

末期患者と“共にいる”ことについての心理臨床学的考察

高橋 紗也子

京都大学大学院教育学研究科紀要 第58号

2012

末期患者と“共にいる” ことについての心理臨床学的考察

高橋 紗也子

I. 問題

1. 死の臨床

本稿は、「死の臨床」において末期患者に関わる者がどのような実感を持ちながら、患者に関わっているのかを調査、考察したものである。近年、この「死の臨床」への関心は高まってきており、末期患者へのケアのあり方について非常に多くの研究がなされてきている。特に末期患者の苦しみを“スピリチュアリティ”の次元から捉え、いかにその次元に関わっていくかという“スピリチュアルケア”の研究は非常に盛んである。例えば、学術雑誌『緩和ケア』（山崎&河, 2005）では、「スピリチュアルペイン：いのちを支えるケア」という題目で特集が組まれている。それらでは“スピリチュアル”の文脈から「死の臨床」にいかに関わるかが論じられ、末期患者に対して、共感的態度、傾聴的態度といったコミュニケーション技術、技法の重要性や、スピリチュアルペインの構造からそれを解消するためのケアの具体的な方向性や指針について考察がなされている。

このように、「死の臨床」の研究の特徴として、“スピリチュアリティ”という概念が強調されることによって、「死の臨床」全般において、多くのものがこの概念と関連させられ、超越的な次元で語られやすくなっていること、そして一方で、臨床実践においては、関わる者個人のあり方はあまりに個別的、主観的すぎるために、技法の議論に重心が置かれるようになっていたことが挙げられる。

このとき、“スピリチュアリティ”という個人を超えた超越的な次元のみではなく、また技法論としてでもなく、関わる者が実際にどのような体験をしているのか、どのようなありようで臨んでいるのかということの経験的な次元での研究が欠如してきたと考えられる。しかし、患者と患者に向き合うものの二者が存在するとき、二者は共に固有な存在であり、そこには技法では言い切ることの出来ない「関係の相互性」（河合, 2003）が「死の臨床」においても生じている。さらに、特に「死の臨床」という「死」がテーマである末期の現場においては、関わる者が患者との関係において自身の中の「死」へのイメージが賦活されてしまい、それに圧倒され、患者自身と向き合えなくなる、患者を避けてしまうというということが起こる（中根, 2004）。これは関わる側の逆転移あるいは投影同一化の問題と捉えることが出来る。「死の臨床」を考えるときに、関係の相互性や逆転移、投影同一化という関わる者のありようは実践的に重要な問題となると考えられる。

2. “共にいる”ということ

このことから、その臨床に臨んでいる人のありようそのものを知ることが必要であると考えられる。しかしながら、「死の臨床」に臨んでいる人について経験的方法によって調査研究しているものはない。

数は少ないものの著者が末期患者に関わる自身のあり方や思いを述べている文献は散見される。岸本(1999)は「全存在をかけて向き合う」という姿勢述べている。さらにそれは、「ここに添う」(山中,2000)とも表現に結実している(岸本,2004)。また、ホスピス・チャプレン¹の沼野(2002)は自身を患者が神の慰めや癒しを受けるための「慰めの器」、「癒しの器」と述べている。榊原(2005)は現象学的看護論の Benner & Wrubel の言葉を借りて“居合わせる(presence)”という姿勢を強調している。上述のように様々に表現されたあり方は、若林(1989)が挙げた近代ホスピスの原点ともいえる Saunders, C. の “共にいる (Be there)” という態度に収斂されていくと考えられる。

しかし、“共にいる”という言葉は臨床論が述べられるときに多く使われるものの、実際にその関わり方がどういうものであるのかは明確ではなく、個人のあり方によるものであり、余人にとって知りたいものである。

このことから、本稿ではこの“共にいる”ということの実情を明らかにすることを目的とし、そのことによって、「死の臨床」に臨む人々の臨床的態度に貢献できると考える。

3. 方法の検討

“共にいる”ということを明らかにするにあたって、まず指定イメージ法を用いた調査を行うこととする。これは病院現場という多忙さを鑑みて、経験的な側面からのアプローチを目指し、関わる者の態度そのものに焦点づけられた聞き取りを効果的に行うためである。すなわち、イメージを用いることによって、限られた時間の中で、構造化された質問では語られない部分、自分自身の内的な捉え方や協力者自身が明確に意識していない部分がイメージの流れの中で現れてくると考えられるためである。イメージは質的なデータであるために、広くそのありようを捉えるために KJ 法(川喜田, 1970)を用いて分析する。またイメージへの質問段階で協力者によって描かれた描画は、体験の包括的なニュアンスを表していると考えられ、“共にいる”場の雰囲気考察のために用いる。

