

症例報告

終末期にある患者家族への看護

—自らも患者である家族への退院後の自立を助けるケア—

杉山 美紀^{1)*}

要旨：近年、家族形態は様々な形に変化しているが、家族の一人が終末期を迎えるとき、家族機能や役割構造、生活様式に変化が生じ、情緒的サポートや対処行動の拡大を促す援助が必要となることに変わりはない。

今回の事例は自らも入院する患者でありながら、内縁の夫の突然の入院から終末期へと移行する中で役割変容やセルフ機能低下が予測された。そのため CNSFace II を使用し、ニーズに即したケアを実践した。それと同時に患者の退院後の生活について、患者家族や多職種での情報共有を行い、サポート体制作りを行った。私たちは患者ケアと同様に家族と意図的な関わりを持ち、多職種、他施設で連携しながら、系統的なケアを提供していくことが重要であると考えます。

キーワード：家族看護、終末期、多職種連携

CASE REPORT

Nursing of a family with end-of-life patient

- Support for independence after discharge -

Miki SUGIYAMA^{1)*}

Abstract: In recent years, the family structure has changed to various forms, but when one of the family members is at the end-of-life, changes in family function, roles, lifestyles are produced, and necessitates the expansion of the emotional support and coping action. While this example was a patient who was hospitalized herself, it was predicted that her role would change and self-function decline as her husband was suddenly hospitalized and neared end-of-life. Therefore, using CNSFaceII, care was provided according to her needs. At the same time, a support system was created for the patient after discharge by sharing information between the family and various professions. We think that it is important to intentionally create a relationship with the family and create a care system by cooperating with other facilities and professions.

Key words: family nursing, end-of-life, multidisciplinary cooperation

¹⁾ Seventh-floor ward, Mutsu General Hospital, 1-2-8 Kogawa-machi, Mutsu, Aomori 035-8601, Japan

*Corresponding Author: M. Sugiyama (miki_is0602@yahoo.co.jp)

Received for publication, April 27, 2017

Accepted for publication, December 25, 2017

¹⁾ むつ総合病院七階病棟

*責任著者：杉山美紀

(miki_is0602@yahoo.co.jp)

〒035-8601 青森県むつ市小川町一丁目 2 番 8 号

TEL: 0175-22-2111 FAX: 0175-22-4439

平成 29 年 4 月 27 日受付

平成 29 年 12 月 25 日受理

はじめに

近年、家族の形態は多様化してきているが、家族とは何人かの個人が相互に関連し合って形成されているシステムであるといわれている。家族の一人が終末期を迎えるとき、患者との死別により家族機能や役割構造、生活様式などに変化が生じる。終末期にある患者の家族は役割の変容を迫られ、様々な思いに悩み、不安定な生活を強いられる状況にあると言える。そのためセルフ機能は低下し、情緒的サポートや対処行動の拡大を促すような援助が必要となる。山勢は「クリティカルケアでは、家族アセスメントにおいて家族の抱くニーズに焦点を充てると提供すべき看護の方向性を示すことができる。家族のニーズはその患者の重症度、家族の価値観、家族形態、患者と家族の関係性などによって相違が見られる。しかし共通するニーズについて理解していれば、そのニーズに則して予期的な看護介入が可能となる。」と説いている¹⁾。

今回の事例は、自らも入院する患者であったが、内縁の夫の突然の入院、生命の危機的状況から終末期へと移行していく過程で、患者の役割変容やセルフ機能の低下が予測された。家族の危機的状況を受け入れられるよう家族アセスメントツールである CNSFace II に則して、患者のニーズやコーピングに対応しながら、退院に向けて患者の自立を助けるためのケアを行ったのでここに報告する。

※用語の定義

CNSFace II :

Coping&Needs Scale for Family Assessment in Critical andEmergency care settings の略

重症・救急患者家族アセスメントのためのニーズ&コーピングスケール

CNSFace の改定版で、31 項目でアセスメントする。救急医療、集中治療医療などで患者がクリティカルケアを受けている状態のとき、その家族の心理的側面を量的に測定するもの。

