

障害の評価と訓練、ソーシャルワーカーによる在宅生活に向けた社会資源の利用計画など、専門職が情報の交換や討議を行いながらリハビリテーションを進めていくのが標準的なやり方であり、典型的なチームアプローチである。高齢者医療はチーム医療という側面をもっている。しかしながら、多職種の一員としてチーム医療にかかわる専門職には二つの困難があるように思われる。一つは、毎日繰り返される変化も反応も乏しい仕事を通して得られる手応えの少なさである。もう一つは、他の専門職メンバーと情報の要点を抽出して決定を共有していくことの難しさである。

たとえば医師の場合で考えてみると、外科医であれば自分を中心に医療が行われていくので、医療実践の決断もその結果に対する責任も手応えとして直接返ってくる。チーム医療の中では、病状が急に変化したり偶発的な事故が起こったりしない限り、担当医としての役割は全体的ではなく限定的である。ここに落とし穴がある。限定的であることは重要性が低いことを意味しているわけではなく、また、1人の人間の生活の中で一専門職が全体をコントロールする役割を果たすことなどそもそもありえないのであるが、医師にとって自分の行っていることへの手応えを感じにくいことは仕事への意欲を保つ上で大きな壁となる。そして、一専門職として自分が抽出した情報は、ある高齢者の生活維持にとって重要かもしれないし、そうでないかもしれない。他の専門職との調整力も問われる。特に、高齢者が在宅生活を送っている場合、医療的対応は最低限必要なものだけに絞り込むほうが好ましい。事実、在宅医療では自分の役割を限定的にとらえている医師が多いように思われる。そのような傾向がチーム医療と結びついていくかどうかは課題であろう。

④ 排除による公平性の確保

医療と福祉はどちらも公平性を重視している。公平性の考え方は時代背景によって変わるような相対的なものであると思われる。そのため基となる考え方が変わると基準や仕組みも変わることがあるだろう。たとえば、特別養護老人ホームに入所申し込みをしてから実際の入所までには、通常、何年間かの待機期間がある。当初は申し込み順に入所が決定されていた。しかしながら、順番取りのため早く申し込みをするといった実情とはかけ離れた弊害が見られ、申

し込みの順番のみを優先するのは好ましくないという判断から、要介護度や認知症の重症度、介護サービスの利用状況、介護者の有無や年齢・健康状態などを考慮して順位を決定するようになっていく。医療においても、Evidence-Based Medicine (EBM: 証拠に基づく医療) のように、治療方法別の治癒率や患者の特性差から生まれる有効性の違いといった客観的証拠を患者に示し、患者自身による選択を促すという流れがある。これも医療側と患者側のもっている医療情報量の落差を埋めようとする公平性追求の一つといえよう。

ところで、あらゆる人々に同一水準の福祉サービスや医療サービスを提供しようという公平性の観点からすると、現在導入されている後期高齢者(長寿)医療制度は年齢によって医療制度の中身を変えようという不公平制度であり、年齢差別ではないかとの指摘がある。しかしながら、前述したように高齢者自身はこの制度を概ね支持しているばかりでなく、若中年者層・前期高齢者層を年齢によって排除することによって後期高齢者に合った仕組みをつくることは公平なやり方であると思う。慢性疾患を中心とする、あるいは、慢性疾患の影響を勘案することが本人にとって大きなメリットとなるので、そのような特性を示さない年齢層の人々とは異なる制度設計が好ましいのである。小児科や産科では対象患者の特性が一般とは大きく異なることを踏まえて医療が行われているように、後期高齢者の特性に基づいて総合機能評価を実施し医療の焦点を決めていくことは、年齢を不問にして平等に同一医療制度を適応させるよりも公平性を確保できると考える。そのように基準を改めるほうがより大きな医療の恩恵を受けられるのである。現在の臓器別専門医制度の下では、それぞれの医師の専門領域の疾患がそれぞれ個別に評価されて方針が立てられ、望んでもいない結果を生んでしまうかもしれない。医療における公平性とは、同じ医療の器を使うことではなく、個々人に合った医療の器が使えるようにすることである。

- 1) 露木まさひろ (2009) どこにある！在宅療養支援診療所…どこにいる！総合医…『シニア・コミュニティ』60, pp. 4-12
- 2) Roberts, H., Khee, T. S. & I. Philip (1994) Setting priorities for measures of performance for geriatric medical services. *Age Ageing*, 23(2), pp. 154-157
- 3) 日本医療政策機構 (2009) 日本の医療に関する2009年世論調査

<http://www.healthpolicy-institute.org/ja/>

- 4) 高橋龍太郎 (2008) 高齢者ケアと高齢者総合機能評価 (CGA), 佐藤智福集代表「明日の在宅医療 4 高齢者ケアと在宅医療」中央法規出版, pp. 113-136
- 5) 並河正晃 (2002) 「高齢者ケアを科学する—いま, なぜ腹臥位療法なのか—」医学書院
- 6) アンドルー・ロマーノ (2009) 甘く切ないポラロイドの誘惑—写真 デジタルカメラ全盛のなか, 郷愁をそそるポラロイド風スタイルが人気—, 『Newsweek 日本版』 24 (33), pp. 54-55
- 7) Michel, J-P, Huber, P. & A. J. Cruz-Jentoft (2008) Europe-Wide Survey of Teaching in Geriatric Medicine, *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), pp. 1536-1542
- 8) 高橋龍太郎ほか (2008) 「老人保健施設, 療養病床の運営」に関する調査報告書 東京都老人総合研究所・日本老年医学会高齢者介護システム検討委員会
- 9) 並河 (2002) 前掲
- 10) 東京都養育院編 (1974) 「養育院百年史」東京都
- 11) 小笠原登 (1934) 「癡の看護学」。これは正式の出版物ではなく, 手書き, ガリ版刷りで作られたものである。不二出版が出した『近現代日本ハンセン病問題資料集成 戦前編 第3巻』(藤野豊桓, 2002) にその複写が蒐集されている。

第4章

高齢社会と制度

馬場 純子

1 高齢化する社会

本章では, わが国の高齢社会の現状を概観した上で, 高齢者の生活にかかわる諸制度について, 近年一般社会においても関心が高く議論の対象となっている介護をめぐる問題への対応策として介護保険制度を中心に解説し, 年齢を問わずこれから的高齢社会をどう生きるか, 福祉とは何かについて考えを深めることを目的とする。

▶ 高齢者への対応と国の行方

「その国の高齢者の姿を見れば, その国の文化の程度がわかる」

これは, イギリスの名宰相といわれたサー・ウィンストン・チャーチルの言葉である。また, フランスの作家であり哲学者でもあるシモーヌ・ド・ボワヴォワールはその著書「老い」の中で次のように述べている。

「……その国のある社会は, 老人をどう扱うかによって, その社会の原理と目的の——しばしば注意深く隠蔽された——真実の姿を赤裸々に露呈するのだ。……」

「現役でなくなった構成員をどう処遇するかによって, 社会はその真の相貌をさらけ出す」

ともに, 20世紀に入ってすでに高齢化社会となっていた国を代表する人の言葉であるが, その国の高齢者の姿や対応を見れば, その国が何をめざしているのか, 国のありようがわかるというのである。

May L. Wykle | Sarah H. Guedner

AGING WELL

GERONTOLOGICAL EDUCATION
for Nurses and Other Health Professionals

Aging Well: Gerontological Education for Nurses and Other Health Professionals brings a fresh outlook to gerontological education and promotes the experience of aging as a positive circumstance, and elders as a treasure of society. Discussion centers on the application of research findings to encourage elders to rise above and beyond disability, to help them retain their identity of personhood, and integrate into society in general and their immediate community in particular. Contributors include individuals from the academic gerontological community and clinicians as well as experts from related fields such as social policy and community planning. This comprehensive text contains vital information necessary to caring for elders, including topics such as disease and disabilities associated with aging, to illuminate underlying philosophical tenets and social issues. Each chapter provides a summary of the key points with suggestions on how to apply them on a daily basis.

ALSO AVAILABLE

*Gerontological Nursing:
Competencies for Care,
Second Edition*

Kristen L. Mauk

ISBN: 978-0-7637-5580-5

© 2010

*Handbook of Geriatric Care
Management, Third Edition*

Cathy Jo Cress

ISBN: 978-0-7637-9026-4

© 2012



JONES & BARTLETT
LEARNING

40 Tall Pine Drive | Sudbury, MA | 01776
978-443-5000 | www.jblearning.com

ISBN: 978-0-7637-7937-5



The Need to Have Roots: A Philosophical Discussion

Ryutaro Takahashi

Roots are the essence of life. They are our life line; our connection to Life. Without roots we cannot live. . . . Without roots, we will become lifeless—which is what growing old sometimes looks like. It is essential that we as a society help elders to stay connected to their unique roots, so that they can experience and participate in Life even as they pass away.

—Ryutaro Takahashi, 2010

To Have Roots

As the certainty of death approaches, it is natural for older people to think deeply about and sometimes even dwell on the meaning of life and death. Life and death are not two separate entities opposed to each other, but rather they are closely associated. The title of this chapter was consciously written as “the need for roots,” as discussed by Simone Weil (Weil, 2009). Roots are not only available to people with special experience or those who are in a particular situation; they are available to all people as they lead their normal lives, including the experience of death. The difference is that while people may consciously do something “to have roots,” the ordinary experiences of life and death are also dimensions of the feeling recognized as “having roots.” For elderly people who are exceeding the average life expectancy, the topic here might seem to be an unexpectedly simple and plain discussion. If possible, I hope this essay can capture the variety of experiences that emerge when death is becoming unavoidable.

Insights Revealed While Growing Old

Function Declines

What does “getting old” or “aging” mean? I have come to think that it is a process whereby capacities that living organisms have in common appear gradually. As humans, we are members of the elite community of living creatures that inhabit the earth. Plants, animals, and we humans are all living creatures. Although newborn infants already have the basic abilities recognized as life, the “function” to be a human in society is not yet fully acquired,

and at first newborns appear to have an animal-like existence, without language facility. They will acquire knowledge, skills, and experience from their schooling, and from their employment. They will gradually come to wear the masks and develop the integument recognized as social humans, and it is expected that they will live for decades thereafter.

