

患者のスピリチュアルニーズとはなにか

—がん治療から緩和ケアへの移行過程にある患者の事例を通して—

柴田 実¹⁾

What Are the Spiritual Needs of the Patient?

—Case Studies of Patients Transitioning from Cancer Treatment to Palliative Care—

Minoru SHIBATA, Rev, MA¹⁾

[Abstract]

Purpose : The aim of this study was to clarify the nature of the spiritual pain experienced by patients in the process of transitioning from cancer treatment to palliative care and to identify the spiritual needs associated with such pain.

Method : A definition of spiritual needs was adapted from the methods of previous studies and patients' spiritual needs were analyzed through an examination of two case studies of patients in the period of transitioning from cancer treatment to palliative care.

Result : It was found that there were cases in which spiritual needs included only existential elements, and cases where there was continuity between the existential element and a religious element in spiritual needs.

Conclusion : It was learned that spiritual needs involve various combinations between existential elements and religious elements. However, the study was limited by the fact that data was derived from only two case studies, and the need to pursue further qualitative study was indicated.

[Key words] spiritual needs, existential element, religious element, process of transitioning, continuity

[要旨]

目的 : 本研究は、がん治療から緩和ケアへの移行過程にある患者のスピリチュアルペインがどのようなものであり、そこにどのような患者のスピリチュアルニーズがあるのかを明らかにすることにした。

方法 : 先行研究からスピリチュアルニーズの定義を整理し、がん治療から緩和ケアへの移行過程にある患者の2つの事例研究を通して、スピリチュアルニーズの分析を行った。

結果 : スピリチュアルニーズには、1. 実存的要素のみであるケース、2. 実存的要素と宗教的要素の連続性があるケースがあることがわかった。

結論 : スピリチュアルニーズの実存的要素と宗教的要素の組み合わせがあることがわかったが、2事例の研究成果には限界があり、別のパターンがあるかもしれないことが考えられる。さらなる質的研究を進める課題が挙げられた。

[キーワード] スピリチュアルニーズ、実存的要素、宗教的要素、移行過程、連続性

1) 聖路加国際大学キリスト教センター・St. Luke's International University, Center for Christianity and Spiritual Care

I. はじめに

聖路加国際大学のチャプレンがスピリチュアルケアにおいて直接関わる部署は、現在主に緩和ケア科、腫瘍内科、乳腺外科、救命救急部、小児科があり、各科との関わりはカンファレンス参加を通して医師、看護師、音楽療法士、作業療法士、理学療法士、社会福祉士、臨床心理士、ボランティアとのチームアプローチを実践している。ところで近年は、癌治療の段階から緩和ケアへ移行する時期の患者のスピリチュアルペイン（精神的・霊的な痛み、苦悩）が非常に強いことが問題となっている。その移行期にある患者に対するスピリチュアルケアが増えつつあるのが現状である。

本論では、そのスピリチュアルケアの危機介入のために、癌治療から緩和ケアへの移行過程にある患者のスピリチュアルペインがどのようなものであり、そこにどのような患者のニーズがあるのか、患者のスピリチュアルニーズの分析を試みたい。

まず、スピリチュアルニーズの先行研究からスピリチュアルニーズの定義を概観し、整理する。次に実際の癌治療から緩和ケアへの移行過程にある患者の事例研究を通してスピリチュアルニーズの分析を試み、癌患者のスピリチュアルニーズ評価のための端緒としたいと考えている。本研究は、癌治療から緩和ケアへの移行過程にある癌患者のスピリチュアルニーズについてのパイロット・スタディである。

II. スピリチュアルニーズに関する文献研究

本章では、まずいくつかの一般的な患者のスピリチュアルニーズの先行理論について、その理論化の研究目的との関連から、スピリチュアルニーズの特徴を解説したい。スピリチュアルニーズはスピリチュアリティの中身を構成し¹⁾、アセスメントにおいて不可欠である²⁾。

1. 看護学研究からのアプローチ

まず、看護学研究者たちの考え方を概観する。ストールとハイフィールドがスピリチュアルニーズを定義した目的は、米国において一般的に看護師はスピリチュアルニーズを宗教的な問題に限定して認識する傾向があるため、スピリチュアルニーズに含まれる意味内容の豊かさや幅広さを強調する必要があった。まずストールは、看護師は患者のスピリチュアルニーズについて宗教の所属の有無だけを問題とする傾向を指摘し、4つのスピリチュアルコンサーン（Spiritual concern）-①神の概念、②力と希望の源泉、③宗教的実践や儀式の重要性、④スピリチュアルビリーフ（霊的な信念）と健康状態-を、スピリチュアルニーズの指標として掲げた²⁾。

