

3

苦痛に対する閾値をあげ人生に意味を見出すための基盤となるケア

1 精神的ケア

治療抵抗性の苦痛をもった患者へのケアにおいては、積極的な全人的ケア（total care）が必要となる。複雑な苦痛へのケアの糸口として、その基盤となる精神的ケアについて述べる。

精神的苦痛のなかには、不安、いらだち、孤独感、恐れ、抑うつ、怒りなどがある。これらは、身体的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインと相互に関連し合っており、精神的苦痛のみを取り出してケアできるものではない。身体と心を分断せず、それぞれの苦痛の関連性をみて、全体としてのその人の苦しみをわかろうとすることが大切である。

基盤となる精神的ケアの根幹にあるものは、医療者が患者を一人の人間として尊重し、患者と共にあろうとする姿勢で寄り添い、患者の苦しみを理解しようとすることである。患者の気持ちを理解しようとしている姿勢を伝え、表面的な言葉のみに捉われるのではなく、背景にある患者の気持ちや表現されない患者の感情を理解することが大切である。難治性の苦痛が和らぐような精神的支援となることを目標とするとともに、もし苦痛が緩和されなかったとしても患者自身が生きる意味や価値を見出せるよう支援していくことが求められる。

具体的な基盤となる精神的ケアの内容としては、「信頼関係を構築する」「生きる意味・心の穏やかさ・尊厳を強めるケアを行う」「現実を把握することをサポートする」「情緒的サポートを行う」「おかれた状況や自己に対する認知の変容を促す」「ソーシャルサポートを強化する」「くつろげる環境や方法を提供する」「医療チームをコーディネートする」ことが含まれる（表1）。

進行がん患者の心理面のニーズには、安全なこと、連帯感があること、理解されていること、受け入れられていること、自尊心を維持すること、信頼感が維持されることなどがある。これらを満たすためには、誠実さ、謙虚さ、感受性を持ち、ケアリング^[注1]を意識しながら日常生活を整える基本的援助を行うことが大切である。また、信頼関係を形成していくこと自体がケアとなりうる。

① 信頼関係を構築する

難治性の苦痛のなかにいる患者にとって、誰か一人でも医療者に信頼できる人がいることは大きな支えになる。患者の信頼を得ることはすべてのケアの基盤になる。

プライバシーの守られる環境を整え、ベッドサイドに（立ってではなく）座って対話するようにする。「あなたに」関心があること、何か力になりたいと思っていることを言葉だけでなく、態度で示すようにする。一人の人間としての歴史を表現する物語を聴くことが信頼関係をつくるきっかけとなることが多い。例えば、病気に関係しない日々のことや、人生において重要と思われること、人生において印象深い思い出、人生において自分が果たした重要な役割、誇りに思うことなどについての話題がきっかけになりうる。

医療者という役割から考えると、何かをしてあげなければという思いにとらわれやすく、安易に励ましたり、アドバイスをしがちになるが、重要なことは患者が医療者から「自分のことがわかってもらえた」と感じることである。場合によっては、何もせず黙って患者のそばにいたり、痛むところや苦しいところをさすってそこにいることが求められることもある。

② 生きる意味・心の穏やかさ・尊厳を強めるケアを行う

患者が一番大切にしてきたこと、一番重要と考えることを知り、患者の生きる意味・心の穏やかさ・尊厳につながるものを強化する。患者が大切に行っていること・意味があると感じられることを知るためには、例えば、「〇〇さんが一番大切にされてきたことは何か」「困難ななかで、〇〇さんを支えているものは何か」といった視点で関わる。

難治性の苦痛のなかにあっても、そのあいまに愛している人たちと数時間過ごすことができたり、それまで生きる意義として感じていた社会とのつながりをもてるようにすることによって、患者の生きている意味を支えることができる。

