

原著：秋田大学医短紀要 9：62-67, 2001.

癌末期患者の看護における看護者のエンパワメントに関する考察

The Study of Empowerment about Nurses in Terminal Stage Patients Care

工 藤 由紀子 石 井 範 子

Yukiko KUDOH Noriko ISHII

はじめに

我々看護者が、患者に対しよりよい看護を実践しようとする中で、よい看護の遂行を妨げるストレス因子が存在することがある。ストレス因子には、患者や家族との関係、同じ職場で働く同僚との関係、勤務している場所や勤務形態に起因するものなどさまざまなものがある。看護者は、ストレス因子がもたらされた場合、無力感を抱きやすいが、その無力感を自分の中に閉じ込めてしまいやすい人ほど、バーンアウトに陥りやすいとされている¹⁾。看護者のストレスやバーンアウトについては従来から関心がもたれ、それを題材とした研究が看護管理をはじめとして数多くの分野で報告されている²⁾³⁾。その中には、キング目標達成理論⁴⁾やラザルスのストレス・コーピング理論⁵⁾などを用いた研究があり、近年注目されてきているものの一つにエンパワメント理論⁶⁾がある。エンパワメントの概念は、欧米の看護界ではまず看護管理の領域において、看護者自身の自律性や決定権が

保障されるような組織作り、看護管理のあり方、リーダーシップのとり方などを考える際に必要なものとして導入された。看護におけるエンパワメントとは、「看護の対象が潜在的に持っている生きる力やあらゆる健康障害に対処していく力を開発する看護援助のあり方」⁷⁾を意味している。看護の上でエンパワメントの過程を展開することは、看護者が無力感を抱いたり、燃え尽きたりすることを防ぎ、対象者に適切な看護を提供していくうえで重要であると考ええる。そこで今回、訴えが細かく、関わった看護者の全員がストレスを感じていた末期癌患者の事例を通し、看護介入における看護者のエンパワメントについて考察を加えたのでここに報告する。

事 例

1. 患者紹介

患者（以下A氏とする）は50歳代半ばのサラリーマンであり、病名は胃癌であった。平成9

年5月の胃全摘術後に胃痛と告知され、漢方・丸山ワクチンなどのいわゆる民間療法を行っていた。

A氏は8人兄弟の下から2番目であった。幼少時に母親と死別しており、実姉が母親の替わりをしてきた。しかし実姉も病気がちで入退院を繰り返していた。父親は厳しい人であった。他の兄弟は地方にばらばらに所帯を持っており、長兄が一番近くに住んでいた。A氏は高校生時代の成績は良かったが、裕福ではなかったため高校を出てすぐ就職した。「高卒だったけど、頑張ってここまでやってきたんだ」と努力家であった。実際、会社関係の面会者が多く、会社では頼られていた面がうかがえた。

家族は妻（40歳代前半）、大学生の長男、高校生の次男の4人暮らしであった。妻は専業主婦であった。抑うつ傾向にあり、面会に来られない程症状が悪化したことがあった。朝、布団からでるのもやっとで、洗濯の途中のまま一日中ぼーっとしていることもあった。面会時も表情が硬いことが多かったが、3回目に入院した頃には看護者にも笑顔を見せることがあり、面会には毎日来ていた。妻は「あの人が愚痴を言ったり弱音を言うのを見たことはありません、細かいところはありますが。」と患者のことについて話していた。大学生の息子は、母親の面会に付き添う形で毎日面会に来ていた。職員に会ってもあいさつをすることがなく、父親であるA氏にべったりであり、ベッドに居るA氏の側に寝そべって一緒にテレビを見ているようなところがあった。

2. 入院後の経過と看護

1) 初回入院から3回目の入院まで

A氏は平成9年5月の初回入院時から看護者への要求が多く、診療についての過去の出来事を振り返り、不満をもらしていた。病院に対する不平不満や、治療内容、医師・看護者・事務など病院職員のすべてに対する不満を、特に看護者には強く訴えてきた。訴え方は攻撃に近いものであり、時には退行とも思える幼稚な要求もあった。はじめは「あの空調なんとかしてよ」

