

医療・福祉における倫理 — 高齢者への社会福祉援助技術 —

藤原 芳朗

Ethics on Medical Welfare — Social Case Work for Ageing People —

Yoshiro FUJIWARA

キーワード：医療福祉，倫理，介護，高齢者

概 要

医療・福祉における倫理について、とりわけ高齢者への介護場面を考えた場合、高齢を迎え身体の各部に疾患や障害をもち、あるいは寝たきりや痴呆の症状を呈することとなっても、人としての尊厳が保たれた形で「人としてよく生きる」ということが保障されなければならない。そのためには、高齢者の自己実現、介護場面での心理的援助、自立支援、自己決定、ケアの継続性、相談援助等々に於いて特有の倫理観が介護する側に求められることが明らかとなった。

1 はじめに

医療は高度化するにつれ、従来人間を扱う形態が専門分化を含めて、移植医療にみられるように病んでいる部位の治療、あるいは取り替えといった、一個のトータルな治療対象としての人よりも、あたかも自動機械としての人間のパーツ部分にのみ着目するように変化してきた。このように現今の医療システムは、いわば木を見て森を見ない非人間化したものへと大きく様変わりしていこうとしている。その一方で、これらの反省を受けて福祉の概念も末期癌患者のターミナルケアの例を持ち出すまでもなく、変容をしていかざるを得ず、「患者としての人間への配慮がいつそう重要性を増してきた」¹⁾ここに医療と福祉の新たな統合が見て取れる。さらにいうなら「医療の歴史をふりかえると、自然科学的認識を基礎として発展した医療は、近年、人間科学的認識を深めている。それは「身体」にかかわる科学として当然の認識であるが、それらの多くは社会福祉が常に主張していたことであった。このような意味で、医療と福祉の接点は容易に見いだせるし、医療（看護も含めて）と協力し合うことが病む人の人

間的尊厳と生活を守ることになるのである。」²⁾とある。医療関係者は唯単に治療するだけの時代は終焉を遂げ、治療期間中の患者の権利擁護、QOLの低下防止、治療後の生活の配慮にまでその役割が拡大され、福祉の局面に於いても疾病予防を含めて医療的に機能していく必要性が求められている。そのように考えるならば、医療と福祉は個々別々に存在し機能するのではなく、ネットワークとして機能する重要性、あるいは互いに乗り入れする形で一人の対象者をして、「生きていてよかった。今が幸せです」と言わしめるのが望ましい姿である。

ところで、このように医療と福祉とが互いに手を結び合ってその尊厳を護るべき存在は、現在の我が国にあっては高齢者、知的な面や精神に障害を有する人たちといえるのではないだろうか、そしてそこには介護、援助、アドヴォケイトする側にも倫理が求められる。本稿では医療福祉の観点から、特に高齢者への介護の場面で、具体的に必要とされる介護する側の資質、倫理について明らかにする。

2 高齢者の自己実現を支える倫理

自己実現という言葉を考えて場合、「個人のなかに存在するあらゆる可能性を自律的に実現し、本来の自分自身に向かうことをさす。」³⁾とされている。また、「マズローの自己実現は、自らの内にある可能性を実現し

(平成13年9月6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

て自分の使命を達成し、人格内の一致・統合をめざすことをさす。」⁴⁾とある。つまり片麻痺などの障害を持つ高齢者であれ、寝たきりや痴呆の高齢者であれ、人生の店じまいを前にしてこれまでの生きてきた過去を振り返り、自分としてよく生きてきたとする達成感、成就感に裏打ちされた満足感があり、残された人生への意欲的、主体的な姿勢、パトスがあり、いきいきとして生きる姿がそこに見られるといったことであろう。

しかし、厚生労働省の平成10年国民生活基礎調査、患者調査によると高齢者はその半数以上が何らかの疾患のために通院し、全入院患者の52.1%が高齢者であり、自分や配偶者の健康や要介護状態になるのではないかの不安に苛まれ、社会の第1線を退いた瞬間に社会との関係が希薄なものになり、地域での役割も減少し所得も年金頼み、核家族化の進行で独居、高齢者夫婦のみの生活となって、一旦要介護の状態になったら誰が何処で介護してくれるのかについて戦々恐々としているのが現状である。孤独感に打ちひしがれ現実社会からの疎外・逃避、自己喪失の徴候がすすむにつれ、いわゆる所属、自尊、自己実現の欲求は遮断、阻害される。

