

実践報告

PEG交換時の合併症より生じた家族の医療不信から  
パートナーシップの構築  
－神経難病で人工呼吸器を装着して在宅へ移行できた事例－

福山 直美, 堀部 美帆, 太田 浩美,  
不破 直美, 山田 美穂

Building Partnership with Family Claiming Distrust to Nursing :  
A Case Report of Patient Returning Home with Respirator

FUKUYAMA Naomi, HORIBE Miho, OOTA Hiromi,  
FUWA Naomi, YAMADA Miho

キーワード：家族看護、パートナーシップ、退院支援

Key Words : Family Nursing, Partnership, Discharge Support

要旨

神経難病患者は、病状の進行状況は異なるものの、身体機能が徐々に低下し、さまざまな機能が減退する。そのような療養環境のなかで家族は現状を受け止め、患者を介護していかなければならない。今回PEG交換目的で入院してきた神経難病患者が、汎発性腹膜炎を合併し、緊急手術となり、家族より医療不信を訴えられた。またこの患者は、病状が進行し人工呼吸器を装着することになった。この状況下において、日々の看護行為を通して信頼関係を取り戻し、在宅へ戻ることができた経過をまとめた。手術直後、家族はPEG交換時の合併症に対する医療不信と、呼吸機能の悪化に伴う人工呼吸器装着を受け容れることができなかった。看護師が統一した看護技術を提供したこと、患者・家族の意見を尊重しながら看護師の意見も伝えてケアしたこと等により、家族と医療者が理解し合え、信頼の回復に繋がった。さらに看護師は、家族支援には、家族の患者が進行する病状を受け止めなければならない思いを理解することと、家族のこれまでの介護を労い、これからの介護方法を家族の意思決定を尊重し一緒に考え支えることが必要だと学ぶことができた。くわえて家族には、看護師の専門性を理解してもらうことができた。これらより、家族と医療者がお互いを尊重しあい、協働することでパートナーシップを築くことができた。今後もお互いに尊重する心を持ち、患者・家族が安心して療養できる環境を整え、信頼関係を築けるように努力したい。

I. はじめに

難病疾患を介護する患者家族は、いつ病状が進行す

るかに脅かされ、不安を抱きながら介護を行っている。病状の進行に伴い現状を受け止め、介護方法を変更し、それに伴い家族の生活形態の立て直しを余儀なくされ

ることもある。今回、胃瘻交換後に汎発性腹膜炎を合併し、入院中に人工呼吸器を装着して、在宅に移行した患者の看護を経験した。入院当初は合併症と医療者の言動に不信を抱いた妻であったが、医療者の日々の処置やケアのなかで信頼を回復し、医療者と共に患者をケアし在宅に帰るといった一つの目標に向かって協働することができた。中野 (2006, pp.25-26) は「パートナーシップで重要なことは、異なる立場の者がお互いを尊重し、目標を共有化し、具体的な課題を協働して解決していくことであり、パートナーシップの考え方では、双方の一定のコミットメントによる参加が不可欠である」と述べている。病院では、家族は患者に付き添う、簡単な身の周りのお世話をし、洗濯をする、医師と患者の治療の件で説明を受けるといった、これまで慣習のような家族の役割を医療者が決めていたように感じるところがある。たとえば、家族が清拭を手伝いたいと言われても、手伝わせてはいけないとお断りしたことがあった。サービスや看護ケアの一端であるため患者の状態にもよるが家族の医療参画を考えると、看護師は家族の気持ちを尊重し家族が無理なくできることを考え、判断しお願いすることが必要である。今回の看護では、パートナーシップの基盤となる“お互いを尊重すること”すなわち信頼を回復すること、看護を認めてもらう努力が先ず必要であった。努力したことは、医療不信を抱いた家族への対応と、患者の今後の病態に不安を抱く妻や家族へ日々の看護の積み重ねを観てもらったことであった。その結果、家族から信頼を得ることができ、共に在宅に帰るといった目標を共有し、お互いの役割を理解し、尊重することができ目標が達成できた。妻と医療チームとのパートナーシップを構築することができたので経過を報告する。

