

その他：秋田大学医学部保健学科紀要16(1)：61 - 71, 2008

## 看護に生きる家族ケアの体験

米山 奈奈子\*      加藤 郁子\*\*      木下 彩子\*\*  
 小玉 光子\*\*      佐々木 美和子\*\*      高倉 弘美\*\*  
 照井 菜央子\*\*      真壁 幸子\*      牟田 能子\*\*

### 要 旨

年齢も経験も異なる看護師による、家族ケアに関する事例について、それぞれがどのような体験をしていたのか、その体験の意味づけについて振り返りを行った。ここでは、担当した事例そのものよりも、看護師の体験に焦点を当てた。看護師はそれぞれ経験も年齢も異なるため、看護学生時代の経験も含めた。多くの看護師は、家族ケアに関する認識が高いとはいえなかったが、少ない情報や経験の中で、自分のできるケアを提供しようと努力していた。また、家族に向き合うことができず、家族ケアに消極的にならざるを得なかった事例では、何が関わりを困難にさせたのかを振り返ることができた。

### はじめに

看護師は、患者のケアを行う。入院していた患者が回復して退院し、順調な経過をたどって外来受診の頻度が少なくなれば、看護師は患者とともに回復を喜ぶことができる。しかし、そう順調な患者ばかりとは限らない。患者の回復経過は順調であっても、治療の過程において家族が重い負担を抱える場合や、家族関係に新たな問題や葛藤が生じるか、あるいは以前からの家族関係が病いによってさらに複雑困難になる場合もありうる。看護師のケアには、そうした家族のケアも含まれるのだが、入院期間の短縮化や看護師の人員不足によって、家族のケアが十分とはいえない状況が臨床場面では続いているといえるだろう。また、家族にも看護師に相談できるという情報や看護師の役割が知らされていないと、家族は看護師を活用することができない。

看護師にとっても、家族からの情報を患者への看護に活用できないことはマイナスになるはずだが、家族からの相談に十分に対応できるのかという不安や戸惑

い、あるいは様々な感情を家族からぶつけられて理不尽な思いをしてしまう場合もあるかもしれない。そういう『危険』にさらされるからこそ、看護師はもしかすると、家族との関わりを避けてしまい、関わらずに済むのならば関わらずに済ませたいという思いが強く働いてしまう場合もあるかもしれない。

看護においては、看護師の個人的な感情は表さないことが良いことと言われがちだが、看護師の感情に着目した武井は次のように述べている<sup>1)</sup>。

「自らの感情を語ることは、ある意味で看護婦の『恥』をさらすことのように感じられるかもしれませんが。(中略)けれども、感情の問題をくだらないと感じることから問題にしなければなりません。それは、看護婦が人間として大事にされていないということでもあります。」さらに武井は、「看護婦が人間として大事にされなければ、患者を人間として大事にすることはできません」とも述べている<sup>2)</sup>。

マクダニエルらは、専門家向けの医学的家族療法の教育に、医療者の技術の習得のみならず、自己の発達にも焦点を当てた。そして医療者の経験と患者家族の

\* 秋田大学医学部保健学科看護学専攻 臨床看護学講座

\*\* 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻修士課程

Key Words: 家族看護

語り

看護師

経験をつなぐことによって新たな次元が開かれたと述べている<sup>3)</sup>。そこで、看護師の家族ケアの体験のもとで、看護師はそのとき何を感じ、何を考え、どんなことを体験していたのかを振り返ってみた。こうした振り返りが、看護師個人の気づきや成長を促すのではないかと考えたためである。

## 1. 目的

現在、医療機関等に勤務する看護師の、過去の印象的な家族ケアの事例について振り返り、そのときどのようなことを感じていたのか、率直な語りを共有する。そして、その体験にどのような意味づけができるのかを、明らかにすることを目的とする。

## 2. 方法

A県内医療機関等で働く看護師に、研究の趣旨を口頭で説明した上で、2007年6月から8月の期間、家族看護についての体験を自由記載方式により書面で募った。それぞれが体験した家族ケアに関する印象的な事例を、それぞれの言葉で記述し、後日研究者らで読み合わせを行い、体験の意味づけについて自由討議による振り返りを行った。異なる看護師の経験したそれぞれの事例については、対象者に承諾を得ているか、または個人が特定されることのないよう仮名とした。また、体験記提供者の看護師についても、個人が特定されることのないよう仮名とした。

## 3. 結果

協力が得られた看護師は7人で、7つの体験記が報告された。看護師の属性はすべて女性で、年齢は20歳代から50歳代であり、経験年数、看護の専門領域も異なっていた。事例の呼称等については、対象者との関係性などとも関連すると考えられたため、それぞれの看護師の表現を尊重した。

### 事例1) 看護学生としての出会い

家族ケアという言葉から真っ先に頭に浮かんだのは、看護学生の頃、小児科病棟での臨床実習で受け持たせて頂いたダウン症候群患児とその母親であった。実習の対象は患児であったが、2週間に及ぶ患児との関わりは、母親の精神的ケアにつながったのではないかと考えさせられたからである。父親、母親共に30代前半であり妊娠中は特に異常無く、正常分娩であった。児は出生後にダウン症候群と診断され、小児科病棟に入院となった。

当時の私が、看護学生として患児に実際に出来た事は、バイタルサイン測定と初めての沐浴に加え、

母親とのコミュニケーションが中心であった。

実習1週目の母親の表情は暗く、言葉をかけても返答が少なかった。また、母親と患児とのコミュニケーションも少なかった。推測ではあるが、母親の態度からは、ダウン症候群患児を生んだ事への葛藤や看病による疲労が感じられた。実習では、母親の感情の表出を図りつつ、見守りを心掛けた。

