

高齢者施設におけるホスピス・緩和ケアの可能性

— 日本的な癒しのある終末期の生活 —

遠藤 幸子

はじめに

我が国では、高齢者人口増加の加速に伴って、今年年間死者総数のおよそ8割が65歳以上の高齢者という状況になっている¹⁾。このように絶対数の圧倒的な多さからも、高齢者のターミナルケア・看取りの問題は、早急に取り組むべき社会的な重要課題となっている。日本における高齢者のターミナルケアについての課題は、家族形態の変化による介護力低下や社会的孤立などコミュニティの問題、医療・福祉に関する財政や制度の問題などが絡み、実に多様で複雑である。様々な課題を抱えた介護現場の現状では、住み慣れた環境における最期を望みつつも、多くの高齢者が施設ではなく病院での最期を迎えることになる²⁾。

このような現状の中で、実際に個々の生活に最も密着したケアに携わる介護福祉士の機能と役割は、それぞれの日常生活がその人らしく生き甲斐をもって過ごすことができるよう、人間の生活機能における「活動」や「参加」に視点を置く、人と人との「関わり」そのものである。日常生活に支障が起きているならば、周囲にある原因を追究して解決につとめ、その時点でその人が持てる力を十分発揮できるように、本人、家族が求める望ましい状態になるために支援する。食事、排泄、入浴といった日常生活動作（ADL）への支援はもちろんのこと、その人にとっての目標を達成することを志向し、穏やかで安心できる生活環境を整えていくことが介護の中心的な理念である。

間近に死がある高齢者の介護では、その人らしい人生を全うできるよう、身体面の医療処置という手技手法ばかりに気をとられることなく、心理面、社会面、スピリチュアルな側面から、全人的にとらえるホスピックケアが実践される必要がある。とりわけ日本人には表現されにくい、個人の内面の奥底に存在するスピリチュアルな苦痛、苦悩に対しては、人間をトータルに捉えるホスピックケアの視点が鍵となる³⁾。

本稿では、特別養護老人ホームでの生活を望みつつも、がん末期症状に対応できないという理由で医療施設への入院を余儀なくされた事例を通し、施設における看取りを可能とするための要因について考察する。

また、終末期に重要なホスピックケアの視点から、日常的には人々の間で「癒し」として位置づけられている現象、事象を、スピリチュアルケアと関連付けながら分析し、施設における看取りの可能性について検討したい。

1. 高齢者のターミナルケアとは

1) 高齢者介護の方向性

今日、介護福祉士が取り組むべき最も重要な課題として挙げられるのが、治療を受けた後に病院を退院して在宅や施設で療養する、医療依存度が高い高齢者への対応である。治療や医療処置の継続が必要であり、疾患による障害に加え、さらには加齢による衰弱や認知症がある介護度の高い高齢者ケアが急増している。従来は病院で看護されていた高齢者が施設に暮らすようになった緒事情から、医療施設で行っていたターミナルケアが介護保険施設で行われることになったのである。

終の棲み家となる特別養護老人ホームでは、2007年6月に、看取り介護加算、重度化対応加算が制度化された。しかし、実際に看取りを実施できている施設は全国でも4割程度という報告がある⁴⁾。医療連携や施設の運営方針、意識の改革がまだまだ不十分のまま、制度だけが独り歩きしているような観さえる。そのような社会的背景を踏まえ、高齢者介護においては、日常生活を支えることでその人が大切にしてきたことを尊重し、穏やかな時間が過ごせるように生活面に目を向ける本来の介護のあり方に加え、心身の苦痛を少しでも緩和し、安楽な時間を過ごすことができるように、健康面にも目を向けたケアが必要となっている。

2) ターミナルケアの定義

ターミナル (terminal) は、辞書でひくと「終着駅、末期の、終末」という訳語がある。しかし、terminalという言葉はラテン語のテルミヌス terminusが語源で、「境界」という意味である。この世と死後の世界との境界という意味になる。「境界の

ケア」という言葉は日本語としてはなじまないで、「末期ケア」とか「終末期ケア」と訳したり、そのまま「ターミナルケア」として用いられたりしている。

日本におけるホスピス・緩和ケアの開拓者でホスピス医の第一人者でもある柏木哲夫氏の言葉によれば、「ターミナルケアという語には、はっきりとした死生観の裏づけがある。すなわち、死は悲しむべき別れではあるが、それと同時に、新しい死後の世界への出発であるという死生観である。ターミナルケアとは、こちらの岸からあちらの岸へ渡す渡し守のような役割がある」と解説される⁵⁾。しかし、ターミナルケアは死にゆく人に対するケアであるといっても、実際にはどの時期のケアを指すのかという問題が生じてくる。

がんでは予後6ヶ月の状態をターミナル期、または終末期と呼ぶことが多い。再発がんは基本的には治療不能のため、がんは他の疾患と比較すると、余命があとどのくらいかという予後予測が比較的容易である。また、がんはADL（日常生活動作）や全身の機能が急速に低下して生活全般の介護を必要とするのは、最期の1～2ヶ月という特徴がある。

