OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	緩和ケア : 医学と精神分析の出会い —M・ルノー『緩和ケア — 精神分析になにができるか』研究ノート —
Author(s)	池田, 清
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2006, 5(1-2), p. 45-61
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/5303
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

緩和ケア：医学と精神分析の出会い

── M・ルノー『緩和ケア ── 精神分析になにができるか』研究ノート ──

池田　清
（大阪外国語大学非常勤講師、哲学）

はじめに：「精神分析になにができるか」

この研究ノートは、Michel Renault, Soins palliatifs: Questions pour la psychanalyse, Angoisse, culpabilité, souffrances, régressions, 2002, L'Harmattan（ミシェル・ルノー『緩和ケア ──精神分析になにができるか』加藤誠訳、岩波書店、2004 年）を手がかりにして、緩和ケアにおける精神分析の役割に関して考察することである。ここでは、緩和ケアに関する考え方において、医療行為と精神分析が、方法上あるいは方法論上、どのように異なっているかを総論的にテーマにしている。個別的な問題、例えば患者＝主体が常に抱く死の不安、患者にも家族にも「後悔」の念を生じさせる無意識的罪責感、患者の「幼児返り」に見られる「退行」の問題、不死の欲望に貫かれた患者とそれに応じて「良い」医者であろうとする患者と医者の転移‐逆転移の関係、欲望の主体あるいは死を「受容」すると想定される主体の問題など、こうした各論は、必要な範囲で言及されるものの、別稿で詳述する予定である。ルノーの著作の原題は、そのまま訳せば『緩和ケア：精神分析におけるいくつかの問い ── 不安、罪責感、苦しみ、退行』であり、邦訳にある「精神分析になにができるか」という副題は、そこにはない。この副題には、いささか違和感を感じる。というのも、それは皮肉にも、日本の緩和ケアの実態を反映しているように思われるからである。すなわち日本では緩和ケアの中心は、cure から care へと声高に唱える精神科医柏木哲夫の旧来からの主張 [1] にもかかわらず、相変わらず患者の身体的苦痛の除去を中心としており、患者の心理的苦痛つまり原題にある不安、罪責感、苦しみなどの除去あるいはそれらへの対処は、周辺的なものとみなされている。それ故に、そうした周辺的な心理的苦痛に対処する精神分析は、緩和ケアにおいて中心的役割を演じる専門医に取って代わることはできないものの、まさしく周辺部において「なにができるか」、というわけだ。精神分析に対して、ことさら「なにができるか」と問う邦訳の副題は、こうした日本の緩和ケアにおける疾患別専門医＝中心的役割と精神科医＝周辺的役割という図式を背景にしつつ、緩和ケアにおいて精神分析が占める役割の可能性を問うわけである。

しかし、緩和ケアと精神分析の歴史的なかかわりは深い。シシリー・ソンダース（Cicely Saunders）やエリザベート・キューブラー・ロス（Elisabeth Kübler-Ross）を初めとして ── 彼らの著作は、精神分析の用語や、患者の幼児期へ遡行する分析方法で満ちている ──、少なくともホスピスあるいは終末期医療における緩和ケアにおいて、専門医と共に、あるいは、こう言うことができれば、それ以上にその中心的役割を果たしてきたのは、精神分析医を含めた精神科医や臨床心理士やカウンセラーあるいは看護師である。緩和ケアは、キューブラー・ロスの用語では、「扉を開けるインタビュー」（119/184）[2] から始まる。

彼らは、患者と対面しつつ、患者から話を聞き出し、それに応答しつつ、さらに新たな話を引き出すことによって患者の抱く身体的あるいは心理的苦痛を和らげるという「直接的で明快な対話」（34/41）方法をとる。

精神分析も、患者がカウチに横たわり、分析医は患者の視野に入らない背後に位置するという違いはあるものの、患者は、どんなつまらないことであっても、どんな判断も交えず頭に浮かんだことを話すという自由連想法から始まる。この際、被分析者と分析者の関係を構成するのは、言葉である。分析医は、被分析者が紡ぎ出す言葉に耳を傾け、彼に言葉を投げ返すという言葉のやりとりよって治療を開始し、治療を終了する。精神分析は、少なくともその実践面においては、広い意味での談話療法（talking cure）以外の何ものでもない。換言すれば緩和ケアも精神分析も共に、言葉のもつ治療効果 ── 身体的あるいは心理的苦痛を和らげるあるいは解消する効果 ── に信頼を寄せるわけである。

ただ、蛇足の謗り覚悟で、ここで確認しておきたいのは、そもそも緩和ケアが言葉を中心とする自らの固有の方法を学んだのは、精神分析からであったということである。例えばキューブラー・ロスは、患者あるいは家族に対しては、彼らの身体的あるいは心理的苦痛を和らげるために、彼らの幼年期に遡り、そこでの家族関係を分析し（133/263 など）、また医療スタッフに対しても、彼らが患者や家族から受ける非難、さらには患者の死によってもたらされる死の不安や自ら自身の挫折感、さらにはこうしたことがもたらす心的葛藤など、これらに対処するために、特にこれらが稼動させる医療スタッフ自身の自己防衛の心的機制を克服するために、ミーティングを介する自己分析を勧めている（247/402 以下、特に 257/417）。もちろん、緩和ケアの方法が精神分析の方法に還元できると言っているのではない。緩和ケアには、治療（cure）という医療行為や、また患者との対話を可能にするためにとりわけ身体的苦痛を除去する医療行為が含まれる。しかし、邦訳の副題が暗に示している通り、緩和ケアにおける精神分析の役割が等閑に付されているように思われ、蛇足覚悟で確認した次第である。

精神分析医ルノーの主張のひとつも、緩和ケアにおける患者と医療従事者との間での言葉のやりとりの重要性の確認にある。心理的苦痛は言うまでもなく、身体的苦痛でさえも、それが、例えば「どこが痛いのか」、「どういう痛みなのか」などが言葉として患者によって表明されない限り、対処の道を拓くことはできない。次の言葉に精神分析医としてのルノーの基本的態度が明確に表明されている。「それゆえに、名づけ得ない苦痛は、心的なものあるいは有機的なものとして表出されようとも、言葉の上での苦痛 ── 自らが語る苦痛と他者から語られる苦痛 ── になることによってのみ、もろもろの意味作用からなる人間世界と出会うことができる。苦痛に関する科学的言説を作成することだけが重要なのではない。苦痛を有している患者が、その苦痛に関して科学へ向けて語ることができるようにすることが重要なのである」（24/12）。

緩和ケアの定義

最初に、緩和ケアの意味を確認しておく。WHO（世界保健機構）のサイト [3] によれば、「緩和ケアは、患者の診断から患者の人生の終末と死別にまで、苦痛と症状の軽減をもたらし、スピリチュアルで社会心理学的な支援を提供することによって、生命を脅かす疾病

