

## 終末期患者の家族に対する看護介入の一考察

—壮年期の夫を持つ妻への援助を通して—

太田紀久子

群馬大学医療技術短期大学部

(1991年9月30日 受理)

## An Investigation of Nursing Intervention in Families Supporting Terminal Patients

—Via Spousal Support of a Lung Cancer Patient—

Kikuko OTA

*College of Medical Care and Technology, Gunma University,*

*Maebashi, Gunma 371, Japan*

Key Words : Terminal Care, Family Support, Family Dynamics

SUMMARY : Because of growing interest in nursing intervention for cancer patients, much attention is now paid to assistance for families supporting such patients. Especially in terminal care, it is important to assist patients and families during the periods of predicted grief after death. Nursing intervention should be performed with an understanding of the crises the whole family faces.

An investigation was made of a 43-year-old lung cancer patient.

The results suggest the following four points.

1. Hospitalization of the patient caused great changes in the role and function of his family.
2. Psychological crises are precipitated, not only in the patient, but also in his family.
3. It is necessary to assess the whole family from the aspect of family dynamics in order to perform nursing interventions.
4. It is necessary to perform appropriate nursing intervention according to the psychological stage of the family.

### はじめに

近年癌患者の看護に対する関心は強まり、癌患者の悲嘆過程に対する看護介入の仕方についても種々の雑誌、文献においてとりだされている。

それに伴い患者の看護のみならず、患者をとりまく状況、患者の家族に対する援助について

も研究されている。

癌患者の家族は、いずれは死を迎える患者を抱え、身体的にも精神的にもストレスは大きい。そして愛するものを失うという喪失の体験をする。家族構成員の1人を奪うということは、どのような家族においても、多かれ少なかれ危機を迎えることになり、そして家族類型の変化をもたらす場合が多い。このような状況に

表1 患者プロフィール

入院時期	第1回入院	第2回入院	第3回入院
入院中の 特徴	脳腫瘍摘出術後の術後照射のための入院。身の回りの日常動作が自力可能にて退院する。	腰椎転移による下肢不全麻痺に対する照射のため入院。照射後麻痺改善、歩行可能となり退院する。	脳腫瘍の再発にて入院。脊髄転移悪化し、下肢麻痺増悪、意識レベルの低下が徐々に出現し肺炎併発にて死亡する。患者の病状の悪化に伴い、妻の医療者に対する不満が増していった時期でもある。
照射部位 と総線量	全脳38Gy 右肺20Gy	腰仙椎30Gy 右肺30Gy	全脳30Gy 胸腰椎28Gy
入院期間	約60日間	約40日間	約150日間

において、その家族の1人が働き盛りの壮年期であった場合さらに多くの問題が予測される。壮年期は社会的には職場や家庭で最も能力を發揮し、責任をもたされ、心理的にも充実し、現実的な自己同一性を確立し自分の生き方をする時期でもある。<sup>1)</sup>このため壮年期にある患者を持つ家族の機能の変化は、はかり知れないほど大きなものといえる。

今回、43才の肺癌、脳脊髄転移患者の看護を通して、事例検討を行った。悪性新生物は壮年期の主要死因の1位にあげられる。悪性新生物の中でも肺癌は胃がんに次いで死亡率が高く、また男性に多いといわれている。このような特質を持つ肺癌患者の、死の直前1ヶ月半のターミナルにおける家族支援について事例を通して検討したので報告する。

## I. 事例紹介

患者：K氏 43才 男性  
病名：肺癌、脳脊髄転移  
職業：カメラ製造会社員（発病前）

### 1) 発病から死亡に至る経過

昭和63年12月、発語困難にて発病。

平成1年1月 意欲低下、発語困難となり某脳外科病院にて精査の結果、肺癌の脳転移と診

断された。

平成1年2月2日 左前頭葉の腫瘍亜全摘術施行する。

〔第1回入院〕平成1年2月9日～4月11日術後照射のため群馬大学医学部付属病院放射線科に入院。（全脳38Gy、右肺20Gy施行）退院後2ヶ月に1度ほど顔面けいれん、発語障害が見られた。

