

【 特別企画 】

日本コミュニケーション学会（CAJ）九州支部第21回大会基調講演  
2014年10月4日、於：ホルトホール大分

## 地域包括ケア時代のコミュニケーション

鶴田 恵子  
(日本赤十字看護大学)

### 0. はじめに

ただ今、ご紹介頂きました日本赤十字看護大学の鶴田恵子です。今回の第21回大会実行委員長の清水孝子さんは、実の妹でございます。先ず、今回の「日本コミュニケーション学会九州支部」は21回というかなり長年にわたって活動された研究会で、こういう基調講演の機会を頂きましたことを本当に有難く思っております。このことを引き受けるきっかけは、この1年間にわたって、両親の介護でありますとか、看取りの機会がありまして、高校を卒業して以降、大分には生活したことがないんです。それが、母が倒れたり、父の介護とかいろんなことがあって、このところ、JALから表彰状をもらうぐらい通いまして、その中で妹や弟と親のことを考える機会がたくさんありました。その中で体験したコミュニケーションの場面が、家族のコミュニケーションもそうですが、介護の方、医療関係者の方々とのコミュニケーションの中でいろいろと考えることがありました。そのことを、講演の特別プログラムにしたいということで、今は安請け合いましたことを多少後悔しておりますが、これも両親のオマージュと思い、今日準備してまいりました。

今日は、コミュニケーションのご専門の方々の中で、医療におけるコミュニケーションの話を少しして、医療におけるコミュニケーションも先生の方もご専門であると思うのですが、ちょっと古い文献をひもときまして、少し古いことがいったい古いことなのか今の問題なのか、少し考えていきたいと思っております。それから、「地域包括ケア時代」と申し上げましたのは、今回消費税が8%になり次に10%になるということで、いわゆる社会保障に関する財源が確保できた中で、社会保障制度に関する法律も6月に成立しました。財源が大分県に降りてくる、地方自治体に降りてくるというかなりドラスティックな制度改革が進んでおります中で、「絵にかいた餅」であった「地域包括ケアシステム」が実現可能性を帯びてきたという時代を迎えて、今後コミュニケーションの問題がどのように発展していくかということも、終わりのところで少し話したいと思っております。この中では、単に概念的な理解以外に、この1年間両親を看取った経験が、「地域包括ケアシステム」を活用させて頂いて何とか苦勞しながら皆様のご協力を得ながら両親を看取ったということを含めて、その中からコミュニケーションについて論じられたらと思っております。

## 1. 看護におけるコミュニケーション

看護におけるコミュニケーションというのは、看護は患者さんとの人間関係をすごく大事にする学問といえますか、看護学はそこから来ております。ただ、ナイチンゲールの時代はさほどコミュニケーションの問題にナイチンゲールは関心がなくて、環境のことを良くすることが人間の生きる力を復活させることになると言われております。これは、第1次世界大戦後あたりのコミュニケーションの発達において、看護学の中で知識体験としてコミュニケーションが整理されてきたように思います。どちらかというと、コミュニケーション技術に焦点を置いた教育として基礎教育で行われておりまして、「受け手と送り手の二方向の過程」を、方法論としては「プロセスレコード」をとっています。今の学生はなかなか記憶力がなくて、私どもは、実習に行ったら、患者さんと話したこと、自分がどう答えてどう考えたかということ、ひたすら「プロセスレコード」にとって、後から自分がこの時に受け手としてどう捉えたのか、送り手としてどう伝えたのかということ、実習で学ぶようなことをやってまいりました。最近の学生はこれをやりますと、「これを記録していいでしょうか」と聞く。つまり、「録音していいか」と聞くわけですね。そこで起こっている現象を再構成する力が、何故か減ってきているのかと思うわけです。最近実習についていって、「今起こったことを書きなさい」と言っても、書けないとか、それを思い出せないという。その患者さんとの関係に緊張感が強過ぎて、学生がその場面を思い出せないようなこともあって、コミュニケーションに関する学習方法について、これからの若い人たちにどう教えていけばいいのだろうかということが、これからの課題かなと思っているところです。それから、「受ける」とか「理解する」とか、「聞く」とか「話す」とか、技術やノウハウに関しては、基礎教育の中で学んでまいります。「効果的なコミュニケーション」を行うポイントというハウツー型の教育が本の中にあって、それを自分のものにするために「プロセスレコード」を使うという再構築の方法をとっています。特に「プロセスレコード」の中で、違和感を感じたということを目して、患者さんがおっしゃることの中に違和感を感じる時には、表面に出ていることと違うことが違うことに関して、いわゆる本音は何を言いたいだろうと、このことをいつも考えるものですから、その辺が、ただ単に言葉で出てきたものの奥にあるものについて理解を深めようとするのが、看護におけるコミュニケーションの技術の方法論かなと思っております。

それから「非言語的なコミュニケーション」の関心は、第2次大戦後あたりから、この辺に関しては関心が深まっておりまして、この患者のあらゆる「非言語的なコミュニケーション」の理解が重要だということが言われています。ただ単にしゃべれるとかしゃべれないとかというのではなく、言語を介さない「察する」とか、もっと言えば「表情」でありますとか、そういうことに関心を持つことが重要であると注目されています。

最近では、ただ単にコミュニケーションで相手を理解するだけでなく、「治療目的のコミュニケーション」ということが一歩進んだ形で、大学院の修士レベルの専門看護師教育の中に入ってきております。いわゆる「看護の専門外来」を開く、たとえば慢性疾患の患者さんのいわゆる生活習慣病からどのように解脱させるか、そこから立ち直っていくために、本人にただ教えるだけでなく、本人が納得して生活を変えていくというあたりは、ただ単に教育プログラムだけでは足りないということなど、だんだん認識されております。それが「専門外来」という形でそれをする中で、癌の患者さんたちへの専門の教育を受けたナースたちが面談をすることで、そこから随分違いがあったということが研究的に証明されてきています。今年の診療報酬改定の中では、以

前だったら、医師とか臨床心理士の面談で点数がついたんですが、それに看護師でもそれなりの教育を受けた人がやれば、それに対していわゆる収入になるということで、ある意味「治療目的のコミュニケーション」という形で、看護におけるコミュニケーションがベースラインからさらにアドバンスプログラムとして注目されていることをご紹介しますと思います。ベースは、患者さんと看護師とのコミュニケーションとして永遠の課題でございます。その教育方法に結構難儀していることも事実でございます。

