

生の質に迫るとは——死に逝く者との対話を通して

近藤（有田）恵 京都大学こころの未来研究センター

Megumi Kondo-Arita Kokoro research center, Kyoto University

家田秀明 名古屋掖済会病院緩和医療科 Hideaki Ieda Nagoya Ekisaikai Hospital

近藤富子 名古屋掖済会病院緩和医療科 Tomiko Kondo Nagoya Ekisaikai Hospital

本田（井川）千代美 元名古屋掖済会病院緩和医療科

Chiyomi Honda-Ikawa ex. Nagoya Ekisaikai Hospital

要約

「生の質」をその本源に還って捉えなおすとはどのようなことだろうか。生の質を問われる場として終末期医療の現場がある。「質」という言葉は価値観と深く結びつくため、①どのような基準や価値によつての質か、②誰の視点による質か、③誰のための質か、についての議論が臨床現場において絶えることはない。そこで本研究では、終末期を生きる人にとって、その生の質とは一体何かという問いの本源にもどり、インタビュー（対話）と「関与・観察」により、終末期を生きる人の世界に寄り添い、①終末期を生きるその人の基準や価値から、②終末期を生きる人の視点による、③終末期を生きる人のための質とは何か、について明らかにすることを第1の目的とした。本稿では一人の末期癌患者との対話を通し、緩和医療という医療現場で人生の最期を迎えようとする人の生の質は必ずしも従来の臨床研究が明らかにしてきたような心身の安楽さを求める、あるいは、生への思いから死を受け入れるという一連の動きを踏むものではないことが明らかになった。また、その「生の質」とは、これまでのその人の生き方と深いつながりを持つことであることが明らかとなった。

キーワード

終末期、生の質、生き方、価値観、基準

Title

The Principle of "Quality of Life": Through the Interviews with Terminal Cancer Patient

Abstract

What does it mean to reconsider the principle of "Quality of Life"? "Quality of Life" is discussed in the fields of Terminal Care. Since the word "quality" is deeply connected with the sense of value, the following topics are always argued. They are; (1) what kinds of standard and value the "quality" is determined by, (2) whose viewpoints reflect the "quality," and (3) for whom the quality is. The primary purpose of this research is to clarify the "Quality of Life" for those people at the end of life according to their standard and value and at their viewpoints. In this research, interviews (dialogues) and "Participate Observation" were conducted under the principle of the "Quality of Life" while being with those people. Through the sets of interviews with a terminal cancer patient, this research clarify the "Quality of Life" for people at the end of life under the palliative care was not the same as the conventional clinical study had established. That is, it did not include either physical and mental comfort or acceptance of death against their wish to live. Also, it was revealed that the "Quality of Life" was deeply connected with one's way of life and their consciousness of life and death.

Key words

terminal care, quality of life, ambiguity, criterion, sense of value

問題と目的

1 生の質を問う

近年、人の死を巡る状況は大きな変革期を迎えている。1980年代に欧米で始まったホスピス運動以降、「死に逝く者の看取り」が終末期医療の中心として関心を集めてきた（島菌，2008）。医療を中心とした看取りの問題は、医療者側の問題だけではなく、延命治療や尊厳死といった医学・医療の場での意思決定など死に逝く者自身、そして、家族をはじめとする遺される者も含めた複雑な層の中に織り込まれている。看取る者と看取られる者の間にあるこの問題は、しばしば「生の質=QOL: Quality of Life」として数多くの議論がなされてきた。

人が自分のものとして、あるいは他者のものとして死に出会う状況はそれぞれである。死への関心が高まる裏側には、人間を「死に向き合う存在」として捉えなおすという島菌（2005）の学問的意識の変革だけではなく、「自身が死に逝く存在である」という生物としての自明性の再確認という意味合いもあるように思われる。このような死に対する関心の高さは、アリエス（Ariès, 1990/1977）が1970年代に「飼いなされた死」と指摘したのとは別の意味において、人々が死をその手中に収めようとする動きだともいえる。つまり、人々の死を日常生活の中核をなす自宅から非日常の空間である病院にその場所を移行するという死の隠ぺいによる死の克服から、死を認識するあるいは死を認めることによって、よい死を演出するという方向へと死の克服の方法を変えたといえる。克服対象から受け入れ対象へと死の認識を変換させるというこの動きは、時に遺される者を中心に議論がなされる場所にその危うさがある。

また、「死に逝く存在」という生物の自明性の再確認は、死そのものへの関心ではなく、死に逝く過程あるいは死後の世界といった、死という現象を挟んでの「過去・現在・未来」という時間の流れを包含した、一貫した人生の過程への意識の高まりであるともいえる。つまり、人が自らの死を意識した時に、その生の

過程に何を抱え、何を中心にして生きていきたいのかということをも自分のこと、また他人のこととして共有しながら生きていく方法を模索することが主眼となる。こうした生き方への注目は、先述したように QOL（Quality of Life）＝「生の質」という形で、医療、教育の現場から人々の日常生活に至るまで拡がっている。この「生の質」を問うという時には、必ず問われる特定の生があり、問う側の視点も一つに定まっていないところにその難しさがあるといえる。とかくある人の死が目前に迫っている時に問われる「生の質」の問題は、死に逝く者と遺される者の思いが交錯し、決まった答えがあるものではない。一人の人が死に逝くその場に、逝く者、遺される者として対峙する者たちの間で答えが作り上げられていくものである。正しい答えがない中で常にそれを模索する場において、「生の質」の議論が盛んになっている今、もう一度、その根幹の議論をしておく必要があるのではないだろうか。

2 生の質を問う場としての終末期医療

「生の質」を考える場の一つとして終末期医療の現場がある。とりわけホスピス医療・緩和医療は、より長い生命の維持・疾患の根絶を目指してきた従来の医療の流れとは異なり、人生の最期を迎える人にとっての残された時間の重みを考え、その意味を問い、「個々人が送ってきた人生に沿った最期を目指す」というところに端を発している（例えば、Saunders & Baines, 1990/1983；日野原，1983；柏木，1983）。生命の時間的延長ではなく、その人らしさを大切にしたいと考える時、終末期を生きる人の「生の質（Quality of Life=QOL）」をその人の立場から考えることが迫られる。

河野（1989）は、広く医学において「生の質」を問う時、①どのような基準や価値で判定する quality（以下「質」とする）か、②だれのための QOL か、③だれから見た QOL か、の3点が明確にされなければならないと指摘している。

河野のこの議論を終末期医療に持ち込む時、その②は患者のための、③は患者からみた QOL を目指すということである。では、①のどのような基準や価値に基づいてかと問えば、先述したようにそこには様々な

基準や価値が折り重なっている。死に逝く者の価値や基準、家族としての価値や基準、医療者としての価値や基準、それぞれの思いが交錯する中で、どう死に逝く人の価値や基準に基づいて寄り添っていくのかは遺される者としての課題でもある。遺される者の一つの価値や基準として、終末期医療という場が医学の世界の中にある以上、医学の基準や価値がその根底にあるのは当然のことである。しかし、医療者側の基準や価値観と患者側の価値観は必ずしも一致しているとは限らない。そこに、現場において患者の考える「生の質」と医療者側の考えるそれとの間にズレが生まれる可能性がある。ここに、生の質をその根源に立ち返って捉え直す必要があるといえる。

終末期医療の中でも特に末期癌患者の QOL においてその根底となるのは、身体症状（痛み）の緩和である。実際、末期癌患者の身体的な苦痛は全ての思考をも奪い去るような強烈なものであることから、患者側からみてもその緩和は第一に求められることである（柏木, 1989）。その上で、患者がどのように死と向き合うのかを考えれば、患者の精神的、社会的、宗教的な問題も視野に入れて接する必要があるという考えに自然と導かれる。これまで終末期医療において展開されてきた「質」の議論をまとめると、1. 身体症状（痛み・痛み以外）のコントロール、2. 精神症状の緩和、3. 社会的問題、4. 宗教的問題の4つになる（日野原, 1989; Fayers & Machin, 2005/2000）。この4つを考慮に入れ、終末期を生きる人がこれまでの人生において大切にしてきたことを踏まえ、できる限りその人らしく生きてもらおうと試みることがその患者の QOL を支える内容となる。それでは、終末期を生きる人が大切にしてきたこと、あるいはその人らしく生きるということを医療者はどのように捉えようとしてきただろうか。

3 終末期の「生の質」を考える発端となった キューブラー・ロスの著書の問題

1969年、*On death and dying* と題された一冊の本（邦訳『死ぬ瞬間——死とその過程について』）が出版された。キューブラー・ロス（Kübler-Ross, Elisabeth, 1926-2004）によるこの本は、一人の医師が死に逝く

人々のベッドサイドでその言葉に耳を傾ける中から生まれたものであり、人々の「生」あるいは「死」に関する考え方に一石を投じた意義深い書である。キューブラー・ロスはその本の冒頭で「この本は、患者を1人の人間として見直し、彼らを会話へと誘い、病院における患者管理の長所と欠点を彼らから学ぶという、刺激にみちた新奇な経験を記録したものにすぎない」と記している。本書の中でキューブラー・ロス自身は QOL という言葉を使っていない。しかしこの研究は、患者との対話を通して、医師という自分の視点からではなく、先述した③誰から見た＝患者（彼女あるいは彼ら）が持つ基準や価値に沿った視点から捉えようとした画期的な試みであったといえる。

このキューブラー・ロスの研究の意義を青柳（2005）は「1. 段階説が医師であるキューブラー・ロスによって唱えられたこと、そして、2. 死が差し迫った人間の死に逝く過程を科学的に捉えようとしたこと」と評している。そして、数名の患者との語りとともに表された「死の過程の段階説」は、医学の世界に限らず、後の死の臨床研究に大きな影響を与えてきた（例えば、Hinton, 1975; Feigenberg, 1980/1977; Shneidman, 1983/1980; 柏木, 1986, 1993）。

