
コロナ禍の中、「幾度となく会い、語りあうことの意味」を考える

本間 毅

新潟市 退院支援研究会

(taiinshien@ozzio.jp HP:<http://tsk2017.com/>)

2020年11月13日～15日に、はじめてWeb開催された「対人援助学会第12回大会」において、私は11月14日の企画ワークショップ①を担当し、『幾度となく会い、語りあうことの意味』と題して事例検討を行ないました。当日は、ワークショップの参加者から今大会の主題『コロナ禍と対人援助』にふさわしい声が多く寄せられました。締切りは11月25日と頃合いもよし、皆さんの素晴らしい意見を発表する場には、『対人援助マガジン第43号』が相応しかろうと勝手に判断して、参加者の意見と私からの回答を加筆し寄稿することにいたしました。発言者は本学会の会員に限らないため、文中の括弧内に苗字のイニシャルと職種を記載させていただきます。

この研究に商業的利益相反事項は無く、文章に関する全ての責任は私に帰します。

【はじめに】

よく、「不安」は対象のない漠然とした心象のひとつで、具体的な対象があるのは「心配」だと言われます。例えば、「家に帰るのは何となく不安だし、玄関の段差で転ばないか心配だ」というふうに。しかしクライアントの心の動揺には「心配」のように聞こえる「不安」やその逆の場合があり、クライアント自身もその違いに気付いていないことがあります。近づきつつある患者さんや家族の「死への不安」を、患者さんに治療方針の提案を行なうだけでなく、直接手を下すこともある医療者が、「特定の疾患や臓器に対する心配」と誤解してしまうと、結果によらずクライアントだけでなく医療者も不幸にしてしまうことがあります。だからこそ、医療者に限らず専門家を自認するものには、クライアントの心配を解決できる得意分野の技量を磨く努力と、クライアントとともに不安解消への道筋を見据える眼差しが求められます。

意見（Kさん 社会福祉士 精神保健福祉士）

業務上の情報以上に、不安や心配を他者に「伝えること」は難しいと思います。人は自分が伝えて欲しいことを、伝えて欲しいように聞く傾向があり、仕事上の自分の役割に関することだと責任もあるので、それが優先になってしまうような気がします。講師などをしていると、後で「私はそんなこと言った？」と思う場面がありますが、人は自分に都合良く、聞きたいように聞いている可能性がありますね。

回答(以下、筆者)

他職種カンファなどで見かけるのですが、専門職の説明で箇条書きに作成したメモのような説明用紙をひとつふたつと読み上げて「ハイおしまい、次はあなたの番ね」というのは、実に問題があります。聞いてもらいたい相手に、論旨というか理由がはっきりしない「説明のための説明」が多いのではないかと。これまで聞く人のことはあまり考えず、パターンナリストティックに行なわれてきた専門分野の説明も、互いに支持的・援助的あるいは母性的な配慮に依拠する場面が多くなってゆくことが求められるようになるでしょう。

このことには、コロナ禍がなければ気付かないまま終わっていた可能性があります。チーム全体が十分に機能し、上手に役割分担がなされていけば不要な心配ですが。

【事例検討の対象者】

今回私は、乳児期に罹患した髄膜炎の合併症である水頭症に対し、7回の手術を受けたにもかかわらず障害が徐々に重くなり、コロナ禍の約半年前に50年余りの生涯を終えた「髄膜炎後の水頭症」男性患者 Mさんと、医療者や家族だけでなく、過去と決別しようとしないうち自分とも「幾度となく会い、語りあった」Mさんのお母さんについて検討します。

「水頭症」という医学用語の説明ですが、脳の中にある「脈絡叢（みやくらくそう）」という場所で造られ、硬い骨格に守られた脳や脊髄を浮かべている脳脊髄液の循環や吸収に異常を生じ、脳室が拡大する病気が「水頭症」です。脳脊髄液の流れが滞る「非交通性水頭症」では、激しい頭痛や嘔吐、意識障害が出現します。脳脊髄液の流れが保たれている「交通性水頭症」でも無症状と言うことは少なく、多くは歩行や認知機能の障害、尿便失禁が見られます。頭部CTなどの画像検査を行なうと、水頭症患者では健常者に比べ、脳の内部にある脳室という場所が拡大していることがわかります。

