

病院化された患者役割

田 口 宏 昭

は じ め に

医療の病院化と死の病院化は、医者一患者関係の古典的モデルの転換を促した。病院はその複雑なフォーマル組織と巨大化した医療技術体系を医者と患者の間に介在させる。それは福祉国家のもとで逸脱統制の装置として機能する。この秩序を維持するために「病院化された患者役割」が患者に対して設定されるのであるが、プライバシーの侵奪の合法的独占は、病院スタッフにとって優位な権力状況を絶えず再生産する。そこには疎外の構造が横たわっている。わけても臨死患者は最も疎外された存在であるといえる。他方そこにおける医者一患者関係の分析は、医者と患者が共生的にかかわってゆける可能性を示唆するであろう。

1. 死 健康 医療⁽¹⁾

現代の文明に支えられた充足価値の横溢の中で、ますます死は不透明さを増してゆくかに見える。本来死は生と対等の価値を主張しうるはずであるにも拘らず、現代社会においては正当な価値の座を許されない。ラデュリもヨーロッパのバロック期の文明における死の扱われ方に対比して今日の文明のもとでの死がいかにわれわれの意識と文化の片隅に追いやられているか、という点について次のように述べている⁽²⁾。

“…反対に、工業ないし脱工業社会は、広告事業という、その最も数多く表現される次元において、ほめあげたい価値をよりよくたたえるために、死・老い、そして醜さを排斥する。しばしばどこまで本心からかは疑しいが、そうして工業社会が賞揚する神々たちというのは、もちろん若さ、生、そして肉体的な望ましい美、ことに女性美なのである。”

これらの神々のうち、女性美だけは、今日の男性中心の社会の中で女性に付与されている社会的価値、あるいは、男性に対する社会的従属と性的従属の現実を物語るものであるのだが、それでもなお、若さ、生、肉体美とともに現代の工業化社会における最も重要な支配的価値のひとつである老若男女問はずの「健康」価値にそれは収斂するのである。ところで、このような社会で、生の価値が強調されればされるほど死にゆく人々は死の瞬間まで疎外され続ける。女性の肉体美の価値が賞揚されればされるほど、その価値基準を満たし得ない女性は、己れの肉体に刻印された印を呪い続けなければならない。そして、若さの価値が強調されればされるほど、老人は若がえり、あるいは老化防止の涙ぐましい努力を通して疎外される。

これらは何れも根本的にはわれわれの意志では如何ともし難い事態である。これに対して、健康は努力の余地があり、また誰しも健康を失う可能性を有している、と考えられている。それだけになお一層、現代人は健康であることの責任を負われる。「健康であること」はひとつの社会的役割である。したがって現代人は病気に伴う罪責感に悩まされもする。健康に対する現代人のかってない関心の過熱状態—ほとんど強迫的ともいえる—は、様々な「健康産業」を繁茂させ、この産業の組織が社会の機構の中に一旦組み込まれるや、それは不断の需要の創出を運命づけられてゆく。その結果人は健康への努力を通じて搾取される。

このような健康価値の過度の強調は、この価値を実現することに失敗している人々すなわち病人に負の価値を付与する。病人が医療機関におもむくことを拒否することがあるのも、とくに医療従事者による明白な負の価値付与に対する人間的な抵抗のあらわれであると見なすことができるかもしれない。だが少数の自己治療などを試みる《抵抗派》を除けば、現代人は医療制度への依存をあてにして、専門家による癒しの技を待つのが常である。一部の例外を除けば、病みつつ生きる、あるいは病むことを主体的に生きることを現代人は避ける傾向がある。病みつつある己が一身をいとおしむ気持よりも、他にすがってともかくとも、それから早く解放されたいと願う。そのために神仏に縋るのなければ医者に縋る。何れにせよ人々は自らの身体を医療制度に全体的に預け

てしまうのである。もちろん医療技術の進歩がこのような依存を可能にしてきたという面も見逃すことができない。一般的に言えば、社会の分化・複雑化の過程で他者への機能的依存の拡大傾向が強まる。確かにこれは、個人のもてる能力を最大限に発揮する可能性を押し広げはする。だが同時に他面、自らの欲求を充足する手段をほとんど全面的に他者に依存しなければ調達しえない状況を生み出し、個人が一個の精神—身体の体系として保持しうるはずの機能的自律性を放棄することにつながっているのである。

現代文化のなかで死の意味が背景に押しやられ、生活関心の狭溢化、限りない私化の過程のなかで、擬装された「永遠の生」の舞台設定において、健康価値は肥大化してゆく。しかもそれは、健康の専門機関への無防備な依存と表裏一体なのである。富や権力も、病気の力の前では色あせてみえる。健康に支えられなければ、富や権力は無意味に感じられるからである。富や権力を手にしないものは、せめて健康だけでもと願う。社会生活の第一線から引退した者にとっても、健康の保持は彼（彼女）にとっては至上命令である。老後の社会参加を通じての「生きがい」も、健康なしではままたらぬ。健康への関心が高まれば高まるほど、医療技術の高度化、治療の専門化への社会的圧力は強まるが、そのことが専門家と素人の医療知識の格差を拡大させてゆく一大要因ともなる。その結果、病者が病いから解放されたいと願うならば、それだけ専門家への依存に傾斜していく構造ができあがってしまうのである。

健康への希求は医療の社会化を押し進める原動力となったが、逆に養生の知恵と自らの心と身体を癒す努力と能力をわれわれから奪ってしまったのである。

ビタミン剤、健康・自然食品、真向法、ヨガ体操、ジャズダンス等々健康につながると説得される実践をあれこれ試みる気分に駆りたてられるのが現代人である。なるほど、これらは「養生らしきもの」ではある。が「養生の知恵」に基づく実践とはいえまい。仲村祥一が主張したように、われわれに今必要なのは後者であり、医療への過度の技術依存からの脱却である。現代の教育にしても、医者になるための高等教育に熱は入れられても、医者にかかわらないですむための国民教育ははなはだ手薄であるといわねばならない。

だからといって、医者と患者の関係を対立的にとらえるわけではない。それどころか一般市民が養生の知恵を持てば持つほど医療のすそ野は広がり、医者の医療技術水準は向上するであろう。またすぐれた医者はすぐれた仕事をするのがより可能となるのであろう。病者は養生の知恵によって自律性を保ちつつ、不足を医者への援助で補えばよい。かくして、医者と患者の関係を対立関係としてのみとらえるのではなく、エントラルゴが言う援助関係としてのみとらえる必要も認められる⁽³⁾。

