

スーパー総合医

Super
S G D
General Doctors

総合診療医
テキスト

緩和医療・終末期ケア

専門編集●長尾和宏

中山書店

序にかえて ― 医療は穏やかな最期に寄り添えるのか

前回の東京オリンピックが開催された時、私は小学生だった。その時代の日本の75歳以上の高齢者はわずか163万人程度にすぎず、要介護高齢者という言葉すら存在しなかった。そもそも「介護」という言葉が誕生したのはその25年以上後の1990年である。そして2017年には75歳以上の高齢者数は1,600万人台に達し50年前の10倍に増加した。また、50年前は今より死は少なかったが、年間死亡者は年々増加し、今後さらに現在の1.5倍に増えるという。多死社会のピークは2036～2039年頃と予想され、その後も2050年頃までは現在よりもはるかに多死の社会が続く。これは当然私たち自身の最期にも大きく関わることとなる。

この数年、人生の最終段階の医療（以下、終末期医療と略）に関するガイドラインが各医学会から続々と発表されている。しかし医学・医療は急増する高齢者や終末期の患者さんに対して十分満足するような対応ができていないのが現状であろう。その一因として、年々医療技術が進歩して、どこからが人生の終末期なのかよくわからなくなっていることもあるだろう。

がん治療においては画期的な新薬が続々と登場してまさに奇跡のような復活を遂げる人が増えている。また臓器不全症においても人工透析、人工呼吸、人工栄養技術の発達が進まざるを得ない。あるいは慢性心不全では人工補助心臓の恩恵にあずかる人も増えている。今後、iPS技術による再生医療の恩恵にあずかる人も増えることだろう。

医学・医療の発達は素晴らしいことだが、それでも人生には終わりがある。人は必ず死ぬ。5%の人には終末期がない（突然死）が、95%の人は病態を問わず必ず終末期を経て死に至っている。その終末期はわかりにくくなっているが、「死」は決して敗北ではなく、「良き死」に寄り添える医療が今、国民から求められている。

私はこの5年間に「平穏死」と題する一般書や医学・看護学書を10冊ほど書いてきた。平穏死とは自然死、尊厳死と同義である。しかしまだに平穏死など聞いたことがないという医療者や市民のほうが多い。マスコミはよく尊厳死と安楽死を混同して報道しているが、両者の違いをきちんと説明できる医療者がどれくらいいるのだろうか。「死」を敗北と捉え、忌み嫌うものとして扱っている限り、津波のように迫り来る多死社会には到底対応できない。市民の不満や医療不信は医療否定本がベストセラーになるという形で現れている。

4人に1人が高齢者という時代にもかかわらず、わが国に約80ある医学部のうち老年医学の講座があるのはわずか4分の1にすぎない。しかも死を教えることができる医学教育者が極めて少ないのが現状である。「QOD（死の質）」が論じられる機会が増えているが、生と死はまさに表裏一体である。「尊厳ある生」を支えることも医療の大きな役割であるが、なかなか日の目を見ない。そこで本巻は「緩和医療・終末期ケア」をテーマとした。せめて書籍を通じてこの領域の第一人者の講義を堪能し、息づかいを感じて欲しい。総編集者として、また本巻専門編集者として最も思い入れが強い巻である。

「平穏死」とは一言で言うならば、「枯れる」ことである。換言すれば最期に枯れることができないのが現代医療である。たとえば最期の10日間の輸液量を考えてみよう。1日2Lの輸液を最期まで続ける医療と差し控える医療とでは総輸液量が20L違う。最期まで続けるとどんな病態であれ心不全や肺水腫、胸水・腹水で苦しむことになる。苦しむから酸素吸入、そして鎮静と全例がそうなる医療機関もある。私自身もかつてはそのような医療を行っていた。一方、着手して22年目になる在宅医療ではそのようなことはない。同じ人生の最終章が療養の場によって天と地ほど異なるという現状は是正しないといけない。

