

高齢者の看取りに関する介護福祉士教育の課題

榑原和子* 中家洋子*

Issues Regarding a Terminal Care towards Aged Persons as a Care Worker

Kazuko Sakakibara Youko Nakaya

介護福祉士は、人のライフサイクルにおけるさまざまな時期や場面、暮らしの支援を業とする。少子高齢化、後期高齢者の増加とともに介護福祉士の役割として、看取りの問題は避けて通ることのできない身近な問題となった。だが、厚生労働省は現行のカリキュラムに、ターミナルケアについての指導指針を明確には示してはいない。

本研究は、社会福祉士及び介護福祉士法の改正による新カリキュラムに、「デス・エデュケーション・プログラム」をどのように位置づけていくかを検討したものである。ターミナルケアの概念整理を行い、介護現場のターミナルケアの先行研究から、新カリキュラムの教育にどのような内容を組み込むかを検討した。

Key words: ターミナルケア(終末期ケア)、死生観、エンドオブライフ、介護福祉教育、デス・エデュケーション

はじめに

日本の高齢化は社会的な問題として取りあげられ、我々の生活にも少なからず影響を及ぼしている。2006年12月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の将来推計人口」によると、国民全体に占める高齢者人口の割合が2013年には25.2%で4人に1人、2035年には33.7%と3人に1人が高齢者という時代を迎える^{*1}。この中で、介護保険料の捻出や介護者の確保・医療費高騰などの諸問題が提起されている。さらに、年間の死亡者数が、2002年の約100万人から、後期高齢者の増加に伴い2037年には170万人と1.7倍になると見込まれているように、身近な「死」の急増に伴い、一人ひとりを生活者の視点から見つめ、人生の最後まで人としての尊厳が守られる生活の場やケアが求められるようになった。今後、医療機関以外の施設や在宅での看取りが増えると見込まれるなかで、人生の終末期における「死ぬ場所の自己選択」から「尊厳ある最後」の場面で、介護福祉士の役割が社会から期待されるところである。

日本では、死にゆく人達のケアに関する用語や定義がいくつか示されているが、終末期を定義するのは難しいといわれている。本研究では、まず、終末期の概念を整理し、介護福祉士養成施設卒業生の主な就職先である介護老人福祉施設や介護老人保健施設、在宅などの福祉現場における終末期(以下、ターミナル terminal)という)に関連する研究をレビューし、介護福祉士の看取り教育のあり方を考察する。

1. ターミナル(終末期)に関する諸説

ターミナル Terminal(形容詞)には「(病気が)末期の」という意味がある。ラテン語の terminus は「端」のことで、「端」を意味する terminus(限界、終点)に対応する形容詞が terminalis で、この英語化したものが terminal と言われ、「端の」、「終端の」、「末期の」などという意味で使われる。鉄道の路線の場合その終点がターミナルであり、人生を考えればその最後がターミナルということになる。

人生の終点(死)に向う人々のケアをめぐる用語としては、ターミナルケアを初め、ホスピスケア、

* 四條畷学園短期大学 介護福祉学科

エンドオブライフ・ケアとさまざまである。ターミナルケアについて1983年イギリスのSaundersは、「ターミナルケアとは、死に行く人々の症状を軽くさせ、患者と家族の両方をチームでささえようとするケアである。死の瞬間まで、身体機能や精神機能の潜在能力を引き出し、できる限り自律して生きることをサポートする」と定義している^{*2}。すなわち、死の瞬間までできる限り自立して生きることへのサポート、生活の質（quality of life：以下QOLという）の向上を目指した生活を支援することを重視し、対象者を癌のみに特化していない。

ホスピスケアの定義は、全米ホスピス協会（1987年改訂）により「死にゆく人と家族に対して、身体的、精神的、社会的、霊的ケアを在宅と入院の両方の場面で提供する、緩和サービスと支援の調和がとれたプログラムである」としてSaundersの理念を引き継ぎ「①全人的ケアを提供する、②生活の質（QOL）を大切にす、③患者と家族を対象とする、④ボランティアを含めたチームアプローチを行う、⑤施設ではない医療サービスプログラム」をホスピスの理念として示している^{*3}。

