

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その2～

本間 毅

はじめに

前回は、本年3月に遠見書房が主催した『第11回ナラティブ・コロキウム』において、「チーム医療とナラティブ」というテーマで私が講演した内容から、主に病状説明とカンファレンスについて述べた。今回は、まずナラティブを尊重した退院支援全般と全体に対する考察を行い、講演後に行った架空の事例に関する参加者との対話の様子をお伝えする。

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

本間たけし（医師・退院支援研究会）

退院支援

ナラティブを尊重した退院支援について

考えてみます。診療報酬や介護報酬を前提にした実務的なご意見もあろうかと思いますが、まず「退院調整」と「退院支援」の概念を考えてみます。

例えば、大腿骨近位部骨折の高齢者が急性期病棟に入院したとします。「大腿骨近位部骨折用クリニカルパス（ある疾病に対し、入院中に実施する検査や治療の標準的な計画書）」により急性期病棟に入院する期間もおのずから決まります。なので、入院当日から医療チームは退院想定日に向けて職種ごとの準備に着手します。しかし、例えば入院時に患者さんが持参した内服薬のうち、糖尿病治療薬の飲み忘れによる残薬が多かったとしたら、これは骨折に匹敵する一大事です。このような場合、医療チームの一員である薬剤師は、医師や看護師と連携して処方薬の数と内服方法を見直し、飲み忘れを減らすよう対処します。この取組みで骨折治療の精度と安全性も向上し、病床稼働に影響する在院日数や在宅復帰率は改善されます。コロナ禍で改めて見直されましたが、緊急時に運用可能な病床は大切な社会的資源のひとつです。これを適正数確保しておくことは社会全体で取り組むべき課題で、その意味でも「退院調整」は必要不可欠な重要なプロセスと言えます。ちなみに、社会福祉士の小島さんという方は、さらに限られた社会的資

源である「最重症例の治療を担当する高度救命センター」で社会福祉士が支援に携わるべき「社会的リスク者」の統計学的解析結果¹⁾について報告しています。

次に「退院支援」について述べます。疾病により仕事や学業の中断を余儀なくされると、その方のアイデンティティは脅かされ、家族の絆や社会における役割など、健康な時は当たり前にあるものを喪失するのではないかという根源的な不安をクライアントに引き起こします。F.カフカは、小説『変身』で、目が覚めたら虫になっていた青年が家族に疎んじられ虐げられながら死を迎え、家族は彼の死を悲しむこともなくそれぞれの人生に新たな希望を見出すという不条理を描きました。病気になるということは、何ものかに不条理な変身を遂げることと考えられないでしょうか。今まで身にまっていたアイデンティティが発病や入院を機に消失してしまうトラウマ。このような心理変化に対して何をどれだけ手を差し伸べるべきか知ろうとする姿勢・態度を我々が持っていることをクライアントに伝わるように努める。それが、ナラティブを尊重した退院支援だと思います。友達が結婚する際にお祝いを用意する場面を考えてみましょう。学生や新社会人が工面して用意したご祝儀と、親戚の叔父さんが職場の必要経費として処理したご祝儀に違いはあるのでしょうか。金額や準備の方法によらず、そこに込められる「お祝いの思い」には違いはなく、将来への不安はあるけれど、新郎新婦は、いただいたお祝いから希望を感じとるはずです。つまり、支援についてまわる「何か」には、意味や価値があり²⁾、そしてお祝いへのお礼や覚悟という

形で、その「何か」はさらに世の中を循環する³⁾のだと思います。

次に、ナラティブのさらに深層にあるものを読み取ることについてお話します。ナラティブは、問診や対話の途中で漫画の吹き出しのように、「これがナラティブです」と現れるものではありません。クライアントの言葉だけではなく、表情やその場の雰囲気など、いろいろな情報が複雑に絡み合い、ひとつのナラティブが成立すると考えられないでしょうか。即ち、非言語的な情報をももらさず感じ取り、それを読み説く力を磨くことが、ナラティブを尊重したチーム医療を遂行する鍵になるのです。

退院前に行う多職種カンファレンスは、単なる介護サービスの調整会議ではありません。生活期スタッフには病棟スタッフ側の情報を収集することに気をとられ過ぎず、普段のクライアントの生活世界について遠慮せずに語り、退院を迎える直前の軌道修正を手伝ってもらいたいと、私は普段から思っています。

私は、かねてからクライアントにとって大切なペットはジェノグラムの中に入れたほうが良いと考えていました。生活期スタッフから、家にはクライアントが長年大切にしてきた年老いた猫がいるという情報もたらされたら、予定していた自宅退院前のロング・ショートステイや老人保健施設の利用を見合わせることもあって良いと思います。ソームズ夫妻の『神経精神分析入門』の記者あとがき⁴⁾の中で岸本寛容史先生が「雷と雷光と雷鳴」について興味深い話を述べられています。雷は、地上から上昇した水蒸気と雲の中にある微粒子や水分との摩擦で発生すると私は小学校で習いま

した。普通の条件では、我々は雷の本態を地上から目にすることが出来ません。でも、湿度や温度の微妙な変化を感じ、視覚的に雷光を見、聴覚的に雷鳴を聞き、それを間接的に知ることは出来る。仮に雷光がエビデンスで、雷鳴がナラティブだとし、そのどちらかから雷の本態までを知ることは難しいですね。見えたり聞こえたりする情報は勿論、漂う雰囲気にも注意を払い、その奥で生じているものを思い込みではなく想像する。クライアントをよりよく知る上で大切なのは、このようにナラティブの深層を「想像する力」なのかも知れません。

