

外旭川病院ホスピス開設15周年記念出版

# 緩和ケアにおける認識と関係性

～あるホスピス医の自例報告～

嘉藤 茂

外旭川病院ホスピス開設15周年記念出版

# 緩和ケアにおける認識と関係性

～あるホスピス医の自例報告～



嘉藤 茂

外旭川病院ホスピス開設15周年記念出版

# 緩和ケアにおける認識と関係性

～あるホスピス医の自例報告～



嘉藤 茂

# I . はじめに

本のタイトルを読んで、がんになったホスピス医の話と思った方がいるかもしれませんが、そうではありません。この本は自分が行っている緩和ケアの在りようを自ら記載したものです。

緩和ケアにいくつか種類があるわけではありません。ところが、A医師の緩和ケアとB医師の緩和ケアは異なるものと考えたほうがよいと思います。なぜなら、ケアとは人間対人間の関係性のなかで形作られるからです。

医師は患者さんをどのような存在として認識しているのか。

医師は自分の役割をどのように認識しているのか。

医師は患者さんとどのような関係を作ろうとしているのか。

これらの問いに対する回答の多様性が、患者・医師関係の多様性の背景であり、A医師とB医師では提供する緩和ケアの内容や方法が異なることの理由です。医師を例に述べましたが、ケアの多様性はナースや医療ソーシャルワーカーなど、医師以外の職種にも当てはまります。

私が緩和ケアに最初に会ったのは、それが「ターミナルケア」と呼ばれていた1980年代前半でした。その頃からホスピスについての記事が、メディアで散見されるようになりました。死にゆく人にどう向き合ったらよいか悩んでいた私は、ターミナルケア、ホスピスケアという概念に飛びつきました。がんという病を背負いつつも、最期の日まで生の歩み続ける人の前で、医師として何をなすべきか。その回答にたどり着く手段が、「ケア」という人へのアプローチ法だと知りました。手段というより、「ケア」そのものが回答とも言えます。

死にゆく人々へのよりよいケアの在り方を求めてやまない人々の存在を知った時に、私はとても勇気づけられました。日本死の臨床研究会がそれでした。研究会で学び、持ち帰って臨床で悩み、自分で考え、次の研究会でヒントをもらう。こんな繰り返しが始まりました。

前述の三つの問いは医療者にとって根源的な問いであるはずですが、納得できる回答は自分で探すしかありませんでした。押し付けられた回答は内面に届きませんから、自分で探し、自分で見つけ出し、自分で納得するプロセスを経て、はじめて我が身に馴染むのでしょう。

時代は変わり、緩和ケアはいくつかのテーマごとに講義を受けると、そのおおよそを学ぶことができるコンパクトな知識となりました。患者さんの苦しみをどのようにしたら和らげることができるのかと真剣に悩まなくても、研修会に参加すれば答えが提示されるようになりました。あまりにも便利で、手軽になった感じもします。そんななかで、私は自身のホスピス医としての歩みをケーススタディとして提示することで、便利でも手軽でもない、この領域の魅力を少しでも紹介したいと願うようになりました。私が把握した、三つの問いに対する応答のようなもの、ケア提供者としての規範のようなものを、随所に書き込んでみようと思ひ立ちました。

「こんな事例もあるのか」

と言う程度に、本書が緩和ケアを実践する人や学ぶ人の頭の片隅に居場所を与えられるなら、私にとって大きな喜びです。

そしてこの度、拙著を外旭川病院ホスピス開設15周年の節目に出版することになりました。外旭川病院で学んだことを読者の皆様と共有し、緩和ケアの臨床において何らかのお役にたつならば幸いです。

# 目 次

## 目次

<b>I. はじめに</b> . . . . .	<b>1</b>
<b>II. 自例報告</b> . . . . .	<b>11</b>
第一章 報告の背景 . . . . .	13
第二章 生活歴（医学部卒業まで） . . . . .	17
第三章 現病歴（医学部卒業からうつ病になる前まで） . . . . .	21
第四章 経過（うつ病診断から現在に至るまで） . . . . .	35
第五章 現症（緩和ケアにおける認識と関係性） . . . . .	39
<b>A. 緩和ケアにおける認識</b> . . . . .	<b>39</b>
1. 患者に関する認識 . . . . .	39
(1) 四苦悩論 . . . . .	39
(2) 全人的ケア . . . . .	41
(3) 四つの痛みのモニタリング . . . . .	46
(4) 予後について . . . . .	47
2. 家族に関する認識 . . . . .	48
(1) 家族ケアの必要性 . . . . .	48
(2) 患者さんとの関係における家族 . . . . .	49
(3) 医療者への視線 . . . . .	49
(4) 病状悪化の現実と向き合ってもら . . . . .	49
(5) 遺される存在としての家族 . . . . .	50
(6) 死を学ぶ者としての家族 . . . . .	50
(7) スピリチュアルな癒し手としての家族 . . . . .	51
(8) 悔いについて思うこと . . . . .	51
3. ケア提供者に関する認識 . . . . .	52
(1) ケアについて . . . . .	52
① ケアの意味 . . . . .	52
② 医療における緩和ケアの位置づけ . . . . .	53
③ 緩和ケアにおける相対性 . . . . .	54
④ 個別性と公共性のバランス . . . . .	56
⑤ ケアの不全感 . . . . .	56
1) 緩和ケア概念の曖昧さ . . . . .	57
2) 目標設定の在り方 . . . . .	58
3) 緩和ケア病棟の閉鎖性 . . . . .	58

(2) 限界について	59
① 個の限界の認識	59
② 職種としての限界	60
③ ホスピスのイメージがもたらす限界	62
④ 病棟の人員配置や構造による限界	63
1) 病棟の人員配置上の限界	64
2) 病棟構造の限界	65
⑤ 家族の介護力の限界	65
(3) 各職種について	66
① 医師の役割	66
1) 四つの痛みの緩和	66
ア) 身体的痛みの緩和	66
イ) 心理的痛みの緩和	67
ウ) 社会的痛みの緩和	68
エ) スピリチュアルな痛みの緩和	68
2) 鎮静の是非について	69
3) 全人的視点を提示する役割	71
4) 病棟スタッフへのインフォームド・コンセント	72
5) 見通しをスタッフに告げる	73
6) スタッフからの情報を漏らさず受け取る	73
7) 患者さんの喫緊の課題を明確に伝える	74
8) チーム全体を見渡す役割	74
9) 労務管理上の役割	75
10) 緩和ケアの専門性について	76
② ナースの役割	77
1) ナースの本務について	77
ア) 患者さんの実態を把握すること	77
イ) 生き方、暮らし方を支えること	78
2) 申し送りに思うこと	78
3) 緩和ケア認定看護師に思うこと	78
③ 医療ソーシャルワーカーの役割	79
④ ボランティアの役割	80
(4) チームアプローチについて	82
① 横断的見方と縦断的見方	82
② 有限の個として補い合うこと	84
③ 自分を診てもらおう	85
④ 自律を尊重すること	85
⑤ 待つことの重要性	87
⑥ ケアの恒常性を担保すること	87
⑦ ケアへの納得	89



⑧生活歴を知ること	89
⑨カンファレンスについて	90
1) 毎日のカンファレンス	90
2) 随時のカンファレンス	91
3) カンファレンスの機能	91
ア) 情報の共有	91
イ) 見立ての共有	92
ウ) ケアの方針の検討と合意形成	92
エ) カンファレンスの活性化について	92
⑩チームの健康度	93
⑪チームを見守る存在	94
4. 在宅緩和ケアに関する認識	94
①病状の評価（医学的評価）と説明	94
②意向の確認	95
1) 在宅を選ぶ理由の確認	95
2) 在宅の期間の確認	95
3) 看取りの場についての確認	95
③療養環境の評価	96
④地域で得られる医療・福祉の支援体制	96
⑤急変時の対応手順	96
⑥再入院のタイミング	97
⑦地域連携について	97
5. 緩和ケアの教育に関する認識	97
6. 自分の死に関する認識	99
<b>B. 緩和ケアにおける関係性：私のスピリチュアルケア論</b>	<b>101</b>
1. スピリチュアリティ・モデル	102
2. がんの終末期以外の、一般論としてのスピリチュアルペインとその緩和	104
(1) 自分自身による自己肯定感の傷つき（過去の自分と現在の自分との関係性の痛み）	105
①過去の自分を絶対視しないこと	105
②現在の自分を絶対視しないこと	105
③過去の自分と現在の自分の間に断絶はなく、双方を肯定する視点	106
(2) 重要な他者に関連した自己肯定感の傷つき（重要な他者と自分との関係性の痛み）	106
(3) 超越的な存在に関連した自己肯定感の傷つき（超越的な存在と自分との関係性の痛み）	106
3. がん終末期におけるスピリチュアルケア	107
(1) 死生観について	107
(2) 関係性の痛みについて	111
①本来の自分と現在の自分の関係性	111
②重要な他者と自分の関係性	113
③超越的な存在と自分との関係性	114

(3)スピリチュアリティ・モデルに基づくケアへのアプローチ	114
<b>4. スピリチュアルケアの構造</b>	<b>116</b>
(1)スピリチュアルケアにおける二者関係	116
(2)スピリチュアルケアの三段階	117
①信頼関係の成立	117
②スピリチュアルペインの識別	117
③言語化と内省	118
(3)宗教家との連携	119
<b>5. スピリチュアルケアの注意点</b>	<b>119</b>
(1)医療者の信念や人生観を押し付けない	119
(2)スピリチュアルペインを「何とかできる」と思わない	120
(3)無力を責めないこと	121
(4)寄り添いの真価が問われる	121
(5)自分自身の死生観が問われる	122
(6)信仰の在り方が問われる	122
(7)スピリット、すなわち魂の境界について	123
(8)うつ病の合併を見逃さない	124

## **第六章 考察** . . . . . 126

## **Ⅲ. あとがき** . . . . . 127

## II . 自例報告

## 第一章 報告の背景

2007年にがん対策基本法が施行された後、緩和ケアは大きく様変わりしました。全国各地で緩和ケア医師研修が毎年、開催されるようになり、緩和ケアはすそ野を広げ、がん医療の均てん化の名のもとに多くの医師が研修を受けています。私も講師やファシリテーターとして毎年参加させていただいています。研修の内容は更新されつつありますし、その作成、更新に携わっておられる方々の献身的な働きには、心からの敬意を示すものです。しかし同時に、研修ではさりとしか触れられていませんが、本来の緩和ケアにとってはコア（核心）の部分を強調する必要があることを、私は感じ続けてきました。いや、私のみならず、長年にわたりホスピスケアに関わってきた医療者の共有できる思いではないでしょうか。

緩和ケアのコアについての議論が、今後において活発になされることを願いながらこの文章を書きました。

緩和ケアのコアとは、

「患者さんに寄り添う思いを持って、チームアプローチにより、全人的痛みを和らげること」である、と私は考えます。「私は」というよりは「私も」としたほうがよいかもかもしれません。なぜなら、この考えはこれまで緩和ケアに携わってきた人にとって、常識的で、異議を唱える人はいないと言えるほど馴染みのある見解だと思うからです。

「全人的痛みを和らげること」には誰も反対しないでしょうし、可能ならそうしたいと皆が願うでしょう。これは、「戦争のない平和な社会を造ること」に似ています。反対者はいないでしょうし、万人共通の願いです。しかし、平和を勝ち取り、維持していくには平和を乱す者への力の備えが必要であり、その具体策がなくては平和が単なる掛け声で終わってしまいます。緩和ケアのコアの実践にも、具体策が必要だと思えます。具体策とは患者さんに寄り添う思い（これをホスピスマインドと呼びます）を文章化することであり、チームアプローチの実際を描写することであり、全人的痛みの概念を可視化することです。別な表現をするならば、緩和ケアにおける医療者の認識を吟味し、患者・家族と医療者、あるいは医療者間の関係性を記述することです。不思議なことに、このような試みがこれまで十分になされてきたとは言えないように感じます。

なお、本書では、ホスピスケアと緩和ケアを同義として話を進めます。ただし、原則として、これまでの私の実践についてはホスピスケア、それ以外については緩和ケアと表記しました。

ホスピス緩和ケアについては、日本ホスピス緩和ケア協会（以下、協会）が2009年5月に、以下に示す「ホスピス緩和ケアの基準（最終改訂版）」を発表し、ホスピスケアや緩和ケアの質を担保しようと努力しています。

~~~~~  
この基準は、自宅や施設でホスピス緩和ケアを受ける患者・家族とケアを提供する専門職とボランティアが共通の理解を得るための拠り所として作成した。

### 1. ホスピス緩和ケアの理念

ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL（人生と生活の質）の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

### 2. ホスピス緩和ケアの基本方針

- 痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する。
- 生命を尊重し、死を自然なものと認める。
- 無理な延命や意図的に死を招くことをしない。
- 最期まで患者がその人らしく生きてゆけるように支える。
- 患者が療養しているときから死別した後にいたるまで、家族が様々な困難に対処できるように支える。
- 病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも対処する。
- 患者と家族のQOLを高めて、病状に良い影響を与える。

### 3. ホスピス緩和ケアを提供する形態

- 1) ホスピス・緩和ケア病棟
- 2) 緩和ケアチーム
- 3) 専門外来
- 4) 訪問診療、訪問看護、訪問介護、ディケアなど在宅療養を支援するサービス

※「在宅療養」とは、自宅以外の居宅系施設における療養も含む

### 4. ホスピス緩和ケアを受けるための条件

- 1) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群（AIDS）などに罹患し、ホスピス緩和ケアを必要とする患者を対象とする。
- 2) 患者と家族、またはその何れかがホスピス緩和ケアを望んでいることを原則とする。
- 3) ホスピス緩和ケアの提供時に患者が病名・病状について理解していることが望ましい。もし、理解していない場合、患者の求めに応じて適切に病名・病状の説明をする。
- 4) 家族がいないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会的、経済的、宗教的な理由で差別はしない。

### 5. ホスピス緩和ケアで提供するケアと治療

- 1) 提供するケアと治療は、患者あるいは家族の求めに応じて相談の上で計画・立案する。
- 2) ケアや症状緩和のための治療に関して、かならずインフォームド・コンセントを得る。
- 3) 痛みなど苦痛となる症状は、適切なケアと治療で緩和する。
- 4) 提供したケアと治療については、適切に記録する。
- 5) 症状緩和を行った上で患者と家族がもつ身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズ（要求）を確かめて、誠実に対応する。
- 6) 患者との死別前から家族や患者にとって大切な人へのケアを提供するように計画を立てる。
- 7) 家族が患者と死別した後、強い悲しみのために日常生活が普通に送れない状態になった場合、適切な医療の専門家を紹介する。

### 6. ホスピス緩和ケアを提供するチーム

- 1) ここでいうチームは、ホスピス緩和ケアを提供する場所の如何にかかわらず患者と家族を中心と

- して医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアで構成されるものを指す。
- 2) チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換をする。そして、ホスピス緩和ケアの目的と理念を共有し、互いに支え合う。
  - 3) チームの構成員は、教育カリキュラムに基づいた計画的なプログラムのもとで研修を受ける。そして、継続評価によってチームとして成長が図られるようにする。

## 7. ボランティアについて

- 1) ボランティアはチームの一員であり、大切なケアの提供者である。
- 2) ボランティアは自由意思によって、チームに参加する。そして、チームにおける役割を明確にした上で応分の責任を果たす。

## 8. ケアの質の評価と改善について

- 1) チームは提供したケアと治療およびチームのあり方について、継続的かつ包括的に評価して見直しを行う。
- 2) 評価と見直しは、「ホスピス緩和ケア評価指針」に基づいて、チームとして自主的に行う。
- 3) 当協会に設けられる評価委員会は、「ホスピス緩和ケア評価指針」による自主的評価の結果に基づいて、ケアの質を向上させるための働きかけを行う。

~~~~~

私はこの「基準」がマニュアルのようにケアの均質化を目指すのではなく、ケアの心、マインド、理念を示すものと理解しています。しかし、ホスピスケアを説明する時に、協会のこの「基準」を事細かに説明してもケア提供者の顔は見えてきません。基準はあくまで基準であり、具体例を示すものでないので、それは当然といえます。

私はケアする者の顔、すなわち、ケアする者の立ち位置、医療者としての役割認識、ケアの意味、具体的な介入法などについて開示することで、はじめてホスピスケアの実態が見えてくるのではないかと考えています。そして、今後も緩和ケアが健全に広がっていくには、ケアする側の在り方を問い続ける作業が欠かせないのではないのでしょうか。

これまでホスピスケアに従事してきた私たちは、他のケア提供者の姿勢を見て感動したり、深く考えさせられたりしながら、試行錯誤で自分なりのケアを構築してきたように思います。ケアする人の生き方が伝わってこそケアする自分を変えられる、という体験を私自身もしてきました。

言うまでもなく、がんという病は患者さんの生に多大な影響を与えます。患者さんが受ける影響をできるだけ小さくしようと医療者は努力します。その努力の妥当性を点検するために、医療者は事例検討や事例報告を行います。これまでの患者さんへの関わりを振り返るとともに、得られた知見を今後のケアに生かそうとします。

私はホスピスケアの魅力に取りつかれました。ホスピスケアに出会った時には、この分野で自分を生かすことができるのではないかと感じました。そして、実際に足を踏み入れてみて、私なりに意義を見出し、現在まで関わり続けることになりました。それは同時に、ホスピスケアの深淵に身をさらすことでした。患者や家族の満足度という相手本位で設定された座標軸を尊重しつつも、それとは別次元の、ケア提供者としての規範のようなものを模索する歩みを続けてきたともいえます。模索のプロセスは平坦ではありませんでしたから、ホスピスケアの魅力に取りつかれた私は、「ホスピスケア」という名の病を、自ら進んで背負ってきたとも表現できるでしょう。

現在の職場に移って10年以上経過し、後述するように私はうつ病になりました。そのうつ病からの回

復過程で、私の本来の病である「ホスピスケア病」を体験している自分自身を事例報告することを思い立ちました。これまでの自分に区切りをつける意味もありました。自分に関する報告ですから、自例報告と名付けました。自例報告ですから客観性とは別の世界の話です。

本書はホスピス医としての歩みをまとめた報告です。緩和ケアのひとつの在り方としての、ケアする私を提示し、書き手と読み手の間にコミュニケーションが生まれることを期待しています。その結果として、緩和ケアについての私自身の認識をもっと深く、広く、確かにしたいと願います。また、この本が読者自身のケアを振り返るきっかけにもなったら、私にとって大きな喜びです。

本書では、1982年の医学部卒業までを「生活歴」、医師になってから2011年12月にうつ病と診断されるまでを「現病歴」、その後から2014年の春に至るまでを「経過」としました。また、ホスピス医としての私の実践を「現症」としました。現症とは患者さんが医療機関を受診した時点の状態、すなわち、自覚症状や他覚的所見のことをいいます。通常の事例報告では、現病歴、現症、経過、考察の順で記述されますが、今回は現症と経過の部分の順序を逆にしました。「現症」で、現在の私の取り組みについてじっくりと紹介させていただきたいと思ったからです。

「現症」においては、緩和ケアにおける私自身の認識をまとめ、加えて、関係性の視点から、緩和ケアの中心的課題とも位置づけるスピリチュアルペインとそのケアについて私論を述べました。すなわち、「現症」の内容は、緩和ケアにおける認識と関係性について、これまで私が学びえたことの総括でもあります。

「現症」の後には「考察」を書きました。これも事例報告の形式に従いました。考察とはいうものの、自分で自分自身のことを考察しても視野の広がりや洞察の深化は期待困難でしょうから、本書の考察は「考察もどき」、あるいは「著者の独り言」といった程度のもです。

なお、通常の事例報告では家族歴や既往歴も別個に記載されませんが、今回は「生活歴」にまとめました。そのほうが分かりやすいと考えたからです。

ホスピスケアは患者さんを全人的な存在と捉えるので、本自例報告でも(周囲に迷惑をかけない範囲で)、全人的な自己開示を試みたつもりです。私のスピリチュアルな部分を理解していただくために、信仰に関する記載も含みました。肌に合わない方は、その部分は読み飛ばして下さい。

いろいろなおしかりを頂戴できたら、それもまた、幸福と思います。

なお、患者さんに関する記載は実在のものではないことをお断りしておきます。

## 第二章 生活歴（医学部卒業まで）

読者の皆さんには恐縮ですが、生活歴の紹介に少しの間、お付き合いください。事例報告ですからこの項目は欠かせないのです。すみません。

私は秋田県南部の農村地帯に生まれました。父親は団体職員、母親は教師でした。母親によると、私は手のかからないよい子でした。親に無理強いされることはなく、勉強するのがあたりまえとっていました。

小学校6年の時、児童会の会長になってしまいました。会長の主な仕事は、児童委員会の司会進行と運動会や学芸会のあいさつでした。人の前に出ることが苦手な私は、これらの役目が苦痛で仕方ありませんでした。運動会の前の晩にあいさつを考えるのですが、

「秋の空の下で、みんなで頑張りましょう」

などと言っても、照れもあるし、どこか嘘くさいと感じていました。あいさつの声が上ずるような感じが嫌でした。今もあいさつは苦手で、進歩していません。

プチ自慢は学年のマラソン大会では決して負けなかったことです。手を抜いて走ることを知らなかったからでしょうか、とにかく全力で頑張りました。ゴールインの後は、ドクドクと心臓の拍動が胸に響き渡り、うまく呼吸ができず、とても苦しかったことを覚えています。

マラソンが得意だったのは私が朝寝坊だったからです。毎日、遅刻ギリギリで家を出ました。ゆっくり歩けば遅れてしまうので、走らざるを得ませんでした。通学路に沿って電柱が学校まで続いていました。電柱の4本目まで、つまり電柱3区画分を走り、その後、1区画分を歩く。また3区画走り、1区画休む。これを学校まで続けました。こんなことを毎日繰り返していたので、マラソンは強かったのだと思います。ただし、短距離走は苦手でした。母親は、同じ勝利でも短距離より長距離で勝ったほうがより価値がある、などと言うものですから、私はますます頑張りました。素直でよい子でした。

緩和ケアの仕事が続けることは、マラソンに似ています。私の場合は走るペースを上げ過ぎてうつ病になり、休養の後に再び走り始めて、現在に至っています。うつ病から回復した後に心機一転し、朝のジョギングを始めました。その時々体調に合わせてできるだけ頑張るので、少しずつですがタイムがよくなっています。やややりすぎて左大腿を痛め、ネットで入手した高性能のサポーターで補強し、今は快適に走っています。

話を生活歴に戻します。

中学進学に絡んで、学級担任との間である問題が生じました。私は周囲の反応にはもともと敏感でしたので、これはとても堪えました。学校へ行くのが嫌になり、休んでしまおうかと何度思ったことでしょう。しかし、幸いにも不登校にはならず、無事に小学校を卒業できました。支えてくれたのは祖母の一言でした。ある朝、いつもと様子が違う私に気づいた祖母が、どうしたのかと声をかけてくれました。私は学校での出来事を話し、辛い胸の内を伝えました。話を聞いて祖母は咎めもせず、励ましもせず、

「おめも（お前も）、大変だな」

と言ってくれました。分かってくれたと感じました。不思議と心が軽くなったのを覚えています。

祖母の言葉でもうひとつ、忘れられない言葉があります。

横浜市立大学医学部の合格第一報の電話に出してくれたのは祖母でした。

「茂、おめ、ほんとに、えぐがんばったな」

と喜んでくれました。お前は本当によく頑張った、という祖母の声を聞いて、合格発表の掲示板に自分の受験番号を見つけた時の興奮とは別の喜びが、じんわりと込み上げてくるのを感じました。ともに喜んでくれる相手がいてくれてこそ喜びを認識できるのだ、と分かりました。



祖母は実母と別れて継母に育てられ、生まれて間もない我が子を病気で失うという重い過去がありました。それにもかかわらず、あるいは、それだからかもしれませんが、人の悲しみや喜びを理解できる人だったのです。祖母の葬儀の後に、経済的に苦しい時に祖母が黙ってお金を貸してくれた、と言う人の話を聞きました。人の辛さに寄り添う姿勢は、祖母が私の目標です。人に自慢することなく、見えないところでそっと配慮する。寄り添いを仕事の技のように実践するのではなく、私自身の生活の在り方としたいと思うのですが、私には高すぎる目標です。

再度、話を元に戻します。

中学校でも勉強は頑張りましたから、ますますの成績はとれました。部活は剣道部で、これも一所懸命にやったおかげか、なんとかレギュラーメンバーに入れてもらいました。私は剣道の一对一の勝負が好きです。患者さんとも一对一の関係になりますが、それがあまり苦にならないのは剣道をやっていたおかげかもしれません。還暦に近い今も素振りをします。そのうち防具をつけて道場に立ちたいと思っています。剣道は年取ってもできるとても素敵なスポーツです。

中学の時、将来の職業についてはなんとなく考えていただけでした。父親が学生時代に英語が得意だったと聞いていたので、自分も英語を生かす仕事に就こうか、などと思っていました。高校は横手高校に進み、入学直後の志望校調査では、「東京外国語大学」と書きました。これといった志望理由はありません。父親と同じような道を行くのかな、という具合です。

そんないい加減な私が医学部に方向転換したのは、ある事故がきっかけでした。

高校一年生の夏休み直前のクラス対抗スポーツ大会で、私はサッカーをすることになりました。これが運命の分かれ道になるとは思いもしませんでした。サッカーのド素人であったのが災いし、目の前で思いっきり蹴られたボールが、私の左眼を直撃したのです。危険を察知してくるりと向きを変えればよかったのですが、そんな知識も技術もありませんでした。もっともプロのサッカー選手でさえ顔面直撃はあるようですから、私が怪我をしたのも無理からぬことかもしれません。その場に倒れ、横手市内の眼科診療所に運び込まれました。「眼底出血」と診断され、その翌日に秋田大学医学部附属病院眼科を受診しました。当時、秋田大学医学部は新設されて間もなく、大学病院はまだ新築されておらず、秋田駅近くにあった県立中央病院を大学病院として使っていました。私はそこに20日間ほど入院することになりました。

入院翌日に眼科のU教授の前に座られ、診察を受けました。看護師（当時は看護婦でした）に眼帯を外してもらい、恐る恐る眼を開けました。左眼の視野全体を占めたのは現代アートのような世界で、「真っ赤な画用紙の上にぶちまけられた墨汁」とでも表現できる光景でした。出血で世のなか全体が赤く見え、塊を作った血液が、視野の中央を上から下に蛇行するどす黒い曲線に見えたのでした。私の左眼は視力を失ったのだと思った時、不覚にも涙が出ました。

一時は諦めかけた視力でしたが、幸いにもその後の経過は順調で、出血は少しずつ吸収され、日増しに視力を取り戻すことができました。

入院中のある夜、8時頃だったでしょうか、若手医師のS先生が私の病室に来て、診察したいと声をかけられました。夜中の診察室に同行し、検査機器に顎を載せ、左眼を大きく見開きました。照らされたライトのまぶしさに耐えながら、この先生は、私を素材に使って勉強しているのだと思いました。不思議と嫌な気はせず、むしろ私でよければどうぞとばかりに、さらに左眼を大きく開けた記憶があります。私にはS先生がヒーローのように見えました。夜まで残って勉強を続ける姿勢が格好よかったのです。視力を失いそうな自分を助けてくれる医師の存在のありがたさと、熱意あるS先生の姿が心に響いて私は医学部に進むことを決意しました。

医学部に決めるまではよかったのですが、残念ながら学力は伸びませんでした。どんなに頑張っても追いつけない同級生が数えきれないほどいて、私なりの挫折体験でした。そして予定通り浪人の身となり、

1年間、東京の予備校に通うことになりました。

浪人生活は辛いものでした。浪人とは人生の停滞であり、何も生産活動をしていないのはもちろんのこと、将来のその保証さえないと感じ、とても肩身が狭かったのです。浪人は1年で十分、と言うよりも1年以上は無理と思いました。精神力が続かないのです。医学部路線は変更しませんでした、すべり止めで医学部以外の私立大学もいくつか受けることにしました。私の高校時代の同級生で、何年かの浪人生活の後に医学部に入った兵がいますが、よくぞここまで頑張りましたと尊敬するのみです。

1浪の後、私は運よく横浜市立大学医学部に合格できました。やっと戦いは終わったのです。入学後の抱負などというものは微塵もなく、とにかく受験勉強から解放されてうれしかったことを覚えています。余談になりますが、私はつい数年前まで同じ内容の悪夢を繰り返し見ました。医師免許が期限を迎え、もう一度医学部受験からやり直して免許を更新しなければいけない、という散々な内容です。

「また医学部受験か・・・」

夢の世界のことでしたが、絶望にも似た深く切ない溜息をついたのです。このような夢を見させられるほど、浪人は辛かったです。

医学部に進み、東京や神奈川の都会っ子の集団の中で、私は6年間勉強しました。秋田ののんびりした環境で育った私にとって、同級生たちはそつがなく要領よく見えました。

入学して2年間は医学部進学過程で一般教養などを学ぶのですが、医学に直結するような科目はほとんどなく、拍子抜けしました。最近では医学部入学直後から医療現場の見学などがカリキュラムに組み込まれているようですが、学生の動機づけの意味は大きいのではないのでしょうか。よい子だったはずの私ですが勉強はほとんどせず、金沢八景にあった本学の剣道部で楽しく過ごしました。剣道部員で医学部生は私のみでしたが、友人や先輩に恵まれ、あれこれ語り合える仲間ができたことはとても幸せでした。入学3年目からは浦舟町の医学部専門課程に進み、4年後になんとか卒業できました。

この文章を書きながら、学生の時には目標とする医師像を見つけられずに、私なりに悩んでいたことに気づきました。眼科のS先生にあこがれて志した医学でしたが、入学後にはさらにリアルで身近なモデルを求めていたようです。

それでも、医師のスピリットに触れた思い出はひとつあります。医学部専門課程3年目の時、卒業後の進路を考え、臨床現場の見学に応募しました。横浜市鶴見区にあるU病院で実習させてもらった時、外科外来を見学しました。熱傷の患者さんが運ばれ、病院長のN先生が熱傷に至った経過を患者さんに問診していました。N先生が、同じ事故を繰り返す危険はないのかと危惧しながら、患者さんの話を詳しく聞いていたことがとても印象に残っています。臨床医の立ち位置は疾患のみならず、疾患に至った生活の在りようにも関心をもつことなのだと思われ、新鮮に心に響きました。そんなふとした体験が、私のようにならふらりと生きていた医学生を啓発してくれるようです。

学生時代の私にとって、最も大きな出来事はキリスト教に出会ったことでした。

JR横浜駅西口にあったG英会話学校に通っていた時、アメリカ人教師のK先生に誘われて、渋谷にある教会の礼拝に出席しました。その頃、私にも人並みに人間関係の悩みがあり、私のなかにある心の闇に気づかされて、苦しくて仕方がなかったのです。考え込むほうなので、きちんと生きることについての道標が欲しかったのだと思います。

渋谷の教会はすべて英語の礼拝で、英会話の勉強にはなりませんが肝心の説教がよく理解できないのです。外国人はよく握手しますが、そんな習慣にも馴染めなく、そこで知り合った方から日本の教会を紹介してもらいました。その教会がYキリスト教会です。JR根岸線石川町駅から徒歩10分程度の丘の中腹にある教会です。当時はM先生が牧師でした。M先生は東大医学部に入学し、医師にならずに牧師になったという経歴の方でした。知的で温和なM先生と、眼科医で、陽気で気さくな奥様のF先生にお会いし、

毎週日曜日には礼拝に通うようになりました。

人間の罪深さ、愛なる神の存在、イエス・キリストによる贖罪、信仰による義認と罪の赦しなどについて、聖書を通して学びました。聖書は物語風に読むこともできますが、そのような読み方では心に響きませんでした。主語を嘉藤茂という「私」に置き換えて読むなどしているうちに、自分自身の生き方が神から問われているのだ、と気づきました。心の暗闇を抱えている私ですから、神の基準からすれば、裁かれ、死刑宣告されて当然なのですが、神はそういうにはなさらなかったのです。迷い出た一匹の子羊を見捨てずに、必死に探し出してくれる羊飼いのように、私をケアしてくださっていることを知りました。

医学部を卒業し、医師となって約半年後の1982年12月に、Yキリスト教会で洗礼を受けました。今思うと知的レベルの信仰であったような気がしますが、とにかく私は信じたのです。その後、毎日、祈り、聖書を読む生活が始まりました。その生活は洗礼を受けて30年以上経過した今も続いています。

聖書は不思議な書物で、同じ箇所でも読むたびに気づきが違います。自分で読んで納得した内容は心に残ります。生きることの意味、罪の存在、愛することの意味、死後の世界など、私の人生観や死生観に大きな影響を与えています。何よりも人は赦されうる存在なのだというメッセージはよい知らせ、すなわち福音です。

**「もし、私たちが自分の罪を言い表すなら、神は真実で正しい方ですから、その罪を赦し、すべての悪から私たちがきよめてくださいます」**

(ヨハネの手紙第一：1章9節)

と、聖書は主張しています。

### 第三章 現病歴（医学部卒業からうつ病になる前まで）

#### 横浜での研修医生活

私は医学生の際、自分が精神科医に向いていると思っていました。人の話を聞くことができるほうだと思っていました。不思議にも精神科の親しい先輩がいたわけではなく、空想の域の精神科でした。中学生の際、英語でご飯を食べていこうとなんとなく思っていたのと同じです。私は似たことを繰り返すようです。

心の治療をする医者であっても、体を診ることもできなくてはいけないだろう。ならば、研修中に外科や内科を体験してみよう。研修先は大学病院よりは市中病院のほうがよい。なぜなら、そちらのほうが症例数や疾患の種類が多いから。こんな具合に卒業後の進路を考えました。一応、精神科を最終目的地に定めたので、それに至るまでの研修先の選択は単純明快だったと思います。そんな私の考えに合致する病院として、横浜市にあるY病院を選びました。医師国家試験に何とか合格し、Y病院に採用していただいて、私の研修医生活は始まりました。

研修は外科からスタートしました。その病院の外科は当時、確か3つのチームで構成されていたように記憶しています。私はS先生のチームの配属となりました。卒後20年のS先生を頭として、卒後4年、卒後1年、そして卒業直後の私の4人でそのチームは構成されていました。私は2年目の先輩が、点滴の指示用紙に聞いたこともない薬剤名をすらすらと書き込んでいくのを見て、1年後の自分にこんなことができるだろうか、ととても不安になりました。また、白衣を着た自分は病院実習の医学生と差はなく、不自然で場に溶け込めていない感じがして落ち着きませんでした。

そんなある日、口の悪い中堅ナースのAさんから、

「オーイ、カミヒコーキ」

と呼ばれました。最初、何のことか分かりませんでした。彼女に言わせると、紙飛行機とは自力で飛べない、という意味だったのです。反論できるはずもなく、なるほどうまいことを言うものだと思心してしまいました。研修医としての思いを言い当てられた気がしました。そんな毎日の繰り返しでしたが、仕事は結構忙しかったのです。忙しいというよりは要領が悪く、人より余計に時間がかかったというだけのことです。一方、先輩たちはとても格好よく見えました。手術をして、内視鏡検査をして、時には胆道ドレナージという高い技術を要する処置なども行います。そんな活躍を横目で見ながら、新米医師の私は、人様のお役に立っているという実感のないままに日々を送っていました。

医師になって2か月くらいたったある日、末期がんの男性患者Aさんが入院しました。胃がんで、腹膜播種（がんが腹腔内に散らばった状態）による腸閉塞のため、吐き気と嘔吐を繰り返し、全く食事がとれない状態でした。今ならば点滴の量を少なくし、オクトレオチドという薬を使えば、このような症状も緩和できます。しかし当時はそんな治療法はありませんでした。症状が出るたびに、Aさんのもとに新米医師の私が駆けつけ、鼻からゴム製の管を45センチくらい挿入し、溜まっていた消化液をゴム管に接続した注射器で吸引することを繰り返しました。実をいうと、鼻から管を入れられること自体が患者さんにとって大変な苦痛なのですが、吸引により消化管が空になり、早く楽になれるのです。ナースコールが鳴るたびに、私はAさんの病室に駆けつけてこの処置を繰り返しました。私は医師になって初めて、自分一人だけの力で人様のお役にたてる仕事をAさんから与えていただいたのでした。

がん末期とはいえ四六時中苦しむわけではなく、吐き気もなく体調がよい時もあります。そんな時はAさんからいろいろなお話を聞かせてもらうことができました。Aさんは世界的スポーツ大会のメダリストであり、奥様も二人の娘さんも同じ種目で頑張っているとのことでした。

「子供さんも将来はメダリストですね」

という言葉に微笑んだAさんの顔は、患者のではなく、父親のそれでした。

当時は気づかなかったのですが、今になって思い返せば、医師は人としての同じ地平で患者さんに接することができること、人として遇されるならば患者さんは歓迎してくれることを、私はAさんから教えていただいたのです。

### 秋田大学第一外科に入局

横浜のY病院で1年間の研修の後、知人の勧めもあり、2年間の予定だった研修を1年で切り上げて故郷の秋田に帰り、秋田大学第一外科に入局しました。精神科志望が外科志望にあっさりとは転向したのです。その理由は単純で、患者さんの話を聞き続ける忍耐の大変さを外科病棟で体験した私は、精神科という診療科には向いていないと思ったからです（秋田大学第一外科で学位をいただいた後に、私は同大学精神科に移籍することになるのですが、外科入局の時点では「私に精神科医は務まらない」と思ったのです）。もう一つの理由は、Y病院外科でY先生に出会ったからです。Y先生は大学の4年先輩で、肩を左右に揺すりながら歩く姿はちょっと取り付きにくい感じでした。しかし、消化器外科医としての熱い血が流れていることをすぐに理解しました。

「おいカトー、同じことをやるんだったら、速くやれ。外科は速いのが一番だ」という一言にしびれました。私が求めていた役割モデルにやっと出会えたのでした。秋田に帰り、消化器外科を担当する秋田大学第一外科を選んだのは、このような経緯によります。

秋田大学第一外科で1年間の研修の後、私は秋田市内のN病院に派遣されました。N病院ではがんの診断から看取りまで、多くの患者さんの主治医をさせてもらいました。N病院での研修2年目に、私は外科から消化器内科に異動させてもらいました。外科は手術を主体とした治療科ですが、消化器内科は診断科としての役割が外科に比較すると多かったからです。私はどちらかという、手術より診断のほうに興味がありました。

消化器内科にはがんの再発患者さんが何人もいました。研修医の私が主治医となり、死亡診断書を書くことが多くなっていきました。ご臨終をお伝えした後、死亡診断書に取り掛かるのですが、この時間がとても虚しく、辛く、申し訳なく感じたことを今も覚えています。「申し訳ない」という意味は、

「もっと患者さんにとってよい対応があったのに、それをしなかったのではないか」という漠然とした罪責感です。

旧約聖書イザヤ書 43 章 4 節に、

### 「わたしの目にはあなたは高価で尊い。わたしはあなたを愛している」

という言葉があります。「わたし」は神であり、「あなた」はイスラエル民族なのですが、「あなた」を「患者」に置き換えた場合、神から尊く愛されているはずの患者さんに、それにふさわしいケアをしたのか。そう問われている気がして落ち着きませんでした。

### ターミナルケアとの出会い

聖書を毎日読む中で出会ったその言葉は、私の核心部分に棘のように突き刺さって痛かったのです。では、具体的にどうすればよいのか。患者さんは何を求めているのか。どのようにアプローチすればよいのか。答えを探す日々でしたが、膨らむ一方の疑問の解決につながりそうな手がかりが、いくつか見えてきたのです。

当時の新聞は、「ターミナルケア」と呼ばれる領域があることを教えてくれました。その分野の先駆者

として、柏木哲夫、河野博臣、アルフォンス・デーケンといった名前をしばしば見かけるようになりました。そして、ついにターミナルケアの全国的な取り組みである「日本死の臨床研究会」に辿り着いたのです。

1989年11月25日、東京四谷の上智大学で開催された第13回日本死の臨床研究会に初めて参加しました。その時の抄録集を取り出してみると、表紙には「会員数1098名」とメモしてあります。小規模の研究会でした。大会長がアルフォンス・デーケン上智大学教授と季羽倭文子ホスピスケア研究会代表の男女2名であることはとても新鮮でした。通常、医学会であれば定年退官前の偉い先生が一人で会長をするものと思っていたからです。私が求めていたことへのヒントや取り組みを、いくつかの発表の中で見出すことができたことは大きな喜びでした。手元にある抄録集には、重要と感じた箇所に下線が引いてあります。その中から二つ紹介してみます。

大阪通信病院の天濃紀久子氏の「患者からの学び—11人の患者の最後を体験して—」には、「患者の命を守ることはもちろん、その人の生命力を引き出しその人にとって意味のあるものは何か、明日を支えているものは何か、このことを真剣に見つけて上げるようにすることが重要である」と下線を引いています。患者さんに対して医療者はどのような関心を持つべきなのかが理解できて、とても新鮮でした。

白十字診療所の福永進氏の「在宅ターミナルケアと告知」には、「告知の仕方としては患者の質問に答える形が一番自然である。医師としては患者がそのような質問をしやすい雰囲気をもって行く対話の努力が必要である。告知の内容としては、やはり段階を追って、何回かに分けて患者の心の準備に従い、難しい病気だ、腫瘍性の様だ、そして癌の疑いがある、ともっていく場合が多かった」としてあります。発表は具体的で、すぐに臨床に応用できる内容でした。

当時の日本死の臨床研究会は、私にとって医学知識の学びの場にとどまらず、死にゆく患者さんたちに真剣に向き合おうとする多くの先輩の存在を知る場であり、自分の医療観を育んでくれたゆりかごだったといえます。

この研究会に私が出会う前の話ですが、研究会発起人の一人である河野博臣先生は1986年11月の第10回研究会で、「死の臨床研究会10年の歩み」と題して特別講演を行っています。そのなかで、

「死の臨床は基本的には、学問にするのではなくて、常に死んでいく患者さんから離れられない、いわば臨床を抜きにしては、この研究会は成り立たない」

と述べています。臨床実践を基本理念に据えた研究会の在り方が、私にとっては共感と納得のできるものでした。

日本死の臨床研究会への参加や自分自身の臨床経験の積み重ねで見えてきたことは、患者さんが何を医師に望んでいるかを明確に知ることの必要性でした。患者さんに何をしたらよいのか途方に暮れていた私は、何をするかよりも、何が求められているのかがより重要だ、と気づいたのだと思います。そのための手っ取り早い方法は、体験を聞くことでした。研究会のプログラムの中にそのような発表を見つけては真剣に聞きました。患者さん本人の話はもちろんのこと、患者さんを看取った家族の話にも学ぶところがとても多くありました。

実は、日本死の臨床研究会に初参加した前年の1988年1月に、秋田ターミナルケアを学ぶ会（以下、学ぶ会）が設立され、私も世話人に加えてもらっていました。学ぶ会は市民啓発を柱のひとつに据えており、テーマごとの学びの他に、がん患者を看取った家族の体験発表の場を設けていたのです。

ある体験発表の場で、父親をがんで亡くされたMさんのお話は強烈に心に響きました。

「不信感はあるけれど、助けてくれるのは医師しかない」

「医師は患者の肌に触れてほしい」

「どんな環境で過ごしてきた人なのかを知ってほしい」

「先に希望があると人は生きられる」

など、私のノートにはMさんの言葉が書き留めてあります。何か特別なことを主張しているわけではありませんが、医療の基本中の基本とでも言える内容ですが、それができていないと目の前で言われることで、家族の目に映る医師なるものの姿が見える気がしました。患者さんや家族の視線に込められた思いを気にかけることが大切だと知りました。

学ぶ会の別の発表では、家族の理解を得ないままにナースが患者さんの食事を止めたことに激怒した家族のお話も聞きました。衰弱し、摂取困難な患者さんの食事を止めることは、医療者としては当然の判断だと思いがちなのですが、家族にとっては受け入れがたい行為だったのです。家族の目には、食止めが患者さんの死を前提とした冷酷な仕打ちと映ったのです。医療者にとっては深く考えもせず、いわば日常の業務として行っていることが、患者さんや家族の思いを傷つけうると教えられました。

N病院でのとても有意義な研修を終えた私は、大学の医局に戻りました。その頃、秋田大学第一外科にはK教授が赴任されたばかりでした。K教授は医局員と個人面談の場をもち、私も教授室に呼ばれました。

「君はどんなことをしたいのか」

という問いかけに、

「がんの診断から治療、切除標本による診断の妥当性の検討、といった一連の流れをこなせる医師になりたい」

と答えました。K教授は「どんな研究をしたいのか」と尋ねたのだと後で気づいたのですが、私の思いには興味を持ってくださったように感じました。その後、私は「肝・胆道グループ」という研究グループに所属することになりました。

私の研究テーマは、上部胆管癌の動物実験モデルの作成と、局所的補助化学療法の可能性を検討することでした。家兎の上部胆管に腫瘍細胞を移植し、増殖して大きくなった腫瘍に抗がん剤を吸着させた活性炭懸濁液を注射し、腫瘍に対する効果を検討しました。動物実験室を使わせてもらうことになり、兎のお付き合いが始まったのです。実験は診療の合間に行うのですが、それだとまとまった時間がとりにくいのです。当然のごとく夜の活動となりました。家で夕食を済ませてから大学に戻り、一人で実験室に籠るのです。日付が変わる頃まで作業は続けました。最終的には、抗がん剤の効果を判定するために兎の肝臓を取り出します。肝臓のない死体を冷蔵庫に入れて、その日の活動が終了するのですが、兎の生温かい感触は今も私の手に残っています。

K教授のご指導の下、私は何とか学位論文を書き上げることができました。研究の結果をいくつかの学会で発表させてもらいました。やっと一区切りついたという感じでした。大学には研究、教育、診療という三本の柱があると言われるのですが、私が興味をもったのは、診療であり、研究にはあまり馴染めませんでした。目の前の患者さんにどのように役立つのか、その道筋が見えてこない私の頭と体は動かない構造になっているようなのです。後に精神科に移った時、熱心に研究をしておられたO先生に、

「臨床の素朴な疑問が研究のテーマになるのです。研究とは大げさなものではなく、もっと身近なものです」

と教えていただきました。そうなのかと少し納得できましたが、研究に踏み込むことはありませんでした。

当時、通常のコースだと学位取得後には大学に残って研究に進むか、関連病院に出るかでした。私はターミナルケアを自分の専門とすることを決意していました。今思えば、学位取得時の私の症状緩和に関する知識は決して十分とは言えなかったのですが、身体のこととは何とかできるようになったのだから、今後は未知の領域である精神的なケアに踏み込もうと考えたのです。外科医のたたき上げの、悪くいえば我流の精神的ケアなるものに、私は自信を持ってなかったのです。プロフェSSIONナルである精神科医はどのように精神的ケアを行うのだろうか。プロフェSSIONナルの視線を気にしながら、確信のないまま、人様の

人生のかけがえのない終末期に関わることなどできない、と例の生真面目な私は考えたのです。

そんな思いで飛び込んだ精神科でしたが、精神科臨床を経験していなければ現在の様な視点は持てなかったらと思うほど、精神科で得たものは多くありました。

## 外科から精神科へ

1990年4月、私は秋田大学精神科に移籍しました。外科のK教授は応援してくださり、精神科のH教授は快く迎えてくださいました。お二人にはとても感謝しています。

予測されたこととはいえ、消化器外科から精神科への進路変更後には大きなカルチャーショックを覚えました。外科は病変部を目で見て、手で触れる世界です。胃がんを内視鏡で直接観察し、開腹して実際に手で触れ、摘出した胃の病理標本を顕微鏡で見て、がん細胞そのものを観察できます。ところが、精神科は違います。脳の画像診断のように「見る」ことも含まれますが、病変部を肉眼的に観察するではありません。患者さんの精神現象を抽出し、全体像を組み立て、疾患概念に当てはめて診断していきます。人間を観察し、把握する力が要求されます。見えるのは病変部ではなく、人としての患者さんです。外科から移ったばかりの私は、患者さんの頭（精神）の中を観察する内視鏡があったらどんなに楽だろう、と感じたほどでした。診断へのアプローチのあまりの差に、とても戸惑いました。

