

特定非営利活動法人 対人援助・スピリチュアルケア研究会

第10回学術研究大会 スピリチュアルケア 生きる意味への援助は 日常にある！

会期：2016年9月18日（日）

9:30～16:30

大会長：長久栄子（医療法人真生会 真生会富山病院 緩和ケア認定看護師）

大会内容：基調講演・教育講演・研究発表・パネルディスカッション

会場：富山市民プラザ アンサンブルホール

（住所：富山県富山市大手町6-14）



第10回学術大会
QRコード

事前参加登録期間（7月1日～8月12日）

参加費：【事前】会員 4,000 円 非会員 5,000 円

参加費：【当日】会員 5,000 円 非会員 6,000 円

本学術研究大会は、日本緩和医療“薬”学会の緩和薬物療法認定薬剤師の認定対象4単位取得可能、また日本看護協会認定看護師制度委員会が認める「学会・研究会リスト」に掲載されています。

NPO 法人対人援助・スピリチュアルケア研究会支援事業共同開催
ワールドカフェ「現場を語ろう」

スピリチュアルケア 生きる意味への援助は、日常にある！

スピリチュアルペイン：自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛は、死に直面した人だけが体験する苦しみではない。現代社会において、われわれ誰もが無意味や無価値、自律の喪失や他者に理解されないという孤独を抱え生きている。つまり、スピリチュアルペインは日常に溢れ、現出したその時こそがケアのチャンスなのである。医療や福祉の現場で、日々行われている診療や処置、看護や介護、様々な指導や対応における患者・利用者の苦しみ、あるいはそれに対応する援助者自身の苦しみとケアを取り上げ、生きる意味への援助とは何か、それは誰が、どのように行うのか、皆様と考え大いに議論し、明日への実践に活かせるような大会にしたい。

大会プログラム

【大会長基調講演】「看護師の存在と意味は援助にある！」

----- 大会長：長久 栄子（真生会富山病院 緩和ケア認定看護師）

【教育講演】「意志決定支援の中の自己決定支援」

----- 講師：的場 康德（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科）

【研究報告】「医師の苦しみ～医師の専門職性：キュアとケアについて～」

----- 刀塚 俊起（真生会富山病院 血液内科）

「終末期がん患者のリハビリテーションに携わる理学療法士の苦しみ」

----- 小原 美穂（鳥取生協病院 緩和ケア病棟師長）

【パネルディスカッション】「スピリチュアルケア（生きる意味への援助）は日常にある！」

----- 座長講演：村田久行（NPO 法人対人援助・スピリチュアルケア研究会理事長）

「治療の現場における看護師の苦しみ～怒りと不信を向ける患者への援助～」

----- 疇地 和代（東京都立多摩総合医療センター がん看護専門看護師）

「認知症の人の苦しみと援助」

----- 坂井 明弘（地域密着型複合ケアホームよかよかん 社会福祉士）

「精神疾患患者へのスピリチュアルケア」

----- 杉村 昌幸（井口野間病院 精神科看護師）

「（高齢者）虐待の加害者と被害者のスピリチュアルペイン」

----- 宮本 良一（株式会社へいあん ヘルスケア事業部 介護支援専門員 社会福祉士）

お問い合わせ

第 10 回学術研究大会 大会事務局

医療法人真生会 真生会富山病院 日帰り治療室

大会事務局長 炭谷真由美 E-mail：sumiya-m@shinseikai.or.jp



第 10 回学術大会

QR コード

第 10 回学術研究大会によせて

第 10 回学術研究大会 大会長
真生会富山病院 緩和ケア内科 緩和ケア認定看護師
長久 栄子

このたびは第 10 回学術研究大会にご参加いただきまして誠にありがとうございます。
記念すべき第 10 回大会を、初めて日本海側の地方都市で開催するということが、しかも初めて臨床の看護師が大会長を務めさせていただくということで、期待と不安の中、準備を進めて参りました。その間、多くの方々のご尽力、ご助言、励ましをいただき、大会開催にこぎつけることができましたこと、心より御礼を申し上げます。