さて、病気の治療は一段落したがそのまま自宅で退院するのは不安がある。そのような場合、患者さんのご家族が急性期病棟から、しばらくリハビリテーションを行う回復期関連病棟への転床を希望された。タイミングよく受け入れ側の病床が空いていれば転床自体は可能ですが、そこにはご家族が転床を希望するさまざまな「その訳」⁵⁾があります。例えば、ご家族が他県在住でコロナ禍でもあり頻繁に行き来が出来ない、だから患者さんには自宅で一人暮らしができるようになって欲しい。また、患者さんは昔から頑張り屋さんなので、「ダメもと」で構わないので、本人には納得がゆくまでリハビリテーションを頑張ってもらいたい。あるいは、家で高齢の配偶者と猫が首を長くして待っているから。いや、患者さん自身は、早く家に帰りたくてリハビリテーション目的の転院は端から希望していなかった。このような場合は、「訪問リハビリテーション」という手もあるわけですから、患者さんが望む急性期病棟から自宅への退院は非現

実的な話ではありません。「その訳」を、クライアントを含むチームで共有して目的に叶ったゴールを目指せば、結果によらずクライアントから一定の理解を得られる可能性はあります。その確認作業を怠った思い込みによる退院調整や退院支援は、「退院強制」になりかねません。

退院支援は、かつて「入院中のケアや医療管理を退院後も継続できるよう患者と家族を支援する取り組み」⁶⁾と定義されていました。これは入院生活がクライアントにとって最善とする考えに依拠しますが、他に理由がなければ、入院に心躍る人は少ないでしょう。入院生活は制約が多く、誰にとっても理想的な環境ではなく、M.フーコーのように入院生活を「監獄のようだ」と表現するクライアントもいます。

内閣府の調査によれば、わが国の「家に帰りたい人（もと居た環境を変えたくない人）」の比率は加齢に伴い増加し、80歳以上の方の96%が在宅復帰を願っている⁷⁾そうです。現実にはさまざまな困難が予測されますが、病気や障害が重篤でも、年をとるほど家に帰りたい人の割合が多くなると医療チームが承知しておくことは大切です。心理学者のL.コールバーグは「ある男性が病気になった妻のために、薬局から薬を盗むことの妥当性」を、男児と女児を比較し、成長に伴う道徳的考察過程を調査し男児の優位性を示しました。一方、コールバーグの門下生であるキャロル・ギリガンは、師の理論は男性中心のイメージに囚われていると考え、弱い立場にある人達に向けられるケアや配慮は、強く正しい（専門的な能力や知識がある）ものが、弱く愚かなもの（クライアント）に対し、何が正し

いのか教え導くのではなく、どう対応してゆくべきか、ともに考える⁸⁾方が現実的であると述べました。前号の終りに、ICF運用における過剰還元主義の危険性に言及しましたが、「最新の医学的エビデンスによれば」とか、「詳細なADL評価に基づけば」という、その時点では正解と思われる（医療では10年前の常識は今や非常識ということは珍しくありません）ある側面からの提案より、互いに納得できる妥協点を見出す方が良いと考えるのが現実的でしょう。超高齢者の場合、服薬管理の精度や歩行能力の向上を優先して退院を先延ばしにすることには慎重であるべきです。むしろ第三者によるシステム化された継続的リスク管理を優先するべきでしょう。

話しは変わりますが、私はカンファレンス用のレジュメは、専門用語や略語の使用を極力避け、図表などを駆使して分かりやすく作成するよう心がけています。そして、出来上がったレジュメにじっくり目を通してもらいたいのが、社会福祉士、介護福祉士、それから退院前カンファレンスなどで協働する精神保健福祉士、いわゆる「三福祉士」と呼ばれる方たちです。

介護福祉士が仲間から「身体ケアの専門家」と捉えられるのは、ある意味「誇り」かもしれませんが、本来の業務内容を考えればその評価は一面的に過ぎます。入院前からのクライアントの生活スタイルを吟味し、退院に向けた適切なアドバイスができる介護福祉士を目指し、安心して卒後教育に取り組める職場環境を周囲で提供する必要があります。社会福祉士は、学生時代から持ち続けている社会福祉への思いが、組織の方針や企業理念に振り回されてしま

い、それでも業務を完璧にこなそうと思うと仕事はエンドレスになり、バーンアウトしかねないのは、「ケースワークの7原則」で知られるバイスティックの時代⁹⁾と何ら変わりありません。近年、精神保健福祉士の活動の場は、入院から地域社会に拡大し、クライアントを患者・精神障害者として考えるのではなく、生活者に対する支援にシフトすることを国は求めています。これは時間のみならず、心理・社会的にも限りなく広がるフィールドを設定されているわけで、門外漢の私からみてもどれだけ大変なことか想像に難くありません。困難事例ほど、医療系職種と福祉系「三福祉士」の間で、問題解決に優先度や支援の緩急のつけ方の差を生じることがありますが、私はこの差こそが支援に深みをもたらすので大切にすべきだと考えています。

総合考察

私は、2022年秋に『対人援助学会第14回大会』を新潟において、オンラインで開催しました。大会の主題は「新潟水俣病とわたくしたち」です。その開会の挨拶で、社会学の名著『新潟水俣病問題』の共同著者船橋晴俊氏への、被害者たちを支援し共闘されてきたTさんからの私信¹⁰⁾を紹介しました。私なりに要約しますと、「現実の社会では生き（延び）ることと、正義を貫くことのどちらかを選択しなければならない極限的な状況がある。新潟水俣病では、事件発生当時の国策である高度経済成長政策を優先するあまり、舞台となった阿賀野川流域の環境はもとより、住民たちの健康・文化・共同体が破壊された。当時、我が国が正しい国造りや被害者への救済を

行うことは、国が生き延びることと対立するものではなく、その一部として内包させることができたのではないか」(本間改)。退院支援などのチーム医療では、理想と企業経営という現実、あるいはナラティブとエビデンスは対立するものではなく、状況に応じ相互補完的に機能したり、他方を包摂したり、また裏と表から問題の本質を明らかにするべきであるという点で、Tさんの指摘は正鵠を射ていると私は考えました。