感心したことも多くあります。そのひとつが看護記録です。外科の看護記録は、

「21時、上腹部痛あり。約束指示のソセゴン15mgを筋注」

という具合に、事実のみを簡潔に書きます。ところが精神科は違います。同じ内容を精神科風に書くと、

「21時、また上腹部が痛くなったとナースコールあり。本当に治るのか、と不安げにナースを見る。

手術後日増しに痛みは和らいできていることを指摘し、今後もきちんと対応する旨を伝えると安心した様子。約束指示のソセゴン15mgを筋注」

という具合になります。看護記録から、患者さんの人となり看護の関わりの在り方が見えてくるのです。

また、じっくりと傾聴すべきか、軽く聞いて薬を渡すべきかを患者さんの状況に応じて判断し、対処する精神科ナースの実力には脱帽せざるを得ませんでした。特に経験の長い先輩ナースはとても頼もしく、そのようなナースの前では患者さんは早く落ち着くように感じました。

患者さんを家族との関係性の中で捉える視点は、患者さんを理解する上で不可欠ですが、その重要性を教えてくれたのは精神科でした。患者さんの病歴には家族歴、既往歴といった項目がありますが、外科などの身体科では家族がどんな病気をしているのか（遺伝性の疾患はないのかなど）、患者さんはこれまでどんな病気をしてきて、現在どのような後遺症あるかなど、身体面に絞って記載することがほとんどです。しかし、これだけでは患者さんの人間像の手掛かりとしては不十分です。親子関係や同胞関係が人生の様々な出来事の中で変遷をたどり、現在に至ります。目の前で繰り広げられる家族間のやり取りの背景には、長い家族の歴史の集約があるのです。患者さんを家族との関係性の中で捉える視点が欠かせませんし、関係性は多面的、重層的で、容易には把握できない場合があることも知りました。

精神科医になりたての頃、秋田市でS精神科クリニックを開業しているS先生が主催していた精神療法の勉強会に毎回参加させてもらいました。S先生をはじめとして、I先生、M先生といった秋田の精神療法を牽引する先生たちがメンバーでした。私も何回か自分の症例を紹介し、先輩たちから助言をいただく機会を得ました。患者さんと私との会話記録を提示し、患者さんと治療者である私の間で生じている現象を分析していくのです。患者さんの言葉から私が何を感じ、どのような言葉を患者さんに返したのか。なぜそうしたのか。スーパービジョンには裸の自分がむき出しにされるような恥ずかしさや戸惑いが伴いますが、それは治療者としての自分自身の在り方があからさまに問われるからです。このような機会を与えられて、自分の繰り返しやすい反応のパターン、弱さ、医療者としての立ち位置などについて、可能な限



り客観視することが重要であり、それによって治療が安定化すると学びました。すなわち、精神療法では治療者が恒常的であること、関わりの態度がぶれないことが大切なのです。治療者の恒常性は、緩和ケアの提供者にも求められる極めて重要な要素と言えます。

例えば、治療者が患者さんに同情し、患者さんの役に立とうとしてあれこれ提案や誘導をしたとします。そういった治療者に対し、患者さんごとに反応が異なってきます。ある患者さんは指示的、支配的な態度を感じて心を閉ざすかもしれません。別の患者さんは自分を心配してくれていると感じ、医師を信頼して提案を受け入れるかもしれません。

前者の場合は治療関係が成立しません。治療者が、

「話す気にならないようですが、よかったらわけを教えてくださいませんか」

と患者さんに問いかけ、それに対し、患者さんが治療者の支配的態度への不快感を伝え、それに治療者が対応するという一連の流れが成立すれば、治療が開始されることとなります。しかし、このような展開は稀でしょう。そんなことに時間をかけるよりも、自分をもっと手っ取り早く理解してくれそうな医師のところに、患者さんはすぐに行ってしまうでしょう。

後者の場合には、一見順調に治療がスタートします。患者さんは医師の指示通りに物事を捉え、判断し、行動するように努力します。それで当面の問題は何とか解決しそうになります。でもこれは治療成功例ではなく、失敗例です。なぜなら、この患者さんは治療者という存在を失うと生きていけなくなるからです。治療とは患者さんが自律的に生きていけるように援助することであり、患者さんの行動や判断を治療者が肩代わりすることではありません。失敗例であることのもうひとつの理由は、治療者が患者さんの問題を背負いこむ形になってしまっているため、治療者の心理的負担が次第に大きくなっていき、ある時点で治療者が患者さんとの距離を取り始めることになるからです。それまでは密着してあれこれの助言を行ってきたのですが、その方針を撤回してしまうのです。

「もうそろそろ、自分のことは自分でしましょう」

と患者さんに告げざるをえなくなります。告げられた患者さんは、医師に見捨てられた、と感じてしまいます。患者、治療者の双方にとって、このような悲劇は避けなければいけません。

精神科での研修を通して、医師としての私の熱意、思い入れといった変化しやすい情的エネルギーに基づくのではなく、対人援助者としての冷静な役割認識を身に付け、程よい心理的距離を置いて患者さんを見守り続けること、すなわち援助者の恒常性が重要であると知りました。

とは言うものの、恒常性を保つことはそんなにたやすいことではありません。個としての私には体調不良の時もあるし、相性の悪い患者さんもいます。そんな時には患者さんから遠く離れようとしがちです。離れたほうが、自分にとって落ち着きがよいからです。すなわち、恒常的であろうと心がけても、限界があると思ったほうがよいのではないのでしょうか。この限界を乗り越え、対人援助の恒常性を担保するもの、それがチームアプローチだと私は考えています。チームアプローチでのカンファレンスが、精神療法におけるスーパービジョンに相当します。カンファレンスでは、チームメンバー間で、交互にスーパーバイザーとスーパーバイジーの役割が入れ替わります。このプロセスによって関わりの客観視がなされるのです。互いのスーパービジョン的効果のあるカンファレンスが、緩和ケアにおける質の高いカンファレンスと言えるかもしれません。

チームアプローチについては後に詳しく述べたいと思います。

自分の価値観を相手に押し付けてはいけないことも、精神科で学びえたことです。

泥棒がうつ病になって精神科に入院したとします。精神科医の役割は、うつ病を改善して泥棒を元の状態に戻すことであって、泥棒しないように更生させることではない。回復後に再犯しないように願いはするが、盗むか否かはその泥棒の自律的な決定事項なのだ。このように精神科の指導医に教えられました。

とても端的な例示です。理解できた気がしましたが、うつ病からの回復を助けるプロセスの中で、よいケアが提供されるなら、泥棒が過去を振り返り、考え直す可能性は小さいかもしれないがゼロではない、とも考えました。更生を目標とはしないが、密かに願いはする。回復後に再犯したらとても残念と思う。しかし、それはケアの失敗ではない。人の自律や尊厳の領域のことであり、援助者の責任を超えた問題だ、と考えるようになりました。

精神科での学びをきっかけに、医療者としての自分の役割をどのように規定すべきかについて考えるようになりました。私の場合、このような視野の広がりには精神科臨床を体験したからこそ得られたと感じています。

実は、「泥棒の更生」議論よりも対処困難な領域が、私にはありました。それはキリスト教信仰に関することです。医師として、信仰と仕事をどのように分けしたらよいのか、最初はよく分かりませんでした。キリスト教に興味を持ってくれる患者さんには、聖書の話を経験的にした時期もありました。ルカの福音書 19 章 10 節に、

### 「人の子は、失われた人を捜して救うために来たのです」

とあります。人の子、すなわちイエス・キリストは、原罪を背負い神の前から失われた存在である我々を救うために来た、と聖書は主張します。私も神の前から失われた者として、イエス・キリストによって捜し出され、救われる体験をしたことは何にも代えられない喜びです。そして、このすばらしい救いを他の人に伝えたいという願いは、私にとっては自然な思いでした。今、死に瀕しているからこそ心の救いを願っているのではないか。イエス・キリストの福音は、必要としている人々に届けられるべきだ、と考えていました。

原理主義的ともいえる私に、精神科での研修は信仰の位置づけを自覚させてくれました。私のキリスト教信仰は、患者さんの側からすると、私という医師の属性のひとつにすぎないのであって、医療者としての私を選択した理由ではありません。私はこの単純なことがよく分かりませんでした。キリスト教の伝道をしたいのなら牧師の資格をとり、医師ではなく牧師と名乗るべきなのです。この点に気づいた後はすっきりしました。今、信仰について質問されたらクリスチャンであることを隠しませんが、尋ねられなければ積極的に自己開示はしません。毎年、ホスピスのクリスマス行事ではキャンドルライトサービスを行い、みんなの前でお祈りをさせてもらっています。年に一度、私がクリスチャンであることを表明する時です。もし、患者さんが望むのならば私の信仰体験を自由に話すことは許されるのだと思います。しかし、押しつけにならないように細心の注意を払います。神から赦される体験は、人生で最高の部類のものでありましょう。しかし、あくまでも信仰は個人の自律性が前提です。自律的に患者さんが福音に触れ、自らの意思で信じた時に初めて、福音は患者さんにとって大きな益となり、力となるのだと思います。そう考えて、外旭川病院ホスピスでは月 1 回、牧師の K 先生に聖書のお話をしてもらっています。もちろん、参加は強制されません。

話を精神科研修に戻します。

緩和ケアにおいて、患者さんを精神面で支援するには、病的側面としての精神症状を診断、治療する力と、障がいや喪失に対する健康な心理的反応を理解し対処する力が欠かせないと言えるでしょう。この二つの力を養うためには、緩和ケア医には精神科の臨床経験があったほうがよいと思います。緩和ケアの経験を数年積み重ねた後に、精神科臨床を 1 年程度経験し、さらにその後、緩和ケアにもどる形が最も望ましいと思います。

秋田大学精神科での 1 年半の研修を終え、1991 年 12 月に C 病院精神科に派遣されました。C 病院精神

科は精神科閉鎖病棟を備え、救急対応もしていたので、広範囲の精神科臨床を経験することができました。

### 精神科からA病院ホスピスへ

C病院精神科で苦労を重ねていたある日、思いがけないお誘いが飛び込んできました。S県にあるA病院外科に勤務しているA先生から、ホスピス医をやってみないかと声をかけられたのです。A先生は秋田大学第一外科の1年先輩です。A病院にはホスピスが併設されていますが、異動により担当医が不在でした。前述のように、私はターミナルケアをやろうと決めて精神科に移りましたが、何か目算があったわけではありません。いずれは消化器内科の有床診療所を開設し、消化器内科である程度の利益を上げて採算部門とし、非採算部門のホスピス病棟を下支えするようなシステムを作ってみようか、などと漠然と考えていただけでした。

A先生との話はどんどん進み、勤務先のC病院や秋田大学精神科のH教授のお許しもいただいて、私はめでたくA病院ホスピス病棟長になったのです。1994年3月下旬のことでした。

当時、家族は妻、小学生の娘2人、幼稚園児の息子の計5人でした。前年に購入した中古住宅を人に貸し、S県に引っ越しました。引っ越し当日、東北道を愛車のトヨタカムリで、一路S県に向かって南下して行きました。途中、福島県の国見サービスエリアで昼食をとったことを覚えています。いよいよ戦闘開始なのだという気がして、武者震いと、「自分にホスピス医が本当に勤まるのかしら」という不安の震えが混じり合って、複雑な感覚でした。国見を通ると今も当時を思い出します。私にとって国見はそんなところなのです。

A病院ホスピスに赴任した時には、前任の医師だけではなく、師長も退職していました。病棟はA主任をリーダーとするナースたちと、B医療ソーシャルワーカー（ホスピスコーディネーターと呼んでいました）が主なスタッフでした。私にとっては、消化器外科医時代に淀川キリスト教病院ホスピスをたった1日見学したことがホスピス体験のすべてなので、全くのホスピス初心者でした。思わぬ展開でホスピス医になったのですが、おっかなびっくりで現場に足を踏み入れました。初めてホスピスのカンファレンスに出た時のことはよく覚えていませんが、重苦しい雰囲気であったような気がします。微妙な静寂のなかで、カンファレンスが進行したような印象だけが残っています。A病院ホスピスが開設されて後、私は3人目の担当医で、比較的短い期間で医師が代わっていました。ナースにしてみれば、秋田から未経験の無名医師が来てしまったがどうなることやら、と不安だったことでしょう。

ホスピス医になり、私はただ学ぶのみでした。じっと静かにしていました。ナースの申し送りを聞き、彼女たちの動きを見ました。赴任後、数か月して、

「先生はナースに怒らないよね」

とCナースに言われたことがあります。白状すれば、怒ることができなかったのです。なぜなら、彼女たちが私の先生であったからです。ホスピス赴任前まで蓄えてきた知識や技術の妥当性を確認することが、私の最初の作業でした。

がんの痛みの9割については、オピオイドと呼ばれるモルヒネの仲間の薬を適切に使えば、緩和することができます。残り1割が問題です。鎮痛補助薬と呼ばれる一群の薬剤を使い、痛みが出やすい状況を選けるなどの生活の工夫をしながら、痛みを取り除いていきます。当時はこのような知識が十分とはいえず、帰宅後にポケットベルが鳴ることもありました。携帯電話が普及する前の話です。病棟に電話すると、

「〇〇さんの痛みが止まりません」

と予想した通りのナースの報告です。ホスピス医として先輩のT先生に相談したり、本を調べたりで、切り抜けていきました。

ポリステレンスルホン酸ナトリウムという血中のカリウム濃度を下げる薬があります。高カリウム血症

は放置すると致死的な不整脈や急激な血圧低下をきたす危険な病態です。ホスピスに来て間もない頃、私は改善の見込めない高カリウム血症の患者さんにポリスチレンスルホン酸ナトリウムを処方したことがあります。この薬は分量が多く、1回につき100mlほどの水に懸濁させて飲んでもらう必要があります。飲めない場合は、注腸といって肛門に挿入した管から薬液を注入します。いずれにしても患者さんの負担が多い薬剤です。この処置を数日行って高カリウム血症が治癒するのであれば、患者さんの我慢にも意味があります。しかし、がん終末期で悪化するばかりの高カリウム血症に、この薬剤を使う場合は十分な検討が必要だ、と今なら理解できます。当時、私の出したポリスチレンスルホン酸ナトリウムの処方に納得できず、注腸を繰り返すことで患者さんに負担をかけ続けることに耐えかねたA主任が、私に遠慮がちに、同時に確とした信念をもって助言してくれました。

「先生、治療の意図はわかるし、治療すればカリウムは一時的に下がるかもしれない。でも、病気の勢いには勝てず、結局は亡くなられる。治療で患者さんを苦しめることに、どれだけの意味があるかを考える必要があるのではないかと思う」

と彼女は言いました。返す言葉は見つかりませんでした。治療の持つマイナス面に私が気づけるようになるまで、ナースたちは忍耐してくれたのです。もちろん、患者さんも。

この出来事をきっかけにして、私の視野が広がられたと思います。

「こんな指示を出して、先生って駄目ね」

などと言われたら、私もむきになっていたに違いありません。ナースは私を実践で教育してくれたのでした。恥ずかしく、申し訳なく、そしてとてもありがたかったのです。私は参ったと思いましたし、彼女たちを心から信頼するようになりました。

そんな日々を送りながら少しずつ仕事には慣れましたが、自分らしくじっくりと取り組めるようになるまでは、1年くらいかかった気がします。実を言うと、私は小姑が沢山いる家に婿入りしたような立場、と感じていました。私は病棟という女性スタッフからなる組織のたった一人の男性であり、ナースに囲まれたただ一人の医師であり、ベテランスタッフのなかの一人ぼっちの新人でした。一人は心細いのです。この「一人ぼっち体験」から、医師とナースの信頼関係は、職種としての臨床の力を相手に納得させることにより成立する、と思うに至りました。ポリスチレンスルホン酸ナトリウムのエピソードやそれと類似した出来事の積み重ねを通して、私はホスピスのナースの実力を見せつけられました。私の実力を今度はナースに理解してもらう番なのですが、その実力が無い。悔しいことに、自信もなかったのです。

当時の病棟スタッフの実力をもう少し紹介します。

ナースのCさんは患者さんの亡くなられる日を言い当てる名人でした。

「先生、〇〇さん、今晚あたりかなと思うよ」

などと助言してくれました。私の方ではまだ数日は大丈夫、と思っていたので、聞き流しておりました。ところが、Cさんの予測通りになるのです。観察やアセスメントの実力に加え、Cさんはよく働くナースでした。体調不良などで同僚が休むと、Cさんは夜勤を買って出ておりました。そんな実力のあるスタッフがいてくれて、とても心強かったのです。

「彼女の言うことだから間違いない」

と思わせてくれるのです。ですから、CナースがSOSを発してくる時には、すぐに病棟に駆けつけなければいけないと直感するのです。

医療ソーシャルワーカーのBさんのことも書かずにはいられません。Bさんは自分の役割を、「医療者と患者の間を結ぶスキマ産業」、「白衣を着た普通のおばさん」などと表現しながら、きめ細やかに患者さんと家族を支えてくれました。とにかく聴く力がすごいのです。ですから、Bさんだけが知っていることが沢山ありました。家族間の人間関係、経済事情、医療者に対する患者さんや家族の本音など、患者さん

を理解する上で重要なことばかりでした。彼女はチームのカンファレンスに必ず参加しました。Bさんからの情報によって患者さんの全体像が見えてくるのがよくありました。全人的ケアの視点を私に体験させてくれたのはBさんでした。

通常、カンファレンスは医師、看護師、薬剤師など医療に関する免許所有者のみの集まりのことが多いのです。医療専門職だけが集まると、内輪の話し合いになりやすい傾向は避けられません。「患者中心」とは思いながらも、医療者のペースで、結果的には「医療者中心」に事が運んでしまいやすいのです。ところが、チームに非医療者、一般市民、あるいは無資格者が入ると内輪ではなくなり、世間に開かれた場に近づきます。もちろん、カンファレンスの場合は公開されないの、閉ざされた空間での出来事には違いありません。しかし、Bさんの存在が場の空気を引き締めるのです。免許所有者である私たちは、患者さんの把握においての外れではないか、治療方針は本当にこれでよいのか、と再確認を促されました。「医療の常識は世間の非常識」などと揶揄されることがありますが、世間の常識に外れないような判断に引き戻す役割を、Bさんは果たしてくれたのだと感謝しています。

話はそれますが、私がA病院を辞してから、Bさんから年に数回メールをもらいました。昨今の緩和ケアの動静を心配しながら、

「先生はぶれないでね」

と励ましていただきました。Bさんの励ましが今この文章を書くことにつながっている気がします。

振り返ってみると、私が赴任したA病院ホスピスはチームアプローチが確かに機能していたと思います。そこに自信のない医者が加わったことで、チームの和が乱されずすんだのです。妙な自信があればかえって有害だったのだと考えて、当時の私を肯定することにしています。

そんな私でしたが、仕事や職場の雰囲気慣れるにつれて、医師として、チームの一員としての役割が少しずつ果たせるようになりました。

「私は私なりのやり方でよいのだ」

と思えるようになっていきました。その理由を考えると、多分、ナースとのやり取りの中で、彼女たちから信頼されつつある実感が次第にはっきりしてきたからだだと思います。その結果、私はとても気持ちが悪くなりました。私は自分の仕事をすればよいのです。あとは彼女たちがしっかりやってくれるからです。

A病院赴任後3年が経過し、地域の医療機関からいただく私宛の紹介状が増えるようになった頃、私は秋田に帰ることになりました。子供の進学のことなどを考えてのタイミングでした。

退任の挨拶状の一部を以下に記します。

「A病院ホスピス在職中は温かいご指導を頂戴しましたことを心より感謝申し上げます。A病院ホスピスでの3年間は、同じ志をおもちの諸先生とのお交流を許され、熱意と使命感と柔軟性を備えた素晴らしいスタッフとともに労し、そして、人生の最期をその人らしく生ききった多くの患者さんとご家族に会えた、私にとってこの上なく貴重な意味をもつものとなりました」

これは私の率直な思いです。私にホスピス医としてのいくらかの成長があるとすれば、その源はA病院と一緒に頑張ってくれたスタッフにあります。

## 秋田でもう一度、精神科医に

S県でのホスピス医生活に区切りをつけ、私は秋田に帰り、1997年5月より新設のR病院に勤務することになりました。この異動は私にとって幸運でした。切れ目なく職場を見つけることができたという生活上の利点はもちろんあります。いや、それ以上に、R病院では認知症の人々とのように向き合うかについて学ぶ貴重な体験ができたからです。

R病院には精神科病棟が4棟ありますが、私は認知症閉鎖病棟の病棟医長のような立場になりました。

病棟運営で何か問題が生じた場合の医師側の相談窓口です。閉鎖病棟とは病棟の出入口が常時、施錠されている病棟です。徘徊する患者さんが外に出ないようにするためです。施錠することで患者さんの安全が確保されます。家に帰ることに頑なに拘る患者さんは、出口を探して病棟内をあちこち歩いて、閉鎖されたドアにたどり着きます。ドアの丸窓から外の自由な世界をのぞき見る姿に、医療者も辛さを感じます。そんなに行きたいのなら行かせてあげたい気にもなります。でも、家に帰ってもその事実を認識できず、たとえ認識できても、帰宅後に、入院の理由となった症状が再発する可能性は否定できません。ですから、一度帰れば納得してくれるだろうと安易に考えて、家族に外泊の協力を頼んでも非現実的な場合が少なくないのです。患者さんに振り回され、家族が疲弊することは避けなければいけません。家に帰りたい患者さんと、それは無理だと困惑する家族の間で、どう対応すれば落とし所を見出せるのか。認知症病棟ではそのような現実の厳しさへの対応法を学びました。患者さんと家族の両方にとってベストの回答は見つからないかもしれませんが、当事者である医療者が本気になって悩み、考えれば、実現可能でバランスに配慮したベターな回答に必ず辿り着ける、という信念を持つことができました。

ジレンマは医療の日常です。困難な状況であっても何らかの道筋をつければおさまらない事態は珍しくありません。熟慮した上での結論とその根拠を家族に懇懇と説明し、納得してもらうことが医師である私の務めと知りました。熟慮の過程では他職種、すなわちナースや医療ソーシャルワーカーなどと合同の事例検討が不可欠です。他職種の見解を聞き、医師である私の考えの妥当性を点検するのです。このようにして鍛えられたプランには実効性があります。

また、病棟担当医として認知症の患者さんの身近にいたおかげで、この疾患への私自身の構えが変化したと思います。認知症患者さんたちは異次元の世界に移ってしまった人々では決してなく、記憶力、理解力、判断力などが低下しているけれども、ご本人なりの感情や責任感や思いやりをもって生活していることを知りました。家に帰ると言い張る患者さんにその理由を尋ねると、

「子供にご飯を作ってやらなければいけないから」

と答えました。80代後半の患者さんなので子供もりっぱな高齢者なのですが、その事実を突き付けても患者さんは理解できません。子育て以外の記憶が抜け落ちてしまっているからです。子供は小学校に通っていると確信しています。このような患者さんにどう説明するかは出たとこ勝負の時も多いのですが、キーワードは「納得」ではないかと思います。まずは、子供を心配する親としての思いを引き受け、共感することが大切だと思います。そしてその心配が軽くなるように話を進めていくのです。

「おばあちゃん（患者さんの母親）がもう食べさせたと言っていたから、心配しなくてよいですよ」のような説明で納得してくれることもあります。納得できずに硬い表情をしている患者さんと一緒に回廊式の病棟の廊下を延々と歩き続けているうちに、患者さんが疲れて、

「今日はもう休む」

と言ってくれることもあります。こんなに疲れては家に行けないと納得したか、歩き続けているうちに帰ることそのものを忘れてしまったからだと思いますが、いずれにせよ、納得のないままに、力づくで制止する最悪の事態は回避しなければいけないのです。認知症の生活世界でも、納得したり、認められたり、楽しんだりすることが重要であり、その点では健常人と何ら変わるところがありません。

その人なりの納得が必要だという認識は、現在のホスピスに赴任後に大いに役に立ちました。納得してもらえたら、ケアは軌道に乗っていると考えてよいと思います。どんな文脈で、どのような態度で、どのポイントからアプローチすればこの人は納得してくれるのか。ホスピスケアはこの問いに対する答え探しのプロセスともいえます。この視点は認知症やがんに限らず、すべての患者さんに共通していると思います。

R病院精神科で、私は認知症以外の患者さんも担当しました。統合失調症やうつ病が主体です。統合失

調症の急性期の患者さんは、幻覚や妄想などによって大きな混乱を体験するのですが、主治医には的を押さえた関わりが要求されます。妄想的な文脈から離れられず、治療を拒否する患者さんにどのようにアプローチしたら治療を受けてもらえるのか。これは難問です。困難な状況下で、精神科医は患者さんの人権に配慮し、倫理的観点からも妥当で、かつ治療効果を得やすいアプローチを必ず見つけ出さなければいけません。そのための最善の努力をしている現場をR病院で見ることができました。目の前の患者さんから逃げずに、解決の道を必ず見つけ出すという覚悟が重要なのです。治癒できない患者さんと最後まで関わり続けるホスピス医にも、関わり方の覚悟が問われるという意味で精神科医と共通点があるかもしれません。この「覚悟」の重要性を学んだことは、私の精神科研修の大きな実のひとつだと思います。

R病院で精神科医として勤務しながら今後の自分の行く道を考えていた頃、とてもありがたい提案をいただきました。高校の同級生で、秋田市で内科医をしているKさんとご主人で精神科医のM先生から、A病院ホスピスでの経験を共有するための勉強会を開いたらどうかと勧められました。秋田でホスピスケアに関連した活動をしたいと思っていた私に、迷いはありませんでした。会の立ち上げを即断しました。ホスピス医としての役割が与えられ、とてもうれしかったのです。「症状マネジメント勉強会」という名称を付け、あれこれと構想を練り、勉強会を始めました。

第1回目は1997年8月30日、大学の講堂を借りて開催しました。テーマは「全人的痛み」で、私が講義を担当しました。幸いなことに154名の医療者、一般市民が参加してくれました。秋田でホスピスケアに関する学びに、こんなに多くの人に集まってもらったことは大きな驚きでした。実は、いろいろな人脈のあるKさんの仲介で、私は地元紙の記者からインタビューを受けていたのです。その記事が、勉強会開催に合わせてタイミングよく掲載されたおかげで大勢の参加につながりました。

「茂、お前は手の内を全部見せるんだな。それはとてもよいことだ」

第1回勉強会にこっそりと参加してくれた父の言葉です。うれしい一言でした。父に認められた感じがしました。一方では、手の内などと呼ぶほどのものはないと思っていました。私が学んだことを自分の言葉で伝えたい。間違っていることがあればそれを指摘してもらい、もっと上を目指したい。同じ思いの医療者がいてくれるのは最高の喜びだし、その人たちと一緒に勉強していきたいと願いました。

症状マネジメント勉強会を立ち上げた当初は、1年間の期限付きの企画と考えていました。毎月、すなわち12回開催しましたが、1年になろうとする時、参加者からもっと継続してほしいと言われてきました。うれしい反応でした。喜んで継続することにしました。最初の1年間は主に私が講師を務めていましたが、2年目からはいろいろな職種の方に、様々なテーマで講義をお願いしました。幸いなことにどの方からも快く引き受けられました。参加費500円のスポンサーのいない勉強会でしたが、お金がやり繰りできるなら県外からも講師を呼びたい。製薬会社に頼らず、ボランティアでやっていこう(もちろん、講師には交通費程度でしたがお礼はさせてもらいました)。いろいろなアイデアが浮かんで楽しかったことを覚えています。

症状マネジメント勉強会は2009年3月に閉じるまで、合計93回を重ねました。協力してくださった秋田大学のI先生、K先生、会計を担当してくださったYさんなど、多くの人たちの支えがあってこそ継続できた勉強会でした。

症状マネジメント勉強会には、1998年12月に開設された外旭川病院ホスピスのスタッフも参加してくれました。間接的にホスピスのお手伝いができているように思えて、勉強会を充実させる上で大きな励みになりました。

## 外旭川病院ホスピスへ

R病院で忙しくしていたある日、突然、外旭川病院のホスピスに来ないかとのお誘いをもらいました。

症状マネジメント勉強会などを通して私のことを知った、医療法人惇慧会理事長のH先生からのお話でした。職場の上司の了解も得て、私の異動が決定しました。

2000年4月1日、私は外旭川病院ホスピスに赴任しました。人生の不思議な展開です。新たな役割を与えられ、私は静かに闘志を燃やしました。

外旭川病院はホスピス開設前、全国の先進的なホスピスでスタッフを研修させてもらっていました。その効果はとても大きく、患者さんの思いを尊重するというホスピスケアの取り組みは、私のホスピス医人生のスタートであるA病院ホスピスのそれとぴったり重なっていました。そのことに安心し、ここでやっていけると思えました。ケアの目標をどこに据えるか、多職種からなる病棟スタッフが同じ思いでケアに当たれるかは、ケアの質を左右する大きな因子です。優しすぎるのではと思うほどに、外旭川病院ホスピスのナースは患者さんや家族の思いをじっくりと聴いていました。カンファレンスでの情報共有の在り方などに課題はいくつか見つかりましたが、話し合いながら徐々に前進させていけばよいと考えました。

志を共有できるスタッフの存在、病院本体の理解と協力、地域社会からの支援によって、幸いにも何とか開設後15周年を迎えることができました。

外旭川病院赴任から現在（2014年春）までの当ホスピスの歩みを簡単にまとめると、以下のようになります。

2001年4月には専従のホスピスポランティアコーディネーターを配置し、ボランティア活動の基礎を固めました。コーディネーターのTさんを中心にボランティア活動を組織化し、ボランティアの登録数を増やし、次第に充実させていきました。ボランティア活動については「現症」のところでさらに詳しく述べたいと思います。

2003年には開設後間もなくホスピスに加わったTさんが、ホスピスケア認定看護師（現緩和ケア認定看護師）の資格を取得しました。資格取得のための研修の段階で他施設のケアに触れて、外旭川で実践してきたことの妥当性を確認できた、と言ってくれました。

2004年9月にはH理事長の指揮のもと、ホスピス開設5周年記念行事を三企画行いました。「ヒデとロザンナ」のロザンナ・ザンボンさんによる記念講演「天国の夫へ15年目のラブレター：あなた、わたし、そして家族」、ホスピス入院患者さんの遺作展「輝きたいのちの証」、5周年記念誌の発行がその内容です。このなかで遺作展は、秋田市の県立美術館を会場に、5名の患者さんの絵画、俳句、表装、木彫り、コンピュータ・グラフィックスなどの作品を、患者さんの顔写真と人生を紹介したパネルとともに展示しました。展示を通して患者さんの命の輝きを感じ、生きることについてじっくり考えてもらうことを意図した企画でした。来館者の反応はとてもよく、マスメディアにも取り上げてもらい、緩和ケアの啓発にもつながったと思います。

2007年5月には、それまでの1病棟13床から、もう1病棟21床を開設し、合計2病棟34床に増床しました。その背景にはホスピスのニーズの高まりとともに入院希望者が増え、入院待機のまま亡くなる方が多くなったことがあげられます。経営面のメリットもありました。増床に当たってホスピス専従医師が1名加えられ、1先生が主に5階ホスピス21床を、私が2階ホスピス13床とホスピス外来を担当することになりました。

2008年9月には、緩和ケアの地域連携を構築することを目的に、秋田市北部地域緩和ケアネットワークを立ち上げました。このネットワークは、医療や介護の様々な職種が、がん患者さんと家族を支える連携を作ることを目的にしています。がんが再発を繰り返し、抗がん剤治療が困難になった患者さんは緩和ケアが主になりますが、だからといってすぐに入院が必要ではなく、できるだけ家で生活したいと願う患者さんは多いのです。そのような患者さんの様々なニーズに対応するためには、医師や病院看護師だけでは不十分です。訪問看護師、薬剤師、介護士、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなどがそれぞれ



の専門性を十分に発揮し、患者さんを支えていく必要があります。この支える仕組みが地域連携です。外旭川病院ホスピスが周辺地域の医療、介護の事業所に呼びかけて、秋田市北部地域緩和ケアネットワークは始まりました。地域の薬剤師やケアマネジャーなど、病院内の業務では交流できない人々の事例発表を聞くなど、会員が取り組んでいるケアの素晴らしさを知ることができ、私にとって学ぶことの多い貴重な機会です。参加者からは、

「医療系とつながりが無く、仕事上困っていた。今後困難な事例があれば相談したい」

「もっと多くの事業所に参加してもらえばよい」

など、ネットワークの意義を認めてもらえている様子で、今後も継続させ、より充実させたいと思っています。ネットワークの実務で中心になって頑張ってくれているのは当院の I 医療ソーシャルワーカーで、例会の年間スケジュールの作成と発表者との交渉、司会進行、議事録の作成など、積極的に取り組んでくれています。I さんのみならず、病院全体から応援してもらっています。感謝なことです。

2009 年 11 月には開設 10 周年記念行事を行いました。5 周年の時のように三部構成とし、柏木哲夫先生の特別講演「ホスピス緩和ケアの進むべき道－原点に立ち返って－」、河野三紀さんの記念ジャズコンサート、10 周年記念誌発行を行いました。

2012 年 4 月には、日本緩和医療学会認定専門医の M 先生が赴任してくれました。それによりホスピス医は計 4 名になりました。こんなに恵まれてよいのだろうかと思ってしまうほどです。

以上、外旭川病院に赴任後の歩みの概略を述べました。

わたしの長々とした個人史にお付き合いいただき、ありがとうございました。

## 第四章 経過（うつ病診断から現在に至るまで）

外旭川病院ホスピスに赴任して10年過ぎた2010年頃から、私自身に微妙な変化が出てきました。この時期は、病床を2007年に34床に増床してから4年目に当たります。34床をきちんと稼働させるには、入院の窓口である外来の患者数を増やす必要があります。

私たちのホスピスが地域に知られるようになり、幸いにも外来患者数は増え続けました。年度ごとの外来新患数は、2006年度116名、2007年度165名、2008年度226名、2009年度227名、2010年度252名で、増加は明らかです。受診希望者は原則的に断らず、早急な受診が必要な場合には臨時で診察しました。初診では患者さん一人に1時間かけることもあります。その結果、1日の勤務時間の半分以上を外来診療に使う日も出てきました。

外来担当医は2011年度からは2名にしてもらいましたが、2010年度までは私一人でした。34床への増床を提案した責任やホスピス長という立場ゆえに、病院や周囲に迷惑をかけないで乗り切らねばならないと覚悟して走り続けました。もっと周囲から助けてもらうべきだったのですが、気負い過ぎ、背負い過ぎてしまったのです。入院患者さんの状態が落ち着いている日には、回診が夕方ということもありました。状態が悪化しつつある患者さんがいれば、時間をかけてしっかりと対応しなければいけません。症状緩和の処方をするのは短時間でできますが、患者さんの話を聞き、家族に病状を説明するにはそれなりの時間が必要です。ますます時間に追われるようになりました。忙しくなるにつれて、ケアというよりも仕事をこなす感覚に変化していきました。毎日の全力疾走で疲労が蓄積し、週休2日でしっかり休んでもリフレッシュされません。様々な感情が鬱積していきました。どのように自分をコントロールすべきかと考えた時、思いついたのは五七五に自分の思いを凝縮させることでした。当時、パソコンに打ち込んだ句をいくつかご紹介します。

### **なにもせず ただぼんやりと 寝ていたい**

何の気遣いもなく、ただひたすら休息を取りたいと思いました。

### **この仕事 もういいかなと つぶやいて**

無理にホスピス医を続けなくてもよいのではないか。このままだと行き詰るのは明らかだ。別の道は思い浮かばないけれど、とにかく辞めてしまおうかと思いました。

### **つぎつぎと 思い吐き出し 五七五**

パソコンに向かうと、沸騰したやかんの蓋がカタカタ音を立てながら湯気を噴き上げるように、言葉がどんどん出てくるのです。

### **ああ辛い 「つらい」「つらい」を 聴く医者も**

しっかりと患者さんの思いを聴くとエネルギーを使います。使いっぱなしで補充しなければ、こちらが枯渇してしまいます。

### **わたしこそ してもらいたい 傾聴を**

何も批判されず、ただじっと話を聴いてもらう体験がほしい。私の在りのままを受け止めてもらえたら、肩の荷がずいぶんと軽くなるだろうに。でも、そんなことは現実では無理だよな、という思いでした。

### **底なしの 罵詈雑言を 内に秘め**

うつ病の経過とともに、周囲に対する怒りが鬱積していきました。怒りが汚泥のように、底なしに堆積していたのです。

### **温泉を 思うだけでも 温まり**

人里離れた温泉、外部と遮断された温泉で寛ぐ自分を想像しました。

### **どうしたら もっとすっきり 生きられる？**

生き方が悪いから、こんなに苦しいのだ。どこがどう悪いのだろう。具体的にはよく分からないけれど、何とかしてもっとすっきりと生きてみたい。

### **腹立てる そのたびごとに いのち減り**

怒りは何も解決せず、自分自身を傷つけ、自分の大切な命を浪費するだけなのです。

緊張がピークを迎えた 2011 年の秋には、自分の周囲の人たちを二つに区分するに至りました。「私の仕事を減らす人」と「私の仕事を増やす人」です。そのどちらに属するかを判断し、前者とはこれまで通りに付き合い、後者は徹底回避するという破れかぶれな対処行動をとりました。当時の私に不快な思いをした人は数えきれないと思います。とても申し訳ないことをしました。

このままホスピス医を続けるのは無理だと考えました。理由は身がもたないことと、自責でした。自責とは、あるべきホスピス医の対極にある自分を許せなかったことです。仕事をこなすだけの自分を、もう一人の自分が見つめており、

「お前のやっているケアは、ケアの名に値しない」

と語るのです。ホスピス医と名乗る資格はないのではないかと思い始めました。患者さんの声にしっかりと耳を傾けることが難しくなったからです。感受性がすり減り、共感困難になりました。失った感受性は元に戻らない、と根拠のない断定をしました。回復しなければホスピス医を断念しなければいけない。そんな具合に思いつめていきました。紛れもないうつ病です。うつ病の思考は極端に否定的、絶望的方向に向かい、バランスを失います。思考に取り込まれ、抜け出せなくなります。

転職も考えました。知人に相談し、そんなに甘くないぞと、たしなめられたこともあります。

食欲がなくなり、美味しそうに食べる家族を見ては、なぜそんなに食べられるのかと不思議でした。加えて、眠れなくなりました。死にたいとは思いませんでしたが、命が惜しいという感覚はありませんでした。死に向かう流れに何かの拍子に乗ってしまったら、流れに身を任せてもよいのではないかと思っていました。

そんな私の異変に気づいた S 副院長が、

「先生、もう休んでください。仕事してはいけません」

と、私の前に立ちふさがり、ドクターストップを宣言してくれたのです。2011 年 12 月のことでした。私は抵抗しませんでした。どこかほっとしたような気がしました。

その翌日、以前からかかるならこの先生と決めていた、精神科の S 先生がいる I クリニックを受診しました。抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬を処方され、私は患者になりました。病院の勤務は週 2 回にしてもらい、休養第一の生活が始まったのです。当初は布団に入っても 3~4 時間も入眠できない日々が続きました。S 先生に睡眠薬を調節してもらい、なんとか眠れるようになっていきました。勤務のない日は、朝 7 時半くらいに起きて朝食を摂ります。休んで 1 か月くらいで食欲は改善していきました。朝食後は居間の

ソファに横になり、目覚めては本を読み、読み疲れては眠る、の繰り返しでした。疲労感が緩和されるに従い、医学書と信仰図書を読み始めました。医学書は日本医師会雑誌の生涯教育シリーズのなかから面白そうなものを選びました。内科関連の勉強は新鮮でした。また、ネットで燃え尽き症候群関連の本を検索し、取り寄せては読み漁りました。

「バーンアウトは理想に燃え使命感にあふれた人を襲う病」

(久保真人：バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは)

といった記述を見つけ出しては、自己肯定の根拠にしました。自分も理想に燃え、使命感にあふれていたではないか。バーンアウトは苦しいことだけれども、バーンアウトを自らの頑張りの証拠として、内心では誇りにしてよいことなのだと思います。また、前述の外来新患者数の推移をあらためて見直しました。これだけ頑張ったら疲れて当たり前だし、むしろよくやっさと自分を褒めてよいではないか、と考えを変えたのです。そんな具合にうつ病という挫折体験で崩れてしまった自己像を再構築する作業をしていたのだと思います。私のうつ病には私なりの大切な意味があったと、この本を書きながら思っています。

うつ病は信仰の視野を広げてくれました。

精神科のS先生にお任せし、患者の立場でいることができて、とても楽でした。自分自身が患者となり、ケアしてもらうことがいかにありがたいかを体験しました。その体験はケアしてもらわなければ生きていけない自分の実態の気づきにつながりました。それまでは、私はずっと人をケアし続けてきたのであり、助けを必要としない確かな人間なのだ、と勘違いしていたようです。ところが、現実の自分はS先生や病棟のスタッフや家族から助けられて生きていたのではないかと。一人でなんか生きていないのです。50代半ばになって、当たり前前の方がやっとなかった気がしました。恥ずかしい限りです。自分の不確かさの気づきは、信仰の位置づけを変えました。うつ病になる前は、キリストの十字架のゆえに私の罪が赦されているという救いの信仰に止まっており、信仰が日常生活に及ぼす影響は限局的でした。ところが、自分の不確かさ、頼りなさに気づいた後は、救いの信仰から生活の信仰へ、と一歩前進した気がします。自分には誇るべきものなど何もないと実感できた時に、イエス・キリストの十字架の恵みが私の心の奥底に届いたと感じました。自分の心が空になってはじめて、聖書の言葉が心に入るのでしょう。

うつ病で休養中に、D.M.ロイドジョンズの著作を読み漁りました。ロイドジョンズは20世紀最大の説教者とも評される英国の牧師であり、医師です。聖書の主張を中心に据えた聖書講解は、解釈の深さ、明解さ、力強さで私を圧倒しました(D.M.ロイドジョンズ(渡部謙一訳)：ローマ書講解 7・1-8・4 律法の役割と限界)。それまでは読んでピンとこなかった、ローマ人への手紙 8章 1~2節の次の言葉を、そのまま受け止めることができました。

**「こういうわけで、今は、キリスト・イエスにある者が罪に定められることは決してありません。なぜなら、キリスト・イエスにある、いのちの御霊の原理が、罪と死の原理から、あなたを解放したからです」**

生活パターンの変化も顕著でした。

元々、私は典型的な夜型人間で、病院での諸々から頭を切り替えるためと称して、ケーブルテレビをつけっぱなしにして、英国サッカーや洋画を深夜まで見ている生活でした。そんな私でしたが、うつ病で休養中に180度の方向転換をして朝型人間になりました。朝5時前に起床し、筋肉トレーニングとジョギングをします。ジョギングは片道2.5kmの往復で、所要時間は30分前後です。記録に挑戦したら23分台まで短縮したのですが、大腿を痛めたので今はおとなしく走っています。冬期間はジョギングできないのでスポーツジムに入会し、トレッドミルで走ります。朝のジョギングの後はシャワーを浴び、身も心もすっ

きりさせます。その後、7 時からは聖書を読み、祈り、さらに信仰図書を読んでいます。聖書の時間は、私にスピリチュアルな力を与えてくれる、一日で最も大切な時間なのです。

心も体も整理整頓された感じで、この生活がとても気に入っています。

### **日本死の臨床研究会東北支部会の開催**

うつ病から順調に回復した 2013 年 5 月、秋田市で日本死の臨床研究会東北支部会が開催されました。外旭川病院は事務局を担当し、私とその責任者になりました。特別講演のテーマを「生きること、ケアすること～がん患者さんに寄り添って思うこと～」とし、北海道医療大学客員教授の石垣靖子先生に講師をお願いしました。先生のご講演の中で、私のためにお話し下さったと感じるほど強く印象付けられたお話がありました。そのお話はおおよそ次のような内容でした。

「緩和ケアにおいてロールモデルは必要だけれども、たとえモデルのようにはなれない自分であったとしても、自分に潜在する可能性にどれだけ挑戦するかが問われているのではないのでしょうか」

私はホスピスケアの経験を積み重ねるなかで、いつの間にか、大体のことはもう分かったような思い、学ぶべきことはほぼ学び終えたような感覚になっていました。うつ病になり、傲慢さに気づかせてもらいましたが、臨床家としての足元はまだ定まっていませんでした。そんな時に出会った石垣先生の「潜在する可能性への挑戦（録音していないのでこのとおりの言葉ではありませんでしたが）」という言葉によって、今後のホスピスケアへの私の取り組みが方向づけられた気がします。それは、より質の高いケアに挑戦し続けることです。人生を挑戦と位置づけることで、毎日が平凡な繰り返しではなくなります。日々は新しいのです。そして、挑戦の力や可能性はどこか外から持ち込むのではなく、元々自分に備わっている。その可能性を追求し、挑戦し続ける中で自分自身を磨いていくという生き方が、私にとって納得できるように思っています。

医療者として、ホスピスケアの実践者として大先輩の石垣先生の生き方の力、ケア提供者としてのスピリット、後輩を育てようとする温かな眼差しを感じたご講演でありました。

## 第五章 現症（緩和ケアにおける認識と関係性）

ここでは私が行っているホスピスケアを提示し、事例としての「私」について読者の皆さんから診断していただきたいと思います。

ケアを提示するには、読者に私の勤務する病棟へ来ていただいて、私の振る舞いを直に見てもらえばよいのですが、より全体を知っていただくためには、私の立ち振る舞いの根底にあるもの、すなわち、振る舞いを規定する原理原則を取り出して示すことが求められるのではないのでしょうか。臨床における振る舞いの原理原則は、医学知識によるというよりは医療者個人の認識の在りかたと関係の作りかた（すなわち関係性）から成り立つと、私は考えます。ここでの認識の対象は広範囲に及び、ケアの意味、各職種の役割、チームアプローチの意義などを含みます。

現症の前半部分（A. 緩和ケアにおける認識）では、日常的にはそれと意識されぬままに自動的に機能している、私自身の認識に言葉という形を与えて、書き留めてみました。言語化は曖昧模糊を拒絶して論理の矛盾や欠損を暴くと同時に、いくつかの気づきも与えてくれました。

現症の後半部分（B. 緩和ケアにおける関係性）では、スピリチュアルペインとそのケアについて、患者とその周囲との関係の在りかたに注目して私論を紹介させていただきました。医療者と患者の関係性から見たスピリチュアルケアの構造やプロセスを私なりに記述してみました。

あえてこのようなことを試みる理由は、緩和ケアの実態が見えにくくなっていると感じているからです。緩和ケアはケアである以上、ケアを提供する側の在りようが分からなければ、緩和ケアそのものをイメージしにくいという構造をもっています。ケアとは、人と人の出会いです。緩和ケアは薬剤を処方してその効果を得ること以上のものなのです。

### A. 緩和ケアにおける認識

#### 1. 患者に関する認識

患者さんという存在をどのように認識するかについて、医療者はもっと正面から議論しなければいけないのではないかと思います。患者さんについての認識の在りようが、私たち医療者の振る舞いに直結すると思うからです。

##### (1) 四苦悩論

ホスピスケアが患者さんの生を支える営みであるからには、患者さんについての理解が重要なことは言うまでもありません。人という複雑で、魅力的で、変化に富む存在にどのようにアプローチすればよいのか。ケアを提供する側には、この問いについての何らかの回答があってしかるべきでしょう。

日常生活では氏名、年齢、性別、家族構成、職業、趣味など、個人を説明する要素は多数あります。患者さんについてであれば、上記の項目のほかに、診断名、治療の経過と効果、現在の病状、今後の見通しなどが重要です。しかし、これでは微に入り細にわたる患者さんの情報がすべて横並びに出てきて、おさまりが悪い気がします。患者さんをどう捉えるについて、ざっくりと全体を見渡せるような視点が欲しいと私は思います。病を背負った身体に関する情報はもちろんのこと、身体を含んだその人を丸ごと捉えたのです。患者さんとは「病気になった人」なのですから、「病気」の部分だけではなく「人」の部分の把握が求められるのです。

