

第3回日本赤十字広島看護大学特別講演

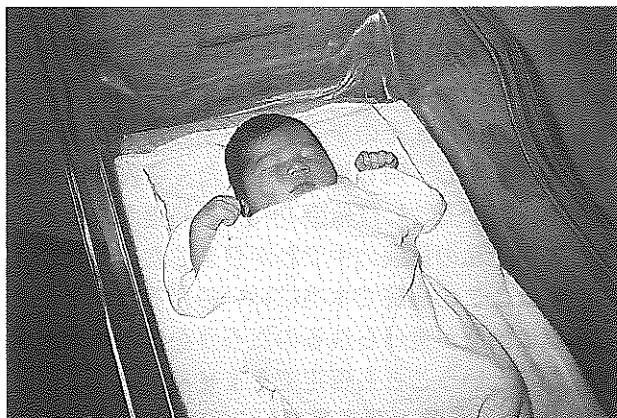
日 時：平成13年10月28日，10:30～12:00
場 所：日本赤十字広島看護大学ソフィアホール
講 演 者：広島YMCA訪問看護ステーション・ピース所長
地域看護専門看護師 馬庭恭子

病いとヒューマン・ケアリング

ーがん体験からめざめたスーパーナースー

私の今まで体験いたしましたことを今日皆様の前にお伝えできることは、私にとっても勇気づけられることです。このような貴重な機会を与えていただきました日赤広島看護大学の公開講座の皆様には厚くお礼を申し上げたいと思います。

それでは「病いとヒューマンケアリング」ということで、私のがん体験を基にして、実際の入院生活の中で、私が医療現場の中で看護師として、一患者として体験し、思ったこと感じたこと、そして、将来医療現場はこうあるべきではないかということをご皆さんにお伝えしていきたいと思っています。

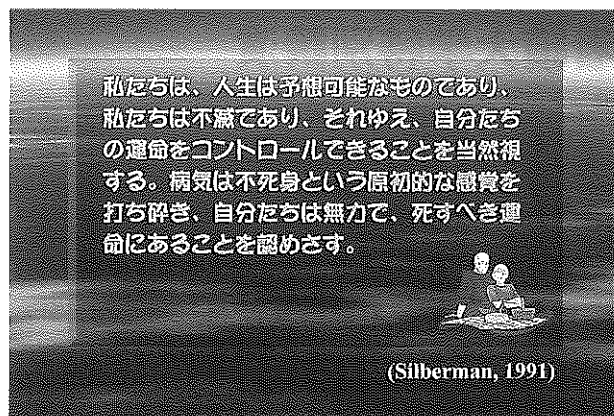


私は卵巣がんの診断を受けまして、産婦人科病棟に入院していました。廊下を通る折りに新生児室があります。同じ空間でたくさんの生命が生み出されていく、そういう過程を自分の治療をしながら、生

と死を考えていました。今、世界ではたくさんの子どもたちが生まれてきています。しかし一方で加齢によるもの、がんなどの疾病によって、亡くなられていく方が日々増加しています。私たちは日常生活の中で、日々の暮らしの中で、ほとんど死を感じるということは少ないのではないのでしょうか。特に日々の暮らしが非常に煩雑でそして時間に追われている生活をしていると、「明日という日がある」と信じてしまいます。私も以前は仕事に明け暮れておりまして、この仕事を明日に回そう、そして仕事仲間と「明日またね。」というふうについていつも声を掛けておりました。しかし、本当は明日という日は誰も保証されていないというのが真実ではないのでしょうか。

私はがん患者さんをケアする訪問看護ステーションで、たくさんのがん末期の方をケアしていました。そのときに、「生は永遠ではない」ということは頭の中で十分理解しているつもりでした。私は人生は予想可能であって、自分でコントロールできて、明日があるんだってことを信じていたわけではありません。いつか死はやってくると思いつつも、どこかで日常に甘んじていたのだというふうに思っています。

特に、在宅看護をしているなかで、若い人や子どもさんなどが亡くられる経験をします。残念で「神も仏もあったものか」とその理不尽さに胸がつぶれ



る思いを抱いたこともあります。しかし、頭の中で「死はいつかやってくる」と思いつつも、実感できないというのは大方の人がそうではないでしょうか。

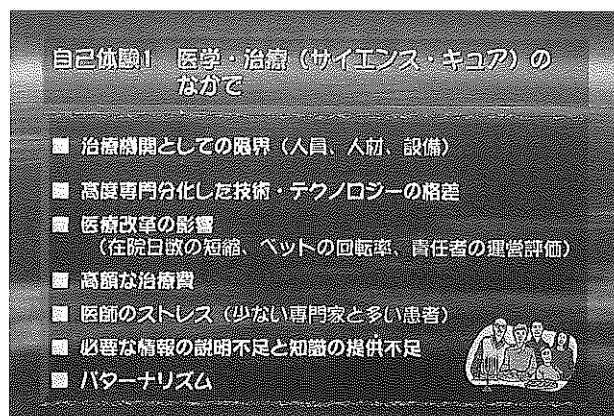
私は、卵巣がんとして診断を受けて約2回の手術と、そして病院を2回替わりまして、そして約6ヶ月にわたる抗がん治療を受けました。そのときに退院と同時に母を亡くしました。母の死を目前にしましたときに、私が思いましたのは、「親はいつまでも生きていてくれる」とどこかで思っていたことです。実際、自分が闘病生活をしながら介護は十分にできませんでした。しかし短い期間ですけれども、母と触れ合い、そして死にゆくプロセスを自分で体験しながら、自分の死が少しずつ納得できてきたのかなというふうに思っています。

私たちは日常生活の中で死を意識することはほとんどありません。しかし実際のところは、時間が経過し、「死が本当に刻々と近づいている」ことは事実です。

私は在宅看護で多数のがん患者さんの死を看取りました。それぞれの亡くなられた方にそれぞれの人生がありました。そして、その方のご家族の思いがあり、それがそのご家族の家風のようなものとして、死を看取られてきたということを感じています。私も母が人生の幕引きをするそのプロセスの中で、自分がいかに生きていかなければいけないか、時間を大切にしなければいけない、明日という日はないかもしれないと実感しました。