【Mさんの経過】

生後半年頃に発熱し、ぐったりして母乳を飲まなくなった M さんを、お母さんは、自分で2時間くらいかけて自動車を運転し、新潟市内の基幹病院に受診させました。この時、「どうしてこんなに悪くなるまで M 君を放っておいたのですか」と小児科医に言われ、お母さんはとても責任を感じたそうです。ただちに紹介された脳外科で、水頭症という状態になっているので脳脊髄液の流れを改善する手術（以下、シャント手術と記載）を受けるように勧められ、お母さんは大急ぎで入院の準備に取り掛かかりました。手術は無事に終わりましたが、M さんのその後の発育は、お母さんの目から見ても、周りの子供や丈夫な兄達より大幅に遅れていたそうです。

10代～20代を自宅と施設で過ごした M さんは、作業所で段ボール箱の組み立てなどの軽作業をして工賃を得ていました。しかし、40代になるとけいれんなどの症状が悪化し、本格的に施設へ入所する頃までに、日常生活動作（以下、ADL）は低下し、入院を繰り返して計7回シャント手術を受けました。50歳間近になり、内服薬は増え食事形態の調整などの医療管理が複雑になってきたため、私が勤務することになった法人で長期療養病棟と介護老人保健施設を利用していました。この時期の ADL は排泄を含み全介助で、体調と覚醒がよい時に限り、かろうじて意思の疎通がはかれる程度の病状でした。

食事や服薬でむせることが多くなっても、お母さんは経口摂取に拘り、経管栄養は希望しませんでした。雨や大雪の日もお母さんは休むことなく M さんを見舞い、看護師やリハビリスタッフの労をねぎらうことを忘れず、M さんの好きなおやつや音楽の CD を持参し続けました。お兄さん達は家族ぐるみで、つかず離れずお母さんを支援していましたが、その頃からお父さんの認知機能は徐々に低下し始め、M さんを探しに外へ出ようとするので、夜もゆっくり休めないとお母さんは病棟スタッフにこぼしていました。この期間、ご家族に対し、「終末期を視野に入れた事前意思の確認」はなされていません。

【病状変化と、私が行なった説明の概要】

新たに赴任した私が M さんを担当するようになって3ヶ月が過ぎた頃から、M さんは誤嚥が増え、その後2ヶ月間にわたり肺炎と尿路感染を繰り返しました。抵抗力の低下に伴い、喀痰や尿から多剤耐性菌が複数検出されるようになり、食事と薬剤の経口摂取を中止して、酸素吸入を行ないながら点滴からけいれんや吐き気止めの薬剤と抗生物質を投与しましたが、嘔吐やけいれんなど脳圧亢進を疑わせる症状が増強し、頭部 CT で水頭症の悪化を確認しました。お母さんに付き添って来院したお兄さん達にも M さんの病状と検査所見の変化、入院中の病棟は病状が安定した患者さんを対象に介護保険で運営する長期療養病棟で、制

度や人員配置から行える医療行為に限界があることを説明し、脳外科の専門医がいる S 病院への転院と再手術の希望を確認しました。しかし、脳外科で検査や治療を受けるか否かはともかく、まずは M さんを S 病院へ搬送すべきではないかなど、ご家族にいただく同意の内容とタイミングについても現場スタッフの声は一樣ではありませんでした。

質問（前述 Kさん）

病棟チームの中で、手術や脳外科の専門治療を早く受けてもらった方が良いという人が一人でもいたらどうしますか。

回答

私は、もとは整形外科医で一般的なリハビリテーション科医です。私が脳外科の専門家なら別ですが、私の立場では、そのような意見があれば無視することはできません。なので、ご家族の意向は考慮せず転院してもらうのではなく、どうするかご家族とも相談して決めるのが良いと判断しました。

【ご家族の返事（代理意思決定）】

お兄さん達は「私たち家族は全員転院を希望しません。一番の理由は、これまで治療して下さった脳外科のスタッフには申し訳ないのですが、何度手術を受けても弟の水頭症は根本的には良くなり、いつまで経っても病状が安定しないと実感しているからです。それと認知症の父がようやく介護サービスを受け始めたところなのに、転院や手術で母の健康まで損ないたくないこともあります。正直に言って、これまでも弟の治療をすべて中止してもらいたいと思った時さえありました。父と弟自身は自分の考えを伝えることができませんが、多分 S 病院への転院を望んでいないはず。これから先はあまり時間が残されていないと思いますので、どうか最期までこちらの病棟で治療を続けて下さい。」と返答されました。お兄さん達の返事を聞き、お母さんは言葉もなく大きく頷いていました。すでに何度も、M さんのいわば「生命と人格の尊厳」を勘案し、家族の中で話し合った結果なのだと、私は考えました。