## 2. 医療におけるコミュニケーション

医療におけるコミュニケーションは、先生方のご専門なので、ちょっと古い文献で1986年に書かれている内容、1986年といいますと今から30年前に、米国におけるコミュニケーションと日本におけるコミュニケーションを比較した記述がありまして、それに書かれていることを紹介します。日本においては、「甘えおまかせする医療」、「主治医がボスで、患者・家族がフォロアーの関係、医師は自分にまかせてもらえないことに何か違和感を抱いてしまい、そうした患者を生意気と受け取りやすい」ということが、30年前に書かれています。それから、「日本人の多くは、言い表されなければ自分の欲しいものが伝わらない関係を寂しく冷たいものと感じる感性を持っている」と言われています。だから、たとえば、食事した後に汚れがついていたりすると、それを自分が出来ない時に、「ふいて下さい」を言われなくても、来てくれた人がふいてくれるみたいな「察しあう」ことです。「それを言わないとできない関係を、冷たい関係と思いがちである」、ということがその中に書かれてあって、医療従事者に対しても、「かゆいところに手がとどくような心くばりが行き届いているケアを期待する」ような「察しあう対人コミュニケーションが日本の中では尊重されている」、と宗像先生は書かれておられます（宗像、1986）。一方、米国における当時の医療については、「理解しあう医療」とラベリングされています。医療従事者が患者や家族に治療法を説明し、その選択をめぐって「理解しあうコミュニケーション」ということが「インフォームドコンセント」、「説明と納得」、「説明と同意」というふうに訳されています。そういうことが米国ではなされているということ、日本においてはまだ現状においては違っているんだということが書かれておりました。これが、30年たってどう変わっているかについては、もしかして変わっていないのかもしれないし、変わっているのかもしれないし…。

今、医師の教育は、平成16年ですから8年ぐらい程前に、医師の卒後臨床研修制度が義務化されました。6年間の教育の後、いわゆる税金でもって、医師の必須プログラムというものができました。その時に医学部教育のコアカリキュラムというものが明確になった時に、そこで「理解しあう医療」に関する患者さんの倫理も含めた学習が医学部の学生の方にはコアになり、それが医師国家試験の基準にもなるような形で教育内容が随分変わってきている。このことに関しては、ステレオタイプの最初に申したような医師・患者さんの関係は、古いタイプの医師にはあるのかもしれないですが、ここ10年で中身が変わってきておりますので、「理解しあう医療」を目指した医療におけるコミュニケーションは、ますます定着していくのではないだろうかと思っております。

ただ、「おまかせする」というのは、「されたい医者」がいるのではなくて、「おまかせしたい」という「専門家がやれと言ったらそれがいい方法であろう」というふうに、「まかせたい」という気持ちが患者さんにあるのだと。たとえば、皆さんがお料理を注文する時に、隣の人言ったら「そ

れでお願いします」という感じで、自分でものを選択しないで、というところも若干ありますね。ここは、やっぱり自分が何をしたいのかということ、究極に自分で決めるということは結構大変なことであるわけですね。それで、治療のことも分からない中で言われたことを、「理解しあう」ということの中で、「質問しあう」という形で「このあとどうなるのでしょうか？」ということをして聞いていく中で、その本当に信頼できる医療者であるかみたいなことを確認する作業、「理解しあう」というのは、医師も患者さんがどんな患者さんであるかということをして、その中で分かってくわけなんですよ。

だから、医療におけるコミュニケーションに関しては、理想というんですかね、医者の問題ではなくて、受ける側が相当お勉強し、理解しあうだけの力を持っていかないと。自分の人生に関わることなので、そういうことに関心を持って決めていく時代をむかえたと。医者の責任ばかり言われるんですが、私は、そこは両方で考えなくてはいけないのかなと。逆に言うと、権利意識が強くて、モンスターペイシエントと言われる言葉があります。モンスターペアレントと同じように、そういう人たちもいろいろ言われたりするんですけど、そういう方を通して、やはり「理解しあう医療」ということを根底に据えていく時代を迎えているんだろうと思います。

### 3. 地域包括ケアシステム

#### 3. 1. 社会保障を取り巻く状況

これから「地域包括ケアシステム」のお話をさせていただきます。お手元にカラーの資料を2枚お渡ししておりますが、いっておりますでしょうか。これ(図1)は、私が作った資料ではありません。厚生労働省(以下厚労省と記す)が作っている資料です。これはですね、真ん中あたりに2025年があるんですね。それで、今が2014年ですね。というのは、厚労省のホームページを開くと、「2025年問題」と書いてあるんです。で、普通の人は、「2025年問題」が何かということをお分かりにならないんだと思うんですけど。これがですね、2025年というのが真ん中にありますが、現在人口は減ってきていて、「少子化」が進んでいますので、いわゆる75歳以上の高齢者の占める割合が増えてまいります。2025年というのは団塊の世代が全部75歳になってしまうという。その層が最初にくる。高齢者が救急にかかりたくても、病床がいっぱいで、高齢者を入れてしまうと、若い人が交通事故にあっても救急には入れないような極めて深刻な状態になります。大分は大丈夫です。人口が減っていますから。一番問題は、東京などの関東圏と大阪などの人口の集まっているところですね。悲惨な状態が起こってくるんですね。国としても、悲惨になってくることは予測できるわけなので、今のうち、そういう高齢者が病気になって亡くなる場所がなくなるように、どうするかということをいろいろ考えているわけです。

よく使われるのは、ピラミッドの図(図2)でございまして、2010年はずんぐりしていますが、2025年は細くなっていますでしょう。書いてありますのは、65歳以下の人たちがいったい65歳以上の人たちを何人で見るかということですけど、現在は3人弱ぐらいでみているわけです。それが2人で1人を見るという。これをどう考えるかということは、厚労省は、65歳をやめて75歳にしたら、看られる人が増えるんじゃないかと、まあ、分子を減らし分母を増やすという形で、いずれにしても、「少子化」が及ぼす影響はすごく多くて、地方自治体も3割近くが消失するんじゃないかと。財源が足りなくて破産するというような極めて地方自治体は危機状態にあります。それががあるので、今回の社会保障の消費税を上げることは、地方自治体にかなりお金が下りるよ

