

要介護高齢者の QOL に関する臨床的研究

藤 澤 雅 子

（2005年10月26日受理）

要 約

加齢による身体機能の低下に加え、さまざまな疾病や障害により要介護状態となった高齢者の中には、身体的・精神的・社会的苦痛を抱え、やがて生きる意欲を失い、閉じこもりや寝たきり状態となってしまう人がいる。高齢者の人々が要介護状態になった時、このような状態で日々の生活の続けなければならないということは、人間にとって大きな問題である。

本稿は、要介護高齢者の QOL を考えるにあたり、慢性疼痛を訴え、ほぼ寝たきり状態になっていた高齢者の訪問看護においてケアを通して ADL の拡大と QOL の向上が確認できた事例を呈示し、その変化の要因を分析し考察した。そして、要介護高齢者の QOL に関して私見を述べた後、QOL 向上に向けたケアのあり方について、看護師の立場から考察を加え、まとめた。

キーワード 要介護高齢者、QOL、慢性疼痛、傾聴、スピリチュアリティ

【はじめに】

訪問看護の仕事に携わり12年になる。その間、在宅療養生活を送っている高齢者との関わり合いの中で、「生きていても仕方がない。惨めだ。早く死にたい」等の訴えをたびたび耳にした。患者の立場や状況、疾患や障害の程度はそれぞれ異なるが、死にたいと思うほど今の自分が置かれている状態が辛く苦しいのだ、という彼らの心の叫び声として、それらの訴えを重く受け止める。

人生の終盤にさしかかる人間としての残された大切な時間を、このような気持ちを抱いたままの状態生きていかなければならないのは、高齢者にとって大問題である。

訪問看護を必要としている高齢者の多くは、何らかの慢性疾患、病気や怪我による後遺症や障害のために日常生活を送る上で困難を抱えている。更に、加齢による身体機能の低下も加わり、さまざまな病気を併発し易く、疼痛をはじめ、身体の不快感症状が持続している患者が多い。全身倦怠感・嘔気・呼吸困難・息切れなどの不快感症状や慢性疼痛の持続は、高齢者にとって身体的・精神的苦痛を意味するだけではない。

日常生活においての活動性を低下させ、容易に閉じこもりや寝たきり状態、そして廃用症候群の合併を引き起こし、残り少ない人生における QOL（quality of life）を著しく障害することからも臨床的な意味は大きい。¹⁾ 従って、病気や障害、身体機能の低下のために限られた生活を送っている要介護高齢者のケアにおいては、彼らの QOL を十分に考えた支援が必要と言える。

そこで本稿では、慢性疼痛のためにほぼ寝たきり状態となり、QOL が著しく障害されていた高齢者の訪問看護事例をもとに、要介護高齢者の QOL とケアのあり方について考察し、まとめることを目的に研究を進めた。

【事例呈示】

1. 事例紹介

患 者：Aさん 89歳女性 要介護4

診断名：変形性脊椎症（Th12～L4 の変形高度）、骨粗鬆症、高血圧症

現病歴：70歳頃から腰痛出現するが、日常生活上に大きな支障はなかった。72歳から骨粗鬆症、高血圧症のため内服治療を開始する。85歳の時、自宅のベランダで転倒し、右大腿骨頸部骨折のため2ヶ月間入院する。退院後、ベッド上臥床状態が続き、ほぼ寝たきり状態となる。

生活歴および家族背景：S 県生まれ。18歳で上京し、飲食店で住み込みをしながら働いていた。23歳で見合い結婚、3 人の子供を出産するが、1 人は幼児期に死亡。やがてギャンブルに夢中になった夫がほとんど帰宅しなくなり、生計を維持するために再び飲食店を中心に働きながら子供を育てる。47歳で離婚。子供たちの独立後は、一人暮らしをしながら60歳まで仕事を続けていた。その後、退職を契機に次男夫婦と同居するが、嫁との関係が上手くいかず自宅で独立した生活を送っていた。現在は、次男夫婦、2 人の孫との5人暮らし。

性 格：喜怒哀楽など、感情表現が豊かな正直な性格。本人は「長い間、苦労を重ねてきた為か我慢強い」と言われる。家族によると、頑固でわがままな性格。

2. Aさんの状態および状況

2

（1）訪問看護開始までの経過

大腿骨頸部骨折後、ADL（Activity of daily living：日常生活動作）は低下し、入浴・移動に介助が必要な状態で退院となっている。しかし、家族の介護が十分に得られず、終日臥床していることが多くなり「痛い、痛い」と腰痛を訴え続けるようになる。やがて、尿失禁、下肢筋力低下などの廃用症候群が出現。月2回、訪問診療を行っている主治医の強い勧めにより、退院5ヶ月が経過した時点（Aさん86歳）で介

