

承認論の視点から見た遺族ケアの哲学的考察

—HBV 遺族調査を踏まえて—

A Philosophical Examination of Care for the Bereaved from the Viewpoint of the theory of Recognition: The HBV Bereaved Family Members Survey

片山 善博

KATAYAMA, Yoshihiro

はじめに

本稿では、遺族ケアの哲学的基礎付けを試みる。そしてこの試みを遂行するにあたって、近年、哲学、社会学を始め、さまざまな分野でキー概念となっている「承認論」の枠組みを応用する。また、これが、抽象的な議論とならないよう、特定の事例を取り上げ、具体性を持たせて、考察する。特定の事例については、現在、筆者が研究分担者として関わっている B 型肝炎ウイルス（以下 HBV と記す）感染で亡くなった方の遺族調査の成果の一部⁽¹⁾を用いる。この研究は、おもにアンケート調査とその分析から成り立っているが、その成果を踏まえながら、承認論を軸とした遺族ケアの理論的枠組みの一つの形を示してみたい。

欧米では、遺族ケアを含めた死別研究が盛んである。日本でも近年、死別にかかわる多くの研究がなされるようになってきた。本稿では、まず 1 章で近年の死別研究の成果のいくつか⁽²⁾を紹介しつつ、死別研究の現況について、簡単にまとめる。2 章で、哲学の理論的アプローチとして、「承認論」を軸に、遺族ケアの哲学的基礎を論じる。承認論についてはさまざまな議論があるが、筆者は、A. ホネットや Ch. テイラーなど現代の多くの論者が依拠している

ヘーゲルの承認論の枠組みを使いながら、遺族ケアの理論的基礎付けを試みる。その上で、3 章では、HBV 遺族研究の現段階での成果（岡ほか 2015：27-31）を示しつつ、遺族の置かれた状況とその特殊性について述べておく。最後に 4 章では、これらの考察を踏まえた遺族ケアの具体的あり方について考察したい。

そのさい、以下の 3 点に留意する。一つ目がケア概念の拡張である。二つ目が精神分析による内在（内面）性に着目する遺族研究の射程を見据えることである。そして三つ目として、精神を経済的基盤と社会的排除の視点を組み入れ具体的に考察することである。一つ目の遺族ケアの具体化についてであるが、ケアには、一般的に専門家によるケア（看護師、ソーシャル・ワーカー、心理カウンセラー、支援団体の職員など）が想定されるが、非専門家によるケアも含めていく必要がある。また、ケアをする側とケアをされる側との分離固定化を避けることも必要だろう。広い意味での配慮を含んだケアのあり方も含めて、遺族ケアの可能性を追求することである。二つ目については、精神分析的な視点から遺族が故人を内在化するという場合の〈内在化〉は、遺族の主観の中で故人を内面化することが軸となる

が、筆者は、内在化に対して、精神化という言葉を用いたい。精神を、主観の内面だけでなく、主観を超えた社会性や共同性を含みこんだ概念として用いることで、より包括的なケアも可能となると考える。もちろん、主観の内面を重視することは必要であるが、そうした内面化された故人との絆を維持するためには、具体的な精神性が確保されなければならないだろう。筆者は、精神分析的な視点からだけではなく、相互承認のプロセスを含んだ社会的・歴史的な視点を持つことが、遺族の故人との絆の安定的な維持のためには有効であると考えている。そして三つ目の、精神を具体化するためには、人間の社会生活を考察しなければならない、と考える。本稿ではHBV遺族を対象とするが、彼ら／彼女らの現実に置かれた状況（経済的基盤の喪失と社会的排除）を踏まえながら、遺族と故人の社会的承認がどのようになされるべきかを考察する。

1. 死別研究の現況

1970年代までの死別研究では、フロイトの精神分析に依拠し、故人への愛着を断ち切ることが、遺族の立ち直りには必要だとする考え方が主流であった⁽³⁾。この背景には、自立を人間の理想とする近代の主体概念の普及があるだろう。ところが、近年は、故人との〈絆（強い結びつき）〉を維持することが、遺族ケアにとって有効だという主張が実証的な研究を踏まえて、積極的に述べられるようになった⁽⁴⁾。故人との絆を維持することが、遺族の立ち直りに重要だという主張であるが、こうした見解が出てくる背景には、人間存在の根本的ありかたを〈依存関係あるいは自他関係〉において捉えようとする見方が一定の影響を持つようになったことがあるだろう。ただし、故人とのあらゆる絆の維持が求められてい

