

---

---

## 「幾度となく会い、語りあうことの意味」

### (第5回)

退院支援研究会 本間 毅

---

---

#### 【はじめに】

前回に引き続いて、退院支援には「物語（ナラティブ）を尊重する姿勢」が求められるというお話です。物語を尊重する姿勢とは、「その人の体験を否定しない姿勢」と言い換えてもよいでしょう。

この頃、さまざまな分野で「共感」や「相手の立場に立つこと」が大切である<sup>1)</sup>と言われるようになりました。このことは、「物語（ナラティブ）を尊重する姿勢」に重なる部分が多いと私は感じています。収束の目処が立たないコロナ禍の中、東京2020大会は予定通り開催されました。強行する理由や結果が予想できないことを、国を挙げて闇雲に押し進める危うさに肝を冷やした人は多かったと思います。また、社会の基盤は経済だけではなく、物語や共感といった人間同士のコミュニケーションが必要欠くべからざるものであると実感している人も少なくないでしょう。前回紹介したマラソン選手の円谷幸吉氏が見守ってくれたお陰か、危惧していた新型コロナウイルスの世界的な感染拡大は起こらず安心しましたが、最近の感染者数の減少は東京2020大会を開催したお陰とは到底思えません。大会の前後に、病床数の不足による「医療逼迫」から「崩壊」が間近に迫り、常に満床状態を保ちながら入退院の稼働ペースを維持しないと、民間はおろか官公立の医療機関でさえ経営が成り立たず、人員確保が困難な環境で急場しのぎに病床数を増やすことには無理がある現状について多くの識者が警鐘を鳴らしました。看護師の人数だけをとっても、普段は患者さん13～15人に対し常勤看護師1名が配置されている回復期関連病棟を、患者さん7人に対し1名の看護師が配置される急性期病棟に移行するのも大変なのに、人工呼吸器や人工心肺装置ECMOを稼働できる集中治療室に移行するのは至難の業です。また誰が言い始めたのか分かりませんが、「野戦病院」とは入院する患者さんにも治療にあたるスタッフにも失礼な呼び名だと思います。病床の機能分化と規模縮小を目指す「地域医療構想」を根本的に見直し、少なくともコロナ禍が終息するまで留保する動きは今も見られておらず、厚労省内部で「コロナ対策」と「地域医療構想」ならびに「診療報酬改訂」の担当者が足並みを揃えようとしているようには思えない2年間でした。

話しは変わりますが、2021年5月に日本でも公開された映画『ファーマー』<sup>2)</sup>は、名優

アンソニー・ホプキンスが演じる、家族への愛と誇りを失わない認知症の男性アンソニーの視点で描かれた作品です。アカデミー賞に複数の部門でノミネートされたのは、俳優達の名演技と錯綜する舞台（現実と記憶の中の自宅や娘さんの家、脇役達の性格設定と台詞、毎日ローストされるチキン etc.）は勿論のこと、目まぐるしく変わる周囲との関わりと、「尻切れトンボ」に見えるラストシーンのリアリティに負うところが大だと私は感じました。これまで私は、入退院全体をひとつの物語と仮定すると、疾病の急性期は「物語」の発端（プロローグ）やミステリー小説で見出しの裏に書き出される登場人物のリスト、回復期以降の退院支援が本編（メイン・ストーリー）で、退院後の自宅や介護施設での生活が結末（エピローグ）に相当すると考えていました。しかしこの映画を見てから、むしろ燕や蝶の飛翔のように、あっという間に思わぬ大団円へ向うエピローグこそが重要なのではと考えるようになりました。エピローグには、「物語」の始まりから本編、終わりまでの全てが含まれるような気がするからです。

## 【寿限無】

落語に、生まれた子供の無事な成長を願った親が、近所の和尚さんに教えてもらった縁起の良さそうな言葉を全部繋げて名前を付けたら、名前が長過ぎて子供の喧嘩を仲裁しているうちにタンコブが引っ込んでしまったという噺、『寿限無』があります。クライアントの「物語」を尊重し、（共感し相手の立場に立って）新たな物語を紡ぎ出すのが連携や協働の本来あるべき姿ですが、医療の現場は理想とほど遠い面が見られます。