2週目に入ってから、母親の口数が多くなった。母親との信頼関係が形成されたからだと考える。それと同時に、母親が患児を見つめては話しかける事が多くなった。恐らく、患児の受容が出来たからであろう。母親の表情が明るい方向に一変したのは、初めての沐浴を母親と一緒にいった時であった。「Aちゃんでも、お風呂に入る事が出来るんだね。やっとなお母さんらしい事が出来たよ。」という言葉が聞かれた。患児は、出生直後から、内臓疾患合併の為、経管人工栄養であった。母子の愛着形成に有効な母乳栄養を活用することが出来なかったのである。それだけに、初めての沐浴を通して、母親としての実感が湧いたのではないかと考えたからだ。

何故、家族ケアという言葉から真っ先に頭に浮かんだのがこの事例であったのか。それは初めて自分が役に立ったと感じられた体験だったからかもしれない。臨床実習先の病院に於いては、自分がおかれた看護学生の立場は非常に中途半端であると考えていた。病院スタッフにとってはただの看護学生であったとしても、受け持たせて頂く患者とご家族にとってはそうではないからだ。その様な中で、この事例を通して、自分は看護師になるのだという事をはっきりと自覚した。

また、未だに感じていることでもあるが、看護学生の頃は特に、自分のコミュニケーション能力に自信を持つ事が出来なかった。患児の母親との会話さえ当初は躊躇した為、自分に出来る事は無いと感じた。だが、患児が可愛くてたまらなかつたし、懸命に生きようとしている姿が愛おしかった。その思いを表出する事で患児の母親との会話が増え、信頼関係の形成に繋がったのではないだろうか。(R)

### 事例2) 向き合うことができなかった出会い

家族ケアについてふり返ってみると、私の臨床経験ではじっくり関わった事例はほとんど無いことに気づかされた。最初に勤務した病院では、複数の診療科を経験した。当時の私はその患者のケアに一生懸命で、患者の家族の事など考えもせず、問題意識すら持っていなかった。今になって振り返ってみると、家族構成などにも注意を払っていない自分が

おり、他のスタッフも同様であり、その当時のその病院では、家族ケアという概念も存在しなかったと考える。

その後新たな病院に移り、今度は泌尿器科と整形外科手術後のリハビリテーションが中心となる病棟に勤務した。癌の患者さんが多く、私の担当患者さんの家族は毎日病院に見舞いに来て世話をしており、多くが60歳代から90歳代のご夫婦であった。ベッドサイドの様子は、夫婦の歴史が伝わってくるような印象を受けた。病院が移転したために、交通機関を乗り継いで来ている高齢の家族にねぎらいの言葉をかけると、誰もが笑顔で答えた。その時に『ああ、皆患者さんに会いたくて毎日きているんだなあ』と家族の愛情を感じたものだった。むしろ微笑ましく、特に家族関係などに問題を感じることはなかった。

そんなある日、準夜勤務で出勤すると、病棟内が騒がしい。私のチーム担当の、認知症を併発した60歳代の男性が行方不明になっており、妻は部屋で落ち着かない様子であった。警察にも連絡したようだった。外は小雨が降り続いていた。きっと、自宅に帰ろうとしたのだろう。数時間後にその男性は、警察に無事保護され戻ってきた。裸足で雨の中を、何時間も歩いたその身体は冷え切っていた。私は無事に帰ってきてくれただけで嬉しかった。入院後間もなく、新しい環境で知らない人ばかりで、不安だったに違いない。それで、自宅に帰ろうととった行動だろうと私は解釈していたので、怒る気持ちなど全くなく、本人に声をかけながら身体を拭き、着替えを手伝い、温めた。

妻は元々高血圧症を持っていたが、入院後の落ち着かない様子の夫への心配で疲労の色が強く、その晩は眼も血走っていた。当然、血圧も不安定だった。きっと、『とても心配だったのだろうなあ』と思いつつ、妻へ声をかけ、その夜寝具を用意した。妻は、認知症の夫への戸惑いはある様子だったが、その夫のことを叱ったり、罵倒したりするような妻ではなかった。その後も妻は毎日面会に来ており、本人は徐々に落ち着いていった。訪室時には妻に声をかけ、夫に関する話から、他愛もない会話もした。妻には血圧測定等をして関わっていたが、その当時も自分の中では、妻への看護計画を立てケアを実施し評価をするという意識はなかった。

また、「別居している20歳代の息子が1人いる」と話していた、一人暮らしの50歳代の男性は、血尿が続いていると来院した時には、既に膀胱内に新生児の頭ほどの腫瘍が発見されていた。膀胱全摘出手術で回腸導管造設し、化学療法を行いようやく退院

した。その男性には、「数か月間、共に癌と闘った」という意識が私の中にはあった。時には叱咤し、時には励まし、だから退院となった時にはとても嬉しく、喜んだ。しかし、それほど経たないうちに再入院してきた。

私は彼の入院を知った時に、彼がもう退院できないことを悟っていた。表情には出さずに接していたが、前回の入院とは多くのことが違っていた。みるみるうちに状態は悪化し、腹部全体に腫瘍が触れ腸管は機能していない状態で、人工肛門の下まで癌が触れていた。中心静脈栄養を施行し入院生活を送っていたが、辛い疼痛や苦痛は薬剤にて落ち着いていた。「俺、便も出ないし、そのくせ、お腹は硬いし、なんでかなあ」と時々口にしてはいたが、私達も真剣にそのことについて答えることはなかった。息子さん時々来院していたようだが、特に家族と面談することもなく、その必要性も感じていなかった。どちらかという自分からはあまり話さない物静かな人だったこともあってか、息子さんの話はほとんど出てこなかったし、私もあえてそのことに触れようとしなかった。今考えると説明と同意が当たり前でない時代、最初の入院時に告知はされていたが、再入院時に予後等について説明されていたのか定かではない。また、それについて担当看護師の私も主治医に確認していたはずなのだが、肝心なところは明確には覚えていない。最初の入院と違い、死へと向かっている患者さんに対し、私は少し逃げ腰になっていたのかもしれない。日に日に悪くなる状態に不安を感じながら、多分、自分の死期が近づいていることを自覚しながらも、彼はそのことを私も含めスタッフの誰にも聞くことはなかった。また、看護者側からもそのことについて触れることもなかった。私が休みの日に彼は息を引き取ったが、担当した看護師がその時の様子を話してくれた。彼は「助けて!」と彼女の腕を掴んだそうだ。

