

家族看護エンパワーメントモデルの有効性—事例とケアの分析—

関根光枝¹, 長戸和子²

(2007年9月28日受付, 2007年12月19日受理)

Verification of the effectiveness of the Family Empowerment Model
—analysis of family care in palliative care—Mitsue Sekine¹, Kazuko Nagato²

(Received : September 28, 2007, Accepted : December 19, 2007)

要 旨

本研究の目的は、緩和ケアを必要とする患者家族の理解と看護介入の展開に「家族看護エンパワーメントモデル」を適用し、その有効性について検討することである。その結果、本モデルの有効性として、①家族員一人一人の体験だけでなく、それらの相互の影響や、これまでの家族の経験をふまえて現在の言動を理解することによって、家族像を描くことが可能になる、②描かれた家族像に基づく新たなケアの方策が見出され、死別後の家族のありようも視野に入れた関わりが可能になることがわかった。家族看護の知識と、自らが実践の中で培ってきた臨床判断を統合しながら、家族看護エンパワーメントモデルを活用することによって、家族像を形成し、家族像に即した看護介入の展開が可能になると考える。

キーワード：家族看護エンパワーメントモデル, 緩和ケア, 事例

Abstract

The purpose of this study was to adopt and examine the effectiveness of Family Empowerment Model for understanding and intervention to the family which involve a patient who needs palliative care. As a result, two points of the next became clear. This model makes it possible :
①to understand the experience of a patient and the family as a whole and draw a family image.
② to found stratagem of new care based on a family image, and the intervention that the state of the family after the separation by death considered. The nurses integrate the clinical judgment that have cultivated in practice with knowledge about the family nursing into Family Empowerment Model, they can develop effective nursing interventions to family.

Key word : Family Empowerment Model, palliative care, case study

1 高知女子大学看護学研究科 Graduate School of Nursing, Kochi Women's University

2 高知女子大学看護学部 教授 看護学博士 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kochi Women's University

1. はじめに

緩和ケアを必要とする患者家族は、治療継続と緩和ケアへの移行に関する意思決定の難しさやその過程での揺らぎ、回復の見込みがない患者の病状変化への不安、患者の苦痛を目の当たりにするつらさなどさまざまな困難を体験している。また、緩和ケアを必要とする状況は、いずれ訪れる家族員の死を意味しており、それは未知の体験であり、家族員のエネルギーを消耗させる体験であろう。

看護師は、このような家族の状態を理解し、家族が看取りの過程において最善を尽くせたと思えるよう、エネルギーを保持できるように援助する必要がある。また、患者との死別によって大幅な変更が生じる家族の構造や機能を維持し、家族としての生活を営み続けることができるように支援することが重要であると考えられる。

しかし、緩和ケアを受ける患者とその家族、その先にある看取りへのプロセスの中でのケア提供は、看護師にも不安、悲しみ、怒り、無力感などさまざまな感情を生じさせ（福田，2007）、大きなストレスを感じるものである。そのような中で家族と援助関係を結び、複雑で変化する家族をとらえ、適確な看護ケアを行うことは容易なことではない。

また、渡辺（2003）は、看取りにかかわる多くの看護師が「悔いのない看取り」「満足できる最期」という目標をもっていることについて、果たしてどれほどの家族に実現できるのか？と疑問を投げかけ、看護師は、誰よりもそれが難しいと知りながら、「そうあって欲しい」という看護師の願い、ニーズがいつの間にか患者・家族のニーズにすり替わっているのではないかと述べている。このように、看護師自身の死生観や家族観の影響が大きければ、家族の体験を理解することが困難になり、それぞれの家族の個別性に考慮した看護ケアの実践は難しいであろう。

さて、近年、病者の家族もまたケアの対象であると考えられる家族看護の視点が浸透し、看護師は、これまでの臨床経験や知識などを活用して家族に

かかわろうと努力しているが、臨床実践の中では、従来の患者中心の看護からのパラダイム転換の難しさ、その全体像をとらえることの難しさ、具体的なケア方法論がまだ開発途上であることなどから、家族へのケアが十分に行われているとは言いがたい状況である。上述したような看護師自身の価値観や家族観などに基づくケアではなく、家族の体験を家族の立場から理解し、その個別性を尊重したケアを実践するために、わが国においてもいくつかの家族アセスメントモデルや介入モデルが開発されている。

本稿では、緩和ケアを必要とする患者家族への看護介入を展開するためのツールとして、「家族看護エンパワーメントモデル」を用い、その有効性について検討する。「家族看護エンパワーメントモデル」は、家族の病気体験の理解と、理論的な背景に基づく家族アセスメントから家族像を形成し、家族像に即して家族看護介入を実践するモデルである。

