

特別寄稿

高年齢長期ケアの課題

渡辺 洋子

Current Issues in Long-Term Care of the Elderly

Yoko WATANABE

1. はじめに

人口の高齢化は、死にゆく人々を、悪性腫瘍患者に、特定疾患や慢性疾患等をもつ高齢者を加えた様相を見せている。高齢期における死の過程は、3つのタイプに分類されており、いずれのタイプの過程を辿る高齢者にも、生活の質を高めるケアが求められている。

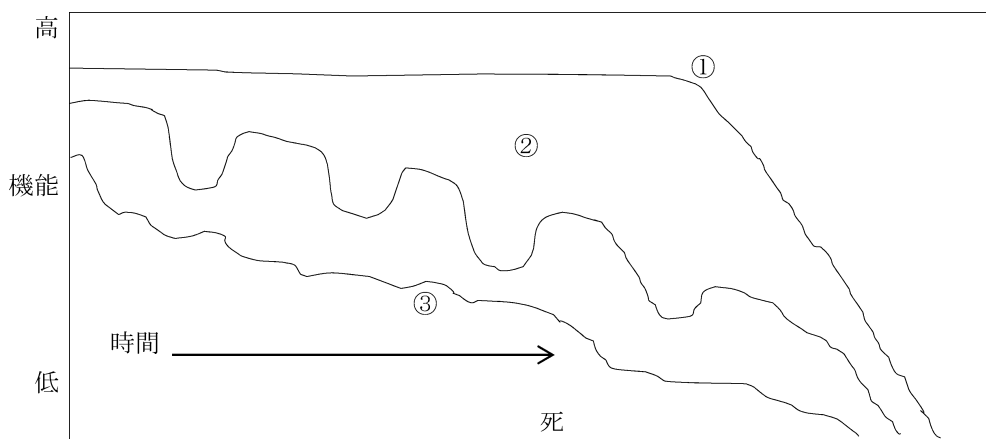
しかし高齢者自身が生や死をどのように意識しているか、その死生観について熟慮されていない状況であり、高齢期における人生の終焉を尊重し、死の過程や死生観に応じたケア実現は、喫緊

の課題である。

本稿の目的は、高齢期における死の過程に応じたケアを検討後、高齢者の死生観について吟味し、最期を迎える高齢者へのケア課題を明らかにする。

2. 高齢期における死の過程

Lynn (2003) によれば、高齢期における死の過程は、身体機能の衰退から死に至る時間経過により、3つに分類されている〈図1-1参照〉。



出典：Lynn (2003) 「Living Well at the End of Life」 p.8 筆者一部修正

図 1-1 高齢者の身体機能と死の過程

(1) 短期衰退型；タイプ①

タイプ①は、短期衰退型であり、悪性腫瘍をもつ高齢者の死の過程を示している。このタイプは、死亡する数週間までは身体機能が保たれて、ある時点から「月・週・日・時間」単位で、急速に悪化していくパターンである。

短期衰退型を辿る高齢者への告知や複雑な心情、ケアの在り方が整理されている。例えば、柏木（2004）は、高齢者の意欲低下や理解度が低いことを前提に、高齢がん患者への適切なインフォームド・コンセントに伴う意思決定を促し、独自のケア方法を確立する必要がある、と指摘している。告知後、高齢がん患者は死を強く意識し、「長期にわたり治療を繰り返すことで自身の命が継ぎ足される」ことを実感しつつ、生と死の間で「生き延びたい」と「もう十分生きた」思いとが、振り子のように揺れ動く葛藤がある（内田2005）。

他方、上村（2009）は、高齢者ケアを実践する場所、特に特別養護老人ホーム（以下、特養）では、要介護状態の高齢者を受け入れながらも、高齢がん患者は受け入れ難い実情がある、と考察している。

高齢がん患者は、身体機能の低下により要介護状態になる傾向にあり、医療機関の他、施設でも療養する。

しかし施設では、苦痛を緩和する治療やケアなど医療供給体制が十分ではないため、急速な悪化や容態変化、死に至るタイプ①のパターンから、高齢がん患者が希望する場所で最期を迎えられない可能性がある。また場所を問わず、一貫したケア方針が行われることが望ましく、高齢がん患者とその家族、スタッフの合意形成が求められる。

(2) 間欠的悪化を伴う長期衰退型；タイプ②

タイプ②は、間欠的悪化を伴う長期衰退型であり、心臓や肺、肝臓など慢性疾患をもつ高齢者の

死の過程を示している。このタイプは、症状の悪化と小康状態を繰り返しながら、2年から5年で下降線を辿るパターンである。なかでも高齢期における脳血管疾患罹患率は低下しない傾向であり、一命は取り留めたとしても後遺症が残りQOL低下につながるため、要介護状態に移行し、その良否により症状が増悪する頻度や程度に差異が生じる。

岡本（2002）は、脳血管疾患を発症した高齢者が、半年程度、身体の麻痺や機能障害などを受け入れ難く、精神的に落ち込み希死念慮に陥りやすいため、家族や医師、スタッフが心理的に支えることで、障害受容やリハビリテーションを促すことになる、と分析している。

