



出席者

長谷川和夫 Kazuo Hasegawa

認知症介護研究・研修東京センター名誉センター長
聖マリアンナ医科大学名誉教授

1929年生まれ。東京慈恵会医科大学卒業後、同大学助教授、聖マリアンナ医科大学学長、理事長等を経て現職。74年長谷川式簡易知能評価スケール開発、89年に国際老年精神医学会を主催。著書に「認知症ケアの心 めくもりの絆を創る」(中央法規出版)、「認知症診療の進め方—その基本と実践」(永井書店)等。

秋山正子 Masako Akiyama

訪問看護師、(株)ケアーズ代表取締役
白十字訪問看護ステーション統括所長

1950年生まれ。73年聖路加看護大学卒業後看護教育に携わる。医療法人春峰会白十字訪問看護ステーション勤務を経て、2001年有限会社ケアーズを設立し、現職。東京都新宿区を中心に訪問看護・訪問介護事業を展開、NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長も務める。著書に「在宅ケアの不思議な力」(医学書院)。

talk

座談会

在宅介護・医療と 看取りを考える

後期高齢者の増加そして認知症の人の増加に伴って、

人生の最終ステージである終末期の尊厳とQOLを確保する方途を

明らかにすることがますます重要になっている。

それは、一人一人が満足できる形で長寿を享受するためであると同時に、

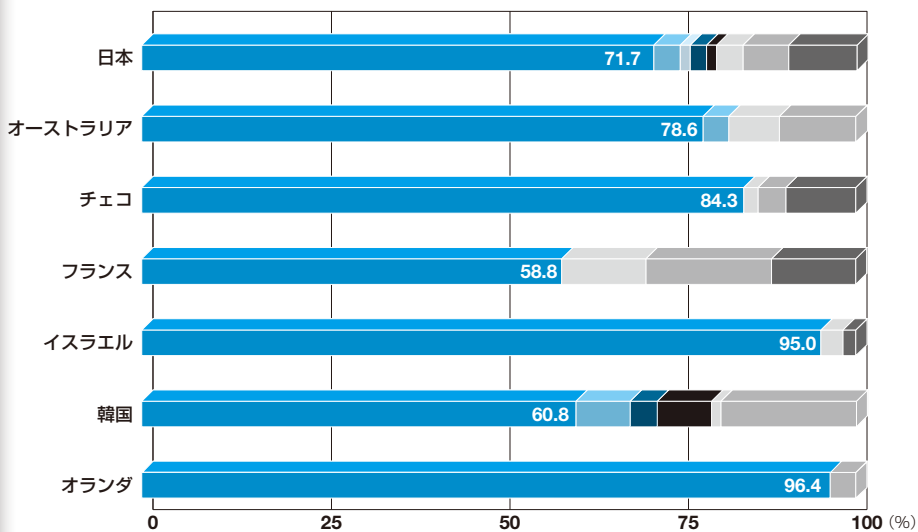
社会がいかに尊厳ある存在として高齢者を処遇していくかという課題でもある。

在宅介護・医療と看取りについて経験豊かな先生方に

看取りにおける現在の課題と今後のあるべき方向について話し合っていた。

● あなたは最期の時間をどこで迎えたいですか

■自宅 ■介護付き住宅 ■グループホーム ■老人ホーム ■療養病床 ■病院・診療所 ■ホスピス(施設) ■その他



出典：国際長寿センター「理想の看取りと死に関する国際比較調査」(2010年)



内出幸美 Yukimi Uchide

社会福祉法人典人会理事・総所長、情報科学博士

1960年生まれ。東北大学大学院修了。医療ソーシャルワーカー、在宅介護支援センター所長などを経て現職。94年、認知症啓発ボランティア劇団「気仙ボケー座」を旗揚げし、岩手県を中心にオーストラリア公演4回を含め、220回の公演を重ねる。著書に「グループホームにおける認知症ケアの価値観-日豪グループホームの実践をとおして」(ワールドプランニング)等。



