

ホスピスに見る死の分解

—終末期ケアの現場への文化人類学からのアプローチ—

服部 洋一

1. 死の文化人類学への省察と提案

1.1. 本論の目的：葬儀研究に対する短い反省

本論の目的は、ホスピスに代表される終末期ケアの現場への注目が死を研究する文化人類学者に新しい視座をもたらす可能性を検討し、このフィールドにおける研究上の戦略として、私が「死の分解」と呼ぶ死の文脈の分節化を素描することである。この試みは、従来の葬儀分析中心の死の文化人類学を補完・代替し、その成果の発展的継承を目指すものである。

最初にこれまでの研究の動向とそれが近年直面している壁について短く言及する。英国の肘掛け椅子の哲学者らが死を宗教の起源の契機と見なして以来、死というテーマは一群の文化人類学者の関心を引き続けてきた¹⁾。これらの研究は、死と社会が取り結ぶ多様かつ多元的な関係を描き出し、なかでも死の社会的統御について貴重な考察の蓄積をもたらした。ここではあえて詳細には踏み込まず、二点の批判を挙げるに止める。

第一に、従来の研究は社会的再生産という機能主義的な枠組を克服できる見込みに乏しい。その過程は様々であるが、大半の論者が最終的に到達するのは「ある社会的集団がその成員の死後に『正常な』状態をいかにして取り戻すか」という議論に先立って暗黙のうちに設定された結論である²⁾。第二に、分析対象が葬儀に過剰に集中している。多くの研究が規範的とされる手続きや教条を記録するに止まった結果、死の文化人類学を眺める者は「冷た

さと距離感」を覚えずにはいられないという状況が生まれている (Palgi & Abramovitch 1984)。特に、今日のわが国や欧米諸国の都市部のように高度に医療化・世俗化・商業化が進んだ社会（以下本論では産業化社会と呼ぶことにする）では、葬儀の実践は高度に圧縮、商品化されており (Suzuki 2000)、その分析を儀礼参加者の日常生活と直結させる試みには極めて大きな理論的負荷が伴うことになる³⁾。

葬儀研究の手法の限界は、それを1980年代の米国に適用することを試みた MetcalfとHuntington（1991）の研究の蹉跌に端的に現れる。彼らが直面した大きな困難は、エンバーミング、死者との公開対面、土葬等に特徴づけられる葬儀の実践が、全国的に規格化されたものであるにもかかわらず、それに釣り合うだけの支配的なイデオロギーを見つけることができないことがあった。MetcalfとHuntingtonは、米国社会特有の葬儀産業の発達と、死を忌避する感情の浸透という二つの解釈可能性を提出するが、すぐに自らこれらを否定する。前者では、日々改良される資本主義社会の商品のなかで「なぜ葬儀が例外的に形式を維持するのか」という点が説明困難であり、後者では、英國進化主義者と同様に、「なぜその形式で、同様の感情と結びつけられ得る他の形式ではないのか」という疑問に対して全く無防備な状態に陥るからである。結局彼らは、米国社会に生きる人々は、葬儀の専門家集団によって他の選択肢を呈示されないままに、事実他の選択肢がない、と思い込まれ、社会的に規定された礼儀に従う形で、より一般的な形式の葬儀に参加しているのだ、という消極的推断に至る。

HuntingtonとMetcalfの研究から10年以上の年月が流れ、自然葬やオーダーメイド的な葬儀も盛んになりつつある現在、彼らの二つの仮説の否定は正当なものであったのか、さらには死を統御しているイデオロギーは本当に指摘できないのか、ということについて、もう一度検討しなおす作業は、相応の魅力を持つ研究課題となるだろう⁴⁾。

1.2. 終末期ケアの文化人類学のもたらす展望

本論が主張し検証するのは、しかしながら、このような葬儀研究の展開とは全く異なる死へのアプローチ、即ち、終末期ケアの領野における文化人類

学的研究の可能性である。

ここで、いくつか本論における用語法を示しておく。「終末期」は、疾病等で余命が近く尽きることが予期されているにもかかわらず、その状況を抜本的に変える手段がない、という、生物医学の進捗がもたらした特殊な時間である⁵⁾。「終末期ケア」は、この特殊な時間のなかで実践される患者、家族、専門職の間の双方向的な関わりである。終末期ケアの過程で、各行為者は、死と死に行くことを、切迫したものとして、持続的に見つめ続けざるを得ない状況におかれることになる。「ホスピス」は、1960年代から盛んになる改革運動を経て生まれた、終末期ケアを専門的に実施するプログラムである。

終末期ケアの現場に文化人類学者が目を向けることの利点は、以下の四項に整理できる。

①死に先んじる過程の研究可能性

葬儀や葬儀産業が文化人類学者にとって魅力的だったのは、死を集約的に引き受ける実体的な制度・システムだったからである。問題は、そこでのフィールドワークによって見えるのは、あくまで死が生じた後の過程だということであった。一方、産業化社会の終末期の相互作用は、これまで医療の文脈のなかに半ば隠されるようにして散在してきた。このため、文化人類学者がフィールドワークという定点観察の射程に入れるのは非常に難しかったのである。

しかし、1960年代以降盛んになる一連の改革・啓蒙運動を経て社会的な注目を集めた終末期ケアは、次第に医療一般から独立し、現在ではホスピスに代表される独立した制度として産業化社会のヘルスケアシステムのなかに組み込まれるに至っている。文化人類学者は、終末期ケアが実践されるシステム自体のこのような改革が、アプローチに非対称性を強要してきた状況そのものを変化させたことに注目すべきである。

死と死に行く過程に関与の焦点を置く今日の終末期ケアは、死に先立って、これに専門的かつ持続的に対処する社会システムである。その研究が事後的・遡及的にしかアプローチできなかった従来の死の文化人類学を補完することは言を俟たない。

②フィールドの包括性

第二の理由は、現代ホスピス運動を経た今日の終末期ケアに特徴的な包括性である。終末期ケアを研究することで、文化人類学者は、生の諸側面に横断的に影響する死の包括性を单一のフィールドに密着することを通じて捉える可能性を回復することができるだろう。

C. Saundersを創始者として1960年代英国に誕生した現代ホスピス運動は、医学モデルの束縛を克服し、「全人ケア」(total care) を達成することを目指した。今日のホスピスでは、医学的な心身に限定されない、まさに生活全域を包括するケアが実現されつつあると言える。

伝統社会の葬儀の民族誌的分析は、死が生の諸側面に横断的に影響を与えること、それ故にその研究が当該社会の人々の生活の全体像の把握へと逆説的に繋がり得ることを証明してきた。しかし、今日の産業化社会の葬儀は、これらの民族誌的記述のなかのそれに比べ、はるかに小規模であり、時間的・経済的・人的動員も限定的である。主流の社会過程から逸脱的な事件となり、商業化傾向の著しい葬儀へと固執することは、死と社会の相関の研究を局所的な産業研究へと矮小化する危険性を秘めている。

