

NPO法人 対人援助・スピリチュアルケア研究会

対人援助研究所

# 研究報告集2022



第2号

## 対人援助研究所

# 研究報告集 2022 第2号 目次

### 研究ノート：

終末期がん患者の死と向き合う看護師の無力の体験 …………… 廣川優子 1

終末期がん患者が体験している筋・筋膜性疼痛（myofascial pain syndrome:MPS）と  
スピリチュアルペイン（spiritual pain:SPP）の相関関係 …………… 朝田ちあき 4

緩和ケア病棟に携わる医師の体験の解明 …………… 相田貴子 9

### 論文紹介：原著論文

がん診療に携わる医師のスピリチュアルケア研修の効果

—無意味を訴える患者に対するコミュニケーションの自信、生きる意味への  
援助の実践の自己評価、患者に対する態度の前後比較試験— … 的場康德、他 14  
(紹介者 的場康德)

【資料】対人援助研究所 2022年度活動報告 …………… 村田久行 17

編集後記 …………… 長久栄子 18

## 終末期がん患者の死と向き合う看護師の無力の体験

キーワード：無力感、終末期、看護

対人援助研究所 研究生 ○廣川 優子

はじめに

緩和ケア病棟看護師は、2009年より開催された日本緩和医療学会の教育関連セミナーで「すべての人々へ質の高いエンド・オブ・ライフケアを届けること」をミッションに掲げたELNEC-J (The End-of-Life Nursing Education Consortium -Japan)<sup>1)</sup>、の100%受講を推奨されている。その中で、エンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に求められる基本的態度として、「患者と共にいる」「どのような状況にあっても寄り添い続ける」ことが挙げられている。

しかし先行研究では、大学病院に勤務する看護師が「生きていても意味がない」と訴える終末期がん患者に接したときの態度について、新藤ら<sup>2)</sup>の留め置き式無記名自記式質問紙調査は、看護師が患者の訴えに対して何かの答えをもって対応しなければならないと考えているとき、何もできないという気持ち、さらには逃げ出したい気持ちや無力感をもつことや、患者の訴えに答えられなかったことにより、コミュニケーションをとることに対して自信がないと自己評価したことは看護師自身が「看護師としてできることはやりたい」と思う気持ちをもっているからこそその苦しみであると報告している（新藤ら2012）。このことは、「患者と共にいる」「どのような状況にあっても寄り添い続ける」という基本的態度が看護師の苦しみを生んでいるというのである。また、一般病棟で臨床経験を有する看護師が、初めて緩和ケア病棟に配属された後、2年未満に感じる心理的負担と対処の特徴について、半構成的インタビュー法を用いた稲垣ら<sup>3)</sup>は、一人前あるいはエキスパートナースとして十分な臨床経験を積み重ねてきた看護師であるにもかかわらず、その看護師は異動後に、自分の臨床判断に不安や迷いが生じ、自分の看護に限界を感じるのと同時に、対応に躊躇する自分自身にも戸惑いを覚え、緩和ケアに配属されて2年未満の看護師は自分の看護への自信を全て喪失してしまうほどの強度な心理的負担であったと報告している（稲垣ら2016）。一般病棟と緩和ケア病棟との違いは終末期がん患者の死に向き合うという体験ではないだろうか。その時、緩和ケアに配属されて2年未満の看護師はこれまでの経験や勘や情熱で行ってきた自分の看護では役に立たない自己の無力を体験している。

これらの先行研究は、終末期がん患者の死と向き合うときの看護師には戸惑いと困難感、無力感といった苦しみが強いことを示している。しかし、これらの研究はすべてインタビューの内容を抽出し、カテゴリー化したものや、半構成的面接で得た内容を分類し、看護師の戸惑い・心の葛藤などの体験の特徴を説明するという方法で結論を導き出したものである。このことは、これまでの先行研究の方法論では看護師の戸惑い・心の葛藤などの体験の特徴を説明する概念を導き出したものの、体験の特徴として顕在化したものに潜在する体験の意味を解明するには至っておらず、方法としての限界があることを示している。それゆえ、本研究では当事者の体験と体験の意味を解明する記述現象学<sup>4)</sup>、を用いて終末期がん患者の死と向き合う看護師の無力の体験の分析を行う。

村田は、援助とは苦しみを和らげ、軽くし、なくすることである<sup>5)</sup>、という。また、スピリチュアルペインの定義は、自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛であり、スピリチュアルケアの定義は関係性にもとづき関係の力で苦しみを和らげ、軽くし、なくすることである<sup>6)</sup>。本研究では、これらの概念と定義を用いた「傾聴のスキル」と「スピリチュアルケア3次元存在論」<sup>7)</sup>を学ぶ研修を行い、研修受講者には個別に支持的スーパービジョンを実施し、研修会前後のレポート提出を求めた。終末期がん患者の死と向き合う看護師の無力の体験と体験の意味の解明は、その無力の体験そのものに潜在するものは何か、なぜそのことが潜在しているのか、その無力の体験に対して看護師はどのように対処しているのか、または対処していたのかということをも明らかにすることで、そこから終末期がん患者の死と向き合う看護師に必要な教育や看護師の苦しみを和らげる具体的な方策に示唆を得ることができると考える。

## I. 研究目的

終末期がん患者の死と向き合う看護師の無力の体験を明らかにすることにより、緩和ケア領域での看護師の苦しみを和らげる方策に示唆を得ることである。

## II. 研究方法

### 1. 用語の定義

#### 1) 無力感

本研究における「無力感」とは、稲垣ら(2016)の先行研究を参考に緩和ケア病棟看護師が、終末期がん患者の死に向き合うとき、役に立たない自己の無力とする。

#### 2) 対人援助専門職の専門職性

援助者が自己の行為を意味づけ、言語化し、一貫性と再現性をもって批判に開かれること。

### 2. 対象

研究期間を2020年12月～2021年12月とし、調査対象者は個別に研究の趣旨を説明して同意が得られた緩和ケア病棟看護師4名、全員女性、年齢は20代～40代である。