カナダ政府の諮問委員会が、2000年に発行した「エンドオブライフ・ケアのガイド」の中で高齢者の終焉の特徴を尊重したケアが、新たに「エンドオブライフ・ケア」として示された。この定義はホスピス緩和ケアと老年期のケアの双方によって到達した観点から、支持するヘルスケアの領域と死の瞬間までQOLを保証するとしている。さらに、対象を癌と特化せず死の危険が徐々に高まる進行性や慢性の疾患を含むこと、ターミナル期を6ヶ月以内と限定せず、時間軸を長くをとることを特徴とし、人生の終わりに受けるケアを広範囲に示している。

日本では、死にゆく人たちのケアの用語として、緩和ケア、ターミナルケアなどが一般的に使われている。1989年日本医師会による「終末期医療のケア」の定義は「終末期とは、治る見込みがなくおおよそ6ヶ月以内に死が訪れると予想できる場合である」と期間を掲げている。2001年日本老年医学会倫理委員会が発表した「高齢者の終末期医療に関する日本老年医学会の立場表明」では、終末期を「症状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により症状の好転や進行の阻止

が期待できなくなり、近い将来、死が不可避となった状態」としており、ここでは期間は設けていない。介護福祉士の教科書の多くは「ターミナルケア」の用語で表し、時間軸を厚生労働省の終末期ケアの定義のおよそ6ヶ月としているものが多い。

本研究では、介護福祉士教育において一般的に使われている「ターミナルケア」を用語として使っているが、時間軸は6ヶ月と限定せず「生活延長線上の死」と定義する。

2. わが国のターミナルケアの現状

厚生労働省の各年「人口動態調査」の死亡場所別死亡数の推計によると、わが国の臨終の場所は、1980年頃を境として自宅から病院へと移行し、2006年には病院での死亡が約79%、在宅での死亡は約12%となっている。病院以外では、介護老人保健施設が、1995年0.2%、2006年0.8%。老人ホーム（特別養護老人ホーム・養護老人ホーム等）は、1995年1.5%、2006年2.3%となっている。したがって、医師や看護師などの医療チームのかわりが日常的となっているが、病院以外の看取りは、徐々に増加の傾向にあり、今後介護職が施設や在宅で臨終を看取る機会は多くなると推測される。

厚生労働省医政局総務課が、1987年以降3回実施してきた「終末期医療に関する調査検討会報告書」の2004年のアンケートによれば、「終末期における療養の場所」として、「自宅で療養し、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が27%と最も多く、次いで「自宅で療養し、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」が22%、「自宅で最後まで療養したい」は11%であった。つまり、全体の約6割の人が在宅ケアを望んでいることになる。しかし、多くの人が在宅ケアを望みながら「在宅での生活の実現は困難」としており、その理由として70%以上の人が「介護してくれる家族に迷惑がかかる」、次いで「症状が急変したときが不安」、「痛みが不安」と回答している。したがって、自宅で終末期を過ごし、死を迎えたいと希望する人は多いが、現実的には困難な状況であることが調査の結果、浮きぼりになった。

日本老年学会では、2000年に「高齢者の終末期医療に関する立場表明」を発表している。その基

本的指針において「終末期の医療およびケアには、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り、そこには患者本人だけでなく、家族などのケアもふくまれる」とされ「終末期の医療およびケアの充実は、終末期患者のQOL向上に役立つものである」としている。

2005年の第26回社会保障審議会医療保険部門で、「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」が示された。また、2007年の第4次医療法や診療報酬の改正では、病院の機能分化による急性期病院の在院日数の短縮と、後期高齢者医療制度が創設され、今後は、病院以外の療養の場と終末期の選択肢を広げることになる。

一方では、人々のさまざまな暮らしや生き方の多様性の中で、「住み慣れた場所で最後まで自由に暮らしたい」と在宅を“死に場所”として希望する人も多い。したがって、在宅を含む特別養護老人ホーム・介護老人保健施設およびグループホーム等、“生活の延長線上での死と看取り”という考え方が重要となってくる。

