

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 2025



第5号

目次

1. 総説：症状と体験 ～症状対応の限界とそれを超える論理的想像力～  
対人援助研究所 村田 久行・・・2
2. 総説：医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)  
～キュアの限界で生じる医師、患者、家族、医療者のスピリチュアルペインと  
そのコーピングが医師に重積する構図とその援助の構造仮説について～  
鹿児島大学大学院消化器外科学 的場 康德・・・15
3. 研究ノート：認知症の人の意思・意向は日常会話に溢れている  
～業務を援助に模様替えするひとつの試み～  
株式会社 CARE&SONS グループホームよかよかん 川野 真代・・・30
4. 研究ノート：動物に対して自律を促す関係 ～援助的コミュニケーションの可能性～  
(公財) 横浜市緑の協会よこはま動物園 山口 進也・・・34
5. 事例報告：「苦しみ」を抱える新人看護師への支援を通しての気づき  
～看護部教育主任の立場から～  
福岡大学筑紫病院 看護師 村田 祐美子・・・37
6. 事例報告：ケミカルコーピングに潜在するスピリチュアルペインとそのケア  
金沢古府記念病院 山崎 由香・・・45
7. 実践・事例報告：困難事例に援助的コミュニケーションを用いて、  
援助関係が成立した事例報告  
横浜市戸塚区役所 高齢・障害支援課 社会福祉職 渡邊 篤尚・・・52
- 〔資料〕 対人援助研究所 2025 年度活動報告 村田 久行・・・57
- 編集後記 長久 栄子・・・59

〔総説〕

## 症状と体験

### ～症状対応の限界とそれを越える論理的想像力～

対人援助研究所 村田久行

#### 要旨

医療と福祉の現場は症状対応が基本となっている。しかしもう治る見込みのない患者や解決できない問題行動の利用者に対する症状対応はかえって患者や利用者の苦しみを深め、さらに対応できない症状を生み出している。それは、症状対応という応対はキュアの思想に基づいているからである。しかしキュアの限界に直面したとき、医療者の症状対応では患者の治る見込みは不確かになり、症状を制御できない苦しみは増大し、医療への期待は失望に変わり、医療者への不信が生まれる。ところが症状対応の医療者は患者のこれらの苦しきも「症状」として捉え、訴えを抑え込み、症状をなくすることでその場を切り抜けようとし、患者の苦しきはさらに深くなる。この悪循環を生み出している症状対応とは、何なのか？なぜ医療者は症状対応するのか？を明らかにすることが本稿の目的である。

症状対応の限界を越えるものは、体験に即した対偶の真にもとづく論理的想像力である。医療者は論理的想像力によって症状に潜在する苦しき（体験）を読みとり、関係の力でその苦しきを和らげる‘ケア’を行うことができる。患者には将来に可能性（時間性）が生まれ、苦しきを他者にわかってもらえる安心と信頼（関係性）、苦しきを自分で制御できる自信（自律性）が得られる。その体験の意味の解明に有効な推論のメカニズムと方法を、＜体験に即した対偶の真＞にもとづく論理的想像力を詳述することで明示した。

**Key Word** : 症状対応、論理的想像力、対偶の真、体験の意味、スピリチュアルペイン

#### はじめに

希死念慮は症状だろうか？最近、BSC (Best Supportive Care) に移行を告げられた患者が「つらい。何もしたくない。もうこんななら死んでしまいたい」と看護師に訴える場面があつて、看護師はそれを希死念慮と捉えて精神科医に相談にいったという。スピリチュアルケア研修を受講し修了していた上司はそれを聞いて、患者の訴えは希死念慮ではなくスピリチュアルペインではないかと思ひ、その看護師にそのときのことを尋ねると、「患者はネガティブな発言ばかりをしているので、メンタルヘルス科に受診を依頼した」とのことであつた。上司は、これではせっかく気持ちを打ち明けてくださった患者さんが報われないと思つたとのことである。

サイコオンコロジーは「死にたい、目が覚めなければと思ひ」といった患者の訴えを希死念慮と捉え、それをうつ症状のひとつに分類している<sup>1)</sup>。患者の「死にたい、もうこんななら死んでしまいたい」という言葉を＜希死念慮→自殺のリスクを避ける→精神科医に相談＞という流れ

で把握し<sup>2)</sup>、それを患者の苦しみの表出とは捉えていないのである。

あるいは、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) は認知症の人の「症状」が主題である。妄想、誤認、幻覚、うつ、アパシー、不眠、不安を心理症状と捉え、徘徊、焦燥・攻撃性、介護に対する抵抗、不適切な性的行動、破局反応、夕暮れ症候群、叫声、不穏、文化的に不釣り合いな行動、収集癖、ののしり、つきまといといった言動を行動症状に分類している。そして「BPSD が重要であるのは、ケアする側（家族、介護職員、看護師等）からすると BPSD で困ることが多く、ケア負担の要因となり、しばしば介護放棄や身体拘束にもつながるから」であるという<sup>3)</sup>。ケアする側が BPSD で困ることが多く、それがケア負担の要因となるから BPSD は重要だというのである。ここでも患者の行動・心理症状を患者の苦しみの表出とは捉えていないのである。

これらサイコオンコロジーの見方にも、BPSD の視点にも共通するのは、どれも患者の症状にしか視線が向けられていないことである。そこには患者の苦しみ(体験)は視野に入っていない。苦しみは体験であり、症状はそれの表出であるのに。

しかしあらためて医療や福祉の現場を見渡すと、現場の対応は「症状に視線を転じて、症状を純粋に症状そのものとして経験し規定する」症状判断とそれにもとづく症状対応が基本であることが明らかになってくる。それにしてもなぜ、医療や福祉の現場では患者の苦しみ(体験)に意識を向けて「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」現象学的見方<sup>4)</sup>が採用されないのだろうか？そもそも症状とは何か？体験とは何が違うのか？そしてなぜ患者の体験は見過ごされて、無視され、症状として扱われ、抑えられるのか？さまざまな疑問が湧き上がってくる。そこで本稿では、これらのことを根本から再考して現場の患者対応の歪みを明らかにしたい。そしてその先に、症状対応の限界を超えるものとして「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」論理的想像力の有用性と可能性を示したいと思うのである。

## 1. 症状とは何か？症状の定義が意味するもの

症状は体験とは異なる。ODE (Oxford Dictionary of English) は症状 (symptom) を “a physical or mental feature which is regarded as indicating a condition of disease, particularly such a feature that is apparent to the patient” (疾患の状態を示す身体的、精神的な特徴あるいは兆候、特に患者に明白にみられる特徴あるいは兆候) と定義している<sup>5)</sup>。あるいは山口(2018)は、BPSD は症状であり、「症状」には医学的に異常なものというニュアンスがあると説明して、「症状」は医学用語です。主観的に「異常」と判断するのではなく、客観的に「異常」と判断されたら BPSD という医学用語を使います<sup>6)</sup> という。その際、「医学では、健常者が誰でも行うものは正常な行動、ごく少数の人が行う行動は異常とします。血液などの生化学的検査値の場合は、平均±2SD (標準偏差の2倍) の範囲に全体の95%が入るので、そこから外れた5%を異常値とします」とその症状判断の客観性とその根拠を示している。

これら症状の定義が意味するものは、症状は患者に表れた「客観的に観察可能」なデータにもとづき正常でないとは判断されたものであるということである。それゆえその5%の異常なものを科学技術を使って正常に戻すことが治療（キュア）であり、問題解決なのである。そのため医療の現場は症状の異常を発見し、それを「客観的に検証可能」な仕方でも正常に戻す症状対応をするのである。このことは福祉の現場でも同様であろう。

## 2. なぜ現場は症状判断、症状対応をするのか？—症状対応の手段と手順があるから

医療の現場では「客観的に観察可能」な対象に対して「客観的に検証可能」な対処が求められる。そして症状はまさにその「客観的に観察可能」な対象であり、症状判断はその異常を識別し、それに対して「客観的に検証可能」な対処、つまり科学的な手段で治療や問題解決を行う。症状を抑え、なくする症状対応である。このことが医療や福祉の現場では「症状に視線を転じて、症状を純粹に症状そのものとして経験し規定する」症状判断と症状対応が基本であることの理由であろう。

しかしそれはなぜか？その理由は、症状判断には常に「客観的に検証可能」な症状対応が用意されているからである。例えば、下痢を伴う血便という症状には、これは消化器のがんが原因かもしれないという症状判断がなされ、CT検査や内視鏡検査や必要に応じた生検が行われ、その結果にもとづいてがんの消滅を目的とした手術あるいは抗がん剤治療といった症状対応が続く。症状判断にはそれに対応できる手段があり、それに続く「客観的に検証可能」な一連の手順が用意されているのである。このことは医療者の側からいうと、それに対処できる一連の対応手段と手順が用意されているから、ある対象を「症状」として認識するということである。つまりあるものを「症状」と判断するときは、前提としてそれに対する「症状対応」が可能であり、準備されているのである。医療の場合、このことが「症状に視線を転じて、症状を純粹に症状そのものとして経験し規定する」症状判断とそれにもとづく症状対応という態度を成り立たせているのである。

## 3. 現場では症状対応では対応できないことがある—キュアの限界

患者の苦しみには構造がある。それは、患者の置かれている客観的状況とその主観的な思い・願い・価値観とのズレで示される<sup>7)</sup>。そしてキュアとは、科学技術を使って客観的な状況を変化させ、それを患者の主観的な思い・願い・価値観に合致させることで苦しみを和らげ、なくする援助である<sup>8)</sup>。しかし現場には「客観的に観察可能」な症状判断で「客観的に検証可能」な症状対応（キュア）をしても治らない疾患や障害をかかえる患者が存在する。それは、がんなどでBSCに移行した終末期患者、認知症の人、ALSの患者、透析治療を受ける人など、現代医学では治癒と完治が見込めないさまざまな疾患や障害に苦しむ人たちである。キュアの限界である。

実際、キュアが有効な場合、医療者の症状対応はこのズレを小さくする。患者の思い・願いは、治る見込みがある将来の可能性、病気や障害を制御できる自信、苦しみを和らげてもらえる安心

と医療者への信頼で満たされる。しかしそのキュアが限界に直面したとき、患者の将来の可能性は消失し、症状を制御できない苦しみはさらに増大し、医療への期待は失望に変わり、医療者への不信が生まれる。その無言の失望と不信を肌で感じる医療者は自分の無力に苦しむのである。

キュアの限界のとき、これまで症状対応で患者に満足を与えてきた医療者は患者の苦しみと失望と不信にどう対処するのだろうか？答え：患者の苦しみを「症状」として抑えようとするのである。対人援助論も関係の力で苦しみを和らげる“ケア”も知らない医療者はそこで訴えられる苦しみも「症状」として扱い、症状緩和の名のもとに苦しみの訴えを抑え込み、症状をなくすることでその場を切り抜けようとする。苦しみ（体験）の無視である。症状対応以外の対処方法を知らないので患者の訴えを異常としてその症状に対処するのである。その結果、苦しみをわかってもらえない患者の医療者への不信と孤独と失望の苦しみはさらに増大し、それが「死にたい」という訴えとして表出される場合もある。希死念慮である。しかしそれに対応できない医療者はその訴えをも「症状」として扱い、抑えようとする。その結果、訴えはなくなるが、患者の苦しみは深く抑え込まれてしまう。医療現場の症状対応による歪みがこの悪循環を生むのである。

#### 4. 症状対応の限界を超える論理的想像力

患者の苦しみは患者の体験である。キュアの限界が明白な医療や福祉の現場では患者の苦しみは放置され、無視され、抑え込まれている。そこでこそ症状の背後にある苦しみを取り上げ、苦しみを和らげる援助が必要である。それにもかかわらず、現場は症状対応が中心で、その言い分は、苦しみは体験であり体験は「客観的に観察可能」な科学の研究の対象ではない。またそれへの対処は「客観的に検証可能」でもないので医療では扱わない。患者の体験とは主観的なもので個別性があり、かつ常に流動し、客観的な判断もそれへの対処も「客観的に検証不能」であり、その結果もエビデンスにもとづかないとしている。客観性の壁である。医療現場はこれを盾にしてそもそも患者の苦しみや体験は扱わない。それゆえ症状対応が中心の医療現場は患者の苦しみ（体験）に対して無関心なのであろう。

しかしこの客観性の壁は「体験に視線を転じて、体験を純粹に体験そのものとして経験し規定する」論理的想像力で乗り越えられる。論理的想像力は主観的で個別性があり常に流動している体験の本質（苦しみ）を洞察し、その体験の意味するものを明示することで普遍性のある体験の認識と関係の力で苦しみを和らげる“ケア”を構想できるのである。またこの関係の力で苦しみを和らげる“ケア”を構想するためにも、「症状」というサインから論理的想像力によって「苦しみ」のメッセージを読みとり、それを言語化して相手に返すことにも論理的想像力が必要となる。これによって患者の苦しみは科学として研究の対象となりうる。またそのことでキュアの限界にある患者の訴えにも応対が可能となる。論理的想像力は、症状対応で患者の苦しみを放置し無視して抑え込んでいる現状の限界を超えて援助が実現する道を開くのである。

## 5. 論理的想像力の推論

### 行為・行動の体験とそれに伴う主観的な体験

論理的想像力とは、「あらゆる事象や症状に内在する当事者の体験とその体験の意味を論理的に想像し推し量る技術」と定義できる。この技術は身近な体験とその意味の解明にも有用である。例えば、自分の車のキーを失くした場合である。キーがないことに気づいて慌てて身のまわりを探すが見つからない。これまで行ったところに戻って捜しまわるがどこにもない。困った。しかしいちど冷静になって車を降りてからのことを思い出してみようと、今までしたことをひとつひとつ再確認してみるがどこで失くしたのかの心当たりがない。焦りと困惑。見つからなければ今日の予定はどうしよう。よりもよってこんなときに車のキーを失くすなんて、いったいどうなっているの！と苛立ちと自分への不信、怒りとともに、・・・ひょっとして誰かに盗まれたのかしら？と他人への疑念が湧いてくる。

このときの「慌てて身のまわりを探す」、「これまで行ったところに戻って捜しまわる」、「いちど冷静になる」、「車を降りてからのことを思い出してみる」、「今までしたことを再確認する」は行為・行動の体験であり、そのときの「見つからなければ今日の予定はどうしよう」と焦り、困惑して苛立ち、自分自身への不信と怒り、他人への疑念をもつことは、これらの行為・行動の体験に伴う主観的な体験である。

### 体験の本質とその意味

しかしこれらの行為・行動の体験も、それに伴う主観的な体験もすべてたったひとつの事柄、「車のキーを失う」ということから引き起こされている。この事実が体験の本質へと推論を導く。このときの体験の本質は鍵にあるのではない。「失う」にある。鍵は車のキーであっても、家の鍵、金庫の鍵であってもよい。むしろこの「キーを失う」という体験は「何か大切なものを失うこと（紛失・喪失・遺失）」が本質である。そしてこの「大切なものを失う」体験の意味するものは何か？論理的想像力の推論はさらに続く。

### 体験に即した対偶の真にもとづく論理的想像力の推論

ここで、体験に即した対偶の真にもとづいて体験の意味を明らかにする論理的想像力の推論の仕方について説明しておきたい。記号論理学においては、A,Bを論理式とするとき、「AならばB」に対して、「BでないならAでない」を対偶という。二値の命題論理の体系において「AならばB」と「BでないならAでない」はトートロジー（同義反復）となる。したがって、「AならばB」が真であるとき、「BでないならAでない」も必ず真となる。このことを「対偶の法則」という<sup>9)</sup>。

なぜ自分の車のキーを失くしたと気がついたら、「慌てて身のまわりを探す」のだろうか？それが大切なものだからである。なぜなら人はもしそれが大切なものでなければ「慌てて身のまわりを探す」ことはしないからである。それゆえ、何かを失くして「慌てて身のまわりを探す」とい

う体験の意味するものは、それが大切なものだという事である。(ここでは体験に即した対偶の真にもとづいて体験の意味を明らかにする推論が使われている)

それでは、なぜ「今まで行ったところに戻って捜しまわる」のだろうか？それは、無自覚ではあるが自分の行動は時間と意味の順序に従っていると思うからである。なぜなら人はもし自分の行動が時間と意味の順序に従っていると思わないなら、「今まで行ったところに戻って捜しまわる」ということはしないからである。それゆえ、何か大切なものを失くして「今まで行ったところに戻って捜しまわる」という体験に内在している意味は、自分の行動は時間と意味の順序に従っているという無自覚な潜在認識である。

さらに、なぜ「いちど冷静になって」落ち着こうとするのか？必死に捜しまわる状態は自分を見失っていると思うからである。なぜなら、自分を見失っていると思わない冷静な人は「いちど冷静になって」と落ち着く必要がないからである。それゆえ何か大切なものを失くして捜しまわっている人が「いちど冷静になって」落ち着こうとする体験の意味は、自分を見失っているとの自覚であり、自分を取り戻そうとしているのである。

そして冷静になって、なぜ「車を降りてからのことを思い出して」、「これまでしたことを再確認する」のか？自分の記憶への不信が芽生えているからである。なぜなら、自分の記憶に確信をもっている人は「車を降りてからのことを思い出して」、「これまでしたことを再確認する」ことはないからである。それゆえ失くしたものを捜したが見つからないとき、いちど冷静になって「車を降りてからのことを思い出して」、「これまでしたことを再確認する」体験の意味することは自分の記憶への不信の芽生えである。

そしてなぜ、「見つからなければ今日の予定はどうしよう」と焦り、困惑し、苛立つのか？さらに、そのときなぜ「自分自身への不信と怒り、他人への疑念」が生まれるのか？人は「大切なものを失う」ことで今日の予定が狂っていつものように時間と意味の順序に従って行動しているのに、捜すものが見つからず、困惑して自分を見失い、自分の記憶さえも疑わしいと思うと、「自分自身への不信と怒り、他人への疑念」を抱くことになる。その結果、これまで安定して成立していた日常の自明性が失われて、自己の存在と意味が消滅を体験してゆらぐからである。なぜなら、人は時間と自律と信頼の関係で自己の存在と意味が安定して成立しているとき、たとえ「大切なものを失う」ことがあっても、慌てて自分を見失ったりせず、自分の記憶に疑いをもって「自分自身への不信と怒り、他人への疑念」を抱くこともないからである。それゆえ、「大切なものを失う」ことで予定が狂って困惑し、時間と意味の順序に従っていた自分を見失って自分の記憶さえ疑わしいと思う人の「自分自身への不信と怒り、他人への疑念」の体験の意味は、日常の自明性の喪失であり、時間と自律と信頼の関係で安定して成立していた自己の存在と意味の消滅である。

「大切なものを失う」ことで今日の予定が狂う体験は将来を失う時間性の困惑と焦りを生み、自分の記憶に疑いをもつ体験は自律を失う自己への不信と怒りのもとになる。あれは誰かに盗まれたのかという疑念で他者への信頼の関係にひびが入る。このように、「大切なものを失う」と

いう体験は存在の時間性・自律性・関係性の3次元で成立していた自明性の喪失を意味している。それによって自己の存在と意味の消滅が、たとえそれが一時的なものであっても生み出されているのである。

自明性の喪失と自己の存在と意味の消滅。これが「大切なものを失う」体験に内在している体験の意味である。自分の車のキーを失くしたことから生じるさまざまな体験の総体の本質は「大切なものを失う」であり、その体験の意味は、自明性の喪失による自己の存在と意味の消滅であると論理的想像力は結論づけるのである。

