

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 2024



第4号

対人援助研究所

研究報告集 2024 第 4 号目次

目次

総説

| | |
|---|---|
| 教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親のスピリチュアルペインからみた教育虐待の構造・・・・・・・・・・・・・・・・吉田 恵理子 | 2 |
|---|---|

総説

| | |
|--|----|
| Advance Care Planning(ACP)と援助的コミュニケーション・・・・・・・・的場 康德 | 11 |
|--|----|

研究ノート

| | |
|---|----|
| 難発性吃音者の吃音発生のメカニズム～現象学的解明～・・・・・・・・吉田 恵理子 | 25 |
|---|----|

研究ノート

| | |
|---------------------------------|----|
| 実存的身体が求める新介護技術の可能性・・・・・・・・坂井 明弘 | 30 |
|---------------------------------|----|

事例報告

| | |
|--------------------------------------|----|
| 希死念慮の患者への鍼灸治療と傾聴の効果について・・・・・・・・竹部 隆江 | 33 |
|--------------------------------------|----|

事例報告

| | |
|--|----|
| 意識障害があり意思決定が困難な患者の意思決定支援に苦慮した 1 例 ・・・・・・・・大西 綾花 | 38 |
|--|----|

実践報告

| | |
|---|----|
| 広域避難者支援とスピリチュアルケア ～東日本大震災避難者支援の振り返りと今後の課題～・・・・・・・・大塚 茜 | 43 |
|---|----|

| | |
|--------------------------------------|----|
| 【資料】対人援助研究所 2024 年度活動報告・・・・・・・・村田 久行 | 49 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|-------------------|----|
| 編集後記・・・・・・・・鈴木 孝子 | 51 |
|-------------------|----|

総説**教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親の
スピリチュアルペインからみた教育虐待の構造**

吉田 恵理子

対人援助研究所研究生, 長崎県立大学看護栄養学部看護学科

要旨

本研究の目的は、教育現場の競争社会において生じている子どもと親のスピリチュアルペイン（以下 SPP）という視点から教育虐待の構造を明らかにすることである。教育虐待に関する新聞への読者の投稿記事を、教育虐待を受ける子どもと教育虐待をする親の体験の記述とし、記述現象学と SPP（スピリチュアルペイン）についての 3 次元存在論による分析を行った。その結果、教育虐待をされる子どもは、自分には価値があるという本人の思いにもかかわらず、両親から無価値として扱われることに対し、そのズレが子どもの苦しみとなり、自律性の SPP を体験し、それを語るができないため虐待の理由を無理やり自分が悪いと自分を納得させる負のコーピングをしていた。他方、教育虐待をする親は、子どもとの信頼の関係を築けていない空虚が親にとっての関係性の SPP となっていた。そしてその空虚を埋めるために、子どもの成績を抛り所にして親自身の存在と意味を高めようとする負のコーピングが子どもへの虐待となっていた。子どもは自分自身を価値あるものだと思いたいにもかかわらず、親は子どもの人としての存在価値を否定し、子ども自身の存在と能力を無価値とし、成績はお金で買えるものとして扱うその態度自身が子どもの存在と意味の消滅を生じさせ、それが子どもの自律性の SPP を生み、その事態が子どもの存在そのものへの虐待となることが教育虐待の構造であることが示唆された。

Keyword : 教育虐待, 構造, 親, 子, スピリチュアルペイン

I. 緒言

教育虐待とは、狭義には「親による『子どもの心身が耐えられる限界を超えて教育を強制すること』とし、教育ネグレクトと合わせて広義の教育虐待とする」¹とされている。近年、教育虐待や教育ネグレクト、これらを包括するエデュケーション・マルトリートメント (educational maltreatment) という概念が注目されている^{2, 3}。武田は、エデュケーション・マルトリートメントを「(子どもの) 人としての成長発

達のニーズではなく、大人の欲望や将来への不安から子どもたちが強制的に学ばされる状態」を指すと述べている⁴。また、おおたは、教育虐待とは「子どもの意思に反して受容限度を超えて勉強させること。そして精神的、肉体的にも回復できないほどの苦痛を与えること」であると述べている⁵。

教育虐待の特徴は、保護者が虐待の自覚がないことが多く、受験で目標を達成するには厳しい指導が必要で、本人のためだと

思い込んでしまう傾向がある⁶とされている。

2023年4月「こども基本法」⁷が施行され、そこには子どもの人権尊重が謳われている。しかし、生産性や効率性を価値基準とする現代の競争社会では、親の子どもに対する期待は、進学・学業に向けられる⁸。親の子どもに対する期待が、子どもの進学や学業に向けられれば、親は子どもを成績という顕在化した測定可能な点数で物として価値づけるのである。そこでは、子どもが体験する喜びや苦しみや気掛かりに親の意識が向けられることはなく人としての子どもは背景に沈んでしまう。

武田は、エデュケーショナル・マルトリートメントの構造を行為の種類により分割し、強制（やりすぎ）にあたる、子どもの受忍限度を超えた教育の強制を狭義の教育虐待とし、教育虐待・教育ネグレクトの具体例として「勉強や宿題の時間を過度に優先し、遊び・休憩・睡眠時間を剥奪する」、「問題行動を人前で頭ごなしに叱責する」などを挙げている¹⁰。

また、大西らは、保護者によるエデュケーショナル・マルトリートメントの消失・改善に関与すると考えられる要因について、子ども、保護者、家庭外の理解者の3つの要因があるとし、「保護者が（子どもに）理解を示す」「保護者自身の子どもへの執着が弱まる」「専門家や子育てを支援してくれる理解者が存在することで保護者が直接的・間接的に支援される」などがあることを明らかにしている¹¹。

しかし、これまでの教育虐待に関する

研究は主に教育虐待という問題をいかに解決するかであり、その要因や傾向は論じているが、教育虐待を予防し、教育虐待を受けている子ども、教育虐待をしている親の苦しみを和らげる援助には結びつかないという限界が存在する。それは、教育虐待は、子ども自身、親、社会が関連した問題行為であるという前提で研究は進められてきて、そこには教育虐待が子ども、親双方のものの見方とその相互作用であるという視点が欠けているからである。その結果、現状では問題解決のための要因の特定という成果しか得られていないのである。

教育現場の競争社会において生じている教育虐待には、子どもと親それぞれの苦しみ、つまり生の無意味・無価値、孤独、虚無—スピリチュアルペイン（以下、SPP）が存在するのではないだろうか。なぜならSPPとは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」¹²と定義され、子どもの人としての存在を無視して子どもを物として扱い、数量で子どもを価値判断する現代の教育現場の競争社会においては、成績に追い立てられる子どもにも、また子どもを成績で追い立てる親にも自己の存在と意味は意識の背景となるからである。

この限界を考慮した場合、われわれは教育虐待の構造を子どもと親の苦しみという視点から解明し、虐待を避け、援助につなげるためには、子どもや親の体験から教育虐待を受ける子どもと教育虐待を行う親それぞれの苦しみの構造を明らかにする必要がある。なぜならば、教育虐待は虐

〔総説〕教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親のスピリチュアルペインからみた教育虐待の構造

待をうける子ども、虐待をする親の体験にほかならないからである。そもそも「体験」とは、個人的で主観的で、流動するものであり、現代の社会システムや科学の視点からは無視され扱われてこなかった。それゆえ、いくら問題解決を目指しても、教育虐待は虐待をうける子ども、虐待をする親への援助につながらないのである。

II. 目的

本研究の目的は、教育虐待の現場において生じている子どもと親のスピリチュアルペインという視点から教育虐待の構造を明らかにすることである。

III. 用語の定義

スピリチュアルペイン (SPP) とは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義する¹³。

教育虐待とは、子どもが学校に行くことを望んでいるにもかかわらず、学校に入学させなかったり、出席させなかったり、在宅教育を行わないことを指す教育ネグレクトは除外し、「子どもの意思に反して受容限度を超えて勉強させることにより、子どもに苦しみを与えること」¹⁴と定義する。

IV. 研究方法

1. 対象

東京新聞の子育て、育児に関するウェブサイトである「東京すくすく」のコメント欄「すくすくボイス」への読者からのコメント投稿の中から、教育虐待に関連した記

事に対する投稿のうち、教育虐待の典型的な事例である A さんの記述¹⁵を分析対象とした。

【デジタル版の新聞に投稿された記事（原文）】

A さん、女性、10 代。

今私は小学六年生で中学受験を受ける予定です。なのでもうそろそろ今までの総まとめの時期に入ってきています。両親は「なんで〇〇くんはできるのになんでお前はできないの?」「お前にかけてきた金はすべて無駄だった」と常日頃言われています。(私は自分なりに頑張ったんだからいいじゃんか) と思っています。

私はいらだってしまうとすぐにモノにあたってしまう。(自分でもだめだとは思っています) なので両親は蹴ってきたりします。でも、元々は自分が勉強ができないのが悪いのです。でももう今更勉強したって…と思ってしまうときがあって無性に泣いてしまいます。学校にも行きたくなくなったり理由もなく辛くなってしまうことがあります。

投稿内容の「両親は『なんで〇〇くんはできるのになんでお前はできないの?』『お前にかけてきた金はすべて無駄だった』と常日頃言われています。(私は自分なりに頑張ったんだからいいじゃんか) と思っています』について分析を行った。

2. 分析方法

1) 研究デザイン
質的研究デザイン。

〔総説〕教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親のスピリチュアルペインからみた教育虐待の構造

2) 分析に用いる手法

分析には、記述現象学¹⁶と SPP についての 3次元存在論¹⁷を用いた。記述現象学とは、「志向性が意識の本質を形成している」¹⁸ というフッサールの現象学を基礎理論とし、記録、報告、語りなどを、その記録、報告、語りを行った当事者と対象者の意識の志向性と現れの「記述」として読み解き、そこに顕在化した、あるいは潜在する記述者の意識の志向性とそれに応じて現出する世界と他者と自己の「現れ」からその体験の意味を明らかにし、その時の行為を意味づけ、言語化する研究方法論である¹⁹。

意識の志向性がもつ3つの特性、①方位性（～に向けられ）、②思念作用（あるものがあるものとして現出）、③明証性（志向されたものの直観的充実を求める働き）に従い、Aさんとその両親の「体験」と「体験の意味」をさかのぼる作業を行う²⁰。

SPP についての分析は、3次元存在論を用い、記録を意識の志向性に焦点を当てて分析し、時間性、関係性、自律性の3次元の構造を用い分類する。

3) 分析手順

- (1) 手順1：Aさんの意識の志向性とその現れを明らかにする。
Aさんの記述を、定型「～の意識の志向性は～に向けられ、それがPとして現れている」に変換する。
- (2) 手順2：意識の顕在性に潜在している体験を明らかにし、志向的分析（潜在性の開示）を行う。
定型「なぜ～の意識の志向性は～に向けられ、そこにPが顕在しているの

か？それはQだからである。Pという顕在性に潜在するQを開示している」を、「Pという顕在性に潜在するQを開示」に変換する。

- (3) 変換された記述から、3次元存在論を用いて、教育虐待をうける子、教育虐待をする親、それぞれの体験にどのような SPP（時間性の SPP、関係性の SPP、自律性の SPP）が潜在しているかを明らかにする。
- (4) 手順3：本質直観の把握
定型「Pという体験の意味と本質はQであると把握」に変換する。
- (5) 手順4：本質命題から普遍性にもとづく個別の記述を行う。
 - 4-1 手順3の定型を一般化し本質命題文にする。
定型「P（～を～する）とき、～はQしている」に変換する。
 - 4-2 4-1を反転し、本質命題分の普遍化を確認する。
定型「Qしている～は、Pをする」に変換する。
 - 4-3 4-2をさらに反転し本質直観を得る。
定型「Pをする～は、Qしている」に変換する。

本研究においては、記述現象学の手順1から手順5（本質命題と体験の記述）のうち、手順1から手順4を用いて分析を行った。

V. 倫理的配慮

公開されている素材のみを使用し、引用

〔総説〕教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親のスピリチュアルペインからみた教育虐待の構造

は、文章をそのまま抜き出した。

の体験の分析（手順1から手順4）を表1に示す。

VI. 結果

1. 記述現象学によるAさんとその両親の体験の解明

【原文】

「両親は『なんで〇〇くんはできるのになんでお前はできないの？』『お前にかけてきた金はすべて無駄だった』と 常日頃言われています。（私は自分なりに頑張ったんだからいいじゃんか）と思っています』

1) Aさん（子ども）の体験の分析（表1）
記述現象学を用いた、Aさん（子ども）

Aさんの意識の志向性は、常に他者と比較し、自分を無価値であると烙印を押す両親の言葉に向けられ、それが、自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして現れている。それは、Aさんは、自分を無価値であるとは思っていないからである。Aさんは、無意識・無自覚に自分には価値があると実感している。なぜならば、Aさんは両親が自分を無価値と決めつけ発した言葉に対し、抑圧を感じ抵抗をしているからである。

表1 Aさん（子ども）の体験の分析

| 分析手順 | 分析 |
|---|---|
| 1.手順1 Aさんの意識の志向性とその現れ 定型 「～の意識の志向性は～に向けられ、それがPとして現れている」 | Aさんの意識の志向性は、常に他者と比較し、自分を無価値であると烙印を押す両親の言葉に向けられ、それが、自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして現れている。 |
| 2.手順2 志向的分析（潜在性の開示） 定型「なぜそう現れているのか？それはQだからである」 定型Pという顕在性に潜在するQを開示している」を、「Pという顕在性に潜在するQを開示」へ | なぜそう現れているのか？それは、Aさんは、自分を無価値であるとは思っていないからである。 志向的分析は、親が自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして記述するAさんの意識の顕在性に潜在する、Aさんは、自分を無価値であるとは思っていない思いを開示。 |
| 3.手順3 本質直観の把握 定型「Pという体験の意味と本質はQであると把握」 | 本質直観は、親が自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして記述する Aさんの体験の意味と本質は自分を無価値であるとは思っていない思いと把握。 |
| 4. 手順4：本質命題から普遍性にもとづく個別の記述 4-1 定型「P（～を～する）とき、～はQしている」 | 親を、自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして記述するとき子どもは自分を無価値であるとは思っていない。 |
| 4-2 定型「Qしている～は、Pをする」 | 自分を無価値であるとは思っていないとき子どもはだれでも親が自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして記述する。 |
| 4-3 定型「Pをする～は、Qしている」 | 親が自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして記述するAさんは、自分を無価値であるとは思っていない。 |

〔総説〕教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親のスピリチュアルペインからみた教育虐待の構造

2) Aさんの記述からみた両親の体験の分析
(表2)

次に、Aさんが記述した、両親は「なんで〇〇くんはできるのになんでお前はできないの?」「お前にかけてきた金はすべて無駄だった」と常日頃言われています(言っている)という両親の言葉について分析を行った。Aさんの記述からみた両親の体験の分析(手順1から手順4)を表2に示す。

Aさんに「お前にかけてきた金はすべて無駄だった」と言う両親の意識の志向性は、Aさんにかけてきたお金に向けられ、それがすべて無駄だったと現れている。それは、両親には娘(Aさん)の能力や評価はお金で買えるという考えが潜在しているからである。すべて無駄だったというAさんの親はAさんへの信頼よりお金を信頼している。つまり成績が良くないAさんへの人としての信頼が欠如しているのである。

