



Title	共感のうらがわ : ある討論をもとに
Author(s)	中岡, 成文
Citation	臨床哲学. 2000, 2, p. 90-97
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/10179
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

共感のうらがわ ——ある討論をもとに

中岡成文

鷺田清一さんが「はじめに」で述べているように、昨年（1999年）12月4日、関西学研都市にある国際高等研究所で、鷺田さんの著書『「聴く」ことの力——臨床哲学試論』についての合評会が開かれた。合評会での議論は臨床哲学にとってとても大切な論点を含んでいた。田村公江さんの報告はこの号に収録されている発表原稿を読み上げる形で行われたので、そちらを参照していただきたい。以下では、田村さんと野家啓一さんの報告に対する私の感想を中心に、討論から学んだことをご紹介します。

俯瞰しないために——当事者の視点とマクロな次元

田村さんが用意された『「聴く」ことの力』に対する質問の内容は、いずれも核心に迫っていて、矢面に立った鷺田さん自身ももちろんだろうが、私も臨床哲学を共に作り上げる立場から、いろいろ考えさせられた。以下、田村さんの意見を基本的には同志的なものと理解した上で、応答ないし反問したい。また、鷺田さんの見解や臨床哲学自体に関説するときは、あくまで私個人の判断でなされているので、鷺田さんが同意するかどうかは別問題である。

さて、田村さんの主要な問いの一つは、臨床哲学はナースの「燃え尽き」にまなざしを向けると鷺田さんはいうが、「燃え尽きが医師ではなくてナースに起こることを、臨床哲学はなぜ問題にしないのか」というものである。医療における性差、ジェンダー・バイアスの問題である。この質問に対して、ここで私なりに応答・反問しようとするなら、その骨子は次の3点にまとめられよう。1. たしかにジェンダー・バイアスを看護の場においても認識していくことは、重要な臨床哲学の課題であろう。2. しかし、それはフェミニズムの観点を看護にも適用するという形で行われるのではなく、看護のまなざしの中から浮かび上がってくるのが望ましい。3. 田村さんは「疑い深い女」として語っているが、きつい言い方をさせてもらえば、ジェンダーの視点からの型どおりの批判によって、看護現場の特殊性をよけて通り、そこで働く女性たち

のなまの声を聞き漏らしてはいないか。

大阪大学の臨床哲学プロジェクトは、これまで、教育とならんで看護の領域に接近しようとしてきた。1998年度後半の臨床哲学の授業では「あえて看護ケアのテーマに特化してみよう」と、私が提案した経緯もある。私に理解できる範囲でいえば、看護のスピリットというのは、目の前のこの患者さんをどうサポートできるかということに集中する。看護を取り巻く社会的環境だとか、財政的制約だとか、それこそジェンダー・バイアスの問題だとかは、もちろどこかでナースたちの考慮に入ってくるのだろうが、看護ケアの本体には属さないという受け止め方が多いのではないだろうか。

アメリカの有力な看護学研究者P・ベナーによれば(Patricia Benner(ed.), *Interpretive Phenomenology. Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*, Sage Publications, California, 1994, p. xix.)、ヘルス・ケアは、「システム」(官僚的統制、経済計画、見積など)と看護実践(プラクティス)とから成り立つ。患者さんを治したくて、あるいは病気や合併症を予防したくてケアし、気配りすること(attentiveness)は容易にカウント(計算・打算)の対象にならないので、治療技術が焦点となるときは傍流におかれる。しかし、それでもナースは——ベナーの著書(共著)の標題にもなった言葉を使えば——システムに対する「ケアリングの優先性」(primacy of caring)を貫かねばならないということなのだろう。

具体的には、次のようなケースを考えてみるのがよい。たいへん粗暴な入院患者がいて、看護婦にものを投げつけておびえさせ、主治医や同室の患者にまで乱暴な言動を示す。そこで看護婦たちはいろいろ知恵をしぼるわけだが、どれほど「ひどい」、「いやだ」と思っても、その患者をあくまでケアの対象として見る姿勢は貫かれる。その患者がなぜ乱暴なふるまいを続けるのか、どうすればかれを変えられるのか、いっしょうけんめい考える。傍らから見てみると、かれは看護婦や同室の患者の権利を侵害しており、それ以上の入院を拒否されても仕方がないと思える。しかし、ケアの対象としては見限るというこの態度変更が、(少なくとも日本の)ナースにはとてもしにくいようで、問題を婦長や病院管理者(つまり 男性 的な立場の人たち)に告げて任せるのが最大限のところらしい。

以上、ベナーの言葉を引き合いに出し、事例を1つ紹介した。これは 看護とフェミニズム を語る十分な土台とはとてもいえないが、最低限これくらいは看護現場の感覚を顧みる必要があると思う。ここで臨床哲学の立場からいえる、あるいはいわねばならぬ基本的なことが2つある。