3. ターミナルケアの多様性

1) ターミナル期のとらえ方

樋口は、高齢者の死に至る経過を「エンドオブライフ・ケア」の概念から、A・B・Cの3つのパターンに分類している。「パターンAは、癌などの場合で、一般に死亡の数週間前まで機能は保たれ、ある時点から急速に悪化し死にいたる。パターンBは、心臓、肺、肝臓などの臓器不全で、慢性疾患を持ち増悪と緩解を繰り返し、全体としては2～5年で下降線をたどる。したがって、経過の後半になると治療して改善するかどうかの予測は難しい。パターンCは、5年以上にわたり徐々に機能が低下する認知症や老衰の場合で、多くは肺炎などで最期を迎える。この場合、いつから終末期とするかは難しく本人の意思を確認することも難しい」としている^{*4}。

パターンBのように慢性疾患の増悪をくり返す場合は、日本老年医学会で示している適切な医療が受けられない「みなし末期」の問題を考えなければならない。

横内(1998)は、施設での看取りにおいて、医療処置(点滴や吸引)の未実施率から、本人の意

思によらない「みなし末期」が存在していることを指摘している。「みなし末期」を「本当は末期ではないが末期と見なそうとするもの」不可逆ではないのに不可逆として判断してしまう場合として定義づけている。

さらに、パターンCのように身体機能が徐々に低下する認知症や老衰の場合は、医療より介護が中心となり、「長期にわたる利用者の生活の支援」と「そこにかかわる家族の介護負担の軽減と介護方法の支援」が示されており、これらは介護福祉士の重要な役割となる。

また、宮路らは、特別養護老人ホームにおける介護職と医療職の役割を「脳死が近づいた時の介護状況分析」から、介護福祉士の担う役割が大きいとしている^{*5}。

施設の医療職の現状をみると、介護老人福祉施設の医師・看護師の人員基準は、高齢者100名の場合、医師1名、看護師3名以上となっている。今後施設での看取が増えれば、「みなし末期」をどのように防ぐのか、医療ニーズの高い利用者の心身の不安や精神的な苦痛の除去、生活支援など誰が担うのが課題となる。

筆者らの在宅や施設ケアの経験からも、吸引や点滴の業務は、医療行為とされ介護福祉士が直接かかわることは少ない(筋萎縮性側索硬化症 amyotrophic lateral sclerosis : ALS の吸引など条件により認められているケースもある)。しかし、24時間日常ケアにかかわる介護福祉士が、利用者の変化に気づくことが多く、異常を早期に発見することで「みなし末期」を防ぐことに繋がると考える。したがって、医療と介護の連携や情報の共有化は、重要であり、かつ、観察に必要な知識・援助技術の習得は、介護福祉士教育に求められるところである。

2) 在宅高齢者の終末期ケア

宮田らは、全国訪問看護ステーションを対象に「在宅高齢者の終末期ケア」の実態と質をめぐる探索的な研究調査を、1999年11月～2001年1月まで3回実施している。^{*6}その内容をみると、第一次調査は、訪問看護ステーションと地域の特性などが、在宅死亡割合に与える影響の調査。第二次調査は、在宅高齢者のエンドオブライフ・ケアの実態と「満足度」に関連する要因についての調査。

第三次調査は、遺族からみた高齢者のエンドオブライフ・ケアの実態と求めている援助に関する調査となっている。

第二次調査に言及すると、個別事例の死亡場所、療養状況、ケアマネジメント、デス・エデュケーション、介護者の満足度、訪問看護師の死にいたる過程についての評価が主な調査項目となっている。

調査報告のデータは、性別は男性 667 人 (51.1%)、女性 638 人 (48.9%) であった。平均年齢±標準偏差は 83.4 ± 11.0 歳、85～89 歳が 21.1%、80～84 歳が 19.7%、75～79 歳が 18.2% の順である。訪問看護開始時の主な病名は、脳卒中 (30.0%) が 6 割弱を占めている。続いて、呼吸器疾患 8.0%、心疾患 6.9%、複数の病気を合併していた人は 68.7% である。主介護者は、配偶者 493 人 (37.5%)、子世代 732 人 (56.1%)、その内訳は、嫁 37.8%、娘 22.8%、息子 5.1% 等であった。主介護者+補助的介護者以上の介護力があつた事例は 777 人 (59.5%)、補助的介護者 1 人以下の介護力しかない事例は 131 人 (10.0%) であった。以上のことから、後期高齢者のうち年齢の高い人ほど在宅で死を迎えており、介護力がなければ在宅での死は困難であることが分かった。また、死亡時の病名は、癌が 3 割弱であり癌以外のターミナルケアの対象者が多い事が示されている。

