

【論文】

がん患者の周囲の者が体験する「がんという病い」

——コミュニケーションの体験についての考察——

船 山 和 泉

Experiencing Cancer as Significant Others of Cancer Patients : Narrative Studies on the Experiences of Communication

Izumi FUNAYAMA

ABSTRACT

The present study examines the experiences of those individuals who maintain intimate relationships with cancer patients, such as family members and friends. The study pays special attention to the individual's communicative relationship with the patient, in which they are forced to "deal with" cancer as an illness within particular individual and socio-cultural contexts. Based on narrative analysis, the study demonstrates three complex and strategic ways in which these individuals interact with cancer patients. First, individuals who maintain intimate relationships with cancer patients make efforts to *avoid* expressing empathy with or sympathy toward the cancer patient. Second, these individuals value participating in daily and mundane routines with the cancer patient. Third, these individuals relinquish leadership in their interactions with the cancer patient and, in terms of the communicative relationship, become rather a follower. In the particular individual and socio-cultural contexts, the communicative experience of those who maintain intimate relationships with cancer patients is not necessarily nor always one which can be described with terms such as supportive, care-giving, or powerful. This contrasts with commonly used terms to describe the communicative role and experience of cancer patients in the contexts of *cure* and *care*, in which they are described as powerless and in need of support and care.

キーワード：がん 病い がん患者 コミュニケーション体験 語り

1. はじめに

「疾患」と「病い」は同じものではない、という言説は、保健医療社会学と定義される研究分野、特にナラティブ分析を採用している研究者の間においては、今や定説ともなっていると言えるだろう。クライマン (1996) が述べる様に「病い」は体験であり、その体験は個人的体験であると同時に社会的・文化的体験でもある。人々がどのように病いを体験するのか、ということは、それが医学的にどのような疾患であるのか、ということとは (完全には切り離せないとしても) 全く違う事象なのである。この前提のもとに、クライマンや江口 (2006) などの研究者が、「病い」を物語とみなして民族誌的な考察をする意義について論じており、病いの社会性・文化性というものを研究する重要性は近年広く共有されるようになってきている。そして従来は医学的な疾患の症状であるとされてきた痛み

や障害といった現象が、病いの「体験」においてはいかなる意味を持ち得るのか、といったことに関しても、様々な知識や知見が蓄積されてきている。このような研究では特に病いを持つ者自身の語りを「病いの語り (=illness narrative)」と定義した上で重視しており、「病いの語り」を理解することは病を持つ者の人生の問題がいかにして「作り出され、制御され、意味あるものにされてゆくのか」(クライマン、p.ix)を理解する上で重要なことであるとされている。

本研究は「病い」の物語の中でも特に、現代日本社会の国民病とも言える「がん」の物語について考察するものである。ただし、がん患者本人が語るがんの物語ではなく、むしろその周囲の者（主な例として家族）が語るがんの物語に着目し、医療の枠組みから離れた文脈——例えば個々の生活現場や職場や人間関係——において、がん患者の周囲の者にとって「がん」が何を意味し得るのか、「がん患者」が如何なる存在であるのか／如何なる存在になるのかについて考察する。そして特に、がん患者の周囲の者が、がん患者と如何に関わりコミュニケーションしようとしているのか、その体験について、コミュニケーション学の視点を用いて論じることを試みるものである。

今や3人に1人ががんに罹患し2人に1人ががんで死亡すると言われている。一方で「5年生存率」が改善してきており、昨今は「がんと共生する」ということがさかんに言われるようになった。これは言い方を変えれば、一度がんに罹患した者は死ぬまでがん患者として生き続けなければいけないということでもあり、我々の半数以上がそういった生存者として社会生活を営むことを意味する。その一方で忘れられがちなこととして、がんがこれほどに身近な疾患となった現代においては、たとえ自分自身ががんに罹患しなかったとしても、我々のおよそ半数が常のがん患者と「共生」しコミュニケーションしているということがある。医学的な意味でのがん（治療）に関する知識や技術が日進月歩であることは疑いがない。だが、社会的・文化的な意味での「がん」が如何なるものか、ということに関してはどうであろうか。がん患者として社会生活を営むことがどのようなことかについて理解することの重要性については、上述したように、徐々にではあるが共有されつつあり、また、潤沢ではないにせよ研究も存在する。だが、そのような者と共に社会生活を営むことがどのようなことか、ということについて我々の知見は実に乏しいままなのではないか。

以上のような問題意識のもとに、本研究は先行研究の検証とがん患者の周囲の者に対するインタビュー採録及びその分析に基づき、彼（女）らが「がん患者」となった者とどのように関わろうとし、それぞれの関係性におけるコミュニケーションを通してどのようにがんという「病い」を「体験」しているのか、ということについて考察する。そしてがん患者本人だけでなくその周囲の者の物語にも耳を傾ける事によって、「がん」という「病い」を現代日本社会に生きる我々がどのように体験しているのかということについて、より多角的で重複的な理解を得るための一助となることを目指す。

2. 「がんの物語」において見過ごされているもの

田口（2007）は、人間の病気は生物的過程であると同時に社会的過程でもあると述べ、人間が生物的にがんを発症することと、社会的あるいは文化的に「がん患者になる」ことは、切り離せない関係にあるとは言え、別のプロセスをたどると論じる。田口によれば、「患者と家族の間で、患者と医師の間で、また患者の家族と医師の間で相互作用を通して」生物的にがんを発症したその者が「がん患者」になることが「協議」され「合意」されるのである（p.54）。しかしながら、その「合意」はお

おまかな合意であり、「がん患者」がいかなる存在であるのか、そして「がん」やその関連事象が何を意味するのか、ということについて両者或は三者の間で多くのギャップがある。特に、医者と患者（とその家族）の間で「『疾患』としてのがん」と「『病い』としてのがん」という二つの概念に象徴される齟齬については多くの事例が報告されている。

典型的な例としては医学的な専門用語や言説についての両者の理解の差に加えて観点もしくは関心の違いともいえるべきものが挙げられるだろう。まず理解の差を示す例としては、検査や検査機器の名称も一般的にはなじみのないものが多々あることや、「浸潤」「予後」「寛解」「病期」「遠隔転移」「標準治療」といった、がん医療の場において当然のように使われる言葉も、普通の生活では聞く機会のないものばかりであるということがある。例えば「予後」とは治療や手術の回復や経過、その見込みのことを意味し、様々な体験や知見そして統計に基づくもので、「予後が良い、悪い」などと言うが、こういった言葉を初めて聞く患者や家族は一体「何」が良いのか悪いのか正確に理解できないことがある。しかし医療の場では専門職である医療従事者がそうではないものを導き治療を施す、という様相が恒常化していることが多い。そのため、専門職の「先生」が一般人には分からない言葉話をしている、ということが当たり前のこととしてみなされ、患者側は不安や不満があったとしても、（後日患者側が「予後」とは何を意味するのかという知識・情報を得る、得ないに関わらず）そのままやりすごす場合が少なくない。