また予防的脳血管疾患治療を受けた高齢者には、罹患したことを「運命的試練」と捉え、治療が成功したことで「病気からの開放や自由」の身となり、健康意識を変化させる「内的転換」や、人生を「役割期待と希望」に再設計させる（山本2004）機会となり得る。

そもそもこのタイプは、生活習慣により誘発されることが少なくないため、慢性疾患高齢者には、日常生活のなかで疾病をコントロールする具体的な方法やケアが必須である。

佐久川（1999）は、重度聴覚障害をもつ高齢者が加齢による身体機能低下よりも、むしろ親しい人々との対話が容易ではない状況下で、複雑な心情を表出する機会が限定されるため、孤独感が高まり死への不安を煽る、と指摘している。

しかし、このような指摘は、重度聴覚障害高齢者だけにとどまらない。高齢者は、一般的に、加齢に伴う視覚や聴覚など感覚器鈍麻により、予兆や変調を容易に洞察できないことに留意し、高齢者の声音や速度、話題などに注意を払うコミュニケーションが必要である。

タイプ②には、その後半に近づく時間経過と共に、治療効果の予測が困難であり、前回と同様に

今回の治療でも回復が見込めるか否か、状況により死に至ることも十分に考えられる。このように間欠的悪化を伴う長期衰退型を辿る高齢者には、長い期間を経て自身の持病に向き合うため、死を肯定的に受容する、反面、否定的に死を遠ざける、両極端な心情が窺える。

(3) 長期衰退遷延型；タイプ③

タイプ③は、長期衰退遷延型であり、加齢と共に衰弱する、いわゆる老衰や、認知症のような神経学的衰弱の状況で、身体機能が徐々に弱まる高齢者の死の過程を示している。

認知症は、一般的に、緩やかな経過を辿り、精神症状出現から身体症状を合併する時期には、食欲の低下や失禁、感染症を招きやすく、筋力低下による転倒や骨折の可能性も否定できない。このような経過を踏まえ、特養スタッフには、家族でさえも認知症高齢者とのコミュニケーションが容易ではなくなる（北村 2008）ことに注目し、本人の意向を確認しながら、家族と共に最期の迎え方を定めるアセスメントが期待される。

ケアでは、認知症高齢者に寄添い、微細なサインや、経歴や過去の出来事から思いを推察し、カンファレンスや、家族とのパートナーシップづくりを通して、認知症高齢者との距離感を縮める（北島 2010）、スキルが必須である。

ケアスタッフには、認知症高齢者を代弁し、家族の仲介や代替する役割期待が示唆できる。またタイプ③は、前述した2つのタイプよりも、高齢者自身の意思確認が難しく、穏やかな経過を辿り死期に近づく傾向にあるため、終末期のあり方を事前に意思確認することも想定される。具体的に、曾根（2011）は、認知症高齢者が特養に入所した際に、看護スタッフが、最期を迎える場所や家族介入の時期、経管栄養や延命治療への選択など、本人と家族の双方に確認する、ことを提案している。しかし看護スタッフの最低配置基準を厳

守し、その規定を超えない特養が少なくない状況であり、看護スタッフと介護スタッフの業務分担など、課題が山積している。

高齢期における死の過程は、いずれのタイプにおいても高齢者の生活の質を高めるケアが必要である。しかし高齢者が「どのように最期を迎えたいか」という意思表示が明確ではないため、家族と共に予め意向を確認することが重要である。もし高齢者に認知症の進行や意識障害が生じたならば、表情の変化やボディランゲージなど、非言語的コミュニケーションに着目し、意思を汲み取ることも主要なケアである。

3. 高齢者の死生観

(1) 尺度測定にみる生や死への意識

日本老年医学会（2000）は、高齢者が一般的に、意思表示が流動的で不安定なため、家族の意向が優先されやすく、高齢者が介護負担に配慮し、自宅で最期を迎えることを取って避けるケースが増加傾向にある、と懸念している。

高齢者が望む最期のかたちや、意思尊重を家族が共有することは難しく、本来、それらを話合うことは「特別な出来事」であり、互いの合意が得られていない場所¹⁾では、より困難である（Sheehan2002）。そのため高齢者自身が生きることや、死への意識や態度について理解する必要がある。

高齢者の死生観²⁾は、既存の尺度を用いて、富松（2012）田中（2002）隈部（2006）が整理しており、死に関する青年期、壮年期、高齢期、それぞれの意識を比較することで、高齢者の死生観を探る手がかりを見出せる。

各年齢層に共通して「重要な他者との死別経験ある」群が、そうでない群よりも、人生や死を肯定的に意味あるものとして捉え、「靈魂の永続性」や「死後の存在」を信じる傾向である（富松 2012）。

田中(2002)は、青年期や壮年期には、「死を考えること」が必ずしも「死の不安や恐怖」に直結せず、高齢期は、「死を考える」ことを「死の不安や恐怖」として捉え、特に高齢期女性は病を患うことで「死を考える」ことが増える傾向にある、と考察している。

