

〔特集 地域社会での家族看護の実践〕

体験から学んだ『家族看護』の実践から「看護」を考える

土橋 律子

要 旨

大学病院でナースとして働いていた30代前半に多重がんに罹り、自らががん体験をしたことがきっかけで、それまで自分の関わっていた医療や看護のありかたに疑問を感じ、病院という組織を離れて地域社会の中で、病気を抱えながら生きていく人たちに、本当に求められている看護とはどのようなものなのかを自分なりに模索してきた。患者会を立ち上げ、地域の中に当事者や家族の拠り所となる場所作りを行う傍ら、医療コーディネーターとして医療と患者や家族の間に橋を架ける仕事をフリーランスで行ってきたが、その中で出会った患者と家族への関わりを幾つか紹介しながら、家族看護のあり方を考察してみたい。

I. はじめに

1989～92年にかけて多重がん（子宮体がん・卵巣がん・結腸がん）と向き合う体験をし、3度の回復手術と、化学療法、放射線療法のための入退院をくり返した。また2005年秋、再び大腸がんで45日間の入院生活を送った。30代前半で最初のがんに罹った筆者は、一連のがん患者体験を通して「患者」という厄介な立場や、患者を取り巻く「家族」の苦悩を自分事として体験または目の当たりにし、臨床現場への不信感や不可解さ、何とも表現しがたいやりきれない思いを実感させられ、患者や家族の望む医療や看護のあり方と現実とのギャップについて、様々なことを考えさせられた。その後ナースとして大学病院に復帰はしたものの、「病院」という限られた環境の中での看護のあり方に疑問や限界を感じ、退院後のがん患者や再発転移の不安と心配を持ちながら生きているがん体験者や家族の心の拠り所となる“場”作りを目指して【支えあう会「α」】というセルフヘルプ&サポートグループを立ち上げた。

セルフヘルプ&サポートグループの活動を通し

生命（いのち）をささえる研究所

て、退院後のサポートの希薄さや再発転移患者やその家族への精神的なサポートの少なさを痛感し、がんの療養生活を個別支援するナースを目指して大学病院を退職し、在宅看護や開業ナースの研修を経て訪問看護師として在宅ターミナルケアに従事した後、病院をはなれてフリーランスのナースとして【生命（いのち）を支える研究所】という医療コーディネーションを行なう個人事業所を立ち上げた。その活動を通じて、患者さんや家族と医療者、地域社会と医療機関などに橋を架けることが役割と認識して現在に至る。当事者として体験したことやその中で考えさせられたことは別の媒体にいくつか書かせて頂いたが、今回は体験や活動の中で経験した「家族看護」についていくつか報告し、日頃考えていることをまとめてみたい。

II. 過去の個人的体験

十数年前のがん体験時、千葉で一人暮らしをしていた娘ががんにかかったことを知らされ遠方から看病に駆けつけた母は、頼る人もいない見知らぬ土地で娘である私のアパートに寝泊まりしながら毎日病院に通った。自分のことで手いっぱいだった私には、母

の心境を思いやる余裕はなかった。母の顔からは次第に表情が消え、何を言っても曖昧な反応しか返ってこないようになり（今思えば完全な鬱状態に陥っていたのだが）緩慢な対応に業を煮やしてきつい言葉をかけたことがある。母は黙ったまま涙をこぼした。その泣き方を見て母が病的状態であることに気づいた。それからは、ひたすら労いと感謝の言葉をかけ続けたが、自分の体調が思わしくない中で母のケアまですることは難しかった。母に労いの言葉をかけてくれたのは、同室の患者仲間とその家族だけであった。面会時間だけ訪れる母を、私の家族であると認識して声かけや労いをしてくれたナースは皆無であったと後で母から聞き、愕然としたことを覚えている。また、長期に及ぶ入退院の繰り返しの中で、様々な患者やその家族と出会い、彼らの千差万別の思いを知った。病気を抱えて生きることの困難さや、それを支えることの難しさ、どんなに頑張っても死んでいかなければならない不条理さ、その中で展開されるそれぞれの人間ドラマ。それらを目の当たりに体験したことは、それまで仕事としてやってきた自分の看護観を根底から見直す作業を私に強いた。ターミナルケアに光が当たり始めたばかりの頃で、インフォームドコンセントも家族ケアもまだ身近になっていない時代であった。（参照「看護婦ががんになって」2000年、日本評論社）

