慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	患者会研究の新視角：「自己物語」による比較の観点から
Sub Title	The new perspective of patient group study: comparing self-narratives of new religion and alcoholics anonymous
Author	濱, 雄亮(Hama, Yusuke)
Publisher	三田哲學會
Publication year	2012
Jtitle	哲學 No.128 (2012. 3) ,p.235- 257
JaLC DOI	
Abstract	The aim of this paper is to propose the new perspective for patient group study that tries to comparing with a new religion and Alcoholics Anonymous. The former anthropological or sociological studies of patient group focused on only patient group itself. Although these studies clarified the features of patient group, these studies had not compared with another dimension. The incompetent and recovery of speakers-self is referred frequently and commonly. On the other hand, it is different of positioning of self and others. In the new religion and AA, they have great existence that give suggestion and embody the value. In patient group, they can feel "illness as the resource", because the great existences are not clear. These three groups have commons start point, but people with patient group try to rebuilding with suffering experience and "illness as the resource".
Notes	特集：社会学 社会心理学 文化人類学 投稿論文
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00150430-00000128-0235

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.

投稿論文

患者会研究の新視角

――「自己物語」による比較の観点から――

濱　　雄　　亮*

The New Perspective of Patient Group Study: Comparing Self-Narratives of New Religion and Alcoholics Anonymous

Yusuke Hama

The aim of this paper is to propose the new perspective for patient group study that tries to comparing with a new religion and Alcoholics Anonymous. The former anthropological or sociological studies of patient group focused on only patient group itself. Although these studies clarified the features of patient group, these studies had not compared with another dimension.

The incompetent and recovery of speakers-self is referred frequently and commonly. On the other hand, it is different of positioning of self and others. In the new religion and AA, they have great existence that give suggestion and embody the value. In patient group, they can feel “illness as the resource”, because the great existences are not clear. These three groups have commons start point, but people with patient group try to rebuilding with suffering experience and “illness as the resource”.

* 慶應義塾大学文学部非常勤講師

1. 問題の所在

患者会研究に，同時代の他の集団との比較という新しい視角を提案することが本稿の目的である．そのために，新宗教教団やアルコール依存症者の会（Alcoholics Anonymous, 以下 AA と略記する）における体験談発表と患者会での体験談発表における語りの形式と内容の比較という方法を試みる．

本研究の意図は，患者会は医療人類学・社会学的研究においては社会的存在として研究されつつも，「患者会それ自体としてしか」研究されてこなかった，いわば「特権化」されてきたことへの批判に根ざしている．これまで，地域の歴史・民俗に根ざした医療の調査の際には，医療と宗教生活の連続性や関係が問われてきた．一方で，現代医療やそこに軸足を置く患者会についての研究においては，宗教的世界との比較を行ったり連続性ないしは非連続生を問うことでその特徴を明らかにしようという試みは，なされてこなかった．しかし，同時代において苦しみ，そして集っている人たちの集まりに共通性がないと考える方が不自然であり，その検討が要請される．それによって，患者会を／で研究する医療人類学・社会学をより豊穣にすることが出来る．

なお本稿ではそれらの場で語られる体験談を「自己物語」ととらえることとする．物語論［浅野 2001］によれば，「自己物語」は以下の特徴を有する．まず，物語の主人公である過去の自分の視点とそれを語る現在の自分の視点という「視点の二重性」が存在するという点である．次に，過去の出来事を，時間軸を用いて選択し配列する時間的構造化の作業を経た語りであるという点である．最後に，聞き手，すなわち他者に向けられた語りであるという点である．こうした特徴を意識しながら分析することで，3 つの場で語られる自己物語の特徴はよりいっそう鮮明になる．

本稿の構成は以下の通りである．まず患者会研究のこれまでの成果を概

観し，続いて患者会での体験談発表の事例を，著者の調査事例に基づいて整理する．引き続き，比較対象として新宗教とAAでの体験談発表の事例を，それぞれの代表的な先行研究に基づいて整理する．最後にそれぞれの語りの形式・内容と場の特徴を比較し，患者会をその他の団体との比較の俎上に載せることの意義と課題を検討する．

2.　患者会と患者会研究

患者会とは，共通の疾患や障害をもつ本人や，家族・医療従事者などによって形成され，公的対策や社会的地位の向上，生活上の課題の共有・解決，親睦，情報交換，社会的啓蒙などを目指す団体である．2006年現在，数え方にもよるが，およそ1200の会がある(1)．

日本における近代的な患者会の歴史は，結核（1948年：日本患者同盟）・ハンセン病（1951年：全国ハンセン病療養所入所者協議会）の患者団体の結成が嚆矢であるが，明治期のコレラ一揆や戦前のハンセン病患者施設における自治会にも源流を求めることが出来る［長1978］．その後1960－70年代には，職業病や公害の発生を機に多くの団体が作られ，次第に団体間の連絡の緊密化により行政・医療に対する交渉力を高めた．1980年代頃からは，急性疾患を前提に整備された医療現場の構造から不利益を受けやすい慢性疾患の患者らによるものが増え，治療やケアの局面における自己決定を求めるようになった．その際の医療従事者や行政への態度は，抗議・要求・共同など様々である．近年では，IT技術の進歩やNPO向けの税制などの影響を受ける．

