

看護学からみた高齢者への健康生活の支援

— 人生の最終章を生きる高齢者への看護 —

Healthy Life Support for Elderly Living Final Stage from Nursing Perspective

竹田 恵子^{*1}

Keiko TAKEDA

要 約

高齢者の健康支援に対する看護実践は、幅広い年齢層の多様な健康状態の対象に、多様な場で展開されるものである。そこで本稿では、高齢者が“人生の最終章を生きる人々である”という高齢者の最大の特徴をふまえ、高齢者への看護について論述した。まず、老年看護実践の特徴について概観した後、高齢者の健康の捉え方と老いることの意味について確認した。高齢者の健康は、日常生活機能の自立をもって評価される包括的な概念であること、社会文化的背景に影響され、その人の価値や信念と深くかかわる概念であるスピリチュアルな側面の健康も重要な視点であることが示された。また、老年期は「豊かな実りの時期」であり、高齢者が「統合と絶望」という発達課題に向き合うことを通して自己の存在意義を確認し、それを次世代へと繋いでいく人々であるという点に老いることの意味を確認した。以上の内容をふまえて、人生の最終章を生きる高齢者への健康生活支援として、「人生の統合」への支援に注目した看護、「スピリチュアリティ」に注目した看護、「死の準備教育」に注目した看護について概観した。これらの看護支援に共通するのは、一人の大切な人として高齢者に出会い、その人に関心を寄せ、その人のもてる力を信じ、日常生活を整えること、良き話の聴き手となることであった。また、高齢者と看護職が関わりあいを通して学び合い成長し合うという性質を持つことであった。

1. はじめに

老年看護は、看護の歴史や社会の変化と関連しながら発展し、人口の高齢化・少子化、医療の高度化・専門化を背景に、そのあり方が模索されている。65歳以上を高齢者とすると、老年看護は、65歳から100歳を超える者まで、非常に幅広い年齢層の人々を対象とする。さらに、加齢に伴う心身の変化は個人差が大きく、健康上の課題も個別的である。また、健康の水準も、非常に健康な者から要支援や要介護の状態にある者、高度な医療を要する者、死を迎えようとしている者まで多様である。そして、看護活動の場も、在宅、医療施設、保健施設、福祉施設、地域等、広範囲に亘る。

このように、老年看護は幅広い年齢層の多様な健康状態の対象に、多様な場で看護実践を展開することになる。そのため、「看護学からみた高齢者への健康生活支援」という今回筆者に与えられたテーマは、非常に広く、捉えにくさのあるものである。日本老年看護学会誌の創刊号において中島は、「老人看護「学」追究の優位性(独自性)は、「死」への配慮に対するプログラムを常に内包し、生と死という両立しがたいものや老(老人)と若(成人)といった境界のはっきりしないものを全体性の中でまとめあげようとするところにある¹⁾」ことを指摘している。また、高崎²⁾は、「老い」の存在を受け入れ、容認することが老年看護学の基本的なスタンスであり、

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 竹田恵子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: takeda@mw.kawasaki-m.ac.jp

「病むこと」「老いること」の意味を明らかにし、同時に高齢者の心身の安寧を保証し、支え続けることに看護援助の意義を見出すことの重要性を指摘している。これらを受けて本稿では、高齢者が“人生の最終章を生きる人々である”という最大の特徴に注目しつつ、看護学からみた高齢者の健康生活支援について論述したい。

2. 老年看護実践の特徴

老年看護は、高齢者の幸せを健康の側面から支える看護実践であり、老年看護学を基盤に成り立つものである。そこで、まずその基盤となる老年看護学がわが国でどのように展開してきたのか、老年看護とは何なのかを概観したのち、老年看護実践の特徴について言及する。

2.1. わが国における老年看護学の展開

わが国において、老年看護学が看護基礎教育のカリキュラムに明確に位置付けられたのは、1989年である。それ以前も高齢者への看護実践が行われていなかったわけではない。しかしその実践は、高齢者看護についての体系的な知識や技術によるものではなく、多分に経験的なものであったといえる。さらに1997年のカリキュラム改正において、老年看護学実習が独立した実習単位として定められた。この2度に亘るカリキュラム改正は、高齢者人口の増加や家族形態の変化、女性の社会進出などから家族の介護機能の脆弱化が起こり、高齢者介護が社会問題としてクローズアップされたことや、医療の高度化・専門化を背景に、老年看護に関する専門的な知識や技術に基づいて看護実践を行う必要からである。

人生80年、90年の時代となった今、長くなった老後をいかに健康に心豊かに過ごすかということが高齢者自身の、そして高齢者の健康生活を支援する専門職の課題となってきた。老年看護の対象は、成人の延長線上にある高齢者ではなく、老年期を生きる人々に特有な健康問題を有する高齢者である。老年看護学においても、対象理解とそれに対応した看護実践方法の開発、実践能力の育成が、重要な課題である。看護基礎教育に老年看護学が位置づけられて20年が経過した。看護系4年制大学の増加や大学院教育の広がり、老年看護の専門看護師や認知症看護認定看護師の誕生等により、老年看護学教育は体系化され、老年看護実践も専門化が図られるようになってきた。

一方、老年看護実践の基盤となる老年看護学に関する研究も、教育と同様にその歴史は浅い。わが国が高齢化社会に突入した2年後の1972年に東京都老人総合研究所が開設され、老化のメカニズムの解明、

高齢者の病気や心理・社会的な特徴と対応策とともに、老年看護に関する研究も行われるようになった³⁾。そしてその後、高齢社会を迎えた1995年に日本老年看護学会が設立されて以降、対象理解や看護実践方法、教育方法に関する研究が積極的に進められるようになってきた。さらに老年医学や老年心理学、老年社会学や社会福祉学などの、高齢者に関わる他の学問領域との研究データ交換や学際的な共同研究などにより、新たな知見を検討し、学問構築を図っている(図1)³⁾。

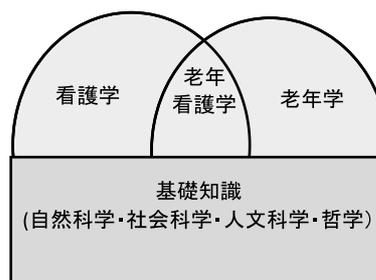


図1 老年看護の知識基盤
(文献7) p18, 図1.2を転載)

