

家族ケアとグリーンフケア

A 問題

〔一般問題〕

問題 1 家族ダイナミクスを理解するうえで必要なアセスメント項目の中でふさわしくないものはどれか

- (1) 家族全体の発達課題は何か
- (2) 家族内の役割分担は罹患前後でどのように変化したか
- (3) 家族内で意思決定はどのようになされているか
- (4) 家族員それぞれがどのような悩みを抱えているか
- (5) 過去の危機に対して、家族がどのように対処してきたか

問題 2 初診の時点で、患者・家族間のコミュニケーションスタイルを把握し、理解をするための方法としてふさわしいものを選べ

- (1) 「気持ちについて」の話が家族内でどのように話し合われているかを尋ねる
 - (2) 家族内では誰が口火を切るか、誰がよく話をするかに注意する
 - (3) 病状や予後については誰に対して説明してもらいたいかを尋ねる
 - (4) 家族がストレスにどのように反応するかを見るために、まず厳しい病状を伝える
 - (5) 「普段どのようなことが家族の問題として話されていますか」と尋ねる
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題 3 コーピングのスタイルについての説明のうち正しい組み合わせを選べ

- (1) コーピングはストレス要因に対する意識的な働きかけである
 - (2) 否認や回避は、病気や死と向き合うことを妨げるので介入が必要である
 - (3) 病気と戦うという姿勢を維持することがコーピングにはまず必要である
 - (4) コーピングはその人の過去の問題解決経験から培われたもので、病状の進行には影響を受けない
 - (5) 家族や友人に心配事を話したり、病状について詳しく知ろうとするのもコーピングとして有用である
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題 4 家族との面談についての説明のうち正しい組み合わせを選べ

- (1) 家族との面談は患者の病状を家族がどの程度理解しているかを知り、患者のケアについて家族がどのような希望を持っているかを把握するために行う
- (2) 家族内に対立がある場合、その対立に苦しむのは患者であるから、その対立がなくなるまで家族との面談を行う

- (3) 患者とは話しにくい心肺蘇生や鎮静などについて、家族が患者の代わりに決められるよう支援するのも家族との面談が果たす役割である
 - (4) 患者だけでなく、家族もケアの対象であることを示すためにも家族との面談は毎週行うことが大切である
 - (5) 患者と家族とで病状やの理解や予後の見通しが異なる場合、何が理由なのか、それは修正可能なかを知るために、家族との面談は有用である
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題 5 次の選択肢のうち死別を体験した人のサポートとしてふさわしいと考えられる組み合わせはどれか

- (1) 故人を失った心の痛みを早く癒すためには、故人のいない生活に早く適応するために形見分けなどを早く行って故人のものを整理することを支援する
 - (2) 故人が亡くなって1年たっても、悲しみが癒えないのは病的悲嘆であるから、精神科を受診することを勧める
 - (3) 悲嘆が癒えるための時間は人によりさまざまであるので、その人なりのペースで故人の死を認め、乗り越えていくのがいいと支持する
 - (4) 考えがまとまらない、人ごみの中に故人を見たような気がする、物事が決められない、食欲がないというのは、正常な悲嘆反応であると説明し、安心させる
 - (5) 故人の思い出話を何度も繰り返すというのは、病的な悲嘆反応であるので精神科受診を勧める
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題 6 緩和ケア病棟に入院中の A さんの妻は、入院当初から沈痛な表情で「私のほうが毎日眠れないんです」「先のことを考えるとときどきして涙が出てしまうんです。物忘れもひどいし、物事が決められません。私はおかしくなってしまったんでしょうか?」とスタッフに相談している。妻への対応としてふさわしいものは次の組み合わせのうちのどれか

- (1) 「Aさんはまだ亡くなってもないのに、奥さんのほうが今からそんな様子だというのは確かに普通ではありませんね」と精神科受診を勧める
- (2) 「奥さんが泣いてばかりいては、逆にAさんの方が奥さんのことを心配して安らげませんよ。Aさんのことは大丈夫ですからしっかりしてください」と元気づける
- (3) 「これからのことで、どのようなことを心配されているのですか」と妻の抱える不安について尋ねたり、今できることを一緒に考えたりする
- (4) 「先のことを考えて不安で眠れなかったり、つい涙が出てしまうというのはごく自然の反応です」と説明し、必要であればカウンセリングや精神科受診を勧める