1つは、臨床哲学は看護の理念や事例をつまみ食いの利用し、「搾取」しないよう

自戒しなくてはならないということ。しかし、これは臨床哲学を主体的に追求する中でこそ意味をもつ自戒であり、紙幅の関係もあって、ここでは指摘するにとどめる。

2つめは、看護の「気配り」の精神を超えた領域（ベナーの言葉でいえば「システム」）がやはり現実には看護を取り巻いており、それを看護の「外部」として冷眼視するだけでは不十分だろうということ。看護実践とシステムとの（批判を含む）連係は不可欠であって、誰かがケアしなければならないが、そのケアはまさに細部を大切にする「気配り」の一種であるはずだ。それに、システムもただのマシーンではなく、人間によって動くのであり、マニュアル通りではない臨機応変さ・気配りの精神は絶対に必要だと思うのだが、それは看護ケアの心とまったく異質なものでしょうか。さらにいえば、目の前にいる「この人」を大切にするという心構えからはさしあたり離れたマクロな政策目標（たとえばアフーマティヴ・アクション）が提起されたとして、それが現在の当事者たちのミクロな「実感」とは別に採用されなければならないケースもありうるだろう。私の見当違いでなければ、このマクロな意味で、ジェンダー・バイアスを曝露し、えぐり出していくことは重要であり、臨床哲学はフェミニズムからの問題提起を十分に顧みなければなるまい。ただ、その場合も、当事者（じっさいにケアする人）の立場とその「限界」に対して俯瞰的にふるまうべきではないだろう。少なくとも、それでは当事者の理解を得ることは困難である。なぜなら、当事者は自分の目の前の「この人」の「この状態」にコミットし、また（拘束という意味で）コミットされているのであり、観点を転換するのは容易ではないからである。看護婦の権利を認識し、実現していくことは客観的にいって絶対に必要なことだが、俯瞰的な権利観だけでそれを押し進めていこうとすると、へたをすると「カウント」する見方、つまり数や声の大きさに頼る態度に陥ってしまうのではないだろうか。

合評会では、立岩真也さんが、鷲田さんの「存在の肯定」は存在論としてはよいが、社会にあるすべてを肯定してはならないはずだと批評していた。その存在を受け入れられない、そういう対象だってあるだろうというのである。そのようなマイナスの存在に対してはむしろ遮断するのが適当であって、傾聴が効果的であるような場合とはっきり仕分けねばならない。類似の指摘は川本隆史さんからも出た。鷲田さんの著書では、「社会」を2つの意味で用いている。圧倒的に多いのは、社会的に開かれてあることはいいことだという楽観的な社会像に基づいた用法であり、例外的にのみ（たとえばテキスト108ページ）偶然性の中で生成する社会性について語っている。全般的に楽観性が過ぎるので、たとえばアレントのように、「社会的なもの」と「政治的なもの」とをはっきり区別すべきではないか。

この立岩、川本両氏の指摘には十分耳を傾けたい。お人好しに傾聴とか、ケアの本質論とかいっていたら、臨床哲学は真に社会の現場（当然に政治性を含む）に立ち交じれないのではないかという懸念には、それなりに根拠があると思う。先に、乱暴な患者にどう看護が対応するべきかを論じたが、臨床哲学自体も社会のコンフリクト、政治性、暴力性といった次元に態度を表明していくことを迫られるだろう。ただ、ひが目かもしれないが、医療にかかわる倫理学や社会学は大状況に関する歴史的研究や（広い意味での）政治的判断にもとづき（そのこと自体は悪くないどころか不可欠なのだが）そこからあまりにもグローバルで俯瞰的な態度をとることが多いように思われる。臨床哲学はそここのところを見直してみたいのだと、とりあえずは申し述べておきたい。

苦しみの共時性とことば

田村さんの別の大きな問いは、共時性（苦しみの場所に共に居合わせること）に対する鷺田さんの考えに向けられている。鷺田さんは、「わたしたちが聴くときには、他人の声をとおして他人に触れる」とか「いわば意味の外で声に触れる」（いずれもテキスト200ページ）というが、そのテクスチュアへのこだわりは「言語以前の存在享受体験」（田村）と受け取れる。ソシユール以来、生命実感派と生命喪失派（ラカンを含む）との対立があるが、鷺田さんは生命実感派に属するように見受けられる。しかし、それは「錯認」ではないかと、田村さんは疑問を呈する。「言語以前の存在享受体験を、言語の住人となっている私たちは、再体験できるのだろうか」（田村）。自己同一性や話す主体の成立をめぐる時間の問題がここにはあるのではないか。自己が他者の他者として自分の存在を感じることは「遡及的構成作業」である。それを私たちは事後的に「はじめからあったもの」として錯認し、そのおかげで対人的に「間がとれる」のである。