しかしながら、キューブラー・ロスの段階説に関しては、国内外を問わず数多くの追試がなされ、反論・疑問が多数提出されてきたのも事実である（例えば、Shneidman, 1980/1973; 山本, 1996; 河野, 1984; 上野・大原, 1983; 柏木, 1990; Doyle, Hanks, Cherny, & Calman, 2003）。キューブラー・ロスへの反論は主に、5段階はその変容を水平的に区分して示されているにとどまるという青柳（2005）の指摘、さらにはキューブラー・ロス自身が後にその誤りを認めているように、5つの段階が順を追って訪れるという点についてなされてきた。

例えばシュナイドマン（1980/1973）は、「順序に関していえば、筆者が見たものは、複雑に群をなす種々の知的・感情的状態であり、ある状態はつかの間に過ぎ去り、さらにその状態は予測できるものではなく、その人の全人格と〈人生哲学〉によって定まってくるものであった」とキューブラー・ロスの研究と自身の体験の相違を述べている。シュナイドマンのこの反論は、①死を前にした人が生きる豊穡な世界の複雑性が、

キューブラー・ロスの提唱した平板な段階説とうまくかみ合わないこと、②学の知から提示された新たな基準が自身の体験（臨床現場）に合致していないことを端的に示すものである。

さらに、ファイゼンバーグ（1980/1977）は、段階説は死に逝く人々と接する臨床現場に対して、患者は「死の受容」の段階を通るという一つの基準を与え、死に逝く過程のチェックリストを作る結果になったと批判している。現に「死の受容」という言葉は、「よりよい死を迎える」というイメージと結びつき、終末期の生への新たな「質＝基準」を患者にも実践者にも目標としてもたらずことになった。つまり、「受容」に達することが医療的ケアの目標となるような状況を生み出したのである（青柳，2005）。キューブラー・ロスの書は終末期の生に新たな「質＝価値観」を創り出したときえいえるわけである。このことは終末期患者の「生の質」を問うという本稿の問題意識と深く繋がってくる。

キューブラー・ロスの研究の意義を巡る議論やその書に対する大きな反響は、「死の過程の段階説」に集約されているように見える。しかしながら、キューブラー・ロスの書は、「死は、法医学のケースにおけるそれは別として、医学的な知から排除され、科学上の一時的な失敗とみなされ、それがそれ自体として研究されることはこれまでになかった」とアリエス（1990/1977）が指摘する社会状況の中で公開されたものである。

つまり、もっぱら生に価値を置き、死および死に逝く過程に光を当ててこなかった当時の医学界に対して、死に直面した人と直接向き合い、その人の生き様を通して死に逝く過程にも一つの価値があることを提示したこと、そして、そのことによってそれまでの医学界の価値観を揺るがしたところに、まずもってその意義を見出すべきではないだろうか。

少なくとも筆者にとっては、キューブラー・ロスの5段階説を批判する前に、キューブラー・ロスがどのような視点でこの研究に取り組み、死に逝く人の生をどのように描き出そうとしたかが重要である。死あるいは死に逝く過程にも価値が認められるようになった今、「生の質」という本稿の問いを考える上で、まずもって終末期を生きる患者と出会い、その生と実際に

向き合うことから出発するというキューブラー・ロスの研究は、何よりもその視点・手法において豊富な手がかりを与えてくれる。実際「生の質」が省みられることのなかったそれまでの死の臨床において、当事者の声を通して当時の医学界や社会に訴えかけたキューブラー・ロスの研究は、まさに人が生きる「質」を考える上で、その世界を生きる当事者の視点は外すことができないものであることを説得的に示すものであった。

ところが、青柳も指摘しているように、人々の死あるいは生への価値観を変えるほどのインパクトをもった研究であったにも拘わらず、キューブラー・ロスの方法論に関してはほとんど言及されてこなかったのも事実である。患者に寄り添う形で行われてきたキューブラー・ロスの手法は、彼女の考察も含め、患者の生きる世界をアクチュアルに描くことを目指した質的研究といえる。

4 キューブラー・ロスの研究手法

キューブラー・ロスは、死に関する研究を始めるにあたり、データ収集の難しさ、さらにはそのデータが検証も実験も不可能なものであることを挙げ、最善の方法は、末期患者に教師になってもらうことだという結論に達した。そして、重篤患者を観察し、彼らの受け答えや要求を調査し、周囲の人々の反応を見、そして死に臨む彼らが許してくれる限り対話に努め、彼らの内面に接近しようとしてその研究を行ったとしている。

キューブラー・ロスの研究の手順は次のようにまとめることができる。

①担当医師から末期患者へのインタビューの許可を得て、②患者本人の同意という手続きを踏みその上で、③インタビューと観察を行い、④精神分析の視点から患者の生きる世界を捉えるというものである。キューブラー・ロスは、患者に出会うにあたり予断を廃するために文献やカルテを読まず、また患者との対話を最終的には精神分析の観点から理解しようとしたと記している。つまり、キューブラー・ロスの研究は2つの構えの下に取り組みされている。一つは、まず患者と向き合うという臨床現場において、キューブラー・ロス

は従来の医師・患者関係あるいは見る・見られるという関係を脱け出し、患者の視点から医療現場で最期の時を迎える人々の世界を捉えようとしたこと、ここに従来の研究とは大きく異なる点がある。もう一つは、キューブラー・ロス自身患者との語りを生き（体験し）ながらも、最終的には患者が生きる世界を精神分析という枠組みに沿って解釈し、学の知から患者が生きる世界を捉え直そうとしたということである。死に逝く者（患者）の側に立てば、生きる上で出てくる当然の問いを、治療対象として医学の世界に引き込んでしまったところに一つ齟齬が生まれる。この患者の視点と学知の視点がキューブラー・ロスの内部で微妙に交差するところに、「生の質」を問う重要なヒントがある。つまり、実践の場で死に逝く人々と関わる人々からの批判はキューブラー・ロスのこの研究が科学的枠組みで行われたということではなく、科学的枠組みでしかなかったことにあるのではないだろうか。

そもそもキューブラー・ロスは *On death and dying* の中で、終末期の人々の生きる世界を彼ら・彼女らの口から語ってもらうことの意義を、①その世界を教えること、そして、②そこから病院における患者の管理の長所と短所を彼らから学ぶことだと述べている。そうした実践的な目的の下に行った患者とのインタビューは精神分析の枠組みで切り取られ「死の過程の段階説」として表された。この段階という概念はフロイト以降精神分析、また、先述した発達心理学において重要な位置を占めている。

それでは精神分析が背景に持つ考えとはどのようなものなのだろうか。精神分析や臨床心理学の成り立ちについて河合（1994）は、心の病に苦しむ人に対する援助という極めて実際的な目標をもって生じてきたと述べる。さらに、原因究明から治療という流れの中で、人間の心の発達段階とそれに相応する課題という発達モデルに従って人を見ることがその基盤にあることを指摘している。つまり、キューブラー・ロスは医学的視点の一つである精神分析を用いることで、段階という「客観的ものさし」をつくったのである。さらにもう1点、キューブラー・ロスは病院という医療現場と医療従事者—患者関係という背景の下で、治療あるいは管理という実践へ活用するという目的があった。その段階において「彼女」と「その患者」という「固有

性」はそぎ落とされた。数多くの臨床から構築されたキューブラー・ロスの段階説は、それぞれの出会いの中での生あるいは死から「固有性」をそぎ落とす形で医学の世界での視点を保ったのである。

そして、精神分析を背景に持つキューブラー・ロスのこの段階説は、容態の変化と相まって日々あるいは時々刻々と変容する死に逝く患者のその姿と上手く重ならないのである。さらに、シュナイドマン（1980/1973）が、「その人の全人格と〈人生哲学〉によって定まってくる」と指摘しているように、単に末期患者という括りでは人の死に逝くその実相を語りきれないものであるという、科学的視点との違和感を結果的にあらためて明らかにすることになった。このシュナイドマンの指摘は、死に逝く者と共にある中で自身の身体を通して感じた「私」と「その人」という関係＝「固有性」が臨床現場においても重要であるということを示したものである。とはいえ、末期患者との語りや詰め込まれたキューブラー・ロスの研究は、これまでタブー視されていた死、あるいは死の過程に人々の目を向けさせ、また、日々死に逝く人々と関わりを持つ医療者にも、医療の立場からどのような関わりを持つことができるのかについて多くの示唆をした点において重要な役割を果たしたといえる。

つまり、キューブラー・ロスの研究は、先述した河野の議論の②だれのための、③だれから見たという点においては、これまでの研究視点から抜け出し、当事者の視点に立つということに成功したものの、①のどのような基準や価値で判断するのかという点においては、当事者の視点ではなく精神分析という医学の世界で生きるキューブラー・ロスが既に持っていた基準に沿ってしまったのである。私見ではこの①のどのような基準や価値でという点においてこそ、当事者の「生の質」が問われなければならない。

彼女の著書は医療関係者はもとより他の多くの人々の興味を引き、四半世紀にわたり、人の死を考える際のバイブルのように扱われてきた。それは何よりも、膨大な量の患者とのやりとりが細かく記されているからである。死に至る病を患い、自分の生が限られたものであることを告げられたところから死に至るまでの詳細な記録は、その患者本人の言葉が、彼女あるいは彼の人生とは切り離せない文脈を背景にその重みを示

すがゆえに、読み手の心を捉えずにはおかない。日頃、死に逝く患者と対している医療者は、その治療・対処の視点としてキューブラー・ロスの研究に興味を示し、一般の読者は日常生活を生きる自分と変わらない一人の人間がその生を終えていく様相に興味を示して、本書に強く引かれてきたのだといえる。

この点についてもう少し考えてみよう。キューブラー・ロスの著作を丁寧に読めば、膨大な対話記録と共に記されている考察は、患者との対話を通して彼女自身が捉えたことが、「だと思ふ」「なのではないか」と語られている点に気づく。キューブラー・ロス自身が本書の冒頭で指摘するように、彼女の研究は語られた言葉や患者の表情だけではなく、自らの身体を通して感じられた（ある感じ）に裏打ちされたものであった。つまり、キューブラー・ロスの試みは、単に当事者の生の語りからその世界を解釈するというに留まらず、当事者と向かい合う中で当事者の生きる世界を共に体験し、その世界をあくまでもキューブラー・ロスという人を潜り抜けた形で提示するということであったのだ。ここに、「生の質」を「どのように捉えるのか」という点に関して、我々がキューブラー・ロスから受け継ぐべき手法上のポイントがある。