るわけではない。絆の質が問われることになる⁽⁵⁾。例えば、故人の物（残したモノ）への固執は、遺族によく影響を及ぼす場合もあると指摘される⁽⁶⁾。求められるのは、遺族と故人との「内在的な」絆である。したがって、遺族ケアにとって重要なことは、故人との内在的な絆を維持できるような支援のあり方を探ることである。

さて、上記の死別研究は、精神分析的・心理学的アプローチからのものであり、遺族の内面性を重視したものである。よりよい絆の維持は、故人を内在化した遺族の内面において可能なものであり、そうした内面性の安定の維持のためには、専門家によるケアが必要だということになる。しかし、故人はもはや実在しない以上、遺族の一方的な思い込みになる場合もあり、故人との絆が不安定化する可能性は残り続ける。故人との絆を維持する上で、遺族の主観（の一方）的な内面だけを問題とする限り、絆は不安定化する。あるいは故人についての「意味の再構成説」（註(3)を参照のこと）についても、主観による一方的な意味づけにとどまってしまうだろう。筆者は、遺族が故人との安定的な絆の維持するためには、遺族と故人の相互承認という視点を組み入れる必要がある、と考える。次の章では、承認論の視点から、遺族ケアのあり方を検討してみよう。

2. 遺族ケアの理論的枠組み—承認論の視点から

承認論にはさまざまな議論⁽⁷⁾があるが、現代の承認論に大きな影響を与えたヘーゲル（1770-1831）の承認論を参照したい。ヘーゲルは、自己の成り立ちに、他者との関係性という視点を組み入れ、「自己が自己である」というアイデンティティは、自明なものではなく、自己と他者との関係性において成り立つ、という考え方を示した。「私は私である」

ということは、「私は他者ではない」ということであり、ここには〈他者を否定する〉という〈他者の排除〉と〈他者を媒介している〉という〈他者の媒介〉が分かちがたく結びついている。端的にいえば、私とはこのような他者との関係性のことである。このような視点から大切な人との死別経験をとらえ返すと、大切な他者の喪失は、その〈他者と自己との関係〉の喪失を意味するのであり、言い換えれば、〈他者と関わっている自己〉を喪失することなのである。つまりは、〈自己〉の喪失のことなのである。では、遺族は故人との間でどのように自己の回復ができるのであろうか。自己は他者との関係において成り立つのであるならば、自己は他者との関係で肯定的な意味を見出すための論理が必要であろう。遺族が、故人を他者とし、そこから自己を回復する論理として、相互承認論を利用しよう。

ヘーゲルはいくつかの個所で承認論を説いているが、ここでは『精神現象学』(1807年)の承認論を参照する。承認には、大きく3つの段階がある。まず承認は、自己と他者との間の二者関係で問われる(「自己意識」章)。しかしそれだけでは不十分で、次の社会的な承認の段階が必要である。自覚的な相互承認が成り立つ条件として、両者は普遍的な理念のもとに社会的に承認されていなければならない(「精神」章)のである。最後に普遍的な価値を共有した両者が、それを具体化するために、自覚的な相互承認を遂行していく(「精神」章「良心」)。

ところで、承認には、自己が〈他者から承認される〉という契機と自己が〈他者を承認する〉という契機がある。自己(A)が他者(B)を承認するということは、他者(B)からすれば自己(B)が承認されるということであり、自己(A)が承認されるということは、他者(B)からすれば、その他者(A)を承認するという

ことである。なお、この時ヘーゲルは、この自己と他者のそれぞれを〈自己意識〉を伴う存在者と考え、両者による相互承認を想定している。

しかし、遺族と故人の関係は、このような意味では、相互的な関係とはいえない。なぜなら、故人は他者(自己意識を伴った他者)の位置を獲得していないからである。つまり、遺族と個人の間では、相互承認は原理的には成り立たない。しかし筆者は、遺族は故人との関係においても、相互承認は可能である、と考える。それは、遺族が、故人を限りなく他者化することができるからである。この他者化とは、故人を客体化することではなく、故人を実在する他者(自己意識を伴った主体)のように、自己を承認する存在とすることである。そのためには、遺族は、みずからを徹底的に受動化すること、つまり自らが故人を意味づけるのではなく、故人の声をありのままに聴き取ろうとすることによってである。このように故人を他者化＝主体化することで、自己意識が想定された相互承認に対しては限定的となるにしても、遺族と故人との相互性は成り立つと考える。確かに、故人は実在しない以上、遺族が故人を一方向的に承認するにとどまってしまう。その限りでは、遺族と故人の絆の維持(つまり相互承認)は、実在する他者との相互承認が問題となる場合よりも、不安定化する。その意味で遺族と故人の絆を維持しようとする場合には、故人の他者化のためのなんらかのケアが必要とされる。

