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 2023

第 3 号

対人援助研究所

研究報告集 2023 第 3 号目次

原著論文：

終末期がん患者と向き合う看護師が体験する無力の解明‥‥‥‥‥‥ 廣川 優子　1

研究ノート：

看護管理者が管理当直で記録した体験の解明 ……蔵薗　円　18

研究ノート：

母親のスピリチュアルペインが生み出す
子どもへのネグレクトとその連鎖 ……鈴木 孝子　22

書籍紹介：

『苦しみを和らげる認知症ケア』 ……村田 久行　編著　28
（紹介者　浅川 達人）

【資料】対人援助研究所 2023 年度活動報告 ……村田 久行　31

編集後記 ……長久 栄子　32

原　著

終末期がん患者と向き合う看護師が体験する無力の解明

廣 川 優 子**

要旨

【目的】本研究の目的は,終末期がん患者と向き合う看護師が体験する無力を明らかにすることである. 【方法】緩和ケア病棟の看護師 4 名に,「傾聴のスキル」と「スピリチュアルケア 3 次元存在論」を学ぶ研修を実施し,その研修前後に「終末期がん患者の看護をするとき,どのようなことに困難や戸惑いを覚えますか」という問いに答えるレポート提出を求め,それを対象とし,記述現象学にて無力の体験を分析した. 【結果】終末期がん患者と向き合う看護師の無力の体験は,自分が患者の役に立たないという体験であり,その無力の体験は,終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え,それを問題解決しようとすることに原因があった. 【考察】看護師が,終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉えていた理由は,緩和ケアの現場においてスピリチュアルペインの定義が周知されていないこと,スピリチュアルペインに看護師が問題解決法で応じることには限界があるにもかかわらず,看護師の任務は患者のあらゆるニーズに問題解決法で応じるように教える看護教育によるものである. 【結論】終末期がん患者と向き合う看護師の無力の体験は,患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え,問題解決しようとすることに原因があった.その問題解決思考の限界を知り,傾聴のスキルとスピリチュアルケア 3 次元存在論を学ぶことで患者のスピリチュアルペインを和らげる援助ができるようになると,看護師の無力は霧散する.

Key words: 無力,終末期ケア,看護

Ⅰ. 緒言

終末期患者のケアに携わる看護師は, 終末期がん患者に向き合うとき自己の無力を体験することがある. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン[1)]は,「本人の意思を尊重するため, 本人のこれまでの人生観や価値観, どのような生き方を望むかを含め, できる限り把握することが必要」という. しかし, 一般に多くの人は死の話題に触れることに抵抗感があり, 医師や看護師も死について患者や家族と話題にすることを避ける傾向がある[2)]. 緩和ケアの質の改善のための自施設評価プログラム[3)]は, 医療者のスピリチュアルという言葉に対する苦手意識を報告している.

死を予測した終末期がん患者の訴えに対する看護師の苦手意識を報告したのは, 1993 年の

(受付日：2023 年 12 月 28 日，受理日 2024 年 3 月 10 日，公開日 2024 年 3 月 25 日)
廣川優子/社会医療法人 春回会 出島病院 長崎県長崎市出島町 12-23

大川ら[4]の事例報告が最初である．そこには，終末期がん患者の「『こんなんじゃ生きていたってしかたない』という訴えに，看護婦は何と言って返せばよいのかわからなかった」と，手立てを持たない医療者の無力の苦しみが記録されている．このように，終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師の無力の体験は30年前にすでに報告されている．

そしてその10年後に村田[5]は，終末期患者のスピリチュアルペインを，「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義している．しかし，スピリチュアルペインは終末期患者の主観的な現象であるため，その訴えは刻々と変化するという．そのため，終末期医療の現場にスピリチュアルペインの定義が周知されていなければ，看護師が終末期がん患者のスピリチュアルペインを捉えることは困難であっただろう．

医学中央雑誌（Web版，Ver5）[6]で，「無力」「終末期ケア」「看護」をキーワードに検索し，終末期がん患者と向き合う看護師の無力を報告する論文を検討した．上村ら[7]は，ターミナルケアに関わる看護婦は，患者と死をめぐるコミュニケーションの困難さがあることを報告している．1990年代のターミナルケアへの急速なニーズの高まりとともに，ターミナルケア従事者に対する研究はストレス要因の分析に重きがおかれているという．福島ら[8]は，看護師の死生観が確立していないために死に対する恐怖から看護師は逃避的な機制をとり，その結果バーンアウトにつながりやすいという可能性を報告している．加えて野戸ら[9]は，わが国の学校教育などで，死について考え話す機会が少ないことや，身近な人の死を看取る機会が少なくなったことを背景に，看護師は自分自身の死生観・倫理観を十分に明確化していないため，患者と積極的に話し合い，人生の終焉を助けるといった深まりに至っていないのではないかと推察している．以上のことに関連して橋本ら[10]は，2015年から2020年までの終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討を行い，看護師は，終末期の患者の身近でケアを提供する存在として，看護師自身も死に対する恐怖感を抱く中で無力感を抱きながら経験しているとの考えを報告している．

これらのことから，看護師は，死について語り合うという教育や習慣がないことを背景に，終末期に関わる看護師の多くには死に対する恐れが潜在し，終末期がん患者との死をめぐるスピリチュアルペインの言葉に，積極的に関わることのストレスや困難を抱えていることが推察できる．

他方、終末期患者のケアに携わる看護師が体験する困難やケアの質の低下について西田ら[11]は，印象に残る患者の死を体験したことの対処に消極的な看護師は，患者を統合的に理解することを妨げ，看護の質を低下させる可能性があることを主張している．そして稲垣ら[12]は，一般病棟での臨床経験を有する看護師が，緩和ケアへ配属後，終末期患者の心身の苦痛緩和が思うように図れず，看護師として対応の限界を感じ，患者の回避できない死になす術もない無力感や罪悪感や喪失感など，これまで一般病棟では経験したことのない心理的負担が看護師にあることを背景に，それらの心理的負担と対処過程の特徴を明らかにしている．その心理的負担は，さまざまな臨床経験を持つ研究参加者全員が配属当初に強烈に認識していた自分の経験がゼロになったような無力感と戸惑いがあったことを報告している．さらに坂下[13]は，一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難は，患者に看護師としてかかわれた実感がなく，看護師としての

役割を果たせてないことから生まれていると報告し,若手看護師に,死に逝く人の理解を深めるための支援の必要性を示唆している.

疾病の回復への看護を行う一般病棟では,看護師としての役割は明確である.しかし,終末期がん患者の回避できない死になす術をもたない看護師は,患者から死を予測する言葉であるスピリチュアルペインを投げられかけたとき,どのように返答していいのかわからずに,看護師として役に立たない無力を強く感じていることが先行研究から読み取れる.

死に逝く人への理解を深めるため,緩和ケアに携わる看護師は,日本緩和ケア協会の ELNEC-J[14]で基本的な緩和ケアの学びを得ている.その中で,看護師に求められる基本的態度として,「ケアリング」「患者と共にいること」「どのような状況にあっても寄り添い続ける」ことを学び実践している.だが岡[15]は,終末期がん患者は言わなくても察してほしいと思うことから,看護師は患者の心情を察しながら寄り添うことを重要視しているが,これまでの文献でも「寄り添う」ことを明確に定義しているものはほとんどみられないと報告している.つまり,患者も看護師も共に自分の想いや行為を意味づけ,言語化することなく「寄り添う」ことを重要視していることが日本の緩和医療の現状であるということである.また黒田ら[16]は,看護学分野における「その人らしさ」の概念分析を通して,「その人らしさ」は他者の認識であり,看護師がとらえる「その人らしさ」が本来の対象者らしさとずれてしまう可能性があることを認識したうえで看護師はケアに携わることの必要性を示している.

これらのことから,緩和ケアに携わる看護師は,緩和ケア看護師に求められる「ケアリング」「共にいる」「寄り添う」等の基本的態度への教育は整備されているが,それらの言葉を明確に定義することは難しく,看護師の基本的態度の捉え方にもズレが生じてしまうことが考えられる.それゆえ,「寄り添う」ことや「その人らしさ」を大切にすることを掲げられても,スピリチュアルペインやケアの定義がないゆえに,終末期がん患者のスピリチュアルペインの言葉を前にすると,現場の看護師は実際に何をどうすればよいのかわからず,無力を感じてしまうのだと考えられる.

それでは,終末期がん患者の死と向き合う看護師へのコミュニケーション教育の現状はどのようなものか.多様な療養経過や問題を抱える患者のケアを実践する大学病院の看護師が,「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時の態度について実態を調査した新藤ら[17]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るとき,看護師は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を報告している.宮下ら[18]は,がん看護に携わる看護師の困難感の実態とその関連要因を明らかにする研究を,がん看護に関する困難感尺度等を用いて報告している.それは,コミュニケーションに関することで最も困難感が高かったのが,十分に病名告知や余命を告知していない患者の家族とのコミュニケーションの困難さが 93%,「死にたい」と訴える患者に対する対応に困難を感じるが 91%であり,がん看護に携わる看護師を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングなどの教育の必要性を主張している.さらに全国の緩和ケア病棟における看護師のターミナルケア態度の関連要因を明らかにした高野ら[19]は,看護師の緩和ケアの基礎教育のもと,多職種協働の中で専門的緩和ケアに興味をもち,主体的に学

び,看護観を育む職場環境作りや支持的な継続教育体制の必要性を示唆している.

これらのことから,終末期がん患者と向き合う看護師は,終末期がん患者への態度教育だけではなく,終末期がん患者のスピリチュアルペインの訴えに対応するためのコミュニケーション・スキル・トレーニングや,主体的な学びへの姿勢とそれらを支えるための環境や支持的な教育が不足しているという現状が推察できる.

なぜ,終末期患者のスピリチュアルペインと向き合うとき,看護師は自分の無力に苦しむのか？これまで看護師の無力を扱った先行研究は,研究方法として多くは看護師の語りの内容をコード化し,分類してそれらの経験的一般化によって結果を得ている[7-13)15)17-19)].そのため,この方法では,語りの内容に対する経験的一般化は得られるが,なぜ終末期患者のスピリチュアルペインと向き合うとき看護師自身の無力が体験されるのか?という体験の意味の解明にまでは至らない.それゆえ本研究では,終末期がん患者の死と向き合う看護師の無力の体験に潜在する体験の意味を解明していくために,分析の方法として記述現象学[20)]を用いる.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.この記述現象学を用いた研究[21)22)23)]は,看護師,医師,福祉職の立場から体験の解明を試み,新たな知見を得ることが出来ている.

Ⅱ.目的

本研究の目的は,　終末期がん患者と向き合う看護師が体験する無力を明らかにすることである.

