

# 終末期患者に対する心理面接についての一考察

～ 終末期患者との対話分析の検討から ～

藤 土 圭 三<sup>1</sup>

## A Study of The Problems in Psychological Interview with Terminal Patient

～ From The Examination of Dialog Analysis ～

Keiso FUJITO

### 問 題

岸本は2003年9月、日本心理臨床学会第22回大会（京都国際会館）で行われた「心理臨床ワークショップ」＜癌と心理療法；岸本寛史＞で、次のように言う。

「病を患者の人生という物語の中で物語る。医療者は患者の物語を主体の語り手として尊重すると共に、医療者側の持つ治療法は医療者側の物語であり、相対化し、両者をすり合わせる（統合化）中から新しい物語を生み出すことが治療である」と言う。言い換えれば、narrative based medicine であるという。これは evidence based medicine に補完するものであり、患者の治療に narrative based medicine の考え方を導入した。

岸本の言う narrative based medicine の考え方は、患者の語ることと、医療者の語る（専門的知見）こととの両者の物語をすりあわすことで、新しい物語を生み出すことが治療であるという。

この観点からすると、心理臨床活動は心理臨床物語と患者の物語とを統合化（すり合わせる）するところに患者との交流の出発点があり、患者との相互交流の基本となる。心理臨床家は病に襲われた患者の物語と心理臨床家の物語とを効果的に交流することで、患者の心を治療（ケア）しようとする。

これは心理臨床活動分野での基本である。心理臨床家は患者のターミナル期に接近し、患者の物語とかわることで、患者の物語りを基礎に、患者の（心の）ケアを担当者と共に組み立てることになる。患者の物語を軸に患者の心のケアを考えることは、患者の物語に心理臨床家が、耳を傾けることから始まる。どんな不自然な言葉にも耳を傾け、語られる言葉だけを傾聴するのではなく、言葉と共に表出される今一つの（隠されている）意味にも耳を傾けることが、患者の物語と心理臨床家の物語とを組み合わせ（歯車合わせのように軋まないように、工夫する）、すり合わせ、新しい物語を創生することである。これは心理臨床活動そのものであり、カウンセリングの基本にも通

<sup>1</sup> 広島文教女子大学大学院文学研究科

じるものである。更に、平（JR東日本中央保健管理所）は心理臨床家の職能教育について、日本心理臨床学会第21回大会「学会企画シンポ1；平陽一」，〈2002・9 中京大学で開催〉，次のように医療と心理臨床について比較検討する。

氏によると、医療はあくまでも、疾病性と病理性を中心とする医療モデルである。特に医師にとっては、身体疾患であれ、精神疾患であれ、何らかの診断名が優先する。診断名と病理解が先にあって、それからの情報をもとにして、患者の課題解決に対して、どのようにアプローチするか、どうやって治療するかが主目標となる。しかし、最近では、開かれた医療が求められるようになり、単に疾病診断だけでなく、もっと幅広く人間としてかかわることが必要と考えられるようになった。しかし、医療の現場にいるかぎり、疾病性と病理性からは離れることはない。医療モデルでは、心身症、神経症、精神疾患などの疾患診断と病理水準の評価から、問題を捉え、その病理上の課題を医療者による治療という形で、解決することを目標としている。これに対し、臨床心理士は医療モデルにおぼれている場合もあるが、本来、心理モデルとして、事例性を中心に活動する職種である。ここで言う事例性とは、心理相談場面で、クライアントの相談を、病気として捕らえるのではなく、個々のケースに応じた問題の所在を、状況、性格、背景など様々な角度から検討し、抽出し、問題解決をクライアント自身が取り組む過程に手助けをすることである。さらには事例性を中心にして、ケースに対応しつつ、組織や社会に対して、しっかりとかわってゆくことが求められている。これが心理臨床活動の主要活動であると言う。この意味において、臨床心理士の基本は心理的臨床活動が行なえるような基礎づくりが大切である。換言すれば、事例ごとにケースマネジメントの力量（問題の発見と解決する）が求められている。このような考え方から心理臨床活動をみると、ケースマネジメント能力の養成とともに、各分野での専門的能力の養成と言う2階建ての資格（能力）が必要なのではないか。

以上は医師の立場から見た心理臨床活動のあり方についての検討であるが、心理臨床家は心理臨床モデルによる専門性の樹立の必要性を主張する。本研究では、患者の訴えを患者自身の「物語る」とするならば、心理面接では、面接者の「専門的物語る」と「患者の物語る」とで、相互に交流し、患者を事例性として理解し、患者の物語を通して、相互交流を深める過程の中で、患者の物語と心理臨床家の専門的物語を相互交流の中で統合化し、新しい共有物語を創生し、患者を事例性として理解し、検討することにある。このためには、患者の病気の診断以上に、具体的・多面的に患者にとっては何が問題なのかに注目し、それに関与し支援することである。ある患者が病院の外来を受診したり、入院したりすることで発生する環境的・心理的問題を含めて関与することが心理臨床における事例性である。換言すると、ある人が病に罹患することで、患者本人を含めて、周囲の人にどれくらいの影響を与えたか、また患者自身は、その病のために生じた悩みや心配のためにどれくらい辛い思いをしているかという点に注目することになる。つまり、病ある人の行動や状態（症状）に焦点を置きながら、当人の日常生活の障害にも注目することと言える。

