

## 【第10回 日本リビングウイル研究会】

### テーマ「レジリエンス＝パンデミックから立ち直る力」

日時：2021年12月11日（土）13：00～16：00（オンライン）



#### ■コーディネーター

満岡 聡（満岡内科クリニック院長、日本尊厳死協会理事）

#### ■講師（発言順）

岩尾總一郎（日本尊厳死協会理事長、医学博士）

シャボットあかね（『オランダ発ポジティブヘルス』の著者、安楽死問題の研究者）

松田 純（静岡大学名誉教授、哲学者、『安楽死・尊厳死の現在—最終段階の医療と自己決定』の著者）

平林池保子（看護師、日本尊厳死協会医療相談員）

高宮有介（昭和大学医学部教授、日本死の臨床研究会理事長）

## ■開会のあいさつとテーマの説明（満岡 聰）

### 「どうすれば『心のしなやかさ』を育成できるのか」



今回は「レジリエンスーパンデミックから立ち直る力」と題して考察を深めていきたいと思います。2020年3月11日に新型コロナウイルス感染症がWHOによってパンデミック（世界的大流行）と認定されてから1年9か月。ワクチン接種が広まり、第5波以降急激に感染者数は減りましたが、今、オミクロン株に置き換わりつつあり、予断を許さない状況です。

この間、これまで常識と考えられてきた「誰でも受けられる」医療体制が揺らぎ、延命措置どころか救命措置すら受けられないという、日本尊厳死協会創立以来、初めてのパラダイムシフト（価値観の劇的変化）が起きました。

私たちは、パンデミックや大災害のなかでの、命の危機における意思決定のあり方を問われることとなり、あらかじめリビング・ウィルを書いておくことの重要性があらためてクローズアップされました。尊厳死協会ではこの2年間、協会のあり方、目指すべき方向性、リビング・ウィルの内容等について検討委員会を立ち上げて議論してきました。その中で、尊厳死は単なる延命措置の拒否や十分な緩和措置をおこなった末の死ではなく、「それまでの尊厳ある生の先にあるもの」という考え方が確認されました。

「尊厳ある生」とは、端的に言えば、自己肯定感を持ち、自尊心が保たれて生きている状態といえます。現代社会においては離別、死別、病気、失業、貧困、孤独、虐待、差別、敵意、認められない、愛されない、努力が報われないなど、心が折れることは多々ありますし、大震災や津波、台風、洪水など避けられない天災に見舞われることもあります。

そうしたなかで、自己肯定感を持ち自尊心が保たれている人と、不幸にもそうでない人がいます。では、いかにすれば、起きてしまった不都合な出来事から立ち直る「心のしなやかさ」つまりレジリエンスを育成できるのでしょうか。今回の研究会は、自分にとって良くない予期しない出来事へのレジリエンス（絶望から生き直す力）に焦点を絞り、議論していきたい、また、個人の努力で獲得できるレジリエンスのみならず、社会の状況、特に不寛容、共感の欠如といったレジリエンスへの障害についても議論できればと思っています。

## ■ビデオメッセージ（岩尾總一郎）

### 「リビング・ウィルの重要性があらためて浮かび上がった」



この研究会も 10 回を迎えました。これまで終末期医療における様々な課題や問題を取り上げ、議論を重ねてきましたが、今回のテーマはレジリエンスです。この 2 年間、コロナ禍のなか、感染者には謂われない差別的な言動などもあり、また感染から回復した方にはいくつかの後遺症が残りました。一方で亡くなる方には、家族にも会えないような孤独な中での最期というような状況がありました。

このように予期しないことが連続して起こるコロナ禍の現在、思い通りの最期を迎えることが難しくなっている状況のなかで、リビング・ウィルを書いておくことの重要性があらためて浮かび上がっているように思います。私たち尊厳死協会も、その重要性を広く伝えていかなければならないと肝に銘じました。今回のレジリエンスという言葉は「脆弱」の反対語といえます。絶望ともいえるコロナ禍のなか、「自分たちはもう 1 度生き直すんだ」という強いメッセージを込めて、今回のテーマを選びました。多方面からの議論と問題の提起をお願いしたいと思います。

## ■レジリエンスとオランダ発ポジティブヘルス（シャボットあかね）

### 「小さな成功の積み重ねがレジリエンスを高めていく」

「オランダ発ポジティブヘルス」はヘルスケアから始まった動きですが、全人的なアプローチが特徴で、教育や職場、福祉領域などで幅広く適用され、現在オランダにある全自治体の半分以上が政策として掲げています。ポジティブヘルスは、個人の健康から始まりましたが、今では「集団つまり地域の健康とレジリエンスの促進」のために使われています。