意見（Oさん 保育士）

私の夫のお母さんが亡くなる前、医師の病状説明と治療方針の確認に際し、「医師に求められている解答」をすべきなのか、「家族として本当に考えている解答」をしても良い

のかとても悩んだ思いがあります。「説明に対していろいろな意味を含む『分りました』を待つ時間が必要」と医師に言ってもらえるのは回答する側としては有り難いことです。私は、いわゆる「模範回答」ができない自分に嫌悪感を憶えてしまったことさえあります。

回答

今年のことですが、私はベテランの同僚に、「医師がものごとをコメディカルや患者・家族と相談して決めるとはなんたることか。あなたには医師としての威厳がない。」と言われたことがあります。その時、私は密かに快哉を叫びました。何故なら、そのとき自分の長年の修練の成果を知り得たからなのです。私は子供の頃から「老けている」とか「大人びている」と言われることが多かったのですが、それではいけないと思い、意識してさまざまな分野の書籍をあさり、もっと威厳を減らせないかと経験を積み続けた。お陰で今や、JR の駅や空港で海外の方や、高齢者どころか若い女性にまで気軽に声をかけてもらえるようになりました。残念ながら、医学の分野では10年前に絶対に間違い無いと確信して発言したことが、実は完全に誤りだったと言うことは少なくないのです。医療者とクライアントが互いに納得して回答に至るためには、「今回は、お互いに保留」の方が正しい場合もあると思います。有り難いことに、最近の若い医療者は、医師や看護師に限らず、クライアントの話を非常に良く聞いてくれるようになったと感じています。電話の受け答えもしっかりしているなど感心することが多いです。この点では、私はとても明るい未来が待っていると考えています。でもコロナ禍が続き、若い医療者の心身の疲労が続くと、周りや自分自身が見えなくなることもありますから、私たち年長者が彼等をいろいろな形で支援する必要があります。

【脳外科医からのコメントと、水頭症慢性期の実際】

担当の脳外科医には、ご家族への説明の前後に、文書で M さんの容態と私達が行なっている治療の内容、家族の意向を伝えました。「ご家族が希望されるなら、今までより麻酔と手術の危険性は高くなりますが手術も検討します。でも、それはご家族の理解と協力が前提になります。」という返事をもらいました。脳外科医のコメントを伝えると、ご家族はその内容を予想していたようで、以降も転院は希望せず一層熱心に面会を続けました。私も病状の変化にはその都度、説明と家族の意向確認をするよう心がけました。それでも自分の判断に間違いはないか悩んだお母さんは、M さんの経過をよく知るご自分の内科かかりつけ医に相談し、「専門医を受診しないと決断した M さん一家は、極めて賢明だと思いますよ」と言われたそうです。

意思の確認が困難で排泄も含む ADL が全介助、つまり水頭症の典型的な症状である「認知機能や歩行能力の低下と尿便失禁」が普段からある M さんの水頭症が、いつ頃から悪化したのかは不明でした。それに M さんの水頭症は経過が長く、再発と再手術、さまざまな合併症を繰り返しているので病態は極めて複雑です。変化がなくとも、定期的に専門医を受診して CT などの画像検査を行えば、ある時点で異変に気付いた可能性はありますが、新潟のように気候が不安定な地域で、数ヶ月に一度の検査のため、家族に専門医受診の付き添いを強い続けることにはさまざまな問題があります。不安を抱え受診し、疲弊して帰院する家族の様子を見れば、専門医と主治医の間で「次回は何かあったら受診」という案に落ち着くのは仕方がないことです。

意見（Hさん もと脳外科医 リハビリテーション科医）

脳外科に 8 回目の手術を前提にした受診をするか否かは、最終的にはご家族の意向を最優先すべきだと私も思います。手術の適応は非常に悩ましいところです。それに、M さんと過ごした家族の 50 年間に医療者が気軽に踏み込めるものではありません。むしろ患者さんと家族が適切な判断をするために援助することこそが我々の仕事なのでは、と最近のコロナ禍の中で気付かされたと思います。