護保険を申請し、要介護4の認定を受ける。その後、家族の希望で、月2回の訪問入浴サービスと週1回の訪問看護が開始となる。

（2） 訪問看護開始時の状態

血圧150～170／90～100mmHgと高値であるが、その他バイタルサイン・全身状態は特に異常を認めない。両下肢痛およびしびれ感・腰背部痛のため寝返りも困難な状態で、終日臥床している。食事摂取の時はベッド柵にもたれた半座位の姿勢をとるが、1回30分が限度である。疼痛に対してボルタレン座薬（25mg）を1日3回自分で挿入しているが、疼痛緩和は無いと言われる。尿失禁のためパンツ式の紙おむつを使用しているが、交換は何とかAさん自身で行っている。

下肢筋力低下、軽度の筋萎縮は認められるが、関節の変形や拘縮・褥瘡の形成はない。認知症の症状は見られない。

「一生懸命に働いて、苦労して子供も育てて来たのに、歳をとってからこんな惨めな姿になるなんて……早く死んでしまいたい。死んだほうが、よっぽどましだ。」と訴えられる。笑顔は見られない。

（3） 療養環境

一軒家でベランダに面した2階の6畳間が居室となっている。部屋の中央に介護用ベッドとポータブルトイレが置かれ、周囲にはテレビ・冷蔵庫・電話・食器棚・ミニガスコンロ等の生活用品が並んでいる。ベッド上およびベッドサイドのテーブルには、着替え・タオル・紙おむつ・ちり紙・電動式ポット・コップほか、Aさんの日常品が手の届く範囲内にまとめられている。

次男夫婦は1階で生活しているが、Aさんの部屋に訪れる回数は少なく、家族との交流やコミュニケーションが十分に持てない中で、一日中テレビを見ながら一人で過ごしている。

（4） 家族の介護状況

食事の支度・洗濯・買い物などの家事は次男の嫁が行っているが、Aさんの部屋に長居をすることはない。「お風呂の介助まではできない」ということで、退院後、自宅での入浴はまったく行われていない。清拭用タオルを毎朝Aさんに届けているが、介助は行っていない。その他の身体介護もほとんど行われていない状況である。

次男と2人の孫が週に2～3回、Aさんの様子を見に来るが介護に携わることはない。

3. 臨床経過

（1） 第1期（ラポール形成の時期）

ベッドに横たわり、体を丸めた側臥位の状態で、「痛い、痛い」と腰痛、下肢痛およびしびれ感を中心に、全身の痛みを苛々した口調で訴え続ける。はじめはバイタルサイン測定のために身体に触れるだけでも疼痛を訴え、「座薬を入れても、薬を飲んでも全く効かないよ！」と背を向けたまま言われていた。

Aさんの状態と主治医からの訪問看護指示書に記載されているデーターや身体状況などから判断すると、現疾患による疼痛以外にも、疼痛の増強につながっている心理的・社会的要因があるのではないかと予測できた。しかし、Aさんは身体症状（疼痛）を強く訴えられているため、まずAさんの痛みを十分理解し、疼痛緩和に向けたケアを行っていくことが必要であると考えた。そして、苦しみを抱えているAさんに対しての全人的理解とラポールの形成が図れるようにケアを進めていった。

「痛いところを教えてください。痛みはどのような時に強くなりますか？」などとAさんに尋ね、苦痛を訴えられる部位に静かに触れながら「ここが痛いんですね。足のこの辺がしびれていて、いつも辛いんですね」と、一つ一つAさんの苦痛を確認し、常に傾聴・受容・共感を第一に考えながら、Aさんの理解に努めた。

全身清拭、洗髪などのケアを行う際は、「タオルで暖めても大丈夫ですか？この位の力で拭いても痛くないですか？今の姿勢は苦しくないですか？」などと本人への確認を繰り返し、ケアによってAさんの苦痛が増強しないように注意を払った。ケアにおいては常にAさんの苦痛に配慮し、また私がAさんだったら、このようにして欲しいであろう、と言うことを常に考えながら行うように努めていった。

翌週に訪問した際には、「先週は、ここが痛くて辛かったのですね。今も同じようにまだ痛みは続いていますか？」などと前回把握したAさんの状態をもとに言葉をかけ、その日の状態を丁寧に伺っていくようにした。

訪問看護を開始して1ヶ月が過ぎた頃、「あなたは私の痛みをわかってくれた。今まで私が腰が痛いと言っても、誰も私の腰など実際に見ても触れてもくれなかった。先生は血圧も丁度良いし、内臓も悪いところがないから心配ない、と言う。家族も誰でも歳をとれば、みんなどこか少しくらい痛くなるのだから大丈夫よ、と言う。みんな自分の痛みは我慢できなくても、人の痛みは百年でも我慢できるんだ。私は嘘なんかついていない。本当に痛くて辛かったんだよ。でもやっと私の痛みをわかってもらえる人に出会えた。嬉しいよ」と言われ、初めてニコッと笑顔を見せてくれた。

