

Title	再帰的近代で「生」を問うこと：シンポジウム報告をうけて
Sub Title	
Author	阪井, 裕一郎(Sakai, Yuichiro)
Publisher	三田社会学会
Publication year	2013
Jtitle	三田社会学 (Mita journal of sociology). No.18 (2013. 7) ,p.95- 106
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	特集：老・病・死の社会学：「生きる意味」の在処
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA11358103-20130706-0095

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

再帰的近代で「生」を問うこと

—シンポジウム報告をうけて—

阪井 裕一郎

1. はじめに

本稿は、シンポジウム「老・病・死の社会学——『生きる意味』の在処」で取り上げられたエイジング、脳死臓器移植、がん闘病記、悲嘆というテーマを横断的に論じながら、再帰的近代 (Beck et al. 1994=1997) における「生きる意味の在処」という問題を検討しようという試みである。

本稿は、まず小倉康嗣氏の報告からこの問題を考えるうえで重要だと思われる論点を取り出し、それをひとつの軸に据えて以降の各節を論じるという構成をとった。基本的には当日の報告に対するコメントを中心としているが、各報告に対する内在的な議論というよりは、筆者が報告に触発され考えたさまざまなことを（時に報告内容から大きく逸脱しながら）書き連ねていくという形式になっていることをお断りしておきたい。

2. 「生のあるがままの豊かさ」を肯定する

(1) 小倉報告「エイジングの発見と『生きる意味』——第二の近代のなかで」¹⁾

小倉康嗣氏の報告は、「エイジングの発見」をもたらした「高齢化社会＝再帰的近代」という時代状況を、「新たな生きる意味の在処を問う契機」として肯定的にとらえ返していくものであった。「第一の近代」においては、「生産性／生殖性」（生産性に寄与する健康な壮年男性中心的な機能合理的な人間観）を基軸として社会が成り立っていた。しかし、第二の近代（再帰的近代）としての高齢化社会は、「進歩・成長といった一本槍の物語」では受け止めきれない「意味地平」の存在を顕在化させた。すなわちそれは、従来「人生後半の意味地平」として否定的にしか観念されえなかった諸事象が、あらゆる世代へと「普遍化」していく事態である。小倉氏の著書から、高齢化社会が既存の社会の意味地平を問い直す契機となることを簡潔に記した部分を二つ引いておきたい。

人生後半の意味地平を構成する老い、病い、死、あるいは下降、有限性、依存、喪失、弱さ、非合理性は、「生産性／生殖性」に基礎づけられた壮年期を頂点とする近代産業社会の人間形成観においては、否定的に捉えられてきた。だが、そもそもそれらは「自然」なことであったはずである。近代産業社会の成功は、それをもつばら機能的に処理すべき対象とし、「不自然化」してしまった。（小倉 2006: 455）

阪井裕一郎「再帰的近代で「生」を問うこと—シンポジウム報告をうけて—」

三田社会学第18号（2013年7月）95-106頁

エイジングという経験は、再帰的近代という時代状況のなかで浮上してきた個人時間の経験である一方、老・病・死という人生後半の意味地平に向き合う経験でもあり、それが個人時間・社会時間・生命時間を紡ぎなおしていく局面がある。そんな局面が、生に新たな時間的展望をもたらし、根拠なき時代の「生の基盤」再構築のための「創造の芽」となっていく可能性をもっているのである。(小倉 2011: 40)

このように、「高齢化 (エイジング)」という事象を、「高齢者人口が増大する」という単なる量的・物理的な現象としてではなく、「生きる意味」や「生の条件・枠組み」の根源的な問い直しの契機として捉える点に小倉氏の研究の独創性がある(小倉 2001; 小倉 2006)。〈再帰的近代としての高齢化社会〉とは、人間存在の捉え方や社会の構想の仕方といった「ものの見方」自体をラディカルに変革していく社会を意味するのである。

「老・病・死」といった事象は、本来、生にとって「自然 (じねん) なこと」である。それは人びとに「生を問う機会」を提供し「生の豊饒化」に与するものはずである。しかし、近代社会においてこれらは日常生活から制度的に隔離されてきた。「エイジングの発見」は、そのような「隔離された経験」をわれわれの「生」の領域へと引き戻す契機となる。そして、そのことは「生のあるがままの豊かさ」を肯定できない強迫観念的な態度を問い直し、社会をラディカルに再編成していくことを意味する。

