのであって、それはあなたの感情、思考、経験だ。さらには言葉背中やその他どこでも感じられる何かである。あなたが長い間熱心に働き、十分な休憩をとらなかったとすると、当然あなたは疲労するだろうし、おそらく心配になり不安になったりするかもしれないが、こうしたことは、あなたの脚や頭に、そしてあなたの気分に、そう、ほとんどどこにでも感じられる。「生きられた」身体は物理的であり、心理的であり、実存的であり、精神的である——しかも同時に２つのものである。生活世界のパースペクティヴからすると、心身の医学的な二元論や分離という、近代主義の偽りの夢は、こうして誤りであることがわかる。

身体は、私たちに世界の中での足場を与えている（Merleau-Ponty, 1955）。このことは、すべての身体的な変化は、世界や生のつながりにおける変化を引き起こすということを意味している。そのような変化は、慢性の病いや重度の怪我、あるいは不安や心配や恐怖といった他のタイプの苦しみを抱くときに、とりわけ顕著になる。こうした変化のすべては、身体の傷ついた部分や適切に機能しない器官にだけ影響するのではなく、こうした苦しみのすべてはなんらかの仕方で実存の全体に影響を与える。

こうしたホリスティックなパースペクティヴは、必ずしも人間の医学的な理解の仕方と対立するわけではない、ということをこの文脈で強調しておくことが重要である。人体についての生物学的な知識はもちろん重要であり、生物学的なシステム
とその機能を理解することは、ケアすることとケア学にとって本質的である（Dahlgren & Segesten, 2010）。しかし、生物学を含めて身体が生きられたものとして理解されるならば、生活世界のパースペクティヴは、生物学的なものを超えていくこともできる。このような理解の仕方は、身体は単なる物体ではないということを意味している。身体は同時に生であり、実存である。これが人間を理解する仕方であり、ここではケア学のパースペクティヴと医学のパースペクティヴが互いに補完しあうことになる。

アイデンティティ、自己認識

ある人のアイデンティティと自尊心、つまり自分が誰であり、何者であるのかということの経験は、生きられた身体について上で述べたことを結びついている。身体なしで「私」を知覚するのは難しい。外見が重要であり、おそらく、時には当人のウェル・ビーイングに大きな影響を与えるというべきはよく知られているが、当人の身体はアイデンティティと自尊心にとって外見よりももっと意味をもっている。さまざまな状況や文脈の中であなたがどのように動くのか、あなたの身体がどのように行動し反応するのか、これらはいずれも、あなたがどんな状態にあり、自分を誰だと知覚しているかといったことと互いに影響し合っている。自分の国籍、性、感情についての認識と、さまざまな現象についての独自の考え方、こうしたことはすべて、「生きられた」身体にかかわる実存的な側面のサンプルである。

メルロ＝ポンティ（1968：1995）は、生まれられた身体がアイデンティティや自尊心にとってもっと重要性を私たちが理解するのを助けるような仕方で、「個人的なスタイル」について語っている。彼によれば、それぞれの全人間は、独自のあり方や世界への独自のアプローチの仕方、一般に他者や世界への独自のアプローチの仕方をもっている。自分のスタイルを使って、人々はその実存に自らのしるしをつけ、それを時間的にも空間的にも組織化する。自分の生きられた身体を用いて、それぞれの個体はそののれの世界を独自の仕方でコントロールする。

ある人の生を特徴づける「気分」は、当人のアイデンティティと自尊心にとってきわめて重要である。一種の基礎的な気分というものがあり、それはある人がしばしばどのような状態にあるのかを特徴づけ、そのパーソナリティの枠組みを提供する。より状況的な気分というものあって、それは状況によって変化し得る。ハイデガー（1998：2001）によれば、この基礎的なアプローチや気分は身体にその基礎をもっており、さまざまな意味のパターンが生じてくるのはこの身体からなのである。

他者との共同存在

生活世界は個人の世界以上ものである。生きられた身体を通じて、各人は世界と他者への通路をもっている。ハイデガー（1981）は、私たちが自分の実存を発見するまさえそのとき、私たちはすでにそこに、しかも他者と共にそこにいるのだと主張している。