宮坂（2006）はこのような医療従事者と患者との間の乖離について、「原則論」を踏まえた上での（医療者側の立場に依る）「手順論」と（患者側の立場に依る）「物語論」の違いとして論ずることができる、と述べる。宮坂はいわゆる「副作用」の例を用いて両者の違いを述べている。「（患者を）害するなかれ」という原則を例とすると、原則論で重要なことは「患者に危害が及ぶか」である。このことは「手順論」においては「患者に副作用が生じるか」否かの判断となる。だが、宮坂によれば、両者ともに欠けているのが、その患者（の人生や生活）にとって何が危害となるのか、という見方であり、そこを補うのが「物語論」なのである。宮坂はある手術の副作用として「声が出にくくなる」という結果が生じる場合について比較している。この副作用がどういった「危害」であるのか、ということが、医療者の視点（手順論）と患者の視点（物語論）では異なり、ここに両者の齟齬がある、と宮坂は述べる。前者の視点すなわち手順論からすると、これは「構音や発音などという機能が失われること」であるが、後者の視点すなわち物語論においてこれは「好きなコーラスの活動ができなくなる」或は「教員の仕事ができなくなる」などといったことを意味する。「患者を害するな」という同じ原則であっても、医療従事者の作業や手順において何を意味するのかと、患者の人生やその個々の物語において何を意味するのかは、異なるのである。前述の「予後が良い／悪い」という言い方の例に戻れば、それは医療者の手順論における言い方に過ぎず、患者の物語論においては、「手術後どのくらいの期間で職場に復帰できるのか、した場合また休むことになったりしないのか」や「抗がん剤治療をしながら主婦として家事をすることに支障がないのか否か、どの家事労働は可能でどの家事労働は不可能なのか」、あるいは「治るまでにあとどのくらい治療費がかかるのか、かけたお金の分だけ効果があがるのか」といったことこそが重要なのである。だが、「予後が良い／悪い」という言い方と概念はこのような個々の懸念に回答を与えるものにはならないのだ。

「語り」の分析を重んじる研究者の多くは、上記の言葉を借りると「手順論」すなわち医学的作業手順の文脈で諸事象を捉えがちな医療従事者が「物語論」すなわち個々の患者の文脈で諸事象を捉え

なおすことの重要性を主張している。だが、宮坂（2006）自身が述べているように、そういった両者の違いを「物語」の「多様性」とみなすこともまた可能である。この視点において宮坂は「患者の物語」だけではなく「医師の物語」と呼ぶべきものがあると述べ、その他にも、その立場によって様々な「物語」が併存していると言う。宮坂はそういった様々な物語の例として「看護師の物語」や「家族の物語」や「社会の物語」を挙げ、それら物語間の「不調和」について議論している。

宮坂（2006）が「病い」の物語——あるいは体験——は患者だけが持つものではない、と指摘している点に本研究は着目したい。がん患者の「語り」が注目される様になり、その重要性が徐々に認識され始めてきているのは疑いのないところである。ディベックス・ジャパンのようなNPO法人が、がん患者の語りのデータベースを構築し、その体験談を社会資源として動画や音声で提供するサイトを運営し評価を受けているといった例も近年では見られるようになってきている（<http://www.dipex-j.org/>）。その一方で、では患者の周囲の者（例えば家族）が個人としてその「病い」をいかに「体験」するのか、もしくはどのような「病いの『物語』」を抱きそれを生きているのか、ということに注目した研究はほとんどない。前述のように「病い」は個人的体験であるだけでなく社会的・文化的体験であるという知見は既知のものであり、がんもその例にもれない。だが、がんという極めて現代的な「病い」の社会性や文化性というものが民族誌学的な視点から論じられるとき、（医療者を除く）患者以外の者はあくまでも患者を取り囲む「社会」や「文化」という概念や現象の一部をなす一要素とみなされる場合が多く、主たる存在として研究対象となるのはしばしば患者自身や医療者に限られている。このことは、従来の「『病い』としてのがん」の物語の研究が、たとえナラティブ分析の手法を採用していたとしても、最終的にはあくまでがん「患者」に対する治療やケア或はそのためのコミュニケーションの改善を目的としている、ということと無関係ではないだろう。つまり、がん患者をめぐる諸事象は、それが「疾患」ではなく「病い」についての研究であっても、医療・看護・ケアという限られたコンテキストにおいて（のみ）論じられてきたのである。そしてそういった従来の研究において前提となっていたのは、患者—医療者という、固定したかつ不均衡な制度的関係であり、そういった関係に支配されるがゆえの患者の不利益をどのように改善できるか、ということについて模索したり問題提起したりすることこそが至上命題であるとみなされてきたのではないか。したがって「物語」の主演は常に「患者」であり、その彼もしくは彼女の「がんの物語」において重要な役割を演じているのは、患者本人を除くと、常に医療者なのだ。

がん患者と医療者以外者の最たる例としてはがん患者の「家族」が挙げられる。田口（2007）が疾患として「がん」を持つ者が「がん患者」となる協議と合意の参加者として患者自身と医師以外には家族を挙げていることから分かる様に、家族が「『病い』としてのがんの『物語』」において欠かせない存在であることは間違いない。しかし患者—医療者という二項対立的な関係が注目されがちな中で、家族はしばしば「患者『側』」の者として位置づけられる。がん患者の家族は、がん患者となった自身の家族のために共に悲しみ怒り苦しむ者であり、時にはその代弁者となって医療者と交渉したり闘ったり協力したりする援助者と位置づけられ、さらにはそういったマイナスの感情を乗り越えてがん患者を支える役割が期待されることが多い。一方で、「患者『側』」である家族は実は「第二の患者」であり、患者と同様の場合によってはそれ以上の全人格的な苦痛に苛まれているという状況についても理解がされてきてはいる。そして医療者がそういった家族の看護負担を減じてサポートすることの重要性についても研究がすすめられてきている（例：浅野と佐藤、2002；越塚ら、2005）。

だが、いずれにしても上述した通りがん患者の家族は、支援者としてであれ第二の患者としてであれ、患者によりそう（べき）者である見なされている。がん患者の家族は、最たる支援者として、あるいは第二の患者として、時にはがん患者と同一化あるいは一体化した存在となることが指摘されており、家族員自身ががんを自身の問題としてとらえ患者との絆を強めてがんに対して共闘する、という意識を持つ例も紹介されている（浅野と佐藤、2002）。がん患者の家族に関するこのような捉え方は確かに実情を表している部分があろう。そしてがん患者の家族についての先行研究の多くは、支援者あるいは第二の患者としての有り様を理解してその問題点やニーズを明らかにすることをもって家族を支援することを提言している。それはがん患者の最たる支援者たる家族を支援することが、最終的にはがん患者により良い治療とケアを提供することにつながるからである。しかしながらがん患者の家族は、その個々のそして特定の関係において常に良い治療とケアを提供する支援者、もしくは第二の患者たりえるのであろうか？或は常にそういう関係性や役割においてがん患者である家族とのコミュニケーションを体験しているのだろうか？そして、がん患者である家族とコミュニケーションする時、（もちろん個人差のあることであるが）「患者『側』」としてそれを体験するのだろうか？

前述で宮坂（2006）が述べている様に、「病い」の物語を生きる者は患者だけではない。「患者の物語」の他にも「家族員Aの物語」や「家族員Bの物語」、また「友人Cの物語」など、異なる物語が併存しているという考えに依ると、それらの物語の間に不調和が生じたり、患者と（たとえ家族であっても）その周囲の者との間に、あるいは周囲の者同士において、がん（患者）の意味や有り様、或は互いへの関わり方に関してのズレや乖離などが生じるのは、むしろ至極当然のことと言えるだろう。その意味では、がん患者自身が「被支援者」たる物語を生きていても、その家族や周囲の者が「支援者」とならない、なれない、もしくはなりたくない、場合があってしかるべきと言えよう。あるいはまた、がん患者の家族や周囲の者が「支援者」たろうとしても、がん患者自身にとっての「がんという病」の「物語」においてその「被支援者」となることが不都合である場合もあろう。つまり、がん患者とその家族は必ずしも「被支援者—支援者」としてコミュニケーションをとれるわけでも、またとりたいわけでもない。そしてまた、「被支援者—支援者」の関係が成立する場合であっても、その関係の有り様やコミュニケーションの体験を看護・ケアといった限定的な枠組みの中で考えるのは、「がんという病い」が個人的かつ社会的・文化的体験であるという言説と矛盾するのではないか。

