

〔論 文〕

終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの新展開

ーマインドフルネスによる「死」への寄り添いを果たした事例研究ー

井 上 祥 明*¹、玉 野 緋呂子*¹、池 埜 聡*²

要約：

本稿の目的は、急性期病院の医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）によるがん患者への支援事例を通じて死に向き合う MSW の態度と援助関係の変容過程を省察し、終末期、緩和ケアにおける MSW の存在意義を明確化することにある。終末期医療における MSW の役割は、未だ曖昧な状態にとどまっている。一方、医療ソーシャルワークの全人的視点に立ったトータルペインへの寄り添いとその土台となる価値は、今後議論が活性化していくと考えられるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）のあり方に一石を投じると考える。本稿は、マインドフルネスに根ざした看取りから死後の支援に至った事例の詳細な読み解きをもとに、クライアントと「共に在る」関係性をソーシャルワークの方法論的価値として位置づけ、その価値の体現に終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワーク実践の固有性を見出していく重要性について考察した。

キーワード：終末期、ACP、医療ソーシャルワーク、マインドフルネス、がんサロン

1. はじめに

近年の急速な高齢化と高度医療の発展は、「死の迎え方」の議論を活性化させた。「人生会議」とも訳されるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、医療者と患者あるいはその家族との間で死の向き合い方を決めるプロトコルを明らかにしようとする。延命治療のみが患者と家族の最善の利益にはなり得ないという前提は社会に容認され、終末期における支援のあり方が問われる時代となった。

厚生労働省（以下、厚労省）は2018年3月、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、ガイドライン）を改訂した。ガイドラインは、ACPの必要性に言及しながら、医療・ケアチームによる患者本人との持続的な話し合い、そして本人の意思が確認できない場合の対応指針を示した（厚生労働省、2018）。ガイドラインは「終末期」の代わりに「人生の最終段階」と表記し、患者本人の「意

思の尊重」をより鮮明に打ち出した。さらに身体的な緩和ケアのみならず、精神的、社会的な援助を可能にする医療チームの必要性を示唆した。医療チームには医師、看護師のみならずソーシャルワーカーも明記されている。

トータル・ペイン（全人的苦痛）の視点に立脚し、患者やその家族に寄り添う価値を有するソーシャルワークは、本ガイドラインに通底する患者中心の終末期医療の価値と親和性が高い。しかし、終末期あるいは緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの役割は明確に定まっておらず、医師や看護師の補助にとどまるとの指摘もある（本家、2002；佐藤2010a；山田ら、2011）。特に、急性期病院の医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）は入退院支援のケースに追われ、終末期にかかわる医療スタッフとして認識されていない現状もある（片岡、2007）。MSWによる終末期の実践ガイドラインを構築しようとする動きはあるものの（正司、2005）、終末期ケアに十分な役割を果たせていると感じているMSWは限定的である（佐藤、2010b）。

*1 国立病院機構別府医療センター地域医療連携室・医療ソーシャルワーカー

*2 関西学院大学人間福祉学部教授

今後、ACPの推進とともに患者、家族の意思の重要性が増し、終末期における緩和ケアが多様化していくことが考えられる。トータル・ペインへの寄り添いを価値基盤に据えるソーシャルワークは、患者の生活上の問題、社会的な痛み、さらにはスピリチュアルな痛みに向き合うための視座と方法を提供する。70%以上の患者が終末期に意思決定を示すことが困難になる状況下（厚生労働省, 2018）、たとえ急性期病院においてもMSWによる持続的な終末期支援は、人生の最終段階における医療の質を向上させ、患者中心の価値の体現につながると確信する。

2. 研究目的

上記の問題意識にもとづき、本稿の目的は、急性期病院のMSWによるがん患者への支援事例を通じて死に向き合うMSWの態度と援助関係の変容過程を省察し、終末期、緩和ケアにおけるMSWの存在意義を明確化することにある。一般的に急性期病院のMSWにとって、治療の初期段階から看取り、そして死後の支援までの長期的な寄り添いを果たしたケースはそう多くはない。今回、マインドフルネスを介して終末期における患者の精神的苦痛の緩和とソーシャルワーク援助関係の深化を果たしたケースに光を当て、たとえ回復が望めなくとも、患者を見捨てない、置き去りにしない医療ソーシャルワーク実践を浮き彫りにしていく。

なお、本稿における「終末期」とは、日本老年医学会による定義「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」に依拠しながら、がん特有の生命予後が予想される「亜急性型終末期」を念頭に論述する（日本学術会議, 2008）。

「緩和ケア」は、2002年に示された世界保健機構（WHO）による定義に依拠し、「生命を脅かす疾患に起因した問題に直面している患者と家族に対して、痛みやその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと治療を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライ

フを改善するアプローチ」として用いている（WHO, 2021）。

「マインドフルネス」は、日本マインドフルネス学会による定義、すなわち「今、この瞬間の体験に意図的に意識を向け、評価をせずに、とらわれない状態で、ただ観ること」に準じ（日本マインドフルネス学会, 2021）、呼吸瞑想やボディ・スキャンといったマインドフルネスストレス低減法（Mindfulness-Based Stress Reduction : MBSR）（Kabat-Zinn, 1990；伊藤, 2017）に由来する心身技法を包含した概念として取り上げる。

3. 先行研究

3.1. 終末期・緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの重要性

医療ソーシャルワークは、患者を全人的存在としてとらえ、心理的、社会的、そしてスピリチュアルな課題に向き合い、解決していく専門的支援である。終末期の緩和ケアにおける患者の苦悩の基本前提、すなわち身体的痛みの緩和のみならず、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みを含むトータル・ペインに向き合う理念の上にMSWは存在する。患者の個別性と意思決定を尊重し、その実存と「共に在り続けようとする価値」はMSWの拠り所となる。このようなソーシャルワークの価値について第1執筆者は、「医療ソーシャルワーカーがクライアントに寄り添い、関わり合う関係こそ人間の尊厳を尊重するという方法論価値」（井上, 2013:76）として位置付けている。

2002年改訂の厚生労働省局長通知「医療ソーシャルワーカーの業務指針」では、「療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助」が掲げられる（厚生労働省, 2004）。終末期、緩和ケアの文脈における医療ソーシャルワークの機能として、患者とその家族の精神的支援、意思決定をめぐる家族調整、医療スタッフ間の調整、社会制度の調整を通じた経済的支援、地域の社会資源との連携による在宅支援、退院や転院のサポート、看取りおよび死別後の支援、そして遺族ケアなどが挙げられてきた（片岡, 2007；正司, 2005；田村, 2016）。

緩和ケアの文脈では、身体的な痛みのコント

ロールと治療法をめぐる意思決定支援に注目が集まりがちである。一方、医療ソーシャルワークは生活者としての患者の立場を置き去りにしない。収入の減少や医療費負担による経済的不安に応答しながら、家族や仕事への思い、すなわち社会的な痛みに寄り添う価値と方法を保持する。患者を取り巻く関係性の喪失に寄り添い、スピリチュアルな痛みと実存的な意味の探求を支えていくところに緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの特質を見いだすことができる(岩本, 2012; 佐藤, 2014)。

その意味で、終末期医療におけるMSWは、制度運用にとどまる専門職ではない。むしろMSWは制度運用の枠組みにさまざまなジレンマを覚え、「制度の限界点をいかに補うかに心を砕いている」のが現状である(佐藤, 2010a:95)。他職種からみれば緩和ケアとは関係ないと思われるような患者のニーズに沿った家族関係、仕事、そして生活上の些細な支え、それを実現させるためにいつでも声かけをしてもらえるような関係づくりにMSWのユニークな立ち位置がある。その意味で、MSWは制度から患者をとらえるのではなく、患者をあるがままのホールパーソンとして迎え入れる専門家といえる。

3.2. 終末期・緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの不透明さ

終末期、緩和ケアにおけるMSW特有の視点と立ち位置とは裏腹に、終末期医療におけるMSWは、未だ周辺的な役割にとどまる。特に急性期病院のMSWは、数多くの入退院支援ケースに追われ、長期的に患者の終末期に寄り添うことが難しい(上山崎, 2016, 2019; 山田ら, 2011)。緩和ケア病棟を併設する急性期病院は限定的で、終末期の患者に対する転院あるいは退院調整がMSWに期待される。患者とその家族が転院や退院に同意せず、MSWは病院と患者の狭間でジレンマを抱えることも少なくない(片岡, 2007)。