意見（Nさん 緩和ケア内科医）

医療者の中だけで通用する常識みたいなものにとらわれず、誰にでも理解できる言葉で患者さんや家族を支援する、場合によったら、残される家族に焦点を当てて支援することも終末期医療に限らず、我々に託された課題なのだと思います。これからも生きてゆかなければならない方達をどう支援してゆくか、と言うことですね。

回答

2000 年頃から、『科学的な根拠に基づく』というフレーズが世の中の合い言葉のようになり、医療界に限らず言語化や数値化ができて、合理的に見えるものに価値があり、そうできない非合理的なものは価値が無いという風潮が世の中を席卷して来たのではないかと思います。歴史的に見ても、人間は非合理的なもののために生き、死ぬことがあったということを忘れてはいけません。洋の東西によらず、我々は生と死に同じく花を手向けてきたわけです。

【お母さんの「止まってしまった時間」】

お母さんの過労を心配した、やはりひとりの母でもある看護師が、「お母さんが倒れたらMさんが寂しがるので、その前に休みを取りませんか」と勧めても、お母さんは必ずといってよいほど、「ありがとう。でも今さら言っても仕方がないけど、全てはあの子の異変に気付かなかった私の責任だから」と応え、50年経ってもお母さんの自責の念は拭い去られていないようでした。「息子が熱を出して、N病院に連れて行ったときから私の時間は止まってしまったの」と言ったお母さんにとって、Mさんのお父さんやお兄さん家族との時間は普通に流れても、Mさんとの時間の流れは完全に遮断され、再び動き出すことは無かったのでしょう。

乳児が髄膜炎に罹患した責任をその母親に求めることはできません。しかし私の経験でも、Mさんのお母さんに限らず世のお母さん達は、お子さんの病気や怪我の医学的な説明を理解できても、心でそれを受け入れることができず、責任を感じ、必要以上に自分を責めてしまう傾向があります。その後の水頭症の再発と再手術の大変さ、他のお子さん達より不自由な生活を過ごすMさんの姿は、いずれもお母さんにとって思い出には昇華できない、外傷に匹敵する記憶になったのでしょう。

急病の治療を受けた患者さんや家族が、後になって「最初に受けた医師の説明など、全く憶えていない。何が何だか分からないうちに治療が始まった」と言うことがあります。一般の方には理解し辛い言葉や情報が一度に押し寄せ、次から次へと書類に署名・押印を求められている現実は勿論ですが、家族の急病という強いストレスに耐え、自己を保つために「解離」や「健忘」という、こころの防衛的な働きを生じている可能性を念頭に置く必要があります。でも「自己防衛機制」とはいうものの、これは一種の病的な心理状態であるという配慮も我々に求められます。

意見（Oさん 保育士）

私が言うのも何ですが、本間さんが「敢えて医療関係者以外の研究者が多い対人援助学会で問題提起を続けている意味は大きい」と言っているのを聞いて安心しました。仕事の場面だけでは無いのですが、常日頃から感じているのは「共感することの大切さ」で、「どうしてこんなになるまで放っておいたのですか」なんて発言、お医者さんだろうが、必要なわけがありません。そんなことは、言われなくてもお母さん本人が感じてしまうことだろうと、医療に携わる人達が想像できないのはとても悲しいです。誰も言わなくていいのに、言っても事態は良い方向に向かないのに、みんな言いたがることはありますね。

養護施設で働いていても、母が加害者とみなされて子が離されて、その母へアプローチする職員が、母を加害者として対応していたら、何も解決しない。そのことが、ずっ

と私の中で引っ掛かっています。保育園でも、先生たちは、母親の短所に見えることばかりに目がいって。力不足に見える母たちでも、自分なりの一生懸命でやっていて、「大変よね、無理しないでね」の一言があれば頑張れるのに、と思うことが多いです。

意見（Hさん 助産師）

お母さんが自分を責めてしまう気持ちはよく分ります。そして、そのお母さんの気持ちが「何かを手放したように」に変わったのは、自分の家族が亡くなった時のことを思うと何となく分るような気がします。お母さん個人に問題があるように見える場合でも、支援者が自分に関わる経験を通して見直してみると、その大変さに驚くことがあると思いますね。