に直面している患者と家族の生の質（QOL）を向上させる」。さらに、それは次のように詳述されている。

「緩和ケアは、
①苦痛および他の苦しい症状の軽減を提供し、
②生命を肯定し、死のプロセスを通常のプロセスとみなし
③死を早めることも遅らせることも意図することなく、
④患者のケアにおける心理的かつスピリチュアルな諸局面を完全なものとし、
⑤患者が、死にいたるまで、できる限り能動的に生きることができるよう援助するための支援体制を提供し
⑥家族が、患者が疾病に侵されている間も、また患者自身との死別のときにも難を切り抜けることができるよう援助するための支援体制を提供し、
⑦必要ならば患者との死別に関する家族のカウンセリングも含めて、患者とその家族の要求に応じることができるように、チーム・アプローチを利用し、
⑧生の質（QOL）を高めることを意図し、また疾患の進行に積極的に影響を与え、
⑨生を長引かせることを意図する他の治療、例えば化学療法あるいは放射線治療と連携して疾患の進行に早期に適用され、そして臨床的余病による苦しみをいっそう適切に理解し処理するために必要とされるさまざまな調査をもその射程に収める」。

清水哲郎は、『医療現場に臨む哲学』の中で緩和ケアに関する WHO の規定を暫定的に次のように要約する [4]。緩和ケアとは、(1) 治療的医療が適応されない終末期の患者を対象とすること、(2) 単に医学的に観察される身体的症状のみならず、心理面も含めて患者の全体を視野におくこと、(3) できるだけ高いレヴェルで患者の生の質（QOL）を実現することである。その上で、清水は、WHO の規定を検討し、次のように結論している。(1) の対象となる患者の限定に関して、⑨の要件から、緩和ケアは、治療的医療が適応ではなくなった終末期の患者に対しては、単独に適用されると共に、治療的医療がなお有効であるような段階の患者に対しても、治療的医療と並んで適用されること。また緩和ケアの視野の範囲に関しては、(2) (3) および④⑧の要件から、緩和ケアは、患者の生の質（QOL）の向上を目的とする以上、終末期かどうかにかかわらず、医学的に観察される症状あるいは苦痛だけではなく、患者の心理的かつスピリチュアルな局面も視野に入れた全体的なケアであること。最後に、緩和ケアと治療的医療の区別に関して、次のように述べる。一方で、(3) および⑧⑨の要件から、至上の目的である生の質（QOL）の総量を評価し、それを比喩的に表現するために、生の質（QOL）と時間性という二つの関数の面積関係（清水は「積分」と言う）に注目して、治療的医療が、対象となる人の現在以降の生の質（QOL）および余命を低下させる原因を可能な限り排除することによって、今後の余命期間に亙る生の質（QOL）の積分を可能な限り高めることに寄与することを目指す。これに対して、緩和ケアは、対象となる人の現在の生の質（QOL）を可能な限り高めることによって、今後の余命期間に亙る生の質（QOL）の積分を可能な限り高めることに寄与することを目指す [5]。要約すれば、緩和ケアは、終末期の患者だけに適用されるのではないこと、患者の全体的ケアであること、患者の現在の生の質（QOL）を可能な限り高めることを目的とすること、このように考えられる。

緩和ケアに関する清水のこの見解は、論述対象を限定する意図のためか、WHO の規定に含まれる家族のケアの問題を論じていない。そのため清水の使用する「全体的」ケアという用語も、患者の「全体的苦痛（total pain）」に対する処置に限定される。ここで問題としたいのは、「全体的苦痛」と言ったときの「苦痛（pain）」という用語の射程と、「全体的（total）」という用語の射程である。

ここで言う「全体的苦痛」とは、清水も認めている通り、主にソンダースの緩和ケアに関する定義[6]に由来する。ソンダースによれば、さしあたり、「全体的苦痛」とは、患者の有する苦痛であり、すなわち不快な症状も含めた患者の「身体的苦痛」、「心の（mental）苦痛」（不安、恐れ、絶望感など）、「社会的な（social）苦痛」（治療費などの経済上の問題、職場を離れることによる仕事上の問題、家族の生活や子供の養育などの家族の問題）、「スピリチュアルな（spiritual）苦痛」（生きる意味や目的を見出すことに伴う苦痛、《何故、私が》ということに伴う苦痛、具体的には無意味感、無価値感、不公平感など）からなる。清水は、この「全体的苦痛」という用語から、次のように二つの意味を抽出する。（1）「身体的苦痛」をコントロールすることができない場合に、それをコントロールするために、患者の「心の苦痛」、「社会的な苦痛」、「スピリチュアルな苦痛」を視野に入れるという意味での「全体的苦痛」、（2）人間としての患者の苦痛は、「身体的な苦痛」に限られず、「心の苦痛」、「社会的な苦痛」、「スピリチュアルな苦痛」全体からなるという意味での「全体的苦痛」である。そして「私としては混乱を避けるために、WHO の用語法にしたがって、（1）〈トータル・ペイン〉という用語は、身体的痛みは、それには身体以外の各因子も影響するという意味で《全体的》なものだ、という意味でのみ使い、（2）緩和医療が対処すべきなのは、身体面、心理面、社会面、霊的面［スピリチュアルな面：筆者挿入］に亙った全人的な苦痛である、という意味は〈トータル・サファリング（total suffering）〉といった用語で表すこと、を提案したい」（146-147 頁：以下、清水からの引用は頁数のみを記す）と言う。

換言すれば、清水は、「全体的苦痛」をめぐる「混乱」を避けるために、（1）患者の身体的苦痛は「全体的」である→「トータル・ペイン」、（2）患者の苦痛は「全体的」である→「トータル・サファリング」、このように提案する。そうして清水は、後に見るように（1）の立場に立つ。ところで M・ルノーは、こうした類の提案の背後に、西欧に連綿として続いてきた心身二元論の残滓を見出す。「この二元論は、プラトンとアリストテレス以来、教父神学とスコラ哲学を経て進展してきた。それは、精神の不死性と身体の滅ぶべき条件とを対立させた。われわれにとってもっとも興味深いのは、恐らく、こういう表現が許されるなら、デカルトによるこの二元論の世俗化ということになろう。古来の二元論のこの世俗化は、思考と延長という概念によって翻訳された。われわれも、また、観察可能で測定可能な身体的現象と主観性の非延長的で共約不可能な様相とを方法論的に分割する習慣を有しているのではないだろうか。世間一般の見解に関して言えば、それは、身体と精神の幾分かの相互干渉にもかかわらず、苦痛（pain）は身体の問題であり、苦しみ（souffrance）は精神の苦悩に属すると当然のごとく考えてしまう傾向がある」（17-18/4：以下頁数のみの引用はすべてルノーより）。清水の提案する pain と suffering の区別は、

ルノーの指摘する世間一般の習慣的傾向を反映しているのであろうか。実際、清水は、自らの提案が日本緩和医療学会の趣旨表明と一致することを確認しつつ、「そもそも〈社会的苦痛〉などというときには、〈痛み〉pain という言葉は比喩的な使い方であるのに対し、〈苦悩、苦痛、苦しみ〉suffering というならば、必ずしも身体的なものに限られないのであって、この点からもここで提案した用語の使い分けが適切であると思われる」（160 頁）と言う。