特に、青年期は自身の死に対してリアリティが乏しく、壮年期は加齢と共に身体の衰えを自覚するため、死への恐怖が高く、高齢期になれば、肯定的に死を受容する態度を示し、死への恐怖はむしろ低い(隈部2006)、と分析している。

このように三者の分析結果や各年齢層傾向には、サンプル属性や特徴に差異があるため、一様な関連性は認められない。しかし家族や親戚、友人など親しく身近な存在との死別経験が、年齢層にかかわらず、死を無意味に捉えず、自身の死生観を形成する好機になり得ると推察する。

壮年期や高齢期の男女を対象に大規模な調査が行われており、生や死への意識形成を垣間見ることができる。小谷(2008)は、高齢期の男女が死の問題を逃避する傾向にあり、特に「子ども」を身近な存在と認識している高齢期「女性」が「死の恐れ」を抱き、自身の死より、「子ども」との死別を避けたい思いがあり、たとえ避けられなくても心の中で生き続ける、と考察している。河合(1996)は、高齢者が死への不安や恐怖が高く、死そのものよりも、死に際の苦しみについて恐怖を抱いていることを抽出している。また青木(2000)は、加齢に伴い男女ともに「死への諦観」が高まる、と指摘している。

このように高齢期は、自身をめぐる環境変容により、様々な心理的衝撃を与えることが示唆される。とりわけ配偶者や家族など、重要な他者との死別経験は、高齢者の人生に根深く残る出来事と言える。そして年齢や家族構成、経済状況や健康状態など、高齢者自身の背景を誘因とし、特に身近な存在との死別経験が、生や死への意識を顕在

化させる。

(2) 人生経験にみる生や死への意識

高齢者は、先述したように、自身の意思を表出することが容易ではなく、たとえ意思をもち得たとしても心身の状況により、家族の意思が優先されることもある。こうした状況下、多くの高齢者は病名の告知を希望(木内2004:田中2002)しており、高齢者自身が、願う医療処置など意思を予め整理した事前指示書³⁾、いわゆるアドバンス・ディレクティブを推進する動きがある。

同様に、松井(2004a)は、調査対象の高齢者に、延命治療に繋がる人工呼吸器を拒否する立場からリビング・ウィルの認知度が高いことが認められ、宗教的な観念により、死を積極的に受け入れる態度が強い傾向にある、と分析している。その誘因として、家族やかかりつけ医との凝集性が高く、周囲との話し合いが可能な状況で終末期ケア啓発活動に関心をもつ傾向にある(松井2004b)、と考察している。また「希望を示した書面を参考にして治療方針について話し合う」よりも、「そのときの状況に応じて治療方針を決めてくれればよい」と望む高齢者が多く(平川2006)、家族や医師に委ねたい思いが強い。

事実、入院中の高齢者は、「家族に介護負担がかからないことを優先」するため、「死について語る場所がないこと」を危惧し、身体的苦痛の軽減や、望まない医療をやめる「病院医療への期待感」をも抽出している(酒井2008)。

退職後、社会活動する高齢者は、「希望を示した書面を参考にして治療方針について話し合う」ことより、「そのときの状況に応じて治療方針を決めてくれればよい」と望む割合が高く、治療やケアについて予め意思表示するより、他者に委ねたい思いが強い(平川2006)、と指摘している。

高齢者が、死を考える上で重要な他者、特に配偶者には「支え合う」、子どもには「役割を託す」

との関係性を求めることで、互いに存在を内在化し、死を肯定的に捉えることも可能にする（川本2012）。

このように、高齢者の意思表出には、延命治療や、過度な医療行為を避けるリビング・ウィルの意味合いがある。しかし高齢者自身の意思表示には、自立心が十分に養われていない他者に依存する傾向であり、近年、高齢者を対象とした終末期のイメージづくりや研修など、啓発活動が行われている。

実際に、尾崎（2007）は、終末期ケア啓発活動を通し、参加した高齢者の多くが、配偶者や家族など、親しい人々との死別を経験したことで自身の人生に意味を見出し、前向きに生活する姿勢により、情動変化が顕れなかった、と考察している。

野村（2002）は、個別面談を通して、高齢者に自身の人生を回想し、その語る内容を分析し、心理的効果を測定している。ポジティブなエピソードを多く語った高齢者に心理的効果が高く、一方で、ネガティブなエピソードを多く語る高齢者には心理的効果が低い、と分析している。のちに、野村（2009）は、上記の分析と併せて、自身の人生を回想し過去を再評価する傾向が高い高齢者ほど、自尊感情が高くなること、をも考察している。

高齢者の死の捉え方には、それまでの人生経験が反映されており、死に抱く、過度の不安や恐怖を解消するプログラムを確立し、心理的負担を回避する研修を企画する必要性がある（高岡2009）。水島（2004）は、①高齢者自身へのスピリチュアルケア及び死の準備教育の実施、②家族への死生観教育及び悲嘆教育の実施、③専門職への死に対する教育の実施、④終末期における宗教の介入の検討、⑤終の棲家の検討、5つの要素を抽出している。

