

Title	病いの語りの類型化再考
Sub Title	
Author	大出, 春江(Ode, Harue)
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.78- 94
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=AA11358103-20130706-0078

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.

病いの語りの類型化再考

大出 春江

1. はじめに

精神科医の山中康裕は「老いと死の自己実現」(1987 年)というエッセーにおいて、彼の出会った 4 人の患者をめぐるエピソードを記している。1 人は 60 年代に山中が勤務した大学病院に入院していた末期がん患者(結城氏(仮名)・62 歳で死亡)である。他の 3 人は「老人精神病棟」入院患者である。当時、94 歳(脳動脈硬化症)、71 歳(アルコール中毒)、77 歳(老人性痴呆)の男性である(病名は原文のまま)。「老人精神病棟」の 3 人はいずれも「言葉が通じる」という意味で入院患者のなかでは「稀な」人びとであるが、彼らの語りには「どこまで本場で、どこからがファンタジーかさっぱりわからぬ話」が続く。しかし、山中は彼らの語りに耳を傾ける(山中 1987: 82-109)。

3 人の話には、入院する他の女性患者との関係(妄想なのだが)、酒とけんかと小さな盗みや仕事にまつわる話、あるいは大工で働いていたときの経験談が登場する。現在進行形の話もあれば、何年も昔の話であったりする。それらの「何気ない語り」を語るときの男性患者たちが楽しそうであったり個性的である様子をとらえ、「彼らなりの自己実現の試み」だと山中はいう。妄想も幻視も混ざった語りを聴くという行為は、彼らが語りを通してアイデンティティを確認したり構成することを山中が支えていたともいえる。

もう一人の末期がん患者である結城氏のエピソードは、「死に際を実に見事に掃き清めて逝った賢い老人」として登場する。当時インターン¹⁾であった山中が指導医の不在時に、入院中の結城氏から「本当の診断名は何で、あと何日[の命]と判断されているか」と回診時に詰め寄られ、病名と残された日数を告げてしまう。後になって主治医から「罵倒」され、謝罪することになるのだが、結城氏はその日を境に見違えるほどの変化を示した。まず自分の会うべき人をリストアップし、会社関係者に会い仕事の指示を出し挨拶を交わし、親族に別れを告げ、40 日目に亡くなった。

入院時に手遅れの末期がんであることが判明し、結城氏は重要な仕事を現役のまま手放さなくてはならない状況にいきなり追い込まれた。それにもかかわらず、一旦、予後が知らされると人生の時間割を組み直し、最後まで自分の意志によってそのスケジュールをコントロールし、最後は妻と医師に感謝の言葉を残し落ち着いて死を迎えたという。期待される医師の役割を逸脱し謝罪を強いられたが、患者と患者家族からは感謝されたことと、死を迎えるまでの彼の生き方の見事さが山中に強烈な印象を残した。この体験は山中にとって「医師として、...人間としての一生の中で、大きな教えをもたらしてくれた大切な体験として」その後もずっと存在し

続けている。

4人の男性たちは対比的に描かれているようにみえるが、山中の意図はそこにはない。「死に際を実に見事に掃き清めて逝った賢い老人を一方の極とすれば、ペニスを出し、廊下をいざりつつ恋人をたずねる九十四歳の芦原氏など、さしずめ、他方の極」であって、「一人ひとりの、ひとつの人生がある」とする。「功成り名遂げた老人」だけでなく、「老人精神病棟」の老人たちに「人間の実存の一態様」を見いだしている。インターン時代に「医師の卵」として遵守すべきルールから逸脱し、治療＝回復モデルによらず老いや死の方にそれぞれの価値を認めているという意味では、近代医療の担い手である山中はすでに近代医療を超えてしまっていたといえる。

2. 在宅ケアと在宅の看取りの時代

結城氏のエピソードに代表されるように、1960年代から1970年代の日本は死にゆくことをめぐる「閉鎖」認識文脈が支配的だった（Glaser & Strauss 1965=1988）。それから約半世紀が経ち、がん治療もがん告知をめぐる状況も大きく変化した。長寿化が一層進み、1981年以降、がんが死因の第一位を占めるようになった。

医療の近代化はわたしたちが慢性疾患とともに生きることを可能にした。脳梗塞や心疾患などのために、以前とは異なる身体の不自由さを抱えながら生活することや、がんを患い治療した後もがんとともに日常生活を送ることはめずらしいことではなくなった。

日本における死亡の場所は、1970年代後半に自宅から病院や診療所に移行したといわれるが、都市と郡部でみるとこの移行時期は異なる。都市では1970年代前半にはすでに施設死が在宅死を上回った。郡部では1980年代になってから、同様な傾向がみられるようになる（大出 2012b: 168-169）。病気の治療と健康回復に向けた努力は病院や診療所に期待されていたため、病院で最期を迎えることもまた、地域間の時間的ずれを伴いながらあたり前になっていった。入院施設のある有床診療所（19床以下）は1970年代をピークに漸減し、1990年代以降は急速な減少傾向にある。施設死＝病院死の時代となった（大出 2010: 187-188）。

このような傾向に対し、1990年代前後から病いや障害をもつ人びとの日常の暮らしの場に専門職者らが訪問するという動きが顕在化してくる²⁾。当初は日本各地における個別の取り組みとして誕生したが、1990年代半ばから全国ネットワーク化が進行していく（大出 2009: 15-16）。それによって専門職者同士、そして専門職者と市民の交流の場として、各地の活動や情報が共有され伝搬されていった。在宅医療や訪問看護、訪問リハビリはこのようにして普及していき、2000年から施行された介護保険制度が在宅療養を推進する大きな契機となった。さらに2006年にはじまった在宅療養支援診療所制度により、在宅療養だけでなく医師が在宅で看取ることに対し、破格といってよい診療報酬点数が加算されることになった。これは増加の一途を辿る国民医療費の削減と、より一層進行する高齢化とそれに伴う死亡者の増大に対応するための政策的誘導の結果であった。

診断・治療そして回復を前提に社会化された医療者にとって、回復が望めない患者をケアし看取るということは、近代医療が期待した役割からは逸脱する。では在宅医療や訪問看護そして在宅の看取りは誰が担うのだろうか。またその担い手はどのような契機で在宅ケアを志向していくのだろうか。

