

Title	医療現場における死別体験者の分断と共同： 死者を「共に悼む」ための手がかりを求めて
Sub Title	
Author	鷹田, 佳典(Takata, Yoshinori)
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.61- 77
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=AA11358103-20130706-0061

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.

医療現場における死別体験者の分断と共同¹⁾

—死者を「共に悼む」ための手がかりを求めて—

鷹田 佳典

1. 「看取りの場」としての病院

現代社会における〈死〉をめぐる状況の特徴のひとつとして、「病院死の増大」²⁾が挙げられる。かつて日本では、住み慣れた我が家で家族に見守られながら死んでいくのが一般的であった。しかし、戦後、自宅で亡くなる人の割合は一貫して減り続けていく。それと入れ替わるように増えてきたのが病院で亡くなる人の数である。厚生労働省の人口動態統計によれば、1960年代前半には2割に満たなかった病院死の割合は、1977年に在宅死の割合を逆転し、現在では全体の8割近くの人が病院で最期を迎えるまでになっている。近年では、高騰する医療費の抑制を目的に病床数が削減され、また、「病院から地域・在宅へ」という大きな流れのなかで「死に場所」をめぐる状況にも変化の兆し³⁾が現れてはきているものの、病院死が大きな位置を占めるという状況は今後もしばらく続くものと考えられる⁴⁾ (新村 2001)。

こうしたことを踏まえるならば、今日、病院とは、人々が病気を治療し、健康を取り戻そうとする場所であるだけでなく、死にゆく過程を経て最期の時を迎える場所であり、また、患者の家族にとっては、大切な人を看取る場所でもあると言える。しかし、これまで病院を対象とする研究においては、「治療の場」という側面ばかりが重視され、「死にゆく場」や「看取りの場」という側面については十分な関心が向けられてこなかったように思われる。そこで本稿では、後者の側面、なかでも「看取りの場」としての病院に注目し、患者の死をめぐる家族と医療従事者（ここでは看護師）がどのような経験をしているのかについて考えてみたい。そうした作業を通じて、死別体験者が置かれた今日的状況の一端を明らかにすることが本稿の目的である。

この目的を達成するために、以下では次のように議論を進めていく。まず、筆者が小児科に勤務する（勤務経験のある）看護師を対象に行った聞き取り調査の結果に基づき、患者の死を経験した者たち（看護師、家族）が医療現場において相互に分断されていることを確認する（第2節）。続いて、そうした分断状況を乗り越え、看護師と患者家族が亡くなった患者の死を「共に悼む」ためにはどうすればいいのかについて、幾つかの具体的な取り組みを紹介しながら検討する（第3節）。そのうえで、そうした死別体験者の共同が孕む危険性について指摘し、死者を「共に悼む」という実践を捉え直す（第4節）。そして最期に、医療現場において確認された死別体験者の分断という事態が、広く現代社会全体に共通してみられるものであることを、イギリスの社会学者であるT・ウォルターの議論を参照しつつ明らかにし、改めて死別体験者が

死者を「共に悼む」ということの内実を探っていく (第 5 節)。

2. 医療現場における死別体験者のく分断>

筆者はこれまで小児病棟で働く看護師への聞き取り調査を続けてきたが、それによって明らかになったことを一言で言えば、医療現場において死別体験者たちが分断され、個人化された形で患者の死を悼むことを強いられているということである (鷹田 2012)。なお、ここで死別体験者と呼んでいる人たちのなかには、患者の家族だけでなく、看護師も含まれる。まずはこの点から説明することにしたい。

(1) 看護師間のく分断>

よく、「看護師 (医療従事者) は患者の死に慣れている」という言い方がなされることがある。職業者として日常的に人の死を扱っている看護師は、患者が亡くなっても動揺することなく業務を遂行することができる (できなければならぬ) というわけだ。しかし、聞き取り調査から明らかになったのは、小児科に勤務する看護師が決して患者の死に慣れているわけではないということだった。ある看護師が「傷つき慣れ」という表現を使っているように、確かに何人もの患者を亡くし、その死について十分に嘆き悲しむ余裕もないまま日々仕事を続けていると、どこかで患者の死に慣れてくる部分が生まれるのは事実である。また、自分の受け持ちではない患者が亡くなったときなどは、それほど動揺することなく仕事を続けることができるという側面もある。だが、プライマリーとして長く関わってきた患者や、思い入れの深かった患者が亡くなったときなどは特に、もう会えないという寂しさや心にぽっかり穴があいたような喪失感、「もっとああしてあげればよかった」という後悔の念を抱くことが少なくない。M・スモールらは、患者やその家族と長期にわたって関係を築いてきた看護師にとって、患者の死は耐えがたい苦痛をもたらすと述べているが (Small et al. 1991)、そのことは、患者の死が離職の原因のひとつになったと語る看護師の言葉からも理解できよう。

このように、医療現場 (少なくとも小児科病棟) においては、患者の家族だけでなく、看護師もまた、患者の死によって悲嘆を経験するもう一人の「悲しむ主体」(鷹田 2012) として存在している。だが、同時に調査で明らかになったのは、小児科の看護師たちがそのように患者の死によって悲しみを抱えながらも、患者の死に伴う感情を周囲に吐露したり、それぞれの思いを語り合ったりできないでいることだった。

その理由は大きく二つある。ひとつは、医療現場において死別の悲しみをタブー視するような (見えざる) 力が作用しているために、なかなか感情や思いをオープンにできないこと、もうひとつは、患者に対して一定の距離を置いた関わりが求められ医療現場において、患者に深く入り込み、ゆえにその死によって取り乱してしまう看護師は、「プロ」としての姿勢を厳しく問われかねないことである。そのため、看護師たちは患児の死後、感情の共有や語り合いを望みながらも、それができないまま (できたとしても非常に限られたスタッフとの間でのみ)、一

人で悲しみと対峙しているのである。

このように、小児科看護師への聞き取り調査からは、医療現場において、患者の死に直面して悲嘆を抱えた看護師たちが相互に切り離されているという現状がみえてきたわけだが、こうした分断はなにも看護師の間でだけ起きているわけではない。同様のことは、もう一方の死別体験者である患者家族（遺族）と看護師との間でも起きているからだ。

