

# 「死ぬのに楽しい」

——訪問看護における看取りをめぐる現象学的な質的研究——

村上 靖彦 (大阪大学)

## 1. 看取りの楽しさと医療における道具連関

### # 「本来の死に方」

1950年の日本では8割の人が自宅で亡くなっていたが、1975年には半々になり、1992年頃2割を切るまでになった。2009年には12.4%の人が自宅で78.4%の人が病院で亡くなっている<sup>1</sup>。このような流れのなかで在宅でのがんの看取りのパイロット事業は1980年代なかばより始まったが、1991年より老人訪問看護ステーションが制度化され、2000年の介護保険法の制定など、在宅医療推進へと政府は舵取りをしている。病床数の不足、病院での医療費が膨大になったという財政面の理由も大きい、実践としても在宅での医療は患者本人と医療者にとって満足度の高いものであることが知られている<sup>2</sup>。

本研究は昨年、或る小規模の訪問看護ステーションで行ったフィールドワーク調査において行ったインタビューの一部の分析である。このステーションでは当時4人の看護師が常勤で勤務していた。このうちAさんの実践を参与観察するとともに、全員のインタビューを行った。興味深いのは、この4人の語りはそれぞれ異なる切り口からのものだったことである。Aさんは保清と地域連携の重要性、Bさんは介護をする家族の支援、Cさんは患者や家族がかかえる苦悩を聞き取ることの難しさを語った。そして本論で取り上げるDさんは、Cさんとは対照的に訪問看護の楽しさを語ったのだった<sup>3</sup>。それぞれの臨床現場は複数の人のインタラクションから成り立つ。それぞれの見方・実践・経験は多様であるが、それぞれ十全な真理である。それゆえ一つの現場の描像はピカソやブラックのキュビズムのようになるであろう。本論はキュビズムの絵画の画面の一切片に当たる。

Dさんは私がフィールドワークを行った訪問看護ステーションで4人目にインタビューをとった看護師である(その後、2回目のインタビューを行っているが、本稿は1回目のインタビューの内容を分析している)。看護師として20年ほどの実践経験があり、今の勤め先の総合病院には10年ほどお勤めである。長く訪問看護部門への異動を願い出ていたが最近になって願いがかない、1回目のインタビューのつい5か月ほど前に勤務を始めた。それまでは内科、外科、精神科、東洋医学、と実にさまざまな部門を経験されている。

<sup>1</sup> 「在宅医療の最近の動向」(2012)(厚生労働省)2015年9月6日アクセス [http://www.mhlw.go.jp/seisakunit suite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunit suite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf)

<sup>2</sup> 核家族が進んだ日本社会において、介護する家族の負担については別に論じる必要がある課題であるのは事実だ。

<sup>3</sup> 論者は合計8人の訪問看護師のインタビューをとっており、そこではさらに異なる内容が語られた。

Dさんの語りの特徴は、看取りの楽しさを何度も強調したことである。一般には死は患者にとっても家族にとっても悲しいもの、苦痛なものとして捉えられているなかで、Dさんの語りは意外なものとなっている。Dさんが念頭に置いているのは高齢者の看取りであるというのが一つ大事な側面であろう。例えば若い患者を看取る場合の語りは本人にとっても家族にとっても苦痛が前面に立つため、私が経験した看護師へのインタビューのなかでも描像が全く異なる(『摘便とお花見』、第2、7、8章)。あるいは同僚のCさんは患者と家族の苦悩に焦点を当てているのでDさんとは大きく印象が異なる。しかしそのことはDさんの語りの意義を減らすものではない。Dさんが経験するなかで感じ取ったものもまた真理である。

まずインタビューの末尾の部分引用する。Dさんは在宅で看取りを行う場合に、死が悲しいものではなくると力説してきたことを受けての語りである。

村上ー 僕らの社会にとっては新しいですよ。

D 新しいですか。ハハハッ。

村上ー じゃ、ないですか。

D ですよ。

村上ー だって、そういう…。

D 死ぬのに楽しいみたいな。

村上ー ねえ、死ぬのが楽しいってね。

D うん、うん。死ぬのが本来悲しいものじゃないっていうのが分かります。[…] あの、本当に、亡くなられて、四十九日ぐらいに、あの、まあちょっとお花を持って集金に何うんですよ、最後の。そのときもね、「すごいねー、よかったー」と言ってもらえるんですよ。「ちゃんと家で看取られてよかったー」といって。「毎日来てくれてたから、すごい安心感があったし」って言わはるしね。うーん。「ありがとう」といって、言っではりますね。だから、本当にこう、しみりっていうのもないし。うん、うん、うん。終始笑顔。ウッフフ、フッフフ。

村上ー へー。へー。あ、いや、うーん、それは何ていうか、すっ。何かがすごいおつきく変わる、変わりますよね。で。

D ああ、でも本来の死に方ですよ。なんかそんな気がする。(25<sup>4</sup>)

引用では「死ぬのに楽しい」とDさんは今までの話題を総括している。この楽しさは家族が「よかったー」と言ってくれることにかかっている。「よかったー」という言葉は、自宅で死んだことに満足しそれを肯定しているということであろう。「しみりっていうのもない」ということからそもそも悲嘆が生じないということが分かる(次の引用も参照)。この「よかったー」について考えていくことが以下のテーマになる。

【持続する「よかった」】引用の「よかったー」は四十九日で語られたことである。つまり死亡のときだけでなくしばらく時間がたってもこのよさが持続しているのである。ここから

---

<sup>4</sup> 以下、Dさんの語りについては1回目のインタビュー逐語録(未公開)のページ数を挙げる。本論文で引用する部分についてはDさんの承諾を頂いている。

「死ぬのが本来悲しいものじゃない」というテーゼが結びついている。持続するものが「本来」のもののみなされるのだ<sup>5</sup>。

【直観的な真理としての家での看取りの良さ】「[死が悲しくないという発想は] 社会にとっては新しい」、あるいは「[今までの死生観と] おっきく変わる」という私の問いかけに対して、Dさんは「本来の死に方ですよ。なんかそんな気がする」と答えている。死の楽しさは、訪問看護の登場によって新たに生まれた現象なのではなく、人間の本来の姿だということである。「本来の死に方」と感じるということは、実際に経験したうえで人間の本性にかなっていると感じるということであり、それだけ自分の経験に説得力があるということであり、ある種の本質の直観が話題となっている（つまり書物の知識ではないし、類例を集めて一般化した概念でもない）。家族が「ちゃんと家で看取れてよかった」と語っているということは、Dさんだけでなく家族も自宅での看取りの良さを予感し、実行することでその正しさを実感するということである。論証によってではなく経験によって即座につかみ取られるような〈直観的な真理〉が問われている。

ここで「死への存在」と「本来性」を結び付けて論じたハイデガーの『存在と時間』を安易に持ち出せるわけではないが、むしろハイデガーとの差異からDさんの語りの特徴を際立たせるために参照してみる。Dさんの実践の骨格を明らかにするために、哲学の概念を補助線として使ってゆく<sup>6</sup>。もちろんDさんが語っているのは、「本来の死に方」であって「死への存在が現存在の本来性を構成する」ということではない。しかしDさんはインタビュー全体にわたって、自宅において「本来」の姿を手に入れられたと語り続けており、とりわけ死においてそれが明らかになると語ったことをこれから考えてゆく。つまり本来の自己性を手に入れるという意味では「本来」性が問題になるが、定義がハイデガーとは異なるものとなる。そこが以後の論点となる。

## 2. 訪問看護の楽しさ

### # 自宅と享楽

さて、インタビューでは看取り以前にそもそも訪問看護という仕事全体に対する楽しさが語られた。訪問看護の実践全体を見たときに、患者や家族にとってのよさと、看護師にとっての「よさ」とが連続していることがはっきり語られる。

D [新人のころ] ここの訪問看護ステーションにちょっと1日だけお邪魔して。実習さしてもら

<sup>5</sup> これから、インタビュー読解の技法上の注目点を注で補足してゆく。この部分、そして以下の分析からさまざまな語法上の特徴、文法上の特徴からこの「持続」のテーマが導き出せる。分析の目指すところは、実践の大きな流れ、とりわけ時空間構造を描き出すことだが、それは語り手の構えなので、さまざまな形で現象するのだ。