古典的な医者—患者関係のモデルにおいては、患者の動機は、単純ではないとはいえ、いつの時代のいかなる社会においても、最も典型的なそれは、「失った健康をとり戻したい」という動機である（医療制度はまさにこの要求を満たすために発達を遂げてきたのであるから）。これに対して医者は患者に援助の手をさしのべる。医者への動機はさまざまであろうが、制度的に彼（彼女）の行為の独占が正当化されるのは、彼（彼女）が診断と治療を通して患者が回復したいと願っている状態を実現したいという動機をもつものだという社会的期待が共有されているからであるし、患者に対する効果的援助を遂行するすぐれた医者の行為はふつうこのような動機と結びついていると信じられているからでもある。医者は「本来」このような動機でもって、「本来」の求めを医療にさし向けてくる患者に援助の手をさしのべるのであるが、このような動機から「出会い」が始まる両者の関係が、エントラルゴの用語に従えば、一方的援助関係である。

しかし、医療の専門化の過程でこれが医者によって、あまりにも特殊化され、限定されるとき、医者—患者関係は大きな歪みを顕わにする。人が病むとき、彼（彼女）は特定の病名で呼ばれる。だが、病者は身体ないし精神の特定の機能上の障害をもつというだけにとどまらない。病者の人格も病んでいるのである。そうだとすれば、E. フリードソンの言うように、医療にかかわる人間のサービスにおいては、その目的は「ある一定のコストで、ある一定の質の、ある齎一性をもった産物を供給することのみならず、援助を必要としている人間に奉仕することでもある⁽⁴⁾」と考えなければならない。だが現実には、医療の病院化や機械化によって病気の客体化は進行する。

2. 社会統制の装置としての病院

病気に、人間と社会にとっての敵ないし悪としての烙印をおす社会にあって、病院は、社会成員の病気と健康をコントロールする重要な役割を担わせられる⁽⁵⁾。世論の権威づけを必要とする現代の政治的支配においては、次のことが要請されるであろう。(1) 病気から逃れ、健康を希求する世論の日常的なニードに公的価値を付与し、それを「聖別」すること。(2) 人間の身体を私的な領域から引き離し、公的操作の対象領域に引き込むこと（人間の全般的管理の究極的目標によって残された操作対象のうちの一つとしての身体）、(3) 身体の私的操作に公的操作が優位にたつこと（自己治療の排除、資格外治療の禁止）、そのために科学の有効性を証明する具体的証拠が提示されること（マスメディアもこれには一役買っている）。

科学（この文脈では医学）の権威への屈服、これがわれわれ人間の己れの身体に対する「自治」の喪失の出発点であり、精神の自由の喪失がその最終的帰結である。現代社会における社会秩序の技術の仕上げは、科学の権威を背景にもつ、人間の身体と精神の、病院への「囲い込み」にある。かつては許容された逸脱が、今日においては「科学的基準」からは逸脱とみなされ、日常生活から隔離され、「囲い込まれる」にいたった⁽⁶⁾。

身体は個人の意志が実現される装置である。また身体は個人の存在の最も私的な領域であり、社会的価値や社会的規範、集合的感情が他者と共有されるのに比して、他者と共有する何ものももたない、という意味で、われわれの自我とともに最も私的な領域である。性が社会的統制の対象になるのも、性のコピーによる、代償的充足の形はあるもののその営みが、基本的には最も私的な身体を不可欠とするからであり、身体に対する拘束、身体抹殺を予定しない刑罰もまた考えられなかった。近代社会における教育さえも、身体に対する拘束、その社会的抹殺をその制度の最終的な統制手段として準備しているのが常であった。このように社会秩序は、身体に対する制度化された合法的な暴力装置によって、その確固たる保証を与えられるのである。その際、柵、鉄条網、鉄格子、施錠可能な扉、壁は逸脱の徴をもつ身体を一般の市民生活から隔離する装

置であり、この囲いの中に様々な拘束と暴力の装置が用意されている。

病院はこのような装置として例外であるだろうか。伝染病院は発見された伝染病患者を国家が強制的に隔離し、その身体を一定期間拘束する機能をもつ集団として組織されてきたし、今日でもそうである。精神的「異常」を察知された人々にとっては精神病院がそれにあたる。彼ら（彼女ら）は、文字通り「収容」され、「治療」と呼ばれる拘禁と規律の訓練のうちにその奪われた自由の日々を過す、というのが、精神病院史の大部分を履う管理システムの基調であった。なるほど病棟の開放化の動きは患者の人権とのからみで、あることはある⁽⁷⁾。しかしながら、病院の規律に対する非同調にはいつでも拘禁の措置が待っている、ということに変わりはない。これらの病院以外の病院も多かれ少なかれ拘禁の原則が保持されているのであり、ただ前者に比べてより「説得」に努力が注がれるという点で異なる。ところで身体、精神の異常と正常の間の境界は社会や文化、時代によって異なる、すなわち普遍的な性格のものではない。だが、これまでのどの社会も身体と精神の正否の区別を行ってきたことは論を待たないであろう。聖一俗（これに「遊び」を加えてよいが）が、われわれの集合生活の通時的位相として社会秩序を支える原理とすれば、正常—異常という社会的範疇とその不断の範疇化の過程は、集合生活の同時的位相において社会秩序を支える原理ではなかったか。確かにそこにはあたかも人間存在に対する認識における二元的構造の普遍性が潜んでいるかにさえ見える。たとえば正常—異常の軸を健康—病気の軸に置きかえるならば、それは生物有機体としての人間の一定の状態に対する二元的認識であると理解できる。しかしながら、健康—病気のレイベリング (labeling) は、同時に認識のレベルでの価値中立的なそれにとどまらない何ものである、と主張することもできる。病気が人間と社会にとって悪であり、敵であるとの価値付与は今や一般的である。病気こそは他のいかなる利害関係をも超越して、社会のなかのあらゆる身分、階級、性、年齢等の諸範疇を捨象して共同で立ち向かうことのできる、また立ち向かうべき悪であり、敵であるとみなされている。その上で福祉国家は、そのための活動に必要な財政的保証を行なう義務がある、と自らを位置づける。とすれば、病気という異常状態に陥った個人への国家による間接的な