### 3. 研究デザイン

#### 質的記述的研究

記述現象学を用いて分析する。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、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。その基礎となる理論は、「志向性が意識の本質を形成している」というフッサールの現象学である。本研究では、研究対象者に「傾聴のスキル」と「スピリチュアルケア3次元存在論」を学ぶ研修を行い、個別に支持的スーパービジョンを実施した。その研修会前後にレポート提出を求めたものを記述現象学を用いて体験の意味を解明する。

## III. 倫理的配慮

研究は、当病院の倫理委員会の倫理審査の承認を得て実施した。研究対象者には、研究の趣旨、内容と研究参加の自由と途中辞退の権利の保障、匿名性の確保を口頭と書面で説明し、同意書への署名を得た。

## 文献

- 1) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 ,ELNEC-J,ELNEC-J について ,  
<https://www.jspm.ne.jp/el nec/index.html> (2023 年 1 月 15 日閲覧)
- 2) 新藤悦子 ,茶園美香 ,他 : 「生きる意味がない」 と訴える終末期がん患者とコミュニケーションをとる  
大学病院看護師の態度 . 死の臨床 .35(1),95-100,2012
- 3) 稲垣久美子 ,古澤亜矢子 ,他 : 一般病棟での臨床経験を有する看護師が緩和ケア病棟に配属されて 2 年  
未満に経験する心理的負担と対処 . 日本看護科学会誌 .36,41-50,2016
- 4) 村田久行編著 : 記述現象学を学ぶ～体験の意味を解明する 質的研究方法論～ .16-16, 川島書店 , 東京 ,2017
- 5) 村田久行 : 改訂増補 ケアの思想と対人援助 .43-43, 川島書店 , 東京 ,1998
- 6) 村田久行 : 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケア—現象学的アプローチによる解明—. 緩和ケア .  
15(5),385-390,2005
- 7) 村田久行 : スピリチュアルケアをこう考える—スピリチュアルケアにおける教育と研修—. 緩和ケア .  
19(1),25-27,2009

# 終末期がん患者が体験している 筋・筋膜性疼痛（myofascial pain syndrome:MPS）と スピリチュアルペイン（spiritual pain:SPP）の相関関係

朝田 ちあき<sup>\*1</sup>

## I. 研究目的

本研究では、終末期がん患者が体験している痛み、特に、がん性疼痛以外の痛みである筋・筋膜性疼痛（myofascial pain syndrome:MPS）とスピリチュアルペイン（spiritual pain:SPP）の相関関係について明らかにしたい。終末期がん患者を対象とした鍼灸施療の現場では MPS を訴える患者から高頻度に類似した SPP が表出される。それゆえ、そこには MPS の痛みの訴えと SPP の相関関係が存在するのではないかと考えた。

## II. 研究の意義と背景

MPS は、ADL 低下がリスク因子の筋原性の疼痛で、がん患者の 30-40% に診られるという報告がある<sup>1)</sup>。ではなぜ、終末期がん患者の ADL 低下が筋原性の疼痛 (MPS) のリスク因子となるのか？このことは終末期がん患者に限られたことなのだろうか？

MPS は患者の身体診察を重視する職種にはよく知られた痛みであり、オピオイドではなく、トリガーポイント治療や鍼灸、ストレッチや温罨法が有効であると言われている<sup>2)</sup>。がん患者の痛みの代表的なものは「がん性疼痛」であるが、最近、緩和医療の中でもこの MPS が、しばしば「見逃されやすい痛み」として取り上げられるようになってきた<sup>3)</sup>。終末期がん患者に鍼灸施療を提供している現場では、MPS を有するがん患者は鍼灸依頼患者のおよそ 30% と決して少なくない。そして MPS の痛みを訴えるがん患者からは、特徴的な SPP が表出されることは報告した<sup>4)</sup>。それでは、終末期がん患者の MPS の訴えと SPP との関連を示唆する論理的な構造（因果関係）は存在するのだろうか？

これまで、終末期がん患者の SPP とそのケアがその患者の MPS の訴えの軽減につながることにについて明らかにした研究は存在しない。そこで、終末期がん患者が訴える MPS の痛みと SPP の相関関係を明らかにし、そのケアに示唆を得たいと考えた。

がん患者が訴える代表的な痛みは「がん性疼痛」である。1986年に WHO から「疼痛ラダー」が発表され、欧米と比較すると使用率の低かったオピオイドの使用率は日本でも年々増加してきている<sup>5)</sup>。使用できる薬剤の種類も増え、投薬経路も患者さんに合わせて選択できるようになってきた。

しかし、果たしてオピオイドの増量やオピオイドスイッチングによる治療だけで良いのだろうか。がん患者が体験する痛みは、オピオイドが有効な「がん性疼痛」だけではないこと、さらになんかがん患者の苦痛緩和において「全人的苦痛」をケアするという視点が欠けている。「全人的苦痛」<sup>6)</sup>とは、身体的苦痛、精神的苦痛、

---

\*1 北海道消化器科病院 鍼灸師

社会的苦痛、スピリチュアルペインという四つの苦痛がそれぞれ相互に作用し合っているという考え方である<sup>7)</sup>。それぞれが相互に作用し合うということは、身体的苦痛であるがん性疼痛と、他の苦痛 (例えば SPP) は互いに影響し合うということである。そうであるなら、身体的苦痛であるがん性疼痛を緩和するためには他の苦痛 (例えば SPP) による影響を無視して治療をしても患者の苦痛は緩和されないのではないだろうか。

実際ががん患者の疼痛 (身体的苦痛) に目を向けてみると、SPP をケアすることで疼痛の訴えが軽減することは、村田 (2010,2011) の研究で理論的に示唆されている<sup>8)</sup>。臨床では、鍼灸治療を提供しなくても患者の苦しみを聴き、患者の身体に触れるケアで患者の身体の緊張が緩和し、疼痛の訴えが軽減することを体験する。苦痛とは身体的苦痛だけでなく、SPP と身体的苦痛 (痛み) が相互に作用しあって感じられていると考えられないだろうか。

