

日本のナイチンゲールは今どこに

著 者

若 杉 幸 子

目次	3～4
----	-----

はじめに	5～8
------	-----

プロローグ患者と医療	9～41
------------	------

1. JRで来院した患者を救急患者とは見做さないのか・13～29
2. 検査データの比較は同一画面で・29～33
3. 血管腫の変化をMRIで診る必要はないのか・34～38
4. まとめ・38～41

第一章 脳神経内科の入院から脳神経外科への移動まで	42～49
---------------------------	-------

第二章 高CUって何？—医療と看護—	50～96
--------------------	-------

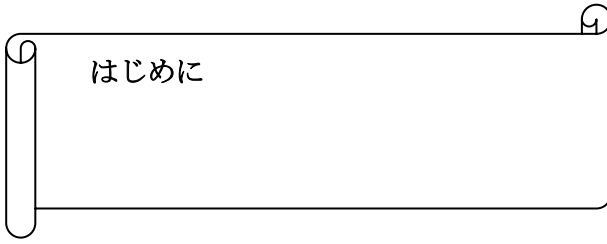
1. クリミア戦時下の病棟を想像させる『ベッド細胞』・54～55
2. 数日で分かれる『生』と『死』・55～58
3. 手術前の看護・58～60
4. 高CUにおけるストレス・60～66
5. 夢か^{うつ}現か、現か夢か・66～79
6. 手術後の看護・79～89
7. とんだところに来たもんだ・90～93
8. 高CUを出る・93～96

第三章 一般病棟にて	97～106
------------	--------

1. 夢にまでみた一般病棟・98～99
2. 次々に発生する問題の数々・99～102
3. 長期にわたる『グリセロイド』投与の影響か・102～106

第四章 日本のナイチンゲールは今どこに－患者と看護－

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	107～128
1. 日本の看護の今について考える・・・・・・・・	109～113
2. 日本の看護の今後について考える・・・・・・・・	113～125
3. 健康を生涯地域で看護するしくみ・・・・・・・・	126～128
エピソード死について、生について・・・・・・・・129～147	
1. 2007年4月、鶴見和子女史の著書『遺言』を読む ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	131～135
2. 母の死と生について・・・・・・・・	135～143
3. 迂闊 ^{うかつ} に選んだか、手術による『生還』・・・・・・・・	144～147
おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・	148～150



はじめに

●本書の意図などについて

私は 2000 年から 2004 年にかけて都内の大学医学部付属病院(以下、『A病院』と略称します)に 3 回入院し、そこでの治療を通して患者として様々な経験、特に辛く悲しい経験をしました。

その原因については以下に示しますが、ここではその原因が如何に患者に辛く悲しい経験を強いるかということを具体的にご理解頂き、患者が求める医療や看護、特に患者に視点をおいた看護が大切であること、また、それを実現するしくみが必要であることご理解頂くために今回の入院生活を報告しようと思いました。

辛く悲しい経験を強いた最大の原因は、2004 年 5 月、4 回目に入院した時に経験した『派遣看護師』、『派遣医師』を導入した新たな医療及び看護のしくみの内の『新たな看護のしくみ』からもたらされたものと考えます。

そのしくみは、4 回目の入院から遡ること数年、国立大学が独立行政法人に組織替えするという動きがあった時、A病院がその時期に医師及び看護師の働き方や採用方法を一部変えたことによるものと思われます。

まず、新たな看護のしくみが私の入院生活に辛く悲しい経験を強いた最大の原因は、看護のしくみが変わったことについてその情報が患者に提供されていなかったことです。

新しいしくみに伴う医療現場の変化、特に看護の現場が変化することについて情報が与えられなかったために、私がそれに対応できなかったことが入院生活に大きく影響したように思います。

次は、何と言っても患者に対するコミュニケーション不足です。

入院中に抱いた疑問や不安等について直接医師や看護師に尋ねることができないということが私を更に不安にしました。

次は、看護自体の質の変化、具体的に言うと、私が求める看護が行われないこと、患者に視点をおいた看護の質の低下というべきものです。

従来から存在していて今日でも患者が求める看護は新しいしくみになってもその中にきちんと位置づけられて存在し続ける必要がありますが、それが不在な場合、患者は戸惑い不満を持ちます。

次は、2、3番目とも関連することですが、看護技術の問題、特に、手術後一時期目が見えないとか言葉を発することが出来ないなどコミュニケーションが取り難い患者がいる、あるいは手術によって様々な欠損を生じて精神的に不安定になっている患者がいる現場では、それらの患者に対して適切にコミュニケーションができる看護師が必要ですが、それが不足したことです。

ここでの経験は1つの病院の1つの科における1人の経験にすぎません。これが真実であるためには同様の多くの事例で同様の結果が提示される必要があるでしょう。しかし、これは研究報告ではないので、読者にはこの1事例で想像力を働かせて頂くことをお願いすることにしましょう。

A病院で採用された新しい看護のしくみが将来一般的になることを想定した場合、今後私と同じような経験をする患者を出さないためには、病院関係者の方々にこのしくみを導入する際の留意点として是非参考にして頂きたいと思います。

また、記録をご理解頂くためには、病院の名称などを具体的に示すことがより適切であるかも知れませんが、このような記録は改善に役立てて頂くという私の意図とは別に、『告発』になりがちなため、それを避ける意味で名称は伏せることにしました。

また、これらをここに公開した意図の1つは、読者の皆様からご意見や考えを得たいということがあります。

例えば、次のような方々からの確で専門的な、また、経験上の情報などをお寄せ頂きたいと考えます。

医師や看護師からは的確な根拠と共に医療や看護面での疑問にお答え頂ききたいと、患者として経験のある方からは患者側の知識や経験などをお寄せ頂きたいと、また、病院の経営や事務の立場の方からは病院のしくみや看護システムに関する実際の情報をお寄せ頂きたいと思います。

●タイトルなどについて

このタイトルとして使った『ナイチンゲール』とは、皆さんが良く知っているクリミア戦争の時に看護婦として実体験された女性です。

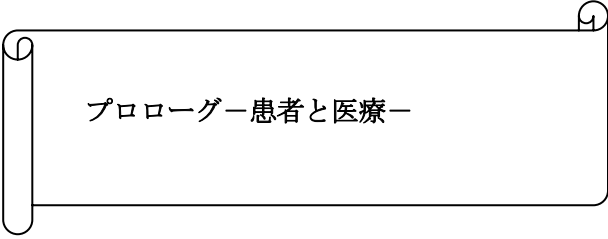
ここでは、彼女の著書である『看護覚え書』に示されている『What it is and What it is not』（何が看護であり、何が看護でないか）を問い続けながら実践された看護師を表す意図で使わせて頂きました。

また、『今何処に』という表現は次の2通りの形態で用いました。

1つは、『今何処にいるのか』という現在形として。

2つは、『今何処に向かうのか』という未来形として。

第1章から第3章で前者についてその実際を明らかにし、第3・4章で前者と後者についてその問題と課題をまとめました。



プロローグー患者と医療ー

●プロローグの意図

私は4回脳出血を起こして入院し、最後の時は脳出血というよりその原因であった右脳幹部にできた血管腫の摘出手術が入院の目的に追加されたが、A病院の救急外来あるいは一般外来に4回とも自分で出かけたことは共通している。

この4回の外来診断の経験で私は救急外来の対応にいくつかの疑問をもった。

救急外来の対応に対する疑問についてはこの後でまとめて述べるが、端的に言うと、それらは当日の診断の見誤りを引き起こしたのではないかと思えるものであり、特にこれらは退院後も解明されないままずっと持ち続けている疑問である。

そこで私は当日私が抱いたいくつかの疑問を『患者と医療』の視点から、本書に先立ち『プロローグ』として報告しようと思う。

その意図は次の通りである。

1つは、患者として医療の専門家からの確なご指摘や正確な情報を得たいということがある。

これら診断の見誤りと思い続けてきた原因のいくつかは私の認識の誤りかも知れないのでそれらを明らかにしたい。具体的に述べると、それぞれの時点における私の判断、特に救急時の交通機関や医師による検査結果の評価方法や診断方法に関する今回の私の判断の正誤について明らかにしたいという個人的な意図である。

脳卒中は時間が勝負であるといわれる昨今、このことを患者が遵守して対応しようと心がけても、今回私が退院後もずっと抱き続けているような様々な疑問が解明される方法がない限り、患者側の努力は生かされないと思うからである。

2つは、今後の救急対応について、特に地域の救急医療のあり方について今後一定の基準を設けて対応するというしくみが検討されることを想定して、その場合に患者の実態を反映するしくみを是非設けて欲しいという思いがある。

救急医療のあり方やそれに関する方針などについては、その時の政権に左右されることなく何時の時代にも通用する内容が求められること、それ故、それを策定する主体と検討する組織が大事であると考えてるので、策定主体にはこれまでのようなその時代の政権を握る政党や官僚等ではなく、NPO等の中立的な独立した機関が行うこと、また、検討組織についてはこれまでのような行政や一般市民や医師会等一業種団体の代表のみでなく、患者の実態を反映するために地域住民の参加を図ることなど、検討組織の構成についても世界の先進事例を参考に十分検討して頂きたいと思う。

3つは、診療時の患者の症状や訴え、医師の検査依頼や診断や処方の根拠等を記録するカルテについて、診療カルテというに相応しい記載方法、記載内容に改善して欲しいという意図がある。

患者と医師のコミュニケーションの実際と検査結果などが総合されて医師の言葉で当日の診断の根拠が正確に記載された、将来患者がそれらを辿ることが出来る質の診療カルテを期待するからである。

●救急外来の対応に対する3つの疑問

1つ目は、私が外来に来た時に交通手段から生じた疑問である。

私は4回とも救急車を利用しないでJRとタクシーを乗り継いで救急外来、または、一般外来に来た。

1つ目の疑問は、この救急外来受付に来た時の状況が当日の診察方法や検査結果の予断となって影響しはしなかったかという点であ

る。

2つ目は、検査結果のデータの診方から生じた疑問である。

現在、検査結果はP Cに入力されて医師に届けられ、医師はそのデータをプリントアウトせずに画面上で検討して診断するように変わった。

2つ目の疑問は、検査結果のデータをプリントアウトせずに画面上で検討するという方法は診断に誤りを生じさせないかという点である。

時には、検査結果を過去の同様のものと比較する場合、同一画面上で行わずに別のファイルのデータ画面をガチャガチャと反転・反復させながら行うことがある。しかし、この方法は検査データの客観性を失いかねず、その結果診断に誤りを生じさせないかという点で疑問がある。

3つ目は、血管腫の変化を診る方法、特に、機器に関する疑問である。

過去3回の入院で私はC TとMR Iの検査を数多く経験して、これらの方法の目的や特長などについて患者側から必要な情報を概ね入手できていた。

3つ目の疑問は、血管腫の変化はC Tではなく、MR Iで診る必要はないのかという点である。

第4回目の一般外来診療における検査方法―「出血はC Tで診る」と言われた医師の意見と、「血管腫の変化をMR Iで診なくても良いのか」という私の意見とのかみ合わない会話をした後に行った検査方法―はその時の私の症状に対して適切であったのかという点で疑問を感じたものである。

1. JRで来院した患者を救急患者とは看做さないのか

私が4回脳出血を起こしたことは前に述べた通りである。

まず、第1回は2000年8月23日ごろであった。

朝起きてトイレに行こうとした時、まっすぐ歩いているのに何故か右へ右へと行ってしまうのであった。

「おかしい」と思い、1995年頃から高血圧で定期的に診察を受け、降圧剤を処方してもらっていたA病院循環器内科の主治医に電話連絡した。

具合が悪くなった当日は診察予約の日でも、担当医が外来に出ている日でもなかったが、「何かあったときに」と、医局の連絡先を聞いていたので連絡したところ担当医と連絡が取れ、出血の恐れがあるので救急外来に来るように言われた。

私は入院するようになることを考えて、保険証など必要な書類をザックにつめた。また、入院する事態になっても差し支えないように、これまで行ってきた研究会の研究成果や資料をフロッピーに入れ宅配で送ってもらうよう宅配の申し込み用紙に記入する一方、データをメールで送信するなど一仕事してから、タクシーを呼び、ザックを背負って最寄りのJRの駅に向かった。そして、そこから、そっと歩いてエスカレーターに乗り、そろそろと歩いて切符を買い、そろそろと歩いてホームに下り、電車に乗り、次の駅で別の列車に乗り換えて病院の近くの駅まで行き、更に、そろそろと歩いて改札口を出て駅前のタクシーに乗り、病院の救急外来受付に付いた。

この時時受付にはすでに私のカルテが届いており、CT検査の結果出血していたことから直ぐに止血剤その他の治療が施された。

私が朝起きて身体の異変を自覚して病院で治療に入るまでのこの間の時間は概ね3時間以内であったであろうか。

また、私が家を出てから病院の救急外来受付に到着するまでの

『door to door』の時間は1時間弱であったように思う。

待っていて下さった担当医は私が救急車でもっと早く到着するものと思われたようだった。このことについて私は後に『注意書き』の所で詳しく説明するが、ある理由から、「意識があって歩けるようであれば、救急時は自力でJRなどの公共交通機関を利用したい」と考えていたので救急車を使わず、JRを使ったのである。

様々なことが幸いしたお陰で出血は止まった。

出血を止める治療を行っている最中、入院1週間程度の病状の重い段階で、いつもの外来の主治医とは異なる病棟の担当医がリハビリ専門病院に予約を入れていた。退院時には後遺症も全くなかったが予約を入れた関係でリハビリ専門病院に転院することになり、そこには最低1ヶ月入院しなければならないことになった。しかし、その時の私にはこれと言った身体的な障害もなかったので、軽い訓練を行いながら退院の日を待ち、退院翌日にはその日に予定されていた研究会に出席することができる等すぐにこれまでの日常生活に戻ることができた。

2回目は、1回目の出血から丁度1年後の2001年8月25日ごろであった。

朝起きてトイレに行こうとした時、左の顔や首筋に経験したことのない僅かなしびれを感じた。

この時は循環器内科の担当医にご迷惑をかけないようにという考えが何故か頭を横切り、直接病院の救急外来に電話を入れて今回の症状と前回の経緯を説明し、「一般外来の時間になってから一般外来に行くことが良いか、あるいは、救急外来に直ぐに行くことが適当であるか」ということを相談した。電話に出た看護師は宿直の医師にでも相談されたのか、私をしばらく電話口で待たせた後、「直ぐに救急外来に来るように」と答えた。

この時は私が入院するような事態になっても直ぐには困らないように、研究会活動については必要な資料を全てメールで送り、また、友人に頼まれていた調査結果の分析についてはCDにコピーして宅配便で届けるように手配するなど、仕事に関しては今回も概ね終了させて出かけることができた。

私はこの時も1回目の時と同じ方法でタクシーとJRを使ってそろそろ救急外来受付に向かった。

そこで私は宿直で救急外来にいた循環器内科の担当医に聞かれるまま、一人で来たこと、救急車ではなくJRを使って来たことを話した。

担当医は直ぐにCTだかMRIだかー今はその記憶が定かではないー検査を受ける手続きをしたがその場で検査結果を診ることもなく、また、今回の症状の原因の説明や帰宅後の生活上の注意なども告げないまま、その担当医の外来日に再度来るように指示して私を帰した。

このように指示された私は朝来る時のひどい状態が改善されないまま、症状についての説明もないまま帰されることに不安を抱きながらもそれに従った。そして、医師が何にも指示されないのであるから、これまで通りの生活が続けても良いのであろうと理解し、来た時と同じようにそろそろJRとタクシーを乗り継いで帰ることにした。しかし、この時はそのまま自宅に帰ることはせず、妹が来る予定になっていた母のところに寄って昼食を食べてから自宅に戻ったのであった。

自宅に戻るとしばらくしていつもお世話になっている外来の循環器内科の主治医から、「出血しているから至急救急外来に来るように」という電話が入った。

何故この医師から電話が入ったかと言うと、救急外来で診察を受けて外来で会計をするためにしばらく待つ間、私は病院の公衆電話

からこの外来の循環器内科の主治医に電話を入れて状況を話し、今病院の外来で会計を済ませて帰るところであるということを話したからであった。

これを聞いた主治医は撮影の部屋に向かい直ぐに検査結果を見てくださったようで、出血していることを知って私が未だ外来にいるかもしれないと思い、外来に呼び出しのアナウンスを数回かけて下さったそうである。しかし、私が帰ったことを知ってから、自宅や数年前のカルテに記入されていた前の勤務先の事務所や転職先などに次々と電話連絡して探して下さり、やっと私に連絡が取れたという次第であった。

この時は妹がいたので前回とは異なり妹が付き添ったが、行き方は前回と同様タクシーとJRを使った。

この時も待っていて下さった循環器内科の主治医は私が救急車でもっと早く到着するものと思われたようだった。しかし、前回と同様、その回も、「意識があって歩けるようであれば、救急時は自力でJRなどの公共交通機関を利用したい」という考えは変わっていなかったなので救急車使わずJRを使ったのである。

この時は病院が工事中で循環器内科の病棟は丁度引越しの最中であつたために、その病院には入院できず他の病院を紹介されて入院することになったのだが、到着後直ぐ止血のための点滴が行われた。

この回は私が朝起きて身体に異変を自覚して病院で治療に入るまでの時間はA病院での検査を含めて概ね8時間位であつたろうか。

お陰でこの回も何ら後遺症もなく、また、専門のリハビリ病院に入院することもなく、退院翌日から入院前日と同じ生活に戻ることができた。

なお、この回は短期間に再度出血する原因を解明するために止血後も検査入院することになった。そして、この時初めて、出血の原因が高血圧などではなく、『右脳幹部にできた血管腫』であることが

判明した。また、この右脳幹部にできた血管腫はできたところが脳幹部であることから救命措置という事態でない限り通常は手術できないことも知らされた。

このような事情で私は、「通常の日常生活を送りながら、出血したら入院して止血し、血が止まれば退院して通常の生活に戻り、また、出血したら入院するという生活を送ることになる」と説明された。また、血管腫ができる原因や出血する原因が判らないので日常生活の上で特に注意すべき点、予防方法などについて助言を受けることもなく退院したのである。

3回目は、2回目の出血から約1年経った2002年9月であった。

朝起きると左の顔や首筋のしびれが強いように感じた。

救急外来に電話すると、「直ぐに来るように」と言われた。

今回は前の週に急ぎの仕事を終え、成果品を渡したばかりなので、とりあえず仕事の方は数ヶ月間大丈夫な状態であった。

今回も同様の行き方で病院に向かった。

救急外来窓口に着くと宿直医が、「誰と来たか、どのような方法で来たか」と尋ねたので、前回と同様、「一人でタクシーとJRで来た」ことを告げた。また、この説明だけでは誤解や先入観が入り診療に予断がおきることを恐れたので、私は過去2回の経緯や埼玉県から東京にあるこの病院まで何故救急車を使わずタクシーとJRを乗り継いで来るのかという理由を手短に説明した。

宿直医はCTの検査を示し、「出血していないのでこのまま帰って良い」と告げた。

私は検査の結果が何ともないこと、強いしびれは何でもないこと、気のせいかも知れないと自分に言い聞かせ、次の日からこれまで通りコンピューターにしがみついて夜昼なく作業を続けた。

数日しても強いしびれは治らず、見ているテレビの画面が複数に

見えてきた。このような症状に対して私は仕事で忙しい余りリハビリが不足したのではないかと反省し、数日後に診察が予定されていた外来の脳神経内科の医師に電話して、「診察当日までに入院せずに通院できる駅の近くのリハビリ病院を探して下さい。」と予めお願いして診察日を待った。

当日は勿論、これまで通り救急車を使わずタクシーとJRを乗り継いで行った。

予約当日これまでの経過を報告すると、目が複視になっているのを見た医師は、「出血している」と診断し、直ぐにMRIを撮りに行くように告げ、私は結果を待たずに入院した。

案の定、結果は出血していた。

この回は私が朝起きて身体に異変を自覚して病院で治療に入るまでの時間は概ね数日経過したであろうか。

この回も何ら後遺症もなく、また、専門のリハビリ病院に入院することもなく退院翌日から入院前日と同じ生活に戻ることができた。

なお、第4回目入院した時お世話になった看護師からこの第3回目の入院時の様子を聞く機会があったのだが、それによると、この看護師は私の3回目の入院時にも私を担当したらしく、この3回目の出血については、『出血が止まらなければ脳神経外科に移す』という診断も出ていたと言うのであった。『出血が止まらなければ脳神経外科に移す』ということは、救急救命のための措置を考えていた危険な事態でもあったということのようである。

毎年夏ごろ出血するのがこれまでの常であったので、2003年もその時期はひやひやしながら過ごしたが、その年には出血はなく、2004年春には脳出血のことなどすっかり忘れて、新たにおとずれた家の近くの大学における非常勤の教職を交えた生活を楽しんでいた。

しかし、その年は例年のごとく、あるいは、例年以上に4月下旬

の天候が不順で 1 日の内でも気温差が 8～10 度近い日が数日続いた時があった。そこで、私は毎日朝食前のNHKのニュースの天気予報で一日の温度差を確認しながら、「私のような高血圧や神経の病気を持っている者は気をつけなければいけない時期だ」と思いつつ過ごしていた。

そして、丁度 5 月上旬が脳神経内科の外来の診療予約日であったので、その日に診療を受けるつもりでいた。

ところが、診察日より数日前の朝、起きると何か具合がおかしい。体調に異変が起きていることを自覚した。

2002 年 4 月、母が心筋梗塞でステントを心臓に留置する手術を行って退院して以来、母のところで夕食を一緒に食べてそのまま泊まり、翌朝朝食を一緒に食べてから自宅に戻るという生活に変えていた私は、母がデイケアに行く日を私が診療に行く日にしていた。

その日も当日はいつもの様に歩いて近くの老人保健施設に母を送ってから駅に向かう予定でいたが、その日は何故か歩くことがきつく、タクシーを呼んでやっと乗り込むことができた。

施設についてもタクシーから降りていつものようにデイケアの部屋まで母を送っていくことができない。施設に着いて直ぐに事情を説明して職員に母をお願いして最寄りの J R の駅に向かった。

タクシーを降りて切符を買い電車に乗ることがこれまでと違いきつく感じた。特に、乗換駅で電車を待つ間、立ってられないのである。飲料水の自販機に寄りかかって電車を待ち、来た電車に乗り、やっと病院の一般外来に付いたのであった。

着いた時には歩くのが辛かったので、この時初めて玄関にあった車椅子を借りてボランティアをお願いして外来の診察室の待合室まで誘導してもらった。

外来の診察室はいつものことだがゆうに数時間は待つことになるのだが、これがこの時はとてもつらく感じたのであった。

診察に呼ばれて経過を話すとCTを撮ってくるように言われた。

今回ほどつらいことはなかったので、「車椅子で行きたい」と言ったのだが、「歩いて行くように」と言われた。

また、「血管腫の状態やその変化などを診るのにMRIでなくても良いのか」とたずねると、「出血を診るのはCTだから」と、かみ合わない会話をした。

外来の廊下を検査室までそろそろ歩き、帰りはつらい歩きで戻り、診察室の待合所で呼ばれるまで待機した。

検査結果が出て診察室に呼ばれて、「出血はない。帰って良い。」と医師は言われたが、これまで3回の経過から見て、私は今回も出血していると感じたので、医師に、「この状態で今すぐに帰ることはできないので、とりあえず診察室の裏手にある処置室のベッドで休ませてくれるよう」お願いし、また、その直後には、『経過入院』が可能であればそうしたい」と伝えた。

そうこうしている間にベッドの空きがあつたらしく、とりあえず入院することになった。また、この時、病室に向かう前にMRIを撮ったのだが、外来の医師はやはり「出血していない」と言われた。

数日後MRIを撮った結果、出血しており、その症状から絶対安静にするために脳神経内科から脳神経外科に移された。

付け加えると、その後、病棟の脳神経内科の医師から、「先に外来で撮った検査結果—CTの結果かMRIの結果かということについては明言されなかった。また、私もその時にそのことを尋ねることはしていない—を診たところ、その時すでに、出血が認められた」という所見を頂いたのであった。

以上が、私が『救急事態』と感じて救急外来あるいは一般外来に行った時の病院の対応の記録である。

『救急車を使わない理由^(注1)』、『意識があつて歩ける場合は公共

交通機関を利用する理由^(注2)』については後の『注意書き』のところで説明するが、これら4回の対応について誤診の有無はともかく、救急患者に対応した最初の段階の診察方法、『診察技術』ともいうべきものに私は3回ほど疑問を持った。

共通した疑問は次の2点である。

1つは、『私が付き添いなしで一人で来たこと、救急車でなくタクシーや公共交通機関を乗り継いできたことが診断に影響したか、予断になりえたのではないか』ということである。

2つは、患者の疑問を解決してくれるのは、当時のカルテしかないが、「各回記入されたカルテに当時の患者の訴えや患者に対する問診の状況や結果、患者が来院した時の状況、医師が診断された根拠等が記入されているか」ということである。

2番目の疑問点についてみると、来院した状況等が毎回異なるので、各回別に以下に具体的に示すことにしよう。

まず、第2回の救急外来における対応から説明しよう。

この回の疑問は、『何故当日の検査結果をその場で直ぐに診る必要がないと判断したのか、何故宿直医が外来で診察に当たる4～5日後で良いと判断したのか』という点である。

検査結果を当日診ず、4～5日先の外来の日に決めた診断の根拠はカルテに記入されているのであろうか。

素人の私は、「当日の診断はカルテに記入されている筈の1回目の病歴と私が告げた2回目の当日の症状と当日の検査結果などが総合された結果行われるもの」と考えていたので、当日の患者の訴えと医師の検査依頼の根拠、そして、『検査結果の診断は次回の診療予約の時でよい』と判断された根拠などがカルテに明記されているのかいないのか、知りたいところであった。