表 1 基盤となる精神的ケア

<p>1. 信頼関係を構築する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーの守られる環境を整え、ベッドサイドに（立ってではなく）座って対話する ・患者に常に関心を向ける；患者を理解しようとする；気持ちをわかろうとしていること、一緒に考えていくことを伝える ・患者と共に時間を過ごし、存在を提供する（being, presence） <p>2. 生きる意味・心の穏やかさ・尊厳を強めるケアを行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生きる意味・心の穏やかさ・尊厳を脅かしている/支えているものについて問いかける ・生きる意味・心の穏やかさ・尊厳を脅かしているものを弱め、かつ、それらを支えているものを強化する <p>3. 現実を把握することをサポートする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今起こっていることを丁寧に説明し、患者の疑問を明確にする ・苦痛に対してどのようなことを行うのか、具体的に現実的な情報を提供する ・どうしても苦痛が緩和されない場合、（適切であれば）最低限眠るようにすることはできることを伝える ・希望を維持する <p>4. 情緒的サポートを行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の感情を批判することなくあるがままにしっかりと受け止める ・絶望、孤独、不安、不信、怒りといった否定的な感情をもつことは当然であることを伝え、伝えても大丈夫なのだという受容的な温かい雰囲気をつくるように心がける ・反映、明確化、要約などの技術；非言語的メッセージ（まなざし、姿勢、声の抑揚）；沈黙（待つ）や身体的接触を用いる <p>5. おかれた状況や自己に対する認知の変容を促す</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者にとっての病気体験について問いかけ、患者自身が意味を探索することをサポートする ・患者の現実と一致しない否定的な認知の変容を試み、自己効力感を高めることを意識する ・（患者の知りたい気持ちや状況を慎重に考慮したうえで）苦痛はいつまでも続かないことを伝えることを考慮する <p>6. ソーシャルサポートを強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族・友人など患者が必要としている関係を継続できるよう配慮する ・仕事、季節の行事など社会との交流を維持できるよう配慮する <p>7. くつろげる環境や方法を提供する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「心地よい」と一時でも思えることを探して実践する <p>8. 医療チームをコーディネートする</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科医・心療内科医、心理職、専門・認定看護師、ソーシャルワーカー、宗教家、ボランティアなどの職種との関わりをコーディネートする

③ 現実を把握することをサポートする

難治性の苦痛のなかにあり、患者は、いったい何が起きているのか、どのような状況におかれているのか十分に把握することができないことが多い。今何が起きているのかを丁寧に説明し、患者の疑問に思っていることが明確になるように促す。

難治性の苦痛を緩和するために、いつまでに、どのようなことを実施する計画なのか、具体的に、現実的な内容を正確に伝える。

どうしても苦痛が緩和されない場合、適切であれば、最低限夜間は眠るようにすることはできる（眠気が出たとしても苦痛を和らげる方法を選択するかを共に考えていく）ことを伝えることも、患者にとっての安心につながる場合がある。

もし現実を伝える過程において、非現実的な希望が患者から伝えられたとしても、患者の生きる意味を支えるものであったり、不安から心を守るために重要である場合には、否定せずに希望は希望のまま維持することが重要である。例えば、歩くことのできない患者が「もう一度歩けるようになりたい」と希望する場合、「それは無理です」と否定するのではなく、「もう一度歩きたいのですね」などと患者の歩きたい気持ちを理解することが大切である。

④ 情緒的サポートを行う

患者の感情を批判することなく、あるがままにしっかりと受け止める。

難治性の苦痛がある厳しい状況のなかで、絶望、孤独、不安、抑うつ、不信、怒りといった否定的な感情をもつことは当然である。患者のなかには、こうした否定的な感情を抱くことそれ自体が良くないことであると捉えて、表出せずに心に閉じ込めてしまうこともある。患者が抱く感情に焦点を当て、こうした感情を抱くことは当然であることを伝え、伝えても大丈夫なのだという受容的な温かい雰囲気をつくる。

反映・明確化・要約^[注2]などの技術を用いる。医療者自身の非言語的メッセージ（まなざし、姿勢、声の抑揚）に注意を払い、沈黙（待つ）や、身体的接触を用いる。

⑤ おかれた状況や自己に対する認知の変容を促す

患者は緩和されない苦痛が持続する場合に、「苦痛を放っておかれている/何もしてほらっていない」「もうだめだ/もう何も良くならないにちがいない」「この苦痛がずっと（何週間も何カ月も）続くのなら早く終わりにしたい」という言葉を発するかもしれない。難治性の苦痛がある場合、患者の体験している状況で肯定的な側面を探すことはより困難になる。患者にとっての病気体験について問いかけ、患者自身が意味を探索できるようサポートする。

例えば、「病気には何も意味のあることがない」という認知に代えて、「病気であっても価値のあることを選択する自由がある」「病気は人生をさらに意味のあるものにするきっかけになるかもしれない」など、肯定的な部分を含めながら多面的な探索を促す。

患者の自己効力感を高めるように意識する。すなわち、患者の語りを傾聴し、患者の人生に対する肯定的なフィードバックを伝え、患者が自分のもっている力を肯定的に捉えられるよう支援していく。患者が対応できるであろうこと、今までにも対応できたことを保証する。患者が「今できること」に目が向けられるよう一緒に考えていく。