WHO の健康の定義は「単に疾患がないとか虚弱でない状態ではなく、身体的、精神的、社会的にも完全に良好であること」となっていますが、新しい「21 世紀の健康」として「社会的、身体的、感情的な問題に直面したとき適応し、本人主導で管理する能力としての健康」という概念が、オランダの元家庭医マフトルド・ヒューバーという女性によって 2011 年に示されました。これがポジティブヘルスです。



## WHO 健康の定義

単に疾患がないとか虚弱でない**状態**ではなく、  
身体的、精神的、社会的にも**完全に良好**であること。



1948年WHO総会

1947年	日本人の平均寿命	男性50歳	女性54歳
2020年		男性81.6歳	女性87.7歳

## 21世紀の健康

社会的・身体的・感情的問題に  
直面したとき**適応**し、  
本人主導で管理する  
**能力**としての健康

WHOは健康を「一定の状態」としましたが、ポジティブヘルスは「適応する能力」として  
いるのが大きな違いです。刻々と変化していく状態に適応する能力…。このポジティブヘル  
スで大事なものは、まわりの支援はあるものの「本人主導」ということです。

さて「立ち直る」「心のしなやかさ」というような意味のあるレジリエンスですが、都市  
＝シティと関連して使われてきました。ロックフェラー財団が世界100都市を選出して「レ  
ジリエンスに富む都市」として支援したことで広まりました。日本では京都市と富山市が選  
ばれています。レジリエンスが求められるのは、突然襲う外的な「ショック（災害やパンデ  
ミック）」と慢性的にじわじわと忍び寄る「ストレス」の両方についてレジリエントでなけ  
ればならないということです。

レジリエントシティから学ぶレジリエンスの要素が7つあげられており、これは個人に対  
しても言えると思います。①内省的であること（過去の経験を意思決定に活用できる）②機  
知に富んでいること（代替案を思いつける）③インクルーシブ（包み込む）であること（す  
べての利害関係者が考慮されている）④統合的であること（異なるシステムや組織がつなが  
っていて相乗効果が創出される）⑤頑強であること（しっかりとしたシステムが、しっかり  
と管理されている）⑥余剰があること（計画にゆとりがあって、非常時に対応できる、特定  
の問題に関して複数の対応策がある）⑦フレキシブルであること（変化に対応できる）。

これをヒューバーはポジティブヘルスの「6次元42指標」として掲げています。

## 6次元の42指標

### 身体の状態

元気がある  
調子がよい  
病状・痛みがない  
よく眠れる  
食欲がある  
スポーツ後など身体の回復が早い  
身体が軽やか

### 心の状態

記憶力がよい  
集中力がある  
意思疎通力がある  
朗らかだ  
自己肯定感がある  
問題解決能力がある  
自己調整能力がある

### いきがい

生活に生きがいがある  
意欲がある  
達成したい理想もっている  
将来に希望もてる  
人生に満足している  
感謝の念がある  
生涯学習の心構え

### 暮らしの質

生活を楽しめる  
幸福感がある  
しっくり感がある  
バランスのある生活だ  
安心感がある  
住まいと同居者に満足している  
十分な生活費がある

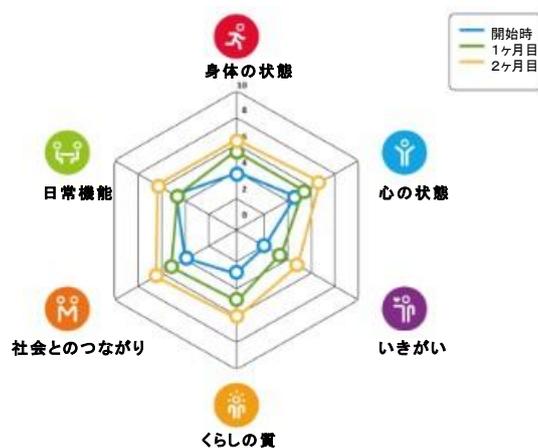
### 社会とのつながり

他者とのつながりがある  
自分を尊重してもらえる  
楽しみを共有できる仲間がいる  
必要なとき支援してもらえる  
居場所がある  
やりがいある活動・仕事がある  
社会に関心をもっている

### 日常機能

身の回りのことができる  
自分の限界を承知している  
健康を保つ知識がある  
日常生活の手順を決められる  
金銭管理能力がある  
労働・ボランティア活動ができる  
支援を求められる

## クモの巣の健康面積



その6次元は①身体の状態②心の状態③いきがい④暮らしの質⑤社会とのつながり⑥日常機能、の6つです。その下に42の指標があり、その指標を10点満点とした六角形の図に記入し、線で結びます。この内側が「健康面積」になります。つまり「その時」の本人の健康感が示されるわけです。別な時にまた記入すれば、健康感の変遷もわかります。これはあくまでも本人の「その時」の主観的な実感ですので、自分自身が振り返るためのツールにもなり、支援者にとっては「対話」のきっかけにもなり得るわけです。コロナ禍で対面の診療が難しかったケースなどでは、家庭医が、この指標を念頭に電話をかけていたとされています。