在宅の看取りに際し介護職の対象者は、癌に限られたことではなく複数の病気を合併している人達である。①高齢者の身体・生理的機能の変化を知り、観察する力、②医学的知識の重要性、特に、尿管カテーテルやストマケア・在宅酸素などの医療器具を装着した利用者の介護、③基本的な介護技術の習得などが挙げられる。介護福祉士の業務は、医療処置や直接器具を管理することではなく、なぜそのような機械・器具が使用されているのかどのような場合に医療職へ連絡をすべきかなども重要となってくる。

3) 看取りに必要な介護者の役割

介護福祉士の死に向けた教育に必要な項目について、宮路らは佐々木氏のデータをもとに「高齢者の看取りの現状と介護福祉士の課題」の中で、施設内の看取りの介護分析を行っている。そこでは、4つのカテゴリーに分け①身体的側面、②精

神的側面、③社会的側面、④宗教的側面をあげてこれらすべてに介護福祉士の係わりがあるとしている。また、石井らが実施した「高齢者への家族の看取時の介護行動と介護行為に影響する因子の研究」では、家族の看取時の介護行動を①身体援助、②精神援助、③家族関係への配慮、④宗教的側面への援助と4つのカテゴリーに分類している^{※7}。

以上から、施設であれ在宅であれ、介護福祉士に求められる共通の介護行為と役割が示されたことになる。石井の調査では、家族が終末期に実施した介護行動の具体的な内容が示されており①直接的な介護行動としての体位交換やマッサージ、清潔など、②死の受け止めに対する支援や援助行動として、看取りに関する希望を聞く、死について話し合う、③情緒的援助行為としてのいたわりや励まし、話を聞くなどの行為を挙げている。

これらの項目は、家族が看取りにおいて必要とした行動としてあげており、介護福祉士がすべてを担うわけではないが、直接的な介護行為は介護福祉士の中心的役割である。さらに、終末期の利用者や家族の思いや希望を引き出すための関係性の構築には、コミュニケーション技術も重要となってくる。また、情緒的援助行為として、利用者のみならず家族の精神的な支援も重要であり、これら全てが介護福祉士の教育において必要な課題とされる。

4. 介護福祉士に期待される能力

介護福祉士に必要な能力として、①知識、②技術、③倫理(態度)が挙げられる。知識は、専門的な知識以外に前述している身体機能と精神面の知識、介護用機器など幅広い知識が求められる。技術は当然知識に裏打ちされた技術であり、個別性を尊重したケアの提供を心がけた場合、数回の訓練によって身につく技術は少なく、積みかさねという本人の努力を必要とするところである。倫理(態度)に関しては、①と②を基に培われ、個人の生活背景や価値観に左右されるところが大きいと言えるが、専門職者としての倫理は厳守されなければならない。

アメリカでは、1960年代後半からさまざまな大学でデス・エデュケーション (Death Education) が行われている。ミネソタ大学のロバート・フルトン教授が「死の社会学」という名称ではじめた

とされており、その背景には、以下の点が挙げられる。高齢化社会の進行。安易で無理な延命治療などによる、四方を医療機器に囲まれた「痛々しい」死の急増。死の定義の曖昧化（脳死と心臓死の論争）。「生きること」の意義の喪失と、その蔓延。社会の荒廃と、それに伴う自殺や犯罪の増加。これらを背景に、「人間らしく死ぬこと」「生と死とは何か？」の意義が問われるようになり、近年「死への準備教育」デス・エデュケーションへと発展している。上智大学教授のアルフォンス・デーケンも、1982年頃から「死を見つめることは、生を最後までどう大切に生き抜くか、自分の生き方を問い直すことだ」と「死への準備教育」を提唱している。そして、特に、余命を宣告された人の心のケアの重要性を訴えている。