影響力の行使と、そのような状態に個人が陥らないようにとの理由で実行される様々な予防措置とは、国家による個人のプライバシーへの干渉であるにも拘らず、健康の名のもとに正当化される。しかも医者がその職業としての自立と業務の独占の過程で、国家の意志の受託者となって、全面的かつ直接的に個人のプライバシーの世界を合法的・組織的に侵奪する機会が増大してきた。例えば、そのような侵奪は、患者の身体の深部にある細胞への中性子や陽子の照射の水準にまで今や達している。しかも患者自身は、病院の巨大な装置の前で、照射を指示する医師やそれを実行する技師との間に本来的な意味でのパーソナルな関係を何ら見出し得なくなっているのである。医学と医療の進歩は両刃の剣である。それは人間の健康への欲求を充足する大いなる可能性を有すると共に、その効果が、他方では人間の自ら養生する姿勢を喪失させて技術への人間依存を深め、病院を肥大化させてわれわれを計測と操作の対象へと貶める。人間の身体と精神は、インパーソナルな関係の中で、あたかもマジックミラーを通して秘かに観察される「問題児」のように、そのプライバシーが侵奪される。結局、病気が悪であり、敵である限り、このような過度の依存とプライバシーの侵奪は正当性の根拠をもち続けるのであり、その最も今日的な担い手たる病院は、社会統制のすぐれた装置として機能するであろう。

3. 病院化された患者役割—患者役割の転換—

医者—患者関係は基本的に二項の関係として位置づけられる。だが、この関係も、病院化された医療のもとでは新しい様相を帯びる。この問題を患者役割という観点から次に検討しよう。

T. パーソンズが患者役割という概念を用いるとき、健康の回復に向けて患者が協力と努力とを惜しまずに医者（および他の医療従事者）の期待に反応するという観念が強調されている。彼のこのような患者役割概念はひとつの理念型であり、現実には患者の動機や行動は、これからの変異を多かれ少なかれ含んでいるとみなさなければならない。実際、P. L. エントラルゴが指摘しているように、患者が医療の援助を求める動機は多様であって、患者自身が必ずしも病気からの回復を望んでいないばあいさえあるので、医者の期待に依って協

力と努力を惜しまず、とはいかない。仮病者の例は極端だとしても、類似の例は少なくない。患者自身が置かれている集団の状況の中である種の圧力が彼（彼女）の足を医者のところへ止むを得ず向けさせる、というばあいのように、患者本人が必ずしも病気であるとの自覚をもたないで医者の前に現われる例もある⁽⁸⁾。さまざまな変異をそれぞれ患者役割からの逸脱とみなすか否かは、時代や社会によって異なるであろう。そしてそれは同時に経験的な検証の作業に委ねられるべき問題であろう。ただここで言えることは、少くとも近代社会においては、医者—患者関係が制度化された構造をもつばあいには、当然そこには相互的な役割規範が、一般的には形成されている、ということである。そのうち、医者の役割については、専門職化の全過程を通して医療の排他的独占を確立した結果、医者は職業として社会の分業体系のなかで極めて明確な位置を占めていて、その行為の社会的影響が多大でもあるので、近代社会はこの職業に従事する者の権利—義務を法体系のなかで明確に規定するようになった。これに対して患者役割には必ずしもこれに相当するものはない。患者役割はむしろ医者の権利—義務に規定され、医者の期待に反応する限りにおいて想定される役割である。

健康を回復したいという患者の側の動機と、最大限の努力を払ってでも患者に援助したいという医者の側の動機が医者—患者関係の基本モデルを構成する上で不可欠な要因ではある。T. パーソنزの患者役割概念もこのことを前提にしていると考えられる。しかしながら、医者—患者関係が現象する状況は今日大きく変化しており、それにつれて患者役割は明白なひとつの特徴を新たに帯びようになった。このような変化は医療の病院化によって生み出され、促進されている。

診療所の医者と患者との関係においては、前者は比較的狭い範囲の地域社会に居住する患者やその家族にとっての「家庭医」としての性格を強く帯びている。そこでは医者と患者はパーソナルなコミュニケーションに裏づけられた、硬直化していない役割関係を保っている。患者は医者から一定の役割行動、例えば薬を定められた方法で服用すること、睡眠を十分にとること等々を期待され、指示されるけれども、そこには多くのばあい暗黙の了解が成立している。

この了解を基礎にして両者の相互作用の過程が展開していく。医者との役割遂行にもある種の自律性が認められるが、患者の役割遂行にも自律性の広い領域を見出すことができる。患者は病みつつも、その病み方を含む自らの生活様式を一家族成員の意志に規定されるとはいえ—自分で決定することができる。あるいはそれが不可能なばあいでも、家族や職場のなかで自らが置かれた構造的条件をそれなりに納得しつつ自らの病み方を味わうことは可能であろう。「自業自得」ということはあっても、患者役割が医者—患者関係を秩序づけるために規則として制定され、それからの逸脱がフォーマルにもインフォーマルにも鋭く統制されるという事態は少くとも見出しえないのがふつうである。

これとは反対に、病院化された医療においては、外来患者であれ入院患者であれ患者は個人的にはほとんど影響力を及ぼしえない、予め制定された病院組織の秩序のなかへ組み込まれる。特に入院患者のばあいそうである。患者の役割は、協働の体系としての病院の秩序維持との関係で予め入念に定められており、患者自身が役割の内容の決定に能動的に関与する機会はまずない。

ここでは特に入院患者のばあいについて考えてみよう。彼（彼女）は自らの身体ないし精神（あるいはその双方）の上に現われた症候のゆえに入院を認められた（あるいは強制された）その瞬間から、半ばあるいは全面的に身体を拘束される。入院患者はそれまで市民として送っていた日常生活から退却し、全く新たに、病を荷うものに相応しいとみなされている日常生活のなかに自らの態度と行動とを再編成することを病院から期待される。新しい生活秩序への編入過程は、混乱、当惑、抵抗、妥協等の反応を伴いながら進行する。

患者と病院スタッフとの間の個別的交渉は、無制限の恣意を許容しない一定のルールに沿って行われるが、ルールを越える決定—例えば、手術、重要な薬の投薬、退院の可否、その時期の決定—の切札は、後者とくに医師に掌握されており、《説得的》な《脅し》が患者の行動を統制し、病院の生活秩序に患者を適応させるための効果的な方法として使用される⁽⁹⁾。「もしあなたが私の指示に従わなければ、それはあなた自身のためにならないと思いますよ」。この種の《脅し》を背景にして、「逆わずに病院の日課を受容する義務⁽¹⁰⁾」を含む「病院化された患者役割」(hospitalized sick role または hospitalized

patient role) の取得が患者に対して要求される。この要求は、純粋に経済的な取引関係と比べればはるかに解消が容易でないこの社会関係の特徴づける要素のひとつであるとみなすことができる。そのとき、《黙従》が唯一、病院スタッフによる制裁を免れうる抵抗の行動様式である。《黙従》という方法があるとはいえ、患者が自らのプライバシーの領域を守ることさえ、total organization としての病院のスタッフたちの組織された権力の前では大きな困難を伴う。