しかし、先みたように、ヘーゲルは、そもそも自己と他者との二者関係だけでは、自覚的な相互承認が成り立たないとする⁹⁾。両者が共有する普遍的な価値(実体)を媒介して、二者間の自覚的な相互承認は成り立つと考えている。なぜ個別的な二者関係においては自覚的な相互承認が成立しないかという

と、相互に承認を求めて、逆に両者の対立の面が浮き立ってしまうからである（承認をめぐる闘争）。したがって、対立しながらも、自覚的な相互承認が成り立つためには、自己と他者が何らかの普遍性（ヘーゲルは〈自由〉の理念を想定している）を共有していることが求められる。つまり、その自由の理念を共有しているが故に、互いの個別の自由を承認することができる、ということになる。もちろん、二者の対立の面は残る。しかし、この対立は、各人が自らの自由と他者との共同性を自覚する上で、肯定的な役割を果たす。他者の特定の自由を認めるということは、普遍的な自由の理念の吟味につながるからである。そしてこのことが、自由の理念の具体化を促進することになる。また、両者が、普遍的な自由の理念を共有しているがゆえに、互いの自由（具体的な行為に示された自由と、普遍的な評価の基準としての自由）の一面性を指摘することができる。そしてこのことが、両者にとっての自由の具体化を促進することになる。このように、普遍的な価値が共有された状態、言い換えれば、社会的に承認された状況を前提として、はじめて自覚的な相互承認の可能性は生まれる。

この考え方にしたがうと、遺族と故人の関係においても、互いの関係の根底にある理念（共有される理念）が想定されていなければならない。故人が普遍的な価値をもったものとして社会的に承認された存在として遺族のもとにあらわれるとき、遺族と故人との絆はより安定化することになる。

ヘーゲルは、理念を共有した者同士の共同体を〈精神〉とみなした。ヘーゲルは、『精神現象学』の古代ギリシア共同体を扱った個所で、ソフォクレスの悲劇『アンティゴネ』を例に挙げ、アンティゴネが、敵国同士で戦死した二人の兄を埋葬する家族

共同体の掟を、敵国の兄の埋葬を禁ずる国家の掟に優先させた行為に、倫理的意味を見出した。アンティゴネにとって、死者をそのまま放っておくことは家族共同体の根幹を崩壊させる行為である⁹⁾。門脇の表現を借りると、アンティゴネの行為は「死体をこの自然の崩壊過程から救い出し、自らの手で抹消し、人間的に可能なガイスト（引用者註 ガイストとはドイツ語で精神のこと）の世界に蘇らせる」

（門脇 2013：174）行為である。つまり、埋葬とは、死者を共同体の中で精神化する行為である。この行為を通して死者は精神的な存在として共同体の中に再生するのである。つまり、埋葬とは、死者を共同体の中に再生させる行為である。故人は、遺された者の内面に意味づけられるだけでなく、遺された者たちの共同体の中に生き続けるのである。

しかし現代の葬儀にそのような意味を見出すことは難しい。むしろ、遺族の一人ひとりが、遺族同士の結びつき（共同的な結びつき）を通して、故人の精神化、つまり故人の社会的承認を果たすことによって、遺族と故人の相互承認は促進される。そしてそうした共同の場において、遺族は、自己が意味づけただけの故人ではなく、他者と共有し社会的に承認された故人、つまり他者化された故人との間で、自己に肯定的な意味を得ることになる。

3. HBV 遺族調査・研究

本章では、「はじめに」でも触れたHBV遺族研究成果の一部を紹介し、4章では、改めて承認に基づいた遺族ケアのあり方を考察したい。

集団予防接種等によってHBVに感染した人は40万人以上と推計されている。筆者も所属している研究グループでは、集団予防接種等によるHBVで家族を亡くし、提訴している遺族に対して、郵送法によ

る無記名自記式質問紙調査を実施した。弁護団の協力のもと提訴している全国の遺族 929 世帯に郵送

(2014 年 9 月) し、565 通の返送があった。調査の結果⁽¹⁰⁾、4 割の遺族が、経済的に厳しい生活を強いられ、また、約 1 割の遺族が、故人の HBV 感染を理由に差別を受けたことが、わかった。