表2 Aさんの記述からみた両親の体験の分析

| 分析手順 | 分析 |
|--|---|
| 1.手順1 Aさんの意識の志向性とその現れ 定型「～の意識の志向性は～に向けられ、それがPとして現れている」 | Aさんに「お前にかけてきた金はすべて無駄だった」と言う両親の意識の志向性は、Aさんにかけてきたお金に向けられ、それがすべて無駄だったと現れている。 |
| 2.手順2 志向的分析(潜在性の開示) 定型「なぜそう現れているのか?それはQだからである」 Pという顕在性に潜在するQを開示している」を、「Pという顕在性に潜在するQを開示」 | なぜそう現れているのか、それは、両親には娘(Aさん)の能力や評価はお金で買えるという考えが潜在している。 志向的分析は、すべて無駄だったと現れる両親の意識の顕在性に潜在する、お金への信頼を開示 |
| 3.手順3 本質直観の把握 定型「Pという体験の意味と本質はQであると把握」 | 本質直観は、すべて無駄だったという体験の意味と本質は、お金への信頼であると把握。 |
| 4. 手順4:本質命題から普遍性にもとづく個別の記述 | |
| 4-1 定型「P(～を～する)とき、～はQしている」 | すべて無駄だったというとき、親は子どもへの信頼よりお金を信頼している。 |
| 4-2 定型「Qしている～は、Pをする」 | お金を信頼している親はだれでもすべて無駄だったという |
| 4-3 定型「Pをする～は、Qしている」 | すべて無駄だったというとき、Aさんの親はAさんへの信頼よりお金を信頼している。 |

VII. 考察

本研究の分析により、教育虐待をうける子どものSPPと教育虐待を行う親のSPPその連関と構造の可能性について明らかにした。受験競争が激化する今日、「子ども

のため」といいつつ無自覚に教育虐待をする親、教育虐待をうける子どもへの援助を探究していくことは重要な課題である。なぜなら教育虐待は、子どもの人権を侵害することにつながるとともに、子どもと親の

〔総説〕教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親のスピリチュアルペインからみた教育虐待の構造

信頼の関係の崩壊につながるからである。

教育虐待を受ける子どもに現れる、親が自分を無価値と決めつけ抑圧するものとして悩む子どもの意識の顕在性には、自分を無価値であるとは思いたくないという思いが潜在し、両親から無価値として、商品のように扱われることに対し、そのズレが自律性の SPP として現れる。教育虐待をする親の、かけてきたお金がすべて無駄だったという意識の顕在性には、能力や評価はお金で買えるという考えから、子どもの能力への信頼の欠如が潜在する。しかし両親にはそのことが子どもの自律を妨げ、信頼の欠如が親自身の子どもの教育に対する空虚という関係性の SPP となることの自覚はない。そして、教育虐待をうける子ども、教育虐待をする親、それぞれが負のコーピングを行うことによって、教育虐待の問題はますます根深い悪循環となる。つまり、親と子の信頼の関係性が構築できないまま、親から無価値なものとして、商品のように扱われることに対する A さんは、その苦しみ（自律性の SPP）からいらだってモノにあたり、その時に両親に蹴られてもそれを無理やり自分に納得させる言葉で「元々は自分が勉強ができないのが悪いのです」という負のコーピングをする。一方で、A さんとの信頼の関係が築けていない両親は、他者への信頼を示せないことが他者からの存在と意味を与えられないという関係性の SPP（空虚）が存在するゆえにその空虚を埋めるために、子どもの意思はどうであれ、教育にお金をかけ、成績が

良くなることが価値であり、正しいことであると思込み子どもの成績を拠り所にして、親自身の存在と意味を高めようとする負のコーピングを行うのである。そういった負のコーピングを互いに繰り返すことによって、教育虐待を受ける子どもは、自身の存在自体を、無価値、無意味と感じる SPP（自律性の SPP）が深まり、子どもへの信頼よりお金を信頼する両親には、他者から信頼されない孤独と空虚という SPP（関係性の SPP）が深まっていくのである。子どもは自分自身を、価値あるものだと思いたいにもかかわらず、親が、本来子どもがもつ人としての存在価値を否定し、子ども自身の存在と能力を無価値とし、商品のようにお金で成績を買えるものとして扱うその態度自身が子どもの存在と意味の消滅を生じさせ、それが子どもの自律性の SPP を生む。子どもの存在そのものの虐待がおこるのである。これが、教育虐待の構造である。

このように、教育虐待の解決のためには、教育虐待をうけた子ども、行う親、双方の教育虐待の体験の解明とそれに対する負のコーピングの連鎖の構造を明らかにすることが、解決の第一歩となるであろう。

また、A さんはこれまで両親に抑圧されていることによって生じている自分の SPP を語る事ができていなかった。語る事ができないから A さん自身、SPP を認識することができず、新しい意味や価値に目を向けることができずにいた。しかし、今回、教育虐待の記事を読んで、A さんが投稿す

ることにより、自分が無価値とは思って
なかつた自分の想いを表現することがで
きたことは、自律性のSPPに対するスピ
リチュアルコーピングの第一歩であると言
えるだろう。これらのことから、教育虐待
解決のためには、教育虐待を受けた子ども、
教育虐待をする親が想いを表出し、その語
りによって思考を子ども、親がそれぞれに
向けて整えていけるような、援助的コミュ
ニケーションも必要不可欠であると思え
るのである。

VIII. 結論

子どもと親のスピリチュアルペインと
いう視点から、教育虐待の構造は、両親か
ら無価値として扱われることに対する、自
分には価値があるという子どもの潜在す

る想いのズレが教育虐待をされる子ども
の苦しみとなり、子どもは自律性のSPPを
体験している。そして、教育虐待をされる
子どもはそれを語るができないため
自分のSPPを認識できず、無理やり自分を
ダメな人と納得させる負のコーピングを
しているのである。また、教育虐待をする
親は、子どもとの信頼の関係を築けていな
いことが、親にとっての関係性のSPP(空
虚)となり、その空虚を埋めるために、子
どもの成績を拠り所にして親自身の存在
と意味を高めるという負のコーピングを
行う構造であると明らかにされた。

利益相反

申告すべき利益相反はなし。

文献

- 1 武田信子 (2021). 『やりすぎ教育：商品化する子どもたち』. ポプラ社.
- 2 武田信子 (2023.7.15) 「教育虐待まとめ note」.
<https://note.com/nobukot/n/nb9723283c1a2>, (参照2024-02,01).
- 3 武田信子 (2019). 「エデュケーション・マルトリートメントとは」『保健教室』,11,
pp.94.
- 4 同掲 3
- 5 おおたとしまさ (2021.12.20) 「『教育虐待の予兆』親が言いがちな3つのフレーズ中学
受験で見える『親自身の人間未熟さ』」. 東洋経済ONLINE.
<https://toyokeizai.net/articles/-/475433>, (参照2024-02-10日).
- 6 朝日新聞デジタル (2023.10.5) 「中学受験で厳しい叱責、後に暴力や自傷の恐れ 教育虐
待の深刻な影響」. <https://www.asahi.com/articles/ASRB46W4JRB4UTIL00L.html>, (参
照 2024-02-10)

〔総説〕教育現場の競争社会で成績に翻弄される子と親のスピリチュアルペインからみた教育虐待の構造

- 7 子ども家庭庁. 「こども基本法」. <https://www.cfa.go.jp/policies/kodomo-kihon>, (参照 2025-02-15).
- 8 河村照美 (2003). 「親からの期待と青年の完全主義傾向との関連」『九州大学心理学研究』4, pp.101-110.
- 9 石橋淳祐, 堂野佐俊 (2006). 「母親の抱く期待が小学生に与える影響－家族機能と児童の自己効力感との関連から－」『山口大学心理臨床研究』6, pp3-11.
- 10 同掲 1
- 11 大西将史, 廣澤愛子, 望月直人, 望月基子 (2023). 「保護者による学業領域のエデュケーショナル・マルトリートメントの生起・維持に関与する要因と消失・改善に関与する要因の検討：－福祉・医療・教育現場の専門家に対するインタビュー調査から得られた事例の質的分析 (第2報)－」『福井大学教育実践研究』48, pp1-14.
- 12 村田久行 (2005). 「スピリチュアルペインの構造から考えるケア 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケア－現象学的アプローチによる解明」『緩和ケア』15 (5), pp385-390.
- 13 同掲 12
- 14 同掲 5
- 15 東京新聞 東京すくすく (2023.12/31.21:31) 「すくすくボイスへの視聴者からの投稿 hard 女性 10代からの投稿」. <https://sukusuku.tokyo-np.co.jp/education/23210/>, (参照 2024-01-03).
- 16 村田久行編著 (2017). 『現象学看護 記述現象学を学ぶ－体験の意味を解明する質的研究方法論－』, 川島書店.
- 17 村田久行 (2005). 「スピリチュアルペインの構造から考えるケア 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケア－現象学的アプローチによる解明」『緩和ケア』15巻, pp385-390.
- 18 新田義弘 (1992) 『現象学とは何か－フッサールの後期思想を中心として』 [第1版], pp52, 講談社.
- 19 村田久行, 長久栄子編著 (2024). 『せん妄』. 日本評論社. pp104-105.
- 20 同掲 16

総説**Advance Care Planning(ACP)と援助的コミュニケーション**

的場 康徳

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

要旨

本稿の目的は、ACP(Advance Care Planning)のさまざまな報告を整理し、概念化の方向性を探ることである。その結果、次のような概念形成を行なうことができた。患者が苦しみを自由に語ることを支える援助的コミュニケーションがACPに必要な満足・安心・信頼をもたらすことと、その語りによって患者の時間存在が回復すると考えられた。つまり患者はこれまで期待していた見通しが外れたときに将来を喪失し、新たな将来を回復しようとする。そのため将来の回復に先行して、これまで(既在；過去・現状)を見つめなおそうと苦しみを語り、聴いてもらう。それにより現実を了解・受容して既在が成立し、将来と生きる意味が回復することで、治療や療養の選択を主体的にできるようになる。患者のこの一連の営みが時間構造の再構成による時間存在の回復であり、それを支えることがACPと考えられた。この時間存在の回復はスピリチュアルケアによって支えられることから、ACPの核心はスピリチュアルケアによって構成できると考えられた。

はじめに

患者が何らかの原因で意思表示できなくなった場合に自分が望む医療、例えば、可能な限り積極的な治療を希望するのか、逆に回復の見込みがない状態になったら心肺蘇生、人工呼吸器装着、経管栄養などの延命治療を望まないなどを事前に意思表示する方法として事前指示書(Advance Directive; AD)がある。患者の自己決定権を守るためにADの普及活動が行われ、本人の望まない終末期の過剰な医療が減ることで医療費削減効果なども期待された。ところが、事前指示書があっても必ずしも患者が望んだ医療やケアが受けられず、医療費削減効果も認めない¹⁻³という報告が相次いだことから、事前指示書の取得自体を目的とせず、将来の医

療やケアについて話し合うプロセスを重視したAdvance Care Planning(以下、ACP)が登場した。本邦でも患者の意思を尊重する取り組みとしてACPの実践や研究が行われてきたが、令和6年度の診療報酬改定⁴で入院料通則において「人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進」が要件化されたことでACPを取り巻く状況が変わった。ここで謳われている「意思決定支援」はこのACPを意味している⁵からである。ところがMorrisonらは「ACPが終末期ケアの改善につながらないことを示す質の高いエビデンスが大量に存在し、ACPが期待した成果を達成できなかった」⁶と指摘している。たしかにACPにはいくつも疑問が残されており、これらの疑問に答えられないままの導入は現場の混乱

と困難さをもたらすか、診療報酬の要件をこなす単なる業務処理に成り下がるおそれがある。

そこで本稿の目的は、ACPのさまざまな報告から疑問を整理し、ACPの概念化を試みることである。

言葉の定義

ACPの定義は複数あるが^{5,7-10}、本稿ではACPの研究などで広く採用されているSudoreらの次の定義を採用する。

「ACPは成人があらゆる年齢や健康状態にかかわらず自らの価値観、人生の目標、あるいは望む将来の医療ケアについて理解し共有することを支援するプロセスである。ACPの目的は、重篤な疾患や慢性疾患で本人の価値観や人生の目標、意向にそった治療を受けることができるように支援することである。(Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care. The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness.)」⁷

ACPの疑問点：いつ始めたらいいのか？

ACPが望ましいタイミングはいつなのかについて、これまで様々な報告がされてきたが、望ましいタイミングを明確に示したものはない。すなわち、医療者が必要と判断したときに、話をしてほしいという患者の意見もあれば、逆に患者がその話題に触れるまで医療者からは触れるべきではない^{11,12}という意見もあり、殊に将来起きるかもしれない「悲惨な詳細」を考える

ことになるACPを強く拒否する^{13,14}という患者の反応もある。また患者がACPの必要性を感じたとしても話し合いを希望する時期、家族の役割や文書化の意義は、患者により大きく意見が異なる¹⁵とも言われている。がんの診断初期から画一的にACPをスタートする方式も考えられたが、ACPは早すぎると意思が不明確である¹⁶とか、診断や治療開始の時期に話し合うことは不適切で、益より害が多い¹²という報告もある。また患者から医師への質問を促進する目的で、臨床で患者と医師の間でよく話し合われる話題と例文のリストを診察前の患者に提供する質問促進リストを活用した報告があるが、このリストの提供とともに医師が患者に質問を促すことで医師への質問が増える効果¹⁷が明らかになっている。このリストの例文には「あとどのくらい生きられるのか」、「自分が話せなくなった時に受たい医療ケア」についてなど終末期ケアの話題も含まれており、終末期のACPのタイミングを知る機会になりうると考えられる。ただ質問促進リストを渡されること自体が患者に話し合いをしないといけないというプレッシャーを与えてしまう懸念があり、必ずしも患者の望んだタイミングが特定できるとは言えない。

これらの報告が教えてくれることは、患者にとってベストなタイミングを医療者が測ることの難しさである。医療者が善かれと思ってACPを行ったとしてもそれが本人の望むタイミングでなかった時、患者はどのように感じるだろう？「治ると信じてこれから治療に専念しようとしているのに、なんでもしもの話をするのだろうか？・・・もしかして自分はもう治らないということなのか？」と落胆や不信感を抱かれてしまったり、「もういい歳なんだから、もう治療をやめろと言われている気がする」と受け取

られる恐れがある。あるいは医療者が ACP のタイミングを測るのではなく「患者が ACP を望む暗黙のサインによって ACP が促されるべきである」^{18, 19-21} という考えも提唱されたが、患者が望む暗黙のサインとは何か、医療者はどのようにそのサインを知りうるのかまでは明らかになっていない。

ACP の疑問点：誰が担当するのがいいのか？

「医療者の中で望ましい ACP の話し相手は誰か？」という質問に対して、ほとんどの患者が主治医と答えている^{11, 12, 15, 18, 22, 23}。また職種とは関係なく相手との関係性が重要という意見も共通している^{11, 12, 15}。それに対してほとんどの医師が ACP を開始する責任が自分にあると感じており、医師も話し合いを始めるにあたって患者との信頼関係を築くことの重要性を認識している^{18, 24}。これらの報告から ACP の話し合いでは患者にとってこれまでの経過と現状をよくわかっている医師を選ぶ傾向があるが、信頼関係も重要視されている。ACP は気楽な話し合いではない。できれば考えたくなかった治療の限界や死にまつわる話題について患者は誰かれ構わず話せないであろう。患者が弱気や嘆きや怒り、あるいは医師の説明に納得できないといった本音話しても大丈夫な相手かどうかを見極め、安心して信頼できる相手との話し合いを望んでいると考えられる。医療技術に対する信頼だけでなく、自分の本音である苦しみを話せる、聴いてくれる信頼関係が ACP では重要と考えられる。