この「クモの巣」は緩和ケアなどでも使われ、終末期でも役に立ちます。実際、高齢の終末期の方に記入してもらおうと、意外に健康面積が大きいといったこともあります。家族は表面的な動作などを見て低く判断し、本人の内面まではわからないということなどからですね。「お母さんは意外に今の状態に満足している」ことなどがわかったりもします。支援者にとっても、何が「本人にとって」本当に大切なことなのかを突き止め、何を变えればそれを達成することができるか、あくまでも「本人自身が引き出す」支援をします。低いからこの指標を上げる努力をしましょう、というような誘導とか指導をしては、本人の意欲を引き出すことはできません。時間がかかっても「本人にとって」の生きがいは何であるのかを聞きながら引き出す努力をすること。「本人が選ぶ」ことを尊重するのが大事なのです。ですから

ヒューバーが行う研修は、ポジティブヘルスを導入する専門職の人たちが、患者や市民とどのような会話を持つかの訓練といってもいいでしょう。簡単に言うと「口出しはしない」ということです。

本人が自分の状態を自分なりに把握して、目的を立て、それを達成する努力をし、支援者はその目的達成に寄り添う——そうした小さな成功の積み重ねが本人に自信をつけ、レジリエンスを高めていくことになるわけです。

## ■価値観の多様性と向き合う臨床（松田 純）

### 「人は『物語る』ことで生き直す力を獲得していく」



中世から現代にかけて、疾病の構造が「感染症」から「生活習慣病」へと転換されたといわれています。ここでは、「病気の性格が変わった」ととらえ直して考えてみたいと思います。つまり、「病気の性格が、ゆっくり進行する疾患へと移動してきている」といえます。感染症などに治療医学が力を発揮した時代から、ゆっくり進行する治りにくい疾患へと移ってきているということです。この場合、治療以外のアプローチの相対的な位置が高まります。例えば高齢者の生活基盤の充実とか介護と医療の連携などです。

そうすると「病気になれば治療し完治させる」というモデルとは別のモデルで医療やケアをとらえ直す必要が出てきます。

そこで重要になってくるのが、「健康とは何か」ということ。先ほどのシャボット・あかねさんの話にもありましたが、1946年のWHOの健康の定義は「身体的、精神的、社会的にも完全に良好であること」でした。しかし「完全に良好な状態」なんてあるのでしょうか。WHOはその後、2011年に「障害に関する世界報告書」を出します。そこでは「完全に」という文言が外れています。それは、「完全に良い状態」を「障害に対する医療の目的」にできないからなんです。無理に目標にしたら、さまざまな弊害が生じます。例えば、車いすの人を無理に立たせて完全な歩行ができるように訓練するのでしょうか。実際は、それぞれの患者さんの状態に合わせて目標が設定され、リハビリが行われるわけです。

## 『障害に関する世界報告書』発表記念セレモニー 2011年6月9日



世界保健機関事務局長(当時)  
マーガレット・チャン博士

障害は人生の一部です。私たちのほぼ全員が、人生のある時点で、**永続的にある**いは**一時的に**、障害を負うようになるでしょう。……

12

この「完全に良好であること」の弊害をみていきます。「完全に良好」が健康であり、医療は病気の治療、健康回復が使命であるとすると、治せない治療に意味はないということになりかねない。その結果、「無益な医療」を中止して尊厳死、安楽死しましょうということになってしまう。医療の使命は、病気を治す、完治させることだけではありません。病苦を和らげる「緩和」も重要な使命です。緩和というと、がんの末期の緩和病棟のイメージを持つ人も多いでしょうが、病苦を和らげることはすべて緩和なんです。病苦を和らげるための看護ケアなども重要な医療ですから、「治せない治療に意味はない」ということになるとすれば、必要な医療ケアを受けられないことになり、難病者、障がい者、高齢者が適切な医療を受ける権利が奪われる懸念も生じてきます。

このように、高齢化や疾患傾向が変化している現代において WHO の定義は望ましくない結果を生むということで、ヒューバーらの新しい「健康」についてのとらえ方が出てきたわけです。「健康とは、社会的、身体的、感情的な問題に直面した際に適応し自らを管理する能力（やりくりする力）」ということですが、これを私なりに言い換えると、健康とは「病気による苦境をさまざまな方法を駆使して乗り切っていく力・対応力・適応力・復元力＝レジリエンス」ということになります。