では、「エイジングの発見」がもたらす「意味地平」を個別の経験をこえて広く社会的に敷衍するにはどうすればよいのか。その問いに対し小倉氏が提示するのが〈経験のデモクラシー〉という概念である。〈経験のデモクラシー〉とは、一人ひとりが自身の日常生活世界(生活経験・身体経験)のなかで分有する〈経験〉に立ち返り、コミュニケーションしていくことだという。それは「エイジングの意味地平」を再帰的に活用しながら、「私たち自身の生き方・社会のあり方の問題に媒介していくこと」であり、「その可能性=生成性を(たんなる理念ではなく)具体的なコミュニケーションのレベルから引き出していく試み」である。こうした「経験」が紡ぎだすミメシス(追体験)的なつながりこそが、「隔離された経験」と再帰的に向き合うために必要となる協同的な取り組みのかたちであり、社会学者の責務は、このような「経験のデモクラシー」の生成に参与し、働きかけることなのだと主張される。

(2) 再帰的近代で「生」を問うこと

小倉氏の報告は、再帰的近代という文脈で「生」を考えるための多彩な論点を提供するものであった。ここでは、報告の中でも、筆者にとって特に印象的であった二つの論点を取り上げ、本稿の思考の軸を設定してみたい。

1) 「より深い次元での再帰性」へ

小倉報告のなかで注目したい一つの論点は、「表層的な再帰性」の暴走にどのように対処す

べきか、そして、〈より深い次元での再帰性〉に切り込んでいくにはどうすればよいか、という課題である。小倉氏が問題視するのは、「表層次元での再帰性の拡張による暴走という事態に、表層的な反省でもって追従してしま」っている現代社会の状況であると思われる。小倉氏は、著書のなかで「再帰性」概念について次のような重要な指摘をおこなっている。再帰性は、「機能合理的な平面」という表層次元で拡張していくべきではなく、「科学や制度に先立つ意味生成の基層としての生活世界から、重層的に捉えていかなければならない」（小倉 2006: 450）。つまり、再帰性には「重層的な位相」があり、表層の再帰性の暴走を食い止めるためには、「意味生成の基層」（バウマンの言葉では「不可侵の領域」）までを問い直す「再帰性の徹底」が不可欠だという主張である。

こうした小倉氏の主張から筆者が想起したのが、丸山眞男が 1952 年に著した『『現実』主義の陥穽』（丸山 [1952]1956）という論考である。丸山は、当時の講和条約をめぐる情勢のなかで政治家たちが繰り返し語った「現実的ではない」という言葉を批判して、「現実」主義の三つの特徴を論じている。一つ目の特徴とは、現実の「所与性」である。支配層が「現実」を語る時、それはいつも「仕方のない過去」であり、「現実的ではない」という言葉は「既成事実」に屈服せよの意味に他ならないのだという。二つ目は、現実の「一次元性」である。「現実を直視せよ」というメッセージが発せられる時、しばしば現実の「多次元性」は無視され、一つの側面だけが強調される。つまり、「現実」とは恣意的に「選択されたもの」に過ぎないのである。三つ目は、前の二つに関連するが、現実とは「その時々々の支配権力が選択する方向」にすぎないということである。支配権力が規定し自明化する「現実」に反対・矛盾するものがあれば、それは「観念的」とか「非現実的」というレッテルを貼られ斥けられてしまう。丸山は、このような「現実」主義が人々の自発的な思考と行動、ひいては新たな社会を構想することを阻害するという。なぜなら、人々は短期的な思考に集中し、長期的な展望や理念を構想することが困難になるからである。

このような丸山の議論を踏まえるならば、「表層的な再帰性」をこえて「深い次元の再帰性」に切り込んでいくことは、「一次元」に切り詰められてしまった「現実」に反省のまなざしを向け、そこから「現実の多次元性」を修復し「もっと別の可能性」を提示する作業のことだと言い換えられるのではないだろうか。われわれが「生の基盤」を問い直すというとき、「現実」主義に陥ることなく、それをいかにして乗り越えて未来を展望していくかが重要だと思われる。本稿では、特に第 3 節の脳死臓器移植問題を、このような問題意識から考えてみることにしたい。

2) 根拠なき時代の「生」の基盤

もう一つ、小倉氏の報告の中で注目したいのが、生き方の「定番の物語」が失効した「根拠なき時代」に「生の基盤」（自身の生を根拠づける条件＝つながり）をいかに再構築していけばよいのかという課題である。

