

【論文】

強い患者の適応戦略 ——ある癌患者の事例研究¹——

田 口 宏 昭

An Adaptation Strategy of a Tough-minded Patient in an Hospital : a case study

Hiroaki TAGUCHI

要旨

本稿は、元癌患者にたいする面接聴き取り調査から得られたナラティブ（語り）のデータを解釈学的に分析したものである。本論文の第一のねらいは、一人の患者の徴候の自覚から手術を経過して5年後の寛解に至る過程を、病いの経験としてとらえ、トピック毎にその社会学的含意を明らかにすることである。第二のねらいは、患者がこの過程において、どのような適応戦略を展開したかを、これらのトピックの分析を総合しながら明らかにすることである。分析の結果、当の病いの経験の意味理解が、先行する病いの経験と分かちがたく結びついていること、先行する病いの経験に規定されていることが明らかにされた。また、自らの人生を、一旦は失ったかもしれない生の残りとしての余生と位置づけ、患者が持てる文化資本を駆使しながら、生への執着のゆえではなく、つねに自らの生死の座標軸を確認しておきたいという欲求、自らが置かれている存在状況への強い好奇心の充足を基軸に、医師との交渉を状況に応じて柔軟に、かつねばりづよくすすめる適応戦略を展開した。このことが結果的に効を奏し、癌から生還し、生き続けていることが明らかにされた。

キーワード：患者 適応戦略 病いの経験 意味 文化資本 ナラティブ 語り 個人誌

1. はじめに

筆者はかつてある論稿²において、ある高齢者が徴候の自覚にはじまり、次第に癌患者になっていく過程、ならびに当の患者とその家族が困難な情報収集と意思決定という課題を解決しながら、末期癌がつきつける死に直面していく過程を、遺族の語りの分析を通して明らかにした。この研究は、患者が病死した後、1年を経ないうちに筆者が患者の遺族から聞き取り調査によって得たデータを分析したものである。

この事例研究では患者の遺族から聞き取り調査をおこなったので、患者の病い経験を直接聞き取ることはできなかった。しかしこの事例においては、本稿で扱う事例の患者と異なり、家族の強い支えなしには患者は癌告知によって引き起こされた衝撃、死への恐怖から立ち直ることが到底かなわないほどの個人誌の混乱に陥ったことが、遺族による語りから読み取ることができた。その際、「患者の

経験」に関しては、得られたデータは確かに間接的なデータのみであったが、遺族自身も患者と共に病いをふかく経験していたことをここで強調しておきたい。

本稿においても患者の病いの経験を主題にする。この病いの経験に関する研究に関しては、楠永・山崎らが先行研究を的確に整理し、病いの経験の定義、病いの経験へのアプローチの特徴、研究の対象・枠組・テーマの3点に要約した。さらに、病いの経験が病の個人誌に与える影響、個人誌の再構成のプロセス、その場としての語り等々についても整理し、今後取り組むべき課題を示している。

楠永・山崎らは、病いの経験を「病む人やその家族などがどのように症状や障害を認識し、それとともに生活し、それらに反応するのかということを示すもの」と定義したA.Kleinmanらの先行研究を検討しながら次のように定義しなおしている³。

「病いの経験とは、病む人やその家族などが、症状や障害をどのように認識し評価しているか、医療を受けることや日常の養生方法をいかに判断し行っているか、症状や障害のもたらす生活上の困難をどう受けとめ対処しているか、症状や障害とともに生きる自己をどのように見出しているかということを表すものであり、これらは社会・文化的な影響のもとで体験され、創り出されるものであるといえる。」

慢性疾患の患者を想定して吟味されたこの定義は、少し冗長ではあるが非常にわかりやすい。本稿でも基本的にはこの定義を受け入れて論をすすめたい。

本稿の第一のねらいは、徴候の自覚をもった一人の高齢女性が、家族の支援を受けながら医師との相互作用を通して患者になり、手術とその結果の危機を乗り越えていく全過程を「病いの経験」とみなし、それを患者自身の語りを通して示すことである。その際、筆者自身の解釈を加えながら時系列的に語りのトピックの分析をおこなう予定である。第二のねらいは、患者が医師との最初の出会いから5年寛解を確認されるまでの、医療者との相互作用の全過程において、患者がどのような適応戦略を展開したかを、これらのトピックの分析を総合しながら明らかにすることである。

このねらいを達成するために、以下では次のような順で議論を展開していきたい。まず次節の「調査対象とその方法」においては、癌の罹患を経験した一女性を対象に、聴き取り調査を実施したこと、ならびにそこから得られたナラティブ・データの性質とデータ解釈の位置づけを検討する。第3節の「病気の徴候という病いの経験」においては、われわれの身体が、身体の当為と身体が存在⁴へと分離していく事態の進行をわれわれに知らせるシルシのことであると理解し、これを踏まえてナラティブ・データの解釈を試みる。第4節の「臨床検査から寛解までの病いの経験」は患者に対する検査、確定診断、入院、手術、寛解宣言が出るまでの患者の経験のナラティブ・データを解釈学的に分析する試みをすすめたものである。第5節の「考察とまとめ」においては、以上のナラティブ・データの分析的解釈に基づいて、冒頭で示した患者の適応戦略がいかに病いの経験のなかで展開されたかを、冒頭で示した課題への回答としてみちびきだしたい。

2. 調査対象とその方法

本稿では病い⁵の経験（の語り）を研究対象とする。そのような語りのデータの分析を通して上記の課題を明らかにしていく。使用するデータは1997年から2000年にかけて実施した聴き取り調査から得られたものである⁶。この調査において最終的には全部で7名の対象者から調査データを入手した。

聴き取り調査にあたっては、調査の目的、調査の質問の概略を回答者に説明し、テープ録音の許可を得てから面接聴き取り調査を実施した。録音されたデータは語り手の方言に手を加えずに、できるだけ忠実に音声記録のテープ起こしをおこない、文字に変換した。そしてそれをデータ・ベースとして分析をすすめた。本稿の分析の対象にするのはこのときの調査の対象者となった人々のひとり、I Aさんのナラティブ（語り）の内容である。

病い経験とナラティブにかんする諸文献の批評、ナラティブという方法やその留意点については、すでにスーザン・E・ベルらが論じているところである〔Bell 2000〕。それによると、病い経験についての社会学的研究は、ナラティブ分析のなかでも、近年とりわけ大きな関心事であるようである。筆者も、過去の調査で蓄積したデータ・ベースから一事例のデータを引き出して、ナラティブ分析の視点から数度の再分析を試みてきたが、本稿においても同様の試みを行った。筆者はこの事例の聴き取り調査にあたって、聴き手としての位置をできるだけ維持しようとした。このような姿勢は、語り手次第でもあるが、聴き手が多弁傾向の人の場合は有効である。ただし、話がわき道にそれすぎないようにつねに配慮した。

ナラティブは、語りの現時点から反省的に、語り手が過去の出来事を回顧し、語りを通して多少とも断片的なもろもろの記憶の関連づけと意味の再解釈をおこなう行為である。そのとき聴き手と語り手の間に相互行為が展開するのであるが、聴き手には、データ収集という意図をその相互行為のあいだ維持することが要請されるのである。しかも、その間、聴き手は語り手がおこなう記憶の想起、修正、強化、関連づけなどの作業への介入をつとめて避けることがのぞましい。なぜなら介入はノイズ（雑音）を引き起こし、内的・外的言語行為を通して自然に生成する、語り手自身の記憶の編集過程を歪めてしまうからである。したがって、筆者はこの事例の対象者について聴き取り調査にさきだち、語り手についての情報を第三者から予め得ることによって、聴き取り調査の相互行為をシミュレーションする機会に恵まれたので、本番では調査の趣旨を最初に説明し、できる限り時系列的に病いの経験を語るように促した後は、聞き手としての問いかけの言葉をできるだけ短く、かつ少なくするように心がけた。

以下に示すデータはこのような作業を通して累積された語り手自身による過去の解釈的再構成を筆者自身が記録したものである。筆者の役割はこれに解釈を加え、社会学的含意を導き出すことにある。

以上、調査対象とデータ収集の方法ならびにデータの質と分析の方法を述べた。そこで次に語り手の簡単な来歴⁷を紹介することから本論にとりかかろうと思う。

I Aさんは1926年に生まれた。彼女は聴き取り調査当時、74歳の女性であった。彼女は50歳代で夫と離婚したが、その後、結婚した次女と次女の配偶者、3人の孫たちと同居することになり、調査時点までその状態が続いていた。

彼女は幼少期に喘息を患い、10歳代後半から20歳代はじめにかけて肺結核に罹患していた。旧制高等女学校に通っている間に肺結核に罹患したため、青春時代を、当時「死に至る病い」と呼ばれたこの病いとともに生きる。それは彼女の日常が死とともにあったことを意味している。明日以降は彼女にとってはつねに余生であった。このことは、のちに本稿のナラティブ・データの中で示すことになるが、自らの病気がかなり悪性の癌であることを察知した直後に、覚悟をきめて家族宛てに遺書をしたためたことにもつながっている。学校時代には体育の授業はもちろんのこと、その他の体力を消耗する行事には参加できなかったので、彼女は時間を見つけては学校の図書室や自宅で書物を読みふけっ

ていたという。読書する習慣はこのころから形づくられていたようで、その後の人生においても文学作品はつねに彼女の伴侶であつたらしい。

さて第二次大戦後、ペニシリンやストレプトマイシンなどの抗生物質が医療現場に導入されるとともに、結核はこれらをもちいた積極的治療によって治癒率が飛躍的に向上した。このような時代に I A さんの結核も治癒に向かったのである。全国各地に配置されていた結核療養所では入所者が減少し、今日ではそれら結核療養所は総合病院へと衣替えしている。