今回の大会テーマは「スピリチュアルケア（生きる意味への援助）は日常にある！」といたしました。これは第 9 回の札幌大会で取り上げた「がん終末期におけるスピリチュアルケア」と対比するテーマであるかもしれません。我が国のがん対策推進施策とともに、終末期医療や緩和ケアという考えが広まり、‘スピリチュアルペイン’という言葉も認知されるようになってきました。確かに‘スピリチュアルペイン’は、死を目前にした人に色濃く現れることは事実です。しかし、広く社会を見渡せば、生老病死の苦しみのみならず、格差社会が生み出す将来の不安から生きる意味を喪失する若者、教育現場のいじめ、毎年のように起こる自然災害による被災者は自律も将来も失うという苦しみの中に投げ出されてしまう・・・、そして、われわれ医療や福祉の現場で働く援助者も、社会構造の変化から強いられる医療や福祉の現場への要請により安全管理と業務遂行に追われ、援助ができない苦しみ（自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛）を体験しているのではないのでしょうか。

大会では、日常に溢れる様々なスピリチュアルペインとそのケアを登壇者の皆様に発表していただき、議論したいと思います。また、その苦しみはどのような苦しみなのか、なぜその苦しみが発生するのか、どのように発生するのか、その苦しみの構造を明らかにすることで、ケアの方策を皆様とともに考えたいと思います。そして、スピリチュアルケア（生きる意味への援助）という豊かな営みを、ご参加いただいた皆様に実感していただくことで、援助者としての将来が切り拓けることを願っています。

大会基調講演

スピリチュアルケア（生きる意味への援助）は、日常にある！

～看護師の存在と意味はケアにある～

第 10 回学術研究大会 大会長

真生会富山病院 緩和ケア内科 緩和ケア認定看護師

長久 栄子

この大会テーマをご覧になった現場の援助職の皆様はどのように感じられたでしょうか。「そうだ！」あるいは「そんな・・・日々の業務に追われて、日常でスピリチュアルケアなんて・・・」という思いを持つ方もおられるかもしれない。大会長基調講演では、私の職種である看護師の専門職性とは何か？について言及し、なぜ「スピリチュアルケア（生きる意味への援助）は日常にある！」を本大会のテーマとしたのかをお伝えしたい。

我が国の看護師は就業看護師 160 万人、潜在看護師 70 万人ともいわれており、援助職の中では圧倒的に多数を占める職種である。しかし、私は多くの専門職の中でも看護師ほど、その存在と意味が不確かな職業はないと思う。看護師の大多数はジェネラリストとして病院、施設、在宅といった現場で活躍し、病院内においても手術室、救急、病棟、外来、内科、外科・・・と本人の意向に関わらずあらゆる現場に配置される。そして定期的な部署異動とともにまた新たな分野に取り組むことを強いられる。また、チーム医療においては 24 時間連携して患者の日常生活を支える看護師が患者のことを一番理解していると期待され、他職種との調整役を求められる。しかし、現場の看護師はその日のルーチン業務に追われて患者の理解や援助どころではない、自分はいったい何をしているのだろうか、看護の仕事とは何なのだろうかと問うているか、あるいはあえて看護の仕事とは何かということに意識を向けずに業務に没頭するのが現状ではないだろうか。

我が国の看護職は、昭和 23 年に制定された「保健師助産師看護師法」において‘療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者’と規定されている。しかし、現場で働く看護師の多くはこれとは異なる答えを探し求めているように思える。看護師という職業とは何か、その専門職性とは何かを探し求めている。医薬を上手に使いこなしたり、医療処置をする業務はあるにしても、決してそこには看護師独自の専門職性があるわけではない。

では、医師のお手伝いでもなく、患者の生活のお世話でもない看護の専門職性とは何を言うのだろうか？医師が医療を行う目的は疾患の治癒や延命、あるいは症状緩和であり、対象は疾患や病態であろう。それに対して看護の対象は人間であり、多くの看護理論家は看護理論の前提に人間とは何かを定義づけている。つまり、看護師は病と闘い病と共に生きているその人を支える職業である。あるいは、健康にある人もその健康を維持増進する