一方、非がん疾患の場合、一部の疾患をのぞいては常に改善の可能性を秘めており、また疾患に延命治療が用意されているため、終末期の判断はきわめて困難である。心臓、肺、肝臓、腎臓などの臓器不全では、急性増悪と改善を繰り返しながら徐々に悪化し、最期は比較的急な経過をたどる。そのため、終末期と急性増悪との区別が困難なことが多い。

施設での看取りの多くは、認知症や老衰というケースである。認知症や老衰の場合は、機能が低下した状態が長く続き、さらに徐々に緩やかにスロープを降りるような経過をたどる⁶⁾。高齢者のがんの経過は比較的長く緩やかで、痛みや苦しみの状態も穏やかであることが多い。たとえ苦痛があったとしても、認知症の記憶障害のおかげで昨日の苦しみは今日には忘れられているという場合もある。

しかし、多くの後期高齢者は、上記のような定型的ケースではなく、がんや臓器の疾患、認知症を抱え、加齢による心身機能の衰えのため、回復力や免疫力が低下しており、肺炎などの感染症による最期も多い。

近年になり、ターミナルケアという言葉は使われなくなった傾向があるが、ターミナルとは人生の最後の時をあらわしており、時間的概念である。上記に述べたように、ターミナル、終末という定義づけが困難であることや、以前はターミナルケアの中心であった心身の痛みのコントロールである緩和ケアは、いまや病

気の時期にかかわらず緩和するという医療が行なわれるようになってきた。忍耐は美德とされた日本人の意識も改革され、がまんすることなく痛みの治療を求めることができるようになってきている。緩和ケアは、がんの早期から末期に至るまで、どの時期においてもその状態に合わせて行なうものであるという概念をもち、死を前提にしたケアではないのである⁷⁾。

3) ターミナルケアのなかにある看取り

高齢者介護の場面では、「ターミナルケア」に代わって、最近では「看取り」という言葉がよく使われるようになった。特別養護老人ホームにおける「入所者看取り介護加算制度の基準」には、「医師が一般的に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断したものであること」という要件がある⁸⁾。厚生労働省が「看取り介護」という言葉を使用したことにより、死にゆく人の最期を看取るケアを「看取り」と呼ぶことが一般化しつつある。

日常の暮らしを支えながら長い人生の終わりを見届ける施設介護の役割は、治療主体ではなく、心身のケアを主体にした暮らしへの関わりにそのあたたかさを求めるという思いから、「ターミナル」という医療的な響きを持つ言葉より、「看取り」という言葉を使うという意見もある⁹⁾。

実際に看取りの時期に入ったと判断する基準のひとつに、経口的に食事が摂取できなくなってきた、という身体機能の低下がある。そして意識レベルが落ち全身状態が悪化した状態から死亡後のお見送り、遺族へのケアを含めたものが、「看取りケア」となる。

特別養護老人ホームの高齢者にとって、入所の主な理由は、他者から介護を受ける必要がありながら、在宅での介護が困難なためである。つまり要介護者は、この時点ですでに心身の衰弱は始まっているため、施設が自分の最期の棲み家になると自覚している人も多い。それゆえに、施設においては、看取りの時期に入る以前の日頃の生活を支えること自体が、すでにターミナルケアあるといえよう。

4) 看取りの意味

「看取る」とは、ケアする側の立場での捉え方である。ケアされる側の立場の人は、死ぬその瞬間まで生きて生活する人である。最期のときまでの時間を、その人がどう生きるかという本人の生き方を中心したケアの認識を持たなければ、看取りとは、死をどのように見届けるかという手順となる恐れがある。本人は

もとより、家族や周囲の人々に対するケアであることを念頭において、その人を取り巻く人的環境をもターミナルケアの対象になることを忘れてはならない。

(Factors influencing activities of living)

- 生活の個別性 (Individuality in living)

2. 死にゆく人へのケアを考えるための理論

1) リビングモデル

介護は人々の日常生活に焦点を当てたケアである。その日常生活は、健康状態と密接に関連し、とくに死にゆく人にとっての生活行為は、心身の機能レベルに応じた内容になる。したがって、介護ケアの質を高めるためには、心身の健康状態を十分視野に入れたケアの要素を、理論的に整理する必要がある。

