

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9回学術研究大会

がん終末期における スピリチュアルケア

会期：2015年9月20日（日）

会場：カレスサッポロビル カレス8HALL

（旧明治安田生命札幌北1条東ビル）北海道札幌市中央区北1条東1丁目2番地5

大会長：児玉 佳之（社会医療法人 社団 カレスサッポロ 時計台記念病院 緩和ケアセンター）

プログラム：1、研究発表

2、シンポジウム

- ①がん終末期における自律存在である人間のスピリチュアルペインに対するケア
～患者の苦しみが和らぐ過程について事例から学びを深める～
- ②がん終末期における「援助者の援助」
～メディカルスタッフの苦しみを和らげ援助する～

参加費：会 員／事前登録 4,000円 当日登録 5,000円

非会員／事前登録 5,000円 当日登録 6,000円

（事前登録期間 5月1日～7月31日）

お問い合わせ：第9回学術研究大会 大会事務局

社会医療法人 社団 カレスサッポロ 時計台記念病院 緩和ケアセンター 実行委員長 小西 徹夫

〒060-0031 北海道札幌市中央区北1条東1丁目2番地3 TEL:011-251-1221 FAX:011-251-2677

E-mail : m.konishi@tokeidaihosp.or.jp（担当：小西）

第9回学術研究大会によせて

第9回学術研究大会 大会長
時計台記念病院 緩和ケアセンター
児玉 佳之

このたび、第9回学術研究大会の大会長を務めさせていただくことになりました。

がん緩和ケアを中心として、わが国のすべての医療・福祉の本幹を支えるべく進歩し続ける本研究会の学術研究大会を会員の皆様のご支援のもと主宰させていただくことは誠に光栄なことであり、深く感謝申し上げます。

現在、村田久行理事長をはじめ、多くの皆様方のご助言やご支援を賜りながら、本学術研究大会を2015年9月20日（日）、カレスサッポロビルのカレスSHALL（札幌）にて開催すべく準備を進めているところです。

今回の大会のメインテーマは、「がん終末期におけるスピリチュアルケア」としました。

トータルペイン（全人的苦痛）の一つにスピリチュアルペインがありますが、がん緩和ケアに関わっている多くの方々にとって、スピリチュアルペインはいまだに明確のものではなく、あいまいなままになってはいないでしょうか？

今一度、がん終末期患者の苦しみに焦点をあてて、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）について、皆様とじっくりディスカッションしてみたいと思います。

また、今回是非とも取り上げたいテーマは、『がん終末期における「援助者の援助」』です。がん終末期に関わる臨床現場では、疲弊したメディカルスタッフがバーンアウトしたり、離職率が高いことが問題となっております。援助者がバーンアウトしないように援助することも当研究会の重要な役割と考えております。

がん終末期に関わる臨床現場で、「業務」思想を克服し、対人援助専門職が真の援助を実践し、仕事に喜びを回復できるように支えることを目的として、メディカルスタッフの苦しみにも焦点をあててみたいと思います。

この学術研究大会に参加することで「がん終末期におけるスピリチュアルケア」について理解するための第一歩となること、そしてさらに深めたいというきっかけになることを願っております。

不慣れではございますが、私ども一同、総力を挙げて準備を進め、一人でも多くの方に参加してよかったとだけいただける学術研究大会にしたいと考えております。

末筆ではございますが、本学術研究大会が皆様にとって実り多い交流の場となることを祈念するとともに、多くの方々のご参加を心よりお待ちしております。

第9回学術研究大会
「がん終末期におけるスピリチュアルケア」
プログラム・日程表

開場（受付開始）	8:30~
開会の辞	9:00~
大会基調講演	9:00~9:30

臨床におけるスピリチュアルペイン
～これまでとこれから～

【演者】 児玉佳之（時計台記念病院 緩和ケアセンター センター長）

教育講演	9:30~10:30
------	------------

「現象学看護と記述現象学」□ 対人援助実践と研究の方法論□

【講師】 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）

シンポジウム1	10:30~12:30
---------	-------------

「がん終末期における自律存在である人間のスピリチュアルペインに対するケア」
～患者の苦しみが和らぐ過程を事例から学ぶ～

座長 的場康徳（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科）
三浦宣子（時計台記念病院 看護部 緩和ケア病棟課長）

シンポジスト

西智弘（川崎市立井田総合病院かわさき総合ケアセンター 副センター医長）
吉田奈美江（時計台記念病院 看護部 がん看護専門看護師）
梶原陽子（ホームケアクリニック札幌 師長）
島崎寛将（大阪府済生会富田林病院 リハビリ科）

休憩	12:30~13:30
----	-------------

研究発表	13:30~14:30
------	-------------

座長 小西徹夫（時計台記念病院緩和ケアセンター 副センター長）
研究発表者
長久栄子（真生会富山病院 緩和ケア認定看護師）
吉井みゆき（いまいホームケアクリニック 在宅連携室室長 緩和ケア認定看護師）

シンポジウム2	14:30~16:30
---------	-------------

「がん終末期における「援助者の援助」～メディカルスタッフの苦しみを和らげ援助する～

座長 松原貴子（三重大学医学部付属病院 緩和ケアセンター）
菅原邦子（天使大学大学院 看護栄養学研究科）

シンポジスト

久須美房子（公益財団法人 天理よろづ相談所病院 消化器内科 疼痛等緩和ケア対策チーム）
濱口恵子（がん研究会有明病院 緩和ケアセンター がん看護専門看護師）
石渡明子（北海道済生会小樽病院 看護部看護課主幹 緩和ケア認定看護師）
山本亜紀（香川医療生活協同組合高松平和病院 看護部 緩和ケア認定看護師）

閉会の辞、事務局からのお知らせ	16:30~
-----------------	--------

参加者へのご案内

1. 事前登録をされた方へ

- ・大会当日は、あらかじめ送付しております参加証を必ずご持参し、ご着用ください。
- ・参加証を紛失された方や持参されなかった方は、大会当日、カレスサッポロビルの8階受付にお越しください。

2. 当日参加登録をされる方

- ・当日参加される方は、カレスサッポロビルの8階受付にて、参加登録を行ってください。

参加費 会員 5,000円 非会員 6,000円

3. 抄録集の販売について

- ・抄録集を受付にて販売しております。お忘れの方、もしくはもう1冊ご希望の方などがいらっしゃいましたら、受付までお越しください。過去の抄録集もご用意しております。1冊200円となります。