ことを支える職業である。しかしながら、看護教育の大半は自然科学に基づいた医学を基盤にカリキュラムが組まれているため、人間を支えるとはどういうことなのかについて学ぶ機会が少ない。けれども臨床現場の看護師は、診療の補助業務だけでなく待ったなしで苦しむ人たちへの応対を余儀なくされるのである。薬を投与しても取れない痛みで苦しむ人、せん妄により不穏な行動をとる人、症状が改善しないと看護師に怒りをぶつけてくる人・・・リアルな現場ではそういった応対が看護師の役割であるが、そのような苦しみにある人への援助を系統立てて看護教育では学ぶ機会がないのである。それゆえ優しさや思いやり、経験や勘といった名人芸で現場を乗り越えているのではないだろうか。しかし、その優しさや思いやり、経験や勘は教育されて身につくものではない。また、優しさや思いやりという観念的な看護師のイメージを期待されるとそれは看護師の苦しみとなる。ここが徹底的に自然科学を基盤としたキュアの専門職である医師や薬剤師との大きな違いであり、看護師が看護という職業を明確にできない所以ではないだろうか。

しかし、私は対人援助論を基礎として3次元存在論にもとづき援助的コミュニケーションを駆使するスピリチュアルケアを学ぶことで、自分の意識を相手の苦しみに向けることにより相手に援助者として現れた時、そこに援助の関係が成立するということがわかった。そしてその援助の関係をもとに相手の苦しみを和らげ、軽くし無くする援助を実践してきた。そうなのだ、看護職とは援助職なのだと再認識した。そして思いやりや優しさといった感情労働ではなく、人間の科学に基づいた確かな技術によるケアの実践こそが看護師の存在と意味を強めることを体験した。

医師の責任は‘キュア’にある。では、看護師は何に責任を負うのか、それは‘ケア’である。看護が病態や症状を対象とするのではなく人間を対象とする関係に基づく専門職であるならば、医薬を使わずとも関係の力によって相手の苦しみを和らげるという‘ケア’にこそ看護の独自性と自律性があるのだ。「ただ聴くことしかできなかった」と嘆く看護師も、何を聴くのか、なぜ聴くのか、どのように聴くのかを学べば、患者の苦しみを聴くことが患者の生きる意味を支える援助になるという豊かなケアの実践であることに気がつくだろう。そしてそこに看護師としての自己の存在と意味を見出すことが可能になるのではないだろうか。医療や福祉の現場は苦しみに溢れており、そこにはキュアとともにケアを必要としている人ばかりである。スピリチュアルケア（生きる意味への援助）は、特別な人が行う特別なことではない。看護師の日常の実践の中にそのチャンスがあるのではないだろうか。

教育講演

意思決定支援の中の自己決定支援

的場 康德

鹿児島大学大学院腫瘍学講座 医師

がん・難病の診断やがんの再発、あるいは治療が難しいことを医師から説明された患者に対して看護師などの行う面談は、いったい何を、なぜ、どのようにすることだろうか。患者が落ち込まないように、スムーズに診療が進捗するようにと考えて、患者の不安や誤解を解くための情報を補足するだけでは意思決定が進まないことをしばしば経験する。

意思決定支援とは「医師の治療方針の決定や病状の説明などの前後に、看護師らの医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者・家族等の要望や価値観などを傾聴し、医療者と患者、家族等が十分な意思疎通を図れるよう支えつつけること¹⁾」と言われている。ここには、支援のタイミングとアプローチ方法と目的が書かれている。すなわち、いつ(医師の治療方針の決定や病状の説明などの前後に)、どうやって(看護師らの医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者・家族等の要望や価値観などを傾聴し)、何のために(医療者と患者、家族等が十分な意思疎通を図れるよう)である。厳しい現実を告げられた患者はそれまでの日常世界が一変する。世界が変わることはあらゆるものの現れ(意味)の変貌となり、無意味、無価値、孤独、依存などのスピリチュアルペイン(自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛²⁾)を生じる。そんな体験をしている患者に、検査や治療や療養場所の選択を医療者は迫るが、患者が自律して生き方を選択するためには、既在(過去と現状)の受容や了解が必要である。つまり日常の生の時間構造²⁾は、「既在と将来に支えられて現在(意味)が成立する」ゆえに、患者が自分の厳しい現実を受け容れて、はじめて、将来の可能性が開かれ、現在の生きる意味が成立する。この場面で、《情報収集と説明》と併記されている《傾聴》は、患者が病状説明で出会った既在の受容過程を支える意味がある。それによって、患者は将来の可能性をめがけて治療や療養を自己決定できると考えられる。