しかしながら、イメージ法のみで考察し、具体性・実際性から離れてしまわないために、比較的調査に比較的長い時間協力頂ける協力者に実際の事例を語ってもらうこととする。これは、イメージから導き出されたものと、協力者が実際に関わってきた事例とを照らし合わせ、考察していくことで、実際的な側面への考察を深めていくことを目指すためである。

以上によって、従来の研究では捨象されてきた「死の臨床」における援助者のありようの経験的な諸相を明らかにできると考える。

¹ 施設付きの宗教奉仕者を指す。ある特定の宗教の聖職者であり、病院や学校などの施設において、その構成員の宗教的ニーズや宗教的には中立的なことであっても必要とされる場合に関わっていくもの。

II. 方法

1. 指定イメージ法を用いた調査

調査協力者：キリスト教系 J 病院 の緩和ケア病棟に所属する医師 1 名、看護師 2 名、チャプレン 1 名、音楽療法士 1 名、ボランティア 3 名の計 8 名であった（表 1）。

材料・装置：論文調査同意書、描画セット（A4 ケント紙複数枚、20 色サインペン、24 色クーピー、20 色クレヨン、鉛筆、消しゴム）、筆記用具、記録紙、録音機を用意した。

手続き：面接上の留意点や録音の可否、同意書の内容についての承諾後、面接を開始した。調査は指定イメージ段階と質問段階で構成された。指定イメージ段階は、調査者が指定したイメージを、協力者はあたかも今そこで体験しているかのようにイメージしながら、その自然と浮かんでくるものや、自分の気持ちを語るというものであった。教示後、練習として“あなたが道を歩いている”というイメージで 1 分間行った。そこで方法に誤解がないことを確認し、“あなたが病室に入っていくと、患者さんが自分の思いを語り始める。”というイメージについて 10 分程度のイメージ段階をもった。

次に、先のイメージを踏まえての質問段階に移った。質問は①あなたは病室のどこに、どのようにいたか、②気持ち・ところ、あるいはあると考えるならば、魂というようなものの次元で、距離・位置はどのようなものか、③あなたはその場でどのような存在だったか、④その他調査上必要と感じたことへの質問や感想を聞いた。言語で説明しづらい場合に描画による表現も勧めた。

表1 指定イメージ法を用いた調査における調査協力者の情報

	年齢	性別	業種	年数※1	備考
A	34	女性	看護師	8	
B	32	女性	看護師	0.6	
C	53	女性	ボランティア	0.5	
D	75	男性	ボランティア	4.5	
E	47	女性	音楽療法士	5.5	
F	22	女性	ボランティア	0.5	学生
G	63	女性	医師	0.8	
H	36	女性	チャプレン	7	
平均	45.3			3.43	
SD	17.7			3.19	

※1 年数は末期患者と関わっている（関わっていた）年数をさす。

2. 事例想起を用いた調査

調査協力者：調査協力者 I は、大学附属 K 病院の 47 歳の男性の精神腫瘍科医であった。精神科医として 22 年、末期患者と関わるようになって 7 年であった。

手続き：I に「“共にいる”ということについてどのように考えますか」という質問と実際の事例も想起してもらい、インタビューを進めた。

III. 結果

1. 指定イメージ法を用いた調査

川喜多（1970）に従って、協力者 A から H の逐語記録から指定イメージ段階での語りを筆者以外に 2 人の分析協力者の協力を得て KJ 法を行った。KJ 法で、図解化されたのが図 1 であった。

図 1 では、心によりそい（ア）やよりそえない場合（イ）でも患者の苦しさ（コ）にどうにかしたいという思いでつながっていた。さらに専門性（カ）や看護師や患者という役割を超えて、

その人そのものという個人性（キ）で心によりそっていく（ア）ということが見られた。また心へよりそおう（ア）としても、心によりそえない（イ）という状況や、よりそう中でも限界（ウ）やしんどさ（エ）もあることが示された。それが結果として身を引く（オ）ということにもつながることもあった。

