

介護老人保健施設で生活している高齢者の苦痛の実際と抽象的な質問と具体的な質問による回答の違い

著者	山本 順子, 堀内 ふき, 征矢野 あや子
雑誌名	佐久大学看護研究雑誌
巻	9
号	1
ページ	1-13
発行年	2017-03
URL	http://id.nii.ac.jp/1050/00000190/



研究報告

介護老人保健施設で生活している 高齢者の苦痛の実際と抽象的な質問と 具体的な質問による回答の違い

The pain among the elderly in nursing homes: the difference between
specific questions and abstract ones

山本 順子¹ 堀内 ふき² 征矢野 あや子²

Junko Yamamoto, Fuki Horiuchi, Ayako Soyano

キーワード：介護老人保健施設，入所高齢者，苦痛，認知症，具体的な質問

Key words : nursing home residents, elderly, pain, dementia, specific questions

Abstract

The purpose of this study was to clarify the pain experienced by nursing home residents. Furthermore, the study intended to elucidate the contents of responses given by individuals to abstract, as well as specific, questions on pain.

Participants were elderly individuals residing in two nursing homes in Japan. All were capable of providing responses of at least “yes/no,” regardless of the presence of dementia. Data were collected through interviews. Initially, participants were asked to describe their suffering expressed in relation to abstract questions.

A total of 71 individuals out of 96 surveyed were analyzed. The number of elderly that reported one or more type of pain was 67 (94.4%). Less than half of the participants (46.5%) discussed pain following the first abstract question, although the rate of dementia was significantly less in this group than those who did not discuss pain following the first abstract question. Individuals that discussed pain in response to specific questions did not discuss pain in response to abstract questions. Therefore, the current results suggest the importance of specific questions when assessing pain in the elderly.

要旨

本研究では、介護老人保健施設入所高齢者を対象に、苦痛に関する抽象的な質問と具体的な質問に対して高齢者が話す内容は何か、及び質問に対して苦痛を話さない高齢者の特性を明らかにすることを目的とした。方法として2施設において、認知症の有無に関わらず、はい・いいえの意思表示が可能で退所予定のない高齢者を対象に最初に「辛い、苦しい、困っていることは何か」と抽象的な質問をし、その後身体・精神・社会・スピリチュアルな側面の苦痛について具体的に質問をした。結果、対象者96名のうち71名に調査を行い、1つ以上苦痛のあつ

受付日 2016年8月10日 受理日 2017年1月26日

*1 長野看護専門学校 Nagano Nursing School

*2 佐久大学看護学部 Saku University School of Nursing

た高齢者は67名94.4%であった。最初の抽象的な質問で苦痛を話した高齢者は46.5%で、苦痛を話さなかった高齢者に比べ認知症の割合が有意に少なかった。抽象的な質問に対して苦痛を話さない人も具体的な質問によって苦痛を話すことから、具体的な質問の重要性が示唆された。

I. 研究背景

超高齢社会を迎えた日本で高齢者が一人で生活できなくなった時、施設入所は一つの選択肢である。施設生活は自宅での暮らしに代わるものであり、心身共に心地よい生活が望まれる。介護老人保健施設(以下、老健とする)は在宅復帰を促進する機能を求められながらも、老健退所後の行き先は居宅22.2%、医療機関41.8%、介護老人福祉施設10.3%、死亡9.3%であり、自宅への退所の見込みが立たず体調の変化によって医療機関に入院する人が多い(厚生労働省, 2012)。老健に暮らすことで、環境の変化のみならず、個人の生活歴、加齢・疾病による心身の変化、社会との関係の変化、親しい人々との死別などの喪失体験も重なり、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を持つと予想される。

高齢者の苦痛に関する先行研究は少なく、そのほとんどが医療機関や地域をフィールドに行われていた。また、施設入所高齢者の気配りや心配(流石, 伊藤, 2008)、思い(船瀬, 上平, 明神, 上野, 2011)、主張(沖中, 2007)を調査した研究はあるが、それらの協力者は認知症が無く自分のことを語れる者に限られていた。

ケア提供者は、自分から言葉を発することのない高齢者や認知症高齢者を自らの意思を表出できない高齢者と思いがちである。しかしアルツハイマー病では、軽度の患者は自由回答の質問に答えることができ、中等度の患者は選択肢の質問に答えられる(Bayles & Tomoeda, 1995)。また認知症の末期になっても「快・不快(苦痛)を感じる力」「喜怒哀楽

の情動を感じる力」はある程度保たれている(平原, 2010)。つまり認知機能が低下していると思われる高齢者も、質問を工夫することで答えることができると言える。施設入所者の8割以上が認知症高齢者の日常生活自立度のⅡ以上に該当している(厚生労働省, 2013b)ことから、高齢者の生活の質の向上と施設ケアを充実させるためには、認知症高齢者も対象に含めて苦痛を把握する必要があると考えられる。

認知機能の程度が様々なレベルにある高齢者は、問いかけ方によっても苦痛の内容の表出のされかたが違ふことが推測される。そこで老健入所高齢者を対象に、苦痛に関して自由回答を求める抽象的な質問方法と具体的な質問リストに沿って質問する方法で把握できる苦痛の内容は何かを明らかにすることにした。また苦痛に関する質問に対して苦痛を話さない高齢者の特性を明らかにし、高齢者への苦痛に関する問いかけ方法について検討することとした。

