
「幾度となく会い、語りあうことの意味」

(第6回)

退院支援研究会 本間 毅

【はじめに】

「対人援助学会第13回大会」で、私は企画ワークショップ①「高齢者のエッセンシャルワーク経口摂取について」の進行役を務めた。これから、その「ほぼ逐語録」をここに掲載するが、参加者の「語り」はあらゆる点で完成されており、私はほとんど手を加える必要が無かった。全体の流れは、「終末期を病院で過ごした事例1のプレゼンテーション、それに対するディスカッション、入退院を繰り返しながらも気丈に独り暮らしを続ける事例2のプレゼンテーション、そのディスカッションと全体のまとめ」で、対象になったお二人は、80代の男性である。事前に、学会HPから「対人援助学マガジン第45号(p381~387)」に移り、対象者の詳細を確認していただければ、なお理解は深まるであろう。

対象者への研究に対する説明と同意は勿論、ワークショップの参加者達に発言を本号に掲載することに対し同意をいただいた。商業的利益相反事項に相当する個人や企業はなく、文責は全て筆者に帰することを明記する。

五十音順に発言された参加者の苗字を記載し、敬称は「さん」で統一した。話しの流れを妨げないよう、仕事や所属に関する情報の削除は行っていない。

穴穂さん：学部生

大森さん：保育職

乙川さん：介護支援専門員

小山さん：福祉職

千葉さん：福祉職

中村さん：大学教員

丹羽さん：医師

日野さん：医師

本間さん：福祉職

村山さん：看護師 大学院生

蓮田さん：管理栄養士

他に、榎本さんと道谷さん、川原さんも参加された。(なお、本文括弧内に著者による補足と、参考にしていただくと理解がより深まる文献を記載しました)

【事例 1】

奥さんを自宅で看取ってから、既往のうつ病が悪化した 80 代男性の S さんは、何をしてもよいか分からなくなり、自ら願い精神科病院に入院した。認知症と誤嚥性肺炎の診断が加わり、当院へ転院した際の嚥下造影検査で誤嚥リスクが高いことが分ったが、本人は有形の食事を希望した。奥さんの葬儀の席で、「私は延命措置を希望しない。心肺蘇生も絶対しないで欲しい」と宣言し、家族も同意していた。改めて S さんと家族に再検査と経管栄養の導入を提案したが気持ちは変わらず、S さんはひと月後に旅立った。口から食べる楽しみに言及される機会が増える一方で、様子を見ながら経口摂取は続けると指示した医師が、スタッフに「経口摂取は全面禁止」にして欲しい」と指示の変更を求められることがある。経口摂取の禁止は誤嚥予防策として有効で、誤嚥や窒息事故が起これば医療者に免責はないのは事実だが、クライアントの意向尊重と安全管理の折り合いを付けることはできないものだろうか。

千葉さん；本間先生、お久しぶりです。最後のグッケンビューールの話は、ムッチャ面白いですね。現場の人って以外と数に拘るところがあつて、数理的・論理的に話しを進めがちで、現場であればあるほど、そのことばかり言うことがあつて難しいなと思います。

本間；先ほどの企画シンポジウムで「偶有性 contingents」のお話がありましたが、臨床は偶有性の塊みたいなのところがありますよね。だからといって、「これは偶然だから」と単純に切り捨ててしまうと問題があつて、ある程度は客観性を求める姿勢が必要になりますし、いずれにしても、それで全てが解決する訳では無いといつも思っています。

中村さん；このメルロ・ポンティを引用したり、涅槃図を持ってきたり、いろいろできる整形外科医に敬服しているわけですが、まあ精神科医ならある程度、理解できますが、私はいつも本間先生の話しぶりに感銘を受けながら拝見してきました。さっきの夕日を見ながら患者さんと語りあったという場面が印象的ですが、他に何かメルロ・ポンティだとか、仏教的な思想だなどと思えることなど、もう少し相互作用のエピソードはありましたか？

本間；いや、この方は本当に認知症でうつ病なのかなと思うことはよくありました。例

えば、朝に患者さんの部屋を訪れて、私が「おはようございます」とご挨拶をすると、鼻と口のところに酸素マスクを当てているのを「勸進帳の武蔵坊弁慶」のように額のうしろまで挙げて、「先生、おはようございます。昨夜はとてもよく眠られました。夢に家内が現れました」と言われることも何度かありました。先ほどの夕日の話しを是非、入れたいと考えたのは、現在我々の周りで「ACP と意思決定支援をがっちり押さえておかないとダメですよ」と各職の卒後研修などが行なわれています。その講義を聞いて、何かこう、「スクリーニングシート」みたいなのがあって、箇条書きの先頭にあるボックスをチェックするとその人の ACP や意思を確認できます、みたいな話も出てきて、私は心配しているわけです。ACP や意思決定を主役は、クライアントご本人やご家族であるはずなのに、その方たちが使う言葉や言葉にならない表情、その人たちを取り巻く空気みたいなものを感じ取ろうとしないで、自分たちに馴染みがある言葉で適当に折り合いを付けてシートを完成させるというのは、少し乱暴な気がしますね。この分野の研究者や、専門の方がいらっしゃったら指導をお願いしたいです。とにかく、乱暴なことにならないよう注意すべきだと思います。仏教と夢も関連がありますね。(河合隼雄：『明恵 夢を生きる』、講談社+α文庫, 2012.)