III. 支えあう会「α」のがん相談から始まった家族支援

職場復帰後に患者や家族のセルフヘルプ&サポートグループの必要性を痛感し、【支えあう会「α」】という任意団体を立ち上げ、分ちあいや学びあいを軸とした定例会と、がん電話相談、面接相談をボランティアで始めた。これは私がナースであることを知った患者仲間から、退院後、相談の電話が相次いだことがきっかけである。最初の2年は、職場に復帰し外来看護に携わりながら月一度のペースで定例会を行っていたが、退職後は、千葉大学の廣井良典氏

との縁で、活動場所を廣井研究室の中に構えることができ、月1度の定例会の他に、週1度の電話相談、面接相談、自由に語り合えるサロンなどの定期的活動を12年にわたって行なってきたが、この活動を通して当事者サポートもさることながら、臨床現場での家族への援助の少ない現状に改めて思いを馳せることが多く、家族支援の必要性を強く感じている。だが医療現場が変わるのを待つのではなく、目の前で支援を求めている人に対して自分のできることから始め、できる範囲で当事者や家族支援を行っていくことも、現状に一石を投じることにつながるのではないかと信じている。

ケース1

M氏. 58歳男性. 一部上場会社のサラリーマン(役員). 2000年11月に妻と二人で初回相談に訪れた。会社の検診では20年以上にわたり胃潰瘍といわれ食事療法を行っていたが、その年の検診で胃がんと告知された。診断されてからの症状の進みは早く、手術をしたが予想以上に進んでいて腫瘍には手をつけられず、バイパス術のみ施行。術後の説明ではスキルス性の進行性胃がんであり、まだTS-1は認可されておらず、余命半年と説明を受けての退院であった。本人は自覚症状からは告知内容を信じられず、医療不信を募らせており、まだ何かできることがあるのではないかと打つ手を探ってそのための情報を求めている。妻はいきなりの余命告知に動揺しており、状況を受け入れられずに戸惑っている状態であった。

面接相談は2時間ほどに及び、とにかく心のわだかまりや思いの丈をできるだけ語って頂いた。本人は自分なりに書籍やネット情報を使ってがんの知識を得る手だてを講じており、他の治療法や養生法について時々質問されたが、心理的な動揺などのそぶりを見せず飄々としていた。その態度からは情報を妻とは共有しておらず、一人だけのがんと向き合っている様子がうかがえた。妻は涙混じりで自分の思いを語ったが、話の端々に夫に頼って生きてきたことが感じられた。夫の母親は近くに独居でいるが最

近老人性の症状が強くなり、そろそろ同居の必要性を考えていた矢先のいきなりの夫のがん宣告と余命告知だったようだ。面談後、妻から【支えあう会「α」】に入会したいという申し出があり、本人からも同意が示されたが、本人の意向は「マイペースで病気と向き合っていきたい。自分は大丈夫だから、妻を精神的に支えてもらいたい」というものであった。その後、夫婦で気功教室や定例会に参加されたが、他にも夫婦で参加している方や、親子で参加している人もおり、そこから様々な交流が始まった。患者同士の情報交換や分かち合いだけでなく、家族もまた、同じような状況にある家族同士で思いを分かち合い、情報交換を行い、お互いに支えあう中で、体験者同士だけに通じる強い絆が生まれ、新たな友情が育まれていった。定例会のテーマに「家族の立場で思うこと」「家族の力とは」などを取り上げてみんなで語り合う機会を持つことも、意味のある家族支援となった。妻は最初、「がん当事者ではないので患者の気持ちをわかってあげられないことが申し訳ない」と、隅で小さくなっていたが、何回か参加するうちに、笑顔が戻り、表情も明るくなっていった。やがて「家族のできることは、一緒に悩んだり落ち込んだりするのではなく、家が居心地よく、少しでも気分が落ち着くような場所にしていくことです。家族が普通にしていることが大事なんだってわかりました」と自分の役割を再認識されたようだった。また本人よりも妻の方が会への参加を楽しみにするようになり、電話相談日には手作りの総菜や茶菓子を持参して集った人たちとお茶を飲みながらおしゃべりするようになり、これがその後の「サロン」に発展していった。M氏もまた定例会や親睦会に毎回参加され、自分の体験やがん医療のありかたについてなど、自分の思いを積極的に語られるようになっていった。そして地域にこのような場所があることへの驚きと感謝をいつも口にされていたが、「自分にも何かできることはないか？」と自ら世話人の手伝いを申し出られた。そんなM氏には会社員の経験を生かして会の運営や会議の持ち方のアドバイスをお願いし、いろいろ助けて