例えばリハビリテーションに関するインフォームド・コンセントでは、「日常生活動作は ADL Activity of daily living と言いますが、その評価法のひとつである FIM Functional independence measure 機能的自立度評価法<sup>3)</sup>には、運動機能 13 項目と社会的認知およびコミュニケーション能力からなる認知機能 5 項目（認知機能は**動作**なのかなどとツッコマナイように）があります。各項目を全介助 1 点～完全自立 7 点で採点した患者さんの得点（満点  $18 \times 7 = 126$  点）と、それがリハビリテーションの前後でどれくらい変化したかがこの用紙に記載されています」というような説明がなされます。各項目をせめて 18 座標上の得点を結ぶレーダー・チャートにすれば、おぼろげながら患者さんの全体像とリハビリテーション前後の変化を把握できます。しかし、多くの病院で採用されている「リハビリテーション実施計画書」は、シームレスな医療・介護を目指して厚労省が推奨する介護報酬の「同書式<sup>4)</sup>」を参考にしたフォーマットが用いられ、蟻が這ったような小さな字で「移乗」と「移動」などの煩瑣な言葉が連なります。定められた期限内にこの用紙を用いて説明を行い、クライアントに署名・押印をもらうことで、初めてリハビリテーションに関する説明がなされたと見做されるわけです。確かにレセコン（診療・介護報酬明細書作成用のコンピュータ・システム）で報酬算定をする手続きは容易になりますが、金融商品の約款や、通販

の「お客様情報の取り扱いの説明と同意」と同じく、顧客に内容を理解してもらい、予測可能な結果を分かりやすく提示する責任が希薄だと考えるのは私だけではないでしょう。そして今日も、日本中のカンファレンスやインフォームド・コンセントで「寿限無、寿限無、五劫のすりきれ…」が繰り返されています。

近年、「医師の働き方改革」と「チーム医療醸成」のため、医師から「特定研修を終了した看護師」へのタスク・シフト（気管内チューブや人工呼吸器の調整、抗不安薬の臨時処方など）や、看護師から他の職種（薬剤師、検査技師など）へのタスク・シフトが進んでいます。しかし、我々世代の医師は、医療の他分野の方達と席を並べて学ぶ機会に恵まれなかったにも関わらず、医療全般にわたり「知らないことやできないことがあってはならない」とされ、建前上は全ての医療行為は「医師の指示の下に行なう」と言われてきました。リハビリテーション医の中には、リハビリテーション科を標榜する医師はオールラウンダーで、自分たちは他科の医師より多くの人を救うことができ、分けても「女性医師は優しくてお話し好き」なのでリハビリテーション医にうってつけである、と公言する人がいます。この発言は、他科の医療従事者への敬意が感じられないのは言うまでもなく、いろいろな意味で現代的なセンスから乖離した多くの問題を孕んでいます。仮に専門医の一团が暗闇で象に出くわしたら、眼科医は「なんて愛くるしい眼なのでしょう」、耳鼻科医は「デカイ耳鼻科医を連れてこい」、整形外科医は「この骨は太くて丈夫で理想的」、泌尿器科医は「何とご立派な」と感嘆するのが関の山で、これらの評価を見せられて喜んで署名・押印する象はいないと思います。自分が知ることができるのは、クライアントの定量化できる一部分に過ぎないという自戒が無い医師ほど恐ろしい存在はありません。

幸いにも私は、リハビリテーションを含む退院支援の成就させるためには、支援者がクライアントに教えを請い、共に円陣を組み関係性の基盤を造るべきだと気付きました。その時には当然タンコブは引っ込んでいましたが。

## 【その人の「存在全体」を尊重する姿勢】

ヴァイスゼッカーの「生きる対象を扱う際には、相互主体的に生命と関わり合う必要がある」<sup>5)</sup>という言葉や、「患者・家族・治療者・支援者という立場はいくらでも変わりうるので、互いの人格や価値観を含むその人の『存在全体』を尊重した方がよい」と私は理解しています。「存在全体」には、「生活世界」や「物語」も含まれます。1980年代なかばから認知症高齢者の受け入れが特別養護老人ホーム等で始まり、1989年の社会福祉士と介護福祉士の国家資格化、ならびに2000年の介護保険制度発足とその後の介護支援専門員たちの活躍で、「福祉」の視点は社会に広く浸透しはじめています。さらに近年は認知症高齢者だけでなく、心身に障害がある人やさまざまな理由で生活に困難を抱えている人を、社会全体で支えようという機運が少しずつ高まってきました。医療界はその流れに乗り遅れた