ここでは、患者のうち、中でもホスピス期にある患者への心理的接近を中心に検討する。「患者の物語」に耳を傾け、患者の物語が、彼自身の闘病生活をより安心した、癒される生活に一步でも

接近できないだろうか。集められた患者の事例を narrative (物語る) の手法とされる「対話分析」を通して検討する。ここでは両者が相互交流し、両者の「物語」を通して、患者が癒され・安心できる関係的環境を形成することを模索する。換言すれば、患者とその周囲を含めた事例性として患者を理解し、接近する。

具体的には患者の語りに注目し、何が語りたか注目し、積極的に傾聴し、傾聴していることを患者に伝えることで、安心と安らぎの交流関係を形成する。この辺の具体的状況について広瀬(2003)は「患者がいまここでの在りように寄り添うこと、あなたはあなたのままでいいというメッセージを伝えること。臨床家が患者と共に苦しみ、共に揺れること。それは揺れている自分に気づきながら揺れることができることを意味する。患者の苦悩を少しでも、やわらげたい、そう思っても何もできず、立ちつくしてしまう。怒りを顕にし、恨めしそうな目で、じっと見つめられるのはまだましだ。その人は私に向かってきているのだから。私が側にいることを許してもらっているのだから。しかし、沈黙の中で自分がここに居て、いいのだろうかと感じることがある。もし、私をもっと深い人間になることができれば、患者も語ってくれるようになるかも知れない。でも今は、いまの自分で在るしかない。苦悩を抱えながら沈黙しているのであろう。その人の苦しみを感じ、無力な自分に苦しむこと、どこまで自分がこの人の世界に入っているのだろうか悩むこと、そういう姿勢自体が臨床家にとって大切な在りようではないかと思う」と言う。

広瀬のこの発言は重いものである。終末期患者の側にあつて、何時まで、側に居続けられるか。心理臨床家が、終末期患者の心の側に何処まで、何時まで、居続けられるかが勝負と筆者も感じている。それは患者だけではない。意味ある人を亡くした家族の悲嘆の側に何時まで居続けられるか。心の側に居続けられるかが大きな課題となる。広瀬(2003)は患者の側に居続ける具体的・象徴的行動として、医療者のよく取る行動として、身体接触(密接関係)があるという。これは心理臨床家にとっては、ある意味で禁止事項とされる行動である。この点について、広瀬寛子(2003)は、柳美里(2001)「生」の小説から次のような一文を紹介する。ここでの引用は医療者の患者への身体接触の意味については慎重でなくてはならないことへの警鐘として取り上げている。

患者名；東氏；末期食道がん患者

主治医；佐藤先生

医師：今、何が一番苦しいですか？

患者；痛みは耐えられるのですが、いちばんは、便がでないことで、次に、息がくるしいことです。声が出ないことも苦しいです。それから、配膳係りの靴音が気になります。ノックの音が聞こえます。だんだんと近づいて来ます。次ぎは自分だ、その番だぞと思うと、心臓が苦しくなります。つまり、死ぬ番だぞと。

<患者は、自分の声にむせて咳き込み、佐藤先生が背中を軽くたたいた。>

「東は息を整えてふたたび、口を開いた。」

東；死は恐ろしくないと、自分ではそう思っていて、回りに対しても、そう振り返っているんですが、おそらく、無理をしているのでしょうね。

<佐藤先生は、患者の手を取って、甲をさすりながら言った>

佐藤医師；旨く言えないけれど、恐怖を押さえつける必要はないと思います。言葉のプロの前で言うのは緊張しますね。

東；うまくいおうと思わないですよ。先生、お気を悪くされないでくださいね。なぜ、手をさすっているのですか？

佐藤医師；あ！ いやですか？

<佐藤先生はぱっと手をはなした>

東；いやじゃないのですが、さっきお話したノックと同じで、圧迫感があるのですよ。

佐藤医師；らくにしてください。

東；らくにするのが難しいのです。

佐藤医師；今日はぼくの誕生日です。きっと貴方とは縁があるのです。

<佐藤先生が外に出た途端に、患者はてのひらを下向きにした。無理をして話して、疲れたのだ>  
ここに取り上げられている「柳 美里」の一文がどのような意味があるのか、広瀬氏自身の見解は次の通りである。

「医療者・看護師にとって患者の身体接触（密接関係）は、日常的な看護行為である。患者も身体に触れられることで、安らぎを感じることができる。しかし日常的な行為であるが故に、患者の身体に触れることに鈍感になっていないかということ振り返ることも大切だ」と言う。