自分の痛みや苦しみが、身近な人に理解されなかったことでの悲しさ、訴えが軽く受け止められ対処されてしまっていたことへの怒りや不満、そして、自分という人間に関心の目が向けられず、真剣に関わりあってもらえなかったことでの孤独感がAさんのこの言葉の中に込められていると受け止めた。「長い間、随分と辛い思いをなさっていたのですね。苦しかったでしょう……」とAさんの手を握り、言葉をかけると、

Aさんは黙ってうなずいた。

その日を境に、「こんな寝たままの状態だと、体が拭きづらいでしょう？ 今、こっちを向くからね。あなたの腰が痛くなったら大変だ」などと言いながら、Aさんは少しずつ自力で体を動かすようになり、やがて、1時間半の訪問時間の大半を座位で過ごせるようにまで変化していった。

(2) 第2期(疼痛緩和～ADL拡大の時期)

座位保持時間の延長がみられたため、端座位による足浴をケアに取り入れてみた。

「体の中の汚れまで全部出たみたいで、気持ちがいいよ。久しぶりだ……こんなにさっぱりした感じは……」とAさんが身体で感じることの心地良さを始めて言われた。

長い間、疼痛で苦しんでいたAさんが、気持ち良さを体験できたことは大きな変化である。その後も、「気持ちが良い。さっぱりした。体が軽くなった感じがする。」等という言葉がAさんから頻回に聞かれるようになった。そして同時に、端座位の状態で足踏みや手の挙上運動を自発的に始めるように変化していった。

「大丈夫ですか？ 痛くなりませんか？」と尋ねると、「あなたが熱いタオルで体の痛いところを温めてくれたから、五臓六腑に良くしみわたり、体中の硬くなっていた筋肉が柔らかくなった。その後、乾いたタオルで拭いてもらったから、乾布摩擦で血の巡りが良くなって、悪いところが治ってきたみたい。だからリハビリができるようになったんだよ」とキッパリとした口調で言われた。

疼痛の増強を恐れ、これまで同一体位による過度の安静を続けていたAさんであったが、体を温めることや軽く体を動かすことによって疼痛が軽減するため、筋肉性の疼痛も考えられた。そこで、Aさんの疼痛が軽減し体が動かせるようになったことに對して、喜びの気持ちを伝え、あわせて筋肉性疼痛と廃用症候群について、できる限りわかりやすい言葉で説明を行ってみた。疼痛が軽減してきた理由をAさん自身が考え、意味づけを行い始めた時期であるため、専門的立場からそれらをフィードバックすることは、Aさん自身の疼痛軽減と回復に対する意味づけの強化につながるのではないかと考えたからである。

私の説明をうなずきながら聞いていたAさんであったが、「歳のせいだから仕方がないと言われ、もう良くなるものだと諦めていた。こんなに辛い思いをするなら、下手に長生きなんかするものじゃないって思っていたよ。それに、私とおしゃべりをしてくれる人はいても、話をしてくれる人はいなかった。あなたはいつも私とちゃんと話をしてくれるから、嬉しいよ。ありがとうね」と突然言われた。人ときちんと向き合うことの大切さ、おしゃべりではなく話をすることの意味、どんな状態でも諦めずに対応していく医療者としての責任感を、あらためてAさんから教えて頂いた。

退院後、尿便意が明確であるにもかかわらず、疼痛により体を動かすのが困難であるとの理由で紙おむつを使用していたAさんである。しかし、この頃になると念のためにと下着の中に尿とりパットを入れながらも、状態にあわせ自ら尿器やポータブル

トイレを使い分け、失禁することなく排泄の自立が可能になっていった。Aさんの変化に私自身も大きな驚きと喜びを感じ、「本当にすごいですね。こんなに良くなりましたAさんの姿を見ることができて、とても嬉しいです」と、私自身の気持ちをAさんに伝えていった。どうしたらできるようになるのだろう、とAさんは自分の体の状態に合わせ、考えながら工夫した過程を後に語って下さったが、その言葉と表情の中には、喜びと共に一つ一つ困難を克服してきたことへの自信があふれていた。

また、日中も座位で過ごす時間が増え、以前のような「痛い、痛い」と言う訴えは聞かれなくなった。そして、一日3回挿入していたボルタレン座薬も、夜中に痛くなると困るから、という理由で就寝前に1回挿入するだけとなり、疼痛緩和とともに明らかなADLの拡大が確認できるようになった。

(3) 第3期(心理的安定～QOL向上の時期)

疼痛が緩和してきたことでAさん自身に心の余裕が生じてきたのか、心理面で大きな変化が見られるようになってきた。これまで怒りや不満をぶつけていた周囲の人との関わり合いに変化をもたらし、Aさん自らが会話を行い関係を結べるようになっていった。「先生も忙しいのに、私のことを忘れないでちゃんと来てくれる。この間なんか冗談まで言い合って、面白かったよ。良い先生に診てもらえてよかった……。家の者も私の食べたいものを買ってきて作ってくれるし、良くやってくれるよ。ありがたいね」等と感謝の気持ちを言葉で表現するようになっていった。