では、がん患者としての私の入院体験をエピソードを交えながら見えてきたものをお伝えします。医療の現場は、治療とそして看護とが協働していかなければならないことがたくさんあります。実際の医療現場の中で、医学そして、治療・サイエンス・キュアの側面のみでいきますと、私は次のようなことが見えてきました。

まず、治療機関としての限界です。私たちは病気



になりましたときに受診行動を起こします。自分の健康の不具合があった場合、自分はどのようにして今こんな痛みがあるんだろうとか、あるいは調子が悪いということで、受診におもむくわけです。そのときに自分のその健康障害に関して、どの治療機関にかかったらいいのか、どの治療レベルの機関がどこにあるのか、実際のところすぐわかるわけではありません。

実際に受診した時点で、すぐ病院の質がわかるわけでも、またありません。受診し、治療を受ける時点で、自分の病気にふさわしい治療機関であったのかどうかというところがわかってくるのではないかと思います。

私の場合は最初の病院で良性という診断を受けていましたので、仕事の都合、様々な段取りから中規模病院を選んで手術したわけです。そのときに良性という診断を受けていたために、その治療機関を選んだわけです。しかし、実際手術をしてみて悪性だったということがわかった。驚いて専門病院へ転院したわけです。一般の市民の方々も同じように、自分たちがどの病気でもどこにかかったらいいのか？そこで本当に優秀なスタッフがいるのか？そして優秀な設備等が整っているのか？という情報が、実際手にとるようにわかるわけではありません。高度専門分化したその技術・そのテクノロジーの進歩はあるわけです。しかし、同じ地域の中でたくさんの医療機関があって、そこには治療レベルの格差があるということが、私の体験の中でわかりました。それゆえに、私はこの病院で本当にいいのだろうか？ここで本当に治療が受けられるのだろうか？と不安が大きくなるということも否定できません。

今、『迷った時の医者選び』という本が改訂版で本屋さんに並んでおります。そういう本がやはり売れていくというのは、実際自分が受診するときに、どの病院にかかったらベストなのかという、そういう情報を求めて、ということだと私は思います。

つぎに医療改革の影響もあると思います。実際、私のような長期入院になりますと、いわゆる3ヶ月をめどにして、退院を一度いたします。そしてまた入院するわけですが、もちろん、症状が安定している人に限ります。実際のところ3ヵ月ごとに入院を繰り返すということは、その自分のベッドの周り、今までそのベッドで生活しているわけですから、様々な物をまたまとめて出入りするということです。患者さんにとっては非常に混乱を招きやすいこともあるのではないのでしょうか。それは一方ではベッドの稼働率を上げることで病院の経営を成り立たせていく、それが一つの方策ではあるわけです。患者にとっては早期退院で治療の流れが変化することでの戸惑いや家庭に事情があって、受け入れが十分できない、今は退院できないというような状況もあるかと思います。患者さんたちはそういった管理的な都合で左右されるのは、混乱をまねきやすいと思います。

それから高額な治療費、実際のところ私が入院していましたときに、隣のベッドで暗い顔をして、深刻に悩んで若いお母さんがいました。いつの間にか患者の目と看護師の目の重ねた目でみていました。「何か気がかりになることがあるの?」と問いました。もちろんその自分の病気について、これから自分の病気がどういうふうになっていくのだろうか?とか治療が開始されるけれど、その治療はどうなんだろうか?あるいは自分が病気になったのは、今までの日常生活の中で何か問題があったのではないかと、というふうに、患者さんがいろいろ思われます。私も実際そうでした。

意外な返事が返ってきました。「私が今一番気になっているのは、お金のことなのよ。」というふうに言われました。私は「自分の体のことが最優先だ」というふうに自分の中で決めつけていました。その方はこういうふうに言われました。「抗がん剤ってすごく高いんでしょ?私、払っていきけるかしら?」と。いくらお金がかかっても命の方が大事ではないのか。しかし、よく考えてみるとその人にとって入院生活をしていくということは、経済的なバックアップがあってこそ治療に専念できるという状況であったわけです。その時、「高額療養費の制度があるのよ。」と説明いたしました。それでその方は一気に表情が明るくなって、「じゃあ安心して治療が受けられるのね。」喜んでいわれました。そういった社会資源の活用制度を入院時のときのオリエンテーションには必要不可欠だと感じました。入院日に外来に入り、そして入院の説明を受け、病棟に案内さ

れ、あなたのベッドはここですというそういう流れではなくて、実際今、あなたが一番不安に思っていることは何なんですか?ということを探ねながら、入院生活をはじめるためのその一番最初の窓口で、看護師、ケースワーカーなどが関わりながら入院がスタートすれば、どんなにか不安が少なくなるのではないかと思います。