「痛み」は患者の主観的なもの (体験) であるということは、1986 年の国際疼痛学会の「痛みの定義」<sup>9)</sup> を見るまでもなく、痛みを扱う職種にとっては当たり前知られている。患者はまさにその痛みを体験しているのであるが、もしその痛みの訴えが見過ごされ「わかってもらいたいの、わかってもらえない」としたら、どれほど苦しいであろうか。患者は、その「わかってもらえない」苦しみから、ますます痛みの訴えを強くしたり、「どうせ言ってもわかってもらえない」からと訴えを諦め、痛みや苦しみを語ることをやめてしまうかもしれない。その結果は、わかってもらいたいの、わかってもらえないという孤独、疎外の苦しみである。

終末期がん患者の痛みの診療においては、がんによる痛み (がん性疼痛) の診断や治療が優先されやすく、がん以外の痛みは見過ごされやすいという報告がある<sup>10)</sup>。MPS は、最近になって緩和医療の中で話題に上るようになってきたが、MPS の診断基準は「触診で圧痛を認める」<sup>11)</sup>とあるように、MPS の有無は画像やデータだけで診断することはできない。身体診察 (触診) が必須なのであるが、現代医療の診察においては画像やデータによる客観的な診断が優先される傾向にある<sup>12)</sup>。そのため画像やデータで診ることができない痛みの訴えは、画像やデータのみで診断を行う医療者にとって「よくわからない痛み」として見過ごされやすい。もし患者が医療者に「よくわからない痛みを繰り返し訴える患者」として現れたとき、患者に向けられた視線は患者の孤独という SPP をより一層深めるのではないか。

MPS の痛みは、筋肉の過緊張による筋拘縮が原因で、その治療は痛みの原因となっている筋緊張を緩和することである。すなわち、身体の緊張を緩めることが痛みの治療ということになる。それでは、SPP に対するケアは MPS の原因である筋緊張を緩和するのであろうか。そして身体の緊張を緩めることは、SPP へのケアで可能なのだろうか。このことを明らかにするには、①SPP が筋肉の過緊張による筋拘縮を生み出しているということと、②スピリチュアルケアが MPS の痛みの原因となっている筋緊張を緩和するということを明示しなければならない。

身体の緊張を考えると、二種類の身体を想定して考えることが可能である。一つ目は、物的身体で、これはデータや画像などから客観的に捉えることができる身体である。もう一つは実存的身体で、患者が実際に体験している身体である<sup>13)</sup>。客観的に捉えることができる物的身体とは、例えば、MPS のリスク因子とされる筋硬結をエコーや圧力計で部位や程度を客観的にデータで測ることができる身体である。では、

患者が実際に体験している身体とは、物的身体とは何がどう異なるのであろうか。メルロ＝ポンティは「私とは私の身体である」という。そして、「自己の身体の経験は、対象（客体）を主観（主体）から、主観（主体）を対象（客体）から切り離す反省的運動とは対立するもの」と述べ、「自己の身体の経験がわれわれに掲示したところは、一つの両義的な存在仕方である」<sup>14)</sup>とした。このときの客体とは、医療者が画像やデータで捉えることのできる身体、主体とは患者が自分の知覚を通して体験している身体と理解して考えると、医療者が画像やデータで捉えることのできる身体は物的身体であり、患者本人が知覚を通して体験している身体を実存的身体と捉えることができる。

村田は、「身体はそれ自身において常に生きようとする能動性と自律性をもっている。そしてまた、その知覚を他者と共有しない私秘性において完結している。これが「私」の固有性と自律性の源泉である」と述べ、この能動性と自律性と私秘性を生きる身体を物的身体と区別して「実存的身体」とした<sup>15)</sup>。実存的身体に私秘性があるということは、知覚を通して体験している身体は他者と共有できないということである。つまり、患者が体験している痛みは他者とは共有されないのである。ここに、痛みの体験は患者の主観的なものであるということの根拠が実存的身体概念にもとづいて示されている。

そもそも実存的身体が医療者に認知されない現状を考えると、SPPを抱える患者の実存的身体は緊張し、筋緊張からMPS（疼痛）を生み、そのことを医療者に訴えてもわかってもらえないことで患者が孤独、疎外を体験するとき、その患者の自己の存在と意味の消滅から生じるSPPが更なる筋緊張を生み、疼痛の増強となる悪循環を生み、その痛みはもはやキュアの限界を超えると考えられないだろうか。そのような場合、患者が発する痛みの訴えは、鎮痛薬を増量したり様々な薬剤を変更したり他の治療を提供してもなお患者から発せられ、しばしば医療者を悩ませ、疲弊させ、無力感さえ感じさせる。医療者が物的身体の身体的苦痛に意識の志向性を向け、その治療に特化すればするほど、患者の実存的身体の訴えは背景に沈み、患者のわかってもらえないことによる孤独のSPPはますます深まり、そのSPPが実存的身体の緊張を生み、そのことが痛みの訴えの増強として顕在化する。患者は鎮痛薬を過剰使用したり、ドクターショッピングを繰り返したり、痛みの訴えを繰り返す。物的身体の痛みへの治療はもはや打つ手がないのだ。このことはMPSに限らず、あらゆる慢性疼痛の治療現場でも遭遇する事態なのではないだろうか。

画像やデータで客観的に捉えることのできる痛みの症状は、それゆえそのデータの客観的性から患者でない他者に共有され、そこで認知された痛みはもはや痛みでなく、ひとつの<症状>となって治療の対象として扱われる。その一方で、画像やデータで捉えることのできない痛みそのものは、治療の対象からは意識の外側へ置いておかれてしまう。これはMPSに限ったことではない。

私たちは、意識をどこに向けるのかによって、対象の見え方が変わる。同じものをみても、ちがうものが見えて（現れて）くるという体験は、「ルビンの壺」<sup>16)</sup>の絵で体験できる。つまり、意識が向けられていないところは背景に沈むのである。医療者の意識の志向性が物的身体に向けられたとき、実存的身体の訴えは背景に沈む。

このとき、医療者が画像やデータだけに捉われず、物的身体から視線を転じて実存的身体の訴えに耳を傾け、その痛みに対応するならば、痛みの訴えの潜む患者のSPPがケアの対象とされ、SPPの