難治性の苦痛のある患者の多くは、いつ終わるのかわからない苦しみと感じている。す

なわち、苦しい状況がずっと（患者の予測される生命予後より長く、数カ月にわたって）続くこと認識している場合がある。患者によっては（患者の知りたい気持ちや状況を慎重に考慮したうえで）、苦痛は患者が思っているほど長くは続かないこと（患者の生命予後がそれほどないこと）を伝えることで逆に「それくらいなら耐えられる」と安心することもある。

⑥ ソーシャルサポートを強化する

患者にとって重要な人たちとの絆が強まるように人間関係を調整する。患者が苦痛のなかで孤独でいる時間を減らすようにする。家族・友人の面会や付き添いを相談したり、家族・友人と気持ちを伝え合うことを促す。お互いに伝えたいことが伝えられていない場合があるので、必要に応じて気持ちを橋渡しする。医療者と日常のコミュニケーションを行えるように意識して関わるようにする。

仕事、季節の行事など社会との交流を維持できるように配慮する。

⑦ くつろげる環境や方法を提供する

「心地よい」と一時でも思えることを探して実践する。もともと散歩や外出を好んでいた患者でも苦痛が緩和されていない場合には実現が難しくなる。それでも、何らかの快につながることを探して実践する。

苦痛があるなかでも比較的実施しやすいものとして、音楽、香り、タッチやマッサージ、温かいタオルで顔を拭くこと、思い出になる写真や好きな植物を置くこと、ペットと触れ合うことなどがある。療養の場はそれ自体がくつろげる環境となる。

⑧ 医療チームをコーディネートする

患者の助けとなるような、医師、看護師以外の職種のコーディネートを行う。施設や地域ごとで構成するメンバーの職種は異なるが、精神科医・心療内科医、心理職、専門・認定看護師、医療ソーシャルワーカー、宗教家、ボランティアなどが想定される。患者に信仰があり、信仰が患者の支えになっているならば、それを尊重し、必要に応じて宗教家や信者との面会、礼拝や集会への出席などを検討する。

医療チームを構成するメンバーは患者を診療している施設だけでなく、その地域の専門職にも及ぶ場合がある。

⑨ 治療抵抗性の苦痛をもつ患者への基盤となるケア

- 信頼関係の構築に努めている
- 生きる意味・心の穏やかさ・尊厳を強めるケアを行っている
- 現実を把握することをサポートしている
- 情緒的サポートを行っている
- おかれた状況や自己に対する認知の変容を促している
- ソーシャルサポートの強化に努めている
- くつろげる環境や方法を提供している
- 医療チームのコーディネートに努めている
- ケアする側としての態度や姿勢に配慮している

【注】

- 1) ケアリング (caring) の概念は明確化されていないが、共感や気づかい、思いやりなど、ケア提供者の心情や態度を表すものである。患者にケアリングを行うとは、患者を精神的に成長しうる存在として捉え、共感や気遣い、思いやりを基盤としながら、一方的に患者を支援するという態度ではなく、患者の成長や自己実現のために（実現を助けるために）患者・家族と共にケアを行うことである。
- 2) 〈反映〉とは、医療者が患者から見てとった感覚あるいは感情を、患者に伝えることである。例えば、「つらいことですね」「それは悲しいですね」などと伝えることによって、患者は自分のつらい気持ちが理解されていることを感じ安心する。〈明確化〉とは、患者がうまく言葉で表現できずに困っている時に、内容を察知して共感的に適切な言葉で言い替えて表現してみせることである。患者の言いたいことがより明らかとなり、患者と医療者との齟齬が少なくなる。〈要約〉とは、患者の話をひと通り聞いたあと、話の要点をとりまとめることである。患者の話の要点をもう一度とりまとめて返すことで、患者自身が問題を整理でき、より正確に患者のメッセージを共有することができる。また、〈反映〉と同様に、患者は、「自分の気持ちが理解されている」と感じるすることができる。

【参考文献】

- 1) Saunders C. The Last Frontier. Frontier 1966; Autumn: 183-6
- 2) Saunders C. The Philosophy of terminal care. Saunders C, ed. The Management of Terminal Malignant Disease, 2nd ed. Edward Arnold Ltd, London, 1984: pp232-41
- 3) Ong CK, Forbes D. Embracing Cicely Saunders's concept of total pain. BMJ 2005; 331: 576
- 4) World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. World Health Organization, Geneva, 2018
- 5) Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. 2nd ed. Oxford University Press, New York, 2004
- 6) Stewart AL, Teno J, Patrick DL, et al. The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. J Pain Symptom Manage 1999; 17: 93-108
- 7) Johnston B. Overview of nursing developments in palliative care. Lughton J, Kindeln M, eds. Palliative Care: the Nursing Role. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999: pp17-20
- 8) 森田達也, 鄭陽, 井上聡, 他. 終末期がん患者の霊的・実存的苦痛に対するケア: 系統的レビューに基づく統合化. 緩和医療学 2001; 3: 444-56