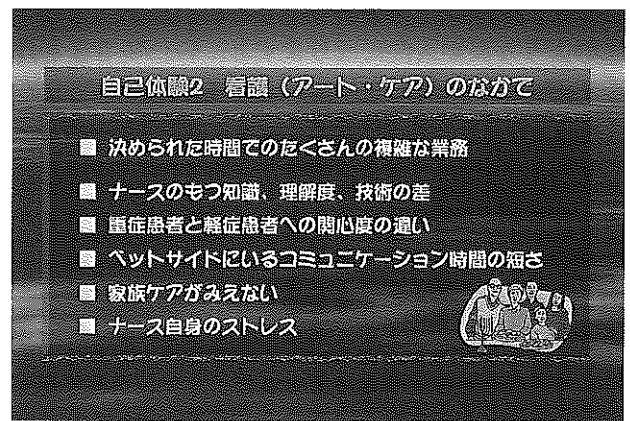
がんの専門病院に移り、毎日、毎日たくさんの患者さんが診察を求めて参ります。しかし医療の現場の中で、専門家・専門医師というものが育ってこないというのが実情だと思います。少ない専門家を目指して、たくさんの患者さんが、入院しておられました。そういった部分で、医師は非常にストレスを感じているということが日々の診療の中でもわかりました。特に私は前の病院での資料を持ってそちらの病院に行ったわけですが、そのときに私が一番驚きましたのは、私は自分の病気がこれからどういうふうになっていくのだろうか、本当に治療をして効果があるのだろうか、その治療内容はどういうふうなものなのだろうか、という様々な思いがありました。気がかりなこととして、2週間という休みの予定で、仕事をそのままにして来た、それが半年あるいは半年以上かかるとしたら、その仕事をどういうふうにして配分していこうか、あるいは、夫が一人暮らしになるとしたら、夫も肺がんの父親を地方に抱えておりました。そういったがん患者を二人世話をしなければならない、その夫の身も案じなければならない、様々なことが私の中で渦巻いていてその状況のなかで医師の前に座ったわけです。医師は、プロの気迫で様々な病理の検査、あるいは今までの私の病歴といった数値を見ながらもいろいろ説明してくださいました。医師にとっては私がそういう思いで座っているということは、先生にとって冷静な分析家として、医療者としてはあまり価値がないというふうに感じました。むしろ卵巣がんの手術をして治療効果を上げて、そして退院させる、そういうひとりの患者が来たという感じに私は印象を受けました。

確かにサイエンスの部分ではデータとしての一つの個体かもしれません。しかし私の中では病を持った一人の「人間」として様々な問題があったわけです。さらに私も看護師として医師に様々なことを聞きたいというふうに思いました。しかしある意味で冷静な部分が欠けていまして、これからどうなるんだろうということを先生の説明を聞いたつもりでいました。実際のところ自分の部屋に戻って先生の言われたことを反復し、記録しようと思いました。

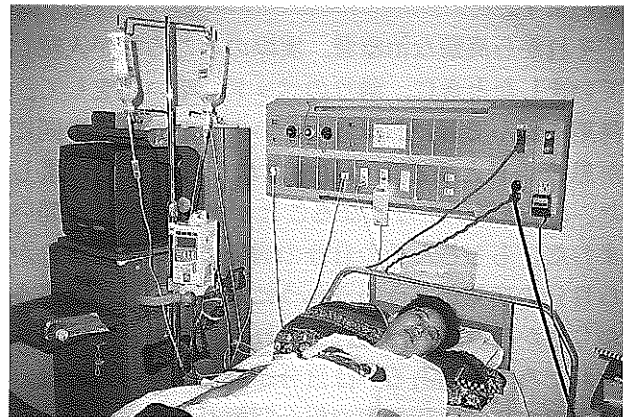
しかし、記憶には限界があると気がつきました。とするといわゆる同じ業界といいますか、同じ医療者としての私がこれだけの理解度ということになりますと、一般の人は医師の前に立った時に、頭の中は真っ白で何を説明されたか実際のところノートとペンを持って行って、書き込んだとしても、理解するのは非常に難しい状況なのではないかと思えます。

時間が経過し一段落したときに、患者は自分の状況をもっと知ろう、というふうに欲求が起きます。実際ベッドに座っている時間は非常に長いです。しかしその自分がもっと知ろうと患者が情報を求めたときに、医師・看護師は慌しく働いている中、まとまった時間をとってもらうのは難しいとすると自分でできる限り集めてみようと思えます。しかし残念ながら、その情報は病院の中で得る窓口はありません。例えば病院で患者情報室というところがあってそこにコンピュータがあってインターネットに接続できて、自分たちが自分の病気の情報をそこから集めることができれば、医師の説明もタイムリーにわかったり、あるいは質問の要領もわかってくるのではないかと思います。そういった患者がたやすく情報をキャッチできるようなしくみが今の病院の中にはできていません。それは、私にとっては不都合なことでした。実際のところ情報を得るために駆使できるのは、電話でした。友だちに電話し、そして郵便で資料を送ってもらう、あるいは新聞を見て、その新聞の切抜きを見て情報をあつめる。そういう中で、もっと患者さんは知りたいと思い、そして知った中で勉強できてわからないことはわからないと言い、そして教えてもらいたいことはここなんだということを主張することができます。しかし、その資料を提供する、そういう素材がないと難しいというふうに思われます。次に、パターンリズムです。横並びのチームケアといっても、なかなか大きな組織の中で、横並びで医師・看護師・様々なコメディカルの方々が情報交換をし、患者さん中心にカンファレンスを行い、そしてそれぞれの職種から自分たちの意見をのべ、情報交換をし、意見交換をし、そして患者さんにとって何がベストなのかということを話し合う、そういう機会はまだまだ病棟の中で少ないのではないかと思います。やはり医師がイニシアチブを取り、そして医師の指示のもとに看護師が立ち働いているという風景を私はやはり見てまいりました。

そういった中で、看護はどうあるべきかという視点でのべたいと思います。これは、抗がん治療を受



けているところです。自分自身がコントロールできない、気分が悪く、自分の体を自分で自由に動かすことができない、様々な不自由があったわけです。そのときに私が思いましたのは、スタッフ達にいかに関心をアピールし、そして自分のこの状況を伝え、理解してもらうか。



看護はアート、ケアで表現されるものです。私は頼みの綱は看護師さんでした。二つの病院の入院生活を経験いたしました。優しく、温かく見守ってくださる看護師さんにも出会いました。しかし、組織的に見るとやはり決められた時間で、たくさんの複雑な業務を行わなくてははいけない。これは看護婦さんにとって非常にストレスフルな状況だと思えます。抗がん剤は医師が治療するというので、点滴は医師が施行し、そのあとの管理は看護師さんがされていました。抗がん剤をしている患者さんの管理はミスがあってはいけません。そういった意味で、非常な緊張感があったのではないかと思います。

しかし、患者さんは私だけではありません。他にたくさん抗がん剤の治療を受けている患者さんがいます。そういった中で、業務の緊張が私に伝わってきましたし、自分でできることは自分でしようというふうに思うようになりました。