このように老年看護学の教育と研究の歴史は浅いが、ようやくこれらが連動しながら、推し進められるようになってきたといえよう。

2.2. 老年看護とは

表1に老年看護の主な定義を示した。

老年看護の最初の定義は1950年にニュートンが示したものである。ニュートン⁴⁾によると、老齡とは「人間に満足感をもたらすもの」であり、老年期はただ不可避の死を待つ時期ではなく、老年期にふさわしい満足感と可能性があることを示している。そして既にこの定義には、「健康の促進と疾病の予防」という概念が含まれている。また、ガンダーとエステーズ⁴⁾の定義(1978年)は包括的なものであり、「加齢に伴って生じる苦しくつらい出来事(死の過程も含まれる)に対し慰安を与え支える」と、死にゆく患者のケアを明確に取り上げている。

ところで、わが国の看護基礎教育で用いられる老年看護学のテキストに老年看護学の定義を明確に示したものは少ない。表1に示す中島⁵⁾の定義は、老年看護学が看護基礎教育のカリキュラムに位置付けられるより前の1986年に示されたものであり、先行する米国の定義を参考にしつつ発展させたものである。看護の対象である高齢者の特徴と看護実践の内容を示す包括的なものであり、わが国の老年看護学の考え方に大きく影響を与えていると考えられる。

2.3. 老年看護の対象と看護実践の特性

エイジングや老年期、高齢者に対する看護者の認

表1 老年看護の定義

※1 ニュートン (1950)	老人病学とは、老人における病的状態の治療とケアを扱う医学ならびに看護学の一分野である。これには、健康の促進と疾病の予防も含まれる。 医学を補助する科学である看護は、人々の老齢期を健康で幸福で経済的に恵まれたものにする責任を有する。 次の概念は、老人病学にとって基本的なものである。すなわち老齢とは、人間に満足感をもたらしうるものであって、怠惰に座して不可避の死を待つ時期ではないということである。…大切なのは老人を再び若返らせることではなく、その年齢に見合った健康に適応させることであり、老人が次のような確信をもって自らの正常な能力を発揮できるよう援助することである。その確信とは、その年齢に見合った健康を維持し、また自己の潜在能力を活用する機会を社会から与えられるかぎり、人生の各段階にはそれにふさわしい満足感と可能性があるということである。
※1 ガンダーと エステーズ (1978)	老年看護は、一般的な看護の方法と老人に関する専門知識とを統合し、次の目標に役立つような条件をクライアントと環境の内部につくり上げることが目指すヘルスケアサービスであるといえよう。 (1) 老人の健康促進行動を強化する。 (2) 加齢過程に伴って生じる健康上の喪失や障害をできるだけ防ぎ、また代償する。 (3) 加齢に伴って生じる苦しくつらい出来事(死の過程も含まれる)に対し慰安を与え支える。 (4) 老人の病気の診断、処置、治療を促す。
※2 中島紀恵子 (1986)	老年看護とは、老人ゆえのリスク(老化と複合する病気像、完全な回復、それらと闘い、自立した生活を営むには不足する潜在力と時間)をもった人々を対象とし、その個人にふさわしい援助をすることである。ふさわしい援助とは、その老人の生命と日常生活活動にとって必要なこと、まだ働けるものを選びとりサポートすることで、生命と生活を維持し、目指しうる望ましい態様(修復される健構像、ときには修復の結果の死)を獲得していく看護活動をいう。

※1:文献4) p33の表1-8より抜粋引用

※2:文献5)を基に作成

識が看護者の態度に反映され、ケアの質に影響を及ぼすという指摘^{5,6)}がある。高齢者および老年期に対する社会の共通認識は文化や時代とともに大きく変わる。わが国においては、戦後の復興期を経て高度成長時代になると、社会全体が生産性を追求し、高齢者に対しても生物学的観点から、虚弱・衰退、寝たきり、認知症などの衰退現象に注目してネガティブにとらえるようになった⁵⁾。同様に、社会心理学的にも、老年期を第2の幼児期にとらえたり、職業や社会の第一線からの引退、重要他者との死別などさまざまな喪失により孤独・無気力になりやすいなど、ネガティブにとらえてきた⁵⁾。その後1980年代に入り、高齢者のポジティブなパワー(生命力・英知・生きる技法)や経験に着目したさまざまな研究が報告され、サクセスフルエイジングやプロダクティブエイジングなどの概念が注目されるようになった。そして、老年看護実践においても、これらの知見をふまえた実践のあり方が追及されるようになってきた。

現在わが国で使用されている主な老年看護学のテキストから、老年看護の対象である高齢者の捉え方、老年看護の基本姿勢および看護実践の特性について抜粋し整理した(表2)。これらに共通するのは、老年看護の目標が、高齢者が健康で生き生きと自分らしく最期の時まで過ごすことを支援することにあるという点である。そして老年看護実践は、加齢変化に伴う心身機能の変化を踏まえた日常生活能力に注目した実践であること、高齢者が尊厳を脅かされることなく、自立または自律した日常生活が送れるように支援すること、高齢者自身が人生の終結に向けた準備をし、安らかな死を迎えられるよう支援すること、などが共通した視点としてあげられる。さらに、現在の健康状態は、長い生活歴の中で培われた

生活習慣や生き方、価値観により形成されたものであり、すべてのライフサイクルの中で最も個人差が大きいことや、高齢者が自己の発達課題の達成に向けて、積極的・主体的に生きる存在であり、死の直前まで発達・成長しつづける存在であるという高齢者の捉え方が、共通した見解であり、看護実践の前提となっているといえよう。

3. 高齢者の健康の捉え方

2007年の国民生活基礎調査¹¹⁾によると65歳以上の高齢者の2人のうち1人が病気やけがによって何らかの自覚症状の訴えがあるという。同様に、5人のうち3人が医療施設に通院しているという現状の中、高齢者の「健康」とはどのような状況を指すのであろうか。世界保健機関(World Health Organization: WHO)は、1984年に「高齢者の健康水準は、死亡や疾病の有無に基づく保健指標に代えて、日常生活を営む上で必要とされる生活機能が自立しているかどうかを健康指標に用いること」を提唱している¹²⁾。そして、「生活機能は多面的であるため、評価に際しては日常生活動作能力、精神状態、身体的健康、社会的健康、経済的健康など各側面を包括的に評価すべきである」としている¹²⁾。

その後、WHOでは、1998年の第101回執行理事会において、WHO憲章の前文の健康の定義に、「Health is a dynamic state of physical, mental, spiritual and social well-being…」とspiritualを入れるかどうかという議論がなされた。本改定案は議長預かりのまま現在に至っているが、その議論をきっかけに、人々の健康を考えると、スピリチュアルな側面が大切であるという認識が高まり、人間を対象とするさまざまな領域において関心が向けら