- (5) 「Aさんの死を予想して悲しくなるのは自然の反応です。今からそういう気持ちを出していけば、亡くなった後の悲しみが少なくなるんですよ」と説明し、感情表出を勧める
a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

問題7 次のうち病的悲嘆（複雑化した悲嘆）と考えられるものはどれか

- (1) 夫の死後3ヵ月にわたる食欲不振、睡眠障害、集中力の低下、抑うつ気分、自責の念、引きこもり
(2) 母親の死から1年半後に現れた原因不明の不定愁訴
(3) 夫の死後、妻の喫煙量や飲酒量の増加
(4) 息子が亡くなって数年経っても、息子の話のたびに強い悲しみや怒りに駆られ孤立
(5) 妻の死後、納骨の時期がきても「離れられない」と納骨を拒否

〔症例問題〕

〔症例1〕

Cさんは、大腸がんに対して化学療法を行ってきたがその効果はPD (progressive diseases) と評価された。腹部膨満感や嘔気・嘔吐、腰部痛や食欲不振などがあり、緩和ケア外来を訪れた。Cさん自身は、「がんは手術で取れたはずなのに、だんだん食べられなくなってきた。だるくて動けないから食欲も湧かないんだよね」と話しているが、夫は「今は身体の調子が良くないから弱気になっているだけ。今の症状さえ楽になれば絶対に治るはず。それにはとにかく食べないと」「がんばって食べなければ、気持ちが先に負けちゃうよ。だから弱音が出てくるんだよ」と励ましている。

Cさんはがんの病名については知っているが、腹膜播種のことは説明されていない。夫は、「Cとはこれまで病気の話をしてこなかった。今は治るという希望があるから前向きだけど、それがなくなったら絶望してしまうのではないかな。知らないほうが明るく過ごしていけるのではないかな」と、妻がいないところで医療従事者にその心情を伝えている。

問題1 緩和ケア外来でCさんと家族との病状や予後の理解の異なりに気づいた場合の対応として正しい組み合わせは次のうちどれか

- (1) 患者には「知る権利」があることを伝え、現状を知らなければこの先、信頼関係が持てないことを説明し、患者がきちんと病状を理解してから改めて受診してもらう
(2) 「患者に対して病状や予後の説明は必ずしなければなりません。たとえその後、患者が落ち込んでも、精神的フォローも行うから大丈夫ですよ」と夫に保証する
(3) 病状や予後について患者が十分な説明を受けていない場合、夫にその理由を尋ねる

- (4) 家族との面談を設定し、家族の懸念を認識しながら今後患者に対してどのような説明をしていくかについて話し合う
- (5) まずは症状緩和に専心し、その他の問題についてはある程度症状が緩和されるまで見守りとする
- a (1), (2) b (1), (5) c (2), (3) d (3), (4) e (4), (5)

〔症例2〕

Cさんは緩和ケア病棟に入院し、疼痛は落ち着いてきたが、悪液質の進行とともに全身倦怠感が増悪している。閉眼で臥床がちであり、腹部膨満感や下肢浮腫のために身体を動かすのもつらそうである。Cさんの夫は、「前はあんなに明るかったのに、何て声をかけたらいいいのかわからない。部屋にいても、いたたまれない」と、連日見舞いに来てでもタバコを吸いに外出したり、売店に行ったりと部屋にいる時間は短いようである。

Cさん夫妻には10歳になる長女と5歳になる長男がいるが、Cさんの夫は「子供たちはまだ小さいからわかっていないと思う。病院に連れて来ても周りに迷惑になるだけだから、なるべく連れて来ないようにしている」と話している。

