

「特別寄稿」

人生の最期を迎えるための心構え

Approach to End-of-Life Care

柴田 健彦¹⁾ Takehiko Shibata

要 旨

全ての団塊の世代が後期高齢者となる2025年まで残すところ3年となった。超高齢社会、多死社会という時代を見据え、我が国はこれまで地域包括ケアシステムを構築し、在宅医療を推進してきた。高齢者の増加によりサルコペニア、ロコモティブシンドローム、老年症候群、フレイルの概念も提唱され、高齢者の医療・介護の在り方も議論されてきている。要介護状態となっても住み慣れた地域で、人生の最終段階まで安心して暮らし続けることができるように住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムは医療、介護、行政関係者による顔の見える関係を築き、多職種の連携が利用者へのサービスには欠かせない。

人生の最終段階における患者の意向を尊重した意思決定支援のために2018年3月、厚生労働省は『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』を策定した。このガイドラインでは、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実施を呼びかけている。ACPは「人生会議」とも呼ばれており、人生の最終段階における治療やケアについて、本人の意思を尊重し、家族や近い人、医療・介護の多職種から構成される「医療・ケアチーム」が、繰り返し話し合いをして情報を共有し、患者の意思決定を支援している。意思決定支援を行う際には患者本人や家族の価値観、人生観、死生観を把握することが求められる。しかし、患者の価値観、人生観、死生観は各人各様であり、医療・ケアの意思決定の根底には現代の日本人の死生観が影響していることもある。超高齢社会、多死社会を迎え、地域包括ケアシステムに関わる多職種が協働で「看取り」をする時代に変遷してきているのである。

「看取り」をするうえで、死は人間の自然の摂理であることを踏まえ、死生観、尊厳死、リビングウィルについての知識を得て、人間の寿命、医療の限界、本人の意思を尊重した医療や介護、人間らしい最期、看取りについての理解を深めることが必要である。また、人生の最終段階においては患者や家族の心のケアも大切であり、動物介在療法、ユマニチュード、タクテールケア、臨床宗教師の活用も選択肢のひとつである。今後訪れる多死社会を見据え、看取りに関わる理学療法士には、人生の最終段階の医療・介護に「医療・ケアチーム」の一員としてだけでなく、ひとりの人間としてどのように関わっていくのか、職業人としてだけでなく、人間力を養うことも求められているのである。

Key words : End-of-Life Care ; 死生観 ; 人生会議 (ACP : アドバンス・ケア・プランニング)

はじめに

我が国は超高齢社会、多死社会という時代を迎え、これまで地域包括ケアシステムを構築し、在宅医療を推進してきた。そして、時代の要請に従い、

高齢者の医療・介護の在り方も議論されてきている。我が国の少子高齢化社会の問題から地域包括ケアシステムの構築、高齢者の増加によりサルコペニア、ロコモティブシンドローム、老年症候群、フレイル等の高齢者の疾患概念が生まれた。様々な「死」という言葉、看取り、死生観、人生会議（ACP :

¹⁾ 柴田内科循環器科クリニック

アドバンス・ケア・プランニング) について解説し、人生の最終段階を迎える患者や家族に接する上で、理学療法士には何が求められているのかについて述べる。

少子高齢化社会

我が国は世界に先駆けて65歳以上の高齢者が21%超の高齢社会となった。そして、全ての団塊の世代が後期高齢者となる2025年まで残すところ3年である。内閣府による令和3年版高齢社会白書¹⁾によると、2020年の高齢化率(65歳以上)は28.8%、2065年には38.4%と予想されている。死亡者は2015年には年間129万人であったが、2020年には138万人と急激な増加となった。日本の人口は2021年には約1億2,500万人、2050年には1億人を切り、2065年には8,800万人と減少し、国力、経済への影響が懸念される。一方、年間出生数は2015年100.8万人、2020年84.7万人と減少し、低出生体重児の出産が増加している。そして、近年、医療依存度の高い医療的ケア児が増加してきているのである。このように日本は人口減少、少子、超高齢、多死社会となり、生産年齢人口である現役世代1.5人が高齢世代1人を支える社会保障の2040年問題も将来危惧されるのである。