After entering old age, some will still work, enjoy taking part in society, or plow a field, and a number of them will be active up to 90 or even 100 years of age. However, at each point, they come to notice that the physical and mental functions that sustained their adolescence and midlife do not work in the same way as before. Although human traits such as intelligence or wisdom provide convenient and reliable function for a long time, eventually these traits become less useful in terms of the usual meaning of usefulness. Furthermore, some functions, including perception and motor functions that humans have in common with animals, and mental functions that capture the nature of objects and circumstances, and move the individual to action, become increasingly difficult to perform in old age. For instance, it gradually becomes more difficult to perform delicate operations with hands, and recognizing the nature of objects and ordinary daily situations becomes less clear.

Common Attributes of Life That Are Shared with Plants

What will our lives be like if we exceed average life expectancy? Plantlike functions remain, and will become more prominent as we age. At earlier ages these functions may receive little attention, but as people grow older, a diminished ability to perform these functions may gradually become apparent to both the elders and those around them. Plantlike aspects of our body include those functions associated with life itself, such as respiratory and circulatory functions, nutrition intake, digestion, and excretion. These functions are controlled by the autonomic nervous system, sometimes referred to as the vegetative nervous system. The purpose of this vegetative nervous system is to control the daily activities that sustain life, including excretion after eating, breathing fresh air and circulating blood, and those basic activities essential to living organisms. In old age, as other functions decrease (i.e., some cells degenerate and become extinct), these vegetative functions gradually come to predominate.

An ultimate factor in growing older is the gradual predominance, phase inversion, and manifestation of plantlike functions; the most important thing becomes how well the plantlike function works, or how well the person can live comfortably from the viewpoint of those who assist him or her. Consider a recent television documentary (Nippon Hoso Kyokai, 2006) about the four seasons of giant trees, including some more than 100-year-old beech and *Quercus crispula* that grow deep in the Waga Mountains, located in the secluded district between Akita Prefecture and Iwate Prefecture in the interior forest of Japan. The documentary was filmed by a fixed-point camera. In order to live, these giant trees, each having 200,000 leaves, shed all of their leaves in autumn, so that they can survive through the winter; it is necessary that they "cut off" those leaves that functioned to support their lives. If that is not done before the onset of snowing, branches may be bro-

ken by the weight of accumulated snow. The giant trees also protect themselves by making scab-like knots to prevent bacteria from entering from wounded sites on the branches. Like these giant trees, we humans may also be maintaining the condition of old age and surviving by "defoliating" many of the "functions" that were useful in youthful days.

Comfort or Discomfort Beyond Willingness and Intention

Elders often cannot convey their experience in words. The words may not come out due to dementia, or the person may simply be unable to describe his own declining physical condition coherently. If an elderly person wants to express something (and if a welcoming atmosphere can be created), or if the person can be helped to feel comfortable with us, it is possible that signs of what he really wants to convey will become apparent, giving the observer a chance to understand what the person is trying to express.

A traditional saying among elders in Japan is, "Meals taste great and bowel movement is great, so I am in a good condition." Comfort or discomfort is not what the heart feels or the head thinks; rather, it is a plantlike reaction. It might be said that the aging of humans is such that the vegetative aspects remain after the outer skin fails. This way of thinking was inspired by what was described about humans' vegetative side in the classic *De Anima* by Aristotle, and in *Human Body*, by Shigeo Miki (1997).

The relation between aging and plantlike function hits on what I have been thinking may be the cause of sudden death while bathing that often occurs in elderly people in Japan (Takahashi, Asakawa, & Hamamatsu, 2007). In consideration of why those sudden deaths during bathing occur more often in elderly women, who are less likely to be carelessly bathing, or in elderly who are independent, I reached the conclusion that one of the causes may be related to the fact that the autonomic nervous system, or vegetative nervous system, may become unbalanced by aging and may be easily overtaxed due to weakness (Takahashi, 2005). There is a risk that the gap between activation during the bath procedure and its return to normal after the bath may cause a significant fluctuation in terms of the vegetative functions of daily living. Subsequently, I have thought of other examples in addition to bathing, including mealtime and the physiological event of excretion. Within this context, it seems appropriate to think of the experience of old age as an existence, such as a tree, that has both life and death existing together.

Gerontological Aspects of Medical Care in Japan

Unfamiliarity with Gerontology in Japan

While there are many programs of study in gerontology in universities in Europe and the United States, no faculty or department in universities in Japan offers educational programs in gerontology, except for a few universities that include sessions majoring in gerontology. On the other hand, medical care for the elderly or geriatric gerontology is

recognized as an area in medical science, and some of the faculty of medicine in Japan's universities would like to see geriatric/gerontology and medical care for the elderly become a specialty. However, very few of those universities seem to have been successful in integrating gerontological concepts systematically into the course of training for medical students. In fact, in spite of a rapidly aging society, the number of universities that offer sessions in gerontology is gradually decreasing. Even in European countries, while some schools are increasing the number of gerontology sessions, other schools are rapidly decreasing sessions specific to aging clients (Michel, Huber, & Cruz-Jentoft, 2008). We healthcare professionals who have been engaging in gerontology have a responsibility to correct this situation. Although there are great numbers of physicians and other healthcare professionals who work in geriatric settings or see primarily elderly patients, I doubt that we fully understand how important the gerontological aspect is in providing care for the elderly.

The Basis of Medical Care for the Elderly

One might question how gerontology can emphasize the aspects of human living in a society that is aging. For example, my nursing colleague and I have previously reported about the feelings in regard to the social life of elderly who are living in a nursing home, or how they felt when they experienced urinary incontinence for the first time (Takahashi & Liehr, 2004, 2007). Care is about focusing on elderly people as humans living in a society that values their personal history. Perhaps this point should be the main theme in sociology and anthropology among academic fields. How can this point be actualized in clinical practice? The answer can be seen in what Marjory Warren (Matthews, 1984), a pioneering British doctor, was able to achieve.

The stage was Britain in 1935. In those days, medical care for the elderly was in a similar situation to the previous nursing homes in Japan, which tended to be facilities for the poor, just putting the patients down on the beds and leaving them there for years, until their death. Little aggressive medical intervention was performed; meals and showers or baths were provided, and the patients lingered, some for years, receiving basic care from care workers or nurses. Dr. Warren came to see that it was impossible to maintain the vitality or motivation for life among the elders when they only received monotonous, everyday care. As she visited the patients in the wards every day, she observed them according to the two standards she considered most important. One standard was whether the patients had the ability to be able to control their excretions by themselves, and the other was whether they maintained perception or awareness of their surroundings. From those results, she classified patients into the following categories: (1) those who needed to strengthen their rehabilitation, with a goal of returning to their homes if their condition became better; (2) those who should be helped to find another place to live for a short time, if staying home was not currently possible but might be possible at a later time, and (3) those who would need care for a long time (Matthews, 1984).

Experience in Japan

This way of classifying elderly patients has received widespread adaptation since that time; for instance, examples are seen in Japan in the development of care plans based on the assessment performed when nursing care insurance (long-term care insurance) is available to provide care services for elderly individuals. But 70 years ago this idea of classification was unique, though it was later adapted by others, as seen in the widely accepted method for classifying plants by counting the number of stamen and pistils, which was developed by Swedish naturalist Carl von Linné (Nishimura, 1997). Likewise, the body of science has come to respect classification for its power to explain other concepts (such as aspects of the human condition of becoming old) with a simple principle. Finding a viewpoint from which to understand and classify the "human characteristics" of elderly people with disease and expressing them in a common language that will provide a basis for change is certainly not an easy task. But it is a task we must continue to undertake to improve life for the at-risk elders who reside in our world.

Compared to my previous experience, I realize that understanding this concept is very difficult. In 1994, comprehensive assessment wards that followed the idea of Dr. Warren (it can be thought so now) were established in the Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital (Itabashi ward, Tokyo). Becoming the person in charge there, I began the discussion, "What can we do to improve the ward?" with the other doctors, nurses, and social workers. We engaged in this discussion over and over, but at the time even I could not understand enough; therefore nobody was able to answer this question (Ozawa, Eto, & Takahashi, 1999). Then nursing care insurance began a decade after that. As described earlier, you might say that now everyone in health care knows about the procedure that determines the care plan after the detailed assessment. However, is it true? It remains doubtful whether consensus can be reached that gerontological aspects are of high importance in medical care for the elderly.

Death Certificate of a Man: A Personal Encounter

This story is about an 82-year-old man who happened to visit our outpatient clinic recently, hoping to participate in a rehabilitation program. At the moment he entered my office, I thought I had seen him before. His name was Mr. S, and he noticed me, saying, "Hello doctor, long time no see." He was the vice president of a diabetes patients association which I had been engaged in more than 10 years ago. He is a patient with diabetes, 50 years since onset, and came here to participate in a rehabilitation program, this time due to a weakening of his legs and back since being hospitalized for heart failure a short time ago. He asked to be in the rehabilitation program, and I said, "Let's do it." At the last moment, Mr. S asked me, "By the way, what would you say if I asked you to write down a death certificate that said 'died at home'?" I answered, "Well, I have had a few patients ask for that before, so I will do that for you. Feel free to ask me if you do not have another doctor to ask." Then he murmured, "It is hard to ask Dr. X, who is currently my physician in charge, because he always escapes from my request."

In case of death at home, a different type of procedure documentation is needed from the hospital. One of the requirements is a death certificate, and Mr. S knows it will be troublesome if no doctor can be found who is available or willing to write one. I wondered why he asked me, in spite of the fact that we met for the first time more than 10 years ago. I didn't think he let his guard down because of feelings of nostalgia. He lives with his family at home and in a community, and he has a lot of problems; nevertheless his request cannot be ignored. Among other problems, his heart failure and renal failure are advanced, and if dialysis is started, then the patient eventually dies. I imagine he doesn't want to explain such a complicated private circumstance, when it isn't yet an urgent or imminent matter. He probably trusted me from our previous relationship, and felt comfortable asking the question. However, I feel there may be different reasons for why he had this conversation with me.

