

「がん患者」になる、  
「がん患者」として生きる  
——再帰的自己論を用いた「がん患者」の  
自己アイデンティティの考察——

河 田 純 一

はじめに

現在日本では、年間 100 万人近い人たちが新たにがんと診断され、国民の 2 人に 1 人が生涯のうちのがんに罹患し、がんが国民の死因の第 1 位を占める。今やがんは、「国民病」と呼ばれるほど身近な疾患となっている（国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』）。かつてがんは、「命にかかわる病気」と一面的にとらえられがちであった。しかし現代の日本では、医療技術の進歩と高度化によって、難治性のがんを含めたすべてのがんが一定の治癒の目安とされる 5 年生存率が平均 6 割に達している（高橋ほか 2016: 10）<sup>1)</sup>。さらに、医療技術の進歩と高度化は、がんを慢性疾患化させ、多くのがん経験者が、「がん患者」でありつつも社会生活を営むようになっている。

このがんという病いを人々がどのように経験しているのかは、医学的ながんがどのような疾患であるのかとは異なった位相において分析する必要のある社会的問題である。本稿では、現代社会における自己アイデンティティの動態的な再構成過程を明らかにしたアンソニー・ギデンズの再帰的自己論を理論的枠組みとし（Giddens 1991=2005; 1992 =1995）、「がん患者」としての自己アイデンティティの再構成過程に注目する。

つまり、本稿の目的は、再帰的自己論を用いることで、現代の日本社会を生きるわれわれが、いかに「がん患者」となり、「がん患者」として生きていくのかを明らかにすることである。そこでまず、本稿の理論的枠組みとなるギデンズの再帰的自己論の特徴を整理する。そして次に、がんを患った者が、単に医学・生物学的にがんに罹患したためではなく、社会構造の中で、そして回復の物語を前提としたライフプランニング (Life-planning)<sup>2)</sup> を一時的に引き受けるなかで再帰的に「がん患者」となることを確認する。

本稿の後半では、現在のがんの特徴であり、自己アイデンティティの再構成にとって重要な意味を持つがんの慢性疾患化から帰結する事象に焦点を絞る。特に、がん患者たちの就労をめぐる諸課題に注目し、「がん患者として社会の中で生きる」なかでいかに「がん患者」としてのより個別具体的な自己アイデンティティを再帰的・自己自覚的に再構成していくのかを明らかにする。

## 1. A. ギデンズの再帰的自己論

社会学、特に医療社会学において、1990年代以降、人間が経験する病気経験の総体としての「病気 (sickness)」を、医学的な意味である「疾病 (disease)」と、人びとの経験する意味である「病い (illness)」に分け、病いの経験を物語論の視座から論じてきた (Frank 1995)<sup>3)</sup>。がんという病いの経験もまた、がん患者やその家族の経験を、彼らの語りや闘病記といった物語から「病いの語り (illness narrative)」を用いて明らかにする数多くのアプローチによって明らかにされてきた<sup>4)</sup>。

しかし、これまでの「病いの語り」を用いた物語論的アプローチでは、第1に、がん患者としてのアイデンティティを構成していくプロセス、そして第2に、その社会的背景との関係が十分に議論されてきたとは言い難い。そこで本稿では、これから簡単に紹介するギデンズの再帰的自己論を用いることで、がん経験を現代社会における自己アイデンティティの問題として明らかにしていく。

### 1-1. 再帰性の高まった現代社会

ギデنزの再帰的自己論の特徴のひとつは、自己アイデンティティをギデنزがハイ・モダニティ (high modernity) と呼ぶ現代社会の状況と密接に結びつけている点である。ギデنزには、現代社会を近代の延長として捉え、それは近代の特徴が徹底化・高度化した社会であると考えられる。現代社会は、ギデنزが近代社会の特徴とする、「まさにその営みに関してあらたに得た情報の光に照らして、常に検証され改善され、したがって常にその特性を変えていくという」「再帰性」(Giddens 1991=2005: 55) が際限なく増大した社会として捉えられる。

### 1-2. 自己と社会の再帰的關係

このような現代社会においては、安定した伝統のように「自己」のあり方を支持してくれる基準はない。私たちはそうしたなかで、様々な選択肢に個人として対峙しなければならない。「モダニティは個人を複雑多様な選択に直面させ、さらにそれは根拠づけられていないゆえに、どの選択肢を選ぶべきかについては、ほとんど助けてくれない」(ibid.: 89)。「近代性と結びつく制度的な大変動が、われわれは誰であり、われわれ自身をどう考えるべきかを規定するような世界において、自己は持続的な再帰性の過程として」(ibid.: 76-77) 不断に再構成され続ける。

この現象は、それが近代という時代状況の中で社会活動を構成する基本的な要素であるため、制度的である。また、社会生活を記述するために導入された用語が——自動的な過程でもないし、また必ずしも統制されたかたちでもなく、そうした用語が個人や集団の取り入れる行為の枠組みの一部になっていくからであるが——社会生活の中に日常的に入り込み、社会生活を変容させていくという意味で、この現象は、再帰的自己自覚的なのである (Giddens 1992=1995: 49)。