ただ、緩和措置に関して、緩和医療（cure）から緩和ケア（care）へと向かう流れの中で医療行為（cure）そのものの位置づけが問われている現在、緩和医療を擁護しようとする清水の基本的立場、つまり「公共的に妥当な価値評価が可能である限りで」、「緩和医療という専門領域についての専門家たちの相互理解と共通の言語による議論」（63 頁）の場を拓こうとする立場からすれば、まず「観察可能で測定可能な」身体的苦痛（pain）と「非延長的で共約不可能な」主体の苦痛（suffering）を区別する「方法論的分割」を敢行する必要があったのであろう。その上で、ルノーの表現によれば、デカルトによってもたらされた「事物の形態、大きさあるいは運動の計測」として定義される「科学の固有の対象」に対応する「新しい主体の概念」、すなわち「科学の主体」（138/163-164）に「付き添う書記」（2 頁）を自認するのであれば、緩和医療あるいはその医療行為の対象をトータル・ペイン（pain）に限定する必要があったのかもしれない。逆に、ルノーは、用語法をめぐる清水の提案に反して、pain/douleur と suffering/souffrance の区別をせず ── あるいは清水の言う pain の「比喩的な使い方」によって ── 、次のように言う。「有機体の苦痛（douleurs organiques）と共に心理的苦痛（douleurs psychiques）に直面すると、主体＝患者は、同じ過程の二つの局面に関与している。同じ一つの外傷的体験、苦痛の状態（l'état douloureux）を考慮に入れることは、実際、臨床の現実的感覚を表明したものである。こうした考慮によって、厳密に身体の損傷（lésions）に執着する医療行為（médecine）と、精神の苦しみ（souffrances）だけを対象とする同情行為（compassion）との間の分離は廃棄される」（23/11）。

では、身体的苦痛あるいは心理的苦痛として姿を現す「同じ一つの外傷的体験、苦痛の状態」とは、何を意味するのであろうか。つまり苦痛とは、どういう状態を意味するのであろうか。フロイト自身も認めているように、苦痛の定義はいまだ未知のものである [7]。ルノーは、そうしたフロイトの見解を要約しつつ、身体的苦痛に関して次のように言う。「苦痛は皮膚あるいは内的器官から発する。それ故にわれわれは、苦痛は身体的なものであると言う。心的機能の中で注目すべきなのは、その場合、われわれは身体の損傷部分にリビドーの備給を集中させるということである。リビドーが自己の身体のこの部分あるいはこの機能の表象に結びつくという意味で、苦痛は、［リビドーの］ナルシシスム的集中化の対象となる」（20/6-7）。例えば、「頭痛」を感じるということは、リビドー [8] が、自己の身体の一部である「頭部」の損傷あるいは「頭部」の機能の損傷に関する表象に集中しているということである。一方、心理的苦痛に関しては、ルノーは、フロイトにしたがって「喪（deuil）」の作業に伴う苦痛を例にあげて説明する。「喪」の作業とは、例えば愛する人を亡くした場合に、過剰な感情が負荷された他者の表象とその忘却との間に「妥協」を形成しようとする心的装置の働きである。この作業が苦痛を伴うのは、失われた他者の表象による。すなわち、他者の喪失は、現実の世界の中で他者が不在であることには還元

できず、失われた他者は、身体的対象として自我の中に組み込まれ、生の欲望を有する生活においては心的装置の中で生きた対象という地位を占める。失われた他者の表象を、自らの心的装置の中で生きた対象＝生きた身体的対象として蘇らせるためには、リビドーの「大量のナルシシスム的備給」が必要になり、ここに「喪」の苦痛が生じる。ルノーは、「喪」の作業を例にして心理的苦痛を内的対象へのリビドーの大量備給という点から説明しつつも、「妥協」が形成されようとする際、リビドーは徐々にその内的対象から撤収するわけだが、では、何故にリビドーの備給の撤収過程つまり脱備給の過程でも「喪」の苦痛が生じるのか、これに答えるのは困難であると認めている（27/16）。とはいえ、確実なのは、身体的苦痛においても心理的苦痛においても、その苦痛を感じるという状態は、リビドーが、自己の身体の表象あるいは内的対象へ集中的に備給されることであるということである。ルノーは、フロイトを敷衍して次のように言う。「身体的苦痛から心理的苦痛への移行は、（自己の身体の損傷に集中された）ナルシシスム的備給を、（対象の表象へ集中された）欲望の対象への備給に転換することに対応する」（21/8）。

ルノーは、苦痛の状態をこのように確認した後で、フロイト以後の「神経生物学の最近の進歩」を取り入れつつ、その「情緒（émotions）の神経学」によって、19 世紀のフロイトが仮説として提示することしかできなかった「無意識的感情（sentiments）」というものを裏付ける。すなわち、「神経学の基本要請の一つは、苦痛の感覚と苦痛の情動（affect）、つまり生理学的障害としての苦痛とこの苦痛に感応する情緒との間に存在する乖離に由来する。……組織の機能障害の信号は、特定の神経線維系によって伝達される。さらにその信号に対応する表象は、中枢神経系の異なったレヴェルで情緒を喚起する。……これらの情緒を喚起した表象は、意識の自由にはならない。ここで問題となっているのは、いくつかの傾向であり、これらの傾向のプロセスは、生きた有機体が、どのようにして、自らがその部位となるそうした情緒を〈知る〉、したがってそうした情緒を感じることができることになるのか、これについては、それらの傾向の次元では何も教えてくれない。神経生理学者たちは、中枢神経系の第三のレヴェルが、その情緒の意識化を実現するためには必要であると指摘している」（21-22/9）。ここからルノーは、苦痛の感情が意識に上るまでの過程を三つのレヴェルに分け、第一のレヴェルとして生理学的障害の発生、第二のレヴェルとして苦痛の無意識的情動の生産、第三のレヴェルとして意識‐知覚系の中への苦痛の情緒の出現、このように要約する。ルノーが「情緒の神経学」の成果として注目するのは、第二のレヴェルである。第一のレヴェルにおける生理学的障害（＝苦痛の感覚）の発生は、神経繊維系によって信号として伝達され、その信号はある表象と対応し、さらにこの表象は、苦痛の情緒を喚起する。しかし、この苦痛の情緒を喚起した表象は、意識化を逃れてしまう。そればかりか、その情緒は、それを喚起した表象とは別の表象に結び付けられることによって、第三のレヴェルである意識‐知覚系において知覚されるものの、誤認されてしまう。ルノーは、この点に関してフロイトを引用し次のように言っている、「しばしば情緒は知覚されるが、しかしその情緒の由来となった表象とは別の表象に結び付けられる限りで、誤認される（méconnaître）」（22/10）。つまり、苦痛の感情を喚起した表象は、意識化を逃れるという意味で無意識のレヴェルに位置づけられ、この表象から分離した苦痛の感情は、別の表象に結び付くことによってその当初の表象を偽装する（＝誤認させる）という形で意識のレヴェルに達するということである。「無意識的感情」とは、その感情を

喚起した当初の表象は無意識のレヴェルに留まりながら、その感情は、その表象とは別の表象と結び付くことによって、その表象（あるいは感情を喚起した対象）が誤認された感情である。例をあげるなら、末期の癌患者が、例えば腹部に生理学的障害が発生した場合、その苦痛の感覚を特定の神経線維系が信号として伝達し、その信号に対応する表象が、苦痛の感情を喚起するわけだが、その苦痛の感情は、単に「腹部」という表象に対する苦痛として感じられる（＝身体的苦痛の感情）だけでなく、「新たな抗癌剤」という表象に対する恐怖として感じられたり（＝心理的苦痛の感情）、「治療費」という表象に対する心配として感じられたり（＝社会的苦痛の感情）、「人生の意味」という表象に対する疑問として感じられたり（＝スピリチュアルな苦痛の感情）するわけである。

