

論 文

夫を亡くした妻とその家族への援助を考える

森谷 玲子・長村久美子・関口 優子

椎木香代子・島 麻里子・平林可寿子

(金沢大学医学部附属病院)

Care for the wife who lost her husband

Reiko Moriya, Kumiko Nagamura, Yuko Sekiguchi,
Kayoko Siinoki, Mariko Sima and Kazuko Hirabayashi
Kanazawa University Hospital

Abstract

Care for the wife who lost her husband [Introduction] We studied the family's grief process. The family depended on a dying patient economically and mentally. [Subject] The wife who lost her husband for Cholangio carcinoma. [Methods] We analyzed the nurse's record of this patient and interviewed his wife. [Results] While he was in the hospital, the wife experienced grief process. seven days later, after his death, the son participated in our interview expressed a distrust, anger against the previous hospital. fourteen days later, she talked to us she had nothing to regret excitingly and kept us off. forty-nine days later, she talked to us with a smile. From the result above, we thought she really accepted his death. [Conclusion] A wife who depended on her husband may have a general grief process. We should know a part of each families and their capacity to recover, so we can care for the family better.

Key Words

Grief process, Family

要 旨

患者への依存が大きかった家族が、患者の死後、どのような悲嘆過程を辿ったか一事例について明らかにすることを目的とした。胆管癌で死亡した患者の妻とその家族を対象とし、悲嘆過程について看護記録と死亡後の面談から分析した。その結果、妻は夫の入院中には予期的悲嘆を辿っていた。死亡後7日目、転院前の病院に対する不信感と怒りを表していた。死亡後14日目、気分が高揚して人を寄せつけない雰囲気で、夫に悔いなく尽くせたという思いを一気に話していた。死亡後49日目、看護婦の言葉を聞くゆとりがあり笑顔も見られた。以上より、妻は夫の死亡後49日目には受容の段階へ向かっていた。すなわち、患者への依存が大きい家族であったが49日目までには一般的な悲嘆過程を辿っていた。家族それぞれの役割を知り危機対応力を見定めることでその家族への人的資源として看護婦の存在を示すことができる。

キーワード

悲嘆過程、家族

はじめに

家族を構成する一員が病み、死ぬということは、その家族全体に大きく影響する。終末期患者の看護

では、患者の入院から死に至るまでの家族への悲嘆へのケアが重要である。多くの家族の場合、さまざまなサポートを受けながら悲嘆過程を辿り、最終的

には患者の死を受容し、新しい家族役割形態を作っていくと考えられている。今回、患者である夫の病状の悪化に伴い、生活の全てが夫を中心に営まれていた家族関係が変化し、夫の死亡時には家族相互の結び付きが稀薄となり、サポート体制が判断されにくい事例を経験した。そこで患者の病状の変化に伴う夫人の状況と、家族構成員の力関係の変化を看護記録より分析し（表1参照）、更に患者の死亡後に家族と面談をもち、この家族が一般的な悲嘆過程を辿つていけるかを分析検討したいと考えた。

対 象

悪性腫瘍で死亡した患者の妻とその家族

事例背景 表2参照

〔この事例を対象とした理由〕

1. 患者が死に至るまでの夫人は、夫が死亡するまで夫の指示にて行動をとっており、自立性に乏しいため、死亡後の受容プロセスが見えない。
2. それまで患者主体だった家族が、患者の死亡時も父への言葉かけがなく、また、娘二人が精神疾患であることから、夫人をサポートする人がいるのか見えない。
3. 患者が入院中、息子は、挿管に至っても来院時にはゲームをしており、父との会話や取り乱す様子も見られず、家族役割形態が変化することについての自分の立場が理解できているのかわからぬ。
4. 家族役割形態の変化については、短期間で役割形態が変化し患者の死亡時には関係がバラバラになったと観察できた。（表1参照）

方 法

患者の死亡後の夫人の悲嘆状況、心理過程を明らかにするため死亡後7日目、14日目、49日目に面談しその内容を荒川¹⁾の4つの家族危機対応力①家族の人的資源、②家族の物質資源の確保状況、③家族の統合性、④キャリアの視点から分析検討した。面談時期は、鈴木²⁾の悲哀の心理過程を参考として設定し、訪問2～3日前に電話で確認し家庭訪問した。ただし14日目は書類の整理に来院の予定であったため病院内で面談した。なお、面談は、3回とも同一の看護婦2名とした。