2. 「家族看護エンパワーメントモデル」の概略

家族看護エンパワーメントモデルは、「家族とは主体的な存在であり、家族自身の力でさまざまな状況を乗り越えていくことができる集団である。しかし、家族員の病気など、家族の力で解決できない状況にあるときは、その家族は看護ケアを必要としており、家族をエンパワーメントする援助を必要としている」という基本的な考え方に基づいている（野嶋，2005）。

看護師は、家族が本来有している力を尊重し、家族自身が主体的にエンパワーメントを獲得していくことを支援する役割を担っている。本モデルは、①家族の病気体験の理解、②家族との援助関係の形成、③家族アセスメント、④家族像の形成、⑤家族への働きかけの選択と実践の5つのステップから構成される（図1）。中でも家族像の形成は重要であり、個々の家族の現在の状況を理解するだけでなく、これまでの家族の歴史や価値観な

どもふまえた家族像を描くことにより、その家族との援助関係形成や看護援助の方向性を見出すことが可能になる。家族像を的確に把握することができなければ、その後の看護援助も意味を成さないことになると言っても過言ではない。

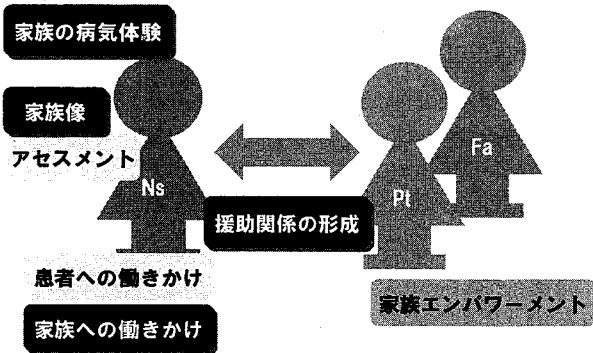


図1. 家族看護エンパワーメントモデル

3. 倫理的配慮

提示する事例は、プライバシー保護の観点から患者、家族背景に若干の変更を加え、個人を特定できないように配慮した。

4. 事例の紹介

A氏は68歳の女性で、これまで大きな病気をしたこともなく、夫と死別後、近所の友人と交流を持ちながら一人で生活していた。同胞はおらず、夫の親族とは夫の父が亡くなった際にトラブルがあり、以降疎遠になっている。娘（長女）が一人いるが、結婚して独立している。長女はA氏宅から車で1時間程度離れた所に、夫、子ども二人と生活している（図2）。A氏が初回入院するまでは、たまに電話連絡し、年2～3回子ども達を連れて訪問する程度であった。

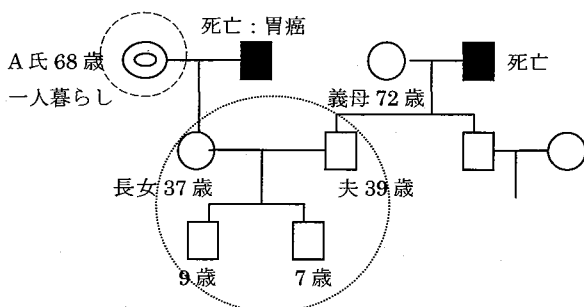


図2. 家族構成

半年前に上腹部痛と全身倦怠感が強くなり、A氏から連絡を受けて訪ねた長女が黄疸に気づき受診し、即日入院、緊急処置（PTCD挿入）となった。検査の結果、入院4日目に胆のう癌と診断され、すでに肝転移も認められたため手術適応はなく、ステントを挿入して黄疸の軽減をはかった後、退院された。退院後、長女は週2～3回A氏宅を訪問し、様子を気にかけていた。

4ヵ月後、再度黄疸が強くなり、再入院された。ステント閉塞のため、PTCDを挿入して黄疸の軽減をはかっていたが、3週間ほど前から肝機能の悪化、全身痛が出現しはじめ、塩酸モルヒネの持続投与で疼痛コントロールしながら経過をみている。時折強い痛みを訴え、薬剤流量の一次的増量や、疼痛部マッサージをしながら疼痛緩和を図っている。

3週間ほど前、長女は医師から病状が進行しており、急変することもあり得ると伝えられ、以来終日A氏に付き添っている。隔日で自宅に戻り、入浴と着替えを済ませた後、数時間ですぐに病室に戻るとい生活が続けている。長女は「家に帰っても落ち着かない。子ども達とは会えないし、会ってもあまり話はしない。」と話している。家のことは義母に任せ、長女家族はこれまでの日常生活を維持しているが、休日等に面会に来ることはない。長女は「病院は遠いし、子ども達が面会に来ると、うるさくして母を疲れさせるといけないから」と、面会には来なくてよいと伝えている。A氏については「痛い時、すぐに看護師さんが来れない事があるし、しばらくマッサージをすれば痛みが落ち着くのに、看護師さんはそんな時間はないし、自分が側にいないと心配。」と話している。