高齢化や疾患傾向が変化している  
現代において、WHOの定義は  
望ましくない結果を生む



「病気→治療→完治」とは  
別のモデルで健康を  
新しくとらえなおす

19

これまでの「病気→治療→完治」とは別のモデルで「健康」をとらえ直せば、新しい可能性が拓かれてくると思います。つまり健康とは、「完全に良好な状態」ではなく、適応しやりくりする能力。静止した状態ではなく「対応力」という動的なもの。疾患があっても医療や介護の力などを支えにして症状をやわらげ（緩和）、気落ちすることなく人生を前向きに生きていけることであり、その力——ととらえ直せば、「治す医療」から「治し支える医療」という新しい医療観が生じてくると思います。生活支援と治療という2つがともに病者や高齢者の生活を支えることになりますから、目標が病気の治癒ではなく生活の質の向上ということになってきます。医学モデルから生活モデルへの転換です。「本人らしい生き方をどう支えるか」という視点がポイントになり、本人の思いや希望の尊重がいつそう求められる状況になってきます。今、臨床で患者さんの価値観と向き合うことが求められている背景には、こうした医療の歴史的な変化があるのではないのでしょうか。

では「良い生活の質」とは何でしょうか。これは本人も必ずしもわかっているわけではないんです。病気の発症を受けて、患者自身が自らを見つめ直し、自分の生き方を深め、変容していく。つまり、患者自らが治療の目的を含む自身の人生の目標を明確にし、方向性を見出ししていく、そのプロセスに、医療・介護職は寄り添う——これがACPや「人生会議」の意義なんです。こうした考え方は、日本の近代医学が始まって160年ですが、歴史始まって以来の大転換、と私はとらえています。

医療者だけではなく患者側にも、態度変容が求められます。「病気になったら病院に行って医師に治してもらおう」という単純な発想をやめなければなりません。病気は治らないことも多いので病気を抱えながらどう生きていくかを考えなければなりません。そしてどのような生活を望むのか、最後の生をどう生きたいのか、医療者や支援者と相談することが求

められています。こうして医療者と患者側とのコミュニケーションが深まることで、患者のQOL（満足度）が向上します。単に、「説明と同意に基づく治療方針の決定」として形式的にとらえるべきではありません。ACPを単に「紙の問題」にしてはならないということです。話し合いの繰り返し、これがポイントなんです。

- **良い生活の質とは何か？**  
**本人も必ずしもわかっているわけではない**
- **患者自身が自らを見つめなおし、自分の生き方を深め、変容して行く**
- **患者自らが、治療の目標を含む自身の人生の目標を明確にし、方向性を見出していくプロセス**
- **そのプロセスに医療・介護職は寄り添う**

## アドバンス・ケア・プランニング，人生会議の意義

32

では、今回のテーマであるレジリエンス（絶望から生き直す力）はどこからくるのか、を最後にお話しします。人は人生の中でさまざまなものを獲得します。家族、職業、キャリア、地位、財産、伴侶、家族…などですが、同時にさまざまなものを失う可能性があります。健康、活動能力、職業、経済的基盤、親愛なる人びと、最後は自分の命…。人生は喪失のプロセスそのものともいえます。私たちは、こうした喪失を回避しようと日夜、多大なエネルギーと時間を傾注していますが、不本意にも大事なものを失わざるを得ないのが人生です。私たちは、こうした喪失とどう折り合っていけばいいのでしょうか。挫折から復元する力＝レジリエンス・対処能力はどこからくるのでしょうか。

それは「物語ること」ナラティブからくると言えます。例えば重大な病気が判明した時には、誰もが動揺します。また、加齢などによって心身が衰え、これまで通りの生活ができなくなったりした場合、今後の人生についての意味と目標について深く考えるようになります。人は自らのライフストーリーの筆者であり、人生の重要な出来事について意味のある説明を行おうと一生懸命になっています。しかし、このような説明ができる前提が、思いがけない出来事や不条理な出来事（例えば災害や事故、重篤な病気など）によって疑問視される事態も生じます。その時には、自分のライフストーリーを改訂し、編集し直すか大幅に書き直し

たりします。それは、「物語によって自分の人生の意味を見つけ直そう」とする試みなのです。このように人間は、物語のなかに住み、その意味を再構成する存在です。

この物語の書き換えには支援者や相談者が必要になります。家族、医療者、対人援助職、臨床宗教師などによって、これまでとは異なる視点から自分を見つめ直すようになり、これまでさほど注目してこなかった経験に新たな光をあてることで、これまでと異なるストーリーを構成できるようになっていきます。こうした「意味の再構成を支援するケア」も緩和ケアの重要な役割になります。

医療者と患者の関係も変化していきます。これまでの「治療する人」と「治療される人」であったのが、患者は人生の物語、病の語りを絶えず改訂し、物語り、医療者は傾聴します。この対の営みという相互作用によって、患者が治療の共同作業、医療者の同僚になり、医療者は患者が紡ぐ人生の物語に立ち会い、その解釈が正しいことを認め、その価値を支持する、ということになります。こうしたことを通じて、患者が「生き直す力」を獲得していくことになると思っています。

