

【 特別企画 】

日本コミュニケーション学会（CAJ）九州支部第21回大会公開シンポジウム
2014年10月4日、於：ホルトホール大分

介護・福祉とコミュニケーション

鶴田 恵子

（コメンテーター・日本赤十字看護大学）

佐藤 俊介

（シンポジスト・吉川医院）

生野 秀子

（シンポジスト・大分赤十字病院）

宮下 和子

（シンポジスト・鹿屋体育大学）

畠山 均

（司会・長崎純心大学）

質問者： 高瀬 文広
（福岡医療短期大学）

五十嵐 紀子
（新潟医療福祉大学）

編集： 清水 孝子
（日本文理大学）

監修： 吉武 正樹
（福岡教育大学）

以下は、2014年10月4日に開催された日本コミュニケーション学会（CAJ）九州支部第21回大会（於ホルトホール大分）にて行われた、大会テーマでもある「介護・福祉とコミュニケーション」をテーマとしたシンポジウムの内容である。シンポジウムに先立ち行われた基調講演（本

誌掲載)を受け、コメンテーターに基調講演者の鶴田恵子氏を交えて、医師・看護師・介護する家族代表という立場の異なる3名のシンポジストが、畠山均氏の司会の下、大会テーマについて議論を展開した。なお、一部加筆修正したことをお断りしておく。

0. はじめに

畠山：3時になりましたので、公開シンポジウムを始めます。私はCAJの会員で長崎純心大学の畠山と申します。このシンポジウムの司会を務めます。私は介護とは全く無縁で、両親はとっくに亡くなっておりますし、家内の母が看護付老人ホームというところに入っており、心穏やかに生活しているわけです。介護や福祉の面では全くの素人でございます。また、幸か不幸か、自分が病院に入院したこともないものですから、患者の立場も全く知らないというようなことで、ここでシンポジウムの司会をする者として適任かどうかもわかりません。

先ず、シンポジストをご紹介します。学会では、紹介する時に「～先生」と言いますが、今日は先生でない方もおられますので、「～さん」づけでご紹介したいと思います。最初のご発表者は佐藤俊介さんです。「在宅医」という立場でお話しして頂きます。佐藤俊介さんは独立型ホスピス「大分ゆふみ病院」の顧問医師ということですが、そこを立ち上げられ、今は「吉川医院」の内科の院長として活躍されています。2番目のシンポジストは生野秀子さんです。現在「大分赤十字病院」でお仕事をされていますが「訪問看護婦」という立場からお話を頂きます。最後は、CAJの会員であります宮下和子さんです。宮下さんはお母様を長年介護しておられますが、そのご経験から「介護される立場」から発表して頂きます。では始めたいと思います。

1. 医師の立場から—佐藤氏の発言—

佐藤：今紹介頂きました町医者とホスピスの医者をやっております佐藤と申します。鶴田先生のお話を聞きながら思うことがいっぱいあるものですから、その中から選び出してお話ししようかと思いました。鶴田先生のお話は、医療の場におけるいろんなレベルでのコミュニケーションをお話した後、介護とか在宅の医療とかが社会の中でどういう問題になっていくかということをお話されて、ご自身の例をお話されました。その部分はリアルで皆さんも身に迫ってきたんじゃないかと思います。私ももちろんご紹介して頂きましたけど、そのことに関わった一人として、あの経験というのは、町医者をやられて20数年ですけど、非常に強烈だったので一生忘れられない貴重な経験になったと、非常に感謝しております。

医療の学会ではないですから、医療の場におけるコミュニケーションということがテーマになるとと思いますので、いろんな局面におけるコミュニケーションの具体例を少し挙げていきたいと思います。先ず、町医者をやっていると、「急にお腹が痛くなった。大変だ」と言って、担ぎこまれる人もいます。つい最近もいまして、そういう方の場合には、話を聞いて、カッカッとのおぼせて聞けない場合もありますので、診察をしながら相手の状況を推測するのです。小児科医ではありませんが、子どもなんかの場合はギャンギャン言うわけで、どこが痛いかわからない。非常にコミュニケーションが難しい。ですからノンバーバルというような状況から、「これはまずいな。これは変かもしれない」と推測しながらやっていくわけです。でも大人の大人が「夜寝られないぐらい腹が痛い」とやってきたわけですから、必要な検査や診察をした後、「胃が悪いというから、胃カメラをしよう。その前に超音波でみよう」と。そういう形で

診ると、胆石があった。胃カメラもついでにやってみると、特に胃は問題がなかった。ですから、「この症状に関しては、これが問題であろう。胆石だろう」と。そういう推測をした上で、一通り終わって、「こういうことでこういうことが起こったんだろう。従ってこういう治療をしたら、少し楽になるだろう」と。絶食をして点滴をして、緊張を緩める薬を使うと、症状はとれるわけです。その後、血液検査もして肝臓の数値が上がってきたので、「肝臓に障害があるんだから、胆石をとる必要があるだろう」と。土曜日だったので休み明けまでいけるかなと思って、様子をみながら月曜日になって日赤病院に紹介してですね、その後入院になって手術をし、無事に退院して、今自宅で療養をしていると。こういうのは非常にハッピーなケースで、こちらの予想通りに行きうまく回復したのですから。その間のコミュニケーションで症状をきちんと説明した上で、「多分大丈夫よ」と。結局、医者からのコミュニケーションとしては、患者・家族を安心させる。癌でなければ大丈夫なんですから。

「症状をきちんと説明する」、これも大事なんですけど、私が気をつけているのは、「認識のギャップ」。胆石ぐらいは、名前は知っていると思いますけど、「胆石によって何で痛みが起るのか、胆石があるとどうして肝臓に影響がでるのか」を、例えを使いながら非常に分かりやすくするために、症状を理解してもらっている。「だったら、手術をした方がいいよ」と...そういうふうになると、すんなりいきますし...その患者さん自身は余り診たことがなかったのですが、奥さんは定期的に来ている方だったので、奥さんとの信頼関係は非常にあるということで、ご主人もですね、まあまあ信頼関係はもともとあったと考えているんです。

医療におけるコミュニケーションでは、「信頼関係」がキーワードになると思います。「信頼関係」、「この先生なら信頼できる」、「この人の言うことなら信用できる」という感じのコミュニケーションができると、後の流れがうまくできやすい。例えば同じ薬を使うにしても、「この医者の言うことは大丈夫かな？」と思うと、出されても飲む気にはならないですし、そういう感じのお薬は効かないんです。医療というのは、物質的な側面もあるし、本当に精神的な部分が大きいのですから。「この人のことなら大丈夫」と思うと、安心できる部分がある。

先ほど鶴田先生が「おまかせの医療」とおっしゃいましたけど、最近の医者はずね、若手は研修制度が変わって非常に対人関係をきちんとやるんで、「ゆふみ病院」に来る当直の若い先生は非常に礼儀正しくてしっかりしている。患者さんに出しても全然問題ない。昔は、僕たちが研修生からちょっと上がった頃は、挨拶の仕方も知らないというように、ちょっと問題があるのがいろいろあったんですけど、最近は本当におっしゃる通り、「医者だから威張っている」という感じは余りなくなっていますね。昔からのタイプの形もないわけではないでしょうけど...ちょっと話が飛びましたけれど....

そういうふうに、まあ相手の状況を見て、きちんとわかるように説明をすることが先ず求められることなんですね。ただし、これが極端にいつてですね、大学病院で手術前なんか、「こういう手術をします。こういうリスクがあります。こうこうです。わかりましたらサインして下さい」と形式的に必ずやります。どんな医療行為をする時にも、でもここに問題が非常にあってですね。例えば、「胃を切る手術をします。ここに癌がありますから、胃を切ります」と。当然、「癌」ということははっきり言いますし、「どういう手術をします。その時にこういう麻酔をかけます。その時にどのくらいの確率で麻酔によるショックの可能性がありますが」と、いろいろ言うんですね。まあ言う必要があるのは事実なんですけど、確率が零点何%も言わない

といけない。そうしてくると、患者さんの方は、言葉はあれですが、ビビってしまうんですね。「えっ、そんなことが起こるの！」と。だからまあ、僕がその立場になるとどうするかというと、「そのへんのことは先ずここに書いてありますから、一応いろんなことの可能性はありますけれど、概してこの手術は安全にできる手術です」と。「安全」ということを強調して言うことが多いと思います。「ただし、人間のことですから、絶対はありませんし、いつか噴火するかもしれない。だからこちらも最善を尽くしますから」と。信頼関係を作った上で、患者さんを安心させる。先ほど「信頼関係をつくるコミュニケーション」と言いましたが、もう一つ医療で一番大事に思うのは、「安心させるためのコミュニケーション」です。