中村さん：ありがとうございます。私が携わっている学部の大学院後期課程に歯科医がいて、訪問診療で今日の話の嚥下のことを実践していらっしゃる。先ほどのプレゼンテーションを聞かせてあげたいなと思いました。歯科医で訪問診療をしていると食べるためには歯科の治療が求められるようで、相当に難儀な思いをしながら、でも頑張っているようです。患者さんは、家族から見て「長くともに食卓を囲んできた人」なので、「一緒に食べる」と言うことが QOL 上も大事な課題になるのでしょうか。家族にとっても大事なことなので、家族からもヒアリングをしています。本間先生にもその歯科医を紹介できて交流が深まれば良いですね。

本間：実は、歯科の先生方は訪問診療の部門で嚥下についてとても頑張っています。それから、対人援助学会の会員で「主体性の回復」を研究している、品川方面で訪問リハビリテーション医をしている W 先生も患者さんの自宅で「嚥下内視鏡検査」をしているようです。リスク管理の一貫として、「こういう検査結果だから経口摂取は止めましょう」ではなくて、「この状態なので、何とか工夫すれば食べることができますよ」という方向で結論づける力量がある歯科医や、嚥下内視鏡が上手な W 先生のようなリハビリテーション医が活躍してくれると良いなと思います。

村山さん：私は神奈川在住で、中村先生のもとで後期博士課程の学習をしているところですが、「老人看護専門看護師」で認知症専門病院に勤務しています。事例 1 のような患者さんを私自身も沢山経験してきました。医療職、特にナースは自分たちが食事介助

をすることで、誤嚥の機会が増えて熱が出てしまうことを目の当たりにすると抵抗があって、医師に経口摂取を中止して欲しいと要望することもあります。また、ご家族がすごく悩まれて、私がスタッフと患者さんや家族の間に入ってカンファレンスで、少しでも食べられるように働きかけた経験もあります。「どうしても牛丼を食べたい」と言われる患者さんのご家族にお手製の牛丼を作ってもらい、それをミキサーで碎いてさらにまた固めて食べてもらったこともあります。今日のテーマを聞いて、まさに私が実践してきたことと同じだなと思いました。これをどう広めてゆくのが良いのかなとも考えています。それから ACP って簡単に言いますが、それを皆がどう考えていったら良いのかなと思いました。日本では、これまで死をタブー視する風潮がありましたが、年を重ねた先にあることを考えておくことは非常に大事だと思います。

本間：詳細が分らない段階で、軽々しくコメントすることは控えるべきですが、先日、訪問診療のチームが大変なことになってしまいましたね。私は、あそこに至るまでにいろいろ前兆があったのだろうと想像しています。医師やセラピスト、介護士が訪問したときに、息子さんが親御さんの加齢とその先にある死を十分に受け入れられていないのではないかと、その時にこれは医学やリハビリテーションのこととは違うからとか、これは介護とは関係の無いことだからと、耳を塞いでしまうと問題を生じてしまいます。被害に遭われたチームは関係者の話やその実績を聞いても、絶対にそのような姿勢で臨んでいなかったことが良く分ります。チームが一丸となり、患者さんにとって理想的な訪問診療をされていたのだろうと容易に想像できますが、私は同じ医師の立場からみると全てにおいて大変だったのだろうなとも思います。もっと詳細が明らかになってきたときに、改めて考察したいのですが、私はご両親の加齢や死を受容できない方は、さほど珍しくないと感じています。特に息子さんが、これは「とにかく男性は、息子は」ということではなく、娘さんに比べると、この話題を進めてゆくとあるところから話しが進まなくなる傾向があるような気がします。私自身の経験ですが、「母はもうじき百歳になりますよ」と、娘さんに真顔で言われたことがあります。穏やかな娘さんなので柔らかな表現でしたが、同じことが息子さんになると状況が異なることもあります。

乙川さん：多くの問題を考えさせられる事例だと思います。以前、私が住宅型有料施設の職員だったときに、入居者の経口摂取を継続する際に、誤嚥など何かあったときに誰が責任を取るのか問題になることがありました。自宅という選択肢も考えられますが、問題が発生したときにご家族が果たしてどこまで対応できるのか悩むこともありました。その頃のことを考えると、行き場の選択肢が少ないので、医療や看護の手厚いケアが可能な有料施設に利用者が流れてきたのかと感じました。いろいろ話しあった結果として在宅介護を選択しても、覚悟が決まっていないと困難ばかり予想されて、最終的に