今回は結果的に出血しており、患者が症状を訴えて何らかの治療

を望んだ時の診断としては誤診であったと判断できる。

医療の分野では、このようなことはいくらでもありうるかも知れないので医師の誤診などについて言及するつもりはないが、「後日外来で診察すれば良い」と判断されたその根拠をカルテに明記することは『診断』そのものであると思うので、診断の根拠が明記されているか、いないのか、ということを知りたいのである。

いずれにせよ、医師だけでなく患者も当時のカルテから医師の判断の根拠や詳しい所見などに辿りつくことができる必要はあるであろう。

次に、第3回の外来における対応について私が疑問に思った点を説明しよう。

その時は、「誰か付き添いはいないのか、一人で来たのか。何故救急車で来なかったのか。」と問診された事実がある。

それに対して、救急車を使わずJRを利用した理由についてできるだけ理解してもらえるように言葉を選びながら答えたことを今も記憶している。

当日は「出血していない。」と言う判断であった。

「本当にそうであったかどうか」、私には判りかねるが、具合が悪くて救急で駆けつけた患者に対して、検査結果のみを告げて帰そうとする診療方法に大変不満^(注3)を覚えた。

その理由は、医師にとって必要な診断は「出血しているか否か」ということであるかも知れないが、患者が当日診察を受けるために駆けつけた理由は、具合がおかしいことに対する診断とその治療であったからである。

「出血しているか否か」ということは、いわば医師側の勝手な医療技術上の言い分であり、『出血してない』からどうなのだ。」というのが患者の本音である。

何度も言うようだが、患者は「出血しているか否か」を聞くために病院を訪れたのではなく、具合が悪いことの根拠を明らかにし、それを治療してもらうために訪れたということに尽きるのである。

疑問は第2回目と同様、「患者の訴えや検査結果や診断とその根拠などがカルテに明記されているか」、「患者はカルテから当時の医師の判断や詳しい所見などに辿りつくことができるか」ということである。

最後に、第4回の外来における対応について私が疑問に思った点を説明しよう。

CTを撮ってくるように言われた医師に対して、「今回ほどつらいことはないので車椅子で行きたい」と私は言ったが、それに対して、「歩いて行きなさい」と言われた。そして結果が出て、「出血はない。帰って良い。」と言われたが、この状態で今すぐに帰ることはできないので、とりあえず診察室の裏手にある処置室のベッドで休ませてくれるようお願いし、また、『経過入院』が可能であればそうしたい旨伝えたことは前述の通りであり、とりあえず入院したのが4回目であった。

また、数日後MRIを撮った結果、出血をしており、その症状から絶対安静を確実に実現するために脳神経内科から脳神経外科に移されたのであるが、その後外来の医師ではなく入院棟の脳神経内科の医師から、「先に外来で撮った検査結果を見たところ出血が認められた」という所見を頂いたのであった。

第4回の外来での対応については、検査結果の見方に関して、この後（『プロローグー患者と医療ー、2. 検査データの比較は同一画面で』）で述べることに関連するのかわからないのか判らないが、結果的に誤診であったのかも知れない。

それはともかく、患者の提案によって経過入院したこと、その直

後出血していたこと、あるいは当日でさえ医師が「出血していた」といわれたことについて、外来の医師はどう評価されているのだろうか。

当日、行きと同じ方法で自力で自宅に帰ることは実際できなかったし、CTを撮りに撮影室まで歩いて往復した後ではそれこそ救急車でも使わなければ自宅に戻れない状態であったことは事実である。

この時も機械による検査結果のみを患者に告げて、患者の明らかな症状に目を向けない、あるいは、それを診断しない医療方法に不満を感じた。

疑問は第2・3回目と同様、「患者は当日医師が診断したその根拠をカルテの中に見出すことができるのであろうか」、特に、「検査結果を見て『出血していない』と判断された根拠、あるいは詳しい医師の所見などを当時のカルテから辿ることができるのであろうか。」ということである。

以上、来院時の状況が当日の診断に影響したか否かという疑問についてはどう理解したらよいのであろうか。

(注1) 救急車を使わない理由について説明したい。

これは端的に言って私の数少ない経験からである。

1つ目の経験は、私が旅行先で小指を切断する事故があった時の救急車の対応から得たものである。

5月の連休の時、右の小指を切断するという事故に会い、救急車を使ったことがあった。

私はその時まず、これに対応できる病院を探して連れて行ってくれることを救急車に頼んだが、救急車はまず町内の医者にお問い合わせ、町内で全く対応できないという判断をもらって初めて、町外の医療機関にかかることができるという説明をされたのであった。

そのためその時は、「まず近くの医者にお問い合わせる。」ということであった。

私は切り取られた小指を直ぐに流水で消毒し、直ぐに付けてくれるようきれいなハンカチにくるみ、そのまま町内の医者をつたはらった。

最後の1軒で、救急車から降りて診察してもらったのだが、結果的に甲府市内にある市立病院に入院することになり、また車に戻ってそこに向かった。着いた時は事故から数時間経過しており、手術をすることになった時には、持ち続けた指は不要になっていた。

この時私は救急車を利用するより、浦和の自宅でいつも行ってきたように、104で電話番号を確かめて市内の休日休館診療所のようなところを探し出し、そこに連絡して適切な診療科の担当医がいる病院を紹介してもらい、その後自家用車で向かい、直ぐに待機している医師に診療を受けるという手順を踏む方がベターであったことをその事例を通じて確信した。

2つ目の経験は、母が心筋梗塞になった時の対応から得たものである。

直ぐに救急車を呼ぶことはせず、また、新しく出来た救急医療センターでもなく、以前数回利用したことのある休日休館診療所に電話した。

休日休館診療所の受付は市内の医療機関の情報を把握しているベテランの看護師らしき人が電話の応対に出ることが多いこと、救急医療センターの受付は若くて経験の浅い事務屋のような応対しかできないことを予め知っていたからである。

そこで病院を紹介してもらい、患者の症状を予め把握してもらってから、救急車を呼び、そこに連れて行ってもらうと、既に手術の出来る医師に連絡が入っていて、暫くすると若い女性の医師が駆けつけ、30分後くらいにはステント留置の手術に入った。

手術後は一度もその病院に診察を受けに行く必要もなく、近くの医院で処方される薬を服用するだけで、手術後5年になるが、何事もなく元気に過ごすことができています。

自分が診察を受けたいと思う病院があり、連絡すれば救急患者として診察してくれる病院がある患者が、県外や市外で救急車を利用する場合、希望通りの病院に向かうことができるのかという点がずっと不確かなままであったので県外や市外から救急車を利用することは避けたいと思ってきた。

とりわけ、救急時に『希望する病院を利用できるかどうかわからないような』不確かな方法をとる危険は冒せないので、救急時であればあるほど救急車を避けたいと思ってきたというのが実態である。

なお、不確かな点を確かめるために救急でない時に119番に電話して聞くこともはばかられ、また、病院の医師や看護師からの的確な説明がこれまで得られないということも、くりかえしこの方法で救急事態をやり過ごしてきた理由である。

(注2) 「意識があって歩ける場合は公共交通機関を利用する」と考える理由について説明したい。

救急車を利用しないのであれば、タクシーという方法がありうるが、これも私の次のような数少ない経験から避けている。

仕事仲間などと会食して夜遅く帰ることがある。

最初はタクシーが乗り降りもなくて安心だと思い、それを利用していた。ある時体調が悪くて途中で戻しそうになったことがあった。

その時の運転手はビニール袋などの嘔吐物を入れるものを手渡すでもなく、乗っている私を気遣うこともなく、車内を汚されることばかりを気にして嫌な顔で運転していた。そのため、何故か私はとうとう「ここで休んでいきますからここで降ろして下さい。」と言わざるを得ない気持ちになりそこがどこやらわからないまま降りたことがあった。そして、少し休んだ後、タクシーが来るのを待ったのだが、そこは夜間ほとんどタクシーが通らない抜け道であつたらしく、タクシーが通る大通りを探して夜間動き回ったという怖い経験があった。

また、この経験があったので、夜遅い時はタクシーを使わないようにして

きたが、ある時夜遅く地下鉄を利用したことがあった。

気持ちが悪くなって、途中で地下鉄を降りて改札口の近くで壁に寄りかかって気分が良くなるまで待つことにしたのだが、地下鉄はそれが終電でもう後からは来ないことが判り、改札口の職員は帰りかけていた。私は事情を話して、もう少しここにいることを伝えと、その職員は、「ＪＲはまだ動いているから、少し休んでからＪＲで帰ると良い」とアドバイスしてくれて、私が動いてＪＲの駅に向かうまで改札口の電気を消さずにいてくれた。

そのため、その日は無事に帰宅できたのであった。

最近のテレビでも良く報道されるようになったが、公共交通機関で働く職員は緊急時の対応について訓練を受けていること、また、ＪＲ駅周辺には大きな病院もあり緊急時に途中下車しても適切な対応が期待できそうであることなどが、私がタクシー利用を避けて公共交通機関を利用する理由である。

(注 3) 救急外来受付に行った当日、診療方法や診断結果について不満や不審に思ったことがたびたびあった。

それらについてここで詳しく説明したい。

診断の根拠は、当日の患者の症状や検査結果の他に、医師の経験があると素人の私は考えるが、最近の診断はそうではない。検査結果を待たなければ診断ができない、従って、処置や処方出来ないというのが現状である。

それ故、このような診察方法、診察技術を患者は当然不満に思うのである。

私が最も不満に思うことは検査結果の報告だけで帰されることである。

何故なら、当日行われた診断という処置は検査結果の報告だけであり、患者が救急診療を受けるために来院した目的を殆ど果たしていないからである。

治療を受けに行ったのに治療されずに帰されたのであるから。

出血か否かということについて検査した結果、「出血していない」ことを患者に告げるだけの診断は、当日の症状についての診断と今後の生活や今後の症状の変化に対する指導や処置が欠落しているばかりでなく、患者を救急診察に来

た目的が果たされないまま帰すことは、患者に来院時よりもより大きな不安と当日の診断に対する不満とを与えたまま放置したことになる。

今回の場合は、出血か否かという点については今回の結果はそうではなかったが、これまで2回の経緯から見て、出血の他に血管腫の動きに対する診断や今後の変化に対する対応について、患者にきちんと説明すべきであったと考える。

例えば、「今日の検査では出血していないが、2～3日は様子を見て激しいことは控えること。」あるいは、「何か変わったことがあれば直ぐに来ること。」、また、「変わったことというのは、例えば、『これこれである』」などの情報提供は必要であろう。

あれほど慎重に行動して到着して診察してもらった結果が、「出血していない。」と診断されたことで、「何ともなかったのだ。」と思う患者がいるかも知れない。安心して帰り、特段注意がない限り、これまで通りの生活を続けてしまうであろう。いや、「何ともない。」と言う医師の言葉が、「これまで通り何をしても良い。」という『お墨付き』になり、これまで以上に仕事に精を出してしまうかも知れない。

今思えば、私の場合は後者であったように思うので、「当日の対応は病院に駆けつけた目的を十分に果たすものではなかった」と今でも思っている。

2. 検査データの比較は同一画面で

私は2004年5月に脳神経内科の外来の診察予約をしていて、診察に行き、CTを撮り、その結果、「出血はない」と医師から伝えられた。

しかし、これまで3回とも、脳出血の前兆を自宅で経験し、タクシーと電車を乗り継いで自分で救急外来受付まで行き、CTあるいはMRIを撮ってもらい、その内2回は「出血はない」という医師の所見にもかかわらず、結果的に毎回出血をしており、1回は検査当日に、後の1回は数日後に入院という経験をしていた私は、今回

の自宅での症状から出血していると感じていた。

そこで、医師に、「この状態では今すぐに帰ることはできない、とりあえず診察室の裏手にある処置室のベッドで休ませてくれるよう」にお願いし、また、『経過入院』ということが可能であればそうしたい」旨を伝えた。

その結果、ベッドの空きがあったので、その時MR I を撮ってからとりあえず入院することになったのだが、その時のMR I の結果についても外来の医師は、「出血していない」と言われた。

しかし、数日後MR I を撮った結果、出血しており、絶対安静のため脳神経内科から脳神経外科に移されるということになった。

また、脳神経内科から脳神経外科に移される時、外来ではなく入院病棟の脳神経内科の医師から、「外来での当日の検査結果を見ると、一それが外来で最初に撮ったCTの結果であるのか、経過入院を決めた後に撮ったMR I の結果であるのかについては言及されなかったが一出血があったようだ」という所見を頂いたのであった。

私は外来での当日の検査結果一それが外来で最初に撮ったCTの結果であるのか、経過入院を決めた後に撮ったMR I の結果であるのかについては判らないが一について外来の担当医が「出血していない」と言われ、入院病棟の脳神経内科の医師が一出血があったようだ」といわれたことを鑑みて、外来に来る数日前仕事の件で友人と交わしたデータの読み誤りと同じことがここでも起きたのかもしれないと感じた。

そこでこのような経緯を辿ることになった原因に少しでも迫るべく、また、現況の医療現場の状況または患者の状況を改善することに繋がることを願い、仕事上の友人とのやりとりについてここで報告しようと思う。

2004 年 3 月頃から調査解析の仕事を友人の事務所から依頼されてその結果を報告したことがあった。

報告の内容を検討するために、複数で同じデータを読むことにし、再度友人と 2 人でその作業を行った。その結果、同一データに基づいていながら、結果の評価には幾分異なるところが出たので、その時その原因を考えたことがあったのだが、それが今回のことに通じるように思えた。

パソコンが調査結果の解析作業の中心を占める以前は、調査結果を分析する時、調査報告書のデータのみをプリントアウトしてそれを手元において検討していたのだが、最近はデータをプリントアウトせずに直接画面上で検討することが一般的になり、私もその方法で行うことが多くなっていた。

今回行った仕事は『地域活動』に関する調査結果の分析であった。

2つの団体に顕著な傾向が認められたため、これらの団体に着目して更に詳しく見ていくことにし、項目ごとの関連を見るために『クロス集計』という作業を行い、その結果をグラフ化して検討することにした。

研究室や事務所などにおいて複数の人との間で検討する際は、通常データをプリントアウトしてその場に並べて比較検討するのだが、自宅で一人で作業をしていたこともあって、パソコン上でその画面を見ながら、電話で中間報告兼打ち合わせを行ったのであった。

そして、この時、同じ調査項目の結果について友人と 2 人で 2 地区を比較するという同じ作業を行なったのだが、その結果は両者の解析に幾分か差異が生じ、また、差異が生じたにも関わらずその時私は即座にその原因について客観的に説明することができなかったのであった。

そして、この方法に誤りがあったことを後で気づき、そのことを反省したことがあった。

判りやすく説明すると、まず、A B 2 地区の調査結果を 1 項目ごとに単純に集計した、いわゆる『単純集計』の結果とその分析データはそれ自体客観的なデータである。それ故、パソコンで最初に開いた 1 地区目の A 地区のデータは客観的なデータであったと言い得る。次に、画面をカチャット反転させて見た 2 地区目の B のデータも客観的なデータであったと言い得る。しかし、この 2 地区目のデータをパソコンの画面を見ながら比較する時に最初の 2 つのデータの客観性が失われる事態が発生することになったのである。

A 地区のデータを B 地区のそれと比較しようとして B 地区の画面に反転させた瞬間、A 地区のデータは私の頭の中では『残像』としてのデータ、つまり主観的データに変わってしまったのである。

また更に、A 地区目のデータを再度確認すべく画面をカチャ・カチャと反転させた時、先ほどの B 地区目のデータも同様に主観的データに変わってしまったのである。

このような訳でデータを詳しく検討しようと画面を反復・反転させる結果、データの客観性が失われるということが判ったのである。

複数で検討するか否かは別にして、まず、客観的データを同時に一覧できるように並べて、それに関する検討結果をそれぞれが公言し、他者と異なる場合は、客観的データをどう読んだか、『客観的データの解析』について検討していけば、結論が複数になることを含めてもデータの客観性は保たれ、そこから先は客観的データに基づく判断者それぞれ独自の主観的検討結果になる。

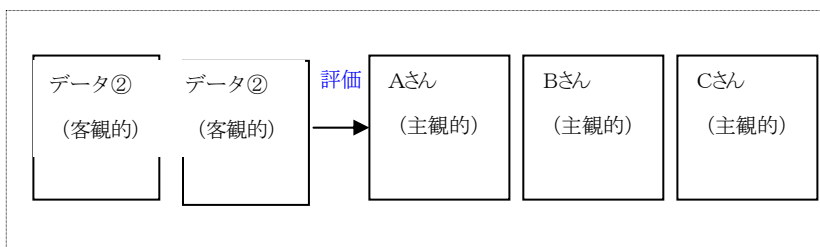
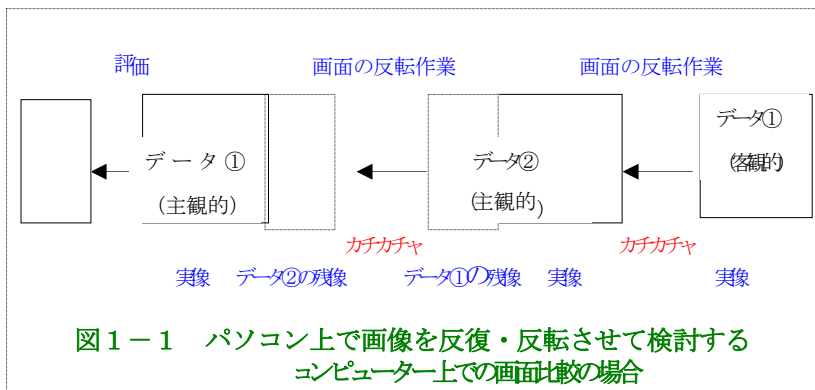
このようなプロセスこそ主観的検討結果が生まれる原因を幾分でも回避できるはずである。

外来の医師が今回の私の C T あるいは M R I の結果を診る時、過去の複数のファイルを画面上でカチャ・カチャ操作しながら比較したかどうかは判らないが、両者間の評価の違いに対する疑問が数日

前に起こった友人とのやり取りを思い起こさせたのであった。

今回の私のC TあるいはMR I の結果について、外来の医師と病棟の医師との間で評価に違いがあったことをどう考えたらよいのであろうか。

図1 データの比較方法



3. 血管腫の変化をMR Iで診る必要はないのか

前述の通り、私は脳出血を4回繰り返したことから、4回の救急対応を経験してきた。そして、これらの経験から私の症状を診断するための機械的な検査方法は2つあることが判った。

それはCT^(注1)とMRI^(注2)である。

この英語の略称が正式になんと言うのかということについては省略するが、この用途については救急対応の過程で私なりに理解したように思う。

CTは救急外来で毎回、出血の有無を検査する時に使われたことから考えると、急性期・救急時の脳出血の判定に優れており、被爆量は大きい、検査時間が短く、特に、骨や空気・水等吸収率が高いものを明確に投影するのに適しているということ。

MRIは入院後一定期間経過した後、脳出血の止血跡や血管腫の状態をみるために数回使われたことから考えると、CTと異なり被爆量は少ないこと、また、症状から見て血管腫が悪さをしながら動いている場合、脳腫瘍ではない血管腫のような柔らかい組織でも投影できるのではないかとということ。

これらが理解できたのは、例えば、次のような経験からである。

最初の救急時には循環器内科の担当医が立会い、救急外来でCTを撮り、直ぐに出血が確認されたことから入院になった。

入院直後に止血の治療が始まり点滴が続いたが、その過程でMRIの検査を何回か受けた。これが止血後であったのか、それとも止血のための治療の途中であったのか、当時の記録もなく今となっては正確な判断は出来ない。

MRIは退院直後にも行っており、入院中都合2～3回は行ったように記憶している。

従って、この第1回の出血の時点ではCTは出血を確認する道具

であるということは判ったが、MR I については全く判っていなかった。

2 回目の救急時には宿直の医師が循環器内科であったが、その時には検査結果を診ずに帰されたのだが、その時の検査がCTであったのか、あるいはMR I であったのか、現在はその記憶はない。

結果的に出血していることが判明して救急外来に行って検査した当日に広尾の日赤医療センターを紹介されて入院することになったのだが、入院直後MR I を撮ったことを確認している。

この入院の目的は2つあり、1つは最初の入院と同様、止血であったが2つは検査入院にあった。

検査入院の目的は再度の出血の原因を調べるというものであったが、この時MR I を何度か撮った。特に、退院直前に撮ったことを勘案すると、出血の原因と判明された『血管腫』の状態の変化を診るためであったのかも知れない。

そう、MR I は出血の有無についても判断できる道具であるのかも知れないが、私の場合、『血管腫』の状態の変化を診るためのものでもあったようである。

2 回目の入院の時、血管造影の検査で血管腫の場所は概ね判明したらしいが、具体的な大きさや広がりや深さなどはこのMR I でも特定出来ないようであった。しかし、出血後の状態、止血後の状態、過去の出血の跡の状態などについてはCTではなくMR I が適当であることを私は当時理解した。

このような入院時の経験があったので、3 回目に救急対応で行った時に宿直医が出血のみを判断するCTだけで診断して帰そうとされたことに納得がいかなかったという経緯がある。

救急対応として出血を疑い、まず、CT検査を行うことは私の再

度の経験からも十分理解できた。この方法は目的にかない検査時間も早い。

しかし、「出血していない。」という結果を受けても、私は次に、「MR I の検査を行う必要はないのか。」という疑問が起きた。しかし、この回は医師に言われるまま家に帰っている。

カルテにも記載されているはずであるが、私は再度出血して入院を繰り返し、その原因が血管腫であり、退院後は血管腫の状態の変化に配慮しつつ生活し、また、外来での定期的な診察ではその経過を診てきたはずである。それ故、当日の症状について自分では出血の有無については確定できないまでも、血管腫に動きがあり、血管腫の状態に変化がおきたということを十分理解できていたので、それについて医師には詳しく説明したが、MR I の検査の必要性の是非については医師に強く訴えることなく終わってしまった。

4 回目の診察室での診察は正に致命的であった。

前述の通り、「CT を撮るように。」と言われた担当医に対して、一当時のカルテに私の訴えが記録されているかどうか判らないが私は、「今回の症状は出血していてもいなくても血管腫が動いて悪さをしていると思うので、血管腫の状態の変化を診るためにMR I で見る必要はないのか。」と質問したが、担当医は「出血はCT で診るから。」と答えるなど、かみ合わない会話をしている。

また、検査結果を診て医師は、「出血していない」と診断されて、当日の症状と血管腫の状態の変化についての診断はないまま帰そうとされたが、当日は帰れる状態ではなく入院している。そして、その後直ぐにMR I を撮ったのだが、その結果についても外来では、「出血していない」といわれたのである。

しかし、その後、病棟の医師からは、「あの時一外来で撮ったCT の結果なのか、MR I の結果なのか明らかにされなかったが一既に

出血していた」と告げられたのだ。

以上のことから、救急時に出血を確認して素早く対応するためには検査時間が早いCTが適しているということが判ったが、再度の出血とその原因が血管腫という私の症状の場合、この検査方法で「出血していないから帰れ。」という診断が救急対応として適当であったのか、また、CT撮影後にでも血管腫の状態の変化を診る必要はなかったのか、MRIはその方法の1つになり得ないのかという疑問はずっと残ったままある。

この点について、患者の私はどう考えるたらよいのであろうか。

(注1) CT : Computed Tomography (コンピューター断層撮影) の略
人体に様々な角度からエックス線をあて、水平方向に輪切りにした断面画像をコンピューター上に展開する装置。

イギリスで開発され、日本には1975年に初めて輸入された。

CT検査による被ばく量は、胸部の場合、通常のエックス線装置の400倍に相当するとされるが、最近は低い放射線量でも精度の高い製品がある。

国際放射線防護委員会 (ICRP) は「必要がなければ繰り返しの検査は避ける」など検査の要件を示している。

2007年12月9日『Copyright (C) 2001-2007 hatena. All Rights Reserved』
より

(注2) MRI : Magnetic Resonance Imaging (磁気共鳴画像) の略
磁場と電波を用いて体内などの画像を撮影する装置。または、それを用いる検査をさす。

被曝の心配がなく、また、脳の中や脊椎など、CTが苦手とする部分の断面画像を撮影することができる。

4. まとめ

『患者と医療』という視点からここで取り上げた3つの疑問は、大きくみると、患者と医師との間のコミュニケーションが十分とれない現状の問題を反映したものであると考えられるので、それが改善されれば問題は解決するかも知れない。

しかし、それらが即座に改善されない現状、改善される根拠も保証もない現状では、医療現場に十分な配慮をお願いすることも大切なことであろう。

願いの1つは、救急で来る患者に対しては救急車^(注1)を利用せず一人で来ようと来まいと、適切な診療を行って欲しいということである。

2つは、科学的な検査結果の評価、特に、経年比較や複数データの比較は同一画面上で並列して行うか、あるいは検査結果をプリントアウトして並列して行うなど、客観性を損ねない同時比較の方法で実施して欲しいということである。少なくとも比較する一方のデータを一瞬でも見失う画像の反転は避けて欲しい。

3つは、機器による検査については、患者の病歴及び当日の症状の訴えに十分耳を傾け、先入観のない科学的検査を実施して欲しいということである。

以上をまとめると、自分で車を運転して来ようが、タクシーとJRとを乗り継いで来ようが、はたまた、一人で来ようが、当日の患者の訴えに静かに耳を傾け、的確な方法の検査を実施して、検査結

果については適切な方法で正確に読み取り、当日の患者の訴えに対応する診断を行って欲しい^(注2) ということである。

(注 1) 医師が極端に不足してきた昨今、救急搬送の患者に対する対応、特に緊急搬送の患者の『判定』の問題がアメリカなどと同様、日本でも早晚緊急の課題になることが想定される。

この場合、1つは従来の119番に対応した消防署員を経由した救急搬送のしくみから専門医を経由するしくみへと替わり、医師の仕事の場が拡大することが予想される。

2つは、最初のしくみと連動して自治体あるいは地域の救急搬送センターなどで使われる『救急判定のための基準づくり』や『窓口職員の対応のマニュアル化』などが早晚行われることが予想される。