このような病院化された患者役割を明らかにする作業は、必然的に、現代における病院の意味を問うという課題を含んでいる。病院とは何か。そこではいかなる統制が行なわれ、患者はいかなる適応を迫られるのか。

4. 病院の隠された権力

病院を一種の全体的なシステムとしてとらえる S. クルージュラ⁽¹¹⁾ は、それが外側の世界の縮図を含んでいることを指摘したが、他方では R. ディングウォールがそれを逸脱統制の制度と解釈して、外側の日常世界とは異質な側面を近代病院のなかに見出した。彼はそれと宗教裁判所の共通性に着目して、病院のもつ制度的意味を次のように提示した⁽¹²⁾。

近代病院とスペインの宗教裁判所の監獄とを同じ一般的タイプの制度とみなすことは単に魅力的であるにとどまらない。結局のところそれらはともに、日常生活から人びとが、あるものは突然、あるものは長い調査の後姿を消し、ある一定割合のものだけが生きてそこから出てくる場所である。その内部では、異様な、苦痛にみちた操作が、社会の、名誉もあり尊敬されてもいる人びと、これらの手続きが犠牲者自身の福利にかなうものだとかく確信している人びと、によって犠牲者の身体の上に加えられる。

「福利」が「犠牲者」自身の《魂》のそれか、主として《身体》のそれかの相違はある。だが、操作する側の正当性が、《裁き》を受ける側の容喙を一切許さない形で絶えず呈示され、それを通して後者の抵抗する力が冷徹に剥奪されてゆく、という点では共通している。またこの正当性のもとに人間の生と死が処断されるという点においても同様である。R. ディングウォールのこのような病院観は、現代の、機能的には著しく高度に発展させられた技術—X線か

らMEに至るまで一を駆使する病院の本質をも鋭く示唆している。

X線断層撮影装置や血液や尿の自動分析装置に象徴されるような「高度の」医療技術、コンピュータによるカルテ管理に象徴されるような大量情報処理技術の病院医療への導入は、現代の病院を今も大きく変化させつつあるが、病院における医者—患者の基本構造は次のようなものとして描くことができるであろう。

病院には患者と医者をはじめとする病院スタッフとの間の関係を規制するルール（最終的には法規範のうちに制定されているそれ）が存在し、特に医者については、法規範ならびに専門職集団（医師会を含む）の倫理綱領が多かれ少なかれ、病院の医者の行動を統制する機能を負わされている。ゆえに患者に対する技術的操作に関して、無制限の恣意性は厳しい吟味を受ける可能性がある。しかし他方では、科学の名のもとでの、あるいは患者自身の福利という形での、さらには臨床医学の進歩のためにという形での、恣意的操作の正当化が功みに行われることもある。それほど重要な争点にならない医者—患者間の日常的な相互作用の諸局面に関しても、広大な恣意性の領域が医者には留保されている。組織における社会関係の一方の当事者が、手中に収めた《切礼》を手段にして、相手に自らの恣意を現実化する可能性を掌握していて、しかも相手がそれを阻むに有効な別の《切礼》をもちあわせないとき、この両者の関係は明白な権力状況に置かれている、と言えるであろう。《切礼》を保有するのは医者の側である。しかもその《切礼》は複数である。患者の側には《切礼》はないに等しい。あるとすれば、非公式の慣例にしたがって医者を《買収》することである。あるいは《黙従》が状況次第では《切礼》になることがあるかもしれないが、《切礼》と呼ぶには余りにも消極的な手段である。医者の《買収》も決定的な《切礼》にはならないであろう。患者を、医者より優位な状況に置くことはないであろう。かくして患者は医者による大いなる恣意から逃れ得ぬ存在である。根本には医者の行為の不可視性（あくまで患者からみたそれであるが）、ルールとして明示されていない部分、ルールのなかに客観化されていない部分を患者が知りえないという構造の問題が横たわっている。例えばカルテの非公開の原則が貫かれるという状況のもとで、患者が「苦通にみちた操

作」を受け入れざるを得ない、というばあいについて考えてみよう。患者、その家族、その友人・知人が、患者に加えられるべく選択された一定の操作の選択根拠、選択された操作とその結果との因果関係について適切な説明を受けることができないとき、医者—患者関係はあのヒポクラテスの思想から余りにも大きく隔っている。そしてまた、医者の行為に対する手続の容易な吟味の機会が制度的に保証されていないときも同様である。このとき、もはやわれわれは、そこに古典的な医者—患者関係のモデルを見出し難い、といえよう。「見、かつ見られる」関係から、「見られ、かつ見られる」関係へ。病院は、見られるものと見るものとの相互性を排除しつつ、巨大な監視装置と化してゆくのであろうか。あるいは病を通じての人間的な出会いの側面を確保するのであろうか。それにしても、臨死患者の前で、患者に対する技術的操作が決定的に無力であることを医者自身が知るとき、この「見る・見られる」関係が微妙に逆転へ向かうのはどういう訳か。この問題については後に検討することにして、以下では「病院化された患者役割」の残された問題点について若干の議論を進める。

現代の病院は、各種の、矯正を目的とする組織とともに ‘total organization’ である。軍隊や義務教育課程の学校もこれに含めうるかもしれない。‘total organization’ としての病院の作用は「一般の、公的な再吟味を通さない⁽¹⁴⁾」とR. ディングウォールは主張する。「公的な再吟味」とは、患者やその家族を含む一般世間の人びとによる、換言すれば世論によるフォーマルな批判、再検討のことである。福祉国家のもとでは、宗教的な背景をもつ公益法人であるばあいでさえ、病院は疾病の統制を国家から委託されている存在である。したがって「再吟味」は間接的であれ国家の権威を危くする。反対に、それを許容せず、この委託された機能を充足する限りにおいて、病院は「プライバシーの制度化された領域⁽¹⁴⁾」の確保を国家から保証されるのである。

プライバシーの侵奪は、「黙秘義務」とひきかえに認められている病院スタッフの特権（もちろん診療所医師に認められていない訳ではないが）である。一方的に見る権力がそこにはある。行為の結果が公的な吟味にさらされないかぎり、閉ざされた関係のなかで、病院スタッフたちの恣意は彼らに有利な一圧