## ■日本尊厳死協会の医療相談から（平林池保子）

### 「会話のキャッチボールがレジリエンスを高める一助に」



本日は、コロナ禍のなかで会員の皆さんが何に苦しみ、何を求めているのか、立ち直るきっかけは何だったのか、さらに医療相談の果たす役割などについて述べます。ちなみに2020年度の相談件数は557件。相談者の多くは女性で、平均年齢は78歳。対象は会員、非会員を問わず、相談員2名（現在は3名）で対応しています。

コロナ禍での最初の相談は、「高齢者が感染すると重症化しやすく、エクモが装着される」という報道がなされた頃です。以下、具体的に述べます。

・もしも感染して重症になった時は、どのような場合でも人工呼吸器は拒否したい。十分長生きしたので将来のある人に貴重な機械を譲りたい  
・高齢の母は特養に入居しているが面会ができない。人生の終わり方がこれで良いのか疑問  
・外出が出来なくなり食欲もなくなってきた。このままでは体力が弱くなって寝たきりになるのではと心配  
・老人ホームでは制限が厳しく、廊下であっても挨拶ができない。食事も皆、同じ方向を向いて一人寂しくとっている。早くこんな生活が終わってほしい  
・友人とは電話で話すことはあるが、交流が持てず寂

しい。このように、非日常がありありと映し出されるような相談内容でした。

こうした相談の中から2つの事例をお伝えします。

【事例1】主訴は、肺炎で入院している70代の夫を自宅で介護したいという70代の妻から。家族構成は夫婦と、海外から帰国した娘が一時的に同居。経緯は、2か月前、転移性肺がんがんで放射線治療を行い、経過良好で病巣が縮小したが、10日後、高熱で緊急受診し人工呼吸器を装着し、翌日、気管切開。現在、人工呼吸器は外れたが気管切開口は閉じられず、経鼻栄養。肺炎は改善されず痰の喀出が多く吸引。ベッド上で抑制された状態。意識は明瞭で、協会の会員証は提出している、というもの。

相談の主旨は、夫は、今置かれている状況に耐えられず、強く退院を希望しているが、病院側は肺炎が完治していないので退院は許可できないという。どうしたらいいかというもの。家族としては、これではコロナ禍で面会できず触れ合うことができない、主治医からの病状説明は曖昧で不信感を抱いている、限られた命ならば本人の願いを叶えてあげたいが、痰の吸引や経鼻栄養など医療ニーズが高く家庭介護に不安、というのが相談のあらましでした。

ではどう対応したかですが、医療ニーズの高い介護は家族ではできないと考え、訪問医療について説明しましたところ、「是非お願いしたい」とのことでしたから、訪問医療を行っているLW受容協力医師をご案内しました。しかし主治医から退院許可のない中では訪問医の受け入れは難しいこともある旨を説明し、電話で相談することを勧めました。その際、家族の受け入れる覚悟と強い希望を主治医に伝えるようにアドバイスしました。

## 相談員から顧問医へアドバイスを求める

### ▶ 相談員

退院許可が下りていない中で、  
受容協力医師案内への迷いと、  
電話だけでは不確実な部分もあり、顧問医へ相談。

### ▶ 顧問医の見解

肺炎が継続し、痰の喀出困難があることを考えると、  
今の時点で、  
訪問医療にバトンタッチするのは早すぎるのではないか。  
しかし、家族が望むならば、  
病院医療への介入はできないが、アドバイスは可能。

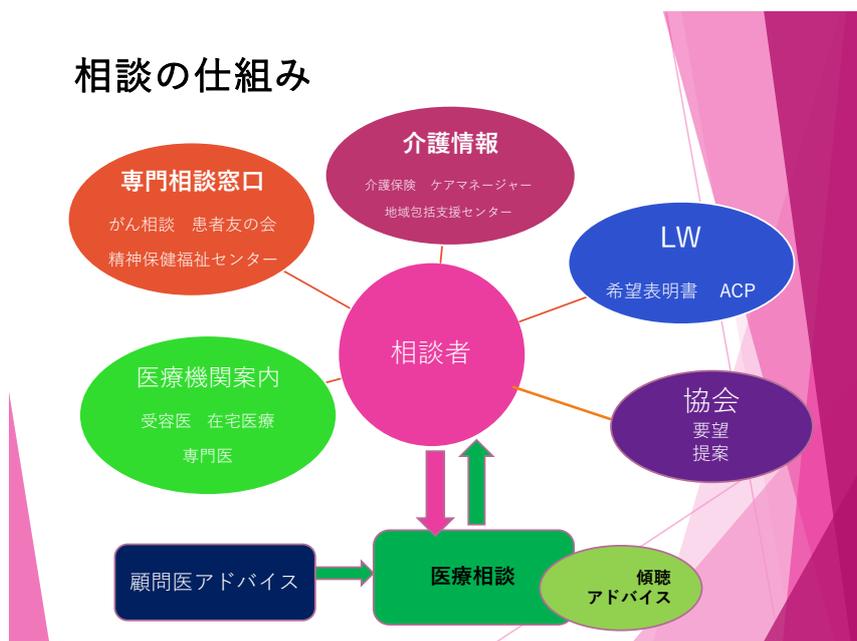
この相談が終了後、顧問医に、退院許可が下りていない中で受容協力医師案内への迷いなどを相談しました。顧問医とは、協会に登録しておられる LW 受容協力医師の中で医療相談を引き受けてもいいと申し出られている医師で、相談が専門的になったと時にお願いしている方々です。その顧問医の見解としては、「肺炎が継続し、痰の喀出困難があることを考えると、今の時点で訪問医療にバトンタッチするのは早すぎるのではないか。しかし家族が強く望むならば、病院医療への介入はできないがアドバイスは可能」というものでした。