Although the conversation sounded "heavy," since the contents are about life and death, Mr. S neither talked about a "heavy" topic as if it was a "light" thing, nor did he consider it as a "light" matter. Therefore, I guess he spoke to me with the understanding that I would neither take it "heavy" nor "light" when I listened to his story. Whether it is heavy or light, since life and death are very close to us, such stories may emerge within our daily lives.

A Trifling Matter and an Important Matter

As a physician, I hear a lot of stories, and many are sensitive in nature. For instance, in speaking with a patient who I have seen for a few years, I learned what kind of inheritance he has and how much it is worth; I heard a tale about a daughter-in-law who does something in secret; and I was touched to learn that a man wanted to start rehabilitation soon, because he was going to help radio gymnastic exercises for the "Kids Circle" during the summer vacation. Certainly, doctors working in hospitals or as local general practitioners (as well as other healthcare providers) must have similar experiences. If there are any differences, their stories range from trifling matters such as table talk to important matters such as death certificates, happening at the same places, and based in their daily lives. Almost all of the stories concerning living in a society are trifling, and most are generally perceived as unimportant to others. It might be difficult to answer when a patient asks permission to buy a manju (Japanese-style bun usually filled with sweet paste) at a mall on the way home from the hospital. However, I don't think of these comments as either heavy or light. Even though it is important to respond when health problems occur, such as when an individual has a pain or feels ill, our patients understand that we are there for more than just pains and illnesses. We are there to hear their other light or heavy thoughts, as well.

I would say that the importance of the gerontological aspects of caregiving means accepting the person's "historical problems" that are scattered in his life and measured not by the general standards of the world, but by the person's own standards, then pointing out directly to the person what a doctor can offer in between the general category and the individual category (realizing that it may be limited). When setting the care plan after

assessment, there is a point that should be a clear priority, which is often referred to as the "nitty gritty." Once that is understood, it is almost always possible to discuss other issues, even when those issues concern life and death, and to understand each other as two human beings who are connected, and who care about each other's well-being.

The Truth Is Not One

One Half of Each of Me

By the way, Mr. S, as described before, continuously spoke as follows: "Improvement of current dialysis and hemodialysis is very fast. I anticipate that the time when I will need dialysis will be 3 years from now, and it would be much more comfortable to receive then, since the dialysis technique will be more advanced in 3 years." Immediately after a serious conversation during which he's been looking for a doctor who can sign his death certificate because he wants to die at home, he anticipates the improvement of dialysis technique over the next 3 years, then at his present age of 82 years, thinks about the chronic renal failure that will likely lead to his death. I thought, at that moment, that this is the point. Although we tend to presume that we know what a person must be thinking, the thoughts of elderly people are always swaying (as are our own), and their range of fluctuation may be wide. But it is important to remember that all of their accounts reveal an aspect of the truth.

We have a somewhat puzzling word, ambiguity, which speaks to this issue of fluctuation. What we do or judge to be is full of ambiguity. It may sway from one extreme to the other. Concerning death, it can happen to anyone. It is important to accept ambiguity as a fact that is continually swaying from "possible" to "likely." Daijiro Hashimoto, former governor of Kochi Prefecture, wrote of *Asahi Shinbun*, "When I felt that the roadwork widening the construction at Shimanto river can be a destruction of nature, rather than needed for the convenience of the roads, I realized that nature oriented is a view of people in urban areas; on the other hand, when I heard a visitor who said Kochi is wonderful, my local way of thinking came to my mind, tempting me to ask the visitor, 'If you love nature, why don't you live here?' I am frequently aware of myself as one half of each of me." (Hashimoto, 1993, p.15)

Opportunism Regarding Death

We have a problem concerning the recruitment of doctors for remote areas, including Iwate Prefecture, where I have worked before. This problem is currently spreading among the local governments. A mayor has said to me, "Any doctors will be okay, anyway." We might say it is really an honest opinion, but it would be impossible to attract a doctor to our area with such a comment. Nevertheless, it is also difficult to hide the real opinion without saying it. The medical specialist system has been widely adopted within the doctor's world. It means that people need both local medical facilities that are available on holidays, and high-level medical organizations for more serious medical problems. Much

of what we think of as morality may actually be opportunism that is strongly influenced by the special interests of those who stand to gain from a specific situation. For instance, if your finger was accidentally amputated by a sharp-edged tool, you would need a medical specialist nearby who can suture your nerves and vessels. If you do not have such a specialist nearby, you will almost certainly think, "Why don't they have such a specialist here?" It is a fact that the view of the problematic issue "collapse of local medicine," which is being widely discussed in Japan, differs from the ordinary person's experience or needs. Rather, Japanese people consider themselves as the exception in most cases. However, it is impossible for people (particularly elders) to accept their increasing potential for death.

All-Aroundness in Old Age

The meaning of most of our "digital information" (or possibly digitalized information) disappears when we become older than the average life expectancy. It is thought that these people are living in the world where the detail of the parts and the whole become nested together as one. Shunsuke Tsurumi wrote, "It is difficult to realize the all-aroundness when getting older. In childhood, it is easily realized. Can you realize it again in the old age?" (Tsurumi, 2007, pp. 10-15) All-aroundness may aspire to the freeness that deals with specifics without being bothered by details. At least a part of the people will be able to accomplish death in all-aroundness. It is important that healthcare professionals make every effort to help each of those under our care to achieve all-aroundness.

References

- Hashimoto, D. (1993, January 8). Opinion. *Asahi Shinbun*, p. 15.
- Matthews, D.A. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32, 253-258.
- Michel, J.P., Huber, P., & Cruz-Jentoft, A.J. (2008). Europe-wide survey of teaching in geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1536-1542.
- Miki, S. (1997). *Human body: Consideration under the biological history*. Tokyo: Ubusuna Shoin.
- Nippon Hoso Kyokai. (2006). [*Giant tree: A mystery of life in Waga mountains*]. Retrieved from <http://www.nhk.or.jp/special/onair/060305.html>
- Nishimura, S. (1997). [*Linne and his apostles*]. Tokyo: Asahi Shinbunsha.
- Ozawa, T., Eto, F., & Takahashi, R. (1999). *Guide for comprehensive geriatric assessment* [Japanese]. Tokyo: Ishiyaku Pub. Inc.
- Takahashi, R. (2005). Prevention of accidental falls by the aged. *Nippon Naika Gakkai Zasshi (Journal of Japanese Society of Internal Medicine)*, 94, 2400-2406.
- Takahashi, R., Asakawa, Y., & Hamamatsu, A. (2007). Deaths during bathing in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1305-1306.
- Takahashi, R., & Liehr, P. (2004). His-story as a dimension of the present. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1594-1595.
- Takahashi, R., & Liehr, P. (2007). Nutritional improvement through an alternative perspective. *Geriatrics and Gerontology International*, 7, 201.
- Tsurumi, S. (2007). Special topics: Tsurumi Syunsuke, talking about poem. *Gendaishi Techo (Modern Poetry Journal)*, 50, 10-12.
- Weil, S. (2009). *The need for roots*. (Y. Yamazaki, Trans.). Tokyo: Shunjusha.

超高齢者の語りにもる生 (life) の意味

中川 威^{*1}, 増井幸恵^{*2}, 呉田陽一^{*3}, 高山 緑^{*4},
高橋龍太郎^{*2}, 権藤恭之^{*1}

抄録

平均余命の伸長が著しいなか、高齢期の心理的発達をとらえる理論的枠組みが求められている。本研究は、その発達過程を探索するため、心理的発達を遂げている超高齢者を対象に、彼らが日常生活で体験していることを記述することを目的とした。超高齢者8人を対象に面接調査を実施し、解釈的現象学の視点から質的分析を行った。

超高齢者の語りのうち、生命、生活、人生という生 (life) の諸側面に対する意味や価値に焦点を当て、意味ある単位に分類した結果、「つながっていること」「変わっていくことに気づくこと」「変わらないことを見いだすこと」「自分だけにできることをみつけること」の4つのテーマを抽出した。この結果から、超高齢者の生の体験は、客観的な事実から成る状況に身をおきつつ、二元的思考を脱する実存的な体験としてとらえることができるであろう。今後、かかる超高齢者における生の実存的側面をとらえるために、超越の視点が必要であると考えられる。

Key words: 超高齢者 (85歳以上), 超越, 人生の意味, 現象学的研究, 質的研究

老年社会学, 32 (4): 422-433, 2011

1. 研究背景と目的

現在、85歳以上の超高齢期 (oldest-old) とよばれる年齢層の人口増加が先進諸国で進んでいる。わが国における平均寿命は、平成19年 (2007年) に男性で79.19歳、女性ですでに85.99歳であるが、今後とも引き続き伸び、平成67年 (2055年) に男性は83.7歳、女性は90.3歳になると見込まれている¹⁾。

年齢が高いことはさまざまな障害や疾病のリスクが高まることを意味する。Baltesら²⁾は、超高齢期には認知・身体機能の低下が避けがたいため、

寿命の延長を目指すことはアイデンティティやコントロール感の喪失を招き、超高齢者の尊厳を脅かす可能性がある³⁾と指摘している。そして、超高齢期における尊厳にかかわる課題に対処するために、新たな理論的・実践的な試みが必要であると論じている⁴⁾。わが国においても、超高齢期には認知・身体機能の低下が避けがたいことが明らかになっており⁵⁾、いかに超高齢期を尊厳をもって生きるかという課題への対処が今後重要になると考えられる。

ところが、高齢期における心理的側面に関する研究は、身体的側面に関する研究結果とは矛盾した知見を明らかにしてきた。先行研究⁶⁾では、高齢に伴う身体・社会的側面の衰退に対して、高齢期には心理的適応が進むことが示唆されている。たとえば、少なくとも70歳代までは、女性では肯定的感情が加齢に伴い増加し、配偶者をもつ男性では否定的感情が加齢に伴い減少するという報告が