こうした患者団体の研究を，著者は担い手と志向によって4つに分けている(2)．第一は，自らの病いの実情や団体の存在をアピールしたり，一定の期間活動した後でその活動の総括を行ったりするために，主に当事者が担う研究である（e.g. 日本糖尿病協会1986）．これには，運動と記録というベクトルが色濃く出ている．

第二は，当事者や福祉学の研究者，あるいは行政関係者が，患者会という集まりの展開について把握するために，マクロな視点に立っての歴史的分析や実態調査を行う研究がある．また，欧米，特にアメリカで編み上げられた理論を紹介する研究もある（e.g. 長 1978; 鈴木　1981; 久保・石川 1998）．これらはいずれも報告というベクトルを強くもつ点で共通している．

第三は，医師や看護師といった医療従事者であり同時に研究者でもある人たちが，自らが提供する医療サービスに何らかの不足を感じ，それを補完する機能を期待して，患者会の事例研究を行う場合である（e.g. 中村 1996）．この場合は，実用というベクトルを強く帯びている．

第四は，人類学者や社会学者による，患者会の機能の分析から医療システムや社会全体とのつながり方を明らかにしようとする研究がある（e.g. 的場　2001a; 浮ヶ谷　2004）．例えば社会システム論を採用した的場は，医療システム内の患者団体システム，患者団体システム内の各サブシステムの機能と関係と団体の分類について明らかにし，患者会は「共同性機能をもった，一コミュニティといえないだろうか」［的場 2001b: 169］と示唆している(3)．また日常空間と医療空間の関係について考察した浮ヶ谷［2004］は，医療空間から日常空間に一方的に専門的な知識が流れ込むだけの状況に対して，二者の間に患者会を加えることで，日常空間から医療空間に経験的な知識が流れ込む契機を生む可能性があると指摘した．このように患者会は，社会学・人類学的研究においては社会的存在として研究されつつも，患者会それ自体としてしか研究されてこなかった．本論文の意図は，「患者会というフィールドを特権化せず」に，この部分を乗り越えることである．

四つの研究の方向性はおおむね始まった順番に沿っている．ただし第一や第二の研究は今も行われており，研究の視点は交代したというよりも追加されたといった方が適切であろう．

3.　患者会における語り

本章では著者が主たるフィールドとする1型糖尿病患者会の行事において語られる物語を整理する．

糖尿病は，食物から摂取した糖分を，血管から筋肉をはじめとした細胞に運ぶために不可欠なインスリンというホルモンの分泌不足や感受性の低下を症状とするもので，発症原因によって1型と2型に分けられる．両方合わせて1000万人を超える患者がいるといわれている．服薬や自己注射といった薬物療法，食事療法，運動療法が必要とされており，日常生活と治療が表裏一体になっている典型的な慢性の病いである．糖尿病者全体の5%ほどを占める1型をもつ人の場合は，1日に2–4回の自己注射が生涯にわたって必要である．注射は主に食事のときに，その時の血糖値・食事の量・その後の運動の見通しなどを勘案して量を決めて打つ．1型の場合は小児期に発症することが多く，18歳未満の1型患者は約5000人とされる．［日本糖尿病学会 2007］

本稿で紹介する患者会は，1964年に1型糖尿病の子どもと親の会として発足した「つぼみの会」である．この会の会員資格は，1型糖尿病患者本人であることであり，年会費は6000円（2011年現在）である．現在，400人ほどの会員がいる．大きな行事は，5月の総会，7・8月の小学生から高校生を対象としたサマーキャンプ，8月下旬か9月上旬の家族講習会がある．夏の家族講習会では，毎回必ずではないが体験談の披露が行われることがある．時間はおおよそ15分から30分ほど，話し慣れた人に頼む場合は小一時間になることもある．その体験談のテープ起こしやそのダイジェストが，年に数回発行される会報誌『メリティス』に載る．本稿で資料とするのはこの会報誌である．なお以下で紹介するのは全て1型糖尿病の人たちの話であるが，煩雑さを避けるため，全て「糖尿病」と表現する．

3.1　トピックと語られ方

まずその全体の傾向を把握するために，『メリティス』9 号（1995 年）から 65 号（2010 年）までに掲載された体験談の特徴を整理する．29 人の体験談が掲載されているが，そこにおける項目別の言及回数と割合は表 1 の通りである．一人の体験談において一つの項目にしか言及されないことはほとんど無い[(4)]．