従ってこれらを支える介護する側に要求されることは、「その人らしく生きていることの実感の保障」、「残存機能を生かした自立への支援」であると捉えることができる。老いて身体に障害があっても、痴呆となっても、人としての尊厳が保たれた形で人として「よく生きる」ということが自己実現につながるであろう。

ところで倫理学における究極的な問いは、何をなすべきか、いかに行為すべきかという問いに答えるとともに、「よく生きる」とはどのようなことかを明らかにすることでもある。このことは上述の高齢者の自己実現とも深く関係している。

さて、「よく生きる」ということを考えるとき、我々はよいという状態を「請い願う状態、人間にとって望ましく好ましい事態にほかならない。つまり、何らかの意味で、人間にとって、有価値でないものはよいとはおよそいえない。」⁵⁾と措定できる。しかし、よいとはなにか。一口によいとはいうものの、その内容は多種多様である。何となれば、良い、佳い、善い、好い、可い、吉い、嘉いなどと数多の漢字で表すことが可能である。人として優れている、愁眉玲瓏である、状態として整備されている、天気が快晴である、道徳的に模範的である、行為に対する結果が見事である、調理の味が口に合う、嬉しい知らせが来るなどはすべてよ

いと表現される。これらは個人にとっての趣味嗜好に合致する状態、自然や社会の規範ルールに適合している状態とに大別される。また、よいということは、何かと比較してよいといっているにすぎない。ある意味ではさらにより高度なよさを求める前段階として、さしあたって、とりあえずのよいが存在していると思惟できる。しかし、よいということは本来、端的にそれ自体としてのよい行為を指すことが少なくない。自分の目前でいまも溺れて海中に没しようとしている人を目の当たりにして、人はよりよき善を考える暇もなく、自分にふりかかる二重災害を省みることなく海中へ飛び込み、救いの手を差し伸べるのである。ここには比較・相対の観点でのよいは存在しない。このように考えると、誰かのためとか何かと比べてのよい、よさは本質的なよいではないといえる。より以上のよさ、見返りを期待してのよい行為は素直によいと認められないといえる。

以上、よいということの倫理的な背景を述べたが、問題は高齢者の自己実現という観点から思惟したときの「よく生きる」のよい、よくについてである。日常生活の不自由がなく健康や経済、住居の不安から解放され身近に暖かく接してもらうことができ、安心して介護を委ねることの出来る存在があり、障害があっても打ち込める、生き甲斐として取り組むことのできる何かがあるという状態であろうか。それとも心豊かに満ち足りた心情のもと、遠くない死を安らいで迎えられる状態を指すのであろうか。あるいは、要介護の状態であっても、日々個人のニーズに合わせた総合的な介護サービスが安心して享受できている状態であろうか。これらは何れも間違いではないであろう。そしてまた、QOLという観点とも深くリンクしているのがわかる。しかし高齢者をしてそのように感じさせしめるのは、高齢者自身の主体的な自助努力の姿勢もさることながら、直接的・間接的な介護を担うものに委ねられる部分も決して少なくない。このことを上述した倫理の観点から述べると、高齢者やその家族の喜ぶ顔を期待しての介護や、介護をすることによって世間一般からの高い評価を得ようとする、自惚れや自己満足はけっしてよい介護とはいえず、むしろ周囲や対象者からの評価を期待することなく、淡々とあるがままに自然に当たり前のこととして人知れず介護にあたる、ケアをするという姿こそが尊いもの、純粋な「よい」にあたる行為ではなかろうか。以下、高齢者への介護の具体的な場面を想定して介護をする側に求められる資

質と倫理について述べる。

3 老いる人へのケアと倫理

ジョイス・トラベルビィは『Interpersonal Aspects of Nursing』のなかで次のように述べている。「病気のために世話をし、病人について配慮することにしだいに関与することによって看護婦が変わるのでなければ、明らかに看護や医療ケアの利用者は、新しいちがった種類の保健医療従事者を求めるであろう」⁹⁾と。また、「人間に何がおきているかを気づかい、身体的・心理的・精神的福祉に関心をもち、他人を援助するするために、知的で、博識で、創造的で、手際のよいやり方で、行為するのである」⁷⁾と。これは、ナースに対して義務としての対人援助のあり方を説いたものであるが、看護婦という特定の職業に限らず、医療・福祉現場でケアする人に共通に求められることではないだろうか。

