

終末期の患者とその家族への看護介入の一事例

中三階病棟 ○野中光代

Key word: 家族、カルガリー家族アセスメントモデル、カルガリー家族介入モデル、終末期

はじめに

愛する人との死別が避けられないという現実、家族成員に極めて深刻な影響を及ぼす。そしてそれが結局のところ患者本人にも様々な影響を与え、1つの家族全体が大きくゆれ始める事になる。そのため、終末期ケアにおいて家族への援助は欠くことのできない必須の要素である、と渡辺は述べている。私は日頃、終末期の患者に接するたびに、家族への介入の必要性を強く感じていた。今回、家族へ介入する事で、患者にも変化が見られ、家族もそれぞれの強みを発揮し、成長が見られたのでここに報告する。

I. 研究の概念枠組み

カルガリー家族アセスメントモデル (CFAM) : 構造・発達・機能の3つのカテゴリーから構成され、3つの側面のうち主に何処が障害されているのかを把握し、その中のどの下位カテゴリーが問題なのかをアセスメントする。

カルガリー家族介入モデル (CFIM) : アセスメントに基づき、感情・認知・行動の3領域の中で、家族に適する領域から支援していく、家族の認知に変化を起こすようにし、家族が合意し、家族が選択した方法で介入を進める。介入する事が変化のきっかけを与える事になり、家族の自然治癒力で回復していく。

II. 研究方法

- 1) 研究デザイン : 事例研究
- 2) 研究対象 : 卵巣癌末期患者とその家族
- 3) 研究期間 : H16, 7/12~8/29
- 4) 倫理的配慮

患者と次女へ、看護の向上のために看護研究に取り組む事を伝え、意思を確認し、承諾を得た。又個人が特定できないようプライバシーの保護に配慮する事を伝えた。

III. 患者紹介

患者 : H・S氏 70歳 (女性)

病名 : 卵巣癌再発、癌性腹膜炎

家族 : 夫と長女、次女 (キーパーソン次女)

経過 : 癌性腹膜炎による血性腹水、胸水貯留と上腹部への転移による嘔吐のため緊急入院する。入院中、疼痛コントロールと点滴による栄養補給、輸血等の対症療法を行なった。退院後は12月まで自宅で過ごし在宅医の往診、訪問看護をうけていたが、状態が悪化して当院へ緊急入院した。数日後、ホスピスに転院し12/18永眠される。

IV. 実施、考察

(インタビューとアセスメント)

これまで患者と家族は、深い愛情と絆でむすばれ、家族みんなで患者を支え苦難を乗りこえてきた。しかし患者が目に見えて衰弱し、苦痛を訴える姿に、家族は死が近い事を感じ混乱していた。看護師は、家族へ看護介入するため、娘たちにインタビューをおこなった。夫は面会が少なく直接インタビューできなかったため、患者へのインタビューからアセスメントする事にした。

患者は、夫と二人暮らしで仲は良く、強い信頼関係があった。しかし夫は、妻を失うかもしれないという予期悲嘆から妻を思いやる事が出来なくなり、寝ている妻が息をしているか度々確認して妻を不快な気持ちにさせていた。妻は夫に対し、介護や家事の手伝いを望んでいたが、夫に伝える事が出来ず悪循環パターンに陥っていた。夫は喘息をもっていたため体調が良い日だけ娘が送り迎えをして短時間だけ面会に来ていた。患者は嘔気のため気分がすぐれず夫の面会時も会話は少なかった。患者は看護師に対し夫の心配をしても何も出来ないし、きつくて夫の事を考える余裕は無いと言っていた。

娘二人は結婚し家族があったが、市内に住んでおり実家を頻回に訪問していた。姉妹の関係は良好で、よく連絡を取り合っていた。

長女は自営のため忙しく、脳梗塞で入院中の姑とネフローゼの子供をかかえていた。次女は忙しい長女にかわり実家に食事を届けたたり、家族の意見をまとめ、調整する役割を果たしていた。