本講演では、患者の体験に視線を転じることで、患者の自己決定(自律)を促す関係と応対が意思決定支援の核心であり、それを通じて、医療者と患者、家族の相互了解が実現できることを考察したい。

¹現場で活用できる意思決定支援のわざ.緩和ケア 25:172, 2015

²村田久行、長久栄子(編)現象学看護 1 セン妄. 日本評論社. 2014

研究報告 演題 1

「医師の苦しみ～医師の専門職性:キュアとケアについて～」

刀塚 俊起

真生会富山病院 医師

医師に伝えたい3つのこと

1. 医師はキュア(治療)をめざす職業であるが、キュアには限界がある

医学は身体の生命維持や機能不全の治療をめざし、医師は患者の原状回復を最大の任務としている。医師の仕事の評価はいかに多くの症例を治癒に導いたかによっているが、医師はキュアには限界があることを知らない。その限界は死であり、老いである。そしてもし医師がキュア以外の手段を知らなければ、終末期患者への足は遠のき、高齢者の医療はあたかも敗戦処理のように興味を失う。高齢者人口も終末期癌患者も増加している日本で、今後ますます医師のキュアに限界が露呈し、無力感が医師を支配することになるだろう。

2. 患者の苦しみを和らげる方法にキュアとケアがある

‘援助’とは苦しみを和らげる、軽くする、なくすることである。そして‘援助’には、キュアとケアがあると知ることによってキュアできない医師の苦悩もまた和らげられる。キュアの限界を知り、ケアへの道が開かれれば、医師は終末期癌患者や高齢者の苦悩を和らげている自己の存在の意味を再確認することになるであろう。医師は本来、キュアの専門職である前に対人援助の専門職であるからである。患者の死が差し迫ると医師は無力感に襲われ、患者に罪責感をさえ覚える。またキュア概念のみの病状説明は患者に絶望感を与え、医師への不信を誘発しかねない。しかしたとえ死は避けられないとしても医師がケアにより患者の苦しみを和らげることができれば、キュアの限界を超えてケアによって患者に新たな生きる希望を与えることでさえ可能になってくるのである。

3. キュアとケアは対立ではなく、共在し、相補的・相乗的に患者の苦しみを和らげる

キュアとケアの協力は必要不可欠であり、手術の効用と副作用の説明においても医師は患者のケアを実行している。高齢者や末期がん患者のさまざまな不定愁訴はキュアでは解決しがたいが、医師が患者の苦しみに耳を傾け、ケアを行うことで患者は気持ちが落ち着き、考えが整い、生きる力が湧くという。医師はケアの大きな役割を自覚することでやり甲斐をもって日々の診療に向かうことができ、患者の痛みや生きることの無意味という苦しみを軽減することができる。苦しみを理解してくれる医師は患者に援助者として選ばれ、ケアによってキュアできない患者の援助が可能である。キュアとケアは相補的・相乗的に患者の苦しみを和らげるのである。

研究報告 演題 2

「終末期がん患者のリハビリテーションに携わる理学療法士の苦しみ」

小原 美穂

鳥取生協病院 緩和ケア病棟 看護師長

【背景と目的】最近まで緩和ケア病棟の患者はリハビリの対象から外されることが多かったが、「がんリハビリテーション」の普及により緩和ケアにおけるリハビリの意義が認識され介入するケースが増加した。しかしがん終末期においてはリハビリを実施しても患者の身体機能の維持改善はままならない。理学療法士は緩和ケアにおけるリハビリの重要性を認識していても、従来のリハビリの概念や方法論では終末期がん患者に十分に対応できず、無力感や意欲低下を感じるという報告もある¹⁾。