ではまた、何故に苦痛は、「外傷的体験」と言われるのであろうか。ルノーは、「苦痛とは、不法侵入の信号である。苦痛は、快‐不快の体制を日常的に可能にしている興奮防御装置を圧倒する。この観点から、苦痛を心的外傷と関連づけることができる」（19/5-6）と言う。すなわち、精神分析の基本原則である「快感原則」によれば、心的装置は、興奮量＝リビドーの増大がもたらす不快を回避し、興奮量＝リビドーの減少あるいは恒常性がもたらす快を求めるが、苦痛は、不快とは別のものであり、心的装置が従うこの「快感原則」の手前の所に侵入し、興奮防御装置を機能不全にする。「苦痛は自我の周辺から生じる」（20/6）ものの、私＝自我を無能状態（impuissance）、無力状態（détresse）に陥らせるという意味で（49/48）、苦痛は、心的外傷と比較できるわけである。

要約的に整理すれば、ルノーは、リビドーの経済論を中心として、苦痛とは、①快－不快の体制の興奮防御装置を機能不全にし、私＝自我を無能状態にするリビドーの集中化であり、②しかもこのリビドーの集中化は、身体的レヴェルでは、自己の身体の部分あるいは機能に関する表象に対して、心理的レヴェルでは、失われた欲望の対象に対して起き、③最後に、リビドーが集中する表象つまり苦痛の感情の対象が、意識レヴェルで捉えられる場合には、そうした表象なり対象は、誤認される、このように言うことができよう。

無意識的感情について

ここで、こうした苦痛に関するルノーの見解について、二点を補足説明しておきたい。一つは、「無意識的感情」の発生過程にかかわる問題である。ルノーは最新の「情緒の神経学」によってフロイトの「無意識的感情」の存在を裏付けようとしながらも、逆に身体的・生理学的障害の発生を「無意識的感情」の第一原因と考えているのであろうか。つまり、苦痛の感情の出現は、身体的・生理学的障害の発生→神経線維系によるその障害の伝達信号に対応する表象→感情の喚起→「無意識的感情」というプロセスに還元できるのであろうか。しかし、周知のように、フロイトの精神分析によるその説明は、逆方向である。「ヒステリー患者の大部分は、無意識的記憶に悩まされている」[9] というフロイトの言葉は、それを端的に表している。例えば、エリザベート・フォン・R というヒステリー患者は、様々な身体的苦痛に苦しんでいるのだが、その一つとして右大腿部前面に苦痛を感じている [10]。フロイトは、彼女との対話によってその身体的苦痛の原因を探り出す。彼女は、一人の青年に初恋をした。青年は両親がなく、彼女の父を慕っていた。彼女は、やがて彼と結婚するつもりでいた。父が病気になり、看病をしている時期に、彼女は、看病を休んで

青年とパーティーに行った。帰ってみると、父親の病状が悪化していた。彼女は、父を一人にして、自分だけ楽しんだことに対して、自責の念を感じた。以後、彼女は青年と会うことをやめ、初恋は破れ、痛手だけが残った。この回想によって、彼女が苦痛を感じる右大腿部は、父親の看病をしているときに、父の足に巻かれた包帯を代えるときに支えにしていた部位であることを思い出し、この報告が終わると、その身体的苦痛は消えた。フロイトの分析によると、右大腿部前面の苦痛は、初恋の痛手と、父の包帯を代えるとき支えていた右足の苦痛との「連想的結合」(二つの現象が偶然同時期に起きたことによる結合)による。つまり苦痛の感情の出現は、初恋の痛手（失われた欲望の対象＝表象が喚起する心理的苦痛の感情）→看病時の右足の苦痛（身体的表象)→右足大腿前部の苦痛の感情(身体的表象が引き起こす身体的･生理学的障害に関する身体的苦痛の感情)というプロセスを経る。フロイトは、心理的苦痛の感情が、何らかの過去の表象（＝記憶痕跡）を介して身体的苦痛の感情に変わることを転換（Konversion）と呼んでいるが、この転換のプロセスを解明することがフロイトの精神分析の中心的テーマであると言っても過言ではない。もちろん、例えば終末期の癌患者が感じる身体的苦痛の原因が心理的苦痛に還元できるわけではない。ルノーの見解も、緩和ケアを受ける患者にとって身体的苦痛が、いかに大きな影響力を有するものであるかを踏まえたものであろう。ただ、そうした身体的苦痛の感情が、心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛の感情に対処することによって軽減されるという事態は、想像に難くない。ともかく最新の「情緒の神経学」から「無意識的感情」を説明するルノーの見解には、こうした留保が必要であろう。

苦痛に関するルノーの見解について第二の補足説明をするなら、それは、身体的・生理学的障害（＝苦痛の感覚）を特定の神経線維系が伝達した信号に対応する表象、つまり苦痛の感情を喚起する表象すなわち「無意識的感情」の原初的対象にかかわる。意識化を絶えず逃れ、意識レヴェルで苦痛が感じられるとしても、その感情の対象あるいは表象が偽装されることになる、その当初の表象とは、何を意味するのであろうか。ルノーのこの見解にしたがえば、例えば、「腹部が痛い」という身体的苦痛の感情、「新しい抗癌剤が怖い」という心理的苦痛の感情、「高額な治療費が心配だ」という社会的苦痛の感情、「これまでの私の人生は何だったのか」というスピリチュアルな苦痛の感情､これらの苦痛の感情は、確かに苦痛の感情として患者に感じられているとしても､「新しい抗癌剤」や「治療費」などのその苦痛の感情の対象あるいは表象は、当初の表象に関する「誤認」でしかない。ルノーは、この原初的な表象について明言はしていないが、不安に関する分析は、その表象が何であるか暗示している｡「フロイトが指摘しているように､不安は対象をもたないわけではない。不安を引き起こす対象は、知覚不可能であり、また想像不可能である。なぜならその対象は無意識的表象を構成しているからだ。……不安は意識的自我のレヴェルで感じられるとしても、不安が結び付いているその表象は、事実上、主体＝患者の認識を逃れる。その表象は、抑圧されている。もっと正確に言えば、不安が結び付いている表象は、抑圧の中に維持されている」(42/37)。こうしたルノーの見解から結論を先取りすれば、不安の対象、あるいはその対象が構成する無意識的表象とは、死である [11]。

ルノーは、不安の心理的特性として次の三つをあげる。①不安は、他者（医療スタッフや家族）との関係的状況の中で生じる､②その他者との関係的状況の中で､主体＝患者は､自らの要求に対して他者がどのような返答を返してくるか(要求をかなえてくれるか否か)

を決定できない無能状態に置かれる、③他者とのこの関係的状況の中で重要となるのは、他者との現実的存在関係ではなく、主体＝患者の心的装置を構成する様々な審級間で展開される心理内的関係であり、こうして「不安は、主体＝患者を亡霊たちへと送り返す」（48-49/46-47）。すなわち、不安は他者との関係の中で生じるものの、その関係は、現実の他者との関係ではなく、主体＝患者の心的装置内部で形成された亡霊たち（fantômes）との関係 ── しかも主体＝患者は、亡霊たちが自分の要求に応じてくれるか否か決定できない ── であるということである。

