

【原 著】

専門的緩和ケアに携わる看護師による 終末期がん患者のスピリチュアルペインに対する看護実践

Nursing Practice for Spiritual Pain of Terminal Cancer Patients by Nurses Engaged in Specialized Palliative Care

山本 里香¹⁾, 鈴木 久美²⁾

Rika Yamamoto¹⁾, Kumi Suzuki²⁾

キーワード：終末期がん患者，スピリチュアルペイン，専門的緩和ケア，看護実践

Key Words : terminal cancer patients, spiritual pain, specialized palliative care, nursing practice

抄録

〔目的〕 専門的緩和ケアに携わる看護師の、終末期がん患者へのスピリチュアルペインに対する看護実践の内容を明らかにすることである。〔方法〕 看護師の経験年数が5年以上かつ専門的緩和ケアを担う場で2年以上勤務する看護師10名を対象に、半構造化面接を行った。〔結果〕 患者のスピリチュアルペインのアセスメントとして、参加者は、【患者が語れる信頼関係を構築する】【患者の言葉を手がかりにする】【患者の症状や雰囲気から変化を看取する】【タイミングを待ち、日々の関わりからくみ取る】【トータルペインの視点から捉える】【常に自己の判断を振り返る】ことをしていた。また、患者のスピリチュアルペインへの働きかけとして、【苦悩する患者から逃げない覚悟をする】という心構えをし、【患者の自律性を尊重して関わる】【タイミングを逃さず聴く】【苦痛から解放されるケアを行う】【患者と家族の関係性を調整する】援助をしていた。〔結論〕 専門的緩和ケアに携わる看護師による、患者の体験するスピリチュアルペインへの看護実践の内容が明らかとなり、今後一般病棟の看護師が患者のスピリチュアルペインをケアする際の一助となると考えた。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify the content of nursing practices addressing spiritual pain in terminal cancer patients by nurses involved in specialized palliative care. **Method:** Semi-structured interviews were conducted with 10 nurses who had more than 5 years of nursing experience and had worked for more than 2 years in settings providing specialized palliative care. **Results:** In assessing patients' spiritual pain, participants practiced the following: "Building a trusting relationship in which the patient can speak," "Using the patient's words as clues," "Watching for changes in the patient's symptoms and mood," "Waiting for the right timing and drawing insights from daily interactions," "Appreciating the patient's total pain," and "Constantly reflecting on

1) やまもとファミリークリニック, 2) 大阪医科薬科大学看護学部

their own judgments"Regarding interventions for patients' spiritual pain, participants maintained the mindset of 'resolutely not fleeing from suffering patients.' They also practiced 'engaging while respecting patient autonomy,' 'listening without missing the right timing,' and 'providing care that relieves suffering.' Some participants also worked on 'adjusting the relationship between patients and their families.' **Conclusion:** The study clarified the content of nursing practices addressing the spiritual pain experienced by patients conducted by nurses involved in specialized palliative care. These findings are considered useful for nurses in general wards when caring for patients experiencing spiritual pain.

I. はじめに

がん患者は、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインを合わせた全人的苦痛を経験しており (Dubrey et al., 2016), 進行がん患者の約7割がスピリチュアルペインを体験している (山本他, 2022)。とくに終末期がん患者は、身体的苦痛や精神的苦痛によってどのように最期を生きたいかという自己理想が脅かされ、スピリチュアルペインを抱えている (下舞他, 2020) ことが報告されている。このような終末期がん患者は、全人的な痛みを抱えた存在であり、死に直面し、これまでとは違う状況のなかで自身の生き方について考えざるを得なくなった時に、看護師によるスピリチュアルな側面に対するケアが必要となる (尾子他, 2020)。

耐え難い身体的苦痛やスピリチュアルな苦痛を経験している終末期がん患者の約8割以上が看護師に対していら立ちや不安を吐露する一方で、家族や医師に訴えない (下舞他, 2020) ことが報告されている。したがって、スピリチュアルペインを抱きながら、自分ではどうすることもできない苦痛を抱えている終末期がん患者に対して、看護師がその苦痛に気づき、ケアすることが重要である。

先行研究において、一般病棟の看護師を対象に、スピリチュアルケアへの困難さとその実態 (狩谷, 2018) や、緩和ケア病棟の看護師を対象に、スピリチュアルペインの捉え方 (平野他, 2014; 三橋他, 2011), スピリチュアルケアの実態 (大塚, 2007; 三澤他, 2005) についての研究が行われているが、緩和ケアを専門としている看護師を対象にしたスピリチュアルケアの様相について明らかにされた研究は長年にわたり行われていない。そのため、専門的緩和

ケアに携わる看護師を対象に、スピリチュアルペインへのケアに焦点を当てた研究を行うことは、スピリチュアルケアの充実に貢献でき、一般病棟の看護師や経験年数の短い看護師に対して援助の参考になると考える。さらに、終末期がん患者のQOLの向上や、最期まで充実した生活を送れるよう援助するための一助となると考えた。

本研究の目的は、専門的緩和ケアに携わる看護師が、終末期がん患者のスピリチュアルペインをどのようにアセスメントし、どのように働きかけをしているのか、その看護実践の内容を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

- 1) 専門的緩和ケア：緩和ケアチーム、緩和ケア病棟などで、終末期ケアが必要とされる場合などに提供されるケアのことである (日本緩和医療学会, 2023)。本研究では、日本緩和医療学会の定義する専門的緩和ケアのうち、緩和ケアチームや緩和ケア病棟に所属している看護師によって提供されるケアとした。
- 2) スピリチュアルペイン：村田 (2003) は、「自己の存在と意味の消滅からくる苦痛」と定義している。本研究では、人生の意味や目的の喪失から生じる苦痛、人生への後悔、運命に対する不条理な思いや不公平感、死への不安などの苦痛とした。
- 3) 看護実践：看護師が患者に対して援助する際の一連のプロセスであり、ケアの実施だけでなく、その前後の情報収集、アセスメント、介入計画、

評価も含むものである。本研究では、どのような視点からアセスメントし、どのように働きかけているのか、または援助しているのか、その一連の内容とした。

2. 研究デザイン

専門的緩和ケアに携わる看護師が、終末期がん患者が抱くスピリチュアルペインへのケアをどのように実践しているのか、その内容を明らかにするため、質的記述的デザインが適切であると考えた。

3. 研究参加者

看護師の経験年数が5年以上かつ専門的緩和ケアを担う場（ホスピス、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム）で2年以上勤務する看護師とした。対象施設の選定は、機縁法を用いてホスピス、緩和ケア病棟、緩和ケアチームを有する病院の施設長または看護管理者に研究協力を依頼し同意を得て、看護管理者に選定基準に合った対象の選定を依頼した。また、データに偏りが出ないように各調査施設で経験年数の異なる看護師2～3名とした。

4. 調査方法

インタビューガイドを用いて半構造化面接を行い、参加者に同意を得たうえで面接内容をICレコーダーに録音した。インタビューガイドは、専門的緩和ケアを提供する看護師が、(1) 終末期がん患者のスピリチュアルペインをどのように認識しているか、(2) 患者のスピリチュアルペインをどのようにアセスメントしているか、(3) 患者のスピリチュアルペインにどのように働きかけているか、という視点から作成した。インタビューに関しては、看護師の自由な語りを大切にしながら行った。また、参加者の背景として、看護師や専門的緩和ケアの経験年数、認定あるいは専門看護師の資格の有無、緩和ケアに関する教育の有無などについても情報収集を行った。