更に同氏は、「看護師が患者に対して行う看護行為は、しばしば密接関係で行われる。とはいえ身体に触れることは、慎重でなくてはならない。看護行為の中には、患者の意向に関わらず、身体接触と言う密接関係をとらねばならないこともある。しかし、その時には患者がそのことをどのように感じているかに関心を持つ必要がある。しばしばターミナル関連の本には、患者の手を握るとか、患者に触れることを進めているが、患者によっては、あるいは同じ人でも時期によっては、触れられることが侵入されることを意味する場合がある」と言う。

この見解は、熟慮に値する。この意味で、「柳 美里」の小説の一文には深い意味がある。佐藤医師は患者理解の前に間違った自己判断を患者に押しつけた結果、患者は医師が帰ったあとに深い疲れを感じたものと推察される。どんな事態であれ、患者の気持ちを無視しての身体接触はあってはならないといたい。

## 患者の心のケアを進めるための対話分析

具体例によって、患者の心のケアを進めるためのあり方を対話分析「事例性を含めて」を通して検討する。ここで言う対話分析の視点は narrative の視点に依拠するものであり、背景には社会構成主義がある。社会構成主義について、吉川（2003）の見解を概略紹介しよう。

Narrative の視点を臨床的に実践するためには、社会構成主義（social construction）の考え方を知る必要があると言う。この考え方は、単独の学問領域ではなく、学際科学的視点から発展した

考え方の総体と考えると言う。この考え方を端的に理解するためには、芥川龍之介の「藪の中」と言う作品が参考になる。

この作品は、登場する主人公の発言や思いが多様で、何が真実かを理解することの難しい作品であり、そのテーマを示すものとして「藪の中」と言う題名が付けられているのだろうし、真実は藪の中といえるのだろう。しかし視点を変えてみると、「現実とは、それを語る人の中で作られて、唯一の真実として語られることは、それぞれの立場によって異なるものである」と言う視点にあり、以後「羅生門現実」と言う用語が作られていると言う。芥川龍之介のこの作品は黒澤明監督によって「羅生門」として映画化されている。

これまでの考え方では、「真実」を「重要」として理解してきた科学的真実が唯一「正しいこと」であるかのように考えてきた。しかし、科学にも観察者があるので、主観的というバイアスが存在する。いわば、これまで科学的であり、「正しい」とされてきた現実も「作られた現実の一つ」と考えられる。人は体験した出来事を構成するために、「ことば」を用いて誰かに自分の経験を語ることによって、これまでに出会った出来事を構成する。そこには、自らを受け入れたい体験も含めて、その人にとっては、自らの体験したことを組み込み、そのストーリーに準じた「ことば」を使うことで自らについて語っている。人によって語られる「ことば」はその人にとっての自らが経験したことの積み重ねによって、作られた自分そのものを示している。この考え方が、社会構成主義（social constructionism）の基本であると言う。この考え方は、研究者や援助者が現実を解釈するための前提そのものが、それまでの社会で「当たり前のこと」とされていたものにすぎず、「藪の中」で語られた「多様な現実」のように、その視点が絶対的ではないと言う警告・警句でもある。このような社会構成主義の考え方は、これまでの「現実」に対する認識の仕方を絶対主義から相対主義へと転換する働きであり、それに準じて臨床における「常識」も新たに作られていく必要が生じて来る。従って臨床的に見るならば、「ある特定の人たちを、社会的に構成され、作られた現実から解放する」と言うことになる。ここでは前掲の柳氏の一文（医師と患者の交流）をこちらのケア・心理臨床の側面（ナラティブの視点）から再検討してみよう。〈〉内は筆者の意見

患者名；東氏；末期食道がん患者

主治医；佐藤先生

医師：今、何が一番苦しいですか？

〈主治医のこの発問は医療活動の場合、最も典型的な発問である。課題解決のための接近法と言える〉患者；痛みは耐えられるのですが、いちばんは、便がでないことで、次に、息がくるしいことです。声が出ないことも苦しいです。それから、配膳係りの靴音が気になります。ノックの音が聞こえます。だんだんと近づいて来ます。次ぎは私の番だぞと思うと、心臓が苦しくなります。つまり、死ぬ番だぞと感ずるのです。

〈患者は、前半では症状報告をするが、自然に自分自身の内的過程の表現となり、配膳係りの靴音→近づき→心臓が苦しくなり→死ぬのだと言う患者の心が吐露される。しかし、これは患者の内的過程についての物語である。佐藤先生は患者の内的過程には触れないで、〉