ホスピスケアでは、患者さんを「四種類の痛みや苦悩をもつ存在」と見ています。身体的な痛み、心理的な痛み、社会的な痛み、スピリチュアルな痛みの四つです。この視点は近代ホスピスの創設者であるシ

シリー・ソンドース先生により提唱されました。ホスピスで患者さんに寄り添うなかで、患者さんの抱える問題は体の痛みだけではなく、もっと全体を包含する苦悩であることをソンドース先生は見取りました。この気づきは、1963年、セントジョセフホスピスでの患者さんとの出会いからもたらされたものでした（シャーリー・ドゥブレイ（若林一美他訳）：シシリー・ソンドース ホスピス運動の創始者）。現在、緩和ケアにおいて常識となっているこの視点であれば、身体だけでなく、心理的、社会的、そしてスピリチュアルな存在としての人間を大枠で捉えることができます。

身体的な苦悩とは、狭い意味でのがん疼痛に限定されません。全身倦怠感、食欲低下、便秘、呼吸困難感、排尿困難など、身体的に不快なすべての症状を含みます。

心理的な苦悩とは、病状悪化に対する不安、思い通りにならない苛立ち、諦め、抑うつ、怒りなど、がんに伴う心理的な辛さのことです。

社会的な苦悩とは、最小の社会単位である家族間における意見の食い違い、家族よりもっと大きな社会である職場、学校、地域社会での役割の喪失や評価の低下による苦悩、経済的な困難など、がんに伴う社会的な困難のすべてを含みます。

スピリチュアルな苦悩とは、生きることの意味や目的の喪失、自分自身に対する否定的感情、重要な人との関係修復の困難さ、神や運命に対する怒りや恐怖など、心の根底の呻きや叫びです。

四つの痛みをひとまとめにして、「全人的な痛み」と呼びます。全人的な痛み、すなわち total pain はソンドース先生のご概念です。全人といえは人の構成要素の全体という響きがあって、ちょっと把握しづらい感じがします。全人とは四つの要素からなると割り切ってしまうと、落ち着きがよくなります。

四つの痛みのうち、スピリチュアルな痛みは医療者が介入し解決できるものなどごくわずか、と言うよりも無いに等しいことも多いのです。患者さんは、

「こんなことをこの医者に言っても解決できっこない」

と直感的に理解しているように見て取れます。言っても仕方のないことなのです。にもかかわらず、信頼する医療者には語りかけてくれます。

「私を全人的にケアしてください」

などと患者さんは決して言いません。しかし、真のニーズは全人的なアプローチなのだ、と私たち医療者は認識すべきではないでしょうか。患者さんとは理解されることを求めてやまない人です。なかには医療者の介入を望まない人もいますが、時期によって思いは変化し、初めから終わりまで独りにこだわる人は例外的だと思います。

「この苦しみを理解してほしい」

「やり場のない怒りを分かってほしい」

「誰とも話す気になれない自分の思いを尊重してほしい」

など、理解への欲求は強く深いものがあります。

全人的なアプローチ、すなわち四つの痛みを把握し、和らげようとする試みは、人間理解の方法論と位置づけることが可能です。緩和ケア研修会では、提示された事例について四つの痛みを指摘するように求められます。「痛みがあってイライラし、眠れない」といった記載があると、

「この患者さんには痛みによる苛立ち、痛みが原因の不眠という心理的苦悩があります」

などと答えることとなります。四つの痛みを識別するように強られる立場と、人間理解のための有効な道具として積極的にこの視点を使いこなそうとする立場とでは、大きな差が生じます。ぜひともこの卓越した視点を日常臨床の中で定着させ、ソンドース先生の業績を無駄にしないようにと願わずにはおられません。

人間を四つの痛みや苦悩を抱える存在とする見方を、ここでは「四苦悩論」と呼ぶことにしてみます。

四苦悩論の優れた点をいくつか挙げてみましょう。

第一に、患者さんが最も助けを必要としている点に注目していることです。患者さんは最初には体の痛みを和らげ、次には話をじっくりと聞いてもらって不安を軽くし、その後には自分の家族との関係にも配慮し、最後には心の呻きを黙って受け止めてほしいという具合に、一つの問題が解決すると次の苦悩を和らげてほしいと願います。すなわち、今、最も助けを必要としている課題を医療者に提示するのです。すなわち、患者さんの目線で苦悩を理解する努力が医療者に求められますが、これは患者本位の医療そのものと言えます。四苦悩論は医療本来の立ち位置に、医療者を引き戻す作用があると言えます。

第二に、スピリチュアルな苦悩という、ともすれば見逃しがちな領域を意識化させてくれることです。スピリチュアルな苦悩は、医療者が人間理解の感度を上げることによってその所在が明らかになる類のもので、しっかりと患者さんの思いを聴くことが求められます。何となく聞き流してしまっは、

「スピリチュアルな苦悩はこの患者さんにはありません」

と、誤診してしまうのです。すなわち、四苦悩論は、スピリチュアルな領域について医療者の関心を引き起こし、ケアの質を高める作用があります。

第三に、四苦悩論はがんのみならず、あらゆる疾患の患者さんに適用可能です。風邪をひいて2~3日仕事を休んだ場合でさえ、熱が出て体がだるいといった身体的痛みは出てきます。普段より短気になるといった心理的变化も生じるでしょう。顧客との約束を変更せざるを得なくなるといった社会的痛みも生じます。

「風邪で休むだけで、なぜあんなに上司から嫌味をいわれなければいけないのか。自分は仕事の選択を間違ってしまったのではないか。今の仕事にどんな意味があるのか」

と悩んでしまうのであれば、スピリチュアルな痛みと言えるでしょう。以上は極端な例ですが、脳梗塞後遺症で麻痺を抱えつつ生きている人など、四苦悩論を応用すると患者さんへの医療者の対応をきめ細かにする作用が期待できます。

また、一般人が四苦悩論を理解していれば、病人に対する理解が深まるのではないのでしょうか。

第四に、四苦悩論は健康人にも応用可能です。私たちにとって、大切な何かを失う体験は自分の生きる土台を大きく揺り動かします。失恋、失業、死別などの喪失体験は全人的な痛みそのものであるといえるでしょう。

第五に、デス・エデュケーション（死についての教育）の必要性を喚起する作用です。自分にとってスピリチュアルな痛みとはなんだろうと考えることで、健康な人々が自分の生き方を振り返る機会となり、生きる意味を探るきっかけになりうるのではないのでしょうか。生きることの思索は、死について考えることでもあるのです。

## (2) 全人的ケア

「全人的な痛みとそのケアをどのように説明したら、より効果的に理解してもらえるのか」

この問いに対し、私は長年に渡り明確な回答を見つけられませんでした。ところが最近、ある病院で「全人的ケアの実践について考える」というテーマで講演の機会を与えられ、スライドを準備しながらあれこれ考えているうちに、この問いに対して視界が開けてきたのです。

患者さんを「4層の地層から構成される山」とイメージしてみました(図1)。一番下の山の麓から中腹までを構成するのが第1の地層で、身体的痛みに対応します。その上にある第2の地層は心理的痛み、第3は社会的痛み、最上層の第4層は頂上で、スピリチュアルな痛みに対応します。登山でより高く登るプロセスと、臨床でケアが深まっていくプロセスには共通点があるのではないのでしょうか。痛みを和らげようとする医療者は、4層の地層から構成される山に挑戦する登山者にたとえることができます。頂上近く



まで車やロープウェイで行ける山は、この際は考えないことにしましょう。登山者は徒歩で麓から頂上を目指して一步一步進んでいきます。患者さんが緩和ケアを願う理由は、体の痛みを取ってほしいことが第一ですから、登山者は前進するうちに第1層目の痛みの層に出会い、その緩和に取り組むことになります。

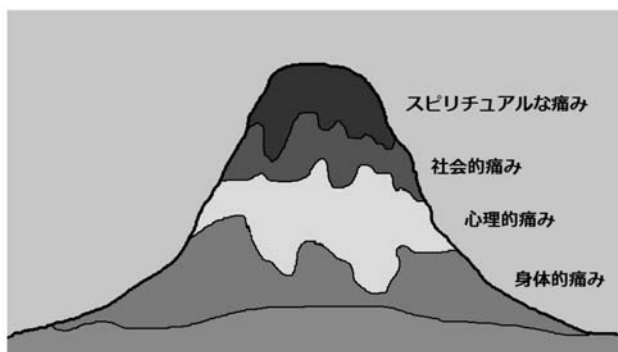


図1 全人的痛み（患者さんを山に例えて）

ここで手間取ってしまうと患者さんは医師への信頼がぐらつき、不安や苛立ちを感じ始めます。

「なぜ痛みがとれないのだろう」

「この病院なら楽にしてくれると聞いてきたのに、期待外れだった」

あるいは、

「痛みが楽にならないほど重症なのだろうか」

などと不安や疑念が広がります。これでは第1層の中に医原性に余計な第2層、すなわち心理的痛みの層を作り出してしまうことになります（図2）。これはぜひとも避けたいと思います。

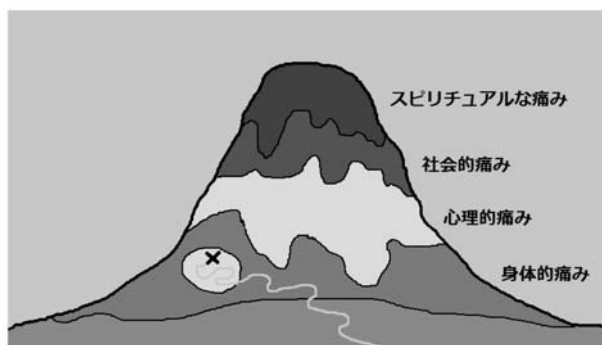


図2 医原性の心理的痛み

登山者の行程を曲線で示す。登山者は身体的痛みの層を突破できず、×印の地点で立ち止まっている。その結果、登山者の周囲に島状の心理的痛みの層が形成された。

痛みの層を征服して上手に登って行った場合には、患者さんは医療者を信頼し、心を開き、いろいろなことを話してくれる条件が整ってきます。体の痛みが和らぐと、患者さんは心の状態に敏感になります。

「これから病気はどうなるのですか」

「またいつか痛みが強くなるのですか」

「あとどれくらい生きられますか」

といった先を見据えた質問が出てくるのです。この時には第2層の心理的痛みの層に達したのです。臨床を単純化しすぎるのはよくないと考える人もいるでしょうから、第2層と第1層の境界は複雑に入り組んでいるとしたほうが現実に近いかもしれません。体の苦しみに加え、ホスピスに入院したところで本当に楽になれるのかしらという不安と緊張の中で患者さんは入院生活を送るのですから、第1層と第2層の境界は明確には分離できず、第1層から第2層への移行層は第1層と第2層の繰り返す縞模様から構成されると言えるかもしれません（図3）。

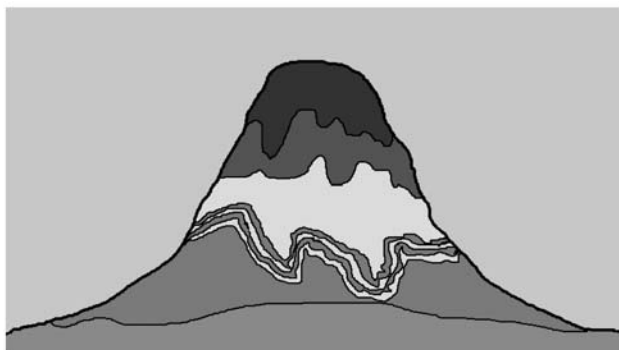


図3 第1層と第2層の移行層

移行層は、第1層と第2層の繰り返す縞模様から構成されている。

体が楽になり、心配事についての質問にも答えてもらい、安心と信頼を感じるころになると、

「私事で恐縮ですが、家内がとても不安そうで、自分のことより家内のほうを心配しています。一度、家内と会ってお話ししてもらえませんか」

といった家族に関する話題が出てきます。家庭内のことは医療の管轄外と思っている人が一般的でしょうから、こういった話が出てきたら、

「この患者さんは私に心を開いてくれている」

と認めてよいのです。時には、

「医療費のことが心配で、ゆっくり入院しているわけにはいきません」

などという経済的な問題が出てくることもあります。ソーシャルワーカーの出番です。このような家族のこと、お金のこと、仕事のことが出てくるのは第3層、すなわち社会的な痛みの層です。

この医師なら、このナースなら聴いてくれるかもしれない、ひょっとしたら理解してくれるかもしれない、とあれこれ医療者を値踏みし、いけそうだと思った時に、患者さんは心の奥底に抱え続けてきた辛さをほんの少し見せてくれるようになる、と私は感じています。この時、登山は第4層のスピリチュアルな痛みの層に達したのです。

患者さんの個人差もあるので一概には言えませんが、初対面でいきなりスピリチュアルな話題から始まることもないわけではありませんが（図4）、例外的です。むしろ、そのような場合には、患者さんがとても困難な課題を抱えている、と推測したほうがよさそうです。患者さんはがんではあっても、元々は精神的に健康で社会生活を立派に営んできた人たちです。人間関係のルールを尊重し、気づかいながら生きてきた人が、相手が医師とはいえ、初対面で人柄さえも把握しないうちから、いきなり心の奥底を開いて

見せてくれるのは尋常ではないのです。

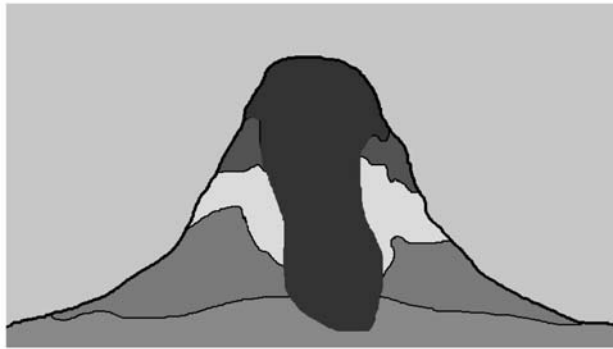


図4 スピリチュアルペインが噴出している場合

看護記録を見ていると、第4層を見せてくれる時間帯は深夜が多いようです。訪室したナースに、

「なかなか死なないものだね・・・」

などと、話し出すのです。突然そのような言葉に出くわすと誰もが緊張してしまいます。しかし、感謝なことにホスピスのナースたちはその話をじっと聴いてくれるのです。

「そんな悲しいこと言わないでください。私たちが応援しますから頑張ってください」

と言いそうになる思いをグッと飲み込んで、

「なかなか死なないって感じておられるのですね」

と返すのです。

「・・・そうだね・・・。先生は肺に水が少し溜まっていると言うけれど・・・、別に息苦しくもないし・・・」

という具合に話は続いていきます。あるナースは、

「いつ向こうへ往くのだろう」

と尋ねられ、

「いつかということが気になっているのですね・・・」

と返しました。

「・・・うん、そんな感じかな・・・。あんたはどう思う・・・」

と再び問われ、

「・・・そうですね・・・。私はこの世でやるべき仕事が残っているうちは・・・、しばらくはこの世で生かされているのではないかとと思っています」

と答えたと申し送ってくれました。患者さんの話の流れを尊重し、自分の死生観を話し、生きることに焦点を当てた返事をしたわけです。この申し送りを聞いていた私は、このチームで仕事できることをとても幸いと思いました。彼女は間違いなく第4層のスピリチュアルペインと向き合ってくれたのです。

山としての患者さんがいつもきれいな縞模様の4層構造を示しているわけではありません。噴火した山頂からどろりとした溶岩が麓まで達しているように、スピリチュアルな痛みが登山者の最初に出くわす地層の場合もあります(図4)。先に述べたように、このような患者さんにはよほどの苦悩があるのだと理解し、チーム全体で助け合い支え合ってケアしなければいけません。そのような支え合いがないと、患者さんの苦悩がスタッフをも巻き込んで、患者さんもスタッフも出口のない迷路に入り込み、互いに苦し

むことになりかねません。

家庭内の不和が患者さんの最大の苦しみということもあります。この場合は第3層の社会的な痛みの層が厚いわけです（図5）。

4つの層の厚さは患者さんごとに異なるのです。

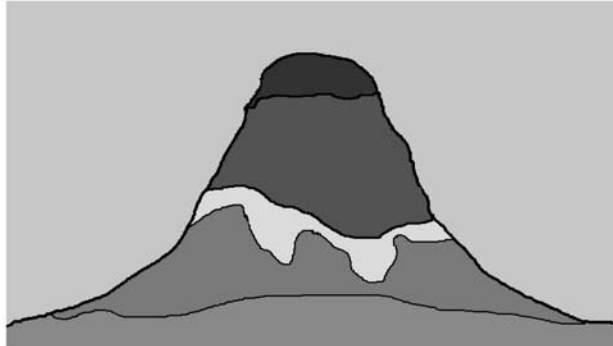


図5 社会的痛みが著しい場合

第3層の社会的痛みの層が他の層に比較して著しく厚くなっている。

山に深いガスがかかり、麓がほんの少ししか見えないこともあります（図6）。患者さんについての情報が極端に不足し、患者さんがスタッフを拒否し、内に籠って自己開示してくれないような場合です。登山者は山の高さ、登山ルート、起こりうる事故の予測など、ほとんど分からないままにガスで煙る山を手探りで登らなければいけません。ガスが晴れるまで待ったほうがよい場合もあります。雷や嵐など、山があたかも登山者を拒絶するような天候もありえます。しかし、雷も嵐もいつかは必ず収まるのです。山がそこにある限り、すなわち、患者さんが医療者のもとに留まってきている限り、山は登山者を受け入れており、ケアの可能性は閉ざされていないのだと思います。

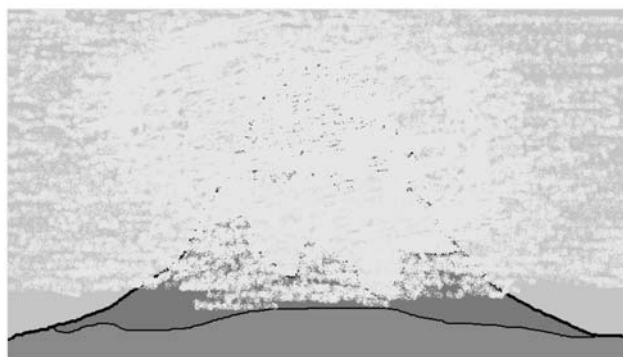


図6 ガスで全体像が見えない場合

登山道はどのようにして見つけ出すのでしょうか。私は、山自身が登山者が見逃しそうなほど小さな道標を、あちこちに掲げてくれていると考えています。登山者が時間をかけて、じっくりと周囲を観察すればよいのです。先を急いで迷いそうになったら、そこに留まり、山が何かを語りかけてくれるまで待つ

です。山である患者さんは助けを求めています。心底では登山者に登って来てほしいのです。しかし、ブルドーザーで地面をならし、広くしっかりした林道を作るようには求めません。強引で医療者本位のブルドーザーは、自然の一部である山を壊してしまうのです。患者さんは今、ここで、一番辛いこと、一番訴えたいことを信頼できる相手に伝えてくれるのではないのでしょうか。一番辛いこと、一番訴えたいことが、すなわち登山道です。そこから登ってきてほしいと訴えているのです。周囲に目を凝らすと、道標が必ず見つかると思います。登っていくというよりは、登らせてもらう感覚でしょうか。登ってきてほしい人間だと患者さんに認めてもらってはじめて道が示され、道が開かれるのだと思います。

### (3) 四つの痛みのモニタリング

心電図検査の時には、両手足に4個、胸部6個、合計10個の電極を付けます。電極が心臓の電氣的活動を拾い上げ、グラフ化していきます。心電図をモニタリングすることで、心臓の病的活動を拾い上げることができます。

私は、四つの痛みを心電図のようにモニタリングするべきだと思っています。身体的痛み、心理的痛み、社会的痛み、スピリチュアルな痛みを拾い上げる合計4つの電極を患者さんに張り付けていると想像してみてください。グラフの曲線が上に振れば快、下に振れば不快とします（図7）。一番下に振れている痛み、すなわち、最も不快に感じている痛みから和らげていくのです。また、モニタリングしながら次の動きを予測します。

「この患者さんの痛みはモルヒネがよく効くはずだから、下限まで行き着いた身体的痛みのカーブは間もなく立ち上がってくるから、多分心配ないだろう」

とか、

「隣室の仲よくしていた患者さんがもうじき亡くなるから、その時には心理的痛み、スピリチュアルな痛みが急降下するだろう」

というように、予測しつつ関わることで早めの対応が可能になります。

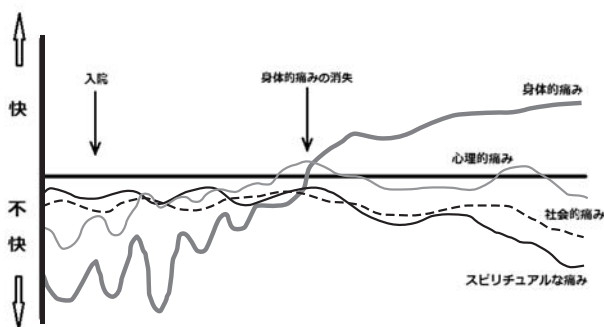


図7 四つの痛みのモニタリング

入院時は四つの痛みの中で、身体的痛み（身体モニター）が最も不快であった。入院後の治療により痛みが消失し、身体モニターは快の方向に推移する。これに連動し、心理モニターはある程度までは上昇する。時間経過とともに、社会的な痛みやスピリチュアルな痛みが顕在化していく。

病気の経過に伴って、四つのモニターの示す波形や揺れの大きさは変動していきます。患者さんが最も苦しんでいる症状を主訴といいます。ホスピス入院時の主訴は身体に関するものが多く、痛み、息苦しさ、食欲の低下などです。入院当初は身体モニターの波形がマイナス（不快）方向に一番大きく振れている

ます。心理モニターも身体モニターに連動することが多く、体の辛さが続く限り、いらだち、怒りなどにより心理モニターもマイナスを示し続けます（図7）。ところが、身体症状が緩和されれば症状関連性の心理的痛みは一時的には消失します（図7）。入院直後であっても、家庭内に顕著な問題がある場合には社会モニターが動くこともあれば、スピリチュアルな痛みが強ければそれに関する訴えも聞かれることはあります。しかし、通常は社会モニター、スピリチュアルモニターが本格的に動き始めるのは、身体的痛みが軽減し、それに伴って心理的にも少し落ち着きを見せてからのことが多いように思います。入院当初は身体的痛み患者さんの意識が集中しており、その他の三つの痛みは相対的には小さいといえます。注意しなければいけないのは、あくまでも「相対的」である点です。体の痛みが楽になり当面の緊急課題が解決されると、次の種類の痛みが表出されてくると考えるべきでしょう。

四つの痛みのモニタリングをしっかりと行いたいものです。同時に、モニターの精度も重要です。変なノイズを拾ってしまえば、ケアが混乱するのみです。一人ひとりの患者さんに対し、チームメンバーのそれぞれが四つのモニターを張り付け、相互のデータをチェックしながらノイズを除外するようなチームとしての取り組みがあれば、モニターの性能は格段に向上するでしょう。すなわち、患者さんを的確に理解することが可能になるのです。

#### (4) 予後について

予後とは残された命の時間のことです。予後の正確な推定は困難ですが、大まかな括りとして、私たちは月単位、週単位、日単位、時間単位のように、「単位」を使って表現します。例えば、週単位の予後とは、「1か月以上は保証困難だが、1週間未満の死亡はないであろう」という意味です。単位形式の表現であれば、おおよその予後予測は可能といえます。週単位と思っていた患者さんが1か月以上保たれることもないわけではありませんが、そんなに多くはありません。

予後を予測する視点はとても重要です。なぜなら、予後予測がケアの方向性を決定するからです。例えば、月単位と週単位では物事の優先順位が違ってきます。

月単位の予後であれば体力は保たれ、症状緩和に大きな困難がないことが多いので、身体的な自由度が高いのです。近距離であれば泊りがけの旅行は可能でしょう。また、自分史をまとめるなどの時間を要する取り組みもできます。

週単位の予後になると、月単位の時期に比較すると日ごとの症状の変化が大きくなり、症状も多彩になってきます。その分、精神的にも動揺しやすくなるでしょう。ですから患者さんの心身に一層の気配りが必要になります。痛みが増強しやすくなるので、鎮痛剤の投与量をこまめに調節しなければいけません。食事摂取量が少なくなるため、栄養補給の心配にも対応しなければいけません。死が迫りつつある現状を体で感じ、無口になる人、頻回にナースコールを押す人など、患者さんの心理も様々です。

予後は患者さんのケアだけではなく、家族ケアの上でも重要です。介護休暇を取るならば、週単位から日単位の時期がよいでしょう。家族にも生活がありますから、患者さんのためにすべての時間を使うのは理想であって、現実的には困難です。予後が短くなるにつれて、患者さんと過ごす時間を長くできれば理想的です。また、家族は予後を実際よりも長くみる傾向があります。長く生きてほしい家族にとって、当然の心理です。そんな家族の気持ちに配慮しつつも、ホスピスでは予後を前提にして、今、何を優先したらよいかを常に考えています。あの時やっていたらよかったと家族が後悔しないようにしたいのです。家族は医療者からの助言によって残された時間を知り、患者さんに寄り添う時間を計画的に確保することができるようになるのです。緩和ケアにおいては、医療者は常に予後を予測する習慣をつけておくべきだと思います。

予後の視点は患者と家族のケアのみならず、治療方針の決定にも重要です。私が消化器外科医だった時

とは異なり、現在では分子標的治療薬と呼ばれる抗がん剤が使われるようになり、治癒は困難でも大腸がんのように予後が改善したがんもあります。もちろん、治療の進歩の恩恵をすべてのがん患者さんが受けるように願っています。しかし、この進歩には心配な面もあります。治療を続けすぎてしまい、治療終了と看取りが重なる患者さんに出会うと、私は複雑な思いをします。治療に伴う辛さから解放される間もなく亡くなっていく姿を見ると、その患者さんにとっての治療の意味は何だったのか、と考え込んでしまいます。どんなに辛くても治療継続が患者さんと家族の意思であれば、そうすべきかと思えます。しかし、そうでない場合には医療者の方から、

「抗がん剤の恩恵は期待しにくく、抗がん剤の負担でかえって体を苦しめているようなので、もう抗がん剤は卒業しましょう」

などと、治療中止を提案し、緩和ケアに全面的に切り替えるべきタイミングを逃さないことがとても大切だと思います。中止することで治療による様々な負担から解放され、緩和ケアを十分に行うことで症状が楽になり、その患者さんなりの穏やかな日々を過ごしていただきたい、と願わずにはおれません。穏やかな日々を月単位で確保してあげたいのです。そのためにはおおよその予後を推測し、予測される死亡時期から逆算することで、今、提供すべき医療を決定するような視点が欠かせません。そのためには、緩和ケア医とがん治療医がもっと緊密な連携を取ることが必要です。その努力がまだまだ不十分だと言わねばなりません。私自身の反省でもあります。

## 2. 家族に関する認識

家族も緩和ケアの対象ですが、家族をどのように認識するかで、家族への対応が異なることは患者さんの場合と同じです。

### (1) 家族ケアの必要性

家族のケアがなぜ必要なのでしょう。二つの理由があると思います。

第一の理由は、家族が患者さんを支えてくれるからです。家族のケアは、家族を介した間接的な患者さんのケアになるのです。家族は患者さんと共に喜び、共に悲しみ、共にがんと闘ってきました。さらには、患者さんには言えない病気の進行について、医師の説明を一人で受けてきた家族も多いのです。家族は努力して当然、耐えて当然、と家族自身が思っていますし、周囲も同じように考え、家族の苦労を気に掛けることは多くはありません。ホスピスではできるだけ時間を取り、家族の話をじっくりと聞くようにしています。ナースからの労いの言葉に涙を浮かべる家族の姿に、それまでの苦労の大変さをうかがい知ることができます。時には愚痴の聞き役にもなることで家族の思いが解きほぐされ、気持ちが軽くなります。家族に余裕が生まれ、これまでの自分の努力はこれでよかったのだと確認でき、ちょっと新鮮な気持ちになって患者さんの介護を継続できるようになるのです。

第二の理由は、家族も患者だからです。家族は看病に献身し、体は疲れ、精神はすり減り、経済的な負担が増え、なぜこんなことが私に起こるのかと苦しみます。すなわち、家族も全人的痛みを抱えた第二の患者なのです。

家族ケアの典型がレスパイトケアと呼ばれるものです。レスパイトとは休息の意味です。家族は24時間、患者さんの側にいます。食事、入浴、排泄など、生活のあらゆる支援を行います。患者さんのケアで睡眠不足になることも珍しくありません。これでは介護が長続きしません。介護者が疲労すると、患者さんに優しく接することが困難になっていきます。ついつい棘のある言葉で傷つけてしまいます。その事実がさらに介護者を苦しめます。このような場合には、病状は安定していて入院の必要がなくても、家族の

休息のために期間限定で患者さんに入院してもらうように提案します。このような入院を「レスパイト入院」と呼びます。介護力が不十分な場合には、施設やホスピスを積極的にレスパイトのために活用すべきです。レスパイト入院の後にある患者さんの奥さんは、

「やっと休めるようになりました。主人が退院して帰ってきたら、またがんばれそうです」と言ってくれました。

## (2) 患者さんとの関係における家族

家族が一番安心できるのは、患者さんの痛みが軽くなり笑顔を取り戻した時です。患者さんの苦しみは家族の苦しみでもあるからです。食欲の回復や安眠などのよい変化も家族を安心させます。逆の変化は患者さんと家族の双方を不安にし、苦しめてしまいます。このように患者さんと家族の反応が共通している時には、患者さんと家族の間に介入する必要はほとんどありません。よいケアを精一杯提供すればよいのです。

注意が必要なのは、患者さんと家族の思いが食い違う時です。例えば、ホスピスへの入院を決断する時、微妙な食い違いが見えてくることがあります。患者さんが積極的にホスピスを希望しているけれど、家族はやや消極的で、できれば現在の病院に留まってほしいと願う場合がその一例です。患者さんは今後のがん治療には期待できないことをはっきりと理解し、がんと共に生活することを覚悟しているのですが、家族が患者さんの決意や覚悟に追いついていけないのです。この場合には、医療者は家族の戸惑いに理解を示しつつ、患者さんが決意に至った経過を分かりやすく説明するなどして、家族が患者さんの意向を尊重できるように関わる必要があります。

逆に家族が先行することもあります。家族が病状を先に知り、患者さんが知らないうちにホスピスに相談に来るような場合です。治らないのなら苦しまないようにしてあげたい。少しでも前向きに生きられるように、ホスピスに入院させたい。そのような家族の思いはよく分かります。しかし、患者さんはどう考えているのでしょうか。患者さんも病状をきちんと理解し、家族と同じ思いであれば問題はありません。ところが患者さんの病状理解が不十分で、治すための治療がまだ可能なのだと考えている場合や、病状を理解しながらも現在通院している病院から離れたくないと思っている場合もあるのです。

家族をケアする時には、家族に焦点を合わせるとともに、家族と患者さんの関係性にも注目することが必要です。それにより、家族と患者さんの思いの違いを見落とさずにすむでしょう。

## (3) 医療者への視線

家族の医療者への視線は厳しいことがしばしばです。特にホスピスの患者さんはがんの再発や転移を体験しているので、治療の結果が医療者への視線に反映される面があるのだと思います。ホスピスに入院して1週間くらいまでの対応が、家族の信頼を勝ち取る上で特に大事だと思います。

「この病院はきちんととってくれるのか」

と、家族は病棟スタッフの対応を冷静に見つめています。介護の当事者として患者さんに対し細やかな気づかいを積み重ねてきた家族は、自分と同じように患者さんに接することをスタッフに求める傾向があるかもしれません。病棟側としては、このスタッフ数、この病棟構造で可能な最善を尽くすのみです。何でもできるわけではありませんが、家族から是非とも合格点をもらい、安心を提供したいものです。

## (4) 病状悪化の現実と向き合ってもらう

患者さんの病状が悪化していく時には、節目ごとにタイミングを逃さずに説明するように努めなければいけません。嚔下困難でむせ込みが多くなった。その後に発熱した。このような一連の変化を家族に指摘



されて、誤嚥性肺炎に気づくのでは遅いのです。医療者側が後手に回らないようにしなければいけません。病状変化を早めに把握すること、把握した情報を時を移さずに家族に伝えることが必要です。これらができていれば家族から信頼してもらえます。また、家族への迅速な情報伝達の繰り返しによって、予後日単位、あるいは時間単位という切迫した状況を家族が受け止めやすくなります。

通常、病状説明ではよい情報と悪い情報が混在しています。家族は情報のよい部分だけを覚えていることが多く、医療者であればそういった傾向を認識しています。例えば、

「抗生物質が効けば肺炎は改善しますが、そうでなければ、ここ1週間以内に急激に悪化するかもしれません」

と説明したとします。1週間以内の悪化の可能性を医療者は強調したつもりでも、家族は抗生物質が効けば治るから大丈夫、と思ってしまうのです。死からできるだけ目をそらしたい思いを理解しつつも、不意打ちの死が家族に与える衝撃の大きさを十分に考慮して、きちんと、はっきりと予後伝える必要があります。死が差し迫っている現実と向き合ってもらわなければいけません。いくら伝えても理解してもらえず、家族が現状を否認してしまう場合には、そうせざるを得ないような何らかの背景があると判断し、家族関係などの情報を再確認する必要があります。

#### (5) 遺される存在としての家族

遠くない将来に患者さんは亡くなり、家族は遺されます。この事実はとても重いのですが、医療者が混乱するとこの事実を脇に置いてしまいます。

患者さんが家族に病状を伝えないでほしいと願うことがあります。夫には伝えてよいけれど、中学生の子供たちには言ってほしくない、と医療者に訴えるような場合について考えてみます。患者さんの思いはよく分かる気がします。親が死ぬことを知ったら、子供たちは大きく動揺するだろう。甘えん坊だから立ち直れないかもしれない。だから、母親が死ぬという受け入れがたい事実は、絶対、子供には言わないでほしい。しかし、

「ここは患者さんの思いを尊重して、伝えないでおきましょう」

と対応するのは不適切だ、と私は思います。母親である患者さんの願いどおりに、夫以外は正確な病状を誰も知らないうちに亡くなったとします。子供はどうしたらよいのでしょうか。患者さんとの関係性の中で、生前に、直接に話し合いたいこと、伝えたいことが必ずあったはずです。不意打ちの死は人を苦しみのどん底に突き落とします。後悔してもしきれません。

私だったら、母親である患者さんに次のように言うと思います。

「〇〇さんのお気持ちはとてもよく分かる気がします。母親がいなくなるなんて、そんな辛いこと言えないですよね。でも、ちょっと考えてほしいのです。何も知らずに、お母さんが逝ってしまった後で、子供さんたちはどう感じるでしょうか。もし、〇〇さんが子供の立場だったら、なぜ知らせてくれなかったの、とお父さんを責めることになりませんか。子供さんは中学生です。お母さんから見たら甘えん坊でも、ある意味、十分に大人です。きちんと、事実を伝えてみませんか。病棟スタッフも応援します。ご主人のお考えも確認した上で、知らせる方向で考えてみてはどうでしょうか」

遺される家族への配慮も大変重要で、患者さんの意思をある程度制限したり、全面的に考え直してもらわざるをえない場合があるのです。どちらの場合でも、患者さんにしっかりと説明し、納得を得た上で進めるべきことは言うまでもありません。

#### (6) 死を学ぶ者としての家族

患者さんの闘病を見ていて、家族は多くのことを学びます。

ホスピスで医療用麻薬を恐れる患者さんのなかには、よくよく話を聞いてみると、過去に家族がモルヒネによるせん妄で苦しんだ体験を持つ人がいます。つまり、家族の看病を通して、モルヒネは危険な薬だ、モルヒネを使ったらお終いだと学んだのです。逆に、ホスピスで安らかに旅立った場合は、家族はがんになっても苦しまずに済むと学ぶのです。

患者さんにどのような最期を迎えてもらうかを私たちは演出できませんが、苦しみを和らげるように配慮することはできます。そういった配慮が遺族の死生観に好ましい影響を与えているのではないかと思います。

家族は看取りに至るまでの時間を患者さんと共に過ごすことで死ぬことのありのままを体験し、学ぶのです。

#### (7) スピリチュアルな癒し手としての家族

「父さん、えぐがばたな一。おれ、父さんのごど、だいすぎだ一」

と、奥さんはたった今、呼吸停止した患者さんの耳元で叫びました。よく頑張った、大好きだ、とご主人に伝えたのです。とても仲のよいご夫婦で、床頭台には社交ダンスを楽しむ二人の写真が飾ってありました。

家族にはスピリチュアルペインを癒す力があると思います。病気の悪化で何もできなくなり、迷惑をかけてばかりで生きる意味がない、と叫んだ患者さんのことを前の箇所で書きました。患者さんは家族に迷惑をかけないこと、できるならば家族の役に立ちたいと願いますが、家族の思いは患者さんとは異なります。何もできなくなっても、親や子や配偶者である患者さんが生きてくれさえすれば、家族は安心して今日を生きることができるのです。もちろん、複雑な家族関係もあるので、すべてがそうだとは言いません。しかし、大部分の家族は喧嘩したり仲直りしたりしながら、互いを支えあっているように見えます。「役に立つこと」ではなくて、「居ること」で十分だと伝えてくれる家族の存在は、生きる支えになります。成績や業績ではなく、存在そのものが尊いのです。ホスピスの現場ではこんなやり取りが実際にあるのです。その場にいる私たち医療者は家族の大切さについて学ぶ機会をいただいています。

#### (8) 悔いについて思うこと

私にとって共感が困難なことのひとつが、遺族の後悔です。私から見れば、これ以上は望めないと思うほどの素晴らしいケアをしている家族から、

「もっと側に付いていればよかった」

「もっとやってあげればよかった」

といった言葉を聞くと、とても驚いてしまいます。

私は父親が脳梗塞で入院した時、車で1時間ほどの実家近くの病院に、毎週土曜日の朝、会いに行きました。父親は喜んでくれましたし、お土産のチョコレートをパクパク食べてくれたりして、とてもよい時間でした。その一方で、私は、

「毎週来るのは、ちょっと大変だな」

と感じました。ホスピスに24時間体制で泊り込んだ家族を何組も知っているのも、自分は冷血人間なのかなと思いました。一所懸命に付き添う家族の思いの深さに圧倒されること、しばしばです。家族にも生活があります。仕事をし、家事をし、実家の親を見舞い、自分も持病で通院しながら、時間の都合をつけて患者さんに付き添う家族もいるのです。これ以上、何ができると言うのでしょうか。

遺族の後悔を聞く時、私は患者さんと家族の絶対的な立場の差を思ってしまいます。患者さんは亡くなり、家族は生きているという差です。亡くなった人に十分に尽くせなかったと後悔する時、

「もし、私が患者だったら、何を家族に望むだろうか」

と、視点を変えてみることも有益かもしれません。自分が患者だったら、

「仕事、家事、勉強など後回しにして、患者である私のために、生活のすべてを捧げてほしい」

と、家族に期待したい思いもあるかもしれませんが、実際にはそうは言えないのではないかと思います。家族には家族の事情があるのだから、できる範囲で来てくれたらよい。毎日、ほんの少しでも顔を出してくれたら嬉しいけれど、無理はしてほしくない。自分も我慢すべきところは我慢しなければいけないだろう。自分を患者の身に置き換えたら、家族への過大な期待は慎むのではないかと思います。いかがでしょうか。

いずれは家族も、先に旅立った患者さんと同じ道をたどります。もし、あちらの世界で先に逝った人に会えたら、こう言ってみませんか。

「お父さんが死んだ時、仕事で付き添いもできず申し訳なかった。あの時、どのように感じたか教えてほしい」

と。そうしたら父親は、

「なあに、人生はそんなものだ。できることを精一杯してくれたから、それでよかったのだ。私が死んだ時のことにこだわっているようだけれど、十分にやってくれたと感謝しているよ。誰にだって、生活があるのだから」

と、答えてくれそうな気がするのですが、いかがでしょうか。ちょっと楽観的すぎるでしょうか。

死は誰もが経験するのですから、同じ死んだ者同士の関係になれば、先に旅立った家族とも対等な会話が可能になるのかもしれませんが。私が先に死に、子供も死んで向こうで会えたら、子供にはこのように言うつもりでいます、今のところですが・・・。

### 3. ケア提供者に関する認識

#### (1) ケアについて

##### ① ケアの意味

ケアとは、「患者さんが自分らしく生きることを目的とした関わりの在り方」であると思います。薬剤の処方に関わりのほんの一部でしかありません。また、

「医療用麻薬の使用は、自分らしく生きることに反する」

と考える患者さんにとっては、医療用麻薬の処方はケアではなくなります。その場合には処方を控える、あるいは処方を希望するまで待ち続けることがケア的な関わりといえましょう。

ケアには、

「あなたはどう生きていこうとしておられるのですか」

という問いかけを心に秘めながら、見守る眼差しが込められているのではないのでしょうか。そして、

「あなたなりの時間の過ごし方が取り戻せるように応援させてください」

という思いで関わり、時にはそのまま言葉にして伝えることもあります。そして、

「どんなふうに応援したら、この患者さんは自分の歩みを再開してくれるのだろうか」

と考えをめぐらしつつ関わります。局面が変化するまでにはそれ相応の時間がかかる、と覚悟します。安易な助言に走る気持ちを抑えて、ただじっと待ちに入ることもあります。ケアとは、患者さんの思いを受け止め、相手のペースに合わせ、本人が納得できる方法で自律を支える関係を築くこととも言えます。

ケアが機能している時には、患者さんが自分らしく生き始めます。ケア開始前までの自分らしさを見失った状態から、ケアによって自分本来の状態に回復していきます。自分らしさを取り戻す手助けをしてく

れた人に、患者さんは感謝するでしょう。

「私にとって、あなたのケアはとても素晴らしかった。そうしてくれたあなた自身が素晴らしいし、とてもあなたに感謝している」

ケアしてくれた人への患者さんの思いをあえて言語化すれば、このようになるでしょう。うつ病を治療してくれたS先生への私の思いでもあります。つまり、よいケアを提供することでケア提供者の自尊感情が健全に育つのです。ケアを提供していた医療者がいつの間にか患者さんから心を育ててもらおうという、ケアの双方向性が成立するのです。この一連のプロセスを患者さんと共に体験できることが、ケア提供者の特権ではないでしょうか。

## ケアを方向づけるもの

ケアは、ケアする側とされる側の関係性の中で成立します。両者の関係性は、互いに対する態度によって表現され、相手に対する態度は二つの「認識」によって規定されると、私は考えています。二つの認識とは、自分の役割（立場）についての認識と、相手の役割（立場）に対する認識です。ここでは、ケアする側、すなわち医療者に焦点を当てて、ケアにおける関係性について考えてみます。

がんの進行によって、トイレまで歩くことが困難になった患者さんがいるとします。転倒の危険を理由に主治医がトイレ歩行を控えるように助言しても、患者さんはそれを拒否し、水洗トイレの使用に強く拘ることはしばしばあります。この時、患者さんは自分らしさを貫き、自分の尊厳を守るためにはっきりと意思表示しているわけです。すなわち、自分らしさを貫こうとする患者さんの自律性と、転倒を防止する医療の安全性というジレンマに、主治医も患者さんも直面することになります。考えられる結論は3通りです。第一は、主治医の意思を尊重する。第二は患者さんの意思を尊重する。第三は両者の妥協点を探る。臨床では一方の主張が100%受け入れられ、他方の主張が100%否定されることは例外的ですから、通常は三番目の結論に落ち着きます。ベッドをトイレに近づけることで歩く距離を短くし、トイレの際には必ずナースを呼び介助を依頼するなどの方法を選ぶことになります。患者さんの了解が得られれば、夜だけはベッドの横にポータブルトイレを置くこともあります。

主治医が医師の役割上、安全確保に絶対的な価値を置き、主治医の意見に従おうとしない患者さんを、「わがままで、話の分からない人」と認識するならば、歩行禁止の方針を貫き、従えないのなら退院してもらう、と強硬な態度をとるかもしれません。患者さんはそのような主治医の態度に驚き、諦めて沈黙してしまうこともあるでしょうし、水洗トイレに拘らざるを得ない辛い気持ちを分かってもらえない、と怒り出すかもしれません。いずれにせよ、以後の患者・医師関係は悪化する可能性がきわめて高いと言わなければいけません。

もしも、主治医が安全を重視する立場は変えないが、患者さんの思いを尊重することも大事だと認識しており、患者さんを「誰もがもつ願いを訴える、ごく常識的な人」と認識するならば、歩行禁止という強硬策は脇に置いて、できる限り願いを叶えることを目指し、トイレ歩行に協力する方針に切り替えるでしょう。そのような場合には患者さんは、自分の願いが受け入れられて当然と思うかもしれませんが、わがままを通して申し訳ないと思いつつ、感謝するかもしれません。このような医師の理解の態度は、その後の関係構築の上でとても重要であることは言うまでもありません。

以上のように、「ケアする」側の認識の在り方が患者・医療者間の関係性を規定し、ケアを方向づけるのです。

## ②医療における緩和ケアの位置づけ

WHO（世界保健機関）は緩和ケアを次のように定義しています。

**「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」**

定義の中の「緩和ケア」を「医療」に置き換えても、問題はないと思います。ただし、厳密には医療の対象には生命を脅かさない疾患も含まれるので、次のように表現すればよいかもしれません。

**「生命を脅かす疾患に対する医療とは、患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」**

さらに枠を広げて、上記の「生命を脅かす疾患に対する医療」を「医療」に置き換えて、次のようにしてはどうでしょうか。

**「医療とは、患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」**

このように再定義された医療は、患者さんや家族から大歓迎されるのではないのでしょうか。すなわち、WHOの緩和ケアの定義は、本来あるべき医療の在り方を、「緩和ケア」というレッテルを付けて再提示したと考えることができます。すなわち、緩和ケアの目指すところは医療の基本理念にぴったりと重なると言ったら、言い過ぎでしょうか。さらにこの「医療」の定義では、家族も医療の対象であることが明確に示されています。その上、身体的視点到偏りがちな医療を軌道修正し、心理・社会的問題、スピリチュアルな問題も医療の守備範囲とする斬新な医療観の提示になっています。

緩和ケアとは、治らないがんの患者さんに限定された特殊な医療の分野ではなく、がんと診断されたり、抗がん剤の治療をしている患者さんの不安を和らげたり、薬の副作用を軽減することを目指すだけの関わりではないといえます。

医療を行う上での医療者の立ち位置を定めるものが緩和ケアの定義であり、緩和ケアは医療の基本だと私は認識しています。

### ③緩和ケアにおける相対性

大辞林によると、相対とは

「互いに他との関係をもち合って成立・存在すること」

です。緩和ケアにおいては、ひとつの例外を除きすべてを相対的と認識するべきと私は考えます。

### 絶対に守るべきこと

ひとつの例外とは病棟スタッフの安全を守ること、これだけは絶対的です。ケアのなかで我が身を挺して危険に立ち向かうことは、原則としてあってはならないのです。例えば、せん妄状態（意識障害に様々な認知の障害が伴った状態）で興奮している患者さんに対しては、患者さんの安全はもちろんですが、ス

タッフも怪我のないように細心の注意が求められます。男性職員の応援や複数での対応が必要な場合もあります。もちろん、せん妄を早期に診断し、対策を講ずるべきです。せん妄の原因となっている薬剤を中止したり、せん妄の治療薬を追加したり、場合によっては鎮静も考慮しなければいけません。鉈、ナイフ、紐など事故につながる物品をベッドサイドに置かない配慮も必要です。

不穏状態の患者さんへの対応では、患者さんよりもスタッフの安全を優先するべきと主張しているわけでは決してありません。現場では双方の安全確保に最善の努力を払わなければいけません。ケアを行う安全な労働環境の提供は、病棟管理者と主治医が協力して当たるべきであり、病棟スタッフに対する義務と認識しています。