その調査票の中に、いくつかの自由記述欄を設けた。本稿との関わりのある質問と回答について記しておく。

- ・「あなたは故人の余命を知った後、故人とどのように過ごしましたか。(回答数 344)」これについては、「ともに過ごした」、「普段通り過ごした」、「どうして良いかわからなかった」、「何もしてあげられなかった」「告知の難しさ」などが書かれており、遺族の無力感が読み取れ、遺族の自責の念につながるものと推測される。
- ・「故人が B 型肝炎であることに関連して、あなたが、人との付き合いで困ったことはありましたか。(回答数 112)」これについては、「特に困ったことはない」という記述が有る一方で、「話せない、隠す」といった差別・偏見にかかわる記述もあった。
- ・「故人はどのような人でしたか。現在、あなたにとってどのような存在ですか。(回答数 377)」これについては、「頼りにしていた」、「誠実な人」、「見守ってくれる存在」など、遺族にとっての故人の存在の大きさが読み取れる。ただし、故人が夫の場合、妻の場合、息子や娘である場合、親である場合で、記述の仕方も変わるが、故人が子である場合、悲痛な記述になる。
- ・「あなたが故人をおもって、なさっていることはありますか。お墓参りや、同じような境遇の人の支援活動など、どのようなことでも構いませんのでご記入ください。(回答数 356)」これについては、「お墓参り」、「お供え」、「仏壇に手を合わせる」、「毎日の報告」、「話し合う」など、故人との関係を維持している記述が多かった。そのさい、コーヒー、お酒、写真など、何らかのモノを介した故人との関係が維持されていた。他に「署名活動」「裁判の傍聴」など、故人の思いを汲んだと思われる行為の記述もあった。
- ・「今後の被害救済や支援について、ご意見がありましたら、ぜひご記入ください。(回答数 124)」これについては、医療機関・弁護士・研究者への感謝・満足・期待（一部不満・不信の記述もある）が表明されている一方で、国に対する要望（早期解決、難病としての認可、二次感染者などの若い世代への支援、医療費助成などの経済的援助、仕事のサポート）が、具体的に述べられていた。
- ・「最後に、ご自由に意見やお気持ちをお書きください。(回答数 209)」については、分量の大小も含めて多種多様な記述であるが、共通しているのは大切な人を失ったことによる生活の激変と、その結果としての自己の維持が困難ということであった。これは、量的調査からも読み取れるように、遺族に大きなストレスを与え、場合によっては健康状況も悪化させている。また、生活の基盤が根底から崩されてしまったということに加え、家族の将来も奪われるなど、希望の喪失ということも述べられていた。さらに、自責の念、後悔、悔しさ、怒り、これ以上苦しめないで欲しいなど、悲痛な思いが書かれていたが、「B 型肝炎の状況について知ってほしい」、「治療薬の開発への希望」、「医療費助成」、「生活支援（保険等）、将来に向けての要望も書かれていた。

遺族ケアの観点からすると、HBV 遺族の多くは、故人との絆の維持をさまざまなかたちで図っている。その一方で、経済的事情から、墓参りなどが十分できていない遺族もいる。さらに、罪責感、無力感など故人との関係において、複雑な感情をもつ遺族もいる。差別や偏見等だけでなく、遺族同士が語り合える場がない（生活の困難、差別・偏見、裁判などで忙しい）ことや、HBV に対する偏見・無知による遺族と地域の分断によって、故人の他者化や故人の社会的承認が困難になっていることも推測できる。また、調査票の回収率が約6割であったが、そもそも調査に協力する余裕のない遺族が4割を占めること、また調査に協力したものの記述欄を空白のままにした遺族がかなりの数に上っているということを検討すると、実態はさらに厳しいものであることが推測できる。

したがって、故人との絆の維持が困難な場合、それが維持できるようなケアが必要となるだろう。そのさい故人の他者化を促す専門家によるケアも重要であるが、同時に、故人を遺族の内面に還元するのではなく、2章で述べたように、故人を社会的に承認された存在（共有された理念）とすることも必要であろう。そのためには、遺族同士が語り合える場（個人の存在の共有化を図る場）や遺族の悲しみや痛みの共有化の場を構築する支援が求められるだろう。この点については、次の章で述べたい。