佐藤先生；背中を軽くたたいた。

<これは医療者の一般的にとる身体接触である。何を伝えるかは事態により異なるが、何かの意味を含めて、身体接触を図る。親密、支配、統制など意味は多彩である>

「東氏は息を整えてふたたび、口を開いた。」

東；死は恐ろしくないと、自分ではそう思っていて、回りに対しても、そう振り返っているのですが、おそらく、無理をしているのでしょうか。

佐藤医師；旨く言えないけれど、恐怖を押さえつける必要はないと思います。言葉のプロの前で言うのは緊張しますね。

「佐藤先生は、患者の手を取って、甲をさすりながら言った」

<佐藤医師は、患者に対して何が一番苦しいですかと質問して、患者に対して、課題の焦点化を試みた。臨床心理学的接近法で言えば、課題解決指向技法である。これに対して、患者は内的過程（心中）を吐露したが、佐藤医師がそれには反応しないので、東氏は息を整えて、ふたたび口を開いた。死は恐ろしくないと、自分ではそう思っている。回りにとも振り返っているのですが、無理をしているのですと返す。死と直面して、恐れおののいて振り回されている。無理をしているのに佐藤医師はそれには気付かないし、気付こうともしないで、次のような発言となる。

「旨く言えないけれど、恐怖を押さえつける必要はないと思います。言葉のプロの前で言うのは緊張しますね」。交流のすれ違いである。佐藤医師は、患者の表情などから、自分の発した言葉がひどすぎたと感じたのだろうか。恐怖を抑える必要はないと思いますと付けたしているが、佐藤医師は患者が恐怖の虜になっていて、それに振り回されている姿には気付いていないで、恐怖を抑える必要はないと提案する。これは患者の内的過程の誤解である。しかも、患者の内的過程の混乱を言葉の専門家の前で言うのは緊張しますと追従をしている。そんな気安い状況ではないことの理解がなされていない。現実には患者は色々と苦痛を訴えているが、手をさすられているので、何か落ち着かなくなると、居妻の悪さを感じている>

東；うまく言おうと思わないですよ。先生、お気を悪くされなくてくださいね。なぜ、手をさすっているのですか？

<患者は、うまく言おうとは思っていませんよ。気を悪くしないでください。貴方は何で手に触るの（さするの）？> と言う。典型的な交流の齟齬である。佐藤医師の問題解決指向技法の活用は旨くゆかなかったことになる。ここで交流の仕方を変更するとすれば、佐藤医師は「今、何が一番苦しいですか？」に話題を変えて“東さん、今日は如何ですか”と言うと、患者は自然と苦しいことを語れるようになるかもしれない。苦しいことを言いなさいと指示しながら、同時に手をさすると言う行為を取ったので、患者との気持ちにズレが起こったものと推察される。苦しいことがありますかと問いかけて、手をさすらなかつたなかつたら、距離感があって、患者は苦痛を口にできたかも知れない。微妙な判断である。でも現実には、患者は違和感を抱きながらも、苦痛を訴える>

患者；痛みは耐えられるのですが、いちばんは、便が出ないことで、次に、息が苦しいことです。声が出ないことも苦しいです。それから、配膳係りの靴音が気になります。ノックの音が聞こえま

す。だんだんと近づいて来ます。次ぎは自分の番だぞと思うと、心臓が苦しくなります。つまり、死ぬ番だぞと。

「患者は、自分の声にむせて咳き込み、佐藤先生が背中を軽くたたいた。」

「東氏は息を整えてふたたび、口を開いた。」

東；死は恐ろしくないと、自分ではそう思っていて、回りに対しても、そう振り返っているのですが、おそらく、無理をしているのでしょうか。

<ここで佐藤医師は、ひるまないで、患者の手をさするのを止めて、患者の目線に合わせて、苦しいですね。苦しむためにか、死を感じ、周りにも語っていらっしやる。しかし、そこにも何か無理がある感じがする！そうですか、よかったら、貴方の苦しさや死をお聞きしたいですと交流を求めたらどうだろうか>現実には、

佐藤医師；あ！ いやですか？

「佐藤先生はぱっと手をはなした」

東；いやじゃないのですが、さっきお話ししたノックと同じで、圧迫感があるのですよ。

佐藤医師；らくにしてください。

東；らくにするのが難しいのです。

<ここで佐藤医師は、患者の圧迫感に感じて、そこが聴きたいです。よかったら話してくださいと迫る方向がある。配膳係りのノックと、手をさすられることから来る圧迫感とを判り合うことが、今ここでの最大の課題ではないだろうか。患者の心に上手に寄り添うことが、患者と医療者間の相互交流を作ることへの第一歩である。>