言うまでもなく、がん患者とその家族の間には「（がん患者の）支援者—（がん患者としての）被支援者」に限定されない関係性が存在している。そのことは家族の誰かが「がん患者」になることを契機として変容や再構築を余儀なくされるとしても、「（がん患者の）支援者—（がん患者としての）被支援者」という新たな関係（のみ）が従来関係を凌駕するわけではない。むしろ、「支援者—被支援者」の関係の性質は、従来から存在する関係の性質やその変容・再構築の有り様と相互に影響し合うと考えられる。また、がん患者の家族が「第二の患者」になる場合においても、そういった相互の影響があることが考えられる。がん患者にとっての「病い」の物語が医療やケアのコンテクストに限定されることがないように、がん患者の家族にとってのがんという「病い」の物語も医療やケアのコンテクストに限定されるものではなく、同様のことが両者の関係においても（支援者—被支援者の関係が成立しているか否かに関わりなく）言えるだろう。

しかしながら、先行研究の多くは「『病い』としてのがんの物語」が展開してゆく中でがん患者とその家族や周囲の者との間に生じる様々なダイナミズム——それが不調和や摩擦である場合は特に——

に対する興味を限定的な範囲においてしか喚起してこなかったということもまた言えるのではないだろうか。患者と家族との間にズレや乖離があれば、それは医療者側からみた患者側の（患者側がよりよりケア及び治療を受ける際の）「問題点」として見なされることが多く、両者の物語が調和するのは（つまり援助と非援助者の関係が成立したり、患者の家族が患者本人同様に苦しむのは）利害を共有するものとして当然のことであると見なされる傾向がある。あるいは、前者の場合はがんという病に對峙した時に家族員同士の互助機能を十分に発揮できなかった例とされ、後者であればその体験を通して家族員同士の絆をより強めることができた例であると分類される様な傾向があるのではないか。

しかしながら、「がん患者になる」ことは、その重篤度や進行度は様々であっても、彼（女）の人生においてパラダイム転換に等しい程の大きな影響をもたらし、その影響の大きさはがん患者とがん患者でない者をして、異なる「文化」の住人にし得る。その相違は世界観や死生観はもとより、特定の語彙の（不）使用、特定の話題に際しての会話のスタイル、行動様式、関心、価値観、自他に期待する／期待される役割等、あらゆる局面に及ぶ。それゆえ、両者の間ではしばしばコミュニケーション・ギャップが生じており葛藤や摩擦がある。しかしそういった問題は（がん患者という名の弱者に対する）思いやりの有無や、健康な者と病者との間の力の不均衡といった要素に帰されることが多い。だが例え互いを思い合うがん患者とその家族の場合であっても、場合によってはそれだからこそ、両者間での「がん（患者）」の体験と表象、その「物語」には深い隔たりが生じ得るのだ。そしてその「隔たり」は（患者側がよりよりケア及び治療を受ける際の）「問題点」ともなり得ると同時に、がんの「物語」の多様性と併存性を示す現象でもある。しがたって、がん患者とそれ以外の者との間の「隔たり」の有り様を理解することは、「がんの時代」を生きる我々現代人が、すなわちがん患者とそれ以外の者が、いかにより良く共生しコミュニケーションし得るのかを考える上での重要なポイントとなり得るのだ。その意味で、患者と家族の物語が「調和」する場合、たとえば前述の様にがんという「病い」に對峙した際に家族員同士の互助機能が十分に機能したり家族員同士の絆が強まったりするということがあったとしても、その「調和」を共有する家族成員が抱く「物語」もまた決して同一のものではないということも理解しておく必要があるだろう。

次項では、がん患者の周囲の者の具体的な「語り」の分析に基づき、医療やケアの文脈が必ずしも支配的ではない日々の場面において、彼（女）らがどのようにがん患者となった家族や友人と関わりコミュニケーションしようとしているか、そしてそのコミュニケーション行為についてどのような思いを抱いているのか、について考察する。またそういった行為や思いが、がん患者の周囲の者が生きる「がんの物語」においていかなる意味を持ち得るのかについて論じる。詳細は後述するが、本研究のインタビュー対象者であるがん患者の家族やその友人は多くの場合前述の「隔たり」を埋めようのないものとしてとらえている。そして彼（女）らの腐心は、その隔たりを理解することや埋めること、あるいはその隔たりを超えて患者によりそうことには向けられていない。むしろ、日々の生活場面におけるがん患者とのコミュニケーションにおいてその隔たりを（黙殺することを含めて）「いかに扱うか」ということや、その隔たり影響下においていかにコミュニケーションするか、に向けられている。本研究ではその腐心の体験について、インタビュー・データの分析に基づき、特に以下三つの特色について論じる。それは、彼（女）ががん患者である家族や友人に対して（1）「同調／同情しないコミュニケーション」を心がけていること、（2）「日常を演出するコミュニケーション」を実践していること、（3）「追従するコミュニケーション」をある意味で強いられる場合があること、である。

3. がん患者の周囲の者が体験する「がんという病い」——コミュニケーションの体験——

3-1 「語り」のインタビュー採録と分析

「語り」とは何か、ということに関しては前述のクライマン（2009）をはじめとする諸々の研究者が論じており、「語り」という言葉及び概念は歴史学、人類学、社会言語学等の分野で広く使われている。その定義や焦点は分野によって様々であると言えるが、どの分野においても「語り」の分析は、客観的な現象としての唯一の「真実」の解明を目指すものではない、ということ共通しているだろう（Manelis Klein, 2001）。「語り」の分析では、出来事そのものよりもその出来事の「意味」を解明することが大切であり、またその意味は出来事を「語る」者によって定義されることを前提とする。したがって、「語り」を理解する上においては、「語る」行為と「語られる」内容だけでなく「誰が」語るのかが重要な要素となる。特にコミュニケーション学の分野ではオーラル・コミュニケーション研究の長い伝統があるため、モノログとしての「語り」ではなく、むしろ他者との会話において発生する「語り」が重視されてきた。つまり「誰が」語るか、だけでなく「誰に」語るのかという点も、「語り」を分析する上において重要な要素とみなされるのである。以上から本研究では、「語り」を「個人が体験した（或はしている）特定の出来事を言語に置き換える行為であると同時に、特定の他者を対象としその他者との関係においてその体験が理解・共有されやすいように言語という表現方法を通してその体験の意味を（再）構築する行為及び（再）再構築された内容」と定義し（船山、2004、p.17）、この定義においてインタビュー採録とその分析を行った。

本研究に登場するインタビュー対象者6人（例3、4、のがん患者1人については含まない）は、6人全員が自身にとっての「重要他者」である家族や近い友人がなんらかのがんに罹患し「がん患者」となった経験を持っており、そのがん患者のうち5人は既に他界している。6人は自身ががん患者となったわけではないが、前述した様に、「がんという病い」をそれぞれの立場や状況において濃密に体験してきたということが出来る。「誰に」語っているのかもその「語り」を分析する上で重要であるという上記の考え方に則れば、その「病いの体験」を語る相手となった「特定他者」が筆者であったということは、6人の「語り」を理解する上においても重要な要素であると言えるだろう。したがって6人が「語る」相手であった筆者自身の近親者のうち二人ががんに罹患し一人は闘病を経て他界しており、筆者自身が「がんという病い」の濃密な体験を抱えているということは、6人の「語り」そのものとその分析に影響していると考えられる。