山崎章郎 Fumio Yamazaki

在宅医、ケアタウン小平クリニック院長

1947年生まれ。千葉大学医学部卒業後、同大学病院勤務。84年からの八日市場市民総合病院(現 匝瑳市民病院)勤務時代に、院内外の人々とターミナルケア研究会を開催。聖ヨハネ会総合病院勤務を経て、2005年ケアタウン小平を開設し、現職。「病院で死ぬということ」(文春文庫)、「新ホスピス宣言」(共著・雲母書房)等著書多数。

尊厳ある

人生の最期とは

長谷川 ● 私は1968年頃から40年ほど認知症医療に関わってきた。1972年から73年にかけては、美濃部東京都知事のもと、在宅の認知症患者の現状について、5,000人調査を実施したこともある。

認知症研究が進む中、2000年には介護保険が施行され、その翌年に、認知症の介護職の人材育成を目的として「認知症介護研究・研修センター」が仙台、大府および東京の3か所に設立された。東京センターに赴任して、「認知症ケアの理念」を模索していたときに、トム・キットウッドの『DEMENTIA RECONSIDERED』という本に出会い、自分の認知症に対する考え方がガラッと変わった。これは、認知症ケアに関する再考とも言える本で、「ケアは我々介護する側ではなく、介護される本人の視点に立ったものでなければならない」「本人が何を望んでいるかを尊重してケアしなければならない」という主張だった。この考えに非常に感銘を受けて、以後患者さんを中心とする、“パーソン・センタード・ケア^{*1}”を理念として人材の育成を進めてきた。

ただ、理想と現実には乖離もある。認知症の6割を占めるアルツハイマー型認知症は経過が長く、患者さんは、10年から15年

かけて少しずつ自分自身の一部を失っていく。長くかかるので、複数の専門職が連携して関わらなくてはいけないし、また、軽症と高度では、まったく違う。

ことにターミナルで高度の状態になったときは、いわゆる植物的存在になり、自分で決定することができなくなるから、周りの人が決断をせざるを得ない。これは、パーソン・センタード・ケアの限界といえるかもしれない。ケアする側としては歯がゆい矛盾に陥ってしまっている。

2006年に政府は、在宅のケアにシフトし始めたので、在宅での看取りは非常に重要な課題になってきた。

私自身は看取りの現場に立ち会ったことはないが、皆さんは今まで様々な看取りの体験をしてこられて、いろいろな課題に直面されていると思う。それぞれのお立場からの体験談やお考えなどを話していただき、忌憚のない意見を述べ合いながら課題を共有したい。

山崎 ● 外科医を16年、ホスピスの医師として14年、その後、在宅での緩和ケアに取り組んで、丸5年が経つ。

ホスピスでは、患者さんの痛みを緩和したり、患者さんに適切な情報提供をしたりして、限られた時間を納得しながら生きることができるようお手伝いしていたが、最後はどうしても衰弱が避けられない。衰弱し

^[*1]パーソン・センタード・ケア

認知症患者を一人の“人”として尊重し、その人の視点や立場に立ったケアを行うおうとするその人中心のケア。イギリスの臨床心理学者トム・キットウッドが提唱。



歯がゆい矛盾もあるが、どのような看取りの状況でも“パーソン・センタード・ケア”の理念は大切だ。

た結果、自力排泄、自力入浴、自力の食事摂取等が困難になるなど、その人たちにとって基本的な日常生活そのものが崩壊していく。

それまでは、苦痛から解放されて自分らしく生きてきたと思っていた患者さんたちも、基本的な日常生活を他者に委ねざるを得ない状態に、生きて行くうえでの尊厳を感じられなくなることが決して少なくない。特に排泄問題は大きく、今まで自分でトイレに行っていたのに、ポータブルトイレになったり、ベッド上排泄になってしまったりすると、もう生きている意味がないという人も多い。