先ほど「治療目的のコミュニケーション」ということをおっしゃいましたが、あの例えばですね、こうやって話が飛んで申しわけないんですけど。ホスピスとかそういう場所で、どういう言葉を医者からかけてもらいたいかという、調べたわけじゃないんですけど経験的に言うと、「大丈夫、大丈夫、心配せんでいいよ」と...そういう言葉が一番ホッとするんじゃないかと。だから不安でたまらない患者さんを安心させる。そういう状況をですね、嘘をつくわけじゃないんですけど、自分の経験を使って安心させる。そういうための言葉、言い回し、ボディランゲージとか表情、全てを動員して、僕自身いちいち意識してやっているわけではないんですけど、半分無意識にやっているんですけど。そういう部分の「安心させるコミュニケーション」が、医療の場で、2番目のキーワードではないかと僕は思っています。先ほどの胆石の方は、「大丈夫、大丈夫、日赤の上手な先生がやるんだから大丈夫」と、99%間違いないだろうと思っていましたから、やってもらい無事にいきまして、「ありがとうございます」と。それで終わりなんですね。そういう場合は、それで結構です。

ところがですね、先ほど「在宅」のことをおっしゃったので、少しそのことを言います。定期的に通院していた方が、だんだん10年、20年僕もやっていると、来られなくなって、「こちらから行きましょう」と。そういう場合もありますし、こちらの生野さんから、「こういう人がいて在宅で療養しているけど、先生診みてくれない？担当になってくれない？」と、そういう依頼もくることもあります。そういう一人で、脳梗塞の後遺症で倒れてしまった人がいるわけですけど。非常に反応がいいんですよ。植物状態ではないです。はっきり生きています。今まで何度か脳梗塞の発作を起こしたりして、「今度はダメだな」と思いながらも非常に回復してきた。今回もたまたま8月でしたか、急に呼吸が明け方から悪くなって、「チェーンストークス呼吸」といって、脳梗塞が起こったりした時に、呼吸がずっと続いたり激しくなったり、そういう呼吸が始まったと。で、朝、診にいったですね、「これ、また頭に来てるかもしれないね。今度は難しいかもしれないね」と。ただ何もしないわけにはいかないので、ちょうど日赤の訪問看護と一緒にいたので、数日間は点滴をして、まあそういう時に口から入りませんから、そういうことをやっていたわけです。そして、その間何日間は時間をかせぎながら、娘さんと今後の方針とか話すことになるわけです。こういう場合は本人の意思表示を確認できないわけですから。娘さんは、「気持ちとしてはずっと長生きしてほしい。このまま見てあげたい」と。だけど、病院に連れていかないことは決めていた。ですから、しつこく言っていましたけど、「何が起こっても救急車は呼びなさんなよ」と。それは何かあるたびに言っていました。「最後まで家で看よう」って、皆で同意していました。

「今回は厳しいかもしれないし、もういっぺん確認するけど、家で看ることに間違いね」と

その確認をしてから、「医療処置については、点滴を何日もずっとすることはできない。むくみがくるだけなんだ」とも。「何もしない」というのではなくて「見守る」と。「見守る」形でいか、(または)「医療者として何が提案できるか」というと、先ほど胃瘻ということを行いました。胃瘻とは胃に穴を開けて栄養を入れること、胃瘻まではする気はなかった。もちろん。ただし、「鼻から胃にチューブを入れて栄養を、缶の流動食みたいなものがありますから、そういうのを入れる、それはどうだろうか？」を提案しようと思って、一番関わっているのは日赤の訪問看護と私とそれからリハビリに来る人もいましたけど...ほとんどのことは、医療者としては看護師と2人ですから、「私との間で交渉したいと思うけど、どうだろうか？」と。ただ看護師の方は、「えっ！そんなことするんですか？」という感じで言われたんです。でも意外に思われるようですが、この方の場合は何回もあったし、「とりあえず少し様子を見て、反応をみてもいいんじゃない」と。このまま栄養を入れなければ、間違いなく1週間で旅立つのは分かっていますから。(看護師から)「じゃあ、それもいいかもしれませんね」と。まあ医療者間のコミュニケーションはここで齟齬があると、医療チームですからぎくしゃくしますんで。「自分はこうしたいと思うんだけどどうだろうか？」と医療者間でコミュニケーションをとるのです。それを娘さんと相談して、娘さんは、「それはどういうことかよく分からない」と。「鼻から細いチューブを入れて、胃に入れて、栄養を入れる。もし生命力がいっぱいいっぱいだったら、今後、抜きましょう。まだこれによって生命力があるんなら、少しがんばってみてもいいんじゃないでしょうか」と。娘さんも同意されて、8月初めだったんですけど、以前と同じような感じで結構元気です。ただ飲み込むことはできないんですけど。今は結構反応していますね、確かに生きていますね。だから、その判断で良かったんじゃないかと思えますけど。

こっこの思い込みでリードするものまずいと思うんですけど、ただ医療に関しては、なかなか患者さん家族に「どうしたいんですか？」と言っても決められないことが非常に多いんです。「先生だったらどうしますか？先生はどうやったらいいと思いますか？」と聞かれることは実際あります。それもいい質問だと思います。「僕だったらこうしたいと思います。僕だったら、自分の親に対してだったら、そうやってみたい」と。「自分の親、自分の身内だったらどうするかなあっ」ということを基準にしていますけどね。そういう形で、何とか過ごした例もあります。

いろんな場でありますけれど、医療チームと患者さん家族とのコミュニケーション、医療チーム同士でのコミュニケーションなど、また、いろんなレベルのコミュニケーションがあります。治る病気の場合のコミュニケーションもあるし、非常に難しい場合のコミュニケーションもある。(そのことは)今、全然話しませんでしたけれど...そういう場合の言葉のかけ方も非常にデリケートです。要点としては、「信頼関係をつくるためのコミュニケーション」と「患者さん家族を安心させるためのコミュニケーション」、これをいつも意識してやっているつもりです。(拍手)

2. 看護師の立場から—生野氏の発言—

生野：生野です。今回鶴田先生と清水先生の縁でこのような会に呼んで頂きまして、皆様と一緒にコミュニケーションのことを考えていく機会を与えて下さいましたことを感謝致しております。

す。私たち大分赤十字病院の職員にとって、鶴田先生の父上は当院の名誉院長です。「ミスター大分赤十字」と呼ばれてもおかしくない、私たちにとっては本当に大事な院長先生でした。その方を支えたお母様を看取る時を自宅で看させて頂くことができましたことは、私たちにとっても何というか有難い経験でした。ありがとうございました。

本題に入りまして、患者・その家族と医療提供者側の間には、医療専門分野における知識量に圧倒的差があると思っております。加えて、高齢化、家族形態の変化に伴う介護のあり方が、「治療の選択」をまたより複雑にして、自分たちが受けたい医療というもの、「治療の選択」というものが、「介護のあり方」によって左右されるという現実があると思っております。このような状況の中で、私たちは看護師ですので、看護師は患者・家族と医師の間に立って、患者・家族の意思決定のために必要な支援が行われているのか、これは、ずっと私が特に訪問看護に配属されてからの私の自分への問いです。これまでの「意思決定の支援」を振り返って、必要なコミュニケーションはどのようなものかと考えていきたいと思っております。

私は訪問看護師として、訪問看護師はあまり聞きなれない職種だと思いますけど、ドクター（主治医）の指示の元、在宅にいる患者さん、医療的な支えが必要な患者さんに、看護を通して支援をするということです。保健師と違うところは、保健師の方は大勢の一般大衆の方を対象にすることが多いんですけど、訪問看護師というのは、対象は患者・家族という極めて個別的な指導になっていくと思われまます。今日は「介護・福祉」がテーマということですので、対象は「患者・家族の方」、コミュニケーションの目的は「患者・家族の意思決定の支援のためのコミュニケーション」にさせて頂きたいと思っております。

私は新卒の時から、大分赤十字病院に勤め始めまして、勤めた頃は循環器や外科、透析室など非常に忙しかったです。今は看護師の数が7対1と、診療報酬上、看護師の数が確保されていますが、その当時は今の医療制度とは違って少なく走り回っておりました。今より痩せておりました（笑）。それから10年後「訪問看護ステーション」の方に配属になりまして、「地域看護活動」ということに携わっております。再度今年から、病院内の勤務に移りまして、今は「地域医療連携室」と「訪問看護ステーション」の課長を兼任しております。ですから、地域と急性期病院の入って来る部分と出ていく部分の間にいるようになります。今（鶴田）先生が言われたみたいに、医療現場、特に救急病院に勤めておられますと、「救急病院に連れてくることは全力で救命救急をするということ」が大前提になるんです。どんなことがあっても助けてあげなくてははいけない。救急車が来る時には、すでに音がした時にはスタンバイです。手袋をしてマスクをして、玄関前に立っているような感じが「救命救急」なんです。しかし、それだけではないと。看護師の立場として、「苦痛の除去」もありますし、高齢者の場合、やはり体に侵襲をかけることで治療を行っていくので、途中で残念ながら命の危険に晒すこともあります。やはり「医療の限界がある」ということもあると思っております。

私が事例として話しますのは、70歳の男性の方です。この方は胃癌の末期の方で、1年前から化学療法をされておりました。1年間頑張ってきたんですが、化学療法も効かなくなると体に毒です。それをいったん止める。（医師より）「治療はどうしますか？積極的治療はできません」と言われまして、私が主治医と病棟看護師と妻の方に意見を聞きました。主治医は「いつでも退院してよい」と。でも家族にしてみたら、よく言われるんです。「癌というのは一番重い病気じゃないですか。なのに、何故病院を出なくてはいけないの？今まで治療してくれた