4. 承認論に基づく遺族ケアのあり方

前章で見たように、差別や偏見にさらされたHBVに感染した人や遺族は、少なくとも社会的に承認された存在であるとはいえない。もちろん、一般的、法的な意味では、承認されている。しかし、存在の

深いところで承認されていない思いを持つ者は多い。その結果、遺族に、病気を隠す、死因を隠す、という意識が働いてしまう。また患者の側も、病あるいは死が自己の人生にとって決定的に重要であるにも関わらず、そのことの表明が難しい。こうしたことはこれまでさまざまな差別を受けてきた人々に見られることであるが、HBVの患者は、社会的に排除された状態で、自分の生死と向き合わざるを得ないだけでなく、そうした困難を、家族に打ち明けることすらできない場合もある。また、その家族や遺族も、患者のそうした思いを受け止めながらも、何もできないという無力感を持つこともある。そうした場合、患者の死は、家族だけの（あるいは本人だけの）秘密として、社会に対して隠蔽され続けることになる。もちろん、周囲の人々に受け入れられることもあるが、しかし、受け入れられた場合であっても、自分の置かれた状況（突然遺族になってしまうこと）に、納得できないこともある。さらに、国に対する怒りや、何もできない自分への悔しさの感情も残り続ける。場合によっては遺族である自分（例えば、母子感染した）も、故人と同じ理由で死ぬかもしれないという不安と恐怖を抱えながら、生きてゆかざるを得ない。また、そうした状況の中でも原告団として国に訴えを起こす遺族もいるが、しかし、そこで認められたとしても、認められない人々との対立を生むこともある。その対立は、同じ境遇を生きざるを得ない人々に、この上なく苦しみを与えることになるだろう。こうした厳しい状況の中に遺族は置かれている。

集団予防接種等によるHBV感染患者は、国の公衆衛生行政の不手際の結果生まれたものである⁽¹¹⁾。国家の施策としての国民健康増進と感染者や遺族は、社会的に——国家からも、地域からも——排除され、

隠蔽される。この時、遺族自身が罪悪感を持つ場合がある。家族を国家によって奪われた被害者の立場である遺族が、奪う側の立場に組み込まれる（直接的あるいは間接的に）のである。直接的というのは、例えば母子感染で、自分の子どもをキャリアにしてしまうことであり、間接的というのは、HBV 患者や家族に対する差別や偏見⁽¹²⁾の故、遺族自らも、故人の存在を社会的に隠してしまう（例えば死因を隠す）ことである。遺族本人には責任はないものの、罪責感が生まれることで、遺族は二重の苦しみを受ける。このことは、遺族と故人の絆を揺るがすことになるのではないか。また、遺族の社会からの孤立をより深刻にするのではないか。

患者あるいは遺族は、国家の施策によって、生活の基盤が毀損されただけでなく、人間としての存在構造（関係の中で生きる人間のあり方）も毀損された。生活の基盤については、患者が家計を支える働き手である場合、家計の根本が崩れることになる。そうでない場合であっても、治療費などで多くの出費が必要となる。さらに、人間の精神生活も毀損されたのである（関係が断ち切られる、つまり孤立状態におかれる）。このような状況においては、棄損された遺族の社会的承認が求められる。これは単に裁判で勝てばよいということではない。

遺族と故人の絆の維持（相互承認）には、故人の他者化が必要である。さらにこのことを安定化させるためには、故人の社会的承認と、遺族の孤立を防ぐことが必要である。これには、(1)遺族の間で共同性が自覚されること、(2)毀損された遺族が社会的に承認されること、が求められる。(1)の共同性の自覚には、遺族同士が、HBV 遺族が被った痛みや傷つきやすさを共有することが必要だろう。もちろん、遺族の間にも、経験の違いから生じる対立が生

まれることがある⁽¹³⁾。しかし、遺族は、互いに故人を語る場をもつことで、同じ遺族としての共同性を自覚することになり、また故人のために何かを作る（例えばメモリアル・キルトを作る）場をもつことで、遺族間の対立を乗り越えていく承認関係がつくられるであろう。言葉と創作の有用性に着目して、遺族の集いなどの共同の場を生み出していく支援が必要だろう。(2)については、そうした状況で苦しむ人々（遺族）の社会的承認（さらに言うと、故人の社会的承認）を求める動きを起こすこと（そしてそのための支援を行うこと）が必要である。そのために、毀損された者の記録を残す、あるいは歴史的に意味づける、教育現場などで啓発活動を行うことを通した、社会的承認を訴えていかなければならない。そして、遺族の間で共有された経験を、人間の vulnerability（傷つきやすさ）にかかわるものとして、遺族だけのこととみなすのではなく、全ての人間に関わるものとして社会的に承認していく必要がある。こうした承認活動が、故人を含めた共同体の精神を具体化することにつながる。