絶対を守るべきこととして、「患者さんの生活の質を高く保つこと」を第一にあげるべきではないかと感じた方もいるでしょう。私は、可能な範囲内で患者さんの生活の質を高く保つことが、私たちホスピススタッフの役割であると考えます。可能な範囲を超えてケアすることはできません。たとえ範囲を超えることがあっても、一時的でなければいけません。それが常態化してはいけません。常態化はケアの質の低下につながります。病棟の人員配置や建物の構造と関係づけて、提供可能なケアの範囲を捉えていく必要があります。すなわち、この意味において、患者さんの生活の質を高く保つことは絶対的とは言えないのです。ところが、家族にとっては患者さんである父親、母親、子供、兄弟などは絶対的存在です。代わりにのいない存在です。最善のケアを希望する家族に対し、提供できるケアは病棟の現状で可能な範囲に止まることを、医療者は家族に理解してもらえるように説明を重ねる必要があります。同時に、可能なケアの枠組みの設定根拠が妥当かどうかについて、常に点検しなければいけません。

## 緩和ケアの相対性理論

医療の役割は相対的だと私は考えます。「相対とは互いに他との関係をもち合って成立・存在すること」ですから、この場合の「他」として問題になるのは、前にもあげましたが、患者さんの「自律性」です。医療の役割と患者さんの自律性が衝突することは日常茶飯事です。抗がん剤治療を勧める医師と、これ以上は副作用で苦しみたくないと思断わる患者さん。黄疸なので血液検査を勧める医師と、検査はもう結構と思断わる患者さん。食べると誤嚥性肺炎が心配だからと絶食を勧める医師と、口から食べることを譲らない患者さん。このまま家に帰ったら自宅で息を引き取ることになるゆえに退院を許可しない医師と、それでもよいから帰りたいと主張する患者さんと家族。例を挙げれば、きりがなくらいです。

私は、緩和ケアにおいては医療の役割を最低限度に抑え、患者さんの意思を優先する必要があると考えています。

Bさんは70代の女性で肺がんでした。胸椎への転移による痛みで入院しましたが、入院翌日には痛みは治まりました。入院3日目からBさんはそわそわし始めました。家に帰ろうと荷物を抱え、エレベーターホールにいるところをナースに発見されました。Bさんは独り暮らしで、15年前にご主人は亡くなっています。娘さんが2人いますが、関東地方に嫁ぎました。Bさんに認知症はなく、しっかりとて、病状も独り暮らしの厳しさも理解しています。ナースからの連絡を受けた私が駆けつけて、

「これから娘さんに電話しますから、まずは病室に帰りましょう」

と説得し、その場は収まりました。長女さんに電話すると、早速翌日、来院してくれることになりました。ところが、次の日もBさんは荷物をまとめています。

「今すぐ帰る」

「娘さんが来るまで待ちましょう」

と何回か繰り返しているところに、タイミングよく長女さんが到着しました。長女さんも説得を諦め、退院することになりました。とは言うものの、医療の支援から切り離されて、がん患者さんの独り暮らしは

困難です。私はBさん担当のケアマネジャー、訪問看護ステーションのナースに急遽来てもらい、Bさん、長女さん、病棟スタッフが加わって、退院後の支援体制について話し合いました。結論として私が週1回、訪問診療すること、訪問看護師が週2回、定期訪問することが決められました。また、親しくしているBさんの友人が毎日顔を出してくれることになり、週7日、日中は切れ目なくBさんの支援が可能になりました。しかし、夜間は独りになります。退院前、別室に長女さんをお呼びし、Bさんの思いを尊重した結果としてBさんが独りで息を引き取るかもしれないし、そのことの覚悟が家族に求められると述べました。Bさんの真剣な思いを引き受けて、病院側も意向に沿うように協力したいとの言葉に、長女さんも覚悟してくれました。そして、Bさんは退院しました。

実をいうと、家に帰って実際に独り暮らしを始めればBさんは不安で音を上げるだろう、と私は踏んでいました。しかし、そうではありませんでした。訪問診療開始後1か月ほどたったある日、

「最期をここで迎えます」

と、Bさんは宣言したのです。娘さんたちはBさんのために24時間付き添いのヘルパーを雇ってくれました。経済的な負担は小さくはなかったはずですが、決断してくれたのです。退院して2か月後、Bさんは家で永眠されました。凜として生ききった姿に、私は清々しさを感じました。

患者さんの生命を守り、安全な生活環境を提供することは医療の原則です。しかし、原則が独り歩きし始めると、患者さんの意思は原則に牛耳られてしまいます。原則を貫くことに拘泥すると、医師の立場を絶対化することになります。原則を通すにしても、患者さんの自由度が制限される期間が限定され、その期間の終了後には患者さんの意思通りになるのなら、制限もやむを得ないかと思います。しかし、治る見込みのないがん患者さんの場合は、期限設定ができないのです。すなわち、原則そのものをもう一度見直す柔軟な対応が求められます。医療者はかくあるべしと頑んになってはいけません。時には医療の視点から自由になり、患者さんの自律を重視し、生活や患者さん本人の価値観の視点から、医療者自身の役割を再構成する必要があるように思います。

緩和ケアは相対で満ちています。これを緩和ケアの相対性理論と呼んでおきましょうか。

#### ④個別性と公共性のバランス

患者さんの願いをかなえることはとても重要です。痛みを和らげる。ぐっすり眠る。美味しく食べる。これらは人間としての当然の願いです。そのためにホスピスでは最善を尽くします。ところが、次のような願いはどうしたらよいでしょうか。不安な時には安心できるまでナースに付き添ってもらいたい。病室内で音量を上げて音楽を楽しみたい。好きな献立を給食に依頼したい。これらはその患者さんにとっては大切なことです。その人のために十分な病棟スタッフが確保され、防音設備のある病室があり、個別の食事を提供する体制であれば叶える願いかもしれません。しかし、このような条件が常にそろえることは、現実的には考えにくいでしょう。医療者は、「その患者さん」を大事にすると同時に、「その他の患者さん」も区別なく大切にしなければいけません。特定の患者さんに時間をかけた翌日には、前日は手薄な対応しかできなかった患者さんに穴埋めすべきです。

他の患者さんへの配慮も欠かないこと、すなわち、公共性に配慮したケアは、個別性を尊重するケアと同程度に重要だと思えます。

#### ⑤ケアの不全感

ホスピスに配属されるスタッフは熱心で真面目な人が多いのですが、それは私たちの病棟だけでなく、学会や研究会で他施設の発表を聞いていると、どの施設にも共通するようです。

「私が行っているケアは本当にこれでよいのだろうか」

という異口同音の思いが伝わってきます。自らのケアについての疑問やもどかしさ、あるいは向上心や責任感がこのように思わせるのでしょうか。このような思いをここでは「ケアの不全感」と表現することになります。

ケアの不全感が生まれる背景はいくつか考えられます。

#### 1) 緩和ケア概念の曖昧さ

ここでもう一度、WHO（世界保健機関）の緩和ケアの定義を振り返ってみましょう。

**「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」**

とありますが、短縮すると次のようになります。

**「緩和ケアとは、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」**

簡潔で的確な定義だと感じます。ですが、一字一句を見ていくと混乱し始めます。クオリティ・オブ・ライフとは何でしょうか。日本語では生活の質と訳されますが、質を誰が判断するのでしょうか。同じケアを提供しても、Aさんは十分に納得するけれど、Bさんは怒り出してしまうこともあるわけです。また、改善とは何をどうすることでしょうか。「クオリティ」も「改善」も具体性が欠けていて、何をどうすべきかをイメージしにくいではありませんか。私はいつそのこと、緩和ケアを次のように定義しなおすべきではないかと思えます。

**「緩和ケアとは、ケアの満足度を改善するアプローチである」**

「クオリティ・オブ・ライフ」を「ケアの満足度」に置き換えただけです。でも、こうすることで「満足してもらえなければ、緩和ケアにはならない」という強いメッセージとして医療者に受け取られるのではないのでしょうか。満足してもらうためにはケアの見直しが要求されます。個別性が当然の前提になります。患者さんだけでなく、もちろん家族もケアの対象に含むとお考えください。「ケアの満足度」が定義に採用されれば、緩和ケアの研修の在り方が根底から見直しを要求されるでしょう。また、カンファレンスの内容も満足度向上に焦点を絞る方向へと形を変えていくものと思われます。ケアの満足度を改善することがこれまでの私たちの最大の悩みであり目標でしたし、今後も同じだと思います。努力を継続し、モチベーションを維持し続け、その時、その場の患者さんの反応に神経を使い続けてきました。

ここでひとつお断りしておきたいのは、ケアの満足度を改善するとは救急外来のコンビニ受診のような自由奔放なケアの要求に沿うことではありません。「限界の認識」の箇所述べたように、このスタッフ、この病棟構造、この診療報酬のもとで、最大限可能なケアを提供することが私たちの使命であり、それを超える要求には、

「申し訳ありませんが、できません」

と回答するべきと思っています。



緩和ケアを患者さんの満足度改善のアプローチと定義しなおすことで、緩和ケアの目標がより明確になり、ケアの不全感が少なくなるのではないのでしょうか。

## 2) 目標設定の在り方

ホスピスに新しく配属されたナースは、最初はとても緊張するのだそうです。痛みを緩和し、心のケアに配慮し、患者さんの安寧のために最善の努力をしなければいけない、と強い責任、あるいは負担を感じるようです。ところが、患者さんが心を開いてくれず、表情が暗く、どんなに頑張っても笑顔を見せてくれない場面に出会うと、その原因を自分のケアの未熟さに求めてしまうことがしばしばあるようです。カンファレンスに参加していると、新人ナースの必死の努力に拍手を送るとともに、

「患者さんにだって、誰にも関わってほしくないと感じたり、不機嫌になったりすることがあってもよいかもしれませんね」

などとコメントします。ケアの目標設定においては、患者さん自身が感じているどうにもならないもどかしさや、独りで籠りたい思いにも配慮したいものです。ゴールは医療者が到達させたいのではなく、患者さん自身がたどり着きたい地点であるはずです。

患者さんの現実に即したゴールの設定は、一見すると停滞や後退のような関わりに対しても意義を与え、ケアの不全感を防ぐ効果があるのではないかと思います。堂々巡りに見えても、寄り添うことに肯定的な意味づけをすることでじっくりと寄り添えるようになると思いますが、いかがでしょうか。

## 3) 緩和ケア病棟の閉鎖性

緩和ケア病棟の業務はとても多忙です。しかし、この事実はあまり知られていないかもしれません。

がんの終末期は日ごとに病状が変化するため、ケアはその変化に対応していかなければいけません。家族への対応も臨機応変であるべきです。自宅での看取りを家族が決断し、急遽、院外の訪問看護ステーションや居宅介護支援センターから担当者に来院してもらい、退院カンファレンスを開催し、その日のうちに退院し、翌日、自宅で亡くなった患者さんもいます。病状変化に戸惑う家族に、1時間かけて臨時の面談を行うことも珍しくありません。予定外の対応は、業務を忙しくします。

熱心なスタッフほど他の緩和ケア病棟での研修や情報交換を望むのですが、そのような機会は滅多にありません。全国レベル、あるいは地方レベルで同業者が集まっても、ケアの実際を見るわけではないので、孤立感はなかなか解消されません。緩和ケア病棟は、当事者たちがそう望んでいないにもかかわらず、業務に追われ、結果的には閉鎖的になってしまいます。

「私達の行っているケアは、本当に今のやり方でよいのだろうか」

という疑問が常について回ることになります。ケアの不全感が軽減され、自分たちのケアが肯定的に評価される機会や場が必要とされています。

ひとつの試みをご紹介します。

日本ホスピス緩和ケア協会東北支部では、2010年度から緩和ケア研修交流事業を始めました。これは協会の会員施設に所属するスタッフが、他の会員施設で研修を受けるというものです。研修の場は緩和ケア病棟の他に、緩和ケアチームや在宅のチームも含まれています。各研修生の研修目的は、前もって研修先の施設に伝えるようにしています。緩和ケア病棟に所属するナースが他の緩和ケア病棟を見学する場合の研修の目的は、

「他の緩和ケア病棟の現状を体験して自分のケアを振り返り、ケアの妥当性を確認し、改善点を知るため」

と書かれていることが多いのです。研修終了後には簡単なレポートを提出してもらっています。その研修

レポートをまとめて、毎年、配布しています。レポート集を読むと、真摯に緩和ケアに取り組もうとする研修生の熱意が伝わってきます。他施設を見ることで客観的な視点が芽生え、自施設のケアの妥当性を確認し、他施設よりも優れた点に気づくなど、研修の意義は大きいようです。研修生を受け入れた施設側にとっても、研修生からのフィードバックを受けて、新しい気付きが生まれることも多いのです。

「あなたのケアはそれでよいのですよ」

と後押ししてくれる存在を、緩和ケアの現場は求めています。

「どこの施設でも皆、同じように悩みながら、少しでもよいケアをしたいと努力しています。

あなたも真剣に悩み、最善の努力をしているではありませんか。それで十分だと思います」と、評価してくれる存在を必要としています。肯定的なフィードバックが不可欠なのです。もちろん、課題もきちんと伝えます。しかし、コメントの基調は肯定であり、労いです。

緩和ケア病棟のナースは感受性豊かで、責任感が強く、手を抜くことをしない貴重な人材です。病棟のナースと共に仕事しながら、私はそのように思っています。熱心すぎて全体が見えにくく、部分に集中しすぎたり、優先順位が混乱したり、自責的になったり、迷いも多いのです。ナースを見守る、ぶれず、支持的で、肯定的な眼差しが必要とされています。

かくいう私自身も、同じ道をたどってきたように思います。数学の問題には正解が一つあるように、患者さんのケアにも正解と不正解がある、と無意識に信じてきた気がするのです。日本のどこかには正しいホスピスケアを提供している施設があるのだ、と何となく思ってきました。しかし、今、それは幻想だと考えるようになりました。よりよいケアを提供したい、患者さんの思いを尊重したい、みんなで真剣に話し合っ合意点を見いだしていこう、といった共通認識のあるスタッフが集まっているならばそれで十分だと思うのです。日本のどこかではなく、自分たちが所属するこのチームで、適切なケアを提供可能なはずで

す。真剣にホスピスケアに取り組むスタッフが存在し、健康なチームが形成されていれば、そのチームのケアは基本的に問題ないのだ、と私は考えています。

## (2) 限界について

ケアにおいては、医療者としてできることとできないことの意識化が欠かせません。意識化によって、「できないこと」をどうすれば補えるか、という発想が導き出されます。

ここでは緩和ケアにおける様々な限界に関する認識を述べます。

### ① 個の限界の認識

人にはそれぞれの属性があります。私について言えば、50代、男性、秋田県生まれの日本人、既婚、勤務医、クリスチャンなどの背景を持っています。そんな私には、例えば、20代、女性、中東生まれのイスラム教徒のことは理解困難です。勉強すればある程度までは理解するでしょうが、言葉の壁もあるので、理解のためには相当の時間とエネルギーを要するでしょう。

極端な例を挙げましたが、普段の病棟の出来事に絞ってみても、実は個人の限界だらけなのです。

私の眼は二つ、顔の前面についているので背後のことは分かりません。最近では老眼のせいで、目の前のものさえも見えにくくなりました。耳も二つありますが、遠くの音は聞こえません。体は一つですから、自分が病棟に不在中の出来事は、ナースに教えてもらわなければ知らぬままで終わってしまいます。すなわち、患者さんのことを知ろうとしても、物理的な限界のゆえに知りえないことが山とあることになり

ます。

病棟や外来が忙しいと、私は急ぎ足で移動します。こんな時は心の余裕がなくなりやすいものです。午

前中はよいけれど、午後4時を過ぎる頃になるとその日の疲れが出てきます。この時間帯に深い内容の面談がある時には要注意です。疲労は集中力を削ぎます。このような体力の限界もあるのです。私がうつ病になった原因の一つが、体力の限界に配慮しなかったことで、これについては先に述べたとおりです。

私の関心のもち方の傾向や、患者さんとの相性の問題もあります。私は患者さんの本音を知ろうとして、言葉の裏側に関心が向き過ぎる傾向があります。そのため、言葉どおりのメッセージを聞き逃すこともあり得ます。あるいは他の患者さんのことが気になって、目の前の患者さんに対する関心がそれてしまい、大事な話を聞き損ねるかもしれません。相性の悪い患者さんの場合には、相手の声や眼差しの微妙な変化から、心の動きを読み取ることができないかもしれません。患者さんの側でも相性の悪さを察知し、大事な話を控えてしまうこともありえます。これらは私の個性ゆえの限界といえます。

私は抗がん剤治療の専門家ではないので、その方面のことについては分からないことが沢山あります。そのために患者さんの体験した辛さを十分に受け止めきれず、患者さんの心が私から離れてしまうかもしれません。私の能力の限界です。

消化器外科医だったころの私は、自分一人ですべてを漏らさずできるようになりたいたと思っていたような気がします。冷静に考えればそんなことは無理なのですが、スーパーマン願望とでも呼ぶべき暗黙の目標設定があり、ある時はそれが私を引っ張り上げ、成長させたかもしれません。またある時は、スーパーマンでは決してない自分に直面し、落胆したような記憶もあります。

ホスピス医になって気づいたのは、個としての限界の多い自分自身の実態です。スーパーマンにはなれませんし、それでよいのだと考えるようになりました。ただし、自分には何ができて、何ができないのか。そこを意識して関わらないと、可能と不可能の間の境界線がぼやけてしまいます。境界線、すなわち限界を自覚しなければ、結果として自分の責任範囲はあいまいになります。周囲から見るとその人の役目なのに、当の本人は気づかず、結果的にケアが不十分になってしまいます。

## 個の限界の肯定的側面

能力の限界をできるだけ小さくする努力を欠かしてはいけませんが、物理的、肉体的、個性由来などの諸々の限界の存在を恥じる必要はないでしょう。神ならぬ身の必然といえます。むしろ、限界の無自覚が有害と言えます。できないこと、知らないことに気づかないと周囲を混乱させます。

限界を限界として認識することは人を謙虚にします。自分の限界を補ってくれる存在を求めますし、その人々に敬意を払うことが当然となります。すなわち、個の限界の認識は相互補完的な仕組みの必要に気づかせます。この仕組みがチームアプローチです。患者さんを全人的に把握し支援するには、個の力を結集すること、すなわちチームアプローチが必要です。チームアプローチなしでは全人的ケアは成立しないのです。

個に限界があるからこそ、我々は医療者になれるのだとも言えるのではないのでしょうか。限界の最たるものが命の限界、すなわち死です。医師である私も死ぬ運命にあるのですから、同じ命をもつ無力な存在であるからこそ、患者さんの隣に居場所が与えられるのだと思います。

## ②職種としての限界

これについては忘れられない体験があります。

A病院ホスピスに赴任して2年目頃でした。都内の国立大学医学部の学生が1日研修に来てくれました。午前中は私の回診に、午後はナースのケアに同行してもらいました。学生と2人で回診の時、患者Cさんは、

「ここに入院して、痛みがとても楽になりました。ありがとうございます」

と言ってくれました。学生の手前、私はホッとしましたし、ちょっと得意に感じたといったほうが正直かもしれません。ところが患者さんの本音は違っていたのです。午後、学生がナースに同行した時、Cさんはナースに、

「まだ、腰のあたりが痛くてすっきりしません」

と訴えたのです。これは学生にとって大きな驚きであったようです。

「患者さんは、看護師さんには本当のことを言うんですね」

と私に報告してくれました。

「とても貴重な場面に出会えて、よい勉強をしたね」

などと答えたのですが、内心は冷や汗ものでした。というより、ショックでした。立場やユニフォームの違いが、これほど患者さんの言動に影響するものなのかと驚いたのです。「よい勉強」をしたのは学生ではなく、私なのであります。医師である私はCさんの疼痛の原因を診断し、鎮痛薬を処方しました。それはある程度の効果を得ましたが、腰痛がまだ残り、患者さんの満足度は十分ではありませんでした。次に私がなすべきことは疼痛の原因を再度検討し、副作用のないことを確認した上で鎮痛薬を増量することです。このためには、「まだ、腰のあたりが痛くてすっきりしない」という情報を得る必要があったのですが、Cさんは医師である私にはそれを告げませんでした。告げなかった理由が私自身の振る舞いであれば問題ですが、そうではなかったようです。入院前に外来でお会いした時、話しやすい先生と感じてくれたことを、同席したソーシャルワーカーから聞いていたからです。すなわち、

「医師は忙しいから、余計なことを言って時間を取らせては申し訳ない」

などの気遣いや遠慮が働いて、本音を控えてしまうという事実を重く受け止めたいのです。どんなに医師が心砕いて話しやすい雰囲気を作ろうと努力しても、患者さんの側が応じてくれなければどうにもなりません。患者さんの気遣いや遠慮は、医師に対するその患者さんなりの常識であったりしますから、患者さんに責任を問うことは不適切でしょう。あるいは、

「話したって取り合ってくれないだろうから、話したくても話せない」

と、過去に出会った医師の素っ気ない対応を思い出して口をつぐむこともあり得ます。これが医師という職種のイメージゆえに生じる限界です。

患者さんに直に触れるケアの習熟度による限界もあります。

日頃より病棟でナースの動きを見ていると、彼女たちの動きの的確さにタジタジとなることがしばしばあります。終末期を迎えた患者さんがナースコールを押した場面に、たまたま回診で出会ったとします。衰弱した患者さんは意識が障害され、意思を伝えることが困難になります。辛そうにもぞもぞと動く患者さんに、

「どうされましたか」

と尋ねても答えが返ってこず、眉間のしわは深まるばかりです。そんな時、私は全くの能無しと同じです。何もできない私を助けてもらうために、私がナースコールを押します。すると、間もなくその日の担当ナースがやって来て、一瞥して事情を察し、仰向けに寝ていた患者さんをゆっくりと横向きにし、背中と腰と両膝の間にクッションを置きます。それで、患者さんの表情が急に緩み、安心したように眼を閉じるのです。ナースは寝返りさせてほしいという患者さんの思いを瞬時に理解し、実行したのです。

ナースの例を挙げましたが、他の職種にもそれぞれの独壇場があるのです。患者さんをベッド脇に設置したポータブルトイレに移す時のコツは、理学療法士が詳しく知っています。入院費用の支払いに困難を感じている場合には、医療ソーシャルワーカーの知識がとても役に立ちます。どの職種も、医師の苦手とする分野のプロフェッショナルです。万一、これらの専門家の手伝いを医師が拒むならば、職種としての医師の存在がケアの障壁になりうるのです。

## 職種の境界の肯定的側面

職種ごとに得意分野と不得意分野があります。その職種が本来持っているべき知識や技術が不十分な場合は問題ですが、職種としての役割をしっかりと果たしているのであれば、不得意分野の存在を恥と思う必要はないでしょう。知らないこと、できないことをあっさり認め、知っている人、できる人に任せたらよいのです。医師や看護師から依頼され、任されたら、他職種の人たちは責任をもって取り組んでくれるでしょう。薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、医療ソーシャルワーカーなど、私の周囲には多くのプロフェッショナルが控えてくれています。心強いのです。

職種の境界の自覚は、限界を超える能力を備えた別の職種を呼び込むことにつながり、ケアの量と質が向上します。また、それらの応援団が患者さんに関する情報を新たに提供してくれます。その結果、病棟スタッフの患者理解がよりの確になるというおまけまでついてきます。

他職種の實力を見せつけられれば、謙遜にならざるを得ないのです。本音ではちょっと悔しい思いをすることもありますが、患者さんの生活の質が上がればそれでよいのです。

### ③ホスピスのイメージがもたらす限界

ホスピスで出会う患者さんの多くは、治癒不能のがん患者さんです。がん治療中の患者さんが治療は専門病院で受け、痛みの緩和や心のケアを目的として、ホスピス外来にも掛け持ちで通院する場合がありますが、数は多くありません。治癒できない進行がん患者であれば、医療の限界を体験している人です。それゆえに、医療や医療者に対して基本的な信頼感や安心感を抱けていないのではないかと感じさせる患者さんや家族に出会うことがあります。

「前の病院では、きちんと対応してもらえませんでした」

といった否定的な評価を聞く時には、同じ医療者として、聞く私自身も心苦しくなります。自分もどこかでそのように評価されているだろうとも思います。

医療の限界を告知されると同時に、ホスピスを紹介されることが多いですから、ホスピスという名称に諦め、見捨てられといった印象がついて回ることは避けられないと思います。先に述べたように、私が医師になりたての頃は、緩和ケアはホスピスケアやターミナルケアと呼ばれていました。当時はあちこちに「〇〇ターミナルホテル」があったのですが、ターミナルケアが知られるようになり、ホテルは名称変更を余儀なくされました。死のイメージが付きまとうホテル名は、営業上好ましくなかったのでしょう。

このイメージ回避戦略は医療現場でも見られるようになり、ターミナルケアは廃れ、緩和ケアに変わりました。ところが、緩和ケアの認知度が高まるにつれて、緩和ケアは看取りのケアだと見なされるようになりました。これに対し、最近では「がんと診断された時からの緩和ケア」と説明を付記するようになりました。今後はどんな新名称が出てくるのでしょうか。

死のイメージを和らげる工夫をすれば、死がなくなるわけではないのです。死は死なのです。上等な包装紙で中身を隠してしまうような手法はもう止めるべきでしょう。死を連想させる名称であったとしても、中身が勝負なのだとして医療者は腹を括る必要があるのではないのでしょうか。提供するケアが患者さんや家族の必要に応えるものであれば、名前はどうであれ人は集まってきてくれるのだと信じています。私はそういう意味でホスピス医と自己紹介していますし、今後も変わらないと思っています。

私たちのホスピスでは、入院は患者さんの同意を前提としています。しかし、入院後によくよく話を聞くと、他に入院できる病院がないので消極的に同意した患者さんもいるのです。治癒不能のがんを喜ぶ人はいませんから、ホスピスの患者さんたちは消極的同意者と思って対応するほうがよいのかもしれません。もちろん、積極的に、自立的にホスピスを選択する患者さんも多くはなりませんが、いずれにせよ、ケアの担い手である私たちは、患者さんの複雑な思いを慮る必要があるのです。

入院前のホスピスの負のイメージは、私たちにはどうすることもできません。負のイメージの存在は、私たちの仕事がゼロからではなくマイナスからスタートすることを意味します。

仕事の第一段階は、信頼関係の構築です。入院当日の初顔合わせ（ホスピス外来では家族とのみ会い、患者さんが受診しないことも多い）が、勝負どころだと思っています。私はできるだけ口を挟まないで、患者さんに十分に話してもらおうようにしています。話すにしても、ゆっくりした口調を心がけます。はじめて足を踏み入れたホスピスなる場でいったい何が始まるのだろう、と不安でいっぱいなのは患者さんをイメージします。そして、時にはそのことを直接伝えます。

「どんな医者が出てくるだろうかとご心配だったでしょうね」  
などと、やや冗談めかして言ってみます。そんなやり取りのなかで、患者さんの緊張がほぐれることを願っているのです。

ホスピスの負のイメージをプラスに変えてもらうことが私たちの役割です。

「ここに來られてよかった」  
と感じてもらえるように、あれやこれやの工夫を繰り返すのです。

#### ④病棟の人員配置や構造による限界

病棟は常に流動的です。

私は2014年5月現在、13床の2階ホスピス病棟をS副院長と一緒に担当しています。私の担当患者数は10名前後で、入院や退院が常にあるので患者さんの顔ぶれはいつも少しずつ入れ替わります。同じ患者さんであっても、入院時は歩いていたのに1か月後にはベッド上の生活になるなど、病状は変化していきます。

入院患者さんの平均年齢は約75歳ですので、認知症の患者さんは珍しくありません。認知症の程度や症状に合わせた柔軟な対応が必要になります。また、せん妄（意識障害と様々な認知機能の障害がある状態）の場合にはベッドからの転落などの事故を防止することが重要で、常時の注意が必要です。認知症やせん妄など、特定の患者さんに注意が必要であるからといっても、他の患者さんのケアが疎かになってはいけません。常に変化する病棟の状況を見極めながら、手のかかる患者さんにも、そうでない人にも、ケアを行き届かせることが求められます。

13床に対しナースは16名、介護士は2名いますが、日勤と夜勤があり、勤務しているメンバーは日により組み合わせが異なります。病棟スタッフも人間ですから、元気な時も、疲れてヘトヘトの時もあります。もちろん、喜怒哀楽もあり、ちょっとしたことで患者さんから元気をもらったり、何気ない一言で傷ついたりもします。

Dさんは長年にわたり、人材派遣会社で新人教育を担当してきました。食道がんでホスピスに入院したのですが、がんが気管に浸潤し、食道と気管が瘻孔（トンネル）でつながってしまいました。水を飲むと食道から瘻孔を通り気管に流れ込み、ひどく咳き込みます。時には痰に血液が混じり、とても辛い状態でした。気持ちに余裕がなくなり、ナースを呼んでは、

「この病棟の対応はなっていない。接遇の基本も分かっていない」  
と叱ることの連続でした。Dさんの受け持ちのナースは、Dさんの病室に行くことが精神的に負担になっていきました。

「今日はどんなことで叱られるのだろうか」  
と考えてしまうのです。病棟ではカンファレンスを開き、Dさんへの対応について話し合いました。接遇の基本を外さないこと、症状緩和の工夫をさらに加えること、叱られることは辛いけれど、DさんにとってはDさんなりの理由があつての行動と理解すること、担当ナースにばかり負担をかけず、チームで助け

合うことを確認しました。

病棟は日々事情が変化する極めて流動的な環境です。しかし、患者さんの病状に合わせてケアの内容は変化しても、ケアの方針が揺れ動いてはいけません。また、どの職種であれ、どのナースであれ、提供するケアの方針は共有されていなければいけません。Dさんの場合のように、病室へ行けなくなったナースがいれば別のナースがDさんのケアを継続していきます。病棟の限られた人員配置で、どうすればより安定したケアを提供できるか。病棟が存続する限り、向き合わなければいけない課題です。

私は安定したケアの提供にはケアにおける限界設定が重要であると考えています。個としての限界については前述しましたが、病棟としての限界もあります。その限界の範囲内であればケアを提供できますが、限界を超えるケアは不可能であることをしっかりと認識しておく必要があります。

では、病棟としての限界をどのように設定するのでしょうか。「限界を超えている」ことの判断の基準はどのように定めるのでしょうか。実は、これらについての画一的な回答は困難と言わなければいけません。ここでは私の基本的な考え方を示したいと思います。

### 1) 病棟の人員配置上の限界

せん妄で落ち着かない患者さんに、昼夜を問わずナースが寄り添うことは不可能です。せん妄の患者さんへのケアも大切であると同時に、その他の患者さんの対応も必要だからです。このような場合にはせん妄を改善させるあらゆる努力をした上で、それでも効果が不十分な場合には家族に付き添ってもらうか、薬で患者さんに眠ってもらわなければいけません。薬はあくまでも最後の手段ですが。

さらに病棟の人員配置によるケアの限界について掘り下げてみます。

需要と供給のバランスの観点からすれば、ケアの需要が供給量、すなわち病棟の人員配置で対応可能な労働量を超えないことが必要です。ただし、ケアの需要といっても様々な内容があり、ひとまとめにすることは非現実的です。ケアの需要を絶対的需要と相対的需要に分けると理解しやすいと思います。

絶対的需要とは患者さんにとって必須の日常生活動作、すなわち、摂食、排泄、入浴などが制限されることによるケアの需要であり、それが満たされなければ、通常の生活が維持できなくなるものを言います。例えば、咀嚼や嚥下はできるけれども、上肢に障害があるために自力摂取できず、食事介助が必要な場合です。日常生活動作の制限が大きいほど、ケアの時間と労力を要します。しかし、絶対的需要に対してはきちんと対応しなければいけません。

相対的需要とは絶対的需要は満たされているけれど、さらにケアを求められる場合です。例えば、ひとりには淋しいのでナースの付き添いを願う場合です。相対的需要に対しても可能な限り対応しますが、他の患者さんへのケアとのバランスを考慮する必要があります。すなわち、相対的需要の場合には、ケアの提供を制限することもありうるのです。

需要が絶対的か相対的かの判定は、医療者側がしている点に注意しなければいけません。患者さんにとっては絶対と相対の区別はなく、すべてのナースコールが切実な必要の訴えです。医療者と患者さんのこの認識の違いを私たちは忘れてはいけません。この点を踏まえた上で、もう一度、患者さんのニーズに戻ってじっくりと考え、絶対と相対の鑑別を行うこととなります。

誤解があってはいいませんが、時間的余裕があればできるだけ相対的需要にも答えます。私が述べているのは、人員の余裕がない場合の対応に関することです。

絶対的需要は、原則としてすべて満たさなければいけません。しかし、寝たきりで全介助の患者さんが増えすぎると、病棟の対応限界を超えることとなります。全介助の患者さんが何人までなら対応可能かについて、病棟としてのおおよその計算が必要でしょう。しかし、あくまでも「おおよそ」です。思わぬ病状悪化が重なり、重症の患者さんが増えてしまうことはありますから、その時には支え合い、助け合っ

ケアを完結させなければいけません。

熟慮の上で、相対的需要と判断せざるを得ない時には、病棟の人員などについて患者さんと家族にじっくりと事情を説明します。

「申し訳ありませんが、ご希望に沿えないこともあります。できる時はしっかり頑張りますので、ご理解をお願いします」

などと伝えます。

## 2) 病棟構造の限界

患者さんの症状や行為に関連する限界もあり、病棟の建築物としての構造に基づく限界です。

大声で叫ぶ患者さんには対応困難です。もちろん叫ぶ理由や背景を十分に検討し、あらゆる対策を試みた上でも、なおかつ叫ぶ患者さんについてのことです。完全に防音可能な病室を2~3室準備しておくべきでしたができませんでした。叫び声は他の入院患者さんに届いてしまいます。

「痛くて、苦しくて叫んでいるのだろうか。私もあのように苦しむのだろうか」

と不安にさせるなど、周囲への悪影響はとても大きいのです。

病院から無断で出てしまう患者さんも対応困難です。例えば、認知症の徘徊や、せん妄による被害妄想で病院から逃げ出そうとするような患者さんです。院外に出てしまえば交通事故などの危険を防ぐことは困難です。このような場合には、精神科の閉鎖病棟と同じ構造が求められます。すなわち病棟の出入口が1か所で、かつ鍵がかかることです。ところが、このような閉鎖性は非日常的ですから、日常を重視するホスピスにはふさわしくありません。

病棟の構造上の限界を考慮して、対応可能な病状か否か、できるだけホスピスに入院する前に患者さんごとに見極めていく必要があります。

誤解のないように付け加えると、ホスピス入院後に叫び声や無断離院が始まることは極めて稀ですが、ないわけではありません。そうなったとしても、対応困難を理由に退院をお願いすることはしないと決めています。ありとあらゆる方法を試みて、事態の改善を目指します。それでも困難な時には、一時的に患者さんに眠ってもらうなどして経過を見ていくのです。

## ⑤ 家族の介護力の限界

患者さんは家で暮らしたいのですが、老人のみの世帯が多くなった昨今では、日常の様々な手助けを要する患者さんを家でみるのは現実的に困難な場合が珍しくありません。

Eさんは大腸がんで肺に転移がある80代の男性です。夫婦二人で生活しています。前立腺肥大があり、夜に何回もトイレに行きます。がんの進行で歩行がふらつくようになりましたが、Eさんは入院を嫌がり、どうしても家がよいと言います。Eさんによると、病弱な奥さんの側にいてあげなければいけないとのこと。同じ80代の奥さんはEさんがトイレに行くたびに夜も起こされ、介助しなければいけません。そんな生活がしばらく続き、奥さんは不眠症と診断され、薬を手放せなくなりました。外来受診時にご主人のいない別室でお話を聞いてみると、奥さんは家での介護はもう無理と思うけれど、ご主人には言い出せず、自分が頑張るしかないと感じているとのこと。こうなると、家で生活したいEさんの思いばかりを優先できなくなります。奥さんへの配慮も必要です。このままでは夫婦共倒れは避けられない、私はそう判断しました。

家族の介護力の限界を見定めて、時には患者さんの願いを制限する必要も出てきます。その場合に、医師は患者さんから恨まれるような微妙な立場になるのですが、専門家として引き受けざるを得ないリスクと考えます。



「あの時、医師の助言に従ってよかった」

と後に言ってもらえるであろうと、勝手に信じて前進するのみです。Eさんの場合は10日ごとに入院と退院を繰り返すことをEさんと奥さんの双方に提案し、何とか賛成してもらえました。それにより、家で生活したいEさんの希望は半分叶えられましたし、休養が必要な奥さんの願いも部分的に叶えられました。

この病状で、この家族構成で、どのような結論に誘導するのが最も妥当なのだろうか、と悩むことの連続です。

「何とかするしかない。先送りにはできないし、誰かに判断を委ねることもできない。病棟スタッフともよく相談して方針を決めよう」

と覚悟して関わることにしています。

家族の介護力の限界という枠組みの中で、その枠内でできるだけ患者さんの願いをかなえる工夫が大切です。

ホスピスケアは以上のような限界を認識し、限界を前提とした上で、今、この病状で、このスタッフで、この療養環境で、家族にも配慮しながら、最大限のケアを継続的に提供することを目指します。

### (3) 各職種について

#### ① 医師の役割

##### 1) 四つの痛みの緩和

##### 7) 身体的痛みの緩和

身体症状の緩和は医師の最も重要な役割ですから、身体症状をそのままにははいけません。四つの痛みの中で身体的痛みが最も取り扱いやすいのですから、なおさらです

疼痛緩和については沢山の本が出版されていますので、そちらをお読みください。ここでは私の経験則を述べてみます。

がん疼痛緩和は医療用麻薬、非麻薬性鎮痛薬、鎮痛補助薬をいかに使いこなすかの問題です。上手に使いこなすには痛みの原因を診断すること、薬剤の特性を知ること、鎮痛効果を評価することの三点が重要と考えています。

痛みの原因を診断する上で第一に考えることは、神経障害性疼痛（がんの浸潤などにより神経が障害されて生じる痛み）の成分が含まれているか否かを見極めることです。がんの局所での浸潤と、遠隔転移の状態を可能な限り画像で把握しておきます。脊髓圧迫を疑う場合には、MRI画像が欲しいところです。頸部、鎖骨付近、骨盤などの神経叢は必ずチェックします。知覚や運動の麻痺の有無は神経障害に関する重要な情報であり、診察で見逃さないように心がけます。開胸手術後の肋間神経損傷は時々見かけるので、これにも気を付けます。以上で問題なければ神経障害性疼痛は除外できる可能性が高くなり、少し安心できます。なぜなら、侵害受容性疼痛（通常の疼痛）であれば、医療用麻薬や非麻薬性鎮痛薬で十分に対応できるからです。ただし、神経障害性疼痛であっても、大部分は侵害受容性疼痛の成分を含んでいるので、医療用麻薬をきちんと処方しなければいけません。

骨転移の部位と疼痛との関係を確認することも重要です。骨転移痛であれば放射線照射を考えます。ただし、照射の場合には予後が月単位であることを確認する必要があります。予後週単位の患者さんに照射すれば、照射の負担が増えるだけで、かえって患者さんを苦しめることになりかねません。照射の恩恵を確かに受けることができるよう、照射決断のタイミングを逃さないようにしなければいけません。

消化管の蠕動による痛み（蠕動痛あるいは痙攣痛）は医療用麻薬が効きにくいので、ブチルスコポラミン臭化物（ブスコパン）などの蠕動抑制作用のある薬剤を使います。

薬剤の特性については、投与経路、投与後最高血中濃度に達する時間、副作用などについて知っておき

ます。

鎮痛効果の評価は最も重要と思います。薬剤の血中濃度と鎮痛効果の関連を見るようにします。例えば、医療用麻薬の定時内服時間になると必ず痛くなる場合は安心するべきです。血中濃度の低下で痛いのですから、二つのことが分かります。ひとつは、その痛みは医療用麻薬が有効であること。もうひとつは、増量すれば鎮痛できることです。

レスキュー（鎮痛薬の臨時追加投与）の効果の確認がとても重要です。レスキューが有効ならば、翌日に前日の追加投与量を上乘せして処方すれば疼痛は必ず緩和されるはず、と考えます。

レスキューには即効性の薬剤を、それも十分な量（1日投与量の10～20%相当量）を使用することが重要です。レスキューの投与量が少なすぎると有効な薬でも鎮痛効果が得られず、「無効」と誤判定してしまいます。その結果、本当は有効な薬剤を無効と判定し使用を中止すれば、大切な医療用麻薬を1種類、無駄に失うことになるのです。

医療用麻薬の種類によってレスキューの効果に差が出る時があります。フェンタニルの持続静注の患者さんにフェンタニルのレスキュー投与をしても十分な鎮痛効果が得られないため、レスキューとしてモルヒネの点滴静注をしたことがありました。効果は劇的で、疼痛は消失しました。その後、フェンタニルを中止し、モルヒネ持続静注に切り替えたことは言うまでもありません。このようにレスキューの効果判定が鎮痛剤の変更につながることもあるのです。経験的に医療用麻薬の中で、私はモルヒネを最も信頼しています。

前日まで有効だったレスキューが、突然に効かなくなることがあります。多くの場合は病状悪化が伴い、意識障害や全身倦怠感が混在し、純粋ながん疼痛でなくなっているのです。全身倦怠感にはレスキューは効きません。レスキューを繰り返すことで、眠気が生じ、入眠することでやっと症状が治まる場合は、間欠的鎮静（鎮静とは症状を緩和する目的で意図的に意識レベルを低下させること）の適応と考えるべきでしょう。

持続皮下注の場合ですが、留置針を差し替えた後にレスキューの効きが悪くなったことがありました。不思議に思って診察してみると、注射針が浮腫のある大腿部に留置されていたのです。これでは薬剤が吸収されにくく、鎮痛効果は弱まって当然です。浮腫のない前胸部に差し替えることで問題は解決しました。持続皮下注の場合には、薬剤の吸収を考慮して注射部位を選ぶ必要があるのです。

鎮痛効果だけではなく、副作用についても確認が必要です。副作用に格別の配慮が必要な患者さんの場合には、副作用が出ないことを鎮痛効果よりも優先します。優れた鎮痛効果があっても、つらい副作用を一度体験すると患者さんはその薬剤を拒絶してしまいます。使用可能な医療用麻薬の種類が限られている現状では、大事に使わなければいけません。お見合いでは第一印象が大切なようですが、患者さんに医療用麻薬と好条件でお見合いしてもらおうような配慮が欠かせません。

#### 1) 心理的痛みの緩和

身体的痛みが引き起こす不安や不眠などがとても多いので、心理的痛みに対処する前に、体の痛みを徹底的に緩和することがとても重要です。身体的痛みが取り除かれれば心は安定し、患者さんは本来の自分を取り戻していきます。がん患者さんは、がんになる前には社会人として普通の生活を送ってきた人たちです。それはすなわち、様々な喪失体験を乗り越えてきたことを意味しますし、がんの進行という状況下でも、試練への耐性がその人なりに獲得されていると考えるべきでしょう。患者さんは困難を乗り越える力を元々持っている、と思うようにしています。

医療者の心理的ケアによって不安が軽減する面は確かにありますが、患者さん本来の実力が何らかの障害物の存在によって発揮されていなかっただけなのだ、と捉えるべきかもしれません。すなわち、心理的

痛みのケアは、患者さんが潜在能力を発揮できるようなきっかけを与えるものと言えるでしょう。

どうすればそのようなきっかけを提供できるのでしょうか。それは患者さんに十分に思いを話してもらうことであり、患者さんの思考や感情を、こちらの心に響かせるようにして受け止めることだと思います。聴くことは癒すことでもあるのです。聴いてもらい、理解してもらった体験を通して、自分は孤独ではない、自分は自分のままでよいのだ、と患者さんの心に深く刻まれるのではないのでしょうか。

心理的痛みのケアの中心が傾聴であるならば、心理的ケアの提供者を精神科医や臨床心理士に限定する必要はなくなります。聴く力のあるナースや医療ソーシャルワーカーを沢山知っています。現場はそのような人材が豊かなのです。がん患者さんの心理的変化は、常態心理の範疇であって、病態心理ではないことが多いのです。もちろん、重度の抑うつや不安、せん妄といった病態下では専門家の支援が必要なことは言うまでもありません。

がん患者さんの心理は身体的な変化に伴って変動することが多いのですから、患者さんが心理的危機を体験する場面は、ある程度まで想定できます。それは例えば、歩行、排泄などの日常的な基本動作が困難になった時であり、特に配慮が必要です。そのような時には患者さんにかかる言葉を探すのに苦労します。歩行介助を提案したり、リハビリテーションの専門家から動作法の助言を受けたり、いくつかの対応は考えられます。また、予測される困難について、前もって説明する方法もあります。しかし、困難を体験し、受け止め、次の振る舞いを決定するのは患者さん自身です。私たちにできることは、患者さんから SOS が発せられた時に、すぐに駆けつけることができるように見守り、備えておくことです。それでよいのだと私は思います。

#### ウ) 社会的痛みの緩和

社会的痛みのなかで、実効ある介入が可能なのは社会資源の活用に関する問題で、ソーシャルワーカーが担当します。介護保険の申請手続き、高額医療費の減免制度の活用、身体障がい者手帳の申請などがそれに当たります。私も制度の名前くらいは知っていますが、詳細については無知です。医師としての役割は制度の存在を知っていること、制度の恩恵を受けることができる人を見逃さないこと、制度が該当するような患者さんが居たら、ためらわずに医療ソーシャルワーカーに介入を依頼することです。家で生活したいのに在宅医療の制度が分からなければ、在宅生活に不安を抱えます。この場合にもソーシャルワーカーやケアマネジャーに依頼して、情報提供をしてもらいます。適切な専門家につなぐことは医師の大事な役割です。

家族間の問題も社会的痛みです。嫁・姑関係の困難をはじめとして、家族に関連した悩みは誰にもあるものと考えてよいのではないのでしょうか。プライバシーの尊重は大事ですし、人様の家に土足で踏み込むような非常識は避けなければいけません。ですから、家庭内の人間関係を話してくれた人の聞き役に徹することが、医療者にできるすべてかもしれません。

「ご苦労が多いですね」

「ここはちょっと我慢かもしれませんね」

などと、労いや差しさわりのない助言ならば可能でしょうか。

医療者ではどうにもならない問題については、そのことで患者さんが苦しんでいることを私たちは知っていること、苦しみながらも精いっぱい頑張っておられると私たちは思っていること、手は出せないけれど心から応援していることなど、医療者側の思いを患者さんや家族に伝えることが大切だと思います。

#### エ) スピリチュアルな痛みの緩和

私がスピリチュアルケアに関与できるかどうかは、患者さんが私を選んでスピリチュアルな思いを打ち

明けてくれるかどうかによります。この医師は話しやすい、話をじっくりと聞いてくれそうだ、と感じてもらえる雰囲気作りが重要です。

外来の初診時や入院当日など、最初が肝心です。身体症状の確認だけではなく、患者さんの感情や入院に至るまでの困難などに焦点を合わせた会話を心がけます。

「体以外のことで気になること、どうすればよいか分からないことなど、どんなことでも私でよければ話してください」

と伏線を敷いておきます。

スピリチュアルな痛みに対しては医師としてではなく、一人の人間として対処します。自分の死生観が問われるのだと、覚悟してベッドサイドに座ります。もちろん、自分はどう考えているかを披歴することは極力控えます。患者さんの思いをひたすら聴きます。聴いたことを言葉にして返します。

