

## 終末期がん患者の家族支援 ～予期悲嘆への援助に焦点をあてて振り返る～

多田良陽乃

静岡赤十字病院 3-6病棟

**要旨：**終末期がん患者M氏の家族支援において、家族の予期悲嘆の促進ができ、悔いのない看取りができた事例から、行った看護がどういう意味があったのか明らかにすることを目的とし、先行研究を基に後方視的に検討した。他職種と連携した家族を支える仕組み作り、家族・看護師間の信頼関係の形成、家族が希望するM氏への援助を支える、家族を孤独にしない関わりを続けた。結果、家族はM氏の傍で共に時間を過ごすことができ、M氏は家族に見守られて最期を迎えることができた。病棟でM氏の誕生会を開き日常に変化をもたせた行事を行ったこと、家族と共に日々M氏へのケアを行ったことで、家族はM氏のために精一杯のことができたという満足感を得ることができ死別の準備ができた。また、家族間の関係性の改善、家族の成長を認めた。こうした家族の変化はM氏に安心安楽を与え、M氏がよりよいケアを受けることに繋がった。家族との意図的な関わりによりパートナーシップを形成していくことは、患者のより良いケアのために、また家族の精神的な支援のために重要であることが明らかになった。

**Key words：**予期悲嘆 家族支援 家族の成長 パートナーシップ 終末期癌患者の家族

### I. はじめに

終末期患者の家族は、患者の死が避けられないと気づいた時点から予期悲嘆という心理的プロセスを辿り、患者の死に対する不安や恐怖、悲嘆に打ちのめされながら共に闘病生活を送っている。このような状況で時に家族は実際的に患者を支えるのに必要な現実への対応が困難となる。清水<sup>1)</sup>が「死に逝く者を見送る者、死別を乗り越えて生を続けていく者として、家族自身への直接的な支援を行う必要もある」と述べているように、家族も援助が必要な対象として焦点をあてていくことが重要である。

今回、終末期の肺がん患者を受け持った。家族は患者の病状の進行や変化、その先の死に強い不安を持っており、患者との関わりに戸惑い患者の傍にすることに苦痛を感じている状態であった。また家族間の折り合いの悪さからそれぞれが苦悩している状況であった。このような家族の状況は患者の安楽を障害する要因となっていた。そこで

予期悲嘆に苦しむ家族へ順調なプロセスが辿れるよう援助していった。

患者の死後2週間程経過してから、家族は病棟を訪れ、主治医、看護師と共に患者の闘病生活と最期を振り返り「母に色々してあげることができてよかったです。悔いはありません。」と笑顔を見せ感謝の言葉を述べていった。2週間という短期間で家族の落ち着いた様子が見られたこと、家族からの悔いはないという反応を受け、自分が行った看護が患者家族に良い影響を与えることができたと感じた。今回の事例を振り返り、終末期がん患者の家族支援において行った看護がどういう意味があったのか明らかにし、今後の看護に生かしていきたい。

### II. 研究方法

経験した看護の1事例を先行研究において北田ら<sup>2)</sup>が明らかにした“一般病棟に勤務する看護師の終末期がん患者の家族支援内容”を基に後方視

的に検討する。

### Ⅲ. 倫理的配慮

個人が特定されないよう情報は必要最低限に留め、家族に研究の趣旨を口頭で説明し同意を得た。

### Ⅳ. 事例紹介

1. M氏は78歳の女性。夫は他界しており独居であった。X年に小細胞肺癌StageⅢaと診断され、左肺上葉切除+縦隔リンパ節隔清施行、術後化学療法(カルボプラチン+エトポシド療法)を3クール受け経過観察となっていた。

X+1年2月肝機能障害を契機に肺がん局所再発、多発肝転移、腹部リンパ節転移が判明した。肝門部の腫瘍による管内胆管の圧排が原因の肝機能障害でありウルソデオキシコール酸の内服が開始され、肝腫瘍に対し放射線照射が開始された。肝機能は改善したためX+1年5月全身化学療法(アムルピシン療法)3クールを受けたが実施後の評価はProgressionDiseaseであった。