次に、私がこの講演の中でも繰り返し言及している「退院支援」を研究してみようと思った理由について述べます。それは「物象化」¹¹⁾という問題です。簡単にいうと、名前や人格、生活歴がある個人を単なる哺乳動物ヒトどころか、モノのように扱うことと考えて下さい。自分が髪を切られ、お仕着せの服に番号札でも掲げられてモノとして扱われたらどう思うでしょうか。私が医師になった40年ほど前は、患者さんたちは、まだクランケと呼ばれることが多く、看護師から「○号室の▽番ベッド、下痢が止まりません」などと報告をされることがありました。私が「物象化」という概念や言葉を知る二十年以上前の話ですが、その「いや～な感じ」に怒りを憶えることもありました。ごく普通に、「○号室の本間たけしさんの下痢が止まりません」と報告されれば、医師は患者さんや同僚への敬意を忘れずに、適切な対応をすることが出来ます。

ユダヤ人である哲学者のH.アレントは、自身の戦中体験を踏まえ、「歴史上、『物象化』は人間にとって悲惨な出来事を引き起こしてきたが、それは私たちが行っ

た行為であることを忘れてはならない」¹²⁾と述べています。また夏目漱石は、小説『三四郎』の中で、主人公の先輩が「現代人は事実を好むが、事実に伴う情操は切り捨てる習慣である。強盗事件すら犯人の年齢と被害の内容には言及しているが、事件が起こった背景は不明なままだ。(情操を)切り捨てなければならない程、世間が切迫しているのだから仕方がない」¹³⁾(本間改)と論じ、当時の世情を批判しています。

コロナ禍の報道の裏には、感染者とその家族の苦悩や、エッセンシャルワーカーへの激励と感謝へのナラティブがあり、その多くがSNSを通じて発信されました。一方、昨今話題の「闇バイト」に関連する事件では、SNSでやりとりされる誘い文句の行間に潜む「暗黒のナラティブ」が普通の若者を犯罪に駆り立てたことが明らかになりました。彼らの陳述(statement)の裏付けになる証拠(evidence)が積み重なり、このようなことが繰り返されなくなる時が来るよう願わずにはられません。

以上で私の講演を終えますが、屋上に屋を架すことを承知で、ナラティブを聞きその深層を想像する力、「物語能力」を磨くことについて私見を追加させてもらいます。

フランスの社会学者であるE.デュルケムは、『自殺論』(十九世紀のヨーロッパ社会を中心に、自殺は個人の資質による結果なのか、それとも何かしらの社会的な誘発要因があるのかというテーマを、膨大な統計データをもとに検証した)の中で、「人間同士の繋がり」の濃淡は自殺率に反比例す

る」という大原則が明らかにしました。完遂された自殺の理由を本人に確認することはできませんし、多くの検視の資料は統計学的な検証の対象として、あてにならないものであることは皆様のご想像通りです。同書に「人は物理的な理由ではなく精神的・社会的なものに拘束される」¹⁴⁾という一節があります。私の身近な例を挙げますと、昨年の暮れに新潟では大雪が降りました。私が通勤に利用している高速道路やバイパス、県道や市道も大渋滞に陥ってしまい、帰宅するのに普段の5倍以上の時間がかかりました。同僚の多くは、職場の近所に住んでいますので、患者さんたちの容体が落ち着いていれば、一日くらい休暇をとっても大きな問題はないはずです。翌朝、職場から悪天候なので欠勤扱いにしない旨の通達があっても、遠距離通勤の職員は「行かねばならぬ」と思い、必死に出勤してきます。我々は、大雪や通行止めという「物理的な理由」より、「医療者ともあるものが天候などに仕事を左右されてはいけない」という精神的・社会的な気持ちに拘束されていたわけです。

次に、日本の物語文学の最高傑作の『遠野物語』から物語(ナラティブ)にどう対峙するべきかについて。その書き出しには、「この話はすべて遠野の人佐々木鏡石君より聞きたり。(中略)鏡石君は話し上手にはあらざれども誠実なる人なり。自分もまた一字一句をも加減せず感じたまま(聞きたるままではなく)を書きたり」¹⁵⁾とあります。この話を聞き、温暖で平坦な地域に住む人は戦慄せよ(遠野の人々に敬意を払え、その物語を尊重せよ)という柳田国男の言葉は、ナラティブに接するものへの

の箴言でしょう。

皆さんは、小津安二郎監督の『東京物語』(1953年 松竹配給)という名画をご覧になったことはありますでしょうか。小津監督の映画の特徴として、複数の俳優が同じ方向を見ながら同じようなセリフを繰り返し語る場面が多く見られます。乳飲み子を自分と同じ方を向かせるように抱っこをした母親が「ほら、蝶々だよ、お花も綺麗だね」と何度か言って聞かせる情景を思い浮かべて下さい。散りゆく桜や大輪の花火を愛でるときもそうですが、移ろいやすく儂いものを表現する場面で、我々は単純なフレーズを繰り返すことを好みます。そのシーンを独特のロー・ポジション・アングルで撮影するので、映画の観客は登場人物と向き合い、対話をしているように感じます。専門家による「上から目線」の反対ですね。やまだようこ氏は、その同じセリフの繰り返しを「かさねの語り」¹⁶⁾と表現していますが、突如として病にみまわれたクライアントのナラティブは、繰り返しになりがちです。同じ方を見て、同じ言葉で心を揃え、その転換点や変化を見落とさないことが、ナラティブと対峙する際には肝要です。

まとめ

- ✚ ナラティブは、虚心坦懐(註 心に何のわだかまりもなく)に語られています。まずは素直に耳を傾けましょう。
- ✚ クライアントの偽らざる心境が、我々チーム側に「軌道修正」という福音をもたらすことがあります。「同意できない」という返答も大切