ギデنزの再帰的自己論では、このように社会構造との関係の中で、社会

構造をも変容させつつ、個々人が自分は何者であるかを自己自覚的・再帰的に構成されていくことを主張する。

### 1-3. 自己物語の自己自覚的・再帰的構成

ギデنزの再帰的自己論のもうひとつの特徴は、アイデンティティが、特定の物語を進行させる能力のなかにあり (Giddens 1991=2005: 59)、生活史 (biography) という観点から自分自身によって再帰的に理解されたもの (*ibid.*: 84) とされる点にある。つまり、自己アイデンティティは、過去の経験を振り返るだけでなく、これからどのように生きていくのかといった予測を取り入れ、再構成されていくのである。したがって、どのような生活を送るのかという、この再帰的に組織されたライフプランニングが「自己アイデンティティの構造化の中心の特徴となる」(*ibid.*)。その上、現代社会では、「自己と社会の関係は、交渉、変化、発展を含んだ高度に流動的なもの」(Elliott 2001[2007] =2008: 72) になっている。そうした中で、われわれは、自分がどのようなライフスタイル送るのかという選択を、多様な選択肢のなかで迫られる (Giddens 1991=2005: 6)。

このように、ギデنزの再帰的自己論は、「個人は人生のさまざまな段階でさまざまな問題に出くわし、挫折や失敗を繰り返すなか、メンテナンスを受けてはフレキシブルに自らの人生を歩んでいく」(芦川 2017: 111) 姿を描き出す。

がんを患うという経験は、それを患った多くの人たちに、死の可能性を意識させ、治療やその副作用によって日常生活に大きな変化をもたらす。再帰的自己論の視座からこうしたがん経験を捉え直せば、がん経験とは、これまで通りの、そしてこれからも続くと信じられていた日常のルーティーン (routine) および将来の見通しに再構成を迫り、新たな自己アイデンティティの再構成をしていく過程である。

そこでまず次章では、がんを患った人が、自己アイデンティティを再構成する中でいかに「がん患者」になるのかを再帰的自己論を用いて検討していく。

## 2. がん患者になるということ

### 2-1. がんという「病い」の経験

現代社会における再帰性の高まりは、がんという病いの経験においてより顕著に現れている。先述の通り、「病気」経験は、医学的な意味である「疾病」と、人びとの経験としての「病い」に分けて論じられてきた。しかし、この「病い」と「疾病」の概念は、人々の経験の中で相互に排除するだけでなく重複して経験されている（奥野・山崎 2007: 37）。医学が浸透した近代以降の社会では、病気を患った人は受診行為を経て制度的に「患者」となるだけではなく、教育やメディアなどを通じて「疾病」の知識やイメージを再帰的に自らの生活に取り入れ「病い」を経験する。再帰性の増大した現代社会において、こうした傾向は顕著である。例えば、「疾病」の原因やそのリスク、初期症状は、メディアや教育を通じて特定の疾病の種類と結び付けられる。

つまり、がん患者になるということは、単に生物学的にがんを発症した者が、医師による告知を境に社会構造のなかで「がん患者」となるというだけではない。これまで自ら構成してきたがんに関する知識やイメージを、自分の現在そして未来の姿に投影することによって「がん患者」としての自己アイデンティティを構成していくのである。

この「がん患者」としての自己アイデンティティは、さらに「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」（船山 2011: 133）。つまり、「がん患者」としての自己アイデンティティは、社会構造との関係の中で、他者との社会的相互行為を伴いながら再帰的・自己自覚的に再構成され続けるのである。

「がん患者」としての自己アイデンティティもまた、過去の経験と将来の予測によって再帰的に構成される。船山和泉が指摘するように、「一度がん罹患した者は、非常に多くの場合、がん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」としての自己アイデンティティを（再）構築することを強られる」（船山 2011: 133）。つまり、「がん患者」としての自己アイデンティティは、「がんさえならなければあり得た」ライフ

ランニングを、再帰的に省みながら再構成されていく。

## 2-2. 病人役割としてのがん患者

多くのがん患者にとって「がんに罹患する以前の自分」という物語は、がんさえならなければあり得ただけではなく、取り戻すべき健康な姿をもとに構成される。こうした自己物語を、フランクは病いの語りにおける「回復の語り」と呼んだ (Frank 1995: 114)。この物語は、「昨日私は健康であった。今日私は病気である。しかし明日には再び健康になるであろう」(ibid.) という基本的な筋書きをもつ。近代以降の社会では、健康を取り戻すためには、医学に基づき医師を中心に制度化された医療の専門家システムを頼らざるを得ない。したがって、こうした一般的な病いの物語は、パーソンズが提示した「病人役割」概念を前提に構成されることになる (ibid.: 120)。

パーソンズの「病人役割 (sick role)」理論では、社会的に病人に期待される役割として、以下の4つが挙げられる。それは、①病気に対する責任の免除、②通常の役割遂行からの一時的免除、③望ましくないものとして病気を受け入れ回復する努力、④専門家の援助を求め、それに協力する責務である (Parsons 1951=1974: 341-384)。

多くの「がん患者」が、(例え元の健康な姿に戻ることをあきらめていたとしても) 多かれ少なかれ「回復の物語」を前提に、こうした「病人役割」を自らの日常生活に取り入れ、治療に専念する。特にがんの場合、治療を行わなければ死に至るリスクが高い。それゆえ、がん患者の中には、例えば職業生活を犠牲にしても、治療を中心とした生活を引き受ける人たちがいる。しかし、これまでの生活を諦めてでも治療に専念できるのは、病人役割があくまでも一時的な役割であり、いずれ健康であった自分を取り戻すという希望を信じられるからである。

たしかに、多くのがん患者が回復を願い、こうした役割を引き受け治療を受けることで、治癒の可能性を高めている。だがそれ以上に、「がん患者」としての自己アイデンティティがより一層顕在化するのが、がんが慢性疾患化した場合である。