倫理的配慮としては、妻に電話で研究目的等を説明し、研究対象となること、研究のために診療録を閲覧すること、匿名化を前提に研究を公表してよいことの下承を得た。なお、個人が特定されないよう、記述にあたっては情報を一部改変した。

## II. 事例紹介

### A. 患者紹介

50歳代男性。現疾患は多系統萎縮症。日常生活状況は寝たきりであり、体位変換・車椅子の移乗などは全介助。食事は経口摂取困難で、胃瘻より経管栄養が行われていた。排泄は尿失禁でオムツ交換、排便は胃瘻から下剤の投与によりコントロールを行っていた。清潔・更衣などは全介助。自己痰喀出は困難であり、妻の吸引により気道内分泌物の除去が口腔・鼻腔より行われていた。また口腔ケアにおいても、妻がブラッシングとふき取りで行っていた。患者とのコミュニケーションは、声かけに伴う患者からのアイコンタクトに

よる非言語的コミュニケーションが主で、あ～、う～、と口唇の動きで長年連れ添った妻が理解できるものであった。在宅介護において痰による気道閉塞はなかったが、病状は徐々に進行しており人工呼吸器装着時期が近づいていた。

### B. 入院中の経過

2006年4月、1泊2日の予定で3回目の胃瘻交換目的で入院した。しかし、翌日汎発性腹膜炎を合併し、緊急洗浄ドレナージ術が行われた。汎発性腹膜炎に対し、主治医より「内視鏡の結果、胃の中に管が入っておらず、外科的処置が必要」と説明。外科医師からは汎発性腹膜炎に近い状態となっていること、手術の必要性、麻酔とリスクについて当院で統一された同意書を基に家族へ説明された。手術前、息子から主治医に「これまでの治療については感謝しているが、現在の状況に対しては誠意をみせてほしい」との言葉があった。術後の経過は良好であったが、呼吸状態悪化し、人工呼吸器が装着された。現疾患の病状が進行してきたこともあり、呼吸器からの離脱は困難と判断され、気管切開術が行われた。呼吸状態安定後、在宅人工呼吸器に交換。再度、経皮的内視鏡胃瘻造設術 (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: 以降PEGと略す) が行われ、合併症なく7月退院した。

### C. 家族背景と介護内容

患者は妻と長男の3人暮らし。長女は結婚し産後間もない状況である。主な介護者は妻であり、長男は中学校教諭で夜遅い帰宅であった。妻は、入院前より経管栄養や痰吸引、清潔援助、更衣、体位変換、ベッドサイド端座位の介助と車椅子への移乗などを行っていた。また、訪問看護を月曜日から金曜日まで週5回受けていた。妻は、治療方針を納得するまで医療者に確認し、看護ケアや気管切開管理について医学書を購入し、インターネットで検索するなどの行動力や理解力があった。長男がキーパーソンであり、医師からの説明があるときや、家族からの疑問、訴えや要望があるときのみ医師との話し合いのために来院し、家族の代弁者となっていた。

## III. 看護過程の展開

家族の言動に変化のあった時期をアセスメントし、入院から退院までを3つの期間に分けた。それぞれに看護目標を上げ、計画を立案し実践した結果を述べる。

A. 第1期：胃瘻交換後、汎発性腹膜炎を合併し、術後当病棟に転入し、人工呼吸器を装着するまで

#### 1. 家族の状況と言動

<神経内科病棟において医師から内視鏡の結果を説

明後>

妻「日赤とは変な関係になりたくない。でもどこにその怒りをぶつけたらよいか判らない」

<術後ICUでの面会時>

尿の排出、胃管からの排液の性状などについて、妻や娘は主治医にいろいろ尋ねている。

娘「胃瘻交換前と表情がずいぶん違う。表情が硬いが手術によるものでしょうか」(表情硬く、強い口調で質問している)