また、日野原重明は介助者・治療者にはアートが求められるといい、「アートというのは、人の病、苦しみを少しでも楽にさせるための術、技術です。この技術は、今日のハイテクノロジーとは非常に違って、悩んでいる患者や、苦しんでいる人の痛みを和らげ、心をやわらかくし、体の中にもっている自然の免疫力、回復力を上手に引き出すための援助の手立て、それをアート・オブ・プラクティス・オブ・メディシンといったのです」⁸⁾と説明している。

そこで、老いる人への介助にあたる場合に求められる心理面の要件について以下述べてみる。

1) 心理的援助

まず、基本的に必要とされることは、老いるということへの理解である。つまり、老いるということは病気ではなく、誰にでもおきる人間の自然なサイクルであるという認識が要る。そして、老いるということは、誰かの手を借りて世話をされる存在になるということである。そこで、老化とは何か、問われることになるが、「老化とは次のように分析されている。老化を構成する因子は、まず外見の変化か、なんらかの特徴を示してあらわれる。白髪、皺のよった皮膚、目・聴覚・歯の機能低下、感染にたいする感受性の増大、筋力の低下、そしてしばしば、精神機能などの低下」⁹⁾と規定している。また、「老化の概念は現在まで明確に定義されるに至っていない。しかし、肉体の変化を中心に考えられた場合、老化は成熟期にあったものが、徐々に衰退していく過程として考えられる」¹⁰⁾とあるように、老化に関してはそのメカニズムは諸説あって未だに明

確化されないものの、具体的に身体・精神上の機能低下につながることは間違いないようである。

以上の観点を踏まえた上で、高齢者のケアの視点、基本的理念について、山崎摩耶は次のように述べている。「理念の第1は自立支援である。第2に自己決定の尊重が重要になる。第3の理念は残存能力の開発に視野を広げたケアである。第4はケアの継続性を問うことである」¹¹⁾以下、ここで指摘されている理念について言及する。

2) 自立支援

第1の理念「自立支援」については、人は最終最後の段階まで人としての尊厳を保って生きたいとする存在である。しかし、「老人にとってもっとも多い悲劇は何といっても、尿や便の失禁である。尿や便の失禁のために、身体は汚れ、くさく匂い、治りにくい湿疹に老人は悩む」¹²⁾のであって、この失禁こそが高齢者をしてそれまで高めてきた自尊心を粉砕し、自分はだめな人間に成り下がってしまったと考えさせる初めの1歩なのかもしれない。とりわけ、過酷な戦中戦後をたくましくも生き抜いてきた、現代の高齢者とよばれている年齢層にとって、下の世話をかけることの惨めさは想像に難くない。

「排泄のコントロールについては、適切な排泄場所と時間に到達するまでの間、尿意・便意を制御する機能は、中枢神経によってコントロールされる。排泄の直前までは膀胱括約筋が弛緩することはない一方、排泄時には括約筋は十分に開大される。これらの排泄コントロール機能が何らかの状態あるいは疾病によって傷害されても、予備能力が高いために代償機能が働き、失禁にいたらない。しかし、高齢になると、予備機能が低下したときに代償機能が働かないため、失禁することが多くなる」¹³⁾介護する側にあっては、以下のような心の援助が要るのではなかろうか。

まず、高齢者自身が自分は好かれている、正當に相手にされ、いなくてはならない存在であると感じることができるような対応の仕方をする事である。そうすることによって高齢者が卑屈になったりすることが少なくなるのではなかろうか。また、それとともに、尿や便で身体が汚れていようと、異臭が漂っていようと、はたまた異様に感じられる風体や行動に対しても、ありのままに受容し、許容し、ときには反応しないという過程が重要である。これには忍耐や寛容さが想像以上に必要であるが、この繰り返しによって、高齢者は受け入れられている安心感、重んじられている信頼感

が生じるのである。排泄を例にとりて考えた場合、このような心理的な支援が要るが、その他の自立を標榜する援助に於いても同様のことが要るのであって、逆に言えばこれらがなされて初めて、自立への歩みがスタートするのではないだろうか。ともあれ、一人の高齢者がその人らしく、自分らしく暮らせることができるための保障がなされるためには、介護者自身にも確たるアイデンティティーの意識、要介護者を肯定的に受け止める力が要る。