人生経験が投影された高齢者の生や死への意識には、リビング・ウィルに沿った意思を表示する調査結果の一部が明らかにされている。しかし、

自身の人生の最期をどのように迎えるのか、その方向性や重要な決定意思を確立する域には到達していないことが示唆される。今後、アドバンス・ディレクティブ推進には、専門的立場にあるファシリテーターのもと、高齢者とその家族で生や死を考え学ぶ機会を確保すること、が求められている。

（3）最期を迎える場にみる生や死への意識

最期を迎える場には、自宅や施設、医療機関などがあり、誰でも可能な限り自宅で最期を迎えたいと願うものである。

退職後の高齢者は、終末期を過ごす場を特定し難しい状況にあるにもかかわらず、悪性腫瘍、老衰や認知症など身体変調にかかわらず、高齢者施設や病院よりも、敢えて自宅を望む割合が高い（平川2006）。

多くの高齢者は、「病気になった時」に死をイメージし、男性よりも女性にその傾向が強く、配偶者にケアされながら、自宅で最期を迎えたいと考えている（田中2002）。

また、木内（2004）は、老人クラブ会長を務める高齢者にインタビューし、健康で配偶者や家族と同居する属性特徴から、自宅で最期を迎えたい思いを抱く、と考察している。

同様に、石井（2003）が行ったアンケート調査でも「自宅で最期を迎えたい」と希望し、「配偶者に看取ってほしい」と願う高齢者の割合が多く占める結果が示された。この調査では、対象者が老人大学を受講した高齢者であり、尊厳死や臓器提供など社会情勢を鑑み、年齢が高い高齢者ほど、身辺整理や遺言状作成、葬儀方法など、最期を迎える備えを始めていたことをも顕著である。

さらに、川本（2012）は、高齢者が最期を迎える場を選出する際に、配偶者や子どもの存在が少なからず要因となり、死のイメージにも影響を与えると主張している。

このように自宅を最期を迎える場とする選択は、サンプル特性ではなく、むしろ一般高齢者の傾向であると考えられる。

小楠(2008a)は、特養に入居した80歳代から100歳代の高齢者へのインタビューから、終末期の意思について焦点化している。戦時中、生存を助ける食事行為が失われ、飢餓状態に陥ることで死に近づいた経験から、現在、最期を迎える心構えがあることを抽出している。さらに、入居者たちは場より、「誰とともに最期を迎えるか」に関心を示していたことは興味深い。

施設に入居した高齢者は、その背景から自ずと最期を予感する心境に至ることを想定し、より生活の質を維持するケアが求められる。

高齢者の死生観は、家族や親戚、友人など親しく身近な存在との死別経験が、年齢層にかかわらず、自身の死生観を形成する好機になり、そのことが生や死への意識を顕在化させる。しかし、人生経験を投影した高齢者の生や死への意識には、自身の人生の最期をどのように迎えるのか、その方向性や重要な決定意思を確立する域には至らない。多くの高齢者が、自宅で最期を迎えたいと願う思いや感情を抑える世代特性を鑑み、意思表出できる環境づくりや仲介、調整するケアが重要である。しかし施設に入居した高齢者は、自宅で最期を迎える願いが叶わない可能性を予測し、ケアに備えることが期待される。

4. 高齢者のキュアとケア

(1) 身体状況と自然回復力の変化

高齢者は、加齢により身体変化が現れやすいことは周知されている。その背景には、①原因疾患ではなく合併症で急激に悪化しやすいこと、②感染症に陥りやすく重度化しやすいこと、③電解質の異常や脱水を起こしやすいこと、④意識障害を起こしやすいこと、があげられる。上記の身体的変化は、治療することで状態をある程度、改善す

る可能性が期待できる。

しかし高齢者の生命の最終段階が、急性増悪による悪化なのか、老衰による衰弱なのか、その区別は簡単ではない⁵⁾。そのため、終末期ケア移行基準、つまり死期予測、回復見込み、本人の意向確認は、いずれも満足させることが難しい現況である。

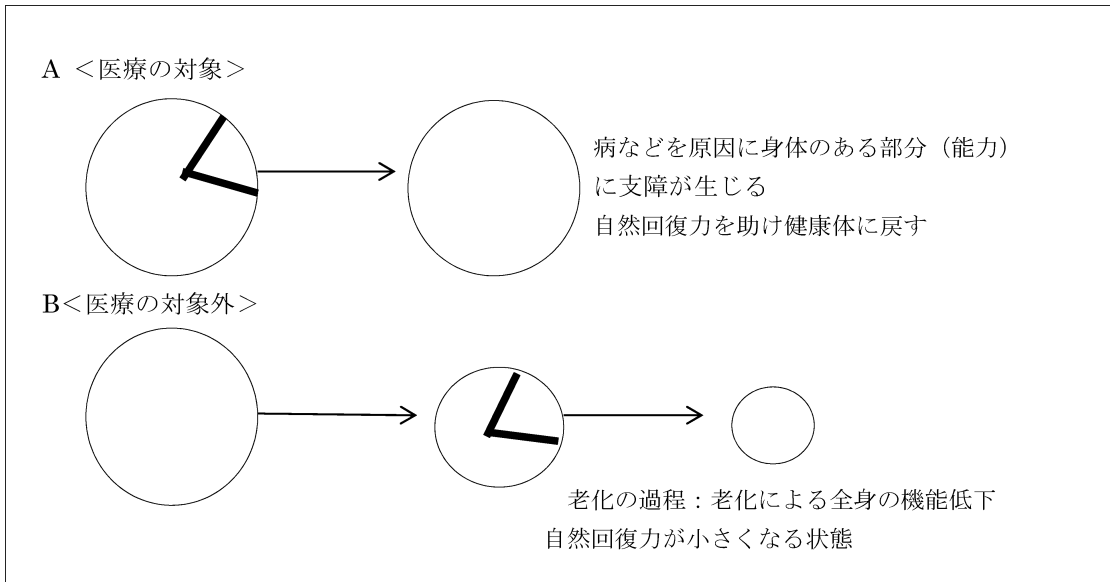
こうした状況を十分に認識した上で、池上(2004a)は、治療を中止する際には、倫理的判断を仰げる専門家を交えて、留意事項を策定すべきであり、医療や介護の包括的課題に、コミュニケーション技法や疼痛管理など、緩和ケアを広く普及させる必要がある、と説明している。その一方で、死期が近いにもかかわらず、積極的な治療が行われるような高齢者への過大医療を問題視する(池上2004b)、指摘もある。