測定概念はニーズとコーピングの 2 つの側面があり、ニーズの下位概念には社会的サポートのニーズ、情緒的サポートのニーズ、安楽・安寧のニーズ、情報のニーズ、接近のニーズ、保証のニーズの 6 つがある。コーピングの下位概念には情動的コーピングと問題志向的コーピングの 2 つがある。

※倫理的配慮

ケースレポートの目的、方法、協力と辞退の自由、個人情報厳守、不利益が生じないよう配慮することを説明し承諾を得た。

患者紹介

A 氏 60 歳代 女性

診断名) 脳梗塞

既往歴) 糖尿病 (インスリン自己注射) 狭心症
腰椎間板ヘルニア

家族構成) 前夫は死別 市内に長女が在住 1 年前より A 氏宅に B 氏と同居している

入院中の経過

平成 X 年 10 月 右上肢の脱力感があり、C 病院を受診。頭部 CT 施行し脳梗塞にて入院となる。右上肢脱力感はあるが四肢徒手筋力テストでは 5/5。翌日よりリハビリテーションが開始となる。

同年 11 月 内縁の夫である B 氏が間質性肺炎急性増悪にて同じ病棟へ入院となる。

B 氏は非侵襲的用圧換気を装着したが容態は徐々に悪化し、12 月永眠される。

B 氏の状態が不安定な中、A 氏は自宅退院に向けた準備が必要となる。

看護の展開

看護目標: 必要な介護サービスを利用しながら、在宅で自立した生活を過ごすことができる。

問題点 #1: B 氏の終末期を受け入れられず、精神的不安がある

#2: 退院後の生活に不安がある

解決目標 #1: B 氏の現状を受け止め、不安や哀しみを表出する事ができる

#2: A 氏自身が退院後の生活に目を向け自ら取り組むことができる

具体策

0-T 患者の言動や表情

睡眠状況

食欲の有無や摂取量

身体的な症状としてバイタルサイン

リハビリテーションに対する意欲

現在の治療とその効果や結果

B 氏の状況

T-P CNSFace II 行動判定用紙によるニーズとコーピングを確認し必要なニーズの充足を行う
面談時には立ち会い、面談の後にはわからないことはないか尋ねる

B氏への思い、今後についての不安を傾聴する
ケアマネージャー、院内社会福祉士、家族、訪問
看護認定看護師とカンファレンスを実施し退院
後の生活について情報共有する。

気分転換やリラックスできるような援助を行う
E-P 疲れた時はリハビリテーションを休んでよ
いことを説明する

A氏に合わせた栄養やリハビリテーションなどの
指導

脳梗塞や糖尿病について退院時指導

A氏の安静度によりB氏に会いに行けることを説
明する

結果

入院2日目:A氏担当のケアマネージャーより「A
氏はインスリンを自己注射しており、腎機能も透
析ぎりぎりの状態です。内縁の夫と暮らしている
が、内縁の夫は家事などできず、A氏が家事を行
っている。長女は市内にいますが、仕事を持って
おり忙しいようだ」と情報提供があった。A氏のリ
ハビリテーションを開始する。

入院10日目:リハビリテーションカンファレン
スより

理学療法士:独歩はできないことはないが、左
右の動揺があり、今後は歩行器が必要となるで
しょう。

作業療法士:おそらく今後は自分の身の回りの
ことで精いっぱいでしょう、入浴等も含め介護
保険でのサービスが必要であると思われる。

入院13日目:内縁の夫であるB氏が入院。自宅
で呼吸困難感があればA氏が酸素を調節したり、
内服の介助を行っていたが、A氏が入院し、それ
が滞っていた様子であると訪問看護師より情報
提供があった。

A氏より(B氏が入院したことで)、昨日は全然
眠れなかった。家にいたときは私がご飯を作って、
薬を飲ませてたんです。自分がこうなってしまっ
たから・・・困ってしまうと発言あり。時々歩行
器を使用しB氏の病室へ行き声をかけたり、一緒
に昼食をとっている。

入院16日目:B氏の状況は徐々に悪化しており、
B氏の家族(弟)と積極的な治療や延命を希望し
ないことを確認する。A氏よりB氏が心配で眠れ
ない、ベッドにいとイライラすると発言あり。

