

「生きる意味」を支えるもの

—「自殺に傾く人」へのケアについての現象学的考察—

榊原 哲也

1. はじめに

日本では1998年以降、14年連続で、年間の自殺者が三万人を越えている。この数は、一日に90人もの人々が自殺で命を絶っていることを意味しており、自殺率は先進7カ国で最悪である²。また、リストカットやアームカットなどの「自傷行為」も若者たちの間で年々増加しており、自傷行為を繰り返すなかで自殺にいたるケースが多いことも夙に指摘されている。自殺や自殺に傾く人の増加には、心理的、社会的、経済的、文化的など様々な要因があると考えられ、日本では、精神医学はもとより、社会学や教育学、経済学や福祉、宗教など、様々な立場から自殺予防に向けて種々の試み・対策がなされている。しかし本稿では、現象学の立場に立ち、「生きる意味」を支えるものという視点から、「減らない自殺」という現実についての考察を試みたい³。

なぜ自殺してはいけないのか、なぜ自分を傷つけてはいけないのか、と問われたとき、そこには深淵が広がる。生きる意味を見いだせずに絶望している人に、「自殺はいけないことだ、いのちを粗末にしてはいけない」と頭ごなしに説教しても、相手には何も伝わらないことに気づかざるを得ないからだ。「自殺に傾く人」をケアするためには、この深淵を見つめつつ、相手の声に耳を傾け、相手を受容する試みが何よりも求められる。そしてその試みの積み重ねこそが、相手の「生きる意味」の再建に繋がっていくはずであると信じていたい。本稿では、このことを、主としてハイデガーとメルロ＝ポンティをベースにした「現象学的人間観」とそれに基づく「現象学的ケア理論」を展開しているベナー／ルーベル『現象学的人間論と看護』（PC）を手掛かりにしながら、考えてみることにしたい。

考察の順序は以下の通りである。まず、ベナー／ルーベルの現象学的人間観を必要な限りで概観し、また彼女たちの「安らぎ」という健康概念をも参照して、私たちの「生きる意味」が何に支えられているのかを考察する（第2～3節）。次いで、彼女たちの現象学的人間存在論を踏まえた場合、「自殺に傾く人」が、どの

ような在り方をしていると言えるのかを考察する（第4節）。そしてそのうえで、現象学的人間存在論の視点から見た場合、「自殺に傾く人」をケアするアプローチとして、どのようなことが重要であるのかについて、若干の指摘を行いたい（第5節）。

2. ベナー／ルーベルの現象学的人間観

ベナー／ルーベルは自らのケア理論の基礎として、主としてハイデガーとメルロ＝ポンティに基づきつつ、現象学からみた人間の在り方の特徴を5つ挙げているが、ここではそのうち、本稿のテーマに深く関わると思われる3つだけを取り上げて要約する⁴。

(1) 背景の意味

人間は「意味 (meanings)」の中で育てられ、世界をそうした「意味」に照らして理解する存在である (PC 42)。デカルト的な主観／客観の図式から見ると、「意味」は主観的なもの、私私的なものであり、当人にしか近づけないが、ベナー／ルーベルはハイデガーに準拠して、われわれが、主観的なものでもなければ、かといって客観的に命題の形で述べられることもできないような「背景の意味 (background meaning)」のうちで生きている、と主張する (PC 45f.)。「背景の意味」とは、「何が存在するかに関する人々に共有された公共的理解 (a shared, public understanding of what is)」、「世界を理解する仕方」であり、「文化によって人に誕生のときから与えられ、その人にとって何が現実 (real) とみなされるかを決定するもの」である (PC 46)。それは「意識的反省」によって捉えようとしても完全には捉えられないが、「身体のうちに取り込まれることによって、日々の生活を円滑に営んでいく土台になっている」ものである (PC 46f.)。背景の意味は、各人にとっては、「自分の属する文化、サブカルチャー、家族を通じて与えられる」。しかし、その取り入れられ方は「各人各様 (in individual ways)」であるため、各人にとっての背景の意味と「文化的な背景の意味」との間にはズレが生じる (cf. PC 46)。しかし、いずれにせよ、個々人の「生きる意味」は、こうした文化的、個人的な背景の意味に支えられてこそ、際立って来るのである。