5. 分析方法

分析方法は、Krippendorff (1989) の内容分析の手法を用いて質的記述的に分析を行った。本研究では、終末期がん患者のスピリチュアルペインについての看護師の認識、スピリチュアルペインのアセスメントおよびそれに対する働きかけの内容を明らかにするため、知識や新たな洞察、「事実」に関する表象

行動に対する実践的指針などを提示できるとされるKrippendorffが提唱する質的内容分析を採用した。

インタビューの内容を録音したICレコーダーから、逐語録を作成し、看護師が患者のスピリチュアルペインについてアセスメントする時に得る情報や判断に該当する文脈を抽出し、コード化した。次に、スピリチュアルペインへの働きかけに該当する文脈を抽出しコード化した。そして、スピリチュアルペインが生じやすい状況に該当する文脈を抽出し、コード化した。その後、アセスメント、働きかけ、状況のそれぞれでコード化した内容を、それぞれの意味内容の類似性を検討しながら、本質的な意味を表す表現となるようサブカテゴリー化し、さらに抽象度を高めるカテゴリー化を行った。

研究の全過程において、質的研究に精通したがん看護分野の研究者にスーパーバイズを受けた。また、データの分析、カテゴリー形成は2名の研究者が確認しながら繰り返し行うことで、分析過程の真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

大阪医科薬科大学研究倫理委員会 (2022-010) と、データ収集する調査施設の倫理委員会の承認を受けて実施した。参加者に本研究の意義・目的・方法を説明し、研究参加の任意性と中断の自由、研究参加による不利益の回避、個人情報保護などについて文書と口頭で説明したうえで、同意書に署名を得た。

Ⅲ. 結果

1. 参加者の概要

本研究の協力で同意が得られた参加者の背景やスピリチュアルペインの認識は表1に示した通りである。参加者は計10名で、すべて女性であった。看護師としての経験年数の平均は20.4年、専門的緩和ケアでの経験年数の平均は10.5年であった。認定あるいは専門看護師の資格を有していた参加者は8名であり、緩和ケアに関する教育はすべての参加者が教育を受けていた。また、患者にスピリチュアルペインが生じやすいと捉えている状況は表2の通りで、【死を意識する時】【喪失体験をした時】【苦痛症状を体験している時】【自律性が低下した時】であった。

表1 対象者の背景およびスピリチュアルペインの認識

No.	臨床経験年数		資格の有無	緩和ケアに関する教育	スピリチュアルペインの認識
	看護師	専門的緩和ケア			
A	28年	9年	がん性疼痛認定看護師	緩和ケア全般に関する こと	・ 生きてる意味のつらさ ・ 人生へのつらさ
B	24年	8年	がん化学療法認定看護師	治療に関すること PEACE研修	・ 誰しもが経験する苦痛 ・ 自分の生きる意味や人生について考えること
C	31年	16年	がん性疼痛認定看護師	がん疼痛に関すること	・ 人生の意味への問いで、価値観や人生観に影響される個別性の高いもの ・ 人の根本にあるもの
D	19年	8年	無	PEACE研修, ELNEC研修	・ 人それぞれの価値観で出てくるもの
E	13年	5年	無	ELNEC研修	・ 自分の人生の背景
F	20年	15年	乳がん看護認定看護師 がん看護専門看護師	PEACE研修, がん性疼痛, スピリチュアルケア, がん看護全般	・ 生き方そのもの
G	14年	7年	緩和ケア認定看護師	PEACE研修, ELNEC研修	・ 死がベースだが、身体的側面, 精神的側面, 社会的側面全てと関連するもの
H	21年	17年	がん看護専門看護師	ELNEC研修, がん看護 全般に関すること	・ 村田の定義である「人生の意味や目的の喪失から生じる苦痛, 人生への後悔, 運命に対する不条理な思いや不公平感, 死への不安などの苦痛」
I	24年	15年	がん看護専門看護師 認定看護師	緩和ケアチームの立ち 上げ, 勉強会や研修の 運営・企画	・ 特別なことではなく、危機的状況になれば人間は誰でも抱えうる苦悩
J	10年	5年	認定看護師	PEACE研修, ELNEC研修	・ 人生の目的や意義について考えること ・ 死について考えること

・ ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) : EOLケアや緩和ケアを提供する看護師に必須とされる能力修得のための体系的な教育プログラムを開発した組織 (日本緩和医療学会)

・ PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) : 症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム (日本緩和医療学会)

以下, カテゴリーを【】, サブカテゴリーを《》, コードを〈〉, 研究参加者の語りを「斜字 (参加者ID)」で示す。

2. 終末期がん患者のスピリチュアルペインの Assessment について

終末期がん患者が体験するスピリチュアルペインの Assessment は表3に示した通りであり, 6つの

カテゴリーに集約された。参加者は, 患者のスピリチュアルペインを Assessment する際に, 【患者が語れる信頼関係を構築する】【患者の言葉を手がかりにする】【患者の症状や雰囲気を見取る】【タイミングを待ち, 日々の関わりからくみ取る】【トータルペインの視点から捉える】【常に自己の判断を振り返る】ことをしていた。以下, カテゴリーごと

表2 スピリチュアルペインが生じる状況

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
死を意識する時	がんの診断や告知により死を意識する時	<ul style="list-style-type: none"> ・がん診断・告知時に生じる気持ち ・治療がなくなったり、がんと告知されたり、再発と言われ、死を意識する時 ・死を意識する時 ・危機的な状況
喪失体験をした時	希望を喪失した時	<ul style="list-style-type: none"> ・希望の喪失につながった時
	関係性を喪失した時	<ul style="list-style-type: none"> ・他人や家族との関係性、役割を手放した時
苦痛症状を体験している時	痛みなどの身体的苦痛や不安などの精神的苦痛を抱く時	<ul style="list-style-type: none"> ・つらい症状がある時や喪失体験をした時 ・痛みなどの身体的苦痛や生き続ける意味を見出せない精神的苦痛に伴って出てくる ・症状緩和されない時 ・不安や身体の変化が起こる時
自律性が低下する時	ADLが低下し、できていたことができなくなった時	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でできることが少なくなり、ADLが低下した時 ・ADLが低下し、喪失が重なる時 ・ADLが低下し、自分に価値がなくなったと感じる時 ・今までできていたことができなくなった時
	自分の力でできないことによって、迷惑をかけると考える時	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の力や努力でどうしようもないと実感し、自立が失われる時 ・つらい症状が出て亡くなったり、できなくなってしまうたり迷惑をかけてしまうことについて必ずしも考えること

に示す。

1) 【患者が語れる信頼関係を構築する】

このカテゴリーは、患者のスピリチュアルペインをアセスメントする際に、まず、患者から本音を吐露してもらえるような関係性を作ることを大切に、患者と良好な関係を築くという姿勢を示している。このカテゴリーは《患者から語ってもらえるような信頼関係を築く》のサブカテゴリーが含まれ、参加者は、「スピリチュアルペインを捉えたいなあとか、この人そこらへん気になってるんじゃないかなあとか思った時は、まず信頼関係を築くことから始めている (C)」などと語っていた。