Ⅲ.研究方法

1.　対象

当病院は,　202X 年に一般病棟を廃止し緩和ケア病床を増床,県内では初めての独立型緩和ケア病院(37 床)である.研究対象者は,稲垣ら[12)]の論文を参考に,一般病棟から緩和ケア病棟へ配属し,緩和ケア病棟経験年数が浅く,終末期がん患者と向き合うとき患者の死を予測する言葉であるスピリチュアルペインに苦慮している看護師４名を研究対象とした.研究対象者の概要を表１に示す.

表１研究対象者の概要

	A	B	C	D
性 別	女性	女性	女性	女性
年 齢	40 代	40 代	20 代	30 代
臨床経験年数	23 年	28 年	5 年	7 年
緩和ケア病棟経験年数	2 年 9 カ月	7 カ月	2 年	7 年

看護師 4 名に,森田ら[24)]が介入研究において有意な効果を認めている教育研修プログラム(以下はSP研修と記述する)を行った.この研究は,村田[5)]の「自己の存在と意味の消滅によって生じる苦痛」という概念枠組みに基づき,特に無意味さを感じている終末期がん患者への看護師のケアに焦点を当てたものである.　その内容は,基本的なコミュニケーションスキルについての教育,無意味の概念枠組み,スピリチュアル・カンファレンス・サマリー・シートの使い方の講義と演習を用いたものである.　その結果,この教育プログラムを「役に立つ」または「非常に役に立った」と評価した看護師の割合は,無意味感を感じている末期患者をケアす

る際の概念的枠組みを理解するためが 85%,看護師の個人的な信念,価値観,人生の目標を自己開示するためが 80%,無意味さを感じている患者へのケア方法を学ぶためが 88%であり,この教育プログラムが終末期医療の現場で看護師のケアの実践に活かせることを報告している.また,この介入研究においての懸念は,一部において介入効果が維持されない可能性を示唆している.

今回の SP 研修は,森田らの介入研究 [24]に基づき,村田 [5]のスピリチュアルペインの定義である「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と傾聴のスキルの講義を行い,現場での実践をもとに個別の支持的スーパービジョン[25](以下は SSV と記述する)を実施した.その後,3 次元存在論を用いたスピリチュアルペインの分析の講義を行い,研究対象者の現場での実践をもとに個別の支持的スーパービジョンを実施した.本研究で実施した SP 研修の概要を表 2 に示す.

表 2 スピリチュアルケア研修会の概要

時間		内容
第 1 期　「傾聴のスキル」		
10 分	研究前レポートの提出を求め,研究対象者の苦しみの語りを促す.	研修前に「終末期がん患者の看護をするとき,どのようなことに困難や戸惑いを覚えますか」というテーマでレポートの提出を求め,研究対象者の語りを促しながら分析する.
20 分	「スピリチュアルペインの定義」と「傾聴のスキル」についての説明と演習を行う.	「スピリチュアルペインの定義」を説明する.「傾聴のスキル」とは,相手の苦しみのサインをメッセージとして受け取り,言語化したメッセージを返す反復とちょっと待つという技法であることを説明し,実際に演習する.研修会後,2 週間現場での実践を促し,終末期がん患者との対話をもとに SSV を行う.
第 1 期　SSV（個別に 30 分ずつ 2 回実施）		
時間		内容
30 分	研究対象者の語りを促す.	研究対象者に「傾聴のスキル」を実践した感想を促す.研究対象者の語りから SSV の主題を提示し,問題解決ではなく,研究対象者の成長を促すことを目的として対話する.
第 2 期　「スピリチュアルペインの分析－3 次元存在論－」		
時間		内容
30 分	「3 次元存在論に基づくスピリチュアルペインの分析」と「スピリチュアルケア」について説明する.	終末期がん患者と研究対象者が実際に対話した中で,終末期がん患者から語られたスピリチュアルペインを 3 次元存在論に基づき分析する.その上で,＜傾聴＞と＜共にいる＞という＜基盤となるケア＞を土台にして,「傾聴のスキル」を用いて,関係性に基づき,関係の力で苦しみを和らげ,軽くし,なくする「スピリチュアルケア」を行うことを説明する.研修後,2 週間現場での実践を促し,終末期がん患者との対話をもとにスピリチュアルペインを 3 次元存在論で分析したもので SSV を行う.
第 2 期　SSV（30 分ずつ 2 回実施）		
時間		内容
25 分	研究対象者の語りを促す.	研究対象者の「スピリチュアルペインの分析」と「スピリチュアルケア」の実践の感想を促す.研究対象者の語りから主題の提示を行い,研究対象者の苦しみがどこから生じているのかを分析し,それを共有する.そのうえで,なぜそのような苦しみになったのかという振り返りを支え,研究対象者の「気づき」を取り上げ,援助者としての成長を支える.研究対象者の「気づき」から,次回の行動として,なにを,なぜ,どのようにするのかという言語化を促し,行為の意味づけ言語化することの訓練を行う.
5 分	研修後の振り返りのレポートの提出を求める.	「終末期がん患者の看護をするとき,どのようなことに困難や戸惑いを覚えますか」というテーマでレポートの提出を求める.

注釈　SSV:支持的スーパービジョン

そのSP研修前後に,「終末期がん患者の看護をするとき,どのようなことに困難や戸惑いを覚えますか」というテーマに答えるレポートの提出を求め,その内容を対象として記述現象学にて看護師の無力の体験を分析した.本研究では,SP研修前後のレポートのテーマにスピリチュアルペインという言葉を使用しなかった.なぜなら,SP研修を受ける前のスピリチュアルペインの定義や概念を学んでいない看護師は,終末期がん患者のスピリチュアルペインを含む訴えを察知できたとしても,それを言語化し捉えることが困難だからである.また,終末期がん患者がスピリチュアルペインだけを明確に表明するとは限らない.そのため,看護師が終末期がん患者のどのような言葉に,困難や戸惑いを覚えるのかというレポートのタイトルとした.

本研究では,SP研修後のレポートを看護師が体験する無力の解明の分析対象とした.それは,終末期がん患者の言葉に戸惑いや困難を覚えていた看護師が,自己流ではなく,スピリチュアルペインの定義と傾聴のスキル,および3次元存在論を用いたスピリチュアルペインの分析を学び,終末期がん患者と向き合うことに臨み実践した体験が必要だったからである.つまり,SP研修後の研修対象者にして初めて,SP研修を受ける前の過去の自分自身が,なぜ終末期がん患者のスピリチュアルペインに困難や戸惑いという無力を感じていたのかという振り返りが可能となり,その記述を分析することが本研究のテーマの解明になるからである.

2. 分析方法

記述現象学[20]を用いる.記述現象学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」[26]というフッサールの現象学である.

分析手順

記述現象学の分析手順において,Pは意識の顕在性,Qは意識の潜在性,あるいは本質直観を表す.表3に記述現象学の分析手順とDのレポートより一部抜粋し,分析したものを示す.

(1)手順1では,記述者の記述を「～の意識の志向性は～に向けられ,それがPとして現れている」という定型に従って意識に顕在化したものを表記する.

(2)手順2では,意識の顕在性のうちに含まれている潜在性を開示する志向的分析を行う.手順1で「それがPとして現れている」とは意識の顕在性のことであり,それを,「なぜ～の意識は～に向けられ,そこにPが顕在化しているのか？それは,Qだからである.志向的分析はPという顕在性に潜在するQを開示している」という定型に従って顕在性に潜在するものを開示する.

(3)手順3では,志向的分析で開示された体験の意味の本質直観である.手順2で開示されたものは,個別の体験を超えた体験の普遍的な意味を成立させる本質を含んでいる.それを,「PがQという非顕在性に媒介されて顕在化しているとき,QがPという体験の本質であり〈意味〉である.本質直観は,Pという体験の意味と本質はQである把握する」という定型に従って潜在性を本質直観に変換する.

(4)手順4では,本質直観として把握された個々の体験の意味と本質の普遍性を意識の志向性と現れから確認し,その普遍性に照らして原文の個別の体験の意味と本質を確かなものとして記述する作業を行う.手順3で把握したものを,4-1.「P(～を～する)のとき,看護師はQしている」4-2.「Qしている看護師はPをする」4-3.「〔Pをする〕看護師(個別)は,Qしている」という定型に従って本質直観を体験の意味の普遍性とする.

(5) 手順 5 では, 手順 4 で体験の意味の普遍性を確認した本質直観を集積し, 体験の記述をし、体験の意味を考察する.

3.　倫理的配慮

本研究は, 当院の倫理審査委員会にて承認を得たうえで, 研究対象者 4 名に研究の目的と方法, 研究の意義, プライバシーの保護について記載した文書を示し, 研究参加は自由意志であることを説明し同意を得た.

表 3 記述現象学の分析手順と D のレポートより一部抜粋し分析したもの

〔分析手順〕	原文:『スピリチュアルペイン』という言葉は知っていたが, それが何を指すのか良く知らないままだった.
1.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. (意識の志向性と現れからの記述分析) 定型:「～の意識の志向性は～に向けられ,それが～として現れている」	D の意識の志向性は,『スピリチュアルペイン』という言葉に向けられ,それが,何を指すのか良く知らないままだったと現れている.
2.志向的分析(潜在性の開示) 定型:「なぜ～の意識の志向性は～に向けられ,そこに P が顕在化しているのか？それは Q だからである. 志向的分析は P という顕在性に潜在する Q を開示している」 定型:「P という顕在性に潜在する Q を開示」	なぜそのように現れているのか？それは,『スピリチュアルペイン』という言葉は看護の世界では広く言われているが, それが現場の看護実践には無関係であったということである. 志向的分析は,『スピリチュアルペイン』という言葉は知っていたが,それが何を指すのか良く知らないままだったという D の意識の顕在性に潜在する『スピリチュアルペイン』という言葉は看護の世界では広く言われているが, それが現場の看護実践には無関係であったことを開示している.
3.志向的分析から本質直観へ 定型:「P が Q という非顕在性に媒介されて顕在化しているとき,Q が P という体験の本質であり＜意味＞である.本質直観は P という体験の意味と本質は Q であると把握する」 定型:「P という体験の意味と本質は Q であると把握」	『スピリチュアルペイン』という言葉は知っていたが,それが何を指すのか良く知らないままだったという看護師の体験の意味と本質は『スピリチュアルペイン』という言葉は看護の世界では広く言われているが,それが現場の看護実践には無関係なのであると把握する.
4.本質命題から普遍性にもとづく個別の記述へ ＜本質直観から本質命題へ,そして本質命題の具体的な個別化へ＞ 4-1.手順 3 の「P という体験の意味と本質は Q であると把握」の文を一般事象の本質命題文にする:A A の定型：「P（～を～する）のとき,看護師/患者は Q している」 4-2.A を反転して開示された本質命題文の普遍性を確認する(普遍性の獲得):B B の定型：「Q している看護師/患者は(誰でも)P をする」 4-3.さらに B を反転して本質命題にもとづき事例に即した「個別の事象」を記述:C C の定型：「[P をする]看護師(個別)/患者(個別)は、[Q している]」	4-1. 看護師が『スピリチュアルペイン』という言葉は知っていたが.それが何を指すのか良く知らないままだったと言うとき,『スピリチュアルペイン』という言葉は看護の世界では広く言われているが,それは現場の看護実践には無関係なのである. 4-2:『スピリチュアルペイン』という言葉が現場の看護実践には無関係であるとき,現場の看護師はそれが何を指すのか良く知らないままだったと言う. 4-3. D が『スピリチュアルペイン』という言葉は知っていたが,それが何を指すのか良く知らないままだったと言うのは,『スピリチュアルペイン』という言葉は現場の看護実践には無関係だということである.
5.本質命題と体験の記述,考察 普遍性を確保した本質命題から導かれた事例の患者, 看護師の体験の記述を抽出・集積し,それをもとに事例の体験を記述して現象学看護からの考察をする.	『スピリチュアルペイン』という言葉は看護の世界では広く言われているが,緩和ケア病棟専門病院の看護師でもそれが現場の看護実践には無関係であるということは,何を意味するのか？それは,看護師の基本的態度の教育は周知されてきたが,緩和の現場において実践できるスピリチュアルケアとは繋がっていないからである.