(2) 気遣い

われわれは、「気遣う能力 (capacity to care)」をもっているために、つねに「何らかの人々や出来事、計画、ものごと」が「大事に思われる (matter to)」ような存在である (PC 1, 42)。「ものごと (他者を含めて) がわれわれにとって大事に思われるからこそ、われわれはこの世界に巻き込まれ関与する (involved in the world) ようになる」(PC 47)。「われわれは何か・誰かを気遣うことによって当の関心事・関心対象に巻き込まれ、自らの関心によっておのれのありようを規定される」(PC 42) のである。このような人間のあり方を、ベナー／ルーベルはハイデガーに倣って「関心 (concern)」(PC 47) ないし「気遣い (caring / care)」(PC 1) と呼ぶ (cf. SZ 192–193)。そしてそれを「現象学的人間観の鍵となる特性」(PC 48) として位置づけるのである。社会科学で使われる「コミットメント (commitment)」が数量的に測定可能な「量的」な概念であるのに対して、「関心」は「質的」なもので、「当人にとってその関心対象がもつ意味において記述される (described [...] in its meaning for the person)」しかない (PC 47f.)。関心は数学的「数量的に測定されえない」(PC 87) ものなのだ。けれども、そうした〈関心・気遣い〉によってこそわれわれは「意味の濃淡の差のある世界、つまり非常に重要な事柄とそうでない事柄、全くどうでもいい事柄がその内部に区別される、そうした世界に住む」ことになる。「気遣いを通じて人に一つの世界が樹立され、その中に意味上の際立ちができて関心が生み出される。人に動機づけと方向づけを与えるのはこうした関心に他ならない」(PC 1)。「世界」はまさに「人それぞれの関心に照らして」意味として理解されるのであり、人間はつねに「自らの関心によって規定されている」存在なのである (PC 48)。したがって、個々人の「生きる意味」も、背景の意味に支えられつつ、まさにこの「気遣い」、「関心」によって生み出されると言えるのである。

(3) 時間性

ベナー／ルーベルは、ハイデガーの「時間性」の分析 (cf. SZ 323–331) に基づいて、人間存在の根幹を「時間性 (temporality)」と見なす (PC 112)。時間性とは、「線形をなす瞬間の継起」(PC 64) や「通時的に配列された一連の出来事」(PC 112) ではなく、むしろ「過去の経験と先取りされた未来によって特定の意味を帯びる現在の内に人間が錨を下ろしているということ (being anchored in a present made meaningful by past experience and one's anticipated

future)」（PC 112）を意味している。「人は、過去から影響を受け、未来へとおのれを「企投」しながら現在のうちに実存している」（PC 64）。「人は自分のそれまでの経験に対する自分なりの解釈をもってそのつどの現在を生きており、その意味で現在という瞬間は人生の過去の瞬間すべてと結びついている。そして過去と現在のこうした意味的結びつきを背景として、何かは未来の可能性として立ち現われてくる」のである（PC 112）。時間は、意味の連関としての「物語（story）」を作り出す（PC 64）。それゆえ、人がどのような未来を先取りするかによって、また過去をどのように引き受けているかによって、日常生活の中での物事や人々、そして自分自身の生き方の意味は変わってくる。この「時間性」もまた、人の「生きる意味」を支える重要な契機なのである。

ベナー／ルーベルの現象学的人間観によれば、以上のように、背景の意味、気遣い・関心、時間性という人間存在の三つの契機が、人の「生きる意味」を支えていると考えられる。ここではさらに、彼女たちの「安らぎ」としての健康概念を参照することによって、「生きる意味」を支えるもうひとつ重要な契機を見極めておきたい。

3. ベナー／ルーベルの「安らぎ」の概念

ベナー／ルーベルの「安らぎ」としての健康概念を理解するためには、彼女たちの「疾患」と「病気」の区別をまず踏まえなければならない。

ベナー／ルーベルは、現象学的人間観にもとづいて、「疾患」と「病気」を明確に区別する⁵。「疾患（disease）」が医学的な視点から同定される「細胞・組織・器官レベルでの失調の現われ」であるのに対して、「病気（illness）」とは「能力の喪失や機能不全をめぐる人間独自の〔意味〕体験」である（PC 8, xii）。何らかの疾患にかかると、それまで世界を理解する様式として無自覚のうちに身につけられていた背景の意味と、自分の関心とが、「もはやそれに頼ってはうまく生きていくことのできない何かとして際立って」きてしまう（cf. PC 49f.）。このような状況において、「疾患」は、当人の関心に応じて特定の意味（meaning）を帯びたものとして当人に体験される。この意味体験こそが「病気」なのである（PC 8f.）。「病気」とは「おのれにとっての意味という観点から理解されたかぎりでの疾患」である（PC 131）。したがって、人は何らかの「疾患」にかかっているが、自分

