
幾度となく会い、語り合うことの意味

～チーム医療とナラティブ～

本間 毅

ワークショップの参加者

✚ 主催者（遠見書房）

司会 A 介さん

アシスタント B 介さん

アシスタント C 介さん

✚ 発言者

K 原さん（心理職）

K 野さん

M 田さん

M さん（事務職・SW）

I 井さん（心理職・教員）

非病院勤務さん

✚ 他の参加者の皆さん

✚ プレゼンテーションと対話

本間 毅（医師・退院支援研究会）

謝辞

「第 11 回ナラティブ・コロキウム」で私が担当したワークショップは、前半の 70 分を「チーム医療とナラティブ」と題する私のプレゼンテーション、後半 50 分は架空の事例を取り上げたグループワークに続き、A・B・C 介さんと 6 名の参加者ならびに私で対話をしました。

事前に、ワークショップの内容を倫理的配慮に基づいてテキスト化したものを、他の講演や論文等に活用したい旨を参加者に説明し、参加者全員から同意を得ています。有償の講演ですが、商業的利益相反はありません。括弧内の註は専門用語などの

理解を深めるための私見で、ワークショップ後に寄せられたアンケートの回答の要旨の全文責も私にあります。

ナラティブの力を得て、チーム医療が医師の持つ権力のくびきから抜け出し、チームの構成員それぞれの主体が、真の統合を目指して変容しつつあることが垣間見えれば私の作戦は成功です。この場を借りて主催者と参加者の皆様に感謝いたします。

はじめに

司会 A 介さん

皆さんこんばんは。遠見書房の A 介です。第 11 回ナラティブ・コロキウムの 2 日目となります。本日は、本間毅さんによる WS②、「チーム医療とナラティブ」です。本間さんは新潟県生まれで杏林大学医学部卒、整形外科医・リハビリテーション医、そして対人援助学会の理事、退院支援研究会の代表です。現在は新潟県の病院に勤務し、患者と家族の生きざまを感じ、みんなにとって幸せな退院支援を行うことを考え、日々臨床をされています。趣味はベンチプレス、アイロンがけ、料理、お茶目なところがある先生です。本間先生、よろしく願います。

本間

はい本間です。宜しく願います。

チーム医療にもいろいろありますが、共通して大事だろうと思われる「病状説明」、「カンファレンス」、「退院支援」を中心に話します。

司会の A 介さんからご紹介いただきましたが、私はバブル経済が始まる直前の昭和 59 年に社会人になりました。現在は、地元の病院の地域包括ケア病棟（2014 年にスタートした「回復期関連病棟」のひとつ。急性期病棟で対応するまでではないサブアキュート、急性期治療を終えたポストアキュート、在宅復帰支援が必要な患者さんが対象）という、入院期間を 2 か月前後に設定した病棟で勤務しています。

私は現在、関西に本拠地がある対人援助学会の常任理事をしています。令和 4 年 11 月に「新潟水俣病と私たち」をテーマに第 14 回年次大会を新潟で主宰しました。また、2021 年春に『患者と医療者の退院支援実践ノート』を遠見書房から刊行しましたが、本屋さんでお買い求めになりたい方は、「看護コーナー」に向かって下さい。何故かと言いますと、我が国における退院支援のトップランナーは、もともとは看護師さんの宇都宮宏子さんだからです。宇都宮さんは、現在も全国行脚をしながら、各地で素晴らしいグループワークを行い、退院支援で重要な役割を担う中堅の看護師さんたちを勇気づけ、研究と実践を両立されています。その宇都宮さんの最近のキーワードは、退院支援を一步進め、「地域へつなぐ、その方の人生を再構築する」と伺っています。

次に、2017 年春に発足した私ども退

院支援研究会について説明します。患者さん家族が不安なく退院を迎える。これは当たり前ですが、支援者が疲弊しないように、「支援職ができて嬉しい、もっといろいろ勉強したい」と、やりがいを感じながら成長できるように支援することも研究会発足の目的です。