主体成立の時間性に関するこの議論はたいへんな理論的奥行きをもっていて、ここでは扱いきれない。ただ、臨床哲学的局面に限っていえば、「錯認」こそ私たちの生活のリアリティだといっても、居直りにはならないと思う。人間的自己が直接的・自然的存在ではなく、対他関係から遡及的に構成されたものだというのは、理論的には正しいであろう。ラカンに多大な影響を与えたヘーゲルがすでにそう考えているし、現代哲学では解釈学もその線に沿って議論している。しかし、実生活の中で、この遡及作業をつねに意識しつつ生き、かつ他人ともつき合えと要求するのは、明らかに無理で、

異常である。特別な問題がない場合、人間的自己（自分や他人）を はじめからあったもの のようにかりに前提することは許されるであろうし、困難な場合でも、いやその場合にこそ、自己そのものという「錯認」は（カント風にいうならば）統整的理念として有効ないし必要であると思う。

たとえば、次のような看護者の実感に沿うよう努めてみよう。仁平雅子さんの論文「援助関係におけるアドボカシーの意味とその限界」（大阪大学大学院文学研究科1999年度修士論文）には、アイルランドのホスピスで働いていたときの経験が引き合いに出されている。エイズを発症し、昏睡状態に陥ったショーン。交代で病室に詰めていた3人の友人たちの声ももはや届かないように見える。そこで友人たちはアロマセラピストから聞いた香りの力にすがった。レモングラスの香りは昏睡状態でも分かるのだという。この試みを見守った仁平さんは、看護婦として、「ショーンが時々思い出したようにする息の浅さ」から、「満ちた香りは彼のところまで届いてはいかないこと」を思い知らずにはいなかった。それでもショーンに関わりたいと強く思う友人たちのケアが、「虫の息で横たわっているショーンの輪郭を全面的に支えていた」。人格としてのショーンの輪郭——それは今となっては友人という他者によって「構成」されているのか。哲学的にはそういわねばなるまい。「ほんとう」のショーンとは何なのか。立ち止まって哲学的に問うことはそれなりの価値がある。しかし、ケアする主体にとって、認識論的不可知論に遊ぶことも、実存主義や構成主義の概念で装うことも、限りなく迂遠な営みに見えるに違いない。

共時性の「錯認」の問題はさておき、苦しむ人の助けになれるとしたら、それは鷲田さんがいうような「存在の世話」「存在の無条件の肯定」よりは、やはりことばの機能によるのではないかと田村さんは問いを続ける。それとも、「存在の世話」とことばというこの両者は、循環しあっているのであろうかとも、田村さんは自問している。私はこの後の捉え方に賛成したい。たんにことばを使わないだけでなく、ことば以前とやはりいいたい気配り（*attentiveness*）が人間関係を支えているし、それは看護の場合により特徴的な形で表れてくる。看護ケアとは、それまで生きてき、これからも生きるであろう患者と、それまで看護してき、これからも看護するであろうナースとの、ある時点での接触であり、交渉である。ある時点でのケアは、ナースのそれ以前の看護経験（それに基づく反省）とそれ以後の看護展望にはさまれて成立している。看護とは、このようなプロセスにおいて実行されるものであるし、そのプロセス性において評価されるべきものではないだろうか。通常の看護では、ことばで働きかけ、ことばで患者の反応を確かめつつケアを進めていく。しかし、先のショーンの事例で見

たように、ことばの届かないところでは、自分の経験と感性をもとに、気配りをとぎすましてケアを（この場合はレモングラスの香りを）差し伸べていくほかはない。もちろん、このことばなき極限的ケアは孤立してはならないだろう。看護者のそれまでと、それからの一連の看護活動の中で、当該のケアの意味と有効性は繰り返し証しされるべきものだろう。

偶発性のマネジメント

川本さんからは、先に触れた「社会性」に関する指摘と並んで、臨床哲学の教育はどうなっているのか、鷺田・中岡の一代限りの名人芸で終わらせたり、秘教的伝授に頼ったりではまずいのではないか、という質問が出た。これに対して私は、偶発性のマネジメントが必要だと強調したつもりだが、自分の発言のメモが残っていないので、詳しく再現できない。ともかく、臨床哲学で「実習」というものが可能かどうかについて小さからぬ意見の対立が生じたことを報告し、それに関連して、鷺田さんは現象学の出身なので、どちらかといえば経験の直接性を強調するが、私（中岡）はヘーゲル哲学出身なので媒介性をもとに考えるのだと述べたように記憶する。