佐藤(2010b)による緩和ケア設置病院(996施設、回収率42%)のMSWを対象にした質問紙調査において、終末期の患者支援を実践できているかという問いに、62%のMSWが「どちら

ともいえない」と回答した。この研究では、終末期の患者ケアにおけるMSW自身に内在する役割の曖昧さ、そして終末期のケアは医師や看護師が中心で、MSWは周辺的な存在という認識が支配的であることが指摘されている。

緩和ケアにおけるMSWと看護師との関係は、複数の質的研究から探索されている。例えば山田ら(2011)は、8名の緩和ケア病棟にかかわるMSWへのインタビュー調査から、緩和ケアの文脈ではMSWと看護師間で役割の重複が見られ、葛藤も生じかねない状況が示唆された。「自分たちがしたいことは看護師もしたい」(p.47)といった発言もあり、MSWは医師や看護師から一步引いた補助的な立場を選択していた。その結果、MSWは緩和ケアにおいて「介入への消極性」が生まれ、実践への「もの足りなさ」を感じる状況が描かれている。

終末期、緩和ケアにおけるMSWの存在感のなさは、アメリカでも同様の指摘がなされている。Reese(2013)は、医療保険システムの影響から、医学モデルにもとづく緩和ケアの構築を優先し、MSWによる心理社会的支援を後回しにせざるを得ない病院やホスピスの運営実態を明らかにした。さらに彼女は、分厚い文献レビューから、アメリカでも緩和ケアあるいはホスピスにおける看護師とMSWの役割葛藤は存在すること、そして多くの看護師はMSWが担うとされている心理社会的支援を「自分でも実践できる」と考えていることを明らかにしている。

3.3. 死に寄り添う支え：マインドフルネス

上白木(2018)は、がん診療にかかわる医療機関のMSW(n=1,134)を対象に終末期医療、緩和ケアにおけるMSWの役割遂行の構造と主要な影響要因を量的調査から明らかにした。役割遂行を規定するモデルとして、因子分析及び標準化尺度からMSWのコンピテンシー(実践能力)、職務上のストレス要因へのコーピング、MSWの死に対する態度、職場・職業への適応感といった構成概念を設定し、それらの相互関連性を評価している。その結果の一つとして、「死に対する態度」がMSWの役割遂行に与える影響の大きさが指摘されている($r=.27, p<.001$)。また「死に

に対する態度」は、死にゆく患者との関係性や患者の要求の受けとめ方が関連しており、患者の受容、共感、尊厳の尊重などソーシャルワークの価値・倫理への認識が役割遂行の重要な要因になるとの結論を導いている。

佐藤（2014）は、死を前にした患者へのソーシャルワークにおいて、「対話する力」を重視する。回復が見込まれない患者を目の前にしたとき、無力感や抵抗感がソーシャルワーカーに生じてしまう。それでも見捨てない姿勢を維持することは簡単ではない。佐藤は、死にゆく患者と向き合い続ける対話力について十分なトレーニングがなされていないことを「緩和ケアにおけるソーシャルワークの最大の課題」（p.18）と指摘する。

欧米では、緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケア（EOL ケア）における支援者の「死への態度」や「患者との対話力」を涵養する方法として、マインドフルネスに注目が集まる（Watts et al., 2021）。呼吸への気づきや身体ムーブメントによる各種瞑想法から構成されるマインドフルネスのプラクティスは、終末期を迎えた患者、そして EOL ケアに従事する専門職のストレスを緩和し、今、この瞬間を共有する援助関係の構築にとって支えとなる（Halifax, 2009, 2018；井上, 2015；村川, 2018）。マインドフルネスによるストレス低減は、思考、感情、記憶、身体感覚を俯瞰的にとらえるメタ認知力を高め、コーピング・メソッドの選択と導入をいち早く可能にするところにその効果機序が存在する（越川, 2013；Segal et al., 2018）。

ストレス緩和のみならず、マインドフルネスは患者、そしてソーシャルワーカーを含む専門家に対して死生観に触れるスピリチュアルな洞察への入り口を提供する。マインドフルネスのプラクティスがもたらす今、この瞬間、刻一刻と移り変わる心身の状態やまわりの事象への気づきは、患者の死への恐怖、そして援助者の「完璧であらねばならぬ」という頑なさを共に緩めていく（池埜, 2019）。

「マインドフルネスは、私たちが死にゆくプロセスと共にあるときにおこなうあらゆることの核心にあるものです」（Halifax, 2009 :

31）。

マインドフルネスをベースにした終末期、緩和ケアの医療従事者のための支援プログラムを開発・展開する Joan Halifax はこう言い切る。Halifax（2009）は、マインドフルネス実践によって患者、医療従事者双方が自己への執着、独断的な価値判断、そして結果への固執が緩み、言葉や概念では表すことのできないまわりとの融合感や慈しみの心性を得ることができると述べる。

Canda & Furman（2010）は、スピリチュアリティに配慮したソーシャルワークを提唱する中で、マインドフルネスを次のように説明する：

「私たちは、マインドフルネスや瞑想を治療へ適用することは共感というスピリチュアルな徳に合致するものだと思っている。治療の目標を、より深い霊的発達と結びつけたいと願うクライアントにとって、瞑想は、狭い意味での成果とともに、悟り（他の霊的な道で理解されているような）霊的覚醒へ向けての探求を支えることができる。」（p. 496）

「なぜ自分なのか」「自分の人生に意味はあったのか」「死んだらどうなるのか」。終末期の患者が抱くスピリチュアルな痛みに応答できる言葉や概念は限られている。何もかもが裸にさらされるような死の恐怖は、患者のみならず寄り添う側にも苦悩を生じさせる。マインドフルネスは両者にとって死を否認せず、自己と他者、患者と MSW といった境界で閉ざされずに「今ここ」に共に存在し、「共に在る」という純粹で透明度の高い援助関係の構築を支えていくと考えられる。

4. 研究方法

4.1. 研究デザインと方法

研究方法は、ソーシャルワーク分野で検討されてきた事例研究法にもとづく（岩間, 2004）。まず個別の実践事例の援助プロセスを追跡し、患者の病状あるいはニーズの変化にもとづいてフェーズを設定した。次に各フェーズでの MSW による全人的な視点からの見立て、判断、介入方法、

そしてそれらの理論的背景と価値基盤を描写した。最後に、すべての情報をチームで共有及び省察を繰り返し、患者の終末期から死、そして死後に至る MSW の実践的な取り組みを抽出していた。

現在、終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの役割の明確化が求められている。特に MSW の死に向き合う態度や臨床的なかわりは、十分に議論されていない。この状況において、帰納的なパラダイムにもとづき、個別事例で繰り広げられた実践の生々しい描写から患者の人生の最終段階における MSW の立ち位置と今後の実践的課題を浮き彫りにすることが重要であると考えた。

具体的な手続きとして、最初に筆者ら（第1、第2執筆者）の所属する急性期病院において、MSW が終末期の緩和ケアにかかわり、医療ソーシャルワークが患者の終末期を支える理論的視座と実践的示唆に富んだ事例を選択した。第2に、選択した事例の MSW によるケース記録、訪問看護記録、カルテ、複数回実施された心理アセスメントのデータなどを熟読し、それらを時系列で整理した。第3として、この事例に直接かかわりを持たない第3執筆者（ソーシャルワーク実践の研究者）が客観的な立場を保持しながら第1、第2執筆者と事例の省察を目的としたミーティングを計4回開催した（計380分、1回平均95分）。

ミーティングは録音及び逐語録化され、本事例における MSW の動き、そして判断の根拠となる価値、理論、そして実践知に焦点を当て、終末期、緩和ケアにおける MSW の実像を記録にとどめていった。最終的に、上記の複合的な情報を執筆者全員で精査し、本研究目的に資する患者の死に寄り添う医療ソーシャルワークのあり方をまとめた。