<sup>6</sup> インタビューの語り、哲学の概念、そして私の分析がからみあう書き方を方法的なポリフォニーであると考えている。ここではハイデガーの議論との「ずれ」が大事になってくる。哲学の概念からのずれのおかげで、実践の大きな枠組みが照らしだされる。

ったんですよ。そしたらすごく楽しくって。で、えっと、ちょっと行ってみたいと思ったんですよ。で、免許取りたての頃なんで、あの一、訪問看護に全然興味なくて、むしろ行かないでやろうと思ってたんです。でも、その一、勉強会に行かしてもらって、で、まああの、実習さしてもらったら、すごく楽しかった。

村上ー お一。その、楽しさというのは？

D 何でしょう。多分、在宅に、家に居るっていうことがすごくこう、が、人間って家に居るのがすごく合ってるっていいですか。あ、べ、やっぱり入院ってというのは特殊なことで。あの一、「本当のその人のおうちじゃないんだな」って。で、やっぱり家に居る患者さんってというのは、すごくこう、伸び伸びしてるし、表情もいいし、元気。

村上ー うん、うん、うん。

D うん。で、まあ、あの、ちょっと病気は持ってるけど、そうやってこう、私たちがサポートしながらだったら。家で過ごせるっていう部分があるので。うん、『いい職業だな』つつうか。

村上ー うん、あ、なるほど。

D 『楽しいけどな』って思ったんです。やっぱり病棟に居るときには分からないっていうか、やっぱりちょっと実習とかで絡んでもらって、そういうのを見ないと、良さが分からないですね。

(4)

【患者の享樂と看護師の享樂との連続性】家では患者が「すごくこう、伸び伸びしてるし、表情もいいし、元気」という患者の状態の良さが、「すごく楽しかった」というDさんの実践にもなう享樂を帰結している。患者の状態のよさこそが、看護師の「いい職業」という満足を引き起こしている。これを「身体の享樂」と仮に名づけて概念として使ってゆきたい。重い病気を持つことから、この楽しさは身体 Körper の水準のものではない。生きられた体験の水準での身体 Leib の元気さである<sup>7</sup>。

【家の本来性】病院では病に焦点があたるが、在宅では「病気は持ってるけど […] 家で過ごせる」と、病気は持ち物として二次的な位置に置かれる。生活こそが中心になることが、「伸び伸びしてる」という身体の享樂回復と連動している。家は身体の享樂を手に入れる場所として位置づけられている。「家にいるのがすごく合ってる」から、など多用される「すごく」が自宅の本来性に関わる修飾語となっていることが、これからも何度か確認される<sup>8</sup>。入院は「特殊なことで」ということはやはり家が「本来」の居場所だという主張である。

さらにここでは新人看護師のときの経験を語っているのだが、現在形で語られているために、語法上現在の訪問看護の描写をしているかのようである。過去と現在とが連続している。そのことで訪問看護の良さが、時間を超えて妥当するものであるという印象を与えることになっている。この過去と現在の連続性は、冒頭の引用で看取りの瞬間と四十九日のあいだが連続的に語られていることと同じ構成である。時間的な隔たりを無視することによって、D

<sup>7</sup> 語りのなかで、形容詞や副詞の主語が誰なのか、何なのかは注目点となる。ここではまず「楽しい」「元気」という気分が先にあり、それが患者とも看護師とも分かち持たれている。

<sup>8</sup> 多くの語りで、強調したいことに使われる特徴的な口ぐせや言い回しがある。

さんは本来性を語ろうとする<sup>9</sup>。

【経験してみないと「分からない」】ところで「分からない」はDさんの語りのキーワードになっている。実際に経験してみないと分からない<sup>10</sup>。新人看護師だったころのDさんは「訪問看護に全然興味なくて、むしろ『行かないでやろう』」と思っていたのだが、実習で経験することで『良い職業だな』と180度印象を改める。この変化のコントラストが面白いが、「絡んでもらって」経験してみて初めて「分かる」がゆえにこの変化が生じる。経験によって「分かる」(直観的な真理)が、理屈ぬきに持続するのだ。「本来」のものは経験して初めて「分かる」のだ。経験によってのみ与えられる理解と「本来」性は連動している。病棟での勤務にしても、訪問看護にしても、実際に業務をしてそのモードのなかに入っているときにはそのモードのなかで充足する(「分かる」に対し、「思ってる」は、まだ他のモードを知らないがゆえに「[今の職場が]楽しいと思ってる」という無知を示している。その意味では「分かる」と「思ってる」は対立する)<sup>11</sup>。

【内言の意味】語法上のコメントを少し加えたい。Dさんの語りではときどき、ひとりごとのような心のなかで自分に語る言葉が直接話法で登場する。この内言には二重かぎ括弧(『』)をつけてあるが、ここで実感を伴った感情や意志が表現されている。それゆえ内言を追うと、Dさん自身が事象をどのように経験し、どのような実践を行っているのか、経験の軸と流れがわかる。内言が登場するときには、Dさんは状況に身体的にコミットしており、状況から触発されるなかで、実感に基づいた語りを行う。それゆえ内言は状況へと応答する実践を反映しており、「分かる」という直観的な真理と関連する<sup>12</sup>。

【「ちょっと」と「やっぱり」】この「分かる」という経験による気づきを形容するのが「ちょっと」である。思いがけなく新たな了解がえられたので「ちょっと」という控えめな表現なのだが、実はこれは経験の新たなモードの発見なので大きな意味を持っている。

この経験してみないとわからないというモードへの内在は、「やっぱり」「なかなか」という二つの修飾語でニュアンスが示されている。「ちょっと」で開かれた「分かる」のモードは、

<sup>9</sup> 文法、特に時制は、自覚していない実践の構えを反映する。

<sup>10</sup> 「分かる」をデュルタイやハイデガーの用語である「了解する verstehen」と言い換えても良いであろう。知的な認識とは異なる仕方で行為連関に親しむこととして「分かる」のである。アリストテレスならこれをフロネシスと呼ぶであろう。「分かる」は際立つモチーフであるが、大事なことはそこでどのような経験が生きられているのか、その運動へと参入することである。

「現存在は、これこれしかじかに存在していることを、そのつど了解してしまっている、ないしは了解してしまっていないという在り方において存在している。そうした了解として現存在はおのれ自身に対して、言いかえれば、おのれの存在しうることに対して、己が取るべき立場を「知っている。」(「現存在は、しかじかのありさまで存在することを、そのときどきにすでに了解している […]」という様相で存在している。)ハイデガー、『存在と時間』、細谷貞雄訳、ちくま学芸文庫、原著 144/邦訳上巻 312: 以下 SuZ と略し原文の頁数を載せる。)

<sup>11</sup> 同義語と対義語は分析上の注目点となる。

<sup>12</sup> バフチンはドストエフスキーの小説がさまざまな声からなるポリフォニーであることを示したが、同時にポリフォニー小説が、実は内言(自意識)と内的対話を出発点として発展してきたことを示した。内言こそが、語り手の個別性を作り出し、それゆえ複数の語り手の多様性を可能にするのだ。Dさんの語りにおいても内言が軸となって語りのポリフォニックな展開が生まれる(ミハイル・バフチン、『ドストエフスキーの創作の問題』、桑野隆訳、平凡社、2013年、とくに第1部第1章と第2部第2章を参照)。実は、これは私たちの普通の会話の特徴そのものである。会話の語りは、つねに独り言の語り、他の人の語り、他の人へと向けられた内的対話を含みこむことで重層化している。

参入してみることで「やっぱり」というように確認される。これからの引用でも頻出する「ちよっと」と「やっぱり」は自宅での生活のモードの発見に関わってゆく。

## # 看取りと身体の享楽性

このように在宅医療における道具連関と享楽の維持は、看取りにおいても当てはまる。

D 実際、最初から今までずっと楽しいですよ。実際やってみて。フフフ、何が楽しいのか。やっぱり、うん、やっぱりそう、さっき言ったようなことで、うん、なんか病棟に入院してる患者さんっていうのは、やっぱりこう、食欲もないし。まあ同じ病気であっても、なんか皮膚もかさかさだし、なんかすごく元気がないんだけど、やっぱり同じ病気でも、まあ、確かに退院し、できない状態で家に帰ることもあるんですよ。まあ看取りで。帰ることもあるんだけど、それでも元気になるんですよ。なんか、皮膚も全然すべすべできれいで。うーん。声も違うし、表情も違うし。うーん、まあ、死ぬために家に帰るんだけど。病院に居るときよりも元気ですわ。(4-5)