X+1年9月grade3の咳嗽があり、食事もとれなくなった。左下幹の腫瘍による閉塞で左下葉の無気肺を呈しており、咳嗽症状も強いため緩和的胸部放射線照射目的で入院となった。オプソの定時内服と放射線により咳嗽症状は改善した。一時は退院のめどが立ったが発熱、右季肋部痛が出現した。痛みは肝転移層の増大による内臓痛であり、オキシコンチンの内服が開始されたが、副作用による眠気があり覚醒にムラがある状態となった。家人の希望でこれ以上の積極的な治療は行わず苦痛症状の緩和に努めていくこととなり、最期の時を病院で過ごすこととなった。病状の進行とともに内服は困難となり、麻薬はフェントステープへ変更された。意識レベルの低下、呼吸状態の悪化ありX+1年11月永眠される。

2. 日常生活や身の回りの世話は主に長女から介助を受けていたが、M氏が精神的に頼っているのは長男だった。M氏の考えていた家族の単位は、夫と長男、長女であった。そのため長男嫁のこと

を家族の一員として受け入れていない言動があった。

長女は神経質な性格。既往にうつ病がありクリニックに通っている。他界した父親の介護時に心労からパニック発作を起こしたことがある。M氏への接し方に戸惑い、痩せていく姿を見るのがつらい、悩んでいることをM氏に悟られたくないとM氏の傍に居ることのつらさを感じていた。また長男嫁とのコミュニケーションのとり方に悩んでいた。長男も近い将来に訪れるM氏の死をどう受け止めてよいか分からず、無力感を感じ苦悩していた。長男嫁は時々面会に訪れ、介護にも手を出す様子があった。

3. M氏の抱える苦痛について、身体的側面では入院当初は咳嗽症状があり、食事摂取や睡眠が障害されていた。咳嗽症状が落ち着いた後は肝転移層の増大による内臓痛が出現し、オキシコンチンの内服で苦痛緩和していた。麻薬の副作用による眠気もM氏にとって苦痛であり、眠気による日常生活リズムの乱れや睡眠障害、病状の進行によって引き起こされる倦怠感といった症状もあった。精神的側面では身体症状や病状への不安、自分のことが自分でできない苦痛、一人でいることの寂しさや不安があり、社会的側面では自分のことで家族が苦しんでいる、母親の役割が果たせない、家族の負担になっている、家族がバラバラになってしまうといった苦痛を感じていた。そして、家族への心残り、死が避けられない状態といったスピリチュアルペインにもつながっていた。

### Ⅴ. アセスメント

大切に思っている家族が自分のことで苦しんでおり、自分の存在が家族の負担になっていると感じていること、家族も予期悲嘆が強くM氏の傍に居ることに苦痛を感じ心身ともに距離ができてしまっていることはM氏にとって大きな社会的苦痛であり、安心して安楽に療養生活を送る妨げとなっている。今後M氏の病状が進行することで苦悩を深めていき、双方の苦しみが大きくなることにより家族がM氏の傍に居ることができなくな

り、終末期という限られた時間をM氏と家族が共に過ごせずお互いに大きな悔いが残ってしまうことが考える。

## VI. 問題点

家族の予期悲嘆が強く、それがM氏の社会的苦痛、スピリチュアルペインとなり安楽が障害されている。

## VII. 看護目標

家族の苦悩が和らぎ予期悲嘆のプロセスが促進できることでM氏の苦痛が緩和される。

## VIII. 看護の実際

看護の実際を北田<sup>2)</sup>が明らかにした“終末期がんと患者への家族支援内容”を基に示す。

### 1. 家族支援の前提となる経験値や知識・技術

M氏の家族が苦悩していることを受け、関わろうとしたが家族との関わりを優先するとM氏のケアが遅れてしまい、ゆっくり話をする事への限界があった。また、長女は精神疾患を持っており以前パニック発作を起こしたこと、長女の通っているクリニックではカウンセリングはなく夫や兄（長男）にも苦悩を話せずにいたことから長女をサポートするリソースがない状況であった。そこで、病棟内の家族ケアではサポートが充分でないと考え、院内のリソースを活用できないか専門看護師に相談した。がん相談支援センターの存在を家族に示していくこと、臨床心理士の介入を依頼することでグリーンケアも視野に入れた介入を行った。そして多職種との連携をとっていき事家族の心情の変化を見守った。また、病棟内カンファレンスでの意見交換をし、病棟でできる家族支援を考えた。

結果、臨床心理士とのカウンセリング後家族から「楽になった」という言葉が聞かれ、笑顔が見られるようになった。他者に話せずにいた苦悩を表出できたことで苦悩が和らいだ。また、M氏に何をしてあげたいか家族自身で考えられるようになり、看護師にしてあげたいことを伝えてくるよ