4.2. 倫理的配慮

事例で取り上げた患者による生前の情報開示への同意が明確であったため、当該医療機関の倫理審査委員会によって「倫理審査の対象外」と判断された。事例の患者は、終末期になって「自分のことで研究や社会に役立つことがあれば、個人情報も含めてすべて開示し、使用してもらって構わ

ない」との意思を MSW 及び複数の医療スタッフに口頭で何度も伝え、文書でもその意思が遺されている。

論文執筆上の倫理的配慮として、まず研究目的から逸脱しない範囲で事例の一部を改編し、プライバシーの保護に努めた。ケース記録等の文書データは電子カルテの記録を用い、ミーティングの録音データなどのデジタル・ファイルはすべて暗号化によって守秘を徹底した。第3執筆者は所属が異なるため、筆者間のミーティングでは仮名や仮称を用い、患者や家族が特定化されない配慮がなされた。

5. 結果①：支援プロセスの全体像

5.1. 基本情報

第1、第2執筆者のこれまでの担当事例を精査した結果、直腸がんに罹患後、肺転移から間質性肺炎で亡くなった山田梅地氏（仮名）の事例が本研究目的に照らし合わせて最も深い示唆が得られると判断した。支援開始当時、山田氏は50歳代男性で配偶者との2人家族であった。

V年4月、山田氏は、建設業の仕事にはしごから転落し、右踵骨、第4・第5頸椎、第1・第2胸椎の骨折で入院。右踵骨折への骨折観血的手術が施行された。入院中の翌月（5月）に下血が繰り返し確認され、下部消化管検査によって直腸がんの診断（ステージⅡ）を受けた。

一旦退院後、山田氏は消化器外科に転科し、術前の放射線療法、抗がん剤化学療法を経て同年9月に腹腔鏡下マイルズ手術に臨んだ。同年10月に退院後、左水腎症に伴う左尿管ステント留置などの治療が継続され、痛みを訴える日々が続く状況にあった。

V年7月、山田氏は医療費の問題を主訴に地域医療連携室を訪れ、第1執筆者の担当ケースとして受理した。初回面接の段階では山田氏はステージⅡで回復の可能性はあり、医療費をめぐるニーズ・ベースの対応が中心になると思われた。

5.2. 支援プロセス

山田氏ががんの治療期から終末期、死後の支援に至るソーシャルワーク実践は4年にわたって展

表1 支援プロセスの全容

フェーズ	年月	医療支援	MSW による支援	山田氏の様子
第1期	V年7月～ W年11月	・術前放射線化学療法 ・腹腔鏡下 Miles 術 ・尿管ステント留置 ・眠剤、疼痛治療剤、非ステロイド性消炎鎮痛薬 ・術後補助化学療法	生活支援： ・労災の適用範囲、高額療養費や医療費の分割払いなどの情報提供 ・リハビリによる労災維持の情報提供、身体障害者手帳、障害年金、傷病手当金、そして生活保護等の社会制度の調整および情報提供	・怒り、好戦的態度 ・セクハラなど不適切な行動 ・MSW に対するがん再発への不安など内面の辛さの開示
第2期	W年12月～ X年5月	・ストーマ外来 ・精神科受診 ・外来リハビリ（他院） ・癌疼痛治療用散剤（頓用）	マインドフルネスの導入： ・メンタルヘルス状態のアセスメント（評価尺度） ・マインドフルネスの指導 ・訪問看護時のマインドフルネス実施体制の構築	マインドフルネスの継続
第3期	X年1月～ 同年4月	・呼吸器外科受診（肺転移疑）	マインドフルネスの進展とがんサロンへの参加： ・マインドフルネスの継続支援と疼痛対処の共有 ・がんサロンの紹介と参加継続への支援	がんサロンへの参加
第4期	X年5月～ Z年2月	・労働災害症状固定 ・肺転移の確定診断 ・化学療法 ・CV ポート増設 ・持続性疼痛治療剤	終末期における心理社会的支援： ・予後の宣告への寄り添い ・地域医療連携室スタッフの協働によるフォーマル、インフォーマルな受け入れ・継続的な「聴き入る」支援	感謝、優しさ、思いやりの発露
第5期	Z年3月～ 同年8月	・胸膜癒着術 ・化学療法中止（本人都合） ・外来、訪問看護での補液点滴	看取り支援： ・マインドフルネスの継続支援 ・死後支援の準備、関係者との協力関係の構築 ・看取りのための寄り添い	生い立ち、人生経験の語り
第6期	Z年8月～	・救急外来受診 ・睡眠鎮静剤投与 ・病理解剖	死後の支援： ・病理解剖実施にかかわる意思決定へのアドボカシー支援 ・倫理カンファへの参加 ・遺骨の意思決定にかかわる支援 ・家族との連絡調整（病理解剖・遺骨）	死への準備

開された。支援プロセスの全容は表1に集約されている（表1参照）。筆者らの本事例の振り返りから、6つのフェーズに支援を区分することによって、山田氏の容態の変化に沿ったソーシャルワーク実践を示すことが可能になると判断した。それらは1) 生活支援、2) 心理的支援-マインドフルネスの導入、3) マインドフルネスの進展とがんサロンへの参加、4) 終末期における心理社会的支援、5) 看取り支援、そして6) 死後の支援として表される。

以下、各フェーズにおける MSW の支援の実際を描写する。

5.2.1. 第1期 生活支援(V年7月～W年11月)

V年7月の初回面接では、怪我による仕事の

喪失で経済的な不安があり、今後予定されている放射線治療の受診方法（入院か外来）に迷いがあると山田氏は切り出した。MSW は労災保険（以下、労災）の適用範囲、高額療養費や医療費の分割払いなどの情報提供を行った。その後、山田氏が姿を見せることはなかった。

同年11月、他の医療機関より、山田氏は離婚し、親族を頼って地元に移住したが痛みがひどく、筆者らの病院に入院希望を示している旨、連絡が入った。山田氏は11月末に地元から戻り、12月に再来院した。直腸がんの治療中に妻の不行状をきっかけに離婚、その後親族を頼るも関係が悪く、引き返してきたとのこと。痛みが強く、オピオイド系鎮痛剤も眩暈などの副作用でつらいと訴えた。また、労働基準監督署から症状固定に

よる労災の打ち切りが示唆され、山田氏は生活が立ち行かなくなる不安を吐露した。

身体的痛み、離婚に伴う心的な傷つきと孤独感、経済的困窮、そしてがん再発への不安など複合的な問題が確認された。そのため、MSW は山田氏への危機介入を念頭に生活基盤の構築に向けた支援を再開した。

山田氏は常に苛立ちを隠せず、怒りとともに好戦的な態度が顕著であった。些細なことで看護師や事務スタッフに怒鳴り、セクハラともいえる不適切行為も散見された。徐々に、山田氏の来院の際には病院全体が緊張感に包まれるような状態に陥った。

MSW との面接も緊迫した雰囲気覆われた。しかし、MSW は一人になった寂しさと将来への不安が怒りに満ちた問題行動の背後に存在すると見立て、山田氏を尊敬ある存在としてソーシャルワーク・アセスメントを継続した。その後、リハビリテーションの継続に伴う労災の維持によって当面の経済的不安を払拭し、身体障害者手帳、障害年金、傷病手当金、そして生活保護等の社会制度の調整・説明など、1年にわたる山田氏の生活基盤の構築を支えていった。

5.2.2. 第2期 心理的支援-マインドフルネスの導入 (W年12月~X年5月)

W年10月に労災の後遺症診断による障害特別支給金が交付され、山田氏は生活保護を受給せず、傷病手当金とともに当面の経済的安定を得ることができた。この時期に至っても、山田氏は相変わらず手続きで待たされると声を荒げ、女性スタッフへのからかいや不適切行為が続いていた。

一方、MSW との関係には変化が生じ始めた。第1期で見られた山田氏の好戦的な態度は影を潜め、面接に漂う張り詰めた緊張感は徐々に和らいでいった。MSW の前では怒りがトーンダウンし、がん再発への不安、痛みのつらさ、将来への悲観など自己の内面を吐露する姿が目立つようになった。

山田氏の「怒り」の背景にあった不安と孤独を読み取り、目に見える生活支援を展開した結果、山田氏は少しずつ安心感を抱き、MSW に信頼を寄せるようになったと考えられる。山田氏から痛

