

文化としての「死」  
——在宅ホスピスにおける心理臨床

大村哲夫（東北大学・医療法人社団爽秋会岡部医院）

## はじめに

「冒頭から縁起でもない」とお叱りを受けそうだが、あなたはどこで死を迎えたいだろうか。

厚生省発表の人口動態調査によると、2006年には病院（診療所を含む）での死亡が81.9%を占めるが、自宅での死亡は12.3%となっている<sup>注1)</sup>。「量の上で死ぬ」ということは、現代では稀有のこととなった。そもそも日本人の死に場所は、高度成長期が始まる1960年には自宅が約7割であったが、徐々に病院での死亡が増え、1977年に病院死と在宅死が逆転し、2000年代には病院死がおよそ8割を占めるようになっていく。このような死の「医療化」は、自然現象としての死を家族や地域から奪うこととなり、私たちは他者の死を看取り、自己の死を迎えるという文化を喪失しつつある。

「在宅ホスピス」とは、緩和ケアを自宅で受けるといふもので特別な施設を指すものではない。がんなどの重い病気に罹った時、集中的な治療が行われる時期は病院で入院加療するが、治すための治療が終了すると、その後は生活の質の維持を目的とする緩和ケアが中心となる。入院していた病棟を退院して新たに、「緩和ケア病棟」か施設

「ホスピス」、もしくは自分の家で療養する「在宅ホスピス」という三者のうち一つを選ぶことになる。

本稿では、自宅を療養の場として選択した人を支援する在宅療養支援診療所における臨床心理士の関与について紹介するとともに、文化としての「死」についても指摘したい。

## 医療法人社団爽秋会

爽秋会は今から十数年前に、宮城県立がんセンターの呼吸器外科医岡部健が、人生の終焉を病院で迎えている患者の実態に疑問を感じたことに始まる。岡部は入院中の患者に、医療の質を落とさず提供するので安心して自宅で療養できること、いつでも病院に戻ることができることの2点を保証した上で患者の帰宅を促し、医師や看護師による自宅訪問を始めた。すると病院ではベッドに寝ているだけの患者が、自宅では家族や地域との関わりの中で自分の生活を取り戻した姿を見ることができた<sup>注2)</sup>。病院は「死」を不自然に囲い込んでおり、患者を家族や地域に帰していくことが必要ではないか、という岡部の疑問は、自宅で人生を楽しんでいる患者の姿を見ることで確信に変

注2) 本稿執筆中も看護師が聞いた家族の話として次のようなことがあった。「病院では『病人』になっていたけど、家に来たら、以前の『お父さん』になってきました」。

注1) 厚生省「平成18年人口動態統計」より計算。

わった。そこで1997年、訪問中心で無床の爽秋会岡部医院を設立した。現在爽秋会は、宮城県名取市および仙台市、福島県福島市に診療所と訪問看護ステーション、介護事業所を有し、また医療と死生学の研究所をも設置している。スタッフは、約90名、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士兼チャプレン、作業療法士、鍼灸師、ソーシャルワーカー（MSW）、ケア・マネージャー、ヘルパー（介護員）、IT部員、事務員、研究員などの多様な職種で構成されている。

在院患者数は200名を超え2008年の看取り数は348名である。うち自宅死亡が279名（在宅看取り率80.2%）、施設へ当院から往診していた患者が51名、転医が69名であり、爽秋会で最期を見届けた割合は94.8%となっている。最期も病院搬送せず自宅が多いのは、実際に在宅療養を行う中で、家族に自宅で看取る自信が生じたためと考えられる。宮城県全体のがんの在宅死亡率も向上<sup>注3)</sup>しており、行政からも爽秋会の在宅支援の成果と評価されている。

### 在宅ホスピスへの心理士導入

「臨床心理士や精神科医は要らない」。在宅ホスピスのフロンティアである爽秋会岡部医院を初めて訪ねた時、理事長の岡部が筆者に言った言葉である。在宅ホスピスでこそ患者・家族は心理的な援助を必要としているのではないかと考えていた筆者は耳を疑った。理事長の説明は「死というのは本来自然現象であり、異常心理を扱う精神科医や臨床心理士が必要なのではなく、むしろ死を迎える文化や宗教に精通したチャプレンが望ましい」というものであった。筆者は大学院で宗教心理学を研究していたこともあり、「信仰」以前の素朴な宗教性が人々の死生観に深いレベルで影響を与えていることに関心をもっていたため、理事長の指摘には納得できる場所があった。しか

注3) 宮城県によると2005年は8%であったが、2007年には11%となった。

し筆者はまた、臨床心理学のアセスメントや考え方、技法は文字通りの「臨床」においても有効であり、臨床心理学的アプローチに加えてスピリチュアル・ケアを意図的に試みることで、より効果が発揮できるのではないかと主張したところ、筆者の岡部医院における関与が認められたのである。在宅ホスピスという現場における心理士導入の嚆矢であった。とはいえ心理士の導入は順調であったわけではない。当時の師長からは「看護師の増員を要求していた。心理士の必要性は認めるが看護師2人の方がよかった。でもスタッフが疲れているので患者・家族に優先してスタッフのメンタル・ケアを行って欲しい」と釘を刺され、別の看護師は後に「週に1回しか関われない心理士が、看護師以上に患者とコミュニケーションがとれるはずはないと思っていた」と明かしてくれた。