にしましょう。

- ✚ ナラティブを、「科学的・客観的ではない」と軽視しない姿勢はチーム医療を熟成し、治療成績や満足度の向上をもたらします。科学的な側面が頭打ちでも、クライアントがより満足してくれば治療成績も改善されるということです。
- ✚ クライアントは、ナラティブを共有するチーム医療の大切な仲間であることを忘れないようにしましょう。
- ✚ この講演では詳細に言及していませんが、ACPの確認は大切なプロセスです。出来合いの用紙の項目を埋めて完成させる「契約」ではなく、ナラティブに耳を傾けながら手順を踏んだ「合意形成」であり、その時の結論もオルタナティブな（修正可能な）ものであるはずです。

参加者との対話

司会 A 介さん

それでは、架空の事例 C さんを通して演習を行いましょ。埼玉から新潟に単身赴任中の C さんは、便の色が濃くなり体調もすぐれないため、思い切って某病院の消化器内科を受診しました。

C さん

「最近、便の色が濃くなったので心配になり受診しました」（それに対し A 医師は）

A 医師

「いつから？痛みはあるの？」（もう一

人の B 医師は）

B 医師

「それは驚かれたでしょう」

C さん

「実は昨年、埼玉から新潟に単身赴任をしまして…」

A 医師

「お腹のことを聞いているのですよ」

B 医師

「食事はきちんと食べていますか？」

C さん

「ちょっと前から動悸もあるし、よく寝られない日が多くて困っています」

A 医師

「聞いていることに答えて下さい！」

B 医師

「心配事や過労もあるのでしょうか？」

さて、皆さんなら A 医師と B 医師、どちらに担当医になって欲しいと思いますか。医師同士の間ではしばしば、「A 医師は切れ者だ」と高い評価を受けます。念のために申し上げますが、「切れやすい」という意味ではありません。一方で B 先生タイプは「あいつはグズグズしていてダメだ」などと言われていたりする。クライアントと医療者側の評価が完全に乖離しているわけです。同じ検査を受けて同じ診断に至っても、C さんと担当医の信頼関係や他の診療

科（例；消化器外科、心療内科）へ紹介される際の安心感や満足度は異なります。

結局、担当医は A 医師に決まり、A 医師と担当の看護師、相談員で C さん夫妻に病状説明がなされました。

A 医師

事前に用意してある説明用紙を用い、型どおりに説明。

「現段階の診断は極めて早期の胃がんが粘膜内にとどまっていて、リンパ節や他臓器への転移は有りません。C さん、よかったですね」

C さん

ご自分の内視鏡の動画を見せられ、

「なんかグロイ画像だな。説明も専門用語は分かり難いです」

看護師

にこやかにアイコンタクトをとりながら、「患者向けクリニカルパス」に沿って入院から退院までの計画をよどみなく説明。

C さん

「早口で説明に使った用紙のフォントが小さく、沢山の情報を消化できません」

「私に用紙を作成させてくれたら、もう少し分かりやすくできますが」

相談員

「何かお困りのことや、不明な点はありませんか？」と何食わぬ顔で締めくくる。

C さん

「相談員さん、今日が初対面ではありませんよね、私のこと憶えていますか？」

C さんの困惑は健常な反応だと思います。

C さんは初診日に病院の「地域連携室」を訪れ、「本格的な治療が（内視鏡下の手術を『本格的な治療』と考える否か、患者さんご家族と医療者の意見は分かれる可能性があります）必要なら地元の埼玉の病院へ紹介して下さい」と相談員に伝えていました。相談員は「患者 C さんは、パート勤務の配偶者、受験生の娘さん、物忘れが始まったお母さんと 4 人暮らし。地元の病院へ転院希望あり」と電子カルテに記載し、「重要」と見出しを付けていました。

看護師記録には「患者 C さんは理解力が低いような印象を受けました」と記録されていました。A 医師は、C さんを安心させようと思い、説明の最後に自分もがん患者であることを伝え、「あなたのがんは大したことではない」と付け加えていました。でも、「重要」を見落としていたので、説明が終わってから相談員に C さんの希望を聞いて、みるみるうちに不機嫌になりました。

最後に C さんの奥さんの「こころの声」を聞いてください。

C さんの奥さん

「夫は埼玉の病院へ転院を希望すると伝えただけなのに。相談員さん、フォローをお願いします。A 先生も怒らないでください。最悪、誰か助けて～」

人は、自分が置かれた社会的な役割によって言動が影響を受けます。

あなたが、

1. A 医師と一緒に働く医療スタッフ
2. C さん本人
3. C さんのご家族

だとしたら、この顛末をどのように考えますか？参加者のグループディスカッションを参考に、読者も“Please put yourself in someone’s shoes”

✚ (ご家族) A 介さん

「埼玉で治療を受けさせたいのは、やまやまですが、転院先を家族で探すようになって言われると、また更に困りますね」

✚ (家族) B 介さん

「A 先生みたいな口調で説明されると、私なら、まず不信感が芽生えますね」

✚ (家族) A 介さん

「さばさばした話しぶりなので、C さん自身は自分の病気はさほど重くないのかな、と安心するかも知れません。変に重々しい口調で話されると、重い病気のかなと疑ってしまうこともありそうです。でもスタッフに自分たちが病気のことをよく理解できていないと思われているとしたら（原因がどちらにあるにしろ）、これはまたつらい話です。仕事のこととか、家族（受験生の娘さんや認知症のお母さん）のことが病気以上に気になるので、あれこれ悪いことを想像してしまいそうです。A 先生が厳しめなのはなぜだか分かりませんが、家族を人質にとられているような状況では、一から病院を探して、検査もやり直してもらって

いるうちにがんが進行しないかと心配にもなります。家族を人質にとられているという感覚は、家族はわりに多く持っていると思います。」

✚ (家族) C 介さん

「私は入社したばかりで、出版や編集のこと以外もいろいろ勉強中です。こういうディスカッションは面白いです。大学では社会学を専攻していたので、M.フーコーの『監獄の誕生』や「専門家暴力」の話しは興味を憶えました。」