ようで、EBM（科学的根拠に基づく医療）が日本を席卷し始めた頃と時期を同じくして、医療の質の下支えになる「構造」や「過程」より、「結果 ≡ 経済的な成果」が優先されるようになりました。日数や人員の制限（～日以内に～を呼んで）を守りながら、退院調整や退院支援を取りまとめる、まともな相談員や退院調整看護師達が慢性的な疲弊状態に陥るのは必然です。その疲弊した支援者達が次世代を指導する先のことを想像して下さい。「疲弊」も複合的な「知覚」のひとつと考えるならば、ヴァイスゼッカーが想定した「知覚」によって稼働する「+αの円環構造（ゲシュタルトクライス）」は、軸を傾けても回転を続ける「地球ゴマ」のように、様々な領域に影を落とす可能性があります。「疲弊の連鎖」も困りますが、疲弊により「質が低下した支援」が「本来の支援」と誤解されて、他の分野の人達に影響を及ぼすことだけは避けたいものです。「そうは言ってもオマンマを食っていかなきゃ」と簡単に議論を放棄せず、支援に関わる協働の「ほどよい到達点」<sup>6)</sup> について、知性と感性の緊張を保ちつつ皆で検討すべきです。

## 【ほどよい医療】

「ほどよい到達点」と言えば、科学哲学者の村上陽一郎氏は著書『死ねない時代の哲学』の中で、「人が適切なタイミングで死ねなくなった理由」として、「終末期に行なわれる高度な医療は延命に有効で、医療機関には高額の診療報酬が保証され、可能と考えられる医療措置を施さなかった時の責任を回避できる」<sup>7)</sup>（著者要約）と3つの要件をあげています。村上氏の言葉を現場に身を置く私なりに翻訳しますと、「医療において死は敗北であり、終末期といえども死を先に延ばすことが肝心で、蘇生や延命処置に対する高額な報酬にはタイミングの適否は問われず、ガイドラインやエビデンス・ブックを片手に迫り来る司法や弁護士への備えも忘れてはならない」という身も蓋もない話しになります。私自身も、「これだけ医療が進歩した時代なのに、健康に誰よりも気をつけて百歳近くまで長生きした母が死ぬわけ無いじゃないですか」とご家族から詰め寄られたことがあります。生命の終焉に関わることは、患者さんやご家族には「理解できない」のでは無く、「俄には受け入れ難い」のは分かります。でも、何事にも「ほどよさ」というものがあるはずで、終末期の迎え方についても、万人が腑に落ちるようになるためには、専門用語や略語を連ねた『寿限無』を繰り返すより、相手の立場に立って（医師はよく「患者さんの身になって」と言ったり言われたりしますが、村上陽一郎氏は、「医師の身になって」含蓄が深い表現をされました）互いの物語に耳を傾け、それでも自分を見失わずに「他者の靴を履くが如く共感する」<sup>8)</sup> ことを、まず医療の現場にいる我々が実践すべきです。

## 【多職種連携のキーワードは「その訳」】

医療者は、患者さんの入院前の生活から垣間見える医療（例；飲酒・喫煙・運動などの習慣や服薬管理など）や介護（生活環境・福祉制度の活用状況や家族の支援体制など）の問題点に着目し、標準治療計画クリティカルパスを参照しながら対策に着手します。これはいわゆる「退院調整」で、地域の医療・介護資源を有効活用する上でも重要なプロセスです。病床の有効活用は、地域の救急医療の存続を第一に唱えていた時代より、コロナ禍になり医療崩壊を来さないための重要な課題になりました。退院調整の結果である「在院日数」や「在宅復帰率」の変化は統計的に検証が可能ですが、自治医科大学のMSW小島好子氏は、救命センターに搬送されてくる患者さんを対象にロジスティック回帰分析を駆使し、「不慮の事故、独居、精神疾患、家庭内暴力や虐待、自殺企図は援助のニーズが高い社会的な高リスク（SHR Social high risk）である」<sup>9)</sup>と結論づけました。このSHRはクライアントが自発的に語りにくいどころか、ベテランのMSWでもはぐらかされ隠蔽されることが多い話題です。小島氏がどのようにしてクライアントに研究の目的を伝え、同意を得た上で情報収集をされたのか私は非常に興味を憶えました。そして小島さんの眼差しはいつも澄んでいるのだろうなとも。先入観や希望的観測で濁った心では、何も見えず学ぶことができません。小島氏の澄みきった瞳には、一条の光のように真理へと通じる径がつながっていたのでしょ