後にナラティブのなかで話題となる、大手術後の病室での彼女の読書をめぐる医師とのやりとりの出来事は、彼女自身が青春時代の肺結核への罹患という「負の経験」から蓄えた「文化資本」としての読書習慣に由来するエピソードである。彼女の結核が20歳を過ぎたころ快癒し、彼女は22歳で結婚している。そして23歳で第一子をもうけ、第二子とは乳児期に死別している。その後、比較的平穏な年月が流れたが、やがて両親との死別、子どもたちの結婚、末子の離婚、夫との離婚、高血圧症の発症、心疾患への罹患など、人生の大きな出来事が相次いだ。高血圧症と心疾患は彼女にとってその後、服薬と養生を通してともに生きなければならない慢性疾患となった。

3. 病気の徴候という病いの経験

人間にとって病いを経験するということはどのようなことなのであろうか。キャッセルは身体の“当為”と身体の“存在”という対概念をもちいている。“当為”とは、あるべきこと、なすべきことである。存在は「あること」「あらざるを得ないこと」の意である。苦痛を経験している患者の身体は、「あらざるを得ない」状態のただなかにある。そのとき、病む身体、あらざるを得ない身体は、このあるべき状態、“当為”と一致していないがゆえに患者にとって対象として意識され、苦痛として経験される。われわれは軽い風邪を引いたときでさえこのようなことを経験するのである。このことをキャッセルは「健康の時には身体の“当為”と身体の“存在”は同一であり、病気の時には異なっている⁸⁾」

すなわち“当為”と“存在”の分離の状態が病気である。あらざるを得ないままに、分離に苦しんでいる身体は当為を追い求め、もとの同一の状態、あるべき状態を希求する。あるべき状態への合一は、患者自身の自然治癒力に、合一の価値を共有する医師の技術的・人間的援助が加わって達成されることが期待される。さて、このように考えたとき、I A さんの病気の最初の徴候は何を意味したのであろうか。

肛門からの出血という形で、I A さんに身体の異変の徴候が現われたのは1988年のことである。聴き手の問いかけに対して I A さんから帰ってきた応答がこれである。これはある意味において、I A さんにとって晴天の霹靂といってもよいほどの劇的な予期せぬ出来事の場面である。実際、病気の徴候はつねに明確な輪郭を持って現れるとは限らない。時に明確であることもあるが、顕在化するシルシなしに突如その相貌をあらわにするときもある。

エルリック [Herzlich 1973, 76] らはこの徴候に関し次のように記している。

「痛み、熱、あるいは外部的諸徴候 (symptoms, sign) はきわめてひんぱんに生じ、またそれらは身体の病的リアリティ (現実) の徴候である。つまりそれらはすべて、当の個人の身体が健康

であるのか病気であるのかを、彼に示すのである。ところでこの身体的現実はいまいであり、明瞭さとは程遠いものである。個々の側面、個々のあらゆる徴候は実際重要であることもあれば、重要であるかもしれない。そしてまれにそれは決定的に重要な意味をもつこともある。病気と徴候のあいだにわれわれはほんの時たま対応関係ないし暗示的な関係を見出すのであるが、その一方で、この徴候は不確かなものと考えられることがとても多い。」

要するにこの説明は、徴候と身体健康状態との対応関係は明確な場合もあれば不確実なこともある、というのである。I Aさんの場合は結果的には明確な対応関係があったのだが、徴候は、I Aさんが感じる痛みでも、熱でも、あるいはその他の徴候というかたちでも、I Aさん自身が感じえるシルシとしては、なかったのである。したがって、身体内部で進行している現実、少なくとも当のI Aさんには未知の現実であった。

QH：最初、病気がわかったきっかけは何ですか。

IA：きっかけは、出血したんです。トイレで。

QH：トイレで。たくさんですか。

IA：はい、びっくりするほど、たくさんです。

QH：前触れはなかったのですか。

IA：はい、ほんまに前触れなしに。おかしい話ですが、水洗、お便所の水が真っ赤になりました。それが夜中の三時でしてん。夜中の3時にトイレへ来て、水流そう思ってひょっと見たらね、自分では出血してるなんて、ぜんぜん知りませんでしてんで、真っ赤だったんでしてん、水が。寝とばけてる思いましてん、ほんでそんまり寝てしもたんですわ。ほんで、朝六時ごろ、もっぺんトイレに行きましてん。そしたら、同じように真っ赤になりましてん。そいで、娘に、「私えらい出血したわ、」言いましてん。そしたらね、「痔になったんちゃうか。」言いましてん。あの子はちょっと痔があるから。私は痔になったことないん。で、おかしい。ほんで、そこのT A先生とこ行きましてん。そしたらね、診察して、「I Aさん痔ないわ。」て言いはったん。

QH：T Aさんというのは、かかりつけのお医者ですか。

IA：そうそう。近所の整形外科医です、だいたい骨医者さんで、近いからね。あの一、心臓の薬と高血圧の薬ともうてましてん。(それまでにね)あの先生に15、6年かかったんやね。ここへきてからずーっと、あの先生ばかりやから。それでね、「しばらく様子みましょう。」言いはったんです。痔ではないけれども、なんかひょっとしてね、何かの病気になってるかわかれへんけど、現に今どうもないから。レントゲンもかけはりましたわ。そやけども、まあわかれへんから様子みる。様子みて、ただ血圧の薬だけ飲んでましてん。それから出血なかったんやけどもね、気になってましてん。あんまり分量が多かったから。ほいで、娘にね、あの先生、しばらく様子みる言いはったから、なんにもくれへんかったわ。そしたら、医大⁹に行こう、言いましてん。娘が。ほいで、ついて行ってくれましてん。で、内科へ行って先生に話したんですわ、そしたら、内科の医者がほとんど診ずに話だけ聞いて、癌センター¹⁰へ行け言いましてん。私にね。ほいで、癌センター行きましてん。

ある日の夜トイレで出血した I A さんは、その日の早朝、再びトイレで出血し、驚いて同居している娘にその事実を伝え、相談した。娘は、自分が痔の傾向があるので、痔を疑ってみたのだが、I A さんは痔を経験したという自覚を持ったことがこれまでにはなかった。そこで娘の勧めもあって、14、5 年来近所のかかりつけ医として診てもらっている診療所の外科医の診察を受けることになった。だが結果は痔ではないことが明らかになった。

この医師は、かねて I A さんの持病である心臓と血圧のために薬を処方し続けていた。I A さんが「骨医者」と呼んでいるように、この医師は整形外科医である。本来ならこれらの疾患は内科系の慢性疾患であり、内科系専門の医師が扱うのが望ましいにもかかわらず、整形外科医が、心疾患と高血圧の治療を行い、その薬を処方している。

この整形外科医は、I A さんの病気を診断し、痔ではないと確認し、次いでレントゲンをかけた。が、それでも異常のある部位がその医師にはわからなかった。

この時、医師には、他の専門医に紹介して、I A さんに精密検査を受けるように勧めるか、あるいは診断が不確定のまま、しばらく様子を見るかの二つの選択肢があったはずであるが、実際は後者を選択した。それは、症状が典型的な病状を呈するまで待つて確定診断を下そうとしたのか、顧客である患者を手放したくなかったか、専門知識が不足しているために I A さんの病気を軽く見る目しか持たなかったかの何れかであろう。この医師は、I A さんの肛門からの大量出血という徴候が示す意味を「実証科学」の目で理解できないでいた可能性が大きい。大量出血しているにもかかわらず、現に「どうということはない」からという理由で、しばらく様子を見る、という判断を下しているのである。

医師はこの診断に基いて、降圧剤だけを処方した。I A さんの娘は、この医師にかかっていると手遅れになるかもしれないと判断し、大学病院に行くように I A さんに勧め、I A さんも即座に応じて、二人で大学病へ行った。I A さんにとって、医師ではなくて娘の判断の方が行動を決定する上でより重要だと思われたのである。なぜならば医師の提供した情報のうち確かなものは、痔ではないという情報だけであったからである。I A さんの状況を直接観察できる立場にあった娘は、県内では世評の高いと言われている N 医大の内科に母親を連れて行く決断をしている。

内科の医師は、診断をするまでもなく、同じ N 医大の一部門である癌センターの専門医を紹介している。内科医はかの内科医とはことなり、この時点で即刻病人の直腸癌を疑ったに違いない。彼がとったこの行動から、附属病院の内科と癌センターとの間には、専門家間で患者情報にかんする紹介システムが存在することがうかがえる。

4. 臨床検査から寛解までの病いの経験

4-1. 臨床検査

医師は病気の分類体系を知識として持っているのであるが、治療という目標に向けて、その手段の一系列としての疾患の同定、すなわち目の前の患者がその分類の何れに該当するのかを判断するために様々な情報を収集する。今日では簡単な問診の後に各種の臨床検査が、医師や臨床検査の専門家によって間をおかずに実施されるのが普通である。臨床検査は徴候の探索が病人当人の痛み等の自覚や身体の表面に現れた徴候から身体内部に現れた徴候の探索へとすすめられることを意味している。そ

れは言い換えれば、具体的全体としての生きられる身体に対する医学的視点からの分析的認識が開始されることを意味している。

病人のほとんどはその効果を信じるがゆえに臨床検査のための検体の提供に同意するのである。ここでは身体はまさに物体の集積として、分析的知性のまなざしのもとに管理される。しかしこれは、患者の立ち位置から見れば、私の身体、生きられる私の身体、他者による対象化にほかならない。にもかかわらず今日の制度のなかで、手続化されたこのような対象化の一連の活動に、われわれはもはや抗いようもなく組み込まれ、当然のことのようその流れに身を任せることを期待されているのである。そのとき検査データは一つのイメージ、われわれの身体の「現状」についての幻影を、医師と患者のあいだにめぐらし始める。がしかし、実証科学の視点からは、たしかにそれは治癒という目標を達成するための最も合理的な手段と理解されている。同時に患者も、少なくともそれが合理的な手段であることに暗黙の同意を与えているのである。