ある⁷⁾。

超高齢期においても同様の傾向がみられる。70～103歳を対象にした研究⁸⁾では、加齢に伴い肯定的感情が減少するものの、否定的感情は増加しないことが報告されている。また、超高齢期には日常生活機能などの身体的側面が低下するにもかかわらず、それに伴い低下すると考えられる主観的幸福感などの心理的側面は低下しないことが報告されている⁹⁾。これらの研究は、身体機能の低下やそれに伴う活動の減少¹⁰⁾などの社会的側面の衰退といった状況に対して、超高齢期においても心理的適応が進むことを示唆している。

このように、加齢に伴い心理的適応が上昇するという結果が多くの研究で示されているが、高齢期における心理的適応の発達メカニズムはまだ解明されていない。加齢に伴い心理的適応が上昇するという知見から考えると、適応的に生活している超高齢者は心理的には十分に発達した状態であると仮定できるだろう¹⁰⁾。さらに、主観的幸福感への関連要因は年齢によって異なっており、超高齢期には特徴的な心理的適応が進むことが示唆される。超高齢期とそれ以前の高齢期とを比較した研究¹¹⁾では、主観的幸福感に与える身体的側面の影響は減少する一方、家族との電話などの社会的側面の影響は増加すると報告されている。したがって、超高齢者が身体機能の低下やそれに伴う活動の減少といった状況をどのように感じ、日々の生活を体験しているかを記述することは、高齢期における心理的適応過程の解明に向けたアプローチのひとつとして重要だと考えられる。

わが国においても超高齢期に関する研究の知見は近年蓄積されつつあるが、超高齢者の体験を記述した研究はまだ少数である。たとえば、超高齢者の入院・治療の体験を記述した研究¹²⁾や奄美群島に暮らす比較的健康的な超高齢者の精神世界のあり方に関する研究¹³⁾がある。しかし、これらの研究では、「病棟での入院生活」や「奄美群島での在宅生活」といった状況に身をおく者を対象としている。体験の共通性を全体的にとらえるためには、

「疾病に限らない身体機能の低下」や「都市部での在宅生活」といった多様な状況にある超高齢者を対象にすることが求められている。

さらに、超高齢者の体験をとらえる際、新たな見方が求められる¹⁴⁾。老年学における従来の見方では、高齢期には生産性・効率性・自律性といった価値観が重視されるという前提がおかれていて批判されており¹⁵⁾、この前提をおく見方では、衰退を伴う状況にある超高齢者が心理的に適応している現象を理解しがたい。したがって、この前提に捉らずに超高齢者の生の体験を見直すことが求められる。

そこで本研究では、超高齢者の日々の生活体験を記述するために、現象学的研究法¹⁶⁻¹⁹⁾を用いる。現象学的研究法は、既成の前提をおかず新たな見方で現象を見直す際に有効だと考えられており²⁰⁾、反省的に見直しをしなければ意識されない生の意識の本質を記述することを目的とする²⁰⁾。さらに、現象学の視点²⁰⁾で発達をとらえれば、過去・現在・未来という時間性をもつ高齢者にとっての機能しなくなる身体の意味や、風習や生まれ育った家族といった自明視される文化的背景の意味を理解できると考えられる。

以上を踏まえ、本研究では、農村部および都市部に暮らす身体機能の低下した超高齢者の生の体験を見直し、その意味を現象学の視点から記述することを目的とする。現象学的研究を行うことで、これまでほとんど探求されてこなかった超高齢者の生の体験を理解することができるだろう。

II. 方法

1. 研究協力者および調査方法

本研究における研究協力者は、85歳以上で、意思疎通が可能であり、援助や介護を受けながら在宅で生活している者8人を選定した。研究協力者の内訳は、農村部である秋田県A市在住が4人、都市部である東京都B区在住が4人であった。対象者の選定は、秋田県での調査については、居宅介護サービス事業者に先述の選定基準に合致する研

受付日: 2010.4.21 / 受理日: 2010.11.29

*1 Takeshi Nakagawa, Yasuyuki Gondo: 大阪大学人間科学研究科

*2 Yukie Masui, Ryutaro Takahashi: 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

*3 Yoichi Kureta: 昭和大学教育学部

*4 Midori Takayama: 慶應義塾大学理工学部

*1 〒565-0871 大阪府吹田山田丘1-2

究協力者の紹介を依頼した。また、東京都での調査については、過去に実施した超高齢者への訪問面接調査の参加者のなかから、身体機能が低下しており (Barthel Index ≤ 90 , 老研式活動能力指標 < 10 , 疾患有り, 要介護認定有りのいずれか), 認知機能が維持されている (MMSE ≥ 21) 者に調査への協力を依頼した。調査への協力が得られたあと、研究協力者およびその家族に研究の趣旨を説明し承諾を得たうえで、研究協力者本人の負担を考慮しながら60~90分程度の訪問面接調査を実施した。なお、調査期間は、秋田県での調査が2006年12月、東京都での調査が2007年5月および2008年3~4月であった。

リサーチクエスションは、「日常生活において超高齢者が、身体機能の低下やそれに伴う活動の減少といった客観的には困難な状況をどのように認識し、生きているか、超高齢期を生きているということは何か」である。この問いに沿って、研究協力者に身体の状態、普段の活動、気分、価値観などに関する半構造化面接を行った。インタビューの際、研究協力者の許可を得て語りをICレコーダーに録音したほか、面接者とスーパーバイザーが実際の様子を共有できるように、研究協力者の表情、自宅の様子などを確認するための映像を記録した。なお、面接者は3人であり、研究協力者本人の自宅で行った。その際、希望に応じて家族が同席した。

2. 分析手続き

分析手続きについては、前意識な生の体験を記述によって明らかにする解釈的現象学の視点より分析を行った。まず、逐語録を繰り返し読み、映像記録も見返しながら、各研究協力者のインタビューの概要や客観的な状況を書き留めた。次に、Benner²¹⁾, Leonard²²⁾の手法を参考に、テーマ分析、模範例の解釈、事例の解釈という3つの分析方法を用いた。

第一の方法であるテーマ分析では、各逐語録のうち、身体にかかわる「生活」、社会関係や活動に

かかわる「生活」、過去と未来にかかわる「人生」という生 (life) の諸側面に対する意味や価値が表現されていると考えられる文脈の記述を分析対象とし、文脈を整えて客観的な意味に書き換えて「意味ある単位 (meaning unit)」として抽出した。そして、事例内・間で意味ある単位を比較しながら、類似した意味ある単位をテーマに分類した。テーマ分析の過程では、逐語録全体を読み返しながら、事例内・間での意味ある単位およびテーマの比較を継続的に行った。

第二の方法である模範例の解釈では、超高齢者の生の体験を顕著に表現すると考えられた記述や研究協力者に着目した。模範例とその他の記述や研究協力者とを比較することで、テーマの類似および相違を明確にしていった。

第三の方法である事例の解釈では、テーマ分析や模範例の解釈を裏づける記述を各事例に探求し、テーマの妥当性を高めた。

また、分析結果を確認するために、逐語録と映像記録を確認しながら、面接者3人およびスーパーバイザー3人で議論し、テーマの妥当性を確認した。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として、面接調査の実施の際に、研究協力者に対して、研究の目的、意義について説明し、心理的に負担のある質問には答える必要がないこと、プライバシーの保護、途中でインタビューの中断および中止ができることなどに関して、口頭と文書で説明した。その後、調査参加への同意を書面にて得た。

面接中は研究協力者の体調を十分配慮し、面接調査の所要時間が90分を超えた場合には、研究協力者にかかる負担を考慮し調査を中断した。また、研究協力者が機器をあまり意識することのないよう適度に離れた場所に置き、インタビューの録音・録画を行った。なお、本研究は東京都老人総合研究所の倫理委員会の承認を受けて実施した。

表1 研究協力者の概要

調査地域	研究協力者	年齢(歳)	性別	居住形態	身体の状態
秋田県A市 (農村部)	A	89	女性	息子夫婦と同居	消化器官の手術を繰り返し経験、屋外歩行が困難
	B	96	男性	独居	痛風による入院経験あり、屋外歩行が困難
	C	95	女性	息子夫婦と同居	腰に痛みあり、転倒による入院経験あり、屋外歩行がやや困難
	D	91	男性	妻と同居	転倒による入院経験あり、屋外歩行がやや困難
東京都B区 (都市部)	E	106	女性	息子夫婦と同居	脳梗塞による入院経験あり、屋外歩行が困難
	F	94	男性	息子と同居	糖尿病、屋外歩行が不便
	G	94	女性	息子夫婦と同居	転倒による入院経験あり、屋外歩行がやや困難
	H	91	男性	妻と息子と同居	脳梗塞による入院経験あり、屋外歩行がやや困難

III. 研究結果

研究協力者8人の概要を表1に示した。以下では、まず超高齢者の生の体験に関する模範例を示す。次に高齢者の語りの分析から抽出された生の体験に関するテーマについて、事例を引用しながら記述する。なお、引用中の補足説明は()内に記し、本文中の引用は斜体で記した。また、各テーマに関するすべての高齢者の語りの一覧を表2に記した。

模範例として示すGさんは、死を予期し、身体が機能しなくなることを感じつつ、固有の生の可能性と充足感について語った。

「死ぬのは嫌だけどね。これは時間がくれば仕方がないことだけど。死んでからのことを考えてるからねえ、私は。だから、いまここで、わずかな生をどうやって生きてこうか。いまそれを考えてるのよ。どうやってこの短い……もう長く生きて、1年か2年だか3年だかわかんないです。この短いあれをどうやって生きてこうかって、いま考えてる」

「だんだん年老いてみんなの世話になって生きていくんだから、自分なりに生きてけばいいんだあって、つくづくそう思う」

「私はね……生きた、このね、なんか宗教的な話になるけど。この生を受けるっていうことはね、すばらしい……と思う。ここんこで、人

(の気持ち)をあたたく(する)、言葉をかけあうとか、楽しむとか、できるのは人間だけでしょう？」(2008年3月6日におけるGさんの発言)

1. つながっていること

高齢者は、家族や居宅サービス事業者の職員といった事実として存在している人とのつながりだけでなく、死者や神仏といった日常生活において直接触れ合うことのない、可視化されない存在への親和性を示した。