その話を聞いて、今でも心残りがある。その当時、彼と話し、日常生活援助を行うこと以外に何かできることがあったはずなのに、未熟だった私は深入りすることを避け、そのままにしてしまった。亡くなった翌日出勤すると、まだ彼の遺体は病院内に安置されていた。了承を取り、病理解剖をしていたからだ。私はお願いして、お別れの挨拶をさせていただいた。彼の家族や親戚らしき人たちが来ていたようだが、会うことはしなかった。ここでも家族への関わりは希薄であり、とても家族ケアとは言えない。

ふり返ってみると、手術の説明なども『ムンテラ』と言われていた時代である。担当患者が高齢の方が

多かったこともあり、可能な限り同席していたが、医師が一方向的に話し「それじゃあ一通り説明したから、いいでしょうか」という感じだった。患者側も世代背景の影響もあったと思うが、自分の考えや意見を言う人は希で、多くが「先生にお任せします」だった。私はそのことに関しては反感のような違和感を持っていた。なぜ、自分の身体を切られるにもかかわらず、ただ「お任せします」と言えるのか？と常に疑問を感じていた。私は医師の説明の前に、手術の内容などについて補足し、「わからないことや聞きたいことがあったら、遠慮しないで先生に言って下さいね。私も一緒しますので」というように、たとえ高齢であっても自分自身の身体について自分で考えることができるように、と思っていた。そのため、問診に同席した時には必ず、本人が何も言わなければ、「〇〇さん、お話しわかりましたか？何でも聞いて下さいね」など意見を促していた。おりしも、癌患者への告知や医療現場における説明と同意や終末期ケアや家族ケアということ自体が、まだまだ当たり前でない時代である。個々の看護師が悩みながらケアをしており、事例検討会などで取りあげられるテーマにもならず、チームでそのことに関わるという体制ができていない時代のことであった。(S)

事例3) 人工肛門を造設した患者の家族との出会い  
皮膚・排泄ケア認定看護師 (Wound, Ostomy, and Continence Nurse) として人工肛門造設患者やその家族に関わる機会は多い。家族ケアを考えたとき、1人の家族(妻)のことが思い起こされた。

#### (1) 「断ることができなかった受診」への思い

数年前のことである。B病院のストーマ外来に、C病院でストーマを造設した夫が受診した。当時はまだC病院に入院中であり、妻とC病院の看護師が付き添っての受診であった。受診理由は、ストーマ周囲の皮膚の発赤増強、ストーマ装具の密着不良、頻回の排泄物漏れということであった。ストーマおよび皮膚の状況などを確認後、ケア方法を伝え、外来受診は特別な問題なく終了した。患者である夫は自営業であり、妻は主婦であるが経営管理に関与していた。子供たちは成人しており、他県に在住していた。

B病院のストーマ外来受診から数日後、突然妻が1人で私を訪ねて来た。そして、夫がC病院受診に至った経緯や、夫が入院してからの他人に言われぬ胸の内を号泣しながら語り出した。

要約すると以下のようなことである。

大きな手術になると予測した家族は、夫も含め最初からB病院を受診することで一致していた。明朝B病院受診という前夜、患者となる夫は友人である医師のD氏とそれとなく電話で話した。そこで思いがけずD氏から、「私のいる病院に来てみないか」と言われた。D氏のいる病院を希望して電話した訳ではなかった。「でも、D氏にそう言われたら、夫も私も断ることができなかった」と妻は話した。何気なくかけた1本の電話から、一夜にして翌朝D氏のいるC病院へ向かうことになってしまった、というのである。

妻は夫とD氏の間を詳しくは話さなかったが、大きな手術を予測して家族間で相談し決定したことを、一夜で覆す関係なのであるだろうか。私は、妻は自分の夫がC病院を受診したことを後悔しているのだと思った。そして夫もきっと後悔しているであろうと妻は思っているのだ。でもそれを夫の前で口にすることは、手術後の身体的侵襲を受けている夫に、心理面でよけいな負担を与えまいと夫を気遣って悩んでいるのだと思った。また、受診前夜、D氏の誘いを断れなかった自分や自分たち夫婦を責めて苦しんでいるのだと思った。

#### (2) 「夫が入院後の妻の心の内」と私の思い

「朝は何時に起きてあれこれして、それから入院中の夫の所に行って...。でも夫が一番辛いと思う。だから夫の前で私は弱音を言えない。夫のために気丈に振舞って自営の仕事もやらないといけない。想定外の病院だったし、こんなやりきれない思いを夫にも誰にも言えない」と話して妻は泣き続けた。

妻は、夫のことをいたわりながらも、夫の代わりに従業員を雇う自営業のことも考えなければならぬ生活になった。多くのストーマ造設患者やその家族は、臓器摘出というショックや、腹壁に造設されたストーマから排泄物が出てくることや、そしてそれを受け止める袋が付いてしまう、この見慣れぬボディイメージの変容に喪失感や無念感をもつ。

この妻の場合、子供たちは遠方で詳細な連絡が取りにくかったのであろう。親類の話もほとんど出てこなかった。また、当時入院中のC病院の看護師にも相談しているようには見えなかった。妻は他人に言われぬ胸の内を、夫が入院に

至った経緯も含めて、思いっきり吐露できる場所が欲しかったのだと私は思った。

予約もなく突然の来訪であったが、号泣しながら思いのたけを話した妻は、話し終えた後、ややすっきりした表情で帰っていった。

ストーマ造設患者や家族に関わることは多いが、ここまであからさまに胸の内を話されたことは私にとっても衝撃であった。夫はC病院に入院中であることから、私は手術前や手術直後の患者や家族の状況を知り得ない。しかし、ストーマに関して専門的に関わる人なら、患者や家族のやりきれない胸の内を理解してもらえるのではないかと思って私を訪ねてきてくれたのであろう。今回、妻は私に向けて思いを吐露することができたが、他の多くの家族達は、医療者から見えない家庭などで悲嘆の時期を過ごしているであろう。