こうした問題関心から、終末期医療や在宅ケアに携わる専門職者へのインタビュー調査を進めてきた³⁾。わたしたちが調査協力を依頼した医療者はいずれも、在宅療養のための制度が整う以前から、在宅医療や訪問看護の必要を認め、それぞれの専門領域の枠を超えて活動してきた人びとであった(大出 2009, 2012b)。彼/彼女らの語りには自他の病いの経験の語りやししばしば登場する。病いの経験とその語りには焦点をあてることは、専門職者が従来の医療モデルを超えた在宅ケアを志向していくプロセスを理解する上で、重要な作業だと考えられる。

そのため本論では、フランク (A. Frank) による病いの語りの類型と、この類型を活用した先行研究の検討を行う。それを踏まえ、医療者の語りを対象に、近代医療を超えていくきっかけとして、自他の病いの経験が医療者によってどのように語られるのかを考察する。

なお、次節で検討するように、フランクの類型は病む人びとの語りを理解する枠組みとして考え出されている。医師や看護師という医療専門職者の語りにフランクの病いの語りの類型を用いることは有効といえるのか、という点について少し触れておきたい。

フランクは「病いについての近代的経験」と「病いの脱近代的経験」を区別した上で、近代医療の守備範囲を超えて「医学的物語によって語りうる以上のものが自らの経験に含まれていると、病む人々が認識すること」から病いの脱近代的経験は始まると述べている (Frank 1995=2002: 22-24)。

脱近代の病いの物語は、人びとが自分を「統一的で一般的な視点」の外部に位置づけようように語られる。人々にとって、自らの物語を専門家の権限の届かないところに移行させるということは、自らの個人的な責任をより深いところで引き受けるということをしている。(Frank 1995=2002: 32)

このようにフランクのいう「脱近代の病いの物語」は「専門家の権限」の外で語られるものを対象としているため、医療者と彼のいう病いの語りとは結びつかないように思える。本来、医療者は身体のもつ「傷つきやすさ」と「偶発性」を、科学的知識と技術に基づいて統制することを職業的に訓練された人びとである。しかしこうした制御が予想通りにいかない事態や、自分自身または家族や友人など親しい関係にある人びとの老いや病いあるいは死別の経験は、医療者の語りにししばしば登場し、それまで遵守していた医療実践を見直したり変更するきっかけとして語られることがある。つまりフランクの病いの語りの類型では対比的に位置づけられる専門家と病む人が、同じ人であったり身近な関係になる場合もある。その点に着目すると、「脱近代の病いの物語」が医療者によって語られることは特別ではないことがわかる。

次節ではまず『傷ついた物語の語り手』をめぐるフランクの議論を概説し、次に彼の病いの語りの類型を用いた先行研究をとりあげ、その活用の仕方を検討する。語りの類型を用いることで何がめざされ、何が明らかにされているのかを示す。次に、それらの検討を踏まえ、終末期医療というフィールドにおける医療者の語りへの適用についての可能性とその限界とについて検討する。

3. 「寛解者の社会」の時代と A.フランクの語りの類型

フランクが用いる「寛解者の社会」(remission society)という言葉は「実質的にはほぼよくなっているけれども、決して完治したとは見なされない人々」を意味する。現代社会において、そのような人々は「気づかれない形で、身の辺のいたるところに存在する⁴⁾」。背景には、近代医療の技術的達成が寛解状態を生きることを可能にし、先進諸国においては1970年代後半を境に「生(ライフ)にそれぞれの意味を与える基本的な前提が変化」したという認識がある。つまり、かつてなら死への軌跡を辿ったかもしれない人びとが、定期的な検査を受けたり補助具を使ったり内服を欠かさないよう気をつけながら日常生活を送れるようになったことと、そのような人びとの数が飛躍的に増大した状況をさしている(Frank 1995=2002: 17-47)。これらを背景に、フランクは自己の経験としての病いと病む人の物語る行為とその意味を主題化する。

「寛解状態を生きる人々」はパーソンズ(T. Parsons)の「病人役割」(sick role)概念が示したような「病人」か健康か、2つの区分のどちらかに所属する存在では捉えられない。つまり「健康の領土の中の秘密結社」として存在するか、「健康の王国」への「入国許可という身分」を周期的に更新するビザによって保障される。それはかつてない経験だとフランクはいう。

回復を前提とする近代医療が「それ自体のもたらした経験にふさわしい物語を欠いている」ために、「寛解状態を生きる人々」は「自分自身の苦しみとその個人的な個別性の中に認識されることを望む」のである(Frank 1995=2002: 28-29)。フランクはこうした病いの経験とそれを語る物語や声の要請を「病いの脱近代的な経験」という。

「医学的な語りの中での自己の位置を問い直す」ことを通じて、それまで認知されなかった「個別的な苦しみ」を自分(自分たち)の言葉で語り出す。「脱植民地時代の病人」というのは、病む身体が近代医療の専門家集団による領土として扱われてきたという認識と、その身体(=領土)の持ち主である個人が、病いを自分の人生や生活における固有の経験として語り直すという意味で用いられている。

こうして「寛解者の社会」にとって物語と物語る行為とその意味が必然的に主題となる。彼のいう病いの物語とは生きられた病いの体験そのものではない。その体験をどう受け止め、理解し、他者(そして自分)に語るのが重要なのである。その意味で、病いの体験を個人が受け止め言語化する営みの存在が前提とされている。

私たちが自分の生について語る物語は、必ずしも生きられたままの生ではない。そうし

た物語が、自分自身の生の経験となるのである。出版された病いの語りは、病いそのものではない。しかし、それは病いの経験となることができる。(Frank 1995=2002: 42-43)

フランクは病いの語りの類型を提示するために「病んでいる身体」の四類型を提示する。このうちの 하나가「伝達する身体」である。そこでは病む身体が内省的に捉えられる。痛みや苦しみを経験し、内省的に捉えられた身体はそれ自体が媒介となって、自己を他者に開く病いの経験として語り出されていく。

伝達する身体は、自らの帰還において手にした恩恵を、他の人びとと分かち合おうとするのである。他者は、自分自身もまたいつかは引き受けねばならない旅のために、この恩恵を必要とする。(Frank 1995=2002: 179)

このことは次のようにもいいかえられている。

物語は、伝達する身体が、今ある姿へと移り変わってきた自分自身を、これを通じてとらえ返すためのひとつの媒体となる。そしてその物語を通じて、身体は自己を他者へとさしだす。(Frank 1995=2002: 179)