「最初から今までずっと楽しい」と、ここでも過去と現在を連続させることで「実際やってみて」分かる「本来」性を表現している。自宅が「やっぱり」良いのは「やっぱり」元気だからだが、その楽しさを知ったがゆえに訪問看護は最初から今まで「ずっと」楽しい。一度「本来」性のモードに入ったときには楽しさが持続するのである。

【享楽の場としての自宅】患者が自宅にもどるときには、「元気もある」「皮膚も全然すべすべできれいで」と体の状態の改善や「声」や「表情」と連動している。享楽としての身体が生まれる。自宅は身体の享楽の定立という根源的な現象を下支えしている。それゆえ家が本来の場所なのである。

【死への直面と身体の享楽性】それに対し、病院では「なんか」「皮膚もかさかさだし」「なんか」「元気ない」となる。在宅では「まあ」看取りなのだが「皮膚も全然すべすべで」元気である。退院「できない状態で家に」帰り、生物学的には死を間近にしているのだが、それでも「元気」であるという、なにか生理学や医療とは別の水準での身体性が話題になっている<sup>13</sup>。「死ぬために帰るんだけど […] 元気」という逆説は冒頭の引用の「死ぬのに楽しい」という逆説と呼応している。生物学的な死が接近しているのにもかかわらず、楽しさや元気が現象する。体験としての身体 Leib の水準での元気さと楽しさが一貫して問題になっている。

享楽を回復する可能性は、ある独特な身体性の水準の回復にかかわっている。そしてこの水準は、死へと直面することでさらに際立つのだ。とはいえ、一つ前での引用でも訪問看護一般で患者が元気になることが確認されていた。看取りが特殊な身体の享楽を生むのではなく、在宅医療全てにわたって実現する身体の享楽あるいは心地よさを感じる身体が、看取りにおいてもなお際立った仕方で継続するということなのだ。

---

<sup>13</sup> フッサールの用語を使うならば、Körperではなく Leib である。看護師にとっても声や皮膚で感じ取れるということは、患者の Leibkörper を通して Leib の良さを感じ取るのであろう。

ハイデガーが不安を経由して死への存在を論じたのとは対照的な描像である。単に死が不安と結びつくのと、楽しさに結びつくのとの違いだけではない。全体の構図のなかで不安と楽しさの対比は道具連関の脱落を経由するのかもしれないかの違いに関わる。ハイデガーにおいて、死への直面が重要なのは、道具連関からなる日常性の外側に位置するがゆえに現存在の全体性を構成する要素だからだった。不安が重視されるのは、道具連関全体を脱落させることで (SuZ 186)、死への存在を際立たせるからである (SuZ 266)。逆に、Dさんはむしろ日常の道具連関を維持しようとする。さらにDさんにおいて死の楽しさは、「家で看取れてよかった」という言葉にかかる。つまり「家」において(入院時に失った)生活の楽しさを取り戻すことが話題になる。死は楽しさを際立たせるがゆえに「家」という(道具連関が支配する日常性の)場所において看取る行為が成立し、Dさんが「本来のもの」と呼ぶものが現れる。これが何なのかをこれから考えてゆきたい<sup>14</sup>。

## #死が自宅の本来性を明らかにする——個別化

看取りにおける自宅の機能へと議論を進めよう。

村上— おー、ほ、それは面白いですね。ほー。

D— 面白いです、はい。なので、まあ話しても違いがすごく分かるから、うーん、『やっぱり家がいいんやな』って。『家で死にたいというのはこういうことなんやな』って。うーん。

村上— あー、なるほど、うん。

D— まあまあ、人ってなんか家、畳の上で死にたい。昔〔から〕よくいうじゃないですか。もー、でも、実際は多分もう死ぬときにならないと分からないと思うんですよ。本当何がいいのか、畳の上で死ぬことが何がいいのか分かんない。やろうけど、やっぱり家だと人ってくつろげるし。まー、やっぱり家に居るのが本来なんですよ。人っていうか、『自分なんやんな』って、『そういうことなんかな』って思ったんですけどね。(5)

【「死ぬときにならないと分からない」】ここでも「分からない」が登場する。先ほどは、看護師が在宅医療を体験してみないとそのよさが「分からない」ということであった。今度は、なぜ「畳の上で死にたい」のか、「多分もう死ぬときにならないと分からない」という。さらに患者の「分かる」を経由して再び看護師も『家で死にたいというのはこういうことなんやな』と(内言で表現される直観的な真理として)「分かる」のである。Dさんは「話してもすぐに違いが分かる」というように、死を控えた患者の言葉における身体の享楽の表出から直観的に学ぶ。

【語りかける文末】もう一つ、語法からわかることは、ここでは「よくいうじゃないですか」「思ったんですけどね」と、語りかける文末が多用されていることだ。つまり、内言で自分の直観を語るとともに、聞き手である私に強く向けられた語りでもあり、「在宅の看取りは本来のものである」という彼女の強いメッセージを示している。インタビューを用いた現

---

<sup>14</sup> ここでもハイデガーと対比することでDさんの特徴が際立つ。

象学的研究においては、聞き手（の立ち位置、聞き方 etc.）が内容に構成的であり、消すことができない（現象学遂行的傍観者は透明ではありえない）。分析すべき状況のなかに研究者が巻き込まれるという解釈学的な循環が起きる。聴き手である研究者へのメッセージとしてデータが与えられるのだ。

【死を前にくつろぐことで本来性が明らかになる】「実際は多分もう死ぬときにならないと分からない」、つまり元気なときにはまだわからない理解が本来性をなしている。死が切迫して感じられることで初めて本来のあり方が明らかになるのである。ただしハイデガーが論じた現存在の全体性の開示としてではない。身体の享樂が第一の「本来」のものであり、享樂の根本的な開示が死の切迫においてなされるということである。そして自宅が本来の場所であるということは、死との関係において享樂の源泉が自宅にあるということが明らかになるということだ（もちろんゴミ屋敷になっているような状況であれば、施設の方が良い場合もあるであろうが）。

先程は家において享樂を基盤として悲しくはない死が現れた。今回の引用では死において初めて家のよさがわかると順序が逆になっている。これはカントをもじっていえば、前者が存在論的な根拠で後者が認識論的な根拠である（『実践理性批判』序）。楽しむという第一の本来性は、自宅において実現しているが、それが「分かる」（了解できる）のは、死に直面したときなのである。

「人っていうか、『自分なんやんな』」という「自分」の回復というところにもこの本来性（直観的な真理）が表現されている。享樂ゆえに、自分自身にほかならない者として個体化するのだ（これとハイデガーとは異なる）。家におけるくつろぐことの実現において自己が固有性を回復するのである。そしてこれが死へと直面する仕方でもあるのだ。死への存在としての本来性と、享樂としての個体性がここで結びあわされるのだが、それは享樂こそが個体化の核でありかつ、逆説的ながら死において享樂の源泉としての身体とそれを支える環境が露わになるからであって、死そのものが個体性の鍵であるからではないということになる。在宅における死の切迫は、享樂という本来性が開示される特異な場所だということだ<sup>15</sup>。

【ハイデガーの道具的な気遣いとレヴィナスの享樂】日常性と楽しさを結ぶために補助線となるのは、レヴィナスの「享樂 *jouissance*」という概念である<sup>16</sup>。レヴィナスはハイデガーが配慮 *Besorgen* という言葉を宛てた道具使用がつねに、その行為を楽しむという側面を持つことに注目する。

私たちは「おいしいスープ」を、空気を、光を、光景を、労働を、観念を、睡眠を、その他様々なものを生きている。ここではそれらは表象の対象ではない。私たちはそれらを生きているのだ。<sup>17</sup>

レヴィナスは、あらゆる行為には「享樂」が随伴すると考える。つまり道具を使用する行

<sup>15</sup> さまざまなモチーフの存在論上の順序を見誤らないようにしないといけない。

<sup>16</sup> E. Lévinas (1961/1990), *Totalité et infini, Essai sur l'extériorité*, La Haye, M. Nijhoff, 1961, coll. «Livres de poche», 1990.