表2 老年看護実践の捉え方

出版社	対象(高齢者)の捉え方/老年看護の基本的姿勢	看護実践の特性/原理
医学書院 ⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者は、加齢プロセスをふまえて自己の発達課題に照らして、新たな生き方を積極的・主体的に探る人々である ・高齢者は、自立または依存することにおいても意思ある人である ・健康は多面的概念である。高齢者の健康・疾病・障害は独立的であり、かつ併存的である。⇒ 多面的な健康のバランスを保ちながら死を迎えることによって健康は成就されるという健康観をもつことが大切 	<ul style="list-style-type: none"> ・老年者の健康や疾病・障害の状態や程度がどうであれ、老年者自身がもっているパワーを洞察し、自立への志向性を信頼・評価し、支援する活動 ・健康・疾病・障害の別なく大切なのは、ごく普通の日常性の存在 ・人間のもつ自然治癒力の助長とそれを損なうものを阻止し、おだやかに生を終えることへの援助 ・セルフケア/自己のケアの尊重、自己尊重 ・家族が日常行っている介護(あるいはケア)を代替、あるいは休息する場を提供 ・人口学、疫学、社会科学的レベルからも対象を理解し、ケアを行う ・高齢者の権利に関心を持ち、権利獲得の取り組みに加わる
ヌーベルヒロカワ ⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・老化を成熟現象(=正常な発達・成長過程である)として捉える ・高齢者が加齢によるさまざまな欲求の変化や喪失体験に対してもそれまでに積み上げた知識や体験を工夫・駆使し、おかれた状況、環境に適応していれば、死の直前まで発達・成長し続ける。 ・成熟現象を視点においた自己実現・尊厳保持、身体残存機能の拡大を図った自立・社会参加、そして生活者としての権利を考える 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活能力の維持・改善 ・予防への教育活動 ・病気からの回復支援 ・人生の終結へのケア ・権利擁護 ・在宅生活における家族との協働 ・看護実践の場の多様性
メヂカルフレンド社 ⁹⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の特性を裏づけるのは、不可避かつ進行性で、非可逆性を示す老化現象にある。老年期は老化現象や老年病の発現を伴う身体上の衰退期であり、また社会生活上においては、職業からの引退や子育ての終了に伴い、生産活動からの後退を余儀なくされる時期。死をもって閉じられる人生の最終段階である一方で、人生の完成を目指す時期でもある。 ・生活に着目し、生活を志向した援助 ・老年看護の目標は、あらゆる高齢者が生の完成を目指して、人生の最終段階である老年期を、健やかに自立した、生き生きとした快適な生活を送れるように援助することにある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・キュアとケアの統合 ・自立へ向けた援助 ・予測と予防の看護 ・介護職との協働 ・看護実践の場の多様性 ・個別性の尊重 ・自尊心の尊重 ・予防的対処の優先 ・残存機能の活用による日常生活の自立 ・看護用具の活用による生活環境の調整 ・生きることの喜びを見出し、社会交流・参加を促す
メディカ出版 ¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・老年期は、個別性、個性が強いといわれるが、これは、それまでの生活歴によって現在の状態が形成されているということであり、その人の生き方、考えなどがさまざまに影響している。 ・高齢者は加齢変化によって心身の機能が成人期と比べ少なからず低下している。 ⇒ 老年看護の対象:加齢変化による機能低下の上にもともと病気をもっている人、予備力の低下によって体の恒常性の破綻をきたしやすい人、疾病からの回復力が低下している人、日常的には自立した生活を送っていても何らかの負荷がかかったときには生活のバランスを崩しやすい人、など 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の加齢変化を踏まえて、健康の維持増進、健康管理、日常生活の援助が求められる。 ・人生の最期のときの看護が必ずあることから、対象者の全員に対し、安らかな死を迎えられるような援助を考えていかなければならない領域である。

れるようになってきた¹³⁾。老年看護学領域においても、高齢者が自らの死を含めた老いの過程の中で、如何に全体的な健康のバランスを保ちながら自己を失わずに自分自身であり得るかという発達課題を有している¹⁴⁾ことから、スピリチュアルな側面の健康が注目されるようになってきた。

島田ら¹⁵⁾は、高齢者の健康を包括的にとらえるためのアセスメント指標の開発にむけて国内外の文献レビューを行い、高齢者の健康の特質について検討を加えている。ペンダーの健康を捉える安定性と実現性の観点を基盤に検討し、高齢者の健康の性質として、<安定性としての健康>、<実現性としての健康>、<全体性としての健康>の3つのカテゴ

リーを抽出している。新たに抽出された<全体性としての健康>とは、「自分自身の生きる意味と現実との適合した認識」「精神的な安らぎと安寧の感覚」など、その人の価値や信念に関わるありのままの全体的感覚を表すものであるという。そして、高齢者の健康は、老年期が加齢に伴う全身的な衰退の影響を受ける一方で、それに伴う発達危機を乗り越え自我を統合する時期であるという特徴が反映されていることを指摘している。

正木ら¹⁶⁾は、高齢者の健康が、決してその個人だけで完結できるものではなく、周囲の環境やその調和のもとに創造されていることに着目し、高齢者の健康を捉えるための文化的視点について、文献的に

検討を加えている。その中で、高齢者が身体の健康だけでなく、多くの文化的な内容を含んだ事柄を生きる上での重要な事柄ととらえていることを示している。さらにこれらを理解し整えることによって、高齢者が心豊かに生き、それが身体の健康に繋がることを指摘している。

以上より高齢者の健康は、日常生活を営む上で必要とされる生活機能の自立に注目した、多面的、包括的な概念であるといえる。さらに、社会文化的背景に影響され、その人の価値や信念と深くかかわる概念であるスピリチュアルな側面の健康も重要な視点であると考えられる。

4. 老いることの意味

人間は、多くの場合、自己の信条や自尊心を維持しながらできるだけ元気で長生きしたいと望むものである。しかし、人間にとって生老病死は不可避のものである。特に、老いを生きる高齢者にとっては、日々の生活の中で、自分のこととして、生老病死に関わる苦難に直面しやすくなる。そのため高齢者は、これらによって生じるさまざまな現象の意味を探求し、生きる意味・目的といった自らの存在意義を確認することになる。