研究会の活動ですが、コロナ禍以前は事例検討会（<https://tsk2017.com/> お知らせ欄）を定期的で開催していました。ただコロナ禍の前から、私には検討会が制度を適用するためのケース・マネジメントのお手本と言うか、システム化してはいけないという問題意識がありました。退院支援を適切なタイミングで、取りこぼしなく行うことは大切だが、システム化してよいのかということは、今でも私にとって根源的な悩みです。あと、今回のような講演だけでなく、整形外科やリハビリテーションの学会で研究発表をしてきました。しかし、退院支援に関する演題は、不採用やその他のセッションの最終日の発表になることが多くて、少しやる気がなくなっています。最近では、対人援助学会で、異分野の方たちと研究する機会が増えています。学会 HP（<https://www.humanservices.jp/>）の Web 誌「対人援助学マガジン」と、地域連携関連の学術誌に、過去数年間、連載執筆をしてきました。地域連携の学術誌では、私には退院支援を「診療報酬を見据え、効率よく病床を運営するシステム」として捉えている方や施設が多いような印象を受けました。

退院支援研究会の 2018 年度年次大会で、医療系のナラティブ研究者で知らな

い人はいない、立命館大学総合心理学部の齋藤清二教授に特別講演をお願いしました。その時のテーマが「医療における多職種協働と物語能力」で、齋藤教授は、チーム医療の現場で物語能力が求められる理由として、今回のワークショップの内容とも関連しますが、超高齢化社会では、診断が確定したら治療をして軽快・治癒に至ると単純に考えにくい慢性疾患や難病が減らない、ロコモ（運動器の障害による移動機能低下）やフレイル（加齢により心身が衰えた状態）と呼ばれるようになった老化を病気として捉えるようになった、心理・社会的因子の影響と、死に逝く人や家族への支援の在り方などについて考える機会が増えたからと述べられていました。さらに、個々の患者の経験に関心を寄せ、患者のナラティブを尊重するところから医療の構造を組み立て直さなければならないと、齋藤教授は強調されていました。また、当事者の「病いの物語」に配慮・注意し、吸収・解釈して尊重する、支援者は受け取った物語の意味や価値を想像し、共有された物語に心動かされて新しい関係に参入する「ナラティブ・コンピテンス」¹⁾が求められていると言われていました。

それでは、チーム医療における病状説明の問題から考えてみましょう。

病状説明

入院生活を患者さん目線で考えると、入院中は医療者が生活全般を統括し、患者さんは侵犯体験（個人情報や取り、検査や治療 etc.）さえ自分の意思で決定できません。そして、医療者にとつ

て科学的な根拠と職業的な善意に基づく行為でも、患者さんとの関係は有無を言わせぬものになる可能性があります。医療者はクライアントへの強制の許容範囲を、社会通念とは別次元で設定できる権限を委ねられていると認識すべきです。

気が付いた方もいると思いますが、ここまでを、私はM.フーコーの『監獄の誕生』²⁾風に述べてみました。太古、囚人や犯罪者は、見せしめの意味も込め残酷な身体的刑罰を受けていたが、18世紀末以降、徐々に精神的な刑罰を科せられるようになった。そして、功利主義者J.ベンサムが考案したと言われる、「監視されているかもしれない」と言う人間の心理を利用した全方向から囚人を監視するシステム panopticon（すべてを見る、という意味）、映画などで中央のタワーに銃を持った看守がいて、囚人はその周囲を取り巻くように獄坊に収監されている状況のことです。その監視システム panopticon の歴史に始まり、時間とともにその考え方が孤児院や感化院、学校、軍隊から病院に及ぶようになったというのがM.フーコーの主張です。J.ベンサムは、最大多数の最大幸福を願う人道的な観点から、「犯罪者を恒常的な監視下におけば、彼らに生産的労働習慣を身につけさせられる」と考えたそうです。

患者さんの中には、冗談交じりに「入院は監獄みたいだ」と言われる方がいます。患者さんのドイツ語はクランケ kranke ではなく、最近ではパチエント patient が多く使われ、英語でもペシエント patient です。いずれにしても、「忍耐強く我慢する」という意味があ

