

# 介護福祉養成教育における死と看取り教育の必要性

内 田 富美江

## The Necessity of Death and Terminal Education in Care Work Education

Fumie UCHIDA

キーワード：介護福祉教育，高齢者，看取り

### 概 要

介護福祉教育における死の教育の必要性について，高齢者介護福祉における看取りの現状から考察した。その結果，介護福祉士がなぜ死を学習しなければならないかという理由として3点考えられた。それは，(1)現在の社会生活の中で自宅死が減少したため看取りの経験が少なくなった。(2)医療福祉政策の転換により今後，高齢者の看取りの場は病院から介護施設に移動する。(3)介護福祉士は高齢者の看取りを期待されており，死の教育ならびに高齢者固有の看取りケアを教育する必要性がある，などであった。

### 1. はじめに

医学の進歩によって，日本人の寿命は飛躍的に伸びた。しかし，いかに医学が進歩しても人間は死ぬ存在である限り，老病死の問題に直面せざるを得ない。各人がどこで誰に看取られ，どのように終末期を過ごすかは大きな問題である。死のあり方について考えるためには，「死」について学ばなければならない。「死」についての教育はデス・エデュケーションと呼ばれ，日本ではアルフォンス・デーケンが中心となって推進している。アルフォンス・デーケンは，デス・エデュケーションの目的を「死を身近な問題として考え，生と死の意義を探求し，自覚をもって自己と他者の死に備えての心構えを習得すること」<sup>1)</sup>であると述べている。

ところで，現代では身近な人の死を看取る経験が少なくなり，死が見えなくなり死ぬという確実な事実を忘れる時代になったといわれている。このような社会にあって，高齢者の死を看取る役割を期待されている介護福祉士に対する死の教育は十分なのであろうか。本稿では，死者急増時代を迎え高齢者の看取りの場のひとつである介護福祉施設における看取りの現状を文

献より研究し，今なぜ介護福祉士養成教育において死の教育が必要であるかを明らかにすることが目的である。

### 2. 死亡者急増時代と看取りの場

2015年には，高齢者人口が総人口の26%を超えると予測されており，今後，認知症や重度障害を合有する要介護高齢者の増加は避けられない。現在，年間死亡者数は約100万人であるが2037年には170万人へと，実に1.7倍に増えると見込まれている<sup>2)</sup>。仮に「この70万人が死亡する前に平均2ヶ月を病院で過ごすことになれば，死にゆく人々のためにだけでも新たに約12万床のベッドが必要」となると推測されている。戦後における看取りの場の推移は<sup>3)</sup>1951年は，病院（診療所も含む）で死亡する人（以下，病院死）は11.7%であり，自宅で死亡する人（以下，自宅死）は82.5%であった。その後自宅死は減少し，1975年には病院死は46.7%，自宅死も47.7%とほぼ同数となった。1993年になると病院死が76.9%，自宅死は19.8%となり8割近くが病院死をしていた。看取りの場を今後も病院中心に考えると，病院が終末期患者で溢れる事態も危惧される。

人間にとって死は生活の延長線上にあるといえる。これまで高齢者の多くは自宅での最期を望みながらも，現実には病院死が多数を占めてきた。近年，最期を迎える場の選択肢として，病院，在宅に加え，介護老人福祉施設など生活施設への期待も出ている<sup>4)</sup>。終

(平成20年10月15日受理)

川崎医療短期大学 介護福祉科

Department of Care Work, Kawasaki College of Allied Health Professions

末期医療に関する調査等検討会<sup>5)</sup>が2005年に一般市民対象に行った終末期の意識調査によれば、自宅を望む割合は決して高くないことがわかっている。同調査によると「高齢になり、脳血管障害や認知症などにより日常生活が困難になるあるいは治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいか」に対して、「病院」が38.2%、「老人ホーム」が24.8%、「自宅」が22.7%であると報告している。注目すべきことは、高齢になり慢性疾患や障害を抱えた場合、病院死を望む人の割合が下がり、“畳の上で死にたい”願望も家族の負担が大きいことなどを理由に2割であるのに対して、「老人ホーム」が増加していることである。少子高齢化と核家族化する社会の中で、市民の看取りの場に対する意識は確実に変化してきていることがうかがえる。

