

早稲田大学審査学位論文  
博士（人間科学）

介護福祉士の倫理教育の現状に関する研究  
Study of the Current States of Care Workers'  
Ethics Education

2022 年 1 月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

角田 ますみ

SUMITA Masumi

研究指導担当教員： 辻内 琢也 教授

## 目次

序章 本研究の背景と問題の所在、研究目的と論文の構成	1
第1節 本研究の背景と問題の所在	1
第2節 研究目的と構成	4
第3節 論文における用語の定義	5
第1章 日本における介護の歴史的変遷と介護の専門職化	7
第1節 歴史的介護観の成り立ち	7
1-1-1 「家制度」に基づく私的扶養・相互扶助を前提とする介護観	7
1-1-2 「介護」という用語からみる介護観の変遷	8
1-1-3 「介護」の用語改正と「看護」との関係	8
1-1-4 家族がいない者に対する救済措置としての介護	8
第2節 社会における介護の職業化と介護福祉士による専門職化	9
1-2-1 老人福祉法制定による介護の職業化	9
1-2-2 公的在宅福祉事業の開始と老人家庭奉仕員の誕生	10
1-2-3 特別養護老人ホーム設置に伴う寮母の「介護職員」への移行	10
1-2-4 家事援助中心から身体介護への業務拡大	11
1-2-5 介護業務の多様化と身体介護への懸念	12
1-2-6 ホームヘルプ事業の展開に伴う業務の明確化と身体介護へのシフト	13
1-2-7 研修制度による職業の階級化	14
1-2-8 介護保険法による介護の社会化と消費サービスへの移行	15
1-2-9 介護職の資格改正と介護福祉士へのキャリアパスの明確化	16
第3節 介護専門職としての「介護福祉士」	18
1-3-1 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定による「介護福祉士」の誕生	18
1-3-2 介護を統合する資格としての「介護福祉士」と課題	18
1-3-3 多様化する介護福祉士の業務	20
1-3-4 介護の歴史的変遷が介護にもたらしたもの-生活支援にある専門性	22
第2章 介護における倫理とは-介護の専門性から考える介護倫理	27
第1節 介護倫理を考えるうえでの前提事項	27
2-1-1 倫理とはなにか	27
2-1-2 倫理的問題とはなにか-よい眺めとしての「倫理」-	29
2-1-3 介護における「尊厳」	33
2-1-4 介護における「尊厳」と「自尊心」	36
2-1-5 介護における「自立」と「自律」	40
第2節 介護の専門性にみる倫理	43
2-2-1 「倫理」と専門職	43
2-2-2 介護福祉士の倫理綱領にみる介護倫理	44
2-2-3 専門職の条件としての倫理	46
2-2-4 「生活支援」という介護の専門性	49
2-2-5 実存に対する援助や標準化できないサービスとしての専門性	52

2-2-6 利用者のニーズを的確に把握するためのアセスメント	55
2-2-7 利用者に「時間的・タイミング的に関わる」介護の専門性	58
第3節 介護における倫理とは	61
2-3-1 介護行為そのものが抱える倫理	61
2-3-2 利用者の生活に密着し時間的・タイミング的に関わる存在としての倫理	62
第3章 シラバスにみる介護福祉士養成課程の倫理教育の現状と課題	65
第1節 研究の背景	65
第2節 研究の目的と方法	65
第3節 結果	66
3-3-1 生命倫理関連科目の設置状況	66
3-3-2 生命倫理系科目の全体像	68
3-3-3 「介護系専門科目」で扱われる倫理関連の内容	71
第4節 考察	71
3-4-1 倫理関連科目の重複設置による倫理教育の機会	71
3-4-2 実践を視野に入れた「生命倫理系科目」としての科目内容の再構築	72
3-4-3 「介護系専門科目」における倫理教育の充実と科目間による「相互補完的役割」	73
3-4-4 介護に焦点化した倫理教育の構築	74
第5節 結論	74
第4章 介護福祉士養成課程の介護系専門科目が教授する倫理的内容	76
第1節 研究の背景	76
第2節 研究の目的と方法	76
第3節 結果	78
4-3-1 介護科目の科目内容および倫理との関連	78
4-3-2 介護科目で教授される倫理的内容	79
第4節 考察	82
4-4-1 倫理に直結する介護科目の概念や援助技術	82
4-4-2 カテゴリーにみる介護科目の倫理的内容の特徴	83
4-4-3 介護科目で倫理を学ぶ意味	84
第5節 結論	85

第5章 介護施設に勤務する介護福祉士の倫理的問題の認識や対処と倫理教育の現状	87
第1節 研究の背景	87
第2節 研究の目的と方法	87
第3節 結果	88
5-3-1 回答者の属性	88
5-3-2 現場での倫理的問題の認識と対処	90
5-3-3 基礎教育における倫理科目の有無とその内容について	93
5-3-4 現任教育における倫理研修の現状	96
第4節 考察	97
5-4-1 多様な教育背景による倫理科目の差異	97
5-4-2 現場における倫理的問題の現状と倫理教育に求められるもの	98
5-4-3 基礎教育および現任教育で求められるもの	99
5-4-4 介護現場における「倫理的問題」	101
第5節 結論	103
終章 介護における倫理と介護福祉士の倫理教育に関する考察	104
第1節 介護の「専門性」としての生活支援	104
第2節 「専門性」が抱える倫理的問題	105
第3節 介護の「専門性」が持つ「素人性」	107
第4節 介護における倫理についての再考-介護の「専門性」と「素人性」の相互補完的役割	109
第5節 介護福祉士の倫理教育に求められる「具体性」と「応用性」	112
第6節 基礎教育、現任教育の役割と求められる内容	114
第7節 介護に焦点化した倫理教育の構築	114
第8節 本研究の限界と今後の展望	115
参考文献	117
謝辞	124
付録	125

## 序章 本研究の背景と問題の所在、研究目的と論文の構成

本章では、介護の専門職である介護福祉士の倫理教育のあり方を研究するに至った背景、研究の目的と構成内容、用語の定義などの概要を記す。

### 第1節 本研究の背景と問題の所在

内閣府の2020（令和2）年版「高齢社会白書」によると、2019（令和元）年時点で日本の総人口は1億2,617万人となっており、そのうち65歳以上が占める割合（高齢化率）は28.4%となった。2007年に超高齢社会となってから高齢化率の勢いは衰えることなく、来る2025（令和7）年には30%に達する見込みである。なかでも75歳以上人口は2054（令和36）年まで増加傾向が続くとされている[内閣府, 2020]。

同様に、要介護状態にある高齢者数も増加しており、2017（平成29）年628.2万人に達し、2008（平成20）年の452.2万人から175.9万人もの増加がみられた。そして75歳以上で要介護認定を受ける人の割合も大きく上昇している。こうした介護サービス受給者の増加は今後もますます上昇する見込みであり、それに伴って、そのニーズを担う介護サービス事業者やそこで働く介護人材の大幅な拡大・拡充が求められている。

こうした事態に対応すべく、介護を社会で支える仕組みとして2000（平成12）年に介護保険法が制定され、介護が社会化され、家族が担ってきた私的介護を、介護職が介護サービスという形で提供するものへと変わってきた。また、この介護保険はそれまでの行政による措置制度<sup>注1</sup>から、利用者のニーズに応じてサービスを選択し契約できる選択制度へと転換した。それに伴い保険料による介護サービス受給という権利を発生させ、利用者となる要介護者を主権として位置づけ、それまで「処遇<sup>注2</sup>」であったものが「介護サービス」と変化し、要介護者はサービスを利用するユーザーとして、消費者として、理念上はその立場を変えた。このような利用者としての「意思決定」の権利を支えるために、介護サービスの選択肢やサービス機能の増加、サービス提供事業者を選択するための情報提供システム、意思決定が困難な認知症者の権利擁護、悪質な事業者に対する有効な規制手段の確立、そして介護サービスを提供する介護職の援助者としての質の向上が求められている[角田ますみ, 2004]。

一方、介護分野に従事する介護職員数は介護保険法が制定された2000（平成12）年には54.9万人であったものが、2016（平成28）年には183.3万人と3倍以上に増えている。しかしそれを上回る勢いで要介護（要支援）者も増加しており（図1）、介護サービス事業所における人材不足感は強く、特に訪問介護の人材不足感が強い（図2）。その理由としては、「同業他社との人材獲得競争の厳しい」、「他産業に比べて労働条件等が悪い」、「介護業界に人材が集まらない」などが上げられており、介護業界における人材不足は深刻な状況にある[公益財団法人センター, 2019]。近年、介護職員の離職率は徐々に改善されてきているが、介護福祉施設を中心とした人材定着率は低く、他産業と比較して介護人材の確保の難しさが指摘されている。その理由として、「夜勤などがありきつい」、「給与水準が低い」などイメージが先行して、人材の参入の阻害要因となっている[厚生労働省, 2015]。

---

<sup>注1</sup> 措置制度: 行政側がサービスの内容を一方的に決定する制度。主体は行政で利用者（サービス受給者）は受け身の状態でサービス内容が決定される。そのため、利用者が施設や事業者を自らの意思によって自由に選べない、直接契約を結べないことから、利用者本位のサービスが提供されにくい傾向があった。この背景には、当時福祉サービス整備が不十分であったため、行政側が、限られた福祉資源を効率的に割り当てなければならないという事情があった。

<sup>注2</sup> 処遇: 人のある立場から評価して、それに相応した取り扱いをすることをいう。福祉では障害や疾病など何らかの理由により生活に困難がある者に対し、行政などが対象者の状況を判断しサービスや指導内容を決定し提示することを指す。

## 介護職員数の推移

○ 本表における介護職員数は、介護保険給付の対象となる介護サービス事業所、介護保険施設に従事する職員数。

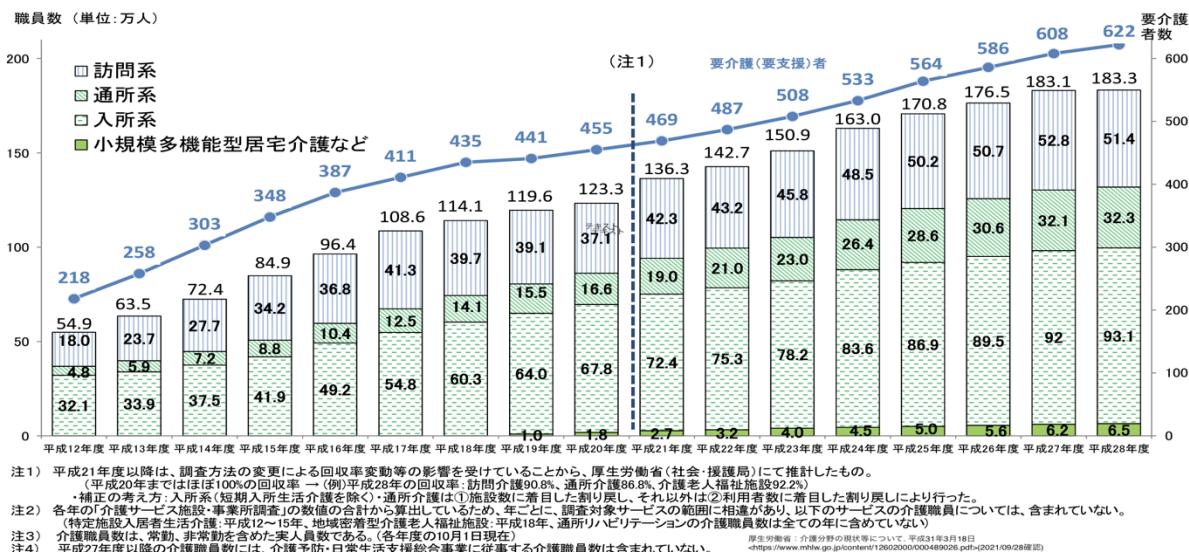


図1・介護職員数の推移（出典：厚生労働省：介護分野の現状等について）

## 介護サービス事業所における従業員の過不足の状況

○ 介護サービス事業所における人手不足感は強くなってきており、訪問介護の人手不足感が特に強い。不足の理由に採用が困難であることを挙げる割合が高い。

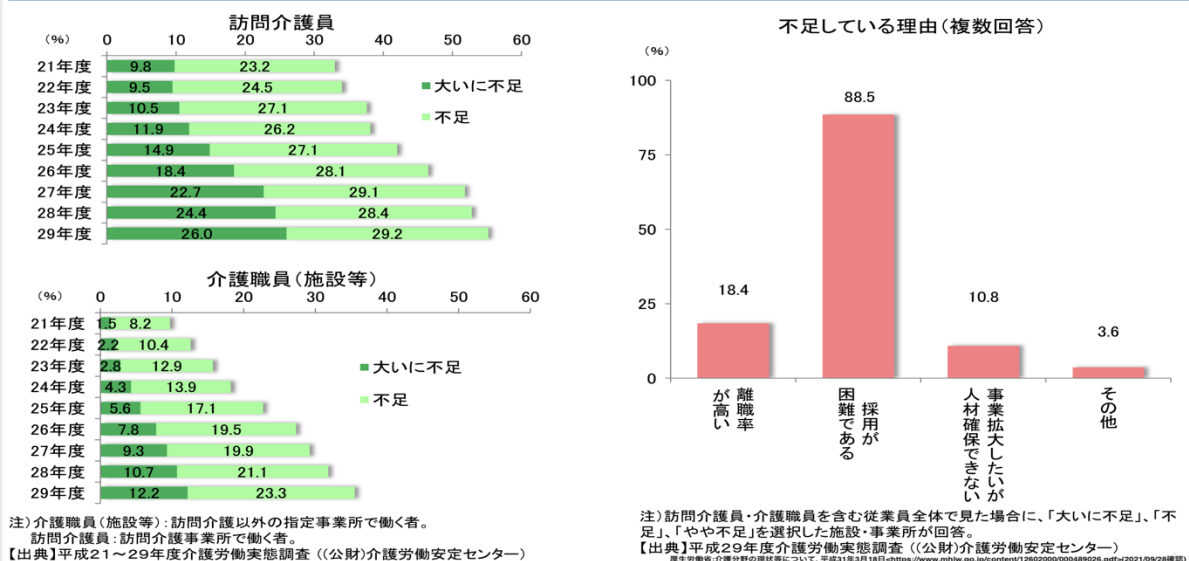


図2・介護サービス事業所における従業員の過不足の状況

（出典：厚生労働省：介護分野の現状等について）

このような状況下で、介護職は主に人生の終盤期にある要介護高齢者の生活に密着してケアを提供しており、年々、その業務は多様化している。従来の介護予防や認知症高齢者のケアに加えて、医療ニーズを抱えた高齢者が増加しているため、看護との連携の強化、24時間の連絡体制や看取りケアが必須の状況となってきた。2018（平成30）年の介護報酬改定では「看取り介護加算」が創設され、介護福祉施設（特別養護老人ホーム：以下、特養）に加えてグループホームや地域密着型施設を含む特定施設入居者生活介護の事業者も加算対象

となった。そのため、介護職は介護予防から医療ケア、そして終末期の看取りまで幅広い対応をせまられることとなった。特に、介護の国家資格である介護福祉士は、専門職として、多様な介護業務を一定の質を保ちながら提供する責任が課せられている。

宮川は、専門職によるサービスは外部からの統制が及びにくい特性を持っていることから、サービス提供者である援助者は高い倫理性が要求されるとしているが[宮川数君, 2004, 347]、人生の終盤期という大事な時期にケアする介護福祉士も、同様に高い職業倫理を持つことが求められる。しかし、実際の介護現場では、これまでに職員やサービス事業者による不適切な行為や質の悪いケアの提供、身体的・精神的虐待など様々な倫理的問題を含む事例が生じている。また、「重度化対応加算」「看取り介護加算」の対象となり、医療依存度の高い高齢者や臨終期にある高齢者のケアも含むようになったことにより、延命治療や死をめぐる倫理的問題に葛藤する介護福祉士も多いのではないだろうか。

このような問題は、過重労働といわれる現場で、援助者が倫理観をもって援助関係の中で具体的に介護を実践していくことがけっして容易ではないことを示している。フライは倫理的決断に至る過程に、自分自身の価値や認知能力、道徳的感受性、論理的能力、道徳的直感を用いるという[S. T. Fry, M-J Johnstone, 2002]。これらは個人の価値観に基づいて、臨床現場における倫理的問題に気づく能力であり、この個人の倫理的価値観が臨床における倫理的行動に影響を及ぼしていくと考えられる。この倫理的価値観を、業務に忙殺される現場の中だけで培うことを期待するのは、職員の負担が増し、具体的な問題解決への対処が遅れる可能性がある。個人の良心や倫理観だけを問うのではなく、専門職業人としての倫理観の確立が問われるべきであり、そのためには介護福祉士の倫理教育が不可欠である。

さらに、2007（平成 19）年には「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」が制定され、介護福祉士の義務規定として、個人の尊厳の保持などからなる誠実義務が追加された。そして今後の人材育成における教育目標として提示された「求められる介護福祉士像」では、「尊厳を支えるケアの実践」、「高い倫理性の保持」という倫理に関わる項目が明記された（2017（平成 29）年には、社会情勢の変化を踏まえて「高い倫理性の保持」のみ単独項目として強調されることになった）。これらによって介護福祉士養成における倫理教育の重要性が示された。

しかし、実際には介護福祉士の資格取得ルートが多様化しており、養成校の養成課程修了者や福祉系高校卒業者は国家試験免除で資格取得が可能、養成課程は修了していないが3年以上の実務経験者がある者は資格取得に実務者研修及び国家試験を要するなど、資格取得者のバックグラウンドも様々であった。そのため、厚生労働省及び文部科学省（以下、文科省）は介護福祉士資格取得ルートを整理・統合し、介護職の統合として介護福祉士を位置づけ、介護福祉士を目指す全ての者が一定の教育を受けた後に、一律的に国家試験受験という形で、資格取得の一元化が図られることになったが、国家試験受験が一元化されただけで、資格取得までのルートは相変わらず多様である。そのため、ルートによって倫理教育も様々であり、内容は統一されていない。さらに人材確保が困難という理由から、国家試験受験の一元化も経過措置[厚生労働省, 2019]として先送りされている状態にある[社会保障審議会福祉部会, 2019]。

また、現行の介護福祉士養成課程のカリキュラム[厚生労働省, 2018]は、4つの領域に大別され、その内容は1・人間の尊厳や自立、人間関係とコミュニケーション、社会の理解からなる「人間と社会」、2・介護の基本やコミュニケーション技術、生活援助技術、介護過程、介護総合演習、介護実習など実際の介護援助内容を学ぶ「介護」、3・発達と老化の理解や認知症の理解、障害の理解やこころとからだのしくみ等、医学的な知識に基づく老いや心身の変化を学ぶ「こころとからだのしくみ」、4・喀痰吸引等の医療ケアについて学ぶ「医療的ケア」から構成されており、介護福祉士養成課程における倫理教育はこの「人間と社会」や「介護」などの中に設定されることになる。しかし、このカリキュラムは、人権擁護や職業倫理などを目標に挙げているが、具体的な倫理関連科目設置についての指定はみられず、各養成機関に委ねられている。そのため、介護福祉士として受ける倫理教育内容も人

によって異なる状況が予想された。

こうしたことから、介護福祉士養成課程においてどのような倫理教育がなされているのかはもちろんのこと、そもそも現場の介護福祉士はどのようなことを倫理的問題ととらえているのか、そして養成課程および介護現場がどのような倫理教育を望んでいるのかを明らかにし、専門職としての介護に適切な倫理教育とは何かを検討する必要があると思われる。よって本研究では、介護の歴史的変遷と専門職化をふまえて、介護における倫理とはなにか、介護福祉士養成課程でどのような倫理教育が行われているのか、さらに現場で働く介護福祉士が認識する倫理的問題と倫理教育に対するニーズは何かを明らかにし、現場の状況に応じた介護における倫理教育の具体的な手がかりを提示することを目指した。

## 第2節 研究目的と構成

### 【研究目的】

本研究における研究目的は、現場で活躍する介護福祉士にとっての望ましい倫理教育のあり方を検討し、その手がかりを提示することである。具体的な目標としては、1) 介護が職業倫理を持つ専門職としてどのように発展してきたのか、その経緯を介護の職業化をふまえて描き出す、2) 介護における倫理とその特徴について明らかにする、3) 介護福祉士養成課程における倫理教育の現状と課題を明らかにする、4) 現場に関わる介護福祉士はどのようなことを倫理的問題ととらえているのか、倫理教育に対するニーズはどのようなものを明らかにする、5) 介護における倫理と望ましい倫理教育のあり方について再考し、具体的な手がかりを提示する。

### 【研究の構成内容】

本論文の構成内容としては、以下の通りである。また、構成内容の関係は図3の通りである。

序章：本研究の背景及び問題の所在、研究目的と構成、論文における用語の定義

第1章：日本における介護の歴史的変遷と介護の専門職化

第2章：介護における倫理とは—介護の専門性から考える介護倫理

第3章：シラバスにみる介護福祉士養成課程の倫理教育の現状と課題

第4章：介護福祉士養成課程の介護系専門科目が教授する倫理的内容

第5章：介護施設に勤務する介護福祉士の倫理的問題の認識や対処と倫理教育の現状

終章：介護における倫理と介護福祉士の倫理教育に関する考察

第1章では、日本における介護の歴史的変遷から、培われてきた介護観、介護が公的なものとして制度に組み入れられた経緯、介護の専門職化と課題について、文献や資料を基に検討する。

第2章では、倫理を考えるうえでの前提事項として、倫理とはなにか、倫理的問題とはなにか、尊厳、自尊心、自立、自律などの基本事項を振り返り、介護が専門職としてもつ専門性と倫理の関係性から介護における倫理とは何かを論考する。

第3章では、第2章をもとに、実際の介護福祉士養成課程における倫理教育の現状について養成施設のシラバス及び教育内容の調査をもとに検討する。

第4章では、第3章の結果をうけて、介護科目に含まれている倫理的内容についての調査から、介護科目がもつ倫理科目との相互補完的役割について検討する

第5章では、介護福祉士が実際に倫理的問題として認識しているものは何か、そして介護福祉士にとっての倫理教育のニーズとその課題について、実態調査を元に検討し、どのような倫理教育内容が求められているのかを明らかにする。

終章では、それまでの研究成果をふまえて、介護における倫理とは何かを振り返りながら、現場で活躍する介護福祉士に応じた倫理教育について最終的な考察を行い、介護におけ



る倫理教育の手がかりを提示する。

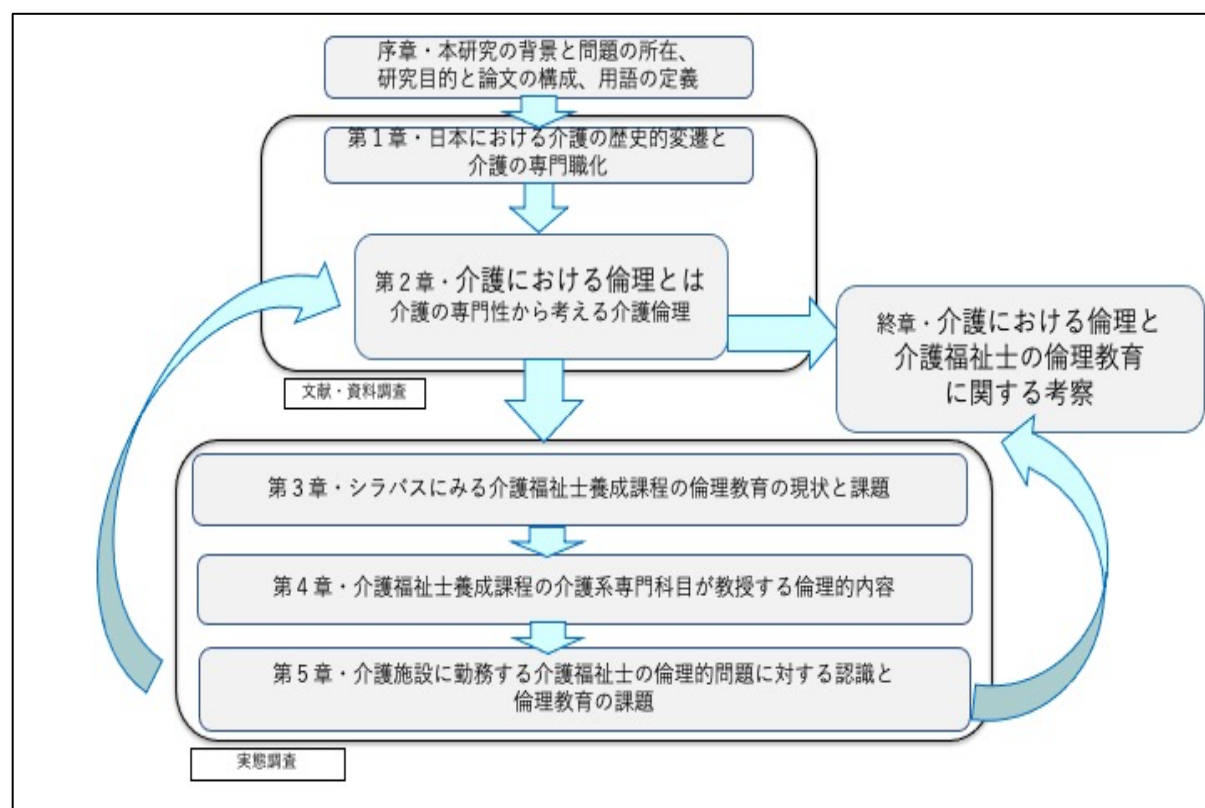


図3・論文の構成内容

### 第3節 論文における用語の定義

本論文における用語の定義は以下の通りである。

**介護**：加齢や心身の障害により日常生活を営むことが困難な状態にある人に対して行われる身体的・精神的・社会的援助をいう。

通常、「介護」という用語を使う時は、次のような意味がある。

一つは介護福祉士などの介護職が行う、排泄介助、食事介助、入浴介助といった生活援助から喀痰吸引等の医療行為を含む、要介護者の「心身の状況に応じた」具体的な援助行為を指す。これらは身体介護などを通して直接的に身体に触れたり、家事援助等で生活に関わる行為であり、時に介護ケア、介護サービスと表現される。この介護は介護職が職業として提供する介護技術でもあり、介護保険法による介護サービスとして提供されるものである。

もう一つの意味として、家族や友人など親しい者で介護の専門職ではない者が行う介護があり、現在介護という言葉で社会的に了解される多様で曖昧な行為領域を指し示す。これは例えば森川が指摘するように、一般的に「家族の介護負担」と言われる場合、介護という行為が厳密に定義されているわけではなく、さまざまな行為（病院への付添やオムツ交換、食事の世話、さまざまなサービスとの契約など）や明確な行為として表現できない配慮や気苦労が含まれている。そのような、「社会で了解される曖昧な行為領域をあいまいなまま総体的に指示する表記としての介護」〔森川美絵，1999，26〕である。

本論文で使われる「介護」は主に前者をさす。ただし、これらは通常であっても時に入り混じって使用されることも多く（例：家族が介護負担で心労がはなはだしいので、介護をサービス事業者で介護を担うこととした等、家族が抱える様々な介護行為や配慮と介護職が提供する介護が入り交じるような場合など）、分別して使い分けようとすると混乱が生じやす

いため、どちらの場合も「介護」という用語を使用し、文脈で使い分けることとする。

**介護福祉士：**「社会福祉士及び介護福祉士法」に基づく名称独占の国家資格を取得した者で、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術により、身体又は精神の障害により日常生活に支障がある者（要介護者）につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引等を含む）を行い、要介護者とその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者。本論文では介護職のなかで介護福祉士の資格を持った者をさす。

**介護職：**身体又は精神の障害により日常生活に支障がある要介護者に対し、介護サービスを提供する者をいう。現在、介護サービスには様々な者が従事できるようになっており、国家資格である介護福祉士、介護職員初任者研修を受けて介護施設に勤務する介護職員や在宅介護に従事する訪問介護員、研修や資格を一切持たず施設勤務をする介護職員などがある。これら国家資格である介護福祉士を含めて、介護に従事する者全体を指す時に「介護職」という用語を使用する。

**要介護者：**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り、心身に応じた介護を必要とする者、要介護状態にある者をさす。なお、介護保険法ではこの介護を必要とする者のことを、その状態に応じて「要介護」「要支援」とわけているが、本論文では両者とも何らかの介護支援を必要とする「要介護者」として同一の表現とする。

**利用者：**要介護状態にあり、かつ介護保険法で要介護認定を受け介護サービスを利用する者  
＊要介護者と利用者は要介護状態にあり介護を必要とする者としては共通しているが、要介護者は要介護状態にある者をさし、利用者は要介護状態にあり要介護認定をうけて必要な介護サービスを受けている（利用している）者をさす。

**看護職：**正看護師や准看護師免許（場合によっては保健師免許）を持ち、医療処置や看護ケアを提供する職種の総体をさす。

**医療職：**医師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士の免許を持ち、医療処置やリハビリテーションなどの医療的な行為を行う職種の総体をさす。

## 第1章 日本における介護の歴史的変遷と介護の専門職化

本章では、日本における介護の歴史的変遷を振り返りながら、培われてきた介護観、介護が公的なものとして制度に組み入れられるようになった経緯、介護の専門職化とその課題について、文献・資料調査を基に検討する。

### 第1節 歴史的介護観の成り立ち

#### 1-1-1. 「家制度」に基づく私的扶養・相互扶助を前提とする介護観

介護に関する歴史的記述として、最も古いところでは聖徳太子による病人や孤児の救済活動、行基や光明皇后による貧困者やハンセン病患者の救済活動がある。聖徳太子の「三経義疏」では、根底に仏教的福祉思想をおき、四天王寺に悲田院(貧窮孤独な者の生活場所)、療病院(身寄りのない病者の療養所)、施薬院(薬草を植えて薬を調剤する場)、敬田院(仏法道場としての信仰の場)を設立し、傷病に悩む人を救済したとする説が、社会事業史や医療史に記されている[上之園佳子, 2016]。また光明皇后による悲田院、施薬院、浴室の建立、国分寺や国分尼寺の尼僧による患者の世話などの献身的な介護活動もこうした仏教的福祉思想に基づいて行われた。しかし、ここでは慈善事業として主に貧窮しており身寄りがない者、すなわち家族や親族に依拠することができない者に対しての救済活動であった。慈悲の心に基づく福祉的思想ではあったが、その一方で「因果応報」の考えに基づく偏見があり、家族から介護を受けられない貧窮者、病人や障害をもつ者を、医学的な観点からではなく、宗教的な観点から「汚れた者」としてとらえ、社会から排斥する思想があった[佐柳文男, 2004]。また、病や障害は祟りや自身に穢れがある時に乗じて起こるものと考えられ、祈祷や禁厭(まじない)の対象となっていた[川上道子, 2011]。そのため、日常生活が自立せず介護が必要になるような病や障害、要介護者は忌むべきもの、穢れた者として一種のスティグマを受けていた。

一般的な庶民における介護観形成の基盤は、前述の仏教的な福祉思想以外に、祖先崇拜や家制度など「家」や「家族機能」の概念に基づく儒教思想に影響を強く受けていた[朴順伊, 2009]。家族を最小単位とする親族集団において、誰が要介護者を介護するのかという扶養扶助の側面で、儒教思想における家族機能が重要視され、介護の責任は私的扶養や近親者の相互扶助を基本とする考え方が発展し[田中由紀子, 2016]、日本における介護観の基礎を形成した。

国家による救済も家制度に基づく介護観を基盤として形成されていった。国家における本格的な救済制度の始まりは、718(養老2)年に制定された「養老律令」で、高齢者や障害者の援助に関する記述が見られる[上之園佳子, 2015]。これも、儒教を思想背景とした家制度と家族による相互扶助が基本となり、高齢者や障害者の家族の扶養、隣保扶助<sup>注3</sup>を原則としていた[宇山勝儀, 1997]。また、日本初の公的扶助の法令となった「恤救規則」(1874(明治7)年に制定)は、その前文に「済貧恤救」は「人民相互ノ情誼ニ因リ」と記し、家制度による私的扶養、村落共同体による相互扶助を原則とし、公的扶助の対象は「無告ノ窮民」すなわち家族、親族がない者と限定して、例外的に国家による救済を行うとした。この「恤救規則」は1929(昭和4)年に「救護法」が制定されるまで、長期にわたり存続し、その後の社会保障、社会福祉の法制度の原理原則に大きな影響を与え続けた[宇山勝儀, 1997]とされている。つまり、法制度においても、介護は「家制度」に基づいた家族や近親者による私的扶養や相互扶助が大前提であり、その介護観は長きにわたり影響を及ぼしてきた。

<sup>注3</sup> 隣保扶助: 近隣を中心とした相互扶助をいう。公的な救済という概念が生じる以前に、人々の間で自然発露的に行われてきた相互扶助をさす。「恤救規則」は全文に「人民相互ノ情誼」を掲げ、隣保扶助を公的な救済の前提条件とした。

### 1-1-2. 「介護」という用語からみる介護観の変遷

次に、「介護」という用語の登場から介護観の変遷をみてみたい。「介護」が法令条文で初めて用いられたのは、1892 年（明治 25）発令の通達「陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例」（陸達第 96 号）であった。この通達は、軍人が職務によって障害や疾病をおった場合の援護に関する規定で、軍人恩給法の増加恩給額を「介護ヲ要スルモノ」の程度によって区分することを定めている。この「介護ヲ要スルモノ」とは、起居動作や食事といった日常生活の援助を示し、家族による介護を必要とする心身状態を指していた〔上之園佳子，2016〕。この通達そのものが、恩給の支給基準を示す性質のものであること、また当時、病院や医療体制そのものが整備されておらず、また現在のように「看護」は専門資格として成立していなかったことから、要介護状態になった時、その世話は主に家族や親族が担っており、「介護」はその負担程度により家族の援護を区分することを意図した用語として用いられていた〔上之園佳子，2016〕。

### 1-1-3. 「介護」の用語改正と「看護」との関係

「介護」という用語は、「陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例」以降、「恩給法」、「身体障害者福祉法」、「厚生年金保険法」、「児童扶養手当法」などの法令にも使用され、家族による介護の支援施策として、対象となる者の生活状況における障害の程度を表す用語として用いられた〔宇山勝儀，1997〕。先にも述べたように、この通達以前には「介護」という用語は法令には登場しない。「介護」の登場には、1880 年代の看護教育の歴史的な動きが影響している。1884（明治 17）年以降、有志共立病院や京都看病婦学校などによる欧米の近代看護教育の導入が始まった。1890（明治 23）年、日本赤十字病院が、戦時における救護活動を目的として看護教育を開始した。その後、死者 6481 人、負傷者 9790 人を出した濃尾大地震 1891（明治 24）年に、初めて看護婦（当時の名称）が救護活動に参加し、看護婦の活動が社会的に認知されるようになる。この時期は近代看護教育とともに看護事業が推進された時期であり、軍事養成のもとに戦時の傷病者を救護する専門職としての看護教育および組織化が図られた〔上之園佳子，2016〕。

当初、「看護」という用語は、一般的な看病や介抱のように「怪我人や病人などの手当てや世話をすること」という程度に用いられていたが、看護事業や看護教育の展開により、専門教育による「看護」が発展し、その「看護」と、家族等が行う家事機能としての行為とを区別するために、後者を表す用語として「介護」が法令上に登場した。「介護」はあくまでも家族介護を必要とする心身状態と家族介護の負担程度による家族の援護を区分する用語として成立し、「家族介護」の考え方とともに定着することになる。そのため、介護関連の政策は、家族機能の補完的範囲とする考えが長く継承されていくこととなった〔上之園佳子，2016〕。

### 1-1-4. 家族がいない者に対する救済措置としての介護

これまでみてきたように、介護は家族の家事機能の一部としてみなされ、家族や近隣地域の支え合いのなかで機能する形となった。そのため、家族や親族がいない高齢者や障害者、孤児については、慈善行為として、民間で設立された救護施設に収容して日常生活の世話をを行った。1800 年代後半（明治初期）、明治維新後の社会変動により、親族を失った高齢者等が急増したため、「小野慈善院」や「東京養育院」、高齢者のみを収容した「聖ヒルダ養老院」など、救護施設が続いて設立された。そして、1925（大正 14）年「浴風園」が設立された。「浴風園」は 1923（大正 12）年に発生した関東大震災により身寄りを失い自活できなくなった高齢者の保護を目的として、「財団法人浴風会」が皇室からの救援金と内閣からの一般義援金の交付という公的補助を元に設立したものである。従来の施設は最低限の生活援助に限定され、質・量共に十分とは言えない状態であったが、浴風園では従来の生活援助に加え、1928（昭和 3）年に医療部門を設け、老人医療とリハビリテーションを提供するなど

医療的機能もかねそなえた初の施設となった。

その後も公的補助による施設が増設されたが、これらの施設は「養老院」という名称で、相変わらず貧困者救済のための「救護法」（1929(昭和4)年制定）による救護施設としての位置づけであった。この「救護法」も家族扶養と隣保扶助の考え方を基盤としていたため、救済対象は限定的であり、家族や親族がなく、経済的にも困窮している者のみが対象となった。そのため、こうした施設に入所する者は「身寄りのない、貧しい人」というある種のスティグマにもとづいた認識が社会に広まることになった〔上之園佳子，2015〕。

第二次世界大戦後、1950(昭和25)年に「生活保護法」が制定され、「養老院」は「養老施設」と名称を変え、生活保護法の管轄下に入った。生活保護法の管轄下であるがゆえに、救護法と同様に、対象となる被介護者は、生活保護法適用者、すなわち経済的に困窮状態にあり、家族や親族も頼れない状況にある者に限られた。敗戦後の混乱により、家族のいない高齢者が急増していたが、養老施設も1950(昭和25)年当時、全国で施設数が172と少なく、その保護を受けられる高齢者は極めて限られており、「貧しい人」に対する経済的救済措置としての色合いが濃かった。そのため、被介護者に対する偏見や差別も強く、介護に従事する者も日常生活上の世話を行う非専門職としての扱いを受けていた。

## 第2節 社会における介護の職業化と介護福祉士による専門職化

### 1-2-1. 老人福祉法制定による介護の職業化

家族による私的扶養を基盤とした介護の概念を変えたのが、1963(昭和38)年に制定された「老人福祉法」（法律第133号）である。この法において、それまで制度化されていなかった要介護高齢者向け介護施設である特別養護老人ホームの設置（第11条第3項、第14条第3項）や、家庭奉仕員の派遣事業（第12条）が条文化され、寮母や家庭奉仕員など介護を主な業務とする職種（介護職）が誕生することとなった。これにより、私的扶養の一部であった家族による世話としての介護が、社会的職業の側面を持つことになる〔須加美明，1996〕。

老人福祉法が制定された背景には、当時、医療技術の飛躍的進歩に伴い、高齢者人口が増加し始めていたこと、高度経済成長により都市部へ人口が流出し核家族化が進んだこと、それに伴い家族間の互助機能が低下し、家族扶養が困難になってきたことなどが挙げられる。

老人福祉法の制定過程において、厚生大臣の諮問機関である中央社会福祉審議会は「老人福祉政策の推進に関する意見」で、「常時の介護を要する老人については、これに適した処遇を効率的に行うため、その他の老人と区分して収容するための対策を講じるべきであり、このための特別の老人ホーム制度化についても検討するべきである」とし、家庭奉仕員の派遣についても「施設収容は要しないが、老衰、傷病等により日常生活に支障をきたす老人であって十分な介護を受けられない状態にあるものに対しては、家庭奉仕員を派遣し、その家事、介護を行う措置をとるべきである」としている。ここでは、「（家族から）介護を受けられない状態」の「介護を要する老人」に対して「家事、介護を行う措置」といった文脈が用いられており、家族機能による介護が行えない場合の補完的施策として、家族以外の者が「介護」を代行する必要性があったことがうかがえる。また、介護施設として設置された特別養護老人ホームについては「介護を要する老人」を「その他の老人と区分して収容するための対策」として、「このための特別の老人ホーム制度化を検討すべき」としていることから、それまでの貧困救済的発想による施設施策だけでは高齢者人口増加に対応できない事情があった。

こうした流れを受けて、介護の職業化は、2つのルートで発展していった。一つが家庭奉仕員派遣事業による家庭奉仕員（後の訪問介護員）、もう一つが特別養護老人ホーム創設に伴う寮母（後の介護職員）である。

### 1-2-2. 公的在宅福祉事業の開始と老人家庭奉仕員の誕生

1950年代当時、戦後の経済成長により核家族化が進む一方で、そこから取り残された低所得者や老夫婦世帯、独居高齢者の増加が問題になっていた。しかし、生活保護法による養老施設数は限られていたため、訪問による介護サービスの必要性を感じた地方自治体がそれぞれ独自に開始したものが、全国へと広がりを見せた。1956年(昭和31)年に長野県が「家庭養護婦派遣事業」を開始、続いて1958(昭和31)年には大阪市が独居高齢者を対象とした「臨時家政婦派遣制度」(翌年に「家庭奉仕員派遣制度」に改称)が始まった。その後、名古屋市や東京都の「家庭奉仕員制度」、神戸市の「ホームヘルパー派遣制度」など、全国の地方自治体に広がりを見せた。

国も、これらの事業成果に着目し、全国的な家庭奉仕員事業の普及をめざし、1962(昭和37)年に国庫補助を行った。昭和37年版の『厚生白書』によると、「この事業が老人に喜ばれていることはいうまでもないが、居宅を離れたがらない老人を施設に収容することなく、安心して家庭に起居させることで施設の代替的役割を果たしている」と評価している。また家庭奉仕員事業は「対象も貧困階層のしかも老衰の著しい老人が大半であるため、家庭奉仕員の業務は容易なものではなく、むしろ文字通り奉仕的な気持ちが必要なのである。しかも報酬は月1万2000円程度であり、身分も臨時あるいは嘱託の場合が多い」と指摘し、適切な待遇を与えるべきとしている。さらに「奉仕員の業務が中年層の婦人に適することから、中年婦人に就業の機会を与えるという副次的効果も有している」〔厚生省、1962〕と記述している。

こうした背景が後押しとなり、家庭奉仕員事業は、1963(昭和38)年老人福祉法第12条に「老人家庭奉仕事業」として制度化された。この制度は、老人家庭奉仕員による世話として、「市町村は、社会福祉法人その他の団体に対して、身体上又は精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に老人家庭奉仕員を派遣してその日常生活上の世話を行わせることを委託することができる」とし、老人家庭奉仕員を「老人の家庭を訪問して老人の日常生活上の世話を行う者」と定めた。これにより、生活保護法の対象者に対する経済的救済だけでなく、加齢に起因する身体的、精神的なハンディキャップに応じた施策により、高齢者福祉の向上を図ることを国及び地方公共団体の責務とし〔大山正、1964〕、生活保護法の対象とはならないが低所得で他者の介護を必要とする高齢者を対象にした、我が国初の高齢者向けの在宅福祉サービスが制度化されたのである。これにより経済給付や施設収容だけでなく、在宅での生活を援助するサービスの必要性が初めて認められたことになる。そして老人家庭奉仕員という介護職を公的に誕生させ、常勤を基本として安定した賃金を支払うように義務付けた。もともと家庭奉仕員は開始当初、乳幼児や傷病者家庭も対象とし、母親や家族に対し家事全般を手伝うというボランティア的な性格を持っていたが、厚生省は、公的責任の原則から、常勤を基本とした(これは後に人材不足により、非常勤へと変更され、教育システムなど介護の質向上の面で遅れをとることになる)。この老人家庭奉仕員は、のちにホームヘルパー(現在は訪問介護員)と名称を変え、訪問介護サービスの主要戦力として発展をとげていく。

### 1-2-3. 特別養護老人ホーム設置に伴う寮母の「介護職員」への移行

施設における介護職は、家庭奉仕員とは別の形で発展していった。「老人福祉法」制定と前後して行われた1962(昭和37)年の養老施設調査では、当時の養老施設収容者のうち3割以上が何らかの医療を必要とする状態にあることが明らかになった。そのため、「老人福祉法」では病弱や寝たきりの高齢者に対して医療機能を持つ老人ホームの制度化や支援施策が強く求められることになった。当時の国会審議でも、厚生省は脆弱な高齢者のへの医学的管理を行う施設「看護老人ホーム」の新設を取り上げ、「老人専門の看護婦」の必要性について議論しており、この時点での「老人福祉法大綱」でも、「看護老人ホーム」の設置が示されていた。この「看護老人ホーム」は病弱な高齢者に対しての医療保障の必要性から想定されたものであり、ここでの介護は看護婦(当時)の業務である「療養上の世話」が想定され

ていたのではないかと[小笠原祐次, 1995]とされている。

しかし、この「看護老人ホーム」は、「老人福祉法」第14条第3項で「特別養護老人ホーム」に変更され、前案である「老人福祉法案要綱」では「医学的管理のもとに養護する施設」とされていたものを、単に「養護することを目的とする施設」に修正され、「医学的管理のもとに」は削除されている。その理由として、制度自体が医療と福祉の分化傾向にあったこと、福祉施設として設置する老人ホームに、医療分野である「看護」の名称はふさわしくないとの判断がくだされたこと、看護婦(原文ママ)の人材不足も深刻であったことなどから、医療機能をもたせることはできなかった[岡村重夫, 三浦文夫, 1972]。そのため老人福祉法では介護施設に医療機能を持たせず、介護にあたる者は、生活保護法による保護施設の職員として発展した「寮母」が担うことになり、介護職としての寮母が登場した。

それまでも経済的困窮や家族関係などの生活条件に何らかの困難があつて居宅で生活することができない者に対し、生活の場を提供する「施設処遇」があり、生活上の世話を行ってきたのは古くは「賄婦」であり、大正時代より「寮母」と呼ばれる者が処遇を行ってきた。従来、寮母は学生寮や社員寮などに入居している人々の世話をする者をさす言葉であつたが、福祉制度においても、生活保護法における保護施設(養老施設、救護施設、更生施設)で直接処遇<sup>注4</sup>にあたる職員として、寮母という名称がそのまま継承された。老人福祉法制定以降は、特別養護老人ホームなど社会福祉施設において直接処遇を行う職員のうち、主に介護業務を行う職員を「寮母」として称することになる。そのため、施設における介護職は長らく寮母という名称が使われていたが、介護保険法において「介護職員」に名称が変更された。

また、老人福祉法制定により、家庭内で行われてきた「介護」が施設という空間でも展開されていくことになり、施設も「収容の場から生活の場」[厚生省五十年史編集委員会, 1988]へと発展を遂げていくことになる。

#### 1-2-4. 家事援助<sup>注5</sup>中心から身体介護への業務拡大

1960年代から我が国の高齢化率が増加の一途をたどるが、それに伴い、長期臥床となっている高齢者数も増加した。1967(昭和42)年6月に東京都および長野県の社会福祉協議会が行ったねたきり老人実態調査では、「5年以上にわたる長期の寝たきりの高齢者は36%存在し、その半数は脳卒中である。医療機関にほとんどかかっていない高齢者が約40%存在している。介護を担っているのは48%が嫁」であることが明らかになった[長野県社会福祉協議会50年のあゆみ編纂委員会, 2003]。昭和39年版の『厚生白書』にも「男女とも全体の17%程度は、病弱、床につききりの状態にあり、(中略)そのうち約40%は脳卒中患者である」、「床につききりの老人の介護状況を見ると46.4%は全部人手をかりており、脳卒中患者について見るとさらにその割合は55.7%と増加する」[厚生省, 1964]とあり、高齢化に伴う「ねたきり老人対策事業」の必要性が述べられている。これらをふまえ、1969(昭和44)年に「ねたきり老人対策事業」が開始された。その事業の一環として、ねたきり状態にある高齢者に対し老人家庭奉仕員の派遣が実施されることになり、家庭奉仕員事業開始時に制定された「老人家庭奉仕事業運営要綱」(1962(昭和37)年)も「ねたきり老人家庭奉仕事業運営要綱」に改称された。派遣対象は「65歳以上で常に臥床している低所得者(その属する世帯の生計中心者が所得税を課されていないものをいう。)の者。日常生活に人手を要し、家族以外に介護されているか、又は家族が病弱などであるため介護が著しく困難であるもの」となった。派遣対象はまだ低所得世帯に限定されていたが、これにより「ねたきり老人」という身体的要因に焦点が当てられることになった。これにより家庭奉仕員事業は老人福祉法創設当初の被生活保護世帯対策から、在宅でねたきりの高齢者を介護する家族の

<sup>注4</sup> 社会福祉制度における処遇とは、行政が被処遇者に対して、その者の経済状態や健康状態を評価して、福祉サービスを決定することをさす。直接処遇では、対象者に適した世話を直接行うことも含まれる。

<sup>注5</sup> 家事援助: 現在(2021時点)の介護保険法では、家事援助から生活援助に名称が変更されている



介護支援対策として拡大していくことになる。また、家庭奉仕員の業務内容も、家事援助を中心にしたものから、「身の回りの世話」や「身体介護」に重点が置かれるようになる。

#### 1-2-5. 介護業務の多様化と身体介護への懸念

1970(昭和45)年、高齢者率が総人口の7%を占め、高齢化社会に突入、高齢者福祉問題がいよいよ深刻となってきた。1972(昭和47)年には有吉佐和子の『恍惚の人』がベストセラーとなり、在宅認知症高齢者の在宅介護が社会問題となった。経済成長とともに地方から都市部へと人口が流れることで核家族化が進み、女性の社会進出とあいまって、家庭内だけでは介護を担いきれない状況が明らかになってきたため、厚生省は、1971(昭和46)年に「社会福祉施設緊急整備五カ年計画」を策定し、介護施設の整備拡充に乗り出した。続いて、1972(昭和47)年に家庭奉仕員派遣を在宅福祉の中核的施策とするために、大幅な人員増加が図られた。勤務形態も原則常勤だけに止めず、非常勤にも拡大した。昭和47年版の『厚生白書』では、「老人家庭奉仕員の派遣は、在宅の老人に対する中核的な施策として重要な位置を占めるものであるので、今後ともその増員および処遇の改善を図りつつ、いつそう(原文ママ)充実を図る必要がある」としている[厚生省, 1972]。しかし、訪問医療や訪問看護、リハビリテーションなど在宅福祉サービスを担うべき様々な専門職種が制度的に整備されないまま、家庭奉仕員の増員のみが図られたため、家庭奉仕員が家事から身体介護まであらゆる生活支援を担うことになり、介護業務は多様化していくことになる。

しかし、特に医療知識のない無資格の家庭奉仕員に「身体介護」をまかせるかどうかの議論が持ち上がった。厚生省は、家庭奉仕員を「ねたきり老人家庭奉仕員事業」に組み込む際、新規採用者に対し新任研修を実施することを義務付けたため、1970(昭和45)年に家庭奉仕員の研修を目的に掲げた財団法人老人福祉研究会(現・一般財団法人長寿社会開発センター)が発足し、1971(昭和46)年には厚生省の後援のもと家庭奉仕員前項中央研修が開催される。しかし、その内容は家事援助を主としたものであり、身体介護の専門的知識には及ばず、専門職の養成とは言い難い状況であった[宮本教代, 2013]。

そのため1970年代初頭に、家庭奉仕員の業務をめぐって様々な案が検討されている。大阪市社会福祉協議会は、ホームヘルパー(家庭奉仕員)を家事のみを行うジュニア・ヘルパー、家事と軽度の介護を行うシニア・ヘルパー、看護と介護を行うホーム・ナース(これのみ看護師・保健師有資格者)に分類する改革案を提示した。大阪池田市でも、炊事と洗濯のみのサービスでは高齢者のニーズに対応できないとの考えから、1975(昭和50)年に医療ヘルパーを制度化している。医療ヘルパーは潜在看護師(有資格者で就職していない看護師)をあて、寝衣・オムツ・シーツの交換、清拭・洗髪・入浴の介助、床ずれの手当、血圧測定、医師との連絡、栄養指導、機能回復訓練、看護方法の指導などを行うもので、家庭奉仕員は、食事の世話、衣類の洗濯・補修、住居等の掃除・整理整頓、身の回りの世話、買い物、通院介助などを行うというものである。

このような議論は、もともと身体に触れる介護は、看護資格を持つものが行うべきという考えが根底にあり、無資格者である寮母や家庭奉仕員が、疾病を抱えている高齢者の身体介護を担うことへの懸念から生じたものであった[須加美明, 1996]。介護施設である特別養護老人ホームも、最初は「看護老人ホーム」として構想されたが、医療と介護の分離が原因となって実現されなかった。

しかし、実際には疾患を抱えている高齢者が多く、そういう高齢者ほど介護度が高いため、特別養護老人ホームは老人病院と同様の状態にあり、医療的ケアの必要性を訴える声も出ていた。家庭奉仕員からも、入浴や床ずれ手当など身体介護に対応できる知識・技術に関する研修実施の要望が出されるようになった。また、先に述べた大阪市社協のサービスを分類する改革案についても、はじめから家事サービスのみに限定することは、業務の実際に反するという批判もあった。要介護状態にある高齢者の援助には、家事援助だけでは不足があり、要介護状態に対応するための医療的援助が不可欠である。また、医療的援助には医学や看護学といった専門的知識が必要であり、そのための教育制度が整っている必要があった。



しかし、現場のニーズに対応した教育体制や医療者との連携が制度的に整備されないまま、人員確保を主眼とする施策が推し進められたため、介護教育の構築が遅れることとなった。さらに、水面下では雇用形態を非常勤化する動きがでてきたことで、家庭奉仕員の身分保障がゆらぐことになる。

こうした流れが、介護は家族が行うもの（それは“介護の素人でも行える程度のもの”という偏見も付随した）といった歴史的介護観、長らく救貧選別を主とした制度構造とあいまって、介護や介護に従事する者の社会的評価を向上させない原因となった。しかし、こうした議論を通じて、介護に従事する者たちが自ら家事や生活援助と心身のケアを一体でとらえ、生活を包括的に支援する視点を生み出した。それにより、介護が医療分野に属する看護とは別に、介護が生活に重要な「衣食住を通じて利用者の意欲と心身機能を高め、自立を支援するという固有のアプローチ」〔須加美明, 1996, 95〕を発展させていくことになり、そこに介護の専門性が打ち立てられるようになっていく。

#### 1-2-6. ホームヘルプ事業の展開に伴う業務の明確化と身体介護へのシフト

1980年代に入っても高齢化率は上昇の一途をたどり、要介護状態にある高齢者が増え続けた。膨れ上がった医療費に対応するべく、それまで無料としてきた老人医療が見直されるなど、利用者側の費用負担を求める方針が取られるようになった。それに合わせて福祉サービス全般でも、自助と負担を求める傾向へと変化していった。

家庭奉仕員制度においても、1982(昭和57)年の「家庭奉仕員派遣事業運営の改正点及び実施手続き等の留意事項について」で、①派遣回数、時間数を個々のケースに合わせて増加する、②臨時的介護ニーズへの対応として、臨時的な介護需要にも対応する、③低所得世帯だけでなく、所得課税世帯にも有料制度を導入し、派遣対象を拡大する、④非常勤の勤務形態を導入する、⑤家庭奉仕員の資質向上を目的として家庭奉仕員の採用時70時間研修制度を導入する、等の改正が加えられた。この改正によって、臨時的介護ニーズへの対応、有料化に伴うサービスの拡大が追加されることとなった。

さらに、要介護高齢者の増加に対応するため、常時の身体介護を要する家庭への派遣が追加され、「真に十分な介護に当たることができない家庭に対する派遣を重点」とする旨が記載された。これにより、家庭奉仕員が中心となって身体介護の需要に対応することが示され、従来提供されてきた「家事援助」だけでなく、「身体介護」も主な業務として明確化された。

また、1970年代から家庭奉仕員の増員が図られていたが、非常勤の家庭奉仕員の研修機会が十分でなかった〔宮本教代, 2013〕。今回の改正に伴う有料化による派遣世帯の拡大、臨時的介護ニーズに対応するには、人員だけでなく介護の質を確保する必要があり、そのための研修が導入されることになった。研修の内容としては、社会福祉一般（様々な福祉制度）、家政・調理一般（家事の合理的処理や栄養・食品衛生に関する知識）、被服・住居一般（被服の整理整頓や縫製、住居の維持に関する知識）に加えて、医学・介護一般（医学的知識、精神衛生、基礎介護と労働、安全に関する知識）や人間の理解（老人、身体障害者等の心理的特性と基本的接遇に関する知識）も含まれることになり、これら講義を30時間、介護技術や調理などの実技が10時間、介護施設や家庭奉仕員派遣世帯における実習30時間の計70時間を、家庭奉仕員採用時に行うことが義務付けられた〔全国社会福祉協議会・全国ホームヘルパー協議会, 1984〕。これらの実施主体は家庭奉仕員を採用する市町村であった。

さらに、1985(昭和60)年に「主任家庭奉仕員制度」が設置され、さらに1987(昭和62)年「家庭奉仕員講習会推進事業の実施」により、講義180時間、実技180時間の合計360時間におよぶ研修が実施された。このような流れが後押しとなり、家庭奉仕員の研修制度が確立していくこととなった。それにより、今までの家事援助中心の業務から、専門的知識と介護技術をもった身体介護サービスの提供に業務がシフトしていくことになる。

1989(平成元)年、「老人家庭奉仕員派遣事業実施要綱」が大幅に改定され、民間事業者に

業務委託を拡大し、条件を満たす民間事業にも委託が可能となった。また派遣要件が緩和され、以前は「その家族が老人の介護を行えないような状況にある場合」という条件を削除し、「老人又はその家族が老人の介護サービスを必要とする場合」に改められた。この緩和により、家族が介護を行う能力があったとしても、必要により希望すればサービスを利用できるようになったのである。これは、国が介護を社会問題としてとらえ、介護施策を従来の家族機能の補完的施策という認識から、要介護状態になった場合の生活保障としてとらえるになった〔上之園佳子, 2016〕ことを表している。また、サービス業務区分も明確化され、今までの「家事・介護に関すること」と「相談・助言」の2区分から、「身体介護に関すること」、「家事に関すること」、「相談・助言に関すること」の3区分に整理され、国庫補助基準も家事援助中心業務 131,250 円(月額)に対し、身体介護中心業務は 196,870 円(月額)とし、家庭奉仕員の専門性は身体介護技術にあるとはっきりと方向づけられた〔宮本教代, 2013〕。

#### 1-2-7. 研修制度による職業の階級化

家庭奉仕員の業務内容が身体介護にシフトしていく流れと同時に、介護専門職としての資格制度を望む声が多くあがるようになった。それを受けて、1987(昭和 62)年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定され、国家資格である「介護福祉士」が誕生した。それに伴い、翌 1988(昭和 63)年、専門学校等の養成施設による介護福祉士教育がスタートし、所定の要件を満たす者が国家試験を受けて資格をすることができるようになった。

この「介護福祉士」によって、在宅介護と施設介護という異なる要素を持つ「家庭奉仕員」と「寮母」が一体化され、「介護福祉士」という介護の専門職として位置づけられた国家資格として成立したことになる〔水上幸代, 2007〕。しかし、新たに介護福祉士という職業を創設したわけであって、それまで介護現場で働いてきた寮母や家庭奉仕員が介護福祉士に移行したわけではなく、人員確保の点から、介護福祉士とは別に、寮母や家庭奉仕員は継続されることとなった。そのため、介護現場では養成施設を卒業した介護福祉士国家資格を有する若者と、経験豊富な無資格のベテラン介護職員が混在するようになり、介護福祉士に対する戸惑いもあった〔花畑明美, 戸敷早苗, 2017〕ことも想像に難くない。

このように介護職をとりまく環境が大きく変化したことや、さらなる高齢社会への対応が求められるようになったことから、資格を持たない家庭奉仕員や寮母に対しても研修制度を強化し、それによって職業の階級化が図られるようになっていく。

1989(平成元)年 12 月、「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略(ゴールドプラン)」が策定され、21 世紀の高齢社会に対応するべく、在宅福祉サービスの充実や高齢者のための総合的な保健福祉対策が盛り込まれた。翌 1990(平成 2)年、福祉八法の改正が行われ、施設介護から、地域(在宅)で介護サービスを提供する方向に政策が転換された。ホームヘルプサービス(在宅介護)、デイサービス(通所介護)、ショートステイ(短期入所)が在宅三本柱として老人福祉法に定められ、加えて在宅介護支援センターも制度化し、在宅福祉サービスとしての基盤が固められていった。老人家庭奉仕員派遣事業の名称も「老人ホームヘルプサービス事業」に変更され、それに伴い、家庭奉仕員も「ホームヘルパー」に改称された。このことにより、在宅介護サービス自体が、従来の家事援助中心から身体介護中心に変わり、業務内容に対応した一定の資質を有するホームヘルパーの養成をはかることを目的とした段階的研修制度が創設された。この制度は、「ホームヘルパー養成研修事業の実施について」で通知され、研修時間によって 1 級、2 級、3 級の 3 課程と継続養成研修を合わせた計 4 課程にわかれ、一定の研修を修めた者として認定されることになった。また、この研修では、寝たきり老人などの身体介護業務にあたる場合は、2 級課程を受けていることが必要となった。それにより、ホームヘルパーとして働く場合、2 級課程研修を受けていることが要件となった。