葬儀と終末期ケアについて、それらの内実と社会的位置づけに関する歴史的变化を認めるのであれば、死の研究の包括性は、フィールドの重心を前者から後者に切り替えることによって維持されると考えられる。

③イデオロギーの明示性

死を統御するイデオロギーの考察は、死の文化人類学の恐らく最も魅力的な部分であり、今後の研究が相続するに値する貴重な遺産である。

その一方で、産業化社会の葬儀研究が行き詰った一つの理由は、従来のように葬儀を単一の支配的イデオロギーの表出としてもや記述できなくなってしまったことにあった。だが、死に関する価値観や意味づけが消失したわけではない。むしろ問題は、個人主義が台頭し、権威が多様化・相対化するなかで、特定のイデオロギーの優越を指摘できなくなったことなのである。

そして、往々にしてここで見落とされているのは、この状況の前提たる個人主義それ自体を、一つのイデオロギーと捉える可能性である。社会学者Walterが提示した、産業化社会の死に接する局面で普遍的に指摘できる権威は「その人自身」(Self) であり、「ユニークに生きられたユニークな人生に

価値を置く個人主義の文化においては、いまやよき死とは、われわれが選ぶ死なのである」(1994:2)という主張は極めて示唆的なものである。

今日の終末期ケアの現場は、「その人らしく」という表現が象徴する「死に行く人を中心主義」を徹底的かつ明示的な作動原理としている。この新しいイデオロギーは極めて柔軟なものであり、それに基づく文脈も葬儀とは全く異なる様式で生成されていく。終末期ケアのフィールドワークを通じて、このような個人主義を回収可能な理論的枠組さえ確保すれば、死の文化人類学のイデオロギー研究は、大きな飛躍の一歩を進めることができるだろう。

④文脈の可塑性

第四の利点は、終末期ケアの文脈の可塑性がもたらす「死生観」への接近可能性である。

伝統的な葬儀はいわば慣習の束であり、一連の手続きを型通りにこなすことで社会的な事実を構築することに主眼が置かれている。このため、当該社会の成員の死に対する態度の究明を目的として葬儀を分析すると、「決まりだからそうしている」という単なる規範的な手続きに観察者が物語りを読み込んでしまうという錯認や捏造が生じる危険性がある⁶⁾。

これに対し、個人主義に基づく今日の終末期ケアの文脈は、遙かに流動的である。終末期ケアの文脈は、患者、家族、専門職のそれぞれが置かれた環境や利用可能な情報・技術を含む、極めて複雑な社会的関数として変化していく。このような終末期ケアの過程では、死と死に行くことに直面する各行為主体が、何に注目し、何を期待し、何を避けようとするか、また、各行為主体の間でどのような関係性や相互作用が生じ、目指されるか、ということが明らかになる。即ち、死に向き合う人々の態度が、フィールドワーカーに観察可能な状況として出現するのである。

死に関する認識は社会によって異なる、という知見は、死の文化人類学のもたらしたものう一つの重要な成果であるが、特定の慣習や表現を根拠とする安易なステレオタイプ化が罷り通ってきたことも事実である。これを防ぐために文化人類学ができることは、「死生観」を、人々が死をいかに語り、何に対して関心を払い、どのようにそれに対処しようとするか、という社会過程の総体として再措定することであろう。終末期ケアの現場への参入は、産

業化社会に埋め込まれているこのような「死生観」を記述するための貴重なフィールドを文化人類学にもたらすはずである。

終末期における患者、家族、専門職の複雑な相互作用は、その複雑性をある程度保持して記述・分析できる質的研究と本来相性がよい。GlaserとStrauss (1965) やSudnow (1967) に代表される古典的な終末期医療の民族誌がその後の改革運動に大きな影響を与えたことはその端的な証左である。現代ホスピス運動を経た今日、終末期ケアの射程と範囲はこれらの古典的研究の時代よりもさらに拡大している。現場の多様な構成要素を包括的に記述しながら部分を総体との関係性のなかで意味づけていく民族誌的研究のニーズは、今日まさに、かつてないほど高まっているのである。実際、この領域を対象とする社会科学的記述・分析は、近年加速度的に出現しつつある⁷⁾。終末期ケアの中立的記述や、「官僚制度化」(bureaucratization)／「ルーティン化」(routinization)／「世俗化」(secularization)に対する批判を中心とするこれらの研究の多くは未だ萌芽的なものであるが、泡沫的なカルチャルスタディーズで終わらせることがだけは避けるべきだろう。そのためには、終末期ケアの現場で観察された知見を、より広い社会的文脈のなかで位置づけ、葬儀研究を含めたアカデミックな知の遺産と結びつけていく可能性を積極的に探る必要がある。

1.3. フィールドワークの実際

私は1999年から現在に至るまで米国とわが国の終末期ケアの現場でフィールドワークを重ねてきた。文化人類学者はフィールドの民族誌的描写を十分に行ってから分析へと移るのが常である。しかし、紙幅の都合もあり、終末期の文化人類学の一つの研究戦略の輪郭を提示することを優先する本稿では、フィールドデータはその都度任意に提示することを最初にお許し頂きたく願う。

今回の分析は、主として米国ミシガン州の二つのホスピスプログラムを対象に行った調査（服部 2003）に基づくものである。このフィールドワークは、2000年の9月から2003年の11月まで、延べ13か月余りに渡って実施した。

この間の主な活動は、ケアの観察、スタッフとのインタビュー、会議の参席と録音、内部資料の閲覧、スタッフ間コミュニケーションの観察、スタッフやボランティアを対象とする講習会の受講、イベントへの参加であった。また、参考として本論では、がんで父を亡くした遺族を対象に国内で実施したインタビューの一部も引用する。

前節の最後で述べた可能性の一例として本論の残りの頁で提示するのは、私が「死の分解」と名づける、終末期ケアの現場に特徴的に見られる死の文脈の分節化を研究するアプローチである。

終末期ケアの現場に参入する素人をまず圧倒するのは、目も眩むばかりに高度に分化・専門化した知識と技術のネットワークである。このネットワークは、1960年代以降終末期ケアが制度化される過程と並行して加速度的に発達したものであり、ケアの現場で活動する人々が実践に際して出会う状況や行為に意味と位置を与える作業を支えてきた。