✚ 本間

「社会学のテキストで取り扱われる話として、新幹線を作る際の日本とフランスの違い¹⁷⁾が説明されていますね。日本はまず新幹線の開通ありきで、騒音や振動への対策として、効果が疑問視されるような工事が追加されます。それに対しフランスでは、工事を始める前に沿線となる地域の住民の意識調査を入念に行って、対策への合意形成をしてから実際の工事に入る。どちらが良い悪いという問題ではなく、「お国柄」なのでしょう。新幹線の名前に東海道とつくところなど、なかなかなものですね。中山道新幹線など開通すれば面白いですよ。」

✚ (家族) B 介さん

「さっきの医師の比較でみると、A 先生は説明の時間が短いですね。B 先生は結構、時間がかかってしまうような気がしました。私の家族が入院した

時に、病状説明で約束した時間から3時間以上ずれ込んでしまい、母は怒りし病院が閉まってしまいそうな時間まで待ちました。説明自体は非常に丁寧にして下さる先生で、とても有難かったのですが、待っている間は母がカンカンに怒ってしまって、正直困りました。」

✚ 本問

「A先生よりB先生の方が、時間がかかるかということ、実はB先生はてきぱきとやっているところを見せないで、細かいところまできちんと情報をやり取りしていることがあります。医局のカンファレンスで上級医から、まず結論から述べよ、みたいなことばかり言われるトレーニングを繰り返し受けていると、A先生のような医師が出来上がってしまうのはある意味、必然でしょう。A先生のような医師に限って『自分ほど患者さんに対して親身になっている医師はいない』と信じ込んでいることも珍しくありません。」

✚ (医療スタッフ) K原さん (心理職)

「私、茫然としていました。突っ込みどころが満載で、でもこういうことはありがちだよねという意見が多かったです。」

✚ (Cさん) K野さん

「Cさんの目線から考えてみました。誰にも相談できない閉塞感を感じました。自分だったら、最初に転院希望と伝えていたのに、どういうことなのだと

と怒ってしまって、こちらから転院しますと言ってやりたい気持ちになりました。やりきれない気分で、奥さんに電話で愚痴を言うとか、そんなことしかできないのかも知れません。」

✚ (Cさんの家族) M田さん

「家族目線ということですが、最初にフォーカスが当たったのが奥さんでした。奥さんとして、Cさんが新潟の病院へ入院してしまったら面会にも距離感がありますし、相当に困惑してしまうだろうと思われます。奥さんの方が、負担が大きくなることで、ご主人に対する不信感、要は家族の中でも話し合っていたのにちゃんと転院させてもらうようお願いしたの、と夫婦間での不協和音が発生する可能性が高いと考えました。あと、受験生の娘さんがいる、物忘れが始まったお母さんがいる、そういう状況の中で病気をきっかけに家庭内で起こる不安や負担、先の見えない不確実さに耐えきれなくなり、それぞれがバラバラになってしまう。そのような話が出ました。」

✚ 本問

「昨日のK原先生(心理職 メディカルスタッフのためのナラティブ入門を担当)が初心者に対しても様々な素晴らしいご提案をされていらっしゃいました。それに比べて私の講演は、昔から三大脅迫産業(「医者・教師・宗教家」など諸説あり)と揶揄される臨床経験40年の医師の特性がよく出ていまして、パワーポイントのテキスト自

体が脅迫状のようになっていました。例えば A 先生みたいな人でも、実は患者さん家族のことをすごく考えているのですが、表現がうまくない。R. シャロンとか齋藤清二先生が強調されていた『物語能力』¹⁸⁾ ですね、クライアントやスタッフの物語を聞き取るだけでなく、それを自分なりの言葉で理解・解釈して相手に、「私はこのように思いましたが、これでよろしいでしょうか？ よければゴーサインを出してください」と返すことが自然に出来ると良いですね。私と同年代で初対面の医師に、例えば電話でご多忙中に申し訳ありませんがとご挨拶をしても、「オウ」なんて言われて戸惑っている私としましては、最近の 20 代、30 代の医師はその点で素晴らしく良くなっているという印象を受けており、『物語能力』を自然に身につけ始めておると感じております。K 原さんは、そのあたりをどうお感じでしょうか。」

✚ K 原さん（心理職）

「普段、一緒に仕事をしている人の中で、ものすごく思いはあるのに表現が誤解されやすくて損をしている方が少なくないと思っています。そういう方たちには、周りの看護スタッフなどがフォローするよう心がけているようです。」

✚ 本間

「フォローをして下さる方がいると、医師が父権的にものを言っても、お母さんのようにフォローをして、話を聞

いてくれて物事はうまくゆくような気がします。でも、看護師や相談員が医師と同じようなことを始めてしまうと、うまくゆかなくなることが多くなるような気がいたします。」

✚ 司会 A 介さん

「私の父親が先月の初めに独り暮らしをしている自宅の階段で転倒して、膝の上にある靭帯（大腿四頭筋腱は歩行や立位保持に欠かせない重要な靭帯です）が断裂して、実は本間先生にも相談してみようかなと思いました。それで入院して手術を受け、今はリハビリテーションを受けている最中ですが、私の家が東京にあって、父は千葉に住んでいる、電車で 1 時間半くらいの距離感にいます。」

自分では退院支援の本を作ったり、ナラティブの話を讀んだりして、みんなが幸せになってくれると良いなと考えたりするのですが、自分の父親になるとこれは少し話が違ってくる。父はどうやって生きてきたのか分かりませんが、今のお医者さんが散々、脅すのです。（脅迫産業）いろいろと可能性は話してくれても、最悪の事態をすぐに口にします。歩いて独り暮らしをしていた父が「車いす」ですと言われてしまうのはつらいことです。『父や私の家は車いす向きの家ではないのでどうしたらよいのでしょうか』と聞くと、車いす生活がしやすい施設などを利用してはどうでしょうかと言われてしまい、独り暮らしは難しいとも言われてしまうわけです。そんな時に、