回答

例えば、コロナウイルス感染者の情報開示は、患者さんが「さらし者」になっているように思えることがあります。それは市民が自分たちのおかれた環境を正しく理解し、感染を蔓延させないために大切な手続きでもあります。問題は、感染者の動向を事実として究明はするが、感染者や市民の感情をフォローすることにも配慮をしているかどうかです。育児・保育の話に戻りますが、子供がいつかできる可能性があるカップルから、婚姻関係にかかわらず子供を授かった方達の妊娠と出産、その後の育児と周辺的生活変化などを気軽に対人援助のスキルがある保健師に相談できる「ネウボラ」¹⁾ というシステムが、オープンダイアログで有名なフィンランドにはあります。少子高齢化を喫緊の課題に挙げる我が国でも見習うべき取り組みであり、国のシステムとして健全に運営されるようになれば、波及的に社会保障費の適正利用にもつながるのでは無いか。

【医療者の説明とクライアントの認識の差】

急ぎ治療方針を決定する必要があるときの説明こそ、クライアントがその内容を理解できることは勿論、選択肢のどちらかにウエイトを置きすぎないことが大切です。そのためには、こちらが求める回答を押しつけないように配慮しながら、いろいろな意味を含む「分かりました」のひと言を待つ時間を惜しんではいけません。また、一人では解答し難い問題は、責任のある複数の家族に説明すると不安が分散し、考えがまとまりやすくなる場合があります。「手術を受けないともっと大変なことになると言われて何度も手術を受けてきました。でも、手術はうまくいったと言われたのは有り難いのですが、結局は良くならな

かったです。手術がうまくゆくの、息子が良くなるのは別なことなのでしょうか」と M さんのお母さんは私に問いかけました。医療者が理解を求め説明していることを、クライアントは自分の価値観と言葉で解釈し、認識するという点にも注意したいものです。

臨床の現場では、病気や怪我を「治して欲しい」とクライアントに言われても、学術的・経験的に考えれば良くなる可能性の方が高いと予想される場合があります。このような時、特に無言で「必ず治せるはずですよ」と問いかけられる時の医療者側の葛藤を、何らかの病気を治療中の患者さんと家族だけではなく、いずれ患者さんやその家族になりうる健康な市民にも分かりやすい形で伝えておく必要があります。これは医療が無力であると宣言することとは違います。誠意を持って、医療は全能ではない、それより「私たちの生と死について一緒に考えよう」と呼びかける姿勢が大切なのだと思います。医療者に限らず、弱い立場にあるクライアントを支援する対人援助職にとって、「全能感」はけして漂わせてはいけない雰囲気だと申し上げたい。

この項で、私は常よりも断定的な物言いをしています。何故ならば、それは私の 36 年間に亘る臨床経験に対する自分自身への箴言でもあるからです。

【M さんとお母さんのところを想像する】

話を M さんに戻します。色白で面長、眉目秀麗な M さんが時に見せる恥ずかしそうな笑顔はスタッフの心を和ませ、お母さんの希望もあり大半の病棟スタッフが M さんに子供の頃からの愛称で呼びかけていました。相手への敬意を忘れず、当人やご家族が不快に思わなければ、このような呼びかけを「自己愛同一化」や「逆転移」と切り捨てるのは適切ではありません。短いおつきあいでしたが、私は M さんの表情や顔色から「自己の成り立ちや病に対する怨み」のようなものを感じることは無く、むしろ「今日も楽しそうだな」と思う日が殆どでした。紳士たる者、かくあるべし。そんな M さんも度を越した愛着は好まず、時には顔を背けて怒りの表情を見せ、うなり声を挙げて顔を赤らめ歯を食いしばり、猛烈な抗議をしました。意思表示が困難な患者さんの、素直な「感情」や「意思」の表現は尊重されるべきです。

一方、病棟でお母さんに会えば、M さんが赤ちゃんの時に髄膜炎になり新潟市内の基幹病院へ駆けつけた時のエピソードに始まり、最後は決まって M さんの苦難は全て自分の至らなさが原因だった、という話になります。しかし肺炎や尿路感染を繰り返し、どうやら病状変化が不可逆的な状態に変わりつつあると、私がお兄さん達にも説明した時期から、お母さんの中で「どんな無理をしてでも、息子にできることは全てしてあげたい」という気持ちに微妙な変化が生じ、M さんの終末を見据えて現実を直視するようになった、と私は感じました。この時期、複数の同僚が私と同じ印象を受けたそうですが、そのように我々が感じる根拠はどこにあったのでしょうか。「自分も女性であり母であるから」という意見があ