一方、医療福祉政策面における変化も著しい。2006年4月から介護保険において「看取り介護加算」が創設され、高齢者介護施設における看取りケアに対し介護報酬が加算されるようになった。かつて自宅死がほとんどであった高齢者の看取りは病院へと移動し、今後は病院から介護福祉施設へとシフトされることになる。

### 3. 高齢者介護福祉施設における看取りの現状

高齢者介護福祉施設における看取りの現状を概観する。対象とする施設は介護老人福祉施設（以下、特養）とグループホーム（以下、GH）である。分析対象とする調査資料として、全国規模で調査した直近の2つの先行研究を用いた。

2つの調査は、介護福祉施設における看取りの実態を把握をする目的で、日本介護支援協会により全国調査をした。それは、まず入所施設対象（特養）に調査を実施し、次年度に在宅対象（居宅とGH）に調査を行っている。特養における看取りの現状については、日本介護支援協会による調査報告書（日本介護支援協会編『高齢者介護におけるターミナルケア調査報告書』、2006年3月）を用い、GHにおける看取りの現状については、同じく日本介護支援協会による調査報告書（日本介護支援協会編『在宅高齢者介護におけるターミナルケア調査報告書』、2007年3月）を用いた。分析は、①高齢者施設における看取り対象者像、②看取る場の選択・決定者、③施設の看取りケア体制の3点である。

#### 1) 特養における看取りの現状と課題

特養における看取りの現状を概観するため介護支援協会編『高齢者介護におけるターミナルケア調査報告書』を分析対象とした。本調査は、全国1,606ヶ所の特養に対して質問紙調査票を送付し、回収率は53.5%（859施設）、そのうち有効回収率は53.3%（856施設）である。死亡退所者票は3,212通の発送し、回収率は52.1%（1,673通）、有効回収率51.7%（1,660通）、調査期間は2004年8月1日から10月15日である。特養の運営主体は、社会福祉法人が88%で圧倒的に多く、それ以外の運営主体者は地方公共団体等である。

本来特養は、自宅介護が困難な重度の要介護高齢者を入所させ、本人の能力に応じた健康で自立した生活を送ることができるよう利用者の人権と人格を尊重し、利用者の立場に立った日常生活支援を行う施設である。ところが、近年障害の重度化、超高齢化、認知症合併者の増加等により、多様な介護ニーズと医療ニーズを合併したいわゆる重度者への対応が中心となり、これまでの生活ニーズ優先の介護から生命管理を優先した介護が求められている。その意味で今日の特養では、利用者の「今生きている」ことを支えると同時に、やがて来る最期の時を見据えながら「生きて行く」ことを支えるという2つの側面がある。

(1) 特養利用者の死亡時における年齢・罹病・死因報告書によると特養における死亡退所者の平均年齢は88.1歳であり、それらの人が施設に在籍した期間は3年未満が28.0%、3年以上5年未満が22.0%、5年以上8年未満が21.0%となっている。高齢で施設入所した利用者は、入所後5年以内に半数の人が死亡し、8年以内に7割の人が死亡している。これは、特養内で「生きて行く」時間が長くないことを意味している。では、死亡退所者は看取り期にどのような疾患を有し、どのような原因により死に至るのだろうか。報告書によると死亡前に有した疾患（複数回答）は、まずほとんどの利用者が認知症を有し（96.0%）、それに加えて脳血管疾患（53.0%）や心疾患（31.0%）、高血圧症（25.0%）を有し、直接の死因は、心不全（25.0%）、老衰（22.0%）、肺炎（20.0%）などである。つまり特養の看取り対象者は、80歳以上の高齢者であり、その死の過程は老年期に特有な疾患に罹患し死に至るというものであり、いわば生物学的には普通の死である。