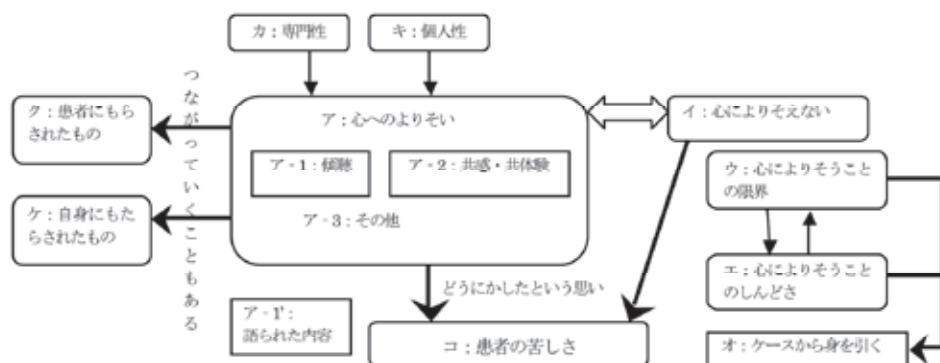


図1 患者と病室にいるイメージについてのKJ法

また、Cでは質問段階で描画による表現があった。図2はCの描画であり、2つそれぞれ描かれ、2つのイメージを記載したものが表2であった。



図2-1 Cの“心へのよりそい”のイメージについての描画



図2-2 Cの“心によりそえない”のイメージについての描画

表2 Cによって語られた2つのイメージ

表2 Cによって語られた2つのイメージ	
“心へのよりそい”についてのイメージの語り	“心によりそえない”ことについてのイメージの語り
患者さんは笑顔で話しているが、ふっとその笑顔が引くことがある。私はがんばってこれたんだなあ、と思います。心残りは猫を最後まで世話して上げられないこと、と述べ、私も猫を6匹飼っているの分かります。でも看護師さん夫婦が飼ってくれるということで、非常に安心しました、と聞いて、私も本当によかったと思います。そのときの患者さんの本当に安心なされたお顔、忘れられません。私は1週間後にボランティアでこちらに来るときに、我が家の猫の写真を持てきますと、約束しました。その方は、待ってるね、待ってるね、と喜びました。私は一週間間に患者さんが持つのに負担にならぬように小さなアルバムに入れて、持ってきてきました。患者さんは楽しそうにお見舞いの友人と見てくださいました。ボランティアの帰りがけにアルバムを取りに行く、居合わせた看護婦さんにそのアルバムのことを説明して下さって、ほんまに癒されたわ、癒されたわ、といってくださいました。	いつもご主人が付き添っておられる方がいました。献身的なご主人だな、と思っていました。奥さんは、病人さんですから仕方ないんですけれども、症状が進むごとにわがままにどげが出てきました。ご主人が息抜きに音楽療法に行っても、主人は、主人は、といわずれて、視界にご主人がいないと不安そうでした。私がもう少しとに度られますよ、と言ってもご主人を呼ぶので、私が呼びにくいと、ご主人は思わずにともらされました。ご家族も大変なんだなと初めて分かりました。患者さんは目がいつもご主人のほうに行っている。でもご主人はもう視線がしんどいんですね。でも奥さんが固く縛っておられましたね。割とてほしいことをおっしゃる方だったので、私は長い時間背中をさすっていました。でも、先週よりコミュニケーションがとれてお互いの心が近づきみたいなことはなかったですね。この方にはもうご主人以外の人間と関係を持つ余裕がなかったのです。私は背中をさすこと案になれないですね。

図 2-1 は猫について患者と C が親密に語り合う場面であり、明るく、柔らかい色調で患者の雰囲気が表現された。図 2-2 では患者や家族の苦しさが語られ、閉鎖的で暗い雰囲気の中で C が関わる場面が表現された。

2. 事例想起を用いた調査

次に 47 歳の精神腫瘍科医の I の事例想起について述べる。(《》は筆者によるもの)

【I の事例想起】

《“ただいた”事例》面接直前に、I は 27 歳の胃がんの女性の病室に行ってきたという。彼女は、数日前から体調がよくない、熱が出る、腰が痛いんです、このままじゃ治療できないんじゃないか、と泣きながら I に訴えてくる。彼女の状態はもはや化学療法が不可能な状態であり、余命 1 週間ではないかと見られていた。家族から治療の打ち切りや心肺蘇生もしないという話が病院側にいつている。しかし、彼女はそのことを知らないのである。そう旨が書かれているカルテを見て、I は彼女の病室に行った。嗚咽し続ける彼女に、I はただベッドの横にしゃがんで、『20 分間ただそこにいた』と語った。そして、『体調がよくなるといいね、また来るね』とそれだけいつて出てきた。

I は嗚咽し続ける彼女の横で、『敗北感、無力感を感じながら、何か出来るかという、自分では無理だ。何も言えず、言ったとしても、それは自分が辛いから発してしまった言葉になってしまう。共感的に聴く、と教科書的には書いているが、共感していると思ってしまうこと事態、傲慢なのではないか。』そのような状況の中で、『せめて出来ることとしたら、足しげく通うことではないか。出来ることは行為しかない。いい意味ではなく、とりあえず“ただいる”ことしかできない。』

そして“共にいれない”中でも、“共にいれた”という体験についても語られた。

《共に酒をのんだ事例》それは患者と病室で酒を飲んだことだった。患者は『僕は癌になったらお酒を飲んじゃいけないだと思ってて、8 年ぶりに飲んだー。おいしかったー。』と患者はいい、死ぬ前の譫妄が『先生、3 次会にワイン会行こう』という内容になってしまったという。それは精神科の面接をしているよりよっぽどよかったんじゃないかと感じたと言った。“共にいれた”というより、“共に居させてもらった”という経験であり、それは黒子のようにお手伝いさせて頂いた経験だったと言った。