この「伝達する身体」を媒介とした「探求の語り」は「病む人自身の視点から……その人ならではの声」で語られる (Frank 1995=2002: 164)。この「探求の語り」こそが純粋な意味で自己物語であり、他の二類型はこれに該当しない。ではフランクの提示する「回復の語り」「混沌の語り」「探求の語り」という病いの語りの類型化によって何が明らかにされるのだろうか。

病いの語りの類型化は「病む人々が語る物語へのより密接な関心を促し、最終的には病者の言葉を聴くことを助ける利点」があるとして、聴き手にとっての必要性をフランクは強調する。語りの類型は病いの進行によって変化する。その変化と速度と語りの組み合わせを「万華鏡の中の模様」にたとえる。諸個人の固有の身体と生活史を背景に、病いの語りが多様で個性的であるのは当然のことだろう。さらには、一人の個人においても病いの段階ごとに語りは変化する。

病いの語りの類型化はこれらの変化を理解しやすくする一方、「個々人の経験の個別性を包摂してしまう」一般的な視点を導入する作業でもある。この意味で病いの語りの類型化は、病いの語りを聴きやすくする反面、病いの経験の固有性を犠牲にしてしまうという緊張関係をはらむことになる (Frank 1995=2002: 112-113)。

ここで先行研究の検討に入る前に、フランクが挙げる病いの語りの 3 つの類型について、その特徴を述べておく。特に次節で検討する研究で焦点化されている「混沌の語り」と「探求の語り」は、やや詳しく触れておくことにしよう。

(1) 回復の語り

病いの段階として、この類型は「病気になって間もない人々に顕著」な語りである。病気にかかるほとんどの場合、誰でもまず、この回復の物語を語ることになる。病院の冊子や薬のコマーシャルの背後にある物語（＝必ずよくなる）の中心にある語りであり、これは近代主義的な期待を示す語りであるとフランクはいう。すなわち「死それ自体を回避可能な偶発事」ととらえ「必ずよくなる」と思わせる。しかし、病気の程度が深刻であることが予想されたり、回復が長引き慢性化していった場合、あるいは近い将来、死の到来が予期される場合、回復の語りは役に立たなくなる。つまり「必ずよくなる」ことに疑いがもたれ、別の語りが必要とされるのである（Frank 1995=2002: 120-135）。

(2) 混沌の語り

回復の語りの反対に位置しており、その語りは「聴き取りがたい」。その物語が「引き起こす不安が、聴くことを禁じてしまう」。さまざまな出来事は「経験していくままに語られ、……継続性もはっきりとした因果関係も伴わない」。このような物語の「語り手は『適切な』物語を語っていると理解されない」。混沌の物語は語りではない、とフランクはいう。「それは継続性なき時間、媒介なき語り、自己について完全に反省することのできない自己についての話という意味で、反一語り」である。混沌の物語においては、「語りがたい沈黙が、執拗な『それから』の反復と交互におとずれる」。このためこうした物語に対して「個人的にも文化的にも嫌悪感が生じるのは当然のこと」だと説明する（Frank 1995=2002: 139-143）。

混沌の語りは、このように語りとしての成立条件を備えていない。にもかかわらず、フランクが病いの語りの類型として位置づけるのは「混沌の物語に敬意を払うことが道徳的にも臨床的にも求められる」ためだという。つまり語り手は「何を必要としているのかを言い表すことができなくとも、臨床家にとっては「混沌を人生の物語の一部分として受容する力を高める」試金石になり、「混沌の物語の証人であろうとする時、はじめて人を支援することができる」という（Frank 1995=2002: 155-156）。

以上から、フランクが混沌の語りを類型の一つとして位置づける根拠は、苦しい状況に押し流され、その中で生まれる不連続な語りに対する証人の存在と責任を議論するために準備したと考えられる。しかし、彼の説明によれば、混沌の語りは一般的な聴き手からは忌避される存在として捉えられている。

(3) 探求の語り

3つのタイプのなかで、自己物語がもっとも先鋭的な形で語られるのが探求の語りである。「旅としての病い」という比喻は苦しみや痛みを経験し再び日常に戻ってくることと、その苦しい旅を経てこそ獲得された忍耐力や試練を乗り越える強さを強調する。しかも痛みや苦しみを経験した身体を媒介に、その語りは他者と結びつくことを可能にするとフランクは考える。

探求の物語の語り手は、自らの身体や痛みや醜さまでをも含めて、その感覚的な細部において記述する。その語り手と身体との結びつきは、自己の肉体の上に……「痛みのしるし」を感じ、他者の肉体にその痛みを見ることを可能にする。(Frank 1995=2002: 178)

病いの苦しみや痛みを真っ向から受け止め、これを内省的に捉え、記述し、語ることで「自らの物語を披瀝」し、病いを通して他者に開かれた「伝達する身体」となる。「伝達する身体は、……他者がその身体に現れた偶発性をいかに理解するのかに影響を及ぼしていく」(Frank 1995=2002: 179)。「探求の物語」の語り手は、バウマン (Z. Bauman) のいう「道徳的人間」すなわち「他の人々の生活や福祉や尊厳」を求め人間へと近づくというのがフランクの説明である (Frank 1995=2002: 188)。このように病いの経験の語りは自己物語でありつつ、他者とのかわりの契機となり道標や励ましを与えるものにとらえられる。以上が、病いの語りの三類型である。

次に、病いと死別というフィールドにおける語りとフランクの類型を用いた先行研究をとりあげ、語りの分析に類型がどう適用されているのか、それによって何を明らかにしようとするのかを考察する。ここでとりあげるのは、(1) 門林道子『闘病記の社会学』(2011)、(2) 伊藤智樹『セルフヘルプ・グループの自己物語論』(2009)である。

4. 病い・死別というフィールドと語りの類型

4 - 1 『闘病記の社会学』における病いの語り

門林道子は商業出版と自費出版を併せ 1964 年～2009 年までに出版された 553 冊を対象に、闘病記が成立した背景やその内容に関する社会学的分析を試みている。「なぜ闘病記なのか」という問いを立て、その社会的背景として、医療者側に「当事者に学ぶ」視点が 1990 年代後半から起こってきたことと、1970 年代後半から起こってきた社会学や人類学におけるライフストーリー／ライフヒストリー研究やナラティブ論の興隆を挙げている。