私は妻の言動をあるがままに受け入れ、その時の妻の心に添うようにした。私自身は多忙な日々であるが、偶然にも幸いしたのは、突然の来訪にも関わらず、妻が悲痛な胸の内を話し続ける2時間を、電話などで一度も途中で中断させることがなかったことではないかと思っている。(T)

#### 事例4) 障がいを抱える子どもを持つ若い母親との出会い

ある母子が入院してきたのは、Eちゃんが生まれて数ヶ月後のことだった。遺伝性難病の診断がついており、哺乳困難のため経管栄養を実施していたのだが、筋力は弱く自発運動に乏しかった。疾患の説明は紹介元の医療機関で行なわれていた。母親は、妊娠中に内分泌系疾患を発症して加療中でもあった。転院した施設では哺乳訓練と併せて発達促進を目的とした母子への働きかけを通し、家庭での育児を安心して行なえるように援助を行なってきた。しかし、退院後突然に母子分離しなければならない出来事が発生したことから、私が看護師として関わることになった。その後の家族への介入を含めて、この事例を振り返ってみた。

##### (1) 入院から退院までの関わりから

Eちゃん(0歳)は、10代の母親と20代で会社員の父親、そして祖父母と同居していた。入院中は父親や祖父母の面会もあり、それぞれ療育に協力的であった。また、母方の祖父母は近くに居住しており毎日のように面会に来ていた。

母親は若いながらも身の回りの世話など育児には前向きな姿勢が伺われた。Eちゃんは経口哺乳量も増え、徐々に筋力もつき経管栄養からの離脱の可能性が感じられ、さらに表情や運動などの変化がみられてきたことが、母親の訓練への意欲につながっていたと思われた。更に、母親の姉は育児についての良き先輩でもあり相談相手となっていたことから、この頃の母親は不安を抱えながらも周囲の協力が十分整っており前向きに育児をしていたと思われた。しかし、私の中では「未熟である若い母親」という主観が先に立ち、看護師の立場からは「未熟な母親役割」への指導者の立場で母親に接していたように思う。

しかし、子どもの世話を一生懸命になっている母には、褒めて励ますことに徹した。当時の私は、遺伝性疾患について十分な知識がなく、この両親やその家族が疾患の説明を受け、どのように理解し受け止めているのかを把握するまでに至らなかった。医療チームとしても余り触れられなかった部分だったことは反省しなければならない。この家族が将来に向けて健全な生活を送るのに必要な知識を得られるような支援のあり方を持ち合せて関わるか否かが、その後の家族の関係性に深く影響するのだと、その後の出来事からも考えさせられた。

入院中は、「母親としての未熟性・幼さ」に焦点をあて、両親の疾患への理解を問うことは、かえって混乱させてしまうのではないだろうかという不安もあった。専門的立場で、心理的支援が十分行なえる知識と資源が必要なことだったと痛感している。

##### (2) 外来および通園での関わりについて

その後も外来では発達状況の経過観察を行い、保育のための通園を継続していた。1~2年ほどが過ぎた頃、経済的な理由で母親がパートタイム労働に出かけるようになった。併せてEちゃんの通園も欠席が目立ってきた。家族の役割が変化することで、家族関係が不安定になり始めた。母親の鬱憤もたまに語られるようになり、家族は危機状態に瀕していた。その後、母子が実家に戻ることになった。以前のように通園していた頃は、祖父母の支援や同じような障がいをもつ母親たちとの出会い、社会資源などが母親の養育姿勢を支えることになっていたのだと思う。しかし、特に父親が不安定な精神状態だっ

たこと、母親が勤めはじめたこと、母親が友達との時間を優先するようになっていったこと等から、それまでの養育姿勢が崩れていった。

ある日の出来事から、Eちゃんの児童相談所での一時保護が発覚した。養育の放棄に該当する児童虐待が疑われたようだった。保護後、母親も母方の祖父母も面会ができなかった。それは母親を育てた祖父母にも、虐待の原因を疑われたためであるということが、後になって祖母によって伝えられた。私たちがEちゃんの乳児期からこの祖父母に関わってきた中で、問題となるようなことが感じられなかったこともあり、この時の祖母のショックが痛々しく伝わり、祖母の訴えに耳を傾けるしかなかった。母親に対しては役割行動がとれるような教育的な働きかけをすすめ、以前のような親子関係・家族を取り戻せることを願った。更に、看護師としてどれだけ家族の擁護者になることができるのか分からないが、適切な情報を提供できるように家族単位でアセスメントすることの重要性を感じた。(U)

#### 事例5) 怒る母親との出会い

私が新人時代の出来事である。心疾患にて約1年近く入院中の患児の家族で、特に母親との関わりを通して感じたことを振り返っていきいたい。その患児(F)は予後不良であるということが、医師から家族へ既に話されていた。20歳代の母親は24時間Fに付き添っており、医師や看護師の言動や、ケアを行う上での手技等に敏感になっている状態であった。当時の私は、新人ということもあり、知識・技術面で未熟な点が多く、重症患児であったFのケアはチームスタッフとともに進んでいた。私なりに安全に仕事を行うために、自信の無いことはできないと言い、他のスタッフと共に行っていたが、この母親は、私の未熟な技術が気に入らなかったように思われる。

そんなあるとき、私が行った点滴時に、少量の空気が入ってしまったことが母親に発見された。もちろん、空気は患児に入る前に抜いたのだが、母親は私とその日のプリセプター・スタッフに対して、「点滴の担当はさんじゃない人にやってもらいたい」と主張してきた。

またあるときは、私が気管内吸引を行った後も啼泣が続き、なかなか呼吸状態が安定しなかった。Fは挿管中であり、もともと啼泣すると呼吸状態が悪化しやすかったのだった。母親は「Xさん、Fの吸引何回やったの?」と尋ねてきた。私が「1回じゃ