り、病気や怪我という重大な問題を抱えながら耐え忍ぶ人やその家族に、我々は大いに敬意を払うべきだと思います。

病状説明の場面で、患者さんや家族に「ご質問は？」と問いかけても、「お願いします」という言葉が先に口をついて出てくるものだった方がよいでしょう。つまり患者さん側から医師に確認や質問をし難いのは当たり前なのです。だからこそ、医師の説明の後、フォローしてくれる看護師や相談員の存在そのものが重要になります。

心理学者の皆藤は、「患者は人格的な癒し、即ち医療チームが患者に向き合い、人間的な対話が成立することを願っている」³⁾と述べています。またユング派の神話心理学者、グッケンビュール・クレイグは、「医療者は健康で病むところがないふりをせず、自分の中にある『治療者元型』と対をなす『患者元型』を意識することで、患者側の『治療者元型』が引き出され、より良い治療者・患者関係ができる」⁴⁾としました。「元型 (archetype)」とは、我々が言葉にしたり、具体的にイメージしたりすることが出来ない、心の奥底にあり我々を突き動かすようなもので、女性性・魂アニマ anima や、いたずらの如く予期せぬ言動で事態に変化をもたらすトリックスター trickster などがあります。また、この議論に関連する「傷ついた治療者・癒し人」という概念があります。これについて詳細を述べることは致しませんが、例えば医療者の自己開示で、思った以上にクライアントの共感を得られることがあります。(本文中の「クライ

アント」は患者さんと家族やそれに近い人を意味します)

私くらいの年齢になりますと、医師自身が病気をしたり、家族の病気や介護、あるいは看取りを経験したりすることが珍しくなく、それをクライアントに伝えると、お互いの大変さが分かり合えることがあります。でも、病気に詳しいからといって、医師がクライアントの周辺事情を知りもせず、自分の経験の方が大変だなどと、自慢するようなことは慎まなければなりません。部活動で体罰をするコーチが話題に上ると、「昔はそれが当たり前だった。そのおかげで自分は成長できた」と自慢している大人は、人間的に成長していないことと似ていますね。いわゆる専門家権力の悪しき発動です。

病状説明は、医学的な知識や権威を押し付ける場ではありません。あるいは、相談員や退院支援看護師も病状や家族背景を十分に考慮せず、制度やサービスの提案を行うだけではその役割を果たしているとは言えません。医師の病状説明をサポートする立場にあるスタッフは、専門的な情報をクライアントが理解しやすいようにかみ砕き、特定の選択肢への誘導を避け、相手が考える時間や異議申し立てをしても構わないという雰囲気醸し出す役割もあります。患者さんや家族は、医療の方針を決定したり、治療の効果を客観的・科学的に評価したりできないからこそ、「あなた達は病気のことをよく知っているかもしれないが、自分のことは自分が一番知っている」と考えます。若く健康そうな医師や看護師は、患者さんに「あなたは私と同じような状態

になったことがありますか」と聞かれることがよくあります。私も研修医の頃に患者さんから、「先生はめまいが起こったことがありますか」と問われ、「いいえ、めまいはありません」と答えたことを憶えています。医療者はクライアントの苦悩に関して無知であることを自覚し、自分たちの働きかけが「その患者さんのあるべき姿；その人らしさ」を損なってはならないと思いながら説明を行うべきなのです。事前に作成した説明用紙を一気に読み上げるような、定式化された病状説明では、クライアントの切実なメッセージ、あるいは言葉や意識のもっと深いところから発生する感情の変化に気付かない可能性があります。

我が身を顧みず限界を超えた闘病や介護を続けていたクライアントは、自己を守るため意図せず「抑圧」や「否認」を行い、一見して大変な事が無かったかのようにふるまう⁵⁾ことがあります。私は60歳を過ぎてから、このような講演の場などで、あがって胸がドキドキすることがなくなりました。でも、自分では何とも無いと思っていても、血圧や脈拍には変化が生じています。私の中の無意識が、「ドキドキしてはいけない、あがってはだめだ」と、強力に気持ちを抑え込んで、私自身に誤解をさせているのでしょう。こういう状態が行き過ぎたり、常態化したりすれば危険な状況を招きかねません。クライアントに、「大変でしたね」と声をかけたとき、「それほどでもありません」と返されたその表情が限界越えのサインだったと気づいたときは後の祭り。ナラティブを正しく読み取る