Aさんの表情は以前と全く異なり、明るく穏やかであり、訪問時にもテレビや昔話、家族のことなど多くを楽しそうに語ってくださるようになっていった。

これまでベッド上臥床状態のまま、天井や壁を見つめながら意識が痛みに集中した状態で一日の大半を過ごしていたAさんである。それが、疼痛緩和に伴い一日の大半を臥位から座位へと体位をかえて過ごせるようになり、視野の拡大と共にAさん自身の心のあり方が変化したのであろう。がんの末期などで激しい痛み苦しんでいる患者が、ホスピスや緩和ケア病棟に移り、痛みや不快な症状がコントロールされると身体的活動性の高まりや精神面で安定が見られることが報告されているように、Aさんも同様に疼痛緩和に伴い心理的安定が得られたことは、態度・表情・言葉などから確認できる。

ある日、Aさんは窓の外を見つめながら、「あんなに大事に育ててきた植木なのに、誰も世話をしてくれないから、みんな枯れて駄目になってしまったよ。枯れた植木を見ていると私もあんな風に枯れてしまうのかなって思い無性に悲しくなるんだよ」と話された。

Aさんの部屋の外はベランダになっており、そこには沢山の植木鉢が並んでいる。枯れてしまった植木に自分の命を重ね合わせて見つめているAさんの言葉にハッとさせられ、あらためてベランダの植木鉢に目を向けると、枯れた植木の中にもまだ何鉢か元気な植木が残っていた。ベッド上臥床状態が続いていたAさんにとって、6畳の

自室の中だけがAさんの目に映る世界だったが、座位になれたことで窓の外の景色にもその世界が広がったことになる。しかし、その世界（景色）が悲しいものとしてAさんの心に映っていることを知った。そこで、Aさんの窓から見える位置に元気な植木鉢を寄せ集め、「残念ながら枯れてしまったものもあるけれど、まだ元気に生きている植木もたくさんあるから、一緒に見守ってあげましょうね」と伝えた。すると、Aさんの表情がパッと変わり、「アー本当だ。生きているね。生きているね」と嬉しそうに声をあげられた。

やがて、毎朝ベランダの鉢のところに数羽の雀が来るようになったと言い、「命のあるところには、命のあるものが自然に集まってくるのだね。雀が毎朝、おばあちゃん、おばあちゃんって遊びに来てくれると、嬉しくて可愛くてたまらないよ」と目を輝かせながら喜びの気持ちを語ってくれた。Aさんの嬉しそうな表情や言葉は、私にとっても大きな喜びとして感じられた。

その後、訪問看護に訪れるたびに、雀に餌をやって欲しいとパンやカステラなど小さく千切ったものを手渡してくるAさんであった。しかし、訪問看護に訪れる以外の日も、雀に餌をやりたいという気持ちがAさんの中で広がり、なんとか歩けるようになりたいと訴えられた。そこで、状態を見ながらサイドレールにつかまり立位保持や歩行訓練を始めてみた。その結果、窓辺までつかまり歩行で雀に餌をやりにいかれるようになり、AさんのADLは著しく向上していった。そして同時に「生きているといいことがある。やっぱり長生きはするものだね」と笑顔で言われるAさんの言葉や表情を通して、QOL向上が確信できる。

【考察およびまとめ】

1. 事例に対する考察

臨床経過を通して、Aさんの疼痛緩和、ADLの拡大、QOLの向上が得られた要因を以下のように考察する。

（1）第1期の考察

苛々した口調で薬の効果も得られない全身の痛みを訴え続けるAさんの疼痛は、現疾患に起因するものだけではなく、心理・社会的要因が影響していることが十分に考えられた。しかし、疼痛の原因が何であろうとAさんにとって今、最も辛い身体的苦痛の軽減を図ることが必要であった。ケアにおいて、一つ一つ細かく本人に確認し、少しでも心地よく感じてもらえるように工夫したことが、Aさんのケアに対する不安の軽減につながったと考える。

また、身体面だけではなく、心理面にも十分配慮し、Aさんという人間全体に早期から目を向け、傾聴・受容・共感的態度で接していったこと、看護師自身がAさんと

の関わりの中で感じたこと、理解したことを言葉や態度で伝えていったこと等が、ラポールの形成に結びついたと考える。

人は心から聴いてもらえると、気持ちが落ち着き、考えが整い生きる力が湧く。聴くことはそれだけで援助であり、最大の援助は共感を示しつつ傾聴することである²⁾そしてまた、傾聴は心理療法のベースだけでなく「全人的医療」を実践する場合の基本であり、最も有力なコミュニケーション手段として患者を「知る」→「理解する」→「共感する」といったプロセスである³⁾と言われる。

「やっと私の痛みをわかってもらえる人に出会えた。嬉しいよ」と言うAさんにとって、看護師の傾聴・受容・共感的な態度は、自分の苦しみがやっと他者に伝わり理解されたという安堵感、自分に関心を寄せ受け入れてくれる人がいるという安心感の獲得になったと推察できる。