今回の私の事例に関連することは後者であり、『JRで来院した患者を救急患者と見做さないのか』ということが、『救急判定のための基準づくり』との関連で懸念されることである。

救急患者の判定においては、勿論生き倒れや口もきけない状態の患者が優先されるであろう。

しかし、タクシー代わりに救急車を利用する場合は論外として、自分で運転してきた患者、私のようにタクシーとJRなどの公共交通機関を乗り継いだ患者を基準や判定の際に、的確に判断してきちんと対応することを私の経験からは是非望みたいのである。

これまでのカルテの記載方法や記載精度などを前提に患者の来院状態を『救急患者ではない』と判断することは私の経験からは適当ではなく、また、間違いであると考える。何故なら、私の場合4回の内3回は私が予想した通り出血しており、また、その内2回は私が取った早い対応で事なきを得たからである。

私の4回の経験から勘案すると、判定や基準づくりにおいて大事なことは、策定主体や検討組織であり。これまでの既成の概念にとらわれず利害のない実

態を的確に把握して公正な基準を策定することができるのは、非営利の中立的な独立した機関であると考える。

これまでのような行政職員や市民団体の代表や医師会等一業種の団体を代表する人々から成る各種委員会はもはや役立たないを考える。そればかりでなく、医療関係者が最近良く広告している「脳溢血等は時間が勝負であるから素早い対応を、早期発見を」という文言を文字通りに取るなら、実態を的確に把握できるしくみをつくるのが最も大事であり、それができるのは先述の非営利の中立的な独立した機関であることは明らかであるからである。

また、自分で運転して来院する患者についても同様である。

運転できる患者は、医師が明らかに脳出血と判定できる症状であっても運転はできるので、救急車を呼ばずに自分で運転して行こうとしがちである。

全く運転できないような出血後のような重い症状の場合は別にして、脳溢血などについて医師が『早期発見のための重要な数時間』と判断する救急事態の時さえ運転はできるので、決して救急車を呼ぼうとはしないのである。このことは運転をする医者や医療関係者であれば判ることであろう。

それ故、今回の私の事例は3回程度であるが、これら少数の事例をきちんと位置づけ、それらを将来の判定に反映していただきたいと思うので、それができる先述の策定主体を選択すると共に、検討組織としてあらゆる基準づくりに『地域住民や患者などの医療経験者が一定割合参加する』しくみを設けることができる市町村が増えることを期待したい。

また、多くの公開された情報に基づき、非営利の中立的な独立した機関によって、以前にも増してより公正に実施されることを期待したい。

(注2)「当日の患者の訴えに対応する診断を行って欲しい」ということについて以下に詳しく説明したい。

仮に、当日の症状や検査結果からみて救急搬送に適する症状ではなく、このまま診療を続けると救急救命業務に支障が生じるという場合でさえ、当日の患者の訴えに対応することは必要であり、必要であれば救急外来以外の診

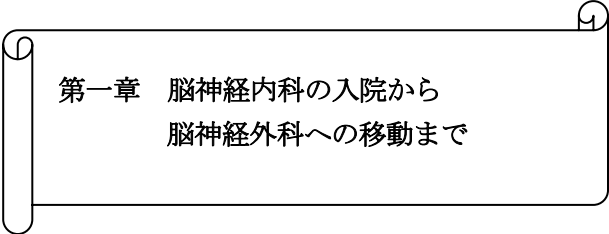
療、例えば、一般外来に移して対応する等の仕事は行って欲しいと考える。

ちなみに、第3回の時にこのような対応を行っていれば出血は直ぐに見つかったのだから。

第4回目の一般外来の時にも、CTの結果出血していなくても、患者の訴えを聞いてその後MRIを撮っていれば、出血は見つかったかも知れないのだから。

また、仮にその時出血の有無の診断を見誤ったとしても、『すぐには帰れない』という患者の症状を観察すれば何らかの対応がとれたと考える。

第4回目の一般外来の時には、処置室で休む、あるいは、『経過入院』という形でこのような対応を私の方から提示したことになるが、このような適切な処置は医師の方からして欲しかったと考える。



第一章 脳神経内科の入院から 脳神経外科への移動まで

5月5日

明日5月6日は、脳神経内科の診療日。

「調子がおかしいので、入院になるかな。」と思う。

3月頃友人の事務所から頼まれていた地区のアンケート調査の分析結果について、「先に送ったもので最終的に良いかどうか。」メールを送って確かめる。「これで良い。」との返事を受け、安心。

5月6日

今日は入院になるかも知れないので、朝食の仕度の前に朝7時頃コンピューターにスイッチを入れる。この時、身体がふらついておかしい。机にしがみついてキーボードを打ち、エクセルのデータの全てを友人の事務所にメールで送る。これで一安心。

この日は、認知症の母を歩いて近くのデイサービスに送っていく日だ。しかし、今日は私自身歩いて行けそうもない。

タクシーを呼んで施設の玄関に付ける。普段なら上履きに履き替えてもらってデイの部屋まで送るのだが、今日はタクシーから降りるのが辛い。そこで職員に声をかけ部屋まで母を連れて行ってくれる様に頼み、そのままタクシーで駅に向かう。

駅に着いて、エスカレーターまでそろそろ歩き、エスカレーターを乗り降りして電車に乗る。

いつもの様に浦和駅で宇都宮線か高崎線に乗り換えるために向かい側のホームに立つ。この時、ふらふらして立っていられず、自販機に寄りかかって電車を待つ。

「今日はこれまで3回の入院の時とは大分違うようだ。」と思う。

駅で降り、いつもの様に階段の少ない改札口に向かい、改札口を出てすぐ前にあるタクシー乗り場まで歩く。

今日はずっとと違い、そこまでたどり着くまで足がなかなか動かない。やっと乗り込んで病院に向かい、着いた病院の中央玄関で初めて車椅子を頼んだ。それから、いつも玄関で待機してくれているボランティアさんに車椅子を押してもらって診察室に向かう。

その時、「きっと出血しているに違いない。」と思う。

呼ばれて診察室に入り、ここ数日の経過と今日の状況を説明する。CTを取ってくるよう言われる。

「CTで良いのか。MRIでなくても良いのか。」と尋ねると、「出血を診るにはCTです。」とおっしゃる。

血管腫の経過を診るために定期的に診察に来ていた私は、「今日出血しているかも知れない。」と思ったので、少なくとも今日はMRIを撮ると思っていた。そこで、「血管腫の変化と出血の有無を同時に診る方法としてこれでよいのか」と質問したかったが、その場ではそれを押し殺し、「血管腫の変化診るのにMRIでなくても良いのか。」「出血を診るにはCTです。」というかみ合わない会話を残したまま検査に行くことになった。

「車椅子で行きたいのだが。」と頼むが、「歩いて行くように。」言われ、そろそろ歩いて検査を済ませて戻った。

結果が出て、再び診察室に呼ばれる。

「出血してないので、帰って良い。」と言う。

しかし、私は動けない。どうしよう。

「具合が良くなるまで処置室で休ませてくれるよう。」頼む。また経過入院などができるようにであればお願いする。

とりあえず処置室で休んでいると、「部屋があるので入院できる。」と告げられる。そして、少し待っていると、病棟から2人の実習生がタンカーで向かいに来た。

その後、私はそれに横たわったまま今度はMRIを撮りに行き、

早速手続きをして誰もいない2人部屋に入った。

なお、外来の担当医によると今回のMR Iでも出血はないと言う。

5月7日

一日中病室で安静にしている。

お手洗いのためにポータブル便器に降りる以外はベッドで静かにしているように言われて、点滴の針の付いたチューブをつけられる。

ベッドにいて、点滴をつけている以外は通常の生活と変わらない。

5月8日

翌日もベッドにいて、点滴をつけている以外は通常の生活と変わらない。

5月9日

朝、便が出そうなのでブザーを押すと、看護師から、「病棟の車椅子用便器で行うよう。」指示される。ベッドの傍のポータブルトイレでも、病室内のトイレでもなく、病室からかなり離れた室外のトイレを使うように言われた。

「この看護師は、私の状態や私の処置について医師から十分説明を受けたのだろうか、十分判った上での指示なのだろうか？絶対安静と言われているのに病室の外の便所まで自分で動いても良いのだろうか。」と訝しく思ったが、何か言っても十分応えてくれそうにないことを察した私は、その時は黙って彼女の指示に従った。

行く時は看護師が便所まで車椅子を押してくれたが、便所に付い

てドアを閉めると看護師は何処かへ行っていなくなった。

私は自分で立ってパジャマのズボンを脱ぎ、用を足して車椅子に移ろうとしたが足が動かない。

頭が重くてふらふらして便器にしゃがみこんだまま動けない。

用が終わったと思った看護師はドアをあけて何事もなかったようにベッドまで運んでくれた。

この時の状態について私は詳しく説明したが、ナースステーションにいる他の看護師や担当の医師にこの時の私の状態が報告がされたかどうかは判らない。

今日は日曜日なのでMR I はない。

翌日はMR I の予定日である。

「恐らく出血しているであろう。」

5月10日

MR I の結果、案の定、出血していた。

家族が呼ばれて説明を受けたのであろう。

都合の付いた息子の一人が部屋に来て、先生から、「今後、血管腫の治療を行うこと、その方法として放射線で焼く方法と手術して除去する方法との2つがあること。」を告げられたと言って帰った。

脳神経内科の担当医のサインのある翌日付けの『治療・検査の説明書』によると、『新たな出血と拡大が認められること、4～5日で進んでいること、治療として現在はむくみをとる薬—グリセオールとステロイド—を投与していること、今後の治療としては手術と放射線があること』などの説明があり、また、明日脳神経外科の先生に相談して、その結果で脳神経外科の病棟に移すかもしれないと言われて帰られたことが判る。

その後、夕方になって、脳神経外科の医師が病室に來られて、「放射線では完全には除去しきれないので今回は摘出手術を行う。」と告げて歸られた。

しかし、その数時間後、脳神経外科の担当医が再度見えて、「今夜救急事態になれば手術はできなくなるかも知れない。」と告げて歸られた。

出血が今夜止まらなければ手術どころではないということか。

救急救命の措置をとることもありうるということか。

しかし、その夜は何事もなく無事乗り切ったのであった。

5月11日

翌日、脳神経外科の医師が朝來て、「別の病室に移す。」と言う。

「高CU^(注1)というところに行く。ICU^(注2)は知っているだろう。高CUは1人の看護師が4人の患者を昼夜看るので、一般病棟より安心だから。」とも言われた。

(注1)高CU、(注2)ICU

ICU (Intensive Care Unit)、高CU (High Care Unit) については都城市医師会病院がホームページで以下のように紹介している。

これによると、ここでの『ICU』とは1人の患者を24時間体制で看視するという集中治療の場であり、『高CU』とは状態の不安定な患者をより多く救命できるように配慮された集中治療の場であることが判る。

集中治療室はきわめて重症の患者さんの管理を専門に行う病棟です。

1人の患者さんを24時間体制で看視しています。そのため一般病棟より看護師を多く配置し、高度医療機器を用いた呼吸循環管理を行いながら原疾患の治療を行っています。

毎朝、主治医、各専門医師、看護師によるカンファレンスを行い治療方針の決定を行っています。

H14年6月からは集中治療室6床に HCU 10床を併設し、できるだけ多くの重症の患者さんを集中治療室で管理できるようになりました。

HCU は障壁がなく ICU から見通せる構造とし、HCU でも集中治療室と同様に人工呼吸管理や持続的循環管理ができる体制とし、状態の不安定な患者さんをより多く救命できるようになりました。(重症不整脈による突然死や高度脳障害が減少しております)

出典：都城市医師会病院のホームページ、2007年12月4日より

また、以下の文献によると、次のように解説されている。

ICUとは、**Intensive Care Unit** の略。本誌では外科手術後の重症患者と共に、呼吸不全・循環不全等内科的重症患者をも収容する **general ICU** のことをさしている。

高CUとは、**High Care Unit** の略。高度集中治療室〈部〉

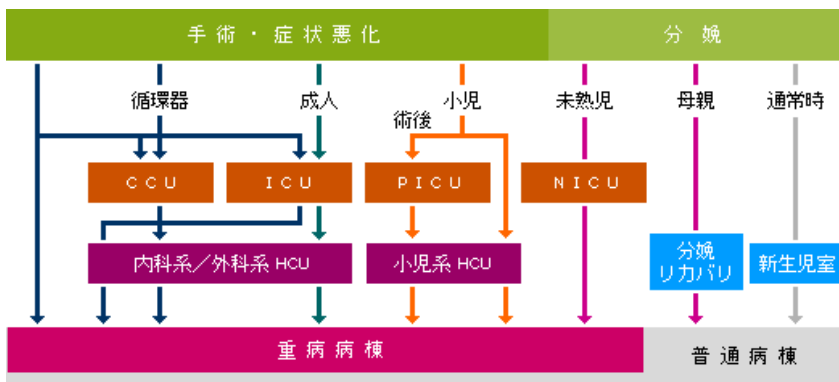
・資料：『系統看護学講座 別巻 1、臨床外科看護総論』、第9版、第12章 重症集中治療を受ける患者の看護 A 重症集中治療・看護の役割と概念 p.420、編集：青木 照明／小路 美喜子

以下は東大病院がインターネットで紹介した入院棟A 4階の病室の情報である。

4階には、重症患者さんをケアするためのICU・CCU及び外科系集中治療ユニットがあります。広いフロアと手厚い看護職員の配置は、急性期医療に迅速に対応します。



ICU



出典：東京大学医学部附属病院のホームページ、2007年12月4日より

第二章 高CUって何？ —医療と看護—

日ごとの記録は5月11日で終わっており、5月12日、5月13日、5月14日は日付が記入されているだけで記録はない。

高CUに移動した翌日の5月12日以降、日ごとの記録はなく、気づいた事柄が項目ごとに記録されているので、それに従って記録することにする。

それ故、記録の順序はこれまでのように時系列ではなく、気づいたテーマや類似の項目ごとに後日配列して記録したものであることを予めお断りする。

また、入院中の出来事の記録の正確性について付け加えたい。

最初は入院時持参していた手帳の後ろの自由記入用の余白を記録用に利用していたが、それが満杯になって記入用紙がなくなった頃——一般病棟に移った頃——からは、食事の度に1日3枚渡される約10センチ四方のメニューの裏を利用した。

しかし、そのメニュー用紙も2度にわたる病院の移動で、整理したり、紛失したりしたので、メニュー用紙に記入した時期——一般病棟に移った頃——以降の記録については記憶によるものであることを予めお断りしたい。

ここでは、入院中の看護、特に高CUにおける看護について、医療と看護という視点から主に以下の2点について明らかにする。

①新しい看護のしくみを患者に情報公開する必要があること

再三私は4回の入院経験があると述べたが、4回目の入院時の高CUにおける看護は私を驚かせ脅えさせた。

新しい看護のしくみが導入されたことが判ったのはここを出て一般病棟に移る時であったので、それまでの期間は今までの看護に慣れ親しんできた私は理由も知らされぬまま、訳も判らず新しいしくみの影響、特に高CU特有の看護の影響を受けてそこにいる間ずっと苦しんだ。

緊急入院という事態であったとしても、後日情報公開の機会はいくらでもあったはずである。

予め知らされていれば、理由も判らず、理解し難い状況の中で受けた悩みや苦しみは殆ど生じなかったであろう。

また、この長い記録自体、誕生することはなかったに違いない。

ちなみに、2008年3月4～6日、目の手術で眼科に入院する機会を得たので、緊急入院でない場合の情報公開について報告しよう。入院の前に予め病院監修のホームページでこれらに関する情報を得るためにアクセスしたが公開された情報から得られた情報—『看護部』から出された看護の目的や方針など—は、『かくありたいもの』というお題目、あるいは、よく出来た作文であり、当時の私が経験した看護とは程遠い内容であり、私が経験した新しい看護のしくみについての情報はどこにも見当たらなかった。

また、入院予約の時に病院から配布されたパンフレットに、病室のビデオで病室のしくみを知ることができるという『お知らせ』があったので入院当日病室に入る前に予め売店でイヤホーンを購入して直ぐにアクセスを試みたが、看護師曰く「今日は回線が工事中なので見られない。」という理由で、求める情報にアクセスできそうな僅かな方法も閉ざされたのであった。

ところが、たった3日間の眼科の入院で受けた看護は従来の看護であったのである。そこで、私は眼科の看護師に、「脳神経外科で受けた看護の新しいしくみは他の科でも行っているのか、脳神経外科だけなのか。」と尋ねてみた。しかし、若い看護師は知ってか知らずか、あるいは、そのことは患者に知らせてはいけない情報であるのかどうかは判らないが、答えてはくれなかった。

いずれにせよ、患者の努力で得られない情報に今後患者が影響されることは望ましいことではないので、ここに実態を報告して情報

公開が必要であることを明らかにする。

②患者が求める看護、患者に視点をおいた看護が行われる必要があること。

新たなしくみで動いていた私の病室の看護の特徴の1つは医療の立場から必要な看護、もう1つは介護保険でも行われている介護の生活援助の部分とみなしうる作業が中心であり、患者が求める従来の看護の一定部分を欠いていた。

そのため、入院中の私は前述の『しくみが情報公開されない』ために苦しんだり、悩んだりしたこととの他に、必要な看護を求めて苦しんだ。

医療の立場から必要な看護とは別に、患者にとって必要な看護があると考えるので、ここに実態を報告してそのことを明らかにする。

なお、ここの事例で用いた看護師Aさん、Bさん、Cさんは具体のAさん、Bさん、Cさんではないことを予めお断りしたい。

事例で示すとより具体的に示すことで判りやすいこと、実態が抽象的に陥ることを避けることができることなどの理由でこの方法を採用したが、事例で示したAさん、Bさん、Cさんは具体のAさん、Bさん、Cさんではなく、職場のしくみの元で働いているAさん、Bさん、Cさんである。

問題・課題を明らかにするためには実態を示すことが判りやすいが、ヒアリング調査などを含め、少数事例の実態調査はともするとプライバシーの侵害になりかねない。

それ故、ここではこの点について読者の十分なお理解を頂きたいと思う次第である。

1. クリミア戦時下の病棟を想像させる『ベッド細胞』

私が最初に移されたベッドは入り口から入って右側の廊下側に最も近いところであった。

ベッドに横たわった最初の感想は、「クリミア戦争における『軍靴が轟く病棟』とはこういうものではなかっただろうか」というものであった。

病室のドアは開けっ放しで、ドアはあっても閉まったことはなく、夜間でも開いている。

ひとつひとつのベッドについているカーテンも昼夜開けっ放しで、「寝る時だけでもカーテンを引いて欲しい。」と頼んでも、「廊下から一目でデータ画面が見られないと困るから。」と、夜間の暗闇すら確保されない。

ベッドは廊下と室内の通路を軸に、むき出しの葡萄の房のように繋がっているようであった。それはあたかもベッドを中心とした細胞が連結しているようであり、私はそれを『ベッド細胞』のようだと思った。

『軍靴が轟く』という表現は次の様な情景をイメージしたものである。

廊下側の私のベッド横には様々な医療機器を分別して捨てるための複数のダンボールが並んでいるが、廊下を通る看護師は私のベッド横のダンボールに注射器らしきものを『ポイツ』と投げ捨てて通過する。ある看護師は吸引用の長い管を丸めて『ヒョイ』と投げながら通過する。また、ある看護師は廊下を通過しながら、病室の奥で患者の看護をしている別の看護師に大きな声で、「〇〇さんを放射線室に連れて行くところ。またあとでね。」と声をかけながら通過する。

病室はまるで廊下に連結する通路であり、むき出しのベッドは白

い紙のカバーで覆われていないむき出しの葡萄の房であり、病室全体が断りもなく土足で進入される病室であった。

このような事態が昼夜繰り返される有様は正にここは戦場下のテントで作られた医療現場を想像させた。

それほどここは緊急を要する昼夜のない医療現場であった。

そしてまた、ここでは患者は無力であり、ここは患者が見えない、医師と看護師との2者の独壇場であった。

2. 数日で分かれる『生』と『死』

移動した日は私の頭の上の患者が最も忙しかったように記憶している。

数分おきに複数の医師が治療や計器の測定に駆けつけ、複数の看護師が次々と異なる作業を行っていた。

複数の科にまたがる症状なのであろうか、複数の科の主治医が複数の研修生あるいは実習生を引き連れて頻繁に診に来た。

看護師は定期的に尿の量を記録し、一定量以下の場合、直ちに医師に報告を入れる。すると、医師が直ちに駆けつけ、注射などの治療を行うということが2～3日昼夜変わらず行われた。

ある夜などは夕方から主治医と複数の研修医とが付きっきりで見守りと治療に当たり、真夜中には多くの研修医が帰宅したにもかかわらず、主治医と女性研修医が残って泊り込みで見守るということもあった。

この患者は数週間後一般病棟に移されたが、再度ここに戻り治療が続けられた後、また一般病棟に移された。しかし、その後については私の知る範囲ではなく判らない。

ここは、夜間救急車で運ばれ、手術後ICUから、あるいは直接

手術室から移される患者が集中的な治療を受ける所のようなのである。

多くの患者は手術後白い三角巾を頭に巻いてここに運ばれて来るが、軽い人はそれが直ぐにはずされ、1日後には縫合の糸も切られて一般病棟に移されるので、ベッドの回転は速いように記憶している。

手術後大きな声で『いたい、いたい。』と大騒ぎをしていた人も、数日後には何事もなかったように、けろっとしてこの病室を出て行く。

中には外国から日本に観光で来ていたアジア系の人であろうか、主治医に、「国で用事があり飛行機の予約も取ってあるので今日明日にも帰りたい」と頼み、そのようにしてもらった人もいた。

この様子から推測すると、外科は手術さえ成功すれば早ければ一兩日の内に現状復帰できることもありうるようだ。

そしてまた、外科は手術ができないとか、手術しても見込みない場合は、運ばれたその日の内に、あるいは手術したその時点で、死亡するという劇的な所でもあるようだ。

「おはよう。」と挨拶されて私のベッド脇に来られた主治医が、「昨晩は大変でしたが、眠れましたか。」と尋ねたことがあった。

「何のことですか」と聞き返すと、昨日まで私の隣のベッドにいた患者が昨晩亡くなり、親戚一同が深夜駆けつけたとのこと。

私は生来、(この言葉は今では死語になったと思うが。)『パタンキューー』であって、寝たらちょっとやそつと起きないので、昨晩の出来事については知らなかった。

このようなことは他にもう1回あったように記憶する。

ある日、朝起きると隣のベッドは廊下に近いところに移されていた。

看護師が私の隣の空いたところで何かの管らしきものを見つけ、「これはどこから外れたのかしら。」と別の看護師に尋ねていた。

別の看護師は、「これは恐らく〇〇さんのチューブが外れたのでしょう。〇〇さんは昨晚『××』^{注1)}だったので、さっきあちらに移りました。」と窓際のベッドを目で指し示した。

病室の看護師は〇〇さんが『死』の症状を現すのを待っているようであり、時々様子を見に動いた。そして、それと思しき症状が見とれたのか、医師に電話で連絡すると医師が駆けつけ、それと確認し、『〇〇時〇〇分死亡です。』と看護師に伝え、看護師はそれを記録した。

その後、看護師は医師に「ご家族が地下にいらっしゃっているので着替えて地下に行って下さい。」と頼んでいた。

恐らく、医師は地下にあると思われる霊安室で待機している〇〇さんのご家族に説明に向かわれるのであろう。

病院での『死』はこのように家族や友人などが誰もいない病室の隅で看護師が待機した状態で訪れることもあるようだ。

このように、この病室は医師や看護師が昼夜を問わず治療に当たる激しい現場であり、生も死も同様に日常のようであった。

それでも私は手術を待つ身から手術を終えて、『いたい、いたい』と叫び声を発している彼らのいる『彼岸』へ1日でも早く行きたいと望んだ。

ここでの『彼岸』とは、手術をして『生』であれ、『死』であれ、白黒の決着がつく『あちら側』のことを意味する。

適切な手術の機会をこの看護環境の中で1ヶ月待ち続ける私の精神状態は、彼らのように手術して『生か死か』白黒の決着がつく『彼岸』に一刻も早く辿りつきたいと不謹慎ながら強く望むようになっていた。

そして、朝晩入れ替わり立ち代り病室に来て、「いたい、いたい」と叫ぶ患者の痛みさえ羨ましく、「向こう岸にある彼らの立場に早

く立ちたい」と何日も何日も辛抱強く待った。

幸い、私の出血が止まったのであろうか。

その後、私は私と同様の症状の患者が手術後使っていた窓際のベッドに移り、手術を待つことになった。

ここにいた患者は一般病棟に移ったということである。

そのベッドからは、様々な街の景色が見えた。特に、池を通して見える後ろの高い建物や繁華街の夜景は素晴らしかった。また、丁度病院が工事中であって、ブルドーザーやキャタピラーが行き来する様子を朝晩見る楽しみもでき、また、窓際近くの看護師の独身寮の朝夕の様子を見続けることもできた。

注1) 医学用語のようである。

当時の私には意味不明で記憶さえない。

3. 手術前の看護

①集中治療の補完

この部屋を担当する看護師は昼夜交代であるが、通常の夜勤の看護師のような仮眠を前提にしたものではないようであった。

昼夜変わらず運び込まれる患者の容態について、病室でモニターを観察し、計器の数値を記録し、変化があれば医師に伝え、医師が治療に当たるときは傍で助手の役割を果たしていた。

彼女の言動は新人の実習生には到底及びもつかない症状や治療法などを彼らに示唆するほど頼りになるように見え、毎年新たにやってくる実習生にとっては頼もしい医療経験者のように見えた。

