

## ある看取り——緩和ケア病棟にて

染矢百合\*・藤本啓子†

臨床倫理研究会の神戸セッションが2003年12月7日、神戸で開かれた。実は私は清水先生がこのころ神戸に来られるというのを予めMLで知っていたので、神戸に来られるのでしたらぜひ検討会を行ってください、と先生にお願いしたところ、先生の方から「こちらこそ主催者として是非行いたい」といってくださりこの会が実現した。

そこで私がボランティア活動をしている病院の緩和ケア病棟の看護師長さんに、清水先生が開発されている倫理検討シートを使って一度事例を検討し、発表してください、とお願いしたところ、こころよく引き受けてくださったのでこの会の実現に至った。

師長さんは、すでに4分割法<sup>1</sup>で臨床倫理について発表された経験があまりで、今回、清水先生のシートを記入するにあたっての感想として、「最初みたときはとても複雑で記入が大変だなと思ったが、記入していくにつれて時間の流れに即したナラティブとして記入できた」と言われたことがとても印象に残った。

私は、「臨床倫理検討シート(以下「検討シート」)に挙げられた事例の患者さんとは、ボランティアとして面識があったので、ここでは一ボランティアから見た一人の「死に逝く患者さんの姿」をホスピスの風景として語りたいと思う。(藤本)

\* 東神戸病院緩和ケア病棟看護師長

† 東神戸病院緩和ケア病棟ボランティア

<sup>1</sup> Jonsen AR らによる臨床倫理の4分割表で様々な症例における倫理的問題点を\*医学的適応\*患者の意向\*QOL\*周囲の状況の4つの枠に入れて検討していくもの。Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics—A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, 1992(邦訳:大井玄、赤林朗監訳「臨床倫理学:臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ」新興医学出版社1997) <http://square.umin.ac.jp/masashi/discussion.html> 参照

## 2003年11月10日まで

臨床倫理検討シート

作成者：染矢 百合

〔検討シート0〕

## 0-1 患者プロフィール

62才 女性 専業主婦 夫と2人暮らし  
長女、次女とも結婚して独立している。長女、次女にはそれぞれ0才の子供がいる。  
患者は1年前までは、バレーボールのクラブ活動をしており、友人も多い。

## 0-2 経過

2002.5: H大学病院で、肺癌、骨転移癌が診断され、化学療法、放射線療法を受けた。

2003.5: 脳転移に対し ナイフを受けた。同時に肝転移が認められる。症状については患者・家族ともはじめから真実が告げられていた。

2003.8: 脊椎転移による第1腰椎圧迫骨折・下半身マヒで緩和ケア病棟入院。

動けないことの悲嘆の中から、少しずつ心の回復を取り戻し、過ごしていたが、呼吸困難感が増強。

2003.11.10: 癌性リンパ管症で、予後1週～10日の状況と診断された。

・ 癌性リンパ管症の進行によって起こる、高度の呼吸困難感の緩和に対応するには、現在行っているMST(モルヒネ+ステロイド+トランキライザー)療法と酸素療法では対応できず、今後鎮静が必要になる可能性が高い。

\*現在、塩酸モルヒネ注：セレネース=5：1、持続皮下注ダイヤル2(24mg/day)デキサート(リンデロン)8 mg/day 酸素7 l/min でコントロール中

## ボランティアの立場から 藤本 啓子

この検討シートに取り上げられた患者さん(以下Aさん)は、私が緩和ケア病棟(以下PCU)のボランティアとして2003年8月から11月まで関わったことのある患者さんである。「検討シート」で「1年前までは、バレーボールのクラブ活動をしており、友人も多い」(A0-1)とあるように、よくお友達がお見舞いに来られ、とても賑やかに過ごされていた。私たちボランティアがお友達のおやつも用意すると、とても喜んでいただいて、「じゃあ、お礼に」といってよくお菓子や果物を頂いた。Aさんもベットにすわってみなさんと楽しくおしゃべりをされていたよ