### 体験の意味の普遍性

自分の車のキーを失くしたくらいで自己の存在と意味の消滅とは！この話はちょっとオーバーに聞こえるかもしれない。車のキーはそれが見つかれば問題は解決するし、見つからなければ取り換えればよいのではないか。しかしこれは問題解決ができる場合の症状対応である。体験に視線を向ける論理的想像力では認識が異なる。あくまで体験を純粹に体験そのものとして論理的に想像しその意味を推論するのである。特にキュアの限界にあって症状対応できない場合、「大切なものを失う」という体験の意味は「自明性の喪失による自己の存在と意味の消滅である」という命題には普遍性と妥当性がある。体験そのものは個別であり多様であるが、体験の意味には普遍性があり、他の人の体験に対する妥当性がある。それは体験に即した対偶の真という論理的推論が獲得する普遍性と妥当性にもとづいて他の人の体験にも適用できるのである。

例えばこれを大切な身内を亡くした人の体験に当てはめてみると、そこには行為・行動の体験とそれに伴う主観的体験において、自分の車のキーを失くした場合と等しい体験と体験の意味が読みとれる。愛する親しい身内を亡くした人は、その人を求めて「身のまわりを探す」。その人が大切な人だからである。また、「今まで行ったところに戻って捜しまわる」。自分達の過去は共にいた時間と意味の順序に従って思い出されるからである。しかし「いちど冷静になって」と落ち着こうとする。亡き人を必死に捜し求めるのは、自分を見失っていると思うからである。もういちど「これまでのことを思い出して」、「これまで共にしたことを再確認する」のは自分の記憶が薄れないようにしているのである。

そのときの将来の喪失と現在の無意味、喪失の悲しみと相手がない空虚、気分の落ち込みと情けない自分への怒り、わかってももらえない他人への不信と孤独の苦しきは、時間性と関係性と自律性の3次元においてこれまで安定して成立していた自明性の喪失による自己の存在と意味が消滅を体験しているからである。

さらにこの「大切なものを失う」という体験の意味は認知症の人の自明性の喪失による自己の存在と意味の消滅の体験の理解にも適用することができる<sup>10)</sup>。認知症の人は認知機能の一部が失われ、思い出せない苦しみの中にいる。そのことで自明性の喪失による自己の存在と意味の消滅を体験していると考えられるのである。このように、「大切なものを失う」という体験の意味には、他の「大切なものを失った」人の体験にも適用できる普遍妥当性があるのである。

## 6. 事例に対する論理的想像力

個別の事象や症状に伴う個々の人の体験は千差万別、多種多様である。しかしその個々の体験の意味は普遍性をもっている。次に、この体験の意味の普遍性にもとづきキュアの限界にある患者の客観的な症状記録を素材にして、そこに潜在している患者の体験とその体験の意味を論理的想像力で読み解いてみたい。

例えばそれは、次の終末期がん患者と看護師の会話記録を分析することで具体的に示すことができる。

### 【事例】<sup>11)</sup>

Aさん：60歳代女性。膀胱がん術後再発、腹膜播種による腸閉塞に対し、小腸吻合術目的で入院した。Aさんは術後に歩行練習に励んでいたが腸閉塞が改善せず、小腸腔瘻が出現した。主治医はこれ以上の効果的な治療がないことを夫に説明し、緩和治療を勧めて家族員で相談するよう提案した。しかしAさんが精神的苦痛を受けることを危惧した夫が告知に強く反対したため、Aさんは病状説明を受けていない。Aさんは、自分がどうして良くならないのかと繰り返し看護師に訴えるようになり、徐々に活気を失い、虚ろな目で毎日を過ごすようになった。

【会話の内容】 患者：Aさん 看護師：B

訪問時の状況：Aさんは側臥位で横たわり、電源の入っていないテレビの画面を虚ろな目でみつめていた。

・・・(以下の会話部分は省略)・・・

この記録を書いたのは患者Aさんと会話をした看護師である。その記述は客観的に観察可能な症状の記録である。そこに論理的想像力でAさんの体験を読みとり、その体験の意味を推量すると次のようになる。(以下の論理的想像の記述では、そこでのスピリチュアルペイン<sup>12)</sup>について、時間性のスピリチュアルペインを(時間性 SPP)、関係性のスピリチュアルペインを(関係性 SPP)、自律性のスピリチュアルペインを(自律性 SPP)とする)

### 【事例の記録】

Aさん：60歳代女性。膀胱がん術後再発

〔Aさんの体験と体験の意味〕

Aさんは60歳代の女性である。その年齢でがんを発症し、膀胱がんと診断されて手術を受けたのだが、そのがんの診断時の驚きは小さいものではなかった。“死”が頭をよぎる。手術を受けるときの不安と決意は深いものがあつたに違いない。しかしそれを乗り越えた。手術は成功し療養していたが、その後がんは再発した。がんの再発という体験の意味は、患者にショックと深い苦悩を味わわせる。恐れていた再発。ああやっぱりダメか！(将来を喪失する時間性 SPP)これからまたあの辛い、治る見込みのない抗がん剤治療を受けるのだ。(時間性 SPP・自律性 SPP)。

**【事例の記録】**

腹膜播種による腸閉塞に対し、小腸吻合術目的で入院した。

**〔Aさんの体験と体験の意味〕**

この入院は根治をめざしたものではなく、がんによる腸閉塞に対し、症状緩和のための手術目的の入院である。一時しのぎであって完治は見込めない苦しみがある(時間性 SPP)。

**【事例の記録】**

腸閉塞が改善せず、小腸腔瘻が出現した。

**〔Aさんの体験と体験の意味〕**

その場しのぎの手術も奏功せず、小腸腔瘻まで出現したとは、病状の悪化は顕著で先の見えない死の恐怖、生きることの無意味という体験が想像される(時間性 SPP)。

**【事例の記録】**

しかしAさんが精神的苦痛を受けることを危惧した夫が告知に強く反対したため、Aさんは病状説明を受けていない。

**〔Aさんの夫の体験と体験の意味〕**

夫は告知に強く反対した。それはなぜか？夫には妻が告知による精神的苦痛に耐えられない弱い人と現れ、また自分もそういう妻をケアし支える自信がなかったからであろう(妻の自立を信頼できない夫の関係性 SPP、妻のケアに自信をもてない夫の自律性 SPP)。

**【事例の記録】**

夫が告知に強く反対したため、Aさんは病状説明を受けていない。Aさんは、自分がどうして良くなるのかと繰り返し看護師に訴えるようになり、・・・

**〔Aさんの体験と体験の意味〕**

病状説明を受けていない体験の意味は、家族や病院スタッフの核心に触れないよそよそしい態度や過度に気遣う応対に現れる疎外感である(疎外と孤独の関係性 SPP)。そのためAさんは自分がどうして良くなるのかと繰り返し看護師に訴える。それにもかかわらず病状の真実から疎外されて自分の現状に対処できない不能の苦しみである(困難に対処できない不能の自律性 SPP)。

**【事例の記録】**

徐々に活気を失い、虚ろな目で毎日を過ごすようになった。

**〔Aさんの体験と体験の意味〕**

進行する不治の病。身体の衰えから死が近いと実感している。それにもかかわらず病状の真実から疎外され、自分の現状に対処できない不能の苦しみを体験しているAさんは、将来の喪失からの無意味(時間性 SPP)、信頼できる他者を失う疎外と孤独と空虚(関係性 SPP)、その苦境に対処も自己決定もできない無力と無価値(不能の自律性 SPP)という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を体験している。それが看護師の「虚ろな目で毎日を過ごすようになった」という記録が示しているAさんの虚無の姿である。

〔Aさんの体験と体験の意味：まとめ〕

こうして、看護師の「客観的に観察可能」な事例の記録から論理的想像力を使ってAさんの体験とその体験の意味を描き出すと、次のようになる。

.....

Aさんは60歳代の女性である。その年齢でがんを発症し、膀胱がんと診断されて手術を受けたのだが、そのがんの診断時の驚きは小さいものではなかった。“死”が頭をよぎる。手術を受けたときの不安と決意は深いものがあった。しかしそれを乗り越え、手術は成功して療養していたが、その後がんは再発した。がんの再発という体験はAさんにショックと深い苦悩を味あわせた。恐れていた再発。ああやっぱりダメか！（将来を喪失する時間性 SPP）これからまたあの辛い、治る見込みのない抗がん剤治療を受けなければならない（時間性 SPP・自律性 SPP）と思った。

この入院は根治をめざしたものではなく、がんによる腸閉塞に対して症状緩和のための手術目的の入院である。しかしそこには手術は一時しのぎであって完治は見込めない苦しみがある（時間性 SPP）。そしてその場しのぎの手術も奏功せず、小腸腔瘻まで出現した。病状の悪化は顕著で、Aさんには、もうだめなのか！と先の見えない死の恐怖と生きることの無意味という苦しみが生まれた。

しかし、Aさんの夫は告知に強く反対した。それはなぜか？夫には妻が告知による精神的苦痛に耐えられない弱い人と現れ、また自分もそういう妻をケアし支える自信がなかったからであろう（妻の自立を信頼できない夫の関係性 SPP、妻のケアに自信をもてない夫の自律性 SPP）。

病状説明を受けていないAさんの体験とその意味は、家族や病院スタッフの核心に触れないよそよそしい態度や過度に気遣う応対に現れる疎外感である（疎外と孤独の関係性 SPP）。そのため、Aさんは自分がどうして良くならないのかと繰り返し看護師に訴えるが、病状の真実から疎外されて自分の現状に対処できない。それは、Aさんが自分の命を自己決定できない不能の苦しみを意味している（困難に対処できない不能の自律性 SPP）。

Aさんは進行する不治の病で身体の衰えから自分の死が近いと実感している。それにもかかわらず病状の真実から疎外され、自分の現状に対処して将来を自己決定できない。これがAさんの苦しみの体験である。ここで論理的に想像できる苦しみの本質は「死を実感する病状の真実からの疎外」であろう。

それゆえ、このときのAさんの体験の意味は、将来の喪失からの無意味（時間性 SPP）、信頼できる他者を失う疎外と孤独と空虚（関係性 SPP）、真実を知らされないで自分の現状に対処できず自己決定できない無力と無価値（不能の自律性 SPP）という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である。それが看護師の「虚ろな目で毎日を過ごすようになった」という記録が示しているAさんの虚無の姿である。

.....

これが論理的想像力である。ODE (Oxford Dictionary of English) は想像力 (imagination) を “the faculty or action of forming new ideas, or images or concepts of external objects not present to the senses” (五感に現前しない外的な事物についての新しい観念やイメージや概念を形成する機能、あるいは行為) と定義している<sup>13)</sup>。“external objects not present to the senses” (五感に現前しない外的な事物) とは、今ここで感覚に与えられている事物ではなく、あるいは私の内面のことでもない、私の内面の外にあるが直接感覚に与えられていない事や物のことである。例えば、まだ見ぬ異国の地とか、将来構想とか、他者の心の動きとか、語り継がれた昔話などである。本稿で、与えられた客観的に観察可能な事実をもとに論理に従って他者の体験とその意味について推量し、新しい観念やイメージや概念を形成することができるのが論理的想像力である。

看護師の客観的に観察可能な症状記録に対して患者の体験を読みとり、その体験の意味を論理的に推し量る論理的想像力。ここに症状判断と症状対応の限界を超えて患者の体験と体験の意味を明らかにする論理的想像力の威力がある。

そしてこの体験の分析は個別の患者Aさんの場合に限らない。同じ状況にあるすべての患者の「死を実感する病状の真実からの疎外」の体験にあてはまるであろう。いや正確には、体験にではなくその体験の意味にこそ普遍性がある。たしかに患者の体験はさまざまに個別性があり、流動性があるその内容の共通性すら蓋然的であるかもしれない。しかしその体験の意味は体験に即した対偶の真にもとづく普遍性をもつ。それゆえここで描き出されたAさんの体験の意味は、患者や病気の個別性と種類にかかわらず、不治の進行性病いでその病状の真実を告げられていない同じ状況の他の患者の体験とその体験の意味に当てはまる普遍性をもつのである。

体験は個別である。しかし体験の意味には普遍性がある。この体験の意味の普遍性と妥当性を根拠にして、患者の苦しみを和らげる援助を実現する質的研究の方法論として論理的想像力が症状対応の限界を超えるツールとなることが期待できるのである。

## 7. 結論と今後の課題

### 結論

症状対応という対応はキュアの思想に基づいている。それゆえ医療者は治る見込みがある患者の「症状に視線を転じて、症状を純粹に症状そのものとして経験し規定する」症状判断とそれにもとづく症状対応をするのである。

治る見込みがある場合、症状対応は患者に希望と症状をコントロールする自信を与え、医療者は患者に信頼される。それゆえ症状対応はますます強化される。

しかしキュアの限界に直面したとき、医療者の症状対応は患者に新たな苦しみを生む。患者の治る見込みは不確かになり、症状を制御できない痛みは増大し、医療への期待は失望に変わり、医療者への不信が生まれる。患者には先が見えない不安 (時間性のスピリチュアルペイン)、苦しみをわかってもらえない孤独 (関係性のスピリチュアルペイン)、症状で自分が管理される無

力（自律性のスピリチュアルペイン）の苦しみである。

一方、患者の無言の失望と不信を肌で感じる医療者は自分に無力を感じるが、症状対応の医療者は患者の新たな苦しみも「症状」として捉え、苦しみの訴えを抑え込み、症状をなくすることでその場を切り抜けようとする。しかしそれが、苦しみをわかってもらえない患者の医療者への不信と孤独と失望の苦しみをさらに深いものにする。この悪循環を生み出しているのが症状対応による現場の歪みである。

症状対応の限界を超えるものは、体験に即した対偶の真にもとづく論理的想像力である。医療者は論理的想像力によって症状に潜在する苦しみ（体験）を読みとり、関係の力でその苦しみを和らげる‘ケア’を行う。患者には将来に可能性（時間性）が生まれ、苦しみを他者にわかってもらえる安心と信頼（関係性）、苦しみを自分で制御できる自信（自律性）が得られる。

キュアと症状対応の限界を超えて医療者が行うことができるのは、論理的想像力にもとづく‘ケア’である。そのために研究者も現場の実践者も苦しみという体験と体験の意味を解明する方法論を確立する必要がある。そしてその体験の意味の解明に有効な方法論は、体験に即した対偶の真にもとづく論理的想像力と対人援助論である。

## 今後の課題

医療者の症状対応はキュアの思想に基づいていると解明された。今後の課題はキュアの限界と無効のときでも医療者にどのようにして論理的想像力の推論で患者の体験と苦しみ（体験）の意味を理解してもらえるか、またそれを用いて患者の苦しみを和らげるケアに意識を向けて実践してもらえるかということである。

それには、患者の苦しみ、希望、信頼という体験の理解と自分の医療者としての行為を意味づけ、言語化する対人援助論が必要である。そして対人援助の質的研究の分野では、論理的想像力の体験に即した対偶の真が記述現象学の志向的分析の根拠となること、また、論理的想像力によって解明された体験の意味の普遍性と妥当性を示すことが今後の課題である。

### [倫理規定]

倫理的配慮：現場のエピソードについては、匿名化し、原話者に掲載の承諾を得た。

### [利益相反]

著者に申告すべき利益相反はない。

---

## 文献

- 1) 内富庸介、大西秀樹、小川朝生編著：サイコオンコロジーを学びたいあなたへ、69、文光堂、東京、2011
- 2) 同上書、82
- 3) 山口晴保：BPSDの定義、その症状と発症要因。認知症ケア研究誌 2, 1-2, 2018

- 4) フッサール著/立松弘孝訳編『百科草稿』H.IX,275f. フッサール・セレクション, 95-96
- 5) Oxford Dictionary of English : symptom の項
- 6) 山口晴保 : 同上誌 2, 3
- 7) 村田久行 : 改訂増補 ケアの思想と対人援助, 45-46, 川島書店, 東京, 2012
- 8) 村田久行 : 同上書, 45
- 9) 『哲学事典』883 対偶の項, 平凡社, 東京, 1990
- 10) 村田久行編著 : 苦しみを和らげる認知症ケア, 152, 川島書店, 東京, 2023
- 11) 村田久行編著 : 記述現象学を学ぶ. 192, 川島書店, 東京, 2017
- 12) 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ーアセスメントと概念枠組みの構築. 緩和医療学. 5(2),157-165, 2003
- 13) Oxford Dictionary of English : imagination の項

〔総説〕

## 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

### ～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

的場 康德<sup>1)</sup>、石井 浩二<sup>2)</sup>、小玉 哲史<sup>3)</sup>、坂元 昭彦<sup>4)</sup>、澤田 弘一<sup>5)</sup>、末次 隆行<sup>6)</sup>、刀塚 俊起<sup>7)</sup>、濱田 朋紀<sup>8)</sup>、松下 格司<sup>9)</sup>

1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科外科学講座消化器外科学、2) 長崎大学病院緩和ケアセンター、3) いまきいれ総合病院緩和ケア内科、4) 鹿児島厚生連病院消化器外科、5) 鏡野町国民健康保険上齋原歯科診療所、6) 南風病院呼吸器内科、7) 真生会富山病院血液内科、8) 鹿児島大学病院産婦人科、9) いづろ今村病院緩和ケア内科

#### 要旨

医師の実存的苦痛(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)の体験を記述、分析した結果、バーンアウト研究や医師のスピリチュアルペインの先行研究の限界が突破され、次の成果が得られた。

がん治療医は、キュアの限界で様々なスピリチュアルペインを体験し、時にその苦しみを避けるコーピングを無自覚に行っていた。この避けるコーピングは、臨床現場に悪影響をもたらしていた。この現象が生じる理由の一つは、医学部教育と卒後研修で、病気を治すことは学ぶが、治せなくなったらどうしたらいいのかを具体的に学ぶ機会がないためと考えられた。

産科医の体験からは、医学の進歩により多大な恩恵がもたらされている反面、正常な出産が当たり前になったことで、キュアの限界で予期せぬ転帰があった場合の患者、家族のスピリチュアルペインが深まり、医師の緊張感、不安、不安定が増していることが示された。つまり、安全な産科医療であっても稀に不幸な転帰が生じることがあり、そのときに正常が当たり前という価値観により、患者、家族のスピリチュアルペインが深まり、現状の受容が困難となるからである。

がん治療の現場でも、緩和医療の現場でも、キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図が発見された。また医師にスピリチュアルペインとコーピングが集積する状況で、医師が起点となって援助の流れに転じる構図も示された。この援助に転じる流れを作り出した医師の気づきと実践は、対人援助・スピリチュアルケア教育によって培われていた。

医師のスピリチュアルペインは、医師だけの問題ではなく、実臨床に悪影響をもたらしており看過できない喫緊の課題である。今後、医学部教育、卒後研修に、対人援助・スピリチュアルケア教育が求められている。

【キーワード】 医師、スピリチュアルペイン、実存的苦痛、キュアの限界、コーピング、医師教育

---

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインと  
そのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