最も盛んに言及されるのは，「学校」生活についてである．次の「就職・職場」とは，就職活動の段階や就職後に糖尿病のことを伝えるかどうかという逡巡や，伝える場合にはどう伝えればよいかという提案，あるいはその結果についての語りである．これらの頻度が高いのは，語り手が 10 代後半から 30 代であることに影響を受けているものと思われる．

「注射」とは，学校での昼食やその他の外食の際にどのように注射をしているのか，それをどう思っているのかという点についてである．

「糖尿病で良かった」という項目は意味が分かりづらいため，少し長いが本文を引用する．例えば以下のような語り方である．

表 1　項目別言及回数と割合

学校	15 回	52%
就職・職場	14 回	48%
注射	12 回	41%
親	10 回	34%
食事	9 回	31%
糖尿病で良かった	8 回	28%
恋人・結婚相手	5 回	17%
発症	5 回	17%
友人・同僚	4 回	14%
出産・育児	4 回	14%
医師	2 回	7%

人と比べるのではなくて病気の自分を受け入れられたときに，前に踏み出して挑戦していくことが出来ました．病気にならなかったらフルマラソンに出ることはなかったと思うし，そう思うと今はありがたいと思います．（通し番号23番）

病気であるというのを自信として持てるのを誇りに思っています．自信になっている理由は，入社した年の7月に，毎年僕の部署でひらかれる親睦会でのやりとりです．そのときに，最終面接を担当されていた管理職と席が隣になりました．（中略）「毎年入社してくる人たちって学生時代にこういう活動をしていたという回答が多いんだけど，あなたみたいに幼い頃から病気の治療を続けているケースは聞いたことがなくて，病気の面のことを聞いてばかりだったのは申し訳なかったかなという気持ちがあったのだけれど，面接で堂々と受け答えをしているあなたに興味を持ったと，あなたを絶対に採りたかった」という話をしてくれました．（通し番号27番）

このように，糖尿病をもつことがきっかけとなって自分自身の方向性や考え方にポジティブな変化が現れたと本人が解釈した際に，こうした語り方がなされる．

以下の各項目は，その相手との関係において糖尿病のことをどう扱ったかに対する言及である．「発症」は発症時のこと，「出産・育児」は，それらに際しての準備の方法や気持ちの変化についての語りである．

総じて，ライフコース上の出来事とその際の人間関係において糖尿病をどのように扱うかということが言及されることが多い．

3.2 「自分を磨くきっかけ」としての病い

前節では，どのような項目がよく言及されるかについて幾人もの例を一

括して整理した．本節と次節では，それぞれ一人ずつの詳しい語りをみてゆくこととする．

まずは，12 歳で糖尿病になり，当時 25 歳で製薬会社で働いて 3 年目になる女性である（通し番号 10 番）．

自らを“不良患者”と位置づける挨拶から，彼女の話は始まった．

> 私は決して患者の鏡ではございません．不良患者だと思いますが，それでもやっていけると思っていただければと考えています．

このことは，彼女が「もっと良くできるのではないか」，という感覚を持ち合わせながら，過去や現在の自分に満足していないことをあらわしている．

彼女の発症当時は昼に注射をするという方法は一般的ではなかったので，中学校まで周りには糖尿病のことは言っていなかった．しかし高校に入る頃から血糖コントロールが悪くなり，昼にも注射を打つことが必要になった．そこで，学校でどうするかという問題が持ち上がった．小学校との時の友達は病気のことを知っていたが，高校ともなるとその頃の縁はもうほとんど切れていて，新しく説明しないといけなかった．

> 教室で注射を打つのか，保健室に行って打つのか，トイレに行って打つのか，すごく悩んだ結果，一番仲のいい友達に話したところ，ああそうなんだと軽く受け入れてくれたのです．その場でポンとペン型注射器を使って打ってみたのです．そうしたらクラスのみんなは別に見るでもなく気づくでもなく，何気なく時間は流れていきました．勇気をもって，ものすごく緊張しましたが，友達に話して分かってもらったということで，自信がついたような気がします．

この会は夏に小学生から高校生を対象とした1週間前後のサマーキャンプを長年行っているが，彼女はキャンプには3回参加した．最初は同じ仲間がいてよかったそうだが，次第に，年上の人々の話を聞く中で，以下のように感じるようになった．

> （引用者注：差別された体験や何かを諦めた体験を聞き）大きくなってこんな嫌な体験をすることになるのかなぁと，暗くなってきてしまって，その辛かった体験をみんなで話して，ああそうなんだ大変だったねと言って，傷のなめあいをしているような，なんとなく暗い気分になってきてしまったというのがあって，あまり好きではなかったのかもしれません．ですがやはり仲間を作るという意味ではとてもよかったので3回ほど参加しました．

その後，大学生の時にキャンプの運営側に入り，「キャンプで自信をつけてもらうにはどうすればいいのかというのを一生懸命考えて」取り組んだという．さらに製薬会社での仕事に自分の病いの経験を生かして取り組んだことに触れた後，「自分のポリシー」を以下のように紹介した．

> 私は1人で生きているわけではありません．たくさんの人に支えられて生きています．やはり母は偉大だなと思います．
>
> 伸び伸びと常に病気であることを意識させるわけでもなく，（中略）それでも常に心配はしてくれるという心の支えにもなっていますし，そこは大事だな，1人で生きているわけではないのだな，みんなに心配かけないようにがんばろうという気にもなっています．
>
> やはり病気であるというのはマイナスであります．プラスではない

し，マイナスである部分はやはり認めざるを得ませんが，その部分を補うぐらいの魅力がないともちろん誰も好きにはなってくれませんし，そういう部分ではやはり自分を磨く努力はしているような気がします.