濱井と川村（2005）は乳がん患者会における「病いの語り」についての研究で、がん患者会のようなセルフヘルプ・グループは「語りの共同体」でもあり、また、「語りによって維持される共同体」でもあると捉え、そこにおいては「自由な語り」や「いまだ語られなかった語り」が生まれると述べる。がん患者会とはむしろ同質ではないが、重要他者ががん患者となる体験を共有していることや比較的年齢が近いこと、またインタビュー以前に既にラポールが形成されていた、といったことが、インタビュー対象者とインタビュー者（＝筆者）の間に生じる相互作用に影響し、自身の体験を検証し言語化する上で「自由な語り」や「いまだ語れなかった語り」が可能であったと言うことはできよう。さらに、「がんという病い」の体験について語り合うことによって、既に形成されていたラポールが多少の変容を伴って強化されたということもできよう。その例としては、インタビュー対象者の1人である小山さんが後述で紹介する抜粋とは別の箇所で「（がん患者になった友人のメールに返信をす

ることが) 負担だった」と述べていることや、同じ様にインタビュー対象者である山原さんが、やはり後述で紹介する抜粋とは別の箇所で「人が死ぬってきれいごとじゃないんだよね」と述べていることなどがあるだろう。また、別のインタビュー対象者である中井さんも後述で紹介する抜粋箇所とは別の箇所で「(がん患者となった母親に) 電話したくない、さぼっちゃえ、と思う日もあった」と述べたり、母親が臨終した日のことについて「朝方死にそうになって、すっかりみんなで盛り上がったんだけど、結構もって、昼頃になって。そこにいた親戚の人と『すっかり盛り上がったのね』なんて言っていた」といった回想を漏らしている。場合によっては顰蹙を買うかもしれない類いの本音の一部を、インタビューの際に初めてもらしたインタビュー対象者がいたということである。つまり、「がん患者にとっての重要他者」に期待される「あるべき姿」を語らなければならないというプレッシャーや、大学の研究者によるインタビューという状況によって「立派な語り」が導かれてしまう、という危惧は本研究においてはほとんどなかったとすることができる。

本研究では半構成的インタビューを行い、「語り」を導くウォームアップとして、インタビュー対象者の家族や友人ががんに罹患したことが判明した経緯やその病名、手術、治療、通院、入院といった事柄についての経過を最初に聞いていった。その後、その時々でどのように感じていたか、がん患者との関係性やコミュニケーションの有り様がどのように変わっていったか、あるいは変わっていかなかったか、といったことや、それはどうしてだと思うか、といったことについて、おおまかな質問を投げかけ自由に回答してもらう形を採用した。質問項目等は前もって設定せず、筆者自身の体験についての自己開示を織り交ぜながら、インタビュー対象者自身に「(自分も) 語りたい」というポイントを自ら見つけてもらえるようなやり取りができるように意識した。インタビュー対象者が「語り」のモードに入った際は、意識的に相づちを打つなどして、インタビュー対象者自身の「語りの流れ」を促進するように心がけた。インタビューを行った6名のうち、3人については本人の了解を得て録音し後日書き起こしたものをデータとした。残りの3人については本人の了解を得てインタビュー中にできるだけ詳細なノートをとり、それを後日整理したものをデータとした。

前述したように本研究は、がん患者の周囲にいる者のがん患者とのコミュニケーションの体験における特徴として(1)「同調/同情しないコミュニケーション」(2)「日常を演出するコミュニケーション」(3)「追従するコミュニケーション」の3点を挙げ論ずる。これらの項目は以上のようなインタビュー時の相互作用を通じてインタビュー者(=筆者)と複数のインタビュー対象者が、がん患者とのコミュニケーション実践の体験について「共感し合えた」事象・体験についてインタビュー中やインタビュー後に書き出し、いくつかの事象・体験をくくることのできるテーマを見出す、という経過を経て抽出したものである。ただし、先行研究の傾向やそれに対する筆者の見解を踏まえ、本研究で論ずるに妥当であり意義があると考えた項目に絞りこむという作業を行っている。

インタビュー対象者のプロフィールについては文中で簡単に紹介するが、インタビュー対象者のプライバシーへの配慮からその氏名は全て仮名である。また、がん患者の病名(疾患部位)を含む病気の詳細についても、「語り」の分析に支障がない限り、実際とは変えている。

3-2 同調/同情しないコミュニケーション

がん患者、そしてがんに限らない病いをもつ「弱者」に対しては、その苦悩の表現・発話に対して傾聴する、共感を表す、といったコミュニケーションをするのが望ましいのだ、というのが定説であ

る（谷田*et.al.*, 2006）。しかし本研究のインタビュー対象者は、あえて傾聴しない、あえて共感をしない、という形のコミュニケーションを意識して実践している。

最初に示す以下の例は南田さん（30代女性、叔父が肝臓がんに罹患し4年間の闘病を経て他界）のインタビューからの抜粋である。「痛み」を訴える叔父に対して、彼女はあえて共感を示さないようにしていたと述べる。

〈例1〉 南田さん

「ここが痛むんだよね」とか言われても「大変だね」というようなことはあえて言わないようにしていた。むしろ「(そのくらいは)大丈夫だよ、たいしたことないよ」というように言っていたくらいかも。感情を抑制して接していたかもしれない。叔父と同じ立場にはならないようにしていた。自分と叔父の間にある溝を常に意識して接していた。(中略)叔父は憐れんで欲しいと思っていたと思う。

インタビュー対象者の全員ががん患者である家族・身内や友人に対して、その種類や程度は様々であれ、「心の痛み」を感じている。だが一方で、そういった「感情」について、あえて表出しないように心掛けており、それに則ったコミュニケーションを実践している。以下例2は小山さん（20代女性、同性の近い友人が白血病に罹患し約2年半の闘病の後完治）のインタビューからの抜粋であるが、がん患者となった親友に対してどう接して良いのかとまどいながらも、彼女もまた自身の感情をがん患者である親友に対して表さないように強い決意をもって接している。

〈例2〉 小山さん

腫れ物に触るような感じ（で接していた）。人種の問題に似ているかもしれない。ただ、彼女に絶対に同情してはいけないと思っていた。

例1の南田さんと例2の小山さんががん患者である近い者に対してあえて感情（の表現）を抑制しようとする事については、いくつかの説明が可能であろう。苦痛の表現に同調しないことによってその苦痛から目をそらしてあげたいと思う彼女らなりの「思いやり」かもしれない。あるいは、そういう患者に対峙することによって彼女たち自身が感じる苦痛から目をそらしたいためなのかもしれない。また、以下で詳述するように、痛みについての発話ややりとりを最小限にすることによって、「日常」から逸脱することを避けたいのかもしれない。

だが、いずれにせよ、例1の南田さんの「叔父と同じ立場にはならないようにしていた。自分と叔父の間にある溝を常に意識して接していた。」という言葉が端的に示しているように、彼女たちががん患者である身近な者に対して同調や共感（の表現）をしない、或いはするべきない、とする態度や行動は、彼女たちが両者の間に「隔たり」が存在することを明確に認識しており、その「隔たり」は埋めようのないものであることを前提としている。そして例2の小山さんの「絶対に同情してはいけないと思っていた」とする決意とそれに基づいた行動は、「隔たり」を少しでも埋めようとするよりはむしろ尊重することに注力しているものと言うことができよう。このことは一見「がん患者」となっ