## はじめに

医師の苦しみは、医師本人も周囲の医療スタッフも漠然と「大変」「激務」「業務に影響する」といった感覚的な捉え方が多く、その苦しみの本質部分がなんなのか、なぜ生じるのかという確たる認識が乏しかった。これまで医師の苦しみに関する研究は、バーンアウトに着眼したものが多かった。バーンアウトは、医師、看護師、教師などの職業性ストレス反応と定義され、情緒的消耗、脱人格化、個人的達成感の減退の3つの概念で構成される概念である<sup>1),2)</sup>。がん診療に携わる医師のバーンアウトの有病率は25～71%と報告され、医師のバーンアウトと患者に対する不十分なケア、自殺幫助、鎮静の選択との関連性、および医師の抑うつ、希死念慮、自殺、離職との相関が報告されてきた。また医師のバーンアウトの要因として、長時間労働、重症患者の多さ、訴訟リスク、キャリア維持のプレッシャーなどが抽出され、これらに対する改善策が謳われてきた<sup>3)-17)</sup>。しかし、これら改善策の実現は容易ではなく、医師の就業環境の厳しい状況が続いている。また、たとえ労働時間が短縮し、担当する重症患者が減り、訴訟リスクが減り、キャリア維持のプレッシャーが減じたとしても、キュアの限界は必ず生じる。キュアの限界とは患者を治せなくなったとき、症状緩和ができなくなったとき、応えられない希望やニーズを切望されたときなどで、担当医として苦しむ患者にどうしたらいいのかわからない、患者を救えず医師として役に立たないといった無力・無価値などのスピリチュアルペイン(自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛)<sup>18)</sup>が生じる。よって医師の就業環境が改善してもこの医師のスピリチュアルペインは、必ずしも解消できないと考えられ、バーンアウト研究だけでは現場の医師の抱くスピリチュ

アルペインへの対策を導き出すことは難しいと考えられた。そこで、これらバーンアウト研究の行き詰りを突破する探究が必要と考えられた。

また、われわれは、医師のスピリチュアルペインの体験を記述現象学<sup>19)</sup>で明らかにしてきた<sup>18),20)</sup>。すなわちキュアの限界で医師は、担当医として患者を治せない、症状緩和できない、あるいは患者の発するスピリチュアルペインに対応できないという無力・無能・無価値の自律性のスピリチュアルペインを体験していた。また治せなくなった患者に会うことで医師のスピリチュアルペインが顕在化するため、医師が患者を避けるコーピング(対処)も報告された。ただこの報告の材料は、スピリチュアルケアに関心がある医師がスピリチュアルケア研修を受講したときに、研修を受ける前の体験を反省的考察したレポートである。そのため、この報告の限界として「患者からスピリチュアルペインを訴えられる機会があまりない医師や患者のスピリチュアルペインに直面してもスピリチュアルケアに関心がない医師が今回と同じような自律性のスピリチュアルペインを体験しているかは不明である。患者のスピリチュアルペインをそれほど感じない医師やスピリチュアルケアに関心がない医師の体験の解明が必要である。<sup>18)</sup>」があげられている。また、研究の対象となったレポートの内容が、患者に医師として直接何もできない体験がメインとなっており、その体験の中での医師の苦しみの構造を明らかにした段階である。それに対して、キュアの限界では医師本人だけでなく患者、家族の苦しみも当然生じ、さらに苦しみの深まった患者に看護などが難しくなるケースが多く、医療スタッフも苦しむことがある。そのような状況下では、それぞれの苦しみが相互作用を起

---

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

こし、苦しみが深まったり、複雑化して現場が行き詰ることがあるが、そのときに医師が体験する苦しみの構造はまだ明らかになっていない。そこで、医師の体験をより広げ、キュアの限界が生じたときに現場に渦巻く、患者、家族、医療スタッフの痛みも包含した医師の体験を記述し、分析することが必要と考えられた。

### 【目的】

本研究の目的は、キュアの現場で生じる医師、医療スタッフ、患者、家族の痛みとその相互作用から、医師の痛みを明らかにすることである。これによりバーンアウト研究や医師のスピリチュアルペインの先行研究の限界を突破し、医療現場がより援助的になる構造を探索することが本研究の目的である。

### 【方法】

医師、歯科医 9 名がそれぞれの体験を提供し、体験の意味を分析するために現象学(意識の志向性<sup>21)</sup>とその現れ)で記述し、対人援助・スピリチュアルケアの概念で分析することで経験的一般化した。

そのため、医師の痛みを「がん治療医の痛み」、「産科医の痛み」、「緩和ケア医の痛み」に分けて検討した。そこから得られた医師の痛みの構図を基に、「医師が痛みを乗り越えた体験」の分析と構造仮説を検討した。

#### 倫理的配慮

事例は匿名化し、個人を特定する情報は含まれていないが、それぞれの施設の倫理審査委員会の確認を行った。

### 【結果】

#### 1. がん治療医の痛みの記述と分析

がん診療の局面ごとに痛みの代表的なも

のを提示する。

- ① がんの診断を患者に伝えるとき…医師は、治癒不能と思われる深刻な状況を担当医として伝えないといけないときに漠然とした不安や逡巡がある。
- ② がんの治療開始前と治療中…医師は、難しい治療方針の決定には、その患者や家族の人生を左右しかねないという重圧で苦しむ。なぜならやり直しがきかないからである。結果的に治療がうまくいかなかった場合に、たとえ患者が選択した治療だったとしても担当医として自責の念を抱く。そして患者が身をもって苦しむことになると思うと、医師としてどれが正解なのかわからなくなることがある。あるいは患者や家族から責められるんじゃないかなど、漠然とした不安がつきまとう。これが告知段階での漠然とした不安や逡巡が生じる原因の一つである。
- ③ がん治療の限界を患者に伝えるとき…医師は、患者に治療の限界を伝える困難さを感じている。もはやがん治療が困難となった患者から「先生なんとかしてください」「まだ生きていんです」と言われても応えられない。これが無力・無価値といった自律性のスピリチュアルペインである。これらの体験が次の根治困難な患者に対応する際の漠然とした不安と逡巡の一因となる。
- ④ 余命の告知をするとき…患者が余命を知ることの恐怖があるように、医師も伝えることに恐れを感じる。患者が絶望するかもしれない、告知中に感情表出するかもしれないなど不安があると自信をもって伝えることが難しく、毎回悩むことになる。どうしたらいいのかわからない自律性のス

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

スピリチュアルペインである。

医師がこれらキュアの限界で生じたスピリチュアルペインを抱えることで問題が生じている。すなわち、医師のスピリチュアルペインに対するコーピングが実臨床でしばしば不都合な対応になっている。コーピングは、対処、ないし対処行動と訳され、Lazarus, Folkman が提唱した心理学的ストレスモデル<sup>22)</sup>に登場する概念で、ストレスに対処する行動(ストレスコーピング)とされている。このコーピングは現在ではストレスに限定されず苦しみやスピリチュアルペインへの対処<sup>23),24)</sup>というニュアンスで使われる概念である。以下にキュアの限界で医師に生じたスピリチュアルペインに対するコーピングの代表的なケースを述べる。

- ① 患者の絶望、嘆き、落ち込みに直面することを避けるコーピングとして、死を意識しないといけな深刻な状況にもかかわらず、患者に病状を曖昧に伝える。あるいは機械的・事務的に淡々と対応する。
- ② 治療をやめる説明を避けるコーピングとして、効果の期待できない抗がん治療をずっと続ける。あるいはキュアの限界なのに自分のできそうなキュアを探し実施することで、“何かしている感”で苦しみを紛らわすコーピングをする。
- ③ 何もできない医師としての無力が顕在化することを避けるコーピングとして、患者のもとに行かない、スタッフからその患者の対応を求められないようにする。たとえば、忙しさを装う、イライラする、医療スタッフへつらく当たる、できることに没頭する。
- ④ 自分が責任を感じないように責任転嫁するコーピングとして、「患者が希望するので…」、「患者が選んだ」、「前医(他科)の紹

介が遅いからこんなことになった」「病院が悪い、スタッフが力不足だから」「診療ガイドライン通りしているから」と言い訳をする。

医師がこれらのコーピングをしているとき、自分が苦しんでいるという自覚も、その苦しみから逃れようとコーピングしているという自覚もほとんどない。そしてこれら医師が自分のスピリチュアルペインを避けるコーピングは、一時的には効果を得られるかもしれないが、医師のスピリチュアルペインが潜在したままで決して和らいではない。そのため、医師は苦しみから離れることができず、コーピングを続け、しばしばコーピングをエスカレートしないといけなくなる。医師が苦しみを避けるコーピングを繰り返す状況では、他の医療スタッフの助言、例えば薬剤師からの患者に対する的確な処方提案に対しても、医師は聞き入れないケースがある。なぜなら薬剤師の提案を聞き入れてしまうと、避け、紛らわしていたコーピングができなくなり、自分の苦しみが顕在化するからである。また人は同時に二つのことはできない。医師が自分のスピリチュアルペインに縛られ、避けるコーピングをしている最中は、たとえ周囲から良かれと思つて的確な助言や提案があつても、それが医師のコーピングの邪魔になってしまう場合は、医師は頑なに抵抗、反発する。こういった医師のコーピングは、医療スタッフとの意思疎通を失わせ、信頼関係が消滅し、医師の孤立と孤独が深まり、結果的にチーム医療の崩壊を招くなど、医療現場に深刻な影響が生じうる。これらの医師のスピリチュアルペインを避けるコーピングは決して稀ではないにもかかわらず、周囲もそれがなんなのか、なぜ、どのように生じているのかが分からず、医師の

〔総説〕医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

問題行動として扱われる。医師のスピリチュアルペインは看過できない問題である。

## 2. 産科医に生じる苦しみの記述と分析

産科医療の特性とそれにより生じる苦しみを紹介する。

① 突発的な予期せぬ転帰へのプレッシャー・・・分娩は「正常経過」と思われがちだが、突然のしばしば予測不能な母体・胎児の急変（例えば、羊水塞栓症、常位胎盤早期剥離、胎児心拍数の急変）が起こり得る。しかもその変化は数分以内に対応しなければ致命的である。

② 医療訴訟リスクの高さ・・・産婦人科医療は、医療訴訟件数の上位を占めている。医師は、患者・家族から結果責任を問われやすく、たとえ医師に過失がなく懸命な医療処置を行ったとしても、予見不能な新生児脳性麻痺で訴えられることがある。保険による金銭的な補償制度が導入されているが、医師自身の心理的負担は軽減されにくい。

③ 「2人の命を同時に守る」という特殊性・・・出産直後に胎児仮死が生じその救命処置中に、母体の異常な出血が発生することがあり、しばしば一人の医師で同時に二人の救命対応を迫られる場面がある。

④ 昼夜問わない労働環境とバーンアウト・・・急な胎児の変化や出産などにより昼夜を問わないコールが常態化している。あるいはいつコールがあるかわからない緊張、不安、不安定な毎日を送らなければならない。医師のやりがいや使命感だけでは限界がある。

⑤ 死産・胎児異常との向き合い方の難しさ・・・医師も価値観や倫理的基準の確立していない判断で悩むケースでも、医療対応を強いられることがある。

⑥ 社会からの期待と偏見(理想)の押し付

け・・・社会一般には、「お産は安全に正常に終わるのが当たり前」という価値観が根付いている。そのため、その予想と期待から外れる事態になったときに、患者・家族にとってそれは青天の霹靂であり、未曾有の体験となり、現実を受け容れ難い状況になる。患者・家族が「なぜ自分の子が死ななければならなかったのか?」「なぜ妻は死ななければならなかったのか?」の答えは、決して医学的な説明では済まされない。ときに患者、家族が不信感を抱き、「なぜ」の答えを医療過誤に求めることがあるが、かりに医療側に過失がないときでも医事紛争に発展した場合、必死に救命処置に携わった医師の虚無感や落胆といったダメージが大きい。その苦しむ同僚医師の姿を見る他の医師にも悪影響が生じる。

医学が進歩しても、常にキュアの限界のケースがある。そのとき、突発的な予期せぬ転帰のときに、倫理的・道義的に悩ましい死産・胎児異常に対応しないといけないときに医師としての限界や無価値(自律性のスピリチュアルペイン)を体験する。医師に自分は治す人、救う人という価値観だけしかないと、キュアの限界設定ができないため、いつまでも「あの時もっと何かできなかったのか?」「いったいどうすればよかったのだろうか?」という後悔が続くことになる。また患者、家族にスピリチュアルペインが生じた場合、その苦しみの認識ができず、そのケアを知らないと、どうしたらいいのかわからない自律性のスピリチュアルペインも生じる。あるいは患者、家族からの不信感を抱かれたときには医学的にやむを得ない状況や全力で治療にあたったと説明をしても、それをわかってもらえない関係性のスピリチュアルペインも生じる。そのような緊張を常に強いられ、

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

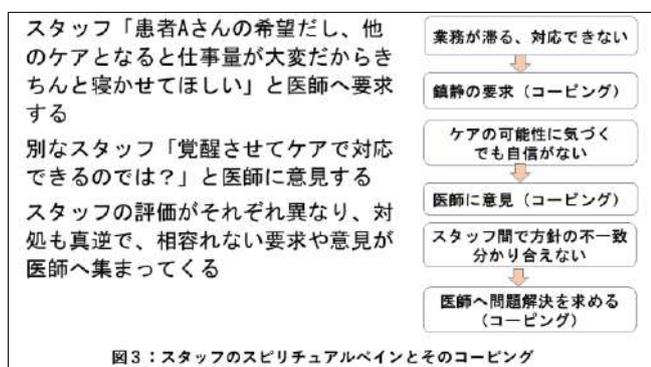
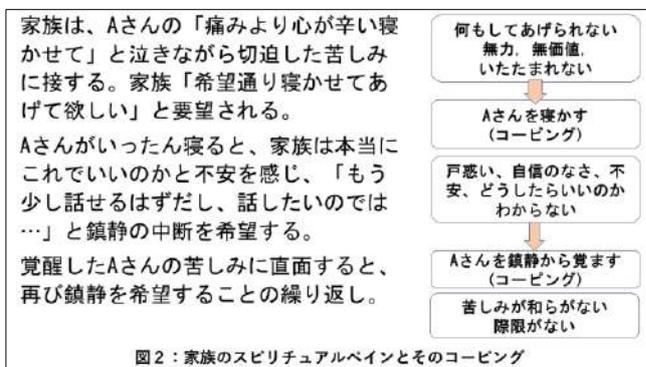
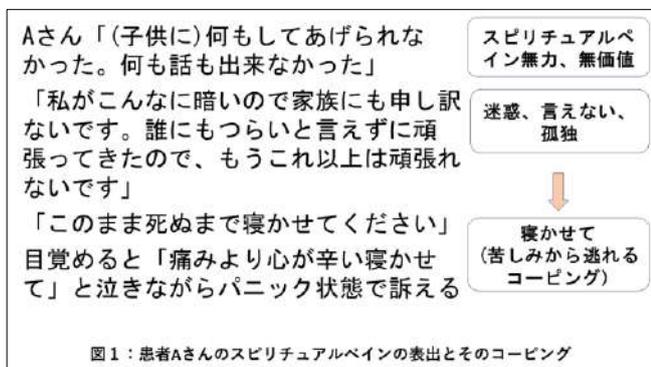
不安定、不安なまま現場に立つことは将来の不確定を生み産科医としての生きる意味、働く意味が揺らぐ時間性のスピリチュアルペインが生じると考えられる。

### 3. 緩和ケア医の苦しみの記述と分析

困難事例を通じて、医師の苦しみの構図を示した。

事例は、終末期がん患者のAさんが、無力・無価値・孤独と言ったスピリチュアルペインで苦しみ、そのコーピングとして「このまま死ぬまで寝かせてください」と切望されたものである。Aさんの悲嘆と切迫した訴えに接した家族も苦しみ、「希望通り寝かせてあげて欲しい」と要望され、持続鎮静が始まった。ところが、いったんAさんが寝ると、家族は「もう少し話せるはずだし、話したいのでは…」と鎮静の中断を希望された。家族の要望で鎮静が中断されて覚醒したAさんは、「つらい、寝かせて下さ

い」と泣きながらパニック状態で訴え、家族も再び鎮静を望まれるという状況の繰り返しとなった。Aさんのスピリチュアルペインとコーピングを図1に、家族のスピリチュアルペインとコーピングを図2に示す。また鎮静の適応として判断が難しい状況にもかかわらず、Aさんや家族に押し切られる形で開始したため、主治医も看護師も鎮静の持続が妥当なのかと悩んだ。患者の訴えがスピリチュアルペインだと認識した主治医はスピリチュアルケアも試みるが、覚醒中のAさんはパニック的に訴えてケア実践が困難なまま、家族の要求に振りまわされる状況が続いてしまった。Aさんとご家族への対応の方針が定まらず、業務にも支障が生じ、看護師同士の意見の相違が顕在化して、それぞれが主治医に「先生、どうかして」と問題解決を求めてきた事例である。看護師のスピリチュアルペインとコーピングを図3に示す。



#### 〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

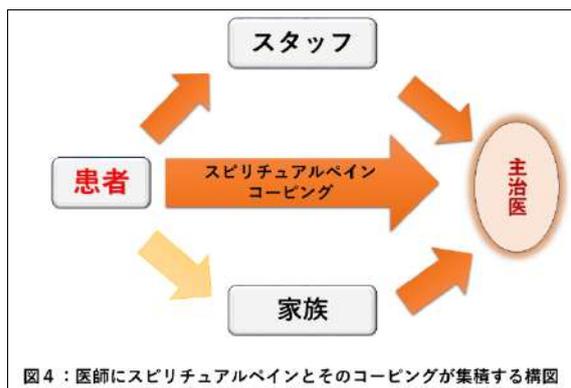
この状況下で、主治医が体験したスピリチュアルペインは次のようにまとめられた。

- ① 自分の行った治療がAさんの苦しみを和らげる援助になっていない。かといってこの先、有効な治療手段がはっきりしていない。キュアだけでなく、ケアも意識して実践しているつもりだが、援助にはならず、自分の能力が低いのでは？と自分を責めるようになった。これらは無力・無価値の自律性のスピリチュアルペインがあった。
- ② Aさんは覚醒し悲嘆にくれ、見ている家族も「寝かせて欲しい」と言われるが、Aさんが寝たら寝たで、「もう少し話せるはずだし、話したいのでは」と覚醒を希望する。そしてAさんは再び、泣きながら「寝かせて欲しい」と訴える繰り返りで、患者や家族の要求に振り回される。主治医としての自律を失う自律性のスピリチュアルペインがあった。
- ③ 病棟看護師は、「患者さんの希望だし、他のケアとなると仕事量が大変だからきちんと寝かせてほしい」という要求と、「覚醒させてケアで対応できるのでは？」という意見に分かれ、主治医である自分にどうにかしてほしいと迫ってくる。主治医自身も援助ができず行き詰っているのに、周囲の医療スタッフにわかってもらえない孤独と孤立という関係性のスピリチュアルペインと、無力・無価値の自律性のスピリチュアルペインがあった。
- ④ これら看護師などの要求や意見を集約し、緩和ケア病棟を統括し、方針を決め、指示をしないといけない主治医(病棟長)という立場なのに、板挟み状態でさらに行き詰る。無力・無価値の自律性のスピリチュアル

ルペインがあった。

- ⑤ この状況下で主治医として見通しも立たず、今行っている行為の意味も失われた時間性のスピリチュアルペインがあった。

主治医は、自分自身のAさんの援助にならない医療行為で苦しむだけでなく、Aさん、家族、さらには医療スタッフのスピリチュアルペインとコーピングが主治医に集積する構図が認められた。(図4) 医師のスピリチュアルペインは看過できない問題である。医師のスピリチュアルペインが放置されることは、医師一人が苦しむだけでなく、患者も家族も、医療スタッフも誰も救われない結末を迎えることを意味するからである。