2 スピリチュアルペインに対するケア^[注1]

1 スピリチュアルペインとは何か

スピリチュアル、スピリチュアリティは、人間としての尊厳の確保や生活の質（quality of life；QOL）の本質的な概念であり、緩和ケアの全人的視点からも、患者のスピリチュアルな側面の理解は不可欠である。スピリチュアリティの定義は、定まったものはないが、人生の意味と目的、救済、愛情と関係、希望、創造性、宗教的な信条など多様な要素が含まれたものであり、スピリチュアルペインは、それらの喪失や探求の経験によって苦悩している状態である。

終末期がん患者のスピリチュアルペインは、死を意識し、身体的な機能の低下によって、自分らしさを喪失すること、人に迷惑をかけること、生きる意味や目的を問うこと、後悔、孤独、絶望や無力、死の恐怖によって苦悩することであるが、複数の定義が提案されており、臨床現場で統一して使用されているものは確立していない。本項では、終末期がん患者のスピリチュアルペインの定義を、国内で比較的多く使用されている村田の現象学による「意識の志向性」を基盤とした「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」とする。この定義によれば、スピリチュアルペインは「人間存在の構造」から関係性、自律性、時間性に集約される。

「関係性のスピリチュアルペイン」とは、「死んだら何も残らない」「孤独だ。自分一人取り残された感じ」と表現される。終末期がん患者の意識が、死が近づくことにより、他者との関係の断絶、別れに向けられる時、患者は自己の存在に支えを失い、存在と意味の消滅、孤独感、空虚感に苦しむ。

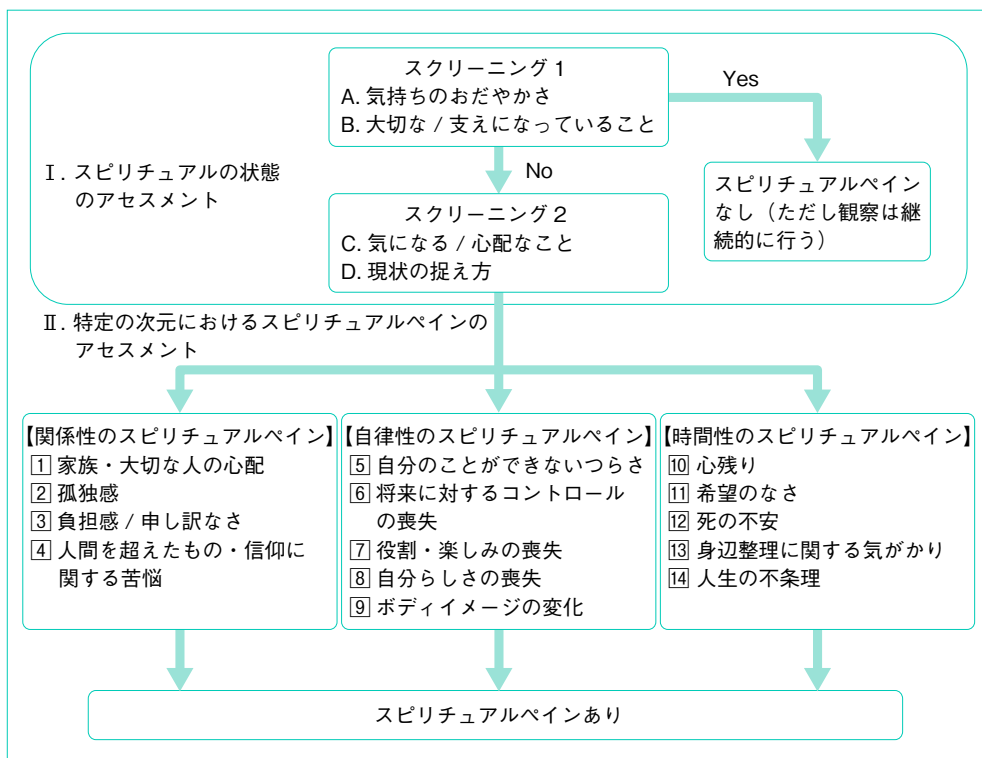
「自律性のスピリチュアルペイン」とは、「動けないし、食べられない」「何の役にも立たない。人の負担になって迷惑をかけて生きているのがつらい」と表現される。終末期がん患者の意識が自己の不能から生産性を失い、人の役に立てないことに向けられた時、患者は自己の存在が無価値であり、さらに他者に依存しなければならないことで、自律性と私秘性が奪われ^[注2]、負担と迷惑をかけてしまうと感じることに苦しむ。

