

闘病記にみられる二つの他者理解

三谷 維摩[†]

Two Types of Understanding of the Other Person in “Tobyō-ki”, Narratives of Persons’ Struggles with Illnesses

Yuima Mitani

1. はじめに

本論文は「闘病記」がこれまで「自己理解」中心に受容されてきたことを明らかにするとともに、「他者理解」中心に捉え直すことが可能であることを示した研究である。

闘病記とは、病氣と闘う、または病氣と向き合うプロセスが書かれた手記である[1]。

闘病記は、「主観的」であるとか「内容に科学的根拠が伴わない」というイメージから好意的にみられない時期もあった[2]。ただ、遅くとも2000年代初頭には大学の図書館や公立の図書館に闘病記を集めた「闘病記文庫」が設立されるようになったほか[3]、闘病記の普及を目指す団体が設立され[4]、闘病記を紹介する催事を開く動きもみられる[5]。

本論文では、闘病記が社会に受け入れられてきた背景に、闘病記を患者の病氣に向き合う思いや生き方など内面を知る手段として捉える動きがあったこと、同時に、闘病記で記述されている「語り」がこれまで自己理解の観点から分類されてきたことを、先行研究の分析から確認する。

そして、闘病記で記述されている「語り」を自己理解中心に捉える読み解きは十分とは言えず、闘病記には他者理解の要素が多く含まれ、「語り」を他者理解の観点から分類できるのではないかという仮説を立て、検証する。

ここでは、自己理解は、患者の治療に向き合う思いや生き方、人生の意義の見いだしといった「内面」を患者が理解するプロセスを、他者理解は、他者の心理状態などを理解するプロセスを言う。他者理解の主体や、理解する対象たる他者は、患者や医療関係者に限らずさまざまである。

また、先行研究では患者の「語り」を分類するための基準が明確ではなく、この点の修正も試みた。

2. 闘病記の発展と批判および活用方法

2.1 闘病記の歴史

闘病記の歴史は古く、例えば15世紀の「看聞御記」とい

う後崇光院伏見宮貞成親王の日記では、闘病の記録が断続的に記述されている[6]。

「闘病」ということばは遅くとも1926年に「闘病術」という書籍で使われている。この時代の「闘病」という概念は必ずしも病氣と積極的に闘い治療を目指すものではなく、自然治癒力を活用した「静養」として使われていた[7]。

その後、明治から昭和にかけて、職業作家による自伝的小説として闘病を綴った作品が出版される[8]。

このうち室生犀星の「われはうたえども やぶれかぶれ」は闘病生活を綴った1962年の短編で、「犀星の小説の最高の作品」とも評される。病名は肺がんが本人が理解していたか定かではない[9]。

記述は症状や治療から自身の感じる苦しみが中心で、例えば排尿の困難さの描写は精密で詳細である。ここではあくまでも病氣をいかに受容したかという自己理解の観点が書かれている。体調の悪化を感じながら執筆を続けるも、入院し、苦しい治療を受け入れようとする心情の変化が綴られる。みずからの意思を明確に持ちたいという心境から、医療者の指示に従ってみる心境への変化も読み取れる。

そして、1980年代からの「自分史ブーム」の影響やワープロやパソコンの普及、その後の自費出版の拡大による出版の大衆化なども相まって、闘病記の出版点数は増加していったとみられている[10]。

2.2 闘病記は主観的であるという批判

闘病記はあくまでも主観的なものとみられていた。柳田は闘病記を書く意味について、「最も中核となるのは、やはり自分がこの世に生きた証しを確認したいということであろう」と分析している[11]。

こうした認識は、闘病記を有用なものとして捉える立場への批判につながった。2000年前後から闘病記の普及に向けて取り組んでいた団体には、闘病記が「主観的すぎる」、「医学的に正確でない」、「患者は何でも情報を取り入れてしまい責任が持てない」といった強い批判があった[12]。

[†]2022年度修了（社会経営科学プログラム）

また、現在では闘病記は医療現場や大学教育などで活用されているが、以前は医学テキストとして用いられることは稀であった[13]。

2.3 Narrative Based Medicineの登場

これに対し、闘病記を主観的な側面に着目する形で評価する流れが生まれた。きっかけは1998年にグリーンハルとハーヴェッツによって提唱された「Narrative Based Medicine (NBM)」という概念だった。これは、患者を「ナラティブ」、すなわち「語り」を通して全人的に理解しようとする方法論であった。ふたりは「Evidence Based Medicine (EBM)」ではエビデンスの追究に重きが置かれる一方、患者自身の体験を理解したり患者と良好なコミュニケーションを保ったりすることはあまり注目されていなかったと感じ、NBMを提唱した[14]。

松元は、EBMが客観的事実やデータなどのエビデンスに基づいた医学や医療行為を指すのに対し、NBMは個性を重視し患者の「物語り」を中心に据えた、対話を用いた医療行為であると整理した。そして診療の場だけでなく、治療の過程、患者や医療従事者の教育、調査の現場においても有用だと指摘している[15]。

NBMの発展には患者と医療者の関係性の変化が反映されている。旧来、患者と医療者の間にはパターンナリスティックな関係性が見て取れることがあり、例えば古くは、フロイトは精神分析に際し、患者に「思いつくまを自由に伝えるよう要求」し、「想起の空白部」を「埋めていくことを患者に強制」する必要があるとして、患者に圧をかけて「自由に」連想させようとした[16]。

現在は状況が異なる。例えばがん治療では2000年ごろを境にインフォームド・コンセントが重視されるようになり、一方的に告知するのではなく、病状を伝え、患者が理解した上で、自身の判断で治療方針を決めることが重視されてきた。医師がパターンナリスティックに治療方針を決めて、患者が従うという関係性は成立しない[17]。

