

家族看護の実際

— 鈴木の家家族看護理論をもとに2事例を振り返る —

1 病棟9階

○田中美知代 朝山房子 三谷恵子 佐々木広子 板屋聡子

I はじめに

鈴木¹⁾は、家族は、一つの社会の中で他の家族や個人と相互作用をもちながら、内部でも家族員同士が相互作用し、お互いに影響を及ぼしあって変化しながら固有の機能を果たしているとして述べている。

近年、看護の場において、家族を資源的存在として、また背景的存在として捉えるのではなく、患者を含む家族を『ケアを必要としている対象』として捉える家族看護学が確立されてきた。

今回、突然の受傷による患者で家族が病状を受け入れるのに時間を要し、家族がいることで患者の自立が遅れた事例（事例1）と予後不良の患者で夜通し続く訴えや要求で、家族の疲労が蓄積した事により、家族関係に問題が生じた事例（事例2）を経験した。この2事例を通じて、患者を含む家族を一つの集団として看護する事の必要性を感じた。そこで、私達の行った看護を鈴木¹⁾の述べている家族看護理論¹⁾をもとに事例を振り返ったので報告する。

II 研究方法

研究期間 H12, 4~H12, 9

方法 事例1、2について鈴木の家家族看護理論をもとに①個々の家族成員②家族成員間の関係性③家族単位の社会性の3視点より行った看護を振り返る事例研究

III 事例紹介

（事例1） 患者；T氏 73歳女性

病名；外傷性クモ膜下出血、脳挫傷、頭蓋骨骨折

入院期間；1回目 H11,10/18~12/20 2回目 H12,1/1~5/8

家族背景；夫は虫垂炎で入院中急性心筋梗塞で死亡、離婚した次女と2人暮らし、次女は会社員、近くに専業主婦の長女在住

主な介護者；長女、次女

（事例2） 患者；S氏 58歳女性

病名；肝臓癌の転移による頸椎腫瘍

入院期間；H12,5/8~7/24

家族背景；夫、長女の3人暮らし、長男はいるが行方不明

夫婦二人で水産加工業を経営、妻の入院により現在夫一人で営んでいる。長女は、看病のため会社を退職。

主な介護者；長女

IV 経過及び看護の実際

事例1：入院当初、患者は脳挫傷による軽度の意識障害があった。「母が変な事を言う」と家族はパニックになり、些細な事でもなぜ、どうしてなど頻回に質問があり、その都度説明を行い、医師にも働きかけた。しかし、病状を理解できず、患者を問い詰めたり、叱り付ける事が多かった。そのため患者は、意欲を失い、家族に対して会話を拒むようになった。私達は患者に命令したり、返事を強要したりしないよう、また不可解語でも聞くよう家族に指導した。そうすることで、患者は家族と再び会話するようになった。2ヶ月後、病状も改善した事により医師の勧めがあって自宅退院となった。その10日後転倒し、頭部裂傷にて再入院となったため、家族の不安は増強した。一時期、狭心症様発作を起こし、リハビリが必要な時期になっても、家族は病状が悪化するのではないかという不安が強く臥床を強いた。そこで、私たちは家族の非効果的治療計画管理に対しリハビリの必要性を十分説明し、自立を促すには過保護にならず、少し距離をおくことを何度も説明したがなかなか受け入れられなかった。少しずつリハビリが進み、「私、1人でも大丈夫。できる所は自分です」と言う患者の自立への言葉が聞かれるようになった。このころより、家族の不安も軽減し、日中のみ面会をするようになった。その結果、家族の過干渉はなくなり、患者、家族の心理的距離が保て患者は精神的に落ち着いた。さらに家族にとっての心身の負担の軽減につながった。試験外泊を勧める時期に持病の膝関節炎が悪化し、トイレで立てなくなった事があり、外泊に患者、家族ともに消極的になった。そこで私たちは、風呂、トイレの改造、ベッドの使用など退院後の生活環境に対する助言をした。患者は試験外泊を繰り返し、自宅退院に向けて自信を深めていった。再入院4ヶ月半後、家族から高次機能障害等に対して「後遺症だから慣れていくしかないですね」と現状を受け入れる言葉が聞かれ、自宅退院となった。