I Aさんに対する検査の開始はいやおうなくそのような過程の始まりを意味している。このようにして検査ははじまった。筆者の問いかけに応じて彼女はその経験の記憶をたぐりだした。

Q H：どこにあるのですか、医大のなかにあるのですか。

I A：医大のなかに、N医大の癌センターというのは、えらい全国の中でも有名ですね。わりと専門医が多いんで、よう診ますねん。癌センター行って、診てもらいましてん。その時は、その直腸癌いうことは言いはれへんかったけど、いっぺん診てもっぺん来なさい、言うて。

Q H：「診て」というのは検査されたんですか。その日行って検査されたんですか。

I A：はい。検査しました。

Q H：最初の時にいろんな検査受けていましたか。

I A：はい、レントゲン検査を先にね。レントゲン検査して。それから、おしりからカメラ入れて視ますねん。最初は、バリウムです。

Q H：大腸ファイバーで、直腸のですね。

I A：診ますねん。それから、あの、上からね、お腹の上からなんかこう薬ぬって診る検査ありますでしょ、あれね。

I A：それもされたのですね。

Q H：はい、全部で三つほど。そしたら、次に行った時に「入院して下さい。」言いはりましてん。それが12月28日でしたか。

I Aさんは、この癌センターは、全国でも名が知られたセンターであると見ている¹¹。そこで彼女は3種類の検査を受けた。彼女によるとそれは肛門からバリウムを入れて大腸の内部を撮影するレントゲン検査、大腸ファイバーによる検査、および腹部を診るエコーである。

彼女はこの検査を受けた後、再度来診するように医師から言われた。検査情報は医師の側に用意されていて、その次に癌センターの外来に行ったとき、医師から入院するように指示された。この時点では、まだI Aさんの病気が直腸癌であるという診断は出ていない。医師たちは確定診断をまだ下していなかった。

4-2. 入院と告知をめぐる交渉

医師たちは、この時点でI Aさんの診断について直腸癌であることのおおよその検討をつけていた可能性が大きいですが、I Aさんにはその情報を与えていない。医師とI Aさんとのコミュニケーションのなかで、医師は検査の効率性を入院の理由にしている。しかし、このように公式に説明される理由が「真の」理由ではないことがしばしばある。専門家が情報をコントロールしようとした場合、時間のある短い限度内ではこのようなコントロールが成功を収めることもある。けれどもその限度をこえるとやがて時間は秘密を明らかにし、〈真実〉が露呈することがしばしばおこる。患者は隠されている情報が何であるかを、医師たちの行為、および行為の状況から推論することがよくある。I Aさんの場合も、3人の医師がI Aさんの病気のことについて話しているところをI Aさんが目撃し、3人の医師という点に注目して、医師たちの秘密を察知した。

I Aさんはそのときの医師の入院必要理由の説明の意味を、状況を文脈としながら的確に解釈した。ここで聴き手である筆者は確定診断の話題へと話をすすめた。当時としては、家族の同席なしに患者に確定診断を説明することはほとんどありえなかったということに留意しておく必要がある。そこには医師側のある配慮が働いていた。

QH：その時はまだ診断は出てなかったのですか。入院して下さい言われたときには。

IA：はい、出てなくて、まあ、なんです、私には「いろんな検査をするから、通ってもうたら、不便やから。1週間ほど入院してくれ。」言いはったん。そいで、私、おかしい思いましたんや。あいだけいろんな検査して、医者が三人も寄って話して、ただ検査のために入院せえいうのは、それはおかしいわ。そいで私、先生に「癌ですか。」言うて聞きましたん。そしたらね、私の顔じっと見てはってね。「まあ、おばあちゃん、心配ないけども、入院しようやあ。」言いはりましたん、軽うにね。「ああこれはそうやなあ」思いましたん。

I Aさんは、医師たちが秘密を持っていると察知して、自分の病気が癌であるかどうかと医師に問いかけている。非常に緊迫した場面である。自分の問いかけに医師がどのような表情で、またどのような目の動きで反応するかを、I Aさんは注意深く観察している。医師が彼女の顔を凝視した後に、心配ないが入院しよう、と答えたことがI Aさんには、医師が癌であることを伏せている何よりの証拠であると解釈されたのである。相互の一方の当事者による否定ないし留保の応答が、相手からは逆に肯定の解釈をされることがある例である。身体上の動きが言語の解釈コードを柔軟に補完して、否定ないし留保を肯定へと意味変換させ、より正確な状況の意味解釈をもたらしている。「癌ですか」というI Aさんの重ねての問いかけにも医師は答えず、以下の語りに見るように、そのことによってなおさらI Aさんは、病気が癌に違いないという確信を抱いたのである。

QH：それには返事がなかったんですね。「癌ですか」とお聞きになった時に「そうです」とか、「なんともない」とか、それは言われなかったのですね。

IA：「言われへん。¹²⁾」そない言いはってん。私はな、やっぱりこれは癌や思いましたん、自分でな、思いましたん。「本当は明るる日に入院してもらわなあかんのやけれども、お正月の28日は医者は半分になってる。看護婦も半分になってる。で、入院患者は帰せる人はみんな帰して、三

分の一ぐらいになってるから、設備が足らんからね、ベッドが空き次第電話するから、電話かけたときにはすぐにきてくれ」言わはったん。そしたら、3日の晩に電話かかってきたん。「4日の朝すぐ入院してくれ。」言うてね。ほいて、私、もうその時には癌やから、こらあかんねんやから思うて、タンスのなかのもん、全部整理して、いらんもんみんな焼いて、遺書書いて、Yちゃん（娘の名前）に「後で見いや」言うて、入院しましてん。

年が明けて3日、病院からI Aさんに電話が入り、4日の朝入院するように伝えられた。彼女は覚悟を決めて遺書を書き、同居している娘にそれを託した。遺書を書く、ということは死を覚悟することである。彼女は潔くその覚悟をして入院する。

I A：「そしたらね、1週間、毎日検査ありましてん。それはね、直腸だけやあらしませんねん。肺も腎臓も肝臓も子宮も全部検査しましてん、1週間。ほいて、何日に手術します。その時はね、もういっぺん先生に聞きましてん。「私、どこ悪いんや。」言うて。「癌ですね。」言うて訊いたんですねん。そしたらね、本当はね、言えへんねんけど、長女には言うたらしいね、UちゃんかYちゃんかKちゃんか誰か呼んで言いはったけど。「本当は言わへんねんけど、おばあちゃんは、なんやしっかりしているから大丈夫やろう」言うて、「そうです。」言いはってん。「そいで、出る確率は」て聞いたたら、「半々や」言いはったんです。

QH：出る確率というのは何のことですか。

I A：生きて帰ってくるか死ぬか、言うたら、半々言いはった。はっきり言いはった。そやからね、ああ、これはもうあかなあ、思うて、思いましてんや。「まあ、お任せしますから」言うて、お願いしましてん。そやからはっきり（癌であると）わかってましてん。

1週間の間、直腸、腎臓、肝臓、子宮などの検査が続いた。その後手術の実施が決定される。その時I Aさんは再度、自分の病気が癌であるかどうかと問いただした。医師は、普通は事実を患者には言わないけれど、I Aさんの気丈さを判断して、同居の娘を含む家族に伝えたように、彼女にも事実を伝えた。

手術の前に、I Aさんは自分が直腸癌であることを医師から聞き出し、寛解と死の確率が五分五分であるという医師の判断まで聞き出した。それだけ彼女は気丈な患者である。これで彼女は手術に臨んだ。

4-3. 手術

病名の告知をめぐって、このような交渉過程がつづき、当初は告知を拒んでいた医師も、I Aさんの巧みで根気強い問いただしに持ちこたえられなくなって、ついに彼女の病気が癌であることを明らかにする。しかしそれでも彼女は手術を行うという医師の方針を受け入れ手術室に入る。

I A：で、（手術）してもうて、2日間気がつかない。集中治療室に入ってね。そいで、気がつきましたときには、2日目の晩でしてん。麻酔が効きすぎてね。ぜんぜん夢の中で。

彼女の話は、まず手術を受けて、集中治療室で手術後2日目の夜になるまで意識がなかったという「経験」に要約される。そのあいだは、当然のことながら経験の自覚の空白状態におかれていたので、看護師からの情報提供によって彼女自身は記憶の空白を埋めるしかない。ここで語りの時間的順序が前後し、話題は後戻りして、彼女が麻酔をかけられ、それから手術室に連れて行かれる以下のような場面の話に戻った。

I A：「連れていかれるときにね、真裸になって、パンツも、寝巻も、全部脱いでね、今度着る新しい寝巻を枕にしてね、薄い毛布一枚かけて行きますねん。そしたら、手術室が7階の一番端っこでしてん。最初ね、薄い麻酔をかけますねん。「おばあちゃん、これから行きますから」言うて、廊下渡っていくときにね、私まだ意識ありましてん。普通やったらその時にもうみんなわからんようになってますねんて。」

I Aさんは肌着を全部脱ぎ、薄い毛布を掛けられただけの状態になる。次いで、手術室に向かう前に薄い麻酔をかけられたようである。それからI Aさんは7階の手術室に運ばれていく。

I A：「手術室のドアあけて入って、ほいで、ベッドからつぎに皮の手術用のベッドに移されるまで、私はっきりしてましてん。ほいで、もっぺん¹³今度深い麻酔かけはりましたん。その時に手と足と縛ったん全部覚えてますん。なかへ入ってから。