例えば、「数年前ここにて、今〇〇病院にいる〇〇先生の時にはこうやった。〇〇先生の時にはあれを使った。」などと、若い実習生にこれまでの経験を披露しているところを見聞きすると、こ

この科、あるいは、このような病棟での経験の多さを伺わせた。

今思えばこのような状況を見る限り、担当の看護師は患者の看護というより医師や実習生などが行う集中治療を実質的に補完していたように思う。

当時の私は脳出血による出血を止める治療を行いながら手術の機会を待つという目的を持つ患者であったが、再出血すれば手術どころではなく救急救命措置をとる必要もあるらしかった。

当時の私はこのような重症の患者であったので重症病棟にいたが、手術前と言うこともあって手術後の緊迫した症状はないので、緊急的な集中管理の必要もなく、このような医療的補完を中心とする看護のみでは不十分であると感じていた。

②看護の分業化

「高CUに移動した日は私の頭の前の患者が最も忙しかった」と前に記述したが、看護師もこの患者の看護が最も忙しかったように記憶している。

医療的な計器の見守りや記録や忙しく動く複数の実習生の治療に負けないくらいに、彼女の看護は次々と複数の看護師を入れ代えて進行した。

昼夜問わず、2人1組で身体的位置を交互に動かしに来る看護師、時間が来ると適するチューブの太さを幾度となく代えて喉や鼻から痰などを吸引しに来る看護師、オムツを代えに来る看護師、パジャマやシーツを代えに来る看護師、チューブから食事を注入に来る看護師、身体を拭きに来る看護師など、この部屋にいる4～5人を1人で看ている看護師とは別の看護師が次々と仕事をしに彼女のベッドにやって来た。

彼女たちはA病院の看護の経験を積んだ看護師なのだろうか。

彼女たちの仕事は看護というより相当の部分が介護の作業であるように見受けられた。

また、例えば、吸引しに来る看護師はこの部屋の患者数人の作業を終えると、患者の頼みも耳に入らないくらい急ぎ早にこの部屋を立ち去り、別の部屋に向かうのであった。この仕事ぶりから見る限り、彼女たちはこの病棟で行うべき各自の作業に忙殺されて、この作業が看護の一環であることすら理解できえないように見受けられた。

そしてまた、私自身はこのような介護作業の多くを必要としない患者であったので、このような分業化された看護のみでは不十分であると感じていた。

4. 高CUにおけるストレス

①A病院の看護師ではないのか？

昼夜の別なく手術後の患者が運ばれ、時間が来れば糸が抜かれて一般病棟に移され、一方で点滴と計器の睨めっことという治療が昼夜変わらず行われるこの病室は、静養や安眠をするための病棟ではないことは明らかであった。

私の場合は、手術前の体制を整えるための集中管理が目的であったので、生活時間は一般の生活と同じように進行していた。

通常通りにベッドに就寝し、起床し、洗顔をし、食事をすることになる。また、新陳代謝も通常通りなので、排泄や水分補給や清拭なども通常通りベッドで行われた。

このように通常の生活行為を営む患者がこの病室内にいること自体、今考えるとここの看護体制や看護能力に馴染むものではなかったと思うが、それ故かどうかは判らないが、このことだけで

なく、ここでの入院で私は以下に示す看護師の仕事にひたすら我慢を強いられ、多くのストレスを感じたのであった。

●例えば、『カーテン開放事件』はその1つである。

夜だけでも廊下を通過する看護師や医師に寝顔を見られずにゆっくり眠りたいと思い、また、夜間行われる他のベッドの患者の治療や介護の喧騒を見聞きせずに眠りたいと思い、「夜間だけでも、ベッドのカーテンを閉めて欲しい。」と頼んだが、「廊下を歩きながらでもベッドの横の医療機器の計器を見られるようにしておく必要があるので、カーテンは常に開けた状態でなければいけない。」と看護師は頑として拒み続けた。

この病棟の目的からみて、この看護師の対応は職務上当然のことであろうが、私の願いは夜だけでもかなうことはなかった。

●例えば、2つ目には『カーテン開放事件』がある。

ベッドの脇のダンボールにチューブや注射器が投げ込まれるのを脇で見ながら3度の食事をとるという具合であったので、ある時看護師に「食事をとる時ぐらいカーテンを閉めても良いですか。」と尋ねると、「ここは、食事や飲み物をとるところではないから。」と拒まれた。

この対応も当然といえば当然であろうが、投げ込まれる注射器やチューブなどから僅かながら水分や液体が飛び散るすぐ脇で3度の食事をとることは大変辛いことではあった。

●例えば、『ペットボトル事件』がある。

医師が、「十分水分補給をするように。」と言って立ち去ったので、食事の時に湯茶を求めると、「ここは、湯茶は出ない。」と言う。一般病棟であれば、食事の前に大きなやかんにお茶を

入れた係りの人が各病室を回って各自の食事用テーブルの上にある湯飲みに湯茶を配っていくのだが、ここにはそのような係りの人は全く来ない。水分は食事で出される汁物のみである。

そこで、お金を渡して、「近くでお水でもお茶でも買って来て欲しい。」とお願いすると、「私たちは患者の使い走りはしない。」と拒まれた。

また、ある時には1週間ほどして家人が来た時に、水やお茶のペットボトルを数本買ってもらいベッド前のテーブルにおいておくと、「ここは、飲んだり食べたりするところではないから片付けるよう。」に言われる。

重症集中治療室のテーブルに湯茶が置かれることは治療に支障をきたすということであろうが、飲料水の摂取はその時期の私の治療上の指示でもあったので、是非にも叶えたいことであつたが実現しなかった。

● 例えば、『タオルケット事件』がある。

昼夜動いている医師や看護師や治療中の患者は感じないであろうが、5月とはいえ、夜間窓を開けたままの状態を与えられたタオルケット1枚だけで寝るには寒い夜もあった。

そこで、「夜だけでも窓を閉めるか、寝る時に足の先にある布団を忘れずにかけてください。」とお願いしたが、曜日や時間によって次々に看護師が交代する状況の中でこの伝言は十分には果たされず、何日か寒い夜を経験したことがあり、ひたすら我慢する日々が続いたことがあった。

ある時、夕方になって布団を片付けようとする看護師に、「他のものはあなたのやりたいようになさっても結構ですが、タオルケットだけは首までかけたいので、足元に残しておいて下さい。」と強く言い、タオルケットを引っ張ろうとすると、慌てて他の看護

師を呼びに行ったのである。

「〇〇さんが暴れている。血糖値が上がったのかも知れない。」と独り言を言いながら、他の看護師に、「インシュリンを打とう。」と話しかけ、自分の言葉に納得したのか自分の思うままに動いた。

インシュリンはつい数十分前に打ち、結果も判っていたが、私は彼女が納得して冷静になるまで彼女の思うままにさせることにした。

● 例えば、『不整脈事件』がある。

看護師が夜大きな声で何か喚きながらベッドに駆けつけて来た。この騒ぎに急に起こされた私は心臓をドキドキさせながら、「泥棒でも入ったのか。」と思って起きた。

すると、「不整脈が出ている。」と言うのである。

ナースステーションの計器にでも出たのであろう。

「先生を呼ぼうか、どうしようか。」と独り言を言いながら、他の看護師に相談に行った。そして、「こうしよう。」と、他の看護師に話しながら、自分の言葉に納得したのか、自分の思うままに動いた。

先生が来て、私の通常の2段（2度？）の不整脈が計器に3段（3度？）に出たことを知らされた。

2000年、2001年、2002年と今回の2004年とで4回の入院生活を経験し、3回はA病院の、1回は日赤医療センターの看護師の看護を経験した私は、看護師の仕事については他の患者に比べるとより多くのことを知っていると思うのだが、ここの病室の看護師はこれまでとは大分異なるように思った。

先に感じたように『集中治療の補完』、『分業化された看護』については、この病室の目的に即したものであるかも知れないが、

この違和感はどうも高CUにおける看護の特殊性によるだけではないように思った。端的に言うと、高CUにおける看護は従来のA病院の看護とその目的や理念などが大きく違うように、また、それが何かは判らないがそう感じたのである。

高CUという場所の仕事の仕方やシステムの違いだけでは理解できない何か、このA病院の看護の歴史やその継承と無関係ではない何かが変わったように思った。しかし、それが何であるかについて当時の私には全く判らず、一般病棟に移る前に記述した『7. 高CUを出る①どんでん返し、種明かし』の箇所でも明らかになるまで待たなければならない。

つまり、看護のしくみが変わったというたったこれだけの情報さえ与えられなかったために、無用な違和感を抱いたままここで過ごすことになったというわけである。

そしてまた、私の我慢とストレスが解消されるには一般病棟に移るその時まで待たなければならなかったということでもある。

②ベテランの看護婦、准看護婦はどこにいったのか？

それにしても、先の『タオルケット』の例の場合、従来のベテラン看護婦や准看護婦はどう応えたであろうか。

また、『食事や眠るときのカーテン』については・・・・・・・・。

●例えば、『タオルケット事件』については

明け方近くになって窓を必ず閉めることを約束してくれるとか、タオルケットを休む前に忘れずに足元においてくれるとか……。

●例えば、『カーテン事件開放事件』については

食事の時だけでも廊下から物を投げる光景が目に入らないよ

うにカーテンを引いてくれるとか・・・。

重症集中治療に差し障りない方法をいろいろイメージできる経験と能力、あるいは余裕とでも言うべきものを彼女たちは十分もっていると思う。彼女たちなら多くの選択肢を持っているかも知れない。また、ちょっとした配慮、気遣い以上の頼もしい看護が期待できるようにも思えた。

いずれにしても手術待ちという私にとって手術後の集中管理が主目的であるらしいこの病室、従来の経験あるベテラン看護師が不在のこの病室の看護のしくみはふさわしいものではなく、不十分であり、不適當でさえあった。

③重症集中治療室に必要な看護の不在

前述のような時間による分業化した看護は手術後短期間滞在する患者の看護にはそれほど不都合を生じることはないかもしれないが、私のように認識能力があり、言語能力もあり、長期に滞在する患者にとっては極めて不都合なことであった。

何故なら、前述の多くの『事件』を引き合いに出すまでもなく、日常生活は連続的に進行し、かつトータルなものなので、そこで必要とされる手助けや援助は当然連続的でトータルであって欲しいからである。

また、ここでの時間によって訪れる分業化された介護あるいは看護についても、私の場合は分業化の意味もないからである。

必要のない時に看護が行われ、必要な時に看護師が不在ということが大いにあったからである。

重症集中治療室の看護は今回私が高CUの看護の特徴としてあ

げた『集中治療の補完』と『看護の分業化』の2点のみでは不十分であることはここに来てすぐに感じたことであった。

重症集中治療の患者は、一般病棟のそれと比較するまでもなく、緊迫した症状の患者であり、精神的にも緊迫している。

患者は症状や治療のプロセスやその後の進行状況などについて知らないがゆえに不安や恐怖は大きく、それだけでなく入院中には様々な疑問点が次々に発生して患者の精神を不安定にするが、今回のこの看護状況ではその患者の不安な精神状態はそのまま放置されたままになる。

重症集中治療室の患者は治療上必要な前述の医療の補完や分業化された効率的な作業とは別の看護を求めているのだが、高C Uの看護の現場にはこれが不在であった。

5. 夢^{ゆめ}か現^{うつ}か、現か夢か

以下の記述は手術後I C U及び高C Uにおいて私の身に起こった不思議な出来事である。

この出来事の多くは、『I C U症候群』^(注1)と言われるものかも知れない。いわゆる、『つくり話』と判断される類であるかも知れない。しかし、中には耳の聞こえ方に左右差が生じたために起こったと思われる『夢か現か判らない』ものも含まれるので、ここで起こった出来の全てが『I C U症候群』と言われる精神症状が原因であるということではない。

むしろ今回の私の場合は、『I C U症候群』も全て含めて、高C Uにおけるストレスが原因ではないかと思う。勿論医者は脳の手術による合併症、あるいは『当該神経の損傷によるもの』などという説明を行うかも知れないが、それらを仮定しても、私はその説明のみでは納得できないくらいストレスの影響を強く感じたのである。

①中国人か韓国人らしき看護師とのやりとり

「きっと今は、I C Uにいるのだろう。」

夜目を覚ますと、中国人か韓国人らしき非常勤の看護師、あるいは看護助手のような複数の男女が私のベッドの左側にある計器を観察したり、記録したりしながら、私の状態を見守っていた。

その中の一人は、「数値が〇〇になったら知らせるように」と執刀医に言われていたにもかかわらず、おしゃべりをしていて見落としている。私は気が気でなく彼らに大声で注意を促した。

しかし、彼らは私の話が聞こえないのか相変わらずおしゃべりを止めようとはせず、また、計器に注意を払わない様子なので、私はもはや彼らを信用しなくなり、彼らの看護を受け入れようとはしなくなっていた。そこで、その中の男性の1人は、「この患者は私たちを馬鹿にして私たちに看護をさせない。仕事ができないなら帰ろう。」と言い出し、他の数人も彼に同調して私の看護を放棄して帰った。

恐らくこれは夢であろう。

どこからが事実であるかは判らない。

私のベッドの左側で医師が「〇〇さん、手術は成功したからね。血管腫は全部取れたからもう出血の心配はありませんよ。」と言った。

私はまたうとうとと眠ったようだ。

②BGM が聞こえる

私のベッドは別の部屋に運ばれているようであった。

部屋に着くと、看護師が、「〇〇さん、また、前の病室に帰っ

てきましたよ。良かったですね。」と言った。

何が良かったのか良く判らないが、手術が成功して高ＣＵのものと病室に戻ったことを言っているようである。

１日２日そこで過ごしていると何時からかベッドの頭の上のあたりから音楽が聞こえた。

「さすが、脳神経外科だなあ。術後の患者の精神状態を考えてベッドの頭の上の壁に BGM を流すように設えるなんて。」と思った。

バイオリンの音かパイプオルガンか、はたまた高めのギターなのか、心地よい曲が一日中流れている。

クラシックなのか良くは判らないが穏やかな心地良い曲である。

主治医が「耳鳴りはしますか。」と尋ねた時、「私は、耳鳴りではありませんが、音が一日中聞こえます。でも、嫌な音ではありません。」と答えると、主治医は何も言わずそのまま立ち去った。

しかし、その音は数日後には、「ブンチャッチャ、ブンチャッチャ」という金属音に変わった。

バイオリンのようでもあるがそれとは少し違うようだった。

また、「ブンチャッチャ、ブンチャッチャ」という金属音が流れた。

すると、それは直ぐに良く知っている曲に変わった。

それが歌謡曲なのだ。

「私は歌謡曲育ちではない。ビートルズ世代だ。どうして歌謡曲なんだ？」と思うのだが、まだまだ歌謡曲は続く。

「あれ、これは、４～５才頃、疎開から戻ってきて、おやじさんに連れて行ってもらった国際劇場だ」、「あっこれは、江東劇場の青木洗一だ」、「あっこれは、多分日劇だ」、「『リンゴの唄』だ、並木路子の唄だ」、「あっこれは、美空ひばりだ」、「あっこれは、

白黒のテレビが出た頃、いつも出ていた岡 晴夫だ、伊藤久男だ、
「あっこれは、……………」……………。

「ブンチャッチャ、ブンチャッチャ」

美空ひばりの曲などは次々とでてくる。それも2番、3番まで出てくる。3番まで終わらないとこの曲は終わらない。

次の曲を止めて眠ろうと思うのだが、「ブンチャッチャ、ブンチャッチャ」という金属音が流れて、次の曲が出てくるので止められない。しかし、いつの間にか眠ってしまったようだ。

目が覚めると、また、この「ブンチャッチャ、ブンチャッチャ」という金属音が聞こえ、嫌でも曲が出てきて止められないのであった。

「いやだ。どうして、小さい頃聞いたこんな曲ばかりが出てくるんだろう」。

「ユーミンの曲でも歌ってみよう」と思い、歌詞に自信がある『卒業写真』を歌おうとするのだが、『黒い手帳』という歌詞しか浮かばない。メロディーが全く出てこないのだ。

大きくなってから好きになったビートルズやカーペンターズの曲を歌おうとするのだが、曲も歌詞も出てこない。

「この『ブンチャッチャ、ブンチャッチャ』は何なんだ」、「バイオリンではないし、パイプオルガンでもない」、「あっ、バンドネオンか!」、「ここはどこだ、川崎か、横須賀か」、「どうして?…………」

この『ブンチャッチャ、ブンチャッチャ』は、その後も続き、何故か私が高CUを出て一般病棟に移るまで続いた。

そう、一般病棟に移ってからは、知らず知らずのうちに聞こえなくなっていた。

それ故、この『ブンチャッチャ、ブンチャッチャ』は、今でも高CUのBGMであったような気がしている。

そしてまた、このことについても、夢か現か未だ定かでない。

○ 悲しき口笛

丘のホテルの赤い灯も 胸のあかりも消えるころ
みなと小雨が降るように ふしも悲しい口笛が
恋の街角 露路の細道 ながれ行く
いつかまた逢う指切りで 笑いながらに別れたが
白い小指のいとしさが 忘れられないさびしさを
歌に歌って 祈る心の いじらしさ

○ 角兵衛獅子の唄

笛に吹かれて逆立ちすれば 山が見えます故郷の
わたしやみなし児街道暮らし 流れ流れの越後獅子
今日も今日とて親方さんに 芸がまずいと叱られて
鞭で打たれて空見上げれば ないているようなお月様

.....

○ お祭りマンボ

私の隣のおじさんは神田の生まれでちやきちやき江戸っ子
お祭り騒ぎが大好きで ねじり鉢巻そろいの浴衣
雨が降ろうが槍が降ろうが 朝から晩までおみこし担いで
わっしょいわっしょいわっしょいわっしょい
景気をつけろ 塩まいておくれ わっしょいわっしょい
わっしょいわっしょい それそれそれお祭りだ

おじさんおじさん大変だどこかで半鐘がなっている・・・
家事は近いよスリバンだ

何を言ってもわっしょいしよいしよい 何を聞いてもわっしょい
しよい わっしょいわっしょいわっしょいわっしょい
それそれそれお祭りだ

そのまた隣のお婆さんは浅草育ちでチョッピリ美人で
お祭り騒ぎが大好きで 粋な素足に絞りのゆかた
雨が降ろうが槍が降ろうが 朝から晩までおかぐら見物
ピーヒャラピーヒャラ テンツクテンツク

○ 花等道中

これこれ石の地蔵さん 西へ行くのはこっちかえ
黙っていは分らない

ぽっかり浮かんだ白い雲 何やら寂しい旅の空
愛し殿御の心の内は雲にお聞きと 言うのかえ

さてさて旅は辛いもの

○ リンゴの唄

赤いリンゴに唇寄せて 黙ってみている青い空

リンゴは何にも言わないけれど リンゴの気持ちは
よく分かる リンゴ可愛いや 可愛いやリンゴ

あの子良い子だ氣立ての良い子 リンゴに良く似た
可愛い子

誰が言ったか嬉しいうわさ 風の頼りに聞いて咲く
リンゴ可愛いや 可愛いやリンゴ

○ 憧れのハワイ航路

晴れた空 そよぐ風

港 出船の ドラの音(ね)愉(たの)し

別れテープを 笑顔で切れば

希望はてない 遙かな潮路

ああ 憧れの ハワイ航路

波の背を バラ色に

染めて真赤な 夕陽が沈む

○ イヨマンテの夜

アホイヤアーアー イヨマンテ

熊祭(イヨマンテ) 燃えろかがり火 ああ 満月よ

今宵 熊祭 踊ろう メノコよ タムタム 太鼓が鳴る

熱き唇(クチビル) われに寄せてよああ あああ あああ

ああああ ああああ あああ イヨマンテ

熊祭(イヨマンテ) 燃えろひと夜を ああ わが胸に

今宵 熊祭 可愛い メノコよ

部落の 掟(オキテ)破り 熱き吐息を われに与えよ

○ 東京ブギ

東京ブギウギー リズムうきうき 心ずきずき わくわく
海を渡り響くは 東京ブギウギー

ブギの踊りは 世界の踊り 二人の夢の あ之歌
口笛吹こう 恋とブギのメロディー

燃ゆる心の歌 甘い恋の歌声に

君と踊ろよ 今宵(こよい)も月の下で

東京ブギウギー リズムうきうき 心ずきずき わくわく

世紀の歌心の歌 東京ブギウギー

さあさブギウギー 太鼓(たいこ)たたいて

派手(はで)に踊ろよ 歌およ

君も僕も愉快な 東京ブギウギー

ブギを踊れば 世界は一つ 同じリズムと メロディーよ
手拍子取って歌おう ブギのメロディー

燃ゆる心の歌 甘い恋の歌声に

君と踊ろよ 今宵も星を浴びて

東京ブギウギー リズムうきうき 心ずきずき わくわく

○ 買い物ブギ

今日は朝から 私のお家は てんやわんやの大騒ぎ
盆と正月 一緒に来たよな てんてこまいの 忙しさ

何がなんだか さっぱりわからず

どれがどれやら さっぱりわからず

何も聞かずに 飛んでは来たけど

何を買うやら どこで買うやら

それがごっちゃに なりまして

わてほんまに よういわんわ わてほんまに よういわ

んわ

たまの日曜 サンデーというのに

何が因果(いんが)と 言うものか

こんなに沢山(たくさん) 買物たのまれ

人の迷惑 考えず

あるものないもの 手あたりしだいに

人の気持ちも 知らないで

わてほんまに よういわんわ わてほんまに よういわ

②手足をもぎ取られてカプセルに入れられた昆虫

高C Uに移る前、I C Uにいた頃の出来事であったように記憶している。

両手両足が縛られているのであろうか、両手両足がもぎ取られているのであろうか、私はプラスチックのカプセルの容器に入れられて、時間が来るとそれがぐるぐると廻されている。

このカプセルから逃げようとしても逃げられない、脚も手も動けない。目の前にいる人がぐるぐるとカプセルを廻しているのだ。助けを呼ぶが声が出ない。恐ろしいことになっていた。

このカプセルは、子どもたちがかつて駄菓子屋で『ガチャガチャ』と呼んでいた消しゴムが入った容器が巨大化したもののようだ。

私は何故か手足をもぎ取られた昆虫のようにそこに入れられ、時間が来るとカプセルごと誰かに回転させられている。

これが夢か現か判らないが、とても恐ろしいことだった。

また、手足をもぎ取られた昆虫とは、かつて子どもの昆虫採集に付き合った頃に出会った手足をもぎ取られたせみや蝶の幼虫のさなぎのようでもあった。

回転を終えて彼女らが行ってしまうと、私はほっとして、うとうとと眠ったように思う。

後になって判ったことだが、手術後一定期間、手術のために切開した頭部は勿論、全身動かしてはいけなかったらしく、手足を皮のベルトで縛られ身動き出来ない状態であったようだ。

両目は眼帯でふさがれ、喉は切開されて人口呼吸器が装着され、鼻からは点滴用のチューブが伸び、顔を含めて頭部全体も固定されて、重苦しくうとうとしい状態であった。

そして、このような状態の時に看護師が2人1組になって一定時間ごとに身体の位置を左右移動させに来了のであった。

③5 年前までの記憶を言葉に変える機器？

夢か現か未だ定かでないことはまだある。

私のベッドの向かい側の列に夜中に運ばれてきた若者が大きな声で騒いでいた。

バイクで事故を起こして手術を受けたのであろうか。

他の仲間は他の病室にいるらしい。

「いたい、いたい」と叫んでいる。

口は聞けるようであり、言葉を話している。

「早く帰りたい、帰りたい」と繰り返し叫んだかと思うと、「〇〇ちゃんと同じ部屋にして欲しい」と何度も看護師に頼んでいる。バイクの列にでも同行したか同乗した女性なのだろうか。

看護師は、「はい、はい」と適当に返事をしている。

看護師はカルテか何かに彼の名前やこれまでの生活について尋ねながら記録していた。しかし彼は、つい最近のことは説明できても数年前のことは答えられない。記憶はあっても言葉として表現できないのか、あるいは記憶自体が消えたということなのか？

すると、看護師はテープレコーダーのような形の機器を持ってきてそのコードの1つの端を彼の脳に固定し、スイッチを入れた。

すると、今までこたえられなかった彼の過去の記憶が言葉に代わり、文字になってその機器に表示されているようであった。

「これは、千葉大学の〇〇教授が発明した機器で、これを使うと、記憶があっても言葉に出来ない内容を言葉に変えることができる。但し、過去5年間の記憶までしか変換できないけれど・・・。」と看護師は私に説明した。

「学校を出てから今まで何をしていたの。」と看護師がその若い患者に尋ねた。「ああそうなの。髪はいつから染め始めたの。」とか、「何をしたかったの。」とか、いろいろ尋ねている。

私には、その機器に映された文字を見ることができないので、彼が話した内容までは判らない。

この機器からこの患者が数年前に学校を出ていたことが判った。

その後も看護師は次から次へと運ばれてくる患者に手際よくこの機器を使ってカルテを作り、これを見ながら患者の生活状況を医師に説明していた。

「凄いなあー、今の医学ではこんなことまでできるのかあ。ノーベル賞もんじゃないか」と、私は心の中で呟いた。

そして、その後うとうと眠ったように思う。

目が覚めると、今度は他の患者がその看護師と会話していた。

「看護師も忙しそうだなあ」と思いながら、私はまたうとうと眠ったように思う。

そして、これもどこまでが現か夢か未だ定かでない。

④医療ミス？幽霊が出る病室

夢か現か未だ定かでないことはまだある。

後述するが手術後の私は右脳幹の丁度反対側に位置する耳鼻咽喉部にダメージを受けたようであり、その 1 つに耳の聞こえ方に左右差ができた。

前述の金属音は脳の仕業のようだが、耳の聞こえ方の左右差は、顎の形の変化と同じように、耳の内部の形のずれが原因であるらしいかった。音を左右の耳に同様に聞き取れるように中央に集めることができず、音の聞こえ方に左右差が生じたようである。