地域包括ケアシステム

団塊の世代が2025年頃までに75歳以上の後期高齢者となることにより、医療費などの社会保障費の急増が懸念される医療・介護の2025年問題は新設医学部出身の医師の現役引退時期でもあり、医療介護職の人材不足も懸念される。また、高齢者一人暮らし世帯数の増加や入院病床数の減少も高齢者の医療に暗い影を落としている。超高齢社会、多死社会という時代を見据え、我が国はこれまで地域包括ケアシステムを構築し、在宅医療を推進してきた。地域包括ケアシステムは要介護状態となっても住み慣れた地域で、人生の最終段階まで安心して暮らし続けることができるように住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供され、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにするものである。地域包括ケアシステムは医療、介護、行政関係者による顔の見える関係を築き、多職種連携が

利用者へのサービスには欠かせない。

高齢者の疾患概念

高齢者の増加によりサルコペニア、ロコモティブシンドローム、老年症候群、フレイルの概念も提唱され、高齢者の医療・介護の在り方も議論されてきている。

高齢患者は入院すると、退院後弱々しくなることがあり、入院前より介護度が上昇する場合がある。これを「虚弱化」と表現している。ADL (Activities of daily living) には基本日常生活動作 (Basic ADL)、手段的日常生活動作 (Instrumental ADL)、高度日常生活動作 (Advanced ADL) の3種類がある。基本日常生活動作は移乗、歩行、階段、トイレ動作、入浴、食事、排尿、排泄、更衣、整容などの身の回りの10項目をBarthel index²⁾として評価する。手段的日常生活動作は男性では電話、金銭管理、買い物、輸送機関の利用、服薬管理の5項目、女性では食事の準備、家事、洗濯を加えた8項目をLawtonら³⁾は独居機能の評価として用いた。そして、高度日常生活動作は「その人らしさ」を定義する活動や動作のことである。

日本老年学会は、2014年にフレイルという概念を提唱した。フレイルはFrailtyの日本語訳であり、加齢や疾患に伴う身体的、精神的、社会的な様々な機能や予備能力の低下が徐々に進行し、健康障害に対し脆弱となった状態である。完全に介護が必要な状態になる前に、適切な生活環境の改善や治療により健康な状態に改善する可能性もあり、健康な状態と介護・支援が必要な状態との中間にある状態といえる。

サルコペニアは加齢による筋肉量の減少、ロコモティブシンドローム(ロコモ:運動器症候群)は、加齢に伴う筋力の低下や関節や脊椎の病気、骨粗鬆症などにより運動器の機能が衰えて、要介護や寝たきり状態や、そのリスクの高い状態を表す言葉で、日本整形外科学会が2007年に提唱したものである^{4) 5)}。

老年症候群は、加齢に伴い高齢者に多くみられる、医師の診察や介護・看護を必要とする症状・徴候の総称のことで、せん妄、慢性のめまい、転倒、

尿失禁等複数の症状を併せ持つ集合体である。そのため高齢者は、複数の診療科を受診しなければならないことがよくある。どの診療も担当疾患や臓器主体の診療となり、責任をもって全人的で総合的な診療がなされず、「医療難民化」が進行していると大蔵は述べている⁶⁾。

様々な「死」という言葉

人間には社会的活動や動作ができなくなる「社会的寿命」、一人で人間的な生活ができなくなる「人間的寿命（健康寿命）」、心肺停止し生命活動が終了する「生物学的寿命」がある。厚生労働省が発表した簡易生命表によれば、2020年の日本人の平均寿命は女性が87.74歳、男性が81.64歳であった。江戸時代の平均寿命は女性28.6歳、男性27.8歳であり、現代は江戸時代より約3倍になっている。近年、生物学的寿命に基づく平均寿命でなく、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間である健康寿命が注目されるようになった。WHO世界保健統計2021年版掲載の健康寿命統計によれば、女性75.5歳、男性72.6歳である。平均寿命や健康寿命から女性は約12年間、男性は約9年間、何らかの支援・介護が必要となる。そして、厚生労働省の健康日本21（第2次）では健康寿命の延伸と健康格差の縮小が謳われている。