II. 操作的定義

「苦痛」とは「人間がからだや心に感じる痛みや苦しみ、つらさ、いやな気持ち(松村, 2012)とあり、哲学者の岩崎(1982)は「拒絶したいものでありその緩和や軽減を求めるもの」と述べている。Saunders & Baines(1989)は、がん末期患者のがん患者の苦痛を、身体的な苦痛のみではなく、精神的側面、社会的側面、スピリチュアルな側面からも捉える必要があり total pain という苦痛の捉え方をしている。これらの苦痛は互いに影響しあって

全体として患者の苦痛を形成しているというものである。高齢期は身体機能の低下や社会からの離脱・引退により自らの存在意味を問い直す時期であり、身近な人の死を体験することが多く自らの死も問う時期である(生田, 2011)。つまり高齢期は人生の終末期でもあり、苦痛を身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から捉えることで苦痛の全体が見えてくると予測できる。また施設入所高齢者は苦痛を感じて対処できないときに「困っている」という表現をすることもある。

以上より、施設入所高齢者の苦痛を明らかにすることを試みるにあたり、「苦痛」をからだやこころに感じる痛み、つらさ、苦しみ、困っていること、と定義し、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から捉えることとした。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象

1) 調査対象施設

A 県の B 市と C 市の介護老人保健施設 2 施設(以下 B 施設、C 施設とする)の協力を得た。

B 施設: 定員 50 名、利用者の平均年齢 88.3 歳、平均要介護度 3.5、平均在所日数 426 日、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の人の割合 95.6%であった。

C 施設: 定員 150 名(一般ユニット 50 名、認知症専門ユニット 100 名)の施設で、一般ユニットを対象とした。平均年齢 87.3 歳、平均要介護度 3.6、平均在所日数 784 日、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の人の割合 80%であった。

2) 調査対象者

介護老人保健施設に入所している高齢者のうち、認知症の有無に拘わらず、はい、いいえの意思表示が可能で、退所予定がなく、本人もしくは家族から協力の同意を得られた人を対象者とした。調査期間は 2013 年 11 月～

2014 年 4 月であった。

2. 調査方法

1) 調査項目

調査項目は、対象者の属性、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルの 4 側面の苦痛である。苦痛の具体的な質問項目として緩和ケアマニュアルの total pain(淀川キリスト教病院ホスピス, 2007)、終末期高齢者の身体的苦痛をとらえた研究(寺門ら, 2005; 水野, 坂井, 長谷, 會田, 2009)、施設入所高齢者の気がかりや心配・思いの研究(流石, 伊藤, 2008; 船瀬ら, 2011)、国民生活基礎調査健康票(厚生労働省, 2013a)、生活機能評価(厚生労働省, 2009)等を参考に質問リスト(身体的側面 24 項目、精神的側面 6 項目、社会的側面 9 項目、スピリチュアルな側面)をあげた。苦痛の 4 側面の内容は以下の通りとした。

身体的側面: 痛み、痛み以外の高齢者特有の身体の症状(息切れ・倦怠感・食欲不振・不眠・排尿障害・下痢・便秘・掻痒感・肩こり・視力障害・聴力障害・言語障害・認知障害、等)、日常生活動作の支障

精神的側面: 不安、孤独感、悲しみ、怒り、惨めさ、無力感

社会的側面: 施設生活の問題(自由・施設環境・楽しみ・介助されること)、施設の間人間関係の問題(利用者同志の関係・スタッフとの関係)、家族の問題全般、経済的な問題

スピリチュアルな側面: 人生での心残り、喪失感、死の恐怖

2) データ収集方法

研究者 1 名がデータ収集を行った。認知症高齢者は新しいことには不安や混乱がみられると予想されたため、面接開始に際し、施設入所高齢者と共にレクリエーションなどを行い顔なじみの関係を作った。面接予定の高齢者と言葉を交わすことを増やししながら、面接開始時期を施設の看護管理者と共に判断した。面接当日も日課のレクリエーション等から一緒

に行い、面接時にもすぐに調査の質問をするのではなく、日常的な会話を行いリラックスできる雰囲気をつくってから自然に質問に入るように努めた。面接の場所は2人きりになれる静かな空間を設定した。事前に調査への協力の意思を確認していたが、質問に入るときに「これから施設で生活していて困っていることなどについてお聞きしますがよろしいですか」と聞き、言葉での返答やうなづきにより再度意思を確認した。面接中も常に対象者の表情などを観察し、面接の途中で対象者が疲れたりした場合は中断し後日再開した。

質問の方法は、最初に「今、辛かったり、苦しかったり、困っていることがあるか。それはどんなことか」の抽象的な質問(以下抽象的な質問)に自由回答を求めた。対象者が抽象的な質問で苦痛が「ある」と答え、内容を話した場合は本人の話を聴き続け、話が途切れたら具体的な質問リストに沿って質問をした。対象者が抽象的な質問で苦痛は「ない」もしくは「わからない」と答えた時は、質問リストに沿って質問をした。質問リストは、身体的側面から問いかけ、次に日常生活の出来事は比較的答え易いと判断し社会的側面を問いかけた。その後精神的側面、スピリチュアルな側面の順番とした。スピリチュアルな側面は高齢者のイメージし易さを考え「今まで生きてきた中で、心残りや思い残すことはあるか」と聞いて自由に語ってもらい、人生での心残り、喪失感、死の恐怖に該当する回答をスピリチュアルな苦痛として分類した。