精緻な類型化を伴うこのような現象は、現在終末期ケアの社会科学の主流となっている官僚制度化／ルーティン化／世俗化批判の見地からすれば、憂慮すべきものと映るだろう。しかし私は、死の分解は、終末期ケアのシステムが持続的作動を通じて情報の蓄積を不可逆的に増大させる結果生じる、いわば中立的な過程であると考える。そして、後に示す通り、この過程は今日の終末期ケアが根ざす個人主義のイデオロギーと相補的に成立しており、その分析は文化人類学が構築した死の統御とイデオロギーの関係性に関する議論を発展的に継承する契機となり得るのである。

2. 死の分解：まなざし、時間、イニシアティヴ

死の分解は終末期ケアのほぼ全域に亘る包括的・重層的な現象である。整理の作業を助けるため、本論ではさしあたり、まなざし、時間、イニシアティヴという三軸を立てる。

2.1. まなざしの分解：苦悩の四側面

社会科学が死と一定の距離を保ちながら対峙するとき、そこで議論される

苦悩は、「本能的恐怖」であれ、「社会的紐帯の破綻」であれ、「権威への挑戦」であれ、「存在論的な危機」であれ、いずれにせよ往々にして一元的なものになりがちであった。

これに対し、死と死に行く過程に間近で直面せざるを得なかった終末期ケアの実践からは、死の苦悩を、より多元的かつ包括的なものとして捉える視座が発達してきた。

このまなざしの分化の端的な例が、死に臨む人々の苦悩を「身体的苦悩」(physical pain)、「心理的苦悩」(mental pain)、「社会的苦悩」(social pain)、「スピリチュアルな苦悩」(spiritual pain) の四側面を持つ「全人的苦悩」(total pain) として理解するモデルである。

全人的苦悩モデルの原型を作ったのは、医師、ナース、ソーシャルワーカーの職歴と強いキリスト教の信仰を併せ持つ、現代ホスピス運動の創始者であるSaundersに他ならない。

One patient gave me more or less the following answer when I asked her a question about her pain, and in her answer she brings out the four main needs that we are trying to care for in this situation. She said, "Well doctor, the pain began in my back, but now it seems that all of me is wrong." She gave a description of various symptoms and ills and then went on to say, "My husband and son were marvelous but they were at work and they would have had to stay off and lose their money. I could have cried for the pills and injections although I knew I shouldn't. Everything seemed to be against me and nobody seemed to understand." And then she paused before she said, "But it's so wonderful to begin to feel safe again." Without any further questioning she had talked of her mental as well as her physical distress, of her social problems and of her spiritual need for security. (Saunders 1964: viii)

今日の終末期ケアの現場では、全人的苦悩モデルは一般に図1のように図

式化されている⁸⁾。身体的苦悩には、狭義の痛みに加え、全身倦怠感、呼吸障害、恶心嘔吐、消化管障害、不眠、便秘等の不快な身体的症状も含まれる。心理的苦悩は、不安、抑うつ、孤独感、混乱、怒り等を含む精神医学的な苦悩を意味する。社会的苦悩は終末期ケアの過程で生じる社会的な問題群であり、仕事、経済、人間関係、相続等に関する問題が例になる。スピリチュアルな苦悩は、自分のそれまでの生を意味づけていたものや動機づけていたものが揺らぎ、失われることがもたらす苦悩とされている。例としては、生きることの意味、病いを得たことの理由づけ、死後の世界の有無への問いかけ等が挙げられる。四領域の重なりは、これらの苦悩が相互に関連性を持っており、増悪・軽減のいずれにも影響しあうことを意味している。

このモデルは現場での実践を通じて洗練され、各要素の内部でさらに精密な体系化が進められている。例えば狭義の身体的な痛みは、強度、場所、持続、機序、痛みを増悪させる要因、日常生活への影響等に基づいて類型化され、成分や用法の異なる薬剤、放射線療法、外科手術、マッサージ、カウンセリングなどを組みあわせることで「適切に」対処されるのである。

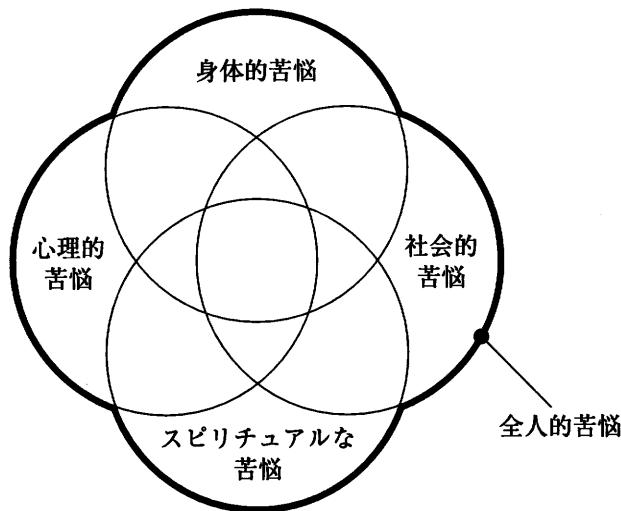


図1 全人的苦悩モデル

状況の類型化と対応する処置の洗練の例として、米国ホスピスで使用されている「標準医療指示」(Standing Medical Orders)を挙げることができる。標準医療指示は、ナースが訪問先である程度独自の判断で処置を行えるよう、終末期ケアの過程で生じる主たる身体的問題とその基本的対処を一覧表に示し、医師のサインを得ることで事前に許可を得ておくための書式である。私がフィールドワークを行ったプログラムの一つでは、標準医療指示に「便秘」、「咳」、「下痢」、「口の渴きまたは痛み」、「呼吸困難／呼吸器への分泌物の増加」、「発熱」、「不眠」、「恶心／嘔吐」、「痛み」、「褥瘡」、「発作」、「終末期の身もだえ」、「泌尿器の機能不全」、「痒み」、「胃腸障害」の15項目の症状を挙げていた。各項目には、さらに細分化された類型とそれぞれの対処法が明記されている。例として、最初に挙げられている「便秘」の項目を以下に抜粋する（表1）。

このような精緻な分類は、実践の現場で生じ、分節化していくものであると同時に、終末期ケアにおける関心、価値観、語り口、省察、業務体制、

表1 標準医療指示の例（抜粋）⑨

<input type="checkbox"/> CONSTIPATION	<p>Not on Opioids:</p> <p>Senna w/ docusate 1-2 tabs qd to BID OR Pericolace 1-2 tabs qd to BID</p> <p>Initiating Opioids:</p> <p>Senna w/ docusate, 1-8 tabs, according to symptoms of regular bowel movements, qd OR Pericolace 1-4 tabs qd. If no BM within 72 hours, R/O impaction. If not impacted, fleets OR SS enema pr, OR Magnesium Citrate 8 oz. po OR Lactulose (Cephulac) OR Sorbitol 15-30 ml po, BID OR MOM 30 cc po @ HS</p> <p>Soft Stool:</p> <p>A) Digitally remove</p> <p>B) Dulcolax Supp., qd while effective</p> <p>Hard Stool:</p> <p>A) Oil retention enema OR Fleets enema</p> <p>B) Digitally remove impaction (may need premedication)</p> <p>C) SS enemas till clear</p> <p><input type="checkbox"/> Do Not Initiate</p>
---------------------------------------	--