筆者が「再帰的近代で『生』を問う」というテーマを掲げたのも、既存の意味供給源を欠いた時代に、人々はいかにして「生の根拠」や「生きる意味」を生成していくのかを考えてみたと思ったからである。澤井敦がエアラスに依拠しながら述べるように、「ある人間の生がなんらかの意味をもつのは、他者との『関係性』の内においてでしかない」（澤井 2005: 92）。それゆえ、「生きる意味」を考えることは、「関係性」を考えることと不可分である。

外的な準拠枠組みが衰退する再帰的近代においては、個別の経験から共感を醸成し、生の基盤としてのつながりを再帰的に生成していくという「経験のデモクラシー」は重要な構想になると思われる。おそらくその射程は、「エイジングのフィールド」に限定されない、より広範な事象に及ぶものであろう。個別的な「経験」を媒介とする「つながり」が「生」を支える基盤となりうる、その実践的な可能性について、第 4 節と第 5 節では、がん闘病記と悲嘆をめぐって立ち上がる共同性に触れながら検討していきたい。

3. 脳死臓器移植問題が問う「生きる意味」

(1) 皆吉報告「脳死臓器移植における『社会』とは何か——『長期脳死』と『社会的合意』をめぐって」

日本に生命倫理学が導入されつつあった 1980 年代以降、そのもっとも先鋭的な事例として取り上げられてきたのが脳死臓器移植問題であった。皆吉淳平氏の報告は、この「脳死」をめぐって生/死の境界が「社会」とのかかわりでどのように変化し、いかなる影響をもたらしたかを明らかにしようとするものである。そして同時に、脳死論のなかでたびたび持ち出される「社会」という言葉の意味変容を問うものである。皆吉氏は脳死臓器移植をめぐる議論から、「生きる意味が問われる現代社会」の問題を指摘する。長期脳死状態の人々は「ただ生きて存在している」。しかしながら、「生きる意味」が問われるとき、「ただ生きて存在する」ことに対して懐疑のまなざしが向けられる。そして、そこに「臓器提供」の問題がたちあらわれてくる。このように、「生きる意味」を強調する現代社会と「臓器提供」問題は密接にリンクしている。そして皆吉氏は、そもそも「生きる意味」とは誰にとっての「意味」なのだろうか、と問うのである。

このように、皆吉氏は「生きる意味」を半ば無反省に要請する社会の現状に疑問を投げかける。ここで問題視されるのは、「生きる意味の不況」（上田 2005）ではなく、むしろ「生きる意味の過剰」なる事態とってよいかもしいない。「生きる意味」が問われるからこそ「臓器提供」の問題がたちあらわれるという主張は、先の小倉氏の主張に通じるものがある。というのも、脳死臓器移植の議論が示しているのもまた、「生のあるがままの豊かさ」を肯定しえない効率性や合理性にとらわれた「生」を「不自然化」していく社会の姿だからである。先端技術が生み出した「現実」が「前提」となって、次なる「現実」が不断に構築されていく。そのような過程で「生の不自然化」が問題として人々の意識にたちあらわれることも次第になくなっていく。報告の中で紹介された臓器移植推進派の医師の次のような言葉が印象的であった。

今、大切なことは、医療の原点に戻って、患者の自己決定権と選択権を、法の許す限り、最大限に尊重し、当事者（患者と医師）の責任と信頼関係に基づいて移植ができるようにすることである。共有すべき情報を公開し、透明性を維持することが重要であるが、行政や第三者による過度の干渉や規制を排除すべきであろう。（出月康夫「臓器移植の実施と進歩のために」『日本医師会雑誌』119（11）、1998年）

このような「患者中心」の医療倫理のもとでは、患者（当事者）の願望や感情をその根拠として先端医療が正当化される。しかし、そのとき、技術の発展とともに構築された「願望」や「感情」それ自体は、もはや懐疑の対象とはなりえない。それは「不可侵の領域」となる。だからこそ、「先端医療はそれを望む患者だけの問題なのだろうか」（皆吉 2011: 55）をくり返し問うことが求められる。たとえ当事者にとっていくら酷なことであったとしても、われわれは「いま・ここ」にある当事者の「涙」をさえ疑うことを迫られているというべきかもしれない。

こうした論点と関連して、皆吉氏の研究が問いかけるのは、「社会」や「合意」といった言葉の曖昧さである。「社会的合意」というとき、そこで想定されている「社会」とはいったい何をさすのか。「合意」というとき、それはいったい誰の合意なのか。そもそも合意は何をもって達成されたと言っているのか。こうした疑問が次々とわきあがってくる。こうした疑問は、グローバリゼーションという視座から先端医療を捉えるときにより鮮明となる。以下では、報告の内容からは逸脱するが、グローバリゼーションと先端医療というテーマから、「生きる意味の在処」という問題を考察してみたい。