それから私は看護師とはいえ、すべて自分の今している治療にたくさんの知識をもっているわけでは

ありません。初めての入院体験で、そして初めての抗がん治療であるわけです。ですから聞きたいことは山のようにあります。しかしどの看護師さんにどういうふうに聞いたらいいだろうというところで私はいつの間にか、看護師さんを選択するようになりました。それは看護師さんのもっている知識、理解度、そして技術の差を感じたからです。もちろんすべて同じ知識でそして理解度も同じで、そして技術も同等であるべきというところで質の保証がされるわけです。しかし、それぞれ新人ナースもいますし、その病棟でのベテランナースもいます。ですからそれを望むのは非常に難しいかもしれません。そういった意味で病院の中での、技術スキルトレーニング、現任教育そして、知識の交換というものは、必要なのではないかと思います。特に私が残念に思いましたのは、いろいろ聞きたい、しかしそれが例えば「それは個人差がありますからね。」っていうふうに答えられたことです。「じゃあ個人差っていうのは何なのか？私の場合はどうなのか？それぞれ症状も出てくる症状も違う、そして抗がん剤による副作用も違う、しかし「副作用は例えばこのようにでてきますよ。」、あるいは「何日目からこういうことが起こる方が多いです。」といった、今まで蓄積されたデータがあるはずなんです。その病棟内で蓄積したものを、入院してきた患者さんにわかりやすく説明し、教育的機能を果たことが役割だと思いました。それから、重症患者さんと軽症患者さんへの関心度の違いです。私は、幸いなところ副作用も自分が思っているよりはひどくありませんでした。ただ、全身倦怠感と動くと気分が悪くなったり、あるいはちょっとした浮遊感があったり、食欲不振などがあったわけです。しかし、同じ病棟の中でかなり末期の状態になられた方もいました。看護師さんは当然、重症患者さんにケアをたくさん提供されます。良性の腫瘍であれ悪性の腫瘍であれ、患者さんにとっては看護師さんにケアしてもらいたい、自分の今この問題を解決してもらいたい、あるいはこういうことを相談してもらいたいということは平等であっていいと思います。むしろ先ほどエピソードをお話しましたが、私の隣りで少し落ち込んでいて、心配そうにしていた若いお母さんが治療費のことで一週間悩んでいる、そういったところが早く見つけることができたなら、その人にとっての一週間はまた違った一週間であったと思います。目の前のその人が今何に悩んでいるのか、あなたにとって何が今不都合なことなのかというところに関心をもつということが大切だと思いました。

つまり、それはベッドサイドにいるコミュニケーション時間の短さに由来するものです。大規模病院には、たくさんの患者さんがおられ、種々の検査があり、多岐にわたる治療があり、日々の業務が押し寄せてきている状態です。そのなかで、看護師さんが時間と競争ではたらいっている光景があります。しかし、患者側からいえばベッドサイドにいていただく時間はもっと長くしていただきたいというふうに思います。もちろん、そういった疑問とかにも答えていただきたいというふうに思いますが、コミュニケーションをとる、そういった時間を増やす必要があると思います。実際のところ、訪室時間が一番短い方は、私の部屋にいたのは30秒くらいでした。それは、「今日のお食事は？便出しました？」…「はい。」で終わりでした。そうすると、私は「食事量今朝は食べられました。そして今日は便も出しました。」でもその次にいろいろ話したいことがあります。「明日の検査の予定はどうだったかしら。」あるいは、「もう血液の結果は出ているのではないかしら。」「眠りが浅いのだけれど？」などと聞きたい。しかし、私のベッドサイドまで近づかずに、ベッドのかなり距離の向こう側からドアを開けて、顔だけ覗かせて、「どうでした？」と聞かれると患者側もそれ以上答えられないわけです。実際それは患者にとって、自分に関心がないんだ、自分のことにあまり興味がないんだと思われ、次第に看護師とコミュニケーションをとる事をだんだん行わなくなります。あきらめさせられるという状況です。

コミュニケーションの上手な看護師さんは非常に静かに病室に入り、微笑んで「いかがですか？」と聞かれます。「食事量は？尿の量は？」と先に私のデータを把握するのではなく、「いかがですか？」ということになれば、私は「今日はとっても気持ちがいいです。」とか、「今日はとっても気分が悪いです。」というところで、私の状況をお伝えすることが出来ます。そうすると、看護師さんは「それはいいですね。」っていう形で、それを解決しようとして患者の近づいて、体に触ったり、あるいは様々なケアが可能になるわけです。そのもの静かさと声掛けのタイミングのよさ、私に勇気を与えてる言葉を必ず最後に声掛けをして、部屋を後にする。また、個人としての体験として、お姉さんが、やはりたまたま私と同じ卵巣がんだったと語られ、その中で家族としての思い、そして看護師としての思い、などをゆっくりと話してしてくれたことで、そのことで私は非常に共感を覚えました。またこの人は私のことを考えてくれて今話してくれている、その時間を私に提

供してくれている、ということを考えて時に、一気に信頼度が高まったわけです。そのときに、私はこの看護師さんになら自分の悩みをいうことができるというふうに初めて思いました。しかし、毎日毎日自分がコミュニケーションがうまくとれると感じた看護師さんが毎日訪問、私の部屋に来るわけではありません。まだ新人で、どうしたらいいか自分のその看護に悩みを持っている看護師さんもちろんいらっしゃいます。