（2）看護師と患者家族の＜分断＞

子どもの入院中は毎日のように顔を合わせ、多くの時間を共に過ごしてきた看護師と患者家族との関係（それはときに「戦友」と呼ばれるような深く、濃密な関係となる）は、患児の死を境に途絶えてしまうことが一般的である。だが、なかには、子どもが亡くなった後も医療スタッフと会って話がしたい、彼らと関わりを持ちたいと願う親も少なからず存在する。次は1歳の娘を病院で亡くしたある母親の言葉である。

1998年、私の娘はインフルエンザ脳症に倒れ、わずか1歳で命を閉じました。退院後、喪失感と自責の念は深まるばかりでした。その頃私は、こんなことを真顔で考えました。子どもが重症だったとき、小児科はあれほど多くの時間多くのことを一緒に考えてくれたのに、どうして子どもが亡くなった途端に相談できなくなってしまうのだろうか？どうして家族と縁が切れてしまうのだろうか？と。思えば、私はグリーンケアまで子どもを看取った病院に期待していたのです。

（坂下 2010: 88）

もちろん、患者が亡くなった病院を訪れたり、そこで働いていた医療スタッフと会ったりすることに抵抗や不安、戸惑いを感じる親は少なくないだろう（Macdonald et al. 2005）。だが、ここで語られているような思いを抱いている患者家族がいることもまた事実である。では、一方の医療従事者（看護師）は患者を亡くした遺族との関係についてどのような思いを抱いているのだろうか。

実は、聞き取り調査から明らかになったのは、看護師もまた、患者を亡くした家族のその後を気にかけているということだった。しかし、だからといって、看護師から遺族に積極的にアクセスすることはほとんどない。それには、個人情報の問題に加え、患者を亡くした家族の心理状態が分からないということも深く関わっている。つまり、病院を離れた遺族がどのような思いで死別後の日々を送っているのか知る手立てがなく、自分が関わりを持つことでかえって遺族の悲しみを深めてしまうのではないかという不安があるために、看護師の側から遺族に対してアプローチすることが躊躇われてしまうのである。

したがって、患者の死後、看護師が遺族と関わりを持つ機会は、遺族が病院を訪問してくれたときや、個人的に連絡先を交換していた親から手紙をもらうときなど、非常に限定されたも

のにとどまっている。つまり、先にみた看護師間の分断状況というものが、遺族と看護師の間にも確認できるのである。

3. <分断>を乗り越えるには

さて、ここまで小児科看護師への聞き取り調査の結果⁵⁾から、医療現場においては、患者の死に直面して悲嘆を抱えた者たちが、相互に切り離され、個人化された形で死別の悲しみと対峙せざるをえないような状況に置かれていることをみてきた。医療現場におけるこうした死別体験者の分断状況をどのように評価するのかについては様々な意見があるだろう。だが、死別の悲しみを癒すうえで他者の共感と理解が重要な役割を果たすこと、なにより当事者たちのなかに、互いのつながり（関わり）を求めている者が少なからず存在することを考えれば、やはりこの状況は看過できるものではなく、なんらかの共同の可能性が模索されなければならないだろう。では、こうした分断を乗り越え、看護師や遺族が患者の死を「共に悼む」ためにはどうすればよいのだろうか。本節では医療現場でなされている実践的な取り組みを幾つか取り上げながら、この問題について考えてみたい。

(1) 自分自身の悲しみを認める

まず重要になってくるのは、看護師もまた、患者の死によって悲嘆を経験する「悲しみの主体」であることが、周囲からも、そして自分自身においても認められることである。上で確認したように、看護師は患者の死に直面して深刻な悲嘆を抱くことがあるにもかかわらず、病棟内では「悲しんではない存在」として扱われていた。看護師の置かれたこのような状況を筆者は前稿において、K・ドカの「公認されない悲嘆 (disenfranchised grief)」という概念を用いて説明した(鷹田 2012)。ここで公認されない悲嘆とは、「喪失に見舞われながら、誰も、(誰一人として) その喪失を理解しない」ような悲嘆を指す(ドカ 2009: 75)。それは社会的に正当と認められていないがゆえに、支援の対象にもならず、結果、死別体験者は一人で悲嘆を抱え込むことを余儀なくされる。本稿でみた看護師も、まさにこうした意味で「公認されない悲嘆を抱えた者 (disenfranchised griever)」に他ならない。

このように、看護師たちの抱える悲嘆は公認されないものであるために、彼／彼女たちは感情や思いを自らの内に抱え込まざるをえなくなり、それが先にみた死別体験者の分断状況を生み出すひとつの土壌になっているのだが、では、どうすれば、看護師も患者の死によって悲嘆を経験する存在であり、周囲の理解と支援を必要としていることが認めもらえるようになるのだろうか。おそらくその第一歩は、看護師自身が自らの悲しみを認めることであると考えられる。

ある悲嘆が公認されないのは、そのように定めるルール(規範)が存在するからである。「悲嘆規則 (grieving rule)」と呼ばれるこのルールは、どのような種類の死別を、誰が、どれくらい悲しんでよいかを規定している。患者の死に関して言えば、それを悲しむ正当な権利がある

と認められているのは家族である⁹⁾。これに対し、看護師が患者の死を悲しむ権利は十分に認められていない。仮に認められる場合でも、看護師（医療者）の悲嘆は家族のそれを超えてはならないとされている（Lamers 2002）。

こうした悲嘆規則はどこか（例えば看護師の就業規則など）に明示的に記載されているわけではなく、いわば「暗黙の（tacit）」形で病棟に存在している。そのため、勤務して間もない看護師などは、そうした規則の存在に気づかず、患者の死に直面して取り乱し、強い悲しみの感情を表出してしまう（すなわち規則違反を犯す）こともあるわけだが、先輩の看護師から指導を受けたり、周囲の様子を観察したりすることで、次第にこの規則を認知・内面化し、適切な振る舞い方を身につけていく。こうして看護師は、知らず知らずのうちに自身の悲しみを認めないようになっていく（あるいは悲しみを感じていても、それを表に出すことはなくなる）。まさにそこでは、J・カウフマンのいう「自己自身による公認剥奪（self disenfranchisement）」が起きているのである（Kauffman 2002）。