頂いた。

その後の半年は穏やかに経過され、時には息子夫婦とゴルフにいき、自分なりに家族との時間も作っていたようだが、やがて浸潤したがんの影響で腹水が溜まり始めた。この間、M氏はかかっていた総合病院に見切りをつけ、幾つかのがん専門病院の門を自分の力で叩いたが、納得のいく治療法の示唆や情報は得られず、「どこにもいくところがない」とため息混じりに呟いたときの眼が忘れられない。「α」の気功や定例会には欠かさず参加されていたが、同行する妻から「ここに来る時が一番元気ね」といわれ、「自分がいなければなんだか危なっかしいんだよ、この人が」とこちらを指さして笑ったこともあった。進行がん患者としてではなく、がんを抱えてもなお前向きに生きようとしている一人の人間として接してほしい、というのがM氏の求めている「励まし」であった。その願いを受け止め「双方向の支えあい」を意識して関っていったところ、その年の総会では自ら議長の大役を買って出られ、腹水の溜まった体で壇上にあがり、見事な裁きで喝采を浴びた。その姿を見て、まわりの人が当事者を患者、病人と決めつけて関わることは、かえって生きる力を奪うことになることを、改めて思い知らされた。

「α」に来ておよそ半年が過ぎ、再び腹満と摂食困難で体を動かすのが辛くなってきたその年の6月、「ホスピスについて知りたい。できれば体験入院をしたい」という相談を受けた。そこで開設したばかりの近くの緩和ケア病棟に連絡をとり1週間の体験入院を調整したが、4日目で「ここは自分のいる所ではない」と自宅に帰ってしまった。すでに疼痛コントロールのための麻薬は処方されていたが、「これさえもらえば家にいるほうがよい」ということであった。妻からも「距離的には近くても車が使えないためかえって時間がかかる。道路が込むのでタクシーもバスも役に立たない。夜間何かあったときに駆けつけることができない」「すべて病院の意向で管理される雰囲気になじめない」という言葉が返ってきた。そこで、在宅医療を受ける方向で話し合い、往診してくれる



写真 ①

医師を探し、その調整を行った。往診医は「最後までつきあいましょう」と熱心に診てくださる人間味のある医師が見つかったが、在宅ターミナルケアを引き受けてくれる訪問看護が見つからなかったため、知り合いの訪問看護ステーションに非常勤スタッフの登録をし、筆者が訪問看護に入って医師との連携をとった。

往診は週一回、訪問は週2～3回のペースで行った。室内での行動範囲も徐々に狭くなっていったが、居間に大きな肘掛けいすを置き、一日の大半をそこで過ごした。妻は民間療法のマッサージやテルミーという温熱療法の勉強をして、時々夫に施術しており、訪問では世間話をしながら筆者も妻の施術を受け、お返しに教わりながら妻の体をマッサージしたこともあった。「何か楽しみがほしい。旅行でもしたい」とM氏。「α」で毎年行っている夏合宿「男の手料理を味わう会」を話題にすると、是非参加したいという。できれば家族も一緒に参加したいというので、往診医に相談した。快く許可をいただけたのでその足で麻薬を処方してもらっているホスピス医を訪ねて同様の話をしたところ、こんな状態で、と驚かれたが何とか了解を得た。そこで事前準備として出発の前に往診医の病院に入院をして腹水を抜き、点滴で栄養を補給した。また宿泊地では家族用のコテージを別に借り、ホスピス医に書いてもらった診断書を