5. 家族の病気体験の理解

「健康—病気のステージ」「家族の病に対する構え」「家族の情緒的反応」「家族のニーズ」「病気・病者—家族の関係」の5つの視点から、A氏家族の病気体験をとらえる（表1）。

表1. 家族の病気体験の理解

視点	家族の状況
健康-病気の ステージ	死と再構成の段階
家族の病いに 対する構え	<p>A氏:胆のう癌と告知されている(予後は未告知)。夫(胃癌)の看取り体験があり、漠然とではあるが回復はしない病気と捉え、夫の症状と自分の症状を照らし合わせて、死期が近づいてきていると察知していると思われる。</p> <p>長女:初回入院時には予後半年、現在は「いつ急変してもおかしくない状態」と説明され、死は避けられないものと捉えていると思われる。</p> <p>夫:長女より「いつ急変してもおかしくない状態」と聞いている。直接状況を見てはいないが、数日中にその日が訪れるかもしれないと考えていると思われる。</p> <p>子ども達:母親がしばらく家にいなくなる状況から、漠然と「何か大変なことが起きている」と感じていると推察される。</p> <p>義母:夫と長女よりA氏の病状について「胆のう癌で、いつ急変してもおかしくない状態」と聞き、数日中にその日が訪れるかもしれないと考えていると思われる。そして、長女がA氏の付き添いをするため、長女家族の家事、子ども達の世話を依頼され、協力しようと考えている。</p>
家族の 情緒的反応	<p>A氏:病名告知に伴う「衝撃」・自分ではどうすることもできない、現実を受け止めるしかないという「あきらめ」「葛藤」・病状進行に伴う漠然とした「不安」「恐怖」「孤独感」など</p> <p>長女:病名、予後告知に伴う「衝撃」・もっと頻繁に連絡を取っていれば、という「罪悪感」「後悔」・母親を失うことへの「不安」・母親の苦痛を目の当たりにすることでの「無力感」・母親の側を離れられないことによる「負担感」・夫に理解してもらえないと感じる「苛立ち」・子ども達に関われない「寂しさ」「罪悪感」・義母への「遠慮」</p> <p>夫:当初はA氏の状況に対する「衝撃」・A氏の死が近いということによる「緊張感」・長女の付き添いの長期化に伴う「負担感」・妻の苦痛や苦悩を十分に共有してやれないことに対する「戸惑い」</p> <p>子ども達:母親不在による「寂しさ」「不安」</p> <p>義母:A氏の死が近いということによる「緊張感」・長女の付き添いの長期化に伴う「負担感」</p>
家族のニーズ	<p>A氏:苦痛をとってほしい・長女に側にいてほしい</p> <p>長女:できるだけ痛みをとってほしい・できるだけのことをしてあげたい・自分の家族には今までどおりの生活をしてほしい</p> <p>夫:妻が悔いのないようにしてあげたい・自分達家族の生活は維持したい・A氏にはできるだけ安らかな死を迎えてほしい</p> <p>子ども達:母親に早く帰ってきてほしい・何が起きているのか知りたい</p> <p>義母:息子家族の役に立ちたい・孫達に寂しい思いをさせたくない・A氏にはできるだけ安らかな死を迎えてほしい</p>
病気・病者と 家族の関係	<p>家族サポートモデル:長女はA氏の療養生活をサポートし、現在もA氏ができるだけ安心して過ごせるようにA氏の側で世話を続けている。長女家族は、A氏の死期が間近に迫っており、A氏の世話ができるのは長女しかいないことを理解し、長女がA氏に付き添っていられるように、義母が家事を代行することによって自分達の生活を維持しようとしている。</p>

6. 家族アセスメントと家族像の形成

1) 家族アセスメント

A氏家族の家族アセスメントを表2に示す。

2) 家族像

家族の病気体験の理解、家族アセスメントから、次のような家族像が描かれた。

【A氏と長女が悔いのない最期を迎えることがで

きることを共通の目標として、個々の家族員が取り組んできたが、見通しが立たない不確かさの中で、これまでの取り組みを継続していくことに影響が出始めている家族】

A氏は夫と死別後、近所の友人と交流を持ちながら、一人暮らしをしていた。同胞はおらず、夫の親族とも疎遠であるため、結婚して独立した長

女がA氏のキーパーソンである。しかし、もともと他者にはあまり頼らずに生活をしてきたA氏は、長女に対しても自ら連絡をとることはほとんどなく、長女家族ともあまり親密な交流を持ってこなかった。A氏の発病後は、長女がA氏の日常生活のサポートをするようになり、親子関係は以前より深まっていると思われるが、他の家族員との関係はこれまでと変わらない。