その後、1994(平成 6)年 12 月、「新ゴールドプラン」が策定され、緊急的に行うべき高齢者介護サービス基盤の整備目標を引き上げ、サービス提供の担い手であるマンパワーの人

材確保と養成対策が急ピッチで進められることになる。これを受けて専門性の高い身体介護能力の獲得の観点からカリキュラムの見直しが行われ、翌1995(平成7)年3月「ホームヘルパー養成研修事業の実施について」によって、「ホームヘルパー養成研修事業要綱」が定められ、ホームヘルパー養成研修は新カリキュラムに改訂された。ここでは2級課程を「ホームヘルプサービス事業者の基本研修」、3級課程を「ホームヘルプサービス事業入門研修」とした。

家庭奉仕員も研修制度があったが、単に現場に出るのに必要な知識や技術を習得するという意味合いが強かった。しかしホームヘルパーの場合は、研修に1～3級というランクを付すことで階級化を図り、一定の研修を修めた者としての資格の意味合いを持たせた。この背景には、要介護高齢者の増加に伴い、身体介護に対する介護ニーズに対応する必要性が生じていたこと、24時間対応巡回ホームヘルプサービス、他職種とのチームケアなど、新しい形態に対応できるだけの知識と技術が求められるようになってきたことがあげられる。そのため、ホームヘルパーの量的拡大だけでなく、質的な充実が強く求められるようになってきた。しかし、非常勤化を進めたことによる不安定な身分保障<sup>注6</sup>や職場環境の悪さ、社会的評価の低さによって、思うほど人材が確保できなかった。

#### 1-2-8. 介護保険法による介護の社会化と消費サービスへの移行

1990年代の円高不況やバブル経済崩壊を背景に、少子・高齢化の著しい進展を考慮して、政府は高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略(ゴールドプラン)のサービス整備目標を一部見直し、1995(平成7)年度から目標値を引き上げた新ゴールドプランを改めて策定した。この新ゴールドプランでは、その基本理念に「全ての高齢者が心身の障害を持つ場合でも尊厳を保ち、自立して高齢期を過ごすことができる社会を実現していくため、高齢期最大の不安要因である介護について、介護サービスを必要とする人誰もが、自立に必要なサービスを身近に手に入れることのできる体制を構築する」[中央法規出版編集部, 2000, 195]とし、1)利用者本位・自立支援、2)普遍主義、3)総合的サービスの提供、4)地域主義を挙げた。高齢者を、福祉を受ける保護の客体や受身の存在としてとらえる視点ではなく、高齢者の尊厳と自立、利用者本位としての視点を強く打ち出したという点で、介護保険制度における自己決定の布石となりうる理念となった。

また当時の厚生大臣の諮問機関である「高齢社会福祉ビジョン懇談会」が1994(平成6)年に報告書として「21世紀福祉ビジョン」を提出した。この報告書では、従来、年金・医療重視型であった社会保障給付費を、福祉、特に介護重視型へと転換し、「従来の社会保障・社会福祉の枠組みを大幅に見直すもの」[川村匡由, 2000, 15]であった。この報告書のほか、1995(平成7)年社会保障制度審議会勧告で介護保険制度導入の提言が図られ、1996(平成8)年には介護保険大綱ができ、介護保険が制度として導入される基盤が整ってきたわけである。そしてついに1997(平成9)年に介護保険法が成立、2000(平成12)年4月介護保険法施行となる。

この介護保険制度は、従来の制度による不整合を解消し、介護負担を軽減し、介護が必要になっても住み慣れた地域で介護サービスを提供するために、国民が高齢者介護のために費用を分担し支えあうシステムとして創設された。創設の目的をまとめると、以下のとおりである。

- ① 「介護の社会化」を図り、老後の不安要因である介護を社会全体で支える
- ② 社会保険方式により、給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得るシステムとする
- ③ 利用者の選択により、保健、医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる仕組みとする
- ④ 介護を医療保険から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図り、社会保障構造改革の

<sup>注6</sup> 特に訪問介護員は非正社員の割合が高く、一ヶ月の実賃金も低い。

厚生労働省: 介護従事者の現状. <[https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1003-11f\\_0002.pdf](https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1003-11f_0002.pdf)> (2021/08/04 確認)

#### 第一歩とする

- ⑤ 可能な限り、居宅において自立した日常生活を営めるように配慮してサービスを提供する

①にもあるように、公的に介護保険を制度化することで、介護を社会の責任とする「介護の社会化」が実現したことになる。介護が社会化すれば、介護サービスを提供する介護業界も社会的責任を担うことになる。

さらに、介護保険制度は、従来の福祉制度に、財政的問題を解消すべく社会保険方式を導入し、その理念の中で自立支援と自己決定を基本理念にすえた。それまで申請から調査を経て、本人の状況が制度上適応となるかを審査し「行政処分」として通知する「措置制度」から、保険料を支払うことにより、介護が必要になった時介護サービスをうける権利を持ち、それゆえに本人のニーズに応じたサービスを選択・契約できる「選択制度」に変化させた。すなわち、行政の裁量でしぼる措置制度から、利用者のニーズに応じてサービスを受ける選択制度に変え、保険料による介護サービス受給という権利の発生へと転換させたわけである。これはこれまで受身で「お世話を受ける」という発想のもとにおかれてきた高齢者を、処遇によって制度に適用させる「制度本位」から、サービスの利用者として位置づけ、利用者主体とする「利用者本位」へ、その発想を大きく転換させた〔角田ますみ、2004〕。そういう点ではそれまでの福祉制度にない画期的な視点を持った制度でもあった。しかしそれと同時に、国民に保険料として応能負担<sup>注7</sup>を求め、サービス受給権利を発生させることで、消費者としての視点を持たせることになった。また、要介護者本人のニーズに応じたサービスを選択するためには、ある程度のサービスの選択肢の幅が必要となる。そのため、サービス提供者側である介護事業所と介護職は、消費者である被保険者の要求に応えられるだけのサービスの品質向上と量の拡大を図らざるを得ない状況となった。

こうした状況は、介護現場にとってプラスの側面ももたらした。民間業者による介護サービス事業拡大により就業チャンスが増え、バブル経済崩壊の影響もあって多くの者が介護業界に転職を図ったことで人員が増えたことである。そのため、階級化された訪問介護員養成課程（介護保険法により、ホームヘルプサービス事業は訪問介護事業に、ホームヘルパーは訪問介護員へと名称変更された）は従来の制度からそのまま引き継がれ、委託事業として養成研修を実施する民間事業者が一気に増えた。一方、人員増により粗製乱造の感も否めず、介護職の質も玉石混交となり、介護現場では介護職やサービス提供者による不適切な行為や質の悪いケアの提供、身体的・精神的虐待など様々な倫理的問題を含む事件の報道が相次いだ。

また、設立当初の介護保険制度が、家族の介護負担を支援するところに主眼をおいていたため、上昇の一途をたどる高齢化率と要介護者数に対応しきれないことも明らかになってきた。そのため、2005(平成17)年に、それまでの要介護者対応型システムから、予防重視型システムへの転換を図り、施設給付の見直しや地域密着型サービスなどの新たなサービス体系を打ち立てた。2008(平成20)年には当時最大の介護サービス企業の不正行為(コムスン問題)を受けて、介護サービス事業者の不正防止と適正化を図りサービスの質の確保をするための改正を行い、2011(平成23)年には、医療・介護サービスが切れ目なく一体的に提供されるように地域包括ケアシステムを取り入れ、医療と介護の連携を強化する改正を行った。これらの改正自体は意味があったが、介護現場にとっては改正のたびに様々な変更を余儀なくされて振り回される感も否めなかった。

#### 1-2-9. 介護職の資格改正と介護福祉士へのキャリアパスの明確化

介護保険法の改正を受けて、介護職の資格の扱いもたびたび変更されることとなった。2004(平成16)年、社会保障審議会介護保険部会は、「介護保険制度の見直しにおける意

<sup>注7</sup> 介護保険制度では被保険者の保険料負担額は一律ではなく、収入に応じた応能負担で、サービス利用の負担額はサービス利用に応じた定率の応益負担となっている。

見」で、介護サービスの質の確保・向上を図るために、「（介護職員の）任用資格は「介護福祉士」を基本とすべき」とし、これを前提にして、介護職員の研修も実務経験に応じた段階的な技術向上が図れるよう、体系的な見直しを進めていく必要がある〔社会保障審議会介護保険部会、2004〕とした。すなわち、介護職としての基本的な資格は介護福祉士であることが明示されたのである。

しかし、現状では人材確保の点からも2級資格が就業要件となっていたため、介護福祉士まで取得する者が多いとはいえない現状があった。そのため、介護福祉士に至るまでの段階的手段として、介護福祉士資格と1～3級資格の中間的存在として、2006(平成18)年に「介護職員基礎研修」が創設された。この研修は従来の1～3級資格の上位資格として位置づけられ、修了すると介護福祉士国家試験受験時にいくつかの科目が免除された。また、訪問介護事業所等においてケアプランの作成や訪問介護員に対する技術的指導などを行う「サービス提供責任者」に就くこともできるものだった。

その後も介護職の研修課程はたびたび見直され、2011(平成23)年の「今後の介護人材養成の在り方について（報告書）」では、訪問介護員養成研修(1級と2級)、介護職員基礎研修、介護福祉士など、様々な研修・資格が存在し、それらが連動していないこと、介護福祉士を取得した後のキャリアパスについても十分な仕組みがないことが指摘され、「介護人材のキャリアパスを簡素でわかりやすいものにする」とともに、生涯働き続けることができるという展望をもてるようにする」必要がある〔今後の介護人材養成の在り方に関する検討会、2011〕とした。それを受けて、2013(平成25)年に2級課程を「初任者研修」に、1級課程及び介護職員基礎研修課程を「介護職員実務者研修」へと一本化を図った(3級課程は廃止)。

さらに2018(平成30)年に、従来の家事援助中心型であった3級課程の代わりに、在宅で掃除、洗濯、調理など生活援助中心のサービスを行う「生活援助従事者研修」を加えた。そして、人材確保を目的に、介護に関心を持つ介護未経験者を対象とした、基本的な介護の知識・技術を身につけるための「入門的研修」も導入された。(図1-1)

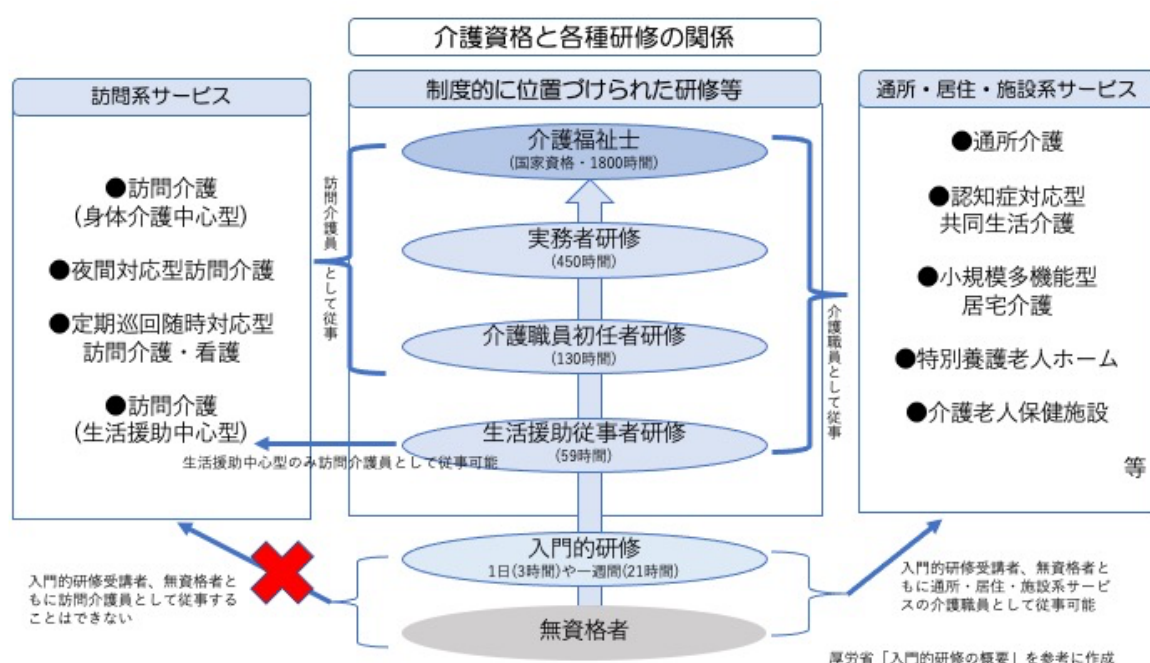


図1-1. 介護資格と各種研修の関係

これらの研修制度では、研修のルートを一本化し、在宅・福祉で働くうえで必要となる基本的知識と技術の修得からスタートして、段階的に介護福祉士の修得を目指す趣旨があっ

た〔宮本教代, 2013〕。そして最終的に介護福祉士を取得することによって、介護サービスの質向上、介護職の身分の安定化、社会的評価の向上、待遇や就業環境の改善を目指すという目的が政府にはあった。しかし、マンパワーの点で介護職をすべて介護福祉士資格保持者とすることはできず、介護福祉士とそれ以外の介護職が混在する（さらに介護職には研修を受けた者と受けていない者が混在している）状況を容認せざるを得なかった。

また、この研修制度では介護労働が階層化し、初任者研修修了の介護職は常に最下層から抜け出しにくいことも指摘され、さらに介護現場の現状として、女性労働者が多いという介護労働市場の特性から、家事と仕事の両立が難しく、上位資格を目指せない者が多いことや、訪問介護事業所などのように小規模の事業所では日々の業務に追われ、教育やキャリアアップに十分な時間をかけることが難しい〔宮本教代, 2013〕といった問題点もあり、現時点でも、キャリアパス実現のためには、介護職の研修機会確保への理解と支援が必要な状況にある。

### 第3節 介護専門職としての「介護福祉士」

#### 1-3-1. 「社会福祉士及び介護福祉士法」制定による「介護福祉士」の誕生

1980年代後半、高齢化社会の進展とともに、国民の福祉に対するニーズも多様化したことから、中長期的な社会福祉制度の見直しの声が高まった。その一環として、社会福祉に従事する者の資格制度について検討が加えられ、1987(昭和62)年3月、厚生省の附属機関である福祉関係三審議会合同企画分科会より「福祉関係者の資格制度について」が意見具申として厚生大臣に出された。ここでは、1) 急速な高齢化と国民の生活構造の変化により、多様化した福祉へのニーズに対応できるような福祉サービス供給体制の多様化やマンパワーの確保及び資質向上を図る必要があること、2) 資格制度がないがゆえに、諸外国と比して福祉専門家の養成が立ち遅れていること、3) サービス供給体制強化のための民間事業者参入に際し、サービスの質や倫理性の担保が必要であることを理由に、福祉関係者の資格制度導入の必要性を訴えている〔福祉関係三審議会合同企画分科会, 1987〕。

時期を同じくして、日本学術会議社会福祉・保障研究連絡委員会からも「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について」が意見具申として厚生大臣に出されている。ここでは、介護が家事労働の延長で非専門的な領域としてとらえられてきたこと、寮母や家庭奉仕員などの職種の雇用についても、その専門性を認めず、それぞれの施設や機関における自由裁量にまかせてきたため、量・質とも極めて不十分であったとし、「社会福祉に働く者としての倫理性や、みずからの役割意識、さらに社会福祉制度への理解を前提として、現在の家政学などの成果を十分に組み入れた家事援助、個々の高齢者の自立度や病状など個別の事態に対応できるような介護、さらに医療関係者とチームワークを組めるだけの教養を必要とする」とし、ケアワーカーの専門職化と教育体制の整備の必要性を訴えた〔日本学術会議社会福祉・保障研究連絡委員会, 1987〕。こうした意見が後押しとなって資格制度化が進み、1987(昭和62)年5月21日「社会福祉士及び介護福祉士法」が衆議院にて可決され、5月26日に公布された（法律第30号）。その第1章第2条の2において「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、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、排泄、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。）を業とする者をいう」として「介護福祉士」が国家資格として定められた。同法は、1988(昭和63)年4月1日に施行され、これによって介護の専門職である「介護福祉士」が誕生した。

#### 1-3-2. 介護を統合する資格としての「介護福祉士」と課題

2007(平成19)年12月に「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律につい

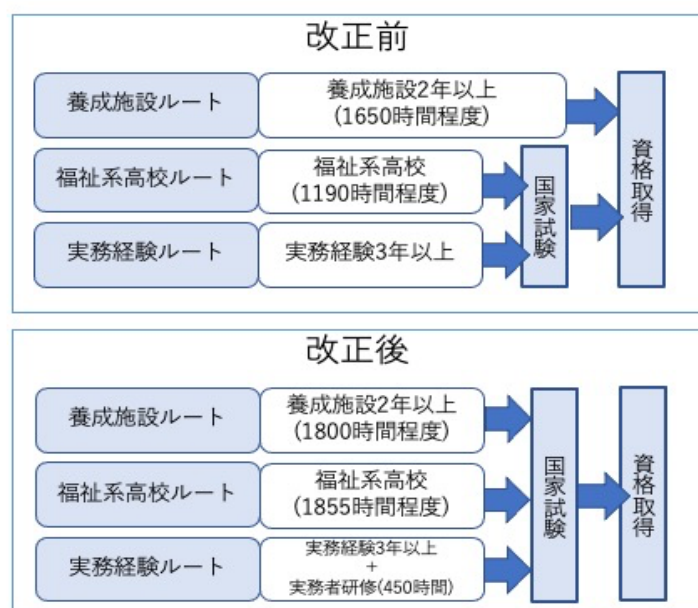


て」が可決され、介護福祉士の定義規定の見直し及び義務規定の見直し、介護福祉士の養成に係る制度の見直しがされた。定義規定の見直しでは、介護福祉士の行う介護業務を「入浴、排せつ、食事その他の介護」から「心身の状況に応じた介護」に変更され、単に日常生活動作群を支援する内容から、利用者の心身状況に応じて生活全体を支援する内容へと変わることになった。利用者の心身状況に応じた介護とは、介護福祉士の知識や技術を用いて、利用者の状態を考え、個々の生活に合った適切な援助を行うということであり、そこには専門職としての判断が求められているということになる。

また義務規定では、それまで表現されていなかった「個人の尊厳の保持」、「自立支援」、「認知症等の心身に応じた介護」、「他のサービス関係者との連携」、「資格取得後の自己研鑽」が追加されることになり、「個人の尊厳」という倫理に関わる文言が含まれるようになった。さらに、単なる生活援助ではなく、その人の状態や能力に応じて自立した日常生活が営めるように援助の目標を「自立」にすえることが明記された。

介護福祉士の養成制度の見直しでは、2つの大きな改正があった。一つは養成カリキュラムの改正である。この改正では、それまで単なる科目名扱いに過ぎなかった介護関連科目が大きな枠組の1つとして位置づけられた〔青木紀、2017〕。具体的には、基盤となる教養や倫理的態度の涵養に資する「人間と社会」、介護の基本や生活支援技術、介護過程などからなる「介護」、こころとからだの仕組みや認知症や障害などの理解など医学的な知識からなる「こころとからだのしくみ」の3領域(2011(平成23)年からは「医療的ケア」も追加され、計4領域となる)で、そこに「介護」が独立した扱いとして設置された。さらに「人間の尊厳と自立」という項目で「人間と社会」のなかに倫理教育が組み込まれることとなった。カリキュラム全体の時間数もそれまでの1650時間から1800時間へと増加した。

もう一つの大きな改正は、介護福祉士の国家試験一律義務化である。前節でも述べたように、介護福祉士の資格化以後も現場では介護福祉士とそれ以外の介護職が混在する状態が続いていた。国家資格である介護福祉士に限ってみても、養成校の養成課程修了者や福祉系高校卒業者は国家試験免除で資格取得が可能、養成課程は修了していないが3年以上の実務経験者がある者は資格取得に実務者研修及び国家試験を要するなど、様々な資格取得ルートがあった。それらを整理・統合し、介護職の統合として介護福祉士を位置づけ、介護福祉士を目指す者全員が一定の教育プロセスを経て、国家試験を一律的に受験するという形で、資格取得方法が統一されることになった。改正前後の資格取得ルートを図1-2に示す。



資格取得ルートを整理して作成

図1-2. 介護福祉士資格取得ルート

厚生労働省は、国家試験受験の一律義務化について、移行期間における配慮として、一定の経過措置(一定の要件を満たせば国家試験不合格であっても5年間限定で暫定的に国家資格を授与し、この期間内に国家試験に合格するか、5年間の現場勤務を行う等の条件を満たさないと資格喪失となる)を設け、2012(平成24)年から全面的に実施する予定を立てていたが、マンパワー不足が一層深刻化するとの指摘を受け、先送りとなった。その後複数回の先送りを経て、2026(令和8)年度から完全実施の予定となっている。この先送りの背景には、2011(平成23)年より導入された経済連携協定(EPA: Economic Partnership Agreement)に基づく外国人介護福祉士候補者<sup>注8</sup>(以下、EPA候補者)の増加がある。これは人材確保を目的とした外国人労働者を受け入れる政策に基づくもので、介護サービスの就労現場への外国人受入れには関係業界で賛否両論ある[塚田典子, 2010]ものの、受入れは進展してきている[加茂浩靖, 2019]。しかし日本語能力などのハンディから国家試験合格のハードルが高いため、予定通りに国家試験一律義務化を図れば人材確保が困難になる可能性がある。そのため、完全実施をたびたび先送りする事態となっている。

このように、介護福祉士の国家試験一律義務化は、介護福祉士を介護職の頂点に位置づけ、職業としての質の向上やキャリアパスの整備にとって意味があったといえる。しかし、人材確保という点で複数の異なる教育ルートを併存させなければならないという事情が、介護福祉士の教育を複雑にした。それと合わせて、現場では介護福祉士と、国家資格を持たない介護職の混在という状況もあり、介護現場におけるケアの質、そして介護福祉士の資格としての質や社会的評価の向上という課題があいかわらず残されることとなった。

### 1-3-3. 多様化する介護福祉士の業務

介護保険法の改正によって、養成カリキュラムの変更だけでなく、介護福祉士の役割も多様化し、業務範囲が拡大していくこととなった。2005(平成17)年介護保険法改正では、予防重視型システムへの転換による介護予防サービス<sup>注9</sup>の追加、要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるための地域密着型介護サービス<sup>注10</sup>の新たな創設が行われ、介護福祉士の業務内容が増加することとなった。また高齢者だけでなく、知的障害、精神障害などを含む障害者自立支援法での障害福祉サービスへの対応も求められるようになり、介護対象者の範囲も広まることになった。さらに、2011(平成23)年の改正では、「医療と介護の連携強化等」と称して、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型居宅介護<sup>注11</sup>と訪問看護を組み合わせる複合型サービスが創設された。また特筆すべき点として、「介護人材の確保とサービスの質の向上」を目的に、介護福祉士(一定の教育(研修)を受けた介護職員も含む)に、一定の要件<sup>注12</sup>のもとに喀痰吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部)と経

<sup>注8</sup> EPAに基づく外国人介護福祉士候補者:一定の要件を満たす外国人が日本の国家資格取得を条件として、一定の要件を満たす介護施設等の受け入れ施設において就労・研修することを特例的に認める制度。滞在期間は4年を上限としてEPA候補者が国家試験に合格すれば、継続して日本に滞在することができるものである。

<sup>注9</sup> 介護予防サービス:居宅要支援者に対し、介護予防を目的として提供される介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売をいう

<sup>注10</sup> 地域密着型介護サービス:高齢者が住み慣れた地域で生活が継続できるように市町村が指定・監査を行う介護サービスをいう。夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護がそれに該当するサービスである。また地域密着型サービス事業とは、地域密着型サービスを行う事業をいう。

<sup>注11</sup> 小規模多機能型居宅介護:利用者の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、居宅訪問、もしくは拠点に通所か短期間の宿泊により、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うものをいう

<sup>注12</sup> 一定の要件とは、対象者の日常生活を支える介護の一貫として必要とされる医行為のみを医師の指示の下に行うこと、喀痰吸引は安全性確保の観点から咽頭の手前までを限度とすること、経管栄養は胃瘻等の状態に問題がなくチューブが正確に挿入されていることを医師又は看護職員が行うこと、これらの医行為を行う介護福祉士は養成課程において実



管栄養(胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養)の実施を可能にした。これまでも介護と医療との業務区分の難しさが課題となってきたが、医療ニーズの高い利用者の生活援助に対応するためには、医療と介護の連携を強化し、介護に一部の医療行為を認める必要があった。そのため、それまで医療行為であった喀痰吸引と経管栄養が介護福祉士の業務に組み込まれることになった。それに応じて養成カリキュラムにも「医療的ケア」を行うことが必要となり、基本研修時間 50 時間及び演習や実施研修が追加されることになった。

それだけでなく、認知症高齢者の増加に伴い、より複雑で専門的な対応を必要とする認知症ケアへのニーズも増大している。本人の判断能力低下に伴い、コミュニケーションや医療・生活の様々な意思決定に問題が生じていることが多く、家族も含めてケアする必要がある。また、認知症対応型生活介護(グループホーム)やユニットケアなど要介護者の生活範囲の広がりによって、介護福祉士の業務範囲も拡大していくことになった。さらに、自宅や病院ではなく、介護施設入所の高齢者が増加し医療ニーズが増大しているため、看護との連携の強化、24 時間の連絡体制や看取りケアが必須の状況となってきた。2006(平成 18)年の介護報酬改定で、生活施設である介護福祉施設(特別養護老人ホーム：以下、特養)に対し、「重度化対応加算」と「看取り加算」が創設され、それまで看取りは主に医療現場で行われていたが、介護施設でも行われるようになった。さらに 2018(平成 30)年の介護報酬改定では「看取り介護加算」が創設され、特養に加えてグループホームや地域密着型施設を含む特定施設入居者生活介護の事業者も加算対象となった。そのため、介護福祉士は介護の専門職として介護予防から看取りまで幅広い専門的な対応をせまられることとなった。

この業務範囲の拡大は、ある意味、介護福祉士の役割に対する期待の高まりともいえる。看護師などの関連職種の事情にも影響されているとはいえ、業務範囲が拡大することで介護が活躍できる機会が増え、そこで成果が挙げられれば社会的評価の向上にもつながる。しかし、十分な人材確保がないまま現場での対応を迫られる介護福祉士にとっての負担は軽いものではない。特に看取り介護では、巡回、観察、記録、職員間の連携、家族への説明とサポート等に加え、医療的対応・急変時の対応、死後のケアの補助、家族へのグリーフケア等の様々な業務が追加となる。それに対応できるだけの人員配置がなされていると言い難く、看取り介護加算算定のための業務が介護職員の心身に負担を与える〔李徳熙, 2019〕という指摘もある。看取り介護によって通常よりも家族とのやりとりが増えることになるが、家族への説明に困難を感じることも多く、特養等での医療行為が限定されていることに家族が不満を抱いている場合などで家族への対応に負担を感じる職員も多い。医療職が不在となる夜間は、限られた人数での応急対応への不安を示す介護職も多く、医療的知識・技術の不足感と相まって、独り夜勤時に多大な不安・負担を抱えることになる。看護などの医療職と異なり、看取りに対する教育体制が整っておらず、核家族化によって個人的な看取りの経験もない介護職も多いため、看取りが死や死者に対する恐怖感や入所者の死亡に伴う悲しみなどの精神的負担〔孔英珠, 2017〕に戸惑う者も多い。

しかし、看取りを行った介護職員の約 7 割は、利用者の死を看取ったことに充実感を持っていた〔内田富美江, 守屋真希, 三宅恋子, 他, 2006〕という報告もあり、看取りによって「感謝と充実感」、「ケアワーカーとしての自信」、「ケアしケアされることへの感謝と職務に対する誇り」〔井上由起, 2014〕なども見いだされており、看取りから得られるものも大きいと思われる。さらに「利用者を「孤独にしない」、「共にいる」ということを介護職員は重視している」、「急変や状態の変化に気づくのは普段からの関わりによる」〔野村脩, 2018〕など、生活に密着して支援する介護職ならではの“強み”を看取りから見出しているところもあり、看取り介護を行うことで、介護の専門性が新たに広がっていく可能性もある。介護がこれらの業務に加えられるということは、それだけ、終末期にいる高齢者の生活にとって介護職が最も身近でなくてはならない存在であるともいえる。医療者の場合、診療報酬等の点で常に利用者の側にいられる時間が限られており、その部分を介護が担うことで利用者の生活に密着する存在となりうる。また前にも述べたが、終末期で治療の手立てが

なく医療にできることが限られてきた段階になっても、死ぬまで生活は続いていく。生活がうまく営めなくなると生きていくこと自体が非常に辛いものになるし、生活行為の一つひとつが安楽であれば終末期を穏やかに過ごすも可能になる。だからこそ、医療に限界がきても、生活を支える介護に終わりはない。利用者の生活に密着して、その起居動作の全てを支援する介護が果たす役割は非常に大きく、そこに介護の専門性と倫理の基盤となるものが存在していると思われる。

また、厚生労働省は2007(平成19)年に『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』を公表し、国レベルでの終末期医療に対する指針を示した。ここでは、終末期医療およびケアのあり方として、医療従事者が適切な情報提供や十分な説明を行い、それに基づいて患者と医療者が話し合い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要であるとした。また、患者の意思確認が可能な場合は、インフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とすること、意思確認が困難な場合は、可能であれば家族による患者の意思推定を行い、(意思推定できない場合も同様に)家族と医療者が十分に話し合い、患者にとって最善となる治療方針を検討すること、意思決定プロセスには多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームで関わることを、合意内容は文書にまとめておくことなどが挙げられた。そして2018(平成30)年、超高齢多死社会の進展により、地域包括ケアの構築が必要になること、欧米諸国でACPの考えを踏まえた研究や取り組みがでてきたことを踏まえ、先のガイドラインを『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』として改訂した。その解説編では、改訂の経緯として、近年諸外国で普及しつつあるアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: 以下、ACP)の概念を盛り込んだこと、医療や介護現場で普及させることを目的とした改訂であることを示し[厚生労働省, 2018]、病院での延命治療を想定した内容だけではなく、在宅医療や在宅介護の現場で活用できるような内容とした。ACPは「医療やケアが必要になった時に、どんな治療やケアを、誰から、どこで、どんな形で受けるのかを、家族や医療者等と共に話し合い、考えていくプロセス」[角田ますみ, 2021]をいう。このプロセスは利用者の生活にそって進むため、生活支援を通して最も利用者の近くにいる介護職は、ACPの話し合いを進めやすく、利用者の選好や意向を把握しやすい立場にある。そういう意味でも、介護福祉士を始めとする介護職が、生活支援という強みを活かして、介護だからこそできる役割を積み重ねていくことで、介護の専門性が築かれていくと考えられる。そのためには、介護職や現場の状況を集約・分析し、介護の役割に応じた養成カリキュラムと教育体制、継続的な支援のあり方を構築していく必要があるだろう。

#### 1-3-4. 介護の歴史的変遷が介護にもたらしたもの-生活支援にある専門性

最後に、歴史的変遷が介護にもたらしたものについて考えてみたい。介護は歴史的に「家制度」に基づきながら家族や親族の私的扶助を基本とし、これに該当しない家族・親族不在の者や生活困窮者には救済措置としての意味合いを強く持ってきた。この流れがもたらしたものは、まず、病や障害を抱えて介護が必要な状態であること自体が「穢れ」として忌みや哀れみの対象となったことである。中蔦によると、寝たきりや認知症をもたらし「老い」についても単なる厄介や不自由ということだけでなく、恥や嘲りの対象として、負の極致であると認識されていた。その「穢れ」は家という閉じられた空間と人間関係の中で処理されるべきものとして、外部には出さないものとなった。こうした身体観が、当時の医学的知識の不足とあいまって病や障害を抱えた者を「ケアを必要な者」としてではなく、「隠しておくべき者」、「厄介者」としての位置づけを長らく与えることとなった。そのため、この厄介者の世話としての「介護」が市民権を持ち得ず[中蔦洋, 2011]、常にその経済的評価ないし専門性の評価が低い位置に置かれることとなった[森川美絵, 2015]。

こうしたことと合わせて、介護の社会的評価に大きく影響を及ぼしたものが、介護の業務内容である。特に、家庭奉仕員制度による家事援助から始まったことによって、介護が社会的評価をなかなか得られなかったとする論考も多い。「業務の位置づけを主婦の無償労働の

職業化とすることが社会福祉従事者の低賃金を誘導」〔浦辺史, 1973, 81〕した、「主婦であれば誰にでもできるという従来の社会通念が在宅介護をになうホームヘルパーの社会的位置づけを低くしてきた」〔日本介護福祉学会設立準備委員会, 1993, 233〕といった指摘からも、家事を「主婦であれば誰でもできるもの」、「主婦の無償労働」としてとらえる家事そのものの社会的評価の低さが大きく影響したと考えられる。また、「家族のために無償で家事、育児、介護をするのが、「労働する身体(男性)」を支える「労働しない身体(女性)」としての主婦」という考え〔古村えり子, 2001, 96〕や、「介護労働が家事役割と結びついた女性、主婦といった行為者属性と結びついていること、すなわちジェンダーにもとづく偏見が介護労働に対する社会的・経済的評価を引き下げる変数になっている」〔森川美絵, 1999, 24-25〕など、従来、介護労働を女性が担ってきたことをふまえて、女性の社会的地位やジェンダー問題と結びつける指摘も非常に多い。

また、介護は、歴史的に見れば看護と源を同一にしていた〔井上千津子, 2007〕。看護という用語も最初は一般的な看病や介抱のように「怪我人や病人などの手当てや世話をするこ」〔上之園佳子, 2016, 95〕を意味していたが、看護は、医療技術の進歩に伴い高度に専門化した医学とともに、看護事業や看護教育を組織的に体制化してその専門性を高めていくことになった。一方、介護は古くから家族の私的扶養としてみなされ、戦後は主婦の家事労働の延長という見方が強かったことから、業務の専門性に対する理解がなかなか得られず、職業としての社会的認識や経済的評価の低さから抜け出せないでいた。しかし、医療技術の進歩によって看護師のマンパワーが不足し、重要な看護業務の一つである「療養上の世話」に手が回らなくなるという事態が生じた。それと同時に、要介護者の増加により、加齢に伴う生活障害への対応も増大していった。こうした流れを受けて、日常生活援助が、医療から切り離されて、介護という領域として創り出されていった〔井上千津子, 2007〕。

そのため、介護福祉士教育は、看護教育からの指導内容が多く取り入れられることになった。これは、要介護者のほとんどが治療を必要としている状況から、医学領域を多く含む看護ケアの視点が不可欠であったためである。従来のホームヘルパー課程のカリキュラムにも「在宅看護方法論」や「在宅看護の基礎知識」、「訪問看護同行訪問実習」など看護について学ぶ内容が含まれていた。介護保険法でも第1章総則(目的)第1条に「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」とされ、さらに第1章総則(介護保険)第2条2に「医療との連携に十分配慮して」(いずれも下線は筆者)とあげられており、特に日常生活のケアという点で知識や技術が重なる看護との連携は必須であり、看護学の持つ知識や技術は介護教育にとって生かされるべきものであった。

しかしながら、こうした両者の業務領域が混在化しつつ共有されているという関係〔青木紀, 2017〕は、両者にある種のヒエラルキーをもたらした。もともと看護師は医師と同じく業務独占資格<sup>注13</sup>であり、免許を持つ者のみが看護行為を行える資格である。一方、介護福祉士は名称独占資格<sup>注14</sup>であり、資格保持者はその名称を用いて業務をなすことができるが、業務の独占性はない。

また、介護現場では要介護者の特性からある程度の医療処置が必要な者が多く、介護職も処置に携わらざるを得ない状況にある。その場合、医療処置の責任は看護職にあり、介護職

注13 業務独占資格:日本の法令における国家資格分類において、資格を有する者でなければ携わることを禁じられている業務を、独占的に行うことができる資格をいう。医師や歯科医師、看護師、助産師など該当する。同じ医療系資格である保健師は、名称独占資格である。

注14 名称独占資格:日本の法令で、資格を有する者以外には、その資格の「呼称」使用が禁止されている資格をいう。業務独占資格には名称独占資格であるものも多く含まれるが、単に名称独占資格といった場合は業務の独占生がないものを指す。

は看護職の指示の下に行うことが義務付けられている。例えば、オムツ交換などの排泄の援助は介護職の業務だが、寝たきりの要介護者の場合は褥瘡(床ずれ)が生じていることも多い。褥瘡が軽微である場合は介護職でもガーゼ交換などの処置を行うことができるが、必ず看護職の指示の下で行われる必要がある。こうした場合、介護職が知識や技術を持っていたとしても、看護職の指示を受けざるを得ず、そこにはある種のヒエラルキーや職種間のパターンリズムが生じてしまう[坪井桂子, 西田真寿美, 成清美治, 2005]。また、看護も長いこと医師の指示の下という医療ヒエラルキーのなかにとりこまれてきた経緯があり、その延長線で介護を自分たちより下位の職業としてとらえている[野中ますみ, 2015]者も多かった。この職業的な優位性は意識的にも無意識的にも日々の業務に影響を及ぼし、介護福祉士が専門職としての自覚を持ちづらい状況を生み出した。そのため、いつまでも医療や看護の中から作り出された介護という位置づけではなく、介護は介護で独自の専門性を構築する必要があった。

それゆえ、療養生活だけでなく総合的な生活支援に介護の専門性を見出していこうとしたが、その身体介護も様々な偏見と無縁ではなかった。障害や機能低下によって身体的生活行為が困難になった人を援助するのが身体介護であるが、身体的生活行為とは、食事、排泄、衣服の着替え、装い、清潔保持、睡眠が含まれ、体位変換(体位を変えること)、移乗動作、歩行などの運動・移動動作を伴う[井上千津子, 2012]。この身体的生活行為は日常生活動作(Activities of Daily Living: 以下 ADL)ともいわれ、生活する上で毎日繰り返して行う基本的動作群[森山千賀子, 2012, 3]とされている。これらは生きていくのに欠かせない動作群であり、生理的欲求の充足や生命維持に直結する重要な動作であるが、基本的に自立して行えることが前提となっている。特に排泄や食事、移動は他者の手を借りずに自分で行えることを基本的な「自立」としてとらえる社会通念があり、それが正常であると考えられている。それに該当しない者、例えば高齢者や障害者などで ADL が障害されている場合は、正常ではない、もしくは健常でない者というラベルが付与されることになる。

そして、排泄や入浴・更衣は、身体を露出せざるを得ない生活行為であり、食事も介助を受ければ口腔内を晒すことになる。肌の露出を敬遠することや、「口を開けて笑わない」や「大口を開けない」といった言葉にも見られるように、必要以上に身体を他者にさらすことに抵抗を感じる文化があり、身体は、他者に見せるものではなく、包み隠すべきものとしてされてきた。そして排泄や入浴で排出される排泄物や身体の汚れ、食事による咀嚼物は不潔や不純であり、気持ち悪いもの、グロテスクなものとしてとらえられてきた[薄井明, 1986]。そのため、これらの行為は恥や穢れと結びつき、忌むものとして扱われることが多かった。

「老い」そのものにも偏見が強かったことは言うまでもない。老いた者は年長者、長寿、老成、智慧者として、家父長制の中で敬われ尊敬される存在であると同時に、その陰で、最も死に近い存在として怖れや忌避の対象でもあった。そして、加齢によるシミやシワ、白髪などの外見上の変化によって「老醜」といわれ、敬遠される傾向にあった。こうした外見だけでなく、認知症を発症すれば、症状による非合理的なふるまい(それはあくまでも健常者から見たものであるが)によって理解不能な存在として敬遠され、憐れみの対象にもなった。認知症は歴史的にも「痴呆」、「老癲狂」、「老人狂」などと呼ばれ、「路上を徘徊する瘋癲人は社会防衛上の見地から私宅に閉じ込め看護しなければならない」として私宅監置という形[新村拓, 2000]で家のなかに閉じ込め、表に出してはならない存在として長らく扱われてきた経緯がある。

また、「下の世話を受けるようになったらお終い」、「迷惑をかけたくない」など、被介護者側にも介護を受けることに対する抵抗や偏見も大きい。その背景には、介護負担だけでなく、他者に生活行為を頼る他律の状態や、そういう自分を見られたくないといった恥の感

情が存在する〔森朋子、湯浅龍彦、2006〕。いったん自律能力を獲得した成人が、老化や病によりその能力を失い、再び世話を必要とする時、自尊心の低下が引き起こされる。そのため、介護を受ける者にも、要介護状態になる身体状況を恥ととらえる考え方があり、介護を家族以外の他者に委ねることに抵抗を感じざるを得なくなる。

このように「老い」は身体機能の低下による単なる厄介や不自由ということだけでなく、時には恥ずべき者や嘲笑の対象として、また死に近い存在として、総じて負の思考で論じられていることが多かった〔中蔦洋、2011〕。この「老い」と排泄などの身体的生活行為の低下が結びつき、そのような身体に直接触れる介護行為そのものが穢れを扱うものとして社会的評価を受けなかったことは想像に難くない。さらに身体的生活行為はできて当たり前という価値観のもとでは、他者から介護を受けるということが非自立状態であり、成人として一人前ではない、基準を満たしていないということになり、介護を受ける者も社会的に評価されない状態という偏見の相互作用が生じてしまう。

では、介護は社会的評価の対象とならない仕事であったのかといえば、誰もがその考えを否定するであろう。歴史的な身体観や価値観によって最下層に位置づけられていたことは否めないが、介護は社会にとって非常に重要であり、ライフラインでもある。

介護とは何かをもう一度振り返ってみると、「生活行為を成立させる援助を通して、命を護り、生きる意欲を引き出し、生活を維持する」、「専門的な対人援助を基盤に、身体的・精神的・社会的に健康な生活の自立を図ることを目的として、生活の場面で行われるところの援助、具体的には『日常生活の動作・家事・健康管理・社会活動などの援助』」〔井上千津子、2012、3-4〕、「高齢者および障害児・者で日常生活を営むのに支障がある人々が、自立した生活を営み、自己実現が図れるように、対人援助、身体的・社会的・文化的生活援助、生活環境の整備等を専門的知識と技術を用いて行うところの包括的(総合的)日常生活援助」〔西村洋子、2005、110〕、「障害をもつ人々が、さまざまな人々との交流をはかりながらできるだけ自立した生活が快適に営めるように日常生活上の援助をすること」〔鎌田ケイ子、2007、27〕「生命の活性化を促すため、『生活』全面への支援が求められるものであり、しかも、それは人間としての生活のある面のあり方にとどまらず、また外面的な生活要素にとどまらず、内面からの力、生活力を支えるもの」〔一番ヶ瀬康子、2007、2〕など様々な定義があり、これらはすべて「生活支援」という点を目指している。

この介護が支える「生活」とは、広辞苑第7版によると、「生存して活動すること、生きながらえること」となっている。また、2003年版現代社会福祉辞典では、「人間が生きていくうえで行う諸活動の総体であるが、広義には、生物としての生命の維持、文化的な日常生活、その連鎖として一生・生涯という三層を含んで『生』の再生産の過程を示す」となっている。これらから、生活とは、「人間が生きるために行う諸活動の総体」であり、「単に生存ではなく文化的な営み」〔森山千賀子、2012、3〕も含まれる。これらの根底には、睡眠、排泄、呼吸、食欲、性欲など、個体や種の生存を維持するために生物が本来持っている基本的欲求、他者や社会との関わりを求める社会的欲求、学びや成長発達の機会を得て自分の可能性を最大限に追求しようとする文化的欲求があり、人はこれらを充足させるために日々生活行為を行っている。この生活行為は排泄なら排泄、食事なら食事という単体で働いているわけではなく、様々な生活行為が束ねられることで、その人らしい生活を維持することができる。つまり生活とは、生命の活性化の場であり、生活の主体者が人間らしく生きるための基本的欲求の充足過程〔井上千津子、2012〕であるといえる。

要介護者はこの過程を生活の主体者として充足することが難しい状況にあり、その部分を支えるのが介護である。例えば介護業務の中で、「誰でもできる」とされてきた家事援助は、「生命を活性化するための基本的な行為であり、快適な生活環境を整備する技術であり

(中略)その中核は家事機能の拡大である」〔田中由紀子，2016，102〕とされている。また、多くの要介護者が、様々な心身機能の低下に伴って、買い物、洗濯、掃除、整理整頓といった、生きていくのに欠かせない生活行為が障害されることをふまえると、こうした援助は「要介護者の生命と生活に直結する援助行為であり、快適な生活環境を作り上げる技術」〔田中由紀子，2016，102〕に基づくことになり、家事を通して生活空間を調整することで要介護者にとって「生きる上で快適な状態」を作り出すことになる。

そして、身体介護は排泄、入浴、食事などの身体的生活行為を支えるものであり、言うまでもなくこれらも生理的欲求の充足や生命維持に直結する。身体的生活行為ができなくなれば、快適な生活はもちろんのこと、生きていくことそのものができなくなる。身体的生活行為も家事による生活空間の調整も生きていくうえで必要不可欠であり、それが難しくなるのが要介護状態であるならば、身体介護も家事援助もその「生きていくのに欠かせないもの」を支援する生活支援である。医療のように治療はできないとしても、生活を支援することで生命の維持を支えることにもなる。この生活援助に介護の専門性を見出し、それを追求していくことがさらにその専門性を高めることになるのではないだろうか。

また、排泄や入浴などの身体的生活行為ができなくなることで、自立した生活が営めなくなること、そこに他者の援助が必要になることは、援助を受ける者にとって尊厳を傷つけられる可能性があり、様々な倫理的問題が生じる。身体的生活行為に直接関わる介護職はこれらの倫理的問題に深く関与することになる。在宅における家事援助も、居宅というプライベートな空間に入って行うため、普段は閉ざして表に出さない部分に触れることになる。介護職の言動や態度だけでなく、人の家という場に存在すること自体も倫理的問題を生じさせる原因となりうる。介護が専門性を見いだそうとしている「生活支援」が逆説的に倫理的問題を生むという可能性もある。そういう意味でも、介護が行う生活支援は非常に重要な意味をもつ。生活支援が介護の専門性を特徴づけるとすれば、介護における倫理的問題もこの生活支援に特徴が見いだせるのではないだろうか。

この点をふまえ、次章では介護福祉士の専門性から介護における倫理について検討する。

## 第2章 介護における倫理とは一介護の専門性から考える介護倫理

本章では、第3章以降を論じる前提として、介護における倫理、すなわち「介護倫理」とは何かを、第1章の介護の専門職化をふまえて介護の専門性から検討し、論考する。

「専門」とは、辞典類によると「特定の分野をもっぱら研究・担当すること。またその学科や事項など」（広辞苑）、「一つの方面をもっぱら研究したり、それに従事したりすること。また、その学問や職業」、「専門性」とは、「その性質、傾向を持っていることを表す」（大辞林）と定義されている。さらに専門的職業とは「長期の職業訓練を通じて習得した、学問的裏付けをもった技能の独占的行使を通じて社会に貢献することを第一義とする職業」（社会学小辞典）とされている。伝統的な専門職として挙げられるのが、医師、弁護士などであるが、これらの職種は国家資格において提供できる業務を独占的に行うことができる立場を保持している。つまり専門職とは、その業務の独占的行使を通してその専門性を示すものであり、独占的行使はその分野の知識・技術を修め、素人では容易にやり得ないものを、業務内容として提供するものといえる。

このような技能の独占的行使を通じて社会貢献を目指す専門職集団は、専門職に従事するものが専門家集団の一員として担う“社会的責任と義務”を示す倫理綱領を持つことが一般的〔中村裕子、2013〕とされるが、職種における専門性は、その職種の倫理性とかさなるところがあり、介護の専門性も倫理と強く結びついていると思われる。専門性はその職務内容に対する信頼に裏打ちされ、その信頼の根底には職種のもつ倫理性が深く関与しているためである。介護でいえば、起居動作などで利用者が身体を預けることができるのは介護職に対する信頼であり、それは、介護職が専門的知識と技術に基づいた正しい方法で、かつ尊厳を傷つけないように倫理的な配慮のもとに対応してくれるであろうという、介護の専門性に対する信頼でもある。そしてまた、第1章でも述べたように、介護の専門性を示す「生活支援」は、その行為の特性上、利用者の身体に触れる、身体をあらわにする、家庭という閉ざされた内部に入るといった、利用者の個人的な領域にまで踏み込まざるをえないところがある。それゆえ、援助そのものが、時として倫理的な問題を生じさせる可能性がある。そのため、この章では、まず第1節で介護倫理を考えるうえでの前提事項として、倫理とは何か、倫理に深く関わる尊厳や自尊心、自立、自律の概念について検討する。そして第2節で介護の専門性とそこから導き出される倫理について検討し、第3節で介護における倫理とは何かを論考する。

### 第1節 介護倫理を考えるうえでの前提事項

#### 2-1-1. 倫理とはなにか

医療や介護の現場では「倫理」という言葉をよく使うが、それが意味するところを明確に言語化するのは難しい。「倫理」という言葉によって表現されるものを感覚的に理解し、実情のように使っているのが本当のところであろう。

2002年版生命倫理事典によると、倫理は「それを逸脱すると人間社会の秩序を乱すことになる」として非難もしくは処罰され、また理想的に合致すると賞賛もしくは顕彰される根拠となる道理、また原則」とし、この「逸脱または合致」は「自由な行為の主体としての人間に限定的に関わる善悪」として「個々人の行動に関して禁止または推奨する基準」や「心がけや動機に関するもの」となっている。前者の「個々人の行動に関して禁止または推奨する基準」は外側から遵守を要求される基準、後者の「心がけや動機」は個人の内的な心のあり

方や基準を示すことになる。この定義から考えると、倫理は単一的なものではなく、外的なものと内的なものから構成されることになる。

また、「倫理」の「倫」という文字が仲間・人間・世間をさし、「理」はものごとの道筋や道理をさすことから、「人と人がかかわりあう場でのふさわしいふるまい方」や「仲間で守るべき秩序」〔赤林朗，2005，3〕、「人々の永年の経験が積み重なってできあがった人間集団の規律やルール」〔小寺聡，2014，3〕という意味合いを持ち、人々同士のつながり、すなわち何らかの関係性のなかで守るべき規律や規則をさすことになる。この関係性は人間が生活するうえで必要不可欠なものであり、関係性を持たずに生きていくことは実質不可能である。生活行為一つとっても、人は一人で生きていくことはできず、他者という存在が必要になる。自立して生活できる能力を持っていたとしても、他者が何らかの役割をもって自分の生活に関わってもらわないと、生活が維持できない。例えば、食事という生活行為も、食材を生産する者、それを流通に乗せる者や販売する者を必要とする。そういう意味でも、人はたとえ一人で暮らしていたとしても、さまざまな役割をおうことで互いを支え合うことになる。そして、役割によって、個人は社会や集団の関係性のなかに組み込まれることになる。その関係性のなかで、個人が自分の欲望と利益のためだけに行動すれば、様々な衝突や問題が生じる。ある者の利益が、別の者の損失となることもある。こうした事態を鑑み、規律や規則による何らかの基準を設けることでこうした衝突から生じる問題を緩和し、関係性に秩序を保とうとすることも社会や集団における「倫理」となる。

こうした基準のなかで最も強制力を発揮するものが法といえるが、法による処罰のような目に見えるものだけが行動を拘束するのではなく、ある集団における慣習や常識といったものも、私達の行動の基準として内的な強制力を発揮する。「世間の目を気にする」、「人から後ろ指をさされないようにする」などの言葉に代表されるような、集団が個人に対して強制する暗黙の了解のようなものも、人の行動や言動を制限する力を持つ。

さらに、個々人の内側にも、それぞれの行動や言動につながる何らかの基準を持っている。成澤は、倫理は、個人においても集団においても「自己規律」という特徴をもち、他者や集団といった外部からの強制ではなく、「自己の言動を自分自身で、あるいは集団のメンバーとしての言動を集団内部で規律する」としている〔成澤光，2019，8-9〕。この「自己規律」は、法律などの強制力をもってコントロールするものではなく、自らの生き方や行動の指針として自己の内部に持つもので、自分が良くないと考える行為がたとえ法律で罰せられることがないとしても、自分は自分の信条としてその行為はしないというような、いわば個人の価値観に基づくものも「倫理」となる。

また、「倫理」が形成される基盤には、前述した人と人との関係性と役割だけでなく、他者に向ける感情も関わってくる。森下は、倫理を「他者との関係を可能にするための、欲望と行動に向けられた拘束条件」とし、この拘束条件を、広義の意味で「法（ロー）」と「道徳（モラル）」にわけ、前者を社会の慣習や法律のような強制力を伴う外的規範、後者を他者と自分との感情的関わりにおいて、自己関係的に設けられた内的規範であるとしている〔森下直貴，2003，35-37〕。感情的関わりとは、かけがえのない「私」が、同様にかけがえのない「他者」に対し様々な情（好き・嫌い、共感する、大切に思うなど）をもって関わることをさし、この感情的関わりを基盤として、自分の持つ関係性のなかに設けられた拘束条件こそが、道徳であり、内的規範であるとしている。この内的規範は、個人が、様々な関係性や役割、他者に対する考え方や感情から作られる自己の基準やルールであり、その根底には本人の価値観が強く影響している。

こうした個人の内的規範は、ある社会（集団）が共有している、良い・悪い、正しい・間違いであるなどの善悪の判断基準に影響を受けて形成される。そして、この個人の内的規範



が蓄積され、個人が属する社会（集団）で吟味され、共有して持つべきであると判断されることで、善悪の基準が形成される。その基準にそって、強制力を用いて対処すべきであると判断されたことに対して外的規範が作られる。

これらから、「倫理」は、社会や集団という個人の外部から提示され何らかの拘束力をもつ外的規範と、個人の考え方や価値観による内部からの内的規範によって構成され、互いに影響し、補い合うといった相互・相補作用を持つ。外的規範は内的規範の集合によって形作られ、内的規範も外部との関係性の中で育まれ、外的規範に大きな影響を受けながら形作られる（図 2-1）。

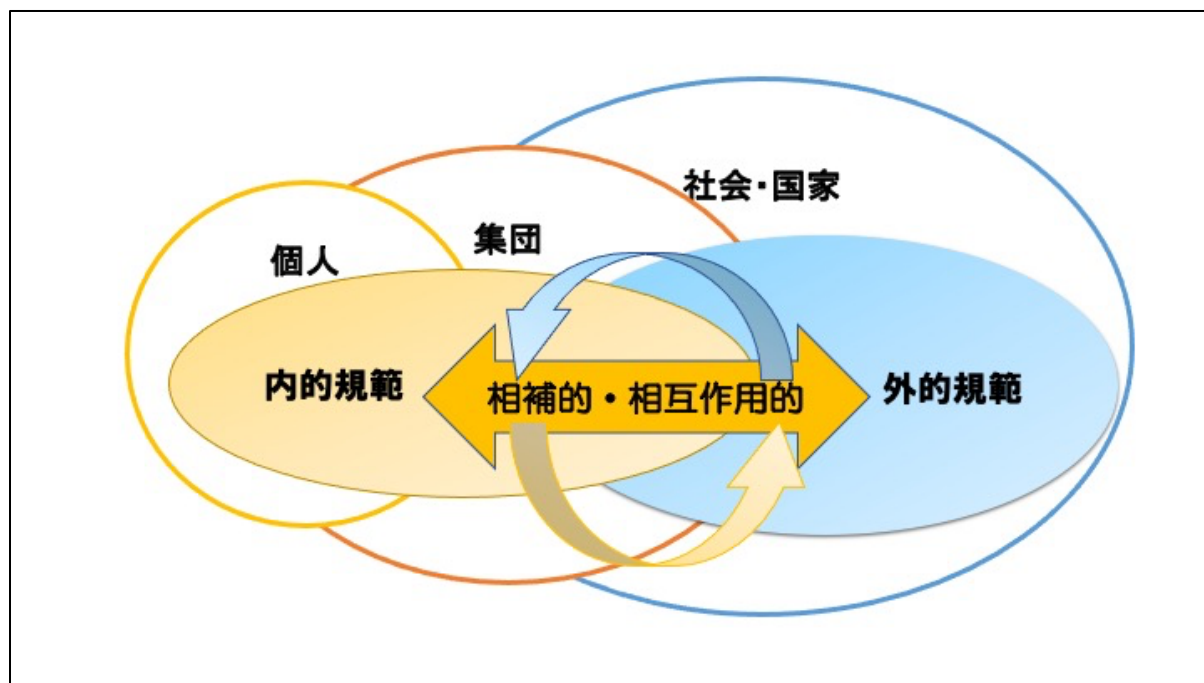


図 2-1. 倫理の構造

### 2-1-2. 倫理的問題とはなにか -よい眺めとしての「倫理」-

しかし、単に「倫理」＝規範と考えていいのだろうか。そもそも、なぜ私達はこのような規範を必要としているのだろうか。

「倫理」が規範を内包するのは、まず先に、その規範を持たざるをえない出来事や状況が生じる（もしくは生じることが予測される）ことから始まる。その出来事や状況に対して人々は様々な感情を抱く。その感情とは、出来事に対する困惑や危機感、怒りや悲しみ、不安や恐れ、出来事の渦中にいる者たちへの共感、同情、その状況をなんとか改善したい、渦中の人を助けたい、という気持ちなどが挙げられよう。その感情には、先の出来事や状況に対する違和感があり、生じているものを「問題」ととらえる心の動きが存在する。この心の動きの根底には、個人や集団の、物事に対する善悪の判断があり、その善悪を判断する「価値観」が存在する。これらが相互に機能して、出来事を、倫理的に「問題」とであるととらえる。それにある程度の枠組みを与え、多様な価値観の集まりである社会や集団に共通した基準で対応するために、内的／外的規範を作ることになる。これらの規範は「倫理的問題」に対する個人や集団の態度の現れともなる（図 2-2）。

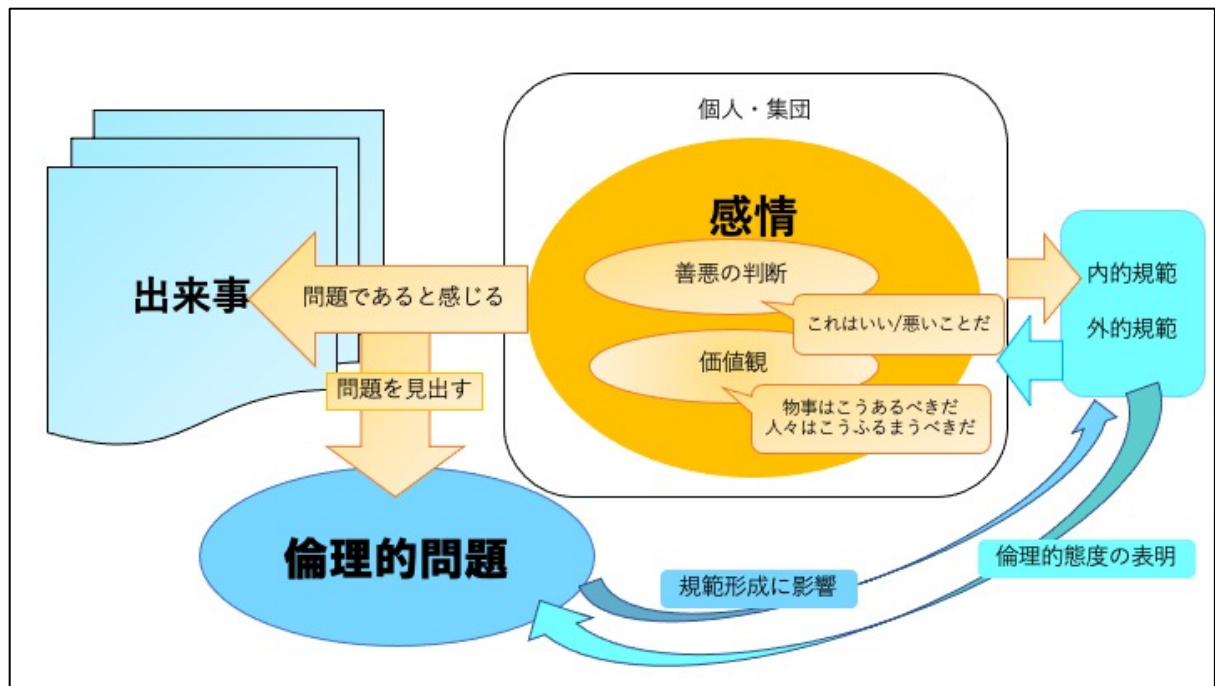


図 2-2. 倫理と倫理的問題の関係

もちろん、こうした規範の根拠となる善悪の判断や価値観をめぐって、それらは果たして正しいのか、善悪は本当に善もしくは悪といえるのか、そもそも善悪とは何かといった問いをたて、私たちが当たり前と思い込んでいる前提自体を議論する必要がある。しかし、ここでは、出来事に対し違和感を覚え、それが「倫理的問題」ではないかととらえる心の動きが存在することに焦点をあててみたい。