「死」という言葉として老衰死、自然死、平穏死、尊厳死、幸福死、安楽死等がある^{7) 8) 9) 10) 11)}。

老衰死は高齢者が加齢によって心身の老化が進行し、細胞、組織、組織の能力が低下して死んでしまうことである⁷⁾。厚生労働省の2017年の人口動態統計月報年計(概数)の概況によれば、全死亡数の7.1%である。動けなくなり、食べられなくなるというサイクルを繰り返し、次第に痩せてゆっくり死を迎える。水分摂取できない場合には約7～14日、水分摂取のみでは約1ヶ月間生存可能といわれている。食欲不振や嚥下障害などで食べることができないのは死を迎える兆候である。晩年には同じ栄養摂取量でも消化吸収能が低下し、体重は次第に減少していく。このような状態になると、死を受け入れる準備が必要になってくる。

自然死は自然な経過の先にある死であり、できる

だけ医療の関与を避け、自然の成り行きに任せた死である。実体は餓死（飢餓、脱水）と同じ状態であるが、餓死が食べ物や飲み水がないのに対して、自然死の場合は食べ物や飲み水はあるが摂取ができない点で異なっている。

石飛⁸⁾は自然に任せる穏やかな最期を平穏死と述べている。人生の最終段階において口から食べ物を摂取できなくなった場合に、医療的手段や種々の人工栄養管理で延命している姿を目の当たりにし、延命だけが真の人間の最期の姿なのか警笛を鳴らした。そして、食べられなくなった場合には自然に任せることが一番穏やかな最期を迎えることができる⁹⁾と自験例を基に述べている。

尊厳死は意識が戻らなくなり、助かる見込みのない場合、本人の意思に基づいて延命処置をせず、人間の尊厳を保ちながら迎える死である^{10) 11) 12)}。自然死や平穏死とほぼ同義ともいえる。

幸福死は医療提供者側から一方的に医療行為を押し付けるのではなく、患者や家族と一緒にどのような最期を迎えるのかをきちんと話し合い、そのうえで、最期に幸せだったと患者、家族、医療介護従事者が共有できる死と武藤は述べている⁹⁾。

安楽死は末期癌等で耐え難い苦痛を伴う際に、患者の希望で、人為的に薬剤等で死期を早める処置による死である。日本では違法であるが、アメリカのオレゴン州やワシントン州、スイス、オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、ニュージーランドでは法制化され、死を選ぶ権利が認められている^{10) 11) 12)}。キリスト教において、安楽死を合法化しているのはプロテスタントが多い国や地域が大半を占め、カトリックが多い国では認められていない。キリスト教には自殺を神に対する罪悪とする考え方があるため、宗教的反発から安楽死が合法化された面もある。自殺に対する禁忌がないことが日本で安楽死の合法化が進まない一因とも考えられ、また、欧米とは家族の在り方が異なる。すなわち、日本では家族が介護の中心となるが、自立して生きることを第一とする欧米では老いても子供に介護されることはなく、高齢者施設で最期を迎える場合が多い。そこで、自立した生活ができなくなると安楽死を望むというのである¹²⁾。

厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(2018年3月)では、事前指示書の作成に賛成しているのは一般国民66.0%、医師77.1%、看護師78.4%、施設介護職員76.0%であった¹³⁾。しかし、作成状況は8.1%と少ないことが報告されている。日医ニュース¹⁴⁾での特別対談によれば、アメリカでは25~40%、ドイツでは12%の保持率のデータを報告している。2017年の著者らの報告¹⁵⁾では3%であった。「リビングウィル」は諸外国ではすでに法制化されている。欧米のみならず、アジアでも台湾では2000年、韓国では2016年(2018年2月施行)に法制化されているのである。本邦においては2004年、日本尊厳死協会が14万人の署名を集め尊厳死の法制化を国会に請願している。2011年には超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟」が発足し、2012年、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案」(尊厳死法案)を発表した。しかし、その後、賛否両論があり、法案は提出されないままである。2025年まで超高齢社会、多死社会が進行していく中で、終末期医療の自己決定権、尊厳死の国民的議論が必要である。