（2）グローバリゼーションと「生きる意味」

ここではアメリカのジャーナリストであるスコット・カーニーの著書『レッドマーケット』（Carney 2011=2012）を取り上げたい。レッドマーケット（Red Market）とは、カーニーの造語であり「人体を売買する国際的なマーケット」を意味する。この本で彼は、臓器売買のみならず、遺体や骨の売買、養子縁組、卵子売買、代理母産業、血液売買といった多くの人体をめぐる「闇のマーケット」の事例を取り上げながら、先進国での医療技術の発展と途上国における人体市場（レッド・マーケット）の拡大の循環を描き出している。カーニーの著書は、先進国で生きるわれわれの「あたりまえ」の願望や喜び、哀しみといったさまざまな感情の自明性を揺さぶる。

レッドマーケットの悲惨な搾取の実態に、法的規制で対応しようとすることには限界がある。現に、先進国において人体売買に関する法規制は着実に整備されてきた。しかし、規制には際限がない。どれだけ厳格な法規制を作っても、需要が存在する限り、法の裏で進行するマーケットを完全に取り締まることは不可能である。カーニーは次のように述べている。

犯罪者の数を減らすのは、単に法律で取り組む問題ではない。解決策は、私たちが長いこ

と聖域と信じてきた人の身体や、経済、利他主義やプライバシーを、基本的に考え直すことから始めなくてはならないのだ。「人の身体や組織に対する需要はすでに決まっているもので、それに対応するには全体の供給を増やすしかない」と見ることを、私たちは止めなければならない。(Carney 2011=2012: 289)

人体市場における需要と供給の構造は「既成事実」のうえに更新され補強されていく。科学者をかりたてる生命科学の魅力と、それを商品化する企業やメディアの欲望、そして救われることを願う人々、この三者関係が相互依存的に「既成事実」を構築し更新していくがゆえ、それに異議をさしはさむことは「現実的ではない」もしくは「観念的」と斬り捨てられる運命となる。だが、その裏で搾取の構造は着実に強化されていく。

第三世界に臓器の供給が潤沢にあり、先進国では耐えがたいほど長いウェイティングリストがあるおかげで、臓器ブローカーはとても実入りのいい職業である。腎臓の需要がこの 40 年、着実に伸びてきただけではない。世界中の貧しい人びとが、みずからの臓器を重要な社会的セーフティネットと見るようになってきたのだ。(Carney 2011=2012: 92-93)

われわれは、臓器を売って生計を立てる人々やブローカーたちを、自分とは関係のない「他者」として切り離すことはできない。グローバル化とは、「様々な社会的状況や地域間の結びつきの様式が、地球全体に網の目状に張り巡らされるほどに拡張していく過程」である (Giddens 1990=1993 : 85)。それは単にマクロな事象のみに関わるのではなく、社会的経験のローカルな文脈やパーソナルな文脈の変容とも密接に関わる。その意味で、先端医療を有する先進社会に生きるわれわれの「生きる意味」は、不断にグローバルな関係性のなかで問い直されなければならない。ギデنزが簡潔に述べるように、「第一世界の社会の生活様式に匹敵するような生活様式を世界の人びとが採用するのに必要な十分な資源は存在しない」以上は、「世界の貧困層の解放はおそらく、先進国でライフスタイルのラディカルな変化が取り入れられてはじめて達成される」のであり「解放はライフ・ポリティカルな変容を前提としているのである」(Giddens 1991=2005 : 261)。問われるべきは、われわれの人生観、人間観、生命観、家族観、もっと具体的に言えば、「長生きしたい」「家族を助きたい」「子どもがほしい」といった願望そのものなのかもしれない。必要なのは「生の根源的基盤」に切り込む「深い次元での再帰性」である。

ここで今一度、「合意とは何か」という問いを考えてみよう。カーニーが紹介するのは、インドで腎臓売買の現実を告発し食い止めようと試みた役人が、臓器を売る現地の住人から強い非難を受けた事例である。彼のポスターには石が投げられ、結局彼は村を追われる。また、臓器売買のブローカーの次のような語りも紹介されている。「私はただ人助けをしているだけです。私は腎臓がだめになって死にかけている人を知っていて、腎臓を売りたいがっている人も大勢知っている。そのどこが問題なんです？」