この手術の様子を語るI Aさんの経験は何を物語るのでしょうか。そこには、I Aさんには抗し難い社会的な力、目には見えない力が働いていたということである。一連の行為が制度的な枠の中で方向付けられて転回し始める時、それは個人の力ではもはや抗し難い。たとえ2分の1の確率であっても、生還する可能性を信じて、手術に賭けたI Aさんの判断が羞恥を上回る時、この力はなお抗し難い力を持つのである。

I A：で、手術済んだ後で婦長さんがきてね、「あの一具合どうですか」言うて、聞きはったん。その時はもう1週間か10日経ってですわ。私のとこ来はったんですねん。その時にね。「本当はね、I Aさん、あんた出れる思うてなんだんや¹⁴。助かったやん。手術室から出れる思うてへんかった。先生13人ついたん、あんただけです。」って言いはりましたん。そいでね、「なんで、そんなたと¹⁵付いたんですか」言うたら、まず麻酔の先生ついて、そいでね、昔結核やってるからね、きっと後で肺炎を併発する思うて。そいから、小児喘息があって小学校の6年生まで、もうものすごい喘息やったんですわな、私。そういう患者さんは麻酔が難しいて、助かる確率はないんですって。実際にね。小児喘息があって、小さいときに難儀したから、これも具合が悪い。呼吸器のほう具合が悪いからな、そして、年がいったる。そやからね、手術が成功してもたぶんそれでね、あかんようになる¹⁶。だけどね、手術の最中に患者死なしたらね、それは医者の不手際になりますねんて、手術の最中に死なしたら。私は心臓が悪いし、血圧が高いし、最中にどうかなる¹⁷いうことが多いでしょう。そやから内科の先生から外科の先生から、えらい教授の人が執刀しはってんけども、まあ係りの先生から「とにかく、あんたには13

人もの先生がついて、そいで8時間半かったん。手術が。そやからもう大手術でしてんで¹⁸」言うて。そいで、「あんたわかってた」言うから、「んーなもん¹⁹、私わからしません。」言いましてん。寝てるからなんにもわからなんだん。

手術は13人の医師がついて行われた大手術であった。看護婦長が彼女に告げたところによると、13人もの医師がついたのは、I Aさんが余病を持っており、それが手術中に悪化して患者が手術中に死ぬような事態にならないようにするためであった。手術中に患者を死なせることは、手術の失敗と見なされるからである。その不名誉を避けるために医師が大動員されたのである。少なくとも看護婦長はそうのように解釈していたのである。

4-4. 生還

上に示した彼女の語りからもわかるように、「出られる」か「出られないか」、すなわち生き残るか死ぬかのぎりぎりの状況にI Aさんは手術後も置かれていた。彼女の意識が戻ったのは、手術後2日目の夜であった。この間集中治療室で医師団は、麻酔のかかった状態から彼女が醒めないことを心配していた。同居の娘も含めて家族も心配して彼女に付き添っていた。

I A：そやけど、ほんまに出るまでがたいへんやったんで、集中治療室行ってからでもね、2日目の晩にね、暗いな一言いましてん、私。気がついたとき真っ暗でしてん。でね、「だれか明かりつけてくれへんかな、暗いわー」て言いましてん、私。「何言うてんのん、こんだけ電気がこうこうと点いてんのに、」て、娘のUの声が聞こえてましてん。ほんで、「今何時。」言うたら、「8時半や」言うんですねんね。「手術室に8時に行ったのに、なんで8時半や」言うたら、明くる日の晩の8時半やったん。「おかあちゃん電気ものすごい明るいねんで、ここは集中治療室いうてね、暗いことあらへん。」私真っ暗でしてん。気がついて、真っ暗でしてん。そいで、医者みんな居ましてん。ほいでほった、えらい叩かれて。「今気がついたか。」言うて。「今ごろ気がついてから、もっと早よ気いつけてくれな困るがなあ。」言うて先生から怒られましてん。それが2日目の晩やったんやね。

大手術が無事終わり、麻酔からもやっと覚めかけた彼女は、昏睡と覚醒の境界上で、集中治療室の煌煌とした光の中で「真っ暗」の体験をしている。

I A：とにかくえらい手術やったけどね、一つ良かったことはね、普通はねあんだけの大手術したら、輸血をしますねんで。私一滴も輸血せなんだん。それはね、私がデブやったから。非常に血液が濃かったんですってね。「出血もたんとあったけども、あんたは自分の血液だけで賄うて、ひとつも輸血せなんだよ。」(輸血すると)後でね、普通は肝炎になるんですってなあ。なんかC型肝炎言うてから。あの手術した人。(私は)あれにならなんだ。それに、あんだけ肺が悪うて中に後遺症がいっぱいある言うてたんが肺炎にもならなんだ。そいで、喘息やからね、呼吸器が苦しいから言うけど、それもならなんだ。結局医者が心配してくれた病気は全然ぜんぶならなんだ。母が手術したときにね、もうそれこそ1日にティッシュペーパーものすごい使

いましてん、もう年がら年中、あの、唾とか痰とかなんかいっぱい出てね、口元に。私ひとつもそれなかったん。

QH：手術の後ですか。

IA：はい、後。その手術する1週間前、毎日風船ふくらましてましてん。大小の風船を10個ぐらいね。買うてきてね、暇があったら、風船ふくらましてましてん。自分で。

QH：医者がそう言ったのですか。

IA：はい、「風船買うてきて、せいだいやんなさい²⁰」って。それはね、呼吸器、酸素をふくらませて、いっつも、その、胸に酸素を取り込むようにね、息がようできるようになるようにね、1週間そればかりやってたんです。そしたらみんなそれが出来んでね、呼吸困難になる人がようあったんですって。それもね、案定いきましてん²¹。ひとつも呼吸が苦しいいうことのうて²²、肺炎ならなんだんですけれどね。まんが良かったんか、運があったんか、助かったんですわ。

QH：そういうこともやらされるんですね。手術前に。

IA：はい、手術前。

彼女の語りからわかることは、覚醒して後に、医師から要するに次のような説明を受けたということである。彼女が肥満のため、血液を自分の体内にあるものだけで賄え、この大手術に対して医師団は輸血を行う必要がないと判断し、輸血を行わなかった。そのために、肝炎の感染の危険を避けることができた。さらに彼女は、青春時代に肺結核を経験し、喘息の病歴もあり、したがって肺炎の併発が心配されたが、発症しなかった。この手術にかかわった医師団は、彼女の幼少期からの病歴、ならびに手術を控えていた当時でも複数の余病をかかえる彼女の身体の状態に最大限の注意を払って手術の計画を立てたことがうかがい知れる。

IAさんは手術前の検査入院時に胆石を発見されている。その摘出手術も、直腸癌手術と同時に受けている。さらに子宮筋腫も検査時に見つかったので、その摘出手術も受けた。

彼女は医療についての専門教育を一切受けた経歴のないまったくの素人である。その彼女が、自分の手術の状況についてかなり細かい事実に至るまで情報を把握していることは、73歳という年齢をあわせ考えるとき、その記憶力とあわせて驚くべきことかもしれない。素人なりの、素人にしか立てない立ち位置から、自らの身体に起こりつつある事態、またそこに加えられる医療的侵襲、ならびに周囲の人びとの言動についての、常識的ではあるがかなり冷静な分析と柔軟な対処技能を、状況への適応資源としながら彼女は病の危機を生き抜いたのである。

IA：私の場合は1週間検査してた時にね、胆嚢に胆石あるんが判りましてん。そいで、取った後見せてくれましてん、丁度碁石と一緒にの大きさ、灰色のつるつるの碁石と一緒に、こんなに直径2センチぐらい、ほいでね、それが胆嚢の真ん中にあったから、もう取られへん。どうせ痛うなったら苦しむの一緒やからいうて、胆嚢とってしもた。そやから、傷口がここから下まで全部切ってます。ここ切って胆嚢とって、おへその周りだけをこう切って、こうくるとおへそ回ってね、ほいで下まで全部切って、そやから手術いうときにね看護婦さんが来てね、陰毛全部そりはったんです。普通やったらそんなことしませんねんて。おへそのちょと上くらいでし

まいやねんね。そやけど、私は子宮に親指ほどの筋腫があったんですわ。そやから、ひょっとしたら下まで全部切るかもわからへんから、言うてね。ほいで、剃ってしまいはったんですわ。ほいで、直腸ね、あの一、十二指腸があって、空腸²³があって、そのつぎに直腸があるんですわな。そしたら、空腸の方まで全部取ってしまいはったんです。お尻からね、直腸通って空腸に行くまでにね、だいたい20センチあるんですって。普通の人はね、それより下の方で取ってしまうから、後がね、もう神経がずたずたやから、肛門使われへんから人工肛門になりますねん。ほいでここんとこ穴開けて袋ぶらさげるんです。ところが、私はそれが上の方で、20センチ以上あって、30センチのとこまでやったんやね。そやから、お陰で人工肛門にならんで済んだ。ほいで袋つけてしませんねん。癌そのものは4センチ7ミリやった言いました。破裂寸前でした。破裂してたら、もう手術せんでももうその場で死んでますわな。31歳の方が、私より前の日に入った人が、破裂して前に亡くなったんや。そやからね、何や知らんけどもね、何か知らんけども私は悪い条件いっぱいそろてたわりに、幸運にも助かったんです。ほいで、その予後もね、案外他所の人よりか楽に早よ治りましてん。

I Aさんは、悪条件のなかでの大手術を切り抜けられたことを、「幸運」と表現している。手術時の彼女の身体内部の悪条件は手術の成功、不成功を不確実にする。医師団さえもその不確実性をどう制御するかが手術という行為を遂行する上で大課題であった。

