

# ターミナル期にある患者を持つ家族の悲嘆プロセスへの援助 ——告知を希望しなかった家族の心理過程を通して——

長野赤十字病院 佐藤恵子・大塚久美子

key word : 家族の心理, 悲嘆のプロセス, CFIM, CFAM, 病名告知

## はじめに

患者が終末期にあると知ったとき、家族員は激しい心理的苦痛を体験する。さらに、告知を望まない家族員にとって、病名を隠しとおそうとするエネルギーにより過重なストレスが加わる。これに対し看護婦は、家族員の心理的緊張をやわらげ、患者の死後、心残りや悔いを持ち続けることの少ないよう援助する必要がある。

今回、予後1か月と診断された35歳の胃癌患者とその家族にかかわる機会を得た。家族は告知を希望せず、夫は不信、いらだちを看護婦に訴え、妻は夫とのかかわりに苦痛を訴えるようになった。そこで、この緊張状態を緩和し、家族の悲嘆のプロセスを円滑に進めるために家族インタビューを行い、告知をめぐる問題、夫婦関係の調整、拡大家族との調整に取り組んだ。そして、その効果を死別後の家族インタビューで判定したので報告する。

## I. 研究目的

家族員の一人が終末期という危機的状況に直面した時、告知を希望しない家族が患者と接する中で、家族の緊張状態を緩和し、悲嘆のプロセスを円滑に進めるためにどのような看護介入が必要か明らかにする。

## II. 研究方法

### 1. 対象

- 患者（35歳男性、胃癌）及びその妻、両親（図1）。
- ・入院時の症状：腹水、腹部膨満、腹痛、脱水。
  - ・医師の家族への説明：予後1か月。家族は告知を希望せず。

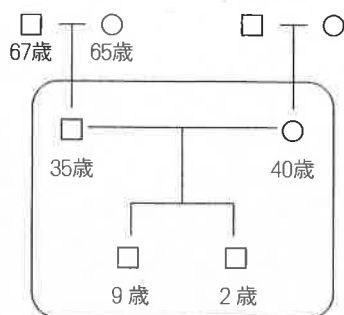


図1 家族構成

ず。

・本人への説明：胃潰瘍、肝炎、腹膜炎による腹水。

### 2. データ収集方法

患者の妻、両親に対し信頼関係をつくり、参加観察とインタビューで気持ちを聞いていった。患者の死後、患者及び家族に対するかかわりについての研究に対する了承を得、3か月後、妻と母親に電話インタビュー、5か月後に妻にインタビューを行った。

### 3. 家族員に対する介入方法

各家族員と信頼関係をつくり、Hampeの示す個人のニーズ<sup>1)</sup>に対してもできるだけそのその充足に努めた。危機的状況に対処できていない原因について、カルガリー家族アセスメントモデル(CFAM)・介入モデル(CFIM)に基づき家族インタビューを行った。

### 4. 分析方法

1) 家族の体験した予期的悲嘆及び、死別後の心理過程をジャイアクインタによる家族の危機モデル<sup>2)</sup>に沿って分析する。

2) 家族が危機に対処しているかどうかを荒川の「家族の危機に対処していける条件」<sup>3)</sup>(表1)によって判定する。インタビューの効果は荒川の条件および、家族システム看護の視点による、①悪循環パターンの消失、②適応的な円環性の出現、③問題解決に向けての行動出現、によって判定する。

5. 研究期間：平成9年3月～10年3月。

## III. 結果

今まで子育てに没頭していた妻が、突然の夫の喪失予期、子育てと看病の両立、夫の両親との同居に緊張状態が増していった。そして、「何を話していいかわからなくて。夫の外泊も負担なんです」と夫とのかかわりに精神的苦痛を訴えた。妻の緊張を緩和するために時々面接を行い気持ちを聞いた。

表1 家族が危機に対処していける条件

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各成員が患者の病状をよく知っており、自分の言葉で語るができる</li> <li>2. 患者の言動に動揺することが少なく、自信を持って患者に接し、ケアに参加することができる</li> <li>3. 成員間の情報交換が密である</li> <li>4. 成員間のいたわりや心遣いがみられる</li> <li>5. 各成員と医療者の関係に親しみがみられ、不安や疑問が表出されてくる</li> <li>6. 患者の精神状態が安定している</li> </ol> |
|--|