た者に対して望ましいとされる「よりそう」努力を放棄あるいは回避しているようにも見える。だが従来定説となっている傾聴や共感を示すことにより患者に「よりそう」ことが果たして妥当なのだろうか。本当に可能なのだろうか。そしてがん患者となった者は、それを望んでいるのだろうか。それを可能だと考えるのだろうか。

南田さんが「叔父は憐れんで欲しいと思っていたと思う」と述べているが、同情や憐れみの気持ちを持たずに、あるいはそれを露呈せずに、「よりそう」ことはそれほど簡単なことではない。場合によっては命に関わる病いに苦しむ家族や親友を目の前にして、同情や憐れみの気持ちを持ってしまうのはある意味で至極当然のことであるからだ。だからこそ、小山さんは「『絶対に』同情してはいけない」という強い決意にも似た心構えを持ち、南田さんはあえて「隔たり」を意識し尊重する態度や戦略を採用している。そうでなければ、生物的・医学的意味においての強者である「『がん患者』ではない者」と弱者である「『がん患者』である者」の間にある不均衡が、社会的・文化的・個人的文脈をも支配してしまうからである。そしてそれはがん患者となった叔父や親友の望むことではない、と南田さんと小山さんは考えているし、南田さんと小山さん自身も望んではいないのである。

本研究はがんの周囲の者の語りを主なデータとしているため、今回の研究対象の範囲外ではあるが、筆者がある女性のがん患者に対して行ったインタビューにおいても、「隔たり」に関連して同様の言説が観察された。がん患者の立場からすれば、彼（女）らの身体的・精神的・社会的苦悩については、がん患者でない者には「理解できない」ものであり、そこには一種の諦観すらある。以下の例3はこの敏子さん（60代女性、食道がんを発症し抗がん剤治療を経験し、現在発病から3年経過）が同じようにがんを患い亡くなった友人との交流について語った部分の一部である。

〈例3〉 敏子さん①

さっちゃんとは同じ苦しみを持った同士、患者以外にはどう説明しても理解できないことを話してきました。

また敏子さんは抗がん剤治療の副作用である脱毛の経験について語る際も、がん患者である自身とそうでない者との間の埋められるはずのない溝について言及している。以下例4はその部分についての抜粋である。

〈例4〉 敏子さん②

私は【同じ経験をした人以外には】理解できるものだとは思っていないんですよ。まあ、そのぐらいショックだと言えるでしょう。

前述したように、患者—医療者という枠組みにおいて家族は患者『側』として位置づけられることが多い。家族ではない身近な者にしても同様である。しかしながら、「がん患者—がん患者でない者」という関係性において両者の間の溝は厳然として存在しており、がん患者自身はもとより、がん患者でない者もその溝の存在を感じている。けれどもここで注意すべきこととして述べておきたいのは、そういった両者の隔たりそのものが、がん患者と近しく関わる者にとっては必ずしも両者の関係構築や維持における障害であるとは位置づけられていない点である。なぜならその隔たりは存在する

のが当然であり、決して埋められないものであると同時に関係の構築や維持の前提でもあるからである。彼（女）らにとって切実であり問題なのは、その「隔たり」を理解することやそれをなくすことではなく、特定の間人関係やその場その場その時のコミュニケーション事象において、その「隔たり」を「どのように扱うか」ということなのだ。そしてそれは、がん患者でない者には——前出の敏子さんの言葉を借りるなら——「どう説明しても理解できない」物語を生きているがん患者となった家族や親友と共生しコミュニケーションするための現実的な手段を講じているとも言えるのではなからうか。それは小山さんの言葉を借りれば「腫れ物にさわるような」「人種の問題に似ている」意識や行動である一面を持つ一方で、上記で敏子さんが表している「患者以外にはどう説明しても理解できない」物語の固有性や、その物語の抱く特権性を尊重している一面も持ち合わせているとも考えられる。

3-3. 日常を演出するコミュニケーション

がん患者となった家族や親族、あるいは近い友人と接する際に心がけたことは何であったかという筆者の問いに対する様々な回答を象徴するキーワードとしては、以下例5の長原さんのインタビューの抜粋からの言葉を借りると「ごく普通に」であるとか、後述する東さんの「当たり障りのない」が挙げられる。長原さん（50代女性）の夫は肺がんが末期になって発見された3ヶ月後に亡くなっているが、入院している夫との会話を「ごく普通の」ものであったと述べる。

〈例5〉 長原さん

普段の家庭の会話ぐらい。改めて何も聞かない。これからどうするかとか子供はどうするかとか（聞かない）。まあごく普通になんかテレビのことしゃべったりとか。まあ同じ職場の人のことしゃべったりとか。あと、ちょっと演出で、先のこと聞くんです。来年くらいに車買い替えたいねとか。ちょっと休み長くとったから来年くらい旅行行きたいねとか。とにかく今は療養中だけど、来年とか先のこと考えよっかみたい。お芝居と言えお芝居。

言うまでもなく、長原さんとその夫が置かれていた状況は「ごく普通」の状況ではない。長原さん自身も入院の時点で夫の余命が2ヶ月であると聞いており、自分らを取りまく状況が「ごく普通」でないことも十分に認識していた。けれども、あえて「ごく普通の」会話を夫と持ち、二人が今いる日常が当たり前のようにこの先も続いていくかのように会話を「演出」している。

東さん（40代男性、義母が胃がんに罹患、義母は約2年の闘病の後他界）もまた、生前の義母との会話を振り返る際、（すでにがんが発覚して手術をした後に）どのようなことを心掛けてコミュニケーションしていたか、という問いに対してやはり「当たり障りのない会話をするようにしていた」と述べる。そしてその「当たり障りのなさ」を「（義母と）親しい親しくないとは別として」心がけていたと述べる。だがその「当たり障りのない」会話のエピソードのひとつを、東さんは悔恨の思いを込めて語る。

〈例6〉 東さん

僕は（義理の息子という立場なので）お義母さんの（心身の）痛みの部分で僕に何かして欲しいとは

思っていなかったと思う。状況、状況で当たり障りなく「何でもありませんよ」っていう風に（接していた）。ただ、結局、（義母が）だるいだるくないっていうのは分かっていたなあ、と。健一（東さんの息子）のオムツを取り替えていたときにお義母さんが興味深げに見ていたから、「お義母さん、やってあげて（オムツ替えてあげて）下さい」って言ったんだけど、かなり躊躇してて、結局やらなかったんだよね。変だなと思ったけど別に気にしない風で、実際たいしたことじゃないし、僕が替えただけ。今、考えると、あの時お義母さん、身体が相当しんどかったんだなって。なんか何度も（替えてくださいと）言って、悪いことしちゃったなって思う。

長原さんの夫は自分自身の病気のことを知らされておらず、また、手術が不可能な状態であったため手術も受けていなかったが、東さんの義母は告知を受けた上で手術を受けていた。また、長原さんは夫の余命を告知されていたが、東さんはこのエピソードの時点ではまだ義母がその先どうなるかということについての予測できるだけの情報や知識を持っていなかった。このように両者の状況に違いから考えても、「日常を演出する」態度や行為の動機には違いがあるであろうことは推測できる。だが、いずれにせよ言えることは、両者が「日常を演出」し「ごく普通の」「当たり障りのない」コミュニケーションをすること、あるいはしたことにに関して、「（おそらくは悲痛な）覚悟」や「悔恨」といった、「非日常的な思い」を抱えていることである。そしてそのような思いを抱きながらも、がん患者である重要他者と「ごく普通の」「当たり障りのない」コミュニケーションを持つことに価値を置いていることである。