〔第2回入院〕平成2年1月 下肢不全麻痺、排尿障害あり2月3日～4月12日腰椎転移のため放射線科に入院。腰仙椎30Gy、右肺30Gy照射し歩行可能となり排尿障害改善し、退院する。退院後は、食欲低下及び意識レベル低下も見られていた。

〔第3回入院〕平成2年5月1日 下肢のしびれ、排尿障害出現し入院となる。入院後、下肢の麻痺が増強し、歩行困難となった。全脳30Gyの照射を行ったが麻痺は改善せず体動困難となり、ベット上の生活を余儀なくされるようになった。8月頃より、嘔気、嘔吐等頻回になり食欲不振、意識レベルの低下が見られ肺炎を併発、発熱続き、10月5日に永眠した。（表1参照）

### 2) 家族構成及び状況：

妻と3人の娘（11才、8才、7才）、患者の両

親（父72才，母76才）との7人家族。妻は隣の県内の役所事務に従事しており，患者の発病以前から仕事を持って共働きの状態である。妻が仕事を持っているため，患者の両親が子供の面倒を見ている。入院中の患者の面倒は，おもに妻である。患者の両親（特に母親）は，息子（患者）の面倒は嫁がみるのが当然と考えており，また家が病院から遠いこともあり（他県在住）面会は少なかった。しかし，患者の病状の悪化にともない母親が昼間のみ付き添いを時折するようになったが，夜間の付き添いは妻以外は最後まで行わなかった。家庭の中での妻の立場というのは弱く，役所の勤務時間中，昼休みに勤務場所の近くにある実家に帰るのが妻にとっては唯一の息抜きであったようである。

### 3) 患者及び家族の疾病に対する認識及び受容状況：

<患者本人>；3回目の入院時には発語困難もあり疾病をどのように受け入れていたのか不明な点も多いが，自分が動けなくなったことに対して「早く歩けるようになりたい」とか，「どうしてこんなことになってしまったのだろう」という言葉が聞かれていた。癌ということは知らされておらず，本人からのそのような言葉も聞かれなかった。

<家族>；肺癌が脳転移した時点で発見されたため，病名は最初（1回目）の入院時すでに妻や両親に対して告知されていた。症状悪化についても医師よりその都度，説明されていた。しかし特に妻は，病名は知らされていても現状を受け入れられないという状態で，医師の症状経過の説明に対しても不満や不信があったようである。

## II. 看護の実際

### 1) 患者及び家族への看護婦のかかわり方

看護婦のかかわり方としては，脳転移があり，また患者本人が自らはあまり訴えてこない人であったため，食事介助や清潔（全身清拭，

陰部清浄など），処置（膀胱洗浄，点滴の管理，一日おきの浣腸）などの援助の時以外は，他の患者の所に訪室する際様子を見る程度であった。頭痛，嘔吐が頻回になり，無気力さが顕著になってからは訪室を多くして言葉がけを多く持つようにしたり，ベット周囲が乱雑になりがちだったため，一日一回必ず日勤看護婦が整理整頓するなどの関わりを持つようになった。

しかし妻の不満が顕著になるまでは，どちらかといえばこの患者及び家族は，毎日の処置は多くてもあまり訴えがなかったため重要視されない存在であった。そして家族に対しての看護婦の対応は，質問に対しては必要時答えたり，医師への仲介などを行っていたが，こちらから積極的に働きかけるような関わり方はしていなかった。

### 2) 事例の状況：第3回目入院中，夫（患者）の病状が悪化し，妻の不安やその家族の不安が増した時期

#### (1) <日常生活動作>

車椅子にて入院，入院時歩行器等利用してゆっくり歩行可能であったが，その後，歩行が徐々に大変になり浮腫が出現し，下半身の感覚鈍麻となる。そして次第にベット上のみの生活となる。側臥位は上肢を用いベット柵を利用して自力で行っていたが，意識レベルの低下とともに，徐々に自力で体位変換不能となり，介助による定期的な変換を行っていた。