う。退院を目前に控えたクライアントの情報を見直していると、「入院前から病状が重く、手厚い介護を要する患者さんのサービスを、何故この程度に留めておいたのか」気にかかることがあります。確認してみると「介護保険の自己負担分を抑えるため」、「家族の都合と患者さんの思いが一致せず」、「そもそも契約の内容を見直してくれる家族がいなかった」など、様々な「その訳」が明らかになります。多くの入院は有無を言わずどころか、重症者になればご自分が入院にいることさえ気付かないことがあり、治療途上の患者さんや混乱が続くご家族は、退院したその日からの生活を具体的に想像する余裕が無いことも珍しくありません。「その訳」を、思い込みを気をつけながら多方面から検討することは、クライアントに安心して退院を迎えてもらうための大切な備えです。多職種連携や協働における現場の悩みと実態を可視化する、松下博宣氏らの「MACE（ミッション・アコモデーション・コラボレーション・エンパワーメント）サイクル」<sup>10)</sup>の理論は、目的追求型のPDCAサイクルのような「やらされ感や疲弊」を避け、「対話と相互承認」を重視しようとする新たな目的探索型の考えです。私には松下氏が掲げた「実のないカンファレンス」というキーワードがとても気になりました。

## 【回復期の集中的なリハビリテーションの意味】

「脳血管障害」や、高齢者に多い「脊椎や骨盤・大腿骨近位部骨折」の患者さんを主な対象疾患とし、急性期を脱した時点で転入する「回復期リハビリテーション病棟」では、毎日3時間のリハビリテーションを365日休みなく行なうことが推奨されています。そして実施したリハビリテーションの診療報酬は、1日3時間まで出来高払いで包括分の入院基本料に上乗せして算定ができます。「この病棟で行なわれているのは個別性・専門性が高いリハビリテーションなので、医療機関側にも努力に見合った報酬を支払います」という「Pay for performance」の考え方が、そこには適応されています。高齢の患者さん達に、「休みなく毎日3時間のリハビリテーション」と聞いて驚いた方も多いと思いますが、日本福祉大学の近藤克則氏は、「回復期リハビリテーションに関する多方面の科学的な根拠により、リハビリテーションの強度や量を増やすことで神経・筋レベルからADL、在宅復帰率、うつ状態などの心理社会的側面まで回復効果が拡大し、1日3時間でも不十分なくらいである」<sup>11)</sup>と述べています。ここで私が強調したいのは、この集中的なリハビリテーションには強度や量以外に、ある種の「場がもたらすメリット」があるという点です。リハビリテーションには患者さんにとって心身共に大変な努力が求められますが、周囲の患者さん達も仲間意識を持って熱心にリハビリテーションに励み、回復を少しでも実感できたときにはスタッフが手を取り喜びを分かちあう。そのような環境に身を置けば、苦しきだけでなくやる気も出てくるでしょう。そして、たとえ何らかの障害が残っても、生活復帰への具体的な手段について、一緒に悩み具体的な解決策を提示してくれる相談員や介護福祉士、さらに同じ疾患の仲間がいれば、クライアントの疎外感は少なからず解消されるでしょう。発症後の抑うつ状態や心理的な易疲労性に配慮しながら、病気や怪我で始まった新たな物語を皆で紡ぎ出す作業には、数字では計り知れない効果があると、根っから悲観論者の私でさえ楽観的に考えます。

