

終末期にある患者への意思決定支援 ～ペプロウの看護理論を活用して～

平野 宥子

Yuko Hirano

がん・感染症センター都立駒込病院

要 旨

【序論】 終末期における医療・ケアについて、本人の意思決定を基本として進めること、心身の状態に応じて意思は変化しうるため、繰り返し話し合うこととされている。患者は看護師と、自らの思いを繰り返し表出できる関係になることが必要である。

【目的】 ペプロウの看護理論を活用し、終末期にあるがん患者の意思決定支援を実践した一事例について考察する。

【方法】 1 研究デザイン：事例報告 2 対象者：がん専門病院の一般病棟で筆者が受け持ち看護師として関わった終末期にある患者1名 3 期間：20XX年9月～20XX年11月 4 データの収集方法 (1) 対象の患者に関わる以前のカルテ記録を閲覧し、患者の思いや患者の周りとの関係性に関する記載を抽出する。(2) ペプロウの看護理論を活用し実践した看護について、診療記録や看護記録をデータとする。 5 データの分析方法：ペプロウの看護理論の4局面に沿って実践した看護を整理し、患者-看護師の関係の変化と意思決定について考察する。

【結果・結論】 初回受け持った入院中は、目標を共有し達成したことで、患者が看護師に対してニーズに応える存在として認識し、新たなニーズが生じた際にも相談できるようになった。2回目に受け持った入院中には、初回担当時に形成した関係をもとに、患者は複雑な感情を抱く場面でも看護師に思いを表出した。看護師がペプロウの看護理論による患者-看護師関係の4局面を通して6つの役割（未知の人の役割、代理人の役割、教育者の役割、情報提供者の役割、カウンセラーの役割、リーダーシップの役割）を担うことで患者と看護師間に信頼関係が形成された。その結果、終末期という難局においても患者は意思を表出でき、看護師は要望に沿うよう調整できた。よって、ペプロウの看護理論の活用は、終末期における意思決定支援の一助となることが示唆された。

キーワード：ペプロウの看護理論、終末期、人生の最終段階、意思決定支援

I はじめに

厚生労働省は人生の最終段階いわゆる終末期における医療・ケアについて、本人の意思決定を基本として進めること、また、心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと（厚生労働省、2020）としている。私が勤務するがん専門病院では、患者主体の意思決定支援を進めているが、自らの思いを積極的に表出する患者は少ない。特に、自立心が強い患者や遠慮がちな患者の意思を把握することについて、困難さを感じている。看護師は終末期の患者に対して、価値観や思いを可能な限り理解し、患者が看護師を信頼しうる存在と認識することは、意思決定支援において重要である。

終末期の意思決定支援については、多くの文献が存在する。在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助は、【ありのままの気持ちを支える】、【今後の支援の方向性を捉える】、【患者・家族の代弁者に

なる】こと（森ら、2016）が明らかになっている。

ペプロウは看護援助の中でも特に、患者とナースの間における精神力学的な特性に注目している。この関係そのものが看護の中で最もベースになる看護技術であるという考え方に基づき、援助方法を展開している。ペプロウはナースと患者が人間関係を形成して問題解決に至るには、4つの局面として方向づけ、同一化、開拓利用、問題解決がある（松林萌、2018）と述べている。今回、独居で自立心が強く遠慮がちな終末期にある患者を受け持ち、患者主体の意思決定を支援し患者が自らの思いを表出することができるための関わりにおいて、ペプロウの看護理論（Peplau, 2010）である4つの局面を用いて考察したので報告する。

II 目的

ペプロウの対人間関係理論を活用し、終末期にあるがん患者の意思決定支援を実践した一事例について考察する。

Ⅲ 方法

1 研究デザイン

事例報告

2 対象者

一般病棟で、筆者が受け持ち看護師として関わった終末期にある患者1名

3 看護実践期間

看護実践期間は、受け持ち看護師として関わった2回の入院期間とする。受け持ち初回の入院を入院1、受け持ち2回目の入院を入院2とする。

入院1：十二指腸ステント留置を目的とした10日間。

入院2：低血糖昏睡で緊急入院したのち、死亡するまでの12日間。

4 用語の定義

・成熟：患者が医療者へ思いを表出できるようになること
以下はペプロウの看護理論における4局面（方向づけ、同一化、開拓利用、問題解決）について、文献（黒田，2017；金子，2001）を参考に定義した。