倒的に有利な一権力状況を生み出す。彼らによるプライバシーの侵害の合法的独占・保守義務を少くとも形式的に遵守する限りにおいて合法的なそれは、患者の従属を決定的なものにしている。このような権力布置状況のなかで、患者役割は《所与》として患者の前に提示され、受容することを彼（彼女）は迫られる。もはやT. パーソنزの患者役割概念ではとらえきれない状況がそこにはある。病院スタッフの患者観は、患者を、いわば「共通の敵」としての疾病に対する闘い—実はこのような疾病観自体を偏狭な思想として問い直したいのだが—に挑む協同のパートナーとみなすそれではなくて、スタッフの活動を無条件に受容する従属者としてのそれにほかならない。焦点は、患者がスタッフを信頼し、《福利》と《進歩》という正当な目的をもつ（とスタッフによってかたく信じられている）病院の秩序を承認し、すすんでそれに順応し、病院の提供する医療を受け入れるか否かにある。病みつつある人間総体へのしみじみした共感ではなく、病院の秩序それ自体を優先する思想がそこには隠されている、と見える。視界の相互性を犠牲にする肥大化した病院医療は、医療者自身にさえ、この病院化された患者役割の非人間性への気づきを困難にしている、と言える。

病院化医療がいかに患者を病める人間総体として理解していないかは、病院が、インフォーマルな形であるにせよ、患者群を役割受容の視点から分類し、統制する様式にも現われる。たとえ《擬装》や《黙従》を含むものであっても、組織の秩序に順応し、期待される患者役割を許容範囲内で遂行しているかに見えるとき、患者は、医者や看護婦からは「よい患者」として分類される。反対に、例えば医者や看護婦にあまりに多くの質問を発する患者、反抗的態度の患者は「むつかしい患者」として分類される。病院スタッフによるこのようなレイベリング (labeling) は、彼らが多数の患者群を統制してゆくための効果的な手段を構成するが、ただそれだけで統制が現実的効果をもつ訳では必ずしもない。そこで患者による影響力の行使を彼（彼女）に思いとどまらせる戦略として次の方法が用いられる。

(1) 患者の話の信用を落とすこと

- (2) 患者を病院から排除すること
- (3) 患者を病院から解放しないこと

これらの戦略の行使が「むつかしい患者」に対する社会的制裁である。ここにも病院の目的と現実の大きな乖離が横たわっている。

「営利医療」が横行する現代日本社会においてさえ、少くとも病院が公言するその制度的目標は、患者の福祉を支えるという点にある。しかしながら、この目標を達成するための協働のフォーマルな組織、装置の必要は、病院化された患者役割が患者自身の福利の増進よりもむしろ協働の体系、装置の円滑な作動、したがってまた病院スタッフの仕事の効率の増進のために設定される傾向を強める。この点に関して、W. コッカーハムの次の言明が示唆的である。

「病院化された患者役割のあらゆる態度は、病院スタッフのために入念に設定された労働の日課に対する必要の結果である⁽¹⁷⁾。」身近な例をあげれば、日本の病院で今日一般に行なわれている画一的な早朝の定時検温に応じることは、患者によっては睡眠の自律的なリズムを乱すことになると考えられるにもかかわらず、標準化された労働の日課の都合のために、患者役割の詳細なリストに加えられることになる。病院が定める消燈時刻に眠りたくても眠れない患者、痛みや不安が睡眠を中断させる患者への配慮がそこには乏しい。十分な睡眠が病気の回復にとって不可欠であるにもかかわらず、である。

かくして、患者にとっての実質合理性は、必ずしも病院が患者に順応を求める組織生活の機能的合理性と調和せず、スタッフが切札を握っている後者がスタッフ—患者関係において優先される。そしてこのことは、「隔離収容施設」としての性格⁽¹⁸⁾を強く帯びる精神病院により一層あてはまるように思われる。なぜならそこでは、院内で《拘禁》の脅しをかけつつ患者を統制し、医者が退院の可否についてほとんど絶対的ともいえる意志決定権を手中にしているからである。

医療の病院化によって、確かに医療を受ける権利と機会はある意味で拡大された。しかし他方、病みつつ生きる人間に対する巨視的でかつ柔軟性に富んだ視点が医療者の間でややもすると欠落してゆく傾向が強まってゆくのは、現代

医療の大きな不幸だと言わねばなるまい。なかでも臨死患者と精神病者は最も疎外された存在であり、現代医療の不幸を集約しているかに見える。前者についていえば、病院スタッフにとって彼（彼女）は、そこでの治療を通じて、直接的には患者やその家族の、間接的には社会全体の福利に貢献していると信じてがっている、あるいはそのことを公言する必要を感じている病院の存在意義を減ぜしめるかに思われるからなのか。診断・治療・延命（これに「隔離」を加えることができるかもしれない）のみを医療の公的な目的とみなす限り、死に赴く途上の患者の生きられる生の重みと深さを測ることなど思いもよらないことであるに違いない。

さらに、いわゆる「医療のシステム化⁽¹⁹⁾」、換言すれば、人対人の関係にさらに機械を介在させた《人一機械一人》系の無限展開の営みを通じた医療の機能的合理化は、「死の先送り」の可能性を拡大こそすれ、臨死患者の濃縮され、凝縮された実存の叫びに耳傾け、医療者がそこに自らの存在を映し出そうとする感受性を麻痺させてしまう。

5. 臨 死 患 者

“人生に余生残生なきものぞ

いと鮮烈に生きたしと思う”

これは、ある肝臓癌患者が病床で詠んだ歌である⁽²⁰⁾。この気魄、生きる情熱は一体どこからくるのか。その同じ患者が、「病院をえらんだ……病院をえらんだ……」ということばを残しながら最後の息を引きとったという。cureの努力は彼に生命の回復をついにはもたらさなかったけれども、十分な care が彼をしてこのことばを発せしめたのである。苦痛ゆえの病の客体化を絶えず迫られながら、なおも病を主体的に生きなければならない臨死患者の生は、「病との闘い」というよりも、「孤独との闘い」と呼ぶに相応しい。ラデュリの言うように、死が家族的悲劇として、あるいはそれでさえない個人的悲劇としてしか生きられない現代社会—そこでの死には孤独の影が色濃くつきまとう。そのようななかで、「病院をえらんだ」患者は、家族との、そしてまた病

院スタッフとの人間的絆を死の瞬間までもち得た、ある意味では「幸福な」臨死患者であったと言えるだろう。しかし視角をかえれば、このことは現代の病院死一般が、病院を「えらびそこなった」、あるいは「えらびえなかった」患者者にとっては、文明における個人化された死の形式を最も悲劇的に表現するものにほかならない、ということの意味しているのである。それはわれわれ自身の、実は切実な問題でもあるのだ。