ACP の実践を阻害するもの

ACP 実践の制約となる環境要因として、医療職の ACP 教育や実践の時間や労力の欠如²⁴⁻²⁷が報告されてある。また医療者は、ACP を切り出

すことで患者との関係悪化を危惧し、患者が心の準備ができていない時期に終末期の話し合いになることで患者に苦悩をもたらす希望を奪うことになる恐れをいんでいる。こういった不安から医療者は ACP を避ける傾向がある^{12, 24, 19, 28-30}。それに対して患者と家族側は ACP や情報提供を望みつつも、平穏な日常を続けたいという想いと葛藤や居心地の悪さから ACP を避ける傾向^{12, 31-35}が報告されている。昨今の医療現場では医療者は業務や時間に追われ、慢性的な人手不足が続いており ACP 実践の環境整備は容易ではないかもしれない。仮に ACP の教育が普及し、実践の時間と人手が確保されたとしても、患者と医療者それぞれが抱く不安や ACP を避ける傾向は別な課題として残っている。

医師の ACP への不安を解消する試み

ACP の阻害要因への解決策となる試みもある。患者に ACP をどのタイミングで、どのように切り出したらいいのかわからないという医師の戸惑いや不安に応え、患者の支援にもなる研究がある。患者が今後の事を聞く心の準備ができていないのか、なにを知りたいと思っているのかを事前に医師が聞けるツールと、患者の回答に対する医師の具体的な対応方法をガイドや例文集でサポートしてくれる Jumpstart-Tips 研究³⁶や、患者・家族・医療者それぞれのツールと医療者のトレーニングと ACP を実装化した Serious Illness Care Program 研究^{37, 38}などである。こういった試みにより、今後の医療ケアについての患者と医療者との話し合いが増え、患者の意向に対する医師の認識とコミュニケーションの質が高まる効果が得られている。また、これらのツールを用いても患者の負担が増すことはなく、むしろ患者の不安や抑うつ

低下が認められている³⁷。これにより ACP が手探りだった医師に患者の意向を知る術と ACP の切り出し方など具体的な対応方法を提供することで ACP 推進の手法になっている。

ACP の前提を問いなおす

一方、ACP の暗黙の前提であった自己決定権の尊重を問い直す考え方も登場している。

Johnson らは文献レビューから、「ACP は単に患者の治療選択の表明などではなく、患者と医療提供者との間の複雑でダイナミックな相互作用の結果なのである」と述べ、これまでの個人主義的な自律概念、すなわち「理性的に意思決定する人は、自分の希望する医療ケアを表明、文書化し、代理人を指名することで、自分自身のヘルスケアをコントロールできる」という前提が、そもそも ACP に適していない²⁴と指摘している。そして自由と権利よりもむしろ人間関係、社会との関係性の中で信頼を基盤とした ACP の可能性を示唆している。この言説は、まだ抽象的で具体的な方法論になっていないが、多くの ACP 研究史の帰結として生まれた言説であり、医療者が当たり前と思っていた前提をあらためて問いなおす作業は、ACP の概念形成には欠かせない。

Morrison らは、別な面から ACP の概念の構築を試みている。彼らは ACP が期待した成果を達成できなかった理由と対策を次のように説明している。「終末期の治療の選択は、単純ではなく、一貫性に欠き、論理的でもなく、思考が直線的でもなく、予測可能なものでもなく、複雑で、不確実で、感情を伴い、流動的である。それゆえ、仮定の筋書きに依ってきた ACP には現実とのギャップがあったからだ」、「ACP の成果を達成するには、臨床医のトレーニング

と、仮定ではなく現実の医療上の決定が迫られたときに患者と家族が質の高い話し合いに参加できるように準備することに焦点を当てた新しい研究が必要である」⁶と指摘している。つまり人は差し迫った時に、厳しい現実を直視せざるを得なくなる。その状況でいかに生きるか(将来)を探し求める営みを支えることが ACP なのだから仮定の話では ACP にはなり得ない。村田が「人が将来に向けて意志をもつには過去と現状についての納得が必須である。過去と現状の受容があってはじめて人は自らの将来を切り拓くのである」³⁹と指摘し、これから(将来に向けての意志)を話題にするには、過去と現状の納得や受容が先行すると述べている。この納得も受容も仮定の段階では不可能で、現実亲身を置くからこそ可能となる。そして過去と現状の受容は患者本人にしかできない。よって患者が過去と現状の受容が未完の段階で、医療者が自分の経験と日常の価値観で想定した筋書きに患者を誘導することは ACP にはなり得ない。

こういった ACP の前提となる概念の議論は観念的、思弁的に映るかもしれない。臨床家は、そんな抽象的な話題はいいから手っ取り早く具体的なスキルの方を知りたいと思うかもしれない。でも ACP の概念化は重要である。30 年以上に渡り、ACP の研究で様々な観察が行われてきた。その成果から経験的一般化を行い、概念形成によって帰納法的に理論構築が可能である。理論があれば演繹的に仮説が生まれ、その仮説を検証し、理論をより現実の臨床に役立つものに深化させられる⁴⁰からである。この過程で ACP に臨む医療者が無自覚に前提としている価値観や思想を問いなおすことが可能となり、経験に先立って行為を意味づける言語化と教育研修プログラムの開発も可能となる。おそらく ACP は対話を重ねているうちに何か生まれる偶

然の産物ではなく、ACP が目標を達成するには理由(構造)があり、そこに基盤となる概念や理論が眠っているのではないだろうか。そこで次に先行研究の成果から ACP の概念化を試みる。

ACP 介入研究から ACP の課題に応える

ACP の評価がなかなか安定しない中で、ACP が再評価されるきっかけとなった研究がある。米国で Respecting Choices という地域全体で包括的な事前指示書(AD)の運用と ACP を実装した教育システムの導入の結果、AD の取得率が格段に増え(死亡した患者の 85%以上が AD を作成した)、ほぼ全例で延命治療の差し控への希望がなされ、その希望通りになった⁴¹という報告が世界中にインパクトを与えた。そこで、Detering らはオーストラリア版 Respecting Choices を導入してランダム化比較試験⁴²を行ったが、この研究に ACP の行為を意味づけるヒントがあるので紹介する。

<研究の概要>

- ・対象：80 歳以上の循環器・呼吸器科の入院患者 309 名。
- ・方法：309 名を ACP 非介入群(通常の医療ケア)と ACP 介入群(通常の医療ケアに加えて ACP を実践)の 2 群にランダムに分け、6 か月間フォローした。ACP の実践は、研修を受けた相談員が主治医と連携して患者の価値観・考えなどを共有、治療への意向、代理決定者の指定、AD 作成、家族との対話の促進などを行なった。
- ・結果：観察期間中に 56 人の患者が死亡した。患者の意思の尊重される率が ACP 介入群の方が高かった(ACP 非介入群 30%に対して ACP 介入群 86%)。また患者、家族、遺族の満足度も ACP 介入群で高かった。遺族の心的外傷後ストレス、不安、抑うつレベルも ACP 介入群で低

かった。

これにより本デザインでの ACP の有効性が示されたが、ここでは別な点に着目したい。それはこれまでの ACP 研究のアウトカムが AD 取得率や遵守率で評価するものが多かったのに対し、この研究では患者、家族、遺族の評価をしている点である。そこから患者の体験の意味を考察する。

満足度の高い ACP における患者の体験

ここで論文⁴²に掲載されている患者のコメントを紹介する。

<ACP 非介入群(通常の医療ケア)の患者コメント>

「医師は私の話を全然聞いていなかった」

「私がとても苦しんでいる時に、私がどうしたいのか誰も聞いてくれなかった」

「みんな私のことを話しながら、私抜きで話し続けた。私に発言させてくれなかった。私のことはどうでもいいようだった」

「みんなから私が厄介な老人だと思われると思った」

「みんな私ではなく家族とだけ話し続けた。私が高齢だから話しても理解できないと思ったようだった」

「私に何が起きているのか分からなかった」

<ACP 介入群(通常の医療ケアに ACP を実施)の患者のコメント>

「スタッフは私が何を考えているのかにとっても関心を示してくれた。それは本当に素晴らしく、安心した」

「みんな私が話すように促し、聴いてくれた」

ACP 非介入群と介入群における患者の体験は真逆である。なぜこれほどまでの違いが生じた

のだろう。ACP 非介入は ACP がなかっただけで、その他は通常の医療ケアが行われており、医師やスタッフは決して患者を無視や放置したつもりはないと想像される。しかし通常の医療ケアでは患者はとてもしんどいにもかかわらず、医療者がその苦しみに関心を示さず、患者は苦しみを話すことが許されず、聞いてもらえていない。それにより患者は、わかってもらえない孤独と自分抜きで話し合いがされる孤立・阻害を体験し、その結果自分の現状認識が困難となった。言いかえると医療者の意識の志向性(焦点)は医療者の関心、たとえば身体状況、症状、治療、業務などに向けられ、医療者の関心でコミュニケーションがリードされていたと推測される。それに対して ACP 介入群では、ACP 相談員と連携したスタッフは、患者がそのとき感じている痛み・気懸りに関心を示し、患者が話すことを促し聴いていた。言いかえると ACP の時のスタッフの意識の志向性(焦点)は、患者の痛みに向けられ、それを話すことを促し聴くというコミュニケーションをしていたと考えられる。この二つのコミュニケーションの違いについて次に考察する。

情報収集と伝達のコミュニケーションと援助的コミュニケーション

村田は臨床には2種類のコミュニケーションがある^{43,44}と言っている。《情報を収集し、伝えるためのコミュニケーション》と《援助的コミュニケーション》である。これは「関係性がコミュニケーションの内容を分類し規定する」という考えから2種類のコミュニケーションは“関係性で分類”される。そして関係は医療者と患者の意識の志向性(焦点)と現れの相互作用で成立する⁴⁵。よって《情報を収集し、伝えるためのコミュニケーション》なのか《援助的コ

ミュニケーション》なのかは、医療者の意識の志向性で決まる。医療現場で患者に説明や質問するとき、医療者は自分の関心(身体状況、症状、治療、業務など)に意識の志向性に向けて《情報を収集し、伝えるためのコミュニケーション》をしている。この時の話題もコミュニケーションも医療者のリードで行われる。このコミュニケーションは普段の臨床ではごく当たり前に行われており、業務を効率的に確実に進める上で有効なスキルである。その反面、このコミュニケーションを取り続けると、患者は自ずと受け身となり、たとえなにか訴えたくても話すことを許されず、主体性・自律が損なわれた状態に陥りやすい。それに対して、患者の痛みや気懸りに医療者の意識の志向性が向けられて話を聴くのが、《援助的コミュニケーション》である。医療者が《援助的コミュニケーション》をとることで患者は主体的に自由に話せるようになる。患者は今感じている痛みを好きなように、好きなタイミングで話すことができ、それを聴いてもらえると、「この人(医療者)にやっと話せた、聴いてもらえた、わかってもらえた」と安心・満足し、聴いてくれた人を信頼する。

よって ACP 実践で重要な要素である患者との信頼は、患者の痛みや気懸りに意識の志向性に向けて、患者が発した痛みのサインをキャッチし、そのサインに込められたメッセージを反復する《援助的コミュニケーション》で成立させうる。Detering らの研究でも ACP 介入でこの《援助的コミュニケーション》を彷彿とさせる対応、すなわち患者の痛みや気懸りに意識を向け、患者の話を促し聴く対応がなされていた。

Detering らの研究の医療者の態度の違いをまとめる。

- ・通常の医療ケアだけの非介入群：医療者の意識の志向性は、医療者の関心に向けられ、《情報を収集し、伝えるためのコミュニケーション》で患者に対応していた。
- ・通常の医療ケアに加えACPを実施した介入群：医療者の意識の志向性は、患者の苦しみ向けられ、《援助的コミュニケーション》ないしそれに準じた対応をしていた。

患者が今、ここで考えていることの意味

さらにこの研究では、ACPを行なった医療者はこれからのこと、つまり将来についていきなり話題にしていない。患者の体験に「スタッフは私が何を考えているのかにとっても関心を示してくれた」「みんな私が話すように促し、聴いてくれた」とあるように、患者が抱く“苦しみ”を医療者は聴いている。患者が臨床上の決定が迫られた時に抱く苦しみは、例えば、「なぜ私が」、「まさか再発するなんて」、「私はもうダメなのか」、「今までの治療は無駄だったのか」など期待が外れ、見通しが立たなくなった言葉で表出される。人は見通しという将来を失うと、意識の焦点は過去・現状に向けられる。なぜなら人はいきなり将来を生まない。常に過去・現状が成立することによってのみ将来は生まれうるからである。村田はこの構造を「人間の生には『将来と既存(過去)とに支えられて現在が成立する』という時間構造があるという。人間はすでに与えられている既存(過去)を受け、投げ込まれた現実の中から可能性を前方(未来)に開くことで将来を生み出し、その実現に努めることで現在の生に意味を見出している」⁴⁶と説明している。この時間構造を簡略化すると次のようになる。

【既存(過去・現状)の成立 → 将来(可能性)の成立 → 現在(生の意味)の成立】

既存が成立すると将来や現在(生きる意味)が成立する時間構造で、時間存在が成立している状態である。

逆に苦しい場面で、自分の病状(現状)が納得できない間や、どうなっているのか認識できない時には、既存がまだ成立していない。その時は次のようになる。

【既存(過去・現状)の不成立 → 将来の不成立 → 現在の不成立(無意味)】

既存が成立しないとドミノ式に将来も現在も成立しない時間構造がある。つまり患者の時間存在が失われた状態である。もしここで患者が過去・現状の苦しい体験を語り、「残念だけどこれが私の現実なのだ」と了解すると、既存が成立して将来も生きる意味も回復する。つまり時間構造が再構成されることで時間存在が回復する。よって「ACPとは患者の時間構造の再構成による時間存在の回復を支えること」と考えられる。Deteringらの報告で、ACPの相談員とともに医療者が患者の苦しみに意識の志向性に向けて、その語りを促し聴くことは、患者の既存が成立し、そこから将来が生まれる効果が考えられる。

反対にACP非介入で通常の医療の対応をされた患者が「私に何が起きているのか分からなかった」とコメントしたことも頷ける。つまり医療者が医療者自身の関心に意識を向け、コミュニケーションを支配している状態では、患者が主体的に苦しみを語れず、現状の認識ができないからである。患者が厳しい現実と直面した時に、医療者の説明だけでは現状の認識が完成しないのかもしれない。がん患者の病状の認識度を調べた研究では、治癒困難な化学療法中のがん患者の69～81%は、治癒が不可能であると理解していない⁴⁷と報告されている。この報告は通常の医療の対応では、患者は説明と質問を

されるだけで、患者が自己を見つめなおし現状を了解する言語行為ができないため患者は現状を認識できない現象を暗示しているのかもしれない。

苦しみを語る意味、聴く意味

患者が苦しみを主体的に語り医療者が聴くことで何が起きるのか？というテーマを別な側面から考察できる報告があるので紹介する。それは「早期からの緩和ケア」というポリシーのエビデンスとなった Temel らのランダム化比較試験⁴⁸である。

<研究の概要>

- ・対象：診断時に遠隔転移のある肺がん患者 151 名。
- ・方法：151 名をランダムに 2 群に分け、非介入群は通常のがん診療が提供され、介入群では通常のがん診療に加えて、緩和ケアチームが初診時より定期的に関わった。
- ・結果：介入群では QOL と抑うつが改善が有意に認められた。また生存期間が介入群で有意に延長した。(介入群 11.6 ヶ月 vs 非介入群 8.9 ヶ月; p=0.02)