5. まとめにかえて

本稿では、遺族ケアのあり方を、承認論の視点から考察した。本来、承認論は、主体相互に成り立つものであるが、ここでは、遺族と故人という相互性が成り立たない場面で承認関係を問うという、ある意味矛盾した問の立て方をした。しかし、現実には、多くの遺族が故人との関係を維持したいと考えているし、理論的にも実証的にも、そのことが、遺族の立ち直りにとって有効であることが主張されるようになった。しかしもし、これが遺族による一方的な思い込みであるにすぎないとすれば、絆 (bonds) を強調するにしても、不安定なものにとどまるであ

ろう。本稿では、そうした故人に実在性を与えることによって、相互承認に近い関係が生み出せるのではないかと、いう立場から出発した。そのためには、故人の他者化や故人の社会的承認が求められる。と同時に、故人の社会的承認を遂行していくためには、遺族間の相互承認、遺族とそれ以外の人々との相互承認というより社会的なレベルでの承認関係の構築が必要になる。HBV 遺族調査でみたように、遺族は、故人に対して、罪責感をもつ場合がある。この背景には、HBV 感染の特殊性があると同時に、無知や偏見が社会的に一定の広がりを見せていることがある。故人との関係を大切にしたいにもかかわらず、その故人を社会的に排除してしまうということは、遺族にとって苛酷なことである。相互承認には、何らかの価値の共有（共同性）が必要である。他者の自由を認めるためには、自由という理念を共有していなければならない。これと同じように、誰もが理不尽なかたちで遺族になる可能性、そうした人間存在のあり方を共通の価値として共有することが、遺族の社会的承認につながるのではないかと。そうした承認行為を、広い意味での遺族ケアに組み入れたい。

注

(1)平成26年度厚生労働科学研究費（「集団予防接種等によるHBV感染拡大の真相究明と被害救済に関する調査研究」(岡多枝子代表)、平成27年度AMED感染症実用化研究事業（防接種によるHBV感染拡大の真相究明と被害救済に関する調査研究」岡多枝子代表）

(2)本稿では、M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut and W. Stroebe (2011) と K. Klass, P. R. Silverman and S. L. Nickman (1996) をおもに参照した。

(3)安藤・打出はこの流れを次のようにまとめている。「1940年代のエーリッヒ・リンデマンによる急性悲嘆反応の研究を皮切りに、悲嘆、とりわけ愛する人との『死別悲嘆』が医療の介入を必要とする事柄として認識されようになっていくが、基本的な考え方はフロイトのそれを踏襲していたと言える。すなわち、悲しみの感情の表出が抑圧されたりすることによってグリーフワークが十分になされない場合、遺された人たちは個人への愛着を断ち切ることができず、新しい人生に踏み出すことができない。それゆえ、十分に感情の表出ができるように彼らを支援し、正常な悲嘆反応を進めるのがグリーフケアだ」という考え方である。しかし、1980年代以降、グリーフワークが終了すること（その悲しみを切ること）によって個人への愛着や過去へのとらわれから解放され、人生を前に進められるという考え方には批判が相次ぎ、今日ではむしろ、ロバート・ニーマヤー (Robert Neimeyer) の『意味の再構築説』のように、故人との絆を新しい形で継続していくことや、故人を失った世界の意味を能動的に再構成することがグリーフワークの中心であり、それを支援するのがグリーフケアであるという考え方主流になりつつある。」(安藤・打出2012:194-195)

(4)シュトレーベらは次のように述べている。「近年の研究者は、絆の維持および放棄と、悲嘆への適応との間の結び付きを検証することで、実証的にも理論的にもこの議論と取り組み始めている。」(M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut and W. Stroebe 2011:14=2014:17)

(5)フィールドは次のように指摘する。「継続的絆の適応性を確かめるためのより建設的なアプローチは、単純に絆を維持するか手放すかではなく、何を維持し何を手放すかを同定する試みではないだろうか。」

(Field 2011 : 114=2014 : 101)