#### <食事・栄養>

入院当初，自力摂取可能であったが脳腫瘍の再発とともに意欲の低下も見られ自力では殆ど摂取できなくなる。妻及び看護婦の全面介助によりできていたが，嚥下能力の低下とともに徐々に摂取量低下，また嘔気，嘔吐が頻回になり食欲も低下する。水分摂取も困難となり点滴静脈注射による栄養の限界から，9月上旬IVH挿入の適応となる。IVH挿入後も半月程は，妻が1時間

近くかかって夫に食事をとらせようと、賢明に努力して摂取させていた。

#### <排 泄>

当初より時折失禁したり、排尿に時間がかかったりすることが続き、入院後10日後には尿留置を行った。その後排尿は、尿留置カテーテル管理となる。排便は入院時、自力による排便が毎日あったが残便感あり、グリセリン浣腸を行わないと排便がみられなくなるようになった。そして腹圧の低下とともにグリセリン浣腸施行後、看護婦により排便を行うことが一つのパターンとなり、患者もそれを望んでいた。排便なしでは患者は満足せず、浣腸のみの看護婦に対して不満を言うこともあった。

#### (2) 痛みについて

5月中旬より下肢痛、頭痛の訴えが続き、経口鎮痛薬等で対処していたが、6月中旬より下肢痛が強くなり頻回に鎮痛剤を希望するようになった。6/13に胸腰椎に対する照射が開始された頃から、痛みの訴えは軽減し、増強することはなかった。鎮痛剤は1日に1回程度、内服していた状況であった。

#### (3) コミュニケーション、意識の状態

入院時には言動緩慢、物忘れの激しい状態であった。全脳照射（5/22～6/11 30Gy）後、発語障害は改善され、日常会話が可能になるが時折つじつまのあわないことを言ったりしていた。看護婦に対しては訴えはあまりなく、妻に対しても、聞かれればそれに対して簡単に答えるといったように、妻の誘導に従っている状況であった。またなぜ自分がそこにいるのか、ここがどこなのかわからないといった見当識障害も見られていた。寝衣をはだけてしまったり、脱いでしまうなどの意味のない行動がみられるようになり、7月～8月にかけてぼーっとしていることが多くなった。意

識レベルは徐々に低下し、それと共に自発的な発語が少なくなり、家族や看護婦の問いかげにたいしてのみ答える状況となり、9月下旬より傾眠傾向に陥った。

#### 3) 妻の介護状況

妻は隣の県内に職場を持ちながら、入院当初から殆ど毎日のように病院に面会にきていた。5月中旬より夜間の付き添いを時折始めるようになり、その後毎晩泊まり、病院から職場に出勤するという状況になった。3人の娘の面倒は主に夫の両親が行っていた。夜間も患者が頻回に起こしたりすることで妻も覚醒することが多かった。昼間の患者の様子については看護婦からはもちろんのこと、同室者からも看護婦によるケアや対応の仕方の違いなどの情報を受けていた。しかし看護婦の処置や言動に対する不満は患者の病状が悪化するにつれて強まり、自分が不在時の様子を患者の母や同室者から聞き、その内容から不満を看護婦に訴えるようになった。

また、夫に対する希望を持ち続け、入院前からハスミワクチン（丸山ワクチン）の投与（皮下注射）を行っており、入院中も継続され、死亡する2日前まで投与された。食事摂取の低下にともない、妻は必ず患者の好きなものを少しでも食べさせようと果物を患者の側に置いておいたり、妻が不在のときもそれらの果物を優先的に摂取させることや、患者の氷枕の与え方など、患者に関する細かい要望を書いて患者の側におき出勤した。そして、どの看護婦にも同じようにケアをして欲しいという希望を積極的に働きかけてきた。また患者が痛みをあまり訴えなくなった時期でも、妻は夕方帰院するやいなや“頭が痛いって言っているのだから薬をください”と看護室に訴えるような状況も見られた。

患者と妻の夫婦の会話においては、妻が患者に対して指示的な態度を示し、患者は妻から指示されたり質問された事柄について、逆らわずに従い、短い言葉で答えるというような状況で