患者そのものと患者の持つ疾患を分離して捉えていることに対し、患者の感情を阻害しているという批判が生まれ、患者を「分割できない全人的な存在」として扱う全人的医療が始まったことも、NBMを後押しした[18]。

患者		医師
病人役割を果たす「語り」 :病人たる自分を認識 :医師の説明に影響される存在	←	パターンナリスティックな医療 :EBMに基づく :病態を解き明かそう、征服しよう
医学的言説に限らない「語り」 :患者と疾患は分割できない :理解して治療方針決断	→	インフォームド・コンセントの重視 :NBMに基づく :全人的医療として向き合う

図1 患者と医師の関係性 [19]

2.4 語りを知るための闘病記 —自己理解重視論—

NBMの概念は国内でも広がった。患者主体の医療が求められるようになるにつれ、医療者は患者本人から「学ぶ」必要に迫られ、闘病記が注目されたと解釈できる。

実際、闘病記は、医療や看護の教育の現場で、患者の心

情を理解するためのツールとして活用されるようになってきた。文部科学省は医学部卒前教育において「基礎医学や社会医学における臨床との有機的な連携」を持つために教育内容の再編成を主張し、それを受けて2005年から本格運用され始めたカリキュラムの中では「患者の心理的および社会的背景を把握し、抱える問題点を抽出・整理できる」という項目が設けられた[20]。

闘病記の活用が進むと同時に、医学部を擁する大学の図書館に闘病記を収集したコーナー「闘病記文庫」が設置されるようになった。一般向けの図書館でも、2005年、東京都立中央図書館で「闘病記文庫」が設置された。2022年時点でおよそ930冊が蔵書されている。ほかの自治体にも同様の取り組みが広がっている[21]。

この時期は、告知やインフォームド・コンセントが一般的になっていった時期と重なり、患者の心情を理解することが求められるようになったと考えられる。患者自身の心境、「自己理解」を読み取ることを重視する動きの中、闘病記もそのような目的のもとで注目されてきたと考えられ、これを本研究では「自己理解重視論」と位置付ける。

3. 患者の語りの分析手法とその課題

3.1 フランクによる「3つの語り」

本章では、闘病記に記述された患者の語りを分析する手法について、先行研究を中心に、課題も含めて検討を行う。

患者の語りの研究の第一人者としてアーサー・W. フランクが挙げられる。フランクは「語り」を記述された「筋書き」に従って3つの類型に分類し、分析する手法を確立した。具体的には「回復の語り」、「混沌の語り」、「探求の語り」の3つである。まずこの概要をまとめる[22]。

3.1.1 回復の語り

「回復の語り」は、病気になって間もない人に顕著にみられる語りである。ここでは、病いを一過性のものとみなして死の問題を遠ざけている。誰であれ、病気になった者は再び健康になりたいと願うもので、今日の文化では、健康は取り戻さなければならない正常な状態であることから、「必ずよくなる」という信念を語っているとしている。

「回復の語り」では、「病いの身体化」のプロセスがみられる。「回復の語り」の語り手は、身体が以前に備えていた予測可能性を取り戻したいと考える状態にある。一方、治療で身体そのものは治療されるかもしれないが、医療に依存してしまうという逆説も生まれてしまうとされている。

「回復の語り」では、他者の持つ専門的技術や治療を可能にする他者の能力やケアについて語られる。自己の闘いについての証言を生み出すのではなく、自己物語を生成する力は持っていないとしている。

3.1.2 混沌の語り

「混沌の語り」は、「回復の語り」の対立項である。病いの暗流とそれによる困難に吸い込まれる語りで、快癒す

ることのない生命が描かれる。物語の語り手が経験していくままに語られ、継続性や因果関係も伴わない。

「回復の語り」が苦しみの力をしのいだり上回ったりする可能性を約束するものなら、「混沌の語り」はその苦しみの中に取り込まれてしまうことを語っている。すでに病いと距離を置いて位置付けているのも特徴とされている。

自分の生活における統制能力も喪失し、例えば化学療法によって時間を喪失し、結果も統制できない。疾患を統制できない医療の無力さにより、統制の喪失はさらに強固になっていく。他者との関係も失敗が続き、自らの経験に対する統治権を手に入れるための闘いすら放棄している状態となる。自分の物語をうまく語ることができず、援助さえも受け取り損ねるような状態の語りであるとしている。

一方、医療者には「自分たちが患者の身体を統制しているのだ」という態度がみられることがあると分析している。

他者に対する関係は失敗の連続となる。身体は個々に閉ざされたものとなり、身体の痛みと苦しみに対する承認や支援を見いだすことを困難にするとしている。

痛みを経験し始めたばかりの人は、「それ」が「私」を傷つけるのだという言い方をして、「それ」を切り離してみせるのに対し、「混沌の語り」は「それ」が「私」を叩きのめし、自己認識がままたなくなるときに始まる。

また、「混沌の語り」に対する医療者の最悪のふるまいは先へ進むようにせかすことであるとしている。

3.1.3 探求の語り

「探求の語り」は、苦しみに真っ向から立ち向かおうとする語りである。病いを受け入れ、病いを利用する段階で、何を探しているのかは明確にならなくとも、経験を通じて何かが獲得される「病む人の信念」によって成立する。

自伝としての「回想録」としての意味もあれば、病いが単なる個人的な苦痛ではなく、社会的な問題であることを主張する「宣言」としての役割もある。「宣言」は、もともとの健康な状態に戻るのではなく、苦しみを利用して、ほかの人々を自分とともに行動させようとする動きだとしている。物語の語り手が学び取った教訓が他の人々によって受け入れられ、実践されることを願う「自己神話」という側面もある。「自己神話」は、単に書き手が生き延びたというだけではなく、生まれ変わったという意味があるとしている。