基に地元の在宅酸素業者に在宅酸素器具を搬入してもらった。また筆者が非常勤講師として関わっていた看護学校の学生や、友人の医師にボランティア参加をお願いした。8月初旬の3泊4日を「α」の仲間や、妻、息子夫婦、駆けつけた二人の娘共々にどのように過ごされたかは、写真を見て判断して頂きたい。酸素チューブをつけたままではあったが、M氏は一家の主として誇らしげに自分の家族を紹介し、またグルメぶりを披露してワインのウンチクを語られた。また「自分がまわりに望むことは、どんな状態であれ、自分らしくあることをありのままに受け止め、特別扱いをしないでほしいことだ」と話された。(写真①②参照)この旅行から帰った2週間、筆者は家族と看取りに向けての話し合いを行い、「死にゆくプロセス」を文書にまとめて手渡し、そのときの家族の対応に不安や心配はないかを尋ねた。妻は自分の父親を肝臓がんで亡くしており、そのときの無念な思いや後悔を二度としたくないと語った。またその時の看取り体験から死後の処置については何とかできると思うというので、それを子供さんたちにしっかりと伝えてほしいとお願いした。いつでも連絡が取れるよう24時間オンコールの体制を取った。8月の終わり、M氏は家族の見守る中、娘のマッサージを受けながら眠るように亡くなった。後日、お線香を上げに訪問したときに様子を伺ったところ、M氏の母

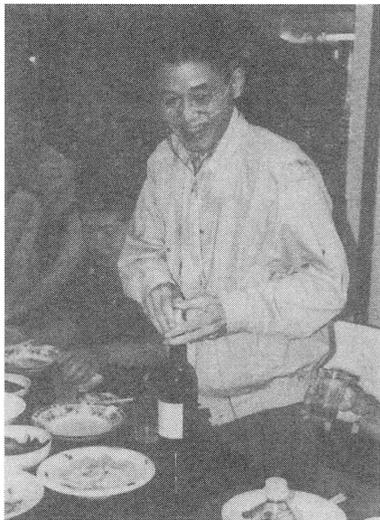


写真 ②

親のことを語ってくださった。妻から「あなたの息子の一大事なので、しっかりしてください。力を貸してほしい」と姑に伝えたところ、ケアに入っていたヘルパーさんたちを困らせていた義母が「自分のことは自分でやる」と言い出し、最後まで本当にしっかりしていたそうだ。また、最後に口にしたのはその義母が作ってくれたジュースだった。「義母の姿からいろいろ教わりました。葬儀が済んだら力が抜けちゃって、今は毎日食事を届けているけど、大事にしたいです」と、潤んだ目にハンカチを当てながら微笑む妻に、人間の底力を教えて頂いた。

IV. 生命(いのち)を支える研究所で関わった家族支援

「α」の活動は任意のボランティア団体であり、活動時間に制限があるため、本当に必要なときに、必要な支援ができず、歯がゆい思いをすることが多々あった。たとえ進行がんであっても自分の意志で「α」や他のサポートグループまでたどり着くことのできる時間や体力の残されている人の場合はまだよい。だが相談電話を受けたときにはすでに終末期に入っており、せっぱ詰まった状態なのに何の支援も受けていなかったり、むやみに退院を勧められたり、規定の治療が終わったからと具合が悪いまま