問題2 医療者としてCさんの家族のケアに際してどのようなことを留意すべきか、ふさわしくないものを1つ選べ

- (1) Cさん家族に病状説明をする際に、介護者が無力感を感じることはよくあるのだと説明し、Cさんの夫がづらいながらも見舞いに来ていることをねぎらう
- (2) 10歳と5歳の子供たちというのは、その年齢に応じた現状の理解をしており、その理解に応じた説明が大切であることを伝える
- (3) Cさんや夫の兄弟や両親など、Cさん家族のサポートを担える人たちがいるかどうか、家族関係のアセスメントを続ける
- (4) 子供に対するアプローチは親の問題であり、第三者が介入すべきものではないので、Cさんの夫の「やり方」を尊重して症状緩和に専心する
- (5) Cさんの家族に対するケアについて話し合うために、多職種チームでのカンファレンスを計画する（例：看護師が体位交換やマッサージなどにCさんの夫の協力を求めるなど）

問題3 Cさんの家族が直面する「危機」について、家族機能論を用いたアセスメントとして、ふさわしくないものを選べ

- (1) 家族内で病気の話がどのように話し合われているか。病気の話がタブーになっていたり、子供たちが自分のつらさを表出しないようになっていないかどうかを把握する
- (2) がん罹患によりCさんがそれまで担ってきた家族の介護役が難しくなった場合、それがCさん自身の自己イメージや夫婦の関係性にどのような影響を与えているかを把握する

- (3) Cさんの夫が病院に来ている間、子供たちはどのように過ごしているのか、家事分担が家族の中でどのように振り分けられているのかを把握する
- (4) 夫が妻の介護で精一杯であり、病院に連日見舞いに来ているという状況を、子供たちがどのように理解しているかを把握する
- (5) 夫は妻の介護役以外にも、子供たちの父親役や家族を経済的に支える役など複数の役割を担っており、夫の負担を軽減するためにその役を家族内の誰に振り分けたいかを指示する

B 解答・解説

〔一般問題〕

問題1 解答 (4)

家族は個々の家族員の集合であるが、その集合体である家族はその個々の家族員の集合体を超えた独自の特徴や機能を持つ。個々の家族員の性格や考え方や家族機能全体は相互に影響を与えるため、家族間でどのようなコミュニケーションがあるか、家族員の個人的な問題が家族内でどのように表出されているかを知ることが大事である。そのため、「家族員の個人的な悩み」の内容自体よりも、「それが他の家族にどのように共有されているか、いないか、それが家族にどのような影響を与えているか」のアセスメントが大切である（表1）¹⁾。

問題2 解答 c

初診時は患者も家族もかなり緊張しているため、まずはあまり侵襲性のないアプローチで家族のコミュニケーションスタイルを把握する方法がふさわしい。病状認識や緩和医療に対するこれまでの考えなどといった基本的な質問に対し、誰が答えるか、そのときの患者・家族の表情はどうか、患者と家族の間にどのような会話があるかなどに注意を払うことが大切である。(1) や (5) もコミュニケーションスタイルを把握するうえで利用できる方法ではあるが、初診の段階では、緊張の高い家族からは満足な返答は得られないこともある。(4) のような「意図的に家族をストレスに追い込み揺るがす」アプローチは避けたい（表2）²⁾。

表1 家族アセスメントのポイント

①構造的側面	家族構成（続柄、同居・別居・年齢・健康状態・職業など） 経済的状态 サポートネットワーク 地域性
②機能的側面	情緒的関係性 コミュニケーションのパターン 相互理解 価値観 役割構造・分担 勢力構造（他者への影響力、意思決定プロセスへの影響） 社会性・価値システム
③発達課題	新婚、子供の誕生・養育、子供の巣立ち、引退、老後
④家族の問題対処経験の歴史	過去の危機をどのように乗り越えたか
⑤コーピング	「コーピング」の項（問題3の解説）参照

文献 1) より一部改変

表2 家族内コミュニケーションのアセスメント・ポイント

病状説明	誰にどのように行うことを希望しているか
治療についての意思決定	誰がどのように行うのか 家族内でどのように意思決定がされていくのか
病状に対する認識	患者と家族の間でずれがあるかどうか 患者・家族にとって緩和ケアのゴールは何か
コミュニケーションの特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族全体や家族間で、どのようにコミュニケーションが行われているか ・ 情緒的メッセージは家族内でどのように伝達されているのか ・ 秘密の有無：患者-家族間で隠し事があるか ・ 気持ちについては家族内でどのような話し合いがされているか ・ 意見調整：家族内で意見が違うときには、どのように解決するのか ・ 家族のコミュニケーションに影響している家族内外の要因はあるのか ・ 問題認識：どのようなことが家族の問題として話されているのか