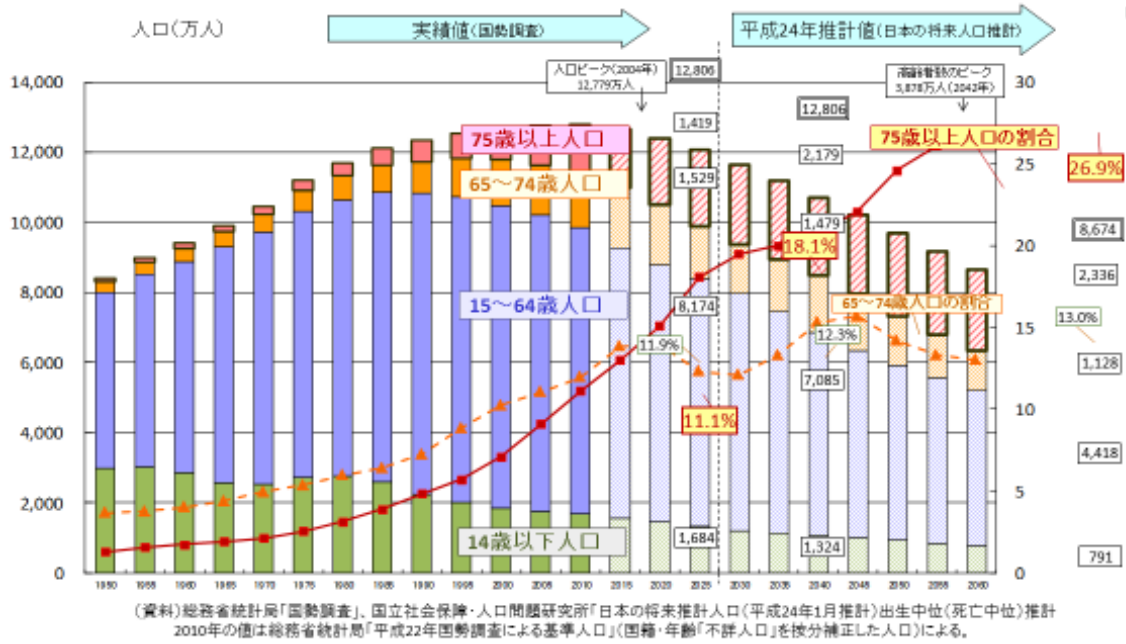


図1：75歳以上の高齢者数の急激な増加

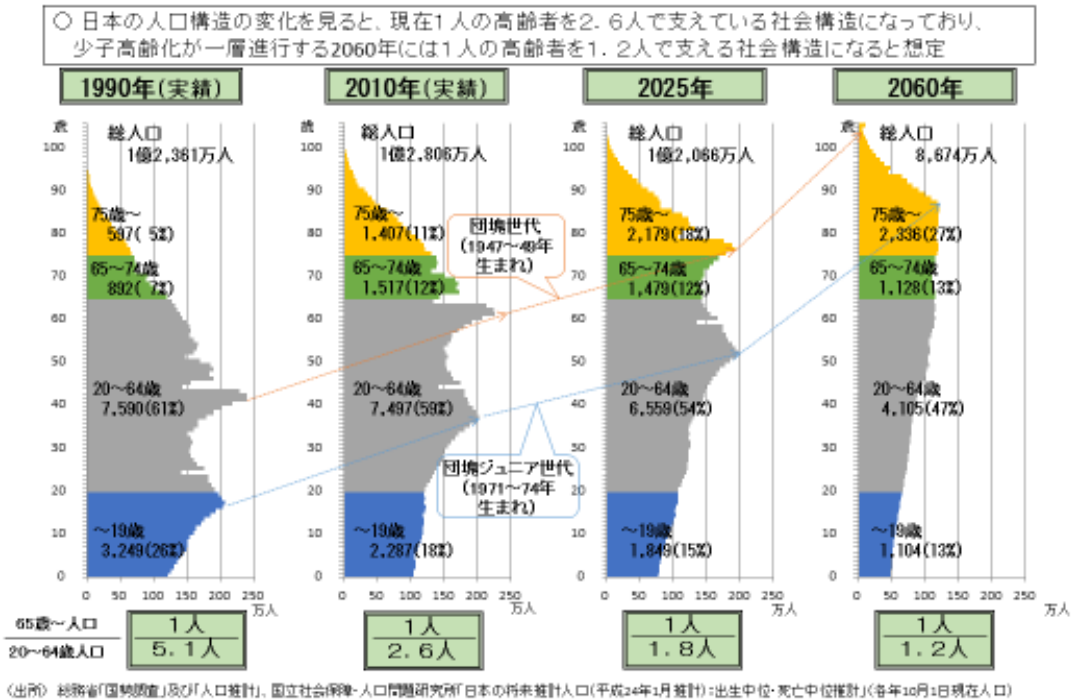


図2：人口ピラミッドの変化(1990～2060年)

うな形にして、「高齢化社会」の策を国が考えるのではなくて、県と市町村で考えろ、という話になっているわけです。

### 3. 2. 地域包括ケアシステム

以上のような状況でどういうことを提案しているかといいますと、これ（図3）が、最初に、「地域包括ケアシステム」ということを提案した論文に書かれている最初に出てきたモデル図があります。何ともはや、要は、「地域包括ケアシステム」というのは、「住まいと医療と介護と予防と生活支援」を一つの有機的な関係をもって示すのです。「医療」だけではないし、「介護」、「保健・予防」、そして、「住むところ」に関してどうするか。皆が年をとって、自分でケアができなくなったら、施設に皆が入ってしまうと、施設が足りなくなるであろう。なるべく、住んでいる所に住み続けながら生きていけないだろうか、ということを提案するわけです。下のお皿みたいなところがございませう。水を受けるようなお皿のところに、「本人・家族の選択と心構え」と書いてあるわけです。これをするには、とにかく、自分で、自分の住んでいる所で、最後まで生き続けるという、本人と家族の覚悟がないと。誰も税金を払っているから、介護保険料も払っているから、何でもやってくれるんだろう…でも、財源が…。現在、介護負担が1割負担、医療負担が3割負担、もうちょっとしたら、自己負担が増えるかもしれませんけれど。ある意味、そうなる中で、自分がどこでどのように最期を迎えていくかっていうあたり、つまり、「本人と家族の選択」ということが重要で、仕組みはつくろうと思えば、絵は描けるんだけど。このあたりを、どのように考えていくかは、国としてもお手上げの状態だと聞いております。