他の病院に移ることを勧められたりしている人があまりに多い。納得できる治療説明が行われていないために医療への不信が強く、「がん難民」となっている場合は、他に回すことも、電話のみで終わらせることもできず、自分の持てる時間の中でしか関われないことを伝えた上で、それでも力を貸してほしいと乞われる人を対象に、患者や家族への直接的具体的な支援を行うフリーランス看護師として「生命(いのち)をささえる研究所」という個人事業所を設立し、今に至っている。医療コーディネーターとして関わる場合の基本姿勢は、まず駆付け、どんなことであれ誠意を持って話を聞き、家族や本人の気持ちをきちんと受け止めることである。そしてできる限り相手の望むことに寄り添い、その方の人生の最後のプロセスにつきあうことにある。

ケース2

S氏。68歳男性。職業は裁判官。相談依頼は遠方に嫁いだ娘からのFAXであった。そこには父親が進行性大腸がんで予後不良といわれた経緯と実家の電話番号、両親二人暮らしであることが記されており、「自分は義父母の面倒をみなければならず心苦しい状態にあるが、できれば長期間、両親の相談に乗って頂きたい」とあったため、早速電話を入れ、面接相談のための訪問を行い、S氏とその妻から話を伺った。S氏は仕事柄転勤が多く、千葉に居を構えてまだ2年とのこと。それまで病気らしい病気はしたことがなかったが、平成13年に入って便秘傾向が出現したため築地の国立がんセンター中央病院を受診して大腸がんと診断され、11月に手術を受けた。しかしすでに進行がんのため完治不能といわれ、人工肛門造設術のみを行った。その旨は術後すぐに本人に告知されたが、家族に話をされたのは翌日だったという。何もしなければ半年から1年という余命を告知された妻は身近に知り合いもないことから、途方に暮れながら桜町ホスピスに電話を入れ、近くに転居して夫の最後を看取りたいと話したところ、千葉には土橋という人がいるのでそこに相談してみてもどうかといわれたそうだ。また遠方にすむ娘は、ネット

情報から千葉で緩和ケアを行っている海沿いの施設に電話を入れたところ、こちらでも市内であれば土橋に相談をしてみたらと勧められたという。奇しくも2箇所から同じ人物を紹介されたことで、どこの誰かもわからないところに相談をする不安が軽くなり、行動に移す勇気がでたようだ。S氏は裁判官という仕事柄なのか経過を克明にノートにつけており、その態度は、ありのままを正しく知りたいと、がんを正面から受け止めようとするものであった。妻はこの一大事にどう対処していいのかわからず、とにかく相談できる、話を聞いてもらえる人がほしかったという。時間をかけて丁寧に話を聞いたあと、ご本人や家族が何を望まれているのかを教えてください、と伝えたところ、「完治はしないということは理解できるが、すぐ死ぬというほどせっぱ詰まった状況ではないように思うので、もう少し何か手だてがないものか探してみたい」という。そこで、かかっていたがんセンターの内科を受診することをすすめ、化学療法で延命の可能性を探ることになった。また何か相談したい場合は24時間いつでも応じると伝え、初回相談を終えた。その後の1年は外来に通って受けた化学療法が功を奏し、自宅で過ごしながらか仕事にも復帰され、公的な仕事の整理をする時間を持つことができた。ゆったりと穏やかな時間が経過されたが、妻からは時々経過報告のような電話があった。その間のS氏は、もう治らないと知ったときから余命をどう過ごして生きていきたいかを真剣に考えていたようで、妻と共に自分たちの人生を振り返り、家族のあり方や子供や孫に伝えたいこと等を、家族の集まる機会を捕えながら、折に触れ、語っていたようである。その生き様や言葉は子供や孫にたくさんの良い影響を与えていた。

やがて、腹部膨満が出現し、徐々に食も細くなってきた頃、妻から再度の面談依頼が入り、訪問した。今度の相談は、がんセンターの主治医からそろそろ緩和ケアの検討が必要といわれたが、ホスピスにするか在宅にするか迷っている、というものであった。3人の子供や孫たちは皆遠方に住むため、できれば都