「探求の語り」では、その人がそれまで以上の何者かに変貌することを要求するような事態が起こる。フランクはその変貌について、人格の変化であるが、劇的な変化が起きるというよりは、まったく新しい誰かではなく「それまでもずっとそうであった私」を見いだすと結論づけている。

3.2 「3つの語り」論は自己理解の分析を行っている

フランクは、患者の病いが進行することで、患者の「物語」も変化していくとしている。このような形で語りを類型化することで、患者の経験がどの段階にあるのか具体的に分類して記述することが可能になるとした。

フランクは、「回復の語り」では他者の力に頼って病気がよくなることを期待する様子を見だし、「混沌の語り」では他者との関係性構築に失敗する様子を見いだした。「探求の語り」では病いの体験を社会的な問題として訴え出る様子を特徴の一つに挙げていた。

しかし、フランクの着眼点は最終的に自身の心の持ちようや変化の評価に収斂している。

「回復の語り」では、「病人役割」を背景として、人は健康な状態に戻りたいはずだと分類しているに過ぎない。

「混沌の語り」では、患者が病気を「それ」として遠ざけようとするも遠ざけきれず、打ちのめされてしまうところから「混沌の語り」が始まるとしている。他者との関係性に言及しているようにみえるが、「病人」という「健康な自分にとっての『他者』」との関係性、つまるところ自身の心の持ちように注目している。

「探求の語り」では社会との関係性にまで議論の幅が広がるように見えるが、そういった行動から闘病を続けてきた患者自身の「生まれ変わったような気持ち」を見いだしたり、「それまでもずっとそうであった私」を見いだしたりと、結局、患者自身の自己理解の深まりに注目している。

このようにフランクの「3つの語り」はいずれも自己理解の範囲を深める分析となっており、他者理解の観点を中心に据えた分析は深められていない。

さらに、患者の語りを「3つの語り」に分類する具体的な基準は明らかにされていないという課題も存在する。

それぞれの語りがどのようなものなのか事例が列挙されているが、解釈のための普遍的な基準が示されたわけではない。「混沌の語り」を「回復の語り」の「対立項」と説明していることは不明確さを象徴している。

3.3 「3つの語り」は修正後も自己理解中心となる

フランクの「3つの語り」をもとに闘病記研究を発展させた門林は1995年から2005年に発行されたがんの闘病記、100冊を読み込み、「3つの語り」とは異なる分類が可能な語りが含まれることを明らかにした[23]。

門林の闘病記研究の特徴は、がんの「告知」を軸に分析していることである。門林によると、1980年代までは告知は「しない」ものであり、「がん＝死」のイメージもあり、壮絶さを伝える闘病記が多く存在した。1980年代になると告知は「する」ものとなり、告知の衝撃や辛さを伝える闘病記がみられるようになる。1990年代には告知は「いつ、どのようにするか」が問題となり、病いのことを知って闘うための闘病記が書かれるようになる。2000年代に入るとインフォームド・コンセントが日本でも広がり、病状を正しく理解しようとする観点や、同じ病いの人の自己決定に役立ててほしいという観点からの闘病記がみられるようになってきたとしている[24]。

門林は告知のあり方の違いに着目し、告知を患者がどのように受け止めたのか分析した。その結果、1980年代までは絶望感、1980年代は衝撃や苦悩、1990年代は病気との闘

い、2000年代はがんとの「共生」や「共存」といった形で変化していることを見だし、「回復の語り」、「衝撃の語り」、「混沌の語り」、「探求の語り」、「達観の語り」という「5つの語り」を提示して、「3つの語り」を修正した[25]。

「衝撃の語り」は、2000年代に入ってもなお、がんが診断されたら死と直結して考える場合も多いという、闘病記に記述された心情の実態に基づく分類である。「達観の語り」は、告知が一般化し、がんの情報も広がり、患者自身が病気をより正確に把握できるようになったことで増加する傾向がみられ、患者が自分の状態を正しく理解することや、主体的な選択にもつながってきた[26]。

修正により、患者と病気の関係性が精緻に描写され、患者が病気を理解し、病人である自己を理解するという、自己理解の検討が深まったが、他者理解の観点については検討の余地が残ったままである。

3.4 闘病記の分析手段としての共感論

このように、闘病記の自己理解の側面は先行研究で多く検討されている。対する他者理解の側面はどのような記述がなされているのか、以下、検討する。

患者の心理状態を他者との関係性という観点で分析した先行研究としてJ. ベンジャミンの共感論を参照する。ベンジャミンはアメリカの精神分析家で、社会学などを学んだ後、精神分析家の資格を取得した[27]。

ベンジャミンは分析家と患者の関係性について、患者は分析家から伝えられる解釈を押し付けのように感じて反発し、逆に分析家を攻撃して自身に従わせようとし、闘争的な関係が生じてしまうと説明した。そして、支配と被支配の関係にならず、患者に他者である分析家のことを承認してもらうためにはどうすればいいか検討した[28]。

注目したのが、お互いに与え合う影響を認めることの効果である。他者の主観性と自分自身の主観性を認め、それぞれの理解がもう一方の理解を促進する「間主観的な関係」である。主体が一つ明確に決まり、あとは従う存在という「一者関係」だけでは不十分で、差異を意識して、自分とは違う意志や感じ方を持った主体としての他者を認め、二つの主体を想定する「二者関係」が重要であるとする。それにより媒介の場が生まれると提唱した[29]。

その上で、患者の変化について、医療者の側から理解させようとしたり、変化させようとしたりすることで生じるのではないとした。両者が互いに及ぼしあっている影響を眺め返すことによって、両者に生じていた動きの意味が理解できるようになり、双方に変化が生じていくとした[30]。