5 生の質と質的研究

質的研究において、質を扱うことの意義を南（2006）は、①多様な生の捉え方、②学と実践の融合であると述べる。南のこの提言を、死に逝く人々の生の質を扱うことに照らし合わせて考えてみよう。実践の場に研究者が赴くことには2つの意味があるように思う。一つは、個々の生に着目しつつ多くのデータと共にまとめあげることで、より広い概念を作り出すこと、モデルをつくることである（やまだ、1986、2006；やまだ・サトウ・南、2001；サトウ・安田・木戸・高田・ヴァルシナー、2006）。もう一つは、個々の生を深く掘り下げ積み重ねまとめることによって、個人への理解を深め、よりよい関わりにつなげること（鯨岡、2005）、実践に役立たせることである。前者が従来通りの研究の意義である理論発信の意味を強く持つものに対して、後者は実践の場での応用を目指すものである。「生の質」を考える時、質的研究ではどの

ように捉えることができるだろうか。

「生の質」を捉えようとする時、少なくともそこには捉える側と捉えられる側の2者が存在する。「生の質」を問うとすれば、単に捉える＝捉えられるという構造ではなく、問われる内容、そしてその意味にも言及しなくてはならない。そこに事象への出会い方を含めた研究の手法や視点の問いが立ち上がる。2つ目は「学問の視点から捉えたその生の質を実際の現場、当事者が生きる世界へとどう映し返していくのか（学の知をどう現場に還元していくのか）」という実践の問いである。そしてこの1つ目の「どのように捉えるのか」という点について深く考えれば、それを問う人（例えば研究者）の視点、研究手法に言及するだけでは十分なものとはいえない。問う側が持つ視点の裏側にある価値観と当事者の生の背景になっている価値観との重なりやズレの問題も関わっていることを論じないわけにはいかないのである。つまり、問う人の価値観に沿って「生の質」を議論するのか、あるいは当事者の価値観に即して（当事者の生き様に即して）「生の質」を議論するのかという微妙な問題は、この質を巡る議論と不可分なものであり、そこに「生の質」を問題にすることの難しさがある。逆に、当事者の生き様に接する中で、「生の質」を問う人の視点と価値観の問題が逆照射され、それらが可視化されるとともに、当事者の「生の質」と切り結ぶ構えが切り開かれてくるのである。

このように考えてはじめて、心理学、社会学、医学、看護学など様々な分野（視点）において、なぜ「生の質」に迫る動向が生まれるのか（例えば、Glaser & Strauss, 1996/1967；Kleinman, 1996/1988；やまだ、2000；やまだ・サトウ・南、2001；鯨岡、2005）が理解できるものとなる。

6 生の質に迫る手法

質的研究では、まずもって研究者が出会った事象にじっくりと向き合い、その詳細な記述によって、研究者が出会った事象がどのような意味を持つのかを明らかにすること（鯨岡、2005）、あるいはその世界を生きる人々の文脈に位置づけ直してその事象を理解しようとする（南、2004）が出発点となる。

質的研究を代表するグラウンデッド・セオリー・アプローチを創設したグレイザーとストラウス (Glaser & Strauss, 1988/1965) をはじめとして、死生学者 (サナトロジスト) や死の臨床に携わる人々のほとんどは、死に逝く人々と出会い、時を共にし、語り、感じ合う中からその生に迫ろうとしてきた。

終末期を生きる人々の生きる世界を描き出す手法としては、それゆえ、インタビューと参与観察をあわせて用いられるのが通例である (例えば, Kübler-Ross, 2001/1969 ; Carverhill, 2002 ; Wright & Fremons, 2002)。

キューブラー・ロスをはじめ多くの研究者が行った丹念なインタビューと参与観察という手法は、人の生に迫る研究では古くから用いられてきたものである。デンジン (Denzin, 1989) は、「参与観察とは、インフォーマントとのインタビュー、直接の参加と観察及び内省を同時に組み合わせるフィールドでの一戦略である。」と述べている。近年では、インタビュー時の研究者と協力者の相互作用にも言及されている (やまだ, 2006 ; 草柳, 1997 ; 山口, 2004 ; Flick, 2002/1995 ; 桜井・小林, 2005)。デンジンのこの主張にさらに付け加えると、当事者の生きる世界は協力者との間で起こった全てのことが研究者という一人の人間を潜り抜ける時に、研究者にその意味が捉えられる (理解される) ということである。

それでは、研究者はその体験をどのように記述し、他者 (読者) と共有することができるのだろうか。井筒 (1983) は『コーランを読む』の中で、コーランの解釈法をもとに、「パロール (発話行為) がエクリチュール (書記言語) のレベルに入って言語テキストとなると言葉の性格が変わる」と、書かれた言葉と話し言葉について言及している。そして、「いつ、どこで、どういう人が、どんな心理状態あるいは身体的状態で、どんな状態の人に向かって話しかけるのか、などなどの要因で形成される発話行為特有の状況がほとんど全部消し去られてしまう」と話し言葉が持っていた固有の意味合いが必ずしも書かれた言葉には反映されないことを指摘する。井筒の指摘する研究者が捉えた当事者の語り (パロール) の世界と逐語録を始めとする記述された世界 (エクリチュール) のズレを埋めるには何が必要だろうか。

それには、紡ぎ出された言葉 (プロトコル) を提示

するだけでなく、出会いの中あるいは語り合いの中で経験される協力者の表情や声のトーン、前後の文脈、身振りなどを合わせて提示し、解釈することが必要となってくる。

鯨岡 (1998, 1999) は、対面場面における一つの事象は協力者と研究者の間に生じるものであり、その捉え方において、例えば「関わっている相手が〈今こう思っている〉、〈こう感じている〉といった相手の思いは、関わり手の〈主観〉において間主観的に捉えられる」のであるとしている。つまり、協力者について研究者がその内面で間主観的に掴んだものを提示してこそ協力者の生きる世界に迫ることができるのである。また、大倉 (2006)¹⁾ は、協力者の語る〈言葉〉は一つの「身振り」であるとし、その「言外」のふくよかな意味に迫る上でも、研究者が協力者との間で得た〈ある感じ〉について言及することが必要であると説いている。また、「質」的研究であることの第一の必要条件は、事象に臨む「研究者」自身を、その事象の記述と併せてしっかり提示することであると述べる (大倉, 2004)。

以上のことを踏まえると、終末期を生きる人の生の質に迫るには、基本的に対話的手法を用い、そこに関与・観察の視点を導入し、その対話の中で研究者が協力者の下に感じたことを併せて記述することでその状況を生き生きと描き出し、それに考察を加えるという手法が考えられるだろう。

7 目的

上記に生の質に迫る意味と手法についての問題意識を述べた。本稿の目的は、終末期医療の現場から、死に逝く人の「生の質」を考えることを第一の目的とする。具体的には、一人の人の死を巡っての「生の質」における価値や基準の相違点を対話から明らかにし、それを実践ケアに役立てていくことについて検討することである。

方 法

1 本研究の方法

本稿では、これまでに言及されてきた協力者と研究者の相互作用を念頭に置き、鯨岡（2005）が提唱する「関与・観察」に近いたちで協力者との対話（インタビュー）を試みた。本研究では、入院生活の中での自然な対話を心がけたため、対話を録音することはしなかった。そのため、分析対象は対話終了後に筆者の記憶の範囲内で書き起こした対話内容である。また書き起こされた多数の対話や現場でのやりとり、医療スタッフとの話し合いから入院中の協力者の生について考える上で核となったものを、筆者の視点で、時間軸に沿っていくつか抜き出した。その上で対話ごとに、鯨岡（2005）のエピソード記述法を基に、まず①「背景」：抜き出された対話の背景を示し、次に②「対話」：対話を逐語録に起こしたものを提示した。その後で③「メタ観察」：その対話場面の真相をより生き生きと読み手に伝える目的で、対話の前後の出来事や対話時において研究者が捉えた協力者の様子や〈ある感じ〉と協力者の様子の背後にある情報を記し、その後④「考察」を加えるという手順を踏んだ。「メタ観察」について、鯨岡（1999, 2005）はエピソードを研究者が切り取る背景にある研究者自身の興味、関心を提示する第1次メタ観察、エピソード以外に前後関係を明らかにすることによって、エピソードの理解を容易にするための第2次メタ観察というエピソード記述法を確立している。鯨岡自身が述べているように、第1次メタ観察と第2次メタ観察を必ずしも分けて提示する必要はないため、有田（2007）で用いた「関与・観察的対話」を基に、第1次メタ観察と第2次メタ観察を合わせて記述した。

調査期間はX年8月からX年10月にかけての3カ月間。終末期を生きる人々の心身の様態は時々刻々と変わる可能性があり、あらかじめ時間を決めることは難しいという点を考慮し、また、その人が生きる緩和医療科という場を把握する必要があることから、次のような手続きを踏んだ。筆者は週5日の日中、緩和医

療科に心理の非常勤スタッフとして滞在した（白衣着用）。そして医師の回診に同行し、医療スタッフとの情報交換をもとに、折をみて協力者との対話を試みた。場所は、緩和医療科の協力者の病室やデイルームなどであり、基本的には1対1で行った。回数・時間制限は特に設けず、心身の状態をみて判断した。対話については、「緩和医療におけるケアを考えるために、日々思うことを話して欲しい」という提示を対話初日に行う以外は、医師と相談のうえ特定の設問は設けなかった。日々の入院生活の中で自然な形で話をすることを心がけたため録音はせず、対話終了後に書き起こす形とした。

