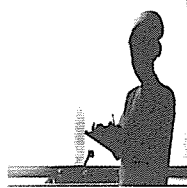


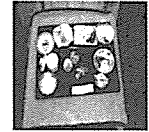
日常生活の援助

1. 食事の援助
2. 排泄の援助
3. 睡眠の援助
4. 清潔の援助
5. 体位保持の援助
6. リハビリテーション
7. 生活環境の調整
8. 心のふれあい



1. 食事への援助

- 食べることは生命の維持に不可欠であり、人生における大きな喜びである。
- 終末期がん患者にとっての“食”の意味を考える
 - ・栄養課の協力、家族の協力
 - ・環境の整備
 - ・“味わう”ために口腔ケアが必須
 - 味覚異常への対処



2. 排泄の援助

- 排泄も生活のなかでは大切な欲求である。特に、終末期には様々な理由から便秘になりやすく、排尿困難の訴えも増加する。
- 心地よく、十分な排泄ができるように援助が大切
 - ・排泄の場は？
 - ・便器や尿器は？
 - ・看護者の態度は？
 - ・排泄障害の予防は？

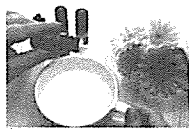
3. 睡眠と休息の援助

- 睡眠や休息は身体的、精神的なエネルギー源である。まず「昨夜はよく眠れましたか？」と尋ねてみる
- 睡眠や休息が少しでも快適に取れるような援助
 - ・身体的な苦痛はないか？
 - ・精神的には落ち着いているか？
 - ・寝具や寝衣は適切か？
 - ・お部屋の環境は？
- それでも眠れない夜はどう対応するか



アロマセラピー

- リラクゼーション、鎮静(ストレス緩和、緊張緩和、催眠効果など)、イライラ感の緩和、リフレッシュなどを目的として、足浴後にアロマオイルを用いてフットマッサージを行っている。
- 精油にはそれぞれ働きがあることを考慮しつつも、患者が「心地よいと感じる香り」を用いることを基本としている。



4. 清潔や身だしなみの援助

- 清潔を保つことは日常生活の基本である。
 - ・入浴、清拭
 - ・部分浴、陰部の清潔、洗髪
 - ・口腔ケア
- 身だしなみの援助
 - ・髭剃り、つめきり
 - ・散髪やカット
 - ・化粧やマニキュア



5. 体位保持の援助

- 安楽な姿勢を保つことが大切
- 日常生活に適した姿勢がとれる
→ 食事、排泄、清潔(洗面)などが自分でできる
- できる限り他者の手を借りずに生活できる
→ 歩行、移乗、体位変換が自分でできる
- 積極的にPTやOTに依頼する



7. 生活環境の調整

- “その人にとっての心地よさ”を可能な限り尊重にする
例：淀川キリスト教病院ホスピスでは明るさ、広さ、静けさ、暖かさをキーコンセプトとしている
そして、現在の課題は空調、臭気、音である
- 緩和ケア病棟施設基準による環境に関する規定
 - ・病室面積は患者1人につき8平方メートル以上
 - ・患者家族の控え室
 - ・患者専用の台所
 - ・面談室
 - ・一定の広さを有する談話室



8. こころのふれあい

- 緩和ケア病棟は“人生の総まとめの場”である。
 - ・患者が自分らしく過ごせる援助
 - ・患者にとり大切な人と過ごせるような調整
 - ・面会時間、面会者を制限しない
 - ・季節感を感じる行事などの計画
 - ・自然とふれあう
 - ・音楽や芸術にふれる
 - ・他者とふれあう機会の設定



日常生活援助の視点

- 患者は病状の進行に伴い日常生活で不自由さを感じながらも、自分のことはできる限り自分で行いたいと願っている。
- 日常生活を援助するには、現在の患者の日常生活を営むセルフケア能力—行動するのに十分なエネルギー、知識、技術、意思決定など—をアセスメントし、その能力を起点として、患者にとり適切な援助を考え実践する。

家族ケアのエッセンス

1. 家族の定義
2. 終末期患者を介護する家族が受ける影響
3. 家族ケアの実際
4. グリーフケア



1. 家族の定義と特徴—看護学の立場から

家族の定義 (Friedman, M.M. 1992)