前のある病院に入院していました時に、若い看護婦さんが私のベッドサイドに来ました。ちょうど手術を終え、もしかしたら悪性のものであるかもしれない、転院をせざるをえないだろうという状況で転院の準備をしていた時です。その若い看護婦さんが来て、私のバイタルチェックつまり血圧とか脈とか体温を測る、そういう行為をしてくださるために訪室されました。私の脈拍をとりながら、大きな深いため息をされました。私は「なぜため息をつくの？」というふうに聞きました。そうすると、「私いろいろ悩んでるんです。」っていうふうに言われました。私が一番ため息をつきたい、私に脈を測りながら深いため息をつく。その看護婦さんの悩みって一体何なんだろうと思いました。するとその看護婦さんは、「私、看護師にむいてるかなって時々思うんです。」と言われたときには、私は「どうしてむいてないと思うの？」と聞きました。すると「なかなか患者さんとコミュニケーションが取れないんですよ。」っていうふうに言われていました。確かに脈拍を測りながらため息をつく、それはコミュニケーションはとりにくいというふうに思います。しかし、そのことを職場で話す相手がいないのだからというふうに私は思いました。「そのことを誰か先輩に話をした？あるいは婦長さんに相談してみた？」っていうふうに言いますと、「いやあ、なかなか難しい。」と。すると、忙しい業務の中で働く看護婦さんが自分自身のストレスを未解決のまま、患者さんのケアにあたっている、これは患者にとっても苦痛であることには間違いはありません。もしそれが不安の頂点にあった患者さんがそういった看護婦さんに脈をとられたときに、「いったどうなっているんだ！」とケアされなかった、自分のそのつらい状況に声掛けもなかったと個人としての看護婦ばかりではなく、不愉快な思いをされ、ひいては看護全体に不信感を抱くということになります。私は各病棟にももちろんそれが看護婦のストレスマネジメントの役割を管理者というポジションの方が担われていくということはこれから必要ではないでしょう

か。実際自分のその同じ病棟で、同じ職場で立ち働く中で、自分の悩みを伝えるというのはかなり難しいと思います。むしろ別の職種の方に聞いてもらいたい、あるいは看護の世界のことをよくわかっているケースワーカーあるいは、心理療法士といった、そういう心のケアを問題とする、解決を手腕とするそういった職種の方に聞いてもらいたいそれがベストなのではないかという意見もあります。

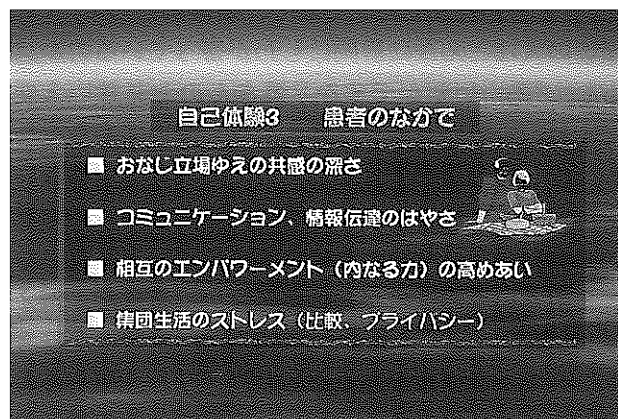
それから患者自身も看護師に悩みや気持ちを聞いてもらいたいというなかで、実は医師に聞いてもらうことで悩みが解決するということもあります。ある患者さんが非常に先生に不信感を持っていました。私の主治医は非常に生真面目な方でした。今現在、中国新聞という地元紙に自分のがん体験のエッセイを連載をしております。それを私は入院と同時に書きたいと先生にご相談いたしました。自分の今の体験をより鮮明にタイムリーに書くことで、その緊張感とかあるいは自分の不安とか自分の今困っていること、そして今医療で何が問題になっているのかということ、文章で届けられるのではないかという思いがありました。それを申し出いたしました。が、「勘弁してくれ。」と言われました。その意味は、多分こういうことだったと思います。自分が一生懸命治療をする、その治療のプロセスを逐一報告し、市民の方、様々な不特定多数な方が読まれるということは、先生の治療が生にそこに出てくる。治療方法とか病院の管理上の問題とか、様々なことが直接、客観的ではなく主観的に報告されることのこわさだったと思います。ただし「退院すれば何を書いてもいい、それは君の自由だ」ということを言われました。先生が「気難しい」ということは私は理解しておりましたし、そしてその先生とコミュニケーションをとっていくのは、エネルギーが要るといことも理解しました。しかし私は深く信頼をしていました。その先生が、誰も持っていない技術と知識を持っていること、私は救ってもらいたい、治りたいという願いがあったから、それは相談できたと思います。そのときに先生が言われた言葉が、私を勇気づけました。「僕のゴールは君を笑顔でこの病院から出すことだ。」というふうに言われました。そのときに私は何があってもどんなつらい治療があってもどんなにつらいことを言われても、それはつらいといながらも、先生と一緒に治療をやっていこうというふうに思いました。ある患者さんも、その気難しい先生が主治医だったわけですがそれでも、その先生に対してコミュニケーションが非常に取りにくい、むしろその先生の言葉掛けが逆にとれるということ

で傷ついて、よく涙をこぼしていました。しかし、手術の時に、「がんばってね。」って言われた、その「がんばって」の一言に、いくら今まで涙していた患者さんが、看護師さんが何回も何回もなぐさめに来るわけですが、先生の「がんばってね。」ということで今まで先生とコミュニケーションがとれなくて泣いていた患者さんが、その一言で先生に信頼を寄せ、先生からの言葉掛けもうまく、前向きに取れるようになったというプロセスを私はみえています。医師の一言あるいは看護師さんの一言からも、患者としては大きな勇気をもらって治療に専念できることがあります。次に病院では、家族ケアがみえないという点です。病院の中に面会時間というのがあります。ホスピス病棟などは面会時間が制限されておりませんが、それぞれの家族の事情があって、夜遅くしか面会に来れない、あるいは今の時間しか来れないということがあります。しかし、大きな管理の中の枠では、面会時間・食事時間・入浴時間といった様々な制限があります。そういった中で面会時間の制限という中で、患者さんは私もそうですけれども、家族が来るのを心待ちにしています。そして、その家族も自分の家族ががんになっているわけですから、様々な悩みがあるわけです。そういった家族の方に看護師さんがどういうふうにアプローチをしているのだろうか、先生がどういうふうに説明しているのだろうか、っていうところを注意してみました。そうすると、家族の方と話している部分というのは病状の説明の部分では、時間を割くことができます。実際家族の方に看護師さんがゆっくりお話を聞く、あるいはそういう申し出がないからかもしれません。この家族の方にはゆっくりお話を聞いてみようかと時間をとって、別室でお話をするということは、頻回に病棟の中では経験していませんでした。私が入院していましたときに、夫は肺がんの父親を抱えておりましたし、様々な問題を抱えておりましたので大変つらい状況だったと思います。いつも眉間にしわを寄せて、私の元に来ておりました。しかし私も自分のことが一生懸命で、彼を慰めたりすることができなかったのではないかと思います。そのなかで、ある看護師さんが、「旦那さんいつも眉間にしわを寄せているよね。」っていうふうに言われました。で、「そうよ、たくさん悩みがあるからね。」と伝えました。すると私はその看護婦さんが声を掛けてくれ、夫に何か声掛けをして何か慰めてくれたり、話しをきいてくれるのかと思いました。そうすると、その看護師さんが私に、「あんまり悩んでるようなので声を掛けられなかつ