これ（図4）は私が作った図ですが、厚労省は、「地域包括ケアシステム」というのを、「自助」・「互助」・「共助」・「公助」で説明しています。「自助」というのは、自分で健康を管理し、自分で家政婦さんを雇うとか、市場のサービスを購入するとかの自己負担の部分のことです。「共助」というのは、介護保険とか社会保険とか、皆で事前にお金を払っておいてそれでやっていく。「公助」とは、一般財源からの生活保護、いわゆる昔でいう福祉、これに対しては膨らみ過ぎていて、かなり今調整をつけている。それでも足りないので、「互助」というのに、国は期待するのです。ボランティア活動・住民組織活動。下手をすると、隣組になっちゃうわけです。そうではない、今風のボランティア活動・住民組織活動というものを、「地域包括ケアシステム」の中では、4つの柱の1つにしています。そのための支援に関しては、地方自治体はお金を出すという形になります。

お手元にありますその資料（図5）を見て頂きますと、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようなシステムを実現しよう」というのが、このケアシステムのことでございます。今後、認知症が増えてまいりますので、その人の生活を支えるためにも、このシステムが重要であるだろうと。ところで、いわゆる高齢化の進展には地域の格差がありますので、東京だけでなく、要は、皆さんがお住まいの所で、都道府県・市町村で考えていかなければならないということになっています。そのための財源は、今、法律が通りましたので、来年度からは地方交付税という形で入ってまいります。こういう絵（図5）は、以前も描かれていたんですけど、お金がなかったので実行に移せないなって思っていたんです。今はですね、お金が、消費税10%に上がりますでしょう。そうすると、そのお金が使えるわけですよ。そのためには、自分たちがやっていないと、そこにお金につかないということになるので、いろんな活動は入っていくのだと思います。

「住まい」と「医療」「介護」、「生活支援・介護予防」。「生活支援・介護予防」では「老人ク

- 地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示したものです。
- 地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。
- 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役割を果たすものと考えられます。