したがって、看護師の悲しむ権利が認められるためには、病棟全体の認識を変えていくのと並行して、看護師自身が自らの悲嘆の存在を認めることが重要になってくる（両者は不可分の関係にある）。そのための方法は色々あるだろうが、感情労働という視点から看護実践を読み解いた著書のなかで、武井麻子が「みずからの感情に気づく作業は一人ではできません」と述べているように、ほとんど自覚されないまでに深く内面化された規範によって感情が規定されている場合、感情の自己意識化・自己相対化を行おうとすれば、「誰かの力を借りる必要が」出てくる（武井 1999: 260）。次に取り上げるデスカンファレンスは、そうした場のひとつとしても機能すると考えられる。

（2）デスカンファレンス

看護師間の分断状況を乗り越えるためのひとつの可能性として、近年、その名を耳にすることの多くなったデスカンファレンスが挙げられる。デスカンファレンスとは基本的に、患者の死後、スタッフ（看護師だけの場合もあれば、医師やコメディカルなど多職種が参加するものもある）が集まり、「亡くなった患者のケアをふり返り、今後のケアの質を高めること」を目的として行われるものである（広瀬 2011: 201）。

このように、デスカンファレンスは参加者の悲嘆のケアを直接の目的としているわけではないが、そこでのやりとりは、医療スタッフにとって、患者の死と向き合い、それが持つ意味を自分のなかで整理したり、混乱した気持ちに整理をつけたりする機会にもなる。例えば、デスカンファレンスでは亡くなった患者に対して行われたケアに関する振り返りが行われるわけだが、そうした作業を通じて、自分ができたこと、できなかったことを確認し、「今後、同じような問題に直面したときに、その知見を活かすことができる」ようになる（ibid. 201）。看護師はしばしば、患者が亡くなった後で、「もっとああしてあげればよかった」とか、「あのときこういうケアができたのではないか」という具合に心残りを抱くとされるが、デスカンファレン

スでの振り返りを通して学んだことを次の患者のケアに活かす⁷⁾ことができれば、そうした後悔の念は多少なりとも緩和されると考えられる。

もちろん振り返りは一人でも行うこともできるし、実際そのようにされてもいるだろう。だが、一人で考え込んでいるだけでは気づかないこともある。自分では全くよいところがなかったとしか思えない看護でも、他の人からは評価できるところがあるかもしれないし、逆に、自分では自信を持って行ったケアが、他者の目には患者に対する独善的な押しつけと映っているかもしれない。いずれにせよ、他のスタッフと共同で振り返りを行うことで、自分自身の視点を相対化し、異なる立場からケアを見つめ直すことが可能になるだろう。

こうしたことはなにもケアの振り返りに限ったことではない。他のスタッフの語りからこれまで知らなかった患者の新たな側面を発見するかもしれないし、患者の死に涙する別のスタッフの姿を目の当たりにして、「悲しいのは自分だけではないんだ」と思えるかもしれない。もちろん、このようにデスカンファレンスがスタッフ間の感情共有や共同の振り返り実践の場としてうまく機能するためには、様々な工夫が必要である。特に、参加者の「安全」が保障されていることは絶対条件である(武井 1999)。ここでの安全とは、参加者が安心して感情を表出したり、思いを語り合ったりすることのできる環境のことである。例えばこの問題に詳しい広瀬寛子は、デスカンファレンスには「感情を語ることはよしとされない暗黙のルールがあるように思われる」と語り、理性的に語ることに重きを置く傾向を批判しているが(広瀬 2011)、確かにそうした雰囲気の中だけでは、非難されるのを恐れて誰も素直に感情を表出することはできないだろう。

(3) メモリアルサービス

次に取り上げるのはメモリアルサービス(memorial service)である。メモリアルサービスとは、日本語では「追悼式」や「慰霊祭」と訳される死者儀礼のひとつだが、その形態は様々である。ここでは病院で行われているメモリアルサービスの一例として、S・ヘイネイらによって紹介されている Children's Center for Cancer and Blood Disorder のメモリアルサービスを取り上げ(Heiney et al. 1996)、適宜他の研究者の議論にもふれながら、その目的や機能についてみていきたい。

Children's Center for Cancer and Blood Disorder では、毎年多くの子どもが小児がんで亡くなっている。ある年、センターで子どもを亡くした家族にニーズ調査を行ったところ、多くの遺族が患児の死後、医療チームから見捨てられているような感覚を抱いていることが明らかになった⁸⁾。治療中、患者家族は医療スタッフからさまざまなサポートを受けていたが、彼らは患児が亡くなった後も引き続きスタッフからの支援を期待していたのである。一方、医療従事者の側も、これまで患者家族との間に築いてきた特別な関係に基づく支援的な関わりを遺族との間に持ちたいと感じていた。こうした経緯を経て開催されることになったのがメモリアルサービスである。

さて、既にも書いたように、このメモリアルサービスは一種の死者儀礼として行われるものであるが、ヘイネイらはメモリアルサービスと代表的な死者儀礼である葬儀との違いとして、前者では死（死者）ではなく、遺された者の生に焦点が当てられる点を挙げている。また、メモリアルサービスは特定の宗教に依拠して行われるものではないため、信仰や民族的なバックグラウンドに関係なく参加することができるという特徴も有する。だが、メモリアルサービスの機能を考えるうえでより重要なのは、（これは葬儀と共通する点であるが）そこに複数の参加者が集まり、共同で儀礼的活動に取り組むという点である。

Children's Center でも、「他者と分かち持たれた喜びは倍になり、他者と分かち持たれた悲しみは半分になる（a joy shared is multiplied and a grief shared is divided）」（ibid. 75）という主導原則のもと、亡くなった子どもへの思いや記憶を参加者間で共有することが活動の基盤に据えられている。ここでの文脈で注目すべきは、このメモリアルサービスに遺族だけでなく医療スタッフも一緒に参加していることである。