一点留意しておきたいのは、筆者と協力者の関係についてである。筆者は協力者に出会うにあたり、白衣着用の上で非常勤スタッフとして協力者に会ってあり、単なる研究者（病院の部外者）としてではなく、医療者として捉えられていた点は否めない。また、対話をカルテに記述するという点からも、筆者自身の分析の視点、協力者との関わりが医療者と患者となっている点がある。しかしながら、一人の人間の死生の営みの場での出会いから、生の質に迫ろうとする本稿においては、ニュートラルな立場での出会いや分析はありえず、むしろ筆者と協力者が出会いの場においてどういう背景を持っていたのかが積極的に提示され、分析がどのような立場から行われているのかということが明示されることにこそ意義がある。

2 分析

分析は、対話終了後に筆者が記憶の範囲内で書き起こした対話内容と共に、その場で筆者に感じられたこと（〈ある感じ〉）を記したものを、さらにはカルテを資料として行った。先述したように、筆者は今回非常勤心理スタッフとして、協力者と出会っているため、研究のための対話とはいえ協力者には医療スタッフであると捉えられ、対話の内容がある程度限定されている。また、筆者自身も医療者側の観点からの分析を行っているところがある。本稿では、緩和医療科という医療の場において死に逝く人が最期の時を過ごす上での「生の質」を浮き彫りにすることを目的としたため、問題のところで述べた協力者の生を支える上で核とな

った対話を取り上げることとした。具体的には、対話 1, 2 では医療者側と協力者の思いの相違が浮き彫りになった投薬の対話, 対話 3, 4 では病状の進行とともに変化をみせた協力者の生き方への思いを巡る対話を取り上げた。また、末期患者の心模様は身体症状と深いつながりを持つため (Shneidman, 1980/1973), 身体症状の変化とともに時系列的に対話を提示することとした。

3 倫理的配慮

本研究は、協力病院の倫理委員会承認を得たものである。本稿で扱うテーマは、人の内面に深く踏み込む内容であること、また、終末期という人の生においてもっとも重要な時期に行う研究であることから、研究の意図を理解した主治医の許可が得られた患者に対して主治医及び筆者から口頭及び書面にて説明を行い、同意書をかかわした。さらに、対話で得られた内容に関しては、協力者の許可が得られる範囲で医療スタッフと共有し、患者のケアに役立てることとした。

事例

1 協力者

氏名：鈴木 翔さん（仮名：男性。59 歳。建設業）
 病名：下咽頭癌（入院：X 年 7 月 7 日 死亡退院：X 年 10 月 10 日）
 家族：長女，次女共に家庭を持ち，独立。離婚歴有。
 キーパーソン：次女

2 筆者が会おうまでの翔さん

(1) 入院経緯

緩和病棟入院の前年 9 月，呼吸困難にて A 病院を受診し，緊急入院となった。下咽頭進行癌の診断で，化学療法と放射線治療を受けた。これらの治療により，呼吸困難は消滅したが，根治手術可能な程度までに癌は縮小しなかった。根治不可能の診断を受けて，自宅

での生活を希望していたところ，咽頭から頸部に広がる腫瘍が拡大し，X 年 5 月，再度呼吸困難を生じた。頸部前面が腫瘍化しており，緊急気管切開キット（ミニトラックⅡスタンダードキット^{® 2)}）により，辛うじて気道を確保できた。4 月の時点で，予後はおよそ半年であるとの説明を受け，6 月，当病院の緩和医療科を受診し，7 月に入院となった（以上カルテより抜粋）。

(2) 病棟での生活

筆者が翔さんに出会ったのは，翔さんが緩和医療科に入院して 1 カ月ほど経ってからのことである。ここに入院 1 カ月目までの様子をカルテと医療者からの聞き取りを基に記しておく。

緩和医療科に入院した当初から，翔さんの予後や今後の病状変化についての説明が詳しくなされていた。主治医とのやりとりでは，不眠や薬の内服について翔さん自身が必ずしも積極的ではない点，孫の成長を見届けたい思いが語られていた。また，看護師とのやりとりでは，不眠に対して睡眠薬を飲むことで生活リズムが崩れ，看護師に迷惑をかけるのではと気遣いをみせたり，頸部腫瘍の痛み，家族についての話が多くでいた。不眠，痛みに関しては，ほぼ毎日のようにやりとりの中ででてくるが，これに関しては主治医とのやりとりで見られるように，薬によって改善を図ることは積極的ではない。しかしながら，たびたび出るしゃっくりについては薬を飲むことに抵抗はなく，翔さん自らが望むことが多々あった。また，これまでの人生の振り返りや死への思いが語られた。痛みに関しては，翔さん自身が「恥ずかしくて，先生には言えなかった」と述べるように（カルテより抜粋），主治医に対して語られることが少ないのに対して，看護師には多く語られていた。

痛みや不眠のことが入院当初からの案件ではあったが，ADL（日常生活動作：Activities of Daily Living）がまだ十分確保されていたこともあり，一人で病棟外への散歩や買い物にでかけたり，本を読んだりしながら日々を過ごしていた。また，タバコやお酒も楽しんでいた。筆者が会おう 1 週間ほど前に実母を亡くし，病室から葬儀に出かけていた。徐々に進行しつつある症状を身体に感じながらも，自分の身の回りのことは

全て自身でこなしながら（痰の吸引，下膳も自分でおこなっていた），孫や娘たちと過ごす時間を大切にしていた。若い時に離婚し，2人の娘を男手で育ててきた翔さんにとって，週に2回ほどお見舞いにくる次女と孫（10歳と3歳の女の子）が心の支えであった。この心の支えとなっている孫の行く末を案じ，せめて年少の孫が小学生になるまでは見届けたいという生への思いも語っていた。

3 死に対する考え

本稿では，死に逝く人の生の質を考えることを目的にしており，生の質を考える上で筆者を含め関わり手の死生観を問われることはもちろんのこと，翔さん自身の死に対する考えを記しておくことは，今後の事例を読み解く上でも重要であると考えられる。そこで，事例としては紹介できないが，19回に及ぶ対話や他スタッフとのやりとりから明らかになった翔さんの死に対する考えを紹介する。

翔さんは入院当初から，スタッフに予後について頻繁に尋ねたり，ADLの維持について，「おれは気力では負けん。はいずってでも動いてやる」（カルテ抜粋）などと語っていた。

翔さんの死に対する考えや構えには，これまでの人生が大きく影響していると考えられる。翔さんが見送る者として出会った死は，元気な人がある日突然亡くなるものが多かった（任侠の世界に身をおいていたこともあるため）。この件に関しては，筆者との対話の中で翔さん自身の今後（病状の進行とADLについて）に対してどのようなイメージを持っているのかについて「このまま（ADLを保ったままで）死ぬ」，「たとえ身体がえらくなっても普通にできる（現状を維持する）自信がある」と，徐々にADLが低下し死に至るというものではなく，最期の時まで現状を維持したいという思いを強くもっていた。また，この思いは，後の対話1で紹介するケアの話（対話1の背景参照）に代表されるように，ひとに頼るのではなく，自分の力で生きることを大切にしてきたことにも繋がっている。

4 翔さんとの出会い

翔さんと筆者の出会いは，翔さんが緩和医療科に入院して1月程たった頃であった。調査初日に，19床ある病室の医師の回診に同行した際の翔さんの姿は，実に印象深いものであった。廊下に面した病室の大きなドアが開けっ放しにしてあるのを不思議に思いながら医師の後に続いて病室に入ると，Tシャツにジャージ姿の男性がベッドに座っているのが見えた。短髪で細身の翔さんは，医師の訪問にも気構えるところがなく足を組んで話をする。その様子は，喉のモニトラックを除けば一見患者には見えないほどであった。

主治医との会話は，飾り気のない端的な言葉による身体症状の情報交換と軽口という，深刻さと軽さを併せ持った言葉とするどい視線が合わさった，なんとも奇妙な雰囲気のものであった。この奇妙な感じに惹かれ，またいつもの回診に見慣れない顔を発見し気軽に筆者に声をかけてくれたこともあり，筆者は翔さんに調査をお願いすることにした。

5 翔さんとの対話

翔さんとの19回に及ぶ対話では，日々の体調（痛みや不眠）をベースに先に紹介した死に対する考えや昔話が語られた。日々の体調が対話のベースになっている背景には，方法の項で述べたように筆者が主治医の回診に同行したり，白衣を着ていたことが大きく影響しているといえる。

対話

1 対話1：生への思いと死への考え（8月2日）

（1）背景1

主治医の回診の後，午後に改めて病室を訪ねると翔さんは椅子に座り小説を読んで過ごしていた。病室のドアのところで声をかけた筆者を見ると，部屋の椅子を自分の近くに持ってきて座るように勧めてくれた。

対話のきっかけとして自己紹介も兼ね筆者についての話をしばらくする中で、ケアについての話題になった。ケアという言葉に翔さんはこれまでの軽い口調から一転、固い口調でホームレス支援のことを例にあげながら、「与えるだけでは助けにならない」こと、「人の人生の8割は自分で選んだものだからどういう人生でも自分で耐えていかななくてはならない。自分で生きていけるようにするのが本当の助けだと思う」と生き方に対する自分の考えを話した。「ケア」という言葉から翔さんが何故このような話を持ち出したのか掴めないままいた筆者は、「そうだけど、でも」という言葉で翔さんとの意見の相違を表しながらその真意を見極めようとしていた。そうした中で、先の回診の振り返りが始まった。

〈対話 1〉

後2, 3カ月ということに決めた (8月2日)