うに見えた。また、Aさんは、私たちボランティアに対しても、またお見舞いに来られたお友達に対してもとてもよく気遣いをされる方であった。

私がボランティアとして活動しているPCUには、看護師長さんからボランティアへの申し送りを書いた「ボランティアノート」というものがあるが、私は、それとは別に自分自身でもボランティア日記(以下「日記」)をつけている。ここではその「日記」に沿って「検討シート」ならびに「ボランティアノート」を引用しながら、いちボランティアの目に映ったAさんの様子と、ボランティアとしてAさんにかかわる際の葛藤について述べていきたい。

「検討シート」から A さんは、2003年8月に入院されたことがわかったので、8月の「日記」を開いてみた。当時私は週1回、火曜日の担当で、主な活動内容は、おやつワゴンサービスであった。

8月5日(火曜)の「日記」より、

遅い梅雨あけで暑さが続く。この暑さを患者さんは敏感に感じておられる。

新しい患者さんは、Aさん、Bさん、そしてCさん。Aさんは8月4日入院。

とある。Aさんがこの患者さんであった。最初は大部屋におられてとてもお元気そうであった。とうふで作ったパバロアを3時のおやつにお持ちすると、「あまりおとうふの感じがなくておいしかったわ」といってくださった。うすうすとお化粧をされ、言葉づかいにも凛としたものが感じられ、おやつなどの時間にはボランティアとよくお話をされて、とても明るく前向きな方のような印象があった。

「検討シート」によると

「2003.8 脊椎転移による第一腰椎圧迫骨折・下半身麻痺で緩和ケア病棟入院。動けないことの悲嘆の中から、少しずつ心の回復を取り戻し、過ごしていたが、呼吸困難感が増強」(0-2)

とある。

私がAさんと初めてお会いしたのは、8月5日であったが、翌週の12日は、お盆でホスピスの活動を休んでいた。さらにその翌週の8月19日に来てみると、Aさんはすでに大部屋から個室(洋室)に移られていた。終末期の患者さんにとっての1週間は、私たちボランティアが考える以上に変動が激しく、通常の「1週間」とは大きく異なることをよく実感する。まして2週間ぶりだと、なおさらである。私が休んでいた2週間の間に、Aさんの置かれている状況はかなり厳しいものになっていた。

8月19日の「ボランティアノート」のAさんの欄には「下半身が麻痺してしびれと痛みがあります。歩けないことにショックを受けられているようです」

とあった。歩けること、食べられること、それが患者さんのQOLにとっては重要な要素である。「歩けなくなること」によって患者さんの悲嘆は大きくなり、「食べられなくなる」ことによって家族は心を痛める。それはこの活動を通して常に実感することである。

8月26日(火曜)の「日記」から、

「Aさんは疼痛コントロール中です」とボランティアノートに。

Aさんに関する記述はそれだけである。Aさんはこのころから下半身の痛みが激しくなったようであるが、個室に移られてからはあまりコミュニケーションをとる機会がなく、したがって、Aさんがどのような状況におられたのかということはボランティアには伝わってこなかった。ボランティアはおやつワゴンサービスが主な仕事であるので、おやつをお持ちしたときのほんの数分しか患者さんの様子は見てとれない。したがって、患者さんの容態が悪くなると自然と「日記」への記述も少なくなる。

9月2日(火曜)の「日記」から

今日も暑かった。この夏(?)最高の気温だったようだ。

Aさんは洋室(個室)から和室(個室)に移られていた。「ボランティアノート」には、「気持ちの落ち込みにムラがあるようです」と書かれていた。私がおやつをお持ちしたときには、お友達が二人来られて、コーヒーとおやつを3人分お出しすると、楽しそうにお話をされていた。

「歩けない」という悲嘆は予測できるものの、外から観る限りは、お元気そうであった。私たちボランティアに対してもしっかりと受けこたえされ、いつも「ありがとう」と言われ、その声には優しさのようなものも感じられた。お友達の手前明るく過ごしておられたが、その反面、もしかするとお一人のときはまた違う表情なのかもしれない、「気持ちの落ち込みにムラがある」というのもそういうことかもしれない

ないとも思った。なぜなら、ボランティアはふいにお部屋に入ったとき、いつもはあまり目にしない患者さんの暗い表情に出会うことがよくあるからである。ボランティアが患者さんの様子を知るのは、ほとんどはご家族の方のお話を通してであるが、Aさんのご家族とはあまりお会いしなかったため、この時期実際にAさんがどのような状況であったのかはあまりわからなかった。しかし、家族には見せない患者さんの顔というものもある。

