

第6回学術研究大会テーマ：「がんの痛みとスピリチュアルペイン」

大会長：的場康徳(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 腫瘍学講座)

日程：2012年10月20日(土)・21日(日)

会場：鹿児島県市町村自治会館ホール(鹿児島市)

## プログラム

### 第1日目：10月20日(土)

開会の辞(大会長あいさつ) 13:00~13:05

的場 康徳(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科)

理事長あいさつ 13:05~13:10

村田 久行(京都ノートルダム女子大学大学院人間文化研究科)

研究報告 13:10~17:00

座長：土屋 静馬(昭和大学横浜市北部病院総合内科)

精神療法はスピリチュアルケアになり得るか？(精神科医の立場から)

小玉 哲史(鹿児島大学病院神経科精神科・緩和ケアチーム)

医療従事者の意識の志向性が患者の痛みの訴えに与える影響

吉宗由美子(甘木中央病院看護部)

身体症状はスピリチュアルペインを和らげ、軽くし、なくすることで消失する

清水 公一(新板橋クリニック)

作業療法の核心は、スピリチュアルケア

東谷 成晃(戸畑リハビリテーション病院リハビリテーション科)

分かってもらえたと思えること

：Good death 研究、進行がん患者のインタビュー調査、地域介入研究を通して

森田 達也(聖隷三方原病院緩和支援治療科)

### 第2日目：10月21日(日)

大会長基調講演 9:00~9:40

がんの痛みとスピリチュアルペイン ~なぜ今このテーマなのか~

的場 康徳(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科)

## ＜がんの痛みとスピリチュアルペイン＞

座長：小川 節郎（日本大学医学部麻酔科）

## がんの痛みとスピリチュアルペイン

村田 久行（京都ノートルダム女子大学大学院人間文化研究科）

## がん医療における難治性の痛みをどう捉えるか

的場 元弘（国立がん研究センター中央病院緩和医療科）

## 事例提示：「がんの痛みとスピリチュアルペイン」対応に難渋した事例から考える

松原 貴子（市立伊勢総合病院緩和ケアチーム）

## 「スピリチュアルケア」とがん疼痛の研究方法についてのコメント

：実りある議論のために

森田 達也（聖隷三方原病院緩和支援治療科）

## 医療者側が捉えるがん患者の痛みと患者が実際に体験している痛みの違い

～スピリチュアルケアの実践を通して見えてきたこと～

松原 貴子（市立伊勢総合病院緩和ケアチーム）

## 大会の振り返り

第6回学術研究大会 大会長 的場康徳

## がんの痛みとスピリチュアルペインの相関に挑む

—第6回学術研究大会を終えて—

第6回大会は、本研究会にとって初めての地方都市開催、なおかつ、2日間の日程でしたが、幸い、地元鹿児島だけでなく、遠く北海道をはじめ、全国から多数のご参加をいただきました。参加者の皆様、また本大会の企画・運営にご尽力いただいた方々に心から感謝申し上げます。

大会のテーマは、「がんの痛みとスピリチュアルペイン」でした。これは本研究会のスピリチュアルケア研修会や勉強会に提出される会話記録や事例に、スピリチュアルペインが和らぐと、その会話の中でがん疼痛が軽減する、ときには消滅する例をしばしば目にしてきたことからこのテーマとなりました。テーマ選定の当初からこれは容易ならざる企画に

なる予感がございましたが、実際に壮大かつ深遠なテーマだったと思います。

大会プログラムは、大会 1 日目に研究報告 5 題、2 日目に基調講演とシンポジウムを行いました。また大会 1 日目の夜は、村田久行先生に講師を務めていただきスピリチュアルケア・セミナーA を開催することができ、教育的なサテライト企画も合わせて行えました。

研究報告 5 題は小玉哲史先生「精神療法はスピリチュアルケアになり得るか?」、吉宗由美子さん「医療従事者の意識の志向性が患者の痛みの訴えに与える影響」、清水公一先生「身体症状はスピリチュアルペインを和らげ、軽くし、なくすることで消失する」、東谷成晃さん「作業療法の核心は、スピリチュアルケア」、森田達也先生「分かってもらえたと思えること：Good death 研究、進行がん患者のインタビュー調査、地域介入研究を通して」と多彩な発表でした。研究報告では、人を援助するとはなにを、なぜ、どのようにすることが、常に問われていたと思います。ニーズ論や問題解決志向あるいは EBM に基づいた医療行為をするだけでは、援助の視点が欠如し、結果として患者さんの苦しみが和らがない臨床の現実、あるいは痛みを客観的に捉えようとする考え方、あるいは「痛くないですか?と聞きましょう」という表面的なスキルにとどまる教育の限界が露呈しました。〈援助的コミュニケーション〉というキーワードが度々登場し、一般的に言われている傾聴と一線を画く考え方と実践があることが示され、スピリチュアルケア研修 A の受講経験のない方の関心を呼んでいました。