翔さん：後2, 3カ月だ (余命が) ①。
 筆者：後2, 3カ月？ どうしてそう思うのですか？
 翔さん：後2, 3カ月ということに決めた。そうすれば、元気なままで死ぬような気がする。
 ② 笑顔で手を振って、「先にいって待っているから」って死ぬば、遺された方もそんなに悲しまずにすむから。
 筆者：そう……？ 悲しいのは悲しいけどな…。
 翔さん：最後まで笑って死ぬ。
 筆者：最後まで笑って？
 翔さん：だんだん弱って死んでいく人は沢山いて、病院ならそういう患者はすぐ忘れられてしまうけど、最後まで元気に笑って死ぬば、そういうかわった人もいたなとみんな心に残るだろうから。
 筆者：そうだね……。やっぱり、後どれぐらいかっているのは正確に知りたいですか？
 翔さん：俺、先生にいてあるんだ。後1カ月になったら教えてくれて。
 筆者：後1カ月になったら？ どうして1カ月なんですか？
 翔さん：後1カ月って言われたら、娘や孫、周りの人にしておいてあげたいことをやる。
 筆者：心配を残したくないってことですか？
 翔さん：そう。だけど、心残りが無いというこ

とはないよ。誰だって生きていたいけど、寿命はしょうがない。③

(2) メタ観察 1

対話において、翔さんが普段どのようなことを思っているのか、その内実に迫りたいという思いから、筆者が予め質問を用意することはせず、まずは語りを翔さんにまかせた。お互いまだ相手のことをよく知らない中で語られた予後の話は、他のスタッフとの間でも度々話題に上っていたことであり、その時の翔さんにとって一番気にかかっていたことでもあった。

回診時に主治医と予後について話をしていた翔さんは、自ら予後3カ月と話をする一方で、下咽頭癌の腫瘍を切除できないかという相談をしていた。筆者が回診に同行していたこともあり、翔さんは医師とのやりとりを、順をおって振り返ることで、医師との会話とそれに対する自分の思いを整理しているようであった。

「後2, 3カ月」(〈対話 1〉下線部①)と自身の余命について具体的な数字を挙げて話を進めていく翔さん。予後語るその口調は固く、少しでもその口調に強弱が加われば、筆者がそこを手がかりに、翔さんの内面に触れてしまうのを拒むような、すきを与えない淡々とした口調であった。自分の考えを端的な言葉で話す翔さんの姿は、その話された言葉だけを拾うと、揺るぎない死への態度を持っているかのようにも思われる。

しかし、ここでの筆者は、言葉に表わされた考えとは別の思いが言葉からわずかに滲み出ていることをうっすらと感じていた。自身の予後についての翔さんの言葉は直接的に彼の考えを強く照らし出すようにみえるが、その言葉の裏側には、他者が容易には迫ることができない複雑で深い思いが秘められているようであった。対話初日でまだ互いの内面に深く触れるまではいかない語りの中で、翔さんの言葉の裏に滲み出る思いがどのようなものであるのかを、まずはその混沌とした状態のまま抱え、対話を続けていくことにした。

(3) 考察 1 生への思いと死への考え

緩和医療科という終末期医療の現場に入院するということは、一般病棟に入院するのとは違う意味を持つ。病名と予後の告知は緩和医療科入院の必要条件ではな

いが、自らの意思で緩和医療科へ入院する人にとって、その門をくぐることは、自身の死が遠くない未来に訪れるということを自他（本人と医療者、あるいは家族）の共通項として持つことを意味する。また、このことは、緩和医療科においては、患者は死に逝く者としての行動が求められるということでもある（Glaser & Strauss, 1968）。

翔さんに関しても、前病院で病状告知（癌の完治は望めず終末期であること）やその進行状況の説明がなされ、それを踏まえた上での入院であったため、死を迎える場として緩和医療科を捉えている面があったことは否めない。

そんな中で発せられた「後 2, 3 カ月ということに決めた。そうすれば、元気なままで死ぬような気がする」という翔さんのこの言葉は（〈対話 1〉下線部②）、翔さんのこれまでの生き方と深い結びつきを持つ言葉であった。死そのものに対する翔さんの考えは、これまでの生き方と相まってブレはなかったといつてよい（協力者紹介欄参照）。しかし、死に逝く過程を生きるということは、そうした翔さんが持つ死への考えとはまた別の様々な思いを含みこんだものではないか。まだ 59 歳という若さで、自分の死と対峙することになった翔さんは、今こころの支えとなっている家族のこと、そして自身の生を終えるということについてはまだ気持ちの整理がつかないもの（〈対話 1〉下線部③）であった。

そうした生への思いを断ち切れずにいる翔さんは、スタッフや筆者に死への考えを語ることで、自身の生き方を貫く覚悟、生き様、逝き様を決めていこうとしていたのではないだろうか。

2 対話 2：投薬について

（1）背景 2

ここ数日間の対話や看護師とのやりとりで、不眠と頸部の痛みが翔さんの口から少しずつ語られていた。主治医との対話では「何でも薬じゃだめだ」という翔さんの言葉や、夜間眠れないことへの対処を考える医師に「気にしない。気にしない。」という言葉が聞かれる一方で、若干の投薬の変更にも応じていた。翔さんの場合、投薬の変更は症状の進行を意味する。吐血

やこれまでの薬では痛みがとれなくなってきたことなどもあり、翔さん自身その内に症状の進行を感じていたようである。

そうした中、午後遅くに翔さんの部屋を訪ねると翔さんは薬の話始めた。

〈対話 2〉

薬を減らす（8月9日）

翔さん：薬をこれから減らしていくんだ。①

筆者：減らす？

翔さん：うん。

筆者：飲みづらくなってきました？②

翔さん：薬飲んだってなんの解決にもならない。

③

筆者：何にもならない？

翔さん：根本的な解決にはならない。ごまかしだ。④

筆者：ごまかしか……

（沈黙）

翔さん：じゃあこれ（首を指差して）薬で治してよ。薬ちょうだい（手を筆者の方に差し出す）。

筆者：う～ん。薬では治せないかもしれないけれど……。

翔さん：薬は効くと思って飲まなくては効かんわな。

筆者：翔さんはあんまり薬信用していないの？

翔さん：うん。信用していない。（笑）

（2）メタ観察 2

翔さんとの対話は医師とのやりとりをもう一度振り返ることから始まることが多い。回診時、2 人のやり取りを一歩ひいてみていたこともあり、翔さんの言葉を通して先の回診を振り返ることで、時には翔さんの視点から先の翔さんのあり様の意味を考え、時には医師の側に立ってみたり、また自分の位置にたってみたりと筆者は不思議な感覚を覚えた。翔さんの語りは、断定的な言い方から入ることが多い。自分の考えていることを決定済のこととして、まずは固い口調で語る。症状の進行や、痛みの緩和のために薬を勧める医療者と、必ずしもそれに乗り気ではない翔さんとの間では、何かしら噛み合わないものがあつた。

直接的に痛みや身体的な苦しさを訴えることがない

翔さんの「薬を減らしていくんだ」という言葉（〈対話 2〉下線部①）は様々な意味を持って筆者には受け止められた。咽頭癌を患っている翔さんにとっては、普通食を飲み込むのも飲料を飲むのもそれなりに痛みやつらさがあり対話の中でも語られることがあった。翔さんのいう薬とは日々の飲み薬のことを指していることもあり、もう飲み込むことがつらいのかなということが筆者の頭をかすめた。非常勤スタッフという肩書を持っていた筆者は、単なるインタビュアーとしてだけではなく、時にチームスタッフとして治療という視点で翔さんの言葉を捉えてしまっていたところがある（〈対話 2〉下線部②）。翔さんなりの身体状況のシグナルなのか、それを逃さないようにと言葉をつなげてしまう筆者（〈対話 2〉下線部②）に、翔さんは「なんの解決にもならない」（〈対話 2〉下線部③）と否定する。

この日の翔さんはどこか落ち着きがなかった。対話の途中でデイルームに花をもらいにいったり、薬の効果を否定する一方でしゃっくりをとめるための薬をもらいにいったりと、病室に筆者と2人でいて、話をすることを少しためらっていた。

普段ならば、死や病状についてもまずは自分の考えを述べ、筆者との考えの相違をはっきりさせようとするのだが、この日の対話はどことなくはぐらかす感じで進んでいく。これ以上の話は無理かなと思いつながら、一緒にデイルームでコーヒーを飲むことを提案した。デイルームに移った後の翔さんは、これまでの人生を振り返りながら、自身の生涯が近く終わりを迎えることに対して、「寿命だから仕方がない」という一方で、「誰だって生きていたいよ」と揺れる2つの思いを話していた。

（3）考察2：薬を通して見える2つの思い

翔さんはこれまでの対話に見られるように、「死」への考えと生への思いが複雑に入り混じったままだった。そうした中で、徐々におこってくる容態の変化への苛立ちが薬を減らすという主張につながったのではないだろうか。シュナイドマン（1980/1973）は、患者のこうした複雑な心模様を、受容と否認を繰り返して経験する様子として記している。

薬を使うことに関して、「ごまかしだ」（〈対話 2〉

下線部④）と言った翔さんの言葉にはそうした思いが滲み出ていた。「薬飲んだってなんの解決にもならない」（〈対話 2〉下線部③）という翔さんの言葉には、どうにもならない現状への苛立ちが複雑におりこまれていた。

しかし他の協力者との対話とは比較にならないほどストレートな言葉で予後や死について語る翔さんと、翔さんの苛立ちと彼が持っている生あるいは死の美学が相まって、その複雑さを筆者は上手く受け取れないでいた。

緩和医療科で出される薬は確かに、病気そのものを完治させる目的の薬ではなく、症状緩和のためのものである。「何の解決にもならない」という翔さんの言葉、そしてそれに返答できずにいる筆者に、「じゃあこれ薬で治してよ」と翔さんは冗談とも本気ともいえない様子で語る。その一方で、話をしている間にしゃっくりがでてとまらないと、筆者を病室に置き去りにして、自分で薬をスタッフステーションにもらいにいく。この2つの翔さんの態度が対話の内容と噛み合わず、翔さんが何を言いたかったのか、筆者は考え込まずにはいられなかった。翔さん自身が感じている痛みも含めた症状の進行は、翔さんのこれまでの生き方を貫くことも難しくしているようであった。日常の些細なことから自分の裁量で進めていくということをも奪われるような感じを翔さんに与えていたのではないだろうか。