ケアの本質を説明するために整理された概念の枠組みとして、生活行為に基づくケアの概念モデル「ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル」を取り上げる。この看護モデルは、1960年代にイギリスで生まれ、包括的かつ実用的な看護理論として、現在ではヨーロッパ、アフリカ、南アメリカ、アジアで使用されている。わが国でも、生活行動援助は「療養上の世話」として「診療の補助」と並び、二大看護業務のひとつに位置づけられ、F. ナイチンゲールやV. ヘンダーソンの流れを汲んだ援助論が展開されてきた。しかし、医療技術の高度化の影響を受けて、必ずしもその価値づけがきちんとな行なわれているとはいえない。そこで日本において紹介されたこのモデルは、2006年に翻訳され『ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル—生活行為に基づくイギリスの看護』¹⁰⁾ や『ローパー・ローガン・ティアニー看護モデルの展開』¹¹⁾ という書名で、現在では看護系大学のテキストとしても、徐々に活用され始めている。「個体レベルの生活行動の援助」モデルという点で、生活という個々の営みをできるだけ健康的に日常生活を損なわず維持する援助として看護独自の専門性という考え方もあろう。しかし、これからの日本における介護は、健康面にも十分配慮した援助技術が必要となることを鑑みれば、「看護」モデルであっても大いに活用する価値があると考えられる。

このモデルで使用された関連する5つの主要概念は次のとおりである¹²⁾。大切なことは、これらの概念は相互に関連しあっていることである。

- 生活行為 (Activities of Living)
- ライフスパン (Lifespan)
- 依存・自立の連続性 (Dependence / independence continuum)
- 生活行為への影響要素

表1 リビングモデル

《生活行為》 安全な環境を維持する コミュニケーティング 呼吸する 食べる・飲む 排泄する 清潔と身支度する 体温を調節する 動作する 働く・遊ぶ 性を表現する 眠る 死にゆく
--

2) 生活行為

このリビングモデルには概念の中心となる「生活行為」がある。このモデルがより実用的に機能するために、生活行為全般から抽出された「12の生活行為」がまとめられている。ここで12番目にあげられている生活行為が「死にゆくこと」である。死にゆくことは生きることの最後の行為である。高齢者にとっての死は、ライフスパン（一生涯の概念）のステージの中では老年期にあたり、依存・自立の連続体においては、自立と依存の間を行き来しながら徐々に依存度が高くなっていくことになる。

3) 生活行為のひとつである「死にゆく」こと

誕生したからには「死」はいずれ訪れる。どのような生物にとってもこの事実は自然の摂理であるが、日常生活の中では自らのこととして、現実的に捉えることは困難なことが多い。「ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル」では「死にゆく生活行為」について、以下のように説明している¹³⁾。

死にゆくことは生きることの最後の行為である。多くの人にとって、尊厳を失うことなく、老いてから自然に、突如として亡くなるのが「大往生」であろう。にもかかわらず死は、長引く痛みと困難を伴う終末期の病気のあとにくることが多い。

つまり、老衰による、生物としての自然な死が望ま

しいが、そうでない場合においても生活行為は死のそのときまで、また残された人々にとってはその死後も生活行為が続くことを意味している。

4) 高齢者のリビングモデル

一生涯という「ライフスパン」のなかの最終ステージである老年期において、死に向かって心身機能が低下している状態では、「生活行為と依存・自立の連続性」との関連は大きく変化してくる¹⁴⁾。

成人期には自立していた生活行為は、老年期になるにつれ、さらに死にゆく看取りのステージにおいて、他者への依存の必要度が増すことは必至である。しかしながら、適切な援助を得ることで、依存から自立へと変わることができる場合があることを見逃してはならない。ホリスティックな視点をもって見れば、老年期は衰退の一途をたどるわけではなく、死のそのときまで自立の可能性はある。これが連続性の意味するところである。

生活行為の実践において、各人の個性の一部は「ライフスパン」のステージや「自立・依存」の度合いによって決定されるが、さらに「生物的、心理的、社会文化的、環境的、政治経済的」要素の影響によっても形づくられる。これらの構成概念が互いに影響しあい、構成概念間の複雑な相互作用が生じた結果が「生活の個性」である。長い人生を生き抜いてきた高齢者にとっては、その背景によって個性が増強されることは言うまでもない。そのため、高齢者のケアに関しては、構成概念のなかでも、「生活の個性」に注目したケアが必要となる¹⁵⁾。

5) 生活のなかにあるスピリチュアリティ

生活の個性に影響を与える構成要素は、《生物的、心理的、社会文化的、環境的、政治経済的》である。高齢者施設での生活においては、とりわけ社会文化的、環境的要素を意識した生活環境が工夫されている。「社会文化的」という用語は、スピリチュアル・宗教的・倫理的な生活の側面を含む。しかし、文化の反映である生活の側面でありながらしばしば見落とされるのは「スピリチュアリティ」である。窪寺は「スピリチュアリティの3つの特徴」を次のように述べている¹⁶⁾。

- ① スピリチュアリティの本質は、どこから風が吹いてくるか分からない神秘性と、人間の力を超えて力を持つ超越性である。

- ② スピリチュアリティの機能としては「癒し」がある。人間存在の本来の在り方を回復する機能である。

- ③ スピリチュアリティはすべての人に備わった機能で、危機に直面しても「人間らしく、また自分らしく」生きることができるようになるように機能する防衛機制である。

さらに、「認知症が進むと、その人のスピリチュアケアは言語的、論理性を中心にしたものより、むしろ身体性や感覚に訴えるものが必要となる」と述べている。認知症のために記憶障害や見当識障害や実行機能障害を持ったとしても、人間としての感情はしっかりと存在し、その感性はますます研ぎ澄まされるといわれる。