「そうですね、何も意味がないような気がしているのですね」

「なぜこんな思いをしなければいけないのか。そんなお気持ちなのですね」

などと、患者さんの思いを一緒にたどっていきます。時には患者さんのストーリーをまとめて、確認します。

「誰も見舞いに来てくれないので、とても寂しく感じておられるのですね」

「今回の病気になったのは罰が当たったからだ、と感じるのですね」

などと、こちらの理解の正しさを相手に確認するとともに、きちんと話を聞いていることを伝えるのです。時には、核心的なことに一步踏み込みます。

「先ほど罰とおっしゃいましたが、差支えなければ、そのことについてもう少し話していただけますか」

「生きる意味というのは、人の役に立つことだと考えておられるのですね」

といった質問です。無理のない範囲で、患者さんの価値観を言語化してもらおうと試んでいます。

スピリチュアルケアでは、ここに至るまでの患者さんの生き方、考え方を理解するように努力します。さらには、現在のスピリチュアルペインをどのように受け止め、対処すべきなのかについて、患者さん自身に考えてもらいます。医療者は患者さんの魂の扉をこじ開けようとせず、患者さんが自発的に扉を開けてくれるのを待つことが大切だと思っています。開けてもらえたら、最初の部屋に入らせてもらいます。そこでしばらく待ち、次のドアが開いたら、時にはタイミングを逃さずに素早く、時にはゆっくりと次の部屋に進む。そのことの繰り返しだと思います。

患者さんとの会話については、どこまでスタッフ間で共有してよいかを確認しておくことが大切です。心の奥底を開いてくれたのはその人に対してであって、他のスタッフに対してではないのですから。情報の取り扱いには細心の注意を払います。

## 2) 鎮静の是非について

鎮静について、私には苦い経験があります。

外旭川病院ホスピスに赴任後2~3年の頃だったと思います。予後数日と思われる患者さんが、強度の全身倦怠感を訴えました。この時期の全身倦怠感は緩和困難な場合が多いのです。症状緩和では症状を和らげつつ意識を清明に保つことが原則ですから、痛みは消失しても患者さんが鎮痛剤の作用で眠ってしまったのでは、ケアに対する満足度は低くなります。ゆえに、意識が清明で、かつ痛みがないことを治療目標とします。ところが予後数日の場合には、意識を保ったままでの症状緩和が難しいのです。結果として、眠ってもらうことで苦痛から解放する方法を用い、これを鎮静と呼びます。医療者としては鎮静を避けたいのです。鎮静以外に緩和方法がないから、やむを得ず、仕方なく鎮静を選択することになるのです。

話をもとに戻しますが、その患者さんに鎮静をすることの是非をチームで話し合いました。主治医の私

は鎮静以外の対応方法をいくつか挙げ、それらはすべて患者さんの現状では無効であることを説明しました。そして、チームとして鎮静を行うことで決着したのです。そのような経過の後、患者さんが亡くなって数日たったある日、

「あの鎮静は本当にあれでよかったのか疑問だ。できればしたくなかった」

というあるナースの声が私の耳に届いたのです。これは私にとって、大きな衝撃でした。カンファレンスではその場にいたメンバーすべてに意見を求めたのです。もちろん、そのナースも参加していました。その時には鎮静に反対するスタッフはいませんでした、表面上は。私はそれを、「鎮静に賛成」と判断しました。

この苦い経験の後、ナースと話し合い、カンファレンスの出席者全員が鎮静の是非に関する意思表示を明確にする方針に変更しました。「賛成」、「反対」、「よく分からない」の三択で、挙手してもらうことにしたのです。この方針に対し、はじめはナース側の戸惑いがあったようで、すんなりと賛成してもらえませんでした。しかし、話し合いを重ねて、なんとかこちらの意見を理解してもらうことができました。鎮静は医師の独断専行があってはいけない事柄です。ナースの個々の意見の重さを十分に理解して、チームをまとめながら鎮静の是非を判断する役割が医師にはあると思います。

鎮静の是非の判断では三者の合意が重要です。

患者さんの意思確認が第一です。なかには入院直後から、

「最期は苦しまないように眠らせてください」

という人もいますが、少数です。多くは、病状の進行を体験していくなかで、

「少し休みたい」

と患者さんから言い出します。あるいは、体が辛いけれどどうしたらよいか分からない患者さんに、ナースから、

「お薬で少し休んでみませんか」

と、勧めます。ここで医療者の判断を強制してはいけません。眠りたくない患者さんもいるのです。睡眠薬を使うことに不安を覚える場合がしばしばあります。意識障害が進行し、はっきりした同意を得ることが難しい場合には、

「このままだと辛いので、お薬を使って少し休みましょうね」

と声をかけて、拒否がないことを確認するように努めています。

家族の意思確認が第二です。患者さんが高齢で、家族が十分に介護してきたと感じている場合は、鎮静に対する家族の同意が得やすい傾向があります。しかし、親一人子一人の家族の場合や、若年の患者さんの場合には、家族は鎮静についてとても大きな葛藤を体験します。医療者側が苦痛緩和には鎮静以外に方法がないと判断していても、家族も同じ思いになるには納得のための時間や体験が必要なのです。家族が不在時にせん妄などの辛い症状が出る場合には、家族に付き添いをお願いし、患者さんの様子を実際に見てもらい、鎮静の必要性を納得してもらうように工夫することもあります。

鎮静の継続の是非も問題です。はじめは一定時間経過後に鎮静薬を中止し、覚醒してもらいます。これを「間欠的鎮静」といいます。覚醒した時に鎮静導入前の辛い症状が緩和されていけばよいのです。最初のうちは間欠的鎮静で症状緩和されるのですが、時間経過とともに病状が悪化します。間欠的鎮静から覚醒した時に、鎮静前の辛い症状に再び悩まされる日が必ずやってきます。その時には間欠的鎮静から持続的鎮静に切り替えるのですが、切り替え時にも原則として本人の意思確認が必要ですし、家族からは必ず同意が必要です。ここで再び葛藤が生じます。持続的鎮静に踏み切れない家族には、覚醒時の患者さんの状態を見てもらい、どのようにすべきかを一緒に考えます。持続的鎮静の切り替えにも、家族の納得のための時間が必要なのです。

第三番目は病棟スタッフ間の同意です。安易な鎮静に走らないための倫理的ブレーキ役がカンファレンスです。鎮静以外に緩和方法が本当にないのか、予後はどの程度か、患者さんと家族は鎮静に同意しているのかなど、検討シートを用いて重要項目をチェックします。

スタッフのなかに鎮静に反対の意見があれば、その時点での鎮静は見合わせます。患者さんの状態変化を観察しながら、鎮静の妥当性を繰り返し検討していきます。

鎮静に消極的に賛成しつつ、ナースは、

「鎮静以外にもっとよい方法があるのではないか」

と悩みます。悩むスタッフがいてくれることは、ある意味、チームが健全な証だと思えます。そのような場合には、患者さんの症状、病態、これまでの治療経過を振り返り、鎮静せざるを得ない状態であることを、医師の立場から詳しく説明するようにしています。また、ナース同士で話し合っ、気持ちの整理をする配慮も必要です。

ここまでは医師がナースに鎮静の必要を説明する場合について書きましたが、もちろん、その逆もあります。医師は鎮静がまだ不必要と思っても、ナース側では必要を感じる場合です。「鎮静はまだ不要」という判断は、「鎮静以外の方法で苦痛が緩和されている」と医師がみなしていることを意味します。このような医師とナースの判断の食い違いは早急に解消しなければいけません。苦痛緩和の評価をやりなおし、患者さんにとって最善になるようにチームで対応を話し合います。多くの場合、私はナースの判断に従います。ナースの理解力、把握力は確かです。観察の細やかさ、判断の的確さを備えたメンバーはチームの宝です。

### 3) 全人的視点を提示する役割

患者さん一人ひとりについて、全人的な視点からの評価を怠っていないかと注意を喚起し、基本を忘れないように声掛けすることが私の大切な役割と思っています。

いろいろと訴えてくる患者さんには、必然的に対応がきめ細かになります。注意を要するのは病状が安定し、かつ訴えの少ない患者さんへのケアです。例えば、高齢者で、食事は自力で摂れるけれどベッドから離れることはなく、認知症はあっても軽く、痛みは緩和され、おむつの処理などの排泄介助がケアの中心で、それ以外にはあまり手がかからないような患者さんです。このような場合には、他の患者さんの対応で忙しくなると、つついケアが後回しになってしまいます。その結果、関わり方が浅くなり、全人的なケアとは言えなくなります。

Fさんは90代の女性で、まさにそのような状態の患者さんでした。痛みもなく、病状は安定しています。娘さんが2人いるのですが、夕方になると、毎日のようにどちらかがFさんに会いに来ていました。見舞いに来た長女さんに、

「いつもご苦労様です。本当によく来てくださるので、お母さんもご安心ですね」と声をかけました。それをきっかけにしてFさんの過去を知ることとなったのです。

長女さんは子供の頃から整形外科的な障がいがあり、地域の病院に入院を繰り返していたようです。ところが、入院生活が長期になっても改善の兆しがないため、この病院ではだめだと判断したFさんは行動の人でした。Fさんの側から病院に退院を宣言し、その足で長女さんを連れて列車に乗り、都内の整形外科に入院させ、治療した結果、長女さんの状態は改善したのだそうです。

病室で見かけるFさんは無口で穏やかな人柄で、「手のかからない患者さん」でした。長女さんのお話を聞くまでは、失礼ながら、物静かな寝たきりの高齢者でしかありませんでした。ところが、お話の後は、見事に子供さんたちを育て上げ、母の強さを発揮して家庭を守ってきた人と理解できました。そんなことをきっかけにして、Fさんと子育てなどについて話すことが多くなりました。

「子供だと思って、いい加減に扱ってはだめだよ。相手はこっちをちゃんと見ているものだよ」  
Fさんの忠告は、子育て中の私がまさに必要としていたものでした。

「そうなのですね。子供だからって軽く扱ってはいけないのですね」  
と感謝しました。教えていただいてありがたかったです。

ホスピス医の特権のひとつは、このような人生訓を大先輩から、直接に、それも授業料なしで聞かせてもらえることです。こうなると、どちらがケアされているかが分からなくなります。ケアする立場にいたと思っていた自分が、いつの間にか患者さんから励まされ、力をいただくことになるのです。

Fさんのような患者さんは沢山います。きちんとお話を聞かずに、身体のケアに終わりがちになりますから、「全人的、全人的・・・」と呪文のように唱えて、心理、社会、スピリチュアルの領域を忘れないように、と自戒している次第です。

#### 4) 病棟スタッフへのインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントとは、患者さんや家族に十分に情報を提供し、コミュニケーションを行った上で、治療や検査などの方針に関する同意を得ることです。これは患者さんや家族への対応の基本と位置づけられていますが、病棟スタッフ間でもインフォームド・コンセントが重要だと心に留めたいと思います。患者さんの痛みの部位、その部位が痛む病態的な背景、予測される鎮痛薬の効果などについて、ナースに対して入院時にできるだけ情報提供します。入院後の経過で、痛みは改善したけれど、せん妄症状が出たとします。その場合には必要な血液検査などをした上で、せん妄の原因検索、薬物療法、夜間睡眠の確保、安全確保上必要と思われることなどについて、カンファレンスでスタッフに伝えます。間違った見解だったと後に判明することもあります。間違いと分かった段階で早めに訂正し、新たな対応を示すように努めます。

ナースへのこうした説明の繰り返しや意見交換は、互いの信頼感を高めてくれます。時には分からないこと、判断がつかないこともあります。分からない理由や今後どのようにするつもりかを伝えればよいのです。もちろん、疑問や意見に対しては丁寧に答えます。そして、スタッフからさらに優れた意見が出れば、主治医は自分の意見を修正していきます。そして、チーム全体として、最終的な結論で一致する方向もっていきます。

こうしたやり方には時間がかかりますが、スタッフが納得し、同じ思いでケアに当たるためには欠かせないプロセスだと思います。慣れてくればスムーズに動きますし、ケアの質の向上にもつながります。何が問題なのかが明確になるので、患者さんや家族からの苦情も少なくなるように思います。

しかし、最初からこのように対応していたわけではありません。私がA病院でホスピス医になりたての頃、ナースからの質問は治療の方針や今後の見通しに関するものが多かったような気がします。私の回答はしばしば自信がなく、曖昧でした。例えば、吐き気で苦しむ患者さんについて、

「この吐き気の原因は何ですか」

「今後どのように対応していくつもりですか」

と問われ、

「この嘔気はモルヒネの副作用かもしれないし、病状についての不安も多い患者さんなので、心理的な要因も背景にあるかもしれないし・・・」

「もう少し様子を見ましょう」

という具合です。歯切れが悪く、結論のない回答は周囲を混乱させてしまいます。誰よりも、答えた私自身が落ち着きません。

「私たちは今のあなたの説明には納得していないわよ」

と訴えるかのようなナースたちの視線が突き刺さる感じがしました。こんなことの繰り返しのなかで、私は少しずつ打たれ強くなったのではないかと思います。きちんと答えられない悔しさをバネにして、勉強すればいいだけだ。視線が痛いと感じられるだけまだよいではないか。ナースではなく、自分自身を納得させようの回答を探そう。そんなふうに関わり合いに言い聞かせることの連続であったように思います。そんな私でしたが、知識を得て、臨床で体験して、自分なりの感触を得ることを繰り返すうちに、いつの間にか自分の見解を言えるようになったようです。

「患者さんの〇〇という訴えは、□□を意味すると思う。その理由は△△だからである。よって、この場合は××で対応するとよい結果になるのではないと思う」

と、できるだけ明確に伝えるように心がけています。とにかく見解を伝えることをおろそかにできないと思います。

#### 5) 見通しをスタッフに告げる

臨床では、今、ここで起こっていることへの即座の対応が求められますが、その後の経過についてもある程度の見通しをもち、それをスタッフ間で共有することがケアの安定化につながります。

常に予後を評価する視点をもちながら、現在のケアがどの程度続くのかをコメントします。そのケアが人手を要し、患者さんの心理面へ多くの配慮が要求され、家族の説明にも長時間を必要とするような場合には、スタッフの負担を予測し、ケアの継続にも配慮して、見通しを伝えることがとても重要です。予後が長ければ、長期的サポートが可能になるような勤務体制を工夫しなければいけません。一方、予後が短ければ、お別れの日まで全力のケアを継続するのみです。

身体的痛みの緩和の場合も見通しは大事です。痛みが強いほど患者さんは苦しみ、緩和されるまでスタッフも不安を抱えることとなります。そんな時に、

「この痛みにはレスキューが有効だから、鎮痛薬を漸増させていくうちに、間違いなくおさまると思います」

とか、

「骨転移はないし、神経障害性疼痛でもなさそうだから、緩和できるはずですよ」

などと説明しています。見通しがあれば、スタッフは腰を据え、腹を括ってケアに臨めるのではないのでしょうか。

#### 6) スタッフからの情報を漏らさず受け取る

患者さんに関する情報は、圧倒的にナースや介護士が握っています。患者さんに接する時間の長さは、医師の比ではないことがその理由のひとつです。医師の10倍、あるいはそれ以上の時間、ナースは患者さんの側にいるでしょう。さらには、医師の前では緊張しても、ナースの前では本音を打ち明けてくれる患者さんが多いように思います。同じ5分間、患者さんと過ごし、医師は痛みの有無を把握する程度しかできなくても、ナースの場合にはそれに加えて、痛みを恐れながら生活しなければいけない煩わしさ、薬の副作用についての不安、痛みが消えたうれしさなど、患者さんの思いを沢山受け止めてくれることが多いと感じています。ナースや介護士が提供してくれる患者情報がなければ、患者さんの全体像は描けず、ケアは的外れになってしまいがちになります。

Gさんは80代男性、肺がんによる咳が辛くて入院しました。1日量でモルヒネ5mgを内服してもらったら、入院翌日にはほとんど咳は治まりました。食欲も出てきました。しかし、Gさんの表情は冴えません。経験上、辛い症状が改善すれば患者さんの表情はがらりと変わることがほとんどです。入院前とは別人のように明るくなります。ところが2日たっても3日たってもGさんは思いつめたような表情をしてい



ました。このような場合、Gさんにとって大事な問題が解決されていないと考えたほうがよいのです。入院5日目、担当ナースが、家に帰りたいと息子さんに話しているGさんを見かけました。

「退院したいのだ」

と知った彼女は、主治医の私に即座にその情報を伝えてくれました。それでやっとGさんの表情の意味を理解し、私は納得できました。Gさんにとって、入院生活は不本意なのです。話はどんどん進み、その日のうちにGさんは爽やかな笑顔で退院しました。

ナースゆえにとれた情報だとも思います。私の姿を見た場合には、Gさんは家に帰る話などさっと切り上げて、話をそらした可能性は高かったであろうと思います。入院をお願いしておきながら、よくなったらずぐに帰るでは虫がよすぎると律儀なGさんは考えて、私には遠慮したのではないかと思っています。

このように、ナースの情報がその後の展開を大きく変えるきっかけになることは少なくありません。スタッフそれぞれが情報収集のアンテナをピンと立てて、感度をよくしておかなければいけません。

#### 7) 患者さんの喫緊の課題を明確に伝える

スタッフから情報をもらうだけでは一方通行になり、医師の役割が見えてきません。患者さんごとの今、この時の問題点は何なのかを、できるだけ明確に伝える努力が医師には求められます。

当ホスピスの入院患者さんの平均年齢は約75歳ですから、入院当日の夜は要注意です。病院という馴染みのない環境に入れられた高齢の患者さんは、認知の枠組みがずれてしまうことがしばしばあります。夜を朝としたり、病院を家と勘違いしたりするのです。20年前に退職した役所に出勤するために、深夜に身支度を始めることもあります。足腰が弱っていることを忘れる場合も多いので、混乱の中で転倒したり、助けを呼ぼうと叫んだりすることもあります。

入院前の情報収集がとても大切です。がん患者さんであれば、過去に入院経験のある人がほとんどです。以前の入院生活で何か問題のあった患者さんは、今回も同じことが起こると考えることにしています。また、高齢患者さんの入院カンファレンスでは、夜間の事故防止が重要であることをその都度確認するようにしています。主治医のコメントが日勤ナースを通して夜勤ナースに伝えられます。その結果、夜勤ナースは要注意の患者さんの観察を密にします。しっかり眠っているのかと、その患者さんの病室を見回る回数を増やすのです。

チームメンバーが何に注意すべきかを、患者さんごとに、局面の変化ごとに明確にしていく役割が医師にはあると思います。医師が注意点をはっきり伝えることは、チームワークにとって欠かせない要素とって心がけています。

#### 8) チーム全体を見渡す役割

チームメンバーは専門性も個性も異なります。思い描く緩和ケアにも多少の個人差はあるでしょう。チームが内包する様々な差異は、チーム分裂の火種ではなく、提供されるケアに幅と厚みを持たせるものとして肯定的に捉えたいと思います。差異をよい方向に導くためのキーワードは、「民主的」ではないでしょうか。民主とは、

「自由平等の原理に基づいていること」

と大辞林に記載されています。患者さんの満足度を向上させるという共通の課題の前では、医師もナースもソーシャルワーカーもボランティアも横一線に並んでいると思います。医師が処方箋を書き、薬剤師が調剤し、ナースが与薬するという役割分担はあります。でも上下関係ではありません。医師が適切な量の医療用麻薬を処方できるかどうかは、ナースが集める患者さんの情報にかかっています。レスキューがきちんと効いているのか、余計な副作用で患者さんを苦しめていないかなど、患者さんの最も身近にいるナ

ースが最も的確に患者さんを知っているのです。

自由と平等を最も問われる場はカンファレンスです。特に司会役が重要です。特定のスタッフの発言が強すぎることもあれば、意見を言えないスタッフもいるのです。強すぎる人を制し、控えめな人の発言を励まします。議論が偏らないようなバランス感覚も求められます。患者さんのケアについて議論すると同時に、ケアするスタッフの負担感にも配慮を忘れないことが大事だと思います。

重症度の高い患者さん、転倒・転落などのリスクが大きい患者さん、精神的動揺が大きい患者さん、病状を受け入れきれずに苦しむ家族などが同時に病棟に存在する時期は、病棟の仕事量は通常の2倍、3倍、あるいはそれ以上になるでしょう。限られた人数での仕事ですから、定刻で仕事が終わらず残業になります。短期間のことであればなんとか乗り切っていけるのですが、常態化とは言わないまでも、このような状況が続くとスタッフは必ず疲弊します。疲弊は医療事故やケアの質の低下につながります。スタッフの疲弊度をその都度、把握しておくことは師長の大切な役割ですが、医師にもそのような視点が求められます。

以上に述べたように、カンファレンスの場や日常業務の中で、医師や病棟師長がチームメンバーの動きや関係性を注意深く見守っていく必要があるのです。そして、気になるスタッフがいた時にはタイミングよく声をかけ、個別の面談を設定します。医師は師長や主任と時々ミーティングをもち、スタッフケアの在り方について意見交換をしておくべきでしょう。

## 9) 労務管理上の役割

病棟スタッフにとって、ケアは労働でもあります。勤務時間という枠組みの中で、どれだけの労働量をこなせるか。ケアの質を議論する前に、ケアの量についての認識が欠かせません。

医師の一日の業務量は、その日の新入院の有無、外来患者数、長時間の面談の有無、診断書や処方箋の発行枚数などにより定まります。もちろん、受け持ち患者数が多く平均在院日数が短いほど忙しくなります。忙しくなりそうな日は、朝から朝までそれなりの覚悟をして病棟に足を踏み入れるのです。量をこなしつつ、できるだけケアの質を高く維持するために、医療者は日々格闘していると言えましょう。

病棟の他の職種、特にナースの仕事量についても、私はできるだけ把握しようと考えています。適度に忙しいのは望ましいのですが、そんなに都合よくいかないのはこの世界も同じです。ナースの朝の申し送りに同席し、夜勤者の仕事量を推測します。仕事量の目安のひとつは、休憩時間の長短です。二交代勤務では夜勤者は法定の2時間の休憩をとらなければいけません、実際にどれだけ休めたかが問題です。休憩時間が無いに等しいほど忙しい夜もあります。医師としてはご苦労さまと労うのはもちろんですが、とても申し訳なくも思うのです。医師の対処の適否が夜間のナースの業務量に直結することもあるからです。例えば、患者さんがなかなか眠れず、ナースコールが多くなるような場合は気になります。眠れぬ原因が痛みではないか。疼痛緩和が不十分だとすれば、それは私の責任です。もしも不安が原因の不眠でならば、昨日の日中の私の対応が不十分だったために不安が解消されなかったからではないか。あれこれ考えます。患者さんが夜ぐっすり眠ることは、患者さん自身にとってのみならず、病棟運営の観点からもとても重要なのです。

患者さんは、信頼しているナースが夜勤の時を選んで、スピリチュアルな話をする傾向があるようです。ナースはベッドサイドに座り、じっくりと時間を共有します。他の患者さんのことも気にはなるけれど、今、この時は、この患者さんのお話を聞かせてもらおう。もう一人の夜勤ナースや、夜勤の介護士に他のことは任せよう。そのような判断のできるスタッフは病棟の宝です。スピリチュアルケアの多くの部分を夜勤者が担ってくれています。このように限られた労働時間をどのように配分するかは、スタッフ個々人の患者理解と、スタッフ間のチームワークで決められていきます。

時には労働力の絶対量が明らかに不足する事態も起こりえます。病欠者が出たり、家族の急用で欠勤が生じるような場合で、師長が勤務を調整したり、他病棟から応援を依頼したりすることで何とか切り抜けてくれます。急場をしのげればよいのですが、時には月単位でスタッフ不足が生じることもあります。

「この状態がいつまで続くのだろう」

「管理者は欠員補充のために動いてくれているのだろうか」

など、スタッフに不安が広がりやすくなります。このような場合はスタッフへのインフォームド・コンセントが重要です。

私たちのホスピスでは、ホスピス運営会議という名称で、診療実績の報告や困りごとなどについて話し合う場を持っています。病院長、事務長、看護部長、ホスピス医、師長、医療ソーシャルワーカーがそのメンバーです。ナースの人員不足や疲弊も議題になります。ナース不足は医療機関の共通の悩みで、募集してもすぐに集まるものではありません。即座の解決は困難なことが多いのですが、そこで重要なことは、現場の声をしっかりと病院の管理部門に上申していることを病棟スタッフに説明することです。管理部門からの回答も合わせて伝えます。そのような経緯の共通理解は共に働く上で欠かせません。

#### 10) 緩和ケアの専門性について

緩和ケアとはケアの満足度を改善するアプローチであることをすでに述べましたが、同時に、緩和ケアは人間理解のプロセスを含んだ言葉です。患者さんの抱える問題を患者さんの視点から理解し、緩和するように努めます。

人の理解の方法論として四苦悩論について説明しましたが、四苦悩論は緩和ケアの専門性に直結しています。四苦悩論が緩和ケアの横系であるならば、縦系はケアの満足度と表現できるでしょう。患者さんの満足度が増すことを目指して、四つの痛みを軽減することが緩和ケアの専門性と考えます。

大辞林は「専門」を

「一つの方面をもつばら研究したり、それに従事したりすること」、

「専門家」を

「ある芸芸や学問などの専門的方面で、高度の知識、またすぐれた技能を備えた人」

と説明しています。

大辞林の記載を参考にして、緩和ケアの専門家を

「緩和ケアの知識と実践において優れている人」

と定義してみました。すなわち、

「知識と実践によって四つの痛みを緩和し、知識と実践によって患者満足度を向上させること」

が緩和ケアの専門性と言えるのではないのでしょうか。このように整理してみると、知識と実践がいかに優れていても、患者さんの満足度が改善されなければ、医療者はケアの在り方について反省の必要があるでしょう。ケアの満足度が低い理由が、患者さんの要求水準が非現実的なほど高すぎるためであれば話は別ですが、多いことではありません。したがって満足してもらえない時には、医療者本位のケアになっていないかと点検が必要です。

私が消化器外科の研修をしていた頃に読んだ柏木哲夫先生の著書に、次のように書かれています。

「医師たちが症状コントロールできた時に、ケアのやっと50%が成功したのだという考えで取り組んでいることに非常に胸を打たれた」

「リーダーとして大切なことは自分の専門はもっているが、それで十分なケアはできるとは思っていないということである」

(柏木哲夫：ホスピスをめざして 生を支えるケア)

これらはすべて緩和ケア専門家の言葉です。要するに、緩和ケアにおいては、医師もナースもすべて謙虚

でありなさいということなのだと思います。

## ②ナースの役割

病棟を運営する上でホスピス医に求められるのは、ナースが十分に力を発揮し、患者の満足度を向上させるために前向きに取り組めるような状況を作り出すことです。そのためには、医師が医師の役割をきちんと果たすという、ごく普通のこと重要と思います。医師の役割とは、患者さんの話を聴き、受け止め、四つの痛みの緩和のために自ら努力するとともに、他職種、特にナースと良好な協力関係を維持することではないでしょうか。医師が医師として機能する時、ナースはナースとして機能します。ナースが医師に余計な気遣いをしなくてすむように、我々医師は心すべきでしょう。ナースがナースの本務に集中できるようにしたいものです。

### 1) ナースの本務について

では、ナースの本務とは何でしょう。患者さんの実態を把握すること、患者さんの生き方、暮らし方を支えることがナースの主要な働きだと私は考えています。

### 7) 患者さんの実態を把握すること

患者さんの実態把握とは、四つの痛みをその患者さんの言葉で記述することです。記述するにはしっかりと対象と関わらなければいけません。

患者さんの身体、心理、社会、スピリチュアルの四つの側面のうち、身体的現象は基本的には測定可能です。体温、血圧、脈拍数、尿量、呼吸回数などはすべて、現象そのものが数値で表現されます。食事の摂取量も7割とか、3口のように数値表現です。疼痛については強さを客観的には測定できないので、痛みの程度を患者さん自身が数字で表現するなどして、測定可能なものとみなして対応しています。身体的現象以外の三つの痛みは、どれも実測できません。それでは不都合なので、不安、抑うつ、せん妄、認知症などには、評価尺度という仮の物差しを使えば測定できます。これらの物差しは有益な道具ですが、時々刻々の変化に対応する助けにはなりにくいものです。すなわち、現場での今、ここでの判断にはスタッフの実践の力が要求されるのです。実測困難な状況下でどのようにして問題点を把握し、どのように対応するかがホスピスケアの難しさであり、魅力であり、奥深さなのです。

患者さんの実態把握において、私がナースに期待することをあえて書かせてもらうなら、患者さんの実態を把握しているという事実を、もっと医師に対して主張してほしいのです。

痛みはまだとれてはいない。

患者さんの本音は家に帰ることではない。

食事を無理に全量摂取している。

ナースはこのような事実を把握しやすいのです。患者さんの身近にいるからです。しかし、医師の私には見えにくい。患者さんを継続的に見守り続けているナースの眼力は確かです。ナースが拾い集めてくれた事実は、そのまま受け入れるべきだと私は考えています。逆にいえば、それほど重みがあるのだから、見たこと、感じたこと、理解したことを毅然とした態度で医師に伝えてほしいのです。もちろん、医師も個々のナースを観察しています。提言の確かさの確認作業をいつもしています。そのような積み重ねの中で、ナースに提案されたら従ったほうがよい、と医師は学習するのではないのでしょうか。このようにしてナースと医師の信頼関係が築かれるのだと思います。

### 1) 生き方、暮らし方を支えること

私が考える、ナースのもう一つの本務は、患者さんの生き方、暮らし方を支えることです。これについては看護の自由度がとても大きいと思います。

例えば、病室のレイアウトを整える場合には、起居動作の可否、患者さんの歩行の確かさ、利き手、夜間せん妄の有無などを考慮します。ベッドの位置や向きや高さ、ナースコールの位置、ナースコールを実際に押せるか否かの確認、トイレまでの距離、ベッド柵や手すりの必要性、離床センサー（患者さんがベッドから体を起こすとナースコールが鳴るシステム）の採用など、生活のしやすさ、安全性、患者さんの好みなどに十分な配慮をして病室内の配置を決めるのです。いったん配置を決定した後も、患者さんの使い勝手を実際に観察し、再調整していきます。このプロセスはナースが患者さんの病状、身体能力、理解力、要望などを把握しているから可能になるのです。

私はそのようなナースの実力を何回も見させられていますから、実力発揮の妨げにならないようにすることが医師の第一の役目と自覚しています。ナースの意見を積極的に聞き、取り入れることで、患者さんの生活が整えられ、支えられるのです。

### 2) 申し送りに思うこと

患者さんの実態把握と生活支援というナースの働きが言語表現される場が、「申し送り」です。申し送りとは、ナースの勤務交代時の口頭での情報伝達の場のことですが、前述のようにホスピスでは医師も申し送りに参加します。

ナースの申し送りを聞いていると、患者さんの実態の把握においてナースの個人差が少なくないことに気づきます。大きく分けると、測定可能な現象を主に伝える立場と、測定不可能な現象をも落とさずに伝えようとする立場です。前者では数値が多くなり、後者では数値そのものよりも、数値の意味についての分析や見解が伝えられる傾向があるようです。

緩和ケアでは測定不可能領域への関心がとても重要です。心理的、社会的、スピリチュアルな領域にどのようにアプローチしたか、その結果はどうであったのか。そんな点に注意して申し送りを聞くと、そのナースの関わりの在り方がよく分かるのです。患者さんに四つの痛みのモニターを張り付けることについては先に述べましたが、これは測定可能な現象と測定不可能な現象の双方に関心を持ち、その推移を観察し、その時々のもっとも重要な痛みに注目することの重要性を強調したいからでもあります。

測定可能な事柄が主体で、かつ数値報告の意図が分かりにくい申し送りでは、患者さんの全体像が見えにくくなります。細かなデータの重要性を否定するものではありませんが、データはそのナースの見解の補足という位置づけです。患者さんの押さえどころが不明確な時には、血圧や尿量などの数値中心になり、何を伝えたいのか、聞いている方でよく理解できなくなる傾向があるようです。一方、きちんと問題点は把握しているけれど、伝える優先順位の基準がはっきりしていないと、情報が横並びになり、ポイントがどこかはっきりしません。知りたいのはあくまでも見解であって、データそのものではないことも多いのです。医師を含め、申し送られた側が、その日のケアの焦点をどこに置くべきかが把握できるような送り方が求められます。

要点を外さない申し送りができるか否かは、伝える言語能力の問題というよりは、普段から患者さんの実態把握をリアルタイムに行っているかにかかっていると言えましょう。申し送りとは一発勝負ではなく、普段の視点の在り方が問われる場なのです。

### 3) 緩和ケア認定看護師に思うこと

日本看護協会が認証する緩和ケア認定看護師は、緩和ケアの現場で実践、指導、相談の担い手としての

役割が課されています。この三つの役割の中で、私は実践が最も重要と考えています。指導や相談には、求められた時に、求められた場で、的確に対処する（指導し、相談に乗る）力が必要です。この力は瞬発力に近いものですが、実践の場合は指導や相談に比較すると、より日常的で継続的な力量が問われるのではないかと思います。

私は前の箇所、緩和ケアの専門性を

「知識と実践によって四つの痛みを緩和し、知識と実践によって患者満足度を向上させること」であると述べましたが、緩和ケア認定看護師にも同じことが求められるのではないのでしょうか。四つの痛みを緩和し、患者満足度を向上させるには、地道で不断の努力が欠かせません。多忙な臨床の現場では、身体的現象という測定可能な項目に目が行きがちになりますが、測定不可能な問題をも常に意識化し、ケアに組み込んでいく姿を提示することが、最も重要な緩和ケア認定看護師の役割だと思います。学会や研究会での発表ももちろん大切ですが、衆目の届かぬ日常こそが真価を問われるのです。

### ③医療ソーシャルワーカーの役割

医療ソーシャルワーカーは二つの点で非常に重要な役割を果たしてくれます。社会資源の活用法の指南役としての役割と、医師でもナースでもない医療者、市民感覚に最も近い医療者として、医療者と患者の隙間を埋める役割です。

社会資源の活用といっても多岐にわたります。どのような社会資源があるかについては専門書に任せますが、医療ソーシャルワーカーの強みは、一般論ではなく、今、目の前にいる患者さんにどのように支援できるかを理解し、方策を提示できることです。

具体例を紹介します。私たちが主催している「秋田市北部地域緩和ケアネットワーク」の例会で、あるケアマネジャーが80代の乳がん術後患者さんの事例報告をしてくれました。経済的な困難があった患者さんでしたが、「境界層該当証明書」を役所に提出することで、「負担限度額認定証」が交付され、経済的な支援ができたという内容でした。「境界層該当証明書」とは、経済的理由によって介護保険料やサービス利用料の支払いが困難な場合に、それらの支払いに関する軽減を受けることで、生活保護に該当しなくなることを証明する書類のことだそうです。この証明書を福祉事務所から発行してもらい、それを介護保険課などの役所の担当部署へ提出すれば、介護保険の利用者負担や保険料の軽減を受けられる制度があり、それを「境界層措置」といいます。

今回は制度に詳しいケアマネジャーからの報告でしたが、病院内ではこのような制度については、医療ソーシャルワーカー以外には知りえないことです。制度の活用は問題解決に直結する力となるのです。がんの痛みをなくしてくれる医療用麻薬に匹敵する実力をもちます。副作用がない点では薬剤以上かもしれません。そうは言っても社会制度が完備しているわけではないので、医療ソーシャルワーカーといえども手も足も出ないことは沢山あります。それでも、ワーカーさんたちは患者さんや家族の窮状にじっくり耳を傾けてくれます。少し時間をもらって制度を勉強しなおしてから回答することもあります。相談者にとっては回答が望むような結果でなかったとしても、担当ワーカーが熱心に調べ、真剣に答えてくれる姿に感謝してくれるでしょう。そのような医療ソーシャルワーカーとチームを組めることはとても幸いです。当院のソーシャルワーカーもとてもフットワークが軽いのです。依頼すると、「ダメ」とは言わず、

「ちょっと調べてみます」

と返事してくれます。業務を増やして申し訳ない、という思いをもたせないほど、気軽に動いてくれます。幸いにも優れた医療ソーシャルワーカーを病院内外に沢山知っています。医師は普段から医療ソーシャルワーカーと意思疎通し、気軽に相談したり、されたりする関係を作りたいものです。制度を知らないことは医師の恥ではありませんが、制度を知っている人に相談しない結果、患者さんに不利益が生じるのであ

れば、患者さんに申し訳ないことです。

医療ソーシャルワーカーのもうひとつの役割は、医師でもナースでもない医療者、市民感覚に最も近い医療者として、医療者と患者さんの隙間を埋める役割、すなわち、患者さんや家族の本音を拾い上げ、患者さんとチームの双方に必要な情報を提供する役割です。その役割が発揮される場のひとつがホスピス外来です。ホスピス外来では入院の窓口として、患者さんや家族と面談します。面談者は医師、ナース、医療ソーシャルワーカーです。面談は外来診察室で行い、主に医師が対応しますが、面談終了後、ワーカーが病棟を案内します。この時がワーカーの独壇場です。案内をしながらの会話が情報の宝庫です。

「ホスピスを紹介されたけれど、本当は現在入院している病院に居続けたいのです」

「患者本人は抗がん剤治療を拒否しているのですが、家族は諦めきれないのです」

といった患者さんや家族の本音を知るチャンスです。ホスピスでは本音に沿うことを基本方針としているので、本音を知らなければ適切なケアが困難になります。医療ソーシャルワーカーという職種が医師と患者・家族の間に入り、上手に関係を調整してくれることでケアの方向性が定まり、ケアの満足度が向上すると言えるでしょう。

#### ④ボランティアの役割

ボランティアが存在してはじめてホスピスが生活の場としてふさわしくなります。

通常、病棟では制服を着たスタッフが忙しく動き回ります。医師もナースも白衣です。介護士には介護士のユニフォームがあります。制服組がてきぱきと動き回るのを見れば、病院見学者は感心するかもしれません。動線が短くてよいか、動きに無駄がなくて病棟が効率よく運営されている、などとコメントをもらうかもしれません。ところが、私たちの活動の場はホスピスです。ホスピスの患者さんはいつも痛がっているわけでは決してありませんから、痛み治療が功を奏すれば痛みのない日々が始まるのです。ある意味、ここからがホスピスの正念場です。生活の場としてのホスピスで、痛みのない日々をどのように過ごしてもらうのか。ホスピスに課せられた大事なテーマです。

生活に白衣は異質です。白衣に無縁の人たちがいて、患者さんや家族は初めてほっとできるようです。ある患者さんは、

「ボランティアと話をすると気分が晴れる。病気のことも忘れてしまうよ」

と言ってくれました。

ホスピスボランティアの活動は多岐にわたりますが、我々は直接ボランティアと間接ボランティアに分類しています。直接ボランティアは患者さんに直接に接する活動を行います。挽きたての豆でコーヒーをサービスしたり、病室内で患者さんの話し相手になったりします。間接ボランティアは患者さんには会いません。行事の飾りつけ、お菓子作り、花壇の整備、広報誌の作成を行ったりしています。ただし、一人のボランティアが直接、間接の両方の働きをすることも多いのです。

外旭川病院ホスピスのボランティアは、ホスピス専属のボランティアです。登録人数は170名程度で、日本のホスピスのなかでは最も多い部類に属します。患者さんや家族から、ボランティア活動について感謝の言葉をいただくことが多くあり、ボランティアにとって大きな励みになっています。当院では、ホスピスボランティア活動が何とか軌道に乗っています。

もっとも、立ち上げ当初から順調であったわけではありません。はじめは試行錯誤の繰り返しでした。

ボランティア活動は、1998年12月のホスピス開設と同時に始まりました。開設前からボランティア準備委員会を立ち上げ、養成講座を開催し、それなりの準備をしてきました。しかし、組織としてのまとまりや責任の所在などの点で改善点があったように思います。

2000年4月に、私はホスピス長として外旭川病院に赴任したのですが、私の最初の仕事はボランティ

アから叱られることでした。

「病院はボランティアをどう考えているのか」

「見学の窓口業務や見学者の対応などを任されても困る」

など、多くの苦言をいただきました。ただただお詫びするしかありませんでした。

外旭川病院赴任前から、ボランティアはホスピスには必要だ、と私なりに理解していたつもりでした。とは言うものの、医療者の日常業務はあくまでも患者さんが中心であって、ボランティアの対応に充てる時間的余裕はない、とも考えていました。ボランティアのためにエネルギーを使うことには無理があると思っていたのです。そして、外旭川病院の事情を知らぬままに赴任しました。前任のT先生の意向もあり、私が赴任後、ボランティア活動は中止しました。このまま継続することは無理と判断しましたし、ボランティアも同意してくれました。初対面の時の逆鱗体験もあって、ほっとした面もありました。

ところが活動中止1か月後、元ボランティアの中に、

「やっぱり活動を続けたい」

と声をあげる人が出てきたのです。内心、私は少し困りました。私自身がボランティアの対応はできないので、活動を再開するとしたらボランティアコーディネーターの配置が欠かせないことは明白でした。コーディネーターをどうしようか。誰にお願いしたらよいか。選ぶとしたら、誰からも納得してもらえる手続きが必要です。そうでなければ、コーディネーターが動きにくくなってしまいます。

ボランティア1期生のなかにTさんがいました。ホスピス開設の数年前に、Tさんは役所を退職し、秋田市に移って来ました。いつも笑顔で物腰が柔らかく、責任感が強く、事務仕事も得意で、私はTさんしかいないと心に決めていました。しかし、それをいきなり宣言するのは手続き上問題があるので、コーディネーターを院内公募する形にしました。そして、2か月ほど候補者の出現を待ちましたが、自薦、他薦を含めて立候補者はいませんでした。私はボランティア1期生を前にしてTさんを推薦し、承認してもらいました。

2001年4月、病院長によってTボランティアコーディネーターが正式に任命されました。コーディネーターのユニフォームを選ぶ段になり、ちょっと迷いました。青色の白衣にしようとか、ジャケットにネクタイのままでよいか、いろいろな意見が出たのですが、結論は白色の白衣を試すことになりました。白衣にネクタイのTさんは見栄えがとてもよろしく、誰よりも医者らしく見えました。「院長先生」と見学者に呼び止められたTさんは、これはだめだと白衣を辞退し、いつものジャケットにネクタイの姿に戻ったのであります。

ボランティアに関することはTさんに任せっきりです。私の親の年代より少しだけお若いのですが、私にとって、人生の大先輩であることに変わりはありません。そんなTさんが私にまで気を使ってくれます。仕事はパーフェクトで、コンピュータにも詳しいのです。学会発表を控えたナースが「Tコンピュータ教室」でわか勉強をし、パワーポイントを使いこなせるようになるのです。

Tさんは多くの役割をこなしてくれていますが、コーディネーターの本務はボランティア組織を取りまとめることと、病棟スタッフとボランティアの架け橋になることだと私は認識しています。

Tさんは病棟で毎朝開かれる始業時のカンファレンスに出席し、ボランティアの手助けが必要な患者さんの情報を得ます。その情報をもとに、その日の活動予定のボランティアに何をどうしてほしいか、具体的に伝達するのです。ベッドサイドに付き添う場合には、付き添いのできるボランティアをお願いします。翌日のカンファレンスでは、前日のボランティアの付き添いが患者さんにどう評価されていたのかをさりげなく確認します。そのことを当のボランティアに後日、伝えてくれます。配慮のかたまりのような人なのです。



ボランティア組織の運営には相応の準備と人材が必要ですし、病院本体からの理解と支援は欠かせません。病院側にも労力と時間が求められ、ボランティア組織を継続的に育てる覚悟が必要です。私はかけた労力、時間、覚悟をはるかに凌ぐ恩恵が、患者さんと家族にもたらされる場面にいつも接しています。

ボランティアの存在は、病棟スタッフにとっても大きな意味があります。ボランティアは医師、看護師などの有給の病院職員と協力してケアを提供しますから、ケアチームの一員です。そうは言っても、無給の自発的活動ですから立場の自由度は大きく、有給職員からすれば病院外部の存在でもあります。すなわち、ボランティアの存在は、職員にとって「外からの目」に常にさらされていることを意味します。この目が病棟スタッフにほどよい緊張感を生み出し、誰に見られても差し支えないケアが要求されることとなります。

日本ホスピス緩和ケア協会の「ホスピス緩和ケアの理念」には、次のようにボランティアの存在がはっきりと位置づけられています。

**「ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL（人生と生活の質）の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである」**

協会の理念にあるとおり、緩和ケアにおいてボランティア活動がますます盛んになることを期待しています。

#### (4) チームアプローチについて

私は先の箇所では医療者の個の限界について書きましたが、個の限界は決して否定的な意味合いではありません。個の限界の認識は、チームアプローチの必要に気づかせてくれます。その結果、個ではなしえないケアの深さや広さを具現化できる点をあらためて強調したいと思います。ここではチームアプローチの実際について、もっと掘り下げてみます。

##### ① 横断的見方と縦断的見方

患者さんの見方には二通りあり、横断的見方と、縦断的見方です。その双方においてチームアプローチを機能させていくのです。

横断的見方とは、その日、その時の患者さんの全体像、あるいは本音を可能な限り、ありのままに理解しようとするアプローチであり、四苦悩論による把握のことです。

最初の横断面は入院時の情報統合によって構築されますが、それはどんな完成図かわからないジグソーパズルを組み立てていくプロセスに似ています。パズルのピースは、患者さんの情報の断片です。色とりどり、様々な形をしたパズルのピースが山のように目の前に積み上げられている状態を想像してみてください。それが入院時の患者さんの状態です。すでに得た情報を整理したり、必要な情報の欠損を見つけ出したりしながら、横断面としての患者像を急いで把握しなければいけません。

「しっかりと患者さんと関わらないとお役にたてないよ」

と、自分に言い聞かせる瞬間でもあります。診断、症状、処方されている薬、これまでの治療歴、病気の受け止め方などの患者さんに関する多くの情報があります。それに加え、職業、家族構成、生育歴、価値観など、全人的なケアを展開する上で必要な情報が、無秩序に目の前に積み重ねてあります。

パズルの山を前にして、最初の作業はすべてのピースを表側にし、重ならぬように大きく広げることです。次には、パズルの完成図では外枠を構成する直線部分を含むピースや、同色のもの、特徴的な絵柄のあるものに分類していきます。このような作業をあきらめずに延々と続けていき、完成図を得ることがで

きます。

完成されたパズルは四つの部分からなり、四つの痛みに相当すると考えます。パズルの全体像を眺めるとともに、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルなそれぞれの部分に注目します。

パズル完成のプロセスに似て、「この患者さんはどのような人なのか」をイメージしていく作業、すなわち最初の断面図を組み立てる作業が入院時に開始されるのです。入院当日にパズルが完成することはまずありえません。患者さんとの関わりが深まりとともに、さらに情報が集まり、パズルの欠損部分が次第に埋まっていきます。少しずつ、全体像が見え出すのです。入院2~3日後には、断面図のアウトラインを想像し、入院1週間後には、不完全ながらも初回のパズル作成が終了することを目指して情報を統合します。

ひとつお断りしておきますが、パズルのたとえで、患者さんの全体像が隈なく理解できると主張しているわけではありません。患者さんという存在を容易に分かりうるものとするのは、こちらのとんでもない思い違いでしょう。それどころか、年単位でケアが継続されている場合でも、パズル完成はありえないとも言えます。真の意味で患者さんに共感できないけれど、より適切な共感のための努力は可能であると同じで、パズルの完成はあり得ないが（人間理解はそんなに単純で生易しいものではないが）、完成させようと努力し、真の全体像に1ミリでも近づこうとする努力ならばできると思うのです。近づこうとする努力こそが貴重だと思います。

全体像を追及する理由は、的外れのケアを防止するためです。臨床では部分をみれば正しいことでも、全体の視点から見直すと間違いである場合が少なくないのです。例えば、褥瘡（床ずれ）の防止のためには適時に患者さんの体の向きを変える必要があります。それを余命数日と思われる人にも拘子定規に行うことは、患者さんに苦痛を強いるのと同じです。夜間せん妄で落ち着かず、ベッドから転落することがあります。患者さんの体をベッドに縛り付けることで転落は防止できるかもしれませんが、自由を奪われる患者さんの身になれば拷問でしょう。そういった時には、例えばベッドを取り外し、病室にカーペットを敷き、その上に布団を敷けば、縛らなくても転落は防止できるのです。和室のある病棟ならばより都合がよいでしょう。あるいは病室の壁にベッドを横付けにし、壁と反対側に長椅子を置けばよいのです。長椅子側に患者さんが落ちたとしても大事に至る危険は少ないでしょう。