先生と何故離れなくてはいけないの？」と。そう言われながらも、病院としては「退院していいです」と。その患者は、「腸閉塞で、家に帰ったら腸が詰まります」とも。恐ろしいですね。私は看護師なのでわかりますけれど、一般の人、たとえば母が聞いたら倒れると思います。（医師は）「予後は1カ月ほどです。夫妻にはすべて話しています」と言っているんです。病棟看護師は「妻はよく理解しています」と。本人は強く退院を希望していて、「とにかく家に帰りたい」のいつてんばりです。そわそわする。「せん妄状態」ですね。ごそごそと夜中じゅうしている。奥さんは自分の健康問題も気になるんだけど、ともに70歳なので、「本人が帰りたいと言うので連れて帰ります。でも最後は気になるので、病院に戻って来てもいいでしょうか？」と帰って行かれました。結果的には53日間の在宅療養後、亡くなった方です。

もう1回退院時の状況を振り返ります。入院から在宅へ行く過程において、患者さん家族がどうだったかと言いますと、「治療方針の転換」ですね。「積極的治療は行わない」、これはやはり「2度目の告知」なんですね。1度目は「癌」と言われ、化学療法をしました。癌と言われ化学療法に向かう時も、患者・家族の協力が要ります。「あなたはこういうステージなので、こういう抗癌剤をして、少し小さくしましょう」と説明をしながら、きつい抗癌治療を乗り越えていかないといけないので告知をします。その時の告知からのショックにやっと乗り越え、化学療法に耐えてきたんですね。またこの時に、「治療方針に望みがない」という2度目の告知に再度なります。さらに、患者・家族は「悲嘆」という状況になってまいります。それに加えて、「療養の場の選択」ですね。これも病院の機能の分化というのがあります、「この病院では治療できない」ということなんです。そうすると、やはりエネルギーの消耗がかなりあります。鶴田先生も先ほど言われたように、「まずは家の掃除をしよう」というような具体的な体の疲労もあるし、精神的疲労も両方とも全部一度にやってくるんですね。この方は病状で帰るということになったんですけど、いくら訪問看護が行く、在宅の先生が行くといっても、そこは点と点なので、あとの23時間は自分が見るのかとなったら、かなりの「不安と責任」を感じておられました。

そこで、この主題となる「介護的な問題」です。介護には一定の期日というのがあります。病状のことを看るので、食事のことも体の換え方にしても、薬の飲ませ方にしてもやはり一定のスキルというものが必要になってきます。それにお金とか時間とか、また介護者の介護力の問題も出てきます。そこで「患者家族の動揺」とか、「見放され感」とか「決断を迫られる苦痛」、このようなものが全部来て、私たちには1ヶ月なんですけど、患者さん家族にとっては短い将来がとても不安になるんですね。「このような状況があるということ」を考えないと。私たちは患者さん家族から何日も何日も同じことを聞かれるんですね。この人は告知しているはずなのに、「主人は本当に癌だったのでしょうか？あと予後はどのぐらいでしょうか？」と、ずっと聞かれることがあります。これは混乱をしている状況の元、「何回も質問しないと、自分たちには分からないという状況があるということ」を、医療者は認識していかないと...やはり忙しいドクターは「何回も同じことを聞かれる」と、看護師も「どうしてかなあ？」と思ってしまうというのが現状だと思っています。

私が訪問看護師として「在宅療養」を少し押し気味で勧める理由は、ここにあるのです。「スピリチュアルペインの軽減」ということを考えています。「痛み」の中の4つの痛み、「身体的ペイン」、「精神的ペイン」、「社会的ペイン」、もう1つは「スピリチュアルペイン」がある

といわれているんですけど、「この自分がどうしてこんな苦しい癌になったんだ？癌になるんだったら、どうして生まれてきたんだろう？なぜ人間は死ななくてはいけないのだろうか？」という、ある種哲学的な、人間が解決できない「心の痛み」なんですけれど。「スピリチュアルペイン」には3つの軸があるんです。「時間存在のペイン」、「関係存在のペイン」と「自立存在のペイン」です。けれども、この方の場合のように癌で亡くなっていく時には、「関係存在のペイン」が一番大きいと思っています。すでに1、2ヶ月病院の入退院を繰り返していますので、家の生活も少し離脱気味になっています。どっちつかずの立場にいるので、ここで「関係存在」を自分であやしく思うんですね。「死んだら家族から忘れられるに違いない」という苦しみを味わっています。

「在宅療養」とはですね。「家」というのは生活者にとって、価値観や生き方そのものが具体的に表れる場所だと思っています。「家に帰ること」や「地域包括ケア」というのは、「家に戻る」と「地域に戻る」。「家に戻る」は「スピリチュアルペインを軽減させること」だと私は思っていて、少し押し気味に「在宅」を勧めています。「在宅」での看護ケアを勧める際に、医療的なこととして「治療としての服薬」がとても進んでいます。ですから、医師の専門的な知識と看護師の観察でその効果を確認していくというのはかなり効果があり、症状をコントロールできます。それが第一なんです。

コミュニケーションといたしましては、「精神的な支援」ですね。「承認を伝えるコミュニケーション」です。どういう「承認」かと言いますと、患者さんが「自分が家に帰りたい」という意思に沿った支援、もうそこには「治療の選択」をしているんですが...そのことの支援ですね。「そういうふう自分で決めたんだ」ということをすごく尊敬いたします。そういうことの支援と、患者さんの意思を尊重して家に連れて帰ろうと思った家族はすごいな、と思っています。そのことを伝えていきたいなと思っています。

「患者・家族の指導」というのがあるんですけども、「感情の理解」ということを書きました。3日前の家族の発言なんですけれども、「食べないのです。昨日も今日も」と。この方はもともと退院時から食べないんです。食べられないんです。閉塞気味ですから。私の乏しい医学的知識を総動員して、身体症状、脱水状態、栄養状態を真剣に説明するわけです。でも、それって後から考えると、私の突っ走りであって、「患者さんが食べない」ということは、「食べない=死」ということと直結させていますよね。「食べない」と言うことで「悲嘆」を一生懸命訴えてきているのに、私は医学的なことばかり説明しているわけです。「悲嘆」をいったん受け止めてからでないと、患者さん家族の方と話が出来ないのだ、と最近少し分かってきました。

「療養期間の意味」ですけど、やはり鶴田先生が言われていましたように、患者さんと家族が共有した空間や時間を過ごすことができます。この患者さんは、退院時の混乱状態は無くなりまして、すごく精神的には穏やかです。病気のことも何も聞かれませんでした。ご家族は混乱しながらも、50数日もあると介護が上手になり、スキルアップしてくるんですね。上手になったら患者さんは心地良いので、それで「信頼」をもらって、患者さんと家族、介護者と介護される側のコミュニケーションといますか、「安心感」がじかに伝わって、家族自身も「スピリチュアルペインの緩和」ということが表れました。そこで、「介護」というものはですね、「残された家族への精神的支え」、「達成感」という言葉は簡単ですが、「家族自身のスピリ

チャルペインが軽減される」と身近にいて感じています。価値観の共有とありますけれど、先ずは、先ほど言いました「感情の理解」かな、と私は思っております。

まとめですが、私は長年の訪問看護師の仕事を通じて、多くの患者・その家族と介護の現場を共有してまいりました。ともすれば、介護はその負担の重さから暗く語られがちですが、真摯な介護は、提供する側にとって、「達成感」による「心の安寧」だけでなく周囲（残された親族や子どもたち）からの「感謝」ということに気が付きました。無形の財産です。介護は実は提供する側のためでもあることを私は学んでまいりました。その経験をもとに、「どのような治療選択」をするか」という「意思決定する支援」というものがですね、コミュニケーション、特に「感情の理解」ということを申し上げて、そういうコミュニケーションを追求していきたいと思っています。以上です。（拍手）

3. 家族の立場から—宮下氏の発言—

宮下：宮下です。先ほどの鶴田先生のお話を聞いて、私も今から母のことを話すんですけども、お母様は最後まで自分の物語を生きられたんだなあ。文学部出身なのでこういう言い方になって恐縮なんですけれども、感じました。ちょうど鶴田先生のご両親と同年代の両親で、父親は母が40代の時に亡くなり、ずっと「一人暮らし」をしております。私は今鹿児島市に住んでおりますけど、母は日置市という、車で3、40分かかるところに「一人暮らし」です。私は鹿屋体育大学という鹿児島市から鹿児島湾を渡って大隅半島の大学におりまして、そちらに住んでいた2002年の4月に母親が大腿骨骨折をいたしました。これは人がからんでいる犠牲者というか一つの事故だったんですけども。それから私は介護といいますか、往復しての世話が始まったんですけど、その4月に手術をして、8月に退院した時から、2000年に介護サービスが始まっていますので、ずっと介護保険のお世話になりました。バリアフリーの工事とか、電動ベッドを借りるとかもろもろですね。ずっとお世話になりながら現在に至っていませんけど、それを続けながら、元気になってきましたら、（母が）ちょっと動いたりして、また体調をこわしたりということがあって、とうとう私は2008年に鹿児島市に引っ越しまして、そこからフェリーに車を積み込んで、片道2時間半かかるところを毎日通勤する生活をしていました。いつ呼ばれてもすぐ行けるような体制をとろうと思ってやったんです。大学の仕事の関係もいろいろあったんですが、昨年3月、その2、3年前から母親の両膝の痛みが非常にひどくなりまして、「もうこれはみられない」という状態になったので、「これは辞めるしかない」ということで、仕事を辞めました。妹が1人福岡にいるんですが、今日は鹿児島に帰って来てもらっています。