「時間性のスピリチュアルペイン」とは、「私はただ死ぬのを待っているだけだ。こんなことなら早く楽にしてほしい」「私の人生は何だったのか」といった言葉で表現される。終末期がん患者の意識が、自己の生の限界と将来の喪失に向けられた時、患者は世界と自己の生が無意味、無目的、不条理だと感じることに苦しむ。

2 スピリチュアルペインのアセスメントとケア

村田の定義をもとに、スピリチュアルペインに対してアセスメントする枠組みを参考として示す。図1は「スピリチュアルペインアセスメントシート：Spiritual Pain Assessment Sheet（SpiPas）」と呼ばれるものであり、患者のスピリチュアルな状態と特定の次元におけるスピリチュアルペインをアセスメントし、ケアの方向性を導き出すものである。治療抵抗性の身体的な苦痛のある患者に対して、この通りにアセスメントすることはできないかもしれないが、医療者からの質問によって、患者が表現した言葉や診療記録の言葉などから、どの次元にスピリチュアルペインがあり、対応することができそうな

図1 スピリチュアルペインアセスメントシート (SpiPas)



【田村恵子, 他. 看護に活かす スピリチュアルケアの手引き 第2版, 青海社, 2017 より引用改変】

か、参考にすることができる。

SpiPas は、スピリチュアルペインのスクリーニングの質問によって、スピリチュアルペインがあるとアセスメントした後、それが「関係性」「自律性」「時間性」のどの次元のスピリチュアルペインであるかをアセスメントするために質問を続ける。質問例は、医療者が、日常診療やケアのなかで活用できるように、質問しやすい表現になっている（表1）。

スピリチュアルケアは、スピリチュアルペインをケアすることであり、本項の基盤となる精神的ケアを行ったうえで、各次元のスピリチュアルペインに沿った日常的なケアの工夫例（表1-2）を参照しながら実施する。ただし、アセスメントはチェックリストではなく、患者の表現を分類するだけのものではない。また、日常的なケアの工夫例は、提案であり、画一化を目指したものではない。アセスメント全体を通して、個々の患者の意識がどの次元のスピリチュアルペインに向けられているのか、それは何によって和らぐのかを再考し、医療チームでケア計画を立案することが重要である。

また、スピリチュアルケアは、スピリチュアルペインのスクリーニングやアセスメントツールによる医療者からの問いかけと、それに応答する患者との会話によって相互作用が生まれ、ケアに進展する可能性がある。スピリチュアルペインを理解しようとする医療者が、側にいること自体が、患者にとって支えになることを念頭に置くことが重要である。

そして、スピリチュアルケアの目標は、関係性の次元においては「他者や超越者との関係性におけるつながり、和解を進めていくこと」、自律性の次元では「今の自分に向き合

表1 スピリチュアルペインをアセスメントするための医療者の質問例と患者の表現例および日常的なケアの工夫

1. スピリチュアルの状態のアセスメント

スクリーニング1 質問A. 「今のお気持ちは穏やかですか」 質問B. 「今、最も大切なことや、支えになっていること/意味を感じることはどのようなことですか」
スクリーニング2 質問C. 「今、気になっていることや心配していることはどのようなことですか」 質問D. 「今のご自分の状況をどのように感じていますか/ご自分にどのようなことが起こっていると思いますか」