拡大家族として患者には8人の兄弟がおり仲は良い。

より大きなシステムとして、夫と共通の旅友達と地域の老人会の友人、自宅近くのホームドクターが存在していた。

本人へのインタビューから、今後これ以上苦痛が増すのは耐えられないので、IVHや輸血等、延命につながる事はしたくない事、緩和ケアを第一に考えてほしい事、自分の誕生日に外泊し、みんなに集まってもらい、友人や兄弟にお礼を言いたい事、娘たちに葬式や自分の死後の事を言い残しておきたいという希望がある事がわかった。

インタビューの結果をアセスメントし、以下の仮説を立てて介入した。

- ① 娘達は患者の遺言を聞く事が、患者に死が近い事を告知する事になると考え話しをそらしていた。その為患者は自分の思いを伝える事が出来なくて悩んでいる。
- ② 患者と夫は悪循環パターンに陥っているが、本当は最後まで一緒に過ごす事を望んでいるのではないか。
- ③ 現在のADLは、ほぼ自立しており、退院できる状態だが、在宅ケアに移行するには患者と家族の不安が強く否定的な気持ちが強い。また在宅ケアに移行した場合介護者として夫は期待できず、社会資源の活用が必要である。
- ④ ADLが低下し、病状が悪化した時は、夫がそばで付き添えるよう、宿泊設備が整ったホスピスへの転院が望ましい。

〈看護介入〉

はじめに感情領域への介入を行ない、不満や不安・悲嘆の表出を受けとめるようにかかわった。娘達は「前回腹水穿刺後に、すぐ自宅に帰したのは無理があったのではないか、ぎりぎりまで自宅で我慢していた母がかわいそうだった」等、医療者への不満をぶつけ、「あとどの位時間があるのか？今後どのような経過で死に至るのか」等、不安や悲嘆の思いを涙を流しながら話した。

『感情をありのままに認める事は、家族や看護師が問題を正しく理解し、家族の移行(変化)を理解し、家族に悲嘆の過程を踏ま

せ、病気や喪失に対する家族の反応を引き出す大切なプロセスである。家族が変化を起こす前にはこのような感情を十分に吐き出す過程が必要である』と言われている。

娘達も話す事で次第に気持ちを整理し、母のために何ができるか考えるようになった。まもなく娘達から、面談の希望があり、看護師はその調整を行なった。面談の場では主治医から病状と治療方針「対症療法と緩和ケアのみ行なう」を説明された。家族の代表として家族の意見を持って来た次女が「母は死を覚悟しているようで、葬式の話し等をする事があるが、どう対応したらよいのかわからない。母はホスピスに興味があるようだが転院させてもらえるのか、今後、どのような経過を辿り、予後はどれ位か？治らないなら苦しまないようにしてあげたい」等、質問や希望を述べた。看護師は次女に対し、患者は自分の死期を悟っており準備をしたいと思っているので、患者が言い残したいと思っていることはきちんと聞いてほしい事、気分が良いときに外泊し、夫と過ごす時間を作ってほしい事、ホスピスについてはMSWを紹介し詳しく説明する事を話した。

その後娘達は母親の話しをきちんと聞くようになり、患者は看護師に「娘がホスピスを見に行ってくれた」「私の話しを良く聞いてくれるようになった」と嬉しそうに報告してくれた。しかし、激しい嘔吐のため食事をとれない日が続くとカーテンを閉めきり安楽死をしたい等の悲観的な訴えが多くなった。また、患者は誕生日の日の外泊を、体調不良のため断念し気落ちしていた。そんな患者の為に娘達は8/2の花火大会の日の外泊を計画し、気乗りしない患者を娘宅に連れ帰った。患者には内緒で、患者が会いたがっていた旅友達を招待し、患者を大いに喜ばせた。患者は楽しかった旅の思い出を友人達と語り合う事で、自分の人生を回想する機会を得た。バトラーは高齢者の悲観的な見方を修正し、身体的・精神的・社会的健康、ひいては肯定的成人後期の見方を促進し、人生の最終段階の統合を促す方法として、これまでの人生を『回想』する事の有効性を指摘している。外泊後の患者は笑顔が増えて、悲観的な訴えが少なくなった。