#### 4. 医師が苦しみを越えた体験の記述と分析

医師がキュアの限界で生じたスピリチュアルペインを乗り越えた事例を検討した。

終末期がん患者Bさんは、キュアの限界で抗がん治療が不可能な状態であった。ところがご家族(夫)の強い希望に押し切られ、主治医が治療の中止が決められないまま、全身状態が低下していた。それでもなお夫は、主治医に対して、「絶対に諦めません。奇跡は起こると信じています。先生も、絶対に諦めな

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

いくださいね！」と言い、そう言われた主治医は、治療がもはや無理だと思いながら、つい「症状の緩和ができて体力が戻れば、抗がん剤を再開しましょう」と答えてしまった。主治医が治療中止を決められず、今後の方針が定まらないため医療ソーシャルワーカーも困り、在宅医から在宅医療の導入を断られ、また緩和ケア病棟への転棟もできずにいた。その中で、Bさんは全身状態の悪化により、再び急性期病棟に入院した。Bさんと夫からは、病院に対して特別な配慮や頻繁な要求があり、病棟業務に支障をきたし、看護師も苦しんでいた。看護師ら医療スタッフの苦しみとコーピングの矛先は主治医に向けられ、「先生、この先どうするんですか？」「もう緩和ですよ、もううち(急性期病棟)じゃないですよ」と訴えてきた。ここでも先の緩和ケア医の困難事例での構図と同じように、Bさん、夫、医療スタッフの行き場のない苦しみとコーピングが主治医に集積する構図が生じていた。

ここで、主治医は自分も苦しみながら、「スタッフも自分を責めているようでいて、実は苦しみが言わせているんだよな」と感じ取っていた。そこで、対話の場が要ると直観的に考えて、病棟カンファランスを企画した。そこでの発言を一部以下に示す。

- ・主治医：「夫に『絶対に諦めません。奇跡は起こると信じています。先生も、絶対に諦めないくださいね！』と迫られ、つい『症状の緩和ができて体力が戻れば、抗がん剤を再開しましょう』と言ってしまった」
- ・看護師：「もう、抗がん剤はできないですよ？」
- ・看護師：「緩和じゃないんですか？先生はど

う説明してるんですか？」

- ・医療ソーシャルワーカー：「介護保険は必要ないと(夫から)言われました。方針が決まっていないため、在宅医にも断われました」
- ・緩和ケア病棟を担当する緩和ケア医：「体力を回復してから治療なんて、私には体力を回復することはできない」
- ・看護師：「患者さんは先生には言わないけど、私たちにはすごいです」

キュアの限界で生じたBさんと夫の苦しみとコーピングで、医療スタッフにも苦しみが生じていたが、その苦しみをカンファランスで語り、お互いが聴くことで、それまで自分の苦しみに向けられていた意識の志向性が、他者の苦しみに転じる現象が起きた。たとえば看護師が「でも、先生もきついんですね」と主治医の苦しみに言及し、緩和ケア病棟の医師もこの事例の問題の本質を見抜き、主治医が苦し紛れに「症状の緩和ができて体力が戻れば、抗がん剤を再開しましょう」と答えてしまったことを責めることなく、それまでかかわりを避けていた夫への説明を主治医同席で行った。それまで主治医に向けられていた医療スタッフのコーピングが、Bさんと夫の自律を支える援助へと転回した。その結果、Bさんと夫は緩和ケア病棟に行くことを選ばれ、間もなく亡くなられた。後日、夫が主治医に会いに来て主治医へ、「ありがとうございました。私が病気になったら先生、診てくださいね」と言われた事例であった。

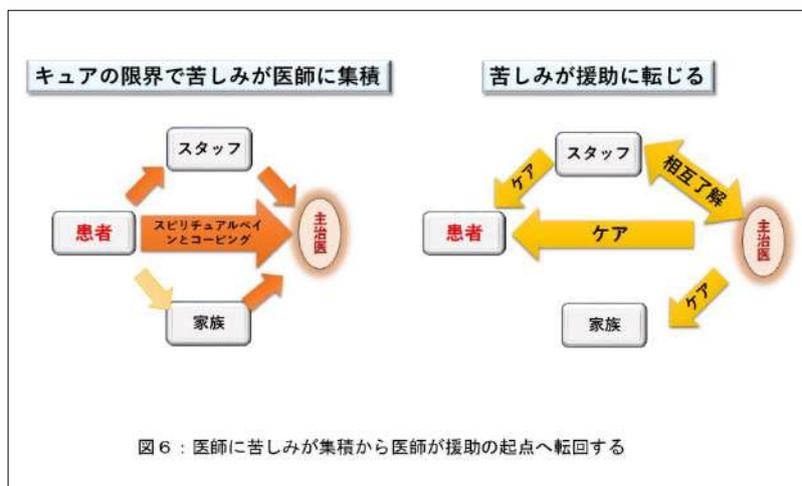
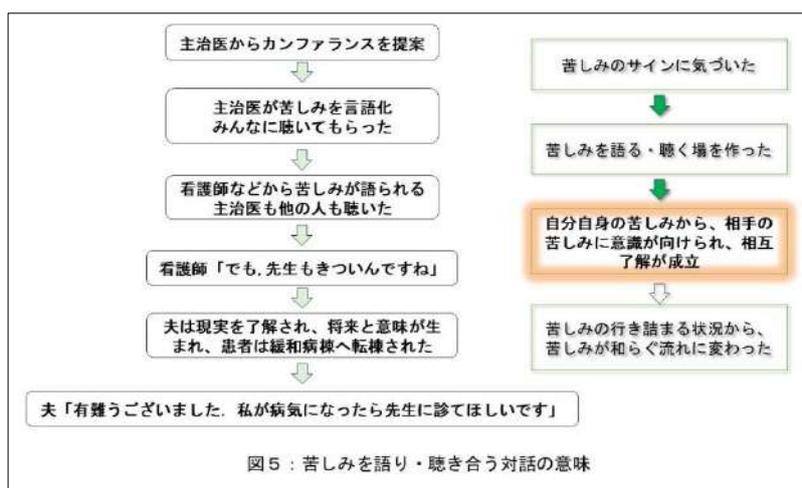
このカンファランスの意味を図5に示す。主治医はスピリチュアルケア研修の修了者で、相手の苦しみを見抜き言語化する訓練を受けていた。そのため、医療スタッフの自分への発言が苦しみのサインであると認識しており、客観的状況は変え難いが、語ることで苦しみが和らぐと考えてカンファランスを企画した。そして、

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

まず主治医が自分の苦しみを素直に赤裸々に語り、それに触発された医療スタッフが次々と自分の苦しみを語り、それを主治医と他の参加者が聴く場となった。苦しみをお互い語り、聴いてもらえたことで、それぞれの苦しみが和らぎ、それまで自分の苦しみに向けられていた意識の志向性が主治医をはじめ想いを語った医療スタッフ、あるいはその場にはいないがBさん、夫の苦しみに向けられ、相互理解が成立したと考えられた。それからはこれまでの行き詰まりとは打って変わって、医療スタッフが協働して苦しみが和らぐ流れに変わった。先に紹介した緩和ケア医の苦しみの行き詰った場面までの紹介だったが、その後の展開があった。

そこでも緩和ケア医は、看護師などが苦しみを語るカンファランスを設定していた。主治医、看護師などがお互いに想いや痛み、限界を語り合い、聴き合うことで、相互理解を経て、患者の援助の方針がまとまった。そして患者Aさんの鎮静を中止し、かつ患者Aさんと家族のケアが実現できた。ここでも現場が行き詰まり、苦しみが主治医に集積したタイミングで、苦しみを語り聴く相互理解が、行き詰まりを突破し、援助の実現をもたらしていた。この現場が行き詰ったタイミングで苦しみの言語化と相互理解というイベントがきっかけで、苦しみが集積する流れから、援助が連鎖する流れに逆転した構図がこの二つの事例で共通していた。これを図6に示す。



〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

## 5. 医師が苦しみを超えていく一つの構造仮説

先ほど産科医の苦しみを報告した医師から、過酷な産科医療で生じる「医師の苦しみをいかに乗り越えたのか？」の問いの答えが示された。答えはシンプルで「スピリチュアルケア研修を受講し、体験を語れる仲間を増やした」であった。そしてスピリチュアルケア研修会の3つの意味付けが示された。

- ① スピリチュアルケアの実践力の習得・・・対人援助・スピリチュアルケアの概念化により、それまで気づけなかったスピリチュアルペインの認識ができるようになる。患者が苦しみを語る意味と、援助者が聴く意味付けができ、スピリチュアルケアの実践力が身につくことで、キュアの限界でも援助ができる将来と自信が生まれる。キュア概念とスキルしか学んでこなかった医師が、キュアの限界でもなお援助が可能となり、援助者としてのアイデンティティが確立できる。
- ② 苦しみ(体験)の言語化ができる・・・研修会場で自分の忘れられない体験に潜在していた苦しみを認識、言語化することで援助者としての自己を言語で振り返られる。つまり、それまで、なにが、なぜ、どのように自分が苦しいのか不明だったのが、対人援助の言語によって体験がクリヤーとなり、自己を取り戻す自律の回復となる。
- ③ 援助の仲間が作れる・・・スピリチュアルケア研修に同僚(医師、助産師・看護師)を紹介することで対人援助・スピリチュアルケアの共通言語で語り、聴く仲間を増やすことができる。共通言語を持つ仲間の援助の関係により自律が支えられ、悩ましい場面でも将来が生まれ、

現場のチーム力がアップする。

これらの意味付けから対人援助・スピリチュアルケア教育は、医師を自己の存在と意味の消滅から救い、医師に将来・他者・自律の回復をもたらしていると解される。これまでの分析をまとめると、対人援助・スピリチュアルケア教育には、スピリチュアルケアの実践力の習得というメインの役割とともに、行き詰った苦しみを援助に逆転する力を医師に与える役割と、困難が予想される事例では援助に行き詰らない医療チームを創造する役割も考えられた。

### 【考察】

この研究は、われわれの知る限り、医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)を患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとの関連から明らかにし、その医師を救う構造仮説を提示した最初の報告である。この研究で最も重要な点は、キュアの限界で生じる患者、家族、スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図が発見されたことである。特に医師自身が患者に何もできない無力・無価値のスピリチュアルペインだけでなく、家族や医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングに翻弄される構図はよりリアルに医師の現実を暴き出せたと考えられる。同時に、医師と医療スタッフが行き詰った苦しみを語り合い、聴き合う場を医師が設定することで、医師、医療スタッフの相互理解が成立し、援助の流れに転じる構図が示されたことである。しかも話し合いの場の設定は偶然ではなく、医師が、患者、家族、医療スタッフの訴えが苦しみのサインであると認識していたことで実現した。さまざまな苦

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

しみが医師に集積するなかで、その状況から医師が逃げ出すことなく、援助の流れを意識的に作り出していた。その医師を支えていたのが、対人援助・スピリチュアルケアの概念であった。患者のスピリチュアルペインをケアする実践力を身につける目的のスピリチュアルケア研修であるが、その学びを生かせば、現場に渦巻く様々な苦しみで行き詰った状況でも、医師が起点となって援助が実現する構造仮説も提示された。これによりバーンアウト研究と医師のスピリチュアルペインを構造解明した先行研究の限界を突破した結果が得られた。

## 1. がん治療医の苦しみの記述と分析

医師は、医学部教育と卒後研修で治すことは学ぶが、治せなくなったときに、どうしたらいいのかを学ぶ機会がない。それはまた、対人援助・スピリチュアルケアの概念もケアのスキルも学ぶ機会がないことも意味し、患者や家族のスピリチュアルペインが認識できず、ケアもできないまま医師は臨床に投入されてきたとも言える。それでも対応しないとイケない医師は、自分の価値観、優しさ、ヒューマニズム、先輩の対応法をまねるなど曖昧なものに頼った対応を強いられている。あるいは、医師が苦しみを避けるコーピングをするケースもあり、医療現場に計り知れない悪影響が考えられた。医学部教育・卒後研修で、医師はコミュニケーションについて学習する機会があるが、それは、診断や治療に必要な情報を収集し伝えるためのコミュニケーションである。よって、反復の技術や沈黙を守ると言ったスキルを駆使して

いても、医師の意識の志向性が情報に向けられてる限り、患者の苦しみは背景に沈む構図にならざるを得ない。つまりスピリチュアルケアの前提である援助の関係にはなりえない。よってこれまでの医師教育では、キュアの限界で患者の援助ができないばかりか、医師のスピリチュアルペインが生じる状況が避けられないと考えられた。

## 2. 産科医に生じる苦しみの記述と分析

また医師の苦しみを別な角度から分析した産科医の体験からは、VUCA(変動性・不確実性・複雑性・曖昧性)の幅が大きい産科の現場に立つ医師のスピリチュアルペインの記述が行われた。日本の産科医療の水準は、先人の努力により世界のトップレベルである。今も多くの研究が行われ、難しかった出産がより安全に、より多くの命が救える時代になっていくであろう。ところが、予見不能な出産時のイベントで不幸な転帰があった場合、皮肉なことに医学が進歩するほど、患者・家族の苦しみがより深く、鋭くなり、現実の受容が困難になり、医師の緊張感が高まると考えられた。言い換えると、医学の進歩がキュアの可能性を広げ、多くの患者が救われるようになる反面、医学の進歩が諦めのつかない“地”となり、キュアの限界で生じる患者・家族のスピリチュアルペインがより深くなると言える。これは産科医に限定されるものではなく、他の診療科においても常に医療には不確実性があることから、程度や頻度の差こそあれ他科の医師にも生じる可能性がある。つまり現在のキュアを中心とした医学が進歩しても苦しみはなくなるならない。そのため、キュアの限界におけるケア

〔総説〕医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

の重要性がより高まっていると考えられた。

### 3. 緩和ケア医の苦しみの記述と分析

次に、緩和ケア医と苦しみを乗り越えた医師の体験からキュアの限界で患者、家族、医療スタッフの苦しみが医師に集積する構図が得られた。順調にキュアができているときは、医師は患者にキュアを行い、医療スタッフに指示を出し、医療スタッフは医療行為が行える。また家族にも状況の説明ができ、家族も治療効果を期待して患者に接することができる。もちろんキュアができているときでもスピリチュアルペインが生じうるが、キュアに没頭することでこれらの苦しみは覆い隠されている。それに対して、キュアの限界では、患者は将来・他者・自律を失いスピリチュアルペインが噴出し、その苦しみへのコーピングをせざるを得ないが、今回の事例のように患者がスピリチュアルペインを避けるコーピングに医療者がキュアで応えても根本のスピリチュアルペインが和らかず、かえって苦しみと混乱が拡大した。つまりキュアの限界でキュア対応をすることは、患者の苦しみを避けるコーピングを支え、根本のスピリチュアルペインが和らぐことはない。そんな苦しみが和らがない患者に接する家族もスタッフも苦しみ、その苦しみへのコーピングは、治療方針の決定とその治療を担う医師へ集積する構図が共通しており、しかも必然的に生じる可能性が考えられた。キュアの限界は今後もある。そのため、行き詰った援助されない苦しみが医師に集積する構図は今後も避けられないと考えた。

### 4. 医師が苦しみを越えた体験の記述と分析

それに対して、苦しみを乗り越えた医師の体験の記述と分析からは、キュアの限界で行き詰った状況で、他科の医師や医療スタッフも自分の苦しみに没入している状況と考えられた。つまり意識の志向性が自分の苦しみに鎖され、自由(自律)を失った状況である。それが苦しみの言語化と他者に聴いてもらうことで、「他者受容<sup>25)</sup>」と「他者を介した自己受容<sup>25)</sup>」が成立し、苦しみの没入から離れ、意識の志向性が他者の苦しみに流動したと考えられた。それが相互理解であり、意味形成をもたらした。言い換えるとキュアの限界、問題解決困難な状況で、医療者同士の苦しみの言語化と相互理解が起きることで、新たな援助の可能性が生まれる構図が考えられた。

### 5. 医師が苦しみを越えていく一つの構造仮説

最後に、医師に対する対人援助・スピリチュアルケア教育の意味がより明確に示された。対人援助・スピリチュアルケア研修会の目的は、援助者が自分の臨床でスピリチュアルケアできるようになるためである。今回の検討で、このタスクに加えて、研修修了した医師が、対人援助・スピリチュアルケアの概念・言語によって、これまでの臨床体験の想起と言語化が促される。それにより、それまで認識できなかった体験に隠された私(自己)を取り戻す機会になる。キュアの世界に鎖されている医師にはキュアの限界設定が難しいが、ケアの世界を知った医師はキュアだけの世界の束縛から自由になり、キュアの限界設定ができるようになる。対人援助・スピリチュアルケア研修のミッションは、キュアの限界

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

を越えた世界の再構成と意味の再配置を医師に与え、援助者として自律・他者・将来の回復をもたらすと考えられた。

## 6. 医師教育への示唆

最後に今回の知見から医師教育について言及したい。

医師の専門性はキュアである。しかし、キュアには限界がある。キュアの限界でも患者の苦しみを和らげるケアができる世界に医師がいることで、キュアがより意味を持ち、自信をもってキュアができると考えられた。それにより、医師が告知の場面で不安にかられ逡巡することも減り、スピリチュアルペインを避けるコーピングをする必要がなくなる。この医師の新たな在り方を問う医師学が今後、必要と考えられた。対人援助・スピリチュアルケア教育は、これまでは関心のある医師が受講してきたが、将来的に医師教育に必須なプログラムのひとつになると考えられた。

### 【結論】

医師のスピリチュアルペインの体験を記述、分析した結果、バーンアウト研究や医師のスピリチュアルペインの先行研究の限界を越え、次の成果が得られた。

・医師は、キュアの限界で様々なスピリチュアルペインを体験し、時にその苦しみを避けるコーピングを無自覚に行っていた。この避けるコーピングは、臨床現場に悪影響をもたらすことがあり、医師のスピリチュアルペインの問題は、看過できない課題と考えられた。この現象が生じる理由の一つは、医学教育で病気を治すことは学ぶが、治せなくなったらどうしたらいいのかを具体的に学ぶ機会がないためと考えられた。

・産科医の苦しみの分析から、医学の進歩により患者にも、産科医にも多大な恩恵がもたらされている反面、正常な出産が当たり前になったことで、稀に不幸な転帰が生じた際の患者、家族のスピリチュアルペインが深まり、現状の受容が困難となり、医師の緊張感が増していた。

・がん治療の現場でも、緩和医療の現場でも、キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図が発見された。

・医師にスピリチュアルペインとコーピングが集積する状況でも、医師が起点となって援助の流れに転じる構図が示された。援助に転じる流れを作り出した医師の気づきと実践は、対人援助・スピリチュアルケア教育によって培われていた。

付記 本稿は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正会員の医師・歯科医9名の研究グループが探究し、その成果を第18回大会（2025年10月、鹿児島市）のパネルディスカッション「医師・歯科医のスピリチュアルペイン」で報告した内容をもとに作成した。

利益相反 著者に申告すべき利益相反はない。

---

〔総説〕 医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインとそのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