みと不安が相乗的に押し寄せることへの対処法を求められたため、MSW は心理的支援に援助の焦点を移行していった。

マインドフルネスの導入はW年12月となる。質問紙調査によるメンタルヘルスの評価、そして主治医との協議による精神科受診の結果から、マインドフルネスを山田氏に提供するメリットがあると判断された。痛みと不安の対処法としてマインドフルネスの概要と手続きを紹介したところ、山田氏は「やってみたい」と興味を示した。そのため、院内の会議室に場所を移して山田氏、MSW (第1執筆者)、そして、導入予定であった訪問看護師に来院してもらい、3人でボディ・スキンの簡易版を試行した。初回のプラクティスでは下半身の痛みで30秒もじっとしていられない状態であった。それでも、山田氏は「続けてみたい」と意欲を見せた。

山田氏の自宅は病院からほど近い。今後、訪問看護終了後に来院してもらい、訪問看護師とMSW あるいはそのときに参加できる地域医療連携室スタッフと一緒に音声ガイドを用いてマインドフルネスのプラクティスを続けていくことになった。結局、山田氏は週2~3回のペースで来院し、マインドフルネス実践を軸に長期にわたるMSW との援助関係が維持されることになった。

5.2.3. 第3期 マインドフルネスの進展とがんサロンへの参加 (X年1月~同年4月)

5.2.3.1. マインドフルネスの進展

当初は、院内で行っていたマインドフルネス・プラクティスも訪問看護内で行うようになった。集中度に波はあるものの、山田氏は呼吸瞑想(15分)あるいはボディスキャン(10分)に取り組む姿勢を見せた。自宅でもマインドフルネスを経験できるようになり、「過去のフラッシュバック(妻の不行状)や身体への不安がちょっと和らidedきた」といった感想も聞かれた。

マインドフルネス導入から3ヶ月ほど経つと、山田氏は「不安から精神的な怖さが出てくるが、マインドフルネスを訪問看護師さんと一緒にやっているときは忘れられる」「マインドフルネスをする前は前向きになれなかった。でも、今はどうやって生きていこうかと考えるようになった」な

どの効果が語られるようになった。

同時期、山田氏はマインドフルネスによる疼痛感覚の変化を報告している。「お尻の痛みには耐え難かったが、今は痛みがお尻全体ではなく肛門のあたりに集まってきた感じ。こっちの痛みのほうが対応しやすい」とのことであった。

マインドフルネスは、痛みへの受容的な注意によって自動的な不安や怒りなどの感情反応を抑制する効果が期待される (Smalley & Winston, 2010; 山本・中井, 2021)。山田氏は、痛みをきっかけに不安や怒りの感情に支配されるパターンが続いていた。しかし、マインドフルネスの経験から痛みに着いて対応し、自然に想起される思いや感情に圧倒されないようになったことがわかる。その結果、自己効力感を再獲得し、未来志向の心情が生起してきたと推測される。

その後、山田氏はマインドフルネスを通じて冷静さを維持し、「マインドフルネスで楽になるし、落ち着く」「マインドフルネスは最後の望み」「マインドフルネスは俺の拠り所」といった言葉が頻繁に発せられるようになった。山田氏は、この頃から一人で近くの浜辺や神社に行き、マインドフルネス瞑想を実践するようになっていく。海の波音に心を込めて耳を澄ませ、瞑想に勤しむ機会が増えていった。

5.2.3.2. がんサロンへの参加

W年3月、山田氏はMSW(第2執筆者)がファシリテーターを務める地域型「がんサロン」への参加も果たした。MSWとの間で情緒的な落ち着きが見られたこの時期、がんの再発不安や孤独感の緩和を目的としてがんサロンを山田氏に紹介したところ、山田氏は何の前触れもなくがんサロンに姿を現した。

がんサロンは月1回2時間、病院からほど近いショッピングモールの一室で行われていた。地域に開かれたサロンで、毎回15名から30名ほどのがんサバイバー(以下、サバイバー)が参加する。サロンの目的は、医療情報の提供というよりも、地域のケアマネジャー、薬局の薬剤師、訪問看護師、そしてボランティアスタッフなども参加してサバイバー同士のつながりを支え、サバイバーの「安心の場」となるコミュニティ形成にあ

った。

初めてサロンを訪れた山田氏は、斜に構えるような態度を見せた一方、自己紹介の際にははがんに罹患したことや予後を怒りに任せて話し、参加者を驚かせた。連なる喪失体験から、がんサロンの参加者はどこまで心許せる人々なのかを試そうという意図がうかがえた。

それでもがんサロン終了後、山田氏は感慨深げに、真顔で「ここにいる人は本当にみんながんなんや…」とMSWにつぶやいた。その表情から、がんになったのは自分だけではなく、「身近にこれだけ多くのサバイバーがいるのだ」という事実を「目からうろこ」の心情を抱いたことを読み取ることができた。この時に、NPO法人のがん患者団体(以下、患者団体)の支援者との出会いも果たした。

5.2.4. 第4期 終末期における心理社会的支援 (X年5月～Z年2月)

X年4月にCT検査によって肺転移が確認され、山田氏は再び抗がん剤治療の選択を迫られた。翌5月のMSWとの面接では、山田氏は「抗がん剤を使用して、最大30ヶ月と言われた」と語った。「最後は井上さん(第1執筆者)に任せます。今月は2回入院しないとイケない。つらいな」と暗い表情で話し、死を間近に感じとった様子であった。

余命宣告に直面したにもかかわらず、第1期に見られた怒りに満ちた山田氏の姿はなかった。気分にはムラはあったものの、総じて落ち着きと穏やかさが目立ち、この頃から「感謝」という発言が聞かれるようになった。同月の面接で、「今、みんなに支援してもらっていることにとても感謝している」と話す山田氏の穏やかな表情は印象的であった。

この頃、山田氏はマインドフルネスの効果をしきりに伝えた。「昨日は怒り狂うことがあったけど、自分の気持を抑えることができた。マインドフルネスの効果かな」「自分自身が穏やかになっているのがわかる。以前は誰もサポートしてくれなかったけど、今はマインドフルネスがあるし、がんサロンもある」「最近怒ることが少なくなった。これも効果かな。不安はあるけどやっていこ

うと思う」といった発言が、この時期の面接記録に記されている。

X年10月、がんサロン初回参加から半年ほど経った頃から、山田氏はがんサロンで他の参加者への思いやりの姿勢を見せるようになった。不慣れた参加者にお茶やお菓子を勧める。涙がとまらない参加者の横で話を聞き続ける。1回しか来なかった参加者を思い浮かべて「あの人どうしているかな」と気遣う。怒りから優しさ、利己的から利他的行為への変容は、山田氏の最期まで続いた。

「こんなにも信頼できる人に出会ったことがなかった。状況は悪いけど、悪いことばかりじゃない」。山田氏は感慨深げに感謝の気持ちをがんサロンで話すようにもなった。虚勢を張らず、怒りの鎧を脱ぐことで本来の自分とつながり、自分の「仕舞い方」に向き合えるような場をがんサロンに見出していったと考えられる。

X年からY年全般にわたって、山田氏は週2回ほどの訪問看護とマインドフルネスのプラクティス後に必ず来院し、通常診察と併せると週3回ほどはアポもなく、MSWを訪ねて来ることが常態化した。第1、2執筆者が対応できない場合は、地域医療連携室内の他のMSWや事務スタッフと雑談して帰っていくこともあった。話す時間は数分から1時間近くになることもあり、内容は日常のことから生い立ちや人生経験に及ぶこともあった。

地域医療連携室は、業務に支障がでない範囲で山田氏を受容していく方針をとった。時間を区切りながらも、できるかぎり山田氏の語りに耳を傾ける姿勢をスタッフ全員で維持するように心がけた。この方針は、告知後の山田氏の様子から、いかなる話であっても「聴くこと」で不安と孤独感を緩和し、人生の統合を支えるという見立てから導き出されていたものであった。

5.2.5. 第5期 看取り支援(Z年3月～同年8月)

Z年1月、山田氏の意味で抗がん剤治療を中止した。日常生活が送れないほど副作用が強く、体力の消耗が激しいためであった。その2ヶ月後の3月、血痰及び咯血が確認され、胸膜癒着手術を実施。3月末から約10日間の入院となった。