エリクソンは、幼児期から老年期までライフサイクルを8段階に分け、各段階ごとに漸成的な心理社会的課題を示している。そして、高齢者は永続的な

包括の感覚である統合と、恐怖と望みがないという感覚である絶望との間の緊張のバランスをとろうとしている人々¹⁷⁾であり、そのバランスから生まれる力が英知である¹⁸⁾という。「英知とは、死そのものを目前にしての、人生そのものに対する関心である。英知は、身体的精神的機能の衰えにもかかわらず、経験の統合を保持し、それをどう伝えるかを学ぶ¹⁹⁾。」と解説している。さらにエリクソンは、老年期の統合という課題に直面し過去を再経験することは「死に向かって成長すること²⁰⁾」であると述べている。

一方、アメリカの老年医学者であるバトラー²¹⁾は、「老人は他の年齢の人たちと同様にさまざまな人がいる。老化のパターンも、健康な人から病弱な人、分別のある人から分別に欠ける人、活動的な人から無関心な人、有益で建設的に参加をする人から関心を示さない人、高齢化についての陳腐な固定観念から豊かな独創性まで、広範囲にわたる違いがある」ことから、老年期については、生活の場からバランスの取れた見方をするべきだと考え、多様な社会生活を送っているごく普通の生活者に頻繁にみられる高齢者の特徴(表3)を示している。

以上の如く、エリクソンやバトラーの示す老年期の特徴を踏まえると、老年期は、「失うだけの時期」ではなく「豊かな実りの時期」であると考えられている。老年期を生きる高齢者は、人格の統合と人

表3 ふつうの生活者にみられる高齢者の特徴

時間感覚の変化	残っている時間の量よりも質を重視することを学ぶ。生活の基本が、自分にとって重要なものと重要でないものと整理するにつれて、より大きな意味を持つようになる。
ライフ・サイクルの感覚	高齢者は世代間の歴史的なつながりの感覚として表現される全ライフ・サイクルの感覚を経験する。そこには、人生経験に基づく知識の蓄積があり、経験者としての洞察もある。
人生回顧への傾斜	高齢者は別離と死期が近づきつつあるという現実によって、過去の経験を意識するようになり、未解決の問題を気にするようになる。
償いと決意	高齢者は絶えず自分の生涯のシナリオを書いたり、書き直したりしている。高齢者は、時間がなくなってきたという感覚から、他の年齢層の人よりも罪悪感を解消するための償いをしたり、償いの意味での行動をとりがちである。また、自分の意思ではない要因で行動が決められたにもかかわらず、自分の意志と責任で決められたようにふるまう傾向がある。独立心、自立心、誇り、勤勉、思慮分別、儉約等を自分の心の糧として、行動に強い責任を持つとする。
慣れ親しんでいるものへの愛着	自分の家、ペット、写真アルバム等々の慣れ親しんできた者への郷愁や思い出、愛着をもつことは高齢者に共通する。慣れ親しんできたものによって、心が最近のことや遠い昔のことを思い出すように揺さぶられ刺激されることで、人生回顧が促される。
伝承のための保守主義	高齢者には“長老”としての機能がある。これは、価値あるものを評価し、抽出し、後世に伝えるための円熟した機会となる。
遺産を残したい欲望	子供や孫、後世に残る功績や芸術品、人の心の中に残る思い出、後継ぎが誰なのかという関心、後世に伝える知的小よび宗教的遺産など、死ぬ時に何かを残したいという強い欲望をもつことは、心理的に健康である。
権力の委譲	高齢者の重要課題は、身の引き際を知ることである。ほとんどの場合、高齢者は自分のことを自分で決める能力がある。
人生を全うしたという感覚	高齢者の人生に対する満足感は、一般に認識されているより広く行きわたっている。満足感是对人関係の軋轢を解消し、自分の人生を振り返って納得し、満足感を見出し、落ち着いて死を見つめることから生まれてくる“静穏”“分別”の資質である。
成長する能力	好奇心、独創性、驚きを感じる能力、変化する能力は必ずしも年齢とともに衰えるものではない。性格や挙動の変化は死ぬ瞬間まで起こりうる。

※ 文献21) p469-478より要約し作成

生の豊かな終結を迎える準備をしている人々である。自分の人生を、自分の生きてきた人間関係や時代や歴史の中で意味あるものとして認めたいという欲求をもち²²⁾、「統合 対 絶望」という課題に向き合うことを通して自己の存在意義を確認し、それを次世代へと繋いでいく人々であるといえる。そしてここに老いることの意味があると考えられる。

5. 人生の最終章を生きる高齢者への看護

高齢者への健康生活の支援について看護学の立場から論じる際に欠くことのできない視点は、看護の対象である高齢者が人生の最終章を生きる人々であるという点である。前節までに確認した、高齢者の健康の特徴や老いることの意味、老年看護の目標を踏まえると、人生の最終章を生きる高齢者の看護において重要なことは、何らかの身体的な自覚症状や変調を持ちながらも、最期の時までを自分らしく人生の統合に向けて生き生きと生きること、自分の人生を自分なりに納得して終えることができるように支援すること²³⁾であるといえる。以下、「人生の統合」への支援に注目した看護、高齢者の健康を構成する一側面である「スピリチュアリティ」に注目した看護、生きることの延長線上にある「死」に注目した看護について概観する。

5.1 「人生の統合」に向けた看護支援

看護実践の場において、過去を回想する高齢者にしばしば遭遇する。この高齢者が過去を回想する現象について、アメリカの老年医学者であるパトラー²¹⁾は、高齢者に起こる自然な心理過程であり、過去の未解決の課題を再度見直すことにもつながる機会として積極的な意義を持っていることを指摘している。日本ではこれまで臨床心理の実践の場を中心に、回想法、ライフレビュー、ライフストーリーなどの方法で、高齢者が人生を語り、聴くことの意味の検討が重ねられてきた。近年、老年看護の領域においても心理社会的発達の視点から高齢者支援を行う必要性が指摘され、これらの方法を用いた看護支援の在り方が探求されるようになった。

沼本²³⁾は、高齢者が看護職の支援を受けて「自分史」を記述するという「自分史プログラム」の看護支援の意義を、心理社会的発達の視点から検討している。個人面談とグループアプローチの2種類の方法で自分史プログラムを行い、参加者全員が発達的な変化や健康状態の改善を認めていたことから、高齢者にとって自分史プログラムへの参加が、これまでの人生を自分なりに意味づけ、残された老年期を生き生きするためのエネルギーを培う場になったことを指摘している。そして、このプログラムが、老年

期を生きる高齢者が健康生活を維持し、人生の統合を図る上で、有効な支援になり得る可能性があるとして、生涯学習の場やデイケア、臨床看護の場などのさまざまな場での展開を提案している。

