

キーワード：カルガリー家族アセスメント/介入モデル、家族看護

北5病棟 湯舟 聖子

## I.はじめに

在宅療養への移行は、「急変時に困る」「家では家族が負担だから」等、家族の不安などの障害が関与している。ケア提供者としての家族の責任や負担は大きく、在宅療養移行時の、私たちの看護介入のあり方が、退院後の患者、家族の生活の質に関わってくると考える。

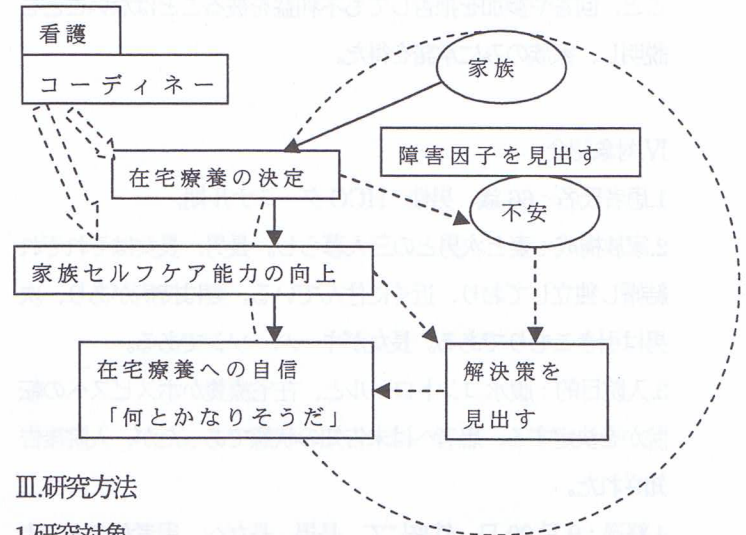
本郷ら<sup>2)</sup>は、「在宅療養において家族の不安や揺らぎは死亡直前直後よりも在宅療養開始前に多い。」と述べている。そこで、入院期間中の家族支援は重要だと考える。また、家族が現状を認識し、問題に気づけば、問題解決行動へ移行でき、自分たちで気づき起こした変化は、退院後も維持できると先行研究で明らかになっている。家族が変化をもたらし、家族のセルフケア能力が向上することで、家族自身で不安内容の解決策を見出し、在宅療養への自信と安定をもたらすことができると考える。家族看護の中でも、カルガリー家族アセスメント/介入モデル<sup>2)</sup>は、「家族の治癒力を信じ、家族員自らが問題に気づき、問題解決能力を身に付け、新たな変化を促進するような考え方や信念を身につけることをゴールとした治療的介入である」としており、先行研究でも多く用いられている理論である。しかし、これらの質的研究は少ない。

そこで、今回の研究では、カルガリー家族アセスメントモデル/介入モデルを用いて、在宅療養への看護支援として、家族への変化を促す効果的な看護介入について分析したのでここに報告する。

## II.用語の定義・概念枠組み

1.カルガリー家族アセスメントモデル：構造・発達・機能の3つのカテゴリーから構成されており、それぞれがいくつもの下位カテゴリーに分類されている。この3つの側面のうち主にどこが障害されているかをアセスメントする。

2.カルガリー家族介入モデル：変化を促進する領域を、家族の「認知領域」「感情領域」「行動領域」の3領域に分けて考える。この3つの領域のうち、家族が最も困難と感じている領域や最も効果的に家族の変化を促せる領域を見出し、その領域に対して介入する。



### III.研究方法

### 1.研究对象

ターミナル期と診断された患者と、在宅療養への不安が強い

1 家族。尚、家族機能に問題があると判断できた家族。家族機能に問題がない家族は、家族セルフケア能力が高いと考えられるため、除外することとした。

## 2. 研究期間

平成20年10月

### 3. データ収集・分析方法

### ＜半構成的面接法によるインタビュー＞

1 回目：患者がターミナル期と判断された時

2回目：在宅療養かホスピスかの選択時（入院後）

3 回目：在宅療養への移行を決定時（退院前）

4 回目：家族に変化が生じたと判断してから（退院後、在宅にて）

また、看護記録や病棟スタッフ、訪問看護師やMSW、他スタッフからも患者、家族のデータを収集する。カルガリー家族アセスメントモデル介入モデルを用いてアセスメントし、家族の不安と知識不足、即ち認知領域に介入すれば、家族のセルフケア能力は向上すると仮説を立て、介入する。インタビュー結果から家族の変化を読み取り、分析する。



