

「死生観」が介護福祉職の支援の あり方に及ぼす影響

下山久之

1. 背景

介護福祉職は、要介護状態等の利用者に対し生活支援を行う専門職である。介護は、英語表記では、Long-Term Care とされ、長寿化した先進国ではそれに従事する専門職を有することになる。日本で社会福祉士及び介護福祉士法が制定されたのは 1987 年のことであり、その後、介護福祉士養成校が設置された。初期の介護福祉士養成教育では、専門職として確かな介護技術を身につけることに重点がおかれ、専門職としての職業倫理と介護技術が教育の中心に据えられた。基本的な介護技術は、看護技術から転用されてきたものが多く、比較的早くに標準化された。

2000 年頃から要介護状態となる利用者の状態像が脳血管障害の後遺症としての寝たきり状態から、認知症により支援を要するように変化していった。今日では、要介護状態になる一番の原因は、認知症（24.8%）で、二番目が脳血管障害（18.4%）である¹⁾。脳血管障害の後遺症である寝たきり状態の利用者に対する支援と、認知症で日常生活動作の状態は自立度が高いものの、独力で身の回りのことを行うことが出来ず生活支援を求める利用者に対する支援では、内容的に大きく異なってくる。このような背景もあり、2007 年に社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、介護福祉士の行う介護業務がそれまでの「入浴、排泄、食事その他の介護」から「心

身の状態に応じた介護」に変更された。それに応じ、介護福祉士養成教育のカリキュラムも従来の介護技術から生活支援技術と名称変更され、認知症の人への支援も視野に入れた技術に変更されていった。

このように利用者の状態像の変化により、求められる支援のあり方が変化していくという側面もあったが、2000年頃より北欧などの国々から日本の介護の在り方に異論が唱えられるようになった。北欧の国々の専門職からみると、日本の介護は干渉し過ぎるということであった。特に、それが端的に現れるのが、認知症の人に対する食事介護の場面である。寝たきりの人に対する身体介護と認知症ケアという違いの域ではなく、北欧の文化における人間観、死生観と日本の文化における人間観、死生観の根本的な相違から生じるものであった。2004年10月に京都でアルツハイマー国際会議が開催された際、プログラムの一つとして身体拘束に関するワークショップがあった。そこでの議論として、欧米では胃瘻適応の基準が明確に示されており、アルツハイマー型認知症に適応することは望ましくないとガイドラインに示されているものの、日本では当時、胃瘻適応に関する基準は示されておらず、アルツハイマー型認知症の人に多数、適応されているという現実があり、胃瘻、経管栄養の抜去を防ぐため身体拘束に至るという構造があることが示された。欧米の国々の専門職からすると、日本の介護現場の胃瘻、経管栄養を用いた介護のあり方は、明らかに人権侵害であると理解されていたのである。それ以降、日本の介護福祉士養成教育では、日本式介護という表記をしたり、英語表記をKaigoと表してみるなど、日本の独自性を前面に打ち出すようになった。

日本と北欧の国々の文化の差異に基づく生活支援の違いに優劣をつける必要はないだろうが、安易に、日本式介護や英語表記のKaigoとしその独自性を強調するだけではなく、その差異が生じてくる背景を探り、日本の介護の在り方の課題を省察していく必要もあるのではないだろうか。このような問題意識に立ち、本研究を進めていきたい。研究方法としては、国際老年学会、認知症国際会議、アルツハイマー国際会議等における議

論、また日本介護福祉士養成施設協会における全国研修会等での議論や介護保険制度改正における介護のあり方に関する動向を踏まえ分析していくこととする。また、差異が生じやすい背景にあるのはその文化における死生観のあり方であると思われる。そこでその文化における死生観が医療・保健・福祉等の実践においてどのように影響しているのかを分析していくこととする。本研究においては、死生観の明確化を目的としているものではなく、死生観が介護福祉職の支援のあり方にどのように影響を与えるのかを明らかにすることを目的とする。