けれども、今から思うと、鷺田さんの見解について私に未消化の部分があったようである。鷺田さんからすると、言語的媒介自体が連続性なのであろう。かれの「コ・プレゼンス」（共現前）は連続性や、まして粘着性ではなく、かえって切れというか、（奇跡的な）遇うことを前提としている。2人のコンテクストが違ったままでいいから、誰かに語りかけ、ズレを起こし合う。患者とナースとが、たとえ共通の考えで結びついていなくても、ただ共にいる。それだけでOKなのだ。合評会で鷺田さんはそう発言していた。この切れている一面と、他方における「存在の全面的肯定」というメッセージは、とりあえずは合致させにくい二面性を形づくるように、私には思われる。存在の肯定が母親にケアされた原初的経験に結びつけられていることに、母親として子育てしてきた臨床哲学のメンバーから反発の声があがったことがあるのも事実である。田村さん流に言えば、鷺田さんがこだわる原初的経験は時間的処理を受けている、つまり遡及的に再構成されているのだし、しかもジェンダー・バイアスがかかった形でそれが起こっている。そのような反論が可能であるにもかかわらず、また「存在の全面的肯定」という表現は私は使いたくないけれども、誰かにケアされたという何らかの基本経験（？）なしでひとは世界に立ち向かうエネルギーをもちえないのは確かであろう（たとえば『心的外傷と回復』におけるJ・ハーマン

もいうように)。そこに、いわゆる共感がなく、勘違いがあるだけでもいいのだ。池田清彦さんが討論の中で述べていたが、かれの学生のひとりが「先生に話を聴いてもらったおかげで、立ち直れた」と感謝した。しかし、池田さんとしては、別に共感してやっていない。ただ、「うるせえなあ」という気持ちで話を聴き、適当に思いついたことを言っただけだ。それでいい、と池田さんはいう。

たしかに結果的には、それでよかったのだろう。だが、いつでも「ズレ」を起こし合えばそれがケアになるとは、とてもいえまい。ズレとか、偶発性とかを尊重し、その果てにマニュアルや計算によらずに発現するケアを展望する——ケアの本質論としてはここまで行きたくなるのは当然であるが、対人援助のプロとしては、僥倖に頼ってケア(あるいは自分でケアだと信じることを)を押し進めるわけにはいかないだろう。スキルとか技法と呼ばれるものを身につけたり、あるいは自分の経験から適当と思われる措置をとったり、その経験を言語化して他の援助者に伝えたりすることが役に立つだろう。それはまた(看護などの)教育の方法論につながっていく問題でもある。偶発性のマネジメントという表現で私が指摘したかったのは、こういった事柄である。

物語(ナラティブ)にのせて

いつもながらの軽妙なジョークを交えた野家さんの多岐にわたる質問について、残念ながらじっくり論及する余裕がない。中で、物語(ナラティブ)のもつ「癒し」機能に触れた質問は、野家さんの前々からの関心とも響き合って、興味深かった。鷲田さんのテキストでは、「物語 として まとめる ことで、こどもがじぶんでは理解も処理も制御もできずにいる感情にあるかたどりをあたえられ、それで 嵐 がおさまる」(121ページ)と述べられている箇所に対応する。最近では物語倫理(ナラティブ・エシックス)という造語が出現しているし、臨床哲学の授業における看護実習についての発表(寺山範子さん、1999年12月3日)の中でも、「患者さんのストーリーに入っていく」ことがナースの、ひいては看護実習学生の要件とされていた。ただ、私が懸念するのは、物語にはネガティブな機能もあるのではないかと、悪しき ストーリーだってあるのではないかとということである。寺山さんの発表に出てきた事例でいえば、看護婦が患者のストーリーに入ろうとしない(患者が訴えていることにまともに耳を傾けない)ことに、ある看護実習生は最初は憤っていたが、後には経験不足から来る自分の「勘違い」を認めたのである。結局は、患者さんのストーリーに入る(合わせる)ことと同時に、それをマネジする(つまりそのストーリーには引きずられな

い)という二面作戦が必要なのではないかと、私には思われた。そして、この二面的態度はあらゆる物語に接するさいに妥当なのではないだろうか。

最後になるが、清水哲郎さんは、鷺田さんが「これまでの哲学者は語りすぎた」といいつつ、やはり存分に語っていることに皮肉っぽい注意を向けていた。鷺田さんの著書は、「聴く」ことを標榜しつつ、おしゃべりをしているのではないかというのだ。

臨床哲学は聴くことに徹します と宣言してしまえば、この批判を逃れるすべはない。鷺田さんがどう答えたかは忘れたが、私としては理論化・言語化の努力はむしろ一貫してやるべきであると信じている。鷺田さんが「聴く」ことを打ち出したのは正しいが、聴くこと自体が1つの能動性であることを付け加えてもよかったと私は考えている。少なくとも、そのつどの活動レベルを区別しつつ、臨床哲学として聴くべき時は聴き、語るべき時は大いに語るということかもしれない。