表2 一部を含め要援助、対処困難であった援助ニーズ

援助ニーズ	具体的な内容
①医師や看護婦	病名や予後の説明 A. 臓腑の所にごみがつっかえていると医師から説明されたが、腑に落ちなかった。おなかを切った時にそのごみを取ってくださいと言おうと思ったが、医師にそこまで言っちゃいけないと思った。(他2件)
	治療の説明 C. 主治医が3本輸血をしようと言ったのに2本でやめてしまったので、私は主治医にきつてかかった。なぜ、3本やらないんだ、おかしいじゃないかと。その前に、主治医から後何日でもないですよと言われ、わかっていたのに。(他3件)
②患者とのかわり	病名を隠すことの悩み・罪悪感 F. 病気について本人と一緒に医師から説明を聞いた時、医師は本当のことではないことを言うのだが、何かいやな気持ちになった。だましているようで、かわいそうになった。 C. 「私、癌？」と聞かれ、避けた部分があった。もう少し面と向かって話をすれば、と悔いが残る。(他2件)
	身体的痛みへの対応 F. 痛みがあるのに薬を飲まないことについて、病名を言っていないのでしつこく言えなかった。ちゃんと話した方がよかったかなとも思う。(他2件)
	痛み以外の苦痛への対応 A. おなかの管から出てきたものをみて、「血か？」と聞かれたので、安心させようと思って正直に「血じゃないよ、お父さんが食べたにんじんだよ」と言ったら「そうか」と言い、それから絶対に口に何も入れなくなった。「そう、血だよ」といえばよかった。 H. たばこが好きで好きでどうしようもなかった。「喫煙所があるから車椅子でいこう」と言ったが、「車椅子なんて、馬鹿げで乗れない」と我慢した。(他6件)
	精神的側面への対応 F. 亡くなる前の日、手も足も動かなくなって、本人、「だめだ」とはっきり言った。そうとも言えないし困った。(他1件)
	急変時の対応 F. 家ではいつ何が起るかわからないし、夜中だったら私一人だから困る。お世話になった方が安心だと思った。(他2件)
	治るつもりでいることへの対応 H. 仕事仲間に本人が旅行に行くと言っているのを聞くと、私はみんなの前にいられない。うそを言っているみたいで。 I. 元気になって家に帰れると思っていたので、「いつになっても帰してくれねえ、帰ってえ」と行っていた。(他1件)
	患者とのコミュニケーション F. 本人に保険や貯金など家のことや経済的なことをたくさん聞いたかったが、病気のことを話していないので、聞けなかった。
	病室環境 D. 4人部屋で最初は全員食べられない状態だったが、他の3人がだんだん食べられるようになり、本人は「どうして先生は俺にだけおまんま食べさせてくれねえだんべえ」とつらい様子で、どうにもならないものかと思ったが、なかなか看護婦さんに言い出せなくて。(他3件)
③介護や主介護者の生活	介護負担に関すること F. 嫁は出産で実家に帰っていた。誰か交替がいてくれればよかった。自分の体も考えずに、夢中になってしまい、最後は食事も1日1食ぐらいになった。最後は疲れちゃった。(他3件)
	介護に専念できる状況の有無 B. 主人が病気なのに恥ずかしい話だが、養豚業のため午後2時に行くのが真剣だった。本当はついていかなかったのだがそうは言っていられなくて。家族がもっとみてやるべきだったと思う。(他2件)
	経済的側面 I. 最も困ったことはお金。家族に内緒で役場に相談しに行ったが、自分で何とかしようと思った。家族には迷惑かけられないし、病院の人にも相談しなかった。
④同居外家族	介護者と親戚の意見不一致 E. おじいさんを看病するよりは外野が大変で、気をつかった。治療や外泊については、子供たち全員を集めて話してほしかった。 G. 親族がもっとこうしてやったらいいんじゃないかということが、負担でありストレスであった。(他1件)