りましたが、私はその条件を満たしていません。お母さんの、状況に即した判断の変化に共感することができたのは、その時の私達が、キャロル・ギリガン²⁾の述べるように、普遍的な原理に照らし善悪を判断する男性的な道德判断よりも、お母さんやほかのご家族のように困難な状況に取るべき援助関係を基軸とした視点とも言える女性的な道德判断の方がふさわしいと判断したからかも知れません。

意見 (Obさん 循環器内科医 リハビリテーション医)

小さな子供の頃、というか胎児の頃から心臓の重篤な奇形を持って生まれる方もいます。そのような患者さんの家族には「危険性があり、成功の可能性が高くなくともできることは何でもして欲しい」と言う方がおり、Mさんのお母さんのお気持ちは医師である私もよく理解できます。むしろ、Mさんとお母さんのようなこころの変化を遂げられない方は多いと思います。

意見 (Oさん 保育士)

MSWをしている夫のお母さんが入院した時に、主人は医師には医師の立場があって、そういう母性的というか、誰かをフォローする部分は必要じゃない、というスタンスでした。夫の職場での立場もバイアスになっているのは分ります。でもそれじゃ、私みたいなクライアントには何も伝わらないし、病院のスタッフに対する信頼も生まれません。自分の経験を踏まえ、Mさんのお母さんが、本間さんたちスタッフを信頼できたことが、何よりの力になったのだと私は確信しています。日々進歩する医学の知識を持った上で、科学的ではない部分にも目を向け、更に患者さんやそのご家族の苦悩に寄り添って、何年経っても価値のあせない、人と向き合う為の最善の方法を模索し続けることは大切だと思います。本間さんが「Mさんのお母さんの心の変化はどこにあったのだろうか？」と投げ掛けておられた部分がその後も常に頭の中にあって。立場が変われば「事実」や「根拠」が大事になるのは分りますが、その場面で使う言葉ひとつで相手の捉え方は変わることにも注意を払うべきだと思います。先の回答の中で、子育て環境が孤立しない為の取り組みがされているフィンランドの例についても教えてもらいましたが、そのシステムが運用される上で「相手の意見を批判したりせずに、不安や葛藤を汲み取って安心させようとする姿勢」が大切だと思います。本当にそこが大きいと思うのです。

回答

Oさんが指摘された「不安や葛藤をくみ取って安心させようとする姿勢」は、「ネウボ

ラ＝アドバイスの場所」が、社会制度でもあり信頼と支援を生む対話を根本にしていることから理解できますね。

お二人にご指摘いただいたことは、私自身がもう少し時間をかけて検討すべき内容を含みます。ユング派の心理学者である河合隼男先生が事例検討について、クライアントとの守るべき秘密を開示することのすまなさ、それを客観的に考え客観的に表現せざるを得ないすまなさ、生木をそのまま家の材料に使えないように、対象を少し乾燥させるくらい時間をおかなければならない、ある意味クライアントを殺してしまうすまなさ³⁾について述べています。Mさんが亡くなって時間の浅い今の段階で明らかにできない部分がありますから、回答のようなものに安易に飛びつかないということも大切です。

【書き換えられた物語】

「今まで50年以上この子を看てきましたが、夫のこともありますし、どうか先生、今度ばかりは、私たちを最期までこの病棟にいさせて下さい」と言ったお母さんは、それまでほとんど口に出さなかった認知症のご主人のことも話して下さるようになりました。「元気な頃は、夫はあまりあの子のことを心配していないような顔をしていました。でも、あの人は誰よりも息子のことを気にかけていたのです」さらに、「私が息子より先に死んでしまったら、息子の嫁達にまで面倒をかけてしまうので、私は何とか息子より長生きをしなければならぬのです。」そんなお母さんの言葉に対し、私たちができることは、ただ耳を傾けることだけでした。