緩和が筋緊張を緩和し、MPSの疼痛も緩和すると考えることができるだろう。

患者が体験している実存的身体の痛みは、私秘性を持つがゆえに他者と共有されない。しかし画像やデータに表れない痛みの新たな原因が医療者に認識され、共有されることで、がん患者が体験している実存的身体の痛みを「わかってもらえた」と実感したとき、患者の孤独のSPPは緩和され、患者の実存的身体の緊張はゆるむ。身体の緊張がゆるむことで、筋緊張がゆるみ、MPSの疼痛が緩和される。つまり、SPPを認知しケアすることが、MPSの治療につながる可能性が考えられるのである。

患者の「痛い」という訴えの中には「わかってほしい」という関係性の訴えが含まれている<sup>17)</sup>。それは、痛みとは多重な訴えを含んだ体験であるからである。体験は他者と共有されない。それゆえ、痛みを持つ人は孤独なのである。患者の痛みの訴えが医療者に「よくわからない痛み」として現れたときにこそ、客観的な原因の追究や鎮痛薬の増量だけでなく、実存的身体の訴えに意識の志向性を向けたケアが求められている。このSPPを内包する実存的身体をケアするというアプローチは、痛みに対応する医療者、セラピストにとって難治性の疼痛を緩和する大事なアプローチとなるのではないだろうか。

### Ⅲ. 研究方法

質的研究。記述現象学を用いてMPSの痛みの訴えとSPPの相関関係を解明するために、患者のMPSの痛みの訴えとSPPの訴えの報告から①スピリチュアルペインが筋肉の過緊張による筋拘縮を生み出しているということを明らかにし、②スピリチュアルケアがMPSの痛みの原因となっている筋緊張を緩和して痛みの軽減につながったということを明らかにする。

---

### 文献

- 1) 石木寛人：痛みを訴えるがん患者の筋筋膜性疼痛の頻度とリスク因子を調べる他施設前向き観察研究．日本緩和医療学会学術大会 BO-1-2-1,2020
- 2) 石木寛人：がん患者でも起きる「筋筋膜性疼痛」とそのマネジメントのコツ．緩和ケア .28(3),219-220,2018
- 3) 森田達也：ひとりのことをしても苦痛が緩和しないときの緩和ケア．日本緩和医療学会第3回東海・北陸支部学術大会 SS3,2021
- 4) 朝田ちあき：筋筋膜性疼痛症候群（myofascial pain syndrome：MPS）患者のスピリチュアルペイン（spiritual pain：SPP）～鍼灸介入したがん終末期MPS患者が体験していた痛みと苦しみ～．日本緩和医療学会,2021
- 5) 公益財団法人がん研究振興財団：がんの統計 2022.130-131,2022
- 6) 日本緩和医療学会：日本緩和医療学会緩和ケア教育継続プログラム（PEACE）つらさの包括的評価と症状緩和．日本緩和医療学会．緩和ケア研修会資料 M-2b,21
- 7) 金井良晃：緩和医療を正しく理解するために－総論にかえて－．心身医学 .57(2),115-123,2017
- 8) 村田久行：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア．日本ペインクリニック学会誌 18(1),1-8,2011、村田久行：痛みとスピリチュアルケア．ペインクリニック .31(3), 327-335,2010
- 9) 野口光一，加藤総夫，他：改定版「痛みの定義：IASP」の意義とその日本語訳について．日本疼痛学会，2020.[https://plaza.umin.ac.jp/~jaspain/pdf/notice\\_20200818.pdf](https://plaza.umin.ac.jp/~jaspain/pdf/notice_20200818.pdf)(2022.12.22 検索)
- 10) 藤井良平：オピオイド誘発性せん妄の原因となっていた筋筋膜性疼痛症候群の1例．日本緩和医療薬学雑誌 .12,83-86,2019

- 11) リバーズ WE, ガリゲス D, 他：筋筋膜性疼痛の兆候と症状：疼痛管理提供者の国際調査と提案された予備的な診断基準のセット．アメリカ疼痛医学会 .16(9),1794-1805,2015
- 12) 飯田淳子：「手当て」としての身体診察．文化人類学 ,523-543,2013
- 13) 村田久行：急性期重症患者に対するスピリチュアルケア．クリティカルケア看護学会学術集会．10(1),11-14,2014
- 14) M. メルロ＝ポンティ：知覚の現象学 1.(竹内芳郎、古木貞孝訳),324-326, みすず書房 ,1967
- 15) 村田久行, 長久栄子編著：せん妄 .43-44, 日本評論社 ,2014
- 16) 桑原茂雄：ちょっと立ち止まって．文部科学省検定済教科書中学校国語科用国語 1, 46-49, 光村図書 ,2022
- 17) 村田久行：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア．日本ペインクリニック学会誌．18(1),7,2011

## 〔研究ノート〕

# 緩和ケア病棟に携わる医師の体験の解明

キーワード：緩和ケア・終末期医療、医師の体験、三次元存在論

スピリチュアルケア特論 科目等履修生 相田 貴子

### I. 目的

本研究の目的は、終末期患者あるいは治療が困難となった患者に携わる医師の体験を明らかにし、終末期医療、緩和医療における医師に対するケアや教育に必要なものを検討することである。

### II. 用語の定義

・実存的苦悩、スピリチュアルペイン (Spritual Pain:SPP)

三次元存在論による「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」<sup>1)2)</sup>とする。三次元存在論では、SPPを時間性、関係性、自律性の3つの次元により概念化する。時間性のSPPは、人の意識の志向性が将来の喪失に向けられると、自己の存在が無意味、無価値、無目的、として現れる。関係性のSPPは、人の意識の志向性が他者の喪失、他者との関りの途絶に向けられると、自己の存在が孤独、空虚として現れる。自律性のSPPは、人の意識の志向性が自立・生産性・自己決定・私秘性の喪失に向けられると、自己の存在が無力、無価値、依存として現れる。その人の意識が時間性、関係性、自律性において、将来の喪失、他者の喪失、自立と生産性、私秘性の喪失のいずれかに向かうかによって、SPPの現われが変わる。

・スピリチュアルケアのケア (Spritual Care:SPC)<sup>2)</sup>

「援助とは苦しみを和らげ、軽くする、なくすること<sup>3)</sup>」とする。援助の定義を自覚し、援助を実践すること。その時のケアは、関係性に基づき、関係性の力で被援助者の主観的な苦しみを和らげ、軽くする、なくすることである。