このように，周囲との関係の再発見や自分自身の来し方の確認のきっかけでありつつ，場合によってはマイナスに作用するものとしての病いを経験していることを述べている.

3.3 「資源」としての病い

次に，4 歳で糖尿病になり，当時 29 歳で看護師として働いて 8 年目になる女性である.（通し番号 16 番）

マイナスな考えを持ったことはないのですが，発症してインシュリン注射を始めた時に，母親から他の人に注射をしているって言っちゃダメだよと言われたことや，幼稚園，小学校での給食のことから，心のどこかで自分は特別なのではないかと思うことがありました．元々負けず嫌いだったことと，自分は特別なのではないかという思いを打ち消すかのように，学級委員や習い事など積極的に行ってまいりました.

自己注射は修学旅行に向けて小学校 5 年生から始めました．物心がついた時には注射をすることが当たり前になっていた生活でしたので，恐怖感もなくすんなりと自己注射を行うことができました．自分は特別なのではないかと思いたくないからか，病気のことを聞かれること，話すことが大嫌いで，また周囲の大人が 2 型糖尿病と混同して，いろいろと話しをしてくることも大嫌いでした．病気のことをできるだけ知られたくないという思いが，小学校時代にはとても強く

なっていました.

病気のことをオープンにしていろいろと聞かれ，心配されるのが嫌で中学時代は担任にも誰にも病気のこと打ち明けずに過ごしてきました．知らせないということは他の人に迷惑をかけないことと心に決めて，ソフトボール部に所属し，放課後は部活に参加してきました.

高校でもそのようにし続け，人前で倒れることはなく過ごしていた．高校1年生のときに幼馴染の先輩が看護師を目指し始めたこと，両親が看護師に世話になったこと，自分も世話になったことから看護師を志し，看護学校を卒業して看護師として就職する.

高校生の頃は,「私の住んでいた地域には，当時サマーキャンプはなく，キャンプの存在も知らず，参加したこともなかったので，病気の仲間や先輩の存在を知」らなかったという．しかしある日，主治医に進路の相談をしたところ，その主治医が診ている患者で看護師をしている人から手紙が来ていたという.「私にとって初めての病気の先輩であり，モデルができたことで糖尿病の子どもたちの気持ちを分かってあげられる看護師になりたいと強く思」ったという.

看護学校には結局合格したものの，入学式前に親とともに呼び出され，糖尿病があると就職上不利になるかもしれないと告げられたという.「このことで更に病気のことをオープンにしない方が自分のためなのだなと思うようになりました」.

看護学生時代も就職して5年ほどの間も，糖尿病のことは言わないで通した.「自分のため」ということを第一に考えるならば，糖尿病はマイナスになりやすいと感じられていたようである．糖尿病は，自分の中にあって人からまなざされるもの，である.

たまに糖尿病の患者さんが入院してくると，同僚の知識の乏しさが目

に付きながらも，病気のことをオープンにしていないために，持っている知識をうまく表現できない自分がとても嫌になり，糖尿病の患者さんの気持ちを分かってあげられる看護師になりたいと思い，看護師になったにも関わらず思うようにできていない現実があります.

周囲の人たちに糖尿病のことを正しく理解してもらうためには，病気のことをオープンにして，自分が広告塔になるぐらいのつもりでいなければならないと思うようになってきました.

一方で,「糖尿病の患者さん」や「周囲の人たち」のことを視野に入れて考えると，糖尿病そのものがマイナスであるかどうかということで行動を判断するわけにはいかなくなってくるようである．糖尿病は，患者さんの気持ちを分かるための触媒になったり，周囲の人に積極的にプレゼンテーションして示す対象になったりするわけである.

二人に共通していたのは，病いを,「どのように生きるべきか」を自ら考える準拠点の一つとして経験していることである．それは，予め与えられたゴールとしてのマスターナラティブではない．とはいえ,「病いを資源化して生きる」という形式上の共通姓は指摘できる.

4. 新宗教と AA における語り

本章では，患者会における物語の特徴をより鮮明にするために，二つの比較対象を選択する．一つ目は真如苑という仏教系新宗教における弁論大会（体験談発表会）であり，二つ目はアルコール依存症者の会，いわゆる Alcoholics Anonymous（以下 AA と略記）のミーティングである．いずれも「自己物語」が語られる場である.