なぜ、人はある出来事や状況に対して「倫理的問題」だと感じるのだろうか。その根底となる感情（困惑や危機感、怒りや悲しみ、不安や恐れ、出来事の渦中にいる者たちへの共感、同情など）はどうして生じるのだろうか。

この問いについて、知覚心理学の「よい眺め」という概念をもちいて検討してみたい。心理学者の三浦は、ロバート・L・ソルソの大学生の紅茶カップの実験を引き合いに出して、人は、ある視点を「よい眺め（good view）」として知覚すると述べている〔三浦佳世，2016〕。ソルソが、大学生に紅茶カップと受け皿をイメージで描かせたところ、学生たちが描いた紅茶カップはみな非常に似ており、いずれも右側に取っ手、上部の飲み口が少し見える角度で、横から描くというものであった〔Solso, R. L., 1994＝1997〕。それが、人にとって事物（ここでは紅茶カップ）がもっとも効果的に見える構図、すなわち「よい眺め」となる。

三浦によると、人には、その事物の名前などを聞いた時に最初に思い浮かべる一般的視点（generic view）、あるいは標準的視点（canonical view）があり、物体を見る時に「その物体の表象が脳内に特定の角度から見た形で記述され」、「その角度からの眺めがプロトタイプとして保存」されている。そして、ある一定の角度からの眺めを「よい」と判断するには、その眺めに多く接した「経験」とその物体の形状や機能に関する「情報量」が関わってくる〔三浦佳世，2007，109〕。「経験」により、その物体のプロトタイプが頭の中に形成され、その物体の本質を表す「情報量」が多ければ多いほど、その物体を知覚しやすくなる。人は「紅茶カップ」とはこのような形状であるというプロトタイプがあり、それは単に紅茶カップの形状を指し示すだけではなく、紅茶カップらしさが最大限に表現されるような（紅茶カップらしさを表す情報が含まれた）角度からの形状を「よい眺め」と判断する。

つまり、人には事象や事物に対する視点のプロトタイプを持っており、それを通して事象や事物を知覚し、さらにはその良し悪しを判断している。それを「よい眺め」と判断すれ

ば、安心や納得を感じるが、逆に「わるい眺め」と判断した場合は、違和感を感じる。前述の三浦は、人は「情報統合の際に整合的な解釈を取れなかった場合、もしくは鑑賞者のもっているスキーマからの逸脱がある場合には、違和感や不思議な印象が喚起される」〔三浦佳世, 2003, 146〕としている。

これと同様のことが、出来事や状況に対する私たちの善悪の判断にも適用されているのではないだろうか。つまり、私たちの中には、それまでの経験や、社会や他者から聞いた言葉や映像から、表象としての善悪が、頭の中に鋳型として存在し、知覚した出来事をそれに当てはめて善悪を判断する。この善悪の判断によって、出来事が「よい眺め」であれば納得したり安心したりするが、「わるい眺め」であれば違和感を覚え、倫理的に問題であると考ええる。

では、倫理における「よい眺め」、「わるい眺め」とは何であろうか。人は、どういうことに対して倫理的に「よい眺め」、「わるい眺め」と感じるのでしょうか。この「眺め」を、事象や人々が「望ましい状態」にあるか、「望ましくない状態」にあるかに置き換えて考えてみたい。人は、「眺め」の時と同様に、眼差しの先にある対象（事象や事物、人など）が「望ましい」と思う状態にあると、安心し納得するが、「望ましくない」と思う状態にあると、違和感を感じる。

こうした「望ましい状態」、「望ましくない状態」を具体的に定義するのは難しい。というのも、これらには個人差があり、また「望ましい状態」というのは上限がないからである。人が考える「望ましい状態」にはその人の願望が反映され、願望にはキリがないところがある。ある「望ましい状態」が叶えられたとしても、その状態に慣れてしまえば、より上の「望ましい状態」を望むことになる。そのため、ここでは「望ましくない状態」とは何かという視点で検討してみたい。

「望ましくない状態」を考える時、一番に挙げられるものが「苦痛」ではないだろうか。病気や障害により身体的苦痛があると、人は日々を安楽に過ごすことができなくなる。苦痛の存在によりさまざまな神経系統やホルモン分泌系統が影響を受けるので、実際に痛みを発生させている患部以外の身体にも負担が生じる。そのような状態にあれば、精神的にも苦痛が生じ、それが社会的な関係や活動にも影響を及ぼし、社会的な苦痛にもつながる。

あるいは、社会的側面から「望ましくない状態」がもたらされている場合、例えば社会の中で適切な評価や扱いを受けていないことを本人が苦痛に感じている、もしくは集団や人間関係のなかで虐めなどの不当な扱いを受けている場合、それに伴う苦痛は身体や精神にも及び、日常生活がうまく機能しなくなるばかりか、時には自死という形で死をもたらすことさえある。このように、「望ましくない状態」は単に一側面ではなく、身体的、精神的、社会的側面において導き出されるもので、これらは互いに影響を及ぼす相互作用の関係にあり、ある側面に「苦痛」がもたらされると、他の側面にも伝播し、「のぞましくない状態」の悪循環が生じる。

では、この「望ましくない状態」というのは、それを体験している本人だけのものなのだろうか。もしそうであれば「苦痛」を感じない者、例えば意識がなく痛み刺激にも反応できず、自分の身体的、精神的、社会的状態が「苦痛」とであると判断できない状態にある者にとって「苦痛」は存在せず、「望ましくない状態」は生じないことになってしまう。

しかし、たとえ本人が「苦痛」を感じずにいたとしても、私たちは、他者の視点で、ある状態を「痛ましい」、すなわち「望ましくない状態」と感じるものがしばしばある。たとえば、治療の効果が期待できず、回復の見込みがない状態で、生物学的な生命を維持するためだけに行われる治療が延命治療として批判的となることがある。この批判の根底にはこのような状態での生かされる生命そのものの価値について否定的にとらえる見方がある。そもそもそうした見方自体が正しいのかという検討の必要があるが、ここではとにかく、こうし

た状態にある者に対する、他者からの「痛ましい」という感情、本人にとって「望ましくない状態」ではないかと案ずる感情があることに着目したい。この感情の奥には、この状態を本人は望んでいないのではないかという懸念や、本来その人がもっていたものをとおして実現したかもしれない生活や人生、ともに過ごすはずだった時間などに対する悲しみがある。

もちろん、本人が同じ感情を抱くかどうかはわからず、場合によっては、この他者の感情が、その者の価値観に基づく独りよがりなものとなる可能性は十分にある。しかし、臨床現場にいと、本人をめぐって家族や医療者、介護職などが同様の気持ちを抱き、悩むことが多くある。そこには共通する心配や悲しみといった感情、そして本人の置かれている状態を「望ましい／望ましくない状態」ととらえる眼差しがある。

つまり、人は、自分自身だけでなく、他者に対しても同様に「苦痛」を感じ、他者の置かれている状態を「望ましくない状態」と考える心の動きがある。よく、患者が病気で苦しんでいる時、家族は必死になって患者の肩を抱いたり、手足や患部をさすったりする。こうした行為は、他者の痛みをある程度自分のことのように感じ、なんとかそれを和らげようとするものであり、そこには、苦痛によって患者が置かれている「望ましくない状態」を心配し、対応しようとするものでもある。医療における「手当」は治療だけを指すのではなく、痛みを苦しむ患者の患部に手を当てるといふ、苦しむ者への配慮が含まれている。看護の「看」の字も、患者の身体や心に「手で触れて」「目でしっかり見る」という意味が込められている。苦痛に呻吟する人の身体に触れる、さするなどの行為は、他者の苦痛に対する共感と憐れみであり、人は自身の「苦痛」だけでなく、他者の「苦痛」も同様に感じ、「望ましくない状態」としてとらえ、その「苦痛」を緩和することで、何とか「望ましい状態」すなわち「よい眺め」に戻すことはできないかと思案する。

さらに、「望ましくない状態」ととらえる眼差しには、裏返せばそこに「望ましい状態」が存在する。「望ましくない状態」は、その人が考える「望ましい状態」があるからこそ、そこから逸脱している状態を「望ましくない」ととらえることができる。「望ましくない状態」が、身体的、精神的、社会的な苦痛がもたらされているとすれば、「望ましい状態」とは、そうした苦痛や制限がなく、その人がそのままに存在できていること、存在として本来持っているものが発揮されている状態といえる。これは、たとえ障害によって何か失われている状態だとしても、その持てるものの範囲で存在している限り、本来持っているものが最大限に発揮されているといえる。

そう考えると、「望ましい／望ましくない状態」すなわち「よい／わるい眺め」は、その状態を見る者の考えに大きく影響される。先の延命治療の例でも、たとえ医療によって生かされている状態としても、存在として本来持っているものを発揮している（治療によって生命力を維持している）のであるから「望ましい状態」であると考えられる者もいれば、本来なら死に向かうはずの生命が医療によって無理に生かされているとして「望ましくない状態」であると考えられる者もいる。そのため、この「よい／わるい眺め」の判断基準は、その人の経験や情報、価値観や願望によって左右される。「よい／わるい眺め」であると判断するためには、その事象に違和感を感じるだけの情報や知識、経験、判断の基準となる価値観や願望が関わってくるからである。また、各自がもつ「よい眺め」のイメージは多様であり、その個人のなかでも明確な形をとっていないことも多い。それゆえ、人は、倫理の内的規範や外的規範を必要とするのであろう。集団や社会という人間関係において、それぞれの「よい／わるい眺め」を基盤としながら、ともに生きていくためには、何らかの枠組みを必要とする。その枠組みが倫理であり、その枠組みから逸脱し、「望ましくない状態」すなわち「わるい眺め」が生じた時、人はそれを倫理的問題と考えるのではないだろうか。

### 2-1-3. 介護における「尊厳」

今まで、人が、倫理的問題をどのようにとらえるのか、「よい／わるい眺め」を用いて、論じてきた。ここではどのようなことが介護における「倫理的問題」となるのか、まず「尊厳」という言葉を用いて考えてみたい。

とはいえ、「尊厳」とは何かを定義することは非常に難しい。「尊厳」という言葉は、文字通り「尊く、厳かなるもの」であるが、その実態は曖昧で明確に掴みきれない。倫理的文脈だけでなく、様々な文脈で多用されるが、言葉そのものが強く感情に訴えかけるところがあり、時として議論を封じるような強い圧力をもつところがある。

しかし、厚生労働省が打ち出した「求められる介護福祉士像」〔2017〕にも「尊厳と自立を支えるケアを実践する」という項目が一番に挙げられており、日本介護福祉士会の倫理基準（行動規範）にも、「利用者本位、自立支援」の項目の最初に、「介護福祉士は、利用者をいかなる理由においても差別せず、人としての尊厳を大切にし（後略）」と明記されている。また、倫理教育のみならず、介護教育全般を語る際にも、「尊厳」という言葉が多用される。そのため、介護における「尊厳」という言葉の意味を検討することは、介護における倫理的問題に具体性を与えるのに役立つと思われる。

黒澤は「人間の尊厳とは、ある状況下における人間の状態像を前提としているわけではない。社会的地位が高いから、あるいは経済力があるから、などといった、いわば社会的な衣服をまとっているから尊厳があるのではない。そうではなく、この世界に存在しているそのことに人間の尊厳がある」〔黒澤貞夫, 2013, 5〕としている。この文脈では、社会的な肩書きや所有しているもの、すなわち地位財によって「尊厳」が付されるのではなく、非地位財である生命をもって「この世界に存在している」いること自体が「尊厳」である、ということになる。

一方、「尊厳を傷つけてはならない」や「尊厳を侵害してはならない」などという言葉をよく耳にする。「この世界に存在している」いること自体が「尊厳」であるにもかかわらず、「尊厳」は何かによって傷つけられたり侵害されたりすることになる。

世界人権宣言や児童権利宣言などをはじめとして、社会福祉に関わる宣言や条約のなかにも「尊厳」という言葉が多く登場する。また法律関係でも、社会福祉法の第3条に「福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし（後略）」とされ、介護保険法でも第1条に要介護者の「尊厳の保持」を明記している。介護福祉士養成課程のテキストをみても、「尊厳を支える」、「尊厳の保持」といった言葉が多用されている。これらから、「尊厳」は、意識して支えないといけないもの、保持できるように支援しなければいけないもの、すなわち傷つきやすいものであり、特に何らかの社会福祉サービスを必要としている者にとって「尊厳」は損なわれやすいもののよう読み取れる。そうでなければ、宣言や法律に盛り込んでまで周知させる必要はないからである。どうやら「尊厳」は「この世界に存在しているだけで持っている尊く、厳かなもの」でありながら、傷つきやすく損なわれやすいもののようでもある。

森岡は、尊厳について「人生の尊厳」と「身体の尊厳」の2層があるとしている〔森岡正博, 2015〕。この2層の尊厳は、介護における「尊厳」を考えるうえでも非常に示唆に富むので、見ていきたい。まず「人生の尊厳」とは、「いのちというあり方をした人間が『人生を生きる』という局面において生を全うすることができるために守られるべき尊いもの」のことであり、けっして破壊されてはならないようなかけがえのない大切なもののことである〔森岡正博, 2015, 4658〕とし、これは、「一人称の私だけ適用される概念ではなく、一人称の私と同じ構造の人生を生きているとみなすことのできる他人についてもまた、その『人生の尊厳』は守られなくてはならないのは当然である」〔森岡正博, 2015, 4820〕としてい

る。

森岡のいう「人生の尊厳」の重要なところは、それが本質的に「破壊不可能なもの」であり、「破壊されてはならないもの」でありながら、「破壊されうる可能性を持つ」ところである。森岡によれば、人は「自分の人生には『破壊不可能な尊厳がある』というありありとした『実感』をもってはじめて、自分の人生を前向きに切り開いて生きていくことができる」が、人生の途上でその「実感」が破壊されるような出来事に出会うことで、その者の「尊厳」は「『破壊可能なく人生の尊厳>』」となりうる。それを破壊するものは、他者からの暴力、虐待、内面の支配、社会からの抑圧、自らの自己否定やトラウマ体験などである〔森岡正博, 2015, 4790-4800〕。ここから、すべての者の内に存在し、侵しがたいはずの「人生の尊厳」は、他者や社会との関係、そして自らによって破壊される可能性がある。自分の「尊厳」が他者によって破壊されうるということは、自分も他者の尊厳を破壊する可能性を秘めているということになる。

そして「身体の尊厳」について、森岡は「いのちというあり方をした人間が『身体を生きる』という局面において生を全うすることができるために守られるべき尊いもののことであり、けっして破壊されてはならないようなかけがえのない大切なもののことである」〔森岡正博, 2015, 4832〕とし、さらに「人間の身体が外部からの侵襲にさらされておらず、『まるごと性』を保っており、単なる物体以上のものとして扱われることの尊さ」〔森岡正博, 2015, 4844〕と定義している。そして（１）人間の身体がまるごとのまま、全体性を保ったままで成長と死のプロセスを歩んでいくことそれ自体に内在するところの尊さ、（２）ある人間の身体が外部の人間の欲望によって完全に支配されるというようなことが起きていないときに実現している尊さ、（３）人間の身体がたとえ本来の機能を大きく失い、醜くなり、汚くなり、役立たずになったとしても、その身体が単なる物体以上のものとして扱われるときに実現する尊さ、健康な人間の身体が受けるべき敬意と同様の敬意をもって、その人間の身体が扱われるときに実現する尊さの３点を挙げている。

森岡のいう「まるごと性」とは、「人間の身体が単なるバラバラの臓器の集まりではなく、それらが相互に関連しながら一つの自律的な統合体を形成しており、その統合性のもとで成長し、死へと向かっていくというふうに編み上げられているときの、その身体のあり方」〔森岡正博, 2015, 3955〕のことである。森岡は、脳死の子どもを例に、その者がもつ「まるごと性」を、外部である他者がその欲望による侵襲で奪ってはならないとしている。なぜなら脳死の子どもの身体が自発的に成長する能力を有しており、その能力を開花させている者は、決して他者のための単なる道具としてはならない存在であり、「まるごと成長しまるごと死んでいく自然の権利」（まるごと権）〔森岡正博, 2015, 3872〕を有しているからである。それゆえ、臓器移植などでそれを利用しようとする他者の欲望から「まるごとのかたち the form of wholeness」〔森岡正博, 2015, 3858〕で守られなければならない。これは障害により、身体の一部や機能が欠損したとしても、欠損した状態で一つの自律的な統合性を保持して成長し死んでいくので、あらたな「まるごと性」を形成するとしている。そして、外部の侵襲に対して、当該の者が事前に何らかの意思表示をしている場合、「まるごと権」は「本人の意思」によって上書きされる。

森岡のいう「まるごと性」は、先の黒澤の「この世界に存在しているそのこと自体が尊厳」をより具体的に表現したものとして納得がいく。人は「まるごと性」のもつ自発的に成長し死んでいく生命力としての揺るぎない「尊厳」を持っている。それは、たとえ判断能力を完全に失い、全介助の状態で生きている要介護者においても同様である。そのような状態にあっても、要介護者の髪や爪は伸び、皮膚は新陳代謝をはかって落屑する。それは、まさに「まるごと成長し、まるごと死んでいく存在」である。そして、要介護者には高齢者が多



いことを考えると、それまでの長い人生で表明された事前の意思によって、その「まると権」は、その人に応じて書き換えられ、さまざまな形をとっている。それを尊重することもその人の「尊厳」を守ることになり、尊重しなければ、「尊厳」は傷つけられることになる。なぜなら、本人が書き換えた「まると権」を尊重しないということは、本人が意思したものではない人生を生きて死にゆくことになり、「まると」ではなくなるからである。これは、森岡のいう「人生の尊厳」と「身体の尊厳」の両方に関わることでもある。要介護者の場合、終末期の治療をどこまで行うのかを決定するのは、「人生」と「身体」の両方にかかわる決定だからである。しかし、要介護者の多くは認知機能の低下を抱えており、「まると権」を書き換えることが難しい。それゆえ、本人や家族、医療者や介護職は判断をめぐって思い悩むのであろう。

介護現場は、「人生の尊厳」と「身体の尊厳」の双方と出会い、常にそれらが突きつけられる場でもある。なぜなら介護の対象である高齢者は、これまでの人生における総決算の時期にいる。そして、心身機能の低下により介護を必要としており、「人生の尊厳」と「身体の尊厳」を介護職に預けなくてはいけないところがある。

特に、介護における「身体の尊厳」は、ある意味、破壊されやすい状況にある。なぜなら、他者による生活援助が必要であるということは、自分の日常生活に他者の都合や感情が入り込むことになり、援助する他者の有り様に大きく影響を受けるからである。倫理観の乏しい介護職であれば、容易に「身体の尊厳」を破壊し、それによって「人生の尊厳」までも破壊してしまう可能性がある。業務の多忙さから援助における手技や手間をちょっと端折るだけでも「身体の尊厳」を侵害する。不注意な食事介助は、要介護者を誤嚥させ、肺炎を引き起こすことになる。排泄援助でも陰部の保清をいい加減にやれば、尿路感染症につながる。これらによって要介護者は病に臥し、容易に死に至る可能性を秘めており、「人生の尊厳」を侵害する。たとえ疾患につながらないまでも、いいかげんな手技での食事介助や排泄介助は、それを受ける要介護者の心を傷つけ、要介護者のなかにある「私はここに存在している、生きていていい」という生命の価値や存在意義をも傷つける可能性がある。そのような「いい加減な扱いを受ける自分自身」を肯定することは困難であろう。しかも、排泄や食事という行為を他者に援助されることを心底喜ぶ者はいない。心身の機能低下により、それらの生活行為が負担だから援助を受けるのであって（負担が軽減されることで喜ぶということはある）、通常なら喜びとはならない。介護職は、「尊厳の保持」を支える者でありながら、常に要介護者の「人生の尊厳」と「身体の尊厳」を破壊する可能性を秘めている。

これらのことから、「尊厳」とは、「生命を生きる人間のそのままの存在自体に内在し、それは、人生を生きる存在としての尊厳と、具体的な身体をもちながら生きる存在としての尊厳があり、これらは決して傷つけられたり破壊されたりしてはならないもの」と定義したい。

しかし、「尊厳」は、決して傷つけられたり破壊されたりしてはならないものであるにも関わらず、他者との関係性、もしくは自己（自分が自分をどうとらえるか）との関係性のなかで傷つけられる可能性を持つものでもある。それは意図的な行為によるものだけでなく、さまざまな状況によって本人の尊厳が傷つき、ジレンマに陥っている状態も含まれる。たとえば、事前に「延命治療は嫌だからやめてくれ」と意思表示していた者が判断能力を失い、その後に胃ろう造設が医学的適応となった場合、家族は、胃ろう造設が、本人のいう「延命治療」にあたるのか、もしそうであれば、胃ろう造設は本人の意思に反するのではないか、しかし胃ろう造設によってまだ生きられる生命にそれをしないことがいいことなのか、などと悩むことになる。これはどれが本人の「尊厳」を守ることになるのか、判断が難しいからである。このような場合も、他者が本人の「尊厳」に関わる何らかの「決定」を下さなければ

ばならないという点で、「尊厳」をめぐる関係性が生じている。

こうしたことをふまえると、「尊厳」は「倫理的問題」に非常に深く関わってくる。倫理的問題とは、「生命を生きる人間のそのままの存在自体に内在する人生と身体における尊厳を傷つける行為、もしくは尊厳が傷つけられる可能性がある状態」といえよう。それは、先に述べたとおり、他者の行為が意図的に誰かの尊厳を傷つけることのみを指すのではなく、さまざまな状況から本人の尊厳を守ることができない状態（どうしたら守れるのかわからない、何が守ることになるのかわからない状態）に陥っていることも含む。

これらから、「尊厳」は、他者との関係性、もしくは自己との関係性において守られることにもなる。人の「尊厳」を守るのも人であり、それは他者もしくは自己との関係性のなかで行われる。つまり「尊厳」を傷つけるのも「他者もしくは自己との関係性」であれば、それを守るのも「他者もしくは自己との関係性」においてであり、これらは互いに影響し合うことになる。それゆえ、私たちは「倫理」とそこから導き出される「倫理的問題」について理解し、「尊厳」を守ることはどういうことなのかを熟慮し、守るよう行動しなければならない。

安藤は、「尊厳」が「神聖さ」に比べて法律の文脈でよく使われることについて、「そこに単に『与えられたもの』というよりは『私たちが実現していかなければならないもの』という含みが込められているからではないだろうか」とし、「本当は人と人とのその都度の出会いにおいて、尊厳が実現されたり、可能性のままにとどまったりする、といった方が正確なのではないだろうか」と述べている〔安藤泰至, 2001, 21〕。この意見は、関係性のなかで傷ついたり守られたりする「尊厳」の本質を言い当てているように思える。そこに絶対的に存在し、それゆえに尊く侵しがたいものと信じている「尊厳」は、実は、人と人との関係において見いだされ、時には可能性のまま見いだされずにいるものであり、それゆえ、私たちは自分、そして他者との関係のなかで「尊厳」を実現していかなければならないのであろう。だからこそ、私たちは内的／外的規範を必要とする。そういう意味でも、「関係性」から成り立つ介護（関わりという「関係性」を持たなければ介護は成立しない）は「尊厳」に対して直接的に関わり、「尊厳」を傷つけることも可能であるが、守ることも可能である。それゆえ、介護職は、要介護者の「尊厳」を守るために、介護という「要介護者との出会い」のたびに、その「尊厳」を見出していかなければならない。

#### 2-1-4. 介護における「尊厳」と「自尊心」

また、「尊厳」は「自尊心」と強く結びついている。ビルンバッハーは、どのようなときに「尊厳」を侵害されるのかについて、誰かが、（１）他者をひどく貶めたり物笑いの種にしたりするとき、（２）他者から行為の自由や決定の自由を奪うとき、（３）いわれのない苦境に置かれている他者からの援助の求めを拒絶するとき、（４）身体的および精神的苦痛の状態に他者をわざと長く晒すとき、（５）他者をその承諾なしに無関係な目的のための完全な道具として扱い傷つけるとき、の５つを挙げている〔ディーター・ビルンバッハー, 2004=2017〕。これらには「自尊心」が深く関わっている。

まず「自尊心」とは何かであるが、看護大辞典第二版が具体的に表現しているのでみてみたい。ここでは「自尊心」を「人が、自分自身がもっていると考えている価値と能力の感覚・感情。自己に対する評価感情で、自分自身を基本的に価値あるものとする感覚。また、他人の干渉を排除しようとする心理・態度」となっている。ここから「自尊心」は、まず、自分自身がもっていると考えている価値と能力であり、それに基づいて自分自身には価値があると自己評価する感情である。そして、価値があると感じる自分に対して他人からの不要な干渉を拒否したいという、いわばプライドと呼ばれるようなものも指す。



この自尊心の根底をなす「価値」とは、社会において、具体的に役立つ能力、役割、地位や所有などによって付与されるところがあるが、たとえ具体的に役立つものでなくても、生きているということ自体が「価値」であるとも考えることもできる。自分を「価値」のない人間と考える者はいるかもしれないが、本当に「価値」のない人間であることを望むものはいないであろう。また、人は他者から、自分は「価値」はあるといわれれば喜ぶし、自分の「価値」をないものとされることに怒りや悲しみを覚える。人は心のどこかで、自分は「価値」のある人間であるはずといたいのではないだろうか。そういう意味で、この「価値」は、もちろん他者との関係性に影響を受けつつも、自分が自分自身に付与するものでもある。それゆえ「自尊心」はすべての人がもちうる「自分という存在を尊ぶ感情」といえるだろう。

しかし、よく「自尊心が高い／低い」といった表現がされることを鑑みると、「自尊心」は状況に応じて高くなったり、低くなったりするものでもある。では、どういう時に「自尊心」は変動するのか。仁平の訳による Rosenberg と Coopersmith の「自尊心 (Self-esteem)」の定義がわかりやすいのでみてみたい [仁平義明, 2015]。まず Rosenberg は「自尊心は、対象としての自分自身に対する肯定的あるいは否定的な態度を意味している。(中略) 自尊心が高いというのは、その人が自分自身に敬意を持っていること、自分には何らかの意味で価値があると思っていることである。(中略) 自尊心が低いというのは、その人が自分自身に対する敬意を持っていないこと、自分には何の価値もない、無力な、あるいは自分を人間として重大な欠陥があると考えたことを意味している」としている。そして Coopersmith は「自尊心とは、人が自分自身について下し、持ち続ける評価のことである。それは是認あるいは否認の態度というかたちをとり、その人が自分は何かができる、何らかの意味を持った、何かに成功する、何らかの価値を持った存在であると信じる程度を示している。要するに、自尊心は人が自分自身に対して持つ態度にあらわれる、尊敬に値するという判断である」としている。

これらの定義から、「自尊心」とは、「自分自身に対する肯定的あるいは否定的な態度」もしくは「是認や否認という態度で自分自身に下したり持ち続けたりしている評価」であり、自尊心の「高い／低い」という変動は、この「態度」や「評価」のなかで自分の「価値」をどのようにとらえるのかに関わってくる。この価値は、一面的ではなく、身体的、精神的、社会的な側面がある。身体的に不健康で日常生活に支障があれば、その苦痛から、その人にとって自分の「価値」は下がる。これだけの苦痛に耐えて生きる「価値」を見出すことが困難になるからである。たとえ身体に問題がなくとも、精神的にも追い詰められるような状況にあれば同様に自分の「価値」は下がる。精神的な不調もまた苦痛に耐えて生きる「価値」を見出すことが困難である。社会的な不調とは、人間関係や社会におけるさまざまな出来事から自分をどう評価するのかということに関わってくる。他者や社会との関係において、Coopersmith が述べたように「自分は何かができる、何らかの意味を持った、何かに成功する、何らかの価値を持った存在であると信じる」ことができれば「価値」は上がるが、それに失敗すれば下がり、Rosenberg のいう「自分自身に対する敬意」を持ち得ず、「自分には何の価値もない、無力な、あるいは自分を人間として重大な欠陥があると考えたこと」になる。このように「自尊心」は、自己、そして他者や社会との関係に影響を受け、自分を、自己の内部、あるいは他者や社会との関係でどのような「価値」があるかとらえるのかによって変動する。

介護場面でも、よく「利用者の自尊心を傷つけてはならない」、「自尊心を保てるケアを心がける」のように、「自尊心」は介護をするうえで非常に重要なキーワードである。冒頭に述べたビルンバッハーの5つの状況に立ち戻って介護場面を想定すると、これらすべてが

「自尊心」を低下させる状況であることがわかる。これらを利用者の立場におきかえてみると（１）他者（介護職）からひどく貶めたり物笑いの種にされる（２）他者（介護職）によって行為の自由や決定の自由を奪われる、（３）いわれのない苦境に置かれて他者（介護職）の援助を求めたのに拒絶される、（４）身体的および精神的苦痛の状態にわざと長く晒される、（５）承諾なしに無関係な目的のための完全な道具として扱い傷つけられる、となる。

（１）介護職からひどく貶めたり物笑いの種にされる場面として、介護職が利用者に対して「あだ名」で呼ぶ、便を失禁した時に「こんなに多量に出して」と笑う、車椅子移乗の時に「本当、重いよね、介護する方の身になってほしいわ」と愚痴るとようなものから、意識せずにやってしまう「物笑いの種」として、お誕生日や季節のイベント時に利用者に仮装させて冗談をいうというのものもある。林田は、クリスマスや誕生会で用いられるパーティーグッズである「鼻めがね」を利用者にかけさせて「似合ってる～」などと言って手を叩いたり、笑ったりする行為もたとえ「悪気はなくとも、不適切な行為である」とし、それを「鼻めがねの暴力」という言葉で表現している〔林田俊弘、2017〕。この「鼻めがねの暴力」の悪いところは、介護職が「悪気はなく、むしろ楽しませようとしたつもり」でいるところである。楽しませているつもりが、鼻めがねをかけさせられている本人にとっては侮辱以外の何ものでもないということもしばしばある。

（２）介護職によって行為の自由や決定の自由を奪われるとは、介護現場にある３つのロックの例が該当するだろう。ロックとは lock、すなわち人を動けないようにすることであり、スピーチロック、ドラックロック、フィジカルロックがそれに該当する。これらはすべて本人の意思を確認したり尊重したりせず行われる。スピーチロックはきつい言葉や強制的な言葉によって行動を制限すること、ドラックロックは不必要に鎮静剤などの薬剤を使用し行動を制限すること、フィジカルロックは抑制帯や拘束衣（つなぎの介護服など）などを使用する、室内に閉じ込めるなどにより行動を制限することである。身体拘束はよく倫理的問題として非難されることが多いが、日常の介護場面でも、こうした３つのロックがしばしばみられる。介護職と利用者の会話でスピーチロックとなる場面としては、認知症状により帰宅願望が強く、それを訴えてくる利用者に対し「家に帰れないって言っているでしょ！あなたはここに住んでいるの！」と叱る、オムツに手をいれて「便こね」（オムツ内にもらしてしまった便をいじること。弄便ともいう）をしてしまう認知症の利用者に対して「なんでそんなことするの！」ときつく叱ったりするなどである。認知症の利用者にとって、これらの行動は自分の認知と現実とのギャップにより、現状を正しく理解できないことによって生じるが、こうした心理に対応せず、単に行動をきつい言葉で制限すると、かえって利用者の混乱を招き、症状が悪化する場合がある。認知症を抱える者のなかには、認知機能の低下から叱られた意味を理解できない場合も多いが、きつい物言いをした相手の怒りなどの感情と「叱られた」という自身の感情はしっかりと感じ、傷つくことになる。スピーチロックは、利用者の感情だけでなく、意味もわからずきつい言葉で叱られている「私」という「自尊心」を傷つけることになる。また、ドラックロックも、不穏症状による自傷他害の可能性がある場合ならともかく、手がかかるからという理由で「鎮静」させられれば、心身の自由を奪われ、そこに「自尊心」が出る幕はなくなってしまう。

（３）いわれのない苦境に置かれて介護職の援助を求めたのに拒絶されるということも、介護現場ではよくみられる状況である。利用者が助けを求めたのに、介護職がそれに応じない場面として、自力ではトイレにいけない利用者が尿意を覚え「トイレに連れて行って」と介護職に頼んでも、忙しくて対応しないという場合などである。これには「今、手が離せないから、ちょっと待ってて」といって長時間待たせてしまうケースと、「オムツしているん

だからオムツにして」といってトイレに連れていかないケースがある。介護職は多忙な業務と限られたマンパワーのなかで働いているため、要求のすべてに対応できないこともあるだろう。しかし、それで利用者が失禁してしまったらどうなるだろうか。失禁によりオムツも衣服も交換しなければならない状況になった時、利用者は二重の意味で「自尊心」を低下させる。一つはビルンバッハーのいう「いわれのない苦境に置かれて介護職の援助を求めたのに拒絶される」、つまり、トイレに行きたいのに自分で行くことができないという苦境におかれ、援助を求めたのに待たされ、結果失禁してしまうことによる「自尊心」の低下である。排泄ひとつとっても他者に依存しなければたちゆかない自分の身体があり、他者の都合によって失禁するという不愉快な状況が「自尊心」を低下させる。もう一つは、失禁に伴う更衣によって身体を他者に露出しなければならない、失禁という「失敗」によって自分の身体を他者に晒さなければならないという「羞恥心」により、「自尊心」が低下する。「羞恥心」とは「恥ずかしいと感じる気持ち」であるが、この「羞恥心」は「自尊心」に深く関わっている。

しかし、介護職の立場にたっていえば、生活行為を援助するということは物理的な手間や時間がかかるため、非常に多忙であるのも事実であり、また身体機能の低下から頻繁に尿意を訴える要介護者もいるので、介護職ばかりを責めることはできない。だが、「オムツしているんだからオムツにして」といって排泄援助を行わないケースは問題であり、何よりも「自尊心」を傷つける行為である。

(4) 身体的および精神的苦痛の状態にわざと長く晒されるということは、オムツ交換を利用者の排泄状況に合わせて行うのではなく、業務効率から時間毎に行なっている場合などで生じる。時間毎であれば、利用者の排泄のタイミングによっては、オムツに尿便失禁したまま、交換されずに長時間置かれることになる。認知症によって状況を正しく判断できない利用者の場合、それが気持ち悪くてオムツに手をいれて「便こね」をしてしまい、結果として介護職に叱られ、身体的にも精神的にも「苦痛」な状態に置かれる。たとえ叱らないまでも、業務が増えたことに対してため息をついたり愚痴ったりすることも同様に利用者を「苦痛」の状態にさらす。あるいは、体位変換やオムツ交換をせずに長時間放置した結果、褥瘡（床ずれ）や関節拘縮が生じるケースもあるが、これは身体的もしくは精神的苦痛の状態に長時間さらすことになり、それによって「自尊心」を低下させることになる。

(5) 承諾なしに無関係な目的のための完全な道具として扱い傷つけられるというのは、まさに「虐待」を指すといえる。これは先にあげた(2)の3つのロックも該当する。なぜなら本人の承諾なしに、本人の安全を守る目的以外（業務の手間をはぶく、忙しくてつきそえないなどの理由による）でロックする場合は「虐待」となるからである。また(1)で述べた「鼻めがね」の例はこの(5)にも該当するだろう。本人の承諾なしに、介護職が楽しむためという目的（当初は利用者を楽しませるためであったが、それが介護職にとっては楽しくとも、利用者の楽しみとならない場合も含まれる）で「鼻めがね」をつけさせることは、利用者を、介護職が楽しむための道具に、意図せずしてしまうということである。この状況で「鼻めがね」をかけた自分に「自尊心」が高まるとは思えない。

以上のように、ビルンバッハーのいう5つの「尊厳」が侵害される状況では、「自尊心」も傷つけられ、低下することになる。

「自尊心」とは、「自分自身に対する肯定的あるいは否定的な態度」であり、その根底には「自分という存在を尊ぶ感情」があると先に述べた。この感情が、身体的、精神的、社会的な関係性によって上下し、それが時には肯定的に、時には否定的な態度や評価を自分自身に下すことになる。この態度や評価は、単なる自己評価ではなく、自分の存在意義に関わる評価でもある。だからこそ「自尊心」は傷つけてはならず、それが保てるように互いに関係

性を作っていかなければならないものである。それゆえ「尊厳」と密接に結びついてくる。自分の「尊厳」を見出すのに、「自尊心」が大きく関わるからである。

#### 2-1-5. 介護における「自立」と「自律」

これまで、「尊厳」と「自尊心」についてみてきたが、介護における「尊厳」や「自尊心」を考える際に、抜きにして語れないものが「自立」ではないかと考える。

介護における「尊厳」は、しばしば「自立」と一緒に表現され、語られることが多い。介護福祉士養成課程におけるカリキュラムにも「人間の尊厳と自立」という名称で教育内容の項目があげられている。ケアの対象である要介護者にとって「自立」の概念は重要であり、「自立」を侵害することは、「尊厳」をも侵害することになるからであろう。

「自立」とは、辞書などによると「他の援助や支配を受けず、自分の力で判断したり身を立てたりすること」であり、その反義語が「依存」、すなわち「他のものをたよりとして存在すること」となっている。これから考えると、要介護者は、他者の援助を必要とするため、「依存」した存在となり、「自立」していない、ということになってしまう。

鈴木は、「自立」を、英語では independence といい、「独立」という意味を持つとして、「外からの働きかけや影響を受けながら、そのうえでなお独自で判断して行動すること」[鈴木真理子, 2016, 27]とし、「自立」には、身体的自立、社会的自立、精神的自立の3つがあるとしている。身体的自立は日常生活に必要な食事や排泄などの行為や起居動作などができることであり、社会的自立は、コミュニケーションなどにより人との交流を図れること、仕事などで経済的に生活を維持できることである。精神的自立は、主体性をしっかりもち、生活に関する事柄を自分の判断力で決めていける状態をさすとしている[鈴木真理子, 2016]。鈴木らの定義をみると、「自立」とは、単に自分で何かができるということではなく、外部からの働きかけを受けながら、自分で「判断して行動する」ことを指している。たしかに、これらの「自立」は、他者や社会という外部との関係性のなかで、自分が「どう在るか」ということを示すための行動群でもある。

また、中島は、「自立」を「日々の複雑な生活の営みに対処できる身体操作技法を、環境や状況に応じてアレンジできる意識的行為」[中島紀恵子, 2011, 24]としている。この身体操作技法とは、社会や民族の文化のなかで培われてきた知識、習慣などを通して訓練される「技」であり、この「技」が蓄積することで、人は自信や自己尊重 (self-esteem)、自己実現などを体験する。そのため、この身体操作技法は自立への根源的な道具である[中島紀恵子, 2011]。そう考えると、「自立」は、単に身体を操作できる能力ではなく、環境や状況に応じてアレンジし使い方を変えるような意識的な行為ということができる。つまり、障害や機能低下により操作できなくなった身体(状況)に応じて、補助具や援助者を導入して(アレンジ)、意識的に再び自分の日常生活をやりやすくしようとする行為でもある。そういう意味でも、介護における「自立」とは、「自分でできる」、「他者の力を借りずに自分で行える」ことのみを示すものではない。「何のために自立するのか」が重要になってくると思われる。

1970年代にアメリカで提唱されたものとして、自立生活運動 (Independent Living Movement: IL 運動ともいわれる) がある。これは、カルフォルニア州の重度障害をもつ学生たちが中心となって展開したものである。大元は、IL 運動の規定である「人の手助けを借りて 15 分で衣服を着、仕事に出かけられる人間は、自分で衣服を着るのに 2 時間かかるために家にいるほかない人間より自立している」という一文を用いて、「しんどい思いをして自力でできたとしても、それだけで日々が過ぎていく生活よりは、自分の意思で人の手を借り、仕事や社会参加をして充実した生活を送るほうがより自立的な生活である」とし、そ

れを「依存的自立」と表現している〔大元誠司，2016〕

つまり、「自立」は単に「自分で身体的、精神的、社会的活動が行える」ことを指すのではなく、これらの活動をとおして「自分はどのような生活を送りたいのか」、「自分はどのように在りたいか」を実現する行為であり、そのためには他者や様々なサービスを利用する必要がある。つまり「自力」だけでなく「他力」を利用することも「自立」の一つなのである。

ここで、「自立」に深く関わる「自律」について触れておきたい。先ほど「自立」は「自分はどのような生活を送りたいか」、「自分はどのように在りたいか」を実現すると述べたが、これらには、その人の意思が必要となる。その意思は、その人の生き方や価値観に基づいて形成される。そういう意味でも、「自立」には「自律」が深く関わる。なぜなら「自分はどのような生活を送りたいのか」という「意思」によって、他者や外部のサービスを取り入れることも「自立」だからである。「自立」と「自律」は切っても切り離せないものとなっている。

「自律」とは何か。この言葉をめぐって様々な学問分野で定義や議論が提示されている。最も古典的なものでは、Kant が「道徳形而上学の基礎付け」〔Kant, I, 1785=2012〕で、人は理性的存在者であり、自分自身に法則を与えること、すべての人格に存在する人間性を目的として取り扱い、単に手段として扱わないこととし、実践理性が欲望ではなく自ら普遍的な道徳法則をうち立ててそれに従うことであり、実践理性以外の外的権威や自然的欲望には拘束されないと論じた。また、Mill は「自由論」〔Mill, J. S, 1859=2020〕で、自由と自己支配について、個人の身体や精神の支配者は当の本人であること、自己の意思を実行する自由は自分自身の責任においてであると、子供や判断能力の十分でない人、他者の世話を受けている人への保護と干渉が必要であるとしている。

現代では、Beauchamp と Childress の「自律尊重原理」がよく知られている。彼らは「自律」を「他者による支配的介入と、不十分な理解のような意味ある選択を阻む個人的限界とから自由な、自己の個人的支配である」として〔Beauchamp, T. L, Childress, J. F, 1989=1997, 80〕、生命倫理の主要な倫理原則の一つに「自律尊重原理」をあげている。これは、行為のプロセスに関する原則といわれることも多い。というのも、この「自立尊重原理」と並んで「仁恵原理」が挙げられるが、「仁恵原理」は、治療が患者に利益を与えることを目的とし、どのような治療が最適であるかを判断する上での基準となってきた。これに対し「自律尊重原理」はどのような治療が最適かを、誰がどのようなプロセスで判断するかに対して基準を与える原則であり、医療におけるインフォームド・コンセントに根拠を与えるものである。ここから「自律尊重」で尊重される「自律」とは、その治療の対象となる患者の意思決定や、意思決定する能力を指すものとして理解されている。

また、Miller は、「自律」の意味を①任意で強制のない自由な行為、②本人の価値観に根ざした真正性、③予測・評価をした効果的な熟慮、④価値や選好についての道徳的内省をあげている〔Miller, B. L, 2004=2008〕。

事典類では、2007 年版エンサイクロペディア社会福祉学で、「自律」は自身の立てた規範に従って行動することであり、「自立」は「言説 (A) = 自主独立、自助、言説 (B) = 自身の立てた規範に従って行動するという意味で「自律」に等しいもの」としている。1990 年版新教育学大事典では、「自律」である Autonomy を「自主性」としており、「他からの保護や援助・干渉を受けないで独立して、物事を主体的に考え、処理・行動し得る能力をさす」としている。

このように様々な「自律」の定義があるが、これらをふまえると「自律」は「自分の行為を、主体的に自分の基準やルール（規範）にしたがって律すること」、言い換えれば「他者や社会などの外部からの支配やコントロールではなく、自身の立てた基準やルール（規範）

にしたがって行動すること」であるといえる。

こう定義すると「自律」は「自己決定」と結びついてくる。「自分の立てた基準やルール（規範）にしたがって行動する」ためには、その基準やルールにしたがって、その行為をすると決める必要があるからである。しかし、石川は、「決定にまつわる自律能力が称揚される場合、排除・価値剥奪化される対象に知的障害者・精神障害者・高齢者などが想定され（中略）判断能力や情報処理能力、決定能力に困難を抱える人々を貶めてしまう恐れ」を生み出すとし、「自律」を過度に要求することはいわば「強者の論理」であるとしている〔石川時子、2009〕。

そういう意味でも、介護における「自律」とは、「自立」と同様に、単に「自分で考えて、自分の基準にしたがって何かを決める」ということのみを示すものではない。そうなるとう知的障害者や精神障害者、認知症などをかかえる高齢者は、その判断能力や意思能力の不確かさから「自律」できないということになってしまう。そのため、ここでも「自立」の時と同様に、「自力」だけでなく「他力」を利用して、その人にとっての「自律」を実現していくが必要になるのではないか。「自立」も「自律」も身体的、精神的、社会的側面で語られることを考えると、やはり他者や社会との関係性が重要となる。特に認知機能が低下している者にとって、「他力」を利用した「自立」や「自律」が必要になる。そうした「自律」のあり方の「質」を決めるのは、「他力」となる援助者たちである。「他力」を利用しているからといって、その人の「自立」や「自律」の質が下がるわけではない。利用している「他力」の倫理性に問題があり、本当の意味でのその人の「自立」や「自律」のあり方を妨げてしまうとき、その質が下がるのである。

そこで、もう一度ビルンバッハーが挙げた5つの尊厳を侵害する状況にたちかえてみたい。5つの状況は（1）介護職からひどく貶めたり物笑いの種にされる（2）介護職によって行為の自由や決定の自由を奪われる、（3）いわれのない苦境に置かれて介護職の援助を求めたのに拒絶される、（4）身体的および精神的苦痛の状態にわざと長く晒される、

（5）承諾なしに無関係な目的のための完全な道具として扱い傷つけられる、であった。このすべての項目が「自立」や「自律」と深く関わってくる。というのも、繰り返しになるが、要介護者にとって、「自力」では身体的、精神的、社会的自立が果たせない状態にある。そういう状態にあると、どうしても「他力」である他者（ここでは介護職）に頼らざるを得ない。まして、介護行為は他者にみせない肌や陰部、口腔内といった部分をケアすることになるので、羞恥心などから要介護者はさらに弱い立場に立つことになる。

また、「自立」できている者（介護職）と「自立」が難しい者（要介護者）という強弱関係が成立すると、そこにさまざまな偏見や差別、相手を見下すといった負の感情が生じやすい。こうした感情が、先の5つの状況を作り出すことになる。この感情は、非倫理的な者が非倫理的な行動をとるための理由になる。なぜなら日常生活さえ「自立」できず、排泄も食事も他者の手を借りなければならないような「程度」の人間に対して、非倫理的行動をとっても何ら問題はないと考える者もいるからである。

また、たとえ非倫理的な者でなくても、こうした感情は無意識に持っていることも多い。森岡が「身体の尊厳」で「人間の身体がたとえ本来の機能を大きく失い、醜くなり、汚くなり、役立たずになったとしても、その身体が単なる物体以上のものとして扱われるときに実現する尊さ、健康な人間の身体が受けるべき敬意と同様の敬意をもって、その人間の身体が扱われるときに実現する尊さ」をあげていたが、「健康な人間の身体が受けるべき敬意と同様の敬意をもって」と表現しているように、私たちの無意識の奥には「健康な人間の身体」が基準であり、それが最も「よい眺め」として存在し、それを基準によい／わるい、美しい／醜いなどを判断している。そして、それが人間関係において何らかの偏見や差別などの負

の感情をもたらすことになる。だからこそ、森岡はわざわざ「健康な人間の身体が受けるべき敬意と同様の敬意をもって」と表現したのであろう。人はいつか必ず病気や障害、加齢などにより「健康な人間の身体」を維持できなくなる。森岡の言葉を借りれば「本来の機能を大きく失い、醜くなり、汚くなり、役立たずに」なることに対する偏見や嘲りは、ブーメランのように自分自身に巡ってくることになる。だからこそ、「他力」を利用することも「自立」の一つなのであり、「依存的自立」が当たり前であるという価値観の転換がなされるべきである。そして、介護行為をとおして強者の立場に立つ可能性を秘めている介護職は、このことを常に念頭において要介護者に関わらなければならない。

以上、介護における倫理を考えるうえでの前提事項として、「倫理」とは何か、「倫理」に関わる「尊厳」、「自尊心」、「自立」、「自律」についてみてきた。これらから、介護における倫理的問題とは、「かけがえのない生命を生きる人間の、そのまの存在自体に内在する、人生と身体における『尊厳』や『自尊心』が傷つけられている状態、依存的自立を含む『自立』や『自律』を妨げられている状態、もしくはそれらの可能性がある状態」と再定義したい。

これらをふまえて、次節ではさらに介護における倫理を深めるために、介護の専門性からみる倫理について論考する。

## 第2節 介護の専門性にみる倫理

### 2-2-1. 「倫理」と専門職

「倫理」という言葉は、医療や介護、社会福祉などの専門職を語るうえでも頻繁に登場する。S. T. Fry は、看護実践のなかで、倫理(ethics)を「個人や集団の道徳的実践、信念、基準」とし、倫理的問題 (ethics issue) は「倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況、あるいは道徳的価値の対立」、道徳的価値 (moral values) は「人間の行為、行動、慣行、あるいは性格特性をもたらす価値」とし、専門職は、倫理を信念や基準だけでなく、道徳的実践という表現で信念や基準に基づいた行動をとることに結びつけている。そして倫理的問題を、倫理的思考のもとに意思決定する必要がある状況、もしくは道徳的価値が対立してジレンマに陥っている状況とし、倫理的判断を要求される状況や道徳的実践を行いたくとも行えない状況で生じる問題としている [S. T. Fry, M-J Johnstone, 2002]。医療や介護の現場ではこのような状況や問題がしばしば生じる。

また、鶴若は、医師や看護師などの専門職の倫理(professional ethics)を示すときに、ethics という表現を用いることを引き合いに出し、「「倫理」(ethics)は、特定のグループの人々の一連の規則、原則、価値や理想を指して使われる」[鶴若麻理, 2020, 2-3]とされている。これによれば、倫理は専門職の集団の特性によって必要とされる内容が異なり、それぞれの特性に応じたその職種の倫理というものがあるということになる。介護においても、倫理は専門職の職業倫理として語られることが多く、黒澤は「倫理とは、理想とする行為であり、人がその時の状況や条件のもとにおいて、どのように行動するかを指針である」[黒澤貞夫, 2013, 86]と述べ、倫理は介護職の行動指針であるとしている。西村は、介護における「倫理とは支援関係において、専門職として守るべき道徳(モラル)である」[西村洋子, 2016, 93]とし、鈴木は、介護従事者のような専門職にとって「専門的知識や技術を用いて実践する時に、その拠り所となる職業倫理が必要となる。そして、この職業倫理は、その職業に従事する際に必ず守らなければならないルールである」[鈴木依子, 2013, 11]としている。さらに、中村は、介護の「「倫理」とは「何かを為すときに、どのようにした



らいいか」という方法や戦略を考え、よりよい実践を展開するための」ものとし、「人間の生命や生活を直接扱う専門職では「生命倫理」の視点から職業倫理を考え、実践する傾向」[中村裕子, 2016, 30]にあると述べ、介護福祉士も専門職として行動の基準となる職業倫理をもち、それをふまえて介護を実践する必要があるとしている。

これらから、専門職における倫理とは、その専門職集団や職業における善悪の判断基準、社会的行動や慣習の基準をふまえ、そこに関わる人々の人としてのあり方や行為について、よいことか、よくないことか、その理由はなにか、またどうすることがよいのかなどについて考える営みであり、さらに、専門職として守るべきことや行為を職業倫理という形で表明し、それを行動指針にしてふるまうことが必要となる。また、専門職としての倫理的問題とは、第1節で述べた「かけがえのない生命を生きる人間の、そのままの存在自体に内在する、人生と身体における『尊厳』や『自尊心』が傷つけられている状態、依存的自立を含む『自立』や『自律』を妨げられている状態、もしくはそれらの可能性がある状態」により、専門職としての倫理的思考や判断を必要とするような問題や課題、もしくはそれが生じている状況であると表現できる。

## 2-2-2. 介護福祉士の倫理綱領にみる介護倫理

一般的に専門職とされる職業には、その職種において守るべき行動指針として倫理綱領をもっている。倫理綱領はその職種における職業倫理の内容を明文化したものであり、社会における役割と責任を示すものである。介護においても、介護福祉士の職能団体である日本介護福祉士会が1995(平成7)年に「介護福祉士の倫理綱領」を策定しているので、まずこれをみていきたい。(表2-1)

表2-1. 日本介護福祉士会倫理綱領

日本介護福祉士会倫理綱領	
前文	私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。 そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉の専門職として、ここに倫理綱領を定め、自らの専門的知識・技術及び倫理的自覚をもって最善の介護福祉サービスの提供に努めます。
(利用者本位、自立支援)	1 介護福祉士はすべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉サービスを提供していきます
(専門的サービスの提供)	2 介護福祉士は、常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努めます。
(プライバシーの保護)	3 介護福祉士は、プライバシーを保護するため、職務上知り得た個人の情報を守ります。
(総合的サービスの提供と積極的な連携、協力)	4 介護福祉士は、利用者に最適なサービスを総合的に提供していくため、福祉、医療、保健その他関連する業務に従事する者と積極的な連携を図り、協力して行動します。
(利用者ニーズの代弁)	5 介護福祉士は、暮らしを支える視点から利用者の真のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割であると確認したうえで、考え、行動します。
(地域福祉の推進)	6 介護福祉士は、地域において生じる介護問題を解決していくために、専門職として常に積極的な態度で住民と接し、介護問題に対する深い理解が得られるよう努めるとともに、その介護力の強化に協力していきます。
(後継者の育成)	7 介護福祉士は、すべての人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受できるよう、介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

日本介護福祉士会倫理綱領(1995)をもとに作成

介護福祉士の倫理綱領では、援助対象となる利用者に対して「利用者本位、自立支援」、「専門的サービスの提供」、「プライバシーの保護」、「利用者ニーズの代弁」をあげ、利用者を支える基盤として「総合的サービスの提供と積極的な連携、協力」、「地域福



社の推進」、「後継者の育成」をあげている。特にこの倫理綱領の要となるのは「利用者本位、自立支援」である。「利用者本位」とは、利用者の自己決定を尊重し、利用者のニーズに合わせた介護を提供すること〔村田麻起子, 2016, 42-43〕、利用者その人のより望ましい生活の実現〔森繁樹, 2016, 27〕などの意味を含み、利用者が望む生活や生き方をふまえて、利用者のニーズに応じた介護を提供することといえる。しかし、単に利用者が望むものを望むままに提供するのではなく、専門職の立場で、利用者にとって最善と思われることを検討し、利用者と家族に提案し、利用者のニーズとすり合わせながら、もっと適切な介護を提供する必要がある。それは、「場合によっては利用者の自己決定の内容が、必ずしも専門家の見解と同じとは限らないし、最良の選択とも限らないことがある」〔中村裕子, 2013, 71〕からである。例えば、利用者に嚥下障害がある場合、通常の食事形態では誤嚥してしまうためペースト状にしなければならないことがある。しかし、利用者がそれを「ペースト状になっていたら食事じゃない」と嫌がって食べたがらない。この利用者のニーズは通常の食事形態で食事することだが、そのニーズにそのまま応えてしまうと誤嚥の危険性がある。だからといってペースト状の食事では利用者が満足できないので、材料をペースト状にしつつ、通常の食事に模した形に固めて、今まで食べていた食事に似た状態で提供するなどの工夫が、介護現場では行われている。こうした工夫は介護福祉士が持つ専門的知識(誤嚥などの医学的知識や食形態の知識など)を使って、利用者のニーズに合わせる試みである。

また、「自立支援」も、利用者本位に基づいて本人の望む生活にできるだけ近づけるように、利用者一人ひとりの心身状況に応じた介護を提供し、利用者がもっている残存機能を維持できるように働きかけるとともに、不足している部分には適切な援助を行うことによって、「介護が必要になった利用者の生活を再構築する」〔服部万里子, 2016, 89〕という意味がある。それは単に「自力でできるようにする」といった狭義の意味ではなく、利用者の意思に基づいて自力でできるところを増やししながら、介護を含めて「その人のしたいと思うことを満たすことで生活意欲を高め、介護が必要になっても充実した日々を送れるようにする」〔大元誠司, 2016, 54〕ことであり、そこには、日々の生活行為を自分の力だけでできることが自立なのではなく、「全面的に介助を受けたとしても、自らの人生や生活のあり方を決定し、生活の目標や生活様式の選択を自ら行うことによって人格的に自立し、自分らしく豊かに生きる」〔井上千津子, 2013, 8〕という考えが根底にある。白澤は、利用者の自立について、「①ADLなどの”身辺的自立”、②金銭や財産の面からとらえた”経済的自立”、③自分のことは自分で決めていくという”人格的自立”等」があるとし、「これら三つの側面について利用者が自立していくよう支援を行っていくことが大切であるが、最終的な自立の目標は③の人格的自立であり、利用者が主体的に生きていくことを支援するものである」〔白澤政和, 2013, 9〕としている。ただし、要介護状態にある利用者にとってこの人格的自立が難しい場合も多い。利用者の望むことを実現したくとも、利用者本人がニーズを考えるだけの認知機能や意欲が低下している場合もあり、意思形成や意思表示自体が難しいこともある。それでも、介護福祉士は日々の生活援助を通して利用者の生活に密着することで、利用者の好み、してほしいことやしてほしくないことなどを把握する機会に恵まれており、それをケアに活かすことが専門職として重要になってくる。そういう意味で、自立支援は、介護を通して「その人らしさを援助する活動」〔井上千津子, 2013, 9〕であり、「その人がその人らしい生活をしていく上での”生活づくりをさまざまな視点(身体的・精神的・社会的・経済的等、さまざまな視点)から支える”」〔大元誠司, 2016, 54〕ことである。

利用者ニーズの代弁も利用者本位の考えにもとづいている。前述したように、利用者が要介護(要支援)状態にあり、自分で望む生活や生き方を表明したり実行したりするのに支障が

あること、認知症や加齢に伴う認知機能の低下により自らニーズを表明できない状況にある者が多い。介護福祉士は、利用者の生活に密着することで利用者のニーズを様々な場面で把握できる立場にいたるため、代弁者として機能することが求められる。そのためには普段の関わりから、利用者が何を望んでいるのか、様々なやり取りから感じ取れる感性が要求される。そして、利用者のニーズと家族のニーズが異なる時は、家族の感情や考えに配慮しながら適切な方法で利用者のニーズを代弁しなければならない。そのため、利用者や家族との関係調整力やコミュニケーション力なども求められることになる。また、利用者本位で留意しなければならないこととして、日常生活に援助が必要な状態というのは、生活に援助者の都合が入り込んできやすいという点がある。例えば、トイレ介助の必要な利用者が、援助者にトイレに行きたいと頼んでも、援助者が他の利用者の介護で手が離せない場合、援助者の手が空くまで待たされることになる。通常なら、自分にとって都合のいいタイミングかつ自分なりの方法で日常生活行為が行えるが、要介護状態であれば援助者のタイミングや方法が自分の生活に入り込んでくることになる。こうしたことをふまえて、多忙な業務のなかにあっても介護福祉士が自らを律し、利用者のニーズに応えていくことが倫理的行動として求められていることになる。

