



通信
第37号

平成18年1月18日 発行

発行：「α」通信編集部

活動場所（第1・3水曜日、2・4土曜日）
千葉大学・福祉環境交流センター内
TEL/FAX:043-290-3029

事務局連絡先

〒273-0033 船橋市本郷町505-1-704
FAX:047-333-0679 TEL:090-9317-8488

<http://www.icntv.ne.jp/user/alpha/>

発行責任者：土橋 律子

編集責任者：五十嵐昭子

あけましておめでとうございます。

年明け早々にNHKが「いま、日本のがん医療を問う」という番組を放映しました。ご覧になった方も多いと思います。第二夜は緩和医療を扱っていました。「緩和ケアか治療か、二者択一を迫られるのではなく、緩和ケアを受けながら治療の道を探ることはできないのか」という患者側の問いに、医療者側はどのように応えていくのか、行政はそのための制度的な保証をどのように計画していくのか、さまざまな反響を呼んだ番組でした。

さて、昨年10月に行った「α」の公開講演会のテーマも、まさに「がん医療における『緩和』—告知から始まる緩和医療—」でした。普段あまりお話を聞く機会のない麻酔科医・高田宗明さん、放射線科医・伏木雅人さん、ホスピス医を経験された春原啓一さんと、一般病院の外科医として治療に携わっている押田正規さんという顔ぶれで、がん医療について、緩和について話し合いました。

質疑の時間でもさまざまな意見交換が行われ、千葉県がんセンターの竜センター長が千葉県のがん医療の方向性について熱く語ってくれました。紙数の関係で質疑については次号に掲載いたします。

能登緩和ケア研究会の経験から

高田 宗明（公立能登総合病院 麻酔科医）

石川県能登半島の中ほど、七尾市からきました高田です。

僕の勤めている病院は2000年に新病院に移転しまして、それを機に自分がこれまでやってきた緩和ケアへの関わり方ががらっと変わってしまいました。今日はそのへんの経緯をお話したいと思います。

僕は今現在は、麻酔科長兼救急救命センター一長という立場です。ペインクリニックも細々



高田医師

とやっていますが、時間がないのもうほとんど手が割けません。本日のテーマとして依頼された「緩和ケア」については、現在はあまり関わっていないために、かなり古い話をするようになりますが、僕が代表をしておりました能登緩和ケア研究会のことをお話しさせていただきます。

日本におけるがん疼痛治療の歴史

がん性疼痛治療の歴史の流れのなかで、うちの病院はどうであったかをみてみました。1982年にWHOの“がん疼痛治療の指針”ができ、MSコンチンというモルヒネの薬が発売された時期が1990年前後です。その後91年に能登緩和ケア研究会が設立されました。99年に、能登だけで

日本におけるがん疼痛治療の歴史と 能登・緩和ケア研究会	
1982年	WHOがん疼痛治療の暫定指針
1986年	WHO : Cancer Pain Relief (がんの痛みからの解放) 発表
1989年1月	MSコンチン発売
1990年	麻薬及び向精神薬取締法の改正 (届出の廃棄、海外旅行可)
1991年	麻薬処方箋は署名だけで可 ←能登・緩和ケア研究会設立
1992年1月	アンペック坐剤発売
1994年	がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会
1996年	第1回日本緩和医療学会
1999年11月	カディアン発売 ←(石川緩和医療研究会 設立)
2000年	がん疼痛治療ガイドライン (緩和医療学会編) 発表 ←新病院へ移転 (2000年3月)
2002年3月	デュロテップパッチ発売 ←研究会の休会 (2002年4月)
2003年7月	オプソ内服液、オキシコンチン発売
2004年11月	アレディアが乳がんの溶骨性骨転移の適応拡大

(表1)

なく石川県全体を対象とした石川緩和医療研究会ができています。これは、能登緩和ケア研究会とは別の団体なのですが、僕も世話人をしていいます。一方で、2000年に新しい病院に移転するために、当院職員の仕事が一気に増えました。そして、新しい病院に移ってからは仕事の形が変わってしまったため、2002年に研究会が休会となっています。

まず、能登緩和ケア研究会の設立経緯からお話します。平成2年の夏ごろに院長から、「どうもがんの患者さんで痛みを訴える方が多い。ペインクリニックのほうでなんとかしてくれない

研究会の活動内容
・疼痛管理登録箋
一 進行がん患者の登録、疼痛のアセスメント
一 麻酔科医による疼痛コントロールのアドバイス
・ターミナル期の患者と死亡患者の統計
一 がんによる死亡者を記録
・定例会 (1回/月) の開催
・「研究発表会」の開催
・ウェブサイトを利用した情報発信
・緩和ケアに関するアンケート調査 (2回)
・緩和ケアマニュアルの作成

(表2)

か」という相談が持ちかけられました。半年ほど勉強する期間をもらい、その翌年、平成3年の春に、各病棟から活動の中心になる看護師を集めてチームを作り、勉強をはじめました。3カ月ほど、どういう形で活動していくかを考えて、平成3年の4月から「研究会」という名前でスタートしました。

麻酔科と他科との 連絡をスムーズに

研究会の活動内容ですが、一番の目的は、がんの痛みを訴えている患者さんをなんとかしたいということで、“がん性疼痛管理登録箋”というものを作りました。病院の中で患者さんが「痛い」と言っ

ても、その痛みをコントロールできるはずの麻酔科に紹介するというのはなかなか難しいんですね。患者さんが看護師か主治医にお願いして、主治医が依頼書を書いて、他科紹介という形で麻酔科に来るのが普通ですが、主治医も忙しくて書類を作ってられないということもあり、現場の看護師の判断で登録箋を書いて麻酔科に紹介する、という形をとりました。これに関しては、医局会で事前に了解を取りました。「僕のほうから患者さんに直接薬を出すということはありません。主治医にこういう薬の治療法がありますよという紹介に留め、それを採用するかどうかは主治医の判断に任せます」と主治医の方針を尊重する形で進めました。

必要な痛み・不必要な痛み

痛みの役割は、強い刺激が身体に悪いことをするので、それを感じて早期に避ける行動を起こすための警告として考えられています。これは急性の疼痛ですが、痛みが慢性的にずっと続いたり、神経細胞そのものが障害されたりすると、慢性疼痛症候群という、治療が難しいやっかいな症状が出てきます。具体的には、一番有名



疼痛に対する基本的な考え方

1. 「警告」として働く急性疼痛

痛みの役割は、身体に障害をきたすような強い刺激にたいして、「痛み」として不快に感じることであり、その有害刺激を避ける行動を起こすための「警告」「スイッチ」となる。