看取り

2017年、著者は看取りには下記のような障害があることを、模擬症例を用いて報告した¹⁵⁾。

第I部 多職種連携

症例A 退院から在宅加療移行までの準備

症例B 在宅看取り患者の急変時の対応

第II部 心肺停止 ~110番か119番か?~

症例C 自宅での心肺停止時の対応

症例D 介護施設での心肺停止時の対応

第III部 尊厳死

症例E 重度認知症患者の延命措置

症例F 遠くに住む親戚

全員参加型、問題解決型の看取りシンポジウムを開催し、看取りについて一般市民や医療介護職に啓蒙をした。上記模擬症例6例を提示し、在宅での看取りには様々な障害があること、死生観、尊厳死、リビングウィルについて、地域包括ケアシステムに関わる地域住民、行政、多職種と協働でリビングウィルの大切さを議論し、理想とする終末期医療、看取

りについての理解を深めた。

看取りをするためには患者・家族と医療・ケアチームが看取りという目標を一致させることが必要である。医療者は、患者の死に至るまでの症状や状態の変化を家族に予め十分に説明し、呼吸停止しても慌てることなく担当医や看護師にまず連絡するように教育しておく。そして、できるだけ自然に看取ることが理想である。苦痛のない穏やかで、心安らかな最期を迎えるための援助を行うには患者・家族との信頼関係が大切である。

死生観

「死生観」という言葉は1904年に刊行された加藤咄堂の『死生観』(井冽堂)から使われている。江戸時代から明治にかけて、武士道が日本の死生観に影響した可能性がある¹⁶⁾。武士道の源は、仏教における運命を穏やかに受け入れ、運命に静かに従う心、すなわち、生に執着せず、死と親しむこと、神道における主君への忠誠、祖先崇拜、親に対する孝心、儒教における道德律が根底にある¹⁷⁾。主君への忠誠のため死を覚悟して戦ったり、責任を取って切腹したり、武士道では死を強く意識して生きるという考えが強かった。

民俗学者の柳田國男は日本人の死後の理想を子孫の先祖となり、子孫の信仰対象となることに言及している¹⁶⁾。そのためには生前に「家」をしっかり守り、功績を残すことであった。日本では先祖への尊敬の念から先祖崇拜が行われてきた。しかし、社会や産業構造が複雑化し、「家」についての考え方も功績を残すことも大きく変質した。墓は「家」の象徴であったが、現代ではももとの墓を引き継がず、納骨堂に入ったり、散骨したり多様化している。宗教観も変化してきているのである。また、核家族化が進行し、高齢者が自宅でなく、病院や介護施設で亡くなるが多くなった現在では、老いや死が見えにくくなってきているのである。社会的にも「無縁社会」が広がってきている。「無縁社会」は2010年1月にNHKスペシャルで放映されたタイトルである。単身世帯が増加し、人と人との関係が希薄になりつつある日本の社会の一面を言い表している。現在の日本社会では「死生観の空洞化」の現象が起

こっている」と広井¹⁸⁾は述べている。すなわち、死の意味ひいては生きることの意味やリアリティが見えなくなり希薄化しているというのである。超高齢社会となり、人生100年時代を見据えた人生戦略の構想を行っている現代において、養老¹⁹⁾は本来の人間は変化するものであるが、保存されて変化しない情報に囲まれて、自分も変化するはずがないと考えるようになった結果、自分が死ぬという実感が薄くなってきたと述べている。このように日本人の死生観は社会や産業構造の変化に伴い、時代とともに変わってきている。島田¹²⁾は死生観を「死生観A」と「死生観B」に分けている。「死生観A」は平均寿命が短い時代の死生観で、いつまで生きるかわからないため死ぬまで生きようとし、あまり先のことは考えない。「死生観B」は平均寿命が飛躍的に伸び、超長寿を前提に、長い老後を生き抜かなければならない状況で生まれた死生観で、先の人生をどう過ごすのかという思いから逃れなくなる。人々が老後に関心を持つようになった2010年代に入ってから死生観AからBへの根本的な転換が起こっていると述べている。