なかなか痰がとれなくて3回やりました」と答えると、「Fの事きちんと見てるの? Xさんのやり方に問題あるんじゃない?」と聞いてきた。後日母親は、他のスタッフに「Fの受け持ちにXさんをつけないでほしい」と訴えた。

この2つの例は一部であるが、母親は私に対し厳しい言葉をぶつけてきた。私はチームスタッフへ相談し、自分なりに悩み、考えた。母親は長期間付き添っていることによるストレス、Fの予後に対する不安やいらだち等がありこのような言動につながったのではないかと考えた。もともと知識や技術的に頼りない新人は目につきやすい。しかし、日勤でFを受け持たなかったとしても、夜勤に入ると自分のチームの患者を1人で看るため、母親の希望通りにFを看ないわけにはいかない。そこで、以下のような対応をしていった。

自分ができないことや不安なことは、1人で行わず他の人に見てもらいながら行うので私にFを任せてほしいと、チームリーダーと自分と両方から母親へ伝えた。

母親に質問され自信がないことは、はっきりと「今自信がなくて答える事ができないので後で調べて答えます」と伝えた。

自分がFに行おうとすることを、毎回ではないが母親へしっかりと話してから行うようにした。

事例で紹介したように、母親から自分に対する厳しい言動を聞いたときは「こんな辛い思いをするのだったら仕事をやめたい」「もうFと母親に関わりたくない」と思ったことがあった。その当時の正直な気持ちとしては、「Fはかわいいし、Fのことをもっと知りたい」。しかし「Fと関わるためには母親との関わりは避けられない。母親と関わっていきたいが、怖い」という思いだった。「Fの母親と深く関わろうとすると辛いので、業務をこなす」という日々が続いた。このような関わりで看護と言えるのだろうかとも感じた。しかし、未熟なりに自分が一生懸命ケアをする姿勢は伝わると信じてFと母親に関わりを続けてきた。また、母親の気分転換をはかるためにチームの中でも相談し、日中夫と外出してもらったりした。外出中は祖父母に付き添いをしてもらった。すると、母親の言動に変化が出てきた。母親が私に対する不満をぶつけ始めてから3~4か月後ぐらいのことだった。

母親が、「Xさん、気管内吸引うまくなったんじゃない?」と声をかけてきたのだった。そして、他にも例えば、日勤でFの受け持ちであいさつに行くと「今日の担当Xさんなんだー、うれしい」「Xさん、

Fね、おしりにお肉ついたと思わない？触ってみてよ。かわいいでしょ」など、母親の私に対する言動や態度が変わってきたと感じた。今まで話すことのなかった、例えば母親のFに対する思いや、予後に対する思い、医師や看護師に対する思い、母親が好きなことや家のことなどを話してくれるようになった。その時は嬉しくて、仕事が終わった後など泣いてしまったこともあった。母親から逃げずに関わってきて良かったなあと感じた。すべて結果が伴うわけではないが、地道な関わりが、言葉で表現できなくても自分の思いを日々の関わりの姿勢から伝えていくことができるのではないかと思った。今働いている中で、家族との関わりなどでくじけそうになった時に、いつもこの母親との関わりを思い出し、頑張ろうという気持ちになる。

その後、私が夜勤の日にFは亡くなってしまったが、児の死亡退院時にその母親から感謝の手紙を頂いた。それは私の宝物であり、これからも私の支えになる手紙である。(X)

#### 事例6) 家族としての看護体験

患者さんには必ずと言っていいほど家族がいる。そこに家族がいる限り家族看護は必要なのではないかと考えるが、看護者は、看護者の都合で「家族を必要とする時」のみ、家族看護を意識しがちである。たとえば、患者さんの問題解決に家族の介入が必要な時や、家族が患者さんに悪影響を及ぼしている時などである。

最近、祖母が入院した時に、自分が患者の家族の立場になった。自分は医療職者であるが、いざ患者の家族としてベットサイドに座ると、急に心細い気持ちになった。病室に入ってくる医療職者の顔色をうかがい、質問に答える内容も吟味し最小限に抑えて答えようとする自分がいた。患者の家族というもの、なんと弱い立場にあるものだ。家族は患者(主人公)ではないが、自分にとってかけがえのない人が病んでいるのを目の当たりにしている。患者と同様に、ときには患者以上に心配している。とても不安なのである。そして、医療職者にも気を使う。医療の現場は患者や家族にとっては威圧的で、強者と弱者が存在する。家族の不安はそれに拍車をかける。

祖母は、普段はシルバーカーで歩いてトイレに自分で行く。このときは、高熱のせいか体力が衰えていた。彼女はほとんど臥床していて、排泄にはおむつを使用していた。二人の若い看護師たちが、病室に入ってきた。怖いわけではないが、二人の表情に

笑顔はない。何か患者さんに関係のないことを話しながら入ってくる。家族である私は、とても緊張する。一緒に持ってきたものを見るとおそらくおむつ交換をするのだろうが、これは自分が推測しているだけである。看護師の行動が気になるが、不安もさらに高まる。

そしてついに、私たちのところに近づいてきた。私に目を合わせずカーテンの外で待つよう指示する。おむつ交換終了後「終わりました」という声かけの後に、「替えのおむつは見えるところに置いておいてください」ときつい口調で言われる。私は、気が利かない家族のレッテルを張られ、落ち込んだ。「もっとほかの言い方があるはずだ」ともいい返せない自分の無力さにも失望した。このとき私が思ったことは、「なんて配慮のない看護師さんたちだろう、私はこんな態度はとったことはない」である。

しかし、その後この看護師たちが悪気ないそぶりで戻っていくのを見て私はぞっとした。この看護師たちには、私のこの感情は伝わっていない。彼女らは、一生この家族の感情には気づかないだろう。そう思うと同時に、いままでの私の看護師としての態度は、家族に対して十分配慮していたものであったか、急に不安になった。自分はこんな態度はとったことがないと思ったが、本当にそうであったらうか。知らされなかった、気づかなかっただけなのではないだろうか。医療職者としての強い立場を利用していたところはなかつただろうか。自分のしてきた行動に対して、不満を言えないでいやな気持ちでいた家族がいたかもしれない。その日一日悩み続けた。