A氏の病状が悪化してからは、長女はA氏に終日付き添うことを望み、その思いを夫や義母も理解し、長女が家族の心配をしなくてよいようにと考え、義母の協力を得ながら日常生活を維持している。そして「A氏と長女が悔いのない最後を迎えることができる」ことを共通の目標にして、サポートしている。まだ小学生の子ども二人も、母親不在の生活はつらいものであると考えられるが、母親に甘えたい欲求を抑えて、その生活に適応しようと努力していると思われる。しかし、そのような生活も3週間と長くなり、長女は「家に帰ってもすることがない。」「子ども達とは、ほとんど

話をしていない。話しかけてもこない。」「夫は(A氏とは)所詮他人だから」等と言い、長女の中で娘としてA氏の介護役割を優先していることと自分の家族に対して母、妻役割ができなくなっていることへの葛藤を抱き始めている。またA氏と長女の関係が深まる一方、長女とその家族との距離が開きつつあり、長女の疲労が募ってきていることも加わって、長女は自分の家族の思いを察することができずに、コミュニケーションにも影響が出始めている。

この状態がさらに続くと、長女の問題が生じる可能性が高い上、A氏および長女家族との関係にも深刻な影響を及ぼしていくことが予測される。長女とその家族にとって「A氏と長女が悔いのない最後を迎えることができる」という共通目標を達成していくためにも、長女の生活や、サポート体制を見直し、また、家族は力を合わせてA氏の看取りに向けて長女を支えていることを伝えながら、家族間の感情の交流を図り、家族の凝集性を高めていくことが必要であると思われる。

表2. 家族アセスメント

視点	アセスメント
家族の発達段階	<p>A氏: 第8段階「退職後の高齢者家族」。夫との死別の喪失体験を乗り越え、友人等と交流を持ちながら課題に取り組んできた。発病後、自らの運命を受け止め「人生を振り返り、自分の存在の意味を見出す」という課題に直面しているが、現在はまさに死期が迫っている状態で、これらの課題に取り組むことは困難になっている。</p> <p>長女家族: 第4段階「学童期の子どもを持つ家族」。A氏発病までは、「子どもの社会化」を中心にこの段階の課題に取り組んできたと思われる。しかし、A氏の病状悪化により「介護、看取り」という新たな課題が課せられ、生活の変化を強いられることになり、これまでの課題への取り組みに影響を及ぼすと考えられる。</p>
家族の役割	<p>A氏: 長女家族との交流が少なく、母、祖母役割を遂行する機会はほとんどなかったと推察される。現在は病者役割以外は遂行できていない。</p> <p>長女: 現在は母・妻役割よりも、娘役割を優先させ、母の介護に専念したいと考えている。しかし「家に帰っても、何もすることがない」と言い、母、妻役割を失いかけている不安を抱きつつある。この状態が続けば役割葛藤は増大することが予想される。</p> <p>長女家族: 長女が悔いなくA氏の介護、看取りができるように協力することが自分達の役割と考えている。家事や子ども達の養育に関しては、義母の代行で補っている。</p> <p>夫: 長女の付き添い生活が長期に及んできている中で、長女は夫に今の状況をもっと理解してほしいと期待しているが、その思いは伝えていない。夫も妻のことを思って現在の役割を遂行しているが、妻にその思いを明確に伝えていないため、夫の「役割認知」と妻からの「役割期待」にずれが生じはじめてきている。この状況が修正されなければ、夫婦関係の維持にも影響を及ぼしてくる可能性がある。</p>