4－5．術後の入院生活

ところで彼女は、患者としては自分の要求をはっきり医師に伝える患者である。手術後2ヶ月足らずで彼女は退院したのであるが、手術後20日の入院中に、何度も入浴希望を医師に伝え、躊躇する医師からついに入浴許可を受けた。

Q H：退院は早かったのですか。

I A：退院はまあ2か月。2か月、ちょっと足らんけども。私があんまり「風呂へ入りたい、風呂へはいりたい」言うもんやから、医者が根負けして、20日にお風呂入ってもよろしい言うてくれたんです。「お風呂入ったとき、あんまりごしごし洗いなさんなよ」言うて。「傷口がぱっと開いたらね、もういっぺん手術しなおしせんならんから」、言うて脅かされましてん。ほいでね、ものすごい、まだ傷口がまだ真っ赤で、糸が取れたすぐでしてん。糸抜いたんが、何時やったかな、お風呂入るちょっと前でしてん。そやから、いっこも²⁴洗えしませんでしてん。ただお湯につかるだけや。ものすごくたびれましたん。お風呂好きやのに。もうあんな、お風呂入ってたびれた思いないですわ。もうやっぱり疲れてたんや、身体。で、2か月足らずで帰りましたけどね、15キロ痩せました。

Q H：15キロも、そうですか。

I A：入ったときは65キロで、出てきたときは50キロなかったんです。

このようにI Aさんは、医師からみれば扱いにくい患者であったようである。なぜなら医師の権威の前で医師に従順ではなく、入浴その他の様々な要求が多いからである。しかしそれは、自分の欲求

を包み隠さず、率直に表現し、しかもそれを、相手を脅して充足しようとするのではなく、あくまでも相手との交渉を通して実現していく相互作用技術に裏付けられたものなのである。「根負けして」という語りが、この文脈ではそのことを物語る一例である。粘り強い交渉が見て取れる。

さて、手術後、I Aさんは抗がん剤の点滴静脈注入を24時間受けている。一般的に言えば、外科手術が成功しても完全に癌細胞が除去されたという確信を、医師は持たない²⁵。患者の身体は当分のあいだ医師の監視下に置かれるのが普通である。

ただし、普通そうであるように、静脈注入の薬液が何であるかの説明を、病院スタッフからは受けていなかった。にもかかわらず、その一つが抗癌剤であることを彼女は知っていた。知りつつも彼女は、抗がん剤の点滴はつらかったと述懐する。

I A：でもね、後で、抗癌剤、もう24時間ですわ、点滴ね。あれがしんどうてね²⁶。身体中管だらけ、鼻があるでしょう、で、首があるでしょう、それから何やこんなとこにね、管付けて、何の管か知りませんねんけど、そいで、おへその横やね、ここに穴開けて1つ、それからこっちにも穴開けて1つ、何か下の方にもね、管つけて、6本くらい付いてたかな、ずーと管付けてましてん。

QH：それで、点滴で抗癌剤をずーと、静脈に入れるのですね。ところで点滴は何時外れたのですか。

I A：それはね、二週間もうちょっとですね。そいで、その点滴はね、最初は24時間ですねん。朝も昼も晩も。そのパイプというのはね、点滴のパイプちゃいますねんで。一つはおしこのパイプでしょう。ほんで一つはその手術したところから血とか膿とかいっぱいでてきますやん、そんなん取るパイプ、そやからお腹に3つついてたんはそんなんですねん。ここは点滴、でここは栄養補給かなんか別のん。はっきりわからへんけど、とにかく6本くらい付いてましたわ。それが一つずつ少のうなってきた、で、そうになったらもう、晩の夜中の点滴無くなってね。半日になってきて。入院して1か月くらいはついてたかな。私は母の看病したのでね、抗癌剤いれるのが、よう知ってますねん。ほんで、看護婦さんによく怒られましたん。母が胃癌で死にましてん、父も胃癌でしてん。母は入院してから死ぬまで丸1年、私ずっと付いてましてん。幼稚園やめて、そいでもう死ぬまで付いてたから、薬だけ見たら「これは抗癌剤」て判りますねん。で、看護婦さんに怒られましたん。「いらん知識があつたら具合悪い」いうてね。

I Aさんはかつて一年間も、癌でなくなった自分の母親の看病した経験があり、また父親も癌で亡くしている。したがって素人なりに癌についての知識を持っていたらしいことがこの語りから推察できる。彼女の示す好奇心と、洞察を産み出す日常的知識のために、彼女は医療者側にはある意味において扱いにくい患者と映っていたらしいことが、彼女の語りから推察されるが、「看護婦さんに怒られましたん。」という言い方は彼女と担当看護師の関係が気まずいものであるということをまったく示唆していない。むしろ両者の関係が冗談関係であることを「いらん知識があつたら具合悪い」という看護師の語りの引用表現がよく示している。

4-6. 退院

I Aさんは手術後も抗癌剤の点滴静注をしばらく受け、その後退院した。退院後は外来受診に切り

替わり、彼女は定期的に病院へ通って受診し、定期的に検査を受けた。

QH：その手術終わってから、後はどうでしたか。

IA：後はなんべんもお医者さんへ行きました。

QH：どのくらいの間隔で行きましたか。

IA：最初は3日に一ぺんづつ²⁷か、それから一週間に一ぺんなって、半月に一ぺんなって、一月に一ぺんなって、退院してから一か月か二か月は年中行きました。そしたらね、外科の入院してたんが、第一外科いうとこでしたん、そこへ行きますねんですがね、しんどうてね、座ってられしませんねん。身体がえろうて、難儀しましたけどね。1週間に一ぺん行くようになってから、娘のYちゃんにいつもついてってもらいましたん。」

IAさんの話から、病院という施設の側面が見えてくる。病院の外来を訪れる患者は、病気の軽い患者から、重い患者、IAさんのように大手術を受けて退院したばかりの患者までさまざまである。病院廊下の待合スペースのベンチで待つことが、病み上がりのIAさんには辛かったという。確かにどの病院であっても、ベンチで待つことが辛いと感じる外来患者用にベッドや安楽椅子のような備品を備えている病院は知らない。胃の内視鏡検査の後で患者が麻酔の覚めるまで休憩するための安楽椅子つきの空間を備えている病院はあるが。一般的に、「ある」ことの意味は気づかれやすいが、「ない」こと、あるいは欠如の意味は気づかれにくい。上記はその例である。

順番を待つ患者が、呼ばれたらすぐ診察室に入れるようにするには、待機用のベッドはない方が、効率という観点からは好都合である。また管理コストを押さえるという観点からもベッドは置かない方がよい。このようにして、患者はたとえ待つ間の苦痛がどれほどのものであろうと、画一的に廊下のベンチに座らされて待つのである。ただし以下の語りに見るように、廊下の待機ベンチのある空間は、IAさんにとっては、癌患者間の情報交換の場にもなるという側面もあった。

IA：まあ、そのころになったらね、お互いに病気の人ばかり、癌の人ばかりでしょう。直腸癌だけやなしに、乳癌でも子宮癌でも、癌の人ばかりしやから、いろんな話聞きましたわ。ほいで、お互いに顔見知りになってね、でまあ、行くのが何ともなくなりましたけど。最初に行くのがえろうてね、身体がえろうてね。

この語りから、「同病相憐れむ」の「共同態²⁸」がIAさんの通った病院の外来診療の待合室に現象していたと推察される。最初は通院が苦痛であったけれども、他の癌患者と「顔見知りになって」、好奇心の旺盛なIAさんは次第に通院が苦にならなくなったことが語られている。

このようにして手術後も、外来受診が5年間続いた。と同時に、IAさんの定期的な検査が癌センターで行われた。このあいだは病気が順調に回復しているか否かが不確実の時期である。患者にとっては病気の再発に対する不安が解消されない日々が続く。毎年、定期的に呼び出しがきて、彼女は癌センターに出向いた。転移の有無をチェックするための検査である。これも5年間続いた。定期的に、胃透視を4月に、大腸の検査を10月末か11月に受けた。さらに腎臓の検査も定期的に受けている。

もっともいやだと彼女が感じた検査は、足の部位が頭の部位よりも高く持ち上がり、そのことが、

血圧の高い彼女には非常にこたえるレントゲン室での検査であったという。腎臓の検査も二度としない検査であったらしい。検査のための絶食と下剤の服用も苦痛であった。

I A：で、それから後はずーとですけど、呼び出しが来ますねん、癌センターから。今でもきます。

4月の末に胃癌の検査、最初バリウム飲んで、明くる年は胃カメラ飲んで、それを交互にしますねん。ほいで、10月の末か11月になったら、今度は腸の検査、大腸癌の検査ね。それはお尻からバリウム入れて、ほいで、やっぱりレントゲン取るんですけどね。胃癌の検査みたいなの、あんなレントゲンちゃいますねん。こういうふうにな、ゴムで身体縛って、ひっくり返るんです。ほいで、上と下にひっくり返るんです。そしたら、それがえらいですねん。私、血圧、高いから。頭が下になったら、足が上になりますやろ。そいで、こうひっくり返るんです。あっちこっち、バリウム入れてんのが流れへんから、レントゲン写す角度がね、あっちこっちから写さんとわからへんから言うて。その検査が一番嫌なね。それと腎臓の検査。二度としとない。

Q H：腎臓の検査ですか。行ったときにそれと同時にするのですか、バリウム検査と同時に。

I A：バリウム検査はね、後は。「春は何日、今度は何日に来なさい、」で、薬もらいますやろ。そしたら2日間絶食ですわ、6食絶食。その間、薬飲むんですわ。下剤を何回も飲みますねん。食べんと下剤ばかり飲むわけ。そいでね、トイレへ行きとうなりますねんやんか、その下剤をよう飲むから。それを辛抱して、裸になって、検査するの、ほんまに嫌ですわ。あんなにかっこ悪いこと、二度としたれへん²⁹。