またハイフィールドは、現行の看護教育はスピリチュアルニーズを特定宗教の儀式や信念に限定してしまう傾向を指摘し、臨床牧会神学者クラインベルの定義を借用しつつ、宗教的要素を削除・修正するスピリチュアルニーズを提唱した。それは、スピリチュアルニーズを人生や病気や死の意味についての究極的問いであることを強調するためであり、①人生の意味と目的へのニーズ、②愛を与えたいというニーズ、③愛されたいというニーズ、④希望と創造へのニーズを挙げている³⁾。

同じく看護学者のドシイは、スピリチュアルニーズのアセスメントを看護師の自己洞察として使用することを重視し、それをもって患者のスピリチュアルニーズの洞察・分析に役立たせようとした。ドシイは3つのスピリチュアルニーズの定義-①意味と目的（meaning and purpose）……人生の意味、神秘、不確実性、葛藤の理解に言及するもの、②内的な力（inner strength）……認識、自己、意識、内的資源、聖なる資源、結合する力、内的な核、超越性の意味に言及するもの、③結合性（interconnection）……関係性、結合性、自己や他者やハイパーパワーや神、環境との調和に言及するもの-を提唱している⁴⁾。

またパークハートは、スピリチュアルペインが病理学的なものだけでなく人生の意味に関するものであることを認識することで、看護師が生きる意味に苦しむ患者に寄り添う助けになることを目的とし、人生の意味、目的、赦し、愛、希望、信頼をスピリチュアルニーズとして提唱している⁵⁾。

2. 神学研究からのアプローチ

次に神学研究者たちの考え方を概観する。クラインベルは前述のハイフィールドが修正した臨床牧会神学者であるが、ティリッヒの実存的な神学思想の影響を受けており⁶⁾、キリスト教牧師に対してクライアントの抱える心理的問題を捉える視点をつくるためにスピリチュアルニーズを定義した。

彼は、スピリチュアルニーズは宗教の有無と関係なくすべての人に存在する基礎的なものであり、病や苦しみにおいて実存的不安に直面するために重要なニーズだと語る。ただしそれらのニーズは、神との関係においてのみ適切に満たされ得るものであり、①信念体系（belief system）や人生に意味を与えるものを得るニーズ、②ライフスタイルを建設的に導くための創造的価値（value）をつくるニーズ、③人生を統合し力づけ、人生を愛する神との関係を持つニーズ、④より高い自己や魂を発達させるニーズ、⑤喪失や悲劇において希望を維持するため、信頼の力を新しくするニーズ、⑥罪の疎外から赦しの和解への道を見出すニーズ、⑦神により深く価値づけられる気づきを持って自己価値（self-esteem）を強化し、疎

外されるナルシズムを減らすニーズ、⑧超越や神秘的経験を定期的に持つニーズ、⑨霊的に配慮のあるコミュニティに所属するニーズ、などである⁷⁾。

つまり、クラインベルのスピリチュアルニーズは単純に宗教的というよりも、生きることの実存的不安に対して宗教的サポートでしか解決できない次元のニーズとして考えられるものである。

さらに、病院チャプレンであり実践神学者のフィチュットは、同じくティリッヒの実存的神学思想の影響を受けており、外科病棟の看護師のために医師から要請を受け、スピリチュアルニーズのアセスメント・7×7モデルを定義した。

フィチュットは、①「信念」(belief)と「意味」(meaning)、②人生の役割と責任に関する「使命感」(vocation)と「結果」(consequence)、③人生に根源的な影響を与える神的存在の「経験」と「感情」、④暗い霊的な疑問に取り組む、また改宗や自己突破を経験する「勇気」(courage)と「成長」(growth)、⑤人生に意味と目的をつくる「儀式」と「実践」、⑥共有された信念と意味を持つ共同体の一部である「共同体の生」、⑦援助されやすいように援助者に十分な権威が置かれていること、人生の問いや試練を解決することを考えていることについての権威(authority)と指導(guidance)、を挙げている⁸⁾。

フィチュットのスピリチュアルニーズの中核は、「信念」と「意味」にあり、それらがベースとなって神との宗教的関係が考えられている。

3. スピリチュアルニーズにおける諸要素の関係と問題

以上のスピリチュアルニーズの諸理論を整理すると、ストール、ハイフィールド、ドシイ、パークハートら看護学研究者の意図は、スピリチュアルニーズからある程度宗教的な要素を後退させ、宗教的意味を相対化させることで、スピリチュアルニーズの「生きる意味」や「希望」などの実存的要素を強調することにある。

しかし、ニーズの項目には神、宗教的儀式、霊的信念、超越性などの項目が残されていることから、宗教的要素は決して排除されているわけではない。理論構築の研究目的からも、宗教を研究者たちが否定するものでもない。