より具体的に理解していただくためにHさんに登場願います。Hさんは肝転移を伴う膵臓がんでした。止むことのない背部痛に悩まされ、夜も眠れないほどでした。明け方頃になると、やっとうとうとし始めるのです。痛みのせいで仰向けになれないため、テーブルにうつ伏せになって休んでいます。このような状態でホスピスに入院しました。ここまでの経過を聞くと、医師であれば、膵臓がんの進行により夜も眠れないほどの強い痛みが出たのだから、通常の鎮痛剤とモルヒネなどの医療用麻薬を処方すれば痛みは軽くなるだろう、と想像します。この時点ではHさんの身体にだけ関心を寄せています。膵臓がんで同様の病状であれば、別にHさんであっても、Iさんでも、Jさんでも医師の行動は同じで、医療用麻薬や副作用防止薬などを処方します。私はHさんにこれから処方するモルヒネの説明を行いました。ところが、Hさんの表情は急に硬くなったのです。

「先生が飲めと言うのなら飲んでみるが、できれば避けたい」

ということを遠回しに話します。それに対し、私はモルヒネの薬理作用について詳しく説明を加えます。主な副作用の説明もします。

「便秘には下剤を、吐き気には予防的に吐き気止めの薬を処方します。眠気は1週間程度で体が慣れて消えていくので心配しないでください」

こんな説明を根気よく繰り返すのです。

「ご心配ならば、モルヒネは今回、見合わせたいと思います。もし、飲んでもいいかなと思っていただ

けるのであれば、そのほうがよいと思います」

Hさんは私の説明に一応の理解を示し、しぶしぶ内服を承諾してくれました。しぶしぶの承諾なのでHさんの表情はさえません。私はその理由を知りたいのですが、話してくれそうな雰囲気ではありません。私は、本当に飲んでくれるのだろうかと内心に不安を抱えつつ、その場はいったん引き下がります。理屈を重ね、いわばカズくで内服を強制することは百害あって一利なしです。それから3日目の夜、モルヒネを手渡したナースにHさんは言いました。

「私の知り合いで、がんになってモルヒネを飲んだ人を何人も知っている。そして、みんな死んでしまった。モルヒネを飲ませられたら、もうじきあっちへ行くということだろうな」

このエピソードをカンファレンスで担当ナースが報告してくれました。それを聞いて私はHさんがモルヒネを敬遠した理由をやっと呑み込めたのでした。カンファレンスの後、私はHさんの病室に行き、思いを伝えてくれたことにお礼を述べました。合わせて、Hさんが「もうじきあっちへ行く」病状ではないこと、痛みが楽になったら退院も可能なことをお伝えしました。Hさんは安心してくれた様子でした。

鎮痛効果という「部分」をみればモルヒネ処方では正論です。しかし、モルヒネが死を象徴すると受け止めている患者さんに、正論を押し付けても逆効果になるだけです。たとえ痛みが緩和されるとしても、モルヒネを飲んで死に近づくよりは、飲まないほうがまだましだと考える患者さんの「全体像」を、まずは受け止めなければいけないのです。モルヒネの無理強いはいけません。

以上の経過をジグソーパズル風に表現すれば、担当ナースがジグソーパズルの重要なピースを見つけ出して、そのピースを本来の位置に置いてくれたことで全体の絵柄が一層明らかになったのです。

病状の進行や家族間の出来事など、時間の経過とともに患者さんの全体像は変化していきます。経時的に全体像を追跡する視点が縦断的の見方です。縦断的の見方とは、時系列に並べられた横断面を統合し、全体像の変化に注目することです。四つの痛みのそれぞれの占める比率や苦悩の内容の変化に注目していくのです。四つの痛みをモニタリングする必要性について先に述べましたが、モニタリングとは縦断的観察と同義です。

横断的理解と縦断的理解を同時進行させるためには、情報を収集、統合、分析するチーム力が必須なのです。個人の力では太刀打ち出来ません。

## ②有限の個として補い合うこと

チームメンバーは、自らパズルのピースを見つけると、そのピースが全体像のどの部分のものかについての判断や推測を述べるのが求められます。加えて、他のチームメンバーが見つけたピースとその配置に関する見解を聞き、その見解の妥当性について自分なりの意見を述べることも、もうひとつの大事なチームメンバーの役割です。

チームは多職種から構成されていますが、人としての多様性も備えています。年齢、性格、人生経験、対人関係の持ち方、趣味など、チームは豊富な人的資源そのものと見なしてよいのではないのでしょうか。チームメンバーそれぞれが次のことを心がけているならば、そのチームの総合力はとて大きくならないのでしょうか。私が考える「心がけるべきこと」とは、次の5項目です。

- 1) 自分なりの視点を持ち、患者さんごとにケアについての見解をもつこと
- 2) 自分の意見を絶対化せず、唯一の正解と思わないこと
- 3) 他者の意見を排除せず、「そう考える人がいてもよい」と許容すること
- 4) 礼儀をわきまえる、通常の気配りができるなど、常識的であること
- 5) 特定の立場、考え方、価値観に偏らず、バランスがよいこと

メンバーそれぞれは個としての限界をもっていますが、チームにとって必要不可欠な構成員であることを自覚し、有限の個として補い合うことでケアの質と量が大きく向上すると思います。

### ③自分を診てもらう

私と患者さんの二者関係は、当事者の「私」には見えにくいことは言うまでもありません。したがって、私がどのような振る舞いをしているのか、患者さんから適切な心理的距離を保っているのかなどについて、チームメンバーから診断してもらう必要があります。

通常、私の回診の際には、その日のリーダー役のナースに同行してもらっています。私が患者さんと何を話し、その時に患者さんがどのように反応していたのか、しっかり私の話を理解していたのかなど、第三者の目で診てもらうためです。病室を辞した後、廊下でリーダーに確認します。

「〇〇さん、今の話を分かってくれたかのか気になるけれど、どう思う」  
などとリーダーの意見を求めます。リーダーは、

「ちょっと、私にも分からなかったもので、後で私が〇〇さんに確認してみます」  
などと答えてくれるのです。私の見えないところ、気づかないところを埋めてくれる存在はとてもありがたいのです。

私が単独で行動し、患者さんや家族と込み入った話になることもあります。そのような際の話の内容は、差支えない範囲で、ありのままをカンファレンスで報告するようにしています。スピリチュアルな苦悩への対応や込み入った家族関係への介入のような場合です。報告の目的は情報を共有するためと私自身を診てもらうためです。「診てもらう」とは、私の振る舞いが感情に流されてしまっていたり、公平性を欠いていた、独りよがりではないかを点検してもらうことです。不適切な点があれば、私自身の立ち位置を調整すればよいのです。

診てもらっている事実が、私自身の安心につながります。診られている緊張感も同時にありますが、これは私自身の行動の程よいブレーキになります。私の個人プレイではなく、チームとして動いていることの実感は私にとって大きな支えです。

### ④自律を尊重すること

緩和ケアでは患者さんの自律の視点から、医療者の役割を相対化すべきであると思います。ここではチームアプローチを自律の尊重を実現させる有効な手段と位置づけ、その具体的な進め方について考えてみます。

自律とは患者さんが自らの意思に基づいて判断し、行動することです。多面的に考察すべき課題であり、単に患者さんの言いなりになることではありません。いわば大人としての患者さんの意思を尊重し、時には医療者の意見を引っ込めることであり、患者さんの意思決定の結果として何か望ましくならぬ問題が起きても、それを引き受ける覚悟が患者さんに求められる点で、厳しさも併せ持つ概念が「自律」です。

自律は患者さんの意思に基づきますから、周囲からの強制や偏った誘導があってははいけません。適切な判断のためには、意思決定する内容について、患者さんに十分な情報提供がなされている必要があります。例えば、点滴の是非を判断する時には、点滴の長所と短所、点滴なしでの長所と短所について、患者さんにきちんと理解してもらわなければいけません。意思の背景にある価値観、人生観、信念、信仰などにも配慮が必要で、医療者のそれと異なる場合でも、医療者の思いを押し付けてはいけません。

意思する患者さんに判断能力上の問題がないことが、自律の前提となります。意識は清明で、アルコールや薬物などの影響がないことも大切な条件です。

意思を行動に移すには身体能力が必要ですが、がん患者さんにはそれが低下していることも多いため、

周囲が代理として動く配慮も必要になります。食事や歩行などの介助行為がそれに当たります。

患者さんの自律の尊重において、医療者は専門職としての見解を、患者さんの意向とは別個に準備しておく必要があります。その見解が医学的に妥当であると同時に、前述のような患者さんの個別性にも配慮したものであるべきでしょう。吟味された医療者側の見解が患者さんの意向と一致すればよいのですが、一致しなかった場合でも、医療者の見解に無理やり患者さんを従わせてはいけません。

「医療者側の意見とは異なるけれど、そんな考え方もあってもよいかもしれない」と、医療者の役割を相対化したいものです。

以上のように、自律の尊重はとても複雑で、高度のバランス感覚を要求されるプロセスです。医師が一人でそつなく対応できる性質のものではありません。多職種からなるチームの総合力があってこそ、自律の尊重が可能になるのではないのでしょうか。

繰り返しになりますが、私は何でも相手の言うとおりにするべきだと主張しているわけではありません。がんと診断後、進行度の評価や手術適応の判断がなされないうちに、いきなり家族がホスピスケアを希望した例や、有効な抗がん剤治療を提示されたにもかかわらず、冷静に考えないままに治療を断った例では、通常のがんの診療を受けるように説明を繰り返し、納得の上で紹介元の病院で治療を継続してもらいました。冷静な判断が自律には欠かせません。十分な情報提供に基づいた冷静な判断がなされたか否かの確認が、医療者に求められるのです。

A病院ホスピスにいた頃、私は点滴を最期まで拒否した患者さんを看取った経験があります。

Iさんは、体調の異変に気づいた職場の上司に強く勧められて、病院を受診しました。ところが、時すでに遅く、終末期の胃がんと診断され、ホスピスに入院しました。Iさんはしっかりと落ち着いた印象の60代の男性でした。

「食べられなくなったら、何もしてほしくない。点滴までして生きようとは思わない。食べられなくなったら、それまでのことだ」

落ち着いた、そして毅然とした決意を感じました。点滴の目的、方法、利点と負担などについて、私はIさんに詳しく説明するとともに、Iさんへの対応について病棟スタッフと何回も話し合いました。最終的にはIさんの意思に沿うことをスタッフも決意し、そのことをIさんに伝えました。とても安心した様子でした。その後、郷里の家族にIさんの思いと私たちの考えを伝えました。家族はすぐには納得できませんでしたが、時間をかけて話し合った結果、点滴しない方針を了解してくれました。その数日後、Iさんは希望通りの、とても安らかな最期を迎えることが出来ました。

Iさんの場合には問題にはなりませんでしたが、患者さんの意向と医療者の見解が食い違った時に重要な点は、医療者側がその医療行為に拘る理由について、とことん掘り下げてみることです。仮に点滴の実施に拘るとすれば、その理由は何でしょうか。脱水を防止するため。腎機能を保護するため。口渴を和らげるため。いろいろ考えられます。さらに踏み込んで、脱水を防止すること、腎機能を保護することの目的は何だろうかと考えます。生命を守ることがその目的だということになるのでしょうか。生命を守るとは何を意味するのでしょうか。がんで亡くなることは分かっている、対処可能な病態に対処しないことは生命を守ることにはならないのでしょうか。生命を守ることとは、少しでも長く生かすことでしょうか。長く生かすことが医師の使命ということなのでしょうか。このように考え始めると、最後には医療観に行き着きます。医療の役割とはなにか。何をすべきで、何をしてはいけないのか。自律の問題に直面した時、私たちは自身の医療観が問われるのだと思います。このような問いに対して、自分の言葉で語る準備を日頃からしておく必要を痛感させられます。そのような準備がなされているメンバーの集合体によるケアが、本来のチームアプローチと言えるのだと思います。

## ⑤待つことの重要性

医療者は患者さんの前向きな変化を期待したいのですが、一向に変化の兆しが見えなくても、焦ったり先を急いだりせずに、患者さんのペースに合わせる覚悟が重要と思います。患者さんが立ち止まったら動き出すまで待てばよいのですが、待つことはなかなか難しいのです。私たち医療者は、何かを行うこと **doing** は得意ですが、じっと待ったり、寄り添ったりすること **being** は苦手なようです。ともすると、**being** を職務怠慢と感じる傾向があるようです。しかし、患者さんには様々な「時間」が必要ではないでしょうか。

ここの病棟のスタッフに心を開いてよいものだろうか、とじっと観察する時間。

急に体力が落ちて歩くこともままならなくなり、こんなはずではなかった、と困惑する時間。

自分が選んだホスピスだけれども、本当にここでよかったのか、ともう一度悩み始める時間。

患者さんはあたかも静止しているかのように見えるのですが、内面では精神が活発に活動しています。思考は堂々巡りであったり、壁に直面して前進が阻止されたり、迷路に入り込んで矛盾が生じたりするのですが、まずは患者さんなりに時間を使い、じっくりと考えてもらう必要があるのではないのでしょうか。その様子を着かず離れずの距離から観察し、何かの拍子に患者さんから声をかけられたなら、即座にもう一步近づいて話を聴かせてもらうような体制を整えておきたいものです。

チームが患者さんの心理状態に配慮し、スタッフ個々人の関わり方に個性はあるとしても、待つという方針では一致する必要があります。待っている時の関心は、

「患者さんの思いは、今、どうなっているのか」

でしょう。患者さんの心からこぼれ落ちた言葉を拾い集めてみれば、患者さんの思いを推測しやすくなります。拾い集めるとは聞き逃さないことですから、チームとしての合意と連携が求められるのです。

患者さんの気持ちを想像してみると、スタッフに見守られている感覚、すなわち、スタッフが自分に温かな関心をもってくれているけれど、決して乱暴に心をこじ開けられることなく、今のままで過ごせる感覚は、ちょっと心地よいのかもしれません。

私の場合は、うつ病になり、ただ休むだけで何もできず、周囲から助けてもらい、なんとか回復し、今、この文章を書いています。周囲の人々に様々な形で待ってもらい、時間を与えてもらったのです。そんな時間があつたゆえに何も心配せずに休むことができたし、それまでの歩みを振り返えられたし、本来の自分はこうだったかもしれない、と思うことができました。がんの患者さんたちにも、このような時間が与えられたらどんなに有益かと思わざるをえません。

見守りつつ、待つ。この方針での一致は、チームアプローチの重要な要素なのです。

## ⑥ケアの恒常性を担保すること

マラソンではベストタイムでゴールインするために、ペース配分を考え、限界を超えない範囲でできるだけ速く走ろうとします。これはホスピスケアにも通じます。入院から最期の日に至るまで、ケアの熱意を一定に保ち、患者さんと心理的にほどほどの距離が守られ、スタッフが疲弊しすぎないように注意して、安定的にケアを提供することが大切です。すなわち、ケアの恒常性が担保されなければいけません。私はチームアプローチをそのためにきわめて有効かつ不可欠な手段と捉えています。

私が精神科に在籍していた時、SクリニックのS先生が主催していた精神療法の勉強会に参加したことは前に述べました。自分の症例を提示し、大所高所からの助言をいただくのですが、これがとても勉強になり、対人援助の原則を学ぶことができました。対人援助ではホスピスケアに限らず、患者さんと援助者の二者関係で、何が起きているのかを認識していることがとても重要です。少なくとも認識しようと努力することはできますし、欠かせません。そうは言うものの、二者関係の当事者にとっては、自分を客観

視することは困難な時もあります。

私は申し送りやカンファレンスに出ながら、病棟スタッフと患者さんの二者の関係を見るようにしています。力みすぎたり、頑張りすぎたり、背負い込みすぎたり、疲れすぎではないか。患者さんが心を打ち明けてくれないと無力感に沈んではないか、などと注目します。スタッフの立ち位置を推し量る質問は、

「病室に入る時、気が重くなりませんか」

「患者さんに会うのが辛くないですか」

などです。スタッフだけではなく、当の自分に対しても同じ質問をします。そんな質問によって肩の力を抜くべきだとか、ちょっと焦りすぎていたとか、自分の心理状態に気づき、客観性を取り戻すことにつながります。

Jさんは胸椎に転移があり、下半身が麻痺していました。足は全く動きません。触覚がかすかに残る程度です。一番困ったのはしびれでした。症状は天候に左右され、雨模様で湿度の高い時には、下肢にビリビリとしたしびれが走りました。麻痺しているのですからしびれも感じなければよいのですが、この種の不快な感覚は神経障害性疼痛といい、難治性疼痛に分類されます。私はモルヒネに加えて、神経障害性疼痛に有効な鎮痛補助薬を処方しました。しかし、やや楽にはなるのですが、取りきることはできませんでした。

そんな時に、担当のナースがある案を思いつきました。彼女はテルテル坊主を作ってきて、Jさんにプレゼントしたのです。しびれの原因である雨天をテルテル坊主の力で抑えようというのです。患者さん夫妻はとても喜んでくれましたし、私は彼女の感性の豊かさに脱帽しました。どう考えても、私の頭から出てくる発想ではないからです。担当ナースが患者さんとの距離を詰めて、その言葉をしっかりと受け止め、しびれの辛さに共感し、何とかしなければと考えた末の行動であったと思います。距離を詰めた時に発揮される「ここ一番」の力を実感させてくれました。

話はさらに続きます。私が懸念していた方向に、事態は展開していきました。テルテル坊主を見て私も癒されましたが、そのナースが患者さんに接近しすぎているのではないかと危惧していたのです。Jさんと家族は、何かあるとそのナースを指名するようになりました。指名された方は悪い気はしません。加えて、他のナースにも自分と同じような関わりを期待するようになりました。患者さんや家族が特定のナースのみを信頼するというケアの構造が、チームとしてのケアスタッフのまとまりに波紋を投げかけました。そして、指名されたナース自身も、Jさんへの対応に次第に困難を感じるようになっていきました。一所懸命に尽くすケアは、陸上競技に例えれば100メートルを全力疾走するようなケアです。予後が短い場合は別ですが、一般にケアはマラソンのようなものです。持久力が求められます。1週間は継続できるが、1か月は無理、といったケアは安定が悪いのです。

私はこの展開を眺めながら、介入の必要を感じました。介入の目的は担当ナースのみならず、病棟のスタッフ全員、すなわち、ケアチームを保つためであり、何よりも、患者さんと家族に恒常性のあるケアを提供するためでした。私の見解を伝えられた師長は、そのナースに患者さんの担当をしばらく外れるように提案しました。そして、スタッフ全員でそのナースの思いを共有するように心がけました。

チームは決して個々のメンバーが集まっただけではありません。チームメンバー間の関係性、チームとしてのケアの理念、師長のリーダーシップの在り方などにより、チームが一人の人間であるかのようにチーム固有の顔をもつ、と私は考えています。チームのその時々表情を感じて、適宜、励ましたり、助言したり、なにもせずじっと見守ったりする必要があるのです。

## ⑦ケアへの納得

先に二者関係の一方の当事者であるケアスタッフを見守ることについて述べましたが、もう一方の当事者である患者さんについては、「ケアに納得してくれているのか」の把握が要点だと思います。

がんが進行し、もはや治癒は望めない状態になれば、患者さんの生きたい思いはかなえられなくなり、がん患者さんの厳しい現実です。しかし、キュア（治癒）の入り込む余地がなくなっても、ケアは可能です。鎮痛剤で痛みが楽になり、今日も頑張れると思えたり、ナースの小さな心遣いがとてもうれしく心に響いたりする時もあるのです。そんな時の患者さんは自然なよい顔をしてくれます。その顔を見ることができれば、医療者も安心します。

ナースの申し送りを聞きながら、看護的な介入の結果がどうなったかに注目します。患者さんが痛みを訴え、ナースがレスキュー（鎮痛剤の臨時追加投与）を行うまでは、事前の約束指示どおりになされます。問題はその後です。痛みが緩和されたか、されなかったかの効果の確認が重要です。さらに踏み込めば、緩和されたからよしとするのではなく、どのように緩和されたか、その結果、患者さんは安心できたのか、といったプロセスの評価や、患者さんの満足度の視点もとても大切です。例えば、痛みは楽になったけれど、レスキューを内服するまでに時間がかかり、長時間、痛みを我慢させてしまったのであれば、そのケアは不十分であったことになります。

家族が付き添っている場合は、看護介入の後に家族が安心できていれば、適切な介入であったことになります。介入の後に、

「これで大丈夫そうですか」

と、患者さんだけでなく家族にもさりげなく確認する習慣をつけたいものです。

ケアについて患者さんと家族は納得しているのか。チームで共有したい視点です。

## ⑧生活歴を知ること

患者さんはこれまでどんな人生を歩んで来たのか。それを知ってこそじっくりと関われるようになり、かける言葉が違ってきたりすることがしばしばあります。患者さんの行動の意味が理解できずにスタッフがとても悩みましたが、患者さんの生い立ちを知ることでケアに取り組むことができた例を紹介します。

Kさんは胃がんで寝たきりの70代の女性です。胸椎に転移し、脊髄が障害され、下半身麻痺の状態です。ホスピスに入院しました。病状が進むにつれKさんはナースに依存的になっていきました。患者さんであればスタッフを頼りにすることは自然ですし、頼ってもらえることでケアが成立するとも言えます。ところが、Kさんの場合はその程度が尋常ではないとスタッフは感じたのです。Kさんはナースを呼んで離しませんでした。

「側にいてほしい」

「水を飲ませてほしい」

「体の向きを変えてほしい」

という具合に、用事を済ませて立ち去ろうとするナースを呼び止めるのです。

ところが、時折見舞いに来るご主人はじめ、子供さんたちには何も頼みません。母親や妻らしい振る舞いに終始しました。

「家族にも頼めばいいのに」

「なぜ私たちだけに頼むのか」

と、スタッフは悩み始めました。とくに夜間は、ナース2人で多くの入院患者に対応しなければいけません。Kさんにかかり切りにはなれないのです。しかし、Kさんは手加減してくれません。心を込めて



関わり続けるには、Kさんの行動の意味についてのスタッフ側の納得が必要になっていきました。家族ではなく、なぜ私たちなのかについての回答を求めたのです。そして答えにつながりそうな事実が浮かび上がってきました。Kさんの両親は離婚し、兄と親類に引き取られたのですが、その頼りの兄も病気で亡くなりました。やがてKさんは結婚し、3人の子の親となりました。子供を立派に育て上げ、それぞれ有名な大学を卒業させました。母親の役割を見事に果たしたのです。

私たちは、Kさんの人生は喪失体験の連続だったのではないかと考えました。離婚は両親からの見捨てられとして体験されたのではないか。病気ではあったにせよ、頼りにしていた兄にも先立たれました。これも辛い喪失体験です。今、家族に頼るならば昔のように大切な人を失ってしまうという言葉にならない不安。Kさんはそんな不安を抱えながら、よい母親、役に立つ妻役をずっと演じ続けてきたのではないのか。Kさんはホスピスのスタッフには見捨てられないと直感したからこそ、いわば安心して依存できるのではないか。皆で話し合い、そのように理解することでやっとケアの腰が据わったのです。

人様の人生を解釈し、評価するようにも見える私たちの関わりに違和感をもつ人もいるかもしれません。しかし、想定を超えるような患者さんの振る舞いに直面させられた時には、そう振る舞わなければいけない患者さんなりの必然を、ケアする側が了解したいのです。了解なしでは業務をこなすだけの関わりしかできないように思うのです。行為としてのケアは機械的には行うけれど、心を込めにくい状態です。支障のない範囲で情報を集め、患者さんの振る舞いを必然として了解できるようなストーリーを見出し、それを根拠にケアをやり遂げる、とでも言ってよいかもしれません。

Kさんについての解釈が事実かどうかは確認してはいませんし、あえてその必要もないと思います。もし、事実に近いのであれば、実母との和解が必要かもしれないと考えました。実母が健在であることを家族の話から知っていたからです。Kさんと家族の了解を得て、病棟から実母に連絡しました。その数日後、実母は見舞いに来てくれたのです。何年ぶりの再会にKさんの表情が緩んだとスタッフは感じたのです。

スタッフにとっては心外な出来事でも、患者さんにとってはそれなりの理由があると考えたほうがよいかもしれません。患者さんを見捨てずによりよいケアを目指すには、困惑させられるような要求の背景にある患者さんの生活歴にも注目し、的確な人間理解に至るチームとしての総合力が求められるのです。

## ⑨カンファレンスについて

ホスピスケアを展開する上で要となるのはカンファレンスです。カンファレンスとは医療の分野では、診断、治療、ケアの方針などについての検討会といった意味です。

ホスピスでのカンファレンスにはいくつか種類があります。ここでは外旭川病院ホスピスで行っているものを紹介します。カンファレンスには毎日行っているものと、不定期に行うものがあります。

### 1) 毎日のカンファレンス

私たちは1日に3回カンファレンスを行っています。

1回目は朝9時からのもので、夜勤ナースから日勤者への申し送りと、引き続き行われるショートカンファレンスです。夜勤ナースは夜間の出来事、それに対する判断、看護的な介入、介入の結果、日勤者への依頼事項や提案の順序で申し送りを行います。日勤ナース以外に、全職種、すなわち医師、介護士、医療ソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーターが参加します。申し送りの後のショートカンファレンスでは、その日のリーダーナースが司会進行役です。最初に、申し送り事項についての確認や意見交換が、ナース間でなされます。次に主治医がコメントしていきます。主治医の見解がケアの方針を決定する上で欠かせないと考えているからです。その後、医療ソーシャルワーカーとボランティアコーディネ

一ター等から意見を聞くという順番です。

ホスピスには看取りまで1カ月以内の患者さんが常に入院しています。予後1カ月以内になると、病状が日々変化していきます。あまりの変化のスピードに患者さんが動揺し、家族も不安になることも少なくありません。そのような患者さんや家族の状況にタイミングよく対処しなければいけません。そのためにはカンファレンスを有効に機能させる必要があるのです。

司会のナースの役割が重要です。問題点を抽出し、それに沿った討論を誘導し、手際よく議論をまとめて、その日の合意に導きます。夜勤ナースの疲労や、患者さんとの関わりにおける「やり切れない思い」について、あえて発言を促すのも大切な役割です。加えて、申し送りとショートカンファレンスを合計30分以内に収める、という時間目標を意識して進めることもリーダーの役割です。

2回目は午後1時半から30分程度で行っています。朝のメンバーに加えて、週1回は薬剤師や栄養士も参加します。また、必要時には理学療法士、作業療法士に参加を依頼することもあります。日勤ナースは5~6名で、ナース1名あたり4名前後の患者さんを担当しています。カンファレンスの際には担当患者について、経過や問題点などを報告します。朝と同じで、司会をするリーダーナースの役割が重要です。時には主治医に対し見解を明確化するように求めるなど、それぞれの職種が緊張感をもって臨む場です。

3回目は午後4時半からのもので、日勤者から夜勤者への申し送りと、ショートカンファレンスで、これに参加するのはナースのみです。日勤の担当ナースから夜勤者へ、情報伝達や方針の確認などを手短に行います。

## 2) 随時のカンファレンス

随時のカンファレンスに、ケースカンファレンスとデスクケースカンファレンスがあります。

ケースカンファレンスは一人の患者さんについて、掘り下げた話し合いを行います。四苦悩論をもとにした苦悩の整理と、その対応について話し合います。ケースカンファレンスは入院患者さん全員について行うのが理想ですが、入院人数が多いと困難です。入院後1~2週間程度の患者さんで、検討が必要と思われる患者さんを師長が選んで開いています。

デスクケースカンファレンスは、患者さんが亡くなった後に開きます。ケアを振り返り、反省点やケアが適切にできたと思われる点などについて、思いのままを語るようにします。対象患者さんは師長が選びますが、ケアに困難を感じた患者さんを選ぶことが多く、スタッフの様々な思いが話される機会でもあります。その患者さんの担当ナース（プライマリーナース）からは、反省点が多く出されます。私からすると、肯定的な評価がもっとあってよいのではと思うことがよくあります。誠実で自分に厳しく、よいケアを提供しようという気持ちの現れがそのような振り返りになるものと受け止めています。そんな気持ちを大切に思うとともに、もっと積極的にプラスの面が多く見出せるケアであったのではないかと医師の立場からはコメントするようにしています。デスクケースカンファレンスはスタッフケアの場でもあります。思いを言語化し、時には涙したり、あれでよかったのだとほっとしたり、心の中で未整理だった体験に一区切りつける場でもありたいと考えています。

## 3) カンファレンスの機能

毎日のカンファレンスとケースカンファレンスの機能について述べます。

## 7) 情報の共有

患者さんと家族について、四つの痛みに関する情報を共有することが、カンファレンスの目的のひとつです。日常のケアにおいて、患者さん一人ひとりに関心をもって関わることで重要な情報を得ることがで

き、そのようにして得られた情報をチームで共有する場がカンファレンスです。

Ｌさんは入院後に痛みが鎮痛剤によって消えました。通常はこれで笑顔が戻り、ご本人なりの生活のペースを取り戻し始めるのですが、Ｌさんはそうではありませんでした。表情は暗く沈み、部屋から出ようとはしません。私はＬさんには別の問題があるのではないかと、カンファレンスでコメントしました。その日の担当ナースが、以前から眼科に通院しており、がんとは関連がないのですが、最近視力障害が進行しとても心配している、とＬさん自身から聞いたと報告してくれました。視力障害の改善は困難でしたが、ベッドの位置を工夫して歩きやすくし、文字盤の大きな時計を置くなどして、視力障害への配慮につながりました。

このような情報はケアの方向を左右します。要の情報を聞き逃さないことと、伝え漏らさないことがとても重要です。

ごくまれにですが、自分だけが知っている情報の多さがケアの力の証と考える人もいるようですが、賛成できません。原則として、病棟スタッフは大切な情報を一人で抱えるべきではありません。もちろん、医師も例外ではありません。

#### 1) 見立ての共有

見立て、すなわち病態の理解を共有することは症状緩和の根幹に関わりますし、患者さんや家族への関わり方を方向づけ、スタッフ間のケアのばらつきを最小限に抑えることにつながります。

見立てのなかで、予後の予測はとても重要です。予後は正確に算出することはもちろん不可能ですが、月単位、週単位、日単位、時間単位、死亡直前といったレベルの予測では、そんなに大きく外れることは多くはないと思います。予後別に出やすい症状も異なります。予後が短くなるほど、症状緩和も困難になり、鎮静を考慮する頻度は増えてきます。

#### 2) ケアの方針の検討と合意形成

情報と見立てを共有した上で、チームでケアの方針の検討を十分に行い、その結果、スタッフ間の合意形成に至ります。合意を形成するまでのプロセスを大切にすること、すなわち、個々のチームメンバーがチームの方針決定に参加している、という当事者意識を育むことを常に意識するべきでしょう。

「Mさんは現在、誰が声をかけても話したくない様子です。病状の変化に戸惑いがあり、どうしたらよいのかご自分でも判断がつかないのではないかと思います。踏み込んで無理やり話させることは慎み、心を開いてくれることをじっと待ちましょう」

と、具体的の方針を定めます。

この合意形成の在り方は、A病院でホスピス医に転身したばかりの私には馴染みのないものでした。外科では、主治医が方針を決定すればナースがその方向で動いてくれるという単純明快なシステムでした。方針決定が即座にできる利点がありますが、鎮静などの倫理的判断が問われる場面では、医師のワンマンチームは危険なのです。医師の判断が倫理的に妥当でないこともありうるからです。倫理の分野のみならず、人の生き方を支えるという、臓器ではなくその人全体を見る医療では、多職種による合意形成は欠かすことができない、と認識するべきでしょう。

方針の再検討も合意形成の中で行います。ケアの結果や患者さんや家族の思いの変化に注目して、それまでの方針でよいのか再検討する柔軟性を常に持ちたいと思います。

#### 3) カンファレンスの活性化について

緩和ケアの研究会や会合に出てみると、カンファレンスの活性化はどのチームでも共通の課題のよう

です。

カンファレンスの活性化に最も影響するのは、日常の業務のなかでの思考の量だと私は思います。その患者さんについて、普段からどれだけ考えながら仕事をしているかです。ケアをしながら目の前の患者さんの今一番の苦悩は何なのか。四つの痛みのモニタリングをしていれば、その点には敏感になっているはず。苦悩のなかに留まり続けているのか、それとも視界が開けてきつつあるのか。苦悩の緩和に向けて、今日、自分ができることは何なのだろう。何をすべきだろうか。医師であれ、ナースであれ、一人で複数の患者さんを担当しますが、患者さんごとにケアの焦点を意識化し、そこを外さない関わりをしたいのです。

繰り返しますが、日常業務の中でどれだけ個々の患者さんについて考え、悩んできたかがカンファレンスの質にそのまま反映されると思います。あまり深く考えずにケアをしていて、カンファレンスの場で意見を求められても、即座に気の利いたコメントをするのは無理というものです。

そのような日頃の準備の他には、司会役のさばきがポイントになると思います。重要な問題点に触れる発言が出た時には、流さずに、いったんそこで進行を停止させ、参加者の意識をその問題点に集中させて話し合うといった工夫です。発言者が特定のメンバーに偏らないようし、発言の少ないメンバーを励まし、発言してもらうことも重要でしょう。

時には、あえてスタッフの情緒面に焦点を当て、苦手な患者さんについて話し合うことも必要と思います。苦手意識をもつこと自体に罪悪感を覚える熱心なスタッフは、どこの病棟にもいると思います。苦手意識は責められるべきではない、誰にでも苦手なタイプの患者さんはいると宣言することは重要です。そのようなコメントによって、胸のつかえを下ろすような場面にしばしば出くわします。

#### ⑩チームの健康度

チームは組織です。組織が健康であるとは、組織全体としての統制と構成員の自由度とが、矛盾なく調和している状態をいうのではないのでしょうか。

組織全体の統制とは、ケアの理念における一致と考えます。

「緩和ケアとは、ケアの満足度を改善するアプローチである」

私は緩和ケアの定義をこのように変更すべきと述べました。満足度の向上がケアの目標です。ただし、患者さんや家族ごとに、何に満足するかは微妙に異なります。時にはどのようにしてもらえば満足できるのか、患者さん自身がよく分からない場合もあるでしょう。

「どのようにしたらよいでしょうか」

と尋ねられれば、率直すぎる問いのために、問われた患者さんは困惑してしまうかもしれません。そんな戸惑いもありうることと想定し、どうすれば満足につながるかを患者さんと一緒に探していく歩みがケアなのかもしれません。満身にたどり着く小道を探し当てたならば、ケアがその道からはみ出たり、勢い余って目標地点を通り過ぎてしまったりしないような注意も必要でしょう。医療者側がやりすぎではいけないのです。

統制とは型にはめて規則で縛るものではなく、目標を明確に掲げて、メンバーが協調しながら前進することではないのでしょうか。つまり、統制とは方向づけと協調です。

チーム構成員の自由度とは、メンバー個々人が豊かな人的資源そのものであるという認識から、メンバー独自の視点や感性を押さえつけないことです。とにかくカンファレンスで活発に発言してもらうことに尽きるのではないのでしょうか。出されたアイデアを大切に扱う司会者の機転も必要と思います。ただし、自由とはいっても勝手気ままではありませんから、ここでも協調性が自由の前提になると言えます。

チームの健康度のもうひとつの指標として、合意形成のプロセスを誰が誘導するかに注目する必要がある

ると思います。主治医や緩和ケア認定看護師などの特定のチームメンバーが強く意見を主張する場合がありますように思います。かくいう私もその傾向がとても強いことを自覚しています。これが正しい、これ以外にないと思ったら突き進んでしまいそうになります。自戒しなければいけません。

強すぎる意見は、内容が妥当であっても、周囲に与える影響は好ましくありません。

「もうちょっと、トーンを下げて話してくれませんか。せっかくのよい意見ですから」などと司会者に言われたら、発言者は力み過ぎに気づくとともに、少しは反省してくれるでしょう。何でも司会進行役に頼ってはいけませんが、大切な役回りであることに変わりはありません。

緩和ケアをスポーツにたとえるならば、四番バッターがエースピッチャーという少年野球型は好ましいとはいえないでしょう。一人のスター選手に頼るチームはいびつになります。どちらかという、野球でも全員野球タイプ、野球以外ならサッカー型が好ましいと思います。サッカーは攻撃も守備も全員で行います。横や縦の連携はチームアプローチそのものです。全員野球型やサッカー型チームがチームとしての健康度が高いといえるでしょう。

#### ⑩チームを見守る存在

チームとしてどこをめざしているのか。チーム所属の個々人が実力を発揮できているのか。スタッフが生き生きと仕事できているのか。これらを把握しチームを見守る存在が必要で、チームの要とも言えます。数として絶対多数のナースの長にその役割が期待されるのです。ただし、歴史の浅い緩和ケアの分野で、そのような人材を前提とすること自体が、トップの位置に立たされた人の重荷となることは容易に推察できます。これから作り上げていく気構えが、緩和ケアの現場のリーダーには求められるのだと思います。そのような人材が育っていくなかで、病棟は飛躍できるのです。

### 4. 在宅緩和ケアに関する認識

最近では、入院期間が長くなると医療機関が受け取る診療報酬が減額される仕組みになっています。したがって、入院後に一定の時間が経過すると、退院の方向に話が進みます。患者さんは入院という24時間体制で丸ごと引き受けくれる環境から、在宅という本来の生活の場に帰ります。生活の場ですから、医療の関わりはとて薄くなります。医療だけではなく、生活面でも支援がないと、在宅療養の継続は困難になります。

がん患者さんの在宅療養においても四苦悩論の活用が重要ですが、それだけではありません。病院から家への療養環境の変化において、押さえるべき項目はいくつかあるのです。困った時の相談先や医療側の対応などについて、前もって知っておくことは在宅療養の不安を軽くしてくれます。在宅緩和ケアにおいても、患者さんと家族の不安を和らげることが医療者として第一優先の配慮であるべきでしょう。

以下に、在宅緩和ケアを開始する上で重要と認識している点について述べます。

#### ①病状の評価（医学的評価）と説明

がんがどこまで広がっているか。その結果、現在はどうのような症状があり、症状緩和として何を行っているのか。加えて、今後の起こりうる病状変化やその対応について、できるだけ分かりやすく説明します。ただし、家族と患者さんとは説明の詳しさを変えるなど、様々な配慮をします。患者さんへの説明は詳しくすぎず、大雑把すぎずの微妙なレベルを目指します。レベルは患者さんの病状理解度や覚悟の度合いにより決めます。一般に、起こりうるすべてのことを羅列するような説明は避けたほうがよいと思います。いたずらに患者さんの不安をおおるからです。患者さんの知りたい程度に合わせた説明が望ましいのです。

病状に関する医学的評価がきちんと伝えられることで、患者さんと家族は、どこで、どのように過ごすかを意思決定できるようになるのです。医学的評価抜きでは在宅療養は語れません。

家族には、患者さんを支える役割を果たしてもらわなければなりません。入院ではナースが担当していた役割を、家ではある程度まで家族に期待せざるを得ません。病状を考慮して、家族に求められる介護の仕事量を推測します。合わせて家族の介護力を評価し、どこまでできる家族なのかを知っておく必要があります。

痛みへの対応法は、退院前にしっかりと理解してもらわなければいけません。患者さんは入院中にレスキューを使い、その効果を体験しています。レスキューを使えば痛みは楽になったことを思い出してもらい、レスキューがあれば家でも痛みを苦しむことはない、と納得してもらわなければいけません。

食事の量についての説明も大切です。患者さんも家族も、食べなければ弱と考えます。実情は逆で、体力が弱った結果として、食べることが困難になるのです。そのことを柔らかな言葉で説明します。

「体の力が小さくなった後にも頑張って食事すると、逆に体の負担になってしまいます。無理に食べると吐き気がしたり、腹部が張って苦しくなったりします。体に優しくしてあげてください。ほんの少しであっても美味しく食べられたら、それでよいのです。食べられなくて心配な時は、点滴もできますよ」

という具合です。

時には予後についての説明が必要です。病状の悪化が明らかとなり、予後が週単位から日単位になると、食事摂取量がさらに減り、歩行困難になり、意識障害なども加わるようになってきます。日々の病状変化が大きく、家族の不安や戸惑いが増す時期です。こまめな病状説明が必要です。

## ②意向の確認

病状を十分に理解してもらった上で、次の点を確認します。

### 1) 在宅を選ぶ理由の確認

住み慣れた環境で生活するために在宅を選択する場合のように、家のメリットを考えての選択であれば特に問題はありませぬ。注意したいのはできれば入院していいたいけれど、病院に何らかの問題を感じてやむを得ず選ぶ在宅の場合です。大部屋で同室者に気づかひをする場合や、痛みが楽にならないので入院していても意味がないとする場合などです。これらの場合は病院側が対応の工夫をすることが第一で、退院はその次に考えるべきことです。

### 2) 在宅の期間の確認

退院後、どの時期まで家にいたいのかの確認も重要です。サポート体制の組み方が違って来るからです。一定期間、家ででの生活が楽しめれば満足できるのか。食事や排せつなどの日常生活が可能のうちではできるだけ家にいたいのか。家で最期を迎えたいのか。患者さんと家族から、個別に思いを聞きます。同じ意見であれば問題はありませぬが、両者が食い違ふ場合には医療者が調整役を果たす必要が出てきます。

### 3) 看取りの場についての確認

看取りの場についての意思確認も大切です。病状が悪化した時に、そのまま家で看取るか、それとも入院を選択するかを前もって決めておく必要があります。可能であれば、患者さんの意見を聞きます。死を前提とした話なので、気を使います。

「〇〇さんは、どこで死にたいですか」

と尋ねることはまずありません。私ならば、

「病気が重くなっても、入院しないでずっと家にいたいのですか」

と声掛けします。基本的には患者さんの意見を尊重します。患者さんが家を選択する場合には、家族の負担や覚悟の度合いを見定めながら、家族の不安を軽減するための具体策や医療側のサポート体制をきちんと伝えて、家族の理解と協力を得られるように心がけます。

患者さんは本音では家を選びたいのに、家族に迷惑をかけたくないから、と入院を希望する場合もあります。この場合は患者さんの本音を家族に伝えるとともに家族の本音も聞き出し、入院か在宅か双方とじっくりと話し合い、落とし所を見出していくのです。時間と根気の必要な作業ですが、患者さんと家族の願いを叶えるための介入ですから、やりがいのある仕事だと思います。

### ③療養環境の評価

退院前に家の構造や介護設備の有無を確認します。具体的には、主な生活の場は1階か2階か、段差の有無、トイレまでの歩行距離、手すりの有無、電動ベッドやポータブルトイレの有無などです。退院前にスタッフが家を訪問して、状況確認することもあります。

家族の介護力も療養環境の重要な要素です。老々介護が珍しくない現在、介護する側に過剰な負担がかからないかを予測します。息子夫婦と同居していても、共稼ぎで日中は息子夫婦はおらず、実質的に独居世帯と同じ場合も多いので注意が必要です。

### ④地域で得られる医療・福祉の支援体制

がん患者さんを在宅で支えようとするならば、訪問看護は必須と考えるべきです。定期的に訪問を依頼し、健康面、生活面の全般にわたって見守ってもらいます。24時間対応をしている訪問看護ステーションが望ましく、病院側は夜間や緊急時にも訪問看護ステーションからの連絡を受ける体制を整えておかなければいけません。

私たちのホスピスでは、訪問診療の患者さんにはホスピス医が主治医となり、訪問看護師から常に主治医の携帯電話につながる体制をとっています。訪問診療の患者さんは年に数名なので、今のところ対応できています。人数が増えると別のやり方をして、医療者の負担が分散されるようにする必要があります。

地域の薬局も地域連携の有力なメンバーです。薬局では調剤業務の際に、患者さんや家族のよろず相談のような形で、気軽に話を聞いてくれるところも多いのです。また、患者さんの自宅を訪問して、服薬状況の確認や服薬指導など、きめ細やかな活動をしている薬局もあります。

介護保険を利用する場合には、ケアマネジャーの介入を依頼します。ケアマネジャーは認定された介護度に合わせてケアプランを作ります。介護認定のための主治医意見書には、訪問看護が必要な旨を必ず記載します。ケアマネジャーがナース以外の職種の場合があるので、訪問看護の必要性についてはきちんと強調しておく必要があるようです。生活の支援のためには訪問介護を利用しますが、必要とする介護の内容についてはケアマネジャーに正確な情報を伝える必要があります。

ホスピスから退院して在宅療養をする場合には、退院前に医療・介護の担当者に集まってもらい、合同のカンファレンスを開いています。患者さんの好みやこだわりも含めて、理解を共有し、それぞれの職能のサービスを提供します。このカンファレンスの場には患者さんと家族にも参加してもらいます。これも安心して在宅生活をしてもらうための工夫です。

### ⑤急変時の対応手順

急変時にどうしたらよいかを明確にしておくことが、在宅療養の導入には欠かせません。どこに連絡す

れば、誰が、何をしに来てくれるのか。希望すれば、入院もできるのか。これらに一つひとつきちんと回答を示します。できれば、紙に書いて手渡すほうがよいと思います。実際の急変はそんなに多いものではありませんが、万に備えている医療者側の緻密さ、用意周到さが、患者さんと家族に必ずやよい影響をもたらすことでしょう。

#### ⑥再入院のタイミング

がんの在宅療養の場合、再入院のタイミングについて質問されることが多くあります。

「悪くなったらホスピスに入りたいけれど、その時期はどうすればわかるのですか」といった質問です。私は次のように答えています。

「家で生活を続けることが難しいと感じた時が、入院の時です。家で難しいといっても、二つの場合があります。患者さんにとって難しい場合と、家族にとって難しい場合です。患者さんにとってというのは、痛みの緩和に苦労したり、動いたり食べたりすることが困難になったりした場合です。体の方は大丈夫でも、不安が強くなった時でも入院を考えます。家族にとってというのは、患者さんは大丈夫だけれど、家族が介護に疲れてしまい、家族の休養が必要になった場合です」

私たち医療者にとっては日常的、常識的なことでも、患者さんには非日常的な出来事の連続です。再入院の説明も患者さんと同じ目線で、患者さんの理解のペースに合わせて、時間をかけて説明しないとけません。この説明がきちんとされていれば、退院後の患者さんや家族の不安への耐性が増し、療養生活が安定するようになっていきます。

#### ⑦地域連携について

地域連携とは病院から在宅へ、在宅から病院へなど、患者さんの療養の場が変わる時に、ケアの量や質を保つことを目的に、移動前の医療、介護の提供者と、移動後の提供者が連携することです。

外旭川病院ホスピスでは、2008年9月に「秋田市北部地域緩和ケアネットワーク」を立ち上げました。

「がんのどの病期にあっても、地域で安心して生活できるように緩和ケア提供体制を構築する」

「多職種、多施設による地域緩和ケアチームを形成し、患者と家族の全人的な苦痛の緩和を行い、生活の質の向上に貢献する」

ことなどを理念としています。例会を開き、施設紹介、学習会、事例検討などを行っています。参加者は毎回10～15名です。立ち上げてよかったと思うことは、地域には素晴らしい人材が沢山いることがよく分かったことです。ある薬剤師は例会で施設紹介をした際に、美しく咲く野草のスライドを何枚か見せてくれました。花の好きな患者さんのお宅へ訪問服薬指導に行く際に、患者さんにプレゼントした写真をスライドにしたものでした。多忙な業務に埋もれずに、患者さんへのホスピタリティを保つ関わり方の在り方にとっても感動を覚えました。よい働きをしている医療者は、患者さんと家族だけではなく周囲の医療者をも元気にしてくれるのです。