2. 神経伝達もつれた慢性疼痛症候群

末梢神経細胞自身が障害を受けたとき、末梢側と中枢側で痛みを感じる機序に変化が起きて、痛みを感じる。神経因性疼痛とも呼ばれ、難治性慢性疼痛として扱われる。

必要な痛み・不必要な痛み

急性痛の警告は必要だが、それ以外の疼痛は不必要な痛み。

→がん性疼痛は不必要な痛みの代表！

(表3)

WHO三段階除痛ラダー

第Ⅰ段階：軽度の強さの痛みを用いる。

非オピオイド鎮痛薬±鎮痛補助薬
痛みの残存または増強

↓

第Ⅱ段階：軽度から中等度の強さの痛みを用いる。

弱オピオイド鎮痛薬±非オピオイド鎮痛薬±鎮痛補助薬
痛みの残存または増強

↓

第Ⅲ段階：中等度から高度の強さの痛みを用いる。

弱オピオイド鎮痛薬±非オピオイド鎮痛薬±鎮痛補助薬

(表4)

なとこで、帯状疱疹の後遺症の帯状疱疹後神経痛などがそれに当たります。

がんの痛みは、急性疼痛の役目を果たすことももちろんありますが、診断がついて治療が始まっても痛みがある場合は、これはもう、慢性疼痛症候群の分野に入る“不必要な痛み”と考えられます。がんの痛みなどは、この不必要な痛みの代表といえます。

そして、がん性疼痛を訴える患者さんに対しては、WHOの三段階除痛ラダーでは、最初は普通のNSAID'sと呼ばれる鎮痛薬、それに補助薬を加える。少し痛みが強くなると、今度は弱いオピオイド鎮痛薬を追加する。それから、もっと強い場合には、モルヒネなどの強い麻薬を加えるというやり方になります。

この薬の投与も自分でコントロールできるように経口的にやるのが原則。時間を決めて正し

く、そのラダーに沿った効力の順にやって、患者さんごとの個別的な量で行い、その上で副作用対策などの細かい配慮を行うことを、WHOの指針は勧めています。

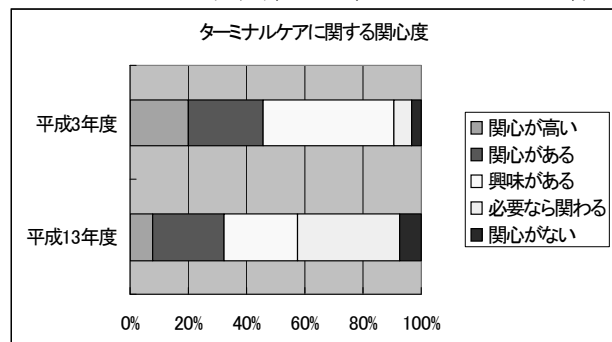
緩和ケア研究会の活動を始めて4年くらいで、痛みの患者さんにはこのようにしてモルヒネを使う、ということが院内にほぼ周知されたので、がん性疼痛管理登録箋は5年をもって中止しました。新しく赴任される先生方も、「うちはこうなってるよ」と看護師が言うので、一通りのモルヒネを使った後は、早めに麻酔科に相談がくるようになりました。

研究会活動の一環として、各病棟から看護師が集まるので、各病棟にどれくらい終末期の患者さんがいるか、死亡間際に蘇生やIVHが行われたかという集計も行いました。年に1回の研究発表会を開催することにしました。第1回目が平成4年の11月、第7回目の2001年に行った研究発表会に、土橋さんに来ていただいて、お話ししてもらいました。(そして、それが最後になりました。)

当院職員の意識の変化

全職員を対象に緩和ケアに関するアンケート調査を約10年の間隔を空けて2回行っています。1回目のアンケートが1992年3月(平成3年度)です。ターミナルケアに関する関心度、用語の知識などを訊いています。2回目は2002年の1月(平成13年度)に行い、1回目の内容につけ加えた分として「家族にがんを知らせるかどうか」とか、「看護師の印象としての病名告知率」を問いました。このアンケート結果を簡単に紹介します。

ターミナルケアに関する関心度ですが、平成3年度、平成13年度を比べると平成3年度のほうが高いですね。平成13年度のほうがずいぶん減っています。インフォームドコンセントとかホスピスという言葉では、“ホスピス”は昔か



(表5)



らよく知られているようですが、「インフォームドコンセント」は、平成13年度に一気に知られるようになりました。

「がんの治療をどこまで行うか」ですが、平成3年度には、せいぜいが鎮静法を最後に行うかどうかだったんですが、平成13年度になりますと、モルヒネがすごく増えていますし、抗がん剤もいろいろ発展しまして、そういった治療が行われるようになってます。

本人が病名告知・予後告知を希望するかどうかですが、平成3年、13年共に70%くらいです。特に早期がんでは、90%くらいの方が病名告知を希望されています。家族は2回目しか訊いていませんが、病名を知らせるかどうかでは、早期だと7割くらいの方が、「知らせた・知らせたと思っている」という答えですが、進行がんになると、6割と減るようです。

看護師さんの印象としての病名告知率はどんなものか、平成13年に訊いたんですが、早期がんだと5割近く告知するようになりましたが、それ以外ではまだ1割あるかないかでした。最近では、その後いろいろな報道がありまして、例えば、「がんの告知で患者が自殺した」とか、「告知しなかったために適切な医療を受けられなかったという訴えが認められた」という裁判の報道があったり、厚生労働省が「診療情報の提供に関する指針」を作り、情報開示・インフォームドコンセントを義務付けましたが、それらによって一気に告知例が増えてきました。現在は、8割から9割が告知されていると思います。

病名告知に関して

- ・個人主義が確立していない社会では難しい
- ・患者の希望が不明、家族の意思を優先しがち
—責任を家族に押しつけていたのかも知れない
- ・判決や報道の影響を受けやすい
—「がん告知によって患者が自殺したとして、遺族が医師らを提訴」という報道
—「病名告知をしなかったことで適切な医療を受けられなかったのは、医師の説明義務違反」という判決の報道
→この説明義務違反判決以後、告知が増えた
- ・厚労省「診療情報の提供等に関する指針」策定
—情報開示、インフォームドコンセントの義務づけ
→当院では、この指針公開で、一気に告知例が増えた

(表6)

当時、あのアンケート結果の発表のなかでは、「個人主義が確立していない日本ではこういうのは難しい」とか、「患者の希望がよくわからなくて結局は家族の意思を優先しがちになる」「責任を医療者が家族に押し付けていたのかもしれない」という考察が出ていました。

患者の権利・リスボン宣言

「患者の権利」という言葉がずいぶん前から言われてますが、「患者の権利に関するリスボン宣言」が、1981年にリスボンで採択されています。この後、一部に変更がありましたが、