3.5 他者理解重視論という仮説

先行研究の検討から、闘病記の記述は主観的だとみられてきて、その主観的な語りに意義を見いだされてきたことが確認できた。語りを詳細に分類する先行研究では、患者自身の内面の変化に基づいた分類が行われ、自己理解中心の分析がなされてきたことも確認できた。

これに対し、闘病記を他者理解中心に捉えることはできないのか。ベンジャミンのいう「二者関係」の成立状況を軸に闘病記の記述内容を分類することも可能だとする「他者理解重視論」という仮説を設定し、実際の闘病記で、患者と周辺の人物などが互いに影響して変化が生じる記述を分析し、仮説の実証を試みる。

4. 闘病記のケーススタディー —他者理解重視論の検証—

4.1 KJ法の活用

ここからは闘病記の記述内容を分析する。闘病記が有用とされた要因として主観性、すなわち自己理解の観点があったことはこれまで示したが、それ以外にも注目すべき点があることを示し、共感論の考え方をベースにした「他者理解重視論」が成立していることを実証する。

今回、差異最大化法 (Maximum variation sampling) のもとさまざまな特徴を含む闘病記として次の4点を選んだ。

文献① 柳澤桂子. 認められぬ病：現代医療への根源的問い. 中央公論新社, 1998, (中公文庫)。

文献② 山口雄也, 木内岳志. 「がんになって良かった」と言いたい. 徳間書店, 2020.

文献③ 篠田節子. 介護のうしろから「がん」が来た！. 集英社, 2019.

文献④ 小林信彦. 生還. 文藝春秋, 2022, (文春文庫)。

表 1 分析対象とした闘病記の特徴 [31]

	文献①	文献②	文献③	文献④
作家可否か	一般人	一般人	職業作家	職業作家
性別	女	男	女	男
病名	原因不明	がん	がんと介護	脳梗塞と骨折
出版年代	2000年以前	2000年以後	2000年以後	2000年以後
執筆方法	小説	ブログ	手記	手記

これを、KJ法を活用して分析する。KJ法は文化人類学者の川喜田二郎氏が考案し、質的な分析で用いられている。

KJ法では、記述のキーワードやフレーズどうしに「因果関係」や「矛盾」といった関係があるかを確認し、関係のあるキーワードやフレーズをグループ分けしたり、関係記号でつないだりしていく (図2)。

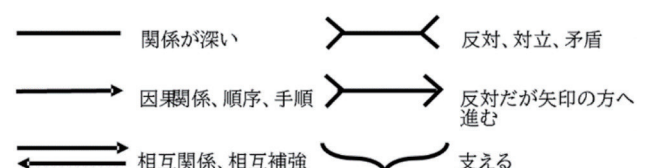


図 2 KJ法で用いられる関係記号 [32]

分析のポイントの1点目は闘病記の記述内容が変化すればKJ法の分類も変化するかどうかである。変化しなければ、そもそもKJ法が機能していない。

2点目はKJ法の分類とフランクの「3つの語り」による分類が一致するかどうかである。

3点目は他者理解を示す記述が確認され、KJ法で浮き彫りになるかである。ベンジャミンの「二者関係」は、差異を意識して、自分とは違う意志や感じ方を持った主体としての他者を認め、二つの主体を想定する状態とされ、KJ法の「反対、対立、矛盾」といった逆説の関係性が該当する。

4.2 KJ法による分析結果の概要

KJ法の手法により関係図を作成し、文献①で5枚、文献②で6枚、文献③で4枚、文献④で4枚にまとまった。

典型例として文献①を取り上げる。文献①は、現在80代の著者、柳澤桂子氏が30歳のころ原因不明の病気を発症したことに伴う経験を綴っている。小説のスタイルで、医師など登場人物は仮名となっているものの、事実在即して書かれていることが記されている[33]。

本書に記述された経験の特徴に、さまざまな医療機関を受診するものの、診断がつかないことが挙げられる。

著者は、民間の研究所で研究者としてのキャリアを歩むなか、原因不明の症状で苦しめられる。各地の病院を受診し、それぞれで入院や検査を求められるが、原因は判然としない。パターンナリスト的な態度を取る医師が多く、著者は医師への不信感を募らせる。著者の語りに耳を傾ける医師も登場するが、それでも診断はつかない。

章は13あり、構成上、3つに分けられる。冒頭は、仕事にまい進する中で病気が発覚し、心境の変化が語られる。医療者への無力感も語られる。中盤は発作を繰り返し、病状はよくなり、原因も分からず、仕事もやめてしまう。

終盤は病気の原因を自分なりに解釈して前向きな気持ちになり、仕事に復帰する。医療者への疑問も臆せず表明する。

4.3 「3つの語り」とKJ法による分類は対応した

KJ法で分析した関係図から典型例を数枚選んで図で示す。KJ法の分類では、章が進むにつれて関係記号の現れ方に明確な変化が確認できた。当初は「関係が深い」や「因果関係、順序、手順」といった順接関係にある関係記号がみられた。章が進むと「反対、対立、矛盾」が出現し、「相互関係、相互作用」や「反対だが矢印の方向へ進む」も確認できた。最終的には、再び「関係が深い」や「因果関係、順序、手順」という前向きな語りのみとなった。

冒頭、著者は重要な研究大会を控えているところで病気が発覚する。そこでは手術を先延ばしにする描写もあり、再び健康な状態に戻って当然であるという意識も見られる。自身の研究が順調に進み、これ以上仕事を休むわけにはいかない一方、身体はついてこないという描写も見られる。フランクが「回復の語り」の一例として示した「私は大丈夫だが、身体が病気だ」という記述と同様である(図3)。