4. 入会希望および年会費の支払いについて

- ・NPO法人対人援助・スピリチュアルケア研究会入会および年会費の支払いをご希望される方は、カレスサッポロビル8階、NPO法人対人援助・スピリチュアルケア研究会受付までお越しください。

5. 懇親会について

- ・当日の受付はございませんので、ご了承ください。懇親会参加者につきましては、別途、ご案内いたします。ご不明な点がありましたら、学会事務局にお問い合わせください。

6. クローク

- ・カレスサッポロビル8階、クローク受付にて申し込みをお願いいたします。貴重品は、お預かりすることができませんので、ご自身でお持ちください。

収容個数には限りがございますので、大きな手荷物はご宿泊のホテルにお預けいただくなどのご協力をお願いいたします。

7. 注意事項、その他

- ・会期中は、必ず参加証（名札）を着用ください。着用されていない方のご入場はお断りいたします。
- ・学会場（8ホール）での写真の撮影・録音やビデオ撮影は固く禁止とします。
- ・日本緩和医療薬学会、緩和薬物療法認定薬剤師の認定要件、4単位を取得できます。認定を希望される方は、シールの配布がありますので、受付にお申し出ください。
- ・学会場（8ホール）では、**食事は禁止**となります。お弁当などの食事は、地下1階の食堂でお願いいたします。食堂は飲食物の持ち込みが可能です。食堂の使用時間は10:00～17:00となります。
- ・地下1階の食堂に**おもてなしコーナー**を設置しております。無料で各種飲料や資材を用意しておりますので、是非お立ち寄りください。
- ・トイレは、男性は地下1階・1階・8階を女性は、地下1階・1階・7階・8階をご利用ください。**会期中は7階男性用トイレを女性用にいたします**ので、ご注意願います。

8. 発言者の皆様へ

- ・質問の際は事前にフロアマイクの前に立ち、座長の許可を得た上でご発言ください。その際、所属、氏名を述べてから質問を開始して下さい。発言は簡潔をお願いいたします。また、次発言者はフロアマイクの前まで移動してお待ちください。
- ・セッションの円滑な進行にご協力いただき、座長の指示に従っていただきますようお願いいたします。

抄 録

シンポジウム 1 (SY1)

「がん終末期における自律存在である人間のスピリチュアルペインに対するケア」 ～患者の苦しみが和らぐ過程を事例から学ぶ～

われわれは、がん終末期患者のスピリチュアルペインを時間存在、関係存在、自律存在の3次元から構造化することで、死に臨む患者のスピリチュアルペインへのケアの指針を「将来の回復、他者との関係の回復、自律の回復」として見いだすことができます。しかし、そのスピリチュアルケアは実際にどのように可能なのでしょうか。「ケア」を受けることによって「自己の存在と意味」の成立と回復ができたのならば、そこに生きる意味と安心と意欲が支えられる「ケア」が成立したと評価できます。

自立存在である人間のスピリチュアルペインは、死の接近によって何もかも「できなくなる」という不能と依存の体験から生じます。本シンポジウムでは、特に自律存在である人間のスピリチュアルペインに焦点をあて、シンポジストの先生方には実際の「ケア」の成功例だけでなく、困難症例や失敗例を提示していただき、会場みなさんとディスカッションしたいと考えています。本シンポジウムを通し、ご参加いただいたみなさんが、スピリチュアルペインをアセスメントし、ケアプランを立て、患者にアプローチし、スピリチュアルケアを評価する契機となれば幸いです。

座長 的場康徳（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科）
三浦宣子（時計台記念病院 看護部 緩和ケア病棟課長）

- SY1-1 スピリチュアルペインが元で鎮静を希望された事例から
西智弘（川崎市立井田総合病院かわさき総合ケアセンター 副センター医長）
- SY1-2 一般病棟での自律性のスピリチュアルペインへのケアを振り返って
吉田奈美江（時計台記念病院 看護部 がん看護専門看護師）
- SY1-3 自己コントロール感の喪失により療養場所の選択に揺れ動いた A 氏の在宅での看取り
梶原陽子（ホームケアクリニック札幌 師長）
- SY1-4 「がん終末期にリハビリテーションが目指すもの」
島崎寛将（大阪府済生会富田林病院 リハビリ科）

研究発表

座長 小西徹夫（時計台記念病院緩和ケアセンター 副センター長）

- O-1 終末期がん患者のせん妄に対応する看護師の葛藤
長久栄子（真生会富山病院 緩和ケア認定看護師）
- O-2 最後の3か月が一番よかったと話された事例から学ぶ
吉井みゆき（いまいホームケアクリニック 在宅連携室室長 緩和ケア認定看護師）

「がん終末期における援助者の援助」
～メディカルスタッフの苦しみを和らげ援助する～

がん終末期に関わる臨床現場では、疲弊したメディカルスタッフがバーンアウトしたり、離職率が高いことが問題となっています。原因の一つとして、臨床現場に「援助者の援助」が存在していないことが考えられます。「援助」とは、苦しみを和らげ、軽くし、なくすることであり、「援助者の援助」とは、実際に現場で苦しむ援助員の苦しみを和らげ、援助すること、さらにそれと同時に、対人援助専門職としての成長を支えることです。残念ながら、現在の日本の医療現場では、援助職が相手の苦しみに関わることなく、なすべき仕事の効率と安全と経営に専念する「業務」の思想が中心となっているのではないのでしょうか。

本シンポジウムは、がん終末期に関わる臨床現場で、「業務」の思想を克服し、対人援助専門職が真の援助を実践し、仕事に喜びを回復できるように支えることを目的としています。シンポジストの先生方には、メディカルスタッフの苦しみに焦点をあて、各施設での現状をお話ししていただき、会場のみなさんとディスカッションしたいと思います。

座長 松原貴子（三重大学医学部附属病院 緩和ケアセンター）
菅原邦子（天使大学大学院 看護栄養学研究科）

- SY2-1 「緩和ケアチーム医師 SSV 研修を受ける」の巻
久須美房子（天理よろづ相談所病院 消化器内科 疼痛等緩和ケア対策チーム）
- SY2-2 がん終末期における「援助者の援助」□ がん専門病院の取り組み
濱口恵子（がん研究会有明病院 緩和ケアセンター がん看護専門看護師）
- SY2-3 チーム作りとメディカルスタッフへの教育から援助者を援助する
石渡明子（北海道済生会小樽病院 看護部看護課主幹 緩和ケア認定看護師）
- SY2-4 緩和ケア病棟での援助者の援助と教育
山本亜紀（香川医療生活協同組合高松平和病院 看護部 緩和ケア認定看護師）