リスボン宣言	
1.	良質の医療を受ける権利
2.	選択の自由
3.	自己決定権
4.	意識喪失患者
5.	法的無能力者
6.	患者の意思に関する処置・治療
7.	情報に関する権利
8.	秘密保持に関する権利
9.	健康教育を受ける権利
10.	尊厳性への権利
11.	宗教的支援を受ける権利

(表7)

表7のような11項目が謳われています。

良質な医療を受ける権利、選択の自由、自己決定権、これらが一番大切かと思いますが、そのほかにもいろんなことが言われています。当初、日本医師会はこのリスボン宣言に賛成しなかったんですが、2004年に日本医師会が世界医師会東京総会を主催し、リスボン宣言を大きく取り上げて「やる」と言ってます。

十分な説明を聞いて治療を受ける、という患者さんの権利は尊重しなければならないと思うのですが、なかなか「お任せ医療＝パターンリズム」の習慣は抜けません。特に当院のような田舎のほうですと、「お任せします」ばかりです。せっかく説明しているのに「任せますから」と言われてしまい、こっちも困るんです。患者さんに言わせてみれば、「私らなんもわからんから先生、任せます」ということなのでしょうが……。医療や病気に対する知識にあまりにも格差があるためかなとも思うんですが、難しい面ですね。

そういう状況のなかでも、医療者というのは、病名告知を含めた診療情報の開示というものをちゃんと行って、患者の知る権利を尊重すべきであると僕は思います。情報を得て、治療を選

押し、どこまで行くかというのは結局、その患者さんの自己決定権として尊重すべきであると。「あなたどう思っています?」「どう考えてます?」ということをお患者さんに診療中に訊く必要があるんじゃないかと考えています。

病院機能評価を契機に

「病院機能評価」というのがありまして、いろいろ患者さんの権利を尊重しているかなどの調査があるんですが、現在うちの病院は、それを2回受け、2回ともパスしました。それをパスするためには病院のなかを変えていかなければならないので、それを契機に変わってきたところもあります。「患者満足度調査」を年に1回ずつ行い、それを見ながら次の年にどうしていくかと考えています。カルテ開示は、精神科があるので、一部非開示のところもあるんですが、ほとんど開示されていますし、プライバシーに関しては病院の構造とか難しい面があるんですが、いちおうクリアしています。

しかし、インフォームドコンセントに関しては、医師の性格や、やり方の問題があって、まだまだ不十分だと思っています。外科の先生は、どうしても手術をやる方向に話をしがちですし、内科の先生で慎重な先生は患者さんに選ばせる方法、もしくは保存的に診る方向で話をするとか、そういう作為がどうしても残ってくるみたいです。そうした誘導的なニュアンスを含めずに話をすることはまた難しいことで、このへんは、インターネットなどから情報を得ながら、患者さん自身が慎重に選ばなくてはならないのかなと思っています。

現在の当院の状況ですが、がんの患者さんはほとんど外科病棟と内科病棟のなかの消化器・呼吸器病棟に集中しています。

何やかやで先にも述べましたが、病名告知に関しては一気に増えて、呼吸器、泌尿器科系はもう100%です。消化器のがんがまだ悪いですが、

60%程度まで増えてきています。

疼痛管理法はずいぶん良くなってきて大きな問題はないですし、早めに麻酔科や精神科にも来るようになっていきます。ほかに、医師以外の医療従事者、ソーシャルワーカーも早めに動いています。それでそんなに表立った問題は出てきていません。しかし、一般病棟であるが故に、普通の急性期の患者さんも多く入院しているので、看護師の仕事量が多くて、ほんとうの意味で終末期の患者さんのケアができてはいないんじゃないかと思っています。

ともかく、あれやこれやあって、2002年で能登緩和ケア研究会は休会になっています。休会になった理由は、一番最後の時に話し合った内容なんですけど、うちの病院が移転計画で多忙になったこと、新病院が救命センターとして認可され、病院の基本方針がそれを中心とした急性期医療を目指すことになったため、どうしても慢性期医療にあたる緩和医療というのは軽んじられる傾向になってきた、ということです。それから、発足当時中心になって頑張った人達が、新しい病院になって忙しくなったために辞めていったことも大きな理由だと思われました。そのほか病院内部の活動が主だったためか、外部からの支援が得られにくかった。「α」のような患者会がまわりにあって、一緒に活動できればもっと違った動きになったかなと思うんですが、後の反省です。

それ以外にも石川緩和医療研究会が立ち上がったので、能登緩和ケア研究会はそこに吸収される形でいいんじゃないか、という意見も出てきました。それやこれやでだんだん集まりが悪くなって、休会にしよう、また必要になったら集まろうということで、幕を閉じた次第です。

以上、簡単ですが、僕が代表を務めていた能登緩和ケア研究会の休会までの流れを紹介させていただきました。ご静聴ありがとうございました。

第2回公開講座のお知らせ

今回は消化器がんについて勉強します。消化器といっても食道・胃・十二指腸・小腸・大腸などの管腔臓器と、肝臓・胆嚢・すい臓などの実質臓器があります。大きく上部消化管と下部消化管にわけてお話していただく予定です。会員以外の方にもお声をかけてください。

日時：3月5日(日) 13:00~16:30

場所：千葉大学大学院社会文化科学研究科棟 1階マルチメディア講義室

講師：趙 明浩さん(千葉県がんセンター・消化器外科医師)

資料代：会員 無料 非会員 500円

理想と現実の狭間で

押田 正規 (労働者健康福祉機構千葉労災病院 乳腺外科医)

千葉労災病院の押田と申します。今、自分がやっていることや、考えていることをお話させていただきます。

緩和医療は来院時から始まる

先ほどもお話がありました、緩和医療とはいつから始まるものかということです。一般には終末期医療のことを主に考えるかもしれませんが。しかし現場の医療としては、病院に来られる方は



押田医師

必ず不安を持って来られるわけですから、その時点から緩和医療は始まるべきものであると考えています。例えば、乳がんの例をとれば、しこりを見つけて病院にくる、あるいは検診で精密検査が必要だと言われて来院される。病院にきた時からすでに不安を抱えていらっしゃる。ですから、緩和医療というのは、最初にお会いした時から始めるべきものであると思うわけです。相手の心を察して、そのうえで検査にあたる。例えば、「検診で引っかかっても多くの場合はほとんど問題ないですよ、ですからしっかり検査を受けて診断しましょう」そういう一言でも良いので、患者さんの不安を和らげるようなことから始めていく、それが私の考える緩和医療です。