#### 4.倫理的配慮

対象家族へ、事前に書面・口頭にて研究目的を説明した。その際、患者へは研究については話さないで欲しいとの申し出あり。研究目的以外では使用しないこと、個人が特定されることはないことを説明した。答えたくない質問には答えなくて良いこと、回答や参加を拒否しても不利益を被ることはないことを説明し、家族のみに承諾を得た。

#### IV.対象紹介

- 1.患者氏名：66歳 男性 HCCターミナル期。
- 2.家族構成：妻と次男との三人暮らし。長男、長女はそれぞれ結婚し独立しており、近くに住んでいる。妻は持病があり、次男は引きこもりである。長女がキーパーソンである。
- 3.入院目的：腹水コントロールと、在宅療養かホスピスへの転院かを決定する。患者へは未告知の状態であったが、入院後告知された。
- 4.経過：9月30日、外来にて、長男、長女へ、患者がターミナル期であることを告知された。10月1日、外来看護師にて、MSWに情報提供された。また電話にて、在宅療養とホスピスについて説明された。その際、妻より、「娘を中心に話をしたい。」との発言あり、家族機能の問題が予測され、入院時、外来看護師より情報提供があった。10月8日、長女・嫁に対し、MSW、地域医療推進看護師が面談し、訪問看護や介護保険申請、ホスピスや在宅医紹介が行われている。当日、緩和ケア病院へ見学に行かれ、面談の予約を入れた。10月9日、入院の運びとなる。

#### V.結果

初期面接や、他部門、病棟スタッフから情報収集し、家族の構造、発達、機能の面からアセスメント、仮説を立て、患者、妻と長女に必要な領域にそれぞれ介入していった。その際、介入について、内容を統一できるように看護計画・目標を立案した。看護者は常に、コーディネーターとしての役割を心がけ、情報提供後の家族の反応を捉え、家族自信で考えて行動できるように関わった。実際の看護介入については、表1参照とする。尚、表1は、森山による家族アセスメント記録様式<sup>3)</sup>を参考に作成したものである。

#### VI.考察

今回、患者がターミナル期となり、在宅療養の決定までの患者と家族の不安や動揺は大きく、不安の要因としては、初めての経験であり、知識もなくどう行動に移せばよいのか迷いが生じていたからだと考える。カルガリー介入モデルの3つの領域のうち、最も認知領域についての介入が必要であると考えられた。あらかじめ、早い段階で他部門と連携し、情報提供することで、方向性を見出せると考えた。そこで、長女がキーパーソンであり、長女を中心にインタビューを実施していき、情報提供後、速やかに行動に移すことができていた。しかし、長女が理解が良く、スムーズに行動変容を来していたわけではなく、長女の焦りから来るものであったと後に判明した。患者がターミナル期へ移行したときの長女の感情表出がほとんどできないままに話が進行し、冷静に行動できていなかったと考えられる。森山<sup>4)</sup>は、「感情をありのままに認めることは、家族や看護師が問題を正しく理解し、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、感情を十分に吐き出す過程が必要である」と述べている。ターミナル期となる場合、患者中心に考える場合が多いが、家族の心理についても共に考え、十分な感情表出ができるよう介入が必要であると考えられる。その後、家族は冷静さを取り戻し、患者への介護支援に力を注ぐことができると考えられる。入院中に、退院後の予測される患者の迎える経過や生活について話をしたが、反応は良くなかった。その後、訪問看護師を交えての共同指導が行われており、患者や家族のこれから不安とされる事項については、その都度訪問看護師に尋ねて良いことを伝えられていた。実際、在宅療養に移行してから、イメージが付き、家族から質問が訪問看護師にあった。訪問看護師へ、入院中の患者や家族の理解度や状況を情報提供しておくことは、退院後の継続看護として重要であると考えた。