臨床におけるスピリチュアルペイン ～これまでとこれから～

第9回学術研究大会 大会長
時計台記念病院緩和ケアセンター センター長
児玉佳之

今大会のテーマは「がん終末期におけるスピリチュアルケア」である。なぜ今このテーマにしたかという、がん終末期に関わるメディカルスタッフは皆「スピリチュアルペイン」という言葉は知っているが、これだけ緩和ケアが広まった現在においても「スピリチュアルペイン」を言語化すること、キャッチすること、スピリチュアルケアを実践することができるのは一握と考えるからである。

これまでのがん緩和ケアの教育において、大事とされているのは全人的苦痛（トータルペイン）の概念であり、この概念を提唱したのは、現代ホスピス運動の創始者である **Dame Cicely Saunders** である。トータルペインは、患者を1人の「病気をもった人間」として捉え、苦痛を身体的苦痛のみならず、精神的、社会的、スピリチュアルな4つの側面から理解していく必要があるとしている。この4つの因子が同一平面上の領域の違いとして図示されているのはよく目にするはずである。緩和ケア医は、身体的苦痛のみに焦点をあてたアセスメントでは不十分で常に全人的な視点でアセスメントするように指導される。ある書籍には「全人的な視点を常にもちながら、身体的な苦痛として表現されることの多い患者の苦痛を緩和する方策を立てていく姿勢が、緩和医療に携わる医師には求められる」と記載されている。

では、スピリチュアルな苦痛とはどう教育されているのだろうか。日本の緩和医療学の教科書ともいえる「専門家をめざす人のための緩和医療学」には、「スピリチュアリティなど実存的な問題の定義は困難で多様である。定義に関するテーマは、神とのつながり、スピリチュアルな存在、崇高な力、信仰ではないが自己よりも偉大な存在・超越したものとのつながり、物質的なものではない人生に大切なものがあるという信念、人生の意味や目的、人の統合的側面、などである」と書かれている。これで理解できる医師はどれくらいいるだろうか。さらに、スピリチュアルペインの実際のアセスメント方法などは具体的にされていない。これでは、キャッチできないのも当然である。そして、一般医療人（科学者）からは宗教的で、胡散臭いものとして敬遠されることとなる。

現在の一般医療において、スピリチュアルペインは浸透しているだろうか。少なくとも医師においては総合医にトータルペインの考え方が教育されている程度であり、その他の領域では全く教育されていない。おそらく、スピリチュアルペインという言葉すら知らない医師も多いはずである。これが今の日本の医療におけるスピリチュアルペインの現状なのである。

しかし、今の医療にはスピリチュアルペインが溢れている。これだけ医学が進歩した現代でも、完治しない病気はたくさんあり、多くの医師がキュア（治療、症状緩和）の限界を感じている。キュアの考え方や技術しか持ち合わせていないと医師は何もできないことで無力を感じる。患者だけではなく、家族や医師・メディカルスタッフもスピリチュアルペインで苦しんでいるのである。さらに、日本の社会にもスピリチュアルペインは溢れており、自殺者は年々増加している。

これから、私たちがやるべきこと（できること）はたくさんあるはずである。今一度スピリチュアルペインについてじっくり考えてみる（はたしてトータルペインにおいて、スピリチュアルペインは他の苦痛と同一表面上にあるのだろうか）、スピリチュアルペインを共通言語で話すことができる仲間を増やすこと、スピリチュアルペインに関する学会発表をする・論文を書くこと、医学教育やメディカル

スタッフの教育にスピリチュアルケアを組み込むことなどである。これから私たちは、終末期患者だけでなく、すべての患者、すべての家族、すべてのメディカルスタッフ、社会の中でスピリチュアルペインに苦しむすべての人の援助者とならなければならない。私たちにはそれができるはずである。一人一人が楽しいと思える仕事ができるようにするために、いま、本当の全人的医療が行える体制づくりに取り組まなければならないのではないだろうか。

教育講演

「現象学看護と記述現象学」～対人援助実践と研究の方法論～

NPO 法人対人援助・スピリチュアルケア研究会 理事長

村田久行

現象学看護とは、意識の志向性と現れから看護師のすべての行為を意味づけして言語化し、援助に活かす看護であるⁱ。現象学看護は特になん患者のさまざまな身体・精神症状の緩和や、「もう生きる意味がない」という患者のスピリチュアルペインを和らげ、軽くし、なくするスピリチュアルケアにおいて力を発揮する。あるいはまた、診療の補助、患者の身辺介助と環境整備、家族へのケアといった日常の看護業務もすべて、この意識の志向性と現れから援助として意味づけ、実践に活かすことのできる看護である。この看護は単なる技法の集積ではない。現象学と対人援助論を基礎として、3次元存在論にもとづくスピリチュアルケアと関係の力を駆使して看護師の対人援助専門職性を追求する人間の科学なのである。

しかし、なぜ現象学なのか？ 現象学とは体験一般についての理論であるⁱⁱ。フッサールは「体験に視線を転じて、体験を純粋に体験そのものとして経験し規定すること、これが現象学的見方である」というⁱⁱⁱ。それゆえ現象学看護は、まず何よりもさまざまな患者の苦しみをケアする看護師の体験の研究であり、同時に、その看護師の関わりを通して苦しみが和らげられる、あるいは逆に苦しみが増幅される患者の体験の研究でもある。

体験の意味を解明する研究方法論には現象学的方法があるが、ジオルジ流の直観看取にしる、ハイデガーに依拠する解釈学的現象学にしる、その理論の難解、録音・逐語録をデータとする素材の限定と狭さ、分析手順の煩雑、意味や構造を抽出する分析者のブラックボックス的な主観的名人芸の不透明ゆえに分析の妥当性を検証できない等の理由から、従来の現象学的方法論は「わかりにくい」「使えない」といわれる。そこで体験の意味の解明に現場で使える記述現象学の簡便な方法を開発したので紹介する。