うになった。

### 2. 家族支援を行う上での信頼関係の形成

家族にM氏の受け持ち看護師であることを伝え、相談窓口を明らかにした。また相談しやすいようにがん相談支援センターや心理療法士といった相談窓口を幾重にも作った。そして、いつも家族に関心を寄せていることを伝え、家族が孤独感を持たないよう関わった。訴えがあった時には共感、傾聴の姿勢で関わった。皆が家族を気遣う関わりができるよう医師、看護師、専門看護師、心理療法士を中心に連携をとり、カンファレンスで情報共有し対応統一していった。結果「話しやすいから、色々聞いちゃってすみません」と言いながら家族の方から心配事を伝えてくるようになった。また、こうしたい、こうしてほしいといった希望も聞かれるようになった。M氏の病状や治療については医師の細やかな説明により看護師への質問や不安の訴えはあまり聞かれなくなった。家族、医療者間のコミュニケーションが促進され、家族は状況把握がしやすくなった。わからないことが具体化し質問する行動がとれるようになった。

### 3. 家族成員及び家族内の状況把握と問題の明確化

M氏が家族を大切にしていたように家族の中でもM氏の存在は大きく、家族の中心はM氏であった。M氏と長男、長女という親子のつながりが強く、長男嫁の存在はM氏や長女には受け入れられていなかった。家族内の問題があったが、病棟での介入は難しかった。しかし、M氏は長女と嫁が不仲なことに人生の心残りを感じており、今の家族の形はM氏の望むところではなかった。そこで医療の範中にとらわれず心のままに話せるように心理療法士とのカウンセリングを活用し家族の心情の変化を見守っていった。

結果、M氏は「娘と仲良くなってもらわないと死んでも死に切れない」と嫁に話し嫁は涙ながらに聞いていた。その後嫁はM氏の手をとり病棟内を歩いた。嫁は頻繁に病室に足を運ぶようになり、M氏が一人になる時間がないように長女と協力し交代で付き添いや介護をするようになった。

M氏の口から嫁の名前を呼ぶことが多くなり、嫁に頼る姿がみられるようになった。「嫁はよくやってくれる」と看護師に話すこともあった。家族の一員として嫁を受け入れた。次の世代へ命をつなぐことができ、この新しい家族の心の中で自分は生き続けることができると感じるようになったM氏のスピリチュアルペインは緩和された。M氏の死後、長男、嫁、長女と3人揃って病棟に訪れたことから家族間の関係性が改善していることがわかる。

#### 4. 家族を全人的に捉えた実践

1) 前述したように、M氏には終末期という限られた時間を家族と安心して過ごせていない社会的苦痛、精神的苦痛があった。もう楽しいことはないと思う気持ちもあったかもしれない。そんなある日、長女よりサプライズで誕生会を開いてあげたいので協力してほしいと申し出があった。家族との楽しい時間を持つことでM氏の苦痛が和らぐことが期待された。家族にとってもM氏にしてあげたいことをできるように支援することで、M氏のためにしてあげることができたという満足感につながり予期悲嘆を促進できると考えた。

長女と共に計画を立て誕生会当日を迎えた。M氏はウトウトしていることも多かったが、できるだけ覚醒した状態で過ごしM氏にとって特別な日になるよう活動と休息を考えながら準備を進めた。長女と共に飾り付けしたカンファレンスルームに保清と着替えを済ませたM氏を案内した。できるだけ多くのスタッフが参加できるように声かけし事前に業務調整を行った。当日はM氏、長女、M氏の妹、主治医、看護師が出席した。長男は仕事を休んで出席するとM氏が心配するから、と手紙を書いて長女に託した。長男からの手紙は主治医が代読した。M氏は覚醒しており、ケーキを数口食べ時々笑顔を見せていた。誕生会の後、長女は「先生にも看護師さんにも参加してもらえて本当に良かった。本人は…疲れちゃったかもしれないけど、目を開けてくれて笑ってケーキも食べてくれて気分転換になったかな。本当にありがとうございました。」と話した。長男は心理療法士と

のカウンセリングで「母の誕生日に母宛の手紙を書きました。先生に代読してもらって母はうなずいて聞いていたようです。こうして一歩ずつ死別の準備をしている感じ。看護師さんも母の誕生日を祝ってくれた。あたたかいなとありがたかった。」と話した。