・キュア (Cure) とケア (Care) 概念<sup>3)</sup>

「キュア」とは、治療する、治すことである。生の現状回復を目的として科学的・医療的技術によって健康な生をとりもどそうとすること。科学的、客観的な手順により、データ (数値) を基にした普遍妥当な対象認識を基盤としている。患者の置かれた客観的状況を変化させること。

「ケア」とは、他者の不安や気懸り、憂慮を思いやり、それを気遣うこと (caring) で、患者の老い、病い、死の認識を起点とし、意味ある生の完成を目的としてなされること。個別の「生」の全体認識を対象とし、普遍妥当な方法ではなく、共感的・支持的で、援助者と被援助者の固有 (独自) の相互作用的な関わりを基盤としている。患者の存在そのものをあるがままに認め、患者が主観的状況を変化させる過程を支えること。

### III. 背景と意義

「苦痛が患者が望むように緩和されない時、医療者も傷つく」ことが日本緩和医療学会の公式テキストの「持続鎮静の投与前に考えるべきこと」の章に記載されている<sup>4)</sup>。ここで指摘されている傷つきは身体的な傷ではなく、こころの傷といわれるような内面・自己 (この私、存在) に関わる傷つきを意味している。学会公式テキストに明記されるという文脈から、医療の現場、緩和医療・終末期医療の現場では、傷を

治しケアする立場の医療者の多くに内面・自己の傷つきの体験が生じていると推測される。近現代の医療がキュアで成立している現状において、病を取り除き治す治療や生の回復が望めない、いわゆる「キュアできない」患者を対象とする終末期・緩和医療に携わる医療者は、常に己の限界に直面する困難な状況に置かれることになる。その状況下で日本緩和医療学会という医師集団の意識が、キュアできない、苦痛を取り除くことができない患者という困難に向かうとき、持続鎮静の投与が医療者の自己の傷つきを和らげるために必要なものとして現れるのである。キュア概念のみに立脚した医療現場の限界とそこに携わる医療者の傷つき、すなわち医療者自身の実存的苦痛（SPP）の体験が、日本緩和医療学会の公式テキストの持続鎮静の文脈に含意されている（非顕在的意識としてある）と考えることもできる。この公式テキストの記述は、終末期医療、緩和医療に携わる医療者の無力の苦しみの体験の存在を指し示している。

患者の死はキュア（現代医療・治療）の限界に医師を直面させる。どんなに経験豊富な医師でも患者の死に対処することは難しく、患者の死に対して医師は職業上の責任や自身の能力について強く持続的な負の感情（ストレス）を経験しており、この事態は COVID19 の治療をする医師の多く、そして終末期患者を治療する医師の約半数が直面しているといわれている<sup>5)</sup>。また、高いストレス状態が持続することで医師の燃え尽き症候群や離職が生じたり<sup>5)</sup>、患者のケアの質に悪い影響を及ぼすことが報告されている<sup>6)</sup>。しかし、医師は患者に対し提供できる治療が無い中で多くの患者の死に直面し続ける状態に置かれながらも、医師が患者の死に対処することに関する支援がほとんどない<sup>5)6)</sup>。加えて、医師が死に対して感情的に反応することを医師個人の弱さや無能の現われとしてみなしたり、医師は人の命を救う超人であるので、医師が感情に負けたりその感情を認めると仕事ができない医師（医師に向いていない）というイメージをもたれたり、医師が患者の死に対して感情的になることを寛容しない医療文化もあるという<sup>5)</sup>。

医師は患者の死というキュアの限界に直面し、自己の存在が弱さや無能として現れることや感情的なストレスを経験しながらもそれらを認めないように、感じないようにするという否認や回避のコーピングや、あえて多忙さや業務に対応するという置き換えのコーピングを駆使して事態に対処していることが予想される。このことは医師が無自覚に高ストレスに晒されることによるメンタルヘルスの問題や、進路や離職問題といったワークライフバランスにも影響を与え、最終的にはそのことは患者が受ける医療の質にもかわり、医療全体に関与する種々の問題をはらんでいると考えられる。この問題に立ち向かうためには、終末期・緩和医療に携わる医師がキュアの限界に直面する際の困難や苦痛の体験を医師のストレスや情緒的問題と捉えたり、従来の医療文化や医師に対するものの見方や考え方から離れて一旦留保し、医師の体験そのものにアプローチし、体験とそれに基づく医師の無力感や罪責感に対するコーピング方略を解明する視座から考察する必要がある。

本邦の終末期医療に携わる医療者、例えば医師<sup>7)8)9)</sup>、看護師<sup>10)11)</sup>、理学療法士<sup>12)</sup>等が体験している困難に関しての研究報告がある。その中で医師についての研究では実態調査に留まり、多くは医師の実体験の解明に言及するに至っていない。その中でも、的場ら<sup>7)</sup>は終末期医療に携わる医師の実存的苦痛（SPP）の体験を記述現象学と三次元存在論<sup>1)</sup>から分析し、「生きていても意味がない」という無意味や無価値などの SPP は、終末期の患者だけではなく、医師にも生じていると指摘している。医師の SPP は時間性、関係性、自律性の 3 つの次元すべてに見出されたが、特に自律性の SPP が顕著であった。そして、医師の SPP の構造は、治療や症状緩和というキュアの限界に直面する自己に意識が向けられるとそれが医師としての

無力・無能として現れる、患者の SPP に直面するが対処できない自己に意識が向けられるとそれが医師としての無力・無能として現れるという構造を明らかにした。また、医師の SPP に対するコーピングは、自分の SPP を避けようとして担当患者を避ける等、会いにくいと感じる行為として現れていた。このような回避のコーピングの結果、医師自身の罪悪感が増しかえって SPP を増幅させるという非適応的コーピングが生じる状況を明らかにした。また、医師が患者の SPP を理解しケアが実践できる実用的研修が現在の医学教育に存在しない点も問題提示されていた<sup>13)</sup>。