出典：平成26年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

図3：地域包括ケアシステムの捉え方

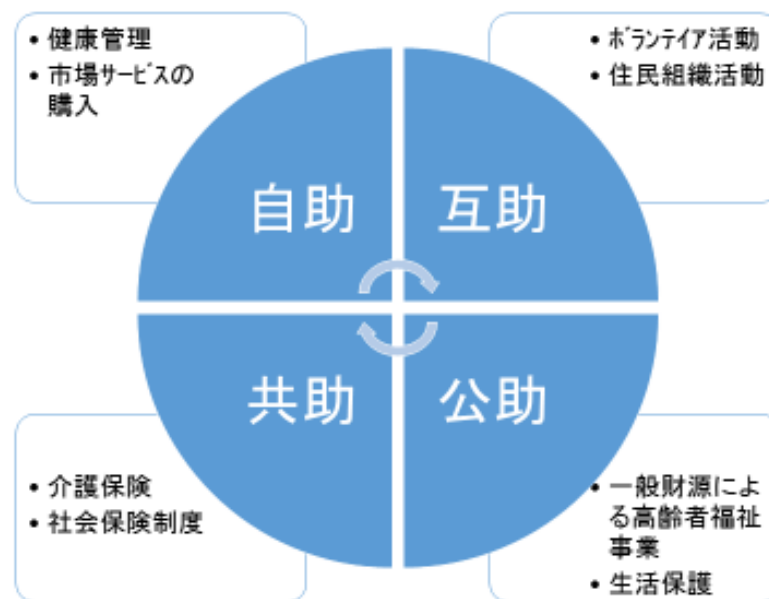


図4：「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

## 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

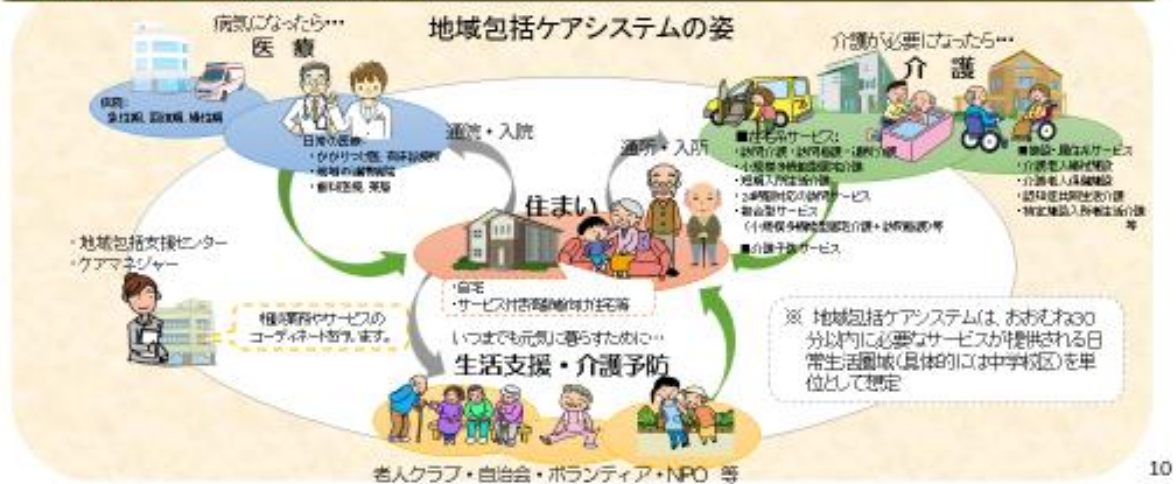


図5：地域包括ケアシステムの構築

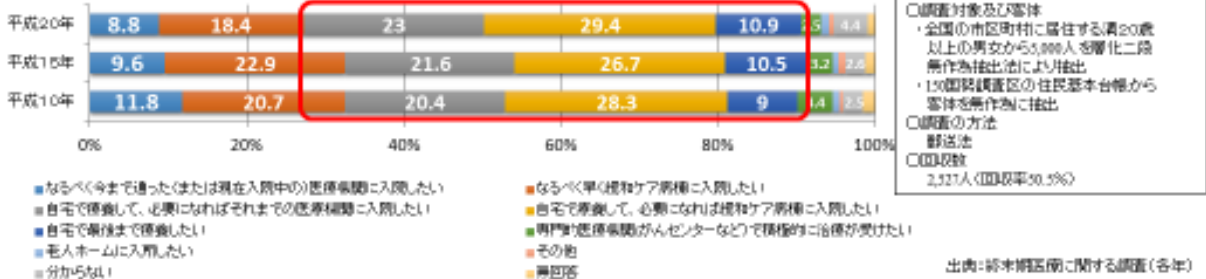
ラブ・自治会・ボランティア・NPO」など。このあたりに、地方自治体が地方交付税という形で入る。そこが広がる。「介護」は介護保険の財源として若干増える。それから、「医療」も増える。ただ、「医療」は、量は増やさないですね。年をとると、病気になるから、病院に行くわけです。高齢者が増えれば、当然病気の発症率が増える。だけれども、病床は増やさない。では、どういうことかという、治療が終わったらすぐに出ないといけないという時代がこれからますます推進していくことになります。

ところで、それを支えるのが、「在宅医療」というのが、今、言われているわけです。この「在宅医療」はですね、現在の調査（図6）によりますと、「入院ではなくて自宅で療養したいという人が国民の6割」という実態調査があるのです。「要介護状態になっても、自宅や子ども・親族の家で介護を希望するという人が4割」です。では、「独居老人はどこに行くだろう」ということになるんですが、そうすると、「自宅」というのを、「自分が住んでいる家」なのか、「子どもの住んでいる家」にするのか。「自宅」に子どもが来るのではなくて、「その人がいる所」が「自宅」だとすれば、「ケアできる人たちが住んでいる所」が「自宅」とも…いわゆる収入がある人たちのところに行かないと。「住み慣れた所」というのですが、「住み慣れた所」に子どもが行くっていうのと、どっちにするかっていうのは、「家族の選択」だろう、と思います。「在宅療養」に関しては、国民のニーズが高いと、国の調査では上がってくるんですが、でも実体は、なかなかそれをするのは難しいということが分かっているのだけれど、こういうデータが出てくると、どんなものでございましょうか、家にいることは入院することより、いいことだと思いませんか？ だ



- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した(上図)**。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた(下図)**。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

### ■ 終末期の療養場所に関する希望



### ■ 療養に関する希望

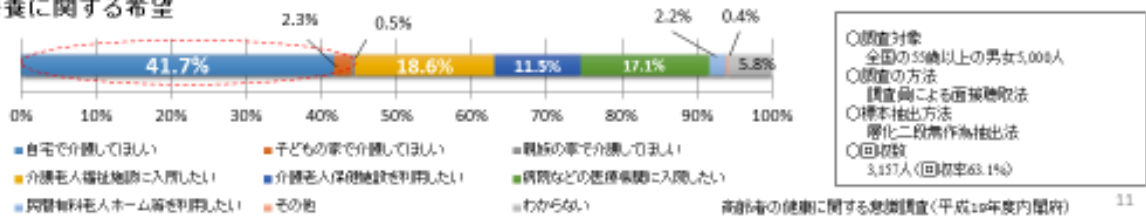


図6：在宅医療に関する国民のニーズ

けど、1カ月ぐらいの間は家に帰りたいたいと言うのですが、そのあとは帰るところがない。主人が単身赴任をしております、1カ月過ぎると主人の席がなくなるというように、人がいなくなれば、その人の存在そのものが薄れてゆく。「在宅療養」というのは、いかに早く在宅に帰るか、そのことをしないと、住む所がなくなってしまうということですね。

死亡のことに関しての調査(図7)でご説明しますと、昭和26年では、8割が自宅で亡くなっていたのが、現在は、病院で亡くなっている人が76.3%です。これは、今後、最期まで病院で迎えられるかというのは不可能です。そういう人たちがずっといたら、若い人たちが救急にかかれなくなる。死亡の場所というのに関しては、「自宅で最期を迎えたい」という人がいますが、そこをやるというのは、結構いろんなことをつくっていかないと。家族も覚悟していかないといけないので、このへんは。国は「看取りは在宅で」というふうになってはいますが、なかなかこれだけ変えてしまったことを元に戻すのは、難しいことだろうと思っております。

### 3. 3. 在宅介護・介護連携の推進

それをさせていくのが、今日お渡ししました資料の「在宅医療・介護連携の推進」です。これを国は掲げておられて、そこには患者利用者がいて、何かあれば病院に行き、「介護サービス」を受け、「訪問看護」を受けるとというのが、「在宅医療・介護連携の推進」ということで、こういう図(図8)が挙がっております。この「在宅医療」というのが、厚労省の中で所管がはっきりしていなかったんです。これは、たまたまうちの息子が厚労省でこういう関係の仕事をしておりまして、その息子が、「在宅医療を担当するのは厚労省にはなかったんだよ」と言うので、「どうしたの?」と聞くと、「しょうがないから僕のところ(「老人保健局」)で引き取ることにした」と。「老