2. 介護福祉職による支援

介護福祉職は、要介護状態にある利用者に対し、日常生活の支援を行う専門職である。日常生活の支援には、食事、排泄、入浴等を利用者と共に行ったり、調理、掃除、買物等の生活支援も含まれる。食事、排泄、入浴、さらに調理、掃除、買物等の生活支援も、その文化における生活のあり方に基づいて行われる。日本の本州では、入浴は浴槽に浸かることが一般的であるが、沖縄などではシャワーで済ませることが一般的である。そのため、入浴等の清潔保持もその文化における様式に基づいて行われることとなる。このように生活支援である介護は、その文化の文脈の中であり方が規定されてくる、という側面を持つ。

また通常、高齢期に要介護状態となるとその支援は人生の終わりまで続くこととなる。日本では、2006年の介護保険制度改正時に、特定疾病の中に「癌の末期」を追加した。それまで看取りは医療の対象であったが、利用者ならびにその家族が希望する時には介護保険制度を利用し、看取りケアを受けることが制度的に整えられたのである。そして介護保険施設において適切な手順を踏んで看取りを行った時には、「看取り加算」も得られるように制度改正がなされた。

この2006年の介護保険制度改正前までは、要介護状態の利用者が亡く

なる直前に病院へ救急搬送されることが一般的であった。そして病院で死亡確認が為されることとなった。しかし、病院へ救急搬送され数日間、病院で過ごしたにしても回復の見込まれない状態にある高齢者が多く、そして亡くなっていくことが多い。そこで、利用者ならびにその家族が望むのであれば、救急搬送することなく施設または在宅でそのまま亡くなるという選択肢が提示されることとなったのである。

介護保険制度改正によって施設または在宅での看取りが可能となったとは言え、それまで「死」は病院の管理下で為されるものと考えていた介護福祉現場では、すぐに「看取り」に前向きに取り組めるわけではなかった。2021年現在でも、「看取りケア」に前向きに取り組む施設や事業所と、やや躊躇し二の足を踏む施設や事業所の双方が見られる。

1964年の東京オリンピックの頃には、在宅死が約65%であり、病院での死亡が約25%であった。まだこの頃は、生活の中に「死」が存在していた。しかし、その後、死は医療下で管理されるものとなっていき、1977年に在宅死と病院での死の比率が逆転し、現在、85%が病院での死であり、残り15%がそれ以外の場での死である。生活の中に再度「死」を取り戻すことはそう容易ではないのかもしれない。

3. 「死」に対する多様な捉え方

生物は、必ず死を迎える。亡くならない人間はいない。それは、ごく当たり前のことであるが、死に恐怖を覚えたり、過剰に拒絶反応を示すことは珍しいことではないだろう。

それぞれの文化において「死」に対し、どのような価値観と姿勢で対峙してきたのか、あるいは対峙するというよりもそれを自然に受け入れて来たのか？それぞれの文化あるいは宗教において、死に対する多様な捉え方が存在している。

チベット仏教の教えを表す『チベット死者の書』では、輪廻転生するこ

とが示されている。そのため目の前からいなくなっても、やがていつか再会することができると思えば子どもたちも信じているという。同居していた祖父母らの亡骸が数日間、家に安置されており、その体液が流れていく方向性から再生する時期や方角が示されるという。この亡骸を見ても、子どもたちは怖がることはないという²⁾。このような死生観に立つ看取りの時期の支援のあり方と、死を受け入れることが出来ない社会における看取りの支援では大きく異なってくることは、容易に想像できよう。

また死を個人的な事柄であり、「死」を自分自身で選択することが出来るとする立場と、「死」は個人が選択すべきことではないとする立場がある。後者は、どのように生きるかは個人の自己決定が尊重されるべきであるが、死を選択するということは自死や安楽死を認めることになり、それに対しては慎重な姿勢を保つという考え方を示している。キリスト教文化圏ならびに仏教文化圏で、その宗教的な生き方を内面化している人々にとっては、自死や安楽死の容認は受け入れがたいものであろう。