このような終末期がん患者に携わる理学療法士の苦しみとは何か？また何故その苦しみは生じているのか？本発表では緩和ケア病棟における終末期がん患者のリハビリに携わる理学療法士の苦しみ背景について考察した。

【方法】当院に勤務し、緩和ケア病棟の終末期がん患者のリハビリに携わる理学療法士 2 名に「緩和ケア病棟で終末期がん患者を担当して苦しかったこと」についてレポート作成を依頼し、それを記述現象学で分析した。

【結果】緩和ケア病棟のリハビリ現場での苦しみとして以下の2つの苦しみが抽出できた。

- ①衰弱してゆく患者に対し身体機能の維持・改善が図れない苦しみ
- ②死に向う患者の「QOL 向上」という評価のできないリハビリを実施する苦しみ

【考察】理学療法士は「身体機能の維持改善をめざす」という役割認識で仕事をしており、そこには明確なゴールが存在している。これに対し、衰弱しやがて死に至る終末期がん患者のリハビリは成果が出にくい上、死に向う患者の「QOL 向上」のように明確なゴールや評価指標がないリハビリを求められる。それゆえ理学療法士としてどのように貢献すればいいのかわからず、自らの存在と意味を見失う危機に直面していると考えられる。このような理学療法士の苦しみ背景として以下のことが考察される。

- ① 施術で身体機能を維持改善させることで患者の苦しみを和らげるという「キュア概念」の限界
- ② 測定数値や ADL 自立度などを評価指標とし、リハビリの効果を実体化してとらえようとする自然科学的態度。

以上より「身体機能を維持改善してリハビリの効果を出したい」が「患者は衰弱する上、リハビリの効果は測定できない」というズレが終末期がん患者に関わる理学療法士の苦しみを形成している。

【結論】理学療法士の意識の志向性に潜在するキュア概念、自然科学的態度が彼らの行動形態や価値観を形づくり、終末期がん患者に携わる理学療法士の無力、無意味、無価

値という苦しみを生じさせると考えられる。

参考文献

- 1) 中田加奈子 池田耕二 山本秀美:3年目の理学療法士は終末期理学療法実践をどのように体験しているか?ー「無力感や意欲低下」の生成過程についてー. 理学療法科学 25(4)523-528,2010

パネルディスカッション

座長より

日常にあるスピリチュアルペイン

村田 久行

対人援助・スピリチュアルケア研究会 理事長

スピリチュアルケアとはスピリチュアルペインをケアすることである。そしてスピリチュアルペインは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義され¹終末期がん患者が実感する「死」をイメージして緩和医療の現場で論じられてきた。しかしわれわれの「自己の存在と意味」は日常では将来・他者・自律によって成立していることを考えると、この「自己の存在と意味の消滅」は日常で将来を失ったときの無意味、信頼している他者から裏切られたときの怒り、不信、失意と空虚、あるいは苦しみを誰にもわかってもらえない孤独、さらに自分の行動や意思が制限され、管理と強制のもとにおかれたときのあきらめや無力に潜在している。その苦しみはかならずしも「死」を実感させる場面で表出されるとはかぎらない。そして特にスピリチュアルケアの研修を受けてスピリチュアルペインの概念がわかり、援助的コミュニケーションができるようになると、かならずしも「死」が連想される場面ではなく、設備が整いサービスが行きわたる通常の医療・福祉の現場でもスピリチュアルペインが閃光のように見える場面がある。それは例えば、患者・家族の怒りとその援助ができない看護師の苦しみに、直近の記憶を想起させない認知症高齢者の「どうしていいのか、わからない」戸惑いと不穏に、業務に迫られる介護スタッフの焦りと怒りと無視に、妄想を誰にも相手にされない統合失調症患者の孤独や認知症の妻を殺して自分も死ぬしかないと追い詰められている高齢者虐待の現場の絶望に潜在しているのが見えるのである。