それから昨年の6月に膝の手術もして、そういうことを続けながら、現在の介護保険関連のお世話になっているのは、在宅のヘルパーサービスが月・火・木・金の朝1時間ずつ。これはお掃除とかゴミ出し、食事の支度とか。あと、デイケアの方も、昨年からはリハビリと温泉のついでに所を変えて、水曜日と土曜日に終日やっております。それから配食サービスを月曜日から土曜日まで夕食をとっております。日曜日は原則的に私が帰る、土日帰ることもありますが、世話しております。世話といっても、母親の世話だけじゃなくて、墓参りするとかですね、あそこの所に挨拶に行けとか、いろんな雑用をこなしながらやっている状況です。それから医療施設の受診もありまして、整形外科には必ず行くわけですけども、鹿児島市の

病院なので、母を迎えに行つて病院に連れて行つて、それからもろもろあつて、整形外科は平均月に1、2回ですね。それからホームドクターが身近にいらして、そこに月に2、3回、これも送迎と付き添いをすることがあります。あと、眼科に2ヶ月に1回くらい、鹿児島市内の病院ですけれども送迎と付き添い、あと、口の方の歯の方は訪問診療を日置市の方でやつてもらつて、そういったことを利用しております。その間、ケアマネージャーは何人か担当者が変わりましたがけれども。

私としては、病院の手術のたびに、ものすごく克明にメモの記録を続けております。ここにちょっと持って来たんですけど。でもずっと母親と付き合つてきて思うのは、あんまり関係ないみたいなんです。数値とかどういう状況にあるとか、先ほどの鶴田先生とか佐藤先生とかの話にあつた「質問をする」という、そういう訓練を受けていない。性格もあると思うんですけども。お医者さんの前にいくとですね、いろいろ言っているくせに、「先生心配かけてすみません」と言うんです。だから、「ここが痛い、ああだ」ということを訴えなくちゃいけないのに、出てから私に訴えるので、「何でお医者様の前でそこを訴えないの?」と。コミュニケーションのやり方から私の方で。でも微妙な立場で、娘であつたり、コミュニケーションのことを言ってみたりで。ドクターに私が質問すると、「あんなことを聞かなくちゃならないの?」と言つたりですね、まあ、そんなことを繰り返しながら、今、ずっと面倒みながらやっているところです。

介護サービスのコミュニケーションにおいては、デイケア、ケアマネージャーとのコミュニケーションとか、通所リハとのコミュニケーションとか、理学療法士とのお話とか。それと「体調悪い」と電話がかかつて来て、私は子育てしたことがないんですけど、「幼稚園・保育園の子どもの呼び出しはこういうことかなあ」と、「昼寝で起こしても起きません。どうしましょう?」とかかつて来たりと、いろいろあるわけです。仕事を辞めて良かったのか悪かったのか、と思うこともあるんですけど。そういうことがあつたりする中で、今の1月以降のケアマネージャーの方とは非常にコミュニケーションがうまくいっているなあと思うんですが。ただコミュニケーションの取り方が電話かファックスでビジネスアワーなんです。去年12月までは、ケアマネさんの携帯電話での電話とメールのやりとりもできたんです。私はできるだけ土日とか夜はしないようにしていたんですけども、それが禁じられたということで。そうだと思うんです。大変だと思うんです。ですから電話とファックスでやりとりして、必ず必要なのは、大体月の20日頃になって来月のプランですね。「カレンダーを作りますが、いかがですか?何か変更がありますか?」と話をして、それで決められた状態で、予定カレンダーと利用表と経費一覧もろもろが5枚ぐらいのファックスで送られてきます。ちなみに今経費は、デイケアと在宅ヘルパーサービスですね。それで1万1、2千円です。(1割負担ですので) 実際費用は11万円2千円ですよ。それから配食サービスが日置市で少しリーズナブルにして下さつて、大体1万円ぐらいです。ですから2万数千円で、介護保険サービスを受けているのかなつていう感じになります。12年前のバリアフリー工事の時には、その限度額を超える形で手すりをつけたりといろいろやつたんですけど、でもとても助かつたというのがあります。

でも、こういうふうにつき合つてきながら、やりながら思うのは、その介護サービスのいろんな方の動きが本当に複雑で、家族としても、私、このレジュメには、「何かネットワークカルテのようなものを」と欲張つて書いたんですけども、こういうのはちょっと無理ではないか

など。でも今状況をみていると、非常にアナログ的な面では、まるで宅急便の時間指定みたいな感じが。アメリカなんかではとてもできないような、それくらい細かいことをやっているとこの感じはするんですけども。問題なのは、やっぱりそういう介護サービスとの「公的コミュニケーション」とそれから親子の関係の「私的なコミュニケーション」とが私の中で混じりあっているということと、あと実際に介護サービスに関わる方も、そういった点が非常に難しいのではないかというふうに感じます。私としてはですね、このレジュメにも書いているように、ちょっとかっこよく書いたんですけども...ただ昔は、「母の期待に添いたい」という感じがあったと思うのですが、「気持ちを知りたい、母の物語をシェアしたい」という、そういった気持ちでいるんですね。そういった意味で、先ほどの鶴田先生のお話を聞きながら、私の母はそんなに立派じゃないので、あんなに自分の物語をきちんと終わらせられないんじゃないかと。だから、私はどうかしてきちんと終わらせてあげられるような...母から「私はまだ死なないわよ」と言われそうですが。まあ、今日はそんなことを考える機会というふうに思って、感謝しております。だから、ちょっと個人的な恥を晒したような感じですが、私からは以上です。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

畠山：それでは、コメンテーターという立場で、先ほど講演して頂いた鶴田先生から、それぞれのご発表などについて、感想なりコメントなりをちょっとお聞きしたいと思います。

4. 鶴田氏による応答

鶴田：そういうふうに言われて、感想ですけど、一つは佐藤先生が「信頼関係ができるコミュニケーション」と「安心をさせるコミュニケーション」と、それから、生野さんの「感情の理解」というあたりは、本当に同じようなことをお二人は言っておられるなあというふうに思いました。「何を言いたいかという言葉」ではなくて、「感情を理解する」というのは、「言葉とは違うことに焦点を置いておられる」、極めてレベルの高いというか、コミュニケーションの専門家の先生方はどうお考えになるか分かりませんが。こういうこと、「医療の中で、その言葉の奥にあるものにとっても心をくわしている」ところが、ご発表の中から分かって、それで私も納得するところもありました。

宮下さんがお母様の介護を10数年やっておられる...そのことを、「私は本当にそれを一つずつ母の物語としてやっていきたい」という格調のあるお話を伺いながら、私は何をしてきたのか。一つは、私はあんまり父と母の話をそんなに聞いてこなかった。というのは、介護のために東京から大分へ来る時にいろいろ考えてくるわけです。「どんな歴史を生きてきたのだろう」と。いろんなこと思ってくるのですが、介護をしているときは、そういうエネルギーが無くなって、トイレに連れていく、ごはんを作る、掃除をする、それが終わった時は、私が寝ないといけないみたいな感じで、そういう余裕もなく過ごしている。本当に今日お話したのも、やり終えた後に振り返ると、そういうふうに分かるということで、当事者の時は、頭が真っ白で、ひたすら肉体労働やっていたというような。「とにかく今を父と母が過ごせるようにするにはどうしたらよいか」みたいなことを考えて。ただやっぱり、ずっといると分からなくなるので、少し私は離れることで、それが見えてきたのかなあと思っています。「感情の理解」とか「信頼関係」とか後から言えるけれども、その時は必死なわけです。多分、本人も必死、介護する側も必死、そうすると、そこには、どういうふうにしたら、宮下さんが寄って立つ、そういう

ふうな物語といえますか、「客観的に捉えるという視点」を、介護する側、介護される側の中で、どう組み立てていけばいいのかなと、質問したいと思ったりしておりました。

「公的コミュニケーション」の難しさというのは、あれはわけが分からないのです。「公的コミュニケーション」というのは、やってみないと分からない。私も、学生たちにそういうことを教えますけど。教えている際中に、「とにかくやってみないと分からないのよね」という話をして、行ってみると、そこがそれもですね、(宮下さんが)「公的コミュニケーション」と「私的コミュニケーション」とをさらりと言われたりというところが、私は、生野さんと佐藤さんとの違いというか...受ける側からすると、「公的」「私的」という分離になるんだなあと思ったりしておりました。何かコメントにはなりませんけれど。