あとで知ったことであるが、実はこの時期がAさんにとってとても辛い時期であったようだ。つまり、下半身麻痺からくる様々な悲嘆と闘っておられる最中であったのだ。そうしたつらい状況であるにもかかわらず、Aさんは、常に楽しく友人と過ごされており。人間関係をとても大切にされていたAさんの生き方を垣間みることができた。和室に移られたのも、そのようなAさんができるだけ「家にいるような環境」を作るためであったとき。

私はおやつを配ったあと、配茶をして帰ることがある。夕食用のお茶を配るお手伝いである。夕方になると病棟の雰囲気はがらりと変わる。何がどう変わるかよくわからないが、黄昏時のメランコリーとでもいうのか、心にこたえる。黄昏れ時の体験としては以下のようなことがあった。

9月16日(火曜)の「日記」から、

Aさん、まだお元気はある。相変わらずよくお友達がみえているようだ。ここは外が見えますね、山も見えるし、いいですね、と声をかけると、夕方は夕焼けがきれいだと楽しみよ、と言われた。でも、それまでは西日が暑くてね、いいことばかりじゃないわね、と言われた。もっとお話がしたそうな様子であったが、配茶が残っているし、夕食の時間が近づいているので、こころ残りではあったが退室した。

このときのことは今でもよく覚えている。「いいことばかりじゃない」という言葉にいいよのない哀しみのような響きを感じたからである。その日はAさんがおっしゃるように夕焼けがとてもきれいで、

その朱色がグレイとうす紫の空に映えた美しい風景だった。病院を出て、その夕焼けに向かって帰るとき、あまりにも切なくて、とても哀しくて涙がとまらなかったのを覚えている。これもあとで看護師さんからきいた話であるが、Aさんは夕日を見ながらよく泣いておられたようだ。

サン・テグジュペリの『星の王子さま』でナレーターの<わたし>が王子にこう言う footnote サン・テグジュペリ著/内藤濯訳 『星の王子様』6 (岩波書店) 1953 pp.34-35、

王子さま、あなたは、はればれしない日々を送ってこられたようだが、ぼくにはそのわけが、だんだんとわかってきました。ながいこと、あなたの気が晴れるのは、しずかな入り日のころだけだったのです。ぼくは4日目の朝、あなたが、ぼくにこういったとき、この、いままで知らずにいたことを知ったのです。

「ぼくね、日の暮れるころが、だいすきなんだよ。きみ、日の沈むとこ、ながめに行こうよ……」

「でも待たなくちゃ…」

「待つって、なにをさ」

「日が沈むまで待つさ」

私たちは夕焼けをみるためには日没を待たねばならない。でも、王子さまは自分の星からは、すわっている椅子をほんのちょっと動かすだけで、見たいと思うたびごとに、夕焼けの空を見ることができる。王子さまは、いつだったか、一日に日の入りを四十三度も見たことがあった。そして、王子さまはさらにこう言う、

「だって… かなしいときって、日の入りかすきになるものだよ…」

「一日に四十三度も入り日を眺めるなんて、あんたは、ずいぶんかなしかったんだね？」

しかし、王子さまは、なんともいいませんでした。

その後、Aさんにはできるだけ夕焼けがきれいなときは、もし彼女がお一人なら一緒に眺めて、お話をしようと思いに決めた。しかし、なかなかいいタイミングがなく、ついに実現には至らなかった。なぜ、あのとき仕事を中断してお話をしなかったのだらうと悔やんだ。その後しばらくして、Aさんは、ご自分の現実を「しかたないわね」と徐々に受け入れられるようになったときいた。おそらくあのときAさんは、ずいぶんかなしかったにちがいない。もしかしたら、そのときの気持ちをだれかに聴いて欲しかったのかもしれない。

9月23日の「日記」より

おやつの時、Aさんの部屋には大勢のお友達が来られていた。今日は多めにコーヒーを作っていたので、コーヒーをみなさんにごちそうできた。おかしも差しいれると、お礼に「白い恋人」(北海道の名菓)をくださった。配茶のとき、Aさんは、今日はお友達が来られたのでお疲れになったのか、熟睡しておられた。Aさんの病室から見える景色はどことなく秋の気配がして、寂しさをさそった。去りがたい気持ちを残し私は病室をあとにした。