この研究の結果の中で、緩和ケアチームが進行がん患者に初診時より定期的に関わることで患者の QOL や抑うつが改善する効果は、おおよそ予想され納得できたが、生存期間が延長した結果は予想外であった。もしかすると緩和ケアチームが早くから関わることで専門的な症状緩和や治療の副作用対策などにより全身状態の改善や治療がより長く継続できたことで、生存期間が延長したと推測できなくもなかった。ところがこの研究データを追加解析したところ意外

な結果であった。解析の結果、介入群では亡くなる 60 日以内の化学療法の実施が少なかった。そしてホスピスケアの利用率は両群間で差がないが、非介入群では亡くなる 7 日以内になってからのホスピス移行が多かった⁴⁹⁻⁵²。つまり、通常のがん医療では、亡くなる前のギリギリまでがん治療が行われたのに対して、緩和ケアチームが初診時より定期的に関わると患者はより早くがん治療をやめてホスピスケアに移行し、その結果が生存期間の延長になったと推測できた。また介入群ではがんの根治が望めないと正確に認識した患者の割合が高くなった。つまり緩和ケアチームが早期から関わることで、患者は治癒が望めないと現状認識し、化学療法をやめてホスピスケアに移行するのが早まることがわかった。緩和ケアチームがどのように関わったのかの分析も行われ、介入群で特異的に行われていた支援が 2 つ見つかった。それは「コーピング (対処) の支援」と「家族との関わりを高める支援」であった。それにより終末期医療の希望についての話し合いが介入群で倍増し、「自分の状況の認識と予後を知ることが意思決定や疾患へのコーピングに役立った」と多くの患者が報告した。続いて行われた患者のコーピングに着目した解析では、患者のコーピング形式を否認や自己非難などをして問題の明確化を避ける“回避的コーピング (avoidant coping)”と自分の状況や問題を避けるのではなく、現実や課題を直視して認識、思考していく“接近志向的コーピング (approach-oriented coping)”の二つに分類して分析した。その結果、緩和ケアチームが早期から介入することで、回避的コーピングが減り接近志向的コーピングが増え、これが患者の QOL と抑うつ改善に寄与していた⁵³ことがわかった。人は苦しい時に問題を直視せず、先送りや棚上げ、あるいは

は見て見ぬふりをするなどの回避的コーピングをすることがある。日常では、こういったコーピングも一定の効果があるが、切迫した状況で回避的コーピングを続けていては行き詰まってますます落ち込んでしまう。かといって厳しい現実を直視するコーピングは容易ではない。その苦しい時に緩和ケアチームが関わり患者のコーピング支援をすることで、患者は接近志向的コーピングをして、自分の現状を認識できるようになったと考えられる。医療者が患者の苦しみのサインをキャッチし援助的コミュニケーションで対応することで、患者は現実を直視するコーピングを進めることができるのかもしれない。患者は信頼できる医療者に苦しみを聴いてもらい、自分の現実を了解・受容することで、将来と意味を獲得できる。この患者の一連の営みを支えることがACPと考えられる。

ACP とスピリチュアルケア

意思決定支援についてはスピリチュアルケアの観点からも報告されてきた。原は「BSC(Best supportive care)移行期には患者と家族の存在と意味に焦点を当て、この苦しみを和らげ軽くする援助で患者と向きあい、死をも超えた新たな将来を切り拓く意思決定を関係性に基づいて関係のちからで支えるスピリチュアルケアが求められているのではないだろうか」⁵⁴と意思決定支援におけるスピリチュアルケアの必要性を指摘している。スピリチュアルペインは、治療と生の限界に直面した終末期がん患者の約半数に認められており、表出されないものを含めるとより高頻度に経験する苦悩であると考えられている⁵⁵。このように将来の喪失や自分の無力や無価値などのスピリチュアルペインを感じている患者の意思決定支援には生きる意味の回復を支えるスピリチュアルケアが必要と考えられ

る。

村田は、スピリチュアルペインを「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、この苦しみがなぜ、どのように生じるのか現象学的に明らかにすることで、スピリチュアルケア(宗教によらない心のケア)の指針⁵⁶⁻⁵⁸を示した。人は日常を順調に過ごしている間は自分の存在を自覚することはほとんどない。ところが老病死の接近により日常性が失われると、自己の存在と意味の消滅を感じスピリチュアルペインが生じる。「もう先がないと思ったら全てが虚しい、なにもかも意味がない」という無意味・虚無、「お別れだ」「この苦しみは誰にもわからない」という孤独、「もうどうしようもない」、「こんな身体にだけはなりたくなかった」という無力・無価値などのスピリチュアルペインである。患者は現実が切迫し回避的コーピングが難しくなると、苦しみを聴いてくれそうな人を探し、話そうとする。この患者の発する遠回しなサインが「患者がACPを望む暗黙のサイン」^{18,19-21}に該当するのではないだろうか。この患者のサインに反応して医療者が苦しみを聴くことが、患者の将来と生きる意味を回復するスピリチュアルケアであり、ACPにもなると考えられる。

ACPの核心には人間の時間存在を回復するスピリチュアルケアがある

Morrisonらは「現実の医療上の決定が迫られたとき」⁶こそACPのタイミングであると提唱したが、これは、再発や治療の継続が難しくなり、見通しや生き方の再検討が迫られたときと考えられる。過去・現状が成立しなくなり、今後の見通し(将来)の喪失によって時間存在が消滅するスピリチュアルペインを患者は体験していると考えられる。よって「現実の医療上の決

定が迫られたとき」には、スピリチュアルケアを意識した ACP が必要と考えられる。Johnson らは、これまでの個人主義的な自律概念が ACP の実情に合わない指摘した上で「人間関係、社会との関係性の中で信頼を基盤とした ACP」²⁴を希求したが、信頼関係を基盤として患者の時間存在と生きる意味を支えるスピリチュアルケアがこの新たな ACP の概念の中核を担えと考える。

スピリチュアルケアは宗教によらない心のケアとして村田によって概念枠組みと評価法、およびスピリチュアルケアの教育研修プログラムが開発された⁵⁶⁻⁵⁹。この研修プログラムによる医師や看護師を対象とした教育効果の有効性⁶⁰⁻⁶²が示されている。スピリチュアルケアは、もはや特別な素養の人の神秘的な技ではなく、

日本の現実の臨床から立脚した概念とスキルが開発され、臨床家が実践力を身につける研修会も開催されている。「現実の医療上の決定が迫られたとき」に、「患者が ACP を望む暗黙のサイン」に鋭く反応して、「人間関係、社会との関係性の中で信頼を基盤とした ACP」の実践にスピリチュアルケアの考え方とスキルが担っていけると考えられた。

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第10回学術研究大会(2016年9月、富山市)の教育講演「意思決定支援の中の自己決定支援」の発表に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

引用文献

1. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995;274:1591-8.
2. Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, et al. Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. J Am Geriatr Soc 2000;48:S187-93.
3. Clayton JM, Butow PN, Tattersall J, MHN. When and how to initiate discussion about prognosis and end-of-life issues with terminally ill patients Pain Symptom Manage 2005;30:132-44.
4. 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252076.pdf> (最終アクセス日 2025年2月22日)
5. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
(最終アクセス日 2025年2月22日)
6. Morrison RS, Meier DE, Arnold RM. What's Wrong With Advance Care Planning? JAMA 2021;326:1575-6.

7. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:821-32.
8. 日本老年医学会：ACP 推進に関する提言
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp_movie.html (最終アクセス日 2025年2月22日)
9. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017;18:543-51.
10. 日本医師会：終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html (最終アクセス日 2025年2月22日)
11. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH. When and how to initiate discussion about prognosis and end-of-life issues with terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:132-44.
12. Barnes K, Jones L, Tookman A, King M. Acceptability of advance care planning interview schedule: a focus group. *Palliat Med* 2007;21:23-8.
13. Lamont E, Siegler M. Paradoxes in cancer Patients' advance care planning. *J Palliat Med* 2000;3:27-35.
14. Horne G, Seymour J, Payne S. Maintaining integrity in the face of death: a grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of life care. *Int J Nurs Stud* 2012;49:718-26.
15. 内藤明美, 森田達也, 山内敏宏, 他. Advance Care Planning に関するホスピス入院中の進行がん患者の希望. *Palliat Care Res* 2016;11:101-8.
16. Billings JA, Bernacki R. Strategic targeting of advance care planning interventions: the Goldilocks phenomenon. *JAMA Intern Med* 2014;174:620-4.
17. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MHN, et al. Randomized Controlled Trial of a Prompt List to Help Advanced Cancer Patients and Their Caregivers to Ask Questions About Prognosis and End-of-Life Care. *J Clin Oncol* 2007;25:715-23.
18. Almack K, Cox K, Seymour J, Moghaddam N, Porock D. Communication strategies to initiate conversations planning for end of life care (EOLC). *Palliat Med* 2010;24:S102.
19. Boyd K, Barclay S, Chinn D, Thomas K, Sheikh A. Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2010;60:449-58.
20. Cox K, Moghaddam N, Almack K, Pollock K, Seymour J. Is it recorded in the notes? Documentation of end-of-life care and preferred place to die discussions in the final weeks of life. *BMC Palliat Care* 2011;10:18.
21. Laryionava K, Heuβner P, Hiddemann W, Winkler EC. Framework for timing of the discussion about forgoing cancer-specific treatment based on a qualitative study with oncologists. *Support Care Cancer* 2015;23:715-21.
22. Barnes K, Barlow C, Harrington J et al. Advance care planning discussions in advanced cancer:

- analysis of dialogues between patients and care planning mediators. *Palliat Support Care* 2011;9:73–9.
23. Díaz-Montes TP, Johnson MK, Giuntoli RL, Brown AJ. Importance and timing of end-of life care discussions among gynecologic oncology patients. *Am J Hosp Palliat Care Med* 2013;30:59–67.
 24. Johnson S, Butow P, Kerridge I, et al. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psycho-oncology* 2016;25:362–86.
 25. 中山智裕, 吉田健史, 森雅紀. アドバンス・ケア・プランニングの実践における医師の障壁—単施設質問紙調査より— *Palliat Care Res* 2021;16:19–25.
 26. Bernacki RE, Block SD; American College of Physicians High Value Care Task Force. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* 2014;174:1994–2003.
 27. You JJ, Downar J, Fowler RA, et al. Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. *JAMA Intern Med* 2015;175:549–56.
 28. Boyd K, Barclay S, Chinn D, Thomas K, Sheikh A. Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2010;60:e449–58.
 29. Cherlin E, Fried T, Prigerson H, Schulman-Green D, Johnson-Hurzeler R, Bradley E. Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: when do discussions occur and what is said? *J Palliat Med* 2005;8:1176–85.
 30. Laryionava K, Heubner P, Hiddemann W, Winkler EC. Framework for timing of the discussion about forgoing cancer-specific treatment based on a qualitative study with oncologists. *Support Care Cancer* 2015;23:715–21.
 31. Horne G, Seymour J, Shepherd K. Advance care planning for patients with inoperable lung cancer. *Int J Palliat Nurs* 2006;12:172–8.
 32. Michael N, O'Callaghan C, Baird A, et al. N, Clayton J. Cancer caregivers advocate a patient- and family-centered approach to advance care planning. *J Pain Symptom Manage* 2013;47:1064–77.
 33. Carrion I, Nedjat-Haiem F, Martinez-Tyson D, Castañeda H. Advance care planning among Colombian, Mexican, and Puerto Rican women with a cancer diagnosis. *Support Care Canc* 2013;21:1233–9.
 34. Miccinesi G, Bianchi E, Brunelli C, Borreani C. End-of-life preferences in advanced cancer patients willing to discuss issues surrounding their terminal condition. *Eur J Cancer Care* 2012;21:623–33.
 35. Hwang SS, Chang VT, Cogswell J, Srinivas S, Kasimis B. Knowledge and attitudes toward end-of-life care in veterans with symptomatic metastatic cancer. *Palliat Support Care* 2003;1:221–30.
 36. Curtis JR, Downey L, Back AL, et al. Effect of a Patient and Clinician Communication-Priming Intervention on Patient-Reported Goals-of-Care Discussions Between Patients With Serious Illness and Clinicians. *JAMA Intern Med* 2018;178:930–40.

37. Bernacki R, Paladino J, Neville BA, et al. Effect of the Serious Illness Care Program in Outpatient Oncology. *JAMA Intern Med* 2019;179:751-9.
38. Paladino J, Bernacki R, Neville B, et al. Evaluating an Intervention to Improve Communication Between Oncology Clinicians and Patients With Life-Limiting Cancer: A Cluster Randomized Clinical Trial of the Serious Illness Care Program. *JAMA Oncol* 2019;5:801-9.
39. 村田久行 編著. 現象学看護 記述現象学を学ぶ ～体験の意味を解明する質的研究方法論. 川島書店、東京、2017;61.
40. 佐藤健二、山田一成 編著. 社会調査論. 八千代出版、東京、2009;141-6.
41. Hammes BJ, Rooney BL. Death and end-of-life planning in one midwestern community. *Arch Intern Med* 1998;158:383-90.
42. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345.
43. 村田久行. 臨床に活かすスピリチュアルケアの実際[2]. *ターミナルケア* 12: 2002, 420-4.
44. 村田久行, 長久栄子 編著. シリーズ現象学看護 1 せん妄. 日本評論社, 東京, 2014;21.
45. 村田久行, 長久栄子 編著. シリーズ現象学看護 1 せん妄. 日本評論社, 東京, 2014;97-103.
46. 村田久行, 長久栄子 編著. シリーズ現象学看護 1 せん妄. 日本評論社, 東京, 2014;39.
47. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer *N Engl J Med* 2012;367:1616-25.
48. Temel JS, Greer JA, Muzikansky, A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
49. Temel JS, Greer JA, Admane S, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol* 2011;29:2319-26.
50. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol* 2017;35:834-41.
51. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:394-400.
52. Yoong J, Park ER, Greer JA, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med* 2013;173:283-90.
53. Greer JA, Jacobs JM, El-Jawahri A, et al. Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. *J Clin Oncol* 2018;36:53-60.
54. 原 敬, 高橋真理子, 野澤やよい, 他. BSC 移行期における意思決定への援助はスピリチュアルケアである. *死の臨床* 2015;38:368.
55. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. An exploratory factor analysis of existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psycho-oncology* 2000;9:164-8.
56. Murata H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: construction of a conceptual

- framework by philosophical approach. Palliat Support Care 2003;1:15-21.
57. Murata H, Morita T; Japanese Task Force. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. Palliat Support Care 2006;4:279-85.
58. 村田久行. スピリチュアルペインの構造から考えるケア 終末期患者のスピリチュアルペインとそのケア—現象学的アプローチによる解明 (増大特集 スピリチュアルペイン—いのちを支えるケア)— (スピリチュアルペインとスピリチュアルケア). 緩和ケア 2005;15:385-90.
59. 村田久行. スピリチュアルカンファレンスサマリーシート (SP-CSS). 緩和ケア編集委員会 編. 緩和ケア 10 月増刊号 臨床と研究に役立つ 緩和ケアのアセスメント・ツール. 青海社, 東京, 2008;53-5.
60. Morita T, Murata H, Kishi E, et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. J Pain Symptom Manage 2009;37:649-58.
61. 新藤悦子, 茶園美香, 近藤咲子, 他. 大学病院に勤務する看護師への「生きる意味を問うがん患者」とのコミュニケーションスキル向上プログラムの効果の検討—介入前と介入後 6 カ月間の態度比較—. Palliat Care Res 2014;9:124-31.
62. 的場康德, 村田久行, 森田達也, 他. がん診療に携わる医師のスピリチュアルケア研修の効果—無意味を訴える患者に対するコミュニケーションの自信, 生きる意味への援助の実践の自己評価, 患者に対する態度の前後比較試験—. Palliat Care Res 2021;16:45-54.