### 5. 緩和ケアの教育に関する認識

緩和ケアの教育について私なりに思うことをまとめてみました。私は教育の専門家ではありませんから、以下に述べることは体験に基づいた教育雑感のようなものです。

生活歴（第二章）で述べましたが、私なりのケアの規範のようなもの、あるいは医療観は以下の4段階を経て形を成してきたように思います。

#### 1. 患者の役に立つ医師になる願望



2. 終末期患者との出会いと戸惑い
3. 死の臨床研究会やターミナルケア先駆者による啓発
4. ケアの実践に伴う医療観の段階的構築

このような成長のプロセスは、医療者にとって所属する診療科を問わずに共通する体験ではないでしょうか。すなわち、何らかの動機で医療職を選択し、患者の前に立ち、指導者による教育を受けつつ、自分なりの医療観を身に付けていくのです。

では、緩和ケアが他の診療科と異なる点があるとすれば、それは何でしょうか。緩和ケアの特異点を明確にすることで、緩和ケアの教育の要点も明らかになるのではないのでしょうか。

通常、何を診療する科なのかは、診療科の名称を見れば一目瞭然です。消化器外科、耳鼻咽喉科、精神科など、専門とする領域が明示されます。専門とは領域を限定し、分けることです。一方、緩和ケア科やホスピス科は、「緩和ケアやホスピスケアを提供する科」を意味し、臓器の限定はありません。このように診療科の名称は象徴的であり、私は緩和ケアが他の診療科と異なる点は、限定しないこと、すなわち、全体を見渡す視点、全体を把握する力、全体への配慮ではないかと考えます。これらをまとめて「全体性」と呼ぶことにします。すなわち、緩和ケアの教育を論じる際には「全体性」を提示することが不可欠になるのです。

患者個人という全体を把握するには四苦悩論が有益であることを述べました。また、全人的ケアの手段としてチームアプローチの重要性を強調しました。これらはすべて、患者さんの全体性を追求する試みです。

緩和ケアは全体性を重視すると述べましたが、「部分性」の視点も重要です。患者さんは何らかの全体に所属する部分であるという認識を強調したいと思います。

今、目の前にいる患者さんは、全人生のなかの今という部分（瞬間）を生きています。また、家族という全体の一構成員でもあり、病棟という小さな社会の一員でもあるのです。

患者さんの部分性に注目することで、全体への配慮が意識化され、提供可能なケアの枠組みが定まってくることは前述したとおりです。

患者さんの全体性と部分性について述べましたが、ケア提供者についても同様の視点が生まれます。ケア提供者自身が全人性を備えた個人であり、かつケアチームという全体の一員であるという二つの立場を生かす工夫が重要なのです。

以上のように考えると、緩和ケアの教育においては、患者や医療者のもつ「全体性」と「部分性」がバランスよく認識され、配慮されるように動機づけ、その実践を提示し、医療者の振る舞いを望ましい方向に変化させるように求められるのではないのでしょうか。

全体性と部分性をあえて言語表現するならば、以上のようになると思うのですが、緩和ケアの実践者たちは、日常的に全体性と部分性に対処しているのではないのでしょうか。患者の全体像が見えにくく、ケアの方向性が定まらずに悩む。患者と家族の意向の板挟みになって立ち往生する。ナースコールの多い患者さんのケアをしながら、コールもなく無言でいる大勢の患者さんを思いやる。これらは、全体性と部分性の大切さをしっかりと認識しているからこそ生じる悩みなのではないのでしょうか。

全体性と部分性をそれぞれどのように把握し、バランス配分を行っているのでしょうか。私は、その病棟なり、チームなりが独自の解答を見つけ出し、ケアとして実践しているのだと考えています。ただし、全体性と部分性への配慮が必ずしも意識的になされているわけではなく、医療者自身が自分たちのケアの素晴らしさに気づいていないこともあるのではないのでしょうか。つまり、見事なバランス配分が日常臨床の中に散りばめられていることを自覚していないこともありうるのです。患者さんからの苦情に対して弁解も反論も差し挟まずに、じっと耳を傾け続ける人。週に何回も遠距離ドライブで見舞いに来てくれる高

齢者に、労いの言葉をかけ、コーヒーに誘う人。介入を拒む患者さんにどのように関わりを続けるべきかと真剣に相談を重ねるチーム。このような誠実な努力や気づかいの見事さは、チーム外から指摘されないと気づかないのです。指摘した側は、素晴らしいケアを直に見て、自らの医療観を健全に成長させるきっかけをもらうのです。指摘を受けた側は、自分たちのケアが評価されることにより、健全な自己肯定感を育てるのではないのでしょうか。

緩和ケアの教育とは、日常の何気ないケアに散りばめられた宝石を見つけ出してもらうことだと思います。ケアという関わりを丸ごと開示することで、ケアの中に、時には無自覚に散りばめている宝石の輝きを他者が見出し、感動が生まれる。感動する姿を見て、自らのケアの妥当性に気付かされる。このように、緩和ケアの教育とは、教育する側とされる側の区別が必ずしも明確ではないのかもしれませんが、教育というよりは、「相互学習」とでも呼んだほうが事実に近いのです。

感動とは感じて心を動かされることです。何らかの力が心に伝わるのです。力をもらえば人は変わります。一方、知識が人を動かすとは言いにくい面があります。知識が人を動かすのであれば、高度の知識を学んだ医療者は完全無欠のスーパーマンになれるはずで。

では、何が人を動かすのか。

やはり、力が人を動かす、と私は思います。力は人が備えているものです。その人の在り方が他の人に影響を与える。すなわち、ケアの現場を見せてもらったり、見てもらったりするなかで、力が人から人へ伝わっていきます。このように考えると、日本ホスピス緩和ケア協会東北支部が行っている緩和ケア研修交流事業が緩和ケアを健全に広げ、現場の良心であるスタッフを支え、成長させてくれることを期待できそうです。また、研修交流はケアと同じで双方向性です。研修を受け入れた側にも恩恵は大きいと感じています。自己確認できたり、同じ苦労を重ねている同志に出会って勇気づけられたり、斬新な取り組みを教えられて奮起するなど、研修生から「力」をいただくのです。

日本ホスピス緩和ケア協会東北支部の一会員として、緩和ケア研修交流事業の発展と継続を心から願っています

## 6. 自分の死に関すること

### 私自身の死を考える

人間の死亡率が100%であることは重い事実です。職業柄、自分の最期はどうなるだろうかとしばしば考えます。その時に気になることが三つあります。疾患、心理状態、そして家族です。

疾患を選べるなら、がんで死にたい。私の浅知恵の結論です。理由はがん終末期の経過がコンパクトだからです。がんが進行しても予後（死亡までの時間）1か月くらいまでは、歩いて、食べられて、自分で排泄できます。その後は次第に活動範囲が縮小し、最後の数日は寝たきりになり、飲食はもちろん、話すことも困難になります。この1か月を乗り切れば、辛さから解放されると言えます。1か月の辛さは実際に体験してみないと分からないので、「浅知恵」と書きましたが、でも1か月で済むとも言えます。苦しみには終わりがあること、その終わりが数年先、数か月先ではないことは、安心につながる気がします。

がん以外の疾患で、何十年も闘病を続けた体験談を聞くことがあります。忍耐のできない私は、その間の患者さんと家族の生の営みを思うと、眩暈を感じます。でも、病気は選べないので、もし、私が長く患うことになれば、それを引き受けなければいけません。しかし、引き受ける自信はまったくありません。

死が迫っていると知った時に、私の心はどのように反応するのだろうか、と想像します。知った瞬間は、ひどく狼狽するだろう。しかし、いよいよ自分の番だ、と諦めにも似た覚悟に至るまで、そんなに時間はかからないのではないかと思います。そして、次のように自分に言い聞かせるのではないかと。

「死ぬのは人生最後の大事な仕事だよ。みんな通る道だし、おまえもその道を行くのだよ。この後、神様がおまえにどんな体験をさせてくださるか、神様に委ねて、そして進んで行くしかないよ。そして、もちろん家族への感謝を忘れてはいけないよ」

しかし、これは健康な今の思いであり、いざ本番の時にはすっきりとできず、ジタバタしながら死んでいくかもしれません。それも私なりの生き方だし、その時になって自分という人間のありのままを、今以上にはっきりと理解するのでしょう。終末の時、自分はどんな心理状態でいるのかちょっと楽しみでもあり、気がかりでもあります。

私にとって、死を考えることは家族を思うことでもあります。家族に対しては、感謝の言葉しかないような気がします。そして、

「一足、先に行くよ。向こうで待っているから、それまで元気でね」

と挨拶して、旅立とうかなと思います。死ぬまで、たとえともに過ごす時間は十分に確保できなくても、私は私なりに、家族は家族なりに、互いの思いを伝え合うことができればそれで十分な気がします。

## 死の受け止め方の変化

50代後半に達した今、死に対する私の受け止めは明らかに変化したと思います。

若かった頃は、医師である私とがんで亡くなっていく患者さんの間には、目前の死の現実の有無において絶対的な差があるのだから、とにかく患者さんの話を聞かせてもらい、患者さんの心理について学ぼうと考えていました。自分もいつかは必ず死ぬのは頭で分かっていたのですが、若く元気な命を生きている私にとって、死は対岸の出来事であり、学ぶ対象でした。

しかし、最近では私自身の老化の体験が積み重なるにつれて、老化とは小さな死だと思ふようになりました。老化によって、身体的機能や精神的機能がゆっくりと、時には急速に損なわれていきます。損なわれた機能は元に戻りません。その結果として意のままにならない現実が増えていくことが、老化の本態なのかもしれません。ゆっくりと老化しつつ、ゆっくりと死に近づきます。「ゆっくりと」は願望であって、いきなり、何かのきっかけでがんが見つかることもありえます。そして、突然に死が眼前に立ちはだかるのです。仕事柄、そんな急展開を何度も見てきましたから、自分もその例外でないと自覚しているつもりです。

これまでは、どう生きるべきかと考えてきたのですが、最近は、どう死んでいくかも合わせて考えるようになりました。すなわち、死は学ぶ対象から経験する対象へと変化し、今まさに老化という小さな死を日々生きているとも言えます。50代の若造が生意気言うてはいけない、と叱られそうですが、お叱りはごもっともだと思います。それでもやはり、がんで死にゆく患者さんと私との間に感じていた「絶対的な差」は、どこかへ消えてしまった感覚は否定できないのです。私は主に高齢のがん患者さんを想定しているのですが、高齢でなくても基本は同じではないかと思えます。

このような死の受け止め方の変化、すなわち、死に関して患者さんとは相対的な差があるだけなのだと考えるに及んで、患者さんの生の締めくくり方、死に至るまでの生き方が気になりだしました。

「この患者さんは、今後どのように人生を締めくくっていかれるのだろうか」

「〇〇さんが、どうにもならない現実はあるのままだに認めるしかないよ、と言っていたけれど、そのように受け止められるのは〇〇さんの力なのだろうな」

「〇〇さんは母親として、遺される子供さんたちのことをずっと気にかけている。母親の思いの深さは計り知れないものだな」

いつの間にか患者さんの姿に自分を重ね、自分の親を重ね、この世とのお別れが迫っている自分や、家族を失おうとしている自分を想像する自分に気づくのです。そんなイメージのなかの自分を観察しているも

う一人の自分は、戸惑ったり、絶句したり、途方にくれたりしている自分に対し、

「それが死に対するおまえの生身の受け止め方なのだ」

と告げるのです。神様から今の自分はどう見えるのだろうか。自分はどう生きているのだろうか。神の視点を内側にもつなど考えにくいことなのですが、もう一人の自分の眼差しは、神のそれと重なるような不思議な感覚です。その眼差しは熱くも冷たくもなく、ただじっと私のありのままを観察します。神の目に気にしながら生きているということなのかもしれません。

もう一人の自分は、私だけではなく、患者さんをも見つめます。とても冷徹です。人は死に瀕しているとしても、人としての規範を免除されるわけではなく、死を理由にすべてが許容されるわけではない。終末期の患者さんが何か困難なことを周囲に求める場合に、その要求が人としての規範の許容範囲内か、範囲外か。了解できる範囲に収まるか、否か。医療者として、その要求に対して現実はどう対応することが倫理的に妥当なのか、と判断する視点が、私の内側にいつの間にか芽生え、存在を主張するようになりました。

共感し、傾聴しようとする自分とともに、冷徹なもう一人の自分の存在が緩和ケアの提供者には必要ではないかと感じています。患者さんの求めに対し、妥当性、認容性、倫理性を判断する軸が、医療者の思考や行動の根底にあることで、ケアの基盤が安定化するののかもしれません。その軸がないと、内容を問わず、すべて患者さんの願いどおりにしなければいけなくなり、望まれればすべて叶えることが医療者の役割となってしまおうでしょう。

このような視点の存在は、仕事への慣れや謙虚さの喪失なのかもしれない、と戸惑っている私がいま少し、やっと人生の事実を認めるようになったのかもしれない、と肯定する私もいます。

このような視点の存在について、読者諸氏のご意見を伺いたいと切に願います。

もちろん、私自身の判断にも焦点を当てて、その妥当性、認容性、倫理性について、カンファレンスの場でチーム内で検討してもらうことは言うまでもありません。

## B. 緩和ケアにおける関係性：私のスピリチュアルケア論

スピリチュアルペインやスピリチュアルケアは、私が「ターミナルケア」に出会った1980年代から、ずっと私の心に引っかかっていた言葉でした。何かの本に、「スピリチュアルペインは心の奥底の呻きである」と書かれてあり、少し分かったような気がしました。「心の呻き」を自分なりに考えれば、生きる目的や意味を見出せないこと、苦しまねばならない理由が分からないこと、人を赦せない心の偏狭さへの絶望、神の裁きへの恐れなど、いくつか思い浮かびました。私が担当した患者さんのなかには、死への恐怖を直接、間接に訴える人、家族との関係の修復がなされずに苦しんでいる人、人の世話にならなければ生きていけない情けなさを切々と訴える人など、心の奥底の悩みは深く、多様でした。ですから、スピリチュアルペインの存在を疑いはしませんでした。苦しみが多種多様すぎて、スピリチュアルペインの全体像をつかみきれないでいました。雲を遠くから眺めると、空の青を背景にして輪郭ははっきりしていませんが、いざ雲の中に突入すると何も見えなくなると同じで、スピリチュアルペインの存在は理解できるのですが、ケア提供者として一歩踏み込んだとしても、スピリチュアルペインとどのように向き合い、ケアを展開したらよいのか、視界が開けてこないのです。外科医だった時、精神的ケアに自信が持てなかったのと同じで、我流のスピリチュアルケアには自信が持てませんでした。今も、その点では大きな変化はありませんが・・・。

そんななかで出会ったアプローチ法が村田久行先生の提唱する、いわゆる村田理論でした。スピリチュ

アルペインを「時間」、「関係」、「自律」の側面から捉える視点はとても新鮮で、刺激的でした。村田理論により、「二階に梯子が掛けられた」と感じました。村田理論に出会うまでは、自分は一階の土間にいて、二階にあるスピリチュアルペインを見上げるだけで精一杯で、手が届かなかったのです。

村田理論は緩和ケアの領域で急速に普及していきました。しかし、私なりに考えてみると、村田理論に違和感を持つようになっていきました。それらをまとめると、以下のようになります。

1. 「関係」は誰との関係性なのかを明確にした方が分かりやすい。重要な関係性は、現在の自分と以下の三者との関係性、すなわち、過去の健常な自分との関係性、重要な他者との関係性、超越的存在との関係性だと考えれば、整理しやすいのではないか。
2. 村田理論で言うところの「自律存在である人間のスピリチュアルペイン」は、過去の健常な自分と、がん終末期の現在の自分との関係の在り方から生じる痛みと位置づけられる。よって、自律を独立した項目として取り扱わなくてもよいのではないか。
3. 村田理論では、「時間存在である終末期の患者は死の接近によって将来を失う」とされている。事実として患者さんは死亡するのだから、確かに生きる見通しを失う。しかし、臨床で出会う患者さんのなかには、死や病状悪化を否認する場合もあるし、「婆ちゃんが迎えに来てくれるから、死は怖くはない」と言った患者さんもいた。「将来を失う時間存在」と画一化するよりは、「各々の死生観とともに終末を迎えていく存在」と捉えなおし、死生観に注目する方が患者さんを理解しやすいように私には思われる。

以上のように考えるうちに、私はスピリチュアルな問題についてまとめてみて、私なりにもっと納得しやすい捉え方を提示してみたいという思いが生まれ、次第に強くなりました。

第一に取り組んだことは、がん終末期のスピリチュアルペインとそのケアについてであり、スピリチュアルペインは死生観構築の戸惑いと、関係性の痛みから構成される、と考えるに至りました。

第二に取り組んだことは、がん終末期以外の、すなわち健常人も体験する一般的なスピリチュアルペインについてであり、一般的なスピリチュアルペインは、関係性の痛みによって自己肯定感が傷つくことによって生じる、と結論づけました。

第三に取り組んだことは、スピリット（魂）の在り方としてのスピリチュアリティを、モデルとして可視化することであり、スピリチュアリティを「三角錐の自己肯定感を、関係性の三本の柱が支え、三本の柱は死生観という土台の上に立つ」構造としてモデル化するに至りました。

読者に提示する場合には、思考の逆順の方が理解しやすいと思われるので、最初にスピリットの在り方としてのスピリチュアリティのモデルから説明していきます。

## 1. スピリチュアリティ・モデル

スピリットとは魂であり、スピリチュアリティとは魂の状態である、とここでは定義します。魂を、「心の奥底にある、価値や意味を判断する主体」と定義してみます。魂そのものは眼に見えないですが、魂の状態であれば、図示できるのではないかと思います。

がん終末期のケアに携わり、様々な魂の状態に接しましたが、多くは苦悩する魂でした。まれには、スピリチュアルペインが和らいだと感じられる場面に遭遇したこともあります。また、ケアによって心の平安を獲得した事例報告をいくつか聞いたこともあります。そんな経験を重ねるうちに、スピリチュアリティ、すなわち、人としての存在の核心部分である魂の状態を最も大きく左右する因子は何なのか、につい

て考えるようになりました。この疑問は、最も人を安心させることができる言葉は何か、という問いに置き換えることもできるでしょう。個人差が大きいので唯一の正解はないのですが、普遍性があり、正解により近いのではないかと思えた言葉は、

「あなたは、あなたのままでよい」

でした。この言葉は、能力を問わず、他との比較から自由で、「あなた」の存在価値を肯定しています。この言葉を私自身に投げかけてみると、胸が温かくなり、落ち着くような不思議な感覚が生じます。「あなたは、あなたのままでよい」とは自己を肯定されることです。自己肯定は、心から納得して、「自分は、自分のままでよい」と思えることです。大切な人から、「あなたは、あなたのままでよい」と真実の言葉をかけてもらうことです。そして、超越的な存在から、肯定され、受容されることです。すなわち、自分自身、重要な他者、超越的な存在によって自己肯定感が与えられ、保証されるならば、魂が平安な状態を得ることができるのではないのでしょうか。

がん終末期では、生きる見通しを失い、遠くない将来に死が訪れると自覚します。生から死への移行、あるいは、生の終わりという未体験の出来事を想定する時、人は様々な反応を示します。反応しつつ、捉えようのない死を自分の中でどのように捉え、位置づけたらよいのかと苦悶します。同時に、生きている今を、どう生きたらよいのかと思案します。終末の自覚と同時に、この二つの苦悶に直面させられるのだと私は考えます。死ぬことと、生きることについての自分なりの捉え方、すなわち、死生観を問われることになるのです。死生観を構築するように強いられても、それが容易なはずはなく、戸惑い、立ちすくんでしまうのです。

死生観は、自分の存在する場がどのように設定されているかに関する捉え方であり、自己肯定感は、その場のなかで自分がいかに生きてきたか、という三者（自分、他者、超越者）による吟味の結果です。

以上のような考察に基づくと、魂の状態としてのスピリチュアリティは、図8のように示すことができます。図8では、「三角錐」の自己肯定感が、自分自身による肯定、重要な他者からの肯定、超越的存在からの肯定という「三本の柱」によって支えられています。三本の柱は、死生観という「土台」の上に築かれています。この三角錐、三本柱、土台から成る構造物を、「スピリチュアリティ・モデル」と呼んでみます。自己肯定感の深刻な傷つきが、スピリチュアルペインの本質ではないか、と私は考えていますが、「モデル」でそれを示そうとしました。



図8 スピリチュアリティ・モデル（俯瞰図）

三角錐の自己肯定感が、「I. 自分自身による肯定」、「II. 重要な他者からの肯定」、「III. 超越的存在からの肯定」の三本の柱により支えられている。三本柱は死生観を土台として立っている。

スピリチュアルペインは、自己肯定感が崩壊あるいは消滅することによって生じる苦悩です。モデルによれば、自己肯定感の不安定化には2種類の衝撃を想定できます。ひとつは、水平方向の衝撃であり、柱のレベルで大きく揺れますが、土台は比較的安定している場合で、これを「横の試練」と呼んでみます（図9）。もうひとつは、土台のレベルで大きく揺れ、それに伴って柱部分も不安定化する場合で、これを「縦の試練」と呼んでみます（図9）。

横の試練とは、がん終末期以外の、命の期限設定を伴わない一般的なスピリチュアルペインを引き起こす喪失体験です。

縦の試練とは、がん終末期の、命の危機を伴うスピリチュアルペインを引き起こす喪失体験です。

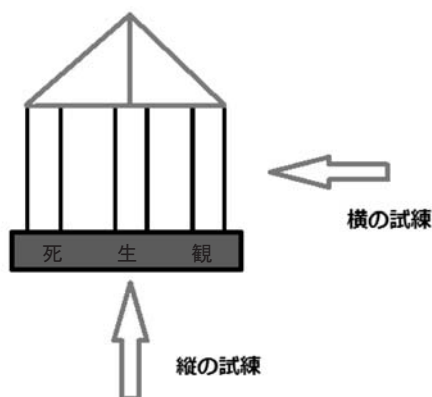


図9 スピリチュアリティ・モデル（正面図）と二つの試練

## 2. がんの終末期以外の、一般論としてのスピリチュアルペインとその緩和

スピリチュアルペインは、人生における重大な喪失体験を機に生じる苦悩と捉えることができます。重大な喪失とは、愛する人との死別、離婚、失職、心身の障がい（健康の喪失）など、人生のあらゆる時期に生じ得ます。そして、深刻な自己評価の傷つき、癒し得ない孤独、無力感、空虚感、絶望につながります。もちろん個人差はあります。失恋して、愛とはなにかと深く悩む人もいれば、別を捜せばそれでよいとケロリとしている人もいるでしょう。何を重大な喪失と受け止めるかは人様々です。

一般論としてのスピリチュアルペインでは、命の危機が差し迫ってはいない点で、がん終末期とは異なります。すなわち、図9における「横の試練」によって生じる苦悩と言えます。

### スピリチュアルペインの役割

スピリチュアルペインは喪失体験（横の試練）によって表面化しますが、喪失体験以前には存在しないのではなく、いわば冬眠していると考えたほうがよさそうです。人間であるからには、心の奥底の呻きや、安易な回答を拒絶する深い悩みを、誰もが内に秘めているのだと思います。喪失という名の春の嵐に遭遇するなかで、スピリチュアルペインは冬眠から目覚め、活発に活動を開始するのです。

スピリチュアルペインには人生についての根源的な問いが含まれます。問うことで心が深く耕され、生きることの洞察が深まるとするならば、スピリチュアルペインは人間の成熟にとって欠かせない重要な要素とみなすことができます。喪失を「春の嵐」に例えるのはいささか不謹慎と感じられたかもしれませんが

が、スピリチュアルペインの持つ肯定的な側面を表現しなかったからです。

**「苦しみに会ったことは、私にとってしあわせでした。私はそれであなたのおきてを学びました  
あなたの御口のおしえは、私にとって幾千の金銀にまさるものです」**

(詩篇：119 篇 71 節)

詩篇記者は、スピリチュアルペインを体験して私は幸せだった、ときわめて逆説的な主張をしています。注目したいのは、その主張の根拠についてです。記者は、神の掟や教えを学ぶことで、神と自分との関係性が正されたと言っているように、私には思われます。神の掟を学ぶことで、記者は自分の立ち位置を修正できたのです。そのことに、幾千の金銀にまさる価値を見出しています。もしも、苦しみに出会わなかったならば、私は最も大切なことを学び損ねたであろう。それほどまでに苦しみに意味があったのだ、と告白しているように私には聞こえるのです。

### **スピリチュアルペインは自己肯定感が傷つくことで生じる**

自己肯定感とは、自分を尊厳のある存在として肯定できる感覚であり、自らを生きる意味をもつ存在として肯定できる感覚です。

この自己肯定感は前述のように、3つの肯定から構成されます。すなわち、自分自身による肯定、重要な他者からの肯定、超越的存在からの肯定です。

#### (1) 自分自身による自己肯定感の傷つき（過去の自分と現在の自分との関係性の痛み）

重大な喪失以前の過去の自分を喪失後の現在の自分が眺めてみると、過去の自分は健康で、それなりの自信もあり、特に問題なく日々を過ごしていました。ところが、喪失体験後の自分は心の支えを失ってひどく動揺し、惨めでつまらない人間になり果て、これからどう生きたらよいか分からなくなっているのです。これは現在の自分を通して過去の自分を振り返り、もう一度現在の自分に目を向けるという作業を経て、現在の自分を肯定できない、あるいは受容困難と判定したことを意味します。すなわち、現在の自分を過去の自分と比較し、それらの関係性を感知し、現在を肯定できないと判断し、深刻な苦悩に至ったのです。このように考えると、自分自身を肯定できない苦悩とは、現在の自分と過去の自分との関係性から生じる苦悩なのです。

関係性の痛みと捉えることで、自分自身の自己肯定感の傷つきに対するケアの方向性が見えてきます。すなわち、次の三つのアプローチが可能となります。

#### ①過去の自分を絶対視しないこと

これは喪失体験以前の自分が、自己の在り方として肯定可能な唯一の状態であったとする見方を止めることであり、過去の自分の絶対視から自由になることです。すなわち、例えば、

「健康だった自分は何でもできて確かに自由はあったけれど、できて当たり前とみなして、できない人を下に見るようなところがあったかもしれない」

と、気づきを得ることです。

#### ②現在の自分を絶対視しないこと

現在の自分は喪失体験によって取り返しのつかない惨めな状態に陥ってしまった、と断定せずに、喪失体験のなかに新たな意味を見出すことです。すなわち、例えば、



「寝たきりになってとても辛いけれど、あれこれと助けてくれる人のありがたさが身に染みて分かって、病気になることも悪いことばかりではないと実感できた」と、喪失後の自分を多面的に捉える視点が生まれることです。

### ③過去の自分と現在の自分の間に断絶はなく、双方を肯定する視点

①と②の二つの気づきが合わさった状態で、喪失前の自分、喪失後の自分、それぞれに得失はあるけれど、その都度の自分なりの最善を歩んできたとして、過去の自分と現在の自分の間に断絶はなく、どちらも肯定できると捉えることです。スピリチュアルケアにおいて、③が最も望ましい帰結でしょう。

#### (2) 重要な他者に関連した自己肯定感の傷つき（重要な他者と自分との関係性の痛み）

重要な他者とは、配偶者、親や子、親友、人生の師などで、その人からの肯定や、その人との良好な関係が生きる支えとなるような人のことです。重要な他者との関係が損なわれ、自己肯定感が傷つく場合は二通りあります。ひとつは、重要な他者から否定的に評価されて傷つく場合です。他のひとつは、重要な他者からの否定はないのですが、自分が相手を否定的に評価したり、拒否したりすることで関係が損なわれ、結果的に自分自身が傷つく場合です。

重要な他者と自分との関係性の痛みの解決は、和解です。謝罪や赦しが必要になります。相手がいる問題ですから、簡単に解決しない場合もあるでしょう。重要な他者がすでに亡くなっているかもしれません。相手はどうであれ、自分自身が心から和解を望む心境に達しているのであれば、ケアする人によってそのような心情が肯定されることで、その人自身の自己肯定感を補強してくれるのではないかと思います。

#### (3) 超越的な存在に関連した自己肯定感の傷つき（超越的な存在と自分との関係性の痛み）

神や仏などの超越的な存在から拒絶され、罰せられたと感じることによる自己肯定感の傷つきは、拒絶や懲罰に該当する行為（違反行為）と、超越的存在についての認識の両面から考察する必要があります。

違反行為は罪悪感を生み出すとともに、超越的存在による懲罰への恐れが伴います。あるいは、重大な喪失そのものを懲罰と受け止めることで、諦めや後悔に悩まされます。違反行為（より正確には、違反行為だと患者さん自らが判断した行為）に対し、実際に超越者がどのような判断を下すのかについては、厳密には、経典にどのように記されているか、教義をどのように解釈するかが問われることになります。その結果、違反行為と判定される場合には、次の段階として超越者からの赦しの可能性が焦点となるでしょう。

超越的存在についての認識とは、超越的存在が善悪の判断基準をどのように定めているのか、超越的存在がそもそも人間をどのような存在と見なしているのか、人間はどのように超越者に応答すべきなのか、超越者が定めた救済の方法は何か、などの信仰の要点を明確に知ることです。これらに関する正確な知識に基づいて、超越者から自分は肯定されうるのか否かが重要になります。

信仰に関する詳細は、指導者が介在するのが通常です。キリスト教であれば、牧師や神父がその立場です。超越的な存在と自分の関係性における苦悩の場合には、信頼できる指導者と患者さんとの二者関係を軸にして、超越的な存在との関係を修復していくプロセスがスピリチュアルケアと言えるでしょう。

超越的存在の在りようが宗教の枠のなかで捉えることが可能な場合には、上記のような対応が必要ですが、「宗教の枠」を持たない患者さんが多いのが現状です。したがって、宗教としてではなく、患者さんなりの神観や超越者観があれば、それを尊重することが重要でしょう。

### 3. がん終末期におけるスピリチュアルケア

がん終末期にはがんは治癒不能と本人に伝えられます。時には予後（残された時間）まで告げられることもあります。また、告げられなくても、不治や予後を患者さん自身が察知する場合があります。いずれにせよ、病の進行により長くは生きられないと悟ります。すなわち、命の期限設定がなされてしまうのです。この命の期限設定の有無が、「一般論としてのスピリチュアルペイン」と「がん終末期におけるスピリチュアルペイン」の違いです。がん終末期では、有無を言わず、生きる見通しの喪失を体験させられるのです。図9に示す「縦の試練」に直面すると、スピリット（魂）は死生観という土台を築き上げる必要に迫られます。図9では、堅固な土台がすでに完成しているかのようにですが、実際は土台がまだ固まっていないうちに縦の試練を受けて、土台がぐらつくのです。

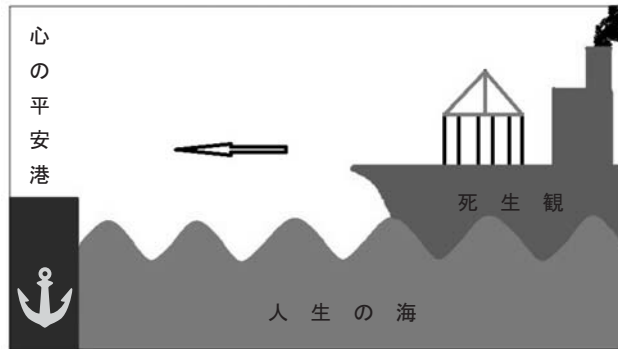


図10 がん終末期におけるスピリチュアルペイン

その状態は、図10に示すように、死生観という船を大急ぎで建造するように強いられ、完成を待たずに人生の荒海に放り出されるようなものでしょう。すなわち、スピリチュアリティ・モデルは荒波に揉まれ、自己肯定感は大きく揺らぎます。板子一枚下に暗黒の世界が待ち受ける感覚です。心の平安がスピリチュアルケアのゴールとすれば、船は「心の平安」という名の港を捜しながら航海を続けていることになります（図10）。船の構造が心もなくなれば、荷がいくら軽くても嵐に耐えられません。船がしっかりしていても、荷が重すぎれば航行は不安定になります。船が構造的、機能的に安定していることと、程よい荷物が積まれていることが安全な航海の条件でしょう。

#### (1) 死生観について

死生観というと大げさかもしれませんが、ここでは先に述べたように、「生きることと死ぬことについての患者さんなりの捉え方」を意味します。

死生観は様々です。死ねばすべてが無になるという考えもあれば、靈魂は消滅しないとする人もいます。死んで靈魂は祖霊に加えられるという日本古来の思想がぴったりくる人もいれば、何かに生まれ変わると信じる人もいます。また、死ねば天国に行くだろうと考える人もいます。死は意識の外に置き、生のみを考えるのも生き方のひとつですから、これも死生観と言えるかもしれません。

死生観は常に構築の途上であり、変化の可能性をもつことを覚えておきたいと思います。命の期限設定と同時に（なかにはそれ以前から開始する人もいますが）、死生観を構築する作業の開始を強いられます。すなわち、がんの進行を予感しながら、がん患者さんはその人なりに生きること、死ぬことについて思いを巡らせます。その思いは硬直した、変更困難なものとするよりは、柔軟で、自ら納得できる形を得よう

と常に変化しているのではないかと私は思います。なかには、死生観を構築する作業を後回しにし、あるいは作業そのものを凍結させ、命の期限設定そのものがなかったかのように振る舞う場面に出くわすこともあります。死を身近に感じながらも踏みとどまって死と向き合うには、よほどの覚悟が求められるのです。

「こうなったからにはどうすることもできない」

「とても残念だけれど仕方がない」

という心境になるのは容易ではありません。

死生観は患者さん独自のものでは是非を論ずる対象ではないのですから、医療者としては患者さん自身の思いを尊重するのみです。尊重の姿勢自体が患者さんを支えることにつながります。医療者は、時には死生観の構築作業に参加させてもらい、その作業が前進するような関わりができれば幸いです。

Nさんは50代の男性でした。痛みは緩和され、少しではありましたが食事は可能でした。ゆっくりと衰弱が進行するなかで、Nさんは一日をどのように過ごせばよいのか分からなくなってしまいました。

「他の患者さんはどのように過ごしているのか」

「みんな自分のように弱っていくのか」

今の自分の生き方、過ごし方はこれでよいのか、と保証を求めているかのようにでした。私たちは、問いかけの一つひとつに、

「過ごし方は様々で、病室で読書する人もいれば、家に外出する人もいます。退屈だけれど、何をしたらよいのか分からないという患者さんもいますよ」

「少しずつできなくなることが増えていきますが、その時々で、できること、したいことに取り組むのがよいかもしれません」

などと、丹念に答えるよう努めました。

「Nさんには、今のNさんなりの過ごし方が一番合っているように思います。これでよいのではないのでしょうか」

と答えることも考えましたが、これだとNさんの生き方にコメントを加える気がして、そうは言えませんでした。Nさんは毎日、同じような質問を繰り返しました。そんなある日、私はちょっと決意して、Nさんに死後のことについて慎重に尋ねてみました。

「死ねば何もなくなると思ってきたけどね・・・」

Nさんはそう言いつつも、その言葉を自分でも信頼していない様子が見てとれました。そんなNさんでしたが、ある日の

「考えないで、少し休みたい」

という言葉きっかけに、向精神薬の内服を開始しました。薬剤で軽く眠気がさす程度で、食事や歩行には目立った支障がありませんでした。

「何も考えないで休めることが楽でとてもよい」

と、Nさんはホッとした様子でした。

注目したいのは、「死ねば無になる」という死生観でしたが、Nさんは無になる恐怖を訴えたわけではなかった点です。一応の死生観があっても、それがこぞという時に機能するかしないかには個人差がある、と知りました。そして、死生観は体験とともに変化しうるもの、と考えようになりました。貫かれた生活信条や死生観のある人ならば、当然のことながら本人の意思を尊重します。死生観があっても患者さんが比較的そこから自由であれば、医療者側でも参考程度に留めておきます。

絶対に正しい死生観やよい死生観といったものはないのですから、堂々と自分の死生観を公言してもよさそうなものですが、そうはなりません。私自身、死生観という言葉の口にするだけで何となく気恥ずか

しさを感じます。人に語るほどの立派な死生観など持ち合わせてはいない、というあたりが大方の人々の本音ではないでしょうか。明確な死生観のある人でも、特別な機会がなければあえて話すことはしないとされます。死生観は言語化になじみにくいのです。死生観には日常生活ではその程度の地位しか与えられてはいないのです。そうは言うものの、患者さんのスピリチュアリティの土台を形成するという意味で、ホスピスケアでは死生観は大きな比重を持つと私は考えています。

表出されにくい死生観ですが、思わぬ時にその一部に出くわすことがあります。知人の訃報に接した時や、亡くなった母親について語る時などです。本人が気づかぬままに、ふと口を突いて出た死生観を聞き逃さない感性を磨きたいものです。

〇さんは大腸がんで、60代の女性でした。ある晩、夜勤のナースに、

「眠ったら、もう眼が覚めないのではと怖くなる」

と訴えました。〇さんは入院時からスタッフを近くに寄せ付けられないようなところがあって、数か月間、私たちは距離をとって見守り続けていました。ここに記した〇さんの言葉は、病状が悪化し、予後数日と思われた時に発せられたものでした。夜勤ナースの申し送りを聞いた私は、心に秘めた辛さを〇さんが初めて明かしてくれたのだ、と理解しました。今が〇さんと話すチャンスと感じ、病室に行き、語りかけました。

「昨晚は眠れずに、お辛かったようですね」

「そうなんです。なんかこう、眠れなくて・・・」

「ちょっと、怖い感じもしたのですか・・・」

「そう・・・。眠ってしまえば、もう目が覚めないかもしれないと思って・・・」

「そうですね・・・。眠れば、そのまま向こうへ往ってしまうような感じなのですね」

「・・・。そう・・・、そんな感じかな・・・」

ここまで話しながら、私は「向こう」へ安心して行く手がかりが〇さんにはないだろうか、と考えました。とっさに思いついたのは〇さんのお母さんのことでした。

「ところで、〇さんのお母さんは、もう亡くなられたのでしたっけ・・・」

「そうです」

「どんな、お母さんでしたか」

「一生懸命育ててくれて、大好きな母でした」

「今、・・・そのお母さんはどこにいらっしゃいますか・・・」

「天国です」

「そうですね、・・・天国ですか・・・。〇さんもお母さんに負けなくらい子育てを頑張ってこられたのですから、きっと〇さんもお母さんと同じ所へ行かれるのではないですか・・・。私はそんな気がしますが・・・」

「・・・そうか・・・。そうですね・・・」

その瞬間、〇さんの顔から緊張が消えました。

「大分お疲れのようですから、これから少しお休みしましょう」

と、数時間、睡眠薬で眠ることを提案し、〇さんは躊躇なく同意することができたのです。〇さんと出会い、私はスピリチュアルに支えることを教えられ、体験させていただいたのでした。

患者さんごとの死生観に沿い、あるがままの死生観をそのまま関わりの土台として接することにしていきます。

## 否認に注意する

死生観を話題にする時、注意しなければならないのは「否認」という心のからくりです。否認とは文字通り、事実を認知しないことです。耐えられない苦悩を引き起こすような事実を無意識に否定し、その事実が存在しないものとして振る舞い、心の動揺を防ぐのです。

健康な時に死についてほとんど考えたことがなく、いきなり治らないがんと告知され、待たなしに死を意識化させられることがあります。これはとても大きな衝撃です。耐えようがないほどの不安や恐怖から心を守るために、否認という防衛システムを作動させている患者さんに出会うことがあります。そのような患者さんに病状を詳しく説明しても話が通じず、他人事であるかのように振る舞うため医療者も家族も戸惑ってしまいがちです。これは、患者さんの理解力の問題ではありません。他の話題は通じがよいのに、死に関することはもちろんのこと、病状悪化なども含めて生命の危機に関連した話になると必ず事実を避けているように感じられる場合には、否認を念頭に置くべきです。

否認している患者さんの理解しがたい振る舞いに医療者側が戸惑い、しびれを切らして無理やり事実を突き付けることは絶対に避けなければいけません。患者さんは否認しなければ自分を守れないと直感して、無意識に反応しているのです。事実を突き付けても否認が強化され、かつ患者・医療者関係が悪化するだけです。

もしも、否認が無理やり取り去られ、傷つきやすい心がむき出しにされたら、逃げ場がなくなってしまう。これは危険です。否認に対しては忍耐強く見守ることが重要です。がんは必ず進行しますから、いずれは否認が困難になります。その時の動揺を的確に支えるために、患者さんを継続的に見守っていくことが重要と考えます。

病状を否認せず、死を意識化し、かつ気持ちの整理がつかない場合には、長期間にわたり死についての不安や恐怖に悩むこととなります。病の進行により日々の衰えを自覚するなかで、患者さんの動揺は大きくなり、苦悩が外に表出されるか、内に閉じこもってしまうか、死を受け止める心の変化が生まれるか、諦めるかのいずれかになるように思います。できるだけ寄り添い、患者さんを孤独にさせない工夫が必要となります。時間をかけていくなかで、患者さんの不安が和らぐの願いつつ待ち続けることが、私たちにできるすべてのように思います。患者さんが病状悪化や死について覚悟できればよいのですが、たやすいことではありません。患者さんに覚悟を期待するよりも、ケアする側が覚悟して寄り添うことが求められるのです。

## 自家製の死生観

ホスピス医として思うことは、誰かの借り物ではない自家製の死生観を育て、人生の歩みの中で折に触れて修正し、自分なりに妥当と思える死生観を築き上げる作業を健康な時から始めることの重要性です。死生観を育むとは、死ぬまでどう生きるかを思うことでもあります。生き方を考えるとは、健康、仕事、経済状態、家庭環境などをどのように望ましいものにしていくかという現実的側面と、生きる目的や意味といった実存的側面があるように思います。この両面について、じっくり考え、吟味し、練り上げてきた患者さんほど、死が現実的になっても大きく慌てることが少ないのではないのでしょうか。

スピリチュアルケアの半分は、患者さんの死生観を確認する作業と言えましょう。生きることの現実的側面と、実存的側面について、患者さんがどう考えているかを教えてもらうことです。死生観を練り上げ、鍛え上げてきた患者さんについては、ただ思いを傾聴させてもらえばよいでしょう。

患者さんが死生観という船に関係性の痛みという荷を積んで航海を続けるなかで、ケア提供者は患者さんの死生観を教えてもらいつつ、関係性の痛みにも焦点を当てていきます。

## (2) 関係性の痛みについて

### ①本来の自分と現在の自分の関係性

一つ目の関係性は、本来の自分と現在の自分の関係性です。

健康で周囲の役に立ち、生産的で、自己完結できる本来の自分と、がんによって生活の大部分を他者に依存し、非生産的で、到底容認できない現在の自分との間の隔たり、あるいは断絶によって生じる痛みが「本来の自分と現在の自分の関係性」から生じるスピリチュアルペインです。過去の健康な自分が失われ、予想さえしなかった情けない現在の自分になってしまったことへの絶望や怒りが伴います。健康な時に社会的に高い業績を残し、家庭内で重要な役割を果たしてきた人ほど、絶望が深いことがしばしばあるようです。

ケアにおいては、自分自身との関係性が決して断絶したものではないこと、過去と現在の自分はつながっていることを、患者さん本人に気づいてもらえるような関わりを心がけています。落ち着いて振り返れば、過去の健全であった自分にも不完全さはあった。病を背負った現在の自分には、身体的な自由度が極端に小さくなったにもかかわらず、病を通して心の深さが増し加わるなどの進歩がある、と感じてもらえるなら、患者さんは今の自分も大切な自分と思なおすことができるのです。

Pさんは70代の大腸がんの女性でした。娘さんの勧めでホスピスに入院しました。紹介状には大腸がんの他に統合失調症、脳梗塞後遺症と記載されていました。私たちのホスピスに転院した時、Pさんは寝たきりで、膀胱留置カテーテルが入れられ、両下肢は拘縮のために思うように動かせませんでした。とても表情は硬く、耳は聞こえるはずなのですが、こちらからあいさつしても返事してくれませんでした。鼻からは管が入れられ、胃に栄養を流し込むのですが、やっと動く手で管を抜いてしまうため、引き抜き防止のために両手に特殊な手袋をされていました。理由があつてのこととはいえ、管と手袋はPさんにとって不快この上ないものでした。入院後、私は病棟スタッフと相談し、鼻の管を抜きました。管が無くなったので手袋を外せました。栄養補給のために大腿の静脈にカテーテルを新たに留置し、そこから夜間に高カロリーの点滴をしました。上下つなぎの病衣を着てもらい、足の裾から点滴チューブを外に出し、点滴バッグをつなげました。上肢の動きにも制限はあったので手は足まで届きませんし、夜の点滴の際に睡眠薬を併用したので、夜間に点滴チューブを抜かれる心配はなくなりました。点滴を夜のうちに済ませ、朝の目覚めの前に点滴バッグをはずし、大腿の付け根にチューブを丸めて貼りつけ、上下つなぎの病衣で隠します。そうすれば日中も点滴チューブを抜かれる心配はなく、手袋も不要です。

そんな経過のなかでPさんは少しずつ言葉を話し、表情は次第に柔らかくなっていきました。入院して1か月ほどたったある日、私はPさんにそれまで話そうとしなかった理由を尋ねてみました。

「この病棟の間は、どんな人なのか分からなかったから」

と、彼女は答えました。我々を見定め、心開いてよいのかどうかと、無言で観察していたのでした。

問題はその後には生じました。工夫の結果、手が自由になるまではとてもよかったのですが、その手でナースコールの連打が始まったのです。呼ばれて病室に行き、きちんと対応して病室から出ると、またすぐにコールするのです。極端な時には、側にナースがいるにもかかわらず、コールすることもありました。これにはナースが困り果てました。担当ナースはスタッフの配置人数や入院患者さんの数を繰り返し説明し、コールがあっても他の患者さんのケアもあるのですぐには対応できないと説明しました。それでも改善しませんでした。ナースステーションにリクライニング式車いすで連れて来ても、10分ともたず、病室へ帰ると言います。こうなってはどうしようもなく、医師である自分の出番だと覚悟しました。

入院後約2か月たったある日、私はちょっと決意して病室に入りました。Pさんと対決するつもりでした。はじめに、これまでナースが繰り返した説明を私も伝えました。するとPさんは、

「私は待つことなんか絶対できない。ひどい仕打ちだ」

と、激しい怒りをこめて私を睨みつけます。しかし、覚悟はしていたので私はひるみません。思い浮かんだのは長女さんのことでした。長女さんが社会人として、母親として、妻として、きちんと役割を果たしている事実を伝えてみようと思いいちました。

「Pさんは立派に子供さんを育てあげたではないですか。その娘さんが役所に勤めながら、毎日見舞いにきてくれる。そんなしっかりした子育てをしたPさんには、我慢しなければいけないことが沢山あったのではないですか。Pさんは我慢できない人ではない、と私は思います」

と、返しました。Pさんは、

「絶対待てない。そんなことできない」

と繰り返すのみでした。対決の直後からナースコールが前よりも増え、私は不適切な介入をしてしまったのかとぐらつきました。ところが、対決から3週間ほどたって、思わぬ変化が起こりました。

「ナースコールが側にあるから押したくなってしまふ。時々見に来てくれればそれでよいから、ナースコースを外してほしい」

と、Pさんは言ったのです。私は驚き、安堵し、そして感激しました。ナースコールを外してまで自分をコントロールしようとするPさんの覚悟、厳しさ、誠実さに触れて、Pさんへの尊敬の思いが湧き出てきたのは私にとって自然でした。後日、対決の時の私の言葉をどう感じたかをそれとなく尋ねると、

「娘の娘はちゃんと仕事しているよ」

と、返事ともいえない言葉が返ってきました。娘だけでなく孫もしっかりしているくらい、私は子育てを頑張ったよ、とPさんが自信を取り戻した言葉ではないかと解釈し、私はとてもうれしく感じました。そのようなことの後、Pさんは私の回診を待ってくれるようになりました。

引用が長くなりましたが、イライラして待てない現在の自分が、母親の役割を果たした過去の自分を思い起こすことにより、忘れかけていた自己像が再構築され、自分を取り戻したのではないかと私は考えています。取り戻しただけではなく、子育てでしっかりと成果を出した過去の自分を超えて、寝たきりの今の自分が新たな高みに達した、とPさんは感じる事が出来たのではないかと思います。