翌日の基調講演「〈がんの痛みとスピリチュアルペイン〉 なぜ今このテーマを問うのか」とシンポジウム「がんの痛みとスピリチュアルペイン」はお昼の休憩を含め、6 時間の企画でしたが、それでも時間が足りなくなる事態となりました。基調講演は抄録で示しますので、シンポジウムの概要を以下に述べます。

まず始めに、座長の小川節郎先生から座長スライドのご提示がありました。座長としてこのシンポジウムに臨むご自身のスタンスのご説明を頂き、続いて痛みとスピリチュアルペインとそのケアの概念の確認をされた後に、痛みの最先端の研究結果から、痛みとスピリチュアルペインの相関を示唆するものがあるという驚きの報告をご提示いただきました。小川先生には、その後の質疑応答や総合討論でも、常にご自身の現実の臨床に立脚した踏み込んだ発言と采配をいただき、議論が観念的、思弁的に陥らないようご尽力くださいました。

続いて村田久行先生から「がんの痛みとスピリチュアルペイン」というタイトルで、痛みとスピリチュアルペインの相関の実例が示され、そこから痛みに苦しむがん患者は孤独であること、さらに痛みなど身体症状とはなにか?を実存的身体から捉える考え方をご提示いただきました。今までも身体症状を現象学的に捉えようとする身体論はありましたが、スピリチュアルペインの定義「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と三次元存在論を援用し、スピリチュアルペインが「地」となり、痛みなどの身体症状が「図」として浮かび上がるとする新たな身体論で患者の訴えを構造化する試みでした。身体を自然科学的に〈物体的身体〉と捉えるのではなく、自律して生きる身体としての〈実存的身体〉という概

念を本大会で初めて提示いただきました。

次の的場元弘先生は、「がん医療における難治性の痛みをどう捉えるか」で、国立がん研究センターのレジデントに実施したスピリチュアルケアに関する最新のアンケート調査結果をご披露いただきました。アンケート調査結果は、がん治療に専心していると思われがちなレジデントの医師も、患者のスピリチュアルペインの存在を実感し、その対応に苦慮していること、またスピリチュアルケアは、ホスピスや緩和ケア病棟などに限定されず、外来や急性期病棟でも行われるべきもので、がん医療では治療や症状緩和に関係なくどの場面・局面でも必要で、なおかつ担当医自身がスピリチュアルケアを担う必要性を感じているという驚きの内容でした。がん治療医は、がんや検査数値、画像ばかりをみているわけではなく、対人援助とスピリチュアルケアの考え方とその実践を求めていることが明らかになりました。またがん疼痛を難治にしている要因についても詳細な症例提示をいただき、医学的に難治性の痛みである以前に、担当医の痛みの知識と技術の不足が痛みを難治にしている例が今もなお後を絶たない現状を示していただきました。

ところで、シンポジウムの議論が観念的、抽象的な議論に陥らないために、村田先生と的場先生の発表の後に事例提示を行いました。事例提示は松原貴子先生にお願いしましたが、松原先生のご尽力のお陰と、ご遺族や関係者の格別のお計らいで現実の生々しい臨床が再現されました。同時に、事例の中の現象の一つ一つを意識の志向性と実存的身体から記述・分析した表記が加わったことで、〈がん〉〈痛みなどの身体症状〉〈スピリチュアルペイン〉の相関を検討可能な前例のない貴重な資料となりました。なお事例作成では、本研究会の研究班の皆様のご協力もいただけたことをここに申し添えます。