〔研究ノート〕

難発性吃音者の吃音発生のメカニズム ～現象学的解明～

対人援助研究所研究生 吉田恵理子

I. はじめに

吃音は、発声・発語関連の末梢器官に解剖学的・機能的な問題がないにもかかわらず、発話が非流暢になる障害である¹。最初の言葉が出にくい難発性吃音（難吃）は幼児期以降に発症する一時吃音に対する反応であり学齢中期以降に多く、いじめ・からかい・羞恥があると残りやすいとされている²。

これまでの吃音研究は、脳科学、遺伝子などからの吃音の原因解明^{3,4,5,6,7,8,9}や、訓練・カウンセリングによる症状の緩和^{10,11,12,13}をめざしたものが主である。しかし、それらはすべて一般的な傾向は示すが、個別の症状に対する治療法もケアの方法も確立したものは文献では見いだせない。その限界は、吃音者の体験の中で意識と身体の間で何が起こっているのかの吃音のメカニズムの解明がなされていないことから生まれるのではないだろうか。その理由として吃音は個人の体験であるにもかかわらず、吃音を症状と捉え、難吃の原因を難吃者自身の意識と身体の間から捉えてはいないことが考えられる。

しかしここに、難吃の原因を難吃者自身の体験から捉えた研究が存在する。永井¹⁴は難吃者の体験に焦点を当て、難吃にこそ吃音者が味わう苦痛がひそんでいるとした。自己－他者関係から難吃を説明し、他者のまなざしに身体が反応し、いうことをきかなくなることに難吃者の苦しみがあることを示唆している。永井は「意識と身体とは因果的な連関ではなくて、非因果的な連関によって結合されているのであり、人間の行動のなかには意識的に制御しようとする、逆に、それが阻害されてしまうものもあり、…(略)…吃音者にあっては、発話行為それ自体に対する意識的な制御が働くので、その身構えが、精神と身体の間を媒体する交流に乱れを生じさせ、それが呼吸作用の乱れとなって、言葉がなめらかに発音されなくなるといえるであろう」と述べている。つまり、難吃者が発話しようとするとき、意識の志向性はその吃音に向けられ、身体は身構えるものとして顕在化している。難吃者は言葉が詰まる自分に意識が向くため、自然な発話自体が制御されるというのである。この身構えるということが、精神と身体の間を媒体する交流の乱れを生み、思う様に発話できなくなると主張しているのである。このように永井が、身体と意識の双方の志向性が連関していると捉えている点は、示唆に富む。しかし永井は、何がどのよう

に交流するのか、交流によってどのように呼吸が乱れ、難吃が生じるのかについては明らかにしていない。また永井の研究は文献からの推論であり、現実の当事者の苦しみを和らげるという援助の視点は持たなかった。

永井の言うように、吃音発生のメカニズムを解明するには、精神的、身体的な症状の分析だけでは不十分である。なぜなら、吃音発生時に吃音者自身に起こる意識と身体との相関を明らかにしなければ、どのようなケアが可能かの検討は困難であるからである。

実際、難吃者の意識と身体との相関が吃音の発生とどのように関連しているのか、当事者の体験に視線を転じ、体験を純粹に体験そのものとして経験し規定すること¹⁵で吃音発生のメカニズムの解明をすることが必要である。

II. 研究目的

本研究の目的は、難吃者の体験を明らかにすることにより、吃音発生のメカニズムを現象学的に解明することである。そのため以下の課題を設定する。

- 1) 難吃者の体験とその体験の意味の解明
- 2) どのような場に臨むと身体がいうことをきかず、何が吃音の発生に関係しているのかの意識と身体との相関の解明
- 3) 難吃者の吃音発生のメカニズムの解明

III. 研究方法

1. 研究参加者

難吃による苦しみの体験をもつ難吃者で、文章と口頭での説明で同意が得られた3名を研究参加者とする。

2. 方法

1) 研究デザイン

質的記述的研究

2) データ収集方法

研究参加候補の難吃者に研究参加を依頼し、同意が得られた3名に非構造化面接を行う。面接時間は1回あたり30分から60分程度とし、面接の内容は参加者の承諾を得たうえで録音する。承諾が得られない場合には、面接後に会話記録を作成する。面接後、データの収集状況により追加の面接を行う。面接は、プライバシーが保護される場で実施する。

3) データの分析方法

分析には、記述現象学^{16, 17}を用いる。記述現象学とは、「志向性が意識の本質を形成している」¹⁸というフッサールの現象学を基礎理論とし、記録、報告、語りなどを、その記録、

報告，語りを行った当事者と対象者の意識の志向性と現れの「記述」として読み解き，そこに顕在化した，あるいは潜在する記述者の意識の志向性とそれに応じて現出する世界と他者と自己の「現れ」からその体験の意味を明らかにし，その時の行為を意味づけ，言語化する研究方法論である¹⁹。意識の志向性もつ3つの特性，①方位性（～に向けられ），②思念作用（あるものがあるものとして現出），③明証性（志向されたものの直観的充実を求める働き）に従い，難吃者の「体験」と「体験の意味」をさかのぼる作業を行う²⁰。

分析の手順を以下に示す。

(1) 手順1：Aさんの意識の志向性とその現れを明らかにする。

Aさんの記述を，定型「～の意識の志向性は～に向けられ，それがPとして現れている」に変換する。

(2) 手順2：意識の顕在性に潜在している体験を明らかにし，志向的分析（潜在性の開示）を行う。

定型「なぜ～の意識の志向性は～に向けられ，そこにPが顕在しているのか？それはQだからである。Pという顕在性に潜在するQを開示している」を，「Pという顕在性に潜在するQを開示」に変換する。

(3) 手順3：本質直観の把握

定型「Pという体験の意味と本質はQであると把握」に変換する。

(4) 手順4：本質命題から普遍性にもとづく個別の記述を行う。

4-1 手順3の定型を一般化し本質命題文にする。

定型「P（～を～する）とき，～はQしている」に変換する。

4-2 4-1を反転し，本質命題文の普遍化を確認する。

定型「Qしている～は，Pをする」に変換する。

4-3 4-2をさらに反転し本質直観を得る。

定型「Pをする～は，Qしている」に変換する。

(5) 手順5：本質命題と体験の記述

(6) 1名の難吃者の体験を解明後，複数名に追試を行い検証する。

本研究において，分析に記述現象学を用いる理由は，医学や心理学などで行われている一般経験的科学的な観察によって把握され分析される諸症状のみを経験的に一般化することによってその傾向を明らかにしている。体験を扱っている諸研究においても事実としての諸体験が示す傾向を明らかにすることに留まっていることにある。一方で，現象学を用いた研究は，直観によって把握され分析される難吃者の現れ（意識がどこに向けられ，なぜそのように現れているのか）としての諸体験の意味を解明することで，現れに潜在する体験の本質とその意味を明らかにすることができるからである。

IV. 倫理的配慮

研究参加者に、研究の意義・目的、研究の方法・調査期間、研究への協力に伴う負担並びに予測されるリスクおよび利益、研究への協力の任意性及び撤回の自由、個人情報の取り扱い、研究終了後の対応・研究成果の公表、研究のための費用、研究に関する問い合わせ先・苦情等の連絡先について文書と口頭で説明し、書面により同意を得て実施する。研究参加は本人の自由意志であり、参加しない場合も不利益はないこと、また同意した後でも途中で不利益なく参加を撤回できることを文書と口頭で説明する。また、面接中に辛くなったり話ができなくなったりした場合においても、いつでも面接を中断できること、中断しても不利益はないことについても説明し、参加者の語ることができる範囲で実施する。本研究で収集した情報は、本研究以外の目的では使用しない。プライバシーを保護し、個人が特定されないよう研究者が責任を持って取り扱う。録音した内容やメモした内容は、個人が特定される情報を記号等に置き換えて文字起こしを行う。文字起こしをしたデータや分析データは、USB にロックをかけて保存する。すべてのデータは研究終了後5年間鍵のかかる場所で適切に保管し、その後シュレッダーで破棄すること、録音データやパソコンのデータは消去し、USB 等はデータを削除した後、初期化することを説明し、書面にて同意を得る。

本研究は、A 大学一般研究倫理委員会の承認後実施する。

文献

-
- ¹ 森浩一 (2020) 吃音 (どもり) の評価と対応. 日耳鼻, 123, 1153-1160.
 - ² 前掲 1
 - ³ Sommer M, Koch MA, Paulus W, Weiller C, Buchel C (2002) Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet* 360: 380-3
 - ⁴ Jancke L, Hanggi J, Steinmetz H (2004) . Morphological brain differences between adult stutterers and non-stutterers. *BMC Neurol* 4: 23.
 - ⁵ Connally EL, Ward D, Howell P, Watkins KE (2013) . Disrupted white matter in language and motor tracts in developmental stuttering. *Brain Lang* .
 - ⁶ Shugart YY, Mundorff J, Kilshaw J, Doheny K, Doan B, et al. (2004) Results of a genome-wide linkage scan for stuttering. *Am J Med Genet A* 124A: 133-5.

- 7 Riaz N, Steinberg S, Ahmad J, Pluzhnikov A, Riazuddin S, et al. (2005)
Genomewide significant linkage to stuttering on chromosome 12. *Am J Hum Genet* 76:
647-51.
- 8 Wittke-Thompson JK, Ambrose N, Yairi E, Roe C, Cook EH, et al. (2007)
Genetic studies of stuttering in a founder population. *J Fluency Disord* 32: 33-50.
- 9 Kang C, Riazuddin S, Mundorff J, Krasnewich D, Friedman P, et al. (2010)
Mutations in the lysosomal enzyme-targeting pathway and persistent stuttering. *N Engl
J Med* 362: 677-85.
- 10 安田菜穂, 吉澤健太郎 (2018) 自分で試す吃音の発声・発音練習帳, 学苑社.
- 11 都筑澄夫, 酒井奈緒美, 坂田英明 (2010) メンタルリハーサル法による成人発達性吃
音治療の2例. 目白大学健康科学研究, 3, 37-43.
- 12 都筑澄夫 (2012) 吃音の治療 第4層の発達性吃音に対する年表方式のメンタルリハ
ーサル法の訓練効果と軽減・改善過程. 音声言語医学, 53 (3), 199-207.
- 13 David P, Roger J I (2009). Evidence-based treatment and stuttering--historical
perspective. *J Speech Lang Hear Res*, 52(1), 254-263.
- 14 永井広克 (1980) 吃音の現象学—まなざしの呪縛—. *ソシオロゴス*, 80-88, 東京大学
大学院社会学研究科.
<https://www.l.u-tokyo.ac.jp/~slogos/archive/04/nagai1980.pdf> (2023.6.10)
- 15 エトムント・フッサール著, 立松弘孝編 (2009) フッサール・セレクション, 95, 平凡
社, 東京
- 16 村田久行編著(2017): 現象学看護 記述現象学を学ぶ, 川島書店, 東京.
- 17 村田久行. スピリチュアルペインの構造から考えるケア 終末期患者のスピリチュアル
ペインとそのケア—現象学的アプローチによる解明 (2005). *緩和ケア*, 15, 385-390.
- 18 新田義弘. 現象学とは何か—フッサールの後期思想を中心として 第1版, 52, 講談社, 東
京, 1992.
- 19 同掲 12
- 20 同掲 13, 54-55

〔研究ノート〕

実存的身体が求める新介護技術の可能性

キーワード：物的身体、実存的身体、新介護技術

株式会社CARE&SONS 地域密着型複合ケアホームよかよかん

坂井 明弘、手塚 登代子、川野 真代

対人援助研究所 村田 久行

○本研究の目的

この研究の目的は身体の志向性を活かして＜実存的身体＞が求める新しい介護技術の理論的な可能性を探ることである。

○本研究の背景

身体を生理的・神経組織のメカニズムと物理的な反応から理解し対応するとき、そこでは＜物的身体＞が対象となる。他方、＜実存的身体＞とは患者が体験している身体のことである。痛みを苦しむがん患者は身体をエビのように曲げ、顔をゆがめる。痛みのなかで身体は緊張し、不安定であり、孤独となる。この痛みと緊張と不安定のなかで縮み、ゆがみ、身構える身体を＜実存的身体＞という¹⁾。

＜実存的身体＞は志向性をもつ。「私在家のなかを自由に動きまわることができるのは、私がさまざまな場所相互の関係、場所と場所の距離と方向を「足で」「手で」覚えており、身につけているからだ。家と私の身体のあいだに「志向の糸」が無数に張りめぐらされて、家はからだになじんでいる²⁾」。ここでいう「志向の糸」とは、身体の志向性のことである。

現在、身体に不自由がある高齢者や身体障害者への介護技術は＜物的身体＞を対象としている。そこでの介護技術は介護者の負担を最少にしつつ＜物的身体＞をいかに効率よく安全に誘導し、支え、動かすかで組み立てられている。しかし＜実存的身体＞はそれ自身常に生きようとする能動性と自律性を基本とし、その知覚を他者と共有しない私秘性において完結している。これが「私」の固有性と自律性の源泉である。この能動性と自律性と私秘性を生きる＜実存的身体＞はまた、他者がそれに＜ふれる＞ことで緊張、不安定、孤独が和らぐ連帯を求める。これを身体に不自由がある高齢者や身体障害者の介護技術に応用できないだろうか。この身体の志向性を活かして＜実存的身体＞が求める新しい介護技術の理論的な可能性を探ることはケアの探求において意義あることに思えるのである。

○研究方法と結果

介護技術の指導本を、介護者ではなく＜実存的身体＞を主体として読み替えることで新しい介護技術の可能性を探る理論研究である。

例) 片麻痺の人を椅子から立ち上がらせる場合の介護技術

◆を介護技術の指導本、●を＜実存的身体＞を主体とした場合の介護技術とする。



- ◆①患部の足を介護者の足で支える
- ①患部側の足が介護者の足で支えられる（自立が促されるサイン）



- ◆②前傾させ、体重を前に移動させる。
- ②前傾し、実存的身体は自己を介護者に預ける（信頼の関係）



- ◆③上体を徐々に起こし、膝を伸ばしながら立ってもらう
- ③上体は徐々に起き上がり、膝が伸びる（自立が促される）



- ◆
- ④自分で立とうと思う（自律が促される）

〇まとめ

<実存的身体>に焦点を当てた新介護技術は、体位変換の介助をはじめ、移乗、移動、歩行、食事、排泄、入浴、整容、その他口腔ケアなどの日常のあらゆる介護、介助を見直すことができる。

これまでの介護技術は、患者の〈物的身体〉をいかに効率よく安全に誘導し、支え、動かすかで組み立てられている。それにより〈実存的身体〉の能動性が否定され、自律性が制限され、私秘性が無視されて患者の体験を介護者は言語化できず、気づくこともできなかった。そこから生まれる患者の苦しみは緊張、不安定、孤独である。〈実存的身体〉が求める介護技術の研究によって、患者の〈実存的身体〉の緊張がゆるみ、不安定が安定し、孤独が和らぐことが可能となる。その基本原理は、〈実存的身体〉との援助的コミュニケーションである。これが、日常の介助、介護という業務を援助に模様替えすることになるであろう。