門林が対象とするのはすべてがん闘病記である。働き盛りの夫をがんで喪うという門林自身の経験も関係している。しかしそれ以上に、近年、闘病記への関心が極めて高く、1990 年代以降その傾向が明らかであることと、しかも出版物のおよそ半数はがん闘病記である点が重要である。門林はこれらに加え、がん闘病のあり方そのものが近年の「患者中心の医療」に向けた推進役を担ってきたことを挙げ、がん闘病記を分析の対象とする根拠を示している。

本論でとりあげるのは第 4 章「がん闘病記と 5 つの語り」である。門林は分析対象とした 553 冊のうち、さらに 100 冊に絞ってその内容を分析している。100 冊の属性は一覧によって巻末に示される。具体的項目は闘病記執筆者のがんの原発部位、発症年、執筆病期、出版時の病態・生死の別、出版後に判明した転帰、職業である。これに「病いの語り」の類型による分類結果が加わる。門林はフランクの 3 類型に「衝撃」「達観」のそれぞれ二つの語りを追加し、合計 5

類型として分析した。

その結果、一番多かった語りは「探求の語り」であり、次に終末期の死を見据えた「達観」と続き、「回復の語り」は多くなかったと報告している（門林 2011: 115-116）。「混沌の語り」は他の語りの類型に比べ説明も少なく、引用エピソードも少ない。闘病記としては「達観」に分類しながら「混沌の語り」の例としてその記述の一部を引用する場合もみられる。最終的に「混沌の語り」に分類した闘病記は1冊だけである。その上で、門林は「本全体を通して、一貫して混沌の語りが占めている闘病記」は、「自立・自律が行き届かず、がんに取り込まれて混乱し、否定的な状況が生じているといえる」と述べる（門林 2011: 100）。このように門林は闘病記の意義を「混沌の語り」には見いだしていないようだ⁵⁾。フランクもまた「混沌の語り」を非-語りとして困惑を示すが、臨床家にとっての試金石となるという位置を与え存在意義を認める点では門林と異なる。

フランクは「いかなる病いにおいても、三つの語りの類型のすべてが、交互に、そして反復的に語られる」ものととらえている。「病いの物語のある段階では、ひとつの類型が物語を主導するかもしれないが、さらに病いが進行すれば他の語りによって物語が示されるようになる」。つまり、病いの経験を語る際に、その時々支配的な語りが登場し、病いの経験の段階によって常に変化するということだ。

したがって、個人の病いの経験を病いの語りの類型のどれか一つ、あるいは二つに分類するためには、物語の結末から類型を選ぶほかはなく、その結末にいたる過程はしばしば犠牲にせざるをえない。類型とその適用はこうした危険性（または限界）をはらんでいる。

闘病記には病いを得た人が自分の命と向き合い、瞬間、瞬間を生きる姿が記される。門林がいうように闘病記は「他者の共感呼び」、それによって「他者に生きる力を与える」。しかし、闘病記ははじめからそれらを目的として書かれることはまずないだろう。

門林が内容分析をおこなった100冊の「執筆病期」をみると、終末期の段階で書かれたものが36冊、初期治療後、治癒回復か寛解状態かそれとも再発転移の状態になるのかわからない段階で書かれたものが33冊という結果となっている。つまり闘病記は、死に対する恐怖や、病いの軌跡がもたらす先の見えない不安がもっとも強いと思われる時期に書き始められている。このことは、書くことでかろうじて自己を維持しようとした書き手の物語である可能性を示している。苦難を乗り越え「達観」した視点の物語ではなく、不安を不安として記述し、その不安を記述する自己を他者に開いてみせることに、読み手は共感した励ましを得ているのではないだろうか。

もう一つ、闘病記の書き手と語りの類型について考えてみたい。選択された100冊の書き手について「職種はさまざま」と門林は記しているが、これを、なんらかの形で表現活動に関わる職業かどうかという視点で見直すと次のことがわかる。すなわち、言葉による表現活動が職業に組み込まれている人々（ジャーナリスト、評論家、作家、学者、歌人、落語家など）、および言葉にはよらないが非言語的表現活動が職業に組み込まれている人々（ミュージシャン、

漫画家、建築家など)を合計すると約5割を占める。このことは闘病記が病いの経験に先立ち、それ以前から言語または非言語による表現の道具と機会をもっていた人びとによって書かれる傾向がある、と理解することができるのではないか。

そうであるなら、病いの語りの類型を用いた分類の結果、探求の語りがそのほとんどを占めるといふ点も納得がいく。なぜなら、職業的に言語的であれ非言語的であれ表現の道具をもっている人びとは、そうでない人びとに比べ自己の経験を他者に向けて語る(表出する)可能性が高い。語りの秩序をもたない物語も、混沌や「衝撃」の状態のまま語り出す(書き出す)こと自体が、経験の対象化を可能にする足場になりうる。はじめは混沌とし、前後脈絡がなく、言葉にならなくても、書き出すプロセスを経て病いの経験を振り返り、そして対象化することが可能になる。こうして自己にとって病いの意味をよりはっきりさせることができる。

病いの段階ごとに万華鏡の模様のように変化する声＝語りと異なり、出版物として読まれる闘病記は、上記のプロセスを経た上で語りの秩序をもち読まれる水準にあることが保障された物語であるといえる。その意味で、病いの語りの類型を適用する上で非常に限定された対象と考えるべきだろう⁹⁾。

4-2 『セルフヘルプ・グループの自己物語論』における病いの語り

門林はがん闘病記の分析において、フランクの三類型に、衝撃と達観の語りを追加している。追加された語りのタイプはがんによる闘病であることと、時間という変数が反映されたものであることがわかる。伊藤智樹の場合、病いの語りそのものの分類への関心より、セルフヘルプ・グループの語りの中の「『回復の物語』がうまく機能しない状況」に注目する(伊藤 2009: 69)。さらに「混沌の語り」に重要な位置を与える点も門林と大きく異なる。伊藤はフィールドの現場で、「たしかに物語なのだが、どのような終点に向かっているのか、聞けば聞くほどわからなくなっていく」という「混沌とした」語りを聞いた経験を通して、カテゴリーとしての「混沌の語り」の重要性を認める(伊藤 2009: 65)。

伊藤が対象とするのはアルコール依存と死別体験者のセルフヘルプ・グループであり、死別体験者として、病死遺族と自死遺族の語りを比較対照している。両者の語りには大きな違いがあると予想されるが、伊藤自身はこうした違いにそれほど大きな意味を見出していないようだ。その理由は死別理由による語りの違いというよりも、セルフヘルプ・グループが聴き手となることによる、語り手に対する効果とその関心の所在となっているためである。