### 2-3. 慢性疾患としてのがん

医療技術の高度化による生存率の向上に伴い、がんは慢性疾患化の傾向を強めている。こうした慢性疾患化は、急性疾患の場合とは異なり、長期にわたる日常のルーティーンの変容を迫る<sup>5)</sup>。しかし、慢性疾患としての病いが、それを患う人の自己アイデンティティを揺るがす最も重要な点は、慢性疾患の場合「治療を続けても（しかも、続けざるを得ないにもかかわらず）元の自分には戻らない」ことに気づかされる点である。多くのがん患者にとって、それまで引き受けてきた病人役割は、あくまで一時的なものであるはずだった。しかし、慢性疾患としての「がん患者」となると、これまで自己アイデンティティを構成してきたこの病人役割だけでは、かえって自己の安定を損なわせていく。

がんをはじめ慢性疾患を患う多くの者は、病気であったとしても、いつまでも病人としてだけではいられない。がんの慢性疾患化は、がん患者に「がん患者でありながら社会の中で生きていく」ことを迫る。「がん患者」でありつつも社会生活を営むということは、身近な他者だけではなく、より多くの人々との関係のなかで、単なる病人役割に代わる新たな自己を提示し再構成し続けていくことを意味する。しかし、「がん」や「がん患者」には「死の可能性」や「苦しい治療」、「経済的な負担」といった特定のイメージが抱かれがちである（内閣府 2015）。したがって、がん患者たちは、新たな社会生活の中で「がん患者として社会の中で生きる」ための新たな自己の戦略を伴った自己アイデンティティの再構成を必要とする。

## 3. がんと就労（1）

### ——がん患者として社会の中で生きる

#### 3-1. 自己アイデンティティの重要な要素としての就労

慢性疾患であることに直面したがん患者たちは、病人役割に代わる新たな自己アイデンティティの拠り所を必要とする。そのとき、社会復帰の目標として、つまり「がん患者として社会の中で生きる」ための新たな自己の戦略

の重要な要素のひとつとして就労が大きな意味を持つ。

これまでのがん経験者の就労に関する研究では、治療に伴う長期に及ぶ経済的負担の軽減(村上・伊藤 2015, 桜井 2016)や、就労によるQOL向上(桜井ほか 2009)が主な課題とされてきた。治療の継続、特に長期にわたり治療を続けるためには経済的基盤が必要であり、たしかに治療と就労との両立は重要な課題である。しかし、がん患者にとって就労は、単に経済的な問題だけではない。就労は、慢性疾患化したがん患者たちの自己アイデンティティにとって重要な意味をもつ。その理由として、ここではまず経済的側面とは別に、以下の2つの要素を指摘しておこう。

第1に、現代社会において就労は、安定した自己アイデンティティの重要な拠り所のひとつとなる。「労働それ自体が自己達成のための手段」(Rose 1999=2016: 35)としての側面をもつためである。

第2に、就労を再開すること、あるいは就労に向けた活動を行うことによって、がん患者のルーティーンは大きく変容する。治療や療養が生活の中心にあり続けられれば、病人としての「がん患者」であり続けざるを得ない。しかし、働き始めれば、1日のうちで主観的にがんと向き合うことのない多くの時間が生まれる。加えて、これから観ていくように、就労は、単に病人としてのがん患者から、より「個別具体的ながん患者」として自己アイデンティティを再構成することを促すことになる。

そこで、本章(3章)ではがん患者の就労の現状を、がん患者の就労の現状、就労における身体的な課題と支援制度、職場における個別具体的な取り組みの3つの観点から概観する。そして次に、次章(4章)ではこうした事例から、就労を通じてより個別具体的に自己アイデンティティが再構成される再帰的過程を明らかにしていく。

### 3-2. がん患者と就労

がんは一般的に高齢者の病気と考えられがちである。しかし、20歳から64歳までの「働く世代」のがん患者が全体の約3割を占める(遠藤 2016a: 75)。しかも、職場におけるがん患者はこれからさらに増加していくという(*ibid.* 76-77)。しかし、がんに罹患してなおこれまで通りの就労を継続す



ることは容易ではない。がんと診断されたことを契機に、およそ 1/3 から 1/4 の人が診断時に働いていた職場を退職している（「がんの社会学」に関する研究グループ：2015，東京都保健福祉局：2014a，高橋：2016）。就労を継続できた場合でも、雇用形態の変更や部署の移動といった就労環境の変化が起り得る（厚生労働省 2012）<sup>6)</sup>。こうした就労継続や就労環境の変化に関する要因は、がんの進行状況（東京都保健福祉局 2014a: 55）だけでなく、地域性や雇用形態（村上・伊藤 2015: 46）、さらに、企業の正社員規模、診断時の役職や年齢（東京都保健福祉局 2014a: 55）によっても異なることが報告されている。

### 3-3. がん患者の就労における身体的な課題と支援制度

がん患者の就労には、がんやその治療による副作用・後遺症が大きく影響する<sup>7)</sup>。がん患者が働くうえで起りうる症状とそれによる障害は、大きく分けて、多くのがんに共通して起りやすいものと、表1のようながんの部位によって特異的に起こるものの2つがある（高橋ほか 2016: 102）。まず、多くのがんで起りやすい症状としては、倦怠感や集中力の低下、疲れやすさ、力を入れにくい、重いものを持たないといったものがある。さらに、抗がん剤の副作用による吐き気や嘔吐、蕁麻疹、しびれ、感染リスクの増大が挙げられる（*ibid.*）。こうしたがん関連疲労（Cancer-related-Fatigue: CrF）と呼ばれる体力低下は、がん患者が就労を継続させるうえで最も大きな障害だと言われている（遠藤 2016a: 82）。