他方でクラインベルとフィチュットら神学研究者の意図は、生きる意味や信念や価値などの実存的な要素をベースとして、神や儀式などの宗教的な要素を接続することにある。彼らの理論構築の目的は、単に形式的に自分たちが信仰する神を表現することではなく、神の癒しを求めるクライアントに臨床的に関わる指標を作ることにあり、そのような意図から実存的なニーズの連続線上に宗教的な要素が繋がられているというのが特徴である。

日本国内においてはスピリチュアリティの領域に宗教的要素が入らない研究もあるが^{9) 10)}、現在米国で有力な

看護診断である「NANDA-I看護診断-定義と分類2015-2017」の評価においては、スピリチュアルニーズはスピリチュアルウェルビーイング促進準備状態(Readiness for enhanced spiritual well-being)と呼ばれ、「人生の意味や目的を、自己・他者・芸術・音楽・文学・自然・自分自身よりも大きな力とのつながりの中で経験し統合するパターンにおいて、さらなる強化の可能な状態」と定義されている。診断指標は、「自己とのつながり一受け入れの強化、コーピングの向上、さらなる勇気、さらなる希望、さらなる喜び、さらなる愛情、人生の意味の強化等を望む。他者とのつながり一他者からのさらなる許し、重要他者とのさらなる意志疎通等を望む。芸術、音楽、文学、自然とのつながり一想像力の向上、さらなるスピリチュアル文学の読書等を望む。自分よりも大きな力とのつながり一さらなる神秘体験(さらなる信心深さ)、宗教活動へのさらなる参加(さらなる畏敬の念)等を望む」とされている¹¹⁾。NANDA-Iの看護診断においても、スピリチュアルニーズは実存的な要素と宗教的な要素が併存し、また連続性が考えられている。

これらのスピリチュアルニーズの先行研究から、「生きる意味、価値」の実存的要素は、「神、超越的存在、宗教的儀式」の宗教的要素と連続する傾向があるが、各研究者の意図としては実存的要素を宗教的要素よりも強調したい意図があることがわかる。その点から、実存的要素はスピリチュアルニーズの主要な位置を占めていると言える。

ところで、このようなスピリチュアルニーズの実存的要素と宗教的要素の関係性について、次のような興味深い諸見解がある。たとえば、ストールは積極的に神や宗教的な問題を強調しないが、喪失や病や入院などの危機状況は人生の究極的な問題、すなわち人間性の限界一痛みと苦しみの意味の問いに直面させ、宗教的な問題をひき起こすのだと語る²⁾。パークハートはスピリチュアルという語は生きる意味と、宗教や宗教的实践とを含んだり含まなかったりするものだとする⁵⁾。

実践神学者の窪寺(2008)は、スピリチュアリティには究極的自己と超越的他者という対照的な2つの次元があるとキリスト教的視点から説明する¹²⁾。宗教学者の安藤は、宗教と通底する、あるいは連続的なものとしてのスピリチュアリティの働きは、「有限な私たちがその有限性を徹底的に自覚することで、有限な存在のままで、そこに無限なものが開かれてくる」¹³⁾と説明している。

本章の考察としては、一般の患者のスピリチュアルニーズに関する先行研究や見解においては、実存的要素と宗教的要素の関係は否定されず肯定されており、実存的要素と宗教的要素の関係には連続性があると言える。ただしその連続性の強調の度合いが研究者の立場によって様々であり、スピリチュアルニーズの実存的なもの、宗教的

なものの各要素のバランスや、それらの具体的なパターンについての解明や言及まではなされていない。

そこで、具体的にスピリチュアルニーズの実存的要素と宗教的要素にはどのような内容があり、それらは実践的な視点からどのようにアセスメントされるのか、精査されなければならない課題が見出される。

Ⅲ. 事例研究

本章では、前章で問題提起されたスピリチュアルニーズの実存的要素「生きる意味、価値」と、宗教的要素「神、超越的存在、宗教的儀式」の関係について、両者には実際にどのような関係があるのか、事例研究による実証的な方法によって明らかにしたい。

その際、癌治療から緩和ケアへの移行時に関する2つの事例において、患者から表出されたスピリチュアルニーズの分析を通して問題の解明を行いたいと思う。倫理的配慮として、本事例については研究発表の承諾を得られている。

1. スピリチュアルペインが明確化されることにより、 実存的要素のスピリチュアルニーズが形成されたケース 患者：A 50代女性、病名：乳癌

〈経緯〉患者Aは乳癌治療の経過が悪く、今後の治療計画について悩んでいた。医師から、①放射線治療か、②在宅医療か、③緩和ケアか、を選択するよう説明を受けたが、なかなか方針が定まらないうちにいた。なぜなら患者Aの夫は放射線治療を積極的に勧め、治療の努力を求めていたが、患者Aは治療を継続する意思がなかった。また在宅医療の選択の意思は患者Aにも夫にもなく、また緩和ケアを選択する意思も患者Aにはなく今後のことについて一人悶々と悩み続けていた。あらゆる同意が患者A本人から得られない状況において、腫瘍内科担当医からチャプレンにスピリチュアルケアを依頼された。