これらが身体的苦痛であった。このような身体的苦痛とともに、検査時に自分の身体のパライバシーが合法的に侵害されることが、I Aさんにとっては精神的・社会的な苦痛であったことがその語りからうかがえる。

Q H：それは、手術後何年くらいですか。

I A：5年。

Q H：まる5年、その検査をずーとされたのですね。

I A：いや、短いのはね、春と秋と検査するようになってから、まる5年。」

4－7. 不確実性から寛解へ

5年の経過観察期間が過ぎ6年目に、医師は、I Aさんが生き延びたこと、寛解の状態に達したことを彼女に宣言した。

I A：「丸5年経って6年目に「生き延びたよ」って、言いはったん。先生が。それまでに再発して、たいがい亡くなってしまうね。「丸5年経ったらまあいいんですわ」言うて。で、6年目にはじめてね、そのお世話になった先生が「あんただけ残ったね。」って言いはったん。一番ひどかったもんが残ってね。

Q H：6人部屋のなかでですか。第一外科の6人部屋の人たちですね。

I A：はあ、私だけが残ったんです。ほいで、最初の1年目とか2年目とかはね、同じ手術した人、

顔合わせてましてん。いつの間にやら、みな来んようになった思たら、もっぺん入院して、ほんで、手術して、結局亡くなってたんやね。

手術後5年経過して転移と再発が見られなければ、寛解という診断が下される。彼女は生き延びた。かつて第一外科病棟の同室であった患者仲間のうち彼女だけが生き延びた。他の患者は、入院、手術、再発、再入院、死亡という終末の経路を辿ったのである。

QH：その間どういう気持ちでしたか。途中で一人また一人と亡くなっていくのが分かったのでしょうか。

IA：そら嫌でした。また、あのひと来はれへん。あの人なんで来はれへんのやろね。先生に聞いたら、言うてくれへん。言うてくれしません。で、丸5年経ってから、はじめて言うてくれはったんです。」

死亡の事実を察知するたびにIAさんが感じた感情は「嫌でした」という表現で語られる。特定の患者に出会う機会がなくなると、IAさんはその患者がこなくなった理由を医師に尋ねるが、医師がそれに対して答えない。何でも聞きたがるIAさんである。しかし、IAさんにはその答えがわかっていたのである。死を察し合うのは許されるが、死を口に出して語ることはN医大病院でもタブーであったらしい。会話のなかで「死」という言葉が用いられない。「死」という言葉に「出てくる」という言葉が置きかえられていることからそのことがわかる。だから、医師は患者から尋ねられても、この規範にしたがって答えなかったのである。

この規範とあわせて、5年経過後の寛解宣言を出せないうちに、たとえ他の患者の死についてであれ、その事実を目前の生死の不確実な患者に知らせることは、別のタブーであったと推測されるのである。なぜか。患者が、その事実についての情報を集積すれば、この病棟での患者の生存率をおおよそ察知してしまうところがあるからかも知れない。そして「悪い」情報から、患者が悲観して闘病意欲を失うことを医師たちは恐れているのかもしれない。

しかし、医師が情報を提供しなくても、患者は別ルートから情報を収集する³⁰。IAさんは、外来待合ベンチで順番を待つ間、患者同士で互いの症状について情報を提供し合い、目でも相手の健康状態を推測できることから、他の患者の病気が回復に向かっているのか、悪化しているのかを推察することができたようである。

QH：なんとなく、その当時は言ってくれなかったんですね。

IA：けどなんとなく、わかりますねん。なんでや言うたらね、やっぱりお互いに症状の話、しますねん。ほな、私はね、だんだん肥えてきて、元の木阿弥で、デブになってきましたんや。悪い人は顔色も悪なるし、細うなるし、元氣なくなりますねん。

QH：それで、わかるわけですね。

IA：わかりますやん。待ってても。そいで、「背中が痛いねん」とかね、「肩が凝ってしょうないねん」とかいいろいろ言いはるでしよ。そしたら、まあ、乳癌なんかなったら、ものすごう背中痛うなるし、肩凝るし、ほいで、やっぱり癌で痩せてきますやろ。胃癌になったら食べられへんから、もう見る度に、痩せてきますやろ。そしたら私は血色が良うなってきたて肥えてくるでしよ

う、そしたら元気もでできますやろ。声かって普通どおり出るし、なんとなし分かります。それでもね、嫌で替わる人あるから、病院を。そやから全部そんな亡くなったなんて思てなかったんです。

「背中が痛む」、「肩が凝る」、「身体が痩せる」、「顔色が悪くなる」、「食欲が細る」、「声の勢いが弱まる」などの徴候はI Aさんにとっては病気の悪化の徴であり、反対に「肥えてくる」、「顔色が良くなる」、「食欲が出る」、「声の勢いが強くなる」などは回復の兆しである。素人の経験的知識の集積によって、I Aさんは他の患者の回復、悪化を判断し、場合によってはその患者の死をも推察していたのである。

とはいえ、彼女は待合室で出会う患者が他の病院等へ転院してこちらに来なくなる、というケースもあり得るので、姿を見せなくなった患者がかならずしも皆死亡したとは思ってもいなかったようである。I Aさんの情報収集活動は、自分の回復の兆しを確信するために不可欠の行動であった。ここにもI Aさんの生存のための適応戦略のたくましい実践が見て取れるであろう。

QH：それは後でわかったことですか。

IA：後でわかったんです。ぞっとしました。そやけどね、まあ癌センターの先生はもう慣れっこになってはるからなあ……。

QH：「癌で亡くなったのですか」と訊いても、お医者さんが答えないというのは、なぜだと思えますか。

IA：やっぱり……、良かったら、言いますやん。答えへん言うのは具合が悪うて、もういっぺん入院してるか、亡くなってるか、お医者さんとウマがあわんと他所いってるか、転院しているか、そんなん思いますやん。ええように思えしません³¹。

I Aさんは他の患者の死について医師から情報を収集することによって、自分の生きられる可能性を測ろうとしていた、と考えてよいだろう。医師が答えなくても、彼女にとってはそのこと自体がひとつの有力な情報であった。答えないという行為が結果的に彼女に伝えていたメッセージは、病にかかわる人々の生活世界においては「悪いことなので、答えられない」という意味を暗示するものである。少なくとも彼女は医師が自分の質問に対して答えないという行為の意味を、そのように解釈したのである。この場合、もちろん、「悪いこと」とは「死」を意味する。だからこそ、この医師は彼女に対する配慮から何も答えられなかったのであろう。

QH：答えない場合は、本当に何も言わないですか、お医者さんは。何か言うのですか。話をそらすとか……。

IA：言いはらへんねえ。知らん顔してはるねえ。そやから、こっちがいろいろ尋ねても、お答えのない時は先生も言われへんことかいなあ、思いますねん。

QH：ああ、なるほど、言いにくい、言えないことだから……。

IA：そやからなあ、いい先生でしてんけどなあ。

ここで医師は話題を逸らすほど能動的な行為はとっていない。下手に話題を逸らせば、かえってその意図をこの患者にはいとも簡単に見破られ、それだけにその小細工を笑われるかあるいはその小細工の努力を憐れまれるかの羽目に陥りかねないことを、当の医師は知っていたのかもしれない。医師が言わないことを彼女は不当であるとは思っていないようである。これに対して患者の側は「言いにくい、言えないことだから」という語りに示されるように、「言わない、言えない」事情を察して、自分への適用には同意できないとを感じるが、医師がそのように振舞うこと自体は許容できると自らは感じる、医師側のある善意（ある社会規範）を了解していたに違いない。それを了解したうえでの「そやからなあ、いい先生でしてんけどなあ。」という語りは、患者の人間的な懐の深さ、自らの意思を貫きながら、柔軟な状況解釈力を武器に、困難と危機をしなやかにのりこえていくしぶとさをよく示す語りである。

4－8．本事例に見る医師－患者関係

以上で病気の徴候から5年後の寛解の診断までの語りの内容とその分析を一通り終えたが、最後に、本事例に見る医師－患者関係を示す語りとその分析を付記しておきたい。I Aさんは二つのタイプの医師を主治医として持つ経験をしている。一つのタイプは「権威主義的タイプ」で、他の一つは「非権威主義的タイプ」である。

まず前者について、I Aさんはどのように語っているか。彼女は最初入院中の主治医との関係を「ものすごう仲悪かったです。」と表現した。どのような点で、うまが合わなかったのか、という筆者の問いかけに次のように答えた。

QH：なんとなく。そやねえ、どういうわけやろ。私いろいろ聞いたりするんが、勘に触ったんかなあ。とにかくね、医者を信頼して、医者言うとおりにしてたらいい、治るかとか、愚痴を言うとか、あんまり突っ込んで聞くなやね。そういう人でした。

この医師は、典型的な権威主義的タイプの医師であるといえる。患者が医師から病気の情報を聞きだすことを良しとしない。患者が医師に従順であることを求める。彼女はこの医師についての次のようなエピソードを語っている。

I A：（中略）私の主治医やった先生はね、私が、大腸癌の検査をするときにね、「今日検査していただく先生はどなたでしょうか。」いうて訊きますやろ。ほな、看護婦さんが、「Y先生」と言いはりましてね、その先生は。「Y先生です。」って。そしたら、「あの先生はこわいから苦手やわ。」って言いましてん。そしたらね看護婦さんが「そんなことありませんで、ええ先生ですよ」言いはりましてん。ほいで、検査に行ったら、Y先生居てはりましてね、「I Aさん悪かったな、ほくで悪かったな。他の人に代ろか。」そなんん言わはりますねん。ほいたら、陰で聞いてはってんわ。ようそなんん言いましたわ。ええ先生やってんけどなあ。どうもウマがあわへん。寝てる間にね、加賀乙彦の精神科医で文学者の人あるでしょ、あの人の『湿原』やらなんやら、あんな本よう読んでましてん。そしたらな、「あんたな、死にかけの病人でな、入院してるのん忘れてな、ようそなんうとうしい暗いもんばっかり読むわな。」人が枕元に