また、痛みとスピリチュアルペインの相関という見えない現象をいかに捉え、探求するか、つまり研究方法論も、今回の論点の一つと考え、森田達也先生に宿題報告としてお願いしました。森田先生は、「「スピリチュアルケア」とがん疼痛の研究方法についてのコメント：実りある議論のために」というタイトルで、研究方法論の概説と、緩和ケアに関する内外の先行研究を引用し、それらの研究方法を紐解き、研究デザインニングの構造を教えてくださいました。そしてその上で村田理論の理論研究と実証研究の可能性を論じていただくという貴重な機会をいただきました。量的研究と質的研究の善し悪しといった不毛な論争や信念対立の愚を乗り越え、「研究方法にあったリサーチクエスチョンをたてる」のではなく、「本当に重要なリサーチクエスチョンを適切に立て、それに適した研究方法を選択すること」が重要であることを教えてくださいました。

最後に、スピリチュアルケア研修を修了することで痛みの臨床がどの様に変わりうるのかについて松原貴子先生から宿題報告「医療者側が捉えるがん患者の痛みと患者が実際に体験している痛みの違い ～スピリチュアルケアの実践を通して見えてきたこと～」をしていただきました。研修修了後に松原先生が体験した世界は、スピリチュアルケアができる技術が身につくことで、単にがん患者のスピリチュアルペインにとりあえず応対できて良かった、楽になったという程度にとどまらず、患者・家族とその訴えの現れ方、痛みの訴

えの聴き方、その痛みの評価と対応などあらゆる場面が一変することを述べられました。対人援助論、スピリチュアルケア論に裏付けられた援助的コミュニケーションやスピリチュアルケアの実践が、スキルを表面的に取り入れた対応術を凌ぎ、一つ一つが言語化され、意味づけされた行為の連関で成り立ち、それが患者の痛みと苦しみを和らげる臨床経験をまざまざと教えていただきました。

このようにどの発表も論点を豊潤に含み、聴き応えのあるものばかりで、総合討論の論点整理も議論の時間も不足する状況となり、小川先生には難しい座長采配を担っていただきました。このような困難なシンポジウムの座長の労をお執りいただいた小川先生に重ねて深謝申し上げる次第です。

シンポジウムの総合討論での論点の一つは、痛みの臨床の問題点の捉え方の違いでありました。これは、端的に痛みを実在（客観的に存在し理解や共有できるもの）と視る既存の枠組みの中で考え、ものを言うか、あるいは痛みを体験として捉え直そうとするかの違いと解しました。痛みを体験として捉え直そうとする思想は、疼痛緩和を客観的に理解し、薬物療法などキュアで和らげる既存の方法の否定のように受け取るむきも一部にあるようですが、体験から捉え直そうという思想は、自然科学の否定でも対比概念でもなく、痛みの体験をより根源的に捉えようとするものです。それによって、キュア(治療)を活かし、援助に繋いでいく通路を開くものであると考えています。そして痛みを実在として捉える枠組み自体が、医師の痛みの評価や対応の不十分さを生んでいる可能性も含め、がん疼痛を考える上で再考を要する喫緊のテーマであると再認識するとともに、本シンポジウムのテーマを本研究会の研究班で引き続き探求していただけることを期待しております。

## 大会長基調講演抄録

第6回学術研究大会大会長 的場康徳

### <がんの痛みとスピリチュアルペイン> なぜ今このテーマを問うのか

未だに緩和に難渋するがんの痛みをみかける。その中には、ありとあらゆる緩和技術に抵抗性の医学的な難治例もあれば、そもそも主治医の痛みの評価と対応が不十分な例も後を絶たない。同時に不可解な痛みも経験する。例えば、これ以上の治療効果が期待できないからと化学療法の中止を患者に告げた日の夜から、突然痛みの訴えが急増することがある。それまでとは打って変わって、薬物の増量や変更ではとうてい追いつかない激しい痛みは、今まで薬物療法が奏功していた痛みとはまるで別物であるかのように思える。そうかと思うと、生の無意味、孤独、依存、自己の無価値といった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<sup>1)</sup>)をケアされて、痛みの訴えとレスキューの回数が激減

する、ときには痛み自体が消滅することもある。患者が苦しみを語ったあとに痛みが軽くなったという現象はしばしば耳にするが、がんの痛みとスピリチュアルペインの関連性が明確に示された研究はなぜか今までされてこなかった。