こうしてみると、介護倫理は、利用者の「生活援助」を通して実践されるものである。その中心軸として「利用者本位」という考えがあり、それを実現すべく「自立支援」や「利用者ニーズの代弁」、そして「専門的サービスの提供」、「プライバシーの保護」、「総合的サービスの提供と積極的な連携、協力」、「地域福祉の推進」、「後継者の育成」が求められるといえる。これらはすべて利用者の「生活」を支えるためのものであり、介護倫理は、この「生活支援」というところにその特性があるように思われる。

しかし、これらのことは対人援助職であれば共通するものであり、近接領域の看護職やリハビリテーション職種も同じことがあてはまる。倫理が、専門職の集団の特性に応じて、その職種の倫理、介護で言えば介護倫理というものがあるとするならば、倫理綱領だけでは、介護倫理の具体的なところがみえてこない。介護は対人援助を通して行われる実践的行為であり、介護がどのような関係性の中でどのような行為が行われるのかをふまえないと、前項にあったような「介護職として守るべきあり方や行為」、「基準や規範」がみえてこないからである。そのため、介護の具体的なあり方に照らし合わせて介護の倫理を考えていく必要がある。介護福祉士養成テキストにおける「介護の倫理」や「介護福祉士の倫理綱領」の解説をみると、多くのテキストで、介護福祉士が「専門職」であるがゆえに倫理を遵守しなければならない、遵守すべき規範として「倫理綱領」があると解説されている。介護倫理をもう少し具体的かつ明確にするために、この「専門性」が何らかの鍵になる可能性がある。次節では介護の専門性を通して介護倫理について検討してみたい。

### 2-2-3. 専門職の条件としての倫理

専門職の専門性については古くから様々な議論があり、フレックスナー、グリーンウッド、ミラーソン、日本では秋山や笠原らによる福祉専門職の属性や条件(表 2-2)が論じられている。これらに共通する条件として、科学理論に基づく専門的技術体系があること、倫理綱領があること、専門職団体を組織していること、公共の福祉に資することなどがあり、また、表 2-2 の条件に加えて、能力の証明となる試験があることを挙げているものもある。介護の専門資格である介護福祉士も、介護技術という専門技術体系があり、日本介護福祉士会による職能団体と倫理綱領を持っていることは前述した。また社会福祉士及び介護福祉士法においても、資質向上の責務(第 47 条 2)、誠実義務(第 44 条 2)、信用失墜行為の禁止(第 45 条)、秘密保持(第 46 条)など、専門職としての倫理とそれに基づく専門的知識・技術の

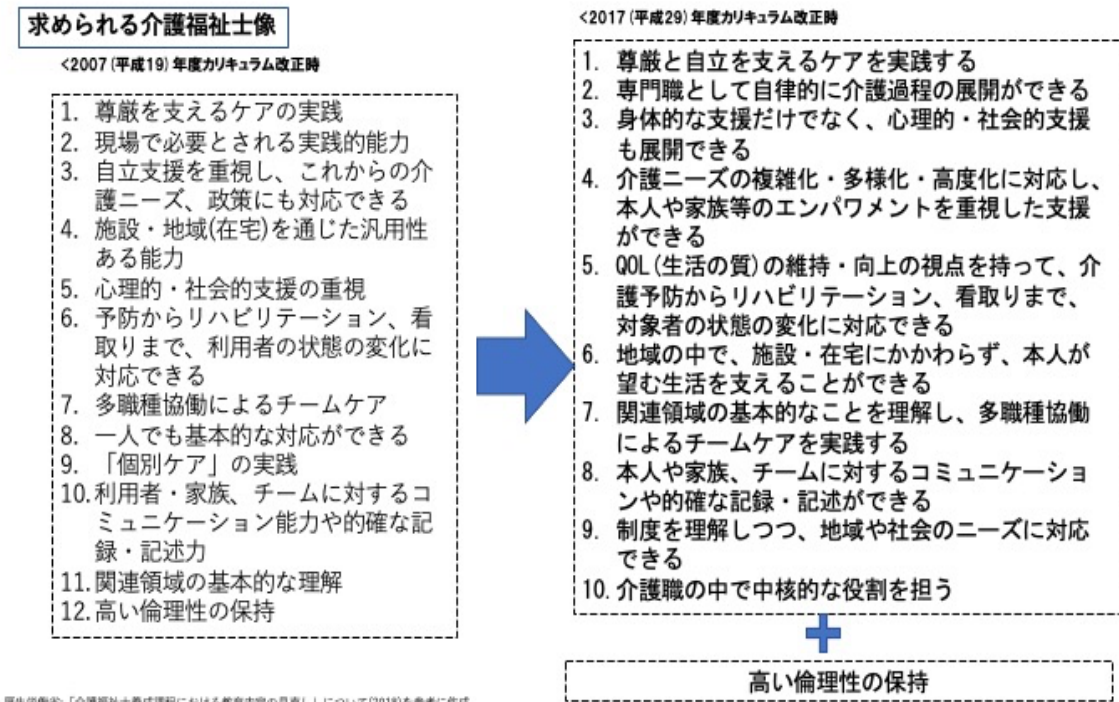
向上に努める旨の規定をおいている。また、同法の2007(平成19)年の改正に向けた検討過程で、「介護福祉士のあり方およびその養成プロセスの見直し等に関する検討会」が開催され、今後の人材育成における教育目標として「求められる介護福祉士像」が提示された(表2-3)。この12項目に「1. 尊厳を支えるケアの実践」、「12. 高い倫理性の保持」という倫理に関わる項目が明記された。さらに2017(平成29)年に、これらの項目が社会状況や人々の意識の移り変わり、制度改正等の状況を踏まえて見直され、「高い倫理性の保持」のみ単独項目として独立させた〔厚生労働省, 2018〕。これにより、介護福祉士が専門職として高い倫理性を持つことが重要であると明示されたことになる。

表 2-2. 専門職の属性・条件

専門職の属性・条件					
フレックスナー (1915)	グリーンウッド (1957)	ミラーソン (1965)	笠原幸子(2001)	秋山智久(2007)	西村洋子(2008)
①基礎となる科学的研究(基礎科学)があること ②知は体系的で学習されうるものであること ③実用的であること ④教育手段をこうじることによって伝達可能な技術があること ⑤専門職団体・組織を作ること ⑥利他主義であること	①体系的理論 ②専門職的権威 ③社会的承認 ④倫理綱領 ⑤専門職的副次分化	①公衆の福祉という目的 ②理論と技術 ③教育と訓練 ④テストによる能力の証明 ⑤専門職団体の組織化 ⑥倫理綱領	①体系的な理論と伝達可能な技術の存在 ②個人の福祉を通じて公共の福祉を図る ③倫理綱領の存在 ④専門職団体の組織化 ⑤利用者とのパートナーシップの存在	①体系的な理論 ②伝達可能な技術 ③公共の関心と福祉という目的 ④専門職の組織化(専門職団体) ⑤倫理綱領 ⑥テストか学歴に基づく社会的承認	①体系的な理論 ②訓練と教育を必要とする技術 ③科学的・技術的な実践があり社会的評価を受けている ④専門職の組織化(専門職団体) ⑤専門職業者として承認された倫理的諸基準を保持

各自の論考をもとに作成

表 2-3. 求められる介護福祉士像



また、様々な論考でも介護福祉士の専門性に倫理が欠かせないとするものも多い。松本は、「専門職が行う介護は、職業倫理を持ち、専門的知識・技術を手段とし、目標となる生活の実現のために計画的に介護過程を展開し、ニーズの充足に焦点をあてていく専門性のある実践である」〔松本眞美，2017，49〕としている。安は介護福祉士の専門性の構造の研究で、介護福祉士の専門性は【個別生活支援】、【家族支援と介護過程の展開】、【倫理および知識と技術】の3因子で構成される〔安墳伊，2015〕とし、「介護福祉士の専門性に関して、専門的知識や専門的技術、倫理性を抜いて論ずることはできない」〔安墳伊，2014，420〕としている。金井は「専門職倫理は、一人の専門職として、社会福祉の価値に基づいた適切な行為を行うために必要な基準としてとらえられている」〔金井直子，2010，27〕とし、川村は「優れた支援者になりたいならば、専門職の価値と倫理という土台をしっかりと据える必要があり、これらが実現できると、人々からも社会からも信頼されることになる。また、これらが実現できない場合、必ずといっていいほど、人権侵害や偏見、差別などの不正義が起こる」〔川村隆彦，2007，39〕と述べている。

また、宮川は「専門職によるサービスにおいては、その提供者の価値観や倫理性がサービスの内容に大きな意味を持つてくる。場合によっては、援助や治療の名のもとに医師やワーカーの利己的な関心を押しつけ、クライアントの権利や利益を侵害することは可能である。このように外部からの統制の及ぶにくいのが専門職の提供するサービスの特性である」とし、「サービス提供者である援助者が拠り所とする価値観や行動については高度な倫理性が要求されるのである」と述べている〔宮川数君，2004，374〕。

専門職の条件として倫理綱領などの倫理指針が必要であるのは、宮川が述べている通り、提供者の価値観や倫理観がサービス内容に影響するからである。専門職が技能の独占的行使が可能であるがゆえに、専門職者が持つ倫理観が技能を通して対象者に大きな影響を与えることになる。それゆえ、専門職はそれぞれの職種や分野に応じた倫理観を持つ必要がある。

専門職として介護がもつべき倫理観は、専門技能である介護業務を通じて表現されることになる。そのため、次項から介護業務における専門性を概観し、そこから介護における倫理とは何かについて検討していくことにする。

#### 2-2-4. 「生活支援」という介護の専門性

介護福祉士の職能団体である日本介護福祉士会は、介護福祉士の倫理綱領の第2条に専門的サービスの提供をかかげ、「常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努め」ること、「自己の実施した介護福祉サービスについては、常に専門職としての責任を負う」としている。この専門的サービスすなわち介護の業務内容が、介護福祉士の専門性の中身を表していると考えられる。

法的な規定では、「社会福祉士及び介護福祉士法」の第2条第2項で介護福祉士の定義を以下のように規定している。

“この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、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心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）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。）を業とする者をいう。”

この「心身の状況に応じた介護」は、2007(平成19)年の法改正までは、「入浴、排せつ、食事その他の介護」という具体的な介護行為が表現されていたが、法改正後、より生活行為全般を含む幅広い表現として「心身の状況に応じた介護」に変わっている。これについて井上は、「介護保険制度や障害者自立支援制度などの法整備により、従来の家事援助、身体介護という区分にとどまらない新たな介護サービスへの対応が求められた」ためとしている〔井上千津子，2013，2〕。介護に関する業務内容が包括的な表現に変更された背景には、身体介護だけでなく、社会の変化に応じて認知症ケアや障害者の生活支援など多様なニーズに応じる必要性が出てきたことがあげられよう。

さらに2011(平成23)年の一部改正により「喀痰吸引等」という、それまでできなかった医療行為の一部を介護福祉士などの研修をうけた介護職ができるようになった。それまで医師や看護師が独占していた医療行為に介護職も携わることが可能になったのである。それにより、介護業務は一部の「医療行為」を含む「心身の状況に応じた介護」となった。

しかし、この規定は包括的な表現であるがゆえに、介護業務の具体的な内容がわかりづらい。そこで、様々な介護福祉士養成課程や国家試験の標準的テキストをみると、介護の具体的な業務は「生活支援」として集約され、【身体介護：食事や排泄、入浴や身体清潔、休憩と睡眠、口腔ケアと整容、移動などの援助】、【生活援助：掃除や洗濯、買い物や調理など家事に関する援助】、【相談・助言：介護方法や様々な公的サービスに対する情報提供、介護に関連した悩み事に対する心理的支援】が主な業務として記載されている。これらは、人が社会で生活するのに欠かせない行為群であるが、その生活自体が「生きるために行う諸活動の総体」〔森山千賀子，2012，1〕とされているように、様々な活動や関係性、生活するものの価値観から成り立っている。それゆえ、生活とは非常に多様で曖昧なところがあり、個人差も大きく、具体的な範囲を定めることが難しい。そのため、生活を支援する介護業務も同様に包括的な形でしか表現できないという性質を持たざるを得ない。

しかし、介護の歴史的変遷や職業化の経緯からみても、身体介護や家事などの日常生活支

援が介護の主たる業務であることは間違いないようである。介護福祉士の業務内容に関する研究を概観してみると、笠原は、介護福祉士の業務内容〔笠原幸子，2001〕を6つ挙げ(表2-4)、これらの業務内容を行う介護福祉士は、自らを専門職として自覚して業務を行う必要があるとしている。

表 2-4. 介護福祉士の業務内容

介護福祉士の業務内容	
1.	身体性への援助(食事、入浴、排泄、移動など日常生活を維持・拡大するための身体的機能援助やリハビリテーション、レクリエーションの援助、終末期ケア、看護的介護)
2.	精神性への援助(生きがい・生活意欲にかかわる自立・自律の援助、家族介護者等への精神的支援、社会的関係における私的・個人的な関わり)
3.	環境整備への援助(日常生活を維持・拡大するための家事機能援助や金銭管理等の生活管理援助、他職種との役割分担や責任の所在の明確化)
4.	自立生活への指導および関連事項(利用者や介護者に対する介護方法、調理方法など生活の自立にかかわるものの指導や情報提供、居住地域の社会資源についての情報提供)
5.	連携業務および関連事項(利用者の状態変化・推移に対する把握と的確な判断、それに伴う他の専門職への連絡、他職種や他機関との連絡調整・連携・協働)
6.	その他(ケアプラン立案に伴う一連の業務)

笠原幸子：介護福祉士の専門性.中村優一，秋山智久編：新セミナー介護福祉1社会福祉概論，ミネルヴァ書房，184-185，2001より引用、作成

笠原は、「身体性への援助」として身体介護を中心とした内容を一番に挙げており、内容的に利用者に直接関わる援助(1～4)から、援助者として行うべき様々な業務(5～6)の順に整理している。

保良は、訪問介護員(ホームヘルパー)の業務分析〔保良昌徳，2000〕から、介護業務を5つに分類し、さらに必要とする力量・専門性として、5項目を挙げている(表2-5)。

表 2-5. 介護業務分類

訪問介護員の介護業務	必要とする力量・専門性
1. 基本介護業務(ADL介助、身辺整理、情緒安定、健康管理、安全確保)	① 介護及び家事援助に関する専門的実践能力と指導力(介護及び家事援助技術)
2. 在宅支援業務(家事援助、社会参加支援、生活環境の管理、代行業務)	② 関連領域(医学、看護学等)の理解と連携の判断力(相談・情報提供)
3. 専門社会福祉援助(ソーシャルワーク、相談援助)	③ 社会福祉等の制度やサービスに関する相談援助の能力(相談援助業務)
4. いきがい援助(自己表現の支援、創造的活動の支援)	④ 人間関係や社会関係の調整あるいは問題解決の能力(ソーシャルワーク)
5. 管理業務(記録、情報交換、会議・研修会)	⑤ いきがい、孤独、生きる意味などに関する援助能力(実存援助技術)

保良昌徳：ホームヘルパーの業務分析と介護福祉業務。沖縄国際大学社会文化研究, 3(1), 1-30, 2000より引用、作成

保良の分類は訪問介護員の介護業務を対象としているため、在宅支援業務という項目が挙げられているが、その内容は笠原のものと類似しており、通常介護業務といわれてきた身体介護や家事援助に関する業務を一番に挙げている。

安による介護福祉士の専門性の構成要素の抽出〔安埴伊, 2014〕では、「専門性」に関する構成要素として8つのカテゴリーが挙げられている(表 2-6)。

表 2-6. 介護福祉士の専門性の構成要素

介護福祉士の専門性の構成要素
1. 日常生活の支援 (生活支援、利用者一人ひとりに合わせた個別支援、寄り添う支援、自立支援、生活の質の向上、指導・家族支援)
2. 介護過程の展開 (アセスメント、介護過程展開)
3. 生きがい支援 (その人らしく生きることの支援、役割・生きがい支援)
4. 倫理 (援助者としての倫理、利用者主体)
5. 知識と技術 (介護知識と技術)
6. 利用者と関係形成 (利用者理解、コミュニケーション)
7. 役割認識 (介護福祉士の役割)
8. 連携 (連携)

( )内はサブカテゴリー

安埴伊：介護福祉士の専門性の構成要素の抽出-介護福祉士養成施設の介護教員の自由記述の内容分析に基づいて-。老年社会科学, 35(4), 419-428, 2014より引用、作成

安の場合も笠原や保良と同様に、身体介護、家事や生活管理を旨とする「日常生活の支援」を筆頭に抽出しており、介護の基本的業務である日常生活支援が介護の専門性の主軸と



なっている。

日常生活支援で要求される専門性は、身体介護の面でみれば、まず身体機能が低下した利用者を安全・安楽に援助できるための知識と技術である。要介助の利用者をイスから立たせるといった動作だけでも、まず安定した状態で動くために両者の支持基底面積をきちんととり、重心を一つにするため身体を密着させ、被介護者を前傾させて立たせたら、上半身を安定させるという様々な介助のポイントがある。このポイントを考慮せずに介助すれば、バランスをくずして被介護者が転倒する危険性もある。あるいは、オムツ使用の利用者であれば感染防止のために毎日陰部洗浄や清拭を行う必要があるが、女性の陰部を清拭する時は肛門部の汚れが尿道口につかないように前から後ろへと拭くというポイントがある。肛門部の便などの汚れが尿道口につくと、尿道口から膀胱までの距離が短い女性の場合、容易に細菌が入り尿路感染を起こすからである。食事介助にしても利用者に麻痺等があれば口の麻痺側から食事を入れてはならないし、嚥下障害のある利用者であれば顎があがるような摂取方法（ペットボトルや背の高い湯呑で飲むなど）で介助すれば誤嚥につながり、高齢の利用者は簡単に誤嚥性肺炎を起こしかねない。また、介助方法だけでなく、介助する際には様々な視点が必要となる。例えば、食べることを例にあげても、食卓の環境づくりや配膳の位置、食べやすい姿勢への支援、食事形態と調理方法の工夫、食事量や食事時間、楽しみや嗜好への配慮、生活歴や習慣への配慮など様々な点での配慮が必要になる。さらに、運動機能や感覚機能が低下している場合や認知・知覚機能が低下している場合など利用者の状況によっても支援方法がかわってくる。

このように、身体介護には疾患や加齢についての専門的な知識や安全な介助技術が必要であり、これらは生活していれば自然に身につくものでは決してない。そして独学や座学だけで学習できるものでもなく、対人での実践が不可欠な「実践の科学」ともいえるものである。そういう意味でも介護業務は「日常の家庭におけるお世話」や「誰でもできる単純労働」とは異なる「社会福祉の専門援助技術」であるといえる。

そして、排泄や入浴など身体に関わる援助行為は、援助対象となる利用者の自尊心に大きな影響を与える。要介護状態にあることで、利用者は自らの要望はもとより、身体の状態さえ十分に訴えることができないことも多い。そのため、援助行為そのものが倫理的な問題につながる可能性があり、援助を行う介護職の資質、すなわちどのような倫理観を持ち、それを援助にどう生かしているのかが問われることになる。このような「身体に触れる援助行為」、「排泄や入浴などの羞恥に関わる援助行為」、「生活という個人のプライバシーに立ち入る援助行為」としての介護業務は介護倫理が持つ特徴を示しているように思われる。

#### 2-2-5. 実存に対する援助や標準化できないサービスとしての専門性

また、介護業務の特筆すべき点として、「精神性への援助」や「いきがい援助」など、ケア対象となる利用者の精神面への対応が、介護の専門性に含まれていることである。前述の保良は、生きがい援助を「対象者の生活の一層の充実や向上などのために行う積極的・能動的な活動を支援し、対象者の生活の豊かさや精神的充実に資するという性質を持つ業務群」

〔保良昌徳，2000，12〕とし、その具体的なものとして、利用者や家族から相談される「「なやみごと」「心配事」「寂しさの訴え」「将来の不安」など利用者の精神生活の内面における問題点や不安あるいはさびしさなど、現在のマイナス状況の改善を援助する内容と、「いきがいについて」「宗教について」「生きる意味について」など、現状よりもより良い状況になることを援助する内容がある〔保良昌徳，2000，16〕としている。また安は、生きがい支援の具体的な内容として「最後までその人らしい生活が送れるように共に歩む」、「一人ひとりが「自分らしく生きる」ことができるようにサポートする」、「価値・

生きがいのある生活支援」、「生きる楽しさを実感してもらい新たな可能性を導き出す」、「希望をもって現在を生きることを支える」、「その人自身の自己実現を生活の視点から支える」〔安墳伊, 2014, 423〕を挙げている。荻野は養成テキストと現任の介護福祉士が捉える専門性の比較検証の研究で、介護福祉士の業務が ADL を中心とした身体介護のみが重要だと認知されがちだが、現任介護福祉士は、利用者の心的ケア・精神的介護が現場では求められており、そこに介護福祉士の専門性があると認識している〔荻野基行, 2020, 11〕としている。

これらから、介護が単なる生活支援だけでなく、利用者の生き方や人生観、QOL 支援を含むものであるということがわかる。保良は、介護職が「対象者個人の孤独感、いきがい、生きる意味など、個人の実存的レベルの問題を吐露される可能性」が高く〔保良昌徳, 2000, 29〕、こうしたことに対する援助を「実存援助」として、「(ホームヘルパー)は対象者の孤独感・いきがい・生きる意味など、個人の精神生活や実存的レベルの問題にふれ、影響を与える立場にある。このような時に、いわゆる福祉職員としては、単に食事や身体的な生活の保持(いわゆる基本介護業務)に関心を向けるだけでは十分でないことは明白である」〔保良昌徳, 2000, 29〕と述べている。これらから、介護が行う生活支援は、利用者個人の孤独感や生きる意味という利用者の存在そのものを支える援助を含むということになる。

なお、保良はこうした援助を「実存援助」と表現しているが、この「実存」とは何かについて検討しておく必要がある。「実存」という言葉は、主に哲学の分野で議論されてきたものであり、その意味を考究するなら哲学における「実存」の語源と意味、その思想の変遷を追う必要があるが、ここでは保良のいう、介護援助における「実存」とは何かに焦点を絞って検討したい。

1998 年版岩波哲学・思想事典によると、「実存」とは「本質あるいは様相存在と区別された現実存在ないし事実存在を意味」し、「個的で具体的なあり方をした有限な人間の主体的存在形態を表示する」となっている。また、松浪は「『実存』とは、『事物存在』や『道具存在』とのありかたとは異なる『人間存在』の特殊なありかたである」〔松浪信三郎, 1962, 495〕とし、「あの人この人と指すことができる人間が現実存在であり、この現実存在について述語される「理性的動物」という抽象的一般的な人間が本質存在である。現実存在はその語源(筆者注: existence)が示すように「外に出て立つ」のであるが、それはまずはじめには(原文ママ)、本質存在のわくに閉じ込められていないで、本質のそとに出て立つという意味である」〔松浪信三郎, 1962, 247〕と述べ、この現実存在を「私の死を死ぬ者は私である。その意味で、個々の人間は、他の何ものをもってしても代えることのできない絶対的な存在である。いいかえれば、人間はそのひとりひとりが絶対的にそこに置かれている現実存在である。そういうわけで、現実存在の意味が、他のばあいとは比較にならないほどの重みを持って、最もはっきりと、また最も強くあらわれるのは、ひとりひとりの人間においてである」〔松浪信三郎, 1962, 279〕としている。つまり人間における現実存在とは、事物のように単にそこに現実的に存在するというのではなく、一人ひとりが個別性と主体性をもって、かけがえのない自分の人生をそれぞれに追求する存在、といえる。本質存在はこうした個別性や主体性ではなく、それを除いたところで、人間というものを対象として一般化した存在を示すが、現実存在はこうした一般化の枠の外に出て(本質の外に出て)、個々人が個別性や主体性を持って自己の存在を作っていくことになる。

また、実存主義を提唱した J-P. サルトルは、人間においては(神の創造をみとめない限り)「実存が本質に先立つ」という有名な言葉を残したが、これは、ペーパーナイフのような物体は、それが存在する前から、その性質や製法の全体像としての本質をあらかじめ決めることが可能だが、人間は存在する前からそのような本質があるのではなく、人生を生きる

なかで行う行為や言動によって作られていき、自ら作ったところのものになるということである。サルトルの実存主義をめぐってはさまざまな哲学的な議論があるため、ここで詳細はとりあげないが、たとえば、悪人は最初から悪人として生まれてくるのではなく、その後の行為によって悪人になる。この「その後の行為によって何者かになる」というところに、その者の「主体性」が関わっており、その者の個別性と主体性による現実的かつ具体的な生き方を通して、「その者」が作られていくということである。

また、三田は「実存とはあらかじめ本質が決められている存在ではない。未来に向けて自分を投げかけ、主体的に未来の自分を選び取っていく存在」〔三田誠広、2011、89〕としており、実存としての人間は、まず自身が行う現実的な行為や言動の一つ一つを通して自分という存在になるが、それは同時に、常に自分はどうか生きるか、どうありたいかを問い続け、行為を選びとっていくことも可能な存在である、ともいえる。

これらから「実存」は、本来普遍的とされる本質としての存在ではなく、現実の時間や空間に生きながら、その生き方を通して「その人」になる存在という意味をもち、そのため、個別的で具体的な一人の人間が、その有限な生のなかで外界とのやり取りの中で、主体的に自己の存在について問い続けるような在り方を示すものといえる。言い換えれば、「実存」は「自分が実際にどう生きてきたか」を通して得られる「自分とは何者か？」という答えでもあり、また「自分とは何者か？」という問いを「自分が実際にどう生きてきたか」を通して問い続けることでもある。

これらをふまえて、保良の「実存」の文脈を解釈すると、人間というのは、個別的かつ具体的な人生という時間を生きる過程で、外界とのやりとりを通して、常にその人生で「私の人生とは何であったのか」、「私は何のために生きてきたのか」という自分の生き方や生きる意味を問い続け、それが見いだせることを願う存在である。それゆえ、人は生きる意味を充足させるために生きがいを求め、自己の存在自体に意味や意義を見出そうとするのではないだろうか。特に、介護が対象とする利用者の多くは人生の最終段階に入った高齢者であり、これまでの人生を振り返り、自分の人生とは何であったのか、自身の生きる意味とは何かを考え、それを言葉にして周りの者に伝えておきたいと思うことも多いであろう。また、人生で残されている時間が限られており、心身の機能低下や人間関係の狭小化から生きがいを見出すことが難しく、孤独や不安に苛まれやすい。それゆえ、利用者はその思いを、最も身近な支援者としての介護職に打ち明けるのであろう。

介護職は利用者の最も身近なところにいる生活支援の専門職であり、利用者にとって不安や孤独感、悩みなどを吐露しやすい相手となる。こうしたことから、介護における「実存」の援助とは、利用者がかけがえのない一度きりの人生において自分の生き方や生きる意味を振り返る傍らに寄り添い、本人の人生観や価値観、不安や孤独感、悩みなどを傾聴し、支援することであると考えられる。そういう意味で、これらの援助を精神的援助と一括りしてしまうと、その本当の意味が見えにくくなる。そのため、本論文では、「実存的援助」もしくは「実存への援助」、「実存に対する援助」という表現は、利用者の自己の生き方や生きる意味に関わるような援助という意味を持つものとして扱うこととしたい。

こうしてみると、介護に関する専門的な知識や技術の確かさはもちろんのこと、生きがいや孤独に対する支援を提供するには、利用者の背景となる様々な文化・価値観、社会常識や伝統・慣習に対する知識と、人というものに対する深い理解を併せ持つ必要がある。

こうしたことから考えると、介護業務というのは具体的に手順化できるものや技術だけでなく、利用者への理解に基づく言動や態度、配慮や気遣い、励ましや傾聴といったもののようになり、形としてみることはできないが、援助時にそこに存在し、介護の質を支えるものがあるということになる。峯尾は、「介護には具体的な行為としてだれにでもわかる客観的(具体的)側面と、配慮や気遣いという主観的(抽象的)側面をもっている」〔峯尾武巳、2012、

103]と述べている。この主観的(抽象的)側面は、実存的援助に大きく関わるものであり、介護業務や手順として均一化、標準化できない部分でもある。また、明石は介護がどのようなサービスを提供するのかを明確にし、それを利用者に明示するために介護サービスの標準化が重要であり、「標準化されたサービスを老人の生活実態にあわせて具体的に提供する能力が専門性といえる」としつつ、「標準化しえない、あるいは標準化になじまないサービスを提供する能力、これも専門性である」[明石隆行, 1990, 82]としている。ケアの質の均一にするためにもケアやサービスの標準化は専門職として重要であるが、全てが標準化できるものではなく、利用者の個別性もあり、その中には目に見えない関係性や感情、互いへの思いやりや理解というような利用者と介護職との間で形成されるものもあり、それらは標準化になじまない。身体介護や家事などの生活援助という具体的で標準化が可能な業務だけでなく、実存的援助、配慮や気遣いといった標準化しえない援助も利用者の生活や価値観を支える重要な役割を果たしている。明石は重ねて「標準化になじまないサービスにこそ専門性の出番がある」[明石隆行, 1990, 84]と述べており、標準化になじまない業務も内包することによって介護の専門性が成り立つところがある。特に生活支援においては、単なる知識や技術だけではなく、利用者の喜びや悩み、価値観、生き方などを理解して初めて“その人らしさ”や“その人に合った”援助が可能となる。この“その人らしさ”や“その人の価値観”を理解し、その人に応じたケアを提供するには、介護職の人間性や専門的能力が必要となる。この「人間性」には、介護職の倫理観が大きく影響する。それは、利用者を一人のかけがえのない人としてどのようにとらえるのかという視点であり、利用者の価値観や人生観、生きがいについて理解を示し、どのような態度で対応するのかといった誠実さも人間性のなかに含まれる。特に実存的援助においては、介護職の倫理観が重要な役割を果たすと思われる。

#### 2-2-6. 利用者のニーズを的確に把握するためのアセスメント

身体介護であれ生活援助であれ、利用者によって状況が異なるため、援助の個別性がかなり高い。同じ認知症の利用者でも徘徊などで動き回る者もいれば、寝たきりの者もいる。そのため、利用者に合わせたケアを提供するためには、利用者の身体・生活状況とそれに応じたニーズを見いださなければならない。それらを把握するために必要なものが、介護過程とそれに伴うアセスメントである。この介護過程は、介護の専門的知識と技術に基づいて利用者の様々な生活上の問題やニーズを明確にして介護の方針やケアプランを考えるもので、これが利用者に合っていたか、問題を解決できたか、ニーズを満たすことができたかという点で、介護の専門性が問われるものでもある。

介護過程とは、「介護を必要とする利用者のあらゆる生活上の課題を発見して、その解決にあたるために系統的で理論的根拠を持った、課題解決のための思考の過程」[鈴木知佐子, 2014, 140]、「利用者が望む『よりよい生活』『よりよい人生』を実現するために行う、専門知識・技術を活用した、客観的で科学的な思考過程」[吉田節子, 2016, 18]などと定義されている。具体的には「情報収集」、「アセスメント」、「介護計画(ケアプラン)立案」、「実施」、「評価」という流れで、利用者が生活上で抱えている問題やニーズを明確にしてケアの方針や内容を決めるために行う一連の思考過程をいう。これは一方向・一回限りのものではなく、計画を実施した結果、見直しが必要な場合は再アセスメントや再計画に戻り、再度利用者の生活課題解決に向けて再実施する[鈴木知佐子, 2014, 142]という循環的な過程である。

このなかの「アセスメント」は、介護過程の根幹となるものである。前述の安の研究でも、介護福祉士の専門性の構成要素としてアセスメントが含まれており、複数の研究でアセスメントが介護の専門性として挙げられている[松本眞美, 2017]ことから、アセスメントは介護の専門性を示す重要な要素である。アセスメントとは、利用者に関する必要な情報の

収集と分析を行い、利用者の解決すべき課題やニーズを把握すること〔真砂良則，2014，57〕であり、介護職が、「施設や在宅で暮らす要介護高齢者や障害者の生活全体を様々な視点から把握し、得られた情報からどのような支援を提供すべきかを判断し、同時にその理由を明確にすること」〔佐藤富士子，2016，20〕と定義されている。具体的な方法としては、利用者に関する必要な情報を収集し(情報収集)、その情報が利用者にとってどんな意味があるのかを解釈し、他の情報と関連づけ、利用者の状態や状況を統合し(情報の解釈・関連付け・統合化)、利用者の抱えている問題やニーズを明確化(課題の明確化)し、具体的な介護援助につなげていく。このアセスメントで「必要な支援とその理由」を明確にし、利用者に関わる介護職で共有する。それがないと、複数の介護職がそれぞれの解釈で介護を行うことになり、それによって期待される結果が得られなかったり、誤った方向に進んでしまったりする可能性がある〔佐藤富士子，2016，20〕。真砂は、「適切なケアプランが立案できるかどうかは、アセスメントがきちんと行えるかどうかにかかっているといっても過言ではない」〔真砂良則，2014，58〕と述べている。アセスメントがどのようにして行われるのか、事例と図（図 2-3）を参照しながらみてみたい。

#### 【事例-80 代後半の女性 A さん】

介護施設に入所している 80 代後半の女性 A さんは、若い頃からおしゃれで身だしなみに気を使う人だった。介護施設に入所してからも、毎朝きちんと洋服を着替え、髪を整えてから他の利用者や職員がいるフロアに向かう。移動の際に鏡の前を通る時は自分の姿を確認し、髪をなでつける動作がみられた。

最近、尿失禁がひどくなり下着や衣服が汚れてしまうことが多くなった。咳やくしゃみをした時、笑った時、物を持ち上げたり、立ち上がった時など、ちょっと力が入った時に失禁してしまう。布下着では間に合わないので、パンツ式のおむつ（リハビリパンツ）を着用してもらうことになった。A さんはおむつを見て、「これ、すごく恥ずかしい」、「嫌だなあ」、「こんな姿になってしまって」と嫌がったが、仕方なく着用している。

おむつを着用するようになってから、A さんが入浴を嫌がるようになった。今までなら、身だしなみに気を使ってお風呂も毎回ちゃんと入っていたのに、最近は「この間入ったらまだいいわ」、「今日は入りたくない」といって断るようになった。心配した職員が聞いてみると、A さんは「体が思うように動かないからイヤなの」と答えたが、ADL のレベルは落ちていない。

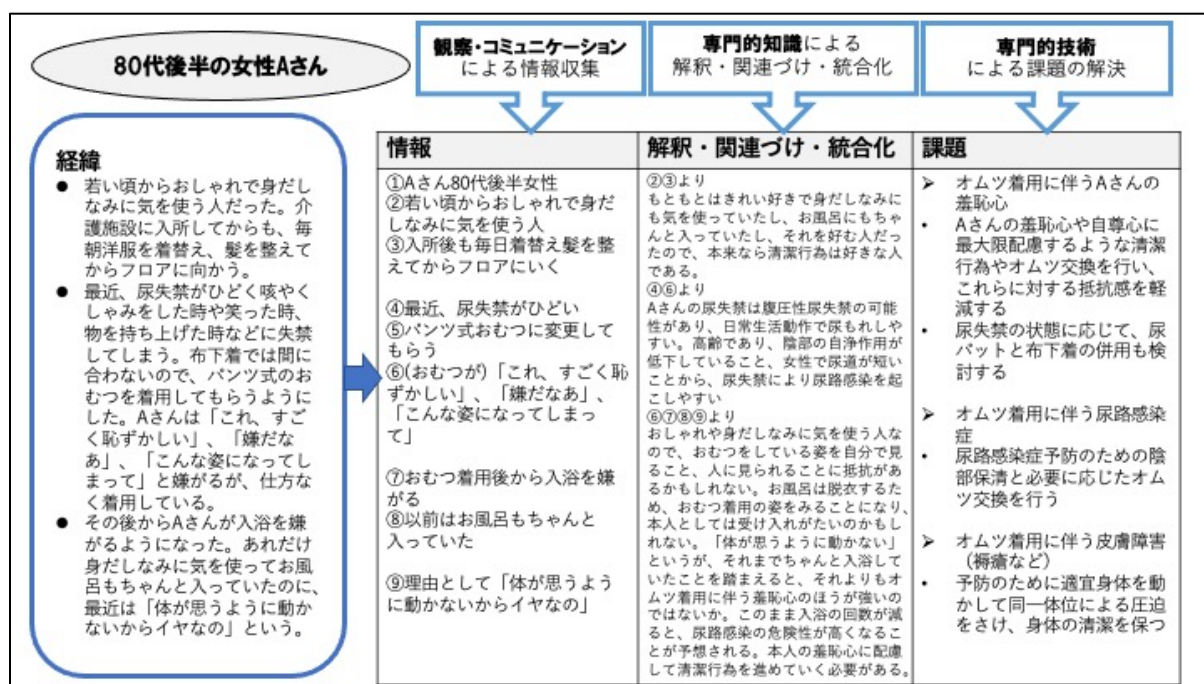


図 2-3. アセスメントの具体例

この事例は、80代の女性Aさんが入浴拒否をしている事例だが、図2-1のアセスメントによって、Aさんが単に入浴を拒否しているということではないことを導き出している。若い頃からおしゃれで身だしなみに気を使う人、毎朝きちんと洋服に着替え、髪を整えてからフロアに向かう、鏡の前で髪をなでつける動作という【情報】から、Aさんがきれい好きで身だしなみに気を使う価値観を持っており、入浴を好んでいたことを【解釈・関連づけ・統合化】しているのがその一例である。そして、おむつ着用後から入浴を拒否していること、おむつを「すごく恥ずかしい」、「嫌だなあ」、「こんな姿になってしまった」という発言からおむつ着用にとまなう羞恥心を強くもっていること、そこに入浴拒否の可能性があると、また羞恥心にしっかりと配慮しないとAさんの自尊心が傷ついてしまうことも【解釈・関連づけ・統合化】している。それと同時に、尿失禁症状の具体的な【情報】から腹圧性尿失禁であること、布下着では他の衣類も汚れてしまう可能性があり、おむつ着用が望ましいこと、このまま入浴せず陰部の清潔が保てないと尿路感染が起きてしまうことも【解釈・関連づけ・統合化】し、そこから本人の自尊心や羞恥心に配慮しながら、入浴によって清潔を保ち、尿路感染を防ぐという【課題】を見出している。この課題を具体的な方法(この事例では羞恥心に配慮しつつ入浴してもらう方法、陰部を清潔に保つ手順など)に落とし込むのがケアプランである。

この過程では、まず情報を収集する必要があるが、ここでは介護職自身の視覚・聴覚・嗅覚・触覚などのいわゆる五感を用いたり、体温や血圧測定などの計器を用いたりして行う「観察」と、バーバルおよびノンバーバルな情報を収集する「コミュニケーション」、介護に関わる職員(介護支援専門員、看護師、医師、ソーシャルワーカーなど)が記載する「記録」などの情報収集方法がある。これらから必要な情報を把握し、解釈・関連付け・統合化を図るには、介護だけでなく医療や制度など関連領域の専門的知識が必要となる。そしてそこから導き出された利用者の課題(問題やニーズ)を解決するために具体的な介護行為に落とし込み、実践するには専門的技術が必要となる。松本は、「個々の生活状況を把握すること、つまりアセスメントは利用者中心の個性のある価値観を的確に捉えるために必要な作



業」とし、介護職(この文脈では訪問介護員)は「利用者一人ひとりの個別な価値観、家族や家庭それぞれの価値観を的確に捉え、その価値観に合わせた支援をするために、ニーズに合わせて知識・技術を用い、利用者や家族の生活向上に柔軟に関わっている対人援助の専門職である」〔松本眞美, 2017, 56〕としており、アセスメントは専門職として利用者の個別性のある価値観やニーズを的確に捉えるため重要であり、それを適切に行うには専門的知識や技術が必要になる。

また、アセスメントにおける情報収集は重要だが、介護の場合、個人的な情報を把握し、関係職種と共有しなければならないことも多い。利用者の身体的特徴、疾患や障害状況、排泄や食事などの日常的身体行為の程度、家族関係、家の中の状態、さらには経済状況まで踏み込まざるをえないこともあり、かなり深いところまで利用者のプライバシーに踏み込むことになる。そのため、社会福祉士及び介護福祉士法でも、秘密保持義務(第46条)として、「正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。社会福祉士及び介護福祉士でなくなつた後においても、同様とする」と定められている。情報を不用意に他者に漏らすことは、倫理的問題となる。家族や関係職種との連携から情報共有は欠かせないが、誰に、どんな情報を、どこまで伝えるのかといった判断を慎重に行うとともに、職員同士の会話であっても不要な発言を避ける必要がある。

このように、専門的技術である介護過程は利用者全体をとらえることで成立するため、利用者をどのような存在をとらえるのかという介護職の視点や人間性のようなものが大きく影響する。そして利用者に関する様々な情報を収集することでそのプライバシーに関わることから、介護職の誠実性が問われることになり、どのような倫理観をもっているのかが重要になってくる。

## 2-2-7. 利用者に「時間的・タイミング的に関わる」介護の専門性

今までみてきた日常生活支援やアセスメントは他の医療系専門職種も行っており、近接領域の看護でも同様である。特に看護職はともに生活を支援するという『ケア』を職務とし、専門とする領域が隣接しているといわれる〔溝江弓恵, 八島妙子, 2016〕。専門性の要件として日常生活支援やアセスメントがあげられるならば、同様の行為を行う他の関連職種と介護の違いは何であろうか。

日本介護福祉士会は、介護福祉士の専門性について「利用者の生活をより良い方向へ変化させるために、根拠に基づいた介護の実践とともに環境を整備することができること」と定義し、具体的には、①「利用者の自立に向けた介護過程を展開し、根拠に基づいた質の高い介護を実践する」、②「自ら介護等に関する知識及び技能の向上に努めるだけでなく、自立支援に向けた介護技術等、具体的な指導・助言を行う」、③「利用者の心身その他の状況に応じて、福祉サービス等が総合的かつ適切に提供されるよう、物的・人的・制度的等、様々な環境整備を行うとともに、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない」として、この3項目を相互に関連させて循環させることができることに、介護福祉士の専門性があるとしている。青木は、この主張を看護などの職能団体に比較して弱く、その歴史の浅さと職能団体としての力量の差が明白であると批評しつつ、それもやむを得ない〔青木紀, 2017, 190〕としている。なぜなら、介護福祉士は「比較的新しい専門的領域として誕生しているので、関連領域との関係を検討しながらその専門性について考えて」〔西村洋子, 2013, 67-68〕いかざるを得ず、独自の専門性を積み上げて獲得していく段階にあるからといえる。

この介護の専門性と関連領域との関係について、業務領域が共有する看護との比較で論じられることが多く、看護との対比は介護の専門性を考える上で欠かせない視点ともいえる。西村は、看護と介護の相違は対象者にあるとして「介護の対象者の特徴は、障害は存在するが健康状態は比較的安定しており、濃厚な治療は必要としない人々」で、「介護・看護の各



領域は利用者のおかれている日常生活条件によって規定されるというより、むしろ健康状態によって規定される」〔西村洋子，2013，67〕としている。つまり健康状態が比較的安定しているときは介護を中心とし、健康状態が不安定になったときは、看護を中心として行うということであり、看護が、対象者の健康状態が不安定な時に医療支援を行うところに専門性があるのに対して、介護の専門性は、対象者の健康状態が安定している時の生活支援にあるということになる。

それぞれの業務規程からみると、看護は、保健師助産師看護師法において傷病者と褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とし、その目的は「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通じて、その人らしく生を全うすることができるよう身体的・精神的・社会的に支援すること」〔日本看護協会，2007〕である。そのため医療支援に力点が置かれており、対象者は主に治療などの医療を必要とする人々である。一方、介護は、社会福祉及び介護福祉士法において「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うこと」を業とし、その目的は「欠落した生活行為を成立させる介護技術を通して命を守り、日常生活の継続性を支えること」である。そのため、援助の対象を「病者ではなく、生活者として」捉え、生活支援に力点が置かれている〔井上千津子，2007〕。これらから、要介護状態によって「生活に他者の援助を必要とする人」を対象にすること、「本人のニーズに合った日常生活が営める」ように生活援助を行うという点に介護の専門性を見出すことができる。

さらに、内田は「介護は食事、排泄、移動などの起居動作の世話を焦点を当てている。看護は医療や健康を重視した援助、介護は社会福祉の観点で社会的な生活を尊重した援助を、それぞれ独自性としている」〔内田陽子，2014，20〕とし、介護の独自性は食事、排泄、移動などの生活面でのケアにあるとしている。この内田の意見の重要なところは、介護を単に排せつ、入浴、食事等の「日常生活動作の援助」だけでなく、「社会福祉の観点で社会的な生活を尊重した援助」としているところであろう。ここには、対象者が社会的な生活を営むために必要な社会福祉サービスをも含めた様々な援助を行うという意味が含まれている。特に要介護状態にある者にとって生活そのものが自力で行うことが難しく、経済面も含めた様々な社会福祉サービスが必要となる。「生活を援助する」とは、こうした点もふまえて連綿と続く生活をマネジメントする視点が求められるということである。たとえ治療の手立てがなくなったとしても、生活は一生続いていくことを考えると、生活は単に生きていられればいいというものではなく、生活の空間や日々体感するものにある程度の居心地の良さ、つまり快適さが重要になってくる。その快適さは人それぞれ異なるため、本人の身体特性や選好に応じたニーズに合わせて考え、生活を整える必要がある。介護は要介護者の生活に沿って援助を提供するがゆえに、こうした視点でのアセスメントやマネジメントができることが専門性につながっていくのではないだろうか。もちろん、看護もそのような視点が重要であるが、看護は疾病や障害から可能な限り回復を目指すための援助であり、回復後の生活支援も、医療的視点に基づいて心身機能を維持させていくところにある。

同じ社会福祉サービスに位置づけられている社会福祉士との対比でみると、白澤は、日常生活を営むのに支障ある人びとに対して「生活を支援する」という観点で重複しているとし、両者は同じ利用者に対して、直接援助を中心とした生活支援をする者と、相談援助を中心とした生活支援を実施する者へと整理できる〔白澤政和，2006〕としている。社会福祉士は様々な社会福祉サービスの相談援助を通して、利用者に関わる職種である。利用者の経済的、医療的、社会的な相談等により、適切なサービスと利用者を結びつけ、サービスが実行されるように手続きを行うといった業務を通して、利用者の生活を支援する。介護福祉士は、日々の生活援助を通して、利用者の抱える様々な問題やニーズを把握し、利用者の相談により、社会福祉サービスを提供してくれる者（社会福祉士や行政、サービス提供事業者など）につないでいく、という関わりの違いがある。この介護福祉士の関わりは、直接援助を通して利用者の日々の生活に密着することで、利用者の問題やニーズを把握するという介護福祉士の強みを生かしたものであり、介護だからできることでもある。

また、前述したアセスメントについても、鳥海らの研究では、介護職は生活行動や生活様式の個別性について看護職や相談職よりも把握しており、「心理的な変化や認知症の兆候などをとらえるためには、観察を要するが、訪問頻度の高い介護職の業務特性がそのような観察を促すものと考えられる。加えて、生活時間を共有することによって高齢者との信頼関係が深まり、孤独感などの心情を引き出すことにつながる」とし、個別性の把握においても、「日常生活の遂行を整える家事支援という介護職に固有の役割が、他職種との情報認識の相違に影響を与えた」〔鳥海直美，松井妙子，笠原幸子，他，2005〕としている。寺西らも、多職種におけるアセスメントの苦手意識の研究で、介護職は【観察】ができると自己評価しており、利用者への訪問頻度が高く、利用者の変化に気づきやすい立場にいるため、日常の身近な援助者としての他職種への情報提供が求められており、今後ますます介護職の【観察】が求められていく〔寺西敬子，中村裕美子，2011〕としている。このように、介護職は利用者の生活に密着し支援を提供するという特性から、利用者の課題やニーズを最も把握しやすい立場にある。その立場は意思表示への意欲が低下している、あるいは認知症などで意思表示が難しい利用者の代弁者としての役割も求められることになる。

安田による看護・介護の専門性と協働に関する研究では、看護職はその専門性から健康管理や健康上のアセスメントに重点を置くことで、利用者の生活を制限してしまうことも多いが、介護職は生活中心の視点で利用者の思いや気持ちに沿うことを目指し、日常生活を整え、生活の満足を重視するという専門性がある〔安田真美，山村江美子，小林朋美，他，2004〕としている。前述の安は、介護福祉士の専門性の構成要素として「日常生活の支援」をあげ、その内容として「利用者の生活に直面しかつ寄り添っている」、「身体介護、心理的ケア、家族のかかわりを一番身近で介護にあたる」〔安墳伊，2014，423〕としている。

しかしながら、この「生活」自体が実に多様であり曖昧さをはらんでおり、それが「生活」を支援する介護の専門性を明確にしきれない要因にもなっている。青木は「それぞれの分野の専門職の「専門性とは何か」あるいは学問領域の「固有性とは何か」、さらにはそもそも学問として「自立」しているのかどうかなどという大きな課題（壁）にぶつかることによって、容易には具体化されない状況に直面する」〔青木紀，2017，98〕と述べているが、介護もまさにそうした課題に直面し続けているのであろう。生活全体をとらえようとすると、その多様性からどうしても生活支援の内容が抽象的な表現となり、具体的に把握しづらくなる。

しかし、実際には多様な介護行為の組み合わせによって総合的に援助が行われている。介護業務は医師が行う医療行為のような独占的な業務、すなわち医師免許を持つ者しか行っていないというような専門性、すなわち焦点化された専門性ではないが、様々な生活行為が複雑に組み合わさって営まれる生活を支援するという統合化されたところに専門性があり、それには生活全体を構成する様々な要素に対する専門的知識や技術を要する。笠原は、介護においては、こうした医師や弁護士などの専門職のモデルにあてはめて専門職、非専門職を判断することは現実的ではないとし、介護福祉士の特徴を捉える新しい専門職性の展望が必要である〔笠原幸子，2001，176〕と述べており、大塚〔大塚久雄，1979〕の「科学の中には、理論的専門性を持つものと、実践的専門性を持つものと二つの領域がある」を引用しながら、介護福祉士の専門職性は「きわめて実践的専門性をもつものであり、それは介護福祉の理論と実践が接近していることを示し、介護福祉の専門職性は特化し専門分化されたものではなく、総合性を特徴とするもの」〔笠原幸子，2001，177〕であるとしている。こうしたことから、松本は、介護は「生活全体を見ることから支援を組み立てていくところに独自性が見られるのではないだろうか」とし、「区切られた支援の一つひとつが専門的であることによる利用者の利点とマッチしない点がある」として、「疾病の完治を目指す医療系の職種と、生活全体の快適さを目指すホームヘルパーでは、それぞれの役割機能からその優先課題の占める割合は異なる。そして、前者であれば完治に対する一つひとつの専門的支援により課題は解決され利用者の利点と結びつく。しかし後者の場合、制度によって区切られた一つひとつの支援が専門的であっても全体を構成しないデメリットがあると、生活全体の

快適さという利用者の利点とはならない」〔松本眞美，2017，57〕と述べている。

これらから、専門職としての介護の特性は、「利用者に最も身近なところでその生活に密着し生活支援を行う」、「生活の全体性を様々な生活援助行為で支える」ことであり、その援助は単なる生活行為だけでなく、標準化しにくいものや実存に対するものも含まれることになる。利用者の生活に密着するということで、利用者の抱えている問題やニーズにいち早く気づくことができ、利用者にとって最も大事なタイミングで援助を提供できる立場にいる。医療と介護が協働する現場では、治療や処置などの医療を行う医師や看護師がその地点（医療を行う時点）という”点”、すなわち焦点的に関わるならば、介護は利用者が起きている時から寝ている時まで日常生活に連続した”線”としての関わり、すなわち時間的な関わりとなる。前者後者に序列はなく、どちらも重要で、前者の関わりは医療という利用者の心身に深く影響を及ぼす関わりであり、後者は連綿と続く生活行為を継続的に支える関わりである。そのため、介護は他職種に比して時間的な関わりとなり、最も利用者のそばにいる存在となる。それゆえ利用者にとってタイミングよく関わるのが可能である。介護はこの「利用者に時間的、タイミング的に関わる」、すなわち利用者の生活に時間的に寄り添い、適切なタイミングで支援できるところに、その専門性の特徴があるといえるのではないだろうか。

このように、利用者の生活に密着できるということは、利用者のニーズを最も把握し「介護福祉士の倫理綱領」に掲げられた「利用者本位、自立支援」、「利用者ニーズの代弁」の倫理的な責務を担う立場にあるということでもある。そうした立場にあるがゆえに、「身体に触れる行為」や「排泄や入浴といった羞恥に関わる行為」、「生活というプライバシーで行われる行為」を援助することで、介護の「関わる」という行為のすべてが必ず倫理的側面を持つことになる。介護実践と倫理は表裏一体であり、介護職が援助を行う時、この関わりが利用者にとって本当に適切か、介護職は利用者に苦痛を与えず安楽にできるだけ援助技術をもっているか、利用者の体調や心情を理解できるだけの様々な知識をもっているのかということが、常に問われることになる。

### 第3節 介護における倫理とは

今までみてきたことを整理して、介護における倫理として次の二点をあげたい。一点目は「介護行為そのものが抱える倫理」、二点目は「利用者の生活に密着し時間的・タイミング的に関わる存在としての倫理」である。

#### 2-3-1. 介護行為そのものが抱える倫理

今までみてきたように、介護は、身体介護や生活援助などの介護行為で成り立っている。特に身体介護は、ADLおよび手段的日常生活動作(Instrumental Activities of Daily Living：以下、IADL)<sup>注15</sup>への援助を通して利用者の身体に直接触れる援助行為である。実際の援助内容の例(表2-7)をみても、排泄や食事、移動など、通常であれば自立して自らの都合に応じて行う行為であり、ここに他者の援助が必要になることは利用者にとって自尊心を傷つけられることになりかねない。さらに、排泄介助や入浴介助などは身体や陰部の露出を伴うものでもあり、介護職の態度や何気ない言葉だけで利用者の羞恥心や自尊心を傷つけてしまう可能性が高い。食事は利用者の生命にかかわり、排泄や入浴などは、利用者の羞恥心にかかわるものであり、そこに援助を受けるということは、ある意味、他人には見せたくない「弱み」を見せることにもなる。介護行為は、生活に支障がある利用者を支える

---

<sup>注15</sup> 手段的日常生活動作(IADL)：お金の管理や公共交通機関等の利用など、ADLよりも複雑な動作と判断が求められる応用的な動作をさす

ために行われるが、その利用者のための行為が利用者を傷つける可能性を持った諸刃の剣である。介護業務の大半はこの身体介護に費やされることをふまえると、介護職は介護行為を通して常に倫理的側面を問われることになる。介護実践と倫理は表裏一体で、介護職が関わる行為のすべてに倫理的側面が存在するからである。長い人生を歩みながら疾病や障害による機能低下によって自分だけでは生活を組み立てることが困難となった利用者の生活を、第1節でみてきたような「尊厳」や「自尊心」を傷つけることなく、常に倫理的な視点で介護行為を行うことが求められている。

また、介護職における倫理教育でも、この点は考慮されるべきであろう。医療者や社会福祉職など全てのケア提供者に共通する抽象的な倫理の概念は重要であるが、それだけではどういう点に気をつけたり、配慮したりすればいいのかわからず、具体的行動に結びつかない。介護における倫理教育では、介護行為のどういうところに倫理的問題が生じやすいのか、どのような行為が倫理的に問題となり、どうすれば適切な行為となるのかを、行為一つひとつから具体的に考えていけるような内容で構成される必要がある。それが医療倫理や看護倫理とはまた違った特徴をもった介護倫理としての構築にもつながっていくと考えられるからである。

表 2-7・身体介護の具体例

身体介護の具体例
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>食事介助</b>：調理、食事環境の整備、摂食、口腔ケアなど食事に関わる援助</li> <li>● <b>入浴介助</b>：入浴準備、洗髪、洗体、全身または部分浴などの入浴に関わる援助</li> <li>● <b>清拭</b>：入浴ができない利用者に対して身体を拭き清めるなど清潔に関わる援助</li> <li>● <b>更衣介助</b>：衣服や下着等の準備、着脱など着替えに関わる援助</li> <li>● <b>身体整容</b>：清潔な衣服の更衣や整髪、洗顔、おしゃれなど身だしなみに関わる援助</li> <li>● <b>体位変換</b>：寝返りや身体の向きを変える、同一体位による痛みを緩和する、褥瘡予防など体位や姿勢に関わる援助</li> <li>● <b>排泄介助</b>：トイレ誘導、トイレ移動介助、トイレ介助、オムツ交換、陰部清拭や洗浄などの保清など排泄に関わる援助</li> <li>● <b>移動・移乗介助</b>：自力歩行が困難な利用者に対して歩行介助、車イスや歩行器による移乗・移動介助など移動に関わる援助</li> <li>● <b>外出介助</b>：通院など必要な外出に関わる援助</li> <li>● <b>休息介助</b>：適切な休息の促し、睡眠前のトイレ誘導、睡眠環境の整備など睡眠や休息に関わる援助</li> <li>● <b>娯楽介助</b>：レクリエーションや運動など楽しみや活動に関わる援助</li> </ul>

### 2-3-2. 利用者の生活に密着し時間的・タイミング的に関わる存在としての倫理

介護は、身体介護、家事や生活管理を主とする「日常生活援助」の他に、精神性への援助やいきがい援助、看取りといった利用者の生き方そのものに対する「実存的援助」で構成されており、これらの援助の方向性や内容をアセスメントという技術で明確にしている。これらから介護は、単純に排泄や食事といった日常生活行為を援助するのではなく、利用者を、その生活や生き方を含めて全体的にとらえる包括的な生活支援を行っている。この包括的な支援を可能にしているのは、利用者の生活に密着し、最も利用者に身近なところで援助を行うことができる介護の特性によるものである。身体介護を通して利用者の身体によりそい、生活援助を通して利用者のプライベートな空間に入ることにより、時間的にも空間的にも常に利用者の側にいることによって、利用者の生活の全体像をとらえ、利用者が抱えている問

題やニーズにいち早く気づくことができる。保良は、ホームヘルパーの業務分析の研究〔保良昌徳, 2000〕で、ホームヘルパーが業務に従事する際に利用者や家族から受ける相談内容として、介護に関する「介護知識」、や「介護技術」といった具体的な介護方法、利用できる「福祉制度」、医療や看護に関する基本的な知識としての「健康管理」、適切な食事や住居整備などの「家事援助」、「栄養・調理」のほか、利用者の社会生活や社会関係の中で生じる問題や人間関係などの悩みである「社会関係」、なやみごとや心配事、寂しさや将来の不安、あるいは生き甲斐の問題や宗教、いきる意味としての「実存的問題」を挙げている。これらの相談内容は非常に多岐にわたり、介護の専門的知識や技術を要するものから、生き方や生きる意味など利用者の精神面へのケアも含まれ、「単なる聞き役から積極的な支援まで広い範囲にわたる」〔保良昌徳, 2000, 26〕としている。そしてこうした相談を受けるのは、「利用者や家族側のヘルパーに対する役割期待」であり、「利用者や家族にとって、目の前にいるホームヘルパーは最も身近な社会福祉従事者であり、かつ自分たちの質問や相談に答えてくれる者として認識」〔保良昌徳, 2000, 22〕されていると述べている。こうしたことから、介護職が介護行為を通して利用者の生活に密着することで、利用者のニーズを把握し、それにすぐ応えることができる、すなわちタイミング的な関わりができる立場にいると考えられる。また、他職種につなぐ必要のある情報を得やすい立場にもたっており、医療職などと連携することで、医療や福祉サービスなど利用者の様々なニーズを実現するハブ(中継装置)のような役割を果たすことも可能である。これらの役割は、社会福祉士及び介護福祉士法の業務規定や介護福祉士の倫理綱領とも一致する。

そして、このような立場にいるがゆえに、利用者のプライベートな部分や利用者の価値観・人生観といった深い部分にふれることになる。こうしたQOL(quality of life)に関わる部分を援助する時、利用者のQOLをどのようにとらえるのかといった介護職の人間性が問われることになる。QOLは一人ひとりの人生の内容の質や社会的にみた生活の質を示し、QOLのlifeは生活・生命・人生の3つの意味を持っている。生命の質が必ずしも人生の質と一致するとは限らない。利用者によっては、病院に入院して治療を受けることで命が長らえるよりも、たとえ命の時間的な長さが短くなったとしても自宅で納得の行く時間を過ごしたいと思う者もいる。利用者を一人の人としてその生活・生命・人生をどうとらえるか、その人にとってのQOLはなにかといった介護職の利用者を見る眼差しや姿勢、人間性などを基盤とした倫理観が大きく問われることになる。