	<p>子ども達：両親の期待に沿うように、子ども達なりに自分の役割を認知して遂行しているが、長期の母親不在から母親喪失への不安を高め、「パーソナリティと役割の葛藤」を抱きつつあると思われる。</p> <p>義母：長女が悔いなく A 氏の介護、看取りができるようにと、長女の家族内役割を代行している。この状態が長期にわたってくるに連れて、その役割遂行が日常化され、一時的な代行ではなく、永続的な役割と認知してしまう可能性がある。反面、これまでの生活を犠牲にしていることで、自分の本来の役割が遂行できないことに葛藤を抱いている可能性もある。</p>
家族の 勢力関係	<p>A氏—長女：健康時 A 氏は全て一人でいろいろな事態に取り組み、意思決定してきた。現在は他者に頼らざるを得ない状況であり、長女がキーパーソンになっている。</p> <p>長女—夫：二人で相談しながら意思決定を行っており、長女は夫を頼りにしている。実質的にも、夫が中心になって家族を支えていると思われる。</p> <p>長女—義母：長女は「気になることはあるけど、何もいえない。」と言い、義母-嫁という立場からくる、見えない勢力構造が根底にはあると考えられる。</p>
家族の 人間関係や 情緒的關係	<p>A氏—長女：長女は、A氏と頻回に交流を持たなかったことへの後悔から、A氏は終末期の不安、恐怖、孤独感から、お互いに側にいることを望み、親子の絆を急速に深めている。一方で、長女の3週間にも及ぶ付き添い生活からの疲労の蓄積は、A氏との関係に影響を及ぼすことが考えられる。</p> <p>A氏—長女家族：面会に訪れることはなく、A氏が長女家族の話をする事もない。直接的な関係は、入院前と変わらない。</p> <p>長女家族：お互いを思いやり、サポートし合う関係。現在も夫を中心としてサポートしている。しかし、長女が家族から離れて生活する時間が長引き、十分な相互交流が図れず、お互いの心理的距離は少しずつ離れてきている。この状態が続くと、長女を介してつながってきた A 氏と長女家族の関係においても、良い思いを持って別れることができなくなることも懸念される。</p> <p>長女と夫：短時間ながらも連絡を取り合い、関係を維持している。しかし長女は、A氏の死亡時のことを考えている夫について「所詮母とは他人だから、冷たいと感じることがある」と不満を抱いている。夫は実父の看取り経験から、A氏死亡時、長女が何も考えられない状態になると予測し、その部分を自分が責任を持つことで長女を支え、A氏への責任を果たすことにもなると考えているのかもしれないが、長女は夫の思いを察することができず、何気ない言葉や態度で不安定になっている。</p> <p>子ども達：すでに3週間も母親と離れ、甘えたい気持ちや寂しさが募っていると予想されるが、その気持ちを抑えることで母親に心配をかけまいとしているのではないかと考えられる。</p>
家族の コミュニケーション	<p>A氏—長女：長女は、A氏の我慢強い性格を理解しており、A氏の言葉はとても重要なものであると捉えている。二人の様子から、言葉は少ないが相補的なコミュニケーションはとれている。</p> <p>A氏から長女への「ありがとう」という言葉が、二人のコミュニケーションをさらに深めている。</p> <p>長女—夫：これまで自分達の家族関係を維持し、A氏の病状悪化による付き添いについても、迅速に二人で話し合っただけで対応するなど、円滑にコミュニケーションがとれていた。現在も短時間ながらも電話で相談するなど、夫婦のコミュニケーションは維持できている。しかし、現在長女はA氏のことしか考えられない状態で、夫の思いを察することができなくなっており、夫との間に距離を感じ、円滑なコミュニケーションに影響が出てくることが考えられる。</p> <p>長女—子ども達：この3週間ほとんど会話はなく、A氏に付き添うようになったことがコミュニケーションの障害となっている。この状態が更に続くことによって、長女と子ども達との間のコミュニケーション障害を、更に深めてしまうことも考えられる。</p> <p>長女—義母：嫁-姑という関係の中で遠慮もあり、オープンなコミュニケーションがとれていないと思われる。</p>
家族の 対処方法	<p>A氏は、これまで可能な限り一人で物事に対処してきた。しかし現在は、他者の援助を受けなければならない状況になっている。長女家族は役割を調整し、家族内資源を活用する“統合的対処”、長女不在の中でも他の家族員はこれまでの生活を維持しようとする“ノーマリゼーション的対処”をとっている。しかし、この状態がすでに3週間経過し、長女の疲労も募り、長女一人での介護生活に限界が見え始めている。そして、長女と長女家族との関係にも影響が出始めている状態であることから、これまでの対処方法を見直し、検討していく必要があると思われる。</p>