質問の内容が通じていないと判断したときは対象者が理解できそうな平易な言葉で言い換えた。本人の承諾を得られた場合はインタビューをICレコーダーに録音した。

3. 分析方法

1) 抽象的な質問に対する応答と具体的な質問に対する応答

抽象的な質問に対する応答別の人数を集計

し、「ある」と応答した人が話した苦痛の内容を具体的な質問リストの項目に合わせて分類した。具体的な質問による応答を、項目別に人数とその内容を集計し、抽象的な質問による応答と比較した。

苦痛の内容を、その言葉の背景や意味内容を考えて分類した。対象者の答えは、質問した項目とは違う内容を答えている場合もみられたため、一つ一つの意味を確認しながら、質問リストに沿った項目に分類した。分類に際しては、質的研究を専門とする看護研究者のスーパーバイズを受けた。

2) 質問に対して苦痛を話さない施設入所高齢者の特性について

質問に対する苦痛の応答別に属性等を χ^2 検定、残差分析を行った。検定にはSPSS for windows ver.21を使用し、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

対象となる施設の施設長・看護管理者に研究の趣旨及び対象者への倫理的配慮を文書及び口頭で説明し、承諾を得た。施設の看護管理者から紹介された対象者に、倫理的配慮事項を明記した文書を用いて、口頭でわかりやすく説明し、同意が得られた高齢者を対象とした。また対象者とその家族の一部は認知機能の低下も考えられるので、できるだけ平易な文章でわかりやすく作成した文書も用意した。施設職員から紹介され家族が同意した場合でも、対象者本人の意思を言語的・非言語的表現から確認した。対象者本人が同意書に自署できず、家族がいない・あるいは家族が遠方で署名が困難な場合は、施設職員(看護師)と共に対象者本人の意思を確認し、同意を確認できたときは職員に立会人として署名をしてもらった。認知機能の低下から対象者本人の同意の意思は変化することも考えられたため、面接前に施設職員と共に再度意思を確認した。

この研究は、苦痛についての質問のため、対象者が面接の途中で気持ちが沈んでしまうことが考えられた。また面接時間は30分程度を予定しているが要介護高齢者であることから身体的な疲労も考えられ、面接中も対象者の観察を行いながら、時々身体や話すことは辛くはないか確認をした。また表情・態度も観察し、辛さを感じられるときは休んでもらったり違う話題にして本人の話したいことなどを語ってもらった。面接後、対象者が「いろいろ話して気持ちがすっきりした」という思いを持ってもらえるよう傾聴に心がけた。調査期間中は、面接が終了した高齢者に対しても継続的な観察に努めた。

本研究は、佐久大学研究倫理委員会で承認を得て実施した。(倫理審査結果通知番号 第13-0006号)

IV. 結果

1. 調査の概要 (図1)

抽象的な質問に対する応答と具体的な質問に対する応答による調査全体の流れと対象者

数の推移を図1に示した。

2013年11月1日の2施設の入所者96名中、退所予定4名、本人拒否3名、家族拒否1名、意思表示不可能9名を除外し、調査対象者は79名であった。そのうち、8名(10.1%)が未調査(入院2名、死亡6名)となり、分析対象は71名(89.9%)であった。分析対象者71名中、調査を完遂した人は52名(65.8%)、未完遂(意味不明の応答が続いた者7名、負の感情表出のため中断した者12名)の人は19名(24.1%)であった。

一人あたりの平均面接時間は38.6分、最大110分、最小10分であった。

面接をしていると、多くの高齢者が自分の過去の経験を交えて話しはじめた。最初から自分の生い立ちを話し出す人もいた。面接終了後、対象者が興奮したり鬱状態になったりしていないかスタッフに確認したところ、調査後心身共に体調を崩す人はなく、その後の生活に影響はなかった。

2. 対象者の属性 (表1)