さらにわれわれの普段の日常に目を移すと、パートで生計を立てるフリーターの不安や非正規雇用から抜け出せない独居社員の将来・他者・自律のない生活にスピリチュアルペインが見えてくる。あるいは常に説得と誘導で自分の進路を指導され、受験の成績ですべてを評価されて自己を形成する大切な時期に誰にも想いを聴いてもらえず、ほんとうの自分を探究する自律を奪われている多くの児童・生徒・学生のスピリチュアルペインが見えるので

ある。

しかしなぜ、これほど明白な苦しみが認知されないのだろうか？ なぜこれほど重大な苦
しみが放置されているのだろうか？ このことも今回のパネルディスカッションでパネリ
ストの皆さん、会場の皆さんと共に考えていきたいのです。

1. 村田久行(2003)：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア：アセスメント
とケアのための概念的枠組みの構築 緩和医療学 5:157-165

座長より

パネルディスカッション「スピリチュアルケア
(生きる意味への援助)は日常にある！」によせて

古山 めぐみ

日本医科大学千葉北総病院 看護師

パネルディスカッションのテーマ「スピリチュアルケア(生きる意味への援助)は日常にあ
る！」を見て、みなさんはどのようにお感じになるだろうか？「スピリチュアルケアが日常に
あるってどういうことだろうか」「スピリチュアルケアといわれても何をどうするのかわからない」
と疑問や(興味？)が湧くのではないだろうか。

スピリチュアルケアは緩和医療の世界では、全人的苦痛の中にある「スピリチュアルペ
イン」と共によく使われています。そのため、特にがん患者さんと家族に携わる医療者は、ス
ピリチュアルペインやスピリチュアルケアに興味をもたれる方が多いように思います。しかし、
スピリチュアルペインとは何か、スピリチュアルケアとはどうすることなのか、理解して実践し
ている方はまだまだ少ないように思います。今回は、「スピリチュアルケアは日常にある！」
がテーマです。言い換えますと、がんと言う病気ではなくても、さらには病気でもなくスピ
リチュアルペインを体験することは生きていればあることなのです。大切な人との死別体験、
定年退職、思わぬ部署移動、頑張っていた夢が破れたとき等々……。そんな日常生活にス
ピリチュアルペインはあるんだということに視線を転じて、会場の皆様にもスピリチュアルペ
インやケアは身近なものなんだという視点で、今回のパネルディスカッションにご参加いた
だければと思います。

今回のパネルディスカッションでは、4名の登壇者にそれぞれの立場で、「治療の現場
における看護師の苦しみ」「認知症の人の苦しみと援助」「精神疾患患者へのスピリ
チュアルケア」「(高齢者)虐待の加害者と被害者のスピリチュアルペイン」を発表
して頂きます。それぞれのテーマにおける患者、利用者、援助者の苦しみは、スピ

リチュアルペインはどのように発生しているのか、またどのような苦しみでありスピリチュアルペインなのかを会場の皆様にわかりやすく説明し、ディスカッションして頂きたいと考えています。さらに4名の方が実践されているスピリチュアルケアについて、具体的に何をどうすることがスピリチュアルケアなのかを明らかにして頂き、皆様の現場でスピリチュアルケアが実践できるヒントや示唆が得られるディスカッションにしていきたいと考えています。

パネリスト

治療の現場における看護師の苦しみ～怒りと不信を向ける患者への援助～

疇地 和代

東京都立多摩総合医療センター がん看護専門看護師

看護師は、死を目前にした患者や病に苦しむ患者には、スピリチュアルペインが存在し、そのケアが必要であると教育される。しかし実際は、多くの看護師がスピリチュアルペインとは何かという概念が曖昧で、スピリチュアルケアとは何を、どのようにすることかという具体的な方法も分からず、援助の実感を持てないまま、日常の業務に埋没している。特に、積極的治療を主体とする急性期病院で働く看護師にとって、その現状は深刻である。なぜなら、入院期間の短縮化による連日にわたる新規入院患者の受け入れや退院調整、日々の検査・処置の実施や緊急対応、職場の安全管理等々、多くの業務に追われているからである。そして、業務に追われる看護師は、患者をケアしたくても目の前の業務をこなすことに精一杯でケアに当てる十分な時間もなく、看護という仕事の意味を失い疲弊しているのである。