<p>家族の 適応力や問 題解決能力</p>	<p>長女家族は、A氏の病状悪化による生活の変化に対して、義母の協力を得て通常的生活を維持してきたことから、問題解決能力、適応力はあると思われる。A氏の看取りについて、長女は自身の生殖家族を直接的には巻き込まず、一人で解決しようとしてきたが、状況が長引き、立ち行かなくなってきた。夫と義母の父親・夫の看取り体験を、長女家族の適応力・問題解決力として捉え、今回のA氏の看取りに生かせるように働きかける必要があると思われる。</p>
<p>家族の資源</p>	<p>A氏に同胞はなく、夫の親族とも疎遠で、家族内資源が乏しい状態である。長女家族は、養育が必要な子ども達があり、母親不在の生活を義母の協力を得て維持している状態であるため、今以上に長女家族の人的資源を活用していくことは難しい。A氏はこれまで近所の友人と交流を持ちながら生活しており、度々友人の面会もあることから、友人の協力を得ることや長女のサポートとして利用できる社会資源の情報を収集していく必要もある。</p>
<p>家族の 価値観</p>	<p>A氏：長女家族を含め、他者にはできるだけ迷惑をかけたくないと考えていた。しかし現在は、他者に頼らざるを得ず、これまでの価値観を保持することは困難になっている。 長女—長女家族：これまでは、自分達の家族を円滑に維持していくことが重要な価値であったと考えられる。しかし、現在はその価値観を一次弱めざるを得なくなった。長女は、出来る限りA氏の側で娘としての役割を遂行することが今は重要であると考えおり、家族もこの考えを支えている。</p>
<p>家族の 希望や期待</p>	<p>A氏：死期が迫ってきている状態であり、身体的な痛みに加え、不安と恐怖、孤独感に苛まれている中で、心身の苦痛緩和を願っていると考えられる。 長女：A氏の苦痛が少なく、安心して最後の時を過ごせること、悔いなくA氏の側で介護し看取りができること、家族に対しては、日常生活に支障をきたさないことを願っている。 長女家族：長女の悔いのない看取りを支援したい。子ども達は、母親に早く帰ってきてほしい、母親に迷惑をかけないようにしようと思っている。「A氏と長女が、悔いのない最後を迎えられる」ことを共通の目標にしていると考えられ、このことはA氏の希望にも沿っている。</p>
<p>家族の 日常生活、セ ルフケア</p>	<p>A氏：発病後は、長女がA氏の日常生活をサポートしてきた。現在、病状悪化に伴いセルフケア行動の全領域に介助が必要な状態である。 長女：病室のソファで寝起きし、夜間もA氏の痛みの訴えで起き、十分な睡眠はとれていない。食事は市販のお弁当等でバランスの取れた食事は取れていない。隔日で自宅に入浴と着替えのために戻る以外はずっと病室で過ごし、A氏と医師、看護師以外の者と交流をもつ機会もほとんどない。このような生活でも「母の側にいないと心配。母には私しかいない。」と、A氏と離れられない状態であり、この状態が持続することにより、長女の健康への影響が予測される。 長女家族：家事を義母に代行してもらうことで日常生活を維持しているが、常に長女やA氏の状態を気にかけて、過ごしているであろう。夫はA氏の死後の手続きを考えながら、通常通り仕事を遂行しなければならず、精神的に落ち着かない状況が続いているのではないだろうか。子ども達も母親不在の状況で、早く帰ってきてほしいという思いを抑え、父親や義母の言うことを聞き、通常的生活を維持していくことにストレスを感じてきていると思われる。 義母：託された役割を滞りなく遂行することに精一杯で、自らの生活は二の次になっているのではないかと考えられる。 長女が悔いなくA氏の介護、看取りができるように願い、お互いが力を合わせて日常生活を維持しているが、長女の付き添い生活が長期に及んできていることで、家族員それぞれがストレスを抱えた生活を強いられていると考えられる。</p>

7. 看護介入

見通しの立たない不確かさの中で、家族が「A氏と長女が悔いのない最期を迎えることができる」という目標に取り組んでいくためには、これまでの家族の取り組みを見直し、家族の関係を整え、A氏の看取りを通して家族の凝集性を高めていくことができるように支援していくことが必要である。

家族看護エンパワーメントモデルの11の看護介

入の中から、前述した家族像をふまえて、『家族への情緒的支援の提供』『家族関係の調整およびコミュニケーションの活性化』『家族の日常生活、セルフケアの強化』『家族発達課題の達成への支援』『家族の意思決定への支援とアドボカシー』『家族の力の強化』の6つの介入が有効であると考えられる(図3)。

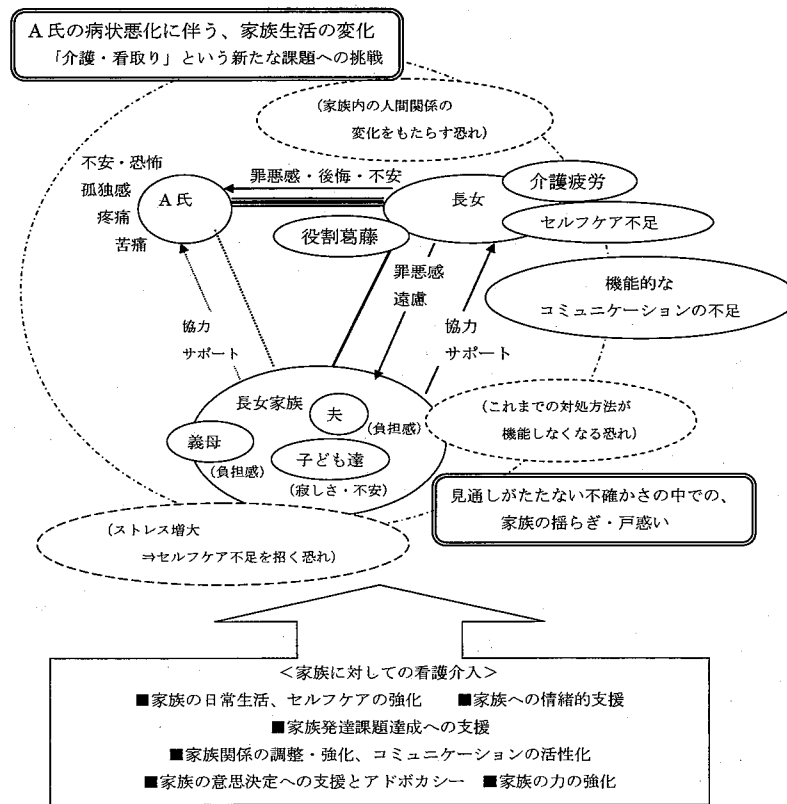


図3. A氏と長女、長女家族の状況

1) 家族への情緒的支援の提供

家族は、患者との死別のプロセスにおいてさまざまな感情を抱く。したがって、「家族への情緒的支援の提供」を行い、患者の病状の経過に伴って変化する家族の感情の表出を助け、その変化を的確に把握し共感的に受けとめていくことが必要である。