「合意があればよい」としてア priori に「合意」に価値を置く論理では、「合意している当事者」を規定している社会的・歴史的な文脈が捨象されてしまう危険がある。また、「合意が倫理を導く」と想定するとき、「合意」の名のもとに「倫理」が歪められることもあるだろう。その意味で、「合意」と「倫理」の二つは一体どのように位置づけられるのか（倫理をつくるのは誰か？合意が先か倫理が先か？）という難題が浮かび上がってくる。

社会学者に求められるのは、「既成事実」に屈服することなく、広範な時間的・空間的な視野を持ちつつ、「社会」や「合意」といった概念それ自体が生成される根源的・前提的な基盤を問い返していく深い洞察ではないだろうか。この意味で、生命倫理それ自体を社会的文脈のなかに位置づけ批判対象にする「生命倫理の社会学」が果たすべき役割は大きいものと思われる²⁾。

4. がん闘病記が築く共同性³⁾

(1) 門林報告「がん闘病記にみる5つの語り」

門林道子氏の報告は、1995年から2005年までに出版されたがん患者本人によって書かれた闘病記100冊を分析し、がん闘病記の社会的意義を考察するものであった。門林氏によれば、闘病記を「書く」という行為は、「病の経験がいったん切り離されて対象化されることにより、内面の整理を促し、自己を反芻しながら解釈の図式を変換させることで、状況を受容したり、自分に意味づけをしながら自己肯定を伴う『新たな自分』をつくり出す実践である。そして、がん患者はそのような言語化作業を通じて、自らの置かれた状況を客観視し、がんを対象化することによって「主体性」をとりもどしていくという。

しかし、闘病記のもつ意義はそれにとどまらない。闘病記は、「病む人を病気の犠牲者やケアの受け手とする見方から能動的な行為者へと転換する」のであり、それは既存の社会の常識を覆していく契機ともなる。門林氏は、「闘病記は、自己の再構築という個人レベルを超えて、『病む』ことや『病む人』への見方をも変化させるという社会の再構築も行っている」（門林 2011：255）と述べている。がん闘病記は、自分をこえてそれを読む他者に対しても「生きる力」を与える。「闘病記の記述が社会を変え、変化する社会が闘病記の内容をも変えてきた」のであり「個人と社会との間で闘病記をめぐって双方向的な相互作用がおこなわれている」（門林 2011：254）のである。こうした発見から次のような結論が導き出される。

人々は、「衝撃」や「混沌」の状態を乗り越えたときに、病と対峙しつつ試行錯誤の「探求」を続けながら、時には死をも視界に入れながら、闘病記を書いている。そこで、病を負った人々はケアされるだけでなく、ケアする立場にもなっている。

(2) ケアの共同性

おそらく、がん闘病記が増加した一つの社会的背景に、宗教や伝統といった既存の「意味供給」の枠組みが衰退したことがある。もちろん、病や死を意味づける上で今なお宗教や伝統が

もつ力は少なくないと思われるが、それでも現代人の多くは、自分の意志ではどうすることもできない制御不能で不合理な運命に直面したとき、既成の枠組みに頼ることなく、自らの運命を受容したり、新たな自己を切り拓いていかななくてはならない。こうした困難なタスクを軽減するために他者との共同性が重要になってくる。

門林氏は、がん闘病記が「共感」の媒体であるだけでなく、他者や社会全体を「変容」させる媒体であることを指摘し、そこでは「ケアする／ケアされる」という関係の境界が問いなおされるといふ。では、「ケア」とは何を意味するのだろうか。以下では、門林氏が「ケア」という言葉を用いることの意義を、筆者なりに敷衍して考察してみたい。

一般的に「ケア」という言葉は、自立が困難な「依存者」に対する支援を意味する言葉である。書き手であるがん患者と読み手であるがん患者（とその家族）という当事者同士の関係を念頭に置けば、それが「ケア」という言葉で表現されることに違和感を覚えることはない。しかし、必ずしも当事者に限定されない読者全体を想定したときに、書き手と読み手の間に生成される関係を「ケア」という言葉で表現できるとすれば、それはどのような意味であろうか。門林氏ががん闘病記の紡ぎだす共同性に「ケア」という言葉を用いる意義を筆者なりに解釈してみたい。