先述したように、長く厳しい治療の過程で、医療従事者と患者家族との間には、単なる職業的な関係を超えた特別なつながりが築かれることも少なくない。ヘイネイらが述べているように、医療スタッフを「家族の一員（extended family）」（ibid. 72）と見なす患者家族の存在も決して例外的ではないと言えよう⁹⁾。そうした患者家族（遺族）にとって、医療スタッフがメモリアルサービスに参加していることは重要な意味を持つ。というのも、彼らが亡くなった子どものことを今でも覚えていて、その存在を心に留めていてくれることは、遺族にとって大きな慰めとなるからだ。逆に、メモリアルサービスのなかに馴染みの医療スタッフの顔を見つけられなかった遺族は、寂しさと強い孤立感を抱くことがE・マクドナルドらによって報告されている（Macdonald et al. 2005）。

そして、こうした遺族と医療スタッフの結びつきは、前者にとってだけでなく、後者にとっても悲嘆の癒しをもたらしているとヘイネイらは指摘する。既にもみてきたように、患者の死は家族だけでなく、その治療や看護にあたっていた医療従事者にも強い衝撃を与える。そうした医療従事者にとってメモリアルサービスは、遺族や他のスタッフと感情や思いを共有し、患者の死の意味を改めて問い返すことで、自らの悲嘆と向き合うことのできる貴重な場所なのである（Small et al. 1991）。

以上、病院で行われているメモリアルサービスの概要についてみてきたが、もちろんその形態や規模、具体的な活動内容は病院によって様々である。また、既述のように、遺族のなかにはこうした集まりに参加することに抵抗感を抱く者もいるだろう。だがその一方で、患者が亡くなった後も医療スタッフと関わりを持ちたいと望む遺族がおり、医療者の側にも遺族を気にかける思いがあることも先に確認した通りである。問題は、にもかかわらずその両者が接点を持つ機会がほとんどないということであった。こうしたことを考えるならば、遺族と医療スタッフが亡くなった患者を「共に悼む」ことのできる数少ない場を提供するものとして、メモリアルサービスが担う役割は決して小さくないだろう。

4. 「開かれた共同性」に向けて

ここまで幾つかの取り組みを紹介しながら、看護師同士や看護師と患者家族が相互の分断状況を乗り越え、患者の死を「共に悼む」にはどうすればいいのかについて検討してきた。そこで取り上げたのは、患者の死を体験した看護師や遺族が、悲嘆感情を抑圧することなく表出することのできる場であったり、故人についての思い出を語り合うことのできる場であったりしたわけだが、しかし、同時にわれわれは、こうした共同での実践が招来しかねない危うさについても目を向けておかなければならない。

(1) 死別体験者の共同と悲しみ方の規範化

本稿では、患者の死を経験した看護師や患者の家族が、患者の死を「共に悼む」ことのできる<場>の重要性について指摘してきた。だが、こうした<場>は、ともすると特定の悲しみ方を規範的なもの（望ましいもの、適切なもの）として位置づけ、それ以外の悲しみ方を否定し、排除しかねない危険性を有する。この点について示唆に富む議論を展開しているのが、死と死別の代表的な研究者として知られるイギリスの社会学者、T・ウォルターである。

死別体験者が集まり、共同で悲嘆作業に取り組む代表的な場のひとつが「セルフヘルプ・グループ (self help group : 以下 SHG と表記)」である。日常の生活世界では孤立しがちな死別体験者（特に特別なタイプの喪失を経験している死別体験者）にとって、SHG は同じ境遇にある人たちと出会うことのできる貴重な機会を提供してくれる場所である。そこでは互いの同質性が、「集団との強力な一体感を作り出し、苦痛に満ちた感情の開示や困難な物語の語りを容易にしている」(Walter 1999: 190)。しかし、たとえ同じ種類の喪失（例えば子どもの死）を経験した者たちであっても、細かな違いはいくらでも見つかるし（子どもの死因、亡くなったときの子どもの年齢、子どもの数等）、参加者の悲しみ方も一様ではない。そして、ウォルターはここに SHG の危うさを見いだす。すなわち、グループ内では往々にして、中心的なメンバーの感情や、ある特定の悲しみ方が「規範的 (prescriptive)」で正当なものになってしまうため、それに当てはまらない感情や悲しみ方を抱く参加者にとっては、会が非常に居心地の悪いものになってしまうのである。

例えば、怒りを抱えるメンバーによって支配されるようになった相互扶助グループは、恐怖を感じるメンバーや怒りを感ぜないメンバーを拒絶するようになるかもしれない。あるいは、適切な感情についての集団の規範が、あるメンバーには魅力的だが、別のメンバーにはそうでないということもありうるだろう。その場合、一方は会に参加するが、他方は会を去るということになる。

(Walter 1999: 190)

このように、「一定の参加者を包み込む緊密な集団は、他方では別の参加者を孤立させてしま

う」という側面を有する。同様のことは、ここまで何度も言及している武井によっても指摘されている。

人の死をただ悲しいと感じるばかりでなく、よかったと思ったり、ほっとしたりしている人もいます。自分が殺したように感じている人や、次は自分の番だと思っている人もいるかもしれません。患者の自殺はスタッフにとっては腹が立つことでもあります。悲しみの涙は人のこころを癒しますが、本当に深刻なのは、純粹に泣けない人、悲しめない人です。こんなときに、人の死を喜ぶとは非常識などか、死んだ人を悪くいうのは何事かというのは、ますますそうした人を追いつめます。

(武井 2001: 146)

患者の死によって看護師が抱く感情は様々である。武井がいうように、患者の死を「ただ悲しいと感じるばかりでなく、よかったと思ったり、ほっとしたりしている」看護師もいる。また、一人の看護師のなかに複数の（ときには相反するような）感情がないまぜになっていることも珍しいことではないし、同じ看護師でも患者との関わりに応じてその死に対する思いは違ってくる。しかし、看護師が患者の死に際して抱く適切な感情として一般に認められているのは、喪失感や哀惜、後悔といった感情で、それ以外の感情（怒りや安堵など）を抱くことは「非常識」と捉えられかねない。したがって、例えばデスカンファレンスの場において、他の参加者がみんなて悲しみの涙に暮れているときに、亡くなった患者に対して強い怒りの感情を抱いている看護師は、その気持ちを素直に表出することができず、ただ沈黙するか、周囲に合わせて悲しいふりをするより他なくなってしまうだろう。