また、「私は嘘なんかついていない。本当に痛くて辛かった」と言うAさんの言葉は、これまで他者に理解されず、真剣に向き合ってもらえなかったことなどから生じる孤独感を表出したものと言える。

このようにAさんは、自分が他者に理解され、受け入れられたと実感できたこと、自分の気持ちを伝えることのできる人間関係が看護師との間に形成できたことは、孤独からの脱出となり、心理的苦痛の開放につながったと考える。そして、心身相関・または心身一如といわれるように、心理的苦痛の軽減が身体に影響し、身体的苦痛の軽減(疼痛の軽減)に結びついたと考えられる。その結果として、Aさん自らが少しずつ体を動かしてみようという気持ちになったものと推察する。

(2) 第2期の考察

体を動かせるようになったことにより身体機能が改善し、長期臥床によって二次的に引き起こされていた腰背部痛や関節痛の軽減に結びついたと言える。Aさん自身が疼痛の軽減を自覚できたこと、また、「気持ちが良い。体が軽くなった」等と身体を通しての心地よさを体験できたことは、身体に対する不安の軽減に伴い、回復の自覚につながったと考えられる。このことは、「悪いところが治ってきたみたい」と言うAさんの言葉からも明らかである。

また、「体中の硬くなっていた筋肉が柔らかくなった。血の巡りが良くなった」等と看護師の行うケアの中に、Aさん自身がケアに対する意味づけを行い、身体の回復状態を確信できたことも改善の大きな要因としてあげられる。

更に、Aさんの意味づけに対して専門的立場からフィードバックを行ったことで、回復への意識や意欲がより高まり、やがて排泄の自立へと結びついたものと考えられる。

Aさんの疼痛緩和やADL拡大が得られた要因としては、Aさんが自らの心の動きに無理なく体を合わせられたこと、看護師がAさんの心と身体の状態に合わせてケアを継続していったこと、2人の間にラポールが形成され、共に安心感をもって関わり

合いがもてたことなどがあげられる。また、Aさんが回復過程において、喜びや自信の回復を自覚できたことは、心理的苦痛の緩和に大きくつながったと推察する。

(3) 第3期の考察

これまで怒りや不満をぶつけていた周囲の人に対して、Aさん自らが会話をを行い良好な人間関係を結び始めた要因としては、次のことが考えられる。疼痛緩和により身体的ストレスが軽減したこと、身体機能の回復に伴いADLでの負担が軽減したこと、そして、身体的・心理的苦痛の緩和によりAさんの心に余裕が生じたこと等が考えられる。

持続する痛みや不快な症状は、人間にとって身体的苦痛を意味するだけではなく、精神的・心理的負担を招き、その人全体に大きく影響を与えることになる。従って、Aさんの場合は身体的苦痛の軽減が精神的・心理的負担の軽減につながり、その結果社会的な人間関係にも変化をもたらしたと推察できる。これらのことから患者と接する際には、身体的・精神的・社会的側面を統合し、一つのつながりとして受け止めていくことが重要であると言える。しかし、その人がその人らしく生きていくための支援としてスピリチュアルケアも重要である。スピリチュアリティ (spirituality) は、人間の生命力の根源、生気、心、精神、魂、精霊などと訳され、人間が生きるためにもっとも基本的要因を示すものを意味する。そして、スピリチュアリティとは、人生の危機に直面して「人間らしく」「自分らしく」生きるための「存在の枠組み」「自己同一性」が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である⁴⁾と定義されている。

Aさんにおいては、加齢により衰退していく身体の自覚から、やがて訪れる自分の死を枯れてしまった植木の中に重ね合わせて見つめていたと考える。身体的・心理的・社会的苦痛が軽減され、表面的には安定してきた様子であったが、「枯れた植木を見ると、私もあんな風に枯れてしまうのかと思うと無性に悲しくなる」と言うAさんの言葉からは、生きることへの意欲や喜び、楽しみが見つけられないスピリチュアルペインが伝わってきた。

ベッドを中心に限られた小さな世界の中で生きているAさんの心を看護師が見つめ、理解し、植木や雀の命もAさんの一部分として考え関与していった。まだ生き生きとしている植木を見ることや、ベランダに集まってくる雀との出会いを通して、育てることや育っていくことの喜び、そしてAさん自身がいま生きていることでの命を自覚できたのではないだろうか。それは、「命のあるところには、命のあるものが自然に集まってくる。嬉しい」と言うAさんの言葉や表情から考えられる。

生きることの自覚は、更にAさんの自立心を向上させ、つかまり歩行とともにADLの著しい向上につながったと推察する。そして、「生きているといいことがある。長生きはするものだね」と生きていることを肯定的に受け止めている言葉を笑顔で言うAさんには、生きていることでの幸福感や満足感が感じられ、明らかなスピリチュ

