

臨床こぼれ話

ぼけ、再び

道すがらボケの赤をみとめ、思わず立ち止まった。

20年ほど前に、やはりぼくを釘付けにしたボケ。

その出会いの唐突さに世界が少し揺れた。

一週前までは刺すような冷たい外気があった。

暖かくなった春の日差しに包まれると記憶がゆらゆらと、

ふと解離から覚める。

回診で寝て過ごす高齢者達にボケのことやユキヤナギも咲きそうなことを報告してみた。

みな認知症をもっている。

ある者は年相応に、ある者はすっかりいろんなものがわからなくなっている。

ボケがもし古い記憶としてあるならば、その索引性でもって何かを手繰りよせられないか。

歌を歌ってもらって手拍子をとるなどすると活気づく場面はこれまでも経験している。

5人中3人は普段と変わらぬ無表情を維持した。

1人はほんまか、ととぼけていた。

同室の誰かが笑っているのが聞こえた。

おそらく、ぼけ、という音に惹かれたのだろう。

味をしめたぼくは追撃を試みる。

ぼけてますね、なんて失礼言ってるわけじゃないですからね、ぼけてるのはみんな同じですからね

ぼけを見たぼくがぼけた。

予想通り、同室の誰かの笑い声が大きくなった。

もう1人は泣きつつ笑った。

彼女にサクラとボケはどちらが好きですかと問うと、

知らん、

と返答があった。

知らん、

という快活な響きは我が家の3歳男児を思い出させた。

彼は好きなことを自分で訴えられるようになった。

しかし好きな理由を問うと、

知らん、

と明快に答え、爽やかな風が吹く。

彼も3歳で正しくツッコミを入れられるようになった。

順調に言葉の海を楽しんでいる。

両者は認知機能としてはどちらも十分ではないという点で共通している。

片や上り坂に、片や下り坂にいる。

機能が十分でない場合に日常生活の自立がままならず、サポートが必要となる。

それは高齢者であっても小児であっても同じだということが、両者を診ているとよく分かる。

機能が十分でないことに対する他者によるサポートが必要である。

しかし、医師（親）という他者の主体性が、ケアを受ける者の主体性を凌駕してはいけない。

いや、時に避けがたいこともある、がしかし。

機能、イメージ、他者の喪失とその外傷に関わることがライフワークとなるだろう。

物心ついたときから私のまなざしはなぜかそこに向かっている。

随分前に妻と議論したことがある。

花が咲いていると、君はだーれ？なんていうの？

と聞きたくなる。

君は気にならないのかい。

美しいと感じることが大事なのであって、花の名を知ることは重要だと思わない。

じゃあ君は、好きな人の名前が気にならないのかい。

花の名を知ることは、花に気をかけ、愛するということだ（寺尾紗穂）

いまわのきわの方針についての意思表示が重要であるとよく言われる。

ACPのP、planningは現在進行形であって、動名詞ではないなどと。

心肺停止時に延命処置をするかどうか以外に、

好きな歌や、好きな花など意思表示しておくともいかもしれない

好きな食べ物でも、好きな馬でもいいだろう。

僕がボケた暁には、

真っ赤なボケが咲いたよ、だとか、

ハクモクレンが妖しくも美しいよ、だとか

サルスベリは雨に濡れるとやっぱり色っぽいね、

などと話しかけて頂きたい。

(2022/03/12 素寒)