その後、相談者から2度目の相談がありました。病院への再三の申し入れに対し、病院側から、臨床会議を開き、結果を主治医から説明しますとの連絡があり、ようやく先が見えてひと息付けたと相談者は話していました。顧問医の件も伝えたとこ、是非お願いしたいとのことでしたので、お互いの連絡先を案内しました。医療相談はここで終了しています。しばらくして、顧問医より経過報告がありました。病院側は、肺炎が落ち着き喀痰排出リハビリで改善した時点で在宅医療を考えていたようだが、患者と家族の強い希望があり退院を許可したとのこと。受容協力医師ではありませんが在宅医療を受け入れるクリニックがあり介護体制が整い、希望通りに退院となりました。

この事例から、次のように考察いたしました。医療ニーズが高い状態での在宅医療への切り替えは、当然、家族に迷いがあったと思いますが、それ以上に、面会謝絶になり、限られた命の夫の手を握り、背中をさすることもできない辛さは計り知れないものがあります。このような状態で退院し在宅医療を可能にしたのは、日頃から LW についてご家族で話し合い、意思を共有していたためではないでしょうか。LW は、お一人のものではなく、皆で共有してこそ有効になるものと痛感しました。（事例2は省略）

このように医療相談の果たす役割は、相談者と相談員が会話のキャッチボールを重ねながら、医療機関や介護、医療情報など必要な情報を伝えることで、問題点が整理され、次のステップへと進んでいく「場」と考えています。そのことで「レジリエンス」を高め、尊厳ある生き方のお手伝いをさせていただきたいと願っています。最後に、医療相談の仕組みを図にしましたのでご覧ください。

## 相談の仕組み



## ■レジリエンスを高めるマインドフルネスと GRACE（高宮有介）

「過去でも未来でもなく『今のあるがまま』を受け入れる」



私は緩和ケアを 30 年行ってきており、心のケアやコミュニケーションを学生や若い医療者に伝える仕事をしています。

まず「ケアする人自身の心のケア」についてお話します。「not doing but being」という言葉があります。イギリスのホスピスに研修に行った時に最初に言われた言葉です。何かをすることではなく傍にすることが大切、という意味。「赤い毛布」の例を話します。胃がんの末期でホスピスに入院していた若い男性が、真っ赤な血を吐いた。白いシーツが赤く染まった。看護師は白いシーツに取り替えたけど、また血を吐いた。血圧も下がり数時間後には亡くなるかもしれない。その時にはシーツを取り替えるのではなく、真っ赤な毛布を持って行って、血で染まったシーツと彼

を覆って「傍にいますから大丈夫ですよ」と向き合う。これが being の例ですよ、と言われました。

### 苦痛と苦悩へのアプローチ



#### 苦痛(Pain) : Doing

- ・治療したり緩和したりすることができる
- ・問題解決型アプローチ

#### 苦悩(Suffering) : Being

- ・治療したり緩和したりすることができない
- ・寄り添い型アプローチ

苦痛とか苦悩は氷山に例えられます。海の中にはさらに大きな氷山の部分があります。全人的な痛みで、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みです。これは苦痛と苦悩に分けられます。苦痛 (doing) は治療したり緩和したりできる問題解決型で、苦悩 (being) は治療したり緩和したりすることはできない寄り添い型です。ここで、研修医のうつ、抑うつ症状のデータを紹介します。海外では 28.8%、日本では 20% 近くが、研修開始後に抑うつ症状を訴えています。実は昭和大学で、ある医学生が自ら命を絶ったことがありました。それを機に私は、カナダや豪州、アメリカなどで勉強を始め、2015 年から昭和大学でセルフケアの教育を開始しました。今日はその一部を紹介したいと思います。