<sup>17</sup> Lévinas (1961/1990), 112.



為のなかにも享樂がともなう。この「享樂」は、個体化の基盤となる。道具連関が他の道具、他の道具使用へと送り返されてネットワークを形成するとともになにか別のもののための目的論をなすのに対し、享樂はそれ自体が楽しいのであって、享樂の出来事それ自体のなかに自足する。この自分自身へと巻き込む運動において、原初的な個体化が生じると『全体性と無限』のレヴィナスは考えている。

【死の共同性】もう一点、ハイデガーからのずれを用いて医療実践を定位したい。ハイデガーは自分だけが自分の死を死ぬという単独性を強調する<sup>18</sup>。ハイデガーが推奨する視点をとったときにはそれは事実かもしれない。しかし死が持つもう一つの側面は、一般には「誰かとの共同作業においてのみ十全に個体化する仕方で死ぬ」という死の共同性である。しかも共同であるだけでなく、看取りにあたって周囲の人が経験することもその人の死の一部である。

死を共同で作れない場合、死は単なる生物学的な死亡以外のものではなくなる(すでに死が避けられないなかでの無用な延命措置の果ての「死」を迎える場面を例として考えても良い。そのような場合、たしかに医療者は患者を取り囲むが、彼らが扱うのは生理学的な機構(=モノ)としての身体であり、人間関係を共にしている患者ではない。苦痛に満ちた人工呼吸器或いは苦痛を抑えるための鎮静のなかで、患者は自らの死を固有なものとして受け止める場面を失うであろう。逆に患者が穏やかに死を迎えてゆく場合は、家族に囲まれるにせよ、医療者のサポートを受けるにせよ、あるいは周囲の関わりを拒むにせよ背景にある共同世界のなかで自分の死を生きることになるであろう)<sup>19</sup>。

### 3. 病院と自宅の対比 —— 道具連関のなかの享樂と個体化・個別化

#### #病院における享樂の消去

こうして在宅での医療の構図が明確になってきたので、病院での医療をDさんがどのように見ているのかを確認したい。繰り返すとDさんは20年ほどのキャリアのほとんどを病院のさまざまな科で過ごしている。

村上— 話の感じの内容が違うとおっしゃったのは、どんなふう。

D— 内容っていうか、内容っていうか、あの、声の張りだったり。

村上— うん、あー、そうか。

D— あの、前向きな発言っていうか、あの、楽しいことを話されたりそういうことなんですけど、

---

<sup>18</sup> 「こうして、[死への存在という]先駆とは実は、ひとごとでないもつとも極端な存在可能を了解することの可能性なのであり、とりもなおさず、本来的実存の可能性なのである」(SuZ 263)。

<sup>19</sup> もちろん、いつの間にか一人で死んでいるという場合もある。その場合も、(家族でなくても良いが)日常的にサポートが有るなかでたまたま一人のときに死ぬということに死の共同性が現れる(死は死にゆくプロセスなので、死亡の瞬間だけのものではない。訪問看護がかかわる一週間から一か月のプロセスすべてが死なのである)。

はい。うーん、ねー、だ、やっぱり病院に居るときってこう、痛みがあ、あったり、だ、でも集中するんですよね。だから何にもないもんね、病院って。やっぱりベッドで、ね、壁と天井だし。ずーっと居てくれる人も居ないし。多分刺激もないので、『しゃべることがないのかな』と思って。返ってこないからと。テレビ見るぐらいしかないって。ねえ、なるべくこう、[...] うーん、だからある程度重い病気でも、『家で過ごしたほうがいいんじゃないかな』とか。うん、うん。(5)

自宅に戻った患者の語りの変化は「内容というか、あの、声の張りだったり」である。話の内容も違うがそもそも身体性が変化する。身体の享樂が立ち現れる。そして話の内容にしても「前向き」「楽しいこと」という享樂へ向けてのポジティブな方向付けという質的な変化に主眼がある。

【病院の道具連関】病院では病に関心が集中し、医療器械の道具連関に閉じ込められる。医療において身体は道具連関による事物的な操作対象として前面に位置づけられ、自宅での生活では道具を使う主体として背後に退くという対比でもある。家では患者の身体は道具を使い享樂する主体であるが、病院では処置の対象であり事物である。

さらに病院の道具ネットワークでは享樂が不在になり、「[返事が] 返ってこない」というように対人関係も制限される。このとき「痛み [に] 集中する」ことになる。ここでは痛みは享樂の対立物である。つまり対人関係から切り離されて、意識が病に集中して、本来自分がそこで存在する「生活」が消える。意識を生活からそらして病に集中することと生活のなかで享樂を得ることが対比されている。

いいかえると、(享樂へと開かれた道具連関である)生活の連関が断たれることと、享樂の不在が連動している。「何にもない」に享樂の欠如が表現される。それに続けて「刺激もない」「しゃべることがないのかな」「[返事が] 返ってこない」「テレビを見るしかない」と(行為や対人関係に伴う)さまざまな不在において享樂が断たれていることが畳み掛けられる「ね」とともに表現されている。このとき病に焦点化した病院の道具連関と、医療者の注意が病気の部位(事物としての身体)に焦点化することと、患者の意識も病に集中することとは、構造上の相関を持つ。このように病院の道具連関のなかで痛みが地に対する図として全面的に前景化するのだ。享樂を欠いた道具連関として病院が提示される<sup>20</sup>。

病院では『しゃべることがないのかな』であるのに対し、『家で過ごしたほうがいいんじゃないかな』と自問自答する。ここでの内言は目の前で展開する場面に立ち会って触発された感想であり、それゆえに直観的な真理に関わる。自宅での看取りにおいて享樂を確保するという筋書きができる。

## #病院と個性の喪失

レヴィナスは、人間の個性性が失われる多様な現象をまとめて「全体性」と呼び嫌悪した(ハイデガーがポジティブな意味で使った「全体性」を批判する意味もあるが、本論では両

<sup>20</sup> 病院と家の違いが問われているが大事なのはその構造上の違いを描き出すことである。ここではハイデガーの概念で両者を分析したうえで差異を考えようとしている。

者は異なる「全体性」であると考えて議論をすすめる)。全体性からいかにして「分離」して個別性を確保しうるのかという方法の探求が『全体性と無限』という書物の主題だったと言ってよく、レヴィナスは、この分離の基盤に「享樂」を見出している<sup>21</sup>。ここにはある直観がはたらいっている。つまり不眠や収容所体験といった完全に享樂が失われる状態において、(自分が自分になるという)個性も失われるのであり、これを彼は(何物もないがただ存在するという出来事だけが残る状態として)「ある」と呼んだのだった<sup>22</sup>。つまり享樂の確保と喪失が、個性の確保と喪失と連動している。道具の連関それ自体には人間の個性を保証する契機がない。Dさんにとっては病院もまたこのようなレヴィナス的全体性の例として登場している。享樂を喪失したときに個性が失われるのだ。

D 内科と外科っていったら、ちょっとね。手術するかしないか、内科で切る、診るかですけど。実際そんなには違わないです。

村上— あ、そうなんですか。

D なんか、看護する側とすると。うん。病気の、あの一、違いがあるんですけど。確かに治療薬とかお薬とか管理の仕方が違うんですけど。でも、やっぱりこう、全身、全体を見てやるので、何だろう。あんまりこう、この人、この病気ばっかし、やっぱりあの、一人の患者さんがいろいろな病気持ったりするので。だから、あんまりこう、違和感がないっていうか。

村上— あ、そうなんですか。

D この病院、この病棟に入ってるけども、違う病気も持ってる。なので、そういう人がかなり増えてるんですよ。最近、糖尿だったり高血圧だったりというのを持ってる。で、手術もしてて、っていうのがあるので、だから、あんまり違いがないですね、最近は。

村上— あー、ほ、ほとんど。

D 病棟は違うけど。

村上— あ、そうか。

D 一応何々病棟って決まってるけど入ってる患者さんの病気がみんな同じような感じがする。(7)