『現象学の理念』

3年ほど前のプライマリケア連合学会でビブリオバトルに参加し、本書を紹介した。

その時の原稿を残していたので掲載する。

みなさんは患者さんをケアするとき、寄り添うとき、どうすればケアになるのか、寄り添うことになるのか、困ったことはありませんか？

私は、非常に困っています。

訪問診療で例えば終末期ガン患者さんと向き合うとき、

手を握って傾聴したり、関係性に着目したり、自律性に着目したり、痛みには麻薬で調整したり、家族と医療従事者と連携します。

しかし、十分に寄り添えている、などとは決して思えません。

思ったとたん「お前はこの苦しみを経験したことがないから分からないだろう」という心の声が直ちにわきあがってきます。

例えば、家庭医療で有名なマクウィニー先生は死にゆくひとに注意を払いなさい、と指摘しています。

それもただの注意ではなく、完全な注意を、と指摘しています。完全な注意

とはなんでしょう。

非常に抽象的です。しかし彼はわざわざ言い直しています。

イギリスのジョン・フライ先生は16世紀の外科医のアンブロ・パレを引きつつもケアの重要性を再三指摘します。

科学には限界があり、キュアにも限界がある。しかし、キュアはできなくてもケアは常にできると。

この学会はプライマリケア連合学会ですが、プライマリキュアではなくプライマリケアです。

でも、ケアがなんであるかを端的に明言したものは私はみたことがありません。

従って、普段はわたしは、例えば終末期がん患者さんに接する時、非常に困ります。

はて、よりそうとは？完全な注意を払うとは？

でもそれは、もしかしたら本来的に概念として定義できないもの、であるからかもしれません。

そのような時、この本はヒントを与えてくれるかもしれません。

この本の著者エドムント・フッサールは現象学の創始者です。

皆さんも最近ケアの領域で間主観性という言葉が聞かれたことがあるかもしれませんが、あれはもともとフッサールの仕事です。

この本は彼の仕事の最初期のものです。

彼は、認識とは何か、を非常に深く深く問い考え抜きました。

彼は認識とは、直接に、明晰に、直観することだ、と繰り返し指摘します。

その時、その認識から概念は排除せよ、とも指摘しています。

なぜなら、概念は、外側にあるからです。

ではなくって、直接的に知覚されるもの、目の前にあるものをしっかりつかんで、そこに注意を払え、と言っています。

例えば、私が、自分は何者かと考えた場合

男性で日本人である私、2000年代を生きる私は～と記述してもよいでしょう。

愛国心ある自分として記述することもできます。

自然に考えるとそうなるだろう、でも哲学的に考えるとは、そのように考えることではないとフッサールは言います。

私は日本人でなくたって私だ。私は男でなくたって私だ。

日本人だとか男性だとかは、外部の概念であり色眼鏡にすぎない。

そういった外部の概念に頼ら判断を一旦中止してみよ、現象をそのまま直観せよ。

色眼鏡を外しなさいと言っています。

これが現象学的還元です。

この本は哲学書ですから、もちろんケアについての本ではありません。

しかし、フッサールによると、苦しむ患者さんに寄り添うとき、どんな教科書にあるどんな概念で、この人に向き合えばいいのか、と考えるのではありません。

外部に頼らず、内へ内へ。

今認識していること、患者さんとの間で起きている現象をそのまま掴む。

目をそらすな、完全な注意を払え。そうですマクウィニーの指摘する完全な注意と重なってきます。

ケアが定義できないかもしれないと言いましたが、現象学的に言えば、ケアは相手ありきです。

ケアとは何ですか、と言った場合に、それは誰のケアですか、誰との間で起きている現象のことですか？という問いが立ち上がります。

したがって相手不在の簡潔な定義はできません。

哲学書はだいたいそうですが、読むのが非常に困難です。

僕はこの本を30回くらい読みました。

10回読んで薄ぼんやり

20回読んでなんとなく

30回読むと、ああなるほど

非常に難解で、時に放りたくなりますが、頑張って読んでみてください。

哲学は実学としては役に立たない、なんてことは全くありません。

必死にしがみついてみてください。

苦しむ患者さんに寄り添う時、逃げるな、退くな、今起きていることをしっ

かり見よ、感じよ、そんなフッサールの息遣い、励ましが聞こえてくるでしょう。

(2022/04/04 素寒)

