

若年重症心不全を来した外国人留学生と家族への看護介入を振り返って  
～家族危機モデルを使用した考察～

キーワード:看護倫理、意思決定、倫理調整、外国人患者、家族看護、家族危機モデル

ICU/CCU ○前田友佳、江藤希世、平田彩、橋本美幸、濱田基伸、田上愛、  
長瀬典子、白坂雅子

## 1. はじめに

ICU/CCU という特殊な環境下では、患者の意識が無い場合、患者の家族が代理意思決定者となることが多い。そうなった際に、家族は危機的な状況にさらされることとなる。小島<sup>1)</sup>らは、医療現場における家族危機への働きかけの重要性は、患者の危機を少しでも軽くあるいは早く経過させ、あるいは回避させ、治療療養に専念させるうえで、家族の安定、結集したサポートや働きかけが非常に大切であると述べ、早急な家族の危機的状況への働きかけの重要性を唱えている。

また日本看護協会の看護者の倫理綱領に、「看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済状態、ライフスタイル、健康問題の性質に関わらず、対象となる人々に平等に看護を提供する」とあり、看護者は国籍、人種に関わらず、平等な看護が提供出来なければならないとしている。

今回、外国人留学生の患者とその家族に対し、倫理的視点を持って意思決定支援を行い、家族の意向を取り入れた看護介入とチーム医療を実践した症例を報告する。

## 2. 研究目的

外国人患者に対して、患者・家族の意思を反映した看護・チーム医療の実際の評価と家族危機モデルを用いて家族支援（意思決定支援）の課題を明確にする。

## 3. 研究方法

研究デザイン：事例検討

期間：平成29年6月9日～11月26日

方法：事例の看護介入の結果を、ヒル・マッカバンの家族危機モデルを基に考察する。

## 4. 用語の定義

ヒル・マッカバンの家族危機モデル<sup>1)</sup>

家族危機(X)は、ストレス源(a)、現存資源(b)、ストレス源の認知(c)の3つの要素が影響する。

この3つ要素を綿密にアセスメントし、情報提供や指導等で家族の持てる力や資源を強化したり引き出したりする介入で、家族は適応に向かっていく。

## 5. 倫理的配慮

個人が特定されないイニシャル表記とし、当院倫理委員会の承認を得た。

## 6. 事例紹介

A氏 21歳男性。2016年4月、留学のためミャンマーから来日。6/9 倦怠感・咳嗽を主訴に来院。低心拍出量症候群を認めたため、大動脈内バルーンポンピング(以下IABP)を装着しICU入室となった。6/17に心不全が悪化し挿管・IABP(再)・経皮的心肺補助装置(以下PCPS)挿入がされた。本来であれば、救命処置を含めた治療への希望は、患者本人から聞くべきであったが、入院直後から、致死的不整脈も頻発し、患者の不安も強く、本人には確認出来る状態では無かった。その為、キーパーソンである母親が代理意思決定者であった。

母親は、ミャンマー大使館の協力を得て6/17に来日。日本語が話せず、母親のサポートは、A氏の姉をはじめとする家族や親戚であった。日本では語学学校の寮を借り、通訳のM氏と語学学校職員のサポートの上毎日面会されていた。

## 7. 実施結果

### 《治療方針決定までの経過》

母親の来日前から主治医とカンファレンスをもちタイムリーに共有していくことの共通認識を図った。また、日本とミャンマーでは文化・宗教的な違いから医療に対しての考え方も異なるため、情報収集する内容について具体的に考え早期に母親のニーズを捉えていく方針とした。

看護師内で情報を共有、整理しながら母親の意志決定支援が行われる中6/22に主治医から再度治療方針(LVAD:左心補助人工心肺装置での治療を希望するか等)について説明が行われ、母親が希望しないと意思表示された。内服治療まで病状が改善した後にミャンマーへ帰国することが目標となった。