死を選択することに対して慎重であるキリスト教文化圏や仏教文化圏において、死は誰に帰属するものであると考えるのかには、個人に帰属するという立場をとる個人主義の考え方と、死にゆく人と残された者の関係性の中に死はあると捉える「関係性の文化」のとらえ方が存在しよう。何時、死ぬかを選択することは不適切であるとしても、どのように死にゆくのかを選ぶことは自己決定が尊重されるべきであり、それを個人の権利として認める個人主義の考え方が明確な社会では、癌の末期にある患者に対する告知も当然のように行うこととなる。関係性の中で死を捉える関係性の文化では、癌の末期にあることを本人には告げず、最終的な決断を家族等が行うこともある。

このような死に対する多様な捉え方は、死に至る過程における支援のあり方に大きな差異を生じさせることになる。

4. 近代医学における「死」の捉え方

医療の急速な高度化により、日本では「暈の上」で死ぬ機会は減少し、やがて病院での死が増加していくこととなった。1977年に病院での死が在宅死を上回り、その後、病院で亡くなるということが、むしろ一般的になっていった。

医療の高度化の過程で、生命維持装置等も特殊な事例ではなく一般的に用いられるようになってきた。しかし、延命維持装置を付け、その後、回復する見込みのある患者ばかりではなく、遍延性意識障害の状態が続く事例も見られるようになってきた。近代医学は、患者の命を救うことを使命とし、少しでも死を遅らせるためにその技術を発展させてきた。しかしながら、その結果、スバゲッティシンドロームと言われる医療用の管がたくさん身体に取り付けられながら生きている状態の患者が、決して珍しいものではなくなってきた。

このような延命至上主義と批判される医療の在り方に対し、問題提起を行ったのが1975年にアメリカ東部のニュージャージー州で起きたカレン・クインラン事件とその裁判である。パーティーで飲酒をした後に、呼吸停止状態となったカレン・クインランは友人によって救急車の手配が為され、病院へ搬送された。集中治療室で一命をとりとめ、人工呼吸器を装着されたが、呼吸が停止されている間に脳の損傷が進んだと思われ、昏睡状態のままとなった。そのような状態が3か月続いた後に、娘をそのまま生かしておくことは残酷なことだと考えた両親は、病院に人工呼吸器の取り外しを要望した。しかし、病院はそれを拒否し、その後、父親が娘の後見人となり裁判所に提訴することとなった。州高等裁判所は、両親の訴えを認めない判決を下した。父親はその後、州の最高裁判所に上告し、逆転の判決が下された。カレンの父親を後見人と認め、医師を選ぶ権利を与え、選ばれた医師とその病院の倫理委員会が、呼吸器を外すべきだと判断したな

らば外しても良い、と判断された。取り外しを決定した医師と父親は民事・刑事の法的責任は一切ないという趣旨の判決が下された³⁾。

その後も近代医学において延命至上主義と言われる風潮がすぐになくなっていくわけではなく、新たな技術を伴い日本の医療・介護現場に影響を与えることになる。その一つが、嚥下障害や意識障害のある患者・利用者に対する経鼻経管栄養補給や胃や腸に直接、栄養物を流入する胃瘻造設術、腸瘻造設術である。急性期の患者で一時的な救命措置として胃瘻造設や腸瘻造設が為されても、その後、回復し経口摂取に戻せるのであるならば、意味ある急性期医療の一環であると言えよう。しかし実際には、嚥下障害があり食事介助に長時間かかり、誤嚥のリスクもある高齢者に対し、安易に経鼻経管栄養補給や胃瘻造設が為されるという状況が続いた。その結果、それら的高齢者がやがて遷延性意識障害に移行していくというケースが増加していった。これに対し、北欧の国々などからは行き過ぎた医療と介護であり、虐待に相当するという非難の声も出されるに至った。

このような事態に対し、日本老年医学会は2012年に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」を制定し、この中に治療しないという選択肢を入れたガイドラインを作成した。そして、この中でそれまで行っていた人工的水分・栄養補給を中止することも選択肢に含まれた。

このようなガイドラインが作成されてきた背景には、安易に経鼻経管栄養補給や胃瘻造設術を行い、遷延性意識障害の高齢者が日本の病院や介護施設に珍しくなく現れるようになってきたことと、その状態に苦悩するその家族の存在がある。