家族とは、絆を共有し、情緒的な親密さによって、互いに結びついた、しかも、家族であると自覚している、2人以上の成員である。

家族の特性

1. 保育、教育(社会化)、保護、介護などケアの機能をもっている。
2. 社会と密接な関係をもち、集団として、常に変化し、発達しつつある。
3. 役割や責任を分担し、不断の相互作用によって、家族間に人間関係を育成している。
4. 結婚、血縁、同居を問わず、家族員であると自覚している人々の集団である。
5. 健康問題における重要な集団であり、一つの援助に対象である。

家族を理解するための理論①

- **家族システム論 (Bateson, 1979)**
家族を社会的・文化的、歴史的な環境との相互作用によって成立する「一つの開放システム」であるとみなす
- ① 全体性—家族の変化は必ず家族全体の変化となって現れる
- ② 非累積性—全体の機能は家族成員の機能の総和以上のものになる
- ③ 恒常性—家族システム内外の変化に対応して安定状態を取り戻そうとする
- ④ 循環的因果関係—家族成員の行動は家族内に次々と反応を呼び起こす
- ⑤ 組織性—家族には階層性と役割期待がある

家族を理解するための理論②

- **家族ストレス対処理論 (Hill, R. 1949)**
家族危機の発生を構造化したABCXモデル
危機に対する家族の適応過程を表わすジェットコースターモデル
- **二重ABCXモデル (McCubbin, H.I.)**
家族対処、家族適応の概念
→ **家族の順応および適応反応モデル**
- **家族発達論—家族周期による発達課題の明確化**

2. 終末期にある患者を 介護する家族が受ける影響①

- **心理的影響**
- ① 予期悲嘆
- 近い将来、愛する家族員の一人と死別ことが予期された場合、実際に死が訪れる前に、死別したときのことを想定して嘆き悲しむことであり、前もって悲嘆・苦悩することによって、現実的死別に対する心の準備が行われること
- 一般に人は、予期悲嘆を行うことによって死別の衝動に耐える力が強められ、それをもっとうまく処理できるように心の準備が行われる。このため、このような反応は、喪失の現実に向けて心身の準備を整えるのに効果があるとされている。
- ② 病名や病状告知に関するストレス
- ③ 患者の苦痛に何もしてやれないという無力感
- ④ 患者の死後の生活に対する不安
- ⑤ 人生における希求を断念せざるを得ないストレス
- ⑥ 病院という環境で過ごすストレス

鈴木和子、渡辺裕子 家族看護学、p174-181、日本看護協会出版会、2002

終末期にある患者を 介護する家族が受ける影響②

- **身体的影響**
- ① 心理的ストレスに伴う身体症状
- ② 介護による身体的負担
- **家庭生活上の影響**
- ① 患者が果たしていた役割の代行
- ② 家族全体のリズムの変調
- **経済的影響**
- **家族内の人間関係への影響** 一様々な葛藤
- **家族と社会との関係性への影響**
- ① 介護者の仕事への影響、友人などとの交流の希薄化
- ② 医療従事者との関係の強化

鈴木和子、渡辺裕子 家族看護学、p174-181、日本看護協会出版会、2002

3. 家族ケアの実際

- ① 家族の面接
- ② 家族状態のアセスメント
- ③ 家族ケアの方向性



家族の面接

- 入院時には、必ず、受け持ち看護師が時間と場所を設けて面接を行う。
1. 家族が、これまでに医師より伝えられている患者の病状などを正しく理解しているかを確認する。
 2. 家族の体験している苦悩が表出できるように、家族の話をじっくりと聴き、辛さを分かち合える機会をもつ。
 3. 治療やケアに関する要望や希望などを聴き、ケアの方向性を共に考える。
 4. 家族の置かれている状況を理解し、予期悲嘆が円滑に営まれるように援助する。
 5. 患者と同様に、家族に対する援助の意思を明確に伝える。

家族面接の内容(鈴木・渡辺らによる一部改訂)