がん患者に対する家族の「思い」については中村と大西（2006）が研究しており、Care-giverもしくはCo-suffererとしての「家族」が自分自身や患者に対して抱く「思い」をいくつかのカテゴリーに分けている。また柴田と佐藤（2007）はがん患者を介護している家族員の体験に関して、その詳細なできごとや「思い」について、やはりカテゴリー化した上で考察している。こういった家族の体験や思いについての研究は少なくないが、ではそうした「思い」をもった家族員や身近な者が、実際に患者とどのように関わろうとしコミュニケーションしようとするのか、といったことやその体験についてはほとんど研究されてこなかった。前述した通りがん患者に対するコミュニケーションのあり方については「傾聴」や「共感」を重視した定説と言えるものがあり、それは家族の患者に対するサポートの重要性を論じる中でも言及される（Gotcher, 1993; Given et.al., 2001）が、その多くは「『べき』論」であり、コミュニケーションの実態や体験についての考察ではない。

「傾聴」や「共感」を表現するテクニックとしてはゆっくりとした動作でのうなづきや、やわらかい口調でのあいづち、時には沈黙、といったことが挙げられるが、そういったテクニックが「日常」を演出できるかと言えば、必ずしもそうではないだろう。言い方を変えると、何を持って「ごく普通の」「当たり障りのない」「日常の」コミュニケーションと呼べるかは、個々の患者によって違うだけでなく、その患者と関わる者それぞれにとって異なるのだ。例5の長原さんとその夫の間であればテレビの話をするのが日常のコミュニケーションであり、例6の東さんとその義母の間であれば子供（がん患者であった義母にとっては孫）の世話について会話をかわすのが日常のコミュニケーションである。がん患者と近しく関わるその周囲の者たちは、がん患者となった家族や友人に対してゆっくりとした動作でうなづいたりやわらかい口調であいづちをうつことを特段に心がけているわけではない。むしろ「いつもの様に」テレビの話をしたり子供の世話のことについて会話をしたりするといっ

たことを成立させるために努力し葛藤している。そして理想とされる援助やケアを行うために苦しみながらも奮闘するといった「立派な物語」ではなく、そういった一見なんでもない「日常」を維持するための努力や葛藤こそが彼らにとっての「がんという病い」の物語であると言えるのではないだろうか。

3-4. 追従するコミュニケーション

がん患者と周囲の者（家族や友人など）が従来、支援される者—支援する者という関係にあるとみなされてきたことは既述の通りであるが、それは両者の関係が弱者—強者の関係であるということも示唆してきた。がんという命に関わり得る疾患を持つものとそうでない者のどちらが肉体的に弱者であるかと言えば当然前者であるし、それは社会的な立場にも通じる。しかしそういった肉体的・社会的弱者であるがん患者は、特定の関係におけるコミュニケーションの実践行為においては必ずしもそうではない。本研究のインタビュー対象者であるがん患者の家族が語る患者とのコミュニケーション体験においては、むしろそういった弱者—強者の関係が逆転する場合がある。「がんという病い」が必ずしも医療やケアのコンテクストではない——例えばお茶の間の団らんの——場面を支配する時に、がん患者という立場にある者こそがコミュニケーションの主導権を握り、その周囲の者はその主導に追従する形でコミュニケーションに参加する、という事象について、以下例7と例8で紹介する。

例7は山原さん（40代女性、父親が白血病に罹患し5年間闘病した後他界）のインタビューからの抜粋である。山原さんは白血病に関連する会話の主導権を父親が握る様子について語っている。例として、同様に白血病を患っていた俳優の渡辺謙や歌舞伎役者の團十郎がテレビに登場した時、彼らについて語る権利が誰にあるのか、といったことについて一種の序列が家族員の中で構築されていた（と少なくとも山原さんが感じていた）ことを挙げている。

〈例7〉山原さん①

（父は）我が家でも普通に生活していて普通に元気なだけけれども、何も言わなければ分からないんだけど、常に、僕は白血病です、っていうのはあったから、茶の間から白血病が消えることはなかった。肉体的には普通の人なだけけれども、言葉の端々に普通に病気の話が出てくる。ま、一番分かりやすく言えば、渡辺謙が出てくれば、どうしてあの人は直ったんだろうね、って普通に出てくる。（中略）あとね、父が発病したのと前後して團十郎が（白血病を発病した）。だからそれも、團十郎がテレビに出てくると、父がいてもいなくても例えば團十郎がテレビに出てくると母も、なんでこの人また舞台に復活したのかしら、とかっていうのが端々にぱっと普通に出てきちゃう。それは逆に言うと私とか妹の方が普通に躊躇があって両親がいるところで言っちゃうのはだめだな、っていうのがあったんだけど、父とか母は普通に「なんでこの人は」（って言う）。で、母も父がいると少し遠慮する。そうすると父だけが「なんでこの人は直るのかな」って。

父親—母親—山原さん自身と妹、といった序列にはどういった背景があるのか、その会話の多重的構造について、山原さん自身が自己分析的に続けて語っているのが以下の例8である。

〈例8〉山原さん②

突然和やかなお茶の間に出現してしまった白血病患者に対する一瞬の身構えがこう緊張になるわけじゃない。あ、團十郎だ、あ、渡辺謙だ、って。この人も白血病だよ、みたいな。(中略)あと、例えば父の周りの人でも同じ世代の人たちがいるから、そういう心配して、父の友達が最近どうしてる、なんていって電話かかってきたりすると、いや誰々さんがなんかこの間倒れたらしいよ、なんていうのが入ってきたりして今度手術だって、あ、そうなんだ、って。で(父が)いいよな、手術は切って取れりゃあ済むんだから、なんてさりとて言うの。(普通の)がんは切ればいいんだからって。こちらも、そういう風に言われると妙な緊張がピヤッと取れるので、そんな切って貼ったり切って貼ったり(手術をしたら)痛くて大変なんだよ、良かったじゃん、切なくて済んでさ、ってこっちも言える、みたいな。そういう、緊張を破る感じかな。

例7で山原さんが「茶の間から白血病が消えることはなかった」と述べている通り、山原さんの父親が「血液のがん」と呼ばれる白血病患者であるという事実は常に父親本人や家族員の心から消えることはなかった。しかし、「何も言わなければ分からないんだけど」や「肉体的には普通の人なんだけれども」、という言葉が示す様に、「白血病」は茶の間に存在しつつも普段はそのなりをひそめていた、という様子が伺える。実際、山原さんの父親は闘病中の5年間の大部分の期間を家庭内において「普通に」暮らしていたということ、山原さんはインタビューの別の箇所述べている。しかし例8で述べているように、渡辺謙や團十郎の姿を借りて「突然和やかなお茶の間に登場してしまった白血病患者」——つまり顕在化してしまった父親の白血病患者としての姿——に対する「一瞬の身構え」が家庭内(のコミュニケーション)に緊張感を生むとき、その「普通さ」が危うくなるのだ。顕在化してしまった父親のがん患者としての姿を——すなわちテレビに登場してしまった渡辺謙や團十郎を——どのように処遇したら良いのか、ということについてその場に居合わせた(父親を含めた)家族員の間で緊張が生まれるのである。しかし山原さんの家族の場合は、がん患者である父親自身が渡辺謙や團十郎の白血病について言及することにより、山原さんたちはそれに追従するという選択をすることができ、その緊張が破られる。言い方を変えると、がん患者である父親自身ががんに関するコミュニケーションの主導権を持つことにより、山原さんたち家族は目前に突きつけられた「がんという病い」に起因するコミュニケーション上の緊張から解かれ、ある意味で救われているのである。