行き場がなくなって、在宅より病院や施設ということになるかも知れませんね。今、私が担当している方達のことを考えても、もっとチームの中で話し合う必要があると思います。

本間：我々はよく「自分の親ならどうする」と言いますが、医師である私なら、自分の勤務する病院で看ると他の病院にお願いするのも違いますし、自宅や施設でも対応は異なると思います。私の母はもと看護師で、父が要介護5になっても、自分の倍くらいの体格の父をひとりで風呂に入れたりしていました。経管栄養になったら、意思の疎通が困難だったこともあり、母の方が一番落胆していて、生き甲斐を喪失してしまったように見えました。コロナ禍の前は頻繁に病院や施設を訪れていらっしゃったご家族が、今は面会も自由にできない状況ですが、食事について言えば、コロナ禍以前も話題にあげないまでもいろいろと考えていらっしゃったのではないのでしょうか。コロナ禍で直接面会ができなくなったことは確かですが、経口摂取だけでなく、ACP や意思決定についてもっと話しあうべきなのでしょう。

日野さん：私は脳外科医を20年、その後リハビリテーション科医を10年ほど経験し、現在は脳外科クリニックに勤務して「生活期のリハビリテーション」について模索しています。嚥下障害のある患者さんに口から食べさせることに抵抗があるスタッフもいると思いますが、私の場合は一緒にリハビリテーションに取り組んでいるスタッフとの間で、「できるだけ経口摂取を進めてあげたい」という方向性は一致しています。ただし、医療機関としての責任の問題がありますので、医療倫理の4原則（自律尊重原則、無危害原則、善行原則、正義原則）に則り何度も話し合いを重ねることが大事で、所属する施設の倫理委員会で検討を加え、その過程をスタッフの中で共有することは教育的な視点からも重要なプロセスだと考えます。ACPは「ご本人が考える自立尊重」を最重要課題にするのが望ましいと思います。でも、これはあくまでも私の個人的な考えなので、皆さんからもご意見をいただければ幸いです。

本間：日野先生のご見解は、「個人の人格的な自由をどこまで尊重できるか」という風に言い換えることができますね。医師の技量や経験も様々なので、話し合いの結論が異なってくるのは仕方ありません。事例1の患者さんの娘さんは、「これは父が好きな○屋の水羊羹です。具合が良い日に食べさせて下さい」と大量の水羊羹を冷凍して持参されました。看護師や介護士が、「これは娘さんが持ってきてくれた○屋の水羊羹ですよ」といって介助をすると、患者さんはにっこり笑って召し上がっていました。娘さんと患者さんの人格的な自由を尊重し、そしてその向こうにいる亡くなられた奥様にも思いを馳せる。療養型病棟とはいえ病院の毎日はとても慌ただしく流れます。その難しい環境の中でのエピソードです。

穴穂さん: 私は R 大学総合心理学部の 4 回生で、今後は大学院に進む予定です。私には、医療に関する基礎的な知識が不足していることは自覚しておりますが、そこでは、大学院でも「障害や疾患を持つ方々の QOL 向上」について研究を続けようと考えています。対象者の方々がどのような時間を過ごしてゆきたいと思っていられるのか、それに対してどのような方法をもって、その過ごす時間の選択を引き出せるのか検討するつもりです。今日のお話から、自分の研究の意義についても改めて考えてみる機会をいただきました。

本間: 私からアドバイスのようなものがひとつだけあります。私が過去に退院支援について(科学性を)考えたときに、まず統計的な処理を念頭に置いて、沢山の 변수を想定して分析したら、退院難渋例を抽出できるのではないかと考えた時期がありました。(過去の診療録の多くは、その変数となるべき項目の記録がなく、) 私の場合はそのアプローチ自体が無駄な努力に終わりました。当研究会の世話人のひとりである、当時勤務していた病院の看護部長の若槻宏子さんに「ならば、患者さんの意見をよく聞きなさい」と助言してもらいました。倫理的な配慮と統計処理上の有用性が証明されている有用な評価用紙でも、送られた家族にとってはメリットより大変さの方が先行してしまうことが少なくありません。(何故ならば、病気や怪我はあくまでもその人たちにとってはプライベートな問題だから)で、まずはしっかりと対話をする。例えば、昭和一桁生まれの女性は言葉少なで、聞かれる相手が医師だ、看護師だ、大学の研究者だということになりますと遠慮されることもあります。その時は言葉にならなかったけれど、こんな表情をされていた、その場面の空気はこんな感じだったと、とりあえず記録に残しておくことがとても大切だと思います。走り書きのメモが、実は後で大発見のきっかけになることもあります。いわゆるパラレルチャートに近い形で、客観的な事実の時系列の記録以外に、自分が思ったことや感じたことを包み隠さず書き記すことも必要になると考えています。