メルロ＝ポンティ（1995）が対人関係をそう表現するように、他者との関係は個身体性として創造される。生活世界と個身体性の領域にはいくつも意味がある。例えば、私たちは共通の「言語の織物」を織ることができ、これが私たちを同胞の人間と結びつける。人々の間のコミュニケーションにおいて、経験はそれぞれの実存的な地平から生じるが、その媒材が言語であり、しかも、言葉による側面と言葉に由来ない側面の両方をもった言語である。

コミュニケーションの重要性は、精神医学的なケア、特に暴力（虐待）が起こり得るような文脈における私たちの研究で明らかになった（Carlsson, Dahlberg, & Drew, 2000：Carlsson, Dahlberg, & Drew, 2000）
Lützen, & Nyström, 2004; Carlsson, Dahlberg, Dahlberg, & Ekebergh, 2006）。ケアする者は患者のメッセージを受け入れなければならない。例えば、強迫的な患者の意図を読み取ることができなければならない。ケアする者自身のコミュニケーションはとても重要である。さらに、言葉によるコミュニケーションと言葉によるコミュニケーションの両方が重要である。手や目を用いた豊かな表現を用いた身ぶりが、暴力を伴った出会いという結果にとっ
ていかに決定的な重要性をもつのかを、私たち
は研究のうちに見いだした。

コミュニケーションを含めた、患者とケアする
者の関係の基本的な意味は、悪性リンバ腫をも
t患者のケアの文脈におけるもの1つの研究プロ
ジェクトにおいても示された(Källerwald, 2007)。
ケアーヴァルトは、病いと回復の可能性に対する
専門的な洞察を備えてケアする者が担う、重い役
割を果たすことができた。同時にこの研究は、
患者の実存的な問題に直接することを、それが患
者の苦しみを緩和したかもしれないのに、ケアす
る者が選んだことを示した。ケアーヴァルトはサ
ルトルの理論(1998)を利用して、ケアする者の、重
要さに見ようしない視点が、患者を「不信」へ
と強化したのだと主張する。

たとえこれらの研究プロジェクトが特定のケア
の文脈で行われてきたとしても、その発見はそ
からの文脈にかかわらず、すべてのケアに関連が
あると想定することは十分な理由がある。例え
ば、西村と前田(Nishimura & Maeda, 2009)は、
患者とケアする者の関係についての研究で、同
じような発見を報告しており、患者とその経験を
理解することの問題をいきいきと照らし出してい
る。ケアは、人間の他者をつないで活動と同様、
言葉によるコミュニケーションに支配されており、
それゆえに、言葉によらないコミュニケーションを
忘れないことが重要である。ケア学のパースペ
クティブからみれば、ケアの関係は、あらゆるレ
ベルで生活世界と健康を志向した相互作用の強い
絆であり、健康と病いの両側面がそれによって明
らかになるような患者の物語を支える強い絆でな
ければならない(cf. Hamauzu, 2009b)。

日常的な文脈としての生活世界

真空の中に存在している人間はいない。私たち
誰もが、健康と病いから影響を受けたりそれらに
影響を与える仕事や生活の中で生活している。生活世界ア
プローチにおいては、日常的な実存に焦点を合わせ
ることが重要である。

私たちの日常的な実存は、私たちが最もよく
知っているものである。日常生活は生活のさまざまな計画すべてにとっての明かな基礎として存
在する。しばしば使われるひとえを借りるなら、
日常的な実存は、生活世界と同様、どこに水があ
魚にとって自明であるように私たちにとって自明
である。すべてが数段通りであるかぎり、私たち
の実存についてあまり考えることはないのに、何
かふつうでないことが起きるようなとき、特に病い
や死のような強い出来事が起きたときに、日常の
日常性は危機に陥る。突然、おそらく何もかもが、
もはや自明でなくなる。