記述現象学による分析は,熟練のスーパーバイザーからスーパービジョンを受けた

Ⅳ. 結果

研究対象者 4 名の分析の結果は以下の 4 点であった. ①終末期がん患者と向き合う看護師の無力の体験は, 患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師が患者の役に立たないという無力の体験であった. ②その無力の体験は, 終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え, 問題解決しようとすることに原因があった. ③4 名のうち 2 名は, 終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え, 傾聴のスキルを用いて問題解決しようとしたため, 援助できない無力が持続した. ④他の 2 名は, 自己の行為を意味づけ言語化する対人援助の専門職性を獲得することにより, 終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師の無力は霧散した.

以下に, ①から④のそれぞれの結果が, どのように分析から導き出されたのかについて説明する. また, 研究対象者のレポートの原文のみ太字で表現した.

① 終末期がん患者と向き合う看護師の無力の体験は, 患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師が患者の役に立たないという無力の体験であった.

A のレポート原文から, **「終末期がん患者さんとの会話の中でふいに, 「もう, どうせ死ぬとやっけん」「先はなごうなか」「ああ, はようお迎えのこんとかな」といった発言をされることがありました. その際, かける言葉がみつからず, ただ黙って頷きながら傾聴することしかできませんでした」** を記述現象学で分析し得られた体験の意味は, A は, 患者がふいに発言するスピリチュアルペインに, かける言葉が見つからず, 傾聴を「ただ黙って頷きながら聴くこと」であると誤解していた体験である. その誤解が無力の体験を生むのである. A は, 「ただ黙って頷きながら傾聴すること」の効果を実感していないため, 「ただ黙って頷きながら傾聴することしかできませんでした」の「しか」という表現となり, 患者の役に立たない無力を体験しているのである.

B のレポート原文から, **「終末期におけるがん患者のケアは苦痛の緩和が主となるが中でもスピリチュアルペインを表出していると感じるタイミングでの介入や対応をどうすればいいのか分からないことが自身の戸惑いである」** を記述現象学で分析し得られた体験の意味は, B は, 終末期におけるがん患者のケアは, 身体的苦痛の症状緩和が主となるとの思いである. そのため, B は, 身体的苦痛の緩和では太刀打ちできないスピリチュアルペインの表出に, 対応をどうしたらいいのか分からないという戸惑いとなり, 患者の役に立たない自己の無力を体験しているのである.

C のレポート原文から, **「患者さんとの会話の中で「早く死にたい」「あとどのくらい生きられるかな」「死ぬのが怖い」などというスピリチュアルペインの訴えを聞くと, ドキッとしていたし, どのような返事をしたらよいのかわからず, モヤモヤを抱えていた」** を記述現象学で分析し得られた体験の意味は, SP 研修で傾聴のスキルを得た C は, 終末期がん患者のスピリチュアルペインにどのように応対すればよいのかを知ることができたということである. つまり, SP 研修で学ぶ前の C は, 終末期がん患者のスピリチュアルペインの訴えにどのように対応すればよいのかわからず, 看護師として役に立たないという無力があったことを「どのような返事をしたらよいのかわからず, モヤモヤを抱えていた」と過去形で記述しているのである.

② 終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師の患者の役にたたないという無力の体験は, 終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え, 問題解決しようとすることに原因があった.

A のレポート原文から, **「終末期がん患者さんのスピリチュアルペインは体験していないから共感することはできないし, かける言葉など、はじめからなかったのでした」** を記述現象学で分析し得られた体験

の意味は,A は,終末期がん患者のスピリチュアルペインに対して,何か声かけをしてあげないといけないという思い込みがあったという体験である.ここには,「同じ体験をした者のみが苦しみをわかり合える」という一般に流布している誤解がある.その,誤解が解けたことから A の考えは,同じ体験をしない者でも,援助的コミュニケーション(傾聴のスキル)で応対すれば患者はわかってもらえたという実感をもち,患者の苦しみを和らぐことを体験したので,問題解決しようとする自己の考えを手放すことができたのである.

Bのレポート原文から,**「患者さんの語りは無数にありその無数の語りに対応できるほどの自分自身の言語力のなさを痛感した」**を記述現象学で分析し得られた体験の意味は,Bは,看護師は患者の語り(ニーズ)に対応(問題解決)しなければならないという思い込みがあるということである.B は,そもそも終末期がん患者のスピリチュアルペインに問題解決で対応するには限界があることを理解していない.そのため B は,患者の語り(ニーズ)に対応できないことを B 自身の言語力が不足していると表現し,無力であると言っているのである.

Cのレポート原文より,**「これまでスピリチュアルペインの表出に対しどのような返答をすればよいかわからず困っていた」**を記述現象学で分析し得られた体験の意味は,C は,終末期がん患者のスピリチュアルペインの表出にCのこれまでの看護経験では通用しないことの実感から,看護師として役に立たない無力を体験していた.それは,C に患者のスピリチュアルペインが表出された時に「どのように返答すればよいのか」という問題解決思考があることを意味している.

Dのレポート原文より,**「なぜスピリチュアルペインについて学ぼうと思ったか.そのきっかけは,私自身が患者の死の苦しみと向き合うことが苦痛だった為,患者から目を背けていることに気づいたからだった.その事が,ずっと気がかりになっていた.なぜならば,緩和ケアは身体的苦痛だけでなく,その他の苦痛,特にスピリチュアルペインと向き合いその苦しみを緩和する役割があると考えていたからだった」**を記述現象学で分析し得られた体験の意味は,D は,終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合えず,緩和ケアの看護師として役割を果たせていない自己の無力があったという体験である.その無力は,D が,スピリチュアルペインと向き合うことを無意識に避け,日々の看護業務に専念することで紛らわせていたDの対処を意味している.

③ 研究対象者の4名のうち2名は,終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え,傾聴のスキルを用いて問題解決しようとしたため,援助できない無力が持続した.

Bのレポート原文から,**「今後は関わる際は意識して情報収集のための介入にならないようにして今回学んだ反復を実行し,患者さんの言葉を待ち,語りや問いかけに対応してスピリチュアルな思いから自身が逃げずに向き合えるようになりたいと思った」**を記述現象学で分析し得られた体験の意味は,Bは今も終末期がん患者のスピリチュアルな思いから自身が逃げてしまい向き合えていないという体験であった.もし,B が SP 研修の成果としてスピリチュアルケアができるという実感を持っているなら,「～から逃げずに向き合えるようになった」という発言になるからである.終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合うとき,傾聴のスキルを行う看護師は,自己の苦しみに意識が流動することなく終末期がん患者の苦しみに意識を向け続ける訓練を行う.それは,看護師が,確かな技術(傾聴のスキル)を用いて終末期がん患者の語りを支え,患者自らが自己の存在と意味を回復する力があることに信頼を示し,患者の Spiritual coping strategies を支えることである.村田[27]は,「【病気・死の自覚による生の無意味,無価値,虚無,孤独,疎外などの体験(スピリチュアルペイ

ン)】から【内的自己の探求と価値観の再構築】【死をも超えた将来,他者,自律の回復(スピリチュアリティ)】を経て,【新しい存在と意味の回復】という構図で捉え直すことで,患者自身のスピリチュアルな対処方策に従ってそのコーピングのプロセスを支えることにスピリチュアルケアの指針が存在することが明らかになる」と述べている.つまり,スピリチュアルペインの定義である自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛は,これまでの対処方法では立ち行かなくなった患者が自己の無力を自覚するために起こる.その無力の苦しみであるスピリチュアルペインと向き合うことを支え,患者自らが自己の存在と意味を回復するための語りを支えることが,患者のSpiritual coping strategiesを支えるということである.それは,看護師が常に患者の苦しみであるスピリチュアルペインに看護師の意識を向け続けることで,患者自らが行うSpiritual coping strategiesに信頼を示すことである.しかし,「スピリチュアルな思いから自身が逃げずに向き合えるようになりたい」と記述するBは,患者の苦しみに意識を向け続けることが出来ず,B自身に意識が向き,自己の無力を感じているのである.このことは,中西ら[28]も,終末期患者の情緒的体験に触れる看護師は,患者との関わりを躊躇する心情が窺えることを報告している.さらに,橋本ら[29]は,終末期ケアにおける看護師の困難感に関する文献検討から,看護師個人に起因する心理的な要因を,看護師として介入の必要性は理解しながらも,死への恐怖心や避けたい思いから患者に関わることの難しさを報告している.これらのことから,終末期ケアの看護において困難感がある看護師は,終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合うとき,看護師自身の無力に意識が向くため,患者との関りを躊躇する・避ける等の対処をとるのである.

Cのレポート原文から,**「援助的コミュニケーションを行い,患者の苦しみを理解した上でケアを行うことまでがスピリチュアルケアだということを学んだ.これまでスピリチュアルペインの表出に対しどのような返答をすればよいかわからず困っていたが,今後はそのようなことは少ないだろうと感じた」**を記述現象学で分析し得られた体験の意味は,Cは,SP研修で学ぶことにより,Cが困惑しなくて済むスキルアップが図れたという体験であった.これは,Cが終末期がん患者のスピリチュアルペインの訴えに対処方法を得たことでC自身の困惑が和らいでいるという意味である.しかし,Cはスピリチュアルケアを獲得した実感は得られていない.そのため,Cは終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え,問題解決を図るものの見方を脱していないのである.つまり,「今後はそのようなことは少ないだろう」と記述するCは,スピリチュアルペインを和らげることのない傾聴のスキルに頼るその場しのぎの対応となり,Cの援助できない者としての無力は継続していくことが考えられる.このことは,森田らの介入研究[24]結果の一部において,介入効果が維持されない可能性が示唆されていることと同じ結果である.