ある当直明けの書簡

忙しい当直を終え、ビールを飲んでいます。

当直の後のこの高揚をおさめるには飲む他ありません。

昨日も印象深いエピソードがありました。

あるおじさんがショック状態（循環不全）にあるが、その原因が分からないと日勤帯から引き継がれました。

間質性肺炎という病気がもともとあり、ステロイドというお薬が減量されていたことから、残る原因として副腎不全が疑わしい、と申し送りを受けました。

しかし、ステロイドの漸減はゆるやかなものであり、副腎不全をきたすペースとは思えませんでした。

加えて、血液検査では低 Na 高 K や低血糖といった所見はみられませんでした。

ショックのよくある原因として、敗血症を伴う感染症がすぐに想起されますが、四肢は冷たく、好中球の左方移動も見られません。

心電図は心筋梗塞のようではありません。

レントゲンでは肺炎の陰影に変化はなく、気胸だとか縦隔の拡大もありませんでした。

心臓の超音波検査では下大静脈はぺこぺこに虚脱しており、左室には kissing sign が見られました。

血を吐いたり、血を下したりといった病歴はなく、元々腹部大動脈瘤がありますが、超音波検査では腹水もみられませんでした。

大血管や心臓を観察するに hypovolemia と思われましたが、生理食塩水を 1000ml 以上負荷しても血圧は回復していませんでした。

なんともヌメっとしたショックに、これは血管系だろう。早く CT で評価したい。しかし、血圧が 70 前後をふらふらして ER から移動できない、どうしたものかとヤキモキしていました。

このように奮闘しながら、なんとかCT撮影にこぎつけ、やはり元々もっていた腹部大動脈瘤が破裂していることを見出しました。

しかし、肺の悪いおじいさんは手術に耐えられる状態ではありませんでした。

元々お腹を抱えていた時限爆弾が破裂してしまったのです。

もはやフェンタニルという医療用麻薬で痛みを緩和する他ありませんでした。

結局、そのおじいさんはERにいらっしゃって、5時間くらいで亡くなりました。

診察中は家族を入室させることはできないことが多いです。

特にこのおじいさんのように、急変する可能性がある患者さんの場合には。

僕はなんとか方向性を定めて、長年寄り添った老妻を呼び入れ、2人が言葉を交わす機会を設けることができました。

振り返るにそれはギリギリでした。

最期には妻、中年に達した息子・娘、小学生や中学生と思われる孫達に取り囲まれながら、息を引き取る手引きをしました。

我ながら少し誇らしいお看取りでした。

忙しいERでお看取りをするというのは実は難しいです。

なにせ、（予定で入院する緩和ケア病棟などと違い）ERに受診したわけですから、本人にとっても、家族にとっても唐突にことが起きたわけです。

そして僕によって、まもなくご老人は死ぬこととなる、手の施しようがないと、突如告知されます。

僕はクリスチャンではないんですが、

高校がカトリックの高校でして、ある司祭に僕は発見され、卒業後も教育を受けました。

さまざまな書物とさまざまな人を紹介され、僕の世界は豊かになりました。

時に自力ではおよそ解決できなかったであろう知恵も授かりました。

僕は、神なき世に、司祭的機能をどのように担保できるか、

つまり、彼のようにになりたい、という想いがあります。

医療者は宗教者と同様、生と死に携わる数少ない職種の一つです。

僕は昨日、あの激務の最中に、おじいさんが数時間以内にこの世を辞去する

ことを見てとり、家族に告げました。

宗教者にもできない、医学的判断に基づいた宗教的支援ができる類い稀ないタイミングです。

ER では患者さんと、その家族に関わらないで済ませるための弁解がたくさんあります。

まず、忙しい。

他に死にそうな人を救命しなければいけない、あの患者を待たせている、入院が必要と判断した患者のもろもろの同意書を得なければならない、またホットラインが鳴った、などと、文字通り忙殺されています。