た。」と言われました。しかし、看護師として、「なぜこの人はこんなに眉間にしわが寄っているのか。」もし、「あ、いかがですか？奥さんのお見舞い大変ですね。」っていうふうな導入で少し聞いてもらえたら、少し肩の荷が半分でもおおりて帰れたのではないかなというふうに思います。看護にはそういった配慮が必要なのではないかというふうに思いました。

手術というのは何がおこるか分かりません。例えば「元気でいってきます」といっても、麻酔とか様々なことでトラブルがあるかもしれません。もちろん優秀なスタッフがそろっている病院でしたので、そういう心配をしながら入ったわけではありません。しかし、私は一抹の不安を抱えながら入っていきまし、当然手術を受ける方はこの手術室の前のドアに立った時に、本当に無事に帰れるだろうかと不安になります。手術を受ける前に同じ経験をした患者さんに私は情報を得ることにしました。そのときに、私より先に手術を受けた患者さんが一人いらっしゃって、その方にお聞きしました。「手術室での雰囲気はどうだった？」「とっても良かったのよ。」「何が良かったの？」「あの看護師さんが○さんですね。手術室の看護師ですとすぐ手を握ってくれて安心だったわ。」手術室ではしかも、着衣をしているものをすぐ脱いで、無防備な形で入るわけですから非常に不安です。初めての手術、あるいは2回目の手術でも金属の音がしたり、あるいは今から手術が始まるのだという緊張でピークになっているわけです。「とても手術室の看護がいいのよ。」いうことを私は聞いていましたので、安心していました。そうすると、やはりそうでした。そばにすぐ来ていただいて、手を握ってくれて、名前を確認していただいて、名前を間違われてはいけないというふうに私は思いました。そのときにすぐ横浜の病院の取り違い事件を思い浮かべておりましたので、名前は大きく正確にと大きな声で答えました。そうすると「はい、○さんですね。」と言われていました。そのときの看護師さんの顔の表情はわかりませんでしたけれども、その雰囲気は眼鏡がなくても伝わってきました。温かい手で、麻酔をかけるときにも手を握ってくれ、非常にありがたい思いをいたしました。その手術場看護は非常にみえにくい看護だと思われませんが、しかし手術室の看護ほどありがたいものはないというふうに私は思いました。多くを語らずにそして体に触れていてもらうだけで安心感があるという部分で、本来の看護の原点がそこにあるのではないかと思います。

次に患者同士のという付き合いといった経験は初

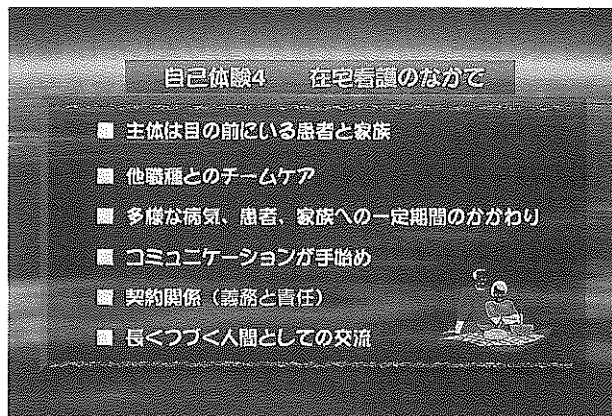


めてでした。たくさんの患者さんが、私が入院した時、退院して行く時にも、互いに交流があったわけです。ある日、同じエレベーターの中で入院していらっしゃる患者さんと出会いました。しかし、私はその患者さんの情報を知っているわけではありません。しかし、同じ女性疾患・女性のがんだというだけではなく、同じ立場・女性としてがんという病いを持って今同じ場にいるという、その条件設定だけで共感が生まれました。同じ立場ゆえの共感があるわけです。ですからそこは言葉無くても、「お互い辛いね」とか、あるいは挨拶ひとつにでも目と目を合わせてお互いの無事を確認するというといった、共感の深さがあるわけです。また、コミュニケーションの早さ、情報伝達の早さです。先ほど言いましたように目と目でいろいろなことが伝わるという部分があるわけです。私が看護職だということもあっていう間に広がりまして、残念なことに、病棟で末期のがんの方が亡くなられたという情報も伝わりまして、様々な情報がかけめぐっています。また、情報が間違っていて伝わったりすることもあるわけです。そこに不安を助長するようなことも起こる、起こりかねない。その時、看護師としては、病棟で、亡くなられた方がいたり、あるいは、かなり重症な状況になった時、他患者の心が揺れ動いていくということを察知して、フォローすることがあればよいと思います。

それから、私は夜時々寝れないときがありました。そのときにそおとお部屋を抜け出して、お茶飲み場の所に行ってお茶を飲んでおりますと、後からぼんっと肩をたたかれて、「夜遅く寝れないの？」と後ろを振り向きますと、60代の患者さんが立っていました。その方は、シビアな状況でしたけれども、つらい治療をたくさん受けておられます。しかし、いつもエネルギーに満ちているという状況でした。しかし、人生を振り返り語られたなかに、いくつかの喪失体験をしておられました。その体験を通