その後、山田氏は入院せず、訪問看護を受けな

がら自宅で過ごすことを選択した。マインドフルネスは訪問看護時に継続。プラクティス中、集中できずにスマホを見てしまうことも増えた。しかし、「マインドフルネスがなければここまで来ることはできなかった」と言って、車の運転を止めず、浜辺での瞑想を続けていた。がんサロンへの参加はZ年4月が最後となった。

遡ってZ年2月ごろから山田氏は死への準備を自ら重ねていった。自宅(借家アパート)、携帯電話、家財道具、車の処理の根回しを行い、MSWにその情報を伝えた。また、過去に葛藤があつて長年会っていない妹には死後に連絡してほしいくないこと、海への散骨、さらに病理解剖の受諾などの意思がMSWに示された。

同年7月、MSWは連携関係にあった弁護士、がんサロンで関わりを持った患者団体の役割を山田氏に紹介・説明した。弁護士は紹介した患者団体の顧問弁護士でもあった。そのため、無償で対応してもらうことができ、遺言書と死後事務委任契約書の作成の提案を受けた。このとき、山田氏は「色々話ができよかった。肩の荷が降りたような気がする」と安堵の表情を見せた。

その後、8月に入って胸痛、呼吸困難、倦怠感、吐き気、食欲不振が続く中、それでも山田氏は入院を拒否し、自宅での投薬及び点滴を希望した。同月22日午前、訪問看護師が山田氏の傾眠傾向を確認し、入院を強く進めた結果、一度は拒否したが、同日夜間帯に山田氏は自力で車を運転して来院。即入院となった。同日、病棟ベッド上で、訪問看護師、MSW、患者団体の支援者が見守る中、弁護士が作成した死後事務委任契約書、生前寄付書、散骨同意書、緩和ケア計画書に山田氏は自力で署名した。

「約束通りに頼む。色々ありがとう」。これが山田氏の最期の言葉となった。同日21時、山田氏はMSWや看護師らに看取られ、息を引きとった。

5.2.6. 第6期 死後の支援(Z年8月～)

山田氏の遺志となった病理解剖と散骨にあたって、倫理的なジレンマに直面した。病理解剖は死体解剖法第七条に遺族の承諾を定めており、山田氏の遺志に反して妹への連絡が病理解剖を行うた

めには必須となった。この件で病院内の臨床倫理カンファレンス（以下、倫理カンファ）を開催したり。倫理カンファにはがんサロンで病理解剖の講演を行い、山田氏から病理解剖を口頭で依頼された病理解剖医にも出席を求めた。この医師は、山田氏の病理解剖への意思を直接聞いており、解剖の実施を推奨した。倫理カンファではその後検討を重ね、最終的に妹に連絡をとる方向で意見がまとまった。

結局、妹の連絡先の特定に手間取り、間に入った伯父の了承によって病理解剖の実施が決まった²⁾。解剖後、ようやく伯父から連絡を受けた妹からMSWに電話が入り、「遺骨の一部を送ってほしい。父母の墓に入れたい。写真もあればありがたい」との希望が示された。

散骨への山田氏の遺志と分骨を望む妹と思いと交错は、新たな倫理的葛藤を生んだ。分骨の可否は、結局、面接中やアポなしで立ち寄った際の山田氏の語りを紡ぐことで結論が導かれた。

終末期に入り、山田氏は子ども時代のこと、両親との関係について、断片的ながら時折MSWに話していた。数ある話の中で、山田氏は「唯一おやじだけには頭が上がらない」と父親への尊敬の念を表していたことがあった。その他の語られたエピソードを丹念に振り返った結果、葛藤状況にあると思われた原家族との関係は破綻しておらず、終末期に見せた山田氏の思いやりや感謝の念は原家族にも向けられていたとの結論に至った。死後支援を担当した患者団体、弁護士とも協議の上、最終的に患者団体は遺骨の一部とMSWから預かったがんサロン時の山田氏の写真を妹に送付した。

6. 結果②：事例分析

以上、MSW、地域医療連携室スタッフ、訪問看護師、患者団体、そしてがんサロンとのつながりによって、山田氏はあるがままの姿が受けとめられ、終末期には穏やかで人を気遣う姿に変容していった。そして、MSW、患者団体にすべてを委ねる意思決定を示すことになった。

事例分析は、標準化尺度の評価結果に加え、筆者らの本事例に対する省察の結果、3つの観点か

ら終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワークへの実践的示唆が得られると判断した。それぞれ、「ソーシャルワークの価値を念頭に置いた初動」、「マインドフルネスによる『共に在る』援助関係の構築」、そして「本来の自分の発露を促した安心のがんサロン」として表され、以下詳述する。

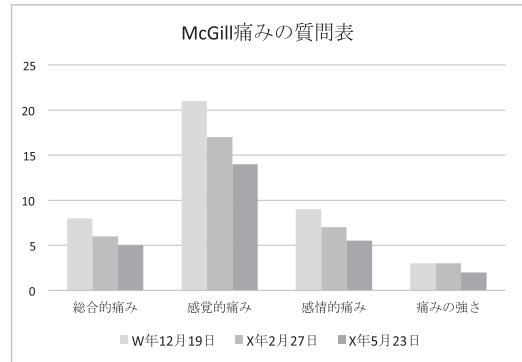


図1 日本語版 McGill Pain Questionnaire

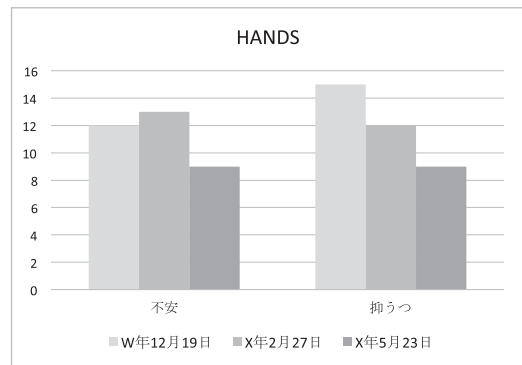


図2 日本語版 HANDS

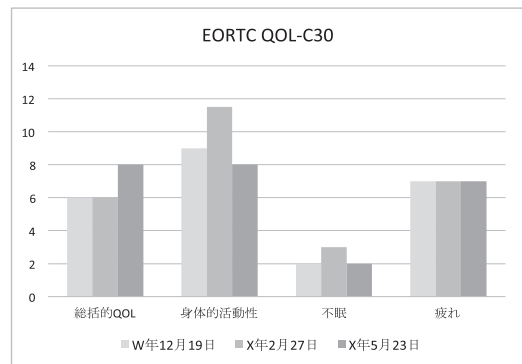


図3 日本語版 EORTC QLQ-C 30

6.1. 標準化尺度の結果

山田氏の疼痛及びメンタルヘルスの状態を把握するため、標準化尺度による評価を計3回実施した。それぞれW年12月19日（マインドフルネス導入直前）、X年2月27日（マインドフルネス導入後2ヶ月）、そしてX年5月23日（肺転移に伴う余命告知直後）に実施している。結果は、図1～3として示される（図1～3参照）。

尺度は、院内の精神科医のアドバイスに従い、がん患者の疼痛及び精神状態の把握によく用いられるものを選択した。それらは、1) 主観的な身体的痛み：日本語版 McGill Pain Questionnaire（長谷川ら，1996）、2) 抑うつ及び不安：日本語版 HADS（Hospital Anxiety and Depression）（入田ら，1997）、そして3) がん患者の QOL：日本語版 EORTC QLQ C-30（European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30）（下妻，2001）の3種類となる。

結果として、マインドフルネス開始後2ヶ月を経て疼痛は全般的に若干低下し、不安レベルは変化がなかったものの、抑うつが改善が見られた。また、QOLにおける身体的活動性の上昇が見られ、活動の幅の広がりが見られた。また、がんの肺転移と告知による余命宣告にもかかわらず、3回目の評価では疼痛及び不安、抑うつレベルでさらなる改善が見られた。症状の進行に伴う身体的活動性や不眠における悪化は見られるものの、総括的 QOL の値は過去の2回の結果を凌ぐ改善を示した。