2) M氏は自分のことは自分でしたい、人に頼りたくないということを言っていた。特にM氏が望んだのはオムツをしないこと、排泄はトイレに行くことであった。家族も同じことを望んでいた。M氏の訴えがある度にトイレ歩行に付き添った。徐々に歩行は困難となりさらに尿閉症状も出現した。尿道カテーテルの留置も検討したが、M氏の拒否によりおこなわず、M氏の尿意のある時にトイレに行き、適宜導尿を施行した。トイレ介助はトイレ歩行の付き添い→歩行介助→2人で抱えるように歩く→車椅子移乗全介助と介助量が増えていった。M氏の訴えに応じ家族と共に根気強く関わっていった。意識レベルの低下に伴いトイレでの排泄は困難となり、尿道カテーテルを留置。家族の希望でオムツは使用せず大きいサイズの布パンツと尿パットを使用した。

3) 長女より、M氏はきれい好きであり髪の毛もいつもきれいにしていたので整えてあげたいと希望があった。この頃のM氏は寝たきりで意思疎通はほぼ図れない状態であった。呼吸状態に注意し看護師付き添いの下、出張床屋に散髪を依頼した。散髪後、看護師が洗髪を行った。この日の夜中にM氏は息を引き取った。長女はM氏の死後「母はきれい好きだったから髪の毛も切れてその日の夜亡くなって、旅立つ準備ができたのかなと思います。」と話した。

4) 入院中、M氏は「家に帰りたい」と口にすることがあった。本人の帰りたい「家」について話を聞いていくと、昔夫と子供たちと住んでいた家であることがわかった。M氏にとっての家は過去の記憶の中にある。病室の中で家族の存在を近くに感じられる、家族がいつも傍にいる環境が作られることが大切であった。意識レベルが低下し寝たきりとなったM氏の傍に家族がいられるように

援助していった。家族が傍にいてM氏が安心できること、ただ傍にいての大切さを伝えた。また体に触れマッサージをしたり、声をかけたりすることはM氏に伝わるため家族だからこそできることを伝えていった。そして、病室を家のように飾ったりM氏の好きなものを置いたりしてはどうかと提案し、普段と変わらない環境を作ることがM氏の安心、安楽につながることを伝えていった。長女はM氏と共に撮った写真を病室に置いた。そして「病院にいてこの頃の写真の母を忘れてしまっていました。苦しい顔しか出てこなかったけど、写真があることで元気な頃を思い出せて良かったです。」と話した。

1)～4)の結果、M氏は家族との時間を共有することができた。家族がM氏にしてあげたいことを実現でき、迷いなくM氏の傍にいてることができたことで両者の心の距離は縮まりM氏の安心につながった。意識レベル低下後、長女から「寂しいけど受け入れはできています」という言葉が聞かれた。誕生会や日々の援助を通し、家族はM氏の死別の準備をすることができた。

#### 5. 実践の自己評価

M氏が息を引き取った場面で長女は「毎日面会に来ることができたし母との時間を過ごせた。関わりに悔いはなくて、良かった。」息子は「頑張りました。家族が面会に来て寂しい思いをせず逝くことができた。そういうことも母に教えてもらいました。」と話した。M氏の傍にいてことはつらさよりも、大切な時間であると家族が思えるようになり時間を共有できたことで、M氏の苦痛は軽減し家族と共に安らかな最期を迎えられた。

## IX. 考 察

介入前の家族は鈴木<sup>3)</sup>の「予期悲嘆の心理的プロセス」の中の「苦悩する局面」にいた。久松ら<sup>4)</sup>が「家族は、治療や看護に対する信頼がもてるような説明や援助があることや、家族自身への配慮があることを、つらい終末期の看病を乗り切る原動力として受け止めていた」と先行研究で明らかにしているように、今回私が行ってきた院内リ