○倫理的配慮

理論研究であるので、倫理的課題や利益相反はない。

¹ 村田久行・長久栄子編著：せん妄,日本評論社,2014,p.133-4

² 熊野純彦：メルロ=ポンティ,NHK 出版,2005,p.77

【事例報告】

希死念慮の患者への鍼灸治療と傾聴の効果について

真生会なつめ鍼灸院 鍼灸師 竹部 隆江

【はじめに】

はじめに、私が所属する「C鍼灸院」の紹介をする。当院はD県E市にあるF病院に併設された鍼灸院である。現代医学では原因が特定できない不定愁訴を訴える患者に対応するため、20X年4月に漢方外来を開設した。同年8月に鍼灸院を開院し、現代医学と東洋医学の双方の強みを活かした医療を提供している。

鍼灸の適応症として一般的に知られているのは、肩こり、腰痛、変形性膝関節症などの運動器系疾患や、神経痛、頭痛などの神経系疾患などがある。当院は病院附設の鍼灸院という特徴を活かし、内科や耳鼻科、緩和ケア内科などと連携しながら入院中の患者にも施術を行っている。また、心療内科および小児科の医師による現代医学的知見に基づく指導のもと、心身症や神経発達症に関連した多くの愁訴に対して鍼灸の視点からアプローチをおこなっている。

【背景・目的】

B鍼灸師は20X+2年10月から院内で開催された対人援助・スピリチュアルケアの研修を受講し、その間に通院中の患者から「死にたいんです」と想いを語られた。この症例を通して、患者にはどのような苦しみがあったのか、また鍼灸治療に傾聴を取り入れることにどのような意義があるのか、鍼灸師が行う対人援助にはどんな意味があるのかを考える機会となった。今回、希死念慮を訴える患者に対し、鍼灸治療を行いながら傾聴を実施した事例を報告する。

背景

- ・2023年10月から院内で開催された対人援助・スピリチュアルケア研修を受講
- ・通院中の患者から「死にたいんです」と想いを語られた



- ・鍼灸治療に傾聴を取り入れる意義
- ・鍼灸師が行う対人援助の意味

【倫理的配慮】

外科関連学会協議会による「症例報告を含む医学論文及び学会研究発表における患者プライバシー保護に関する指針」に基づき患者のプライバシー保護に努め、個人が特定されないように匿名化した。

【患者情報】

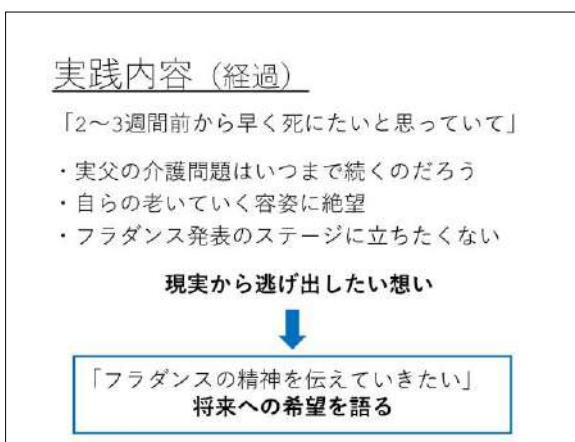
患者A氏 60代女性。主訴は頸肩部の痛み、倦怠感、希死念慮。職業はフラダンス講師。

家族は夫（脳梗塞後遺症有）、全盲の老犬。隣りに住む父は 90 歳で一人暮らしをしており、A 氏が週末に介護をしている。通院歴は内科医院。（内服薬：メイラックス 1 mg、半夏厚朴湯）鍼灸治療は月に 1~2 回、継続している。フラダンスは楽しいが、父の介護や老犬の世話で疲労困憊状態であった。

【実践内容：結果】

来院直後に「2~3 週間前から死にたいと思っていて」と話された。担当鍼灸師である B は驚き、精神科受診の必要性もあると考えたが、かかりつけの内科医でも気分の浮き沈みがあることを訴えていたことから漢方薬と抗不安薬を処方されており、問診でコミュニケーションが取れたこと、A 氏が鍼灸治療を望んでいたことなどを鍼灸治療の妥当性の材料とした。そして、A 氏にはスピリチュアルペインがあると判断し、鍼灸治療を進めながら援助的コミュニケーションに努めた。

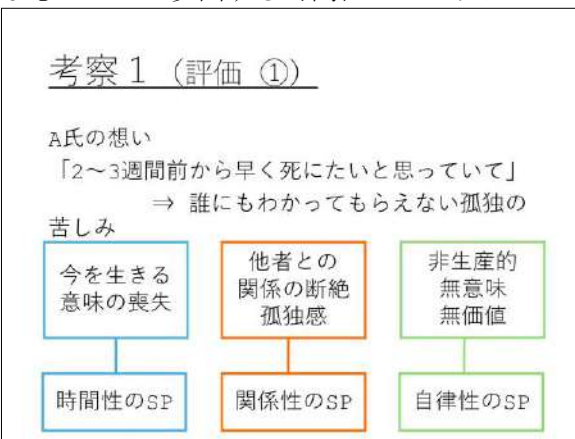
患者の口からは実父の介護問題や、老いていく容姿に絶望しフラダンスのステージに立ちたくない事など、現実から逃げ出したい想いを吐露された。しかし治療終了時には、頸肩部の痛み、倦怠感は軽快し、「フラダンスの精神を伝えていきたい」と、将来への希望を語る事ができた。



【考察1（評価①）】

（スライドではスピリチュアルペインを SP と記した。）

A 氏の「2~3 週間前から早く死にたいと思っていて・・・」この言葉の背景には、「死にたいほど苦しいこと」を、誰にもわかってもらえない孤独の苦しみがあったと思われる。A 氏には、今この時から逃げ出したい、将来が思い描けないなど、今を生きる意味の喪失があり、自己の生が無意味、無目的、不条理なものとして現出する時間性のスピリチュアルペインがあった。また、介護の苦労や老いの苦しみは、誰にもわかってもらえない孤独の苦しみとなり、他者との関係の断絶、孤独感は関係性のスピリチュアルペインとなる。そして、老いていく姿を見せることは、自分が生産的ではない、無意味で無価値なものとしてとらえられ現出した自律性のスピリチュアルペインもあるのではないかと考えた。



【考察1（評価②）スピリチュアルケアとはスピリチュアルな対処方策を支えること】

会話記録（内容を一部抜粋。A氏はフラダンスをフラと省略されたため、を以下フラと記す。）

B9：私の叔母も若い時からフラをやっていて、家に衣裳部屋ができるほどなんですけど、曲ごとに衣裳を変えと言っていました。髪飾りにも全て意味があると言っていました、そうなんですか？

A9：そうなんです。全て意味があります。そしてフラは裸足で踊っていますが、大地のエネルギーと天からのパワーを体に頂いて踊っているんです。

B10：フラは裸足で踊っていて、大地のエネルギーと天からのパワーを頂いている踊りなんですね。

A10：はい、自然とともに。というか・・・。

（少し沈黙・・・）

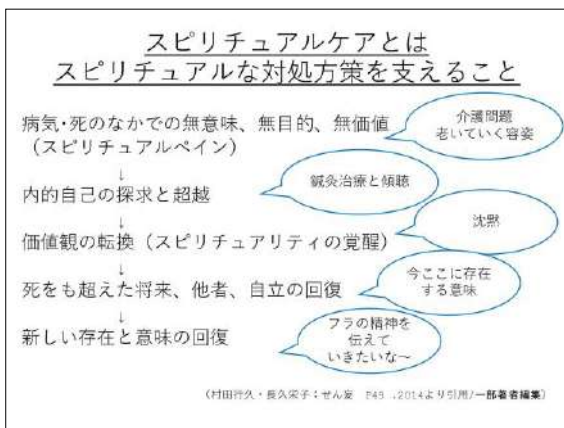
A11：何だか、今突然、出かけたくなってきました。G町やH市のほうの自然がとても好きなんです。野菜を買ったり、お蕎麦食べたり、一人で行くのが好きなんです。

B11：福光や南砺のほうの自然がお好きなんですね。

A12：前からフラの精神を伝えたいな～と思っていたのです。踊るのもいいけど、フラの精神を勉強して伝えたいな～と。

A9の会話と、B10の反復の後の沈黙、この沈黙でA氏に変化が起こった。

A氏には、終わりが見えない父の介護問題、老いていく自分の容姿などの現実から逃げ出したい・・・。それを誰にもわかってもらえないスピリチュアルペインがあった。鍼灸治療と傾聴によって、内的自己の探求と超越が起こり、これまでの生き方や価値観を見直し始める。そして沈黙。A10の後の沈黙はA氏が自分を内観するための時間であった。そして、フラは大地のエネルギーと、天からのパワーを頂いている踊りだということを言葉にでき、それを反復されたことにより、命の次に好きだったフラを本当に愛していたこと、そしてフラによって生かされていた自分に気が付いたと思われる。そしてA氏は、老いていくことや、表面上の容姿に囚われていた自分の過去を乗り越えることができ、「今ここに存在することに意味がある」と気づくことができた。A氏の言葉、「フラの精神を勉強して伝えたいな～と。」という言葉は、新しい価値観への転換であり、新たな自己の存在と意味を獲得することができたと考察できる。



【考察2：鍼灸の触れる意味】

本症例は鍼灸治療を行いながら傾聴したことから、鍼灸の視点からも考察する。鍼灸の臨床では身体と心を分離せずに、その人を診る「心身一如」ⁱⁱという考え方を重視している。これは、患者の精神と身体との相互作用を観察し、治療に応用していることが大きな特徴である。鍼灸による効果は多数あるが、約80%の患者が治療後に、陽性感情へ移行すると報告されているⁱⁱⁱ。更に脳内α波の出現^{iv}、セロトニンの増加などの研究結果も発表されている^v。

また鍼灸は、患者を診るときに「望診、聞診、問診、切診」の、四つの診断方法を用いている^{vi}。なかでも切診は患者の身体に直接接触し、そこから得られた反応から病態を推察し、治療を行う診断方法である。触れるという行為は、身体的苦痛の軽減のみならず、患者に安心感を与え、精神的苦痛の軽減にもつながり、患者を苦痛から快の方向に向けることができるとされている^{vii}。

また、気持ちよく触れることで患者の身体がリラックスし、他者との融合感や一体感が生まれ、心理的距離が短くなることも明らかにされている^{viii}。鍼灸師は病んでいる身体に触れ、コリや滞りを「ここですね」と確認をして、患者も「そこです」と答える。この感覚を共有することは、患者とともに病を癒していくという目的が共有されることにつながる。そして、お互いの関係性が深まり信頼関係が構築されると考える。このことから、鍼灸治療の触れる行為は、単に物理的な現象としてではなく、信頼感の促進といった心理的な効果も有すると考えられる。そこに、技術としての鍼灸治療を行うことで患者の病が回復していく。

考察2 (鍼灸の触れる意味)

鍼灸治療 (物理的刺激) = 鍼灸 + 切診 (触れる)

・触れる：身体的苦痛の軽減、精神的苦痛の軽減
リラクセス、他者との距離感短縮

(中村 2010)

鍼灸の触れる行為は心理的効果も有する

【考察3：実存的身体へのふれる意味】

援助者が触れることは実存的身体の緊張をゆるめ、安定と自律を回復させる援助的コミュニケーションにつながるとされている。実存的身体^{ix}とは、患者が体験している身体である。痛みの中で体は緊張し、不安定であり、孤独となる。この痛みと緊張と不安定の中で縮み、ゆがみ、身構える身体を実存的身体という。

実存的身体に触れられた患者の心身は緩み、苦しみの声やつぶやきは言葉になり語りとなる。触れることは言葉を生み、聴くことは語ることを促し、反復は他者を介し

考察3 (実存的身体へのふれる意味)

| | | |
|--|------------|--|
| ふれられていない時の 実存的身体 ・緊張 ・不安定 ・孤独 (不明と混乱) | → (ふれる) | ふれられている時の 実存的身体 ・ゆるむ ・安定 ・つながり |
|--|------------|--|

[つぶやき→(傾聴)→言葉→(反復・問いかけ)→語り→自立の回復]
(村田久行：苦しみを和らげる認知症ケア、P136から引用)

た自己受容を可能にする。緊張し不安定な実存的身体が求めているのは支えと安定であり、触れる行為はそれに応える身体への援助的コミュニケーションになりうる。

本症例は、援助的コミュニケーションを学んだ鍼灸師が、スピリチュアルペインを意識した傾聴と、実存的身体を意識して施術の一環としての触れる行為を行ったことで、希死念慮を訴えるA氏の存在と意味を回復するスピリチュアルケアにつながったと考える。

【結語】

今回、希死念慮を訴える患者に対し、鍼灸治療を行いながら傾聴を実施した事例を報告した。鍼灸はケアとキュアの総合的な施術であることを強みとして、今後も鍼灸における対人援助論の有効性について更に検証を深めていきたい。

-
- i 村田久行・長久栄子『せん妄』日本評論社（2014）
 - ii 寺澤捷年・津田昌樹『絵で見る指圧マッサージ』医学書院（2002）
 - iii 矢野 忠ら：ストレスからの解放そして鍼灸□中枢神経機能からみた鍼灸のストレス緩和効果について.全日本鍼灸学会誌.1993;43(4):143-153.
 - iv 佐藤万代ら：主観的健康感を構成する因子とそれに与える鍼灸治療の影響について.日本未病システム学会雑誌.2010;16(2):217-227
 - v 矢野 忠ら：鍼通電、TENSによる EEG トポグラムの変化.明治鍼灸医学創刊号.1985:55-64.
 - vi 東洋療法学校協会『東洋医学概論』医道の日本社（2015）
 - vii 中村真通ら：鍼灸治療におけるカウンセリング的関わりの効果 Japanese Journal of Counseling Science.2010.43.192-201
 - viii 中村真通ら：鍼灸治療におけるカウンセリング的関わりの効果 Japanese Journal of Counseling Science.2010.43.192-201
 - ix 村田久行・長久栄子『せん妄』日本評論社（2014）

【事例報告】

意識障害があり意思決定が困難な患者の意思決定支援に苦慮した1例

香川医療生活協同組合 高松平和病院 緩和ケア内科 大西 綾花

【はじめに】

終末期では約70%の患者が意思決定能力を失っているとされている¹⁾が、本邦ではアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）や事前指示書の普及率が低いため、意思決定が困難な場合、患者の家族や医療従事者が代理者となり意思決定を行う。しかし、身寄りがない場合や介入前の患者の意思がわからない場合、患者の意思を十分に反映できない可能性がある。

ACPの効果として、患者の自己コントロール感が高まること²⁾、患者の意向が尊重されたケアが実践され、患者と家族の満足度が向上し、遺族の不安や抑うつが減少すること³⁾、抑うつや不安を持つ患者の割合が減少すること⁴⁾が明らかとなっている。

今回、意識障害があり意思決定が困難な身寄りのない患者の意思決定支援に苦慮した事例を経験した。事例を通して意思決定が困難な患者の意思決定をどのように支えたらよいかを考察する。