ユネスコが謳う生命倫理の大原則とは「本人意思の尊重」である。あたりまえに思えるかもしれないが、家族の権限が大きい日本においては至難の業かもしれない。多くの場合、家族の意思が本人のそれとは真逆であるからだ。本人の意思がリビングウィルや事前指示書として文書で表明されていても、それらが法的に担保されていないので家族にいても簡単に覆えされてしまうことがある。ちなみにそんな国は先進国中で日本だけである。同じアジアの国々、たとえば台湾は2000年に、韓国は2016年にリビングウィルの法的担保がなされた。そんな歴然たる事実さえ知らされず苦悩しているのが日本の医療現場である。世界的に俯瞰すると日本の終末期医療は完全にガラパゴス化している。

最近では認知症などで本人の意思が不明なケースが増加している。英国ではそのような場合は周囲の者がベストインタレストを推定しそれを法的に有効と認める“Mental Capacity Act”という法律を2005年に定め備えている。一方、日本は本人の意思を明示しても叶わない国である。しかしそんな日本にもACP（アドバンス・ケア・プランニング）という概念が輸入され普及してきた。意思決定プロセスを重視した医療が広がりつつあることが光明である。日本の特殊性を十分に反映した日本型ACPの普及啓発が今後の大きな課題であろう。

日本医師会が参画を表明している地域包括ケアシステムの中核をなすものはACPであるはずだ。そしてACPの土台には本巻のメインテーマである緩和医療の技術がある。在宅医療推進が謳われても緩和医療技術が追いつかず、「看取り搬送」となる例が指摘されている。そもそも「がんと診断された時からの緩和医療」というスローガンが掲げられてから既に四半世紀以上が経過するが、残念ながら緩和医療は市民権どころか医療の中にも十分に定着していない。非がん疾患にまでも適応されている緩和医療の素晴らしさを広く啓発することも私たちの仕事である。なぜなら老いや再発がんなど治らない病気が増えるからだ。治す医療から支える医療へ、と言われるがその実践には相当な知識と技術が要る。今後、在宅を含めた「地域」でそれを実践できる医師が「かかりつけ医」と呼ばれるのであろう。緩和医療は本書の冠である「スーパー総合医」の大きな土台である。すべての医師が当たり前の技術として身につけて欲しい。

本巻は本シリーズのメインディッシュであると思っている。是非ともじっくり味わって頂ければ編者としてこのうえない喜びである。

2017年1月

本巻専門編集 長尾和宏
長尾クリニック院長

CONTENTS

1章 緩和医療

日本の緩和ケアの歴史と展望	志真泰夫	2
がん患者の包括的評価 — 患者・家族の苦痛を知り、ケアに活かすために	鄭 陽	8
疼痛		
がん疼痛の機序、分類 — 病態生理から読み解くがん疼痛	浜野 淳	15
痛みの評価 — 鎮痛薬の投与をする前に痛みの評価を行う	足立誠司	18
非オピオイド鎮痛薬、弱オピオイド — 疼痛対策の始まりは非オピオイド鎮痛薬から	井上 彰	24
オピオイド鎮痛薬、オピオイドスイッチング		
— WHO方式に沿って個々の患者に最適な薬剤選択を	井上 彰	28
オピオイドの副作用 — 副作用を制するものはオピオイドを制す	井上 彰	34
非がん性慢性疼痛患者における注意点	大西佳子, 細川豊史	38
鎮痛補助薬 — 鎮痛薬の効きにくい痛みに効果を発揮する薬剤	富安志郎	43
がん疼痛の原因にアプローチする放射線治療	清水わか子	49
緩和医療における神経ブロック	大西佳子, 細川豊史	54
呼吸器症状		
呼吸困難をどう評価し、どう対応するか	田中桂子	61
咳嗽・胸水への対応	小原弘之	68
消化器症状		
がん患者に悪心・嘔吐を認めたときの対応	今井堅吾	74
がん性腹膜炎による消化管閉塞の管理	久永貴之	79
緩和ケアにおける腹水・便秘・下痢のマネジメント	関本 剛	83
神経症状		
がんに伴う神経症状への対応 — 終末期の意識障害, 転移性脳腫瘍, 頭蓋内圧亢進, 痙攣, 末梢神経障害など	横山太郎	90
悪液質, 食欲不振, 倦怠感		
がん患者の食欲不振・倦怠感の緩和	松尾直樹	99
精神症状		
不眠・抑うつ・自殺への対応 — つらさを支えるケアと自殺予防のためにできること	上村恵一	107
せん妄への対応 — 不穏や焦燥感の背景にある身体的問題を見落とさない	小川朝生	113