続いて、関係記号で「反対、対立、矛盾」が出現し始め、「混沌の語り」と判断できる部分では、病いが快癒することなく続き、自身の身体をコントロールできないため生活の統制能力が失われる描写も出てくる。

52ページからは、入院の必要性を告げられ「何かが崩れていく。自分が病気になるということは信じがたいことであつた。からだはいつも自分の命令についてきた。この前の手術のときも仕事を優先した。からだを意のままに動かすことに慣れすぎていたのであろうか。病気などというこ

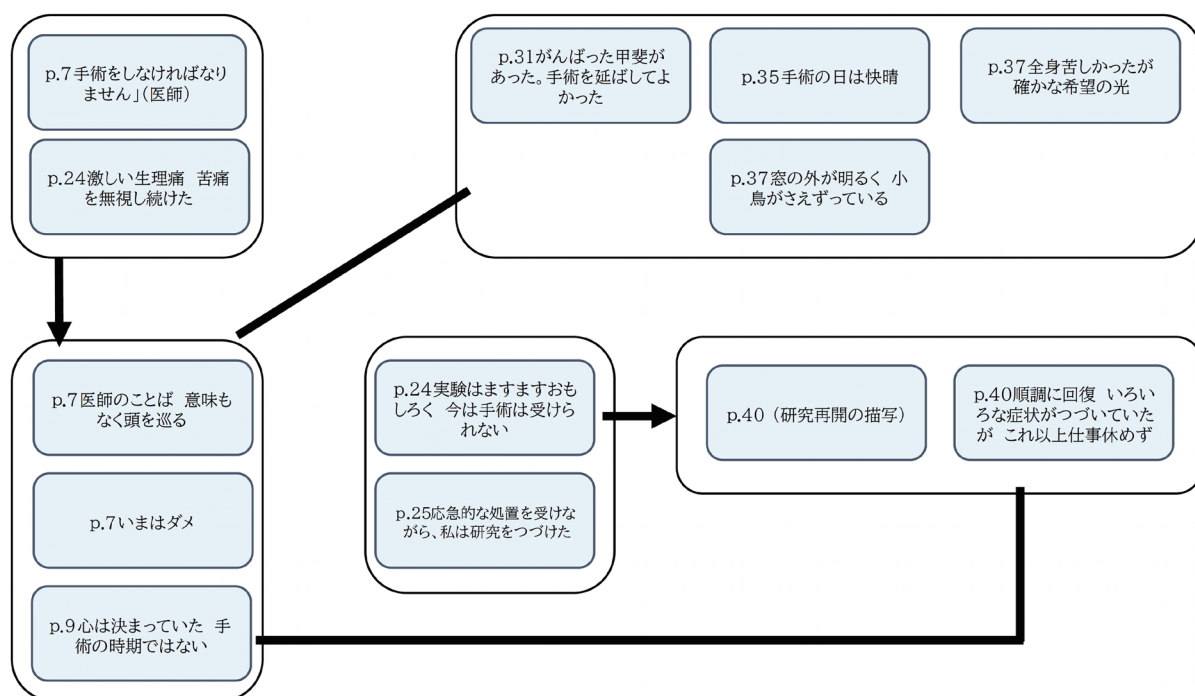


図3 KJ法による関係図 回復の語り部分 [34]

闘病記にみられる二つの他者理解

とが自分の人生のシナリオの中にあるということが受け入れ難かった。行く手をはばまれて私は呆然とした」とある。

医療者側の「自分たちが統制している」態度も描写される。腹部の不快感や嘔吐を訴える著者に対し、医師は「そんなはずはない！ アミラーゼはすっかり下がっているんだよ！ いいかげんにしなさい」としかりつける（図4）。

その後、再び「関係が深い」や「因果関係、順序、手順」のみがみられるようになる。

130ページからの、大阪の病院を受診し、診察の順番を待つ最中に、診察室から聞こえてきた医師のことは軸とする場面は典型的である。

医師は「患者さんの痛みというのは、痛くないものにはわからない。大げさに訴えているのではないかなど」ということはけっして考えてはいけない。まず、痛みをもった人間を受け入れること。患者さんの訴えをこころから聞く耳をもつこと。どこまで患者さんの苦しみに迫れるか、それが大事なことだ」と語る。