がん闘病記が個別的な「経験」をこえて広く人々の共感を誘うのはなぜだろうか。おそらくそれは、われわれが潜在的な当事者であるからではないだろうか。ここで言いたいのは決して「誰もがみながん患者になる可能性がある」ということではない。そうではなく、がん闘病記は、がん患者やその家族といった当事者の「個別性」をこえて、普遍的な事象である「生の偶然性」や「生の脆弱性」を人々に認識させる力があるのではないかと、ということである。それは言うなれば、われわれの「生」が圧倒的に不確実で偶発的で脆弱であるという事実への気づきである。斎藤純一が述べるように、誕生や老・病・死のような局面が象徴するように、「依存性こそが私たちの生の基本的な条件である」（斎藤 2008: 196）。しかし、この基本的な事実は日常において忘却されている。こうした気づきや想像力を他者に喚起する点に闘病記の意義があるのでないだろうか。

ここには、「ケアする／ケアされる」関係を個別（私的）なものとしてではなく共同的（公的）なものとしてとらえ返していく視点も見て取れる。門林氏の研究が示唆するのは、個人と個人がその「脆弱性」や「依存性」を基軸としてつながっていく可能性である。門林氏は著書の最後で「がん闘病記」の意義を次のようにまとめている。

患者自身が自らの声を発し、出版などを通して社会へ発信していくことで、共有体験をもつ人々によるコミュニティが形成される。そこでは、病いをもつ人が他者をケアしている。現代の闘病記は、病む人を病気の犠牲者やケアの受け手とする見方から、能動的な行為者へと転換する移行を可能にした。そのことは、「受動的」な面のみでとらえられてきた病いについての文化的観念を覆すような大きな意味をもっている。闘病記を書くという行為に

よる自己の再構築は、社会の再構築にもつながっていく。(門林 2011: 268)

再帰性の増大した社会において、「生きる意味」の模索という諸個人に課せられたタスクを共同化していくためには、互いの「生」に関心を寄せる関係性が重要になってくる。そうした関係性を、「家族」という限られた範囲にとどめるのではなく、多様な関係性のなかに再配置していくことが重要ではないかと思われる。闘病記がつくりだすコミュニティには、ケアを出発点として立ち上がる「経験のデモクラシー」の実践のひとつのあり方を垣間見ることができる。

5. 悲嘆の個人化と共同化

(1) 鷹田報告「個人化する悲嘆——医療現場における死別体験者の分断と共同」⁴⁾

鷹田佳典氏の報告は、「個人化される悲嘆」に焦点をあてて、医療現場における悲嘆をめぐる相互分断状況を明らかにするものであった。従来の遺族ケアの議論では、医療従事者は「患者家族をケアする存在」と位置づけられてきた。しかし、患者の死は「遺族」だけではなく、看護師にも喪失感や寂しさ、ショック、後悔などをもたらす。看護師は「悲しむ主体」であるにもかかわらず、その悲嘆が決して公認されることはないのである。看護師が悲しみをオープンにできない理由には、「多忙をきわめる看護業務」「死別の悲しみをタブー視する職場構造」「患者への過度の関わりを戒める職業規範」などがある。それゆえ、「看護師たちは、患者の死後、お互いにどのような感情を抱き、これまでの看護をどう意味づけているのかが分からないまま、一人悲しみを抱え込むか、もしくは自分の思いを理解してくれるごく少数の同僚との間でのみ気持ちの共有をおこなっている」。

すべての社会には悲嘆のあり方を枠づける規範が存在し、これを「悲嘆規則」と呼ぶ。鷹田氏は、これまで悲嘆の主体や悲嘆規則がもっぱら「家族」に特権化されてきたことを批判する。家族以外の者は悲嘆からは排除され、その権利を剥奪され、その感情に社会的な妥当性も与えられない。「悲嘆の当事者」であるにもかかわらず、その「当事者性」が看過されてしまうのである。こうして、医療現場には、悲嘆者としての医療従事者たちの相互分断が存在している。

それゆえ、鷹田氏は、悲嘆作業 (grief work) を共同化することが必要であると主張し、医療現場における分断／個別化された悲嘆を共同化するためには、「デス・カンファレンス」や「医療従事者参加型遺族会」のような死別体験者たちの集う場が大きな意義をもつという。こうした場が、「単なる感情表出の場としてだけではなく、自分たちのケアを振り返り、その意味を相互に探究する場としても機能する」のである (鷹田 2012b: 194)。