患者さんの尊厳を守ることが非常に重要だという認識はチーム内で共有できていたので、そうした患者さんに対し、まず我々は、苦悩そのものに耳を傾けるようにした。

そして、患者さんの考えを尊重して日常生活を支えていった。例えば、排泄でも入浴でも、自分なりのスタイルがある。そのスタイルをできるだけ叶えるようにした。それが叶えられたときには、患者さんは少なくとも自分の意思が発揮できたという気持ちになれるが、逆にケア側の流れだけで手早く済ませてしまうと、自分はただ扱われているという気持ちになる。

話を聞き、考えを尊重し、それに基づいたケアを提供するというのを続けていくと、患者さんは、ある時点から、「生きる意味がない」、「早く死にたい」などと言わなくなってくる。この状況の中でも自分にきちんと寄り添ってくれる人がいるという実感を得られることによって、生きて行く意味を再び見出してくれるのだと思う。

ホスピスでは、苦痛の緩和や適切な情報提供は当たり前で、その後に直面する問題に焦点を当てなければ、尊厳を持った人生を送ってもらうことは難しいと強く感じた。

そうした経験を経て、我々に見えてきたケアの本質をさらに多くの人に提供しようと、2005年に病院を離れた。我々がチームとし

て各家々を回ることで、ホスピスケアをガンの方にも非ガンの方にも提供できるということが、在宅に移行した大きな理由だった。今は、老衰の方や神経難病の方、脳卒中で寝たきりの方たちもお手伝いしている。

ホスピスで学んだのは、人間の尊厳は、すごく身近な排泄問題などの失敗によって、いとも簡単に崩壊もするし、しかしながら崩壊したその尊厳を、誠実で丁寧なケアを提供していくことによって回復することもできるんだということ。それは在宅という場でも十分可能だと実感している。

秋山●私は、在宅の訪問看護をしている。私自身、1990年に当時41歳だった自分の姉を、末期ガンで看取るという体験をした。当時は、在宅ケアはほとんどなかったが、先駆的にやっている在宅ケアのグループに出会って、家でチームを組んで見ていくことができた。その結果、これからは在宅で暮らす人たちを支える看護が必要なのではないかと感じ、1991年に在宅ケアの研修を受け、1992年からずっと東京で訪問看護を続けている。

ガン末期の人の在宅ケアには、当初から積極的に取り組んでいたが、今では、老衰の方、認知症の方、難病の方、時にはお子さんもおうちで亡くなる場所をお手伝いするという経験を、たくさん積んできた。

よく在宅介護は、完全な密室で、とても大変で、家族が疲れ果ててというようなイメージで捉えられる。もちろん大変ではないとは言わないが、看取りのプロセスの中で得られる得難い体験がたくさんある。満足な看取りができると、その後のご遺族の立ち直りも早いし、そういう意味で決して大変なだけのものではないと考えている。

亡くなるまでの過程で、患者さんと子どもや孫がじっくり関わることで、それはいろいろな愉快なことが起こる。

認知症の方は要介護度でいうと3ぐらいのところが一番大変だ。でも、それまで長い間苦勞したご家族が、最終的な場面で自宅でケアをして、心おきなく看取るという

局面にたくさん出会っていると、最後の最後で「介護度4や5ではとても家では無理だろう」と施設や病院に入れてしまうその現実が、とてももったいないと思う。

デイサービスやショートステイをうまく組み合わせ、地域の中でケアをし、ラストパートでしっかりした在宅医療チームが付いていけば、在宅で看取することは十分可能だ。

内出 ●私は大学卒業後、人工透析と腎移植医療専門の施設に就職し、医療ソーシャルワーカーの職についた。当時、医療ソーシャルワーカーは、種々の社会保障制度の手続きをするのが主な仕事だったのだが、施設の方針で、毎日午前中は患者さんの話をベッドサイドでただひたすら聴いていた。午後は、栄養士と患者さんのお宅に行き、やはりご家族の話を聴くということをして8年間続けた。そのときの経験が今に生きており、お年寄りや家族の話を毎日のように聴くことによる人間理解の大切さは、認知症ケアにも通じると思っている。