そのひと月後、呼吸困難や痙攣は水が引くように収まり、Mさんは醒めることのない永遠の眠りにつきました。

【エピローグ、この研究の説明と同意】

ご家族とともに、安らかな表情でMさんが病院を退院してからしばらくして、お母さんは両手に沢山のお菓子が入った袋を持ち、病棟に挨拶に来られました。お葬式だけでなく、ご主人やお孫さんたちの世話で忙しいだろうに、お母さんはいつもよりほんの少しだけおめかしをされ、丁寧にお辞儀をしてから、お菓子とともに喪主である長男さんのお手紙を差し出されました。その手紙は、これまでMさんの療育に携わった学校の職員やお友達、病院関係者へのあたたかい感謝の言葉に始まり、「弟にとっては苦難の多い生涯だったかも知れませんが、私たち家族は弟から数え切れないほどの幸せをもらいました。いっぱい頑張ったね、ありがとう」というMさんへの呼びかけで締めくくられていました。

私と担当看護師が、Mさんとご家族の物語を我々の学びのテーマにさせてもらいたいとお願ひしたところ、慈愛に満ちた笑みをたたえながら、お母さんは即座に同意して下さいました。面談、対話、そして告白も一度きりで人の温もりやその場の雰囲気を取り離すことができない「生けるものの声」です。それを繰り返して、他者や過去の自分自身とやりとりした最後の最後の段階で、お母さんはMさんの死を受け入れ、つらい記憶をかけがえのない思い出に昇華されたように私には思えました。私たちは、改めて貴重な学びの機会を与えて下さった、Mさんとお母さん、そしてそのご家族が過ごした大切な50年に心から感謝いたします。

意見（Hさん 助産師）

出産を援助していると、特定の宗派や教義ということではありませんが、人が感じ、思う「宗教性」はとても大切なのではないかと思う場面が少なくありません。

回答

自分の身近な人に病気や災厄が降りかかる時、何かおすがりできる対象があれば「宗教でもモノでも何でも良いので」と思うのは人の常でしょう。階下へ降りようと足を踏み出した人が、そこにあるはずと思っていた階段がなかったら大変なことになる。「ここから先に階段はない」と黄色いテープを貼りめぐらせ、看板を出すような役割を果たすのが宗教なのかも知れません。そんなものは科学的でも何でも無い、取るに足らないと、援助をする人が思ってしまうのはとても危険なことです。

意見（Oさん 保育士）

本間さんは宗教学的なお話や男性的道徳観、女性的道徳観にも目を向けられていたからその視点に便乗させると、キリスト教の「無条件の愛情と受容の精神」は、人の不安や恐怖を和らげる気がします。昔、指導を受けた養護施設の施設長さんが「人間は愛されていると実感することが大事」と強調されていたことを思い出しました。

回答

Mさんのお母さんが、お兄さんたちと一緒に私がした病状説明を聞いた時、本当に「不可逆的な、もう取り返しがつかない病態」と思ったかどうかは難しいところです。いや、むしろ「一縷の望み」を捨てきれなかったでしょう。一方で、お母さんの下には50年という長きに亘り、さまざまな情報が沢山集まっていたことは確かなので、私にとっても

何がお母さんの気持ちを変えるきっかけになったのか興味深いところではあります。

神学者の R. オットーが言う「ヌミノーズ」⁴⁾ や浄土宗系仏教の「他力」⁵⁾ と同質の、ある方向と力を持った言葉が、感受性が極限まで高まったお母さんの心に届いた瞬間に変化を生じさせたのかも知れない。この事例検討をまとめるにあたり、参考にしたのは浄土真宗の『王舎城の悲劇』^{6) 7) 8)} をもとにした「阿闍世コンプレックス」^{9) 10)} という概念です。母の「今、自分が子供を持つことが適切なのか、でなければこの子を」という葛藤と、子の「自分の成り立ち、あるいは成り立ち以前」に対する怨みがこの心理的複合体の主要な意味合いと考えてもよいでしょう。私は、お母さんが M さんやご家族を思う気持ちは、M さんが亡くなった今でも変わらないと思います。ただ、M さんの病と生命に対するお母さんの気持ちが変わったと、我々医療者側が感じるようになった「きっかけ」について考えてみたい。ひとつは数年に亘る M さんの療養を支えたスタッフには、合理性や科学性、あるいは道徳に基づいた理屈より、M さんのお母さんやお兄さん達の感覚や情念に近い、前述の C. ギリガンの言う母性的な倫理観に基づく判断が浸透した環境に身を置いていたのではということ。次に、お母さんの M さんに関わる感受性は極限のさらにその先端まで研ぎ澄まされ、「何ものか」が夕立を連れ去る稲妻のようにお母さんに働きかけた可能性。確かに、私を含む病棟スタッフはその稲妻を引き寄せた「避雷針」の役割を果たした可能性はあります。我に返り、翻心することを「雷に打たれた」と言いますが、お母さんに、そのような状況が形成されたのでしょうか。