しかし現実には次のような会話が行われる。

佐藤医師：今日はぼくの誕生日です。きっと貴方とは縁があるのです。

<佐藤先生が外に出た途端に、患者は手のひらを下向きにした。無理をして話して、疲れたのだ。交流に失敗した佐藤医師は自分の誕生日を取り出して、きっと貴方とは縁があるのですと発言したが、患者が乗ってこないで、佐藤先生は室外にでた。患者はその後で、深い疲れを感じている>以上は柳 美里の小説の中での患者と医師との交流を、心理臨床の立場から対話分析を試みた結果である。ここでの対話分析は、岸本氏の主張する「ナラティブの視点」に依拠することになる。患者の心のケアを進めるための心理面接では、相互交流関係の形成を基本として、クライアントの「物語る」とカウンセラーの「物語る」を噛み合わせ、交流関係の中で統合化することである。このために、カウンセリングでは、クライアントの訴えを傾聴・受容・共感の3技法の活用によってクライアントとカウンセラーとの間に相互交流関係の形成に努力した。ここではクライアントは自分の課題を精一杯訴えることで、相互交流関係が形成され、この関係の中で、クライアントはカウンセラーの見立てとその支援を手がかりにして、自己分析と再学習（再習慣形成）を進めることで、クライアント自身の再適応を支援しようとする。

見本エピソード；20歳の女性の患者が次のような一文を心理臨床家に手渡した。

乳幼児期の、誰にも邪魔されず、暖かい、甘い、望みだけの眠りに強く憧れるので、私はひたすら

眠りに執着しているように思える。しかし、私の眠りは明らかに誰からも望まれないもので、私自身その眠りによって外界から遮断される。眠っているとき（幸せのことかも知れない）、意識されるのは、何時もどこかに痛みのある不完全な私の臓器であると、大きな口を開けて絶えず私を待っているもの。忘れようとしている。目を合わせぬようにしている私、絶えず揺さぶり続ける（田沢 2001. 2003）。

上記の一文はクライアントから担当カウンセラーとの面接過程の中で手渡した一文である。何か内容的には夢のようなイメージ文である。クライアントは若くして「がん」に罹患し、「がん」と共に生きる女性である。推察するに彼女に取っては、眠ることが、健康なことであり、その眠りから覚めることは病を意識化することである。意識化することはどこもない痛みを感じる不完全な臓器に遭遇すると言うクライアントの心根からの「おたけび」ではないだろうか。クライアントは病の共に生きる、生きざるを得ない「切々たる訴え」とは言えないだろうか。evidence based medicine に依拠する近代西洋医学では、客観性・再現性・普遍性という科学（自然科学）に基盤をおいているために、上記のような患者の訴えは重要視しないし、耳を貸さない。ここでは、クライアントの訴えに客観性・再現性・普遍性が認められないものとして無視される傾向にある。ここに眼を向けるのが心理臨床活動であり、ナラチティブ視点である。これに対して、個人の体質や反応を重視した個人的医療で見直すなら、上記のクライアントの一文は意味あるものとなるし、岸本氏の言うナラティブの視点で見直しても意味ある一文である。これは集団の医学から、個人の医学への変換となる。見本エピソードで取り上げた患者の言葉は彼女のストーリーである。エピソードの一文は現実のような、夢のようなイメージ言葉であるが、クライアントにとってはそれは事実であり、カウンセラーはクライアントのこのストーリーを正面から受け止めて、傾聴し、クライアントのストーリーの中に潜在する「物語る」を理解し、それにカウンセラーの持つ「専門的物語る」を噛み合わせる（統合化）ことである。

## 対話分析の視点（社会構成主義の立場）から見本事例を検討しよう

### 1) 事例検討の側面から

見本事例1；A氏 70歳代後半の男性

症 状；臓器系のがん，下肢に麻痺がる。消化器系に転移ある。

家 族；妻と二人で生活

職 業；専門職

入院までの経過； ×年9月，腫瘍と診断，公立病院で内分泌療法を受けながら，入退院を繰り返してきたが，翌年12月，発熱，尿閉鎖，下肢麻痺のため当院入院となる。

入院経過；毎日，多彩な症状の訴えがあり，それに対して対応し，処置がなされてきた。にもかかわらず，たびたびの訴えがやまない。「がん」であることが受け入れられず，不安である。精神的に落ち着いた生活を送るには今後どのような対応があるだろうか。担当者が続けて報告する。相当



の高齢者であり、元専門職者と言うこともあって、若い担当者を軽蔑している感じがする。妻は日に一度は訪院して、患者（夫）の側で、あれこれと世話をして帰る。患者は妻に対して何時も不満をぶっつけている。子供も2人いるが、それぞれ独立しているので、時折にしか見舞いに来ない。