を「病気」とは感じていないこともあるし、逆に「疾患」が治癒すれば自動的に「病気」が消える、というわけでもない（PC 8）。「病気」体験とは、「自分の生活の円滑な営みを可能にしていた意味ないし理解が攪乱されていると感じる」「ストレス（stress）」体験の一種である（PC 62, cf. also PC 59）。そのため、「どの病気にも——たとえば「計画が危機に瀕する、あるいは頓挫する」、「人間関係がかき乱される」等といった——意味の「物語」があるわけである（PC 9）。

「疾患」と「病気」という以上のような区別をベースにして、ベナー／ルーベルは、「健康の現象学的な定義」を以下のように導入する。

健康とは、疾患が何もないことではないし、また疾患が完全に治癒したということでもない。現象学的な立場から見れば、健康もまた「生きられた体験」として見なされなければならない。そして生きられた体験としての健康を表現するために、「安らぎ（well-being）」という術語が採用される。「安らぎ」は、「人の持つ可能性と、実際の実践と、生きられている意味との適合（congruence between one's possibilities and one's actual practices and lived meanings）」として定義され、「自分が他者や何らかのことがらを気遣うとともに、自らも人に気遣われていると感じること（caring and feeling cared for）から生み出される」（PC 160）。それゆえ人は、何か、あるいは誰かのことを気遣い、また誰かから気遣われていると感じつつ、自分の置かれた状況において自分に可能なことを見出して、それを実行し、それを意味あることとして体験できるならば、「安らか」なのだ（PC 160f.）。たとえ疾患をもっていたとしても、人は安らかで自分の生を意味あるものとして体験することができるのである（cf. PC 8f.）。

ベナー／ルーベルの「安らぎ」概念から学ぶことができるのは、先の3つの契機とともに、他者から「気遣われている」と感じられることが、それゆえ「気遣い-気遣われる（ケアし-ケアされる）」関係が、「生きる意味」を支える重要な契機であるということである。次節では、「自殺に傾く人」がどのような在り方をしているのかを、ベナー／ルーベルのこの現象学的人間存在論の視点から明らかにしてみたい。

4. 「自殺に傾く人」の現象学的存在論

(1) 日本において、自殺がなかなか減少しない要因のひとつとして、日本の社会や文化の中に、あるいは家族内に、人を自殺に導くようなネガティブな背景的意味があり、「自殺に傾く人」がまさにそれを生き抜いてしまう状況があるように

思われる。

自殺予防に懸命に取り組んでいる精神科医の河西千秋は、日本ではかつて「切腹」が「美学として昇華された自殺の方法」と見なされていたこと、今でも「自分の存在を無にして誰かに仕えることが美德とされたり、個人が組織や上司の責任を負うのが当たり前とされる」ような「滅私奉公」の文化が日本にはあることを指摘し（河西 76）、そのため、仕事を引退した高齢者が心理的な負い目を感じやすいと述べている（河西 143）。また同じく自殺予防に取り組んでいる精神科医の高橋祥友も、新潟県東頸城郡松之山町での調査をもとに、「自殺を容認・肯定する文化、あるいは役にたたなければ生きていく意味がないとする社会が、高齢者の自殺の背景にある」と指摘している（高橋 177）。

また、若い世代に目を向けるならば、リストカットという自傷行為は、すでに若者たちの間でポピュラー化していると、国立精神・神経センターで自殺予防に取り組んでいる精神科医の松本俊彦が指摘している。彼は、苛酷ないじめに耐えながらしだいに自己主張できる強さを身につけて行く少女の成長を描いた漫画『ライフ』（すえのぶ）が、リストカットする少女をヒロインとして描きながら、非常に多くの若者に支持されている事実が、そのことを象徴していると述べている（松本 3f）。またインターネット上に少なからぬ「自傷・自殺系サイト」が存在し、比較的容易にアクセスできる現状も、現代の社会や文化のなかに、人を自殺に傾けるネガティブな背景の意味が存在していることを示していると言えるだろう。