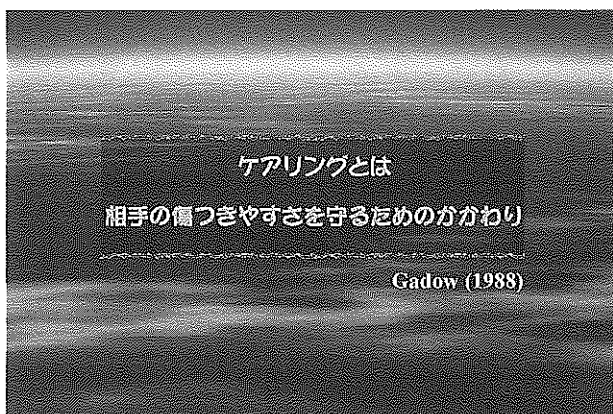
してご自分が、その喪失体験を通して強くなってもらえるのだということがわかったわけです。「あなた若いんだからこの経験をもとに、しかもあなた看護職でしょ、いっぱい世の中に役立てられることがあるから、元気になってどんどん活躍してほしい。」と励まされました。そのことで私は目的がひとつ決まった感じがしました。エネルギーがあるときには他の患者さんにいろいろ声掛けをして、お互いの悩みなどを交換し合いながら慰めあいました。患者同士は、思いもかけないような大きな力を発揮し、互いの存在が癒しにつながるのだと感じました。勇氣あるいは希望といったものをそばにいる同士の患者さんから得ることができたわけです。

入院生活は長機間におよぶ集団生活です。そうすると患者さん個人それぞれ価値観も違いますし、ライフスタイルも違います。当然朝の起き方、夜の就寝時間、就寝の前の過ごし方、それぞれ皆さんの自分の暮らしぶりがあります。そういった中でそれぞれが、どこかを譲りながら暮らさないといけないわけです。どうしても比較しがちの部分があると思います。特に私もそうでしたけれども、退院される方を見るとうらやましくて、「ああ、あの人は退院できていいなあ」という「私本当にこのままで退院できるかしら」とうらやむような形で、半分祝福はあるのですが、半分ジェラシーに似た感情もありました。そういう意味で集団生活のストレスを発散させるための工夫として、すべて個室であればもちろんいいわけです。患者さんがひとりになれる、患者同士が静かに語らえる空間というものを病院の中に設定しておくのもこれからのケアの中では必要なのではないかと考えます。同時に家族・あるいは友人の訪問、そして慰めは長い入院生活の中で、癒しになります。

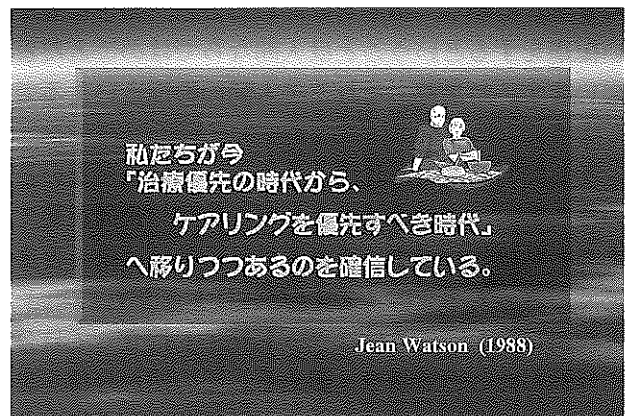


私は訪問看護婦として在宅看護の現場で働いております。在宅の場合は患者さんは、自由な時間が思い通りに取れ、患者さんが主体であるわけですから、

当然患者さんのお宅に私たちがおじゃまするという形ですので、患者さん中心であるという場がすでに設定されています。医療者が入っていても、医師・看護師・ヘルパー、様々な職種が訪問し、横並びのチームケアが非常にしやすい装置になっていると思います。それから在宅看護の現場はがんだけではなく、難病をはじめ、小児の方から百歳のご老人まで様々な年齢層であり、また家族背景も様々違います。居宅に訪問し、一定期間看護師が関わるということでその関わり度が濃くなります。基本ですが、コミュニケーションが大切になってまいります。在宅の場合はコミュニケーションがうまく取れないと、患者さん、ご家族両方から拒否をされることもあり、それでは在宅看護は成り立っていきません。コミュニケーションが手始めで、いかにコミュニケーションがうまく取れて、患者さんご家族の中に入っていくかということですのですべてが決まるわけです。それから介護保険になりましたので、利用者とサービス提供者側の契約関係になりました。例えば、訪問看護師が何曜日と何曜日に何時間入るという契約関係が結ばれるわけです。ですからその期間、訪問看護師は自分なりのその看護計画をもちろん持ってまいります。患者さんご家族と一緒に立てたプランの中で、看護の役割を果たすわけです。在宅看護では、一定期間の間患者さんのお宅に出入りするわけですから、互いの人間としての交流が非常に深まります。がん患者の遺族の方などと、また深く長くお付き合いが続いていくわけです。そういった中で遺族の方々から、自分たちの看護の振り返りを得ることができ、そしてその振り返りの中から、新たな看護の発見があるわけです。しかし、施設病院では、その在宅のような関わりは難しい。在宅で亡くなられた患者さんのご家族とも長くお付き合いをいたしておりますし、そして亡くなられたご本人の思い出も私の心に刻み込まれています。そういった心の交流は、人間として成長をうながすと思います。