表1 がんの部位により治療後に特異的に起こる症状（高橋ほか 2016: 102）

胃がん	：食後のふらつき・めまい・意識障害、胃の切除による1回の食事が低下、頻回の食事接種の必要性
大腸がん	：便回数の増加、人工肛門（ストーマ）の手入れの負担
乳がん	：手を上げにくい、むくみ、全身の関節痛、しびれやこわばり
子宮がん	：尿意・便意の感じにくさ

多くのがんに共通して起りやすい問題に関しては、高橋や桜井、遠藤らが主張するように、「就業規則の改訂」や「私傷病休暇制度」の充実、「失効した有給休暇の再取得」制度の普及といった国・地方自治体や各企業の取り

組みによって改善される可能性がある（高橋 2016, 桜井 2016, 遠藤 2016a; 2016b）<sup>8)</sup>。

しかし、がん患者が就労を続けるにあたっては、「事業規模、業種、職位、就業規則」（高橋 2016: 15）だけでなく、「それまでの人間関係、企業文化」（*ibid.*）<sup>9)</sup>といったそれぞれの置かれた社会的背景が大きく影響する。加えて、がんの部位の違いによって特異的に起こる症状を含め、「がんが職業生活に与える影響は極めて個人差が大きい」（*ibid.*）い。したがって、一律に規定する制度だけでは、就労における困難を乗り越えることができない。

そうした個別具体的な課題を解決するためには、自らの病いに自己自覚的にならざるを得ない。つまり、個々のがん患者が、自らの「がん患者」としての困難を具体的に理解し、その対応を工夫し、周囲の人も納得させなければならぬ。次章で詳しく検討するように、この点こそが、個別具体的ながん患者としての自己アイデンティティを再構成し、社会生活を営んでいく要因となる。

### 3-4. 職場における個別具体的な取り組み

本節では、個別具体的な課題とそれに対する個々の工夫を、がん経験者の就労支援に取り組む団体が発行した書籍（CSR プロジェクト 2010）に紹介されている以下の2つの事例から具体的に観てみよう。

がん患者が就労を継続するためには、ケース1におけるマウスの例や、ケース2における排便対策のように、がん患者ごとに異なる副作用や障害に合わせた個々人の工夫が必要になる。こうした工夫は、Aさんのようにデスクワークなのか、あるいはBさんのように外回りの多い営業職なのかによっても大きく異なる。さらに、がんによる困難に対する工夫には、他者に説明し理解を得る必要があるものも多い。例えばAさんのように職場の備品に変更を施す場合には、職場の人たちへの説明が必要になる。あるいはBさんの顧客へのカミングアウトのように、状況に応じて他者の理解を求めなければならない。

ケース1：Aさん（女性）：乳がんに罹患し、手術で利き腕のリンパ節を22個切除

夢中になって仕事をしていると、夕方には腕がダルダル。握力が落ちて、マウスも握れない状態になりました。リンパ浮腫は気になります。仕事は待ってくれませんが、それに、症状を説明しても見た目はわからないので理解されにくく、忙しく働いている間に忘れてしまいます。ところが、リンパ浮腫というのは、目に見えて現れたときにはすでに遅し！なんですよ。だから自分で防御するしかないんです（CSRプロジェクト2010:108-109）。

そこで、Aさんは職場のデスクに腕枕やひじのせアームを設置し、マウスとマウスパッドも使いやすいものに変更しているという（*ibid.*:109-110）。

ケース2：Bさん（男性）：直腸がんステージIIと診断され、全定位前方切除手術により直腸全摘出、肛門括約筋の一部切除

Bさんの場合、頻便と軟便に悩まされたという。「便が我慢できない」という状態で営業をしていたので、外回りの際にはいろいろと準備が必要でした」（*ibid.*:111）。そこで、幼児用おむつパッドや携帯用ウォッシュレットを活用し（*ibid.*:112）、「外回りの行動範囲内の主要トイレの場所を、頭に入れておきます。……僕はトイレマップも作っていました」（*ibid.*）という。また営業先では次のようなやりとりが行われている。

接客に関しても、女性のお客様の多い業界なので、別の意味で緊張しました。だから親しくなった顧客には正直に病気のことを話すようにしています。そして、「ちょっと中座させていただくかもしれません」とあらかじめ断っておくのです。なかなか切り出しにくいですが、商談中の「決壊」だけは避けねばなりません（じつは経験あり）。逆に、健康談議になって盛り上がりすぎたりもします（*ibid.*:122）。

がん患者が就労を継続するためには、ケース1におけるマウスの例や、ケース2における排便対策のように、がん患者ごとに異なる副作用や障害に合わせた個々人の工夫が必要になる。こうした工夫は、Aさんのようにデスクワークなのか、あるいはBさんのように外回りの多い営業職なのかによっても大きく異なる。さらに、がんによる困難に対する工夫には、他者に説明し理解を得る必要があるものも多い。例えばAさんのように職場の備品に変更を施す場合には、職場の人たちへの説明が必要になる。あるいはBさ

んの顧客へのカミングアウトのように、状況に応じて他者の理解を求めなければならない。

この2名の事例からは、慢性疾患化したがん患者が就労を続けていく上で、個々にがん患者となった自分自身に向き合う姿が観てとれる。そこで次章(4章)では、こうした職場での取り組みに代表される社会的相互行為の中で「がん患者」としての自己アイデンティティが、さらに再構成されていくプロセスを検討する。