伊藤はセルフヘルプ・グループの集会の参与観察を行い、それらのメンバーのそれぞれ2人にインタビューしたものをデータとして検討している。セルフヘルプ・グループに参加した際の光景について、次のような印象を記している。

正直に言えば、そこでの会話を聞きながら、私はいつも混乱していた。それぞれがただ心に浮かんだことをとりとめもなく語っているように見えたため、一体ここでは何が行われ

ているのかわからなかったのである。（伊藤 2009: 142）

物語の聞き手として伊藤は「混沌」を表明するが、だからといってそれはフランクが「混沌の語り」に示す忌避感とも異なる。

アルコール依存者のセルフヘルプ・グループ参加者の語りに関し、伊藤は「『回復の物語』がうまく機能しない状況」における語りを、物語と語りに分け、前者のうち一定の筋をもち語り手の評価も含むものを物語として「転落と再生の物語、スリップの物語、飲酒危機の物語、自己否定の物語」の4つとする。また物語の体裁をとってはいないが「物語行為の場に関する観念や感覚を含むと考えられる語り」として「場に対する信頼の表す語り、強い仲間意識の語り、勉強になるという語り、物語を楽しむ語り」の4つをとりだす。後者はセルフヘルプ・グループという場と関係性の特徴を浮き彫りにし、アルコール依存という病いそのものの語りとは区別されている。

「転落と再生の物語」はフランクの類型でいえば、探求の語りの一つのタイプともいえそうである。他の「スリップの物語」や「飲酒危機の物語」など結末の明確な物語になりえていないという意味で「混沌の語り」に入る物語もまたセルフヘルプ・グループには登場する。こうしてセルフヘルプ・グループは「転落と再生の物語」のように明確な結末のある語りだけでなく、先の見えない結末のはっきりしない物語も語られる場となる。しかし、これらの物語が語られる際に「セルフヘルプ・グループの他者たちが[迷惑をかけた家族や職場同僚の]代替的な聞き手」の役割を果たし、「語り手の自己物語構成と編集過程に連れ添う」存在となる（伊藤 2009: 134-135）。

以上のように、伊藤の議論はフランクの類型を手がかりにしながら、その類型におさまらないもの、あるいは周辺的に位置づけられた語りを中心にすえることで、フィールドとするセルフヘルプ・グループのもつ機能や参加者に与える効果を浮き彫りにしているといえる。その結果、フランクが価値を与える探求の語りのようにひとたび獲得されると相対的に不動の位置をもつ語りとしてでなく、「転落と再生の物語」と「スリップの物語」「飲酒危機の物語」「自己否定の物語」は連続線上に位置づけられ、語る行為と聴く行為のなかで絶えず書きかえられ、「転落」しつつも「再生」がめざされるものとして、そのプロセスが重要視されることになる。こうして、参加者が語りによって変化を遂げる場（または変化が期待される場）としてセルフヘルプ・グループは特徴づけられることになる。

では、死別体験者のセルフヘルプ・グループについてはどうだろうか。伊藤は死別体験者の集会において語られる物語として「死別経過の物語、自責の物語、悔恨の物語、前進的な物語、ネガティブな感情の物語、記憶の物語」を挙げる。また物語の体裁は整えていないが物語行為の場に関する語りとして「場に対する信頼の語り、体験を想起する語り」を挙げる。アルコール依存者の集会との大きな違いは「体験の個別性に対する強い感覚と、メンバー間の同一性に対する強い感覚とが、入れ代わり立ち代わり強調されることだ」という（伊藤 2009: 144-148）。

伊藤の分類はセルフヘルプ・グループという場でどのような内容をもった語りが登場するのか、という視点から行われている。この点は、語りの場が語りの類型に与える影響として注意しておく必要がある。フランクが語りの類型化を行う際に用いたのは「人に聞いた物語、書物で読んだ物語、出版のために手が入られるのを見た物語」など「寄せ集めの素材」である (Frank 1995=2002:44)。このうち探求の語りは「刊行された探求の物語を中心に扱う」 (Frank 1995=2002:164)。語りの類型といっても、対象とする語りが特定の他者に向けた口述によるものか、それとも推敲を重ねた出版物であるかによって異なってくるのは当然である。門林が分析したがん闘病記における語りの類型で触れた通り、出版物と探求の語りの親和性は高く、混沌の語りは低い。しかし、それはがん闘病記において混沌の物語が存在しなかったのではなく、読まれるべきものとして推敲されるなかで、語りの秩序を獲得した物語が登場したと理解できる。他方、口述の語りは、語りの秩序が不在のままであることもめずらしくない。つまり語りの類型はそれを生み出した文脈と切り離すことはできないということである。

伊藤が語りからとりだした類型の一つ「前進的な物語」を考えてみよう。ネーミングからしてもさしあたりフランクのいう「探求の語り」に分類できるかもしれない。しかし、実際の語りをみると「前進」や「探求」の方向が単純ではないことがわかる。やや長くなるが、伊藤の紹介するDさんの語りの例をみてみることにする。

がんのために妻と死別した男性Dさんへのインタビューは、Dさんが妻と死別してから1年7ヶ月後と1年10ヶ月後の2回にわたってそれぞれ約100分ずつ実施された。伊藤によれば、1回目の語りは「死別体験の物語と前進的な物語の混合形態」であった。これとは別に、以前、集会の席でDさんが新聞の投稿者と文通しているという発言があったため、この文通のことを伊藤が質問した際、語られたエピソードがある。

Sさんという投稿者はDさんと境遇が共通しており、投書に記された心情に共感したDさんは新聞社を通じて手紙を出した。1週間後に返事が届いたが、その内容は投書で受けた印象とは異なり「文章全体の色調が、きわめて前向きでエネルギッシュなもの」で、社会活動も含め「ずいぶん充実した生活に見え」た。Dさんはそれに対する返事を書かなかった。

1年近く過ぎ、再び同じ新聞の投稿欄にDさんはSさんの投稿があることに気づく。文章は1人で暮らす毎日の様子が綴られ「年金は残るが、心は寒くさびしい」という内容で締めくくられていた。Sさんの投稿に対して反響が2通あり、それを読んだ後、Dさんは再びSさんに手紙を書く。その文面の一部には「私との共通点をまだお持ちの様子が書かれていて何か安心感というか、人生というのは予期せぬ事で大きく変化し高齢になるほどそれに対応するのが容易ではないと感じてまたお便りを書く気になりました」と記した (伊藤 2009: 155-161)。