死生観は国によって異なり、西洋には世界あるいは個人の人生に終末があるという時間感覚がある。死に向かって生きる、死んだ後に何があるのかなど生と死を切り離して考える傾向がある。一方、アジアには、生きている者は死あるいは死者とともに生きているという循環的な時間感覚がある。死を切り離さず、生と死が入れかわる、あるいは生と死が同時に存在しているという考え方である¹⁹⁾。

日本と欧米の死生観の違いは文化や価値観の違いを比べてみるとわかりやすい。集団において、他の人と同じであること（同調）を重視する日本、他の人と違うこと（個性）を重視する欧米との対比、自然観においては、人と自然を共存しようとする日本と、人が自然を支配しようとする欧米、言語、コミュニケーションに関しては、あいまいな言い方で相手に察してもらう日本、考えを明確に言葉で主張する欧米、文化に関しては、間や余白を大切にする日本、それらを埋めようとする欧米といったものなどの対比がある。日本では古来より神道の影響を受け、自然のあらゆるものを八百万の神と崇める自然崇拜、

多神教が主であるが、自然を破壊、支配してきた欧米では一つの神しか認めない一神教の宗教が主であった。このように日本人と欧米人の自然観、言語、コミュニケーション、文化の違いが、それぞれの宗教観や死生観に影響している可能性が推測されるのである。

フランスでは「老人医療の基本は、本人が自力で食事を嚥下できなくなったら、医師の仕事はその時点で終わり、後は牧師の仕事です」と田中は述べている²⁰⁾。西欧ではキリスト教の影響のため人間の尊厳を尊重し、神、自然の摂理に従い、無駄な延命はこれらに反する行為としている。終末期の患者に必要な医療を行うと医師が罰せられる国もある。一方、日本では仏教、神道の影響で死をタブー視し、死ぬことは医療の敗北であり、死は宗教の領域とする風潮がある。終末期の患者に対する法制化もなく各医師の考えに委ねられているのが現状である。これが欧米には寝たきり患者は少なく²¹⁾、日本には寝たきり患者が多くなる原因の一つと考えられる。

それでは命は誰のものであるのだろうか。西欧では「個」が確立し、個人を尊重するため本人の意思が重視される。家族でもそれを否定できない社会的な土壌がある。一方で、日本では本人の意思より家族の意向が終末期の医療現場では強く働く傾向がある。日本においても終末期医療の自己決定権の確立が必要になるであろう。

人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）

2018年に行った著者らのACPについての調査²²⁾ではACPを認知しているのは全体では30%であった。医療介護職群と非医療介護職群別に認知度を分析するとそれぞれ41%、11%と差が認められた。一般住民のACPに対する認知度はかなり低いといえる。ACPについて、一般住民に啓蒙していく必要がある。人生の最終段階における患者の意向を尊重した意思決定支援のために2018年3月、厚生労働省は『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』を策定した²³⁾。このガイドラインでは、ACPの実施を呼びかけている。そして、厚生労働省では、ACPの愛称を「人生会議」とし、11月30日を人生の最終段階における医療・ケ

アについて考える日として「人生会議の日」とした。人生の最終段階における治療やケアについて、本人の意思を尊重し、家族や近い人（代理決定者）、医療・介護の多職種から構成される「医療・ケアチーム」が、繰り返し話し合いをして情報を文書にまとめて共有し、患者の意思決定を支援している。意思決定支援を行う際には患者本人や家族の価値観、人生観、死生観を把握することが求められる。しかし、患者の価値観、人生観、死生観は各人各様であり、医療・ケアの意思決定の根底には現代の日本人の死生観が影響していることもある。超高齢社会、多死社会を迎え、地域包括ケアシステムに関わる多職種が協働で看取りをする時代に変遷してきているのである。