ここで問題なのは、何故に主体＝患者は、現実の他者関係を無視して亡霊たちと他者関係を結ぶのか、ということである。ルノーがここで問題にするのが死の不安である。ルノーはフロイトを引用して次のように言う。「無意識的なものの中には、主体＝患者が自らの死を表象する可能性はない」、あるいは「無意識的なものは、自ら自身の死を表象することはできない」（53/52-53）。というのも、無意識的なものの中には、生理学的緊張エネルギーを情動と表象へと転換する欲望の心的生があるだけで、自ら自身の死を表象することができるとすれば、それは、主体＝患者において、この欲望の心的生の存続をあらかじめ消滅させてしまうこと、つまり身体の死を想定することになるからである。「もし死の不安が主体＝患者にとって主体＝患者自身の消滅を表象できないとすれば、どんな死が問題となるのか。……それは誰か他者の死である。……問題となっているのは、誰か他者を除去しようとする私の欲望である」（54/53）。ここで言われている「他者」、欲望がその死を望んでいる「他者」とは、主体＝患者と現実的関係を有している現実の他者ではない。ルノーも述べているように、主体＝患者は、実際に現実の他者の死を求めているのではない（54/54）。それは、主体＝患者の心的装置の中で、自ら自身の死が表象不可能であるために、その代わりとして形成された分身たち（doubles）であり、亡霊たちである。このように、苦痛の感情を喚起する表象すなわち「無意識的感情」の原初的対象が、死の不安に関するルノーの分析を通して、死であると解することができるとするなら、身体的苦痛の感情、心理的苦痛の感情、社会的苦痛の感情、スピリチュアルな苦痛の感情、これらの苦痛の感情は、すべて、表象不可能な死の表象が喚起したものであり、死の表象の表象不可能性の誤認形態であり、偽装形態であるということになろう [12]。

全体的苦痛の定義

苦痛に関して、このように「同じ一つの外傷的体験、苦痛の状態」を想定し、pain と suffering を区別しない態度は、清水の目からすれば、基本的に cure の立場に身を置く専門医には「混乱」を招くものであるかもしれない。しかしルノーの目からすれば、それは、care の立場に身を置く医療スタッフにとって、患者の身体的苦痛を対象とする医療行為すなわち cure と、患者の心理的苦痛を対象とする同情行為すなわち care（いわゆる患者の目線に立ち、患者に「付き添う」行為）との間に設けられてきた不要な壁を取り除くことに通じるであろう。

ところで、pain と suffering の用語法をめぐるこうした清水とルノーの対立は、当然「全体的（total）」という用語の意味に反映していることを確認しておこう。清水は、緩和医療が対処すべなのは total suffering であると提案しつつも、その中心である医療行為は、

total pain を対象とする。すなわち、その医療行為は、身体的苦痛を解消あるいは緩和することによって、「現にその人の人生のチャンスないし可能性（選択の幅）をどれだけ広げているか（言い換えれば、どれほど自由にしているか）」（39 頁）にかかわる「身体環境」の向上を中心とする。しかも「ここでは、精神ないし情緒のあり方も、状態として、また本人が生きる環境として見る限りは〈身体環境〉に含まれる」（同）。換言すれば、緩和ケアにおける医療行為においては、「身体環境」の有する選択の幅＝自由度を拡大することが、同時に、「心の情態（不安、いらいらなど）」と「自己の状況把握（自己の置かれた状況についての把握）」にかかわる「意識環境」（56-57 頁）を向上させることにつながるということである。したがって清水の言う「全体的」苦痛とは、あくまでも身体的苦痛を中心とし、心理的苦痛などその他の要因は周辺的なものとして捉えられていることは明らかであろう。

これに対して、ルノーは、pain と suffering を区別せず、清水の分類する（2）の立場つまり患者の苦痛は「全体的」であるという立場に立つ。すなわち、身体的苦痛、心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛は、「同じ過程」、「一つの同じ外傷的体験、苦痛の状態」の諸局面であるということである。もちろん、ルノーも、苦痛を解消あるいは軽減する薬物の使用を否定するわけではない。苦痛が、外傷的体験と同様に、身体的局面において私＝自我を無能・無力状態に陥らせるのであれば、私＝自我が、言葉によって身体の「どこが痛いのか」などを激痛の只中で表現し得た後でも、医療スタッフや家族と言葉を交わすためにも激痛は薬物によって除去されねばならないであろう。しかし、苦痛は「全体的」であるから、「したがって、薬物治療を参照するなら、向精神薬の使用と鎮痛剤の使用は、必然的にそれらの有効性だけではなくそれらの限界も同じくしている」（23/11）。心理的苦痛に働きかける向精神薬の効能と身体的苦痛に働きかける鎮痛剤の効能に関して、ルノーのこの指摘にはいささか留保が必要であるかもしれないが、少なくとも精神分析医であるルノーは、薬物の使用を否定していない点は確認しておきたい。ただし、重要なのは、やはり言葉の使用である。「癌患者や筋萎縮患者、人生の終焉がもたらす莫大な疲労感に圧倒されている人、こうした人の苦痛（souffrances）に直面して、緩和医療は、彼らの主体性を廃棄してしまうこと、あるいは同じことだが、彼らの証言を価値なきものとみなしてしまうこと、こうしたことを拒否する。なぜなら、彼らは証言することができるからこそ、デカルトが言っていたように〈真の人間〉となるからだ。とりわけ苦しむ患者に残された自由の次元が姿を現すのは、この証言という様相においてこそである」（25/13）[13]。

こうした「全体的苦痛」の定義をめぐる清水とルノーの相違、すなわち一方で、身体的苦痛を中心に捉えられた全体的苦痛→身体的苦痛の除去による「身体環境」の向上→自由度の拡大、他方で、身体的苦痛や心理的苦痛などから統一的に捉えられた全体的苦痛→患者による苦痛の証言→自由の次元、こうした相違は、両者の基本的立場の違いを如実に表している。では、両者の基本的立場とは、どのようなものであろうか。

医学と精神分析の相違

「苦痛」をめぐる pain と suffering の用語法の相違、さらには「全体的苦痛」の捉え方の相違は、緩和ケアの中心を身体的次元に置く医療行為と、それを言葉の次元に置く精神

分析との相違を反映している。

ルノーによれば、これは医学と精神分析の方法論的次元の相違である。すなわち、精神分析理論は、医学という科学的知識と比べて、不完全であり、「絶えず再検討へと開かれている仮説の総体」である。フロイトも強調しているように、臨床的観察だけが精神分析の土台を構成しているから、精神分析理論の暫定的な性格は避けることができない。では、精神分析の理論構成を可能にしている臨床的観察の特殊性とは、どのようなものか。それは、患者の心的葛藤の中で明確になる心的諸力が、計量化できないために、心的葛藤の結果は事後的（après coup）にしか説明できないという点にある。もちろん、医学の治療行為においても、例えば同じ癌性腫瘍を患った患者であっても、患者によって治癒の状況は異なるから、治癒するかどうかは予測可能ではない。しかし、精神分析的状況と医学的状況との間には、決定的な相違がある。確かに医学も、精神分析と同じように、患者の個別性にかかわるが、しかしそれは有機体の個別性であり、種の法則に従っている限りでの有機体であって、したがって患者の症状も個体差はあるものの、人間存在の通常の機能と関連しており、比較可能な症例に関する統計的情報や、生体としての人間存在に関してこれまで歴史的に残されてきた生物学的知見によって評価されることができる。これに対して、精神分析は、種の法則に従う有機体の個別性にかかわるだけではなく、主体＝患者の生理学的体質も含めて、幼児期や家族環境や社会環境などの文化的世界が重層的に決定する主体＝患者の「絶えず再編される主体的特異性」にかかわっている。しかし、こうした主体＝患者の多様な心的因果性は、医学が対象とする主体＝患者の有機体的因果性と比べて複雑さのレヴェルが増したということではない。二つの因果性は、全く次元が異なる。精神分析が理解し修正しようとする患者の病的プロセスにおいて重要なのは、語る存在として捉えられた患者に対する言葉の効力である。すなわち「確かに主体＝患者は語るのだが、しかし言葉が主体＝患者を貫通するのである。主体＝患者は他者から言葉を受け取り、他者に言葉を差し向け、そして他者の返答が主体＝患者を変革する」（74/78）。しかも、言葉のこの効力すなわち「それ自体言語活動と結び付いた現象である〈意味作用〉は、計量的したがって測定可能な把握のあらゆる試みを挫折させる」（同）。