2. 特定の次元におけるスピリチュアルペインのアセスメントとケアの工夫

次元	スピリチュアルペイン	定義	質問例	患者の表現例	日常的なケアの工夫（例）
関係性	①家族・大切な人の心配	家族や大切な人に対する心配や気がかり、わだかまり	「大切な人(家族・友人など)のことで心配なことやつらいことはありませんか」	<ul style="list-style-type: none"> 残していく〇〇のことが心配 〇〇を残していくのがつらい 〇〇との関係が気になっている 	<ul style="list-style-type: none"> 患者が心配している具体的な内容を明らかにする 現実的に今やっておけることを話し合い、実現できることを検討する 対人関係の葛藤や罪悪感がある場合、自分自身を許すこと、他者との和解を促す 家族の悲嘆をケアする
	②孤独感	さびしさ、他者にわかってもらえないという思い	「ひとりぼっちだと思うことはありませんか」	<ul style="list-style-type: none"> 誰もわかってくれない 〇〇と一緒にいたい 	<ul style="list-style-type: none"> 患者が望む、家族や他者との関係のあり方を尊重する 人間の根源的な「孤独感」について話し合う
	③負担感・申し訳なさ	家族や他者に負担や迷惑をかけて申し訳ないという思い	「誰かの負担になってつらい/迷惑をかけて申し訳ないという気持ちになることはありませんか」	<ul style="list-style-type: none"> みんな（家族や医療者など）に迷惑をかけている 人の世話にならないと何もできない、申し訳ない つらい気持ちを家族に知らせたくない お金のことで負担をかけて申し訳ない 	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族の価値観を理解する 負担感/申し訳なさについて患者と家族が気持ちを伝え合えるよう調整する 日常生活で患者に負担を感じさせないようにケアを工夫する 家族の負担を和らげる
	④人間を超えたもの・信仰に関する苦悩	人間を超えた存在（自然や神・仏など）との関係における苦しみ	「人間を超えた力が働いていると感じることがありますか」	<ul style="list-style-type: none"> 神も仏もない（救ってはくれない） 自然の力はどうすることもできない 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の死生観を知る 特定の信仰はなくても、自然など人間を超えたものとの関係に安らぎや癒しを見出せるか話し合う 宗教家の介入をコーディネート（宗教的な関わりや環境を整備）する
自律性	⑤自分のことができないつらさ	自分で自分のことが思うようにできない、または、しっかり考えることができないつらさ	「自分で自分のことができなくてつらいと思っっているのはどんなことですか」	<ul style="list-style-type: none"> 自分の思う通りにできないことがつらい 何もできなくなってしまった 自分で自分のことができなくて情けない トイレも一人でできず情けない ぼうっとして何が何だかわからない 自分のことが考えられない もっとしっかりしたい 	<ul style="list-style-type: none"> 患者が何を重要と考え、どこをサポートしてほしいと考えているのかを知る 身体的な自由を喪失していくなかでも、患者が選択し、決定できるという感覚を強める 患者の希望する生活や過ごし方にあわせ、意識状態に影響しにくい症状緩和の手段をとる 認知機能の低下を自覚させるようなコミュニケーションを避ける

(つづく)

表1 つづき

	⑥将来に対するコントロールの喪失	自分の将来がどうなっていくのかわからないために、見通しや計画が立たないことに関連した苦悩	「病気はこれからどうなるの だろう/先々どうなってしまうだろうと思うことがありますか」	<ul style="list-style-type: none"> ・この先どうなるのかわからない ・ひどく苦しむのではないか ・先々のことを知って自分で決めておきたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・先々予測されることに対する対応策を知り、対処できるという感覚を強める ・コントロールできないことについて、委ねる・手放す選択肢について話し合う
	⑦役割・楽しみの喪失	仕事や自分の役割、楽しみなどができないために、生きる意味が見出せないこと	「仕事や自分の役割・楽しみなどができず意味がないと思うことがありますか」	<ul style="list-style-type: none"> ・私の人生は何だったのか(意味がなかった) ・生きていても何の意味もない ・〇〇(仕事・役割・趣味など)を続けたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が価値を感じられること(仕事、趣味など)を続けられるようサポートする ・すべてを失ってしまったのではなく、失っていないものもあることに患者自身が気づけるよう促す ・新しく役割、楽しみ、自分らしさと感じられることを共に探索する
	⑧自分らしさの喪失	自分らしさを感じることができないこと	「あなたの生き方や人生で大切にしていることが尊重されていると思いますか」「今の自分を自分らしいと感じることができますか」	<ul style="list-style-type: none"> ・わたしの大切にしていることをわかってほしい ・人として扱ってほしい ・生きがいになることが何もできない ・自分の思うように生きていない 	
	⑨ボディイメージの変化	容貌の変化に伴い、弱った姿を見せたくないこと	「今の姿を他の人に見せたくないと思うことはありますか」	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち込んだ顔を見せたくない ・元気だったときの姿が変わってしまってつらい 	
時間性	⑩心残り	やり残したこと、将来を見届けられないことに関するつらさ	「心残りだと思うことは何ですか」	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもや孫の成長が見られなくて残念だ/生まれてくる孫に会えない ・これから家族とゆっくりしようと思っていたのに ・これからのんびり過ごそうと思っていたのに 	<ul style="list-style-type: none"> ・やり残したことが達成できるようにサポートする ・今すぐ達成することが困難な場合でも、手紙など気持ちを残すことを提案する ・重要なことに順番をつけることをサポートする
	⑪希望のなさ	希望が見出せないこと	「あなたにとって希望と感じることはどのようなことですか」	<ul style="list-style-type: none"> ・今までしていた仕事に戻りたい ・何をしたらいいのかわからない ・何もすることがない ・楽しいことが何も無い ・こんなことをやってもしょうがない ・病気がよくなるのなら早く終わりにしたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望を支持する ・具体的に達成できる目標を共に探索する ・死後にも続く希望を探索することをサポートする
	⑫死の不安	死に対する恐れや死んだらどうなるのかという不安	「死や死後について考えることはありますか」	<ul style="list-style-type: none"> ・死が怖い ・死にたくない ・死んだら何も残らない ・死んだらどうなるんだろう 	<ul style="list-style-type: none"> ・死の不安が自然な感情であることを保証し、不安を表出できる環境をつくる ・死の受け入れを目標とせず、ありのままの患者をサポートする ・宗教家の介入をコーディネートする