文献 2) より一部改変

問題 3 解答 b

コーピングとは、ストレスに対する意識的なあるいは行動上の努力である。これに対して防衛機構とは無意識的な反応であり、過去の傷つき経験が大きく作用し、柔軟性に欠き、時に現実認識をゆがめる。コーピングのスタイルは人によってさまざまであり、その人の過去の危機体験やそれに対する対処経験から培われる。「病気と闘う姿勢や前向きな姿勢」ばかりが全てに共通の望ましいコーピングというわけではなく、病状の否認や回避も「自分の心のバランスを保つため」に必要である場合も多いため、(2) や (3) は誤りである。また、たとえば病初期には否認や回避というコーピングを使っていたが、病状が進行し、症状がより大きく自覚されるようになると、否認や回避ではやり過ぎせなくなってくるなど、病状の進行によってもコーピングスタイルは変わってくるので、(4) は誤りである (表 3)³⁾。

また、防衛の例としては次のようなものがある⁴⁾。

- ・ 抑圧：忘れようとする、心から追い払おうとする
- ・ 否認：心が負けそうになる対象物が意識上に上らないようにブロックする
- ・ 反動形成：認めたくない感情の正反対の表出をする
- ・ 退行：「子供返り」と呼ばれる反応
- ・ 置き換え：病気・死に対する怒りなどの矛先を親しい者に向ける

問題 4 解答 b

家族カンファレンスには、以下のような役割がある。

- ・ 家族の理解度のアセスメント：質問を促す、情報提供
- ・ 意思決定の支援

表3 コーピングのタイプ

問題中心型	直面している問題に対して、自分の努力で解決したり対策を立てる、あるいは回避（逃避）するような対処行動 <ul style="list-style-type: none"> ・知的・合理的反応：理性的に考え、情報を集めようとする ・対決：断固とした処置をとる ・対策の検討：可能な選択肢について話し合う ・行動化：どんなことでもやってみる ・回避：意識的に考えないようにする
情動中心型	怒りや不満、悲しみなどを感じる場面で、情動を表出したり抑圧したりする対処行動 <ul style="list-style-type: none"> ・感情の逆転：笑い飛ばす、軽く考える ・置き換え：他のことをして気を紛らす ・回避：心配や不安を意識しないようにする
認知的再評価型	直面している問題に対して、見方を変える、良い方に考える、あるいは距離をおくなど、認知の仕方を再検討して新しい適応方法を探すような対処行動 <ul style="list-style-type: none"> ・再定義：受け容れるが、何か良い面を見出す ・運命論・諦観：避けられないものを受け容れ、それに従う
社会的支援（探索）型	問題に直面したとき、家族や友人などに相談したりアドバイスを求めたりする対処行動
気晴らし型	運動や趣味など、いわゆるストレス解消法と呼ばれるもので、気分転換や日常性からの解放などが含まれる
その他（リラクゼーション法など）	ストレスへの気づきを促し、ストレス軽減する方法として用いられる

コーピングには、気持ちのバランスを維持するための対処法としての情動中心型と、ストレス要因となる問題への働きかけのための対処法としての問題焦点型に代表される表記のようなタイプがある。

文献3)より一部改変

- ・ケアのゴールについて話し合う：病状進行に伴い変化するケアの内容やその目的、心肺蘇生や鎮静などについての意思確認も含む
- ・家族の要望、希望、恐れは何であるかを把握する
- ・家族員に対する心理社会的サポート
- ・家族員の間をつなぐりを強化する
- ・効果的なコミュニケーションの促進
- ・家族内の緊張や対立に対する適切な介入

(2)のような「家族内の既存の対立」に対しては、それを「根本的に解決すること」をゴールに設定するのは現実的ではない。時には「あるがままの家族の形」を医療者側が認めるとい