医療というと、とかく手術や抗がん剤といった医療行為に主に目が向けられてしまいがちですが、病気を治すというのは、人と接して、人を治療していくことなので、治療を受けられる方の気持ちを理解し、できるだけ安心して検査や治療を受けていただくといった心のケアが、どの場面においても非常に大切だと感じております。ですから、一言でいうと「緩和医療は、最初から始まって最後まで続くべきものである」となります。

専門分化が進むなかで

しかし、実際にそれができているかどうかとなると話はまた違ってきます。私は一般病院に勤めています。外科を志して外科医になりました。その時、先輩から言われたことは、「とにかく診断をつけて、がんが見つかったら手術をして、最後まで診ろ。それが医者というものだ」と教わりました。ですから、外科医は手術だけではなく、いろんなことをやるものだとばかり思っていました。

外科といってもとても広い分野があります。胃がん、大腸がん、乳がん、そういった疾患を全部いっぺんに診て治療するものだと考えていました。最初のうちはそういう考えにあまり疑問を持たなかったのですが、医学の進歩は著しいものがあって、こと診断だけの分野に関しても、非常に専門性が求められる時代になってきています。例えば乳がんと言いますと、マンモグラフィーや超音波、それぞれ突き詰めれば突き詰めるほど非常に難しいものです。ですから、一つの診断だけに関しても、相当な努力をして勉強をしていかないと最前線の医療はできない、そういう状況になっています。

手術をとってみても、例えば乳房温存治療、最近では脇の下のリンパ節を残すセンチネルリンパ節生検、これらも専門性を求められる分野です。また抗がん剤などの治療薬は次々と新しいものができてきます。一年前の常識がもう常識でなくなるという時代にもなっています。

ですから、こと乳がんに関しても、診断、手術、抗がん剤治療、それぞれ本当に専門性を求められる分野として捉えていかなくてはいけない時代となってきています。当院も含めた一般病院の現状は、それらをほとんど一人の医師でこなさなければならないことが多く、今年からもう一人赴任しましたが、すべての分野や状況で納得のいく医療を受けてもらえているかどうか自信の



ないときもあります。そういう面で、当院の現状は厳しい面があると思っています。

患者—医療者のコミュニケーションを図る

乳がんの患者さんは増えてきています。かなり前から日本でも女性のがんの罹患率では第1位になっています。患者さんは増える、しかし現在の医療体制では医療費の問題などで長く入院させられない。限られた短い時間のなかで、患者さんと接して信頼関係を築いていくこと、それがなかなか難しい状況になっています。早い人は、入院して翌日か翌々日に手術をして、その週のうちに帰っていくような状況もあります。ですから、大切なのは患者さんとコミュニケーションをとり、その人の望んでいる治療をどれだけできるかということなのですが、それに割く時間もなかなか取れないのが現状です。

我々もいろいろとコミュニケーションを図るための工夫をしています。入院中に“おはじきマンマ”というものを作っています。何かというと、乳房の補正具なのですね。乳房を切除した後に補正具を作って、それで胸を張って帰っていただくという発想から、うちの看護師さんが考案しました。おはじきを重しにして作ります。見かけや整容のためでもあります。それを一緒に作ることによって医療者と患者さんのコミュニケーションを得る一つの手段としてやっています。「こうやって作るんですよ」などと話しながらやっていると、いろいろな話がそこからまた派生して出てきます。

がんの医療というのは、退院して終わりではなくて、むしろその後からが長いわけです。再発の不安やいろいろなことに心を痛めて過ごしている方が大勢いらっしゃる。ですから、当院では“コスモス会”という会を作って、年に2回ですが、患者さんやご家族の方に病院に来ていただいて、一緒にいろんなことを話したり、レクリエーションをしたり、勉強会をしたりという試みをしています。その会は医療者からの一方向のおしきせの会であってはまずいので、

患者さんの有志にも入っていただいて、何をやるか話し合っって運営するようにしています。まだいろいろな問題もあるのですが、増える患者さんに短い入院期間、



そこで出てくる問題を打開して、患者さんが納得いく医療を受けられるようにということで、そういった試みをしています。そして、そこで得られたこと、患者さんがどうい

う不安をかかえているのかなどをまた次の医療にフィードバックするように努力をしています。



地域のネットワーク作りで

理想の医療というのはどういう医療か。なかなか一言では言えないのですが、診断・手術・抗がん剤の治療、再発に対する不安や心のケア、終末期の医療、そういったことを一人の医師が最高のレベルでやり、最後まで診る、それがもしかしたら理想の医療かもしれません。しかし、それぞれの分野で高い専門性が求められる時代では、なかなか難しい。

では、どうしたらいいかということになりますが、これは地域のネットワークでやっていくしかないと思います。乳がん検診の受診率はまだ低いです。検診や最初の部分のことは民間の病院や開業医、それぞれ乳がんや胃がんや大腸がんなどに興味を持って一生懸命やっている医師たちの協力を得てやらなければいけない問題です。診断がついたら、それは地域の拠点病院で診たり、あるいは高度な医療が必要な場合はがんセンターや大学病院等の中核病院で診ていく。

再発したときの生き方、それは個人個人で考え方が違うと思うのですが、残念ながら再発して命を落とされる方も少なくありません。最期は病院で迎えたくない、と思っている方も多いのかもしれませんが。そういうことも含めて、例えば訪問看護と緩和の医療をする民間病院の医師や開業医も含めた広い範囲のネットワーク、もちろん医療費の問題もからんできますから、福祉のことも含めた広いネットワーク作りが必要なのだろうと常々感じております。

そういうネットワークを作るにあたって、利点はそれぞれ専門性を持った人が診て対処していけるということですが、欠点はその場その場で診る人が代わってしまう可能性がある、ということです。例えば手術はあそこでやって、再発したら次はこっちという形で担当者が代わる。これは患者さんにとっては不安なことだと思います。ですから、次の担当者の顔が見える医療、うまく引き継げるような医療などが必要になっ

てくるのではないかと思います。

患者も自分の考えを持って

医療者はすべての場面においてケアが必要だと考えて医療をしていかななくてはいけないというのは、最初にお話した通りなのですが、一方で、患者さんもどういった医療を受けたいのか、哲学的な問題になるかもしれませんが、自分はどう生きたいのか、そういったことをしっかり考えることも重要なことだと思います。自分が受けたい医療がどこで受けられるのか、そうい

ったことも含めて医療者とよく相談し、納得のいく治療を受けていけるような体制が作れば良いというように考えております。

なかなか一般病院の一医師の考えがすぐに反映されるというわけにはいかず、自分の病院のなかだけでも非常に難しいです。抗がん剤専門の点滴センターなどができればと思ってもなかなか実現しませんし、緩和専門の医師を呼んで緩和医療をやろうというのも難しいのが現状です。考えれば考えるほど問題点だらけなのですが、現状と私の考えていることをまとめてお話しさせていただきました。