記述現象学とは臨床現場で表現・表出されたすべての記録や報告、語りなどをその記録、報告、語りを行った当事者と対象患者の意識の志向性と現れの「記述」として読み解き、そこに顕在化した、あるいは潜在する記述者の意識の志向性とそれに応じて現出する世界と他者と自己の「現れ」からその体験の意味を明らかにして、そのときの行為を意味づけ、言語化する研究方法論である^{iv}。記述現象学が「わかりやすい」「使える」のは、1.臨床現場の記録、報告、語りをそのまま素材とするので、語りを録音せず、逐語録に書き起こさない。2.素材をすべて記述者の意識の志向性と現れであるとして分析する方式は、誰が分析しても妥当な結果を得られる手順の透明性を確保できる。3.意識の志向性と現れ方の普遍性を根拠とするので体験の意味の再現性と分析結果の検証可能性が確保できるからである。体験の解明と対人援助実践に役立つ記述現象学と現象学看護を紹介する。

- 1 村田久行・長久栄子編著『せん妄』日本評論社,2014年,p.1
- 2 エトムント・フッサール著.立松弘孝編・訳『フッサール・セレクション』平凡社,2009年, p.114
- 3 同上書,p.95
- 4 前掲書『せん妄』,pp.104-105^v

シンポジウム 1

SY1-1 スピリチュアルペインが元で鎮静を希望された事例から

川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンター

○西智弘

【症例】50代女性。乳癌の術後1年で再発し化学療法などを行ったが、病状進行し癌性腹膜炎、胸膜転移し緩和ケアの方針となった。X年3月に腹部膨満感、腹痛、嘔吐にて当院緩和ケア病棟入院。癌による多発腸管狭窄と診断され、オクトレオチドなどで治療行っても改善せず、常に嘔気・嘔吐に悩まされる日々が続いた。病気についてよく勉強され、これまで抗がん剤治療なども自分で治療内容を組み立ててきた方で、緩和ケア病棟に入院してからも医師に指示しながら自らの症状緩和に努めていた。しかし徐々に衰弱が進行してきたある時、「もう私にはできないことがない。何もかも自由にならない。価値のない自分の1日が始まるのがつらい」と訴えられ、入院11日目に持続的な深い鎮静を希望され、ご家族も了承された。しかし、病棟カンファレンスで鎮静の是非が問われ、「テレビを見たり、スープを飲んだり、会話をしたりもできる。まだ鎮静をすべきではない」という意見と「本人は眠って過ごすことに希望をかけている。それが、最期に自分が自分でできることだと思っているのではないか。症状や苦痛を緩和できる手段は限られており、鎮静を用いるのは妥当」という意見に割れた。結局「浅い間欠的鎮静」をかける、ということで結論されたが、そのことを患者・家族に説明したところ「約束が違う」と患者が感情的になり、家族も「きちんと苦痛をとってほしい」と怒られた。もう一度検討し、深い鎮静をかけることで結論。鎮静後、入院18日目に永眠された。【考察】身体的苦痛に加え、これまで自律的に行動してきた方が、あらゆる活動がうまくいかなかったときに、最後の自律性を発揮した「鎮静」の選択であったと考えるが、経口摂取や会話といった活動の余地はあり、こういった方のスピリチュアルペインに鎮静をかけたことの妥当性が問われる症例である。他にも、自律性を尊重することが一般的に考えて患者さんにとってリスクが高い、と思われる選択である場合、例えば転倒・骨折のリスクがあっても自分でトイレに行きたい、誤嚥を繰り返していても自分で食事を食べたい、といった状況は臨床の現場でしばしば遭遇すると思われる。そういった場合に、医療者はどのように支援すべきなのか？会場のディスカッションを期待したい。

SY1-2 一般病棟での自律性のスピリチュアルペインへのケアを振り返って

社会医療法人 社団 カレスサッポロ 時計台記念病院

○吉田奈美江

【症例 1】A氏 30歳代女性、子宮頸がん術後化学療法を施行、再発転移による左下肢神経障害と右下肢リンパ浮腫にて進行に伴い歩行困難となった。「歩いて家に帰ることが大事。自分で歩いて食べることが大事。どうして子宮頸がんで歩けなくなるの？歩ける人と足を交換して欲しい、こんなんでも生きているのがつらい。」というスピリチュアルペイン（以下SP）を表出した。多職種でカンファレンスを実施、SPの訴えには傾聴

と反復で対応し、歩行困難による自立性の低下に対して自分で選択して行えることを尊重し、A氏が特に大切にしていたトイレ動作や入浴時に自律性と主体性を発揮できる場面をつくり、できないことに対して「ゆだねる」選択ができるようにケアを統一した。結果、「やってもらうことも悪くない。不安だったが希望が見えた」という言葉が聞かれるようになった。

【症例2】B氏 50歳代男性、右上葉肺がん術後再発、胸膜転移、多発性骨転移にて当院転院2週間前に両下肢麻痺となった。「(転院したら)少し動けるようになっていたけどダメだね、皆に迷惑掛けるばかりだ。俺はいつ頃死ぬの？まだ死にたくないけど、迷惑掛けて死ぬのは嫌だな。」と涙を流しながら、時に冗談も交え「こんな話を真剣に聞いてもらえるなんて、母親に話しているみたい。」と話された。その後、一般病棟から緩和ケア病棟へ転棟、妻や大学生の一人娘の将来を気がかりに思っており時間性や関係性のSPも強く、傾聴を重ねたが、死への恐怖を抱えたまま第19病日に急変し死亡退院された。

【症例3】C氏 50歳代男性、大腸がん術後再発、難治性腹水による苦痛はあるがADLはほぼ自立、療養方法は全て自分で決めてこられた方で在宅療養中であった。入院当初より「今はこうやっているといるから家にいるけど、動けなくなったら妻に迷惑掛けるから最期は病院かな。でも決めるのは私じゃなくて、妻だったり子どもだったり、もっと大きな人生の歯車みたいな。あとは神様とか運命とか、大きな流れに任せられないから自分でどうこうということではないんだよね。」と話されていた。

【考察】自律性のSPは、何らかの機能不全あるいはその予期によって生じる場合が多くありますが、がん終末期の機能不全に有効なキュア(治療)はなく、ニード論でのケアも限界がありいずれ困難となります。そのため、SPを傾聴することで患者が“わかってもらえた”と感じ自己の存在と意味が成立することが重要であり、メディカルスタッフとして患者のセルフケア不足を補うケアから、他者にゆだねるという決断を支えるケアとして捉えなおすことが必要であると考えます。そのために、多職種のチームでどのような協力ができるのか会場の皆さまとディスカッションできればと考えています。