4.1　物語が語られる場①：仏教系新宗教・真如苑の弁論大会

新宗教とは，幕末・明治維新期以降の近代化の中で生まれた諸教団のことである．共通した要素の抽出は困難であるが，「教祖的人物への崇拝が重要であり，都市化，情報化という方向に向かった近代社会に適応した組織，布教形態をとっていること，教えも比較的平易に説かれ，同時代的表現が多用されるなどの特徴」［井上 1996:　315］が比較的よく当てはまる．

体験談をどの程度重視するかは教団によって差はあるものの，「何らかの形で体験談を信仰活動の構成要素として取り込んでいないものは，ほとんどないだろう」［島薗　1985:1］とされる．そのため，体験談を軸にして患者会の特徴を探ろうと試みる際の比較対象として適切である．そこで，宗教社会学者の芳賀と菊池の調査研究［2006］をもとにして真如苑の語りについてみていく．同著は，真如苑における体験談発表会である弁論大会とその準備過程における語りの形成を「回心 (conversion)」という視点から分析したものであり，新宗教における自己物語分析として一次情報を最も豊富に用いた業績である．以下では主に同著に依拠しながら真如苑の弁論大会とその準備過程における語りの形成の概要と特徴を整理する．

真如苑は 1936 年に伊藤真乗・友司夫妻が東京都立川市にて設立した，仏教系の新宗教教団である．夫妻はともに山梨県の出身で，真乗は飛行機工場に技術者として勤めていた．夫妻をはじめとした霊能者からの霊言を重視する．1970 年代後半から 80 年代にかけて急速に信徒数を増やし，2006 年には公称信者数は 84 万人を超えている［文化庁 2007］．

弁論大会は，1964 年に初めて企画され，その後も形を変えながら続いてきた行事である．真如苑における弁論とは，「『正しい』信仰の道に目覚めた喜びと生まれ変わった自分自身の姿を語る」［芳賀・菊地 2006: 3］とされる．毎回数百人の語り手とその数倍の相談相手，更には最大で 1

万人ほどの聴衆が関わる一大イベントである．参加資格は，36 歳までの信者の集まりである青年部に属していることである．弁論大会は，高校野球と同様に，地域別のトーナメントによって行われる．語り手としての選任から 4 ヶ月ほどかけて，所属する青年部会内部で繰り返し発表し，部会の幹部をはじめとした聞き手からのコメントを受けて改訂してゆく．語り手は「弁士」と呼ばれるので，以下，真如苑の語り手についてはこの呼称を用いる．弁士は，部会から 1 人ずつ選ばれる．部会は 10 ほどの経（すじ）からなる．1 つの経は 100 から 200 世帯からなる．部会は調査当時東京都内に 74 あった．

芳賀と菊池は，1995 年の弁論大会とその準備期間に調査を行った．弁論を考案し始めた時期と最終的な発表内容を，異なるタイプの弁士 5 人について比較している．なお，以下で頻出する「心癖」とは教団の用語であり，人間が本来持っている仏性（誰もが持つとされる仏と同じ純粋で正しい心）から乖離して陥る誤った考え方のパターンのことである．

挫折をテーマにしたある人の弁論は，当初はその不幸の原因を自分の外に求める「悲劇のヒロイン」的なストーリーであった．しかし，落ち込みやすく人の意見を聞かずに物事を決めてそれを実行できないと気が済まないという心癖に原因を見いだすようになった．この新たな見方に到達することで，この人は前向きに生きることが出来るようになったという．

孤独で「暗い」これまでの人生をテーマにしたある人は，自分は運や人間関係に恵まれていないという認識から，他者の欠点を探して人間関係を築くことを躊躇する傾向があるという自分自身の側の問題点を発見する．

中学校時代にクラスメイトとの人間関係に悩んだある人は，当初は入信後の苦難を乗り越えた経験を扱おうとしていたものの，弁論大会の準備中に遭遇したいくつかの苦難の経験から，「人に頭を下げてお願いが出来ない」自分の「心癖」の問題点を発見する，というテーマに変わっていった．

以上のことから，どの弁士も多かれ少なかれ，弁論の準備段階での集会で受け取ったコメントやその時の自分の感情の変化などを過去の体験と付き合わせて自己物語を編み直して教訓を引き出していく，というプロセスをたどることが分かる．

なお芳賀らは，直接インタビューできる同時代の弁士の体験談に加えて過去のものも教団の出版物から収集してその経年変化を追った．1987年から1996年のものが対象である．その調査によると，生活上の危機の発生とそれへの対処が語られることは常に多いものの，危機の性質には変化が見られるという．それは，「絶対的な剥奪」から「相対的な剥奪」へ，という流れである．「絶対的な剥奪」とは，家業の倒産や命に関わる病いなど，「解消しなければすぐに生活が逼迫する」［芳賀・菊池 2006: 258］状況である．一方で「相対的な剥奪」は「周りの他者との比較や自分の夢の実現といった抽象的な理想との落差」に基づく．総じて，「消費社会的状況に対応した『自分らしい』物語の確定という機能をも期待されている」［芳賀・菊池 2006: 263］という．