死別体験からまもないDさんは「きわめて前向きでエネルギッシュな」Sさんに違和感と距離を感じ、約1年後の「心は寒くさびしい」と心情を吐露するSさんに共感を示している。フランクの類型を使うなら、回復の語りに対してより混沌の語りに対して共感し、同じ苦しみやさびしさを抱える人がいることに安堵し励まされている。

Dさんは死別後に訪問看護師の誘いでセルフヘルプ・グループに参加したのだが、「半分泣いているんだか、半分しゃべっているんだかわけのわからないことを言って」いたと当時を振り返る。フランクの表現でいえば語りの秩序が不在の混沌の語りである。しかし、それをただ他のメンバーに聴いてもらい、Dさんは「気持ちがいくらか、...軽くなる」経験を語る（伊藤 2009: 168-169）。

Dさんの死別体験の語りをみると、セルフヘルプ・グループにおいて参加者は感情を抑制せずに語ることが承認され、聴き手である出席者からは助言、批判、励ましなどが留保される。フランクが「個人的にも文化的にも嫌悪感が生じるのは当然のこと」とする混沌の語りは禁止されることがない。混沌の語りを経て、その後、Dさん自身の「新しい社会関係へと開かれてゆく過程」を象徴的にしめす創作物語「ミソサザイ」（第1回～第3回）が開示される。

これらの分析を通して、伊藤はセルフヘルプ・グループが物語の聞き手として果たす機能を『回復の物語』によらない生を支える社会的基盤」と解釈する（伊藤 2009: 216-218）。これはアルコール依存者のセルフヘルプ・グループが「語り手の自己物語構成と編集過程に連れ添う聞き手」の役割を果たしていることや、Dさんの例で見たとおり、沈黙を含む「聴きがたい」語りや「それから」の続く混沌の語りであっても、死別体験者のセルフヘルプ・グループが聴き手に徹し、語りの秩序の不在をも許容することで、他者の生を支えていることをさしている。

セルフヘルプ・グループが参加者に対してもつ意味や機能を研究の対象としたとき、伊藤は病いの語りの類型を人びとの語りには適用するのではなく、「回復の物語」によらない生、という領域の設定へと展開させた。その多くが、フランクの類型でいう混沌の語りであり、部分的には探求の語りのバリエーションも含まれていた（伊藤 2009: 217）。

こうして「物語をもって生きる自己」という視点から、アルコール依存とそれによる様々な苦しみや痛みを抱えた人びとや、死別の苦しみや悲しみに傷ついた人びとにとってのセルフヘルプ・グループのリアリティとその意義が明らかになる。そこでは病いや死別で苦しみ傷ついた人びとは弱いままであることが開示される。しかし安心して（＝伊藤の言葉では「場に対する信頼」）語れる場への参加を通じ、聴き手を得て人生を語り直し、生き直していくプロセスや、その可能性を共に探ることが承認され支えられる場であることが描かれるのである。

ここまで病いと死別という2つのフィールドにおいて、フランクの病いの語りの類型がどのように使われ、何が明らかにされているのかをみてきた。病いの語りの類型は研究対象によってその種類と比重が変化することが示された。次節では家族の病いの経験について医療者の語りをとりあげる。その目的は、冒頭にも述べたように、近代医療の専門家が自他の病いの経験を通してどのように在宅ケアへと志向していくのかを考察するためである。

5. 医療者と病いの語り—訪問看護師が綴る家族の看取りの経験と在宅ケアへの道

在宅ケアの現代史において、医療実践とその影響力から注目すべき医療者を何人か挙げる事ができる。そのうちの一人、医師佐藤智は1970年代初頭から在宅ケアを実践し、1980年に

はライフケア・システム (以下、LCS と略す) という 24 時間、訪問診療や訪問看護が受けられる会員制組織をつくった (佐藤 1985, 2000; 大出 2012b: 173-174)。佐藤の考え方に賛同し、秋山正子は 1992 年から新宿区にある白十字訪問看護ステーションに勤務し訪問看護をはじめた。2001 年には有限会社ケアーズを設立し、訪問看護を中心に在宅ケアの実践と普及と教育に携わり、現在、日本の訪問看護師としてはもっとも知られている一人である。訪問看護の現代史と秋山の個人史は見事に重なる。秋山が綴る訪問看護への道は姉の病いの経験に深く根ざす。そのことを秋山がどのように記述しているのか、医療者であり、かつケアの受け手でもあるという立場が物語の構成にどのような影響を与えているかをとりあげることにする。

秋山は 1990 年、肝臓がんのために 2 歳上の姉を失った。当時、秋山は 39 歳で、7 歳と 3 歳の二人の子どもを育てながら京都の看護学校で教員をしていた。余命 1 ヶ月と告知された姉を、神奈川県に住む姉家族と共に在宅で看護した経験を短い文章に綴っている。告知から 5 ヶ月間、生きることができたこと、そのうち 4 ヶ月あまり LCS を活用しながら家族でサポート体制を組み在宅で過ごしたこと、しかし最後は病院へ入院させることを選ぶほかはないと家族で選択し、家族は終末期の看護の労苦から解放された一方、虚脱感に見舞われたことを記している。最終的には病院で最期を迎えたものの、「たんなる延命ではなく、患者の生活の場でその生活の質を保証したケアがうまくできた例ではなかったか」と 5 ヶ月間の姉のターミナルケアは全体としてよかったと評価している (秋山 1991: 213-226)。

20 年後、この文章は図以外はほぼ原文のまま秋山の著書『在宅ケアの不思議な力』(2010 年) 第 1 章に「家庭で看取るがん患者—在宅ケアにかかわるきっかけ」と改題され収録された。プロローグとして在宅ケアへのかかわりのきっかけを秋山は次のように綴る。

私は姉の在宅ケアを経験して、その人が生きてきた生活の場が療養の場になり、かけがえのない時間を、家族や親しい人に囲まれて過ごせるのは、在宅ホスピスにはほかならないと知りました。そして、そこに出向いていく看護があるはずなのに、まだまだ実践者が少ない状況を変えていきたいと、自分の進む道を在宅ケアに定めようと思ったのでした。(秋山 2010: 5)