日常生活は、人がウェル・ビーイングを感じる
ために機能しなければならない。だからこそ、ヘ
ルスサービスのスタッフが緊急のヘルスケアの文
脈を超えて、患者の日常生活がどのようにであるか
をみることができるいうことが重要である。患
者の日常生活を考慮することは、一般的には
大変なことではない。それは、ヘルスサービスの
スタッフからのアプローチにかかわっている。そ
ここで最も重要なのは、患者はその病いより以上の
ものをあるということと、健康とケアについての
問いは、薬とケア施設の壁を超えて広がっている
ということを忘れないことである。

経験の手段としての生活世界

日常の経験は、私たちがしばしば反省するわけ
ではないが、単純にそこにあって期待された通りに機能することを当然と思っているような実存の側面を形成している。例えば私たちは、朝起きたとき、浴室がまだそこににあるかどうかを考えることはない。世界がまだ存在しているかどうかをふうは考えることもない。こうして生活世界は、私たちが毎日その内で生きており、無意識にではあるが絶えず当然のものと考えている基礎的な現実なのである。

しかし、生活世界は、よく知られた日常の世界よりも以上のものである。人々、その生活を彼らの生活世界において理解することとは、私たちが世界を理解するための道ともなる。それゆえ、生活世界は日常世界にとっても、またそれも私たちが1つの世界を生きていることを理解することにとっても、実際に役立つ土台であり出発点なのである。生活世界は生きられた世界であり、経験の世界であり、あらゆる経験と思考と行動において「与えられている」世界である。生活世界を経験の世界として理解することは、一般的な日常の世界と、健康や苦しみやケアによって特徴づけられた日常の世界を、基本的な仕方で理解し説明し記述する助けになるのである。

生活世界を経験の世界として理解しようとするとき、私たちは、「ふつうの」「志向性」と呼ばれている現象学の哲学の中心部にやってくることになる。

第1に、志向性は、私たちがまわりの世界との関係において考え、感じ、行なっているあらゆることと、この世界が私たちに経験される仕方と私たちがまわりの世界にある何かを観察する仕方とのうちに、どのようにしてその出発点をもつことになるのか、ということにかかっている(cf. Schuback, 2006)。第2に、志向性によって、私たちが基本的なレベルでどのようにして世界をいつも何かとして経験しているのか、すなわち、私たちが見たり聞いたり他の仕方で知覚しているすべてのものが、どのようにして常に意味を、つまり私たちにとっての意味をもっているのかが明らかにされる。

通りに沿って歩いていっているとき、私たちは走り回る金属製の大きな物体を見ているのではなく、車を見ている。私たちのまわりにあるすべては、同じように何かとして経験されている。実際に、私たちは意義や意味から逃れることは決してできない(Mereau-Ponty, 1995)。それが何かのかすかにはわからない現象を知覚するときできさえ、その現象は、私たちの経験の中にあって、新しい経験を理解でき、捉えるようにする何かと関係づけられる。何かを「無意味なもの」として経験することさえでき、それに意義を与えることを伴っている。

生活世界を世界の理解のための出発点とすることによって、私たちは、どのようにして人間の世界の中にある対象がそれぞれの個人により、独習の仕方で経験されるのかについて、つまり、他人によって同時に共有されることができ、それゆえある意味では独特でも一般的でもあるものとして理解され得るような経験についての本質的なパースペクティヴを手にすることになる。2人の友人が通りに沿って歩いていところ、彼らはほぼ確実に、通りが走る大きな金属製の物体を車として知覚することができる。同時に彼らは、その現象の異なったニュアンスをも知覚するかもしれない。

1人はおそらく実質的な乗り物として見るかもしれない。他方ではもう1人は環境に影響を与えるものとして見るかもしれない。そして車の見方における差異が、彼らの間に使った過去の議論を始めさせることもあり得る。このように、生活世界と志向性を理解することとは、個人を理解することに貢献するだけでなく、人と人の間および人とまわりの世界の間の相互作用の捉え方をよりよく理解することにも貢献するのである。

志向性がどのように働くのかについての知識は、また、職業としてケアをする者が自分の意思や判断を控え、待つことを助けてくれる。見かけが異なってしまい異なる行動をしたりする他者に対して、私たちがふだんどのように早く組織化していけるか、私たちは知っている。スウェーデンでは、黒い肌の男性や頭にスカーフを巻いた女性は、自
病いと苦しみが
生活世界を特徴づけるとき