4.2　物語が語られる場②：AA のミーティング

本節では，AA における中心的な活動である体験談発表の場（ミーティング）の特徴を，葛西［2007］の調査に基づいて整理する．ここで AA を取り上げるのは，宗教運動に淵源をもつ相互扶助を前面に押し出した患者団体で，日本の患者会と新宗教教団の特徴を部分的に併せ持っており，両者の特徴を浮かび上がらせるための対象として適切だからである．

AA はアメリカ発祥のアルコール依存症者によるセルフヘルプ・グループの一群であり，20世紀初頭の宗教運動・オックスフォードグループ（以下 OG と略記）に参加したアルコール依存症者の間にその萌芽が見られる．1930年代に OG に参加し，自分の敗北を認め，かつて負担をかけた相手に埋め合わせをし，他者に献身することを身につけた一人のアル

コール依存症からの回復途上にあった人がいた．しかし，それでも不安で再飲酒してしまいそうになった時に，もう一人の同じ境遇の人と出会い，ともに断酒に踏み切ることとなった．この 1935 年の出来事をもって AA の成立とされる．ここで重要なのは，強硬な意志の力のみでも心理学のみでも宗教体験のみでもなく，「断酒させあうという相互性」［葛西 2007: 57］であるとされる．

AA はほどなくして各国に広がる．2004 年の AA の参加者は，世界中で約 200 万人，日本で約 4000 人とされる．その中心的な活動は，自身の体験を話し他の参加者の体験を聞く集まり，ミーティングである．日本国内で日本語によって行われた AA のミーティングは 1975 年が最初とされる．ミーティングの規模は様々で，数人から百人規模のものまである．仕事をしているメンバーなどに配慮して午後 7 時頃から開始されることが多い．

ミーティングにおいては他の参加者への批判等はしないことになっている．いわゆる，「言いっぱなし・聞きっぱなし」である．それは，井戸端会議でも，決意や理想の表明や一方的な指導の場でもない．「言うこと」に比べて一見受け身に思える「聞くこと」は，新入者はもちろんのこと，ベテランになってからも大事とされる．聞き手にとって語り手は分身であり理想化の対象であり自分のことを承認してくれる鏡でもあるからである．そのため，「酒を止めたいという利己的な願望」をもち続けることと，「酒を止めさせたいという利他的な行為」をし続けることが矛盾無く両立し，その結果が相互扶助になり得る．まさに，セルフヘルプ・グループ研究において盛んに言及される「ヘルパー・セラピー原則」[5] の典型である．

とはいえ，方向付けはある．その骨格をなすのが，「十二ステップ」・「十二の伝統」という二つの中核的な文書と[6]，それを具体的に表現する体験談である．また，三つの組織原理（匿名性・非上意下達性・スポン

サーシップ）も特徴的である．以下ではこれらを順に紹介する．

まず「十二ステップ」であるが，これは過去を内省する独白のような形式をとる．「ステップ」という表現がなされているものの，順に進んでいくものでも全てをクリアしなくてはならないものでもない．初期のメンバーの経験が反映されているそれらは，経験を喚起する手がかりであり自らの経験を語る際の語彙でもある．それゆえに，体験談はある程度共通した形式を帯びるという．

次に「十二の伝統」であるが，これらは組織の一体性の重要性といかにしてそれを維持してゆくかについて教える．一つ注意したいのは，組織の維持が個人の福利に対して優先されるのではなく，個人の安定と組織の安定は常に相互に影響を与えあっていることである．外部のアクターや特定の政治的主張と距離を置き，アルコール依存からの回復を第一義に起き続けようとするのは，禁酒協会の失敗などを反映しているという．

ミーティングでは，「アル中の○○です」と語り始めて，自分がアルコール依存症であると認めることが求められる．他の参加者は「ハイ！○○」と返す．ここでは，批判，反論，訂正，コメントはしないことになっている．ミーティングに参加し，先を行く仲間を見て，モデルを構築する．そして，回復のイメージをつかみ，自分自身が持つ偏見にも対処するすべを学び，穏やかさを獲得し，あせる気持ちを酒でごまかすことを止め続けることを覚える．固定的な神・超越者概念は持たないが，自分自身の無力さと，自分自身を超えた大きな力の存在を前提とするという点で，断酒会とは異なる．また，自己責任の貫徹を求める自己啓発セミナーとも異なる．

よく触れられるキートピックは五つである．①飲み過ぎによる身体の変化，②飲んでいないときもおかしい自分という問題への直面，③周囲の重要な他者(significant others)との軋轢の発生，④困難に直面することによる抑うつ状態や不眠などの問題の発生，⑤「回復」の模索と苦悩，である．