対象者の属性を表1に示した。

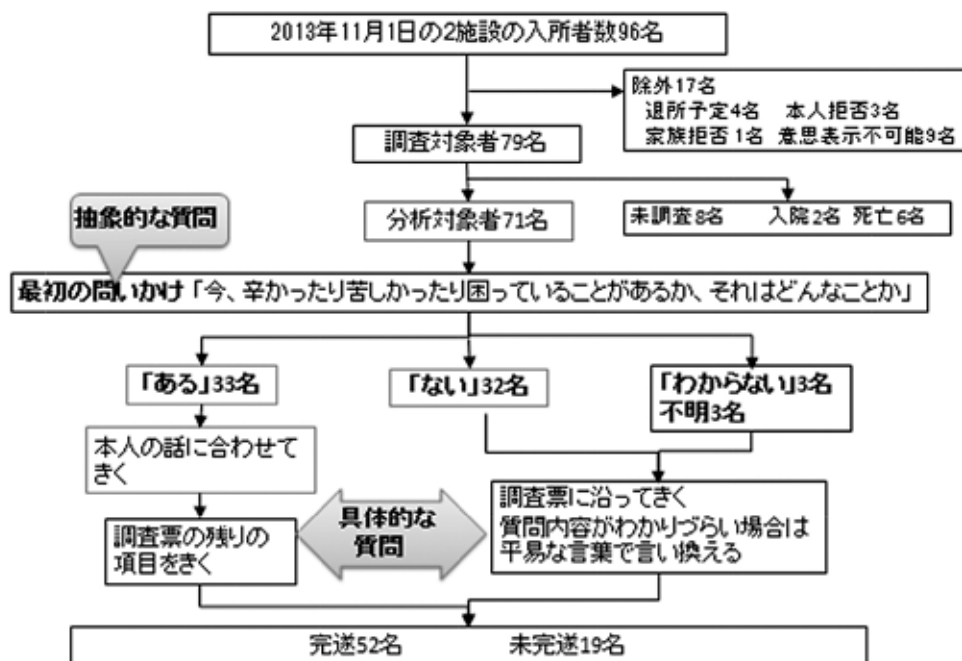


図1 調査の概要

表1 対象者の属性

		N = 71	
		人数	(%)
性別	男性	16	(22.5)
	女性	55	(77.5)
年齢 (平均 88.30歳 SD6.45)	85歳未満	22	(31.0)
	85歳～95才未満	38	(53.5)
	95歳以上	11	(15.5)
在所日数 (平均 688日)	3か月未満	14	(19.7)
	3か月～1年未満	16	(22.5)
	1年以上2年未満	15	(21.1)
	2年以上	26	(36.6)
要介護度 (平均 3.1)	要介護1	7	(9.9)
	要介護2	14	(19.7)
	要介護3	19	(26.8)
	要介護4	27	(38.0)
	要介護5	4	(5.6)
麻痺	ある	24	(33.8)
	ない	47	(66.2)
難聴	ある	14	(19.7)
	ない	57	(80.3)
言語障害	ある	11	(15.5)
	ない	60	(84.5)

		人数	(%)
障害高齢者の 日常生活自立度	A1	4	(5.6)
	A2	12	(16.9)
	B1	24	(33.8)
	B2	26	(36.6)
	C2	5	(7.0)
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立	4	(5.6)
	I	8	(11.3)
	II a	8	(11.3)
	II b	13	(18.3)
	III a	19	(26.8)
	III b	11	(15.5)
	IV	8	(11.3)
主な既往疾患 (複数回答)	脳卒中	33	(46.5)
	高血圧症	32	(45.1)
	循環器系疾患	30	(42.3)
	骨折	24	(33.8)
	他の筋骨格系疾患	20	(28.2)
	認知症	20	(28.2)
	糖尿病	14	(19.7)
	がん	12	(16.9)

3. 介護老人保健施設で生活している高齢者の苦痛

1) 抽象的な質問と具体的な質問による応答とその比較 (図2)

苦痛に関する抽象的な質問に対して「ある」とした人は71名中33名(46.5%)、「ない」は32名(45.1%)、本人がわからないという意味の発言をした「わからない」は3名(4.2%)、意味不明の応答や未回答の「不明」が3名(4.2%)であった。

抽象的な質問で「ある」と応答した人が話した内容を具体的な質問リストの項目に合わせて分類し、具体的な質問による項目毎の回答数と差を比較したものが図2である。抽象的な質問と比較すると、具体的な質問によって苦痛が多く話された。

具体的な質問の身体的側面では、痛みが「ある」とした人の痛みの部位は、多い順に下肢25名(35.2%)、腰14名(19.7%)であった。

精神的側面の寂しさの内容は、「離れている家族の存在」を思う気持ちや「家族の面会・会話が減った」であった。悲しい気持ちは、体が不自由なことから「自分のことが自分でできない」、「家族の病気や死」のこと、また

認知症の同室者を見ていて感じる悲しさであった。不安な気持ちは、「自分の身体がいつどうなるか」、ここにいられるのかという「不安定な居場所」、「一人になると(寂しくなる)」であった。

社会的側面の内容は、自由がないとして、「日課の制限」「外出の制限」「できることの制限」「共同生活の不自由さ」があげられた。楽しみや生きがいがないは、「嗜好品の制限」「持ち物の制限」「したいことの制限」「することがない」「(一緒に話したり何かする)相手がない」であった。介助される苦痛の内容は、異性に介助されることや入浴・排せつを介助されることの「恥ずかしさ」「惨めさと切なさ」等であった。

スピリチュアルな側面の苦痛の内容は、過去を振り返り「果たせなかったこと」の内容が最も多かった。その中には自分の生い立ちを語る人もいた。他に病気や老化のため「役割を果たす能力を失った」「過去の出来事で気にしていること」「したいのにできない」「やりたいけどする気がおきない」「他の人が亡くなっていく中で自分が生き残っていることが辛い」「家に帰りたけれど帰れない」「(苦