④ 他の2名は,自己の行為を意味づけ言語化する対人援助の専門職性を獲得することにより,終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師としての無力は霧散した.

Aのレポート原文から,**「スピリチュアルペインとは,自己の内面と向き合うことでしか解決できないものであり,そこに導くケアを行う事が,援助者の役割であると学びました」**を記述現象学で分析し得られた体験の意味は,Aは,SP研修の学びを実践し,患者自らが回復する力を持つことを実感したという体験である.このAの体験は,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何をどのようにケアすることなのかという行為を意味づけ,言語化する専門職性の獲得により,看護師の援助者としての役割が明確化されたことを意味している.

また,Dのレポート原文から,**「患者の苦しみ・気が**

かりに焦点を当て，丁寧に一語一句反復する．それが患者の思いを言語化し，患者自身が自分の苦しみを和らげる，その援助をする．それがスピリチュアルケアであることを学ぶことができた．スピリチュアルペインについて学び，患者の苦しみに焦点を当てスピリチュアルケアの技術について知ることができた．また，私自身の『患者の苦しみに向き合う苦痛』も軽減することができた」を記述現象学で分析し得られた体験の意味は，D は，自己の行為を意味づけ，言語化する専門職性の獲得がなければ，D 自身の患者の苦しみに向き合う苦痛も軽減することができないままにいたという体験であった．つまり D は，SP 研修で学ぶことにより，患者のスピリチュアルペインに向き合うとき，役に立たない自己の無力が霧散したことを意味している．

Ⅴ．考察

以下では，記述現象学の分析から導き出された分析結果について考察する．

【看護師が患者の役に立たないという無力の体験】

緩和ケアの看護師の基本的な態度である「ケアリング」「患者と共にいること」「どのような状況にあっても寄り添い続ける」ことを実践する４名の看護師は，A のただ黙って頷くという傾聴に対する誤解や，C のどうしたらいいのか分からない困難や戸惑いとなり，コミュニケーションの自信のなさから患者の役に立たない無力を感じていた．このことは，先行研究の稲垣ら [12]や新藤ら [17]と同じ結果である．つまり，看護師が終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合うときスピリチュアルケアという手立てを持ち合わせていなければ，看護師として患者の役に立たない無力を突きつけられるのである．その無力に苦しむ看護師は，これまでの自分の看護経験が活かせる問題解決思考へと意識が向かい，B の緩和ケアは苦痛の緩和が主となるという思いや，D のスピリチュアルケアは現場には無関係であると思うしかなく，日々の看護業務に専念することで看護師として患者の役に立てない自己の無力を紛らわすための対処へと意識が向かうのである．

終末期がん患者のスピリチュアルペインを看護師がニーズとして捉えるのは，スピリチュアルペインとは何かという定義が緩和ケアの現場において周知されていないからであろう．また，終末期がん患者は，スピリチュアルペインのみを明確に訴えるのではなく，様々な苦痛が入り交じり，刻々と変わりゆく状況の中でその都度訴えが変化していくので訓練していない医療者には捉えにくい．内藤ら[30]は，「スピリチュアルペインを定義せずに臨床現場で使用することによって，患者の苦痛の評価，多職種とのコミュニケーションにおいて認識の不一致をもたらすことはありうる」という考えを述べている．つまり，緩和医療の現場では，スピリチュアルペインの定義は周知されず，現場の看護師は定義が曖昧なままスピリチュアルケアに臨んでいることが考えられる．これらのことから，スピリチュアルケアを行ううえで，スピリチュアルペインの定義は現場の周知に必須となる．

【スピリチュアルペインをニーズとして捉え，問題解決しようとする】

緩和ケア病棟の経験が浅い B は，終末期がん患者と向き合うとき，28 年もの臨床経験がありながらも自分自身の言語力のなさを痛感している．これは，一般病棟で行う看護師のケアは，患者の客観的な状況を変化させ，それを患者の主観的な想い・願い・価値観に合致させるキュア（治療）という援助が主体の看護を行っていたからであり，それが緩和ケア病棟ではキュアの限界である死があるがゆえに通用しないという体験であろう．村田[31]は，「われわれが通常，何気なく行っている自己認識と思考の方法は，実は深くデカルトの自己発見のプロセスと思考の方法に影響されている．（中略）われわれにはこの思考の方法はそれほど自然に身についてしまっているので，ふだんあらためてそれを取り上げて反省することも

ないほどなのである」という. すなわち, 稲垣ら[12]の研究は, 一般病棟で患者の訴えるニーズに問題解決思考で対処してきた看護経験が原因となり, 緩和ケアに配属となった看護師はキュア（治療）に意識を向けたデカルトの思考の４規則に基づく問題解決法では患者の役に立たない無力の体験を「振出しに戻ったような, 自分の今までの経験がゼロになってしまったような気持ち」と表現していると理解することができる. このことは, 他の研究対象者も終末期がん患者のスピリチュアルペインに看護師として役に立たない自身の無力を契機に, 患者の訴え（ニーズ）に対処しなければという問題解決思考が潜在していることが共通の結果であった. そのため, 看護師は, 症状には薬剤による緩和を, 問題には解決策を, ニーズには対処で応じることを疑うことなく日々の看護業務を遂行しているのである. 樫本[32] は, 「患者の苦痛を, 細分化し, 分析し, 原因を特定し, それを取り除くという発想それ自体が,『全人的』という言葉で乗り越えようとしているものと同じ人間観や方法論を前提にしてしまっている」という. これは, 「患者の苦痛を, 細分化し, 分析し, 原因を特定し, それを取り除く」という発想それ自体が, デカルトの方法序説[33]の 4 つの規則である①明晰・判明, ②問題の分割, ③単純から複雑へ, ④全体の通覧という思考の手順で乗り越えようとしているのである. この近代科学が土台となった看護教育は, 看護理論家であるヴァージニア・ヘンダーソンの看護の基本となるもの[34]であり, それは「看護が人間の基本的欲求を基礎としているものである」と一般的に認められている. しかしそこでは, ヘンダーソンのいう基本的欲求に応えられない終末期がん患者のニーズに対して, どうしたらいいのかは提示されていないのである. つまり, 終末期がん患者のスピリチュアルペインにケアの手立てをもたない看護師は, 問題解決思考には限界があるにもかかわらず, 患者の役に立たない自己の無力を覆い隠そうとスピリチュアルペインをニーズとして捉えようとするものの見方がある. それは, 患者のスピリチュアルペインに直接アプローチするものではなく, ニーズに対処するための的外れの対応となり, それが更なる看護師の無力を生んでいるのである. そのため, 終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え対処する看護師は, 一時的に良好な信頼関係が築けたとしても, 終末期がん患者のスピリチュアルペインが和らぐことはなく, 看護師としての自己の無力を突きつけられるのである.

【緩和ケアにおける看護教育】

緩和ケアにおける看護教育について, 大西ら[35]は, ターミナル期にある患者や家族に関わるのにも, 技術や知識が必要であり, 「そのことを先輩の看護師たちがしっかりと認識し, 新人や経験の浅い看護師たちに教育的に関わっていかなければいけないが, 実際には患者や家族からの死にまつわる言葉や態度が示された時のケアの言語化はされにくく伝えられにくい」という. また, 本田[36]は, 「臨床看護師は体験を意味づけることで看護観・ケア行動を再考し、次の体験にフィードバックされることを期待している」と述べている. つまり, 看護師自身の自己の行為を意味づけ, 言語化することが求められている. 榊原[37]は, 看護キャリアの段階的道筋を示したパトリシア・ベナーは, 患者を導くのではなく患者に寄り添う気づかいを看護ケアの関りにおける究極の目標として位置づけたとの考えを述べている. これらのことから, 看護の専門職性を養うための看護教育は, 看護師のコミュニケーション能力の向上に向けられ, 看護師が患者に寄り添う「気づかい」を重視したものの見方であると考えられるが、それは, 看護師から終末期がん患者自身がもつ自己の存在と意味を回復する力への信頼をベースに患者の語りを促し支えるものではない. このことが 30 年前の大川ら[4]の事例報告から今もなおスピリチュアルペインと向き合う看護師の苦手意識を反映している理由であろう. A の「スピリチュアルペインとは, 自己の内面と向き合うこと

でしか解決できないものであり,そこに導くケアを行う事が,援助者の役割であると学びました」という記述は,看護師から患者への一方向的な「気づかい」や「寄り添い」ではなく,Aが,終末期がん患者が自己の内面と向き合う言語化を促し,患者自らがもつ自己の存在と意味を回復する力を支えることにより,Aの援助者としての役割を患者から与えられているのである.村田[38]は,対人援助の原理としてのケア概念を論じて,「他者を援助することにより,自らもケアされるのだという人間存在の真実にしたがい,援助者も被援助者も共に互いに人間的な援助を享受することを経験する」という.そのため,緩和ケアにおける看護教育として,スピリチュアルペインの定義と構造の理解,現場で実践出来る傾聴のスキルの習得,及び看護師が自己の行為を意味づけ,言語化できるケアの専門職性[39]を身につけることが求められる.

【終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え,傾聴のスキルを用いて問題解決しようとしたため,援助できない無力が持続した】

BやCのように,看護師が傾聴のスキルを学んでも,終末期がん患者のスピリチュアルペインに向き合うときに問題解決思考を手放さなければ,患者のスピリチュアルペインは和らぐことなく,看護師のスピリチュアルペインをケアできない無力は持続する.すなわち,自分自身に向けられた看護師の意識は,終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え,何らかの対処方策が必要であるという思考が働くのである.さらに,患者のニーズに対処するために使用する看護師の傾聴のスキルにより,患者に一時的な安心感をもたらし,患者自らが行う自己の存在と意味を見つめ直すための時間を妨げ,終末期がん患者の苦しみは和らぐことなく持続する.しかし,Aの「終末期がん患者さんのスピリチュアルペインは体験していないから共感することはできないし,かける言葉などはじめからなかったのでした」という記述は,看護師が行う傾聴のスキルで患者の苦しみが和らぐことを体験したので,Aの問題解決しようとする自己の考えを手放すことができたのである.つまり,Aが問題解決思考を手放すことができたのは,終末期がん患者のSpiritual coping strategies[27]に信頼を示し続け,患者の苦しみが和らぐ体験を通してAの援助者としての価値と意味を患者から与えられたことによるものである.

リチャード・S・ラザルスら[40]はコーピング(対処)を論じて,「対処とは次々と移り変わるプロセスの中で起こる現象であり,本人はそのプロセスの段階では(防衛のような)ある特定のやり方に依存しなければならない.しかし他の段階では(問題解決のような)別のやり方を駆使していかなければならないことになる」という.BとCが,スピリチュアルケアを実感することが出来ていないのは,これまでの問題解決思考では限界があるにもかかわらず,スピリチュアルペインをニーズとして捉えるものの見方に依存し,傾聴のスキルも自分の問題解決のためのひとつの方法として捉えスキルアップを図ろうとしたからである.