- ・【方向づけ】：見知らぬ者同士が出会い、共に歩み始める段階。看護師は丁寧に接し苦痛や不安を最小限にするよう努める。また患者が自分の置かれている状況を理解できるよう援助する。
- ・【同一化】：患者が自分のニーズに応じてくれそうな看護師と関係を深める段階。看護師は積極的にコミュニケーションをとり、処置やケアの説明を十分にする。
- ・【開拓利用】：患者と看護師が協同して問題を解決していく段階。看護師は患者が自分のニーズを確認し、周りの環境などの与えられるサービスを活用できるようにする。
- ・【問題解決】：患者が自立して今後の状況に対処できるよう準備していく段階。

5 データの収集方法

過去の入院診療記録から患者－看護師の言動や患者の思いに変化が生じている場面の言動を抽出する。

6 結果の分析方法

入院目的に分けて、患者－看護師の関係に関する言動をペプロウの看護理論に基づく4局面に照らし合わせ、関係の変化について考察する

Ⅳ 倫理的配慮

対象者へ研究の趣旨、プライバシーの保護、自由意思に基づく参加と辞退の権利、辞退しても不利益を被らないことについて文書を用いて口頭で説明し同意を得た。また、所属施設の倫理委員会より承認を得た。

Ⅴ 結果

1 対象者の紹介

腭頭部がんの70代女性A氏。手術適応であったが手術は拒否され放射線療法と化学療法を行っていた。徐々に副作用が出現し治療の終了を希望したため、ベストサポートケアの方針へ移行。外来通院をしながら、対症療法のため入退院を繰り返す。本研究期間前の入院では、転倒予防のため看護師の付き添い歩行を促していたが単独で歩行したために転倒した経緯があった。看護師の援助に対して、申し訳なさそうに「ごめんね」と何度も発せられた。看護師が頼れる存在として受け止める認識が低くまた、遠慮がちな性格であることが伺えた。子供はおらず、夫と死別後は独居であった。キーパーソンは、他県在住の実妹のみであるが、遠方のため面会は少ない。面会時、実妹であっても本音で話をしていない様子はなく、加えて入院1の直前に主治医の交代があるなどA氏にとって頼れる肉親の存在も限られ不安材料も増えたことが伺えた。

2 看護の実際

入院1で行った看護の実際を表1、入院2で行った看護の実際を表2に記載する。なお、表内の「」内は会話内容、（）内は感情や思いとする。以下は過程の4局面について結果としてまとめた。【】内は局面とし、丸数字は表と対応させた。

(1) 入院1

【方向づけ】では、看護師はA氏に対し自立心が強いことや遠慮しがちであるという特性を考慮しながら、A氏の力になりたい思いを率直に言葉にした(②)。A氏は困っていることを表出する様子がなかった(③)が、看護師に対する関わり方に戸惑っていると理解し、支持的な関わりをした(⑤)。

【同一化】では、事前の情報から疼痛や嘔気などの苦痛症状が生じている可能性があることを予測した上でA氏と関わる時間を確保した。A氏の様子(⑦⑨)から疼痛コントロールが出来ていないと判断した。

【開拓利用】ではA氏が遠慮せず鎮痛剤を使用できるように、体動時及び3時間ごと鎮痛剤使用の希望を確認する計画を立案した。担当する看護師が統一した関わりを持てるようにした結果、疼痛がコントロール可能となった(⑩⑪)。そしてA氏から看護師に相談があり(⑫⑬)、情報提供をすると(⑭)「安心した」と反応があった(⑯)。

【問題解決】疼痛がコントロールされ、自宅で生活できた(⑱)