(6) フィールドは次のように述べる。「たとえば、いつも背後に居て慰めてくれる存在として故人を感じることは、内在化された記憶に基づいて他者を感じ取ることを含んでおり、それは他者が死んでいることを十分正しく認識していることとは矛盾しない。…中略…他方で、死別後十分な時間が経った時点で、たとえば解離の存在を示す故人の幻視がある場合のように、より具体的な、文字通り死者の存在を感じたとすれば、それは未解決の喪失がある証拠となるだろう。同様に、故人の所持品にこだわり続けることは、未解決の喪失を意味するかも意味しないかもしれない。」(Field 2011 : 125 =2014 : 116)

(7) 承認論は、人間形成の原理として、18世紀から19世紀にかけてのドイツ観念論（主にフィヒテやヘーゲル）のなかで議論されたものである。その際の承認論は、自己と他者の相互承認として、17世紀以降の近代自然法思想に起源をもつ〈個人の自由〉と〈他者との共同〉をいかに両立させるかという課題を受け継いだもので、自己と他者の相互承認を通じて、その両立を果たそうとする考え方である。18世紀末のフィヒテは、自他の対立を前提とした人間が社会において自由な存在者であるためには、各人が自分の自由を「制限」し相手の自由を承認しなければならないとし、そこから自由の理念を基礎とした社会を説明できるとしたが、19世紀に入りヘーゲルは、このフィヒテの問題意識を受け継ぎながらも、フィヒテの承認概念には具体性がないと批判し、より内実のある承認論を構想していった。ヘーゲルは、自己と他者との間には、フィヒテが前提とした〈対立関係〉だけでなく、同時にフィヒテが見落とした〈媒介関係〉もあると捉えた。そして、自己と他者は、他者との対立や葛藤を通して、そう

した関係性、つまり、自己にとっては他者が、他者にとっては自己が不可欠であるということを実感し、互いが互いの存在を承認することで、他者との共同性において自らの自由を実現していくことができる考えた。ヘーゲルは、『精神現象学』（1807）等で承認について主題的に論じているが、特に「承認をめぐる闘争」や一面的な承認関係を扱った「主人と奴隷の弁証法」、「良心論」の記述は、20世紀の現代思想に大きな影響を与えた。現代においても承認論は、個人ないし社会集団のアイデンティティをめぐる問題として、あるいは各人の固有性はその差異において相互に承認されることで成り立ちうる問題として議論された。例えば、Ch. テイラーは、他者による承認が個人や集団のアイデンティティに決定的な役割を果たすとし、正当なアイデンティティには、正当な承認関係が必要であることを説いたし、また A. ホネットは承認にさまざまな段階（愛、法的、連帯）を認め、承認論をあるべき社会構想の原理として再構築している。他にもさまざまな承認論が存在するが、要するに、自己の成り立ちにとっては他者が、他者の成り立ちにとっては自己が決定的に重要だということであって、そのことの認識や自覚が、個々人の人間的成長やアイデンティティにとって極めて重要であるとする考え方である。

(8) ヘーゲル『精神現象学』の「自己意識」章と「精神」章 C「良心」での相互承認論の違いについては、片山善博（2007）を参照。

(9) ヘーゲル『精神現象学』「精神」章 A「直接的精神 人倫」を参照のこと。

(10) 「返送された 565 通のうち、60 通（10.6%）は『調査への協力が難しい』と回答していた。その理由で最も多かったのは『今は、思い出すのがつらい』であった。回答者の属性は、男性 18.6%、女

性 81.4%であった。平均年齢は 60.7 歳，標準偏差 10.3 であり，最少年齢は 27.0 歳，最高年齢は 90.0 歳であった。世帯員（本人を含む）は，平均 2.2 人，標準偏差 1.4 であった。故人との関係については，配偶者（77.4%）が最も多く，次いで母親（5.8%），父親（4.6%）と続いた。故人が男性であった回答者は 83.9%，故人が女性であった回答者は 16.1% であった。和解している回答者が 62.3% を占めた。故人が受けた集団予防接種による感染は，94.7% であったが，母親が受けた集団予防接種からの母子感染も 4.3% いた。故人の逝去年齢は，60 代（42.7%）が最も多く，50 代（39.7%），40 代（10.7%）と続いた。感染がわかったきっかけは，医療機関受診が最も多かった。遺族へのサポート提供者としては，『子ども』が最も多かった。世帯年収は『100 万～200 万未満（35.7%）』が最も多く，『200～300 万未満（19.5%）』，『0～100 万未満（12.7%）』と続いた。現在の暮らし向きを『大変苦しい』～『大変ゆとりがある』の 5 段階で尋ねたところ，『普通』と回答した者が 48.6% を占めたが，『大変苦しい（10.3%）』『苦しい（29.8%）』という回答も 4 割を占めた。今後の経済不安については，『とても不安（23.6%）』『やや不安（39.8%）』との回答が半数以上を占めた。故人が差別されるのを見たり，聞いたりした経験がある者は 20.6% であった。約 1 割の遺族は，故人が感染していることを理由に遺族が差別された経験を有していた。何度か経験した遺族が 2.7%，回数は少ないが経験したという遺族が 8.2% を占めた。」（岡，片山，横山 2015：14-15）

