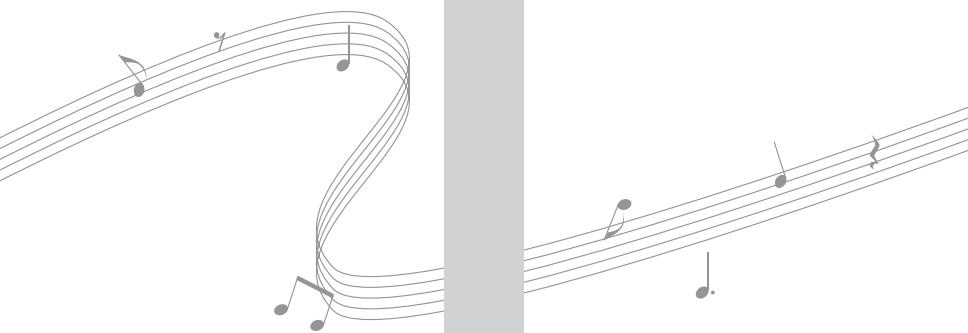


「今、春が来て……」
まえがきに代えて



太平洋に面した標高300メートルちょっとの日本平を駆け抜けるご機嫌なルートを、静岡市の駿河区から清水区に……と言うか、静岡から清水に向かって坂を上り始める少し手前の左手に、一軒の蕎麦屋がある。古民家風の佇まいのお店の中には緋毛氈のような絨毯が敷き詰めてあり、掘りごたつ風の小上がりが醸し出す和の趣きが手打ち蕎麦への期待感をいやがうえにも盛り上げてくれる。あれもこれもと迷いながら結局は定番の二品を注文し、蕎麦茶をすすりながら待つこと約15分。目の前に届けられたこしのある独特な味わいの田舎蕎麦と細身で艶やかなせいろ蕎麦の香りを味わいながら、僕はつい先ほど溝口肇さんが奏でてくれたチェロの余韻に浸っていた。

2008年7月、「広げる、深める、つなげる、くちと心」というテーマを掲げて開催された第13回日本緩和医療学会学術大会は、静岡市駿河区のコンベンションアーツセンターが舞台となった。年々増える会員の数を反映してセッション会場はどこも満員御礼状態で、活気があって良いと言えば良いけれど、はっきり言って居場所がない。でも、何がなんで

も参加したい、できれば最前列を確保したいシンポジウムがあった。

その日、緩和ケアと音楽療法のハーモニーについて僕たちに熱く語ってくれたのは、聖路加国際病院の音楽療法士である伊藤マミさん、同院緩和ケア科の林章敏先生、そしてチェリストの溝口肇さん。ディスカッションの後には溝口さんのミニコンサートも開催され、最前列どころか椅子を確保するのも精一杯ではあったけれど、僕もなんとか会場の片隅に紛れ込むことができた。

音楽はいい。自分も好きだ。基本的に「嫌なことばかり」な入院生活の中に音楽があれば、きつとみんな喜ぶと思う、和むと思う、元気が出ると思う。でも、いつ、誰が、どこで、どんな楽器で何の曲を演奏すればいいのだろう、誰が何を歌えばいいのだろう。音楽が好きなら人もいれば嫌いな人もいるはずだし、その人の身体と心の状態によっては音楽という存在がふさわしい場合もそうでない場合もあるに違いない。効果が期待される一方で、望ましくない結果が出ることはないのだろうか。そもそも音楽療法って何だろう……。

シンポジウムに一度参加したからと言って、そんな疑問が一つひとつきれいに解決され

るといふものではない。でも、舞台の上で伊藤さんが奏でてくれたライアーの澄んだ音色は僕の気持ちを透明にしてくれたし、溝口さんの深みのある弦の音色は僕の心をあたためてくれた。

「だからさ、今度一緒に聖路加に行つていろいろと教えてもらおうよ。それで、もし機会があれば、川越にも来てもらいたいなあ。林先生にはさつきちゃんと挨拶しておいたから……」

かつお出汁の効いた蕎麦つゆを辺りに巻き散らかしながら、僕は、女将と大将にそう訴えていた。

僕が勤めている病院のある埼玉県川越市は、江戸とのゆかりの深さから「小江戸」の別名を持ち、2016年現在約35万の人々が暮らす、県南西部の中核市である。市内には城跡・神社・寺院・旧跡・歴史的な建造物などが多く残されており、県内で唯一の「歴史都市」に認定されている。また、360年以上の時を超えて受け継がれている川越祭りは、この街の