(2) 異質な悲しみを「理解」すること

では、死別体験者は自分と同じ悲嘆を抱えた仲間が見つかるまで、孤独に喪失と向き合うしかないのだろうか。逆に言えば、異なる悲しみ方をする死別体験者たちは、死者を「共に悼む」ことはできないのだろうか。この問題を考えるうえで、「悲嘆の社会学」と題された宇都宮輝夫の論考が参考になる（宇都宮 1989）。

宇都宮は社会学的知見や臨床的観察の結果を踏まえつつ、死別の悲しみを癒すうえで決定的に重要なのは死別体験者に対する周囲の理解と支援であると指摘し、そのための手段として「儀礼」の果たす役割を強調している。儀礼については、死別体験者がそこで公的に悲嘆を表出する回路を与えられることによるカタルシス効果などが知られているが、宇都宮によれば、そのようにして表明された悲嘆に対し、周囲の「応答があり（＝人間的交流があり）、特に理解と共感が得られること」の方がより重要であるという（ibid. 221）。そうすることで、「遺された者と他の人々との間の連帯が確認され、強化される」からである（ibid. 223）。

だが、このとき注意が必要なのは、ここで言われている「理解」なるものが、「完全なる同調

や一致を意味」するわけではないということである (ibid. 226)。そのエッセンスをつかむうえで、理解の結果として生じる愛着や親和性の反対概念を考えてみるのが有用であると宇都宮は述べる。われわれは愛着・親密性の反対概念は「怒りや憎悪」と考えがちである。だが、宇都宮によれば、それらは愛着・親密性の「同根の産物」であって、真の反対概念は「恐れや無関心」であるという (ibid. 226)。例えば、仮に他者に対して怒りや憎悪を抱くとしても、それらは「人間的交わり」から生じたものであり、そこには理解につながる道 (回路) が開かれている。これに対し、無関心というのは、関係それ自体の拒絶であり、そこには理解し、共感するという可能性の余地は一切残されていない。

こうした宇都宮の議論を受けて、以下で死別体験者が「共に悼む」というとき、それは必ずしも同じ悲しみを抱えた者同士が同一の仕方で故人の死を悼むのではなく、たとえ異なる感情を有し、違ったやり方で悲しむ者たちであっても、なおかつ相互に関心を寄せ合い、それぞれの悲しみのあり方について理解の可能性を探っていくような、そうした共同の営みとして考えたい。そして、このように「共に営む」という実践を位置づけたとき、それを通じて生起する関係の内実は、澤井敦が「開かれた共同性」と呼んでいるものにほぼ重なり合う (澤井 2005)。

(3) 「閉ざされた共同性／開かれた共同性」

澤井は死と死別に関するこれまでの社会学的議論を整理・検討した著書のなかで、死にゆく者や死別体験者の〈共同性〉に二つタイプを見出している。まず、ひとつめの「閉ざされた共同性」であるが、これは死や死別について同一の規範 (解釈図式、物語) を共有する人たちによって形成されるものである。そこでは特定の規範に同一化した人たちが強固に結びつけられる一方、そうした規範を共有しない人たちはその集団から排除されていく。これに対しふたつめの「開かれた共同性」は、死や死別について異なる規範を持つ人たちが、「自他の異質性、自他の相対性を認めたくて」、なおかつ共通の問題に「協同で対峙するために互いのつながりを維持しようという志向」を特徴としている (ibid. 204)。前者の共同性が、自分たちの規範を絶対視し、内側へと自閉していくものであるとすれば、この「開かれた共同性」は、「むしろ他者との関係に開かれてあり、他者の声に耳をかたむけることをつうじて自らの視野を拡大していくこと」を目指すものと言えよう (ibid. 206)。

澤井によれば、死にゆく人や死別体験者が共感や理解を求めて集まる場合、そこには当事者の意図に関わらず、「同化と排除の構造」が随伴してしまうのだという。「つまり、ある者を共同性へと同化吸収すると同時に、ある者を選別排除するという裏腹の関係にある効果があらわれ」てしまうのである (ibid. 194)。それはすなわち、死別体験者が分断状況を乗り越えるための具体的な取り組みとして挙げたデスカンファレンスやメモリアルサービスなども、こうした危険を免れえないということであり、そのことは本節でも確認した通りである。

このように、分断された死別体験者が相互につながろうとするとき、そこには常に「同化と排除の構造」が立ち上がり、メンバーの同質性を基盤とした「閉ざされた共同性」へと向かう

機制が働く。このとき、死別に際して異なる思いや感情を抱え、違ったやり方で悲しむ者たちが、それでもなお互いの関係を維持し、死者を「共に悼む」ためにはどうすればよいのだろうか。次節ではこの問いに対する手がかりを求めて、本節でも言及したウォルターの議論をみていくことにしたい。

5. 現代社会における死別体験者の〈分断〉と〈共同〉

ここまで本稿では、現代社会の主要な「看取りの場」である医療現場において、死別体験者がどのような状況に置かれているのかについて検討してきた。そこで明らかになったのは、患者の死を経験した看護師や患者家族が、相互に分断され、亡くなった患者を「共に悼む」機会を奪われているということだった。だが、こうした死別体験者の分断は、なにも医療現場という特定の領域だけで限定的に起きているわけではなく、今日の社会全体に広くみられる現象である。本節ではそのことを、ウォルターによって提起された死の三類型に関する議論を参照しながら概観する。そのうえで、改めて死別体験者の分断と共同という本稿の主題について考えてみたい。

(1) 「伝統的な死／近代的な死／脱近代的な死」

ウォルターは死や死別をめぐるマクロな時代状況を整理するための枠組みとして、「脱近代的な死／近代的な死／脱近代的な死」という三つの「理想型 (ideal type)」を提示している (Walter 1994, 1996)。まず、「伝統的な死 (traditional death)」であるが、これはフランスの社会史家として著名なP・アリエスによって提示された「飼いならされた死 (tamed death)」という概念に相当するものである。