《共謀の事例》I が以前の勤務病院で診ていた末期の男性が最後にスーパーに行きたいと希望したが、彼は癌によって上顎から咽頭にかけて皮膚がなくなり、血管や組織が露出していた。さらにその部位は血を噴くことがあり、医学的判断では、食品売り場には行かせられないというものであった。しかし I は工夫を凝らし、問題が起きた時には責任を取る覚悟で彼を行かせたという体験を語った。そのことを“柰”を超えた体験と表現した。『医学的判断の柰に縛られていたら、“共にいる”ことは出来ず、それを超えたところにあるのではないか』と語られた。しかし『“柰”を外しても、主治医としての“柰”は外さない。患者も主治医が飲んでくれたから嬉しかったんじゃないかな。その患者が最期の譫妄の内容が I とのお酒がテーマになってしまったんだと思う。』

また、自身の行動を振り返って、『自分は緩和ケアをするときに“善きサマリア人”²の姿勢を大事にしているかな』と語った。

IV. 考察

指定イメージ段階の語りは先の項で述べたように、協力者の患者と関わる姿勢がイメージの中に力動的に表れていると考えられたため、質問段階での語りは、この指定イメージ段階においての語りを補うものとして、考察では扱っていく。さらにⅠによって想起された3つの事例に関しては、イメージから得られた図1の考察を深めていくために適宜引用していく。(以下、『』内は調査における協力者の語りを引用したものである。)

1. “心へのよりそい”と“心によりそえない”こと【図1：ア,イ】

図1より協力者の患者と関わっているときのあり方について考察を行う。A～Hのすべてのイメージに患者の苦しみ(コ)を少しでも軽減するために関わっていこうとする“心へのよりそい”という姿勢(ア)が全員に見られた。緩和ケア病棟が患者の全人的な苦痛をケアすることを第一としている場であることを考えると、この結果は当然である。しかし、その中でも“心によりそえない”状況があること(イ：心によりそえない)が伺われる。しかし、その中でもCは患者の背中をさすることで関わり続けた(図2-2、表2-2)。『少しでもここが楽になれば』と思いつつ、出来ることの中(体を擦ること)での患者への関わりは、『大きなことでなくとも少しでも何か出来れば』というCの思いを非常によく表している。Gは患者に関心を持つことは愛であり、それがスピリチュアルケアにつながると述べている。そして、人にとってもっとも辛いことは、否定であり、無関心であると述べている。Cの思いを持ちながら身体的に関わり続ける姿勢は、患者にまなざしを向けるという、“共にいる”ことの1つのあり方だと考えられる。

Ⅰの《“ただいた”事例》は心へのよりそいには及ばない次元であった。Ⅰは“共にいる”ことは出来ないと述べてつつ、せめて出来ることとして“ただいる”ということ述べている。臨床において“共にいる”ことの重要性が語られるが、そこには“心にそう”というポジティブな意味のみでなく、“居ることしかできない”という次元も含まれているのだということが伺われる。

2. 限界の意味【図1：イ,ウ,エ】

図1イ,ウ,エ(心によりそえない、心によりそうことの限界、心によりそうことのしんどさ)

² ルカによる福音書10章30節から35節のエピソードをさす。以下に該当箇所の引用を記載する。“イエスはお答えになった。「ある人がエルサレムからエリコへ下っていく途中、追いはぎに襲われた。追いはぎはその人の服をはぎ取り、殴りつけ、半殺しにしたまま立ち去った。ある祭司がたまたまその道を下って来たが、その人を見ると、道の向こう側を通って行った。同じようにレビ人もその場所にやってきたが、その人を見ると、道の向こう側を通って行った。ところが、旅をしていたあるサマリア人はそばに来ると、その人を見て憐れに思い、近寄って傷に油とぶどう酒を注ぎ、包帯をして、自分のろばに寄せ、宿屋に連れて行って介抱した。そして、翌日になると、デナリオン銀貨を二枚取り出し、宿屋の主人に渡して言った。『この人を介抱してください。費用がもっとかかったら、帰りがけに払います。』」(新共同訳聖書)ここでの「ある人」はユダヤ人を指し、「祭司」はユダヤ教の聖職者である。レビ人も祭祀に関わる者であり、祭司とレビ人には“死体に触れてはならない”という禁忌があった。また、サマリア人はユダヤ教徒と異教徒との混血民族を指し、ユダヤ人にとって、サマリア人はユダヤの血を穢した存在として、ひどい差別の対象であった。(銭谷, 2004)