結 果

1. 死亡後7日目

夫人の自宅に息子も訪れた。面談は息子の一方的な発言から始まり、転院前の病院への不信感と、父

親の病気から死までの過程において、怒りと後悔の気持ちと思い出を一気に話された。側で夫人は涙を流して息子の言葉を聞き、夫人も怒り、恨みの感情をあらわにした。さらに息子は今後の生活については、「母と同居した方が経済的にも楽だろうが、母と妻とのおりあいが悪いのでこのまま別居をつづける。子供が3人いて生活が大変だ」と述べた。夫人は悲しみを共有する息子に救われた思いとなつたものの、母へのいたわりの言葉かけもなく、同居の意思がないことを息子の口から聞き、夫の役割代行を委ねることが不可能なことを改めて確認できた。以上を危機対応力の視点から見ると、①②③が乏しい。

2. 死亡後14日目

病院に訪れた夫人のみと面談した。夫人は面談の初めから人を寄せつけないような雰囲気で声高に話し始め、看護婦が口をはさむ余裕がないほど高揚した状態で自分の思いを一気に話した。「やり残したことはない。尽くし切った。結婚した時からずっとつくしてきたし、なんも後悔しとらん」「毎日が手続きや書類の整理に忙しすぎて寂しさを感じる暇もない」「娘と一緒に毎日仏壇の夫に話しかけて手を合わせている」「自分も体悪いし無理できん」夫人のなかには、まだ生前の夫が存在し、仏壇のなかの夫と娘二人との生活が形成され、統合されていた。また、会話中には、息子のことは一切聞かれず、息子は人的にも、物的にも、キャリア的にも資源としては存在していなかった。以上を危機対応力の視点から見ると、①②は乏しく、③は保たれており、④は生前夫と共に、幾度もの危機を乗り越えてきたとすれば、それがキャリアとなり、仏壇のなかの夫と共に、夫の死という危機を乗り越えようとしていた。

3. 死亡後49日目

「全ての後始末ができ安心した。でもあの時もう少し早くわかっていたら。なんでわからんかったんやろう。解剖の結果は聞いてないけど、本当に癌やったんやろか」「近所にも夫をなくした人がいて覚悟はしていたが実際になってみるとわからんもんや」「死んでも毎日酒をあげていたが、1週間に1回にした。毎日あげると肝臓悪くしてしまうから」「娘は頭がおかしいし、毎日手つないで買物にいき、毎日のことを夫に報告しとる。夫の顔がその日によって笑ってみえたり、怒ってみえたり、泣いてみえたりするんや。悲しんでいる暇なんてないわ」「夫の年金で生活しているが生活は楽でない。食事は粗末なもんや。働きたいと思うけどこんな年じや誰もやってくれん」看護婦の言葉を聞くゆとりがあり会話中には笑顔をみせてくれたりした。この日、夫人が長女にお茶を

入れてくるよう指示したことで、看護婦は初めて長女と顔を合わせた。諸動作からは日常生活面でのサポートが必要な知的レベルだった。父の死に対しては、まだ実感がわかない様な反応で、夫人はそんな娘を心配そうに見ながら指示していた。生活の見通しに対する漠然とした不安はあるものの、仏壇のなかの夫と夫人と娘二人との生活を作りはじめようとしている時期であった。息子のことに関しては、夫人からは一切話されなかった。息子との面談も希望し3回依頼したが、仕事を理由に応じてもらえなかつた。以上を危機対応力の視点から見ると、息子は①②③④のいずれにも属さず、仏壇のなかの夫を中心とした夫人と娘二人の生活が構築され、統合されているようにみえる。よって、①②は乏しく、③は保たれ、④は14日目と同様ととらえた。