SY1-3 自己コントロール感の喪失により療養場所の選択に揺れ動いたA氏の在宅での看取り

札幌医療生活協同組合 ホームケアクリニック札幌

○梶原陽子

A氏は50代の女性で左乳癌術後の定期フォロー中に卵巣癌と診断された方だった。卵巣癌の術後2年目に腫瘍の増大と胸腹水貯留を認め緩和ケアを勧められたが、本人の強い希望で姑息的化学療法を継続していた。在宅療養中の体調管理のため、併診で当院による在宅緩和ケアが導入された。月に1回の入院化学療法と週に1回の温熱療法を実施していたが、腹膜播種や肝転移もあり予後は3ヶ月程度と考えられた。介入当初は治療や病気についての不安や子供にどう伝えるかに苦悩し涙を流すことも多くみられ、傾聴しながら関わっていった。

在宅緩和ケア導入後3ヶ月が経過した頃から腹水の貯留を認め、化学療法の中止を考える言葉が聞かれるようになっていった。しかし化学療法の中止を決断できず、外来での腹水ドレナージを実施しながら化学療法を続け、少しずつ全身状態は悪化していった。この頃から、涙を流すことが減り、気力が起きない、何事にも興味が持てないなど鬱的な傾向がみられるようになっていった。

在宅緩和ケア導入後4ヶ月が過ぎ、全身状態の悪化から入院化学療法が負担となり在宅での内服化学療法へ変更する方針となった。ADLが低下し身の回りの事が徐々に出来なくなっていく過程において、「入院も嫌。家に居るのも嫌。死にたい。もう何もかも嫌。動けなくなったら入院する。この先もっと色々な症状が出てくると思うともう終わりにしたい。」との言葉が聞かれるようになっていった。A氏は20代の時に実母

を癌で亡くした経験から、“何事も自分で解決し、人に甘えたくない”との強い信念を持っていた。そのため夫や義理の両親に迷惑を掛けたくない思いが強く、自分が3人の子供達に与える影響についても思い悩んでいた。看護師は傾聴し、家族のサポートを受けることが必ずしも迷惑ではないこと、A氏が家に居てくれるだけで良いと思っているご家族の言葉を代弁する関わりを継続した。家でも病院でもA氏にとって1番良いと思える場所を共に選んでいくことを保障しながら寄り添っていったが、どんな言葉もその時期のA氏には届かなかった。

在宅緩和ケア導入後6ヶ月が過ぎた頃から病状進行による傾眠やADLの低下がみられ、夫は介護休暇を取り傍に居てくれるようになっていった。「随分弱ってしまってこういう姿を子供達に見せていくのは良いことなのだろうか。家に居たいけど子供達にとって辛いことなんじゃないかなって思う。」との表出があり、遺された時間の長さや今後起こってくる症状について質問がみられた。今後の考えられることなど一つ一つ伝える中で、“家に居たい”という希望を表出され、この時を境に子供達の新学期の準備が出来たことを喜び、家族のマッサージを受け入れ、「皆で一緒に居られて幸せ。」という言葉も聞かれるようになり、在宅療養開始から224日目に自宅で永眠された。

SY1-4 「がん終末期にリハビリテーションが目指すもの」

大阪府済生会富田林病院リハビリテーション科 作業療法士

○島崎寛将

我々が普段何気なく行っている生活の中にはあらゆる「生活行為」がある。これらの生活行為は、我々が生きていくうえで必要なさまざまな意味を与えてくれる。リハビリテーション職種である作業療法士は、この「生活行為」に主眼を置き、対象者が生活の中で生活行為とその意味を取り戻すことを支援する。

生活行為とその意味を取り戻すためには、対象者自身が生活に対してコントロール感を取り戻す必要があり、いわゆる「自律」が重要となる。そのため、リハビリテーションの領域でも、よく「自立」だけでなく「自律」を支援するが重要であるといわれる。では、「自律」が意味するものは何か。辞書によると「自律」とは、「他からの支配・制約などを受けずに、自分自身で立てた規範に従って行動すること」と書かれている。すなわち、あらゆる生活場面での諸課題を「自己決定」ができることが重要であり、「できるか（自立）／できないか」という結果だけでなく、それに取り組める（チャレンジできる）選択肢があることと自分で考え取り組んだ（もしくは取り組んでみようとした）過程自体が対象者にとって重要な意味をもたらす。

一般的に医療機関入院中は、在宅生活などに比べて対象者に制限を強いることが多い環境である。とりわけ、がん患者においては、より早い段階から治療に伴う後遺症の影響などを受けるため、体力消耗状態にあり、社会生活、日常生活に制限を受け、この自律が損なわれやすい。また、終末期を迎えると身体症状の増悪や転移に伴う麻痺の出現などが合わさり、さらに自由に動くことが困難となることが多い。そのような中で、近年、がん化学療法・放射線療法中の運動療法に関するリハビリテーションやがん患者の症状緩和、ADLの改善に関するリハビリテーションの効果についても多く報告されており、がん患者の自律を支援するサポーターケアの一つとして、病期に合わせたがんのリハビリテーションの実践が期待されている。では、がん終末期におけるリハビリテーションは、対象者である患者・家族にどのような効果をもたらすのか。症例を通じて考えてみたい。

研究発表

0-1 テーマ：終末期がん患者のせん妄に対応する看護師の葛藤

医療法人真生会 真生会富山病院 緩和ケア認定看護師

○長久栄子

【目的と背景】終末期がん患者のせん妄ケアにおいて、臨床の看護師はさまざまな困難感を抱く。たとえば、意味不明の言動を発するがん患者に出会うと、看護師はまず「せん妄？困ったな」と感じる。なぜ、せん妄症状から即座に困ったと感じるのか。また、現実認識を高めるケアや環境調整、興奮を抑えるための薬物投与での対応は、どれにもケアの手応えが得られずに無力感をもつ。暴言を吐く患者に感情で反応する自分に看護師としての適性を問い直す。しかし危険行動回避のための抑制は患者に苦痛を与える苦渋の対処である。