納得のいく人生・納得できる医療

伏木 雅人 (滋賀県 市立長浜病院 放射線科医)

市立長浜病院放射線科の伏木と申します。専門は放射線治療です。NPO法人音楽村の理事長もしていますし、レイクポイントカヌークラブ湖東支部の支部長もしております。これがなんで関係あるのかということは、また後ほど出てくるかもしれません。



伏木医師

るようになっていきます。

それから「死に至る」という点は、今では半数は治癒します。厚生労働省があと20%は数字を上げると言っていますので、「死に至る」病気ではないかもしれませんが、それにも関わらず、ほとんどの患者さんが不安や、落ち込みを抱えているんですね。放射線治療の診察室でいろんな患者さんと、「この頃どんなふうに生活していますか」というような話をするんですが、例えば乳がんが温存治療で放射線治療が終わる。終わってからのほうが、ふと我に返るといろんな不安がいっぱい出てきて、がんというのはどういう病気だろう、というような気持ちが出てくるとおっしゃいます。

がんに対する先入観を見直す

我々の身体の中には毎日数十個から数千個の癌細胞が生まれているといわれています。ですから、誰ががん患者で誰が健常者か、ということは本当は言えないと私は考えております。

がんと聞いた時に何を思い浮かべますか。痛いんじゃないか、あるいは苦しい病気だろう、あるいは死に至る病気だという考えの方が非常に多いのも事実です。ただ、痛みに関してはオピオイド(医療用の麻薬)を使うとほとんどの鎮痛が可能で

次の「苦しい」ですが、「苦しい」も個別に対処して、それが今緩和ケアという分野でメインのことになっていて、かなりの部分が緩和でき

人生の“幕切れ”は人生“総仕上げ”のとき

実は、人間の死亡率は100%です。だから、偉そうなこと言ってますけど、僕自身もいつこの命を閉じるかも分かりません。みんなそうなんです。だから、「あなたの病気治してやるから」みたいな医者がいますが、そういう人も自分の病気は自分では治せません。自分の家族の命だって決して守りきれません。それはもうそういうものなんですね。

人生の終わりは誰もが例外なく必ずたどり着きます。ですから、人生の幕切れを医療の敗北であるとか、あるいは人生の敗北というふうに捉えると、これは全員総敗北であるということ

になってしまうので、そうじゃなくて人生の幕切れというのは、締めくくりであり、総仕上げである、と僕は思います。「どれだけ生きられるんだろう」じゃなくて、「どう生きるか」を考えたらどうですか、と普段呼びかけているんです。結局、自分自身が心から納得のいく総仕上げをすることが、もしかすると今の人生の目標じゃないですか、というふうに呼びかけているんですね。

ワクワクすることががん予防に

健康に生きるということですが、一番元気で免疫力が活発な状態はどんなときだと思いますか。実は楽しいことやワクワクすることを一生懸命しているときなんです。ところが、いろんなしんどさを抱えてたり、栄養状態が悪かったり、睡眠が不十分だったりすると、非常に調子が良くない。

がん細胞が毎日みんなの身体の中にできている、と先ほど話しました。アポトーシスという自殺プログラムの遺伝子にスイッチが入ると、細胞が自動的に死んでいってくれる、あるいは細胞免疫を司っているNK細胞が頑張っていると、ちゃんとやっつけてくれる、という仕組みがあります。しかし、睡眠不足だったり、栄養状態が悪かったり、あるいは家族関係や職場の関係でいろんな不安やストレスを抱えていたりするときに、がん細胞を何個か見逃しているかもしれない。だから、がん予防の一番のポイントは、ストレスをなくすことかもしれないと僕は思っています。

自分にとってかけがえのないもの

誰だって、実は限られた時間であり、限られた命であるということですね。ですから、「考えて過ごさなければならない」ことはないんです。くすぶって過ごすのもまあ良しです。その人がそれを選んでいるのなら別にはたからとやかく文句をつけることはないじゃないですか。でも、もしもその人が、実はもっと輝きたいと思っているんだったら、輝くのをサポートするのもいいことだと思います。



多分みなさんも、「なんとかするべきだ」「なんとかしなければならぬ」という言葉が普段の生活の中であると思うんです。

朝何時に起きなくちゃいけないし、何時までにご飯を作って子供と主人を仕事にだして、その次洗濯して買い物して……。でも、ほんとしなければなりませんか？ 例えば乳がんの患者さんが入院して、その間家族が路頭に迷ったか？ そんなことは実はないんです。そういう患者さんと病院の中でお話すると、「いや、えらい悔しい思いしてますねん。私がいなくても家族は全然平気で生活してます」と。



職場でもそうです。僕自身も1mlの脳出血で3週間入院させられたことがあります。白衣を着たままストレッチャーに乗せられて入院したんですけど、その時僕が、「休んでごめん。放射線治療もうえらいことになってるんちゃうか」と言ったら、「いや、週に1日大学から手伝いに来てくれる先生がものすごい良くやってくれてはるから、ゆっくり入院しといてください」と言われて、えらいがっかりしました。

ことほどさように、自分がないとどうにもならん、という気持ちがあるけども、実はそうじゃないかもしれないわけですね。自分が倒れても意外と世間は平然と動く、そう考えたときに、じゃあ自分にとってかけがえのないものはいったい何だろうと考えてみてください。家族の中の自分でさえ、自分がいなくてもなんとかするというになると、実は自分にとってかけがえのないものは自分自身なんじゃないか。そう考えたときに一番大事にするべきは一体なんなんだろう、というふうによく呼びかけます。

そういうふうに、心と身体がお互いに支えあったり、傷つきあったりします。ですから、どちらも良い状態に保つことがやっぱり基本だと思うんですね。例えば乳がんなら乳がんの手術をして、放射線治療をしてもう良くなった。身体のほうはおそらくほぼOKのはず。だけれども、心のほうもほんとにOKになっているかという、なかなかそうならない人が多いですよ。

生き甲斐を実現させた生命力

この写真はうちのカヌークラブの会長さんです。本来は琵琶湖で漕ぐんですが、これは賀茂川です。2艇新しい艇を買ったので進水式をやりました。実は、この会長さん、大腸がんの手術をされて、その後あちこちに転移し、そのたびに手術していたんです。でも、この人の元気



はカヌーを漕ぐことで保たれているというところがありました。数年間、あそこ手術した、ここ手術したと言いながらも、病院のスタッフをカヌーにどうやってさそい込むかを考えて、もの