役割機能の遂行が生活の中心になる成人期の人のスピリチュアルペインは、死に直面することで生ずる自己の存在価値や生きる意味について、模索するために起こる苦悩である。予期せぬ事態に陥り、予定していた将来を失うことへの苦悩である。しかし、老年期に入り、多くの役割を果たし終えた高齢者は、将来をどこに見据えているのかというと、それはやがて訪れる「死」についてではないだろうか。そのときこそがスピリチュアリティに覚醒する時期であり、それぞれのスピリチュアリティに寄り添った穏やかな時間を過ごすことができるようなケアが重要になる。

窪寺は、スピリチュアリティの種類を4つに分類し、具体的例、一般的特徴・機能、スピリチュアルな機能について述べている。4つの分類とは、自然的スピリチュアリティ、文化的スピリチュアリティ、民族的スピリチュアリティ、宗教的スピリチュアリティである。例えば、表2に示した「自然的スピリチュアリティ」は次のように解釈できる。

風のさわやかさや陽の光にぬくもりを感じ、昆虫や魚などの生き物、犬や猫といった動物に親しむことで心が温かくなる。草花の美しさ、樹木の緑や紅葉に和んだり、空飛ぶ鳥や流れる雲を眺めたり、海や山、川の景色を楽しむことで、心身の心地よさが得られる。また、幼少時代の暮らし、ふるさとが想起され、深層にあった感性が呼び覚まされる。自然が醸し出す命の躍動と永遠が、その人の命に共鳴し、安心と不滅性を感じとることで癒しが得られる。さらに、四季の移り変わりを体感することで、人生の無常をも悟ることができる。

この分類手法に注目しながら、特別養護老人ホー

表2 4つのスピリチュアリティとその機能¹⁷⁾

種類	例	特徴・機能	スピリチュアルな機能
自然的 スピリチュアリティ	山・海・川・空・山・草木・ 生き物・風・光・気温・景色	音やぬくもりなどに対する 感覚の活性化、身体的心地 よさ	癒し・いのちの根源・いの ちの輪廻・いのちの不滅
文化的 スピリチュアリティ	小説・絵画・音楽・彫刻・ 建築物	視覚、聴覚を使う 古い記憶を甦らせる・崇高 性	癒し・神秘性・永遠性・究 極性・超越性
民族的 スピリチュアリティ	故郷の風景・風習・民芸品・ 織物・焼き物・祭・行事・ 生活に馴染んだもの	古い記憶を甦らせる・心の ふるさとに出会う・心の古 層に触れる	癒し・自己回復・安心・自 分の居場所・自己アイデン ティティ
宗教的 スピリチュアリティ	キリスト教・仏教・神道な ど、聖典、仏典、仏教芸術 (十字架・マリア像・仏像)・ 祈祷	宗教的な崇高さ 寛容性	癒し・救い・絶対的受容・ 未来への希望

ムから緩和ケア病棟に転院して最期を迎えた高齢者の事例をもとに、看取りまでの生活に見られたスピリチュアリティの様相を検討したい。

3. 高齢者のスピリチュアリティ

～自分らしさを貫いたN氏の事例より～

事例は、特別養護老人ホーム「A苑」に入所中に末期がんと診断され、緩和ケア病棟に入院し、ホスピスケアを受けながら最期を迎えたN氏（男性、83歳）の、入院前の生活から最期にいたるものである。N氏は、筆者が緩和ケア病棟で看護師をしていたときに担当していた入院患者である。

入所前から入院までの経過については施設の職員にインタビューを行ない、生活の様子をまとめた。また、入所者の日頃の生活状況や施設の取り組みについても、数回にわたり取材を行なった。

研究に関する倫理的配慮としては、N氏のご家族に文書で研究の主旨を説明し、研究協力の同意書を交わしている。緩和ケア病棟のカルテ開示に関しては、病院長より文書で許可を得ている。また、N氏が入院前に入所していた特別養護老人ホームA苑の施設長にも研究の主旨を説明し、取材の許可を得ている。

1) N氏の緩和ケア病棟での入院生活

緩和ケア病棟でのA氏は、入院環境になかなか馴染めない様子であった。入院直後より一見わがままとも受け取れるような、さまざまな要求があった。なかでも、病院敷地のすぐ隣にある不動堂への参詣は、屋外に出ることで、風や日ざし、樹木、草花という自然環境に触れる楽しみも得られたため、連日の希望であった。その日の担当看護師ができる限り時間を

作り、30分ほど車イスでの散歩を実施した。カルテの記載から不動堂への散歩の援助は合計77回に及び、N氏にとっては大切な日課であった。また、院内の売店へ買い物に行くことや、深夜まで起きて紙細工に没頭するなど、生活の楽しみ、生きがいがすでに確立された独自のライフスタイルがあった。制約が多い病院の環境下においては、本人の希望が通らない場合もあったが、QOLを考慮した全人的ケアを看護目標に、がん末期症状の緩和がなされた。そして、スタッフたちとの暖かい心の交流をもちながら生活を楽しみ、穏やかな最期を迎えることができた。ホスピス・緩和ケア病棟での入院期間は通常、数日から数週間といわれているが、N氏は7か月間に及ぶ入院であった。