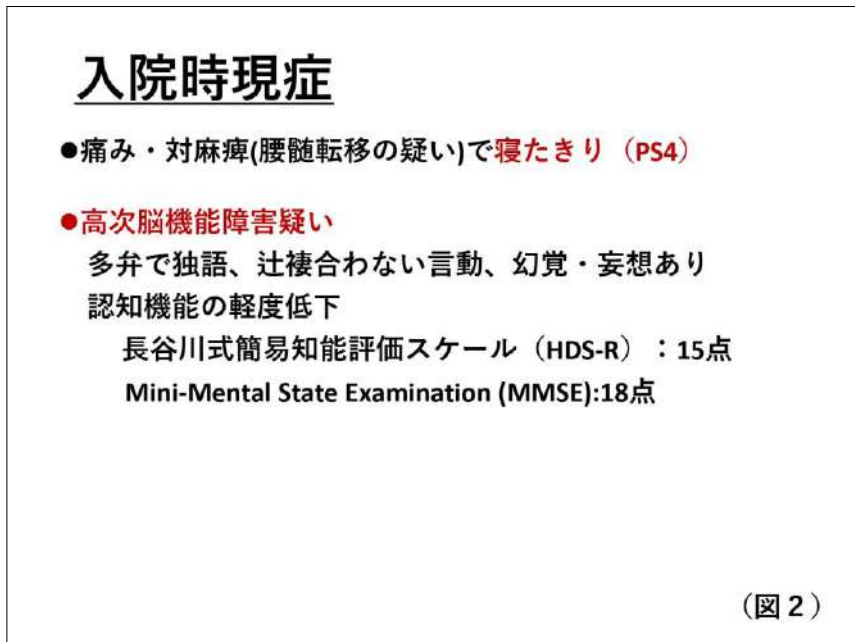
【症例】

症例はA氏70歳代の男性。肺癌、多発脳転移があり。自宅で倒れているところを発見され当院入院。多弁で独語、辻褄合わない言動、幻覚・妄想があり高次脳機能障害が疑われた。独居で身寄りがなく、年金受給はされていたが自身での金銭管理が難しくなっていた。入院時、癌性疼痛の増強と腰髄転移による対麻痺が出現しA氏は寝たきりとなっていた。（図1、図2）

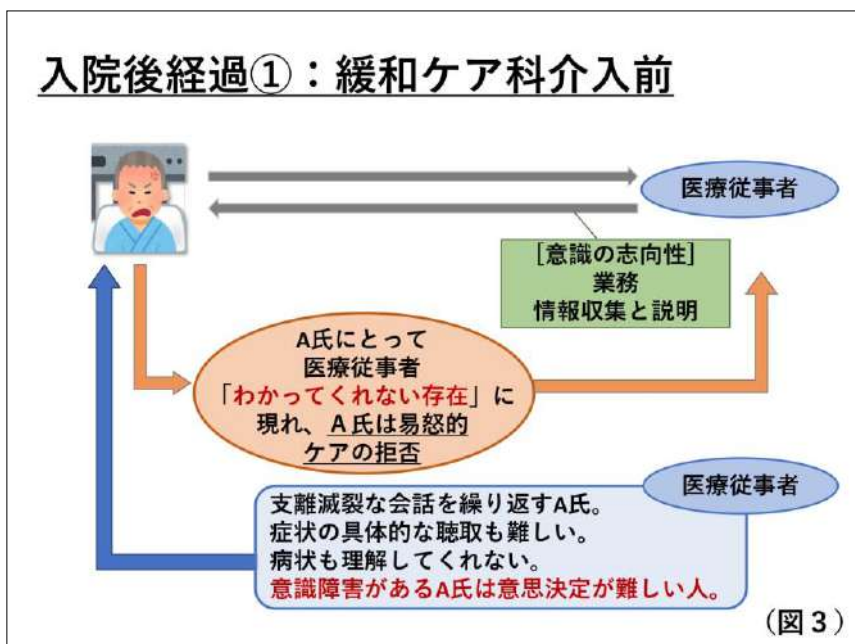
症例：A氏 70歳代 男性

- ▶ **肺癌、多発脳転移**で開頭腫瘍摘出術、脳へ放射線照射を施行。
化学療法をしていたが自己中断。
- ▶ 診断から1年半後、**原発肺腫瘍の増大、新規脳転移や腹膜播種**を指摘される。**積極的治療や延命は望まず、自宅近医のB診療所で定期フォロー**となる。
- ▶ **足の動きづらさ、息苦しさ、背部痛、物忘れ**などの症状があり経過みていた。外来受診がなく**B診療所職員が自宅訪問**することもあった。
- ▶ 自宅訪問した際に**4～5日前から痛みのため動けなくなっている**ところを発見され、B診療所から当院へ紹介入院となった。

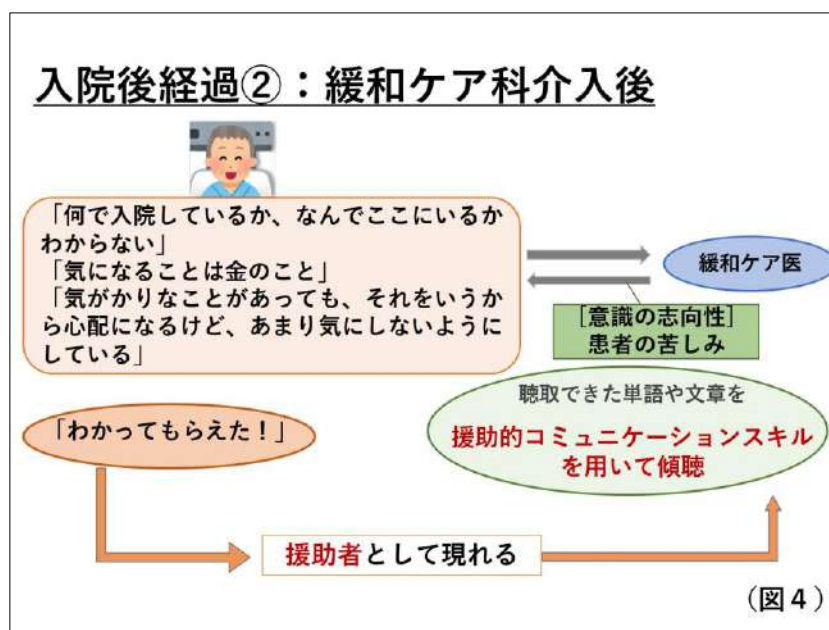
（図1）



A氏は「家に帰りたい」と訴えるが、医療従事者は難しいと考えていた。A氏に病状説明を行い、今後のことや症状に対して情報収集をしようとするが、A氏は理解ができず易怒的となった。また業務に意識を向けて対応する医療従事者のケアを拒否した。A氏にとって医療従事者は「わかってくれない存在」に現れた。一方で医療従事者は支離滅裂な会話を繰り返し、病状理解が難しいA氏は意思決定が難しいと考えた。(図3)



A 氏の対応に困った主治医が緩和ケア医に介入依頼をした。支離滅裂な会話を繰り返す A 氏に、緩和ケア医である私も A 氏には意思決定が難しいと感じた。しかし A 氏に入院経過を尋ねた時に、A 氏が「なんで入院しているか、なんでここにいるか分からない」と表出した。その言葉をキャッチした私は、A 氏の苦しみに意識を向けて、聞き取れた単語や文章を援助的コミュニケーションスキルで傾聴した。すると、A 氏は「わかってもらえた！」と感じ、緩和ケア医の存在が「援助者」として現れた。A 氏は笑顔で満足そうに語りを続けた。(図4)



その後、A 氏は「今は自分で食事の準備や掃除ができないため、病院が快適」と客観的状況に合わせて主観的な想いを変化していった。A 氏の意向をもとに入院療養を継続した。A 氏が「笑顔で過ごして逝きたい」と語った翌日に永眠となった。

[考察]

意識障害があり意思決定が困難な、身寄りのない患者の意思決定支援に苦慮した事例を経験した。A 氏の苦しみに意識を向けて援助的コミュニケーションスキルを用いて傾聴をおこなうことで、医療従事者の存在が A 氏にとって「援助者」として現れ、A 氏は満足、安心、信頼を得て、語りが促され、徐々に気持ちや想いを整理していった。A 氏は語りの中で、客観的な状況に沿うように、主観的な想いが変化していき、大切にしたい人生観や安心して過ごせる場所について語り、結果的に A 氏の価値観や意向に沿った療養場所で最期を迎えることができた。(図5)

考察

- 意識障害があり意思決定が困難な、身寄りのない患者の意思決定支援に苦慮した事例を経験した。
- A氏の苦しみに意識を向けて援助的コミュニケーションスキルを用いて傾聴をおこなうことで、医療従事者の存在がA氏にとって「援助者」として現れ、A氏は満足、安心、信頼を得て、語りが促され、徐々に気持ちや想いを整理していった。
- A氏は語りの中で、客観的な状況に沿うように、主観的な想いが変化していき、大切にしたい人生観や安心して過ごせる場所について語り、結果的にA氏の価値観や意向に沿った療養場で最期を迎えることができた。

(図5)

[結語]

情報収集や伝達を目的としたコミュニケーションではなく、患者の苦しみに意識を向け、援助的コミュニケーションスキルを用いて傾聴を行うことは、意識障害があり意思決定が難しいと考えられた患者でも、患者は満足、安心、信頼を得て、苦しみが和らぎ、患者の主観的な想いが変わることを支えることができる。意思決定支援にも有効であると考えた。

(図6)

結語

情報収集や伝達を目的としたコミュニケーションではなく、患者の苦しみに意識を向け、援助的コミュニケーションスキルを用いて傾聴を行うことは、意識障害があり意思決定が難しくなった患者でも、患者は満足、安心、信頼を得て、苦しみが和らぎ、患者の主観的な想いが変わることを支えることができる。意思決定支援にも有効である。

(図6)

利益相反はない。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。

文献

- 1) Sliveira MJ, Kim SYM, Lange KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* 2010;362:1211-8.
- 2) Morrison RS, et al: The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 53:290-294, 2005.
- 3) Detering KM, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ* 340:c1345, 2010.
- 4) Bernacki R, et al: Effect of the serious illness care program in outpatient oncology: a cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 179:751-759, 2019.

〔実践報告〕

広域避難者支援とスピリチュアルケア

～東日本大震災避難者支援の振り返りと今後の課題～

一般社団法人 なごみ 大塚茜

<一般社団法人なごみの支援活動の始まり>

東日本大震災では、地震・津波・東京電力福島第一原子力発電所の事故の3つの被災による多くの広域避難者が生まれ、その数は発災から3日間で47万人とも言われた。一般社団法人なごみ（以下、当法人）では、2011年10月より京都府内に避難してきた広域避難者の支援を始めたが、その最初は物資支援や交流会の開催がメインであった。当時は、傷つき疲れた避難者が故郷の言葉で気兼ねなく語ることができる交流の場を目的とした常設のサロンを開設した。サロンでは、ランチ会・フラワーアレンジメント・ヨガ教室などの交流会を開催し、憩いの場になっていった。経済的に苦しいという方が増え始めると、ハンドメイド作品を作成して販売したり、飲食店を開業するなどの就業支援も行った。また、被災元に帰省をするための旅費支援も行い、京都府内だけではなく、広く西日本全域に対象者を広げた。

<避難者の苦しみと、それに連動する援助者の苦しみ>

原発事故の影響が長期化し、避難生活も長引いてきた2017年頃から、個別性が高い相談が多くなり、ケース会議の開催、弁護士相談や生活保護申請に同行するなどの、ソーシャルワークの側面が強くなっていった。

個別相談をしていると、「なぜ国や県は自分たちを守ってくれないのか」「夫に離婚を迫られている」「避難したのは本当に正解だったのか?」「生きていく意味や目的がわからない」「もう死んでしまいたい」という言葉を聴くようになった。連動して、これにどう答えればいいのかと支援者自身が悩むことが増えていった。（図1）

避難者支援の現場で聴こえてきた声

- ・ 国や県が自分たちを守ってくれると思っていたのにそうではなかった
- ・ いのちをなんだと思っているんだろう 本当に腹が立つ
- ・ 国の政策で東京のために電気を作ってきたのに犠牲にさせられた 棄てられた
- ・ うつくしま福島はもう、汚染されてしまった 戦いの場になってしまった
- ・ 一番わかってくれたはずの家族が、一番理解してくれない人になってしまった
- ・ 被害者なのになぜ頭を下げてお願いしに回らないといけないのか
- ・ なぜ加害者に一方的に自立を迫られなければならないのか
- ・ 国が法律を守らない。こんなことがあっていいのか。
- ・ 県や国は何も信用できない
- ・ ふるさと人間関係も何もかも失った
- ・ 事故さえなければ幸せに暮らしていたはずなのに
- ・ 将来の健康が不安で仕方がない
- ・ 経済的にもしんどくなってきた これから暮らしていけるのだろうか
- ・ 帰れるものなら帰りたい でも帰れる状況ではない
- ・ こんなことになったのは全部、津波・原発のせい
- ・ 故郷を捨てた私はもう帰れないと感じる
- ・ 希望がない、何もかもうまくいかない
- ・ 帰る方がいいのか、帰らない方がいいのかわからない
- ・ これからどうやって生きていっていいのかわからない
- ・ 子どもを被曝させ、コミュニティも奪ってしまった罪悪感にかられる
- ・ なぜ私は避難を選んだのか 本当にこれでよかったと言えるのか
- ・ こんなに苦しいなら、避難しなければよかったのだろうか
- ・ 誰もわかってくれない
- ・ 避難者を馬鹿にしている
- ・ 幸せってなんだろう? どう生きていけばいいのだろうか
- ・ 生きる意味ってなに?
- ・ 自分たちの存在がなかったことにされていく

図1

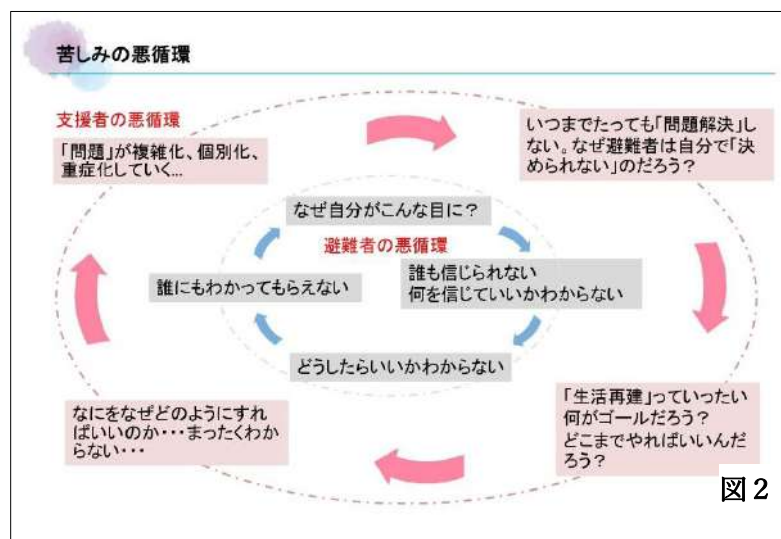
〔実践報告〕 広域避難者とスピリチュアルケア～東日本大震災避難者支援の振り返りと今後の課題～

背景として、津波や地震の被災者と、原発事故による避難者とは、社会からのまなざしが異なっていたことがあげられる。津波や地震の被災に比べて、原発事故の被災は見えにくい。また、原発事故の避難者の中でも、強制避難区域からの避難なのか、いわゆる自主避難者なのか、または福島県以外の関東地方からの避難者なのかなどにより、避難者は様々な分断と社会の無理解にさらされていた。