P-患者 C-チャプレン(筆者)

P①：夫はがんばって放射線治療を受けろ、できる限りの努力をするんだと言い張って、私の話を聞いてくれないんです。

C①：ご主人は、Aさんの癌を治す努力について考えておられるんですね。

P②：はい……。でも私、もう無理なんです。これ以上、何もがんばれない……。

C②：そうなんですか。がんばれないんですね……。ご自宅での在宅ケアについては、どのように考えておられますか？

P③：家に帰るといふ選択は、私にも夫にもないんです。在宅は考えていません。

C③：なるほど……。では緩和ケアについては、どう考

えておられますか？

P④：在宅のことも、緩和ケアについても、私、もうこれから何かをするということ自体が辛いのです。苦しいのです……。 (涙)。

C④：とても辛くてお苦しいんですね。とてもお辛そうに見えますよ。

P⑤：精神的にも体にも、すべてのことが負担だけ……。何もしてほしくないし、何もしたくないだけなのです (涙を流し、嗚咽……)。

—しばらくの間、辛い苦しいというAの感情が表出—

P⑥：もう私は何もできないの。私なんて、生きている意味もないんだから。

C⑤：何もできなくなるというのは本当に辛いですよね。そういう辛さや悲しさを、一人でずっと耐えてこられたんですね。

P⑦：はい……。 (涙)。

C⑥：Aさんのその痛み、語られる言葉からすごく感じます……。

—しばらくの沈黙—

C⑦：先ほどおっしゃられた『生きる意味がない』と思うほど、何かを始めたい力そのものがAさんには残っていないのですね。では一方で、『生きる意味がない』苦しみを抱えつつ、Aさんが本当に願っておられることというのは何でしょうか？

P⑧：実は私が本当に願っているのは、『穏やかに過ごすこと』なのです。静けさと穏やかさ、私はこれだけを求めているのです。

C⑧：そうなんですか。あらためてご病気との闘い、今後の命の問題として、Aさんの今これからの〈生きる意味〉とは何でしょうか。教えてくださいませんか？

P⑨：はい、私の体や存在は、これから本当にどんどん大変になっていくと思っています。今、これからの私の『生きる意味』というのは、夫や誰かから支配されたり左右されたりしないで、『私が私らしいままで、穏やかに過ごせること』。これがこれからの私の生きる意味です。お話を聞いて、今わかりました (ホッと安心した笑顔)。

C⑨：これからのご自分の命の時間について考えるなかで、緩和ケアを選ばれるのであれば、その穏やかさは提供できると思いますよ。医師も看護師もスタッフ全員、チャプレンの私もこうしてご一緒にお話を聴いたり、お祈りしたり、心や魂を静かに癒すことができる場所だと思います。

P⑩：そうですね。それならば、今の私にはできると思います。

—後日、緩和ケア科へ転科。

1) 分析結果

(1) 患者のスピリチュアルペイン

患者Aの言葉P②「私、もう無理なんです。これ以上、何もがんばれない」、P④「私、もうこれから何かをするということ自体が辛いのです。苦しいのです」、P⑤「精神的にも体にも、すべてのことが負担なだけ……。何もしてほしくないし、何もしたくないだけなのです」は、患者Aの自己否定感と無力感の否定的感情が言語化されたものである。

共感的傾聴をこの否定的感情に焦点化すると（C②, C③, C④）、P⑥「もう私は何もできないの。私なんて、生きている意味もないんだから」と自己洞察が語られ、ここに患者Aのスピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」が見出された。

(2) 患者のスピリチュアルニーズ

P⑥のスピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」を形成する要因を解明するため、患者Aとのラポール形成を維持しながら（C⑤, C⑥）、このスピリチュアルペインと関係の深いスピリチュアルニーズの「希望」について洞察を進めると（C⑦「Aさんが本当に願っておられることは何でしょうか？」）、P⑧「実は私が本当に願っているのは、『穏やかに過ごすこと』なのです。静けさと穏やかさ、私はこれだけを求めているのです」と語られた。つまりここでは、患者Aのスピリチュアルニーズは、「穏やかに過ごせること」という希望であると考えることができる。

しかし、そもそもこのスピリチュアルニーズ「穏やかに過ごせること」という希望が妨げられたことが原因で、スピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」が生じていることを考えると、今後さらに強烈なスピリチュアルペインが予想される闘病生活において、患者Aのスピリチュアルニーズが厳密に何を意味するかを、より深く知る必要がある。