で見られるように、患者の心によりそおうとしたとしても、限界があるということは事実であろう。特に D の語りでは、『ほんの数分は心に寄り添うことは出来ても、患者の孤独感がなくなるということはない』と限界が強調されている。しかし、4 年間、D が病棟に通い続けるのは限界があってもどうかしていこうという思いからである。C の『何か少しでも出来たらそれで十分なのだ』という語りは、D の考えを積極的な方向から捉えた思いと考えられる。

I はそれを『理解も共感も及ばない』状況であり、『何も出来ない』と語っている。しかし、ここで I は共感すること、あるいは理解することを完全にあきらめてしまっているわけでない。それは I の『駄目だな、と思いつつも限界を高めていく』という発言に現れていると考えられるからである。Rogers の論において、岡村（2007）は、「共感的理解」に対して、次のような解釈を行っている。Rogers（1957）では「治療者は、クライアントの内的照合枠に対する共感的理解を体験しており、この体験をクライアントに伝えようと全力を尽くしている」とされている。岡村は、ここでの「体験」という言葉の意味は「…られるようになろうとしている」という状態を指すと解釈している。これは「共感できるようにしようとしている」という態度を指していることになるであろう。これは「共感できていなければならない」ということではなく、「共感しようとしている」その態度が、クライアントの変容の場となる可能性を持っていると述べていると考えられる。I は《“ただいた”事例》において、患者の苦しみは圧倒的であり、理解・共感の次元には及ばないことを述べている。そのような状況を“共にいる”という言葉とは対極的に、皮肉のように“ただいる”という表現をしている。「死の臨床」において“共にいられない”状況で“共にいる”という矛盾の中で、“共にいれない”からこそ、“共にいようとする”という姿勢が強く出てくることは非常に興味深い。さらにそのような態度が治療的側面につながっていく可能性もあるだろう。

3. 有限性を抱えた存在として“ただいる”ということ

しかし、“共にいられない”状況で“共にいようとする”ことは容易なことではない。I は“ただいた”だけだと皮肉ように表現した 20 分の間、どうにも出来ないという敗北感と向き合っていたと考えられる。何もしてあげられないという自身に存在意義が見出せない中で存在することは非常に苦痛であろう。居たたまれなさから足が遠のいてしまいそうになることは、勤務年数 8 年というベテランの看護師である A の語りにも見られた。

この居たたまれなさは、“何かしたい”という気持ちを持って患者に関わる者にとって、自分自身を肯定することが妨げられる感覚であろう。Tillich（1952/1978）はこれを「有限な存在が自己の有限性を自覚すること」であると述べている。しかも、自身の力がいかに小さいものかと突きつけられる体験である。さらにその有限性を突きつけられることは、「われわれ自身死すべき者であるという人間に潜在する意識」が揺り動かされる体験でもあると彼は述べている。これが人を「不安」にさせるのであり、「有限な存在は、一瞬たりとも、はだかの不安に耐えることはできない。」患者自身はまさに死ぬかもしれないという「はだかの不安」に直面しているのであり、関わる者も自己の有限性を突きつけられる時、「はだかの不安」をも揺り動かされるのであろう。このようなまさに根源的な不安に関わる者の中にも惹起されるという投影同一化のような状態や、関わる者が居たたまれなさを感じるという逆転移状況においても、そこにとどまり続けるに必要

なものとして、Tillich は「勇気」という概念を用いている。「勇気とは、自分自身を肯定することを妨げようとするものに抗して“それにもかかわらず”自己を肯定すること」と述べている。I の述べる“ただいる”とは「それにもかかわらず」居続けるという「勇気」とも言うべき強い意志をもってなされることであろう。関わる者が“共にいる／いれた”と思える時は、少しでも何か出来たという幾ばくかは自己肯定が出来る状態とも言える。しかし、関わる者自身が自己肯定も出来なくなり、患者が直面しているであろう「はだかの不安」を感じながら、それでも耐えて居続けることが“ただいる”ことなのではないだろうか。

4. “枠”の二重性【図1：カ,キ】

図1では専門性(カ)と個人性(キ)について、関わる者のあり方が示されている。専門職(A,B,E,G,H)においてその役割を超えて関わり合うということがA,B(看護師)E(音楽療法士)に見られた。看護師では、患者と自身の関係は『看護師という役割と患者という役割を超えて』(B)関わっているという姿勢が見られた。Eは、非常に端的に患者は普通の人として捉え、自身は一人の人として出会えたことを喜ぶと述べている。専門性という枠を超えて、一人の人間同士の関わり合いが生まれてきていると言えるだろう。