酸素マスクについて、国内線のパンフレットがあります。そこには「お母さん、まずあなたが呼吸できることを確認してからお子さんに付けてください」と書いてあります。お子さんに装着している間にお母さんが意識を失ったら助けることができない。ケアすることも同じ。医療者も自分自身のケアができてはじめて患者さんのケアをすることができるんです。短期ならまだしも長期になれば、患者さんのケアをすることはできません。



では「ケアする人自身の心のケア」の一つとしてマインドフルネス（瞑想。今に集中すること）を紹介します。例えばある人と言い合いをした。それほどではないのにずーっと引きずり、家に帰ってから、その人に対する怒りや恨みになってきた。その場合、マインドフルネスが効果を発揮します。過去を引きずらない、未来に過剰な心配をしない。今のあるがままを受け入れるということ。マサチューセッツ大学ストレス低減センターのジョン・カバットジン教授は、慢性疼痛に効果があると発表していますし、なかなか治りきらない再発うつへの効果も証明しています。マインドフルネスは、じつは日本の禅僧との出会いがきっかけとされています。

また、がん患者さんへのマインドフルネスの効果として、①不安・気分の落ち込みの改善、②睡眠、心拍数、血圧の改善、③免疫機能の変化、④QOL（生活の質）の向上、⑤炎症関連遺伝子の変化、なども言われています。さらに、テロメアという老化に影響する因子がある

んですが、ストレスでそのテロメアの短くなるスピードが速くなるのを、マインドフルネスによってスピードが落ち、再生する場合もあるとされています。マインドフルネスをまとめますと、落ち込んだり不安になると「心は今にない」状態になり、過去にくよくよし落ち込んでいく。また未来に対しては「うまくいかなかったらどうしよう」と不安になる。過去と未来への繰り返しを止め、今に集中して生きる、ということなんです。今のコロナ禍でも、今この瞬間の幸せを見つけて生きる、ということなんです。「幸せは、今、ここにある」ですね。マインドフルネスのキーワードは「呼吸」です。呼吸が乱れると、心と体も乱れるかもしれない。瞑想とかヨガもそうですが、人類は何千年も前から、このことの大事さは知っていたのでしょ。このマインドフルネスは、日本人にとっては特に新しいものではなく懐かしいものといってもいいでしょう。禅や華道、茶道、剣道や柔道、弓道などの武道も、もともとは心の使い方、呼吸法はマインドフルネスなんです。つまり目の前に集中すること。




### GRACE誕生の経緯

- ・死の臨牀に48年間かかわってきた米国の医療人類学者で僧侶  
**ジョアン・ハリファックス老師**  
「Being with Dying(BWD:死にゆく過程と共にあること)」（死に向き合う医療者向けのための燃えつき防止プログラム）  
8日間に渡る集中的なトレーニング
- ⇒GRACEは、このBWDのエッセンスを  
最新の脳科学や認知科学の成果に基づいて構築された  
2泊3日のプログラム  
2014年〜ハリファックス老師  
**ジョンズ・ホプキンス大学看護倫理学部**  
シンダ・ラシュトン教授  
**ワシントン州立大学医学部**  
アントニー・バック教授
- 日本、**2015年**に創始者の3名を招いて研修会を開催  
その後、毎年研修会を開催すると共に、  
昭和大学では毎月、瞑想、抄読会、事例検討等の勉強会を実施

次に GRACE に移ります。GRACE とは G ( Gathering attention 身体感覚に注意を集中し、呼吸を整え地に足をつける)、R (Recalling intention 意図を思い起こす。今、ここで担っている役割や目的・動機を意識する)、A (Attuning to self, then other 自分の身体・感情・思考に波長を合わせてから相手に波長を合わせる)、C (Considering what serves best 真実は知らないという態度、白紙で関わる。初心に戻る)、E (Engaging, Ending ベストを尽くして終わりにしていく) ということです。例えば、緩和ケアで、ベッドサイドに行くといつも怒りをぶついたり、「早く死にたい」という患者さんがいるとします。その時にまず呼吸を整え、地に足をつけます。部屋に入る時に思い起こすのは、なぜ自分は医療者になって患者さんと向き合っているのかを考え、自分の体に波長を合わせてから相手に合わせます。そして白紙で関わります。いつも怒りをぶついたり「死にたい」と言ったりする患者さんでも「今日は違うかもしれない」と思うことで、違う展開になるかもしれない。そして終わりにする。終わりにして自分の世界に戻るには、手を洗うとかルーチンを設けることも大事か

もしも手洗いしながら、その日のいろいろなことも洗い流すイメージですね。これらは、繰り返すことで体得していくことができます。

日本 GRACE 研究会年次大会も第 4 回を迎えました。「GRACE でつなぐケアの輪」というタイトルで行われました。副題は「セルフコンパッションからレジリエンスへ」です。