患者の家族は弱い立場にある。とても不安である。看護者の何気ない行動にとっても敏感である。その行動によっては、不安が助長される。ときには、看護者のことばで傷つけられる。家族看護は、患者さんがそこにいる限り、必要不可欠なものである。看護者はつねに家族に気を配り、細やかな配慮を提供しなければならぬのではないか。(Y)

#### 事例7) 患者を避ける妻との出会い

うつ病との診断で入院したG氏は、退行状態も認められるようになり、トイレ後の世話も自分で出来なくなってしまった。

G氏は職場では中間管理職の立場にあった。週に1回ほど妻が病室を訪れていたが、看護師に話しかけようとはせず、夫婦の会話は洗濯物や支払い等についてのみの様子であった。

G氏の状態は、思っていることを表現し、他者からの支援を受けるといった適度な依存関係が築けて

こなかったことも影響していると考えられた。そこでG氏には、思っていることを表現するように働きかけ、表現されたときに肯定的なフィードバックを返すようにしていった。G氏と妻との関係にも注目し、妻に夫との今までの関係についてふり返ってみるように話した。当初、妻は私が話しかけても目を合わせずに足早に帰ることが続き、話すきっかけが持てずにいた。しかし面会時に根気よく関わった。G氏の状態を伝え、「奥さんの困っていることや考えていること等、話したいことがあればお話しください」と、話してほしいという気持ちが伝わるように話をした。

3か月ほどすると妻は「夫が精神的な病気になってしまい、内気で小心者であるからこんな病気になった、情けない」と話すようになった。妻が口を開いてくれたと思う反面、夫を非難する内容であったことに気持ちが沈んだ。しかし、表現をしてくれたことが、先の見えないような長い関わりに、一瞬差した光のように感じられた。妻の気持ちを十分に受けとめようと関わった。

その後、妻は「夫ばかりでなく自分も辛い、どう接して良いかわからない」とG氏の辛さに関心を寄せ、「夫への良い関わり方を知りたい」という気持ちを表現した。「どう接していけたら良いと考えられるか」と問いかけると「もっと思っていることを話せたらよい」と言われたので、言葉で表現してみるようすすめていった。G氏の状態はあまり変化せず、私たち看護師もどうしていったら良いか悶々としていた頃、G氏がある病棟看護師に恋をした。そのあたりから、妻は、自分がG氏を心配し必要としていると、自分も辛くて言えなかったことを、心を開いて思いを伝えるようになった。その頃G氏は、ある看護師から「奥さんも頑張っているのに、看護師に恋したなんて、何言ってるのよ」という一言を浴びた。それからG氏は、自立へ向けて急速に回復しだした。(Z)

#### 4. 考 察

研究者らによる振り返りから得られた考察を、以下に述べる。振り返りの結果導き出された、家族ケアや家族看護における看護師の役割等で、普遍性があると考えられる事柄については、太字で強調して示した。

事例1のRさんは看護学生として、患児とその母親に出会った。実習生という微妙な立場を意識しながらも、看護サービスの受け手にとっては、学生であってもスタッフであっても、サービスの提供者として同じ

ように期待されることを自覚していた。コミュニケーションに自信がないといいながらも、患児に対する愛着行動を、患児の母に役割モデルとして示す努力をしていたのではなかったか。Rさん自身も初めての看護経験、母親自身も初めての育児という中での『初めての沐浴』は、二人の信頼関係を結びつける契機になったのではないだろうか。障がいのない他の乳児と同じように、患児を沐浴させることができることを母親は喜び、Rさんもその喜びを分かち合うことができた。懸命に生きるいのちを支えたい、その思いや行動が、母親自身の思いを受けとめ、母親のケアを引き出すことにつながっていったのではないだろうか。ケアをして家族から感謝される経験は、看護師にとっても嬉しく、また喜びを感じる経験になるかもしれない。しかしそこに、家族の苦労や、**様々な思いを家族とともに分かち合う謙虚な姿勢**が存在することが、重要なことなのではないだろうか。

事例2のSさんは、自分の「家族ケア」の経験を振り返ったときに、強く印象に残っている二例を挙げた。認知症の事例では、家族ケアとは意識していなかったがごく自然に、妻へのねぎらいや見守りを行っていた。**妻が落ち着けるようになることが結果的に、夫である患者の落ち着きにつながることを**、Sさんは直観的に理解していたのではないだろうか。

一例目の事例とは打って変わって、二例目の50歳代の男性への関わりは、Sさんにとっても辛いものだった。一回目の入院とは明らかに違う経過で、Sさんもその患者の変化を受け入れることができなかつたのかもしれない。そして、できることなら触れずに済ませたいと思っていたことが、その通りに済んでしまった。そして、いろいろな思いを感じながらも、患者にも自分自身にも直面化することができなかつた後で、心残りがあるという。Sさんの『弱腰』は、実は家族ケアに関する様々な示唆を伝えてくれているのではないだろうか。

スタッフの中で、こうした患者への思いを分かち合うことができていたら、Sさんも『辛い』といえたかもしれない。看護師として自分の辛さを表現し支えられることで、患者さんの辛さを受けとめる勇気が得られたかもしれない。

また、**自分の身体であるにもかかわらず、自分の身体ではないような関わり方を余儀なくさせられる患者と医療者の関係**に、Sさんは違和感があるという。Sさんの違和感は、自己の身体であっても医療の問題になることによって、患者が「**自己決定できなくなる**こと」にあるのではないか。悩みながらケアをしている