Hさんは亡くなった家族について言及し、過去とのつながりを語った。

「いまの時期になると、死ぬこと怖くなくなってきましたね。ええ。ということは、死ねば、お父さんや見慣やいろいろな人にも会えると思いますから」(2008年4月15日におけるHさんの発言)

高齢者のなかには、過去とのつながりだけでなく、未来への志向性もみられた。Gさんは子供や子孫とのつながりに言及した。

「最近考えたの。いま生きてるだけがね……いいことじゃないの。子孫が、こうやって続くの。うちがああいう(子供)だとか(をみると)、ああ両親がいいんだな、先祖がいいんだな(と

表2 各テーマに対応する高齢者の語りの一覧

	つながっていること	変わっていくことに 気づくこと	変わらないことを 思い出すこと	自分だけにできることを みつけること
A	「家庭が円満なことほど幸せなことはないです」	「なんで、こういうこと(息子も孫も死んだこと)が起きるべなあと思ったんだ」	「それでも90まで生きてこれて」 「長生きも長生き！」 「読みたいに(読めるだけ)、なんぼかまだ楽しいな」	「家にいてテレビみて寝てるのが一番いいすな」 「敷布だって(中略)洗ってもらうときは洗ってもらわばって、(調子の)いいときは私が洗うの」
B	「(老人ホームに)入りたくないもの、神様仏様いるもんだから」	「(医者)が「健康だな」と(言)って、私を)褒めてる矢先に、(足が)腫れてきた、だからあまり長生きもされね」	「ひとりでの年いくもん」	「孫もいないところでひとりこ(1人で)いて、長生きして酒飲んでるって、一番いいなあと思ってるわけし、これ人の真似できないことだし」
C	「子供方が元気してるし、立派にして暮らせるから、まずまずすな、いまのところは、んだすな(幸せです)」	「1人で寝起きできなくなったらどうしようかと思っ、そういうことを考えているの」 「夜には逝く(死ぬ)かなって考えることもある」	「いまのところ、歩けるだけ健康だと思っすばって」 「いつ逝くもんだべかと思っているけど、なかなか逝かないしな」	「何にもさねよ(しないよ)、(中略)寝ることが好きだな」
D	「俺の親はなんでもやってくれてよかったとつくづくそう思った」 「(ばあさんと会えたことは)私の一生の良い運だなあとつくづく思う」	「(戦争から帰ってこれたのは)運がよかったと言えはばいのか」 「いつあたる(戦争中になる)かわからないが」	「あちこちガタきてるから、あまり体を大事にしすぎないで、働かさなければだめだ」 「このなりでいれば父親の年までは迎える来ないだろうと、ばあさんとしゃべってます」	「これからまだまだ山の世話になるし、自然を相手にしてがんばっていきななと思ってる」 「いろいろかあさんの生活の力になりたいもんだなあ」
E	「ときどきね、お母さんそばにいたんだなあって、思うたんですね」 「ご先祖があるから現在の私たちがいるんですからね」	「死ぬときは神様がもうお前は用がなくなったんだから(中略)って言って、お召しになるわけね」 「自分で明ばいたたり、いまはできないからね、そりゃあ、もう当たり前だと思っっているから」	「まず自分で食べられるからね」 「いま現在だけでも体を、頭がぼけたりね、しないように一生懸命努めて」	「優しいおばあちゃんになりたいて、日増しにそう思っってるけど」 「できるだけ自分でできるところはね、自分」 「私の生きがいは、描くことですね、(中略)コピーしてくれたものにね、色ぬるんですげだね」
F	「いまはせがれもどうやら卒業したし(幸せ)」 「(仕事は)せがれがやりますから、(私は)もうほとんど、やらなくてね、いいですから」	「世間の波のまにまに漂うよりかしかたがないと思っってます」	「耳は随分聞こえなくなったけど、(中略)まだこうやって話ぐらいはできる」 「病氣しないで、まあ、自然のまにまにね、生きればいいと思ってるから」	「女房いないから、気楽にやってます」
G	「いま生きてるだけがね……いいことじゃないの、孫が、こうやって続くの」 「やっぱり先祖かなんかのおかげだ、そういうこと考えるようになったの」	「私が90いくつの何にもできないもんだから」	「声を出すってことはすばらしいことですよ」	「私は1つか2つか歌えないのに(中略)いまになってみたら、これが私の生命力を助けてくれるんだって思ってる」
H	「死ねば、お父さんや兄貴やいろいろの人にも会えると思っます」	「別に長く生きようとは思っませんね、(中略)もう、それこそ、おつりをもたらすくらいにしか思っっていませんから」	「考えるとよく生きてこれたなと思っますよ」	「生きがいですか?あーまあ、このまま暮らせれば一番いいと思っっています」

思う)、(中略)やっぱり先祖かなんかのおかげだ、そういうこと考えるようになったの、私、いま」(2008年3月6日におけるGさんの発言)

高齢者のなかには、神仏といった可視化されな
い存在とのつながりを語る者がいた。

Bさんはひとり暮らしで子供や孫といった家族
との接触が少なく、神仏とのつながりを繰り返した。

「誰もいらね、1人で、一番いい、1人で暮らすの」

「(老人ホームに)入りたくないもの、神様仏
様いるもんだから、そして、それがいるうちは、
あげたり、おろしたりする(神仏に飲食物を捧
げる)」(2006年12月16日におけるBさんの発
言)

Aさんは過去に失われたつながりへの思いか
ら、現在のつながりを幸福の支えとして語った。

「あのととき(息子を亡くしたとき)が一番残念
だった、なんで、こういうことが起きるべなあ
と思っったもんだ、いま、孫たちもみんな片づい
たし、幸せだばってな」

「家庭が円満なことほど幸せなことはないで
す」(2006年12月15日のAさんの発言)

2. 変わっていくことに気づくこと

高齢者は、病氣や怪我、親族の死といった明確
に意識できる出来事によって生じる変化だけでな
く、徐々に失われていく体力や世の中の変化の様
子といった日々の小さな変化に気づくことで、こ
れからも変化が起こり得ることを予期していた。
さらには、死がこれまでの変化の延長線上にある
と認識していた。

Cさんは、徐々に歩けなくなっていることに気
づき、それに続いて、寝たきりや死といった起
り得る変化について語った。

「あまり歩けばね(歩けない)、なんぼか(い
くらか)痛くなるすばって、これ(膝)が一番だ
すは(一番痛い)」

「いまは自分で1人で寝起きできるから、それ
が自分でできなくなったらどうしようかと思っ
て、そういうことを考えているの」

「夜には逝く(死ぬ)かなって考えることもあ
るすばって」(2006年12月15日におけるCさん
の発言)

Bさんもまた、医者にかかり問題がないと言わ
れたにもかかわらず、体調が変化することに気づ
き、自分の命の限界を察したと述べた。

「診療所に行けば、医者が年いった人だから、
「先生、これ(足)業きいてるらしい、どこもど
うでもない」(と言うと、医者が)「健康だな
(と)言っ、私を)褒めてる矢先に、検査したら
(検査したにもかかわらず、足が)腫れてきた。
だからあまり長生きもされね、程度あるもんで
ねか、そう思ってらし、自分としては」(2006
年12月16日におけるBさんの発言)

さらに、現在起こっている身体の変化やこれか
ら起こり得る変化は、そのまま受け入れるもので
あると語られていた。

Eさんは、人生の変化や試練を、神仏が決める宿
命であるとして、死を受け入れていた。

「私はね、死ぬときは神様がもうお前は用がな
くなったんだから、もうこっちに来てもいいん
だよって言っ、お召しになるわけね」(2008
年3月4日におけるEさんの発言)

また、Fさんは、生きることは自分ではなんと
かすることができない自然な変化の連続であると
受け入れていた。

「若いときは一生懸命やるけ、なんとかならな
い

くちゃんねえと思ってたけど、いまはもう、自然のまにまにねえ]

「もうここまできたら、もうのんびりと、世間の波のまにまに漂うよりかしかたがないと思っ
てます」(2008年5月26日におけるFさんの発
言)

3. 変わらないことを見いだすこと

高齢者は、自分がこれまで生きてきたという事
実のなかにアイデンティティを見だし、現在
徐々に身体が変化しても存続するものがあると語
り、それが未来にも続くことを望んだ。

Aさんは、過去に困難を体験しつつも現在まで
生き抜いたこと、変わらず生きてきたことに自分
でも驚くと語った。

「よくない病気もして、それでも90まで生き
てこれ、苦労したもんです」

「長生きも長生き！90までもは、生きないと
思ったばって」(2006年12月15日のAさんの発
言)

また、Bさんも自分が現在まで生きてきたこと
を不思議に思い、「自分ながら、なぜ年いったか
と、ひとりでは年いくもんな」と語った。

身体の変化のなかで存続しているものを見い
だしていたが、自ら働きかける者もいれば、ただ身
体が存続することを望んでいる者もいた。

Dさんは、心身の状態を維持しようと自ら働
かしていた。

「あちこち年とともにガタきてるから、ほどほ
どにあまり体を大事にしすぎないで、動かさな
ければだめだ」

「これからは体を無理な使い方をしないよう
に、日常生活を大事にして一日一日を大事にも
っていかなければ」(2006年12月14日におけ
るDさんの発言)

一方で、ただ現在の身体の状態が続くことを望
む者がいた。Aさんは「読めるたいに、なんぼかま
だ楽しいな(読めるだけ、いくらか楽しい)」と語
り、Fさんは次のように語った。

「耳は、でもね、耳は随分聞こえなくなったけ
ど」

「まだね、こうやって話できるぐらいはでき
る」(2007年5月26日におけるFさんの発言)

4. 自分だけにできることをみつけること

高齢者は、身体活動や移動の制限といった制約
が多いなかで、自分だけにできることを自由にみ
つけていた。また、それらの活動のなかには、一
見逆効果だと思える活動や、理解しがたい行為が
楽しみとして語られていた。

Eさんは、思うような活動ができない状況のな
かでも、他者のためになにかしたいと繰り返し語
った。

「他人にはね、優しいおばあちゃんになりた
いなあって、もう日増しにそう思ってるけどね、
(中略)やっぱ年取ると自分が思うようになって
もできないから、そういうもの鬱積してるから、
優しくなくなっていくんだろうと思うね」(2008
年3月4日におけるEさんの発言)