先行研究<sup>7)</sup>により終末期医療に携わる医師に自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛の体験（SPP）が存在していること、そしてその SPP 体験の構造が明らかにされたことで、医師に対するスピリチュアルケアの必要性が示された。そして、先行研究<sup>7)</sup>では研究対象の母集団が SPC に関心があり、SPC を学ぶ研修会に自主的に参加した医師に限定されたため母集団に特定の偏りがあることが示唆され、その他の医師の集団、例えば、SPP を訴えられない医師や、SPC に関心がない、研修会で学ぶとまで動機づけられていない医師の体験と同様の結果が示されるかどうかについては今後の研究課題として示されていた。

以上のことから、患者の死やキュアの限界に関する医師の体験の研究は医師の健康やキャリア、そして患者のケアにも影響する問題であり、先行研究<sup>7)</sup>で提起された課題の解明には臨床的意義があると考えられる。そのため今回、先行研究<sup>7)</sup>で明らかにされていない母集団、すなわち SPC 研修を受けていない、SPC に関心を持っていない医師を対象に SPP の体験の有無を明らかにし、今後の終末期・緩和医療に携わる医師や医療者に必要なケアや教育の検討をさらに進めることとした。

#### IV. 方法

##### 1. 研究対象

本研究の対象は、緩和ケア病棟に勤務する臨床研修医で、SPC 研修を未受講の者とした。彼らは、研修必修基礎科研修修了後に選択的診療科として緩和ケア科を選択した医師と、臨床研修期間を修了後に緩和ケア専門医資格を取得するために緩和ケア科を専攻する医師である。緩和ケア科研修期間は、前者は約 4 週から 8 週間、後者は約 1 年間から任意の期間である。

##### 2. 研究素材の収集方法

2 段階で分析のための素材収集を行う。インタビューの前に研修医に自己回答式の質問紙を配布し、研修中の「看取りの研修」の時に回収する。質問項目は、臨床経験年数、選択した診療科、終末期あるいは治療ができなくなった患者の診療経験の有無、SPC の知識（研修参加）の有無、SPC に対するイメージや知識（自由記述）、緩和ケア科を選択した理由（自由記述）とする。

##### 2-1. 自由な語りを促すインタビュー：体験の想起と言語化の準備

緩和ケア科研修にて研修医に対して実施されている「看取りの研修」の中で、公認心理師が「死が迫った患者さん、終末期患者さんとの関りの経験について。医師として感じたこと、思ったこと、気になったこと」というタイトルでインタビューを行い、研修医に自由に語ってもらう。このインタビューは、これまでの終末期患者さんとの関りの体験を想起し、その時の気懸りを言語化してもらうことを通して、後のレポート記載の際に体験を想起し言語化しやすくすることを目的とする。

##### 2-2. 自由記載のレポート記述：

緩和ケア科研修終了時に、「緩和ケア科研修を終える今、終末期患者さんに関わりにおいて、過去の医師

としての自分はどのようにあらわれるか」というタイトルのレポート（自由記述で600字程度）を求める。研修医は緩和ケア科以外の診療科（例えば、救急科、外科、内科、精神科等）において看取りやケアが困難となった患者の診療を経験していることが予想され、緩和ケア科に限らず種々の診療科における臨床経験についての記述も分析対象とする。

### 3. 分析方法

2で得られた2種類のインタビューとレポートの内容を対象に、記述現象学<sup>14)</sup>と三次元存在論<sup>12)</sup>を用いて分析する。今回用いる記述現象学の分析方法は、意識の志向性が意識の本質を形成しているというフッサールの現象学に基づいたもので、レポートを記述する研修医の意識の志向性とそれに応じて現れる世界（他者）と自己の現れから研修医の体験の構成・意味を明らかにしようとする方法である。ここでいう意識の志向性とは、意識の方位性（意識が～に向けられている）、思念作用（あるものがあるものとして意識に現れる）、明証性（意識に現れたものをより明らかにしたい、直観的充実を求めること）のことを示し、この意識の志向性が意識の本質を形成している<sup>15)</sup>。

レポート記述において、研修医はテーマ（終末期患者との関り）に意識を向け、意識に現れたもの（体験）を言語化してレポートに記載する。つまり研修医のレポートには研修医の体験が反映されると考えられる。研修医の体験は、言語化の過程を経て他者（研究者）と共有できるもの（経験）となっているため、このレポート記述された研修医の終末期医療に関する経験を記述現象学的方法を用いて分析することによって、研修医の体験の意味にさかのぼることができ、体験の意味を抽出することが可能となる。また、一人の研修医の体験には、その医師の個別の体験と、医師として多くの医師が共通して体験する体験が含意されていると考えられるため、個別の記述の分析から普遍的な体験の意味を抽出することも可能となる。このようにして、一事例的レポート記述（報告）から医師の普遍的な体験の意味の抽出を試みることにした。現象学的記述分析を用いることで、研究素材（レポート標本）数が少なくても体験の普遍の意味の抽出は可能であると考えられる。

### V. 倫理的配慮

本研究実施に当たり院内の医学研究倫理委員会の承認を得て開始する。また、研究対象者に対して研究の趣旨（終末期医療・緩和医療に携わる医療者・医師のケアと教育を検討するための研究）、倫理的配慮、匿名性の保証、自由意思による参加である旨を事前に文章にて説明し同意を得る。

---

### 文献

- 1) Hisayuki Murata, Tatsuya Morita: Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. Palliat Support Care. 4(3), 279-85, 2006.
- 2) 村田久行：スピリチュアルペインの定義。看護に生かすスピリチュアルケアの手引き第2版（田村恵子，河正子，他，編）。第1章 .1-11. 青海社，2017.
- 3) 村田久行：第2章 苦しみの構造と対人援助の意味。改訂増補 ケアの思想と対人援助 - 終末期医療と福祉の現場から .43 - 60, 川島書店 ,1998.