先述したタイプ③高齢者は、長い期間に、衰弱、あるいは虚弱な状態を経て、最期を迎える可能性が高く、それに適応した環境の整備や、十分な倫理的配慮のもとで適正な医療を提供する必要があると考えられる。

鳥海(2009)は、医療の対象と老化の違いを示した上で、医療的治療の限界を強調している⁶⁾。下記の図には、2つの円形をモデルに、人間の身体機能を示した(図1-2参照)。

モデルAに示した左の円形は、医療の対象であり、病や疾病を「太三角部分」,「矢印→」を医療的治療、健康体を右の円形に示している。なおモデルAの円形には、医療的治療の前後で形状変化しないこと、モデルBの左の円形と同等の大きさを示している。

モデルBに示した左の円形は、医療の対象外であり、モデルAと同様に病や疾病を「太三角部分」,医療的治療を「矢印→」で示している。ただし加齢による身体機能は、医療的治療にかかわらず、左から中央、そして右の円形に形状変化することを示している。



鳥海房枝（2009）「I 高齢者施設におけるターミナルケアとは」『おはよう 21』p.15 を筆者一部修正

図 1-2 医療の対象と老化の違い

上記、解説にあるように、モデル A は、疾病に罹患したことで、臓器や細胞に支障が生じる、つまり身体のある部分はその能力、あるいは役割を担えない状態に陥る。しかし医療的治療により、本来、人間に備えられている自然治癒力を引き出し、健康状態に戻すことで、身体機能が回復する。一方、モデル B は、老化により身体機能が徐々に低下するため、医療的治療を受けとめるには限界があり、自然治癒力を引き出すどころか、身体機能低下を助長し、侵襲を被る可能性がある。

これら 2 つのモデルの比較から、支障が生じる疾病は、身体機能の不調により発症し、何らかの症状を起こすため、医療的治療の効果を期待できると考えられる。しかし老化現象が積み重なり現れた高齢者には、必ずしも期待できるとは限らない。

(2) 高齢者のキュアとケア

高齢者は、加齢により身体変化に加え、自然回復力にも変化が現れる。このような人生の最終段階を迎えた高齢者は、要介護状態に陥りやすく、医療的治療と日常的ケアのバランスが問われはじめている。

鳥海（2009）によれば、特養では、「食べる」という行為に注目し、死期を予測している、と説明している。人間の身体機能は、加齢に伴い獲得した機能に反して、後から獲得した順に失われていくため⁷⁾、最後に「食べる」機能が残り、それが難しくなれば、死期に近づいた判断材料となり得る。

特養に勤務する医師の石飛（2011）は、極力、経管栄養を避けて、過剰な栄養や水分を与えないことが、自然死を迎える前提となる、と説明している。以下に、事例の概要を示す。

表 1-1 特別養護老人ホーム芦花ホームにおける事例

95歳の穏やかな最期

認知症の入居者は、一日600キロカロリーで2年間を過ごしていた。その後、誤嚥を繰り返したため、看取り介護に移行することを家族に説明しサインを受ける。口には水を含ませたガーゼを口に湿らせる程度が2週間続き、何の苦しみもない最期を迎えた。死亡診断書の直接死因の欄には老衰と記載した。

102歳の大往生

入居者は、最期の一ヶ月前から、一日にかけてゼリー食、ひとパックをとるのがやっとなった。家族と話し合いにより「とにかく苦しみが無い限りこのホームで最期を迎えてもらいたい」と、互い確認しあっていた。看取り介護の承諾書を作成後、10日前から「起きたくない、寝ていたい」と言われるようになり、トイレの時だけ声かけし排泄を促していた。最後の一週間は口を湿らすだけにとどまり、ひ孫を含めた家族三世代が部屋いっぱい詰めていた。最期まで家族皆でテレビを見ながら過ごしていた。

石飛幸三（2011）『口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ』p.121～122・135～136を筆者要約作成