【患者の画一化】入院患者の看護は病気ごとに「違うんですけど」、しかし患者全員がいろいろ病気をもっている。「だから」「あんまりこう」違いを意識しない。「全体」として患者を見たときには差異はあるのだが、差異が消えてゆくのだ<sup>23</sup>。

<sup>21</sup> 『全体性と無限』では、実は一般に思われているように顔との倫理的な関係が、全体性からの分離を保証するわけではない。まず享樂が分離のモデルとなり、享樂のなかにさまざまな具体的な分離のモードが派生する。倫理はそのなかの一つに過ぎない。

<sup>22</sup> 「夜の空間があるが、それも空虚な空間ではない。透明さは私たちが事物から区別するとともに事物への接近を可能にする。透明さによって事物は与えられる。暗さは透明さを内容物のように満たす。空間は充滿しているが、何もものない無によって充滿している。」(E. Lévinas, *De l'existence à l'existant*, Vrin, 1947, 95) ; 「覚醒は匿名である。不眠においては私が夜を見張っているのではない。夜自身が覚醒しているのだ。(それ)が覚醒している。この匿名の覚醒のなかで、私は完全に存在へと曝されている。そこでは私の不眠を満たすあらゆる思考は何物でもないものへとぶら下げられている。」(ibid., 111)

<sup>23</sup> 「違わない」という特徴的な描写が出てきたときに、それを全体の構図のなかに位置づける。逆に言うときさまざまな要素を位置付けられるような概念の枠を設定できると良い。

病気が重なることで患者は匿名化し、患者の姿も看護師の役割もひとつに統一されてゆく。患者は一人ひとり全く違う人物であるし、そもそも病気も違うのだが、多くの患者が複数の病気を併せ持つとき、医療行為を行う看護師の視点からすると、多様なはずの患者が「あんまり違いがない」「患者さんの病気がみんな同じような感じがする」となってしまうのだ。さらに、特定の部位にこだわることもなく、全体として身体を眺めるとき、患者たちは同じように見えてくる。患者の身体は未規定的な Körper となるのだ<sup>24</sup>。

このように患者の差異が消えていく感覚は D さん独特のものかもしれない。少なくとも他の看護師とのインタビューから受ける印象では、一つの病棟に長く勤める看護師は一人一人の患者の細かい違いと特異性に敏感になってゆくように感じる。しかし在宅と病院と俯瞰的に対比したときに感じられる D さんのような視点にも理がある。おそらく病はそれぞれ違っても「いろんな病気」というひとくくりが可能なのであろう。つまり病一般に注目する以上、患者が画一化してゆくような視点の取り方がされている。D さんの視点からわかることは、病という身体の生理的側面に集中することで患者が医療器械(道具連関)の操作対象となり画一化されてゆくということである。主体・自由・享樂を失うこととこの画一化は関係しているであろう。

【看護師の画一化】逆側から見ると、看護師の働き方も「さまざまな病に同じような処置をする人」として画一化してゆく。つまり病に焦点化され、生活と享樂の視点が失われることで、患者も看護師も置き換え可能な「匿名の人 das Man」となってしまうのだ<sup>25</sup>。患者が病に焦点化され、病が患者の存在の換喩となるにしたがって、身体の享樂という側面は背景に退いてゆく。ハイデガーが指摘した道具的世界における人々の匿名性は、享樂が不在になるときに際立ってくるのではないかということがここでは暗示されている(後期ハイデガーの言葉で言うとゲシュテルとなるであろう)。そして個性は死への存在としてではなく、(レヴィナスの享樂においてそうであるように)「表情」の違いといった「楽しいこと」の可能性によって実現する。

つまり自宅という身体の享樂を実現する場所は、道具連関の多様性と個別性ゆえに、むしろ個別性を作る装置となっている(先ほどは、享樂自体が自分自身になる个体化の契機であることを確認した。个体化と(他の人と自分が区別されるという)個別化が連動する)。

## # 在宅の患者の多様性

かなり時間が経ってから在宅での患者の姿が多様であることが語られた(Dさん自身はおそらく先ほどの語りを意識していない)。

---

<sup>24</sup> 細野知子さんの指摘による。

<sup>25</sup> 「共同存在にはこのような疎隔性がぞくしているということは、とりもなおさず、現存在は日常的相互存在としては、ほかの人びとの司令下にあるということの意味する。現存在がみずから存在しているのではなく、ほかの人々が彼から存在を取りあげてしまったのである。[...] その誰れかは、この人でもあの人でもなく、ひと自身でもなく、幾人かの人びとでもなく、すべての人びとの総和でもない。その「誰れか」は、特にだれということもできない中性的なもの世間 das Man である。」(SuZ 126)

D うーん。なんか思うのは、やっぱりこう、その人によって全然違う。ですよ。まあ家が違うというのは当たり前やけど。家のこう、環境だったり、こう、なんだろう。その人の性格とか、あと、家族の性格、家族のやり方、状況、全く違いますね、各い、家で。同じ病気だったとしても、やっぱりこう、全然こう、違うので。なんか、どっちかっていうとそっち、それに合わせるっていうのが多いです。やっぱりその人の家だし、その人も普段の生活をしやすいようなこう、家をつくってるし。やってきてるので、「これは駄目、こうしなさい」っていうのはあんまり言わないですね。印象に残るっていうことは、まあ特にはないけど、うん。それぞれ違い過ぎて。『何を言っているんだろう』って感じ。うん。大事にしてることも全然違うし、『これぐらいできるやろう』って思うようなことをすごく難しがたりするし、うーん、『なんか人によっていろいろ違うな、全然違うな』って思ってますね。(20)

在宅では「その人によって全然違う」つまり他の人から区別されて個別化する。訪問看護においては「同じ病気だったとしても、[...] 全然こう、違う」のだ。この違いは「病」の違いではなく生活に注目するからこそ生じている。環境、性格、生活の作り、大事にしていること、できることといった人物や生活をめぐるさまざまな違いがそれぞれの患者と家族の多様性を生むであろう。あまりに違いすぎて、違いを具体的に語るができないほどなのである。

そして看護師の側もそれぞれの家に「合わせる」ことで、行動が多様化する。逆に病院では病と病院の事情に患者を合わせるので医療実践は画一してゆく。多様化する実践において、Dさんは訪問看護師として行為主体化する。逆説的だが、患者が個別化することでDさん一人の行動が多様になるがゆえに、Dさんの主体化に関わるのだ。

享楽によって個別化するということは、それぞれの人、家族にとって享楽に支えられた道具連関が異なる仕組みを持っているということでもある。享楽が個別性だということであり、かつ享楽の現実化である道具連関においてその個別性は具体化するのである。

D やっぱり病棟に長く勤めてたからこそいろいろとね、違いも分かるし。うーん、患者さんの具合が全然違うのが見えるので。うーん、すごくこう、見た目も楽しいし。なんか、いろんな変化があるのも楽しいし、変化っていうのは、家々によってやり方が違うっていうのもあるし。  
村上ー あー、そうか。あー。うん。

D 病棟に居たら、やはり大体同じ仕事がグ、グルグルグルグル回ってますよね。まあ人は変われど。うん、[訪問看護では]行く場所も変わるし、で、車で行き、行って。まあいろんな所に、いろんな家に行って。見れるのもあるし。変化があったり、ほんでまあ、一人で行っているいろいろやっ、やって、ね、割とちょっと達成感あったり、喜んでもらえたりするので。『ちょっと役に立ってるな』みたいな。ハハッ、フッ、感じはあるし、うーん。うん。まあ『今まで転々としてきて、た知識がちょっと役に立ってるな』っていうのもあるし。今までの経験が、その辺が楽しいかな。  
(25)

冒頭で「違いも分かる」と言っているのは、表面的には病気の違いにもかかわらず患者が

画一化してゆくと語った先ほどの引用と少し矛盾する。さまざまな病棟で勤務した D さんはさまざまな病気に通じているため、「違いも分かる」。病棟であれば、「分かる」ことが患者を画一化する視点につながるが、在宅では差異を強調する視点になる。おそらく、医療の規範に合わせて実践を画一化していくのか、まずは患者の生活に合わせて多様化するのかという視点の置き方の違いなのであろうが、在宅では「具合が全然違うのが見える」と、病の姿もまた個別化するというのだ。