\*表中のアルファベット記号は、表1と照合

で最も大事なことは、患者の痛みの軽減であることが明らかになっている。本研究においても、その家族の思いは同様であり、また、患者が食べる事や患者がしたいことをさせてあげたいという家族の思いも強かった。看護者は家族側からも患者の感じている苦痛を捉え、家族と協力しながら援助していくことが、患者にも家族にも重要であることが再確認された。

3. 介護と共に、自分たちの生活も抱えている家族が、その生活を維持しながら介護ができるように援助していく必要がある。特に主介護者の仕事の有無や主介護者をサポートする家族の状況、介護経験の有無を考慮していく必要がある。

4. 同居内外を問わず、嫁等主介護者の家族の中の立場が、介護に影響を及ぼすことが示唆された。これは今後の研究課題でもあるが、家族の関係性を捉えて、援助方法を工夫していく必要がある。

## V. 結 論

病棟においては今までも患者だけではなく、家族も含めて

援助してきた。その援助の効果も本研究で確認されたが、入院中には捉えきれず本研究結果から得られた家族の援助ニーズは、家族の訴えを待つという姿勢ではなく、家族が抱えやすい援助ニーズについて、看護者側から寄り添って探っていくための視点として役立つと考える。

### 引用・参考文献

- 1) 仲野佳代子・村松静子・松沼瑠美子ほか：在宅終末期における家族危機への介入評価、第23回日本看護学会集録（地域看護）、p. 24～26, 1992.
- 2) Linda J. Kristjanson, Terri Ashcroft: The family's cancer journey; A literature review, Cancer Nursing, 17(1), p. 1～17, 1994.
- 3) 鈴木香織・亀井智子・島内 節ほか：在宅ターミナル期患者の家族の情緒機能—主な介護者を中心に—, 保健婦雑誌, 53(3), p. 203～211, 1997.
- 4) Kristjanson, L. J.: Quality of terminal care Saient indicators identified by families, Journal of Palliative Care, 5(1), p. 21～30, 1989.

また、病名を隠すことの心の負担、子供に残す言葉や将来のことを話し合う意味で告知をすすめたが、妻の意志は固く、最後まで告知はしないということであった。その気持ちは受け止めていった。日常ケアは、家族と共に行い、会話の中では、仕事、子供、患者の子供時代など回想する場を設けた。妻に対しては患者の訴えた内容を知らせたり、接し方についても話し合った。次第に家族内で調整が行われ、患者の体動が困難になると昼は妻と子供、夜は両親が付き添いそれぞれで家族とともに過ごした。また、子供の幼い頃のビデオやアルバムを見るなど、家族位相は衝撃の段階から、組織の立て直し、思い出の整理まで進んでいった。

### 1. 荒川の「家族が危機に対処していける条件」による判定

家族からは病状に対する質問が聞かれ、各成員間で病状に関する情報交換は密にされていた。各成員とも互いに気を遣っていたが、長期になるに従い生活パターンに慣れていった。しかし、両親は「困ったら看護婦さんがいてくれるから」と患者に接することに不安を訴えなかったが、妻は「夫にどう接したらいいか分からない」という訴えが聞かれた。患者は子供や妻の前では苦痛を訴えることは少なく、夜間に両親や、看護婦に対して精神的、身体的苦痛を訴えることが多かった。〈家族の呈した問題〉妻は夫にどう接したらいいか分からないと訴え、患者は、病状への不安やいらだちを主に看護婦に訴えた。妻との間に病状、将来のことに関する会話はなく、このまま最後を迎えた場合、夫の死後悔いを残し、妻の悲嘆のプロセスが円滑に進まないのではないかと判断し、CFAMの枠組みを適用した。

### 2. 患者夫婦システム

#### 妻及び妻と夫のインタビュー

#### 1) ジェンダー〔価値観(性、役割)信念〕

妻は子供が生まれてから子育てに専念し、夫は仕事一本であった。それぞれが自分の役割という価値観をもっており、仕事、子育てで生じた悩みを互いに話し合うことはしなかった。特に妻は夫に負担を掛けたくないという思いが強く、夫は悩みや問題は自分で解決するということであった(言語的・情緒的コミュニケーション・パターン)。