(腕を組みモニターや薬剤を見ている)

娘「負けたらいかんよ、入院する前の状態になって帰ってこないかんよ」と涙を流しながら患者を励ましている。

妻は肩を落として泣いている。

<当病棟転入後>

長男「緊急手術の同意書では、危険性のところに“稀”という表現をしている。私は教員をしているので言葉には気をつけているが、稀ということが医療現場であってよいのか」「これ以上父の身体に傷をつけたくなかった」「今回の件により、母の二次的負担が増した」「妹は出産後間もないため、精神的にまいっている」

妻「(夫の身体に傷がついたこと) 本当に悔しい思いです」

<外科回診後>

妻「部屋の中で、位置が悪いとかどうとかと言っていましたか。あなたはどう思いますか」

「先生は創(PEG抜去部)を何て言っていましたか」

妻は、医師より回診後説明を聞いていたが、再度疑問や不安を看護師に聞きなおしていた。さらに、昼夜患者に付き添い、看護師の言動や処置行為を凝視していた。

## 2. アセスメント

a. 合併症に伴い家族は医療者に不信を抱き、医療者の一語一句に敏感になっているため、言動に注意することが必要である。

b. 医療者が行う処置やケアを家族に信頼してもらうことが必要である。

c. 家族の言動を注意深く聴き、対応することが必要である。

## 3. 看護目標

看護ケアの統一と家族への傾聴

## 4. 看護計画

a. 家族からの病状についての疑問や訴えに対しては、曖昧に答えず医師から説明するように調整する。

b. 全身清拭・体位変換など看護ケアは、必ず二人で行う。

c. 妻の言動、表情を注意深く観察し、看護師から妻に声かけをし、妻の思いを引き出せるよう傾聴する。

d. 看護記録には患者の状態を詳細に記載する。看護記録とは別に家族の言動や反応を記録し、医療者間の言動の統一をはかる。

e. 毎朝夜勤者は、患者・家族の状況を報告し、スタッフ全員が現在の家族の心情を把握できるようにする。

## 5. 結果

a. 妻は、病状についての疑問や訴えについては看護師に質問してきた。たとえば胸水が溜まっていたことに対し、レントゲンの検査を行ったが、看護師へ妻が「CTの方がよくわかるのではないですか。なぜレントゲンを撮るのですか」との質問があった。看護師はその旨を医師に伝え、速やかに説明してもらった。妻は医師には「わかりました」と伝えていた。また医師の説明が分からなかった場合は、看護師から補足説明をすることにより理解できたと話していた。家族からの病状の疑問については、医師から速やかに説明できるように調整したことで、必要以上の不安・疑問を抱かせることなく対応できた。

b. 妻は、看護師の行う処置に対し、夫にきちんとしたケアを行ってもらっているかと言わんばかりに食い入るように見ていた。そのような状況のなか、看護師は2人で処置を行うことにより、過度な緊張感をもつことなくいつも通りのケアが行うことができた。ときには寝衣交換時、妻より「寝巻きを換えるにもコツがあるのね。家では寝巻きを着せるのが大変だったけどスムーズね」という発言があった。

c. 看護師から妻に「疲れていませんか」「夜は眠れていますか」と積極的に働きかけた。妻は「(夫の)痰が気になり、なかなか眠れない」「今日は(夫の)熱がなく穏やかでほっとしています」と患者の様子と妻の気持ちを話してくれた。これらの発言に対し、看護師は労いの言葉を伝えることができた。労いの言葉がけができたためか、妻が看護師を頼ってもよいという反応があった。妻より「お風呂に入ってきてもいい？」との要請に対し、看護師は「お父さんを観ていますからお風呂に行ってください」と声をかけた。さらに、妻より「私にも気を配ってくれる。お父さんを見ていてくれると言われて安心できました」という言葉を聞くことができた。