「カーテンは遮光にしてくれよ」「ベッドが柔らかすぎる」「食事がまずいよ、すぐに栄養部と話し合ってよ」などの施設面への不満が多く聞かれた。また、「まったく役に立たない」「へたじゃないの」「病院ってのはサービス業なんですよ？ だったらやってよ」「そんな検査なんかして何になるんだ、ちょっと先生に言ってきてよ」「先生の説明の仕方が悪いよ、あんな言い方ないよ。おかげで妻が余計落ち込んだじゃないか」「主治医を変えてよ、相性合わない」など医師・看護者への不満が多く聞かれた。

このような状態の中、看護者全員がストレスを感じており、特に勤務経験年数の短い看護者らがA氏に対し遠ざかり関わるのを避ける傾向にあった。そのつど対応のしかたを話し合い、その要求にできるだけ応えようとしてもA氏には納得してもらえず、さらに新たな要求や訴えを表出した。看護者の意見で多かったことは、「もう、どう対応していいかわからない」「自分たちが一生懸命やろうとしていることをA氏にはあっさり否定されてしまう」「甘えではないのか」というような無力感や否定的な感情を表わすものであった。またA氏と主治医を仲介しようとしても、お互いが避け合っているためにうまくいかなかった。A氏は自分が納得するまで話をしたい性格であり、毎日の回診も時間がかかることが多かった。そのため、主治医は回診の時間以外には患者のもとを訪れなくなり、A氏については「あの人しつこいからね」と看護者にもらしていた。主治医は、A氏の訴えが多いことに関して看護者に同情的であった。

受持ち看護婦は、A氏への看護介入の方法が分からず、またA氏に対する同僚の意見にどう対応していいかわからないため、八方塞りのような心境に陥っていた。同僚がA氏から遠ざかっていくにつれて受持ち看護婦も孤独感を抱き、同僚が言う愚痴でさえ自分が責められているように感じていた。受持ち看護婦自身も、A氏に対して戸惑いの気持ちと否定的な感情を抱いていた。A氏の妻と息子は頻繁に面会に来ていたが、表情が硬く、話しかけても「大丈夫です」とあっさり返答されることが多く、受持ち

看護婦は家族に対する介入方法も分からなくなっていた。

平成10年末あたりから食事がつかえる感じがする、便が出にくいなどを主訴として2回目の入院となり、注腸検査にて直腸に狭窄が認められたため、化学療法が開始された。

A氏および家族には、直腸に狭窄があり、再発が疑われるため化学療法を行う旨が伝えられた。A氏からは、なぜもっと早く発見し治療が開始されなかったのか、との訴えが多く聞かれるようになった。

平成11年夏、同じく化学療法の目的で3回目の入院となった。この入院中、A氏の訴えに翻弄されている状況を打開し、積極的なケアを行いたいと考えた上で、ある看護婦が受持ち看護婦の不在時に臨床心理士に依頼を出した。また退院へ向けて、受持ち看護婦はソーシャルワーカーへ相談をした。その結果もたらされたことは、訴えを受けとめる窓口を広げすぎたことによる患者の混乱であった。看護者は主治医から予後が思わしくないことを聞き、なるべく早く家に帰してあげたいと思い、外泊を勧めたが、A氏はその事情を知らないため「俺を追い出したいのか」など看護者が支えきれないほどの訴えをするようになった。

2) 4回目の入院から永眠するまで

平成11年初冬、化学療法の目的で4回目の入院となり、この時主治医から癌が腹膜に播種していること、抗癌剤以外に治療法がないこと、このまま直腸の狭窄が強くなれば人工肛門にする可能性もあることなどがA氏と家族へ話された。A氏はしだいに「物が通らない」「おしっこが出にくい」「下痢したら困っちゃう、オムツしてよ、あててちょうだい」「背中が痛い」などの症状や身体の辛さを多く訴えるようになった。また、「なんで主治医が〇〇先生だったのかな。別の先生だったら違う薬を出してくれたかもしれないのに」、「こんな治療（化学療法）なんか効いてない、丸山やらせてよ」など、主治医や治療法への批判、「俺もうだめなのか」というような予後への不安が多く聞かれるようになった。さらに排泄の処理、与薬、清潔、