#### 2) 発達段階

夫は子供と接する機会が増え、「子供がこんなにかわいいとは思わなかった」と父親としての役割を自覚し始めた。しかし、妻は夫に父親としての役割をあまり期待せず、子供の受けるショックを考え、子供たちには父親の病状を話さないようにしていた。

### 3. 夫婦と拡大システム

#### 妻及び患者の母親のインタビュー

妻は看病と子育ての両立のため、夫の両親と同居することが多かった。最初は夫の両親に気を遣い精神的苦痛を訴えた。しかし、次第に昼夜で付添いを分担し看病の生活に慣れていった。妻の母親も時々手伝いに来た。夫の母親は、意思

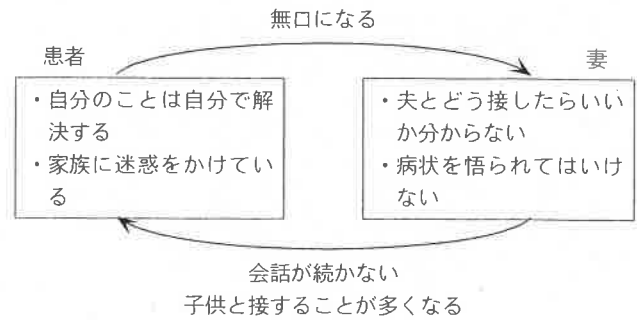


図2 患者と妻の悪循環パターン

決定の中心は嫁であり、嫁にあまり口は出さないようにしていた。患者は両親に対しては親という甘えと、特に夜に不安、苦痛が増強するということもあり、時々感情表出がされていた。妻は自分の母親が相談できる心のよりどころであり、夫の両親には、気を遣いながらも同居は仕方ないと割り切っていた。告知については家族全員希望しなかった。

### 4. アセスメントの結論(図2)

夫婦システムにより患者は自分のことは自分で解決するという考えと、家族に負担をかけているという気持ちから、妻に不安を言えないでいた。妻は病状を悟られまいと気遣い、また、夫の苦痛を受け止めることができず緊張が高まった。そのため患者は妻に対しては無口となり、夫婦間で病状、将来への不安を話し合うことはなかった。妻は夫との会話が續かず、病室においても子供に接する時間の方が多くなっていった。そのため夫婦間の緊張が増し、会話が疎遠になり、父親と子供たちの絆も深めることができないうでいた。この悪循環パターンを断ち切るためにCFIMの枠組みを適用した。

### 5. 家族の感情領域への働きかけ

患者の将来のこと、経済的なことが不安という思いを家族に問い掛けることでお互いの思いを表出させる介入を行った。

#### 1) 患者と父親のインタビュー

患者より「お父さんそういう話題から逃げてる」という言葉が聞かれ、父親から「子供たちが大きくなるまではお金は大丈夫。寝たきりだってお前の存在が子供たちや家族にとって大事なんだ」という言葉が聞かれた。その後仕事や今後の生活に対する不安は患者から聞かれなくなった。父親は、本人も含めた家族の話し合いは、病状を悟られるのを恐れ希望しなかった。

#### 2) 妻のインタビュー

妻に患者の思いについて伝えると、「父から聞きました。そんなことを心配していたなんて知りませんでした」と言い、病室においても妻は看護婦と患者の会話を聞こうとし、夫と精神的なかわりを持ちたいと思うようになってきた。

### 6. 家族の認知領域への働きかけ

#### 妻と患者の両親のインタビュー

患者、家族相互のコミュニケーションが促進されるよう、次のような質問をした。「どのような死を迎えさせたいと思いますか」「お父様からお子様への言葉はどのように考えて

いらっしゃいますか」。これに対し家族の気持ちは、患者には何も期待せず、明るい気持ちで苦しまずにいてほしい。妻は「子供たちは楽しい思い出のみが残ります」ということだった。患者について語る中で、両親は患者の訴えをそのまま受け止めているのに対し、妻は患者の治らないかもしれないという言葉で否定する言葉掛けが多かった。しかし、このインタビューの後、妻は積極的に夫の側につき、話すよう努めはじめた。