丹羽さん: 私は新潟市で開業医をしている内科の丹羽と申します。以前は、病院で緩和ケアに携わっていました。今は、在宅でもその時の経験を踏まえて訪問診療や終末期の患者さんの診療をできるように努力しています。本間先生の退院支援に興味があって、病院では終末期の患者さんでも入院期間が決められている中で、退院や施設への入所を考えなければならない。医療者側は、(地域における)病院や病棟の役割など考えてしまうので、患者さんが置き去りにされているのではないかと思うことが少なくありませんでした。本間先生の書かれたものをみると、患者さんの背景や物語を理解したうえで、対話をしながら今後を決めてゆく、それは病院にとっても有益で(在院日数や在宅復帰率の適正化による)、それを強いるわけではなく自然によい方向へ持って行ける可

能性がある。今回の事例検討でも、患者さんとの対話を重ねることが患者さんの生き方をよい意味で変えることもあると感じ、時間がかかっても患者さんに話をしてもらうことが大事だと気付くことができました。

本間：臨床医は、患者さんにいつもの話しを始められると、ああまた始まってしまったかと思うことがありますが、実は少し聞いてみると「なんだ、そういうことだったのか」、「話しを聞くのが一番の近道だった」と納得できることがあります。丹羽先生が同僚のスタッフと勉強するにあたって、私の小論文「退院支援の現象学」をテキストにされたと聞いてとても驚きました。現象学的な視点でいうと、科学的・客観的な考察や判断を一度止めて、エポケーと言う状態ですね、対話の中で参加者の心に浮かんできたイメージが似通っていて、「ああ、そういうことなのか」とお互いに納得できると、次に話しが進むような気がします。患者さんが一所懸命に話されているのに、データだけ繰り返し説明しても意味が無いどころか、逆効果になり「先生に話さなければよかった」と言われてしまうことさえあります。ここらで、少し休息にしましょうか。あ、中村先生、今から5分間は雑談の時間なので何でもお話し下さい。

中村さん：「雑談」と言われると困りますが、私が一番聞きたいことは、本間先生はグッケンビュール・クレイグを引用（山中康裕他訳：『老患者考』・新曜社、p85 2007.）されていますね。あの人はユング派の人ですが「wounded healer」つまり、「傷ついた癒やし人（傷付いたものだけが、治療や治癒の尺度を知りうる）」が大きなテーマなので、こういう内容を理路整然と話す本間先生の傷つきは、どのあたりにあるのかなと思ひまして。プライベートなことなので詳細を述べて下さる必要はありませんが、あの文章を引用される背景が医師としての今のジレンマ、退院支援も ACP も全部ジレンマの中にあることと、患者さんに寄り添いながらクライアント志向型に解決策を導こうとしている医師の立場と、先日の事件も関連づけているいろいろと思いを馳せられていることはよく伝わってきます。気をつけて自分自身のケアをすることも忘れないようにして下さい。もしもグッケンビュール・クレイグあたりで引用された背景についてひと言あればと思います、伺った次第です。実は、私もこの一年は90歳になる母親が「要介護4」になりまして、特養（特別養護老人ホーム）に入っています。母親が「息子介護者」としていろいろと考えるところがあって、昭和一桁生まれの母親が息子に介護されるという、ある種の生活世界からみた拒否感みたいなものがありまして、これが悪い面で見ると私のネガティブな印象になるけれども、本人からすると「支え」になるようですね。つまり、「息子になんかに介護されるか」という思いがとても強くて、自力で何とかしようとするエネルギーにもなっている感じがしています。「息子介護者」としてはつらい面もありますが、徐々に慣れてゆけば大丈夫なのではないかと。そういう過程を経た一年間でした。認知症最初期に遭遇したものとして、意味の現象学的な考察はとても大切だなと思ひまし

た。

本間：私の傷つき体験というか、研修が終了した頃から（現実的には6～7年目くらいの時期）同級生たちはどんどん立派な先生になっていき、「私は病気や怪我をしない」という話を患者さんにしているのを聞いて、「それは嘘ではないか」と思いながらずっときていましたね。グッケンビュール・クレイグの本は「老愚者考」という、ご自分の先生であるユングは「人間は年をとると賢くなる（老賢者）」とっているけど、これには異議がある（前掲書 p75, p174）と。「老賢者」にならない人の方がむしろ多いのでは言っていますね。中村先生のご発言とも関連がありますが、私が対人援助学会にデビューしたのが2015年で、「自虐的世話役（masochistic caretaker）」という話で、中村先生のお母様が感じられた気持ちというのはこのことと関連していますね。

中村さん：そうです。まさにモラル・マゾヒズム（moral masochism 道徳的被虐性）そのものです。（川谷大治：「道徳の衣を着たマゾヒズム」『現代フロイト読本 2』・みすず書房, p546-565, 2008.）