原ら²⁴⁾は、高齢者が統合されたアイデンティティをつくりあげ、残された人生に意味づけをする作業を行うことや、自分自身の今までの生き方が問われ、新しい自己の立て直しが求められるときにライフストーリーが有用であり必要であるという考えに立脚し、介護老人保健施設の利用者を対象にライフストーリー・アプローチを行い、語り手と聞き手の双方にとっての意義を検討している。ケアスタッフが高齢者のライフストーリーを聴きとることによって、語り手である高齢者の発達課題の達成度(日本版 E.H.エリクソン発達課題達成尺度により測定)は、8段階全てにおいて高くなっていった。一方、聞き手であるケアスタッフにおいては、高齢者に対する関心が高まり、かわりが丁寧になる、関わることの楽しさや喜びを実感するなど、高齢者やケアに対する認識が変化したことを明らかにしている。原²⁴⁾は、「ライフストーリーを聴く」というアプローチが、対象理解の方法や関係作りの技法として、さらには人生の統合を支える看護ケアとして有用であるとしている。さらに、老年看護の現場においては、高齢者がライフストーリーを語る機会が十分ではないことや、看護ケアとして高齢者の語る人生の歴史を丁寧に聴くための時間や空間の確保が容易でないこともふまえて、日常的な看護実践の中に創造的・計画的に編み出される行動としてのライフストーリー・アプローチを提唱している。

小野²⁵⁾は、「高齢者が自己の価値観や過去を振り返り、どこかとして現実検討し、自己の可能性を見出し、それを基盤に自己の目指す生き方を自分自身で選択・決定して行動化し、生き生きとした生活を送れていること」を自己発達している状態ととらえ、老人専門病院において、日常生活上何らかの援助を要し、対応困難感から看護職より避けられがちであったコミュニケーション可能な高齢者を対象に、看護援助による自己発達の過程と高齢者の自己発達を促進する看護援助の構造を明らかにしている。小野の示す高齢者の自己発達を促進する看護援助は、『自我を脅威にさらさない援助』を基盤とした『自己肯定促進への援助』、さらにこれらの援助に引き続く『自己有能性促進への援助』、『自己理解促進への援助』、『自己決定促進への援助』、『自己満足感の獲得・増大への援助』であった。さらに小野は、病院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設で働く看護師を対象に、これらの援助の実態を調査し、『自己決定促

進への援助』『自己理解促進への援助』『自己満足感の獲得・増大への援助』の3つの援助がいずれのケアの場においても実施率が低く、これらを強化することの必要性を指摘している。

5.2.健康のスピリチュアルな側面に注目した看護支援

高齢者の健康は、高齢者が日常生活の営みの中で、身体的、精神・社会的、スピリチュアルにトータルにバランスをとっている状態である²⁶⁾。つまり、健康とは、健康を構成する4側面が個々に独立して最善の状態にあるのではなく、スピリチュアリティを核にしながらかつた相互に関係しながらバランスを保っている状態と考えられる。それ故に、スピリチュアリティは高齢者の健康を考える上で重要な概念であり、高齢者の健康の維持・増進に向けた看護介入においてスピリチュアルな側面へのケアは不可欠である。

5.2.1.高齢者のスピリチュアリティの特徴

スピリチュアリティの本質は、生の意味や目的、死の恐怖などへの関心であり、神や自己を超えた存在の探求など、人間存在の根底にかかわる自己の内面性である²⁷⁾。高齢者のスピリチュアリティの特徴として、三澤²⁸⁾は自立して生活を送る高齢者の生きる意味の概念を整理し、「乗り越えてきた道のりの確認」「取り巻く環境との調和」「目に見えない力の存在の確認」「お迎えが来るまで自分らしく生きる」の4つの概念を明らかにしている。竹田らは、高齢者のスピリチュアリティは少なくとも「生きる意味・目的」「自己超越」「他者との調和」「よりどころ」「自然との融和」「死と死にゆくことへの態度」の6つの概念から構成される²⁹⁾ことを示している。さらに、地域在住高齢者を対象とした調査を基に、前期高齢者よりも後期高齢者においてスピリチュアリティ得点が高く、特に「自己超越」と「死と死にゆくことへの態度」においてその傾向が強かった³⁰⁾ことを示している。

このように、スピリチュアリティは加齢とともに豊かになること、老年期においても成長し、成熟過程をたどっていくこと、老年期の発達課題である“人生の統合”と深くかかわる概念であることから、高齢者のスピリチュアリティは、がんなどの終末期患者や若年者のスピリチュアリティとは異なる特徴を有するといえようである。

5.2.2.高齢者へのスピリチュアルケアの視点

高齢者へのスピリチュアルケアは、高齢者のスピリチュアリティが“人生の統合”という老年期の発達課題と密接な関係を有していることを勘案するならば、高齢者自身がこの発達課題に向き合うことを側面から支えることであるといえよう。一方、高齢者

が“人生の統合”という発達課題を達成するためには、自らの存在意義を確認し、あるがままの自分を受け入れていくという、老いにおけるスピリチュアルな作業(spiritual task)³¹⁾を行うことが求められ、これによって得られる人生の肯定感覚は、スピリチュアルな安寧(spiritual well-being)と捉えられる。また、高齢者のスピリチュアリティは日常の営みに枠組みを与え³²⁾、日々の平凡な日常生活においても存在して人生の質や精神的な側面に対する幸福感を高める関係にある²⁹⁾ことから、高齢者のスピリチュアルケアにおいては、スピリチュアリティの痛みだけでなくニーズや安寧の側面に注目し、支援するという視点が必要となると考える。