内の駅からさほど遠くないホスピスで最後を迎えたい。そうすれば子供たちも来やすいだろうし、あまり迷惑をかけないで済む。自分としてはもっと家で過ごす時間を長く持ちたいが、自分一人の介護力ではとても最後まで見る自信はない。役に立たない自分が恨めしい、という。妻の話に耳を傾けながら、一緒に考えていくことで必ず道は開けると妻の心労をねぎらった。その上で妻の望む都内のホスピスということであれば、内科の主治医に聖路加病院の緩和ケア科当てに紹介状を書いてもらい、緩和ケア外来に通ってホスピスケアについて知り、またそこが自分たちの希望に添うかどうかを検討してみてもどうかと勧めた。緩和ケア外来には二人で通い、帰りに銀座での食事や買い物を楽しむこともでき、それはそれでよかったが、2ヶ月後、体力が低下して出かけることや電車に乗ることがおっくうになり、再々度の面談依頼となった。次の相談は在宅での緩和ケアを望まれ、近隣の医療体制を知りたいというものであった。そこで、市内で終末期専門に在宅医療を行っている知人の医師に橋を架けた。その後の3ヶ月は在宅専門医とそこの訪問看護が入り、交代で駆けつける子供や孫たちに囲まれ、再び穏やかな時間を家族と共に過ごし、最後までS氏らしい凛とした態度を崩すことなく一日一日を過ごされ、家族の見守る中で亡くなった。結局、S氏とその家族はがん専門病院で先端治療を受けながらも、余命をできるだけ自宅で、愛する家族と共に過ごすことを選択され、人工肛門を増設した後の1年11ヶ月を自宅で過ごされた。生前S氏が言っていた「裁判では事実を正しく把握することが一番難しく、事実が正しく認定できれば90%解決したようなもので、おのずと答えが見えてくる」という言葉そのもののような生き様であった。後日、妻からの手紙には、感謝の言葉の後に『私たちはお蔭様で、退院早々にお目にかかれましてから主人の最後のときまで、感謝と幸せの日々を過ごすことができました。一日一日を大切に、充実した時間を最後の最後まで過ごすことができ、本当に幸せでございました』とあり、また娘さんからいただい

た手紙には『父の病気から来る痛み・苦しみ…母の看病の辛さは当然あったはずですが、二人はお互いをいたわりあって、一日一日を大切にしながら笑い声のある“黄金の時間”を過ごしておりました。父と母はどの様なときでも幸せと感謝を忘れずに、生きておりました。私ども、子供たちは、そんな父と母が大好きで、『二人のような家庭を作って行こうね』と話しております。一昨年の11月19日…手術を受け、治らない病と知った直後の私たちの不安、戸惑い(いま思えば“心の叫び”でしたでしょう)を受け止めていち早く会いに来てくださり、真正面から向かい合ってくださいました土橋さん。緩和ケアへの道を開いてくださり、大岩先生への架け橋となってくださったことで、父も母もどんなにか安心して、それからの日々を送れましたことでしょう。土橋さんのおかげで父は幸せな最期を迎えられたのだと、心から感謝いたしております。父は亡くなりましたが、父の生き方や志は私たち一人一人が大切に受け継いで、父の分も母を大切に生きていきたいと思っております。本当に人間は“心の生き物”なのですね。ありがとうございます。私たちがどんなに心安らぎ、幸せでしたことかをお分かりいただけますかと思ひ、葬儀の弔辞と会葬御礼の言葉を同封いたしました。ご覧頂けましたらありがたく存じます』とあった。S氏とそこご家族からは、人間のすばらしさ、愛することの大切さを改めて教えて頂き、私にとっても得るもの大きい出会いであった。

V. 継続医療、継続看護の必要性

時代や社会の必然性の中で、がんの患者数も死亡者数も激増しており、もはや「がん」は当事者と家族だけの問題ではなく、国策として対応を考えていかなければならないところまできている。医療現場は新たながん患者が次々発見され、分刻みでその対応に追われているため、短期入院で心太のように押し出される患者の継続医療や継続看護までは、なかなか手が回らない。しかし切り取った臓器は戻ってこ