CONTENTS

緊急対応

オンコロジー・エマージェンシー——がん患者の緊急性を要する病態への対応	西 智弘	120
-------------------------------------	------	-----

がん患者における痛み以外のさまざまな症状緩和	金石圭祐	129
------------------------	------	-----

インターベンション——画像診断技術を利用した積極的な症状緩和	大坂 巖	136
--------------------------------	------	-----

在宅での緩和ケア

地域での在宅緩和ケアの提供体制と制度	清水政克	141
--------------------	------	-----

悪性腫瘍患者指導管理——鎮痛薬・鎮静薬の持続皮下注，点滴困難時の皮下輸液など	後藤慶次	145
--	------	-----

2章 エンドオブライフ 終末期ケア

死に至る自然経過

疾患の軌道を4つのパターンに分けて考える	山本 亮	150
----------------------	------	-----

予後の限られた終末期がん患者における予後予測の重要性	前田一石	156
----------------------------	------	-----

コミュニケーション

援助的コミュニケーション——苦しんでいる人は自分の苦しみを わかってくれる人がいるとうれしい	小澤竹俊	160
---	------	-----

悪い知らせを伝えるコミュニケーション——医療の現場で求められる コミュニケーション技術	前田紗耶架，恒藤 暁	165
--	------------	-----

意思決定支援

アドバンス・ディレクティブの歴史と課題 ——リビングウィルと代理人指定を書面等に残す意義	西川満則，三浦久幸	170
---	-----------	-----

臨床倫理と倫理的ジレンマ——患者の「人生の物語り」から読み解く	会田薫子	176
---------------------------------	------	-----

がんの終末期ケアにおける意思決定支援	田村里子	181
--------------------	------	-----

非がん，難病の意思決定支援——多死時代で急増，がんとは異なる難しさ	荻野美恵子	186
-----------------------------------	-------	-----

スピリチュアルケア・グリーフケア

苦しむ人への援助と5つの課題 ——スピリチュアルケアをわかりやすい言葉にする	小澤竹俊	192
---	------	-----

多職種連携で行うケアの実際 ——苦手意識から関わる自信につながる連携の可能性	小澤竹俊	197
---	------	-----

具体的な関わり方を学ぶ 会話記録で学ぶ1対1の対応	小澤竹俊	202
---------------------------	------	-----

ディグニティセラピー——尊厳を取り戻す援助	小澤竹俊	207
-----------------------	------	-----



死別後の遺族を支えるグリーフサポート	高橋聡美	213
終末期における栄養・摂食嚥下		
終末期の口腔ケア・オーラルマネジメント		
— 口腔ケアだけでなく、的確な評価，歯科治療も重要	岸本裕充	217
終末期の摂食嚥下障害への対応	野原幹司	222
終末期に求められている栄養療法・栄養管理・食支援	西山順博	227
がん終末期の輸液栄養と「輸液ガイドライン」	中島信久	233
非がんの終末期の対応		
慢性心不全 — 病の軌跡から考える慢性心不全の地域連携	大石醒悟	240
慢性閉塞性肺疾患の症状緩和	小原弘之	246
慢性腎不全 — 血液透析非導入という対処方法	渡邊有三	252
終末期における緩和的リハビリテーション	石川朗宏	257
小児の終末期 — 小児の緩和ケアの課題と今後	南條浩輝	263
苦痛緩和のための鎮静 — 最期のときまで穏やかに過ごせるために	池永昌之	267
法医学		
死亡診断と死体検案 — 在宅での終末期，看取りを安心して迎えるために		
	松本純一	272
付録〈緩和ケア普及のための地域プロジェクト〉『これからの過ごし方について』		279
索引		292