そしてIの《“共謀”の事例》にもこの“枠”についての言及が見られる。医学的規範という“枠”を超えながら、Iは『やっぱり、主治医の“枠”は外さない』と述べている、“医学的規範を持った医師”が不特定多数にとっての存在であるのに対して、“あなたの医師(主治医)”は、患者にとって個別的な存在になる。しかし、個別的でありながら“枠”は守るという関わり方である。《共に酒をのんだ事例》において共に酒を飲み交わしたときに、そのような関わり方に対して、『向こうも主治医と一緒に飲んでくれたのがうれしかったみたいだね』と述べている。私個人とも言う“枠”の内側の部分を守りつつも、規範的な“枠”を超えたところでの関わり合いが、患者にとって非常に重要な意味を持ったのではないだろうか。患者のIとの病室で酒を飲んだ体験が謔妄になって現れてきたことは、患者にとってその体験が非常に大きな意味を持つものであったことを指すであろう。この主治医という“枠”を外さないことには、2つの側面があるのではないだろうか。その枠内にある私個人を守るという側面と、主治医だからこそ出来る関わりを持つという側面ではないだろうか。前者に関しては、多くの看取りの中で専門職として立ち続ける守りとなるであろうし、後者では患者を支える『黒子』として抱える枠となるであろう。また、《共に酒をのんだ事例》では、主治医が一つ“枠”を超えて関わってくれたという喜びにもなるのであろう。ここに“枠”を超えつつ、しかし、一方で“枠”を守ることの意義があるのだと考えられる。

5. “共にいる”場の様子【図2、表2】

Cの図2-1(心のよりそいのあるイメージ)はCが『窓の外に見える部屋』と述べた。それに対して図2-2(心のよりそいがないイメージ)は『外の風景のない部屋』と述べている。色調も前者は非常に柔らかな色使いであり、明るい雰囲気包まれている。後者は、『日の射している感じがしない』という狭く、閉鎖的な雰囲気が感じられる。患者は身体的な辛さから体が縮こまっており、視線が夫にのみ注がれている。患者の身体に繋がるチューブは、身体の重さ、辛さを示

すようであり、それがチューブの先につながったバッグに溜まっていく様子は非常に陰鬱とした雰囲気を感じさせる。それが患者、家族、そして関わる者に感じられるしんどさを象徴しているかのようである。

Cは図2-1について窓の外に言及している。他の協力者においても、窓の外が語られた(F,H)。Fは患者と横に座って外を眺めており、『患者さんは長いこと、この景色をみてらっしゃったんだなあ』と思いつつ、山の景色に新しい発見をして、新しい気づきを得ている。その時間は静かでゆっくりとした時間であると表現された。Hはイメージの中で患者との空間で『天気がいい』ということのをイメージしている。Hとイメージの中の患者のいる空間には、外の明るさや外に通じていく広さを感じられる。患者は重篤な状態ということであり、様々な辛さを抱えているだろう。Cの1人目の患者も、ふとした時に辛さが浮かんできるように、辛さを抱えている。“共にいる”場は、辛さを抱えながら、時に外にまで視点が開けるような、明るく、暖かい、柔らかいというような空間も確かにあるのではないだろうか。

6. “善きサマリア人”の譬え

考察のまとめとしてIの態度として結実している“善きサマリア人”について考察を行い、“サマリア人”のメタファーからの“共にいる”ということについて考えてみたい。

この聖書箇所について、1968年にKing牧師は、祭司とレビ人は「私が助けるために立ち止まったら、私はどうなるのか」、サマリア人は「私が助けなければ、彼はどうなるのか」という疑問を抱いたのではないだろうか、と述べている。(AFSCME,2008)つまり瀕死のユダヤ人を見るときに祭司とレビ人は自身の社会的に規定された³枠を守ったと言える。祭司とレビ人にはユダヤ人が死んでいる／死ぬかもしれないことを考え、彼らはその後の祭祀に携わることに障るのではないかと、自身の役割からすると、まっとうな判断をしたのであろう。彼らが特に薄情であったということではないのではないだろうか。“サマリア人”は根強い宗教的対立という枠を超えたと見ることが出来るであろう。また同時に祭司達は枠を超える「勇気」が持てなかったとも言えることができる。