そのため、左の耳は極端に聞こえが良いように変わってしまった。例えば、病室から相当遠くの位置にあった筈のナースステーションにかかってきた電話の内容までもが聞き取れてしまうのであった。

この状態については、医師や看護師や患者などのプライバシーに

関わる問題が生じるかも知れないと思っので念のため看護師に報告はしたが、彼女たちはこのことについて重要視せず、上に報告するとか全体に周知するということはしなかったようである。

このように、私の耳の状態とそれによる情報収集の能力については予め報告しご注意申し上げてあるので、ここでの夢か現か未だ定かでない情報を記述することについてはお許し頂けるであろう。

また、再三記述してお断りしているように、ここで記述したことは、「夢か現か未だ定かでない」ことなので、その真偽について確かめようがない。

このような耳の状態の中で次のことが起きた。

「先生、まだ次の仕事が待っています。」と看護師が医師に言っているのが聞こえた。「ああ、このことね。〇〇さんと呼んで下さい。」と医師が言った。暫くすると、実習生らしい若い医師が来たようである。「どうしてこんなことになったのか、説明して下さい。」と、その医師は若い医師に向かって言った。「手術中に4番目のチューブが外れたらしいのです。外れたことに気がつかなかったので・・・。」と若い医師は涙声で説明している。医療ミスが発生したのか・・・。

「なぜ、〇〇〇を使ったの？」と若い医師に尋ねている。

私は彼が言った『〇〇〇』というアルハファベット3文字を聞き損ねたが、最近あまり使用していないチューブのついた手術用の機器であるらしいことが前後の会話から推察された。

「これまでは、〇〇〇はあまり使わせてもらえなかったが、今回は実験的に沢山使えるようになったので。」と若い医師は説明した。「そうか、それで使ってみたんだね。」「判った、戻して下さい。」とその医師は言い、その直後に看護師にどこかに電話をかけるように頼んだ。暫くしてその医師は電話の相手と話をし出した。「はい、

はい、判りました。この件はこちらで処理しますので、これに関するデータを全部持ってきて下さい。但し、不味い部分は除いて・・・。」と付け加えた。

「どう書こうか。」と医師は看護師に尋ねている。これに関する報告を上にあげるのであろう。

「こんなふうに書いてみましたが、これでどうでしょう。」と看護師は書いたものを医師に見せているようである。

「ああ、これで良い。上手く書けている。これで行こう。」と、ほっとしたようなトーンである。

「先生、ご家族が地下で待っていますから早く着替えて地下に行ってください。」と、看護師が言った。

地下には霊安室でもあるのだろうか。そこに、亡くなった人の遺族が知らせを受けて集まっているのであろうか。そして、その遺族に対して医師が説明をしに行くのであろうか。

数時間後、脳神経外科の医師がナースステーションに入ってきた。

「君のところでは、これからもこのようなことは処理してくれるのか。」と、先ほどの医師に向かって尋ねていた。それに対して、

「いいえ、そういうわけではありませんが。」と、先ほどの医師は答えていた。

脳神経外科の医師がナースステーションを出ると、先ほどの医師は先ほどの看護師に向かって、「うちでも今後はこういうことを引き受けても良いかもしれないね。」と話した。

暫くすると、2人の看護師が向かいの患者の看護にやって来た。彼女たちは看護の仕事をしながら、次のような世間話をした。

「〇〇室に幽霊が出るらしい。〇〇さんが見たそう。彼が部屋に入ると出るらしい。」などとしゃべっている。

〇〇さんとは、私の病室にも掃除に来る西アジアか、南アジア系

の留学生らしい男性である。亡くなった人は恐らく同国かそれに近い国のアジア人であったのかも知れない。

「恐らく、亡くなった男性の病状は生死を分けるほどの重いものではなかったのだろう。それ故、恐らく、彼自身も生死を分けるほどの大変な手術と覚悟して手術に臨んだわけではなかったのだろう。それが思いもかけないアクシデントのために急死しなければならなかったとしたら、当の患者自身は納得できないであろうし、その準備もしていなかったであろう。この理不尽とも言うべき突然の死は彼にとっては無念であり、当然念が残ったのだろう。」、「それ故、この世に思い残すことが多くありすぎ、到底成仏でき兼ねて、同国らしき掃除の男性のところに現れたのかも知れない。」などと、私はあれこれ憶測しながらうとうと眠ったように思う。

このようなわけで、このことについては当時のメモ書きが存在しているものの、夢か現か未だ定かではない。

（注１）ＩＣＵ症候群については、以下の文献で次のような用語説明がされている。

ＩＣＵ症候群とは、ＩＣＵに収容された患者に特徴的に見られる、見当識障害・錯乱・幻覚・せん妄などの精神症状の総称。

・『系統看護学講座 別巻 1、臨床外科看護総論』、第9版、第12章 重症集中治療を受ける患者の看護 A 重症集中治療・看護の概念と役割 ② 重症集中治療における看護の役割 p.422、編集：青木 照明／小路 美喜子

6. 手術後の看護

① 手術について

最初手術は2007年6月1日に行われることに決まったが、手術中合併症対策のための電気モニターの1部が前日の手術で使うために、

機器が十分揃うのを待って1週間後に延期され、6月8日に行われることに決まった。

5月28日、執刀医から説明があるということで家族が呼ばれた。

最初は、患者である私を抜きにする予定であったらしい。

私は、「病気や手術の当事者は私自身であり家族は付き添いか支援者と考えていること、従って、説明を行う場合彼らはオブザーバーであり忙しければあえて駆けつけるまでもない人達である。」と考えていたので、「少なくとも本人立会いの元で行って欲しい。」と医師に伝えた。

説明会は執刀医と手術のために設けられたグループの医師全員が集まった夜九時以降行われた。

当日の説明の詳しい内容は省略するが、脳出血による後遺症と今回の右脳幹部の血管腫の摘出手術によるさまざまな合併症についてであり、説明後同意書にサインをして提出することになっていた。

また、同様の説明が手術前日の6月7にも行われた。

執刀医によると、私の脳幹部の手術は人間の大事な部分の手術であり、手術の必要性や方法などについて、『人事委員会』にレポートを提出して説明を行う必要があるということであり、先日と同様の内容を執刀医自らレポートし、それを再度家族に説明するという手順がとられた。

そして、私はこれらの説明を聞き即座にこれにサインした。

また、駆けつけた息子がこれに連名でサインした。

なお、手術前後に手術に関して家族や患者に対する各種の説明が行われ、中にはその説明に対する同意が求められた。

それ故、それらの書類には執刀医のサインの他に家族と患者の三者のサインが記入されている。

説明及び同意書は、例えば、①5月11日の脳神経内科の『病状について』の説明から始まり、②5月16日の脳神経外科の『脳血

管撮影検査についての説明』、③5月28日の脳神経外科の『開頭・血管腫摘出手術』、④5月28日の脳神経外科の『輸血に関する同意書』、⑤5月28日の脳神経外科の『特定生物由来製品（血漿分画製剤等）使用説明・同意書』、⑥5月28日の脳神経外科の『手術の説明書』、⑦6月5日の脳神経外科の『中心静脈ライン挿入、⑧六月七日の脳神経外科の『ペーシングワイヤー留置手術説明同意書』、⑨日付のない脳神経外科の『脳腫瘍の遺伝子解析のための保存腫瘍組織、および正常組織からの遺伝子抽出についてのご説明』、⑩6月7日の脳神経外科の『脳幹部海綿状血管腫（奇形）手術についてのご説明と同意』、⑪6月7日の脳神経外科の『輸血の説明同意書』、⑫6月10日の脳神経外科の『治療・検査の説明同意書—穿頭・脳室ドレナージ』に至るまで締めて12に及ぶ。

その多くは手術10日前の5月28日と手術前日の6月7日に集中している。

5月28日の脳神経外科の『手術の説明書』と6月7日の脳神経外科の『脳幹部海綿状血管腫（奇形）手術についてのご説明と同意』の書類が今回の手術について説明された主要な書類である。

前者は手書きされた1枚のみであるが、後者は説明だけで4枚にわたり、これが人事委員会に提出されたレポートと同様のものであるらしい。

後者の項目は、『1）病気についてのご説明、2）今回の治療を行わなかった場合に予想される結果、3）治療の目的と適応、4）治療の具体的方法について、5）治療に伴う合併症と程度、6）合併症に対する対策、7）治療に要する期間、8）他に選択可能な治療方法、9）手術後の行動制限、抑制について、10）承諾しなかった場合の不利益について』であり、項目ごとに詳しい説明がある。

そこでこの人事委員会に提出されたレポートと同様の説明書に基づき、その概要を項目に従って以下に示そう。

1) 病気について：今回は血管奇形が脳幹部、特に延髄にあり、数回の出血を繰り返したことにより大きくなっており、症状としても現在の歩行障害、嘔声などは延髄の障害と考えられ、病状としては進行していると考えられる。

2) 今回の治療を行わなかった場合に予想される結果：年間出血率 2.5－5.0 パーセント、再出血率 20－30 パーセント、未治療の場合、長期間の経過観察では（20－30 年）死亡率が 20－30 パーセントにも達するとされる。今回も過去数回に出血を繰り返していることから、治療をおこなわず経過を観察していた場合は更なる病変部の拡大と悪化、突然死も予想される。

3) 治療の目的と適応：繰り返す出血に対して根治を目的に摘出手術を行う。1 回の手術で完全に摘出できないこともある。海綿状血管奇形は少しでも残っていると再出血の可能性があるため、術後状況を診つつ、2 回目の手術も必要になることもある。

4) 治療の具体的方法について：今回の病気は脳幹部、特に橋、延髄にまたがっているので、手術は病気の部分が表面に顔を出している部分から入るのが合併症が最も少ないと考えられる。（以下省略。）

5) 治療に伴う合併症と程度：病気の間所が橋、延髄といわれる危険な場所にあるのでいろいろな合併症が考えられる。①心停止、②呼吸障害・嚥下障害、③片麻痺；現在も軽い麻痺はあるが、術後の悪化は高い頻度で予想されるが、永続する可能性は低いと考えられる。しかし、重い症状が出た場合は四肢麻痺の状態に固定することもあり得る。④顔面神経麻痺・聴力脱失・歩行障害、⑤眼球運動障害・複視、⑥術後出血、⑦感染、⑧肺塞栓症

6) 合併症に対する対策：①心停止；万が一のために心臓のペーシングを行えるようカテーテルを入れておく。②呼吸障害・嚥下障害；手術中迷走神経の機能を電気でモニターする。③片麻痺；電気で刺激する。④顔面神経麻痺・聴力脱失、歩行障害；電気でモニターしながら予防に努める。⑥術後出血；その場合は緊急再手術が必要になる。⑦感染；髄膜炎は適正な抗生物質を選択して予防に努める。⑧肺塞栓症；手術中のストッキング、ポンプによるマッサージで極力予防に努める。

7) 治療に要する期間：最低でも3ヶ月の入院期間が必要。

8) 他に選択可能な治療方法：出血を予防する手段は手術以外に知られていない。放射線は無効とされている。

9) 手術後の行動制限、抑制について：安全のために手足の抑制を含めた行動を抑制することがある。

10) 承諾しなかった場合の不利益について：今後の治療に不利益は全くない。

手術は2007年6月8日に行われた。

当日は朝8時台に看護師が、「手術室に向かう。」と告げに来て、直ぐに手術室に向かった。

廊下をいくつも通り、エレベーターにもいくつも乗り換えて手術室に着いた。

恐らく、手術室は外来にある中央病棟の上階にあるのであろう。

麻酔の先生がまず手術室に現れ、次に「手術前に髪をそるから。」と担当の看護師が電気シェーバーを持って現れた

髪をそるためと言われて椅子に座ると麻酔を打たれた。

その後の記憶はない。

手術はどれくらいかかったのか自分では判らないが、息子の話

によると、手術室に行く私を見送り、終わってからガラス窓のあるICUに通された時間を考えると、おおよそ7～8時間くらいであったらしい。

手術当日はICUに入り、翌日の6月9日に高CUに戻ったようである。

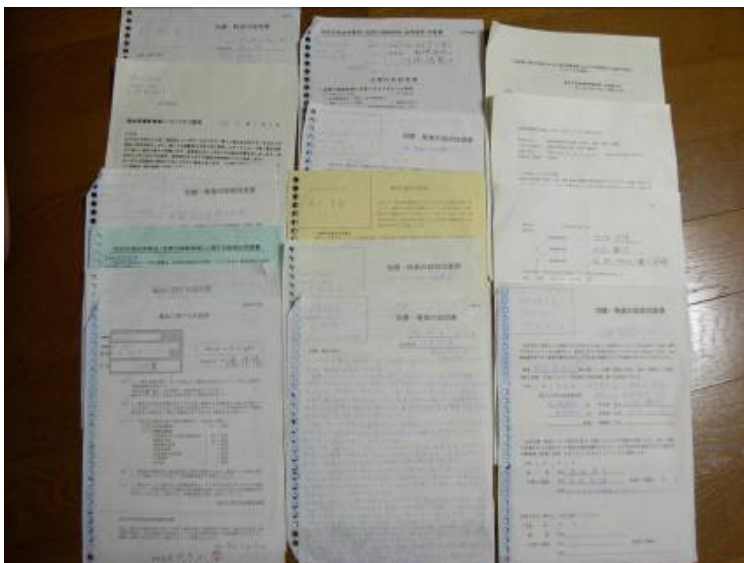


図1 手術に関連してサインを求められた説明書や同意書

②三重苦、四重苦？

私のベッドの左側で医師が、「〇〇さん、手術は成功したからね。血管腫は全部取れたからもう出血の心配はありませんよ。」と言われたのを聞いて、私は安心して再びうとうと眠ったように思う。

手術をひたすら待つ身から一転して、希望通り私は病室の患者らと同じ彼岸に生還した。

医師は回診に来る度に私の左手の指の麻痺の状態を確かめるように、指を親指から小指まで順に「1, 2, 3、・・・。」と、折るように求めた。

左手と左足は少し麻痺しているようだが、麻痺した左手の5本の指は全て折ることが出来た。

目は両目とも包帯が巻かれているために全く見えなかった。

耳は聞こえたが左右の聞こえ方に差があった。

脳の手術をする前に私の喉は切開されて人工の呼吸器がはめ込まれ、手術後1～2ヶ月は構音障害のために言葉を発することができない状態であった。人工の呼吸器がはめ込まれたままで話すために、手術後少し経って喉に『スピーチカニューレ』という機器をつけた。これをつけて話すと、手術前の私の声で話すことができた。

また、嚥下障害で食物を口から採れないために、鼻からチューブを入れてそこから栄養を取るという状態がしばらく続いた。

当時の私は、「かのヘレンケラーは、『見る、聞く、話す』という点で3重苦であったと聞いているが、今の私は、『見る、話す、食べる、歩く』という点で4重苦なのだろうか。」と思ったりした。

しかし、目については、右目の包帯が取れた時には極端な斜視になっていたが物を見ることができ、両目の包帯が取れた時には

右目は左眼以上に極端な斜視なっていて文字は小さく、両目で見ると眼振があつて見えにくい状態にはなるが、物を見ることはできた。また、左目は眼振が大きいために凝視することができないので両目を使うことは出来ないが、片目を使えば日常生活に不自由はなかった。

嚥下食によるリハビリの甲斐があつてか、暫くして鼻のチューブが取れて口から食べ物を採ることができるようになり、喉にはめ込まれた人工の呼吸器も病院を退院する数日前には外され、そこを切開したあとの傷は縫合する必要もなく、その後自然に閉じた。

それ故、それ以降は嚥下障害、構音障害、下半身不随の克服という3点がリハビリのテーマであることが明らかになった。

そして、両目の形状や機能について、また、右顔面の極度の麻痺についても、それらの経緯を見ながら適当な時期に『形成』的な処置がありうることも次第に判ってきた。

③『指文字事件』、そして、看護技術ということについて

上記のように手術後1～2ヶ月構音障害のために言葉を発することができない時期の看護の状態は入院後の私に最もストレスを与えるものとなった。

I C Uから高C Uに移ったその日からそれは始まった。まず、看護師は、「何か用事があったらいつでも呼んで下さい。」「何でも言って下さい。」と言うのだが、「構音障害の患者がどのような方法で看護師を呼んだり、頼みごとを伝えたりすれば良いのか。」「どのような方法で看護師は患者が発する内容を聞き取るのか。」という具体的な方法が知らされないことがまず難題であった。

つまり、構音障害の患者と看護師とのコミュニケーションの方法が具体的に示されないために、看護師が口癖のように言い続ける「何か用事があったらいつでも呼んで下さい。」「何でも言うて下さい。」と言う言葉が無意味になるのであった。

「どうすればよいか。」ということ考えた時まず頭に浮かんだのは、右手が使えるので文字を書いて示すことであった。

そこで、紙やボードで書くことを思いついたが、第三者が宙で支えた紙やボードに文字を書くことは右手の筋肉も衰え、平衡感覚障害の私には難しかった。

最もやりやすいのは、相手の手のひらに『指文字』で書くことであった。

しかし、多くの看護師は私が文字を書いている間、静かに黙っていなければならないことに絶えられないのか、時間が無駄になると思うのか、この方法を面倒くさがり、この方法でやろうとしてはくれなかった。

例えば、もうすぐ便が出るかもしれないので予め便器をお尻の下に差し込んでおいてもらいたいと思い、枕元にあるナースコールを押して看護師を呼ぶとする。

来た看護師は、「どうかしましたか。」と尋ねる。

私が伝えたいことは、「もう直ぐ便が出るかも知れないので、予め私のお尻の下に便器を差し込んで欲しい。」ということであったので、まず、お尻の下に手を入れて便器を入れて欲しいことをゼスチャーで伝えるとする。

その看護師は私のゼスチャーを見て、「おしっこがしたいのですか。」と聞いてくる。

私は首を振ってそれを否定し、指文字を使いたいので彼女の手を平をこちらに貸して欲しいとゼスチャーで伝えるとする。

すると、看護師は続けざまに、「ウンチですか。」と聞いてく

る。私は首を振ってそれを否定し、指文字を使いたいので彼女の手の平をこちらに貸してほしと再度ゼスチャーで伝える。

すると今度は、「おしめをしているので、おしっこでもウンチでもどちらでも良いからそこでして下さい。」と面倒くさそうに言って部屋を出て行くのである。

「指文字を使えば数分で済む仕事なのに、患者に喋る機会を与えずに看護師が頭に浮かぶ事柄を次々並べ立て捲くし立てて時間をとってしまうから、十分な仕事ができないのだ。」と、私はその都度思った。

また、「看護師は十分患者の言葉を聞く時間を作る必要があるし、また、落ち着いて患者を十分観察する能力が必要である。」と、その時感じた。

この件のその後について報告すると、まず私は、看護師が言うように、ある朝おしめの中でウンチをするようにしてみた。

朝身体の位置を交換しに来た2人の看護師がこれを見て、「ウンチをしている。私はやりたくない。」「私も。」と言った。ここにいつもの看護師が部屋に入って来て、「またやったのね。『確信犯』だから。」と言い、「私もやりたくない。」と言ったのである。

患者のウンチの後始末は身体の位置を交換しに来る2人の看護師の仕事ではないのだろう。

この一件は当時唯一指文字に協力してくれた看護師の登場で落着するのだが、指文字の話はあと2つ3つある。

1つは、指文字に対する私の息子やその連れ合いや妹等の反応である。

彼らや彼女らは、私がベッドから指を出して文字を書こうとすると、私が求めないのに彼らや彼女らの手の平を差し出してきたのであった。このようなわけで私は彼らや彼女らの想像力に驚くと同時に大変助けられた。

2つは、実習生であろうか、指文字に対する彼の反応である。

入院以来、私の主治医に付いて私の医療に携わってくれていた医師は私が指文字で伝えようとすると直ぐに彼の手の平を近くに持ってきて、私が書き終わるまで一言も言葉を挟むことなく注意深く読み取ってくれたので、1回で短い時間内に重要な用件が完了したのであった。

高CUの看護師の中にも1人だけ、指文字を使うことを快く引き受けてくれた女性がいた。

それ故、私は彼女が来る曜日だけほんとに安心した1日を過ごすことができた。

指文字の話については一般病棟に移った後、男性の看護師からも同様の方法で医療の大事な用件を済ますことができた。

この方法で私の日常生活は勿論、医師に対する症状の変化や疑問点など明確に伝えることができたのであった。

そして、このような指文字という些細な看護技術ひとつで入院生活は快適になることも判った。

重症集中治療室であれば、手術後欠損治癒以外でも後遺症や合併症等によって治療に必要な最低限のコミュニケーションの方法を失う患者もいたと思うし、また、医師や看護師だけでなく患者自身もこれらのことに多くの悩みとストレスを感じたことはあったであろう。

例えば、手術後すぐには口がきけない、あるいは目が不自由になるという患者はいたであろう。

その時にはどうしていたのであろうか。

これらの人にはそれに適した看護技術が必要であり、患者はそれをその時期に必要な『看護』として求めるであろう。

7. とんだところに来たもんだ

①「ここを出られるなら死んでも良い！」

私自身その自覚は全くなかったものの、前述の『タオルケット事件』、『ペットボトル事件』、『指文字事件』などを考えると、その時期が最もストレスが大きかったように思う。

例えば、高ＣＵにいた頃は、枕カバーが真っ黒になるくらいに髪が抜けたということがある。

最初は入院前に１度撮ったＣＴの副作用あるいはその後に撮った胸部や腹部のＸ線撮影の副作用かと思ったが、そればかりではないことが判った。何故なら髪が抜けたのは、胸部や腹部のＸ線撮影が始まる前のことであり、また、胸部や腹部のＸ線撮影が複数回行われたのは一般病棟に移ってからであったからである。

枕カバーを毎朝、通称『コロコロ』と言われる簡単な手動の掃除器具で“ころころ”と片手で動かすとその度に多くの髪が取れた。また、ある朝看護師が「髪が真っ白になりましたね」といわれて驚いたのだが、鏡のある一般病棟に移ってから鏡を見ると、前の部分が茂みのように集中的に白髪に変化していたのである。これも副作用のみが原因なのであろうか。私はそればかりではなく、高ＣＵにいた頃のストレスが原因であると今でも思っている。

また、例えば、一般病棟に移って数週間したある朝、咳き込むと胃の中から出血があった。心配なので看護師を呼んで尋ねると、「鮮血であれば心配ですが、これは茶色いので心配ありません。恐らく以前、ストレスか何かで胃潰瘍になって出血したのが吸収されずに胃の下の方に溜まっていたのでしょう。胃潰瘍の方は自然に治癒したのでしょう。」と言われた。

このような大分経過した胃潰瘍のあとらしき茶色い出血はその直後にも何度かあったが、これもあの時期のものと思っている。

このような状況にあった当時の私は、「手術をして、生きても死でもどちらでも良いから、一日も早くここを出たい。」という思いが日に日に強くなっていった。

また、このような状況を反映してか、私の人生では全くありえない言葉を息子が見舞いに来た時に無意識に発してしまった。

「ここを出られるなら死んでも良い！！」と。

今思えば、このような私らしからぬ発言は、当時の苛立ち、あるいは我慢など、様々な感情の表われであつたのかも知れないが、「発すべきではなかった。」と、当時の自分の弱さに驚くと共に、このことはそれ以来ずっと私の『恥』の一部になった。

②「元の病室に戻りましたよ」

それ故私は、「元の病室に戻りましたよ」という声を看護師からかけられたことについては、その後当分複雑な思いを抱くことになる。

こんなことをここで記述すると、手術を成功させて下さり、『生還』させて下さった医師団には申し訳ないが、この言葉は一方で、手術前ずっと望んでいたように、手術して彼らの仲間、彼らの『彼岸』にいくことができたことを示すものであり、喜ぶべきことではあるが、他方で、「ここを出られたら死んでも良い！！」と言ったことが叶わなかったという失望を示すものでもあった。

高CUに戻って最初の頃は、手術後の彼らと同様、頭に三角巾を巻き、両目は包帯できつく巻かれ、両手脚はベルトで縛られて点滴の細いチューブが伸び、また、鼻や口からもチューブが伸びていた。認識能力や言語能力は失われていないものの、この時の私はかつて『彼岸』にいた彼らと同様、重症集中治療室の患者の

様相を呈し、看護師は私の治療に忙しく動いていた。

そのため、起床、歯磨き、食事、排泄といった通常の生活を行う患者としての苦労はなくなっていた。

しかしまた、前述の『指文字事件』や『タオルケット事件』などに代表される新たな別の苦気労が次々と発生し、ここでのストレスは止まることはなかった。

「手術が成功したというのに、また元の生活に戻ったか。」と思うと、手術の成功を手放しで喜んでばかりいられなかった。

「一日も早く一般病棟に戻れますように」と、自分に言い聞かせながら、ここでの時が一刻も早く過ぎ去るのをひたすら待った。

③最高のストレス解消—理学療法士との再会

まさか今回の入院で、かつてお世話になったリハビリの先生に『生きて』お会いできるとは思ってもいなかった。

入院当初、私は確かにリハビリに関して『生還したら』という前提で次の二点を家族に託して手術に臨んだ。

しかし、まさか、生還してこの一番目のことが実現するとは、夢にも思わなかった。

<家族に託した『生還したら医師に直ぐにお願いすること』>

①リハビリ室の〇〇先生に連絡を取り、直ぐにリハビリを開始して欲しい。

②脳神経外科の専門治療が終了次第、直ぐにリハビリ専門病院の〇〇病院に転院できるよう手続きして欲しい。

あの『ひまわり』のようないつもの笑顔を満面に浮かべて〇〇先生が病室に入ってきた時、私は今までの緊張、ストレスが一挙

に抜けたのを感じた。

そして、数日後、北病棟の地下にあるリハビリ室に車椅子を押して連れて行ってもらった時は本当に嬉しかった。この場に再び来ることができるとは想像もしていなかったからである。