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

■ 編集協力

新城 拓也 しんじょう医院

小澤 竹俊 めぐみ在宅クリニック

■ 執筆者一覧 (執筆順)

志 真 泰 夫 公益財団法人 筑波メディカルセンター / 筑波メディカルセンター病院緩和医療科 (茨城県)

鄭 陽 がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科 (東京都)

浜 野 淳 筑波大学医学医療系 / 筑波大学附属病院 総合診療グループ (茨城県)

足 立 誠 司 鳥取市立病院総合診療科 / 地域医療総合支援センター (鳥取県)

井 上 彰 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 (宮城県)

大 西 佳 子 京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学教室 / 在宅チーム医療推進学講座 (京都府)

細 川 豊 史 京都府立医科大学 疼痛・緩和医療学教室 (京都府)

富 安 志 郎 医療法人光仁会 西田病院 麻酔科・緩和ケア (佐賀県)

清 水 わ か 子 君津中央病院医務局・放射線治療科 (千葉県)

田 中 桂 子 がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科 (東京都)

小 原 弘 之 県立広島病院緩和ケア科 (広島県)

今 井 堅 吾 社会福祉法人聖隷福祉事業団 聖隷三方原病院ホスピス科 (静岡県)

久 永 貴 之 筑波メディカルセンター病院緩和医療科 (茨城県)

関 本 剛 医療法人社団 関本クリニック (兵庫県)

横 山 太 郎 横浜市立市民病院緩和ケア内科 (神奈川県)

松 尾 直 樹 医療法人惇慧会 外旭川病院ホスピス科 (秋田県)

上 村 恵 一 市立札幌病院精神医療センター (北海道)

小 川 朝 生 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科 (千葉県)

西 智 弘 川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンター緩和ケア内科 (神奈川県)

金 石 圭 祐 JCHO 東京新宿メディカルセンター 緩和ケア内科 (東京都)

大 坂 巖 静岡県立静岡がんセンター緩和医療科 (静岡県)

清 水 政 克 医療法人社団 清水メディカルクリニック (兵庫県)

後 藤 慶 次 医療法人ソレイユ ひまわり在宅クリニック (熊本県)

山 本 亮 JA 長野厚生連佐久総合病院 佐久医療センター緩和ケア内科 (長野県)

前 田 一 石 医療法人ガラシア会 ガラシア病院 ホスピス科 (大阪府)

小 澤 竹 俊 めぐみ在宅クリニック (神奈川県)

前 田 紗 耶 架 京都大学医学部附属病院緩和医療科 (京都府)

恒 藤 暁 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 (京都府)

西 川 満 則 国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部 / エンドオブライフケアチーム (愛知県)

三 浦 久 幸 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 (愛知県)

会 田 薫 子 東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 (東京都)

田 村 里 子 一般社団法人 WITH 医療福祉実践研究所 がん・緩和ケア部 (北海道)

荻 野 美 恵 子 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター包括ケア全人医療学 (神奈川県)

高 橋 聡 美 防衛医科大学校看護学科精神看護学講座 (埼玉県)

岸 本 裕 充 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座 (兵庫県)

野 原 幹 司 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室 (大阪府)

西 山 順 博 医療法人 西山医院 (滋賀県)

中 島 信 久 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 (宮城県)

大 石 醒 悟 兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科 (兵庫県)

渡 邊 有 三 春日井市民病院 (愛知県)

石 川 朗 宏 医療法人社団忠葉会 石川リハビリ脳神経外科クリニック (兵庫県)

南 條 浩 輝 医療法人輝優会 かがやきクリニック (大阪府)

池 永 昌 之 宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション 淀川キリスト教病院緩和医療内科 (大阪府)

松 本 純 一 日本医師会常任理事 / 医療法人あんず会 まつもとクリニック (三重県)