ためには、表情やしぐさなどの非言語的なメッセージにも注意を払うべきです。説明をする側が、例えばボールペンを指で回したり机をコンコンとたたいたり、背伸びをして柱の時計を見たりすると、聞く側には嫌な感じが確実に伝わります。クライアントの、病状説明を聞きにくる予定が立たないという返事や、約束した日時に遅刻するという行動にも（現実を直視できない）何かしらの意味が込められている可能性があります。

アドバンス・ケア・プラン ACP について補足します。超高齢化社会を迎え、診療科によらず病状説明で ACP を確認することは、必須の手続きになりました。整形外科でも、かつては骨折の病状説明で、ACP に言及するという発想はほぼ皆無でした。近年は、骨折患者さんの多くが超高齢者で、骨折後に食事に手を付けなくなり、誤嚥から肺炎を来たす時には、経管栄養の希望を確認しなければならないことも珍しくありません。そして、患者さんが90歳前後ともなれば、予期せぬ転機（特に、急な心肺停止）をとることさえあります。

入院時にエンディング・ノートまで持参するクライアントがいる一方で、例えば、お母さんの入院に付き添った息子さんが、「母は若いころから人一倍健康に気を付けて、ここまで長生きしました。医学が進歩しているのに、母が死ぬなんてあり得ませんよね」と詰め寄られ困惑することもあります。

数年前、訪問診療のスタッフが患者さんの家族に、死に至る危害を加えられる事件がありました。90代の母親が死亡

した翌日に、家族が訪問診療のスタッフを呼び出して蘇生処置を求め、医師とコメディカル・スタッフがその要求を断った直後に事件は発生しました。とても熱心で、素晴らしい訪問診療チームであったと伺っていますが、「ひょっとしたら、この家族は、お母さんの老化やその先にある死を受容していないのかも知れない」という予兆を、チーム内で共有していても、このような悲劇が起ってしまいました。

「生命の終焉」が理解され、腑に落ちるには、時間や第三者の協力が必要になることがあります。そしてクライアントの価値観や地域性などの生活史、新潟では昔から地縁・血縁によって形成されてきた集落を「部落」と言いますが、そこに伝わっている文化や死生観をも尊重する姿勢が求められます⁶⁾。

「生命（ヴィータ）」を医療者とクライアントはどのように捉えるか、**図1**から考えてみましょう。

- ▶医療者側；病気や怪我を負った治療対象としての有限な生命（Biosビオス）
- ▶クライアント側；生以前から死以降をも包摂する連続性のある根源的生命（Zoeゾーエー）



図1. 生命をどう捉えるか

まず、食料品店でよく見かける左下の「茸盛り合わせパック」を想像して下さい。私の場合、それを見ると、家に残っている食材を使ってうどんや茸鍋でも作

ってみようかと考えます。パックの中の茸の生命は完全に断たれ、「一巻の終り」状態です。人間に話しを戻しますと、多くの医療者は、病気や怪我を負った治療対象としての生命を、「有限な生命；ビオス bios」と認識します。一方、身近な場所で茸や山菜を購入できるのに、危険を冒してでも山に採りに行く人はあとを絶ちません。右下の茸のように、里山で雨露を帯びた苔の中から顔を出す、茸の周りには茸に成るべく潜む菌糸から、誰に摘まれることもなく息絶えた茸の名残りまで、即ち、生以前から死以降をも包摂する、「連続性がある根源的生命；ゾーエー Zoe」が存在します。クライアント側が捉えている生命の概念は、これに近いのではないのでしょうか。医療者が、患者さんを病院で看取ってお見送りをしてからも、一連の弔いの儀式が家族や親しい知人を待っています。このビオスとゾーエーの定義は、精神科医で臨床哲学者の木村敏先生と、神話学者で宗教史学者のカール・ケレーニイの解釈⁷⁾に基づきますが、イタリアの哲学者 J.アガンベンの定義⁸⁾とは趣が異なります。アガンベンは、ビオスをそれぞれの個体や集団に特有の生き方をもつ生、ゾーエーを動物であれ人間であれ、神でさえも、生きているすべての存在と定めています。木村敏先生は、この問題についてジョルジュ・アガンベン本人に聞いたただしたのに、明快な回答が得られなかったのは遺憾であると言われています。要は、医療者とクライアントは生命を全く同じものと捉えていない可能性があるということです。