2) 【患者の言葉を手がかりにする】

このカテゴリーは、参加者が患者の発する言葉に耳を傾け、その言葉を糸口にしてアセスメントしていたことを示している。このカテゴリーは、《患者の言葉を大事にして把握する》《患者の言葉から背景を読み取る》の2つのサブカテゴリーから構成された。《患者の言葉を大事にして把握する》は、「この状況が苦しい、早く終わりにしたいとか、死にたいとか言ってる方は、言葉でそう言う人もいるので、それはすごい分かりやすいと思う (D)」という語りが含まれた。《患者の言葉から背景を読み取る》は、「死に対する言動が出てきたなってなれば、もう少し、何でそういうふう思ったきっかけがあったのかなとか、何でそういうふう心境が変わったのか

表3 スピリチュアルペインのアセスメント

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
患者が語れる信頼関係を構築する	患者から語ってもらえるような信頼関係を築く	<ul style="list-style-type: none"> 患者の言葉を大切に看護師が勝手に解釈せず、どんな人なら信頼できるのか問いかけて関わる 長年関わっていて情報がある患者など、信頼関係ができていて患者とはある程度解って関われる 患者のスピリチュアルペインを捉えたい時は信頼関係を築くことから始める 信頼関係を一番大事にしていると、患者から言ってきてくれることが多い 患者との今までの関係性を確認して、関係性ができているか気を付けながら話をする
患者の言葉を手がかりにする	患者の言葉を大事にして把握する	<ul style="list-style-type: none"> 今の状況への苦しさや死にたいという言葉で言う人は分かりやすい 身体が変化した時にその訴えを聴き、言葉を大事にして寄り添うことを第一に考える 大丈夫という患者の言葉はそれ以上踏み込まないでという患者からのメッセージとしてアセスメントする 患者が大事にしていることや望む生き方について最終的に患者に確認して把握する
	患者の言葉から背景を読み取る	<ul style="list-style-type: none"> 患者の言動の意味を深めると、その気持ちの背景が把握できる 死に対する言動があれば、そう思ったきっかけやなぜ心境が変わったのかアセスメントする 生きる楽しみがないことや、他人に迷惑をかけたくない、いつまでこの状態が続くのかなどの言葉で表出された時にスピリチュアルペインを感じ取る 患者の発言から、時間性、関係性、自律性のどの部分の発言なのか明らかにする 患者の表情や言葉の背景にあるつらさが何かについて患者の発言をちゃんと聴き、逃さない 患者の、残された治療がないという会話の中から言葉を拾ってアセスメントする 患者の言ったことについて気持ちを探索したりネーミングする
患者の症状や雰囲気から変化を看取する	事前に患者の病態や治療経過、社会的背景に関する情報を根拠としてもつ	<ul style="list-style-type: none"> 事前に患者の症状や治療に関する情報、社会的背景、人間関係についての情報は全部取っておく 患者の病態や治療経過、予後根拠としてアセスメントする
	苦痛を予測して関わる	<ul style="list-style-type: none"> 関わり方一つで患者が苦痛と感ずることもあるため、患者の苦痛に気付くことから始める 患者にとって何がしんどいと思っているのか考えることが先と思う スピリチュアルペインの時間性、自律性、関係性の3つの側面からある程度予測して関わる がん患者にはスピリチュアルペインがあつて当然なのであるものと思つて関わる
	患者の表情や行動を見て声をかける	<ul style="list-style-type: none"> 対面で会つて見て話したうえで、不安を抱えてそんな患者には話したりする 不安で眠れない訴えや表情が浮かない時はその先の生活について考えていると思ひ聴いてみる 患者のタイミングを待つだけではなく、沈んでいたり元気がないと感ずた時はこちらから声をかける
	症状や患者の雰囲気から感ずる	<ul style="list-style-type: none"> 病態をトータル的に含めて状況を否認、否定している人はその要因を把握する 孤独になりそうな人は不安が生じやすいと思ひ、気を付けて見る しんどい症状やせん妄などの症状がでた時は患者の様子に着目し、そこから本音を感じ取る 患者の様子を雰囲気や感ずで捉えることが多い

表3 スピリチュアルペインのアセスメント (つづき)

タイミングを待ち、日々の関わりからくみ取る	患者が話れるタイミングを待つ	<ul style="list-style-type: none"> 患者の反応を見ながら言えるタイミングまで待つ 病気の歴史や生活歴、残された治療、時間などの、過去・現在・未来を総合的に含めたタイミングでスピリチュアルペインに向き合えるか向き合えないかアセスメントする 今起こっている患者の症状や状況と合わせて話を聴くタイミングを判断する 患者の発言が出てきた時には、聴ける時間を大切にする 患者が聴いてほしいような雰囲気を出すなど、そのタイミングでしか言えない患者にはそのタイミングで聴く 治療がなくなった時に、どんなふうに生きていか過ごしたいかなど正直に聴く
	日常生活のケアや日々の意図的な関わりから捉える	<ul style="list-style-type: none"> ケアをしながら身体症状を聴き、日々の関わりからアセスメントする 話を聴いた方がいいと思う患者には意図的に関わり、言動の背景にある気持ちをゆっくり聴く 日常生活のケアやリラクゼーションを通して患者のスピリチュアルペインを捉える
トータルペインの視点から捉える	ツールや理論を用いて捉える	<ul style="list-style-type: none"> 悪い話やつらさについて聞く時は、患者がどう思っているのかツールを用いて深く聴く 抑うつや笑顔、意欲がない時は死の受容段階をもとに患者の言動からアセスメントする セミナーや文献の知識をもとに目の前の患者と照らし合わせて把握する
	患者の今だけではなく、生き方や価値観を捉える	<ul style="list-style-type: none"> 患者の人生や習慣、大事にしてきたものについて家族の視点からも聞いてみる 患者の今だけじゃなく、生き方、交友関係から患者の価値観を見る 患者自身を知りたいため、どのような過去を生きてきたのかを大事にする 病気がわかるまでのプロセスや、どのような治療経過を経て患者が今ここにいるのかを知る
	身体的、心理的、社会的、スピリチュアル的側面の全体を見て捉える	<ul style="list-style-type: none"> 身体的、心理的、社会的、スピリチュアルの4側面すべてのアセスメントが大事なので、その人の全体を見るようにする 客観的な情報、主観的な情報をもとに、そこから見出されるズレを確認する
常に自己の判断を振り返る	他職種の意見を手がかりとする	<ul style="list-style-type: none"> 患者のスピリチュアルペインについて他職種でカンファレンスすることで、その訴えが正常であるか判断し気付くことができる 自分の意見だけで決めつけず、自分ではこれだと思っても他職種の意見を聞く スタッフからいろいろな情報をもらい、本音が表面的なことか確認し自分の情報をもとにアセスメントする
	日々リフレクションをする	<ul style="list-style-type: none"> 経験値だけではアセスメントできないため、経験値をリフレクションするプロセスからもアセスメントする