援助的コミュニケーション

苦しんでいる人は自分の苦しみをわかってくれる人がいるとうれしい

小澤竹俊

めぐみ在宅クリニック院長

- ◆ 援助的コミュニケーションは、対人援助の基本であり、職種を越えて学ぶ必要のある基本的な関わり方である。
- ◆ 苦しんでいる人は、自分の苦しみをわかってくれる人(理解してくれる人)がいるとうれしいことを基本とする。どんな人がわかってくれる人(理解してくれる人)になるのか、それは、励ましてはなく、説明でもなく、聴いてくれる人である。
- ◆ わかってくれる聴き方として、反復、沈黙、問いかけがある。

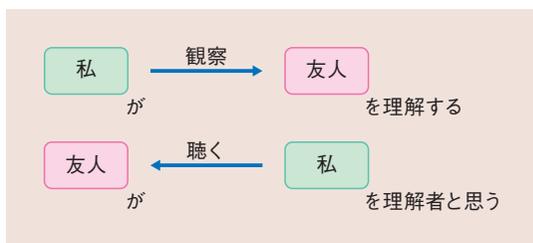
援助的コミュニケーションとは

- コミュニケーションは、医療に携わる上で欠かせない基本的技術である。
- 医学教育におけるコミュニケーションは、医療者が患者・家族に医学的な情報を伝えるコミュニケーションを中心に紹介されることが多く、終末期ケアにおいても、悪い知らせを伝えるためのコミュニケーションは大切である。
- その一方で、看取りに関わる上で求められる援助的コミュニケーションは、紹介されることは少ない。
- 看取りに関わるということは、今まで、1人でできていたことが、一つ一つできなくなっていく苦しみを抱えた患者と関わることであり、どれほど病状を伝えたり、治療方法がないことを伝えたりしたとしても、穏やかさを取り戻すとは限らない。
- 「苦しんでいる人は自分の苦しみをわかってくれる人がいるとうれしい」という、関わる視点を大切にしたコミュニケーションが、援助的コミュニケーションである。

相手を理解することと、相手の理解者になることの違い(1)

- 一般的に苦しむ人を前にしたとき、「私」は、相手を観察して理解しようとするが、どれほど経験を積んでも、相手を100%理解することはできない。
- 人生の最終段階の患者が訴える言葉に、「トイレに1人で行けなくなりました。家族に下の世話をされるなんて思っていませんでした。なんでこんな身体になったのでしょうか。こんな身体なら、いっそのこと早くお迎えが来ないかと思います」という訴えがある。
- このような訴えは、どれほど医学や科学が発

1 相手を理解することと相手の理解者になることの違い



達しても、人間には答えることのできない問いを含むものであり、援助者である「私」たちは、相手のこのような苦しみをすべて理解することはできない。

- 「私」が相手を理解することと、相手が「私」を理解者と思うことは異なる。
- 苦しんでいる相手が、「私」をわかってくれる人(理解してくれる人)と思う可能性は残り続ける。
- どんな人が、苦しむ人から見てわかってくれる人(理解してくれる人)になるのか、それは、聴いてくれる「私」である。

援助的コミュニケーションの基本(2)

- 苦しんでいる人から見て「わかってくれる私」になるためのコミュニケーション技術が援助的コミュニケーションである。
- 援助的コミュニケーションには、反復、沈黙、問いかけがある。

反復

- 反復は、援助的コミュニケーションの最も基本となる技法である。
- 反復には、①相手の伝えたいメッセージをキャッチする、②相手の伝えたいメッセージを言葉にする、③伝えたいメッセージを相手に返す、の3段階があり(3)、さらには、④非言語のメッセージをキャッチすること、⑤相手に伝わるのは言葉だけではないことなども、学び実践する必要がある。

2 援助的コミュニケーションの基本

- | | |
|------|------------------|
| 反復 | 相手のメッセージを言語化して返す |
| 沈黙 | 相手の心の準備ができるのを待つ |
| 問いかけ | 相手の大切な支えを意識して尋ねる |

■相手の伝えたいメッセージをキャッチする

- 反復を実践する第一歩は、相手の伝えたいメッセージをキャッチすることである。
- 相手の伝えたいメッセージをキャッチすることは容易ではない。
- 苦しんでいる人は、誰にでも話をするのではなく、わかってくれそうな人を選び、話をする。
- 相手から見て、話しやすい雰囲気があれば、相手の伝えたいメッセージをキャッチすることは難しい。
- 特に相手の会話の中に含まれる言葉には、事実を表す「ことがら」と、「感情」を表す言葉があり、「うれしい」、「悲しい」、「寂しい」などの感情を表す言葉は、意識してキャッチしておく。