---

引用文献：

- 1) Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: Construction of a conceptual framework by philosophical approach. Palliat Support Care. 1, 15-21, 2003
- 2) Maslach C, Jackson SE, Leiter M. Maslach burnout inventory manual (3rd edn). Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, 1996.
- 3) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 52: 397-422, 2001
- 4) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer. 71, 1263-9, 1995
- 5) Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. JAMA. 305, 2009-10, 2011
- 6) Balch CM, Shanafelt TD, Sloan J, et al. Burnout and career satisfaction among surgical oncologists compared with other surgical specialties. Ann Surg Oncol. 18, 16-25, 2011
- 7) Banerjee S, Califano R, Corral J, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. Ann Oncol. 28, 1590-6, 2017
- 8) 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. 16, 421-8, 2007
- 9) Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 136, 358-67, 2002
- 10) Grassi L, Magnani K, Ercolani M. Attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide among Italian primary care physicians. J Pain Symptom Manage. 17, 188-96, 1999
- 11) Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, et al. Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. A survey of physicians, nurses, and social workers. Psychosomatics. 38, 277-87, 1997
- 12) Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. J Clin Oncol. 20, 758-64, 2002
- 13) Shanafelt T, Dyrbye L. Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. J Clin Oncol. 30, 1235-41, 2012
- 14) Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. J Clin Oncol. 32, 678-86, 2014
- 15) Devi S. Doctors in distress. Lancet. 377: 454-5, 2011

---

〔総説〕医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインと  
そのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

- 16) Graham, J, Potts HWW, Ramirez AJ. Stress and burnout in doctors. The Lancet. 360, 1975-6, 2002
- 17) Schernhammer, E.S. G.A. Colditz. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 161, 2295-302, 2004
- 18) 的場康德, 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: 321-9, 2020
- 19) 村田久行(編): 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～. 16, 川島書店, 東京, 2017
- 20) 的場康德. 慢性疼痛患者の生きる意味への援助. ペインクリニック 39, 615-22, 2018
- 21) 村田久行(編): 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～. 16-8, 川島書店, 東京, 2017
- 22) Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal, and coping. New York: Springer, 1984
- 23) 村田久行(編): 苦しみを和らげる認知症ケア. 47, 川島書店, 東京, 2023
- 24) Baldacchino & Drapar. J Adv Nurs 34, 833-841, 2001
- 25) 村田久行、長久栄子(編): シリーズ現象学看護1 せん妄. 27, 日本評論社, 東京, 2014

---

〔総説〕医師の実存的苦痛(スピリチュアルペイン)

～キュアの限界で生じる患者、家族、医療スタッフのスピリチュアルペインと  
そのコーピングが医師に集積する構図とその援助の構造仮説について～

〔研究ノート〕

認知症の人の意思・意向は日常会話に溢れている

～業務を援助に模様替えするひとつの試み～

株式会社 CARE&SONS グループホームよかよかん 川野 真代

はじめに

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念のひとつに「認知症の人が自らの意思で生活できること」が掲げられた<sup>i</sup>。これは、認知症の人が示す意思が日常生活の中でどのように大切にされているかという問いであり、その趣旨は「認知症だからわからない、考えられない、判断できない」などという今なお残る痴呆という＜症状＞に対する見方、考え方を排除し、まずは認知症の人の＜体験＞の語りを純粹に聴くことを大切にするという考えであると言える。認知症の人の体験とは、思い出せない苦しみによって、過去、現在の意味が繋がらず、世界が構成できない不明、不安定、緊張の体験である<sup>ii</sup>。しかし、多くの認知症ケアの現場では、これら認知症の人の不安や緊張の現れを症状として捉え、その症状を抑え、行動を管理し、利用者の暴言・暴力、介護拒否などのリスクを回避することに邁進している。そこには認知症の人が中心と言いながら、介護者の症状対応を中心にした“もどきのケア”によって、認知症の人の意思は蔑ろにされてしまうのではないかと考える。つまり、現場で行われているのは＜症状対応の認知症ケア＞であるため、認知症の人の徘徊、際限のない確認と質問、もの盗られ妄想、帰宅願望、暴言・暴力・介護拒否、せん妄・幻覚と錯覚、抑うつ、不眠・睡眠障害などといった対応困難な行動・心理を認知症の周辺症状と捉え、その＜症状対応＞を中心に組み立てられたケア<sup>iii</sup>であると思われる。

そこで、本研究では、＜業務を援助に模様替えする＞ひとつの試みとして、認知症の人の意思・意向は日常会話に溢れていることを明らかにする。さらに、業務は、介護者がそのときの行為を相手の苦しみを和らげるものと意味づけすることによって、認知症の人が自らの意思で生活できるよう援助し、支える場面に転換できることを示唆する。

【事例：朝の挨拶とバイタルチェック】

認知症の人の意思・意向は日常会話に溢れていることを事例で示す。この取り組みの目的は、認知症の人との良好な信頼関係を構築し、それを維持することで、業務的な関わりの場面であっても、それを認知症の人の語りを促せることでその意思・意向を知ることができる場面に切り替えるためである。

まず、職員は出勤時に今日一日の生活を共にする者として、利用者ひとりひとりと挨拶を交わし、良好な関係をその時ごとに築いた。そうすることで、利用者は自分のことを知った人がいて、その人は自分が困ったときに力になってくれる人であると考え、今いる場所が安全で、安心できる、居心地のいい場所と判断できるようになっていく。結果、職員は利用者

---

〔研究ノート〕 認知症の人の意思・意向は日常会話に溢れている

～業務を援助に模様替えするひとつの試み～

が困った時、語りたい時に「選ばれる援助士」となる。また、援助士は利用者から選ばれる良好な関係を1日維持できるよう努めた。

次に、毎日業務として利用者全員に欠かさず行われるバイタルチェックに着目し、この時に健康管理の一環としてこちらからの気がかりを確認する機会にした。その理由は、多くの在宅や施設・病院では介護者主観の状態報告によって問題行動などの症状を抑えるために大量の薬が処方され、それを服薬した結果、認知症の人が“その人らしさ”から遠のいた人格に変わってってしまう印象をもっていたからである。そうしたことから、利用者に代わり援助士がその認知症の人の主治医へ状態報告を行うためには、症状ではなく利用者の体験を援助士が聴き、その“体験”を代弁しつつ受診を行うことが必須であると考えた。しかしながら、過去と現在の意味が繋がらない認知症の人に、こちら側が必要なときに聞きたいことを訊いても、認知症の人の現在の意思・意向を聞き出すことは難しいので、バイタルチェックをしながら、体のことを問いかけることにした。

具体的には、援助士が「今日の体の調子はどうですか?」「心の調子はどうですか?」と利用者それぞれに問うと、それをきっかけに利用者のご自分の体、心と向き合い、今感じている体と心について語り始めることができる。利用者Aさんは「体?体は自分の体じゃないみたいで残念だ。昔はこんなじゃなかったのにな」と語り、利用者Bさんは「体は何ともない!何ともないけど、心はね、頭はだめだ。すぐ忘れる。忘れっぽくなったから、自分があてにならん。おかしなことをしたり、おかしなことを言ったりしているでしょ?!あんたたちに頼って生きていかないと何をしてくるか、自分で気を付けようと思っているのに、気をつけなきゃってことを忘れてるから、だめだこりゃ」と語られた。たった二つの問いかけからこのような言葉をきくことができ、それは援助士の気がかりと一致していることが多いため、そこから現在の状況を一緒に確認させていただききっかけにした。

上記のような関わり方は認知症の人の看取り期に入っても同じである。出勤時の挨拶も、問いかける内容もいつもと変わらず行った。

#### 【事例：看取り期のCさんとのバイタルチェック】

次に、看取り期のCさんとのバイタルチェック時の会話を報告する。

訪問時の状況(8時30分)：Cさんは肺炎を患い入院していた。退院できたが、食欲がない状態が2週間近く続いており、体重減少、微熱、傾眠など明らかに衰弱した状態になってきているため主治医より再入院を勧められている状態である。

Cさんは朝食後リクライニングに乗って、食堂で目をとじている。(D：援助士)

D1:Cさん(フルネームで)おはようございます。

C1:(パッと目を開き、手を振りながら)おはよう。おはよう。

D2:今日の調子はどうですか?

C2:(うなだれるように下を向いてから、小さく顔を横に振る)

D3:調子がよくないのですね。

C3:(頷く)

---

〔研究ノート〕認知症の人の意思・意向は日常会話に溢れている  
～業務を援助に模様替えするひとつの試み～

D4:体の調子がよくないのですか？

C4: (問いかけを遮るように、大きく頷く)

D5:体の調子がよくないのですね。

D6:心の調子はどうですか？

C5:いいです。(顔を持ち上げ、ニッコリ)

D7:心の調子はいいのですね。

D8:体の調子は、どう悪いとかありますか？

C6:だるいです。きつい。

D9:体がだるくて、きついから、体の調子が悪いと感じているのですね。体の調が悪いと、ご飯もあんまり食べられないですね。

C7:はい。食べたくない。

D10:食べられないのではなく、食べたくない。のですね。Cさんの体のことを、少しお伝えしてもいいですか？

C8: (こちらを見て頷く)

D11:Cさんが仰るように今あまりご飯を食べていないので、Cさんの体は栄養失調に近い状態です。

C9: (頷く)

D12:なので、この状態が続けば命に関わってきます。そうならないためには、点滴をして口からでは足りない栄養を入れて元気にする方法と、元気になるまで入院する方法です。Cさんは、どっちかやってみたい方法がありますか？

C10:いいえ。しない。(きつく目を閉じ、手を合わせる)

D13:点滴も入院もしたくはないのですね。

C11:はい。しません。したくありません。

D14:点滴も入院もしないということは、先ほどもお伝えしましたが、命に関わりますが。

C12:そう。そうです。何もしたくない。どこも、もう行きません。ここでいいです。お願いします。(改めて、手を合わせる)

D15:Cさんは、何もしたくない。どこにも行かずここでお願いしたいのですね。先生は、入院を勧めていますが、お断りした方がいいのですね。

C13:はい。しません。行きません。

D16:入院はしないし、病院には行かないのですね。分かりました。Cさんの代わりに、私が、先生と息子さんへCさんの気持ちをお伝えしますね。

C14:はい。お願いします。ありがと。ありがとう、お願いします。(援助士の目を見て軽く微笑み、手を合わせる)

#### 【倫理的配慮】

本事例においてプライバシー保護に配慮し、利用者が特定されないよう留意した。

【結果・考察】

Cさんは、援助士から自分の病気の状態を伝えられ、加えてCさん自身が体験している違和感、不快感、疑問それと一致したとき初めて「病院に行ってみようかな」「もう、何もしたくない」などと治療やこれからの生活についての意思を具体的に語られ、それが‘私は、こういう風にこれからの生活を送っていきたい’に変わっていった。そして、最後は、それを聴いてくれた、わかってくれた援助士に「あんたに話してよかった。自分が伝えたい時には、もう忘れてしまっているから代わりに伝えてほしい」と語られた。このように援助士の支えによってCさんの自律が回復したとき、Cさんは信頼できる援助士に将来を託されたのである。それは日常の関わりの中で<選ばれる援助士>として、意識の志向性をCさんの苦しみ、体験に向け続けるよう努め、信頼の関係を築き続けた結果であったと考えられる。つまり、日常の業務である朝の挨拶においても、そのとき援助士が業務に向けられていた意識を利用者の苦しみ、体験に切り替えることによって、業務として行われてきたことを<援助に模様替え>することができるのである。このことから、今後の研究において、他の業務においても同じような援助への模様替えの可能性が示唆されるのである。

---

i 共生社会の実現を推進するための認知症基本法について 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会（107回）資料4

ii 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，p.41

iii 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，p.7

〔研究ノート〕

## 動物に対して自律を促す関係

### ～援助的コミュニケーションの可能性～

所属：(公財)横浜市緑の協会よこはま動物園 氏名：山口進也

#### I. はじめに

動物園での動物飼育の方法は再考すべきことが多いと考えている。動物に対して自律を促す関係を成立させるためには、動物にとって飼育員がどのように現れているかが重要になる。具体的には飼育員と動物が身体的に直接触れ合うときや飼育員が動物に声をかけるとき、飼育員が動物を近くで観察しているときなど、飼育員と動物それぞれがお互いに意識を向け合って接するとき動物個々の種としての性質や1頭1頭の性格、あるいは立場(警戒心が強い、群れのリーダーなど)に起因する行動(動物の意識の志向性)、それに合わせた接し方によって飼育員が信頼感を与えてくれる存在なのか、あるいは動物の意識の志向性を考えずに業務遂行に意識を向けて行動している存在なのかを、飼育員が自覚しているかが重要になる。なぜなら、動物に信頼感を与えられない場合、あるいは飼育員が動物の意識の志向性を考えずに業務遂行に意識を向けて行動している場合、動物は飼育員を警戒し、ときに反抗的な行動を取り、飼育員と動物の関係を悪化させる可能性がある<sup>1)</sup>。それは動物の自律を阻害するだけでなく、飼育員の自律をも妨げるからである。これは飼育員が動物に対して自律を促す関係になっていないから生じることと考えられる。それゆえ本研究の目的は、動物に信頼感を与えられる飼育員こそ、自分が飼育する動物に対し自律を促す関係を成立させることができるということを明らかにすることである。そしてそれには、援助的コミュニケーション<sup>2)</sup>が動物に対しても有効であることを示唆したい。

#### 飼育員の動物に対する姿勢

動物園の多くの飼育員は、動物を適切に飼育するにはその動物、つまりその個体をよく知る必要があると考え、時間を見つけては自分の担当動物をよく観察するようにしている(多くはそのように教えられてきた)。担当動物をよく知り、住環境や与えるエサなどの環境要素を含めたその動物との関わり方を決める場合は可能な限り動物の種としての特性や個体の意識の志向性に起因した行動を飼育員が意識し、それに合わせようと考え、その際、観ているのは表情や行動はもちろん、エサの好き嫌いや落ち着く場所、嫌がることは何なのか、排泄をどこですて、排泄物の状態はどうか、群れで飼育している場合は個体間の関係はどうかなどさまざまである。対象を観て得られた情報を元に動物の性格や行動特性に飼育環境や関わり方を合わせるように、好きなことを優先させて嫌がることをしないよう

に心がけているのである。しかしこのような飼育員の動物に対する姿勢を、例えば人間の子育ての場合に当てはめると、親（飼育員）が子（動物）の欲求を先回りしていろいろとその欲求を満たすべく先取りをして手を打っているようにも見え、これは人間の親子の場合、過保護のようになってしまう。そしてそれは動物の場合も自律を促す関係とは言い難いところがあるように思える。他方、動物とは言葉によるコミュニケーションを図れないことを考慮すると、人間の子育ての場合と違って、言葉なしにどのようにして対象の動物の自律を促すことができるのか、その行動や表情で動物の意識の志向性をどのように判断するのがよいのか、不明なことが多いのが現状である。

### 動物の自律を促すということ

現在はチンパンジーを担当している飼育員として、チンパンジーはより人に近い動物ということで「自律を促す関係」ということが想像しやすいであろう。具体的な例をあげると、“待つ”ということがある。動物との関係において、自律を促すために何よりも大切なのは“待つ”ことだと認識している。例えば、チンパンジーは移動を促すときに動かなくなることもあり、その理由がわからないことがよくある。移動先にいつも置いていないものが置いてあり、それを嫌がっているなど明確な理由がわかる場合もあるが、それだけでなく、その個体が過去に経験した嫌なことを想起して動かなくなる、群れの中でトラブルがあり、不安な感情が募って動かなくなるなど、こちらの目に見えない理由で動かなくなることもあると考えられる。そのようなときは“待つ”ことで動物自身が自分の感情と向き合い納得することを支えられる、つまり自律を促すことができるのではと考えられる。実際に、動かなくなっただけからしばらく待っていると自ら動き出すのである。

もうひとつの例として、エサを与えるときは直接手渡しで与えているが、その渡し方でも、飼育員が先に示した行動に対してチンパンジーの反応を促す場合と異なり、チンパンジーの意思にもとづいた行動を待って飼育員がそれを支持する反応を示す場合は、チンパンジーが示した意思を飼育員が支持する形となり、それがチンパンジーの自律を促すことに繋がると考え実践している。それはチンパンジー自身がエサを要求して手を出してからエサを渡すということで、こちらが先にエサを差し出し受け取ってもらうのではなく、チンパンジーが手を出してくるのを待つのである。ちょっとした違いではあるが、自律を促すという視点においては大きな違いだと認識している。

### 援助的コミュニケーション：動物の行動（サイン）をメッセージとして受け取り、そのメッセージを支持する反応を返すこと

動物園では、その動物種に合った環境要素が整っていなかったり、飼育員の意識が業務遂行に向けられ、効率と安全管理しか考えず動物1頭1頭の自律が尊重されないといった

---

〔研究ノート〕動物に対して自律を促す関係 ～援助的コミュニケーションの可能性～

動物にとってストレスの多い環境下にあると、動物はその動物種では本来見られないような異常行動を発現することがある。これは動物自身がストレスに対するコーピングを行っていると思えることもでき、そのような異常行動の発現を予防するためにも、環境要素を整えることや、援助的コミュニケーションによる自律を促す信頼の関係がとても重要になってくると考えられる。

このように飼育員が、動物の意思にもとづいた行動（サイン）をメッセージとして受け取り、そのメッセージを支持する反応を返すことが動物に信頼感を与え、動物に対し自律を促す関係を成立させることができる関わりであると示すことができる。これが、動物が自律を促されてストレスのない環境で過ごせる大事なポイントになるのである。

## II. 研究目的

本研究の目的は、動物園の飼育員が援助的コミュニケーションを用いて動物の意思にもとづいた行動（サイン）をメッセージとして受け取り、そのメッセージを支持する反応を返すことが動物に信頼感を与え、動物に対して自律を促す関係を成立させることができる関わりであると示すことである。それによって動物はストレスの少ない状態を維持することができ、動物に対しても援助的コミュニケーションがその自律を促すことに有効であると示唆されるのである。

## III. 研究方法

### 参与観察

援助的コミュニケーションを意識した担当飼育員が動物との関わりを参与観察し、飼育員本人の意識の志向性と行動およびそれに応じた動物の反応や行動を詳細に記述する。そして蓄積された記述データを今後分析し、どのように動物の自律が促されているかを明らかにする。

---

## 文献

- 1) Geoff Hosey, Vicky Melfi, Sheila Pankhurst: Zoo animals : Behavior, Management, and Welfare. 動物園学 (村田浩一・楠田哲士監訳), 498-499, 文永堂出版, 東京, 2011
- 2) 村田久行: 援助者の援助-支持的スーパービジョンの理論と実際-. 47-52, 川島書店, 東京, 2010