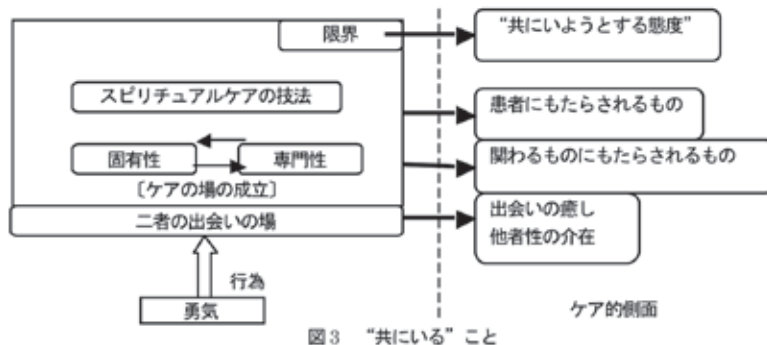
“サマリア人”は瀕死のユダヤ人を献身的に介抱し、宿屋に連れていった後、宿屋の主人に介抱を頼み、さらにお金がかかった場合には、帰りに払うといって、出かけていった。ここで“サマリア人”は自身の用事を犠牲にすることなく、その用事を果たしに行っている。これは援助のあり方として非常に示唆深いものである。自分自身をすべて投げ打って、献身的であることが必要なのではないと見ることが出来ないだろうか。これは、自分の“枠”を守りつつも、“枠”を超えた行為であると見ることが出来る。

“善きサマリア人”の逸話の後に聖書では「行って、あなたも同じようにしなさい」(新共同訳聖書、ルカによる福音書10章37節)と述べられており、実際に行うことが強調されている。それは“善いこと”を概念として理解していることが重要なだけでなく、実践することでその概念が生かされることを述べていると考えられる。Iは『せめて出来ることとして、足しげく通う。』と述べている。Iは『行為しか出来ない』と語ると同時に『(研究者は)スピリチュアリティを概念

³ 死体に触ると祭祀に携わることが出来ないという律法の規定があった。(銭谷,2004)

化しようとするけど、スピリチュアルケアは、行為の中にあるんじゃないか』と語っている。これは末期患者に関わるときに実際に行う、その行為でケアが生きてくるということと考えられる。またそこには二重の枠があり、それを超えつつ守ることで“共にいる”ということがなされていると見ることが出来る。

V. 総合考察



“スピリチュアル・ケア”の考察を行うとき、共感的理解や傾聴等によって、患者のライフレビューに関わっていくこと等の必要が取り上げられるが、本調査を通してその関わりが関わる者の「勇気」ともいうような強い意志で支えられていることが分かった。そして“共にいられない”限界を抱えつつも、そうであるため懸命に“共にいよう”とする姿が見られた。その“共にいる”ことは患者や関わる者の役割という“枠”を超えて、一人の人間として関わり合っているということも考えられた。このような姿勢を「死の臨床」においての“共にいる”ということだと考えることが出来るのではないだろうか。これらを図式化したものが図3である。これは勇気によって支えられ、初めて患者との出会いの場が生じ、ケアの場が成立することになる。そこではスピリチュアルケアのための技法も用いられるようになるであろうし、“枠”を超えつつ“枠”を守るというような専門性と固有性の相互性と補完性、そして限界が内包されている。それらからつながっていくものとして“共にいる”ことのケア的側面が生じてくるのではないだろうか。

1. “共にいる”ということ

本調査では経験的な次元に焦点をあてて調査を行ってきた。このことから末期患者のそばにいて、共にいるということは自身の存在をも揺るがされることであることが分かった。患者自身も関わる者もこの究極の状況の中で、絶望に陥ることもあるであろうし、強い意志を持ってその中に関わる者が“ただいる”中で、多くの文献で取り上げられるような精神的・社会的・身体的な次元を超えた“スピリチュアル”としかいいようないような体験が生じてくることもあるのであろう。

患者と“共にいる”中で生じているものは、Joseph (1985/2000) によると「私たちの中に喚起される感情を通して、つまり広い意味での逆転移を通してしかとらえられない」と述べている。しばしば関わる者を患者のもとから遠ざかりがちにする、関わる者の中に惹起される感情が“共にいる”ための助けとなると考えられる。本調査で“心によりそえない”、“よりそうことの限界”、

“ただいるしかない”と明示化されたことは、“共にいる”ことの一つの助けになるのではないかと考える。

2. “共にいる”ことのケア的側面

そして関わる者が「勇気」を持って、実際に行った行為によって患者と関わる者は出会うことになる。人の出会いには、Buber (1960/1966) によれば、それ自体「出会いの癒し」を含んでおり、Bakhtin (1984) によると「他者性の供給」がなされる。Bakhtin は他者との生きた交流を通じてしか、本当の考え、すなわち観念は存在しないとしている。これによると他者と出会うことによって、患者は真に自分のことを考えることができるようになると考えられる。さらに出会いの場はケアの場となっていき、これまで研究されてきたさまざまな技法が用いられて、スピリチュアルケアにつながるであろう。

考察で述べたように限界も“共にいれない”からこそ“共にいようとする”“共感しようとする”態度が「死の臨床」のケア的な場として存在させることになるのかもしれない。

図3は“共にいる”ことの構造を明示化したと共に、ケアへのつながりを示している。またこの図から示されるように“共にいる”ことは、ケアの基盤を作るものであり、それそのものがケア的な意味合いを持つものであるということが出来る。