このガイドラインが作成された以降、日本老年医学会は高齢者に対する胃瘻造設には慎重になるよう提言をしているが、実際には胃瘻造設をした高齢者ならば、食事介助の手間と時間がかからないから受け入れるという介護施設が存在するため、胃瘻造設術は実施され続けている。

5. 個人主義の考え方に立つ「死」の捉え方

カレン・クインラン事件とその裁判が起きた同じ年に、カリフォルニア州で「自然死法」が成立した。この法は、患者の事前指示書やリビングウィルに基づき治療を中止できることを定めたものである。やがて「自然死法」はアメリカの各州へ広がっていくこととなった。

「自然死法」よりも、明確に個人の権利として「死」を捉え、それを個人が選択することを認めるものとして安楽死の合法化があろう。現在、安楽死を合法化している国は、オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、カナダの四か国である。これらの国の中でも、宗教に関わる人の中には、明確に安楽死に反対の立場を表明する存在もあり、すべての人が安楽死に肯定的な態度を示すわけではない。しかしながら、死を個人に属するものと捉えることには概ね肯定的であろう。

このような個人主義の考え方が強く、死を個人に属するものと捉える文化圏に位置する北欧の国々では、要介護高齢者が食事を徐々に受け付けなくなってきた時に、それを本人の意思と捉え、無理強いすることをしない。食事介助を無理強いすることは、虐待の一つと捉えられる。まして経鼻経管栄養補給や胃瘻造設は、明確な虐待行為として認識される。このような観点から見る介護とは、当事者がより良くその人らしく生きることを望み、それを支援するものであり、決して当事者を専門職が管理するものではない、ということである。このような考え方は、認知症ケアにも適応される。徐々に判断能力を失っていくとされる認知症の人であっても、食事を取らないということは少しずつ死を受け入れているということの表れであり、それが本人の意思であると尊重する姿勢を取る。

6. 関係性の文化における「死」の捉え方

東アジアの国々は、親子関係や夫婦関係など関係性の中にお互いの意思を置き、個人主義の文化から見ると個人の権利や個人の意思が不明確に思われるであろう。「死」も同様に、死にゆく人その個人の属するものではなく、死にゆく人と残された人の関係性の中に存在するものと捉えられる。

関係性の文化では、個人の権利や意思がやや不明瞭になり、相手のことを思って「このようにした方が良い」と判断されたことが押し付けられるという状況が起きてくる。親子関係の中で、力関係が対等ではない時に親の判断が子どもに押し付けられることが起きると同様に、要介護高齢者とその家族の関係の中でも同じ現象は起きてくる。また、要介護高齢者と専門職との関係性の中でも同じ現象は起きてくる。このような現象の中で、死に関わる意思決定が、必ずしも死にゆく人がするのではなく、周辺の人々との関係性の中で決められてくることとなる。

また近代医学における延命至上主義の考え方は、決して医学の世界だけではなく今日の日本を始めとする東アジアの国々の中にも広がっている。死を少しでも遠ざけ、先延ばししようとする考え方は、決して珍しいものではない。食事を取らないことは、やがて命を先細らせていくことにつながる。だからこそ食事は取るべきものであり、本人が負担に感じているようであっても、少しでも多く摂取するように支援をするべきであると教えられてきて、そのように支援を行う看護師、介護福祉職が、日本には多数存在する。そのような食事介護のあり方は、時として北欧の国々の医療・保健・福祉の専門職からみると行き過ぎた行為であると認識される。まして、嚥下障害があるからといって、本人の意思ではなく専門職の判断で経鼻経験栄養補給や胃瘻造設を行うことは、個人の権利の侵害であり、虐待行為に該当すると北欧の国々の医療・保健・福祉の専門職には認識される。もちろん、日本の医療・保健・福祉の専門職は、要介護高齢者の命