A氏のケアマネージャー、A氏の父のケアマネ
ージャー、B氏のケアマネージャー、訪問看護師、
訪問看護認定看護師、院内社会福祉士、A氏担当

看護師とカンファレンスを実施。A氏は今まで通
院やインスリン、入浴など生活上、B氏を頼りに
し、生活してきたが、今後は娘との関わりが必要
となるため、長女にも協力を求めることとする。

A氏は目が見えにくくなっており、インスリン
の音で単位を確認しており、単位を間違えること
もあった。インスリンのダイヤルが回しにくいと
のこともあり、ペンタイプのインスリンに変更し
てみることにする。また球形吸着炭はB氏にオブ
ラートに包んでもらい内服していたとのことか
ら、一人でも内服できるようカプセルへ変更して
みることとなる。

入院18日目:朝から右下肢脱力感があり、心電
図モニターを装着すると心拍数30~40台と洞性
徐脈があり、徐脈によるアダムストークス症状の
ため、安静度がポータブルトイレ使用までとなり、
持続点滴開始となる。

入院20日目:お父さんに会いたい、これ(点滴)
いつまでであるの?これがあるとお父さんに会
いに行けない。自分がこんな体で情けない、いやに
なると話している。

入院21日目:清拭後車いすへ移乗し、看護師が
介助でB氏のベッドサイドへ連れていく。B氏の
名前を呼び、頭をなでたり、手をつないだりして
いる。

入院22日目:昨日は(B氏に会えて)うれしかっ
た。ぐっすり眠れた。看護師がB氏の病室に行き、
目を開けていたことを伝え、よかったと喜んで
いる。

体も拭いて、おしりも洗って着替えして、今日
も会いに行きたいと明るく、意欲もみられた。看
護婦さんにお世話になって申し訳ない、一人だと
何もできなくて、情けないと話す。

CNSFaceⅡ行動判定用紙にて患者に近づき何か
してあげたいという接近のニードと患者に行わ
れている治療や処置に対し安心感、希望などを保
証したいとする保証のニードが高く見られた。ま
た、医療者や家族などの人的リソースを求める社
会的サポートのニードが高く見られた。コーピン
グでは苦痛をもたらす厄介な問題を巧みに処理
し、変化させていこうとする問題志向的コーピン
グが高く見られた。

入院23日目:球形吸着炭をカプセルに変更し、
これなら一人でもできそうと一人で内服するこ
とができた。

午後、ベッドサイドにて退院後の生活に対する
不安や現在の心境について尋ねる。B氏が寝たき

りでもいいから生きていてほしい、私が頑張っ
(家で) 待っていようと思う。(B氏は) 大丈夫だ
よね? 帰れるでしょ? と看護師に尋ねる。

食えることが好きで、栄養指導は何度も受けた
けどなんの役にも立たない、膝も痛いし、食べれ
ばすぐに横になってしまって B 氏に怒られるの、
お風呂に入れば頭や背中を洗ってくれたし一緒
にいて食べたり、しゃべったりすれば楽しいと話
す。

入院 25 日目: 朝 5 時 B 氏が急変し、B 氏の担当
医より A 氏へ現状を説明する。その後から一睡も
できず、日中も一点を見つめ放心状態でいる。

午後からケアマネジャー、A 氏の長女、院内
社会福祉士、リハビリテーション担当者、訪問看
護認定看護師と退院前カンファレンス実施。退院
後のサービスや現状について確認し、情報共有す
る。

CNSFace II 行動判定用紙では接近のニードは依
然として高く見られたが、保証のニードは低下し、
社会的サポートよりも自己の感情を表出すること
によってそれを満たそうとする情緒的ニード
が高く見られた。ストレスフルで苦痛をもたらす
厄介な問題に対して、情動反応を調節していこう
とする情動的コーピングが問題志向的コーピン
グを上回っていた。医師からの説明に問題を解決
することができず、情動をコントロールしている。