事例2：転院時、患者は意識清明で四肢はほぼ完全麻痺状態であった。患者は、「手をもんで、唾とって」等、命令口調で矢継ぎ早に指示し、家族はいわれるままに対応していた。翌々日、頸椎前方固定術を受けたが麻痺の改善は殆ど無く、訴えはエスカレートしていった。夫は、「母が亡くなる時、一度も見舞いに行かなかつたけれど妻は違う」と言い、長女に「しっかり看病するように」と言っていた。そのため、長女は夜間の訴えにも飛び起きて懸命に看病していた。患者は、長女が横になっていると「役にたたん。親を看る気がない」となじり、泣いている長女の姿をみる事があった。長女は、終末期の母親に対して無力な自分との葛藤、懸命な看病が母親に伝わらない辛さ、看病を任されている負担、夜通しの看病により心身ともに不安定な状態であった。そこで、夜間は患者が良眠できるよう医師に働きかけ、夜間のみ鎮静を行い、訴えのある時は看護婦で対応していく事を説明した。塞栓術、ライナック治療を受けたが症状は変わらず、患者の不安な気持ちは増強した。私たちは、患者の不安を傾聴するとともに、長女に対して気持ちのはけ口となるよう声かけし、長女が懸命に看病している事を看護婦が認め、それを患者や他の家族に伝えていった。入院1ヶ月頃より、長女はケアを少しずつ看護婦に依頼するようになった。そして「疲れてはいるが母が少しでも長生きできるよう精一杯の事をしたい」と気持ちを話してくれた。独りで抱えこまないようにと助言した。その後、長女は散歩に出たり父親や患者の姉に付き添いを代わってもらうようになった。「以前ほどイライラしない。私も母に言いたい事言っているし、適当に聞きのがしたりしてます」と気持ちに余裕が見られるようになり、患者も長女を一番頼りにするようになった。相変わらず、娘をなじる言葉はあったが長女は「病気が言わせてい

と思う。私も一生懸命しているので悔いはないです。父親も受け止めてくれています」と穏やかな気持ちで看病できるようになった。

入院2ヶ月半後、緩和ケア病院の紹介がなされた。父親は環境が変わる事に戸惑いをみせたが、長女は患者、家族にとって一番良い方法と判断して、父親に気持ちを伝えた。患者も同意し転院となった。

V 考察

鈴木は家族看護を『家族が家族の発達段階に応じた発達課題を達成し、健康なライフスタイルを獲得したり、家族が直面している健康問題に対して家族という集団が主体的に対応し、問題解決し、対処し、適応していくように家族が本来もっているセルフケア機能を高めること』¹⁾と定義している。

事例1の患者の家族は、病状、障害の理解や受け入れが出来ず、患者への対応に混乱を来たしていた。要因として突然の受傷で精神的動揺や不安が強かったこと、過去に父親が入院中に急死した経験があり些細な事にも過敏に反応するなど、対処能力に問題があったと考える。そこで家族の経験を受け止めながら、娘たちが病状や障害を理解出来るように分かりやすい言葉で説明し、患者の自立にむけて援助したことは、家族の認識を深め、また患者のセルフケア意識、行動を促すという個々の家族成員に働きかけた援助であったと考える。また、娘たちに母親への接し方について助言し、お互いに少し離れることを勧めたことは、情緒的關係性を調整するという家族成員間の關係性に働きかけた援助であったと考える。さらに、自宅退院に向けて生活環境を調整するための助言をしたことは、環境に働きかけるという家族単位の社会性に働きかけた援助と考える。

次に事例2では、私たちは長女の一生懸命な姿を認め、患者や夫に長女の気持ちを代弁する役割をとったことは、家族の相互理解を深めるための援助であると考え。また、独りで抱え込まないで他の家族にも協力を求めたことは、役割分担の調整を助ける援助であったと考える。また少し距離をおくことを助言し、長女の気持ちのはけ口となるように働きかけたことは、情緒的關係性を調整する関わりであったと考える。これらの関わりは、家族成員間の關係性に働きかけた援助であると考え。入院当初は何事も父親がすべてを取り仕切っていたが、緩和ケア病院への転院に際し、長女が家族に主体的に働きかけることができたのは、2ヶ月半の様々な経験が対処能力を高め、家族のセルフケア機能が向上できたからではないかと考える。