あの時の僕も他に重篤な患者を診ていました。

原因不明の意識障害でけいれんが止まらない高齢者です。

その他軽症・中等症の患者もいました。

そのおじいさんの脈がのびはじめたと看護師より聞いた時、

忙殺されていた僕は、一瞬、ああそうですかと流しかけた。

それは10分だかそれくらいで心停止をきたす医学的サインです。

忙しい医療者にとって、死の間際の徐脈というのは、心停止手前を示す一兆候にすぎないのです。

しかし、ほぼ同時に、個室の中で大家族が旅立たんとするおじいさんを取り囲んでいるのを窓越しに僕は見た。

一見して、そこに緊張があった。

その緊張が私の精神に反響した。

彼らが、医学的な導きなしには、呼吸がやがて止まりゆく爺さんをみて、受け入れるということは極めて難しいだろうということがすぐに分かりました。

医療者は、どのように患者がひたひたと死に向かっているのか、それを知っています。

終末期に起こる嵐のような「こと」は、「もの」としての医学的な言葉が求められていました。

僕は、家族のそばに侍って、案内しなければならないと思い立ちました。

先般ご紹介した『複雑性 PTSD とは何か』という対談集の中で、神田橋先生が緩和ケアについて僕に教えていました。

いまわの際の時には、戸惑う家族に患者の額を撫でさせて別れの支援をした方がよい、と。

これまでも臨終の際のさよならの支援に僕はこだわってきました。

7歳の男児がお家で亡くなった時、尻込みする兄の手をとって、頑張ったかと手を握ってやるよう導いたことがあります。

あの時も終末期の嵐の中、全く動物的勘でそのような僕はそのような援助を思い立ち行動に移しました。

あの僕の援助に、兄の手をとって、旅立った瞬間の弟の手をとるよう促したことに、医学的に肯定的な意味はあるのだろうか、

とその後もことあるごとに思い出していました。

ですので、神田橋先生の言葉は、僕の過去の（トラウマというとももちろん大袈裟ですし、現代的すぎますが）ふるまいを肯定する役割を持ち、すぐに僕の心に響きました。

昨日はそれをすぐ実践しました。

小学生と中学生の孫は、死体となりつつある愛すべきおじいさんに近づくことを躊躇っていました。

僕は、家族皆に、いま耳は聞こえているから、ありがとうと言ったらいい、ちゃんと聞こえているからね、と支援しました。

皆、泣きながら、応じました。

手をとって頭も撫でてあげたらいい、ちゃんと聞こえてるからと。

そうか、そういうことなんだ、という具合に僕の言葉を受けていました。

孫もみな、そのようにしました。

下顎呼吸をとらえて、この呼吸は大丈夫ですか、と問う息子に、

これはあちらの世界に旅立つ準備をしている呼吸ですよ。大丈夫ですよ、みんなに見守られながら穏やかにみんなを感じていますよ、と答えました。

あの場で起きた「こと」は、僕がこのような言葉という「もの」で切り取るよりも、豊かななにかがありました。

特にあの場の老夫婦の間におきていた交流を僕はうまく描くことができない。

しかし、僕の試みた「もの」化は、「こと」の事後的な記述には適切でなくとも、あの時あの場所で緊張状態のなか皆がさまよっている「こと」をある程度緩和する機能は果たしたようです。

喪の作業では、やはり泣いた方がよいと僕は思います。
涙は精神が絶えざる循環の中にある根拠です。
泣けないことは精神の循環不全を示します。
涙として溢れ出ないと緊張した高圧状態がその後も続きます。
緊張は人間のふるまいを一へと閉じ込めます。
それはデタラメも遊びも笑いもない冷たい不自由な世界です。

このような援助は現代においては医療者にしかできないことです。
そして、それをしないですませる弁解が医療者にはたくさんあります。特に忙しいERにおいては。
僕は（今回おそらくたまたま）弁解せずに、彼らを導くことができた。
こういうことをするために僕は医者になったのだと、今は振り返る余裕があります。

昨日起きたことをすでに僕は美化し、都合のいいように歴史として記述していますが、後悔が残ることもあります。
もっと早く診断できればいずれにせよ死を避けられなかったおじいさんと家族の時間を少しでも増やすことができたかもしれない。
そのことを一緒に関わってくださった看護師さんにこぼすと、
でももしそうなら臨終の前に入院病棟に移動してしまっ、あのように家族全体で見送るということはできなかったと思いますよ。だから、診断が遅れてよかったんです。
と励ましてくれました。

すみません、直明けにたかまった交感神経をアルコールで鎮めているもので、筆が走ってだらだらと自画自賛するという恥ずかしいことをしています。

しかし、こういった人々の魂の緊張を和らげ、生じる心的外傷と喪失をどのようにケアするか、それが僕の目指す全てです。

(2022/05/01 素寒)

エピソードは随時募集しております。応募は下記のメールアドレスまでお願いいたします。rinshoubungeiigakukai@gmail.com