その後、介護老人保健施設をつくるお手伝いもしたが、結局、老健では認知症の人たちのケアを追求しきれないと思い、施設にかけあって介護福祉施設の設立を提言し、1993年、認知症高齢者の理想郷創りをめざして社会福祉法人の創設に携わり、認知症デイサービスやグループホームの運営にかかわった。

介護福祉施設では、生活に根ざしたことをしても物足りなかったり、スウェーデンのグループホームを参考にしようとしてスウェーデンを視察したが、あまりにもシステマティックになりすぎていてお手本にならなかったりと、試行錯誤を重ね、最終的には、岩手の三陸海岸なりの生活を、お年寄りと一緒に過ごすことに価値を見出した。これが非常に面白く、みなさん自身が認知症だということをおぼえてしまうほどだった。掃除や料理をお年寄りたちが手ほどきしてくれ、目からうろこが落ちるようなことを山ほど教わることで、共に暮らすすばらしさを学びあった。

ただ、そういう生活は長くは続かない。

当然重度化の波が押し寄せてくる。例えばちょっとしたサポートで車に乗り降りできていたのが、2人がかりでサポートしないと乗れなくなる。そうなるとうつ病だった人が、だんだん内向きになってくる。そんなときのお年寄りの気持ちを知りたいと思い、仕事をしながら大学院に入り直して、重度の人やターミナル期のお年寄りの感情研究を行った。その研究では、お年寄りの内面世界はスタッフや家族との関係性の中から形成されるものであるということだった。だからこそ、周囲の人間の健全性や心の持ちよう、心構えがとても大切だということに遅まきながら気づいた。

End of life careのスタートは、私たちは経験上、その方との出会いから始まるというふう結論付けている。出会ったときから、生活の延長線上にいつかは終焉が訪れることを念頭に置きながらケアすることが、とても大切だと感じる。

また、何人かの看取りを経験して思うのは、人間の存在感であり、死をもって私たちの関係性が途絶えるのではないということである。死後もその人の面影を私たちが感じている間は、まだ関わりが続いている。しかし、生前から深く関わっていないと、そ



看取りのプロセスで得られるものはたくさんある。看取りの文化を取り戻さなければならない。

の人の面影が維持できるということはない。だからこそ日頃の関わりがいかに大切かと思ひ知らされた。

私たち介護の現場では、医療とは違って、生活を一緒に送っているだけだ。だからこそ日々の関わりが大事だということを肝に銘じなければいけないと思っている。

看取りを病院にまかすのはもったいない

秋山 ●ガンの方の在宅ホスピスケアに取り組んだ初期の頃は、早い段階からご家族に亡くなっていくプロセスをオリエンテーションして、心の準備をしてもらうということを一



介護の現場は医療と異なり一緒に生活しているだけだからこそ、日々の関わりが大事だ。

生懸命行っていた。

ところが、逆に準備が整いすぎて、ただ死を待っているばかりだと言われ、とても悩んだ時期があった。そこを乗り越えられたのは、「今を生きている」という実感だ。今日嬉しいことがたった一つあるだけでもそのことをみんなで喜べる、その積み重ねだ。排泄の話は本当に大事で、例えばお腹が張って、便が出にくいのだが、今日無事に出たとなると、それがもう非常に嬉しい。その喜びを積み重ねていった結果、命の終わりがそこにあって、そこに、私たちが豊かに関わっていくことで、悔いのない看取りができる。それに気づいたときにどんな状態の人も見ていける自信がついた。

看取りを喪失体験とは思わない。命をリレーしていく、その人の人生を語り継ぐ。関わっている者として、そういう使命を担っているのかなと思う。看取りのプロセスで得られることはたくさんある。