【地理的広がり】以前の引用では、患者が元気になることが訪問看護の楽しさとして語られたが、この引用では、一軒一軒異なるという変化と地理的広がりゆえに「楽しい」と語られている。元気さは、個別に生活スタイルを確保することによって生まれるから、元気さも多様性と連関する。そして「車で行き、行って」という表現の「行く」のなかには地域全体を看る視点が入っているという指摘も頂いた<sup>26</sup>。それぞれに特徴がある地域の環境のなかで利用者の家があるのであり、利用者が持つ人間関係や資源のネットワークも地域の様子と切り離すことはできないからである。

在宅の多様性は画一的な病棟の看護との対比で語られる。変化とそれによって明らかになる個別性それ自体が看護師にとって享樂となる。逆に「同じ仕事がグ、グルグルグルグル」回る病棟では享樂は失われるのである。

【画一性 vs 統一】ただし D さん独特の理由もありそうだ。さまざまな病棟での勤務経験がある D さんにとってさまざまな患者を一人でケアする訪問看護は、D さんが今までに身に着けた多様なスキルを統合して役立たせる機会となっている。現場の多様さと、D さんの多様な経験の統一が釣り合っているのである（病棟では同じことが看護師を画一化する。匿名化する画一化と個別化する統一が対立するのだ）。現場の多様さが、D さんの今までのキャリアを統一し、固有の行為主体を作るのである。『ちょっと役に立ってるな』は今までのキャリアが統一されて、新たな主体化ができたということである（享樂において人は自分自身へと個別化するが、行為を司るときには主体化といえる）。

【語法についての注】内言で示されていることに重さがあり、また「ちょっと」はやはり新たなモードへの参入することで新たな主体の在り方が形成されることのシグナルとなっている。

## 4. 在宅医療の時空間構成

### # 病の周縁的配置 —— 時間篇

病院では病に焦点があり、自宅では生活に焦点がある。このことでケアのあり方が大きく変わってくると D さんは感じているというところを見てきた。そこから在宅独自の時間性が生まれる<sup>27</sup>。

<sup>26</sup> 青木さぎ里さんの指摘による。

<sup>27</sup> それぞれの実践は必ず特異な時空間構造を持つ。これを描いていくことは質的研究のステップの一つとなる。私はこれを実践のプラットフォームと呼んでいるが、メルロ＝ポンティは制度化と呼んだ。実践が

D やっぱり病院に居るときっていうのはびょう、その病気に対していろんな治療があったりして。それプラスこう、しんどい部分を取ってあげるっていうことがメインなんですけど、やっぱりその、在宅は予防とかです。あの、異常の早期発見とか、その辺がメインになってくるので。やっぱりちょっと視点が違うっていいですか。うん、視点が違うし、うん。かといって、どっちが楽しいっていうわけじゃなくて、やっぱり今のほうが私は楽しいんですけど。うーん。で、まあ、あの、家でこう、安全にこう、安楽でこう、病気を悪化せずに過ごすには、『今の生活はどうなんかな』とか、あの一、『食べてる物はどうなのかな』とか。あと、あの、『誰か何か他に手伝いが要るんじゃないかな』とか、『お風呂は入ってるんやろうかな』とか、その辺を見ていくので。

村上ー あ、ほう。

D うん。

村上ー あ、なるほど。あ、そうか。い、じゃあ今全部つながるんですね。この予防とか早期発見と、その生活を見るってことが。

D はい。そうです、そう。はい、はい。

村上ー うん、うーん。

D 状況を、生活の状況を見る、見て。その辺をちょっと判断していく。で、もしわか、あの、異常があれば、主治医に報告書を渡して、報告したりとかして判断、または指示もらったりとかするんですけど。(10)

「どっちが楽しいっていうわけじゃなくて、やっぱり今のほうが私は楽しいんですけど」というのは矛盾した語りだが、それゆえにこそこの「やっぱり」が本来のモードを指し示していることがわかる。

病院と在宅では患者も看護師もモードが異なる。この対比は「やっぱり」という言葉で表現されている。病院では「病気に対していろんな治療」というように病気で「しんどい部分」に焦点がある。在宅では病ではなく生活に焦点がある。「今の生活はどうなんかな」という生活の問いが出発点となる。そのなかで欠けているものや、できていないことを補おうとする。これらは医療処置ではなく「食べ物」や「お風呂」といった享楽に関わる。つまり生活は常に享楽の確保とつながっている。

【予防と早期発見】生活に目が向いたときには時間性に変化がある。生活に重心が置かれるとき、病への視線の取り方も変化する。直接治療のために病に注目するというよりも、「在宅は予防」重視であり、「異常の早期発見」がめざされる。つまりいまだ生じていない未来の病を気遣う実践の構えとなる。しかもこれはあくまで生活を今のままに保つための視線である。病の悪化は生活と享楽を不可能にする脅威である。病は時間的にも「未来」という周縁に置かれている。看護師はたしかに病への医療的な措置を気遣うが、患者にとっては現在の生活に焦点が当たるので、看護師が気遣う病は周縁である未来へと位置づけられるのだ<sup>28</sup>。

---

どのようになりたっているのかの「どのように」の仕組みである。

<sup>28</sup> ハイデガーに引きつけて語ると、道具的な存在者に親しんでいるときには、事物的存在者を対象化する病への視線は背景に退くということでもあり、道具的存在者の近さと事物的存在者の遠さの変奏の一つでもある。

しかも病の悪化を防ぐために「食べ物」や「お風呂」「手伝い」といった生活への気遣いが導入される。つまり病が再び医療から生活の水準へと移行されるのである。

【実践のプラットフォームとしての時間性】生活を中心としたとき病は予防と異常の早期発見という観点から関心の対象になる。医療は、生活が可能になるための補完機能を負う。医療がなくなるわけではないが、周縁においた形で気が付かれるようだ。もちろんDさんはこの時間構造を自覚しているわけではないであろう。あくまでDさんの実践にともなう実践のプラットフォームとして産出されていくのだ。

入院時には、(もちろん予後が問われるとしても)今起こっている病変に意識が集中するわけであり、予後も現在の病の状態との関係で見定められる。あくまで現在の病が視線の中心であり、生活でもない(生活への気遣いもあるが、病院では逆に未来のものとして周縁化しがちである)。

この時間感覚は不思議なものでもある。というのは悪化の可能性を部分的には未然に防ぐとしても慢性疾患においては治癒というものはないのであり、その意味で目標としての良い未来はないからである。同様に終末期の場合回復はないがゆえに、危機としての未来の兆候を感じ取り、現在の状態を長引かせようとする。慢性期にしても終末期にしても(悪い未来を延期する)繰り延べとしての時間である<sup>29</sup>。この繰り延べを背景として、「最初から今までずっと楽しい」という在宅医療の楽しさの持続が、現在の瞬間で現実化するようになるのである。

【語法についての注】医療的な業務について語った後半部分では、他の人の語りは直接話法で埋め込まれていないため、語りのスタイルに変化が生じている。対話の再現はあくまで患者と家族との生活の水準の出来事であるということを暗示している。この引用では生活の記述と対話の再現がないのであり、そしてこの医療の時間のモードが開かれるときDさんはやはり「ちょっと」と語る。予防と早期発見という時間性が開かれることは、「ちょっと視点が違う」というモードの切り替えなのだ。話法の違いが、身をおいている世界の違いを表している。

## # 病の周縁的配置 —— 空間篇

時間上の周縁である未来に病が置かれるだけでなく、空間上も在宅では病の悪化が周縁的な位置に置かれる。

D そうですよ。うーん。やっぱりね、こう、一个一个確認、口で確認したり、こう、ちゃんと見せてもらったりとか、細かくはしないんですよ。あの一。家へ入ってから、こう、『ちらちら』みたいな。あんまりこう、「見えますよ」っていうのを前面に出すと。向こう、ね、しんどいかなって思って。だから、全体を見て把握するっていいですか。あの、しゃべ、ちょっとしたこう、世間話をしながらちょっと出てくる会話だったり。こう、食べてる物をね、作る台所をチラッと