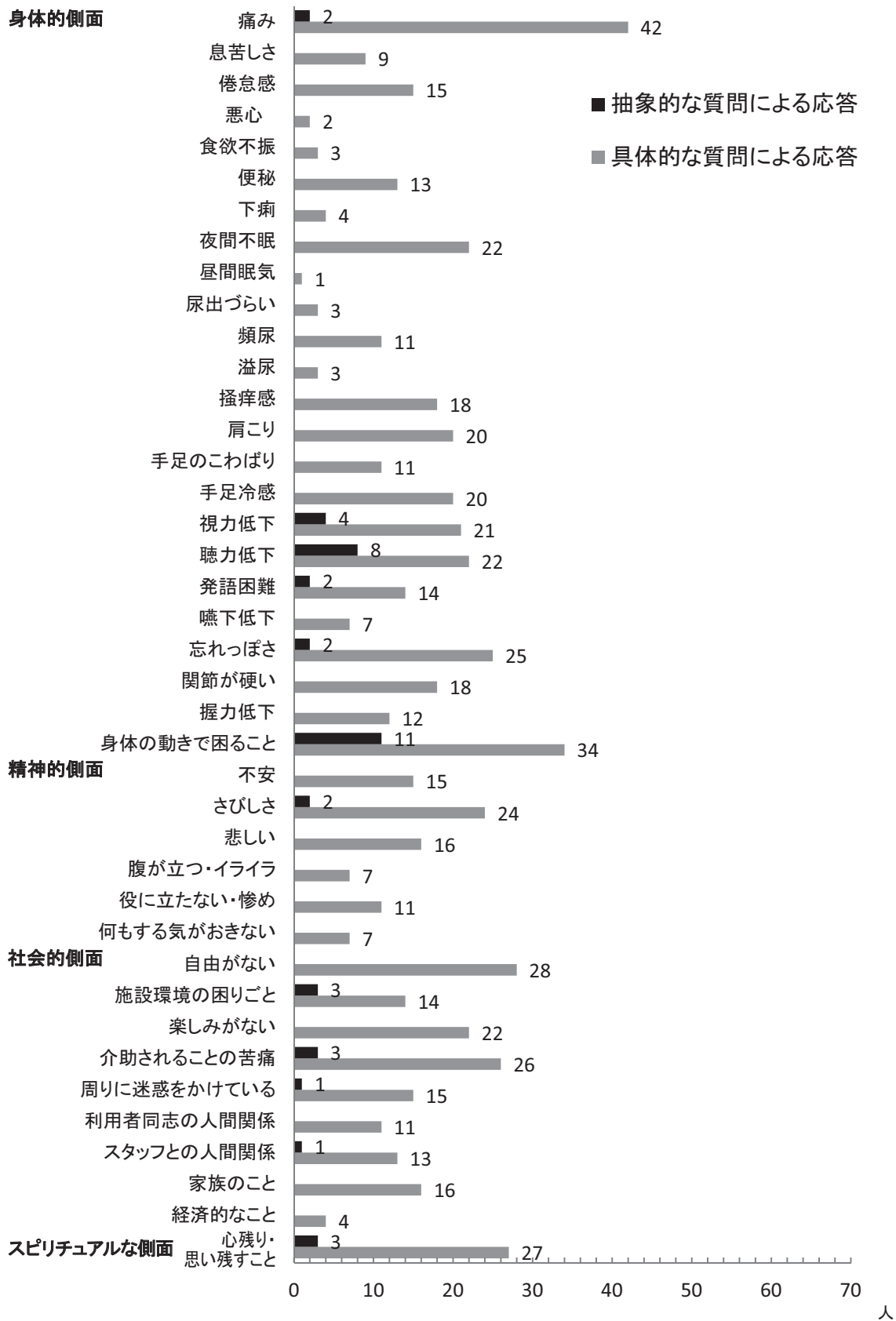


図2 抽象的な質問と具体的な質問の項目別人数の比較(N=71)

痛があるけど表現できない」であった。

調査を終えて、ひとつでも苦痛が「ある」と答えた人は71名中67名(94.4%)であった。すべての質問で「ない」と答えたのは2名(2.8%)、不明2名(2.8%)であった。

2) 身体・精神・社会・スピリチュアルの側面からみた苦痛の有無 (表2)

身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面別に、1つ以上苦痛を持つ人数を集計し、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面別に「ある」「ない」「不明」の回答の比率の差の検定(χ^2 検定)を行ったところ、

割合の偏りは有意であった(χ^2 値47.652, $p < .01$)。そこで有意性に貢献したものを検討するために残差分析を行った結果が表2である。身体的側面は他の側面に比べて「ある」とした人の割合が有意に高く、精神的側面とスピリチュアルな側面は他の側面に比べて「ある」とした人の割合が有意に低かった。

3) 質問に対して苦痛を話さない施設入所高齢者の特性 (表3、表4)

抽象的な質問に対する応答(ある・ない・わからない・不明)別に、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面の苦痛の有無

表2 身体・精神・社会・スピリチュアルの側面からみた苦痛 $N=71$

	上段 n (%)		
	苦痛の有	無	不明
身体的側面	64(90.1)	5(7.0)	2(2.8)
	5.9**	-3.7**	-3.7**
精神的側面	34(47.9)	23(32.4)	14(19.7)
	-2.4*	2.2*	0.7
社会的側面	46(64.8)	12(16.9)	13(18.3)
	0.9	-1.4	0.4
スピリチュアルな側面	27(38.0)	25(35.2)	19(26.8)
	-4.4**	2.9**	2.6**

* $p < .05$, ** $p < .01$

表3 抽象的な質問に対する応答別にみた

身体・精神・社会・スピリチュアルな側面の苦痛

$N=71$

	抽象的な質問による苦痛の有無									
	ある ($n=33$)		ない ($n=32$)		χ^2 検定		わからない ($n=3$)		不明 ($n=3$)	
	人 (%)	人 (%)	χ^2 値	p 値	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)		
身体的側面	ある	32 (97.0)	27 (84.4)	3.209	0.201	3 (100.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	ない	1 (3.0)	4 (12.5)			0 (0.0)	0 (0.0)			
	不明	0 (0.0)	1 (3.1)			0 (0.0)	1 (33.3)			
精神的側面	ある	17 (51.5)	15 (46.9)	0.491	0.782	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	ない	11 (33.3)	10 (31.3)			2 (66.7)	0 (0.0)			
	不明	5 (15.2)	7 (21.9)			0 (0.0)	2 (66.7)			
社会的側面	ある	22 (66.7)	20 (62.5)	0.504	0.777	3 (100.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	ない	5 (15.2)	7 (21.9)			0 (0.0)	0 (0.0)			
	不明	6 (18.2)	5 (15.6)			0 (0.0)	2 (66.7)			
スピリチュアルな側面	ある	16 (48.5)	9 (28.1)	2.862	0.239	2 (66.7)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	
	ない	10 (30.3)	14 (43.8)			0 (0.0)	0 (0.0)			
	不明	7 (21.2)	9 (28.1)			0 (0.0)	3 (100.0)			