技術の開発・運用等のマトリクスとして機能し、実践を水路づけていると考えられる。

興味深いのは、このような精密化は、全人的苦悩の四領域で足並みを等しくして進んできたわけではないということである。実際にフィールドに参入し、人やモノの配置や語りを收拾すれば、このような状況と対処の類型化が身体的ケアの領域で最も発達しており、逆にスピリチュアルな領域ではあまり進んでいないことが直ちに明らかになる¹⁰⁾。

この不均衡がなぜ生じ、実践にどのような影響を与えていたかについては、今後研究を重ねる必要があるが、私自身は、この問題をホスピスに対する安易な官僚制度化／ルーティン化／世俗化批判へと繋げるだけでは不十分であると考える。私のフィールドワークでは、ある問題がスピリチュアルなものであると分類されるケースには、教科書的にそれが意味、価値、信念等に関っている場合だけでなく、他の三領域のいずれにも区分できないために結果的に振り分けられる場合があることが観察された。「腹部の疼痛は彼自身のスピリチュアルな問題と結びついている」といった言説は、十分な検査や処置を施しても解決できなかった問題状況にデウス・エクス・マキナのように登場する。このような問題の緩和には、他の領域の問題をできるだけ軽減・解消し、患者自身が解決に「気づく」チャンスを拡大する、という間接的な手法が取られていた。

私が提出する仮説は、スピリチュアルな領域が、まさに未分化な状態のまま残されることによって、特に身体的領域において高度に、また心理的領域、社会的領域においてもかなりの程度分化した知識・技術の網の目からなおこぼれ落ちてしまう問題を回収する役目を担い、いわば安全弁として機能することで、相補的に現代の終末期ケアにホーリズムをもたらしているのではないか、という解釈である。

2.2. 時間の分解：限定的な予測とそれに基づく対処の連鎖

まなざしの分解は共時的な現象であるが、死の分解は通時的な現象、即ち時間の分解としても確認される。時間の分解とは、専門職の知識が文脈の推移に一定の予測可能性をもたらすこと、また、そのような予測がクライアン

トたる患者・家族と共有されることを通じて、ある程度準備を整えてから現実に対処する、というひとまとめのプロセスの連続へと終末期の時間の流れが解体されることを意味する。

今日の終末期ケアの文脈における時間の流れを文化人類学者がこれまで記述してきた葬儀実践と比較した場合、特徴的なのは、未来を完全には見通せないという事実である。多様な背景を持ち、状況が不安定なクライアントを中心とする終末期ケアの過程に対しては、従来の儀礼のように厳格な式次第を準備することはできないのである。

しかし、終末期ケアは手探りの暗夜行路ではない。クライアントの多くが初めて出会う問題状況である終末期の文脈は、ケアの専門職にとっては日常的実践の舞台に他ならないのである。経験を積んだ専門職は、「これからしばらく」といった留保をつけたり、「ステージ」に代表される中・長期的な枠組を設定したりしながら、終末期の時間の流れを区切り、各期間に起こるであろうこと／起こらないであろうことに関する一定の見通しを立てることができる。一方クライアントもまた、専門職のこのような時間認識を共有することで、終末期の文脈に限定的な予測を得ることができる。

「その人らしく」を基本原理とする終末期ケアの過程は従来の葬儀のように始まりから終わりまで無分岐なものにはなり得ない。しかし、このような予測可能性が導入されることで、たとえ最終的に到達する状況が予め決められていなくても、「夜よく眠れるくらいまで痛みを抑える」「家のなかを自由に移動できるようにする」といった具体的な目標の設定—達成という反復的手続きをを通じた文脈の漸進的構築が可能になるのである。

米国ホスピスにおけるフィールドワークを通じて、私は専門職がクライアントに対して二つの保証を提供していることを見出した。

一つは、「自然であること」の保証である。終末期という問題状況に初めて出会ったクライアントは、直面している状況が容認してよいものなのか、危惧すべきものなのか、という判断にまず当惑する。クライアントはまた、状況の推移に関する予測を立てることもできないのである。このような状況の理解と予測の困難さを源とする「分からぬことがもたらす苦悩」は、終末期ケアにおいて、身体的疼痛や経済的逼迫といった「分かっていることが

表2 死の徵候：(Karnes 1986: 12-3) より、著者の許可を得て引用

SUMMARY OF GUIDELINES

ONE TO TWO WEEKS	DAYS OR HOURS
withdrawal from the world & people	intensification of one to two week signs
decreased food intake	surge of energy
increase in sleep	decrease in blood pressure
going inside of self	eyes glassy, tearing, half open
less communication	irregular breathing, stop/start
	restlessness or no activity
	purplish knees, feet, hands, blotchy
	pulse weak and hard to find
	decreased urine output
	may wet or stool the bed
ONE TO THREE MONTHS	MINUTES
disorientation	"fish out of water" breathing
talking with the unseen	cannot be awakened
confusion	
picking at clothes	
physical	
decreased blood pressure	
pulse increase or decrease	
color changes, pale, bluish	
increased perspiration	
respiration irregularities	
congestion	
sleeping but responding	
complaints of body tired & heavy	
not eating, taking little fluids	
body temperature, hot/cold	

もたらす苦悩」と同等あるいはそれ以上に重大な問題になるのである。

終末期ケアの専門職は、このように苦しむクライアントに対し、「現状が自然であること」と、「自然な過程をたどれば状況はこのように推移するであろうこと」を伝えることを通じて支援することができる。一つの端的な例が、私がフィールドワークを行ったホスピスで“Blue Book”の愛称で活用されていたKarnes (1986) の小冊子である。この小冊子は、死が迫るとき患者の心身にしばしば出現する徵候や変化を、大まかな時間の流れに沿って、簡潔かつ具体的に説明したものである。表2は内容のまとめとして小冊子の末尾に掲載されているものである。

この表はあくまで一般論であり、Karnes自身が小冊子の冒頭で述べる通り、何れの徵候がいつ現れるか／現れないか、ということは、ケース毎に異なることになる。従って、実際の現場では、この小冊子は専門職による口頭での説明を補完・補強するものとして使用されている。

終末期ケアの現場におけるフィールドワークで私が発見したのは、クライアントにとっての「分からぬことがもたらす苦悩」の深刻さと、それに対する専門職の支援の大切さであった。BlochとParry (1998) は葬儀の重要な機能として、予測不可能な死という現実を、予測可能な社会的サイクルへと統合していく働きを指摘した。終末期ケアの専門職の知識は、未来を一定の範囲ながら照らしだし、理解や受容を助けるという点で、同様の機能を果たしている可能性がある。以下はわが国で私が行った父を見取った女性とのインタビューからの引用である。