心のケア

人生の最終段階を迎えた患者、家族に対する心のケアは重要である。その方法として、動物介在療法、臨床宗教師、ユマニチュード、タクテールケアについて述べる。

1. 動物介在療法

動物介在療法（Animal assisted therapy）は犬などの動物を用いて特定の急性または慢性疾患患者の心身の健康状態の改善を図る治療法である^{24) 25)}。「アニマルセラピー」²⁶⁾と呼ばれることもあるが、これは日本での造語である。動物介在療法は古代ローマ時代の乗馬療法が起源といわれる。乗馬の前後・左右・上下運動によって、脳幹が刺激され、機能回復を促進し、平衡感覚、反射神経、血行促進、虚弱化した筋肉の回復強化が期待された。動物介在療法では馬、イルカ、犬を用いる。オーストラリアの精神分析医のフロイト（Sigmund Freud）によれば、犬は人間の心理を読み取る感覚がある。診察室に犬がいると患者の精神が安定すると述べている。また、1980年のフリードマンらの報告では心筋梗塞・狭心症患者の退院1年後における生存率調査において、ペット飼育者は非飼育者に比し、1年後の死亡率は約1/4であった。動物介在療法の身体的・生理的効果としてはリラクゼーション効果、リハビリ効果、活動意欲の増加、延命効果、日常生活の安定化があげ

られる。心理的効果としてはスキンシップ効果、自尊心や責任感の向上、ユーモア、情緒の安定、素直な感情表現、豊かな感情、回想作用がある²⁴⁾。そして、社会的効果としては社会的交流、社会的自立、会話の促進、安全性の増加がある。授乳時の母子関係のように、人と犬との関係は、アイコンタクト、スキンシップによりオキシトシンの分泌を促進され、癒し効果をもたらすのである²⁷⁾。

2. 臨床宗教師

古来、僧侶、神主、牧師などの宗教家は医学の未発達な時代にはセラピストとして病人に宗教的ケアをしていた。現代のような治療薬がない時代には祈祷をはじめとする心のケアが患者や家族への治療の中心になっていた。「臨床宗教師（interfaith chaplain）」^{28) 29) 30)}は被災地や医療・介護施設などの公共空間で心のケアを提供する宗教者である。「臨床宗教師」は欧米の聖職者チャプレンに対応する言葉である。伝道や布教活動を目的とせず、ケア対象者の価値観、人生観、死生観、信仰を尊重し、宗教者としての経験を活かして、苦悩や悲嘆を抱える人々に寄り添い、宗教宗派を超えて、様々な専門職とチームを組み、「スピリチュアルケア」や「宗教的ケア」を行うのである。生きることの意味、死の恐怖、家族や親しい人との別れ、死生観に関する心の痛みの緩和など生前のみならず、死後の家族に対するグリーフケアも担うことができ、患者、家族への生前死後の連続した精神的ケアが可能となる。

「臨床宗教師」について、2019年に北村山地区の医療介護施設において実施した著者らの調査³¹⁾では、「臨床宗教師」についての認知は22%であったが、78%の施設では認知していなかった。また、同年のシンポジウム時に実施した調査³²⁾では「臨床宗教師」という「言葉も内容もよく知っている」のはわずか4%に過ぎなかった。「言葉も内容もまったく知らない」のは54%と過半数に及んだ。医療介護職群と非医療介護職群別に比較してもその傾向は類似していた。「臨床宗教師」の認知度はまだ低いといえる。同調査³²⁾において、家と個人の信仰宗教について尋ね、比較した結果、実家では信仰宗教はあるが、個人単位では特定の信

仰宗教を持たない人が増えていた。特定の宗教を信仰しない人が多くなり、宗教的ケアを受ける機会が減ってきている。医師、看護師は医療看護業務に忙殺され、十分な心のケア、スピリチュアルケアをする時間が不足している。スピリチュアルケアをするためには十分に時間をかけて患者の話すことを「傾聴」することが最も重要である。それ故に患者のみならず、家族を含めて死後も心のケア、スピリチュアルケアをする臨床宗教師への期待が大きいのである。

2015年、英国誌「エコノミスト」の調査機関が調べた「死の質」ランキングでは日本は80カ国中14位であった。今後、『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』に沿った看取り体制が整備され、「スピリチュアルケア」が充実することで、「生活の質」とともに「死の質」も向上することが期待される。

「人生会議」では、個々人の人生観、死生観、宗教観が医療・ケアの決定プロセスに影響を与える。日本医師会の日医ニュース³³⁾に尊厳ある終末期を迎えるために医療と宗教の関わりについて、宗教者との対談が掲載されている。人生の最終段階において、身体的苦痛の緩和の他にスピリチュアルケアや宗教的ケアの力にも注目が集まっており、臨床宗教師が患者や家族の心のケアにも大きな役割を果たしている³⁴⁾。「人生会議」の過程において、人生観、死生観を宗教家と共に考え、解決に向かうことも超高齢社会における医療には大切なのではないだろうか。