この会を主催し、本間先生の講演を聞きながら父親のことを考えていました。父親は、頭の方はしっかりしていますが、入院生活が始まって看護師さんたちとも話をして（気持ちの面で）、私からみてもはきはきして元気になってきたのかなと感じています。でもゴールを、家族としては決め難いところがあって、そこを医師が明確に示してくれると良いのですが、車いす生活を指すように言われてもどうしてよいのか困りますし、どこまで回復するのかは互いにわかりません。そしてコロナ禍では気軽に病院に行けないので、誰にどう相談して良いのか分からないというのが正直なところです。本間先生のような(?)先生が各病院にひとりずついれば良いなと思いました。」

✚ 本間

「私はいわゆる“bush doctor”つまり『藪医者』ですね。(参加者爆笑) A介さんの“auto-ethnography”の通りで、医療機関には少なくとも一人は藪医者を配置すべきだと思います。患者さんの予後などに関しては医師の頭の中では、まとまらないというのが正直なところだと思います。それが現実なので、治療のゴールに関しても、関係者全員の「意見のすり合わせ」をすることが大切だと思います。コロナ禍で制限があるのは確かですが、インフォームドコンセントのタイミングや回数が診療報酬算定の要件に左右されるところもあります。「無料の説明は

無用」みたいな感じですね。クライアントがいろいろと困惑していることを察した場合は、必要な病状説明や面談は必要なだけ設定すべきだと思いますし、クライアント側の要請には応えるべきでしょう。ご自身や家族の病の体験を通して、A介さんの場合なら編集や出版などの仕事に深みが出てくるとしたら、それをテキストにナラティブ分野の研究者の中から実力のある方が出てくれば、とても良いことだと思います。そういう意味でも、「元型 archetype」という（我々、個々のところに一定の方向性を持つようにはたらしめる共通のもの）考え方は大切だと思いますね。詳しく述べる時間はありませんが、G.クレイグやH.ナウエン¹⁹⁾の『傷ついた癒し人』という概念が参考になると思います。例えば整形外科的な疾患を治療する医師以外の方たちに、接骨院や鍼灸院、いわゆる医療類似行為とくくられてしまうのですが、実に多くの患者さんたちが受診している実態があります。その内容は一様ではありませんが、医師に比べても長い時間をかけて話を聞き、さまざまな保存治療を行う方たちです。治療禁忌疾患を守り、医師にバトンタッチするタイミングに問題が無ければ、私はそのような方たちを目の敵にするのではなく、よい意味でクライアントの意向を大切にしたい住みわけの可能性を残してもよいのではないかと考えています。

✚ 司会 A介さん

「本間先生がナラティブに目覚めたきっかけは何だったのでしょうか？その訳というかストーリーを聞かせてくれませんか。」

✚ 本間

「自分でもその訳はよく分かりません。まあ、医学部に入るまでは受験浪人はしていますが、勉強して一定の結果を出してゆけばどうにかなると思いました。医学部の6年間は忙しいようで時間はありますから、私の場合は（適切な運動と栄養摂取が重要な）ベンチプレスをしたり料理を作ったりしているうちに整形外科を専攻しようと思うようになりました。でも、いざ医師になってみると、『手術は大変にうまくいった』と上級医の先生方が言っているのに、患者さんや家族が面白くない顔をしているかと思えば、その逆の場合もありました。それがこのころの中に引っかかっていた。

幾つになっても非常に高度な（危険も伴う）スキーをされるご高齢の男性がいますが、あの男性こそ整形外科医やリハビリテーション科医師が目指す理想の姿だととらえている同業者は少なくありませんでした。その一方で、ご自身は脳卒中になって片麻痺などの障害が残ったけれど、人目を避けて家に閉じこもらず、同じような境遇の方たちを励ますように声をかけ続けた歌手のSさんのような方がいます。あるいは、ご自分の進行期のがんを抱えながら、自分らしい仕事を続けていった落語家のU師匠や、女優のKさんが

います。「右肩上がり」のスキーヤーモデル以外に、リハビリテーションや整形外科にSさんモデル、U師匠とKさんモデルもあってよいのではないのかと、私は思っております。最後まで「右肩上がり」ということは現実にはあり得ないのに、いつまでもそれをたきつけるような空気に関しては、慎重に考えるべきだと思います。「老化は病気なので治しましょう」という、偏った（物事の大切な側面を無視した）意見には全面的には同意できません。

以上のようなことが気になる性格なので、ナラティブの方に興味がわいてきたのかも知れません。私が面白いなと思うことは、アイドルと同じような感覚で「押しの研究、押しの文献」みたいになると、いくら本を読んでも苦痛ではなくなることがあります。最近、整形外科やリハビリテーション科の文献は読まないのではなく、読みたいと思わなくなって、心理やナラティブの文献は時間を忘れて没頭していることが少なくありません。

✚ 司会 A さん

「本間先生は心理学や精神分析の書籍をよく読まれています。私はその分野の大事な書籍でも最後まで読み通せないことがあって反省しております。」

✚ 本間

「時間関係が相前後してしましますが、A.クライマンの『病いの語り』²⁰⁾（1988年刊行）は、医学部の学生

時代（私は1984年医師国家試験合格）に読むべき書籍だと明言できません。ちなみに私が所有している2013年版では、第16章 医学教育と医療実践のための、意味を中心としたモデルのチャレンジの書き出しから、『今の時代に支配的な、(中略) 医者-患者関係は、サービスの供給者と顧客のあいだの営利的関係に他ならず、(中略) 医療は、経済問題に関連しているが、それに還元されてはならない。』（同書pp334-342に詳しい）と述べられています。私自身の経験でも、医学生の間から時間と効率を優先するよう指導されていて、クライアントを取り巻く人たちの物語に真摯に耳を傾ける余裕はありませんでした。あの頃、A.クラインマンは、すでに現在の医療界の矛盾を正確に予見していました。それでも、この対話の中でもお話ししましたが、現代の若い医療者が、良い物語の聞き手になりつつあるのは、とても喜ばしいことだと私は考えています。」