Aさんは、現在家族に世話をしてもらって
も、変わらずできることをみつけてきた。

「敷布だって、あまり汚れねばって、こうして
まくってきて、おばあちゃん(嫁)が洗うば
って、そうでないときは、私も洗う。(中略)(調
子の)いいときは私が洗うの」(2006年12月15
日のAさんの発言)

また、Aさんは、「健康的活動」にとらわれず独
自の心地よさを楽しんでた。

「寝てるの、暖かくていくては(よくて)」

「腰痛くなったり、背中こも痛くなったりし
てや、杖こつぱたり、車椅子押ししたりして
少くんだばってや、家においてテレビみて寝て
るのが一番いいすな」(2006年12月15日のAさん
の発言)

Gさんは、家では1人で部屋にすることが多く、
社会的な交流が制限されていた。彼女は、子供用
のおもちゃのピアノを弾く、少ない持ち歌を繰り
返し歌うといった楽しみのなかに生活の支えを見
いだしていた。

「民謡会が老人会にできて、そいで歌って、だ
けど私は1つか2つか歌えないのに、それ
でも入って、いまになってみたら、これが私のひ
とつの生命力を助けてくれるんだなって思っ
て、もうだれもいないときには、閉め切って、大
きな声出して、隣なんか聞こえないもね、閉
めちゃえば」(2008年3月6日におけるGさんの
発言)

Bさんは、ひとり暮らしで孫や子供とのかわ
りが少なかった。彼は、独居生活の気ままさを自
分だけにできる行為として楽しんでた。

「長生きして幸せだと思って、孫もないとこ
ろでひとりこ(1人で)いて、長生きして酒飲ん
でるって、一番いいなあと思ってるわけし、こ
れ人の真似できないことだし、私でねばできな
いんだす」(2006年12月16日におけるBさんの
発言)

IV. 考 察

1. 超高齢者の生の体験の全体的理解

本研究の目的は、超高齢者の日々の生活体験を
語りから記述し、その意味を理解することであ
った。結果に示した4つのテーマを解釈し、超高齢
者の生の体験を全体として理解することを試みた。

超高齢者の生を規定する第一のテーマは「つな
がっていること」であった。ただし、そのつなが
りは目に見えるつながりだけでなく、可視化され
ない存在へも親和性を示すことが結果から示され
た。Eriksonら¹⁰⁾は、超高齢者が、孤立して非
活動的とみなされる状況においても、「深く関わり
を持ちつつ、関わらないこと」というかかわり
をもつと論じている。たとえばEさんは、自分が思
うような活動ができない状況でも、他者のために
なにかしたいと繰り返し語っていた。

Eriksonらによれば、一見矛盾した上記の状態は
老年的超越(gerotranscendence)¹¹⁾とよばれる超
越性を示しているとされる。増井ら¹²⁾が作成した
老年的超越尺度の下位因子にも、Eriksonらが論
じたかかわりを見ることができ、「ありがたさ」
「おかげ」の認識と命名された因子には、「周りの
人の支えがあるからこそ私は生きていける」など
の項目が含まれる一方、内向性と命名された因子
には、「ひとりであるのも悪くない」などの項目が
含まれる。本研究における「つながっていること」
というテーマにおいても、高齢者は一見孤独な状
況において可視化されない存在への親和性を感じ
ていることから、「つながり」の認識は老年的超越
の重要な構成要素だと考えられる。

また、超高齢者の生を規定する第二のテーマは
「変わっていくことに気づくこと」であった。超高
齢者は徐々に身体が変化していることに気づき、
いつか死が訪れることを現実として感じていた。
さらにつけ加えるならば、その現実を受け入れて
いた。たとえばFさんは今後の生活を「世間のま
まに漂う」ようにすごせればよいと語った。こう
した態度は、「自分は無力である」という諦めや悲
観として否定的にとらえることも可能である。一
方、西平¹³⁾は、Eriksonの発達論を解釈するなか
で、「自分は無力である」という自己否定を「無で
あることを受け入れること」として積極的な意味
で取り上げている。

西平によれば、人は「無であることを受け入れる
こと」によって自己を越えたものを自覚し、自己を

越えたもののなかでしか自らが存在し得ないという事実を認識しながら、新たに生を生きようとする力を得るとされる。増井²⁰⁾の作成した老年的超越尺度の下位因子には、「無であることを受け入れること」と内容が類似した無為自然が挙げられており、この因子の得点が高いとWell-beingの低下が緩和されることが報告されている。このように「自分が無力である」という態度の肯定的側面を指摘する研究者が増えている。ゆえに、今後「自分は無力である」という態度を複合的な視点でとらえ直す必要があるだろう。その際、日本における老いのあり方を十分に考慮することが重要だと考えられる。鈴木²¹⁾は「あるがままをみつめ、無理をしないで生きる」という態度を諦観という仏教的意味を含む言葉で論じている。超越が「動」、諦観は「静」に相当すると考えられるように、二者には共有点と相違点があることが示唆される。

次に、超高齢者の生を規定する第三のテーマは「変わらないことを見いだすこと」であった。現在の状況を肯定するこの態度は、アイデンティティの統合（あるいは再統合）の側面をもつ。しかし、アイデンティティや自己意識の強さとは異なる面も超高齢者のアイデンティティにはある。たとえばGさんは「年老いてみんなの世話になって生きていくんだから」と語り、自立が困難であることに気づいていた。これは、自己を絶対基準に基づいてとらえるのではなく、他者との関係のなかで相対化する認識、すなわち「超越的アイデンティティ²²⁾」であることが示唆される。

超高齢者が身体的・社会的側面の衰退のなかで自己をいかに認識し、肯定的に（あるいは、否定せずに）とらえるかというアイデンティティにかかわる課題に関して、自己の発達理論²³⁾では、高齢者は状況に合わせて目標を修正したり、同じ世代と比較して、肯定的自己観を維持すると論じられている。この理論も、高齢者が自己を相対化することを示唆する。

最後に、超高齢者の生を規定する第四のテーマは「自分だけでできることをみつけること」であっ

た。Erikson¹⁰⁾は、年を重ねることで人は超越性を獲得し、遊び、喜び、歌といったかつて失われたものを取り戻し得ると述べている。1人で部屋にいて少ない持ち歌を歌う（Gさん）ように、ありふれた些細な行為も、喜びや遊びの表れであると理解できる。さらに、西平²⁴⁾は、想像や空想に現実的な意味をもたせる活動として「遊び心をもつこと」だけでなく「宗教的であること」に注目している。独居生活のなかで神仏に祈る生活を続けたい（Bさん）と語るように、信仰が孤独な状況で自己を越えたものとのつながりを感じさせる現実的な行為だと解釈できるだろう。

超高齢者が遊びや祈りを試みる背景を推測すると、「自分だけでできることをみつけること」という、他者との関係においては相対化されつつも自己意識としては絶対的な創造性が関与すると考えられる。Nygren¹⁸⁾は、創造性が超高齢者をはじめとして人が困難な状況を生き抜く心理的資源のひとつとして重要であると論じている。身体的・社会的に制限された状況において創造性が心理的適応に関連するメカニズムについては、今後の課題としたい。

2. 超高齢者の生の体験の本質的構造

高齢期における心理的適応の発達をとらえる理論的枠組みを検討したいという著者の事前の関心に関連させながら、超高齢者の生の体験に共通する本質的な性質の構造を解釈する。

超高齢者の生の体験には、上記のテーマで示した本質を把握し得た。さらに、各テーマの関係性から、その生の体験は、目に見える客観的な事実から構成される現実と、生の実存的意味を志向する意識から構成される構造をもつと考えられる。「これ（死）は時間がくれば仕方ないこと」「この生を受けるっていうことはね、すばらしい」（Gさん）という発言から、超高齢者は生の有限性と無限性とを感受すると察せられる。また、この生の体験の構造は、80代半ばで没した画家が最晩年に描いた作品にも見いだされ得る。その作品では、画家

が圧倒的な自然を前にして看取した、病氣や死を避けたい人間の脆弱さを越えようとする超越性が主題となっていた²⁵⁾。このように、本研究で解釈した超高齢者の生の体験の構造は、文脈を越えた共通性をもつと考えられる。

さらに、実存的側面における生の体験をとらえる理論的枠組みとして、「物質主義的で合理的な世界観から、宇宙的で超越的な世界観への、高次の見方の変化」を超越とよぶ老年的超越²⁶⁾理論を適用し得ると考えられる。今後超越の視点をもつ枠組みで高齢期における心理的適応の発達のメカニズムを明らかにする試みが求められる。その際、鈴木²²⁾がいう「事実としてのリアリティ」を越えてアクチュアリティを志向する発達規範の二重性（標準的かつ適応的、非標準的かつ不適応的）の超越や、西平²⁴⁾がいう自己否定を通じて自己を越えていくEriksonの発達論との異同にも注目したい。

超越の視点から本研究で示した語りをとらえれば、超高齢者はつながる／つながらない、変わらない／変わる、できる／できないといった二元的思考を脱することで、客観的にはつながりが少ない、変化し死に至る、完全には自立できないという困難な状況を越え、心理的に適応していると理解できる。たとえば、孤独な状況で可視化されない存在への親和性を感じる（Bさん）ことや、生を自然な変化の連続として受け止める（Fさん）こと、そして、人の世話になりつつ、歌を歌うなどの些細な行為を試みる（Gさん）ことで、発達規範の二重性を脱すると考えられる。このように、超越の視点は高齢期における実存的意味への志向性をとらえられるだろう。

最後に本研究の限界を述べる。第一に、超高齢者へのインタビューでは、視聴覚機能や体力の低下により、語りが断片的になる、拡散するなどの特徴がみられた。また、映像記録を確認する限り、話す息が切れる、手が震えるといった身体の状態は語られなかった。このように、超高齢者の体験を理解するには、逐語録だけでなく、日常生活