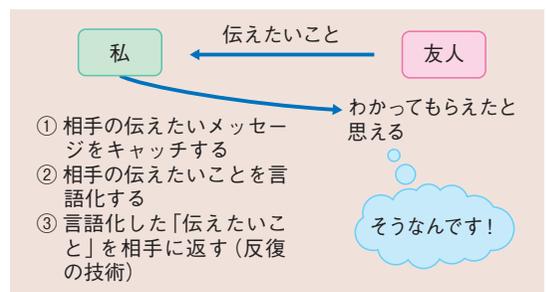
■相手が伝えたいメッセージを言葉にする

- 相手が伝えたいメッセージをキャッチできたならば、それを言葉にする。
- 相手が長く話をした場合には、いくつかにわけて言葉にしたり、大切なキーメッセージを中心に要約しておく。

■相手が伝えたいメッセージを、相手に返す

- 相手の伝えたいメッセージをキャッチできたら、言葉にして相手に返す。
- たとえ相手が長い言葉であったとしても、「あなたが伝えたいことは、こういうことですね」と、短く要約して返すことができればよい。
- 苦しんでいる人が、自分の伝えたいことがわ

3 相手から見て「わかってくれる人」になるための聴き方





援助的コミュニケーションの実践例

病院に入院された患者さんと看護師さんの会話を紹介する。

患者さんが入院して、ある夜、眠れなくなり、悶々とした思いで朝を迎え、看護師さんに次のように言った。さて、看護師さんの対応は、次の①から③のうち、どれが良い応答になるだろうか？

患者さん「昨日の夜、眠れませんでした」

- ① 看護師A「だって、あなた、昨日の昼間、ずっと寝ていたでしょう」
- ② 看護師B「わかりました。今晚、睡眠薬を増やしましょう」
- ③ 看護師C「昨日の夜、眠れなかったのですね」

正解は③である。

①の看護師Aの対応は現場ではよく見かける光景であり、何かを聞かれれば、すぐに答えたくなるタイプの対応である。

②の看護師Bの対応も、しばしば見かけることであり、困っていたら助けてあげたいと思う気持ちはわからなくはないが、現場で求められることは、問題をすべて解決できる対応ではなく、「苦しんでいる人は自分の苦しみをわかってくれる人がいるとうれしい」ということである。

きちんと相手の訴えを聴いた上で、「あなたが言いたいことは、こういうことですね」と反復することが大切である。

一般的に、援助者は、苦しむ人の前で、良いことを言いたい気持ちになるため、元気になる言葉や、励ます言葉をかける傾向にあるが、終末期ケアにおいては、意識して相手の伝えたいメッセージをていねいに反復することを心がけたい。

かってもらえたときに「そうなんです」という言葉が出てきたら、聴き手である「私」が良い応答をしたと判断してよい。

■非言語のメッセージをキャッチする

- 相手からのメッセージは言葉だけではない。
- 人生の最終段階の現場では、しばしば会話することが困難な状況があるが、この状況でも、相手の伝えたいメッセージをキャッチする可能性は残り続ける。
- 顔の表情は、相手のメッセージをキャッチする1つの手段であり、顔の表情が、穏やかか、穏やかではないかを意識するだけで、伝えたいメッセージをキャッチしていきたい。
- 本人の周囲にある様々なオブジェ(写真や装飾品など)からも、本人が大切にしてきたメッセージをキャッチできる。
- どのような人生を送られてきたのか、何を大切にされてきたのか、どのようなことにこだ