#### (2) 看取りの場の選択と決定者

人はその一生を終える際に、どこで誰に看取られたいのだろう。各人各様の死生観があるはずである。自

宅において家族に看取られることを希望する場合、病院において医師や看護師による治療・看護を最後まで希望する場合、介護福祉施設で介護職などと賑やかな生活を送りながら看取りを希望する場合など、看取りへの希望はさまざまである。では、特養を利用する人は自分の死に場所について、自分で選択し決定しているのだろうか。報告書によると特養における死亡場所は「病院で死亡」した利用者が多く(58.6%)、次いで「当該施設で死亡」(40.7%)しており、「施設や病院以外で死亡(搬送途上等)」している利用者のごくわずか(0.8%)である。これら死の場所は誰により決められるのだろうか。一般に、末期ガン患者における看取りの場の選択や決定は、患者自身の希望が優先されるが、特養利用者の場合はどうだろうか。報告書によると特養において本人の希望が確認されたのは1,660名中319名である(19.2%)。それは、認知症や脳血管疾患等により、判断能力が低下している利用者が多く、看取りへの意思確認を行うのが難しいからである。そのような中で看取り場所に対する意思が確認できた19.2%の利用者が希望する看取り場所は、「当該施設で死にたい」が77.0%であり圧倒的に多いことである。最後まで「病院で治療を受けたい」と希望する利用者(13.0%)や「施設以外で自然に死にたい(在宅等)」を希望する利用者は少ない(10.0%)。最後まで「病院で治療」を希望する利用者が少ないのは、恐らく利用者自身が人間の摂理(生老病死)を受容しているからだと考えられ、「施設以外で自然に(在宅死等)」を選択する利用者が少なかったのは、家族介護の困難性を利用者自身が十分理解しているからであろう。では、死を迎える場所に対して家族の考えはどのようなだろう。同報告書によれば「病院で治療」を希望する家族(23.0%)よりも「施設で終えたい」家族が多く(75.0%)、「施設外で自然に(在宅)」を望む家族はほとんどいなかった(2.0%)。認知症や脳血管疾患などにより意思表示が困難となった利用者が多い特養では、死を迎える場所の決定は家族が代行している実態が認められ、それは施設への大きな期待となっている。本来ならば、利用者自身による主体的な決定が尊重されるべきであろうが、判断能力が低下した利用者に対する意思決定を支える仕組み(実際には判断能力が低下する前段階における成年後見制度などの利用)については報告書では触れられていない。

### (3) 施設の看取り体制

利用者や家族が施設死を望んだ場合、施設がその希

望を受諾しなければ特養における看取りは成立しない。特養の看取りに対する方針はどうなっているのだろうか。報告書によると「(利用者・家族の)希望があれば受け入れる」方針である施設は半数(56.0%)であり、「家族の協力があれば受け入れる」方針である施設(27.0%)とあわせると83.0%の施設が看取り受け入れ姿勢を持っている。特養では看取りの受け入れは積極的であることが理解できる。ところで看取りを行うためには医療関係者の配置が欠かせない。特養には医師の配置義務がなく、一般的に協力病院からのバックアップ体制をとり医療ニーズに対応している。報告書によると、それらの協力病院を1ヶ所から2ヶ所持ち医療対応を行っている施設が66.0%である。医師が常駐しない施設において看取りを行う場合に看護師の役割は大である。しかし、看護師が配置されている施設においても夜間勤務を「していない」施設が多く(74.0%)、利用者の急変など緊急時には「看護師とオンコール体制で連携」している施設が半数である(50.0%)。特養では利用者・家族ともに施設死の希望が多かったが、看取りケアチームの中核となる看護師の24時間勤務が実現していない施設があり、特養における医療の貧困さを示す報告となっている。

利用者や家族が満足する看取りケアを行うためには、看護職や介護職が看取りケアに関する知識と技術を有する必要がある。では、特養における看取りケア教育・研修はどうなっているのだろうか。報告書によると、特養内で「終末期ケア研修を開催している」施設は30.0%に過ぎず、施設外での「終末期ケア研修に参加したことがない」のは、看護職員で60.0%、介護職員では80.0%が参加できていない。つまり、現状の特養では大半の看護職員や介護職員は看取り教育や研修を受講しないまま看取りを行っているということである。人の死を看取することは重く厳しいことであり、一定以上の看取りケア教育が必要である。看取りに関する知識と技術がなければよりよい看取りを行うことは難しい。看護職員や介護職員が看取りケアを実施する場合、手引書として参照可能な終末期ケアマニュアルは存在しているのだろうか。報告書によると、「終末期ケアマニュアル」が「ある」施設は11.0%であり、ほとんどの施設が「ない」(88.0%)状態である。終末期ケアマニュアルが「ない」施設では「終末期ケアマニュアルは必要だ」と思っており(80.0%)、看取りケアを実施しているものの戸惑いながら行っていることが推察される数字である。