その中でも特に、我々が多く支援を行ってきた自主避難者と呼ばれる人たちへの社会からのまなざしは厳しかった。その多くが小さな子どもへの放射能の影響を不安に思い、自力で広域に避難した人たちであり、30代から40代(当時)の女性が多かった。彼女たちは、特に子どもへの放射性物質による健康被害を不安に思い、政府からの「直ちに影響はない」という言葉への疑問、政府や県の対応への不信感から、自ら過去の原発事故の健康問題や、内部被曝について調べた結果、避難をするという決断に至った人たちである。しかしその姿勢が、神経質、ヒステリックと嗤われ、「放射‘脳’」と侮蔑される体験となってしまった人も少なくなかった。特に家族の中で避難したいと考える妻に対し必要ないと言う夫という構図が生じたケースでは、分断と関係悪化により半ば家出のように子どもを連れて避難を執行した人もいた。一方、避難先では、温かく受け入れてもらったと感じることもありつつも、「賠償金をもらっているんだろう」「放射能がうつる」などの偏見や無理解にさらされ、二重三重に苦しみを深め、追い詰められた避難者もいた。このようなわかってもらえない体験、またはわかり合えない体験を繰り返していく中で、人や社会、行政に対する信頼を失い、疑心暗鬼や自己嫌悪の悪循環に陥り、傷つき疲れた避難者が日本中にいたのである。

我々は、こうした前例のない支援活動を続けていたのであるが、年月を経るごとに避難者の「問題」はいつまでたっても「解決」せず、それらの「問題」は、堂々巡りとなり、ますます個別化・深刻化・重症化し続けていくように思われた。

その結果として、我々援助者の苦しみの募り、どうしたらいいのかまったくわからないという悪循環に陥っていった。図2) 支援とは何か？復興とは何か？生活再建とは何か？何をどこまですればよいのか？ゴールはどこなのか？日々、手探りの活動の中で、そのような自問自答を繰り返していた時、対人援助論に出会ったのである。



＜対人援助論との出会い 「課題解決」から「スピリチュアルケア」へ＞

村田による対人援助論では、苦しみを、関係性・時間性・自律性のスピリチュアルペインに分類して説明している。それらのスピリチュアルペインを和らげ、軽くし、なくする方法として援助的コミュニケーションにより、関係性に基づき関係の力でそれらの苦しみを和らげることを学ぶ。その学びの過程において、受講者は苦しみのサインをメッセージとして受け取ることを演習するのであるが、ここで私は、先述した避難者が語ってくれた言葉たちを思い出した。私が避難者から聴いて印象に残っている言葉たちはまさに、関係性・時間性・自律性のスピリチュアルペインそのものである、と気づいたのだった。そこで、避難者の言葉が、どのような苦しみの表出なのかを考え、以下のように3つの喪失の苦しみとして分類を試みた。(図3, 4, 5)

「関係の喪失」 図3

それまで無自覚な前提となっていた家族・地域・自治・行政・国・社会というものへの基本的信頼感を一気に失った。依って立っていた地盤を失う体験。

「国や県が自分たちを守ってくれると思っていたのにそうではなかった」
 「一番わかってくれたはずの家族が、一番理解してくれない人になってしまった」
 「国が法律を守らない。こんなことがあっていいのか」
 「県や国は何も信用できない」
 「ふるさと人間関係何もかも失った」
 「誰もわかってくれない」
 「故郷を捨てた私はもう帰れないと感じる」

「将来の喪失」

描いていた将来設計が一気に崩れる体験。
 これからどうやって生きていくのかという岐路に立たされた。

「経済的にもしんどくなってきた これから暮らしていけるのだろうか」
 「将来の健康が不安で仕方がない」
 「事故さえなければ幸せに暮らしていたはずなのに」
 「これからどうやって生きていっていいのかわからない」
 「こんなに苦しいなら、避難しなければよかったのだろうか」
 「戻れるものなら戻りたい」
 「元の福島を返してほしい」
 「希望がない、何もかもうまくいかない」

図4

「自律の喪失」

生きる意味の喪失、空虚、虚無の体験
 支援を受けていることで起きた、自己コントロール感や
 自己決定の喪失の体験

「なぜ私は避難を選んだのか 本当にこれでよかったと言えるのか」
 「幸せってなんだろう？ どう生きていけばいいのだろう」
 「生きる意味ってなに？」
 「自分たちの存在がなかったことにされていく」
 「これからどうやって生きていっていいのかわからない」
 「一方的に通達される住居期限に翻弄される」
 「何から決めたらいいかわからない、自己決定ができない」

図5

どうやって生きていけばいいのかという当事者の問いは、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)から生まれるものである。しかし、深刻な苦しみは容易には語れるものではないため、聴いてくれる他者の存在が必要である(関係の回復)。苦しみを語るができること(自律の回復)で、それらが和らぎ、軽くなり、あるいはなくなれば、避難者は自ら将来を切り拓き(将来の回復)、自己の存在と意味の再構成ができる。これが、対人援助論を学んで得ることができたケアの方法論であった。これは、従来の目の前の課題解決型の支援ではなく、もっと深く、生きることそのものに作用すると思い、これこそ、我々が目指すべき援助の姿なのではないかと考えた。

避難者の生活上の訴え、例えば暖房器具がないとか、仕事がないとかいう課題については、それらを手配することで「解決」ができるが、上記の喪失の体験をした避難者がどうやって生きていけばいいのかという問いは、他者が解決し得るものではない。だからこそ、支援者はその問いに対して、何もできない自分にもどかしさや無力感を覚え、時に課題解決を迫って制度に当てはめようとしたり、言うことを聞かない相手にいらだってしまったりする。課題解決型の支援が行き詰まるのは、相手の苦しみを理解することができず、自分の無力感という苦しみに意識が向いてしまっているからであるということも学ぶことができた。

そこで当法人が行っている支援のプログラムを見直し、3つの喪失の回復のプロセスをサポートしてきたかどうかを検討した。そしてその中で、うまく行ったと思われる活動は何だったのか、それは何をどのようにサポートすることができたのか、どんな成果があったかを考えてみた。以下、3つの回復と支援活動の方向性、その成果についてまとめる。

「信頼できる他者の回復」

傾聴(援助的コミュニケーション)を行うことで、信頼関係を構築することに注力した。また、当事者同士・支援者・家族・地域との関係を紡ぎ直すことに主眼を置いた。例えば、避難者交流会は、単なる交流ではなく「信頼できる他者の回復」のためであると位置づけた。

→信頼できる他者を回復すると安心・満足が得られるため、避難者の社会や世界への信頼を作り直すことにつながり、避難先での地域住民との関係、子どもの学校などとの関係を回復させ、新たなコミュニティに参加する勇気を培うことができた。また、生活支援を受ける上で、ソーシャルワーカーとの信頼関係を作り直すことができ、その後の生活の向上などにつながった。ほかに、離れて暮らしている避難元と家族との関係性の修復にも寄与し、分断を和らげることになった。

「自律の回復」

支援者との信頼関係の中で被災の体験や自分の過去や気がかりを語れるようになること、その語りの中で、過去と現在の受容を促すことに意識を向けて傾聴を行った。自分が

被災したことの意味や、これまでの人生を振り返ったり、故郷の意味や家族のあり方とは何かと考えたりする人がいて、それらと向き合う体験となったようである

→安心して語ることができるようになった中で、被災したことの意味、避難したことの意味を見つめなおし、新たな意味や価値を見出す人たちがいた。例えば、地域活動において何かの役割を担うことや、防災イベントを企画するなど、自分の経験を価値に変えていくことで生き生きと変わっていく様子が見受けられた。また、封建的な家父長制文化の中で生きて来ざるを得なかった自分に気づき、新しい生き方を模索しようとする人もいた。「失ったものも多かったけれど、避難先で得たものも大きかった」「被災・避難したおかげで新しい夢ができた」「子どもが、災害ボランティアに参加したいと言っている」「語り部活動、防災の発信をしている」などの言葉を聞くことができた。

「将来の回復」

過去と現状を受容・了解することができれば、自ら将来をひらくことができる。そのことを信念として、できるだけ多くの個別面談で過去の体験や思い・願い・価値観を語ってもらい、その人の自己決定を最大限大事にする姿勢を示していくことを重要視した。自分がこれからどうしたいのか、どう生きたいのかという命題に対し、支援者側あるいは為政者側が支援制度を押し付けて従わせるのではなく、自ら現実的な判断をしていただくことをゴールとした。

→帰還するかしないか、離婚するかしないか、子どもの将来をどうしていくか、応急仮設住宅を出てどのように生計を立てていくかなど、自ら考え自ら行動した人たちは、主体的に新しい生活への一步を踏み出していった。また、このプロセスでは、避難先行政側にもこの姿勢がいかにか大事かということの説明し、理解してもらうことに努力した。特に、応急仮設住宅からの移転に関し、当法人とともに援助的に関わったことが功を奏し、他県のように退去をめぐる住宅裁判などに突入することもなく、おおむね納得をもって移転をしていただくことが可能となった。この結果、行政側からは「官民協働の意味が初めて分かった」という評価を頂くこととなった。

＜被災・避難者の支援のプロセス＞

東日本大震災から13年が経過し、避難者支援は、行政予算も世論的にも縮小傾向にあり、当法人の活動も終わりに向かっていると自覚している。その現在地からこの14年を振り返ったとき、現「災害救助法」に基づく災害復興支援や、生活再建が謳われている避難者支援ではあっても、「生きる意味の回復」というようなアプローチはあまり出てこない。復興支援と言えば、義援金や融資、インフラの整備、賑わい創生などがあり、つまり経済政策がメインとなっている。中長期的な生活の支援には、福祉や法律の視点が必要と言うことは最近ようやく定番化しつつあるが、それは既存の福祉体制の中に避難者を当てはめるとい

とでもあり、行政の支援方針に従わない人は「自己責任」という言葉で切り捨てられていく。

支援の現場で、傾聴が大事とかひとりひとりに寄り添うのが大事とは必ず出てくる言葉である。それは「まず信頼関係が大事だ」「安心して語れる場が必要だ」などの言葉で表現されるが、なぜ聴くことが大事なのか、傾聴してもらうとその人の中で何が起きるのか、ひとりひとりに寄り添うとはどういうことなのか、はっきりした定義や概念は見えないのが現状だと感じている。

対人援助論では、傾聴が大事なのは、「自律を促す関係が援助を構成し将来を生む」からだと学んだ。ここに被災・避難者支援にとって重要なプロセスがあると考えている。

- 1、援助的コミュニケーションにより信頼できる他者との関係が回復すれば、安心して苦しみという本心を語るができる。
- 2、わかってくれる援助者がいる語りの中で自らの過去と現状を受容することができる。
- 3、その人の意識の志向性はこれまでの苦しみから離れて将来に向き、「これからどうすればよいか、どうしたいか」を自ら現実的に考え始める。
- 4、相手に適した制度を活用するなどのソーシャルワークの提案をする。
- 5、本人が自ら納得し、決断し、選び取って実行することができる。

避難者支援に限らないが、援助の現場では援助者の人柄に頼りがちなところがある。しかし、支援活動のバックボーンにこの理論とプロセスがあることで、避難者の現在地を確認したり、今必要なのは何かという検証をしたりしながら、サポートすることができる。これにより、よりの確な活動が可能となり、援助者も自信をもって援助をすることができるのではないだろうか。

災害大国の我が国において、これからも災害は起きるだろう。それは同時に、そこに被災者や避難者が生まれるということでもある。被災者、避難者の声を聴けば、そこにはスピリチュアルペインのサインがある。災害支援の場面にも対人援助論は有効であり、スピリチュアルケアの現場であると考え。さらには、いつ誰が被災・避難の当事者になるか、決して他人事ではないからこそ、被災・避難者が周囲の無理解や偏見、差別によって苦しみに苛まれる社会ではなく、被災・避難者の苦しみを気遣い、援助が循環する社会であってほしいと切望するのである。

※本稿は、2024年10月20日に開催された第17回大会自由発表会を基にして再構成した。

参考文献

『ケアの思想と対人援助』村田久行著 川島書店 1998

『援助者の援助』村田久行著 川島書店 2010

『せん妄』村田久行・長久栄子編著 日本評論社 2014

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 「スピリチュアルケア研修 A1」資料

〔実践報告〕広域避難者とスピリチュアルケア～東日本大震災避難者支援の振り返りと今後の課題～

【資料】対人援助研究所 2024 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

2024 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・B・F：担当者 村田久行

調査・研究法入門、質問紙調査法研修A、B、調査研究法相談：担当者 浅川達人

研究生論文指導：担当者 村田久行、浅川達人

研究生中間発表/期末発表指導：担当者 村田久行、浅川達人

・特論－オンライン開講

前期：対人援助特論（受講者：4名、再受講者2名 修了者：3名 聴講者：3名）

後期：スピリチュアルケア特論（受講者：2名、再受講者4名 修了者：2名 聴講者：2名）

・記述現象学研修A－オンライン開講（受講者5名、再受講者1名、修了者1名）

・記述現象学研修B－オンライン開講（受講者3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4名）

・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2名、修了者2名）

・質問紙調査法

質問紙調査法研修A（受講者5名、再受講者1名 修了者4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(7/14)、期末発表会(1/12)を実施した。

研究生中間発表会(7/14)：発表3件、参加者は講師も含めて11名であった。

研究生期末発表会(1/12)：発表5件、参加者は講師も含めて11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言われる母親のスピリチュアル
ペインとそのケア（会話記録からの分析）

高木智美：高齢者が終末期の医療やケアに対する要望書（ACP）を記載する体験

吉田恵理子：難発性吃音者の吃音発生のメカニズムの現象学的解明

～永井論文「吃音の現象学 まなごしの呪縛」、伊藤著書「どもる体」から学ぶ

長久栄子(研究員)：がん専門看護師のスピリチュアルケアとしての傾聴体験の解明
～傾聴の実態調査に現れた看護師の困難感より～

的場康德(研究員)：終末期がん患者に Spiritual Coping Strategies が生じる構造を明らかにする

(中間発表と期末発表の研究発表タイトルは、ほぼ同じであるので期末発表に集約した)

対人援助・スピリチュアルケア研究に関する出版事業

研究報告集

- ・『研究報告集第4号』を2025年3月24日に発行する。
(『研究報告集第3号』は2024年3月25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。

- ・2024年度は8月と2025年2月にオンラインで開催した。
2024年8月12日の第8回校友会には、講師も含めて4名の参加者があった。
2025年2月24日の第9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

私が対人援助論に出会ったのは、2005年の春でした。その翌年2006年に研究会が発足し、約20年も経たことを思うと本当に感慨深く思います。これまでの間、研究会で学びを続けてこれたのは、同じ理論を礎に多職種でフラットに学びあえたこと、志を共にする多くの仲間に出会えたからに他なりません。文献を元にディスカッションし、懸命に取り組んだレポートには手厳しいダメだしを受け、終わった後は楽しく飲む…。それはとても豊かな学びの場であったと改めて思います。今回の報告集は、研究会の会員が取り組む対人援助・スピリチュアルケアの豊かで多様な研究や実践を、社会に発信できるよう、本研究所でまとめました。難解に感じる内容もあるかもしれませんが、自分と同じように現場にいて、自分と同じように悩みながら一会員が取り組んだ実践・事例報告もあります。対人援助研究所の基本姿勢は、現場の人が、現場に立脚し、現場に役立つ研究をすることです。本報告集はこの基本姿勢そのものです。これからも、対人援助研究所が現場の多くの人たちと学びあい、そして実践に役立つ研究活動の場となりますよう、そしてこの報告集が一人でも多く、現場で悩む人たちに役立てられるよう願っています。

対人援助研究所 研究報告集編集委員

鈴木 孝子

研究報告集 2024 第 4 号

発行 2025 年 3 月 24 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