<排便が苦しい、足がはてる、お腹が痛む、何か体中が変だ、胃が痛む、お腹が張る、息が苦しいなど、際限のない訴えが続く、そのたびにナースコールが続き、看護師は困っている>  
精神的に不安定なために、精神科医師にも受診している。受診結果「患者は精神症状に逃避している」と言われたが、具体的対策についての助言はなかったとのこと。抗うつ剤が処方されている。年齢的に高齢で、妻と二人暮らしの生活であり、家族力動に若さを匂わすものがない。更に患者は元専門職者であったためか、若い看護師は「自分が見下げられている、軽く見られている」と感じている。このことは患者への支援関係を形成するために忘れてはならない力動関係である。特に支援者が軽視されているのではないか、見下げられているのではないかという意識があると、時として、それが、患者に対して居丈高になったり、卑屈になったりすることがある。既に意識しているので、そのあたりの問題は克服されているという考えもあるが、それは早計である。判っているけど止められないという心的メカニズムのあることを、自覚しなくてはならない。この問題を解決する方法は、支援者自身が、自己の事例を、スーパーバイザーに開示して、支援者自身の影の（意識されにくい）行動が起こりがちであることを確認することである。スーパーバイザーのえにくい場合には、同業者が集まって、事例例検討会を継続的に運営し、それに参加し、他者の事例対応の仕方を傾聴したり、自己の事例（自験例）を検討会に提案して、同業者の目を借りて、担当する事例を再吟味しながら、事例対応を続けることを薦めたい。上記の事例について、事例検討会では次のようなことが検討された。事例提案者が患者に軽蔑されていると感たり、見下されていると感じた場合には、担当者自身の学校時代の数学教師との体験がその引きがねになっていたことが意識化され、参加者一同感激の体験があった。報告者自身、この話を検討会で開示したことで、気持ちがすっきりし、患者との対応に勇気が出てきたという報告があった。更に具体的な患者対応として、病院に出入りするボランティアの学生に参加してもらって、患者と日常の話し相手をするということはどうだろうかと言う話になり、それを実行に移したところ、効果があり、患者は自分の孫のような学生ボランティアに己の人生体験を語り、ボランティア学生にも参考になることとして、真摯に聞くことで、患者の心の安定が得られるようになり、ナースコールがすくなくなったとのこと。ナースが訪室した時にも対応が穏やかになり、病状について色々質問し、それに対する応答を素直に聴けるようになった。さらに、患者と担当看護師との相互交流もスムーズになり、穏やかな関係が保持できるようになった。

本事例で、検討されたことは、妻が定期的に患者の元に来室はするものの、長い間の夫婦関係から、夫である患者は妻に対しては弱みを示されず、不安や苦痛が攻撃となって表出され、妻は益々心理的に離れる状況になっているのではないか。そのため患者は、担当看護師やボランティアに日常生活の不安や苦衷を語ることで、患者自身の心の安定を導いたものと推察される。特に担当看護師

が、見下げられ感に捕らわれなくなり、患者を窓際に誘い、風景の話から日常会話ができるようになり、窓越しに見える風景の話し合いから、患者自身の博学な知識を聞くことで、患者との会話が豊かになり、心と心の交流も豊かになった。更に会話の中でたまたま患者の出身地と担当看護師の出身地が近いということが判明（意味ある偶然）してからは、より豊かな心理的交流が可能となり、安定した患者・看護師関係が形成された。またボランティア学生は若く、患者の心に現職時代の充実していた生活を再体験できるチャンスを作り、患者の気持ちの安定をひきつけるものとなった。見本事例1の対話分析では、話し合いの基本である担当者と患者との間の相互交流関係の形成に努力され、効果のあった事例である。相互交流が形成されるにつれて、患者との会話が豊かとなる。特に担当看護師と患者との間のわだかまりが取り除かれて、気持ちの交流が豊かになるにつれて、両者の歯車もかみ合って、対話が可能となってきたと言えよう。本事例は初めは緊張感のある事例であったが、事例検討会に提案されることで、担当者の潜在的課題が意識化されるに連れて、過剰防衛が少なくなったし、同時に学生ボランティアが参加することで、患者自身の回想も促進され、患者の自尊感情が回復した。さらに、担当者と患者の出身地が近いという意味ある偶然もあって、相互交流が豊かになり、対話の歯車の軋みも少なくなり、豊かな交流関係が形成されてきた。

## 2) 対話分析の側面から

**見本事例2**；患者名 B氏 60歳代の女性、肺がんを原発とし、他臓器に転移。家族には長女夫婦、長男は他都市に住む、夫は死亡。

×年4月に症状が軽快したことで、一時退院、しかしその翌日、右上半身に“まひ”が発生し、脳腫瘍の周りに出血を認め、急遽入院。

患者1；退院して直ぐに右半身にまひが発生した。薬はまじめに飲んでいのに、このようなことになってしまった！

入院中は、早く良くならなくてはならないと思い、一生懸命にリハビリにつとめてきたのに、こんなことになってしまった。

何でこんなことになったのか、いらいらする。どうしようもない。自分で食事できなくなった。こんな状態が続くのなら、死んでしまいたい。

「入院後も、だんだんと足に力が入らなくなり、“右半身まひ”がよりはげしくなった。同時に患者は激しいストレスを感じるようになっている」

看護師1；そうですね。本当に苦しいですね。見るに見かねる感じです。苦しい気持ちをしっかり話してください。私がお聞きます。在宅を楽しみにされていたのに、急に“まひ”が見られるようになり、もう最悪の感じです。貴方が死にたいといわれる気持ち、そのまま感じています。