こうしたルノーの見解を要約すれば、医療行為の対象は、種の法則に従った患者の個別的な有機体であり、患者の治療は、統計的情報や生物学的知見などに基づいた計量的把握から始まるのに対して、精神分析の対象は、文化的世界の中で重層的に決定された患者の「絶えず再編される主体的特異性」であり、患者の治療は、言葉自体の有する効力＝意味作用から始まるということである。医療行為と精神分析のこの相違は、もちろん、緩和ケアに無縁ではない。それは、緩和ケアの中心的な治療活動あるいはケアの活動を患者の身体的次元に置くか、あるいは患者の心理的次元に置くかという相違であり、とりわけスピリチュアル・ペインに対する対処の仕方の相違として顕著に現れている。

スピリチュアル・ペインの評価

既に述べたように、清水は、「身体環境」の有する選択の幅＝自由度の拡大が、緩和ケアにおける医療行為の中心であるとみなし、この「身体環境」の向上に「意識環境」を還元するという立場を取る。言い換えれば、ソンダースの言う身体的苦痛に対しては「身体

環境」の向上によって、また心理的苦痛に対しては「意識環境」の向上によって対処し、その上で身体的苦痛の軽減（＝「身体環境」の向上）に心理的苦痛の軽減（＝「意識環境」の向上）を還元する。もちろん、清水も、これら二つの環境の向上だけで由とするわけではない。他に、「医療環境」と「人生環境一般」をあげている（57-58 頁）。「医療環境」とは、医療の設備（患者からみた病室等の設備など）、医療の日常の運営（患者からみた毎日の入院生活のプログラム、食事など）、個別の医療の進め方（患者からみた医療者との関係・コミュニケーション、医療方針の選択への参加など）である。この「医療環境」は、緩和ケアを受ける患者にとってはその患者が生きる環境全体であり、この環境の中で「医療者はその人の生全体に関わること」になる。清水は、こうした「医療環境」を患者の生の営みの場と捉えて、この「医療環境」を前提として営まれる患者の人生の場という局面から、患者の人間関係に着目して「人生環境一般」と呼ぶ。それは、諸人間関係（家族との関係、有人との関係、職業上の関係）、経済状態、仕事、趣味からなる。清水の言うこの「人生環境一般」とは、やはりソンダースの言う社会的苦痛に対する対処に対応する。

では、ソンダースの言うスピリチュアル・ペインは、清水において、それに対処する何らかの環境を有しているのであろうか。スピリチュアル・ペインとは、既に言及したように、生きる意味や目的を見出すことに伴う苦痛であり、「何故、あの老人ではなく、この私が死なねばならないのか」ということに伴う苦痛であり、具体的には人生の無意味感、人生の無価値感、運命の不公平感などを苛まれる苦痛である。清水によれば、スピリチュアル・ペインの実質をなす「世界の根拠との関係における私の位置、生の意味等についての認識」を患者の生の質（QOL）の評価対象の一因とすることは、生の質（QOL）概念を必要以上に拡大解釈して使用することであり、「私の基本的主張は、人の自由度に関わる環境の話であるかぎり、そして公共的に妥当な価値評価が可能であるかぎり、生の質（QOL）の話としていくらでも広げてよい、しかしそれ以上広げるなというものである」（62 頁）。すなわち、生きる意味などの認識に関して、どのように認識するのが適切かについて公共的な評価はできず、どう認識するのが人をより自律的にするか、自由にするかは判断できないのであるから、生の質（QOL）の評価対象として妥当ではない（同）。生の質（QOL）の評価対象として公共的に妥当な価値評価ができるかどうかというこの立場は、患者の生の質（QOL）の問題と患者の生の充実の問題とを区別し、生の充実の問題を「緩和医療の範囲外」（147 頁）とみなすことになる。もちろん、清水も、医療現場において、特に終末期医療の現場において、患者の生の充実の問題を等閑に付してよしとしているのではない。生の充実に関する清水の見解を要約すれば、①医療者は、生の質（QOL）の向上によって、充実した生を送るチャンスを身体環境に関して提供するだけではなく、「〈医療のため〉という限定をはずして」「人生環境一般」に関して充実した生を送るチャンスを提供する任務がある（清水の例では、ひとりの患者のために、みんなで美味しいうどんづくりを行うなど）[14]。②例えば生の質（QOL）の諸側面が両立しない場合、患者の選択を重視するなど、充実した生を送るために、患者自身の好みや価値観を尊重する。③生の充実は、フィードバックして生の質（QOL）の総和を増加する結果をもたらす。④「いわゆるスピリチュアル・ケアは患者の生の充実にこそ関わるのであって、生の質（QOL）を維持することには直接関わるのではない」（147-149 頁）。

しかし、何故に、スピリチュアル・ペインあるいはケアは、生の質（QOL）の維持に直

接関わらないと考えられるのであろうか。それは、生の質（QOL）が「身体環境」の自由度の向上に関わるのに対して、スピリチュアル・ケアが、「死の受容」がもたらす「情緒面の安定」（153 頁）に関わるからである。すなわち「死の受容」が、宗教的信念に由来するものであれ、「死んだら終わり」という諦念に由来するものであれ、そうした「死の受容」が何らかの情緒的な安定をもたらすことは間違いない。しかし、清水によれば、そこにあるのは、「気持の安定を基準にして、そういう結果をもたらすような認識はよい、という論理」（154 頁）である。しかも、この論理の背後にあるのは、「何とか和らげてあげなければ」とみなす「人間に対する思い上がった立場」（64 頁）であり、また「〈精神的ないしスピリチュアルなサポート〉は、精神的に上位の（より完成した）者が、精神的に下位の（より未成熟の）者を、教え導くというような仕方」（159 頁）である。清水のテクストには、「情緒面の安定」をもたらそうとする医療スタッフ（特に宗教関係者）のこの種の「思い上がり」を指摘する箇所は枚挙に暇がないのだが、ともかく清水としては、「宗教的な死後の生への希望が正しいか、死んだらおしまいという考えが正しいかについて、医療活動の枠内では特定の前提に立った評価はできない以上、両者を比べて〈安定しているほうがよい〉とも言えないし、また情緒の安定を理由に〈死後の生を信じているほうがよい〉とも言えない」（155 頁）。また「〈何がほんとうによく生きることなのか〉はまさに哲学的議論の対象となり続けてきたことで、それでもなお一致した結論はでていない」（156 頁）のであれば、「医療という場にいる限りで、私たちには人に分かる範囲でのよい生を追求する」（同）しかなく、したがって、結論として「情緒の安定だけでは不十分であると言うときに、私たちは、人間は知性ないし理性を持った存在者である以上、自分について（自分の置かれた状況について）知っていることが大事だ、と考えている。自己を（ないし自己の置かれた状況を）的確に把握していることこそ、その状況に対処する適切な行動に不可欠の条件であり、どう自己をまた状況を把握しているかが、とりもなおさずその人のあり方（生き様とでも言おうか）を決めているのである」（155 頁）。