以上のように、利用者の生活に密着し、時間的・タイミング的な関わりを行う介護の強みが、そのまま介護における倫理につながっていく。この強みを活かして、何らかの問題が生じた時にいち早くそれに気づき、適切な対応をとること、そして、利用者との距離がゆえに自らが問題の原因とならないように誠実に対応していくことが、介護における倫理、すなわち介護倫理にとって重要となってくる。

本章の第1節で、倫理とは、「特定の集団や職業における善悪の判断基準、社会的行動や慣習の基準をふまえ、そこに関わる人々の人としてのあり方や行為について、よいことか、よくないことか、その理由はなにか、またどうすることがよいのかなどについて考える営み」とし、倫理的問題を「倫理的思考や判断を必要とするような問題や課題、もしくはそれが生じている状況」と表現した。再度、介護における倫理にあてはめて考えると、生活支援を通して「介護における善悪の判断基準、対人援助職としてとるべき態度や行動の基準をふまえ、対象となる利用者とその家族のニーズに応じて、利用者にとっての最善を検討する営み」といえる。そして、これらの基準はこれまでみてきたような介護倫理の特徴に応じた形で作られる必要がある。この基準を考えるためには、前述のように、介護行為のどのような部分に倫理が関わるのか、どのような行為や状況が倫理的に問題となり、どうすれば少しでも

改善するのかを、介護の内容一つひとつから具体的に考えていく必要がある。介護福祉士の倫理綱領にある「利用者本位」も何をもって利用者本位となるのか、どのような行動が利用者本位を実現するのかが明確にならないと、具体的な行動につなげにくい。この点が介護における倫理教育にも生かされるべきである。現場に出る前に、倫理の基礎的知識とともに、それがどのような現場での行為や事象と関わるのかを、養成課程で理解しておく必要があるからである。

そのため、次章以降では、介護の専門職である介護福祉士に焦点をあてて、養成課程でどのような倫理教育を受けているのか、さらに実際に現場で働いている介護福祉士が、どのようなことを倫理的問題と認識しているのか、どのような問題が現場で生じているのかを、実態調査をもとに検討していく。

## 第3章 シラバスにみる介護福祉士養成課程の倫理教育の現状と課題

本章では、第2章で論じた「介護における倫理」をふまえながら、介護福祉士の養成課程で実際どのような倫理教育がされているのかを把握するためにシラバス調査を行い、介護福祉士養成課程における倫理科目の特徴を分析し、養成課程における倫理教育の現状と課題を検討した。

### 第1節 研究の背景

第2章でも述べたように、現場で実際の体験を通して倫理観を養うことは重要であるが、過重労働といわれる介護現場に倫理教育を一任するだけでは、職員の負担が増すことになる。個人や個々の組織の良心や倫理観に頼るのではなく、専門職としての倫理観の確立が問われるべきであり、そのためには介護職の倫理教育が不可欠である。しかし、第1章で示したように、現行の介護福祉士養成課程は多岐にわたっている。大別して実務経験ルート（介護系施設などで3年以上の実務経験に加え実務者研修もしくは介護職員基礎研修＋喀痰吸引等研修を受講し国家試験を受けるコース）と、養成施設ルート（高校卒業後、大学や専門学校などの介護福祉士養成施設を卒業し国家試験を受けるコース）、福祉系高校ルート（福祉系高校にて必要単位を取得し、場合によっては介護技術講習等を受けて国家試験を受けるコース）がある。そのため、どのような教育ルートを経るかによって教育背景が異なる。

そうしたこともふまえて、近年、介護福祉士養成課程が、その質向上と人材担保を目指して、大学教育化されるようになり、カリキュラムが整えられてきた。介護福祉士養成課程の養成カリキュラムは次の領域に大別され、1) 人間の尊厳や自立、人間関係とコミュニケーション、社会の理解からなる「人間と社会」、2) 介護の基本やコミュニケーション技術、生活援助技術、介護過程、介護総合演習、介護実習など実際の介護援助内容を学ぶ「介護」、3) 発達と老化の理解や認知症の理解、障害の理解やこころとからだのしくみ等、医学的な知識に基づく老いや心身の変化を学ぶ「こころとからだのしくみ」、2011（平成23）年に加わった喀痰吸引等の医療行為に対応する「医療的ケア」から構成される。

倫理関連科目の設置に関しては、2008（平成20）年の厚生労働省「新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例」で、1) の「人間と社会」のねらいに「『人間』の理解を基礎として、人間としての尊厳の保持と自立・自律した生活を支える必要性について理解し、介護場面における倫理的課題について対応できるための基礎となる能力を養う学習とする」とし、教育に含むべき事項として「人間の尊厳と自立」、「介護における尊厳の保持と自立支援」を挙げている。また、2) の「介護」でも「尊厳の保持」、「自立支援」が挙げられ、介護の基本的な知識と技術のなかにも職業倫理をはじめとする倫理が含まれることを示していた。そのため介護福祉士養成課程における倫理教育は、主にこの「人間と社会」や「介護」の中に設定されると考えられた。しかし、カリキュラムでは具体的な倫理関連科目設置についての言及や指定はみられないため、科目設置は各養成施設の考え方に委ねられるのが現状である。そのため、介護福祉士養成課程においてどのような倫理教育がされているのか把握する必要があると考えた。そこで本研究では、我が国の介護福祉士養成課程（4年制）における倫理教育の現状を把握するため、介護福祉士養成課程のある大学シラバスとカリキュラムを収集し、倫理の科目内容として挙げられている主要項目の抽出を試み、その特徴と傾向を明らかにすることとした。

### 第2節 研究の目的と方法

【目的】介護福祉士養成課程における倫理教育の現状を把握し、その特徴と傾向を明らかにすることを目的に、介護福祉士養成課程のある大学シラバスとカリキュラムを収集し、倫



理の科目内容として挙げられている主要項目の抽出を試みた。

【方法】全国の介護福祉系大学に設置されている介護福祉士養成4年課程（介護福祉士養成施設（2年以上）に該当する養成課程）60校<sup>注16</sup>の各大学ホームページにてWEB公開されているカリキュラムおよび「生命倫理」「倫理」等を含む科目のシラバス（2014年度版）を対象とした。そのうち、52校はWEB公開しており、カリキュラム表のみ公開しているのは4校、非公開もしくは学内のみ公開が4校であった。よって最終的な分析対象を56校とした。

シラバスからは、「科目名称」「科目内容」「開講学年」「単位数」「必修／選択」「教養／専門」「講義方法」「科目担当者の特徴」を抽出し、科目の全体像について分析した。さらにシラバスに記載されている内容を抽出し、その傾向を分析した。

【倫理的配慮】本研究の分析対象は、公表されているデータを利用しているため、倫理的配慮として記載すべき事項は特になし。

### 第3節 結果

#### 3-3-1. 生命倫理関連科目の設置状況

56校のうち、倫理関連科目を設置している大学は100%であった。また、科目名称のカテゴリーとしての設置状況は、データを整理した結果、次の四つに分類することができた。①「生命倫理」もしくは科目名称に「倫理」を含む科目（以下、「生命倫理系科目」とする）、②「哲学・思想系科目」、③科目名称が①や②ではないが、「人間への理解」や「人間の自立と尊厳」等の名称で幅広い内容に倫理を含む科目（以下、「その他」とする）、④介護系専門科目の中に倫理の内容を数コマ入れている科目（以下、「介護系専門科目」）である。これらの内訳は、①「生命倫理系科目」39%、②「哲学・思想系科目」6%、③「その他」8%、④「介護系専門科目」47%であった。（科目が重複設置されているためN=102）（図3-1）

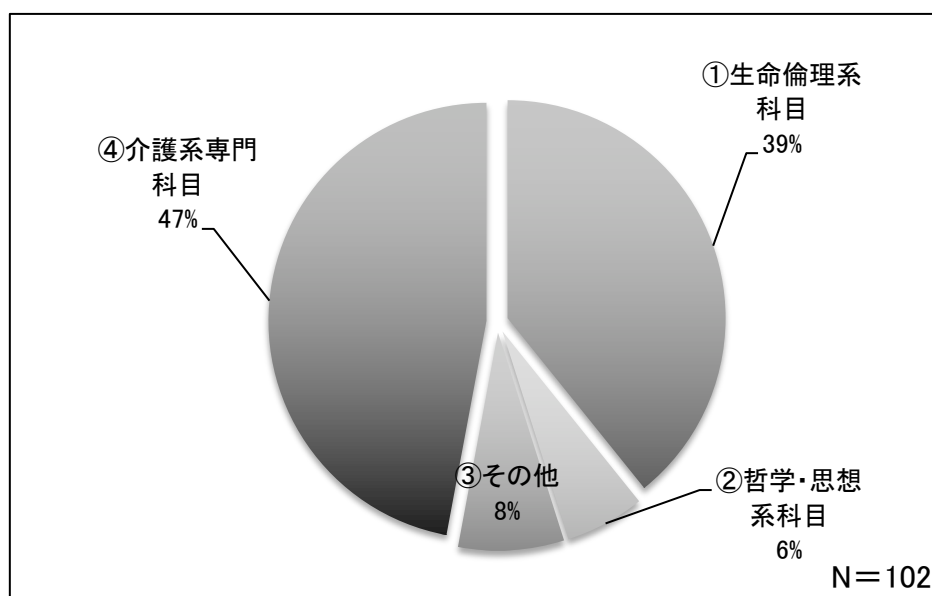


図 3-1. 科目名称カテゴリー

<sup>注16</sup> 介護福祉士養成4年課程は養成施設ルートの介護福祉士養成施設（2年以上）に該当する養成課程で、今回は大学と大学校が該当したが、大学校は、学校教育法第1条に規定される大学と異なり教育訓練内容を規定する法令がないため、今回は除外した。

しかし、養成施設によって倫理関連科目を複数設置しているところと、1科目のみ設置しているところがあった。そのため、さらに設置内容を分析したところ、①のみ設置 9%、②のみ設置 0%、③のみ設置 3%、④のみ設置 18%で、それ以外に複数の組み合わせ（「生命倫理」と「哲学」の組み合わせなど）の設置が 70%という結果になった。（N=56）（図 3-2）

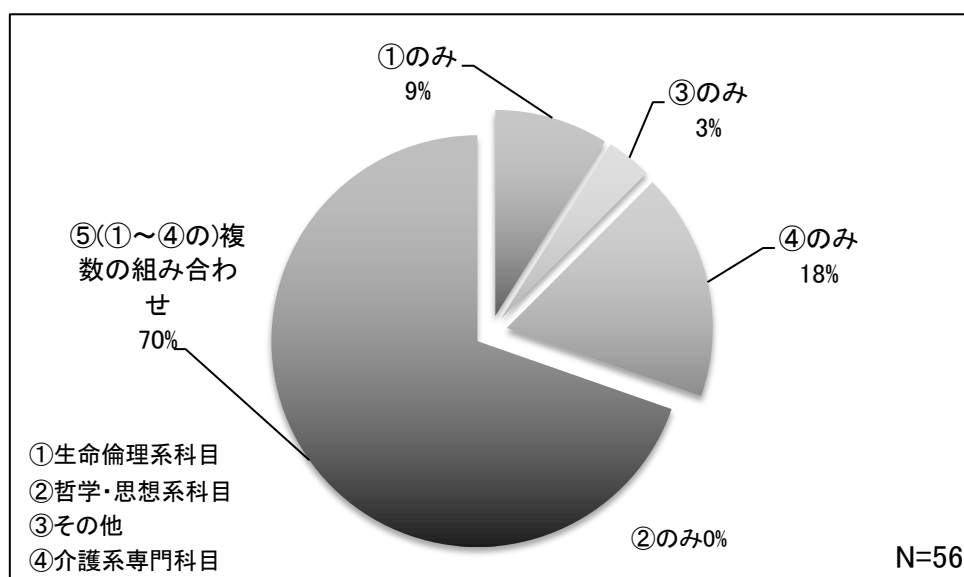


図 3-2. 科目設置内容

複数の組み合わせは 39 校あり、その内訳を見てみると、①と④の組み合わせが 69%、②と④が 8%、③と④が 2%、①②③④のすべてが 18%、①と②の組み合わせが 3%であった。（N=39）（図 3-3）

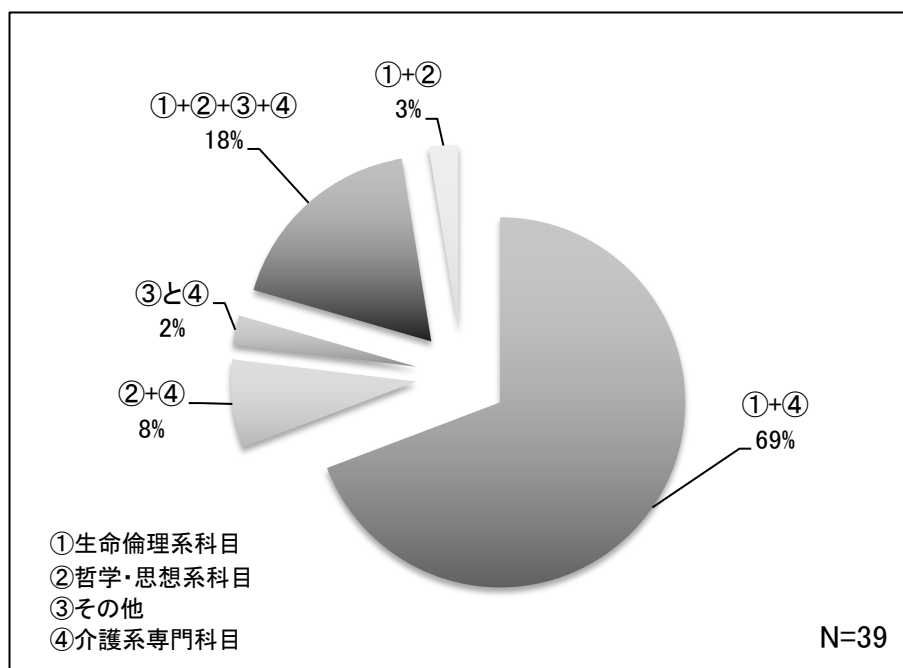


図 3-3. 複数組み合わせの内訳

これらにより、生命倫理関連の科目は複数の組み合わせで設置されていることが多く、倫

理的内容を含む「介護系専門科目」との組み合わせが最も多いことがわかった。

なお、「介護系専門科目」とは、介護福祉士養成課程カリキュラムにおいて、領域「介護」部分に該当する、介護学概論、介護方法論、介護学各論、介護技術演習、介護臨地実習など実際の援助内容を学ぶ「介護」に基づいて設定されている専門科目、と定義して記述する。

### 3-3-2. 生命倫理系科目の全体像

次に「生命倫理系科目」に焦点をあて、その全体像を検討した。1の生命倫理関連科目設置状況で示したように、「生命倫理系科目」を開講している大学は39% (N=102) であった。またその科目数は66科目であった。

#### 1) 「必修／選択」、「教養／専門」、「配当学年」、「単位」

該当科目における「必修／選択」の内訳は、必修21%、選択76%、不明3%、「教養／専門」の内訳は、教養83%、専門15%、不明2%であった。配当学年は1年次が圧倒的に多く41%、2年次8%、3年次6%、4年次1%、1-4年次のいずれかで履修20%、2-3年次のいずれかで履修1%、2-4年次のいずれかで履修1%、不明22%であり、低学年に設置する傾向がみられた。配当単位では、2単位配当が最も多く83%で、1単位6%、4単位2%、不明9%であった。(N=66) (図3-4)

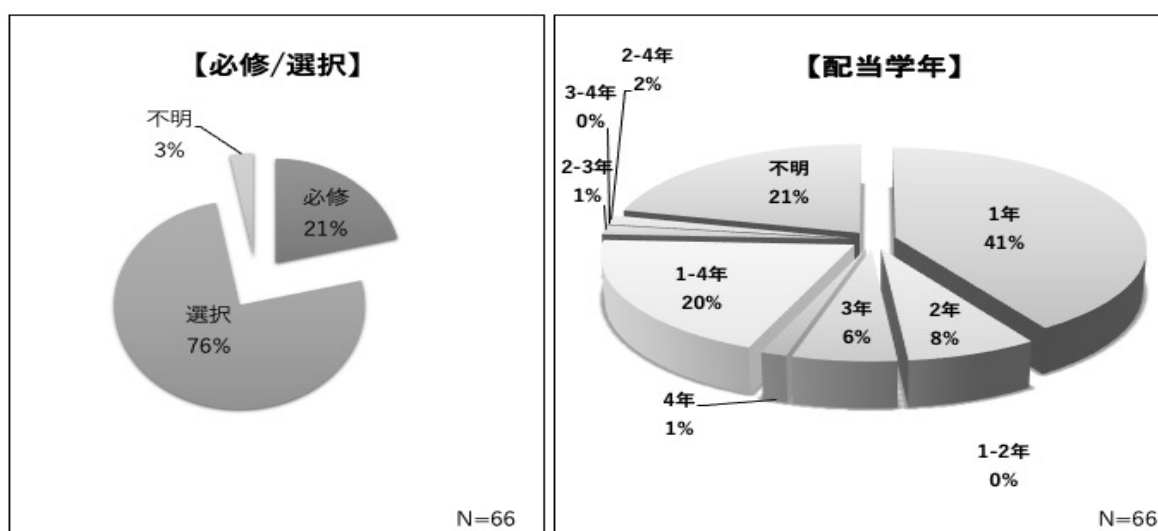


図 3-4. 必修/選択と配当学年

#### 2) 「学習目標／目的」、「授業方法」、「内容」、「科目責任者」

学習目標／目的として最も多く挙げられたものが、「倫理的感受性を高める」、「倫理の基礎知識の習得」、「倫理的態度を養う」の3つであり、ともに24%であった。続いて「倫理原則とその重要性の理解」18%、「倫理規定（倫理綱領、倫理に関する法規）」5%で、「倫理的ジレンマの理解」、「倫理的判断力を養う」、「倫理的問題の解決プロセスの習得」は少なく、ともに1%であった。また目標／目的の記載なしが2%あった。(N=延べ248) (図3-5)。

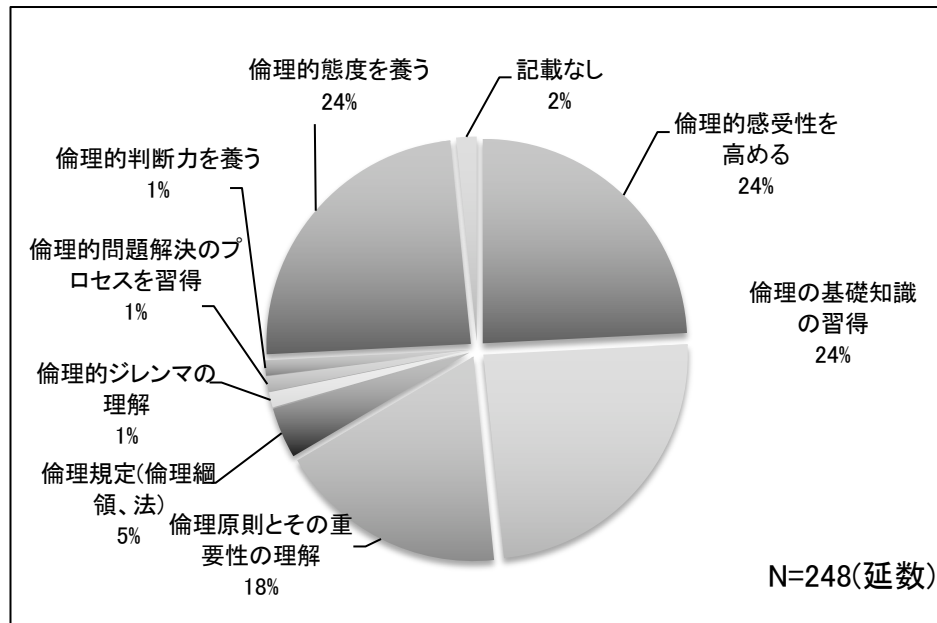


図 3-5. 学習目標／目的

授業方法としては、講義のみ 82%、講義+事例検討 3%、事例検討のみ 0%、不明 15%で（図 3-6）、圧倒的に講義が多く、具体的な内容としては脳死や臓器移植、尊厳死など生命倫理によくみられるトピックを中心にしたもの、哲学や倫理学の概念を中心にしたもの、宗教的視点から倫理の概念を扱うもの、医療や介護現場に多く見られるトピックを中心にしたものなどであった（表 3-1）。

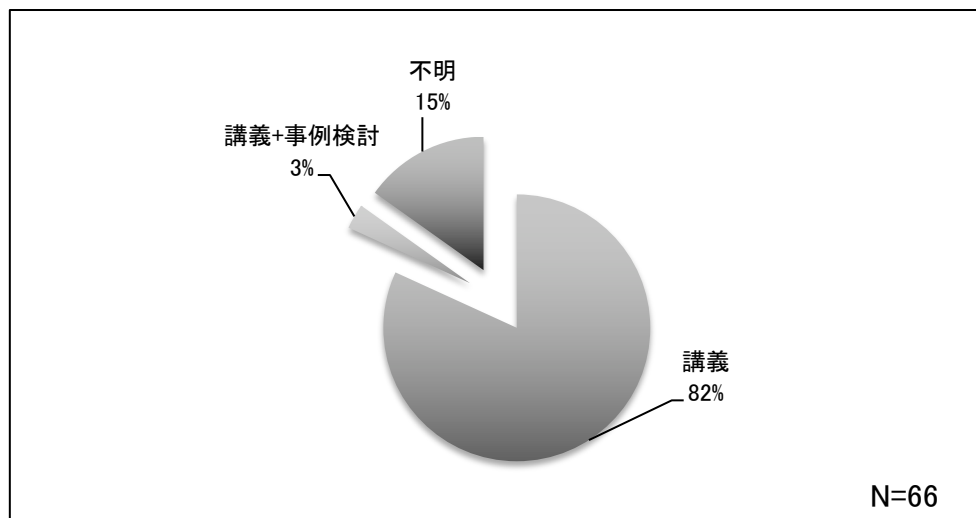


図 3-6. 授業方法

表 3-1. 講義内容

【哲学や倫理学の概念を扱う】	デカルトの理性主義、ホッブズの社会契約論、ロックやルソーの社会契約論、アダム・スミスの道徳感情論、カントの義務論、ベンサム功利主義、J.S.ミルの功利主義、ロールズの正義の二原理、ノージックの自由至上主義、トウリーやエンゲルハートのパーソン論など
【宗教から倫理の概念を扱う】	仏教の死生観から見る脳死や臓器移植、自死、聖書から考える命、家族、障害、自殺、殺人、死、臓器移植、医療技術の革新など
【生命倫理の代表的なトピックを扱う】	脳死、臓器移植、安楽死・尊厳死、リビングウィルや事前指示、遺伝子解析と情報管理、遺伝子治療の倫理的課題、遺伝子の選択と優生思想、生命操作・出生前診断・生殖補助医療の課題、代理母・代理出産、薬の臨床試験と薬害など
【医療や介護現場に多く見られるトピックを扱う】	認知症者や判断能力が低下した患者の尊厳や意思決定、代理判断、延命治療の是非、終末期医療やケアにおける意思決定、事前指示、医療者や介護者の態度、虐待、高齢者の尊厳、意向の確認、胃瘻造設、治療の中止/差し控えなど

その中で最も多かったものが、生命倫理のトピックを中心にした内容であり、次いで哲学や倫理学の概念を中心とした内容、生命倫理のトピックと具体的な事例検討を合わせた内容が続いた。（図 3-7）

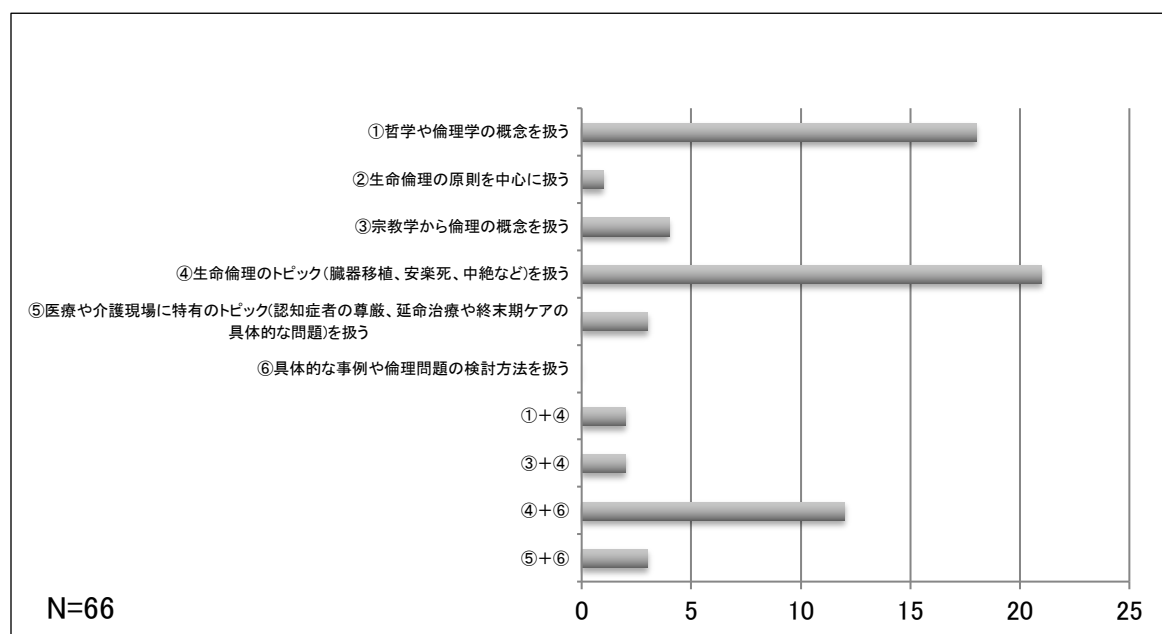


図 3-7. 講義内容の構成

講義内容から見ると全般的に、生命倫理の基本的な知識の教授が中心であり、介護現場における具体的な倫理的問題を学生たちに検討させる事例検討は少なかったが、講義形式の中にグループワークやディスカッションなどを入れて生命倫理のトピックについて話し合う機会を設けている科目も複数あった。

また、教科書等の使用については教科書使用 21%、教科書とプリント使用 6%、プリント使用 38%、記載なし 35%であった。科目責任者の属性としては、常勤 62%、非常勤 28%、不明 10%で、複数の教員で教えている科目もあり、N=69 であった。さらに科目責任者の専門分野として、倫理を専門と明記している者が 18%、介護を専門と明記している者が 2%、その他（文学、哲学、神学、社会学、精神医学など）が 59%、不明が 21%、（N=66）であった。

### 3-3-3. 「介護系専門科目」で扱われる倫理関連の内容

結果から「介護系専門科目」でも倫理関連の内容を含んで教えていることがわかった。「介護系専門科目」で教えている内容を見るため、シラバスと同時に、シラバスに記載されていた頻出の指定教科書の内容も収集した。介護学概論など介護学の基礎的科目のなかに含まれることが多く、「対人援助職としての態度の形成」など介護職としての態度や、「老いへの理解」、「身体機能低下に伴う諸問題と理解」、「判断能力が低下している人への意思決定支援」など、心身機能の低下により他者の援助を必要とする人々への理解を深めるなかに倫理的内容が含まれていた。（表 3-2）

表 3-2. 倫理的内容を含む介護系専門科目

領域	教育内容	科目名称	倫理的内容を含む授業トピック
介護	介護の基本	介護学概論(介護概論) 介護学総論(介護総論)	対人援助職としての態度の形成 専門職として守るべき倫理規律
	コミュニケーション技術	介護の基本 介護福祉論 介護福祉学概論(介護福祉概論)	介護職と倫理の基本 老いへの理解 身体機能低下に伴う諸問題と理解 認知機能低下に伴う諸問題と理解
	生活支援技術	基礎介護論 専門概論 ケア概論 介護過程	人間の尊厳と自立 身体的・精神的・社会的な自立支援 権利擁護・アドボカシー 意思決定支援
	介護過程	介護総合演習 介護技術演習	判断能力が低下している人への意思決定支援 人権の尊重 プライバシーの尊重
	介護総合演習		生活援助とコミュニケーション 身体・認知機能が低下している人へのコミュニケーション技術 デスエデュケーション
	介護実習		看取りのケア 倫理的問題に関連するケースの事例検討 臨地実習で生じる倫理的問題について 倫理的問題の検討方法

## 第 4 節 考察

### 3-4-1. 倫理関連科目の重複設置による倫理教育の機会

結果から、生命倫理に関連する科目として、「生命倫理系科目」、「哲学・思想系科目」、「その他」、「介護系専門科目」の 4 つに大別された。また、特徴的な点として、これら 4 つがそれぞれ単独で設置されているだけでなく、「生命倫理系科目」や「哲学・思想系科目」と倫理的内容を含む「介護系専門科目」と組み合わせていることが多く、学生の履修状況によっては倫理教育を受ける機会が複数にわたる可能性を示していた。また、介護福祉士以外にも他の養成課程の科目を履修することで、社会福祉士や精神保健福祉士など社会福祉系の資格取得が可能なカリキュラムになっている大学も多く、それぞれの養成課程で設置している倫理関連科目を受けることも可能となっている。

このように、倫理教育を受ける機会が複数にわたるのは、社会福祉系の資格養成課程、さらには介護福祉士養成課程における職業的特徴が反映していると考えられる。第 2 章でも述べたように、本来、介護福祉士の援助対象者は、身体機能や認知機能の低下により他者の援

助を必要とする人々であり、介護福祉士が提供する援助技術は、対象者の身体に触れ、排泄や食事など生きるために欠かせない活動を支援するため、その行為は倫理と切り離せないものとなっている。同様に、介護現場では人間の尊厳の保持や権利擁護、意思決定支援など倫理的な場面に遭遇する機会が多い。このようなことから、必然的に「介護系専門科目」内で倫理的内容に触れざるをえないと考えられる。

そして、生命倫理や哲学の基礎的理論などの教養科目と具体的な場面や内容を踏まえた介護系専門科目で重複して教授することは、学生に倫理について考える機会を複数回にわたり提供できることとなる。重複している現状をうまく利用し、各科目責任者や学科内で科目内容をともに検討し調整を図ることで、より充実した倫理教育の機会となりうると考えられた。

### 3-4-2. 実践を視野に入れた「生命倫理系科目」としての科目内容の再構築

科目設定をみると、必修（選択必修含む）と選択では、圧倒的に選択科目としての設置が多い。選択科目として設定されている場合、学生が必ずしも生命倫理系科目を受講しない可能性がある。

また、学習目標/目的では、倫理の基礎知識、原則、倫理規定などの基礎的知識習得を主としていること、講義方法でも、教員からの知識伝授を主とする講義形式が圧倒的に多く、事例検討や問題解決方法を主たる内容としている科目が少ないこと、講義内容では、尊厳死や臓器移植など生命倫理の基本的なトピックや、哲学や倫理学の基本的概念が多く、ほとんどの科目で倫理関連の基礎的知識を一通り学習させる内容を組んでいることなどから、具体的な倫理的ジレンマや問題解決プロセスの理解、倫理的判断力を養うという段階まで想定しない状況にあると考えられる。これは、大半の養成施設のカリキュラムにおいて、教養科目としての位置付け、低学年配置であることと相まって、まず生命倫理の基礎的知識を習得させるところに力点があるためと考えられる。大学教育としての介護学であることを考慮すると、まず教養として基礎的な知識をしっかりと身につけることは重要であり、それを基に具体的な実践・応用に発展させることが職業教育の点からも望ましい。そういう意味では妥当な設定状況と言える。しかし、科目内で「倫理的感受性」や「倫理的態度」を養うということは具体的に何を示すのか、それをどのように評価するのかということは明確に提示されていない。今後「倫理的感受性」や「倫理的態度」の概念を整理し、明確に示していくことも必要になると思われる。

さらに、具体的な倫理的ジレンマの把握、問題解決プロセスへの理解、問題解決の基本となる倫理的判断力の育成は、現場で倫理的問題に直面した時に具体的な対応を考えるために必要不可欠なものとなる。京須は、卒業生たちが、大学で教えられたことを職場では実践できないという理想と現実のギャップに直面していることを指摘している〔京須希実子，2008〕。また勝山らは、臨床の倫理的問題を同定、分析、解決する能力を身につけさせる教育内容が基礎教育において必要であると指摘している〔勝山貴美子，勝原裕美子，星和美，他，2010〕。さらに、介護と共通する事項の多い看護教育においても、Itoらの研究では、専門家が合意を得た看護倫理の教育内容には「看護倫理の概念」「倫理綱領」「倫理的問題と解決方法」「実践的教育場面における問題とアプローチ」が含まれているとしている

〔Ito C, Ota K, Matsuda M, 2011〕。このような教育内容の構築には、理論と実践の双方向で学習していくことが望ましい。一番ヶ瀬は、介護福祉学が実践と理論の往復で向上をはかっており、介護の倫理性についても自分たちの領域のなかで実践に結びつける高度の知識、認識、技術というものが不可欠であることを指摘している〔一番ヶ瀬康子，2003〕。実践に直結する介護職の倫理的視点を、基礎的知識の伝授だけで養うことは非常に困難であり、応用へとつながるような授業内容の構築が必要となる。具体的には学生が具体的に問題の所在をイメージでき、かつ主体的に問題を考える機会となる事例検討や問題解決プロセスの習得を含む授業内容の検討、また実践に結びついている「介護系専門科目」と効果的な連携を図り、相互の科目内容を吟味することが重要となってくる。しかし、現状では科目責任



者において倫理を専門と明記している者が18%、介護を専門と明記している者が2%にとどまり、大半が介護以外の専門分野に属していること、講義内容が必ずしも実践をふまえたものとは限らないことから、この補完的役割がうまく機能しているとは言い難い。教養としての倫理を応用に生かすためには、科目責任者が、介護現場における生々しい倫理的問題をどれだけ把握できるか、また実践に結びつくような講義内容をいかに作っていくかが重要となる。

また、介護系専門科目の担当者においても、生命倫理に関する専門的知識を持ち、それを介護実践に応用する研究を専門とする教員が望まれる。これらは、長期的視点での対応を必要とするため、まずは、それぞれの科目責任者が個別に科目を打ち立てるだけではなく、教養科目としての倫理を担当する科目責任者と介護専門科目の科目責任者との間で、相互補完的役割をふまえた科目内容についての十分な検討が必要である。そのためには、当該学部ないしは学科自体が介護福祉士養成に必要な科目をどうデザインするかといった大局的な視点も重要になるだろう。

### 3-4-3. 「介護系専門科目」における倫理教育の充実と科目間による「相互補完的役割」

「介護系専門科目」のシラバス内容では、介護学概論など基礎系科目で、介護福祉士の倫理綱領などの職業倫理にふれ、さらにケアの根拠となる介護過程のアセスメントで、対象者の生活上の問題を考える際に対象者の意思尊重や人権擁護を基本的視点としてケア計画を導き出す構成になっている。さらに介護学各論などで扱われる「具体的な介護場面の事例検討」では、援助のなかに対象者の尊厳や意思決定の尊重をテーマにしているものが多く、日々の援助内容を考える際に、倫理的問題について考える機会にもなっていると考えられた。「介護系専門科目」は、主に介護学の基本的概念や援助方法を習得することを目的としているが、介護そのものが、まず心身機能の低下により他者の援助を必要とする人々への理解が必要不可欠であり、対象者を見る眼差しや介護行為そのものが倫理を抜きにしては成立しない。それゆえ、常に倫理的視点で知識や技術を構築することとなり、このような内容が必然的に含まれてくると考えられえた。また、資格取得を目的とした職業教育の側面もあるため、科目で扱う内容が具体的な介護場面にに基づいており、倫理的問題をより具体的に捉えることが可能となる。学生自身が目指す職業（もしくは関連分野）に直結する講義の中で倫理を扱うことは、倫理を具体的で身近なものとして捉えやすいであろう。「介護系専門科目」を担当する専任教員は、原則5年以上の介護福祉士もしくは看護職としての実務経験者であり、授業方法や事例などの工夫によってはリアルに問題を表現できるだけの事例や体験を持っている人材がいる可能性がある。

さらに、「介護系専門科目」には現場における「臨地実習」が含まれ、シラバス内にも実習カンファレンスのテーマとして倫理的問題を設定しているケースも多い。このような事例検討や臨地実習カンファレンスは、学生自身が実際に体験したことや感じたことに基づいてテーマを深めていくため、学生が主体的に問題を考える機会となり得る。黒澤は、価値・倫理に関する介護福祉教育の課題として、実習過程で具体的に学ぶために実習の特性を考慮した教育方法の必要性を指摘しており〔黒澤貞夫, 2004〕、また遠藤は、介護職の倫理教育には現場教育が必要不可欠であるとしている〔遠藤清江, 2008〕。介護福祉士養成課程において臨地実習の果たす教育的役割は非常に大きく、倫理教育においても生の現場や対象者と出会い、時間を共有することが、より具体的に倫理について理解し体感する重要な機会になると考えられる。

これらのことから、生命倫理学の知識伝授が中心となっていた「生命倫理関連科目」と、具体的な倫理的問題や場面を想定する「介護系専門科目」が重複して教授されることにより、科目間の補完的役割関係によって学習の相乗効果が期待できるのではないだろうか。今後は、この倫理的視点をどのように「介護系専門科目」に取り入れていくか、また臨地実習において具体的な倫理的問題に直面した時に気づきを促すような働きかけやフィードバックなどの授業方法の開発、担当教員の人材育成が重要になると考えられる。また考察の3-4-2

で述べたように、生命倫理の基礎的知識の伝授を介護以外の専門分野の教員に一任するだけでは、補完的役割関係による学習の相乗効果を期待することは難しい。介護系専門科目の担当教員においても生命倫理を専門とし、介護実践に応用する教育・研究を行う教員の存在が必要である。鶴若らは、臨床の倫理的問題を考えるには、介護や医療の知識はもちろん、「その事例を倫理的な観点から分析するための知識が必要となる」ことを指摘し、「倫理原則の背景にある様々な倫理学理論、倫理的推論力に基づく系統的思考のプロセスを教授することが求められる」としている〔鶴若麻理，川上祐美，2013〕。介護という専門分野に立ちながら、このような倫理的思考の基盤となる生命倫理の知識を有する教員の育成が今後の課題であろう。

#### 3-4-4. 介護に焦点化した倫理教育の構築

今回の調査では、倫理関連科目の科目名称も科目内容も多岐にわたることがわかった。一口に「倫理」といっても、実際の内容は医療や福祉、哲学・思想とそれぞれ異なる焦点が当てられており、結果で示したように「その他」に分類した科目のうち、倫理の内容を含むが異なる名称もみられ、内容に倫理的視点が含まれているのか一見してわからない科目名称も多くみられた。さらに、介護における倫理を打ち出した科目名称（例えば「介護倫理」など）は、まだ少なかった。この多様性は、養成施設の個性や倫理教育に対する思いを反映させていると考えられるが、状況によっては、学生が介護と結びつけられるような倫理教育を受けるとは限らないことも予想される。臓器移植や最先端医療における倫理的問題など、医療現場に特徴的な倫理的トピックがあるように、「排泄」や「食事」、「清潔」など生きていくのに欠かせない日常生活援助場面における倫理的問題や認知症などによる判断能力低下、介護施設における看取りの問題など、介護現場に特徴的な倫理トピックもあり、ある程度介護に焦点化された倫理教育内容の構築も必要になってくるのではないかと考えられた。鶴若らは、「看護倫理」において、同じ内容構成要素を持つ科目でも、異なった科目名称が使われているという現状が「看護倫理」自体の認知度や独自性を高めることにつながらないと指摘している〔鶴若麻理，川上祐美，2013〕。こうしたことも含めて、介護における倫理教育も、生命倫理や、教育内容が隣接する看護倫理などの科目モデルを単に複製したものではなく、「介護倫理」に焦点を定めて、理論や方法論を発展させ、集約していくことも今後は必要になるのではないだろうか。井上は、現在の介護福祉は既存の学問が構築してきたそれぞれの原理論としての価値、知識、方法の部分的断片を“駆使しながら”研究しているのが実態であると指摘している〔井上千津子，2008〕。介護倫理が、例えば「医療倫理学」や「看護倫理学」のような独自性を持つものに発展するかは未だ未知であるが、哲学や倫理学などの学問が長い年月をかけて構築してきた理論や普遍的な倫理トピックを踏まえて、介護に特徴的な倫理とは何かを検討していくことは、今後の介護における倫理教育を考えるうえで重要になると思われる。その際に、他の学問領域との融合と差別化をどこに置くのかという点も踏まえて十分に検討していくことが必要であろう。そのためには、倫理教育を担当する人材の育成、基礎理論と実践応用を往復できるような授業案の開発とともに、介護における倫理的問題の特徴を明らかにし、問題の特徴に応じた検討方法の開発が課題となってくる。

## 第5節 結論

本研究では、介護福祉士養成4年制課程のシラバス調査を通して、倫理教育がどのような現状にあるのかを分析した。その結果、対象校のほぼすべてに「生命倫理」、「介護倫理」、「倫理」など科目名に倫理を含む倫理関連科目が配置されていたが、選択科目が大半であり必ずしも学生が履修するとは限らないこと、低学年配置であることや講義内容が基礎的知識の教授にとどまっていることなどから、現場における具体的な倫理問題への対処まで

は習得することが難しい現状が明らかになった。そして、考察から 1) 倫理関連科目の重複設置による倫理教育の機会、2) 実践を視野に入れた「生命倫理系科目」内容の再構築、3) 「介護系専門科目」における倫理教育の充実と科目間による「相互補完的役割」、4) 介護に焦点化した倫理教育の構築が、今後の介護福祉士養成課程における倫理教育に重要であることが見出された。

また、多くの大学で、介護系専門科目（介護概論や介護方法論、実習など）のなかで倫理的内容を扱う傾向にあり、倫理関連科目との二本立てにより基礎と応用そして実践としての教育的相乗効果が期待された。そのため、次章では、介護系専門科目で講義されている倫理に着目し、どのような内容が教授されているのかを、もう少し詳細に検討する。

＊本章は、筆者の以下の論文を博士論文用に転載し、加筆したものである。

角田ますみ（2016）：シラバスからみる大学における介護福祉士養成課程の倫理教育．生命倫理，26(1)，35-45

## 第4章 介護福祉士養成課程の介護系専門科目が教授する倫理的内容

本章では、第3章の介護福祉士養成課程における倫理科目の特徴の分析から、倫理科目以外に、介護系専門科目（以下、介護科目）も倫理に関する内容を含んでおり、相互補完的な役割があることがわかった。そのため、介護科目が含んでいる倫理に関する内容についても調査を行い、双方の結果をふまえて介護福祉士養成課程における倫理教育の現状と課題について検討した。

### 第1節 研究の背景

前節の調査で、介護福祉士養成課程において倫理科目が必修科目となっておらず、科目設定は各養成施設の判断に任されており、設置内容も養成機関によってばらつきがあったことがわかった。また、授業内容も主に倫理の基礎的知識を伝授する内容が多く、現場の具体的な問題に対する分析や対応については、時間的制約や教育者の人材の問題もあり、養成施設では対応しきれない状況が予測された。

しかし、多くの養成施設において、介護の基本などの介護科目でも倫理的内容を扱う傾向にあり、倫理科目と重複して倫理を学ぶ機会があること、実習や事例検討などを通して具体的な現場での倫理問題を考える機会があることから、倫理科目と介護科目間での倫理教育における「相互補完的役割」があることが見出され、基礎と応用そして実践としての教育的相乗効果が期待された。また現時点で、介護科目に着目してそこで倫理がどのような形で扱われているのかを明らかにした先行研究はまだみられず、介護科目における倫理の傾向や特徴を検討することは、介護福祉士の倫理教育の現状を明らかにする手立てになると考えられた。

そこで本研究では、介護科目で触れる倫理的内容に着目し、シラバスと使用教科書をコーパスとして用いて、どのような内容が教授されているのか、またその特徴は何かを明らかにし、介護科目における倫理的内容と、それが介護福祉士の倫理教育にどのような意味があるのかを検討することとした。今回の研究に先立ち、介護における倫理的内容をどのように定義するかという問題があるが、介護福祉士のテキストでは、介護倫理を倫理綱領、社会福祉士および介護福祉士法における法的事項を中心とする職業倫理の範疇で記述しているケースも多く見られた。そのため、職業倫理に基づく社会的役割と責任を介護倫理として定義することも可能であったが、実際、現場における倫理的ジレンマなど、職業倫理だけではカバーしきれない場合もあるように思われた。そのため、ここでは、職業倫理に限定せず、それも含めて倫理に関連すると考えられたものを広範囲に倫理的内容と捉え、研究方法で用いた倫理に関するキーワードを基に検討することとした。

### 第2節 研究の目的と方法

【目的】介護の専門科目である介護科目（介護の基本、コミュニケーション技術、生活支援技術、介護過程、介護総合演習、介護実習）で教授されている倫理の内容を明らかにする。

【対象】全国の介護福祉系大学に設置されている介護福祉士養成4年課程（介護福祉士養成施設（2年以上）に該当する養成課程）57校<sup>注17</sup>のうち、シラバス及び使用教科書をWEB公開している55校（2017年4月時点）で記載されているシラバスと使用教科書70冊（表4-

---

注17 第3章の調査と同様に介護福祉士養成施設（2年以上）に該当する大学校は、学校教育法第1条に規定される大学と異なり教育訓練内容を規定する法令がないため、今回は除外した。

1)。

【方法】まず教科書から、主に倫理、介護倫理、生命倫理、職業倫理などの言葉を含み、「尊厳と生命倫理」、「介護福祉士の専門性と倫理」、「人間の尊厳と自立」のような倫理を扱っている章より、倫理に関連するキーワードを抽出した。さらに、教科書全体を通読して同様にキーワードを抽出・整理した。続いて、介護科目について把握するために、シラバスより科目内容から主要項目の抽出を試みた。次に、先に抽出したキーワードに基づいてシラバスの科目内容から倫理に関連する項目を KJ 法に準拠した類型化によって整理し、ラベルをつけた。そこからそれぞれの類似性をふまえ、サブカテゴリー、カテゴリーを生成し、介護科目の主要項目と関連付けながら、そこで教授されている倫理内容とその特徴について検討した。また、質的研究を専門とする者 2 名にスーパーバイズを依頼し、分析の妥当性と信頼性を担保した。

【倫理的配慮】本研究の分析対象は、公表されているデータを利用しているため、倫理的配慮として記載すべき事項は特にない。

表 4-1. 使用教科書

出版社	教科書名	項目(巻名)	テキスト数
中央法規	新・介護福祉士養成講座	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間の理解</li> <li>・社会と制度の理解</li> <li>・介護の基本Ⅰ、Ⅱ</li> <li>・コミュニケーション技術</li> <li>・生活支援技術Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ</li> <li>・介護過程</li> <li>・介護総合演習・介護実習</li> <li>・発達と老化の理解</li> <li>・認知症の理解</li> <li>・障害の理解</li> <li>・こころとからだのしくみ</li> <li>・医療的ケア</li> <li>・資料編</li> </ul>	16
建帛社	介護福祉士養成テキスト	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間の尊厳と自立</li> <li>・人間関係とコミュニケーション</li> <li>・生活と福祉</li> <li>・社会保障制度・介護福祉の制度と実践</li> <li>・介護の基本Ⅰ、Ⅱ</li> <li>・コミュニケーション技術</li> <li>・生活支援技術Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ</li> <li>・介護過程の展開</li> <li>・介護総合演習</li> <li>・発達と老化の理解</li> <li>・認知症の理解</li> <li>・障害の理解</li> <li>・こころとからだのしくみ</li> </ul>	17
ミネルヴァ書房	介護福祉士養成テキストブック	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間の尊厳と自立</li> <li>・人間関係とコミュニケーション</li> <li>・社会の理解</li> <li>・介護の基本</li> <li>・コミュニケーション技術</li> <li>・生活支援技術Ⅰ、Ⅱ</li> <li>・介護過程</li> <li>・介護総合演習</li> <li>・発達と老化の理解</li> <li>・認知症の理解</li> <li>・障害の理解</li> <li>・こころとからだのしくみ</li> </ul>	13
メヂカルフレンド社	最新介護福祉全書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間の理解</li> <li>・社会の理解</li> <li>・介護の基本</li> <li>・コミュニケーション技術</li> <li>・生活支援技術Ⅰ、Ⅱ</li> <li>・介護過程</li> <li>・介護総合演習</li> <li>・発達と老化の理解</li> <li>・認知症の理解と介護</li> <li>・障害の理解</li> <li>・こころとからだのしくみ</li> <li>・医療的ケア</li> <li>・ケアプラン演習</li> <li>・障害別生活支援技術</li> <li>・医学一般</li> <li>・リハビリテーション論</li> </ul>	17
第一法規	新大学社会福祉・介護福祉講座	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本の福祉行財政と福祉計画</li> <li>・改訂版高齢者福祉・支援論</li> <li>・障害者福祉・支援論</li> <li>・地域福祉論-理論と方法-</li> <li>・改訂版介護福祉総論</li> <li>・介護技術論</li> <li>・介護保険論</li> </ul>	7

### 第3節 結果

#### 4-3-1. 介護科目の科目内容および倫理との関連

教科書から抽出された倫理に関連するキーワードは154個であった(表4-2)。次に、シラバスから介護科目の構成内容である「介護の基本」、「コミュニケーション技術」、「生活支援技術」、「介護過程」、「介護総合演習」、「介護実習」の科目内容を抽出した。科目数は延べ1443科目であった。さらにキーワードに基づいて、シラバスの科目内容から倫理に関連する項目をKJ法に準拠した類型化によって整理し、ラベルをつけ分類した。ラベル総数の合計は70であった(表4-3)。各科目内容ともに、倫理に関係する行為もしくは

倫理に欠かせない概念（自立や尊厳など）が含まれており、介護の基本では、介護における倫理など倫理科目に該当する内容、コミュニケーション技術では、利用者の意思尊重、理解や納得を引き出す援助内容、生活支援技術では、自立や尊厳に密接に関わる生活行為の具体的な援助内容、介護過程では、利用者のニーズや個別性の尊重、自立支援を具体的に計画する内容、介護総合演習および介護実習では、現場での実習を通して利用者の生活やニーズ、倫理的問題を具体的に考える機会の提供など、倫理との関連性がみいだされた。

#### 4-3-2. 介護科目で教授される倫理的内容

前述の 4-3-1 で分類したラベルを使用し、同様もしくは近似する内容と判断できるラベル同士を類型化し整理した結果、介護科目と倫理的内容について、30 のサブカテゴリーおよび3つのカテゴリーが抽出された（表 4-4）。カテゴリーから、介護科目で教授される倫理には、「介護福祉士の職業規範から学ぶ倫理」、「生命倫理の基礎知識から学ぶ倫理」、「介護福祉士の専門的技術と介護現場から学ぶ倫理」の三つがあり、学生にとって、介護福祉士の職業教育として学ぶ機会、専門的技術や現場から具体的に学ぶ機会と、倫理科目と重複して生命倫理の基礎知識を複数回学ぶ機会になっていると考えられた。



表 4-2. 倫理に関連するキーワード

大項目	小項目	大項目	小項目
擁護	擁護	成年後見制度	成年後見制度
	権利擁護	事前指示	事前指示
	アドボカシー		事前指示書
エンパワメント	エンパワメント		アドバンスケアプランニング
虐待	虐待	倫理原則	倫理原則
	虐待防止		自立尊重原則
	ネグレクト		善行原則
自立	自立		無危害原則
	自立支援		公平・平等原則
	自立生活支援		倫理4原則
自律	自律	GOL	GOL(クオリティオブライフ)
	自律支援		生命の質・生活の質
意思	意思	SOL	SOL
	意思能力		生命の尊厳
	意思表明	倫理綱領	倫理綱領
	意思表示		介護福祉士倫理綱領
選択・決定	意思決定		ソーシャルワーカーの倫理綱領
	自己決定		看護者の倫理綱領
	自己選択	倫理的-	倫理的感受性
	意志決定		倫理的態度
自己	自己		倫理的配慮
	自己責任		倫理的調整
	自己尊重		倫理的決着
尊重	尊重		倫理的ジレンマ・ジレンマ
	意思尊重		倫理的問題
	利用者尊重	倫理・倫理	倫理
	人間の尊重		倫理規定
自尊心	自尊心		倫理思想
	自尊感情		倫理感
権利・権	権利		介護倫理
	自己決定権		職業倫理
	意思決定権		専門職の倫理
	自由権		生命倫理
	社会権		徳倫理
	生存権		看取りの倫理
	利用者の権利		ケア倫理
	人権		倫理学・生命倫理学
虐待	虐待	価値	価値
	虐待防止		価値観
	ネグレクト		価値葛藤
	身体的虐待	義務・責務	義務・責務
	精神的虐待		介護福祉士の業務・業務内容
	社会的虐待		介護福祉士の責務
	性的虐待		専門職の責務
拘束(抑制)	拘束(抑制)		代弁の義務
	身体拘束		誠実義務
	精神的拘束	信頼	信頼
	薬物による拘束		信頼関係
尊厳	尊厳		信頼関係の構築
	人間の尊厳		信頼失墜行為の禁止
	利用者の尊厳	全人的-	全人的理解
	認知症高齢者の尊厳		全人的ケア
	障害のある人の尊厳	個・個別化	個別化
	高齢者の尊厳		個別化の原則
	ケアにおける尊厳		個
守秘	守秘		個別性
	守秘義務		個別のケア
	守秘の原則	ノーマライゼーション	ノーマライゼーション
	秘密保持		バリアフリー
	プライバシー保護		ユニバーサルデザイン
	プライバシー権	ケア	エンドオブライフケア
	プライバシーの尊重		看取りのケア
	個人情報		パーソンセンタードケア
	個人情報保護		ターミナルケア
利用者	利用者本位	治療	延命治療
	利用者主体		積極的治療
	利用者保護		胃瘻・胃瘻造設
インフォームドコンセント	インフォームドコンセント		栄養・水分補給
	説明と同意	ヒューマンイズム	ヒューマンイズム
	インフォームドチョイス		人道主義
バタナリズム	バタナリズム		ヒューマニティ
判断能力	判断能力・判断力	共感	共感的理解
	判断能力の低下		受容
	判断	受容	受容
代理判断	代理判断		受容の原則
	代理決定		
	代諾		
	代行判断		
	最善の利益判断		