5.2.3.老年看護におけるスピリチュアルケア

スピリチュアルケアに携わる職種は、看護職のみならず、スピリチュアルケアの専門家や医師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、宗教家など高齢者の医療・ケアに携わるすべての専門職である。しかしながら、看護職のスピリチュアリティやスピリチュアルケアについての認知率は低い^{33,34)}。竹田³⁵⁾は、看護職が実践しているスピリチュアルケアの内容を文献的に検討し、「症状のコントロール/生理的ニーズの充足を図る」「関心を向ける」「コミュニケーションを図る」「寄り添う/共にいる」「希望を支える」「価値・信念/その人らしさを尊重し支える」「死の受容・人生の統合に向けて支援する」「人と人の関係を保てる環境を整える」「自然とのふれあい・気分転換等により生きる喜びを支援する」「スピリチュアルケアの道具として自分自身を使う」「相手を大切に日々のケアを行う」という11のカテゴリーに整理している。スピリチュアルケアにおける看護の独自性について言及した文献は少ないが、小楠³⁶⁾は、日常生活を整え、日常生活を通して高齢者の声に耳を傾けることが、看護の範疇でできるスピリチュアルケアの一機会であり、看護の独自性であると述べている。このことは、「高齢者は、ゆっくりとくり返される日常の一つひとつの行為が、限りなくありがたいことに思え、そのことを最も大事にして生きていること、高齢者の自立・自尊感情は、こうしたみずからの暮らしをかたちづくる日常の一つひとつの行為が人生に彩られていることに対する、強い自意識に支えられていること、そして看護職のケアへの発動は、こうした高齢者の日常、その中心にある心や魂にふれ、ゆり動かされることからおきる³⁷⁾」という中島の指摘に通じるものである。竹田³⁵⁾は、高齢者のスピリチュアルな側面に注目し、高齢者の自律を保証しつつ日常生活を整えることは重要なスピリチュアルケアであるとする一方で、不適切な看

護行為が高齢者のスピリチュアリティを脅かしている可能性があることを、事例を用いて示している。多くの場合、高齢者のスピリチュアルな痛みの緩和やニーズの充足、スピリチュアルな安寧の促進は、いわゆる「基盤となるケア」によって対応が可能であるが、スピリチュアルな事柄の中でも、特定の苦悩に対する個別的なケアについては、看護職の関わりのみでは不十分である場合も考えられる。それ故に、高齢者のスピリチュアリティの状態をアセスメントし、必要に応じてスピリチュアルケアの専門家や他職種につなぐことも、スピリチュアルケアの提供における看護職の重要な役割であると³⁵⁾指摘している。

5.3. 看取りケア

2007年の人口動態調査³⁸⁾によると、死亡総数(約110.8万人)に占める高齢者の割合は、65歳以上では83.3%(約92.4万)、75歳以上では65.6%(約72.7万人)であった。また、最も死亡者数が多い年齢階層は、80~84歳の約18.8万人(17.0%)であった。今後も高齢者(特に後期高齢者)人口の著しい増加が見込まれることから、高齢者の看取りケアへの社会的ニーズは高く、ますます重要になってくる。高齢者自身が人生の終結に向けた準備をし、安らかな死が迎えられるよう支援することが老年看護実践において重要な視点であることは先述のとおりであるが、高齢者の看取りケアについてはこれまで積極的に検討されてこなかった³⁹⁾という実態もある。

以下、高齢者の終末期像と看取りケアの概念について確認したのち、看取りケアの課題と今後の展望について述べる。

5.3.1. 高齢者の終末期像

日本老年医学会は、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」⁴⁰⁾の中で、終末期を「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義している。同学会は、「終末期」にあると判断されても余命の予測が困難であることを具体的な期間の規定を設けない理由としているが、この点が高齢者の終末期像の重要な特徴としてあげられる。

一方、水野⁴¹⁾は、高齢者高度医療施設において呼吸器、循環器、脳神経の各病棟で亡くなった75歳以上の高齢者について死亡前の状況を調査し、輸液は死亡前15日から開始する人が多いこと、酸素流量も1週間前から多くなっていたこと、意識レベルが1週間前から急激に悪化していたこと、高度の認知障害がある場合には呼吸困難を認める割合が低いことなどを明らかにしている。また、入院時に8割以

上の高齢者に認知障害があり、半数以上が高度の認知障害であったことを示すとともに、認知障害のために直接疼痛や苦痛を訴えない場合には疼痛がないと判断されやすいことを指摘している。

以上の如く、高齢者の終末期像は、終末期の見極めの難しさや疼痛・苦痛症状のあり様、認知障害等により症状やニーズの把握が困難であることなど、がん患者や若年者における終末期像とは異なる。それ故に、終末期にある高齢者とその家族へのケアも高齢者の終末期像に対応した看護実践が求められるといえよう。

5.3.2. 看取りケアとは

終末期にある高齢者のケアを表す言葉は、終末期ケア、ターミナルケア、緩和ケア、End-of-life Care、看取りケアなど多様である。本稿では、「予後不良と診断された人とその家族の残された生命・生活・時間が、より豊かに、より安全に、より積極的に過ごせるように配慮し、その人が望む、その人らしい最期を迎えられるように援助することであり、同時に看取られる者、看取る者が共に死に学び成熟すること」という藤腹⁴²⁾の考えに基づいて、「看取りケア」という用語を用いる。看取りは、看取られる者と看取る者の双方の関係があって初めて成立するものであり、両者がお互いに死について考えることによって「よい看取り」が実現するといえる。そして「よい看取り」は、看取る者(家族や知人、医療従事者などその人に関わるすべての人)との関係性の中で、尊厳を持ち、死の瞬間まで自分らしく生きることを通して、高齢者自身が英知を学び人生の統合を図ることを可能にすると考えられる。一方、看取る者にとっては、看取りを通して死を学び、死生観を育成する機会となる。さらに、看取りは残される者への悲嘆(予期的悲嘆を含む)のケアとなるものでもある。

5.3.3. 看取りケアの課題と展望

日本の高齢者を取り巻く終末期の医療およびケアに関する現状や問題点に対して、日本老年医学会は学術団体としての倫理的立場⁴⁰⁾を明らかにしている(表4)。ここに示された内容は看護の立場から看取りケアについて論じる際にも共通するものである。即ち、高齢者の自己実現に向けて尊厳をどのように保障し、自己決定を支援するのかという課題、治癒を目指した治療・ケアから看取りケアへの切り替えや経口的に食事をするのが困難になった場合の栄養補給方法の決定、最期の時を過ごす場の選択などに関連した課題、苦痛や不快症状のコントロール、家族への悲嘆ケアなどさまざまな課題がある。本稿では以下、高齢者が自分の人生に満足して最期