6.2. ソーシャルワークの価値に根ざす初動

山田氏の場合、支援第1期ではいらいら感や怒りが表出し、好戦的態度が明白な患者であった。山田氏の来院によって病院全体が緊張に包まれ、いわゆる「困難ケース」「大変な患者」というイメージが院内で作られようとしていた。

MSW も山田氏との面接では緊張を強いられた。しかし、当初から念頭に置いたのは山田氏の尊厳の尊重であり、非協力的な患者であっても「置き去りにしない」というソーシャルワークの価値であった（林，2011）。この価値を胸に、全人的視点にもとづく統合的アセスメントを進める

中で、山田氏の怒りの意味に着目していった。

山田氏は、仕事、配偶者、健康を一時期に喪失し、原家族や親族とのつながりも再生することはできなかった。そして、孤独と死への不安が錯綜する中で、いかなるものにも関係性を見いだせないスピリチュアルな痛みが山田氏の怒りの根底にあると推測された。時折ぶつきらぼうに「天涯孤独や！」と話す山田氏。この発言や怒りの態度には、「誰にも必要とされていない」「生きていても仕方がない」という思い、関係性が絶たれていくことへの不安とやるせなさが存在すると判断した。

「関係性の喪失による孤独」「実存にかかわる苦悩」という見立てを軸に、MSW は山田氏の怒りや好戦的態度に翻弄されず、山田氏の本来の姿を共に探索できるように受容的な態度を維持した。この点は、初動において MSW が最も重視した点である。結果として、MSW は緊張しながらも山田氏のニーズを丹念に聴き入り、第1期の生活支援を展開できたと振り返る。傷病手当金や労災の障害特別支給金など目に見える支援が得られたことに加え、受容的で「見捨てない」態度から、山田氏にとって MSW は少なくとも「裏切らない人」として映ったのではないだろうか。山田氏は、その基本的な信頼感から徐々に安心感を抱き、本来もっていた穏やかで人懐っこい姿に戻ることができたと考えられる。

尊厳の尊重という価値、そして山田氏の怒りの背後にある孤独と悲しみという見立ては、MSW から地域医療連携室のスタッフ、訪問看護師、がんサロンのスタッフである薬剤師、ケアマネジャーや患者団体へと伝達、共有された。そして、アポなしで訪問してくる山田氏を受けとめようとする地域医療連携室スタッフの対応は、他の医療スタッフにしばしば目撃されるようになった。「難しい患者ではあるが、いざとなれば MSW に対応してもらえ」という安心感が院内に浸透し始め、肩の力を抜いて山田氏に対応する医師や看護師が増えていった。

終末期の緩和ケアの段階では、MSW 及び地域医療連携室は「安心の居場所」となり、病院が治療のみならず、山田氏にとって「人とのつながりの場」と変容した。少なくとも週2回、まるで

「商店街」を歩くように山田氏は院内の医療スタッフに語りかけ、「スナック」にふらっと立ち寄るように地域医療連携室に顔を出した。

たわいもない話に散りばめられた山田氏の人生の断片は、その折々に出会ったスタッフに受けとめられていった。その結果、孤独に苛まれず、少しずつこれまでの人生を振り返り、山田氏の中で統合されていく機会になったと思われる。実際、アポなしの何気ない会話の中に山田氏の生い立ちや原家族との関係を垣間見るエピソードが多数含まれ、後々の病理解剖や遺骨の扱いを判断するための貴重な示唆にもつながっていった。

6.3. マインドフルネスによる「共に在る」援助関係の構築

筆者らはマインドフルネスを指導する国際資格を保有している³⁾。今回、山田氏との信頼関係が芽生え始め、心理支援の必要性が高まってきた段階（第2期）で、マインドフルネスを不安とストレスの対処法として導入した。山田氏は疼痛コントロールと不安抑制に効果を実感し、その後亡くなる直前までマインドフルネスを実践し続けた。

マインドフルネスを導入できたのは、MSWの1年以上にわたる生活支援を通じて培われた山田氏との信頼関係の賜物であったと振り返る。傷病手当金の申請など山田氏の社会的、経済的苦痛への支援を積み重ねた結果、山田氏はわずかでも防衛を緩めてMSWを迎え入れるようになった。他職種では踏み込みにくいアクション、すなわち医療ソーシャルワーク固有の資源調整や生活支援における機動力が山田氏の終末期、緩和ケアの土台となる援助関係を形作ったと思われる。

呼吸や身体感覚に意図的な気づきを向ける習慣は、過去のネガティブな記憶や死への不安に圧倒されない心の状態、いわゆる脱中心化による認知変容を促したと見られる。その結果、疼痛をきっかけにネガティブ思考が渦巻くパターンに変化が生じ、山田氏に多少なりとも心理的な安定が生まれたと考えられる。山田氏は最期まで「自分にとっての拠り所」と述べ、マインドフルネスを手放そうとはしなかった。

マインドフルネスは、認知レベルの介入法にとどまらない。プラクティス後、MSWや訪問看護

師のマインドフルネス体験も山田氏と共有され、プラクティス中に生じた自動的な考えや思い、さらには身体感覚の変化を互いに分かち合う時間ももたれた。マインドフルネスでは、すべての体験が許され、「いい・悪い」で判断されず、ありのままの姿が受容される機会となる。何があっても肯定的に受け入れられる経験が積み重なることで許しの気持ちや人への思いやりが回帰し、山田氏は徐々に怒りの鎧を脱ぐことができるようになったと思われる。

藤井（2019 a）は、死に伴う悲嘆に寄り添うためには、支援者の人間性や価値観を含む態度、すなわち「あなたはその人の在りのまますを受け入れることができるか」（p.215）という問いへの応答が必要であり、「私は何もできないけれども、あなたの傍におらせてほしいという態度」（p.215）が欠かせないという。筆者らは、マインドフルネスの経験を重ねることで、専門家であると同時に一人の「人」として「今、この瞬間」に在り、あるがままの自他を迎え入れるような身体感覚が生じるようになったことに気づく。

マインドフルネスが涵養する「今ここ」に心を寄せる姿勢は、一瞬一瞬にその人の豊かな実存が備わっているという智慧の創出につながる。刻々とあらゆるものが移り変わり、すべては自分でコントロールできるとは限らないこと、そしてまわりとつながりによって「生かされている」という体現化された共生感をMSWは抱くようになった。死が徐々に近づく中、山田氏との援助関係には、何かを提供しようという気負いは薄れ、山田氏と「共に在る」瞬間の豊潤さに自然と引き寄せられていく感覚が生じていた。

この感覚は、アポ無しの呼び出しを受けても本質的には変わることはなかった。終末期の緩和ケアの段階では、山田氏との関係性そのものが「今ここ」に気づく基点となり、山田氏、MSW双方の思いが共鳴していく時間になっていたと振り返る。

マインドフルネスを通じて生まれた「生かされている」「共に在る」という体現化された感覚は、「何かを与えねば」という支援者としての焦燥感を拭い落とす。そして、「何もできないけれどもここにいていい」というMSWの肌感覚は、

Canda & Furman (2010) のいうマインドフルネスが育てる「死を否認しない態度」の創出につながったと思われる。その結果、死期が迫り、変わりゆく山田氏の姿を目の前にして、「大丈夫、安心して後は任せてください」という言葉が偽りも苦しみもなく、自然と我々 MSW の口から発せられたのではないかと推察する。

6.4. 本来の自分の発露を促したがんサロン

筆者ら（第1、2執筆者）の所属する病院は2008年より地域がん診療連携拠点病院となり、2010年よりMSWが中心となってがんサロンを開催している。当初は院内で行われていたがんサロンを地域密着型に移行すべく、2015年より場所を地域のショッピング・モール内に変更した。また、地域との繋がりの強化、マンパワー不足の解消の為に地域医療機関や訪問看護ステーション、調剤薬局などにも声かけを行い、地域協働型での開催とした。その結果、院内のときよりも多くのサバイバーに参加してもらえるようになった。