4、5冊、本積んだったら、「ようこんな細かい字の本読むなあ、普通やったらな病人は病人らしく週刊誌でも買うてな、ふわあと笑いとばすようなもん読んだらええのねん。こんな本読むな。」言いはるねん。そんなことほっといてくれ言うねんけど。ようそんなん言われましたわ。そやけどお世話になったからな。私が口答えしたんが悪かったんです。

医師とI Aさんとのあいだで交わされたであろう会話がここに再現されている。医師は冗談めかして「ぼくで悪かったな。他の人に代ろか。」と応答している点は、権威主義的な振る舞いを特徴とする医師ながら、柔軟性も持ち合わせていることを想像させる。患者が読んでいる作品への干渉も、この医師は半ば冗談めかして発話している。それなりに患者とのコミュニケーションに長けているとも受け取れる。他方、I Aさんの方でも、ひるまずに「口答え」したことを「反省」を交えて述懐している。「そやけどお世話になったからな」というのは、彼女の後日談の形式をとっているけれども、当時の状況適応の巧みさを十分想像させるものであろう。

これに対して後者のタイプの医師について、「わりとなんでも答えてくれはりましたわ。「何でも訊くな」って言わんと、何言うても、よう答えてくれはりましたわ。あとあとその先生がよそへ替わってから、後にきた先生でもね。検査の時に行くでしょう、その時。」と語っている。

何れにせよ、I Aさんは「あたしは自分の病気やから自分が知りたかったんですわ。良うても悪うても知りたかったんですわ。」という調子で、相手に従順というより、自らの気持ちに従順に生きようとする姿勢を貫こうとしていたことが語りから察せられるのである。

5. 考察とまとめ

本稿の第一のねらいが、徴候の自覚をもった一人の高齢女性が、家族の支援を受けながら医師との相互作用を通して患者になり、手術とその結果の危機を乗り越えていく全過程を患者自身の語りを通して示すこと、であった。第二のねらいは、病人が医師との最初の出会ってから診断、手術を経て5年寛解を確認されるまでその相互作用の全過程において、患者がどのような適応戦略を展開したかを、このようなトピックの分析を総合しながら明らかにすることであった。

まず第一のねらいについて本稿では、筆者自身の解釈を加えながら、概ね時系列的に、多様な語りのトピックの分析をその都度おこなった。その結果をここで振り返り、節毎に要約して整理すると次のようになる。

(1)「病気の徴候」:

ある日突然、肛門からの大量出血を経験したことは、I Aさんにとっては大きな驚きとそれに続く強い不安をとまなう経験であった。そこで家族と相談してかかりつけ医を受診したが、検査をした医師は一つの可能性を否定しただけで明確な診断を保留し持病の治療のみを続けようとした。すぐさま、「手遅れ」がもたらす重大結果に不安を感じたI Aさんと家族はかかりつけ医を見切り、医科大学附属病院ならびに付設の癌センターを受診した。この段階では状況は不確実で、I Aさんとその家族は大きな不安を経験している。二つの持病とともに生きてきた彼女とはいえ、それは少なからずI Aさんの個人誌の混乱を引き起こしたとみてよい。

（２）臨床検査：

そこで彼女は臨床検査を受けた。この検査を通じて彼女の身体は客観化され、対象化され、近代的医療制度の管理化に全面的に置かれ始める。彼女ではなく、彼女の身体に分析的認識のまなざしが注がれはじめる。この段階においては検査結果が出ていないので、患者にとっても家族にとっても不確実な状況が続いている。したがって医師たちの知らないところで患者の側の未来を不確実にしてしまう個人誌の混乱状況が持続している。

（３）入院と告知をめぐる交渉：

この臨床検査にひきつづき、医師の勧めで患者は検査入院をすることになった。検査入院の提案は受け入れたものの、このときの医師たちの振る舞い、医師との会話から、患者は病気が癌であることを察知する。そこでは、患者のまなざしによって観察される医師の身体上の動きが患者の解釈コードを柔軟に補完して一定の意味を発信する機能をはたし、医師の回答留保ないし癌を否定する言葉を肯定の意味へと的確に変換していることがうかがえる。

（４）手術

一連の検査のあとで患者は医師から手術日を言い渡される。そのとき患者は告知を強く求めた。本当のことを知りたいという患者の粘り強い交渉の成果があがり、医師は患者の性格を判断して告知を決断した。告知された患者は生きて病院から出ることのできる確率まで医師に問いただしている。この時点で患者は、生きて家族が待つ自宅に帰れないであろうと覚悟を決め、医師に生死を預けている。この「覚悟のよさ」は、現時点でのわが子の成長と独立の役割を果たし終えているという自覚と合わせて、否そのこと以上に、彼女が青春時代に、「死の病い」とよばれた肺結核に感染し、死を覚悟しながら日々をすごした経験に由来するであろう。この時点で彼女は自らの死を一旦受け入れている。このことは生きられる世界のなかで自分の生がいかなる状況にあるのかについてできるかぎりの事実情報をあつめ、それを前提に、自らの最後の処し方も含めて、生の岐路に立って自立的に決定をくだしていくという彼女の適応戦略につながっている。その後は、専門家たちの一連の行為が彼女の意思の力では抗しがたい制度の枠組みのなかで、つかの間の羞恥を感じた彼女の身体を埋め込み、癌部位の摘出手術が行われた。それは、彼女が「経験した」とさえ言い難い時間の経過のなかでの出来事であった。

（５）生還：

彼女の身体にかかわる大きな事実は経過したが、彼女には経験されなかった生死の時間が過ぎ去った。手術中の死は免れたものの、麻酔からの覚醒時に手術室の煌々とした光の下で「闇」を経験している。なぜ「闇」が経験されたのか、「闇」が何を意味するのかについて筆者は説明しがたい。やがて、結核の病歴と重大な慢性疾患の余病をもつ身の手術が無事終わったことに、彼女は安堵する。輸血の必要がなかったことも予後に対する彼女の不安を軽減させている。生死の不確実性はここで一つ減少したと彼女には判断されている。

（６）術後の入院生活：

術後の入院生活において、入浴したいという欲求を、根気強い交渉を通じて実現している。ここに、I Aさんの相互作用技術が見て取れる。しかし実現した入浴によって彼女自身が確認したことは、体重の大幅減少であった。手術前には肥満であったことが輸血を不必要とし、肝炎の感染を免れたと評価する一方で、術後の体重の大幅減少を確認して身体の自己像の変容に戸惑ったことがその語りから

うかがうことができる。退院後の通院時に他の患者と自分の体重の変化に関心を持つ彼女の語りがあ
るが、そのことから推論して、術後のこの時点においても、体重減少が、何か悪性の事態がすすむ予
兆と解釈していた可能性はある。この時点では、未だ彼女にとって事態は油断ができない不確実な性
質を帯びていた。

患者は術後の入院生活において抗癌剤の点滴を受けることのつらさを語っている。また各種の点滴
のチューブにつながれていることの不快さを述懐している。抗癌剤の点滴静注は、自分の父母の癌死
直前の状況を連想させ、自らの病気の予後が未だ不確実であることを象徴するシルシと解釈されてい
るようである。自身の手術直前の死の覚悟が、手術の危機を乗り切った彼女の記憶から退潮し、逆説
的ではあるが、生への可能性が芽生えてきたときに死への不安が頭をもたげてきていることが語りか
ら示唆される。

（７）退院：

患者は２ヶ月間の入院生活ののち退院し、家族の助けを借りて通院しながら外来受診をすることに
なった。患者の身体は医療的管理のもとに置かれ、定期的な通院受診を病院から促されたのである。
続く語りにおいて、彼女は廊下で受診の順番を待つあいだが身体的に苦痛であったと述懐する。この
ような苦痛は医師には想像を超える世界である。がその半面、その空間が彼女にとっては相互になじ
みとなる患者間の貴重な情報交換の場でもあった。このような情報交換を通じて自らの予後と他の患
者の予後とを比較して、自分の予後が順調であることを次第に確信していった。このような場は医師
にとってはすぐそばにある経験世界であるけれども、視点が異なればまったく見えてこない意味世界
である。患者たちは医師による時々の診断と情報交換によって得た情報とをつき合わせ、自分の予後
を自己診断するのである。そして、患者たちの病いの経験が、あるいはまた予後の人生が、ここから
幾筋にも分かれていくことを I A さんは目の当たりに知るのである。

（８）不確定から寛解へ：

患者にとってつらい通院治療であったが、５年の経過観察の後に、５年寛解の診断が医師により下
された。ここにおいて事態は不確実性から確実性へと移行した。入院中の同病室のうち彼女だけが生
き残った。通院治療のあいだに他の患者の消息を知りたいという彼女の問いかけに医師は答えなかつ
たが、答えないという反応から彼女は死を察知している。「問いへの沈黙は肯定である」という彼女
の解釈コードにしたがって。このことに関してつけくわえるならば、医師はそのとき、発話によって
嘘をつくことよりも、沈黙によってわれわれの社会の道徳に「誠実に従う」という選択肢を選んだの
である、と解釈できるであろう。