【自己の行為を意味づけ言語化する対人援助の専門職性を獲得することにより,終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師の役に立たないという無力は霧散した】

AとDに共通することは,二人が,終末期がん患者が自ら自己の存在と意味を回復する力を持つことへの信頼と看護師のケアの行為を意味づけ,言語化する対人援助専門職の専門職性の獲得により,自己の無力が霧散したことを示している.つまり,Aの「スピリチュアルペインとは,患者が自己の内面と向き合うことでしか解決できないものであり,その語りを支える事が,援助者である看護師の役割である」という認識もケアの考え方も,これまでのAにはなかったことが明らかになった.村田[41]は,「患者は困難に遭遇し,現在の対処方法が無効なとき,自分自身の不完全さや無力を自覚する.しかし,その無力が患者

を内的自己の探求に向かわせ,日常の自己から内的自己への超越が試みられる」と述べている.川上ら[42]は,緩和ケアにおけるスピリチュアルケアを,「患者自身が自分自身の内側への傾聴ができるように話を聴くこと」と報告している.これらのことから,スピリチュアルケアとは,看護師が患者自らの語りを支えることであるという点について共通していた.看護師による,患者自身の自己の存在と意味を回復する力である Spiritual coping strategies への信頼は,終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉えないものの見方である.さらに,自己の行為を意味づけ言語化する対人援助の専門職性の獲得は,終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合う看護師の無力を霧散する真のケア行為となるのである.

Ⅵ.本研究の限界と今後の課題

本研究は,　終末期がん患者と向き合う看護師の無力の体験を緩和ケア病棟の看護師 4 名の研修後のレポートを対象とし,記述現象学を用いて解明したが,その普遍妥当性には限界がある.30 年前の大川ら[4]の事例報告から今もなお持続する看護師の無力の体験を,今後も記述現象学を用いて検証していく必要がある.

また,SP 研修で学んだとしても,看護師が終末期がん患者のスピリチュアルペインと向き合うとき,問題解決思考を手放すことが出来ず,これまでの慣れ親しんだ日常のやり方に戻っていることが考えられる.そのため,スピリチュアルケアを実践するときには,自己の意識に意識的であることや,なぜ日常のやり方に引き戻されたのかという反省を導く援助者の援助が終末期医療の現場に求められる.

Ⅶ.結論

終末期がん患者と向き合う看護師の無力の体験は,看護師が患者の役に立たないという体験であり,それは終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉え,問題解決しようとすることに原因があった.そのことの理由は,緩和ケアの現場においてスピリチュアルペインの定義と構造が周知されていないこと,スピリチュアルペインに看護師が問題解決法で応じることには限界があるにもかかわらず,看護師が患者のニーズに応じるよう学んだ看護教育に原因がある.終末期がん患者のスピリチュアルペインをニーズとして捉える問題解決思考の限界を知り,「傾聴のスキル」と「スピリチュアルケア 3 次元存在論」で患者のスピリチュアルペインを和らげる援助ができるようになると看護師の無力は霧散する.

Ⅷ.利益相反

申告すべき利益相反はなし

文　献

[1] 厚生労働省:人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編.人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会.2,2018 https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf（2023 年 9 月 1 日閲覧）

[2] 長江弘子:看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア.47-48,日本看護協会出版会,東京,2014
[3] 緩和ケア病棟自施設評価共有プログラム結果報告書〔2021年度〕.日本ホスピス緩和ケア協会,https://www.hpcj.org/med/jishisetsu2021.pdf (2023年9月1日閲覧)
[4] 大川智恵子,渡会丹和子,他:「闘う患者」と看護婦の無力感・不全感―ターミナル・ケアにおける困難事例の分析―.日本精神保健看護学会誌.2(1),75-82,1993
[5] 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 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(2),157-165,2003
[6] NPO医学中央雑誌刊行会,医中誌web,文献検索.2020-12-1.http://search.Jamas.or.jp/index.php(参照2020-12-01)
[7] 上村晶子,皆川邦直,他:ターミナルケアにおける看護婦のストレス－意識調査から.心身医.34(4),291-298,1994
[8] 福島裕人,名嘉幸一,他:ターミナルケアに従事する看護者のバーンアウトとその関連要因.こころの健康.12(2),33-44,1997
[9] 野戸結花,三上れつ,他:終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究.日がん看会誌.16(1),28-38,2002
[10] 橋本周子,坂本真優,他:終末期の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(2),57-64,2021
[11] 西田三十一,習明裕,他:患者の死を体験した看護師の成長に関連する対処行動の検討.The Japanese Journal of Health Psychology.24(1),25-33,2011
[12] 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
[13] 坂下恵美子:一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難の検討.宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座.15(1),31-38,2017
[14] 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/seminar/elnecj/about.html(2023年1月15日閲覧)
[15] 岡美登里:日本における「寄り添う看護」の実践内容に関する文献検討.滋賀医科大学雑誌.33(2),1-8,2020
[16] 黒田寿美恵,船橋眞子,他:看護学分野における『その人らしさ』の概念分析.日本看護研究学会雑誌.40(2),141-150,2017
[17] 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.135(1),95-100,2012
[18] 宮下光令,小野寺麻衣,他:東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因.Palliative Care Research.9(3),158-166,2014
[19] 高野純子,山花令子,他:わが国の緩和ケア病棟における看護師のターミナルケア態度に関連する要因.Palliat Care Res.13(4),357-366,2018
[20] 村田久行編著:現象学看護記述現象学を学ぶ.16,川島書店,東京,2017
[21] 長久栄子:せん妄患者とのコミュニケーションを阻害する要因の探求－看護師のせん妄ケア体験の現象学的解明－.日がん看会誌.34,155-164,2020
[22] 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),321-329,2020
[23] 渡邉篤尚:援助ができる関係の構築が困難な認知症高齢者とその支援者へのソーシャルワーカーによる対人援助論に基づく援助と成果.老年社会科学.43(1),49-58,2021
[24] Morita T, Murata H:Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients. A Randomized Controlled Study. *J pain Symptom Manage* 37,649-657,2009
[25] 村田久行著:援助者の援助―支持的スーパービジョンの理論と実際―.74,川島書店,東京,2010
[26] 新田義弘:現象学とは何か.52,講談社,東京,1992
[27] 村田久行,長久栄子:せん妄.48-49,日本評論社.東京,2014
[28] 中西美千代,志自岐康子,他:ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討.日本看護科学会誌.32(1),40-49,2012
[29] 橋本周子,坂本真優,他:終末期の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(2),57-64,2021
[30] 内藤明美,森田達也,他:スピリチュアルペインに関する緩和ケア医と精神科医の認識に

関する全国調査.Palliat Care Res.16(2),115-122,2021
[31] 村田久行.改訂増補 ケアの思想と対人援助.28,川島書店,東京,2012
[32] 村松聡,松島哲久,他:教養としての生命倫理.155,丸善出版.東京,2016
[33] デカルト著:方法序説.28-29,岩波文庫,東京,1997
[34] ヴァージニア・ヘンダーソン著,湯槙ます訳,他:看護の基本となるもの改訂版.15,日本看護協会出版会,東京,1992
[35] 大西奈保子:ターミナルケアに携わる看護師の”肯定的な気づき”と態度変容過程.日本看護科学会誌.29(3),32-42,2009
[36] 本田多美枝:Schon 理論に依拠した『反省的看護実践』の基礎的理論に関する研究―第一部 理論展開－.日本看護学教育学部会誌,13(2),1-15,2003
[37] 榊原哲也:ベナーはハイデガーから何をどう学んだのか.The journal of cultural sciences .立命館大学人文学会編.665,964-97,2020
[38] 村田久行.改訂増補 ケアの思想と対人援助.69,川島書店,東京,2012
[39] 村田久行,長久栄子:せん妄.4,日本評論社,東京,2014
[40] リチャード・S・ラザルス,スーザン・フォルクマン著,他:ストレスの心理学.145,実務教育出版,東京,2014
[41] 村田久行,長久栄子:せん妄.48,日本評論社,東京,2014
[42] 川上明,諏訪直子:緩和ケアにおけるスピリチュアルケア.洛和会病院医学雑誌.22,37-42,2011

Abstract

Elucidation of the inability experienced by nurses facing of terminal cancer patients

by

Yuko Hirokawa

From　Dejima Hospital

Purpose: This study aims to reveal the sense of helplessness that nurses experience when they care for terminal cancer patients.
Methods: We selected four nurses who work at a palliative care unit and conducted group training with listening skills and spiritual care for a three-dimensional ontology. At pre- and post-training, we requested that they submit reports that responded to questions regarding difficulties and obfuscations they experienced when nursing terminal-stage cancer patients. Subsequently, we examined these reports and analyzed their sense of helplessness using descriptive phenomenology.
Results: The sense of helplessness described in the nurses' reports demonstrated that they experienced helplessness toward patients. The nurses perceived spiritual pain in terminal cancer patients as a care need, and we discovered that their attempts to solve this problem were the reason that they felt this way.
Observation: The reasons that nurses perceived terminal cancer patients' spiritual pain as their care needs included that the definition of spiritual pain was not disseminated at palliative care sites and the inaccurate information that nursing education provides, such as nurses who must respond to patients' needs despite their limitations to solve problems relating to spiritual pain.
Conclusion: The sense of helplessness described in the nurses' reports demonstrated that they experienced helplessness toward patients. The nurses perceived spiritual pain in terminal cancer patients as a care need, and we discovered that their attempts to solve this problem were the reason that they felt this way. Nurses feel less helpless when confronted with terminal cancer patients' spiritual pain if they abandon their mistaken thought of problem solving, which is the belief that they can fulfill the needs of terminal cancer patients' spiritual pain, and instead implement listening skills and spiritual care for three-dimensional ontology.