以上、特養における看取りケア実施体制をソフト面を取り上げ報告書を分析したが、十分な体制が整えているとはいえず、特に看取りケアに携わる看護職員および介護職員に対する看取りケア教育が大きな課題であることが理解できる。

## 2) グループホームにおける看取りの現状と課題

GHの看取りの現状について分析対象としたのは、日本介護支援協会編『在宅高齢者介護におけるターミナルケア調査報告書』(2007年3月)を用いた。本調査は、全国のGH 5,590ヶ所から任意に抽出された1,000ヶ所のGHの管理者を対象とし、GHにおける看取りの実態を調査する目的で質問紙票を郵送により調査したものである。質問紙票の回収率は35.1% (351施設)、有効回収率は35.0% (350)である。調査期間は2005年9月1日から10月31日である。GHは、認知症の高齢者が介護職員とともに少人数で家庭的な生活を送る中で、落ち着いた生活を取り戻す機能がある。軽度の認知症から重度まで幅広い高齢者に利用され、要介護度が重くなっても利用可能な配慮がなされている。GHの運営主体は、有限会社 (27.9%)、社会福祉法人 (25.7%)、医療法人 (20.9%)、株式会社 (16.9%)、特定非営利法人 (7.1%) 等であり、開設年度は、2005年度開設が最も多く (25.4%)、次いで2004年度開設であり (24.0%)、2003年度開設は14.6%であり、ほとんどのGHは介護保険施行 (2000年4月1日) 後の開設である。

### (1) 利用者の死亡時における年齢・罹病・死因

報告書によると、GH死亡退所者の平均年齢は87.1歳であり、施設に在籍した期間は最短で0.4ヶ月、最長で5年8ヶ月であり、平均在籍期間は1年6ヶ月という短さである。死亡退所者が看取り期に有した疾患は、脳血管疾患 (22.1%)、ガン (18.9%)、アルツハイマー (13.5%) 等老年期疾患が多く、直接の死因はガン (38.4%)、老衰 (22.1%)、心不全 (18.6%)、肺炎 (8.1%) など老年期に多い死因による死亡である。つまり、GHにおける看取りは、GH入所後、死に至る期間が短いことを除けば、生物学的には普通の死であるといえる。

### (2) 看取りの場の選択と決定者

死の場所の自己決定はGHでは行えているのであろうか。報告書によると、GHにおける死亡退所者が死亡した場所は、「GH内」が半数であり (50.0%)、続いて「病院入院中 (死亡)」(37.2%) であり、「病院搬送中」(9.3%) である。では、看取りの場所に関して

利用者はどのような希望を持っているのだろうか。看取りに関する意思が「はっきりしなかった」利用者が約6割 (60.5%) 認められたが、「GH内で終えたい」が25.6%であり、「病院」を希望した利用者は4.7%、「GH以外の望む場所 (在宅死等)」を希望した利用者は9.2%である。約4割の利用者が自分の死を迎える場所について意思表示ができていることは注目すべき点である。では、家族は看取り場所に対してどのように考えているのだろうか。同報告書によると家族が希望する看取りの場は圧倒的に「GH内で終えたい」であり (81.3%)、「本人の望む場所 (在宅死等)」(7.5%) は極めて少なく、「はっきりしなかった」(6.3%) 家族も認められた。GHにおける看取り場所の決定は利用者本人が認知症等により判断能力の低下があるため、家族がその代理行為を行う場合が多いが、意思表示が可能な利用者も存在するため、その意思を尊重できる支援も必要である。