(つづく)

表1 つづき

⑬ 身辺整理に関する気がかり	遺言や葬儀など、伝えておきたい、残しておきたい事柄があること	「何かしておかなければいけないことはありますか」	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇に感謝・お礼を言っておきたい ・仕事の引き継ぎをしておきたい ・自分の葬式の段取りや相続の手はずをつけておきたい ・やらなければならない仕事があり無念だ 	<ul style="list-style-type: none"> ・「⑩心残り」を参照 ・患者の未完の仕事が、達成できるようにサポートする
⑭ 人生の不条理	「なぜ自分がこんなことになったのか」という不公平感や納得のいかなさ	「病気になって一番がっかりしたことは何ですか」	<ul style="list-style-type: none"> ・こんなに治療を頑張ってきたのに ・治ると思っていたのに ・こんなことになったのは、罰があつたからだ ・自業自得だ 	<ul style="list-style-type: none"> ・“怒り”として表現される場合は、その背景にある期待を理解し、怒りが現実的なものか、非現実的なものかを区別する ・現実的なものであれば、問題を改善するような対策を講じ、非現実的な場合、根底の感情を同定し、受け入れやすい方法があるかを共に探索する

[田村恵子, 他. 看護に活かす スピリチュアルケアの手引き 第2版, 青海社, 2017 より引用改変]

い、今の自分を患者なりに引き受けていくこと」、時間性の次元においては「自分に与えられた時間の有限性と向き合い、限られた今を患者なりに過ごしていくこと」を支援することである。

さらに、患者固有のスピリチュアルペインに応じて、専門家（医療ソーシャルワーカー、心理職、宗教家、精神科医・心療内科医、専門・認定看護師、スピリチュアルケア師など）への紹介を検討することも重要である。

現在、スピリチュアルペインに対する治療的な介入の効果が報告されている。その代表的なものとして、意味中心の心理療法、回想法が知られている。その他、マッサージや瞑想、マインドフルネスをベースとしたストレス低減法などの心身介入療法によるスピリチュアルウェルビーイングへの効果も報告されている。これらの介入はいずれも、専門性が高く、実施にあたっては教育訓練を要するため、日常診療で即取り入れることは難しいかもしれない。しかし、何がその患者の苦痛を和らげ、癒やしにつながるのか、個々に適用できる介入の知識・リソースを得ておくことは有用である。

[やっておくべきことのリスト案]

- スピリチュアルペインをアセスメントする
- 現在、スピリチュアルペインがなくても、死期が切迫していくなかで変化する可能性があるため、アセスメントを継続する
- スピリチュアルペインに影響している要因を明らかにする（本項では関係性、自律性、時間性の次元でどのようなスピリチュアルペインが現出するのかを紹介した）
- アセスメントに基づいたケア計画を立案する。基盤となる精神的ケアに加えて、患者固有のスピリチュアルペインに対する専門的な介入の必要性を検討する

3 治療抵抗性の苦痛をもつ患者に関わる医療者のケア

医療者は、苦痛が患者の望むように緩和されない時、十分なケアができなかったのではないかという敗北感や不全感などの心理的負担を経験することも少なくない。鎮静に際しては、患者と家族の相反する希望や医療者間の意見の不一致、鎮静によって人間としての営みを奪ってしまうのではないか、生命予後の短縮に影響しないだろうかという倫理的な悩みを抱える。また、鎮静の用語の定義とその理解が、一般にも医療者間においても不十分な場合もある。

さらに、鎮静に関して、医療チームのなかでも多くの決定の権限や責任をもつ医師では、心理的負担や倫理的な悩みによる燃え尽きと鎮静の選択に影響を与える可能性が報告されている。また、患者・家族の身近な存在である看護師は、家族の鎮静の要求に精神的重圧を感じたり、鎮静中の複雑な症状管理と鎮静薬の選択への懸念が報告されている。これらの過重な負担は、看護師の燃え尽きや離職にもつながりかねない。しかしながら、鎮静に関わる医療者に対する標準的な心理的介入の報告は見当たらない。治療抵抗性の苦痛をもつ患者の鎮静に関わる医療者は、自らがこのような負担感や悩みに直面する可能性があることを認識しておく必要がある。