(2) 入院2

【方向づけ】病状の進行に対する不安な思いをまだ表出できていないかもしれないと考え、意図的に訪室した(④)。

表1 入院1の看護の実際

場面	4局面	患者の言動、状態	看護師の言動、思い
入院時	方向づけ	十二指腸ステント挿入目的で入院	
		①「久しぶりだね」自ら握手を求める ③「ありがとう、今は大丈夫」	②「困っていることを解決するために力になりたいです」 ④（本当に大丈夫なのだろうか） ⑤（A氏は麻薬のスイッチング直後のため疼痛コントロールできているか注目しながら関わろう） ⑥（A氏が話しやすい様にしよう）
	同一化		意図的に訪室しA氏と視線を合わせて話す時間を確保した
疼痛コントロール	開拓利用	⑦レスキューを希望する時はいつも顔をしかめ「もらっていい？」と聞いていた	⑧（痛みを我慢しているように見える）「痛みはとうですか、痛み止めはどのように使っていますか」
		⑨「ちょこちょこ（レスキューを）もらっていたら悪いじゃない」 遠慮し、NRS3以下で過ごしたいがNRS7以上になってからレスキューを希望していた ⑩疼痛コントロールをできるようになった	⑩「慢性疼痛」立案。体動前や数時間に1回はレスキューの希望を確認する計画内容とし、担当する看護師が統一した介入をできるようにした。
A氏からの相談	問題解決	⑫「相談したいことがあるから来てほしい」 ⑭「もし食べられなくなったらどうしよう、緩和ケア病棟ってどういうところなの？」 ⑯「それを聞いて安心した。いろんな方法があるのね」	⑬（A氏が自ら呼んでくるのは珍しい、どうしたのだろうか） ⑮パンフレットなどを用いて情報提供 ⑯他に不安がないことを確認
		⑰自宅退院した。 苦痛症状をコントロールしながらしばらく生活することができた	

表2 入院2の看護の実際

場面	4局面	患者の言動、状態	看護師の言動、思い
入院時	方向づけ	①自宅で低血糖による昏睡状態を発見されて緊急入院 ③補液により血糖値も意識レベルも改善。ADLは、つきそい歩行程度まで回復。医師より低血糖は臓器の不可逆的な機能低下や肝臓転移によるものと情報あり	②（食べられない時の対応や低血糖症状についてA氏へ十分に伝わっていないか） ④（A氏は遠慮しがちな性格のため意図的に訪室し困っていることがないか聞こう）訪室
		⑤「ああ、来てくれるのを待ってた。これから先のことを考えると発狂しそうになってね」	⑥（気持ちや思いを率直に表出してくれて嬉しい。何に困っているのか自ら表出できているなあ） ⑦A氏が困っていることは、緊急入院時の状態について覚えていないこと、今回も自宅退院できると思っているが見通しが立たず不安であること以上をA氏と共有 ⑧医師へこれからの療養についてA氏と決めていく必要があることを話し合い医師との相談の場を設けた
A氏が思いを表出			
医師との相談の場	同一化	⑩医師からの説明内容 家族へ：予後2-3か月 A氏と家族へ：緊急入院時の状態と独居宅へ1人で退院することの危険性。家族つきそいのもと外出外泊で自宅に帰りながら緩和ケア病棟へ転棟することの提案 ⑪「そうするしかないのかもね」 曇った表情で「家には帰らないのよね」と聞き返す	⑨事前にA氏へ医師との相談の場で知りたいことを確認。同席しA氏を知りたかったことを医師が説明していることを確認 ⑫（本当は家に帰りたいのだから） ⑬医師との相談の後、A氏と家族へ医師の説明内容を理解できたか確認し補足説明 ⑭A氏と家族へ大きな決断をすることの難しさを共感。「一度決めたことでも思いが変わることもあるのでいつでも相談にのって一緒に考えます」
		⑮看護師の腕を強く握り「そう言ってもらえて楽になった」	⑯（A氏が気持ちを表出できるようになってきたことを感じる）
A氏の意味確認	開拓利用 問題解決	⑰「色々考えたけど、1人で死ぬのは嫌だなんて思った、家に帰りたいていうのは片づけ（身辺整理）をしたいから。最期を家でとも思っていない。外出できたら緩和ケア病棟に行くのが良いと思う」 穏やかな表情	⑰（A氏の思いを確認できて安心。A氏は思いを具体的に話すことができているなあ）
A氏のニーズ実現に向けて調整		⑱医師との相談の場から数日後ADLが急激に低下。自力での起き上がりが困難となる	⑱（医師から説明された予後より短い可能性がある） ⑲家族へ状況とともに早めに外出日を設けた方がよいことを説明
トイレ介助		⑳トイレに歩いていきたい ㉑「トイレも一人でいけなくなっちゃった、どうしたらいい？管（膀胱留置カテーテル）つけたままでも帰れる？」まっすぐ視線を合わせ相談	㉑A氏の思いを尊重しトイレまでのつきそい歩行を介助。（A氏から必要なタイミングで、トイレで排泄することの限界について相談されるだろう） ㉒（必要なタイミングでA氏から相談があり安心。）A氏へ、膀胱留置カテーテルを挿入することで違和感はあるかもしれないが、つけたままでも家に帰れること、トイレ歩行に使っていた体力を温存することで歯磨きなど他のことに体力を残しておけそうなど、今のA氏の様子を見ていると管を入れた方が楽に過ごせるのではないかと考えていることを伝えた。Sの上でA氏から膀胱留置カテーテル挿入の希望があり挿入した
A氏のニーズ実現に向けて調整		㉓医師との相談の場から1週間後の外出予定日に容体が悪化、家族が見守る中、病院で永眠された	㉓（外出はできなかったが、一人で亡くなることなく実妹と医療者が見守る中で最期を迎えられてよかった）