支援プロセスで述べたように、このがんサロンは、治療やケア方法の情報提供を主目的とはしない。「題目のつけられない時間」、すなわちサバイバーと多職種の支援者が共に在ること、一緒に生きる時間を旨とする。あえて「枠のなさ」を許容し、サバイバーの自由な語りや寄り添いを大切にしてきた。MSWのがんサロン運営経験とマインドフルネスの耕しから、今、この瞬間を大切にしながら、互いのつらさの共有と絆の発露がサバイバーの不安の緩和と人生の統合に不可欠であると確信し、このスタイルを継続している。

構造化されない分、グループ内では予想外のことが起こることも少なくない。強い悲嘆感情の吐露や感情の高ぶりがもたらすメンバー間の葛藤も生じ、ファシリテーターとしては常に緊張がつきまとう。その意味で、この運営スタイルをとるには信念とスキル、そして勇気が必要となる。

しかし、サバイバーからの声かけや反応は、いつも我々支援者の不安を払拭してくれるに余りあるものとなった。サバイバーの語る人生観や死生観は、一人ひとりの生きてきた軌跡と出会いの奇跡としてグループ内で反響されていく。メンバー

との相互交流によって、発話者は個々のエピソードに潜む感情や思いに気づき、自分に取り込み、やがて自分の「人生の仕舞い方」を固めていく。

山田氏は、最初は怒りの殻で自分を守り、自分のポジショニングを模索しながらもサバイバーの輪にとどまり続けた。MSWは、山田氏の怒りや挑発に対抗せず、対処してきた努力やその成果を尋ねながら、常に山田氏の対処力を称賛するように心がけた。

山田氏は、徐々にメンバーとのつながりを築き、怒りの矛を取めるようになった。山田氏が予後を話し、「俺はもうすぐ死ぬんや」と投げやりになっても、他のサバイバーは「そうね、いつかは来ることやね」と静かに、優しく、あるがままに受けとめていく。山田氏は、自分をまるごと受け入れてくれるサバイバーの姿に最初は虚をつかれたような様子であった。しかし、やがて終末期には自分の殻を取り去り、山田氏の根底にあった本来の姿である穏やかさと思いやりのある利他的な行動が現れるようになった。2年以上にわたって、ほぼ皆勤でがんサロンの参加を果たしたことを思うと、このがんサロンは山田氏にとって安心の拠り所になっていたと考えられる。

7. おわりに：「一人称の支え」を体現する医療ソーシャルワークへ

Halifax (2009) は、死にゆくプロセスに寄り添うとき、往々にして支援者は「良い死」や「尊厳ある死」を目標にしてしまうことを危惧する。この目標は、支援者にプレッシャーを与え、患者や家族にも微妙な強制力を生じさせてしまうという。何よりも「良い死」や「尊厳死」は支援者側の作る物語であり、死の真実から目を背ける支援者自身の防衛でもあると述べている。

「ホスピスで働いていたある年配の人が、あるとき私にこう言いました。『死を前にした人の家に入る前に、自分の知っていることを全部、車に置いて行くようにしています』と。『知っている』ふりをすることは、ただ自分の恐れを覆い隠しているだけなのです」(Halifax, 2009: 45)。

「何も知らない」という初心で患者に向き合う態度こそが、死にゆく人々と共に在るために必要であると Halifax は強調する。

さらに藤井 (2018, 2019 b) は、死に直面し、実存にかかわるスピリチュアルな痛みを抱く患者は、自分自身に向けられた答えの出ない問い、すなわち「私の死」であり「なぜ私なのか」という一人称の視点で苦悩しているという。その主観的痛みは、二人称や三人称の立場からアドバイスをして救えるような苦悩ではないと主張する。一人称の視点で患者と共に在る態度の表出、それは自分の限界を認識し、自分の中にある「寄り添いたい」という思いを心にとどめながら、知識や技術で覆った鎧を手放すことに通じる。そして、一人の人間として「今ここ」に心をとどめ、患者の話を「聴く」ことに他ならない。

「何も知らない」という初心、そして一人称の支えはいかに涵養され、死にゆく患者の寄り添いに織り込まれていくのか。この点が終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの構築において欠かすことのできない側面となる。これは、上白木 (2018) が量的にとらえた「死への態度」の質的描写に通じると思われる。病院内にとどまらず、本稿で取り上げたような「がんサロン」の持続的な運営と安心の場作り、あるいは他職種との連携において、一人称の支えを体現しようとする MSW のプレゼンスは、患者のトータル・ペインに寄り添う医療ソーシャルワークの発展に不可欠となるだろう。

筆者らは、社会関係の調整によって山田氏の社会的、経済的な痛みに向き合った。そこで培われた信頼は、マインドフルネスによってさらに醸成されていった。「今、この瞬間」に「共に在る」大切さを身体で感受しながら、MSW として援助関係を山田氏と共に織り成していくことができた。山田氏の終末期に至り、援助関係はやがて人と人とのつながりとなり、互いに支え、支えられる関係になっていと振り返る。

このプロセスは、藤井氏のいう「一人称の支援」に該当するかどうかはわからない。しかし、少なくとも4年にわたるかかわりの中で、山田氏が本来持っていた優しさや思いやりが発露し、死後の支援も含めた人生をそっくりそのまま彼から

委ねてもらえるような援助関係に成熟したと振り返る。

山田氏に向けて、「私たちのところに来てくれてありがとう」「いつも一緒にいてくれてありがとう」という身体から湧き起こる思いを今も抱き続けている。このような「尊厳を認め合うことの相互性 (心の相互性)」(葛生, 2011: 138-40) は、MSW としての倫理を逸脱した心情や行為では決してない。この体現化された「共に在る」実践に、終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの可能性の一端を見出すことができると考える。

先行研究でも述べたように、第1筆者はこのような「クライアントに寄り添い、関わり合う関係性」をソーシャルワークの方法論的価値として位置づける。この価値を具象化する方法としてマインドフルネスが有効であったと振り返る。

当然のことながら、マインドフルネスのみが終末期、緩和ケアにおける「一人称の支援」や、ソーシャルワークの方法論的価値を体現するわけではない。マインドフルネスは決して万能ではなく、その方法や適用については有害事象も含めて慎重に検討されなければならない (Van Dam et al., 2013)。今回、精神科医との連携のもと、筆者らのマインドフルネス指導経験も踏まえて、山田氏への導入を判断した。スピリチュアリティに配慮したソーシャルワークのあり方が議論される中 (藤井, 2018; Canda & Furman, 2010; 安井, 2018)、今後一人称の支援がいかに医療ソーシャルワークにおいて具現化していくことができるのかを考えていく必要がある。

社会的、経済的支援、転院や退院調整など、伝統に裏打ちされた医療ソーシャルワークの独自性は、終末期、緩和ケアにある患者や家族の希望と安心につながる貴重な支えになる。この独自性を早期の介入基盤としながら、本研究が、ACP のプロトコルや終末期ケアのガイドラインには反映されない死にゆく人に向き合う MSW の態度、そして援助関係を軸にした終末期における医療ソーシャルワーク実践を深化させるための端緒になることを願う。何も道具を持たない、藤井 (2019 b) の言葉を借りれば「丸腰」の MSW であるからこそ、患者のトータルペインとは何か、

死に寄り添う態度とはどのようなものか、「聴く」ことの意味とは何か——これら価値の体現に資する支援のあり方を発信していく固有性と責務をMSWは有していると考ええる。

追記

遺骨の一部と写真を山田氏の妹に送付した後、妹からMSWに電話が入った。「兄がこんな顔をして笑っていたなんて思いませんでした。私たちには見せなかった顔です」とのことだった。

その後しばらくして、妹から地元特産の「お芋」が送られてきた。「兄がそうしていたみたいなので。同封の手紙にはそう記されていた。MSWが患者団体に託し、送付した写真には、「お芋」を差し入れる山田氏の実顔が収まっていた。

注

- 1) 第1、第2筆者が所属する医療機関は、2016年より「臨床倫理コンサルティングチーム（以下、倫理チーム）」が活動している。倫理チームの活動目的は、1) 患者の最大限の利益の追求、そして2) 医療ケアチームの負担の軽減であり、年間約30件の倫理カンファが開催されている。
- 2) 死体解剖保存法第七条には「死体の解剖をしようとする者は、その遺族の承諾を受けなければならない」とされているが、その遺族の範囲は明確に定められていない。
- 3) 筆者らは、国際マインドフルネス認定指導者協会（International Mindfulness Teachers Association：IMTA）の資格を有するマインドフルネス指導者である。

参考文献

- Canda, E. R. & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping*. Oxford University Press. (木原活彦・中川吉晴・藤井美和 監訳 (2014) 『ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティとは何か：人間の根源性にもとづく援助の核心』ミネルヴァ書房).
- 藤井美和 (2018) 「社会福祉における価値：いのちの視点から」『人間福祉学研究』11(1), 43-55.
- 藤井美和 (2019 a) 「死生学にみるグリーンワーク」『精神療法』45(2), 212-217.
- 藤井美和 (2019 b) 「『聴く』ことの意味：死生学の立場から」『医療社会福祉研究』27, 1-15.
- Halifax, J. (2009). *Being with dying: Cultivating compas-*

sion and fearlessness in presence of death. Shambhala. (井上ウイマラ 監訳 (2015) 『死にゆく人と共にあること：マインドフルネスによる終末期ケア』春秋社).