## 4. がんと就労(2) ——自己と社会の再帰的再構成

### 4-1. がん患者としての自己アイデンティティの自己自覚的・再帰的構成

前章(3章)で観てきたように、慢性疾患化したがん患者たちが個別具体的な課題を解決するためには、自らの病いに自己自覚的にならざるを得ない。つまり、個々のがん患者が、自らの「がん患者」としての困難を具体的に理解し、その対応を工夫し、周囲の人に説明していかなければならない。しかし、がん患者たちが、(少なくともその場その場で)適切な対応をこなすには、いくつものハードルを越えていく必要がある。

まず、働く上での障害を、自らのがんやその治療に照らし合わせて客観視する必要がある。そして、それぞれの困難に合った工夫を見つけ出さなければならない。そのためには、自らのがんに関する専門知識を学び、その専門用語を理解し、さらにそれを咀嚼し他者に伝える必要もある。例えばAさんのように、なぜデスクに腕枕やアームを取り付けなければならないのかは、同じ職場の人たちに自らのリンパ節の切除と絡めて説明することになるだろう。

がんによる困難の伝え方にも、工夫がなされている。Bさんのように「切り出しにくい」話を商談に影響しないように顧客に伝え、健康談議にまでつなげるには、相応の話術と試行錯誤が必要だっただろう。同じ職場の場合でも、相手との関係性に応じて何度でも必要になる。その上、こうした対応は、Bさんの事例のように、通勤電車や営業先など働く上での様々な場面で、その場その場に合わせて個別に求められる。

今回取り上げた2つの事例はともに、がん患者の就労を支援する目的で掲載されていたものであり、他のがん患者の就労の手本となるようなケースである。しかし実際には、25.3%の人しか職場への配慮事項を伝えることができていない(桜井 2016: 33)<sup>10)</sup>。単に病人役割を引き受けただけの「がん患者」であれば、治療やそれに伴う困難を、専門家に委ねることもできただろう。しかし、がん患者でありながら働くためには、個々人が、自らに固有のがん経験を客観視し、それを他者に説明し、人間関係を再構成していく必要がある。

もちろん、がん患者として就労を続けるためには、必ずしもがん患者であることを職場の人々に伝える必要があるわけではない。先の東京都の調査にもあるように、「がん＝働けないもしくは途中で具合が悪くなり働けなくなる」という解釈をされるのではないか(東京都保健福祉局 2014a: 86)と心配する人たちもいる。しかしこうしたケースも、就労を続けるために、いかに自らががんに向き合い、それを解釈し、他者にどのように伝えるのか(この場合は「伝えない」という伝え方の選択である)という点において違いはない。自らが、がん患者であるということを、それを伝える場合と同様に、(あるいはそれ以上に)規定しているのである。

つまり、慢性疾患化したがん患者たちは、個別具体的な経験の中で、「がん患者としての自分」に向き合わざるを得ない。職場でも、がんになる以前に何ができたか、そしてがんによって何ができなくなったかだけでなく、これから何ができるのかについて自己自覚的になる必要に迫られる。つまり、慢性疾患化したがん患者たちは、これまでの経験を振り返るだけでなく、これから「がん患者として」どのように働いていくのかという新たなライフプランニングを取り入れ、自己アイデンティティを再帰的・自己自覚的に再構成していくのである。

#### 4-2. 働くがん患者と社会の再帰的關係

がん患者として働くということは、自己アイデンティティの再構成を促すだけでなく、周囲の人間関係から国の政策まで様々なレベルで社会構造を変容させていく可能性を持つ。たとえがん患者の就労を支えるような各種制

度がない場合でも、周囲の理解を得られれば仕事と治療の両立や、後遺症への対応は可能かもしれない。こうした場合、その職場環境において共有された経験としてがん患者の就労へのサポート体制が形作られていくだろう。しかし、こうした場合であっても、自身や周囲の人事異動、あるいは転職によって属人的な支援が期待できなくなる場合もある。したがって、がん患者が就労を続けるために、企業ごとに規則の制定や、それを支援するための行政による制度化の取組みが行われていくことになる<sup>11)</sup>。

こうしたがん患者の就労をめぐる個人と制度や慣習といった社会構造の相互作用からは、ギデنزが制度的再帰性と称する再帰的關係を窺とれる。個々のがん患者の就労経験は、それがたとえ意図せざる結果だとしても、制度や慣習の変化を促す可能性を持つ。しかも、そうして作られた新たな制度や慣習が、自らの社会生活の中に入り込み、さらに「社会生活を変容させていく」(Giddens 1992=1995: 49) 可能性をもつ。

ただ、最後に強調すべきことがある。それは、こうした制度的再帰性のありようが、必ずしもがん患者の就労環境を改善するためだけに働くのではないということだ。繰り返すが、がん患者によって配慮を必要とすることやその程度は異なっており、これまでにがん患者の就労経験がある職場であっても、同じ対応では解決しえない可能性がある。同様に、たとえがん患者の就労支援が制度化されていくとしても、その制度の網の目からすり抜けていくことが多々あるだろう。さらに言えば、「がん患者でも働ける」というロールモデルが示されることによって、かえって「なぜあなたは、(理想化された「働くがん患者」のように)働けないのか」といった抑圧を生じかねないのである。

だからこそ、がん患者たちは、個別具体的な経験の中で、「がん患者でありつつ社会の中で生きていく」ために、自己アイデンティティをより再帰的・自己自覚的に再構成し続けているのである。

## おわりに

本稿では、ギデンズの再帰的自己論を手掛かりに、現代の日本社会でがんを患う人びとが、「がん患者」としての自己アイデンティティを構成し、がんが慢性疾患化していくなかでそれを再構成していく過程を検討してきた。