患者が自らの病いの経験を語った内容を、聴き手の筆者は以上のように整理した。この事例に示し
た病いの経験は、最初の徴候をはじめとして彼女の個人誌に少なからぬ混乱を及ぼしたと言える。た
だし、身体に生じている不穏な事態そのものの不確実性と事態の推移の不確実性が彼女に生きること
の意味の問い直しを迫ったかといえ、必ずしもそうとは言えないように思われる。そのような問い
直しは肺結核を経験していた彼女の青春時代にすでに完了していたと見てよい。「家族のため」とい
う大義を取り去れば、日々死と向き合って生きたというこの経験は大きな意味をもつ。その後の人生
は、彼女自身の用語ではないが、「余生」であるという。これがその後の彼女の人生の土台となる意
味づけをなしたと考えられる。「余生」という意味づけを与えられた生は、彼女に虚飾も権威への盲従
も求めない。それは語りから推察して、たとえば医師への問いかけを根気強くかつ臨機に放つ彼女の

姿から想像される。

彼女は無駄に生きながらえることを求めないし、かといって放縦に生きたのでもない。彼女が青春時代に死と隣り合わせの肺結核との長い闘病生活を経験したことはすでに述べた。その暗闇から生還した後、彼女は平凡な「余生」を貶めず、平凡に結婚し、家族もつくり、生死を五分五分に分ける進行した直腸癌という病いに付き合い、その危機を乗り越えたのである。しかも長命の価値への汲汲とした同調もその語りからは窺えない。生きられるかぎりは懸命に生きるが、生きられたところまでが自分にとっての寿命である、と彼女が解釈しているように筆者には思われる。これがつねに死の覚悟の用意をもって状況に柔軟に対処しつづける彼女の強さの源であったに違いない。

以上のことから、本研究の事例においては、当の病いの経験の意味理解が、先行する病いの経験と分かちがたく結びついていることが明らかにされた。

次いで、第二のねらいである患者の適応戦略の展開を、以下の（１）～（５）の視点から考察する。

（１）生と死の価値の相対化：

本事例の患者にとって、肺結核に罹患していた青春時代の読書は、何かのために読書を役立てるというものではなく、明日がわからないその日一日を生きる時間のすごし方の主要部分を占めているに過ぎなかった。肺結核に罹患し、死に向き合って生きた青春時代以降の人生は、死んでいたかもしれない自分の人生のあまり、いわば「余生」であった。したがって彼女にとって生きることと死ぬことは鋭く対立することではなく、いつでも自分の意識のなかで自分がとりもって和解させることができることがらであった。死は彼女のなかで、いつでも引き受けることのできる一つの賭けとして相対化されていたと見ることができるであろう。このことは、彼女の人生のなかで訪れた自らの苦難、危機を乗り越える価値資本であった。

（２）専門家の権威の相対化：

このような彼女にとってこわいものが実はない。徴候が現れた初期の段階において、かかりつけ医の悠長な経過観察の方針を家族とともに迅速に見切り、かかりつけ医の紹介なしに、より診断の技術に優れているとの評価を得ている大学病院の受診にきりかえた方がよいとの家族の提案に同意した。その場合、かかりつけ医への遠慮が語られていないことから推測されるように、専門家の権威は彼女のなかでは相対化されている。

また、看護師との会話のなかで主治医を「こわい先生」と表現しているけれども、決して本気ではこわがっていない。自らの要求とそれへの回答を沈黙によって拒否する医師との関係を、ウマが合わない関係と解釈し、その結果、医師と冗談で涉りあえる気持ちの余裕と、それを補う会話力によって適応することに成功している。また時には看護師を、医師と自分とのあいだのインフォーマルな情報伝達者として活用しながら、医師に癌告知や入院生活上での要求を、遠慮なしに提示し、その粘り強い交渉力によって最終的に自分の要求を認めさせる戦略を実行に移している。

（３）家族という資源の利用：

彼女は必要に応じて家族、特に同居の娘の助力を得た。家族は彼女にとって最も頼りになる存在であったことが、間接的ではあるが彼女の語りから推察された。最初の徴候の判断、臨機の総合的判断、受診医の選択、入院、通院等々はその助力なしには成しえなかった。家族は、彼女にとって結果的に見て彼女の生死の岐路に登場している。娘も彼女に日常的に助けられていたので、相互に信頼しあえる良好な人間関係があった。

（４）情報収集・解析力：

この事例の患者は旺盛な好奇心の持ち主であった。自らが生死の座標軸上のどの位置にいるかを知った上で覚悟をきめたいという強い欲求が窺われるこの患者は、入院の前後、自分からの問いかけへの医師の沈黙が自分の病気が癌であることを意味しているということを、相互作用の文脈から解析するとともに、医師から直接自分への告知を得るために交渉をおこない、解析の裏づけとなる証言を得ている。癌であることを知ると即刻家族への遺書をしたための行動力を持ち合わせている。彼女はまた、退院後の通院においても、外来待合の空間で患者たちと情報交換と患者の容態の観察をおこない、そこから得られた情報から生死の座標軸上の自分の位置を冷静に判断しようとする行動をとっている。

（５）文化資本の動員：

このような彼女の行動と情報の解析力、相互作用状況の解釈力の源泉は、青春時代の彼女が当時においては同世代の平均以上の教育を受けていたこと、その当時もまたそれ以降もつづく豊かな読書歴のなかで培われた人間の行為や状況にたいする解釈力、物事を多面的に深くみる洞察力にあると筆者は解釈する。これは彼女にとっては重要な文化資本であり、これをもとに医師や看護師との相互作用、交渉を柔軟にすすめて困難な状況に適応していく戦略を展開したと理解されるのである。

以上の考察から、患者が持てる文化資本を駆使しながら、生への執着ではなく、つねに自らの生死の座標軸を確認しておきたいという欲求、自らが置かれている存在状況への強い好奇心の充足を基軸に、医師との交渉を状況に応じて柔軟に、かつねばりづよくすすめる適応戦略を展開した。このことが結果的に効を奏し、癌から生還し、生き続けていることが明らかにされた。

参 考 文 献

- キャッセル, E.J., 1981, 『医者と患者—新しい治療学のために』新曜社。
- カールほか, [1981] 2003, 『解剖学アトラス 第3版』(越智淳三訳) 文光堂 (Von Werner Kahle, Helmut Leonhardt und Werner Platzer, *Taschenatlas der Anatomie*, Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1986)。
- 市川 浩, [1975] 1977, 『精神としての身体』勁草書房。
- 楠永敏恵・山崎善比古, 2002, 「慢性の病が個人誌に与える影響—病の経験に関する文献的検討から—」『保健医療社会学論集』第13巻1号, 日本保健医療社会学会, 1-11頁。
- 田口宏昭, 2001, 『病気と医療の社会学』世界思想社。
- 同上, 2005, 「偏頭痛という経験—ある事例の社会学的分析—」『文学部論叢第85号 地域科学篇』(熊本大学文学部), 123-137頁。
- 同上, 2007, 「終末期の癌患者と相互作用—情報収集と意思決定に焦点を合わせて—」『文学部論叢第92号 総合人間学科篇』(熊本大学文学部), 53-91頁。
- Herzlich, Claudine, 1973, *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. (trans. by Douglas Graham, Academic Press)。
- Gerhardt, Uta, 1989, *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, MACMILLAN。
- Bell, Susan E., [1963] 2000, *Experiencing Illness in/and Narrative*, (ed.) Bird, Chloe E. & Conrad, Peter, *Handbook of medical sociology*, Prentice-Hall, Inc.

註

- 1 本稿は、平成9年度～平成11年度科学研究費補助金の助成を受けた研究の成果の一部であり、筆者がこの度加筆修正を施したものである。
- 2 田口、2007
- 3 楠永・山崎、2002。
- 4 キャッセル, E.J., 84-88頁。
- 5 「病い」(illness)は病む「主体」の包括的な「経験」のあり方に重きを置いた表現であり、医療者が客体としての身体に生じる異常状態に注目する際の病気(sickness)や分類体系のなかで特定の名称を与えられた現象としての疾患(disease)と対比される。医師は疾患を制御しようと努力し、患者は病いの「経験」に生きるのである。
- 6 このときの調査研究の成果は、科学研究費補助金の研究報告書『参照システムが医療行動に及ぼす影響の研究』(2001年、1-104)として公にした。
- 7 これは、対象者自身がその語りのなかでも部分的には述べているけれども、その詳細は面接聴き取り調査の本题に入る前の対話のなかで明らかとなった「諸事実」である。
- 8 キャッセル、84頁。
- 9 某公立医科大学をさす。
- 10 上記某公立医科大学の付属癌センターをさす。
- 11 彼女はおそらく非公式の情報回路を通して、このような印象を持っていたのであろう。それは必ずしも専門家のあいだでの評価と一致するものとは限らない。
- 12 「言うことができない」の意。
- 13 「もう一度」の意。
- 14 「思ってたかったよ」の意。
- 15 「そんなにたくさん」の意。
- 16 この文脈では、「死んでしまう」の意。
- 17 この文脈では、「わるくなる」の意。
- 18 「大手術だったんですよ」の意。
- 19 「そのようなこと」の意。
- 20 この文脈では、「努力して膨らませなさい」の意。
- 21 「順調にいました」の意。
- 22 「ということがなくて」の意。
- 23 腹膜腔内にある小腸の上部五分の二のことを言う。カールほか『解剖学アトラス 第3版』、324頁。
- 24 「ひとつも」「まったく」の意。
- 25 田口 『病気と医療の社会学』参照。
- 26 「つらくてね」の意。
- 27 「一度つつ」の意。
- 28 「共同体」とは区別して用いる「共同態」である。それは、あの村落共同体のような、結合の強固な排他的な社会組織を意味せず、共感を結合の主要契機とする一次的・持続的な一定範囲の人々の結合を意味するものとする。したがって例えば、インターネット上でも、仮想的社会空間として成立しえる、と考える。
- 29 「してやらない」の意。

- 30 田口、2001、『病気と医療の社会学』、126-155頁。
- 31 「良いようには思いません」の意。