著者が医師への不信を募らせる場面も多かったが、ようやく理解のある医師が登場する。ベンジャミンのいう相互作用が実現している場面と捉えることができる（図5）。

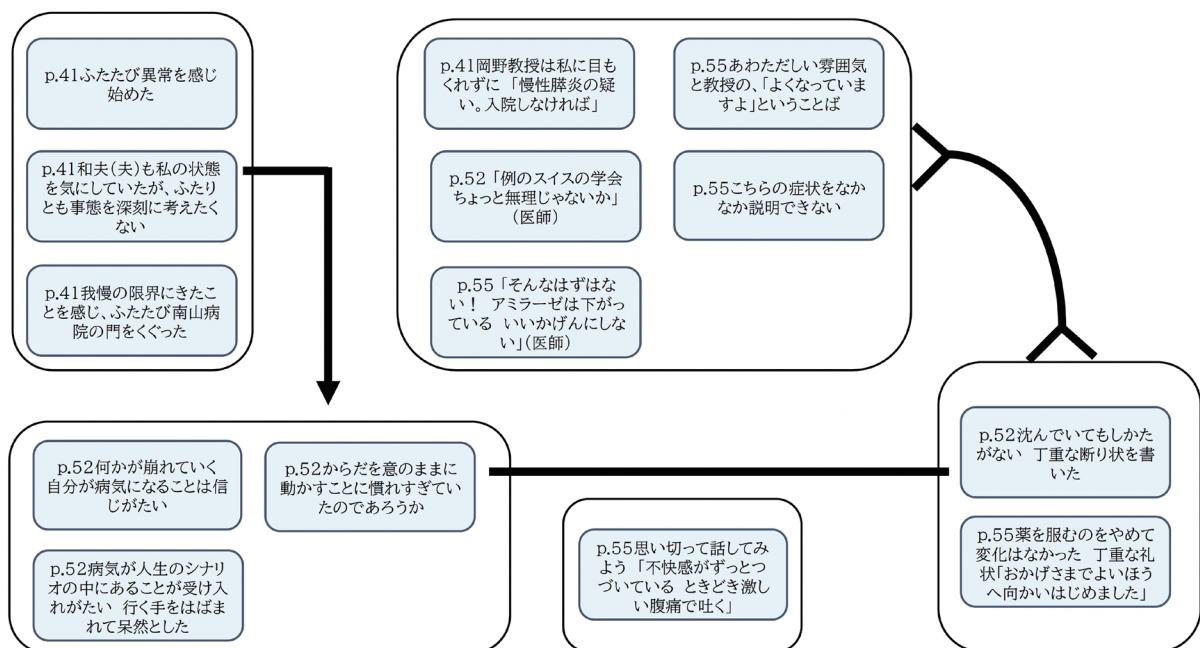


図4 KJ法による関係図 混沌の語り部分 [35]

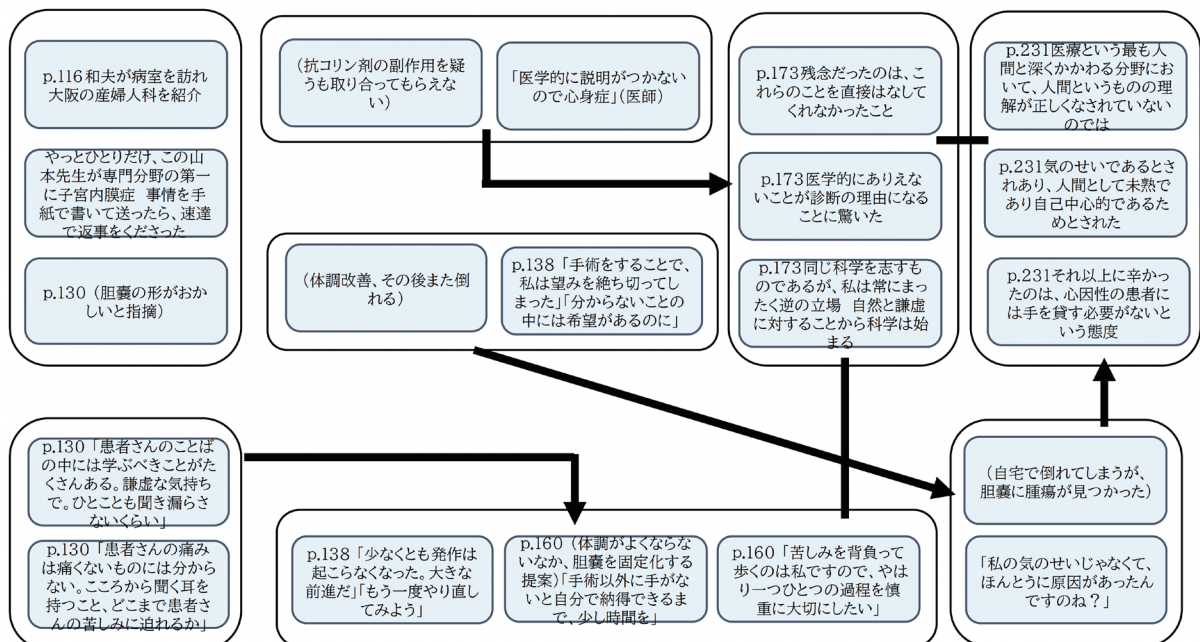


図5 KJ法による関係図 探求の語り部分 [36]

4.4 KJ法は「語り」の客観的分類基準になりうる

闘病記をKJ法で分析した結果、多様な関係性が確認された。関係性の現れ方は闘病記が進むにつれ変化していた。

特徴的だったのは「反対、対立、矛盾」といった逆説の関係性の現れ方である。冒頭、「回復の語り」に該当する部分では現れず、「混沌の語り」に該当する部分では現れ、「探求の語り」に該当する部分では再び現れなかった。

分析した闘病記には「回復の語り」と「混沌の語り」を行き来するものもあったが、逆説の関係性の有無に着目することで、語りを的確に分類できた。

フランクは「混沌の語り」を「回復の語り」の「対立項」と定義するなど分類基準が不明確だったが、KJ法での逆説の関係性の有無が客観的な基準となることが示唆された。

4.5 闘病記には二つの他者理解が存在する

分析の結果、まず、闘病記に「自己理解」と「他者理解」の記述が存在することが確認できた。

闘病記で「自己理解」がみられるのは、主観的側面に着目した「自己理解重視論」に基づいて闘病記が有用とされてきた経緯からも当然のことである。

例えば文献①で著者は「回復の語り」においては仕事を優先するような行動を取っていたものの、「混沌の語り」の中では自身の病状を理解し、そのことを診察現場の慌ただしい雰囲気の中でも医師に伝えようとしており、病気に対する主観的な考え方の変化が見て取れる。

「他者理解」が現れていることも確認できた。ベンジャミンの共感論では、差異を意識して、自分とは違う意志や感じ方を持った主体としての他者を認め、二つの主体を想定する「二者関係」が成立することが、他者理解が起きているかどうかを判断するポイントとなっていた。

さらに細かく検討するため、「二者関係」の成立を判断する材料として、他者との関係性をとらえた2つの概念、「シンパシー (sympathy)」と「エンパシー (empathy)」のどちらが、当該の「他者理解」に反映されているかに着目する。