それがどのような形態をとるにせよ、重要なのは、医療従事者と遺族を、「ケアする／ケアされる」と一方向的関係としてとらえるのではなく、いずれも一人の患者の死によって悲嘆 (ただしその内容は同じではない) を経験している悲嘆者であることを理解し、両者が必要に応じて悼む過程をとともにすることができるような仕組みや条件を粘り強く模索して

いくことである。(鷹田 2012b: 195)

このように、鷹田氏は、看護師の「公認されない悲嘆」の発見によって、「ケアするもの／ケアされるもの」の分断線を問い直していく。

(2) 社会現象としての「個人化する悲嘆」

鷹田氏の報告は、おそらく「感情労働」という視点からもいくつかの重要な論点を含むものであるが、以下では、報告のなかでは詳しく触れられなかった、社会全般に広まりつつある「悲嘆の個人化」という現象に焦点を絞って、筆者が考えたことを論じていきたい。

「悲嘆の個人化」は、家族ないし親密な関係の変容（生涯未婚率の上昇、離婚・再婚の増加、セクシュアル・マイノリティの認知の高まりなど）や社会的孤立・単身世帯の増大が社会問題となっている現代日本においては、医療現場をこえて広がる社会現象だといえるだろう。従来の「遺族」概念とそれに付随する「悲嘆規則」は、家族中心の規範に基づいていた。しかし、必ずしも誰もがライフコースに自明のものとして「家族生活」を位置づけられるわけではない現在、一元的な「遺族」定義は見直されなければならない。それは同時に、親密な関係性をもつばら家族関係に切り詰めて把握してきた社会への反省が必要であることを意味する⁵⁾。

さらには、現代社会では「公認されない悲嘆」だけではなく、「悲嘆の喪失」と呼ぶべき現象も増加していることが推測される。死別や悲嘆は親密な他者との関係性にとまらうライフイベントである。しかし、親密な関係性を喪失し、孤独を強いられて生活する人々は、そもそもこうした「悲嘆」さえも経験することがない。それは「悲しめない不幸」(坂口 2012:248)なのかもしれない。けっして推奨されるものではないにせよ、「悲嘆」や「死別」が個々人の「生」にとって何らかのプラスの「意味」や「力」を持ちうるとすれば、「悲嘆の喪失」もこれからの社会にとって検討すべき課題になるであろう。

そのように考えていくとき、「悲しむ主体としての看護師」の発見には社会的に大きな意義があると思われる。鷹田氏が明らかにしたのは、既存の規範や枠組みに頼れず、悲嘆作業をもつばら個人的に対処することを余儀なくされる看護師たちの姿であった。しかし同時に、彼／彼女らは、そのような困難に直面して、試行錯誤しながら新たな共同性をたち上げ始めている。

「悲嘆の個人化」が社会全般的な現象となると、看護師たちのこうした試行錯誤と実践から学ぶべきことは多くあるはずである。

つまり、医療現場における「悲嘆の個人化」の発見は、自明視された関係性の規範を問い直す契機になると同時に、その変革を方向づける「模範」にもなりうる。病院死が一般化し、病院が「死にゆく場＝看取りの場」となった現在、看護師たちの自発的で再帰的な取り組みこそが、医療現場をこえて広がる「悲嘆の個人化」という問題を社会が認知することを可能にし、人々の関係性の問い直しへとつながるのである。鷹田氏の仕事は、個別の経験から社会に潜在する「問題」を明るみにし、社会を再構成するための展望へとつなげていくという、社会学者

の優れた実践の一例であると思われる。

6. おわりに

以上、各報告をうけて筆者が考えたことを書き連ねてきた。本稿は、「再帰的近代で『生』を問うこと」というテーマを掲げて4名の報告者へのコメントを試みた。しかし、結果的には、全体が一本の軸で有機的に結びついているとは言えず、各節が散漫な記述になっている。また、おそらく筆者がここで論じてきたことには誤解や的外れな部分も含まれると思われる。こうした点についてはご批判を賜りたいと思う。ただ、本稿に必ずしも十分に反映させることはできなかったが、筆者自身は自分の専門とする家族や親密性の問題を考えるうえでも、本シンポジウムから大いに啓発され、思考を触発された。それは今後の研究に活かしていきたいと考えている。