例8で同様の例として紹介されているように、「今度手術」する父親の友人についての話題も、違う形ではあるが、白血病患者としての父親の姿を浮き彫りにさせてしまう。それは同じように「がん」を患っているということでもあるが、それ以上に、件の友人の「普通の」がんは手術して取ることができるが、血液のがんを煩っている父親の場合がそういった処置が不可能であるという違いがあるため、血液のがんつまり白血病がいつまでも居座っているという父親の姿が、手術を控えた友人とのコントラストとして浮かびあがるのである。そういった父親の姿が浮き彫りになる時に家族の間に生じる緊張を破ることができるのは、あるいは破る資格があるのは、やはり父親自身の他にいない。山原さんの父親が「いいよな、手術は切って取れりゃあ済むんだから」とまさにその友人との違いについて言及して自身の姿を暗喩することによってはじめて、山原さんはそのコントラストに言及しつつ父親を諷める形をとって励まし慰めるという会話を展開することが可能となり、家族が「和やかなお茶の間」でのコミュニケーションを取り戻すことが可能となるのである。山原さんの言葉をそのまま借

りと、山原さんも「そういう風に言われると妙な緊張がピヤッと取れる」ので、「そんな切って貼ったり切って貼ったり（手術をしたら）痛くて大変なんだよ、良かったじゃん、切んなくて済んでさ、ってこっちも言える」というわけである。

Keating (2009) は、弱者と強者の関係が構築されまた交渉される上において言語は重要な手段であると述べる。特定の関係において、また、特定の場面のコミュニケーション活動において、誰が強者となり弱者となるのかは、必ずしも社会的な関係によって左右されず、その時々と言語活動における選択にこそ左右されるのだ。このことはがん患者とその周囲の者の関係についても当てはまろう。田口 (1984) は「病院化された患者役割」について論じる中で、現代の病院のシステムは病院スタッフが患者に対して優位な権力状況を再生産するように機能していると述べているが、医療システムから離れた場所・場面・状況において起こる個々のコミュニケーション活動については、その権力状況は流動的になりえるのではないか。上記の例7、8でのエピソードとその語り示している通り、山原さんはがん患者をケアする立場にある者としてがん患者に対して肉体的に強者であると同時に社会的な強者でもあり得るが、がん患者である父親とのコミュニケーションにおいては追従する立場になり得る。それは必ずしも山原さんの父親が家父長制的な意味において「父親」であるがゆえに娘に対して主導権を持つ、ということではなく、父親ががん患者であるがゆえにその周囲の者に対して常にコミュニケーションの主導権を持っているということでもない。例7、8が示唆しているのは、特定の状況・関係性において生じる個々のコミュニケーション活動では、がん患者が自身の病いを権力の資源として言語上活動上の選択をする権利を持ち、会話の流れを形作る権力を持ち得る（あるいは持つてしまう）場合があり、その際は周囲の者がその流れに追従することによってコミュニケーションがうまくいく——山原さんの言葉を借りればすなわち「和やかなお茶の間」が維持できる——ということである。

がん患者の周囲の者は、特に彼（女）ががん患者にとっての重要他者である場合は特に、がん患者に対して様々な思いを抱える。その思いは同情、哀れみ、恐れ、尊敬、愛しみ、悲しみ、希望、後悔、非難、などなど、多岐にわたり複雑に入り組んでいる。その思いの有り様は、がん患者との関係性によっても異なり、その時々状況によっても変容するものであるが、前述したように重要他者はどういう形であれがん患者「側」であるということが前提とされてきた。個々のコミュニケーションの有り様において、その重要他者とがん患者の間に緊張感や場合によっては摩擦が生じるといった事象については、国外ではKramerら (2009) の研究やZhang *et.al.* (2003) の研究があるが、国内ではあまり研究されてきていない。そういった緊張感や摩擦が家族機能の不全ではなくむしろがん患者に対する愛情や患者「側」の人間としての思いに起因している場合については特に見過ごされてきたと言えるだろう。看護中のネガティブな体験については心身の疲労や閉塞感、日常生活の崩壊そして周囲の人間関係の亀裂、といった項目が挙げられているが（柴田と佐藤、2007）、そのいずれも第2の患者としての家族員の体験を示唆するものではあっても、がん患者との関係性やコミュニケーションについてのものでない。肝がん患者が語る家族の支援についての研究（安川と藤田、2008）で、直接的な言葉での励ましが精神的な支援となる一方でそういった励ましに答えられないことに苦痛を感じるということが報告されているが、同様の事象についての家族側がどのような体験を生きているのか、といったことに関しては注目されてこなかった。

以下例9は中井さん（40代女性、母親が膀胱がんを罹患し約3年間の闘病を経て他界）のインタビュー

からの抜粋である。中井さんは別居している母親のがんが発覚して以来、母親の入院時を除いてほぼ毎日母親に電話をかけていた。母親に対しての愛情もしくは心配ゆえの電話ではあったが、以下の抜粋からはその電話での母親との会話が中井さんに多大なストレスをもたらしていたことが伺える。

〈例9〉 中井さん

最初の手術のあとは「もう毎日電話しなくていいよ」って言っても、私を気遣っているっていう感じだったんですけど、2回目の手術の後には、まあ、本人も調子悪かったんでしょうね。私も当時は自分の気持ちで、なんか、いっぱいいっぱいだったから、よく分かってなかったと思うんですけど、時々ほんとに迷惑、って感じで。機嫌悪いってというか、すぐ切りたそうで。私がちょっと自分の話とかしていると、もう、はいはい、じゃあねって感じで。今思うと、身体がキツイから娘のどうでもいい話につきあうどころじゃなかったんだなっていうのは分かるけど。で、「調子どう?」とか聞いて「どうもこうも」みたいな答えがかえってきたりとか、機嫌も悪かったり、調子悪そうだったりすると、もうすご〜くと落ち込んで、一日まっくらになっちゃう。ほんとにその日だいなし、みたいな感じ。こっちは母親が死ぬかもしれないと思っててしんどいわけだけど、追い打ち、みたいに。で、次の日またちょっと調子良さそうだったり、まあ、比較的楽しく話せたりすると浮上、みたいな。なんか母親の言動で一喜一憂しちゃうというか、ほとんど母親に支配されてしまうというか。もちろん、本人(母親)はそんなつもりはなかったんですけど。

言うまでもなく、心身ともに一番辛い思いをしていたのは中井さんの母親であり、中井さん自身もそのことは(少なくともインタビュー時には)了解していた。そういった母親に「支配されてしまう」のは、母親の意思によるものではなく中井さん自身によるものである、ということも、中井さん自身は承知しており、実際にインタビューの別の箇所でも「結局自分のために電話していた。母親のことを考えてたわけじゃなかったかもしれない。」と述べている。