### 《母親との信頼関係の構築》

看護師が行った面談で、死生観について、母親の思いを確認する場面があった。その際に、

「現在、出来るだけの治療を行っているが、もし、助からなかった場合、どのような最期を過ごしたいか、考えていることはありますか。これは、皆さんに聞いていることでもあり、日本とミャンマーでは文化も異なるので、失礼の無いように治療・看護をしたいので聞いています。」と伝えた。また、プライベートな質問に対しては答えたくない場合は遠慮せず教えて欲しいことを伝えるなど、倫理的配慮を示しながらインフォームドコンセント（以下 IC）を行い、母親との信頼関係構築に努めた。

表 1：母親との面談で確認した内容

死生観について	亡くなった時にこういうことをして欲しいとかは無い。そばにいたらよい。今は治療を最優先にして欲しい。
氏の看護・治療に対する希望	・本当はずっと側にいたいけど、治療を最優先にして欲しいから面会時間は守りたい。 ・意識があるうちに少しでも話がしたい。コミュニケーションが取りたい。 ・（音楽を聞くと故郷に帰れるという信仰がある）ミャンマー仏教のお経を聞かせて欲しい。聖水で体を拭いて欲しい。
母親の体調	元々、急性心筋梗塞を発症し治療した経歴がある。薬は来日中の分は準備出来ており、眠れないことはあるが、体調も悪くない。

母親の思いを踏まえ、統一した看護が行えるように、看護プラン「#家族看護：患者・家族が異国の環境で納得がいく治療が受けられる」を立案し、介入していくこととした。また、主治医とも母親との面談の結果を記録と口頭で共有していった。

チームスタッフで協力し、ミャンマーの国や文化、仏教についての基本情報を集めたり、用語集を作ったりするなどして、A氏についての情報が分かりやすいように資料を整理した。面談で得られた情報は、4分割表に記載し、同じファイルにファイリングし、統一した看護が行えるようにした。

また、医療者と母親との仲介を行うM氏もICに同席し厳しい病状説明を正確に伝えなければならないプレッシャーや負担がかかっていた。

た。そのため母親同様にM氏へ労いの声かけや感謝の気持ちを伝え、母親との信頼関係構築の橋渡しとして重要な存在であることを伝えていった。

そのような中で、看護プランに沿って、A氏と母親に関わっていき、母親と一緒に清拭をしたり、ミャンマー用語集を用いて会話をしたりする事で、母親の表情も和らぎ、母親から看護師へコミュニケーションを取ることもできるようになっていた。その中で、一番多く母親が表出していた言葉が「少しでも息子の目が覚めれば話がしたい」であった。看護師も同様に、一度でもいいからコミュニケーションがとれればと感じており主治医に相談していった。

#### 《終末期の介入》

補助循環による治療が行われていたが、PCPS挿入後、しばらくして後腹膜出血を来した。心機能低下・循環不全による多臓器不全を来しており、血液濾過療法も行えない状態となった。気管開窓術後に、主治医から「お母さんとコミュニケーションがとれるように鎮静を浅くしてみようか」と提案があり、母親にも説明をした上で、鎮静を浅くすることが出来た。鎮静を浅くした際、氏が母親に対し「ミャンマーに帰りたい」と話しかけることがあった。母親は流涙されていたが、今までで一番氏の反応があった事に対し喜びを感じている様子であった。

A氏は、入院44日目に永眠された。

#### 《死亡確認後の母親への関わり》

看取りの際、母親は号泣し動揺を隠しきれず、氏が亡くなった現状を受け入れることがない状況であった。看護師が傍に付き添い、母親の気持ちが落ち着くのを待って、死亡確認が行われた。土曜日で役所や病院が休みであったことから、月曜まで遺体を安置することとなり、母親へは好きなときに氏へ面会できるように調整を行った。死亡から2日経過しても母親は氏へ対面する度に嗚咽をもらしながら号泣し、来日した姉に付き添われ慰められていた。お見送りの際、母親はポケットにお金を入れたり、お祈りをしたりと宗教的な儀式を終え、流涙されながらも最後のお別れを伝えられていた。母親に、結果はこうなってしまったが、本人も家族もとても頑張っていたことを伝え、母親は「本当によくしてもらったありがとう」という言葉を返された。