表 4-3. 介護科目の教育内容と倫理との関連

教育内容	科目名称	科目内容	倫理に関連する内容のラベル	ラベルの特徴	倫理との関連
介護の基本	介護概論(Ⅰ・Ⅱ)	自立に向けた介護	介護とは何か(人権・特性・資質)、専門性に裏付けられた介護実践(専門性と介護、生活支援としての介護、専門知識に裏付けられた介護技術、介護を必要とする人の理解、介護を必要とする人の生活とは何か)、介護の原則(人権尊重原理、生活者としての自立、権利擁護)、介護職の専門性と倫理(専門職の倫理、職業倫理、専門職集団としての倫理規範)、介護/介護の倫理、生命倫理、倫理原則(自律、無害、善行、公正、守秘、誠実)、QOL、SOL、尊厳を支える介護(尊厳の持つ意味、人間としての尊厳、高齢者の尊厳、認知症高齢者の尊厳、障害のある人の尊厳、尊厳の保持、尊厳への配慮、尊厳を支える介護、自尊心への配慮、自尊感情)、利用者の人権と介護(基本的な人権の尊重、人権擁護、権利擁護、アドボカシー、利用者の権利)、自立支援と介護(自立と自律、自立の持つ意味、自立支援、利用者本位、利用者のニーズ、残存機能と生活能力の維持)、虐待(虐待の種類、虐待防止)、身体拘束、プライバシーの保護と介護(個人情報、個人情報保護、守秘、生活援助とプライバシー)、意思決定支援(意思決定、自己決定、意思決定支援、利用者の意思を尊重する介護)、代理判断(事前指示、事前指示書、代行判断、最善の利益判断、家族に対する代理判断支援)介護におけるエンパワメント、ノーマライゼーション理念と介護、成年後見制度、バウナリズム(説明責任、利用者-介護者関係)、インフォームドコンセント(説明と同意、インフォームドチョイス)、介護実践における倫理(倫理的配慮、倫理的問題、倫理的調整、倫理的決断)	倫理の基礎的知識を生活支援という介護職の援助内容から学ぶ	倫理科目に該当する内容
	介護の基本(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)	介護を必要とする人の理解 尊厳の保持 基本的な人権の尊重 自己決定・自己選択、自己決定支援 自立支援の概念と必要性 自立支援とハビリテーション 生活とは何か、生活運営と管理、生活環境の整備 専門性に裏付けられた介護実践・介護技術	介護福祉士の歴史的背景と社会化(介護の社会化、専門職としての介護、介護福祉士に求められる資質)、社会福祉士および介護福祉士における倫理(誠実義務、信用失行行為の禁止、秘密保持義務、適正、実質向上の責務)、法令遵守(コンプライアンス)と介護、関連法制度における倫理(介護保険法、障害者自立支援法、成年後見制度、生活保護法、老人福祉法など)、専門職業集団としての倫理(日本介護福祉士倫理綱領、ソーシャルワーカーの倫理綱領、ヘルパー憲章)、介護とは何か(介護の理念、介護の原則、利用者本位、人権擁護、尊厳保持、自立支援、意思決定支援)、介護福祉士の義務と責務(社会的義務、社会的責任、説明責任とバウナリズム、アカウンタビリティ、契約と利用者保護、専門的サービスの提供、利用者ニーズの代弁、多職種連携、地域福祉推進、後継者の育成)、安全管理とリスクマネジメント(感染、介護事故、転倒転落事故、安全確保と身体拘束、虐待防止)	専門職としての視点から守るべき職業倫理とその背景となる法制度から倫理を学ぶ	介護福祉士の職業倫理に該当する内容
コミュニケーション技術	コミュニケーション技術	介護福祉実践におけるコミュニケーションの意義、目的、役割 利用者と家族との関係づくり 高齢者、認知症者やさまざまな障害を抱えた人へのコミュニケーション 意思表示を引き出すコミュニケーション 納得、合意、安心、意欲に関するコミュニケーション 家族とのコミュニケーション 共感的理解 敬語の使い方 記録による情報の共有化 報告、相談、連絡	介護とコミュニケーション(傾聴、受容、共感、言語・非言語コミュニケーション、パーソナルスペースと対人距離、利用者・家族・関係者とのコミュニケーション)、コミュニケーションに影響する障害への理解(認知症、脳血管障害後遺症、構音障害、視覚障害、聴覚障害、失語症、精神障害、意識低下など)、介護とコミュニケーション技法(話を聴く、質問する、利用者の感情表現を知る、利用者の納得と同意を得る、利用者の意欲を引き出す、相談、助言、指導)、意思決定支援コミュニケーション(利用者の意思を知る、意思を引き出す、意思表明、意思決定、意思決定支援)、利用者本位のコミュニケーション(意思尊重、利用者本位)、家族とのコミュニケーション(代理判断、代議、利用者と家族の意向調整、介護負担による精神的ストレスの緩和)、適切な情報提供と利用者の意思決定支援(インフォームドコンセント、インフォームドチョイス、インフォームドアセント、説明、納得、合意、合意形成)、コミュニケーションに影響するもの(介護者の言葉遣いや態度、敬意を持った対応、共感的理解、信頼関係の構築)、介護におけるチームコミュニケーション(チームアプローチ、多職種連携、連絡、情報共有、報告、相談、記録)、コミュニケーションに関する倫理的問題(判断能力の低下、代理判断、代議、告知、利用者と関係者の意思の乖離など)	コミュニケーション技術を通して対象者の意思尊重、意思決定を引き出す援助内容を学ぶ	対象者の意思尊重、意思決定を引き出す援助内容
	生活支援技術	生活支援技術(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) 介護生活支援論(Ⅰ・Ⅱ) 介護理論及び介護技術 介護技術演習(Ⅰ・Ⅱ) 居住環境の整備(目的・意義、快適な生活の場づくり、居住環境のアセスメント) 他職種との役割と協働 介護に関わる家族への支援 家族の介護(家事支援の意義と目的、家事支援における介護技術) 緊急時対応の知識と技術(緊急時の対応、応急手当方法) 自立に向けた介護技術 障害に応じた生活支援技術(視覚障害、聴覚障害、運動機能障害、内部障害、知的障害、精神障害、高次脳機能障害、発達障害、重症心身障害) 身支度の介護(意義・目的、身支度における介護技術) 移動の介護(意義・目的、移動・移乗における介護技術、体位、安楽) 食事の介護(意義・目的、食事における介護技術、窒息、誤嚥、脱水) 入浴・清潔保持の介護(意義・目的、入浴・清潔保持、プライバシーにおける介護技術) 排泄の介護(意義・目的、排泄における介護技術、失禁、オムツ、プライバシー) 睡眠の介護(意義・目的、睡眠における介護技術、ベッドメイキング、薬、安楽な姿勢) 終末期の介護(意義と介護の役割、終末期における介護技術、終末期、危篤時、家族への支援、死の受容までのプロセス、終末期の身体的・精神的変化)	介護技術の専門性(専門的な介護技術、専門知識に基づく介護実践、安全・安楽の重要性、介護の質)、生活とは何か(生活機能、日常生活動作(ADL)、生活障害、安全・安楽な場の提供、その人に応じた衣食住)、生活支援とは何か(生活支援が必要な人の理解、障害の理解、老いの理解、認知症の理解)、自立支援(自立の重要性、残存機能、潜在能力の活用、自立支援を重視したケアの提供、介護予防)、利用者の持つ強みに着目した介護(ストレンギスモデル、内的資源と外的資源、主体的な生活への転換)、生活の質(QOL)と介護、利用者主体の介護(利用者本位)、個別性の尊重(その人らしさを維持する援助、その人らしさを守るケアマネジメント)、生活支援と尊厳(日常生活動作(ADL)と尊厳、尊厳に関わる生活行為や日常生活動作、生活機能障害と倫理、自尊心への配慮、自尊感情の低下を防ぐケア)、尊厳の保持、安全・安楽と尊厳、プライバシーの保護、意思尊重(意思決定、意思決定支援、関係性の中での意思決定)、個別性に応じたケアの提供(苦痛緩和、死の受容、エンドオブライフケア、パルシエンターケア)、看取り)、家族への援助(負担を軽減する介護技術指導、家族の身体的・精神的ストレスへの対応、代理判断と意思決定支援、看取りとグリーフケア、家族介護者の健康管理)、生活支援に必要な基本的概念(UCF、介護におけるUCF、相互作用モデル、ノーマライゼーション、ユニバーサルデザイン)、生活行為における倫理的配慮(介護三大場面(排泄、食事、入浴)における倫理的配慮、態度や言葉遣い、認知症者のBPSD対応における倫理的配慮、看取りにおける倫理的配慮など)	日常生活の具体的な援助技術の習得から、生活行為の倫理と深く関わることについて学ぶ	自立や尊厳に密接に関わる生活行為の具体的な援助内容
介護過程	介護過程(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)	介護過程とは 生活支援と介護過程 介護過程の理解 介護過程の全体像 情報収集 アセスメント 介護計画の立案・実施・評価・修正 介護過程とチームアプローチ チームアプローチにおける介護福祉士の役割 介護過程とケアマネジメントの関係性 利用者の特性に応じた介護過程 介護過程の実践的展開 介護過程の事例	介護過程の意義と目的(生活の主体としての利用者理解、生活支援のための生活の理解、介護過程の目標としての自立支援、介護職の専門性の具現化、利用者への具体的な理解)、介護過程におけるニーズの視点(介護の役割と利用者のニーズ、ニーズを満たすことの重要性、安全・安楽のニーズ、日常生活自立のニーズ、良好な人間関係のニーズ、自己決定に基づいて主体的に行動できるニーズ、個別性に応じたニーズ、残存機能維持・向上のニーズ)、介護過程における生活行為(その人らしい生活、個別性のニーズに応じた生活支援、残存機能の維持・向上)、課題解決思考(問題解決思考としての介護過程(情報収集、アセスメント、ニーズ(課題)の明確化、優先順位、計画立案、評価、修正)、介護計画の意義と内容(目標や方法が個別性のニーズに応じていること、自立支援の内容であること、多職種と連携していること、ケアの継続性の保持)、個別の状況に応じた介護過程の展開方法(重度の要介護状態にある利用者、介護予防が必要な利用者(在宅における自立支援)、看取りの介護が必要な利用者と家族、認知症の利用者、身体・精神・知的障害のある利用者、在宅で介護を受ける利用者とその家族など)、問題解決のための介護過程(虐待、身体拘束、転倒転落や性被害などの事故、暴力、自傷他害など)、チームアプローチで取り組むための介護過程(情報の共有化、個人情報保護、報告、連絡、相談、記録、ケースカンファレンス)、具体的な課題解決としての介護過程(事例による具体的な介護過程の展開、事例による介護過程展開の経緯など))	対象者のニーズや個別性、利用者本位という倫理の基本的考えをふまえて、自立支援の具体的な計画立案方法を学ぶ	対象者のニーズや個別性の尊重、自立支援を具体的に計画する内容
	介護総合演習	介護総合演習入門 介護実習総合演習(Ⅰ・Ⅱ) 実習の目的・意義 実習施設と事業の種類 他科目との関連 実習生を支える人たちの理解(利用者、家族、他職種、実習指導者、実習担当教員) 実習の準備(流れ、実習先、健康管理、不安への対策、記録) 実習中の学び(目的、自己管理、良い関係づくり) 実習後の学び(実習の振り返り、実習先へのお礼、学びの発表) 実習計画、実習モデル 実習記録 介護過程 実習に生かす生活支援技術(観察、介護技術、介護実践、コミュニケーション、認知症介護) 実習のまとめと評価 事例検討	利用者とは介護現場に関わる人々を理解する(利用者を知る、介護職を知る、他職種を知る、連携を知る)、介護で学んだ概念や考え方を実践を通して考える(利用者本位、意思表明、意思決定、意思決定支援など)、実践を通して援助技術が相手に与える影響を考える(利用者にとっての安全・安楽、事前学習、技術演習、利用者の個別性に応じた技術の応用・工夫、評価と振り返り、改善、練習など)、実際に触れることで利用者理解する(利用者の言語的・非言語的ニーズ、生活機能低下と生活障害の実態、理解し合えるコミュニケーション方法、安全・安楽な援助方法の実践)、集団生活ケアのなかでの利用者への配慮(業務や集団生活のなかでの個別性への配慮、多様な業務のなかでのケアの配分と平等、トラブルへの対応、事故防止など)、具体的な倫理的問題について知る(考える(判断能力低下と意思決定、意向確認、代理判断、代議、胃腸造瘻、延命治療、利用者と家族の意向の乖離、事前指示など))	実践を通して、介護の重要な概念や考え方、生じやすい倫理的問題を具体的に学ぶ	現場での実習を通して対象者の生活やニーズ、倫理的問題を具体的に考える内容
介護実習	介護実習(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)	介護施設による現場実習(介護総合演習と同様)			
	介護実習(Ⅰ・Ⅱ)				

表 4-4. 倫理的内容のカテゴリー

科目内容	サブカテゴリー	カテゴリー
介護の基本 コミュニケーション技術 生活支援技術 介護過程 介護総合演習 介護実習	1・介護福祉士の倫理 2・介護福祉士の専門性と職業倫理 3・介護福祉士の義務と責務 4・介護福祉士の倫理観と職場環境 5・日本介護福祉士会倫理綱領 6・社会福祉士及び介護福祉士法倫理規定 7・措置制度から契約制度における自己決定の概念 8・契約と利用者保護 9・ノーマライゼーション・ユニバーサルデザイン	【介護福祉士の「職業規範」から学ぶ倫理】
	10・生命倫理の原則 11・倫理的配慮 12・倫理的調整・倫理的決着 13・利用者本位 14・自立と自律 15・意思決定・意思決定支援 16・尊厳の保持 17・個性の尊重 18・プライバシー保護 19・利用者の人権擁護 20・インフォームドコンセント 21・パターナリズム 22・介護における倫理的諸問題(虐待、身体拘束)	【「生命倫理の基礎知識」から学ぶ倫理】
	23・機能低下や生活障害を抱えた人への援助における倫理的問題 24・介護三大場面(排泄、食事、入浴)における倫理的配慮 25・利用者への態度(言葉遣い、態度、敬意を持った対応) 26・様々な機能低下や障害を抱えた人に応じたコミュニケーション 27・十分な理解と同意を得ることができるコミュニケーション 28・自立支援のための安心、意欲を高めるコミュニケーション 29・倫理的問題を抱えた利用者に対する介護過程と介護計画 30・現場実習における具体的な倫理的問題の事例検討	【介護福祉士の「専門的技術」と「介護現場」から学ぶ倫理】

## 第4節 考察

### 4-4-1. 倫理に直結する介護科目の概念や援助技術

倫理との関連性を科目内容別にみると、「介護の基本」では、介護概論や介護総論など、介護を学ぶ上で基本となる概念や考え方を教授する内容となっており、自立に向けた介護、尊厳の保持、基本的人権の尊重、自己決定・自己選択、自己決定支援などの倫理的トピックが挙げられていた。さらに介護における倫理などの名称で、倫理自体が科目内容の一つとなっているものも見られ、介護の基本的な視点や概念と倫理が密接につながっていることがうかがえる。

「コミュニケーション技術」では、脳梗塞などの後遺症や認知症などによりコミュニケーション能力が低下した利用者への技術を通して、うまく自分の意思を表明できない状態にある利用者に共感的理解を示し、利用者が理解・納得し、意思表示や合意ができるような援助を学ぶ内容となっており、単なるコミュニケーション技術ではなく、利用者の意思尊重を中心的な軸とした内容となっている。

「生活支援技術」では、移動・移乗、食事、排泄、入浴・清潔保持、身支度、睡眠などのADLへの具体的な援助技術の習得を通して、これらのADLが生きていくのに欠かせないものであるがゆえに、自立や尊厳に密接に関わり、それを抜きにして援助行為が成り立たないという考え方が基盤となっていた。

「介護過程」は、利用者の生活状況を分析し、介護計画を立案するものであるが、そこでは利用者のニーズや個性といった『その人らしさ』や『意思決定』を重要視し、それに応じた具体的な援助計画を考える内容となっている。

「介護総合演習」は、「介護実習」と抱き合わせで教授される位置付けであり、実習の目的・意義や実習施設の理解、実習の準備、実習後の学びなど、学習の総復習と実習との統合を図るものであるため、実際に現場に出る前の、「介護の基本」から「介護過程」で教授されてきた倫理的内容の総復習となっている。

「介護実習」は、まさに現場で実際の利用者にケアを実践するものであり、リアルな利用者の生活やニーズを知り、そこで生じやすい倫理的問題について具体的に考える機会となっている。また「介護総合演習」と「介護実習」では、実習前後に倫理的問題を事例としたカ

ンファレンスやケーススタディを行う場合も多く、より具体的に倫理を事象に当てはめて理解することが可能な内容となっていた。

以上により、介護科目の「介護の基本」から「介護実習」までの全てが倫理と関連しており、各自の特色に応じた倫理を内包しながら教授する構成になっていることが明らかとなった。これらのことから、介護の概念や援助技術そのものが倫理を基盤として成り立ち、援助行為そのものが倫理を体現するものとして機能すると考えられる。

#### 4-4-2. カテゴリーにみる介護科目の倫理的内容の特徴

次に、【介護福祉士の「職業規範」から学ぶ倫理】、【「生命倫理の基礎知識」から学ぶ倫理】、【介護福祉士の「専門的技術」と「介護現場」から学ぶ倫理】（以下、【職業規範】、【生命倫理の基礎知識】、【専門的技術と介護現場】と略す）の3つのカテゴリーから、介護科目における倫理的内容の特徴を考えてみたい。

【職業規範】では、サブカテゴリーにみられるように介護福祉士の倫理綱領や倫理規定、義務と責務、職業倫理など、介護福祉士として守るべき倫理を概念や法規から学ぶ内容になっている。その狙いは専門職としての責務と行動指針を示すことであるが、介護職が、対人援助職として利用者の生活に立ち入る専門的活動〔鈴木依子，2013〕であるがゆえに、尊厳や自尊感情への配慮、プライバシーの保護、守秘義務、意思決定支援、ニーズや個別性の尊重といった倫理的な内容が専門職としての行動指針の根幹となってくる。これをまず踏まえることで、その後に続くコミュニケーション技術や生活支援技術などの援助技術を学ぶ際に、具体的な倫理的な配慮が必要不可欠であることを理解することが可能になる。

【生命倫理の基礎知識】では、サブカテゴリーに生命倫理の原則、倫理的調整・倫理的決着（倫理的問題の検討と対応）、意思決定、尊厳の保持、個別性の尊重、人権擁護、など生命倫理の基礎知識として取り上げられる項目が挙げられた。これらの基礎知識は、倫理的問題に直面しやすい対人援助職が熟知すべきものであり、「介護とは何か」という介護の基本的な理解に必要不可欠である。介護科目で倫理を教える場合、介護の具体的な場面を例とすることが多いため、抽象的な概念として理解しづらい「尊厳」や「自立」などの言葉を、具体的な場面や状況で理解できる効果があると考えられる。実際、介護科目でも倫理を授業項目として取り入れ、「人間と社会」の科目内で設置される倫理科目と重複させている養成施設も多く、このような形で、倫理科目と介護科目が相互補完的な役割〔角田ますみ，2016〕を果たし、学生に倫理を学ぶ機会を複数回にわたって提供することで、倫理を複合的に理解する効果があると考えられる。

【専門的技術と介護現場】では、コミュニケーション技術や日常生活支援技術、介護過程や介護計画における援助プラン立案技術などの「専門的技術」の習得を通して学ぶ倫理と、実習という「現場体験」を通して具体的な問題を学ぶ倫理の二側面がある。介護職の援助技術は生活行為に対し行われるものであり、特に介護三大場面といわれる排泄、食事、入浴は利用者にとっても介護職にとっても身体的・精神的負担が高く、倫理的問題に直結しやすい〔新井輝子，2004〕とされ、尊厳やプライバシーなどの倫理的配慮が重要となる。基本的にこれらの援助技術の学習は、利用者と介護者の負担と効率を考慮し最適化された技術手順の習得であるが、その手順の意味を学ぶことで、抽象的になりがちな「尊厳」や「自立」を、手技を通して具体的に理解する機会となりうる。例えば、排泄では、利用者のオムツ交換時に陰部などが露出しないように配慮する手技が手順に含まれる。食事介助でも、食事を口に運ぶリズムや声のかけ方も相手のペースや気持ちに十分配慮するようになっている。なぜなら排泄も食事も自立が前提にあり、いったん成人として自立を経験した利用者にとっては他者から援助を受けることに心理的葛藤を引き起こす可能性があり、また援助する者とされる者という無意識の強弱関係も生じやすいからである。このような援助技術の学習を通して、

尊厳を守るとは具体的にどういうことなのか、どのような行為や言葉かけの中に含まれるのかということを学ぶ機会になると考えられる。また、コミュニケーション技術は利用者の「意思決定」を、介護過程における援助計画の立案技術は、利用者の「個別性」と「ニーズ」を軸におくことで、かけがえのない個人の「その人らしさ」、「個の尊重」への学びにつながる。さらに、実習という「現場」は、リアルな利用者の生活や状況、本人の思いなどに触れる体験であり、様々な倫理的問題を、実際に起こりうる具体的なものとして実感できる機会でもある。介護総合演習や介護実習では、倫理的問題を抱えた利用者を事例検討に取り上げ、実習前の段階では架空の事例、実習後には具体的に体験した事例を考える内容が多く、実際に倫理的問題を考える機会となっている。

#### 4-4-3. 介護科目で倫理を学ぶ意味

介護科目の全てが倫理を内包していること、その内容に3つの特徴があることをふまえ、介護科目で倫理を学ぶ意味について検討してみたい。

##### 1) 倫理で用いられる抽象度の高い概念を具体的に学ぶ

「尊厳」や「自立」、「敬意」という概念は非常に重要なものだが、重要であるがゆえに抽象度が高く、学生にとって理解しづらいものでもある。しかし、尊厳が深く関わる排泄や食事、入浴などの援助技術、すなわち具体的な手技を通して学ぶことで、「尊厳」を守ることとはどういうことかを具体的なものとして理解することが可能になる。また「自立」も生活支援技術を通して、様々な機能低下や障害を持つ利用者の残存機能を活かすことで理解が深まる。さらに様々な年齢や背景を持つ利用者への言葉遣いや対応を学ぶこと、またそれを実習で実践してみることで、利用者に「敬意」を払うこととはどういうことかを具体的に理解することが可能になる。なぜなら、介護の援助技術そのものが、利用者への様々な配慮を通して倫理的な内容を手技の中に含んでいるからである。このように様々な援助技術を通して、倫理の概念を具体的に学ぶことが可能になる。

##### 2) 生活支援を通して、個人の価値観や個性の重要性を学ぶ

介護福祉士の業務の中心である生活支援技術は生きていくのに欠かせないADLへの援助、介護過程はその援助計画であるがゆえに、本人の個性やニーズ、価値観に応じていく必要がある。それが利用者の残存機能の維持につながり、自立へとつながっていく。なぜなら、利用者の心身の条件は様々であり、歩行は可能だが認知機能が低下している者、認知機能の低下はみられないが身体麻痺がある者など、それぞれ生活援助に対するニーズはかなり異なる。また、人生経験や価値観も千差万別であり、生活に対する考え方も個性が高い。安は、介護福祉士の専門性の構成要素の一つに「個別生活支援」をあげているが〔安瓊伊, 2015〕、この個性への支援こそ、生活をケアする介護の効果を最大限発揮できるということになる。

##### 3) 「介護を必要とする人の理解」を通して、他者の援助を受けることで生じる葛藤や倫理的問題を学ぶ

「介護を必要とする人」とは、様々な機能低下や生活障害を抱える利用者のことであり、日常生活が思うようにできないことの苛立ちや失望、他者の援助を受けなければならないことで揺らぐ尊厳や自尊心などの問題を抱えやすい。また、援助をめぐる介護者と被介護者の双方に無意識に生じやすい強弱関係の問題もある。さらに介護者の技術の良し悪しによって利用者の安楽や安全、そして生活自体が大きく影響を受け、身体拘束や虐待、プライバシーの侵害などの様々な倫理的問題が生じてくる。こうした問題を防いでいくためには、まず「介護を必要とする人」がどのような存在であるか、他者の援助を受けることが人間にとってどういう意味を持つのかを理解する必要がある、その部分を介護科目でしっかり教授することが、倫理を学ぶ上でも重要となる。

#### 4) 介護福祉士が「意思決定」に影響を及ぼすことの意味を学ぶ

他者の援助を受けることは、利用者の日常生活に援助者の都合が関わってくることになる。限られたマンパワーと資源で多くの利用者をケアしなければならない介護施設などでは、援助者の業務が優先され、利用者の個別のニーズに応えることが難しい場合も多い〔角田ますみ, 2017〕。援助者の都合が入ることで、利用者の意思決定自体も、援助者への遠慮や人間関係から「関係性の中での意思決定」になりやすいことが指摘されている〔角田ますみ, 2004〕。逆に良い援助者なら、多忙な業務の中でも、認知症などで意思表示が困難な利用者から思いを聞き出し、ケアに生かすことができる。荻野は、対象者の自己決定を促して尊重する援助活動を展開しなければならないと述べているが〔荻野基行, 2009〕、まさにこの意思を「促すこと」、「尊重してケアに生かすこと」が介護実践にとって重要である。このように授業や実習を通して、援助者の日頃の態度・言動・対応が、利用者の「意思決定」に影響を及ぼすことの意味を理解できる機会となる。

#### 5) コミュニケーション技術が倫理的態度につながることを学ぶ

中村は、コミュニケーション技術は尊厳を支える介護実践であると述べているが〔中村裕子, 2016〕、まさに介護科目のコミュニケーション技術は倫理的態度の表現に他ならない。この技術は、利用者の「意思表示」・「意思決定」を主眼としており、意思決定支援の重要な技術の一つとなっている。これを学習し、実習で体験・実践することで、判断能力が低下している利用者に対しても、個別性に合わせて説明し、理解と納得を得られる技術、意思表示や意思決定を上手に引き出す技術、そして敬意を持った対応や言動によって利用者の尊厳が保持される技術を学び、コミュニケーション技術が倫理的態度につながっていくことを理解することが可能となる。

#### 6) 実習や事例検討を通して「具体的な倫理的問題」について考える

介護実習や介護総合演習では、現場で生身である利用者の生活支援や事例検討を通じて、倫理的問題を具体的に考える機会が多い。こうした現場の学びは、授業での学び以上に学生の印象に残りやすい。なぜなら利用者に実際に関わったことで、利用者や家族、ケア提供者の様々な状況や思いを知ることができるため、よそごとではない身近な問題として具体的にイメージしながら考えることが可能になるためである。また、実習は倫理を「実際に実践できる」機会でもある。遠藤は、「実習を通して介護倫理の変化を援助関係の中で具体的に体現していくための能力を身につけている」と述べているが〔遠藤清江, 2008, 67〕、授業において自分たちの頭の中だけで展開していた倫理を、生身の相手に実践することは、心身を総動員して行うことでもあるので、学生にとっては重要な体験となりうる。

### 第5節 結論

考察を通して、介護科目の内容そのものが倫理的な内容を含み、科目設定の段階で倫理を教授の基盤としていることがわかった。その理由として、援助の対象が様々な機能低下や障害、それに伴うコミュニケーション能力の低下を抱える者であり、自立が前提とみなされがちな排泄や食事などに他者からの援助が必要な場合、容易にプライバシーや意思決定を侵害されやすい状況になる可能性が高いことは既に述べてきた。知識と技術、倫理、連携が介護の専門性の一つであるが〔新井輝子, 2004〕、対人援助のなかでも、こうした「生きていくのに欠かせない」部分を援助する介護職にとって、援助の一つ一つに倫理を内包する。しかし、介護職は医療とは多少状況が異なり治癒や退院などによるケアのゴールが見えにくい状況に置かれながら、連綿と続く日常生活を援助していくことになる〔角田ますみ, 2017〕。限られたマンパワーのなかで、多くの利用者をケアすることは非常に高い労力を要する。そのような状況で十分な配慮を持たないまま援助が提供されれば、介護の質そのものが低下す

る。介護福祉士が現場で認識している倫理的問題の一つに、倫理的配慮に対する職業的意識の低さをあげている〔安瓊伊, 2015〕。このことを鑑みると、基礎教育の段階で、介護援助の一つ一つが倫理を内包することをしっかりと意識づけることが重要であり、科目内容にもその意図が盛り込まれる必要があると考えられる。

また、介護科目が倫理的内容を含むことの強みは、倫理を「具体的に」理解できる機会を提供できる点にある。様々な援助技術や実習での現場体験を通して、抽象的な概念としてとらえられがちな倫理を繰り返し考えることが可能である。これは理論だけでも、現場経験だけでもダメで、机上の学習で学んだ理論が実習という実践と統合されることにより、倫理を伴った実践〔中村裕子, 2016〕となる。前述した倫理科目と介護科目の相互補完的役割によって、倫理科目で基礎的な知識を学習し、それを繰り返しながら実践のなかで学ぶことは、学習者にとって非常に有効な教育方法となると考えられる。

これらは学習カリキュラムの整備だけでなく、教員の資質も重要である。理論と実践を結びつけて具体的に教授できること、実習での倫理的問題に対する学生の気づきを促し、倫理実践に対しプラスのフィードバックを行えることが重要となってくる。このような教員の育成も今後の重要な課題である。

介護倫理は通常、倫理綱領、社会福祉士および介護福祉士法における法的事項を中心とする職業倫理に基づき、職業規範のなかで介護職がどのような役割や責任があるのかという点で語られることが多い。しかし今回それ以外に、介護の専門的知識・技術のなかにも、それを駆使する生活援助実践のなかにも倫理が含まれていることがわかった。つまり介護倫理は職業倫理だけではおさまきれないものではないということである。第2章でも述べたように、介護福祉士の特性は利用者の生活に密着し、その身体に直接接触しなければ実行できない職務内容である。生活の基本である日常生活動作に他者の援助を必要とすることは利用者の心身に様々な影響を及ぼす。同じ生活援助を行う看護師が療養上の世話と診療の補助からなる「療養」という命題のもとにケアを行うことに対し、介護職は療養の先に続く、いわばゴールのみえない日常生活そのものを援助する。このことが介護倫理の特性を示唆しているように思える。

第3章および第4章では、介護福祉士養成課程における倫理教育の現状がどのようなものかを、シラバス調査を通して検討した。この2つの章における研究の限界として、シラバスやテキスト内容だけでは、実際の教育現場でどのようなことが具体的に教えられ、学生はどう受け止め学んでいるのかをリアルに把握することは難しく、それが本研究の限界でもある。また、章の冒頭に述べたように、介護福祉士教育のルートは多岐にわたり、先に現場経験を積んでから国家資格取得のために倫理を勉強するケースもある。このような教育背景の異なる者たちに対し、今後どのような倫理教育が必要なのかということも、このテーマを考える上で重要な点であり、別途、現場での倫理教育の実践的な取り組みを調査し、検討していく必要がある。

そのため、次章では、実際に介護現場で働く介護福祉士がどのようなことを倫理的問題と認識しているのか、どのような倫理教育の背景を持ち、それをどう評価しているのか、そして倫理教育に対してどのようなニーズを持っているのかを実態調査をもとに検討する。

\*本章は、筆者の以下の論文を博士論文用に転載し、加筆したものである。

角田ますみ (2018) :介護福祉士養成課程 (4年課程) における介護倫理教育 - 介護科目で講義される倫理的内容の分析を通して -。生命倫理, 28(1), 75-86



## 第5章 介護施設に勤務する介護福祉士の倫理的問題の認識や対処と倫理教育の現状

本章では、実際に介護現場で働く介護福祉士がどのようなことを倫理的問題と認識しているのか、どのような倫理教育の背景を持ち、それに対しどのように考えているのか、そして倫理教育に対してどのようなニーズを持っているのかについて実態調査を通して検討し、第3章および第4章で論じた介護福祉士養成課程における倫理教育の現状と課題と合わせて、望ましい倫理教育のあり方について考える。

### 第1節 研究の背景

第3章および第4章で介護福祉士養成課程の倫理教育の現状をみてきたが、介護福祉士養成課程カリキュラムに倫理に関する授業が含まれることが望ましいとされながらも、必修科目となっておらず、倫理関連科目の設定は各養成機関の判断に任されており、設置内容も養成機関によってばらつきがあった。しかし、介護科目に倫理的内容を多く含むことも明らかになり、倫理科目との相互補完性が見いだされた。授業内容については、主に倫理の基礎的知識を伝授する内容が多く、現場の具体的な問題に対する分析や対応については、時間的制約や教育者の人材の問題もあり、養成機関では対応しきれない状況が予測された。

これらの背景をふまえると、養成課程における基礎教育だけでなく、介護現場における倫理の現任教育のあり方が重要になってくる。特に、生活の場となる介護施設は利用者にとって自宅と同様に、安心してその人らしい生活を送れる場でなければならない。しかし、これまでみてきたように、介護行為そのものが倫理的問題となりうる可能性があることから、現任教育においても倫理教育が不可欠であり、専門職業人としての倫理観を確立することが重要になってくる。

本来、倫理教育は、学習者の経験や状況に応じて様々な段階に分かれて行われる必要があり、それぞれに果たす役割と求められる内容を考え、連携しながら継続的な教育内容の構築を図る必要がある。近年、介護職員を対象とした研修に倫理を含むものも数多くあると推察されるが、介護現場で生じる具体的な問題を扱うものから労働基準法に従ったコンプライアンスへの取り組みとして法令遵守や職業倫理に関するものなど多種多様で、現場で働く介護福祉士を取り巻く倫理教育の具体的な現状は、先行研究でもまだ明らかとなっていない。本研究ではこの点に着目し、現場で働く介護福祉士が倫理についてどのような基礎教育や現任教育を受けているのか、また倫理的問題の認識や対処方法はどのようなものか調査しその現状を描き出すことを目的とした。

### 第2節 研究の目的と方法

【目的】現場で働く介護福祉士が倫理についてどのような基礎教育や現任教育を受けているのか、また倫理的問題の認識や対処方法はどのようなものかを明らかにする

【対象者】全国介護老人保健施設協会に正会員として登録されている介護老人保健施設3595施設(2015年12月現在)から無作為抽出した200施設に勤務する介護福祉士1000名を調査対象とし、そのうち有効回答は494部(N=494、回収率49.3%)で、これを分析対象とした。

【方法】

質問紙調査法を用いて調査を行った。属性、介護福祉士養成課程の種類、基礎教育における倫理科目の有無、科目内容が役立つものであったか、現場で体験した倫理的問題、問題に対する取り組みとその内容、取り組めなかった理由、現任教育における倫理研修の有無とそ

の内容、内容が現場で役立つものであったか等から構成される自記式質問紙を、無作為抽出した施設に送付し、介護福祉士資格を有する職員に配布を依頼した。プライバシー保護の観点から回答済みのアンケート用紙は配布を依頼された介護福祉士が施設を経ずに個人で返送できるように返信用封筒を同封し、個別に郵送してもらった。アンケート回収後、単純集計を行いデータ間で比較した。また関連があると思われる項目についてはクロス集計を行った。自由記載事項については、意味内容を損なわないようにして切片化し、意味内容が類似する記述を抽出してサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。

【倫理的配慮】個人及び施設が特定されないように無記名式とし、個人による返送とすること、当該情報は全て削除すること、不参加であっても不利益を被らないこと、結果は倫理的配慮のもとに学会や学術誌で発表すること等を明記した研究説明文書を配布し、回答および郵送をもって同意を得たこととした。また本研究は筆者の所属機関における杏林大学倫理審査専門委員会にて承認されている(承認番号 27-22)。

### 第3節 結果

#### 5-3-1. 回答者の属性

##### 1) 性別や年齢

回答者の性別割合は女性 61%、男性 37%、未回答 2%であった。年齢は 30 代が 44%と最も多く、続いて 20 代 22%、40 代 20%、50 代 10%、60 代 3%であった。(図 5-1)

これは、厚生労働省「平成 25 年度介護労働実態調査」での介護福祉士を含む介護労働者の施設就労状況として、正規・非正規ともに女性職員が多く、年代では 30-39 歳代、ついで 40-49 歳代が多い現状と類似していた。

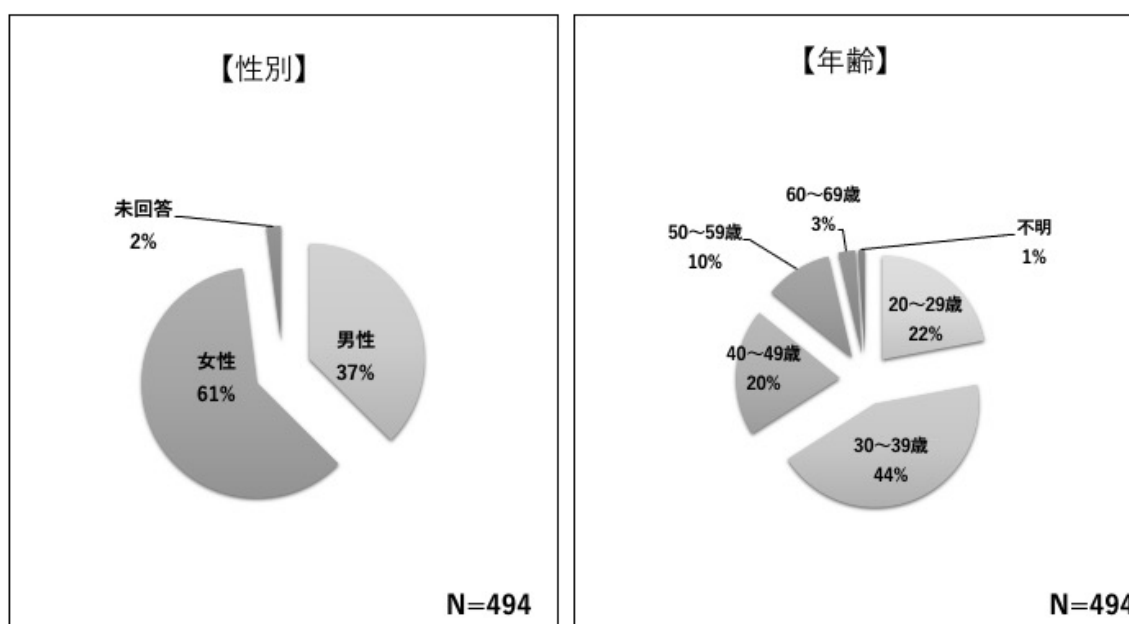


図 5-1. 対象者の性別および年齢

##### 2) 経験年数、勤務経験、教育背景

経験年数は、10 年以上が最も多く、全体的に 5 年目以上 20 年目以下の中堅レベルの経験年数を持つ回答者が大半を占めた。(図 5-2)

勤務経験としては、調査対象者の特性から介護老人保健施設が最も多く、ついで介護老人

福祉施設、デイケア、デイサービスが続いた。介護福祉士資格取得における教育背景では、最も多いのが実務経験3年以上を経て国家試験受験で、次いで専門学校、福祉系短大、福祉系大学、その他と続いた。その他の内訳としては高校福祉科卒後国家試験受験、保育士養成課程卒後介護福祉士養成課程、通信制課程修了後国家試験受験であった。（図5-3）。

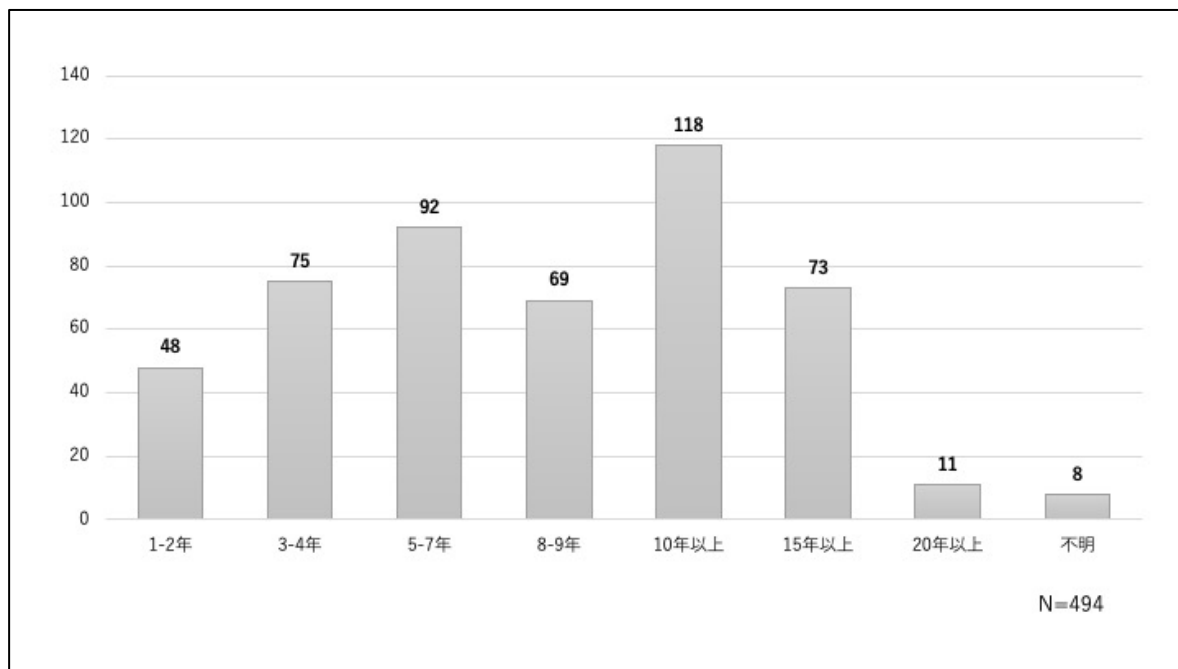


図 5-2. 経験年数

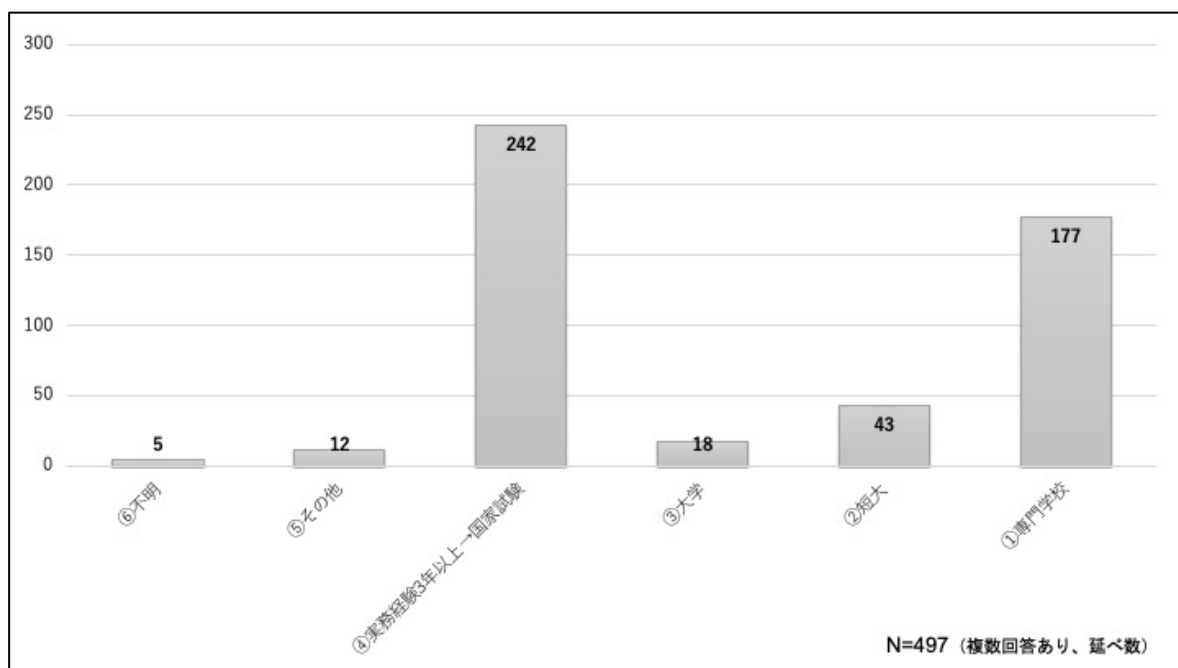


図 5-3. 教育背景

### 5-3-2. 現場での倫理的問題の認識と対処

#### 1) 現場における倫理的問題の認識

倫理的問題の体験では、大半の者が何らかの形で倫理的問題を体験し、問題と認識していた。(図5-4)

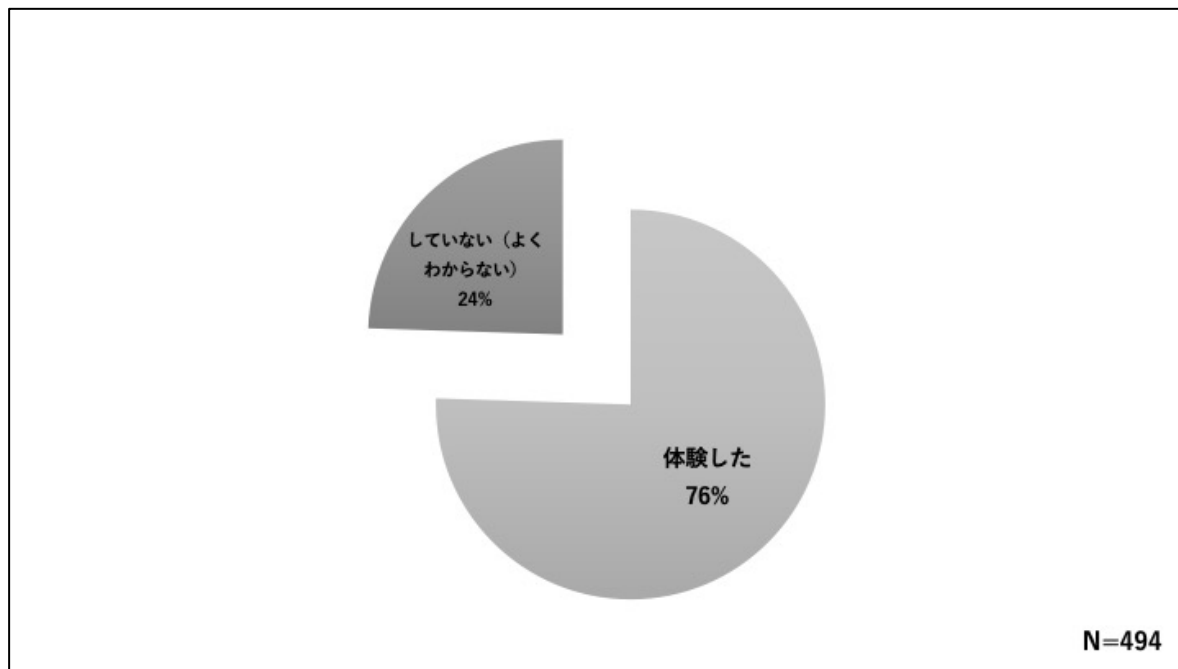


図5-4. 倫理的問題の体験の有無

倫理的問題の内容として、名前の呼び捨てや乱暴な言葉遣い、スピーチロックや不必要な身体拘束など「援助者の行為自体が倫理的問題となっている」もの、集団生活による制限、利用者本人に合わせたケアが提供できない、ケアが職員の都合に影響されるなど「利用者本人に合わせたケアや生活援助が行えていない」もの、入浴、食事、排泄などの「三大介護場面が倫理的問題に直結しやすい」ことが挙げられた。(表5-1)

表5-1. 倫理的問題と認識した内容とその特徴

援助者の『行為自体』が倫理的問題となる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・援助者の態度が悪い(名前の呼び捨てや愛称、幼稚もしくは乱暴な言葉遣い、配慮に欠いた声かけ)</li> <li>・不必要に利用者の行動や言動を制限する(スピーチロックや不必要な身体拘束)</li> <li>・プライバシーへの配慮がない</li> <li>・援助者の思う通りにならない認知症者をきつく叱る</li> <li>・ケア方法や手技自体が未熟もしくは乱暴で、それに対して疑問を持たない</li> <li>・利用者をずっと待たせておく</li> <li>・ケアをせずに放置している</li> </ul>
利用者に合わせたケアや生活援助が行えていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアや生活のペースが施設や職員の都合に影響される</li> <li>・集団生活による制限がある</li> <li>・利用者が望むことややりたいことを援助できない</li> <li>・画一化されたケアのみで、その人にあったケアが提供できない</li> <li>・楽しみや快のケアが提供できない</li> <li>・業務を優先させて残存機能を活かした援助を行わない</li> <li>・歩行可能であるのに車椅子を使用する</li> <li>・利用者の意思や希望を尊重しない(尊重したくても様々な事情(意向を叶えられない、家族の意向が異なるなどで、できない)</li> <li>・利用者の訴えを傾聴しない(傾聴したくても多忙でできない)</li> </ul>
三介護場面が倫理的問題に直結しやすい	<p><b>【排泄・オムツ交換】</b>            プライバシーに配慮しない、「くさい」など配慮に欠いた発言をする、排泄援助が乱暴である            排泄があっても時間ごとにしか交換しない、頻回に排泄を訴える対象者をきつく叱る            本人の状態に応じたおむつやケアを提供しない、発赤などの皮膚障害があってもケアしない            車イスや歩行介助でトイレにいけるのに手間がかかるためオムツを使用する            夜間のおむつ交換をさけるため夜の飲水を減らす</p> <p><b>【入浴などの清潔ケア】</b>            時間をかければ更衣可能な対象者の残存機能を活かさない、流れ作業で慌ただしく入浴させる            嫌がる対象者を叱る、力づくで入浴させる、入浴後待たせる、皮膚のケアをしない            身体や老化に関連した冗談を言うなど配慮に欠いた会話や声かけをする            プライバシーに配慮しない、男女混合で入浴させる、異性の援助者が入浴介助を行う</p> <p><b>【食事】</b>            うまく咀嚼できないとすぐに刻み食やペースト食にしてしまうなど、食への配慮がない            ゆっくり食事介助ができない、食べない人の口に無理やり食事を入れる            食事介助のペースが職員のペースになっている、おかゆや刻み食に薬をまぜる            おかゆとおかずを混ぜて時間をかけないようにする、食べこぼしや食遊びがあるとききつく叱る            食事量が少なくても時間がくると片付けてしまう、むせたり誤嚥していても気にかけない            誤嚥予防の援助(嚥下体操など)を行わない、異食予防の対策をとらない            急かしたり、「おいちいでちゆか」等の赤ちゃん言葉を使うなど食事介助の際の声かけに配慮がない</p>

## 2) 問題を体験した時の対処

問題に対し取り組みが行えたかについては、取り組めた 54%、取り組めなかった 46%と、取り組めた者がやや多かった。取り組みの内容を自由記述してもらったところ、図 5-5 のような内容となった。また、取り組めなかった理由として、「問題とわかっていたがどうしてもいかなかった」が最も多く、ついで「規則やシステムでどうにもできなかった」が続いた。(図 5-5)

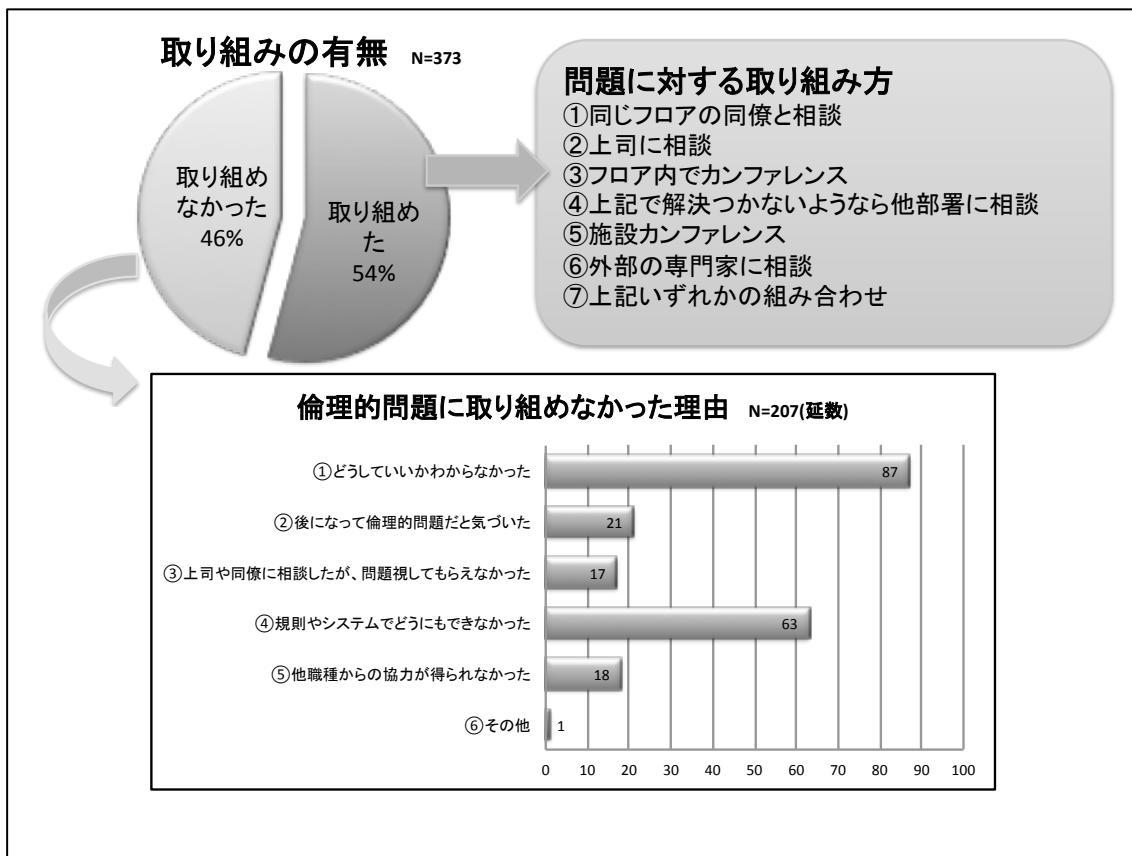


図 5-5. 現場で倫理的問題を体験した時の対処

### 3) 問題を体験した時に相談する相手

問題を体験した時に相談する相手を自由記述してもらったところ、最も多かったのが介護主任や看護長などの「上司」で、続いて「同僚」、「先輩」が挙げられた。また相談相手に付随する形容詞として、「信頼できる」、「親しい・仲が良い」、「介護に対する考えが似ている・考えが合う」、「常識やモラルがある」、「経験や知識がある」、「意識が高い」、「尊敬できる」、「助け合える」などが頻出した。

### 5-3-3. 基礎教育における倫理科目の有無とその内容について

次に、介護福祉士資格取得の際の基礎教育での倫理科目について質問した。基礎教育における倫理科目の有無は、全体として有 63%、無 30%、不明 7%（小数点以下四捨五入、以下同様表記とする）であった。（図 5-6）

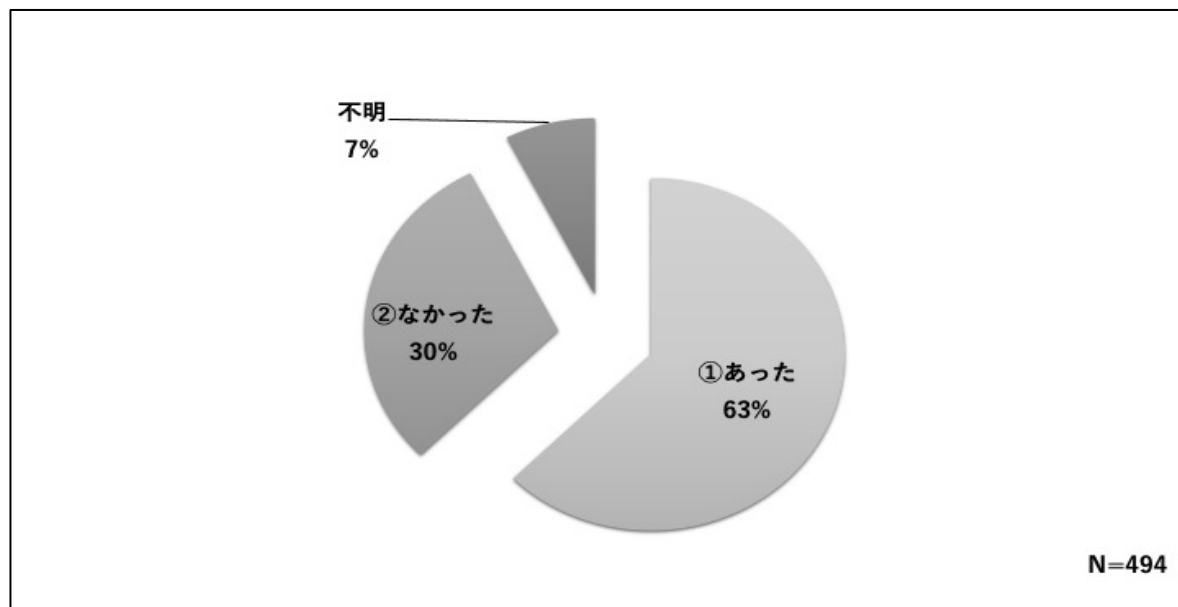


図 5-6. 倫理科目の有無

これを資格取得ルート別にみると、養成施設を卒業した場合（以下、養成施設ルートと略す）と実務経験後に国家試験を受験した場合（以下、実務経験ルートと略す）の回答者の割合は五分五分であるが、科目有りと回答したのは、養成施設ルートの方が多く 61%で、実務経験ルートでは 39%であった。逆に科目無しと回答しているのは実務経験ルートが 67%で多く、養成施設ルート 33%であった。（表 5-2）

表 5-2. 倫理科目の有無（養成課程ルート別）

単位：数（％）			
	養成施設ルート	実務経験ルート	合計
有り	190(61.5)	119(38.5)	309(100.0)
無し	49(33.1)	99(66.9)	148(100.0)
不明	13(35.1)	24(64.9)	37(100.0)
合計	252(51.0)	242(49.0)	494(100.0)



科目内容については、全体的な回答では、役立つ内容だったと回答したのは66%、役立たない内容だったと回答したのは24%であった。（図 5-7）

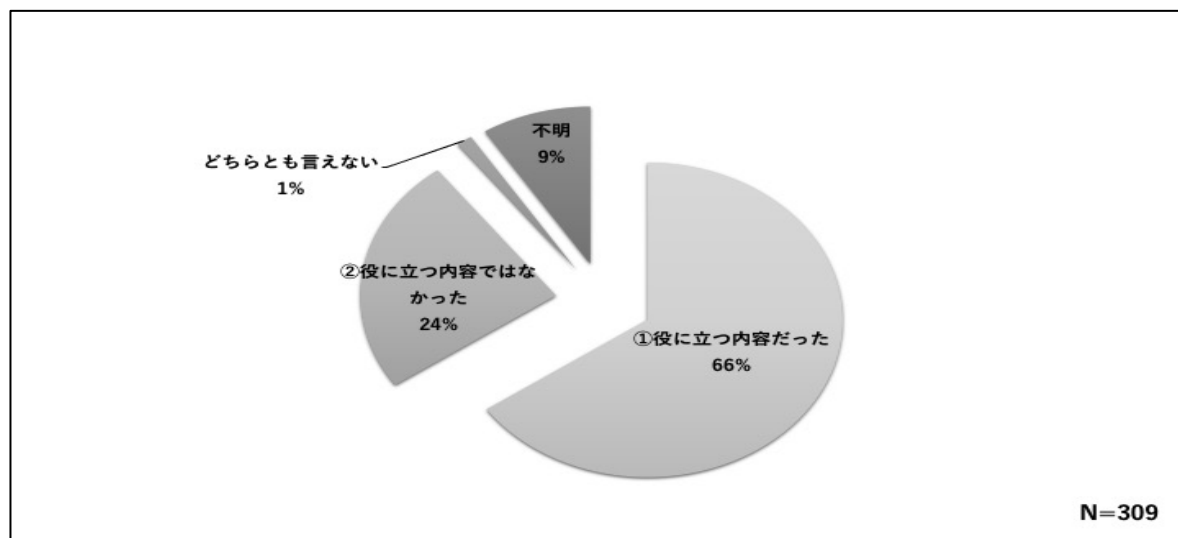


図 5-7. 倫理科目の内容について

これを資格取得ルート別でみると、両ルートともに役立つ、役立たないと回答した割合はほぼ同じであった（図 5-8）。その理由を自由記述してもらい、その内容から役立つ理由として5つのカテゴリーおよび23のサブカテゴリーが抽出され、また、役立たない理由として4つのカテゴリーおよび17のサブカテゴリーが抽出された。（表 5-3）

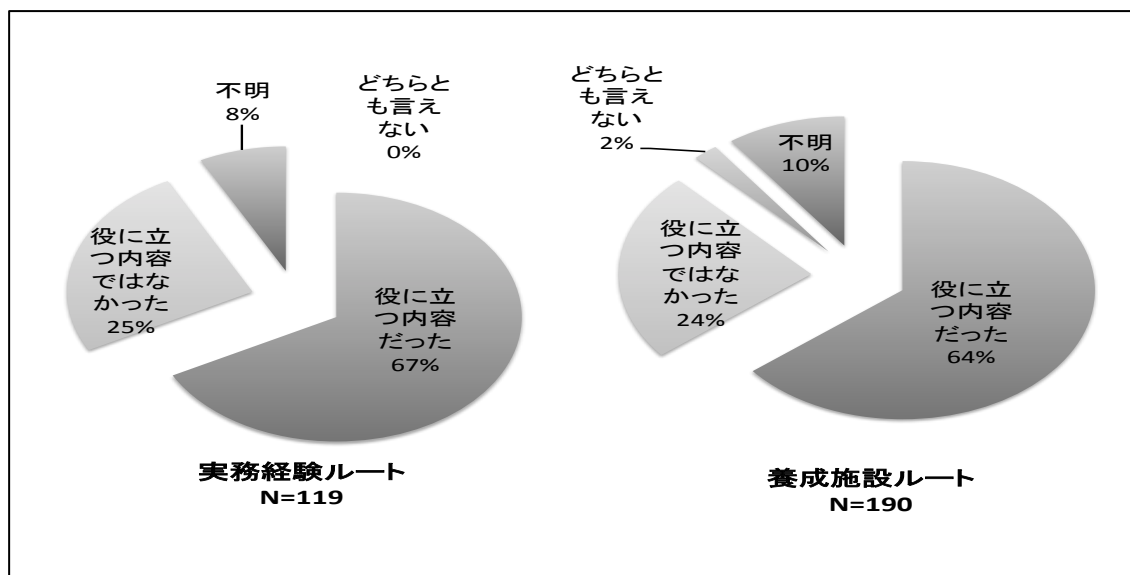


図 5-8. 倫理科目の内容（養成課程ルート別）

表 5-3. 基礎教育における倫理科目が役立つ理由／役立つ理由

【役立つカテゴリー】	【役立つサブカテゴリー】	《役立つカテゴリー》	《役立つサブカテゴリー》
【具体的内容で実際に応用できる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実際の問題だったので役に立った</li> <li>・具体的内容で現場に役に立った</li> <li>・実際の問題の判断に役立った</li> <li>・問題の考え方や取り組み方がわかった</li> <li>・具体的な事例でイメージできた</li> </ul>	《実際の問題解決に結びつかない内容》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場に役立つ内容ではなかった</li> <li>・問題検討や解決方法について触れていない</li> <li>・一般教養としての内容で現実に関係ない</li> <li>・現場の状況を反映していない</li> <li>・どう応用していいかわからない</li> </ul>
【日々の援助行為の根拠・基準になる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・援助に迷った時の判断になる</li> <li>・援助を考える時の根拠になる</li> <li>・ケアの質を上げる基準になる</li> <li>・どんな援助を行うかの方針や基準</li> <li>・正しいケアの選択ができる</li> </ul>	《倫理を重要視できない背景》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場では倫理的問題を考えている余裕はない</li> <li>・介護知識や技術は重要だが倫理は必要と思えない</li> <li>・問題が解決するとは思えない</li> </ul>
【利用者を理解できる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の疾患や障害が理解できる</li> <li>・利用者への共感的理解が深まる</li> <li>・利用者の気持ちを考えることができる</li> <li>・利用者の行動の理解に役立つ</li> <li>・問題行動への理解が深まる</li> </ul>	《倫理科目の理解の難しさ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・倫理自体が難しく理解しにくい</li> <li>・難しく関心を持てない</li> <li>・テキスト中心の学習で理解が難しく、実習でも具体的に学ぶ機会がない</li> <li>・難しく面白くない</li> <li>・机上の空論だと思う</li> </ul>
【知識や教養になる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般教養として必要</li> <li>・知識になる</li> <li>・いろいろなことを考える時の考え方になる</li> <li>・人の生き方や価値観を考える機会になる</li> </ul>	《現場スタッフ間の教育背景や価値観による差異》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勉強してもスタッフ間の価値観が異なるので役に立たない</li> <li>・経験年数が長い人や管理職ほど倫理的問題についての意識が低いので、意味がない</li> <li>・職場の倫理意識が低いのでどうにもならない</li> <li>・スタッフ間の倫理教育の経験が異なるので役に立たない</li> </ul>
【職業的倫理観を理解できる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護福祉士にとっての大切な倫理観が理解できる</li> <li>・対人援助職としての倫理に役立つ</li> <li>・倫理的な考え方が身につく</li> <li>・職業人としての倫理観が身につく</li> </ul>		

\* 役立つ理由のカテゴリーを【】、役立つ理由のカテゴリーを《》で記載

#### 5-3-4. 現任教育における倫理研修の現状

続いて、介護現場における研修などの現任教育での倫理教育の現状について質問した。

##### 1) 倫理研修の有無と研修方法

現任教育における倫理研修の有無については、60%が受けたと回答しており（図5-9）、また各自が受けた研修方法としては、「職場で職員が講義や研修を行った」ものが53%と最も多く、ついで「職場からの勧めで外部研修を受けた」が22%、「職場で外部講師が講義や研修を行った」のが19%、「職場とは関係なく自主的に研修を受けた」、「職場の有志で勉強会を行った」がそれぞれ3%であった。