医療者ではどうにもならない心の叫びを、家族がしっかり支えてくれることもあります。

Qさんは50代の女性で、画家でした。自宅で絵画教室を開き、自作の絵も中央で高く評価されるほど力量のある方でした。ホスピス入院後に次第に動けなくなり、日常生活が困難になったある日、Qさんは感情を爆発させました。

「なんで私がこんな思いをしなくてはいけないの。何から何まで人の世話になる。こんなみじめな思いをしてまで、なぜ生きていなければいけないの。早く死んで楽になりたい」

Qさんは叫びました。回診中の出来事で、私はその場に立ちすくむしかありませんでした。その時、丁度その場にやってきた妹さんが、私の後ろからお姉さんをじっと見つめていたのです。ほんの少し間を置いて、妹さんは、

「お姉ちゃん。絵を描けなくても、何にもできなくてもそれでいいの。病院に来てお姉ちゃんの顔を見られれば、それでいいの。ここにいてくれれば、それでいいの」

と、Qさんの勢いに負けない、落ち着いたしっかりとした口調で語りかけてくれたのです。

してあげられる自分から、してもらわなければ生きていけない自分への変化。与える自分から、受けるばかりの自分への変化。この変化を受け入れることはとても困難です。変化した自分の存在価値を見失ってしまい、自己肯定ができないのです。Qさんの妹さんは、「できる」、「できない」の次元を超えた、存在そのものの尊い価値をQさんに伝えてくれたのです。

患者さんにとって大切な人から、

「あなたを大切に思っている」

「あなたを誇りに思っている」

「あなたに感謝している」

というメッセージを心からの言葉として伝えてもらえたなら、患者さんは癒されるのだと思います。そのためには、患者さんと大切な人とのそれまでの関係が、大切や誇りや感謝といった言葉が似合うものであってほしいと願うのです。

Qさんの妹さんのような、存在の尊さを伝えてくれる家族の存在、あなたはあなたでよいのですよと感じさせてくれる病棟スタッフの存在、これが究極のスピリチュアルケアではないかと思うのです。健常であった過去の自分も、がんになった現在の自分も、どちらもかけがえのない私として肯定するプロセスが、本来の自分と現在の自分との関係修復によるスピリチュアルケアと言えます。

## ②重要な他者と自分の関係性

二つ目の関係性は、重要な他者と自分との関係性です。

重要な他者とは、多くの場合、親や子、夫や妻です。人生のどこかの時期に関係が壊れてしまい、修復されないままになっている家族関係は見ていても辛く感じます。他人である医療者でさえそのように感じるのですから、本人の思いはいかばかりでしょうか。

患者さんの本心は和解を望んでいる場合が多いように思います。

「申し訳なかった。私を赦してほしい」

と謝りたい。謝れば、たとえ赦してもらえなかったにせよ心の重荷は半分軽くなることを患者さんは直感的に理解しているのではないのでしょうか。ところが、謝れないのです。ホスピスに入院しなければいけない病状では、遠隔地に謝罪に出かけることには困難が伴うでしょう。元気なうちにお詫びし、和解を済ませておければよいのですが、私たちの精神構造はそんなに合理的ではありません。

和解を願う時、患者さんは当の相手に見舞いに来てほしい、と遠慮がちにスタッフに伝えることがあります。患者さんの家族構成や居住地は入院時に把握していますし、家族間の人間関係は患者さんのケアにおいてとても重要な情報だとホスピスでは共通認識しています。重要な他者との和解が成立するかどうかは当事者たちにお任せするしかありませんが、和解の場を設定するお手伝いはできます。もちろん、プライバシーへの配慮は欠かせません。

ホスピスに入院中のRさんは大腸がんの70代の男性でした。8人姉弟の末っ子の長男のRさんが家業を継ぎ、奥さんと二人で切り盛りしてきました。ところが、お姉さんたちに可愛がられ、お姉さんたちとの結びつきが強かったRさんは、これまでの人生で奥さんよりもお姉さんたちへの気遣いを優先させていたようです。

肺転移の進行で酸素ボンベが手放せなくなったある日、Rさんは隣県の温泉に行ってみたく、唐突に言い出しました。よく聞いてみると、そこは奥さんとの思い出の地であったようです。夫婦二人で行きたいのですが問題は二つでした。一つ目の問題は、旅行中の呼吸困難への対応です。さすがに二人だけで送り出すことは無謀でしたので、一泊旅行に担当のDナースが同行することになりました。Dナースは喜んで協力を申し出てくれました。二つ目のほうが大問題です。お姉さんたちはRさんを心配し、ここは自分たちの出番だと信じて疑わなかったようです。誰と行くか、Rさんはすぐには結論を出せませんでした。内心は決まっていたようですが、お姉さんたちへの態度表明はRさんにとって人生の一大決心でした。病棟スタッフはただ見守るしかありませんでした。ついに出た結論は、奥さんでした。しかし、もしお姉さんたちを選んでも、それはそれとしてDナースは同行してくれることになっていました。Rさんは奥さんを同伴者を選ぶことで、奥さんとの関係を築き直そうとしたのでしょうか。思い出の地で撮った写真を見せ



てもらいましたが、奥さんは穏やかに微笑んでいました。

重要な他者との和解は、この世からできるだけ心残りなく旅立つ上で欠かせないものようです。

### ③超越的な存在と自分との関係性

三つ目の関係性は神仏などの超越的な存在、あるいは運命といった自分ではどうにもならない人生の枠組みを定める存在と、自分との関係性です。

罰が当たる、前世の報い、厄払いなど、私たちは日常生活上、超越者の存在や自分ではどうにもならない状況を暗黙のうちに認めているように思います。超越者をどのようにイメージするかは個人の死生観、信仰、地域性など多くの要素があり、一概には言えません。

Sさんは食道がんの90代の女性で、敬虔なクリスチャンでした。病状の進行により体が衰えても、不思議な安定感を感じさせる人でした。宗派は違いますが同じ信仰の私に、これまでの信仰者としての体験を語ってくれることもありました。Sさんの生き方を象徴するエピソードがあります。亡くなる一か月前の6月上旬、患者さんや家族に七夕の短冊に願い事を書いてもらいました。Sさんの短冊には、「日々前進」と書かれていたのです。Sさんは病状悪化を否認していたのではありません。残された命が短いことをきちんと理解していました。しかし、Sさんにとって進む先は行き止まりではなかったのです。死という未体験の領域ではあっても、信仰で約束された天国への希望があればこそ、日々前進できたのでしょう。あるいは日々前進と自分に言いかけせ、決意表明したのかもかもしれません。すなわち、「日々前進」はSさんの信仰告白だったのです。

Sさんの場合はキリスト教徒であり、確立された宗教の信者でした。信仰の枠組みが教義に基づいて規定され、Sさん個人にとって信仰の在り方は明確でした。また、信者として教会に所属していたので、そこからの支援を得ることができました。神父が病室を訪問し、祈ってくださったと聞いています。信仰をもつ患者さんがその道の宗教家の訪問を希望するならば、後はその宗教家にお任せすればよいのです。病院には宗教家が入りにくいと言われることがありますが、医療者は患者さんの要望に沿うべきでしょう。周囲に迷惑をかけず、患者さんに限定された宗教活動であれば、宗教家の訪問を断る理由はありません。むしろ、患者さんをスピリチュアルに支えてくれる存在として、医療者は宗教家と連携すべきだと思います。そうすることでスピリチュアルケアの枠組みが明確になり、医療者の役割は限定されることにもなります。

しかし、これまで私が出会った患者さんのなかでは、Sさんのように信仰を表明する人はとても少なかったのです。かといって、無宗教を宣言するわけでもありません。患者さんの多くは特定の宗教ではなく、その人なりの信仰をもつのでしょう。したがって、神仏などの超越的な存在と自分との関係性を想定すること自体が、患者さんにとって戸惑いの元になることもありえます。医療者はそんな患者さんの信仰の在り方を察知して、出過ぎず、引き過ぎずの対応を求められているのではないのでしょうか。特定の信仰をもたない患者さんをスピリチュアルにケアするとは、患者さんが垣間見せてくれるその患者さんなりの信仰や死生観を、聞き逃さないことがとても重要ではないのでしょうか。そして、時には、

「今のことについて、もう少しお話してもらってよいですか」

などと、踏み込んでみます。話したいテーマならば、患者さんは言葉をつないでくれるでしょう。触れてほしくなければ、それなりの反応を示すでしょう。患者さんの様子をそれとなくうかがいながら、その話題を続けるべきか、中断するべきかを判断します。続けるべきと感じられても、無理はしません。話が途切れたら再び沈黙になりますが、それもよしとします。

### (3)スピリチュアリティ・モデルに基づくケアへのアプローチ

スピリチュアルペインはその人にとっての重要な三つの関係性が傷ついて生じる痛みであると述べま

したが、患者さんが三つの関係性の痛みをすべて訴えるわけではありません。スピリチュアルペインの内容には個人差があるのは勿論ですが、スピリチュアリティ・モデルに基づいて私の経験を振り返ってみると、三つの関係性の痛みには以下のような特徴があるように思います。

本来の自分と現在の自分の関係性による痛みは、三つの関係性の痛みのなかでもっとも頻度が高く、誰もがもつ苦悩といえます。現在の自分が過去の自分とは様変わりしてしまったと、日々患者さんは感じています。予後が短くなるにつれて、日ごとに衰弱が加速するように感じる人が多いので、現在の自分を肯定的に捉えることはますます困難になります。がんの患者さんにとっては体調変化のすべてが人生で初めての体験であり、想定外の連続です。ゆえに、本来の自分と現在の自分の関係性による痛みは多くの人が共通して訴えるのでしょう。多くの人が訴えることの背景には、この痛みがとても強いだけでなく、他のふたつの痛みと比較すると医療者による改善が期待できるのではないかと患者さんが思うからかもしれせん。また、身体的な変化に関連したことならば医療者に訴えやすいと感じられるのではないのでしょうか。他のふたつの痛みすなわち、重要な他者と自分の関係性や超越的な存在と自分との関係性に起因する痛みは、最もプライベートな問題なので、表現しにくいし、言うためらいもあるし、言っても相手に伝わらないかもしれないと感じるのだと思います。

重要な他者と自分の関係性の痛みは、本来の自分と現在の自分の関係性による痛みと比較すると、頻度は半分以下ではないのでしょうか。「重要な他者」を家族に限定すれば、病棟では入院時に家族構成について聴取するため、その種の痛みの有無をおおよそですが推測できます。家族が見舞いに来てくれれば、病棟スタッフは患者さんと家族とのやり取りをそれとなく観察し、患者さんに失礼のない範囲で家族関係を把握するように努めています。たとえ患者さんと家族との関係が良好でないように見えたとしても、それがスピリチュアルな痛みとして表現されないこともありますから、医療者はまずは見守るのみです。もしも、患者さんの側から話があればケアの扉は開かれたこととなります。そして患者さんの話にじっくりと耳を傾けます。ただし、家族の人間関係の問題は患者さんにとっては恥であったり、深い後悔であったりしますから、経験上、患者さんが医療者に開示してくれる内容には制限があるようです。患者さんなりの開示制限を受け止めつつ、患者さんの思いを慮るのみです。「重要な他者」に今の自分の思いを伝えたいと知らされた時には、患者さんが医療者に仲介を求めているかもしれないと想像します。踏み込み過ぎないように自戒しつつ、「今のお気持ちをこちらから長男さんにお伝えしてみましようか」などと尋ねてみます。そこで許可が出れば、関係の結び直しの役割の一部がこちらに回ってきたと受け止めます。慎重に言葉を選びながら、「重要な他者」に患者さんの気持ちを伝えます。そして、面会に来てくれるようお願いします。医療者にできるのはそこまでです。あとは患者さんと当事者である家族にお任せするのみで、医療者にできることは成り行きを見守ることのみです。

超越的な存在と自分との関係性の痛みは、前二者と比較するとさらに頻度は低いようです。患者さんは私たち医療者を医療の提供者と認識しているのですから、私たちに超越的存在について話すのはお門違いと判断して当然かもしれません。仮に話してくれれば、医療者としてではなく、一個人としての対応ができるのみです。本来、超越的な存在と自分との関係性の痛みは、宗教家の領域です。患者さんの求めや同意に応じて、数ある宗教のなかから、患者さんの思いに対応してくれる宗教家に繋ぐこととなります。そこでの問題は、医療者が宗教関連の情報や人材についてほとんど知らないことと、宗教家が終末期患者への対応について経験がない場合もある点です。患者さんの全人的痛みの緩和という共通の目的のもとに、医療者と宗教家とがもっと互いを知り合い、協力し合うべきなのです。

以上、スピリチュアリティ・モデルに基づくケアへのアプローチについて述べましたが、三つのスピリチュアルペインに対して具体的にどの職種の対応が求められるのでしょうか。

スピリチュアルペインに直面する医療者としては、一般の（精神科を専門としない）医師と看護師のグルー

ブ、精神科医と臨床心理士からなるグループ、ホスピス（緩和ケア病棟）の医師と看護師のグループがあげられます。これらに加えて、スピリチュアルペインに関与できる、あるいは関与の必要がある職種として宗教家があります。以上、四つのグループのスピリチュアルペインについての対応の必要性をまとめると、表1のようになります。私は考えています。

どのグループであっても、すべてのスピリチュアルペインに対応できれば理想的です。しかし、現実はそのようではありません。

「本来の自分と現在の自分の関係性による痛み」と「重要な他者と自分の関係性の痛み」への対応は、がん診療に携わる医療者すべてに求められ、特に精神的ケアの専門家やホスピスのスタッフには欠かすことができないと思います。一方、「超越的な存在と自分との関係性の痛み」は、ホスピススタッフにとってはしっかり傾聴するという意味で、対応が必要、あるいは対応できることが望ましいのではないかと考えます。

スピリチュアルケアの提供者としての宗教家は、「超越的な存在と自分との関係性の痛み」への対応の専門家として期待されることは言うまでもありません。また、「超越的な存在と自分との関係性の痛み」は、患者さんのスピリチュアルな語りのなかで、「本来の自分と現在の自分の関係性による痛み」や「重要な他者と自分の関係性の痛み」とは分離され、それ単独で表出されるわけではありません。患者さんの心の奥底の苦悩が開示される時には、三つの関係性の痛みが混在していることを考えるならば、宗教家は「本来の自分と現在の自分の関係性による痛み」や「重要な他者と自分の関係性の痛み」へも対応を求められることとなります。

表1 スピリチュアルペインに対する職種ごとの対応の必要性

	一般の 医師・看護師	精神科医 心理士	ホスピスの 医師・看護師	宗教家
本来の自分と 現在の自分との 関係性の痛み	○	◎	◎	◎
重要な他者と 自分との 関係性の痛み	○	◎	◎	◎
超越的な存在と 自分との 関係性の痛み	×	△または×	○または△	◎

◎：非常に有り ○：有り △：やや有り ×：無し

#### 4. スピリチュアルケアの構造

次に、スピリチュアルケアの構造的側面を考察したいと思います。

スピリチュアルケアは、ケア提供者と患者さんの関係性を土台として、三段階を経て進行します。

##### (1) スピリチュアルケアにおける二者関係

スピリチュアルペインは自己肯定感の傷つきであり、死生観と三つの関係性の痛みからなると述べまし

たが、死生観の尊重や三つの関係性を見直しや再構築は、患者・医療者関係という二者関係を通してなされていくことになります。この二者関係が成立しなければ、スピリチュアルケアは進みません。二者関係の構築はスピリチュアルケアの入り口です。また、この関係を維持、発展させながらケアが進展するので、二者関係はスピリチュアルケアの根幹でもあります。

二者関係といっても患者・主治医、患者・担当ナースなどと様々ですし、患者さん一人について複数の医療者が関与することが一般的でしょう。専従のチャプレン（病院付牧師）が配置されていれば、スピリチュアルケアはチャプレンの担当になりますが、配置のない病院が一般的ですから、複数の二者関係でケアが進行することが起こりえます。もちろん、誰と何を話すかは患者さんが決定しますから、当初の複数の二者関係が、スピリチュアルな話題においては特定の医療者との関係に収束していくことは自然でしょう。

私は、患者さんからスピリチュアルな話題が出てきた場合には、その話題にふさわしい相手として患者さんに選んでいただいたと考えることにしています。ホスピスケアの提供者として認知されたことを意味します。喜びと緊張を感じる瞬間です。

このような二者関係が形成されやすいようにケアチーム内で配慮していくことはとても大切です。スピリチュアルペインを訴える患者さんについては、担当ナースがその患者さんのために時間を取れるようにチーム内で認識を共有し、協力し合わなければいけません。また、守秘義務を忘れてはいけません。患者さんの思いを聴いた場合には、

「とても大切なお話でしたので、病棟スタッフにも伝えたほうがよいかとも思うのですが、いかがでしょうか。差支えない範囲で、今のお話をスタッフに話してもよいですか」

と、確認を忘れないようにします。深い内容だけに、情報の取り扱いには細心の注意を要します。

## (2) スピリチュアルケアの三段階

### ① 信頼関係の成立

スピリチュアルペインは心の根底にあるものと考えれば、相手を選んで表出されて当然です。

「この人なら私の思いを理解してくれるのではないかな」

と思えなければ話してくれません。また、話すまでの経過も単純ではないようです。病気と関連がないことは医療者に話すべきではないと考える患者さんもいるわけですが、スピリチュアルな苦悩の深まりを自覚しながら、話してもいいのか、自制すべきかとしばらく迷った後に、この人ならと思う相手を見つけ出して、その相手が時間を取りやすいようなタイミングを見定めて、やっと話してくれるのだと思います。話すべきか否かの葛藤の中で、相手への信頼が告白の最も重要な条件のようです。すなわち、患者さんとの信頼関係の成立がスピリチュアルケアの第一段階です。

### ② スピリチュアルペインの識別

第一段階の信頼関係が成立し、患者さんがスピリチュアルな思いを伝えたとしても、医療者側がその思いをスピリチュアルペインとして受け取れなければ、十分な対応は困難になります。すなわち、第二段階では、医療者側にスピリチュアルペインを識別する力が求められます。スピリチュアルペインと認識することにより、医療者はその患者さんとの人間対人間の関わりの深まりを自覚します。ホスピスケアの中心的なテーマ、4層の山の最上層に達したのです。患者さんの生き方や考え方について今まで以上に敏感になるべきこと、経過とともに医療者自身の内側に生じる不安や戸惑いをもよしとすることを、自らに言い聞かせる決意の時でもあります。第4層に出会った後には、これまでの生活歴を含む全人的な視点から、患者さんを繰り返し見つめ直してみます。自分の理解だけでなく、他職種がもたらしてくれる諸々の情

報から、患者さんのスピリチュアルなニーズについて、何を読み取ることができるのか、と問いを巡らせます。このようにして、患者さんを最もよく支えるアプローチを探し続けるのです。

回診の中でスピリチュアルな話題が出た日には、回診終了後も患者さんのスピリチュアルな苦悩は私の心を刺激し続けます。次回回診ではどんな言葉をかけたらよいのか、と考えます。この患者さんにとって、スピリチュアルな苦しみが和らぐとはどんな状態になることなのかを考えます。じっくりと考えても明確な答えが出るとは限りません。そのまま、翌日の回診を迎えます。でも、昨日とは違ってきます。スピリチュアルな苦悩を開示した事実は、患者・医療者関係をさらに踏み込んだものに変化させます。しかし、そこで先を急がないようにしています。昨日の告白を患者さんがどう感じているのかを把握するように心がけます。弾みで本音を言ってしまった後悔もありうるからです。患者さんが前日の話の続きを開始してくれれば、こちらは少し安心することができます。

### ③言語化と内省

第三段階は、患者さんの感じている苦悩がスピリチュアルなものであることを、相手に伝え返す作業です。スピリチュアルな苦悩は患者さんの内面に留まる限りにおいては、漠とした不安であることも多いのです。日常臨床で多く経験するのは、夜になると眠れず、明け方近くなってやっと眠りにつく患者さんにスピリチュアルペインが少なくないという事実です。睡眠薬で眠ることを拒否する場合があります。睡眠と永眠の区別が定かでなくなるようです。そのような患者さんは、がんのことはあまり知りたくない、悪い話は家族にしてほしい、と現状を回避する機会が多いように見受けられます。

「夜になると眠れないのですね。とても辛いでしょうね。でも、昼なら眠れるのには何かわけがあるのでしょうか」

と返すことで、夜は眠れないけれど昼は違うという事実気づいてもらい、その背景にあるものについて考えるきっかけを作ることができます。

患者さんの漠とした思いを医療者が言語化し、患者さんに伝え返すことが、患者さんの文脈を尊重して内省への道を拓く作業です。内省とは自分自身の心の働きや状態を顧みることですが、内省を行うのは患者さん自身であり、医療者は内省のきっかけを提供するにすぎないことを心に留めたいと思います。患者さんに内省の余裕が無く、内省そのものを拒否することもあります。医療者は踏み込み過ぎず、適切な心理的距離を保ちながら患者さんを見守りたいものです。

医療者として覚えておきたいのは、言語化は時に暴力的になりうることです。

「夜は静かで暗く、まるで死のようですね。そんなふうを感じるのかもしれないね」

と切り込むならば暴力であり、ケアではありません。それがたとえ正しい解釈であったとしても、暴き出しに終始しているだけです。患者さんの繊細な心への配慮が欠けています。言語化は患者さんに客観視を促すことでもあります。客観視の余裕がない、あるいは機が熟していないと感じられる時には、言語化は避け、先を急ぐことなくその段階に患者さんと止まり続けるべきでしょう。

患者さんが苦悩を自分の言葉で表現できる場合は、思いをひたすらに聴かせてもらいます。すべての思いが既に言語化されているわけではないので、その日の会話が初めての言語化、という内容も出てきます。刺繍の裏側のような、混沌とした想念が、言葉という表現様式を与えることにより、刺繍を表に返す作業がなされます。すなわち、傾聴してもらい、時に言語化されることで、自分の心模様を初めて自覚できるようになるのです。このようにして、言葉を発した自分自身についての理解が深まります。

言葉を介して医療者に伝達されたスピリチュアルな苦悩は、容易に解決できないものであることを、医療者の反応を見ながら、患者さんは再確認するのではないのでしょうか。医療者の反応とは、悩みの深さを前にしての沈黙であったり、無力感であったり、戸惑いであったりします。そのような反応しかできな

ったとしても、患者さんと共にいてくれる医療者の関わりの在りようを見て、患者さんは自分が受け入れられており、そのような悩みをもってもよいのだと理解するのでしょう。悩み多き自分を受け入れてもらった体験の後に、今度は悩める自分自身を自ら引き受ける空間が、心の中に生まれてくるのだと思います。

表出、言語化、内省のプロセスが、傾聴、共感という医療者の基本姿勢に支えられて繰り返されること、これがスピリチュアルケアの本態ではないかと私は考えています。

### (3) 宗教家との連携

宗教家との連携が必要とされるサポートにつながることもあります。

私が消化器外科医だった時、Tさんという胃がんの患者さんと出会いました。がんの病名告知がまだ珍しかった時代の話です。病名を知っていたTさんがどんな思いでいるのかについて関心をもった私は、病室を訪問しました。すでに手術は終了し、術後の化学療法を受けていた時期でした。実直なTさんは抗がん剤治療に期待し、がんと闘う思いをありのままに語ってくれました。話の中で私がクリスチャンであることを告げましたが、そのことがきっかけでTさんとの関わりが深められたのです。病室訪問から2か月ほど経った頃、外来通院中のTさんに声をかけられました。キリスト教のことをもっと知りたいというTさんの言葉に驚きながらも、私は時間を取って何回かお会いしました。その後、がんの再発が明らかになり、信仰についての質問を投げかけるTさんは真剣そのものでした。私から紹介されたK牧師との面談の中で、Tさんは罪の赦しなどのスピリチュアルな疑問への解決をキリスト教に見出し、洗礼を受けました。

患者さんの自律性を尊重しつつ、医療者と宗教家が協力しながらケアにあたるように求められる時には、医療者は柔軟に対応したいものです。Tさんのように信仰をもつことで心の平安を得る場合は、スピリチュアルケアの在り方のひとつとして信仰は大きな位置を占めるものと思います。

## 5. スピリチュアルケアの注意点

スピリチュアルケアは、二者関係を土台にすると述べましたが、一方の当事者である医療者にとって重要と思われる点について述べたいと思います。

### (1) 医療者の信念や人生観を押し付けない

スピリチュアルペインに解決があるとすれば、解決を見出すのは患者さん自身です。心の奥深い苦悩が和らげられたと判定するのは患者さんなので、解決そのものが患者さんにとってストンと腑に落ちるもの、違和感のないものでなくてはなりません。解決のきっかけは周囲から与えられたとしても、患者さん自身が咀嚼、嚥下、消化、吸収しなければならず、そのプロセスは患者さんの仕事であって、誰にも代役はできません。出来合いの信念や人生観を移植しようとしても、拒絶反応を引き起こすのみです。自らの心の遍歴を経た、すっきり納得できる内的視点を獲得できた時、患者さんが自らの変化に気づくとともに、そこに至るまでのプロセスに意味を見出すのです。

私はがんの体験者ではありませんが、先に述べたように、現在進行形のうつ病体験者ではあります。うつ病の経過の中で私なりの納得に至る体験をしましたので、ご参考までに簡単に紹介します。

2011年の後半から年末にかけて、仕事はどんどん忙しくなっていました。ホスピス外来をこなし、入院、退院への対応に追われる毎日でした。

「先生の歩くスピードはとても速いですね」

とよく見学の学生に言われますが、私はうつ病発症時には病院内を駆け足で移動していた気がします。体の疲れとともに、心に全く余裕がなくなっていました。変化は職場のみならず、家庭でも隠せません。

以前は何とも感じなかったことに、いちいち腹が立つのです。家族はそんな私を刺激しないようにとても気を使っていたようです。

うつ病体験は試練でした。当初は自分の力で立ち直ろうと考え、精神科受診には踏み込めずにいました。当然の結果として、仕事の負担は増えるばかりで心身ともに余裕を失い、自罰的であると同時に他罰的になり、孤立感を深めていきました。人は試練によって成長するか、あるいは卑屈になるかのどちらかしかないのだと常々考えていた私は、状況は悪化するばかりで、間違いなく自分は後者に属すると思わざるを得ませんでした。その程度の人間なのだと思った時、はじめて自分の実態を知った気がしたのです。試練を通して成長する話はよく聞くけれど、自分はそうではない。成長できる人への羨望と、どう考えてもそうなれない虚しさ、無力感は堪えました。その後、S副院長の介入のおかげで踏ん切りがつき、精神科を受診し、休養の身となったことは前述のとおりです。病院を休み、IクリニックのS先生を信頼し、治療を受け、妻と子供たちに支えられ、私は少しずつ回復していきました。回復のなかで、自分は周囲からの助けによって生きていることに初めて気づきました。支えてくれるのは精神科のS先生や家族だけではなく、職場のスタッフ、患者さんや家族にも様々な形でお世話になっているのだと理解しました。このように気づいて、私は楽になりました。そして、助けてくれている人への態度を修正せざるを得なくなりました。すなわち、うつ病という代償を支払って、身の程を知ったのです。

この気づきは、周囲の人たちが私をじっと見守ってくれたことにより生まれたと思うのです。ありがたい助言や、役に立つ思考法を伝授してもらわなかったからこそ、腑に落ちる視点にたどり着くことができたのです。すなわち、結果的に、良質のスピリチュアルなサポートを得ていたこととなります。助けられて生きることの自然さは、私の心をととても軽くしました。

ケアを介入や行為と捉えるならば、見守りの視点は出てきません。見守りは、見守る相手の変化の可能性を否定しません。見守る相手の在りようを認め、その人らしく課題に取り組むことをよしとします。その人らしさに任せることですから、医療者の期待通りに患者さんは動かないと思うことにします。こちらからすると近道が見えたり、結論が明らかだったりしますが、それはあくまでも医療者側の事情です。医療者の身勝手な近道や結論は困りものです。医療者の価値観、信念、人生観を近道や結論などとして提示するならば、その人らしさの否定であり、ケアではなく操作になってしまいます。

## (2) スピリチュアルペインを「何とかできる」と思わない

私たち医療者は、問題の解決によって評価してもらう立場です。正しく診断し、適切な処方を行い、的を押さえた生活指導を行うなど、正解を見つけ出し、正解に沿った対応を求められます。とは言うものの、臨床では種々の悪条件が重なっている病状への対応が求められ、単純明快な正解はないとの認識がとても重要と思います。それでも、医学という学問に基づいてより妥当な判断を追求し、患者さんの問題の緩和に近づこうと努力します。四つの痛みのなかで、身体的痛みについては診断学、治療学といった医学モデルがよく当てはまりますが、身体的痛みの対極に位置するのがスピリチュアルペインです。生きる意味や目的、人との和解、死後の世界といったスピリチュアルな事柄に関する記述は、医学の教科書にはありません。

「がんが進行し、人の世話になるばかりで情けなくて仕方がない。生きる意味がない」と訴える患者さんへの対応について、医学は正解を教えてくださいません。したがって、スピリチュアルケアにおいて、医師は医師としてではなく、一人の人間として患者さんの前に立つこととなります。患者さんの意に反して悪化するばかりの病状と、患者さんの苦しみの深さを理解すればするほど、かける言葉さえ見つからなくなります。場を取り繕うための表面的な言葉ではなく、何もしてあげることができない無力を噛みしめ無言で寄り添うならば、それでよいのではないのでしょうか。気の利いた助言をしてあげれば何

とかなる、と考えるなら誤解です。そんな助言が役に立つのなら、患者さん自身がとつくの昔に解決を見出していることでしょう。

心の奥深くから湧き出てくる苦しみに対し、「何とかできる」とは思わないことです。何もお役にたてないかもしれないけれど、私でよければ気持ちを聞かせていただきたい。そんな姿勢がスピリチュアルケアにはふさわしいのではないのでしょうか。

### (3) 無力を責めないこと

スピリチュアルペインを解決できないのですから、私たちは無力と言わなければいけません。

「なぜ私がこんなみじめな思いをしなければいけないのか」

と問われて、返す言葉が見つからず、立ちすくんでしまうのが私たちであり、それでよいのだと私は思います。病棟には毎年、新しくナースが配属されますが、誠実で熱心な人ほど、患者さんがうつうつとしているのは自分のケアが不十分だから、自分に力がないからだと考えてしまうことがあるようです。悩むこともその人の実力のうちであり、悩む人ほど成長する可能性がある点では喜ばしいことかもしれません。でも、ちょっと厳しく表現すれば、やや傲慢なのです。工夫次第で患者さんの悩みを解決できると思うことは事実と反しますし、それほど患者さんは単純ではないのです。そして、スピリチュアルな苦悩は深いのです。

無力であることは何も悪いことではありません。患者さんも医療者も、無力な者同士だからこそ、理解しあえるのかもしれませんが、

「そんなふうに感じているのなら、とても辛いだろうな・・・」

と、悩みの深さ、苦しさを我が身に当てはめて推量することはできます。無力であることを医療者としての力不足ととらえることなく、無力ゆえに患者さんと同じ地平に立つことができるのですから、無力を肯定的に捉えることにしませんか。

### (4) 寄り添いの真価が問われる

無力であっても可能なことはあるでしょうか。ひとつあります。患者さんと共にいること、寄り添うことです。時間を共有することです。寄り添うことはスピリチュアルケアそのもののように考えられていますが、寄り添いの中身について少し掘り下げて考えてみたいと思います。

患者さんと共にいる時には会話のある場合と、沈黙場合があります。実際には会話と沈黙が種々の比率で混じり合いつつ、時間が経過していきます。その際に大切なことは、患者さんからのメッセージを聞き逃さないこと、しっかり受け取ることだと思います。そのメッセージが、

「あなたにここにいてほしい」

「私の思いを受け止めてほしい」

ということもあれば、

「もう話したくない」

「一人の時間がほしい」

という場合もあり得ます。医療者にとって大切なことは、患者さんの本音を察知し、本音に沿えるように行動することです。ですから、

「一人にしてほしい」

と理解した時には、そうしなければいけません。「スピリチュアルケアは寄り添うこと」と決め込んで、相手の気持ちにお構いなしに、我慢比べのように長時間居座り続けることはありません。

「孤独に耐えられない」



「不安で辛いから、一緒にいてほしい」

という訴えを受け止めた時、たとえ生きる意味を問われた医療者が答えに詰まったとしても、その場に居続ける忍耐をもちたいのです。出口のない迷路、先の見えない闇、右にも左にも行けない板挟みのような感覚を、患者さんと共有する覚悟がスピリチュアルケアには求められます。また、同じ患者さんと同じような面接場面が繰り返されることもしばしばです。

「そう言われても、無理です」

と話を切り上げたくなる思いをじっとこらえます。共に居続けている先に何らかの展開があるかもしれません。ないかもしれません。患者さんの内に秘められた可能性が発芽する瞬間を見届けるようなつもりで、余計なことを言わずに、共にいたいのです。

#### (5) 自分自身の死生観が問われる

「自分にしっかりと固まった死生観がなかった時は、患者さんから言われる一言ひとことが難しかった。死生観をもてるようになってからは、スピリチュアルについても話ができるようになったと思っている」

これは病棟スタッフに対し、スピリチュアルケアについてアンケート調査した際に、あるナースが書いてくれたものです。自分なりの死生観があれば、患者さんの語るスピリチュアルペインを相対化して、すなわち、自分の死生観と患者さんのそれとを比較しながら受け止めることができます。その結果、患者さんの苦悩と程よい心理的距離を取り、巻き込まれない範囲で接近し、ケア的な関係を保つことができます。一方、医療者の死生観がきわめて漠然としている状態では、医療者自身が患者さんのスピリチュアルな混乱の中に巻き込まれてしまいかねません。こうなるとケアが困難になります。患者さんに触発されて顕在化した自らのスピリチュアルペインが、医療者に不安や怒りを生じさせ、ケアが中断されてしまいます。

スピリチュアルケアとは相手の死生観を受け止め、死の切迫感に戸惑う患者さんと時間を共にすることです。患者さんの死生観がどうであれ、受ける側にそれなりの死生観がないときちんと寄り添うことは困難なのです。生きること、死ぬことについて、自分なりにとことん考えてみる。借り物ではなく、自分のオリジナルで生と死について語ることができる。あるいは、語るまではいかず、結論も出せないけれど、考え続けている。このことがホスピスケアに関わる人に欠かせないと思うのです。

#### (6) 信仰の在り方が問われる

信仰がケア提供者のスピリチュアルな基盤を形成している場合があります。私もその一例で、キリスト教信仰が生と死についての私の概念的な枠組みに大きな影響を与えていると思います。

信仰者がスピリチュアルケアを行う時の注意点を、私は次のように考えています。

先に述べたように、信仰を相手に押し付けないことが大前提です。特に医療においては入信の見返りとしての医療サービス、という構図も在りうるゆえに、医療者が信仰を提示する場合には細心の配慮が求められます。信仰はあくまでも自由な意思決定を通して獲得される必要があります。そうでなければ、信仰は患者さんにとって真に心の支えにはなりません。

信仰をもつ医療者として、信仰がケアの障壁になる場合があります。患者さんの言動を教義という物差しで測定し、その是非を判断し、裁いてしまうような場合です。本来、教義は信者のためにあり、信仰をもたぬ立場には適用されませんが、その認識が不十分だと混乱が生じます。かりに患者さんが医療者と同じ信仰をもつ場合、患者さんの言動が宗教の教義に反することがあったとしても、医療者としての役割遂行の上では、何の差別や区別をしてはいけなことは言うまでもありません。自分に厳しく他人には寛大であることが、信仰に限らず人間生活の基本なのですが、生真面目で妥協のない信仰生活を目指す

人が、他人にも厳しく接するようなどころがあるかもしれません。

信仰とは、絶対者との関係において自分自身の在り方を徹底的に問うものだ、と私は思います。そのなかで、けっして十全ではない自分であったとしても、絶対者から赦され、受け入れられていることを信仰によって確信するならば、心に平安を得ることができます。赦された自覚が明確であるならば、無邪気に相手を裁くことはできないはずで。

#### (7)スピリット、すなわち魂の境界について

私は、魂の境界は柔軟ではないかと思っています。前述のように魂を、「心の奥底にある、価値や意味を判断する主体」と定義してみます。難しい哲学には無縁の者ですので、雑な括りであることをお断りしておきます。

私を例にとって、説明を試みてみます。

私にとってキリスト教信仰は、人生の核心に位置するものと捉えています。信仰の源は聖書ですから、聖書を毎日読んでいます。聖書はとても不思議な書物で、読むたびごとに心の響きが異なるのです。例えば、前回読んだ時には何も感じなかった箇所、今回は大きな宝物を見いだすのです。

旧約聖書のネヘミヤ記 4 章 9 節をご紹介します。

#### 「しかし私たちは、私たちの神に祈り、彼らに備えて日夜見張りを置いた」

この箇所には歴史的な背景があります。ネヘミヤ記は紀元前 5 世紀ごろに書かれました。ユダヤ人はペルシャ王クロスの勅令で、バビロン捕囚からの帰還を許されます。ネヘミヤとはペルシャ帝国で高官として用いられたユダヤ人で、帰還した同胞からエルサレムの荒廃の様子を耳にします。エルサレム神殿はユダヤ人にとって聖なる場であり、信仰の基です。その崩れ去った神殿の城壁再建のためにネヘミヤはエルサレムに帰り、城壁再建の総指揮をとることを決意します。ここにある「私たち」とは、城壁再建に着手したネヘミヤをリーダーとするユダヤ人のことです。しかし、周囲には再建を妨害しようとする「彼ら」がいました。「彼ら」とは、捕囚後、その地に住み着いた近隣の異民族です。「彼ら」は、天地創造の神を信じない異教の民でした。再建は周囲の妨害者から命を狙われる危険な試みでした。にもかかわらず、彼らは再建を続行し、ついに完成させました。再建の大事業の際の描写が、この箇所です。

私が最初にこの箇所を読んだ時の記憶はありません。聖書にメモしてあるので分かるのですが、2002 年 11 月に読んだ時には、信仰についていろいろと考えさせられました。信仰の最も端的な行為は神に祈ることですから、私もよく祈ります。困難な問題に直面した時には、祈りと同時に、「日夜見張りを置く」ような、現実在即し、かつ臨機応変な行動が必要だ、とネヘミヤ記 4 章 9 節から学びました。

「信仰とは、努力もせずに神にすがりだけの、弱い人間の現実逃避だ」

という批判に出会うことがあります。私は信仰と努力の関係がよく分かっていませんでした。この箇所を発見する前は、信仰があっても努力しない場合も、信仰に基づかずに努力する場合も望ましいことではないと思っていました。発見後は、信仰とは神に祈ることのみならず、現状に対応する確かな努力を同時進行させることだ、と理解しました。祈りつつ努力し、努力しつつ祈りを欠かさない。いわば、祈りと努力は一体と考えるようになったのです。さらに、ネヘミヤの生き方は神の召命に対する信仰に基づいた全身全霊の応答だったと読み取ってからは、ネヘミヤという人物が深く心に残りました。

私の魂は硬い甲羅のようなもので守られているのではなく、ネヘミヤに関する記述に敏感に反応しました。魂の境界は、柔らかで透過性が高いのではないのでしょうか。ここでは内容を書きませんが、私も人への信頼を大きく損なう体験をしたことがあります。その時も魂はとても敏感に反応し、私の人間観に大き

な影響を与えました。かくも魂は影響を受けやすく、繊細なものようです。誰でも「自分」というものがあると思っているのですが、その自分とは不変で不動ではなく、変化の可能性に富むものと考えたほうが適切だと思います。魂と外界との境界は思う程に明瞭でも頑丈でもなく、外からの多種多様な衝撃が容易に境界を越えて、よくも悪くも内側に作用するのではないのでしょうか。

魂の境界の柔軟性は、人間の可能性を広げうるのです。患者さんにとって受け入れやすい形で魂へのアプローチがなされれば、スッと境界を通過して、その人の魂の中核にメッセージを届けることができるのです。そんなアプローチを人は根源的に欲しているのではないかと私は考えます。

「外からの多種多様な衝撃」と書きましたが、自分で排泄できなくなったこと、大切な人に会ってもらえず見捨てられたと思うこと、日に日に衰弱して死が近いと分かること、これらがすべて衝撃となりえます。衝撃がスピリチュアルな苦悩を生み出すのです。人が心にスピリチュアルな思いを抱く時、その思いは人間の根源的な必要を指し示しているのではないかと思います。生きている意味を見出せず苦しむ時、人間は生きる意味を求める存在であると言えます。自分には価値があると納得することを欲し、人から評価されることを願うのは、人にとって価値や評価が必要だからです。人はなぜ、大切な人を裏切ったことに罪責感を感じ、苦しむのか。人はなぜ、過去の不適切な行為と現在体験している困難を関連づけて、それを罰と認識するのか。なぜなら人は、赦し、和解、超越的な存在の前での平安を欲するからだと思うのです。超越的な存在、すなわち神を恐れ敬う思いが、私たちの DNA の中に刻み込まれているといっは言い過ぎでしょうか。

人は誰もが例外なく死という避けえない通過点を經由して、未知の世界に足を踏み入れていきます。このプロセスにおいて、人は完全に受け身であり、意のままにならぬ辛さに苦しみます。スピリチュアルな苦しみは、現在の自分の生き方、在り方を見つめなおし、人を本来の立ち位置に引き戻す上でとても重要な役割があるのではないのでしょうか。スピリチュアルペインは厄介で、どうにもならないものとして敬遠することは、的が外れているかもしれません。

「あなたはどう生きるのですか」

と、心の奥深くにある魂なるものが、魂を生み出した超越者、創造主、すなわち神から問われているのではないかと私は思うのです。その時に、信頼できる人が共にいてくれるならば、すなわち、信頼に基づいた二者関係の土台があるならば、挫折しそうな自分を何とか保つことができるでしょう。そして、共にいる人が魂に光、あるいは心に平安を確保できている人であれば、望ましいのではないのでしょうか。もちろん、その人の平安が、患者さんの平安となるかは別の話ですが。

言うまでもなく、このような人間観は私の個人的なものであり私の背景です。患者さんと接する時には、その患者さんの独自性に焦点を当て、私の人間観に縛られないように心がけているつもりです。

#### (8) うつ病の合併を見逃さない

うつ病では気分が落ち込み、生きる意味を見失い、絶望し、さらには死を願うまでになることもあります。意欲が低下し、物事を億劫に感じます。精神症状に加えて、食欲低下、疲労感などの身体症状も加わります。このようなうつ病の症状は、進行したがん患者さんの病像と重なるとともに、スピリチュアルペインと区別がつきにくくなります。うつ病の治療における抗うつ剤の役割は極めて重要で、がん患者さんのうつ病合併例でも同様です。抗うつ剤を処方することで、

「こんな状態で生きていても意味がない」

と訴えていた患者さんが変化し、深刻な訴えが消えることもあるのです。スピリチュアルな苦悩のように思っても、うつ病の症状の可能性を常に考えておく必要があります。

ただし、がんの終末期における抗うつ剤の使用には十分な検討が必要です。抗うつ剤は内服開始してか

ら効果が出てくるまでに2~4週間を要します。また、副作用も生じうるので、予後が週単位と思われる患者さんに使うことには躊躇する場合があります。うつ病を見逃さず、適切に抗うつ剤を処方するためには、精神科医の助言を求める必要があります。

## 第六章 考察

事例報告には考察が必要ですから、自例報告にもあえて「考察」を加えてみます。

本自例報告の意義は、人間対人間の関係性を基盤として展開されるケアという営みを、ひとりのホスピス医の生活歴、臨床実践、認識や関係の在り方などの記述を通して具体的に提示したことにあると思われる。

本書で取り上げたテーマのなかで、ケア、全人的痛み、チーム医療、スピリチュアルケアなどにはそれぞれ膨大な参考文献があります。しかし、それぞれのテーマを一個人のなかでどのように取舍選択し、あるいは強調し、あるいは調整すべきかについて、まとまった記述を見つけ出すことはできませんでした。その点からすると、本事例報告が最初の試みかもしれません。

言うまでもなく、本報告は自分についての記述ですから、日付などの数字で記載されている部分以外は、すべて報告者の主観が入り込んでいます。ありのままを記述しようとしても、体裁を取り繕い、評判を気にすることは避けがたいでしょうから、書かれた内容はカッコで括って受けとめる必要があります。

もうひとつの読み方は、記述の客観性は無視し、ひとつの色眼鏡を通して見えてくる緩和ケアの世界に、そのまま浸ってみるというやり方です。色眼鏡を自覚していますから、信じることは避けられます。

そこで報告者が期待するのは、

「自分だったらどんな色眼鏡を選び、自分が行っている緩和ケアをどのように表現するだろうか」と、読者が立ち止まって考えてくれることです。自分の眼で、自分のケアを見つめなおすことが重要であり、本自例報告が、その際の対照としての役割を果たせれば幸いですし、読者が提供しているケアを振り返るためのたたき台のひとつとしての意味はあるかもしれません。

うつ病体験についての記載からは、担当患者数を適正に保つことが、ホスピス医を長持ちさせる上で重要であると言えます。

### Ⅲ. あとがき

本自例報告では、ホスピス医という役割を選択した、私なりの歩みの必然性を前半部分で述べました。「生活歴」、「現病歴」がそれに当たります。その後、ホスピス医として経験したうつ病体験を「経過」としてまとめました。後半部分は「現症」が中心で、ホスピス医としての認識の在りようや関係性の捉え方について述べました。最後の「考察」は事例報告としての形を整えた付け足しにすぎません。

信仰についての記載が何か所もあります、違和感をもった人もおられると思います。スピリチュアルな領域についても開示することで、事例についての全人的な理解が深まるのではないかと判断して、あえて書かせてもらいました。

もし、同じような自例報告があれば、私は読みたいと思います。私の認識を広げたり、深めたり、修正する上で有益な著作に出会いたいと思います。同業者の苦しみは、同業者であるからこそ理解できる類のものが少なくないことも、読みたい理由です。様々な立場からこのような自例報告がなされたら面白いのではないのでしょうか。様々な事例を参考にして、見えそうな内容があれば取り込んでいくのもよいかも思いません。

書いていて気づきましたが、私の緩和ケアはこれでいいのだろうか、と肯定を欲する思いが私のなかでもくすぶり続けているようです。私自身を開示し、どのようなご意見があるのか期待半分、不安半分です。スーパーバイザーはスーパーバイザーを選びますが、私個人の長々とした語りにお付き合いいただくのは気が引けるので、スーパーバイザーを誰かにお願いする度胸はありませんでした。

もし、最後まで読んでくださった方から、感想でも何でも、反応を頂戴できればうれしいです。愛のむちも歓迎ですが、できるだけ建設的なものを、よろしく願いいたします。勝手なお願いで申し訳ありません。

最後になりましたが、外旭川病院ホスピス開設 15 周年の節目に、本書を出版してくださった医療法人 惇慧会、穂積恒理事長に心からの感謝を捧げます。

現在に至るまで、私と一緒に苦勞を重ねてくださったすべてのホスピススタッフの皆さんに、心からのお礼を申し上げます。

支えてくれる妻と、三人の子供たちにも感謝を記すことをお許しください。

なお、本書は、2013 年 12 月に Kindle から電子書籍で出版した「わたしの緩和ケアーあるホスピス医の自例報告― 第 1 巻～第 4 巻」に加筆したものです。



**著者紹介：嘉藤 茂**

1982年横浜市立大学医学部卒業。秋田大学第一外科（消化器外科）で学位を取得後、がん患者の精神的ケアを学ぶために同大学精神科に移籍。1994年から3年間、埼玉県上尾市の上尾産生病院ホスピスに勤務。その後、3年間の精神科勤務の後、2000年より外旭川病院ホスピス長。日本ホスピス緩和ケア協会理事。

発行日 2014年10月31日

©SHIGERU KATO 2014

メール [kato-s@jkk-sotohp.or.jp](mailto:kato-s@jkk-sotohp.or.jp)

本書に関するご意見ご感想をお寄せください。