さらに家族の内に、人を自殺に傾けるネガティブな背景の意味が潜んでいる場合もあろう。フェファー（Cynthia R. Pfeffer）によれば、「自殺の危険の高い人の家族」には「多世代にわたり（intergenerational）」次のような特徴があるという。①親自身も自分の親（子どもにとって祖父母）から「十分に自立できていない」。②夫婦間に「深刻で柔軟性に欠ける関係」が存在する。③「親の意識的・無意識的な感情が子供に投影され、柔軟性に乏しい慢性的な親子間の葛藤がある」。④とくに母子間に極端な「共依存関係」が存在する。⑤全体として「柔軟性に乏しい家族のシステム」が存在する（cf. Pfeffer, 147-149）。高橋はこれを受けて、とくに若い人が自殺行動を呈している場合には、こういった「家族的な背景」（＝背景の意味）を考えていかないと「治療はなかなか成功しない」と述べている（高橋 186f）。このことは、子どもが家族のネガティブな背景の意味を身につけ、生き抜いてしまっていることを意味しているだろう。

(2) 「自殺に傾く人」の在り方の特徴として、第二に指摘しうるのは、「気遣われる」という経験が欠如しているために、気遣い - 気遣われる関係が築かれず、「孤立」してしまっているということ、そのため物事や人々や自分自身が「大事に思われ (matter to)」ず、世界がネガティブな「意味」合いで、あるいは「無意味」に経験されているということ、端的に言って、自己の存在や人々、物事への気遣いが欠落しているということである。

松本は、「自殺のリスクの高い子どもたちのなかには、ひとり親世帯で養育されていたり、親戚をたらい回しにされていたり、虐待やネグレクト、あるいはいじめによって繰り返し自分の存在を否定されてきた者が少なくない」と述べている（松本 231）。また彼は、「自傷行為」の病因のひとつとして「幼少期のトラウマ体験」すなわち「理不尽な服従や従順を強いられ、自らの存在を無視され、否定される体験」があり、そのような体験をもつ子どもは、そのような過酷な環境を生き延びるために、「痛くない」「何も起こっていない」「自分じゃない」と、今度は自分の感覚さえも否定するようになる、とも指摘している（松本 131）。このことは、自分が気遣われる経験が欠如することによって、世界の意味が崩落し、自己への気遣いも失われてしまうことを意味していよう。

(3) 「自殺に傾く人」の在り方の特徴として第三に指摘しうるのは、過去を肯定的に引き受けることができず、また積極的な未来を先取りすることもできず、そのため現在の自分に意味が見いだせず、自己の存在を気遣うことができないということである。

アーロン・ベック (Aaron T. Beck) によれば、「うつ病患者」はこれまでさまざまな経験を経てきた「自分自身に対する否定的な見方」、「今行っている経験を否定的に解釈する傾向」、「未来に対する否定的な見方」をもっているが (CTD 11; cf. also CTED 264)、高橋はこれを受けて、「うつ病になりやすい人」は次のような世界観を抱いていると述べている。「①自分が過去において行ってきたことはすべて失敗だった。②現在自分が行っていることも大したことではないと考える。③したがって、過去や現在から導き出される未来もまた失敗しか予測できない」。したがって、高橋によれば「過去、現在、未来に対して否定的な見解を抱いていることこそ、うつ病にかかる人の特徴である」（高橋 117）が、このことはまさしく、自殺に傾く人の時間的な在り方の特徴を示していると言えるだろう⁶。

以上の考察は結局のところ、「自殺に傾く人」には「安らぎ」が欠落していることを示しているように思われる。自殺に傾く人は、他者から「気遣われる」経験が欠落しているために、気遣い - 気遣われる（ケアし - ケアされる）人々との

繋がりを経験することができない。そのため、そうした繋がりのなかで自分に大事に思われる事柄を見いだすことができず、したがってそれを自分で行い、そのことによって「生きる意味」を見いだすこともできない。ベナー／ルーベルの現象学的人間存在論からは、「自殺に傾く人」の以上のような在り方が際立ってくるのである。

5. ケアのネットワークへ

それでは、「自殺に傾く人」をケアするにあたって、どのようなことが重要なのであろうか。現象学的人間存在論の立場から指摘しうる若干のことを、以下に述べてみたい。

(1) 第一に、ネガティブな社会的・文化的・家族的・個人的背景的意味を組み替えるアプローチが重要である。「背景的意味」はすでに述べたように、「意識的な反省によって捉えようとしても完全には捉えられない」ようなものだが、ベナー／ルーベルによればしかし「完全なもの・出来上がったもの」ではなく、人がその内で生きていく中で次第に「変様され、新しい形態を取り入れていく」ものでもある(PC, 47)。だとすれば、私たちが意識的・積極的に組み換えを働きかけることによって、ネガティブな「背景的意味」が変様していく可能性は十分にあると言ってよい。