のすごく真剣にカヌーに生きておられました。このときはもう、がん性腹膜炎で食べたもの全部戻してしまう状態で、水分もほとんど喉を通らない。それで高カロリー輸液をするためのポートを入れたんですが、まだ栄養が入ってない最低の状態の時だったんです。車椅子で毛布にくるまれて、それでこの場にお見えになって、もう「居ていただくだけでもええですわ」と言っていたんですが、「えっ？ 漕ぎはるんですか」って言ったら、「うん、漕ぐ」と言われて。みんなでかかえて、カヌーに乗せようとしたら、「いやあまた漕げる！」って声を上げられたんです。これはもう本当にみんなにとってもすごい感動でした。川の流れるに流されたらまずいと思って最初ヒモを付けたんですが、「放せ！放せ！」と言われて、もう往年に劣らずスイスイと漕ぎ始められて、僕はそれを追っかけるのに大変でした。すでに京都のバプテスト病院のホスピス病棟に入院していて、その日は外泊してる日だったんです。でも、この笑顔です。これはもう僕の宝物なんですけれども。

こういうことなんですね。精神神経免疫学で笑うこととか楽しいことで免疫力が上がるといわれていますけれども、これはもう科学的にも証明されていることで、吉本新喜劇でNK細胞が増えるという話は多分みなさんもお聞きになったことがあるでしょう。要するに心のエネルギーと、身体のエネルギーというものを一度頭で意識していただくといいのかもしれない。

相手の物語を大切に

ちょっと話がそれるかもしれませんが、人間関係に望むこと、それは、「相手の物語を大事にすること」です。自分の頭で考えた、自分の100%を主張するだけじゃなくて、相手の頭で考えてる、相手なりの100%を大事にする。「なるほどね、あなたの頭で考えるとそれが正しいということになるんですね、私にはなかなか理解できないですけど」というところからコミュニケーションするのがいいんじゃないかと思っています。

落ち込んでるときは落ち込んでるときなりの100%をやってるわけで、決してそのときは30%になってるわけじゃないんです。調子のいいときはいいときなりの100%なんで、別に150%やってるわけじゃないと思うんです。

これは大事なことなんですけど、「正しいことを言うときには少し控えめに」。正しい言葉というのは相手を傷つけやすいものであるということです。これは吉野弘という方の「祝婚歌」のなかにあることばで、新たな旅立ちをする二人に贈る言葉として書かれてるものなんですが、人間社会のコミュニケーションの根本じゃないかと思います。正しいことを僕は本当に強い言葉で大きな声で主張してきましたけど、それは正しくなかったかもしれないということです。

納得できる人生を

「納得できる人生を送る」というのが、一つのキーワードじゃないかと思います。人間関係はお互いの物語のすりあわせであると。楽しいこと、ワクワクすることを目指そう、そして人生に輝きを持たせて、自分が心から納得できる人生の設計をしていただくというのはどうでしょう。

先ほどのカヌーの会長さんも、本当に輝いて、その2カ月後に人生を閉じましたが、ご家族も納得した店じまいだったと思うんです。琵琶湖で普段カヤックを漕いでいまして、冬だと渡り鳥がいっぱいいて、そこを越えていくとバサバサと飛ぶんですね。浮島みたいな感じの根元のところにちょっと上がれるところがあって、そこで会長さんの散骨をさせていただきました。そして、琵琶湖周航の歌をみんなで歌ってお別れしました。

最後にこの言葉をみなさんにお贈りして終わりにします。「今晚死んでもいいように生きよ。されど永遠の命があるかのように生きよ」。これは、アメリカインディアンに何千年も語り継がれたといわれていることばですが、今、我々の生活においても示唆するものが多いと思います。どうも、ご静聴ありがとうございました。



医療を越える生命力を感じながら

春原 啓一 (岐阜県 船戸クリニック 麻酔科医)

1999年から2004年まで5年間、緩和ケア病棟の専従医をしていました。その時の経験から、少し、お話をさせていただこうと思います。

生命の重み

15年くらい前、集中治療室とか手術室という奥の方で仕事をしていたんですが、内科の先生から「すごく痛がっているがんの患者さんがいるので診て欲しい」と依頼を受けました。久しぶりに病棟に出ていってお部屋はどこかなあ、と探しました。カーテンがみんな閉まっている4人部屋の一番隅っこで、おばあちゃんがうずくまっていました。ほんとはそんなおばあちゃんじゃなかったんですが、見ると、やせて小さくなっていてとてもおばあちゃんに見えませんでした。その方の痛みを診て、すぐにできることとして、麻酔科医としてはそんなに難しくはない硬膜外ブロックという、その場でほんの少量麻酔薬を使う処置をしてさしあげたら、「こんな痛みがないのは初めてだ」と、ものすごく喜んでくださったんです。その喜びようにまたこちらもびっくりしてしまっただけです。

何にびっくりしたかということ、一方では集中治療室で、助けられるかもしれないからと、たくさんマンパワーと機械とお金をかけて治療が進んでる。その何十メートルも離れていないところで、こんなちょっとしたことをやってあげれば笑顔が戻るのに、もう治らないというだけで、何もされずにカーテンの奥でうずくまっている命がある。そのおばあちゃんの、実はおばさんだったんですけど、笑顔を見たときに、「これはもう蘇生だ」と思ったんですね。それまで止まった心臓を動かして命を蘇らすことなどをやってたんですが、これも蘇生じゃないかと思って、そこからだんだんがんの痛みに興味を持つようになり、病棟に出てくるようになりました。

死のプロセスで教わったこと

ところが、次に立ち上がったのが“主治医”というやつなんですね。僕が、例えばこれだっ

たらこの薬を使いたい、もうこの時期は点滴の時期じゃない、この時期はちょっとステロイドを使うといいとか、いろいろ思うわけです。だけど、主治医は「もうしょうがないですよ、末期ですから」と一蹴されてしまうわけです。そこで組織を



春原医師

改革するような力があれば良かったんですが、なかったんで自分が主治医になっちゃえということで、近くの病院で開設される緩和ケア病棟があつて、麻酔科医を辞めるつもりで緩和ケア病棟へ勤めることにしました。

そこで5年間、400人弱の方を受け持たせていただきました。平均で65歳ぐらいですね。40日から50日ぐらいのお付き合いで、みなさんお亡くなりになりました。それを見ていて、教えていただいたことがいろいろあります。今日お話ししようと思うのは、がんの痛みは身体の痛みだけじゃないぞとか、死んでいく過程というのは、そんな簡単なことじゃないんだとか、末期がんになって思いがけなく人間が変化する、成長する、そんなこともあるぞということ、やっぱりみんな死んじゃうんだということ、そういうことを思い知らされるというか、教えていただいたわけです。