Key words：inability, end-of-life-care, nurses

〔研究ノート〕

看護管理者が管理当直で記録した体験の解明

キーワード：看護管理当直者，管理日誌，体験の意味

対人援助研究所　研究生　　蔵園　円

はじめに

近年，少子高齢化と医療の高度化により，医療現場はめまぐるしく変化している．日本看護協会調査研究報告[1]では，社会活動の 24 時間化により，病院は従来に増して夜間対応体制の充実・改善が求められている．診療時間外である夜間は，医療チームのリーダーである当直医師とともに夜間勤務する医療従事者をコーディネートする看護管理者の役割は大きい．それは，医療に関連するあらゆる不測の事態への対応を求められるからである．同協会[2]の「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制，関係職種の夜間対応体制に関する実態調査」では，看護管理者の夜間の業務内容は「管理業務（当直勤務者の業務把握，管理日誌等作成）」の他に，「入院の受け入れ調整」，「当直医師との連絡・調整」，「看護業務支援」，看護職員の人員配置調整（臨時の応援体制の指示等）等が挙げられている．そして根生[3]は，看護管理者が管理のための夜勤・当直を行う場合，本来の管理的業務ではない「看護業務支援」として多種多様な業務を担っていることを「看護管理者が夜間勤務で行う看護業務支援の具体的業務は，管理業務（管理日誌等の作成），看護職員の指揮監督，入院受け入れ調整であり，次いで当直医師との連絡・調整，事務等他部門との連絡・調整，救急外来の診療支援，看護職員の人員配置調整，救急患者の受け入れ判断，看護業務支援，患者の親族への対応，当直医師の補助の順」と報告している．これらは看護管理者の夜間業務の分析であるが，先行研究では本来の管理的業務ではない「看護業務支援」に関連して救急外来業務のストレスの実態を山[4]，太田ら[5]，堀口，粕谷[6]は「救急外来では，対象の属性に関係なく多くが様々なストレスを感じながら業務を行っていた」，「輪番時の夜勤師長は 7 割が不安を感じる」と報告している．このように夜間の看護管理者（以下，看護管理当直者）はストレスや不安を抱えながら業務に当たり，その対処に苦慮しながら各々が臨機応変に対処していることが考えられる．そして夜間の緊急時や予定外のあらゆる突発的な問題の対処策はその日に対峙する看護管理当直者個人の判断に委ねられている．そこには，これまで看護管理当直者が対応し実践してきた看護管理の知恵やスキルが無自覚の体験として埋もれており，これまでの経験にもとづく判断あるいは意思決定と，次に勤務する者へ伝えたい内容が包含されているのではないかと考えられる．それゆえ，看護管理当直者の看護管理実践を看護管理当直者の体験から可視化し，看護管理当直者が体験している知恵やスキルは何か？そしてそれらにはどのような意味があるのか？を明らかにすることは意味のあることと思えるのである．

西日本に位置する A 病院は，救急告示病院であり，地域医療の中核を担う．A 病院の看護管理当直者は看護師長と主任看護師であり，月 1，2 回ローテーションで管理当直を行う．看護管理当直者は，16 時 30 分から 17 時までに全部署の師長から患者の救護区分報告を受け，夜間の看護管理業務を行い，翌日 8 時

40 分に看護部長に夜間の管理業務の結果を報告する．看護管理当直者は夜間に発生する事柄に速やかに対処するために限られた人員とネットワークを活用しなければならないし，その判断によっては結果が事後処理に影響する可能性もあり，夜間の看護部長代行としての責任は重い．

A 病院の看護管理当直者が管理業務として管理日誌に記録するべき項目には，［①当直医からの問合わせ］から［⑨その他］まで 9 項目あるが，そのうち［⑨その他］に記載された記録が全体の約 90%を占める．この［⑨その他］には A 病院の看護管理当直者が夜間に起きた事柄に対処した内容が記されている．村田[7]は，体験を言語化することで経験に変える記述者の意識の志向性と現れを分析することで，記述者とそれにかかわる人々の体験と体験の意味にさかのぼることができる」と述べている．したがって，この管理日誌［⑨その他］に記されている看護管理当直者の体験を分析し，その意味を明らかにすることは，これまで看護管理当直者が夜間の管理当直で体験として身に付けてきた看護管理実践の可視化につながるのではないかと考えた．

I.　研究目的

本研究の目的は，A 病院看護部の看護管理当直者が管理当直で記録した日誌から，看護管理当直者の体験とその意味を明らかにすることである．そのことが，これまで看護管理当直者が夜間の管理当直で無自覚に体験として身に付けてきた看護管理実践を可視化することにつながり，それが他の看護管理当直者の任務遂行の指針となると考える．

II.　研究方法

1.　用語の定義

1）看護管理当直者

各看護単位で看護業務の管理を行う立場の人であり，ここでは看護師長，主任看護師等が該当する．

2）管理当直

看護管理者が管理のために行う当直．

3）管理日誌

看護管理当直者が管理業務内容や特記事項等を書き留める日誌．

4）体験とその意味

村田[8]は「すべての記録，報告，語りは，当事者の体験を記述者あるいは当事者本人の意識の志向性と現れのなかで捉えなおし，言語化することによってそれら諸体験のからみ合いによって現れてくる体験の意味を記述したものである」と述べており，ここでは看護管理当直者が記した管理日誌の記述から，看護管理当直者の意識の志向性と現れを分析し，看護管理当直者の体験とその意味を記述したものとする．

2.　対象

A病院で夜間の管理当直をした看護管理当直者（看護師長12名主任看護師14名）のうち，文書と口頭説明で同意が得られた対象者の記録のみを対象とする．管理日誌記録の調査期間は2019年12月から2020年2月の3ヶ月間とし，夜間当直帯とした．なぜこの期間を対象としたかというと，2020年2月後半ごろよりcovid-19による記録が多くなることが予測され，看護管理者の体験は，災害時ではなく，平時の様々な状況や変化が起こりうる夜間を対象としたかったためである．

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[9]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．本研究では看護管理当直者が管理当直で記した記録から，記述現象学を用いて看護管理当直者の体験とその意味を明らかする．

4.　データの分析方法

1)　データの分析方法は記述現象学を用いる．

2)　記述現象学は次の 5 つの手順で体験を記述し，体験の意味の分析と考察をする．

5.　妥当性・信用性の確保

管理日誌に記載された内容のうち，［⑨その他］に看護管理当直者が日誌に書き留めた体験を記述現象学を用いて分析し解明する．分析は記述現象学を熟知した研究者からスーパーバイズを受け，分析した内容を研究協力が得られた看護師に確認してもらい，確実性を得る．

III. 倫理的配慮

本研究は研究のフィールドとなる A 病院看護部，看護管理者へ研究の趣意，倫理的配慮，匿名性の保証と自由意思による参加である旨を口頭で説明し，事前に文書で同意を得る．また，本研究は A 病院の看護部研究倫理委員会の承認を得て研究を開始する．

取り扱う文書は，プライバシーを保護し，データの分析は個人が特定されないよう配慮すること，文書は分析終了後，適切に処分することを約束する．研究参加は自由意志であり，不参加でも不利益とならないことを説明する．また研究協力は，あくまでも豊かな看護管理実践の内容を明らかにすることが目的で，個々の看護実践を評価するものではないことを事前に説明し同意を得る．説明後，同意しない看護師は研究者に申し出るように説明する．

引用・参考文献

[1]日本看護協会調査研究課編（2002）．2001 年夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制，関係職種の夜間対応体制に関する実態調査.

[2]前掲 1 と同様

[3]根生とき子（2015）．看護管理者が管理のために行う夜間勤務の現状と課題，群馬パース大学紀要，Bulletin of PAz College（19），47-60.

[4]山悦子（2005）．当直看護師の救急外来におけるストレスの実態調査-アンケート調査から評価-，第 36 回看護管理.

[5]太田好重，渕野富美，山本美喜子（2013）．輪番時の救急患者受け入れの際に直面する管理夜勤勤務者の不安，自衛隊福岡病院研究年報.

[6]堀口久子・粕谷恵美子（2019）．休日・夜間における救急外来に勤務する病棟看護師のストレス調査，第 49 回（平成 30 年度）日本看護学会論文集，看護管理，3～6.

[7]村田久行編著（2017）．現象学看護　記述現象学を学ぶ，川島書店.

[8]前掲書 7 と同様

[9]前掲書 7 と同様

〔研究ノート〕

母親のスピリチュアルペインが生み出す子どもへのネグレクトとその連鎖

対人援助研究所　研究生　　鈴木 孝子

Ⅰ．本研究の目的

本研究の目的は、母親のスピリチュアルペインが子どもへのネグレクトを生み、それに対する子どもの反応が母親の新たな子どもへのネグレクトを生むというネグレクトの発生と連鎖の構造を明らかにすることである。その結果から、ネグレクトの予防と支援には、母親のスピリチュアルペインに対するスピリチュアルケアが必要であることを示唆したい。

Ⅱ．なぜこの研究なのか

１）母親による子どもへのネグレクトを研究対象にする理由

日本の児童虐待の防止等に関する法律[1]（以下、児童虐待防止法）において、児童虐待は、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の 4 つに分類されている。そして、それぞれについて、身体的虐待は身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。性的虐待は、児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。ネグレクトは、児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、同居人による身体的虐待や性的虐待、心理的虐待の放置など保護者としての監護を著しく怠ること。心理的虐待は、児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力その他児童に著しい心的外傷を与えることと内容が定義されている。こども家庭庁（2023 年度以前は厚生労働省）による「子ども虐待よる死亡事例等の検証報告書」において、子どもの死因となった虐待類型の大半は身体的虐待もしくはネグレクトである[2]。また、第 19 次報告において心中以外の虐待死における主たる加害者は、「実母」が 20 人（40.2%）と最も多く[3]、第 1 報告から第 18 次報告までの傾向をみても、加害者が「実母」である事例がおおむね全体の約半数を占め最も多い[4]。それゆえ、母親によるネグレクトは、子どもを死亡させる極めて深刻な養育行為と判断し、母親による子どもへのネグレクトを本研究の対象とするのである。

２）虐待とネグレクトを区別する必要性

ジョバンノーニ（1971）は、虐待を commission （実行）に、ネグレクトを omission（不作為）に関連付け、虐待とは子どもに危害を及ぼす実行行為であり、ネグレクトとは子どもに悪影響を及ぼす不作為である[5]と述べ、虐待とネグレクトを明確に区別している。

安部ら（2017）は、日本において子どもへの虐待行為はネグレクトも含めてすべて「児童虐待」と

呼ぶが、英語では”Abuse and Neglect“と呼ばれ、ネグレクトと他の虐待とを区別して検討することが多い[6]と述べている。さらに、養育者（本研究では、便宜上、親と表記する）からの加害行為である虐待と、親から適切な養育が行われていないネグレクトは分けて考える必要があるにも関わらず、日本では虐待に対してもネグレクトに対しても、アセスメントは全て危険度を中心に判断している[7]と指摘している。

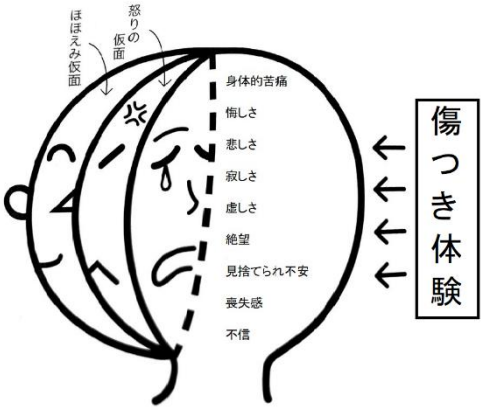
日本ではネグレクトのアセスメントは軽視されている。なぜなら、ネグレクトは暴力による虐待と比べると子どもへの被害が他者に見えにくい、危険度がわかりにくいからである。