食事、移動などのセルフケアの面で、自分で出来る事でも看護者へ依頼することが多くなり、A氏と話し合い、自分でやってもらおうとしても「サービスの低下だ」と拒否された。また、日勤の看護婦がA氏の話の聞けないことがあると、夜勤の看護婦を呼びとめて日勤の看護婦への不満を訴えることも頻回であり、2人夜勤であったため業務に支障が出ることもあった。

4回目の入院当初、受持ち看護婦は、このままでは状況が何も変わらずまた空虚な看護で終わるのではないかと予測した。看護者がまず変わらなければいけないのではないかと感じ、受持ち看護婦はA氏を理解する一助として、日常のケアで交わす世間話の中で、A氏の生い立ちや思いなどを聴取した。またスタッフへ向けては申し送りの場面などでその情報を伝えた。そしてA氏に統一した看護を提供するため、リーダー看護婦の助言を受けながら看護計画を細部まで具体的に立て、カンファレンスで話し合い、ケアの方法をスタッフ全員に浸透させるようにした。その中には『巡回時陽光が入らないようカーテンはしっかり閉める』『午前4時には蓄尿の破棄を行うことになっているが、安眠を損なうためA氏に関しては行わない』『22時に眠剤使用、23時の巡回で起きていたら追加の眠剤を使用する』『1日1回は必ず患者の側でゆっくり話をする』というものがあつた。そしてA氏が混乱しないよう訴えを受けとめる窓口を狭め、訴えには受持ち看護婦が辛抱強く対応した。そしてリーダー看護婦は、「あなたはあのAさんに対してとてもよくやっていると思う」と、関わり方が妥当であることを評価し、それを受持ち看護婦に伝えながら助言を行った。他の看護者も、受持ち看護婦がA氏に対応している時には、他の業務を代行するなど支援してくれるようになった。そのような中、A氏から「妻が眠れてないらしい」という相談を受けたため、受持ち看護婦は、主治医からの病状説明などの機会を見計らって妻に話しかけた。妻は、夫の病気が心配なあまり睡眠薬を飲んでも眠れないとこと、朝に布団から出るのも億劫なこともあることを語った。そこで妻の話をよく聞き、専門医の診

察を受けたほうがいいのではないかと提案し、同病院の心療内科への受診をすすめた。うつ状態と診断され、抗不安薬と睡眠薬が処方されて2週間に1回の診察を受けることになった。このことについて、A氏からは「妻の話を聞いてくれたんだってね。ありがとう。」という言葉が聞かれた。受持ち看護婦は、A氏の看護に対して初めて自信を持つことができた。その後もA氏は細かな訴えは続けたが、以前のような無理な要求をすることは少なくなった。車椅子での散歩中、まだ若い妻や息子に対する心配な気持ちを話すようになったり、一番近くに住んでいる長兄に対しては「兄は医学を知らないから。こんなに厳しい状態なんだよ、って言いたいけど、まず一から説明しなきゃいけないでしょ。話しても厳しさが伝わらないんだよ。」と、受け持ち看護婦に心の内を話すこともあった。看護者に対しては時折感謝の言葉も聞かれるようになった。その後しだいに体力が低下し、平成12年1月に家族に見守られて永眠した。

考 察

今回、無力感とストレスの中まったく進展のなかった患者－看護者の関係が、信頼を得て進展していくに至った過程について、患者の人物像および看護者のエンパワメントの観点から考察した。

1. A氏の人物像について

A氏は、若い頃より母親の存在を喪失するという体験にあい、実姉も病気がちであったため、甘えを認めてもらえる過程を充分にたどってこなかったことが推測される⁸⁾。父親は厳しく、家は裕福ではなかったため、「頑張って社会的（または父）に認めてもらう」ことで自己の存在を認められようとし、実際にそのように生きてきたと考えられた。「俺さ、我慢強い方なんだよ」とA氏が言っているように、私生活では弱音を吐くこともあまりなかった。もし妻が精神的に強く、母の役割も出来るほどの能力があり患者を支えきれぬ人物であったなら、この結婚でA氏は「甘えられる」・「弱音を吐くことが