【事例報告】

「苦しみ」を抱える新人看護師への支援を通しての気づき  
～看護部教育主任の立場から～

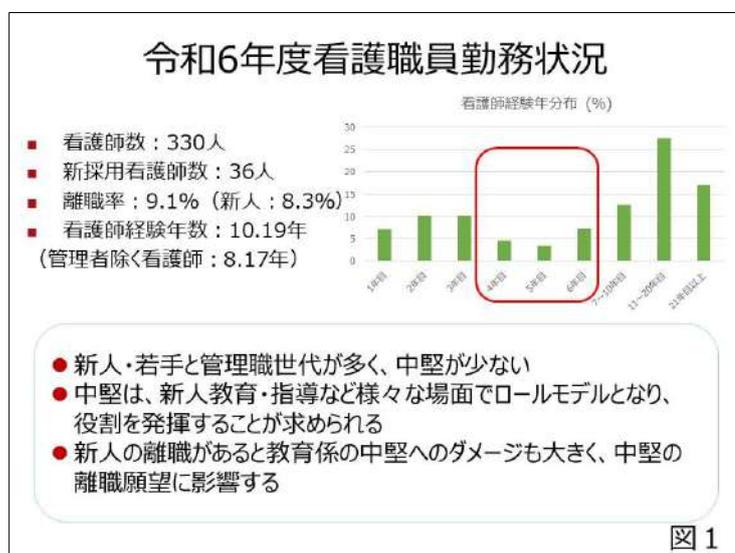
福岡大学筑紫病院 看護師 村田 祐美子

【背景・目的】

医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まりなど国民のニーズが変化する中で、医療現場は複数の課題を抱えており、安全管理や経営面への対応、業務の効率化が優先される結果、看護師は業務に追われ、十分なケアを提供する時間や余裕が希薄になりかねない状況がある。新人看護師の高い離職率は問題とされ、要因として、臨床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で修得する看護実践能力との乖離が指摘されていた。そのため、厚生労働省は「新人看護職員研修 ガイドライン【改訂版】」<sup>1)</sup>を制定し、看護は生涯に渡り研鑽されるべきものであるとし、新人看護職員を支えるためには、周囲のスタッフだけではなく、全職員が新人看護職員に関心を持ち、皆で育てる組織文化の重要性を提示した。しかし、さらなる医療の高度化、入院期間の短縮により看護の質や量、領域や幅はさらに広がり、新人看護師のコミュニケーション能力の未熟さや自己肯定感の低さからも、この乖離は年々大きくなっている現状がある。

当院は、許可病床数 300 床で大学病院と地域医療支援病院としての役割を担っている。治療や検査目的での入院が大半を占めるが、救急告示病院でもあるため、緊急入院も多い。治療後には数日で退院し、継続した治療やリハビリが必要な場合には、転院となることがほとんどであり、平均在院日数 8.8 日、病棟稼働率は 84.4%の急性期の病院である。看護師数 330 人、新採用者数 36 人で、新人看護師が約 10%を占めている。看護師経験年数は 10.19 年(管理者を除く看護師の経験年数は 8.17 年)、離職率は 9.1%で、新人・若手と管理職世代が多く、中堅が少なくなっている(図1)。

これは、指導した新人がやっと一人前になったところで離職しているからである。指導した看護師の離職は、教育を担当した看護師(教育担当者、実地指導者)にも影響する。とくに熱心に教育する中堅看護師であればあるほど新人の離職による精神的ダメージも大き



く、その結果、ロールモデルとなる中堅看護師の離職を招き、慢性的な人手不足と看護の質に影響している現状がある。このように新人も指導する看護師も不安定な状態であり、そのような看護師へ関わるのが教育担当主任である私の役割である。教育担当主任は、教育担当副看護部長を補佐しながら、看護部全体の現任教育の充実と、主に新人・新任看護師に対する研修等による集合教育と日常の業務の中での現場教育の橋渡し役として、新人の職場定着への支援も行っている（図2）。

今回、メンタルヘルスの不調により休職した新人看護師（以下、Aさんとする）の復職後の定着支援へ向けて関わり、Aさんの自律の回復を支援することができた。この関わりを対人援助論、三次元存在論<sup>2)</sup>などを用いて振り返り、今後の新人教育や支援への示唆を得ることを目的とする。

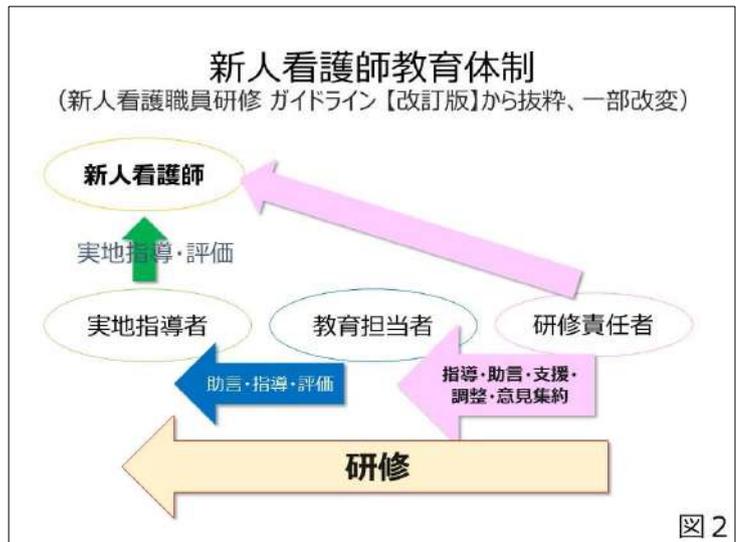


図2

### 【用語の定義】

新人看護師：免許取得後に初めて就労する看護職員のことである。自立して個人の今後の目標を定め、主体的に研修に参加することが期待される<sup>1)</sup>。

### 【Aさんの情報】

新人看護師Aさんは看護大学を卒業し、当院へ就職後、4診療科の混合病棟へ配属され、6か月後にメンタルヘルスの不調により休職。2か月後に復職し、看護部所属へ変更となった。Aさんは就業開始間もないときから、病棟師長へ「つらい」と訴えており、病棟の管理職などが対応していた。

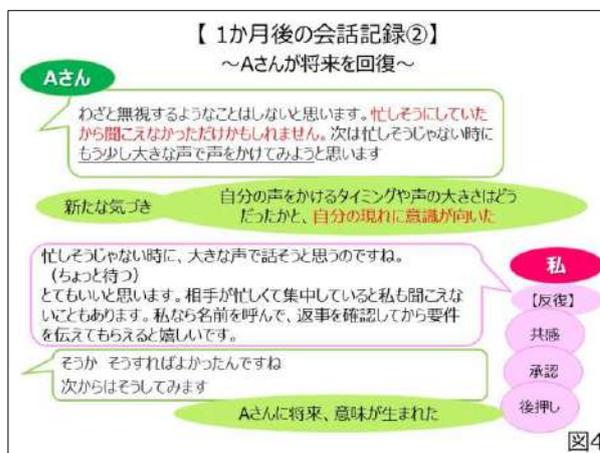
### 【実践結果】

Aさんが復職後に看護部所属となり関わりを開始した。復職後、1週間から1カ月は、表情も暗く、笑顔もあまりない状況で、「体調はどう？」や「今日はどうだった？」など何を尋ねても「大丈夫です。」という返答のみで、目線も合わない日が続いた。私は、Aさんがまた休職したり、離職したりすることがないようにどうにかしなければいけないと焦りや悩みを感じていた。しかし、励ましやねぎらいは逆効果であることを学んでいたため、暗い表情や笑顔がないということを苦しみのサインと考え、このサインをメッセージとして受

け取り、「今日は表情が少し優れない気がして心配しています。」「いつでも必要な時は話を聞かせてください」などと言語化して返す、援助的コミュニケーション<sup>3)</sup>を意識して対応した。

1か月ほどたったころ、Aさんが「自分が声をかけても返事をしてもらえません」というので、私は「自分が声をかけても返事をしてもらえないって思うのですね」と反復し、ちょっと待つ対応をすると、Aさんは「今ならいいかなと思って話しかけるのですが、返事をしてもらえないことがあります。」と答えた。私は「今ならいいかなと思って話しかけるのですが、返事をしてもらえないことがあるんですね」と反復し、ちょっと待つという対応をした。Aさんは同じような内容を数日繰り返し、私は、反復してちょっと待つという対応を続けた。しかしAさんは自分を振り返ったりする様子がなかったため、「返事をしてもらえないのは何ででしょう？…わざと返事をしないみたいでした？」と、その時の状況を想起できるよう問いかけた。Aさんはすぐに「わざとだと思いません。聞こえなかっただけかもしれません。」という新たな気づきを言葉にした。私が「わざとではない、聞こえなかっただけかもしれないと思うのですね」と反復してちょっと待つという対応をしたところ、Aさんは「わざと無視するようなことはしないと思います。忙しそうにしていたから聞こえなかっただけかもしれません。次は忙しそうじゃない時にもう少し大きな声で声をかけてみようと思います」と新たな気づきと、自分の声をかけるタイミングや声の大きさはどうだったかという自分の現れに意識が向いた。私は「忙しそうじゃない時に、大きな声で話そうと思うのですね。」と反復しちょっと待った後、ここで承認、後押しをした方がいいと思ったため、「とてもいいと思います。相手が忙しくて集中していると私も聞こえないこともあります。私なら名前を呼んで、返事を確認してから要件を伝えてもらえると嬉しいです。」と伝え、提案ではなく相手の体験に意識を向けてもらえるようなエピソードを伝えた。その結果「そうか、そうすればよかったですね。次からはそうしてみます。」と、Aさんに将来・意味が生まれた(図3, 4)。

Aさんとの会話後はAさんの許可を得て話した内容を部署師長へ伝え、Aさんが感じて



いることを伝えると共に、Aさんが感じていることが実際にあるのか確認した。すると、Aさんと部署師長・スタッフとの間に、認識のずれがあると気づいた。互いに情報共有すると相互理解がすすみ、相手の気がかりを気遣う関係になることをねらい、お互いの状況を伝えたが期待通りにはならなかった。

その後 Aさんは「検査後に患者さんを病室に移送しているときに部屋番号を患者さんに尋ねていたら、他のスタッフに『何で患者さんに聞いているの』と指導されました。私は間違わないように確認をしようと思ったのですが、ダメなんですか。」というので、私は「間違わないように確認したのですね。」と反復し、「私はAさんの行動はダメではないと思います。」と承認、後押しした。Aさんは「他にも、家に帰っても、あれでよかったのかと考えて眠れない。涙が自然と出てきてしまいます。」という自律性のスピリチュアルペイン<sup>4)</sup>を表出しはじめた。私は「家に帰ってもよかったのかと考えて、眠れずに涙が自然と出てくるのですね。」と反復しちょっと待ち、「先ほど話してくれたAさんの行動は、正しく部屋を間違わずに移送するため、患者さんが安心して入院生活を送るための立派な看護だと思います。」と承認した。さらに「送り届けた後の患者さんの反応はどうでしたか?」とAさんの想起を促すと、Aさんは場面を思い出すことで、「ありがとうと笑顔でした。良かったんですね。」と患者の反応に意識が向き、看護ができていたことに気づくことができた。私は「ありがとうと笑顔だったんですね。」と反復し、「絶対良かったですよ。素敵な看護ができていますね。」と承認、後押しをした。Aさんはとても嬉しそうで、満足げな表情をしていた(図5, 6)。

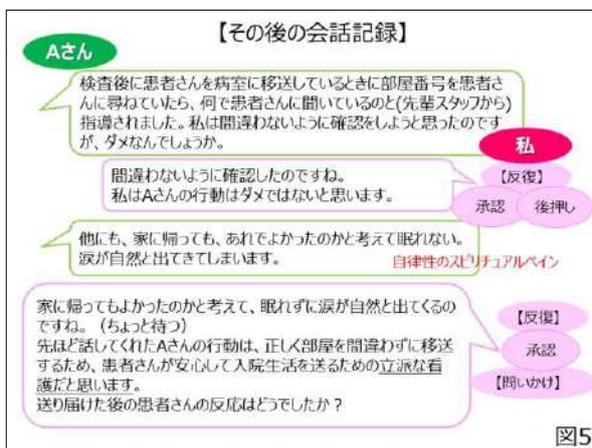


図5

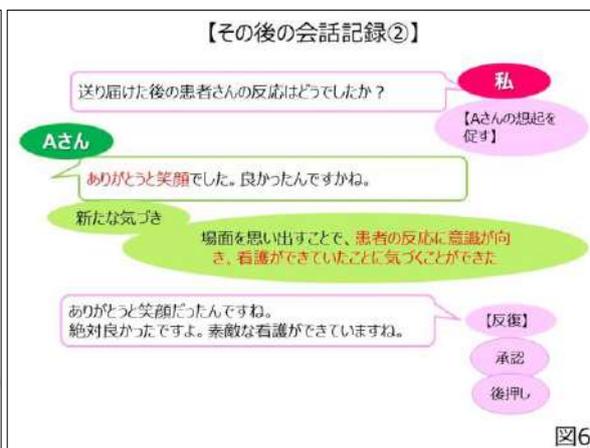


図6

その後 Aさんは「今日は患者さんにありがとうと言ってもらえました。」「できないことが沢山あるので、先輩に助けてもらってばかりです。」と笑顔で話をするようになり、主体性、自律性を回復して、積極的に看護にかかわるようになった。

【考察】

苦しみの構造は、「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ということが明らかになる。」<sup>5)</sup>とされている。Aさんの苦しみの構造における客観的状況は「看護ができない」と言うことが、「声をかけても返事をしてもらえない」「自分の居場所がない」「家に帰っても、あれでよかったのかと涙が出る」という言葉に代表され、それに対し、「看護をしたい」「患者と話すことは好き」「ここで看護師として生きたい・働きたい」というAさんの主観的な想い・願い・価値観との間にずれが生じていると考えた(図7)。

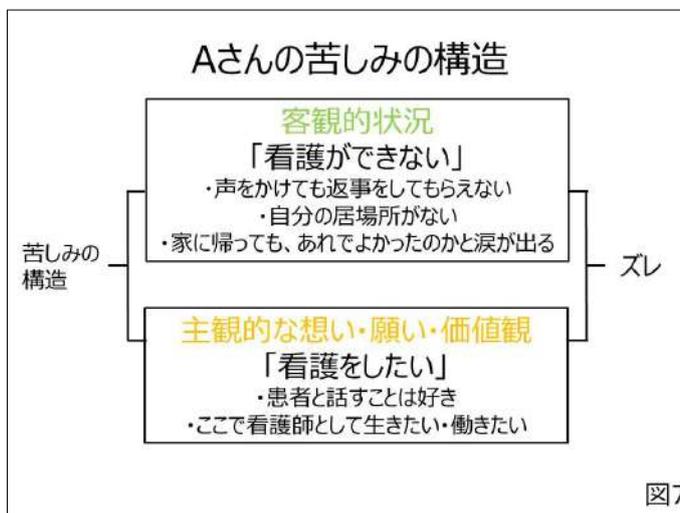


図7

Aさんの話を聞き、「看護ができない」という客観的状況を引き起こしているものは何かを考えた。一つ目に、Aさんの意識の志向性<sup>6)</sup>が周囲の人や環境にばかり向いていることである。これに対し、Aさんの振り返り・気づき・成長には、自分の体験に意識が向くことが必要であると考え、援助的コミュニケーションで対応することができた。二つ目にAさんが思っていること、感じていることが現場にとって事実かということである。部署師長の協力を得て、事実かどうかを確認する必要があると考えた。三つ目に、周囲の人や環境が改善すると苦しみはなくなるのかということである。これに対して、Aさん自身が「看護ができた」という実感が伴わなければ、苦しみはなくならないと考え、Aさんの自分の体験の振り返りを支える援助的コミュニケーションで対応した上で、教育・指導を行った(図8)。

その結果、Aさんは「今日は患者さんにありがとうございました。」  
「できないことが沢山あるので、先輩に助けてもらってばかりです。」と、その日にあった出来事や今の自分の思いについて笑顔で話すようになった。Aさんはそれまでの居場所のなさ、無能、無価値といったスピリチュアルペインが和らぎ、他者と自律の回復を通じて、将来が生まれたと考える。

新人看護師の教育体制において、通

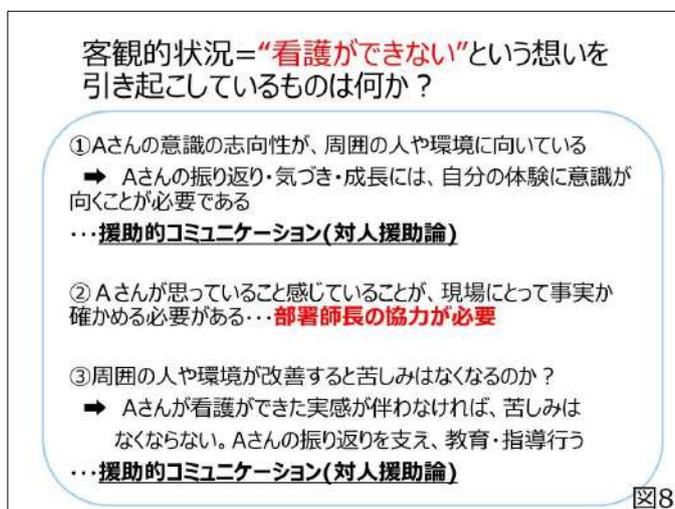
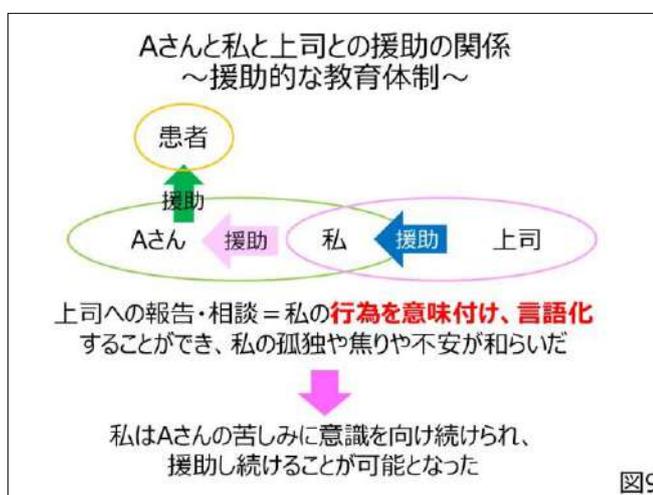


図8

常、指導担当者の意識の焦点は“臨床実践”・“指導”に向けられるため、新人看護師・指導者の苦しみを和らげる援助が生まれにくい状況がある。さらに、私のその意識の志向性から見ると、実地指導者や教育担当者の A さんにかかわる痛みも背景に沈むため、私が実地指導者や教育担当者への援助が生まれにくい構造がある。今回は、A さんと私と援助の関係が成立したことで、A さんへの援助的な教育体制が構築できた。この関係により、A さんが患者さんに援助を、私が A さんに援助をできたと考える。A さんとの関わりの中で、A さんの主観的想い・願い・価値観が変わるのを支えるケアだけでなく、客観的状況を変えようと部署師長へ働きかける形でケアを試みたが、一番効果があったのは A さんへのケアであった。

また、私自身 A さんとの関わりにおいて不安や焦りを抱えていたが、A さんの苦しみに意識を向け続けられ、援助し続けることができた。これは上司への報告・相談が、私の行為を意味付け、言語化する機会となったこと、上司が私の A さんへの関わりを否定せず、聞いてくれたことで、私の孤独や焦りや不安が和らぎ、考えが整う機会になったと考える (図 9)。



これは、私が上司に報告するときに、上司は私に管理的、教育的に対応するのではなく、私の語りを支える共感的態度で接してもらえたことで、ちょうど支持的スーパービジョン (援助者の援助) <sup>7)</sup> に似た状況だったと考えられた。

今回の関わりを通して、重要と考えるのは、私の意識の志向性が A さんの痛みか、A さんが目指す看護職員像かということである。意識の志向性が A さんの痛みに向けられると、A さんは自律や他者や将来を失ったスピリチュアルペインで苦しんでいる新人として現れる。その結果、スピリチュアルケアが先行し、援助的コミュニケーションで語りを促し、A さんは自律・他者・将来を回復するという援助の関係となり得る。一方で、意識の志向性が目指すべき看護職員像に向けられると、A さんが未熟・不足・不十分な教育対象として現れ、あるべき姿に変えようと指導・評価・説明するため、A さんの痛みが背景に沈み、ますます自律を失う、管理の関係になってしまうと考える (図 10)。