うところにとどまるしかないということもある。「今、ここ」にある問題（患者の病状とそれに伴う苦痛）に対して家族がいかに協力体制をとることができるかを把握し、支援することが家族との面談が果たす役割となる。また、こうした面談は鎮静や心肺蘇生といった重要事項についての話し合いの場ともなるが、この場合（3）のような「意図的に患者を避けた」ものではなく、できるかぎり患者を含み、患者の意思を優先できるように支援することが大切である。家族との面談は、（4）のように特に定期的に決めて行う必要はないが、病状の変化がみられる時や、家族の希望に合わせて柔軟に行いたい。

問題5 解答 d

グリーフワークには次の4つの課題がある⁵⁾。

- ①喪失の現実を認める
- ②喪失の痛みと悲嘆を経験する
- ③「故人のいない世界」に適応する（新たな役割や人間関係）
- ④「故人の存在」を心の中に納め、新しい生活を始める

この4つの課題の進み具合には個人差があるため、（1）のように「早く癒すために早く故人のものを整理する」ことを支援するというのは適切ではない。また、（2）の「故人が亡くなって1年たっても、悲しみが癒えないのは病的悲嘆である」というのも誤り（ただし悲嘆反応のために社会生活に支障が出ている場合は、「病的悲嘆」の判断ではなくても、メンタルヘルスの専門家との連携を検討）。（3）の「故人の思い出話を何度も繰り返す」というのも、正常な悲嘆反応による癒しの方法のひとつであるので、その人のペースでの表出を促すことが大切である。

問題6 解答 d

予期悲嘆とは、実際の死別以前に生じる悲嘆感情である。身体的状態が「徐々に階段を下りていく」ことに対して、「死」に対する実感が近づくことでさまざまな反応が出現することが考えられる。たとえば、怒り、自責の念、不安、いらいら、悲嘆、喪失感、日常の課題を達成する能力の低下など。そうした悲嘆反応自体は異常ではないということを伝えたくて、そうした悲嘆の気持ちの表出を促し、「その時、その場でできること」をとともに考えたりすることが、無力感や不安感の軽減に結びつくことが多い。また家族にとっては、患者の状態を前に自分の死のプロセスを思い起こされ、恐怖や不安感を抱くということも珍しくなく、また「患者の死後の自分の生活」について想像する機会にもなる。

ここで注意すべきことは、予期悲嘆は実際に喪失が生じた後の悲嘆反応の代わりにはならないということである。また、あまり長期にわたって予期悲嘆が続いてしまうと、それによりその家族の「悼む気持ち」が枯渇してしまうということもある。予期悲嘆も通常の悲嘆のプロセス同様オープンな話し合いを奨励し、病状について「今後、起こりうること」を説明したり、ライフレビューによる関係性の振り返りなどを行ったりということも効果がある。

表4 悲嘆反応⁵⁾

感情的反応	悲しみ、怒り、自責の念、不安、孤独感、疲労感、無力感、衝撃、思慕、故人に対し揺れる気持ち、解放感、安堵感、感情鈍麻、抑うつ、敵意、絶望、動揺、非現実感
身体的反応	腹部の空虚感、胸部の圧迫感、喉の緊張感、音への過敏、離人感、息切れ、筋力の衰退、身体に力が入らない、口の渇き、食欲喪失、睡眠障害、気力の喪失、頭痛・悪心・嘔吐・消化不良・動悸・振戦などの身体的愁訴、故人と同じ症状（特に最期の病気の症状）の出現、病気に対する過敏
認知的反応	信じない、混乱、気を取られている状態、実在感（今まだどこかで生きているように思う）、幻覚、思考能力減退、注意集中困難
行動的反応	睡眠障害、食欲障害、ぼんやりとした行動、社会的引きこもり、故人の夢、故人を思い出させるものの回避、探索と叫び、ため息、落ちつきのない行動、泣く、故人を思い出す場所の訪問や品物の携帯、故人の持ち物を大切にする、動揺、疲労、故人の行動のまね、故人の理想化、薬物（アルコール、タバコを含む）摂取量の増加