本研究は、第9回日本クリティカルケア看護学会学術集会での諸永氏の発表「集中治療室看護師のせん妄ケアの探究□看護師の葛藤を導く曖昧なせん妄判断と手探りのケア」で集約された看護師の葛藤から抽出された概念に沿って、がん患者のせん妄ケアにおいて看護師は何に困難を感じ、なぜ葛藤するのかを明らかにしたい。

【方法】終末期がん患者のせん妄ケアにおける看護師の葛藤を、看護師の意識の志向性とその現れから分析する。

【結果と考察】上記の研究では、せん妄ケアにおいて看護師が抱く葛藤は両立できない「安全と安楽」から生じ、そのズレが看護師の苦しみを成立させていた。看護師の意識の志向性がせん妄患者の逸脱行動に向かう（方位性）と、それは危険行動として現出し（思念作用）、安全管理の対策をとることになる（明証性）。しかし患者の安全を優先させれば、薬剤投与や監視、拘束という対処となり、その行為は患者に苦しみを与えるため、患者の安楽を求める看護師には安全と安楽は両立せず、看護師は葛藤する。ではなぜ看護師の意識はせん妄患者の逸脱行動に向かい、それが危険行動として現われ、安全管理の対策をとるのか？「顕在性はつねに非顕在性によって取り囲まれて、それに媒介されている」からである。つまり、患者の逸脱行動が「危険行動として現出」するのは「安全管理対策の強化」に媒介されているのである。国の医療財政やそれを反映した行政の方針、医療施設の経営方針、病院・病棟管理者の方針、患者の権利の重視などが背景となって看護師に安全管理という対応が顕在化するのである。それに加えて、看護師独自のケアの力で安楽が得られないゆえに「手探りのせん妄ケア」となり、薬剤や抑制に頼らざるをえない葛藤を生む。しかし、それはキュアであり‘ケア’ではない。「手探りのケア」とは、看護師が関係性にもとづき、関係の力で苦しみを和らげ、軽くし、なくする対人援助専門職としての‘ケア’を身につけていない状態をいうのではないだろうか。せん妄患者の安楽を得るには、まずせん妄患者の苦しみとは何かを考え、関係性にもとづき、関係の力でせん妄がん患者の苦しみを和らげ、軽くすることが必要である。せん妄患者の存在と意味を関係の力で回復することが真のせん妄ケアだという理解と実践がせん妄ケアに苦しむ看護師にとって葛藤を和らげ、軽くし、なくすることになるであろう。

0-2 テーマ：最後の3か月が一番よかったと話された事例から学ぶ

いまいホームケアクリニック札幌 在宅連携室室長 緩和ケア認定看護師

○吉井みゆき

【はじめに】

訪問看護は、自宅を訪問し、一定時間ご本人・ご家族と過ごす時間が持てます。ご本人の生活の場でのケ

アであり室内に置かれている物などから、大切にされている物などを知りやすい環境です。日常のケアでは、その方の人生観・価値観などをたわいのない日常会話から得てきます。がん終末期では、更に相手に深く感心を持ち理解しようとし傍らにいる、寄り添いケアが中心に行われます。患者の不安・辛さを受け止めながら、ケアを行う中で患者自身が、1日1日 目標を見出す事ができ、それを支える事ができました。本人・家族から、病気になってこの3か月が一番よかったと言葉を得たのでここに振り返ります。

【事例】

A氏、56歳 女性 診断名：後腹膜原発腹部平滑筋肉腫再発

経過：X年、子宮筋腫と診断されるが、子供の運動会と重なり経過観察し手術を受ける頃には児頭大まで大きくなっていました。手術後の結果、筋腫ではなく平滑筋肉腫と判明する。取り切れていない為、再手術を施行し、腫瘍と右半結腸切除する。X年12月肝転移、腹腔内腫瘍再発。化学療法を継続していた。X+5年1月腹水貯留。4月胸水貯留。頻回な胸水穿刺が必要になり家の近くのT病院へ通院先を変更する。5月 可能な限り自宅で子供や夫とすごしたいと希望され、相談の結果、排液を目的とするIVHチューブを左胸腔へ留置し訪問診療・看護を開始する。

A氏は、私達と出会うまでに、セカンドオピニオンで受診したH病院にて若い医師より、「自分が、見たことがない癌です」と匙を投げられたと感じる説明を受け、自分の病気とどのように向き合ったらいいかわからない辛さがあった。そのような苦悩の中で、同病の女性のブログ・ホームページから、腫瘍切除術を8回も受けて生きておられている事を知り、自分も病気と闘う希望を見出した。在宅療養においても、一時期ミタゾラムを使用するほど辛い状態を過したが、その状態を乗り越え後、「もらった命を大切しながら過ごそうと」思い安定した時間を数か月過ごす事ができた。体調が低下していった時期にはオリンピック開催があり、1日1日の楽しみを見出して、家族と良い時間を過ごせた。

【考察】

A氏には、訪問開始時期の呼吸苦・頻脈発作など自己コントロール感の喪失を生じ、死へのおそれにつながった。ミタゾラム使用によって睡眠確保、体調コントロールをすることができ徐々に自己コントロール感を回復された。胸水除去の為に1日2回訪問での傾聴が、寄り添いケアとして効果があったと思われる。事例を振り返り、がん終末期には特有の苦悩があるが、診断時や療養中の苦悩との葛藤から得た希望があったから自己をコントロールする力になったと考える。

シンポジウム2

SY2-1 「緩和ケアチーム医師 SSV研修を受ける」の巻

天理よろづ相談所病院 疼痛等緩和ケア対策チーム

○久須美房子

「患者も家族もスタッフも辛い！」がモットーの緩和ケアチーム(PCT)であれば、「援助者の援助」は至上命令である。そこで、研修Aで「反復」できなかった私が、次はSSV-A研修 (supportive supervision)を受講することとなった。当院PCTの仕事は、直接患者に会いに行くのではなく、側面から主治医チームを支えることである。

診断時から長いつきあいの主治医が、患者が今どの時期にあるのかを見失いそうなときにも、PCTは客観的に状況を見ることができる。「キュアの限界を見定めること」、「病状評価や症状緩和の方策を一緒に整理すること」、「それぞれの専門領域だけでも最新技術・知識に埋没しそうな各科の医師に、必要な症状緩和の知識・技術と体制をわかり易く提供すること」、「主治医と看護師との行き違いや食い違いを調整すること」、「多忙