山崎 ● 人を見送るというのは、我々人間にとってとても大事なイベントなのだから、それを病院に任せてしまうなんて、確かにもったいない。

在宅介護は、生活が基盤になっていくので、生活がしっかりしていて、24時間対応している医療と看護があればできることだ。特別養護老人ホーム等には、生活はあるわけだから、そこに医療が参加すれば、病院に入院する必要はないのではないかといい気はしている。逆に言えば、そうした外付けの医療や看護がしっかり入れるような仕組みがあれば、土壇場になって病院に行くような、もったいないことをしなくていいのではないかと。

内出 ● 確かに病院に入れてしまうのはもったいない。その人の生活が奪われてしまう。

ただ、介護の現場でも今後問題になりそうなことがある。今までは、グループホーム

でも、長い間認知症のお年寄りと一緒に暮らしているうちに、その人の本質的な部分は理解できた。だから、スタッフも、グループホームのお年寄りたちや家族も、一緒に最期を迎えたいという家族愛的な気持ちを共有できたし、そうした積極的な看取りだとお互いに達成感がある。

しかし最近では、特養でも介護度4、5の人を70パーセント以上受け入れるという方針が変わってきたため、今後ターミナル間近の方が、家族のギブアップで施設に入るというパターンが多くなっていくと思われる。そうすると私たちも、その方を理解する前に看取らなければいけなくなり、それが続くと、看取りが義務化して、病院化しないかという、施設側の危惧がある。

山崎 ● 今、緩和ケア病棟でも同様の事態が起こっている。私たちがホスピスにいた頃は、在宅ケアの基盤もあまりなかったため、一度入院すると、2か月近くは入院して亡くなっていくのが普通だった。ところが最近では入院期間が短い。ある緩和ケア病棟など、数週間で患者さんが入れ替わっていくから、その方との人間的な関わりはほとんどないまま、どんどん事が進んでいってしまう。ケアの成果も実感できないから、看護師も定着しない。

だから、秋山さんも言われたように、まさに、要介護4、5から施設に入れるのではなく、それでも、家に居られるようにしていく介護の仕組みをつくっていくことが大事だと思う。

秋山 ● 要介護度が上がったから施設に入れるという考え方ではなく、施設は在宅のバックアップをするという役割でとらえればいいと思う。小田原や新潟の長岡では、ベッドシェアといって、ずっと施設に入っているのではなく、自宅と施設と行ったり来たりできるシステムがある。

一方で、24時間巡回型のケアモデルも、施設とのシェアをしていくことで、家族もくたびれず、地域の社会資源ももっと活用され

て、お年寄りを最期まで看られるという議論もなされているので、施設をうまく活用していくことで解決できるのではないか。

死生観と 文化の継承

山崎 ● 看取りは亡くなって終わりというわけではない。亡くなるまでは丁寧ケアしていくとしても、では亡くなった後どうなるかという問題を見据えなければ、理想の看取りも見えてこない。

例えばお盆にしても、あの世の人が迷わないように迎え火を焚いたり、ちゃんと送り迎えのウマとウシを用意してあげたりしていくということを、日本人はずっとやってきた。必要な儀式だったからだ。そう考えられれば、死は単なる喪失体験ではなくなる。お盆になれば亡くなった人が帰ってきて、共にお酒を飲んだり楽しんだりして、じゃまた来年と帰っていく。そのような死の捉え方もある。

秋山 ● 私は、16歳のときに、71歳の父が自宅で最期を迎えたのを目の当たりにして看護師になったのだが、田舎だったこともあって、49日まで、7日ごとにみんなが集まって、御詠歌を歌い、ご飯を食べ、遺族を慰めてという忌日法要を省略せずに執り行っていた。今思えば、家族を慰め、みんなが寄り集まって故人を偲ぶという、立派なグリーフケアだったと思う。今はそうした儀式が、非常に簡略化されてしまっていて残念だ。昔は、地域が、故人に対する尊敬の念と、そこを見送った家族に対するケアをきちんと行っていた。それをすぐには取り戻せないだろうが、形は変わっても、亡くなった人を大事に見送り、見送った人もまた大事にすると心持ちが必要だ。