2) N氏が施設から緩和ケア病棟に入院した背景

終末期になっても病院に転院することなく、慣れ親しんだ高齢者施設での看取りができることが望ましい。N氏の事例をもとに、施設での看取りを可能にする要因を探求するため、Aホームの職員で、N氏の入所以前からの様子に詳しい社会福祉士で生活指導員のM氏に、施設入所の理由、施設から緩和ケア病棟への入院理由についてインタビューを行なった。その結果得られた内容は次のとおりである。

N氏の入所以前の生活は、認知症が進んだ妻との二人暮らしだった。デイサービスの送迎に職員が訪れたその住まいは、あまりの荒れように靴を脱いで上がることができない状態だった。そのような環境が影響してか、呼吸器疾患が悪化し、在宅酸素療法を導入していた。デイサービスを受けても自宅に帰れば結局、劣悪な環境に戻るようになってしま

ということで、本人の希望もあり、認知症の妻とは別々の施設への入所となった。

入所後は不思議なほど体調が改善して酸素療法は不要となり、その後は平穏な生活を7年間送った。しかし血尿と排尿困難の症状から膀胱がんの末期であることが判明し、近隣の総合病院に入院することになったが、病院環境にどうしても馴染めず、勝手に病院を抜け出しては施設に戻ってしまうということを、3回も繰り返した。退院しても施設での医療処置が困難なため、入院環境が施設に最も近いという理由で、緩和ケア病棟のあるA病院に転院することになった。本人にはがん末期であることは告知せず、施設と同じような環境の病院に行けるから、という説得を行なった。

このインタビューによって、入院までの経過や暮らしぶりが明らかになった。その内容から、N氏独特の緩和ケア病棟での入院生活のあり方は、施設での7年間の生活の延長線上にあったものと考えられる。特別養護老人ホームA苑における、高齢者のスピリチュアリティに触れる癒しの環境は、N氏の入院生活に大きな影響を与えたことが窺える。その癒しある生活状況におけるスピリチュアルな機能は、以下の表3のように窪寺氏が提案している内容に分類することができる。

3) 死生観と施設の宗教的環境

ここで、前述の4つのスピリチュアリティの中でも「宗教的スピリチュアリティ」について取り上げて検討したい。特別養護老人ホームA苑では、彼岸の法要を例年の行事として企画し、亡くなった利用者の供

養を利用者や職員の参加のもとで行なっている。その模様取材した際に目にしたのは、認知症の進んだ利用者も含め、ほとんどの参加者が姿勢を正し神妙な表情で、招かれた浄土真宗の僧侶の法話に耳を傾けるといふ、平素には見られない情景であった。その場と同席して高齢者を見守る介護職員は、利用者の思いに共感し、同じ霊的な雰囲気浸っているように見受けられた。そこには、四季折々の楽しみを味わうという季節の行事の目的をさらに超えて、死を意識したスピリチュアルケアが存在しているように思われる。

N氏の入所していたA苑は古い住宅街にあり、地域コミュニティのなかに自然に溶け込んでいる。町内会の人たちが共同で開催する盆踊りの情景からは、A苑が地域に根ざした施設であることがうかがえる。門前町として400年以上の歴史をもつ古い商店街に位置しており、窓からは施設の両隣に建つ寺院の山門や建物が目に入り、裏手には神社の鳥居も存在するという宗教的な環境の中にA苑は位置している。

施設内には高さ2メートルはあるとみられる立派な阿弥陀如来像があり、そこでは施設設立当時より、月に2回、「ビハーラの会」といわれるボランティア活動が欠かすことなく続けられている。ビハーラ僧による読経と法話がなされ、車いすで参加する利用者は50名にも及ぶ。横たわったままの利用者も参加できるよう、介護職員が移動の援助を行っている。ビハーラ僧の言葉によれば、集うどの人にも穏やかな表情が見られ、時には驚くような蘊蓄ある言葉も聞かれる。その人その人の奥深い部分にある霊性や感性が呼び覚まされるのではないかと感じられる。このような宗教活動は施設に入所している利用者からの要望が強くあるために長く続いている面が大きい。A苑以外の