### (3) 施設の看取り体制

GH管理者の看取り方針とはどのようなものだろうか。報告書によると「看取りまでは想定していない」GHが10.6%であるのに対し、「(利用者や家族から) 希望があれば看取る」方針であるGHは33.5%であり、「条件整備してから看取る」方針であるGHは27.0%となっている。看取りを行うためには医師や看護師など医療関係者の存在が欠かせないが、本来、GHは介護福祉施設の中では最も家庭的な施設としての機能をもつため医師や看護師の配置義務はなく、自宅と同様、訪問診療や看護を受けながら看取ることとなっている。GHの3割が利用者や家族の要望があれば看取りを行う方針を示しているが、その介護はどのような職種が行っているのだろうか。報告書によると、GHに在職する介護職員の資格は、ホームヘルパー2級 (48.2%)、介護福祉士 (24.0%)、看護師・准看護師 (5.0%)、その他 (無資格者) などであり、ホームヘルパー2級の約6割 (57.8%)、介護福祉士の約1割、看護師の約5割が非常勤職員である。GHの介護は、介護福祉に関する基礎教育が十分ではない職員により行われている現状がある。これらの職員の介護経験は3年未満が多く (37.0%)、介護経験が5年以上ある介護職員は少なく (24.0%)、介護経験が浅い職員が介護に当たっている。では、それらの介護職員への看取りケア教育は行えているのだろうか。報告書によると「職員同士の共通理解を得るためGH内で看取り研修を行っている」施設が82.7%認められ、施設内研修は実施

されていると理解できる。しかし、誰が、どのような教育・研修を行っているのかについては報告書には示されていないため不明であり、教育内容が気かりである。看取りケアマニュアルが「ある」GHが7.1%であり、「ない」GHが92.9%であることを考えると、GHにおいて実施されている看取りは、体系的な看取りケア教育を受けているとはいえず、不安が残る。

これらの実態を受けGH管理者が考える「今後看取りケアを実施するにあたって必要な条件」としては、「医療機関との連携」(23.5%)に並んで「看取り知識・技術の向上(死の知識含む)」(25.3%)であり、直接看取りケアする介護職員の教育が大きな課題となっている。

以上、2つの調査報告書により特養とGHにおける看取りの現状を分析したがその結果、判明したことを次章で述べる。

#### 4. 高齢者の看取りの特徴

報告書の分析により得られた特養およびGHに共通する看取りの特徴とは、以下の3点である。まず第1点目は、利用者の特徴として、看取り対象年齢が80歳代後半であり、それらの看取り対象者の大半が認知症に罹患し、それに加えて脳血管疾患、心臓病、ガンなど老年期特有の疾患を有しており、心不全や老衰、肺炎などにより自然な死の経過をたどっていることである。第2点目は、看取りの場の選択・決定に関する特徴として、認知症などによる判断能力の低下に伴う看取りの場の自己決定が不可能である場合が多いため、家族が代理行為をしている。本人に代わり家族が選ぶ看取りの場所は、「施設」が圧倒的に多く、しかも、意思表示可能な利用者が選択する看取りの場も「施設」が多いことである。第3点目の特徴としては、施設内の看取り体制である。両施設とも常駐する医師がいない中で看取りを行っている点であり、両施設とも外部の医療機関と連携して看取りを行っていることである。また、看取りケアの中核となる看護師の終日配置ができていない施設もあり、それらの施設では、介護職員が看取っていることである。しかし、大半の介護職員は、看取りケア研修を受ける機会がなく、看取りケアマニュアルもない状況下でケアを行っている点である。次に特養とGHによる相違点は、以下の4点である。第1点目は、利用者の在籍期間が特養利用者よりGH利用者が短期であることであり、第2点目は、意思表示可能な利用者は特養よりもGHが多いことで

ある。第3点目として死亡場所は、施設死は特養(4割)よりGH(5割)がやや多く、病院死はGH(4割)よりも特養(6割)が多いことである。第4点目は職員構成であるが、特養には看護師が配置されているがGHは配置がなく、介護職員は、特養では常勤介護福祉士が多くホームヘルパーは少ないが、GHではホームヘルパーが多く非常勤が多い点である。

このように、高齢者介護福祉施設における看取りでは、認知症や老年期疾患を有する80歳代後半の高齢者に対し、個々の高齢者が人生をよりよく完成し、終えるためのケアであると考えられる。