上記の2つの事例は、医師だけでは、到底、実現できることではなく、スタッフが、家族面談を何度も重ね、安らかな最期を迎えられるように極め細かく、打ちあわせた賜物である、と述べている。また家族とスタッフ、双方が「食べられない状態」を捉え、死を特殊ではない、自然な様相であると受容できる、とも主張している。

このような特養の取り組みは、家族やスタッフが人間の身体機能獲得、生命維持の要となる「食べる」機能低下により、死期が近づいていることを正しく見極め、自然死を促す覚悟を喚起している。

他方、日本では1990年代に、高齢社会が到来し、マスメディアや出版業界が、「生」「老」「病」「死」をテーマに相次いで取り上げ、書籍やテレビドラマなど、話題性を集めた。

山崎（1996）は、高度医療への期待から、病院死が圧倒的に増加したことで、医療者側の都合を優先した管理下で、死がもたらした医療技術の発達に伴い、終末期患者への過度な処置や、延命技術の発達により、医師に限らず患者や家族も「死

を回避できる」という幻想に捉われやすくなること、を指摘している。

このような幻想は、死を特別に非日常化し、患者も家族も死のプロセスを経験できないため、「死の迎え方」までも医療スタッフ主導に任せることになる。医学進歩が途上だった頃には、人の死を「安らかに死ぬこと」や「立派な死に方」に価値をおき、「よい死に方」、あるいは自身が「納得した死」を迎えていたはずである。

永（1994）は、著書『大往生』の中で、気楽に「古い」や「病い」、そして「死」を仲間と語り、寓意的表現で「人間らしい死を迎える」ためのヒントを綴っている。身の丈にあった同じ視線の人たちが、死を覚悟することや、率直な思いには、老若男女を問わず、共感されている。

このように人の死にかかわることは、その人自身がどのように最期を迎えたいのか、方向性が定まることで、充実したケアに繋がることが考えられる。このようなケアの実現を推奨する死の受け止めか方や、高齢期の生き方などの指南書⁸⁾があり、特に、施設入居する高齢者には、穏やかな

自然死を迎えることが理想である、と綴られている。

特養の常勤医師は、医療が濃厚に関与することで、高齢者を非人間的で悲惨な姿に変貌させた経験から、死に際の苦しみを医療による「虐待」と表現している(中村 2012)。また現在では「虐待」のみならず、死期が迫っている高齢者への飲食や入浴など、日常の介護行為が「拷問」に相当する、とも注視している。

自然死は、飢餓と脱水の状態に至ることを意味している。中村(2012)は、健康な人間と死に際の餓死とは異なる状態であり、命の火が消える寸前で、「腹もへらない」「のども渴かない」状態である、と説明している。この飢餓状態が、脳内にモルヒネ様物質を分泌させて、幸福感を満ちし、脱水状態が血液濃度を高め、意識レベルが徐々に低下し、ぼんやりとした状態になる、とも説明している。さらに呼吸悪化が体内に炭酸ガスを溜め込み、麻酔作用を起こすため、苦しみを防ぐこと、をも期待できる。

これらの説明は、でき得るすべての医療を施すのではなく、施設入居した高齢者を、まず死期が近い段階にある認識をもち、スタッフが医療以外にも有用な手段があることを考え、有終のケアにあたる必要がある(村井 2002)と示唆している。

5. おわりに

本稿の目的は、高齢期における死の過程に応じたケアを検討し、高齢者の死生観について吟味し、最期を迎える高齢者へのケア課題を明らかにすることである。

高齢期における死の過程は、①短期衰退型、②間欠的悪化を伴う長期衰退型、③長期衰退遷延型、いずれのタイプにおいても高齢者の生活の質を高めるケアが必要である。しかし実際には、高齢者が「どのように最期を迎えたいか」という意思表示が明確ではないことが考えられるため、ケ

アスタッフは家族と共に予め意向を確認することが求められ、表情の変化や安堵感、落ち着きなど、非言語的コミュニケーションに着目し、意思を汲み取ることも主要なケアである。

高齢者の死生観は、年齢層にかかわらず、身近な存在との死別を経験することで、潜在化した自身の死生観を顕在化させる。しかし、人生経験を投影した高齢者の生や死への意識には、最期の迎え方や方向性など、意思を決定するには至らないため、思いや感情を抑える世代特性を前提に、意思表出できる環境づくりや仲介、調整するケアが重要である。

高齢者のキュアとケアには、加齢とともに身体状況や自然治癒力が変化することから、医療的治療、すなわちキュアよりケアを重視する意識が高く、そのバランスを疑問視する社会潮流があることも明らかである。特に要介護状態となり施設入居した高齢者には、急性疾患とは異なる、長期にわたるケアが必要になるため、何をゴールにめざし、どの程度、キュアやケアを望むのか、スタッフのケア観が問われている。