スタートラインは「分かりあえないことを分かる」こと

まず一番に、がんの痛みは身体の痛みだけじゃない。近代ホスピスの創始者シシリーソンドースさんが患者さんのところへ行って、「今日はどこが痛みますか」と聞いたら、「私のすべてが痛みます」と言われたそうです。ソンドースさんはトータルペインというのを定義されたわけですが、痛みとか呼吸困難とかの身体の痛み、不安とか鬱とかの精神的な痛み、お金の問題とかの社会的な痛み、あとスピリチュアルペイン



ですね。「生きがい」の英語の訳がないという話をしていたのですが、「スピリチュアリティ」の日本語の訳もないんですが、これが“生きがい”に当たるのかな、なんて思います。なん

で生きているのか、なんでこの病気になったのか、そういう思いですね。スピリチュアルペインと分類をした。それをすべて併せてトータルペインと名付けたんですが、分類をするということ自体がすでに医学的なスタイルなんですね。人の苦しみを分類するなんてことができるのかなと思うんです。

ある患者さんに、「患者のことを分かったような気にならんでほしい」「患者と医療者は絶対に分かり合えん。そのことをわきまえてほしい」と言われたことがあります。そういうふうに叱られて、「そうだよな。分類すると分かったような気になるんだけど違うんだ」ということを教わりました。では、痛みの治療の本質って何だろうということになると、「分かり合えないものが分かる」とか、「分かり合えないことを分かる」というところからスタートする、コミュニケーションですね。一生懸命分かるという努力、相手に近づこうという努力が痛みの治療の本質なんじゃないかな、というふうに思いました。

そして、医療のスタイルというのは、苦痛があるとすぐに悪いものだと思って解決しよう、すぐ対応しなきゃいけない、と思うんだけど、その苦痛と向き合う、その苦痛と一緒に感じるというワンステップがあってもいいんじゃないかなということを感じました。

病気はその人のごく一部分

二番目に、患者さんは痛いだけの存在じゃない、ということです。“病を診て人を見ず”ということばがありますが、実は誰も初めからがん患者だったわけじゃない。元気だった頃の写真を見せてもらい、その方の生き生きとした姿をみて、その人のエピソードや趣味だとか好きなことなど、元気だった頃のその方に触れると、病気はその人の一部分でしかないことがわかります。

私は麻酔科医ですから、痛みのことを訊くんです。「今日はどう？この薬どうだった？」「前が10だったとすると今どのくらい？」そしたら

患者さんが、「どうして痛みばかり訊くの。私、痛いだけの存在？」と言うんですね。「多少痛くてもいいから、普通のことを普通に話してくれ」と言われたわけです。医学のスタイルというのはPOS (problem oriented system) といって、問題を評価して解決していくというスタイルなんですけど、そこにいる人を「問題」として捉える。そんなふうに捉えてくれるなというメッセージを患者さんからたくさんいただきました。

患者は「死にゆく存在」ではない

三つ目。患者さんは死にゆく存在ではない、ということですね。よく看護師さんが、「あの患者さん、まだよく病気を理解していませんか」というようなことを言います。だけど、病気を理解しているということと、生きたいと思うことは別だと思っただけですね。ある患者さんが言ったのは、「がんだということは認めざるを得ないけど、絶対9回裏で逆転してやる」。緩和ケア病棟でも、「またこの病棟出てやる」というふうにファイト満々なんですね。「いやそれは違うよ、あなたの病気はこうなんだから」というのではなくて、それを支えることのお手伝いのできることはないか、その方は臍臓が悪かったんですが、ご飯が通らなくなって、相談してバイパスを作る手術をしました。緩和ケア病棟から手術までいったわけですね。だけど、それはただ単に医療処置を積み重ねていくということじゃなくて、一生懸命その思いとか信念を伺って、話し合っていくというコミュニケーションの一環なんですね。

ある患者さんに「俺が死ぬと思って付き合ってるだろう」と言われたことがあるんです。だけど、そういう患者さんでも話し合っただけでその思いを聞いていくという姿勢を取り続けられれば、患者さんも変わっていくことがある。声もでないぐらい弱ったときに僕を呼びつけて、「先生、お前何人俺みたいな患者診たことある？」というんですね。「あなたが一番最初の患者さんです」と言いましたら、「最期までしっかり見とれ。そして絶対忘れるな。どっかで俺のことを話す機会があったら話せ」と。要するにお前の記憶の中に絶対留まってやるからな、

って。
学校の校長先生でなんでも自分で決めて、きちんとやっていく人生を送ってきた方が、「今ま



では何でも自分で決めてやってきたけど、これからは人に委ねることも覚えてもいいかな、と思ってる。もし、そこで何か間違いがあっても今ならそれを許せる」と言ったんですね。すごく感動しました。

あるおじいさんが、だんだん悪くなっていくので怒るわけです。「お前らきちんとやってないから悪くなる。どうなってるんだ」と。一生懸命、「実はもう治らないんです。もう死んでしまう時が迫ってきているんです」というふうにお話したんです。すごく長い時間がかかって、最後におじいさんが、「お前も辛い仕事しとるのう。つらいこと言わせて悪かった」って。

医療も及ばない人の生命力

人間の持っている力には思いがけない力がある。最後の方になってくると僕らのセンスじゃない体験をするというんです。ある作家が、「今すごい体験をしてる。だけど書けない。それが残念だ」というようなことを言ったこともあるし、すごく若い患者さんで、混乱から昏迷状態になってしまって、3日間そういう状態が続いてから、5月5日の午後2時ぐらいに突然目を覚まして、「色々お世話になりました。頑張りましたがいっぱいはいっぱいです。眠ります」と言って亡くなっていきました。ご家族に「もう逝きます」とご挨拶して。最後の最後にそういう力を持つてるのが人間なんだな、ということを感じるわけですね。最後まで生きる力、分かる力があるし、感謝する力もある。そんな状況でも人の気持ちに伝えていく力がある。

そういうことを見ていると、完全に患者さんが医療を飛び越えていく、医療は最終的に必要とされなくなるんじゃないかと僕は感じています。そういう患者さんの力を信じるということは、生きる力を見つめることだと思うんだけど、何も病気になって最後の最後に始まることじゃない、元気なときもやはり生きる力によって元気だったんだということもだんだん気が付いてきました。患者さんのなかで起こっている

ことは、「なーんだ、僕もそうじゃないか」と思いました。400人ぐらい死にゆく人を診てると、もう私もまもなくだな、と、死がそんなに遠い存在ではないということを感じます。