のためカルテ記載すらできない主治医の方針と気持ちを代弁すること」、「看護師に集団的に攻撃される主治医を援護すること」、「主治医チームが行ってきた援助の過程を共に振り返り、言語化して意味づけること」、「病棟回診や症例検討会で主治医チームを労い、励ますこと」。これらが、SSV 受講までの私の「援助者の援助」であった。

PCTには、病棟のいろいろな悩みが寄せられる。「繰り返されるコールやクレーム」、「勝手に薬を止めたり、増減し、病状が変化するとパニックになり電話してくる患者の対応に困っている」、「時間が無くて傾聴できないので、専門看護師が代わりに対応して欲しい」などである。

SSV は援助論を指針とし、クライアントの苦しみは何か、その苦しみの構造を明らかにするなかでどのように乗り越え、苦しみを和らげながら成長し、自立できるかのデザインを持って行われる。必要とされるときに適切なタイミングで、苦悩を持つスタッフに援助論を伝え、症状やニーズは「苦しみ」とイコールではないこと、苦しみについて、キュアとケアについて、関係性の成り立ちについて説明する。その実践により問題行動の一つ一つ、症状や訴えのあれこれに眼を奪われることなく、ニーズや業務に振り回されずに、それが何のサインなのか、メッセージが何なのかを考えることができ、「誰が、何に困っているのか」について見えてくると看護スタッフは悩まずに援助できるようになってきている。

しかし、「主治医である医師は援助されているのだろうか」という問題が残る。会話記録の講読で繰り返し注意されたのは、医師である私が行う SSV は、意識が医師の苦しみに向かず、すぐに症例検討やカンファレンスになってしまうということだった。つまり、患者の症状に意識の志向が向き、援助者(医師)の苦しみどころか、患者の苦しみすら背景にしずんでしまう。主治医の苦しみは、傾聴されることなく、和らげられることなく、SSV は成立しなかった。今後、誰がどの様にして主治医の援助を行うのかという問題について、考える必要がある。

SY2-2 がん終末期における「援助者の援助」～がん専門病院の取り組み

がん研究会有明病院 緩和ケアセンター がん看護専門看護師

○濱口恵子

日本人の2人に1人は生涯のうちにがんになり、死亡者の3人に1人はがんが原因であり、20人に1人はがんサバイバー（がんと診断されたことがある人）という時代になった。また、日本人の死亡場所は、病院75.6%、自宅12.9%、そのうちがんの人は病院86.6%、自宅8.9%などであり（厚生労働省：2013年人口動態調査）、死は日常のものではなくなっている。

近年、がん終末期の様相が大きく変わった。がん治療や支持療法・緩和ケアの進歩により、進行・終末期がん患者への治療が可能となり、Best Supportive Care の患者でも新規がん治療法が標準治療となってその治療の効果が得られれば、生存期間は3カ月、6カ月、1年と延長するなど、「終末期」の状況は多様化している。一方、がん治療の多くは、さまざまな機能障害や有害事象を伴うことがあり、患者の生活が大きく変化することがある。患者の生き方、価値観は多様化しているため、人間の生物学的な生命に対する医学的な判断だけでなく、その患者の価値観、人生設計などナラティブな世界をも重視し、法や制度なども考慮に入れた上での個別的に包括的に行う価値判断が不可欠になった。そのため、患者□ 家族□ 医療者が対話を通して「患者にとって何がより善いのか」を判断することが求められる。つまり、答えはひとつではないし、「終末期だから」何かをする、何かをしないということではない。

急性期病院では、緩和ケア・看取りのケアも外来に移行しており、短い入院期間でケアを行うには課題が大きい。しかも、看護師は「終末期だから症候群」「緩和ケア病棟だから症候群」「受け持ち看護師だから症候群」に陥りやすい。また、患者が元気に退院すると問題に感じないことでも、患者が死亡することで、医

療者は後悔や無力感をもつこともある。また「業務に忙しくて看護ができない」という思いをもちやすい。業務の中にこそ看護があることを忘れないでいたい。

できていないことを指摘したり反省したりするのは簡単であるが、プラスの評価をするためには能力が必要である。また、ケアを意味づけするためにはカンファレンスなどによる医療者同士の対話が鍵を握ると考えている。一方、デスクカンファレンスには落とし穴がある。当院におけるがん看護専門看護師や教育担当精神看護専門看護師等による病棟ラウンドやカンファレンスの参加、スタッフ面接、“なんでも相談”のしくみ、看護を語る会などを紹介し、会場の皆様と意見交換ができれば幸いです。

SY2-3 チーム作りとメディカルスタッフへの教育から援助者を援助する

北海道済生会小樽病院 看護部看護課主幹 緩和ケア認定看護師

○石渡明子

終末期患者には様々な苦痛が生じ、それらが緩和されないとき、スタッフは「なんとか苦痛緩和したい」という気持ちになる。しかし、その一方では、日常業務の忙しさに加え、苦痛を緩和するための方法を知らない、コミュニケーションの方法がわからないなど、緩和ケアにおける術を持ち合わせていず、ケアに憤りを感じ、そのことを気軽に相談できる環境がない現状があるのではないだろうか。私自身も多忙な急性期外科病棟勤務時代、看護師としての経験も未熟で、手術前後のルーチン業務や、化学療法などの業務を「こなす」ことに精一杯であったことを思い出す。そんな多忙な夜勤のある日、終末期患者のAさんに「あなたは私を看ようとしていない」と言われたことは、今までの看護人生の中で忘れることのできないエピソードのひとつとなった。その後緩和ケア認定看護師を目指すことになったのも、そのことがきっかけであった。その時と今を比べると、自分自身の終末期患者へのケアに対する憤りや苦しみは緩和されているように思う。何が変わったのか、と考えたとき、認定看護師となり、自分の中に知識や経験の引き出しが増え、チームメンバーと情報を共有しながら話し合っていくことで、多くの患者様の苦痛が緩和できるようになったこと、また、緩和ケアを専門に行っているメディカルスタッフと顔の見える関係ができることにより、自分の気持ちを話せる場所、相談できる環境ができたことではないかと考えている。