近代以前の伝統的な社会では、現在に比べて死亡率は高く、唐突かつ暴力的に命を奪われる危険も高かった。だが他方で、そこに暮らす人々にとって、死は「はじめ深く、身近で、和やかで、大して重要でないもの」だった (Aries 1975=1973: 25)。というのも、伝統社会では宗教的な基盤によって支えられた死生観が社会全体で共有されており、それによって人々は死を手なづけ、飼いならすことができていたからである。

こうした時代は長く続いたが、社会の近代化が進むにつれ、死や死別をめぐる状況は大きく変化していく。この時代の死に特徴的なことは、それが隠蔽や禁止の対象になるということである (アリエスのいう「隠された死 (hidden death)」や「禁じられた死 (forbidden death)」に相当)。アリエスが明らかにしているように、「かつて人は、公に生まれるのと同様に、公に死んだ」 (ibid. 210)。死にゆく者の周囲には家族や近隣の者 (さらには通りすがりの他人まで) が集まり、司祭の祈りの言葉と共に最期を見送った。しかし、近代社会において、死にゆく者は社会から隔絶された病院という場所で、医療者に管理されながら「独りぼっちで、ほとんど隠れるようにして死」 (ibid. 216) んでいく。また、近代化に伴う宗教の機能低下により、依拠すべき服喪儀礼を失ってしまった人々は、死別体験者を前にどのように振る舞ってよいのか分か

らなくなってしまう。その結果、公衆の面前で死別の悲しみを表出することは、周囲を当惑させる行為として「病氣・不健全・良俗壊乱といった烙印を押される」ようになってしまうのである (Gorer 1965=1986: 178)。

このように、近代社会においては、死や死別の悲しみは周到に隠蔽・排除され、医療者や葬儀業者といった専門家の手によって管理されてきたわけであるが、1970 年代に入ると「脱近代的な死 (postmodern death)」と呼ぶべき新しい死のあり方が登場する。それを特徴づけているのが、「個人の選択 (personal choice)」の強調と「個性の称揚 (celebration of personality)」である (Walter 1996)。例えばホスピスの理念に典型的な形で示されているように、「脱近代的な死」においては、専門家ではなく「死にゆく人が自らの死にゆく過程に対する統制権を取り戻すこと」(ibid. 194) が目指される。主役はあくまで死にゆく本人であり、その人の「個性」や「自分らしさ」が重視される。同様に、死別体験者についても、個々人の悲しみ方が尊重されなければならないとされていく。もはや権威は、宗教 (伝統) でも専門家でもなく、「自己 (self)」に置かれるようになるのである。

さて、ウォルターによれば、この「脱近代的な死」には二つの要素が含まれている。ひとつは「急進的要素 (radical strand)」と呼ばれるもので、これは「個人と同じ数だけ死に対するアプローチの仕方があるという見方」(ibid. 200) を特徴とする。個人の選択や自分らしさを強調する「脱近代的な死」のあり方をより徹底した立場であると言えよう。これに対してもうひとつの「専門的要素 (expert strand)」は、「脱近代的な死」においても依然として死や死別の悲しみに対する統制権が専門家的手中にあると考える。

確かに現在では、死にゆくプロセスや死別の悲しみ方について個人の選択肢は広がったかもしれない。しかし、死や死別は「本質的にトラウマ的なもの」であり、それに個人が一切の指針も持たずに独力で対処するのは容易なことではない。そうしたこともあり、死にゆく患者や死別体験者のなかには、そうした困難な状況を切り抜けるための手がかりを専門家 (の提供する知識) に求める者も出てくる。一方専門家の方も、彼らのニーズを巧みに利用し、彼らの意志を尊重するという外観を装いながら、それを「望ましい死」や「正常な悲嘆」という一定の方向へと巧みに誘導していく。そこではウォルターが述べるように、死や悲嘆に対する「より洗練された統制システム (more sophisticated system of control)」(Walter 1994: 40) が構築されているのである。

以上がウォルターの議論の概要であるが、そこで提起された死のあり方の三類型 (なかでも特に「脱近代的な死」) は、現代社会における死別体験者の分断と共同について検討するうえで有用な視点を与えてくれる。

(2) 適切な悲しみ方をめぐる<衝突>と<交渉>

ウォルターが指摘するように、現代社会では「悲嘆作業に決まった形はない」という認識のもと、死別体験者それぞれの悲しみ方が尊重されているように見える。死別研究の領域におい

ても、悲嘆作業のあり方の多様性が強調されているし¹⁰⁾、死別体験者に向けて語られるメッセージにも同様の傾向を読み取ることができる。このように、悲しみ方の選択肢が増え、死別体験者の自由度が増すこと自体は歓迎すべきことなのかもしれない。しかし、こうした悲嘆の多様化、あるいはそれに伴う「悲哀の個人化 (individualization of mourning)」(Winkle 2006)¹¹⁾と呼びうるような事態は、他方において、死別体験者に「本当にこのような悲しみ方でよいのだろうか」という不安や、「誰も自分のようには悲しんでいない」という孤立感をもたらす危険性も有している。また、ウォルターが、「完全な自由 (total freedom) を与えられると、ほとんどの人はそれをどのように扱えばよいか分からなくなってしまう」と述べているように (Walter 1999: 141)、「どのように悲しんでもよい」という自由は、「どのように悲しんでいいか分からない」という混沌 (アノミー) と表裏の関係にある。まして、大切な人との死別は、遺された者が一人で対処するにはあまりに困難な事態であることは既に指摘した通りである。そのため例えば、自分と同じような死別を体験した人たちの集まりなどに参加し、悲しみの共有を求める死別体験者が出てくることになる。あるいは、一部の死別体験者がカウンセラーやセラピストといった専門家に助けを求める背景にも同じ理由を見出すことができよう。