アルペインからの開放とともに QOL の向上が得られたといえる。

2. 慢性疼痛に関する考察

（１）慢性疼痛の病態

心療内科医である中井は、慢性疼痛の病態を次のように述べている⁵⁾。

- ① 痛みの閾値が低下する。
- ② 痛みが長期に及ぶと痛みの原因が何であれ患者は neurotic になる。
- ③ そのため、悪循環が生じ、一層痛みの閾値が低下する。
- ④ 痛みを抑制する中枢からの下行性抑制性制御機構が存在するが、慢性疼痛の患者は、その機能が低下する。
- ⑤ 「ゲートコントロール理論」によると、脊髄に存在するゲートを通して、痛み刺激は脳に伝えられるが、ゲートの開閉が中枢のコントロールを受けている。慢性疼痛の患者ではゲートが開放されたままになり、少しの痛みも刺激も増幅され脳に伝えられる。

このように慢性の痛みは、情動や閾値に影響を及ぼしてしまうことから、慢性疼痛患者を心身両面から理解し、ケアを行っていくことが重要である。

（２）Aさんの慢性疼痛の要因について

前記の慢性疼痛の病態に加え、Aさんが寝たきり状態にまで至っていた疼痛の要因として次のことが考えられる。

- ① 変形性脊椎症、骨粗鬆症の現疾患から生じる疼痛（身体的苦痛）
- ② 長期臥床や同一体位の持続により二次的に引き起こされた腰背部痛（筋肉性疼痛）、関節痛の出現
- ③ 骨折をきっかけに自立していた生活から一変して要介護状態となってしまったことに対する自己の戸惑いや不安（心理的苦痛）
- ④ 自分の置かれている状況、苦しみや辛さが他者に理解されず、受け入れてもらえないことへの不満・怒り・苛立ち・孤独感（心理的・社会的苦痛）
- ⑤ 生きる意味や目的、自己に対する価値の喪失（スピリチュアルペイン）

以上のように、現疾患から生じる身体的な疼痛だけではなく、心理的・社会的苦痛、スピリチュアルペインが関連し、total pain としてAさんの疼痛をより増幅させていたと推察する。

（３）慢性疼痛を訴える患者のケアについて

慢性疼痛を訴える患者のケアにおいては、まず痛みの状態を傾聴と観察によって十分把握し、理解することが必要である。その際、大切なことはケアにあたる者が先入観を持たずに患者のありのままの姿と訴えを受け止めることであり、患者の苦しみや

辛さを理解しようとする姿勢がケアの第一歩であると考ええる。

疼痛の状態および患者の理解においては、以下のことを把握しておく必要がある。

- ① 疾患の理解（現疾患および既往症）、全身状態の把握
- ② 疼痛の部位および痛みの程度
- ③ 疼痛の発生時期および経過
- ④ 疼痛の持続時間および発生する時間
- ⑤ 疼痛の増強または軽快因子
- ⑥ 姿勢や体位、動作との関係性
- ⑦ 鎮痛剤などの薬に対する効果
- ⑧ 気温や温熱・寒冷刺激との関連性
- ⑨ ADL および疼痛による障害の状況
- ⑩ 生活環境および社会的因子、生活背景
- ⑪ 性格、心理状態
- ⑫ 疾病や疼痛などに対する本人の理解および受け止め方

このように、疼痛のみに観察の目を奪われることなく、心理的・社会的要因、生活状況ほか、さまざまな視点からその人の全体を把握することが大切である。特に高齢者においては、加齢に伴う身体的・心理的变化も十分考慮し、状態を把握していく。

持続する慢性疼痛は、身体的・心理的ストレスを増強させ、痛みの閾値の低下をはじめとし、さまざまな影響を及ぼすことになる。従って、実際のケアにおいては、まず苦痛の緩和を中心にケアを進めていくことが必要である。

疼痛の原因が明らかに疾患に起因するものであれば、医師と連携を図りながら医療処置（対応）による疼痛のコントロールを行っていく。その上で、疼痛の増強に影響している要因に関して必要な支援を行っていく。いずれの場合も、ケアにあたる者は傾聴・受容・共感を通して深く患者の理解につとめ、対応していくことが大切である。

3. 要介護高齢者の QOL に関する考察

（1） QOL について

QOL（quality of life）は、生活の質・生命の質・人生の質・生き方の質・命の質・人生の中身などと訳され、医療現場においては特にターミナルケアの場で重要視されている。

柏木は⁶⁾、QOL の 3 要素を、幸福感（happiness）、満足感（satisfaction）、調和（harmony）と考え、構成要素を以下の 5 つにまとめている。

① 痛みや他の不快な症状のコントロール

患者が人間らしい日々を送ることができるようには、まず、痛みが上手くコントロールされることが必要であり、症状のコントロールは構成要素の中で最重要

視される。

② 身体的活動性

症状が上手くコントロールされても、自分の身の回りのことが自分でできなければ、QOLが高いとは言えず、日常生活動作（ADL）がどれほどできるかがQOLを決める。

③ 精神的充実度

身体的・生理的な点で満足できていても、精神的な面で安定（不安・苛立ち・うつ気分・寂しさ・孤独感などがない）、充実していなければQOLは高くない。気分が良く、周りに感謝できるような精神状態で日々を過ごせれば、QOLは高いといえる。