本間：夏目漱石の『門』の最終章（新潮文庫, p256, 2020.）で、主人公に禅の公案がでます。解答を出せないまま物語は終わるのですが、公案の「父母未生以前の面目」とは何か。お母さんは、「今、赤ちゃんを産んで本当によいのだろうか？」と言う気持ちを持ちながら頑張って出産する。お子さんの方は「私は、本当にこの時期にこの両親の元に生まれてきてよかったのだろうか？」という、疑問と言うより恨み（ジョアン・ラファエル・ロフ 貞安元訳：「エディプス神話と阿闍世物語」『阿闍世コンプレックス』・創元社, p182, 2005.）に近い感情を持ち続けます。その感情が醸成されてゆくときに、良い環境の中にいれば問題は無いけど、妙な横やりが入ると問題が出てくる。これは『王舎城の悲劇』という浄土宗・浄土真宗の逸話（永原智行：『阿闍世のすべて 悪人成仏の思想史』・法蔵館, 2014.）の中にもありますが、非常に大きな問題だと思っています。関連する『阿闍世コンプレックス』について論文にしてどこへ投稿しても、「不採用」が続いて、私はもうダメかなと思っていましたが「対人援助学マガジン第44号」に掲載してもらうことができました。とても有り難いことだと思っています。それでは、次の事例2に移ります。

【事例 2】

奥さんが亡くなってから独居を始めた 80 代の男性 A さん。認知機能が良く、飲酒・喫煙をせず血圧等の自己管理をしていたが、心不全が悪化して入退院を繰り返していた。入

院後、酸素吸入や利尿剤が奏功しすぐに室内歩行は可能になったが、今回は心不全の理解と健康管理について見直しを行なった。体重が一日で 2kg 増加したら心不全悪化を意味すると考えて必ず病院を受診し、水分と塩分をさらに厳密に測定、体調が悪い日は積極的に運動を休むよう指導、受診には娘さんが付き添うことにし家事援助サービスも計画した。この指導が、独り暮らしの患者さんに「より良い生活」をもたらしたのか検討し「好きな食べ物」の意味も考察する。

大森さん：私は、福岡市で保育士をしている大森と申します。仕事では高齢者と関わることはありませんが、プレゼンテーションを聞きながら両親・祖母・伯母のことを考えていました。伯母は 77 歳でまだ元気ですが、サツマイモ特に「芋ご飯」は食べたくないとやっていることを思い出しました。本間先生が病棟に貼りだした「思い出のひと皿」の写真を見て、とても素敵だなと思い、料理についてもっと考えなきゃいけないと思いました。

本間：「食物アレルギー」に関しては、保育関連の職場でも相当に気を遣っているのはありませんか？

大森さん：そうですね。アレルギーがある児は別のテーブルで食べることになっていますが、そうすると他の児はひとつのテーブルで 3~4 人が一緒になって食べているのに、ひとりで離れているのは可哀想だなと思いました。職員がその子のテーブルに着くようにしていますが、他の子たちと同じものが食べられないだけで、もしかしたら劣等感みたいな感情を持つこともあるかも知れませんね。

本間：認知機能が低下した高齢者でも、他の患者さんと食事の内容が違うことにはかなり違和感があるようです。皆さんがご飯を食べているのに自分だけお粥だと、すごく怒ってしまう方もいます。この点に関しては、管理栄養士とディスカッションの余地があると思います。お粥ではなかなか喫食量が増えない方がご飯になると食が進み、お握りになるとさらによく食べて下さることがあります。こうなると食欲は、嚥下の問題だけではありませんね。

大森さん：「この子は食べられない」という言葉も良くないと思うことがあります。児もある程度の年齢になると、「あなたにはアレルギーがあるから食べられない」という説明を理解してもらえますが、そういう言葉ではない言い方があると良いなと思います。

本間：先ほど ACP と意思決定支援のときに、医療用語でシートを作成して「これでよいですね」というのは乱暴なのではないかという話しがでしたが、保育の問題でもお子

さんたちが理解できて、自分も使える言葉で大森さん達が説明を行なう方がよいのでは
ありませんか。小さなお子さんは納得がいかないと口を真一文字に結んで、食事を拒否
することがありますね。大森さん、どうもありがとうございました。さて、私の強力な
同僚、管理栄養士の蓮田さんをご紹介します。蓮田さんは、管理栄養士として科学的な
思考と発言、迅速な行動力がある方で、私は若い管理栄養士に蓮田さんのバランス感覚
が大切だと説いています。

蓮田さん：管理栄養士の蓮田です。私も最後まで口から食べると言うことを大事にして
いるつもりですが、病院では何かあったら誰が責任を取るのかと言うことは常に問題に
なっています。それから、患者さんが食べたいという食品を提供しても、食べられな
かったら患者さんはさらにショックを受けてしまい可哀想なのではないかと悩むことも
多いですね。