内出 ● グループホームに長年いた方というのは、亡くなって記憶にも残るし、思いも残る。生きていたときの関わりだけではない。スピリチュアルなものを大切にすると

めにも、家族との交流、お墓参りなどは大切にしていこうものだと思っている。

山崎 ● カトリックのお葬式では、神父さんは白い礼服を着ているが、それは天国に入るという意味で祝祭だからだ。亡くなったということは、また新しい世界に行って、もはや困難や不安のない命として再生するということを信じている人もたくさんいる。そういう考え方は、ある意味、とても大切なことだ。

死んだらどうなるのか。それに対しての共通の基盤がないと、文化や伝統をつないでいくことはできない。

秋山 ● 看取りの文化も取り戻さなければならぬと強く感じている。1975年頃に、病院死と在宅死が逆転して、そこからたった30年の間に看取りの文化は失われてしまった。

看取りの場に関わることで、看取ることの意義や、人生が終わることの大切さ等、特に小さい子どもも含めて目の当たりにすることで、得られる文化の継承がなされなければならぬと思う。

家族の思いと 患者さんの思い

長谷川 ● みなさんのお話を伺っていて、やはりどんな看取りの状況になってもパーソン・センタード・ケアの理念は大切だという思いを強くした。

在宅の看取りはすばらしいということがわかったのだが、家族の意見というのが問題になることはないか。

例えば、延命の考え一つとっても、もうそろそろ逝かせてやってくださいという考えもあれば、胃ろうをつくって延命させてもらいたいという意見もあるだろう。胃ろうの是非は専門家の間でも意見が分かれるところだが、そうした要望に対し現場はどのように対応しているのだろうか。



死んだらどうなるのか。それに対しての共通の基盤がないと、文化や伝統をつないでいくことはできない。

山崎 ● 長谷川先生の課題にお答えする前に確認しておきたいのだが、我々の取り組みも秋山さんの取り組みも、それは、きちんとしたチームがあるからこそ可能だということだ。日本のほとんどの地域ではそのチームがないので在宅の看取りは難しく、今は点のような形で行われているのが現状だ。実際在宅介護は、今の医療と介護の保険制度では、かなり困難だということは事実である。

その事実をふまえた上で、今の長谷川先生のお話を受け止めれば、それは携わる医師や看護師たちが、どういうチームを組むかに尽きると思う。在宅というのは、ある意味密室なので、医者と家族との関係性の中だけで生死が決められる危険性がいくらかでもあるからだ。看護と医療がオープンな関係のチームを持たなければいけない。

密室の中で、万が一にも医者と家族の関係性だけで生死を決めるようなことが起こってしまったら、医療に対する信頼はなくなる。しっかりと医者を見張る役割の看護師とチームを組んでやっていければ、その密室の問題性は、解決できる。

ただ、もう一方で、先行きが見えてきている患者さんに対して、どこまで医療を提供するかという問題がある。誤嚥性肺炎を繰り返す人に対して、食事の摂取を制限すれば、当然死は迫ってくるが、それを胃ろうや経管栄養で防ぐ手だてもある。ご家族に対してそういう手段があると伝えると

「お願いします」と言われることが多いが、果たして患者さんが望んでいたことなのかどうか。

胃ろうに関してはかなり切ない問題が多く、一時の解決にはなるけれども、胃ろうをした人たちがその後どのような人生を送っているのかを、多くの人に知っていただくべきだろうと思う。10人近い多床室で寝たきりの人々が時間がくると、いっせいに胃ろうから栄養を注入される病院もあるという。人