表3 N氏のスピリチュアリティ

種類	スピリチュアルな機能
自然的 スピリチュアリティ	《自然の風景、植物に親しむ：心身の心地よさによる癒し》 外が好きで、気ままに中庭に出て草花を見て楽しむのが日課だった。花が大好きで花の写真を自分でアルバムにしていた。
文化的 スピリチュアリティ	《作品の創造：好きなことに没頭する時間が与える癒し》 靴職人としての手の器用さを生かした風車やクスだまの紙細工が得意だった。夜中までその作業が続くので早く休むように注意しても聞く耳を持たなかった。 作品は、施設の行事に参加した幼稚園児にプレゼントして喜ばれていた。
民族的 スピリチュアリティ	《盆踊り、季節の行事への参加：心の古層に触れる楽しさによる癒し》 夏祭りや節句の行事には喜んで参加し、とても楽しんでいる様子だった。
宗教的 スピリチュアリティ	《施設の阿弥陀如来像、ビハーラの会、神社仏閣のある門前町：宗教的環境のなかに存在しているという安らぎ》 阿弥陀如来像に毎日合掌していた。ビハーラの会には毎回参加していた。施設周辺には古い神社仏閣がある。その門前町の中に敷地がある環境での暮らしだった。

施設での活動中にも同様の情景が見られる。病院での宗教活動は制約されても、施設では、逆に歓迎されることが多いとのことであった。

4. 施設での看取りを可能にする要因

特別養護老人ホームA苑において施設職員にインタビューするうちに、その口述内容から、施設での看取りの現状が浮き彫りになった。施設での看取りができない要因は2つあった。その要因とは、「介護職員の看取りに対する意識」と「医療との連携」である。

1) 看取りに伴う介護職員の不安感

「介護職員の看取りに対する意識」の持ち方については次のような内容の発言があった。

人が死ぬということは、怖いことだと思う。その怖さの理由は、人間としてごく普通に抱いている「死」に対する恐れです。できれば、その場が自分の勤務の時であってほしくないというのは正直な思いです。でも、それとは別に、職業人としての不安というものがあります。

第一に、人が死ぬ時にはどんな様子になり、そのとき自分はどう対処すればよいかという知識や体験がないことへの不安です。「死」についての基本的な教育を受けていない介護職員が看取りをすることは、大きな問題です。

第二には家族ケアについての不安です。死に直面した家族の気持ちはとても揺れます。容態に対する処置の方法について家族や親戚の人から苦情や不満が出た場合、その場で適切に対処できるかといったら、とても自信がない。対応の内容次第では後々大きな問題になることもある。そういった渦中に入ることへの不安があります。

家族に、本当にこれでいいのかという迷いが生じたときには、人間が死ぬ直前には誰もがこのような容態になっていくものであり、静かに見守っていくことが必要であるという説得力のある説明を介護職員が行うことが不可欠となる。そのうえで、家族が病院に搬送してほしいという希望を出すならば、すみやかに手続きをとる態勢が取ればよいのである。そういった状況に対処するには「死」についての基礎教育や看取りの体験学習が介護職員の側に必要である。

さらに最も大きな要因である「医療との連携」については以下のように述べられた。

看取りを可能にするための条件には24時間の看護体制を敷く必要があるが、施設の方針や職員の意識が看取りを引き受けるというところにまでに高まっていない。それは、施設に程近い場所に嘱託の医師が勤務する総合病院が控えており、医療処置が必要な場合、死が間近になった場合はすみやかに搬送される仕組みになっているという理由もある。看取りには医療、看護との綿密な連携体制が必要であるが、定期的に診察に訪れる医師の顔ぶれは半年ごとに変わり、継続して利用者を診ているわけではないため、かかりつけ医としては機能していない。

状況に応じて医師に適切な指示を仰ぐことができれば、介護職員は利用者の容態変化に対して処置の方法が分かり、看取りに対する不安は軽減する。家族への対応についても何か問題が起こったらどう責任をとればよいのか、という気持ちが先立つことも少なくなる。このように、利用者との最期を穏やかな気持ちで共に過ごすというような看取りを実現させるためには、ソーシャルワーカー、介護職員、看護師それぞれの役割確認がなされ、連携が取れていることが条件になることは言うまでもない。看取りが職員個人の負担にならないような意識の持ち方、体制が整うことが重要な条件となる。

2) 介護における死生観

高齢者は誰もが死に対する漠然とした不安を抱えている。一方では施設の介護職員が「人間としての死に対する恐れ」を持っている。しかし、「死にゆくこと」は人としてごく自然な生活行為である。目の前の「死」を恐れ遠ざけるのではなく、最後のときまで共に居るといった関係性が保てる「死」が認識できるためには、どのような方策が必要であろうか。

相良亨の著書『日本人の心』¹⁸⁾の「生と死」についての一文をあげると、「人間関係を重視する傾向の強い日本人にとって、死は個的な生命の終焉とともに、人間関係の別離としてとらえられている。一般的な日本人の死の感覚はこの両面の重なりの中にあるであろう。それらは無常観というより無常感の詠嘆をもって受け止められてくる。それは恐怖であるよりは悲しみである。」と述べている。

介護職員の死に対する恐れは、生物学的に人が死んでいくことに対する未知の部分での恐れとともに、相良が述べているような、長期にわたり親しく関わりをもった高齢者との「別離への悲しみ」を恐れているの