注. χ^2 検定は最初の問いかけに対する表現「ある」「ない」と身体・精神・社会・スピリチュアルな側面で行った。* $p < .05$

表 4 抽象的な質問による苦痛の有無と属性との関連

N = 65

属性		抽象的な質問による苦痛の有無		χ^2 値	p値
		ある (n=33)	ない (n=32)		
		人 (%)	人 (%)		
年齢	85歳未満	11 (33.3)	10 (31.3)	2.103	.349
	85歳～95才未満	15 (45.5)	19 (59.4)		
	95歳以上	7 (21.2)	3 (9.4)		
要介護度	要介護1,2	7 (21.2)	12 (37.5)	2.084	.149
	要介護3,4,5	26 (78.8)	20 (62.5)		
障害高齢者の日常生活自立度	A	5 (15.2)	10 (31.3)	2.372	.150(a)
	BとC	28 (84.8)	22 (68.8)		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立とI	8 (24.2)	4 (12.5)	1.488	.339(a)
	II以上	25 (75.8)	28 (87.5)		
麻痺	ある	15 (45.5)	7 (21.9)	4.034	.045
	ない	18 (54.5)	25 (78.1)		
難聴	ある	5 (15.2)	7 (21.9)	0.488	.537(a)
	ない	28 (84.8)	25 (78.1)		
言語障害	ある	3 (9.1)	5 (15.6)	0.643	.475(a)
	ない	30 (90.9)	27 (84.4)		
既往疾患 脳卒中	ある	17 (51.5)	12 (37.5)	1.291	.256
	ない	16 (48.5)	20 (62.5)		
循環器系疾患	ある	13 (39.4)	16 (50.0)	0.740	.390
	ない	20 (60.6)	16 (50.0)		
骨折	ある	13 (39.4)	11 (34.4)	0.176	.675
	ない	20 (60.6)	21 (65.6)		
認知症	ある	3 (9.1)	14 (43.8)	10.105	.002(a)
	ない	30 (90.9)	18 (56.3)		

(a) : fisherの直接法

を示したものが表3である。抽象的な質問で「ある」とした人は身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面の具体的な質問に「ある」と答えた。抽象的な質問で「ない」とした人も、具体的な質問に「ある」と答えた。抽象的な質問で「わからない」とした3名は、具体的な質問で「ある」もしくは「ない」と答えた。

抽象的な質問に対する応答「ある」・「ない」と応答した65名を属性による比率の差の検定を行った結果が表4である。麻痺がある人 (χ^2 値 4.034, $p < .05$)、認知症がない人 (χ^2 値 10.105, $p < .01$) は抽象的な質問に苦痛が「ある」と答える人の割合が多かった。

V. 考察

1. 抽象的な質問と具体的な質問の違い

質問の仕方による違いでは、具体的な質問で苦痛を話す高齢者が多かった。また、具体的に質問したことによって、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面の苦痛の内容が表出された。藤田(2000)は、高齢者は個人差はあるが抽象的思考よりも具体的思考をしがちであり記憶再生の量も少なくなると述べている。最初の抽象的な質問は、問いに対してどのような苦痛があるのかを自分で考え記憶を再生しなくてはならないため、苦痛があったとしても記憶が再生されない場合は、苦痛が「ない」もしくは「わからない」と答えて

しまうことが考えられる。具体的な質問は、一つ一つ項目が示されるのでその項目について「ある」か「ない」を考えればよい。そのため、抽象的な質問では苦痛を「ない」と答えた人でも具体的な質問では苦痛のイメージができ「ある」としたのだと考えられる。また抽象的な質問であっても苦痛の内容を話せた人は、更に具体的な質問によって記憶が再生され、さらに違う内容の苦痛も表現できたのだと考えられる。

具体的な質問の中でも身体的側面は他の側面に比べて「ある」とした人の割合が高かったが、それは身体的な側面は具体的な症状の有無を聞いたため、日常の体調把握でもよく聞かれる言葉でありイメージしやすかったためではないだろうか。精神的・スピリチュアルな側面を「ある」とした人の割合が少なかったのは、具体的に問うようにしたものの日常生活で問われることが少ないためイメージしにくかったためではないかと考える。高齢者の健康把握には精神的・スピリチュアルな側面も重視してケアに生かすことが重要であるため、日頃の会話の中に含めて問いかけていくことが必要と考える。

2. 苦痛に関する質問に対して苦痛を話さない高齢者の特性

認知症がある人(17名)のほとんど(14名、82.4%)が抽象的な質問に対して「ある」と話さなかったことから、抽象的な質問に対して苦痛を表出しにくいことと認知機能の低下が関係していると考えられる。軽度の認知症高齢者であっても、聞いたことは理解できるがすぐに忘れ言葉を見つけることが困難であり(Bayles & Tomoeda, 1995)、抽象的な質問では苦痛があったとしても表現する言葉を見つけられなかったのだと考えられる。また、認知機能が低下していることで抽象的な質問に対して十分な判断ができず「はい」という返答になるとも考えられるが、今回の調査では、