<看護師1のこの対応は患者の気持ちや感じに対応して、私は貴方のことをこんな風に感じていまずと伝えている>

患者2；そう言われると、困ります。どうにかありませんか。でもこの気持ちを少しでも分かろうとしてくれる気持ちは嬉しいよ。

<患者はそう言われると、困りますと言いながらも、内心嬉しいと伝えている>

看護師2；そうですか。うれしいです。

<看護師も自分の気持ちを素直に表現する。気持ちの交流が可能となり、交流が促進される>

「しかし、その後も“まひ”が続き、座位の保持が困難になり、筋力低下や嚥下困難などが、たて続きに起こり、食事摂取も困難となり、表情もなくなり、話もできない状況となった」

看護師3；しんどそうですね。

患者3；うなずく。

看護師4；体に手をふれて、少しさすると、小さい声で、足を,,、と言う。言われるままに足をさすったり揉んだりしていたら、患者の目じりから涙が流れた。ティッシュでそっと拭き取る。

「静かな、沈黙が続く、緊迫したひと時が経過する」

見本事例2では破局的状況にある患者が“うらみつらみ”を精一杯訴える。担当看護師は上手に対応する。患者の苦しさ、せつなさをしっかりと受け止めていることを患者に伝えている。看護師は看護師の技法の一つである「密接関係」により、手・足を擦る。看護師の気持ちが自然に伝わり、患者の目に涙をみる。両者間には深い交流関係を形成することが出来ている。このような関係が10分でも20分でも経験されることで、患者の心のケアが進んだことになるのではないだろうか。

**見本事例3**；C氏，50歳代，家族；妻に子供2人，仕事；管理的業務

病歴；胃がんで全摘手術を受ける。その後，化学療法，外来通院中だったが，血小板が急激減少のため，緊急入院。

現状；胃がん手術後，上行結腸に狭窄部位がある。直腸も細くなっている。全身衰弱傾向。今後状況を見て，人工肛門造設の必要を説明されている。

看護師1；Cさん，如何ですか？

患者1；<無言>

看護師2；先日から熱が高いと聞いて，心配して来ました。

患者2；むしろ熱の高くなった原因が分かったので，安心です。管から菌が入ったと聞きましたが，それが原因だと思います。抵抗力も弱っていますし，あせらないで，ゆっくりとやってくことにしました。熱がさがって，落ち着くまで，手術も日延べです。今はお腹もこんなにペッチャンコになりました。

看護師3；パジャマの上からお腹に手をやりながら，確にお腹が柔らかくなりましたね。お腹が楽になられて良かったですね。嬉しいです。お言葉通り，あせらないで，ゆっくりと体調を整えましょう。

患者3；今日，会社から上司がきました。これからのことを色々と話してゆきました。私はゆっくりと治療します。外国への研修も別の方に行ってもらおうようお願いしました。若い人に外国に言ってもらって，若い人がどんどん育った方がいいと思います。こんな状態ではもうどうにもなりません。これまでの経過を記録しているのですよ。

看護師 4 ; そうですか。貴重な資料ですね。良かったら私にも見せてください。

患者 4 ; 色々聞いてくれて、ありがとう。何か気持ちが楽になった感じです。すーとした感じです。話を聞いてもらえることはうれしいです。ありがとう。

看護師 5 ; 時間が取れたらまた来ますから、お話聞かせてください。

患者 5 ; お願いします。

見本事例 3 では、仕事が管理職であり、発病前は業務遂行のために責任ある仕事をされていたが、病におかされなければ、今後も重要な仕事を遂行する立場にあった人である。残念ながら、病におかされて、患者は人生の大きな曲がり角にある。病が人生を変える、変えざるを得ない状況の中で患者は生きている。患者は既に元気なスタッフに職責を譲ろうとしている。やるせない、せつない、口惜しい、何で私ごと言語に絶するものであろう。この重い気持ちを看護師はしっかりと引き受けなくてはならない。それが看護師の責務である。重要な仕事である。

熱が下がった、落ち着いてきた、お腹も普通となった。看護師は患者に手を置いて、密接関係に入る。患者はここで、今日、上司が来て、仕事を変わるようにと伝えてきた。病のため致し方ないとは言え、やりきれない心情をせせせと訴える。看護師はこれを静かに支え、共感する。