3 対話3：予後について

（1）背景3

この日は他の患者さんが死亡退院され、喫煙室のすぐ隣の扉からスタッフでお見送りをしていた。視線を感じてふと喫煙室の方に目をやると、喫煙室の窓から翔さんがその様子を眺めていた。そのことが気になって部屋を訪ねると、翔さんは入院してから初めてそうした光景を見たと話した。顔や足に浮腫が表れてきたこともあり、自身の内に感じる身体の変化もあってか、「主治医が自分には言わないけれども、家族には自分の予後についてすでに話されているのではないかと、自分に予後説明がされないことへの不満を筆者に漏らしたことがあった（対話前日）。それを主治医に伝え

たところ、主治医は次女と翔さんが一緒に話をした方がいいと判断し、予後について前日に説明がなされた。

〈対話 3〉

すっきりした。（9月9日）

翔さん：すっきりしたから昨日はよく眠れた。①

筆者：すっきりした？

翔さん：くだらないことだ。でも昨日一言でかたがついた。やっぱり色々考えていたんだな。

筆者：色々？

翔さん：うん。……

筆者：そう。翔さんがすっきりしたならよかった。

翔さん：このむくみ（足の浮腫）も切ってもだめなんだった。かえってよくないって。

筆者：うん。

翔さん：まだばあさん（実母）が亡くなったばかりだからな。一人で置いておいたら何するかわからないから早くこっちにこいって呼ばれてるのかな。

（2）メタ観察 3

「すっきりした」（〈対話 3〉下線部①）という翔さんは、その言葉とは裏腹に固い表情のままその内容について多くを語らない。主治医から話の内容を聞きカルテに目を通して筆者は、おそらく予後の話を語っているのだろうと思いつつもこちらからは働きかけをせず、翔さんが何を語るのかを注目していた。〈対話 2〉以降の翔さんとの対話では、足の浮腫や頸部の腫瘍をどうしていくのかについて多くの時間が費やされた。数日前から足が浮腫み、一向にそれがひかないことから、足に自分で針をさして水を抜くなどの話や、「もう治らないのかな」という言葉が翔さん自身の口から出始めた頃でもあった。普段は開けっ放しにしてある病室のドアやカーテンを閉めて真っ暗な中で過ごしたり、さらには、夜中に突然、剃刀で頭を剃ったりと、この頃翔さんの病棟での生活にも大きな変化が表れていた。対話においても、これまでのように翔さんがまず自分の考えていることを話すということが少なくなった。筆者を部屋に迎え入れた後、テレビを一緒に見たり、新聞を読んだりしながらぼつりぼつりと

葉を紡いでいくという感じで、筆者はそうした翔さんの傍らに寄り添うことが増えた。この対話の1週間ほど前から医師にも痛みに関して直接的ではないが、痛みがあることを認めたり、先述したように ADL を保ったまま最期の時を迎えることが難しい可能性があることも医師との間で語られていた。

（3）考察 3：予後について

詳しい期限を知りたいという翔さんの希望にも拘わらず、未だ正確な事を知らされていない翔さんにとって、日々自身の内に感じている身体症状の進行は自分の中でその期限を計る目安となっていた。一向にひかない顔や足の浮腫やどうしようもない倦怠感を感じていた翔さんは、今後自身の生がどのように変わっていくのかということに、自分で結論を出したいようでもあり、また医師からの言葉を待ちたい思いもあるというように、混沌とした状態の中にいた。そんな中で、家族を含めた予後の話は、翔さん自身が感じている身体の変化と生への思い、今後の生き方を方向づける意味を持つものであったといえる。死のその瞬間がいつ訪れるかということは、誰にもわからないことである。しかしながら、医師による予後の説明は翔さんにとって間違いなく、自分の行く末を決定づけるものであった。家族と共に予後の話を受けたことは、客観的な事実として自分の死を受け止めるということとともに次のような意味があった。生と死への両義的な思いに揺れ動く翔さんにとって、翔さんの生き方をずっと見てきた家族と自身の行く末を共有することによって、揺るぎない自分を示そうとしていたと考えられる。

4 対話 4：死と生き方

（1）背景 4

前日は体調が悪く、午前中はカーテンを閉め切り、珍しく病室の扉も閉めたまま横になっていた。午後、喫煙室で三途の川を渡る夢をみたことを話してくれた。病状の進行に伴って、心身ともに苦しい思いをしていた翔さんは、出会った当時は、死についての話も感情を込めず、自分の中であらかじめ用意していた考えを披瀝する形でさりとかわしていたのだが、この時ばかりは床をじっと見つめたまま、夢と体調の悪さをか

みしめているようであった。

そんなこともあり、翔さんの中での変化が気になりつつも、訪室すべきかどうかを迷っていたが、扉が開いている翔さんの部屋の前を通ると鏡越しに翔さんと目が合った。昨日に比べると顔色もよく表情も明るいことに少しほっとしながら挨拶を交わすと、翔さんは身体を拭こうと上半身裸であった。通り過ぎようかと迷っている筆者を前に、タオルで体を拭きながら話を始める。

〈対話4〉

生きるのも死ぬのも難しい。(9月13日)

翔さん：三途の川を渡る夢ももう2回見たし、今回ばかりはもう逝けると思ったんだけど……。なかなか生きるのも死ぬのも難しいな。①

筆者：……生きるのも死ぬのも難しいね。

翔さん：なっ。もう後少しでこのままよくなるか悪くなっていくかわかるな。そうすれば考えも固まるな。②

筆者：そうだね。

翔さん：ま、なんとかなるだろう。

(2) メタ観察 4

前日より明るい表情で「生きるのも死ぬのも難しいな」という翔さんの言葉はここ数日の体調とあいまって、まさに生と死の間を生きていることの実感が表れていた。翔さんが持っている死への考え方は先述の通り、だんだんと身体的機能が衰えてきて死を迎えるというよりも、身体的機能を保ったままに死が訪れるというものであった。

先日、主治医から家族と共に予後の説明も受け、自身の病状もすでに把握している翔さんではあったが、生への思いはまだまだ強い。「もう後少しでこのままよくなるか悪くなっていくかわかるな。そうすれば考えも固まるな」(対話4 下線部②)という翔さんの言葉には生への思いが溢れていた。死ぬということに対しての覚悟を持つ一方で、体調が維持できるのであれば生きていたいという翔さんの思いは、単に生きたいという生への表れというよりも生き方への思いであった。

翔さんの生き方への思いは、あくまでも自分で身の

回りのことが全てできるという身体能力に裏打ちされたものであった。そういった意味で、翔さんは葉の意味も十二分に理解し、随所で投葉の変更にも応じていた。

(3) 考察4：死と生き方への思い

「生きるのも死ぬのも難しい」という翔さんの言葉は、死に逝く過程の中で強いられる生き方の変換への思いを率直に示していた。「死のその瞬間が訪れるまでは、これまでと変わらない自分でいたい」という、考えというよりも願望でもあるこの考えを崩すような体験が、ここ数日の体調の悪さだったのではないだろうか。症状の進行と共に、徐々に動ける範囲も狭くなり、病院内への散歩もままならなくなった翔さんは、投葉の変更などで左右される身体の容態によってその心模様も大きく変動していた。このような翔さんの心の変容は、単にシュナイドマン(1980/1973)がキューブラー・ロスの5段階説に対する反論で示した、否定から受容といった一連の流れとは別の意味を持つものである。自分が死ぬということに対する考えを扱ってきた従来の死に逝く過程の視点ではなく、死に逝く過程を生きるその生き方にこそ、死に逝く過程を歩むものの複雑な思いがあるといえる。

死ぬまでは自分の力でなんとか身の回りのことをしたいと思っている翔さんにとって、症状の進行によってADLが低下するということは耐えられないことでもあった。そして、以前の対話でも語られていた最後のひと月は家族と共にという翔さんの思いを念頭に置くとき、「覚悟も決まる」という翔さんの言葉には、自分の生がもうすぐ終わることへの思いが表れていると共に、これまで頑なに守ってきた、人に迷惑をかけない生き方から、多少の迷惑をかけても残された生を生きようという覚悟が滲み出ていたように感じ取られた。ここに従来の翔さんの考え方の変容がみられる。

5 その後の翔さんと筆者

容態の変化にも拘わらず、その後の翔さんはずっと生き方への思いを抱えたまま死と向き合っていた。筆者の調査が終わった次の日が翔さんの誕生日であったこともあり、誕生日を翔さんの部屋で、2人で祝うこ

とにした。

調査が昨日で終わったことを知っている翔さんはびっくりしながらも喜んで筆者を迎えてくれた。休日態勢の病棟でいつもよりスタッフが少ないこともあり、静かな病棟の中で、初めて白衣を脱いだ形で翔さんと向き合うことになった。いつものように床に敷いてあるごさぎに翔さんと並んで座り、雑談をはじめたのだが、2人の間には長い沈黙が流れた。白衣を着て出会った頃には、症状を媒介とした会話から何気ない日常の会話まで、どちらともなく話が続けていたのに、不思議なことにどちらもこれといって話すことがないのである。かといってそこに黙っていることに違和感があるわけでもなく、2人してただぼーとする中で交わされる僅かばかりの何気ない会話と多くの沈黙がそこにはあった。翔さんにとって特別な日を何気なく過ごすというやり方で筆者は、翔さんの生を支えようと思った。もう少し書けば、そうした翔さんのやり方に合わせることで、筆者自身の感傷を抑えることができていたのも事実である。

おそらくこれが翔さんにとって最後の誕生日になること、これから後何回か数えられるほどしか会えないことを2人とも痛いほどわかっていても、いつもとは違いこれといって語ることもなかった。いや、もしかしたらそれゆえに、語れなかったのかもしれない。調査を振り返ると、翔さんと筆者は実にたくさんの言葉をやりとりしてきたのだが、常に、翔さんの言葉とその裏側にある思いとの距離を感じていたことを改めて痛感する。「頭で考えていてはだめだ。腹でわからなくては」という翔さんの言葉が今さらながら響いてくる翔さんとの出会いであった。