では痛みとは何か？臨床現場ではがん病変あるいは数量化でその存在を客観的に把握できる実在物を扱っている。その流れで、痛みに対してもついこれらの実在物のときと同じように、客観的に把握できると思い込む傾向がある。しかし、痛みは「実際に何らかの組織損傷が起こった時、あるいは組織損傷が起こりそうな時、あるいはそのような損傷の際に表現されるような、不快な感覚体験および情動体験 (An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.)<sup>2</sup>」と定義されるように、痛みは実在物ではなく体験である。痛みが体験であるならば、痛みは自然科学的アプローチの射程を超えている。なぜなら自然科学は身体症状とそのメカニズムを実在物として対象化、一般化、客体化して成り立つため、体験である痛みを扱うことは原理的に難しいからだ。

20世紀最大の疼痛学者と評される Patrick Wall は『Pain』<sup>3</sup>の中で「純粋な痛みは決して孤立した感覚として検出されない。痛みは常に情動と意味を伴い、それゆえ一つ一つの痛みは固有のものである。(Pure pain is never detected as an isolated sensation. Pain is always accompanied by emotion and meaning so that each pain is unique to the individual.)」と痛みの特性を述べているが、ここでいう痛みの固有性は患者の違いだけではなく、同じ患者で同じような病態の中でも一つとして同じ痛みがないことも示している。さらに患者の痛みの訴えに対して、誰がどのように応対するかによって痛みの体験は変わることから、痛みには関係性の側面も伴う。にもかかわらず、現実の臨床では痛みを孤立した純粋な感覚として評価しようとしてはいないだろうか？これが痛みの体験を無視した狭い対応に陥る流れを作っているのではないか。例えば、医師が「痛いはずがないのにな～」「本当に痛いのかな」と言うとき、この医師は痛みを体験ではなく客観的に捉えられ共有できる実在物とみなしている。この痛みの捉え方・考え方の世界では、痛みの原因が見当たらないとき、また痛そうにみえないとき、あるいは効くはずの薬が効かないと言われたとき、その痛みが本当かと疑問を持つのは自然である。だから「痛みの訴えを信じなさい。」という教育が行われてきたのだが、この<信じなさい>と言う指示には<訴えを疑っている>という前提が隠されている。痛みを信じてもらえない、わかってもらえない患者の抱く惨めさ、寂しさ、悔しさは医原性のスピリチュアルペインである。

がん疼痛の緩和は、痛みの生理機構の解明と、薬学の進歩とともに実際に使える薬が増え、放射線治療や神経ブロックなどが普及したことで、患者も医療者も実に大きな恩恵に浴している。緩和技術の研究段階における自然科学的アプローチはすでに実績を上げている方法で今後も不可欠である。だからといって自然科学の枠組み、すなわち痛みを対象化、一般化、客体化して捉えようとする考え方をそのまま臨床現場に適用した場合は、痛みが体験であるという視点は無視される。患者の訴えに疑問を抱く医師を見かけたとき、その

個人の間人性や道徳倫理観を問うよりも、その疑いを自然と生じさせる枠組み(考え方)が問題とされなければならないと思うのである。

がんの痛みに対して鎮痛薬の投与を拒む患者がいた。かつてはオピオイドなど鎮痛薬に対する誤解が拒む理由かと思っていたが、必ずしもそうではなかった。例えば、ある患者は、「お腹が疼(うず)いてくると、このままでいいのかと身体(からだ)が言っているような気がする。」と語り、鎮痛薬の投与を断り、話を聴いてもらうことを望んだ。この患者にとって痛みは必ずしも忌み嫌うべき苦しみではなく、かけがえのない魂の仕事(Spiritual Coping Strategies<sup>4</sup>)をするために生かせるものだった。つまり、痛みは、単に消すだけではなく、患者が痛みの体験を了解するプロセスを支え、一端は消滅した自己の存在と意味を新たに回復するきっかけや糧になりうることを患者は教えてくれているように思う。痛みは消すだけではなく、逆に生かすことができるのである。

がん患者は、私の死(私の存在と生きる意味の消滅)という誰とも共有できず、避けがたく、切迫している苦しみを体験している。そんながん患者が体験する痛みを通して、痛みはどのように生じ、どのように和らげることが可能なかを問うことで、痛みを新たに考えなおす糸口にしようと本大会のテーマとさせていただいた。

---

<sup>1</sup> Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer. Palliat Support Care 2003;1:15-21

<sup>2</sup> 国際疼痛学会、1986年の定義

<sup>3</sup> Patrick Wall: Pain: The science of suffering. New York: Columbia University Press, 2000, p30.

<sup>4</sup> 村田久行: 痛みとスピリチュアルケア. ペインクリニック 2010; 31: 327-335.