以上のことから、ターミナルケアの概念は「生の延長線上での死」であり「生をどのように考えるか」という「生きること」をどのように考えるかであろう。学生が人間の生の尊さを学び、人生について深く考える。そこで、生命倫理や宗教的な視点からも自らの死生観を構築していくような教育内容が求められることになる。

5. 介護福祉士の教育現状

介護福祉士とは、現在「専門職として登録後に介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者」と定義され、教育内容が専門分野として社会福祉士及び介護福祉士法の養成指定規則に規定されている。

教育課程の概要をみると、社会福祉概論、老人福祉論、障害者福祉論、社会福祉援助技術・演習、リハビリテーション論、レクリエーション活動援助法、精神保健、老人・障害者の心理、家政学概論・実習、医学一般、精神保健、介護概論、介護技術Ⅰ・Ⅱ、形態別介護技術、介護指導・実習となっている。

学生は、上記のような学習を習得してゆくが、ここに一つの課題として“終末期一死”が挙げられる。高齢者を対象とした生活の場面に“終末期一死”の介護は、避けて通れない。実際に多くの介護福祉士養成校が使用している教本の内容をみると、

社会福祉概論で「孤独死老人ゼロ運動」「安楽死問題などにも関心がよせられた」、老人福祉論で6行の「ターミナルケア」、社会福祉援助技術で、「ターミナルケア」の簡単な説明、老人・障害者の心理で老年期の心理的課題と危機の項で「自己の超越か、自己への没頭か（死の危機）」、「終末期の内部障害とリビング・ウイル」の項でリビング・ウイルを中心に若干述べられている。医学一般で死はデータとして主にとりあげられ、精神保健「ターミナルケア」の中で、言葉の意味などが書かれている。

さて、専門の介護概論では、介護援助の方法の中で、終末期の介護を5ページにわたって記述している。介護技術Ⅱには、終末期の介護として(1)終末期のもつ意味、(2)終末期のアセスメント、(3)終末期介護の実際と多角的に書かれている。しかし、死生観では、「…前略…死と言う人間共通の、例外なく訪れる運命に対して、自らの価値観・死生観をもち…後略…」の数行である。以上から考えても、現行のカリキュラムでは生命倫理や死生観の教育は、充分とはいえない。

新カリキュラムでは、「入浴、排せつ、食事、その他の介護」が「心身の状況に応じた介護」に改まる予定である。また求められる介護福祉士像が提示され、目標が明らかになる。時間数も1650時間から1800時間に履修時間が延長される。介護の内容についてもエビデンスが求められることになり、介護過程の展開が重要視されている。しかし、すでに介護福祉士養成校の多くが、現行の1650時間の教育では不十分として、別のカリキュラムを組み立てている。また、介護福祉士の教育には1800時間でも十分とはいえないとして、2年課程より3年課程が望まれるとの報告もある。

新カリキュラムにおける教育内容の骨子は「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」の3点が挙げられている。このうち、介護については自立支援の観点から、介護予防からリハビリテーション、看取りまでを一貫して理解できるようにする」と述べられている。また、科目の生活援助技術（300時間）の中に大項目「終末期の理解と介護」としてターミナルケアについて挙げている。しかし小項目は、介護体制の在り方や、応急手当などであり「介護福祉士のターミナルケア」の概念については曖昧なままである。

6. 介護福祉士教育の今後

筆者らは、本研究において介護福祉士の教育で多くが使用している「ターミナルケア」の用語を使用した。先行文献からも終末期の概念定義は、時間軸をどのように取るか、その対象者はどのような人かなどさまざまに理解されており「ターミナルケア」の概念を改めて整理する必要があると感じている。だが、終末期を6ヶ月と限定することなく、時間軸を長くとり生活の延長線上の死、よりよく生きる「生への支援」であることは、介護福祉士の教育において共通の認識であろう。高齢化の時代背景を考えると、ホスピス緩和ケアと老年期の双方から支持するヘルスケアと死の瞬間までを含む「エンドオブライフ・ケア」の概念が、利用者や家族の生活を支援する介護福祉士のとらえ方とするのが自然であろう。