なっているのをアセスメントする (F)」などの語りがあった。

3) 【患者の症状や雰囲気から変化を看取する】

このカテゴリーは、参加者が患者と関わる前に情報を把握し、患者の心身の状態を予測して、雰囲気や症状を注意深く観察し、その変化から感覚的に瞬時に読み取することを示している。このカテゴリーは《苦痛を予測して関わる》《症状や患者の雰囲気から

感じ取る》などの4つのサブカテゴリーから構成された。《苦痛を予測して関わる》は、「関係性を失うことがつらいのか、時間を失うことでペインが出てくるのか、自律を失うことでペインが出てくるのかは解らないけど、ある程度予測はできるから、その予測をもとにアセスメントする (H)」などの語りがあった。《症状や患者の雰囲気から感じ取る》は、「雰囲気というか、その人のもつ、なんて言うのかな…

これがこうやからこうだなんていうのはあんまり感じないというか、あ、今思ってたそうなんだっていう感覚もちょっとあるんですけど、そういうので見てることが多い (E)」という語りがあった。

4) 【タイミングを待ち、日々の関わりからくみ取る】

このカテゴリーは、参加者が、患者がスピリチュアルペインについて語れるようになるまでのタイミングを待ち、日常生活のケアや日ごろの関わりから把握することを示していた。このカテゴリーは、《患者が語れるタイミングを待つ》《日々のケアや関わりから捉える》の2つのサブカテゴリーから構成された。《患者が語れるタイミングを待つ》は、「片手間では聴けない話、関われないっていうか中途半端になっちゃうので、そういうこと（スピリチュアルペインのサイン）を出した時って患者さんが語りたいたいタイミングだと思うので、その時間を大事にする、ケアの時に出てきたりする場合もあるし、何かきっかけでそういう発言が出てきたりするので、そこがタイミングと思ってそこを逃さないようには気を付けてます (C)」という語りがあった。《日々のケアや関わりから捉える》は、「身体の症状やつらさを聴きながらスピリチュアリティのところも一緒にアセスメントできるだろうし、スピリチュアリティ、スピリチュアルペインをアセスメントするためだけの情報収集はしないので、日々の関わりの中からもスピリチュアリティのところも含めてアセスメントだと思っている (I)」という語りが含まれた。

5) 【トータルペインの視点から捉える】

このカテゴリーは、参加者が、終末期がん患者の身体的、心理的特徴を予め知識としてもち、患者の過去を含めた生き方や価値観を包括的に捉えていることを示している。このカテゴリーは、《ツールや理論を用いる》《患者の今だけではなく、これまでの生き方や価値観を捉える》などの3つのサブカテゴリーで構成された。《ツールや理論を用いる》は、「表情とかだけでも、文献を読んだ時に、いろんなパターンがあるじゃないですか。10人いれば10人のパターンがあるってなった時に、知識をもとに目の前の患者さんと照らし合わせる (F)」という語りがあった。《患者の今だけではなく、これまでの生き方や価値観

を捉える》は、「アセスメントする時は、その人の今だけじゃなくて、生き方とか、お友達との接し方とか、その人の価値観をどういうふうに見ていくか（というところから患者を理解する）(A)」などの語りがあった。

6) 【常に自己の判断を振り返る】

このカテゴリーは、参加者は、常に自分のスピリチュアルペインのアセスメントの適切性について他職種の意見も踏まえて自分自身を客観的に振り返ることを示している。このカテゴリーは、《他職種の意見を手がかりとする》《日々リフレクションをする》の2つのサブカテゴリーから構成された。《他職種の意見を手がかりとする》は、「いろんな人からいろんな情報もらったうえで、その人の本来のスピリチュアルペインで何なんだろうなっていうのを考えながら関わることもあるかなあ。で、自分がもってる情報をもとにアセスメントする (F)」という語りがあった。《日々リフレクションをする》は、「経験値だけでは多分アセスメントできない、振り返った時に、ああそうか、そうすればよかったなっていう、日々のリフレクションでいうところでのこの人のアセスメントをしてる (F)」という語りが含まれた。

3. 終末期がん患者が体験するスピリチュアルペインへの働きかけについて

終末期がん患者が体験するスピリチュアルペインへの働きかけとして、表4に示した通り5カテゴリーに集約された。スピリチュアルペインへの働きかけとして、前述のアセスメントのもと、【苦悩する患者から逃げない覚悟をする】【患者の自律性を尊重して関わる】【タイミングを逃さず聴く】【苦痛から解放される心地よいケアを行う】【患者と家族の関係性を調整する】が挙げられた。以下、カテゴリーごとに示す。

1) 【苦悩する患者から逃げない覚悟をする】

このカテゴリーは、参加者が終末期がん患者に向き合うために、自分自身の姿勢や準備性をもつことを意味しており、苦悩する患者を引き受ける心の準備を示している。このカテゴリーは、《苦悩する患者から逃げずに傍に居続ける》《患者に関心をもち寄り添う》《患者のことを気にかけているという雰囲気醸し出す》の3つのサブカテゴリーから構成された。