の観察記録を詳細に分析する必要がある。第二に、農村部および都市部という異なる文化的背景をもつ超高齢者の語りを複数の共同研究者の視点から検討することによって、本研究の結果は文脈を越えた共通性をもつと考えられる。しかし、神仏といった可視化されない存在に関する発言（Bさん、Eさん）から、超高齢者の生は宗教や風習といった独自の文化的背景に織り込まれていることが察せられる。それゆえ、本研究の結果が文化的背景の異なる文脈で批判的に検討されることが望まれる。第三に、生の実存的意味への志向性が高齢期にいかんにか発達していくかは明らかではない。超高齢期には特徴的な心理的発達が進むと示唆される¹¹⁾一方、65-84歳の高齢期にも身体機能が低下しつつ心理的に適応した群が存在することが報告されている²⁰⁾。今後幅広い高齢期に渡る心理的発達に着目することが重要だろう。

以上のように、超越の視点が発達研究において従来の発達観とは異なる発達観を示し得るだけでなく、従来の発達規範を越えて方向性をもたらすことが示唆される。そしてこの理論的枠組みでは、客観的には困難な状況において、超高齢者は実存的な意味や価値を求めることにより心理的に適応すると推測される。今後、高齢期における心理的適応を解明するために、超越の視点をもつ理論的枠組みを詳細に検討していく必要がある。

本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究C、研究代表者：権藤恭之、研究課題番号：19530611）の助成を受け実施した。また、川崎医療福祉大学の佐久田繁先生、植田嘉好子先生には、貴重なご意見、ご助言をいただいた。記して感謝の意を表す。

文 献

- 1) 内閣府：平成21年版高齢社会白書。佐伯印刷、東京（2009）。
- 2) Baltes PB, Smith J: New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49: 123-135 (2003).
- 3) 権藤恭之、古名丈人、小林江里香ほか：都市部在宅超

- 高齢者の心身機能の実態; 板橋区超高齢者意識訪問調査の結果から(第一報). 日本老年医学会雑誌, 42 (2) : 199-208 (2005).
- 4) 岩佐 一, 権藤恭之, 古名丈人ほか: 身体的に自立した都市部在宅高齢者における認知機能の特徴; 板橋区超高齢者意識訪問調査の結果から(第二報). 日本老年医学会雑誌, 42 (2) : 214-220 (2005).
- 5) Diener E, Suh MK : Subjective well-being and age : An international analysis. In Annual review of gerontology and geriatrics ; Focus on emotion and adult development, eds. by Schaie KW, Lawton MP, 17, 238-265, Springer, New York (1997).
- 6) Mroczek DK, Kolarz CM : The effect of age on positive and negative affect ; A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5) : 1333-1349 (1998).
- 7) Kunzmann U, Little TD, Smith J : Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15 (3) : 511-526 (2000).
- 8) 権藤恭之, 古名丈人, 小林江里香ほか: 超高齢期における身体的機能の低下と心理的適応; 板橋区超高齢者訪問意識調査の結果から. 老年社会科学, 27 (3) : 327-338 (2005).
- 9) Hergas AL, Wilms HU, Baltes MM : Daily life in very old age ; Everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist*, 38 (5) : 556-568 (1998).
- 10) Erikson EH, Erikson JM : The life cycle completed expanded edition. WW Norton & Company, New York (1997). (村瀬孝雄, 近藤邦夫訳: ライフサイクル, その完結<増補版>. みすず書房, 東京, 2001).
- 11) Jopp D, Rott C, Oswald F : Valuation of life in old and very old age ; The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48 (5) : 646-658 (2008).
- 12) 田中美穂: 入院・治療中の超高齢者をもとめる看護; 体験の記述と解釈. 日本看護研究学会雑誌, 31 (2) : 37-46 (2008).
- 13) 富澤公子: 奄美群島超高齢者の日常からみる「老年的超越」形成意識; 超高齢者のサクセスフル・エイジングの付加要因. 老年社会科学, 30 (4) : 477-488 (2009).
- 14) Tornstam L : The quo vadis of gerontology ; On the scientific paradigm of gerontology. *The Gerontologist*, 32 (3) : 318-326 (1992).
- 15) Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH : Hermeneutic phenomenological research. Sage Publications, London (2000). (大久保功子訳: 解釈学的現象学による看護研究. 日本看護協会出版会, 東京, 2005).
- 16) Fischer RS, Norberg A, Lundman B : Embracing opposites ; Meanings of growing old as narrated by people aged 85. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67 (3) : 259-271 (2008).
- 17) Hinck S : The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative Health Research*, 14 (6) : 779-791 (2004).
- 18) Nygren B, Norberg A, Lundman B : Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17 (8) : 1060-1073 (2007).
- 19) Van Manen M : Reseaching lived experience ; Human science for an action-sensitive pedagogy. State University of New York Press, Albany, New York (1995).
- 20) Benner P, Wrubel J : The primacy of caring ; Stress and coping in health and illness. Addison-Wesley, CA (1989). (難波卓志訳: 現象学的人間論と看護. 医学書院, 東京, 1999).
- 21) Benner P : The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practice. In *Interpretive phenomenology ; Embodiment, caring, and ethics in health and illness*, ed. by Benner P, 99-127, Sage, Thousand Oaks, CA (1994). (相良・ローゼンマイヤー・ミはる監訳: 解釈的現象学. 医歯薬出版株式会社, 東京, 2006).
- 22) Leonard VW : A heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In *Interpretive phenomenology ; Embodiment, caring, and ethics in health and illness*, ed. by Benner P, 43-63, Sage, Thousand Oaks, CA (1994). (相良・ローゼンマイヤー・ミはる監訳: 解釈的現象学. 医歯薬出版株式会社, 東京, 2006).
- 23) Tornstam L : Gerotranscendence ; A developmental theory of positive aging. Springer Publishing Company, New York (2005).
- 24) 増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子ほか: 心理的well-beingが高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴; 新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて. 老年社会科学, 32 (1) : 33-47 (2010).
- 25) 西平 直: エリクソンの人間学. 東京大学出版会, 東京 (1993).
- 26) 鈴木 忠, 飯幸礼悦子: 諒観と晩年性; 生涯発達心理学の新しい概念として. 白百合女子大学研究紀要, 44 : 101-127 (2008).
- 27) Brandtstädter J, Greve W : The aging self ; Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14 (1) : 52-80 (1994).
- 28) McKee P : Transcendence in James Reynolds' old age landscapes. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 4 : 200-209 (2010).
- 29) 鈴木 忠: 自己を超える/現実を超える; アイデンティティ概念再考. 生涯発達心理学研究, 1 : 19-30 (2009).
- 30) 小川まどか, 権藤恭之, 増井幸恵ほか: 地域高齢者を対象とした心理的・社会的・身体的側面からの分類の試み. 老年社会科学, 30 (1) : 3-14 (2008).

The meaning of life in narratives of the oldest old

Takeshi Nakagawa¹⁾, Yukie Masui²⁾, Yoichi Kureta³⁾, Midori Takayama⁴⁾, Rytaro Takahashi²⁾, Yasuyuki Gondo³⁾

1) Osaka University

2) Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

3) Showa University

4) Keio University

Recently, as the average life expectancy has been rapidly increasing, a theoretical framework is required to illuminate psychological development in old age. In order to explore the developmental process, this study focused on the oldest old, individuals aged 85 and older supposed to achieve psychological development and aimed to describe the experience in daily life of the oldest-old. Interview surveys were carried out with 8 oldest-old adults, and a qualitative analysis was conducted from the viewpoint of interpretive phenomenology. The author elicited meanings or values on physiological, social, and psychological dimensions of life in narratives of the oldest old, and classified the transcripts into meaning units. The following four themes emerged from the analysis: "Being connected", "Realizing everything changes", "Finding continuity", and "Creating unique possibilities". On the basis of the result, the author interprets that life of the oldest old can be understood as existential experience of being situated in objective facts and of transcending dualistic thinking: connected versus unconnected, changing versus unchanged, capable versus incapable, and so forth. It is speculated that future research requires a transcendental perspective on aging in order to comprehend the existential dimension of life of the oldest old.

Key words : oldest old(85+), transcendence, meaning of life, phenomenological research, qualitative research

3. 高齢者終末期における多職種間の連携

島田 千穂 高橋龍太郎

要約 高齢者終末期ケアでは、一律に治癒を目標にすることはできず、より安楽にすること、本人や家族の希望に沿うことが求められる。多面的な価値観が必要となり、多職種間に関わる意義を生かすため、ケア目標を共有し、目標に沿って役割を果たすことになる。医師の役割も、医療的なアセスメントと医療提供、家族の意向確認、家族への説明など多岐にわたる。終末期ケアは、地域や施設の多職種連携が試されるケアであるともいえる。

Key words : 死亡場所, 24時間体制, 緩和ケア, 死亡診断

(日老医誌 2011; 48: 221-226)

高齢者が終末期を過ごす場と 公的保険によるサービス

人生の終末期を過ごす場を大別すると、治療を目的とする場、療養の場、生活の場に分けられるけれども、高齢者では治療と療養、療養と生活を明確に区別することは難しい(図1)。本稿では、生活の場であり、状態によっては療養の場ともなりうる自宅や施設における多職種連携に焦点を当てることとする。

介護及び医療が必要になった場合、どのようなところで過ごすか、どの場にいるかによって公的保険サービスの利用範囲と方法は異なる。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院など治療や療養を目的とした医療・リハビリ系の施設では、特殊なケースを除き施設内の資源のみで必要なサービスが完結する形となっているけれども、その他の場では高齢者の状態に応じて外部のサービスを利用する必要が出てくる。

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)では、介護サービスは施設内の資源しか利用できないが、緊急時の医療サービスは外部から利用することができる。多くの施設は常勤医師がおらず、施設と契約した医師(外部の診療所または協力病院の医師)が定期的に健康管理を行っている。医師は、前回の診察から心身状態が変化したかどうかを施設看護職から情報収集し、その上で診察