A氏からは「ああ、来てくれるのを待っていた。これから先のことを考えると発狂しそうになってね」と語られた(⑤)。A氏は、この入院の後も退院を希望しているが、病状から厳しいのではないかと不安に思っていることが伺えたため(⑦)、退院の見通しについて医師との話し合いの場を設けた(⑧)。

【同一化】看護師が医師と患者家族の話し合いの場に同席(⑨)した際、曇った表情で「家には帰れないのよね」と聞き返しているのを確認(⑩)し、A氏が退院を望んでいるのではないかと感じた。(⑫)医師との相談の後に補足の説明を行い(⑬)相談に乗ることを伝えると(⑭)、A氏は「そう言ってもらえて楽になった」と看護師の腕を握った(⑮)。

【開拓利用】【問題解決】A氏が本音を話しやすいように二人だけの場を設け、緩和ケア病棟は状態が落ち着けば外出や自宅に外泊したりすることが可能であると説明すると(⑰)「1人で死ぬのは嫌だなんて思った、外出できるなら緩和ケア病棟に行くのがいいと思う」と話し(⑱)その思いを主治医や病棟看護師全員で共有した(⑲⑳)。トイレ介助の場面では、できる限り身の回りのことは自分でやりたいというA氏の思いを尊重し付き添い歩行の支援に留めた(㉑㉒)。その後「トイレも1人で行けなくなっちゃった。どうしたらいい?」と相談があった(㉓)。膀胱留置カテーテルの挿入について提案し、A氏は挿入することを選択した(㉔)。A氏の希望を叶えるために調整した(㉕㉖)、しかし病状が急激に悪化したために、外出は実現しなかったが1人で死ぬのは嫌だなど語ったA氏の思いを受けて早めに実妹へ連絡したことで実妹が付き添い看取ることができた。(㉗㉘)。

VI 考察

入院1では、過去の入院診療記録からA氏の個性やニーズをあらかじめ把握でき、早い時期に疼痛コントロールという目標をA氏と共有した。疼痛がコントロールできたことで、看護師が信頼できる存在として受け止められたと考える。新たなニーズが生じた際には、A氏自ら看護師に相談する行動に変化したことから、患者と看護師の関係が成熟に近づいたと考えられた。