本間：医師、管理栄養士、言語聴覚士と実際に食事を介助してくれる看護師や介護士の
視点が異なることもありますね。あるときは患者さんにより近接し、あるときはリス
ク管理の面から距離を置くと。なので、当たり前の話しですが、カンファレンスってと
ても大切だと思います。忙しいと短い時間内に何件もカンファレンスをせざるを得なくて、
実質的なディスカッションができていないこともあります。私は、今の病棟で受け持ち
患者さんが少ないこともあり、余談も含めてしっかり話し合えることが多いのは幸せだ
と感じています。穴穂さんに追加説明をしますが、この患者さんは先ほどの方とは異な
り、比較的元気で認知機能のよい男性です。それでも 80 代後半になると全く病気知ら
ずというわけにはいかなくて、中村先生がご指摘されたように患者さんだけでなく、治
療者の側も「患者さん元型」を持たないと、せつかくの指導がこころに届かないこと
があります。治療者にもその自覚が必要になると思います。

中村さん：今の話しで思いつくのは、ひとりの人の中にある「光と影」（河合隼雄：『影
の現象学』。講談社学術文庫, 2009.）のようなものかも知れません。私は DV や虐待の加
害者側にクライアントがいるので、支援者も自分の中にある、「加害者元型」みたいなも
のを自覚することが大切だと思います。特に性的問題は「男性性」とも関わって侵入的
になる性質があるので、こちらも何らかの形で喚起されることがある。先ほどお話しし
た私と母との問題にも関連が有り、自分の中では「怒り」のような感情が出てくること
があります。それをどう処理するのが良いのか。男性介護者、特に夫や息子が、時に被
介護者に対し暴力的になってしまったり、医療者へ暴力的な言動を向けたりすること
もあるので、いつも（こういう問題を）如何にして処理すべきか悩んでいる私は、本間
先生の話しにはいつも考えさせられてしまいます。

本間：ご本人自身が問題意識を持っていないというか、むしろ怒ることで少しだけフラストレーションが解消されているような状況が、ずっと続いていると良くないですね。いろいろなサインをその方と接している人が感じて、ひょっとするとこれは自分だけではお手上げかも知れないので、専門家や知識や経験がある人にアドバイスをもらおうかなという発想が大事だと思います。新潟県の介護支援専門員への指導的立場にある小山さんはどうお考えでしょうか。

小山さん：私は新潟市地域包括支援センターで社会福祉士と主任介護支援専門員をしまして、県内のケアマネさんの法定研修の講師や、社会福祉士会の認定ケアマネさんのスーパービジョンをしています。本間先生が新潟で退院支援研究会を発足させるにあたり、世話人のひとりとして一緒に活動をしています。その関係もあって、昨年対人援助学会に入会しました。私は自分が死ぬときはソフトクリームが食べたいなと思っています。飲み込みを心配しなくても良さそうですし。事例1のディスカッションに関する感想ですが、私たち支援者が良かれと思ってよけいなことをしている自分に気付かないとダメだと思ったことと、医師や看護師が科学的根拠に基づいて危ないよというのも分りますが、「でもさ」と福祉の分野側から異議を唱えたくなることがあります。そんな自分を感情が先行していると思うことがあるけど、そんな人がチームの中にひとりくらいいても良いような気がします。クライアントの立場に立って、少し想像を膨らませてみようよと言った方がよいのかな。退院の場面や退院前カンファレンスに立ち会うと、在宅生活に対する想像力が足りないような気がする場合があります。例えば、事例2のひとり暮らしの男性が家に帰って、朝から晩までの生活を全て自分でやらなければならないということを、病院の中にいると十分に想像できなくなるのでしょうか。日本語には「同音異義語」というものがありますが、「想像」と「創造」が大事でイメージしながら造りあげていくことを叶えていけるように、叶わなくとも皆で話合う。この学会の会員や今日の参加者は、こういうことを大事にする方たちだと思いますが、「そこまでしなくても良い」とか、「面倒くさい」と思う専門職がいるのも、残念ながら現実なので、そういう人たちに、同じような結論になるかも知れないけど、話し合うというプロセス自体の大切さを伝えたいです。「理想論」とか、それから「小山さんは包括支援センターの人なので、終末期の人に関わる機会が少ないから分っていない」と言われることもあります。そんな風に改めて思いました。

本間：小山さん、先ほど中村先生が指摘されたように、私も自分が両親の介護に直接携わっていかなくとも、その時期に自分の母に対し猛烈に腹を立てたことがありました。それは、「元型」(河合隼雄：『ユング心理学入門』, 培風館, p95-101, 2011.) の問題だと思いますが、あるいはフロイトの言うエス(満岡義敬：「自我とエスを読む」『現代フロイト読本2』. みすず書房, p527-546, 2008.) やイドというか、言葉にしたり具体的なイメージ