## 【解説と感想】「しなやかに」「しぶとく」生き抜く力

郡司 武（日本尊厳死協会 会報編集）

生きていれば人は、さまざまな「不都合な出来事」に出会います。死別や離別、失恋、差別、愛されない、認められない、努力が報われない…なんと多いことか、不都合な出来事が。そうした「心が折れる」状態以外に、大震災や津波、台風など物理的な災害が容赦なく襲ってくるのも人生です。私たちの人生は、こうした「不都合な出来事」に満ち、その連続といっているでしょう。ちなみに仏教は、「人生は苦である」とし、蓮の花を仏花としています。あの蓮田の泥にまみれた水面下の世界が人生（苦）で、水面上に咲き誇る蓮の花の世界が死後の「極楽浄土」であると。

さて人は、こうした「不都合な出来事」に遭遇して、その絶望からどう立ち直り、生き直すのか。第 10 回を迎えた「LW 研究会」の今回のテーマは「レジリエンス＝パンデミック（世界的大流行）から立ち直る力」です。言い換えれば、この世を生き抜く力と知恵であり、まさに人生の根幹のテーマといってもいいでしょう。

コーディネーターの満岡さんが冒頭、コロナ禍というパンデミックのなかでも「自己肯定感を持ち自尊心が保たれている人と、不幸にもそうでない人がいる」とし、どうすれば起きてしまった「不都合な出来事」から立ち直る「心のしなやかさ」つまりレジリエンスを育成できるのか、そこに焦点を絞り議論していきたい、と今回のテーマの意図について説明します。さらに、岩尾理事長が「絶望ともいえるコロナ禍のなか、『自分たちはもう 1 度生き直すんだ』という強いメッセージを込めて今回のテーマを選んだ」とビデオメッセージで語り、節目となる第 10 回 LW 研究会はオンラインで始まりました。

そもそも健康とはどういう状態をいうのか。オランダから安楽死問題の研究者であるシャボットあかねさんが口火を切りました。WHO の健康の定義は「身体的、精神的、社会的にも完全に良好であること」となっているが、新しい「21 世紀の健康」として「社会的、身体的、感情的な問題に直面したとき適応し、本人主導で管理する能力としての健康」という概念がオランダの元家庭医ヒューバーという女性によって示され、これが新しい健康の定義（ポジティブヘルス）になっていると述べます。WHO の定義との大きな違いは、刻々と変化していく状態に適応する能力。それとあくまでも「本人主導」ということ。キーワードは「適応」と「本人主導」です。

この健康の定義について、哲学者の松田純さんが補足します。「適応し本人主導で管理する能力」を言い換えると「病気による苦境をさまざまな方法を駆使して乗り切っていく力・

対応力・適応力・復元力＝レジリエンス」ということ。つまり健康とは静止した状態ではなく「対応力」という動的なものというわけです。ただし対応するのは、医療や介護の力を支えにしつつも、あくまでも「本人」です。気落ちすることなく人生を前向きに生きていける力——レジリエンス。そこには「治す医療」から「治し支える医療」という新しい医療観も生じてくる、と論を展開します。これまでの医学モデルから生活モデルへの転換とっていいでしょう。

尊厳死協会の医療相談員で看護師の平林さんが、相談事例をあげて報告しました。そこで医療相談の果たす役割を、「相談者と相談員が会話のキャッチボールを重ねながら、必要な情報を伝えることにより問題点が整理され、次のステップへと進んでいく『場』と考えています。そのことでレジリエンスを高め、尊厳ある生き方のお手伝いをさせていただきたいと願っています」と結んでいます。ここでも主役はあくまでも「本人」です。

シャボットあかねさんも強調しているように、会話を重ねることが大事でありポイントです。そして、進むべき道を本人から引き出す。余計な口出しはしない。そのことを通して、本人が自分の状態を自分なりに把握し、目的を立て、それを達成する努力をし、支援者はその目的達成に寄り添う——こうした小さな成功の積み重ねが本人に自信をつけ、レジリエンスを高めていくことになる、というのです。平林さん、松田さんとも共通するものでした。

4人目に報告した高宮さんは、30年にわたる緩和ケア、心のケアの経験からレジリエンスについて話されました。タイトルは「レジリエンスを高めるマインドフルネスと GRACE」。マインドフルネスとは「今に集中すること」。過去にくよくよして落ち込んだり、未来に対して必要以上に不安になったりといった繰り返しを止め、「今に集中して生きる」こと。コロナ禍でも、今、この瞬間の幸せを見つけて生きるということ、と話されました。

レジリエンスとは、「不都合な出来事」に出遭っても、「しなやかに」生きていく力。ややガサツな言い方でいえば「しぶとく」生きていく力ということになるのでしょうか。コロナ禍のただ中で開かれた第10回 LW 研究会は、「新しい健康の定義」から始まり、レジリエンスをどう育成するのか、を多方面から考察した研究会になったのではないのでしょうか。