この事例の場合、長女は母親の死が目前に迫ってきているという不安や緊張感の中で、3週間という付き添い生活を送っており、心身の疲労が蓄積している。そのような状況で夫の発言に不満を抱いたり、子ども達との距離を感じたりするようになってきている。長女が「母には自分しかいない」という思いから一人で付き添いを続けることを労うとともに、これまでのA氏との関係に対する後悔、夫や子ども達に対する複雑な気持ちを受け止めていくことが必要である。

2) 家族関係の調整およびコミュニケーションの活性化

個々の家族員が抱く感情は、同じ家族であっても一人一人個別のものであり、ときにはその思い

が食い違ったり、あるいはお互いを思いやるがゆえに、思いの表出を避けたりすることがあるかもしれない。この状況が長引くことにより、家族関係にも何らかの影響を及ぼすことが考えられる。従って「家族関係の調整およびコミュニケーションの活性化」を図ることにより、家族員が相互の感情を理解し合えるように働きかけることが必要である。

この事例の場合、長女はA氏の唯一の肉親である自分が一人で看取りを行おう、夫や子ども達に迷惑をかけるはいけないと考えているようであるが、そのことが夫や子ども達との距離感を生じさせてきている。夫、義母は、過去に父親、夫の看取り体験があり、今回の長女の体験を理解して支えることができるのではないかと考えられるので、長女に対して1)の情緒的支援を提供しながら、長女の夫や義母、あるいは子ども達の気持ちについて第三者として代弁したり、A氏の状態が許せば夫や子ども達の面会を勧め、A氏と過ごす時間を持つようにしたりなど、家族内でお互いの感情に気づけるよう、また家族交流や話し合いの機会

が持てるよう支援する。

3) 家族の日常生活、セルフケアの強化

家族は患者を最優先に考えることが多く、家族自身の日常生活において、セルフケア行動が十分に取れなくなっていたり、そのことに気づく余裕さえなく、患者中心の生活を送っていたりすることもある。看護者として、個々の家族員がどのようにこれらのセルフケア行動を取っているか、問題が生じている領域はないか、家族全体の生活に問題が生じていないかなどを把握し、必要な場合には「親族や地域社会資源の活用」「家族役割の調整」などの支援も活用しつつ、「家族の日常生活、セルフケアの強化」を図ることが必要である。

この事例の場合、長女は自身の生活を犠牲にしてA氏の介護に専念している。しかしその生活も3週間になり、心身の疲労が蓄積している状態になっており、このままの状況が続くと健康問題を生じる可能性もある。長女が安心してA氏の側を離れられるように、疼痛コントロールについて再検討し、より効果的な疼痛緩和を図るとともに、看護師から積極的にA氏の安楽を保持するためのケアを実施していくことが必要である。

4) 家族発達課題達成への支援

家族の日常生活・セルフケアへの影響は、すなわち家族員個々の発達課題達成にもさまざまな影響を及ぼし、ひいては家族としての発達課題達成にも影響を及ぼす。

この事例の場合、長女はA氏が健康であったときにあまり交流を持たずにいたことを後悔し、今回の看取りに全エネルギーを費やし、親との関係の再構築、親の看取りという親子関係の中での発達課題に懸命に取り組んでいるように思われる。しかし、長女自身の家族に目を向けると、現在は長女が自ら母親の介護と自身の家族生活とを切り離した形で対処しているため、子どもの養育や夫婦関係の維持などの課題には取り組めない状況になっている。このことは、妻役割・母親役割を失いかけている不安として長女も感じ始めていると考えられる。長女の母親への思いを受け止め、十

分な看取りを行っていることを保証した上で、長女が自身の家族生活の課題に取り組むことの重要性にも気づけるように働きかける必要がある。

5) 家族の意思決定への支援とアドボカシー

緩和ケアへの移行、どのような緩和ケアを受けるとかの選択、療養場所の選択、さらにはどのような看取りをするかの選択など、家族は患者の死を現前のものとして感じながら、多大なストレスを伴う意思決定を求められる。「家族の意思決定への支援とアドボカシー」として、家族が意思決定を行っていくために必要な情報を提供するとともに、家族の中で十分に話し合い、お互いの思いや考えを伝え合った上でいろいろなことを決定していけるように、そして、家族が納得して選択した場合にはその決定を護るよう支援することが重要である。