VI まとめ

今回、2事例について鈴木の家族看護理論をもとに私達の行った看護を振り返った。

①病状や障害を理解、受容できるよう、また患者のセルフケア意識、行動を促すよう関わったことは、個々の家族成員に対する援助であった。

②情緒的關係性や相互理解を促し、役割分担の調整をしたことは、家族成員間の關係性に働きかけた援助であった。

③退院後の生活環境の調整をしたことは、家族単位の社会性に働きかけた援助であった。

今後も早期より家族アセスメントを行い、問題点を明らかにし、家族が本来もっているセルフケア機能を高めることができるよう援助していきたいと考える。

事例 1

	T氏の経過	T氏の訴え	家族の状況	患者・家族への看護
H11. 10/18	溝に落ち、受傷 外傷性クモ膜下出血、脳挫傷、脳内血腫、JCS3、四肢麻痺なし			
10/19	1-9Wへ転棟 JCS3、不可解語、保続あり	「今日は、今日は、今日は。」	長女・次女が交替で終日付き添う。 「この点滴は何ですか。」「言っていることがおかしいです。」「ずっと寝ていますがいいですか。」細かく質問される。	病状説明時には同席し家族の理解度を観察、質問にはわかりやすい言葉で説明。医師にも頻回に説明してもらう。
11/15		娘の言うことに対してうなずくのみ眉間にしわを寄せて嫌な様子。	「あんなにしっかりしていた母が、変な事を言うので涙がでる。」「きちんと言葉に出してどうしてわからないの。」辻褄のあわないことに対して聞いただしたり、叱ったりする。患者の反応がないと言って頭を抱えて座り込む。	ひっきりなしに患者に質問したり、命令したり、返事を強要したりせず不可解な話でも聞くように指導する。
12/4	症状改善し、JCS1、独歩可 自宅退院	少しずつ会話ができるようになっていった。		
H12. 1/1	転倒し、頭部裂傷にて再入院 歩行状態悪化、JCS3~2 尿失禁あり	「トイレはしたいと思ったら間に合わない。」	「物忘れがひどいし、おしっこが出てないと言ってもおむつはぐっしょりだし。」「動くとき危ない。」再び長女・次女交替で終日付き添う。	患者の人格を尊重し、あまり口うるさく言わないで見守るように指導する。
1/13	頭部CT：水頭症			
1/29	左V-Pシャント施行	術後もベッドに臥床したまま過ごし体動少なく活気なし。	「何で思い出さないの」娘が患者を責めている。	患者を責めず、教えるように指導する。
2/14	尿失禁、頻尿あり、泌尿器科紹介 一時狭心症様症状出現するも消失	「トイレが気になってやれん、失敗すると叱られる。」	「おしっこが出るのがわからないの?」「大丈夫でしょうか、急変したりしませんか。」	医師に泌尿器科紹介依頼し、薬でコントロール始まる。リハビリの必要性を説明。自立を促すために過保護にならないで少し距離を置くように
3/10	アンチサイフォンデバイス植え込 術施行		「時々失敗するけど回数が少なくなってきたようです。」	何度も説明する。看護婦がトイレ誘導するので日中は付き添わず、自分で何事もさせるよう説明する。
3/13	リハビリ紹介	「トイレも少しずつわかるようになってきました。」		内服薬を患者自己管理とし、看護婦で確認する。
3/24	身障者トイレで座り込み、ナース コールあり	「一人のほうが楽。出来るところは自分でしないと。」 「便器に座ろうと思ったら、よろよろして、しゃがみこんで立てなくて。」「外泊をやめようかしら。」	「明日からは付き添わないようにします」 日中のみに面会される。 「こんなことで家に帰られるのでしょうか。」	退院後の不安について家族・本人と話し合い、風呂・トイレの改造及びベッドを自宅でも使用するなど情報していく。
4/ 5/8	試験外泊を繰り返す 自宅退院	「やはりベッドがいいですね」 「この足はもう治らないでしょう仕方ないですね。」	「トイレ・ベッドも洋式にかえました」 「退院後は妹が食事の支度をして私(長女)が昼間は自宅に行くようになります。」「後遺症だから慣れていくしかないですね。」家族も病気について徐々に受け入れができ、どうすればよいか対処できるようになり、患者を以前のようにヒステリックに責め立てことはなくなる。	