入院中から退院後の経過を見ると、受身であった家族が、自ら質問するなどの変化が伺えた。森山<sup>4)</sup>は、「3つの領域は互いに影響しあっており、1つの領域の変化を促せば、他の領域も影響を受けて変化する」と述べている。認知領域に主に介入したが、結果的に行動領域にも変化をもたらすことができたと考えられた。また、同時に家族へのねぎらいの言葉かけも行っており、緊張していた表情が穏やかになった。森山<sup>4)</sup>は、家族は、他人に自分たちの苦勞を認めてもらえた喜びと安堵感を感じ、自分でも気づかなかった家族の強さや長所を認識する」と述べている。家族の変化を促すとき、教育だけではなく、賞賛しな



がら介入する必要があると考えた。

患者と妻のコミュニケーションの障害については、お互いの思いをフィードバックすることで、知らなかった相手の思いを知り、図1のような変化を促すことができたと考える。しかし、短い期間での介入であり、長年連れ添った夫婦のシステムを変化させることは難しい。森山<sup>7)</sup>は、「その家族に合った時間をかけ、その家族に合った速度で対応していくことが重要である。予防的かつ定期的にインタビューをもち、家族内のコミュニケーションを保ち、サポートを引き出す必要がある」と述べている。継続看護として、家族のコミュニケーションパターンについて把握し、必要時介入が必要だと考えられる。

初めての体験をした家族にとって、様々な障害が生じたが、鈴木ら<sup>8)</sup>は、「家族が自ら道を切り開き、自分たちの持てる能力を最大限に活用して、自分たちの力で目標を達成してこそ、問題に取り組んだその体験がセルフケア機能の向上に生かされていく」と述べている。看護師は、家族に答えを教えるのではなく、助言としての意見を述べることや、家族が病状や今後の迎える経過などを受容できるように介入したり、賞賛するような、コーディネーターとしての役割を意識して介入することが重要であると考えた。またその介入が、家族の変化を促すことに効果的であったと考えられる。

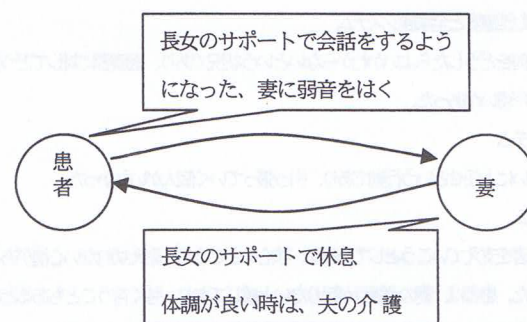
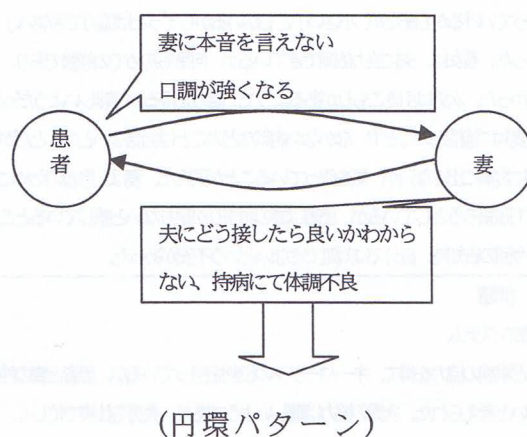
## VII. 結論

1. どんなに不安が強い家族でも、家族のセルフケア能力が向上すれば、家族自身で不安を解決することができる。
2. 家族への変化を促す際は、十分な感情表出を支援することが重要である。
3. 退院後の継続看護として、入院中から統一した看護が提供できることで、家族も安心して在宅療養を行うことができる。よって、はやい段階から他部門のスタッフと情報共有し、介入の統一を図る必要がある。
4. 家族自ら気づき、起こした変化は、退院後も継続する。よって、看護師は、コーディネーターとしての役割を意識しながら介入することが重要である。

## VIII. おわりに

本研究を通して、家族に変化を促すことは、十分な時間をかけなければ難しいと感じた。自分一人ではなく、他部門のスタッフや、病棟スタッフを交えて介入していくことが重要であると感じた。今後も、ターミナルの患者を持つ家族との関わりの中で、在宅療養への支援として、身近で信頼できる看護師として介入できるよう努力していきたいと思う。

図1 (悪循環パターン)



## IX. 引用、参考文献

- 1) 本郷澄子, 他: 在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求めている支援-遺族を対象とした調査-, ターミナルケア, 5, p.404-411, 2003.
- 2) 戸井間充子, 他: ターミナル期の患者をかかえ、破綻をきたしている家族の看護介入, 臨床看護, 27(10), p.1560-1569, 2001.
- 3) 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, p.183.
- 4) 前掲書 3), p.124.
- 5) 前掲書 3), p.118.
- 6) 前掲書 3), p.129.
- 7) 前掲書 3), p.140.
- 8) 鈴木和子, 他: 家族看護学-理論と実践第3版, p.135.