✚ 司会 A 介さん

「私は、年を取るほど人の話を聞かなくなっていると自覚していますが、本間先生はチームの中で権力が集中してくる、今までの時代は年を取った男性の宿命というか社会的な文脈のようなものがあったと思うのですが、それを抑制するために気を付けていることはありますかでしょうか？」

✚ 本間

「私は、結構顔が怖いでしょう。若い

ころは自分が気になる女の子ほど敬遠される傾向が強かったのです。これは、ある意味勘違いかも知れませんが、女性にもてるようになったのは60歳を過ぎてからです。S介さんが言われる敬遠されがちな傾向を自覚して、そんな感じを醸し出さないように気を付け、日々のトレーニングを積んでいるつもりです。JRの駅で女子学生さんに突然、話しかけられてびっくりすることがありますが、昔ならそんなことはあり得ないし、あったとしてもカッと赤面して表情は険しくなっていて、変質者みたいに思われたでしょうね。今はにこやかに、どうしたのなどと応えています。これまでのトレーニングの成果が表れているのでしょうか。テクニク的なものではなく、態度 attitude に込められたものだと思います。『このようなプロセスを踏むと相手にこころを開いてもらうスキルが身につきます』、というのとは違うと思います。K原さん、如何でしょうか。」

✚ K原さん（心理職）

「そういえば、A.クラインマン先生が昨年、『緩和医療』関連の学会で来日され、講演をして下さいました。その時に、10年間にわたり認知症がある奥様のケアをされてきたと聞き、たぶんその経験があっただと思いますが、その前は非常に厳しい方だったという印象が、大きく変わっていたことに驚きました。やはり経験が重なることによって、雰囲気が変わってゆくという

のは分かりました。

✚ 本間

「今の K 原さんのお話を聞くと、A. クラインマン先生は、おそれ多い話ですが、H. ナウエンに代表される現代のキリスト教的な概念、あるいはキリスト教以前にも同様の言説（ギルガメッシュ王における瓜二つの友エンキドゥの死）があるようですが、『傷ついた癒し人』という方向から、自己実現の頂点に向かわれているのではないのでしょうか。

私、この演習の最初からとても気になっていた方がいて、M 田さん、何かご発言ください。

✚ M 田さん（事務職・SW）

「今日の話の中で、自分のことは自分が一番わかっているという言葉は、医療以外の分野でも同じだなと身につまされました。私が勤務する大学でも、教員と学生の間で圧倒的な情報量の差があって、「分かっている教員から、ほとんど何も知らない学生に対して一方的にものを言い」力の行使が行われる場面が起きてしまうことが多いと思っています。我々、大学関係者が慣れている履修登録の手続きでも、その学生のこと（ナラティブも含み）学生自身が一番分かっているという譲歩や尊重する姿勢が必要なのだと、分野は違いますが改めて理解しました。新学期を迎える時期（3月中旬）に参考になるお話を聞くことが出来て感謝しております。」

✚ 本間

「私は野坂昭如という小説家が好きなのですが、本日参加して下さった I 井さんの面差しが野坂さんに似ていて、何かコメントをいただくと有難いです。」

✚ I 井さん（心理職・教員）

「それは光栄なことで、こちらこそ有難うございます。『火垂るの墓』とか、野坂さんはいろいろと書かれていますね。『元型 archetype』についても改めて考えましたが、今日の講演の中で、援助者としての自分自身の体験と、クライアントの語りを聞きながら、私は社会福祉士で心理士でもあるわけですが、自分自身の経験とも絡めながら返答している場面があります。私は自分のことを比較的、オープンにする方なのですが、昔から『カウンセラーは自分のことを話してはいけない』、という原則のようなものがあって、昨日の K 原さんと今日の本間さんの話を聞くと、自分をおある程度開放してもよいのかなと思うようになりました。でも開放する度合いをどのように決めていったらよいのか、ちょっと悩ましいところですね。その点は、どう考えたらよいのでしょうか。」

✚ 本間

「ご指摘の通り、医療者に限らず社会福祉士や心理分野の方でも、自己開示はしてはいけないという時代ではないように私は考えています。ただ、気を

付けなければならないのは、相談をうける側の自己開示の分量がクライアントより多くなったり、優位さを強調したりすることは決してしないように心がけるべきだと思います。基本は、『あなたも大変、私も大変、(今日会わない人も)みんな大変』だから、その大変さって何だろうって一緒に考えてみましょう、という姿勢だと思います。ユングの『元型 archetype』だって集合的な無意識ですからね。

✚ I井さん (心理職・社会福祉士)
「有難うございます。ちょうど昨日、クライアントとそんな話をしていたところで、私が車で後ろから衝突されたという話をしたら、クライアントのご主人が同じようなけがをしたと聞いて、『ああ、一緒だね』みたいな感じになって、お互いの大変さが分かりあえました。そんなことでしょうか。」

✚ 本間
「その時に、あなたは怪我をしたかもしれないけれど、私は(そのような外傷はヤマほど診ている)専門家だから、みたいな態度をとるのはだめですね。クライアント側もそのとたんにシャッターを下ろしてしまい、良好な関係性などできるわけがありません。関係性以前に嫌われますよ、本当に。」