#### 5. 介護福祉士が死を学ぶ必要性

特養においてもGHにおいても、利用者や家族から「施設死」へのニーズが高く、施設長もそれらの要望を受け入れる意向を示している。一方、医療福祉施策においても高齢者の看取りは介護福祉施設へとシフトしている。今後ますます介護福祉施設が高齢者の看取りの場として期待が高まることが予測される。ところで介護福祉士養成においても、2009年4月から全面的なカリキュラム改正がなされ、「求められる介護福祉士像」<sup>6)</sup>12項目のひとつに「予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる」があり、養成教育においても看取り教育を行うことが期待されている。これらの点から、高齢者介護分野で働く介護福祉士に対する看取り教育は急務であると考えられる。

清水ら<sup>7)</sup>は、「介護職は、終末期ケアに関する知識や技術が少なく不安であると応えたものが半数を占め」、「看取りを行うには介護職に対する支援が必要だ」と述べている。また、時田<sup>8)</sup>は、「終末期ケアは、死にゆく人に共感し受容する態度がなければならない。その上で生活支援に加えて終末期の状態に関するさまざまな知識が必要である。なかでも、死に向かう過程でどんな変化が身体的・精神的に出現するのか、それに対しどのようなケアが望ましいのかという知識は不可欠である」とし、「医療的介入によるターミナルケアとどこが違うのかなど事実即した教育をする」必要性を述べている。では、介護福祉士養成教育にはどのような死の教育が必要となるのだろうか。筆者の考えを最後に述べる。

介護福祉士養成における死の教育では、次の6項目を修得する必要があると考えている。現代社会では、在宅死の減少により看取り経験がない学生が多く、

「死」そのものに対する現実感が乏しい。そこでまず第1に、自分の問題として「死」を考えさせ、自己の死生観を育成することが重要である。その中で、自分自身の存在や価値・人生について考える機会を与え、それを通して、「死」を身近な問題として考え、生と死の意義を探求し、自覚をもって自己と他者の死に備えての心構えを修得することを目指す必要がある。第2には、高齢者の心と体について修得させる必要がある。それは、死に向かう過程でどんな変化が身体や精神に現れるのかという知識の修得であり、老年期に多い疾患の理解である。第3には、認知症の理解が重要である。それは、医学的・臨床的な認知症の理解とともに、判断能力が低下した高齢者の意思を尊重するための支援制度の理解、例えば成年後見制度や地域権利擁護事業についての知識を修得させる必要がある。第4には、生活の場における看取りについて、病院における看取りとの相違を学ばせる必要がある。第5には、看取りケアの技術を修得させる必要がある。これには、死の段階に沿った看取りケア技術（死に逝く人とのコミュニケーションも含む）を修得させ、看取りにおける介護福祉士の役割や医療関係者との連携、家族支援の方法を修得させる必要がある。第6には、介護保険制度で求められている看取りケアの進め方を理解させることも必要である。

以上、介護福祉士養成教育において必要な看取りケア教育内容について筆者の考えを述べた。我が国では今後ますます高齢者介護福祉施設における看取りケアニーズは高まるであろう。そのため、介護福祉士が高齢者の看取りを引き受ける場面が多くなると予測される。高齢者が施設内で満足死できるように、介護福祉士養成教育において死の教育を行い、高齢者の看取りに対応可能な教育を構築していく必要がある。

## 引用文献

- 1) アルフォンス・デーケン：死の準備教育第1巻死を考える，東京：春秋社，p. 2，1997.
- 2) 宮田和明・近藤克則・樋口京子編：在宅高齢者の終末期ケア，東京：中央法規，pp. 235-239，2006.
- 3) 厚生省の指標編集部：死亡場所の構成割合の年次推移，厚生省の指標43(5)：2，1996.
- 4) 杉本弘明・近藤克則：特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題，社会福祉学46(3)：63，2006.
- 5) 終末期医療に関する調査等検討会編：今後の終末期医療のあり方について，東京：中央法規，pp. 66-76，2005.
- 6) 厚生労働省社会援護局：介護福祉士養成における教育内容等の見直しについて，厚生労働省，2007.
- 7) 清水みどり・柳原清子：特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識，新潟青陵大学紀要7：23-32，2007.
- 8) 時田 純：高齢者施設におけるターミナルケア，別冊総合ケア：医歯薬出版，pp. 13-17，1997.