看護師は花火大会の心遣いについて、娘達を賞賛し、患者の病状の回復までももたらした事を伝えた。この事は家族機能の認知領域

に介入する事になり、家族は自分達の苦勞を認めてもらえた喜びと安堵感を感じ家族の強さや長所を認識し、家族の絆を確認するきっかけになった。

さらに娘達は母に目標をもたせるために8/15～8/17に患者の兄弟8人と山荘に宿泊するという計画を立ててきた。しかし病状は不安定で、8/6からDIVにプリンペランを混入するようにして吐き気は消失していたが、血小板が2万に減少しHb7.0と貧血も進み、急変の危険が出てきた。その為医師と話し外泊前に輸血をして体調を整えた。そして予定通り山荘で兄弟達と楽しい時間を過ごすことが出来た。

患者は兄弟達と会って話す事で、再び回想の機会を得た。外泊から帰ってきた患者は医師も驚く程の回復をみせた。食欲が出て、嘔吐しなくなり体重が戻ってきた。また、Hb10.2 Plt27.3 (8/27)に輸血なしで改善した。

看護師は2人の娘に、患者の検査データがよくなっていること。食事がとれるようになって顔色よく別人のように元気になったこと。他の患者とも話すようになり、元の社交的なSさんにもどったことを話し、娘達の力が大きかった事を伝えた。患者に対しても「素晴らしい娘さんたちで2人を立派に育てたSさんの育て方が良かったのですね」と話した。この頃から家族は元々持っている強さを発揮し看護師の介入なしで変化と成長を見せていた。

8/21～8/23は長女の姑の退院祝いに出席し、その後自宅へ戻って一日中掃除をしていくまでになった。本人は退院を希望しなかったが自宅への退院も可能と考えた。看護師は本人と次女に対し、自宅への退院を勧めた。そして在宅での問題は患者の病状悪化に対する不安と家事を手伝う人がいない事であるが、社会資源を利用すれば解決できる事を説明した。娘達は意外にも退院に対し積極的に動き不安がる患者を説得してすぐ準備にとりかかった。娘は情報を得てすぐ介護認定の申請を行なった。それによりヘルパーを入れた。また、近所のホームドクターに在宅医になってもらうように添書を送り訪問看護と連携して身体的サポートの体制も整えた。退院後は前記に加えて、近所の友人や娘の協力も得られて、再入院する12月まで在宅で夫と暮らす事が出来た。夫は家事も手伝うよ

うになり「最後は自分が家で看取ってやる」と言えるようになり妻を喜ばせた。夫は入院前と違って、自宅に専門的なスタッフが入り、患者のもとに友人や近所の人が出入りしていた事もあって、皆にサポートされているという安心感を持つ事が出来たと思われる。その結果、本来の夫婦の信頼感や絆を取り戻し、支援的な良好な円環パターンへ変化する事が出来たと思われる。ホスピスに転院した後も、夫は病室で寝泊りし、そばに付き添った。また、患者もそれを強く希望した。患者は夫と家族と友人達に感謝の言葉を残して家族にみまもられ永眠した。

V. 結語

- (1) 看護師は家族に代わって変化を起こす人ではなく、家族の変化を促進させる役割を持つ。
- (2) 家族が元来持つ強さ(長所)を再認識し家族に変化をもたらすのにCFA MとCFIMは有効である。
- (3) 終末期の患者にとって、回想は人生の最終段階の統合を促す方法として有効であり、看護師や家族はその手助けをする役割を持つ。
- (4) 終末期患者の看護において、家族看護は重要である。

VI. 終わりに

今回、目の前で変化していく患者と家族をみて、終末期における看護師の役割の重要性に気付かされた。看護師は日々自己研鑽に努め、専門的知識を用いて看護することが、私達に与えられた役割であることを改めて認識できた。今回の学びを今後の当病棟における終末期看護に生かしていけるよう、スタッフを教育し病棟全体で取組んで行きたい。

参考文献

- (1) 森山美智子：ファミリーナーシングプラクティス～家族看護の理論と実践～医学書院(2001)
- (2) 木下由美子：家族を看護する、大分看護科学研究3(2)、55-57(2002)
- (3) 家族看護(終末期患者の家族への看護)、日本看護協会出版会(2003.2)
- (4) 家族看護(家族アセスメントに基づいた家族像の形成)、日本看護協会出版会(2004.4)