表4 スピリチュアルペインへの働きかけ

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
苦悩する患者から逃げない覚悟をする	苦悩する患者から逃げずに傍に居続ける	<ul style="list-style-type: none"> 患者が痛さや息苦しさなどしんどいと訴えた時は何も言わずに傍にいる 看護師がスピリチュアルペインについて理解し、患者の話から逃げずに何も言う必要はないが傍にいることを続ける
	患者に関心をもち寄り添う	<ul style="list-style-type: none"> 患者は死ぬことが現実になった時や身体の変化があった時に動揺するため、看護師はそこに寄り添い患者の思いを傾聴する スピリチュアルな面や心が穏やかであるかは簡単ではないが患者に関心を寄せてそこに存在することが大事であり、心に伴走できるケアの提供者となる 看護師は患者の死に方や生き方などのスピリチュアルペインについて覚悟して向き合う
	患者のことを気にかけているという雰囲気を感じ出す	<ul style="list-style-type: none"> ケアの時間を有効に使って、この人になら話してもいいかなと思ってもらえるきっかけ作りを意図的にする 長い経過を見る患者には、この人は話を聞いてくれる、患者が考えていることを優先してくれると思えるような信頼関係を作ろうと思って関わる 看護師の気付きや観察、日常生活のケアを通して、気にかける、心配する姿勢を示す 患者に時間を作り何かあった時はいつでも助けるであるという安心になる声かけをし、患者に何かしているということを解ってもらう
患者の自立性を尊重して関わる	患者の自尊心を守る関わりをする	<ul style="list-style-type: none"> 患者の気持ちやプライドを守る関わりをする スピリチュアルペインがあることは当然であるから、患者のありのままを大事にして受け止める 看護師の価値観や判断を押し付けず患者の価値観を大切に、患者の気持ちのつらさを聴く
	患者ができないことさり気なくケアする	<ul style="list-style-type: none"> 患者の自律性が失われた時は、できないことに注目せず患者ができることを見つけて工夫する 患者に何かあった時やつらい話をきっかけに、患者の様子を見ながらするすつと入っていく 一番困っていることについて解決し、できることから手助けする 患者が今までしてきたことや頑張ってきたことを承認し、自分で意味づけや価値を認められるように声かけする
	他職種と共に、患者の自立を尊重した環境を整える	<ul style="list-style-type: none"> 他職種と共に、患者が安全に自立した生活ができるよう環境整備する 患者の希望に沿って意向を確認し他職種と情報共有して協力し患者をサポートする
タイミングを逃さず聴く	患者にとって大事なことを聴く	<ul style="list-style-type: none"> 患者の目標や大事にしてきたこと、希望やニーズを意識して聴く スピリチュアルペインは解決できないため、穏やかさや大事なことを患者と共に探ることがケアの在り方とする 雑念があると患者を理解できないため、無心になって聴く
	患者の苦悩やつらさに共感する	<ul style="list-style-type: none"> 死が迫っていたり、身体症状が辛い患者の話やつらい気持ちを共有する 患者が自分で語り整理できるように関わる スピリチュアルペインの話をしてきて嬉しいと患者に返す
	患者が語りたいタイミングを捉える	<ul style="list-style-type: none"> 看護師からはがっつり聞かず、患者のサインをキャッチし語りたいタイミングを逃さないように気をつけて話を聴く 理不尽な苦悩による怒りをぶつけられても、タイミングを見て改めて出直す
苦痛から解放される心地よいケアを行う	身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛を確実に取る	<ul style="list-style-type: none"> 前向きになるよう、身体症状の緩和や不眠の改善、苦痛緩和が解決できるよう関わる 体が穏やかであること、苦痛症状を取ることは最低限やらないといけないことであるため、絶対に症状マネジメントをする 身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛のコントロールや予防をしっかりと丁寧に行う
	日常生活を大事にした快適なケアをする	<ul style="list-style-type: none"> 足浴や保清のケアから患者が大事にしている価値観に気付くきっかけを作るため、日々のケアを大切に 特別なことではなく、その日その時間の生活を大切にしながら患者にケアする
	患者とじっくり関われる時間を確保する	<ul style="list-style-type: none"> 話の機会を作るために、洗髪、清拭、足浴のケアに時間をかける 患者に苦痛がある時は安心感につながるようにタッチングする スタッフと調整して、患者の話を聴ける時間と環境を作る 患者の語りやすいタイミングを大事にし、一人の患者に時間をたっぷり使う 患者の危機的状況に備えるために意図的に継続して関わり続ける
患者と家族の関係性を調整する	患者の思いや訴え、家族には言えないことを家族に代弁する	<ul style="list-style-type: none"> 患者が家族には言えないことや、患者から聴いた家族への思いを家族に代弁する 患者の訴えや何かあると感じることを大事にして、それについてちゃんと聞き、家族に渡すことを心がける 患者と家族の療養場所についての思いが違っていた場合にその乖離を埋める
	家族の協力を得る	<ul style="list-style-type: none"> 家族との関係性の維持のために家族の力を借り、協力を得るようなケアをする

《苦悩する患者から逃げずに傍に居続ける》は、「傍に、うんうん聴くだけでいいから、何も言う必要はないから、傍にいてっていうのを続けていかないと、ケアができるわけがない (A)」という語りがあった。《患者に関心をもち寄り添う》は、「いつか死ぬっていうのはみんな分かっているけれど、それが現実的になってしまった時になるとすごい動揺するし、さまよってしまう部分があるので、そこに寄り添いながら、本当にどういうふうに生きたいのかっていうのを確認しながら関わっていく (F)」などの語りがあった。《患者のことを気にかけているという雰囲気を醸し出す》は、「約束は守るっていうところと、ちょっとした挨拶とか、顔を合わせたら〇〇さんこんにちは、とかって名前を呼ぶようにしたりとか、ちょっと体調どうですか?とか、一言二言でもいいから、気にしてますよってサインじゃないけど、そういう感じでアプローチを積み重ねていってる (G)」という語りが含まれた。

2) 【患者の自立性を尊重して関わる】

このカテゴリーは、患者のADLや自立性の低下に伴う状態をありのまま受け止めつつ、患者が自分でできないことに直面させず、できることを大切にしながらコントロール感覚を保ち、ケアしていることを示している。このカテゴリーは、《患者の自尊心を守る関わりをする》《患者ができないことをさり気なくケアする》などの3つのサブカテゴリーから構成された。《患者の自尊心を守る関わりをする》は、「その人を守るため、その人のその気持ちを守るといふか、トイレに行くことを守るんじゃなくて、その人のプライドとか、その人自身を守るために私らがせなあかねって話をして (A)」という語りがあった。《患者ができないことをさり気なくケアする》は、「できなくなったことに注目するんじゃなくて、そこはそこで受け止めて、じゃあできるところは何かっていうことを一緒に考えて支援するようにしてる (C)」という語りが含まれた。

3) 【タイミングを逃さず聴く】

このカテゴリーは、参加者が、患者にとって都合のよい時間や心身の状態に合わせて、タイムリーに患者の気持ちや思いに共感し、傾聴するというこ

を示している。このカテゴリーは、《患者の苦悩やつらさに共感する》《患者が語りたいタイミングを捉える》などの3つのサブカテゴリーから構成された。《患者の苦悩やつらさに共感する》は、「死が迫っているような人とか、やっぱり身体症状が衰えてきた人っていうのは、自分自身身体の変化に一番気付いていると思うので、動けないつらさだったりっていうところが…先入観かもしれないけどあるのかなってところで、ちょっと話しかけに言ったりとかをして、そういうつらい気持ちを共有するところから始めている (G)」などの語りがあった。《患者が語りたいタイミングを捉える》は、「そういうことを出した時って患者さんが語りたいタイミングだと思うので、その時間を大事にする、ケアの時に出てきたりする場合もあるし、何かきっかけでそういう発言が出てきたりするんで、そこがタイミングと思ってそこを逃さないようには気をつけてます (C)」という語りがあった。

4) 【苦痛から解放される心地よいケアを行う】

このカテゴリーは、参加者が、患者の症状マネジメントや、その日その時間を大事にしながら患者の苦痛が一瞬でも解き放たれるように、足浴や清拭などの日常的なケアを行うことを示している。このカテゴリーは、《日常生活を大事にした快適なケアをする》《患者とじっくり関われる時間を確保する》などの3つのサブカテゴリーから構成された。《日常生活を大事にした快適なケアをする》は、「日々の生活を大事に、患者さんと(看護師と一緒に)生きていこうかっていうことに達することが多いので、何か特別なことではなくて、その日その時その時間を大切に、患者さんにケアしているかな (F)」などの語りがあった。《患者とじっくり関われる時間を確保する》は、「この人は無理に現実に向き合ってもらっても、その人にとっては苦痛、それ自体が苦痛になるんだったら、もうそれはやめて、この人が本当に快に、心地よって思えるような時間とか空いていうのを作ろうかな (F)」などの語りがあった。