私は上司に支えられ、援助の関係であり続けることが出来たが、部署師長やスタッフと A さんは管理の関係になりやすい状況にあった。これは、部署師長やスタッフが A さんに早く成長してほしいという思いや成長してくれないと困るという焦り、復職したばかりの A

さんにどう関わったらよいかという関わり方の難しさなど様々な苦しみを抱えており、Aさんの苦しみに意識を向けることが難しかったためと考える。

今回の事例において、私は新人への援助しかできなかった。しかし、事例を通し、復職する新人を支援する部署では支援するスタッフも苦しみを抱えていることが明らかとなった。今後は、新人への関わりだけでなく、新人を支援するスタッフへの援助も視野に入れておくことが必要であると考えます。

**私の意識の志向性(焦点)がその後を決める**  
～“痛み”か、“目指す看護職員像”か～

◆意識の志向性(焦点)が、Aさんの苦しみに向けられると、Aさんは自律や他者や将来を失ったスピリチュアルペインで苦しんでいる新人として現れる⇒スピリチュアルケアが先行⇒援助的コミュニケーションで語りを促し、Aさんは自律・他者・将来を回復する

=<援助の関係>

◆意識の志向性(焦点)が、目指すべき看護職員像に向けられると、Aさんが未熟・不足・不十分な教育対象として現れる⇒あるべき姿に変えようと指導・評価・説明する。Aさんの痛みが背景に沈み、ますます自律を失う

=<管理の関係>

図10

**【まとめ】**

1. 本事例において、私が援助的コミュニケーションで対応することで、Aさんの意識の志向性(焦点)が周囲の問題から、自分や患者の体験に向くようになり、Aさんの気づきや内省を促し、援助と成長になった。
2. 私の意識の志向性(焦点)がAさんの苦しみに向け続けられたことで、援助し続けることができた。
3. 今回はAさんの周囲の環境や人間関係への働きかけ・情報共有(キュア)だけでは、うまくいかなかった。その理由として、病棟管理者もスタッフも、日々の業務に追われ、苦しんでおり、Aさんの苦しみに意識が向けられない構図が考えられた。

**【おわりに】**

医療の高度化や入院期間の短縮、看護の質や量、領域や幅が広がり、看護師に求められることも複雑化、多様化する中で、新人看護師のコミュニケーション能力の未熟さや自己肯定感の低さにより、新人は苦しみを抱えることとなる。しかし、新人を支援するスタッフも、意識の志向性が“臨床実践”・“指導”に向けられることにより、多くの苦しみを抱えることとなる。私は管理者として、それぞれの意識の志向性がどこを向いているか、苦しみの構造がどのようになっているかを考えながら相手の主観的な思い・願い・価値観を知り、援助を続け、あるべき看護師像に向かって互いに成長していきたい。

付記 本稿は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18回大会(2025年10月、鹿児島市)で発表したものに若干の文献を追加して作成した。

著者の申告すべき利益相反なし

事例報告:「痛み」を抱える新人看護師への援助を通しての気づき ～看護部教育主任の立場から～

---

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン(本文) 【改訂版】. [https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf) (参照 2025 年 2 月 6 日)
- 2) 村田久行, 長久栄子：シリーズ現象学看護 1 せん妄. 13-50, 日本評論社, 東京, 2014
- 3) 村田久行, 長久栄子：シリーズ現象学看護 1 せん妄. 20-29, 日本評論社, 東京, 2014
- 4) 村田久行, 長久栄子：シリーズ現象学看護 1 せん妄. 38, 日本評論社, 東京, 2014
- 5) 村田久行, 長久栄子：シリーズ現象学看護 1 せん妄. 15-16, 日本評論社, 東京, 2014
- 6) 村田久行, 長久栄子：シリーズ現象学看護 1 せん妄. 34-35, 日本評論社, 東京, 2014
- 7) 村田久行：援助者の援助 支持的スーパービジョンの理論と実際. 5, 川島書店, 東京, 2010

[事例報告]

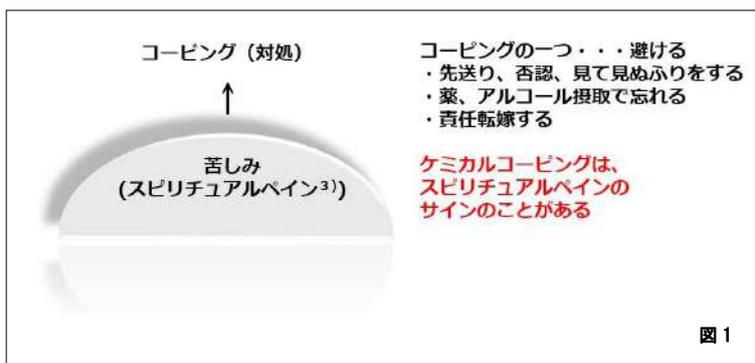
## ケミカルコーピングに潜在するスピリチュアルペインとそのケア

山崎由香<sup>1)</sup> 長久栄子<sup>2)</sup> 的場康徳<sup>3)</sup>

1) 金沢古府記念病院 2) 真生会富山病院 3) 鹿児島大学大学院 消化器外科学

【はじめに】

がん患者のケミカルコーピングとは「がん患者がオピオイド鎮痛薬を身体的な痛みを緩和する目的ではなく、精神的苦痛やスピリチュアルな苦痛を緩和する目的で使用すること」とされ、オピオイド鎮痛薬の乱用、依存につながる初期段階であると考えられている<sup>1)</sup>。私たちは苦しみに対して何らかのコーピングをする。コーピングとは、自分の力だけではどうすることもできないと思える特定の環境からの強制と自分自身の内部からの強制に対して、それを適切に処理しコントロールしようとする認知と行動の努力であると定義されている<sup>2)</sup>。例えば、授業中に先生から当てられそうになって嫌だなと思ったら下を向いて目をそらす、これは、苦しみに対するコーピングである。逆に、自分の技術が足りないと思ったら、教科書を買って一から学び直す、これも一つのコーピングである。苦しみを避けたりすることもあれば、正面から向かって問題を解決したりと苦しみに対して何らかのコーピングをする。また、家を片付けなければいけないが、まだ大丈夫と先送りしたり、病気が見つかったら何かの間違いだと否認するのも苦しみに対する一つのコーピングかもしれない。日常生活では何とかなんとしのいだり、やり過ぎたりできることもあるが、自分の存在が危機にさらされるような苦しみに直面したとき、根本にある苦しみが解決しない限り一時しのぎのコーピングを繰り返さなければならないことがある。そのような場合に薬を使用するのがケミカルコーピングである。そのため、ケミカルコーピングはスピリチュアルペインのサインである場合がある(図1)。



今回、ケミカルコーピングを繰り返す患者に、継続的なスピリチュアルケアを行うことでケミカルコーピングがなくなる事例を経験したので報告する。

【目的】

ケミカルコーピングを繰り返す患者の苦しみとコーピングの体験を明らかにすることに

より、苦しみを和らげる援助を考察する。

**【方法】**

カルテ記録から患者の言動を抽出し、3次元存在論<sup>3)</sup>などを用いて記述し分析する。

**【倫理的配慮】**

本発表にあたり、ご遺族に当研究の意義、目的と患者の匿名化および個人情報の保護について説明し、書面にて同意を得た。

**【事例】**

Aさん、60代男性、終末期がん患者。がん性疼痛に医療用麻薬を含む鎮痛薬で緩和していた。

長年、家業を共にし、Aさんにとって大切な存在である内縁の妻と二人暮らしであった。ところが妻は持病の肝硬変が悪化し、回復が見込めない状態だった。そのため、Aさんは自分の体以上に妻の病気を気かけ、特定の医療者には自律や将来の喪失によるスピリチュアルペインを語っていたが、負担をかけたくないという思いからか、妻には弱音や本音を言えなかった。

**【経過の概要】**

Aさんは、がんの進行により全身状態が低下し、身の回りのことができなくなっていた。

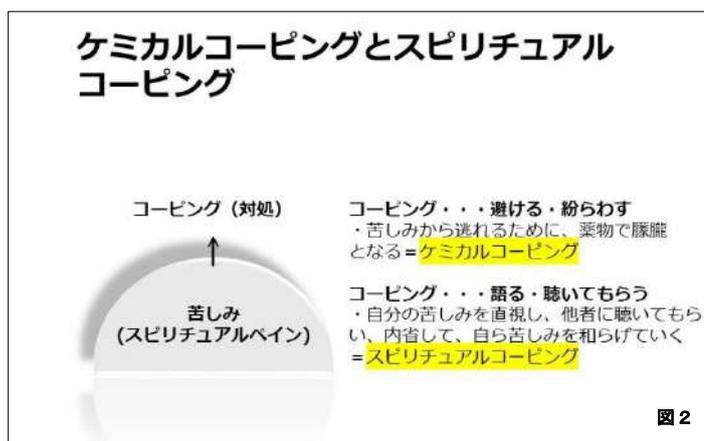
がん性疼痛に対し医療用麻薬で症状緩和が図られていたが、Aさんは、妻の病状悪化に対して「気持ちが落ち着かない。精神的に辛い、どうしていいかわからない」と不安に陥り、医療用麻薬を多く内服してしまい、意識レベルの低下がみられた。これがケミカルコーピングの始まりだった。本来、オピオイド鎮痛薬は痛みが出た時に追加で使うために処方されていたが、Aさんは不安に陥った時に使用していた。これがケミカルコーピングである。

ケミカルコーピングは、不安や睡眠障害が引きがねとなって起こりやすいと言われている。薬物治療として抗不安薬や睡眠薬を処方立案することが多くあるが、抗不安薬は神経伝達物質に働きかけ神経活動を鎮める薬物であり不安の根本を和らげることはできない。そのため、抗不安薬と睡眠薬で一時的にケミカルコーピングが減ることもあったが、結局また増えていった。

担当医師、看護師、薬剤師は、Aさんのスピリチュアルペインをキャッチし、スピリチュアルケアを継続していた。Aさんが死を覚悟する出来事をきっかけに、Aさんのスピリチュアルコーピングが進み、生の回顧、妻への感謝、死への準備をされ、ケミカルコーピングは見られなくなった。スピリチュアルコーピングとは、困難に遭遇し、現在の対処方法が無効なとき、無力の自覚が内的自己の探求に向かわせ、これまでの生き方や価値観を見直して、新たな強さ、安心、愛、希望を獲得することとされている<sup>4)</sup>。

ケミカルコーピングとは、避ける・紛らわすというコーピングで、苦しみから逃れるために、薬物で朦朧となることである。一方、スピリチュアルコーピングとは、語る・聴い

てもらおうというコーピングで、自分の言葉を反復されて、自己を見つめ直す。そして、自ら苦しみを和らげていくことである (図2)。



カルテ記録から A さんの言動を抽出し、分析した (表1)。

表1

A さんの語り	苦しみの分析
① <u>妻とは20何年一緒にいて、妻のことが心配でたまらない。ここにいても音がしたら転んでいるんじゃないかと気になる。一人で入院してもどうしているか心配で心配で、心が休まらない。</u>	→A さんにとって妻の存在が大きかったが、その妻が死に瀕し、A さんの妻から与えられていた関係存在が失われ、孤独と不安定と緊張が強いられ心が休まらないでいる。(関係性のスピリチュアルペイン)
②寝たきりで水さえ飲みに行けない。こんな身動きのできない体になって、早く死んでしまいたいと思うこともある。	→自立・自律を喪失し、無価値・無意味を体験(自律性のスピリチュアルペイン)
③痛みも辛い。痛み止めも眠るために使ったこともある。向精神薬も苦しみから逃れたくて飲んでしまう。眠っている時だけ解放される。	→身体的苦痛も増悪し、苦しみから逃れるために薬物を用いるケミカルコーピングが発生。逃避しているという自覚。
④先生を信頼して、先生に任せてきたから、B 病院で診て欲しいと思っているよ。	→病気の進行に苦しみながらも、信頼できる他者の存在の気づきと、他者に委ねるコーピングがみられている。
⑤眠りたいのは、いろいろと夜になると考えるから。もうそういう時が来たかなとか、死ぬときはもっと辛くなるのかなとか…そういう事を考えずにぐっと眠りたいし、朦朧として眠気が強いときは、このまま呼吸が止まってもいいなと思う。	→ケミカルコーピングの再燃とその基となった苦しみを語り、死の恐怖から逃れるためにケミカルコーピングしていることを認識している。ケミカルコーピングの自覚。

身体の衰えを実感していた A さんが、主治医から家族に対して病状説明がなされたということを知り、死を覚悟した A さんの語りを分析した。(表 2)

表 2

A さんの語り	A さんのスピリチュアルコーピング
<p>⑥人生、一生懸命生きてきた。思い残すことはない。県で一番の師匠のもとで修業できた。その師匠から私に対して、初めて友達ができたと<u>言ってもらえた。</u> <u>このままずっと家において、コイツと一緒にいたい。</u></p> <p>⑦<u>何でこんな者</u>（薬に逃避したり情けない自分）のために、みんな親切にしてくれるのかと思う。</p> <p>⑧先生に会えて本当によかった。<u>本当に感謝しています。</u>もし先生が誤診しても、家族には絶対に文句は言わせん。あとは、<u>すべて先生に任せます。</u></p>	<p>→A さんは生の回顧を始める。 生の回顧とは、自己の生涯をひとつのまとまりある全体として再認識し、物語として再編することによって、自己の生に意味と価値を求めることである。 A さんの意識は過去に向かう。自分が一番輝いていた頃に意識は向けられ、生きていた意味・価値を探求し、自分の人生の意味を言語化している。師匠や妻の話題の振り返りから、死をも超えた他者・意味・価値に気づいた。商売、金儲けに専心して生きてきた A さんだったが、真に価値あるものは他者との関係であることに気づいた。→価値観の転換 →「こんな者」と評した無価値な自分が、他者に支えられていることに気づく。</p> <p>→担当医が真の他者（わかってくれて、自分に信頼を寄せて待ってくれる）存在であると気づく。感謝は、他者と自己に存在を与える行為であることに気づくことである。 信頼できる他者にすべて任せることで、自律を回復した。</p>

師匠、妻、医療者など信頼できる他者に支えられ、日常の価値観・自律概念(自立と生産性)を転換して、自己の存在と意味を回復し、A さんは、スピリチュアルコーピングの成立により、ケミカルコーピングが生じなくなった。

【考察 1：A さんのスピリチュアルペイン】

スピリチュアルペインとは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義されており、その時の患者の意識の志向性（気がかり）に応じてさまざまなスピリチュアルペインが顕在化するとされている。患者のスピリチュアルペインの言葉を終末期がん患者の意識の志向性から分類すると、時間性・関係性・自律性のスピリチュアルペインの 3 次元に

集約される<sup>5)</sup>。この3次元存在論を用いてAさんの言動を分析した結果、Aさんには、病気の進行とともに、死への恐怖・将来の喪失という時間性のスピリチュアルペイン、歩けなくなり自分のことが自分でできなくなるなどの不能・衰え、これまでAさんが商売で稼ぐことや慢性疾患の妻を支えることで成立していた自立と生産性が失われ、無価値、依存の苦しみという自律性のスピリチュアルペインを体験していた。また、この苦しみを誰にもわかってもらえない孤独という関係性のスピリチュアルペインを体験していた。さらに妻の病状悪化に伴い、一人でいると緊張・不安定・孤独が深まり痛みやしびれなどの身体症状も急激に悪化するといった悪循環が起きていた。

**【考察2：Aさんのケミカルコーピング】**

Aさんは、夜間などスピリチュアルペインが高まったときにケミカルコーピングが起きやすかった。これは、医療者のスピリチュアルケア(苦しみを聴いてもらう)が得られないときに、苦しみが深まり、薬物で苦しみを紛らわす回避型コーピングが、Aさんのケミカルコーピングと考えられた。回避型コーピングとは、ストレスの原因から一時的に距離を置く方法と言われている<sup>6)</sup>。そのため、抗不安薬、睡眠薬を使用し、一時的に医療用麻薬によるケミカルコーピングが減少することもあったが、根底にあるスピリチュアルペインが和らがない間は、ケミカルコーピングがなくなればかりか、かえってエスカレートする傾向がみられた。薬物治療として抗不安薬を処方立案することが多くあるが、抗不安薬は神経伝達物質に働きかけ神経活動を鎮める薬物であり不安の根本を和らげることにはできない。つまりスピリチュアルペインが潜在するケミカルコーピングに対して、抗不安薬は、かえって回避型コーピングを助長する可能性が考えられた。

**【考察3：Aさんのスピリチュアルコーピング】**

Aさんは病状悪化により死を覚悟させられ、将来の消滅が避けがたくなると、生の回顧を始めた。生の回顧を語ることにより、自分の人生の意味・価値や他者の支えに新たな意味を賦与して言語化された。

Aさんは旅立ちの準備をされた。今後の家業について長女や弟子と話し合う。疎遠だった長男と再会・和解し、自分の死をも超えた将来について考え、他者との新たな関係と自律の回復を見出す営みをされた。また真の信頼できる他者に気づき、感謝とともに他者にすべてをゆだねるという自律を回復した。

Aさんの担当医師、看護師、薬剤師は、スピリチュアルケア研修の修了者で、当初から援助的コミュニケーション<sup>7)</sup>によりAさんのスピリチュアルケアを実施していた。もし医療者側に、スピリチュアルペインの概念やケアのスキルがなかったら、Aさんの症状と薬剤の乱用に意識の志向性が向けられ、Aさんが誤ったコーピングをして薬物依存に陥っていると現れていたであろう。それゆえ、薬の適正使用を指導する、服薬状況を監視し減薬させるという対応を行っていたと考える。その結果、Aさんはわかってもらえない孤独を

深め、それが医療者への反発を招き、Aさんのケミカルコーピングをエスカレートさせていた可能性がある。

それに対して、Aさんに応対するチームが、痛みの訴えやケミカルコーピングの背景にスピリチュアルペインが潜在していると考え、苦しみに意識を向けることで、援助の関係が成立し、Aさんのスピリチュアルコーピングを支えたと考えられる。

コーピングの違いを生むものは何だろうか（図3）。

回避型コーピングとは、わかって聴いてくれる他者がいないため、苦しみを語るができない。その結果、患者は苦しみに囚われ、自己を失ったままであるため、ケミカルコーピングを続けてしまう。

一方、スピリチュアルコーピングとは、わかって聴いてくれる他者がいることで、患者は痛み・本音を主体的に語るができる。痛み

を医療者に反復してもらい、患者は自分を取り戻し、他者や自己をありのままに見つめなおし、新たな自己の存在と意味を回復するということであろう。

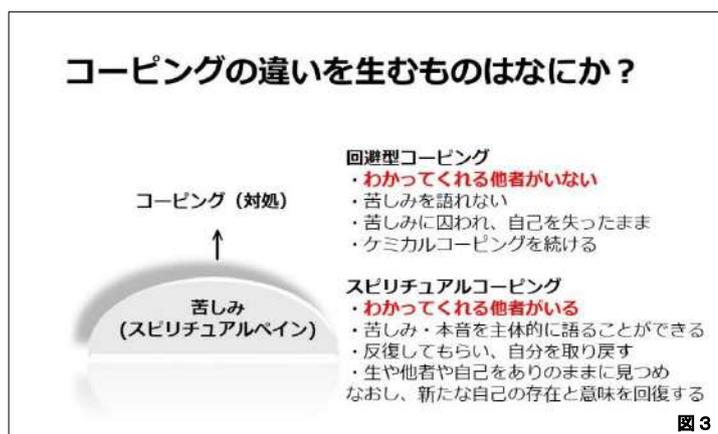


図3

村田は、「人は誰にも聴いてもらえないとき、誰もわかってくれないとき、気持ちが落ち込み、考えが乱れ、生きる力を失う。これが孤独という痛みだろう。それはまた、生きることの無意味というスピリチュアルペインをとまなう。・・・(中略)・・・傾聴の技術と態度を使って関係の力で患者に語ることを促し、患者が古い痛みを離脱して新しい自己を生きるのを支える<sup>8)</sup>」と述べている。これが、聴くことの援助的意味である。(図4)