を長引かせるために良かれと思って行っていることであり、当事者を苦しめるつもりはないだろう。北欧の国々の専門職から見ると、日本の医療・保健・福祉の専門職の支援のあり方はパターナリズムであり、個人の権利の侵害に該当すると認識されよう。

関係性の中で「死」を捉える時に、自分自身の死に対する考え方と自分の身近な人の死に対する考え方ではズレが生じてくる。現在、日本の高齢者は亡くなる時に延命治療を望まず自宅にて最後の時を迎えたいと答える割合は約7割で、延命治療を望む人よりも多い⁴⁾。若い世代においても、自分自身の死においては延命治療を望まず自宅にて最後の時を迎えたいと明確に意思表示する者は決して少なくない。しかし、身近な人の死に関しては、明確な意思表示が難しく、少しでも可能性があるのであれば延命治療を検討するという割合が増えてくる。

7. 「生老病死」に対する視座

生老病死を克服すべき事象として捉えるのか、あるいはそれらは否定できるものではないからこそ人生の一部として受容しながら生きていくのかにより、死生観は大きく異なってくる。

要介護高齢者は、慢性疾患を複数、抱えながら生きることが一般的である。すべての疾患を医学的な管理下におき、生活に制限を加えながら生きることと、治療可能な疾患の場合は治療を行い、慢性疾患の場合はその疾患を抱えながら、折り合いをつけ生きていくのでは、支援のあり方は異なってくる。

一つの例で考えるならば、糖尿病を抱える要介護高齢者が饅頭などのおやつを希望した時に、当然のように却下するのと、饅頭を食べる代わりに三食のうちどこかで適度にカロリー調整するということを検討し、極力、本人の意向を尊重するのでは、どちらが妥当な支援のあり方であろうか。

日本の介護福祉施設では、少しずつ当事者の意向を尊重する支援のあり

「死生観」が介護福祉職の支援のあり方に及ぼす影響

方を取り入れつつあるものの、まだ専門職として明確に基準を設け、利用者の命を守ることが専門職の使命ではないかと考える風潮も根強く残っている。また生活習慣病などの病は、自己管理能力の欠如から起こることであるため、専門職がきちんと責任をもって管理するのが妥当であろうという考え方も、当然視されている。

要介護状態にある高齢者の生老病死を、専門職が管理すると考えた場合、それはその高齢者の残りの人生の終わりの瞬間まで続くことになる。つまり、一生涯、専門職の管理下で生きることを強いることになる。そのような支援を、要介護状態にある高齢者が望むのか、あるいはその家族が望むのか。専門職の思い込みだけではなく、利用者ならびにその家族との対話の中から、適度な着地点を見出していく必要があるのではないだろうか。

8. 日本の介護福祉職に求められる支援のあり方とは

日本では、医療の世界における延命至上主義の考え方がまだ根強く残っている。そこで生活施設であるはずの介護福祉施設においても、当然のように死を遅らせる、または死を避けるような発想の下、支援が為される傾向にある。そのことから、時に他の文化圏から見ると明らかなパターンリズムと捉えられそうな過剰介護が為されることとなる。その典型的な場面が、食事の拒否が見られる場合の食事介護であったり、嚥下障害のある利用者に対する経鼻経管栄養補給や胃瘻造設による栄養摂取だったりする。時に、経鼻経管栄養補給時や胃瘻造設の高齢者が管を抜去することが見られる場合は、手をベッド柵などに縛る身体拘束が為される。この身体拘束や身体抑制は、医療技術の一環として教育もされてきた。

現在、介護保険制度においては、原則、身体拘束は禁止されており、適切な手順を踏まず身体拘束を行った場合は介護報酬の10%が減算となる⁵⁾。しかし、一時性、緊急性、非代替性の三要件を満たし、記録に残している場合は例外扱いとされる。身体拘束に替わる方法を十分に検討しき

る前に、非代替性として身体拘束が為されているケースは後を絶たない。

2006年より介護保険制度が改正され、介護保険制度の下、看取りケアが実施されることが期待されている。そして少しずつ、その実践が為されているもののまだ介護福祉現場で自信を持って看取りケアを行える状況には程遠いであろう。