患者において、生の充実に関して、何らかの形での「死の受容」がもたらす「情緒面の安定」を基準にせず、あくまでも「人間」＝主体＝患者の「知性ないし理性」を尊重した上で、「自己を（ないし自己の置かれた状況を）的確に把握していること」を説く清水の主張には、異論の余地はない。しかし、こうした患者に応じる医療者に関して、清水が、「真に誠実な医療者は、むしろ死に直面した患者がその悲しみをしっかり受けとめた時に見事にそれに対応する人格となることを見、そこに或る崇高さを感じ、人の優れたあり方」に驚きつつ、「隣に並んで（手をつないで）同じ方向を向いて〈……だね〉と言い合っている。〈分かち合う〉というのはこういうことなのだ。このような関係が成り立つとき、人は〈自分はひとりではない、私たちとしてあるのだ〉と思えるのだろう。もちろん情緒も安定するであろうが、これは単に情緒の問題ではなく、人としての存在の仕方に関わることである」（159 頁）と言うとき、患者の「人としての存在の仕方に関わる」「真に誠実な医療者」とは、何を意味するのであろうか。誠実性という極めて倫理的な問題はともかくとして、少なくとも理性的存在である患者の自己（状況）把握のための多様な環境を整備し、情緒の問題ではなく、患者の人＝人間としての存在の仕方に関わる医療者、これは、清水が明言するのを避けているものの、定義上、明らかに緩和医療の専門医ではない。人間としての存在の仕方という問題 ── 患者の人生観・価値観に関わる極めてスピリチュアルな問題

── は、生の質（QOL）の評価対象としても充実した生の評価対象としても、明らかに公共的に妥当な評価対象とはなり得ないからである。

結びに代えて

ところで、患者において、理性的存在としての患者＝主体が自己（あるいは自己の状況）を適切に把握しようとするのを促進（＝整備）し、患者の人間としての存在の仕方に関わる医療者とは、精神分析医ではないだろうか。もちろん、清水の言う「自己を（ないし自己の置かれた状況を）的確に把握していること」とは、患者の存在の仕方に関するものではなく、患者の「身体環境」、「意識環境」、「人生環境一般」に関する専門医の公共的に妥当な評価基準を前提にしたものであろう。しかし、専門医が、こうした公共的に妥当な評価基準に基づいて、「身体環境」の自由度＝選択の幅を向上させたとしても、それを有効に使うかどうかは、清水の言う通り、緩和医療の消極的課題でしかなく、患者個々の人生観・価値観に関わる問題であるとすれば、そうした「身体環境」を適切に認識できるかどうか、すなわち「自己を（ないし自己の置かれた状況を）的確に把握している」かどうか、こうした自己（あるいは自己の状況）把握は、専門医の課題ではなく、精神分析医の課題なのではないだろうか。それというのも、ルノーの言うように、緩和ケアにおいて「苦痛の評価は、看護上の便宜上のもの、看護上の行動要領以上のものである。苦痛の評価は、人間関係の意味作用の中に苦痛の一次的な非人間的部分を招き入れるものの核心に向う。患者においては、他者に差し向けられた言葉あるいは他者から受け取る言葉あるいは互いに合意した言葉以外には、患者の人間性に接近する方法はない」（24/12）からである。すなわち、ルノーの言う「患者の人間性」、清水の言う「人としての存在の仕方」に接近する方法は、患者との言葉のやりとりしかない。精神分析は、既に確認したように、談話療法（talking cure）という言葉のやりとりを中心にして、自己把握あるいは自己認識（＝知）を介して、患者＝主体の存在の仕方を改善しようとするのであれば、患者個々の人生観・価値観を現実のものとするためには、自らの「身体環境」の自由度＝選択の幅の向上を患者＝主体自身が適切に認識しておくことが不可避であろう。こうして、緩和ケアにおいて、緩和医療は、定義上あるいはその目的上、精神分析へと道を譲ることになる。

しかし、清水が、自らが死ぬことに伴って「悲しいのは当たり前ではないか。それを〈スピリチュアル・ペイン（痛み）〉というならば、痛いのが普通であって、ことさらその人に援助の手を伸べなければなどと思うほうがスピリチュアルに思い上がった姿勢であろう」（153 頁）と言い放つのを受けるかのように、ルノーは、次のように言い放つ、「患者の要求は、それが医学的知に呼びかける限りで、自らの治癒あるいは自らの苦痛の軽減に関わっている……。確かに、ここには重要な善（biens）が存在するが、しかしそれでもやはり、それらの善は、個別的なものであり続けている。患者自身のメッセージに従うなら、患者は、われわれに、われわれが患者にとっての善一般（Bien en général）に配慮することを要求しているのだろうか」（102/115）。すなわち、一方において、スピリチュアルな局面に対して、患者が自らの人生の意味などの認識に関して解答を求めることに伴う苦痛は、「当たり前」とみなす医療行為と、他方で、医療行為という局面に対して、患者は、患者自身の個別的な善を超えて、医学という「善一般」を要求しているのだろうかと問う精神

分析、この両者には、どのような出会いが想定できるのであろうか。

〈注〉

1　例えば、柏木哲夫著『生と死を支える　ホスピス・ケアの実践』（1987 年、朝日新聞社）。

2　Elithabeth Kübler-Ross, M.D, On Death and Dying, Scribner Classics, 1997.（鈴木晶訳『死ぬ瞬間　死とその過程について』中公文庫、2001 年）なお、翻訳書については、以下、引用箇所を（原書頁/邦訳頁）の形で記載する。ただ、引用箇所は、適宜改訳した。

3　http://www.who.int/cancer/palliative/en/

4　清水哲郎著『医療現場に臨む哲学』、勁草書房、1997 年、132 頁以下参照。清水が敷衍している WHO の規定は、1990 年版だが、緩和ケアの詳述に関しては、後に述べるように異同があるとはいえ、その定義に関しては、現在閲覧できるサイトの情報と異同はない。以下の研究ノートは、ルノーの著作を対象とするものであるが、比較検討のために清水の著作を参照する。ルノーと清水は、後に見るように、緩和ケアのあり方に関して極めて対照的な立場をとっている。

5　清水にしたがって、緩和ケアの意味を明確にするために、それと併用して使用されることが多い「ターミナル・ケア」および「ホスピス・ケア」という用語との意味の違いを確認しておく。「ターミナル・ケア」とは、この WHO の規定（1）と関連して、対象となる患者を限定する概念である。「ホスピス・ケア」は、ホスピスという施設と関連して、ホスピスという場で行うケアであり、すなわちケアが行われる場所の規定を核として成立した概念である。緩和ケアは、外科的あるいは内科的に苦痛の原因である疾病の根絶を目標とした治療行為（cure）に対して、疾病の根絶を断念し、患者の苦痛あるいは不快な症状を除去あるいは軽減する作業であり、まさしくそうしたものを緩和する（palliative）ケア（care）である限りで、「ターミナル・ケア」あるいは「ホスピス・ケア」を横断する概念である。もちろん、治療行為と緩和ケアは、疾病の根絶を意図するか否かという点で概念上は対立するとはいえ、清水も確認している通り、緩和ケアは、ターミナル・ケアあるいはホスピス・ケアだけに適用されるのではなく、ターミナルな段階に入る前の患者にも、治療行為と平行して使用されるものである。