調査を終了した後も、主治医や担当看護師から翔さんの様子について話を聞かせてもらっていた筆者は、調査終了から1週間ほどたって、そろそろ翔さんを訪ねようと思っていた矢先に病棟から連絡をもらった。2、3日前に容態を聞いた時には、点滴が功を奏し容態も安定しているとのことであったが、意識レベルが低下し、おそらく後1週間ぐらいであろうという連絡を受け、私は翔さんを訪ねることにした。

翔さんは意識レベルが低下していて、もう話ができない状態であった。ベッドに横になったままの姿を翔さんは筆者にみてもらいたいと思うだろうかというこ

とが気にもなったが、スタッフに後押しされ筆者は翔さんの病室を訪れることにした。大きな音をたてながら息をする翔さんを前に何もすることができない筆者はただ椅子に座り、ためらいがちに手を握るだけだった。

その次の日の朝早く、翔さんは静かに息を引き取ったとの知らせを受けた。

総合考察

以上、翔さんとの対話を時系列に沿って4つ記した。こうして身体症状の変化も含めいくつかの対話を並列し、翔さんの軌跡をたどることによって、彼がどのような思いを抱えて生きてきたのかを記述してきた。

翔さんの緩和医療科での生活は、翔さん自身が持つ、死、そしてこれまでの生き様に裏打ちされた生き方への考えと思いが複雑に絡みあったものであった。そして、スタッフや筆者もまた、様々な思いを抱えて翔さんと向き合ってきた。そうした思いを持つ者同士の係わり合い（主観と主観のぶつかり合い）は、時に翔さんが持つ価値観や基準、さらには筆者やスタッフが持つ価値観や基準とそのズレを浮き彫りにするものであった。と同時に、関係性の中で、身体症状の変化と共に変わりゆく翔さんの生き方や思いを受け入れ、生を支えるためにはそれぞれが持つ価値観や基準のズレについて共に向き合うことが必要不可欠であることをこの対話は教えてくれた。

「生の質をその本源に還って捉え直す」という南の提言（南，2006）の意味を改めて問うてみれば、「生の質」という言葉に常につきまとうその価値観、基準について問い直すことだけではなく、当事者たちがそれとどう向き合うのかを考えることである。

1 翔さんの基準・価値観から見た生の質

翔さんとの2カ月に及ぶ対話からは、常に翔さんの生きるあるいは死ぬということへの考えと揺れ動く思いが浮き彫りになった。

緩和医療という場がどのような場所であるのかという

ことをきちんと理解した上で入院した翔さんは、緩和医療という場において患者として自身が求められていることを演じている面があった。翔さんは死について、これまでの生き方から確固としたイメージ（日常を突然切り離すような形で死が訪れる）を持っていたこともあり、死に対する思いについて多くを語ることはなかった。

翔さんには独特の語り方があり、対話の項でみてきたように、常に断定的に語るのである。いわば、そういった結論がはっきりとした断定的な語りをするによって、翔さんは自らが抱える複雑な思いを言葉の裏側に押し込め、緩和医療という世界における自分を見出していたようにみえる。

しかしその一方で、生き方への複雑な思いは（迷惑をかけない内に死にたいが、自分の体が動く限りは生き続けたい）、身体の状態と相まって日々様々な様相を見せていた。翔さんが59年間のその生において大切にしてきたことは、対話の項に記したように「人に迷惑をかけない」こと、また対話中の翔さんの言葉にもあったように「ごまかさない」ことである。そしてその生き様を貫くことは、翔さんの生き方・逝き方を残される者に示すことでもあったのだ。生き方あるいは逝き方を巡っての価値観・基準は、遺される者である私たちが持つそれとは大きく違うものであり、それを浮き彫りにしたのが本稿の中で紹介した投薬を巡る対話であった。

翔さんが持っていた「生の質」に対する考えは、彼が持つ死生観に基づくものであった。ここで、翔さんの「生の質」が何であったのかを明示することは、筆者の持つ価値に回収してしまうことになる可能性がある。しかしながら、あえて恐れずに書けば、翔さんが思い描いていた「生の質」は、彼が59年間の人生の中で貫いてきた実直、硬直を旨とした生き方であったのではないだろうか。例えば、対話2の薬を減らすといった彼の主張のように痛みや不安などを他人にさらけ出すことなく自身で乗り越えることに彼が大切にす生の価値があった。換言すれば、自分の心身を自分でコントロールすることができるという感覚を持ち、自分が他者にとって頼りになる存在としていることが彼の持つ価値であったのではないか。

2 遺される者（医療者、筆者）が持つ基準と価値からみた生の質

翔さんが自身の生を全うする中で大切にしているものがあるのと同じように、我々もまた、その生を生きる一人の人間として価値観を持っている。本稿では、翔さんが抱える疼痛に対する薬の使用を巡っての翔さんと医療者、そして筆者の考えのズレが浮き彫りになった対話を紹介した。

緩和医療という現場において、逝く者と遺される者が同じ方向を向くことは難しい。医療者の立場であれば、医学的知見から、逝く者がたどるであろう過程の予測が可能である。この病名でこの身体症状ならば残された時間は恐らくこれぐらいで、ADLの低下も…などと様々な知見が頭をよぎり、遺される者としての思いが頭をもたげてくる。医療者ではない筆者においても、「孫との時間をたくさん持ちたい」という翔さんの思いを聞く中で、翔さんが望むように身体も動くうちにということなら今しかない背中を押したくなる気持ちが生まれてくる。あるいは、翔さんの表情や言葉から痛みを持っていることがわかると、薬を飲んでほしいとついつい薬の話題を出したりと、こちら側の思いを前面に押し出す対話を持ったこともある。

そうした遺される者が持つ価値観や基準は、逝く者との関係からその相違を浮き彫りにする。今回の翔さんの場合、その「生の質」をこちら側が持つ価値や基準に回収してしまう恐れを持つものでもあった。翔さんの場合、主治医や看護師は薬の提示はするものの、あくまでも翔さんのペースに任せた形で関わりを持っていた。主治医、看護師や筆者との間で痛みについては度々話題にはなったが、決して無理強いせず、翔さんの希望を支える形にした。また、病状の進行とともにおそらくはADLが低下すること、そしてADLが低下するという翔さんにとっては耐え難い（これまでの自分の生き方を覆す）変化が起こる可能性とその受け止めに関しても、翔さんの生きる世界を大切にしていた。

翔さんの「生の質」を考えると一体どのようなことなのか。鯨岡（2005）は、その人の「いま、ここ」での存在のあり方やその思いに付き合うことが求め

られていると説く。再三にわたる病状の説明や症状の進行によって動かなくなる自分の体、そういったことによって、頭では整理が出来ている死に向かう態度と、遺される家族への思い（特に孫の成長を見届けたいという思い）、自身の身体症状とADLの維持を含めた生き方からくる生への執着という両義的なものの中で翔さんは揺れていた。そうした揺れの中で表れる翔さんの思いに寄り添い、それに沿った関わりをしていくのが、その「生の質」を支えるということではないだろうか。「生の質」を支える上で、当事者の思いに寄り添うことがまず第一に大切なことであると同時に、「価値観や基準の相違」は必ずしも負の側面だけではない。例えば、本事例の場合、投薬は彼のこれまでの生き方に対して両義的な意味を持っていた。対話2のように、病状の進行が始まった当初は、彼が元々持っていた死生に対する考えでは、痛みを我慢できることがこれまでの生き方を貫けることでもあり、また、最期まで自分の力で動きたいという思いを支えるのも薬である。実際、翔さんは必ずしも薬の変更や服用には賛成ではなかった入院当初から病状の進行に合わせて、服用にも応じてきた。本稿では、主に価値観や基準のズレが明らかになった対話を紹介したが、遺される者にとって大切なことは、逝く者が持つ価値観を大切にしながらも、逝く者がいつでもそれを変更することができることを保証すること、受け入れる準備をしておくことではないだろうか。思いに寄り添うとは決して、一つの揺るぎない思いをたんに受け入れるということではなく、まずは逝く者が持つ思いや価値観を受け止めた上で、遺される者側の思いも伝え、一つの答えを共に作っていくことだといえる。

3 総括的討論

本稿の目的は、ある終末期を生きる人との対話からその人の「生の質」とは何かを考究するものであった。その「質」を問う時、ある立場に立った視点が必ず必要となる。本稿の事例でみてきたように、緩和医療の医療者という立場にたてば、患者の生を考えた時、痛みや苦しみを取り除くことが一つの指標となる。死に逝く者と対峙した時、医療者、家族といった遺される者は、遺された時間をもとに思いを巡らす。しかしな

がら、時にこのことはこれまでの生き様に裏打ちされた死に逝く人々が持つ生き方を奪う危うさがあるということを示して示してくれたように思う。

フェイヤーズとマッキン（2005/2000）がまとめたように、患者が持つニーズを満たすことでQOLが高くなるという考えによって、現在数多くのQOL評価測定尺度が開発されている現実がある（Bergner, Bobbit, Carter, & Gilson, 1981; Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993; Hickey, Bury, O'Boyle, Bradly, O'Kelly, & Shannon, 1996; De Haes, Olschewski, Fayers, Visser, Cull, Hopwood, & Sanderman, 1996 など）。これらの動向もまた、本論の冒頭で紹介した河野の基準の②だれのための、③だれからみたという点においては注意が払われているものの、①のどのような基準や価値でという点に関しては医学がもつ基準という暗黙の了解を抜けるものではない。本稿の事例に沿って考えてみれば、河野が指摘した3点は、横並びのものではないことがわかる。この①のどのような基準や価値で判断する「質」といふところは、実は質を問う者、問われる者が生きている場を大きく反映する。

研究という枠組みにおいて、「生の質をその本源に還って捉え直す」ことの意義は、質がもつ価値や基準が誰の視点のものであるのか、そしてその基準や価値がその生を生きる当事者にとってどのような意味を持つのかを明らかにし、当事者のその生を支えていくことだといえる。