④ 社会的生活の充実

かなり制限されている患者の社会生活に対し、周りの者が気をつけて社会生活を守り、コミュニケーションを十分とる工夫をすることが大切である。

⑤ 宗教的満足度

患者にとって、宗教が重要になる場合、その環境を整えたり、祈ることができる空間の提供が必要である。

このように、終末期の医療においては、患者の苦痛や不安を取り除き、患者が残された時間、限られた生命をいかに生き、そして安らかな状態で死を迎えられるのかということを重要視し、そのための必要なケアを継続している。しかし、これらのケアは、決して終末期の医療にのみ求められるものではない。ライフステージの最終段階に立つ要介護高齢者に対するケアにおいても、共通して求められることである。

（2） 要介護高齢者の QOL について

近年、高齢者施設においては、入所者の楽しみや生きがい、ADLの維持・向上に向けて、さまざまな工夫がなされている。しかし、高齢者一人一人のQOLを考えた時、まだ決して十分とはいえない状況である。

一方、在宅で暮らす要介護高齢者は、住み慣れた地域や家で過ごせるという利点はある。しかし、生きていくため、生活を維持するために必要な基本的なケアは提供されていても、介護力（時間・人手不足、介護者の高齢化による体力の低下、知識や技術の不足など）の低下、介護保険制度によるサービス量・サービス時間や内容の制限などから、高齢者一人一人に対するQOLを重要視したケアは十分に行われていないのが現状である。

要介護高齢者の多くは、末期がん患者などと異なり、余命を予測することはできないが、ケアに携わる者は、人間の命の有限性を認識し、一人一人のQOL向上に向けたケアを提供していく必要がある。そこで、要介護高齢者のケアに、QOL向上に向けたケアが重要となる理由を次のようにまとめる。

① 何らかの疾病や障害により、日常生活上に困難がある。それゆえ、身の回りの

動作が自由に行えず、他人の力を借りる必要があるため、身体的・精神的なストレスが生じやすい。

- ② 疾病や障害により、行動や活動範囲が縮小または制限され、対人関係を含めて社会的な生活が制限されている。
- ③ 慢性疾患や回復困難な障害を抱えている場合が多く、疼痛をはじめ不快な症状が持続し、身体的苦痛を伴いやすい。
- ④ 加齢による身体機能低下のため、さまざまな疾病に罹りやすく、また重症化しやすいため、状態が急激に悪化し、死に至ることが多い。
- ⑤ 疾病や老いの自覚を通して、死を身近なこととして捉えている人が多い。

このように、要介護高齢者は、身体的・精神的・心理的・社会的制限やストレスの多い状態が続いており、その中で自らの力だけでQOLを高めていくには困難な状況にあるといえる。従って、要介護高齢者のケアにおいては、高齢者一人一人のQOLを十分に考えた積極的な医療・看護・介護が求められる。

(3) 要介護高齢者のQOL維持・向上に向けたケア

先にも述べたように、人生の質・生活の質・命の質などと訳されるQOLは、目に見えるものではなく、何を基準にQOLが高いか、低いかを明確に判断することは困難である。身体的レベル、心理的レベル、社会的レベル、経済的レベルなど、その人自身が生きていく中で、何に価値を置いているのか、そしてどの程度おもむきを置いているのかによって人それぞれ異なってくる。日野原は、QOLを4つに分けて考えており⁷⁾小林は、心理的・主観的側面を重視した場合は、生きがい・幸福感・生の満足度・充実感、そして、社会的環境や自然的環境を重視した場合は、暮らしやすさの2つに分けて考えている⁸⁾。

しかし、医療・看護において要介護高齢者のQOLを支援する場合、身体面、心理面、社会・環境面、主観的側面、スピリチュアルな面など、患者をあらゆる面から全人的に見つめ、一人の人格として統合して考えていくことが大切であると考えられる。

ミルトン・メイヤロフは「ケアの本質」の中で、一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人の成長すること、自己実現することを助けることである⁹⁾と述べている。要介護高齢者のケアにおいても、身体的ケアや日常生活上の支援にとどまることなく、患者の成長や自己実現に向けてケアを行っていくことが必要であり、そのことが、要介護高齢者（患者）のQOL維持・向上に結びついていくものと考えられる。

次に、要介護高齢者がQOLを高めていく上で必要とされることを以下にまとめる。

- ① 身体的苦痛がないこと、あるいは最小限に抑えられていること。
- ② 身の回りの動作が可能な限り、自分で行えること。(自立)
- ③ 不安に脅かされることなく、安心した気持ちで日々を過ごせること。
- ④ 他者との良好な人間関係が結べ、コミュニケーションが十分に図れること。
- ⑤ 日々の生活の中に、喜びや楽しみが感じられる時間があること。