ただ本当に、いろいろな立場の方のご発言を聞きながら、私自身が、今回みたいところで話すことで分析をしたわけで、やっている時は、もう憔悴しきっておりました。実を言いますと、私が母の介護を終えて帰ってきた時に、大学の先生方が、「鶴田さんはどうしたの?」と言われ、「魂を抜かれた感じですよ」というぐらい、「最期を看取る」という時には、やっぱり、こっちも、「魂をかけてケアをしたんだ」と。ただその時間は、私にとって、とても貴重だったんですけど、これは、やっぱり1年経たないと分からなかったなあと思うぐらい、必死にやったことは確かです。この「必死感」というものを、どういうふうに、そのコミュニケーションの中で捉えていくのかなあというのを、宮下さんの話を聞きながら少し考えたところでございます。

5. 患者の「本音」をひき出す技術

畠山：先ほど、宮下さんの話で、お母さんが先生の前では何も言わなくて、診察室を出たら、宮下さんに、「あそこが痛い、ここが痛い」と言うという話を聞きながら、私も義理の母の話を思い出しました。「メガネが合わない、歯が痛い」といろいろ家内に言うんですけども、そういうことをホームの人にも全然言わないし、月に1回、雇いつけの病院に診療に行った時も言わないのです。しかし帰りの車の中でそんな事をポソッと言う。「なんで先生の前で言わないの?」と、そこで親子喧嘩が始まるのですけれども。「全く同じだなあ」とさっき思ったんですけども。そこで、佐藤さんと生野さんにお聞きしたいんですけど、患者さんの「本音」をひき出す技術というか、スキルというか、そういうものがあれば、お話を伺いたいと思います。

佐藤：あの、そういう態度をとることが、特に年配の方に多いですね。あの医者の前では、「いい子」ぶるじゃないですけど、「大丈夫です」と。介護保険の認定は、皆そうなんです。審査に来るとシャキッとして、本当は家でくたびれて、「なんであんたシャキッとするの?」と喧嘩したと言われるんですけど。だから、本当に年配の人で、その性格にもよりますけど、「人前できちっとする」「弱みを見せない」とかは美点でもありますけど、家族にはぐずぐず言うと、それはある程度予め、家族から情報を聞いておくとか、それからですね、あの長い付き合いになると、「この人は少々我慢して何も言わない人だ」とか性格が分かりますから、「本当は大丈夫なの?」とそっと聞いてみると、「実は…」と。「実は…」と言い出すと、ボロボロっと出ますから(笑)。「実は…」を引き出すこと(笑)。ですから、そういうふうに、まあ性格をある程度理解した上で、こっちから誘ってみるとか。それから、家族に「本当のところどうなの?」という感じで聞き出すことが、僕は多いです。

生野：そうですね。私の父も5年くらい前から、腎不全で透析になるってずっと言われていました、在宅で過ごしているんですけれども。私の両親もまさしくそんな形で。私がいるので、余計「いい子」ぶって、「何も聞かない大人しい患者さん」です。私が病院に連れて行ったら、(言うのは)私ばかりですよ。時々母は、「お父さんは臍臓やったかね、腎臓やったかね」と、私は倒れそうになって、「ここまでこの人はボケたか!」と(笑)。「腎不全」と何十回答えていても、「人まかせ」ですね。でも、癌の患者さんに限らず、患者さんの権利として、「信頼している人に自分の全てを委ねてもいい」という権利があるんですね。なので、やはり最近私も年をとって気が長くなったものですから、「私にまかせているんだな」とあきらめて、私はそういうふうに母から言われても、必要なことだけ言うようにしているんですけれども、こと患者さんに関しては、「多分そういう傾向にあるだろう」と、自分の体験から思っているので、看護師として話す時には、必ず患者さんの顔を見て患者さんと話してから、家族の話聞くように心がけているつもりです。家族の方から一度言われたことがあるんですね。「自分(看護師)ばかり話している」、「自分(患者)のお母さんとお父さんを見てくれない」と思われることがあって、「実はあそこの看護師やお医者さんは全然私の母親を見てくれない」というふうに言われたことがあります。家族の方は不安なので、そこはちゃんと意識してですね、娘さんが言ってくれる情報を聞き「ふん、ふん」と言いながら、患者さんを見るというように日頃から意識してつもりなんですけど(笑)。

畠山：そのへんに関して、鶴田先生、何か患者の「本音」を引き出すことを、例えば学生にどんなふうに言うておられるのでしょうか？

鶴田：あの、学生には「本音」っていうのはなかなか分からないので、ともかく拒絶されて話してしてくれなくても、患者さんにしてみれば、学生が行くのも鬱陶しくなって、昼間からアイマスクをつけて、横になっている患者さんがおられてですね、学生は、「どうしていい分からない。寝ているんです」と。「寝ているのかどうか分からないけど、どうしようね。患者さんは、あなたに何を言いたいんだろうね。何を考えておられるんだろうね。知りたいの?」と言うと、「何を考えているか知りたい」と言うから、「じゃあどうしたらいいんだろうね」というようなことを、学生と対話しながら、「先生だったらどうしますか?」と。「そうねえ～お部屋で患者さんが見えるような場所に陣取って、うろうろするかしら。患者さんが、ちょっと動いて立ち上がった時に、手を貸してあげられるような所に身を置かないと…」皆(学生たち)、カンファレンスルームに戻っちゃうんですよ。そこ(病室)に居場所がないって、帰ってくるんですけど。そしたら、患者さんが何を思っているか分からない。「患者さんのテリトリーに入れなかったら、少しそのあたりで見ていたらどうですか」と。「寄り添わないと、(患者さんの)思っていることは分からないよね。メールしてくれるわけじゃないし、SNSも使えないんだから」と。「生身の感触をどこで知るか」っていうふうに、学生に教えているんです。お役に立てるかどうかわからないですけど。

関連して言えば、うちの母も「やせ我慢」です。だから、介護認定の会議がありますでしょう、母が入るとですね、父の代わりに全部母が答えちゃうわけです。それで、「それは要りません。それは要りません」と。「そういう母が問題だ」と、周りは気づいているんだけど。でも、「本人家族の意思」も尊重しないといけないから、「様子をみながら看ましよう」と。ただ、「自分が看ます」という生き方というのも、私は母らしい生き方だなあと。ただ、危ない線

を止めさせないといけないから、結構ギリギリのところ介護保険（サービス）を使っていたね。母は「人が入る」のが嫌いだから。それでも何とか、「入れる道」を考えながらやっていたので、やっぱり「やせ我慢」というのも、それも一つの人間の生き方かなあと思ったりしています。

畠山：宮下さんはどうでしょうか？今のような話を聞いて。

宮下：先ほど言い忘れたんですが、今（母は）「要介護1」の状態です。昨年、私1年かけて国際シンポジウムを京都でやるのに大変だったんですけど...ちょうど10月あたりから非常に危機的状況で、いろんなところが悪くなるんですけど。頸椎がダメになって、手が使えなくなったりと。それで福岡（妹）に預かってもらって、私が（12月の）編集委員会の帰りに連れて帰ったんですが、その時は「もう死ぬんじゃないか」と思うくらい目に光がないっていうのか、痩せてしまって、しんどい上に、多分私と違う姉妹の所で気を遣ったかどうか分からないですけども、あと絶望的になったのか...それから、いろんな病院を回って、一緒に時間を過ごして、で、いろいろありました。それで、薬をもらって2日ぐらいから少しずつ持ち直して、4月ぐらいになった状態で、体重が4、5キロ増えて、前ぐらいの状態になって、目に光が戻ってきたというか。だから、もう情報とかそういうものじゃなくて、「一緒にいる」っていうか、「時間と場を共有する」っていうか。ですから、ケアマネさんとのコミュニケーションでも、電話よりも、「何で来てくれないんだろう？」とボソッと言うんですね。だから、「すいませんけど、行っていただけませんか」と。

私は結構正しいこと言っているんですけど、正しいことを言っているかもしれないけど、しゃくに触るみたいで、娘だと、それを、お医者さんに頼んだり、ケアマネさんに頼んだり、ヘルパーさんの主任に頼んだり、「すいません、言って頂けませんか」と。オーソリティー（権威）があると、ちゃんと聞いてくれます。そういう意味で、「公的なコミュニケーション」が母には役に立っていると、「私的なコミュニケーション」だけでは、ずっと甘えた状態で、考えることもしなくなるけれども。やっぱり、「公的なコミュニケーション」があることによって、しんどい時は別ですけども、助けられている面がある。そういう意味では、この介護保険サービスというのは、配食サービスとか必ず声をかけて下さるし、「美味しかった」と書いてみたりと...娘には気を遣わないことに気を遣うんですね。それから、お医者様に対してはですね、やっぱり「理解しあうコミュニケーション」をとる「双方向型のお医者様」を、自分（母）はできないくせに、好むみたいです。見ていると、「好んでいるな」と、分かります。やっぱり、「一方通行」じゃなくて、ちゃんとキャッチボールしてくれるお医者様を求めてきているのだなど、私の教育の賜物かなと、これは冗談ですけど（笑）。やっぱり、「おまかせ」ではなくて、多少は学べるようになったのかなあと感じる今日この頃です。