わりを持ち、誇りとしてきたのか、などを意識しながら、現場では本人からのメッセージをキャッチしていきたい。

■相手に伝わるのは言葉だけではない

- 反復はオウム返しではない。
- オウム返しは、相手の感情まで意識しないため、返し方が単調であり、同じ速度、同じトーン、返す表情も固定されていて機械的である。
- 1対1の関わりの中で、相手に伝わるのは「言葉」だけではなく、適度なアイコンタクト、相づち・うなずくこと、穏やかな表情、声のトーン、返すスピードなどが大切であり、これらの返し方を総合して、相手は「私」のことを、安心感のある「聴き手」として認めてくれる。

沈黙

- 相手のメッセージを言葉にして返したあと、

しばらく相手から言葉がでてこない「間」があることがあり、これは相手の心の準備ができるのを待つ大切な時間である。

- この「間」を沈黙と呼び、特に相手にとって、大切な何かを話す前に必要な大切な時間として、意識して相手が話し出すまで「待つ」技術である。

■沈黙を待てない場合

- 相手との会話にて、ちょうどよい反復があると話が続くことを経験するが、ときに相手のメッセージを反復したあと、しばらく相手から言葉がでてこないことがある。
- こちらの反復がよくなかったのではないかと心配になったり、相手がだまっているのを待つことがつらくなったりして、待てなくなることもある。
- 次の事例を通して学んでみたい。

事例紹介 1 (A) : 75 歳女性, (B) : 医師

在宅療養中の A さんが、A さんの息子が先週に大腸がんの手術を受けたことが心配で、夜も眠れないとの訴えを、訪問診療中に話した。

- (A1) 先週、息子が病院で大腸がんの手術を受けました。
- (B1) 先週、息子さんが病院で大腸がんの手術を受けたのですね。
- (A2) そうしたら、どうも転移の可能性があると言われてしまいました。
- (B2) 転移の可能性があると言われたのですね。
- (A3) ええ…。
- (B3) 心配ないですよ、きっと転移なんかしていませんよ、大丈夫です。心配しないほうがいいですよ。
- (A4) (…沈黙…)
- (B4) ほら、悪いことばかり考えていないで、楽しいことを考えましょう。
- (A5) きっと、あなたには、私の気持ち、わかってもらえない…。

- B医師は、Aさんの話を「反復」を用いて聴くことを心がけたが、実際には、「あなたには、私の気持ち、わかってもらえない」と言われ

てしまった。

- 上記の会話での課題は、「沈黙」である。
- (A3)の「ええ…」のあとに、(B3)で、「心配ないですよ」と答えてしまっている。
- B医師は、(A1)、(A2)に話をされたAさんの苦しみに対して、何かしら力になりたいと思い、心配しないで元気になる欲しい思いが強いため、Aさんが、(A3)で、「ええ…」といて、話が止まっているところで、(B3)で、「心配ないですよ、きっと転移なんかしていませんよ、大丈夫です。心配しないほうがいいですよ」と声をかけてしまった。
- さらに、Aさんからの応答がないことに対して、(B4)「ほら、悪いことばかり考えていないで、楽しいことを考えましょう」と返すと、(A5)で、「きっと、あなたには、私の気持ち、わかってもらえない」となった。
- 苦しむ人の力になりたいとの思いが強いつき、良い話をしようと思ったり、励まそうと思ったりすると、このような会話となる。

■沈黙を待った場合

- 事例1と同じ状況で、沈黙を待った場合の事例を紹介する。

事例紹介 2 (A) : 75 歳女性, (B) : 医師

在宅療養中の A さんが、A さんの息子が先週に大腸がんの手術を受けことが心配で、夜も眠れないとの訴えを、訪問診療中に話した。

- (A1) 先週、息子が病院で大腸がんの手術を受けました。
- (B1) 先週、息子さんが病院で大腸がんの手術を受けたのですね。
- (A2) そうしたら、どうも転移の可能性があると言われてしまいました。
- (B2) 転移の可能性があると言われたのですね。
- (A3) ええ。(…沈黙…)
- (A4) 実は、私の主人も、息子と同じ 50 歳の時に大腸がんで亡くなりました。だから…
- (B3) A さんのご主人、息子さんと同じ 50 歳のとき、大腸がんで亡くなったのですね。
- (A5) ええ、そうなのです。だから、息子も、同