表4 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」（2001年6月13日）

立場	
	【基本的立場】人の「老化」と「死」は発生、誕生、成長、生殖といった生命現象の一過程であるが、特有の意味を持つ重要な局面である。生命科学はこのような「老化」あるいは「死」を含めた生命現象を扱いながら、哲学や環境科学、人文・社会科学などの発展とともに進歩してきた。人の「老化」と「死」に向かい合う老人医療は、生命科学で得られた成果を基盤にした「生命倫理」を重視した全人医療であるべきと考える。国連の提唱する「高齢者のための五原則」である「自立」、「参加」、「ケア」、「自己実現」、「尊厳」は、日本老年医学会の基本的立場でもある。
1	高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられない差別に反対する。
2	高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重して行なわれなければならない。
3	終末期医療では、患者の生活の質(QOL)の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである。
4	終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。
5	終末期における医療およびケアは医学のみならず看護・介護、社会・心理など、幅広い領域を含む集学的医療およびケアである。
6	終末期医療およびケアにおいて施行される医療処置は、患者への利益が医学的に保証されたものであるべきである。
7	患者の「尊厳」や「自律性」の尊重は、個々の文化的背景などに配慮すべきである。
8	終末期患者が最善の医療およびケアを受ける権利を保障するために、医療者は実践的な教育を受けるべきである。
9	「終末期の医療およびケア」は、終末期患者のQOLの向上に役立つものであることを、国民が理解することが望まれる。そのためには国民に対しての「終末期の医療およびケア」および「死の教育」が必要である。
10	あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには、社会制度的支援が不可欠である。
11	十分な資金提供のもとに、あるべき「終末期の医療およびケア」の実現を目指す研究の推進が必要である。
12	「終末期における医療やケア行為の是非を検証できるような第3者をいれた「倫理委員会」を各医療機関に設置し議論を行なうと同時に、そこでの議論を広く公開し国民の意見にも耳を傾けるシステムをつくるべきである。
13	この立場表明は過渡期的な意見表明であって、今後科学的な手法を用いた検討により、この立場表明の妥当性自体が検証されるべきものである。

※ 文献40)より抜粋・引用

の時を迎えるために必要となる「死の準備教育」に焦点を当て、課題と展望について述べる。

病院死が約8割を占める今日、日常生活の延長線上にあり、死について学ぶ場でもあった死が、人々にとって特別なものとなった。そして、死が忌み嫌われる傾向にあることから、日常会話の中で死について語られることは少ない。日頃の看護実践や日常生活の中で、「早くお迎えが来てほしい」「長く生きすぎた」「(生きていても)何も良いことがない」などのことばを高齢者から聞くことが少なくない。一見、死の希求、死の受容とも捉えられるが、このことばの背景には、「置かれている今の自分の状態が受け入れられず、早く死んだ方がましだ」という本音があり、本来は少しでも長く生きたいという思いであることが多い⁴³⁾。筆者自身これまで、苦痛症状が緩和されることで、「死にたい」という訴えが「もっと生きたい」ということばに変わる例を多数経験してきた。このように、高齢者は近い将来自らの死が訪れることを知っている人々であるが、必ずしも自らの死を受容しているとは限らないのである。自らの人生に幕を引く準備として、高齢者もまた死について学び、考えることを必要としているのである。

堀内⁴³⁾は、高齢者が置かれた環境の中で老いた自分と向き合いながら、自分らしく生きていることを感じ、生活することをとおして学んでいくことや、他者の死について、どのように死を迎えたかを知り、死を自由に語ることが、死の準備教育につながることを指摘している。また、日本で「死の準備教育」の普及をめざしたアルフォンス・デーケン⁴⁴⁾は、高

齢者に対する死の準備教育のポイントについて、いかにして死に備え、未解決の問題に決着をつけるか、残される家族のために何をすべきか、親しい人々にどのように別れを告げるか、といった具体的なアドバイスとして行うことを提唱している。自らの死が近々に迫っていない段階から、老人大学や高齢者を対象とした健康講座等において、死について考え、自由に語り合える機会を準備することも高齢者がよりよい死を迎えるための重要な看護ケアであると考えられる。

人間が死の瞬間まで成長する存在であることをふまえると、看取りケアを含め日々の看護実践の中で、高齢者が死について語ろうとする際の聴き手となることも、死の準備教育の促進に向けた看護の大切な役割機能である。看護職は同世代の人々に比べて人間の死にかかわることは多い。しかし、自らの死生観が育っていない場合には、死に関する話題を普通のこととして交わすことは困難である。志田ら⁴⁵⁾は、看護基礎教育における死の準備教育について、看護職による研究をもとに検討し、その教育内容は知識レベルが中心であり、体系化が進んでいないことを指摘している。今後、高齢者が自分の最期について表現できる機会をもち、日常会話の1つとして死について語り合えるための実践能力が、高齢者看護に携わる看護職に求められる。看取りケアやその後のデス・カンファレンスを通して、看護職自身が自らの死生観を育むことは、死の準備教育を含め、看取りケアにおいて不可欠であり、重要な課題である。

6. おわりに

高齢者はそれぞれの生活の歴史をもちながら、生と死に向き合いつつ生活をしている人である。人間は誰もが程度の差はあれ、加齢に伴う心身の機能低下を経験し、さまざまな喪失を体験することになる。そして人間には、このような状況下であっても満足感を持ちながら人生を楽しめる権利とそれを可能にする潜在的な能力があり、それを支える看護の機能や役割がある。即ち、高齢者がその時々々の健康状態に応じて、自立と依存のバランスをとることができるよう、高齢者自身の潜在力(身体機能、意思の力、価値観など)を引き出し、生活の質を維持できるように支援することである。本稿では、“人生の最終章を生きる”高齢者への看護として、「人生の統合」に向けた看護支援、スピリチュアルな側面に注目し

た看護支援、看取りケアについて述べてきた。これらの看護支援に共通するのは、一人の大切な人として高齢者に会い、その人に関心を寄せること、その人のもてる力を信じること、身体的な苦痛症状を取り除き、日常生活を整えること、良き話の聴き手となることなどであった。また、高齢者と看護職が関わりあいを通して学び合い成長し合うという性質を持つことであった。そして、本稿をまとめることを通して筆者は、高齢者のための国連5原則(自立の原則、参加の原則、ケアの原則、自己実現の原則、尊厳の原則)に沿った看護実践を丁寧に行うことが、人生の最終章を生きる高齢者の健康生活支援に繋がれることを再確認できた。このような機会をいただいたことに感謝し、稿を終えたい。