謝辞

恩師である日本女子大学木村真理子教授のご退職に際し、深い敬意と心からの感謝を込めて、寄稿申し上げます。

註

- 1) 合意が得られやすい場所は、治療による回復が見込めない患者が、入居しケアするホスピスなどがあげられる。終末期ケアを目的にした施設であれば、患者や家族が死を「特別な出来事」として捉え、互いの意思を尊重し、合意が得られやすい。しかしナーシングホームにおける患者、家族そして医療従事者など、生活ケアを優先する場では、互いの合意が容易ではないため、患者の意思決定を促すコミュニケーション不足が長期ケアの課題とし

- てあげられている (Teno 2001 ; Travis 2002).
- 2) ここで本稿における死生観には、田中 (2013) が「生と死を扱う概念と同様の意味」とし、「死に対する考え方や態度」とした定義を用いている。
 - 3) 事前指示書は Advance Directive と英訳されており、1986年にアメリカ合衆国連邦政委員会が、各州の終末期医療について関連法律を統一するモデル法 (Uniform rights of terminal ill act) において提示した法律書類を意味している。その中でまず、リビングウィルを推奨し自身がしてほしい医療、そうではない医療に区別して述べる。これは思考能力がなくなった時に備え、自らの医療を決定する代理人を定める書類を示している (<http://square.umin.ac.jp/~liv-will/new1024.html>)。
 - 4) 面談対象は75歳以上の後期高齢者10名、感染症や消化器疾患など、治療により急性期を逃れた時期にあり、前述したタイプ②の間欠的悪化を伴う長期衰退型を辿る高齢者である (酒井2008)。
 - 5) 例えば、横内 (1998) は、本来、生命の末期ではないにもかかわらず、末期の状態にあると見なしてしまう危険性が「みなし末期」と呼び、そのように判断された高齢者は、治療すれば回復する可能性がある急性疾患の場合でも必要な入院加療が受けられず、看取りが行われる可能性がある、と指摘している。
 - 6) 具体的には、病気等の理由で食事が摂れず脱水状態になっている場合、点滴を効果的に吸収し循環させる身体機能が備わっているため、その効果が極めて顕著である。しかしこの身体機能が低下する、特に老衰の高齢者には全身の浮腫、むくみとして現れる (鳥海2009)。
 - 7) 人間は生き物として誕生した直後から、生命維持のために授乳、すなわち栄養源を摂る機能が備わり、次いで歩くことや走る運動機能、言語・知識・技術など獲得する。加齢とともに、それらは獲得した順の後から衰え、新たな知識の獲得能力は低下するが、長い人生経験による知恵でそれを補う

ことができる (鳥海2009)。

- 8) 例えば、鎌田 (2013) や帯津 (2013) は医師の立場で、死の受け止め方や、生き方をまとめており、庄司 (2003) は、生老病死から「生きる」ことを見つめ直している。

文献リスト

- 青木邦男 (2000) 「在宅高齢者の死に対する意識の構造と加齢による変化」『山口県立大学社会福祉学部紀要』6, 77-86.
- 永 六輔 (1994) 『大往生』岩波新書.
- 平川仁尚・益田雄一郎・葛谷雅文ほか (2006) 「終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高齢者の希望に関する調査」『ホスピスケアと在宅ケア』38 (3), 201-205.
- 池上直己 (2004a) 「終末期家の課題と将来展望一法的側面についての留意事項の策定を」『社会保険旬報』2218, 6-12.
- 池上直己 (2004b) 「『終末期ケア』の課題と展望一検討会報告の向こう側」『健康保険』58 (11), 18-23.
- 柏木夕香 (2004) 「高齢者のがん告知に関する研究の動向と今後の課題」『新潟県立看護大学学長特別研究報告書』15, 139-146.
- 鎌田實 (2013) 『大・大往生』小学館.
- 河合千恵子・下仲順子・中里克治 (1996) 「老年期における死に対する態度」『老年社会科学』17 (2), 107-116.
- 川崎雅子・金子久美子・福岡幸子他 (2005) 「特集・がん再発治療の現況 (1) 末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア一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.
- 川本智映子・岡本祐子 (2012) 「重要な他者との関係性からみる高齢者の死のイメージ」『広島大学心理学研究』12, 235-248.
- 神間洋子・佐藤禮子・桑原麻里子 (2008) 「脳機能障害をもつ原発性悪性脳腫瘍患者の苦悩」『日本がん看護学会誌』22 (1), 77-85.