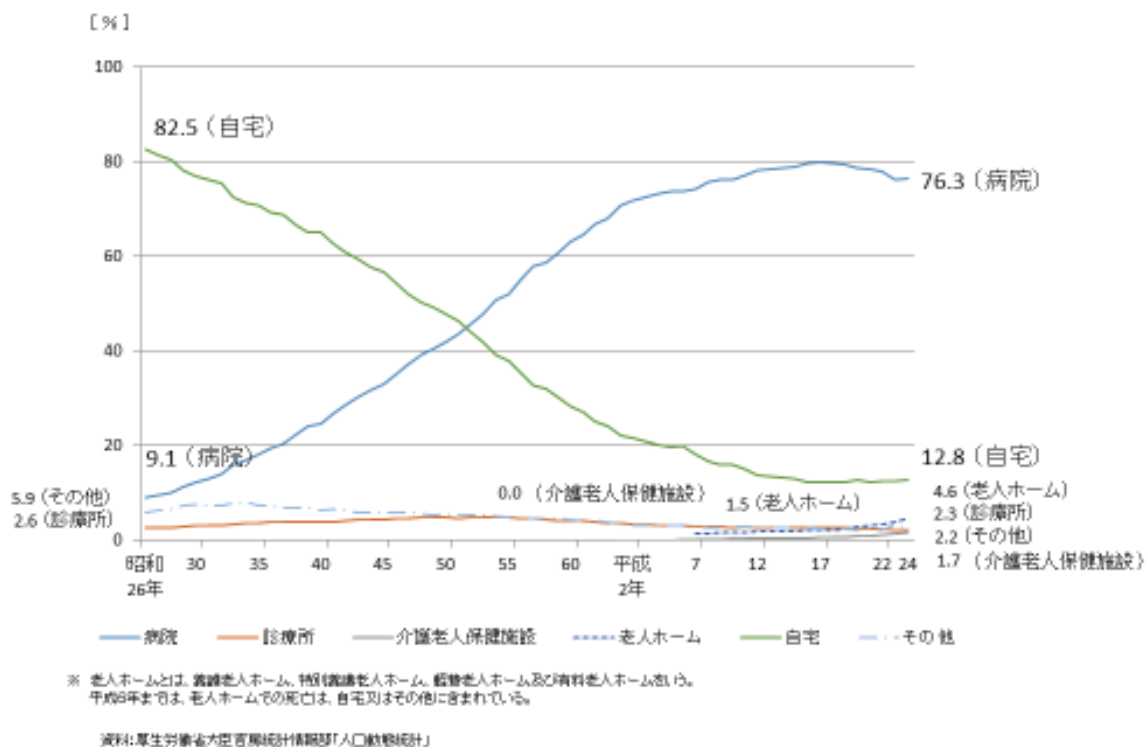


図7：死亡場所の推移



図8：在宅医療・介護連携の推進

人保健局」のところで「在宅医療」を所管するようになったというのは、「在宅医療」というのは、ある意味では、在宅するのは訪問看護で、「在宅医療」は医師会ではやるという話ではあるのだけれども、そこには所管するところがないというぐらい、「在宅医療」は言葉が先に進んで実体はなかなか進んでいなかったというようなことも事実であります。今言った「絵に描いた餅」のようなものが、私は、今回の在宅で家族を看取りました体験の中で、すべてがそろっていたということを知ったわけです。

#### 4. 在宅で家族を看取った体験：地域包括ケアシステムの利用

これは、あのうちはクリスチャンなので、イースター（復活祭）の時、平成24年頃の写真だと思えますが、私の妹弟3人と両親です。見ての通り、真ん中に母がおります。これが我が家の実態です。母がすべての意思決定をしているというような、それに皆が寄り添うような感じで。それぞれの家族は、皆それぞれあると思うんですが。その時88歳だった父は、90歳2ヶ月で今年の7月に亡くなりました。母は、去年10月、83歳11か月で永眠しております。家族は、私が長女で、2歳下の妹、そして弟はちょっと若いのです。ばらばらに住んでいた人間が、両親が悪くなると、必死になって集まってきましてね、「ああだこうだ」と。私は病院で看護部長もしておりますので、家族の意思を統一すること、そこが難しくて…。最後にひっくり返すのは、全然今まで出てこなかった家族で、いろんなことを言い始めるんですね。やっぱり家族ということは、責任があるわけです。言うからには、家族としての役割をとりながらやっていくわけです。私の両親は3人の子どもがいて、7人の孫がいて、4人のひ孫がいる。今、5人になりそうですけど。

ただ、その本人がどうしたいのかという意味ですね。今、エンディングノートが流行っておりますが、母は、病院でいろいろな管につながれている状態にはなりたくないから、自分は病院では死ねない、と思っているわけです。管につながると、人間は生きながらえることが可能なわけです。私がさんざん大学病院の話をするものですから、母が「大学病院に入ったら、死ねないの？」と聞くので、「大学病院は、医療事故があっても、死ぬことはできないのよ」と。心臓が止まっても、体外循環を回せば人間は生きることが可能です。そういう意味では、テクノロジーは、死をいくらかでも生きることにはしようと思えば、いくらかでも開発されています。細胞レベルで死にかけていても、とにかく心臓がなくても、血液を動かせばいいわけですから。生き延びる方法はいくらでもあります。母は、そういう状態は絶対に嫌だと。自分が食べられなくなった時には、自分は最期だと。だから、病院に入ったら、いろんなことをされるのは嫌だからということで、私は帰るたびに、それを言われ続けてきました。私は、「自宅で見るには、誰か家族がいないといけないんだから、それはできないわよ」と、さんざん言っていた。それでも帰ると、家にいる間は、毎晩のように、「恵子、自宅で死ぬ」と母が言うので、「お父さんが面倒をみられないでしょう」と答えていたのだ。母は、「誰がする」とは言わないんです。でも、それを言い続けてきた。「まあ、しょうがないな」と私は思っていました。母は、その気持ちを皆に言っていましたけど、愛されてきた弟には、言ってもだめだ、そういうことはきっとやってくれない、ということも知っていたので、母は、「おまえにしか言えない」と私に言うておりました。

父はとても明るい人ですが、外では明るいんですが、家では寡黙です。外面がいいんですが、中身はそうでもなくて…（笑）。でも、立派な父です。今回本当にそう思いました。父はお祈りをするたびに、「トラブルがないように…」と。「あんまり過激なことをするな」と。その代わり、父

は、「胃瘻はしない」と。あまりしゃべらないんですが、「胃瘻栄養はしない」と。外科医でしたから、「何かをする」というのは、「何かの治療をするために栄養を補給する」のはわかるけど、「方法がない人が栄養をとること、自分で食べられない人に食べさせること」に関しては、自分の考えをもっていたように思います。

母は、去年9月3日に倒れました。くも膜下出血で、普通は手術をしますね。救急病院に搬送されたけれど、回復の見込みがないと主治医に言われたこと、本人が「手術をしたくない、ともかく医療は受けたくない、自然に最期を迎えたい」と言っておりましたので、かかりつけの病院に転院しました。入りましたところが集中治療室で、翌日、家族の話し合いのもとに、一般病棟に移りました。後は病院におりましたが、「最期は自宅で看取ろう」と、家族の中で話し合いが一応でき、気管挿管チューブ抜管後、9月25日に自宅に戻りました。そして、10月3日の朝の9時32分に、私のバカな話の笑い声の中で、訪問看護師さんが来るのを待って、すーっと息をひき取りました。これは、初めて北海道に行った時の母の82歳の写真です。本当におしゃれな人でした。