死を直視しなければ、われわれの生は皮相に流れるものである。臨死患者の生きざまは、その意味ではわれわれの生きざまの深淺を測る尺度と見なすことはできまいか。医者や看護婦の、臨死患者へのかかわり方のなかに、しばしば死への恐れが呈示されるが、そのような恐れはわれわれ自身のなかにもある。恐れが死にゆく人びとと残された人びととの心理的距離を拡大してしまう。そのことが臨死患者を孤独にする。だが彼（彼女）は切り捨てられるのではなくて、死の瞬間まで援助され続けられなければならない。そのばあい、死の価値を認めることが援助の前提であろう。その了解のもとにはじめて、患者は死の受容のコミュニケーションを受け入れることができるのである。筆者はこの延長線上に医療社会関係における《共生モデル》を想定しているのであるが、その予備作業として、しばしば医者が臨死患者との接触を忌避する、という行動様式の背後に隠されている《恐れ》を引き出して社会的分析の俎上に乗せる試みをしなければならない。その手掛りとして、13歳で白血病のために死の宣告を受けたある少年が自分の医者と看護婦宛に書いた手紙⁽²¹⁾を用いよう。

……死をむかえつつある患者は、ひとりの人間としてみてもらえず、人間として関わりを持ってもらえません。人の心のなかにある“死の象徴”として扱われるのです。

あなたはぼくのそばに来る時、そっと入ってきて薬を置き、血圧を計ると逃げるように出て行きます。

どうしてなのですか。ぼくには、あなたがぼくのそばに来るのを恐れているのがわかります。なぜそんなに恐がっているのですか。死に直面しているのは、あなたではなくぼくなんです。……お互いに恐れていることを言葉にだし、そして関わってあげたいと思います。あなたはぼくをケア（care）すると言いますね。もしぼくと人間対人間のつきあいをし、一緒に泣いてくれるようなことがあると、あなたは医者や看護婦としての専門性を失うとでもいうのでしょうか。もしあなたがぼくの手を握り、ともに泣いて

くれるのなら、ぼくは病院で家族や友達に囲まれて死ぬことが、そんなにつらいことではないような気がします。

たとえ臨死患者であっても、死の瞬間に到るまでは、生きつつある人間であり、人格である。にもかかわらず死の手前で《社会的に》殺されかねない。医者や看護婦が臨死患者との「人間のかかわり」を避けるとき、それは何故なのか。この問題を以下2点にわたって考察したい。

「死に直面している」のはある意味では確かに、「あなた」ではなく、「ぼく」である。が、「あなた」である病院スタッフも、深いところでは実は死に直面している。身体に対する技術的操作可能性の無限発展への信念にもかかわらず—とりわけ医師はその信念の共有と医療技術の独占ゆえに高い社会的威信と大いなる尊敬を享受できるのだが—死の病院化は、病院スタッフにとって死を日常化させる。

病院は戦場にたとえられる。夥しい人びとが傷つき、倒れ、運び込まれ、苦痛に満ちた操作が施され、かつ少なからぬ人びとが死に果ててゆく戦場である。しかしそこには、例えば大手術の成功時に見られるようなヒロイズムはあっても、真の戦場におけるが如き死のヒロイズムはない。死が個人的悲劇—せいぜい家族的悲劇—としてしか生きられない現代の文明化された社会においては、死のヒロイズムは、もしあるとしても、かつてのその空ろで疑しい残影でしかないであろう。社会あるいは特定の社会集団への《貢献》、《献身》に対する賛美、社会的に尊敬される高い職業上の地位ゆえの名誉等々。これらのものは、なるほど現代においてもなお、社会統制のメカニズム（勲章の授与、顕彰碑の建立、葬送儀礼における多少とも誇張を含む賛辞など）を通して、死のヒロイズムを存続させうるかもしれない。そしてそれなりに名誉名声をかちえた個人の死は、「集団的記憶」として、彼（彼女）の死後に集団成員の間に記憶され続けるのだ、という信念を仮に是認するとしよう。だが、そうだとした場合、身体と自我—この不可分でありながら、かつ同一の事象ではないもの—はともに、名誉・名声の享受を含む「世の楽しみ」の彼岸の世界への信念がないところでは、死によって雲散霧消する。死者についての「集団的記憶」への

信念は、根拠の疑しい単なる希望であり幻想にすぎないのではないかとすれば、死は、病院スタッフにとっても、単なる個人的悲劇かせいぜい家族的悲劇にしかすぎず、それ以上を望むのは幻想である。彼らは臨死患者のなかにやがて自らにも訪れるはずの死の虚無の影を見る。仕事柄とはいえ、病院における死の日常化状況のなかで、死と向きあう患者との「かかわり」は、彼らに不安と不快感をひき起すであろう。そのために彼らは患者との「かかわり」を恐れる。

2つめの理由に移ろう。病院スタッフが臨死患者との「かかわり」を忌避するのは、ゴフマンのいう「パフォーマンスに必要な表出上の整合性」を患者との「かかわり」によって脅かされるからではないか⁽²²⁾。この問題をまず一般的見地から考察しよう。「孤独なる群集」だからというわけではないが、現代社会における行為の状況の複雑化は、人との「かかわり」を求めながらも、《アタッチメント》(深層関与)を秘かに恐れ、せいぜい《コミットメント》(表層関与)にとどめようとするか、または「かかわり」の要素、局面を可能な限り限定しようとする適応様式を顕著なものにする。もちろん状況隔離は、人間臭い自己の安全な表出を可能にし、社会もそれを許容することもあるが、少なくともそのような表出は「公的」な状況においては困難であるし、あるとしてもそれ自体が制度化され形式化されているのがふつうである。結局、一連の行為の脈絡のなかで、「あまりにも人間臭い自己」を表出ししないこと、換言すれば、他者に情緒的に深くかかわらないこと、そのかわり役割のパフォーマーとしての「社会化された自己」を注意深く表出することが、行為の状況の複雑化のなかでは、「現実原則」を優先させるかぎりには、彼(彼女)にとって特に不可欠であるといわなければならないし、他者のまなざしにさらされている行為の整合性を保持することを可能にするのである。

さてここで、舞台を再び病院に移そう。上に述べたパフォーマーの表出上の整合性を保持しようとする努力は、ここではどのような表われ方をするのであろうか。また、それはどのようなばあいには失敗するのであろうか。これらのことを臨死患者に対する cure と care の役割を担うスタッフのばあいについて考察してみよう。その際、現代の病院が多くのスタッフの複雑な協働のシ

システムと多くの患者を含んでいるということ、そして病院化された患者役割が病院スタッフの労働の日課に適合するように設定されているということを再度想起し念頭に置いておかなければならない。

病院のスタッフが臨死患者との「かかわり」をできるかぎり避けようとする態度の根底には、「かかわり」をもったばあいの《戸惑い》ないし《恐れ》の表出を避けようとする動機が働いているように思われる。この《戸惑い》《恐れ》の社会心理学的基礎は何であろうか⁽²³⁾。この間に答えるためには、二つの条件すなわち、(1) 患者の側の条件と、(2) 病院スタッフ側の条件を検討してみなければならない。