を形成したりできる領域の、さらに奥底にあるドロドロと煮えたぎっているような「情念のようなもの」が関係しているのか。そういったことへの気付きや対処方法など、現場にいる人たちに何かアドバイスのようなものはありますでしょうか。私は、中村先生のご意見は本当に身にしみて分ります。特に反抗されたりするわけでもないのに、自分の中にある「元気で几帳面だった母親」と、年を取って目の前にいる母親がオーバーラップしなくなるところがあります。そうすると自分の中の「エス」が悪さをしそうになるわけです。小山さん、現場の方がそのあたりを見分けられるようにするアドバイスはありますか？

小山さん：今日も午前中にケアマネさんにスーパービジョンをしていたのですが、そもそも、そのサインに気付いていない人と気付いている人、気付いているのに気付かないふりをしたい人もいて、だから難しい問題ですよ。そんな偉そうなことを言っている私自身も患者さんに感情をぶつけて怒ってしまうこともありますし。

中村さん：横やりを入れるようで申し訳ありませんが、今の論点設定も面白いと思います。この一年、母が特養に入るまで、私は伊勢志摩の出身で(仕事生活の拠点から)遠いのですが、介護や入所の段取りを取ったり、それから直接介護をしたりすることがありました。その時に、家を片付けなければいけない場面で一番抵抗されたのは、キッチンを片付けることで、特に冷蔵庫の中は母親なりの整理をしているつもりなので、勝手に中身の配置を変えたり、廃棄したりすると母の機嫌を損ねることが多かったです。食器を洗って棚に戻すのも母なりの段取りがあるので、そうやって「母をしてきた」ことへの介入だったのかなと思うと、片付けなければならないという分りやすい客観的な命題と、母息子として長く生きてきた主観的な世界のずれですよ。ここに男性介護者があまり気付かない面があるとすると迷い込んでしまうので、やはり食べることを中心にした母息子関係の長い歴史があって、息子は食べさせられてきた存在なので、でも母は、料理はちゃんとできることもあって、このアンバランスな関係の中で、食べると言うことが、非常に意味があることだと、母との短い期間の体験でよく分りました。

本間：中村先生はご長男でいらっしゃいますか？

中村さん：長男です。で、弟夫婦が地元にあります。

本間：何故か、母親って弟のすることは何とか許容できるのに、兄ちゃんの方は許容できないことがありますね。

中村さん：そうです。弟があれこれやることは何とか許容できるのですが私のほうは。

そこでは、見事なほど昭和の家族の生活世界が繰り広げられていました。

本間：私は次男ですが、兄はリスク回避というか、もともと精神的に面倒くさいことは避けたい性分で、「金は出すけど、手と口は出さない」を貫きまして、そんな兄夫婦が介入してきたら結構、難しい問題が発生していた可能性があります。千葉さん、現場にいながら現場の人たちを指導する立場として、患者さんを家に帰して生活期の方達に見て頂くにしても、全てを看護師さんに委ねる訳にもいかないし、全てをケアマネさんに任せることもできない。何か今の話題に関する千葉さんのお考えや、後進の指導で気をつけていることがありますでしょうか。

千葉さん：本間先生の発信は、ホンマに全てを網羅していますね。福祉も、「その人として」とか、心理・生理・社会と多面的に近接しようとしても、そこに積み上げられている学問はやはり何らかの偏りがあって部分的な気がしています。対人援助学会という場所を作ると、ホンマに普段なかなか一緒に話す機会が少ない職種やポジションにいる方達と話しが共有できるので、有り難いなとか、この学会の意味がよく分ります。さらに若い方（学部生）もいて下さるのは有り難いとか、そんなこと思っていました。

本間：千葉さんが言われるように、次の世代、その次の世代の方たちがこのテーマに関心を持って下さるのは本当に有り難いことです。医師や介護支援専門員の資格を持っていないとできないことがあります。哲学とか倫理、道徳もそうですかね、賢い子だと小学生になる前から自分なりの考えを持って、読書をしたり友人や先生と話しをしたりしながらどんどんレベルアップすることができます。この分野は資格や年齢、性別も関係無しで取り組める面白い学問だと思います。リハビリテーション医学会でも今後、このようなお話しができると良いですね。日本リハビリテーション医学会が今以上に良い学会になると嬉しいです。日野先生よろしくお願ひします。ところで、私の家内もこのワークショップに参加しております。今は心理の勉強をしていますが、もとは社会福祉士です。何かひと言。

本間さん：本間です。皆さん、こんにちは。今日はいろいろな話しが聞けて良かったです。中村先生、ご無沙汰しております。久しぶりにお目にかかることができ嬉しいです。以上です。失礼しました。