入院2において、看護師の訪室を歓迎していることや自ら困っていることを表出できたことは、入院1での信頼関係を継続できていた結果と考えられた。在宅を希望するA氏に対して、医師からは一人住まいの自宅へ退院することは困難であることが説明された。このような思いが叶わない複雑困難な感情を抱く場面においても看護師に今後の過ごし方について思いを伝えてきた。受け持ち看護師との信頼関係が継続した状況の中で医師との相談の場に同席し必

要な補足説明を行うなど積極的に不安の解消に努めた。このような支援の延長線上で看護師が共に自分の問題に向かって支援してくれる存在であるという認識を強めたと考える。入院2では、この信頼関係を基に、最期に過ごす場所や過ごし方について患者の意思決定が促進したと考えられる。

ペプロウは4つの段階の「看護師-患者」関係を通じて、看護師は患者に対して、6つの役割(未知の人の役割、代理人の役割、教育者の役割、情報提供者の役割、カウンセラーの役割、リーダーシップの役割)をとるとしている(城ヶ端, 2016)。入院1では、未知の人の役割(丁寧に関わり患者のあるがままの姿を受け入れる)を成した。疼痛のコントロール不足については、表出できなかったA氏の代理人の役割、鎮痛剤の使用法については教育者の役割を担った。A氏から相談を受けた際は、情報提供者としての役割を担った。これらの役割を担うことでA氏が4つの局面を無理なく経過することができたのではないかと考える。入院2は、A氏が自らの置かれた状況や思いを改めて客観視することを促し、共に整理をするカウンセラーの役割を果たした。看護師はA氏の意思を把握することで、A氏の意思を尊重するリーダーシップの役割、時に情報提供者の役割を担うことができたと考える。

また、「ペプロウは患者とその患者を援助する看護側の感情や価値観、思考、行動が相互に影響し合って変化する」(城ヶ端, 2016)と述べている。A氏から思いが表出されることが繰り返される中で看護師が相談できる対象として機能していることを認識した。加えて、看護師もA氏が支援を求めてくるタイミングを見守ることができるようになった。このことは入院2の自力でのトイレ歩行が困難となった場面で、A氏自身が選択する形で膀胱留置カテーテルが挿入されたことにつながった。

研究の限界と今後の課題

本研究の対象は1名であり結果の一般化は困難難しく、今後もこの理論を活用し意思決定支援を積み重ねていく必要がある。

VII 結論

ペプロウの看護理論による患者-看護師関係の4局面を通して6つの役割(未知の人の役割、代理人の役割、教育者の役割、情報提供者の役割、カウンセラーの役割、リーダーシップの役割)を看護師が担うことで患者との信頼関係を築くことができた。この信頼関係を基に終末期という困難な場面においても患者が成熟し意思決定可能なことを確認した。本事例では、ペプロウの看護理論の活用は終末期における意思決定支援の一助となることが示唆された。

当研究や論文作成における利益相反は無い。

〈引用文献〉

- Hildegard E. Peplau (1973)：人間関係の看護理論，17-44，医学書院，東京都。
- 秋山あけみ，塩沢健雄 (2018)：知的障害をもち解離性・転換性症状がある患者とのかかわり 患者-看護師関係において感情表出が見られた言動に焦点をあてて，日本精神科看護学術集会誌，61 (1)，186-187。
- 城ヶ端初子 (2016)：実践に生かす看護理論，90-100，サイオ出版，東京都。
- 金子道子 (2001)：看護論と看護過程の展開，254-269，照林社，東京都。
- 厚生労働省 (2020)：人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン，<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2020年8月17日)。
- 黒田裕子 (2017)：ケースを通してやさしく学ぶ看護理論，59-77，日総研出版，東京都。
- 松林萌 (2018)：手術を受けた四肢不全麻痺がある患者の離床が進まなかった事例を振り返る-ペプロウの人間モデルの活用-，市立三沢病院医誌，25 (1)，21-24。
- 森京子，古川智恵 (2016)：在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助，四日市看護医療大学紀要，19 (1)，23-33