看護師が、そうした違和感についてもっと自覚し、発言し表現することによって、看護ケアの質の向上が期待できるといえないだろうか。

事例3のTさんは、組織の中で横断的に仕事ができる立場にある、皮膚・排泄ケア認定看護師として患者夫妻に出会った。不本意な医療機関選択によって、不本意な術後の結果を招いてしまったのではないかという患者夫妻の後悔の念に、言葉をなくした。しかし、そこには選択肢があるようではなかったのではないか。一番悩むべきは、患者に適切な医療技術や医療機関選択の機会を提供できなかった医療者であるはずなのだが、この事例では肝心の医療者は責任を放棄していたかのようにも受け取られる。

こうした背景のもとで、Tさんは妻の思いをしっかりと受けとめていた。こうした話を聞く一方で、この妻のように直接思いを吐露することのできない、実は医療者の見えないところでひっそりと耐え忍んでいるかもしれない患者や家族に思いをはせていた。看護師に必要とされるのは、こうした**患者の弱みに想像力を広げることができ、患者の擁護者として患者が不利益を被らないように、看護ケアを提供すること**なのではないだろうか。Tさんが、この家族から信頼される存在であったからこそ、こうした展開になったともいえるだろう。

それにしても、目の前で号泣し続ける妻の話を黙って聞くということは、看護師にとっても戸惑い、あるいはまた辛いことであるかもしれない。また、患者の相談に2時間を費やすことは、一般の看護師には立場的にもなかなかできないことであろうと思われる。

一般的に看護師は真面目で、正義感の強い人が多い。助けてといわれれば助けたいと思い、相手の期待に必死でこたえようとする。しかし、このような相談では、看護師として直接どうすることもできない。無力感を感じてしまうからこそ、こうした相談を避けたい場合もあるかもしれない。だからこそTさんのように、「**患者家族の話を聞くことだけでも、患者や家族の回復や勇気につながる**」と理解して聞くことができるならば、看護師の無用なジレンマやストレスを少しは避けることができるのではないか。

事例4のUさんは、遺伝性難病と診断された児とその家族との出会いを振り返って、自分の関わりの未熟さに思いをはせている。結婚・出産・子育てに関する行動や価値観は、Uさんと10代の母親では大きく異なるかもしれない。しかし、どのような背景があっても、若い母親が障がいを抱えるわが子の育児に自信を持ち、

様々な困難を乗り越えながら、児の成長や発達を受け入れ喜ぶことができるように、**母親の力を支えることが看護者の役割**となるのではないだろうか。誰でも、最初から完璧な母親役割を取ることができる母親はいないはずである。

この母親に対して、「褒めて励ます」ことはもちろん必要なことであったと考えられるが、「母親の未熟さや幼さ」に配慮して両親の疾患への理解を確認しなかったのは、**予測される『両親の混乱や不安』**に対して、**看護者がどのように対応してよいか分からないという、強い不安を感じていた**からではなかっただろうか。こうした不安をチームで支えあうことができ、あるいは外部からの支援を得ることができるならば、看護者も支えられ、結果的に患者や家族が支えられることになる。

そして、疾患や障がいを抱える子どもを持つ親には、子どものできないことや遅れていることといった『弱み』ばかりが目につく場合が多いのではないかと予測されるが、むしろ、その子ども**特有の『強み』**をとともに探すが、看護師が親を支えることにつながるのではないだろうか。

事例5のさんは、新人時代に出会ったF児の母親との出会いを印象深く覚えていた。さんの看護師としての未熟さに対して、その母親の攻撃的で拒否的な言動は、さんを悩ませ、そして成長させた。母親にしてみると、「**予後が悪い**」と宣告されたF児を目の当たりにして、何とか一日でも長く生きてほしい、そのためにより良いケアを受けたいという思いで必死だったのではないだろうか。にもかかわらず、頼りない新人看護師と見受けられたさんが、慣れない手つきでケアを行うことは、母親の不安な感情を逆なですることであったかもしれない。

数々の攻撃や拒否にあいながらも、しかし、さんは悩み、考えた。この**母親のストレスや、児の予後に対する不安や苛立ちに思いをはせたときに、母親の怒りや攻撃が自分個人に向けられたものではないのだと理解できた**のだった。そう考えると、新人看護師としての、チーム内での自分の立場が客観的に見えてきた。**母親がこうした感情をぶつけやすい立場が、新人看護師**だったのである。そして、児のケアについても説明し、了解を得て行うようにした。また、母親のストレスに配慮し、**母親がストレスを解消できる方法を提案し、実施に向けて支援することができた**。このことは、母親に、さんがこの母親を家族として一人の人間として尊重していること、そして誠意を持ってケアに当たっているということを伝えるために十分役立ったと考え

られる。母親は、次第に さんを、児の療育を支えてくれる仲間として認め、看護師として信頼するようになったのではないだろうか。

人は誰しも、攻撃的なかかわりをされると、相手から逃げるか相手を避けるかして、自分の安全を確保しようとする。当然のことだ。しかし、**看護場面**においては、**攻撃的な言動が看護師個人に向けられているのではなく、患者や家族の不適切な適応規制として表現される場合が少なくない**。患者や家族からの言動をどう読み解き、看護ケアに生かすことができるのか。それは、看護師一人ひとりが、悩み考えるところから始まる。

事例6のYさんは、祖母の入院によって患者家族の立場で、看護ケアの提供を受けた。その経験によって、Yさん自身もそれまでは予想することのなかった**患者と医療者のあいだに存在する力関係や、自分自身が提供してきた看護ケアの質について考える契機**となった。

医療サービスの提供者と利用者の間には、権力構造に似た力が発生すると考えられる。「説明と同意」、**「説明と選択」**、そして**「患者の権利擁護」**も、用語として知られるようになって久しい。しかし、実際の臨床場面ではどうだろうか。意見をいう患者や家族を疎ましく思い、うるさい患者家族であると否定的に評価する医療者は、未だに少なくないのではないだろうか。そういう医療者のもとでは、患者や家族の疾患や障がいとともにある、療養生活の質の向上に関する支援については、まったくといっていいほど期待できないだろう。知識や情報の豊富な、経済的にゆとりのある患者家族は、医療サービスを選ぶことができる。しかし、それが可能な人々は決して多くはない。