ホスピスではお話をすべきかどうか迷っているうちに患者さんはどんどんと悪くなっていく。Aさんのときもそうであった。10月のはじめころはまだお友達もみえていたが、「ボランティアノート」によると、16日には「酸素が必要になる」、21日には「身体のしんどさがおつらいようです」とある。おそらくこのころ呼吸困難の症状がでたものと思われる。

10月21日の「日記」には、「Aさん、熱の方、落ち着かれた。お元気な間に何かお話をしようと思うが、なかなかできない。天気(雨)の話のみ」。28日には、「Aさん、おやつはいらぬそうだ。いつもは食べられるのに。おやつを召し上がらなかつたのでお悪いのかと思ったが、夕食時はそれほどでもなかつた。少しお話をしたかつたが、勇気がない。また、お話をきくことがいいかどうかもわからない」とある。

患者さんがボランティアとお話することを望んでおられる時にその気持ちをきちんと受けとめてお話を聴くことができればいいと思う。そのためには常にその心づもりをしておくことが大切なことであるとも思う。しかし、患者さんがそれを望んでおられるかどうかをキャッチすることは、それほど容易なことではない。

「患者自身が話をしたいときには私たちはいつでも時間を割く用意がある、ということに彼等がわかっている、しかも私たちが彼等からの話をしたいというサインを受け止めることができれば、ほとんどの患者が自分の不安を他のだれかと分かち合いたいと願っていて、話をすることでほっとして、希望を見出す様子が見てとれるのである。」 footnoteE・キューブラ・ロス著/川口正吉訳 『死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話』第八章(読売新聞社)1971 p178

そのためにはコミュニケーションが必要であるが、ボランティアはその機会が少ない。あれこれと心を砕いているうちに「その時」がやってくる。

2003年11月10日～16日

呼吸困難感への対処の検討

[検討シート(続き)]

## I 情報の整理と共有

[検討シート 1tp]

<b>A 医学的情報と判断</b>	
<b>1A-1 治療方針の枚挙およびそのメリット・デメリット(一般論)</b> 1. MST + 酸素療法では対応できなくなったら、鎮静を選択する 呼吸困難感が緩和される × 鎮静によって意識が低下した状態になれば、家族・友人とのコミュニケーションが不可能になる。 × 場合によっては鎮静中の病状の進行により、そのまま永眠されることも考えられる。 2. あくまでも鎮静は選択しない 意識があるという意味ではコミュニケーションが継続可能。 × 耐え難い呼吸困難感が続く	<b>1A-2 社会的視点から</b>
<b>1A-3 説明</b> 11/10 「癌性リンパ管症で病状が厳しくなっています。予後についてはわかりませんが、今したい事、伝えたい事、会っておきたい人には早くしておいた方がよいです。家族に泊まってもらう方向で考えた方がよいかと思います。」 鎮静については上記を説明。	
<b>B 患者・家族の意思と生活</b>	
<b>1B-1 患者の理解と意向</b> 「とうとうその日が近づいてきた。もう頑張れないかも知れない。最近苦しくて、あつという間に進んでいくんですね。苦しいのはいやです。よろしく願いいたします。夫に病状を伝えて下さい。」 涙されながら、看護師の手をしっかりと握り、話された。 ・予後については、具体的な伝え方を行わなかったが、患者は十分に厳しさを理解した上で、苦痛の緩和を望んでいる。 ・デキサートについては、ムーンフェイスを理由に減量を希望している。	<b>1B-2 家族の理解と意向</b> ・夫 「本人も、私も、急変して苦しむ時には鎮静剤を希望しますのでよろしく願いします。私に葬式のこと頼むというような話もしており、覚悟はできています。」 涙ぐまれながら話された。 ・長女・次女とも同じ意向
<b>1B-3 患者の生活全般に関する特記事項</b> # 1 脊椎転移による下半身マヒの状態となつてからの1ヶ月間は、生の無価値、無意味を表出する期間を過ごしたが(自律存在としての表出)、可能な範囲で自己決定していくことを、家族とスタッフで支えていった。以後車椅子で散歩したり、ドライブに出かけたり、友人の面会も希望するようになるなど、「皆に支えられ、大切にされる存在」、「こんな私でも周囲を力づけることができる。」と、こころの回復を取り戻していた。 # 2 家族も毎日面会に訪れ、家族で過ごす時間を大切にされており、患者の意向を尊重している。家族関係は良好に保たれている。	