ソースを活用し家族を支える仕組みを整えていくことや、家族とのコミュニケーションに重きを置き不安や心配事を一人で抱え苦しまないように、いつでも相談できる相手として近くに存在を感じてもらい関わり、医師からのタイムリーな病状説明が行われるよう医師と家族の間に立ち調整したことは、家族がM氏の傍で看病を続ける力を支えるという意味があった。また、家族は苦しみや悲しみにただただ翻弄されるのみではなく、その時々で何とか安定を取り戻そうと、現実に対して対処し続ける存在<sup>5)</sup>であることを理解し、家族の力を信じ引き出していくことが大切であった。家族支援をしていく中で家族は苦悩の訴えなくM氏の傍にいられるようになり、M氏との限られた時間の過ごし方を自ら考えられるようになった。また、M氏にしてあげたいと思うことが実現でき、満足感を得ることができた。トイレ歩行に付き添うというM氏が望むケアを家族と共に行っていくことで、M氏の希望を叶えられたという満足感が得られたこと、直接ケアを通して家族自身がM氏の体力の低下を実感し状態の変化を受けとめることにつながったと考えられる。家族の中でM氏との限られた時間のことや提供したいケアが具体化されたことは、M氏の死を現実的に受け止められるようになった、すなわち「受け入れていく局面」へと予期悲嘆のプロセスが進行したと考えられる。さらに誕生会という日常に変化をもたせた行事は、患者の死後も心に残る良い思い出となり、悔いのない看取りにつながった。死別体験者の悲嘆の回復には、家族が精一杯の看病ができたかどうかの影響する<sup>6)</sup>といわれている。家族の満足感が得られるような関わりは、家族の予期悲嘆の促進のみならず、死別後の悲嘆への援助へと繋がっていくといえる。このような家族の変化によりM氏は家族との時間を共有でき、また家族の安定を感じることができM氏の安心、安楽が確保された。また、M氏がよりよいケアを受けることにもつながった。家族支援が患者の支援となることを改めて実感した。

家族からの患者にしてあげたいことの申し出を

受け話し合ったことや看護師からの患者のために家族ができること提案し共に患者のケアを考えたこと、共にケアにあたり患者のために協力してきたことは家族と看護師のパートナーシップに基づくものであった。中野<sup>7)</sup>は病気の家族員のことをよく知っている家族と専門家である看護師が、互いの専門性を認め合い、一緒に取り組んでいく関係（パートナーシップ）を形成し、話し合いや交渉を行い、力を合わせて患者にとって最もよいケアを提供することの重要性を述べている。家族との意図的な関わりによりパートナーシップを形成していくことは患者のよりよいケアのために、また家族の精神的な支援のために重要であると感じた。

## X. おわりに

終末期がん患者の家族支援において、家族が安心して患者の傍にいられるような環境を確保すること、家族を支える仕組みを作り多職種との連携を図っていくこと、そしてあるがままの家族に常に温かな関心を寄せていることを伝え続け、家族を孤独にしないことが重要であった。パートナーシップを形成し、家族と共にケアをすることは家族の予期悲嘆を促進し、患者がより良いケアを受けること、悔いのない看取りに繋がった。

今回、家族から助けを求めてくるまで家族の苦悩に気付かず、介入が遅れたことが反省としてある。現在当病棟では家族支援の基準がない。一般病棟という忙しさや看護師の家族支援への認識の差といった問題もあり、家族支援の不十分さを感じ

じる。今後の課題として、すべての家族が等しく適切な時期に支援を受けられるように入院当初から家族支援の視点を持ち、意図的に介入の時期を定めていく基準作りが必要だと考える。そうすることで家族の苦悩も軽減でき、予期悲嘆のプロセスを辿る助けになるのではないだろうか。

## 文献

- 1) 清水恵. 【根拠に基づいた看取りのケア】看取り期の家族のケア. がん看護 2013;18 (7): 715-7.
- 2) 北田陽子, 瀬山留加, 高井ゆかりほか. 一般病棟に勤務する看護師の終末期がん患者の家族支援内容. Kitakanto Med J 2011; 61 (4): 489-98.
- 3) 鈴木志津枝. 【終末期患者の家族への看護】家族がたどる心理プロセスとニーズ. 家族看護 2003; 1 (2): 35-42.
- 4) 久松美佐子, 丹羽さよ子. 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. 日看科会誌 2011; 31 (1): 58-67.
- 5) 渡辺裕子. 家族看護の基本的な考え方 (野嶋佐由美, 渡辺裕子), 家族看護選書 (1). 東京: 日本看護協会出版会; 2012. P.99.
- 6) 松井豊. 悲嘆の心理. 東京: サイエンス社; 1999.
- 7) 中野綾美. 家族に向きあう看護師のジレンマとパートナーシップ形成 (野嶋佐由美, 渡辺裕子), 家族看護選書 (6). 東京: 日本看護協会出版会; 2012. P.119.