間的とは思えない、異様な光景だ。そういう現実を知って欲しいということだ。

秋山 ● 今現実的には、病院に入ったら短期間で急性期を脱しないといけないので、高齢者の場合、胃ろうはルーティンのように勧められている。私は胃ろうに絶対反対ではなく、あるときは栄養補給として、有効な手段だと思っている。ただ、山崎先生も言われたが、胃ろうになって、まったく嚥下の訓練をしない状態で、ズバリとベッドに患者さんが並べられた光景も何度も見ているので、それには疑問を感じる。胃ろうを施して、少し栄養が上がってきたら、可能性のある人には並行して嚥下の訓練をしていくべきだと思う。着けたら着けっぱなしの状態というのは、非常によくない。

最後の最後まで食事の工夫をして、最期まで人間らしく、尊厳ある暮らしを貫き通している特養もある。そういうところから自然なケアを学んだ上で、どうあるべきかがきちんと提案されないといけないと思っている。

山崎 ● ガン患者と異なり、高齢者の場合は点滴で急激に回復したりすることもある。ただ、とりあえずの医療をしてみてそれ以上回復はし得ないのであれば、それはまさに老化のプロセスの最終段階に入ってきたということだ。その事実をしっかりと家族と共有していければ、あえて胃ろうという選択にならなくてもいいのかなど私は思う。本人が飲み込めないということは、人間の生物としての機能が、最終段階に入ったということだ。

内出 ● 胃ろうや「食」に対する考え方は、介護現場でも少しずつ変わりつつある。今までは、飲み込みが悪くなると、すぐろみアップ、刻み、ミキサー食だった。それらを食べさせられるお年寄りにとっては苦痛であり、屈辱的である。しかし、最近では本人のなじんだ料理や大好きな食べ物を中心に考えるようにしている。好きな物だった

ら唾液分泌が促され、固まりとなって食べられることがあるので、食材の工夫をするなどしている。また、日本古来の調理法として、煮ごごりにしたり、片栗粉を使うなどすれば嚥下しやすくなる。胃ろうの前に、まだまだ生活に根ざしたアイデアや工夫はあると思う。

山崎 ●胃ろうも経管栄養も、その場面を打開するために医療側から提供されるわけだが、しかしその時点だけではなくそれらを受けた人々がその後どうなるかもきちんと説明し、理解されたのちに行うべきだ。また、その後にきちんとしたケアが行われるかどうかということも重要な問題だ。

もちろん、胃ろうをしても、家族の人たちが本当に丁寧に介護している場合だってある。

普段からの絆づくりが 理想の看取りにつながる

山崎 ●今、我々は、在宅で看取られたご遺族が集まる遺族会づくりに取り組んでいる。先輩のご遺族の方たちが、新しく遺族になられる人たちに声を掛けて、在宅で亡くなった患者さんのご遺族同士が共通体験を語り合う場という位置づけだ。遺族として今どのように生きているのか、あるいは患者さんが存命中にどんな大変なことがあったのかなど、そうした思いを共有できるようになってきた。こうした活動が次につながっていくことになると考えている。

秋山 ●私は看取りのできる地域をつくりたいと、市民公開講座を、ここ3年ぐらいかけて開いている。「健やかに暮らし、安らかに逝くために」というテーマで続けてきていて、看取ったご家族にも同じ舞台上、お話しいただいている。様々な迷いの中で看取ったことを、多くのご家族の方に生の声で語っていただくことで、大きな共感を呼ぶ。強い当事者意識を共有できるので、非常に有効だと思っている。

看取りの文化を取り戻そうといっても、理想を掲げるだけでは前に進まないの、まずは現実に起こったことを多くの人に知ってもらいたい。

長谷川 ●そうした町づくりは、非常に有意義だと思う。

美智子皇后様の講演を収録した『橋をかける』*2という本の中に、人間は生まれた時から、自分と周囲との間で橋をかけていくとある。皇后様は絆という言葉を使ってはいないが、絆と言い換えてもいいと思う。