畠山：「双方向のコミュニケーションのお医者様を好む」というのは、まさにその通りだと思います。それは高齢者だけの問題じゃありませんね。ちょっと個人的なことですが、私はちょっと血糖値が高くて、2、3ヶ月に1度、病院で血糖値検査しているんですけども、主治医が変わったんですね。以前の主治医は、先ず、「最近、どうですか？」と世間話をして、問診したりして、それから血糖値検査の話になるんですが、今の先生はパソコンに向いたままで、全然こっちを見ないんですね。パソコンの数値を見て、「いいだ、悪いだ、上がった、下がった」だと言って、「同じ薬で行こう」みたいなそういう話なんですよね。最近診察室にセクレタリーみた

いな人がいて記録を取っていますけど、主治医はその人とばかり話してちょっと不愉快です。「患者は俺だぞ、こっちを向いて話してくれ」といいたいです。先ほどの「信頼関係を患者と確立させるコミュニケーション」は全くありません、しかも、「安心できない」わけですよね。「本当にこの先生の言っている通りの薬を飲んで、本当に大丈夫かな」と思ってしまいます。私としては、「パソコンに向かってしゃべるな」と言いたいです。これは、教員なんか黒板に向かってしゃべっている先生は、学生にとっては、非常によろしくないらしいんですけども...それと全く同じで、ですから、「場の共有」というのと、「ちゃんとこちらに向いて欲しい」とうことですよ。

6. 患者への伝え方

島山：一つお聞きしたいんですけども、先ほど生野さんが知識的な差が看護師さんやお医者さんと患者さんとの間にあると。そこで、佐藤さんが病状を説明する時に、例をよく使うということをおっしゃっていましたが、例えば具体的にどんな例を使って、例えばこういうような病状を患者さんにしたら理解できたという例をお話いただけますか。

佐藤：そうですね。例えば、町医者レベルでいってですね、「健康の基本はお腹よ」とよく言うんです。何故かという、「食べたものをよく砕いて、腸に入ってきて、腸が吸収して、栄養になっていくんだ」と。「土がいいと食べ物が良く育つでしょう。腸は土なんだよ。腸内細菌や善玉菌が多くて腸の状態がいい状態であると、土がほこほこしているんだから」と。医者によって癖がありますけど、僕は聞く時に、「お通じはどうか？」と。これは、ホスピスでもそうなんです。「便通はありますか？」と。いらんものを出してしまうことは大事なことです。「おしっこはちゃんと出ますか？大便是出ますか？」と。いい便が出るっていうのは、健康のベースなんです。だから、これを「土」に例える。そうすると、スツと納得できます。「あっ、そうか！そんなに大事なんだな。だから、食べものをきちっと出す方がいいんだな」と。「悪いと土がヘドロみないになっているんだよ」と。それから、ホスピスの場で、例えば（患者さん家族から）「点滴をして下さい。何もせんのですか？」と。ところが、「患者さんは、今必要なだけしか欲しがっていない」と。だから一般病院の治療のやり方と違うわけですね。手術した後に点滴で栄養を取ったりしますけど、1日に2,000ccとか入れたりしますけど。「ホスピスでは、1日に点滴を1本しかしてくれん」と、患者さんの家族が言うこともあるんです。「そうじゃない。患者さんにとっては、本当に必要なだけ欲しいのです。それ以上に入ると、むくんでくるんですよ。ですから、この量がこの人にとっては、一番楽なんです。これ以上入ると、ゼロゼロとなって痰を出してくる。その実情に沿って、最適の量というものがあるんです。だから、それぞれによって、その人によって、きちんとした量があるんですよ」って。

また、先ほど言いましたけど、コミュニケーションに関してちょっと思ったことなんですけど、例えば、僕の癖として、脈を診て、「舌を出してごらん」と言ってですね、「脈いいね、舌きれいだね、顔色もいいね」と言う。そういうコミュニケーションですね。それは、町医者であろうとホスピスの場だろうと同じなんです。そうやって、「ちょっと手を出して、舌を出して」とか、もう分かっていますから、患者さんは舌を出しますけど（笑）。それで、「今日はいいね。今日は調子いいんじゃないの？」と言うと、「わりといいです」とか「今日はやっぱりきついです」と。「どのぐらい調子悪いの？」とそんな形で、話を始めるんです。そういうふうになると、

やりやすいです。

それから、「公的コミュニケーション」と「私的コミュニケーション」と言いましたけど、きつい病気の人に対しては、1対1、その人一人ひとりですから。つい僕たちは、「あの人はもうこの段階、そのぐらいだ」と客観的に見てしまう部分があるんですけど。だから、医療のギリギリの…、先ほど鶴田先生もおっしゃっていましたが、ギリギリの状況ではね、使える言葉も限られてくる。一人ひとりに、その場にあったその空気にあった言葉でないと、ダメなんですよ。だから、あの話がちょっとズレて申し訳ありませんけれど、例えば、もう癌の末期の時に、もう身の置き所がない辛さが起きている。じっとしてられない。きつくてたまらない。そういう症状が出る場合が多いんですね。そういう場合に、こちらの家族に対して、「何とかしてくれませんか」と言われる前に、こちらからやりますけど、「あの、今眠らせることが一番いいです。眠らせることしかできません」と、「～しかできません」という言葉を使うと、ガクッと来ますけど。「今この状態では、この苦しさを紛らわすためには少し眠ることが一番いい方法だと思いますよ」と、そういうような言い方をすると、「あ、そうですね。これが一番今はいいんですね」と、そういう理解をするわけです。だから、その場にあった言葉を、その言葉にあった調子でしゃべる。だからやっぱり、「いたわりの気持ち」を持ちながら言わないと、演技しながらでもいいんですけど…そういう言葉を使わないと、やっぱり安心はできないんですね。だからそれを無意識にやり出すと、「役者だなあ」と思うこともありますけど、後で（笑）。やっぱり自然とそういう言葉遣いを、まさかメールで「ビビッ」ということはありませんので。医療の場では、必ず、言葉で、文章でやることもありますけど、やっぱりギリギリの状況であればあるほど、「いたわりの気持ち」で包みながら、言葉を使っていくような態度でないと進めないんですね。ちょっといろいろ言いましたけど、そういうことを思いました。

島山：訪問看護師として、生野さんはどうでしょうか？同じ質問なんですけれども、例えを使って話をするというような例とか、また、場面や相手によって、同じことでも、伝え方が違うと思うんですけど、伝え方という点で、うまくいった点やご苦労されている点をお話して頂ければと思います。

生野：うまくいった例は思い出せないんですが、苦労している点というのは、まさしく患者さんの訴えることは、全て私の両親に当てはまるんですね（笑）。先ほど出ましたが、「公的コミュニケーション」と「私的コミュニケーション」を使い分けることに難儀しています。（鶴田）先生が言われました「察する」「察し合う」関係も、非常に私的なことで求めますので、自分の親でも苦労しています。職業人として言えば、（佐藤）先生は「例え」とおっしゃるけど…時間があって親しくなられた方（患者さん）に、（私は）「自分も苦労しますね」と。自分の親は自分に迷惑ばかりかけていますので、私の両親を登場させて、私の苦労話を少しさせて頂いています。そこ（両親の話）は、医療者だけの視点じゃなくて、医療に関わらない普通の人の意見だと思うのです。中には知識があつて自分で調べている患者さん方も大勢いらっしゃるんですけど、私の親みたいに、「おまかせ」のくせに「双方向の交流を好む」とか、「おまかせ」のくせに「思ったことは自分の娘に言う」とかですね。そういうことが多いと思うんです。ですから、うちの親でもそうなんだけれど、介護にとってではですね、やっぱり「そういうことが一般的だ」ということを、少し皆様にはお話はできる年齢にはなりました。例えにはなりませんけど。

7. フロア参加者との討議

畠山：これからは、ここにおられる全員でディスカッションをしたいと思いますけれども。先ほどの鶴田先生への質問紙に書かれた方いますか？お一人だけなんですけど。他よろしいですか。

7. 1. 超高齢化社会と地域包括ケアシステム

畠山：では、最初に、鶴田先生よろしいでしょうか。「地域包括ケアシステムは、今後、超高齢化社会を生きていく日本人・日本社会にとって、必要なものと感じておられますか。さらにこのシステムをより良いものにさらに改善するためには、どのようにしたらよいかお考えでしょうか」、という質問ですけど。

鶴田：この「地域包括ケアシステム」とは、平成18年から、介護保険ではこれで運用がスタートしていますが、それに医療も含めた形で、また税金が都道府県に行くというのが来年度から予算化されるということで、多分アイデアはこんなものかなって感じはしているんですよ。これって、民主党政権の前から出してきたものが、最終的に今回のところでしたので、ただ、これがある程度「絵に描いた餅」のようなどころもあるので、それに魂を入れていくのは、その自治体だとか...これは「中学校区」で作っていきこうという案なわけです。サービスが50分以内にデリバリーができるような仕組みで、なおかつ、その「老人会」だとか、私たちが余り知らないような地域のサービスを活性化させていって、「互助」のところを厚くするということがあるので、本当にいろんなことを、この機会にやってみて、いいものが定着していくんだらうなというふうに思っています。多分それぞれの自治体で、この「地域包括ケアシステム」の事業計画っていうものができ上がっているんで、そういうものを見て頂くと、またもっと具体的なイメージがつくかなあと思っています。