できる」存在を得られたのであろうが、実際にはそのようにならなかった。家庭でも会社でも責任を負わなければならない立場だった。

生育歴や環境から育成されたその性格のため、家長としては強い存在であった。長男は、青年期の男性としては意外な印象を受けるほど父親にべったりであった。

A氏は「妻が心配しすぎちゃうから」と家では不安の表出を思う存分出来ない状態であり、長兄に対しても「厳しい状態が伝わらない」と相談できない様子であった。会社関係の人にも同様の理由で本音を表出するには至らなかった。もともとA氏自身も「俺って我慢強いからさ」「頑張りやだからね」と言っていることや生育歴を考えても、「あたりかまわず不満をもらす人」という人物像は否定されると考えられる。一番の問題は、A氏にとってのキーパーソンが不在であったことであろうと察せられる。

では、なぜ看護者に訴えや要求が多かったのでしょうか。まずは医療に精通している存在、もしくは自分の病状の厳しさを理解してくれる存在が周りにないため、A氏にとっては病院自体が頼ることができる場所なのだろうと想像できた。自分の生死に関わることで第一に頼ることができる存在は主治医であるが、主治医をはじめとして医師は一日中近くにいるわけではなく、また主治医とはお互い避けているような状態である。そこでいつも近くにいてくれて医療の知識があり、相談にのってくれる存在が、A氏にとっては看護者であり、いわゆるキーパーソンであったのであろう。甘えられる存在がいなかったこと、家でも会社でも弱音を思う存分吐けないA氏にとって、看護者が母親的・助言者的役割にあったと考えられた。だからこそ、看護者に訴えが多く、自分ができるところまで要求してくるのではないかと考えられた。A氏は生死に関わる不安を、主治医や看護者に対する不満や批判に置き換えて訴えていたのである。訴えとして入院初期には聞かれなかった「昔、あの時ああしていれば・・・」とか「俺もうだめなのかな」などという言葉を表出できるようになったということは、看護者との関係が形成さ

れてきたということであり、肯定的に評価されるべきことであったと考えられる。

2. 看護者のエンパワーメントについて

受持ち看護婦は、A氏の訴えの多さなどの表面に見えていることに戸惑い、はじめは患者の訴えの本質に気づくことができなかった。5回目の入院でA氏との信頼関係が築かれてきたと実感しはじめたが、その時は患者がすでに末期に近づいていく段階であった。エンパワーメントがもたらされる条件として、「双方に力を共有し、双方に利益がある関係であること」「信頼」があげられている⁶⁾。しかし、受持ち看護婦ははじめA氏の言動に戸惑いと否定的な感情しか抱くことができなかった。そのためA氏との信頼関係を築く段階まで到達することができなかった。しかし、受持ち看護婦がA氏を理解しようとして生き立ちから人物像を探ろうとしたこと、そして信頼関係を築こうとしたこと、リーダー看護婦が受持ち看護婦に対して助言する立場（以下コンサルタントとする）をとったことが、今回の事例において最終的に看護者のエンパワーメントがもたらされた要因になったといえる。

前述したように、受持ち看護婦はA氏に対し否定的な感情を抱き、まわりの看護者からは患者とともに取り残されたように感じていた。また、コンサルタントの立場をとる看護者がはじめは存在しなかったことも無力な状態にとどまっていた原因の一つと言える。受持ち看護婦や他の看護者がA氏にふりまわされたり、否定的な感情を抱いていたことなどが、患者との信頼関係の形成を進展させることが困難だった原因であったと考えられる。看護者のチームワークにおいても、A氏の看護への認識がお互い一致していなかったため、訴えの窓口を広げすぎたことによって患者の混乱ももたらしてしまったのだろう。

受持ち看護婦は、A氏と関わるうちに「このままでは何も変わらない」と気づくことができた。そして目に見える患者像ではなく、目に見えない部分も理解しなくては信頼関係は成り立