北村は、「シンパシー」は、他者の気持ちを感じ取る意味が含まれているものの、相手の体験に能動的に入り込んで感じ取る要素は含まれておらず、理解の水準が浅いとし、「エンパシー」は、能動的に他者に身を重ね、その内側から他者の体験を感じ取るという意味があり、患者に身を重ね気持ちや思いを感じ取り、その理解を言葉にする「共感」と同じ意味がある、と対比した[37]。

この考えのもとKJ法の分析結果を検討すると、逆説の関係性がみられる「混沌の語り」では「シンパシー的な他者理解」がみられ、順接の関係に戻った「探求の語り」では「エンパシー的な他者理解」がみられることが分かる。

文献①では、まず、医師を他者とする他者関係の成立がみられた。逆説の関係性がみられる55ページや59ページ、73ページでは、患者が不快感を訴えるも数値を根拠に

「そんなことはない」と否定する医師、「サイコソマティックなものでしょう」と患者の訴えを聞き流す医師、「女なんだからいいじゃないか」という表現で症状のため仕事を続けることができないことを告げる医師など、一方的な態度を取る医師が登場し、「混沌の語り」を形成している。

ここでは、医師が患者をかわいそうな相手や医師の説明を理解できない哀れな相手として捉え、パターンリスティックな態度を示しており、「シンパシー的な他者理解」が成立していると解釈できる。

一方、130ページで描写された医師は、患者との接し方について「大げさに訴えているのではないか、などと扱ってはいけない」、「訴えを心から聞く耳を持つ」といった考えを示し、同じ意見とは限らない相手との関係性の構築という点で「エンパシー的な他者理解」が成立していると解釈できる。この部分の関係図では、逆説の関係性は見られなかった。

このように、自身と異なる他者を理解し、媒介の場が生まれていることが、KJ法に基づいて関係記号をつなぐことで確認できた。「シンパシー的な他者理解」は「二者関係」の成立が失敗している状態であるのに対し、「エンパシー的な他者理解」にまで至ることで「二者関係」の成立が成功していることが確認できた。

本稿では典型例として文献①を示したが、他の文献でも同様の結果が得られた。闘病記を理解するよりどころとなっていた「自己理解重視論」に対し、「他者理解重視論」が実証できたと考える。

5. 結論

5.1 闘病記の他者理解の解明と分類基準の提案

本研究では、先行研究から、闘病記を医学教育で活用する動きや、「闘病記文庫」のように闘病記を肯定的に捉え活用する立場など、社会での闘病記の受け入れについて検討した。そして、闘病記に対するこれまでの評価は、記述された患者の語りから「自己理解」的側面を読み解くことを重視していて、語りの分析も「自己理解」に注目して行われていたことを確認した。

その上で、KJ法を使って闘病記を分析し、闘病記には多様な「他者理解」も記述されていることを明らかにし、さらに、その「他者理解」には「シンパシー的な他者理解」と「エンパシー的な他者理解」という2種類が存在することを実証的に明らかにした。その際、共感論の考え方をを用い、「エンパシー的な他者理解」では「二者関係」が成立していることも明らかにした。

また、フランクによる「3つの語り」では、「混沌の語り」が「回復の語り」に対立するものと位置付けられ、「語り」の分類基準に不明確な面があったが、本研究でKJ法の逆説の関係性の有無という明確な基準を提案できた。

5.2 限界と今後の課題

闘病記の出版点数は多く、今回、網羅的に分析できたわけではない。また、KJ法での関係性を使った分類が可能だと示したが、出版済みの闘病記の事後的な分析であり、著者がKJ法の示す関係性を意識して執筆したことを確認したわけではない。

闘病記が普及していくに際し、闘病記の出版に力を入れる出版社が生まれたり、闘病記を紹介する催しが開催されたりした。闘病記にまつわるリテラシーが社会に提供されたほか、闘病記を軸にした新たな人的関係、社会関係が生まれたと考えられる。しかし、本研究ではこうした活動を分析できていない。闘病記へのマイナス評価が覆る過程に影響した可能性もあり、今後の研究課題である。