患者は、前述の白血病の少年のように、自らが死を運命づけられていることを既に〔A〕「知っているばあい」もあるし、逆に〔B〕「知らないばあい」もある。前者のばあいには、患者自身が（a）「告げられて知っているばあい」と、（b）「告げられないが知っていて、しかも家族や友人や病院スタッフは患者が知っていることを知らないばあい」とが大別されよう。〔A〕—（b）と〔B〕においては、「とりつくろわれた関係」が患者自身の死の受容を許さない。両者のうち〔A〕—（b）のなかには、患者自身は死を受容したいのに、家族や病院スタッフがそれを許さないばあいが含まれている。

〔A〕—（a）においては、患者の態度は、《死へのあらがい》と《死の受容》の両極の間の振幅をもち、かつその間に分布する⁽²⁴⁾。患者の社会化された自己の側面、換言すれば病院化された患者役割は、死を前にした葛藤を根本的に解決することができない。患者の人間臭い自己の表出—怒り、憎しみ、恐れ、悲しみ、諦念などの感情の表出—が顕在化する。

これに対して、状況が〔B〕であるのか、それとも〔A〕—（b）であるのかは、患者のパフォーマンスが巧みであるならば、家族や病院スタッフには判定し難いであろう。このあいまいさと困難に病院スタッフ自身が気づいているとき、このような患者との「かかわり」の状況は、彼らに強い《戸惑い》ないし《恐れ》の感情をひき起すであろう。なぜならそこでは、スタッフはパフォーマンスに必要な表出上の整合性を維持することが困難であるからである。

臨死患者の苦しみや孤独に共感する自己は医者や看護婦の社会化された自己

である。共感する自己は、共感する自己の表出^{そのもの}とは異なるばあいもあるし、一致するばあいもあるであろう。何れにせよ、その表出は、患者側からみれば一定の行為状況のなかで「印象」として呈示されてくる何ものである。

他方、臨死患者に共感^{できない}自己がある。これは医者、看護婦の人間臭い自己である。実はこの人間臭い自己それ自体が、死の病院化、病院化医療の重要な帰結であると筆者は考える。

現代では死が個人的悲劇—せいぜい家族的悲劇—としてしか生きられないことをすでに強調した。病院においては死は日常化している。しかも病院においては、医者も看護婦も多様な職種の人びととの協働を要求されて、そのためにそのときどきの気分^にに左右されないパフォーマーであることを期待されている。さらに彼（彼女）は一人につき多数の患者と接触することを求められている。しかも彼（彼女）は、患者の数量化され、客観化されたデータについてはよく知っていても、患者の訴えに静かに耳傾ける時間をもたないとき、人間としての患者についてはよく知らない。一般にわれわれは知らない存在について共感できないように、臨死患者の人間^をを医者や看護婦が知らないとき、患者の生にも死にも共感できるはずがない。このばあい「共感の演技をする自己」ではなくて、「共感できない自己」こそが、人間臭い自己といえる。

社会化された自己と人間臭い自己との間には、通常、多少とも乖離がある。人間臭い自己の呈示が社会化された自己の呈示とは状況的に隔離されてなされるばあいは、その乖離は公然とした社会的非難を免れるばあいもある。

しかし呈示の状況的隔離それ自体の社会的許容範囲が比較的狭いのが、医療、教育、友人関係の領域であろう。これらの領域では、乖離が社会化された自己の表出の方向で可能な限り小さいことが期待されているのであり、援助する行為（社会化された自己の表出）が、どの程度「援助したい」という動機によって裏打ちされているかが問題となる。乖離が大きくて、行為者による印象操作がオーディエンスに見破られるならば、社会化された自己の呈示までもが偽りの呈示とみなされる危険性は多分大きいであろう。

病院において、医者や看護婦が、このようなふたつの自己の乖離に気づきな

がら、それをオーディエンスである患者に悟られまいと演技しながら、表出上の整合性を保とうとするばあい、彼（彼女）の心理的エネルギーの消費は、乖離が小さいばあいのそれより大きいとみななければならない⁽²⁵⁾。そして一層重要なことは、整合性を保つための医者・看護婦による印象操作は、行為状況の複雑化によって攪乱を蒙り、失敗する危険が常にともなうものであるということである。このとき病院スタッフがこのような心理的エネルギーの消費を抑制し、乖離ゆえに必要となる印象操作の失敗の危険から免れるための適応様式は、スタッフの表出について鋭敏な臨死患者との「かかわり」を避けるということである。

病院スタッフが臨死患者を忌避する動機には、これら以外にも、とくに医者が医療技術的に統制しえないと判断される病気と患者を前にして、自らの無力をさまざまなオーディエンスに見られることが権威構造に及ぼす影響への恐れ、がある。しかし本稿では、この点にまでこれ以上たち入る余裕がなかった。

何れにせよ、そこには死の問題が重く横たわっている。一般的な医者—患者関係においては隠されている死の問題が、医者—臨死患者関係においては頭を覗かせている。ここを掘り起してゆくことによって、逆に、医療者自身も深いところで疎外されている現代医療の疎外構造が、より明白に見えてくるであろう。また、単に患者福祉的視点からではない共生的関係としての医者—患者関係への模索の道が開けてくるように思われる。

お わ り に

今日の医療の舞台装置は、かつてのそれとは大きく変化しており、T. パーソنزも指摘するように、「医療技術、その内的分化及び多数の非医療的専門サービスとの連動はすべて、複雑で大規模な組織を必要としている⁽²⁶⁾」。この組織、すなわち病院は、死を隠蔽し、死と不健康に負の価値しか付与しない文化のもとでは、ただひたすら病気の診断と治療もしくは生物学的個体の延命にその機能を集中して、患者の病める人格への関与を避けようとする。本稿では、第1に、この状況のもとで患者が疎外される構造を明かにしようとした。

第2にそのうちでも最も疎外されている患者としての臨死患者をとりあげ、死が隠蔽され、否定される社会のなかで、患者が死と向きあうこと、その死と向きあう病院スタッフの行動様式が何を意味するのかを問うた。

この問いかけを通して total organization から community へ、患者監視装置に象徴され、そこにおいて極まるかに見える医者—患者関係の治療モデルから、治療的関与と共生的関与をともに含む社会モデルへの転換の展望が見えてくる。それにしても、ホスピスの運動のなかで目指され、かつ一定程度実現されている共生的関与を、一般の病院における医者—患者関係においても広げてゆくことを可能にする条件は何か、となると難問である。そのためには国家による保護と統制を受ける現代の医療技術体系と医療組織は余りにも巨大化しすぎてしまったのであろうか。