d. 些細なことでも妻からの不安の訴えや、体位変換時の身体の詳細な位置・口腔ケアなどの日常生活援助などを別の記録用紙を用いて活用したことは、各勤務時の患者・家族の状況把握を容易にして、看護師の誰もが同じケアを提供し、言動に注意することができた。妻からは、看護師によって行為や言動が違うといった発言はなかった。また「家だといろいろ心配事も出てくるけれど、病院だとたくさんスタッフがいるから安心です」という発言もあった。

e. 1日1回患者・家族の状況について情報の共

有を凶ったことにより、担当看護師以外のスタッフも現況把握ができた。これにより、ナースコールや家族からの質問においても、担当看護師を介さずに、誰でも対応でき、困ることはなかった。

#### 6. 評価

a. 患者の変化や妻の不安・疑問が担当医師や関わるその他の医師に迅速に伝わることにより、妻や家族に医療チームとして、患者を観ることができていることが伝わった。

b. 看護師2人で処置を行ったことは、妻に、より安全で安心を与えることに繋がった。

c. 看護師からの労いの言葉がけをしたことにより、妻が現在の自分の気持ちを吐き出したこと、また看護師は、妻に気持ちを話すことによりお互いに近づききっかけとなった。

d. 統一された看護技術や知識の提供により、妻が医療者を受容する言動に変化した。

e. 担当看護師以外であってもスムーズな対応ができたことは、家族に安心感を与えることができた。

### B. 第2期：人工呼吸器装着～気管切開術施行まで

#### 1. 家族の状況と言動

家族は、患者の病状の進行を受容し、人工呼吸器の装着を決断しなければならなかった。さらに気管切開術をすることも決断しなければならなかった。

妻は「このまま死んでしまっても、私や家族は納得できない。管でも何でもやって、悔いのないようにしたいと思う」（気管切開術前）、「挿管チューブと気管切開術との違いは何ですか。挿管チューブを抜くとまた、痰つまりが起きますか」と訴えられ、妻は気管切開術に抵抗を感じている様子であった。「PEG交換の合併症がなければ、呼吸器装着や気管切開術を受けなくてもよかったのに」とも訴えられた。また、人工呼吸器が装着されたとき「これでよかったのか」と思い悩んでいた。

#### 2. アセスメント

a. 病状的には人工呼吸器装着の時期であったが、家族は予想外の突然の出来事に直面し危機的状況にいる。家族は、人工呼吸器装着に至ったことについて、病状の進行のためか、汎発性腹膜炎により病状が進行したのか納得しがたい状況である。

また、患者が痛い思いをすることが妻にとって辛いことであり、妻の心にも傷がつくことを考えて、妻に対する精神的ケアが必要である。

b. 医療者は妻や家族の思いを受け止め、家族の決断に対する支援をすることが必要である。

#### 3. 看護目標

コミュニケーションを密にして家族が人工呼吸器装着を受容できるよう支援する。

#### 4. 看護計画

a. 気管切開術前、妻の人工呼吸器装着や気管切開術に対する不安について傾聴する。また、日々の患者の状態については、妻から聞かれる前にケア終了ごとに伝える。

b. 妻の要望に応え、口腔内洗浄・吸引を行ってもらう。清拭など看護ケア場面を活用しコミュニケーションをはかる。

c. 看護師から気管切開術を行う耳鼻科医師に患者の経過を報告し、主治医から、家族に気管切開術の必要性が説明された内容について、医療者間の言動の統一をはかる。

d. 病状に変化があると、妻は必ず汎発性腹膜炎を合併したことに立ち戻っていたことに対し、看護師は傾聴し、気管切開術後の人工呼吸器装着に対する不安・疑問に対応する。