上記例7、8の山原さんが感じていた「緊張感」がそうであるように例9の中井さんが感じていた「被支配感」もまた、がん患者である父親や母親が生み出したというよりは山原さんや中井さん自身がその父親や母親とコミュニケーションする上で「体験した」事象である。山原さんの父親が「和やかなお茶の間」に突如生じた緊張感に気がついていなか否か、その緊張感を破るべく会話を主導しようとしていたか否か、あるいは主導している意識があったか否か、といったことについては知りようがない。また、中井さんの母親にしても、おそらく自分の娘の一日を「まっくらに」したり「だいなし」にしたりしたいとは願っていなかったであろうし、自身の娘に対する「支配力」についても少なくとも中井さんほどには意識してはいなかったであろう。しかしながら、山原さんと中井さんがそれらの出来事を「体験」し、インタビュー者(=筆者)に対して「語る」上で“意味ある”事象として再構築しているということは事実である。「病いの語り」を理解することは病いを持つ者の人生の問題がいかにして「作り出され、制御され、意味あるものにされてゆくのか」(クライマン、p.ix)を理解する上で重要なことであるとされている、と本論の冒頭で述べた。山原さんや中井さんが語る(家族の)「がんという病い」の体験において、上記のような緊張感や被支配感のがん患者との関わりにおいて意味を持つものであるならば、山原さんや中井さんががん患者である家族と関わりコミュニケーションする上で問題や体験について、従来の「(良き)支援者」や「第2の患者」の枠組みの

中だけで理解することはできない。山原さんや中井さんが医療やケアのコンテクストの外で体験したがん患者とのコミュニケーションにおける緊張感や被支配感は、そのまま彼女たちにとっての「がんという病い」をなす重要部分であると同時に、がん患者でない者ががん患者と共生しともに社会生活を送る上での葛藤や問題を映し出していると言えよう。

4. 結び

Charmaz (1983) が述べる様に、がんのような慢性疾患により自己を喪失したと感じる患者が、病気を患う前の自己と同等に価値のある自己を形成するのは容易な事ではない。がんのような生命に関わる慢性疾患の場合、病気が生活の一部になるのではなく、病気が生活とアイデンティティーの主体となり自己そのものにとって代わるとCharmazは論じる。がん闘病／治療の意味や、がんとともに生きることの意味を見いだすことなくして、あらたな自己を（再）構築することは不可能に近いということである (Mathieson, C.M., & Stam, H.J., 1995)。つまり一度がんに罹患した者は、非常に多くの場合、がんに罹患する以前の自分を過去の自分とみなし、まさに「がん患者」としてのアイデンティティーを（再）構築することを強いられる。その一方で、患者の自己は、個々のそして継続中の人間関係や社会生活、それに伴う相互作用において形成され活性化され、他者との（共有）体験に基づいていると同時に常に可変的でもある。

そのようなプロセスにおいては、がん患者と関わる者もまた、同様にそれぞれの間関係や社会的関係及びコミュニケーション活動において、「がん（患者）」や関連事象をどのように位置づけ意味付けかそして取り扱うか、或はそういったことについていかにがん患者となった者と協議し合意できるか（否か）、ということについて、選択をせまられる。彼（彼女）らもまた、がん患者と同様に、その特定の関係において自身のアイデンティティーとがん患者との関係性についてコミュニケーションを通じて（再）構築することを強いられるのである。がん患者の周囲の者は、自身の体験としてやはりがんという「病い」を体験する当事者であると同時に、「がんという病い」の体験をがん患者とともに共同構築する当事者でもあるのだ。そしてその「当事者性」は必ずしも「支援者」や「第2の患者」としての範囲にとどまらない。しかしながら、その体験の複雑さや個人的・社会的・文化的意味については、これまでは非常に限られた範囲でしか考察されてこなかった。それはがん患者が従来「治療／ケアする対象」として（のみ）捉えられ、そのコミュニケーション事象についての研究のほとんどが医療や看護といった限られた領域におけるものであったことと無関係ではないだろう。それは、がん患者が「社会生活者」でもあることを軽視し、特定の個人的・社会的・文化的関係性や時空間においてがん患者以外の者と「共生している」存在であることを見落としその体験を軽視していたということでもある。本研究が、がん患者とともに社会生活を営むことは如何なることであるのか、に関しての理解を深める一助となっただけでなく、がん患者として社会生活を営むことは如何なることであるのかを理解することの重要性を示唆し、両者のより良いコミュニケーションと共生のための知見と知識の蓄積に貢献できたのであれば幸いである。

引用文献

- 江口重幸 (2006) 「臨床場面における物語と声? ジャネの『想話機能』を手がかりに」 江口重幸・斉藤清二・野村直樹 (編) 『ナラティブと医療』 金剛出版、31-48。
- クライマン、アーサー (1996) 『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』 江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) 誠信書房。
- 越塚君江・神田清子・藤野文代 (2005) 「女性生殖器がん患者の家族への尾見とそれに対する看護援助」 『岡山大学医学部保健学科紀要』 16、31-38。
- 柴田純子・佐藤禮子 (2007) 「在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験」 『千葉看会誌』 13 (1)、1-8。
- 田口宏明 (1984) 「病院化された患者役割」 『熊本大学文学部論叢』 12 (地球科学編)、1-24。
- 田口宏明 (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——」 『熊本大学文学部論叢』 92、53-91。
- 谷田明美・今村仁美・伊勢美子・井上美紀・中村ゆきえ・越田貴美子・鈴木すずゑ (2006) 「一般病棟におけるターミナル後期のケアに対する看護師の意識調査」 『看護研究発表論文集録』 38、37-40。
- 濱井和子・川村尚也 (2005) 「患者会のコミュニティ・エンパワメントの可能性と課題——乳がん患者会における『病いの語り』の分析から——」 大阪市立大学 『経営研究』 56 (2)、105-124。
- 船山和泉 (2004) 「多国籍企業における「異文化間コンフリクト」の位置付けに関する一考察——文化の共有・非共有の意味構築に関連して——」 *Kyushu Communication Studies*, 2、12-26。
- 中村喜美子・大西和子 (2006) 「大学病院に入院する終末期がん患者の家族の思いに関する研究」 『三重看護学誌』 8、21-31。
- 宮坂道夫 (2006) 「医療倫理の方法としての物語論」 江口重幸・斉藤清二・野村直樹 (編) 『ナラティブと医療』 金剛出版、82-92。
- 安川和希・藤田倫子 (2008) 「汗がん患者が語る闘病生活に対する家族の支援」 『高知大学看護学会誌』 2 (1)、15-22。
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health and illness*, 5 (2), 168-195.
- Gotcher, J.M. (1993). The effects of family communication on psychosocial adjustment of cancer patients. *Journal of applied communication research*, 21 (2), 176-188.
- Given, B.A., Given, C.W., & Kozachik, S. (2001). *A Cancer journal for clinicians*, 51, 213-231.
- Keating, E. (2009). Power and Pragmatics. *Language and Linguistics Compass*, 3 (4), 996-1009.
- Kramar, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., & Yonker, J. A. (2009). Predictors of family conflict at the end of life: The experience of spouses and adult children of persons with lung cancer. *The Gerontologist*, 50 (2), 215-225.
- Manelis Klein, H. E. (2001). Narrative. In A. Duranti (Ed.), *Key terms in language and culture* (pp. 162-164). Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Mathieson, C.M. & Stam, H. J. (1995). Renegotiating identity: cancer narratives. *Sociology of health and illness*, 17 (3), 283-386.
- Zhang, A. Y., & Siminoff, L. A. (2003). Silence and cancer: Why do families and patients fail to communicate? *Health communication*, 15 (4), 415-429.