原題「姉の死から看護者として学んだこと」は、当時 LCS メンバーだった川越厚編集による『家庭で看取る癌患者—在宅ホスピス入門』(1991 年) に収録された。序文で佐藤智は「癌で亡くなる方の九五%が病院で死を迎える時に、私達は敢えて『癌患者さんを在宅で看取ることができるのだ』ということを提言しようとしています」と記している。20 年前「在宅で看取ることがいかに困難なことであるか」という認識を背景に、本の出版は「在宅ホスピス宣言」を意図したことがわかる。執筆陣の一人として、秋山も医療者と家族の両方の視点から、何を社会的資源として支援体制をつくり在宅ケアを可能にしたかを図解した上で、そうしたサポート体制が得られたことに患者家族として感謝し文章を終えている。

『在宅ケアの不思議な力』（2010年）のプロローグに「姉の何よりの遺産は、私を在宅ケアの道に導いたこと」、「姉からの大いなる遺産、在宅ケアへの道」と「遺産」という語を二度用い、さらにエピローグの冒頭も「姉を看取ってから訪問看護をめざし」と記している。1991年の出版時は姉の看取りから1年足らずであり、家族総出の5ヶ月間にわたる闘病と悲しい死別体験であったにもかかわらず、充実感や満足感が伝わる物語である。

このように姉の病いと看取りの経験をめぐる全体としては肯定的な物語でありながら、その物語に包含されずに、これを脅かすエピソードがある。ただし1991年の出版物が在宅ケアを進めるLCS医師によって編集されていることと、それを医療者の視点から報告する立場から、全体の在宅ケアを評価する流れと大きなズレを生まない配慮がなされている。その上で、秋山は姉の在宅ケアが未完であったことの悔恨を記す。「悔恨の語り」と「改善を要求する物語」と名づけ、その内容を示す。

1) 専門職者である自分が、姉の短歌を通して病いの徴候に気づけなかったこと（悔恨の語り）

「今にして思えば、この拙い歌のなかにも、姉の体調の変化を感じとれるはずであったと、痛恨の念がよぎります。」

2) 最後は病院に入院したこと（悔恨の語り）

「（在宅では一度もなかったが）入院して三日目には褥瘡ができてしまいました。私は悔しい思いを抑えきれませんでした。だとすれば、何ゆえに最後まで在宅で過ごせなかったのでしょうか。……本当に死が間近に迫ったときに起こる症状の変化に、義兄の不安がつのり、それをフォローする者（＝自分）が遠くにいて支えきれなかったからだと思えます。……家族であるけれども看護師である私の力不足を深く感じざるをえませんでした。」

3) 医療連携の不備（改善を要求する物語）

「東京のLCSからは……テレビ電話（静止画像）を用いた連絡、看護師および医師の週1回の訪問と往診が開始されました。地域的に東京からは遠いということと、インフュージョンポート設置のために、……A大学病院総合相談部よりの訪問看護が開始されました。ただし、こちらからは医師の往診はありませんでした。……（施設ごとに採血検査を行わねばならず）データの公開と共有は……医療界全体の抱える問題につながっているように思いました（下線部は筆者。大学病院名は省略）。」

1)は姉の短歌三首（仲のいい京都の妹に手紙で送ってきたのかもしれない）のいずれにも不調な様子が歌いこまれているのに、専門職である自分はなぜおかしいと気づいてやれなかった

かという後悔である。2)は 80 歳の母と有給休暇をすべてとった夫が在宅介護にあたり、5～10 分単位の体位交換や口すすぎをさせていた。入院先の大学病院は 1 時間に一度の「ラウンド」があり、大学病院としては「画期的」なことだったが、それでも在宅では随時できていた体位交換ができなくなり褥瘡ができてしまった。最後まで在宅ケアができなかったこと、最期の看取りを病院に任せなければならなかった悔いは残り続けている。3)は未完に終わった在宅ケアの基本的要因であり、秋山は 2010 年再録時に「このことはなかなか解決されないのが現状です」と追記している。

この 20 年間に、在宅ケアを推進する制度は介護保険をはじめとして大規模に整備されたにもかかわらず、医療連携の問題が根強く残り続けている。LCS は新宿区にあったため姉の住む神奈川県綾瀬市から遠すぎた。当時 LCS に代わる訪問診療をする医療機関がなかったために A 大学病院との連携が LCS からの依頼で実現した。しかし医師の往診はなく訪問看護だけだった。秋山の 1991 年版の図にあった「Dr. M 入院時主治医 往診はしない」の記載は 2010 年版では削除されている。医師の訪問診療が実現していれば在宅ケアの継続は可能であったかもしれない、と秋山は考えていた可能性は高い。しかし削除に代わる評価などコメントはない。医療者の関係への配慮によるものと解釈すれば、これ以上の記載は留保されたのかもしれない。

在宅ケアを通して見違えるほど頼もしい介護者に変身した義兄や、孫への死の教育をしながら姉にとって大きな安心と励ましを与えた 80 歳の母の存在を記す家族の視点と、複数の医療機関や福祉サービス機関とをつなげていく連携役を果たしつつそれらの機能を見定める医療者の視点の二重性⁷⁾が、秋山の短い物語を非常に濃密なものにすると同時に、未完におわった在宅ケアの看取りを実現することが、秋山の専門家としてのミッションとして自覚され続けていると理解される。

6. 結びと今後の課題

本論では病いの語りとその類型という視点を導入することの意味と効果について考えることを目的とした。フランクの病いの語りの類型論は物語る自己が主体性をもち、病いを契機に他者とのつながりを展開する可能性について焦点をあて、語りそのものの意味や力、そして責任や倫理が強調されていた。それらを用いた闘病記の社会学やセルフヘルプ・グループの自己物語論における考察から、語りの類型の活用の仕方によって、逆にフィールドの特徴が浮き彫りにされることがわかった。セルフヘルプ・グループの自己物語論の研究が明らかにするように、病いや死別の経験は口述の語りにおいて必ずしも秩序をもった語りとは限らない。しかし語りに秩序がなくとも、語ることを承認し受け取る他者の存在は語る個人の内省する行為や語り直しを支えることを可能にする場合もあることを示している。その意味で、闘病記に代表される出版物においてフランクのいう探求の語りとその多くを占めるのは、内省行為の成果としてみるとよく理解できる。