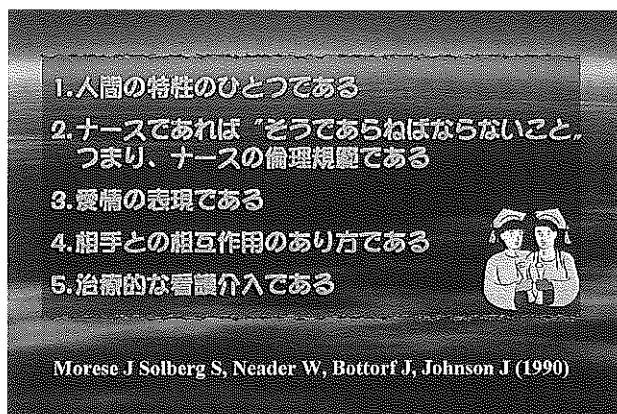
日赤広島看護大学は、ヒューマンケアリングという視点で看護を展開されています。看護理論を元に看護が展開され、また看護は実践の科学ということで、実践の中からまた理論も生まれてくるわけです。ジーン・ワトソン先生が一回目の特別講演で来られました。その先生がすでに10年前にこのようなことを言われていました。「私たちは今、治療優先の時代からケアリングを優先すべき時代に移りつつあるのか。」それからもう14年も経ったわけです。実際に私が病院で体験していて、様々な高度医療、そして機械・テクノロジーが発達していても、それでデータ分析して、そしてがん細胞を臓器に見つけ、それをチェックするという技術が発達していても、私たちは人間である以上、温かいケアを受けていく。そのケアを受けることで治療効果がどんどん上がっていくということを経験いたしました。



ケアリングという言葉は、たくさんいろんな言葉で定義されているわけです。私は一番自分の経験としてぴったりくるのが、ケアリングという言葉の定義なんですけれども、『相手の傷つきやすさを守るための関わり』、ということに一番近いかなというふうに私自身は思っております。いくら病気を経験したとはいえ、1個の人間であるわけですから、心も体も切り離して考えることはできません。むしろ心と体を一体にして、その病によって傷付けられた自分を、いかに温かくその傷を癒してくれ、そして守ってくれるかだと私は思っております。

よく代替療法などでいろいろなセラピーがあります。これはいわゆるテクノロジーを駆使した治療ではなく、心の癒しの部分で治療効果を上げることです。アロマセラピーとか、音楽療法とか様々な療法もありますし、そして思いやりを持って「これを少し試してみると少し元気になるかもしれないね」といった周りの好意によってそれによってこれを活用するというのも、ケアリングのあらわれではないかと思います。

母を在宅で看護しながら、母に対して私は何ができるのだろうか、娘として、そして看護師として様々な経験をしました。



ケアリングとは人間の特性のひとつであると思います。人間は喜び、悲しみ、怒り、様々な感情もあります。しかし、相手をいたわること、相手に温かい配慮をするということは人間ならではのことでと思います。つまり、それこそ人間の特性といえるでしょう。

そして看護師であれば、そうあらねばならないということ、つまり看護師としての倫理、倫理規範であると私は思います。手術室で私のそばにそっと来てくださって手を握って、「だいじょうぶですよ。」と声掛けをし、あるいはベッドサイドに立って自分の経験したことを語り、慰める。その関わりは、患者にとって非常に救われることなのです。それを基本として、当たり前のこととして、関わるのがケアリングなのではないでしょうか。

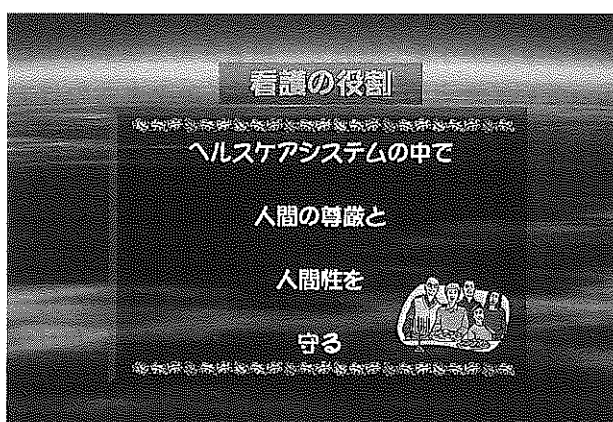
一番最初に赤ちゃんの写真が出ました。母親が子どもを慈しむ目でもって育てていく、そういったことも愛の形のひとつだと思います。看護職をはじめ医療者が、患者さんをケアリングするということはひとつの愛情の表現ではないかと思います。

ケアリングは、相手に勇気を与えるあるいは希望を与える、そして力を与えるということ、相互作用があるのではないかとということ、そしてもうひとつは、これは治療的な看護の一つのケアである、というふうに思います。そうしてもらうことで実際私自身が心が落ち着き、そして癒されてそして治療効果が上向きになっていくという治療的なケアです。

私が入院していました病棟の上にホスピス病棟がありました。私はそこで週1回開かれるコンサートなどに参加していました。どなたでも聴きに行くことができます。そこでの看護師さんたちの働きを見て、そして患者さんの表情などを見て、私も同時に癒されていったというふうに思います。多分この中

にたくさんのケアリングが含まれていると思っています。

今までの病院の中での私の患者体験を通して、看護の役割ってというのは究極のところ何か、今たくさん医療改革が行われています。介護保険もスタートいたしましたし、また来年再来年になると、また医療改革の何かが起こってくるのではないかと思います。しかし、健康を守るということは国の政策の中でも非常に重要な観点だと思いますが、そのヘルスケアシステムの中で、看護の私たちの役割というのはやはり、人間の尊厳とそして人間性を守ることではないかと思います。つまりヒューマン・ケアリングとして、私たちは、自分の持っている職能を生かさなければいけないと思います。



一人の病む人間として今ここにいるわけですが、心と体は離すことはできない、科学とか治療の面では、私は卵巣がんの患者で、そしてデータ的にも生物学的反応が例えば腫瘍マーカーの数値がいくらかと示されることが同時にあるわけですが、心と体を離すことはできません。そして看護面で全人的なケアを要求していく、全人的なケアを求めることができる、そして看護職としては全人的なケアをしなければならないと思います。



引用・参考文献

- 1) Carol Leppanen Montgomery (1995) : ケアリング
の理論と実践 医学書院.
- 2) Helga Kuhse (2001) : ケアリング メディカ出
版.