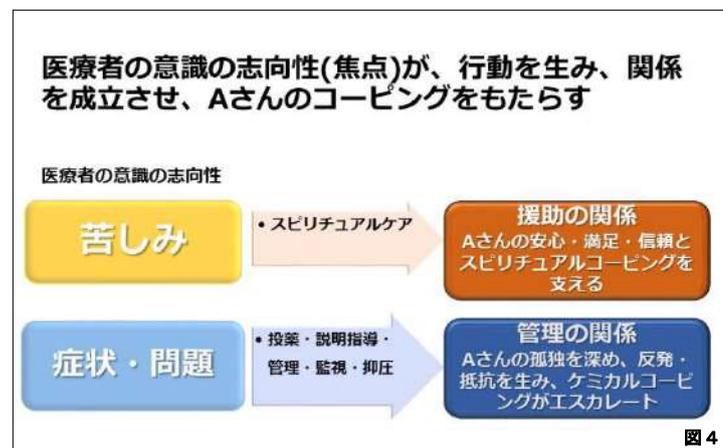


図4

医療者の意識が痛みに向けられるか、症状や問題行動に向けられるかによって、医療者の対処が変わる。医療者が痛みとは何かを認識しケアのスキルを持つことによりスピリチュアルペインをキャッチできたことでスピリチュアルケアができた。もし、医療者の

意識が症状に向いていたなら、医療用麻薬や抗不安薬の増量や指導と管理が行われ、その結果 A さんの苦しみは放置されたままで語ることも無く、自分の人生に新たな意味を見出すこともできなかったであろう。

#### 【結語】

今回、スピリチュアルペインがケミカルコーピングを生じさせていた患者に対して、スピリチュアルケアを行った結果、患者のスピリチュアルコーピングが支えられ、ケミカルコーピングが消える援助を経験した。

これまでケミカルコーピングへの薬剤師の対応は、一般的に、指導する、服薬状況を監視し減薬させるなどが推奨されてきたが、この対応策ではしばしば限界があった。これは、この対応策をする薬剤師の意識の志向性が、ケミカルコーピングという問題行動や薬物の適正使用に向けられ、これが管理と抑圧の関係を生み、患者の孤独を深め、反発や抵抗が生じる原因となり、その結果、ケミカルコーピングが続く可能性が考えられた。ケミカルコーピングがスピリチュアルペインのサインである可能性を念頭に、薬剤師の行動の形態を変える援助が必要と考えられた。

---

#### 引用文献

- 1) 非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン 改訂第2版  
(日本ペインクリニック学会編). 115, 真興交易, 東京, 2017
- 2) ラザルス,R,S, フォルクマン,S.著, 本明寛訳: ストレスの心理学. 143, 実務教育出版, 東京, 1991
- 3) 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
- 4) 村田久行、長久栄子(編著): 現象学看護シリーズ1 せん妄. 第1版, 48, 日本評論社, 東京, 2014
- 5) 村田久行、長久栄子(編著): 現象学看護シリーズ1 せん妄. 第1版, 31-51, 日本評論社, 東京, 2014
- 6) ラザルス,R,S, フォルクマン,S.著, 本明寛訳: ストレスの心理学. 143, 実務教育出版, 東京, 1991
- 7) 村田久行、長久栄子(編著): 現象学看護シリーズ1 せん妄. 第1版, 23-29, 日本評論社, 東京, 2014
- 8) 村田久行、長久栄子(編著): 現象学看護シリーズ1 せん妄. 第1版, 28-29, 日本評論社, 東京, 2014

〔実践・事例報告〕

## 困難事例に援助的コミュニケーションを用いて、 援助関係が成立した事例報告

横浜市戸塚区役所 高齢・障害支援課 社会福祉職 渡邊篤尚

### (1) はじめに

行政機関のスタッフがクライアントから相談を受けると、「旦那さんの介護が大変ならば、介護保険を申請しましょう」「就労が不安なら、就労移行支援制度を利用しては」などと、色々な制度やサービスを説明・提案する。このように、スタッフとクライアントでお互いに課題や目指すゴールが明白であり、スタッフが提案した制度やサービスをクライアントが受け入れる支援関係が成立すれば良いが、いつも成立するとは限らない。治療やサービス利用に繋がる前など、支援関係を成立する前にスタッフがクライアントと関わることを求められる場合もある。また、他の機関のスタッフから「どうしたらいいか、もうわからない」「クライアントに関わりを拒否されて困っている」などと、相談されることも多い。そのようなケースは、スタッフから困難事例<sup>1)</sup>とされる。以前は、私自身もどうしたら良いかわからなかったり、関わりを拒否されてクライアントと支援関係が構築できず、悩み苦しむことが多かった。そのような私が対人援助論<sup>2)</sup>を学び、援助的コミュニケーション<sup>3)</sup>を実践することで、困難事例においてもクライアントやスタッフと「苦しみを和らげ、軽くし、無くする」援助関係を成立させることができるようになってきた。この報告では、困難事例に援助的コミュニケーションを用いて援助関係がクライアントと成立した事例を報告する。

### (2) 事例概要&倫理的配慮

他区の保健師から引き継ぎが来た事例。高齢者施設の施設長が、入居者に経済的虐待をしているという。保健師は施設長に介入しようとしたが、どうにもならなかった。入居者の住所異動手続きが行われたため、所在地の区へ対応継続依頼の連絡が来た。

利益相反なし。本事例においてプライバシー保護に配慮し、患者が特定されないよう留意した。

### (3) 実践結果

場面1：

他区の保健師から「とんでもない施設がある。入居者に虐待をしている」という連絡を頂いた。以下、その抜粋である。

「その施設は、入居者に経済的虐待をしている。利用者から通帳を預かって管理しているが、親族が返してほしいといっても返さない」「何度訪問してもダメで、面会すらさせてもらえないようになってしまった。消防設備の点検という理由づけで、市役所の局や消防署と踏み込もうとしたが、できなかった」「入居者の安否確認もできない。施設長とは、話にならない」「同じような入居者が他にもいると思われる。複数の虐待ケースが潜在しているだろうから、本人や家族の話を受け止めて、後の対応をよろしくお願いします」

とのことだった。後日、その保健師が私の部署に引継ぎのために来所され、これまでの経過に加えて「もう、どうしようもありません。大変なケースを引き継いで申し訳ないです」と話された。別の日に面接した入居者のご家族も、保健師とほぼ同様に「本人と会わせてくれない」「通帳を見せてと言っても、見せてこない」等の訴えを繰り返された。私からは対応を検討の上、改めて連絡する旨をご家族に伝えた。

場面1のスピリチュアルペイン<sup>4)</sup>からの分析：

私が気になったのは保健師が繰り返していた「受け止めて」という言葉であった。対人援助論で教わった「受け取る」ではなかったのだなと思った。また、保健師の意識の志向性は家族の訴えを受け止めている自身の苦しみに向けられ、当該施設の気がかりや苦しみに向けられていないのでは、と考えた。なぜなら、保健師の発言に「面会すらできない」など、関係性のスピリチュアルペインを疑わせる言葉が繰り返されていたからである。また「どうしようもありません」という言葉からも、自律性のスピリチュアルペインもあるのではと考えた。人は、同時にふたつのことはできない<sup>5)</sup>。保健師が自身のスピリチュアルペインに意識を向けているとしたら、当該施設スタッフの苦しみや気がかりへ意識を向けることはできない。保健師の意識の志向性では自身のスピリチュアルペインが顕在化して、当該施設スタッフの苦しみや気がかりは潜在化する。その結果、保健師は当該施設スタッフに援助者として現われ選ばれることもなく、援助関係を構築できず苦しむことになる。

申し送り後、当該施設にとって私が援助者として現われ選ばれるには、準備が必要だと思った。保健師から「当該施設へ一緒に行きましょう」と申し出を頂いたが、一旦お断りした。準備もせず、ただ保健師と一緒に当該施設に行くということは、どういう意味を持つか。それは、これまでの保健師と同じアプローチ（現われ方）で当該施設に行けば、私は援助者として現われ選ばれることはない。「あなたも、その保健師と一緒になのか！」という当該施設の反応を呼び起こすだけで、援助関係は成立しない。当該施設への現れ方を工夫しなければならない、と考えたのである。

場面2：

本ケースについて、まず地域包括支援センター（以下、包括）で関わりを拒否している施設にどのように介入できるか、カンファレンスを持った。保健師とは違う現われ方、つまり援助者として当該施設に現れ直して選ばれることが大切であること、当該施設スタッフの気がかりが手がかりになることを強調し、気づいたら教えてもらえるよう依頼した。すると後日、当該施設のボランティアの方から「役所はウチを潰そうとしている」と、施設長が行政の関わりについて話していたと教えてくれた。そこで私は、保健師の引継ぎに現われていなかった施設長の想いを聴くことから、関わりを始めることにした。地区担当として挨拶に伺う旨を伝え、施設長との面接が叶った。当日、以下の会話を始めた。（抜粋）

A：施設長 B：私 C：他区から引継ぎのあった利用者

B1：「前の区からCさんの引継ぎは聞きましたが、まずはAさんが困っていたり、気がかりなことを聴かせてもらえたらと思いました」

A1：「実はCさんのことで、困っているんです」

B2：「Aさんは、実はCさんのことで困っているんですね」

A2：「そうなんです。金銭管理のことがよくわからないし、ご家族とも上手くいなくて」

B3：「金銭管理のことがよくわからないし、ご家族とも上手くいなくて困っているのですね」

以下略

施設長の想いを傾聴することに徹したところ、以下のことを話してくれた。認知症のCさんから「通帳を預かってくれ」と言われるままに預かったが、どうしたら良いのかわからなかった。成年後見制度は使ったこともないため、Cさんのご家族にも上手く説明できなかった。Cさんは妄想もあり「家族が通帳を盗む」と言うため、面会を遠慮するようご家族に伝えたら誤解されてしまった。施設長は「自分たちなりに一生懸命やろうと思っていたが、誰にもわかってもらえず辛かった」とのことだった。そこで私は以下の提案をした。家族への成年後見制度の説明と申し立て支援なら、私に振ってもらって構わない。家族と軋轢があるなら、区役所で通帳などを一旦預かり、ご家族と調整することもできると伝えた。すると施設長は「助かりますー！」と満面の笑顔になった。続けて、以下の提案もした。施設運営は、大変な苦労があると察している。Cさんだけではなく、対応に困る入居者も多いであろう。同じ仲間として、地区担当である自分に是非声をかけてほしいと伝えた。すると施設長は「頼りにしてますー！これから、相談させてください！」と、さらに笑顔で答えてくれた。すぐにCさんの通帳等を私に預けようとしてきたので、後日再訪して預かると伝えた。

場面2のスピリチュアルペインからの分析：

実は私が聞きたいことは、沢山あった。「どうやって解決したらいいのか」と、私の意識が私の気がかりに向きかけたこともあった。しかしそれを一旦脇に置いて、援助的コミュニケーションに徹することを心掛け、施設長の想いを傾聴した。なぜなら、保健師と同じように私が自分の気がかりに意識を向けて施設長と会えば、私は施設長に管理的・抑圧的な存在、「きいてもらえない、わかってもらえない」人として現われてしまう。そして、私は施設長に援助者として現われず、選ばれなくなる。また、私にとっても施設長は「きいてもらえない、わかってもらえない」人として現われ、私自身もスピリチュアルペインに苦しむことになったであろう。振り返ると、保健師の「施設長とは話にならない」という気がかりは援助となる手がかり、援助関係を構築するヒントとして私に現れていたとも思う。

また、「経済的虐待をしている可能性がゼロでないならば、この機会に通帳を預からないと、安全ではないかも」という思いもあった。私の意識の志向性が、管理的になりかけたのである。しかし施設長の気がかりに私の意識を向け直した。そして通帳は後日預かることにした方が「経済的虐待をしている施設長ではなく、同じ仲間として私も信頼している」というメッセージになると思い直したのである。また、保健師からの引継ぎで「同じような入居者が他にもいると思われる」という言葉があった。そのため「他の入居者の状況も聞いておくか」と、私の意識の志向性が他の入居者に向きかけた。しかし施設長の想いに私の意識を向け直し、「同じ仲間として」と伝えた。援助関係が成立すれば、私から尋ねなくても、施設長から他の入居者について相談してくれるようになるからである。

施設長は自分が知らない・できないこと（成年後見制度）を求められていた自律性のスピリチュアルペイン、誰（家族や行政）にもわかってもらえない関係性のスピリチュアルペイン、将来の見通しが立たない時間性のスピリチュアルペインに苦しんでいた。しかし私が施設長に援助者として現われ、スピリチュアルケアを行った結果、援助関係が成立した。そして、行政の介入や支援を受け入れるようになったのである。

後日、区役所で通帳預かりの調整をして、ご家族にも状況と今後の方針を説明し、了承を得られた。施設を再訪し、ご家族も立ち合いの上で、施設長から通帳等の貴重品が私に提供された。改めて、施設長・ご家族に成年後見制度の流れを説明し、申し立て支援だけでなく今後の必要な支援も行っていくことを伝えた。

#### (4) 考察

本報告は困難事例とされたケースへの援助には、援助的コミュニケーションが有効であったことを示唆した事例報告である。分析結果から、スタッフのスピリチュアルペインとは利

用者との関係が管理的・抑圧的になり（関係性）、何もできず（自律性）、将来の見通しが立たない（時間性）ため、スタッフとしての自己の存在と意味の消滅から生じる苦しみである。それは、お互いが「きいてもらえない、わかってもらえない」人として現われ、さらに管理的・抑圧的になっていく悪循環が生じる困難事例として現われるようになる。そのような時は、対人援助論に基づき、スタッフのスピリチュアルペインをケアするために、援助者は自身の「現れ方」を工夫することが必要となる。援助者はスタッフの気がかりを手がかりとし、援助的コミュニケーションに徹する。その際、援助者の意識の志向性がスタッフの気がかりや苦しみに向け続けられるように、努力が求められる。つまり援助者が援助者として現われ選ばれることが、困難事例とされるケースに関わる際に、最も大切なのである。

認知症高齢者や障害者、児童など他の分野で困難事例とされるケースに関わっているスタッフの方々に、本報告が関わりの一助となって下されば幸いである。

- 
- 1) 渡邊篤尚：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
  - 2) 村田久行：改訂増補 ケアの思想と対人援助. 43 - 60, 川島書店, 東京, 1998
  - 3) 村田久行：援助者の援助 - 支持的スーパービジョンの理論と実際 - . 47 - 57, 川島書店, 東京, 2010
  - 4) 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概念枠組みの構築. 緩和医療学. 5(2), 157-165, 2003
  - 5) 村田久行・長久栄子：シリーズ現象看護学1せん妄. 5 - 6, 日本評論社, 東京, 2014

## 【資料】対人援助研究所 2025 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

2025 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：7名(再受講者1名) 修了者：6名 講師コース：1名)

後期：スピリチュアルケア特論

(受講者：4名(再受講者1名) 修了者：3名 研究員聴講者：2名)

#### ・記述現象学研修A－オンライン開講（受講者3名(再受講者1名) 修了判定中)

#### ・記述現象学・フォローアップ研修A－オンライン開講（受講者は募集中）

#### ・調査・研究法入門：定員8名（オンライン）－春学期（受講者0名）

秋学期（受講者0名）

#### ・質問紙調査法

質問紙調査法研修A（受講者0名）

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：3名。研究指導と研究生中間発表会(7/13)、期末発表会(1/11)を実施した。

研究生中間発表会(7/13)：発表2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(1/11)：発表2件、参加者は講師も含めて6名であった。

発表者とタイトル

鈴木孝子：虐待・ネグレクト予防～養育力に問題があるといわれる母親のスピリチュアル  
ペインとそのケア

吉田恵理子：難発性吃音者の「発話する身体」の不全構造

～身体と意識の相互作用に関する現象学的解明～

(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に関する出版事業

### 研究報告集

- ・『研究報告集第5号』を2026年3月23日に発行する。  
(『研究報告集第4号』は2025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。

- ・2025年度は8月と2026年2月にオンラインで開催した。  
2025年8月11日の第10回校友会には、講師も含めて4名の参加者があった。  
2026年2月23日の第11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

研究報告集第5号の発行にこぎつけましたこと、投稿いただいた皆様、関係者の皆様に改めて感謝を申し上げます。第5号は多彩でかつ深く真理をつくような研究の種が散りばめられた内容になりました。

対人援助に関する貴重な研究報告を読ませていただきながら、自分がかつて行った研究を思い起こしました。それは、皮膚科医師との共同研究で、アトピー性皮膚炎の患者に皮膚ケアの看護指導を行うことで皮膚状態が改善するか、という研究でした。看護師は実際に皮膚に軟膏を塗布しながら指導し、医師は使用した軟膏量と皮膚状態をスコア化した指標で評価します。看護指導を受けた患者は、軟膏塗布量が増加し、皮膚スコアの改善が見られ統計的にも有意差が出ました。その研究の結果は、「軟膏使用量に比例して皮膚状態が改善する、看護指導で軟膏塗布量が増える」というものだったと記憶しています。その後対人援助論を学んだ私には、その研究の現れが変わりました。患者は皮膚を人に見られることの恥ずかしさや、なぜ軟膏を塗れないのかという思いを看護師に語り、皮膚に塗布されることによる触れるケアを次第に受け入れてくれるように変化していきました。その相互作用の体験にこそ意味があったのです。研究は一過性のものですが、看護指導で自律を促すケアができれば、患者の皮膚管理は継続していくことができるでしょう。キュアの研究は数値評価ができて明確ですが、当時の私にはケアの評価ができなかったのです。名人芸だったのでしょうか。患者が自分の病気を受け入れて、自分の体をケアしていけるような看護指導とはどういうことかを明らかにする研究になり得たかもしれない、むしろケアを明らかにするべきだったなあと振り返りました。新たな概念の獲得により、過去が想起（知覚）され、言語化により、看護指導の認識が更新されたという経験です。

皆さんもご自身の過去の研究を思い起こすと、現在の自分にその研究はどのように現れるのでしょうか？新たな研究の道が拓けるかもしれません。

編集委員長 長久栄子

\*\*\*\*\*

**研究報告集 2025 第 5 号**

**発行 2026 年 3 月 23 日**

**事務局 特定非営利活動対人援助・スピリチュアルケア研究会  
対人援助研究所**

**〒600-8846 京都市下京区朱雀宝蔵町 44 番地**

**協栄ビル 2 階 京都朱雀スタジオ P-304**

**編集 対人援助研究所『研究報告集』編集委員会**

\*\*\*\*\*