抽象的な質問で「ある」と話した後に、具体的な質問に対して具体的に苦痛を表出していたことから、認知機能の低下との関係はなかったと考えられる。

具体的な質問を終えてみると、71名中67名(94%)の人が苦痛が「ある」としていることから、認知症の人でも具体的にイメージできるような問いかけ方によって答えることができることが明らかになった。認知症の人とのコミュニケーションスキルとしては、短い文章を用い、はっきり伝達し、重複した質問を用いず、1つの内容を聴く時は1つの質問をする(野村, 2008)ことや、具体的なイメージしやすい単語や高齢者に馴染みのある単語を使うよう心掛けること(佐藤, 仲秋, 2013)とされている。今回質問の理解が得られていないと感じた場合には、相手がイメージしやすいように言い換えたり、短い文章ではっきり発音するようにしたことと認知症の人でも答えることができたと考える。認知症には段階があり、アルツハイマー病では、軽度の患者は自由回答の質問に答えることができ、中等度の患者は選択肢の質問に答えられる(Bayles & Tomoeda, 1995)。施設入所高齢者の認知機能レベルをアセスメントし、その人に適したコミュニケーション方法を工夫することが必要である。

調査未完遂者は19名いた。調査を中断した理由は意味不明の応答が続いたことと、負の感情表出がみられたためである。未完遂者は要介護度が高く日常生活が全介助であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ、Ⅳの人であった。認知症は進行していくと運動機能が低下し口数も減り発語は意味をなさなくなる。しかしながら快・不快を感じる力、喜怒哀楽を感じる力はある程度保たれており、それを何かの形で表現することができる(平原, 2010)とされている。それは、意味不明の応答や負の感情表出も何かを表現していたのだと考えることができる。

全ての質問に「ない」と応答した2名については、本当はないのか、もしくは研究者の問いかけ方の工夫が足りず苦痛を表出することができなかつたのかは定かではない。しかし、「ない」で良しとするのではなく、話に耳を傾け、いつでも受け止めることができるようにすることが重要である。

3. 介護老人保健施設で生活している高齢者の苦痛の把握と看護

認知機能の低下がみられる高齢者も具体的なイメージができるような問いかけ方法で苦痛を表出することができ、何かしらの苦痛を抱えていることが明らかになった。苦痛の内容をみると身体的側面では加齢や疾病に伴って現われる症状をあげていた。身体的苦痛を加齢による衰えとして済ませてしまうのではなく、視力や聴力、言語機能、認知機能などのくらいのレベルなのかをアセスメントすることで、高齢者に適した対処方法を検討することができる。アセスメント技術が今後施設における看護・介護者に浸透していくことによって苦痛の緩和につなげることができる。と考える。

身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛は、それぞれに他の側面とのつながりが見えた。例えば高齢者が脳卒中によって身体の動きが困難になった場合、身の回りのことができなさと「役に立たない」「惨めな気持ちや周りに迷惑をかけている」といった気持ちになり、「役割を果たす能力を失ってしまった」「家族に迷惑をかける」と感じている。また聴力低下がある場合は、人との交流が減り寂しさを感じ生きていてもしかたがないと思うなど、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛は相互に関係していると考えられる。

面接の中で対象者が語る生き立ちは、その人を理解し苦しみや辛さに共感することに役立つ。「スピリチュアルな苦痛に対するケア

は身体・心理・社会と並列する霊的側面のケアとして表現され、4側面が明確に区別されるわけではなく全人的ケアそのものである。対象の生育歴を考慮し、無意識の中にある葛藤の全体をも視野に入れることが大切である」と草島, 河, 坂井(2012)は述べている。施設入所高齢者は、自らの意思を表出しないと思われがちであるが、高齢者の人生は長く様々な経験をしており、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面を聴いていくと、自ずと生き立ちを語りだす。つまり、施設入所高齢者の身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面から苦痛を聴くことは、その人を理解することであるともいえる。またその人を理解していると苦痛もとらえやすい。調査未完遂者の意味不明の表現や負の感情表出も、施設入所高齢者との関係が築かれているスタッフならば理解できるのではと考える。施設入所高齢者に認知機能の低下がみられても、高齢者が表出する苦痛をとらえることは尊厳ある生活の支援に繋がっていくと考える。本研究は苦痛を聞くという面接内容であり、負の感情を抱き高齢者の精神に影響を与えるのではないかと懸念したが、面接終了後もスタッフに確認したところ高齢者からの苦情はみられなかった。面接後は心身共に体調を崩す人もなく、その後の生活に影響はないとのことであった。しかしながらこれまで述べてきた結果から施設入所高齢者の苦痛の表出の仕方を考えると、苦痛という負の感情を抱きやすい調査を受け、それによって負の感情が持続するなどしても我慢して施設職員には表出しないことも考えられる。また認知機能の低下がみられない高齢者の場合は、面接により負の感情が掘り起こされて、面接終了後より更に後まで負の感情が続いていたかもしれない。また高齢者が我慢してあきらめていた苦痛を掘り起こしたことで、更なる苦痛となったかもしれないとも考えられる。昨今の老年看護のアセスメントでは高齢者のできない