Halifax, J. (2018). *Standing the edge: Finding freedom where fear and courage meet*. Flatiron Books. (海野桂 訳 (2020) 『コンパッション：状況にのみこまれずに、本当に必要な変容を導く、「共にいる」力』英治出版).

長谷川守・服部卓・猿木信裕・石崎恵二・木谷泰治・町山幸輝・藤田達士 (1996) 「日本語版 McGill Pain Questionnaire の信頼性と妥当性の検討」『日本ペインクリニック学会誌』3(2), 85-91.

林真帆 (2011) 「ソーシャルワークにおける『主体性』に関する一考察：主体性概念に着目して」『別府大学紀要』52, 55-65.

本家裕子 (2002) 「ターミナルケアにおける医療ソーシャルワークに関する研究の動向」『臨床死生学年報』7, 64-72.

井上ウイマラ (2015) 「GRACE プログラム 2015 in 奈良：ターミナルケアでの燃えつき防止のために」『サンガジャパン』21, 170-218.

井上祥明 (2013) 「医療ソーシャルワークにおける社会的管理のあり方についての批判的検討：関係論的概念を用いた新たなソーシャルワークの価値構築にむけて」『大分大学大学院社会福祉社会科学研究科修士論文』.

入田宏之・東あかね・入城博子・小笹晃太郎・林 恭平・清田啓介・井口秀人・池田順子・藤田きみゑ・渡辺能行・川井啓市 (1997) 「Hospital and n Anxiety Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討：女性を対象とした成績」『心身医学』38(5), 310-315.

伊藤靖 (2017) 「マインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR)：プログラムを概説する」『精神科治療学』32(5), 591-598.

岩間伸之 (2004) 「ソーシャルワーク研究における事例研究法：『価値』と『実践』を結ぶ方法」『ソーシャルワーク研究』29(4), 287-291.

岩本喜久子 (2012) 「ホスピス・緩和ケアにおけるグリーンサポートとソーシャルワーカーの役割」『ソーシャルワーク研究』37(4), 17-24.

Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta. (春木豊 訳 (2007) 『マインドフルネスストレス低減法』北大路書房).

上白木悦子 (2018) 「緩和ケア・終末期医療における医

- 療ソーシャルワーカーの役割遂行の構造に関連する要因』『社会福祉学』59(3), 16-29.
- 上山崎悦代 (2016) 「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーのIPW:2つのインタビュー調査から」『日本福祉大学社会福祉論集』135, 111-132.
- 上山崎悦代 (2019) 「終末期ケアにおけるIPWとソーシャルワークの機能」『兵庫医療大学紀要』7(1), 11-18.
- 片岡靖子 (2007) 「終末期ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割と課題」『九州保健福祉大学研究紀要』8, 71-77.
- 越川房子 (2013) 「マインドフルネスとMBCT」『臨床心理学』13(2), 196-201.
- 厚生労働省 (2004) 『医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生労働省健康局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号)』 (http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf) (2021/11/30).
- 厚生労働省 (2018) 『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』 (<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>) (2021/11/30).
- 葛生栄二郎 (2010) 『ケアの尊厳と倫理』法律文化社.
- 村川治彦 (2018) 「G.R.A.C.E.: コンパッションに基づくケアのためのトレーニング」『Cancer Board Square』4(1), 70-75.
- 日本学術会議 (2008) 『終末期医療のあり方について: 亜急性型の終末期について』 (<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t-51-2.pdf>) (2021/11/30).
- 日本マインドフルネス学会 (2021) 日本マインドフルネス学会HP. (<https://mindfulness.jp.net>) (2021/11/30).
- Reese, D. J. (2013). *Hospice social work*. Columbia University Press.
- 佐藤繭美 (2010 a) 「緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割の検討」『現代福祉研究』10, 89-99.
- 佐藤繭美 (2010 b) 「終末期ケアにおけるソーシャルワーカーの役割に関する研究」『科学研究費補助金研究成果報告書』 (<http://hdl.handle.net/10114/7265>) (2021/11/30).
- 佐藤繭美 (2014) 「緩和ケアとソーシャルワーク」『社会福祉研究』121, 12-20.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford.
- 下妻晃二郎 (2001) 「疾患特異的尺度:がん」池上直己・福原俊一・下妻晃二郎・池田俊也編『臨床のためのQOL評価ハンドブック (pp.52-61)』医学書院.
- Smalley, S. L. & Winston, D. (2010). *Fully present: The science, art, and practice of mindfulness*. Lifelong Books. (本間生夫 監訳 (2016) 『マインドフルネスのすべて:「今この瞬間」への気づき』丸善出版).
- 正司明美 (2005) 「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン (試案)」『山口県立大学社会福祉学部紀要』11, 9-22.
- 田村里子 (2016) 「緩和ケアにおけるソーシャルワーク実践と専門職連携の方法と実践」『ソーシャルワーク研究』42(3), 173-180.
- Van Dam N. T., van Vugt, M., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W., Brefczynski-Lewis, J., & Meyer, D. E. (2013). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13(1), 36-61.
- Watts, K. J., O'Connor, M., Johnson, C. E., Breen, L. J., Kane, R. T., Choules, K., Doyle, C., Buchanan, G., & Yuen, K. (2021). Mindfulness-Based compassion training for health professionals providing end-of-life care: Impact, feasibility, and acceptability. *Journal of Palliative Medicine*. 24(9), 1364-1374.
- WHO (2021). Palliative care. *World Health Organization*. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>) (2021/11/30).
- 山田美保・安部猛・北川慶子 (2011) 「緩和ケア病棟におけるソーシャルワークに関する質的研究」『西九州大学健康福祉学部紀要』42, 43-9.
- 山本和美・中井吉英 (2021) 「慢性疼痛患者へのマインドフルネスアプローチの事例:内受容感覚の視点を交えて」『心身医学』61(2), 147-152.
- 安井優子 (2018) 「東日本大震災による死別体験者が苦しみの中で求めるもの:スピリチュアリティの視点からの考察」『社会福祉学』59(3), 55-68.

New developments of medical social work
in the stage of end-of-life or palliative care :
A case study of a mindfulness-based approach
to work with a client's death

Yasuaki Inoue*¹, Hiroko Tamano*¹, Satoshi Ikeno*²

ABSTRACT

Based on a case study method, this paper shedded a light on the role of medical social workers (MSW) in an acute care hospital at the phase of end-of-life or palliative care by examining their attitudes toward patients' death and the transformational process of their therapeutic relationship with a cancer patient. The role of MSW in end-of-life care remains ambiguous. On the other hand, the social work value system that aims to work with total pain from whole person perspective should be considered for the establishment of the advance care planning procedure. This case study thoroughly described the social work practice that led by a mindfulness-based end-of-life care. The result of the study delineated the importance of the fully being with clients as a practical value that should be embodied in the medical social work to work in the end of life or palliative care settings.

Key words : end-of-life care, Advance Care Planning (ACP), medical social work, mindfulness, cancer caring salon

* 1 Social Worker, Regional Medical Liaison Office, Nursing Department, National Hospital Organization Beppu Medical Center

* 2 Professor, School of Human Welfare Studies, Kwansai Gakuin University