自殺に関係するネガティブな社会的、文化的な背景的意味を意識的に組み換えようとするためには、社会構造に直接働きかけ、それを変えていく試み、例えば失業率を下げる雇用政策や経済財政政策、個人の債務が過大にならないようにする経済諸政策、職場、地域、家庭における心のケアならびに精神医療機関へのアクセスを確保する公衆衛生的アプローチなどが欠かせない。こうした働きかけそのものは、社会学や経済学、法学、社会福祉学、公衆衛生学等々によってなされるべきものであるが、現象学的人間存在論の立場からは、これらの働きかけを、社会的、文化的な背景的意味を変化させる可能性をもつものとして、哲学的に解明し基礎づけることができるだろう。

個々人が取り込んでいる背景的意味の組み換えについては、どうだろうか。河西と高橋は「うつ病の心理療法」のひとつとして「認知療法」を挙げている(河西 160; 高橋 124-127)。高橋によれば、「認知療法」では治療者と患者との活発なやり取りを通じて、患者の「論理的思考の内的矛盾と誤り」を探っていき、「認知の誤り (cognitive error)」の「自動思考のパターンを検討」する。さらに「長期

認知療法」の場合には、「認知の誤りが生じている源泉であるスキーマを変えていく試み」もなされる。ベックによれば、「スキーマ (schema)」とは、「一連の状況を解釈するときの規則性の基礎を形作っている」「比較的安定した認知パターン」のことであり (CTD 12)、これを受けて高橋は「スキーマ」を、「比較的長期間持続する一連の確信全体」、「ある個人がある出来事にその人特有の意味を与える一定の規則」と説明している (高橋 125)。現象学的人間存在論の立場からすれば、個人のもつ「背景の意味」の組み換えには、この「スキーマ」を変えていく試みがとりわけ重要であろう。

けれども、「スキーマ」を変えていく試みにおいて、認知療法がそれだけで十分なものであるのかどうかについては、現象学的観点から見ると、いささか疑問の余地がある。というのも、ベナー／ルーベルによれば、背景の意味は個々人の身体に取り込まれ、身体化されている (embodied) ものだからである (cf. PC 46f., 242)。もしそうだとしたら、個人的な背景の意味としてのスキーマを変えていくには、論理的思考という「認知的」な次元の枠内でだけ対処を考へてはならないであろう。なるほど認知療法も、いくらかの身体的な「行動的技法の適用」を考へてはいる。しかしこの適用は何と言っても二次的であり、焦点はつねに「認知の変化 (cognitive change)」に絞られている (cf. CTD 117ff.)。個人的な背景の意味を変様させるためには、もっと個々人の身体ないし身体性に注目し、認知的次元のみならず身体に働きかけるアプローチを開発し、試みていくべきではないかと、筆者には思われる⁷。

(2) 第二に、「自殺に傾く人」に対して、出来る限り「あなたは氣遣われている (だから自分を大切に)」というメッセージを送りつづけることが重要であると考えられる。そのためには、こちらから相手に多くを語りかけるのではなく、むしろその場から逃げずに居合わせること、じっと待つこと、相手の声に耳を傾け聴くこと、そしてそれを受容することが肝要である (cf. also 鷺田(1999)、鷺田(2006))。

高橋はこの点に関して次のように述べている。「まずは相手の言い分に耳を傾ける。…沈黙の時間を共有することも大切である。沈黙にも重要な意味がある。…たとえ黙っていても、「私は今あなたと一緒にここにいる」という感覚が患者に伝わるだけでも十分な場合も多い」(高橋 88)。

河西も、「相手からなかなか言葉が出てこないこともあるが、時にはじっくり待つこと、沈黙を共有し、隣に寄り添っているだけでも意味がある。…相手に「よく話を聴いてもらえた」と思ってもらえることが肝心である」と指摘している (河西 188)。

さらに松本は、この点に関連して、次のように記している。

自傷患者に対して、「お前はバカか。今度やったら傷を縫ってやらないからな！」と恫喝したり、「こっちは死にそんな人を助けるのに手いっぱいなんだ。お前らみたいに、自分で勝手にやっている奴の世話をしている暇はない！」と説教していた医師もいました。ある時には、患者のほうが悪逆ギレしてしまい、「医者には手当てをするのが仕事だろ。何で説教されなきゃいけないんだ」と反論したために、つかみ合い寸前のすさまじい口論になったこともありました。（松本 150）