表1 <家族アセスメント>	<経過> (看護介入の実際)
<p>1. 紹介経緯と問題</p> <p>HCCのターミナル期であり、今後在宅療養へ移行する患者とその家族が対象である。告知されたばかりであり、本人・家族共に初めての境遇・体験であり、在宅療養への不安があると考えられた。</p>	<p>家族の構造</p> <p>患者を支える介護力としては、長女家族の協力が必要であり、協力体制について確認。患者の病状悪化するにつれ、寝たきりが予測され、自宅環境についての確認を行っていった。</p>
<p>2. 問題の概略</p> <p>患者：今回治療法以外であり、今後抗がん剤のみ行っていくとの告知をされたばかりであり、死を予期していたとのことだが、潮解される。患者なりに、現実を受け止めてはいるが、「はやく死んでしまおうかし。」などの発言があった。</p> <p>家族：キーパーソンは、長女であるが、同居してはいない。長女からは「退院してから二人がちゃんとやってくれるか心配だが、小さい子どもがいるからずっとは協力できない。」などの不安が表れた。長女は、夫に協力依頼できているが、何事も初めての経験であり、同様に不安が大きい。次男は、居てもいいから、協力を得るのが難しいようだった。</p> <p>夫婦：患者、妻共に感情のことで、なかなか病状などのことお話しできないとのことだが、それぞれお互いに言葉が出ないが、気を使っていることが伺えた。妻は、患者のために献立表を持ち帰って頑張ろうとしているが、患者の妻の頑張りが足りないと感じているところがあり、妻も、今回の告知時、自分で対処できないという不安があった。</p>	<p>家族の発着</p> <p>家族全員が初めての経験であり、妻や長女から何をどうしたらよいかわからない、という不安の表れがあった。知識不足のため、他部門と協力し介入していった。</p> <p>家族の機能</p> <p>患者と妻のコミュニケーション不足があり、長女に依存している関係であり、キーパーソンである長女を中心に介入していった。</p> <p>以上のことから、患者、妻は感情領域を中心に、長女は認知領域、行動領域を中心に介入を開始した。</p>
<p>3. 家族の強さ (問題)</p> <p>a. 地域・全家族システム</p> <p>長女は、夫など家族の協力を得て、キーパーソンの役割を担っているが、患者と妻の仲介にて負担が大きいと考えられた。次男の協力も難しいようであり、長男も仕事で忙しく、なかなか手が空かないようであった。</p> <p>b. 看護師を含め医療者と全家族システム</p> <p>妻も長女も、何をどうしたらよいかわからないという状況であり、医療者に対してどう行動したらよいかわからない状況であった。</p> <p>c. 全家族システム</p> <p>お互いに互いに人任せという行動であり、引っ張っていく個人がなかった。</p> <p>d. 夫婦システム</p> <p>妻なりに、患者を支えているようにしているが、核心のところで、切れ切れない心情があるとのことであった。患者は、妻の頑張りが足りないと感じており、強く言うこともあるとのことだが、妻の持病を気に、あまり病状などについて話してはいないようであった。</p> <p>e. 親子システム</p> <p>患者は、息子たちに対して、協力不足と感じており、相談は全て長女が行っていた。</p> <p>f. 個人システム</p> <p>告知を予期していたが、潮解があり、「死んでしまおうかし。」との発言が聞かれ、現在の目標がなく、居場所を明確できていない状況であった。</p>	<p>感情領域への介入</p> <p>患者と妻の言動をフィードバックしていった。お互いに言葉を交わすことが少ないため、妻はお互いを思いやっていることや、妻の頑張り、患者の妻の病状を気遣っていることなどおなすと、徐々に理解を交えながら、長女に思いを話す姿が見られるようになった。</p> <p>認知領域・行動領域への介入</p> <p>MSWからの情報提供後、理解度を確認すると、何から始めたらよいかわかっていた。