考 察

荒川¹⁾は、家族がこれまでどのような危機的事態に直面したことがあるか。そしてその事態にどのように対処してきたのか。経験のなかから身につけた、危機に対する姿勢や問題解決テクニックが豊富であり、十分に活用されるとき、家族はよりスムーズに危機のプロセスを経過できると述べている。今回の事で私達が当初気掛かりとなつたのは①③④であった。配偶者を亡くした夫人にとって悲しみ、不安、怒りなどさまざまな悲嘆過程を乗り越えて新たな自分を見出し、新しい生活を築いていくためには、その回復経過において悲しみを共有し、乗り越えてゆくエネルギーを共に養いおぎなっていくサポート者が必要である。悲しみの経験から積極的に回避する力を支え合うことは、新しいアイデンティティの早期確立につながると考える。そのためには同じ家族構成員である娘の存在は大きな存在位置を示すと考える。その娘二人が精神分裂病であることは、患者の死亡の約1ヶ月程前に、他科より移ってきた看護婦より知った。それまでは家族からの情報提供もなく、夫人と長男の面会が主体であり不思議に思っていたが『娘は家で留守番をしている』という言葉でさえぎられていた。娘二人が共に精神分裂病ということは夫婦にとって大きな衝撃であったと考えられる。キャリアとして「過去の経験の有無」より考えてみると、共に支え励ましあつたからこそ、その危機から乗り越えることができた。また2人で娘を保護してゆくことができたものと考えられるが、夫の死後その役割が夫人一人の身にふりかかるということは大きな心的負担もあり、生活への不安と共により大きな衝撃となり、悲嘆過程の回復に影響する

ととらえた。危機は通常4～6週間続き、良いにつけ、悪いにつけ一つの結末を迎えるので、危機介入は早期に行なうことが大切であるといわれている³⁾。夫への依存関係が強く悲嘆反応が長期的に続くのではないかと危惧していたが、面談からは、仏壇のなかの夫と夫人と娘二人での統合性が保たれ、共に支えあって乗り切っていく力が感じられた。しかし、現実生活において生活することに必死である今より、その緊張の糸がとぎれた時、家族危機対応力が乏しい夫人にとって容易に危機状態になりうる要素が多く内在しており、夫人の気持ちや感情を受けとめ支援していってくれる人が必要だと思われる。夫人にとって息子は人的資源としてはなりえておらず、3回の面談後も折りにふれ病棟に顔をだし『あんたらに逢いにきたんや』といって、しばらくの会話後に帰ってゆくことや、娘に会わせてくれたことより私達看護婦が夫人にとっての人的資源として位置づけられ、病的悲嘆への危機を回避し立ち直りへの支援に役立っているのではないかと考える。悲嘆過程の表出の仕方は、各個人によって、家族背景によって、大きく左右される。平山は⁴⁾、死の前後を通して悲しみの中にある家族を援助する感性を育てなければならないといっている。当事者である患者だけでなく、その人をとりまく家族構成員の変動、家族内の病みの状況を早期に取り込み家族をもケアする必要性を改めて痛感した。

ま と め

今回退院後の夫人と面談し心理過程を分析した結果以下のことが分かった。

1. 夫への依存が大きい家族背景であったが、49日目までの心理過程では一般的にいわれている悲嘆過程を辿つていいける力があると判断された。
2. 早期に家庭構成員の役割を知り、危機対応力を見定めることでその家庭に対する人的資源として看護婦の存在を示すことができる。

おわりに

本研究は、入院中から死亡後の面談によって情報を得て分析しており、その情報には制限があり、また、主観的要素によるものが多く、一般的な看護的視点をまとめることがむずかしい。しかし、今回患者の死亡後の家族に対する援助の在り方を検討できたことは有意義であったと考える。

引用文献

- 1) 荒川靖子：終末期患者の家族に対する看護、看護

- 研究, 22(4), 35~53, 1989.
- 2) 鈴木志津枝 : 終末期の夫をもつ妻の看護, 看護研究, 21(5), 23~33, 1988.
- 3) 小島操子 : 末期患者の近親者の悲嘆への援助, ターミナルケア, 1(6), 375~378, 1991.
- 4) 平山正美 : 死別した家族に対する援助, ターミナルケア, 4(4), 283~287, 1994.