#### 5. 結果

a. 妻より看護師に繰り返えされる質問があった。たとえば気管切開術を受ける前、妻より挿管チューブ抜去に伴う痰による気道閉塞や気管切開術後のカニューレ管理の不安について、看護師は「挿管チューブでは、常に口を開いたままであり患者は辛く、長期にわたると挿管チューブが痰で閉塞するなどリスクも伴ってくる。気管切開術では、手術となり痛みは局所麻酔で軽減され、気管カニューレの構造により、カニューレが閉塞しないように内筒を洗浄することができる。しかし、手術は患者に負担がかかり辛いことである」と説明した。また人工呼吸器装着状態がイメージできるように、看護師は「人工呼吸器装着により患者の呼吸を助け、結果的に患者の呼吸が楽になる。挿管チューブが取れたら患者の表情がよくわかるようになる。さらに、これまで経験した痰詰まりによる患者自身の気道閉塞への恐怖がなくなり、妻の在宅でのケアが行いやすくなるのではないかと説明した。何人もの看護師より同じような説明を受け、妻なりに理解していた。第1期の時点では、看護師は患者の状態を妻より聞くことが多かったが、看護師より妻へ、ケア終了毎に検温時はバイタルサイン、呼吸音、SpO<sub>2</sub>、患者の看護師に対する表情や視線の変化、痰吸引時の痰の量や性状、清拭時は皮膚の状態、褥瘡の有無、創の状態などを伝えた。これにより、妻からの疑問や不安の訴えが減った。

b. 看護ケアで多くの時間を妻と共有した。看護ケアとコミュニケーションより、在宅で妻が行っていた痰吸引、口腔ケア、清拭後の皮膚保湿のためのローション使用、妻が車椅子へ移乗していた介護内容を知ることができた。また、患者が発症前、仕事熱心な銀行員であり、休日には家族との時間を大切にしていた父であったことを知ることができた。さらにケア毎に妻は「お父さん」と声をかけながら反応を常に気にしていること、妻と患者の顔の黒子が同じ位置にあること

を喜びながら自然に話してくれ、妻の患者への思いの深さをも知ることができた。

c. 看護師から耳鼻科医師へ患者の経過と家族の心身の状況を情報提供したことで、医師は言動に注意し、妻からの質問や不安に対応できた。

d. 妻が、人工呼吸器装着と気管切開術を受ける事の決断に対し、看護師は「人工呼吸器をつけることにより呼吸が楽にできてよく眠れるようになりましたね。これまで痰が出せずに苦しく恐い思いをしていたのではないのでしょうか」と伝えた。妻は「ああそうね」と、うなづきながら患者を見守っていた。さらに看護師は、患者の状態を気管切開術前と比較して、表情や呼吸状態が穏やかになっていることを妻に説明し、「辛かったけど気管切開術の決断は間違いではなかった」と率直に伝えた。妻より「気管切開術を受けてよかったのですよね」と確認の言葉が返ってきた。

## 6. 評価

a. 人工呼吸器の装着や気管切開術を受ける予想外の出来事に揺れ惑う妻に対し、看護師が専門的視点を加えながら説明したことは、妻に予測ができるリスクに対し、対処できる手段として将来をイメージすることに繋がった。さらにバイタルサインや、呼吸状態、褥瘡好発部位等を専門的な視点で観察したことを、看護師のアセスメントを加えながら妻に伝えたことは、不安の軽減に繋がった。

b. 看護ケアを通し、妻と多くの時間を共有したことでコミュニケーションを深めることに繋がった。

c. 耳鼻科医師へ事前に情報提供を行ったことは、医師と患者・家族間の信頼関係を築くことに繋がった。

d. 妻の気持ちに根気よく付き合い傾聴したことは、妻が人工呼吸器の装着と気管切開術の受容に繋がった。看護師の専門的視点で気管切開術を受け、人工呼吸器を装着した患者の呼吸状態や表情の変化を妻に伝えたことは、夫が気管切開術を受けたことに間違いがなかった妻の判断を支持することに繋がった。