ないし、治療を加えた体に残る後遺症を抱えながら社会生活に戻っていくことは、容易ではない。医療の進歩で生存期間は延びたとはいえ、がんの場合は、治療で変化した身体を抱え、再発転移の不安や死の恐怖、医療費や生活費など経済的問題、子育てや仕事など社会的な問題、まわりとの人間関係、先の見えない精神的苦悩などを抱え、病態によっては入退院を繰り返すことになり、本格的にがん向き合うのは初回の入院を終えて退院した後からなのである。しかし、退院後の具体的支援は少なく、さらにその後の継続医療、継続看護はまだ整備されていないため、医療に対する不満が次第に募ってくる。情報格差、病院格差、地域格差はますます広がりつつあり、経過の中で受ける医療現場でのあいまいな対応や不十分なコミュニケーションが医療不信に拍車をかける。今は「患者中心」と言われ、自己選択、自己決定、自己責任を迫られる時代であるが、病状が進行するほどその選択、決定は辛いものとなる。「家族」の形態やその力が変化している現代では、そのような当事者をささえる家族もまた、不安や怖れの中で心の拠り所もなく、ある意味当事者よりもっと辛い状況にある。しかし医療現場は当事者をみることだけでもまもらず、家族支援にまでは到底至っていないため、患者・家族の願いと現実とのギャップは大きい。筆者は医療の枠外でそのような人々と関わりながら本来の医療や看護を模索してきたが、病を通して人の生と死を見つめ続け、その生きる力を信じて最後まで支援し続けることは、医療者がその責任を負ってくれるものと切望されているのに、何故医療現場ではそれに応えられないのだろうか？ という疑問がますます大きくなってきた。「患者」を支えるためには、特にその家族へのケアに力を入れることが大切であり、患者と家族を引き離すような医療は本来の医療から大きくかけ離れているのではないだろうか。患者と家族にとって、心温かで人間的な関わりを提供することこそが、医療者の責務なのだと思ひ筆者は強く思う。そこで、患者体験を持つ医療者の一人として、医療現場の仲間と手を取り合って人々の願いである

その責任に応えたいと願うようになり、幾つかの医療機関に掛け合い、筆者の考えと重なる思想を持つ医療者と連携して様々な道を探り、複数の医療機関で「がんよろず相談」や患者会立ち上げのサポート、在宅緩和ケア研究会のコーディネーターなどを生命(いのち)を支える研究所の仕事に加え、現在に至っている。

その中のひとつで、H16年6月に某県立病院で始めた「がんよろず相談」を紹介したい。きっかけはこの院長が「α」の活動に興味を持ち、定例会や講演会に足繁く通ってがん患者や家族の生の姿を知ったことにある。またその看護部長が筆者が入院していたがんセンターの病棟婦長であり、当時から気心の通じる人であったことも大きい。筆者の考えを二人に語ったところ、再発転移がんや末期がん患者への対応に悩んでいた二人はすぐに院内で取り組んでいくことを決められ、さっそく県との交渉が始まり、2ヶ月後には週1回の「がんよろず相談」が始まった。私に与えられた役割は、切実な問題を抱えているがん患者さんやご家族に、病院の責任として行なう個別かつ積極的な支援であり、医療側との間に橋を架けチーム医療をより円滑にすることであった。そのため医療全体の調整役である看護局に所属し、相談窓口を外来看護チームに置いていただいた。ページ数の関係で個別のケースを紹介できないのが残念であるが、この1年2ヶ月のよろず相談を振り返ると、相談延べ件数161件、相談者実数52人、相談はすべて再発・転移がんを抱えながら治療を続ける患者とその家族からであった。その内容は、入院期間が長期に及び今後の展開に不安、初期治療直後に再発転移してしまい急な展開への戸惑い、主治医との関係や家族関係の悩み、継続治療か終末期ケアかの判断の難しさなど多岐にわたった。受け持ち看護師や病棟看護師は様々な問題を抱えた当事者やその家族を前に、多忙な業務の中で思うように関われないことを苦悩しており、「よろず相談」と連携して少しでも良いケアを提供したいという強い思いが読み取れたので、何度も話し合いを持ち、一緒に考える場