もう駄目かな、という7か月目くらいのときに、最初に教えてもらったんですよ。お医者さんに。私の父の場合に、どういう風に死ぬのかということを聞いたんです。「一番本人が辛いのとしては、出血をします。本人には、良く分からぬかもしれないのは、今脳に転移しているかもしれないで、脳の機能がます止まります。その場合、脳死のようになって、長くぐったりとするようになります。もう一つは、自然にお小水が出なくなつて、血圧が下がって、という一番ナチュラルなコースとなります。」という三つを教えられたんですよね。私はそれで十分だった。

この女性のように、未来のイメージを抱くことが苦悩の解消に直結するケースもある一方、それだけでは不十分なケースもある。このような場合には、専門職が行う第二の保証、即ち「具体的な対策が用意されていること」の提示が必要になる。

標準医療指示の例でも明らかなように、専門職は、終末期の文脈でどのような問題が高い頻度で現れるか、ということだけではなく、それらの問題の深刻さや段階に応じて、どのように対処をすればよいか、という知識も蓄えている。

この例として身体的疼痛緩和のごく基本的な流れを紹介する¹¹⁾。軽度の疼痛に対しては、NSAIDと呼ばれる、非オピオイド系¹²⁾の消炎鎮痛剤が用いられる。しかし、NSAIDの効果には上限があり、大量に投与すると副作用も顕著になる。そこで痛みが増悪した場合は、NSAIDにコデイン等の弱オピオイドを加え、さらに強い痛みの場合にはモルヒネ、オキシコドン、フェンタニル等の強オピオイドに薬を切り替える。また、薬の形態も、錠剤から貼剤や舌下で吸収される液剤へと変化させるため、身体的機能低下によって服薬が困難になった場合にも対応できる。

以上の二つの保証を通じて、専門職とクライアントは、終末期の時間の流れに一定の枠組を確保することができる。現代の終末期ケアでは、個々のケースがたどる経過を予め厳密に計画することはできない。しかし、専門職が実践を通じて蓄えた知識は、現在からある程度先までの未来を、ある程度の幅を持たせながらではあるが、予見することを可能にする。そして、来るべき状況に対するこのような予見をクライアントと共有し、準備体制を整えた上で実際に対処する、という一連の過程を繰り返すことを通じて、終末期における時間の流れはアノミーに陥ることなく統御されていくのである。

2.3. イニシアティヴの分解：行為者間の相互作用からの文脈生成

第三の分解であるイニシアティヴの分解は、終末期ケアの文脈が、複数の行為主体による逐次的な了解と合意のプロセスを通じて紡ぎだされていくことを意味する。まなざしの分解と時間の分解が主として知識や技術の蓄積に由来するのに対し、イニシアティヴの分解には、ホスピス運動に固有なイデオロギーの存在も大きな影響を与えている。

死の文脈がどのように形作られるか、という観点から死の文化人類学の葬儀研究を振りかえると、大きく二つの段階を指摘することができる。第一段階では、当該民族／社会は一枚岩的なものとして捉えられており、儀礼の文脈は、各成員が慣習的実践を積み重ねることで、特定のイニシアティヴによらずいわば自動的に形成されると考えられた。対象を権威とそれに従う人々に分けた第二段階では、死がもたらした危機的状況を克服しようとする権威のイニシアティヴによって、文脈が強力に牽引される様が議論してきた。

これに対し、終末期ケアの文脈生成におけるイニシアティヴは、複数の行為主体のなかに分有されている。「その人らしく」という言葉に象徴される今日の終末期ケアの現場では、一見すると、イニシアティヴは患者本人に委譲されているかのように思われる。また、事実としても、ケアに関する意思決定は、第一に患者が、それが不可能な場合には家族が実施するのが原則とされている。しかし、実際の意思決定の過程を観察すれば、最終的な意志決定権の所有が、ケアの文脈を形成するイニシアティヴの独占には必ずしも結びつかないことに気づくことができる。その最大の原因是、意志決定権の所在と、意志決定に要する知識・技術の所在が異なることである。

専門職とクライアントの間にある終末期ケアに関する知識と技術の格差は明白である。既に述べた通り、その患者にとって終末期ケアを受けること、家族にとってまさにその患者をケアすることは、初めての、かけがえのない体験である。これに対して、専門職が期待されている社会的役割には、それを一つの「ケース」として見ることができるだけの経験を蓄え、専門的サービスとしてのケアを提供することが含まれている。

Walter (1994) も指摘するように、終末期ケアを専門的サービスとして活用する際には、程度の差こそあれ、クライアントは専門職が持つ知識と技術に頼らざるを得ない。その際の一般的な形は、専門職が提案したいつかの選択肢のなかから、クライアントが最も希望に近いものを選択する、というものである。この場合、たとえ最終的な意志決定がクライアントによって行われたとしても、全く白紙の状態からその選択が生じたと見なすことはできない。この結果、今日の終末期ケアの過程では、文脈を牽引するイニシアティヴを専門職とクライアントのいずれが取っているとも言い難い状況が生まれているのである。

事態をさらに複雑なものにするのは、専門職の側はチームアプローチの導入によって、クライアントの側は家族の役割の肯定によって、さらに複数の行為主体へと分解されている、という、今日の終末期ケアの現場に特有の事情である。

米国ホスピスを例にとれば、狭義の医療職である医師やナースのほか、ソーシャルワーカー、ホームヘルスエイド、スピリチュアルケアコーディナー

ター、ボランティア、遺族ケアコーディネーターなどが協力し、「多職種チーム」(Interdisciplinary Team)を結成してケアを実践している(服部2003)。これらの専門職には、それぞれに専門領域と応分の権限が割り振られている。

もちろん、多職種チームの最高責任者は医師である。医師は、医療用麻薬の処方の管理やチームカンファレンスの顧問役を務めることを通じて、ケアの要所を監督する。しかし、実際に患者を訪問し、心身の状態をチェックし、現状と今後について説明するのはナースである。標準医療指示による一定の権限委譲を受けているナースは、必要に応じて自分の判断で医療的な処置や薬剤の発注をすることもできる。多職種チームの責任を取るのは医師であるが、リーダーシップを取るのはナースなのである。そのナースもまた、例えばソーシャルワーカーの家族力学に関するアセスメント等、他の専門職が提出する意見を常に尊重して多職種チームをまとめている。

一方、患者と家族を一つのユニットと見なすことを基本的な指針の一つに掲げる今日の終末期ケアの現場では、死に行く人だけでなく、それを支える家族の意向にも相応の配慮が払われる。