3) 自己決定

次に、第2の理念である「自己決定」についていえば、人は一人ひとりが、存在の意味をもって自らの意志で選択し、決定することによって自己の尊厳を保ちたいと願っているといえる。このことは、例え高齢を迎え老いを感じている人の場合であれ、若年であれ何ら変わるものではない。そこで、通常我々は、日常的に自覚されていない、いわば非日常の自己によって支持されていて、カウンセリング等はこの部分に働きかけるのであるが、高齢者にあっても同様のことがいえる。老化の度合い、身体の障害に目が多くいきすぎると、高齢であるにも拘わらず、しばしば子供扱いをするという関係になりやすい。そして、子供であれば自己決定ができないものとして、介助者の側で本人の意思を十分に確認しないまま、むしろ、選択の機会さえ与えずして処遇をしてしまうことになる。人はみな自分に期待される人としてのイメージをもって、人間を形成していくものであるのならば、周囲の介助者や依存している人の期待が、高齢者にも強く影響するのである。したがって、介助者は自己決定が可能な機会をより多く用意すべきであり、その権利を奪い取ってはならない。言語が不自由になっても、痴呆が見られても、決して選択ができないわけではないのであるから。

在宅か施設利用かに関して、介護者の都合だけで決定するようなことがあるのなら、憂うべきことである。高齢者自身の好むと好まざるに関係なく、施設利用を余儀なくされるなど言語道断である。その場面場面で、選択の機会が与えられ、自己決定を尊重される援助が定着されるべきである。

第3の理念「インフォームドコンセント」についても、第2の理念と同様のことがいえる。どのような福祉サービスを受けるかについても、事前に十分な説明と利用者本人の同意は不可欠のものであることは、いうまでもない。手術がなされる前には、必ず手術同意書が要るように、前述の事柄にも必要なのである。

家族や介護者がよかれと感じていることも、当の高齢者にとっては必ずしも善と呼べるとは限らないのである。医療の世界では、まだ医師の側の説明のみに終始しているという声も聞くが、それでも伝統的なパターンリズムが少しずつ改善され、医師と患者の関係が良好なものに変化しようとしているように、高齢者や障害者への介護、援助場面においても、介護する側の専断的な行為は厳に慎まねばならないであろう。仮に言語による表現が拙いとしても、分からないと思いきりこんだりせず、傾聴を心がけることが肝要である。

4) ケアの継続性と援助過程

最後の理念「ケアの継続性」については、高齢者は限りなく自分が生まれ育った地域や暮らした家での生活を望んでいる。また、急激な環境の変化は、単に心理的な不安を助長するのみならず、時には身体症状に至ることもある。内分泌障害から生じる症状としては、神経症（強迫・心気・ヒステリー）、心因反応（分裂・躁・鬱）、精神身体症（嘔吐・食欲不振・反芻・下痢・便秘・頻尿）などがしばしば見られる。薬物投与と休息とによって、自然回復力を待つとともに、有害刺激を取り除きつつ心理療法が効果的となる。

以上、4つの老人ケアの理念について、主に心のサポートの観点から述べた。ここで総括してみると、心理援助の過程は、①親身になって耳を傾けて貰えて心を許せる関係と感ずる状態を作る。②この介護者の援助を受けておれば、問題が解決していくと信頼される関係を作る。③自分自身のことが、受け入れられ、的確に判って貰えるという安心感が得られ、苦しく嫌な自分をありのまま素直に認められ、④支持のもとで感情をコントロールでき、適応に向かうのである。

4 高齢者への相談援助の倫理

私たちが高齢者への相談援助を展開する際に求められることが、いくつもあるであろう。基本的には、後期高齢者である、麻痺がある、耳が遠い、視力障害がある等の老人の障害特性などにとらわれないことが、肝要であろうということがまず考えられる。その他の共通理解すべきことを以下述べてみたい。

1) 守秘義務と利用者との関係

まず、何よりも、雰囲気として、何を話しても安全であるということ。つまり、秘密は決して外部へ漏れないという保障と、感情をあらわにしても、それを受け止めてもらえるという安心感が常に保たれているということが確立されて初めて、相談活動ができるため

の下地ができたと考えられる。

守秘義務とは高齢者が何を感じ、何を考え、何を語り、誰に対してどんな感じを抱こうとも、すべて本人に委ねられ、自己の秘密は外部に漏れないということが保証されるということである。