## 【退院支援の始め方、終え方】

医療従事者は、患者さんの疾病がその人にとっては、ある種のトラウマやスティグマ<sup>12)</sup>になりうることを忘れてはならないと思います。疾病により仕事や学業の中断を余儀なくされれば、それまで築いてきた「アイデンティティ（自己同一性）」はゆらぎ、健康なときは「在って当たり前」と認識していた家族の絆や社会での役割などを喪失しないか不安は募ります。物語を尊重する退院支援の根幹をなすのが、そういう不安に陥っている方達に対し、何をどれだけ手伝ったらよいか知ろうとする態度に他なりません。「退院調整」と「退院支援」の違いは、レヴィ=ストロース流に言えば、最近の歴史（この度の疾病）と古代からの歴史（これまでの人生）における、「情報の詳細さ」と「説明的可知性」<sup>13)</sup>（説得力）のいずれに力点を置くかに関わっていると思います。著者短信で私が述べた、「健康管理に無頓着な還暦を超えた男性が、高齢者の名誉に関わるストレスが重なるうちに、血圧

が上がり高脂血症になっていた」という物語がよい例です。血圧や血清脂質のデータの詳細な記述より、その人の生活の過ごし方や性格傾向のほうが「何故、疾病が発生したか」ということを知る有効な手掛かりになる場合があります。

援助や支援は人口に膾炙し、クライアント不在のまま手続きが先行するようになると本質を見失われかねない、「助け合い（一方的に可哀想だと思うのではなく、いつかいろいろな形で自分にもお返しがある；互酬性）」が形になったようなものです。その成果を知る必要があれば、クライアントから無理の無い形（目隠しシールが貼れる往復葉書で幾つかの質問に答えてもらい備考欄を追加する）で、退院後の生活とざっくばらんな感想を教えてもらうのが「ほどよい情報収集」だと思います。そして周辺からもれ聞こえる「風の便り」にも耳を傾け、医療・介護上の事実の記載だけでなく、支援者の感傷は無理に捨て去らず、適切な言葉が見つければ書き記す。さらに十分に説明した上で、クライアントの同意を得て事例検討を行なえば、支援は本当の意味でエピローグを迎えることができます。物語を尊重する退院支援はそれ自体が物語であり、その物語の終え方は融通無碍で良いのだと、アンソニーがあなたのクライアントなら認めてくれるはずです、多分。

（後編終了）

## 【参考文献とデータ】

1. ブレイディみかこ（2020）：誰かの靴を履いてみること『ぼくはイエローでホワイトで、ちょっとブルー』．新潮社, pp71-85
2. 『ファーザー』（2020）：主演アンソニー・ホプキンス 監督フローリアン・ゼロール 配給ショウゲート 英・仏
3. 芳賀信彦 公益社団法人日本リハビリテーション医学会監修（2021）：「リハビリテーション診断における評価法」．『リハビリテーション医学・医療コアテキスト』．医学書院, pp51-57
4. 厚生労働省（2021）：「リハビリテーション実施計画書」．令和3年度介護報酬改定について．（mhlw.go.jp）
5. ヴィクトール・フォン・ヴァイスゼッカー著 木村敏・濱中淑彦訳（2017）：『ゲシュタルトクライス』．みすず書房, p3, pp221-223
6. 本間毅（2021）：『患者と医療者の退院支援実践ノート』．遠見書房, pp92-94
7. 村上陽一郎（2020）：医療資源・経済と安楽死『死ねない時代の哲学』．

文春新書, pp174-177

8. ブレイディみかこ (2021): 『他者の靴を履く アナーキック・エンパシーの勧め』. 文芸春秋, p242-245
9. 小島好子ら (2014): 救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援. 『日本臨救医誌 (JJSEM)』, vol 17, pp395-402
10. 松下博宣 (2021): 現場の悩みから出発する多職種連携のニュートレンド. 『地域連携 入退院と在宅支援』. vol14 No4, 日総研出版, pp2-8
11. 近藤克則 (2004): 訓練量とリハビリテーション効果. 『日本リハビリテーション医学会誌』. 日本リハビリテーション医学会, pp849-853
12. 杉本正毅 (2008): 医学的な観点と臨床心理学的観点の両立をめざして. 『Q&A でわかる肥満と糖尿病』 vol17, no3, pp449-451
13. 田島節夫 (2011): 歴史と構造. 『読解レヴィ=ストロース 出口顯編著』. 青弓社, pp83-100