地下に着いて部屋の前の廊下に車椅子で入った時、いつもは薄暗いあの地下の奥から強く明るいオレンジ色の光がさして、リハビリ室の全体を照らしたのを今も鮮明に覚えている。

あの光、光りと感じたことは一体何であったのか。

未だに判らない。

手術前の1ヶ月の入院生活と手術とによって、すっかり弱りきった身体と精神状態の過程で、前記のお願い事の1番目が実現したことは、生涯味わったことのない『至福』とでもいうべき感覚を私に味あわせてくれた。

そしてその時、「私は幸せも者だ」と強く実感した

但し、この時期の私の身体的な状態は彼女たち理学療法士が用意してくれた上半身と下半身に分かれた2通りのメニューに十分応えられるものではなかったのも、彼女たちが毎日ベッドサイドまで出向いて行ってくれたリハビリに積極的に取り組むことができなかった。

それ故、その時期の私のリハビリから彼女たちが期待する成果が得られるということはなく、私は悔しい思いで毎日を過ごした。

8. 高CUを出す

①どんでん返し、種明かし

懸念していた手術後の脳からの『水』の排出の問題が概ね解決

して、7月下旬『高CU』を出ることになった。

当日は病室の看護師が数人送ってくれた。

そして、病室を出る時、1人の看護師がベッド脇に来て言った。

「向こうに行っても、こちらの看護師も幾人かは行くから・・・。」と。

また、『派遣の看護師^(注1)は向こうでもいるから。』と。

「えっ！ あっ！ そうだったのか」。

「派遣の看護師ということだったのか」

『A病院の看護師かどうか。』と、彼らの仕事ぶりに疑問に思っていたことがここで一気に解けたのである。

『どんでん返し』にあったような、『種明かし』をされたような一瞬であった。

この事実をもっと早く知っていれば、この著書は生まれなかったことになる。

何故なら最初から彼女たちは私が描いていたかつての看護師、『ナイチンゲール』ではなかったのだから・・・。

最初からこの事実を知っていれば、私自身ストレスを感じることもなかったであろう。

何故なら、ハリウッドの俳優協会等で行われてきたと聞く徹底した『分業』^(注2)について私自身理解できないわけではないのだから・・・。

ここでの仕事が派遣による分業であることを最初から知っていれば、前述のいろいろな疑問や問題やストレスなどを感じることもなかったのだから・・・。

まさにこの病室を出る時のこの瞬間は、私にとって面白可笑しい『どんでん返し』であり、次の一般病棟へのプロローグにも似

たものがあつた。

(注1) 私は、2008年3月3日～5日まで、両目の斜視を治す手術のためにA病院の眼科に入院することになり、A病院の看護師による看護を受ける機会を得たのだが、この科の看護は2002年以前の従来の看護のままであることが判った。

看護師に聞くと眼科は全て従来通りの看護師による看護であり派遣はいないという。そこで、A病院の病棟でいずれの科が派遣を行っているかということを探ったのだが、脳神経外科については「そうである。」という答えは返ってきたが、他の科については、知ってか知らずか、答えは返ってこなかった。

派遣看護師のしくみを導入しているのは現状では脳神経外科の高CUと一般病棟だけかも知れない。このような情報さえ患者には入らないのである。

また、入院予約時に眼科外来と入院センターから患者に渡されたパンフレットの中をくまなく探してもそれらしきものはなく、A病院のホームページにある病院の各部の案内にも見当たらない。

ちなみに、A病院監修のホームページにある看護部の案内には、①看護部の理念、②平成19年度看護部の目標、③専門看護師・認定看護師の活動についてなどの項目がみられるのみである。

(注2) ハリウッドの俳優協会等で行われてきたと聞く『分業』とは、照明、メイクなど、それぞれの仕事の分野を尊重して、それぞれの仕事を犯さないように進めるというシステムであるらしい。

このようなシステムのもとでは、他の仕事の分野の人が『親切心で』、あるいは『ついでに』他の分野の仕事に手を出すことはありえないという。

②地獄のような高CUを出る

病室を出る時、その看護師は更にこう言った。

「ここは、何にもない地獄のようなところですから・・・。」と。
また、『テレビもないし・・・。』と付け加えた。

正に私にとって、生涯出会ったことのない、また、決して会いたくない環境であり、恐らく死後の地獄に比べてもひけを取らないであろうとさえ思ったくらいの所であった。

ストレッチャーに乗せられて病室の廊下を右側に行くとナースステーションらしきコーナーがあった。

よく考えればこの病棟には3ヶ月弱いたものの、ストレッチャーで運ばれて入り、ストレッチャーで運ばれて出る私は、この病棟や病室やナースステーションの位置さえ知らずにいたのである。

その日病室から出てナースステーションらしきコーナーの前を通ったのだが、そこには複数の看護師が忙しそうに立ち働いていた。私はその内の幾人かの看護師と目が合い、彼女らに一通りのお礼を言いながらそこを出た。

ここを出る時、その嬉しさ故に私の身体の力は一気に抜けていたようであり、ぼんやりしたまま廊下を通過してエレベーターをいくつか乗り継いで一般病棟の扉に着いたことを覚えている。

第三章 一般病棟にて

1. 夢にまでみた一般病棟

この日の何と嬉しかったことか。手術によって『生還』した嬉しさなどすっかり忘れてしまうほど嬉しかった。

ここは2人部屋で先に患者がいた。

患者については記憶がないが、付き添いの家族に記憶があった。確か同様の症状・病名で、先に手術を受けた患者であることが直ぐに判った。

病室のベッドに移されてから、まず、女性の看護師が本日の担当であることを告げに訪れた。

私はこの看護師を見て直ぐに派遣であることを感じた。

その直ぐ後に男性の看護師が訪れ、「何かあれば、ナースコールを押すように」と言って出て行った。

私はこの看護師も直ぐに派遣であることを感じた。

夕方、吸引のためにまた別の看護師が訪れた。

この人も派遣であるようであった。

一般病棟でも相当このシステムが浸透しているようであった。

また、一般病棟においても、以前入院していた時よりも医師と看護師の仕事の役割分担、分業化は更に進んでいることが判った。

例えば、点滴は医療行為であるので看護師は決して手を出さないということが徹底していることは周知の通りであるが、そのことが徹底しているあまり、患者の点滴が取れそうで付け替えなければいけない状態であって看護師自身がこのことを十分理解している場合でさえ、担当の医師が手術に入っていると、所在が判らない時には、点滴が上手であると自負する看護師も

手を出さず、他の医師を探すことに走り回るのであった。

このことについては、高ＣＵにおいても糖尿病のためのインシュリンを打つときに類似のことが発生している。この時は、時々看護師が臨機応変に対応して終了したことがあったが・・・。

看護師がやればできるし、やれば患者も楽になるような従来行ってきたような仕事でさえ、決してルールは破らないという徹底さが見られた。

看護の分業化についても、先の高ＣＵと同様であった。

清拭、チューブによる吸引、シーツ交換、体位交換などがそれである。

しかし、ここでは連続性とトータルな看護が受けられた。

例えば、全ての看護師は患者の一日の看護を把握しており、看護師が交代する際にその前後の連絡が行き届いているので、患者は十分な看護を受けることができた。

患者は自分が頼みたいことについてその内容や時間を気遣うことなく、困った時、頼みたい時に頼むことができた。

仕事を受け持つ看護師がまだ来ていない時に違う看護師に頼んでも時間が来るまで待たされるということもなく、手が空いている人が駆けつけて用件を済ませるという点でトータルな看護が受けられた。

私にとっては、痰をとったり、用便を足したりしたい時だけでなく、医師に来てもらいたいという伝言を頼む時、検査に立ち会って症状や質問を短時間に代弁してもらいたい時など、必要な看護が受けられた。

2. 次々に発生する問題の数々

しかし、あんなにも憧れていた一般病棟での入院生活は次から次に起こる以下に示す問題をクリアするのに費やされ、あっという間に過ぎてしまった。

最初は嚥下障害者のための食事の訓練であった。

これは、『嚥下食』から始まり、最終段階は嚥下障害にとって最も難しい水を飲むレントゲン検査の結果を以って終了した。

最初の嚥下食の訓練は『ゼリー食』で始まった。

コーヒーマカや桃等のゼリーを毎食口から採り、それが喉を通過して気管支に入らず、胃に入るように訓練するのである。仮に誤って気管支に入った場合でも、その時期は丁度喉が切開されているので、そこからチューブを入れてそれらを吸引して取り除くことで肺に入ることを防ぐことが出来た。

嚥下食の次の段階は普通食のメニューを利用してミキサーなどで流動食にして、それに『とろみ』という粉を混ぜて、喉に通やすい『とろみ食』にして採るというものである。

この食事は大分食事らしい食事であり、A病院の嚥下食は作る食事数も多いこともあってか、見た目も美しく、しつらえも美しく、味もまあまあであった。

そして、このような訓練の段階ごとに、食事が喉を通過して気管支に入らず上手く胃の方に通過する様子を喉のレントゲン検査で診るのである。

この検査をパスするかどうかということが最初の難関であった。私は最初のゼリー食も次のとろみ食も1回ではパスすることができず再度検査するということが繰り返されたので、この検査は毎回ドキドキして受け、辛いものがあった。

次は、構音障害者のための訓練であった。

これは気管支切開の部位の回復待ちとその途中で行われた

『スピーチカニューレ』という機器による発生訓練と切開の部位が自然にふさがるのを待って取り付けた人工呼吸器を取りはずすことにある。

まず、『気管支切開の部位の回復』という点については、耳鼻咽喉科の医師がベッドサイドまで機器を運んで来て、喉の切開の回復についてファースコープを入れて映像化してみることから始められた。

しかし、私の身体全体の回復の遅れが影響してか、気管支切開の部位の回復は主治医が予想した通りには進まず、このようなベッドサイドの検査は2回ほど行われたが、最後には外来で3回目の検査を行って、ようやく通過したのであった。

このように、これらのことにも随分時間がかかった。

次に、『スピーチカニューレ』という機器による発生訓練がある。

機器をつけて呼吸を整え、息を吐くと同時に言葉を発すると言葉が出るという装置である。

この訓練は看護師の手が空いているときに機器をつけてもらって行うのだが、慣れてくると自分で電話をかけたいときや見舞い客と話したいとき等に看護師に頼んでつけてもらうことで実用にも使えた。

最後は、取り付けた人工呼吸器を取りはずすことである。

これはまた簡単であった。切開した部位は縫合することもなく自然にふさがった。つまり、人工呼吸器は時期が来れば自然に取れるようになるので、とれた後に医師が衛生的なバンドをきつめに貼ることで切開した部位の治療は終了した。

この時期、私には出版の予定があり、入院中原稿の初校を行っていて、これらの過程で是が非でも自分で出版社や関係者と連絡しなければならないことが多々発生したのだが、この言葉

の問題について回復のストーリーやそのプロセスについて何も知らされなかったので当時の私はあれこれ大分悩んだ。

「何時、どのような形で自分で連絡することができるようになるのか」ということが見えていなかったからである。

それ故、この時期この『スピーチカニューレ』には随分助けられた。

目の障害は退院後に持ち越した課題となり、経過を診てその後の対応を考えることになった。

最後に、上下肢の半身不随の回復が退院後転院した先でのリハビリのメインテーマとなった。

そして、手術後3ヶ月以内であれば医療保険が適用されるという医療保険制度上ぎりぎりの9月7日にリハビリ専門病院に急遽転院した。

3. 長期にわたる『グリセロイド』投与の影響か

入院から退院までの一定期間、比較的長期に『グリセロイド』という薬が投与されたが、私はその影響について、退院した現在でも、未だに理解できていないことが多々あるので、この点について専門家のご意見を頂きたいと考え、第3章の実態報告の最後にこのことを記述することにした。

高CUに来院した私は、止血後1ヶ月程度準備期間をおいて手術するという予定が立てられた。

この1ヶ月という準備期間について私は手術まで安静にしておくこととそれまでに必要な検査をすることと手術に耐えられる身体

を作るという目的があったのであろうと思った。

薬の投与について記憶を辿ると次のような経緯がある。

入院当初頂いた 5 月 11 日付けの脳神経内科の治療・検査の説明書によると、『現在はむくみを取る薬（グリセオール、ステセロイド）を投与している』とある。

それに先立ち入院した 5 月 6 日の夕方^(注1)、医師に、「止血剤をまず投与します。」と言われたことを考えると最初は止血剤が投与されたようである。

しかし、何時頃からか確かではないが、私が点滴に使われている薬名を確かめた時にはそれは『グリセロイド』というものであった。

この世に、『止血』という機能を持つ薬があるのかどうか、また、グリセロイドという薬がグリセオールとステセロイドをあわせた薬であるのかどうか、ということについては私には判らないが、私が薬名を意識して以来ずっとこのグリセロイドが使われたのは確かである。

点滴の投与についてはカルテを見ないと判らないが、6 日に入院して 10 日にMR I で出血が確認されて、脳神経内科から脳神経外科に移され、翌日の 11 日には高C Uに移されるという過程で最初は止血剤が投与され、高C Uに移された後も継続して止血剤が止血を確認するまで投与されたのかも知れない。

また、「むくみを取る薬（グリセオール、ステセロイド）も 5 月 11 日以降に投与する」と説明書に記録されているので、これら 2 つは同時進行であったのかも知れない。

私が『グリセロイド』という薬名を意識した時期は高C Uに移ってからであるが、これは 7 月下旬頃までずっと続いたように記憶している。

私は高C Uに移った当初、この薬の働きについて『手術の準備のために使われている』ものと思い込んでいた。

そして、その働きについても、私の身体の代謝を徐々に低下させて手術に必要な状態を作るという役割を果たすためであったのだろうと思い込んでいた。

例えば、この薬で脳圧や血圧や血流や脈拍や様々な代謝を低くして、手術時の出血や代謝等をコントロールしながら、望ましい状態に保とうとしているのかも知れないと。

①糖尿病の発症とインシュリンの投与

手術に耐えられる望ましい身体をつくるという点についてみると、私は次のような出来事が頭に浮かぶ。

それは手術の準備期に糖尿病になる可能性があることを想定してまでも、一日のカロリー摂取量を短期間で増やしたのではないかとと思われる出来事である。

入院後ずっと摂ってきた普通食に加えて、ある時期から更に一日数百キロカロリーのブドウ糖を主とする点滴が行われ、その結果、私の体重は入院時より急激に増加したことがあった。

それらのことが重なったためかどうかは判らないし、主治医は想定していたことかも知れないが、一時期糖尿病の症状が現れて、1日3回の血糖値の検査とそれを受けて必要な量のインシュリンの投与が開始されたことがあった。

このことについて当時の私は、「手術に耐えられる身体を作るという目的があったのだろう」と自分勝手に理解したが、医師に確かめてはいない。

病院に入院していて病状が一定に管理された状態の中で糖尿病の症状が出たことについて、私は未だに理解できずにいる。

②手術後の脳からの『水』の排出の遅れ

『グリセロイド』の投与は手術前の5月の入院時に投与されて以来、手術後もずっと続き、一般病棟に戻る7月下旬くらいまで続いたように記憶するので、このような手術前と手術後を合わせた3ヶ月弱という長期にわたる『グリセロイド』の投与の目的は私が最初に理解していた手術のための準備というだけではなく、手術後の治療のためでもあったのかもしれない、私は自分勝手に理解した。

それ故、私は手術後に生じた以下に示す症状について、この薬が関係しているのではないか、この薬の影響と理解して良いのではないか、あるいは、これらの症状こそが手術の準備のために手術前に行った治療によって引き起こされた『合併症』、つまり、これも手術による『合併症』と想定されることであったのかも知れないと思った。しかし、私はそのことについて医師に確かめてはいない。

手術後に生じた症状とは、手術後の脳からの『水』の排出の遅れである。

手術後一般病棟になかなか戻ることができない理由の1つに手術後の脳からの『水』の排出の遅れがあった。

手術後、脳に管がつけられて、そこから一定期間、主治医が『水』と称した一定量の液体が排出される予定であったらしい。

しかし、それが期待した期間まで、期待した量が排出されないことを医師はその時期心配されていたことがあった。

恐らく、手元にある6月10日の『穿頭・脳室トレナージ』治療・検査の説明同意書というのはその時の上記の症状に関係するものであろう。内容を見ると私が始めて見るものであり、私は説明を受けた記憶がない。同意書のサイン欄を見ると代理人・親族の欄にサインがある。恐らく手術後すぐのことで、私の意識が正常でない時

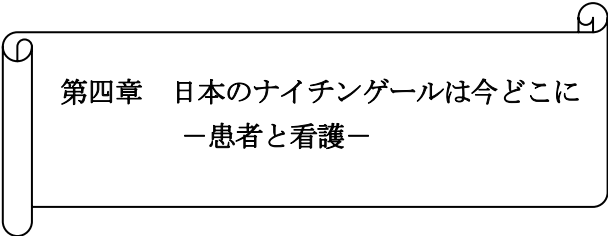
であったのであろう。これを見ると、『水頭症』、『意識障害』という文字があり、『脳室拡大』『穿頭』、『脳室ドレナージ』とある。『水』がこのまま排出されないまま放置すると意識障害を起こす危険があるので、頭を穿つ手術をして脳室にドレナージというものを留置するらしいことが判る。また、『危険性』の説明として、『出血』、『感染』などの文字も見られる。この時期、このように最初に取り付けた管に別の管を接続して、それを脊髄に挿入してそこから『水』を排出するという方法が医師から提案されたことが判る。

実際に行われた方法がこの説明にある『頭を穿つ手術』であったかどうかは判らないが、医師が管を脊椎に挿入して、この時期心配していた『水』を排出しようと試みたという記憶はある。

最初、医師の説明によると、この方法も2週間程度しか行うことができないので、駄目なら別の方法をとるということであった。しかしその期間期待した結果は得られなかったにもかかわらず、管はそのまま継続して付けられ、私をやきもきさせた。医師のその後の説明によると、「今回の管は従来のもより『滅菌性』が向上したものである、期間的な心配はない。」ということであった。そして、この件に関して別の方法がとられたという記憶がないことを考えると、恐らく、その後期待した量の『水』が排出されたのであろう。

私はこの事態について（おこがましいかも知れないが）、「期待した期間に期待した量の『水』が排出されなかったのは長期にわたる『グリセロイド』投与の影響であり、標準的な解答が得られないことは想定内のことであったのかも知れない。」と思ったりした。

通常、『水』は一定期間に排出されるものと仮定しても、様々な代謝が低下していた当時の私の場合、「遅れることは想定されたのかも知れない」と。手術による代謝異常という合併症が手術時によるものだけでなく、『手術のための準備期』の影響を含む広義の意味と考えることが出来ればということであるが・・・・。



第四章 日本のナイチンゲールは今どこに —患者と看護—

これまで、4回目に入院した脳神経外科における看護の実態についてみてきた。

その結果、たった一つの事例ではあるが、新たなしくみについて情報が提供されなかったこと、医師や看護師とのコミュニケーションが不足したこと、患者が求める看護が不足したことなどのために患者が苦しみ、思い悩むことを理解していただけたであろうか。

次に、『患者と看護』という視点から以下のことを考えたい。

①『日本の現在の看護の問題・課題』についてまとめ、患者が求める看護について考える。

最近の外科は入院生活をできるだけ短くすることを主旨としているように見受けられるが、例え短期の入院とは言え、患者にとって病院は生活の場であるので、看護は連続的、かつトータルに発生することになり、それに応える看護が得られないことは問題である。

医療や介護作業の需要からみて、現在は先端の看護のしくみが緊急に求められることは理解できるが、それらのことを考慮に入れても、患者が求める看護が受けられることは必要である。

そこで、ここでは現状の看護の実態をまとめ、現在の看護に欠けている看護を明らかにし、患者が求める看護について考えたい。

②今後必要な『看護とは何か。』を考える。

今回の入院で経験した新しいしくみは私が入院した脳神経外科だけであったかも知れない。しかし、医師及び看護師不足の現在と将来を考えると、今回私が経験した新しいしくみが早晩一定の割合で浸透することは避けがたいと思われる。

そこで、ここでは①の結果を受けて、今後必要な『看護とは何か。』ということについて考えたい。

1. 日本の看護の今について考える

① 新しいしくみについての説明責任

まず、今回の新しい看護のしくみについてみよう。

国立大学において組織改革が進行していて、これまでのしくみと異なってきたということについては、報道で見聞きしているので私たち患者もよく知っている。

それ故、国立大学付属病院でもそれが行われるかも知れないということについては十分考えることである。

しかし、具体的なことについては診察や入院などの現場を経験しないと判らない。いや体験しても判らなかった。

医師や看護師や病院関係者など医療側の専門家はこれら新しいしくみについて十分な検討を経たであろうから熟知しているかも知れないが、患者は新しいしくみについて説明がない限り判るはずはなく、従って、患者に対する説明責任は医療側にある。

『医療や看護についての説明』は事務的な仕事ではあるが、これが欠けると患者はひどい目にあうことになる。

医療側が医療や治療の面から患者の協力を求めるために看護技術などに関して説明するが、患者は看護そのものについての説明、特に患者の入院生活全般の看護に関するしくみについての説明を求めている。

また、『派遣看護』など入院生活に直接影響する看護の新たなしくみについては原則として公正に情報公開されるべきである。

②医療と看護の分業化の問題

医療と看護の分業化については、医師と看護師の仕事上の役割分担の問題であり患者の問題ではないが、このことが医療現場で標準

化されていない日本の現状では未だ患者の問題でもある。

例えば、点滴針の取り付けや予防接種などを未だに看護師が行っている病院があるように、対応は都市と地域、同一地域内でも医院と病院、大病院と中小病院などの間でまちまちであるので、患者自身医療の現場でその対応に戸惑うことになる。

新人の実習生が採血のために何度も何度も場所を変えて腕に針をさしても結局採血できずに痛い思いだけを味わって終わるということを私は何回か経験しているが、患者にとって、点滴を医師が行おうと看護師が行おうと、必要なときに的確に実施してもらえれば良いのである。

管理責任を明確にする意味で重要であるなら、現状の自治体における『ごみ収集』などと同様、患者に身近な自治体あるいは区市町村のレベルで統一した基準に基づいて実施して欲しい。

あるいは、従来看護師が行ってきた仕事や医師に代わって看護師ができる分野については、医師でも複数による看護師でも仕事ができる『選択的・代替的—Alternative—』で柔軟なしくみを併設して実施することもありうるだろう。

③看護活動の分業化の問題

医療に近い看護技術が求められる『医療の補完としての看護』と介護士の仕事に近い『作業的な看護』との分業化、いわゆる『看護の分業化』についてみると、脳神経外科の場合は、看護活動の多くがそれに移行しつつあるように見受けられた。

例えば手術後の体位交換の際に頭の角度や頭と身体の高さの関係などを医師の指示通りに正確に実施することが求められたことを思い出すと、私の場合でさえ医療の補完としての看護活動が必要なときがあったことが判るので、これは今後一層重要に成るであろう。

もう一方の介護士の仕事に近い『作業的な看護』への分業化についてみると、作業内容によって作業時間や専門の看護師が管理され、看護師は次々に交代で作業に訪れることになる。

このしくみのもとでは、これまでいつでも頼んでいたこと、いつでもやってもらっていたことがやってももらえなくなることもありうるので、これらのことを患者は予め理解して入院することが必要になる。そこで、最初に新しいしくみに関する情報を公正に提供することが必要になるであろう。

派遣の看護師であることを高ＣＵを出る最後の日まで知らなかった私のように、「おしっこをしたいが、今この看護師に頼んで良いだろうか。もう少し我慢して別の看護師がくるまで待ったほうが良いだろうか」、「腰が痛い、今あの看護師に身体の位置の交換を頼んで良いだろうか。もう少しすれば身体を移動しに別の看護師が来るからそれまで我慢しよう。」などとあれこれ考え悩む患者が今後も出ることは避けたい。

④看護師の派遣の問題

最近の報道でも知りうるように、医療現場での医師不足や看護師不足に関して地方と都市部の格差も含めて大きな問題となっている。

私や母がこの前まで利用してきたデイサービスやデイケアなどの介護士のいる現場でも介護士不足が現実的になってきた。

これらの情勢を勘案すると、Ａ病院の看護師の働き方についてもこれまでのしくみを見直し、従来から民間企業で採用されてきた派遣のしくみが採用されたことは理解できる。

今回私が経験した派遣看護の問題は、病院側で予め検討されて解

決済みのことかも知れないが、私が入院した時点では患者側にそのことについて予め情報が与えられなかったという『情報提供不足』という問題があった。

また、この点に加えて、今回経験したこのしくみは患者が求める看護が不在になりがちであるという問題があった。

それ故このしくみの問題、端的に言うと言派遣看護師の問題は『患者が求める看護』を適切に行うという点で改善すべき課題がある。

例えば、命にかかわる現場で時間によって異なる人が次々と交代して行われる看護について考えてみよう。

全ての看護をこのしくみに依存するわけではないであろうが、患者が求める看護は、患者の全生活の過程でトータルに連続して発生するものなので、決められた時間に発生して決められた時間で終了するものばかりではない。

時間で来て時間で帰る仕事のしくみを遵守するあまり、患者に身体的・精神的負担を強いる看護は問題であるので、この点は改善の必要がある。

●例えば、おむつを替える人、吸引する人、体位を変える人、薬を運ぶ人などそれぞれ役割分担されていることについて考えてみよう。それを行う看護師のスケジュールが患者に予め知らされずにいたことは問題であったが、これらについては説明があれば納得できるというものではない。毎日違う看護師が次々と出入りする病室は患者に不安をもたらすし、また、必要な看護は受け難い。

そして、患者は、「このことは誰に、いつ頼んだら良いのか」と、いつもあれこれ思い悩むことになりかねず、このような看護は患者に身体的・精神的負担を強いることになるのである。