## II 検討とオリエンテーション

〔検討シート 2DM〕

問題点の抽出	
<b>2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>現在の MST + 酸素療法を続け、今後、呼吸困難が治まらなくなった場合は鎮静（ドルミカム静注）考慮。</li> </ul>	<b>2-2 当事者等の間的一致・不一致</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師の方針は、基本的には、患者・家族の意向、看護スタッフの意向と一致している。</li> <li>デキサートについては、患者は、「(今の) 息苦しさより、顔が腫れて死ぬのはいや」と減量を希望している。</li> </ul>
対応の検討	
<b>2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>デキサートの減量は、(a)呼吸困難感の症状緩和から考えると、デメリットが大きい。しかし、(b)患者のイメージを守ることも尊重すべきである。</li> <li>定期のデキサートは一日 8 mg から 4 mg に減量。その上で呼吸困難時には ・レスキューとして ・生食 20ml+ デキサート 4mg 静注 + ソラナックス (0.4) 内服</li> <li>それでも治まらなければ、鎮静（ドルミカム静注）考慮 —— という方針で、なんとか上の (a)(b) 双方に応えられないか。</li> </ul>	<b>2-4 今後のコミュニケーションの方針</b> <ul style="list-style-type: none"> <li># 1 患者の意向を尊重しながら、家族とともにスタッフもいっしょに考え、尊重しながら症状緩和を行っていく。そこでデキサート減量については、2-3 で挙げた方針を提示する。</li> <li># 2 鎮静が必要となった時には、もう一度、主治医、看護師が患者・家族に説明し、意向を確認する。</li> </ul>

〔ボランティアの立場から(続き)〕

「検討シート」によると、

2003. 11. 10 癌性リンパ管症で、予後 1 週～10 日の状況と診断された。(0-1)

「癌性リンパ管症で病状が厳しくなっています。予後についてはわかりませんが、今したいこと、伝えたいこと、会っておきたい人には早くしておいた方がよいです。家族にとまってもらう方向で考えた方がよいかと思いません。」 鎮静については上記を説明。(1A-3)

とある。

11月11日の「日記」より

おやつ時、Aさんのご家族がたくさんみえていた。病状はかなり厳しいようで、ご本人にも告げられているようだ。このまえまではお元気だったのに。もう少しお元気な間にお話をすればよかった。

配茶の時、Aさんの部屋にお茶を持っていく。夕焼けがきれいだったので、「夕焼けがきれいだから窓を開けましょうか」ときいてみようとっていると、ナースが入って来られた。ナースはAさんが夕焼けを見るのを楽しみにされていたのを知っていただろうか。

病院という閉ざされた世界にいるAさんにとっては、外から訪れる友人と窓から見える風景だけが外とのつながりを感じさせるものだったのかもしれない。

結局、10月28日と11月4日、私は、ボランティア活動をやすんでいたため、Aさんとの会話は実現できずに時間だけが経っていた。したがってこの日(11月11日)はほんとうに久しぶりという感じであった。いつものことながら、長期間の休みの後は不安になる。いったいどれだけの方が旅立たれているのだろうかという不安である。特に、おつきあい