生活世界。生き生きた身体。当人自身の個体的なスタイル。実存的な気分。これらを通して、人は自分の生活の中でわが家への一種の帰属を感じることができる。もし人がウェル・ピークの感覚をも、人生の大小の計画をやり遂げることができるような仕方で、すべてが適度によい状態にあるなら、その人の生活は喜びの感情で特徴づけられる。しかし、病いと苦しみは、その生活の中に不快ないしは「ぎょっとする」感情、居場所のなさの経験を持ち込む力をもっている(cf. Heidegger, 1981, p.241)。実存と生活の文脈の把握が鈍り、実存全体が不確かで寄生に感じられ、生きているにもかかわらず、生が失われる。

上述の「居場所のなさ」は、認知症を抱えた人の生活についての私たちは研究の1つにおいて明らかになった(Svanström & Dahlberg, 2004)。その調査は、認知症をもつ人とその近い身内の両方が、何年にもわたって彼らの日常生活であった世界の中で、どのように見知らぬ人となっていったかを示した。認知症をもつ人が独自で自分の世界に対処できなくなるとき、彼らの間で相互依存が進んでゆく。近い身内であった女性の1人は、認知症の夫が、どのように彼女に家を去るよう頼んだかを語った。大夫人にとってからの生涯を、結婚してずっと一緒に生きてきたにもかかわらず、彼女は彼にとって見知らぬ者になってしまったわけである。また、認知症になった別の男性は、家族と一绪に引っ越した後、ずっと住んで来たのと同じ町にまだ住んでいるにもかかわらず、自分の家をそれに認めない。「わが家」をもう一度自分の故郷の町へと移した彼は言う。「彼が、「これは最後の旅でなければならない……いま旅に出るなんて、これまでもできたことで一番はばけたことだ」と言うとき、居場所のなさという感情は顕著である。

ケア学における生活世界のパースペクティヴの中心的なテーマは、私たちの実存の、これまで言及してきた諸側面がどのようにして病いによって影響され、当人が人生の軌道に再び乗るのをどのように助けるかを認識することである。ケアする者それぞれにとっての出発点になるのは、生活世界および生き生きた身体としての患者に接して、病いが個人にとって、その人の生活の文脈の中でどのようなものであるかを尋ねることである。現象学的アプローチは、たとえ間違っていたと彼女が落ちたり、あるいは非現実的であるようにさえみえるとしても、患者の声に耳を傾けなければならないという結果にとって特徴づけられる。そして、ケアする者は誰でも聞きかれていて、理論の説明的パターンに感化されずに個人をみるのでなければならない。このアプローチは、ケアする者が患者、例えば認知症患者の生活について自分があらかじめもっている考えを直すことができるように要求する。ケア学に基づくケアはこうして、もしかケアする者が自己、自分自身の身体がどう経験され
生活世界によってケアを導くこと

例えばヨーロッパや米国では、現代の人々の生活状況はしばしば不健康であり、生活の日常的なストレスについては、ヘルスケアにおいても日常生活において会話の共通の話題である。人々は睡眠に問題を抱え、十分に食事を摂取しておらず、同時に、ほとんど運動していないか、間違った運動をしている。日本でもおそらく同じ問題はあるだろうし、対処すべき他の異なる問題や、健康への他の脅威があるかもしれない。

現代の奇妙な生活スタイルが病いや苦しみをもたらしたとき、自然な反応は、自分の生活スタイルをより健康なものに変えることだろう。しかし現代では、あまりにも多くの人が、自分を落ち着かせることができる薬、抗うつ作用があったり睡眠薬へ誘導したり、別の仕方で症状を緩和したりする薬の処方をあたって受け取ることを好んでいる。人類はヘルスケアを、大きく複雑な問題に対するシンプルな解決策を見なるようになったのである。小さな錠剤がすべての問題を解決してくれるという信仰は強大で、広く行き渡っている。残念なことに、現代医学はこのやり方を支持している。