カンファレンス

カンファレンスを行うにあたっての心構えです。カンファレンスの場を準備することは、心の準備につながります。確かに、医療機関でカンファレンス専用のスペースを常時確保することは難しいと思います。だからこそ、普段の整理整頓は当然のこととして、直前に食事をしていた方がいた時などには、換気にも配慮する必要があります。また、参加者間の距離や配列も大切になります。壁際や出入り口の脇にスタッフが陣取っていると、クライアントや外部スタッフは落ち着かないので、テーブルに沿って均等な間隔をあけて座るのが理想でしょう。カンファレンスに遅刻しないことは勿論、誰かの発言中にヒソヒソ話は止めましょう。私自身、病状説明中にそれをされると、「患者さんの取違いをしたまま話しているのでは」という考えが胸をよぎることがあります。スタッフが自己紹介する時はフルネームと職種、例えば「PTの○です」より、「私は担当理学療法士の○です」と話し始めた方が分りやすく、親しみが持てます。ご家族には、患者さんとの続柄（目の前の女性が、娘さんなのか息子さんのお嫁さんなのか分からないことがあります）と普段のちょっとしたエピソードを、「私は患者の長男の嫁です。おばあちゃんとはいつも口喧嘩をしていましたが、入院となると心配ですね」などと話してもらおうと、互いに緊張の糸がほぐれます。これは無駄な時間ではないのです。身寄りのない患者さんの場合、ご本人の同意があれば（死に

水をとる約束を交わしている人もいます）、昔からの友人や民生委員、行政や地域包括支援センターの担当者に参加を呼び掛けてもよいと思います。「自分のいないところで大事なことを決めないで欲しい」と思うのは誰でも当たり前のことで、カンファレンスに直接参加できなくとも、「自分のために皆が集まってくれた」と聞いて、安堵して笑みを浮かべる高齢の患者さんは少なくありません。

不測の事態が生じやすい、当日の受け持ち看護師が、カンファレンスの場所を確保して司会進行を受け持つのは至難の業です。その役割は、相談員か退院支援看護師が担当し、結果を必ず病棟スタッフ、特に病棟の責任者である師長に伝える必要があります。医療従事者が多忙なのは分かりますが、質問や確認ができないレポートの代読は責任放棄と言われても仕方ありません。さらに、医師が退席した後の会話も、チーム全体に還元すべきでしょう。医師が退席して、はじめてご家族や外部スタッフから本音が聞かれることがあります。困難な事例ほど、カンファレンス終了後の余韻の中で参加者の交流が深まり、その先の道が開かれることがあります。「できた！」と思っても心を途切れさせない、「残心」を忘れないようにしましょう。

昔からの慣習に囚われて、チーム内のあるべき対話を妨げていないか。私のような60歳過ぎの大柄な男性医師に対し、「思っていることを何でも遠慮しないで話してごらん」と、20代前半の女性スタッフを促しても、それは無理な話です。医師から他の職種へのタスク・シ

フト/シェア（チューブ類の調整や抜去、鎮痛処置、ワクチン接種 etc.）が推奨される現在、「全ての医療行為は医師の指示のもとに行われる」と言い続けるのは無理があります。疾病に関する知識や経験が豊富な医師でも、クライアントについては新人のスタッフの方が詳しいことはよくあります。また、医師をチームの「蚊帳の外」に置くと、退院日を知らないのは主治医だけということさえ起りかねません。チーム内の対話では、「誰が誰に何を伝えようとしているのか」、「この対話の内容はクライアントの利益を優先しているのか」と、常に問い続けましょう。あるサービスの受給を目指して、主治医が記載する意見書や診断書から、病状や障害を判定する側にサービスの必要性が伝わるような情報を盛り込むためには、チーム内の対話力が求められます。