医師の説明でわからなかったことはないか、そ
れを聞いて A 氏がどのように感じているか傾聴す
る。連日の不眠や心労で休めるときにゆっくり休
むことや、リハビリテーションも疲れているとき
にはいつでも休んでよいことを説明する。

入院 27 日目: B 氏の状態が悪化し、A 氏を B 氏の
ベッドサイドに連れてくる。声をかけたり、手や
顔をなでたりしているなか、B 氏が永眠される。
何が起きたのか理解できない様子でいたが、しば
らくすると泣き崩れてしまう。医師の死亡確認後、
部屋に戻るか確認すると食堂がいいと話し、車い
すで食堂に座り、そばに付き添う。今までの B 氏
との思い出を泣きながら話している。

CNSFace II 行動判定では初めて接近のニードが
低下し、希望を保証したいという保証のニードが
高く表れ、情緒的サポートはさらに高くなってい
た。自己の感情が表出できるようそばに付き添い、
思いを傾聴し、また A 氏も B 氏もお互いがつらい
中、よく頑張りましたとねぎらいの言葉をかけた。
リハビリテーションは休んでもいいことを伝える
が、少しでも良くなりたい、動いてたほうが気

がまざれるとリハビリテーションを実施する。B
氏の死に対し情動的コーピングがさらに高く表
れていた。

入院 30 日目: 本人へ栄養指導を勧めると希望が
あったため、栄養士による栄養指導を実施する。
目が見えにくいため、再度看護師とともにパンフ
レットを見直す。その後たびたびパンフレットを
見直したり、病院の献立を 3 食、ノートに書き写
している。

入院 35 日目: 長女とともに退院される。

その後 外来受診に来院した A 氏と再会した。あまり
間食をしないようにしている、ご飯も茶碗に半分。
血糖値は 120 ぐらい、家で簡単な運動もしていて、
春になったら近所を歩こうかと思っているんだ
と笑顔で話していた。

考察

#1: B 氏の終末期を受け入れられず、精神的不安
があることに対する看護ケアについて

榊は「私たち看護師はよく現実の受け入れ、受
容等という言葉の口にするが、それはそう簡単な
ものではない。長い時間をかけて、その事故なり
発病なりの事件と向き合い、新たな状況とうまく
折り合いをつけながら何とか適応しようと患者
や家族は努力しようとして行くのであろう」と言
っている²⁾。

CNSFace II 行動判定用紙の結果からもわかるよ
うに、B 氏の危機的な状況の中では A 氏もまた危
機的な状況にあり、日々のニードやコーピングに
変化が見られ、同じ結果となることは無かった。
現状に悩んだり、希望を持ったり、時に助けを求
めながら何とか現状に適応しようとしていたと
考えられる。

A 氏がベッド上安静を強いられ、B 氏に会えな
かった時には CNSFace II 行動判定用紙では保証の
ニード、接近のニードが高く現れていた。会えな
いときにも治療がきちんと行われていることや、
状態の改善に希望を持っていることが考えられ、
看護師が見た B 氏の様子を伝えたことや治療の様
子、安静度に応じて車椅子で病室に案内したことは
A 氏の安心につながったと考える。

B 氏の急変時、医師からの説明の後では情緒的
サポートのニードと情動的コーピングが高く見
られた。医師の説明に対し、自分がどのように感
情をコントロールしていけばいいのか、どうすれ
ばストレスフルな状況を軽減できるのか自分の
中で対処していた行動であると考え。自己の思

いを表出する事で満たそうとするニードであり、ベッドサイドに行き患者の思いの表出と不安の軽減に努めたことはニードに則した援助を行うことができたと考える。

高橋は「家族の主体性の回復を助けるためにはまず家族の状況をアセスメントしたうえでニーズに応じて、安心できる環境を整える、心配や不安を軽減する、心身の疲労を軽減する等の対応する事が必要である」と言っている³⁾。病室にはA氏とB氏が並んで笑う写真が飾られており、二人にとってはあの時と同じように二人でいることが安心できる環境であったのではないかと考える。

B氏が亡くなった時には情動的コーピングが最も高く表れており、ストレスフルな状況が推測されたため、側に付き添いB氏の思い出を話しながら哀しみの表出に努めた。短い時間の中でケアを通して終末期を受け入れられたかは不明だが、精神的不安に対してニードに則したケアを行うことができたと考える。