●例えば、つい数年前まで日本のハローワークで行われていた年齢別の職業紹介、年齢別の雇用形態からもたらされる問題について考えてみよう。このことは今回の派遣でも感じたことである。

入院当時、高ＣＵの看護師にベテランや準看護師が見当たらず、また、30歳台の看護師で占められていることを不思議に思ったと前に記述した。

その時私は以前公共の職業紹介所で行っていた『35歳』などと年齢に区切った職業紹介が今日の派遣事業所の看護師の採用において未だに採られているように感じたとも記述した。

高ＣＵの現場で医療を補完する技術力のある看護師を求めるために、『35歳』という年齢に区切った雇用形態が必要であるならそれらによる看護は看護活動の一部として適切であるかも知れない。

しかし、私の場合のように意識がある状態で手術後短期間その場で過ごす患者の看護は、日常生活全般を見守り・観察して患者に必要な手助け・支援を発見して適切に看護することが必要であったので、『35歳』という年齢に区切って採用される高度な医療の補完技術を持つだけの看護師では不十分であり、そのような看護は不足かつ不満なのである。

2. 日本の看護の今後について考える

①患者が『患者の専門家』になる必要はない

この記録を書いている内に、うっかりすると、「患者は何でも看護師に頼まず、自分でできることは自分で行い、看護師に頼む場合も何時頼むか、誰に頼むか、きちんと整理して行動することが必要である。つまり、患者は患者としての自立が必要であり、いわゆる、『患者の専門家』になる必要がある。」などという馬鹿げた推論を出しかねないことに気づく。

プロローグにおいて記述した3点の疑問は患者が医療現場から早めに情報を得ることができれば全て解決していたかも知れない事柄である。つまり、そこで記述した疑問に対する情報を救急の専門部署や病院側などから患者が簡単に入手できるしくみがありさえすれば、あれこれ考える必要はなくなったかも知れない事柄である。

そこに記述した3点の疑問については普段から患者が努力して得られるものばかりではない。中には現場でしか答えてもらえない、あるいは現場でも聞きづらい事柄もある。

医療現場では当然周知されている事項でさえ、しくみとして患者に伝達されることはなく、また、そのことが患者の精神的・経済的な負担や疑問に繋がっている場合でさえ、それらは解決されずにきたというのが実態である。

医師や看護師や病院関係者にとって医療行為は日常であり、彼ら・彼女らの生活の糧を得る仕事にすぎないが、予期せずに突然起こる非日常的な医療や看護について、予め情報を得て疑問や問題を解決することは患者の仕事ではない。

また、仮にそれを行うにせよ入院中に患者自らが情報を得る手段は限られる。

まして、病気でもなく入院さえしていない日常生活の過程で、非日常的な救急の状態を想定して普段から専門家になる準備をすることなど必要はない。

『患者が知らなかった、あるいは知らされていなかったこと』による患者への負担や不利益を少なくすることは救急救命や医療関係者の責務である。

患者は『患者の専門家』になる必要はない。

② 看護の目的・役割について

● 看護とは何であろうか。

『看護とは何か』という点についてネット上で検索（2007 年 12 月 8 日）すると、フローレンス・ナイチンゲールの著書（看護覚え書）からのもの、バージニア・ヘンダーソンの著書（看護の基本となるもの）からのもの、ICN（国際看護師協会）によるものなど様々な定義が紹介されている。

フローレンス・ナイチンゲール（英 1820～1910）は以下の資料において次のように述べている。

「看護とは、『患者に新鮮な空気や陽光、暖かさや清潔さや静かさを適正に保ち、食事を適切に選び管理する一すなわち、患者にとっての生命力の消耗が最小限になるようにして、これらすべてを適切に行うことである』という意味をもつべきなのです」と。

・資料：『看護覚え書 対訳』、p.5、2000 年 4 月 2 日、第 2 版、うぶすな書院

● 脳神経外科における看護の目的について

今回私は脳神経外科に入院したが、脳神経外科における看護の目的とは何であろうか。

以下の文献では、外科看護の目的として次の 3 点をあげている。

・第 1 の役割は、患者がそれら^{（注1）}を乗り越えて、必要な外科的治療を受け入れる精神的状態を築き、あるいは維持できるように援助することである。

・第2は手術によって加えられた生体への侵襲を克服し、生体のもつ自然治癒力を最大限に発揮して回復が順調に進むようにその過程に対して援助することである。

・第3は、ある種の外科的治療において避けることのできない臓器の欠損治癒^(注2)となった患者に対しては、患者みずからがこれを正しく認識・受容して、社会への適応と復帰が果たせるように援助することである。

・資料：『系統看護学講座 別巻 1、臨床外科看護総論』、第9版、序章 外科看護の特徴と課題 A 外科看護とは ② 外科看護の目的と特徴 p. 2、編集：青木 照明／小路 美喜子

●重症集中治療の看護の役割や特徴について

今回私は脳神経外科で最初に利用した高CUの看護に最もストレスを感じたことは前述した通りである。

重症集中治療を受ける患者の特徴^(注3)については、先の文献で次のように示されている。

- ・ 状態の変化が速い
- ・ 生命の危機に瀕している
- ・ 生理的機能の低下が著しい
- ・ セルフケア能力が低下している
- ・ 言語的コミュニケーションの障害がある場合が多い
- ・ 心理的に危機的状態にある
- ・ 家族も危機的状態にある場合が多い

また、先の重症集中治療を受ける患者の特徴を受けて、これらに必要な看護の役割や特徴^(注4)についても同様の文献で次のように示されている。

- ・救命に対する援助
- ・優先順位の判断
- ・状態の管理とモニタリング
- ・安全・安楽に対する援助
- ・個人の尊重

以上のことを、私の高ＣＵにおける入院経験に当てはめてみると、先の『重症集中治療を受ける患者の特徴』に対応した看護として欠けていた点は後者の３点、つまり、言語的コミュニケーションの障害があり、心理的に危機的状態にある患者に対する対応、危機的状態にある家族に対する対応である。

また、『看護の役割や特徴』について欠けていた点は後者の２点、つまり、安全・安楽に対する援助と個人の尊重であった。とりわけ、安楽に対する援助と個人の尊重については欠けていたというより、不在であったという表現が適当である。

●患者にとっての脳神経外科の看護の役割

先述の参考文献と私が体験した高ＣＵの入院経験を参考に脳神経外科の看護の役割についてまとめると次の５点になるであろうか。

- ・医療の補完、あるいは助手
- ・患者の援助、あるいは扶助、時には代弁・代行
- ・患者やその家族の精神面に負担をかけない適切な管理
- ・患者やその家族の精神面の支援
- ・患者の見守りと観察

・第1の『医療の補完、あるいは助手』について。

医師の傍でその補完を勤めるものであり、その内容は担当科や病院によって多種多様であろう。

今や高CUはその役割を果たす最先端の職場であろうか。

・第2の『患者の援助、あるいは扶助、時には代弁・代行』について。

医療現場で患者が行うべきことについて、それを援助する、あるいは患者の代弁をする、時には患者に代わって行うものであり、その内容は医療だけでなく、生活行為全般にわたるであろう。

着替えなど患者の生活行為を手伝うことや、患者の身体を拭くなど患者の生活行為を援助することである。

恐らく、この目的に即した看護がこれまでも、また、これからも看護活動の一定の部分を占めるであろう。

何故なら、病院生活は非日常的であっても、人間としての日常生活行為を全て割愛するものではないから、それらのことが病気によって自立できないことになれば、この種の看護は必要になるからである。

そして、このような生活行為の手助けこそ、入院生活の全過程で連続的、かつトータルに発生する患者の求めに応じた看護の役割にふさわしい。

・第3の『患者やその家族の精神面に負担をかけない適切な管理』について。

具体的には入院中の全過程で患者とその家族に対して看護を通して余計な精神的負担をかけないことであろうか。

そして、この3つ目が今回の現場で欠けたことを痛感する。

『看護を通して余計な精神的負担をかけないこと』という点については、先の『タオルケット事件』、『ペットボトル事件』、『不整脈事件』、『ウンチ事件』、『指文字問題』など、その他にも沢山あった。

先の『タオルケット事件』などは、かのナイチンゲールが先の文献の第2章 小管理でこれに似た事例について次のように述べている (p.61)。

「・・・(略)・・・生半可なやり方は、患者に余計な気をもませるだけになってしまいます。そうではなくて、自分がいようといまいと、いつでも事がきちんと運ぶような手立てを整えて置けるなら、患者はそういう心配をいっさいしなくて済むのです。以上のような理由から、責任者に管理の精神がない場合、患者の方では、自分でできることは何でもした方がまだ、またその方がまだ心配が少なくて済むから、ということになるのです。」と。

先の『タオルケット事件』は、管理が生半可なために連絡が行き届かず何回も交代する看護師全てに患者が3回も4回も繰り返し手を煩わさなければならぬ結果であったと言えよう。

このように、患者が看護師の勤務時間など働き方のあれこれに合わせていちいち神経を使わなければならない看護、適切な管理が欠けた看護は適切な看護とは言えない。

・第4の『患者やその家族の精神面の支援』について。

具体的には入院中の全過程で患者とその家族に生じた疑問や悩みや心配事などに対して、その解決に向けた活動を支援することである。

当時A病院では、医療分野以外の問題、関連する担当科の治療以外の福祉や介護の問題について、更には、経済的な心配事などについて相談に応じる部署が外来にあり、私も担当の看護師に頼んだ時、

直ぐに担当者がベッドサイドに駆けつけてきてくれたことがあった。

しかし、このような専門の相談スタッフにお願いするような事務的・管理的な事柄ではなく、例えば、手術の成功例や失敗例、手術後の後遺症や合併症など、入院中に発生する医療面での疑問や心配事や悩み事である。医師や看護師がその場で答えて解決すれば、患者は無用な心配事を抱えたまま幾日も長い夜を過ごさずに済む。

例えば、「血管腫の変化をMR I で診る必要はないのか」、「こんなに長期にグリセロイドを使う目的は何か」、「普通食に更に数百キロカロリーのブドウ糖を点滴で投与する目的は何か」、「尿を出すために挿入した管の付近がとても痛い、この管の入れ方はこれで良いのか、どこかに触れて傷をつけているのではないか」、「家族が一週間後にしかこられない。水のペットボトルやティシュペーパーがなくなったので、誰か買って来てもらえないか」、「『スピーチカニューレ』をいつでも必要なときに利用したいので、どの看護師でも装着できるようにしてもらえないだろうか」等々……。

そして、この4つ目の役割も今回の現場で欠けていた。

・第5の『患者の見守りと観察』について。

具体的には、患者を常に見守り、患者の現在の状況、患者の求めるもの、患者の悩みや苦しみなどを一早く把握することである。

この『観察』については、先のホームページ^(注5)でナイチンゲールを引用したが、それをここにそっくり以下に引用しよう。

「看護」についてナイチンゲールは、先の著書、“NOTES of NURSING –What is and What is not “、「対訳 看護覚え書ー何が看護であるか、何が看護でないかー」においていくつかの大切な事柄について章ごとに詳しく述べているが、この「観察力」についても看護に必要な事項の1つとして、第13章で述べており、観察の大切さについて次のように記録している。

「・・・・。そして看護婦を天職とする私たちにとっては、この観察ということが必須条件になるのです。なぜなら、これは断言できると思いますが、正確な観察力さえ見につけていれば有能な看護婦であるということにはなりません、正確な観察力を抜きにしてはどんなに献身的であろうとも看護婦の役目は果たし得ないからです。」^(注6)

時代の変化と共に診療科の看護技術が大きく変化し続ける中で、『患者を正確に観察すること』は看護の基礎ともなるべきもの、看護師の資質とでも言うべきものと考えて良いのではないだろうか。あるいは看護に必要な役割としていつの時代にも他の役割に優先して存在し続けるべきものと考えて良いのではないだろうか。

次に、脳神経外科の看護の役割については、以上5つの役割に更に次の2つを付け加えたい。

- ・コミュニケーションに障害がある患者に対する看護技術

言語的コミュニケーションに障害がある患者に対して『指文字』などの看護技術の工夫や様々な使える技術を複数提示すること。

この役割は言語的コミュニケーションに障害がある患者以外、例えば、耳や目など、コミュニケーションに障害がある患者に対しても適切な看護技術が求められるということに他ならない。

- ・心理的に危機的状態にある患者に対する看護技術

心理的に危機的状態にある患者については、具体的な看護活動・看護行動・看護ケアの一つ一つに安楽を感じさせる『優しい』態度・心遣い・気配りなどが求められるであろう。

③患者にとっての派遣看護の役割

このように見てくると、脳神経外科における派遣看護のみでなく、

病院業務における『患者にとっての派遣看護の役割あるいは能力や範囲』は、次のようにまとめることができよう。

これらの中には作業的な役割分担だけでなく、看護師一人一人が、看護師個人がもつべき看護師の能力や技術が含まれる。

- ・医療知識や医療面での補完としての看護
 - ・時間で発生し、時間で処理できる作業的な看護
 - ・他の看護師との密な連携を図るために必要な事務能力
 - ・入院生活をより安楽にさせる看護ケア、看護技術
- ・第1の『医療知識や医療面での補完としての看護』について
医療知識や医療面での補完的な技術をもち、少しの経験がある優秀な若い看護師の派遣である。

・第2の『時間で発生し、時間で処理できる作業的な看護』について

時間で発生し、時間で処理できる看護ノウハウを持つ、看護師あるいは介護士の派遣である。

彼らや彼女らの仕事は、現在は介護士に委譲された吸引やその他、身体の位置の移動、歯磨き・入れ歯磨き、髪や身体の清拭、おむつやシーツの交換、食事を口に運ぶなどの作業的な看護である。

・第3の『他の看護師との密な連携を図るために必要な事務能力』について

他の看護師との密な連携を図るために必要な事務能力を持つ看護師の派遣である。

これまでは管理者あるいは主任等、役職で役割分担していたところがあると思うが、この能力や技術は看護師一人ひとりが持つべきである。

特に病院においてはその病院の伝統と経験を継承した看護師の看護を尊重しそれに学ぶという態度と時間で派遣される看護の限界を理解した上で連続した看護とトータルな看護を実現する適切な管理が求められるので、そのような能力を持つ看護師の派遣が必要と考える。

・第4の『入院生活をより安楽にさせる看護ケア、看護技術』について

これは、前述の『コミュニケーションに障害がある患者に対する看護技術』と『心理的に危機的状態にある患者に対する看護技術』を持つ看護師の派遣である。

④日本のナイチンゲールはどこに向かうのか

このように見ると、派遣看護師とA病院の看護師の2つのタイプから成る現況の看護のしくみは改善の余地がある。

極度に医療面での看護が重要視される脳神経外科においても、重症集中治療の病棟であるが故に家族や患者の精神面での看護もより一層求められると思われるのだが、実際は時間も人材も不足しがちなために、患者不在の『医師と看護師が強力な医療現場』と化してしまっている。

●健康管理の法則にもとづく看護

日本の看護は今どこに向かおうとしているのであろうか。

ナイチンゲールは『健康管理の法則—新鮮な空気や清潔や日光、その他が健康の維持にもたらす法則—にもとづいて健康を管理すること』を『看護』と考え、また、この管理を看護婦という職業

婦人だけでなく、家庭の婦人や女教師や一時的に病人の世話をする女性などの非職業婦人をも含めた全女性が担うべきであると考えていた。

今日の看護は女性による『管理的』な看護が求められたかの時代に比べると、病院における看護だけを見た場合にも、病気の原因や症状などは複雑、かつ多様化し、また、治療のための医療技術の発展と医療機器の多様化や高度化などを考慮すると、看護の目的や役割などが大きく変化していると思われる。

●医療の補完としての看護及び看護師と介護士の仕事の分業化

私が脳神経外科で経験したような、時代に即し、かつ国という枠を超えた国際的レベルの看護もその1つであり、『医療の補完』として高度な知識と先進的な医療器械や機器などを駆使した世界共通の看護がありうるだろう。

また、私が脳神経外科で経験したような超高齢化社会に対応した看護の分業化、特に看護師の仕事と介護士の仕事との分業化は病院の看護の一定の部分を占めるに違いなく、この方向は恐らく、今後一層進展するであろう。

遅かれ早かれこれらの看護は、『派遣システム』のような新たな労働形態に適した1つの方向になるかも知れない。つまり、この『医者と看護師が主役の舞台現場』において、医者と看護師というダブルキャストの主役の片方は『派遣』になるのであろう。

●患者側が求める看護

それでは、患者側が求める看護はどこに存在しつづけるべきであろうか。

患者側が求める看護とは先述した 5 点の内、次の 4 点と考える。

- ・ 患者の援助、あるいは扶助、時には代弁・代行
- ・ 患者やその家族の精神面に負担をかけない適切な管理
- ・ 患者やその家族の精神面の支援
- ・ 患者の見守りと観察

●医療・患者の両面から求められる看護師の役割と看護技術、看護能力

以上から、今後、医療・患者の両面から求められる看護師の役割は次の 5 点にまとめることができよう。

- ・ 医療の補完、あるいは助手
- ・ 患者の援助、あるいは扶助、時には代弁・代行
- ・ 患者やその家族の精神面に負担をかけない適切な管理
- ・ 患者やその家族の精神面の支援
- ・ 患者の見守りと観察

また、上記の看護の役割を具体的に果たすために必要な看護師の看護技術、看護能力は次の 6 点にまとめることができよう。

- ・ 医療の補完、あるいは医療助手的な看護技術
- ・ コミュニケーションに障害がある患者に対する看護技術
- ・ 心理的に危機的状態にある患者に対する看護技術
- ・ 時間で発生し、時間で処理できる作業的な看護技術
- ・ 他の看護師との密な連携を図るために必要な事務能力
- ・ 入院生活をより安楽にさせる看護ケア、看護技術

以上が今後看護師が向かうべき看護の目的、役割などである。

3. 健康を生涯地域で看護するしくみ

●健康な時も病める時も

見守りや観察を行い、適切に健康を管理するという役割を担う看護は、かのナイチンゲールが言っていたように、病人だけでなく健康な人も必要である。

それは、『看護は病気になった時だけでなく健康な時にも家庭や地域においても必要であり、病院だけでなく地域における様々な施設や場、様々な人が看護の対象である』ということに他ならない。

日本では人は概ね、妊娠した時には妊婦として『母親教室』を通じて、赤ん坊が生まれた時には定期的な『乳児検診や幼児検診』を通じて、学齢期や勤務先では定期的な健康診断を通じて、成長の過程で病気になった時には病人として『医療』を通じて、障害者として生まれ、あるいは、途中から障害者になった時には障害者（児）として『福祉』を通じて、高齢に成れば高齢者として『介護』を通じて公的支援を受けることができる。

また、私は今回の4回の外来受診を通じて健康な人が救急対応に直面した時の素早い対応の大切さとそれを一定の時間内に有効に医療処置に結びつけることの重要性を実感したので、健康な時には地域でそれを見守り緊急時にはそれを活かしたその人その人に応じた救急看護のしくみが必要であると感じた。

●健康に向かう時も健常に向かう過程でも

私は先のホームページの著書で、リハビリ後の自宅での快適

な居住を求めてそのための準備をリハビリ入院中に行ったこと、また、退院後は従前の生活に戻るための行動、特に移動に向けて必要な行政手続きや見学・ヒアリング等様々な行動を起こしたこと、一人住まいの私は入院中から一人で行ったことを報告した。

また、退院後は私と母との両方の介護保険の利用、私の障害者福祉の利用、母の医療保険の利用、私の障害者医療や障害年金の利用など、医療・福祉・介護の三つの正に重複した不便極まりない制度を一人で駆使して動き回ったことを報告した。

これらのことは家族がいれば通常は家族が行うことなのかもしれないが、一人住まいであろうとなかろうと、特に高齢社会においては誰もがいずれは『おひとりさま』になることを通常の現象と理解することができるなら、必要に迫られて私が一人で入院中に行った様々な行動について、地域でこれらを代行する役割を果たす看護のしくみがあれば入院中も退院後も私の無駄な動きはずっと軽減されたことであろう。

●地域に『看護』の概念を入れる

以上のような健康に関する日本の支援制度の状況や今回の私の入院・退院の経験を通じて、私は地域で生活者の健康を生涯継続して見守り・観察し、必要に応じて適切な管理を行う役割を持つ『看護』の概念を入れることによって、これら現存の諸制度をより有機的に機能させることができ、生活者も重複した手続きに見られる無駄な行動も必要なくなるかも知れないと考えた。

生涯の全過程で健康な時も病気になった時も障害になった時も高齢になった時も、自分自身や家族の他に必要に応じて全ての生活者に開かれた『社会的な看護』が存在し、生活者はそれを必要

に応じて『選択できる』というしくみが是非必要であると思った。

例えば、乳幼児や高齢者などは健康な時に見守りと適切な管理を中心とした看護を受けることによって『予防』の観点から健康が保たれるであろう。また、『医療』、『福祉』、『介護』など、複数の公的支援を受けていた人が見守りと適切な管理による看護を継続的に受けることによってこれまで受けていたこれらの支援を『卒業』するという観点も生まれるかも知れない。

このような意味から『医療』は病人を、『福祉』は経済面・健康面・心身面で支援が必要な人を、『介護』は高齢者をと、支援対象別にばらばらに存在しているこれら現状の支援制度を有機的に繋ぎ、それらの目的を総合する役割を果たす公的支援として、『看護』の概念を入れた新たな支援のしくみを地域に創設して欲しいと考える。

●情報公開、実施の監視、実施後の評価

また、入院中は情報公開されなかったために色々と悩み苦しんだ経験を報告したが、このしくみには『情報を公開』することが、また、別々の箇所で行われている看護の実態の問題や疑問点などについて、誰もが何処でも隠すことなく互いにコミュニケーションしあえて常に看護の『実施を監視』することが、また、看護の目的に照らして看護の『実施を（一定期間毎に）評価』することが全体のシステムに組み込まれていることが必要であろう。

しくみの詳細についてここでは言及しないが、地方が主体となる看護の基本方針を策定するための法的根拠となる『〈仮称〉看護基本法』を創設することと全国共通の国民に開かれた民主的な『看護システム』を構築することの2つから成るであろうか。

エピローグ

－死について、生について－

本著は入院中に構想されていたので、本来はこれがホームページの最初を飾るはずであったが、自分自身も退院後障害者になり、また、母との同居を通じて『介護』の問題に直面し、『リアルタイム』に公開するという意図もあって、『還暦直後障害者になった私―快適な居住を求めて』を先に公開したという経緯^{いきさつ}がある。

正直に言うと、看護の現状に問題を感じ将来の看護について最も真剣に考えていた時期は私が入院していた時であり、退院後の私の関心は介護の問題に移り、更に母の死以降は私自身の人生のゴールである『死』に移った。

『goal』という英語、『到達点』と訳す英語を元気で若い時には近い将来の『到達点』、つまり『達成目標』というポジティブな意味あいで私は使ってきた。

しかし、人生という長い生活の過程を見据えたとき、『goal』は近い将来に置くポジティブなものではなく、生涯の終焉近くの将来にあるネガティブなものであり、それは正確には『到達点』と訳されるべきものであること、人生のゴールとしての『死』は、『生』と同様誰にでも平等に訪れる機会、それこそ『到達点』だということに、うかつにも還暦以降つい最近気づいた。

そこでここでは今の私にとって最も関心のあること、間近にある確実な『死』について考え、そこから私のこれからの『生』について考えたことを報告したい。

1. 2007 年 4 月、鶴見和子女史の著書『遺言』を読む

昨日（2007 年 4 月 16 日）の夕方 8 時半ごろ息子が来て、原稿をホームページ上に公開するに当たり、希望の様式にするための手始めの手続きとして、大き目の情報を『ファイルバンク』に入れて送るという作業を教えに来てくれて、夜 11 時半頃帰った。

ここ数ヶ月懸案だったホームページ上に公開する件が一段落したので、今朝から私は、数日前に友人が宅急便で送ってくれた鶴見和子女史の著書『遺言』を読むべく一活字を読む時はいつもそうするのだが一天眼鏡と左目を覆う眼帯を持って、左足の装具を脱いでソファーに横座りに座り、活字を読む態勢に入った。

鶴見女史は勿論大先輩である。

随分前になるが、私にとって彼女の最新の著書は、『内発的発展論』であった。

しかし、それ以降まとまっては何も知らないまま今日まで来た。彼女に再会したのは 2006 年の NHK のドキュメンタリーであり、途中から見たので、ご健在のご様子を拝見したと思っていた。そして、2007 年初春、同様の番組が再放送され、「ご冥福をお祈りします。」という文字が挿入されていたのを見ただけであったので、この春、お亡くなりになったものと思い込んでいた。

しかし、彼女の著書「遺言」を読んで、違っていたことを初めて知った。

彼女は、1995 年、脳出血により左半身不随で車椅子生活を経験したが、その後のリハビリで杖による歩行が出来るようになり、従前の執筆や講演活動などに復帰していたのであった。途中、大腿骨骨折のため金属を入れる手術をしたことにより、車椅子生活を余技なくされたものの、従前通りの生活は概ね行えてきたよう

である。

そして、この本の『遺言一姉・鶴見和子の闘病日誌（2006 年 5 月 31 日～7 月 31 日）』のところで、彼女の妹さんの内山章子さんが書かれた内容を読むと、彼女はその後、2006 年 5 月 31 日に具合が悪くなり、手術できない状態の大腸の癌であることが検査で判り、入院し、強い痛みに苦しめられながらも、最後まで強く意識的に生き、7 月 31 日に亡くなられたということをあらためて知った。

①鶴見女史が考える『死ぬということ、生きるということ』

大先輩には失礼だが、華やかな和服姿で笑顔で立つ著書の最初を飾る彼女の写真を拝見した感想は、『『骨の太い』人だなあ』というものであった。

『最終講演』の内容に彼女の遺言が克明に記されているので、これを紹介したい。

『はじめに一老い、病、死』の中で彼女は、「15 歳の時に入門した佐々木信綱先生の『竹相園』で学んだ『短歌』を杖に『生還』したこと」を報告している。

それ故、この本には随所闘病中に作ったといわれる短歌が引用されているが、これまでは文学的で情緒的な短歌という形式と作品を前に、彼女はその後の科学者としての彼女の論理を逐次加えながら解説を試みている。