5) 【患者と家族の関係性を調整する】

このカテゴリーは、参加者が、家族には言えない患者の思いや訴えについて丁寧に聴き、それを家族

に代弁し、患者にできるケアを家族と一緒に調整していることを示している。このカテゴリーは、《患者の思いや訴え、家族には言えないことを家族に代弁する》《家族の協力を得る》の2つのサブカテゴリーから構成された。《患者の思いや訴え、家族には言えないことを家族に代弁する》は、「家族やから全部の気持ちが言えるわけじゃないし、第三者やから話ができたりする時もあるから、それを聞きっぱなしでいいんか、私たちがね、聞きっぱなしで終わっちゃったら、そこで終わっちゃうやん。でもやっぱりそれをお伝えする (A)」という語りがあった。《家族の協力を得る》は、「関係性とかだと、ご家族との関係性…これは看護師っていうか医療者だけでは難しかったりする部分なので、ご家族の協力を得るようなケアをする (C)」という語りがあった。

IV. 考察

1. 終末期がん患者のスピリチュアルペインのアセスメントについて

参加者は、終末期がん患者のスピリチュアルペインをアセスメントする際に、前提として【患者が語れる信頼関係を構築する】ことをしていた。患者との関係性を確立することは、スピリチュアルケアにおいて多くの緩和ケア病棟の看護師も実践している内容であり (大谷, 2007)、本研究の結果と一致していた。がん患者はスピリチュアルペインを表出することが少ない (Dubrey et al., 2016) からこそ、緩和ケア病棟の看護師と同様に本研究の参加者も患者が語れる状況を作るための信頼関係の構築を重視していたと考える。患者と信頼関係を築くことは看護実践において基本的な姿勢であるが、スピリチュアルペインという難しい問題をケアしていく際にも基本的かつ重要な姿勢と言える。

参加者は【患者の言葉を手がかりにする】【患者の症状や雰囲気から変化を看取る】ことを糸口にしてアセスメントしていた。終末期にある患者との対話において、単に相手の表す表面的な語りにこたえるだけでなく、その言葉を通して患者が伝えたいメッセージ、あるいは本人さえも気付いていない真の心の叫びに患者自身が気付くような働きかけが必

要である (小楠他, 2007) とされている。このことから参加者は、患者の発する一つひとつの言葉を大切にしながら、その意味や背後にある気持ちを洞察し、スピリチュアルペインを把握しようとしていたと考えられる。またがんは、終末期になると急激に変化して身体機能が低下し、7割以上の患者に倦怠感や疼痛などの症状が出現する (錦戸他, 2014)。そしてがん患者は、一旦は「死を受け入れた」といった平穏な態度を取るが、死の直前になると、これまでの態度から一変し、「怒り、苛立ち、憤り、無力」などの感情や行動の表出を示すことがある (下舞他, 2020)。そのため、参加者はこのようながん患者の特徴をふまえて、今後患者に何が起こりうるかを予測し、症状や雰囲気の変化から直感的に捉えていたと考えられる。エキスパートナースは、豊富な経験があるので、状況を直感的に把握し問題領域に正確にねらいを定める (Benner, 1992) としている。本研究の参加者は専門的緩和ケアに携わる看護師であったからこそ、熟練したスキルを用いて、患者の言語のみならず非言語的のシグナルを見逃さないように瞬時にその変化を感じ取り直感的にスピリチュアルペインをアセスメントしていたと考える。したがって看護師は、患者が発する言葉や雰囲気、症状の変化に関心を向け、そこからスピリチュアルペインの糸口を見つけることがポイントとなるだろう。

そして、参加者は【タイミングを待ち、日々の関わりからくみ取る】ことをしていた。スピリチュアルペインは言葉で明確に表されるものばかりでなく、間接的な言葉などを通して表現される (窪寺, 2004) と言われている。そのため参加者は、患者の「語りたい」というサインをキャッチし、スピリチュアルペインが表出されるタイミングを待ち、《日常生活のケアや日々の関わりから捉える》というようにスピリチュアルペインをアセスメントしていたと考える。したがって、看護師は、普段から患者の言葉や症状の変化を意識して見るように心がけ、タイミングを捉えた関わりが重要であると考えられる。

また、参加者は【トータルペインの視点から捉える】ことをしていた。トータルペインは、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みが互いに影

響し合い全体として苦しみが形成されるため、これらすべてを含む総体として苦しみを捉えるべきである (Dubrey et al., 2016) とされている。とくに終末期がん患者のスピリチュアルペインは、身体的、精神的、社会的苦痛が痛みとして複雑に絡み合って出現する (富安, 2006) と言われている。そのため参加者は、スピリチュアルペインの一側面のみならず、患者の状態を俯瞰的にみてアセスメントしていたと考える。さらに、がん患者が抱えるスピリチュアルペインには、身体状態、精神状態、経済状態が関連し、これらの苦痛を感じている患者ほど、スピリチュアルペインの程度が強いことが研究の視点からも明らかにされている (山本他, 2022)。このことから、患者のスピリチュアルペインをアセスメントする際は、身体的側面、精神的側面、社会的側面、スピリチュアルな側面との関連性および包括的に見る視点を持ち、トータルペインの視点からアセスメントすることが重要と言える。

そして【常に自己の判断を振り返る】ことをしていた。看護師は、患者の健康課題解決を行うために、知識や技術の能力獲得だけでなく、課題探求を行いながら発展していけるよう思考スキル能力が必要であり、能力の基盤となるリフレクションする力を高める必要がある (中信他, 2009)。参加者は自己のアセスメント能力を高めるために、常にリフレクションしていたと考えられる。また、参加者は自己の実践を振り返り、次の実践に活かすために、自分だけではなく《他職種の意見を手がかりとし、適切なアセスメントができているか見極める》ことも行っていた。このことから、参加者はさまざまな視点から他者の意見を聴くことで自分自身の視野を広げ、よりよい判断力や実践力へとつなげていたと考える。

以上のことより、参加者は終末期がん患者のスピリチュアルペインをアセスメントするために、患者との信頼関係の構築をもとに、予測しながら患者の言葉のみならず非言語的シグナルを大事にして、タイミングを逃さずにトータルペインの視点から把握し、絶えず自己の判断をリフレクションしていることが明らかとなった。先行研究において、終末期がん患者のスピリチュアルペインに対するケアの内容

を明らかにした研究は見られたが、アセスメントを明らかにした研究はなく、今回得られたアセスメントの手がかりや視点は新たな知見と言える。

2. 終末期がん患者が体験するスピリチュアルペインへの働きかけについて

参加者は患者のスピリチュアルペインへの働きかけに対して、まず【苦悩する患者から逃げない覚悟をする】という心構えを示していた。一般病棟の看護師は、終末期がん患者へのケアに対して、患者から死に関する話題を出された時の対応について困難さを感じている (狩谷, 2018)。一般的に死の話というのは無条件に回避されることが多く、患者が死に直面している時には死の話題を避けたいことは当然である (川名, 2014) とされている。しかし、参加者は、死に直面し苦悩する患者を引き受ける覚悟をもたないと、スピリチュアルペインへの働きかけができないことを十分に理解し、患者の苦悩から逃げない真摯な姿勢を重視していたと考える。本研究の参加者は、ELNEC-JやPEACEなどの緩和ケアに関する専門的な教育を受けた看護師が多く、患者のスピリチュアルペインに向き合うことができたのだと考える。これらの研修は、エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師に必要な基本的知識だけでなく、スピリチュアルペインを苦悩と捉え、その理解に基づいたケアをすることや、患者の全人的苦痛に目を向けてケアすることを目的としている (日本緩和医療学会, 2023)。そのため参加者は、ここでの研修の学びを臨床へ活かし、患者と向き合い援助を提供していたと考えられる。そして、看護師は、患者が生きる意味や目的、自己存在の意義などを模索する際に、人間的つながり (関係性) を支えていこうとする努力や姿勢、その人間的成熟のプロセスが重要である (荒井, 2009) と言われている。したがって、スピリチュアルペインへの援助をする際には苦悩する患者に寄り添う姿勢をもつことが重要である。その一方で、スピリチュアルペインに対応していく看護師にとってはストレスフルなことであるため、看護師のストレスマネジメントの教育も同時に必要になると考える。