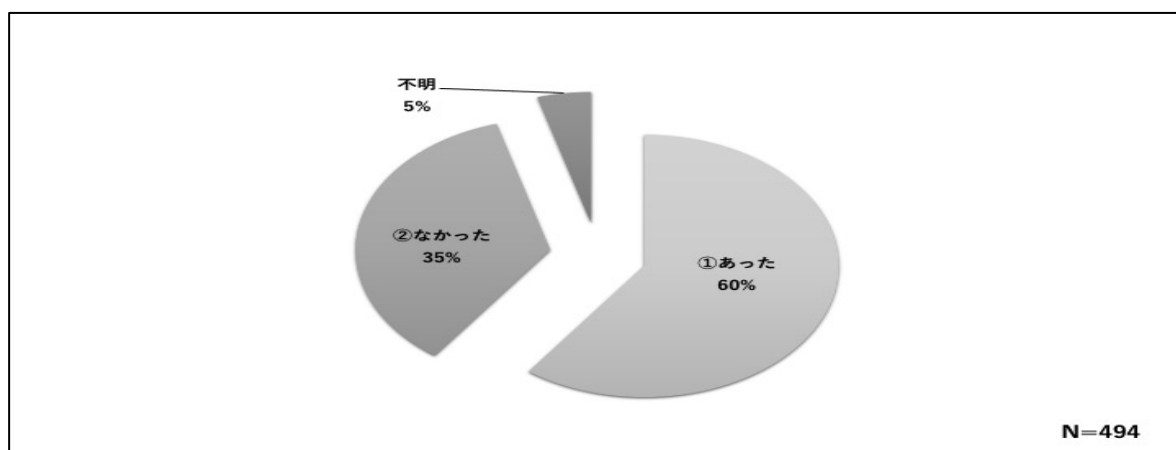


図5-9. 現任教育での倫理研修の有無

##### 2) 研修内容について

研修内容については、役立つ内容だった 61%が最も多く、ついでどちらとも言えない 31%、役立たない内容だった 8%であった。（図 5-10）

それぞれの理由を自由記述してもらい、その内容から役立つ理由として 6 つのカテゴリーおよび 27 のサブカテゴリーが抽出された。また、役立たない理由として 4 つのカテゴリーおよび 17 のサブカテゴリーが抽出された（表 5-4）。

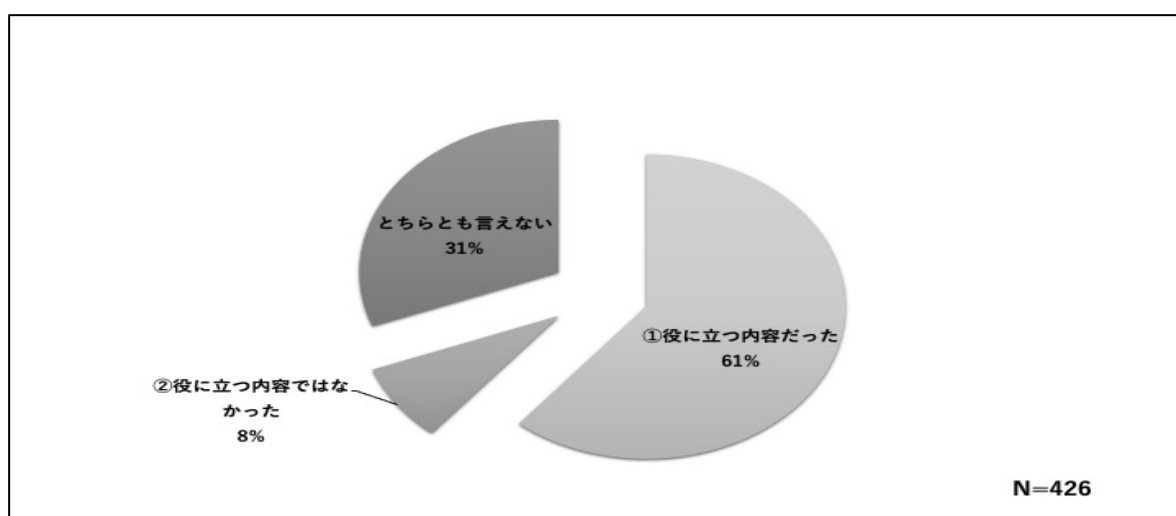


図 5-10. 倫理研修内容について

表 5-4. 現任教育における倫理研修が役立つ理由／役立つ理由

【役立つカテゴリー】	【役立つサブカテゴリー】	《役立つカテゴリー》	《役立つサブカテゴリー》
【現場に応じた具体的な内容で問題対応に役立つ】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な事例や行為から考えると理解しやすい</li> <li>・具体的な内容でイメージしやすい</li> <li>・実際の問題の判断や解決のヒント</li> <li>・対応策や問題検討方法を理解できた</li> <li>・問題の解決方法について理解できた</li> </ul>	《実際の問題解決を望む現場と講義内容がずれている》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題検討や解決方法について触れていない</li> <li>・現場の状況を反映していない</li> <li>・概念や基礎知識の伝授のみ</li> <li>・具体的な事例や対応策がない</li> </ul>
【日々の援助行為の振り返りと質の向上につながる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な援助や対応を振り返れる</li> <li>・日々の援助の評価基準になる</li> <li>・ケアの質を向上させる意欲につながる</li> <li>・倫理を学ぶとケアの質も向上する</li> <li>・自分の行動や態度の反省材料になる</li> </ul>	《正解が明確とは限らない倫理的問題の難しさ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・倫理的問題の正しい答えや基準がわからない</li> <li>・答えの出ない問題が多い</li> <li>・環境や条件によって基準が変動する</li> <li>・倫理自体が難しく理解しにくい</li> </ul>
【倫理についての意識づけや価値観が共有できる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフ間の意識づけになる</li> <li>・スタッフ間で価値観を共有できる</li> <li>・意識の低い職員の気づきにつながる</li> <li>・価値共有により援助方針が定まる</li> <li>・倫理教育の必要性を理解できる</li> </ul>	《理想と現実のギャップ》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要であるのはよくわかるが現実には難しい</li> <li>・現場と倫理的な理想がかけ離れている</li> <li>・現実とはそう簡単ではない</li> <li>・現実の人間関係や職場環境が理想を妨げる</li> </ul>
【利用者の個性への具体的な理解につながる】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症者の行動や言動が理解できる</li> <li>・その人らしさを考えられる</li> <li>・機能低下による生活障害を抱える利用者の心理が理解できる</li> <li>・利用者の具体的な尊厳、意思決定が重要であることが理解できる</li> <li>・他者援助を受ける利用者の心理が理解できる</li> </ul>	《職場環境や条件に影響される》	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修を受けても職場環境や条件によって改善できない</li> <li>・利用者や家族などの人間関係に影響される</li> <li>・スタッフ間での価値観や考え方の差</li> <li>・スタッフ間の人間関係や管理職に左右される</li> <li>・倫理に関心があっても上司や同僚に評価してもらえない</li> </ul>
【知識や情報収集に役立つ】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職が持つべき教養として役立つ</li> <li>・対人援助の知識として重要である</li> <li>・仕事での様々な情報や知識になる</li> </ul>		
【職業人としての使命や倫理観を支える】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職業的倫理観を理解できる</li> <li>・介護福祉士としての使命を感じる</li> <li>・介護福祉士としてのプライドを支える</li> <li>・仕事を持つ意味を感じることができる</li> </ul>		

\* いずれも役立つ理由のカテゴリーを【】、役立つ理由のカテゴリーを《》で記載

## 第4節 考察

### 5-4-1. 多様な教育背景による倫理科目の差異

養成課程で倫理科目があったと回答した者は、全体で半数以上の6割であるが、約3割は科目がなかったと回答している。倫理科目がなかったと回答した内訳を見てみると、実務経験ルートがその7割を占めている。このような差が生じるのは、養成課程ルートの多様化が関係していると考えられる。養成課程ルートは大別して実務経験ルート（介護系施設などで3年以上の実務経験に加え実務者研修を受講し国家試験を受けて取得するコース）と、養成施設ルート（高校卒業後、大学や専門学校などの介護福祉士養成施設を卒業することにより取得するコース）、福祉系高校ルート（福祉系高校にて必要単位を取得し国家試験を受け取得するコース）がある（いずれも2016年度）。まず、実務経験ルートは養成施設ルートに比して、施設で学習する実務者研修が最長でも450時間と少なく（養成施設ルートは1800時間）、資格取得のための勉強は主に独学がベースとなる（2016年12月時点）。そのため、倫理科目をテキストのみで独学する場合も多い。また、養成施設ルートにおいても、第3章で述べたように、科目設定は養成施設各自の考え方に委ねられている。今回の結果では、倫理科目がなかったと回答した者の割合では、実務経験ルートが養成施設ルートよりも上回ったが、倫理科目の内容が役に立ったと回答した者の割合は両ルートともほぼ同じ割合であったことから、養成施設で教員から学ぶ場合と独学の場合による違いがあっても、倫理科目そのものが有用であると学習者がとらえていると考えることもできる。さらに実務経験ルートにおける独学の場合でも、学習者の実務経験が倫理への関心や具体的な倫理的問題への理解を助けている可能性もある。しかし、独学の場合、学習の質が個人の資質によって大

大きく異なる可能性があることは否めない。また、養成施設ルートでも倫理科目がなかったと回答した者が3割いるが、これは倫理科目が選択科目となっていたため、倫理科目を選択せずに卒業した可能性がある。実際、筆者の調査〔角田ますみ，2016〕でも、福祉系大学の養成課程における倫理系科目は対象校の全てに設置されていたが、その7割が選択科目であり、全学生が必ずしも倫理科目を受講するとは限らない状況であった<sup>注18</sup>。これらのことを踏まえると、どのような養成課程ルートであっても、学習者は倫理教育が有用であると認識していることが期待できるが、養成課程の多様化から、科目選択や学習内容において個人差が生じやすく、誰もが一定の倫理教育を受けるとは限らない現状にあると考えられる。

#### 5-4-2. 現場における倫理的問題の現状と倫理教育に求められるもの

介護の倫理教育を考える時に、現場で直面するような問題や内容を扱うことが学習者の理解を促すためにも望ましい〔遠藤清江，2008〕。そのためには介護福祉士がどのようなことを倫理的問題としてとらえているかを把握する必要がある。結果から、現場における倫理的問題の特徴として「援助者の行為自体が倫理的問題となっている」、「利用者本人に合わせたケアや生活援助が行えていない」、「三大介護場面が倫理的問題に直結しやすい」が挙げられた。「援助者の行為自体が倫理的問題となっている」では、援助者の「行為や態度そのもの」が問題となっている。つまり、本来なら、利用者の尊厳や自尊心を擁護すべき援助者が、倫理的問題の原因となっている。これは介護福祉士の職業としての質にも関わる重要な問題であり、基礎教育の時点で、職業指針となるような職業倫理をしっかりと組み込んでいくことが重要であり、これらの具体的な問題行為を事例などに用いて学習者に考え感じてもらう仕掛け〔遠藤清江，2008〕が必要となる。個人の態度や行動は状況や教育によって変容するため、教育内容や方法、ロールモデルによって改善する可能性が十分にある。

「利用者本人に合わせたケアや生活援助が行えていない」では、限られた時間とマンパワーで多忙な業務をこなさなければならない状況と集団生活の中でケアを提供しなければならない介護現場の悩みでもある。しかし第2章でも述べたとおり、本来、生活行為は生活者の個性から成り立ち、それに対応することが介護という仕事の意義でもあり、専門性でもある。毛利は「個別ケアを提供するために、マンパワーの十分でない現状の中で、如何にそれを実践するかといった介護展開のシステムを作り、業務改善、そして何より介護を行う者の高い質が必要」と述べている〔毛利亘，2008，31〕。こうした取り組みを職員個々の倫理観や良心だけに頼るだけでは困難である。管理職をはじめとした職員全体で、システム改善に取り組めるような職場の倫理風土の形成が重要になってくると考えられる。

「三大介護場面が倫理的問題に直結しやすい」における「三大介護場面」とは、排泄、入浴、食事に代表され、生理的欲求を満たし、時間・労働ともに多くの関わりを費やされる場面を示し、第1章、第2章でも論じたように、身体に直接触れる生活行為でもある。これらの援助は介護福祉士にとっての専門性を示す重要な援助行為でもあるが、援助者側の身体的・精神的負担が多い場面でもある。新井らが介護福祉士養成課程の学生に行った調査〔新井輝子，2004〕でも、学生が倫理的問題を感じた実習場面として同様の場面が挙げられている。新井は「これらの場面で利用者の権利や自己決定が守られないのは、介護の関わりとの量と関係がある」と述べている。今回の調査で挙げられた問題の多くも、ケアの「手間」を惜しんでしまい、利用者の行動や意思表示を待つという行為が疎かになってしまうことから生じている。しかし、第2章で繰り返し述べたとおり、排泄、入浴、食事は、生きていくのに欠かせない行為であり、利用者のプライバシーや自尊心、尊厳に大きく影響を及ぼす。排泄などのプライバシーに触れる行為は、職員が介護の専門職であるという信頼に基づいている

<sup>注18</sup> ただし対人援助を基本とする職業特性から、介護の専門知識を教授する介護系専門科目でも倫理的な内容を扱うことが多くある。そのため、倫理や哲学などの教養科目と介護系専門科目で重複して倫理に関する内容を扱うケースもあり、さらに介護福祉士以外の養成課程(社会福祉士や精神保健福祉士など)の倫理科目受講も可能であるため、学生の履修状況によっては倫理教育を受ける機会が複数回ある

からこそ許されるものでもある。このことを日々の業務に基づいて意識できるような倫理教育の内容が求められる。

### 5-4-3. 基礎教育および現任教育で求められるもの

5-4-2で述べたような現場の倫理的問題に対応できる倫理教育とはどのような内容であろうか。介護福祉士の倫理教育は大別して、養成課程における基礎教育と現場における現任教育があるが、そこに求められるものは何で違いはどこにあるのだろうか。それぞれにおける教育内容で役に立つ/役に立たない理由のカテゴリーをみると、教育段階の違いによる差異はあるが、ほとんど共通した内容があげられている。そこでこの二つに共通しているものと、それぞれに求められているものという視点で考えてみたい。

#### 1) 基礎教育と現任教育に共通して求められる「具体性」と「応用性」

教育内容が役に立つ理由のカテゴリーで共通しているのが、【具体的内容で実際に応用できる】、【現場に応じた具体的な内容で問題対応に役に立つ】などにみられるように、「具体的内容で実際に応用できる」ことである。同時に、役に立たない理由のカテゴリーで《実際の問題解決に結びつかない内容》や《実際の問題解決を望む現場と講義内容がずれている》が挙げられていることを考えると、基礎教育でも現任教育でも、学習者のニーズは「具体的な内容とその応用」にあると考えられる。これは単に知識や技術を学ぶだけでなく、それを現場で応用するという対人援助職としての専門実践への志向〔藤田徹, 2015〕があるように思われる。介護福祉士教育は実践を前提とした専門教育であり、習得する知識や技術は実践につながる。実際に問題に遭遇する現場を見据えて具体的な対応方法を理解したいという考えは自然なものであろう。また、基礎教育で《倫理科目の理解の難しさ》が役に立たない理由のカテゴリーに挙げられていることと合わせると、具体的な内容や事例は、尊厳や利用者本位となどの抽象度の高い内容への理解を助ける〔遠藤清江, 2008〕という側面もあると考えられる。さらに、この「具体的内容で実際に応用できる」ことは、【日々の援助行為の根拠や基準になる】や【日々の援助行為の振り返りと質の向上につながる】のカテゴリーに見られるように「日々の援助行為の基準や評価」につながり、【利用者を理解できる】や【利用者の個別性への具体的な理解につながる】のカテゴリーからは「利用者理解」の基本となることが考えられる。これは「具体的な内容」自体が、日々の援助行為や利用者の個別性が反映されたものになるためであると推察される。

また、【知識や教養となる】や【知識や情報収集となる】が役立つ理由のカテゴリーに挙げられたことから、倫理教育には「知識や教養としての意味」も大きいと考えられる。日々の業務で利用者の人生や生き方に触れる時、人間存在に対する深い理解が必要となる。その時役立つのが哲学や倫理学などを基盤とする基礎的教養ではないだろうか。春日は認知症ケアを例に、従来の研修・教育は、主として医療関係者による講義で認知症理解を深め、実技指導によって身体介助中心の介護技術を習得させる形であったことに触れ、これからはこのような従来型よりも、「被援助者の気持ちや状況を組み取り生活を支えていく力の養成が求められる」〔春日キスヨ, 2002, 51〕としている。こうした力は、生きるとは何か、老いるとはどういうことかも含めた対象への理解から始まる。物事の基本を理解するための教養も含めた、重層的な教育内容がこれからも必要であると考えられる。

#### 2) 基礎教育、現任教育それぞれが果たす役割と求められる内容

##### (1) 対人援助職の基盤形成としての基礎教育

基礎教育で倫理科目が果たすべき役割は、職業倫理の基盤形成である。結果にあったように、現場で体験した倫理的問題の特徴として、「援助者の行為自体が倫理的問題となっている」ことを考えると、対人援助職としての基本的態度、尊厳、利用者本位などの考えをしつかりと理解してもらう必要がある。この基盤形成への教育的対応は、多忙な業務と様々な環境因子に左右される現場に配属されてからでは遅いと考えられ、基礎教育の中で職業倫理と

結びつけて教授される必要がある。そのためには、まず「自分たちの行為の一つひとつが倫理と切り離せないもの」であり、倫理的問題は「日々の援助行為の中に潜んでいる」ことを具体的に理解できる内容が必要となる。特に「三大介護場面に倫理的問題が生じやすい」ことをふまえて、この場面の具体的な行為を用いた事例検討などを使用することも理解の一助となる。また、基礎教育では、倫理科目以外に、介護専門科目（介護学概論や介護援助技術論など）で倫理に関する内容を扱うことが多いため〔角田ますみ, 2016〕、介護専門科目でも援助技術の習得と合わせて倫理を学習する機会があると理解しやすい。倫理科目が役に立たない理由として、養成施設ルートでもテキスト中心の授業では理解が難しく、実習などで具体的に学ぶ機会がなかったことを指摘している回答も多かったことから、基礎教育でも理解を促すためにできる限り現場に応じた内容〔遠藤清江, 2008〕を扱うことが望ましい。勝山らも、基礎教育で、臨床の倫理的問題を同定、分析、解決する能力を身につけさせる教育内容が必要であると指摘している〔勝山貴美子, 勝原裕美子, 星和美, 他, 2010〕。特に、独学が主となる実務経験ルートに対する教育的工夫（実務者研修などでさらに倫理的問題を検討する機会を入れる等）が必要であろう。

## （２）職場の倫理風土育成や問題解決能力の向上としての現任教育

現任教育で倫理研修が果たすべき役割は、職場の倫理風土育成と問題解決能力の向上である。教育内容が役に立つ/役に立たない理由カテゴリーは基礎教育と内容が類似していたが、新たに追加されたものとして、【倫理についての意識づけや価値観の共有】が見出された。これは役に立たないカテゴリー群にあった《職場の環境や条件に影響される》や《現場スタッフ間の教育背景や価値観による差異》と合わせて考えると、職員間の倫理意識や価値観の差異が、職場の倫理風土育成の妨げとなっていることが考えられる。問題を体験した時の対処についての回答で、何らかの取り組みを行った者は半数にのぼり、体験した事象を倫理的問題としてとらえる意識や感性があり、対処する行動力があると期待できる。一方、約半数は取り組みなかったと回答し、その理由として「規制やシステムでどうにもできなかった」、「他の職員の協力が得られない」、「問題視してもらえなかった」等が挙げられており、対処したくとも職場環境や人間関係が影響して個人の力だけではどうにもできない状況を示している。このことをふまえると、現任教育では、個人の倫理観育成だけでなく、職員間で倫理に対する意識向上を図り、価値観を共有していくような研修内容が望まれていると考えられる。それには、職場における立場や経験年数なども加味する必要がある。特に管理職は人事や業務のシステムのマネジメントに関わり、人間関係にも大きな影響を及ぼす立場にあるため、職場の倫理風土育成の成否は管理職にかかっていると言っても過言ではない。また、新人、中堅、ベテラン等それぞれの立場の知識や経験、人間関係への影響力に基づいて、倫理的問題に対し担う役割が異なると考えられる。金井は実践倫理を育む土壌としての職場環境の重要性を説き、職員をサポートするリーダーが存在し育成される職場環境が必要と述べている〔金井直子, 2010〕。そのためには、全職員対象の画一化された倫理研修だけでなく、様々な職位や職種、経験年数などに応じた段階的な研修内容を検討していく必要がある。それに加えて、職員が問題に対する取り組みの意欲を維持できるようなフィードバックや勤務評価への反映などの仕組み作りも重要であろう。

また、問題解決に向けた具体的な対処方法としてカンファレンスが多く挙げられており、これが解決行動の第一歩となっている。そう考えると、カンファレンスで利用できる有用なツール開発やファシリテーター育成も倫理教育を考えるうえで重要である。臨床倫理における倫理的問題を分析するための手法は、Jonsen らの四分割法〔Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ, 2015〕や臨床倫理プロジェクトの臨床倫理検討シート〔臨床倫理プロジェクト, 2018〕など有用なツールが開発されており、介護現場においても、問題をどのように考えるかという点で参考になる。海外の研究でも、現場で倫理的課題に取り組むために、現場職員自身が Ethics education と Time for ethics discussion を必要としており〔Bollig G, Schmidt G, Rosland J H, et al, 2015〕、また、取り組む際の戦略として、Ethics



peer groups、Ethics consultation、Ethics committees を活用すること [Bollig G, Rosland JH, Heller A, 2016] などが挙げられている。Bollig らの研究によると、倫理的問題のほとんどが本人や家族、医療者や介護職が公式、非公式に話し合うことで解決に導くことができたとし、倫理的問題を議論するための手段として Reflection-Groups (Ethics peer groups) による話し合いが効果的としている。これらから、話し合いが有効に行われるためのコミュニケーションスキルの構築や、前述した臨床倫理検討シートなどのように話し合いの土台となるツールの開発が望まれる。それ以外にもさまざまな倫理的問題へのアドバイスや相談を行う Ethics consultation や倫理的問題に対するリコメンドを提示する Ethics committees が介護現場でまだ普及していないことが指摘されており、倫理的問題に対する組織のシステムとしての取り組みも必要になっている。そのため、倫理的問題の現任教育では、このような効果的とされる方法を取り入れ、利用者とその家族の意思を明確にしていくためのコミュニケーションスキル向上や、倫理的問題を話し合う場の創設、倫理的問題を検討するためのツール開発、さらには倫理的問題の解決に向けた組織的な取り組みを構築するなど、多方面にわたって問題解決能力を高めていくことが必要である。

#### 5-4-4. 介護現場における「倫理的問題」

最後にもう一度、介護現場における「倫理的問題」について検討しておきたい。今回の調査をとおして、現職の介護福祉士は【援助者の行為自体が倫理的問題となっている】、【利用者本人に合わせたケアや生活援助が行えていない】、【三大介護場面が倫理的問題に直結しやすい】を特徴とする倫理的問題があると認識していることがわかった。

第2章で、「倫理」に関わる「尊厳」、「自尊心」、「自立」、「自律」について論考した後、倫理的問題を「かけがえのない生命を生きる人間の、そのままの存在自体に内在する、人生と身体における『尊厳』や『自尊心』が傷つけられている状態、依存的自立を含む『自立』や『自律』を妨げられている状態、もしくはそれらの可能性がある状態」と定義したが、今回の結果でも、「人生と身体における『尊厳』や『自尊心』が傷つけられている状態」や「依存的自立を含む『自立』や『自律』を妨げられている状態」が挙げられている。

これを、再びビルンバッハーの「尊厳が侵害されるとき」を参考にみていきたい（表 5-5）。表 5-5 は、介護福祉士が倫理的問題と認識した内容を、ビルンバッハーの「尊厳が侵害されるとき」の項目に分類したものである。【三大介護場面が倫理的に問題に直結しやすい】の内容については、どの介護場面かわかるように、冒頭に（排泄）、（清潔）、（食事）をふってある。

表 5-5. ビルンバッハーの分類と介護福祉士が倫理的問題と認識した内容

ビルンバッハーの分類	介護福祉士が倫理的問題と認識した内容
(1) 介護職からひどく貶めたり物笑いの種にされる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・援助者の態度が悪い(名前の呼び捨てや愛称、幼稚もしくは乱暴な言葉遣い、配慮に欠いた声かけ)</li> <li>・(排泄)プライバシーに配慮しない、「くさい」など配慮に欠いた発言をする、排泄援助が乱暴</li> <li>・(清潔)身体や老化に関連した冗談を言うなど配慮に欠いた会話や声かけをする</li> <li>・(食事)急かしたり、「おいちいでちゅか」等の赤ちゃん言葉を使うなど食事介助の際の声かけに配慮がない</li> </ul>
(2) 介護職によって行為の自由や決定の自由を奪われる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不必要に利用者の行動や言動を制限する(スピーチロックや不必要な身体拘束)</li> <li>・援助者の思う通りにならない認知症者をきつく叱る</li> <li>・ケアや生活のペースが施設や職員の都合に影響される</li> <li>・集団生活による制限がある</li> <li>・楽しみや快のケアが提供できない</li> <li>・利用者の意思や希望を尊重しない(尊重したくても様々な事情(意向を叶えられない、家族の意向が異なるなど)でできない)</li> <li>・利用者の訴えを傾聴しない(傾聴したくても多忙でできない)</li> <li>・(排泄)車イスや歩行介助でトイレにいけるのに手間がかかるためオムツを使用する</li> <li>・(排泄)夜間のおむつ交換をさけるため夜の飲水を減らす</li> <li>・(清潔)時間をかければ更衣可能な対象者の残存機能を活かさない、流れ作業で慌ただしく入浴させる</li> <li>・(清潔)嫌がる対象者を叱る、力づくで入浴させる、入浴後待たせる、皮膚のケアをしない</li> <li>・(食事)うまく咀嚼できないとすぐに刻み食やペースト食にしてしまうなど、食への配慮がない</li> <li>・(食事)ゆっくり食事介助ができない、食べない人の口に無理やり食事を入れる</li> <li>・(食事)食事介助のペースが職員のペースになっている、おかゆや刻み食に薬をまぜる</li> <li>・(食事)おかゆとおかずを混ぜて時間をかけないようにする、食べこぼしや食遊びがあるときつく叱る</li> <li>・(食事)食事量が少なくても時間がくると片付けてしまう、むせたり誤嚥していても気にかけない</li> </ul>
(3) いわれのない苦境に置かれて介護職の援助を求めたのに拒絶される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケア方法や手技自体が未熟もしくは乱暴で、それに対して疑問を持たない</li> <li>・利用者をずっと待たせておく</li> <li>・ケアをせずに放置している</li> <li>・利用者の意思や希望を尊重しない(尊重したくても様々な事情(意向を叶えられない、家族の意向が異なるなど)でできない)</li> <li>・利用者の訴えを傾聴しない(傾聴したくても多忙でできない)</li> <li>・(排泄)プライバシーに配慮しない、「くさい」など配慮に欠いた発言をする、排泄援助が乱暴</li> <li>・(排泄)車イスや歩行介助でトイレにいけるのに手間がかかるためオムツを使用する</li> <li>・(排泄)夜間のおむつ交換をさけるため夜の飲水を減らす</li> <li>・(清潔)時間をかければ更衣可能な対象者の残存機能を活かさない、流れ作業で慌ただしく入浴させる</li> <li>・(清潔)嫌がる対象者を叱る、力づくで入浴させる、入浴後待たせる、皮膚のケアをしない</li> <li>・(清潔)プライバシーに配慮しない、男女混合で入浴させる、異性の援助者が入浴介助を行う</li> <li>・(食事)うまく咀嚼できないとすぐに刻み食やペースト食にしてしまうなど、食への配慮がない</li> <li>・(食事)ゆっくり食事介助ができない、食べない人の口に無理やり食事を入れる</li> <li>・(食事)食事介助のペースが職員のペースになっている、おかゆや刻み食に薬をまぜる</li> <li>・(食事)おかゆとおかずを混ぜて時間をかけないようにする、食べこぼしや食遊びがあるときつく叱る</li> <li>・(食事)食事量が少なくても時間がくると片付けてしまう、むせたり誤嚥していても気にかけない</li> <li>・(食事)誤嚥予防の援助(嚥下体操など)を行わない、異食予防の対策をとらない</li> </ul>
(4) 身体的および精神的苦痛の状態にわざと長く晒される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシーへの配慮がない</li> <li>・ケア方法や手技自体が未熟もしくは乱暴で、それに対して疑問を持たない</li> <li>・利用者をずっと待たせておく</li> <li>・ケアをせずに放置している</li> <li>・業務を優先させて残存機能を活かした援助を行わない</li> <li>・歩行可能であるのに車椅子を使用する</li> <li>・利用者の意思や希望を尊重しない(尊重したくても様々な事情(意向を叶えられない、家族の意向が異なるなど)でできない)</li> <li>・利用者の訴えを傾聴しない(傾聴したくても多忙でできない)</li> <li>・(排泄)プライバシーに配慮しない、「くさい」など配慮に欠いた発言をする、排泄援助が乱暴</li> <li>・(排泄)排泄があっても時間ごとにしか交換しない、頻回に排泄を訴える対象者をきつく叱る</li> <li>・(排泄)本人の状態に応じたおむつやケアを提供しない、発赤などの皮膚障害があってもケアしない</li> <li>・(排泄)車イスや歩行介助でトイレにいけるのに手間がかかるためオムツを使用する</li> <li>・(排泄)夜間のおむつ交換をさけるため夜の飲水を減らす</li> <li>・(清潔)時間をかければ更衣可能な対象者の残存機能を活かさない、流れ作業で慌ただしく入浴させる</li> <li>・(清潔)嫌がる対象者を叱る、力づくで入浴させる、入浴後待たせる、皮膚のケアをしない</li> <li>・(清潔)プライバシーに配慮しない、男女混合で入浴させる、異性の援助者が入浴介助を行う</li> <li>・(食事)うまく咀嚼できないとすぐに刻み食やペースト食にしてしまうなど、食への配慮がない</li> <li>・(食事)ゆっくり食事介助ができない、食べない人の口に無理やり食事を入れる</li> <li>・(食事)食事介助のペースが職員のペースになっている、おかゆや刻み食に薬をまぜる</li> <li>・(食事)おかゆとおかずを混ぜて時間をかけないようにする、食べこぼしや食遊びがあるときつく叱る</li> <li>・(食事)食事量が少なくても時間がくると片付けてしまう、むせたり誤嚥していても気にかけない</li> <li>・(食事)誤嚥予防の援助(嚥下体操など)を行わない、異食予防の対策をとらない</li> <li>・(食事)急かしたり、「おいちいでちゅか」等の赤ちゃん言葉を使うなど食事介助の際の声かけに配慮がない</li> </ul>
(5) 承諾なしに無関係な目的のための完全な道具として扱い傷つけられる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・援助者の態度が悪い(名前の呼び捨てや愛称、幼稚もしくは乱暴な言葉遣い、配慮に欠いた声かけ)</li> <li>・(食事)急かしたり、「おいちいでちゅか」等の赤ちゃん言葉を使うなど食事介助の際の声かけに配慮がない</li> </ul>

調査対象者である介護福祉士が倫理的問題と認識した内容のすべてが、ビルンバッハーの挙げた5つの項目に該当している。いくつか具体的な内容をみると、(1) 介護職からひどく貶めたり物笑いの種にされるに該当するものとして、名前の呼び捨て、赤ちゃん言葉などの幼稚もしくは乱暴な言葉遣い、配慮に欠いた声かけや会話、プライバシーに配慮しないなどが挙げられており、どれも利用者を貶めたり笑いの種にする行為に該当している。また(2) 介護職によって行為の自由や決定の自由を奪われる、(3) いわれのない苦境に置かれて介護職の援助を求めたのに拒絶される、(4) 身体的および精神的苦痛の状態にわざと長く晒されるという項目群は、介護福祉士が挙げたほとんどの内容が該当し、項目間で重複している(ここでいう(3)は、他者の援助なしには日常生活を快適に送ることができない

いため（苦境に置かれる）、他者に援助を求めたのに適切な援助を受けられない（適切な援助を拒絶される）という意味である）。

これらのどれもが利用者の「自尊心」を傷つける行為であるのはいうまでもないが、「不必要に利用者の行動や行動を制限する」や「援助者の思う通りにならない認知症者をきつく叱る」、「ケアや生活のペースが施設や職員の都合に影響される」、「車イスや歩行介助でトイレにいけるのに手間がかかるためオムツを使用する」、「業務を優先させて残存機能を活かした援助を行わない」、「歩行可能であるのに車椅子を使用する」などは、利用者がもつ行為の自由や決定の自由を奪い、「自立」や「自律」を妨げることになる。また「ケア方法が未熟もしくは乱暴でそれに疑問をもたない」、「利用者をずっと待たせておく」、「ケアをせずに放置している」、そのほか三大介護場面などで適切なケアがなされていない数々の現状は、利用者を身体的・精神的苦痛の状態に置くことになり、「具体的な身体を持ちながら生きる存在としての尊厳」を傷つけ、「自立」や「自律」の可能性を奪い、ひいては「人生を生きる存在としての尊厳」をも傷つける可能性がある。

今回の結果から、第2章で描き出した倫理的問題は、実際に現場で働く介護福祉士が倫理的問題と考えているものに依拠しているといえる。また、これらの問題は、介護の専門性である「生活支援」をとおして生じていた。こうしたことから、本章の5-4-2で述べたように、生活支援の具体的な内容に基づいた倫理教育が必要になってくることはいうまでもない。自分たちの行っている行為の一つひとつがどのような意味を持つのか、倫理とどう関わるのかを具体的に理解することが非常に重要である。さらに、今回の調査対象者がすでに養成課程の基礎教育で倫理を学んでいるにも関わらず、こうした倫理的問題が現場で生じているということは、基礎教育だけでは現場の問題に対応できないことが裏付けられたといえる。これは基礎教育自体が悪いのではなく、倫理教育は学習者の経験や状況に応じて、何度も重複して教授されることが望ましいということである。そのため、5-4-3でも述べたように、現場における倫理教育の必要性が非常に高いといえる。

## 第5節 結論

本研究では、質問紙調査から、介護施設に勤務する介護福祉士の倫理教育の現状と、現場における倫理的問題の認識や対処についての状況を検討した。その結果、多くの回答者が倫理教育を役に立つと評価しながらも、多様な教育背景による倫理教育の差異が存在すること、現職の介護福祉士が「援助者の行為自体が倫理的問題となっている」、「利用者本人に合わせたケアや生活援助が行えていない」、「三大介護場面が倫理的問題に直結しやすい」などを特徴とする倫理的問題が生じていると認識していることがわかった。これらは第2章で述べた「尊厳」、「自尊心」、「自立」、「自律」に関わる倫理的問題の内容に応じており、介護の専門性である「生活支援」をとおして倫理的問題が生じていた。

また、教育のニーズとして、基礎教育および現任教育のいずれにおいても、対人援助教育という特性をふまえた教育内容の「具体性」および「応用性」が共通して求められており、介護の専門性である「生活支援」に基づいて具体的な内容を構築する必要がある。

さらに、基礎教育、現任教育のそれぞれの役割として、基礎教育では「対人援助職としての基盤形成」が、現任教育では「職場の倫理風土育成」と「問題解決能力の向上」としての役割が求められていると考えられた。

\*本章は、筆者の以下の論文を博士論文用に転載し、加筆したものである。

角田ますみ（2017）：介護施設に勤務する介護福祉士の倫理的問題の認識や対処と倫理教育の現状. 生命倫理, 27(1), 26-38

## 終章 介護における倫理と介護福祉士の倫理教育に関する考察

本論文は、介護における倫理とはなにか、そして実際に現場で活躍する介護福祉士にとっての望ましい倫理教育のあり方はどういうものかを明らかにすることを目的とし、ここまで論考を進めてきた。終章では、本論文を総括しつつ、介護における倫理を再考し、そしてそれに基づく望ましい倫理教育のあり方について、その手がかりを提示したい。なお、本章に登場する事例については斜字体で表現する。

### 第1節 介護の「専門性」としての生活支援

第1章では、介護の歴史的変遷から介護の職業化、専門職化についてみてきた。

介護は、歴史的に「家制度」に基づく家族や親族の私的扶助を基本とし、これに該当しない家族・親族不在の者や生活困窮者には救済措置としての意味合いを強く持ってきた。そのため、寝たきりや認知症となった者を哀れみや忌避の対象となり、その存在はある種の

「恥」として家という閉じられた空間と人間関係の中で処理されてきた。こうした身体観が、当時の医学的知識の不足とあいまって病や障害を抱えた者を「ケアを必要な者」としてではなく、「隠しておくべき者」、「厄介者」としての位置づけを与えてきた。その厄介者の世話を行う「介護」も同様に社会的評価を得られずにきた。

さらに、介護の職業化が、家事援助を中心に始まったことから、介護は「主婦であれば誰でもできる」という家族機能の代替手段程度に捉えられてきたため、常にその経済的評価ないし専門性の評価が低い位置に置かれることとなった。こうした社会通念のなかで、介護職たちは、自身が提供する介護の質をあげようと努力してきた。須加は、1972（昭和47）年に『ねたきり老人介護の手引き』が出されたことに触れ、この手引きの配布は、当時の老人家庭奉仕員から、入浴や褥瘡の手当など身体介護に対応できる知識や技術に関する研修の要望が出されていたことによるとし、介護現場にいる介護職たちが常に困難に直面し、行政に問題を訴えていくというパターンがみられていたと述べている〔須加美明，1996〕。歴史的変遷を追うと、どうしても法制度の制定が大きな動きとしてクローズアップされるので、行政側から介護の質を上げるように働きかけていった印象を受けるが、実際は現場で働く介護職が介護の質をあげるため、行政や協会に要望を出していったパターンが多い。

その理由として、介護という仕事が、単にそれまでの生活経験をあてはめるだけで行えるものではなく、医学や看護学、さらには心理学的な専門的知識や技術を必要としたということも大きいと思われる。また、介護職たちも、生活のための賃金稼ぎという以上に、利用者とその家族との直接的な関わりから、利用者に対して役に立ちたい、良い介護を提供したいという思いもあったことと思われる。吉岡によると、1970年代後半から、先駆的な施設で食事メニューを選べるバイキング食や、それまで定時交換であったオムツ交換の随時交換が開始され、その後のオムツ外しへとつながっていったとし、他にも業務の都合上非常に早い時間に設定されていた夕食を一般的な時間帯に近づけることや日課による規制の廃止などが推し進められたと述べている〔吉岡なみ子，2011〕。それまで施設の業務や規則の都合に応じたサービス内容が、利用者の本来の生活に近づけるサービスへと、少しずつではあるが、変わってきたのである。これらはすべて現場での取り組みから始まっている。

こうした現場での様々な努力に加え、高齢化率の急激な上昇による要介護者の増加、社会構造や核家族化、女性の社会進出などの社会的背景を受けて、介護保険法が制定され、介護は社会化し、職業として、さらには資格として成立していくことになる。それにより、医療を中心とする看護と分化し、それまで家事労働の延長線上にあった身体介護と生活援助を

「生活支援」として専門性を付与することで、介護福祉士に専門職として意味を持たせることになった。介護の専門性は、介護職側が努力して獲得してきたものと、社会的な要請によるものの双方によって、打ち立てられてきたといえる。

しかし、未だに介護福祉士を含む介護職の賃金や待遇はもちろん、介護職に対する社会的評価も高いとは言えないのが現状である。第1章でみてきたように、政府の介護人材確保に関する政策は、どうしても質より量の重視にならざるを得ないこともあって、介護福祉士養成ルートの一律国家試験受験義務化も先延ばしされている。第2章で、専門職の条件として何らかの倫理規範や職業倫理を持つことが挙げられていたが、職能団体が倫理規範を掲げたとしても、こうした社会的評価のもとでは、過重労働と言われる介護現場において専門職としてのプライドを保つことは難しく、倫理的にふるまうかどうかは個人の良心にかかってしまうことになる。こうしたことから、介護における倫理教育の整備が必要になってくる。

「生活支援」という専門性は、利用者の身体に直接触れる、生活に直接関わることを通して発揮されるため、様々な倫理的問題が生じやすい。要介護状態にある利用者の生活上の不便さや身体的・精神的苦痛を軽減するための介護が、その行為の性質上、利用者の自尊心や羞恥心を傷つける可能性も同時にはらんでいることを考えると、職業倫理をふまえた倫理教育の重要性は高い。

## 第2節 「専門性」が抱える倫理的問題

一方、この「専門性」だけが介護の、そして介護における倫理のよりどころなのかと考えると、そこにはいささかの違和感がある。というのも、この「生活支援」はやはり看護職も同様に行うことが可能であり、もし看護職が「療養上の世話」を拡大して、「日常生活上の世話」も範囲に含むとしたら、医療行為が可能な業務独占資格の看護職のほうが、はるかに専門性が高いことになってしまう。専門性は、他者が容易に獲得できない知識や技術をもつことで打ち立てられることをふまえると、この看護の専門性に比して、介護の専門性は弱いと言わざるを得なくなってしまう。

では、介護の「専門性」における独自性はいったいどこにあるのだろうか。西浦は、対人ケアの分野で、しばしば「素人」のほうが喜ばれるのは何故かという問いから、介護を「半専門職」として位置づけ、これらの職業の特徴は、「人々の生にとって重要な役割を果たす職種であるにもかかわらず、社会的に正当な評価を得難い点にある」とし、一方で「そのような立場にあるが故に、より利用者側に寄り添った専門性のあり方を実現できる可能性を抱える」と述べている〔西浦功，2015，84〕。筆者も大学院のゼミで介護現場経験のある参加者から「介護のいいところは、介護職が持つ『素人性』じゃないかな」と言われたことがある。その素人性が、他職種よりもずっとフラットな関係を利用者と築きやすいのではないかということであった。確かに、筆者が医療系大学の学生を連れて介護老人保健施設に実習に行った時、利用者のAさんと実習生との間に以下のようなやり取りがあった。

Aさん「なんかお腹がモヤモヤするよ、なんだか嫌な感じ」

実習生「ちょっと見てみましょうか。（腸蠕動音を聴取して）少しお腹がゴロゴロしているみたいですね。看護師さんに見てもらいましょうか」

Aさん「えー、看護師さんじゃなくていいよ、（介護士Bさんを指差して）あの人呼んできてよ」

実習生「でも体調が悪いなら看護師さんにみてもらったほうがいいのでは？」

Aさん「看護師さんなんて大げさな。あの人（介護士Bさん）がいいよ、あの人ならよく見てくれる。あの人のがだめなら、誰か他の介護士さん呼んできてよ」

このやり取りは、Aさんが不調を訴えたため、実習生が腹部を観察した時のものである。実習生は看護学生であったため、腸蠕動聴取などの技術を持っていた。腸蠕動が亢進すると腹部不快とともに下痢などの症状をきたすことがある。そのため実習生は看護師を呼ぶべきだと思ったのだが、Aさんは、看護師ではなく、近くにいた介護士のBさんと呼んでほしい

と言った。「看護師さんなんて大げさな」という言葉からも看護師にきてもらうのはAさんにとって少し抵抗があるようだった。一方、介護士のBさんには頼みやすいようで、実際Bさんが来てくれた時にもホッとしたような表情を浮かべて、具合の悪さを訴えていた。結局、腹部の状態から看護師にみてもらうことになったのだが、介護士のBさんが「看護師さんにみてもらったほうがいいですよ」というと、Aさんは素直に「そうかい、そういうなら仕方がない、みてもらおうか」と言ったのである。このやり取りには、AさんとBさんの関係性も大きく影響していると思われるが、Aさんが、Bさんの手が空いていないなら、他の介護士を呼んできてほしいと言っていることから、利用者にとって、看護師よりも介護士のほうが近い存在であり、何かを頼みやすい存在であるように思われた。Aさんはおそらく看護師を呼ぶのはハードルが高い、馴染みの介護士なら安心して頼めるという無意識の思いがあったのだろう。

どうしてこうしたハードルが生じるのであろうか。看護師は、業務独占として医療行為を行うことができる国家資格であり、教育制度も整っていて、近年では大学における看護系学部の設立も目覚ましい状況にあり、多くの志願者が集まっている。そういう意味でも社会的評価が高い職業といえよう。そして医学や看護学など、素人では容易に習得できない専門的知識を持っている。そういう言わば「権威」のようなものを、ある程度看護師がまとめていることは否定できない。しかも、介護施設でも看護師はほとんど白衣（色はピンクやブルーなど様々であるが）を着用している。それに比して介護職の制服のほとんどが、ポロシャツ仕様の上着でややカジュアルな普段着のようなデザインが多い。そういった意味でも、白衣の権威を（意図せず）まとった職種と、自分たちと同じような身近な雰囲気を持つ職種との間に何らかの違いが生じていることは事実である。もちろん、それは医療の専門職に対する尊敬と信頼に基づいており、誰しも病気になれば医療者を頼りたいと思うだろう。しかし、こういった医療者がもつ専門性の鎧が時に「権威」となり、要介護者や患者を遠ざけるようなハードルが生じる。こうしたことにより、要介護者は援助してもらいたいことがあっても言い出せない可能性があり、本人が抱えている困った状況を改善することができなくなる。それは第2章で述べたように、要介護者の行為や決定の自由を狭めてしまうかも知れず、「自立」や「自律」を妨げてしまう可能性もある。またこうしたハードルは強弱関係をもたらし、弱者となりうる要介護者の「自尊心」も傷つけてしまう可能性がある。このことは、看護師や医療職だけに問題があるのではなく、医療者側の意識（免許や業務独占行為による専門性の自覚と自信など）と、要介護者や患者側の意識（医療者に対する権威づけ、医療者を先生として敬うなど）の双方によって作り出されるものでもある。そういう意味でも、介護職は、「誰でもできる」と揶揄された生活支援を通して、利用者にとって、「生活する自分たち側」の、より近しく存在として位置づけられているのかもしれない。こうした介護職の、いわば「敷居の低さ」が時として社会的評価の低さと連動してしまうかもしれないが、それでも利用者にとって近しく声がかけやすい、頼みやすいというのは、対人援助という介護の職業的特性から考えると非常に重要なことでもある。

また、対人援助というのは、何らかの問題やニーズを自分で解決できない状況にある人がいて初めて成り立つ援助である。援助を必要とする人がいなければ、職業としては成立しない。何らかの援助を求められることで初めてその職業的意義が見いだされるのが、対人援助職である。この事例のように、利用者に求められることの意味は大きいように思われる。もちろん、そこには、職種間のヒエラルキーで介護職を下に位置づけるような、職業間における差別のようなものも無意識に働いているのかもしれない。しかし、事例のAさんは自分の体調不良の解決を、まず介護職を求めたのである。困った時に頼りたいと思われる立場というのは、援助職としては非常に重要なことである。

もう一つ、事例をみてみたい。ある時、女性利用者Cさんが車イスに座った状態でケアステーション（スタッフの詰め所のような場所）前にいた。Cさんは認知症があるため、気をつけないと転落・転倒のリスクがあるが、スタッフが常時側についていることができないの

で、ケアステーション前に連れてこられていた。そこなら誰かしらスタッフがいるので、目が届くからである。Cさんがケアステーション内で服薬をカートに入れている看護師に声をかけた。

Cさん「ねえ、おトイレに行きたいんだけど」

看護師「うーん、介護士さん来るまでちょっと待っててくれる？」

Cさん「今、行きたいのよ、もれちゃうよ」

看護師「トイレ介助は介護士さんのお仕事だから、ちょっと待ってて」

Cさん「あんたが連れて行ってくれればいいだろ、お願い」

看護師「私はお薬をセットしなきゃいけないから駄目なの。トイレは介護士さんのお仕事だから待って」

Cさん「もれちゃうよ、もれちゃうよ！」

こうしたやり取りは残念ながら施設ではよく見られる光景である。看護職は、介護職と異なり服薬管理など医療に関する業務を行うことができるため、そうした業務を中心に担う事が多い。施設によっては、医療行為は看護職が、日常生活の援助行為は介護職が担うように役割分担されているところもある。こうした役割分担は「専門性」に基づいた業務の効率化には非常に有益であろう。しかし、利用者にとっては、時に専門性など関係なく、自分のニーズを満たしてくれることが重要となる。もちろん、人工膀胱や尿道カテーテルが挿入されている者であったら、医療の専門性を必要とするだろうが、Cさんのように尿意が切迫している場合は、とにかくトイレに連れて行ってくれる人が必要なのである。しかし、事例の看護師はそうしたCさんの苦痛には目を向けず、自分の服薬管理業務、いいかえれば自分の「専門性」に執着して、Cさんのニーズには応えようとしていない。看護師側にしてみれば、こうした要望にすべて応じていると、自分にしかできない仕事（ここでは服薬管理業務）ができなくなってしまうということなのかもしれない。それにも一理あるだろう。それが日常生活の世話から医療行為までできる看護職の専門性のジレンマでもある。

しかし、Cさんの逼迫している状態を考えると、自分の分担範囲ではないとして、切り捨てることにも疑問がわく。介護職が誰も来なくて、Cさんがもし失禁してしまったらどうなるのであろう。失禁によるオムツや衣服の交換、清拭などの業務は誰が行うのであろうか。何よりも、Cさんが、失禁してしまったこと、看護師に対応してもらえなかったという思いを抱えることは問題にならないのであろうか。これらのことは、Cさんにとってビルンバハのいう「いわれのない苦境に置かれて他者の援助を求めたのに拒絶され」、「身体的・精神的苦痛の状態にわざと長く晒されている」状態であり、看護師が自分の専門性にこだわることで、Cさんの「自尊心」はもちろんのこと、自らの意思でトイレにつれていってほしいと頼んでいる「自律」、トイレにつれていってもらえれば排泄ができるという「自立」のすべてを傷つけている可能性がある。この事例の看護師が、たまたま配慮がなかったということなのかもしれないが、専門職が有する独占性や排他性は、時として、先ほどの「権威」と同様に、利用者や患者を遠ざけるだけでなく、傷つけることになり、倫理的問題につながる。

### 第3節 介護の「専門性」がもつ「素人性」

また、専門性による役割分担だけでなく、専門性そのものが様々な問題を生じさせる。前述の西浦は、「「研修によって体系化された知を習得した専門家によるサービス提供が望ましい」という常識的な理解が、時に利用者に対して権力的に作用しうる」[西浦功, 2015, 78]と述べている。特に、利用者は何らかの身体機能低下を抱えて、排泄や入浴などの生活行為に援助を必要とするため、要介護者と介護職の間に強弱関係が生じやすい。「専門性」

に対するこだわりがそれを助長させてしまう可能性もある。また、施設入所の利用者にとっては、生活の場がかわることで、それまで身内に生活の多くを頼ってきた状況から、自分の身の回りに関する様々なことを介護職に委ねなければならず、少なからず緊張を強いられることになる。そうした状況下で排泄や入浴などの生活行為を援助してもらうことは、羞恥心や遠慮の感情を強くする。このような場面では、利用者にとって、専門家であるかどうかに関わらず、困った時に、身近にいて気兼ねなく頼れる人を望むだろう。生活支援を行う介護職は、利用者が困った時、助けを求めたい時にすぐ側にいて、頼みやすい存在でなければならない。なぜなら第2章でも述べたように、介護の強みは、生活支援を通して、利用者の生活に密着し利用者の最も近いところにいることである。これが利用者への時間的・タイミング的な関わりを可能にしている。第2章ではこの強みを、介護の専門性に位置づけたが、この強みを活かすには、逆説的ではあるが、「専門性」とは逆の、ある種の「素人性」が必要になるのかもしれない。「素人性」が持つ「近づきやすさ」や「ハードルの低さ」によって、介護職は、より利用者に近い存在としてその強みを発揮することになる。この「素人性」は、排泄援助などに伴う羞恥心や遠慮といった、ある意味負の感情を緩和する可能性もある。

利用者にとって望む生活支援とは、それまで利用者が構築してきた「生活の全体性」と、自分なりの生活のやり方という「生活の個別化」の維持を支援することである。そのためには生活における様々な要望を「身内に頼むように」頼みたい思いがある。なぜなら生活は特殊な環境やかしまった非日常ではなく、常に側にある日常だからである。そして、時に生きがいや人生の悩みといった実存への援助も必要とする。そうした悩みを、身近に、構えずに、頼って相談できるような存在を必要としている。それを業務としてすべて専門分化することは非常に困難である。

笠原は、「介護福祉の専門性は特化し専門分化されたものではなく、総合性を特徴とするものであるともいえる」〔笠原幸子，2001，177〕と述べている。松本も、介護の専門性が生活全体を見ることから支援を組み立てていくところに独自性があり、それが、専門分化的でないことが専門的であるというアンビバレンスであり、全体性に重きを置く議論につながると述べている〔松本眞美，2017〕。また、社会福祉士及び介護福祉士法の制定に合わせて出された、日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会の意見書「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について」では、「（ケアが）一人ひとりの個別性に応じて統合化され、総合的に活用されるという点がもっとも問われる力量であり、その意味においてそれはいわば専門分化した専門性ではなく、諸科学を応用、統合するなかで、直接、生命と生活に関わる専門性として位置づけられなければならない性格のものである」としている〔日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会，1987〕。

このように、介護の専門性は、専門分化によって独占性や排他性をめざすものではなく、生活全体をみることで、利用者の個別性に応じて、様々な知識や技術、多職種との連携などを用いて、総合的・統合的な関わりを行うところにあるといえる。この総合的・統合的な関わりには、先に述べた介護のもつ「素人性」が重要な役割を果たすに思われる。利用者その人の生活全体によりそい、利用者の望む関わりが必要になる時、時には知識や技術など「専門性」の強い部分を全面に出し、時には「素人性」をもって利用者と同じ生活者として関わることで、専門職としての介護の総合的・統合的な営みが完成するのではないだろうか。

そう考えると、介護における倫理も、その「専門性」に特化されたものというより、「専門性」と「素人性」を振り子のように往復する総合的・統合的なものなのかもしれない。

「専門性」によって提供する介護知識や技術の質を保証しつつ、「素人性」によって、利用者の、他者から援助を受けることに伴う様々な葛藤や自尊感情の低下を和らげる。こうした総合的・統合的な関わりが、介護における倫理の根幹をなすように思われる。



## 第4節 介護における倫理についての再考-介護の「専門性」と「素人性」の相互補完的役割

第3節では介護の「素人性」について述べたが、「素人性」を持ちつつも、やはり介護職、特に介護の専門職と定義づけられる介護福祉士は、素人であってはならない。利用者が、その心身機能の低下によって介護行為の対象となることを考えれば、介護職が提供する介護知識や技術は素人と同じであっては、利用者が抱える生活上の問題を解決できない。第5章の調査で明らかになったように、現場の介護福祉士が倫理的問題と認識したもののなかには、援助者の不適切な態度や対応、介護技術が未熟な上に乱暴であることなど、何らかの教育ルートで介護を学んだ専門職としての対応とは思えないような、援助者の行為自体が倫理的問題となるものが多く含まれていた。また、三大介護場面において、本人の状態に応じたオムツや排泄ケアを行わない、本人の残存機能を生かさず流れ作業で入浴介助を行う、誤嚥予防の援助や異食予防の対策をとらないなど、専門職としての知識や技術を生かして介護を行うべき重要な場面でそれを行わないという問題も生じていた。これらは、介護のもつ「素人性」の負の部分、持てる知識や技術を駆使して援助にあたらない、専門職がなすべき仕事のレベルに達していない、すなわち質の悪い介護をおこなっており、明らかに職業倫理に違反するものと考えられる。

筆者も、看護学部の学生実習に同行した時に、介護施設で次のような事例を体験したことがある。利用者Dさんの失禁がひどくなってきたので、フロア主任が担当介護士EさんにDさんのトイレ誘導と尿パットの検討を指示していた。

フロア主任「Dさんの尿失禁、最近頻回になってきたから、トイレ誘導ももう少し頻回にしましょうか。あと布パンツだけじゃだめね。尿パットも使いましょう」

介護士Eさん「あ、もうリハビリパンツ（パンツ型のオムツ）はかせちゃいました」

フロア主任「え、もうリハビリパンツにしちゃったの？だってつい最近まで布パンツはいていた人なのに？」

介護士Eさん「だって、尿失禁が頻回なんです」

フロア主任「だったら失禁前にトイレ誘導しないとダメじゃない」

介護士Eさん「そんな、いつも側についていられないし、他の仕事もあるんだから無理です」

フロア主任「でもまだトイレ歩行もできるし、時々トイレ誘導も成功しているんだから、いきなりリハビリパンツじゃなくて尿パットを併用するとかのほうがいいわよ」

介護士Eさん「えー、だって尿失禁しちゃったら誰がその後始末するんですか」

フロア主任「それは私たちの問題でしょう」

介護士Eさん「まあ、そうなんですけど」

第2章でも述べたとおり、介護職は介護過程によるアセスメントを通して、利用者の抱える問題やニーズを分析し、利用者にあった介護計画を立てる必要がある。この事例でも、本来なら、利用者Dさんの排泄機能や歩行状態を検討して、Dさんにあった排泄介助を検討すべきであるが、介護士Eさんは自分たちの手間が増えることを重要視して、Dさんにあった排泄介助やオムツの着用を検討していない。オムツは、介助者側にとっては簡便で片付けも容易になる場合が多いが、オムツ着用そのものが利用者の身体に与える影響のほうが大きい。感覚機能が低下した高齢者がオムツを着用すると、尿便が漏れたかわからないことがある。特に最近のオムツは高性能であり、尿を含んでも肌触りが悪くないようにできている。そのため、排泄物が長いこと皮膚に付着したままとなり、褥瘡（床ずれ）など皮膚障害を起こしやすくなる。またいわゆる垂れ流し状態になるため、利用者の排泄感覚が低下して更に身体機能の低下を引き起こす。そのため、オムツは安易に着用せず、オムツ以外のもの（トイレ誘導、ポータブルトイレの使用、尿パットの使用など）を利用してできる限り自然な形

での排泄を保つ必要がある。介護職はこうした知識を持つべきであるが、この事例の介護士Eさんはそれを生かしていない。それだけでなく、本来なら利用者に最も身近な存在として状況を理解し、機能低下のある利用者が快適に生活できるというところに視点を置くべきなのに、Eさんの視点は手間をかけたくない、自分たちの業務を楽にしたいというところにある。

一方、フロア主任は、Dさんの残存機能を生かして、できる限り自然な形で排泄ができるようにトイレ誘導を行い、失禁に対しては最小限の尿パットを使ったほうがいいと考えている。この思考過程こそ、専門的知識と技術をもった者がたどるべきものである。さらに、尿失禁の後始末を、自分たちの手間が増えるということと、利用者の事情をきちんと切り離して考えている。

もちろん、多忙な介護業務のなかで、一人の利用者のリズムに合わせて動くことが難しいという介護士Eさんの気持ちも理解できる。しかし、もしこのままオムツを着用していたら、Dさんはどうなるだろうか。オムツ着用に伴う二次障害（皮膚障害など）だけでなく、Dさんがまだ維持できている排泄機能を低下させることになるのではないだろうか。それは、Dさんの「自立」を妨げ、それによって身体にさまざまな機能低下や障害がもたらされたら、身体がもつ「尊厳」も傷つけることになる。また、今まで布パンツをはいていた人がオムツへと変わったら、それだけでも「自尊心」を傷つけることになるのではないだろうか。もちろん加齢によって低下していくのは否めないが、それによる障害をできるだけ防いで日常生活が送れるようにするのが、介護の役目でもある。もし自分が要介護者になって、フロア主任と介護士Eさんのどちらに介護してもらいたいかと問われれば、ほとんどの人が前者を選ぶだろう。

介護保険制度という介護の社会化によって、利用者とその家族は介護サービスの消費者として位置づけられたとはいえ、施設入所の利用者にとっては、自分で介護職を選べない立場にある。筆者も現場で、利用者が「今日は誰が自分の担当になるのか、それによってその日の良し悪しが決まるのよ」というのを耳にしたことがある。ある程度受け身の状態で介護を受けざるをえない利用者にとって、介護職の態度や考え方、倫理観によって生活そのものが左右されてしまうことになる。そういう意味でも、介護職が自分の職務において何を基準としているのが非常に重要になってくる。利用者に最も身近であるがゆえに、倫理観の不足がダイレクトに利用者に響くからである。そういう意味でも、介護職の専門性は倫理と分かちがたく結びついている。