文 献

- 1) 中島紀恵子：老人看護教育。老年看護学，1(1)，5，1996。
- 2) 高崎絹子：転換期に求められる新たな老年看護学のパラダイム。老年看護学，3(1)，7-16，1998。
- 3) 堀内ふき：老年看護学の基盤。堀内ふきほか編，ナーシング・グラフィカ26 老年看護学 — 高齢者の健康と障害，第2版，メディカ出版，大阪，2，2009。
- 4) メアリー A. マテソン，エレアノール S. マコーネル著，小野寺杜紀，原礼子訳：看護診断に基づく老人看護学1 老人看護学の基礎。初版，医学書院，東京，32-33，1992。
- 5) 中島紀恵子：老人看護の基本と日常生活活動への援助。大友英一，中島紀恵子編著，老人看護学 改訂版，真興交易出版部，東京，55，1992。
- 6) 中島紀恵子：老年期を生きる。中島紀恵子編，老年看護学，第6版，医学書院，東京，2-3，2006。
- 7) 大西和子：老年看護学序説。奥野茂代，大西和子編，老年看護学 概論と看護の実践，第4版，ヌーヴェルヒロカワ，東京，2-30，2009。
- 8) 中島紀恵子：老年看護の原理。中島紀恵子編，老年看護学，第6版，医学書院，東京，80-86，2006。
- 9) 鎌田ケイ子：老年看護の理念・目標・原則。鎌田ケイ子，川原礼子編，老年看護概論・老年保健，第2版，メヂカルフレンド社，東京，41-72，2006。
- 10) 堀内ふき：老年看護学の基盤。堀内ふきほか編，ナーシング・グラフィカ26 老年看護学 — 高齢者の健康と障害，第2版，メディカ出版，大阪，3-4，2009。
- 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成19年国民生活基礎調査の概況。15-16，2007。
- 12) 石崎達郎：高齢者の健康状態。大内耐義，秋山弘子編，新老年学[第3版]，初版，東京大学出版会，東京，1645，2010。
- 13) 河正子：スピリチュアリティ，スピリチュアルペインとケアに関する文献。緩和ケア，15(5)，564-566，2005。
- 14) 高橋正美，井出訓：スピリチュアリティの意味 — 若・中・高齢者の3世代比較による霊性・精神性についての分析 —。老年社会科学，26(3)，296-307，2004。
- 15) 島田広美，谷本真理子，黒田久美子ほか：高齢者の健康の特質に関する文献検討。老年看護学，11(2)，40-47，2007。
- 16) 正木治恵，山本信子：高齢者の健康を捉える文化的視点に関する文献検討。老年看護学，13(1)，95-104，2008。
- 17) エリクソン E.H.ほか，朝長正徳ほか訳：老年期 生き生きしたかかわりあい。初版，みすず書房，東京，57，1990。
- 18) エリクソン E.H.ほか，朝長正徳ほか訳：老年期 生き生きしたかかわりあい。初版，みすず書房，東京，369-370，1990。
- 19) エリクソン E.H.ほか，朝長正徳ほか訳：老年期 生き生きしたかかわりあい。初版，みすず書房，東京，37，1990。
- 20) エリクソン E.H.ほか，朝長正徳ほか訳：老年期 生き生きしたかかわりあい。初版，みすず書房，東京，371，1990。
- 21) ロバート・パトラー，内園耕二監訳：老後はなぜ悲劇なのか。初版，メヂカルフレンド社，東京，468-479，1994。
- 22) やまだようこ：老年期にライフストーリーを語る意味。老年看護学，12(2)，10-15，2008。

- 23) 沼本教子：人生の統合を支える老年看護の可能性．老年看護学，12(2)，4-9，2008．
- 24) 原祥子：老年看護実践におけるライフストーリー・アプローチの可能性．老年看護学，12(2)，23-27，2008．
- 25) 小野幸子：高齢者の自我発達の見点から看護援助を考える．老年看護学，12(2)，17-22，2008．
- 26) 井出訓：グローバルな観点からの高齢者問題．中島紀恵子；老年看護学，第6版，医学書院，東京，36，2006．
- 27) 窪寺俊之：スピリチュアルケア学序説．第1版，三輪書店，東京，5-8，2004．
- 28) 三澤久恵，新野直明：高齢者のスピリチュアリティ概念生成の試み — インタビューによる高齢者の「生きる」ことの意味の探求から — ．日本看護学会論文集 老年看護，38，111-113，2008．
- 29) 竹田恵子，太湯好子，桐野匡史ほか：高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発 — 妥当性と信頼性の検証 — ．日本保健科学学会誌，10(2)，63-71，2007．
- 30) 竹田恵子，太湯好子，桐野匡史ほか：高齢者のスピリチュアリティの特徴．第40回日本看護学会論文集 老年看護，40，96-98，2010．
- 31) Blazer D：Spirituality and Aging well．*Generation*，15(1)，61-65，1991．
- 32) 青木信雄：高齢者を対象とした“たましいのケア”のわく組み．ホスピスケアと在宅ケア，12(1)，29-32，2004．
- 33) 上西洋子，松本和子，吉本千鶴ほか：大学病院一般病棟の看護師のスピリチュアルケアに関する認識と実態．総合消化器ケア，8(1)，80-86，2003．
- 34) 小藪智子，白岩千恵子，竹田恵子，太湯好子：看護師のスピリチュアルケアのイメージと実践内容．川崎医療福祉学会誌，19(2)，445-450，2010．
- 35) 竹田恵子：高齢者看護の見点からみたスピリチュアルケア，老年社会科学，31(4)，515-521，2010．
- 36) 小楠範子：語りにみる入院高齢者のスピリチュアルニーズ．日本看護科学会誌，24(2)，71-79，2004．
- 37) 中島紀恵子：老年看護の原理．中島紀恵子編，老年看護学，第6版，医学書院，東京，82，2006．
- 38) 厚生労働省：人口動態統計年報，2007．
<http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii07/deth2.html>
- 39) 天津栄子：高齢者のターミナルケアの特徴．金川克子，野口美和子監修，高齢者ケアプラクティス 認知症ケア・ターミナルケア，初版，中央法規出版株式会社，東京，184，2005．
- 40) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」，日本老年医学会誌，38(4)，582-583，2001．
- 41) 水野敏子：高度医療化時代における老年看護の可能性，老年看護学，11(2)，4-8，2007．
- 42) 藤腹明子：看取りの心得と作法17カ条，初版，青海社，東京，5-6，2004．
- 43) 堀内ふき：終末期にある高齢者の看護．堀内ふきほか編：ナーシング・グラフィカ26 老年看護学 — 高齢者の健康と障害，第2版，メディカ出版，東京，303，2009．
- 44) アルフォンス・デーケン編著：『叢書』死への準備教育 第1巻 死を教える．初版，メヂカルフレンド社，東京，52-53，1986．
- 45) 志田久美子，山本澄子，渡邊岸子：基礎看護教育における「死の準備教育」についての検討 日本における過去10年間の文献研究．新潟大学医学部保健学科紀要，8(3)，133-141，2007．