## C. 第3期：在宅人工呼吸器への移行とPEG造設から退院まで

### 1. 家族の状況と言動

妻は、娘と孫とで1時間ほどの外出をするようになった。

妻は「病院では、経管ボトルとルートの消毒はどのようにしていますか」「新しい呼吸器にしてもらって先が見えてきました」という発言があった。入院まで在宅で行っていた痰吸引・経管栄養は、妻が自らやりたいと希望があり、行うようになった。また気管内吸引や気管カニューレ・人工呼吸器管理について疑問を看護師に積極的に聞き、医学書を購入し学ぶ姿勢があった。

## 2. アセスメント

a. 合併症なくPEGが行われ、在宅人工呼吸器に移行できたことにより、妻は「よかったわ」と安心し、入院からこれまでの過程において、医療者に患者のケアをまかせることができるようになった。

b. 妻が在宅人工呼吸器ケアと気管切開孔からの吸引を積極的に学ぶ姿勢より、在宅療養への受容ができたと判断し、退院支援が必要である。

## 3. 看護目標

a. 妻は在宅人工呼吸器管理を習得する。

b. 妻が自信をもって在宅介護できるよう退院支援を行う。

## 4. 看護計画

a. 全身清拭や洗髪等看護技術を指導する。妻が在宅で行っていた経管栄養・内服管理・吸引については妻の希望を尊重し、行ってもらう。

b. 気管からの吸引、気管チューブの内筒交換、アンビューバックの操作など、妻が納得し自信をもつことができるまで、何度も繰り返し看護師と一緒にを行う。

c. 退院支援看護師と連携をはかり、介入を依頼する。

退院支援看護師は自宅での準備（必要物品の購入、部屋の配置）、自宅に戻ってからの支援（退院時共同指導の調整、在宅呼吸器の説明会の同席、救急時、災害時の支援・相談）、自宅に戻るときの支援（救急車の手配と医療者の同乗）、を主に行う。

## 5. 結果

a. 妻は、看護技術を積極的に学び、習得することができた。妻より「寝巻きを換えるのにもコツがあるのね」また「刺激を少なく効果的に気管からの吸引をするためにはどのようにすればいいの？」という発言があったときは、ケアのコツを指導した。便が漏れた時等妻一人で、寝衣やオムツ交換を行うことができていた。妻より「家では一人でやらなきゃならないから、ここでも一度は経験しておかないとね」という発言があった。

b. 妻は、気管チューブの内筒をロックするとき、初めは「恐い」という発言であったが、「やってみるから見て」という発言に変わり習得できた。

c. 妻は、退院支援看護師に在宅ケアに関する数多くの経験を聞くことで、具体的な介護生活の支援になった。

d. 妻は6月中旬ごろより外出し、在宅の準備を計画的に整えた。

## 6. 評価

a. 妻が、これまで在宅で行ってきた経管栄養、内服管理、痰吸引を実際に行ってもらい、それが間違いでなく、正確に行われていることを看護師が認めることにより、妻の自信につながり、看護師の指導がス

ムーズに受け容れられた。看護ケアを通して妻に看護技術を見てもらったこと、コミュニケーションのなかでケアのコツを妻に伝えることができたことより、看護の専門性を認めてもらうことに繋がった。

b. 在宅人工呼吸器に交換後、妻の積極的な看護ケアへの参加は、夫の身体に傷がついたという辛い思いに折り合いをつけ、これまでの介護に新たなケアが加わったことへの受け容れができた。