その洞察を進めると（C⑧、「あらためてご病気との闘い、今後の命の問題として、Aさんの今これからの〈生きる意味〉とは何でしょうか」）、患者Aからは「これからの『生きる意味』というのは、夫や誰かから支配されたり左右されたりしないで、『私が私らしいままで、穏やかに過ごせること』」（P⑨）と語られ、ここに患者Aのより深いスピリチュアルニーズ「自分が自分らしく穏やかにあること」が見出された。

2) 考 察

本事例では、まず患者Aの感情面にチャプレンがじっくりと寄り添うコミュニケーションを通して、スピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」が表出された。このスピリチュアルペインは、共感的傾聴を

通して患者Aの否定的感情が自己洞察され、意味付けられたものである。

さらに患者Aのスピリチュアルペインが明確化されたことにより、共感的傾聴を通してスピリチュアルニーズ「自分が自分らしく穏やかにあること」が自己洞察されている。これは、スピリチュアルニーズの評価項目の「希望」である。どれほど苦しい状況においても、最期まで患者本人の希望は尊重されるべきであり、患者は最期の苦悩のなかでさえ希望を持つ自由がある。

ストールにおいては、スピリチュアルニーズの「希望」は重要な位置を占めている²⁾。なかでもストールは希望がないと人間は絶望とともに置き去りにされるが、希望は慢性疾患の困難の中でも患者を助け、現在と未来において人生には意味があると考える力を生み出すと語る。また患者自身が希望と力の源泉を持っているかどうか、スピリチュアルニーズの評価において重要であることを指摘している。

また、患者Aの希望のスピリチュアルニーズにおいて問題となったのは、人生の意味と目的であった。ハイフィールドとドシイは、「人生の意味と目的（meaning and purpose）へのニーズ」をスピリチュアルニーズの最初の項目に置き^{3) 4)}、ドシイはさらに「内的な力」（inner strength）を2つ目の項目に置いて、スピリチュアルニーズには自己認識、結合する力、内的な核が問題となることを主張している。

患者Aはその探求に必要な「内的な力」の欠如を覚えることで自己認識の問題に苦しみ、強烈なスピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」が生じたのだと言えるだろう。「自分が自分らしく穏やかにあること」には、バークハートが主張するスピリチュアルニーズの究極的な問題「私とは何であるか？」⁵⁾、というアイデンティティの問題が含まれているのである。

本事例では、スピリチュアルペインの明確化によって、患者は自分自身の究極的な「希望」のスピリチュアルニーズを形成することができたと言える。したがって、本事例の患者のスピリチュアルニーズは実存的要素である。患者は面談時にチャプレンの祈りに感謝を表していたが宗教的なニーズは特に何も見出されず、本事例にはスピリチュアルニーズの宗教的要素はなく実存的要素のみがある。

2. 実存的・宗教的なスピリチュアルニーズの形成によ

り、スピリチュアルペインを克服しようとしたケース

患者：D 40代女性、無宗教、病名：乳癌

〈経緯〉本ケースは直接医療スタッフから依頼を受けず、チャプレンの判断で患者Dのスピリチュアルケア介入を行った。癌は進行しており、これ以上の治療ができ

ない状態となっており、患者Dは今後どのようにして緩和ケアに進むか悩んでいた。

P-患者 C-チャプレン (筆者)

C①: 前回の回診時、お元気にお話しさせていただきましたけど、どうもDさんの表情や雰囲気心配になったので来ました。何かとても思いつめたものを感じたので……。よろしければ、何でもいいですので気になっておられることがありましたら、少しお話ししてくださいませんか？ 少しでも、気持ちが楽になってもらえればと思うのですが……。

P①: はい、いいですよ。私としては医師の先生方が大勢ズラッと来られる回診って、心理的に圧倒されちゃうんです。その緊張だったんじゃないですか？ (笑)。

C②: そうでしたか。それは失礼しました。この病院の入院生活はいかがですか？ 窓から外の景色がよく見えるお部屋ですね！

P②: (窓の外の病院チャペルを見ながら) あのう……、ここの病院って教会がくっついてるんですか？ この病院には牧師さんがおられるんですね。

C③: はい、チャプレンと言いまして、病院の中で患者さんの心の不安や苦しい気持ちをお聴きするカウンセリングをしています。礼拝をしたり、時々患者さんにお祈りもしています。

P③: そうなんだ……。実は私、小さい頃に教会に一回だけ行ったことがあるんです。クリスマスにお菓子をもらった記憶があるんですよ。まあ私のキリスト教の関係って、そんなもんですけれどね (笑)。

C④: そうですか。子供の頃に教会に行かれたことがあるんですね。今は聖路加に入院なさって、またずいぶん教会の近くにいられたんですね。

P④: ハハハそうですね (笑)。

C⑤: Dさんは、この病院に入院されたのが1年前でしたよね。以来、いかがお過ごしでしたか？

P⑤: (質問に対して急に目を天井に向けて) 私……、去年の夏ごろ、癌の告知を受けて、その秋に入院することになったんです。入院する時、今まで持っていた私の衣服をすべて処分したんです……。