しかし松本によれば、自傷行為のあとに医療機関を受診しない者のほうが「人間不信」が強く、「どうなっても構わない」という自暴自棄的な気持ちが強く、「死んでしまいたい」という自殺念慮も大きい。そうだとすれば、「切っちゃった」と言って、病院の救急外来や学校の保健室を訪れる若者への対応」（松本 149）は、以下のようなべきなのである。

「切っちゃった」といって受診した彼らの真意は、「確かに自分を傷つけてしまったけれど、それでも自分を大切にしたい」という気持ちがあったからなのだとして理解すべきなのです。ですから、彼らに対する声かけの第一声は、「よく来たね」だと思います。（松本 150）

松本は、相手から「死にたい」という言葉が出てきたときには、まず「正直に自殺念慮を告白してくれたことをねぎらう」べきだとも指摘しているが（松本 216）、相手を受容し、「あなたは気遣われている」というメッセージを送ることが、具体的にいかなることであるのかを示す、きわめて印象深い指摘だと思われる。

(3) 第三に、時間性の在り方へのアプローチとして、まずは近い未来の先取りを促すことが重要であると考えられる。

河西は、うつ病の治療において、「今日、服薬をしたら、今晚から眠れるようになるでしょう」、「もしかしたら、朝、眠気が残るかもしれませんが…」、「そして三、四日続けてきちんと眠れるようになったら、少し気分が楽になるでしょう」など、近い将来から数カ月後までの患者さんの状態の予測について話し、患者と家族の不安を軽減するよう努めている、と報告している（河西 104）。まずは「近い将来」の先取りをすることが重要な意味をもつことを示唆しているだろう。

また松本によれば、「援助者と自殺念慮のある者とのあいだで、「自殺しない約束」をすることにはとても重要な意味があり、…命をつなぐ大切な絆となりうる」が、この約束はあくまでも「次回の面接」までの「時限的契約」であるべきであり、「面接のたびごとに確認される必要があるもの」だとされる（松本 218）。

「自殺に傾く人」はすでに述べたように、過去を肯定的に引き受けることができず、積極的な未来を先取りすることもできなくなっている。とすれば、彼らに対するアプローチは、一挙に遠い未来を先取りさせるのではなく、まずは近い未来の先取りを促すことであろう。松本は、「自殺しない」という「次回までの時限的契約」で確認されるのは、「自殺したくなったら必ず連絡する」という、「援助者との治療同盟の絆」だとも述べているが（松本 218）、これは、「近い未来の先取り」への促しが、「あなたは気遣われている」というメッセージと密接に結びついていることを示している。

(4) 第四に、気遣い - 気遣われる（ケアし - ケアされる）人々のネットワークを築いていくことが重要である。

私たちの考察によれば、気遣い - 気遣われる（ケアし - ケアされる）関係こそが「安らぎ」を生み、自己や世界への気遣いを促し、「生きる意味」を支えている。しかしこの「気遣い - 気遣われる」関係は、一対一の関係ではなく、Aさんを気遣う人がBさんから気遣われ、またBさんはさらにCさんやAさんから気遣われるという仕方で、ネットワークとして広がっていかねばならない。

河西は、「何よりもまず、あらゆる人が自殺問題を自分自身の課題だと捉えることが大切であり、そのうえで自分のすぐそばにいる人を気遣うことができれば、その地域や組織での自殺を減らすことができるだろう」（河西 183）と述べ、地域や組織でのケアのネットワークの必要性を説いている。

また松本は、「メンタルヘルスの専門家」自身が、「事例検討会や研究会」で、あるいは「スーパーヴァイザー」から、自分の日々の活動をねぎらわれ、ほめられる必要があることを指摘し、さらに「援助者」が「チーム」を作ることの重要性を強調している（松本 163-166）。

多様な人々が属する地域や組織でのケアのネットワーク作りが、それほど容易なことではないとすれば、私たちはまず、援助者たちのケアのネットワークから始めて、組織や地域へとそのネットワークを広げていくことを考えるべきであろう。