その結果としてまず、「がん患者」は、単に医学・生物学的な理由で「がん患者」になるのではなく、社会構造の中で、そして回復の物語を前提としたライフプランニングを一時的に引き受けるなかで再帰的・自己自覚的に「がん患者」となることを論じた。しかし、「例え治療を続けても（続けざるを得ないにもかかわらず）元の自分は戻らない」ことに気づかされた時、つまりがんが慢性疾患化するなかで、多くのがん患者は、これまでの単なる病人としての役割だけでは安定した自己アイデンティティを維持し得ない。

慢性疾患化に直面したがん患者は、「がん患者として社会の中で生きていく」ことを迫られる。とりわけ、「社会復帰」の目安ともされる就労場面では、就労を続けていくために、自らの「がん」に向き合い、これからどのような働き方をしていけるのかを省みなければならない。慢性疾患化したがん患者にとって就労は、自らの職業生活を省みる形で、まさに自己自覚的・再帰的に個別具体的な「がん患者」となっていく重要なプロセスのひとつなのである。

もちろん、こうした慢性疾患化したがん患者の自己の再構成は、就労の場面でのみ進行するのではない。例えば、家庭ではこれまで通り家事や育児が行えず、家族にサポートを求めたり、治療や副作用に合わせて生活習慣を変えることもあるだろう。あるいは、将来の健康上の不安や妊孕性の低下によってパートナーとの関係を見つめ直す人たちもいるだろう。こうした様々な社会的相互行為過程の中で、個々のがん患者が、個別具体的な経験の中で自らに固有のがんの経験を省みながら「がん患者」としての折り合いをつけていく必要に迫られる。こうして、「がん患者」としても生きていくことを模索する中で、今を生きる自らの人生の物語が作り出されていくのである。

「がん患者」として生きていくということは、たとえ個々のがん患者自身が意図せざるとも、様々なレベルで社会構造を再帰的に変容させていく可能性をもつ。こうした関係性は、例えばがん患者たちの就労支援のための法整



備やそのための啓発運動の中に見出すことができる。働くがん患者たちが、そうした制度や仕組みを省みて利用していくことで、「働くがん患者」という新たなアイデンティティを構成していくこともあるだろう。このように、個々のがん患者が日常生活を営んでいく上での要望が、様々なレベルで社会構造を再構成し、その新たな社会構造もまた人々の生活を変え得る。つまり、個々のがん患者と社会構造との再帰的關係もまた、個々のがん患者の自己アイデンティティを再構成していくのである<sup>12)</sup>。

最後に、本稿では脇に置かざるを得なかった課題をごく簡単に記して本稿を閉じることにしたい。

それは第1に、がんを患うことによる実存的課題である。本稿では、医療の進歩と高度化によるがんの慢性疾患化に焦点を当てた。しかしそれでもなお、がんは「死に至る可能性を感じさせる病い」である。がん患者やその身近な人たちは、告知から当面の治療の間だけでなく、たとえ治療がうまくいったとしても、転移と再発の可能性によって「死の可能性」を意識させられる。このことは、がんと他の慢性疾患との最も大きな差異であり、自己アイデンティティの再構成にも重要な影響を及ぼしているだろう。

そして第2の課題は、本稿で幾度も繰り返してきた、がんという病いの個別性の高さにある。第3章で取り上げた乳がんと直腸がん2人の事例からだけでも、がんの種類や進行度の違いによって、治療もその後の乗り越えるべき課題も異なることは明らかである。しかしそれでもなお、がんに罹患した人々は、その個別性を超えて「がん患者」として社会的に定義され、多くの場合自らもまた「がん患者」としての自己アイデンティティを構成している。その上で、個別具体的な「がん患者」として生きていくのである。この「がん患者」としての同一性と差異の問題は、個々のがん患者が自らの病いに向き合い、必要に応じてその知識を深め、それを関係性に応じて他者に伝えながら新たなライフプランニングを行うなかでどのように捉えられるのだろうか。

こうしたがん患者が抱く第1の実存的課題、第2の個別性の問題には、ピア・サポートの場や、患者会等で接する他のがん経験者の経験が重要な意味をもっているだろう。ピア・サポートやそれを提供するセルフヘルプ・グ



ループは、参加者が物語を産み落とすことで新しい生き方を実現しようとする場である（伊藤 2013）。参加者たちは、グループのメンバーの中で様々な形で共有され、そのグループを特徴づけるような「共同体の物語」をそれぞれのライフスタイルに合わせて取り入れながら、自らの自己物語を再構成していく（Rappaport 1993）。がん患者にとってもこうした場合は、「がん患者として社会の中で生きる」という物語を生み出し、がん経験者が新たなライフプランニングを再構成する機会となる社会的装置として機能していると考えられる。

したがって、現代の日本社会を生きるがん患者個々人が、いかに「がん患者」となり、「がん患者」として生きているのかを明らかにするためには、セルフヘルプ・グループへの参与観察や参加者へのインタビュー調査、あるいはグループの発行する資料を用いた質的調査がひとつの方法となり得る。こうした調査を実施し、個々のがん患者の事例に向き合うことで、社会環境の流動性と個人化が進む現代社会において、がんを患った人たちがいかに「がん患者」となり、「がん患者」として生きているのかを明らかにしていく必要もあるであろう。