私自身がそのような経験を通して、援助者を援助するということに関しては、①コミュニケーションがとれるチームづくり②援助者の知識の引き出しを増やすことを中心に行ってきた。病棟リンクナース、緩和ケアを学びたい看護師にはレベル別集中研修、その他に2回の看護部全体研修、新人研修を実施している。また、緩和ケアチーム主催の勉強会として、他院の緩和ケアを専門にされている医師、看護師などを招き、学ぶ機会を提供している。緩和ケアチームではさらに毎月、様々なメディカルスタッフが知りたいことを基本的に、短時間の勉強会を開催している。当院の緩和ケアチームには、医師、看護師、薬剤師の他、理学療法士、作業療法士、管理栄養士などが参加しており、チーム回診、カンファレンスの中で情報を共有、コミュニケーションを図っている。また、病棟にはなるべく毎日訪問するようにしている。チームメンバーだけではなく、病棟援助者との信頼関係が構築されてくると、援助者としての迷いや悩みを話してくれる場面も多くなっているように感じている。今回のシンポジウムでは、さらに今後、援助者に対して何ができるのかについて参加者の皆様とディスカッションができればと考えている。

SY2-4 緩和ケア病棟での援助者の援助と教育

香川医療生活協同組合 高松平和病院

○山本亜紀

私は、2011年に開設された当院の緩和ケア外来および病棟に開設当初から教育担当主任として勤務している。教育担当の私には援助者の援助が役割である。しかし私自身がそれまで「教育」を学ぶ機会もなく、「教育」というものを理解しないまま、知識や技術をスタッフに教え込むことを行ってきた。私は教育を「教え」「育てる」として理解せず、援助者の苦しみに意識を向けて援助することなく、「教える」ことだけに力を注いできた。

1. 緩和ケア病棟での援助者の背景と苦しみ

当科には、対人援助・スピリチュアルケア研究会の研修Aの修了者が管理者を含め15名いる。研修Aで学ぶことは、患者の苦しみを和らげるとともに、看護師の苦しみを和らげ軽くしている。また、「業務の思想」あるいはニード論で行っていた看護から「援助の思想」に意識の志向性が変わる。では、「援助の思想」のもとで運営されている当院の緩和ケア病棟では看護師の苦しみは存在しないのだろうか。そうではない。研修Aを受講していない看護師の苦しみがある。対人援助論を知らない看護師には、「援助をしたくてもできない。わからない」苦しみがある。あるいはそれ以上の苦しみがあるのかもしれない。例えば、今まで安全や効率を求められ、それが看護師の役割として経験を積んできた看護師は、今までの看護観が崩れ、自己の存在と意味を失うのである。さらにまた、研修Aを修了し、援助的コミュニケーションが行えるようになった看護師もまだ自分の行為に意味づけられず、自分のケアが援助になっているかどうか自信がなく、困っている看護師から相談を受けることがある。看護師の苦しみは続くのである。

2. 緩和ケア病棟での「援助者の援助」

教育を担当する私の役割は、看護師の援助と教育を行うことである。援助と教育を行うということは、看護師の苦しみを和らげ軽くし、看護師が自ら学びたい、次のステップに進みたいという意欲を育てること、そしてスタッフが対人援助専門職としての将来を生きだし、そのことで教育する私に人が成長する喜びが与えられるのである。「援助者の援助」という考えを教育に取り入れることで、私自身がまず楽になった。なぜなら、過去の私は「教える」ことで看護師の考えや思いを変えようとし、相手が変わらなければ苛立ち、その苛立つ自分の感情を抑えなければならなかった。しかし「援助者の援助」は相手を変えることなく、自分が変わるのでもなく、私の意識の志向性を相手の苦しみに向けることで援助の関係となり、相手も私も援助ができるようになり、楽になれるのである。

私が「援助者の援助」で具体的に取り組んでいることは、看護師の意識の志向性が読み取りやすいカンファレンスや申送りの後に、気になるスタッフに声をかけることである。また、スタッフが私を選び、声をかけてくれた時に援助を行っている。しかしスタッフが楽になるだけでなく、「援助者の援助」によって看護師が自律を獲得し、看護にやりがいを見出せたときが、「援助者の援助」の援助や教育の成功ではないかと考えている。

参考資料【使われる言葉の定義など】

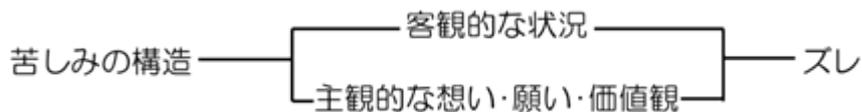
スピリチュアルケア：スピリチュアルペインをケアすること

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

(たとえば、生の無意味、無価値、無目的、孤独、疎外、虚無といった苦しみ)

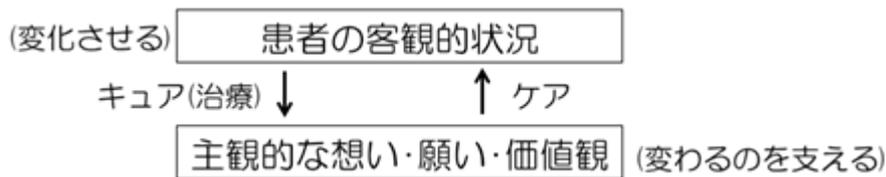
援 助：苦しみを和らげること、軽くすること、なくすること

苦しみ：その人の置かれている客観的状況と、その人の主観的な想い・願い・価値観とがズレているとき、その「ズレ」がその人の苦しみを構成する



ケ ア：関係に基づき関係の力で患者・クライアントの苦しみを和らげ、軽くし、なくする援助のこと

キュア：科学技術を使って患者・クライアントの客観的な状況を変化させることで患者の苦しみを和らげ、軽くし、なくする援助のこと



コミュニケーションには二種類のコミュニケーションがある（関係性からの分類）

1. 情報を収集し伝達するコミュニケーション
2. 援助的コミュニケーション

援助的コミュニケーション：

情報の収集や伝達を第一の目的とするのではなく、コミュニケーションをとること、そのことで患者・クライアントの「満足・安心・信頼」を得ることを目的とするコミュニケーションのこと。つまり、コミュニケーションをとることによって患者・クライアントの苦しみが和らぎ、軽くなり、なくなるコミュニケーションである。

≪文献≫

村田久行：『夕子の思想と対人援助』終末期医療と福祉の現場から、改訂増補版、川島書店、1998。

村田久行：『援助者の援助』、川島書店、2010。