家族の構造的側面 ①家族構成(年齢、性別、続柄) ②職業 ③健康状態(疾病の有無など) ④生活習慣と生活時間 ⑤経済状態(主な収入源、健康保険の種類など) ⑥住宅環境(設備、広さ、交通の便など) ⑦地域環境(近隣、友人など)	家族の機能的側面 ①家族内の人間関係 患者-家族成員・家族成員間 ②コミュニケーション 意思疎通性、会話の量と質 ③役割分担 リーダーシップ・代替者の有無・役割の柔軟性 ④社会性(社会的関心度、社会資源の活用など) ⑤価値観・信仰
①現在の家族の発達課題 ②過去の健康問題対処経験	
家族の対応状況 ①認識(病状把握・知識・理解など) ②情緒(不安・動揺・ストレス反応など) ③意欲(主体性・介護参加状況など) ④対処行動(受容・回避・逃避・意見調整・役割分担など) ⑤生活上の変化(食生活・睡眠・生活リズム) ⑥健康状態への影響(疲労、不眠、ストレスなど) ⑦経済的影響	

家族状態のアセスメント

- アセスメントの方法
- 1. 家族成員一人一人をアセスメントする
 - ・ストレサーが家族に与える影響の程度
 - ・家族のストレスに対応する能力
 - ・家族がどのようにその問題に対処しているか
- 2. 家族成員個々の状況を「家族の関係性と生活」に焦点を合わせて再統合する

家族アセスメントの際の留意点

- ・ 医療従事者のもつ(家族イメージ)で良い、悪いなどの判断をしない。
- ・ 「この家族は〇〇〇である」と決めつけずに柔軟な視点をもつ。
- ・ 多職種からの情報を得て、アセスメントに活用する。



家族の多様性を認める



家族ケアの方向性

家族成員である患者が終末期を迎えることにより、家族が受ける様々な影響に対する家族の対処を促すこと

- ・ 二次的ストレスを予防する
- ・ 死別に対する心の準備をすすめる
- ・ どのように最期を迎えるのかを決定する
- ・ 家族が気持ちを重ねて支えあう
- ・ ソーシャルサポートを獲得する



鈴木和子、渡辺裕子 家族看護学、p181-199、日本看護協会出版会、2002

終末期の患者を介護する家族へのケア

援助の前提：患者の苦痛を最大限緩和し、安楽を保障する

- I. 二次的ストレスを予防する援助
 - ①家族成員の健康管理について助言する
 - ②介護と生活の両立をさせるための可能性を探る
- II. 看取りに関する意思決定を促進する援助
 - ①家族の意思が尊重されることを保証する
 - ②病状についての情報を十分に提供する
 - ③看取りに関する家族内の話し合いをすすめる
 - ④介護技術を指導する
- III. 死別に対する情緒的・認知的対処を促進する援助
 - ①家族の動揺を受け止める
 - ②死へのプロセスについて説明する
 - ③死について話し合う
- IV. 家族内相互作用の強化を促進する援助
 - ①家族の絆を確認させる
 - ②家族成員間の感情や意思を代弁する
 - ③看取りの肯定的意味づけを強調する
 - ④再び役割について話し合う
- V. ソーシャルサポートの活用を促進する援助
 - ①看取りに関する希望を主治医と話し合う
 - ②必要なソーシャルサポートを家族と共に考える
 - ③ヘルスケアに関するチームとの調整を図る

4. グリーフとは

- ・ われわれが人生のさまざまな局面で幾度となく経験する、愛着や依存の対象を失うという体験は、対象喪失(object loss)と呼ばれる。小此木によると、対象喪失には近親者の死や自己の死だけでなく、失恋、親離れ、子離れ、転勤、海外移住、転校、アイデンティティや自信の喪失、所有物の喪失、身体的喪失なども含まれる。グリーフ(grief)とは、このような喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情動的反応を意味し、情動的な症候群とも呼ばれる。