(5) 最後に、このようなケアのネットワークを支える思想として、「ケアの倫理（ethics of care）」を指摘しておきたい。

私たちは、ベナー／ルーベルの現象学的人間存在論とそれに基づく現象学的ケア理論をベースにして、「自殺に傾く人」のケアの問題を考えてきたが、彼女たちは実は『現象学的人間論と看護』の最終章において、〈自らの現象学的人間存在論から導かれ、現象学的ケア理論を支える倫理〉を、「権利と正義の厳格倫理 (a strict ethic of rights and justice)」に対して、「気遣いと責任の倫理 (ethics of care and responsibility)」ないし「間柄と気遣いと責任の倫理 (ethic of relatedness, care, and responsibility)」と名づけている (PC 367f., 399)。そしてこの倫理思想を、彼女たちは、主としてキャロル・ギリガンの研究から受け継いでいるのである (cf. PC 368)。

ギリガンはその著『もう一つの声』で「正義の倫理 (ethic of justice)」に対して、「ケアの倫理 (ethic of care)」を提唱し、後者の核となる思想を「誰もが他人から応答してもらえ、仲間と認められ、誰ひとりとして取り残されたり傷つけられたりしないことを望むという見方」 (the vision that everyone will be responded to and included, that no one will be left alone or hurt) だと述べている (Gilligan 63)。ケアの倫理と正義の倫理との関係や、ケアの倫理が抱える問題点等についてはもはや詳論する余裕がないが、この「ケアの倫理」という思想が、ケアのネットワークを根底から支える理念となりうることは、以上の考察からしても、すでに明らかであろう。「ケアの倫理」は、気遣いを第一義とする現象学的人間存在論から導かれ、現象学的ケア理論を支える現象学的存在論的な倫理として、捉えられ位置づけられうる可能性をもつのである。

6. おわりに

本稿で提言されたことは、どれも、すでに試みられていること、ないしはあたりまえのことばかりで、何ら新たな対策を提言するものではないという批判が、あるいは出てくるかもしれない。現象学的視点から見た場合、自殺予防のために、一体どのような新しい対策が考えられるのかと。けれども、すでに注3で述べておいたように、「自殺に傾く人」に向き合う精神科医たちの関心が、症例の分析とそれに効果的な薬の解明に向かっている現状を想う時、そうした自然科学的・医学的・薬学的な見方では捉えることができず、現象学を通じてこそ捉えうるような人間存在のその在り方から、「自殺に傾く人」の在り方とそうした人々へのケアを考察し、これらを哲学的に基礎づけることは、極めて重要なことであると私は思う。もとより本稿でなされた考察は、いまだきわめて不十分なものとどまっ

ている。けれども、こうした試みが「自殺に傾く人」へのケアの営みを、その根底から哲学的に支えるものであることを、私は信じている。

¹ 本稿はもともと、2010年9月11日に筆者が第34回日本自殺予防学会に招かれ、シンポジウム「減らない自殺—社会・文化的視点から考える」において、「「生きる意味」を支えるもの」と題して提題した内容に由来する。この提題内容を大幅に推敲し、論文の形にまとめなおした英語版は、2010年12月9-13日に台湾、高雄の国立中山大学で開催された *The 4th International Conference of Phenomenology for East Asian Circle* (PEACE) において口頭発表され、その原稿は、この会議で発表されたその他の諸原稿と共に、書物として出版される準備が目下進められている。本稿はこの英語原稿を邦訳し、さらに若干の推敲を加えたものである。

なお本稿における引用箇所の指示は、末尾の「参考文献表」に基づき、著者名（必要に応じてさらに出版年）と頁数、あるいは著作の略号と頁数とで示す。なお、引用文中の強調や省略、補足などは、すべて筆者に由来するものである。

² 河西によれば、日本の自殺者数は交通事故死者数の5倍以上であり、原因の第1位は「健康問題」、自殺者の8割以上が「精神疾患」に罹患しており、7割が「男性」であり、特に「中高年」（50代）にピークがある（河西 9-12, 28-32）。

³ 本稿を支える筆者の動機は以下のようなものである。自殺が起きる背後にはしばしば「心の病」が潜んでいることから、注1で言及した学会では精神科医たちが、様々な症例を分類しつつ、この症例にはこの薬が効く、あの症例にはあの薬が効果的であるといった報告をしているのを耳にした。そうした、自然科学に基づいた医学的・薬学的アプローチは、自殺に傾く人のケアにおいて、むしろとても大事なことである。実際、抗うつ剤や向精神薬を服用することで、精神的症状が和らぎ、自殺を思いとどまることは大いにありうるからである。けれども、そうした自然科学的・医学的・薬学的な見方では捉えることができず、現象学を通じてこそ捉えうるような人間存在のその在り方から、「自殺に傾く人」の在り方やそうした人々へのケアを考察することも可能であり、また必要であると筆者は考えている。もとより本稿でなされる試みは、最初の第一歩であり、不十分なものととどまるであろうが、現象学の立場からの現時点での筆者のアプローチを、ここに提示することとしたい。