- 菊井和子・竹田恵子 (2000) 「『死の受容』 についての一考察—わが国における死の受容」『川崎医療福祉学会誌』10 (1), 63-70.
- 北島洋美・杉澤秀博 (2010) 「認知症末期にある特別養護老人ホーム入居者に対する介護スタッフのケアプロセス」『社会福祉学会誌』51 (1), 39-52.
- 北村育子 (2008) 「認知症高齢者の医療ニーズと特別養護老人ホームにおける緩和ケアを含む対応をめぐって」『日本福祉大学社会福祉論集』118, 19-31.
- 木内千晶・吉田千鶴子 (2004) 「高齢者の希望する終末期の迎え方」『岩手県立看護学部紀要』6, 77-82.
- 隈部知更 (2006) 「日本人の死生観に関する心理学的基礎研究—死への態度に影響を及ぼす4因子についての分析」『健康心理学研究』19 (1), 10-24.
- 小谷みどり (2008) 「中高年の死観—自己と大切な人の死観の比較」『日本家政学会誌』59 (5), 287-294.
- Lynn, J. David M. Adamson (2003) "Trajectories of Chronic Illness: Service Need Across Time", *Living Well at the End of life ; Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*. Rand Health, 8-9.
- 松井美帆・森山美知子 (2004a) 「高齢者のアドバンス・ディレクティブへの賛同と関連要因」『病院管理』41 (2), 27-35.
- 松井美帆・森山美知子 (2004b) 「終末期ケアに関する啓発活動へ的高齢者の関心と規定要因」『生命倫理』14 (1), 65-74.
- 水島ゆかり・浅見洋・金川克子ほか (2004) 「地域における高齢者ケアの課題—『死生観とケア』公開研究会を通して」『石川看護雑誌』1, 49-54.
- 中村仁一 (2012) 『大往生したけりゃ医療とかかわるな—「自然死」のすすめ』幻冬舎.
- 日本老年医学会 (2012) 「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年学会の『立場表明』」
<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba2012.pdf>
- 大山正博 (1986) 『第1章 死にゆく過程—死への準備教育のために』アルフォンス・デーケン編『死への準備教育第2巻』, メヂカルフレンド社.
- 野村信威・今永晴子・橋本 宰 (2002) 「高齢者における個人回想面接の内容分析の試み」『同志社心理』49, 9-18.
- 野村信威 (2009) 「地域在住高齢者に対する個人回想法の自尊感情への効果の検討」『心理学研究』80 (1), 42-47.
- 岡本五十雄・菅沼宏之・鎌倉嘉一郎・他 (2002) 「脳卒中後の『希死念慮』—機能障害, 能力障害, 社会的不利, QOL などとの関係」『OT ジャーナル』36 (3), 221-227.
- 尾崎勝彦・恒藤暁 (2007) 「死に関する情報を含む映像が高齢者の情動変化に及ぼす影響—映像に対する関心の高さ, 死別体験の影響」『死の臨床』30 (1), 84-88.
- 小楠範子 (2008a) 「高齢者の終末期の意思把握としての回想の可能性」『日本看護科学学会誌』28 (2), 46-54.
- 小楠範子 (2008b) 「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの課題—文献的考察」『鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要』12, 41-52.
- 帯津良一 (2013) 『長寿の精神力と生き方の極意—大往生の養生力』青萌堂.
- 酒井陽子 (2008) 「入院した高齢患者の自らの生(死)に対するイメージの実態—事前に自分の生き方を自己決定できるための支援のあり方」『国立病院看護研究学会誌』4 (1), 20-24.
- 佐久川肇・谷中恭子 (1999) 「重度聴覚障害老人の終末期と死に関する意識調査」『川崎医療福祉学会誌』9 (2), 257-259.
- Sheehan, D.K Schirm, V (2002) "End-of-life care of older adults", *Am J Nurs*, 103 (11), 48-58.
- 庄司進一 (2003) 『生・老・病・死を考える15章—実践・臨床人間学入門』朝日新聞社.
- 曾根千賀子・渡辺みどり・千葉真弓・他 (2011) 「介護老人福祉施設での認知症高齢者の終末期における事前意思を支えるケア内容と方法—長野県内介護

- 老人福祉施設の特徴』『長野看護大学紀要』30, 39-50.
- 高岡哲子・紺谷英司・深澤圭子 (2009) 「高齢者の死生観に関する過去10年間の文献検討 - 死の準備教育確立に向けての試み」『名寄市立大学紀要』3, 49-58.
- 田中愛子 (2001) 「共分散構造モデルを用いた老年期と青・壮年期の『死に関する意識』の比較研究」『山口大学医学部』50 (6), 801-811.
- 田中愛子・岩本晋 (2002) 「老年期に焦点をあてた死生観・終末医療に関する意識調査」『山口県立大学看護学部紀要』6, 119-125.
- 田中美帆・齊藤誠一 (2013) 「生と死に対する態度研究の概観と展望」『神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要』7 (1), 181-186.
- 富松梨花子・稲谷ふみ枝 (2012) 「死生観の世代間研究」『久留米大学心理学研究』11, 45-54.
- 鳥海房枝 (2009) 「特集：介護現場のターミナルケアを探る “I 高齢者施設におけるターミナルケアとは”」『おはよう21』, 2, 14-19.
- 上村聡子 (2009) 「特別養護老人ホームがん終末期ケアに関する研究」『甲南女子大学研究紀要』3, 69-77.
- 内田真紀・稲垣美智子 (2005) 「HCV由来肝硬変・肝がん患者が語る病みの経験」『日本がん看護学会誌』19 (2), 39-47.
- 山崎章郎 (1996) 『病院で死ぬということ』文藝春秋.
- 山本直美 (2004) 「病気体験がもたらした意味：予防的手術を受けた無症候性脳血管障害患者の体験」『日本看護医療学会誌』6 (2), 7-15.
- 横内正利 (1998) 「高齢者の自己決定権とみなし末期 (上) - 自己決定の落とし穴」『社会保険旬報』, 12-16.