問題は、両者の希望がいつも必ず合致するとは限らないということである。米国ホスピスのあるナースは、死という厳しい現実に日々直面するのは大変ではないか、と私が質問すると、「死に行く患者をケアすることは自分には特別なストレスにはならない。患者と家族の意見が合わなくなったときが一番辛い」と答えた。衰弱が進み、歩き回ればほぼ間違いなく転倒することが分かっている患者が、それでも「庭を一人で歩いてみたい」と言ったとき、多くの家族はそれを止めようとしないではいられない。運んだ食事に全く手をつけないまま、何も食べたくない、と患者がトレイにスプーンを戻したとき、多くの家族はせめて一口だけでも、と食べさせようとしないではいられない。そして一方では、終末期の患者は家族に生活の一部を依存せざるにはいられない。建前上はどうであれ、患者と家族の意見が対立したとき、必ずしも患者の意見が通るとは限らないのである。

告知もこの点に関する重要な論点になる。日本のホスピスケアの現場では、苦しむ患者を見かねた家族の意向で入院したため、患者自身が病状や予後について十分に理解していないケースが少なからずあることが問題にされてき

た。少なくとも医療者の立場からは告知率は限りなく100%に近いと言われている米国でも、同様の問題が全くないわけではないのである。私が参席した米国ホスピスのチームカンファレンスでは、「(患者は)自分の病気について知らないから、注意してほしい」「ホスピスから来ている」ということは言わないでほしいと家族がスタッフに希望するケースが何度か報告された。当然ながら、このような状況では、患者が終末期ケアのイニシアティヴを取っていると見なすことは難しい。

このように、終末期ケアの現場におけるイニシアティヴの分解は、専門職—クライアント間、専門職間、患者—家族間という様々な次元で指摘できる。実践の観察を通じて判明するのは、「その人らしく」という個人主義は、死に行く人が意思決定の中心となることと、死に行く人が望むであろうものや状況を周囲が推し量って提供することという、二つの解釈を可能にする両義的なイデオロギーだということである。今日の終末期の文脈は、死に行く人の「意向」を中心に、多数の行為主体が相互に影響を及ぼしあいながら行動した結果として、逐次的に構築されていくものなのである。

3. 結び

最後に、以上述べてきた死の分解をこれまでの死の文化人類学の葬儀研究ともう一度比較し、その特性を確認した後、今後の展開可能性について短く触れて論を結ぶことにする。

従来の死の文化人類学は、当該集団が死を克服するために用いる社会的・文化的装置を記述し、そこに埋め込まれたイデオロギーを解明することに努力を傾注してきた。その際に分析の中心となったのは、葬儀を初めとする硬直的・周期的な実践であった。慣習的実践は、まさにその硬直性と周期性によって、死という現象に内在する不確定性や予測不能性を払拭し、社会や権威の秩序を回復する機能を果たすと考えられてきたのである。

しかし、社会の産業化と権威の多元化が進み、患者を中心とする個人主義が死の文脈を支え得る唯一のイデオロギーとなった今日の状況は、従来の葬儀研究のモデルをそのまま転用することを許さない。この新しいイデオロギ

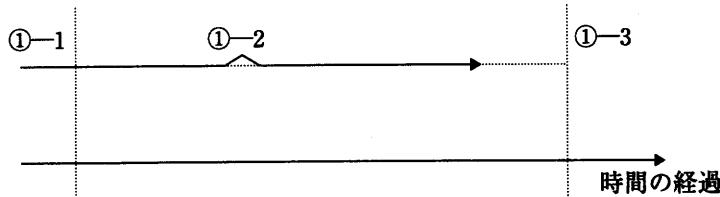
ーは可塑性に富むため、それに基づくシステムも単系的・固定的なものにはなり得ないからである。

現代の終末期ケアをモデル化するためには、予め定まった結末ではなく、むしろその時々のプロセス自体を志向するシステムを想定する必要がある。そのシステム上で、専門職は個々のケース、状況、段階に対応できるだけの知識と技術を蓄積し、それをクライアントと共有する。終末期ケアの文脈は、そのような知識・技術によっていったん分節化され、具体的な課題の設定と解決という手続きの連鎖として再構築される。このようなアプローチを支えると同時にこのようなアプローチによって促進される死の分解は、現代の終末期ケアの「死に行く人を中心主義」と相互に補完し、強化しあう現象であると考えられる。

図2は、このような伝統的葬儀と終末期ケアの死の文脈の形成過程の違いを際立たせるために便宜的にモデル化したものである。

伝統的な葬儀においては、儀礼の開始（①—1、例えば「心停止の確認」）から終結（①—3、例えば「祖先の靈との合流」）まで、実行しなければなら

① 伝統的葬儀



② 終末期ケア

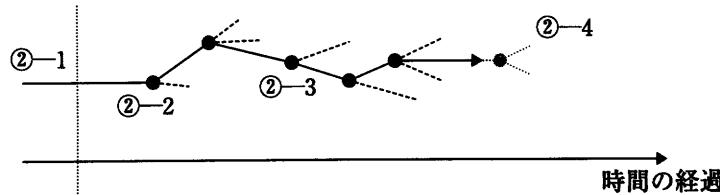


図2 死の文脈の二つのモデル

ない一連の正統的な手続きが予め規定されている。また、その流れから逸脱しようとすると、元の流れに戻そうとする強い文化的・社会的压力が働くのが常である（①—2）。儀礼の目的は、このような正統的な手続きを遵守することを通じて、最終的な特定の社会的合意の形成に到達することに置かれている。

一方、終末期ケアの文脈は、遙かに変化と可能性に富むものとなる。終末期ケアが開始されると（②—1）、状況の変化やそれまでの選択により、文脈はしばしば分岐点（●）を迎えることになる。その際には、現場に参与している行為主体間で様々な調整や相互作用が取り交わされ、新しい方針が採択されたり（②—2）、それまでの方針が維持されたりする（②—3）。ケアの目的は状況が許す限り患者の希望をかなえることであり、関心がその時点と比較的近い未来に集中する結果、文脈はオープンエンドのものとなる（②—4）。

文化人類学を含め、これまでの社会科学が想定してきた観念的で曖昧な「大きな死」は、理解の及ばない克服されるべき対象として議論されてきた。しかし、死に行く過程に密着した終末期ケアの実践は、この「大きな死」に一種の分光器のように働きかけ、各々は具体的で、場合によっては理解や克服さえ可能な小さな問題の集まりとしてこれに対峙する可能性をもたらした。

以上の議論を今後さらに発展させるために特に注意を喚起しておきたいのは、かつては「死」の本質の一部と見なされていた諸要素が、このような死の分解を経て、「生」の課題へと読みかえられつつあるという可能性である。これを裏づけるように、今日の終末期ケアの現場では、「いかに死ぬか」よりも、「いかに生きるか」が問題にされるようになりつつある（服部 2005 予定）。