<sup>29</sup> 『全体性と無限』でのレヴィナスは労働を死の接近を繰り延べする営為として位置付けた。労働が享楽の維持という側面を持つことを考えると類比的に考えることもできる。



見たりとか。

村上ー はい。

D うーん、あんまりこう、詮索はしないです、すごくは。うーん、日常、うーん、やっぱりこう、ちょっとしたこう、会話とか、あと、お風呂を入れてる人だったら、お風呂を入れながら全身見たりとか。うーん、なんかし、なんかのきっかけで見れる、見えるところを見ていくっていう感じですね。(11)

生活中心の視線となったときには、詮索しないで家の全体を見る「ちらちら」という間接的な視線になる。プライバシーを尊重することになるし、看護師が患者の生活のなかになじんでいるということでもある。身体としてなじんでいるときには、その空間を対象として詮索したりはしないであろう。

そして家庭のなかでうまくいっていない部分自体も、病ではなく生活に属する。着衣の乱れや掃除の不足、顔色の悪さが、家族の疲労や患者の病を間接的に暗示するのだ。病は間接的に生活の向こう側に見いだされるという意味でも周縁的である。

病院では直接病気に目を凝らすので、病院での病の見方とはおそらく異なる(医療において身体は事物的存在者となる)。看護師が生活上の世話に関わってゆく在宅では生活の道具的連関の流れに患者は位置する。そもそもハイデガーは道具連関の目立たなさを明らかにした(目立つのは故障したときである<sup>30</sup>)。このこととこのちら見は関係がある。注視してしまうと生活の道具連関は止まってしまうのだ。目立たないままに作動しているのを盗み見ること(故障のポイントは)捉えられるのである。病院では身体を事物的存在としてとらえて病の悪化の兆候をつかみとる鋭く注意を向けた目差しが要請される。生活のなかでは患者は行為主体だが、病院では処置の対象である。

ただし訪問看護でも医療がなくなるわけではない。「ちらちらみたいな」という周縁的な視線において、生活のなかのほころびに気づかれることで、間接的に体の不調が感じ取られる。「ちらちら」という周縁的な視線を介して、生活と医療が構造化されるのである。医療を目立たなく行いながら患者の生活へと看護師が馴染み、そのなかでほころびから病(=医療の必要性)を感じ取る、という循環的な状況の構成である。

## 5. 看取りと自然

訪問看護の業務は、慢性疾患のケアと看取りというように区別することもできる。場合によっては10年以上自宅で病をケアしながら生活支援をすることもある一方で、看取りは1ヶ月、場合によっては1、2週間という短期間の関わりとなる。この対比については同じステーションのBさんが細かく語っているので、別の機会に論じたい。ただ、今までの議論から生活のサポートに焦点を置くことで時間的にも空間的にも、周縁において医療的処置をする

---

<sup>30</sup> 「[...] 使用不可能性を発見するときに、その道具が目立ってくる。」(SuZ 73)

状態が慢性期であるという定義を与えても良い。他方、病が悪化して前面に出てしまったもののしかしもはやケアもできない状態でこのとき最期に生活に目を向けるのが終末期における看取りだということになる(病が前面に出ても手当てができるときは、急性期病棟に入院する。それゆえ慢性期の訪問看護と看取りの訪問看護とは、一旦は入院によって区切られるそうだ。Bさんはそれを「仕切り直し」と呼んでいた)。

こうして再び看取りに話題を戻すことになる。

D 看取らしてもらったというか、まあ、あの、最後まで処置いろいろさしてもらったんですけど、  
すごくいいですね。

村上ー ほう。

D あの、病院で亡くなられる方って、やっぱり最後までね、こう、酸素を付けて。リザーバーマスクっていう、こう、酸素がたくさん入るマスク、ずっと最後まで付けられてたりとか。点滴してたりとか、もうなんか、しんどそうなんですよ、やっぱり。

でも、家で看取りは、なんか自然。すごく自然です、なんか。まあ、家で看取るって決めて家へ帰ってはるので、もう確かにこう、あんまりこう、余分な栄養も入れないですし。あの、要らない酸素とか点滴もしないので。そういう面もあるかもしれないけど、すごくこう、自然ですね。

で、家族もまあ、ちょっとずつ受け入れていって。あの一、家族のこう、できること、自分がやりたいこと、できることをやるので。悔いが残らない感じ。うーん。なんかこう、いい雰囲気のかなかで死ぬっていうか。そういうこ、家ですね。(15)

自宅での死は本来であるだけでなく「自然」である。「しんどそう」な病院の道具連関と、「自然」な自宅の道具連関の違いは何だろうか。病院では身体が操作対象になるときに器械に合わせて変形されてゆく。酸素のマスクや極めて苦しい人工呼吸そして鎮静、あるいは点滴で患者の身体が器械化される時、享樂は失われ、病に焦点が当たったままになる。これに対し自宅では患者の元々の生活が尊重される。身体は道具を使い享樂する主体で在り続け、対人関係の形式も維持され続ける。生活の延長線上で「できること」「やりたいこと」をやりながら「いい雰囲気」のなかで死ぬ。この「自然」は、死に向けての身体の生理的なプロセスに逆らわないというだけではない。むしろそれまでの家族の生活のそのままの進行のなかで死を迎えるということでもある。つまり生活に無理をかけないという自然さである。

在宅では「要らない酸素」「余分な栄養」のような延命治療も行わない。つまり器械による享樂の剥奪は食い止められる。医療器械という道具の使用は享樂を伴わないだけでなく「しんどそう」でもある。この享樂が生じ得なくなる道具連関が「不自然」なのである。このことは本論冒頭の引用の「伸び伸びして」「表情もいい」自宅での身体と対比されている。

家族に対する目線では、「やりたいこと」と「できること」の達成が、悔いを残さないことにつながる。つまり欲望と可能性によって享樂を達成することが話題となっている。このときは悲しみが残らない。

自宅での看取りの語りで多用されるのが「すごい」「すごく」という強調である。これは自

宅での看取りの良さ、自然さ、本来性を強調するために使われている。このことは本論冒頭の引用そして以下の引用でも一貫している。さまざまな言葉を形容することからわかる通り、在宅をめぐる状況全体について、かつ個別のディテールを指して良さを強調する言葉なのである。

## # 看取りの語り

次の引用は D さんがインタビューの前日に経験した看取りの場面である。この場面は D さんとのインタビューのなかで一番、生き生きとしたセリフの再現が目立つ箇所である。

D うん。フフフッ。何だろう、うん、すごいです。で、亡くならはっても看取っていただいても。すごく落ち着いてられるんですよ。まあ、死ぬ過程っていうのを説明しとくんです。説明しときますし、「最後こんなふうになりますよ」って。で、『呼吸が止まったな』と思ったら連絡ください」みたいなところですけど。すごく冷静ですね、ご家族が。うん。で、まあ、「多分止まったと思います」みたいな。で、行ってみたら、まあ止まって。「ああ、そうですね」と言って。ほんで、うん。まあまあ、瞳孔なり何なり診察さしてもらったり、で、「あれや」って、先生呼んでって形なんですけど。なんかすごく家族がこう、穏やかです。まあ本人も穏やかだけど、家族も穏やかですね、うん。で、「あーよかったね」って、「家でし、ね、死ねてよかったね」って言って。みたいな感じ。ついつい昨日なんですよ。(16)

【穏やかさ】前の段落での「[死を]受け入れて」の帰結が、「落ち着いて」「冷静で」「穏やか」「よかったね」である。死の受容という言葉はしばしば抽象的でありしばしば内実がはっきりしないままにあいまいに使われるが、ここでは悲しむこともなく穏やかに過ごすという具体的な振る舞いとして表現される。そして「亡くならはっても看取っていただいても」と死者と家族の両方にこの落ち着きは関わる。おそらく「自然さ」や穏やかさとして表現されるであろう。自然であれば慌てる必要はない。この「穏やかさ」は身体の享樂の「自然」の延長線上にあるであろう。

【事前の説明】また、あらかじめ「説明しとく」という形での知識による支えも必要である（これは日本では家での看取りの習慣が途絶えてしまったからでもある）。「すごく落ち着いてられる」のは、D さんが事前に説明しているからである。未来の病の悪化を見越すことで、現在の生（活）に集中できるのは、慢性期における在宅看護と同じである。先ほど見たようにこれが D さんの実践の時間構造をなす。