生活世界の理論に支えられたケア学は、こうした現象医学の姿勢に対する1つの強力な補完を提供することができ、健康、苦しみ、ウェルビーイング、病い、そしてケアについての知識との関係において実際に変化を起こすことができる。生活世界に導かれたケアという思想は、それぞれの個人がその人の生活においてみられ、尊厳されるようなアプローチを意味する。生活世界をケアの基礎とすることによって、患者は実際に自らケアに参加するようになる。こうしたバースペクティブにおいてこそ、たとえ病気であることが事実としても、人々が人生の大小の計画をなし遂げる、ウェルビーイングを感じるのを助けるのに必要な知識を得ることができる。ケア学と生活世界に導かれたケアの思想は、短期的にも長期的にも、変化を起こすことができるのである。

北欧諸国におけるケア学

二元論、原子論、還元主義、カテゴリー化といった現代医学的一般的な特徴に対する異議が、米国における初期の看護学運動の出発点だった。P.ベナー、M.レイニンガー、J.ワトソンといった学者たちの理論は、スウェーデンや他の北欧諸国に即座に輸入された。とりわけ、看護学のプログラムにかかわる主導的な教員たちは、これらの新しい考えを、医学の大きな影響に対抗するオルタナティブと見なし、特に看護師たちがケアにおいてより大きな力をもつ方法を見つけるための強力な手段と見なかった。スウェーデンが1980年頃に、人間学により触発された3年間の大学教育に異同してすべての看護学のプログラムを変更したとき、米国からの影響ははかり知れないほど重要だった。

今日まで続く運動の1つはフィンランドから生じ、そこでは、ケティ・エリクソンというスウェーデン語圏の学者が、人間学のバースペクティブに基づいた理論を展開した32。彼女は、彼女が、誰よりもまずスウェーデン語圏の学者たちによってす

訳5：エリクソンによる人間学の理解は、英米間のものよりもドイツのもとの精神科学（Geisteswissenschaften）により近いものである。
ぐに吸収されたが、より広いスカンジナヴィア語の学者たちによっても吸収された。皮肉なことに、エリクソンは自分の理論を、国際的にもより普及している用語である「看護学」に代えてはっきりと「ケア学」と呼んだという事実があるものの、エリクソンの理論を取り組んだのは看護学者たちだった。彼女が休養者においてそれとなく想定されていたのは、すべての看護理論はあまりにも「看護」に、すなわち職業的な活動に焦点を絞りすぎており、結果としていたあまりにも狭いに方向づけられすぎているということだった。彼女はケア学が、患者と同様に健康ということにも方向づけられるということを望んでいたのである。

ところが、はじめは目立たなかったが後の出版物になってはっきりしてきたエリクソンの理論のもう1つの本質は、彼女がキリスト教を基礎を置いていることだった。他の北欧諸国と同様に、スウェーデンは1900年代初頭から世俗化しており、世界のどの国よりも無神論的な傾向が行き渡っている。一般に、スピリチュアリティは、例えばキリスト教のような有神論的な宗教と深くつながっているものと理解されており、その結果、たとえエリクソンが、ケアにおけるスピリチュアリティの重要性について最初に書いたものの中に必ずしもキリスト教を含んでいたわけではないにもかかわらず、そのように解放され、その点は無視された。後になって彼女は、聖性のようなキリスト教の概念を自分の理論に導入し、苦しみ、信仰、尊厳といった概念は、もっと明瞭にキリスト教と関連づけられるようになった。

北欧諸国では、無神論的な傾向をもつ学者たちと、「職業的な看護の課題」をはっきりと支えるする理諭を求めた学者たちの両方が、エリクソンの理論を避けるようになった。どちらにとっては、はっきりと看護に方向づけられており、ワトソンの理論を除いて宗教の影響が薄い国の理論と関連づけるほうがよかったわけである。