終末期ケアを産業化社会の死を研究するためのフィールドと捉え、そこで生じる死の分解をより精緻に分析すれば、死の文化人類学は新しい飛躍を迎えるだろう。本論がその一助となることを願う。

付記と謝辞

本論は、2003年11月に米国シカゴで開催されたAmerican Anthropological Association 102nd Annual Meetingにて口頭発表した論文 “The Disintegration of

Death: An Anthropological Analysis of Hospice Care in Japan”に大幅に加筆、修正したものである。

本論の着想の骨子を得た米国ミシガン州におけるフィールドワークに関しては、財団法人トヨタ財団平成12年度研究助成、平成13年度及び14年度科学研究費補助金（特別研究員奨励費）、財団法人笹川医学医療研究財団平成14年度ホスピスケアに関する助成の各助成・補助金を拝受した。本論文はその成果の一部であり、ここに明記して深謝する。

また、フィールドワーク中一貫してご指導頂いた東京大学大学院総合文化研究科の福島真人助教授に格別の御礼を申し上げたい。

註

- 1) 本論で言及する死の文化人類学的研究の伝統については（Bloch & Parry 1982; Durkheim 1912; Frazer 1890-915, 1933, 1934, 1936; Goody 1962; Hertz 1928; Malinowski 1955; Metcalf & Huntington 1991; Radcliffe-Brown 1964; Tylor 1920; 内堀・山下 1986; 波平 1990）等を参照。
- 2) 最も重大かつ劇的な変化である死の研究が、社会の安定性の主張に帰結するのは一見すると逆説的である。その背景には、「それにもかかわらず、自分が調査しているこの社会は目の前に確実に存在している」というフィールドワーカーの素朴な直感があるのかもしれない。
- 3) 例えば波平（1990）は、このような葬儀の周縁化が、伝統的でありながら無意識的な心性を明らかにする葬儀研究の貴重性をかえって高めている、と主張する。しかし、意識もされず、日常生活の諸側面にも形を留めていない何かが脈々として存続し、人々の行動を密かに規定し、脳死判定や臓器移植をめぐる局面で問題を引き起こす、という波平の推論は、事実上検証不可能なものであると言わざるを得ない。
- 4) このような研究の例として、（Walter 1994）や（田中 2003）を挙げることができる。
- 5) 終末期の具体的な長さについては確定的な見解はない。ただ、私がフィールドワークを行った米国を例に取れば、疾病が自然な過程で進行するという条件をつけて、余命6か月以下とされるのが一般的である。

- 6) 儀礼の解釈をめぐるこのような危険性については（福島 1993; 1995）を参照。
- 7) ホスピス、終末期ケアを対象とする近年の社会科学的研究の例としては（Abel 1986; Bendiksen 1997; Bradshaw 1996; Clark 1994, 1999, 2001; Clark & Seymour 1999; Field 1994; Hockey 1990; James & Field 1992; Lawton 2000; Sankar 2000; Siebold 1992; Walter 1994; 服部 2003; 古澤 2003）等を挙げることができる。
- 8) より詳しくは、(Doyle et al. 2004; 恒藤 1999) を参照。
- 9) 本表のなかの様々な薬剤や略記については、MediLexicon (<http://www.pharma-lexicon.com/>) 等を参照。
- 10) わが国の終末期ケアの現場では、スピリチュアルな領域の議論が未発達なことについて固有の文化、歴史、風土などに絡めた批判が行われてきた。しかし、Cobb (2001) の指摘にもあるように、この領域の細密化が他の領域に比べて立ち遅れていることは、現代の終末期ケアに、より一般的な現象である。
- 11) ここで示した例は私がフィールドワークを行ったホスピスで当時行われていた疼痛緩和の基本的な流れであり、今日の米国および日本の一般的な対処とは必ずしも一致しないことをお断りしておく。
- 12) オピオイド (opioid) は、中枢神経系・末梢神経系にあるモルヒネ受容体に作用し、モルヒネと同様の作用をもたらす薬品の総称であり、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドン、コデイン等が例となる。「非オピオイド」は、オピオイドが終末期の疼痛緩和で一般的に用いられるようになるなかで、オピオイド以外の鎮痛剤をまとめて指示するために使われるようになったカテゴリーである。

引用文献

- Abel, Emily K., 1986, "The Hospice Movement: Institutionalizing Innovation." *International Journal of Health Services* 16(1): 71-85.
- Bloch, Maurice & Jonathan Parry (eds.), 1982, *Death and the Regeneration of Life*. Cambridge University Press.
- Bendiksen, Robert, 1997, "Death, Dying and Bioethics: Current Issues in the USA" In *The Unknown Country: Death in Australia, Britain and the USA*.

- Charmaz, Kathy, et al. (eds.): 198-212.
- Bradshaw, Ann, 1996, "The Spiritual Dimension of Hospice: The Secularization of an Ideal." *Social Science & Medicine* 43(3): 409-419.
- Clark, David, 1999, "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967." *Social Science & Medicine* 49: 727-736.
- _____, 2001, "Religion, Medicine, and Community in the Early Origins of St. Christopher's Hospice." *Journal of Palliative Medicine* 4(3): 353-360.
- Clark, David (ed.), 1994, *The Future for Palliative Care: Issues of Policy and Practice*. Open University Press.
- Clark, David & Jane Seymour, 1999, *Reflections on Palliative Care*. Open University Press.
- Cobb, Mark, 2001, *The Dying Soul: Spiritual Care at the End of Life*. Open University Press.
- Crane, Diana, 1975, *The Sanctity of Social Life: Physicians' Treatment of Critically Ill Patients*. Russell Sage Foundation.
- Doyle, Derek, Geoffrey Hanks, Nathan Cherny, Kenneth Calman (eds.), 2004 (1993), *Oxford Textbook of Palliative Medicine: 3rd edition*. Oxford University Press.
- Durkehim, Émile, 1912 [1975a, 1975b], *Les Formes Élémentaire de la Vie Religieuse*. Alcan. (『宗教生活の原初形態』古野清人訳 岩波書店)
- Du Boulay, Shirley, 1984 [1989] , *Cicely Saunders: The Founder of the Modern Hospice Movement*. Hodder and Stoughton. (『シティー・ソンダース：ホスピス運動の創始者』若林一美ほか訳 日本看護協会出版会)
- Field, David, 1994, "Palliative Medicine and the Medicalization of Death." *European Journal of Cancer Care* 3: 58-62.
- Frazer, James. G., 1890-1915 [1951-2] , *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*, 12 vols. Macmillan. (『金枝篇』(一)~(五)永橋卓介訳 岩波書店)
- _____, 1933, 1934, 1936, *The Fear of the Dead in Primitive Religion: Lectures Delivered on the William Wyse Foundation at Trinity College, Cambridge 1932-1933*. 3 vols. Macmillan and Co.
- Glaser, Barney G. & Anselm L. Strauss, 1965 [1988] , *Awareness of Dying*. Aldine Publishing Company. (『死のア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 医学書院)

Goody, Jack, 1962, *Death, Property and the Ancestors: A Story of the Mortuary Customs of the LoDagaa of West Africa*. Stanford University Press.