患者は全て家族に任せるとの発言あり。妻も長女に依存しており、長女に焦りが伺えた。言われるがままに動いており、精進スタッフも交えて、一つ一つ理解が得られるように情報提供した。徐々に、社会資源についてや、往診医の決定、緩和ケア病棟の選択を家族自信で行う姿が見られた。訪問看護導入も行き、往診医を交えた共同指導も行った。コスト面などの細かな不安もあり、説明することで、比較的理解が深まり、また、家族の頑張りを認め、賞賛すると共に、ねぎらいの言葉もかけていき、家族より笑顔が見られた。また、休息の必要性、家族間で共有の時間を設けたり、思いを共有できるよう話をしていた。</p>
<p>4. 仮説と目標 介入計画</p> <p>キーパーソンである長女は、別居しており、四六時中協力を得られない状況であった。患者と妻は、互いに本音をよきり言えず、お互い長女に代弁してもらっていた。在宅で移行すると、家族機能のコミュニケーション不足があり、訪問看護導入に至っても、患者の病状悪化するにつれ、患者、妻とも心労が増し、在宅療養継続困難となることと予測された。また、家族全員にとって初めての経験であり、知識がなく不安が大きいと考えられた。夫婦間については、それぞれの思いをフィードバックしていくことで、お互いの思いを確認でき、家族内の思いを表出しやすい環境で変化できると考えられた。また、認知領域に介入していくことで、家族の不安を軽減でき、セルフケア向うで繋がることと考えられた。患者と家族についてそれぞれ問題立案し、コーディネーターとして介入できるような、傾聴、声かけ、他部門スタッフとの情報共有、必要時話し合いの場のセッティングなどの計画を立案した。目標は、家族自信で問題を見出すことが出来、解決できることであった。まずは、家族の思いを表出したり、質問できるように介入していくこととした。</p>	<p>退院後、在宅で</p> <p>入院して一週間、患者が退院。退院後、訪問看護導入された。患者の病状も落ち着いていたため、週1回の訪問実施であった。訪問3回目、訪問看護師と共同で、患者はほぼ一日中倦怠感のため寝たきりであり、食事面を気にする妻の思いもあり、宅配サービスを利用していた。長女は毎日訪問し、身の回りのことや、患者と妻の仲介の役割を果たしていた。患者と妻は、夫のコミュニケーション不足が伺えたが、お互い思いやれる言葉が聞かれていた。長女の娘も、毎日訪問しており、患者のベッドに添い寝してくれることが、患者の喜びになっていたようだった。長女へ、介護負担について尋ねると、長女の夫の協力を得られているとのこと、今後の不安はあるが、落ち着いて対処できそうだとのコメントがあった。訪問看護師からも、急変する可能性、緩和ケア病棟の移行の時期について、緊急時の対応など説明されており、理解が深まっていた。長女に、入院中の看護介入について、評価の意味でインタビューを行った。入院前に患者の病状についてや、緩和ケアへの移行について話されたときの同意は、かなり大きいものであったようだ。入院して、患者への告知、緩和ケア病棟の見学、訪問看護についてなど、徐々に話が進み、感情領域において、長女は思いを整理できていなかったとのこと。1週間という短い期間でもあり、ゆっくり調整したかったという思いも伺えた。主治医が患者をターミナルと診断するまでの期間、ある程度家族であらかじめ病状の進行についての説明をしておいたが、家族の理解が少なく、ある程度準備ができるのでは、とのコメントあり。今回のケースでは、偶然にも患者の家の近くに長女が住んでおり、スムーズに進行できたが、遠方に住んでいれば、在宅療養が不可能であったことを考えると、もっと早めに患者の病状に合わせて情報提供は欲しかったとのことであった。看護師の対応については、わかりやすく良かったとのコメントがあった。家族機能としては、他部門との連携による情報提供によって、徐々に整理できた様子。継続看護として、退院前訪問看護師へ情報提供しており、退院後も、家族への指導が継続され、家族も安心されていた。また、今後出る過程についても、妻も長女も落ち着いて質問している姿があった。</p>