もう一つの事例をみてみたい。これも筆者が体験したある施設の入浴介助の場面である。その日は、実習していたフロアの利用者の入浴日で、入浴可能な利用者が全員大浴場に入れる日だった。認知症状がある利用者Fさんがお風呂場の前で大声を出しながら暴れていた。

Fさん「嫌だよ、嫌だつてば！お風呂なんか嫌いだよ、やめとくれよ！」

介護士Gさん「Fさん、お風呂が嫌いなの？きれいになったら気持ちいいですよ」

Fさん「嫌なんだよ、裸になるなんて嫌だよ！寒いし、嫌だ！」

介護士Gさん「じゃあ、裸にならないようにお風呂に入るまでタオルで包んであげますよ、寒くないように暖房つけますね」

Fさん「嫌だつて言ってるじゃないか！離してよ」

介護士Gさん「暖まりますよ、前もお風呂に入った後気持ちいいってFさん言っていましたよ」

Fさん「嫌だよ、あんな狭いところに入るの、怖い」

介護士Gさん「そうか、Fさん怖かったのですね。大丈夫、私も一緒に入るから安心して」

Fさん「あんたも入るのかい、そう、それなら仕方ないね、本当はごめんなんだよ」

この事例では、Fさんは最初からお風呂を嫌がり、腕を振り回すなどして暴れていた。介護士Gさんは何度かFさんに叩かれながらも、うまく介助する位置を変えながらFさんをなだめてお風呂場に入るのを促していた。この介護士Gさんはもともと利用者を風呂場まで誘導する係で、入浴介助は風呂場にいる別の介護士たちが行う予定だったが、お風呂が怖いというFさんに「私も一緒に入るから安心して」といって、風呂場まで一緒に行って、衣服の着脱を手伝っていた。Fさんはお風呂場の暖かい湯気に安心したのか、お風呂場に入ってから大人しくなって入浴介助を受けていた。こうした場面も介護現場ではしばしばみられる。

認知症者の場合、認知機能の低下から状況を正しく判断できないために、生活に必要な行為を拒否することがしばしばある。しかし認知機能が低下しているからといってやみくもに拒否をしているわけではなく、感覚的ではあるにせよ、本人なりに拒否したい理由がある。例えば、衣服を脱ぐことによる寒暖差が不快、裸になることが怖い、お風呂場という狭い空間に恐怖を感じるなどの理由がある。また、自分で体を洗うことができない場合も多いので、介護職が洗うことになるが、利用者からすると他者が自分の体に触れることになるので、それに対して恐怖を感じる場合も多い。

実際のところ、身体機能や認知機能の低下が著しい利用者を、しかも大人数を限られた時間内で介助するのは非常に重労働である。介助する介護職は汗だくで、ユニフォームもびしょ濡れになる。ある介護士が「入浴介助の日は化粧もしないし、髪型もくずれてもいいようにしてくる。どうせ介助でだめになってしまうから」と言っているのを聞いたこともある。素直に入浴してくれればいいが、事例のように認知機能の低下から大暴れして介護職に暴力をふるう利用者があることも事実である。そのような時、介護職自身が傷つくことになる。しかし介護職はその専門的知識から、認知症の利用者が暴力をふるう事情を知っている。それゆえ、傷つけられてもやり返したり、相手を責めることはできない。暴力を振るわれることは、敵意や悪意を受けることでもある。そんな時、介護職自身が自分をどう保っていいかわからなくなるだろう。介護を受ける側だけでなく、介護する側の「自尊心」も、そして某欲を受けることで、身体の「尊厳」も傷つけられる可能性があるのが、介護現場の現状でもある。ある意味、介護職も倫理的問題の被害者となりうる。

それでも、この事例では、そういった認知症者の心理に配慮して、介護士Gさんは叩かれても辛抱強く関わろうとしていた。Fさんがお風呂に入った後、Gさんに「大変でしたね」と声をかけると、Gさんは「もういつものことですから。今日はなんとかありましたね。時には『殺されるー!』って殴られるときもありますよ。でももし自分が介助される側だったらどんな気持ちかなって考えると、まあ仕方ないかなって思います」と笑った。この事例でもGさんは何度かFさんに叩かれていたが、顔色一つ変えずに穏やかな表情で辛抱強くFさんに声をかけていた。そして、本来なら誘導だけ行い、後は入浴介助の介護士たちにまかせてもよかったのに、寒くないようにタオルで包む、怖くないように一緒にお風呂に入るという約束を守るために、風呂場に入って更衣まで手伝ったのである。Fさんの認知症による不安や恐怖、羞恥心を緩和し、本人の残存機能を活かしながら無事入浴できるように援助することは、Fさんの「自尊心」、「自立」を支えることにもなる。Gさんは身近な存在として入浴に同行してくれる「素人性」の部分を發揮して、Fさんの心情に寄り添いながら、「専門性」の部分で認知症を理解し、適切な入浴介助を遂行している。そう考えると、「素人性」は介護の「専門性」の一部であるといえるのかもしれない。「素人性」は利用者の思いやニーズを、同じ目線や立場にたって「もし自分がその立場だったらどう感じるか、どうしてほしいか」を考え、その思いに寄り添うことで發揮される。そしてその思いは、利用者に対してだけでなく、介護職自身にも何らかの効果をもたらす。Gさんは「もし自分だったらどう感じるか」を考え、暴言や暴力をふるわずにいられない利用者の気持ちを理解することで、介護職が感じるストレスをある程度緩和させている。

介護はこうした「専門性」と「素人性」を相互補完的に機能させることで、利用者の立場にたち、「生活支援」を通して生じる様々な倫理的問題を回避していくところがあると思われる。

る。そういう意味でも、介護の「素人性」は、今までも繰り返し述べてきた「利用者の生活に密着し時間的・タイミング的に関わる」介護のあり方が現れるものなのかもしれない。介護における倫理の内実、生活支援を通して発揮される「専門性」と「素人性」の相互補完的な働きによって作り出され、現場で生じる倫理的問題もこの2つのバランスが崩れ、どちらかが行き過ぎるなどの過不足によって生じると言えるのではないだろうか。

## 第5節 介護福祉士の倫理教育に求められる「具体性」と「応用性」

これまでのことをふまえて、もう一度望ましい倫理教育とはどのようなものかについて再考してみたい。

これまでみてきたように、介護職がこの「生活支援」を通して、利用者の最も近いところで、身体や生活内部に直接関わることというところに、介護の「素人性」を含む「専門性」があり、それが、第2章で述べた身体に直接触れる介護行為としての倫理と、利用者の生活に密着し時間的・タイミング的な関わりをする存在としての倫理につながっていくと考えられる。

また、第3章や第4章の介護福祉士養成課程の倫理教育の現状でも、この「生活支援」を通して、倫理に触れる部分が多いことがわかった。特に第4章の介護科目は、介護概論や介護技術、介護過程や介護実習を通して、「生活支援」の具体的な方法を教授するなかに、倫理的内容を多く含んでいた。そのため、倫理科目による基礎的な知識の習得だけでなく、介護科目における生活支援技術を通して、倫理の具体的な事象を体験・理解する機会があり、介護の専門性自体が倫理と深くつながっているといえる。こうした倫理科目と介護科目の相互補完性は、倫理科目だけで倫理を考えるよりずっと効果があるのは言うまでもない。しかし授業内容については、どちらの科目も、現場の具体的な問題に対する分析や対応については、時間的制約や教育者の人材の問題もあり、介護福祉士養成における基礎教育では対応しきれない状況であった。さらに、介護福祉士の教育背景が多様であるため、人によってその学びに差異が生じていた。

これらの背景をふまえると、養成課程における基礎教育だけでは限界があり、介護現場における倫理の現任教育のあり方がより重要になってくる。介護現場では、介護職の倫理観の欠如が、介護行為を通して直に利用者に対して影響するからである。特に、生活の場となる介護施設は自宅と異なり、家族や外部者の目が届かない密室状態に陥りやすく、問題が明るみになりにくい。介護行為や介護職の態度が倫理的問題となっても、要介護状態にある利用者はそれを外に訴えることができない。認知症があればなおさらである。家族も高齢者を預けているという弱みから、強い態度をとれない場合も多い。

従来の、介護職員を対象とした倫理研修は、どちらかというと、労働基準法に従ったコンプライアンスへの取り組みとして法令遵守や職業倫理に関するものなどが多く、研修の内容によっては、具体的な問題やそれに対応するためのスキルなどが育成されない可能性がある。やはり、実際に現場ではどのようなことが倫理的問題となるのか、どのような対応をするべきかといった内容を、具体的な「生活支援」の一つひとつに基づいたもので構成されることが望ましいと思われる。

第5章では、基礎教育と現任教育の双方に共通するものとして、「具体性」と「応用性」があげられており、基礎教育でも現任教育でも、学習者のニーズは「具体的な内容とその応用」にあると考えられる。これは単に知識や技術を学習するのではなく、学んだものを現場で応用するという、対人援助職としての専門実践への志向〔藤田徹, 2015〕を介護福祉士が持っており、習得する知識や技術が実践につながることを望むことの表れでもある。特に倫理的問題については、現場で問題に直面する介護福祉士にとって、問題そのものが日々の業務に影響を及ぼすため、具体的な対応方法を理解したいというのは自然な考えであろう。

この「具体性」と「応用性」を実現するためには、やはり介護の主たる業務である「生活支援」を使って内容が構築される必要がある。具体的にどのような介護行為に倫理が関わるのか、利用者の日常生活でどのようなことが倫理的問題になるのか、介護行為の一つひとつを例にしながら、理解していけるような仕掛けが必要になる。そう考えると、事例としてあげたような具体的な介護職と利用者の関わり場面を使用して、リアルな状況をイメージさせながら検討できるような教材や授業内容が適切になると思われる。こうした倫理に関わる事例は様々な媒体で挙げられているので、それらを活用していくとともに、現場の生の事例を収集して網羅できるような研究も必要になると思われる。というのも、倫理的問題は、時代とともに、その文化や社会背景を受けて変化していくものだからである。本論文における調査が行われた時点では、介護職の行為や態度が倫理的問題となっていたが、今後、介護教育の発展や介護職に対する社会的評価の変化によっては、問題の様相が変わってくる可能性がある。筆者自身も倫理研修等を通して、介護現場の倫理的問題に対する関心は、終末期の看取りやアドバンス・ケア・プランニングなどの利用者の意思決定支援に変化してきているのを肌で感じている。

こうしたリアルな事例を用いて行う教育はすでに行われているはずだが、第5章の調査では基礎教育、現任教育ともに、教育が役立たない理由として、具体的な事例や対応策がない、問題検討や解決方法について触れていない、どう応用していいのかわからないなどが挙げられていることから、単に紙の上の事例だけを座学で考えるだけでは不十分で、もう一歩進んだ仕掛けが必要になると思われる。

春日は、ケアリングの時代では、医学的知識や日常業務遂行能力に加えて、援助対象者となる者の気持ちや状況を理解し生活を支えていく力を養成する必要性を述べており、その能力を養成する方法の一つに、ウィーデンバックの「看護場面の再構成」の様式に基づいた「介護場面の再構成法」という手法を挙げている〔春日キスヨ，2002〕。これは援助者の立場から、特定の介護場面を選びだし、それを振り返ることで場面を再構成し、自己考察を加えていく方法である。

この方法を倫理的場面に置き換えて、倫理的問題が生じている場面を振り返り、利用者や家族、介護職らの言動、行動、反応などを用いながら、その場面を再構成することで、倫理的問題に対する気づきを深めるような手法も有効と思われる。実際の場面を用いて振り返ることで、利用者の思いはもちろんのこと、援助者自身のその時の判断や行動はどうだったのかをあらためて考え直すことで、倫理的問題への気づきをもたらす機会となる。

また、利用者と介護職、介護職同士、利用者と家族、家族と介護職など、それぞれの立場での発言や行動が含まれたロールプレイを行い、問題を体感したり、自分とは異なる立場の感情や考えを感じたり理解したりするような手法も有効と思われる。その際、それぞれの役割を演じる＝体と声を使うこと、感情や考えをしっかりと言葉にするような方法（グループワーク等で仲間に感情や考えを表現する、自分が感じた感情や考えと向き合い記述する）も含まれることが望ましい。体と声を使うことでその感情を体感しやすくなるし、言葉にすることで自分自身がどう感じたのかを明確にすることができるためである。こうした方法は目新しいものではないが、重要な点は「関わり」の中で学ぶということである。自分を含めてそれぞれの立場の感情や考えを体験し理解することが重要であるが、やりとりという「関わり」を通すことで、自分と相手が発した言葉や行動から、よりリアルに体験することが可能になるからである。また、ここでは「自分が利用者（介護者、家族）だったらどう感じるだろう？どう思うだろう？なんて言うだろうか？」という問いかけが重要である。そこに、これまで繰り返し述べてきた利用者に最も身近な存在としての介護の「素人性」が最も生かされることになるからである。

ただし、こうした方法は、教育者にとっても学習者にとっても手間のかかるものとなることは否めない。まず、学習者は受け身ではなく能動的な態度で授業や研修に臨む必要がある。教育者は、内容構築に多くの事例の収集が必要となり、またそれを倫理的問題と結びつけて考えてもらうだけの教授能力が必要となる。さらに、現場のリアルな状況を知っている

ことが重要となってくる。そういう意味で、第3章で述べたように、たとえ倫理が専門分野であっても介護現場を知らない教育者に一任するだけでは、教育効果が得られにくい。やはり、介護を専門とする教育者が、倫理に関する専門知識を併せ持ち、現場の現状に応じた教育を行うことが望ましい。介護教育のもつ「学習」→「実践」という基本的姿勢が生かされることになる。もちろん、介護以外を専門とする教育者であってもよいが、現場に関心を寄せ、積極的に参与する姿勢が必要になるだろう。そのためにも今後は、倫理を介護実践に應用する教育・研究を行う人材の確保が重要になってくると思われる。

## 第6節 基礎教育、現任教育の役割と求められる内容

いままでは、基礎教育、現任教育を含んだ倫理教育全体のあり方をみてきた。しかし、第5章でみてきたように、基礎教育には基礎教育としての、現任教育には現任教育としての役割があった。

基礎教育では、やはり対人援助職としての職業倫理の基盤形成が重要になる。第5章で、援助者の行為自体が倫理的問題となっていたことを考えると、対人援助職としての基本的態度、尊厳、利用者本位などの考えをしっかりと理解してもらう必要がある。この基盤形成の教育は、多忙な業務と様々な環境因子に影響を受ける現場に置かれてからでは遅いため、基礎教育の中で職業倫理と結びつけて教授される必要がある。基礎教育では、倫理科目以外に、介護科目で倫理に関する内容を扱うことが多いので、複数回にわたって倫理を学習する機会があることは基礎教育の強みでもある。もちろん基礎教育でも理解を促すためにできる限り現場に応じた内容を扱うことが望ましいことは言うまでもない。特に、実務経験ルートに対する教育的工夫（実務者研修などでさらに倫理的問題を検討する機会を入れる等）が今後とも重要になってくるだろう。

現任教育では、職場の倫理風土育成と問題解決能力の向上を目指す必要がある。第5章の調査では、介護福祉士には、体験した事象を倫理的問題としてとらえる意識や感性があり、対処する行動力があることが伺えたが、職員間の倫理意識や価値観の差異が妨げとなり、個人が倫理的問題に対処しようとしても難しい現状があった。そのため、現任教育では、個人の倫理観育成だけでなく、職員間で倫理に対する意識向上を図り、価値観を共有していくような研修内容が必要である。特に管理職は人事やシステムのマネジメントに関わり、人間関係にも大きな影響を及ぼす立場にあるため、職場の倫理風土育成の成否は管理職にかかってくるので、管理職として、どうやって職場の倫理風土を育成するのかをふまえた倫理教育が重要となる。また、新人、中堅、ベテラン等それぞれの知識や経験、人間関係への影響力に基づいて、倫理的問題に対し担う役割が異なってくる。そのためには、全職員を対象とした倫理研修だけでなく、職位や経験年数などに応じた段階的な研修内容を検討していく必要がある。それに加えて、職員が問題に対する取り組みの意欲を維持できるようなフィードバックや勤務評価への反映などの仕組み作りも重要であろう。

また、問題解決に向けた具体的な対処方法としてカンファレンスが多く挙げられていたことから、カンファレンスで利用できる有用なツール開発やファシリテーター育成も今後の重要課題である。

## 第7節 介護に焦点化した倫理教育の構築

最後に、介護に焦点化した倫理教育の必要性について述べたい。倫理教育には何に焦点を置くかによって内容のトピックが多少かわってくる。臓器移植や最先端医療における倫理的問題など、医療現場に特徴的な倫理的トピックがあるように、「排泄」や「食事」、「清

潔」など生きていくのに欠かせない日常生活援助場面における倫理的問題や認知症などによる判断能力低下、介護施設における看取りの問題など、介護現場に特徴的な倫理トピックもあることを考えると、ある程度介護に焦点化された倫理教育内容の構築も必要になってくると思われる。介護における倫理教育も、生命倫理や、教育内容が隣接する看護倫理などの科目モデルを単に複製したものではなく、「介護倫理」に焦点を定めて、理論や方法論を発展させ、集約していくことが重要である。介護はその歴史は古いが、近接の学問領域に比して、学問体系としては遅く登場したため、既存の学問が構築してきた理論や方法論の部分的断片を活用しながら、その教育体系や研究体系を整備しようとしてきた。それゆえ看護などの近接領域との差別化が図れず、独自性を出すことに苦労してきたところがある。介護における倫理が、他の看護倫理や医療倫理のような独自性を持つものに発展するかは未だ未知であり、倫理を分野別に分ける必要性があるかについても議論があるが、筆者は本研究を通して、他の領域とは異なる、介護における倫理の特徴的なもの、介護倫理と呼べるようなものが、たしかにあるように思えてならない。それを追求し、明確にしていくことは、現場で問題に直面している介護職たちにとって問題解決の一助にもなるが、それだけでなく、介護という仕事に対する信頼を構築するために必要不可欠だと思われる。そのためにも、哲学や倫理学、そして医学や看護学などの学問が長い年月をかけて構築してきた理論や普遍的な倫理を踏まえて、介護に特徴的な倫理とは何かを検討していく必要があるし、今後の介護における倫理教育を考えるうえで重要になってくると思われる。その際に、他の学問領域との融合と差別化をどこに置くのかという点も踏まえて十分に検討していくことが必要であろう。そのためには、倫理教育を担当する人材の育成、基礎理論と実践応用を往復できるような授業案の開発とともに、さらなる介護の倫理的問題の特徴を明らかにし、問題の特徴に応じた具体的な検討・対応方法の開発が課題となってくるとと思われる。今後はこうしたことにも着手して、さらに介護倫理とは何かを具体的に明確にしていきたいと考えている。

## 第8節 本研究の限界と今後の展望

最後に本研究の限界と今後の展望について述べる。本論文は、文献・資料調査と実態調査による調査データから成り立っている。全体としては調査結果を相補的なものとしてとらえ論考することで、ある程度の現状を描き出すことができたが、いくつかの点で不足があると思われる。

まず一点目として、第3章および第4章では、介護福祉士養成課程における倫理教育の現状がどのようなものかを、シラバス調査を通して検討した。この2つの章における研究の限界として、シラバスやテキスト内容だけでは、実際の教育現場でどのような内容が、どのような教材を使用して具体的にどのように教えられ、学生はどう受け止め学んでいるのかをリアルに把握することは難しいという点が挙げられる。また、本調査では、今後の介護教育の発展をふまえて介護福祉士養成4年制課程を対象としたが、今までも述べてきたように、介護福祉士教育のルートは多岐にわたり、先に現場経験を積んでから国家資格取得のために実務者研修や独学で倫理を勉強するケースもある。このような教育背景の異なる者たちに対し、今後どのような倫理教育が必要なのかということも、このテーマを考える上で重要な点であり、別途、現場での倫理教育の実践的な取り組みを調査し、検討していく必要がある。

二点目として、第5章で全国の老人介護保健施設に勤務する介護福祉士を対象に質問紙調査を行ったが、回収率49.3%とはいえ、回収部数494部であり、そのサンプル数は少ないと考えられる。そのため、ここで得られた結果が全国のすべての介護福祉士の認識と断定することは難しい。さらに、多岐にわたる養成課程ルートの複雑さもあり、養成課程ルート別の詳細なデータ分析ができなかった。特に、実務経験ルートは実務者研修以外では独学となるため、実際にどのような内容を倫理教育と認識しているのか、どの程度学習しているのかについて実態把握ができていない。今後は実務経験ルートに焦点を絞って実態を明らかにしてい

く必要がある。また、本調査では、現場で働く介護福祉士がどのようなことを倫理的問題としてとらえているのかを把握するため、質問紙には倫理的問題についての前提（倫理的問題とはどういうことを指すのか）は記載しなかった。そのような前提なしに、どのようなことを問題としてとらえているのかを把握しなかったためである。そのため、回答内容は回答者個人の認識に依るところが大きい。倫理的問題の前提を提示すれば、また新たな回答や違った結果が得られた可能性も十分にある。そのため、今後は介護における倫理とそこで生じる問題とは何かといった定義を洗練化させ、それを提示して調査を行い、介護現場における倫理的問題とは何かを明確化していく必要がある。

さらに、本論文では、養成課程ルートの複雑さから日本における介護福祉士教育のみを対象としており、海外における介護教育との比較まで言及できなかった。介護職育成と人材確保は、高齢化が進む海外諸国にとっても重要な問題でもあり、急速な高齢化が進む我が国にとって非常に参考になる研究文献も多々ある。さらに介護教育だけでなく福祉関係職種ですでに倫理教育体系が整っている分野もあることをふまえて、今後は諸外国や他の関連職種との比較検討も課題としたい。そして、一点目でも述べたが、教育内容の向上と同時に、望ましい倫理教育の具体的な方法や教材についての研究も必要であると考え。これについては、現在、助成金を得て具体的な研修プログラムの開発に着手している。そのため、この点については今後の課題としたい。

三点目として、介護の近接領域である看護の倫理教育は様々な点で介護の倫理教育を考える際に有益な示唆をもたらすため、介護倫理と看護倫理や医療倫理との比較検討も必要であったと考えている。筆者が看護倫理を教えている立場から、看護倫理との比較も当初は視野に入れていたが、看護、介護ともに生活支援を行う職種であるがゆえに、その内容は重複するところがあり、看護倫理と比較することで、かえって介護倫理の独自性がみえにくくなることを危惧し、あえて論文には含まず、介護の専門性からみる倫理に焦点化した。看護倫理や医療倫理は、介護倫理に比して、医行為や医療現場に特有の問題（生殖医療や臓器移植など）を抱えていることに特徴があるといえるが、介護福祉士にも喀痰吸引などの一部の医行為が許されることになり、終末期の看取りにも対応せざるをえなくなってきたことから、それぞれの領域がさらに近接し、そこで生じる倫理的問題というものも出てくると思われる。そのため、この比較についても今後の課題としたい。



## 参考文献

### <日本語文献>

- 青木紀. (2017). ケア専門職養成教育の研究 看護・介護・保育・福祉 分断から連携へ. 明石書店
- 明石隆行. (1990). ホームヘルプ・サービスの業務分析と専門性. 岡本千秋・岡田藤太郎編: ホームヘルプ・サービス研究 台頭する新しい専門職, 長寿社会開発センター, 69-88
- 赤林朗. (2005). はじめに. 赤林朗編: 入門・医療倫理 I. 勁草書房, 3-5
- 上之園佳子. (2015). 第2章介護福祉士を取り巻く状況. 西村洋子編: 最新介護福祉全書 3 介護の基本, メヂカルフレンド社, 23-57
- 上之園佳子. (2016). 第9章介護の歴史と取り巻く現状. 井上千津子編: 介護福祉士養成テキストブック 4 介護の基本, ミネルヴァ書房, 94-112
- 上之園佳子. (2016). 第5章2節②及び③介護の歴史と社会状況. 井上千津子, 上之園佳子, 田中由紀子, 尾台安子編: 新大学社会福祉・介護福祉講座介護福祉総論, 第一法規, 150-151
- 新井輝子. (2004). 介護福祉士養成課程における学生の倫理観の現状-介護福祉士養成課程学生のアンケート調査から-. 足利短期大学研究紀要第24巻, 103-107
- 安墳伊. (2014). 介護福祉士の専門性の構成要素の抽出-介護福祉士養成施設の介護教員の自由記述の内容分析に基づいて-. 老年社会科学, 35(4), 419-428
- 安墳伊. (2015). 介護福祉士の専門性の構造-専門性の2重構造の仮説検証-. 介護福祉学, 22(2), 91-102
- 安藤泰至. (2001). 人間の生における「尊厳」概念の再考. 医学哲学 医学倫理, 19巻, 16-30
- 石川時子. (2009). 能力としての自律-社会福祉における自律概念とその尊重の再検討-. 社会福祉学, 50(2), 5-17
- 一番ヶ瀬康子. (2003). 介護福祉学の探求. 有斐閣
- 一番ヶ瀬康子. (2007). 「介護福祉」とは何か. 一番ヶ瀬康子, 井上千津子, 鎌田ケイ子, 日浦美智江編: 新・セミナー介護福祉三訂版 11 介護概論, 1-8
- 井上千津子. (2007). 生活支援のための看護と介護の連携. 京都女子大学生生活福祉学科紀要, 第3号, 1-6
- 井上千津子. (2008). 4年制大学における介護福祉教育の社会的意義. 京都女子大学生生活福祉学科紀要, 第4号, 1-6
- 井上千津子. (2012). 介護の構造的な理解. 井上千津子, 上之園佳子, 田中由紀子, 尾台安子編: 新大学社会福祉・介護福祉講座介護福祉総論, 第一法規
- 井上千津子. (2013). 介護実践の立脚点. 井上千津子編: 介護福祉士養成テキストブック 4 介護の基本, ミネルヴァ書房, 8-10
- 井上千津子. (2013). 生活を支える介護の視座. 井上千津子編: 介護福祉士養成テキストブック 4 介護の基本, ミネルヴァ書房, 2-6
- 井上由起. (2014). 特別養護老人ホームに勤務するケアワーカーの看取り後のリフレクション 実戦経験5年以上のケアワーカーへのインタビュー調査から. 純心高齢者福祉研究, 9号, 57-64
- 薄井明. (1986). 《忌避》の諸相(上)-分析枠組の設定のために-. 一橋研究, 11(2), 21-37
- 内田富美江, 守屋真希, 三宅恋子, 他. (2006). 特別養護老人ホームにおける看取りの現状と課題-介護福祉学生の視点から-. ホスピスケアと在宅ケア, 38(3), 206-211
- 内田陽子. (2014). 介護と看護の関係. 日本介護福祉学会事典編集委員会編: 介護福祉学事典, ミネルヴァ書房, 20
- 宇山勝儀. (1997). 障害者福祉法制の史的展開 律令における障害者福祉法制と現代法と比較して. リハビリテーション研究 92, 32-38

- 浦辺史. (1973). 社会福祉労働者の現状. 「社会福祉問題研究」編集委員会編: 社会福祉労働論、鳩の森書房, 71-108
- 遠藤清江. (2008). 介護福祉士実習教育における倫理教育の課題-学生の実習自己評価と倫理観について-. 京都女子大学生生活福祉学科紀要, 第4号, 63-71
- 大塚久雄. (1979). 人生の貧しさと心の貧しさ. みすず書房
- 大元誠司. (2016). 介護における尊厳保持と自立支援の理論. 介護福祉士養成講座編集委員会編: 新・介護福祉士養成講座1 人間の理解, 中央法規, 50-63
- 大山正. (1964). 老人福祉法の解説. 全国社会福祉協議会
- 小笠原祐次. (1995). 介護の基本と考え方-老人ホームのしくみと生活援助. 中央法規出版
- 岡村重夫, 三浦文夫. (1972). 老人福祉と社会保障. 垣内出版
- 荻野基行. (2009). 介護福祉士養成課程における「自己決定」に関する一考察-介護福祉士養成テキストを中心として-. 立正社会福祉研究 10 (2), 9-18
- 荻野基行. (2020). 養成テキストと介護福祉士が捉える介護福祉士の専門性. 東京福祉大学・大学院紀要, 第10巻第1-2号合併号, 3-14
- 笠原幸子. (2001). 介護福祉士の業務内容. 仲村優一, 秋山智久編: 新セミナー介護福祉1 社会福祉概論, ミネルヴァ書房, 184-190
- 春日キスヨ. (2002). ケアリングと教育-痴呆高齢者介護倫理の変容と実務者研修・教育-. 教育学研究, 69(4), 44-53
- 勝山貴美子、勝原裕美子、星和美ら. (2010). 過去5年間の倫理に関する研究の特徴と今後の課題. 日本看護倫理学会誌, 2 (1), 77-86
- 金井直子. (2010). 専門職倫理の具現化のためのとりくみ-実践倫理(エートス)を育む職場環境-. 大妻女子大学人間関係学部紀要 人間関係学研究 12, 27-36
- 日本介護福祉学会設立準備委員会(1993). 介護福祉学とは何か. ミネルヴァ書房
- 鎌田ケイ子. (2007). 介護の働き. 一番ヶ瀬康子, 井上千津子, 鎌田ケイ子, 日浦美智江編: 新・セミナー介護福祉三訂版 11 介護概論, 9-38
- 加茂浩靖. (2019). 日本の介護サービス業における外国人介護職員の受入れ-経済連携協定(EPA)に基づく外国人介護福祉士候補者を中心として. 経済地理学年報, 第65巻, 280-294
- 川上道子. (2011). 認知症のケアの歴史に関する研究(I)-身体拘束(抑制)の歴史(近世まで)に焦点を当てて-. 中国学園紀要 10, 257-265
- 川村匡由. (2000). 新・介護保険総点検各制度はこう変わった. ミネルヴァ書房
- 川村隆彦. (2007). 支援者が成長するための50の原則-あなたの心と力を築く物語. 中央法規
- 京須希実子. (2008). 大学における介護福祉士教育と職業的レリバンス. 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 57 (1), 117-131
- 黒澤貞夫. (2004). 価値と倫理の教育的課題を考える. 介護福祉教育, 10 (1), 12-13
- 黒澤貞夫. (2013). 介護福祉士養成テキスト1 人間の尊厳と自立 生活支援場面における「人間」の理解. 建帛社
- 厚生省五十年史編集委員会. (1988). 厚生省五十年史(記述編). 財団法人厚生問題研究会
- 孔英珠. (2017). 看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法. 社会福祉学, 58(2), 26-41
- 小寺聡. (2014). もういちど読む山川倫理. 山川出版社
- 近藤均, 酒井明夫, 中里巧ら編. (2002). 生命倫理学事典. 太陽出版
- 佐柳文男. (2004). 『貧しい者』の権利 宗教とエンパワメント. 増田樹郎, 山本誠編: 解く介護の思想-なぜ人は介護するのか-, 久美株式会社, 43-56
- 佐藤富士子. (2016). 介護過程の理解. 介護福祉士養成講座編集委員会編: 新・介護福祉士養成講座9 介護過程, 20-51

- 白澤政和. (2006). 介護福祉の本質を探る-ソーシャルワークとの関連で-. 介護福祉学, 13(1), 15-23
- 白澤政和. (2013). 介護福祉士の捉える利用者への価値観. 白澤政和編：介護福祉士養成テキストブック 1 人間の尊厳と自立, 2-21
- 須加美明. (1996). 日本のホームヘルプにおける介護福祉の形成史. 社会関係研究2(1), 87-122
- 鈴木依子. (2013). 介護の原則. 井上千津子編：介護福祉士養成テキストブック 4 介護の基本, 11-20
- 鈴木知佐子. (2014). 介護過程展開方法. 介護福祉士養成テキストブック 8 介護過程, ミネルヴァ書房, 140-156
- 鈴木真理子. (2016). 人間の尊厳と自立. 橋本正明編：最新介護福祉全書第1巻人間の理解, 27-35
- 角田ますみ. (2004). 高齢者ケアにおける「自己決定」. 臨牀看護, 30(12), 1840-1846
- 角田ますみ. (2021). 患者・家族と作るアドバンス・ケア・プランニングノート-話して書いて患者の気持ちを「見える化」しよう, メヂカルフレンド社
- 角田ますみ. (2016). シラバスからみる大学における介護福祉士養成課程の倫理教育. 生命倫理 26 (1) , 35-45
- 角田ますみ. (2017). 介護施設に勤務する介護福祉士の倫理的問題の認識や対処と倫理教育の現状. 生命倫理 27 (1) , 26-38
- 全国社会福祉協議会・全国ホームヘルパー協議会編. (1984). ホームヘルプ活動ハンドブック. 全国社会福祉協議会
- 田中由紀子. (2016). 第4章4節生活の場による介護の特徴. 井上千津子, 上之園佳子, 田中由紀子, 尾台安子編：新大学社会福祉介護福祉講座介護福祉総論, 第一法規, 116-129
- 田中由紀子. (2016). 第5章2節①及び④介護の歴史と社会状況. 井上千津子, 上之園佳子, 田中由紀子, 尾台安子編：新大学社会福祉・介護福祉講座介護福祉総論, 第一法規, 149-151
- 中央法規出版編集部編. (2000). 三訂介護福祉用語辞典. 中央法規出版
- 塚田典子. (2010). 介護現場の外国人労働者 日本のケア現場はどう変わるのか, 明石書店
- 坪井桂子, 西田真寿美, 成清美治. (2005). ユニットケアに取り組む特別養護老人ホームの看護職と介護職の協働と教育. 岡山大学医学部保健学科紀要, 15, 51-62
- 鶴若麻理, 川上祐美. (2013). シラバスからみる看護学士課程の「看護倫理」教育. 日本看護倫理学会誌, (5) 1, 71-75
- 鶴若麻理. (2020). 「倫理調整」とは何か. 鶴若麻理, 長瀬雅子編：看護師の倫理調整力 専門看護師(CNS)の実践に学ぶ, 日本看護協会出版会, 2-13
- 寺西敬子, 中村裕美子. (2011). 互いの「苦手」を補い合う多職種連携(協働)アセスメントの必要性. 訪問看護と介護, 16(5), 403-409
- 鳥海直美, 松井妙子, 笠原幸子ら. (2005). 高齢者の在宅ケアにおける訪問介護事業所のサービス提供責任者の役割特性 訪問介護・訪問看護・在宅介護支援センターにおける情報認識の比較から. 日本在宅ケア学会誌, 9(1), 61-70
- 中島紀恵子, 北川公子. (2011). 「老年看護の縦横な語り-ライブ中島紀恵子と教え子たち」, クオリティケア
- 中蔦洋. (2011). 「介護」の語源に関する歴史的再検討. 日本獣医生命科学大学研究報告, 第60号, 127-136
- 長野県社会福祉協議会 50年のあゆみ編纂委員会. (2003). 長野県社会福祉協議会 50年のあゆみ. 長野県社会福祉協議会
- 中村裕子. (2013). 尊厳保持への介護福祉士の対応「日本介護福祉士会倫理綱領」が介護福祉士に求める専門性と倫理性, 白澤政和編：介護福祉士養成テキストブック人間の尊厳と自立, ミネルヴァ書房, 68-87

- 中村裕子. (2016). 要介護者の尊厳を支えるコミュニケーションの意義と実践の在り方－“人間の尊厳”の倫理的解釈に基づく介護実践の検討－. 介護福祉 No103, 23-35
- 中村裕子. (2016). 介護実践における倫理. 介護福祉士養成講座編集委員会編：新・介護福祉士養成講座 4 介護の基本Ⅱ, 中央法規, 30-39
- 成澤光. (2019). 生命倫理と公共政策, 法政大学出版局
- 新村拓. (2000). 歴史における老いと痴呆と介護. 歴史評論, 608, 2-15
- 西浦功. (2015). 生活支援サービスにおける「専門性」のゆくえ. 札幌大谷大学社会学部論集, 第 3 集, 71-94
- 西村洋子. (2005). 社会福祉専門職ライブラリー介護福祉士編 介護福祉論. 誠信書房
- 西村洋子. (2013). 介護福祉（ケアワーク）の定義. 西村洋子編：最新介護福祉全書 3 介護の基本, メヂカルフレンド社, 67-85
- 西村洋子. (2016). 生活を支える介護. 西村洋子, 本名誠, 綿祐二, 柴田範子編：介護福祉士養成テキスト 5 介護の基本Ⅰ, 建帛社, 75-111
- 仁平義明. (2015). 「自尊感情」ではなく「自尊心」が“Self-esteem”の訳として適切な理由－Morris Rosenberg が自尊心研究で言いたかったこと－. 白鴎大学教育学部論集, 357-380
- 野中ますみ. (2015). ケアワーカーの歪みの構造と課題. あいり出版
- 野村脩. (2018). 介護老人福祉施設における死と終末期ケアに関する介護職員の認識に関する研究の動向と課題－過去 17 年間の文献レビュー－. 高知県立大学紀要, 社会福祉学部編, 第 67 巻, 101-116
- 朴順伊. (2009). アジア文化と文学思想. 文眞堂
- 服部万里子. (2016). 介護における尊厳の保持・自立支援. 橋本正明編：最新介護福祉全書 1 人間と社会 人間の理解, メヂカルフレンド社, 78-109
- 花畑明美, 戸敷早苗. (2017). 介護福祉の変遷と介護福祉教育における使命. 宮崎学園短期大学紀要, Vol.9, 128-143
- 林田俊弘. (2017). 鼻めがねという暴力: どうすれば認知症の人への虐待を止められるか. harunosora
- 藤田徹. (2015). 対人援助職の養成教育における「実践知」が担う意義. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 17, 1-10
- 古村えり子. (1997). 「福祉とジェンダー」研究のための覚書. 北海道生涯学習研究：北海道教育大学生涯学習教育研究センター紀要, 創刊号, 93-98, 2001
- 真砂良則. (2014). アセスメント. 黒澤貞夫, 峯尾武己編：介護福祉士養成テキスト 12 介護過程の展開 基礎的理解と実践演習, 建帛社, 57-69
- 松浪信三郎. (1962). 実存主義. 岩波書店
- 松本眞美. (2017). 研究動向から見るホームヘルパーの専門性に関する一考察. 関西福祉科学大学紀要, 第 21 号, 47-59
- 三浦佳世. (2003). 感性印象の知覚的・認知的基盤. VISION, 15(3), 143-149
- 三浦佳世. (2007). 知覚と感性の心理学. 岩波書店
- 三浦佳世. (2016). よい眺め－モランディの実験. 図書, 第 809 号, 44-47
- 水上幸代. (2007). 介護福祉士養成教育の課題～国家資格化を省みて～. 社会関係研究, 13(1), 75-104
- 溝江弓恵, 八島妙子. (2016). 高齢者ケアにおける看護職と介護職の「協働」概念. 看護学研究, Vol. 8, 23-35
- 三田誠広. (2011). 実存と構造. 集英社
- 峯尾武己. (2012). 介護福祉学の構築にむけて－介護福祉学への研究ノート. 介護福祉学, 19(1), 101-107
- 宮川数君. (2004). ソーシャルワーカーの倫理綱領と行動指針. 同志社大学社会福祉学会編、社会福祉の思想・理論と今日的課題, 筒井書店, 372-381

- 宮本教代. (2013). わが国の訪問介護事業の変遷に関する一考察-訪問介護者の研修制度のあり方から-. 四天王寺大学大学院研究論集, 第 7 号, 63-96
- 村田麻起子. (2016). 日本介護福祉士会倫理綱領. 介護福祉士養成講座編集委員会編: 新・介護福祉士養成講座 4 介護の基本Ⅱ, 中央法規, 40-47
- 毛利亘. (2008). 介護福祉士の目指すべき高齢者介護とは-介護の質・気づきとは-. 共創福祉, 3(2), 31-37
- 森岡正博. (2015). 脳死概念における人格性と尊厳の哲学的研究. Kinokopress (KDP)
- 森川美絵. (1999). 在宅介護労働の制度化過程-初期(1970 年代~80 年代前半)における領域設定と行為者属性の関連をめぐって. 大原社会問題研究所雑誌, No.486, 23-39
- 森川美絵. (2015). 介護はいかにして「労働」となったのか 制度としての承認と評価のメカニズム. ミネルヴァ書房
- 森山千賀子. (2012). 生活・生活者の理解の視点. 西村洋子ら編: 介護福祉士養成テキスト 6 介護の基本Ⅱ利用者の理解と介護サービス, 建帛社
- 森繁樹. (2016). 「生活支援」としての介護とは. 介護福祉士養成講座編集委員会編: 新・介護福祉士養成講座 3 介護の基本Ⅰ, 中央法規, 24-64
- 森朋子, 湯浅龍彦. (2006). 筋萎縮性側索硬化症患者の心理-人工呼吸器装着の意思決定. 医療, 60(10), 637-643
- 森下直貴. (2003). 倫理の定義. 木村利人編集主幹: バイオエシックスハンドブック-生命倫理を超えて-, 法研, 35-39
- 安田真美, 山村江美子, 小林朋美ら. (2004). 看護・介護の専門性と協働に関する研究-施設に従事する看護師と介護福祉士の面接調査より-. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, No. 12, 89-97
- 保良昌徳. (2000). ホームヘルパーの業務分析と介護福祉業務. 沖縄国際大学社会文化研究, 3(1), 1-30
- 吉岡なみ子. (2011). 介護職の「専門性」に対する認識と評価. 福祉社会学研究, 8, 105-126
- 吉田節子. (2016). 介護過程の全体像. 介護福祉士養成講座編集委員会編: 新・介護福祉士養成講座 9 介護過程, 中央法規, 18-19
- 李徳熙. (2019). 特別養護老人ホームにおける看取り介護加算に関する一考察-職員体制を中心に-. コミュニティ福祉学研究科紀要, 第 17 号, 51-62
- 和田攻, 南裕子, 小峰光博編. (2010). 看護大辞典第二版. 医学書院
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1989): Principles of Biomedical Ethics 3th ed, New York : Oxford University Press (=1997, 永安幸正, 立木教夫(監訳), 生命医学倫理, 成文堂)
- Birnbacher, Dieter. (2004): Menschenwürde. abwägbar oder unabwägbar? in: Matthias Kettner (Hrsg.), Biomedizin und Menschenwürde, Frankfurt a. M., 249-271. (=2017, 忽那敬三, 高畑佑人(訳), 生命倫理における人間の尊厳. 加藤泰史編: 尊厳概念のダイナミズム-哲学・応用倫理学論集, 法政大学出版局, 183-210
- Kant, I. (1785): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. (=2012, 中山元(訳), 道徳形而上学の基礎づけ, 光文社)
- Mill, J. S. (1859): On Liberty. (=2020, 関口正司(訳), 自由論, 岩波書店)
- Solso, R. L. (1994): Cognition and the Visual Arts. The MIT Press (=1997, 鈴木光太郎, 小林哲生(訳), 脳は絵をどのように理解するか-絵画の認知科学, 新曜社)

#### <英語文献>

- Bollig G, Schmidt G, Rosland J H, et al (2015): Ethical challenges in nursing homes - staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. Caring Sciences. 29(4): 810-823

- Bollig G, Rosland JH, Heller A: How to implement systematic ethics work in nursing homes? (2016): Advances in Medical Ethics. 2016; 3:1. doi:10.12715
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ: Clinical Ethics (2015): A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Eighth Edition McGraw-Hill, New York
- Ito C, Ota K, Matsuda M: Educational Content in Nurse Education in Japan (2011): A Delphi Study. Nursing Ethics. 18(3): 441-454
- Fry, S. T., Johnstone, M-J. (2002): Ethics in Nursing Practice - A Guide to Ethical Decision Making. Second edition, International Council of Nurses (ICN)

#### <インターネット資料>

- 公益財団法人介護労働安定センター. (2019). 介護労働の現状について 令和元年度介護労働実態調査の結果と特徴. <[http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02\\_roudou\\_genjyou.pdf](http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02_roudou_genjyou.pdf)> (2021/09/28 確認)
- 高齢社会福祉ビジョン懇談会. (1994). 21世紀福祉ビジョン～少子・高齢社会に向けて～. 平成 6 年 3 月 28 日  
<<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/souron/18.pdf>> (2021/08/03 確認)
- 厚生省 (現・厚生労働省). (1962). 厚生白書昭和 37 年度版. 1962,
- <[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/kousei/1962/](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1962/)> (2021/07/20 確認)
- 厚生省 (現・厚生労働省). (1964). 厚生白書昭和 39 年度版.  
<[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/kousei/1964/](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1964/)> (2021/07/20 確認)
- 厚生省 (現・厚生労働省). (1972). 厚生白書昭和 47 年度版.  
<[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/kousei/1972/](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1972/)> (2021/07/21 確認)
- 厚生労働省. (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン.  
<<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>> (2021/08/16 確認)
- 厚生労働省. (2008). 「新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容」 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei03.pdf>> (2021/10/14 確認)
- 厚生労働省. (2015). 第 4 回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会参考資料 3. 平成 27 年 2 月 23 日 <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000075028.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000075028.pdf)> (2021/09/28 確認)
- 厚生労働省. (2019). 介護福祉士養成施設卒業生に対する国家試験の義務付けについて. 令和元年 11 月 27 日 <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000571171.pdf>> (2021/09/30 確認)
- 厚生労働省. (2018). 「介護福祉士養成課程における教育内容の見直し」について. 平成 30 年 2 月 15 日 <<https://www.mhlw.go.jp/content/000345245.pdf>> (2021/09/29 確認)
- 厚生労働省. (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>> (2021/08/16 確認)
- 厚生労働省. (2018). 人生の最終段階における医療の普及・啓発のあり方に関する検討会：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編  
<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>> (2021/08/16 確認)
- 今後の介護人材養成の在り方に関する検討会. (2011). 今後の介護人材養成の在り方について (報告書). 平成 23 年 1 月 20 日

- <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000010pzq-att/2r98520000010qse.pdf>>(2021/0805 確認)
- 社会保障審議会介護保険部会. (2004). 介護保険制度の見直しにおける意見. 平成 16 年 7 月 30 日
- <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0730-5.html>>(2021/08/05 確認)
- 社会保障審議会福祉部会. (2019). 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けの経過措置の在り方に関する議論の整理(案). 令和元年 12 月 16 日  
<<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000577192.pdf>> (2021/09/30 確認)
- 内閣府. (2020). 令和 2 年版高齢社会書.<[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/sl1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/sl1_1_1.html)> (2021/09/27 確認)
- 日本介護福祉士会. 介護福祉士の専門性.  
<<https://www.jaccw.or.jp/about/fukushishi/senmon>>(2021/08/11 確認)
- 日本介護福祉士会. 日本介護福祉士倫理基準(行動規範).  
<<https://www.jaccw.or.jp/about/rinri>>(2021/12/4 確認)
- 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会. (1987). 社会福祉におけるケアワーカー(介護職員)の専門性と資格制度について.  
<<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/312.pdf>> (2021/10/22 確認)
- 日本学術会議社会福祉・保障研究連絡委員会. (1987). 社会福祉におけるケアワーカー(介護職員)の専門性と資格制度について. 1987 年 2 月 25 日
- <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/312.pdf>>(2021/08/01 確認)
- 日本看護協会における看護職に関する呼称等の定義プロジェクト. (2007). 看護の目的. 看護にかかわる主要な用語の解説-概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈, 日本看護協会  
<<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf>> (2021/08/09 確認)
- 福祉関係三審議会合同企画分科会. (1987). 福祉関係者の資格制度について. 1987 年 3 月 23 日  
<<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/313.pdf>> (2021/08/01 確認)
- 臨床倫理プロジェクト. (2018). 臨床倫理検討シート 2018 年版.  
<<http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/worksheet/>> (2021/10/17 確認)

## 謝辞

本研究にご協力いただきました、介護老人保健施設の施設長と介護福祉士の皆さまに、心より感謝を申し上げます。みなさまからいただいた倫理教育に対する考えやご意見を、これからも研究に生かして現場に還元できるように、一層の努力をしてみたいと思います。

また、本研究の研究過程では、たくさんの方々の貴重なご意見、ご助言をいただきました。木村利人先生、土田友章先生、扇原淳先生、森岡正博先生、鈴木勝己先生、そして菊池真実様をはじめとする早稲田大学の辻内ゼミの皆さまには、大変お世話になりました。あらためて御礼を申し上げます。

最後に、長きにわたり研究のご指導をいただきました辻内琢也先生に、心より御礼申し上げます。先生から学んだ人類学の考え方は、私にとって非常に多くの学びをもたらしました。今後も自身の研究にいかしてみたいと思います。



(付録 1)

## 【介護福祉士と倫理教育に関するアンケート】

1. 属性をお聞きします。以下の該当する項目に○丸をおつけください。

1) 年齢・性別

〔性別〕 ①男性 ②女性

〔年齢〕 ①20～29 歳 ②30～39 歳 ③40～49 歳 ④50～59 歳 ⑤60～69 歳

2) 介護福祉士の経験年数

①1～2 年 ②3～4 年 ③5～7 年 ④8～9 年 ⑤10 年以上

⑥15 年以上 ⑦20 年以上

3) 勤務したことのある施設もしくは事業所（複数回答可）

- ①介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ②介護老人保健施設  
③介護療養型医療施設 ④有料老人ホーム ⑤養護老人ホーム  
⑥認知症高齢者グループホーム ⑦デイケア ⑧デイサービス  
⑨経費老人ホーム A・B・ケアハウス ⑩訪問介護ステーション  
⑪その他 ( )

4) 介護福祉士教育における学歴

- ①専門学校 ②短大 ③大学 ④専門学校→大学編入 ⑤実務経験 3 年以上→国家試験  
⑥その他 ( )

\*例えば大学(専門は問わない)→介護福祉士の専門学校卒業など

2. 介護倫理教育について、該当するものに丸をつけてください。

1) 介護福祉士教育の過程で、倫理に関する科目はありましたか？

- ①あった ②なかった

2) 1) で①と答えた方にお聞きします。

その科目は①介護倫理（介護に関する問題を中心にした倫理）か、②一般的な倫理（教養科目的な倫理内容。哲学などもこちらに含む）、③福祉倫理（介護に特化せず、福祉全般の倫理内容）、④医療倫理（介護に特化せず、医療全般の倫理内容）、⑤その他（上記以外の内容）でしたか？

- ① 介護倫理 ②一般的な倫理 ③福祉倫理 ④医療倫理  
⑤その他 ( )

3) 2) で答えた科目は現場の倫理的問題の解決に役に立つ内容でしたか？

- ①役に立つ内容だった ②役に立つ内容ではなかった

→その理由を教えてください

3. 臨床で体験した倫理的問題についてお聞きします。

1) あなたはどのような場面で利用者の尊厳や権利が守られていないと感じましたか？

2) 上記 1) で書いていただいた問題に対して何らかの取組みができましたか？

- ①取組みめた      ②取組みめなかった

3) ②と答えた方で、取組みめなかった理由で該当するものに○をつけてください

- ①問題とわかっていたが、どうしていいかわからないので取組みめなかった  
②その時は問題と気づかず、後になって倫理的に問題だと気づいた  
③問題だと思って周囲に相談したが、問題として取り上げられなかった  
④問題と思って周囲と相談したが、規則やシステムでどうにもできなかった  
⑤問題だと思い、解決に向けて計画を練ったが他職員からの協力が得られなかった

4) 上記のような問題を感じた時に相談するのはどんな相手ですか？

#### 4. 職場における倫理教育や研修についてお聞きします

1) あなたが勤務している職場で、倫理に関する研修や講義はありましたか？

- ①あった（①を選んだ方は質問2）へ      ②なかった

2) ①と答えた方は、どのような研修や講義を受けましたか？

- ①職場で職員が講義や講義をやった  
②職場で外部講師が講義や研修をやった  
③職場からの薦めで外部へ研修を受けに行った  
④職場とは関係なく自主的に研修を受けに行った  
⑤職場の有志で勉強会をやった

3) 受けた研修や講義の内容が実際の問題を考える際に役に立ちましたか？

- ①役に立つ内容だった      ②役に立つ内容ではなかった

→その理由は何ですか？

以上でアンケートは終了です。ありがとうございました。

(付録 2)

## 介護老人保健施設 アンケート回答者（介護福祉士）の皆様

### 研究「介護職における倫理教育の現状と倫理的問題の認識および対処との関連要因」アンケート調査ご協力のお願い

はじめまして、杏林大学保健学部の角田ますみと申します。

我が国の著しい高齢化に伴い、介護現場が高齢者の生活支援の場として重要となってきました。人生の終盤期をケアする介護職にとって職業倫理は欠かせないものですが、現在、養成課程が多岐にわたる介護福祉士教育では、現場で役に立つ倫理教育が難しい現状にあります。そのため専門職としての倫理教育の確立が喫緊の問題となっています。

本研究では、現場で日々活躍されている介護福祉士の方々に、介護福祉士養成課程のなかで「どのような倫理教育を受けてきたのか」、また職業経験のなかで「どのような場面で利用者の尊厳や権利が護られていないと感じたか」について質問紙によってお答えいただき、介護職に対する倫理教育の現状と現場における倫理的問題をどのように認識し対処しているかを分析することを目的としています。これを明らかにすることは、介護職における倫理教育がよりいっそう充実し、現場で遭遇する倫理的問題への対処方法を検討する一助になることを期待しております。

なお本研究は、文部科学省科学研究費助成（基盤研究 C：課題番号 24610008、研究代表：角田ますみ）をうけて行われております。本研究は杏林大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号:27-22）を受けて実施しております。

以下の内容をよくお読みいただき、ご理解いただける場合は、別紙の「介護福祉士と倫理教育に関するアンケート」を該当職員に配布いただき、ご回答後にご返送ください。何卒ご協力のほどよろしくお願いいたします。

#### 【研究内容】

##### 調査期間

調査期間は、2016(平成 28)年 1 月から 2016(平成 28)年 3 月まで実施する予定です。

##### 研究方法

1. 対象者は「介護福祉士」の資格を持っている職員です。
2. 該当者に質問紙（アンケート）に記載されている質問事項について答えていただき、回答済みのアンケートを回答者自身が返信用封筒に入れ、郵送にて返送していただきます。送料はすべて研究者が負担いたします。  
締め切りは 2016 年 3 月 31 日（木） です。この日までにご投函下さい。
3. 収集したデータを、適切な方法で分析いたします。

##### 研究参加の同意について

この研究の参加については、質問紙に回答・送付したことをもって同意といたします。質問紙への回答は任意であり、回答者の意思が尊重されます。研究に参加しないことによって不利益な対応を受けることはありません。

##### 個人情報等の保護について

本研究で得られた個人情報はすべて匿名化し、個人や施設名が特定できないように処理しま

す。また、収集したデータは厳重に管理し、解析が終了したら速やかに破棄します。

#### **研究への参加に伴う危害の可能性について**

本研究では、痛みなどの不快な状態や健康被害などを伴うことはありません。また、調査にかかる費用を皆様にご負担いただくことはありません。

#### **研究のための費用**

本研究は文部科学省科学研究費助成によって行われます。

#### **研究者等の研究に係る利益相反の状況**

本研究に関して、研究者等の研究に係る企業等の関わりや研究結果および参加者の保護に影響を及ぼす経済的利益関係などの利益相反が生じることはありません。

#### **研究成果の取り扱いについて**

本研究の結果は、日本国内および国外の学会で発表するとともに、論文として公表する予定です。ただし、発表に際しては個人や施設が特定される可能性がある項目は、全て除外します。

#### **今回の研究に参加することによる便益**

この研究に参加することによって、参加者に直接の便益は生じませんが、本研究の成果は介護学や社会福祉学、生命倫理学の分野の発展に寄与すると考えられます。

#### **本研究の倫理方針**

本研究は文部科学省・厚生労働省による「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠して実施されます。対象となられた皆様により、いつ、いかなるときでも調査への協力を拒否・中断することができます。また本研究で得られたいかなる個人情報も、本研究以外の目的には用いられません。得られた調査資料等は、情報管理者の責任のもと、研究期間の終了まで管理・保存し、研究期間終了後には細かく裁断の上、廃棄します。

#### **この研究に関する問い合わせ先**

研究代表者：角田ますみ（杏林大学保健学部 准教授）

施設代表 TEL: 042-691-0011 (内線 4113)

E-mail: sumita@ks.kyorin-u.ac.jp

#### **この研究に対しての相談窓口（相談・通報等）**

杏林大学 研究推進センター

施設代表 TEL: 0422-47-5511 (代表)

E-mail: kenkyushien@ks.kyorin-u.ac.jp

(付録3)

## 介護老人保健施設 施設責任者 殿

### 研究「介護職における倫理教育の現状と倫理的問題の認識および対処との関連要因」アンケート調査ご協力のお願い

はじめまして、杏林大学保健学部の角田ますみと申します。

我が国の著しい高齢化に伴い、介護現場が高齢者の生活支援の場として重要となってきました。人生の終盤期をケアする介護職にとって職業倫理は欠かせないものですが、現在、養成過程が多岐にわたる介護福祉士教育では、現場で役に立つ倫理教育が難しい現状にあります。そのため専門職としての倫理教育の確立が喫緊の問題となっています。

本研究では、現場で日々活躍されている介護福祉士の方々に、介護福祉士養成課程のなかで「どのような倫理教育を受けてきたのか」、また職業経験のなかで「どのような場面で利用者の尊厳や権利が護られていないと感じたか」について質問紙によってお答えいただき、介護職に対する倫理教育の現状と現場における倫理的問題をどのように認識し対処しているかを分析することを目的としています。これを明らかにすることは、介護職における倫理教育がよりいっそう充実し、現場で遭遇する倫理的問題への対処方法を検討する一助になることを期待しております。

なお本研究は、文部科学省科学研究費助成（基盤研究C：課題番号24610008、研究代表：角田ますみ）をうけて行われております。本研究は杏林大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号:27-22）を受けて実施しております。

#### 研究期間

研究期間は、2016(平成28)年1月から2016(平成28)年3月まで実施する予定です。

#### 研究方法

1. 対象者は「介護福祉士」の資格を持っている職員です。該当者10名ほどに①研究説明用紙、②質問紙(アンケート)、③返信用封筒をご配布ください。
2. 該当者に質問紙(アンケート)に記載されている質問事項について答えていただき、回答済みのアンケートを回答者自身が返信用封筒に入れ、郵送にて返送していただきます。送料はすべて研究者が負担いたします。  
締め切りは2016年3月31日(木)です。この日までにご投函下さい。
3. 収集したデータを、適切な方法で分析いたします。

#### 研究参加の同意について

この研究の参加については、質問紙に回答・送付したことをもって同意といたします。質問紙への回答は任意であり、回答者の意思が尊重されます。研究に参加しないことによって不利益な対応を受けることはありません。

#### 個人情報等の保護について

本研究で得られた個人情報はすべて匿名化し、個人や施設名が特定できないように処理します。また、収集したデータは厳重に管理し、解析が終了したら速やかに破棄します。

#### 研究への参加に伴う危害の可能性について

本研究では、痛みなどの不快な状態や健康被害などを伴うことはありません。また、調査に

かかる費用を皆様にご負担いただくことはありません。

#### **研究のための費用**

本研究は文部科学省科学研究費助成によって行われます。

#### **研究者等の研究に係る利益相反の状況**

本研究に関して、研究者等の研究に係る企業等の関わりや研究結果および参加者の保護に影響を及ぼす経済的利益関係などの利益相反が生じることはありません。

#### **研究成果の取り扱いについて**

本研究の結果は、日本国内および国外の学会で発表するとともに、論文として公表する予定です。ただし、発表に際しては個人や施設が特定される可能性がある項目は、全て除外します。

#### **今回の研究に参加することによる便益**

この研究に参加することによって、参加者に直接の便益は生じませんが、本研究の成果は介護学や社会福祉学、生命倫理学の分野の発展に寄与すると考えられます。

#### **本研究の倫理方針**

本研究は文部科学省・厚生労働省による「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠して実施されます。対象となられた皆様により、いつ、いかなるときでも調査への協力を拒否・中断することができます。また本研究で得られたいかなる個人情報も、本研究以外の目的には用いません。得られた調査資料等は、情報管理者の責任のもと、研究期間の終了まで管理・保存し、研究期間終了後には細かく裁断の上、廃棄します。

#### **この研究に関する問い合わせ先**

研究代表者：角田ますみ（杏林大学保健学部 准教授）

施設代表 TEL: 042-691-0011 (内線 4113)

E-mail: sumita@ks.kyorin-u.ac.jp

#### **この研究に対しての相談窓口（相談・通報等）**

杏林大学 研究推進センター

施設代表 TEL: 0422-47-5511 (代表)

E-mail: kenkyushien@ks.kyorin-u.ac.jp