⁴ 筆者はこれまで、いくつかの機会にベナー／ルーベルの現象学的人間観とそれに基づく現象学的看護理論について論じてきているので、その全体については、以下の拙稿を参照されたい。榊原(2005)、Sakakibara (2007)、榊原(2008)、榊原(2011)。なお本稿本節における以下の要約も、これらの拙稿で論じたことと重なるものであることをあらかじめお断りしておく。

⁵ この区別はもともと、カッセルやクラインマンらがなしたもので (cf. PC xii)、クラインマンはのちにこの区別をベースにして『病いの語り』を著した (cf. Kleinman 3ff.)。

⁶ 日本を代表する精神病理学者、木村敏は、うつ病患者に特徴的な時間意識を、「ポスト・フェストゥム（後の祭り）的意識」と名づけている（木村 107ff.）。

⁷ ベナー／ルーベルによれば、身体は意味を帯びた状況に応答する「存在論的能力」を具えている (cf. PC 43, 68, 70ff.)。このことを踏まえ、彼女たちはさらに、「現象学的に見れば、意味は身体に取り込まれ身体化されている (embodied) のであるから、弛緩法 (relaxation) を自分で施したり体操 (exercise) を行ったりしながら自分の身体的習慣を変えること (changing bodily habits) に集中し、身体の反応に注目する (attention to bodily responses) だけでも、そのうち意味の変化 (changes in meaning) が起こって来るだろう」とも述べる (PC 242; cf. also 174)。無論、ことはそれほど容易ではないかもしれない。しかし少なくとも、現象学的人間存在論の観点からすれば、より身体性に注目したアプローチの開発とそれがもつ意味の解明が望まれることは、明らかであると思われる。

[参考文献]

- Beck, Aaron T. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, New York, Meridian, 1976 (= CTED). 大野裕訳『認知療法—精神療法の新しい発展』、岩崎学術出版社、1990。
- Beck, Aaron T. / Rush, A. John / Shaw, Brian F. / Emery, Gary. *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford, 1979 (= CTD). 坂野雄二監訳『うつ病の認知療法』新版、岩崎学術出版社、2007。
- Benner, Patricia. / Wrubel, Judith. *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*, Menlo Park, Addison-Wesley, 1989 (= PC). 難波卓志訳『現象学的人間論と看護』、医学書院、1999。
- Gilligan, Carol. *In a Different Voice. Psychological Theory and Woman's Development*, Cambridge (Massachusetts)/ London, Harvard University Press, 1982, 1993².
- Heidegger, Martin. *Sein und Zeit*, Tübingen, Max Niemeyer, 1927, 1979¹⁵ (= SZ).
- 河西千秋『自殺予防学』、新潮社、2009。
- 木村敏『時間と自己』、中央公論社、1982。
- Kleinman, Arthur. *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books, 1988. 江口重幸、五木田紳、上野豪志訳『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』、誠信書房、1996。
- 松本俊彦『自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する(deliberate self-harm)」若者たち』、日本評論社、2009。
- Pfeffer, Cynthia R. *The Suicidal Child*, New York / London, Guilford Press, 1986. 高橋祥友訳『死に急ぐ子どもたち—小児の自殺の臨床精神医学的研究』中央洋書出版部、1990。
- 榊原哲也「死生のケアの現象学—ベナー／ルーベルの現象学的看護論を手がかりにして」、『死生学研究』2005年春号、死生学研究編集委員会編、2005、83-98。
- Sakakibara, Tetsuya. “The Experience of Illness and the Phenomenology of Caring”、『論集』第25号、東京大学大学院人文社会系研究科哲学研究室編、2007、13-22。
- 榊原哲也「看護ケア理論における現象学的アプローチ—その概観と批判的コメント—」、『フッサール研究』第6号、2008、97-109。
- 榊原哲也「現象学的看護研究とその方法—新たな研究の可能性に向けて」、『看護研究』第44巻第1号、2011、5-16。
- すえのぶけいこ『ライフ』全20巻、講談社、2002-2009。
- 高橋祥友『自殺予防』、岩波書店、2006。
- 鷺田清一『「聴く」ことの力』、TBSブリタニカ、1999。
- 鷺田清一『「待つ」ということ』、角川選書、2006。