## III 合意を目指すコミュニケーション（検討後の経過）

〔検討シート3〕

<p><b>3-1 当事者間の話し合い</b></p> <p>11/13 2-4 の方針にそって患者・家族と話し合い、2-3 に挙げたような内容でデキサートを減量することとした。</p> <p>11/16 呼吸困難時、上記レスキューにても呼吸困難感改善せず。</p> <p>16時 生食 100ml+ アトラックス P 1 A 点滴モルヒネ持続皮下注 4 (48mg/day) に増量する。SaO<sub>2</sub>:95・。</p> <p>施行中は「もういいの。もう死なせて。苦しい。何で眠れないの。」と苦痛の表情。</p> <p>夫は、「鎮静する時期なのかどうかは皆さんにお任せします。」との意向である。</p> <p>その後少しウトウトし、「夕方、点滴してもらって少し楽になった。今までありがとう。」と看護師の手を握ったり、頬をなでたりされる。</p> <p>軽く下顎呼吸あり。鎮静についての判断する時期と考えた。</p> <p>20時 主治医が、患者・家族・看護師が立会いの中、鎮静について説明し、意向を聞く。かなりの努力様呼吸が見られる。「こんなに早くその時が来るなんて思っても見なかった。もっと時間があると思っていた。」 「会えてよかった。ありがとう。」</p> <p>感謝とお別れの挨拶をされた後、「もういいかな。そろそろ寝ても。」と鎮静を希望される。</p>	<p><b>3-2 社会面の対応</b></p> <p>特になし</p>
<p><b>3-3 最終結果</b></p> <p># 1 生食 100ml + ドルミカム 1A 点滴にて間欠的な深い鎮静を開始する。</p> <p># 2 明朝一時オフにしてみてもその後の鎮静の方法を検討する。</p>	<p><b>3-4 フォローアップ留意事項</b></p> <p># 1 ドルミカムをオフにして、強い呼吸困難感が再度出現するようなら、持続的鎮静を考慮する。</p> <p># 2 家族が、患者の側に寄り添いつづけられる様支援していく。</p>

が長くなるとよけいにそう感じる。A さんについても当然そういう思いはあった。特に前のときは、もっとお話ができればという思いを残して帰っただけに、複雑であった。

ただ、ボランティアはなかなか患者さんのお部屋に入って時間を過ごすことはできない。患者さんの詳しい容態がわからないので、お話を聴くことが患者さんにとっていいのか、あるいはかえって迷惑になったりしないか、など考えるとついつい躊躇してしまう。また、どこまでがボランティアの領域なのかという難しさもある。そのようなことを考えているうちにどんどん A さんの容態は悪くなっていった。

\* \* \*

11月18日の「日記」より

A さん、もうずっと眠っていらっしゃる。ご家族の方が大勢お別れにこられていたようだ。来週は私は来れないので、もうお会いすることはないかもしれない、と思うと哀しかった。もう一度、夕焼けをみるのができたらいいのに、と思いながら帰る。

「検討シート」によると 11 月 16 日に鎮静が開始された。うっすらとお化粧をされ口紅もさしておられた顔が印象的で、「ムーンフェイスを理由にデキ



サートの減量を希望」(1B-1)されているという A さんの、ご自身に対する尊厳が感じられた。

12月2日に病院に行ったときには A さんはもうすでに亡くなっていた。「ボランティアノート」が新しくなっていたので、結局いつ亡くなったのかわからずじまいであったことがこころ残りだった。勿論ナースに尋ねればわかることであるが、尋ねたところでどうにかなるものでもなく、思い留まった。

「どうにもならない」のである。どうにもならないところで、私たちは何かをしている。患者さんも家族の方も「どうにもならない」ところでなんとか生きようとしている。それがホスピスの風景である。

A さんのケースを反省しながら、なぜ自分があのように傾聴にこだわったのか正直いってよくわからない。

A さんはご家族をはじめ、医師とも看護師ともよくコミュニケーションがとれていたし、その結果 A

さんは、下半身麻痺からくる悲嘆から立ち直って、最後はご自身の生きる意味を見い出されて旅立たれた、と聞き及んでいる。結局、私は A さんがボランティアに何を望んでいるのかということを考える前に、自分の「～べき」論が先行していたのだろうと思う。しかし、それだけではない。やはり、A さんが何かお話をしたそうな様子であったにもかかわらず、また、それを自分がキャッチしておりながら、仕事(配茶)に追われ、時期を逸してしまったことに対する後悔の念であろうと思う。ただ、ターミナルの場では、そうした<哀しみ>をこころに刻みつけながら何かを学んでいくしかないとも思う。

「ばかばかしいほど哀しいところに身を置いたことのない人間に、ほんとうにホスピタブルな心持ちなんてありうるのだろうか」。鷲田清一さんが『「聴く」ことの力』の最後でそう問いかけておられる<sup>2</sup>。

<sup>2</sup> 鷲田清一著『「聴く」ことの力ー臨床哲学試論』第8章5(TBSブリタニカ)2002 p.257