✚ I井さん (心理職・社会福祉士)
「そういうやり取りの中で語りあいながら面談を終えたわけです。また、機会があったらお願いします。」

✚ 司会 A 介さん
「病院に勤務されていない方から、質問をひとついただきました。本間先生は、ACP advance care plan をどのように導入されていますか、誰が参加するものなののでしょうか？」

✚ 本間
「例えば、高齢者に多い大腿骨骨折や脊椎骨折の患者さんの場合、咀嚼や嚥下に関係ないはずなのに食事がとれなくなったり、ムセを繰り返したりして肺炎になってしまう方がいます。そのような時、まず点滴で対応しますが、改善しない時は経管栄養を始めるか否か相談させてもらいます。患者さんは点滴以上に経鼻経管栄養のチューブを嫌がるので、患者さんなら希望されるかどうか、ご家族の意見を聞かせてください。これがスタートラインになることが多いです。また、既往や基礎疾患が多い90代の患者さんが多くなっていますので、看護師が検温に行ったときに、眠るように心肺停止の状態になっていたら積極的蘇生を希望されますか、ということを確認しています。少し前までは、そのような確認をせず、ご家族が到着するまで心臓マッサージを行い、『このように心臓マッサージを止めると心電図が平らになりますので、これから先はどうしましょうか?』というようなことを聞いていました。意識が無くても肋骨が骨折するほどのことを続けることをご理解いただき(さらに続けさせて欲しい、とい

うのではなく、続けるか否かの希望を確認する)、何段階に分けて確認するように心がけています。準備として沢山の選択肢を提示して、あらかじめチェックリストを作成しておくようなプロセスは望ましくないと思います。」

✚ 司会 A 介さん

「ちょうど 120 分になりましたので、これで今日の本間先生の講演は終了いたします。」

講演後、参加者から寄せられた感想の一部を紹介します。

- A) 医療以外の分野でも活かせるお話で大変、興味深かった。普段のカンファレンスでスタッフと話していると、一体なぜこの話をしているのか分からなくなることがある。「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」ということを、いつも心にとめておかなければならないと思いました。
- B) 医療でのチーム体制は、やはり医師のかかわり方によって大きく左右されますが、そのチームの一人ひとりがナラティブを尊重し具現化しようとするのが大事だと思います。それは、どの分野の支援者チームでも言えることだと思います。
- C) 多岐にわたる文献を引用されたお話を聞くことが出来、読んでみたい本がまた増えました。自分自身も「物

語能力」を磨くために、様々な物語に触れる経験を積みたいです。

- D) 生きる（生き残る）こと、正しくあることについて考えさせられました。これは、医療チームだけのことではないと思いながら聞かせてもらいました。診療報酬の問題など、経営の部分も考えなくてはならないことがあります。自分たちは「生命」を取り扱っていることを考えれば、それだけではいけないと感じながら聞いておりました。
- E) 私は急性期病院に勤務しています。そんな私は、場面によっては医療者も自己開示をする必要があると考えていたので、先生の講演を聞いて背中を押してもらい、これでよいのだと考えを新たにしました。患者さんにこころを開いてもらうためには、まずは医療者自身も心を開く必要があるべきだと思いました。
- F) ACP についてです。生命の終焉が理解され腑に落ちるには、時間と第三者の協力が必要であること。それと、生きることと正しくあることは対立するのではなく、正義は生きることの一部に内包されると捉える。この 2 点は、終末期にある人とかかわる機会がある私が、いつもこころにとめていることを言語化してもらったように思いました。分かりやすいお話をさせていただいて感謝いたします。

G) 本間より

参加者や司会者のナラティブに感銘を受けました。皆さんの反応を聞いて、改めて援助者の自己開示の必要

性を痛感しました。でも、その際には、いろいろな意味で「良識」が求められますね。

参考文献ほか（適宜ページも記載）

1. 小島好子：救急医療においてMSWの介入に影響を与える因子の検証.日臨救急医学会誌,vol27,2018.
2. 本間毅：退院支援チームのためのナラティブを活用した気づきと成長の支援.vol13,3.日総研出版.2021.
3. M.モース著.森山工訳：「贈与論」.岩波文庫.pp53-79.2017.
4. M.&K,K.ソームズ著.岸本寛史訳：「神経精神分析入門 深層神経心理学への招待」.青土社.訳者あとがき.pp386-387.2022.
5. 木村敏：「生命と現実」.河出書房新社.pp122-130.2017.
6. 手島睦久：「退院計画」.中央法規.1997.
7. 高齢社会白書：家族と世帯.内閣府.2019.
8. F.ブルジュール著.原山哲・山下りえ子訳：「ケアの倫理 ネオリベラリズムへの反論」.白水者.pp28-31.2020.
9. F.P.バイスティック著.尾崎新・福田愛子・原田和幸訳：「ケースワークの原則」.誠信書房.2017.
10. 飯島伸子・船橋晴俊編著：「新潟水俣病問題」.東信堂.2006.
11. 初見基：「ルカーチ 物象化」.講談社.pp62-64.1988.
12. 牧野雅彦：「精読 アレント『全体主義の起源』」.講談社選書メチエ.2015.
13. 夏目漱石：「三四郎」.新潮文庫.p266.2021.
14. E.デュルケーム 宮島喬訳：「自殺論」.中公文庫.pp415-416. 2018.
15. 柳田国男著：「遠野物語 山の人生」.岩波文庫.p7.2018.
16. 北山修編集.やまだようこ著：「共視論 母子像の心理学」.講談社選書メチエ pp74-90.2005.
17. 船橋晴俊著：「社会学をいかに学ぶか」.弘文堂.pp34-48.2020.
18. 齋藤清二講演：「医療における多職種協働と物語能力」.退院支援研究会年次大会.2018.新潟
19. H.ナウエン著.渡辺順子訳.酒井陽介解説：「傷ついた癒し人」.日本基督教団出版局.2022.
20. A.クライマン著.江口重幸・五木田伸・上野豪志訳：「病いの語り」.誠信書房.2013.