この事例の場合、長女にとってA氏の介護を優先することは、家族内の自身の役割の喪失、今後の家族関係への影響をもたらすこと、自身の家族生活を優先することは、後悔をもたらすことになるため、現状では長女はどちらを選択することもできない状況であると考えられる。しかし、現在長女の心身の疲労は増大してきており、長女家族の生活にもさまざまな影響が見られ始めていることを考えると、今後看取りまでの過ごし方を見直していく必要があると考える。長女が意思決定していくためには、A氏が心身ともに安楽に過ごせている、十分なケアを受けていると感じられること、A氏の今後の経過についての見通しを知ることなどが必要であろう。また、長女一人で決定していくのではなく、夫や義母と話し合いながら決定していけるように支援していく。

6) 家族の力の強化

いくつかの看護介入を活用した家族へのケアを通して、家族は家族としての凝集性を高め、家族として課題に取り組む力、主体的に課題解決に向けて行動し、新たな方策を習得し実行する力など、さまざまな家族の力を高めることが可能になると考える。

この事例では、長女家族は「A氏の介護、看取り」という新たな課題に対して、これまで迅速に対処方法を見出して取り組むことができる力を有しているため、課題への取り組みを通して家族の凝集性を高めていけるように、1) から5) の看護介入を活用して支持的に関わりながら、家族の力を引き出していくように援助する。

8. おわりに

緩和ケアを必要とする患者家族の理解と看護介入について、『家族看護エンパワメントモデル』を用いて分析した。今回は、ケアの成果についての評価までは行うことができなかったが、家族員一人一人に現在何が起きているのかということだけでなく、それが相互にどのように影響しあっているか、さらにこれまでの家族の経験をふまえて現在の言動を理解していくことによって、家族像を描き、それに基づく看護援助の展開が可能になることが再確認された。すなわち、ともすると患者の近くにいる家族員のみにも注意が向けられ、その家族員の疲労や不安などへのケアに焦点があてられがちであるが、その背後に存在している他の家族員との関係や他の家族員の体験についても捉えようとすることによって、新たなケアの方策が見出され、死別後の家族のありようも視野に入れたかかわりが可能になることがわかった。

緩和ケアを必要とする状況は、いずれ訪れる家族員との死別を意味している。家族にとって愛する家族員との死別は、家族のもつ力を総動員しても容易に乗り越えることのできない体験であり、家族のエネルギーを消耗させる体験である。しかし、家族はその一員との死別を体験した後も、家族として生活を営んでいかなければならない。看護者には、このような状況にある家族が、家族員の死という困難な体験を自らの力で乗り越え、新たな家族として存続していけるように、家族のもつ力を尊重し引き出していく支援を提供することが求められている。

家族看護の知識と、自らが実践の中で培ってき

た臨床判断を統合しながら、家族看護エンパワメントモデルを活用することによって、家族像を形成し、家族像に即した看護介入の展開が可能になると考える。

参考文献

- 1) 福田紀子：患者を看取る看護師へのケア，緩和ケア，17 (2)，102-107，2007.
- 2) 渡辺裕子：終末期患者の家族の看護，家族看護，1 (2)，6-11，2003.
- 3) 野嶋佐由美監修：家族エンパワメントをもたらす看護実践4章 家族像の形成，p70，へるす出版，2005.
- 4) 豊田邦江：がん終末期における家族の力を支える看護，家族看護，5 (1)，94-99，2007.
- 5) 鈴木志津枝：家族がたどる心理的プロセスとニーズ，家族看護，1 (2)，35-42，2003.
- 6) 藤川孝子：臨死期・臨終期の家族ケア—最期まで共に生きるために—，ターミナルケア，12 (5)，369-373，2002.
- 7) Hampe, S. O.：病院における終末期患者および死亡患者の配偶者のニーズ，中西睦子ほか訳，看護研究，10 (5)，386-397，1977.
- 8) 小笠原利枝：治癒が困難となった前後の家族ケア，ターミナルケア，12 (5)，364-368，2002.
- 9) 前掲書3) 1章 家族看護学と家族看護エンパワメントモデル，p8-14
- 10) 前掲書3) 2章 家族の病気体験の理解，p17-35
- 11) 前掲書3) 7章 家族看護学における看護介入論，p137-206
- 12) 日本ホスピス・在宅ケア研究会編：退院後のがん患者と家族の支援ガイド，プリメド社，2004.
- 13) 中野綾美：家族エンパワメントモデルと事例への活用 家族アセスメントと家族像の形成，家族看護，2 (2)，84-95，2004.
- 14) 奥祥子，佐々木宏美，塚本康子ほか：一般病棟から緩和ケア病棟へのギアチェンジ，看護研究，39 (3)，51-58，2006.