- 4) 角裕子：治療抵抗性の苦痛に対する持続的な鎮静薬の投与を行う前に考えるべきこと．がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き．第4章，21-51，2018年度版．日本緩和医療学会編，金原出版，2018.
- 5) Ben Pilkington: Coming to terms with a patient death. MDLinx, 2021.  
<https://www.mdlinx.com/article/coming-to-terms-with-a-patient-death/1sbRLL2nbxoR111UMFdmmR>.  
(2023.02.18 検索)
- 6) Paul Richard Whitehead: The lived experience of physicians dealing with patient death. *BJM Supportive and Palliative Care*. 4, 271-276, 2014.
- 7) 的場康徳，村田久行，他：がん患者の終末期医療に携わる医師の実存的苦痛（スピリチュアルペイン）とその構造．*Palliat Care Res.*15(4), 321-29, 2020.
- 8) 新城拓也，他：在宅医療に関する医師の困難・負担感の実態調査 - 神戸市内の医師の調査報告 - .  
*Palliat Care Res.* 9(1), 107-13, 2014.
- 9) 野里洵子，他：緩和ケアを専門しようとしている若手医師の研修、自己研鑽に対するニーズには何が影響するか．*Palliat Care Res.* 13(3), 297-303, 2018.
- 10) 岩井真紀子，菊池和子，他：ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難．*岩手看護学会誌*. 9(2), 3-14, 2015.
- 11) 橋本周子，坂本真優，他：終末期看護における看護師の困難感に関する文献検討．*看護科学研究*. 19, 57-64, 2021.
- 12) 中田加奈子，池田耕二，他：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えるのか - 「無力感や意欲低下」の生成過程について．*理学療法科学*. 25(4), 523-528, 2010.
- 13) 的場康徳，村田久行，他：がん診療に携わる医師のスピリチュアルケア研修の効果 - 無意味を訴える患者に対するコミュニケーションの自信、生きる意味への援助の実践の自己評価、患者に対する態度の前後比較試験．*Palliat Care Res.* 16 (1) , 45-54, 2021.
- 14) 村田久行編著：現象学看護 記述現象学を学ぶ - 体験の意味を解明する質的研究方法論．川島書店，2017.
- 15) 新田義弘：現象学とは何か，52 項，講談社，1992.

## 〔論文紹介〕

### 原著論文

# がん診療に携わる医師のスピリチュアルケア研修の効果 —無意味を訴える患者に対するコミュニケーションの自信、生きる意味への援助の 実践の自己評価、患者に対する態度の前後比較試験—

紹介者 対人援助研究所 的場康德

著者 的場 康德、村田 久行、森田 達也、宮下 光令

Palliative Care Research 16(1): 45-54, 2021

## 【目的】

本研究の目的は、医師に対するスピリチュアルケア (SPC) 研修の実施可能性と効果を測定すること

## 【方法】

研究デザイン：質問紙を用いた前後比較試験

研究対象：SPC 研修を修了した医師

教育介入プログラム：対人援助・スピリチュアルケア研究会が実施する SPC 研修

主要評価項目：

- ・「生きていても意味がない」と訴える患者とのコミュニケーションの自信
- ・患者が生きる意味を見出すのを支える SPC 実践の自己評価
- ・患者を SPC する態度（スピリチュアルペイン (SPP) を訴えられたときの無力感、SPC 経験の肯定的な認識、SPP を訴える患者にすすんで関わりたくなる意思)

分析方法：混合効果モデル

## 【結果】

医師 30 名が研修を修了した。すべての主要評価項目が有意に改善し、その効果は介入 6 カ月間持続 (すべて  $P=0.0001$ ) した。スピリチュアルペイン (SPP) を訴える患者とのコミュニケーションの自信が高まり (6 カ月後の効果量 (Effect Size)=1.3)、SPC の実践の自己評価が高まり (ES=1.2)、SPP を訴えられたときの無力感が軽減し (ES=0.8)、SPC の経験を肯定的に捉えるようになり (ES=0.8)、SPP を訴える患者にすすんで関わりたいと思うようになった (ES=0.4)。96~100%の医師が、SPC の概念理解と実際に SPC の方法を知ることについて本研修が「とても役に立った」または「役に立った」と評価した。

## 【考察】

3次元存在論に基づく SPP の構造的理解と援助的コミュニケーションの習得を目的とする SPC の教育介入により、「生きていても意味がない」と SPP を訴える患者に対する [コミュニケーションの自信]、[SPC 実践の自己評価]、[態度 (無力感、肯定的な認識、すすんで関わりたくなる意思)] のすべての主要評価項目で統計学的に有意な改善が認められ、研修 6 カ月後までその効果が持続しており、研修プログラムの効果が示された。

## 【コメント】

本研究の結果は、SPC 研修修了者にとっては当たり前で驚くにはあたらないかもしれない。しかし医師にも SPC 研修プログラムが実施可能であり、効果があることが実証された意義は大きい。



これまで患者の SPP に対応する医療職は主として看護師とされ、本 SPC 研修プログラムの効果は、がん患者の終末期医療に携わる看護師を対象に無作為化比較試験<sup>1,2)</sup>などが行われてきた。ただ、がん患者の終末期医療に携わる医師の体験を現象学的に分析した報告から、医師も患者から SPP を訴えられており、それに対して「なにもできない」、「どのように対応していいのかわからない」と医師自身が無力・無能といった自律性の SPP を体験しており、対応できない医師が患者の苦しみの訴えを避ける対処を思わず採用することで、医師の SPP がむしろ強まることが報告されている<sup>3)</sup>。これは医学教育や卒後研修において患者を治すことを学ぶが、治せない場面で医師はなにを、なぜ、どのようにしたらいいのかの教育の機会がほとんどないことも影響していると考えられる。患者の生死、人生あるいは生きる意味・価値が問われる場面に、医師はしばしば直面するにも関わらず、いまだにその際のコミュニケーションの問題は解決しておらず<sup>4)</sup>、医師のバーンアウト、精神疾患、自殺などへの影響が繰り返し報告されている<sup>5-7)</sup>。その意味でも患者から SPP を訴えられる医師に対する SPC 教育の意義は大きいと考える。これまで国内外では医師に SPC 教育するという発想が乏しく、コミュニケーション教育の研究フィールドで扱われることがなかったため、本研究が医師対象の SPC 教育介入の最初の報告となった。