そして参加者は【患者の自立性を尊重して関わる】

ことをしていた。ホスピス看護師によるスピリチュアルな側面への介入として、尊厳と敬意をもって患者に対応していることが示されており (Kisvetrová et al., 2013), 本研究の結果とも一致していた。がん患者は病期の進行に伴って、痛みなどの身体的苦痛から日常生活が制限され、他者からの支援を受けながら療養生活を送らねばならないことが増加し、その結果、「人の迷惑になってまで生きる価値はない」などの自身の死生観にかかわる苦悩に苛まれるようになる (藤原, 2017)。そのため参加者は、患者が自分でできることを一緒に探し、患者の自律性を尊重するために《患者ができないことをあえて言わず、さり気なくケアする》関わりを大切にしていたと考える。このような関わりは、自立性が低下している患者にとって、できない自分に直面させることなく、患者の自尊心を守るために重要な働きかけだと考える。

また参加者は【タイミングを逃さず聴く】という働きかけも行っていった。看護師は終末期がん患者との会話場面を通して、患者の思いや希望を聴くというスピリチュアルケアを実践しており (川崎他, 2005), 本研究の結果とも一致していた。がん患者はスピリチュアルペインを表出することが少ない (Dubrey et al., 2016) ため、参加者はタイミングを逃さずに患者のサインに気付き、傾聴や共感のスキルを用いて援助していったと考える。本研究の参加者は、緩和ケアに関する専門的な教育を受けた看護師が多く、緩和ケアについての基本的な知識や技術、がん患者との関わり方について学び、これらを自身の援助につなげることができていたと考えた。傾聴は単に言葉で表されることのみを聴くのではなく、言葉では十分に表現できない心の叫びまで聴きとることを含んでおり (小楠他, 2007), 《患者の希望やニーズを無心になって聴く》というケアが大切であると言える。また傾聴することにより、患者と看護師の間に信頼関係が構築され、患者は精神面の安定が図られ自分自身を振り返ることができ、感情の言語化が可能となり、最終的に問題解決に向けた行動を取ることができるようになる (長尾, 2013) と言われている。このことから、参加者は、傾聴は患者のスピリチュアルペインを軽減するために有用なス

キルであると認識し、聴くという実践を大切にしていたと考える。したがって看護師は、患者との対話から、表出されづらいスピリチュアルペインを、タイミングを見計らって患者の気持ちを丁寧に聴くことが重要であると考えられる。

さらに参加者は、【苦痛から解放される心地よいケアを行う】実践をしていた。緩和ケア病棟の看護師は、苦痛を緩和し、快の感覚を保証するケアを行っており (新藤他, 2014), 本研究の結果とも一致していた。がん患者の体験する生の無意味、無価値、無目的、孤独、疎外、虚無といった苦しみは、医薬では緩和することはできない (古山, 2019) と言われている。このことから、参加者は緩和ケア病棟の看護師と同様に患者に快の感覚を与えるケアがスピリチュアルペインの緩和につながると考えていたと言える。また終末期がん患者は、これまでの日常性が阻害される状態にある。そのため、参加者は《身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛を確実に取るための症状マネジメントをする》ことや《日常生活を大事にしたケアをする》働きかけを行っていたと考える。臨床で看護師がスピリチュアルケアを行う際には、清拭や入浴など日常的なケア実践の中で、患者に関心を寄せて関わるのが大切である (田村, 2007) ことから、患者にとっての日常的なケアを大切に、心地よさを実感できる働きかけが重要であると考えられる。

そして、【患者と家族の関係性を調整する】働きかけをしている参加者もいた。緩和ケア病棟の看護師は、スピリチュアルペインに対して患者と家族の架け橋になる関わりをしており (新藤他, 2014), 本研究の結果とも一致していた。ホスピス看護師は、終末期がん患者にとって、家族・友人・社会共同体などの他者との関係性の喪失から生じるスピリチュアルペインを重く受け捉えている (平野他, 2014) ことから、参加者もそのように捉えていたと考える。また、患者と家族の関係性を維持し、調整することは、患者自身の安心となりスピリチュアルペインの軽減につながり、残される家族の患者に対する後悔や苦悩の軽減にもつながると考える。そのため、この関わりは、看護師にとって重要な役割であると言える。

以上のことから、終末期がん患者のスピリチュアルペインへの働きかけには、苦悩する患者から逃げない姿勢をもち、意思や自律性を尊重しながらタイミングを逃さずに患者の苦悩を傾聴し、患者にとって心地よい援助を行うことが重要であると言える。

3. スピリチュアルペインへの看護実践に関する一般病棟の看護師への活用

専門的緩和ケアに携わる看護師は、終末期がん患者のスピリチュアルペインへの看護実践として、アセスメントする際は患者との信頼関係の構築を前提とし、予測しながら、患者の言葉のみならず非言語的シグナルを大事に、タイミングを逃さずトータルペインの視点から把握し、絶えず自己の判断をリフレクションしていた。そして、そのアセスメントをもとに、苦悩する患者から逃げない姿勢をもち、意思や自律性を尊重しながらタイミングを逃さず患者の苦悩を傾聴し、患者にとって心地よいケアを提供していた。

本研究の参加者が多く受講していたELNEC-JやPEACE研修は、がん患者の症状マネジメントやエンド・オブ・ライフケア、グループワークなどを通じて、緩和ケアに必要な知識、技術、コミュニケーションを学ぶことができるプログラムで構成されている(日本緩和医療学会, 2023)。これらの研修で得られる知識や技術は、参加しなければ身につけることが難しく、今後は一般病棟の看護師にも同じような教育が必要であると考えられる。

実際に、一般病棟の看護師の約8割はスピリチュアルケアの実践をつらいと感じており、実践していた看護師は約1割であった(狩谷, 2018)。また、多くの看護師は終末期がん患者のスピリチュアルケアを困難だと感じ、自信がないと報告されている(新藤他, 2014)。しかし、患者との信頼関係を構築し、苦痛を解放するために日常生活を大事にした援助を行うことや、患者の自尊心や自立性を尊重した働きかけは基本的な援助であり、一般病棟の看護師が日ごろから行っている内容でもある。したがって、一般病棟の看護師は、自分が行っているケアに自信をもち、基本的援助を大切にして、確実にかつ丁寧に行うことがスピリチュアルケアにつながると認識す