## 註

- 1) 国立がん研究センターによれば、全部位 5 年相対生存率は 2006 年から 2008 年診断症例で、男性 59.1%、女性 66.0%、男女計 62.1% となっている（国立がん研究センター がん情報サービス 『がん登録・総計』）。
- 2) 秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳の『モダニティと自己アイデンティティ——後期近代における自己と社会』では Life-planning を、生活設計と訳している。しかし、ギデنزはこの言葉を「人生についての計画（projected lifeplan）をもとに個人が組織し、通常はリスクの面から取り込まれるライフスタイルの選択肢の戦略的選択」（Giddens 1992=1995: 243=278）と定義している。つまり、ギデنزの用いる Life-planning には、「人生」計画のための日々の「生活」設計という Life の二重の意味が込められている。そのため本稿では、あえて「ライフプランニング」と表記することにした。

- 3) 医療人類学者のヤングは、人間が経験する病気の全貌を理解するために、1982年に発表した論文でこの「病気」「疾病」「病い」の3分類を提唱した(奥野・山崎 2007: 35)。こうした視座は、病気の意味や経験を生物医学的観点からだけではなく、それを患う人の意味世界から明らかにする方法を切り開いた。例えばクラインマンは、病いの意味がそれぞれの文化によって共有された理解にもとづいたものであり、それを人びとが語ることによって経験されるものであることを明らかにした(Kleinman 1988=1996)。こうした病いの語り(illness narrative)への注目は、臨床現場においても大きな影響を与え、医療の質と患者の生活の質(QOL)の向上を目的に患者の病いの語りを重視する、ナラティブ・ベイスト・メディシン(narrative-based medicine)の実践を進めている(星野 2016: 70)。
- 4) がん患者の語りの研究においても、フランク(1995)による病いの語りの類型化が分析の枠組みとして用いられる傾向にある。例えば門林道子(2011)は、がん闘病記の分析から、日本における「告知」のあり方やがん観の時代的変遷を明らかにし、さらにがん闘病記の語りの類型化を行っている。また田口宏昭(2007)や船山和泉(2011)は、がん患者だけではなく、その家族や医療者の語りから多角的にがん経験を分析している。
- 5) 慢性疾患の患者は、一時的な治療だけでなく、医師に指示された服薬をはじめとした治療法の継続的な実践や、定期的な診察や検査のための通院が必要になることが多い。さらに、慢性疾患を患う者には、常に体調の自己管理が求められ、病気の悪化や再発防止のために日々の生活の中で病気によくないとされることを避ける必要もある。こうした自己モニタリングは、がん患者の場合、副作用や再発と転移への不安から、がん罹患以前であればさほど気にならなかった体調不良まで、時に過剰なまでに意識させることにもなる。
- 6) 厚生労働省がん臨床研究事業「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班の調査では、調査対象者のうち診断時に正社員として雇用されていた人は全体の62%だったが、調査時

- には 49% に減少していた（厚生労働省 2012: 8）。また、診断後も「同じ職場の同じ部署に勤務した者」は 55% と半数を超えるものの、同じ職場の違う部署に異動した人も 13.1% に上る（*ibid.*: 9）。
- 7) 復職後 5 年勤務継続率は、がんの種類により大きく異なる（遠藤 2016b: 60）。例えば、「男性の肺がん(14.2%)、男性の食道がん(73.3%)等は低かったのに対し、前立腺など男性生殖器がん（73.3%）、子宮など女性生殖器がん（67.8%）、乳がん（63.4%）、胃がん（女性 63.1%、男性 62.1%）は高くなって」（*ibid.*: 60）いる。こうした差異は、がんの相対生存率の差が大きく影響していると考えられる。
  - 8) 実際に、遠藤による「がん患者就労追跡調査」によれば、治療と就労の両立を支援する精度が中小企業に比べ整備されている大企業では、がん経験者の復職後 5 年勤務継続率は 51.1%（5 年相対生存率は 64%）に上る（遠藤 2016b: 59）。その一方で、就労支援制度の乏しい中小企業では、かなり低い水準にとどまると推測されている（*ibid.*）。
  - 9) 従業員の性別の偏りが、がん患者の就労の障害となることもある。例えば東京都の調査では、乳がんに罹患した女性社員が「周囲が男性社員ばかりであるため、乳がんであることが打ち明けづらく、病名は隠して働き続けていた」が「そのため、同僚から心無いことを言われることもあり、本人が精神的に辛い思いをすることがあった」。その結果、「1 年程度で、自身から会社に迷惑をかけたくないと言って退職」してしまったという（東京都保健福祉局 2014b: 48）。
  - 10) 桜井なおみの調査（2016）によれば、がん経験者のうち、職場でがん罹患を打ち明けている人の割合は 87%、主な打ち明け先は直属の上司や同僚である（桜井 2016: 27）。
  - 11) 実際に、国や一部の企業もがん患者の就労支援に積極的に取り組みだしている。国の政策レベルで言えば、2012 年に閣議決定された「第 2 期がん対策基本計画」から、「働く世代や小児へのがん対策の充実」が新たな重点課題に掲げられ、「がん患者の就労を含めた社会的な課題」が個別目標に定められた。2016 年には、厚生労働省が企業向けの『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』が公開し

た他、ハローワークと拠点病院が連携して行う「がん患者等に関する就労支援事業」も全国に拡大されている（高橋 2016: 1-5）。

- 12) 本稿で取り上げた個々のがん患者の就労をめぐる再帰的關係は、何もがん患者に固有の事象ではない。例えば、他の重篤な慢性疾患の患者や中途障がい者等の場合でも、個々人が職場でがん患者と同様の相互行為過程を必要とし、個々の障がいと向き合うことになるだろう。さらに言えば、現在進められている働き方の多様化をめぐる制度化の次元では、出産や育児であれ、介護であれ、その個別性においてがん患者と全く同じでないとしても一人ひとりが同様の再帰的過程の中にいると考えられる。