〔追記〕 本論文の作成については、仲村祥一教授との対話ならびにその論文から少なからぬ示唆を受けたことをここに感謝する。ただ、それをここに十分生かし得たかどうか心もとないが、生かし得なかった点については今後の課題としたい。

〔註〕

- (1) これらの問題についての、広範でかつ含蓄に富んだ鋭い考察は次の論文集で展開されている。仲村祥一、『日常経験の社会学』、世界思想社、1981年。
- (2) ル・ロワ・ラデュリ、樺山紘一他訳、『新しい歴史』、新評論、1980年、260～261頁。Ladurie, Emmanue Le Roy, “Le territoire de l'historien,” Tome I (1973) Tome II (1978),
- (3) P. L. エントラルゴ、榎本 稔訳、『医者と患者』、平凡社、1973年、128～130頁。Entralgo, P. Lain, “Doctor and Patient,” 1969.
- (4) Friedson, E., “Doctoring Together: A Study of Professional Social Control,” 1975, preface.
- (5) Dingwall, R., “Aspects of Ill ness,” 1976, p. 91.
- (6) この点に関してM. フーコーが『監獄の誕生—監視と処罰—』（田村 淑訳、新潮社、1977年）のなかで、「一般化される処罰」について述べていることは示唆的である。
- (7) 開放化は、日本では昭和30年代から試みられている。だが「予期される事故」に対する予測が開放化への阻害要因として作用することが指摘されている（仙波恒雄、矢野 徹、『精神病院—その医療の現状と限界』、星和書店 1977年、99～126頁）。

- (8) P. L. エントラルゴ, 前掲書, 139~40 頁。
- (9) この問題については, M. クロジェが組織一般の水準で展開している権力モデルが参考になる。彼は「交渉」(négociation) の概念を重視し, 一定のゲームの規則の制限下でこの「交渉」を規定する諸条件を確定してゆこうとする。Crozier, Michel, "Pouvoir et Organization," *Archives Européenne de Sociologie*, V, 1964, pp. 52~64.
- (10) Cockerham, William C., "Medical Sociology," 1978, p. 190.
- (11) Croog, Sydney H. & Ver Steeg, Donna F., "The Hospital as a Social System," in Freeman, H. E., Levine, S. & Reeder, L. G. (eds.), *Medical Sociology*, 1972, p. 274.
- (12) Dingwall, R., op. cit., p. 91.
- (13) Dingwall, R.; op. cit., p. 91.
- (14) Dingwall, R., op. cit., p. 91.
- (15) Cockerham, William C., op. cit., p. 250.
- (16) C. ナンリーらは, 「病院化された患者役割に十分適応しない患者」は「医学的に, かつ (あるいは) 法的に可能な限り, できるだけ早く退院させられる」と述べている。Nanry, C. & Nanry J., "Professionalization and Poverty in a Community Hospital," in Strauss, Anselm L. (ed.), *Where Medicine Fails*, 1979, p. 83.
- (17) Cockerham, William C., op. cit., p. 191.
- (18) 特に日本の精神病院においては, イギリスなどでようやく実践されるようになった「開放化」の思想を実践に移す試みをする医者が現われていないわけではないが, それは少数派であり, 全体としては精神衛生法第 29 条を軸とする治安維持的色彩の濃いものであることは否めない, と言われる (仙波恒雄, 矢野 徹, 前掲書, 1~18 頁)。「同意入院」も, 患者本人の同意という意味ではなく, 法的規定にもとづく保護義務者の同意によるものであるから, 公的か私的かの相違はあっても「措置入院」(公権力の発動による強制入院) と同様, 患者にとっては実質的には強制入院を意味する (同, 71~88 頁)。
- (19) これの危険性については, 上林茂暢, 「転機をむかえた医学教育」『医療と人間と』, 2 号, 1973 年, 31~39 頁を参照。
- (20) 寺本松野, 『看護のなかの死』, 日本看護協会出版会, 1975 年, 129 頁。
- (21) 斎藤 武, 「ホスピスの看護と実際—“愛” と “思いやり” のコミュニティー—」, 『老人福祉研究』, 第 6 巻, 1981 年に収録されたものを再録。
- (22) この問題の考察にあたっては, E. ゴフマンの『行為と演技—日常生活における自己呈示』(石黒 毅訳, 誠信書房, 1974 年) (E. Goffman, "The Presentation of Self in Everyday Life," 1959) を参考にした。彼の定義によれば, 「パフォーマンス」とは, 「ある特定の機会にある特定の参加者がなんらかの仕方での参

- 加者のだれかに影響を及ぼす挙動の一切」(同書 18 頁)である。「パフォーマンスに必要な表出上の整合性」は「変化しやすい衝動の被造物」である「あまりにも人間臭い自己」の表出を避けて、「社会化された自己」を呈示すること、換言すれば「一種の精神の官僚制化」を通じて保たれる、とゴフマンは考える(同書, 64頁)。
- (23) 必ずしも臨死患者とは限らないが、癌患者と病院スタッフとの間のコミュニケーション上の諸困難をめぐる考察として、次の文献が参考になる。McIntosh, Jim, "The Routine Management of Uncertainty in Communication with Cancer Patients," in Davis, Alan (ed.), *Relationships between Doctors and Patients*, 1978, pp. 106~131.
- (24) 感情と行為の振幅の激しさは、数多くの、患者の闘病記や家族の看護記録に生々しい。例えば、次のジャーナリストの闘病記には、不安、疑心暗鬼、苛立ち、希望、絶望が底流に渦巻く、医者、看護婦、妻との虚々実々のコミュニケーションが冴えた筆致で描き出されている。児玉隆也、『ガン病棟の九十九日』, 新潮社, 1975 年。
- (25) この乖離の代償は、C. マスラッチと S. E. ジャクソンらが指摘する医療者自身の 'burnout' (心理的消耗)に通じていると考えられる。医療者が多種多様かつ大量の人びと一患者、その家族や友人、他の医療職員—と接触するとき、それは「ことばのやりとりの下にある緊張、不安、当惑、恐怖、さらには敵意の感情で満たされている」(Maslach, Christina & Jackson, Susan E., "Burnout in Health Professions: A Social Psychological Analysis," in Sanders, G. S. & Suls, J. (eds.), *Social Psychology of Health and Illness*, 1982, p. 228)。C. マスラッチらは、このような状態の慢性化が 'burnout' の進行につながる可能性があるとする。その重大な結果は、心臓病、麻薬、自殺である。
- (26) Parsons, T., "Structure and Process in Modern Societis," 1969, p. 289.