高齢者の矛盾、齟齬に満ちた話の内容を根気強く、傾聴する事の必要性はすでに述べた。痴呆が始まっていたり、ストレスの高まりを感じている人にとっては、しばしば論理の一貫性に欠けたり、支離滅裂と思われる自己主張に終始することもある。また、およそ一般社会で通用しない価値観を滔々と述べる場合もある。そのような状況が続けば、援助する側とされる側の関係に、言い換えれば、権威者と従属者の関係になってしまう事も予想される。

来談者も援助者も共に「自分らしく」生きられることこそが、相談活動の究極の目標と捉え、お互いに対等な関係を維持しつつ相談活動にあたることが望ましいであろう。しかし、相談者と援助者の関係を客観的に見た場合、そこには歴然とした立場の違いがあり、健康な人と障害を持つ人という関係はもちろんのこと、単に介護上の相談に来る人と相談に応じる人の枠を越えて、強者と弱者、指示を仰ぐ人と指示をする人との関係にも容易になり得る。ここで、求められるのは倫理である。倫理は道徳ではない。「人が人としてよく生きる」ことができるということを第一義的に考え、実践することである。

5 まとめにかえて

思うに、人は食べるものがあって、排泄して、住むところがあって、眠ることができ、着るものがあれば、それで幸せであるというほど単純な生命体ではない。例え高齢であって、身体機能が著しく低下して日常生活上のすべての場面で他人の手を借りていようと、痴呆があって多くの家族や周辺住民の方々に、援助をお願いすることがあろうとも、人としての尊厳が保たれた形で介護や相談が展開されなければならないのである。

人としての尊厳が保たれるためには、特に介護する側に強い倫理観が求められるのである。度重なる老人福祉施設における不正、利用者の年金、金品の搾取等々がしばしば新聞紙上を賑わしている。老人への虐待も耳にする。今こそ、自己の意志を前面に強く押し出すことができなくなっている高齢者、的確な判断力を欠いている高齢者等を介護する人は、「何を為すべきか」、

「いかに行為すべきか」という問いかけを絶えず自己に強いていく姿勢、これが求められる気がする。また、規範や基準との関わりについて考えてみる必要もある。たとえば何らかのルール、法、習慣等に従っているか否か、そして、手本となる人物や行為に準じているか否かという見地から、そもそも何が正当な規範かということも、思惟しておくべきであろう。また、対象者のポジティブな変容を期待するのであるなら、介護にあたる自分自身が上述の問いかけを自己に求め、自分自身が変わらねばならない。更にいうなら、医療福祉の現場にあってはそれ自体に於いてよきこと、個人の得にならずむしろ損になり、不都合になることもあるような行為をも、すすんで引き受けるだけの度量。どこかで黙々と陰徳を積むように、いくら善を為してもこれを忘れたかのような人格にふれたとき、私たちは名状しがたいある種のすがすがしさにうたれるように、いくら善を為してもこれを忘れるような心を持って介護にあたりたいものである。

謝 辞

本論文執筆にあたり適宜適切な助言を頂いた八幡教授に心よりお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 中園康夫：医療福祉学の理論，東京：中央法規出版，P12，1997.
- 2) 同前書，P13.
- 3) 中島良明編：心理学事典，東京：有斐閣，P331，1999.
- 4) 同前書，P331.
- 5) 有福孝岳：倫理学とは何か，東京：勁草書房，P118，1981.
- 6) Joyce-Travelbee：Inter Personal Aspects of nursing，医学書院，P23，1991.
- 7) 同前書，P22.
- 8) 日野原重明：病み，老いる人間へのケア，東京：医学書院，P144，1991.
- 9) 山崎摩耶：医療原論，「高齢者の看護とケア」，東京：弘文堂，P277，1996.
- 10) 大森健一：医学原論，「老人と病氣」，東京：弘文堂，P154，1996.
- 11) 山崎摩耶，同前書，P285.
- 12) 日野原重明，同前書，P137.
- 13) 山根信子：身体機能のアセスメント，東京：中央法規出版，P100，1998.

参考文献

- 1) 厚生省，「厚生白書平成12年度版」，ぎょうせい，2000.
- 2) 三澤昭文監修：介護における人間理解，中央法規出版，1999.