悲嘆反応は、感情、身体、認知、行動の各側面において、上記のように表出されることが多い。

表5 病的悲嘆⁵⁾

慢性的な悲嘆	<ul style="list-style-type: none"> ・故人への思いと悲嘆情緒が生活のすべてを圧倒して、他のものに心を配る余裕が一切排除されてしまっている ・死後数年たっても故人以外のことを話すのが困難 ・故人に対する究極的な別れは不可欠という考えを拒絶 ・故人のものを動かすことができない ・理由もないのに悲しくなる（1年のうち同じ時期に生じる）
遅れて出現する悲嘆、先送りされた悲嘆	<ul style="list-style-type: none"> ・死が認められない（法事ができない、墓参に行かれないなど） ・悲嘆を引き起こすはずの出来事の後で、すぐに反応が現れない
大げさな悲嘆	<ul style="list-style-type: none"> ・強く生々しい悲嘆反応なしには故人の話ができない ・ちょっとしたことで強烈な悲嘆反応が引き出される
隠れた悲嘆、回避された悲嘆、抑圧された悲嘆	<ul style="list-style-type: none"> ・身体症状の発現など（心身症状）：時に故人の病気と同じ症状の場合も ・精神症状：悲しみ、空虚感、不安、激しい自責の念、他者への強い依存性、強い孤立性 ・恐怖反応（病気や死に対する異常な恐怖）、自己破壊的な衝動

病的悲嘆のリスク要因としては、突然の（予期せぬ）死別、故人への強い依存、故人との関係性の葛藤などがある。

問題7 解答 (4)

悲嘆反応とは喪失から生じる心の痛みであり、その癒しには時間と配慮が必要となる(表4)⁵⁾。病的悲嘆とは、何らかの理由により正常な悲嘆反応が認められず、必要な喪の作業が阻害されるため、悲嘆反応が慢性化したりやゆがみを引き起こしたりすることである。それにより遷延

性の心痛や心理的社会的機能の低下を招く。(4)のように、故人の死から数年経っても強い悲嘆反応が続き、その遺族の生活に支障が出るような場合、病的悲嘆と判断し、適切な専門家への依頼が必要となる。しかしそれ以外の(1)、(2)、(3)、(5)の場合でも、病的悲嘆に移行しないように、前述のような「悲嘆のプロセス」を経過できるように必要に応じて専門家への依頼が望ましい(表5)⁵⁾。

悲嘆のプロセス：グリーフワークには次の4つの課題がある⁵⁾。

- ①喪失の現実を認める
- ②喪失の痛みと悲嘆を見つめる作業をする
- ③「故人のいない世界」に適応する
(新たな行動や人間関係の構築)
- ④「故人の存在」を心の中に納め、新しい生活を始める

〔症例問題〕

〔症例1〕

問題1 解答 d

まず患者と家族との間にそれぞれ病状や予後に対して異なる考えや見通しを持っているのが「なぜか」を確認したい。そのためには以下の質問が有用である。

- ①患者・家族にどのような説明がされているか
- ②患者・家族で説明内容が異なる場合、その理由について(特に家族が何を恐れているか)
- ③患者一家族間でこれまで病気に関してどのような話し合いがされてきたか

患者自身に正しい情報が伝えられていない場合、よくあるのは家族側の恐れによるものであり、それには以下のようなパターンがある。

- ①無力感・不全感の回避：家族員が自分のつらさのレベルが上がるのを防ぐために、病気について意識的に話を避ける
- ②悲観的な感情表出の回避：病気に対するコーピングとして前向きな態度に固執し、悲観的な感情について話し合うのを避ける術として、病気についての話し合いを意識的に避ける
- ③コミュニケーションの回避：もともと気持ちが刺激されるような出来事についてオープンに話し合うことをしてこなかったため、そのパターンを維持する

医療者として家族に注意したいのは、「伝える」ことの是非ではなく、理解や認識が食い違うことにより妨げられる可能性のある患者・家族間のコミュニケーションについてである。そのため「伝えるまでは診ない」ではなく、「ともに解決策を考えていく」ことが大切であり、「症状緩和」に対する努力と同時進行で、特にコミュニケーションに関する懸念事項は考えていくべきものである。そのため、(1)、(2)、(5)は誤りである。