もう一つ言うとしたら、高齢化社会の問題というのは、後数十年で終わっちゃうわけですよ。少子化の問題、私としては、そっちの方が高齢化よりも最優先だろうと思っているので。何故かという、子どもを産めるような、産みやすいような環境をどう作るかというあたりの方、別に「産めよ増やせよ」というのではなくて、女性が仕事をして、介護もでき、これはまさに女の問題でなくてね。介護の問題も含めて、「やさしい国」にしていく、これがきっかけになって。それが少子化にも影響していくんじゃないかなろうかって、若干妄想も抱きながらやっておりますが...もっと「やさしい世界」をどうしたら築けるかなあってということ、「一人ひとりのやさしさ」が出てくるにはどうしたら良いのかなってことを考えたりしていますが。答えになってなくてすみません。

畠山：佐藤さんはどうでしょうか、「地域包括ケアシステム」について。

佐藤：僕は、鶴田先生のように政策には全然詳しくないんですが、基本的に、政策という上から来るものは、いかにコストを安くして、法律的にそこそこニーズをうまくひろえるようにという形で、考えていると思います。だけど、介護にしても、うちも身内が認知症になったりした場合には、やむなく施設にお願いしました。そうしないと、こちらが、見る方が、つぶれるんですね。そういう状態も確かにあるですね。だから、介護が必要な人に対しても、いろんなレベルがありますし。ただもう本当に元気だけれど、時間をつぶす暇がないからデイケアに行くと、失礼ですけど、そういう方もいるかもしれませんし、本当にもうちょっと何かしてあげないといけないのに、家族でギリギリ頑張ってつぶれてしまうとかですね。また、特に先ほどの問題の（鶴田）先生の場合もお母様が短期間、例えば癌の末期の場合も短期間、「この時

間皆必死に頑張ってきたけど、本当に良かったね」と終わる場合は、いいんですけど。「終わる」というのは申し訳ないですけど、認知症なんかでずっとですね、興奮したり暴れたり、うまくコントロールして治療することもある程度できるんですけど、それでも、それに掛かりつきりになると、本当に大変なエネルギーなんですね。だから、それを老老介護でやろうとすると、ちょっと無理なんですね。だから、(鶴田)先生もおっしゃるように、とにかく、いろいろメニューを並べてやってみて、その中で、試行錯誤していきながら、よりいいものにしていくしかないのではないかと。だから、まあ先はやっぱり分かりません。想像がつかえません(笑)。マクロのことは知らないんですが、ミクロのレベルでは、自分が出きるだけ求められる時には、きちんとお手伝いしようと、自分の仕事をさせてもらおうと、そんなふうを考えているだけです。

畠山：はい、では、生野さんはどうでしょうか、「地域包括ケアシステム」について。

生野：はい、私はケアマネジャーをした経験からですね、介護保険は大きく2つの問題が、未解決です。そもそも介護保険を輸入したのは、「個の文化」であるデンマークですとか北欧の国の福祉というものを輸入してきて、そこは「個の文化」なんですね。ですから、年金は自分で使うとか、子どもには残さないとか、子どもは自分を犠牲にしてまで介護をすることはない。個人と個人の生活があるという「個の文化」が定着した国からの輸入ということは、日本人のような「支えあう」とか「察しあう」というところで、ちょっと違和感がある制度でした。初めからですね。あと、ドイツでは介護保険は、家で看る人には現金支給とってお金の支給をしたことがあります。要するに、介護の専門家でない家族に、家族で看たらお金を支給することです。素人の方が家族の方を看て、もの凄い褥瘡になって亡くなり、20年ぐらい前に、「ハンブルグの褥瘡裁判」という形になったという事情もあって、日本では介護をする人にお金の支給がないという、今の介護制度ができた経過があると聞いています。その中で、やはり、「個の文化」が未成熟な日本に輸入して、日本に根付かないうちに、「地域包括ケアシステム」ということを始めていたということですね。

また、介護保険で「一人暮らし」が十分にできるほど給付はないんですね。宮下さんのお母様の話にもありましたが、「一人暮らし」をするまでには、大体介護度50万円を使っても、日本では「一人暮らし」はできません。こういうサービスを使ってもですね。そういうことで、もともと、「介護者がいる」ということが前提の介護保険ということが問題になっていて、「一人暮らしが多い」とか「過疎の問題」ということで、そこは「互助」でということ、「地域包括ケアシステム」ですり替えるということ、私もすごく疑問に思っていますけれど。これからも永遠に「一人暮らし」が可能になる程の財政はないので、それで「地域包括ケアシステム」で、皆で「互助」でということであると思っていますけど。

その2つの問題点というのがですね、そのことには、「医療と介護の連携」というのがなかなかうまくいっていませんでしたので、そこが「地域包括ケアシステム」になって、今、大分の保健所が中心になって、「医療と看護、介護の連携システム」というのを非常に模索している時期です。私たちは何も知らなかったら何も見えませんのですけれども、そこをどういうふうにリンクしていくか、退院時にケアマネジャーにつなぐとかですね、日常的に看護と介護がどうリンクしていくかということのを非常に模索しながら「地域包括ケアシステム」を進めているので、私みたいに斜に構えず(笑)、少し前向きに今のことをしていけば、少しは「地域

で暮らせる」ということが進んでいくのではないかと感じております。

畠山： 宮下さん、どうでしょうか。立場は逆ですけども、介護を必要とする人を抱えている人として、この「地域包括ケアシステム」について。

宮下： う～ん、全体像が見えているのではないんですけども、でも、進化していくんじゃないかなという希望をもって見ていますが...でも、その、それぞれ抱えられている方が、ご自分の人生でハッピーでないと、やっていけないんじゃないかということは常に感じます。ケアマネージャーさんにしても、ヘルパーさんにしても、子どもを抱えていたりとかですね...うちの母なんか、「味が良くない」って文句言うんですよ。作ってもらって、直接じゃなくて、私に言うんですけど...そういった人を抱えながら、でも、皆さんがハッピーじゃないと、ちょっと、やっぱり、なかなかやっていけない面があるんじゃないかなあっていうことを思います。

先ほどおっしゃった認知症のあるような、私の母も少しあるんですけど、それが本格的になっていったら、またちょっと医療との関係とか違ってくると思うんですが...そこまでいかない時には、特に高齢者がそういう状態で苦しんでいるのは、やっぱり一つ一つを失っていく「老い」と向きあっているというか、「孤独感」、その「孤独感」を感じる間は、その「地域包括ケアシステム」が進化していくことによって、なんかお互いがハッピーになれるんじゃないかなあっていう感じがしています。去年、本当に12月、1月と認知がひどい状態になったんですけども。そうならないということは、そういうネットワークが効果を上げたんじゃないかなあというふうに思います。

7. 2. 宗教と「魂のケア」

高瀬： 福岡医療短期大学の高瀬といいます。鶴田先生のご講演の中で、「心のケア」というのがありましたね。「魂のケア」ということだと思います。鶴田先生のお母様の場合はクリスチャンということで、牧師さんが時々来られてお話しを伺ったということですけども、例えば僕なんかだったら仏教なんですね、仏教で坊さんと呼んで話を聞くっていうのは、僕のイメージですが、「葬式が近いのかな」という思いがあるんで(笑)、それはイメージが悪いんで、それも呼ばないんです。それで牧師さん以外の宗教を持っている方と、「魂のケア」をどんな形でしていけばいいのか、佐藤先生の場合はホスピスを病院でなされていますので、いろいろなことをなされていると思いますので、佐藤先生、生野さんに、どういう形でされた方がよいのかアドバイスをお願いします。

佐藤： まあ、お坊さんが来ることもなくはないですよ、もちろん。基本的には無宗教なんで、牧師さんが来てもいいんですけど。で、そういう課題を、いつもやっぱり問題を抱えて不安を持っている方もいますし。

で、僕自身ですはね、やっぱり医療者、特に死に近い人と向き合う場合には、自分にある程度の「死生観」のしっかりしたものがないと。「僕はこう思っているから、僕が大丈夫だよ、心配せんでいいよ」と。僕は完璧にブッダの方向をしているもんですから、だから、その話をいろいろするんです。「全てが変わっていくんよ。体が滅びても必ずまたどっかで出てくるんよ。魂は、同じ魂で出るか知らんけど、あなたのエネルギーは必ず出てくるんだと、そう御釈迦さん(ブッダ)は言っているんだよ。僕はそれをそのまま信じているから、僕はそう思っているから、こうやって言えるんだよ」と。そういう、話せるタイミングの合う人には、そういうことを言う場合もあります。そして、ブッダの「アビダンマ」という仏教哲学に「死心(ししん)」