わが国では、終末期というと癌の末期をさし、病院でのホスピスケアや医療機関での看取りが中心であった。だが、今後、医療機関以外で死を迎えることに伴い、従来病院で管理されていた処置や疼痛、呼吸困難等に対する全身管理が、施設や家庭で行われることになる。そこでは、利用者家族を中心としたチームケアが必要とされ、チームの一人として各職種間の役割の明確化や連携の重要性が問われることになる。

また、介護が本来業とする生活面や家族へのケアも当然、重要な位置を占める。生活面では、食事、排泄、睡眠、清潔、姿勢・体位、部屋の環境、食事や排泄・清潔などの基本的な介護技術、マッサージなど安楽、安寧の技術などが求められる。ここでは、利用者の状態に応じた介護技術の提供が求められ、身体的な苦痛を除去・緩和する介護技術の提供が必要となる。

回復の見込みがない末期患者にとって、身体面だけでなく精神面（心理面）の苦痛は切り離すことはできない。そこで、（とりわけ末期がんの）患者が訴える、身体面（痛み、食欲不振、全身倦怠感、悪心・嘔吐、呼吸苦、不眠、便秘など）の諸症状および精神面（不安、恐れ、怒り、疑い、鬱状態、退行、混乱、あきらめなど）の様々な感情をトータルな視点で見る「全人的ケア」が提唱されている。もちろんそれは、患者の「生命（生活）の質」を高めることを目的とするものである。

身体・精神面のケア以外にも、プライバシー、家族との面会といったことへの十分な配慮が求められ、末期患者の家族が抱える様々な負担を軽減するというのも、ターミナル・ケアの一部をなす。病状の十分な説明から、患者の容態の急変や悪化に対する心の準備をしてもらうこと、「予期悲嘆」の場を提供して死の受容の手助けをすること、そして、死別後のケアにより遺族の悲しみを癒す配慮といったことも介護福祉士の重要な役割として挙げられる。

まとめ

筆者らは、子供のころ寝たきりの祖父母を自宅で看取り、葬儀の場面を見てきた。身内の死による家族の苦しみや別れの辛さ、その中で抱くなんとも形容しがたい寂しさや不安感、地域の人達が惜しみなく協力してくれている中で、死を身近なものとして感じてきた。しかし、学生の多くが核家族で育ち、死を迎える場所は病院という認識を少なからず持ち、葬儀も業者が執り行うということが一般的になっている。

しかし、20代前後で生活経験も乏しく、多くの学生が核家族で育つといった背景を考えると、「生と死」、「人間らしく死ぬ」などの教育をする場合、命、死と生、人生、終末期等多くの概念の理解を求める必要がある。死について、さまざまな定義があるが、呼吸と心音の停止や脈拍をもって死を判断するのが一般的である。語源由来辞典によれば、命の語源は、いのちの「い」が「生く（いく）、息吹く（いぶく）の「い」で「息」を意味し、「ち」は「霊」の意味で生存の根源の霊力を意味するとある。また、大辞泉によれば、生命がなくなること。死ぬこと。生命が存在しないこととある。つまり死とは、体の機能特に心臓や肺、脳の活動といった生命を維持している臓器の活動が不可逆的に止まった状態と言える。

このように、人間の生物学的な機能の停止から人間の死をとらえることは、医学的な脳死説や心臓停止説などの判定基準といったことを除いても、一般的に人間の生物学的な死を理解することは難しいことではない。したがって、学生に、身近にある自然界の生き物を対象としたり、書物などからテーマを選び、その命が絶たれるということはどういうことか、その時の周囲の思いや感情など

を体験などからまとめることができる。また、このような体験談を聞き、どのように想ったかということにも言及してゆくことが一つの手がかりになると考える。さらに、生命の誕生という観点から、出産のビデオを鑑賞し意見を出し合うということも教材として有効ではないかと考える。学生は、このようなプロセスを経ることによって「生と死」が連続性をもったものとして、かつ生と死を身体的側面だけではなく精神的側面からも包括的に理解できるのではないか。