し、服薬や医療処置等、その後の対応について施設看護職に指示するという連携体制の下に医療サービスを提供している。

グループホーム(認知症対応型共同生活介護事業所)や有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護事業所)などの居住施設では、施設と居住者との契約に基づき、介護が重度になった場合など、必要に応じて介護サービスを外部から利用することができる。医療的なサービスについては、医療保険によって往診や訪問看護などを利用する。居住する施設に、診療所や訪問介護事業所が併設されている場合もある。グループホームや有料老人ホームなどの施設でも終末期ケアを提供する施設は増えており、訪問看護ステーションと24時間体制の契約を結んだり、診療所を併設して夜間対応ができる医師を確保したりして、対応している。

在宅では、介護保険による居宅サービスと、通院、往診など医療保険による医療サービスが利用できる。ケアマネジャー(介護支援専門員)が、高齢者の状態に応じて必要なサービスを組み立て、ケアプランを立てて、サービス提供者間の調整を行う。保険の範囲内で対応できないことは、その他のさまざまな資源をケアプランに組み込み、活用することができる。介護保険制度には、定期的な医学管理も含まれており、介護報酬に居宅療養管理指導として位置付けられている。医師が高齢者の自宅を訪問して高齢者本人への指導と居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、及びサービス提供事業者への情報提供を行うものである。

在宅での高齢者への終末期医療は、看取りまでを担う

Multidisciplinary cooperation in the process of end of life care among older people

Chiho Shimada, Ryutarō Takahashi: 東京都健康長寿医療センター研究所

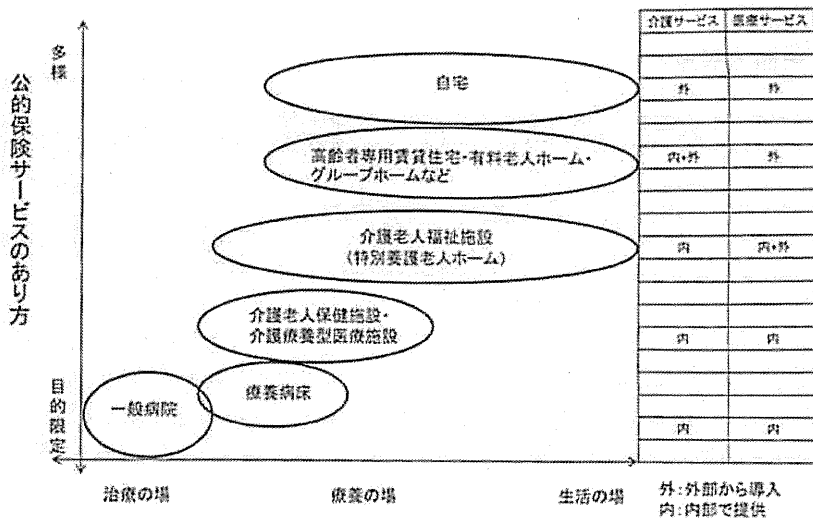


図1 高齢者が終末期を過ごす場所

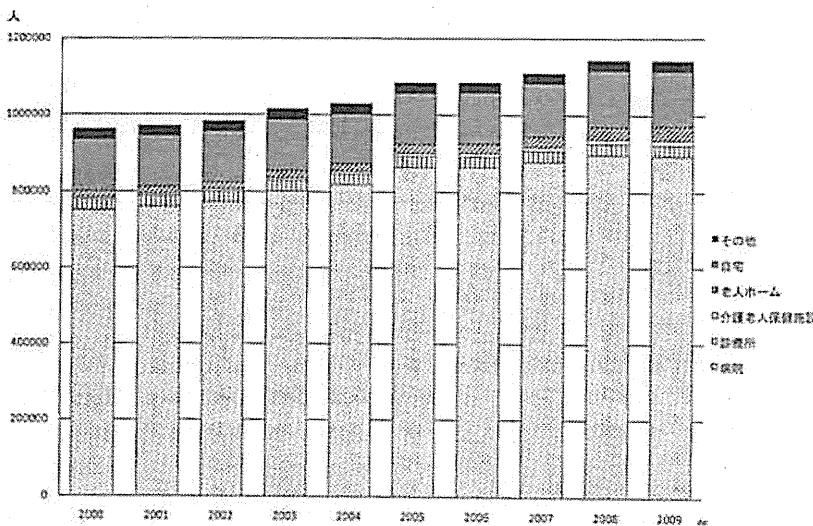


図2 死亡の場所別にみた死亡者数の年次推移 (人口動態統計, 厚生労働省, 文献1)

在宅療養支援診療所が関わる場合が多いと想定される。在宅療養支援診療所は、在宅医療において中心的役割を担うことが期待され、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションと連携しながら、24時間対応できる体制をつくるものである。

死亡の場所

平成12年から21年までの期間における死亡場所別の死亡者数を図2に示した。死亡の場所別にみると、この間、介護老人保健施設での死亡者数が2.6倍、老人ホーム(有料老人ホームを含む)で2.1倍になり、高齢者の終末期ケアを提供する場として、これらの施設の役割が

拡大していることがわかる。ずっと減少傾向を示していた自宅の死亡者数も1.1倍と微増しているが、平成21年の死亡者数全体に占める割合は13.9%から12.4%にやや低下している。施設で終末期を迎える人は増加する傾向にあると言ってよいだろう。また、年齢別の増加率でみると、45歳以上80歳未満の死亡者数はほぼ横ばい、ないし減少傾向であるのに対し、80歳以上の死亡者数はこの間1.5倍になっている(図3)。

生活と療養を支える主な職種

介護サービスに携わる職種は、医師、看護職(看護師・准看護師)、介護職(介護福祉士・ホームヘルパー)、リ

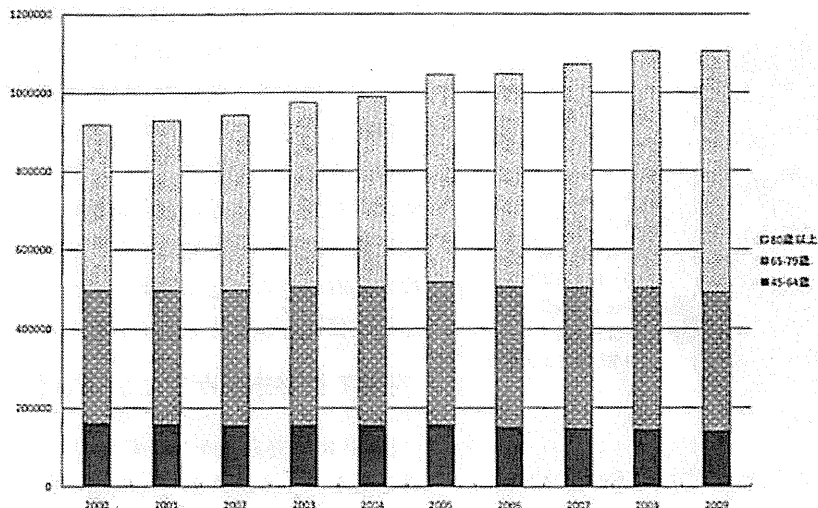


図3 年齢別死亡者数の年次推移
(人口動態統計, 厚生労働省, 文献1)

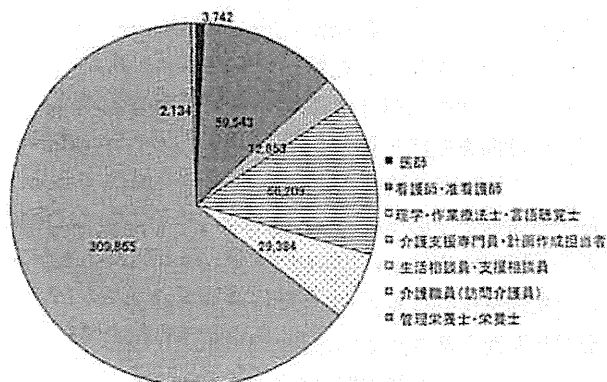


図4 居宅サービスに携わる主な職種の常勤換算従事者数
(平成20年介護サービス・事業所調査, 厚生労働省, 文献2)

ハビリテーション職(理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士), 生活相談員, 栄養士, ケアマネジャー(介護支援専門員)などである。

主な居宅サービスである訪問介護, 訪問入浴介護, 訪問看護, 通所介護, 通所リハビリテーション, 居宅介護支援事業所に従事する職種について, 従事者数を図4²⁾に示した。従事者数では, 介護職員が最も多く, 訪問介護や通所介護に携わっている。次いで介護支援専門員(ケアマネジャー), 看護職と続く。看護職は, 訪問看護ステーションと通所介護に携わる人が多い。医師は通所リハビリテーション以外にはほとんど関わっていない。

在宅療養における医療支援の拠点となる在宅療養支援診療所は, 全国に11,260カ所の届出がある(平成20年

医療施設調査)³⁾。平成19年の厚生労働省調査⁴⁾によれば, 今後も在宅診療を積極的に継続していく意向のある診療所は6割であった。また, 高齢者終末期ケアへの取り組み状況についてみると, 平成20年の日本医師会総合政策研究機構による調査⁵⁾では, 死亡まで診療した場合に算定される在宅ターミナルケア加算を算定した診療所数は, 回答した全1,808診療所のうち14.1%であった。24時間体制を一人の医師で担う診療所は8割を超えており, 現行の体制では在宅終末期ケアの拡大には限界がある。8割の施設で複数の診療所連携体制があるが, 輪番制で緊急時対応を実施していたのは1割にとどまっていた。訪問看護ステーションと連携している診療所は9割を超え, 特に自施設で24時間体制に従事する看護職員がいない診療所の8割は訪問看護ステーションとの連携体制によって24時間対応を行っている。平成20年から制度化された在宅療養支援病院を加え, 今後一層, 地域の連携体制を進めていくことが, 安定した在宅終末期ケアの提供に必要であると考えられる。

介護老人福祉施設の職種別の従事者数を, 図5³⁾に示した。介護職が8割近くを占め, 看護, リハビリ, ケアマネジャーなど専門職がサポートする体制になっている。介護職の能力向上と, 介護職を支える体制づくりが, 多くの施設での終末期ケアの質向上における今後の課題となっている。

施設での終末期ケアにおける多職種連携

終末期ケアでは, 他のどの段階のケアよりも, 多職種によるサービスを統合的に提供する必要がある⁶⁾。医師