c. 退院支援看護師の介入は、妻の在宅への不安や疑問に対応でき、退院支援が円滑に進んだ。

d. 妻が外出するようになったことは、医療者を信頼でき、看護師に任せても大丈夫という気持ちに変化したと判断できる。

#### IV. 考察

##### A. 統一した看護技術の提供と家族への傾聴について

第1期では、PEG交換時の汎発性腹膜炎の合併症から、妻や家族が抱いた医療不信は大きく、まず医療者を受け容れてもらう必要があった。一度壊れた信頼関係を回復するには、その行為の毎日の積み重ねを見てもらうことであり、妻の思いに近づくことができるような対応やコミュニケーションが必要である。しかし、当初、妻は看護行為にも不信を抱き、ケアの一部始終を凝視していたため、アセスメントaのごとく家族が医療不信を抱いていると一言で括ってしまい、看護師は失礼がないように、間違いがないようにという思いが強く、妻や家族の辛い思いに対して深く考慮しアセスメントが充分でなかったことは否めない。妻の思いを考えてはいるが、清拭時など看護ケア時には妻と看護師のお互いが常に緊張状態にあったといえる。看護計画bの対応で、まず看護ケアを見ていただくことで、結果的には寝衣交換時「寝巻きを換えるにもコツがあるのね、家では寝巻きを着せるのが大変だったけどスムーズだね」という発言より、妻の看護ケアに対する考え方が変化し、看護師に信用をおいてくれるようになったと考える。丁寧な看護ケアを通して、看護の専門性を妻に理解してもらうこととなった。さらに看護ケアを提供する前に、前回のケアの見直しと今回提供するケア内容の確認を行うなど一貫した看護ケアを提供したことより、妻に安心感をもたらす情緒的なケアもできたと考える。看護ケアを通じ、妻とコミュニケーションが徐々にとれるようになり、妻から患者のことを多く聴くことができるようになった。妻や家族の苦悩を知り、さらにこれまでの介護を妻から聞くことで、患者と家族は共に大切な存在であり、介護する側とされる側を問わず互いに支えあっていることに気づき、患者をケアすることは同じように妻もケアしていることと学ぶことができた。妻は疑問を感じたら直ぐに看護師に質問をした。看護師が妻に対し、治療的なこと

や現状で医師からの説明が必要と考えたときは、速やかに対応したが、妻が求めていたのは専門職としての看護師の意見であったと考える。それに答えることで、妻は看護師の立場を認めてくれるようになった。このことは野嶋(2006, p.10)の言う「患者・家族の信頼関係の基盤には看護職としての知識や技術が必要である」ことに通じている。看護計画cとその結果cより、些細なことだったのかも知れないが、妻の言葉より常に緊張状態にある家族をリラックス・リフレッシュできる時間をつくるのが神経難病患者を支える家族の支援として必要である。

##### B. 家族と医療者の人間関係の成立とともに、家族が病気の進行と呼吸器装着の現実を受容する看護師の支援について

第2期では、家族は人工呼吸器が装着となった患者の病状の進行を受け止めなければならない辛い現状となった。看護師は、受容と葛藤の狭間にある家族の気持ちに根気よく付き合った。妻は何度も同じような内容を看護師に質問したのは、答えを求めているのではなく、一緒に考えてほしい、同じ気持ちを分かち合ってもらいたいと看護師に話すことで納得し、受け容れようとしていたと考える。野嶋(2005, p.18)は「看護者は家族と共に迷い、家族の不確かさを共有し、緩和できるように添っていく必要がある」と述べている。看護師は、看護行為を通して患者家族と多くの時間を共有している。この時間のなかで家族がどのような思いを抱き行動をとっているのか解釈し、それを受け止めていかななくてはならない。妻から看護師に繰り返し質問された、挿管チューブ抜去による気道閉塞のリスクや気管切開術後の管理について、看護師が専門的視点で答えたことは、病状の進行による将来の不確かさのなかで生活する妻を理解し、妻が生活を立て直していくことができるような支援ができたと考える。さらに患者と痛みを共有している妻を思いやりながら、自分の家族ならと考え、応える姿勢が必要である。可能ならばこの辛い状況から逃げ出したい思いがある妻に対し、看護師は「人工呼吸器装着により患者の呼吸を助け、結果患者の呼吸が楽になる。挿管チューブが取れたら患者の表情がよくわかるようになる。さらに、これまで経験した痰詰まりによる患者自身の気道閉塞への恐怖がなくなり、妻の在宅でのケアが行いやすくなるのではないかと見方を変えた答え方をした。現状に困惑している妻にとって看護師の発言は、妻が人工呼吸器装着や気管切開術を決断した支えとなり、妻が現状と今後を受け入れていく療養生活の支えになったと考える。医療チームのなかで患者家族に一番近い位置に存在し、支援できることは看護の独自性の一つであると考えられる。