＃2：退院後の生活に目を向け自ら取り組むことができるに対する看護ケアについて

A氏はB氏との生活についてよく話をされていた。いつも一緒にいて、買い物や病院受診、内服管理、入浴介助などお互いの体を思い、支え合って生活している様子がうかがえた。そのB氏がなくなることでA氏の生活が大きく変化してしまうことは容易に推測することができた。皆本は「家族が家族と死別を現実的に捉え、それに伴う家族システムの変化を想定しながら対処していくことは家族にとって大きなエネルギーを要することである。したがって家族の情報を共有し、看護師、親族や家族を支える社会資源なども状況を共有し、様々な立場から家族を支える体制を整える事で家族集団としての力を引きだす基盤づくりが必要である。」と言っている⁴⁾。

A氏についても、今後さらに生活の大部分を担うであろう長女を含めケアマネージャー、院内社会福祉士、リハビリテーションスタッフ、訪問看護認定看護師と共にカンファレンスを開き、退院後の自宅での過ごし方や必要な社会資源について確認し、情報共有を行った。

栄養指導は全く意味がなかったと話していたA氏であるが、A氏の糖尿病や視力低下、腎障害、カリウムなどなぜそれを学ぶことがA氏にとって必要なのかを看護師が説明したうえで、栄養指導を希望され、栄養士より栄養指導を行っていた

いた。その後は病院での食事内容をメモしたり、パンフレットを見て看護師に尋ねる場面もあった。

またリハビリテーションスタッフに食後すぐに横になってしまうことや、膝や腰痛があっても簡単に安全に行えるリハビリテーションを指導していただいた。退院後の生活を視野に入れA氏がどうすれば自分で行えるのかを確認し、球形吸着炭やインスリンの形態を変えたことも、A氏の自己管理につなげる手段の1つだったのではないかと考える。

また疾患や治療に関して本人の知識を深めるだけで無く、家族やサービスを提供する側へ日常生活についての注意点を理解してもらうためにも退院前カンファレンスがとても重要であった。B氏が急変する前の情報収集の時点では「頑張って元気になって、家で待ってる」と話していたA氏であったが、急変の後では家族や担当ケアマネージャーに不安を漏らしていた。家族が危機的な状況にあり、精神的に不安がある中でA氏へ退院指導を行うことは受け入れられないのではないかと考えたが、退院に対して不安があるからこそ早期から他職種での情報共有、サポート体制作りが重要であるとも考えられた。退院後、明るく生活していることを話されており、自己管理ができていた様子が見られた。いろいろな在宅サービスを利用しながら、長女の協力を得ながら在宅で自立した生活が送られていると思われる。

終わりに

今回、終末期にある患者の家族へCNSFaceⅡ行動判定ツールを使用しニードに即したケアを実践した。日々変化する患者の状態に家族もまたニードやコーピングに変化が見られ同じ日はなかった。私たち看護師は患者家族の置かれている状況を把握し、家族の心理をアセスメントすることによって、どのような看護を提供すべきなのかを考える必要がある。

本ツールは家族の心理面を客観的にとらえ、その量的表現を試みた測定ツールであるが、その測定結果は対象家族の真のニードとコーピングを数量化したものではなく、一般化することには限界がある。患者ケアと同様に家族に意図的に関わっていくことや、多職種、他施設で連携し系統的なケアを提供する組織づくりや継続的な活動が重要である。

【引用文献】

- 1) 山勢 博彰: 家族看護. 日本看護協会. Vol. 03.
No. 02. P50, 2005
- 2) 榊 由里: 家族看護. 日本看護協会. Vol. 03.
No. 02. P50, 2005
- 3) 高橋 章子: 家族看護. 日本看護協会. Vol. 12.
No. 01, 2014
- 4) 皆本 美喜: 家族看護. 日本看護協会. Vol. 12.
No. 01, 2014

【参考文献】

道又 元裕: クリティカルケア領域の看護管理
ICU マネジメント、Gakken、2015