〔症例2〕

問題2 解答 (4)

「子供は小さいから分かっていない。だから説明の必要もない」という親の説明はよく聞かれるが、それは親自身が現状を受け止められていない、あるいは現状を子供が知った際のフォローの難しさに対する不安の表れであることが多い。医療スタッフとして、「親のやり方」にどこまで介入するかというのは難しいところであるが、親の「不安」がどこにあるかをきちんとアセスメントしたうえで、「子供はその年齢なりに状況を理解できること」を説明し、親の不安となっている「子供にどのように説明したらいいかわからない」「子供が動揺したらどのように対応したらわからない」という点に援助が可能であることを伝え、「親子間のコミュニケーション」のためにどのような支援が可能かどうかを話し合うことが大切である。

患者の家族は患者のケアを医療者ととも担うパートナーであるとともに、患者の病状の進行に伴うさまざまなストレス要因や数々の喪失の悲しみに対してケアを必要とする対象者でもある。患者の家族は次のようなことを必要としているということを理解したうえで家族に対するケアを考えたい。

- 1) 家族のニーズ：①患者のそばにいたいこと、②患者のために助けになること、③患者のつらさが緩和されるという保証を受けること、④患者の容態について知らされること、⑤患者の死が近いことを知らされること、⑥気持ちを表出すること、⑦他の家族員からサポートと緩和を得ること、⑧受容、サポート、緩和を医療スタッフから受けること
- 2) 具体的な家族ケア：①医療者との密なコミュニケーションの維持、②家族員の疲労に対する配慮、③家族の無力感や不全感に対する配慮（患者のケアを家族と協力しながら行う、患者との関係性の振り返りやそれぞれが担う役割の再確認）、④患者の死への準備に対する援助の提供

問題3 解答 (5)

(1)～(4)は、家族ダイナミクスと機能とを理解するうえでのアセスメントとして重要なポイントである。(5)は、アセスメントというよりも介入の意味合いが強い。確かに家族員の一人に役割負担が集中する場合に、その軽減のための方策を検討する必要はあるが、役割の振り分けの選択は医療者ではなく家族員が行うべきものである。

家族に対するアセスメントでは、家族の主要な機能がどのように果たされているかを具体的に理解することが大切である。家族の一員ががんに罹患することにより次のような影響が考えられる。

- ・役割の変化など、家族ダイナミクスがどのように変化したか
- ・どの家族機能が影響を受けたか（家族員の身体的な反応や情緒的な反応）

また、家族が「危機」に直面した際の対処能力に影響するのは、①開かれたコミュニケーションを行う能力、②家族員の間で意見の食い違いや対立がある場合の問題解決力、③相互

に協力し援助する力、などがある。

引用文献

- 1) 鈴木和子, 渡部裕子: 家族看護学—理論と実践. 第2版, 日本看護協会出版会, 1999
- 2) Tulsly JA, Arnold RM: Communication at end of life. In: Berger A, Portenoy RK, Weissman DE (eds), Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. 2nd ed, p. 673-684, 2002
- 3) 河野友信, 吾郷晋浩, 石川俊男他 編: ストレス診療ハンドブック. 第2版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2003
- 4) Goldstein E: Ego Psychology and Social Work Practice. 2nd ed, Free Press, New York, 1995
- 5) Worden JW: Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. 3rd ed, Springer, New York, 2001

参考文献

- 1) Ferrell, BR: The family. In: Doyle D, Hanks G, and MacDonald N (eds), Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd ed, p. 909-917, Oxford University Press, New York, 1998
- 2) Leonard KM, Enzle SS, McTavish J, et al: Prolonged cancer death: a family affair. *Cancer Nursing* 18 (3): 222-227, 1995
- 3) レイク N, ダヴィット・ニールセン M 著, 平山正実, 長田光展 監訳: 癒しとしての痛み—愛着, 喪失, 悲嘆の作業. 岩崎学術出版社, 1999

参考 WEB

- 1) <http://www.lastacts.org/>
- 2) <http://www.growthhouse.org/>
- 3) <http://www.capc.org/>