本研究においても、虐待とネグレクトは、どちらも子どもにとって不適切な親の行為に違いないが、それぞれの概念や性質は異なるものと考え区別して論じる。

３）虐待の原因に関する論説

では、その児童虐待はなぜ起こると考えられているのか。森田（2007）は、暴力を「ストレスや怒りや酒や相手の態度の**結果**引き起こされた暴力ではなく、相手を自分のコントロール下に置こうとするさまざまな方法の中で最も効力を発揮する**手段**として、加害者が意識的に選択した行動だ」[8]と述べている。さらに森田は、児童虐待でもドメスティック・バイオレンスでも、加害者・被害者は同じ心理構造であり、人は、何か自分を傷つけるような体験を引き金に、自分の悔しさや虚しさ、絶望などの感情が刺激され、感情のはけ口として虐待する（怒りの仮面）とし、加えて、人は不安や怒りを抱えていても、人前ではにこやかにほほ笑むこともある（ほほえみの仮面）と論じている（図 1）[9] [10]。

図1 ほほえみの仮面



しかし、加害者の様々な痛みや悲しみの感情が、自分や他者へ向けた攻撃的行動を引き起こしている元凶[11]とする森田の論説は、児童虐待のうち、主に身体的虐待、性的虐待、心理的虐待でのいわゆる‘暴力’について述べたものである。なぜなら、身体的虐待、性的虐待、心理的虐待は親の攻撃的行動の実行だからである。ネグレクトは親の不作為による悪影響であり、感情のはけ口としての虐待とは構造が異なる。それゆえ、森田の論説は不作為としてのネグレクトには当てはまらない。

４）ネグレクト研究における課題

児童虐待防止法で規定されるネグレクトには、体罰としての子どもの放置など親の攻撃的行動としてのネグレクトと、不作為による子どもへの悪影響としてのネグレクトが混在する。

ネグレクトを研究するには、虐待とは異なるネグレクトとは何かという定義と、それがなぜ、どのように生まれるのかという発生の構造（メカニズム）を明らかにする必要がある。しかし、日本の現

状では、ネグレクトは概念としての定義や厳密な基準が作られておらず、そのことがネグレクトを研究する上で課題となっている[12]。

５）本研究における用語の定義

本研究においては、児童虐待防止法において定める、身体的虐待、性的虐待、心理的虐待と、同法に定めるネグレクトに対し親の攻撃的行動としてのネグレクトを虐待とし、親の不作為による子どもへの悪影響をネグレクトと定義する。そして、対人援助について「援助とは、苦しみを和らげ、軽くし、なくすること」[13]と定義する。人間の苦しみの種類には、身体的苦しみ、心理的苦しみ、社会的苦しみ、スピリチュアルペインがある[14]。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」[15]と定義する。

Ⅲ．研究の意義

１）社会福祉におけるネグレクトに対する支援対策の限界

社会福祉の現場において我々が取り組むべきことは、子どもへのネグレクトを予防し阻止することである。しかし、ネグレクトの発生数は増加傾向にあり[16]、ネグレクトによる子どもの死亡数も高い数値のままである[17]。

これまで社会福祉の現場で行われてきたことは、社会的な問題に対する問題解決であり、客観的実在を前提にした問題解決への対応である。例えば、社会福祉の支援機関は、ネグレクトは貧困（経済苦）、ひとり親、養育力の低さ（養育意欲の低下）、生活力の弱さ、メンタルヘルス問題、薬物問題、ドメスティック・バイオレンスなどの多くの要因が互いに関係し合って成る[18]と捉える。そして、ネグレクトは、親子の抱える客観的問題をネグレクトの要因として多角的に検討し、多機関で連携・協働し解決しようとする対処療法的な支援対策が中心に考えられてきた。現実として、ネグレクトの支援に関し現場に必要と強調されることは、虐待と同様子どもの危険度が高まらないようにするためのネグレクトの早期発見やこどもの安全に対するリスクアセスメント、親子の抱える多問題に対応するための関係機関における情報共有と連携であり、それらに必要な体制構築である[19]。

ネグレクトの早期発見とリスクアセスメントの徹底も、多機関との情報共有や連携も重要である。しかし、これではネグレクトを予防し、阻止することはできない。その理由は、ネグレクトは概念としての定義や厳密な基準がないからである。それらを確定するためには、ネグレクトがなぜ、どのように起こるのかについて‘親子の体験の構造化’が必要であるが、この概念については次節で説明する。我々援助者がネグレクトを親子の体験から構造化することなく、子どものリスクアセスメントや関係機関における情報共有と連携によるアプローチのみで、家庭で養育される子どもの安全を保障することには限界がある。

では、ネグレクトを親子の体験から構造化する視点とはどのようなものなのか。また、それがなぜ必要なのだろうか。

2）ネグレクトを母親の苦しみの体験から構造化する意義

① ネグレクトを対人援助の視点から整理し、母親の苦しみの体験から捉え構造化する

そもそも、社会福祉は人を援助する一つの領域である。用語の定義に示した通り、援助とはその人の苦しみを和らげることである。そして、人間の苦しみには、身体的苦しみ、心理的苦しみ、社会的苦しみ、スピリチュアルペインがある。まず、我々援助者が虐待の加害者・被害者への援助を検討するには、彼らがどのような苦しみを抱えているかを整理し、明らかにする必要がある。

虐待に関し‘怒りの仮面’‘ほほ笑みの仮面’を示す森田は、児童虐待の加害者にも被害者にも援助が必要であることに着目している。しかし森田は、加害者・被害者が抱える様々な苦しみを彼らの痛みや悲しみの感情と述べ、全て心理的苦しみとして捉えており、スピリチュアルペインの概念が判然としない。例えば、森田が二つの仮面の下の感情と指摘する具体的内容を苦しみの種類から整理すると、身体的苦痛は身体に起因する苦しみであり、悔しさや悲しさ、寂しさ、喪失感は心理的苦しみ、見捨てられ不安、不信は社会的苦しみであり、それら全てに潜在する虚しさ、絶望はスピリチュアルペインである。同書において森田は、暴力の加害者は自分の存在価値を感じられない、自分の抱える寂しさにやりきれなくなる、誰からも必要とされていないとの恐れ等に苦しんでいる[20]と述べている。つまり、暴力の加害者は、生の無意味や無価値、孤独、虚無といったスピリチュアルペインに苦しんでいるのである。

スピリチュアルペインは日常では覆い隠されている、つまり潜在しているが、人が様々な苦痛や困難に遭遇すると、世界や他者、自己が無意味や無価値、虚無となって現れ顕在化する[21]。このことから、虐待は、親の身体的苦しみや心理的苦しみ、社会的な苦しみにスピリチュアルペインが潜在し、そのスピリチュアルペインに対する不適切なコーピングが子どもへの暴力として顕在化し、それを我々は虐待と呼んでいるという構図を提示することができる。ネグレクトも同様に、親が抱える身体的苦しみや心理的苦しみ、社会的苦しみに、スピリチュアルペインが潜在する。そして、ネグレクトの場合は、そのスピリチュアルペインに対する親の不適切なコーピングが子どもへの不作為として顕在化し、それを我々はネグレクトと呼んでいるという構図を提示できる。

② ネグレクトの構造を母親のスピリチュアルペインから解明する意義】

仮に、ネグレクトが生まれる構造を母親の苦しみの体験から捉えると、母親が遭遇する様々な身体的、心理的、社会的苦しみにスピリチュアルペインが潜在し、そのスピリチュアルペインに対する不適切なコーピングとして子どもへの不作為が顕在化し、ネグレクトが生まれると説明することが可能になる。これまで、母親の体験しているスピリチュアルペインが子どもへの不作為を生みネグレクトになるという、ネグレクトの発生とその構造についての研究はこれまでなされていない。本研究の目的は、前述の仮説を検証することである。この仮説が支持されるなら、今後、我々援助者がネグレクトを予防し阻止できるようになることが期待できる。

Ⅳ．研究方法

ネグレクト事例から母親の体験について記述現象学を用いて分析し、概念化する。そして、下記の仮説を検証する。

仮説Ａ：ネグレクトする母親にはスピリチュアルペインが存在し、それがネグレクトの原因となっている。

仮説Ｂ：母親からネグレクトされる子どもは、母親からは自己の存在と意味を与えられずスピリチュアルペインが生まれ、その反応がまた母親のスピリチュアルペインを誘発し、さらに母親は子どもをネグレクトするという連鎖（悪循環）が生じる。

１）ネグレクト事例における母親の体験記録（記述データ）の収集する

データの収集方法は、行政機関による検証報告書からネグレクト事例を選定し、新聞や書籍等から母親の発言に関する記述データを収集する。あるいは、研究者の実践現場においてネグレクト事例を選定し、診療録（カルテ）より母親の発言に関する記述データを収集する。その場合、倫理的配慮として、個人情報に関し個人が特定されないよう分析に影響が出ない範囲の加工を行う。さらに、研究に使用する記述内容を作成した援助者に本研究の目的を説明し同意を得る。

２）ネグレクト事例における母親の苦しみの体験について、記述現象学を用いて概念化する。

記述現象学は、「志向性が意識の本質を形成している」[22]というフッサールの現象学を基礎とし、意識の志向性に応じて現れる世界と他者、自己の「現われ方」を記述し分析することで、体験の意味を解明する研究方法論である[23]。そして、記述現象学は、臨床現場で表現されたすべての記録や語りなどを、その記述者と対象者の意識の志向性の現れの記述として分析の対象とし、記述者や対象者の体験の意味を明らかにするという分析手法である。

ネグレクト事例における母親の発言内容に関する記述データから、母親の意識の志向性は何に向けられているのか、その由来はなにか、世界や他者、自己がどのように現れるのかについて、記述現象学を用いて分析し母親の苦しみの体験を概念化する。

引用・参考文献

[1] 厚生労働省　児童虐待の防止等に関する法律 https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv22/01.html
[2] こども家庭庁（2023）「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第19次報告」, p114. https://www.cfa.go.jp/councils/shingikai/gyakutai_boushi/hogojirei/19-houkoku
[3] こども家庭庁（2023）同上書.p119.
[4] 厚生労働省(2022), 「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第18次報告)」,p.131. https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/07.pdf
[5] Giovannoni, J.M. (1971). "Parental Mistreatment: Perpetrators and Victims." *Journal of Marriage and*

the Family 33: 649
[6] 安部計彦・加藤曜子・三上邦彦編著（2017）『ネグレクトされた子どもへの支援』，明石書店,p13.
[7] 安部計彦・加藤曜子・三上邦彦編著（2017），同上書,pp10-13.
[8] 森田ゆり（2007）『ドメスティック・バイオレンス　愛が暴力に変わるとき』，小学館，pp129-130.
[9] 森田ゆり（2004）『新・子どもの虐待』，岩波ブックレット 625，pp.40-42.
[10] 森田ゆり（2007）『ドメスティック・バイオレンス　愛が暴力に変わるとき』，小学館，pp214-223.
[11] 森田ゆり（2007）同上書，小学館，p214.
[12] 安部計彦・加藤曜子・三上邦彦編著（2017）『ネグレクトされた子どもへの支援』，明石書店,pp85-91.
[13] 村田久行（2012）『改訂増補 ケアの思想と対人援助』川島書店，p43.
[14] 村田久行・長久栄子編著（2014）『せん妄』日本評論社，pp13－15.
[15] 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ー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』，Vol5.No.2，pp.157-165.
[16] こども家庭庁　令和 4 年度児童虐待相談対応件数 https://www.cfa.go.jp/policies/jidougyakutai/
[17] こども家庭庁　(2023)「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について　（第 19 次報告」，p114.
https://www.cfa.go.jp/councils/shingikai/gyakutai_boushi/hogojirei/19-houkoku
[18] 安部計彦・加藤曜子・三上邦彦編著（2017）『ネグレクトされた子どもへの支援』，明石書店，p141.
[19] こども家庭庁（2023）「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 19 次報告)」
https://www.cfa.go.jp/councils/shingikai/gyakutai_boushi/hogojirei/19-houkoku/
[20] 森田ゆり（2007）『ドメスティック・バイオレンス　愛が暴力に変わるとき』，小学館，pp127-128.
[21] 村田久行・長久栄子編著（2014）『せん妄』日本評論社，pp13-14.
[22] 新田義弘（1992）『現象学とは何か』講談社，p.52.
[23] 村田久行編著（2017）『記述現象学を学ぶ』川島書店，p16.