謝辞

本研究を進めるにあたり、終始丁寧にご指導くださった放送大学大学院文化科学研究科坂井素思客員教授に心より感謝申し上げます。

文献

- [1] 秋山淳子ほか. 河野友信, 平山正実編. 臨床死生学事典. 日本評論社, 2000, p.14.
- [2] 土出郁子. 「闘病記」資料群の性格と愛媛大学図書館医学部分館における事例. 大学図書館問題研究会誌. 2018, 31, p.8.
- [3] 石井保志. 闘病記文庫入門:医療情報資源としての闘病記の提供方法. 日本図書館協会, 2011, p.2.
- [4] 星湖舎. “チーム闘病記”. 星湖舎ウェブサイト. <http://sksp.biz/toubyouki.html>, (参照 2022-12-12)
- [5] 産経新聞社. 「当事者の思いを伝えたい」 高次脳機能障害の患者が闘病記イベントで講演. 産経新聞. 2018-10-27, オンライン版. <https://www.sankei.com/article/20181027-GWQW5UROBRLC7BJWXAPWKHTSO4/>, (参照 2022-12-12) .
- [6] 水谷惟紗久. 古記録にみえる室町時代の患者と医療 (一): 『看聞御記』 嘉吉元年入江殿闘病記録から. 日本医史学雑誌. 1997, 43(1), p.29.
- [7] 門林道子. 生きる力の源に:がん闘病記の社会学. 青海社, 2011, p.25-36.
- [8] 藤尾均. 闘病文学を素材とする哲学・史学・文学統合教育の実践. 薬学図書館. 2011, 56(3), p.258.
- [9] 室生犀星. 蜜のあわれ・われはうたえどもやぶれかぶれ. 講談社. 1993, (講談社文芸文庫), p.296.
- [10] 門林道子. 生きる力の源に:がん闘病記の社会学. 青海社, 2011, p.17-20.
- [11] 西川喜作ほか. 柳田邦男編. 「生と死」の現在:同世代ノンフィクション選集第1巻. 文藝春秋, 1992, p.27.
- [12] 北澤京子, 石井保志. 患者・家族への情報提供を模索する:多職種協働による健康・医療情報の社会提言. 2006, 56(9), p.408.
- [13] 土出郁子. 「闘病記」資料群の性格と愛媛大学図書館医学部分館における事例. 大学図書館問題研究会誌. 2018, 31, p.8.
- [14] 斎藤清二. 患者の心理社会的背景への配慮:Narrative Based Medicine. 日本内科学会雑誌. 2003, 92(10), p.154-155.
- [15] 松元圭. Narrative Based Medicine が内包する問題に関する予備的考察. 関西大学大学院人間科学-社会学・心理学研究, 2018, 88, p.43-59.
- [16] 北村隆人. 共感と精神分析:心理歴史学的研究. みすず書房, 2021, p.61-62.
- [17] 北村隆人. 共感と精神分析:心理歴史学的研究. みすず書房, 2021, p.61-62.
- [18] 斎藤清二. 患者の心理社会的背景への配慮:Narrative Based Medicine. 日本内科学会雑誌. 2003, 92(10), p.154.
- [19] 筆者作成
- [20] 土出郁子. 「闘病記」資料群の性格と愛媛大学図書館医学部分館における事例. 大学図書館問題研究会誌. 2018, 31, p.9-10.
- [21] 東京都立図書館. "闘病記文庫のリスト". 東京都立図書館ウェブサイト. 2022. https://www.library.metro.tokyo.lg.jp/search/research_guide/health_medical/toubyouki/, (参照 2022-12-12) など
- [22] フランク, A.W. 傷ついた物語の語り手:身体・病い・倫理. 鈴木智之. ゆみる出版, 2002. 原書名 THE WOUNDED STORYTELLER, 1995. 各章より
- [23] 門林道子. 生きる力の源に:がん闘病記の社会学. 青海社, 2011, p.81-89.
- [24] 門林道子. 生きる力の源に:がん闘病記の社会学. 青海社, 2011, p.49-53.
- [25] 門林道子. 生きる力の源に:がん闘病記の社会学. 青海社, 2011, p.51, 114-117.
- [26] 門林道子. 生きる力の源に:がん闘病記の社会学. 青海社, 2011, p.81-120.
- [27] ベンジャミン, J. 他者の影:ジェンダーの戦争はなぜ終わらないのか. 北村婦美訳. みすず書房, 2018, p.202. 原書名 SHADOW OF THE OTHER: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis, 1998.
- [28] 北村隆人. 共感と精神分析:心理歴史学的研究. みすず書房, 2021, p.317.
- [29] ベンジャミン, J. 他者の影:ジェンダーの戦争はなぜ終わらないのか. 北村婦美訳. みすず書房, 2018, p.40-42, 48. 原書名 SHADOW OF THE OTHER: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis, 1998.
- [30] 北村隆人. 共感と精神分析:心理歴史学的研究. みすず書房, 2021, p.324.

- [31] 筆者作成
- [32] 田中博晃. KJ法入門：質的データ分析法としてKJ法を扱う前に. メソドロギー研究部会2010年度報告論集. 2010, p.21. より作図の都合上一部改変
- [33] 柳澤桂子. 認められぬ病:現代医療への根源的問い. 中央公論新社, 1998, (中公文庫), p.226.
- [34] 文献①より筆者作成
- [35] 文献①より筆者作成
- [36] 文献①より筆者作成
- [37] 北村隆人. 共感と精神分析:心理歴史学的研究. みすず書房, 2021, p.11.

ほか、以下の文献等を参考にした。

- 足立智孝. 患者はなぜ語るのか:闘病記の利他性に注目して. モラロジー研究. 2016, 78, p.37-53.
- 井原成男. Winnicottにおける生き残ることと対象の使用の逆説. 人文科学研究. 2014, 10, p.181-193.
- 岡本詩子. 文学に描かれた「医療」に関する分析. 東京大学, 2012, 東京大学科学技術インタープリター養成プログラム修了論文.
- 川喜田二郎. 発想法：創造性開発のために. 中央公論新社, 1967, (中公新書).
- シャロン, R. ナラティブ・メディスン:物語能力が医療を変える. 斎藤清二ほか訳. 医学書院, 2011. 原書名 Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness, 2006.
- 闘病記専門古書パラメディカ+闘病記サイトライフパレット編. 病気になった時に読むがん闘病記読書案内. 三省堂, 2010.
- 信岡朝子. 闘病記研究の可能性:当事者性と他者理解の観点から. 文学論藻. 2013, 87, p.13-31.
- フーコー, M. “Ⅱ 自己のテクノロジー”. 自己のテクノロジー: フーコー・セミナーの記録. 田村俣, 雲和子訳. 岩波書店, 2004. 原書名 TECHNOLOGIES OF THE SELF: A Seminar With Michel Foucault, 1988.
- 藤田真弥. ナラティブ・ベイスン・メディスン再考. 生命倫理. 2012, 22(1), p.59-66.
- 星野史雄. 闘病記専門書店の店主が、がんになって考えたこと. 産経新聞出版. 2012.
- 和田恵美子. 「闘病記文庫」は患者・医療者に何をもたらすか:健康情報棚プロジェクトの多職種協働活動を通して. 情報管理. 2006, 49(9), p.499-508.