今日の日本社会では、死を曖昧に捉え、目を背けて来たところがあるのかもしれない。死生観の相違というよりも、広井が指摘するように「死生観の空洞化」が起きているのであろう⁶⁾。介護福祉職に限定されることでなく、広く日本社会において「死生観」について熟考し、再確立していくことが必要なのではないだろうか。

小手先のテクニックとしての生活支援技術を磨くよりも、「人が生きるとはどういうことか」「死にゆく人を支えるとはどういうことか」など、より本質的な思考が必要になってくるものと思われる。死を十分に受け入れることが出来ないままに、死にゆく要介護高齢者を支援することは、日本の介護福祉職にとって大きな精神的負荷となるであろう。

利用者が専門職に日々の生活を管理されている、あるいは支配されると感じることはないように、支援のあり方を根本から見つめ直す必要がある。

9. 結語

日本で介護福祉士という国家資格が誕生し30年以上が過ぎた。その国家資格取得のための介護福祉士養成教育の中で、職業倫理と介護技術を教育の中心に据え、教育が為されてきた。脳血管障害の後遺症としての寝たきり状態に対する介護技術から、認知症により支援を要するようになるとされる生活支援技術も変化していった。その過程の中で、何時しか日本独自の介護福祉職の支援のあり方が形成されていった。これは、看取り期にある要介護高齢者に対する支援のあり方が、北欧の国々などと大きく異なる

「死生観」が介護福祉職の支援のあり方に及ぼす影響

るところから生じたものである。この差異が生じた背景を十分に検証することなく、日本式介護という表記を掲げ、その独自性を意味あるものとして捉えようとする向きもある。

しかし、他国との差異、ならびに他国からの批判も踏まえ、現在の日本の介護福祉職の支援のあり方の妥当性を検討していく必要もあるのではないだろうか。

本研究では、死生観が介護福祉職の支援のあり方に、どのように影響を与えるのかを明らかにすることを目的としていた。「死」の捉え方の差異により、看取り期の食事介護のあり方は変わってくる。ある程度、「死」を受け容れ、そしてそれが個人に属するものと捉える文化圏では、要介護状態にある人が食事を徐々に受け付けなくなってきた時に、それを本人の意思と捉え、無理強いすることをしない。

日本では、近代医学における延命至上主義の考え方は、保健・福祉の領域にも影響を及ぼすこととなっている。しかし、専門職が考える「死」の捉え方と、高齢者やその家族が考える「死」に対する捉え方ではズレが生じている。また自分自身の死と、身近な人に関する「死」ではズレが生じている。このズレを少しずつ埋めていき、当事者の意向を尊重するような支援の確立が、今、求められているのではないだろうか。そのための具体的な支援のあり方が、アドバンス・ケア・プランニングの作成であろう⁷⁾。以上が、本研究を通し、死生観が介護福祉職の支援のあり方に影響を与えていると考えられる事柄である。

「死」に関することは、狭く医療・保健・福祉の専門職が、当事者を抜きにして決定していくことは妥当ではないだろう。一人ひとりの市民が、当事者としての意識を持ちながら「生きること・死にゆくこと」を考え、そして最終的にどのような支援を望むのかを意思形成していく必要がある。

下山久之

参考文献

1. 内閣府（2018）、『平成30年版高齢社会白書』
2. 河邑厚德、林由香里（1993）『チベット死者の書—仏典に秘められた死と転生（NHKスペシャル）』、日本放送出版協会。
3. デイヴィット・ロスマン（2000）、『医療倫理の夜明け—臓器移植、延命治療、死ぬ権利をめぐる』（酒井忠昭訳）、晶文社。
4. 厚生労働省（2017）、「平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（確定版）」
5. 厚生労働省（2021）、「身体拘束等の廃止に関する指導及び身体拘束廃止未実施減算の適用の考え方について（疑義照会回答）」
6. 広井良典（2008）、「生と死の時間」『死生学（1）』東京大学出版会。
7. 西川満則他（2016）、『本人の意思決定を尊重する意思決定支援』、南山堂。