あった。妻は患者を甘やかすような状況であり、患者も妻の言う通りに従っている光景が見受けられた。

### Ⅲ．看護の分析

#### 1) 看護婦の処置や態度に対する妻及び家族の不満の分析

前述したように看護婦は患者に対して、必要なケアは毎日行いが、それ以外の行為は特別行うこともなかった。また意志の疎通も脳転移という状況であったため、つじつまが合わなかったり、患者にとっての希望が十分に伝えられなかった。そのため患者にとって、はがゆかったと思われる。この患者のストレスの代弁は妻の看護婦に対する攻撃的言動に如実に表現されている。このような状況にあり入院生活も長くなった患者に対する看護婦の関わり方は、時として何気ない言葉の中に思いやりや共感と言うものがかけていたことも考えられる。また看護処置として行われることの内容が、妻を含めた患者の家族にとっては意に添わないものもあったと言うことも考えられる。そして家族の患者に対する希望を看護婦自身が十分理解してあげられなかったことも妻の不満の原因のひとつである。動けない、思うことが伝えられないことに対する脳転移患者の心理を看護婦側が理解し、対応していくことが不十分であったことが、家族の看護婦に対する不満をひきおこしたことのひとつの要因と考えられよう。

このような分析のもとに我々看護婦は、

- ① やさしい言葉がけをする。
- ② 家人が来院しているときには一緒に処置を見てもらい、希望があれば参加してもらう。
- ③ 家人が持ってきた食物をなるべく食べるようにすすめる。
- ④ 家人に処置のこと、家人がいない間の患者の一日の様子などを妻及び家族に積極的に話す。

以上の看護活動の具体策を立案し、看護を行っていった。

### Ⅳ．考察（看護婦の患者へのかかわりかた）

#### 1) 実際のかかわりとその反応

妻より看護婦に不満の訴えがあった後、上記のような具体策をたて看護婦のケア方法及び意志の統一をはかるようにした。妻と、看護婦とのかかわり方の方法については主に婦長を通して行われ、妻の細かな感情は婦長より看護スタッフに対して伝えられ、看護婦もその妻の気持ちを受け入れるように心がけていった。

- ① 不満のひとつにカーテン内で行われている看護婦と患者との会話を外で聞いていた患者の母の不満もあったため、実際にどのようにケアや処置が行われているかを見てももらうことも家族にとって重要と考え、昼間妻がいないときに患者の家族がきているときは努めて声をかけて一緒にケア、処置をすすめるようにしていった。
- ② 食事に対しても、家人のさしいれを優先にすることで家人の患者への要求を受け入れ、希望に添うように対処していった。
- ③ また、主に妻は昼間は病院から職場へ出かけており夜のみの介護となるため、いろいろな処置やケアが行われる昼間の出来事に対する妻の興味や不安も大きい。そこで我々看護婦はその妻への不安をやわらげるためにも、努めて患者の情報提供を行い、妻が職場から病院に戻ったら看護婦のほうから積極的にその日一日の患者の様子を話すようにしていった。

このように看護婦の意志の統一をよりいっそうはかり、妻及び家族の患者に対する希望をできるだけ取り入れ希望に沿うようにしたことで徐々に妻や患者の両親も看護婦を受け入れていってくれた。そして表情もやわらぎ妻も看護婦に対して心を開いてくれるようになった。

## 2) 発達段階に対する危機

この患者のように、肺癌で脳脊髄転移のため話すことも動くこともままならない状況で、しかも壮年期の男性となれば、危機状況はさまざまである。家庭の中での夫として、3人の娘の親としての役割機能が果たせないことなど、壮年期という発達過程における危機は大きい。この発達危機に対しても、我々看護婦は成人期の発達段階を十分理解した上で、その人のおかれた環境、とりまく状況を合わせて、援助する必要がある。