死の受け止めについて、キューブラー＝ロス、死を自覚した人が、どのように自己の死の事実と向き合い、どのようにその事実を拒否したり受け入れたりするかという点について、多くの人が辿る「死の受容への過程」を「否認と孤立」「怒り」「取り引き」「抑鬱」「受容」の5段階に示している。さらに、このような死の受容過程をすべての人が必ず辿るとは限らないまでも、その根底には希望があるとしている。この希望こそが、人間としての「尊厳」に通じるところではないだろうかと思者は考える。

我々は、「尊厳とは」「人間の尊厳とは」「尊厳ある死」といった質問をされた時、どのように答えるだろうか。広辞苑によれば、「尊厳」は「とうとくおごそかなこと」「威厳があって冒しがたいこと」。また、「尊厳死」は「無制限な生命維持装置の使用など、人間性を無視した人為的な延命を中止し、人間としての尊厳を保って命をまっとうすること」とある。カントは、尊厳の特徴として、「尊厳、つまりは無条件的で比較を絶した unvergleichbar 価値」といっている。つまり、「尊厳」はその人固有に備わる性質や外的に付与された評価であり、そのような評価は、「もつ」者にとどまるということになるのではないだろうか。したがって、「人間の尊厳」といった講義の場合には、必然的に「人間」という名詞がくることになり、この概念から生活者・社会的存在としての人間まで広く教材を精選してゆかなければならないことになる。

日本国憲法13条に「すべて国民は、個人として尊重される」とある。国連の「世界人権宣言」の前文には、人間の「固有の尊厳 (inherent dignity)」を主張し、第一条に、人間は、「自由」であり、「尊厳と権利において平等 (equal in dignity and rights)」とある。

これらのことから尊厳を考えると、一人の人間として自律した生き方ができる。最後（死の直前）まで一人の人間として自尊心を失わずにいられるということに他ならないのではないだろうか。学生自身が自己を大切にするとともに他者を認め、人間の生の尊さを学び、人生について深く学ぶ。そして、生命倫理や宗教的な視点からも自らの死生観を構築していくような教育内容が必要だと考える。

いずれにせよ、人が死を受け入れて尊厳を持って死に臨むには、周囲の理解と協力が不可欠である。平成21年改正の新カリキュラムに各教科をどのように配し、介護者としてのかかわりや、家族への指導が重要となるかについて学生に伝えるかが今後の課題である。

引用・参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 (2007) 「日本の将来推計人口」12月推計。
- 2) シシリー・ソングラス (他) 著 (1984) 「ホスピスケア・ハンドブック」家の光協会
- 3) www6.ocn.ne.jp/~syumatuk/dic/q8.htm 全米ホスピス協会ホスピス理念 1987.
- 4) 樋口京子著 (2006) 「高齢者のエンドオブライフ・ケアの質を高めるケアマネジメントに関する研究」日本福祉大学博士課程博士論文
- 5) 宮路敬子他著 (2001) 「高齢者の看取りの現状と介護福祉士の課題」川崎医療短期大学紀要 21号 113-117
- 6) 宮田和明・近藤克則・樋口京子他著 (2004) 「高齢者の終末期ケア」中央法規出版
- 7) 石井京子・近森栄子著 (2005) 「高齢者への家族の看取り時の介護行動と介護行為に影響する要因に関する研究」日本看護研究学術雑誌 VOL.28 NO4
- 8) 森岡正博著 (1989) 『脳死の人 生命学の視点から』東京書籍
- 9) 日本尊厳死協会 (編) (1990) 『尊厳死 充実した人生を生きるために』講談社
- 10) 柏木哲夫著 (1995) 『死を学ぶ 最期の日々を輝いて』有斐閣
- 11) 額田勲著 (1995) 『終末期医療は今』ちくま新書

- 12) 澤田愛子著 (1996)『末期医療からみたいの
ち 死と希望の人間学』 朱鷺書房
- 13) 新村出編 (1998)「広辞苑」 岩波書店
- 14) 松村明監修 (1998)「大辞泉」 小学館

－ 2008. 2. 1 受稿、2008. 2. 4 受理－