最後に、今回のシンポジウムから、社会学者の役割について筆者が考えさせられたことを付記しておきたい。4名の報告を聴いて、社会学者が当事者の主観的な「経験」の次元まで降りていき思考することの重要性を改めて強く認識した。しかし同時に、脳死臓器移植問題などが示しているように、当事者の「経験」から一定の距離をとって、広範な空間的・時間的視座で客観的に思考していくことの重要性も再認識した。ありきたりなのかもしれないが、こうした具体性と抽象性を往復するなかで、現実の「一次元化」に抗い、そこから「多次元性」を掬いとることによって、次なる社会のあり方を展望していくことが、社会学者に課せられた責務なのかもしれないと考えさせられた。

【註】

- 1) 基本的にはシンポジウム報告の原稿にそって論じるが、小倉氏のその他の著書も適宜参照する。
- 2) 「生命倫理の社会学」については皆吉(2008)を参照。
- 3) 本節では、シンポジウム報告の内容と門林氏の著書(門林2011)の二つに基づいて論じる。
- 4) 本節では、シンポジウム報告とともに、同様のテーマを扱った論文(鷹田2012b)も参照して論じる。
- 5) 「グリーフ・ケア」の研究者である坂口幸弘も「公認されない悲嘆」の問題を取り上げ、「その一例が、いわゆる“遺族”ではない、恋人や友人、同性愛のパートナー、以前の配偶者や恋人、病院や介護施設の同室者などであり、“遺族”と同等もしくはそれ以上に強い悲嘆を経験する可能性があるにもかかわらず、故人との関係性が周囲から理解されず、十分なサポートが得られないかもしれない」(坂口2012:22)と述べている。また、森岡清美も最近の著書で「悲嘆の個人化」を取り上げ、孤立化が進行する現代社会で「悼みの拡散」という実践のもつ可能性に触れている(森岡2012)。

【文献】

Beck, U. Giddens, A. & Lash, S. 1994. *Reflexive Modernization*. Polity Press. (=1997. 松尾靖文ほか訳『再帰的近代化——近現代における政治、伝統、美的原理』而立書房.)

Carney, Scott. 2011. *The Red Market*; New York. DeFiore and Company. (=2012. 二宮千寿子訳『レッドマーケ

ット——人体部品産業の真実』講談社.)

Giddens, Anthony. 1990. *The Consequences of Modernity*. Stanford University Press. (=1993. 松尾精文・小幡正敏訳『近代とはいかなる時代か?——モダニティの帰結』而立書房.)

———. 1991. *Modernity and Self-Identity*. Stanford University Press. (=2005. 秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ』ハーベスト社.)

門林道子. 2012. 『生きる力の源に——がん闘病記の社会学』青海社.

丸山眞男. [1952]1956. 「『現実』主義の陥穽——ある編輯者へ」『現代政治の思想と行動』みすず書房.

皆吉淳平. 2005. 「『社会的合意』とは何か?——生命倫理における『社会』」『現代社会理論研究』15:281-292.

———. 2008. 「生命倫理の社会学はいかにして可能か?——R.C.フォックスとバイオエシックス」『現代社会学理論研究』2:100-112.

———. 2011. 「先端医療の社会学」藤村正之編『いのちとライフコースの社会学』弘文堂.

森岡清美. 2012. 『「無縁社会」に高齢期を生きる』佼成出版社 (アユスの森新書).

小倉康嗣. 2001. 「後期近代としての高齢化社会と〈ラディカル・エイジング〉——人間形成の新たな位相へ」『社会学評論』52(1):50-68.

———. 2006. 『高齢化社会と日本人の生き方——岐路に立つ現代中年のライフストーリー』慶應義塾大学出版会.

———. 2009. 「『ゲイのエイジング』というフィールドの問いかけ——〈生き方を実験しあう共同性〉へ」関修・志田哲之編『挑発するセクシュアリティ』新泉社.

———. 2011. 「エイジングの〈経験〉と時間——根拠なき時代の『生の基盤』再構築のために」『社会学年誌』52:39-66.

斎藤純一. 2008. 『政治と複数性——民主的な公共性にむけて』岩波書店.

坂口幸弘. 2012. 『死別の悲しみに向き合う——グリーフ・ケアとは何か』講談社.

澤井 敦. 2005. 『死と死別の社会学——社会理論からの接近』青弓社.

鷹田佳典. 2012a. 『小児がんを生きる——親が子どもの病いを生きる経験の軌跡』ゆるみ出版.

———. 2012b. 「悲しむ主体としての看護師——遺族ケアの手前で考えること」三井さよ・鈴木智之編『ケアのリアリティ——境界を問い直す』法政大学出版局.

上田紀行. 2005. 『生きる意味』岩波書店.

(さかい ゆういちろう 慶應義塾大学文学部)