事例 2

日付	S氏の経過	S氏の訴え	家族の状況	患者、家族への看護
5/8	入院 JCS clear 四肢麻痺 両上肢 0/5 両下肢 1/5 塩モヒ持続点滴中 少しの体動にも疼痛。 家族に次々と指示す。	「手、もんで。」 「唾、とって。」 体交、手や頭の位置 変えに「痛い、 痛いよう。」	義姉付き添いあり。 患者の訴えにこまめに 応じている。	
5/9 5/10	アンギオ 緊急手術 第5、6椎体切除 転移性頸椎腫瘍は未処 置			
5/12	四肢麻痺 上肢 右 2/5 左 1/5 両下肢 0/5 に改善す。	「手術してもよう ならん。痛いよ う。」 「手をまっすぐに して。」 「口を湿らせて。」 「もっと、優しく。」	娘、退職し付き添う。 患者の言うままに、夜 間も飛び起きて介護。 疲労増強	必要時ナースコールす れば、ケアは看護婦で 行うことを伝える。
5/14	医師指示 不眠時 デイプリパン ^R 使用		看護婦の説明後も娘は 極力自分で介護しよう と努める。	夜間の状況医師へ報告 し、左記の指示あり。
5/16	エンボリ	「しっかり(世話) しいや。〇〇子。」 家族に対する口調 きつい。 「呼んでもあんた ら全員何にもして くれんわーね。」		患者の不安を傾聴す る。その都度娘に声掛 けし、気持ちが表出で きるよう援助する。
5/19 5/23	ライナック開始 ベッドサイドリハ開始	「あんたは返事す るだけで役にたた ん。私は自分で何 にもできんのじゃ から、ようして一 や。」	看護婦に少しずつ介護 を任せようになる。 娘ベッドサイドで泣い ている。「私はきつく ない。できるだけこ とをしてあげたい。」	娘の介護を評価する。 娘の気持ちを代弁す る。
6/2	不眠に対し、定期的に デイプリパン ^R で対応。 不可解後出現			日中、リクライニング 車椅子にて散歩を定期 的に取り入れる。 一人で抱え込まないよ うに、時に離れてみる ことも必要であること を説明する。 娘のストレスが増強し ていることを医師に報 告する。
6/13		夜間の訴え増加 す。	娘「もう寝てよ。しゃ べらんで。」 ストレス増加 娘「宇部の親戚に泊ま ることもできます。家 族に相談してみる。」 娘一人で散歩に出たり、 父親や伯母に付き添い を交代するようになる。 娘「以前程、イライラ しない。適当に聞き流 している。」「病気が言 わしていると思う。私 も一生懸命やっている ので悔いはない。」	
6/22	(医師) 母親から、少 し離れてみるよう助 言。デパス処方	「〇〇子呼んで。 〇〇子ー。」 「あ痛ったったー。 もう少し優しくし てよ。」		娘の気持ちが表出でき るよう援助する。
6/29		娘以外の者が付き 添うと、娘の名を 呼ぶ。娘をなじり ながら頼りにし ている。		
7/1	左胸水 左下肺無機肺 左胸腔内トロッカー挿 入 低圧持続吸引			

7 / 3	ムンテラ 人工呼吸はせず、鎮静 にてレベルを低下さ せ、自然な形で終末を 看取る方向で了解を得 る。		ムンテラを受け伯母に 家の掃除をするよう言 われ、娘一旦帰宅する。	家族の気持ちを傾聴す る。
7 / 10 7 / 11	トロッカー抜去。 医師より、今後緩和ケ ア病院での終末治療勧 められる。	「そうじゃね。そ んなところにも行 ってみたいね。少 し、検討させてく ださい。」	夫娘、病院見学に行く。 夫は転院に躊躇するが、 娘は母親にも、家族に も転院する方が良いと 思うと話す。 娘「転院お願いします。 父には私から言いまし た。」	転院に対し、娘が主体 となって、家族に働き かけている為、見守る。
7 / 15				
7 / 24	患者、父親の同意を得、 転院する。			

引用文献・参考文献

- 1) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学 理論と実践 第2版. 日本看護協会出版会, 1999.
- 2) 波多野梗子: 臨床場面における看護婦の患者家族への注目の観点と看護介入. <1><2><3>. 看護展望. 7・8・9, p 617 ~ 625, p 696 ~ 703, p 799 ~ 806, 1982.
- 3) 池添志乃, 西岡史子: 家族看護の実際 家族のセルフケア. 臨床看護. 25(12), p 1777 ~ 1782, 1999.
- 4) 松嶋尚子他: 家族看護の実際 事例にみる看護の実際 悪性脳腫瘍患者への援助. 臨床看護. 25(12), p 1759 ~ 1766, 1999.