C⑥: ご自分の服を、ですか……？

P⑥: はい。全部処分しちゃった。もう生きていく意味がわからなくなったの、私 (涙ぐむ)。

C⑦: そうなんですね。生きていく意味がわからなくなったんですね。それほど苦しまれたのですね……。

—病室のなか、しばらくの時間、重い沈黙が続く—

P⑦: (無言で涙を堪えて、頷きながら) 主治医から言われているのだけど、私、もう治療しても治らないんだって……。だから退院して、どこか遠くのホスピスを探して入ろうと思ってるんです。

C⑧: この病院の緩和ケアではなくて、遠くの病院を探

すのですか？……。

P⑧: 私、夫や子供たちとでなくて、地元の友人たちに囲まれて自分の最期を過ごしたいんですよ。泣くというのではなくて、笑って爽やかに……。ね。

C⑨: そうなんですか……。でも私はご家族と最期まで一緒に過ごされるのがいいと一番思うんですけど。このまま当院の緩和ケアへ移られたら、チャプレンの私もお話を毎日聞きに行くことができますから。—数日後—

P⑨: すこし質問があるんですけど……。ここの病院では、チャペルでお葬式はしているんですか？ 私、キリスト教の洗礼を受けていなくて、特に信仰のない私でもチャペルでお葬式はしてもらえるのでしょうか？

C⑩: はい。入院患者さんでしたら宗教や信仰はあまり問わず、ご本人のご希望がありましたら病院のチャペルでお葬儀をしています。ただしキリスト教式のお葬儀になりますので、チャプレンが司式をしています。

P⑩: そうなんですか……。 (しばらく沈黙し、考え込む)。洗礼というのは、入院している患者さんは皆さん受けられるんですか？

C⑪: 洗礼を希望される患者さんは、そんなに多くはないですね。でもなかにはおられまして、入院中に患者さんが洗礼を希望する理由としては、自分の死の不安や恐れと闘うために、クリスチャンになることで新しく生きる意味を作ろうとした方は、今までおられました。特に癌の患者さんにとっての洗礼は、死に対して、新しく自分の存在の意味をつくる方法となっているのだと思います。患者さんご本人が選ぶことですが、そのようにしてキリスト教の洗礼を受けることもあるように思います。

P⑪: そうなんだ……。私もキリスト教の洗礼を受けて、クリスチャンになりたいです！ 最後に私が生きていく意味を作りたいから。私このまま生きていく意味が何も見つけられないまま、死ねないんです！ キリスト教の洗礼とお葬式を、お願いします。

C⑫: わかりました。お引き受けいたします。

P⑫: 本当に、よろしくお願いします！ (涙ぐみ、感謝をされる)

—後日、緩和ケア科へ転科し、チャプレンから病床洗礼を受けた。

1) 分析結果

(1) 患者のスピリチュアルペイン

患者Dの表情とそこから受けとれる印象との間に違和感を覚えたので (非言語的コミュニケーションの問題— P①~P④まで患者Dは明るく快潤に語る一方で、表情

や雰囲気から何らかの苦悩を感じた)、患者Dにおいてスピリチュアルペインの可能性を覚えて傾聴を進めると(C①～C⑤)、患者Dは癌告知を受けた直後に衣服をすべて処分したことを自己開示した(P⑤「私……、去年の夏ごろ、癌の告知を受けて、その秋に入院することになったんです。入院する時、今まで持っていた私の衣服をすべて処分したんです……」)。

そして患者Dは衣服を処分したことを、生きる意味がわからないことだと自己洞察した(P⑥「はい、全部処分しちゃった。もう生きている意味がわからなくなったの、私」)。癌告知による衣服の処分は、来年まで生きられない苦悩を表すものだと考えられる。その意味づけが「生きる意味がわからない」であり、ここで患者Dのスピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」が見出される。

ところが、P⑥「生きる意味がわからない」の直後に続くP⑦⑧で、夫と子供から離れて独りで死を迎えたいというニーズが語られており、そこで女性が衣服を捨てることの意味を再考すると、患者Dのスピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」は、死に対して生きる意味がわからない痛みであるとともに、「家族関係の痛み、愛情の痛み」とも結びついた痛みではないかと考えることができる。

(2) 患者のスピリチュアルニーズ

孤独に死を迎えることを考えていた患者Dから、最期は家族から離れず、同病院のチャペルで葬儀をすることについての質問と、入院患者が病院チャペルで洗礼を受けることについての質問が語られたのは(P⑨、P⑩)、先のP②③④、C③④のチャプレンとの対話において病院チャペルのことが触れられていたことと、C⑨でチャプレンが患者のために最後まで支援的関わりを約束したことが要因だったと思われる。ここで、これらP⑨⑩の「キリスト教の葬儀と洗礼への関心」は、患者のスピリチュアルニーズだと言える。