#### 7. 効果の判定

患者の死後3か月後、患者の母親と妻にそれぞれ電話インタビューをした。妻は夫と十分な会話ができなかったことへの悔いと、父親の喪失が子供にすまないという罪悪感を残した。5か月後妻と面接をし、「夫と子供4人だけの生活ができたらいろんな話ができただろうかもしれない」と、夫の両親に気を使い自分を抑えてしまったという悔いを残した。しかし、ボランティアに目を向けるなど前向きに生きようとしていた。母親からは悔いを残す言葉は聞かれず、患者の辛い時期自分を頼っていたという満足感があつた。また、妻に対しては「嫁が気を使ってかわいそう」といういたわりの言葉が聞かれた。告知について母親は「病名を知っていたと思う。あえて告知しなくてよかった」と答えたのに対し、妻は「告知してもあるいは頑張れたかもしれない」と迷う言葉が聞かれた。妻、母親とも家族機能の再確立に向き始めていたが、妻の方が悲嘆の過程が長引いていた。

### IV. 考 察

家族は各段階で適切な介入を行うことにより、家族位相は衝撃の段階から思い出の整理へと進むことができた。しかし、妻は夫とのかかわりに精神的苦痛を訴え、夫の死後、夫婦の対話に対するニーズ、父親と子供たちとの対話に対するニーズに悔いを残した。これは、夫婦システムにより十分なコミュニケーションが取れなかったこと、また、病名を隠すという意識が夫婦間の緊張を高め、夫婦の対話に対するニーズを抑制してしまったためと考える。夫の両親からは悔いを残す言葉は聞かれず、病名察知の面でも妻と認識の違いがあつた。これは、妻は夫の苦痛を受け止めることができず、夫は病状、将来に対する不安を妻に言う事ができなかった。そのため夫婦間の将来について話し合いたいというニーズが意識的または無意識的に抑制された。また、夫は両親にはわがままを言っ

ており、妻は夫の両親との同居が夫婦間のコミュニケーションを阻害したという認識を持った。これは、小さな子供のいる発達段階にある夫婦は、病気や死についての心理的準備に欠けるため、現実を受け止めることができず喪失の準備が行われにくいと考える。しかし、各個人のインタビューを通し患者の思いを伝え、気持ちを受容し、家族で患者について体験している思いを語り合うことで、お互い知らなかった患者の姿を知ることができた。そのことが、今まで自分を抑え、患者との接触を不安に思っていた妻の行動を変えることができた。

### V. 結 語

- (1) 家族位相に沿って適切な介入を行うことにより、家族は1単位として段階を進むことができる。
- (2) 家族員個々に、気持ちの支持、受容、感情の表出という援助を必要とする場合がある。
- (3) 告知を希望しない家族、特に夫婦は相互の緊張が高まり、会話が疎遠になりやすい。
- (4) 小さな子供のいる発達段階にある夫婦は、喪失の準備が行われにくい。
- (5) CFAM, CFIMの枠組みを適用することで家族間のコミュニケーションがより円滑となり、告知を希望しない家族にとっても患者、子供たちも含めた対話の可能性がある。

#### 引用文献

- 1) 鈴木志津枝：終末期の夫を持つ妻への看護一夫の死亡前後の妻の心理を通して一、第12回日本看護学会集録（看護総合）、p. 165～167, 1981.
- 2) 長谷川浩：家族心理学5、生と死と家族、p. 225～229、金子書房、1988.
- 3) 荒川靖子・佐藤禮子：終末期患者の家族に対する看護一家族ダイナミックスの看護介入のあり方一、看護研究、22(4)、p. 35～53, 1989.

#### 参考文献

- 4) 嶋岡洋子・吉山弓子・戸井間充子ほか：終末期患者をもつ家族の悲嘆プロセスへの援助一家族システム看護を用いた介入と家族システムの変化・遺族訪問による効果の判定一、第27回日本看護学会集録（看護総合）、p. 18～20, 1996.
- 5) 鈴木和子・渡辺裕子：家族看護学、日本看護協会出版会、1995.
- 6) 日本家族心理学会：家族の別離と再生、金子書房、1992.
- 7) 森山美智子：家族看護モデル、医学書院、1995.