## 3) 妻をささえる援助体制

この事例は3回目の入院の時点では発語困難や見当識障害など、脳転移による症状が進行していたため、本人からの不満などの訴えはあまり聞かれなかった。しかしその分、妻の不安や怒り、不満は大きかった。一家の大黒柱である夫は悪性腫瘍で闘病生活を送り、また子供たち3人はそれぞれ小学生でまだ自立している年齢ではない。さらに、夫の両親と同居ということで夫不在の同居生活へのストレスや、特に義母に対する気兼ねなどもあったのではないかと考えられる。また、この妻は仕事をもっていたということで、今まで以上に負担は大きくなる。患者が今まで果たしていた役割を肩代わりしなくてはならず、家事や育児の負担はますます大きくなる。

本事例のような場合、ある意味では妻が家族の中で孤立してしまい、家族の中の両親などからの援助を十分に受けられなかった状況ともいえる。夫（患者）は病床にいて、子供達は小さい、という状況では、誰に頼ったらよいのか混乱する状態でもある。このような場合、看護婦は妻をめぐるサポート体制を整えることが大切である。とかく患者のみのサポートシステムにばかり目が向けられがちであるが介助の中心となる妻にとってのkey personは誰なのかをこの事例の状況で確認し、援助していく必要があったのではないかと。看護婦がそのかわりが出来れば

表2 がん患者の家族の段階

	家族の段階
第一段階	がんとともに生活する
第二段階	生と死の間での生活の立て直し
第三段階	死別
第四段階	回復

ばよいが、このように混乱している段階では鈴木らが指摘しているように<sup>2)</sup>、家族がそばにつき添い、看護婦は家族の気持ちを聞いて慰め、落ちつかせてあげることがなにより大切なのではないかと。感情を表出させることで妻自身が気持ちの整理をし、夫の死を少しずつ受け入れられるようになるのではないかと考えられる。

## 4) 癌患者の家族の心理過程に対する看護介入

患者及びその配偶者がこのように比較的若い年齢層にある時、そのストレス状況における看護婦の支援はどのようにあるべきなのであろうか。

Giacqinta (1977) は癌患者の家族の心理過程を4段階に表しており<sup>3)</sup>、(表2)それぞれの段階において家族の様相、克服すべき問題、看護介入の目標を示している。本事例のように3回目の入院後、徐々に病状が悪化し、体動も困難でしかもコミュニケーションの手段である会話障害も出現、悪化し、死に至った状況においては、第2段階の生と死の間での生活の立て直しの段階である。この時期、患者に対する基本的な看護はもちろんのことであるが、家族への精神的支援が重要となろう。家族は死に近づきつつある患者を目の前にして死を現実のものと認識し、患者の死後の家族のあり方を少しずつ考えなければならぬ時期である。そして家族の中で家族1人1人がどのような役割をとって

くべきかを考えていかなければならない時期でもある。また患者の入院中の看護に迫られ、とすれば家族の機能というものが減退していく時期でもあろう。本事例では、子供が3人ともまだ学童期であり夫の両親と同居という状況においては、妻の不安やストレスは入院中の看護にあたる看護婦に向けられても当然のような状況である。夫（患者）の病状が思わしくなく、昼間の状況を知りたいという要求が看護婦への不満として向けられることも十分考えられる。患者の家族と、看護婦側の信頼関係とも関係してくるが、この妻のように看護婦の行くひとつひとつのケアについて、患者のためを思うあまりに不満をいい、指示をしてきたような状況においては、その不満の表現のひとつひとつが、妻が妻自身の危機を乗り越える表現の一部でもあったのではないかと考えられる。また、これは悲嘆過程の一部であることを看護婦として十分理解しなければならない。妻への精神的援助としてまずは許される範囲内で妻の希望を取り入れることで、“あなたのことを理解していますよ”という気持ちを看護婦が示していくことがお互いの気持ちを理解し、受容していく上での一歩となるのであろう。

今回の事例では、妻の不満がもちあがった段階ですぐにカンファレンスを持ち、お互いの気持ちのずれを確認し、修正をしていく様に具体策をたてていった。具体策の内容を示したように、家族とともに看護するということが、同時に患者の病状を分かちあうことにもなる。不安を生じる要因のひとつに、情報不足ということも考えられるが、正確な情報を与えることも現実を認知する意味で大切なことである。本田らが、「家族は看護婦からの援助を求めており、患者に対して家族が役割を果たすためではなく、家族自身のための援助が必要である」<sup>3)</sup>と述べているように家族に対する援助は患者の看護にとっても、重要なものである。