医療チームは、クライアントの気持ちを変えることは難しくても、それを察することは出来るはずです。介助者が家族の場合でも、「異性には下着の準備や片付け、入浴・排泄の介助を頼みづらい」という患者さんの気持ちは、介助の技術・安全性・快適さと同じように尊重されるべきです。また、高齢の患者さんやご家族は、スタッフの業務を「よそ様の親切・お世話にすぎている」と捉えていることがあります。お礼の言葉とともに両手を合わせる方には、そのような気持ちがあるのかもしれませんが。失禁や転倒への対応やコメントは、正確で予防的な視点に立ったものでも、クライアントに「申し訳ないことをした」と思わせて

しまうことがあります。家族はあらゆる場面で、もっとできることがあったのではと、自分を責めたり反省したりしがちです。その気持ちの裏返しとして、スタッフに攻撃的な言葉を投げかける方もいますが、ナースコールを押せるのに一人でふらふらトイレに向かう人、頑張ってお茶やお菓子で訪問スタッフをもてなしてくれる人には、その人なりのプライドや理由があるのです。

最後に、「国際生活機能分類 ICF」運用上の注意を述べます。退院に向けたアセスメントやプランの立案に ICF が活用されるようになったのは、とても良い傾向だと思います。ICF を運用する上で大切な、「要素還元思想」という概念があります。例えば、時計の部品（針や文字盤の種類・材質・色 etc.）という具体的な要素を知ること、抽象的な「時」の理解が深まるという考え方です⁹⁾。ただ、「時」には時計の針のように、誰にでも平等に流れる客観的な時間クロノス Chronos と、主観的な時間カイロス Kairos 以外にも、季節や時代、タイミングもあります。そう言うわけですから、「時計を詳細に知れば、時は全て理解できる」という過剰な還元は避けるべきです。

退院に向けた ICF の運用でも、良識に従い、クライアントに関する情報や解釈を可能な限り枚挙して再検討¹⁰⁾をする必要があります。ICF の「心身機能・構造」「活動」から、「参加」を再構築する際には、「健康状態」や「背景因子」との相互作用も念頭に置き、クライアントの「親密圏」¹¹⁾から「公共圏」¹²⁾へ段

階的に移行を進めるべきでしょう。同居家族がいる患者さんの自宅退院であれば、家族との生活を再開（親密圏への参加）してから、徐々に社会へ戻る（公共圏への参加）ということの意味します。
身寄りのない患者さんや、介護施設への退院でも、まず安心できる場へ帰り、次に社会との交流を再開するという流れを

意味します。（下線部全体¹³⁾

今回は、チーム医療と退院支援について述べ、全体の考察とまとめを行います。グループワークでの対話とアンケートの要旨もぜひご覧下さい。

参考文献など

1. R.シャロン 齋藤清二他訳：「ナラティブ・メディシン」.医学書院.2011.
2. M.フーコー 田村俣訳：「監獄の誕生」.新潮社.2020.
3. 皆藤章：「日本の心理臨床 体験の語りをめぐる」.誠信書房.2010.
4. G.クレイグ 樋口和彦他訳：「心理療法の光と影」.創元社.1981.
5. 小此木啓吾：「日本人の阿閩世コンプレックス」.中公文庫.1991.
6. 川島大輔：「生涯発達における死の意味付けと宗教」.ナカニシヤ出版.2011.
7. 木村敏：「あいだと生命」.創元社.2014.
8. J.アガンベン：「ホモ・サケル(聖なる人間)」.以文社.2007.
9. 上田敏：「ICF の理解と活用」.萌文社.2009.
10. 谷川多佳子：「デカルト『方法序説』を読む」.岩波新書.2021.
11. A.ギデンス 松尾精文他訳：「親密性の変容」.而立書房.1995.
12. 落合恵美子：「親密圏と公共圏の再編成」.京都大学学術出版社.2016.
13. 白井正樹：「介護福祉を巡る断章」.退院支援研究会 2019 年度年次大会特別講演.