〔書籍紹介〕

村田久行編著

『苦しみを和らげる認知症ケア』

（川島書店、2023年、A5版、215頁、3,080円）

浅川達人

（対人援助研究所講師）

私には大正生まれの伯母がいる。すでに亡くなっている父の姉である伯母は、私の生まれ故郷である信州の高齢者施設でひっそり暮らしている。信州に帰省し、妻と子どもたちと一緒に施設を訪ねると、「たっちゃ、会いに来てくれたの。忙しいのに悪いねぇ。」といつも笑顔で我々を迎えてくれた。コロナ禍の前までは。

コロナ禍で会えない年月が過ぎ、久しぶりに訪問した。伯母は困ったような顔で「誰だか、わからねぇ」と呟いてから、職員さんに車椅子を押してもらい施設の奥へと消えていった。「誰だか、わからねぇ」と言われることも、いつかはあるかもしれないとは、わかっていた。でも、肉親から「誰だか、わからねぇ」と言われることを、どのように受け入れたら良いのかは、全くわかっていなかった。

そんな出来事を胸にしまい込み、東京で慌ただしい日常に追われる日々を過ごしていた時、『苦しみを和らげる認知症ケア』に出会った。「この本は、認知症の人も介護する人も互いに＜わかってもらえない苦しみ＞の海から救出する救命ボートでありたい。そして誰もが安心できる安全な陸地に届けたい。」(ii)という言葉に出会って、涙が溢れた。

今回、本書をこれから手にとる方に向けて紹介する、という役割をいただいた。本書を読んだら、たちどころに＜わかってもらえない苦しみ＞の海から救われた、と述べたいところではある。が、現実はそれほど単純ではない。理解が追いつかなくなり、途中で放棄することなく、本書を読み進めるためには、内容を理解するための補助線が必要だろう。それが読了後の素直な印象であった。そこでこの紹介文では、私自身が本書の内容を理解するために必要とした補助線について紹介してみたい。

はじめに躓きやすい点は、認知症を体験したことのない著者が、なぜ「認知症の人の体験はこれだ」と断定できるのか、についてである。例えば、序章において「認知症の人の＜想い出せない苦しみ＞は不明の『体験』であり、そこから生じる不安や怖れや困惑、情けなさや怒りや空虚などもそれに伴う『体験』であると認識することが重要である。」(p.11)と述べられている。なぜ、認知症でない著者が認知症の人が体験していることが＜想い出せない苦しみ＞であると、ここまでキッパリと断定できるのだろうか。第2章、第3章とさらに読み進めてみる。第3章には「認知症の人にとっての排泄障

害とは、さまざまな苦しみの重層した体験の総体なのである」(p. 69) と述べられている。実際に排泄障害を体験したこともないはずの著者が、なぜここまで断定できるのだろう。この点についての説明はなされないままに、議論が展開していく。この紹介文ではまず、この素朴な疑問を解く鍵となる補助線を提示してみたい。

私の専門分野である社会学には、「社会学的想像力」という概念がある。社会学とは、社会に生起しているさまざまな事象について、それがなぜ生起し、社会に対してなぜどのように影響を与えているのかを考察する学問であり、例えば、殺人を犯した人がなぜ殺人を犯すに至ったのかを考察した『まなざしの地獄』という古典的名著もある。したがって、殺人を犯した人にしか、殺人を犯すに至った理由はわからない、という立場はとらない。なので、認知症でない著者が認知症の人が体験していることを考察することを否定はしない。ただし、記述にあたっては「こうではなかろうか」という、社会学的想像力を用いたという痕跡がわかる記述を用いるのが一般的であり、いきなり断定したりはしない。本書の著者はなぜ、断定できるのだろうか。

それを考えるために、筆者が辿ったであろう思考の経路を追体験してみたい。本書で書かれている「である」という言葉を、「と考えると辻褄が合う」とか、「と捉えると、これまで不明であったことが理解できるようになる」という表現に置き換えて読んでみる。例えば先述した排泄障害については、「認知症の人にとっての排泄障害とは、さまざまな苦しみの重層した体験の総体なのである<u>と捉えると、これまで不明であったことが理解できるようになる</u>」と、まずは下線部を補って読んでみるのである。その上で、「それまで不明であったことが理解できるようになるのだから、このような捉え方が妥当である」と推論したならば、「である」と述べられていたとしても不思議はないだろう。このような推論を経て、「である」という結論に至ったと考えると、認知症を体験したことのない著者が、認知症の人の体験について断定できる理由がわかるだろう。

もう一本の補助線も提示しておこう。それは「体験の本質」と「体験の意味」という概念についてである。これらは p. 53 から説明が試みられているが、この説明だけで理解できる読者は少ないだろう。なぜなら、「体験の本質は〇〇である」と記述されているだけで、なぜそう言えるのかの説明が、ここではなされていないからである。

これらの概念の説明は第４章と第５章において述べられている。第４章では「＜苦しみを和らげる認知症ケア＞の援助技術と援助プロセス」が述べられており、「認知症の人、介護者双方の体験の意味という次元では」(p. 138) と記され、「体験の意味」というのは一つの次元であることが示されるのである。そして第５章「認知症の人の体験世界と＜苦しみを和らげる認知症ケア＞」では、「世界は意味のつながりで構成されている」(p. 152) ことが説明されている。ここまで読み進めてくると、「体験の意味」というときの「意味」とは、我々の日常生活世界を構成する「意味のつながり」というときの「意味」と同義だということがわかってくる。

つまり、認知症の人の体験は介護者に対して、「体験の意味」という次元においてある種のメッセージを伝えている。それを介護者は、しばしば誤解して受け取ってしまう。すると、介護者が誤解して受け取ったというメッセージが、今度は認知症の人に伝わる。そうなると認知症の人は、自らの体験の意味が伝わらないことへの苛立ちや不安を表出することになる。このように、認知症の人と介護者の間の相互作用は、「意味」という次元においてなされている。社会学ではこれを、「象徴的相互作用」と呼ぶ。この「象徴的相互作用」という補助線を用いると、「体験の意味」という概念を少しは理解しやすくなるのではないだろうか。そしてこの「意味」を生じさせている「体験」そのものを、「体験の本質」と捉えると、本書で用いられている「体験の意味」と「体験の本質」という概念を理解可能となるように思う。

この紹介文では、「社会学的想像力」と「象徴的相互作用」という２本の補助線を紹介させていただいた。本書を読み進めるときに、少しでも参考になれば幸いである。

【資料】対人援助研究所 2023 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）
的場康徳（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

2023 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･Ｆ：担当者 村田久行
調査・研究法入門、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：4 名、再受講者 1 名 修了者：4 名 聴講生：3 名）
後期：スピリチュアルケア特論（受講者：4 名 修了者：2 名 聴講生：2 名）
・記述現象学研修Ａ－オンライン開講（受講者 5 名 内再受講者 2 名、修了者 4 名）
・記述現象学・フォローアップ研修Ａ－オンライン開講（受講者 3 名）
・調査・研究法入門：定員 8 名（オンライン）–春学期：受講者 5 名、修了者 5 名、
秋学期：受講者 2 名、修了者 2 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：5 名。研究指導と研究生中間発表会(7/23)、期末発表会(1/14)を実施した。
研究生中間発表会(7/23)：発表 5 件、参加者は講師も含めて 12 名であった。
研究生期末発表会(1/14)：発表 5 件、参加者は講師も含めて 13 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
鈴木 孝子：母親のスピリチュアルペインが生み出す子どもへのネグレクトと
その連鎖～理論仮説の形成～
高木 智美：高齢者が終末期の医療やケアに対する要望書（ACP）を記載する体験
古山めぐみ：がん疼痛を訴える患者へのスピリチュアルケア
～実存的身体に“ふれる”ケアからの解明～
（中間発表と期末発表の研究発表タイトルは､ほぼ同じであるので期末発表に集約した）

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 3 号』を 2024 年 3 月 25 日に発行する。

（『研究報告集第 2 号』は 2023 年 3 月 24 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。

・2023 年度は 8 月と 2024 年 2 月にオンラインで開催した。

8 月 11 日の第 6 回校友会には、講師も含めて 4 名の参加者があった。

2024 年 2 月 11 日の第 7 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

今年度も研究報告集を発刊することができ、ご投稿くださった方々、ご協力やご支援をくださった方々に感謝を申し上げます。研究報告集第 3 号では、待望の原著論文の掲載が実現しました。研究を生業とする研究者ではない現場の人が論文を書き上げるには、年単位の時間と労力と気力を必要としたとお察しします。

視覚評価や数値評価ができる量的研究論文は、読者にはとても理解しやすいと思います。けれども、援助や苦しみや困難といった目に見えない体験を明らかにする質的研究は、読者に理解してもらうために言葉を尽くして説明するということがより求められるのではないでしょうか。言語化することの難しさをつくづく感じます。以前、村田先生に教えていただいたことが思い出されます。「東南アジアの雨はスコールばかりで『五月雨』という概念がない。だから、しとしと降る五月雨の情緒は理解されないのだ」という内容だったと記憶しています。昨今の日本では気候変動で五月雨の情緒も味わえなくなりつつあることも関係しているかもしれませんが、スタッフに五月雨の話をしてもわからない人も多くいます。「概念がないと見えない」という言葉が深く染み入ります。五月雨を知らない人、同じ概念をもたない人にも、理解されるように言葉を尽くすことの重要性を、研究報告集の編集をしながら痛感しています。

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.3　No1
発　行　　2024 年 3 月 25 日
事務局　　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
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
＊＊