本間：…。ところで、村山さんは病院の中で主にどういう立場でいらっしゃいますか。

村山さん：今は非常勤で、4月から現場復帰をする予定です。多分、地域連携室に配属されると思いますが、以前は病棟の管理者で、老人看護専門看護師としてどちらかとい

うと、病院全体の動きの中で看護の指導をしたり、看護と他部署の間に入ったりすることが多かったです。先ほどの事例2の話しを聞きながら、自分が新人だった頃を思い出していました。脳血管障害のリハビリテーション病棟にいた時期で、脳血管障害を起こした糖尿病のある方に指導をしようと思ったときに、「好きなものを食べて死ねれば、それでよい。ほっといてくれ」とすごい勢いで言われて、確かにそうだなと思い、頭から指導しようとしていた私が間違っていたことに気付きました。若かりし頃の思い出ですね。そこから何十年も経ち、今回そのエピソードを思い出したことで、それこそ私も母の介護に一部関わっている中で、85歳になった母に糖尿病があって、少し認知機能も低下しています。そんな母の「あれを食べたい、これを食べたい」という言葉を聞き、看護師としてHbA1c(糖尿病の検査データの1つ)が少し高いなと思いつつ、「食べたいものを食べられるなら、どうなってもよい」という母の気持ちを汲み、母が食べたいと言っているものを、娘として持参しています。人間にとって「食べる」と言うことは本当に大事で、それを制限されることはとても苦しいことで大変なことなのだと周囲が気付く必要があると考えています。

本間：村山さんのエピソードに出てきた患者さんがそこまで強烈に怒ってしまうのは、食事に関する指導のあまり嬉しくない思い出とか、自分の思いと指導で言われたことがあまりに違いすぎて怒る以外に方法がなかったのかもと思いました。人が怒るときにはそれなりの理由があるのだから、食品成分表を前に電卓でカロリーや塩分を計算する手を休めてその理由を聞いてみれば、「ああ、そういうことだったのか」と思うことがあると思いますね。

村山さん：その患者さんは社会的な地位がある方で、食べることで人とやりとりをして、ものごとを動かしていた人なので、食事を制限されることは(自分のそれまでの存在を否定されるほど)大変なことなのだと、後から聞いて納得できました。

本間：今は、どこの病院でも地域連携室はとても忙しくて、だからこそ地域連携室の仕事をされる方達にお願いしたいのが、患者さんのベッドサイドに行ってもらいたいということです。話題は何でも良いので話して欲しいと思います。退院支援研究会に所属する基幹病院の若手相談員で、ベッドサイドで気がついたら数時間経っていたという人がいて、素晴らしいなと思います。仕事の能率がよいかどうかと言う話しではなく、それを繰り返すことで仕事の要領が良くなり、精度も向上してゆくと思います。とにかくベッドサイドに行ってクライアントの話しをよく聞いて欲しい。今は難しいのですが、コロナ禍が落ち着いてくればベッドサイドで患者さんだけでなく家族の話も聞けるし、ダイニングで食事の場面で話しを聞くこともできます。相談室での面談とは、かなり違うと思います。

中村さん：あとひとつだけ。私が悩んでいるのは、さっき言った事情で、意思決定をどう確認するかということです。今のところ体は元気ですが、特に延命治療やお金の管理など、施設を利用したいのかどうか、どこならよいのか、これまでもできるだけ慎重に事を運びたいなと思い実行してきましたが、今は施設にいる母とふた月に2回、15分しか面会ができないので、そんな母と Zoom で会議をしながらじっくりこない時間を過ごしています。認知症があって体が元気な場合の意思決定について悩んでいます。（成本 迅編：『認知症の人の医療選択と意思決定支援』、クリエイツかもがわ, 2016）

本間：2年前の年次大会でもお話ししましたが、退院支援のことを考えてゆくと、最終的に意思決定支援をどうするかというところに行き着いてしまいます。ケースによって詳細は異なっても、根底を流れるバロック音楽の「通奏低音」みたいに鳴り響くわけです。最終的なこと、これは生物学的な死だけでなく、その先にある「喪の儀式」も全部含めて、例えばこの第13回大会も対人援助学会の創設者のひとりである望月先生のことを思いながら集まってきた方達が、このように話しあっている。そこら辺のことまで見据えた、具体的で統一感のある動きは難しいのかも知れませんが、「最終的なゴールと一緒に見据えましょう」という姿勢が重要なのだと思います。

中村さん：意思決定の場面で家族のエゴができる場合もあるので、家族が大事、見守る人が大事と言いつつも、家族の事情がエゴとして現れる場合と、本当に共同主観的にいろいろ決定できる場合があってややこしい限りです。だからこそ、家族との相互作用も含めて、現象学的な意味分析をしたいなと考えています。さっきの望月先生のことですが、今日こういう会を開催することは望月先生のお連れ合いさんにも伝えました。できれば話だけでも聞いておいてもらえれば、と思いましたが、それはあなた達の世界だから（それも、その人の心々だから）というやりとりもありました。

【結語】

事例の提示にご協力いただいた方々に心より御礼申し上げます。今回は「拙なるも速くあるべし」を第一としました。「食べる」という行為は人間にとって最も大事なことで、それを何らかの形で制限するということには慎重でなければならない。そして ACP や意思決定支援もクライアントの言葉や、言葉にならなくとも、生きられてきた様々な経験を尊重すべきだ、ということが本日の結論かと私は考えました。