⑥ 自分の人生(過去から現在に至って)を、否定することなく、肯定的に受け止められること。

⑦ 本人にとって生きがいとなることやその対象を持ち続けられること。

以上、これらをふまえた上で、要介護高齢者の QOL 維持・向上に向けて看護師としての支援のあり方を、以下にまとめる。

① 患者の疾病と病態を十分に把握し、医師との連携のもとに、身体的苦痛緩和に必要な看護(病気の回復、症状の改善、健康の維持・向上、疾病の予防に対するケア)を行う。

② 身体面、精神面、社会面、スピリチュアルな面から患者を全人的にみつめ、ケアにつなげていく。

③ 患者の訴えや話を十分に傾聴することで理解を深め、共感・受容し、患者とのコミュニケーションを通して、ラポールを形成していく。

④ 患者の生活や生きている世界を理解し、共有する。

⑤ 患者の QOL を常に考え、環境(生活環境、社会的環境、身体的状況、心理的状況)を整えていく。

QOL の評価には、経済状態、健康状態など、ある程度客観的に評価できるものもあるが、終末期の患者や要介護高齢者の看護においては、本人の日々の生活や生きていることへの満足度といったその人の主観的評価を重要視したケアが求められるのではないだろうか。

日々の生活の充実度や満足度、生きていることの喜びや楽しみ、自分の人生に対する意味や価値などは、他者が客観的に評価できるものではなく、あくまでもその人自身が感じる主観であり、内面的世界のことである。しかし、その人(患者)が、その人らしく生き、満足した生を送れるように、患者の主観に看護師の主観を重ね合わせながら、患者の内面的世界を理解し、QOL 向上に必要なケアを通して支援し続けていくことは、要介護高齢者ケアに携わる看護師の重要な役割であると考えられる。

【おわりに】

介護保険制度が導入され、要介護高齢者へのサービスが拡大したことで、安全・安心・安定した生活が確保できた人々が増加した。しかし、日々の生活の中で、寂しさ、孤独、不安、苦痛を抱え、生きる意欲を喪失している数多くの高齢者が存在していることも事実である。

医療技術の発達、予防医学の発展、衛生状況や栄養状態の著しい改善に伴い、わが国の平均寿命は確実に伸びている。今や人生80年はあたり前の時代になった。そして、この80年という人生を最後まで健康で自立した生活を続けていきたいと、人々は願っているに違いない。しかし、どんなに寿命が延びたとしても、病、老い、死は人間にとって避けることのできない誰にでも訪れる現実である。

歳を重ねて病気や障害を負った時、日常生活を送るために他者の力（介護）が必要不可欠な状態になった時、身の回りのことが自力で自由に行なえなくなった時、人々は何を考え、どんな生き方を望むのだろうか。要介護高齢者のケアに携わる者としてこれらのことを深く考え続けていきたい。

医療・看護・介護は、身体的な治療やケアだけではなく、その人の生活や生き方に直接的・間接的にもかかわる（影響を与える）大きな支援の一つとして受け止める。従って、ライフステージの最終段階に立つ要介護高齢者のケアにおいては、その人のQOL（生活の質・人生の質）向上を願い、そして考えながら支援を展開し続けていくことが重要である。

文献

- 1) 大内尉義「高齢者における疼痛の考え方」『日本医師会雑誌：特別号疼痛コントロールのABC』Vol.119NO.12, 1998, S.302.
- 2) 村田久行「臨床に活かすスピリチュアルケアの実際（2）：スピリチュアルペインをキャッチする」『ターミナルケア』12（5）, 2002, p.420－424.
- 3) 中井吉英『心療内科：初診の心得』三輪書店, 2005, p.85－86.
- 4) 窪寺俊之『スピリチュアルケア学序説』三輪書店, 2005, p.5－7.
- 5) 中井吉英 前掲書3）p.108－109.
- 6) 柏木哲夫『癒しのターミナルケア』最新医学社, 2002, p.29－31.
- 7) 日野原重明『生きることの質』岩波書店, 1993, p.20－21.
- 8) 小林司『「生きがい」とは何か：自己実現へのみち』日本放送出版協会, 1994, p.40－41.
- 9) Mayeroff, M. 田村真, 向野宣之訳『ケアの本質：生きることの意味』ゆるみ出版, 1998, p13.

参考

- 1) ヴァン・デン・ベルク, 早坂泰次郎『現象学への招待：「見ること」をめぐる断章』川島書店, 1999.
- 2) 長谷川浩 〔ほか〕『共感的看護：いま、ここでの出会いと気づき』医学書院, 2002.
- 3) 伊藤隆二『人間形成の臨床教育心理学研究』風間書房, 1999.
- 4) 飯田俊穂『実践に役立つカウンセリングテキスト』（改訂第4版）農村保健研修センター, 2005.
- 5) 湯浅泰雄 〔ほか〕『科学とスピリチュアリティの時代』星雲社, 2005.