Hertz, Robert, 1907; 1928[1980], "Contribution à Une Étude sur la Représentation Collective de la Mort." In *Mélanges de Sociologie Religieuse et de Folklore*. 48-137. Librairie Félix Alcan. (『死の宗教社会学：死の集合表象研究への寄与』内藤莞爾訳『右手の優越：宗教的両極性の研究』：31-128、垣内出版株式会社)

Hockey, Jennifer. L., 1990, *Experiences of Death: An Anthropological Account*. Edinburgh University Press.

James, Nicky & David Field, 1992, "The Routinization of Hospice: Charisma and Bureaucratization." *Social Science & Medicine* 34(12): 1363-1375.

Karnes, Barbara, 1986[2002], *Gone from my Sight: The Dying Experience*. BK Books. (『旅立ち：死を看取る』服部洋一訳、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団)

Lawton, Julia, 2000, *The Dying Process: Patients' Experiences of Palliative Care*. Routledge.

Malinowski, Bronislaw, 1955 (1948) [1981, 1997] , *Magic, Science and Religion : And Other Essays*. Doubleday Anchor Books. (『パロマ：トロブリヤンド諸島の呪術と死靈信仰』高橋涉訳 未來社、『呪術・科学・宗教・神話』宮武公夫・高橋巖根訳 人文書院)

Metcalf, Peter & Richard Huntington, 1991 (1979) [1996] , *Celebrations of Death : The Anthropology of Mortuary Ritual*. (2nd edition) Cambridge University Press. (『死の儀礼：葬送習俗の人類学的研究：第二版』池上良正・池上富美子訳 未來社)

Palgi, Phyllis & Henry Abramovitch, 1984, "Death: A Cross-Cultural Perspective." *Annual Review of Anthropology* 13: 385-417.

Radcliffe-Brown, Alfred R., 1964 (1922) , *The Andaman Islanders*. The Free Press.

Sankar, Andrea, 2000, *Dying at Home: A Family Guide for Caring*. Johns Hopkins University Press.

Saunders, Cicely, 1964, "Care of Patients Suffering from Terminal Illness at St.

- Joseph's Hospice, Hackney, London." *Nursing Mirror*, 14 February: vii-x.
- Siebold, Cathy, 1992, *The Hospice Movement: Easing Death's Pains*. Twayne Publishers.
- Sudnow, David, 1967 [1992], *Passing On: The Social Organization on Dying*. Prentice Hall. (『病院でつくられる死：「死」と「死につつあること』の社会学）
岩田啓靖・志村哲郎・山田富秋訳 せりか書房)
- Suzuki, Hikaru, 2000, *The Price of Death: The Funeral Industry in Contemporary Japan*. Stanford University Press.
- Tylor, Edward B., 1920 (1873) [1962] *Primitive Culture*, Vol.1-2. (6th edition) John Murray. (『原始文化：神話・哲学・宗教・言語・芸能・風習に関する研究』比屋根安定訳 誠信書房)
- Walter, Tony, 1994, *The Revival of Death*. Routledge.
- World Health Organization, 1986[1996], *Cancer Pain Relief*. World Health Organization. (『がんの痛みからの解放：WHO方式がん疼痛治療法 第2版』武田文和訳 金原出版株式会社)
- 内堀基光・山下晋司、1986、『死の人類学』弘文堂。
- 田中大介、2003、『資源化する死：現代日本の葬儀産業を事例として』東京大学院総合文化研究科2002年度修士学位論文。
- 恒藤暁、1999、『最新緩和医療学』最新医学社。
- 福島真人、1993、「儀礼とその意義：形式的行動の解釈と生成」、第一民族芸能学会（編）『課題としての民族芸能研究』ひつじ書房。
- 、1995、「儀礼の意味というパラドックス」『言語』24 (4) : 56—63。
- 波平恵美子、1990、『脳死・臓器移植・がん告知：死と医療の人類学』福武書店。
- 服部洋一、2003、『米国ホスピスのすべて：訪問ケアの新しいアプローチ』黒田輝政（監修）、ミネルヴァ書房。
- 、2005予定、「死を看取る技術」、山下晋司・福島真人（編）『文化人類学研究法：現代人類学のプラクシス：科学技術時代を見る視座』有斐閣。
- 古澤有峰、2003、「死生観とスピリチュアリティ：ハワイにおける病院チャップレンの事例から」『死生学研究』2003年春号：240—74。

(はっとり・よういち 東日本国際大学福祉環境学部講師)

The Disintegration of Death in Hospice: An Anthropological Analysis of Terminal Care in Modern Society

Yoichi Hattori

Controlling the crisis associated with death has long been one of the greatest challenges for most societies. Using ethnographic data, anthropologists often analyze funerals in functionalist terms that emphasize their value in promoting social homeostasis. In this paper, I offer an alternative approach from my fieldwork in terminal care settings that considers how people living in highly diverse, medicalized societies like the US and Japan attempt to cope with death and dying issues. Compared with the traditional funeral studies, this new approach holds the promise of four advantages, i.e. possibility of before-death research, comprehensiveness, ideological palpability, and contextual flexibility.

Unlike preindustrial societies which were the focus of early studies in the anthropology of death, contemporary complex societies are not marked by the exclusive dominance of any particular authority, except for "Self." How can people living in industrialized societies cope with death? In order to find an answer to this question, I discuss the strategic accumulation and articulation of knowledge and techniques in institutionalized terminal care settings in terms of "disintegration of death," which has a close connection with Individualism as the central ideology of modern terminal care.

In my field experience, "disintegration of death" is observed from three aspects, i.e. pain, time, and initiative. Disintegration of pain is observed in the total pain model composed of physical, mental, social, and spiritual factors; disintegration of time is observed as the limited predictability based on professional experience and the reconstruction of time with sequential

procedures; and disintegration of initiative is observed as the generation of context by the interaction among all of the actors involved in the situations.

In practice, terminal care professionals utilize their expertise to set concrete and attainable targets toward which their clients can move step by step while maintaining a positive attitude. By means of these recurrent problem-solving procedures, "Death," which appears vague and untouchable, can be converted into a set of smaller "living issues" to be identified and transcended.