患者や家族が医療サービスの受け手になった場合の、立場の弱さを意識して看護師が看護ケアに当ることができかどうか。看護師が、看護ケアの中で予測される現象に**「名前をつけること」**ができるならば、その現象はおのずと見えてくる。しかし、現象に名づけることができなければ、現象はそこに存在しても意識や認識に上ることはなく、見過ごされてしまう。そういうことに、Yさんは、家族看護の体験を通して少なからず気づくことができたのではないだろうか。そして、**患者や家族の感情に敏感になるということは、実は看護師が自分自身の感情にも敏感になれることが重要なのではないだろうか**。

事例7のZさんは、うつ病で入院してきた男性患者と妻の関係に、お互いに伝えたいことを伝え切れていないにもかかわらず、依存しあっている不健康な関係

を感じ取った。そこで、患者のG氏にはもちろん、妻に対しても、思っていることや伝えたいこと、あるいは困っていることなどを**言葉で表現するように促し**続けた。妻が自分の思いを話してくれるようになるまでの約3か月、Zさんはどんな思いで看護していたのだろう。

そして、妻の夫に対する初めて語られた思いを聴いて、気が沈むように感じた一方で、暗闇に一瞬の光がさしたような希望を感じたのだった。そうした妻の思いを辛抱強く受け止め続けた結果、妻はやっと「夫へのかかわり方を知りたい」と表現できるようになった。妻の変化に対して、夫の状態は大きな変化が見られず、看護スタッフも妻も、じれったい思いや焦りを感じていたのではなかったか。しかし、思わぬところから**転機はやってきた**。

夫が看護師に恋したことから、妻は「自分は夫に、思いを真剣に伝えていたのだろうか」と自問自答することになった。妻は、夫が自分にとって重要で必要な人であることを再確認し、改めて自分の思いを伝えようと勇気を奮った。もちろん、**静かな聞き手である看護師の存在が、妻の背中を押すことにつながったのではないだろうか**。

そして、Zさんの同僚看護師の「何言っているのよ」という、率直な一言が思わぬ展開を招いたのだった。この一言には、妻の苦勞を知っての怒りや、現実感の薄いG氏に対する苛立ちや、不信、情けなさ、当惑、などの感情が含まれていたのではないだろうか。宮本は、患者の言動に対する気がかりは、できるだけ率直に伝えるのがよいと述べている。看護者の感じた気がかりは、『異和感』として患者に投げ返し、お互いに『異和感』を率直に表現しあうことによって、お互いのズレの中身を確認することができる。さらに、『異和感』を投げ返すときは、「自分への率直さと相手への配慮という両極の間ぐらいのところ、お互いに納得のいく線を探る」のがよいと述べている<sup>4)</sup>。この同僚の一言が、患者への異和感の投げ返しとなり、患者の自己への振り返りを促すことに繋がっていったのではないだろうか。多くの看護者にとって、異和感を投げ返すことは勇気がいると感ぜられるかもしれない。しかし、そうした関わりの中から、実は患者自身によってアイデンティティの立て直しや、発達課題の明確化などの展開が期待される。結果的に、この看護師の一言が、G氏が**現実感覚を取り戻す契機**につながったのではないだろうか。

## ・ 終わりに

看護師7人の家族ケアの体験を振り返ってみた。看護師が家族ケアにおける出会いを語るということは、そこでの自分の関わりを見つめなおすことでもある。自分自身に向き合うということでもあり、こうした作業は痛みを伴うこともある。できれば避けたいことのほうが多いかもしれない。ここでの試みから得られたことは、以下の通りである。

様々な思いを家族とともに分かち合う謙虚な姿勢が、家族のみならず患者の落ち着きを支えることにつながった。

自分の身体であるにもかかわらず、自分の身体ではないように「自己決定できなくなる」患者と医療者の力関係性に配慮できることが、患者の弱みに想像力を広げ、患者の擁護者として患者が不利益を被らないように看護ケアを提供することにつながった。

「患者家族の話聞くことだけでも、患者や家族の回復や勇気につながる」と理解して聞くことが重要だった。

母親の力を支え、その子ども特有の「強み」をもとに探ることが看護者の役割となった。

攻撃的な言動が看護師個人に向けられているのではなく、患者や家族の不適切な適応規制として表現される場合が少なくないと理解できることが重要であった。

患者や家族の感情に敏感になるためには、実は看護師が、自分自身の感情にも敏感になることが重要であった。

言語表現するように促し続けた静かな聞き手である看護師の存在が、家族が自己表現する勇気に繋がり、結果的に患者が現実感覚を取り戻すことにつながった。

それぞれの看護師の語りが、語り手自身の気づきを高めていた。

## 文 献

- 1) 武井麻子：感情と看護，医学書院，p.28，2001
- 2) 同上，p.28，2001
- 3) マクダニエル／ヘブワース／ドハティ編 小森康永 監訳：治療に生きる病いの経験，創元社，2003
- 4) 宮本真巳：『異和感』と援助者アイデンティティ，日本看護協会出版会，p.108-112，1995

## The Shared Experience of Nursing care for the Family

Nanako YONEYAMA\* Ikuko KATO\*\* Ayako KINOSHITA\*\*  
Mitsuko KODAMA\*\* Miwako SASAKI\*\* Hiromi TAKAKURA\*\*  
Naoko TERUI\*\* Sachiko MAKABE\* Yoshiko MUTA\*\*

\* Course of Nursing, School of Health Sciences, Akita University

\*\* Master course in Health Sciences, Graduate School of Medicine, Akita University

Seven nurses shared anecdotal experiences of caring for their families to compare and attempt to give meaning to their experiences. Rather than looking at the facts of each case, they focused on the experience of nursing. Most of the nurses did not have much knowledge of family care but they wanted to do their best within their limited information and experience. We understood cases where they felt difficulty due to their relationships and reluctant to carry out family care. Family care can be promoted through deepening this sort of understanding.