3. ユマニチュード

ユマニチュード³⁵⁾はフランスのイヴ・ジネスト、ロゼット・マルスコッチイにより考案された。知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいた認知症ケアの技法で、見る、話す、触れる、立つの4つを基本の柱としている。乳幼児に接するようにアイコンタクトをとり、優しく、ゆっくりと話しかけたり、触れたり、誘導したりする。認知症のケアに用いられることが多いが、人生の最終段階における患者にも心のケアには効果が期待される手法である。

4. タクテールケア

タクテールケア (Taktil care) は1960年代、未熟児の看護に関わっていたスウェーデンの看護師シーヴ・アーデビーやグニッラ・ビルケスタッドが考案した³⁶⁾。タッチケアやハンドセラピーとも呼ばれる。人が触れることによる癒しの効果により認知症ケア、緩和ケアに用いられている。背中、手足を柔らかく優しく包み込むようにゆっくりと撫でるように触れることで、不安やストレスを軽くする治療方法である。話しかけながら実践することで心のケアに彩りを加えるであろう。

おわりに

高齢者医療は「治す医療」から「支える医療」へ、看取りは「医師」ひとりではなく、「医療ケア・チーム」の多職種での協働へと変化してきている。「看取り」をするうえで、死は人間の自然の摂理であることを踏まえ、死生観、尊厳死、リビングウィルについての知識を得て、人間の寿命、医療の限界、本人の意思を尊重した医療や介護、人間らしい最期、看取りについての理解を深めることが必要である。また、人生の最終段階においては患者や家族の心のケアも大切であり、動物介在療法、ユマニチュード、タクテールケア、臨床宗教師の活用も選択肢のひとつである。今後訪れる多死社会を見据え、看取りに関わる理学療法士には、人生の最終段階の医療・介護を担う「医療・ケアチーム」の一員としてだけでなく、ひとりの人間としてどのように関わっていくのか、職業人としてだけでなく、人間力を養うことも求められているのである。

文 献

- 1) 内閣府ホームページ 令和3年版高齢社会白書 (全体版) (PDF版). cao. go. jp
- 2) Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Med J 14: pp61-653, 1965.
- 3) Lawton, M. P & Brody, E. M. Assessment of older people: Self Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9: pp179-168, 1969.