上手く橋をかけることができればいいのだが、様々な事情で橋をかけるのが上手くいかないと、非常に貧しい関係性しか持てない。

そうすると、やがてその人間は、自分と自分自身との間に橋をかけることを始めて、「何のために自分は生きているのか」などと自問自答する。自分と自分自身との間に橋をかけることというのは、実はアイデンティティを確立する上で非常に重要であると思う。

私自身、認知症のケアで大切なのは、新しい絆をつくることだと考えている。認知症の人は、認知機能の障害のために、関係性を失っていき、自分自身の内的体験と、現実にはできないこととの間にズレができて、問題行動と言われる周辺症状がおきてくる。ケアではそれを察して、ズレをなくすよう工夫するのだが、新しい関係性をその人との間につくる絆づくりがケアの本質になってくると思う。

今の世の中には、そうした絆が少ないのではないか。メールでの交流だけではなく、face to face で周りの人と高齢者との間で絆をつくっていくことが、高齢社会が進行して、認知症が増えていく現代には必要ではないかと思う。

だから、ただ単に看取りの問題だけではなく、普段からの絆づくりを町単位で行っていくことは非常に有意義だと思う。

山崎 ●人生の最期は、どうしても自分の尊厳を守れない状況になりがちだからこそ、

【*2】『橋をかける—子ども時代の読書の思い出』すえもりブックス発行。1998年にインドのニューデリーで開催された国際児童図書評議会第26回世界大会で、ビデオテープにより上映された皇后様の講演を収録したもの。英語での講演を日本語に翻訳。

周りの人たちの関係性が大事になってくる。尊厳は、自分だけで守れるのではなく、周りとの関係性がある初めて守れるものだからだ。

例えば、まったく身動きできなくなった人でも、丁寧に意を汲んだケアをしていけば、当人はそれも感じられるだろうと思う。しかし、絆というのであれば、そこから1歩進めて、そういう人たちを見たときに、異質な人と感じないような社会をつくらなくてはいけない。私たちケアタウンの取り組みでも、地域社会の中にいる子どもたちが集まりやすい場所をつくるようにしているし、デイサービスの場面に子どもたちが参加できるようにしている。

施設に閉じこめて滅多に会わないから、たまに会ったら異様に感じてしまうということになる。だから地域の中にその人たちが普通にいられるような仕組みづくりをしていけば、長谷川先生がおっしゃった絆が見えてくるのではないか。

悪くなったら施設、悪くなったら病院といった発想をしている限りは、絆が見えてこないと思う。

秋山 ● たくさんの看取りを経験してきて、みなさんユニークな人生を歩んできていて、尊敬できるというのが実感なので、どんな状態であっても、亡くなった方が歩んできた人生は、やはりすごいという、素直な尊敬が、みんなを抱けるような社会が理想だ。そうなれば、そこから新たな絆が生まれていく。そこに尊厳ある死、尊厳ある人生の終わりというのが、またできてくるかなと思っている。

内出 ● いろんな死がある中で、誰に看取られることもなく孤独に最期を迎える孤独死の問題が、ひそかではあるがとても大きな問題だと思っている。それは独り暮らしの死ということではなく、施設にいても、家族と一緒に住んでいても孤独で亡くなっている方が案外多いことだ。

孤独死というのは、尊厳と正反対の現象

だ。孤独死する方をなくすには、一人にしないということはもちろん、お年寄りにきちんと向き合う心構えが必要だと思う。

その人のアイデンティティは、その人中にあるものではなく、介護する家族や地域との関係性の中から生まれるものだというのが私の信条だ。その人らしさというのは、いろんな関係性の中でつくられていくからこそ面白いものだと思っている。だからこそ私たちは、つながりや関係性を真摯に考えながら関わっていかなければいけない。

長谷川 ● みなさんそれぞれのお立場からの実情、課題、展望がお聞きできて大変参考になった。在宅での看取りにはまだまだ様々な課題が残されているが、看取りの理想の一つの形であることははっきりした。

これからも最前線におられるみなさんのお力により、尊厳ある看取りが実現されるよう期待している。

〈2010.10.14〉