人間としても医師としても私よりはるかに優れた多くの方達が、50 年という時間をかけて心血を注ぎ治療した M さんとそのお母さんに、最後に現れた私という存在や、その言動がきっかけで大団円をもたらしたとはとても考えられません。せいぜいが「避雷針のさび」というところでしょう。ひょっとして、それこそが私が修練の果てにたどり着いた「威厳の無さ」のなせる業だったのなら、これ以上に有り難いことはありません。

【結語、コロナ禍に思う】

コロナ禍により、我々は余暇の過ごし方から研究活動まで見直しを求められ、初めてビフォー・コロナの時代に繰り返してきた「度を越した背伸び」という過ちに気づきました。いつの間にか始まり、終わりが見えない「飢饉や旱魃」のような危機の中、コロナウイルス感染者や、各方面の最前線で奮闘している方達に対する差別や、「自粛」を盾にしたヘイトクライム的な言動に共鳴した者がいる一方で、弱い立場にある障害者や高齢者への配慮を求める草の根的な取り組みから、困窮する他者に直接手を差し伸べようと行動した勇氣ある人々が多く存在したことにも目を向ける必要があります。

コロナ禍の現在、差し入れやお見舞いはおろか、わずかな時間の面会すら厳重に制限される医療機関や介護・福祉施設では、感染の可能性がさほど高くない方達さえ「入院や入

所は今生の別れ」とばかり涙にむせび、高齢者や障害者が家族や友人との別れを惜しむ光景を日々、目の当たりにしています。私は今回の事例を通し、コロナ禍で難しくなった、「幾度となく会い、語り合うこと」の意味について考え、気付いたことが二つあります。

一つは、実際に会って語り合う回数や時間より、人々の喜びや悲しみの根底を流れる、夢や思い出と同じ要素の「何ものか」が、お母さんのこころの有り様を変える上で重要な役割を果たしたのではないか。それはおそらく、過去のお母さん自身に「許し」として働きかけたのだろうということ。二つめに、コロナ禍で、特にMさんのお母さんのような境遇の方は感受性が極限まで高まり、醸成されたその「何ものか」がリモートでも、あるいはリモートだからこそ伝わりやすくなっているのではないかということです。

「すべて神聖なものは夢や思い出と同じ要素で成り立ち、時間と空間で我々と隔てられているものが、現前していることの奇蹟なのです。しかもそれら三つは、いずれも手で触れることができない点でも共通しています。」これは、Mさんに面差しが似た、作家三島由紀夫の長編小説『豊饒の海』¹¹⁾の一節です。禍福はあざなえる縄の如し、コロナ禍が少しでも福に転じることを願いつつ、二人の紳士Mさんに感謝して、私の事例検討を終わります。

参考文献

1. 高橋睦子(2016)「ネウボラ フィンランドの出産・子育て支援」かもがわ出版, pp14～82.
2. ファビエンヌ・ブルジュール(2020)「ケアの倫理—ネオリベラリズムへの反論(原山哲・山下りえ子訳)」文庫クセジュ, pp13～49.
3. 河合隼男(2011)「カウンセリングの実際(心理療法コレクションⅡ)」岩波現代文庫, pp136～138.
4. R. オットー(2010)「聖なるもの(久松英二訳)」岩波文庫, pp18～22.
5. 蓮如(1981)「昭和新刻 御文」法蔵館, pp53～56.
6. 永原智行(2014)「阿闍世のすべて 悪人成仏の思想史」法蔵館, pp5～12.
7. 三明智彰(2014)「親鸞の阿闍世観 苦悩と救い」法蔵館, pp15～88.
8. 高崎直道(2014)「『涅槃経』を読む」岩波現代文庫, pp291～317.
9. 小此木啓吾(1991)「日本人の阿闍世コンプレックス」中公文庫, pp11～78.
10. 小此木啓吾・北山 修編(2005)「阿闍世コンプレックス」創元社, pp213～331.
11. 三島由紀夫(2018)「豊饒の海 (一)春の雪」新潮文庫, p61.