母の経過は、「救命治療」が2日間、経管栄養と点滴をしながら「積極的な治療をしない」が20日間、そして「何もしない」が9日間でした。その間の、医療従事者と家族との話し合いは何度も行われ、9月4日、集中治療室から、結局「積極的な治療をしない」ということで、一般病棟に帰りました。その話があった時に、すでに、「家に連れて帰りたい」という気持ちは、妹と私の中にはあったように思います。9月16日になりますと、病状も落ち着いてまいりました。その時の状態は、気管内チューブが入り、人工呼吸器がつき、痰の吸引をし、場合によっては、気管切開の可能性があるととも言われ、静脈点滴、経管栄養チューブ、尿管チューブ、そして管を抜かないように抑制帯がされました。見通しとしては、主治医は、「このまま様子をみて、3ヵ月ぐらいしたら、慢性期の病院に家族のご希望で転院することになると思います」と。「その後の状態はどうですか？」と聞いたら、「その後の状態は知らない」と言われたわけです。そこまで突っ込んで聞かないと、先生方はそんなことはおっしゃらないんですけど、「その後はどうなるのでしょうか？」と言っても、「分からない」と。母は本人の意思とは違うベルトコンベアーにのっておりましたので、「なんとかしたいな」と。「主治医を変えたいな」という気持ちも、そのあたりから出てまいりました。このことは、家族の中で同意したわけでもありませんが、私の中には、このままだったら、母の意思を尊重することができない、先生方のおっしゃるように、「おまかせの医療」ということに関しては、私は、やっぱり、母の意思を尊重したいということ、その頃思っておりました。ただ、「家族の同意」、「家族の意思が一つに統一すること」とは、なかなかいろいろな議論があるところです。

9月20日の朝、妹が、「やっぱりお母さんは家に連れて帰ろう」と。そのためにはどうしようかと。あんまりの家の汚さに、ともかく、先ず家を掃除しよう。その日のうちに大掃除を始めましたところ、あるメモが出てまいりまして、それで「尊厳ある死」「別れの決断」を妹と2人で行いました。だけど、家族の中では、合意はできておりません。

延命治療の離脱のタイミングは9月25日で、挿管チューブは2週間おきに変えないといけないので、変えた時に挿管チューブを外すと、それは殺人ではないですが、もし亡くなれば業務上過失致死になりますので、ドクターは意図的に挿管チューブを外さないわけです。だから、それを外しても自発呼吸があれば、様子を見ていくことができるわけですが。ところが、看護師さん

たちがきれいに吸引をして下さったおかげで、母が自発呼吸を始めたのです。それは、母の「家に帰りたい」という強い意思の表れだと思ひまして、その日、信頼できる在宅医との出会いがあり、「自主退院」という、ある意味では、とても無謀な選択をしたわけです。先生方に本当に理解して頂いたわけではなく、「家族の意思で連れて帰る」、父にすれば、「トラブルを起こした」わけでございます。ただ私は、「母の意思を尊重したい」という思いで。でも、ここに、「理解しあうコミュニケーション」をもっと時間をかけてできなかったかなと、ある部分後悔しているところではあるんですが、その時を逃したら、多分母を連れて帰ることができなかった。多分、自発呼吸の後、また挿管しなければならない状態になったかもしれないので。私としては、やっぱりここは、「理解し合うコミュニケーション」をやりたいかなと、今も多少は後悔しているんですが。母にとっては、あのタイミング以外、連れて帰ることはできなかったと思います。主治医はその時、とても怒られました。だけど、「心から感謝してここまでよくして頂いた」と思っています。その後、連れて帰るために、紹介状を書いて頂きました。この間、私は31日間、大分に23日間おりました。大分と東京を4往復しております。仕事しながらですから... (笑)。最後は、とんでもないミスをいっぱいしてはいるんですが、とにかく仕事はしないといけない。仕事をしながら、これをやり遂げていったわけです。

「家族の納得の経過」というのは、「様態の受容」をし、「治療の選択」をする。そして「最後の別れの選択」をするというのは、やっぱり「家族の覚悟」、「最終的にはどうするか」ということが問われるわけです。これは、妹と掃除をしている時に見つけたのですが、母の小引き出しに入っていた新聞記事です。遠藤周作のコラム・「こころ」(出典不明)の最終回の記事です。「死ぬときは死ぬがよし」と書いてありました。これが母の言葉だと思って、「死ぬときは死ぬがよしと母が言っているね」、ということで踏み切ったわけです。この「家族の意思統一」の難しさは、いつも一緒に住んでいるわけではない、それぞれの価値観を持った家族が、両親のそれぞれの最期のことを本音で話し合う。それは結構激しいんでございます。いろんなことがあって…、それが両親の残した私たちの務めだと思っております。「本人の意思を尊重する」ことは、「子としての葛藤」があります。「看取る覚悟」は「延命治療の離脱」でございまして、これは結構「断食療法」に近いわけです。それをする事で、母は本当に穏やかな最期を迎えるわけですが、そこを支えたのは、私は牧師さんだと思っております。本当に毎日牧師さんが来て下さって、私たちが何かやっても、そっと入ってお祈りして帰って行かれる牧師さんでしたが。私は、やっぱり「魂のケア」というのは、私たちにはとても大事だったなあと思っております。それから、「時間の経過」ですね。こんなことが、1日、2日でできるのではなくて、やっぱり何日間か母を看取っていく中で、それと、自分の人生との折り合いをつけながら…、そして、「奇跡」、「縁が繋がった」のが、9月25日です。母を中心に、訪問看護、訪問介護、ケアマネージャー、家族、親せき、牧師、そして在宅医、後でお話しされる佐藤先生のことです。母はハンサムな方が好きでしたから、佐藤先生が「在宅医」になり私は感謝したんです。それで決めたというか… (笑)。男前だからというのではなくて、生き方が男前で、やっぱりいろいろなことで、ご縁があって繋がったのですね。これは、家に帰った時の看取りの日記からです。