### 参考文献

- 芦川晋 2017 「『自己』の『社会的構築』——昔から社会学者は『自己の構成』について語り続けているが一体どこが変わったのか？」『社会学評論』68(1), 102-117.
- CSR プロジェクト編 2010 『がんと一緒に働こう！——必携 CSR ハンドブック』合同出版.
- Elliott, A. 2001 [2007] Concepts of the Self Polity. (= 2008 片桐雅隆・森真一訳『自己論を学ぶ人のために』世界思想社.)
- 遠藤源樹 2016a 「特集 がん罹患社員の就労継続に向けた休職・復職への実務対応：日本初の「復職コホート研究」から見えてきた治療と就労の両立のための運用ポイント」『労政時報』3921, 74-93.
- 2016b 「日本初「がん社員の就労追跡実態調査」結果から考える中小企業が「がん治療と就労の両立」のためにできること」『ビジネスガイド』53(12), 52-62.
- Frank, Arthur W. 1995 The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics, The University of Chicago Press. (= 2002 鈴木智之訳『傷ついた物語の語り手—身体・病い・倫理』ゆみる出版.)
- 「がんの社会学」に関する研究グループ編 2015 『『がんと向き合った 4,054 人の声』(2013 年実施の概要報告書(中間)) (2017 年 9 月 20 日取得, [http://www.scchr.jp/press\\_releases/20150909/02.pdf](http://www.scchr.jp/press_releases/20150909/02.pdf)) .
- Giddens, Anthony 1991 Modernity and Self-identity: self and society in the

- late modern age, Stanford University Press. (= 2005 秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ——後期近代における自己と社会』ハーベスト社.)
- 1992. *The Transformation of Intimacy: Love, Sexuality and Eroticism in Modern Society*. Cambridge : Polity. (= 1995 松尾精文・松川昭子訳『親密性の変容——近代社会におけるセクシュアリティ、愛情、エロティシズム』而立書房.)
- 星野晋 2016 「医療者と生活者の物語が会うところ」江口重幸・斎藤清二 野村直樹編『ナラティヴと医療』金剛出版, 70-81.
- 船山和泉 2011 「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」『文学部論叢』102, 117-134.
- 伊藤智樹 2013 「ピア・サポートの社会学に向けて」伊藤智樹編『ピア・サポートの社会学——ALS、認知症介護、依存症、自死遺児、犯罪被害者の物語を聴く』晃洋書房, 1-32.
- 門林道子 2011 『生きる力の源に——がん闘病記の社会学』青海社.
- Kleinman, Arthur 1988 *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*, Basic books. (= 1996 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳『病いの語り：慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- 国立がん研究センター「がん情報サービス『がん登録・統計』」(2017年9月20日閲覧, [http://ganjoho.jp/reg\\_stat/index.html](http://ganjoho.jp/reg_stat/index.html)).
- 厚生労働省がん臨床研究事業「働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究」班 2012 「「治療と就労の両立に関するアンケート調査」結果報告書」(2017年9月20日取得, [https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/inv\\_report2012.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/inv_report2012.pdf))
- 村上正泰・伊藤嘉高 2015 「がん患者のステージ・雇用形態別にみる就業の現状と課題——山形県内がん診療連携拠点病院における患者調査を通して」『保健医療社会学論集』26(1), 37-47.
- 内閣府 2015 「「がん対策に関する世論調査」の概要」(2017年9月20日取得, <http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-gantaisaku/gairyaku.pdf>).
- NPO 法人 HOPE プロジェクト・一般社団法人 CSR プロジェクト編著 2015 『がん経験者のための就活ブック——サバイバーズ・ハローワーク』合同出版.

- 奥野克己・山崎剛 2007「病気と文化——人間の医療とは何か？」池田光穂・奥野克己編『医療人類学のレッスン——病いをめぐる文化を探る』学陽書房, 31-54.
- Rappaport, J. 1993, “Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context,” *The Journal of Applied Behavioral Science*, 29(2), 239-256.
- Rose, N. 1999 *Governing the soul: the shaping of the private self*. Taylor & Frances/Routledge. (=2016 堀内進之介・神代健彦監訳『魂を統治する——私的な自己の形成』以文社).
- 桜井なおみ 2016 「「がん罹患と就労」調査結果報告書（当事者編）」（2017年9月20日閲覧, [http://www.fpcr.or.jp/pdf/p11/sakurai\\_2.pdf](http://www.fpcr.or.jp/pdf/p11/sakurai_2.pdf)）.
- 桜井なおみ他 2009 「がん患者の就労・雇用支援に関する提言 -- 病とともに歩む人が、自分らしく生きていくために」『社会事業研究』48, 177-187.
- 田口宏昭 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』92, 53-91.
- 高橋都 2016 「がんと就労 2016 –政策の展開と研究の動向」『「がんサバイバーシップシンポジウム 2016 がんと就労～地域コミュニティへの展開」報告書』, 1-5.
- 高橋都・森晃爾・錦戸典子編著 2016 『企業のためのがん就労支援マニュアル——病気になっても働き続けることができる職場づくり』労働調査会.
- Talcott, Parsons 1951 *The social system*. (= 1974 佐藤勉訳『社会体系論』青木書店.)
- 東京都保健福祉局 2014a 「「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書（本編）」（2017年6月20日取得, [http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy\\_hoken/gan\\_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.files/honpen.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.files/honpen.pdf)）.
- 2014b 「「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書（本編）」（2017年9月20日取得, [http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy\\_hoken/gan\\_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.files/siryohen.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryoy/iryoy_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.files/siryohen.pdf)）.