ふと自分自身を振り返り…

3日ぐらい寝て、「ありがとうございます」と言ってくれた患者さんの話なのですが、その人は若くて音楽が好きでギターが上手で、目が見えなかったんだけどピアノも上手で、一緒に合奏したりしてすごく仲良かったんです。だんだん悪くなってきたときに、「もうダメなんじゃないかと思う」と言われて、「心配ないですよ。僕も遠からず逝きますのでちょっと先に行って待っていてください」と言ったんです。本当に素直にそういう気持ちになれるようになってきた。

そうすると、そういう命の力を信じてみつめるということ、僕は本当にできているのかな、ということも考えるようになりました。僕が僕自身の命を本当に讃えているのか。あるいは、周りの人を大事にしてるのか、あるいは自分自身が生きてる喜びを感じているのか、ということも改めて考え直さなきゃいけない、と思ったんです。5年間、24時間365日ではないけれども、年間で80人ぐらいの方が亡くなっていくわけで、1週間、2週間と容態が悪くて、いつも誰か亡くなりそうなところで働いていて、ふと、家はほったらかしというのを振り返って見たんですね。1回ちょっとお仕事休もうと思いました。それで、今のクリニックに移るようになったわけです。

病気を治す医療から、 生きている人を支える医療へ

緩和医療は今ものすごく進歩しています。終末期の緩和だけじゃなくて、バイパス手術のような緩和的な手術もそうです。僕が5年間緩和ケア病棟に行っている間にも、内服でよく効く抗がん剤とか、副作用なく使える抗がん剤とか、特に乳がんなどはそうだと思うんですが、良い薬がどんどん出てきています。痛み止めの薬もどんどん良いのが出てきてます。骨転移に対しても良い薬が出ましたし、転移したところにセメントを詰めるというような新しい治療法も出てきて、ものすごく進歩してきています。

こういう医療がスタンダードな医療として正しくみんなが行えるように、標準化や教育もどんどん進んできています。そして、社会への啓蒙も進んで、緩和ケア病棟もできてきたり、一般の病院にも緩和ケアチームがどんどん増えてきています。緩和医療が進歩して行って、これ



が病気の診断とか、初診から
どんどん適用されるようになって
いけば、患者さんにはものすごく
恩恵だと思うんですね。ただ、
患者さんを「問題」と捉えて、
それを評価して解決し

ていくというスタイルだったら、
緩和医療もただの先端医療になっ
てしまうと思います。そうすると、
結局、何かちょっと足りないもの
になるんじゃないか、というふう
に僕は思っています。

僕自身も緩和ケアをやっていく
上での心構えとして、まず命の
力を信じる、その信じる力を自
分自身に付けよう。それと、苦
痛を見たときにすぐにうろたえ
ないで、その苦痛と一緒にいる
力を付けよう、あるいは、そう
いう苦痛を訴えてくれる関係性
を築けるような人になろう。そ
して、死や他の人のそういう苦
しみに対して、まず自分自身が
無力であるところからスタート
しよう。そして、何よりもそれ
が全部自分の問題だ、というこ
とをまず自覚しよう、というふ
うに思いました。ふと思うと、
これは緩和医療の問題だけじゃ
なくて、医療全体の問題かもしれ
ないし、もしかしたら医療のサ
イドじゃなくて、患者さんや社
会全体の問題、考え方の基本
なのもかもしれないということを
今思っています。

船戸クリニックで命の訓練を

今勤めているところをご紹介します。
船戸クリニックという岐阜の養
老にあるクリニックです。も
ともと船戸クリニックは、生き
がいメディカル・ネットワーク
の事務局をやっているところ
です。飯田史彦さんという福
島大学の教授が、生きがい
を持って仕事をするために、
次のような考え方を持ったら
どうだろうと提唱しています。
「訳あってここに生まれてき
て、人生を経験して、訳あ
って辛いことも体験して、そ
れで勉強を終えて帰るところ
に帰る、そういう考え方が
できないだろうか」と。生き
がいメディカル・ネットワー
クというのは、そういう考え
方を医療に応用できないか、
という試みですが、その事務
局をやっているのが、船戸ク
リニックです。

デイケアの施設には毎日40
人ぐらいのお年寄りがきます。
がんもすごいですけど、お年
寄りもすごいですね。自己決
定とか、自分の意思とか、そ
んなのは机の上のただの教科
書的なもの

に感じるぐらい、すごい。お
年寄りというのはまた別な意
味で命について考えさせられ
る。だから、「老い」というも
のすごく大切な問題だと思
います。ここは、グループホ
ームなんですけど、ここをホ
スピスとして使えるようにし
ようと、今ちょっと頑張って
やっています。

スタッフです。私を迎え入れ
てくれた船戸院長夫妻。犬が
3匹ぐらいクリニック内を
いつもうろろしています。こ
れはヘルパーから薬剤師か
らリハビリ、みんな集まって
カンファレンスをしていると
ころです。

私は麻酔科医なので、ペイン
クリニックの治療をしてお
ります。あとは体操の教室
とか、そんなのやって。医
師はそれぞれ自分の外来を
持っていて、一般の外来が
終わった後に、1週間に1
回、ただ患者さんの話を聞
くという外来をそれぞれや
っています。枠が最低で30
分、要するによろず相談を
それぞれの医師がやってい
ます。

僕は往診をするときに聴診
器も持ちますけど、よくギ
ターを持っていきます。音
楽の力というのはすごくて、
音楽で患者さんがものごと
く変わるんです。ふと、気
付いたのは、自分自身が
変わっているということ
でした。患者さんの前で歌
を歌うとき、自分の医者
としてのアイデンティティ
なんて、そういうすりこま
れたものが一切なくなります。
患者さんも真っ白になり
ます。患者さんも「患者」
であることを忘れるし、
僕は「医者」だということ
を忘れる。歌で本当に一つ
になることができる。だ
から、音楽は僕にとって
とても大事なツールです。

この前帰ってきたばかりの
宇宙飛行士の野口さんが、
地球を見て「命が輝いて
いるのを実感しました」と
言われました。私は宇宙
に行っていませんが、養
老で命が輝いているのは
感じています。空とか風
とか麦が風でなびく姿
とか、養老の山、揖斐
川、そういうところで、
一体僕は何をやっている
のかなって考えたら、も
ちろん在宅ホスピス
とか生活習慣病の初期
のケアだとか、ある
いはペインクリニック
として慢性痛の治
療もしてるんです
けど、自分の命の
訓練をするた
めに、今ここ
で働いてい
るんじゃない
のかな、と
いうことを
今考えまし
た。また元
気がでたら
ホスピスに
帰るかも
しれないし、
それとも、
お医者さん
辞めて音楽
療法士にな
っているか
もしれませ
んが、しば
らくここで
命の訓練を
したいと考
えています。