6　Cicely Saunders and Mary Baines, Living and Dying The management of terminal disease、シシリー・ソンダース、メアリーベインズ『死に向かって生きる――末期癌患者のケア・プログラム』武田文和訳、医学書院、1990 年、特に 48 頁以下参照。

7　フロイト、「制止、症状、不安」（『フロイト著作集６』人文書院、1982 年、375 頁）。

8　緩和ケアとの関連で精神分析的方法を論じる場合、リビドー概念に対する抵抗は強い。実際、既に述べたように、キューブラー・ロスも精神分析的方法を使用し、患者や家族の幼年期に遡行し、過去の家族関係から死に直面しつつある現在の彼らの多様な反応を説明する。しかし、リビドーや近親相姦的願望など、家族内の性的関係にまつわる恐らく精神分析のキータームは使用されていない。ただ、死後の生を信じることは、現実のものとしての死に直面することを回避するための死の空想的否認（the fantastic degrees of denial）であり、われわれの死の運命の否認（a denial of our mortality）であるという極めて精神分析学的な指摘（キューブラー・ロス：31/33-35）がなされているにもかかわらず、『死ぬ瞬間』が、精神分析に造詣の深い訳者鈴木晶の言うとおり、全世界で広く読みつがれているターミナル・ケアの「聖書」となりえたとすれば、その一因は、そうした精神分析の基本概念の忌避にあったのかもしれない。しかし、ルノーは、精神分析医として、この種の忌避を省みない。すなわち、「緩和ケアにおいて、患者の生理学的条件だけではなく、患者が依拠する道徳的条件、社会的条件、スピリチュアルな条件もまた配慮の対象になる、……それは、われわれの注意を惹きつけるものではない。われわれが関心の的とするのは、こう言うことが許されるなら、私が重病人の〈リビドーの条件〉として言及したいことである」（96/107）。

9　フロイト『ヒステリー研究』（フロイト著作集 7、13 頁）。
10　詳しくは、同 107 頁以下参照。
11　ルノーは、不安に関して、フロイトにならって不安の二つの形式である去勢不安と死の不安に言及している。去勢不安あるいは去勢の脅威は、エディプス期において、母親を対象とする近親相姦的欲望を子供に断念するように促す要因の一つである。去勢不安が緩和ケアにどういう形で現れるのか、また去勢不安と死の不安は、どのように関係するのか、こうした去勢不安をめぐる問題は、別の機会に論じることとし、ここでは死の不安だけを問題とする。ただ、緩和ケアにおいては、患者は、自ら自身を見出せない死の不安の只中において、自らの無意識的記憶の中に隠れた最も救済的なイメージを喚起し、「母親への訴えかけ」を行いながら（58/59）、医療スタッフや家族への依存状態を再び強化すればするほど、去勢不安に結び付いた潜在的制裁の脅威によって無意識的な罪責感が覚醒してくる（84/92-93、98/109）という点、すなわち母親を求める言わば「幼児返り」した患者は、同時にそれによって去勢不安を介して罪責感に苛まれているという点だけを指摘しておきたい。
12　このように無意識的なものの中核に死の表象／表象不可能性を見出すルノーの立場は、緩和ケアという問題領域で精神分析の無意識理論を問う応用的な立論ではない。フロイトの精神分析自体が、死の表象／表象不可能性を中核にして無意識理論を形成したと言っても過言ではない。確かにフロイトは「快感原則の彼岸」（1920 年）において死に関連した「反復強迫」概念あるいは「死の欲動」概念を導入したものの、死のテーマは、『ヒステリー研究』（1895 年）においても『夢解釈』（1900 年）においても、無意識理論を形成する上で中心的な役割を占めている。例えば、『夢解釈』の中の「イルマの注射の夢」の分析は、フロイトの家族あるいは患者の死が、イルマという患者の分析報告の中に、本文として、あるいは注という形で織り込まれている（『夢判断』、フロイト著作集 2、高橋義孝訳 1976 年、91 頁以下参照）。また、ラカン（Jacques Lacan）は、フロイトによる「イルマの注射の夢」の分析報告の中に、死の表象／表象不可能性をテーマとしつつ、フロイトの精神分析理論の核心を読み込もうとしている（J. Lacan, Le séminaire II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse, Seuil, 1978, p. 177-204、J・ラカン『フロイト理論と精神分析技法における自我　上』小出浩之他訳、岩波書店、1998 年、245 頁以下）。
13　ここで、「全体的苦痛」と対で使用されることが多い「全体的ケア」について確認しておく。同じ「全体的」と言っても、両者では無視できない曖昧さがある。シシリー・ソンダースは、「身体的な痛みがうまくコントロールできないときは」、患者の「心の苦痛」、「社会的な苦痛」、「スピリチュアルな苦痛」を検討せねばならないと言い（ソンダース：48 頁）、清水の分類する（1）の立場に立つ。ところが、患者の「全体的苦痛」に関して、「全体的苦痛を構成するその他の因子」として、家族の苦痛およびスタッフの苦痛（staff pain）をあげている。この意味で、ソンダースの捉える「全体的苦痛」とは、患者の苦痛 ── この意味を、清水の言うような「トータル・ペイン」あるいは「トータル・サファリング」と解するとしても ── に限られない。すなわち、それは、患者‐家族‐医療従事者という三者の抱える多様な苦痛を意味する。ソンダースにおいては、「全体的苦痛」とは患者‐家族‐医療従事者、これら三者の蒙る苦痛 ── pain であれ suffering であれ ── の総称である。そうであれば、ソンダースにとって「全体的」ケアとは、患者‐家族‐医療従事者、これら三者を襲う「身体的苦痛」「心的苦痛」「社会的苦痛」「スピリチュアルな苦痛」（もちろん、これら四種類の苦痛 pain あるいは suffering は、三者によって程度の差あるいは質の差はある）を対象としている。したがって、緩和ケアを「全体的」ケアと称することができるとすれば、緩和ケアは、清水の見解に従えば、患者の「トータル・ペイン」あるいは「トータル・サファリング」に対する処置である（緩和ケア＝「全体的」ケア＝患者の「全体的」ペインあるいはサファリングに対する処置）のに対して、ソンダースの見解に従えば、緩和ケアとは ── そこに家族のケアを含める WHO の規定を広げて ──、患者‐家族‐医療従事者の「トータル・ペイン」あるいは「トータル・サファリング」に対する処置である（緩和ケア＝「全体的」ケア＝患者‐家族‐医療従事者という三者の「全

体的」ペインあるいはサファリングに対する処置)。

[14] 充実した生を送るチャンスについて、清水は次のように言い、緩和ケアにおける医療行為を限定している。「医療行為は人が如何に生きているかという評価には全く関わらないのだろうか。否、決してそうではない。というのも、身体環境に関して医療は患者をより自由にすることを目的とするわけだが、そこで目指されている自由に価値があるのは、患者がそれを生かして、より充実した人生を送るためにこそだからである。つまり医療行為は、患者が高められた自由度を有効に使うことを期待してなされる。……こうして医療は通常は患者がよく生きることに積極的に介入するものではないとはいえ、〈よく生きることを妨げないようにする〉という仕方で消極的に関わっている。このことは、医療方針の決定に際して、患者の人生観・価値観や人生計画が考慮されねばならない、ということとして具体化する」(50 頁)。