しかし、スピリチュアルニーズ「キリスト教の葬儀と洗礼への関心」は、スピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」「家族関係の痛み、愛情の痛み」の表出の後で展開されていることから、これらスピリチュアルペインとスピリチュアルニーズの展開のプロセスが厳密に分析されなければならない。

その展開プロセスを解明するために、C⑪で死の不安と恐怖を克服するためにキリスト教洗礼を希望した患者の実際例を提示し、患者Dのスピリチュアルニーズの洞察を試みると、患者DからP⑪「キリスト教の洗礼を受けて、クリスチャンになりたい。最後に私の生きる意味を作りたいから。私このまま生きてる意味が何も見つけられないまま、死ねないんです！ キリスト教の洗礼と

お葬式を、お願いします」が語られた。

ここで語られたスピリチュアルニーズから、患者Dの「キリスト教の葬儀と洗礼への関心」は、「洗礼を受けてクリスチャンになること」と、「生きる意味をつくること」が組み合わせられたものであることがわかった。整理すると、「洗礼を受けてクリスチャンになることで、生きる意味をつくること」というスピリチュアルニーズが患者Dにあることがわかった。

2) 考察

本事例では、患者のスピリチュアルペイン「生きる意味がわからないことの痛み」「家族関係の痛み、愛情の痛み」から、スピリチュアルニーズ「洗礼を受けてクリスチャンになることで、生きる意味をつくること」が形成されている。スピリチュアルペインの内容から見て、このスピリチュアルニーズの主要部分は「生きる意味をつくること」であり、その方法として「洗礼を受けてクリスチャンになること」という論理構造を持っている。つまり、本事例では実存的要素と宗教的要素がスピリチュアルニーズの構造を作っていることがわかる。

ストールによると、スピリチュアルケアは、患者の宗教の所属の有無だけが問題でなく、神や信仰が「患者の人生にとってどのような意味があるか」に着眼するべきであり、患者にとっての宗教や神の「重要性と機能性」がスピリチュアルニーズとして捉えられなければならないと言う²⁾。パークハートは、患者の宗教の所属が、「患者の力の源泉となっているか」という評価がスピリチュアルニーズには必要だと語っている⁵⁾。

つまり、本事例のスピリチュアルニーズであるキリスト教の葬儀と洗礼は、患者の生と死の意味を実存的に支えるための機能だと言える。スピリチュアルペインを克服するための「コーピング(危機対処)」としての洗礼である^{14) 15) 16)}。若い40代の女性患者が死を前にして、生きる意味をつくるために洗礼を決心するというのは、そこには最終的に神との関係でしか癒しようのない相当重いスピリチュアルペインが存在していたということである。そのような痛みを神学者ティリッヒは非存在(Nobeing)の痛みとし、自分の存在を喪失してしまう自己存在の有限の苦しみだと語っている。事例1も非存在(Nobeing)の痛みの実存的要素があるが、神との関係による非存在の克服という宗教的要素のスピリチュアルニーズまではなかった。

このような実存的要素と宗教的要素の関係について、ストールは人生をどのように捉えて苦しみや喪失など危機に対処するかが重視されると指摘しており、危機状況において神関係の垂直的次元(a vertical dimension)は単独で成り立たず、信念・価値・自己や他者・自然との水平的次元(a horizontal dimension)と相互作用を持つ

と説明している。超越者・神との垂直的關係と自己や他者や環境との水平的次元との間には、危機状況において継続的な関係があるのだと言う¹⁾。

人間と環境の相互作用に着目する発達の文脈主義の立場から、リードはスピリチュアリティを「対自関係性」「対人関係性」「超人的関係性」として定義するが、本事例のスピリチュアルニーズの実存的要素と宗教的要素の関係をリードの定義から説明すると、チャプレンという宗教的シンボルとの対話は患者の意味づけとして「対人関係性」(interpersonally)であると同時に宗教的な「超人的関係性」でもあり、患者はそのような「対人関係性」(「超人的関係性」)が深められるところで自分の生きる意味について自己洞察できるようになった「対自関係性」(intrapersonally)。それゆえ患者の深い自己認識、自己超越(the self-transcendent)が実現し、患者にとって究極的なニーズ(洗礼)、すなわち神との関係という「超人的関係性」(transpersonally)が形成されたのだと言える¹⁷⁾。

またさらに、フィチュットの7×7モデルを使用して本事例を説明すると、患者は人生の①「信念と意味」を求め、意味と目的を見出す方法を探求するニーズが強かった。その生きる意味の問題はスピリチュアルペインとなっており、その解決は②使命感と感じる「義務と責任」(自分の人生の責任)にまでなっていた。キリスト教の葬儀と洗礼のニーズは、チャペルやチャプレンとの出会いの③「経験と感情」がきっかけとなっており、宗教的環境や宗教的存在が患者の人生に影響を与えるものとなっている。