総じてその雰囲気は「感情が激しく表現されることがあまり多くない場」［葛西 2007: 122］であり，無理に取り繕う必要のない，率直に語れる場である．それは，飲まないようにと気をつけつつも飲んでしまうことに対する言い訳を，家族や医療関係者がいないためわざわざ考えなくても済む，ということによっている．

5. 考察と結論：語りの内容と形式

前章までの事例をもとにして，本章では三つの自己物語の語られ方を比較することで考察を行う．あわせて，患者会研究における語りの比較についての意義と課題を検討する．

患者会においては，自分の過去の経験を，病いとの関係を軸にして振り返り，病いを資源化する語りが一定程度聞かれた．ときとして，糖尿病をもつことや自己注射を行っていることがスティグマ化される危険を感じている場合があるにもかかわらず，である．直接糖尿病に起因するか否かにかかわらず，生活上の苦悩や困難に直面したり，ライフコース上の選択を迫られたりすることは，多くの人が体験していた．医療者からの情報や他の同病者や親族・友人との関係の中で生き方を見いだしてゆく際には，「どのように生きるべきか」についての明確な規範はないため，「資源としての病い」を用いて自省的に「個人化された自己」をその都度構築していくことになる．

真如苑においては，過去の至らない自分やその至らなさを認識できずに自分自身が苦しんだり周囲との人間関係がうまくいかなかったりする経験が語られる．次いで，他の信徒からの示唆によってほとけの教えを介して自らの至らなさを認識し，教祖への信頼に基づいて教えと有機的につながった今後の目標の設定に到達する，というパターンが一つの典型としてみられる．教えやほとけ，さらには教祖といった「超越的他者」を参照しながら自らの経験を組み替え，その経過や結果を，同一教団内の他者に本

表2　各団体における体験談の特徴

	糖尿病患者会	真如苑	AA
依拠対象	現代医療 自分たちの経験	ほとけの教え 教祖への信頼	十二のステップ 十二の伝統
語る相手	同病者・家族	教団内の信者	同病者
名乗り	本名	本名	匿名
話の即興性	中程度	低い	高い
自他の位置	個人的自己	超越的他者	共有される他者

名のもとで披露する，という形式が見て取れる．

最後にAAのミーティングは，身体と社会関係の（悪い方への）変化，及びそれをとどめることの出来ない自分自身の苦悩が，アルコール依存という同一の状況にある者同士に対して匿名性が保証された上で開示される場であった．そこで参加者たちが聞く話は，新入者にとっては「そうなれるかもしれない」話であり，ベテランにとっては「そうであった」話であり，場合によっては「今もそうであるかもしれない・そうなるかもしれない」話である．このようにして「共有される他者」の経験を介して，生きづらさを切り拓いてゆく．

以上のような各団体における自己物語の特徴を整理すると，表2のようになる．

最後に，各団体における「自己物語」の共通点と差異を整理し，今後の課題を述べる．

共通点は，自らを十全な存在とはみなさず，むしろその至らなさが反省され，それをなんとか立て直した，あるいは目標をもって立て直しつつある現状が報告される傾向である．すなわち，経験と理想の表明である．また，過去や現在の状態の立て直しは常に0から始められるのではなくて，それまでの見方を変更することで立ち現れてくるものである．さらに，団

表3　語り手と言及項目の関係

通し番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
年	1995		1997	1997	1997	1998		1999	2001	2002
掲載号	9		10	16	17	21		25	30	36
演題	ともに退ごし世た半紀	四つの体験（小児科医・母妻として）	生きるってすばらしい		患者として，医師として			パネルディスカッション	パネルディスカッション：親の言い分，子の言い分	就職して3年目
学校		●	●			●	●	●	●	●
就職・職場	●				●				●	●
注射	●		●			●			●	●
親			●						●	●
食事			●						●	●
良かったこと		●	●					●		
恋人・結婚相手		●								●
発症										
友人・同僚										
出産・育児										
医師										

通し番号	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
年	2002	2003		2004		2005			2006	
掲載号	38	39		43		46			50	
演題	医師になって見えるもの	拒食症を体験して～そして今は母	親になった今，思うこと	キャンパー・生活スタッフ・そして3人の母であり訪問看護師	キャンパー・生活スタッフ・そして今は薬剤師	進路選択―高校受験・大学受験・就職	高校時代の留学	水泳の選手として		
学校	●					●		●	●	
就職・職場	●		●		●	●				
注射				●		●			●	
親	●	●								
食事		●		●		●	●			●
良かったこと	●									
恋人・結婚相手			●		●					
発症	●				●					
友人・同僚	●				●				●	
出産・育児	●		●	●						
医師									●	●