医療者が抱える心理的負担や倫理的な悩みの解決のためには、まず、鎮静に対する共通理解を促進することが重要である。そのうえで、患者・家族と希望を明確にするための話し合いをできるだけ早い時期にもち、医療チームでその決定を話し合うなど、コミュニケーションを改善することで、妥当な決定をすることができる。また医療者の負担感や悩みを言語化し、チームメンバーで支え合える関係性が互いのケアにつながる。そして、個人の経験の意味づけ、態度やスキルの向上のために、各職種役割と実践を明確化し、倫理原則の教育が必須である。

4 未解決の課題

治療抵抗性の苦痛がある場合に、どのようにして精神的な支援を行えばよいかについて確立した方法はない。生きる意味や目的を失うことは、いわゆるスピリチュアルペインと表現されるが、そのアセスメントやケアの方法も定まったものはない。本手引きでは、なるべく具体的な方法を示すという観点から、日本で比較的良好に用いられているスピリチュアルペインアセスメントシート（SpiPas）とケアの方向性を紹介した。ただし、これらの枠組みが、治療抵抗性の苦痛をもった患者で有効かどうかはわかっていない。もとより、緩和できない苦痛のある患者を精神的にケアする方法として何か特定のものがあるものでもない。ここに記載した内容をもとに、「この場合では、このような視点でケアすることも価値があるかもしれない」という糸口となることを意図して記載した。

医療者の心理的負担感や倫理的な悩みに関しては、それらに影響する個人要因や状況要因として報告されているものを取り上げたが、今後は医療者のケアに関するエビデンスが求められる。

【注】

- 1) スピリチュアルペインのアセスメントとケアのありかたについてはさまざまな考え方があり、複数の書籍が出版されている。学会の出版物として一般出版物を参考文献として記載することは適切ではないとする懸念もあったが、何かの参考文献がないと理解が難しいという意見もあった。したがって、参考として以下のものを挙げる。

田村恵子, 河 正子, 森田達也 編. 看護に活かす スピリチュアルケアの手引き 第2版, 東京, 青海社, 2017

- 2) 何をするにしても人の助けが必要になることは、生きることを誰かに依存するということであり、すべての行為と意思が人に知られ、他者にさらされるということ。

【参考文献】

【スピリチュアルペイン】

- 1) Ciancio AL, Mirza RM, Ciancio AA, et al. The use of palliative sedation to treat existential suffering: a scoping review on practices, ethical considerations, and guidelines. *J Palliative Care* 2020; 35: 13-20
- 2) Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *J Pain and Symptom Manage* 2011; 41: 604-18
- 3) Ichihara K, Ouchi S, Okayama S, et al. Effectiveness of spiritual care using spiritual pain assessment sheet for advanced cancer patients: a pilot non-randomized controlled trial. *Palliat Support Care* 2019; 17: 46-53
- 4) Paal P, Frick E, Roser T, et al. Expert discussion on taking a spiritual history. *J Palliat Care* 2017; 32: 19-25
- 5) Rodrigues P, Crokaert J, Gastmans C. Palliative sedation for existential suffering: a systematic review of argument-based ethics literature. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55: 1577-90
- 6) Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo GF, et al. State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. *J Pain Symptom Manage* 2017; 54: 428-40
- 7) Taylor EJ. *Spiritual Assessment*. Ferrell BR, Coyle N, Paice J, eds. Oxford textbook of palliative nursing. 4th ed. Oxford University Press, New York, 2015: p532

【医療者のケア (心理的負担や倫理的悩み)】

- 1) Abarshi EA, Papavasiliou ES, Preston N, et al. The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47: 915-25
- 2) De Vries K, Plaskota M. Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliat Support Care* 2017; 15: 148-57
- 3) Le Boul D, Aubry R, Peter JM, et al. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliative Care* 2017; 16: 25
- 4) Lokker ME, Swart SJ, Rietjens JAC, et al. Palliative sedation and moral distress: a qualitative study of nurses. *Appl Nurs Res* 2018; 40: 157-61
- 5) 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* 2002; 20: 758-64
- 6) Morita T, Miyashita M, Kimura R, et al. Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med* 2004; 18: 550-7
- 7) Ziegler S, Merker H, Schmid M, et al. The impact of the inpatient practice of continuous deep sedation until death on healthcare professionals' emotional well-being: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2017; 16: 30