今後、本稿での議論をもとに、本稿では十分に議論することが出来なかった研究者と協力者の相互作用（特に研究者の年齢と協力者の年齢や性別など）、現場から学の知へそして学の知から現場へという往還について議論を深めていきたい。

注

- 1) この内容は、第3回日本質的心理学会（2006）の自主シンポジウム「ことばの生動性を甦らせるには」において話題提供として発表された。
- 2) ミニトラックとは通常の気管切開術が不可能な場合（本症例）や緊急を要する場合に、頸部前面を穿刺し、細径チューブ（直径4mm長さ10cm程）を留置し、気道確保を行う経皮的気管切開キットのことである。

引用文献

- 青柳路子. (2005). E. キューブラー＝ロスの思想とその批判——シャバンによる批判を手がかりに(上). 死生学研究, 6, 277-259.
- アリエス, P. (1990). 死を前にした人間 (成瀬駒男, 訳). 東京: みすず書房. (Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Paris: Éditions du Seuil.)
- 有田恵. (2007). 〈生涯発達心理学〉から捉える死——末期癌患者との対話から. 京都大学大学院人間・環境学研究科博士論文. 京都: 京都大学 (未公開).
- Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805.
- Carverhill, P. A. (2002). Qualitative research in thanatology. *Death Studies*, 26(3), 195-207.
- De Haes, J. C. J. M., Olschewski, M., Fayers, P. M., Visser, M. R. M., Cull, A., Hopwood, P., & Sanderman, R. (1996). *Measuring the quality of life of cancer patients: The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL): A manual*. Netherlands: Northern Centre for Healthcare Research, University of Groningen.
- Denzin, N. K. (1989). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., & Calman, K. (Eds.). (2003). *The Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- フェイヤーズ, M. P.・マッキン, D. (2005). QOL 評価学——測定, 解析, 解釈のすべて (福原俊一・数間恵子, 監訳). 東京: 中山書店. (Fayers, M. P., & Machin, D. (2000). *Quality of life: Assessment, analysis and interpretation*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.)
- Feigenberg, L. (1980). *Terminal care: Terminal friendship contracts* (Hort, P., Translated). New York: Brunner/Mazel. (Feigenberg, L. (1977). *Terminalvård: En metod för psykologisk vård av döende cancerpatienter*. Lund, Sweden: Liber Laromedel.)
- フリック, U. (2002). 質的研究入門——〈人間の科学〉のための方法論 (小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子, 訳). 東京: 春秋社. (Flick, U. (1995). *Qualitative forskning*. Reinbeck bei Hamburg, Germany: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.) Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London, UK: Sage.
- Glaser, G. B., & Strauss, A. L. (1968). *Time for dying*. New York: Aldine Publishing Company.
- グレイザー, G. B.・ストラウス, A. L. (1988). 「死のウェアネス理論」と看護——死の認識と終末期ケア (木下康仁, 訳). 東京: 医学書院. (Glaser G. B., & Strauss A. L. (1965). *Awareness of dying*. New York: Aldine Publishing Company.)
- グレイザー, G. B.・ストラウス, A. L. (1996). データ対話型理論の発見——調査からいかに理論をうみだすか (後藤隆・大出春江・水野節夫, 訳). 東京: 新曜社. (Glaser, G. B., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.)
- Hickey, A. M., Bury, G., O'Boyle, C. A., Bradly, F., O'Kelly, F. D., & Shannon, W. (1996). A new short-form individual quality of life measure (SEIQoL_DW): Application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *British Medical Journal*, 313, 29-33.
- 日野原重明. (1983). ターミナルケアと死の臨床. 診断と治療, 71(5), 955-959.
- 日野原重明 (監修). (1989). ターミナルケア医学 (岡安大仁・柏木哲夫, 編). 東京: 医学書院.
- Hinton, J. (1975). The influences of previous personality on reactions to having terminal cancer. *Omega*, 6(2), 95-111.
- 井筒俊彦. (1983). コーランを読む. 東京: 岩波書店.
- 河合隼雄. (1994). 生きることと死ぬこと. 東京: 岩波書店 (河合隼雄著作集第13巻).
- 柏木哲夫. (1983). ホスピス——淀川キリスト教病院からの報告. 日本医事新報ジュニア版, 221, 12-15.
- 柏木哲夫. (1986). 対象別にみた個人精神療法——死にいたる患者. 吉松和哉 (編), 精神療法の実際 (精神科MOOK 15) (pp.218-225). 東京: 金原出版.
- 柏木哲夫. (1989). 癌患者の心の動揺と精神的援助. がん患者と対症療法, 1, 69-74.
- 柏木哲夫. (1990). 求められる精神的援助の実際. 日本臨床精神腫瘍学会誌, 2(1), 61-64.
- 柏木哲夫. (1993). ターミナルケアの現状と展望. 心身医学, 33(1), 9-15.
- 河野博臣. (1984). ガンの人間学. 東京: 弘文堂.
- 河野友信. (1989). QOL (Quality of Life: 生命の質). 日野原重明 (監)・岡安大仁・柏木哲夫 (編), ターミナルケア医学 (pp.56-61). 東京: 医学書院.
- クラインマン, A. (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). 東京: 誠信書房. (Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.)
- キューブラー・ロス, E. (2001). 死ぬ瞬間——死とその過程について (鈴木晶, 訳). 東京: 中央公論新社

- （中公文庫）. (Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Scribner Classic.)
- 鯨岡峻. (1998). 両義性の発達心理学——養育・保育・障害児教育と原初的コミュニケーション. 京都：ミネルヴァ書房.
- 鯨岡峻. (1999). 関係発達論の構築——間主観的アプローチによる. 京都：ミネルヴァ書房.
- 鯨岡峻. (2005). エピソード記述入門——実践と質的研究のために. 東京：東京大学出版会.
- 草柳千早. (1997). ブルーマーとシンボリック相互作用論. 那須壽（編）, クロニクル社会学——人と理論の魅力語る (pp.213-225). 東京：有斐閣.
- 南博文. (2004). 現場・フィールド. 無藤隆・やまだようこ・南博文・麻生武・サトウタツヤ（編）, 質的心理学——創造的に活用するコツ (pp.14-20). 東京：新曜社.
- 南博文. (2006). 日本質的心理学会 第3回大会のごあいさつ <http://www.hes.kyushu-u.ac.jp/quality/greetings.html/> (情報取得 2006/07/30)
- 大倉得史. (2004). 日頃からの関心を育てる. 無藤隆・やまだようこ・南博文・麻生武・サトウタツヤ（編）, 質的心理学——創造的に活用するコツ (pp.32-37). 東京：新曜社.
- 大倉得史. (2006). ことばの生動性を甦らせるには. (シンポジウム) 有田恵・大倉得史・勝浦眞仁. 日本質的心理学会第3回大会アブストラクト集, 28-29.
- 桜井厚・小林多寿子（編著）. (2005). ライフストーリー・インタビュー——質的研究入門. 東京：せりか書房.
- サトウタツヤ・安田裕子・木戸彩恵・高田沙織・ヴァルシナー, J. (2006). 複線径路・等至性モデル——人生径路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して. 質的心理学研究, 5, 255-275.
- ソンドラス, C.・ベインズ, M. (1990). 死に向かって生きる——末期癌患者のケア・プログラム (武田文和, 訳). 東京：医学書院. (Saunders, C., & Baines, M. (1983). *Living with dying: The management of terminal disease*. New York: Oxford University Press.)
- 島藺進. (2005). 死生学とは何か——医学と人文学の間. 北陸神経精神医学雑誌, 19(2), 4-13.
- 島藺進. (2008). 死生学とは何か——本での形成過程を顧みて. 島藺進・竹内整一（編）, 死生学(1)——死生学とは何か (pp.9-30). 東京：東京大学出版会.
- シュナイドマン, E. S. (1980). 死にゆく時——そして残されるもの (白井徳満・白井幸子・本間修, 訳). 東京：誠信書房. (Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of man*. New York: New York Times Book Co., Inc.)
- シュナイドマン, E. S. (1983). 死の声——遺書・刑死者の手記・末期癌患者との対話より (白井徳満・白井幸子, 訳). 東京：誠信書房. (Shneidman, E. S. (1980). *Voices of death*. New York: Harper and Row.)
- 上野郁子・大原健士郎. (1983). 末期がん患者の心理と精神的援助. 臨床精神医学, 12(8), 949-958.
- Ware, J. E. Jr., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey: Manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Centre.
- Wright, K., & Fremons, D. (2002). Dying to know: Qualitative research with terminally ill persons and their families. *Death Studies*, 26(3), 255-271.
- やまだようこ. (1986). モデル構成をめざす現場心理学の方法論, 愛知淑徳短期大学研究紀要, 25, 31-51. (やまだようこ（編）. (1997). 現場心理学の発想 (pp.151-186). 東京：新曜社.)
- やまだようこ（編）. (2000). 人生を物語る——生成のライフストーリー. 京都：ミネルヴァ書房.
- やまだようこ. (2006). 非構造化インタビューにおける問う技法——質問と語り直しプロセスのマイクロアナリシス. 質的心理学研究, 5, 194-216.
- やまだようこ・サトウタツヤ・南博文（編）. (2001). カタログ現場心理学——表現の冒険. 東京：金子書房.
- 山口智子. (2004). 人生の語りの発達臨床心理. 京都：ナカニシヤ出版.
- 山本俊一. (1996). 死生学——他者の死と自己の死. 東京：医学書院.

謝 辞

本稿に掲載した事例及び「終末期を生きる人々のありよう」を描きだすという研究はなによりも人生における貴重な時間を私のために割いてくださった翔さん、そしてご家族のおかげによるものです。終末期医療という現場においての研究に理解を示し惜しめない協力をして下さった病棟のスタッフの皆様にも厚く感謝致します。

また、「関与・観察」いう事象に迫るあらたな手法への手がかりを示し、根気よくご指導下さった鯨岡峻先生にもこの場をかりてお礼を申し上げます。

(2006.10.19 受稿, 2009.6.5 受理)