をつくることに勤めた。その結果、看護部全体の意識に大きな変化があったと評価されるに至った。しかし傾向として、相談者はすでに終末期に近い方が多く、もう少し早い段階から関わることの必要性を感じた。

面談時間は平均1時間で、一日2~3人が限度であったが、中には毎回の面談を望む人もいた。傾聴とともに患者や家族の求めている情報提供にも努め、図書室の本やパソコンを使ってのネット検索、がん関連雑誌や新聞記事、患者会の会報や活動紹介記事など、必要と思われるものは最大限利用した。相談場所は病室、面談室、図書室、散歩など状況に応じて変更したが、病態が進むにつれてベットサイドが多くなり、家族との同席が多くなった。これは本人と家族の間に橋を架け、家族の力を強くする重要な場となった。中には、外来・入院・ターミナル期と最後まで「よろず相談」を利用された方もあった。さらに院内ターミナルケア研究会にも参加させて頂き、サポートのあり方を一緒に検討し、「一度は家に帰りたい」と希望される人たちを看護の力で在宅に繋げる方向性を探った。中には家に連れて帰ることへの不安が大きく、病院に預けておく方が安心でターミナルケアなど考えられないという家族もいたが、限られた時間の中で家族だからできること、家族でなければできないことの重要性を伝え、どんなことであっても家族を支え続けるというこちらの思いを伝えることで、最後はどこで死を迎えようと、家族が寄り添うことに意味があると言い切るようになった家族もあった。「がんよろず相談」と病院ナースが連携することで、主治医の態度にも変化がみられ、家族への説明回数が増え、患者や家族も交えたカンファレンスを開催することができたケースもあった。最後はホスピスでという家族の強い願いを受けて主治医と共に必死で応えようとしたが、病状の進行が早すぎて移送が叶わなかった人もいたが、家族からはその姿勢を高く評価され、感謝されたこともあった。

看護は、医療機関や、訪問した家の中だけで提供するもの、という固定観念をなくし、求めている人がい

ればどこでも、どんな形であっても、看護の専門性を発揮して、人々を支援するのが、看護者の責務ではないだろうか。支えあう会「α」の活動や生命(いのち)を支える研究所の仕事を通して、これからの看護は、医療という狭い枠を超えて、病気を持ちながら地域社会の中で生きる希望を支え続け、なおかつ安心して死んでいける場所を一緒に考えながら、最後まで生ききる当事者とその家族の人生を応援していくことである、と考えるようになった。「病院」や「地域」の枠を超えて「看護」の連携をはかり、広い意味での「チーム医療」を考えて新たな連携やネットワークに発展させていくことは、今後の看護の方向性の一つとして、もっと考えられてもいいのではないだろうか。

現代では、心身の異常には須く医療が介入して診断が加えられ、病名がつくため、ほとんどの人が「病気」にかかり、老いるほどに医療依存度が高くなり、自然死はほとんどみられず医療が人の死を請け負う時代になった。にもかかわらず医療は「病気を治す」

にこだわって専門性を高めてきたため、治らない病気の増えた時代に対処しきれないでいる。特にがんの場合は「治る」もしくは「末期」(=死)の2極分化で語られることが多いため、まだ死にたくない、がんと共存してなんとか生き抜きたいと願いながらも行き場を失う「がん難民」とその家族の増加が著しい。しかし、「生老病死」は寿命の必然であり、誰にとっても他人事ではなく、社会全体で考えなければならぬ時代がきている。たとえ治る可能異性がなくとも、最後まで生きようと踏ん張るいのちを支え、いのちの際を共に歩み、最後まで寄り添うことが、生きる希望を支えることになる。身近な死から目をそらさず、その過程に付き合い、しっかり見届け、きちんと見送ることでしか「生と死」は学ぶことができない。「看護」は、「生・老・病・死」のすべてにわたって、その専門性を一番必要とされ、発揮できる専門職である。私の体験が微力ながらいのちを支えあうことに役立つならば、本望である。