部分よりできる部分いわゆる強みを中心に考える傾向にあり、できないという負のイメージを良しとしていない。しかし強みをみるということは負の面も理解した上でのことであると考える。正と負両方の側面をみることに、そして本人にとって感じている苦痛をまず把握しておくことが大切ではないかと考える。それによって苦痛の改善に向かうことができる。今回の調査を終えて、苦痛の把握の仕方は改善の余地があると考え。身体的側面は疾患などからある程度予測することは可能である。精神的側面やスピリチュアルな側面は無理に聴きだすのではなく、話の流れで自然に引き出すものではないかと考える。そのため気心の知れたスタッフが日々のケアの中で聴くことが適任と考える。気心の知れたスタッフに話したのであれば、その後の本人の様子も分かりケアにつなげることができる。

調査完遂できた人から「話すことができて良かった」「話をきいてくれてありがとう」という言葉が聞かれ、このように話す高齢者にとってはこの面接方法は不利益にはならなかったと考えられる。そして施設入所高齢者は話をしたがっていることを感じた。しかしながら、全員がそのような答えたわけではなく、全員が話をしたいのかは明らかではない。施設入所高齢者一人一人の言動、表情、行動などをしっかり受け止めることが重要だと考える。

4. 本研究の限界

本研究は、対象施設が2施設であり、全国の平均要介護度3.32(厚生労働省, 2013c)・平均在所日数329日(厚生労働省, 2013d)を上回っていたことから、施設入所高齢者の苦痛として一般化するには限界がある。また、調査期間が5ヶ月と長く、その間に苦痛が変化している可能性も否めない。今後はさらに対象施設を拡大すること、施設職員側からの視点での調査も行っていく必要がある。

謝辞

本研究を実施するにあたり、調査にご協力いただき様々な思いを語っていただきました施設の入所者の皆様とご家族の皆様に深くお礼申し上げます。また、調査を実施するにあたり、ご協力いただきました施設の職員の皆様にも深くお礼申し上げます。

文献

- Bayles Kathryn A., Tomoeda Cheryl K. (1995)/田中美郷訳(2002). 痴呆症のケア入門. 協同医書出版社.
- 藤田綾子(2000). 高齢者と適応. ナカニシヤ出版.
- 船瀬孝子, 上平悦子, 明神一浩, 上野栄一(2011). 介護老人保健施設における要介護高齢者の自己を生きる思い. 畿央大学紀要, 13, 43-50.
- 平原佐斗司(2010). 認知症の緩和ケアとは. 緩和ケア, 20(6), 562-566.
- 生田奈美可(2011). 配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関する質的研究. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 97-107.
- 岩崎勉(1982). 哲学における救いの問題. 東方出版.
- 厚生労働省(2009). 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル(改訂版), 2015/1/15, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1c.pdf>
- 厚生労働省(2012). 介護老人保健施設等の在宅療養支援及び医療提供のあり方に関する調査研究事業, 2015/1/15, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034lq4-att/2r98520000034m72.pdf>
- 厚生労働省(2013a). 厚生労働統計一覧 国民生活基礎調査, 2015/1/15, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21tyousa.html>
- 厚生労働省(2013b). 平成25年介護サービス

- 施設・事業者調査の概況. 2015/1/15,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/>
- 厚生労働省(2013c). 平成25年介護サービス施設・事業者調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/>
- 厚生労働省(2013d). 社会保障審議会介護保険部会第45回資料—施設サービス等について. http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146267&name=2r98520000033t91_1.pdf
- 松村明(監)(2012). 大辞泉第2版上巻あ～す. 小学館.
- 佐藤順子, 仲秋秀太郎(2013). コミュニケーション支援 原因別疾患別・重症度別関わり方 アルツハイマー病. 三村将, 飯干紀代子編, 認知症のコミュニケーション障害 その評価と支援. 102-104. 医歯薬出版株式会社.
- 水野敏子, 坂井志麻, 小長谷百絵, 會田信子(2009). 高齢者高度医療専門病院における死亡1ヶ月間における高齢者の苦痛. 東京女子医科大学看護学会誌, 4(1), 37-44.
- 野村豊子(2008). コミュニケーションスキル. 日本認知症ケア学会編, 認知症ケア標準テキスト改訂・認知症ケアの実際 I 総論. 34. ワールドプランニング.
- 沖中由美(2007). ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張. 日本看護研究学会誌, 30(4), 45-52.
- 奥村朱美, 内田陽子(2009). 介護老人保健施設入所中の認知症高齢者のニーズの特徴. 老年看護学, 13(2), 97-103.
- 流石ゆり子, 伊藤康児(2008). 終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者の気がかり・心配. 山梨県立看護大学看護学部紀要, 10, 27-35.
- Saunders C., Baines M.(1989)/ 武田文和訳(1990). 死に向かって生きる末期がん患者のケア・プログラム. 医学書院.
- 草島悦子, 河正子, 坂井さゆり(2012). スピリチュアルケアにおける医療者の備えとケアの視点. 田村恵子, 河正子, 森田達也編集, 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 92-112. 青海社.
- 寺門とも子, 原等子, シュライナーA, 岡山昌弘(2005). 介護老人福祉施設入所者の終末期の現状 老人病院入院後死亡までのカルテ調査より. 日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report, 3, 171-181.
- 淀川キリスト教病院ホスピス編(2007). 緩和ケアマニュアル第5版. 最新医学社.