これは訪問看護の方たちにお借りした吸引器、そして、ブルガリアヨーグルトの容器を使ったりと。家で看るということは、普通に使っているものを使うぐらいで、そんなにたいしたことをしていないわけですが。在宅にいと、親戚が集まってくるんです。父が帰り、母の意識がなく

死ぬときは死ぬがよし  
遠藤周作

(コラムニッカー 最終回か  
ら抜粋)

私の好きな良寛の言葉がある。「死ぬ時は死ぬがよし」

そのような大きなものにすべてを任せる気持ちになりたいと思つて三十年 正直いうとこのようなゆつたりとした心にはなかなかない。

しかしそれは私にとって目標である。なぜ目標かというと、そこには天の理、自然の動きに無意味に逆らわず、まるで年おいた樹木が寿命を受け入れるように受け入れる姿勢があるからだ。

おそらく、私もいつか、最後の最後までジタバタして、最後の一日ぐらいで「死ぬ時は死ぬがよし」という気持ちになるだろう。

## 在宅での看取り日記から

母が退院して3日目の夜

父は母が退院したことを聞いて、病院から自宅に戻ってきました。

父と母は、いつものようにベッドの隣り合わせて寝ています。

ラジオ深夜便からジャズが流れてきます。

ベッドの間にいすを置き、母の痰吸引を終えた私は2人を眺めています。

意識のない母は、酸素マスクで呼吸しながら、静かに眠っている様です。

父は、いつものように目を閉じてラジオから流れるジャズを聞いています。

ルイ・アームストロングの歌う“WHAT A WANDERFUL WORLD”が寝室を包みます。

オレンジ色の照明に包まれた穏やかな生活が戻っていました。

妹と「シュールだね」と言いながら、笑顔で見合わせました。

両親と妹と四人で過ごした忘れられない夜。

て最期だということを聞いて、カナダから甥がやってきたりと。仕事もあって来てはいたのですが…病院はこわくて行けないんです。母の姉弟6人いますが、皆さん交代ごうたいで。皆さん死にかけているような人たちばかりなのですが、皆さん病気を持っていて。その人たちが、母が家に帰ったら、鯛を持ってきて、「めでたい」と。ともかく、「最期を家で迎えられるのはめでたい」と言って、鯛を持って来るんですよね。皆でごはんを食べながら、昔のことを話しながら…。それは病院では出来ない。

これはまさに、「地域包括ケアシステム」という仕組みがあるから出来るのです。訪問看護が入

り、ヘルパーさんが入り、それから在宅の先生がいて、いろんなシステムが繋がったから。最期は教会で迎えたのですが、在宅の看取りから言えることは、「本人の意思がきちんと表示されていること」。ここがきちんとしておかないと、家族はブレますね。それと、「家族の意思の統一」。それから、「家族の覚悟」。それを支えるのが、「親戚の訪問とか牧師さん」です。そして、今回、「地域包括ケアシステム」というのが揃って



ましたね。それから、「訪問看護の実力」です。ここを支えてくれたのが訪問看護師さんの力です。

それと、「日常生活の営みがもたらす寿命」というのは、病院では笑えないんですよ。おかしいことがあっても、死にかけている人がそばにいて、家族が笑っていたら<sup>ひんしゆく</sup>輦蹙を買いますが、家では笑いばかり、泣き笑いの日々です。皆が訪ねて来るといので、家が汚いから掃除機を使い始めると、ブレイカーが上がり、大きな声で「酸素があります」と騒ぐわけです。在宅酸素療法の機械が、停電で止まった時に叫び始める。「何が起こったのかしら？」と思ったら、「在宅酸素の機械が大声を出し始めているわよ」という話になって。停電をなおしていったらなおるんですけど。そういうことをしながら、笑いながら…。最後は、訪問看護師さんが亡くなる2日前に、「やっぱり、瞳さんは髪の毛がきれいじゃないとだめよね」と言って、「染めましょう」ということになって、ヘアダイを買ってきてくれました。あの時もおかしかったですね。事件がいっぱい発生して。父が「トイレに行く」と騒ぎはじめるし、片方ではゴミ出し業者が来て妹はそっちに行くし、私は、髪染めのサポート役でピッチャーでジャージャーと洗い流していました。いつも通院のたびに髪をきれいに染めていた母なんですけど、本当にきれいにして頂き、最期を迎えることができました。

## 5. 地域包括ケア時代のコミュニケーション

「地域包括ケア時代のコミュニケーション」で申し上げたいのは、まさに「理解しあう」ということ。「まかせる」というのではなくて、「私はどうしたいのか」、「家族はどうしたいのか」、「そのためには、どうできるのか」ということをコミュニケーションしていく。説明されても納得できない時は、「どうしてですか？」と質問していくコミュニケーションが、理解を深めていくんだらうなと思います。それから、ほとんどのシステムは出来上がっています。無いのは、「顔と顔がつながる信頼関係の確立」でございます。今回は、父が4年前に転んだ時に「介護保険サービス」を受けるようになったので、訪問看護師さんが週に2回来ておられたんですよ。母といつもお話ししていました。ここが一番のかなめ。そういう方々との信頼関係があったので、今回看取る時に、訪問看護の方たちが動いてくれた。ここは、どう信頼するかです。「看取りの縁が繋がった奇跡」が9月25日にありました。これは、「看護のネットワーク」でもありますが、私は霊的な力が働いたように思うぐらい、偶然が重なりました。それと、「本人の意思」、「家族の絆」、それか

ら、「友達」や「地域の絆」がすごく大事だなあと思っています。今回母が亡くなって、父が亡くなった時は、本当に地域の方々にご心配いただいて、いろんなことをお申し出頂いたように思います。

時間が来て、今回は、父のことは省略しましたがけれど。父のことは、まだ亡くなったばかりで、本当に立派で、話せばキリがないのですけれど、ここで、「地域包括ケア時代のコミュニケーション」ということで、少しご提案をさせて頂き、ご専門の方々にも、今後こういう分野で研究して頂けると有難いなと思ったりしています。ご静聴いただきありがとうございます。ございました。(拍手)

### 引用文献

宗像恒次（1986）「医療の場のコミュニケーションと文化」『看護 MooK』17号、32-39。