表3　つづき

通し番号	21	22	23	24	25	26	27	28	29
年	2006	2007	2008		2008		2009		2010
掲載号	50	57	60		61		64		65
演題		夢を追い続けて～インスリンと共に30年							社会人生活と1型糖尿病～私の日常生活
学校			●	●		●	●		
就職・職場	●	●		●	●		●		●
注射				●	●		●		●
親	●				●			●	
食事									●
良かったこと	●		●				●	●	
恋人・結婚相手								●	
発症				●	●				
友人・同僚							●		
出産・育児								●	
医師									

体内での自助努力と助け合い，すなわちヘルパー・セラピー原則もよく言及されていた．

差異は，自他の位置づけ方である．患者会においては自らの手で操作することの出来ない現代医療はほとんど言及されずに前提条件として後景化するが，ほとけや十二のステップや伝統は，示唆をもたらす存在やそれを体現した自らに外在しつつ重なる可能性を秘めた存在として言及されやすい．こうした「大きなもの」は，患者会の場合には必ずしも自明ではない．それが，「資源としての病い」という思考の形式を可能にしていると考えられる．

各団体の「自己物語」の共通点と差異に注目することで，「体験の共有」を出発点としながらも，自らの苦悩の体験や病い自体を資源として生き方を再構築しようと試みる人からなる集団としての患者会の特徴がいっそう

鮮明になった．本稿では語り手の言葉のみを扱ったが，そこに集う人々がその時に何を獲得しているのか，語られないことは何か，といった点が今後の課題として残されている．

謝　辞

本稿の作成には，1 型糖尿病患者会のつぼみの会のご協力があった．記して感謝いたします．

また，平成 18 年度　国立歴史民俗博物館　共同研究「身体と人格をめぐる言説と実践」や日本質的心理学会第 7 回大会（2010 年・茨城大学）における発表と議論の場で示唆を下さったみなさまにも感謝申し上げます．

注

(1) これは，的場［2001］に倣って『全国患者会障害者団体要覧』（プリメド社より 1996 年初版，2006 年の第 3 版まで出版，以下，『要覧』）を参照して得た数値である．『要覧』の掲載基準は，活動範囲が都道府県以上に及び，当事者であれば誰でも参加可能であり，『要覧』への掲載を承認した団体である．そのため，一つの病院内での患者サークルや，掲載を希望しなかった団体，オンラインコミュニティなどはカウントされていない．

(2) 患者会を医療システム内の一アクターと捉える的場［2001a］は，その他のアクターである行政と医療専門職のとの関わり方によって，患者会の 8 類型を提示している．

(3) 他にも，治療活動機能・対行政機能・医学研究機能の 3 つを挙げている［的場　2001b: 161］．

(4) 語り手と言及項目の関係については末尾の表を参照のこと．

(5) 援助を与えられた者が，次には援助を与える者になることで援助の人的資源が広がり互いに援助を受けやすくなること，援助を与えた者が自らの体験が生かされたことで自尊心を持つに至ることなどを指して作られた語である［三島　1998: 42–43］．

(6) いずれも，アルコホーリクス・アノニマス日本常任理事会・広報委員会のウェブページにて紹介されている．＜http://www.aajapan.org/＞（2011

年11月16日アクセス確認）

参照文献

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.
井上順孝 1996「現代日本の宗教」『宗教学を学ぶ』井上順孝・月本昭男・星野英紀〔編〕，有斐閣，pp. 305–324.
長宏 1978『患者運動』勁草書房.
葛西賢太 2007『断酒が作り出す共同性：アルコール依存からの回復を信じる人々』世界思想社.
久保紘章・石川到覚〔編〕1998『セルフヘルプ・グループの理論と展開：わが国の実践をふまえて』中央法規.
島薗進 1985「新宗教教団における体験談の位置：妙智會・立正佼成会・天理教」『東京大学宗教学年報』2: 1–20.
鈴木勉 1981「患者団体の行動と機能」『ソーシャルワーク研究』6–4: 30–37.
中村慶子 1996「小児糖尿病における患者教育の意義：糖尿病キャンプの教育的効果」『愛媛医学』15–2: 128–140.
日本糖尿病学会〔編〕2007『小児思春期糖尿病管理の手びき』改訂第2版，南江堂.
日本糖尿病協会〔編〕1986『日本糖尿病協会二十年史』日本糖尿病協会.
芳賀学・菊池裕生 2006『仏のまなざし，読みかえられる自己：回心のミクロ社会学』ハーベスト社.
文化庁〔編〕2006『宗教年鑑』平成18年度版，ぎょうせい.
的場智子 2001a『現代日本における患者団体の社会学的研究』奈良女子大学2000年度博士論文.
2001b「現代日本における患者団体の機能」『医療社会学のフロンティア』黒田浩一郎〔編〕，世界思想社，pp. 156–169.
三島一郎 1998「セルフヘルプ・グループの機能と役割」『セルフヘルプ・グループの理論と展開：わが国の実践をふまえて』久保紘章・石川到覚〔編〕中央法規，pp. 39–56