ではないであろうか。

しかし、相良は「かつて万葉集の時代には死は安らぎであったものが、仏教によって死後の極楽と地獄という概念が生じたことで、死後の苦しみを考えさせることになり、それは日本人の心を複雑かつ豊かなものにした。やがて阿弥陀仏の絶対的慈悲の教えはあらためて死を安らかなものとして日本人に受け止めさせるようになったと思われる」と述べている。また「魂のゆくえ」について述べた章では「死は大いなるものに帰る安らぎであって、日本人にとって、基本的には、死は安らかな世界である」と述べている。

浄土真宗のピハール僧による読経の際には、その周辺には霊的で静かな空気が流れ、宗派が異なる高齢者であっても手を合わせ、穏やかな表情でその場に参加できているのは、死への安らぎが信じられる時間が得られているからではないだろうか。

高齢者施設では、介護職員がどのような死生観をもっているかによって、看取りに対する姿勢が大きく異なってくると考えられる。人が死ぬということはどういうことなのか、死後の世界はあるのだろうか、といった人間としての根源的な問いかけができるか否かで、入所している利用者の死に対する受け止め方は変わってくると思われる。ただし、実際には日々の業務に追われる介護職員にとって、この人間としての根源的な問いに答えられるような、死生観に関する現任教育がなされる機会はきわめて少ない。

しかしながら、講習会などで学ぶ機会を待つまでもなく、日々の介護実践のなかで、その学びが得られる機会は豊富にあると思われる。生活の場である高齢者の施設では、宗教的な行事や習慣を大切にしているところが多い。

日本人は宗教的な意識が希薄であると思われがちであるが、正月や盆、お彼岸の風習に見られるとおり、実は、私たちの日常に祖霊信仰はごく自然に受け入れられている。^{19) 20)} また、神社仏閣への参詣は病氣平癒、心願成就といった現世利益や、死後の極楽浄土を求める高齢者の多くが好んで行なうものとして広く理解されている。このような先祖の霊に感謝し、大いなるものへの畏敬の念を持つ慣わしは、生活のなかにごく自然に染み込んでいるがために、どうしても季節の行事としての意識にとどまりがちである。

死生観に最も大きな影響を与えるものの一つが、宗教的な要素であるとするれば、このような環境下で介護を行なう職員が、少なからず死生観への影響を受けることは間違いない。

3) 施設におけるスピリチュアルケア

N氏が入所していた施設では、体制的な問題を抱えながらも、看取りの時期までの生活を支える介護は日々淡々と行なわれていた。高齢者にとっての日常は「死にゆくこと」に少しずつ近づく毎日である。その最期のときに向かう生活を支えるケアこそが、すでにターミナルケアである。高齢者の楽しみ、心の安らぎが得られるような日常の介護こそが、暖かくもてなす意の「ホスピスケア」であり、身体のみならず、心理的にも社会的にもスピリチュアルな面にも目を向けた「ホリスティックケア（全人的ケア）」といえるのではないだろうか。

N氏が緩和ケア病棟に入院中に、特に好んだ不動堂への参詣は、スタッフの間でも「日課」として暗黙の了解になるほど、生活上、重要な位置づけにあった。不動堂への車いすでの散歩の途中、「数珠が欲しいです」「子どもの頃、自分の守り神はお不動さんだと言われたことがあります」という宗教的スピリチュアリティに関連する発言があった。「年をとってから、こんないいことがあるなんて本当に幸せです」「とても気持ちがいいです」「ありがとう、ありがとう」という感謝の言葉が聞かれ、その日課さえ済ませれば、がん末期で体調不良であっても、穏やかに満足げな表情で一日を送ることができた。

このように、N氏が楽しみを味わいながら終末期を過ごせたのは、感性や靈性に合致した日本的なスピリチュアルケアが、施設入所当時から長年に渡り蓄積されたことの効果であったと評価できる。

5. 高齢者施設での看取りの可能性

介護福祉をめぐる問題の背景には、政治、経済、社会情勢などが複雑に混在し、解決困難感を抱きがちである。しかし、日々の介護ケアのあり方に目を向けたとき、その問題解決のためには、人間の生活の根本的な部分をどう支えていくかという考え方を抜きにしては語れない。施設での本来の看取りとは、人々の生活をどう見つめるかという思想が基盤にあって、そのうえで成り立っていくものである。制度として高齢者施設での看取りが可能になっても、そこでケアに携わる者がマニュアルのチェック項目をこなすだけの業務になるのであれば、それは決して本来の看取りとは言えない²¹⁾。

終の棲み家としての役割機能が果たされるための条件は、緩和ケアを実践できる専門家との連携にあり、その専門家とは医療者ばかりではなく、ホリス

ティックケアのために活動する多職種の人々である。また、高齢者の生活に深く関わる介護福祉士には、ホリスティックケアの具体的な方法についてはもちろんのこと、その基盤となる死生観の教育が系統的に行なわれ、利用者の死生観に配慮する態度が養われる必要がある。