坂口幸弘、グリーフケアの考え方をめぐって、緩和ケア15(4)：276-279、2005。

結んでいた手を離す・・・

- 死別にかかわる悲嘆はとりわけ、心を強く痛める。患者が亡くなる時、遺族は恐ろしいほどの情緒的苦痛を体験する。それはあたかも、その人の精神生活から何かがねじり取られるかのような体験である。
- 親が亡くなる時には過去を失い、配偶者が亡くなる時には現在を失い、子供が亡くなる時には未来を失う。長年寄り添った人のいない生活に順応することは時間のかかる大きな仕事である。

Robert Buckman

グリーフのプロセス

- グリーフの3局面
 - ・回避の局面—ショック、パニック、混乱があり、その時点ではいわば言葉も出ない状態、あるいは、全面的に理解するには辛すぎるので現実の認識を「拒否」している状態である。
 - ・同化の局面—喪失体験後数日、あるいは数週間、体験者は最初のショックを徐々に吸収していくが、抑うつ状態となる。言いようのない悲しみ、突然泣きたくするような衝動、不眠と食欲不振、何事も楽しめないなど、さまざまな症状がみられる。
 - ・適応の局面—やがて「諦めの容認」へと移行する。故人を慕う気持ちや寂寥感、だいたい、死別後何ヶ月も、あるいは何年も持続しますが、通常、集中力や生活能力は徐々に改善する。
- グリーフ・サイクル
 - ・サイクルの出発点は、愛する人の死を予知、ないしは認識した時点であるが、終着点は残された人の人生の終わりである。すなわち、その人は生涯をかけて愛する人のいなくなった人生に適合していくのである。

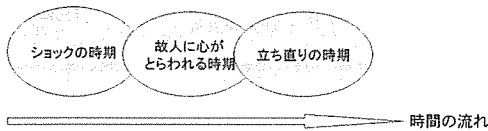
大切な方を亡くされた後の心の経過

死別後のこころの経過は、図のように大きく3つの時期に分ける

ことができます。

- ショックの時期(死別直後～1・2週間)
- 故人に心がとらわれる時期(1ヵ月～半年)
- 立ち直りの時期(半年後～)

ただし、これらの時期をいつ経験するかは人によって、大きく異なりますので、一つの目安と考えていただければと思います。



グリーフケアへの取り組み

1. 遺族が死別後の挨拶の際に、主治医・受け持ち看護師などが気持ちを聴く時間をもつ。
2. 死別後3ヶ月位をめぐり、遺族への葉書を送付する。もしくは電話にて状況を伺う。
3. 思い出の語らいと懇談を主体とした遺族会の開催(ホスピス開設時より年1回)
4. 遺族の対処能力を高めることを目的とするサポートグループ「すずらんの家」の開催(1998年10月より月1回)と講演会の開催(年1回)

ホスピス緩和ケアの主な要素

- 基本的なケアの徹底である
- 「その人らしい」最期を
- 死の現実から目をそらさない
- 「真実の権利」の尊重
- 細やかな患者の理解



田村恵子・田畑邦治著、田畑邦治、田中義恵子編：
哲学 看護と人間に向かう哲学、p245-258、ヌーヴェル
ルビロカワ、2003年

参考文献

- 氏家幸子監修、小松浩子・土居洋子編著：成人看護学 F.終末期にある患者の看護第2版。廣川書店、2003。
- 田畑邦治、田中美恵子編：哲学-看護と人間に向かう哲学。ヌーヴェルルビロカワ、2003。
- ターミナルケア編集委員会：ナースのためのホスピス・緩和ケア入門 援助の視点と実際。ターミナルケア10月増刊号、2002。
- 鈴木和子・渡辺裕子著：家族看護学 理論と実践第2版。日本看護協会出版会、1999。
- 森山美知子編：ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実践。医学書院、2001。
- C.M.バークス著、桑原治雄・三野善央訳：改訂 死別 遺された人たちを支えるために。メディカ出版、2002。
- ロバートA.ニーメヤー著、鈴木綱子訳：〈大切なもの〉を失ったあなたに 喪失をのりこえるガイド。春秋社、2006。

共 催

愛知県がんセンター中央病院

〒464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1 TEL 052-762-6111 / FAX 052-764-2963

(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

〒530-0013 大阪市北区茶屋町2-30 TEL 06-6375-7255 / FAX 06-6375-7245
E-mail : hospat@gol.com