【直接話法】看取りについての語りの話法上のもう一つの特徴は直接話法が増えること、つまり会話がそのまま再現されるということである。生き生きと場面が再現されることで看取りにおける身体の享樂が表現されている。そして語りは常にそれ自体に対話を含みこむのだ<sup>31</sup>。D さんの視点で語りつつ、状況のなかに身を置き直しながら、家族の語りも想起され

<sup>31</sup> この点については、特に Seikkula, J. & Arnkil, T. (2014). *Open Dialogues and Anticipations: Respecting the Otherness in the Present Moment*. Helsinki: THL publications. の第 6 章を参照。

るので、直接法という話者と引用の語りの対比が明瞭な話法が選ばれる。

Dさんの語りのなかでは、慢性期と看取りの看護は内容上はほとんど区別がない。死においてより際立つという程度の差異である。しかし語りの文体上は、慢性期においては家を単位として患者と家族とを全体的に語るのに対し、看取りの場面では患者への眼差しと家族への眼差しとの区別がはっきりしている(一つ前の引用を参照)。おそらく慢性期では家族システムの円滑な作動が暗黙のうちに眼差されているのだが、看取りでは死ぬ人と看取る家族とでは個体化の仕方が区別されるからであろう。

上の引用ではDさんから家族へ向けての発話だったが、次の引用では家族からDさんに向けられた言葉が中心となる。

村上ー ああ、ほー、お。

D つい昨日ね。私本当にこう、一昨日の夜連絡もらって、見に行って、で、まあ昨日の朝にもうな、た、亡くなって。まあ夜中3時ぐらい、また昨日電話あって。えっと、「ちょっと意識が落ちてきました」。で、朝7時半ぐらいかな、「止まったみたいです」って昨日いただいて、行ったんです。で、まあ娘さんがね、えーと、まあ、あの、[患者さんは]一人暮らしの方やったんですけど。

村上ー ほおお。

D 娘さんが東京におられて。出てこられて、「まあ看取ります」と。で、看取ってくれはったんですけど、あの一、なんていうんやろう、あ、ちょっと最初はこ、呼吸がしにくくて苦しんではったんですけど、まあ意識レベルが落ちてからはもう苦しまなくなって。「すごい穏やかやった」と。で、「だんだんと呼吸が、あの、おっきくなって、で、ちっちゃくなって、ほんでだんだんと止まっていったんですー」と。「これだったら、これ、きょう見せてもらったこん、こんな死に方するんやな」というのを。あの、まあ目の前で見て、「もう私は死ぬのが怖くなくなりました」って言っってはって。娘さんが。

村上ー へー。

D 「私はもう死ぬのが怖くないですわー」と言って、「すごいいい経験して、させてもらいましたわ」と言っってはって。『ああ、すごい』とか思って。うん、うん、うん。なんかすごくよかったです。「よかったねー」と言って、うん。やっぱり家で死ぬのっていいですね。フフフッ、見てたら、本来の姿でしょうね。ね、昔はね、そっちのほうが多かったと思いますね。(16)

上の語りでは、看取りを行った娘に焦点が当たる。「本来」の死の基準は「よかったね」という満足である。

【死の経験の伝承】娘さんが「もう私は死ぬのが怖くなくなりました」と語る時、死んだ母親から娘へと死の経験の伝承が行われている。看取りはその意味で死ぬ者から家族へのメッセージとして機能している。「畳の上で死にたい」ということの意味は死ぬ間際にならないと分からないが、しかし看取る人へとその意味の一部が伝承される。家は本来性を伝承する場として機能している(おそらく家以外にこのような場所はない)。つまり自宅で看取ることが可能にする本来性とその持続が現実化するもう一つの仕方が伝承である(しかし繰

り返しになるが日本の都市部では病院での死の普及によって一旦はこの伝承が途絶えた)。

【Dさんの目線、家族の目線】前の引用はDさんの目線で事前に家族に説明してから、家族が看取りに入り、最期にDさんが診察するという流れであった。語りは、つねに他のさまざまな語りの再現でもある。つまり語りのなかには他の語りが埋め込まれている。どのような語りに誰のどのような視線が含まれているのかは、どのような対人関係の組み立てなのかを反映している。二つ目の今回の引用は家族の目線で語られている。自宅で看取る覚悟を決めて、臨終の様子を観察し、死へと立会い、その結果の感想を述べるのである(その内容が死の経験の伝承である)。Dさんはこの家族の経験のプロセスを見て、在宅での死が「本来の姿」だと感じるのである。

【自由間接話法】家族の目線で語るのだが、Dさんはそこに同化してゆく、それゆえに、語りは次第に直接話法というよりも自由間接話法 *discours libre indirect*、つまり家族のセリフなのかDさん自身の語りなのか区別がつかない仕方で入り組んでいてセリフのかっこ「[...]」がつけにくくなってゆく。Dさんにとって家族の経験はリアルだったのだが、完全なセリフの再現は問われていない。つまり家族の看取りの経験をDさんが消化した形で語っている。先ほどの直接話法のと看取りの経験とは視点の置き方が少し異なるのだ。直接話法は、自分の思考や語りの再現なので地の文との対比がはっきりする。自由間接話法では地の文との区別が少しぼやける。これも家族がえた享樂が、Dさん自身の実践の享樂へ連続していく仕方を示す、(感情的な共感とは異なる)やり方であり、看護師と家族との共同性の作り方を文法が示している。家族の経験をDさんが自分の直観的真理として引き受けているのである。

次の語りはDさんから患者本人へと向いている。

D そう、死ぬために帰ってきてるんだけど、割と元気ですね。

村上ー 元気、うーん。

D うーん、昨日亡くなられた方も、昼間も行ってる、行ってて、昼間ちょっと体ふいたりして。いろいろ話してるんですよ。

村上ー ほー、へー。

D 割とニコニコしてね、元気やったんです。

村上ー へー。

D うん。だから、「ちょっと元気になってきたね」とか言って。うん、フッフ、言ってたところだったの。

村上ー へー。

D うん、うん。そうなんです。うーん。やっぱ日々のあれもそうですけど、やっぱし看取りは全然違いますね。看取りがすごく、今まで3回ですけど、楽しかったですね。有意義やったといえますか。ああ、その、なん、何だろう。それ、やっぱたの、楽しいってすごいし、あれですよ。人が死んでる横で楽しい。フッフ、ハハハハハ。(25)

在宅での看取りが「すごくいい」根拠は、直前まで「元気やった」ということにありそうだ。この元気さは、訪問看護全般についての語りでも重要なトピックであった。つまり家に

帰ると身体の享樂が回復し、看取りにおいてもそれは同じなのである。だから 看取りはよいし楽しいのである。しかも「ちょっと元気になってきてね」と昼に話をしたあとに亡くなっている。この「ちょっと」は新しいモード、ここでは自宅での元気なモードへと参入することを示しており、元気モードへの参入のなかで、死を「穏やかに」迎えることが、「死の樂しさ」を表現している。そして看護師の「楽しい」は「有意義」と結びついている。患者が苦しくない、悲しくない、元気に死ぬという本来のあり方を準備することがこの有意義さの根っこにある。

Dさんの語り背景にもつ在宅医療の骨組みは、享樂を確保する道具連関と共同性において、患者や家族と医療者はともに個体化するというものである。このような享樂が際立つのが、自宅における看取りの場面であった。もちろん Dさんの語りは Dさん個人の経験にもとづいており、同じ訪問看護ステーションの看護師からも、ほぼ対立するような内容の語りも得られている。しかし仮にそうであってもそれぞれの語りとその背後に隠れる実践と経験の枠組みはそれぞれに真理を持つ。この真理の多様性こそ、記述という行為がもたらす帰結であるように思われる。

- \* 本研究は大阪大学大学院人間科学研究科社会系倫理委員会の審査を受け承認されたインタビュー調査に基づくものである。また調査に際しては科学研究費補助金の支援を受けている。お忙しいお仕事の合間に時間をとって調査にご協力いただいた Dさんに御礼を申し上げる。

Yasuhiko MURAKAMI

*Une recherche qualitative phénoménologique  
sur la pratique du soin palliatif à domicile*