しかし本稿は実際にどのようなケアにつながったのかということについては調査を行っていない。ケア的な側面は援助論において根幹とも言える部分であり、“共にいる”ということのありようを踏まえて、今後の重要な研究課題である。

3. 本稿の限界と課題

本稿では、協力者の従事年数や職種、勤務病院の特性を考慮せずに考察を行ってきた。これは多忙な現場において協力して頂ける方が限られていたという本調査の大きな問題点でもある。しかし、広く関わる者の根本的なあり方に焦点をあて、“共にいる”ということの普遍的な側面を見ようとする端緒はつかめたのではないかと考える。しかし、従事年数や職種による実感の違いや遷り変わりはあるだろう。今後、それらも併せ、広く調査を行い、“共にいる”ということを考察することが課題であると考ええる。

また方法において、指定イメージ法を用いた。これは協力者がこれまでの体験を象徴する形でイメージを語ることを期待したものであった。しかし現実と遊離していく危険性もある方法であったと言える。実際の調査場面では多くの協力者が実際の心に残っている事例を思い浮かべながら語っている様子があり、語られたイメージは臨床場面を如実に語っているものであったと筆者には思われる。しかしながら、こういった体験の聞き取りについての手法に関して、さらに適切な方法を模索していくことは必要なことだと考えられる。

American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME) "I've Been to the Mountaintop"

by Dr. Martin Luther King, Jr. AFSME <http://www.afscme.org/index.cfm> 参照日 2007年1月9日

Bakhtin, M. 1984 Problems of Dostoevsky's Poetics (新谷敬三郎訳 ドストエフスキ論：創作方法の諸問題 冬樹社)

- Buber, M. 1960 *Begegnung: Autobiographische Fragmente* (小林洋訳 1966 出会い: 自伝的断片 理想社)
- Joseph, B. 1985 *Transference: the total situation.* (古賀靖彦訳 2000 メラニー・クライン トゥデイ③ 岩崎学術出版社)
- 川喜田二郎 1970 続・発想法 中央公論社
- 岸本寛史 1999 癌と心理療法 誠信書房
- 岸本寛史 2004 緩和のこころーがん患者への心理的援助のために 誠信書房
- 中根千景 2004 中間領域としての物語 - 癌患者に関わる治療者の課題 心理臨床学研究, **22**, 488-498.
- 沼野尚子 2002 癒されて旅立ちたい 佼成出版社
- 岡村達也 2007 カウンセリングの条件ークライアント中心療法の立場からー 日本評論社
- 榊原哲也 2005 死生のケアの現象学 - ベナー/ルーベルの現象学的看護論を手がかりにして 死生学研究, **2005年春号**, 85-89.
- Rogers, C. R. 1957 A necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change *Journal of Consulting Psychology*, **21**, 95-103. (伊藤博編訳: ロジャーズ全集 4 巻 6 章 117-140 岩崎学術出版社)
- Tillich, P. 1952 *The courage to be* (大木英夫訳: ティリッヒ著作集 9 白水社)
- 若林一美 1989 訳者あとがき Boulay, S. D. 1984 Cicely Saunders-the Founder of Modern hospice Movement- Hodder and Stoughton 若林一美・若山隆良・棚瀬多喜雄・岡田要訳 1989 *hosupisu* 運動の創始者ーシシリー・ソングース 日本看護協会出版社 333 - 338.
- 山中康裕 2000 こころに添う - セラピスト原論 - 金剛出版
- 銭谷秋生 2004 行為の理由についての研究ノート; よきサマリア人の譬えから哲学的分析へ 茨城キリスト教大学紀要 I, 人文科学 **38**, 143-158.

付記

本研究のため調査協力頂いた方に心より感謝を申し上げます。また論文指導を頂いた先生方にも心より感謝を申し上げます。本稿は京都大学教育学部の卒業論文を加筆修正したものである。

(臨床心理実践学講座 博士後期課程 1 回生)

(受稿 2011 年 9 月 2 日、改稿 2011 年 11 月 25 日、受理 2011 年 12 月 26 日)

Psychological Study of “Be There” with the Terminal Ill

TAKAHASHI Sayako

This paper discusses “Being There” with the terminally ill and caregivers. The phrase “Be There” is often used in discussions regarding care and the ways of caring for patients. However, it is too abstract, and depends on each caregiver. The purpose of this paper is to describe the meaning of the words. The results of this research are: 1) the attitude to try to be meet patients, realizing limits that caregivers can hardly give anything to do to them, 2) the attitude to be there with them even if caregivers could not empathize, and I consider 3) the meaning of “limits”, 4) the dual structure of “ framework ”, 5) the atmosphere of “Being There.” From these considerations, the possibility of “Being There” is discussed.