病いの経験の語りとしてフランクの提示する類型を用いる際に、フランクが文化的に前提と

していることについてはより検討する必要があるだろう。たとえば探求の語りにおいて病いの経験の意味を言語化する個人の存在を前提にしているが、言語とは別の経験の深め方や表し方も考えられる。また語りの類型についても社会や文化によって受容されやすいものと忌避されるものがあるという見方をすれば、文化的違いに自覚的になるきっかけとすることで、わたしたちの文化や社会における病いの語りについての分析的理解をより深めることができるのではないか⁸⁾。

治療＝回復モデルによって社会化された医療者が自他の病いの経験を経て、医療実践の方向性を変えるプロセスまたは可能性について、病いの語りの類型という視点からデータに即して分析する作業は今後の課題としたい。

【註】

- 1) 医師志望者が修学後免許を得るための要件として病院で行う実習または実習生をいう。日本では医学のインターンは1946年に導入、1968年に廃止された（広辞苑）。
- 2) ポストモダン性の死として、澤井敦は自らの死のあり方を模索する動きについて言及し、日本でこうした動きが起こるのが1990年代からであるとしている（澤井 2005: 108-109, 121-122）。
- 3) 2004年度～2007年度は研究代表者大出春江、共同研究者中村美優、調査協力者松田弘美、古川早苗で実施し、2008年度～2010年度は研究代表者大出春江、調査協力者古川早苗で実施した。
- 4) 寛解者の社会のメンバーとしてフランクが挙げるのは「何らかの癌を患った人、心臓リハビリテーションプログラムの中で生活している人、糖尿病患者、アレルギーや環境への過敏反応があつて食事その他の自己規制が必要な人、補装具〔義歯・義足など〕や身体制御器〔心臓のペースメーカーなど〕をつけている人、慢性疾患患者、障害者、依存や嗜癖からの「回復過程」にある人、そしてよい状態を保ちたいという願いと日々それを勝ちえてく喜びをこうした人々と共有する人たちとその家族」である（Frank 1995=2002: 26）。
- 5) また5つの語りが「いつ、どのような時に現れるかを実際の闘病記に書かれた内容を用いて論証した」結果、「語りの発生時期」が、「回復」「衝撃」は告知前後、「混沌」は再発転移や治療の限界を知ったとき、「探求」は初期治療後・再発転移後の寛解時・終末期、「達観」は「闘病終末期」とする。その上で、「自らの状況を冷静にとらえ…死をも常に視界に入れて自己をみつめる探求の語りや、終末期にあつても死を覚悟したうえで生きる達観の語りが増えていること」、「そのような前向き志向の闘病記だからこそ、他者の共感を呼び、他者に生きる力を与えるようなものになっている」と述べている（門林 2011: 117-118）。「生きる力」を与えられるかどうか「前向き志向」の闘病記とそれ以外の闘病記との違いを際立たせ、それによって読まれるべき闘病記とそうでない闘病記という評価になる可能性も否定できない。
- 6) しかし、だからといって闘病記それ自体がもつ意義は変わらない。闘病記は病いによって自己の実存を脅かされているまさにその時に、書く行為それ自体によって自己の生きている今を支える。わたしたちはその成果を他の自己物語とは異なる切実さの中で書かれた闘病記という物語として受け取ること

ができる。それは有名無名を問わず、年齢や職業を超え、その言葉一つ一つによって、有限の生命を人生をかけて生きる姿と人間としての尊厳を伝えるからである。

- 7) この言葉は浅野智彦が物語論を整理し、その特徴の一つとして用いている言葉である(浅野 2001: 7-8)。ここでは浅野のネーミングを借用するが、語る人物の視点と語られる登場人物からみた視点の二重性という意味ではなく、在宅ケアを生きる家族と仕事としての在宅ケアサービスを提供する医療者の視点の二重性をさして用いている。
- 8) フランクが指摘する次の語りの文化的側面は重要である。「多くの北米人の中には、自分の人生がある重要な局面において上手くいかなかったと口にしたたり、望み通りには行かなかったことについて喪失を嘆いて見せたりするのをためらうような文化が共有されている」。この指摘は知的障害児の母親の語るセルフヘルプ・グループについて「親たちは自分たちの経験した失望や苛立ちについては語りたがらないのであった。そうした話の生々しい苦しみは、グループ内の暗黙のルールによって、受けいれがたいものとされていたのである」という記述に続く。伊藤智樹はこれをセルフヘルプ・グループの特徴として引用しているが、むしろ日米の違いとして文化的に好まれる語りと忌避される語りという水準でとらえるべきではないかと考えられる (Frank 1995=2002: 96)。

【文献】

- 秋山正子. 2010. 『在宅ケアの不思議な力』医学書院.
- 浅野智彦. 2001. 『自己への物語論的接近—家族療法から社会学へ』勁草書房.
- Frank, A. W. 1995. *The Wounded Storyteller*. University of Chicago. (= 鈴木智之訳. 2002. 『傷ついた物語の語り手—身体・病い・倫理』ゆみる出版.)
- Glaser, B. G. and A. L. Strauss. 1965. *Awareness of Dying*. Aldine Publishing Company. (= 木下康仁訳. 1988. 『死のアウェアネス理論と看護—死の認識と終末期ケア』医学書院.)
- 伊藤智樹. 2009. 『セルフヘルプ・グループの自己物語論—アルコリズムと死別体験を例に』ハーベスト社.
- 門林道子. 2011. 『生きる力の源に—がん闘病記の社会学』青海社.
- 川越厚編. 1991. 『家庭で看取る癌患者—在宅ホスピス入門』メヂカルフレンド社.
- 大出春江. 2009-2012a. 「社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー(1)~(4)」『人間関係学研究』大妻女子大学人間関係学部.
- 大出春江編. 2012b. 『看取りの文化とケアの社会学』梓出版社.
- 佐藤智. 1985. 『「生きる」そして、「死ぬ」ということ』経済往来社.
- 佐藤智. 2000. 『在宅ケアの真髄を求めて—私の歩んだ一条の道』日本評論社.
- 澤井敦. 2005. 『死と死別の社会学』青弓社.
- 山中康裕. 1987. 「老いと死の自己実現」伊東光晴・河合隼雄・副田義也・鶴見俊輔・日野原重明編『老いの発見 3 老いの思想』岩波書店: 82-109.

(おおで はるえ 大妻女子大学人間関係学部)