ることが重要だと考える。しかし、このような認識が一般病棟の看護師には十分に浸透していないため、実際のアセスメントや援助に活かされていない可能性がある。一方で、苦痛を予測し、苦悩する患者に寄り添いながらタイミングを逃さず患者の苦悩を傾聴することは、知識や経験が豊富で緩和ケアに関する教育を受けている熟練看護師だからこそ可能な内容でもあると考える。そのため今後は、一般病棟の看護師が実践できるように、終末期がん患者の特徴やアセスメントの視点、スピリチュアルペインへの向き合い方、傾聴のスキルなどを教育していくことが重要である。

V. 限界と課題

本研究の限界は、対象とした人数が少なく、一般化することが難しいと考える。また、研究手法として、本研究では面接法のみであったが、今後は行動観察も含めてデータ収集をすることでより多くの知見が得られる可能性がある。また、参加者へのインタビューや分析において、研究者の看護師としての経験年数が影響している可能性も考えられる。

今後の課題は、本研究の結果をもとに一般病棟の看護師が実践できるかどうかを検討していく必要がある。

VI. 結論

終末期がん患者においてスピリチュアルペインが生じる状況として、死を意識する時や自律性が低下する時が多く挙げられた。このような認識のもと、専門的緩和ケアに携わる看護師は、患者のスピリチュアルペインをアセスメントする際は、信頼関係を構築することを前提とし、予測しながら患者の言葉のみならず、非言語的シグナルを大切に、タイミングを逃さずトータルペインの視点から把握していた。そして絶えず自己の判断をリフレクションすることでアセスメント能力を高めていた。また看護師は、患者のスピリチュアルペインへの働きかけとして、苦悩する患者から逃げずに寄り添う姿勢をもち、意思や自律性を尊重して傾聴し、苦痛から解放される心地よいケアを実践していることが明らかとなった。

本研究の結果から、終末期がん患者のスピリチュアルペインのアセスメントの視点や具体的な実践内容を一般病棟の看護師の教育に役立てることができる。また、一般病棟の看護師や経験年数の短い看護師によるケアの質向上に貢献でき、さらに、患者のQOLの向上や、最期まで充実した生活を送れるよう援助するための一助となると考える。

謝辞

本研究の実施にあたりコロナ禍で大変な状況にもかかわらずご協力いただきました参加者の皆様、ならびに、お忙しい中、参加者の方をご紹介いただきました施設関係者の皆様に心より感謝申し上げます。また、丁寧にご指導いただきました、大阪医科薬科大学 小林道太郎先生、二宮早苗先生、兵庫医科大学 府川晃子先生に心より御礼申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

尼子千秋, 大園康文, 小野充一 (2020): 緩和医療における終末期がん患者へのケアの在り方～スピリチュアリティに焦点をあてた文献検討～, 臨床死生学, 25(1), 83-90.
荒井春生 (2009): がん再発体験者のスピリチュアルニーズの変容―心を支える生き方―, 死の臨床, 32(1), 103-110.
Benner P / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 (1992): ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 134-136, 医学書院, 東京.
Dubrey, Rankin M / 若林一美, 他 (2016): シシリー・ソングラス: 近代ホスピス運動の創始者, 162-165, 日本看護協会出版会, 東京.
藤原ゆかり (2017): 生きることをあきらめていた入院中の末期がん患者に対して, 自分らしく生きる動機づけを高めたと考えられる看護介入, 市立福知山市民病院医学雑誌, 2, 79-84.
古山めぐみ (2019): がん患者のスピリチュアルケア―援助的コミュニケーションによりスピリチュアルペインが緩和した1症例―, 催眠と科学, 34(1), 52-58.
平野美理香, 長尾真理, 鈴木啓子, 他 (2014): ホスピス看

護師が知覚する終末期がん患者のスピリチュアルペイン―ホスピス看護師へのグループインタビューの分析から―, 三育学院大学紀要, 6(1), 1-12.
狩谷恭子 (2018): 一般病棟における終末期がん患者の看護に対する困難度とスピリチュアルケアの実態調査, 日本医学看護学教育学会誌, 26(3), 13-19.
川名典子 (2014): がん患者のメンタルケア, 38-42, 南江堂, 東京.
川崎雅子, 金子久美子, 福岡幸子, 他 (2005): 終末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア―患者との会話場面を通して―, 新潟がんセンター病医誌, 44(1), 27-31.
Kisvetrová H, Klugar M, Kabelka L (2013): Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life, Int J Palliat Nurs, 19(12), 599-605.
Krippendorff K / 三上俊治 (1989): メッセージ分析の技法「内容分析」への招待, 148-155, 勁草書房, 東京.
窪寺俊之 (2004): スピリチュアルケア学序説, 61, 三輪書店, 東京.
三澤知代, 今村由香, 白井由紀, 他 (2005): 緩和ケアにおける専門職のスピリチュアルケア実践に関する研究, 臨床死生学, 10(1), 8-17.
三橋日記, 戸田由美子 (2011): 緩和ケア病棟看護師が捉える終末期がん患者の非言語的なスピリチュアルペインのシグナル, 高知大学看護学会誌, 5(1), 3-10.
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: 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), 61-69.
長尾雄太 (2013): 看護における「傾聴」の概念分析, 日本ヒューマンケア科学会誌, 6(1), 1-10.
中信利恵子, 山田 覚 (2009): 災害看護の体験が看護者に及ぼす影響と体験の意味づけ, 日本災害看護学会誌, 11(2), 43-58.
日本緩和医療学会 (2023): 緩和ケア継続教育プログラム, PEACEプロジェクト, <https://www.kanwacare.net/jspm-peace/> (2025年12月7日閲覧).
大塚美樹 (2007): 緩和ケア病棟の看護師におけるスピリチュアルケア, ホスピスと在宅ケア41, 15(3), 208-215.
小楠範子, 萩原久美子, 狩浦美恵子 (2007): 終末期に施設から病院への転院を余儀なくされた高齢者のスピリチュアルペイン, ホスピスケアと在宅ケア, 15(3), 216-224.
錦戸典子, 佐々木美奈子, 渡井いずみ, 他 (2014): がん化学

療法看護のいま～ケアの質を高めるためのエッセンス～

第Ⅳ章 患者の生活をよりよく保つための看護 外来化学療法を受ける患者の就労支援 就労支援の必要性和職場での支援の仕組み, 19(2), 205-209.

下舞紀美代, 加藤和生 (2020): 終末期のがん患者の死までの16日間の心理過程に関する探索的な研究, 関西看護医療大学紀要, 12(1), 15-30.

新藤悦子, 茶園美香, 近藤咲子, 他 (2014): 大学病院に勤務する看護師への「生きる意味を問うがん患者」とのコミュニケーションスキル向上プログラムの効果の検討—介入前と介入後6カ月の態度比較—, Palliative Care Research, 9(3), 124-131.

田村恵子 (2007): 終末期患者へのスピリチュアルケア—看護の視点から—, ターミナルケア, 10(2), 103-107.

富安志郎 (2006): がんと痛み—臨床の立場から—, 日薬理誌雑誌, 127(3), 171-175.

山本里香, 鈴木久美 (2022): がん患者が抱えるスピリチュアルペインに関する文献レビュー, 大阪医科薬科大学看護研究雑誌, 12, 127-135.