### カウンセリング・ルームから「臨床」へ

施設ホスピスや緩和ケア病棟における心理士やチャプレンの活動は実績があるものの、在宅ホスピスでは前例がなかった。そこで臨床心理士資格認定協会の示す臨床心理士の業務を参考に当面の業務等を、①患者・家族のケア、②スタッフのケア、③患者とスタッフ、スタッフ間のリエゾン、④スタッフへのコンサルテーション、⑤医学生、地域の在宅支援に関わる医療・介護・ボランティアなどへの教育・研修、⑦臨床死生学の研究などにおいた。

医院には無理を言ってカウンセリング・ルームを準備してもらい、スタッフのケアなどでは一定の効果を上げたが、肝心の在宅患者へのアプローチには困惑した。面接の場や時間、プライバシー、料金などの基本的枠組みが全く原則通りにいかず日々試行錯誤の連続であり、時には「心理臨床の枠から外れている」とたしなめられることもあった。結局岡部理事長の「患者から学べ」、「患者のもとからニーズをみつけよ」というラフなアドバイスの下、医師や看護師から「話をしたがっている患者さん」の紹介を受けて患者宅の訪問を

始めた。面接室というセラピストの守りの中から出て患者の世界へ入っていく、ということはクライアントとの位置関係を根本的に変えることになる。面接室はクライアントの守りであるだけでなく、セラピスト自身の守りでもあったことを痛感した。

患者宅を訪問する時、困ったのはセラピストの自己紹介である。臨床心理士から心理療法を受けたいという患者もあるが、多くは医療者によって心のケアが必要とされたものの、心理面接の知識や動機が十分ではない患者や家族である。「体は病気だが心は病んでいない」という方もあるので、名刺には訪問相談員、チャプレンとし、肩書きに臨床心理士と入れたものとそうでないものを用意した。まず訪問してお話を伺う中で、状態と必要性をアセスメントし、その後の関係をつくっていくことにしている。

### 『さんさ時雨』と『椿姫』

「何か面白い話をして欲しい」という希望が患者から寄せられることがある。この時心理士は傾聴だから、と黙っていると関係をつなぐことができない。人間同士の会話をしていく中で患者の話を引き出していくことを覚えた。心理士は医師や看護師、介護員のように「具体的な何か」をしてあげられることはできない。むしろ何もしてあげないという「無力感」こそ、病気の前で絶望している患者とつながる接点となるのではないだろうか。

臨床では、一般的なカウンセリングの他に在宅ならではの関わりがある。ある80代の女性は、筆者に『さんさ時雨』を教えようとした。『さんさ時雨』は民謡の名曲だが、筆者は音痴であるのでお断りしたところ「人生はチャンスを生かさなければいけない。何事も尻込みせず前向きに挑戦しなければ」と説得され、毎回唄の練習から面接が始まった。また別の50代の男性はオペラ『椿姫(ラ・トラヴィアータ)』を観せてくれた。筆

者はオペラはどうも……と思っていたが、非常に感動して涙が止まらなかった。他にも黒澤明の『生きる』なども見せてもらうなど、かなり変則的な面接となった。これは在宅という環境が、あくまで「患者の世界」であることによるのだろう。患者の世界の中で、患者に導かれながら、患者の伝えたいことを受け止めていく、よりクライアントの主体的な関わりによるセラピーであり、非常に濃密な時間を過ごしていると感じている。またこの経験を通して文芸作品のテーマとは結局のところ「愛と死」であり、人生を学ぶテキストであることにも気づかされた。

### 看取りと文化

在宅で死を迎えることは、死にゆく患者のできごとに留まらない。家族などにとっても決定的な意味をもつ体験である。人は他者の死しか経験できないと言われるが、それを通して自他の関係性と自分の死(生)をイメージしていくことができる。個人的な死は、在宅における看取りという経験によって、他者に強烈な実感をもって印象付けられる。その経験はやがて死と生をどう受け止めるかという普遍的な「文化」へと向かう。「在宅ホスピス」とは単に療養の場所の問題ではない。死を通して生を見つめる死生学実践の場でもある。

最後に看取りを終えた家族の話を紹介したい。

貴重な存在を亡くしたけども、家族で介護して得たものも貴重で大きい。それが今の支えになっている。じいちゃんを病院で亡くしたので同じような思いはしたくないと家族全員が思っていた。同じ病気で亡くすのでも、病院で亡くすのと家で亡くすのでは全然違う。…(中略)…時間が限られているんだったら好きなことさせてやりたいって思ったから、家でお酒も飲めてよかった。みんなで介護して記録したノートは、みんなの宝物です。(50代患者の妻)