## 《デブリーフィングの実施》

A氏の死去後、チームスタッフから、「本当に自分たちは、お母さんの希望に添えた看護が出来ていたのか。」等、ジレンマを感じるスタッフも多く、自分たちの看護を振り返る機会の必要性を感じた。そのため、チーム内、病棟内と2回に渡り、スタッフの思いの表出と、今後の看護へ繋げる場として、デスカンファレンスを設けた。

カンファレンスでは、「悲しい」や「ちゃんと看護できていたのか。」と言う不安感情から、「言葉は通じなくても、タッチングやジェスチャーでお母さんとの信頼関係が構築できた」、「カンファレンスをタイムリーに行えたことで、統一した看護につながった」、「主治医とも連携がとれていた。」「外国人だからと言うわけでは無くて、患者様、皆に、同じような関わりをしていきたい。」という意見もあり、自らの看護を振り返り、評価することで感情の整理が行え、次への課題も確認することが出来た。

## 9. 考察

今回、患者自ら意思決定できない状況で代理意思決定者である母親への介入を家族危機モデルを用いて考察した。

母親は、息子の病気の悪化というストレス源に対し、少しずつ病気を理解し受け止め代理意思決定者としての役割を果たせ家族危機に適應していったと考える。病状理解においては、1回のICで1~2時間程時間がかかるときもあったが、通訳のM氏の協力にて毎日の面会で主治医が病状説明を繰り返し行い、看護師はA氏の状態を詳細に伝えていった。また、患者、家族の文化的背景を尊重した上で、母親の心情を捉え、ケアに取り入れていったことで信頼関係が構築されていった。信頼関係が構築された上でのケアは、家族危機モデルの現存資源に当たり母親の現状理解が促進されストレス源に対する認知へ変化を及ぼしたのではないかと考える。しかし、A氏の母親は日本語が話せるという資源を持っておらずストレス源(=氏の病気)に対しての認知が難しい状況であった。これに対し通訳のM氏の存在は現存資源となり得た。M氏もICに同席し厳しい病状説明を正確に伝えなければならないプレッシャーやA氏の状態を目の当たりにした衝撃などのストレスは大きかったと思われる。母親同様にM氏へ労いの声かけや感謝の気持ちを伝えていった関わりがM氏自身の役割遂行の一因となり母親がストレス源の認知を効果的に行えたと考える。

また、母親にとってのキーパーソンであるA氏の姉も現存資源であった。姉は、A氏が生きている期間には来日できなかったが電話で母親と連絡をとっており心理的な負担を共有することで緩和されていた。また、A氏の死の悲嘆を母親と共有できたことは死の受容に大きく影響したといえる。通常ならビザの発行手続きは1ヶ月以上かかるころをミャンマー大使館の協力にて姉の来日が可能となり現存資源の最大活用に繋がったのではないかと考える。

## 9. 結論

・A氏の国の文化を尊重し、個別性と捉えケアに取り入れたことで信頼関係の構築につながった。

・信頼関係は、A氏家族にとって資源となり得るものであり、より良い構築に向けてチームで継続的に関わったことは効果的であった。

・母親のキーパーソンやサポート者への配慮を行うことで母親の危機が適應へのプロセスに向かうことができた。

・患者家族の危機に対し、患者家族が持っている資源が有効となる看護介入が適應に繋がっていく。

## 10. おわりに

今回の事例では、異なる文化や宗教を持つ外国人患者・家族を対象に意志決定支援を含めた家族支援を行った。早期に患者や家族の危機的状況をアセスメントし適應へ向け不足している側面に働きかけていくことで、母親が代理意思決定やA氏の死を肯定的に受け容れていくことができた。

ICU/CCUでの意志決定者の支援として、今後の家族ケアに活かしていきたい。

## 引用・参考文献

- 1) 小島操子, 看護における危機理論・危機介入, 金芳堂, P85-91, 2013年
- 2) 宮脇美保子, 身近な事例で学ぶ看護倫理, 中央法規出版, P63-75, 2016年
- 3) 戸田美和子, 若年性拡張型筋症患者の末期心不全における倫理調整の実際, 倉敷中央病院年報, 76巻, P171-175, 平成25年
- 4) 柳原清子, なぜ今、病棟で家族へのケアが必要なのか(家族看護理論を用いての分析), ナーシングトゥデイ, 第24巻13号, P20-P27, 2009年