このように、「脱近代的な死」のあり方が一般的になりつつある現代社会においては、悲しみ方の多様化、個人化が進行した結果、規範に縛られずに自由に悲しむ死別体験者がいる一方で、依拠すべきモデルの喪失に不安や孤独を募らせたり、選択肢の多さを持って余したりした死別体験者たちが、SHG やカウンセリングへと向かうという現象が起きている。ここに現れているのは、先にわれわれが医療現場において確認した死別体験者の分断と共同という問題系であるが、この点に関するウォルターの議論は非常に興味深いものである。

確かに現代社会においては、かつてに比べて死別体験者が悲しむ際の選択肢の幅は広がったかもしれない。しかし、それは必ずしも死別体験者が各人のやり方で自由に悲しめるということの意味しない、とウォルターは主張する。というのも、死別体験者は決して「社会的な真空状態 (social vacuum)」(Walter 1999: 142) に置かれているわけではなく、死や死別について多様な価値観 (規範) を有した他者たちとの複雑な関係のなかで悲しむからである。したがってそこには常に、「適切な悲しみ方 (proper way to grieve)」をめぐる「衝突 (conflict)」の芽が潜在している。

例えば、同じ家族であっても妻と夫で悲しみ方が異なるというのは決して珍しいことではない。だが、こうした違いは、両者が互いの助けを必要としている場合、夫婦の間に深刻な「亀裂 (rifts)」を作り出してしまふ。そうした状態が放置されれば、関係そのものの破綻にまで発展しかねない。では、どうすればそのような危機を回避できるのだろうか。これに対するウォルターの回答は、「多様な悲しみ方があることを認識し、それに敬意を払うことである」(Walter 1999: 138) というものだ。これは、一見簡単なようであり、実践するのは以外に難しいことかもしれない。

実際、「自分とは違うから」と他者の悲しみ方を否定し、拒絶するのは簡単だが、「自分とは

違うけど」と相手を理解しようとし、死者を「共に悼む」ための方途を探るといのは時間と根気のいる作業である。まして、大切な人を失って、ただでさえ気力が低下しているときである。ときには理解の糸口すらつかめずに投げ出したくなるときもあるだろう。しかし、「脱近代的な死」のあり方が一般的になりつつある現代社会において、多様（異質）な悲しみを抱えた死別体験者たちが死者（故人）を「共に悼む」ためには、たとえ面倒で迂遠なやり方にみえたとしても、そうした「交渉（negotiation）」を粘り強く継続していくより他ないのではないだろうか。

6. 死別体験者と「共にある」ために

本稿ではここまで、医療現場において、さらには社会全体において死別体験者が分断されているという現状を確認し、そのうえで彼らが死者（故人）を「共に悼む」ためにはどうすればいいのか、また、そもそも「共に悼む」ということはどういうことなのかについて検討を重ねてきた。繰り返すように、死別体験者は必ずしも誰かと一緒に悲しまなければならないわけではない。また、このことに関連するが、「共に悼む」という実践を、死別に関する多様な規範を抱えた者たちが摩擦なく調和的に関係を維持しているかのようなものとしてイメージすべきでもない。澤井も指摘するように、死にゆく者や死別体験者との関わりは多くの場合、「衝突に満ちた、あるいは不安や恐れ、苦渋と悔恨に満ちたものである」からだ（澤井 2005: 207）。繰り返すように、重要なのは、そのように「衝突」してもなお、自分とは異質な他者に関心を抱き続け、相互理解の可能性を求めて「交渉」を積み重ねていけるかどうかである。

そして、こうした課題は、なにも死別体験者だけに課せられているわけではない。われわれはときに、死別の悲しみに暮れる人を前にして、なんとかその支えになりたいと思うことがある。このとき必要になるのは、おそらく死別体験者同士に求められるものと基本的に変わらないのではないかと思う。すなわち、「どのように接していいか分からないから」と悲しむ人と距離を置くのでも、あるいは自分がよいと考える悲しみ方を押しつけるのでもなく、相手の悲しみ方に敬意を払いながら、関係を継続していくことである。最後にウォルターの次の言葉を引用して本稿を閉じたい。

誰も彼らに対してどのように死ぬべきか、どのように悲しむべきかを語ることはできないが、彼らをケアする者は、彼らが自らの道を歩む際に「共にある（with them）」ことはできる。

(Walter 1996: 200)

【註】

- 1) 本稿は 2012 年 7 月 4 日に慶応義塾大学で行われた三田社会学会主催シンポジウムでの報告内容に、コメンテーターや会場の方々とのやりとりを踏まえつつ、大幅な加筆修正を行ったものである。今回の報

告は鷹田（2012）を下敷きにしており、したがって本稿の内容も前稿と重複する部分がある。ただし本稿では、前稿で十分に論じることのできなかつた課題について、より掘り下げた考察を行うことに主眼を置いている。