たないと感じ、A氏の生き立ちから人物像を探ろうとした。また自分の看護の仕方だけを変えるのではなく、他の看護者にもそれを伝えて協力を得るように働きかけを行ったことから、他の看護者もA氏の背景を理解し、協力するようになっていった。また、あるリーダー看護婦が患者・受持ち看護婦・チームに積極的にコンサルタントの立場をとったことも、エンパワーメントをもたらす上で重要であったと考える。「有効なコンサルテーション機能を向上させるためには、コンサルタントが、『看護婦個人への精神的サポート』・『患者への看護介入のアドバイス』・『チームへの介入・アドバイス』の3局面へ介入することが必要である」と言われている⁹⁾。本事例の場合、リーダーの看護婦は受持ち看護婦に対して相談に乗り、肯定的な評価をしている。またカンファレンスでチーム内に介入し、A氏のケアの面でも協力していた。受け持ち看護婦は心にゆとりができ、A氏への関わりに対して自信が持てるようになっていった。A氏もしだいに信頼が増し、ついには妻の不調について患者から打ち明けられるまでになった。このことから、効果的なコンサルテーションが行われていたと言える。エンパワーメントには「参加、対話、問題意識と仲間意識の高揚、行動」という過程¹⁰⁾があるが、本事例においてもこの過程をたどっていたように考えられる。このように看護者のエンパワーメントがもたらされた結果、A氏との信頼関係が形成され、さらにその先へと発展させることができたのであろう。

患者を「何とかしよう、前にすすませよう」というような、看護者が先走ったり押し付けの看護になることなく、患者を理解し方向性を示しながらも暖かく見守るような関係の中で、患者自身が自分の予後について考えることができるよう働きかけることが、エンパワーメントの過程を促進するうえで重要であることが示唆されたと言える。

おわりに

本研究は、看護介入における看護者のエンパワーメントの観点から述べたものである。しか

し本来エンパワーメントとは多次元性のものである。家族や親戚，地域社会，病院のシステムなどのもっとさまざまな段階から論ずる必要があり，今後もさらに検討していきたいと考える。

用語の定義

エンパワーメント理論：アメリカを中心に住民・患者・障害者などを対象として地域・精神保健や福祉，看護，ヘルスプロモーションなどの領域で1980年代に入ってから特に注目されてきた理論である。Segalら¹¹⁾は「エンパワーメントは，一般には無力な人達が彼らの生活への調整能力を獲得し，彼らの生活する範囲内での組織的，社会的構造に影響を与える過程を意味する」と定義している。

引用文献

- 1) 近澤範子 (1996) 看護婦のエンパワーメントに関する考察—個人およびチームにおける現象の分析と研究課題の焦点化の試み—, 看護研究29(6):473-484
- 2) 永田耕司, 門司和彦, 竹本泰一郎, 他 (1993) 一般健康質問票 (General Health Questionnaire) 調査からみた保健婦と看護婦のメンタルヘルス, 民族衛生59(4):186-195
- 3) 櫛谷洋子, 山田真希子, 岡部由美子 (1992) 看護婦のストレス内容の分析—バーンアウト・コーピングとの関連, 第23回日本看護学会 (看護管理):196-198
- 4) 舟島なをみ, 杉森みど里, 亀岡智美 (1998) 患者との相互行為における看護婦 (士) のストレスと発達課題達成の関連に関する研究—キング目標達成理論を理論的枠組みとして—, 千葉大学看護学部紀要20:1-6
- 5) 榊 由里 (1999) ラザルスのストレス・認知的評価・対処に関する理論, 月刊ナーシング19(1):38-42
- 6) 野島佐由美 (1996) エンパワーメントに関する研究の動向と課題, 看護研究29(6):453-464
- 7) 鈴木和子 (1997) ケアの対象としての家族—家族看護の立場から—, こころの看護学1(4):335-339
- 8) 中沢たえ子 (1998) 子どもの心の臨床—心の問題の発生予防のために—, 岩崎学術出版社:102
- 9) 藤本幸三 (1997) 終末期看護における看護婦と看護介入に対するコンサルテーションのあり方, こころの看護学1(1):53-58
- 10) 清水準一 (1997) アメリカ地域保健分野のエンパワーメント理論と実践に込められた意味と期待, 日本健康教育学会誌4(1):11-18
- 11) Steven P. Segal, Carol Silverman, Tanya Temkin (1995) Measuring Empowerment in Client-run Self-help Agencies, Community Mental Health Journal 31(3):215-227