表1 看護過程とリーダーの変化

	I期 PTCO挿入前 12.9~12.16	II期 PTCO挿入後~挿管まで 12.17~3.29	III期 挿管 ~死亡 3.30~4.28
患者の病態と心の動き	黄疸が出現しENBDトライするが不成功 PTCD挿入に変更になったものの医療行為に対しても 自覚的には腹溝や發熱による苦痛があるが、治療がうまくいく迄仕方ないと見え、自分なりに体位を変えるなどして苦痛の緩和をはかっていた	しだいに経口摂取不能となり腹溝嘔吐による苦痛の増悪。IVH マンドレルでも意識レベルにも変化をきたす 気弱になりNsに対して自分の思いを素直に表出するようになる。不安や苦痛を訴えながらNSが倒にいることをのぞんだ時期	挿管後呼名にかすかに反応するが意識レベル徐々に低下し死亡20日前頃より意思の疎通は全くはかれない。腹水貯留、全身浮腫著明。PTCD後より腹水に混じり膿液も流出するようになり皮膚のただれに著明
看護care (方針)	ADL 不足面の援助 苦痛の緩和 闇病意識が持続できるよう励ます	I期にひきつづき 苦痛の緩和を図る 共感し気持ちが表出できるよう努め Ptの側にいる時間を作るようにがけた。 夫人の支援	苦痛の緩和を図る 夫人のケアへの参加と心理的サポート
妻の状況	主治医より癌のムンテラ「本人には言わないでほしい」ショックだが自分が頑張ってゆかなければあまり面会に来なかつた。	病気のムンテラを申し伝えるも「私にはわかる」と拒否しききたくない。全部息子にまかせてある」と拒否し一度も面識とられない イライラをぶつけてくる夫にだまつて従う。夫の精神状態(緊迫した状態)が理解できないのか夫の指示したことのみを行い、夫のためになにか行うという行動には至らなかつた。	夫のために自分ができることとしてオムツの準備 室内の掃除、肌掛けをする等行っていた。毎日の訪問にかなり疲労の色が目立ち気持ちはよどりに対し実感が湧かない感じであった。 臨終まぎわになつても、「がんばって」との声かけしかかせず崩しまし続けていた。
リスクの危機モデル	新しいリーダーの確立と 家族構成員の変化	衝撃の段階 防衛的退行→承認→適応をいたりたり	死亡直後 夫人はありがとうといつてすぐ荷物をまとめて息子は父の死を知らせる連絡がおわれていた。娘2人は父への言葉がけもなく帰路につく。 娘は来院せず。だれ1人として涙をながす人はおらず別れの場面もみられなかった。

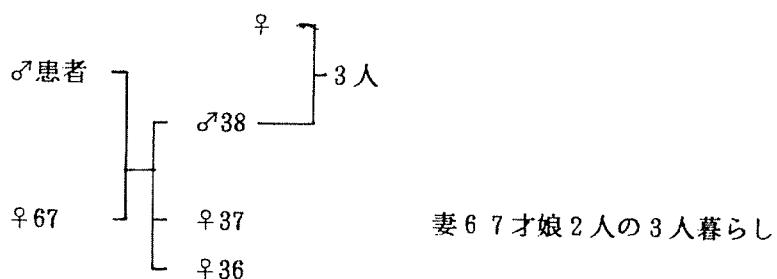
表2 事例背景

患者A氏 69才

入院期間 平成6.12.9～7.4.28

病名 胆管癌

家族背景



看護者からみた患者のキャラクター

人様には迷惑をかけれないという思いが強い人

頑固な面があり妻に対しては命令口調で指示し感情をストレートにぶつけていた。

看護者からみた妻のキャラクター

難聴のためか他者への配慮に欠けるような大きな声で割りとマイペースな形で話す。他患にも気軽に話しかけたりする。表情、言動からは感情が読み取りにくく理解力の程度がわかりにくい。核心にふれようとすると「私わからん」と逃げる。夫と息子の言葉には逆らわずに従っているが自分で判断し行動する力は弱いように感じる。

看護者からみた息子について

旅行会社勤務。結婚後同居するが嫁姑関係がうまくいかずすぐ別居。

嫁はほとんど面会なく死亡時も来院しなかった。経済的には子供が3人おり自分達の生活で精一杯。

「おやじはもうダメだ」というが病状変化に対して客観的に認識できていないのではないかと思えた。面会時は常にゲームをしてたり携帯電話をしていた。落着きない印象である。

看護者から見た長女・次女について

精神分裂病にて共に入退院を繰り返している。面会時の印象では長女は日常生活行動がやっと保っていられるかなという感じだが、次女とはまったく会話ができていなかが日常行動にも援助が必要と思えた。

家族全体の社会背景

宗教団体員。患者は造林業。夫人はパートで清掃婦をしていたが夫の入院後退職。入院中は弁当持参で来院し夕方帰路につく生活。金銭的には夫の年金生活。夫人の収入がとだえ生活は決して豊かでない。