そして洗礼を希望する患者の自己決定は、自ら霊的疑問・魂の暗い夜を自己突破しようとする④「勇気と成長」のニーズがあることを示している。それゆえ、キリスト教の葬儀と洗礼の宗教儀式は、人生に意味と目的を与え、使命の実現の一部となるような⑤「儀式と実践」という意味付けがあると言える⁸⁾。

本事例においては、患者は実存的要素と宗教的要素のスピリチュアルニーズによって、スピリチュアルペインを克服しようとしたのだと言える。生きる意味に関する実存的な意味づけを経て初めて、洗礼という宗教的な解決へとスピリチュアルニーズのプロセスがあるのであり、本事例のスピリチュアルニーズは実存的要素と宗教的要素が連続性を持っていると言える。

IV. 結 論

本稿の事例検討を通して明らかとなったことは、癌治療から緩和ケアへの移行過程にある患者のスピリチュアルニーズには、1. 実存的要素のみであるケース、2. 実存的要素と宗教的要素の連続性があるケースがあるこ

とがわかった。つまり、スピリチュアルニーズには、実存的要素と宗教的要素の組み合わせがあることがわかった。

しかし、本研究の2事例の研究成果には限界があり、スピリチュアルニーズの実存的要素と宗教的要素の組み合わせについて、別のパターンがあるかもしれないことが考えられる。今後は、癌治療から緩和ケアへ移行過程にある患者のスピリチュアルニーズとは何か、文献研究による調査と、グラウンデッド・セオリーを射程に入れた質的研究を深めていき、理論的飽和を考えたいと思う。

引用文献

- 1) Stoll RI. The essence of spirituality. In : Carson VB. Spiritual dimensions of nursing practice. Philadelphia : Saunders ; 1989. p.7-13.
- 2) Stoll RI. Guidelines for spiritual assessment. Am J Nurs. 1979 ; 79(9) : 1574-7.
- 3) Highfield MF, Cason C. Spiritual needs of patients : are they recognized? .Cancer Nurs. 1983 ; 6(3) : 187-92.
- 4) Dossey BM. Holistic modalities & healing moments. Am J Nurs. 1998 ; 98(6) : 44-7.
- 5) Burkhardt MA, Nagai-Jacobson MG. Dealing with spiritual concerns of clients in the community. J Community Health Nurs. 1985 ; 2(4) : 191-8.
- 6) パウル・ティリッヒ著 (谷口美智雄訳). 組織神学第1巻. 東京 : 新教出版社 ; 1990. p.16.
- 7) Clinebell H. Basic types of Pastoral Care and Counseling. Revised and enlarged edition. Abingdon ; 1984. p.110.
- 8) Fitchett G. Assessing spiritual needs : a guide for caregivers. Rev. ed. Academic Renewal Press ; 2002. p.45-50.
- 9) 村田久行. ケアの思想と対人援助 : 終末期医療と福祉の現場から. 改訂増補. 東京 : 川島書店 ; 1998. 178p.
- 10) 深谷美枝, 柴田実共著. 福祉・介護におけるスピリチュアルケア : その考え方と方法. 東京 : 中央法規 ; 2008. 141p.
- 11) T. ヘザー・ハードマン著 (上鶴重美訳). NANDA-I 看護診断 : 定義と分類2015-2017 原書第10版. 東京 : 医学書院 ; 2015. p.384-5.
- 12) 窪寺俊之著. スピリチュアルケア学概説. 東京 : 三輪書店 ; 2008. p.23-6.
- 13) 安藤泰至. 第9回日本スピリチュアルケア学会プログラム・抄録集. 2016 ; 41.
- 14) 柴田実, 深谷美枝著. 第7章臨床構造におけるスピリチュアルケア論の構築. 病院チャプレンによるスピリチュアルケア : 宗教専門職の語りから学ぶ臨床実践.

- 東京：三輪書店；2011. p.341-78.
- 15) ジェフリー・T. ミッチェル, ジョージ・S. エヴァリー著 (高橋祥友訳). 第15章災害, テロ, 暴力, その他の地域の危機における聖職者による危機介入の役割. 緊急事態ストレス・PTSD 対応マニュアル：危機介入技法としてのディブリーフィング. 東京：金剛出版；2002. p.240-5.
- 16) ハロルド G. コーニック著 (杉岡良彦訳). スピリチュアリティは健康をもたらすか：科学研究にもとづく医療と宗教の関係. 東京：医学書院；2009. p.221.
- 17) Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. Res Nurs Health. 1992；15(5)：349-57.