秋を彩る風物詩であり、2005年には「川越氷川祭の山車行事」として国の指定重要無形民俗文化財となった。

僕たちの病院はその川越市の東のはずれにある伊佐沼という外周2kmちよつとの沼のほど近くにあり、国道16号線から脇道に入つて車を数分走らせると、文字通り、田んぼの真ん中にそびえ立つ様相が視界に飛び込んでくる。

2006年に成立したがん対策基本法は、それまでの日本のがん診療の現場で不十分とされていたいくつかの問題点の克服を高らかに謳いあげた。緩和ケアの充実も重点的に取り組むべき課題の一つとして掲げられており、これを反映して一定の条件以上の機能を持つ緩和ケアチームを有することが、がん診療連携拠点病院の指定要件に組み込まれた。その条件を満たすため……とは言いたくないが、しかし、全国のそれなりの大きさの病院に雨後の竹の子のように緩和ケアチームが誕生した背景には、そういう時流があったということをお否定はできない。その年の9月に当院の緩和ケアチームが立ち上げられた理由も、（残念ながら）例外ではなかったのだと思う。

いずれにせよ、もともと高度救命救急センターと総合周産期母子医療センターを有していた当院は、さらに地域がん診療連携拠点病院としての役割を担うこととなった。

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、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対処（治療・処置）を行うことによつて、苦しみを予防し、和らげることで、生活の質を改善するアプローチである。

2002年、世界保健機関は、緩和ケアをこう定義し直した。ここには、緩和ケアの対象はがんだけでも、患者だけでも、終末期だけでもないと明記されている。

ターミナルケアと言うのが精一杯で、まだ緩和ケアという言葉さえなかった頃に医師免許を拝受した僕は、大学に入学したときからめざしていた外科医への道を歩み始めた。し

かし、外科だろうが内科だろうが、がんだろうががんではなからうが、目の前にいる患者さんやそのご家族が病そのものはもちろん、それにまつわる様々な問題に苦しみ、そしてその苦しみからの解放を望んでいることに対しては、何もうたえられない自分の無力さを思い知る日々が続いた。なんとかして治したい、とにかく少しでも病気を良くしたい、その目標をおろそかにするつもりは毛頭ない。でも、今ここにある苦しみにもう少し対応することはできないものだろうか。今自分の目の前にいるあなたに、ほんの少しでも穏やかで落ち着いたごくあたり前の日々を過ごしてもらおうことはできないものだろうか……。

当時、それに応えてくれるものはゼロに等しい状況だった。インターネットもない、教科書もない、指導者もない、（今から思えば）使える薬もほとんどない、むしろ「そんなのは外科医の仕事じゃない」と頭ごなしに叱られることさえあった。そういう時代だった。

それから四半世紀近くのキャリアを経た今、僕は緩和ケアチームの一員としてここ川越の地で働いている。チームは、5人の緩和ケア認定看護師（チーム専従の〴女将〵、専任の〴若女将〵〔現在育休中〕と〴女中頭〵、訪問看護ステーションの〴御用聞き〵、婦人科病棟の

「湯もみ」を中心に、精神看護専門看護師、乳がん看護認定看護師、普通の（笑）看護師、医療福祉相談員、臨床心理士、薬剤師、理学・作業・言語療法士、管理栄養士、歯科衛生士、事務職員、精神科医、放射線科医、歯科医、大将として頑張ってくれている消化器外科医といった多種多様なメンバーで構成されており、僕の役どころは番頭だ。番頭、うん、ちょうどいい。僕たちは、チームを立ち上げたばかりの頃から今の今まで、みんなで一緒に悩みながらいろんな場面を乗り越えてきた。それぞれの意見が食い違うことももちろんあるけれど、それがまたチームの活動に幅と深みをもたらしている。設立の背景が少々寂しい理由であったとしても、そんなことは現場にいる僕たちには関係のない話だ。

と、こんな風に紹介するとなんだか特別なことを特別にやっているように聞こえるかもしれない。しかし、僕たちにはそんなつもりもそんな力もない。

医療という限られた舞台の上で語られる医療の言葉は僕たち医療者の得意分野だが、ここをいかに生きるか、何を大切にしたいかという答えは医療者ではなく患者さんの中にあり、それを語るのは医療の言葉ではなく本人の言葉こそが相応しい。僕たちが特別な「緩