有神論的ではない理論の誕生

以上が、「健康とケア」という生活世界に方向づけられたケア学の理論が生まれたときの状況であった（Dahlberg & Segesten, 2013）。

2009年以降、より集中して執筆する時間をもつために、私は常勤の教授職を離れた。「健康とケア」についての15以上の博士論文のプロジェクトに参加した後、私はすべての発見を総合したものを明確にし、出版する必要があると考えた。この理論を発展させるために重要だったのは、私が哲学に親しんでいたことだった。1980年代の半ばに、私が博士課程の学生になったときから、私は、ケア学の研究のための認識論と方法論をより明確にするために、大陸哲学一般、とりわけ現象学に取り組んだ（cf. Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2008）。経験的な研究のアプローチの一のこうした学問的な調査すべてを通じて、私は、大陸哲学とりわけ現象学が存在論に大きく寄与し、逆にその存在論が今度は、健康とケアの徹底した理解に貢献することができるということを認めずにはいられなかった。

ここに私は、ケア学が看護に限定されることなく、ヘルスケアのすべての専門職を包括することを支え、かつキリスト教やその他の有神論に限定されることなく、あらゆる実存的な意味を重視するような理論を構築する機会を見いだした。つまり、「健康とケア」の理論は経験的研究所において開設されたが、経験的に発見された意味は、メルロ＝ボンティ、ハイデガー、ガダーマー、サルトルによって記述されたような現象学的哲学によって光を当てられ、明確にされるのである。

この新しい理論に対する最も重大な影響は2つある。第1に、科学の世界はいまだ英語圏中心であるが、それでもそれは言語の上だけのことではない。「米国流」がいままだどこか支配的である。しかし、言語的な状況が影響の主な要因である。

たとえ世界中の学者たちが米国流ではない洞察の
必要性に気づいているとしても、言語の壁がそこにはある。世界中でスウェーデン語を読める人はそう多くはない！——例をあげれば、私の指導する博士課程の学生のうち10人がスウェーデン語で博士論文を書いたが、その後その中から論文を出版したのはほんの数人だった。おそらく日本でも、状況は似たようなものではないだろうかと推察する。

第2に、ヨーロッパはいまだに第二次世界大戦の影響を被っている。大戦以前は、例えばスウェーデンとドイツの間には強い絆があり、外国語を知るスウェーデン人は英語よりもドイツ語を話しもしたものの、ところが大戦後、ドイツ的なものはすべて禁止された。ドイツの哲学とともにほとんどの大陸哲学が追放され、英米の哲学と論に席を譲った。

また、「ドイツ的なもの」それは体が放棄されたというだけではない。ヨーロッパは遠くとも1600年代以前、近代主義に支配されてきた。それはデカルトとともに始まり、経験主義者と合理主義者によって継続され、科学と哲学の領域を分割した。強力な近代主義の動きはアジアにも伝わりはじめたものの、ヨーロッパや北米ほどには支配的にはならなかったが、アジアの人々には、十分に教訓を与えた。合理的なものを二元論的でないものとして見よとする研究者たちでさえ、カテゴリー化され、最後にはレッテルで貼られるようなさまざまな二分法をつくろうという欲求によって特徴づけられる存在論に自分たちが織られていることに、いつも気をつけているわけではない。現象学は、こうした世界観をはっきりと問題視するのだが、その結果あまりに問題含むものとなり、その他の点では洞察力のある研究者たちによって受け入れられることができないことになる。

にもかかわらず、生活世界に方向づけられたケア学の運動は、北欧諸国では明るかに強力である。リネウス大学とボーンマス大学の研究者たちによる共同出版がそのよい例である(cf. To- dres, Galvin, & Dahlberg, 2007; Dahlberg, Tod- dres, & Galvin, 2009)。しかしながら、「健康とケア」のようなスウェーデン語の理論は、これまでスウェーデン語でしか十分に出版されておらず、生活世界に焦点を当てることと「健康とケア」のプロセスに患者が参加することを促進するようなヘルスケアの変化を導くためには、まだまだ長い道のりが残されている。

文献


患者に焦点を当てることは生活世界に焦点を当てることである
ケア学というパースペクティブ

カーリン・ダールベリ

監訳 浜渉辰二
翻訳 川崎唯史