- 4) Nakamura K. A "super-aged" society and the "locomotive syndrome". *J Orthop Sci.* 13(1): pp1-2, 2008.
- 5) 中村耕三: 超高齢社会とロコモティブシンドローム. *日本整形外科学会誌 (J. Jpn. Orthop. Assoc.)* 82: 1-2, 2009.
- 6) 大蔵 暢: 「老年症候群」の診察室. 超高齢社会を生きる. 朝日新聞出版, 2013.
- 7) NHKスペシャル取材班: 老衰死. 大切な身内の穏やかな最期のために. 講談社, 2016.
- 8) 石飛幸三: 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. 講談社, 2010.
- 9) 武藤真祐: 幸福死のすすめ. 自分の家で最期を迎える. 海竜社, 2013.
- 10) 長尾和弘: 長尾和弘の死の授業. ブックマン社, 2015.
- 11) 松田純: 安楽死・尊厳死の現在. 中公新書, 2018.
- 12) 島田裕己: 無知の死. これを理解すれば「善き死」につながる. 小学館新書, 2021.
- 13) 厚生労働省ホームページ 平成30年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 (PDF版). saisyuiryo_a_h29.pdf (mhlw.go.jp)
- 14) 日医ニュースNo. 1337: 1-3, 2017. 5. 20
- 15) 柴田健彦, 八鍬直, 工藤邦夫, 小室淳, 清治邦夫: 参加型, 問題解決型の看取りシンポジウムにおける終末期医療に関する意識調査の検討. *山形県医師会会報* 795: 30-48, 2017.
- 16) 島蘭進: 日本人の死生観を読む. 明治武士道から「おくりびと」へ. 朝日新聞出版, 2012.
- 17) 新渡戸稲造, (訳) 岬龍一郎: いま, 拠って立つべき「日本の精神」. 武士道. PHP文庫, 2005.
- 18) 広井良典: 持続可能な医療. 超高齢化時代の科学・公共性・死生観. くま新書, 2018.
- 19) Newton別冊 死とは何か. 死ぬとき, 私たちの体に何が起きているのか. ニュートンプレス, 2019.
- 20) 田中奈保美: 枯れるように死にたい. 「老衰死」ができないわけ. 新潮社, 2010.
- 21) 宮本顕二, 宮本礼子: 欧米に寝たきり老人はいない. 自分で決める人生最後の医療. 中央公論新社, 2015.
- 22) 柴田健彦, 八鍬直, 清治邦夫: 北村山看取りシンポジウム2018における『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』と「ICT (情報通信機器) を用いた死亡診断」に関する実態調査終研究. 平成30年度 山形県医師会学術雑誌 56: 122-134, 2019
- 23) 厚生労働省ホームページ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 平成30年3月改訂 (PDF版). 【最終版】ガイドライン (mhlw.go.jp)
- 24) 太湯好子, 小林春男, 永瀬仁美, 生長豊健: 認知症患者に対するイヌによる動物介在療法の有用性. *川崎医療福祉学会誌* 17(2), 353-361, 2008.
- 25) 熊坂隆行, 片桐三佳, 升秀夫: 緩和ケア病棟における動物介在活動に参加したがん患者の体験. *日本看護研究学会雑誌*34(5): 51-57, 2011.
- 26) 熊坂隆行 (監修): アニマルセラピー. 動物介在看護の現状と展望. 本の泉社, 2012.
- 27) 菊水健史: ヒトとイヌの共進化. 視線とオキシトシンを介した関係性. *日本抗加齢医学会雑誌*14(1): 72-77, 2018.
- 28) 日本臨床宗教師会ホームページ: <http://sicj.or.jp/>
- 29) 谷山洋三: 医療者と宗教者のためのスピリチュアルケア. 臨床宗教師の視点から. 中外医学社, 2016.
- 30) 玉置妙憂: 死にゆく人の心に寄りそう. 医療と宗教の間のケア. 光文社新書, 2019.
- 31) 柴田健彦, 八鍬直, 清治邦夫: 医療介護施設における看取り時のスピリチュアルケアについての実態調査研究. 令和元年度 山形県医師会学術雑誌 57: 91-97, 2019.
- 32) 柴田健彦, 八鍬直, 清治邦夫: 北村山看取りシンポジウム2019における死生観とスピリチュアルケアについての実態調査研究. 令和2年度 山形県医師会学術雑誌58: 217-235, 2019.
- 33) 日本医師会: 尊厳ある終末期を迎えるためにー医療と宗教の関わりー. *日医ニュース*No1361: 1-2, 2019.

- 34) 鍋島直樹：終末期患者の医療についての宗教家の役割. 日本医師会雑誌148(1)：63-66, 2019.
- 35) 本田美和子, イヴ・ジネスト, ロゼット・マルスコッチイ：ユマニチュード入門. 医学書院, 2014.
- 36) 鈴木みずえ（監修）：認知症の介護に役立つハンドセラピー. 池田書店, 2016.

謝 辞

一般社団法人山形県理学療法士会会長の岩井章洋氏, 第29回山形県理学療法学会大会長の佐藤泰

氏には教育講演の機会を賜り感謝申し上げます。また, 第29回山形県理学療法学会大会準備委員会の島田佳美氏（特別養護老人ホーム第二白水荘）には教育講演準備に際し, 大変お世話になりました。諸氏に対して改めて感謝申し上げます。

著者のCOI (conflict of interest) 開示

本稿は第29回山形県理学療法学会大会教育講演で発表した内容を基に加筆修正の上, 再構成したものである。

本論文発表内容に関連して特にCOIの申告なし。

出典：山形理学療法学 第18巻：1-9, 2021

本論文の著作権は一般社団法人 山形県理学療法士会に帰属し、無断での複製等の利用行為は禁止されています。