#### 5) 家族ダイナミクスに対する看護介入

核家族が増え、家族構成の変化とともに家族ダイナミクスも変化しつつある。家族の中に1人患者がいることで家族成員1人1人の役割もおのずと変化してくる。この役割内容が生じたとき、それぞれの精神的なストレスは大きく、新たな問題を抱えることになる。

この家族の場合、患者が長期入院をしたことで、家庭の中での主導権を夫の母が握り、夫がいないことで、妻は今まで以上に家庭における自分の立場が弱くなってしまった。また仕事を持ちながら夫の介護をしていることで、子供の面倒をも夫の母に委ねなければならなくなり、家族の中の1人の入院によって、家族の機能が変化していったのである。末期患者を抱えたこのような家族に対する適切な看護介入とはどのようなものであろうか。荒川らが<sup>4)5)</sup>家族ダイナミクスに対する看護介入の方法として、表3に示すような内容を指摘している。これらの情報を収集し、アセスメントしていくことが大切である。とかく患者に集中しがちな看護の視点をもっと広げ、家族にまで目を向けることは末期患者を看護する者にとっては大変重要なことになる。

患者の病状が徐々に悪化し、我々看護婦が患者1人の対応、処置に追われていたとき、妻の

表3 家族ダイナミクスに対する看護介入の方法

- ◆ 家族構成地位と役割の分担
- ◆ 家族生活の方針はどのように決定されてきたのか
- ◆ 誰を中心に家族がまとまっているのか
- ◆ 誰がみんなの気持ちを一番よく分かっているのか
- ◆ これまでの問題をどのように対処し乗り越えてきたのか
- ◆ 患者はその家族の中でどのような位置を占めていたのか
- ◆ 患者の死によって失われるものは何なのか

おかれている状況をくみ取れず妻の精神的なストレスを十分理解できなかった。このように妻から問題が提起されたような場合、妻の感情的な反応にばかりとらわれず、我々看護する者は専門的な技術をもって対応し、アプローチしなければならない。そしてこの妻が家族の中でどのような役割にあり、家族の中の人間関係はどのようなのか、妻の患者に対する接し方からどのようなタイプの人なのかを観察し、アセスメントし援助していくことが重要である。入院期間が5ヶ月と長期になった場合、まして患者の病状が悪化の一途をたどる一方の状態では、家族の疲労は増大するばかりである。このような家族全体をとらえていく目を養うことは、我々看護婦にとって重要なことであり、課題でもある。

### おわりに

悪性腫瘍が死因の第1位を占め種々の癌が増大する現在、癌末期患者を看護する機会が大変多くなる。放射線科のように、悪性腫瘍患者のみの病棟では、日々の看護が戦いである。ともすれば看護の視点が患者に集中しがちである

が、家族に更に目を向け、患者を含めた家族全体の中で考え、適切な看護介入を行っていくことが今後更に重要と考える。

この稿をまとめるに当たり、御協力いただきました放射線科の方々、及びご指導してくださいました瀬戸正子助教授に深く感謝いたします。

### 文 献

1. 岡堂哲夫他：患者ケアの臨床心理, p. 141-147, 医学書院, 1984.
2. 鈴木志津枝：終末期の夫を持つ妻への看護, 看護研究 21 : 399-410, 1988.
3. 本田彰子, 佐藤禮子：「がん告知」を受けた家族の心理と看護介入, 臨床看護 17 : 911-916, 1991.
4. 荒川靖子, 佐藤禮子：ターミナルステージにおける家族ダイナミクスへの看護介入を考える, 月刊ナーシング 8 : 1200-1203, 1988.
5. 荒川靖子, 佐藤禮子：終末期患者の家族に対する看護・家族ダイナミクスへの看護介入のあり方, 看護研究 22 : 323-341, 1989.