(11) 奥泉は，『『B 型肝炎問題』とは，『集団予防接種で B 型肝炎を感染拡大させた問題』であると同時に，再発防止の観点からは，より広く，『国の公衆

衛生行政の誤りで数十万人という規模で感染症を拡大させた問題』である」（奥泉・久野 2015：43）と指摘する。

(12) 森は，認められない悲嘆を 5 つに分類している。その中の一つに，「死の状況がしかるべきでない場合」として，「個人の亡くなった状況が社会的に共感されにくい場合であり，ドカは『自死，エイズに関する喪失，アルコール依存症による死』などを挙げている。いずれも遺された者は他者から蔑視されることなどがあり，孤立することになる」（森 2012：171）と述べている。

(13) 澤井は自助グループにおいて，悲嘆の承認が困難な場合があることを指摘する。「セルフヘルプ・グループでも，特定のキーパーソンの見方が支配的なものとなったり，あるいは雰囲気といった漠然としたかたちではあっても，特定の悲しみ方が肯定的にみられるようになったり，ということが起こってくる。セルフヘルプ・グループも，往々にしてそれ自身の文化，規範を生み出すし，それに共感する者もいれば，逆にそれに違和感をもつ者もいる。そこに同化する者いれば，排除される者もいる。」（澤井 2005：111）

参考文献

- 安藤泰至・打出喜義（2012）「グリーンケアの可能性—医療配属のグリーンワークをサポートできるのか」安藤泰至・高橋都責任編集『シリーズ生命倫理学 第4巻 終末期医療』丸善
- 岡多枝子，片山善博，横山由香里（2015）「HBV 遺族調査及び文献研究結果概要」（平成 26 年度厚生労働科学研究費助成金 新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業「集団予防接種等による HBV 感染拡大の真相究明と被害救済

に関する調査研究」中間報告書)

前書所収。)

奥泉尚洋・久野華代 (2015) 『B型肝炎 なぜここ

まで広がったのか』岩波ブックレット

[かたやま よしひろ／日本福祉大学／哲学]

片山善博 (2007) 『差異と承認 共生理念の構築を

目指して』創風社

門脇健 (2013) 『死ぬのは僕らだ！ 私はいかに死

に向き合うべきか』角川 SSC 新書

本研究は、平成 26 年度厚生労働科学研究費、平成
27 年度 AMED 感染症実用化研究事業の研究成果の一
部である。

澤井敦 (2005) 『死と死別の社会学 社会理論から

の接近』青弓社

森俊樹 (2012) 「グリーフケア研究の動向」

高木慶子編『グリーフケア入門 悲嘆のさなかにあ

る人々を支える』勁草書房

K. Klass, P. R. Silverman and S. L. Nickman

(eds.) (1996) *Continuing Bonds New*

Understandings of Grief, Routledge & Kegan

M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut and W.

Stroebe (2011) Introduction, In M. S.

Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut and W.

Stroebe (eds.) *Handbook of Bereavement*

*Research and Practice Advances in Theory and
Intervention*, American Psychological

Association (=M. シュトレベ, R.O. ハンソン,

H. シュト, W. シュトレベ (2014) 「死別研究

現代の視点」M. シュトレベ, R.O. ハンソン, H.

シュト, W. シュトレベ編『死別体験 研究と介

入の最前線』(森茂起・森年恵抄訳) 誠信書房所

収。)

Nicel. P. Field, Whether to relinquish or

maintain a bond with the deceased. In M. S.

Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut and W.

Stroebe (eds.) , *Ibid* (=N.P. フィールド「絆

を手放すべきか, 維持すべきか」M. シュトレベ,

R.O. ハンソン, H. シュト, W. シュトレベ編, 同