本研究の限界として、これらの結果は医師の自己評価で患者自身の評価が含まれていないため、研修プログラムを修了した医師の実践が患者の SPC になっているかは直接的に明らかにはなっていないことが挙げられている。しかし、今回、がん患者の終末期医療に携わる機会の多い医師が、研修後 6 カ月間にわたり、SPP を訴える患者とのコミュニケーションに自信を持ち続け、SPC 実践の自己評価が維持され、SPP を訴えられたときの無力感が減り、SPC 経験を肯定的に捉えることができるようになり、SPP を訴える患者にすすんで関わりたいと回答していることから、患者の肯定的な反応による SPC が継続的に行われていると考えられる。とはいえ試験のデザインが前後比較でコントロールがないため、他の要因で評価項目が改善した可能性は否定できない点もあるため、今後、患者の評価による無作為化比較試験が必要と考えている。

---

## 【引用文献】

- 1) Morita T, Murata H, Kishi E, et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37: 649-58.
- 2) 新藤悦子、茶園美香、近藤咲子、他. 大学病院に勤務する看護師への「生きる意味を問うがん患者」とのコミュニケーションスキル向上プログラムの効果の検討—介入前と介入後 6 カ月間の態度比較—. *Palliat Care Res* 2014; 9: 124-31.
- 3) 的場康徳、村田久行、浅川達人、他. がん患者の終末期医療に携わる医師の実存的苦痛（スピリチュアルペイン）とその構造. *Palliat Care Res* 2020; 15: 321-9.

〔論文紹介〕 がん診療に携わる医師のスピリチュアルケア研修の効果—無意味を訴える患者に対するコミュニケーションの自信、生きる意味への援助の実践の自己評価、患者に対する態度の前後比較試験—

- 4) Westendorp J, Evers AWM, Stouthard JML, et al. Mind your words: Oncologists' communication that potentially harms patients with advanced cancer: A survey on patient perspectives. *Cancer*. 2022 Mar 1;128(5):1133-1140.
- 5) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995; 71: 1263-9.
- 6) Asai M, Morita T, Akechi T, et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology*. 2007; 16: 421-8.
- 7) Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*. 2014; 32: 678-86.

## 【資料】 対人援助研究所 2022 年度活動報告

### NPO 法人対人援助・スピリチュアルケア研究会

#### 対人援助研究所 運営委員

村田久行（所長、講師、研究担当理事）

浅川達人（講師）

長久栄子（研究員、研究報告集 編集委員長）

的場康德（研究員、研究報告集 編集委員）

### 対人援助・スピリチュアルケア研究の支援と研究者の育成事業

2022 年度は以下の科目で研究者の育成を行った。

開講科目：対人援助特論、スピリチュアルケア特論、記述現象学研修 A：担当者 村田久行

質問紙調査法研修 A、B、調査研究法相談：担当者 浅川達人

研究生論文指導：担当者 村田久行、浅川達人

研究生中間発表 / 期末発表指導：担当者 村田久行、浅川達人

#### ・特論－オンライン開講

前期：対人援助特論（受講者：5 名 修了者：5 名 聴講生：2 名）

後期：スピリチュアルケア特論（受講者：5 名 修了者：5 名 聴講生：1 名）

#### ・記述現象学 A－オンライン開講（受講者 5 名 内再受講者 2 名、修了者 3 名）

#### ・質問紙調査法

質問紙調査法研修 A（受講者：なし）

質問紙調査法研修 B（受講者：なし）

調査研究法相談－email 相談（相談申込みなし）

#### ・研究生

在籍：4 名。研究指導と研究生中間発表会（7/17）、期末発表会（1/15）を実施した。

研究生中間発表会（7/17）：発表 4 件、参加者は講師も含めて 7 名であった。

研究生期末発表会（1/15）：発表 2 件、参加者は講師も含めて 10 名であった。

#### 発表者とタイトル

蔵園 円：看護管理者が管理当直で記録した体験の解明

廣川優子：終末期がん患者の死と向き合う看護師の無力の体験

高木智美：便秘を訴える高齢者の体験：便秘は体験である

上山ゆりか：研究史からみる認知症ケアの展望

### 対人援助・スピリチュアルケア研究に関する出版事業

#### 研究報告集

・『研究報告集第 2 号』を 2023 年 3 月 24 日に発行する。

（『研究報告集創刊号』は 2022 年 3 月 20 日に発行した）

### 対人援助・スピリチュアルケア研究の支援事業

#### 校友会

校友会は、対人援助・スピリチュアルケア研究に関わる研究者を育成するプラットフォームの形成を目的として、対人援助特論修了者を対象に呼びかけ、対人援助・スピリチュアルケア研究に関する研究のアイデアと情報を交換する年 2 回のオンラインミーティングである。

・2022 年度は 8 月と 2 月にオンラインで開催した。

8 月 11 日の第 4 回校友会には、講師も含めて 5 名の参加者があった。

2023 年 2 月 11 日の第 5 回校友会には、講師も含めて 6 名の参加者があった。

以 上

## 編集後記

かつての私は、一介の看護師が研究なんてとんでもない、ハードルが高いと思っていた。そんな私が、今こうして対人援助研究所の研究報告集の編集に携わるなんて、当時の私には考えられないことである。研究に対する認識が変化したきっかけがある。それは村田先生の「現場に役に立つ研究にこそ価値がある、何のために研究をするのか、それは現場に苦しみがあるからです」という言葉だった。そういわれてみれば、現場にはなんと多くの苦しみがあり、同時になんと多くの「なぜ？」という問いがあるだろうか。「なぜ、あの患者は平気な顔をして痛みを訴えるのか？」「なぜ、あの医師はすぐに鎮静を提案するのか？」「なぜ、あのケアマネージャーは、患者の苦痛が現れるとすぐに入院というのか？」・・・現場で生まれる問いは尽きない。業務に追われる現場は、その「なぜ？」という問いに対して立ち止まって考える余裕すらない。しかし、実際は余裕がないのではなく考えないようにしているのだということにも気がついた。「なぜ？」という問いに立ち止まって考える、それが研究の始まりだと近頃は思えるようになった。研究の種は無限にあるのだから、水をやって花を咲かせたいものです。

対人援助研究所 研究報告集編集委員  
長久栄子

\*\*\*\*\*

研究報告集 Vol.2 No.1

発行 2023年3月24日

事務局 対人援助研究所

〒603-8151 京都市北区小山下総町 41-7

編集 対人援助研究所『研究報告集』編集委員会

\*\*\*\*\*