## 対話分析から見えてくるもの

終末期にある患者とその家族の心のケアの一つとして、ベットサイドで行われる患者と担当医療者との対話を分析することで、「心ケア」のあり方について検討する。最初の小説からの事例の分析では、患者と担当医師との対話を心のケアの側面から分析した。医師は重症な患者に密接関係で接近した。あるいは、密接関係（身体接触）が有効だという前提で、手を握るとい密接関係を形成しようとした。しかし、この主治医の行為は患者の心に重圧となり、婉曲に拒否される。あわてた主治医は、自分の誕生日と患者のそれを附合させることで、対面を繋ごうとした。このような対話はよくある従来型の対話である。このような患者と主治医との関係は在来の医療関係であり、その根底には上下関係があり、患者は主治医の指示には従うものという前提がある。ここでは、緊張関係が潜在化しがちな状況となるので、ちょっとした不具合があっても、患者とその家族は激しい不安と自己防衛のための攻撃性が見られるような場合もある。見本事例 1 は、患者の性格や社会的経験の問題もあったが、担当者の努力によって交流関係も豊かとなり、対話（コミュニケーション）の噛み合わせもスムーズとなり、患者のこころのケアも進展した。特に患者の現役時代の回想が若い学生ボランティアの参加によって促進され、患者のこころのケアに大きく関与した。更に担当者との出身地が近いということが偶然のことから判明し、患者と担当者との間の心理的に接近し、相互交流が豊かになり、両者の物語の噛み合わせが豊かとなり、患者のこころの安定を促進した。

見本事例 2 では、患者と担当者との交流関係がしっかりと形成され、交わす言葉も的確で、豊かな噛み合わせを見せている。更に担当者のとった密接関係（身体接触）も上手に導入され、それが

大きく機能して、両者の交流関係もより一層豊かなものとなっている。上記のような両者の相互交流と対話の噛み合わせが一日の間で、何度か実現すると、患者（時として、家族も含めて）のこころのケアは豊かなものとなる。

見本事例3では、患者が現職者であり、働き盛りの方であったが、病いに倒れられて、人生を大きく変更せざるをえない状況にある。患者の気持ちからすれば、口惜しく、せつない思いには計り知れないものがある。特に患者が健康であれば、外国出張の予定されていたが、病のために中止せざるをえない状況となり、上司から計画変更について知らされ、若い社員が自分に代わって出張することになったとのこと。将に言語に絶する人生の曲がり角である。

やるせない、なぜ私に、どうして私にと言う状況である。このような状況の中での患者の心のケアはどうあるべきか。担当者の患者へのかかわり方はその具現化であり、適切な対応であり、合理的である。

ここでの患者・担当者関係は社会構成主義の考え方であり、深い相互交流関係が形成され、患者の物語と担当者の物語とが上手に噛み合っている。対話分析から患者とその家族と担当者との対話分析を通して明らかになった2-3の留意点について検討する。

- (1) 岸本が主張するように、患者とその家族の語ること、訴えることは現時点においては患者とその家族にとっては現実であり、事実である。専門的知識のある医療担当者から見れば、それは間違いでいても現時点においては、患者とその家族にとっては、事実である。患者への心のケアにとって大切なことは、患者が語る事実は心の事実でもある。患者の心の事実を観察し同時に参加しところに医療担当者の第一歩がある。患者の発言が患者自身の病の治療のためには間違った事実であっても、現時点では、それを否定したり、拒否しないで、それが患者の語る（認知する）事実であると理解することである。患者の事実認知をどのようにして変更するか、その変更のための方略を検討することから始める。患者の認知（事実）を正確に理解することが担当者のなすべき仕事の第一歩である。
- (2) 患者の現時点での認知を正確に理解するためには、患者と担当者の間に交流関係を形成することである。ここでは、患者が事実を物語る過程で、患者の潜在的で、非言語的な心的（心情的）過程が表現できるような交流関係でなくてはならない。行間の豊かな交流関係と言ってもよい。具体的には、患者とその家族が何でも話せるような気持ちを抱くような交流関係である。“つい思わず言った、言ってしまった！”というような感覚である。
- (3) 大切なことは、(1)で検討した患者の物語ると(2)の交流関係とは相乗的關係であり、啐啄同時の關係でなくてはならない。患者の物語るストーリーを担当者は深く理解し、患者は何を語りたかを理解しなくてはならない。この理解が的確で、その理解の上で立って担当者が的確な言葉（専門的な知見を含んだ物語）を返さなくてはならない。そうすることで、両者の相互交流関係は更に深くなり、豊かなものとなる。
- (4) 大切なことは、患者とその家族と担当者がどのようなやり取りをするかが大きな要因である。具体的見本として、柳 美里氏の小説の中で、佐藤医師と患者東氏とのやり取りに、そのあり方

が示されている。ここで取り上げた見本事例の前半部分と後半部分とを比較検討すると、対話と相互交流関係の有り様の実態を見ることが可能となる。

#### 引用文献

- 柳 美理 2001 「生」 小学館 pp37-38  
広瀬 寛子 2003 看護カウンセリング 医学書院 p4-5  
田沢 安弘 2001 痛みと心理療法 心理臨床学研究 Vol. 19 No.4 p. 353-364  
田沢 安弘 2003 癌とロールシャハ・テスト 心理臨床学研究 Vol. 20 No.6 p557-567  
吉川 悟 2003 ブリーフセラピー入門ーセラピーをスリムにするー臨床心理学 Vol.3 No.6  
p866-873

#### 参考文献

- 齊藤 清二・岸本 寛史 2003 ナラティブ・ベイスド・メディシン 金剛出版