『回生』の歩みと題して講演した中で、若葉のそよぎと一緒に揺れ動く自分の身体とそのリズム、気圧配置によって感じる麻痺した脚の痺れなどから、『自然との一体感』について言及している。また、半身麻痺の自分の身体から、『死者と生者』とが棲み分けをしていて、会話を交わしていること、例えば、死者と生者

の違いを社会学者のマックスウェーバーが言う、「社会の階層は権力、金力、名誉力の大きい、小さいによって身分が決まる。」という言葉引用しながら、「現在の自分はその両者が交換しながら棲み分けているので、世の中が随分違って見える。」と述べている。

また、『死ぬとは』と題して、「微小な生命体、微小宇宙である人間が大いなる生命体である自然に還ること、『回生』である」と捉え、『生きるとは』と題して、「先祖代々貰っているDNAと老いるまでの経験という蓄積を掘り起こして新しいものを創造することが生きることの意味ではないか」と述べている。

このように、彼女にとっての生と死は、人間が先祖代々貰っているDNAと老いるまでの経験という蓄積を掘り起こして新しいものを創造しながら死に至る―大いなる生命体である自然に還る『回生』―までの営みと捉えていることが判る。

私はこれまで、「死後次世代に残すのは物ではない」、「一人の人間が人類に残すものは我々の、具体的には『お産』を通して私のDNAを、また、子どもたちの誕生以降は、DNAを引き継いだ子どもたちに私のその後の生き様を見せることであろう」と考えてきたので彼女との一致した考えに大変共感を覚えた。

彼女は最後に、『遺す言葉』として、次の2点を挙げて講演を締め括っている。

1. 憲法九条
2. 南方熊楠とクストー

②鶴見女史の『遺す言葉』―憲法九条について―

『遺す言葉』として彼女が最初に示した憲法九条について、ここであらためてその部分を引用させて頂くと次のような文章であるが、ここで彼女は社会学者として歴史的な事実をきちんと伝えることで、最近の日本の憲法九条に関する認識と海外派兵を許す動向に―柔らかな口調ながら―苦言を呈しようとしたことが判る。

「・・・中略・・・。憲法九条はアメリカの押しつけだ、戦争をしないということをいっているのは、アメリカの押しつけだから、これは変えなきゃいけないという議論がさかんですね。これはアメリカの押しつけだろうかともう一度考えてみます。九条の祖型は何かというと、第一次世界大戦後の1928年に、アメリカの当時の国務長官ケロッグと、フランスの当時の外務大臣ブリヤンとが、パリで約束しました。第一次世界大戦を反省して、戦争はしないほうがいい、人を殺し、自然を破壊するから、これをやめようじゃないか、戦争放棄の約束をしたんです。そのために、「パリ不戦条約」とも呼ばれていますし、アメリカでは「ケロッグ・ブリヤン条約」、フランスでは「ブリヤン・ケロッグ条約」と呼ばれております。

アメリカだけの思想じゃないんです。人類の思想なんです。それを、日本は第二次世界大戦でとくに中国、アジアに攻めていつて、ひどいことをした。その反省にもとづいて、これを受け入れたのです。だから押しつけじゃないのです。しかもこれはアメリカの思想というよりは人類の思想です。・・・省略。」

私はこの著書を送ってくれた友人に対して、今後の私の生き方に力強いエールを贈ってくれたことを感謝すると共に、障害者になっても更なる前進を試みられた鶴見女史に深い感銘を受けた。

そして、彼女のご冥福を心よりお祈りしたいと思った。

2. 母の死と生について

①母の死

利用を開始した小規模なデイサービス^(注1)から電話があり、「熱が37度あるが、入浴はどうするか」という問い合わせであった。

その時は、『入浴は見合わせることにし、電話を切った。

帰ってきた母はいつものように夕食後、寝る支度をしてベッドに入った。

いつもはそんなことはしないのだが、私はデイサービスからの連絡ノートの体温の記録を何気なく見た。すると、37度、37.5度、37.5度という数字を目にした。

熱があると思ったが、明日は日曜日なのでゆっくりと休ませようと考え、一日3回ほど体温を記録しながら過ごした。

そして、月曜に私の用事で『身体介護』の援助にきたヘルパーさんに母の援助に急きょ変更してもらって、近くの主治医に診察に連れて行ってもらうことにした。

その日は抗生剤を処方された。

翌日と翌々日の体温を記録したが36.8度～39度あった。

念のため再度診療を受けにヘルパーさんに連れて行ってもらい、そこでレントゲンを撮ったところ、「肺が真っ白で、『誤嚥性肺炎』の疑いがあるので入院先の病院を紹介すると言われた。」と通院先からヘルパーさんが電話をかけてきた。

そして、翌日入院したのであった。

入院当日、主治医は家族にA4一枚の入院計画書を見せながら病状を説明した。また、同時に「緊急の場合、人工呼吸を行うか、あるいは行わずに自然呼吸に任せるか」と質問をされ、「家族と相談し

て決まったら書類にサインをするように。」と言って帰られた。

私は、その時はこのような同意書は入院時に家族から予め取っておく通常の事務的手続きにすぎないという理解しかなく、当時の症状が本当にそのような同意書を必要とする緊急事態にあるという認識はなかった。それ故そのような認識がないまま、『人工呼吸は使わず自然呼吸に任せる』という方法にサインした。

つまり、入院当初は入院して治療できるという安堵感と入院して治療して当然元通り元気になって帰宅できるという思いがあった。

その後の展開は急であった。

11月1日に入院してから、酸素飽和度は日に日に低下し、体温も**36.9～37.3度**と高いまま推移し、**6日後の午後には酸素飽和度は44パーセント**に低下した。

私は入院時に採血した結果を受けて適切な薬が投与されているものと信じ、また、翌日の痰の検査結果に基づいて、早晚彼女の症状に適した投薬に変えられるものと思っていたので、そのような事態になっても緊急事態であるという認識はなかった。

また、看護師や主治医からも、『緊急事態である』とか、『家族を呼ぶように』というような緊急事態を予告する情報もなかったので、そのような状況であっても当然のように病院の治療に期待していたのであった。

従って、兄や妹などに連絡すべき事態であるという認識も当然のようになかった。

しかし、病室ではこのような家族の認識とは大きくかけ離れ、その日の夕方には家族へのプレゼンテーションのためもあってか、スタッフルームに置かれていたモニターが病室に運び込まれ、留守の主治医に代わって別の医師が時計を見ながら数分後には亡くなる母の測定記録を説明するためにスタンバイしていたのである。

そして、その数分後、母の死亡時間がその医師から伝えられた。

11月1日に入院してから同月の6日まで、妹が代わってくれた5日を除いて、朝から夕方まで付き添い、夕方から朝まで12時間家政婦さんに来てもらったが数日で急変したのであった。

今回の母の誤嚥性肺炎については、自宅で誤嚥に立ち会うことは全くなく、また、外出先の2箇所のデイケア・デイサービスの職員からも『咳き込む』とか『呑み込みが難くなった』という情報を得ることもなかったため、いつどこでどのような物を誤嚥したのか、全く判らずじまいであった。

「何時何処でどのような食べ物を突然誤嚥したのか」、『何故空隙に死に至るような事態になるまで廻りの者が気づかなかったのか』ということが全く判らずじまいの母の死は、家族にとっては『事故』としか理解できない出来事であった。

それ故、この事故さえなければ入院当日までの元気な様子から見て、その状態がそのまま継続すれば、母が口癖のように言っていた「100歳までは十分生きられる」はずであったと、私は今でも本気でそう思っている。

②母の生について

母の生は、かつて拙著^(注2)で「関東大震災以前から今日まで東京の向島、深川など、下町に住んだ人たちは、かの大震災と今度の太平洋戦争の東京大空襲の2つの災害に見舞われたことになります。思えばこの人達は人生の大半を、自分の努力や尽力の及ばないこれらの巨大な力に翻弄されて生きてきたことになります。そして、今日これらの人たちが私たちと同時代に生活しております。」と『はじめに』で述べたように、^{まさ}正しく『人生の大半を、自分の努力や尽力

の及ばない巨大な力に翻弄された』ものであったと思う。

彼女の生は多くの人がそうであると思うが、私たちのごく見近かな、直ぐ隣にいる人の生であり、かの鶴見女史が考える「先祖代々のDNAにその後の経験を掘り起こして何か新たなものを創造することをその『意義』と考える」ような『意識的な生』ではない。

母は91歳の時に心筋梗塞の手術のために僅かな期間入院生活を余儀なくされたが、その頃から認知症の症状がでて、その数年後には中程度の認知症という診断を受けるに至ったのだが、そのため認知症を発症してからその後死に至るまでの5年半は自分の認識力が損なわれつつある状態での『生』であったと言える。

認知症になる前の母の生はかつて拙著に示したように、大震災とその直後に妹や両親を失い東京大空襲で兄夫婦と弟夫婦を失うなど2度の被災にもめげず懸命に生きた『生』であった。

母にとって「生きる」ということが何であったかということについては判らない。そのことについて認知症になる前に母が語るということとはなかったし、私も直接母からそのことについてあらためて聞くということとはしなかったが前述の鶴見女史のそれとは確実に違うように思う。

母の「生きる」意味については、母が意識したか否かは別にして第三者が評価することが出来るとすれば、両親をなくして幼い頃から自立して生き、また、次の世代を生み育んだということにあるだろう。

認知症になった後でも一日のうちの多くの時間は正常な意識があった母が、その状態で何をすることもなく毎日を過ごす日常ということについてどのように考えていたのか尋ねたことはない。また、私自身も母の生前にそのようなことを考えたこともなかった。

「何もやることがなく、何の役割もない者は生きてはいけな

い」ということではないが、口癖のように、「このまま100歳までは

十分生きられる。」という認知症以降の彼女の日常を省みると、認識能力を失って生き続ける『生』の難しさ、厳しさを痛感した。

認知症を発症して自立した生活が出来なくなった後の彼女の生活には心から楽しいと感じる日々がなかったように思うし、また、私も自分の生活のことで手一杯のこともあって、彼女の生活を楽しいものにすべく努力してこなかったことも事実である。

このようなわけで、認知症発症後の5年半にわたる彼女の『生』の意味について私は未だ判らないままにいる。

判っていることは、介護する家族の側からのものではあるが、「母が母の人格を失わないうちに『死』に至ったことを母と共に喜ばしく思っているといけないであろうか」という気持ちがどこかにあるということである。

認知症を発症してこれまでの自立した生活から一転して他者の介護を受ける生活へ変わった時期の母の『生』は介護者の私の性格やライフスタイルなどに著しく影響を受けることになり、また、デイサービスの職員やヘルパーの介護技術などに大きく左右されることになるため、『自立した生活』から、いわば、『余儀なくされる生活』へと変わらざるをえなかったように思う。

母が亡くなって後、母の身体介護、特に散歩や会話や見守りなどを中心に世話して下さったヘルパーさんがお悔やみに見えて、「お母さんはみんな判っていたようですよ。お散歩の時などに、『皆に迷惑をかけていることは判っているのよ。でも、こればかりはどうすることも出来ないから。』と、言われたことがありますから・・・。」と私に伝えて帰られた。

母はぼけた自分が生きていることが皆に迷惑をかけているという認識があり、「それでも死ぬことは出来ないから、こればかりはどうしようもない。」という認識があったということであろうか。

これを聞いて私は、私との毎日が母にこのような認識を生じさせ

たことにショックを覚えたが、母が当時の状況でこのような認識にあったということを考えると「本当は認知症ではなかったのではないか。」「単なる強い物忘れの症状にすぎなかったのではないか。」と思うのである。

『死』について通夜の時、浄土宗である住職が次のような講話をされた。

「浄土宗では、死んだ人は浄土に行くことになります。向こうからお迎えが来ますから決して寂しいことはないのです。いずれ皆様も行くところなので暫くのお別れということです。ですから、故人には、『さようなら』とは言わず、『行ってらっしゃい』と言いましょ。『また、お会いしましょうね』とも……。」

私は戦後民主世代を自称し、『神も仏もない』という認識のもと、そのような生活を意識的にしてきたが、この講話は何故か母に対する介護についての後悔や無念を和らげた。

死後について言及することはできないが、私自身は死直前までの『生』については、鶴見女史が述べたように意識的でありたいとは願っている。

とりわけ、論理的、科学的でありたいと願うのだが、母の最終的な認知症の時期の生について考えると、『意識的な生』を自ら選択できない状況をどう考えるか―私自身に対して、また、他者に対して―このことはこれからの私の『生』の課題となるであろう。

母はいま、希望通り家族のみによる通夜と告別を終え、49日の納骨を迎えるまでの期間を好きな自宅の和室で過ごしている。

「お母さん行ってらっしゃい。ずっと会いたがっていたおとつあんやおっかさんにもう会えましたか。そして、兄さんや弟さんの^{あに}

『^{よっこう}芳公』にも会えたのでしょうか。また、お会いしましょう。それまで暫く、さようなら。」

2007年12月

(注1) 母が長年利用していた比較的規模の大きいデイサービスを辞めて小規模なデイサービスの利用に変えたのには次のような訳がある。

このことについては、先にホームページで公開した『還暦直後障害者になった私－快適な居住を求めて－』の『その後の展開』を以下に追加することでそれに変えようと思うが、端的に説明すると、待機していたグループホームから、「空きができた」という知らせがあったが、結局今回は見合わせることにし、その時を機に、これまで利用していた規模の大きいデイサービスから小規模なものに変えたということである。

その詳細については次の『その後の展開』を読んで頂きたい。

○その後の展開

(1) グループホームの入居を見合わせる

ホームページに公開して以降、2007年8月、待機していたグループホームから連絡があり、「空きがでたが、入居するか」という問い合わせがあった。

突然の連絡に、私は、「はい、前向きに検討します。」といって電話を切った。翌日早速連絡があり、「どうするか」という確認であった。ショートステイで試してみることが出来る」ということであつたので、早速それを試すことにした。

ショートステイの最後の日に入居の契約をするということになった。事務局からは、「歳も歳なので、今回入居を見合わせると、この事業所では次回は入居できない』と言われた。

私自身は、グループホーム入居を検討していた1年前の状況と大きく変化したこと、特に1年前存在していた入居の理由が最近ではなくなり、家とデイサ

ービスと月 1 回のショートステイで十分介護が果たしているという変化があるので、入居は見合わせるという考えに傾いていた。

このように、私自身は今グループホームに入居しなくても十分可能であるという結論であったのだが、今後の母の健康などの変化について考えると、また、事業所の方で、「今後の入居は難しい」という発言が結論を鈍らせたこともあり、結局最後まで『迷い』を残したままショートステイの最後の日を迎えることになった。

つまり、「入居させるか否か」については『迷い』はなく、「入居はさせない」という判断が明確にあるのだが、今後の不確実な状況に対する『介護責任』という点で自信がなく、『迷い』があり、決めかねたのである。

そして、ショートステイの最後の日が来た。

迷いに迷った私は、その迷いを理事長に正直に打ちあけることにした。すると理事長は、「自分の気持ちに従う方を選ぶように」というアドバイスを下さった。また、事業所に所属していると見られるケアマネも同様の意向を示した。

そこで、今回は入居を見あわせることにして、一緒に家に帰ることにした。

また、その帰り際にケアマネは、「小規模なデイサービスを探してみると良い」というアドバイスを与えてくれたのであった。

そこで、帰ると早速それらの見学を開始して、10 月から利用することにした。

母の死はこのグループホームへの入居騒ぎとその後の小規模デイサービスへの変更という変化の大きい 2 カ月の間に起きたのである。

(注 2)「震災・空襲を生き抜いた女性の記録―職人の家に生まれて―」2002 年 12 月 25 日、自主出版ネットワーク：本の風景社発行／(株) ブッキング発売

(注 3) 母はそのヘルパーさんと散歩する時、度々以下のような『手毬歌』を歌って機嫌よく帰ってきた。また、焼香に見えたヘルパーさんは母の遺骨の前でこの歌を小さな声で歌い涙を流された。

『一番初めは』

はじ
いちばん
一番 初 めは

いちのみや
一 の 宮

にっこう どうしょうぐう

に
二は

日光の 東 照 宮

さくら そうごろう

さん
三は

佐倉の 宗 五 郎

しなの ぜんこうじ

し
四はまた

信濃の善光寺

いずも おおやしろ

いつつ
五は

出雲の大 社

むらむら ちんじゅさま

むつつ
六

村 々 鎮守様

なりた ふどうさま

ななつ
七

成田の不動 様

やわた はちまんぐう

やつつ
八

八幡の八幡宮

こうや こうぼうさま

このつ
九

高野の弘法 様

とうきょうしょうこんしゃ

とお
十で

東 京 招 魂 社

しんがん

これほど 心 願 かけたのに

なみこ やまい なお

浪 子 の 病 は 治 らぬか

3. 迂闊に選んだか、手術による『生還』

鶴見女史の著書を読むまでもなく、また、母の死を迎えるまでもなく、手術後生還してリハビリ病院を退院して母と再び同居することになった私は、車椅子生活になって従前の仕事に復帰できない毎日を省みながら、これからの生あるいはこれからの生を授けた手術による『生還』ということについてあらためて考え始めた。

私は第二章で、「私のベッドの左側で、医師が再び、『若杉さん、手術は成功したからね。血管腫は全部取れたからもう出血の心配はありませんよ。』と言われた。……中略。手術をひたすら待つ身から一転して、私は病室の患者らと同じ彼岸に希望通り生還したようだ。」と書いたように、何はともあれ手術が成功して生還した。

著しい脳出血によって脳膜が破れ、これまで不明であった血管腫の場所と大きさが特定されたことを受けて、脳神経内科から急遽、脳神経外科に移されたのだった。そして、その時先生から、「今後、血管腫の治療を行うこと、その方法として、放射線で焼く方法と手術して除去する方法との二つがある」ことを告げられ、また、その日の夕方には、「放射線では完全には除去しきれないので今回は摘出手術を行う。」と告げて帰られたのであった。

このような医師の言葉に、あの時の私はわけあって、『何が何でも患者を（死から）助ける＝生かす』という医者（医師）の職業上の命題に従い、先のことは考えず、手術して生きるという方向を当然のように選択した。その時点では、何が何でも、どのような方法であろうとも生きるための最適な方法を選択した自分があった。

『あの時のわけ』、あの時の唯一の理由は、勿論、この4月から引き受けた国立大学での非常勤講師の授業を全うしたい（注1）という思いからであり、万が一退院が遅れたとしても9月あたりに予定さ

れる集中講義に間に合わせるためには手術して『生還』することを選択するしか道はなかったことによる。また、仮に手術によって死ぬことになるなら、それはそれで授業が中止される正当な理由ができることになる。

いずれにせよ、手術による生還という選択しかその時の私の前にはなかった。

しかし、手術の結果、生還したものの、その後の回復の遅れは、予定した集中講義には間に合わず、手術前の究極の選択は目的を失うことになったのだが・・・。

このようなわけで、手術による後遺症や合併症についてきちんと説明されたにもかかわらず、手術後の生活や後遺症や合併症という状況下の生活についてきちんと考えることなく、また、「それを選ばない場合、その後はどうなるか。」ということについて医師に説明を求めることもしないで、『生』のみの方向を選んだ当時の状況があったということである。

例えば、癌などになって手術することを選択せずに『終末医療』を選ぶ患者のような冷静な判断はその時には全くなかった。

後先を考えない『迂闊と言えば迂闊』な選択であったのだろうか。

認知症でもなく、また、手術によって認識能力や言語能力が失われるわけでもないのに、従前の生活に復帰できずに希望しない生活を余儀なくされる『生還』後の現在の生活を考えると、あの時の選択が迂闊であったのか、それとも私のいつもの一途さや思い込み故であったのか、選択肢のないあの時の選択は人生初の究極の選択であった。

これからどう生きるか。

2007年12月24日クリスマスイブに息子が上野千鶴子著^(注2)：

『おひとりさまの老後』をプレゼントしてくれた。

斜め読みするとその趣旨は—私に読み違いがなければ一次のようなことであろうか。

若い時は、シングルとかシングルマザーとか言って頑張ってきた人も気がついてみると—未婚であれ、非婚であれ、幸せな結婚をして死別した人であれ、離別した人であれ—結婚していようがいまいが誰でも最後はひとり、『おひとりさまの老後』なのだ。

彼女たちは、海外旅行や会食や買い物等結構老後を楽しく謳歌している。—どこでどうくらすか、誰とどうつきあうか、おカネはどうするか、どんな介護をうけるか、どんなふう終わるか—「ようこそシングルライフへ」である。これからも「頑張るぞ」！！・・・。

私の場合、65歳未満であるが、2005年障害者生活に突入して以来、仕事から退き、いわば『老後生活』まっただ中の感がある。

介護については2002年当時91歳のごく軽い認知症の母との同居以降、ケアマネの事業所を4箇所変え、介護計画については当初自主作成するなど、『介護生活』もまっただ中にいた。

今は、母が96歳で他界した経験を通して、死の様子、通夜・告別、死後の様々な整理など、貴重な経験を終えたばかりである。

まだまだ頑張るか。

これ以降の記述は、日によって、あるいは体調に左右されてネガティブであったり、ポジティブであったりして、なかなか定まらず、今回のホームページの公開がずるずるとここまで遅れてしまった。

やりたいことはあるのか。

今の状況で、やりたいことに一人でどこまで辿りつけるのか。

今の状況で、やりたいことの機会がどう与えられるのか。

（注１）「授業を最後まで全うしたい」という願いはかなわなかった。
そればかりでなく、私に講義を依頼した〈私の大学の後輩で、この大学の教授でMOある〉女性にも多大な迷惑をかけることになった。勿論大学の事務局にも同様であったが、何と言っても申し訳ないのは学生諸君に対してである。彼らにはその後お詫びの言葉も述べてない。

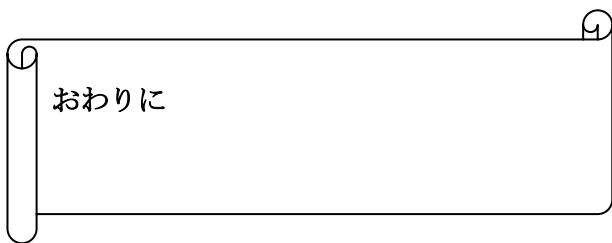
（注２）彼女は著書の「あとがき」で男性について次のように締めくくっている。

【なに、男はどうすればいいか、ですって？

そんなこと、知ったこっちゃない。

せいぜい女に愛されるよう、かわいげのある男になることね。」

出典：上野千鶴子著『おひとりさまの老後』、平成 19 年 9 月 26 日第 14 刷発行、
発行所（株）法研、p.263



最初に医療と患者の関係についてみました。

そこでは、患者は知らない、知らされていない現状があり、後日それを知りたいと思ってもカルテ等に患者自身が知りたい当時の状況が記されているかどうかということさえ患者に判り得ないということが判りました。

次に医療と看護の関係についてみました。

そこでは、著しい医療と看護の分業化が見られ、医療は最先端の医療技術を駆使して患者の生命を救うことを目指し、看護はその医療を支援するという、『医師と看護師が主役の舞台』という実態がありました。

また、そこにおける看護は、医療の補完を行う看護、派遣看護のしくみの元で分業化された看護が中心を占め、患者が求める看護が不在のために患者に多くのストレスを加えている実態がありました。

以上を踏まえ、最後に患者と看護について考えました。

実態について記録する内に、『医療とは』、『看護とは』という問いが自ずと私の内に起こりました。

特に後者の『看護とは』という問いは同じ病院での3回にわたる入院の経験から共通に発せられたものです。

そこで、『看護とは』ということを問うことにしました。

かのナイチンゲールはかつて、「看護とは、『患者に新鮮な空気や陽光、暖かさや清潔さや静かさを適正に保ち、食事を適切に選び管理する一すなわち、患者にとっての生命力の消耗が最小限になるようにして、これらすべてを適切に行うことである』という意味をもつべきなのです」と彼女の著書『看護覚え書』の冒頭に述べています。

彼女が看護の実践から学んだ当時の看護とは、例えば、彼女の著書で述べているように、『換気と保温』、『住居の管理』、

『その他の小管理』を通じて、病人だけでなく、健康な人をも含めて、人間の自然治癒力を高めることを支援するということであることが判りますが、現代の科学の進展、医学の進展は、当時のそれに大分細部な説明を必要とするように思います。

医療はいつの時代も『医療技術を駆使して患者の生命を救うこと』を目的にしているが、現代は『医療と看護の分業化』を初め、『医療を補完する看護』が必要とされること、また、『看護と介護作業の役割分担』という意味から、『看護の分業化』がみられること、更に看護はこれら『医療技術の補完』や『看護と介護作業の役割分担』のみでなく、いつの時代にも患者が求める看護の役割を果たすことが必要であるということが判ります。

以上のことから、現代の『看護が向かうべき方向とは』医療技術を用いた『治療』という治癒の方法を補完するとともに、患者の持つ自然治癒力が適切に働くように支援すること、つまり、患者の生きる力、病と闘って生きようとする『闘病』生活を身体的、精神的の両面から支援することにあると考えました。

このように考えてくると、これはかつてナイチンゲールが述べた『患者が持っている自然治癒力を高めることを支援すること』に他ならないということに私たちは気づきます。

そして最後に私は、『健康で文化的な生活を保障する』日本の憲法に則り、健康な時も病める時も、健康に向かう時も健常に向かう過程でも、ナイチンゲールが述べたこの『患者が持っている自然治癒力を高めることを支援すること』を自分や家族以外に、社会が生涯を通して地域で実施するという一貫した看護のしくみを創設することが必要であるという考えに到りました。