- 2) 円山は施設死（病院、診療所、助産所での死亡）増加の理由として、核家族化の進展や女性の社会進出による自宅死の困難、医療施設・医療従事者の増加による医療の地理的利用可能性の増大と、健康保険の被保険者・被扶養者の増加や本人負担の軽減や生活水準の向上による医療の経済的な利用可能性の増大を挙げている（円山 1995）。
- 3) 具体的には、病院死の減少（2006年に初めて減少に転じた）と、高齢者施設および自宅での死の増加である。こうした「死に場所」の変化の背景とその意味については、広井（2000）を参照されたい。
- 4) 新村は病院死がいっこうに減らない理由として、病院医療に対する高い依存心（病院信仰）、在宅死を支えるシステムの不備、看取りに対する家族や施設職員の不安、の三点を挙げている（新村 2001: 8）。
- 5) 今回の報告は、筆者が小児科に勤務する看護師に対して行った聞き取り調査の結果に基づいて行われたものであるが、シンポジウムでは、病棟や科によって患者の死をめぐる看護師の経験のあり様も違うのではないかと、との意見をいただいた。筆者は現在、同様のテーマで訪問看護師への聞き取り調査を行っているが、インタビューをしていて、「ここは小児科の看護師とは違っている」と感じるものが何度かあった（その一方で、両者に共通する部分も多くあった）。そうした点も含め、利用者の死や利用者家族との関わりをめぐる訪問看護師の経験についての考察は別稿を期したい。
- 6) 実は、家族内にも誰が悲しむ権利があるかについて一種の序列づけがある。例えば、子どもが亡くなったとき、祖父母は両親ほどには悲しむ権利を認められず、一人で悲しむことを余儀なくされることが多い（Heiney et al. 1996）。
- 7) 三井はこれを、「職業人ならではの死の悼みかた」と述べている（三井 2010: 106）。
- 8) 同様のことはD・スナイデルらの研究でも報告されている（Snyder et al. 2002）。
- 9) A・コントロらも、患者家族の中には医療スタッフを、「第二の家族（secondary family）」と見なす患者家族がいると述べている（Contro et al. 2004）。
- 10) 死別の悲しみに対処するためには「悲嘆作業（grief work）」に取り組まなければならないと言われるが、長らく死別研究の領域においては、この悲嘆作業についてある特定の見方が支配的だった。すなわち、たとえ辛くても悲嘆感情を回避することなくしっかりと対峙し、また、それを抑圧するのではなく表出することで、故人との関係を切断し、新たな人間関係を構築していくことが悲嘆作業である、というのがそれだ。しかし、1980年代後半頃から、こうした考え方に対して激しい批判が寄せられるようになる。多くの実証研究によって明らかにされたのは、悲嘆作業についての既存の考え方が一種の「神話（myths）」（Wortman & Silver 1989）に過ぎないということだった。こうした一連の研究により、現在では、悲嘆作業のあり方は決して一義的なものではなく、（文化や社会、死別体験者のパーソナリティなどに応じて）多様であるとの見方が一般的になりつつある。
- 11) H・ウィンクルは、ドイツにおいて悲哀（mourning）をめぐる大きな文化変容が起きていることに着目し、それらが自己決定や個人の興味関心を重視するポストモダンを反映したものであるのかどうかに

ついて、「個人化 (individualization)」の観点から検討を加えている。個人化は現代社会を理解するためのキーワードのひとつになっており (Bauman 2001=2008, Beck & Beck-Gernsheim 2002)、そこでの議論は死別体験者の経験を理解するうえでも非常に示唆に富む。特に、死別体験者の分断と共同という本稿の主題は、「悲嘆 (悲哀) の個人化」と密接な関連性を有する。この問題の検討作業については今後の課題としたい。

【文献】

- Aries, P. 1975. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*. Paris: Editions du Seuil. (=1983. 伊藤晃・成瀬駒男訳『死と歴史—西欧中世から近代へ』みすず書房.)
- Bauman, Z. 2001. *The Individualized Society*. Polity Press. (=2008. 澤井敦・管野博史・鈴木智之訳『個人化社会』青弓社.)
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, M. 2002. *Individualization*. London: Sage.
- Contro, N. A., Larson, J., Scofield, S., Sourkes, B. & Cohen, H. J. 2004. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics*. 114(5): 1248-1252.
- ドカ・ケネス. 2009. 「私の悲嘆を理解して—公認されない悲嘆」カール・ベッカー編著・山本佳世子訳『愛する者の死とどう向き合うか—悲嘆の癒し』晃洋書房.
- Gorer, G. 1965. *Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain*. London: Cresset Press. (=1986. 宇都宮輝男訳『死と悲しみの社会学』ヨルダン社.)
- Heiney, S. P., Wells, L. & Ruffin, J. 1996. A memorial service for families of children who died from cancer and blood disorders. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 13(2): 72-79.
- 広井良典. 2000. 『ケア学—越境するケアへ』医学書院.
- 広瀬寛子. 2011. 『悲嘆とグリーフケア』医学書院.
- Kauffman, J. 2002. The psychology of disenfranchised grief: liberation, shame, and self-disenfranchisement. in Doka, K. J. eds. *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Malloy Lithographing: 61-77.
- Lamers, W. M. 2002. Disenfranchised grief in caregivers. In Doka, K. J. eds. *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Malloy Lithographing : 181-196.
- Macdonald, M. E., Stephen, L., Carnevale, F.A., Rennick, J. E., Wolf, S. L., Meloche, D. & Cohen, S. R. 2005. Parental perspectives on hospital staff members' acts of kindness and commemoration after a child's death. *Pediatrics*. 116(4): 884-890.
- 円山誓信. 1995. 「死の医療化とターミナル・ケア」黒田浩一郎編『現代医療の社会学—日本の現状と課題』世界思想社: 245-262.
- 三井さよ. 2010. 『看護とケア—心揺り動かされる仕事とは』角川学芸出版.
- 坂下裕子. 2010. 「家族が望む看取りの医療とグリーフケア」船戸正久編『新生児・小児医療にかかわる人のための看取りの医療』診断と治療社: 87-100.

- Small, M., Englar, A. J. & Rushton, C. H. 1991. Saying goodbye in the intensive care unit: helping caregivers grieve. *Pediatric Nursing*. 17(1): 103-105.
- Snyder, D., Ellison, N. M. & Neidig, N. 2002. Development of a bereavement program in a tertiary medical center. *Journal of Palliative Medicine*. 5: 877-882.
- 鷹田佳典. 2012. 「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『ケアのリアリティー境界を問い直す』法政大学出版社: 163-200.
- 武井麻子. 2001. 『感情と看護一人とかかわりを職業とすることの意味』医学書院.
- 宇都宮輝夫. 1989. 『生と死の宗教社会学』ヨルダン社.
- Walter, T. 1994. *The Revival of Death*. London and New York: Routledge.
- Walter, T. 1996. Facing death without tradition. in Howarth, G. & Jupp, P. C. eds. *Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal*: 193-204.
- Walter, T. 1999. *On Bereavement*. Buckingham: Open University Press.
- Winkel, H. 2001. A postmodern culture of grief? On individualization of mourning in Germany. *Mortality*. 6(1): 65-79.
- Wortman, C. & Silver, R. 1989. The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57(3): 349-357.

*本稿は、早稲田大学特定課題研究費による助成を受けた研究成果の一部である。

(たかた よしのり 早稲田大学人間科学学術院)