### C. 家族と医療者の信頼関係に必要なことについて

第3期では、妻は患者の病状が安定してきたことより、早く患者と共に家に帰りたいという思いが強くなった。医療者も患者の病態および家族の介護技術の習得状況より、在宅療養に踏み切ることができ、同じ目標をもつことができた。妻は第1期からいつも率直で思ったこと感じたことを看護師に伝えてくれていた。看護師もそれに応えるように対応をしてきたことより、互いに正直な気持ちでコミュニケーションがとれるようになった。急性期では、医療処置や看護ケアが医師や看護師により行われ、実際家族が患者に行うことができるケアは限られてしまうが、患者の状態が安定し軽快してきたら、医療者は家族にケアの役割を移譲し、その方法を家族と共によりよいケア方法や支援を考える必要がある。

在宅への移行では、家族が呼吸器管理やそのケアに不安を生じ自宅に帰ることに躊躇され、在宅指導が進まないことを筆者は経験している。しかし、ここでは妻は患者を家に連れて帰りたいという思いが強かったこと、妻が50歳代と若く、人工呼吸器管理についても積極的に参画する行動力があつたことで、在宅ケアを行う妻の覚悟が既にできており、この段階での苦労はなかった。既に妻は自宅に帰るために必要なことを看護師に聞くことができており、そのためには何を準備し、どのような技術を習得すればよいかを考えることができ、医療者もその役割が明確であった。医療者は、患者が安全に安心して在宅療養を送るために必要なことは何か、妻が患者を介護するための指導は何か、これまで妻が行ってきた介護に対し、労いと敬意を払うことを忘れることなく、これからどんな支援が必要であるかを考えることができた。妻からの「痰吸引のコツは何ですか」と在宅で必要な医療行為に対する質問を看護師に聞く場面が多くあり、妻の積極性と行動力に突き動かされたことは確かであるが、私達医療者を信頼し立場を認めパートナーとして尊重してくれたと

考える。本来なら逆で、医療者が家族の役割を理解しパートナーとして関係を築いていかななくてはならないのだが、お互いに立場を認め合うことはどちらが先で後とは考えないのかもしれない。医療者は、病院における家族の役割を、面会する、付き添うという概念から変換し、家族と医療者は患者を取り巻く一員であり協力体制=パートナーシップとして構築していくことが必要である。

## V. 結語

- A. 家族の権利や意思決定を尊重して支援することが大切
- B. 看護師の専門性・独自性を患者・家族に理解してもらう努力が必要
- C. 医療者と家族がお互いに立場を認め、敬意をもち続けることが大切

以上のことがパートナーシップを形成するためには重要である。

## VI. おわりに

お互いに尊重する心を持ち、患者・家族が安心して療養できる環境を整え、信頼関係を築くことができるよう努力をしていきたい。

### 引用文献

- 中野綾美 (2006). パートナーシップ形成に向けての家族の医療への参画-協同への支援. 家族看護, 4 (7), 25-29.
- 野嶋佐由美 (2005). 難病状態にある病者とともに生きる家族を支える看護. 家族看護, 5 (3), 12-19.
- 野嶋佐由美 (2006). 家族とのパートナーシップ構築の方略. 家族看護, 4 (7), 6-13.