積極的治療の現場では、看護師が患者から怒りを向けられることは少なくない。そして、それは看護師の疲弊をさらに深めるものである。看護師は、対応の統一やルール作りなど、新たな業務を作り出しながら何とか患者の怒りを収めようと試みるが、多くの場合問題は解決しない。それどころか、患者と看護師の関係はますます悪化し看護師はどうすることもできず、患者のもとから足が遠のくのである。

今回、がんの再発治療で入院し、看護師に怒りと不信を向ける患者への対応について寄せられた相談事例を振り返り、このとき、患者と看護師の間にどのような関係が成立していたのか、また看護師のどのような対応が、その後の患者と看護師の関係に変化をもたらしたのかを考察し、多忙を極める日常の中で実践できるスピリチュアルケアについて、みなさんと議論したい。

パネリスト

認知症の人の苦しみと援助

坂井 明弘

地域密着型複合ケアホームよかよかん 社会福祉士

『海の底で、手探りをしているようだ。』と認知症のAさんは自らの苦しみの体験を、語った。Aさんは、孤独のスピリチュアルペイン（以下「**SP**」という。）を抱えながら日常を生きている。

認知症は、認知機能である記憶、見当識、理解・判断などの「分かる力」が衰えることが主症状である。あらゆる日常で「どうしていいのか、分からない。」は生まれる。その言動を、苦しみのサインと捉え、援助的コミュニケーション＜反復＞＜ちょっと待つ＞を実践する。「どうしよう、子供がいなくなった。」と深夜に興奮し訴えるBさんは、徹底した反復によって、**SP**が和らぎ、やがて「夢だったのかもしれない。」と休まれた。運転免許を返納し「俺に人間をやめろというのか。」と激昂したCさんは、無意味、無価値、そして孤独の**SP**を抱えたが、反復される度にその不安と葛藤を語り、やがて、その苦しみを自らの力で乗り越えた。また、認知症の人の苦しみは、自己の内に生じるズレと他者との間に生じるズレの2重のズレが生じ、苦しみをより複雑にさせる。「家に帰る。」と出て行ったDさん。付き添い傾聴する職員に「お父さんの顔が出てこないの。」とその苦しみを吐露した。

一方、多くの認知症介護現場で、これらの言動が現れれば、職員は一瞬躊躇し、これ以上エスカレートさせてはならないと、説明そして励まし、認知症の人の行動変容を求める。それでも治まらなければ、ごまかし、かわし、すかし、うそぶき、スルーし、＜症状＞と戦い、その場を切り抜ける。この行為は、認知症介護現場に潜在する職員の苦しみのサインではなかろうか。なぜなら、職員は「今をなんとかしなければ。」と、意識の志向性は業務に向き、現場を回すという使命感に迫られる。もし、職員が相手に意識を向ければ、周囲の業務志向とのズレを誘発し、居場所を失うだけでなく、応対できない自分の不安、焦燥、恐怖を含め、さらなる苦しみを負ってしまう。このような認知症の人の訴えの応対は、職員の「どうしていいのか、分からない。」という自らの苦しみをごまかし、かわし、すかし、うそぶき、スルーすることで、意識、無意識にかかわらず行為を正当化し、苦しみから身を守ろうとすることなのだ。

それでも援助の関係になる瞬間がある。それは、相手の苦しみのサインをキャッチできたとき、意識が、症状から人に向くという。つまり、相手に選ばれると、職員の意識の志向性に変容し、相手の苦しみに意識が向くのだ。意識の志向性は、援助者として立ち現われると共に、自律と関係と将来が存在の意味を強め、そして援助を実感した時、援助者の成長は促され、**SP**が和らぐのだ。