施設における年中行事など、祖霊信仰を基盤とする行事を施設で行うことは、高齢者に「死に際しての安らぎ」を与えるスピリチュアルケアそのものであると思われる。それゆえ、行事の企画運営を、生活機能を高めるための「参加」「活動」を促す方策と捉えるだけでなく、高齢者の心の拠り所となる「癒し」を創出するものとする視点が必要である。

終わりに

緩和ケア病棟でのN氏との出会いから数年を経て、あらためてN氏の入院前の生活をたどることになったのは、緩和ケア病棟と高齢者施設の理念や環境がたいへん似ていることに気付いたことがきっかけであった。両者とも「生活を支えるケア」が基本方針になっていたが、病院に転院することなく、住み慣れた施設で緩和ケアを受けながら最期を迎えることができたなら、それが本来の看取りではなかったかと考え、そのためには何が必要だったのかということを探ってみた。

人生の最期を迎える環境としては、多くの人々が自宅を望みながら病院や施設での最期を迎えている。在宅での看取りを可能にするためには医療福祉の専門家ばかりではなく、コミュニティで支えるような連携機能をもつ組織作りが必要であり、現在ではそのための取り組みが、在宅支援診療所やがん連携拠点病院などを中心に急速に進められている。一方、高齢者施設でも看取りが可能になるよう、看取りケアの実践が進められている。

しかし、単に死亡場所が病院から施設に移ったということにならないように、高齢者施設ならではの実現できるホリスティックな視点での、日本人の心の拠り所に目を向けた癒しのケアが進められることが望まれる。²²⁾

この研究にご協力いただきました特別養護老人ホームA苑の職員の方々、A病院緩和ケア病棟の方々、そして亡きN氏に心から感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 性・年齢階級別にみた死亡数・死亡率（人口10万対）の年次推移：厚生労働省ホームページ 平成19年人口動態統計年報 主要統計表（最新データ、年次推移）
- 2) 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移：厚生労働省ホームページ 平成19年人口動態統計 年報 主要統計表（最新データ、年次推移）
- 3) バーバラ・M・ドッシー、他：ホリスティック・ナーシング 全人的癒しへのアプローチ、エルゼビアジャパン、2006
- 4) 特養ホームを良くする市民の会「食事・ターミナルケアの実態調査報告」2006年5月調査より
- 5) 柏木哲夫・藤腹明子 編著：系統看護学講座 別巻10 ターミナルケア、30-31、医学書院、2006
- 6) 平原佐斗司：老いの時代の緩和ケア—どう捉え、どう実践するか—在宅における高齢者諸症状への緩和ケア、緩和ケア、Vol.18 No. 3 May, 191-194、青海社、2008
- 7) 恒藤暁・内布敦子 編著：系統看護学講座 別巻10 緩和ケア、2-11、医学書院、2007
- 8) 重度化対応加算の算定要件 入所者の基準内容：厚生労働省老健局計画資料から引用
- 9) 櫻井紀子：ターミナルケアをいかに実践すべきか、月刊福祉、2008、3 12-20 全社協
- 10) ナンシー・ローパー ウィニフィレッド・ローガン アリソン・J・ティアニー 久間圭子 訳：ローパー・ローガン・ティアニー看護モデル 生活行為に基づくイギリスの看護、日本看護協会出版会、2006
- 11) 川島みどり監訳：ローパー・ローガン・ティアニーによる生活行動看護モデルの展開、エルゼビアジャパン、2006
- 12) 前掲書10) 23-24、リビングモデル：5つの主要概念の構成
- 13) 前掲書10) 58-62 リビングモデル：12の生活行為、死にゆくこと
- 14) 前掲書10) 62-65 リビングモデル：主要概念、ライフスパン
- 15) 前掲書10) 65-71 リビングモデル：主要概念、依存・自立の連続体・生活行為への影響要素
- 16) 窪寺俊之：スピリチュアルケア学概説、16、「スピリチュアリティの理解」より、三輪書店、2008
- 17) 窪寺俊之：老いの時代の緩和ケア—どう捉え、どう実践するか—後期高齢者への緩和ケア—困難な点と対応ポイント—スピリチュアルな側面から、緩和ケア Vol.18 No. 3 May, 209-211、青海社、2008
- 18) 相良享：日本人の心、185-192、東京大学出版会、1996

- 19) 広井良典:死生観を問い直す, 151-152, 第4の旅 「俗なる時間と聖なる時間, -宗教と死生観, 死生観と時間」より, ちくま新書, 2001
- 20) 古東哲明: 他界からのまなざし 臨生の思想, 12-14 第一章「他界の近さ 日本人の他界観」より, 講談社, 2005
- 21) 甘利てる代: 介護施設で看取るといふこと, 129-152, 第三章「死を受け入れるということ」より, 三一書房, 2007
- 22) 柏木哲夫: いのちに寄り添う ホスピス緩和ケアの実際, 174-175, 第三章「患者さん中心のホスピス・緩和ケアの実際-ホスピスは地域に根ざしてこそ意味がある」より, KKベストセラーズ, 2008