ということがありまして、「死ぬ時は死ぬ時の心持で次の生の初めの心になる」と、そういうことがあるんですね。僕はそれを聞いて、すごく救われたんですよ。「ホスピスで亡くなる時に、本当に平和な気持ちで穏やかに旅立ってもらうっていうことは、世界を平和にするために大事なことなんだ」と、そういう確信をもっているんです。だから、僕自身はそういう確信を持ってやっているんでね、私の仕事も安心させるとか、部屋にぶらっと行って空気を鎮める。ピリピリした空気があれば、患者さんに呼びかけながら、家族に聞こえるように言うんですね。だから、「心配せんでいいよ。皆ここにおってくるよ。普通のようにしゃべってくれるよ」って。鶴田先生がおっしゃったように、臨終の時でも、また近い時でも、家族が集まってくると、「そんなに黙ってなくていい。普通のようにしゃべっていいよ」と、少し茶化して言うと、「あ、そうですか」と言って、ボソボソ言い出して賑やかになるんですね。だから、そういう空気を作る、そういう役割を僕はしていると思います。ですから、特別の宗教観はあってもなくてもいいと思いますけど、医療者のそういうことを沢山携わる場合は、それなりの「死生観」を持っていた方が...ていうか、持つべきではないかなと僕は思っています。絶対確固たるものじゃなくていいですけど、常に変化していいんですけど。だから、患者さんでも本当にクリスチャンで、全く迷いもなく完璧に天国に行くと思ってる夫婦もいましたから、そういう人たちには、「良かったですね」と、こちらもまあ穏やかに見守るだけですね。そういう場もあっていいでしょうし。ということが、僕のいつものスタンスです（笑）。

生野：私は本当に宗教的なことって、真剣に考えたことがないですけども、先ほど（鶴田先生が）話をしていた中で、介護とかはその時には分からないですね。必死にやっていて、訪問看護も終了して何年か経って、その時は必死に介護していても、家族と患者様が喧嘩するんですね。その時は泣きながら怒りながらしていても、何年かして偶然病院とかで会ったら、すごくすがすがしい顔をされています。亡くなられた後、「グリーンケア」という家族の方へのケアがあるんですけども、そういうことが全く必要ないくらいスカッとされている方がいらっちゃって。また、介護とか看護というのは、少し結果が出るのに時間がかかる工程だと思っているんですね、近頃は。なので、私は、少し鬼のような看護師になってですね（笑）、やっぱりお家の方に、しんけんにその時は自分が倒れるんじゃないかと思われるくらいにやってみるようにと、「いえ、倒れません。倒れたことを見たことはありません」と。でも、そういうこともあるんですけど...（笑）。そういうことを前向きに背中を押して、少し負荷をかけても、その時は「大変だけど、家で看取りましょう」とかですね。本人が「家で亡くなりたくない。家で過ごしたい」と言うんだったら、家で過ごす時間をなるべく長くする。最後は病院でもいいんですけど。「なるべくでも長く」とか、そのことを少し押しします。押して、その時しんけんに介護するとか、看護するとかを少し自分にも問いかけてみます。そのことが、後で、その方の「心の平静感」とか「安定感」とかになるのではないかなとっております（笑）。

佐藤：僕が心がけていることはですね、ご家族に対してはですね、「とことんこれ以上できないと思うぐらい親孝行してあげて。悔いがないだけやってちょうだい」と、そういうような言い方をします。ご本人にはですね、意識がしっかりしている時は、「あんたも、なんの因果かこんな病気になって気の毒やけども、でも、これだけようしてくるのは、あんたはラッキーよ、恵まれているよ」って（笑）。嘘でもそういう言い方してですね（笑）、「あ、そうか」と思われる、そういう空気を作ることになります。それは、「もう、とことんやりきった。皆これだけしんけ

んやってくれるから、俺の人生も悪くなかった」と。そう思えると、結構いいんじゃないかなという気がします。

7. 3. 物語としての人生

五十嵐：新潟医療福祉大学の五十嵐です。生野さんの「患者さんが委ねるという選択の権利を持っているんだ」というお話を聞かせて頂いたんですけど、「おまかせする医療が自分の選択を放棄した」ということではなくて、私は、やはり、「いろいろ理解したり、話合ったり、気づく中で、やっぱりこの人におまかせしようという選択肢を持てるんだ」ということはすごく重要だと思います。うまく伝えられるかどうかわかりませんが、私の中では宮下先生のお話の中での「お母様の物語を終わらせてあげる」という言葉が印象的で、「本人の意思だけが物語を終わらせるものではなくて」、例えば「本人が他の人に委ねたいと思っているのであれば、他の残された家族の思いというのが物語を終わらせるということ」にもなるのではないかと思います。質問にならないのですが、思ったことを述べました。

生野：患者さんの「まかせる、依頼する権利」は、「看護者の倫理綱領」の中に書かれている一文で、癌の患者さんの選択をするということは、職業的にも分かっているはずなんですけど、なかなかそこが現場に行くとはですね（笑）、いろいろあって難しい、と思うことがあります。そこを少し、患者さんと家族に「まかされる」ということも一つの愛情ですし、「選択をまかされる」ということは、多分自分がするよりも「まかせる」方が難しいこともあると思うんですね、なので、その「まかされた」という自信のところも、看護師として、患者さんと家族に、そういう状況を伝えていきたいと思っています。

宮下：「終わらせたい」と言いましたが、終わらせられるかどうか分からないですよ。どちらが先に死ぬか分からないわけですよ。私も交通事故に遭うかもしれませんし、それは時々、母にも言うんですけども。ただ、「とことん付き合う」ということは、よく言っています。で、たまあに、たまあに、母親が褒めてくれると、「あなたが産んだ娘ですから。命を頂いていますから、とことん付き合います」と。これは、「今日終わっても、明日終わってもいい」という気持ちが、私の中にあると思って、それは、そういったコミュニケーションが他の人とのコミュニケーションでも母の力にもなり、私自身も母との関係性を見直していくという、お互いのエネルギーが交流しているんじゃないかなと思うんです。「終わらせたい」という言葉は、今日鶴田先生のお話を聞いて、お母様のことをそう感じて、できたら私の母もそういうふうにできたらと...できたら私が先に死ぬんじゃなくて、「一緒にいい物語だったんじゃないかなあ」と思えるようになりたいと、今日思ったということ、さっき申し上げました。

8. おわりに

畠山：それでは、後5分ありますので、4名の方々から、「最後にこれだけは一言言いたい」というまとめのお言葉を頂ければと思います。鶴田先生からお願いします。

鶴田：大会テーマが「介護・福祉とコミュニケーション」ということで、「医療」は書いていないですよ。で、今回、そこを私は基調講演の中で余り触れていなかったのですが、本当にここは結構難しい問題がたくさんあります。それで、今日残したところは、また私も努力して勉強していきたいなと思っています。今回医療と看護に焦点化したので、このテーマを私なりに追っていきなと思っています。

佐藤：先ほどブッダのことを言いましたが、医療の現場では、一人ひとり、その場その場、全く違いますので、言葉というものを時々意識して考えますけど。言葉を使うこととして、ブッダが4つのことを言っています。1つは、嘘は言わない。正しいことをきちんと正しく説明することが1つ。それから、相手を嫌な気持ちにさせたり、不快にしたりする言葉は使わない。まあ、嫌な言葉は使わない。3つ目が、仲たがいさせるような言葉は使わない。「あいつはあんなことを言っていた」と、仲たがいさせるような言葉は使わない。4つ目がですね、無駄話はしない。僕も、つまらんこといろいろしゃべったのを反省しているんですけど。やっぱり、そういうことを時々戒めながらですね、きちんと...これは絶対メールでは伝えられないので、その場にあった言葉を選んで、その場に合った声の調子で、その場に合った響きでしゃべると...それが、コミュニケーションの中で、非常に大事なことじゃないかと、改めて思います。

生野：はい。実はこのお話を頂いてから、非常に毎日毎日頭が痛かったです(笑)。本当に9月に入ってから、「どうしよう、どうしよう」と思っていましたね、本当にそわそわしていたんですけど。そういう機会を頂いてですね、私は看護師・医療者の立場から...あの、介護がないと医療もないんですね、やはり、そこは根底にあって、体の調子を整えてというところがありますので、本当は基底のところを、私は何を考えていたんだろうと、しんけんに考える機会を頂きました。実は、そこからしんけんに考えてですね、今回、こういう皆様のお話を聞かせて頂いて、何を伝えていけばいいのか、また、伝える前に、何を理解しなければいけなかったのかということ、よく、深く反省して考えました。

宮下：はい。今、佐藤先生が、言葉のことをおっしゃたんですけども、日本では、「ハグ」の習慣が余りなくて、最近では、ちょっと、そういう場面を見ることが多くなったんですが...私がアメリカの大学院を卒業する時に、母を呼びまして、母は出会う人のたんびにハグされて、すごく嬉しそうな顔をしていたんですね。ですから、このパネルディスカッションを契機に、私も母をハグしようと、帰ったら...できたら、「言葉のハグ」をしたいなというふうに、改めて学びました。

畠山：ちょうど時間となりました。つたない司会で誠に申し訳ありませんでしたけども、最後に、一言やっぱり言わせて頂きますと...こういう人間の死とか介護の問題というのは、人として、「弱者」という言葉はあまりよくないんですが、そういう人たちとのコミュニケーションですけども。今日語られたことは、私は大学の教員をしておりますけれども、常日頃、大学の中の他の教員、あるいは特に学生との教育の場でもそのまま言えること。ただ、普段我々は意識していないんですけども、こういう介護とか医療、福祉の現場におられる方々は、そういうことを意識せざるを得ないのかなあということで、非常に勉強になりましたし、こういうところで、司会の機会を与えてくれた清水先生には感謝しなくてはならないと(笑)、思っております。(拍手)