パネリスト

精神症状を持つ患者へのスピリチュアルケア

杉村 昌幸

井口野間病院 看護師

精神科看護で傾聴という技術は重要であるといわれるが、その技術は患者理解・情報収集・観察・異常の早期発見などに用いられることが多い。看護師は基本的に患者の異常を発見するように訓練されており、異常がなければ患者に関心を示さないし、傾聴することにより患者の苦しみを和らげると考えている人は少ないようである。その結果、患者はだれにもわかってもらえない孤独という関係性のスピリチュアルペインに苦しんでいる。看護師はまた、援助の意味（対人援助論）を理解していない（知らない）ため、患者のスピリチュアルペインとは何か、どのようにそのペインを聴き、和らげるのかわからない。たとえ患者理解・情報収集・観察・異常の早期発見ができて妄想や不穏言動などのもとなるスピリチュアルペインを理解しないため、その苦しみを和らげ、軽くすることができない。その結果、薬に頼ることが多く、状況を医師に報告するだけという対応になってしまうのである。スピリチュアルケアを行って統合失調症患者の妄想がなくなる、不穏言動がなくなる、症状が改善もしくは治癒するなどの劇的な変化は望めないが、患者の妄想を否定も肯定もせずしっかりと反復して傾聴し、沈黙を待つことができれば、患者はたとえ妄想であっても話したいことを聴いてもらえ、妄想のもととなるスピリチュアルペインを言語化できる。看護師が患者に援助者として現れることにより、患者は自分の話を聴いてくれる人ができたと感じて孤独という関係性のスピリチュアルペインを和らげることができる。看護師と患者の信頼の関係が強まり、次から患者の方から看護師に話しかけてきたり、看護師から話しかけやすくなり、さまざま話の内容も多くなり、そのことが看護師と患者の共通理解につながる。これにより看護師と患者の強い信頼関係が構築され、看護師は患者の状態把握（自分から不調を訴える、いつもと違う少しの変化に気づくことができるなど）も容易になる。異常の早期発見にもつながり、患者の妄想や不穏言動があっても薬に頼らない対応も可能となるので状態が悪化する前にスピリチュアルケアを行うことが可能なのではないかと考えている。

パネリスト

(高齢者)虐待の加害者と被害者のスピリチュアルペイン

宮本 良一

株式会社へいあん ヘルスケア事業部 介護支援専門員・社会福祉士

超高齢社会の真ただ中にいる我が国において、高齢者の介護問題に端を発する高齢者虐待の件数は、増加の一途を辿っている。平成 18 年の「高齢者虐待防止法」の施行と同時に開始された厚生労働省調査においても、事実確認の結果、虐待を受けたと判断した事例件数は年間 1 万 5 千件を超え（平成 26 年度）、死亡事例も 25 件に上っている。

一つひとつの事例において、高齢者の権利・利益・安心が侵害される虐待ケースは、統計に上がらず、疑いケースも含めると、その数は計り知れず、高齢者介護の現場では、その対応は、待ったなしで避けて通れない。

今回、自身が介護支援専門員（ケアマネージャー）として担当した虐待事例を通して、そこに「援助」の必要性を痛感した。なぜなら、虐待という事象を生み出している背景には、被害者・加害者（養護者）のスピリチュアルペインが存在し、介護を受けていかなければ生きていけない被害者と介護を迫られる加害者（養護者）のそれぞれの「苦しみ」がその原因となっていると考えたからである。それぞれが抱えるスピリチュアルペイン（自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛）が家族関係の悪循環を生み、関係を崩壊させ、その関係の悲鳴が「虐待」という事象になって表出してくる。

したがって、虐待ケースに対しては、虐待する加害者（養護者）、養護者から虐待を受ける被害者という構図でケースを捉えていくのではなく、また「虐待状況をいかに解消させるか」という事象終結のみを目標にするのではなく、その背景原因となっている加害者（養護者）、被害者の苦しみに焦点を当てた「援助」こそが求められるのである。それぞれの苦しさの構造を自らが意識できるように働きかけ、家族としての関係の悪循環を断ち、あらたな関係を編みなおしていけるための加害者（養護者）、被害者双方への「ケア care」とその家族に必要な社会資源をつなげていくという「キュア cure」こそがケース対応の車の両輪として必要なのである。

今回、緑内障により視力を失った 80 代の女性（要介護 4）とその養護者である息子という自身の事例の振り返りを行いながら、そこに双方のスピリチュアルペインが存在し、「援助」の必要性があることを検証してみたい。