

for smile , カイゴの「チカラ」

介護専門職情報誌

介護福祉

2019
秋季号
NO.115

特集

人生の最終段階における ケア(終末期ケア)

介護福祉

令和元年秋季号 (No.115)

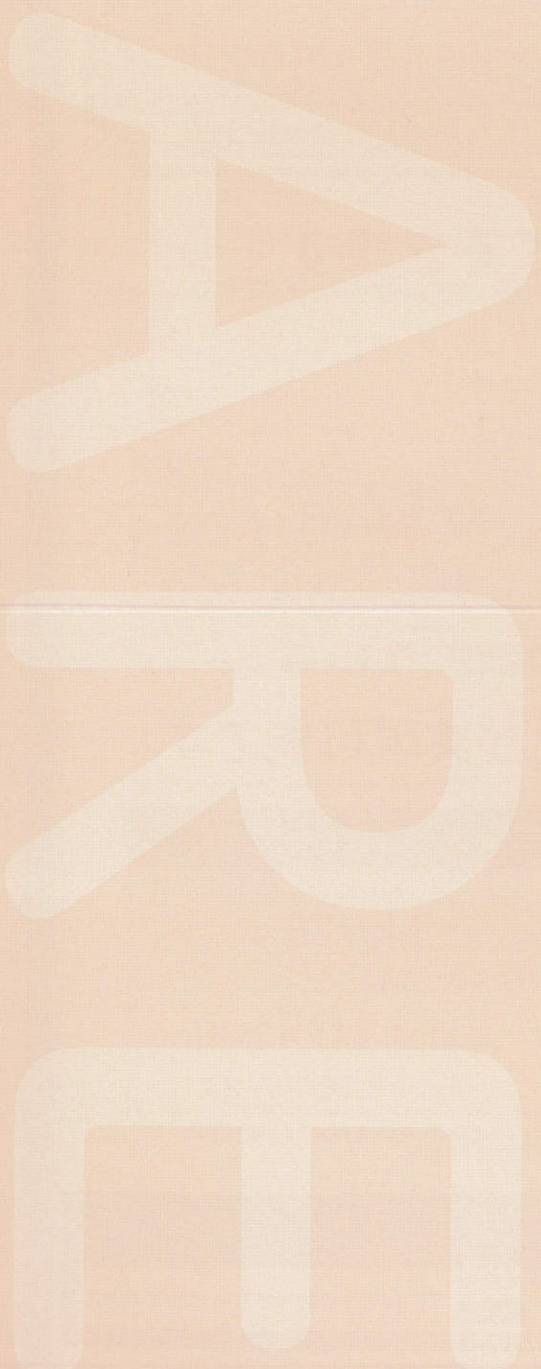
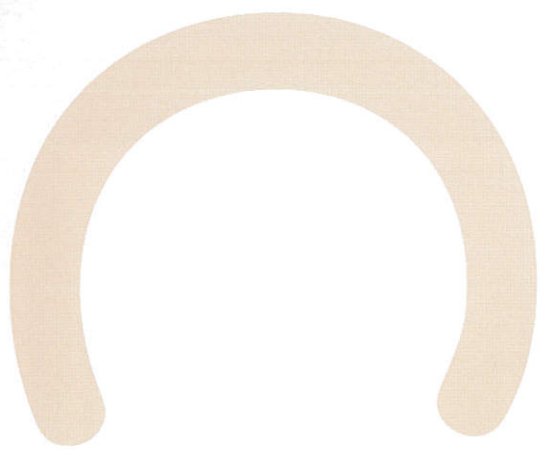
特集

人生の最終段階におけるケア(終末期ケア)

令和元年 秋季号

NO.115

●令和元年9月25日発行
●毎年3月・6月・9月・12月の25日発行
●発行所/公益財団法人社会福祉振興・試験センター 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-5-6 TEL03(3)486(7)511
●定価八六〇円(うち本体価格七九七円 送料含) ●年間購読料三四四〇円



その一方、人生の最終段階に必要なケアは必ずそこに限ったものではないことも多い。必要なことはその人が人生をどう考えているのか？そのことを常に考え思いを馳せることが必要ではないだろうか。

参考文献

- ・ナラティブホームの物語 医学書院 佐藤伸彦著
- ・在宅医療多職種連携ハンドブック 法研 佐々木淳著
- ・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 厚生労働省
- ・今から最期までの意思決定支援 2018年11月10日岩手保健医療大学公開講座



介護現場で 看取るということ



特定非営利活動法人

里・つむぎ八幡平

理事長 **高橋** 和人

プロフィール

- 1961年 生まれ。
- 1982年 大学中退後、国内外各地を旅し、その後自営業を営む。
- 2005年 自営業を畳んだ後、社会福祉法人立ち上げと特別養護老人ホーム開設に関わり、そのまま入職。
- 2011年 実母の認知症発症等を契機に NPO 法人里・つむぎ八幡平を設立し、独立。
「まるごとケアの家と半農半介護」を運営の核に据え、今に至る。

はじめに

私が、福祉あるいは介護業界とご縁をいただいたのは、平成16年のことである。それまで福祉関係者とのご縁はほとんど無く、この業界に関わるなどとは夢にも思っていなかった。人生半ばを過ぎ、奇縁ともいふべき形で、準備段階から特別養護老人ホームの開設に関わりそのまま事務長として奉職する機

会をいただいたわけである。

その特別養護老人ホームは総定員 60名、1 ユニット10名単位の小さなユニット型ケアの施設であった。その当時の私は福祉や介護の知識はほぼ皆無で、特別養護老人ホームと介護老人保健施設の区別さえつかない有様だった。認知症の方と触れ合ったこともなく、口には出さないが、入居者を受け入れるまでは、その方々とのように接すればよいのか人知れず不安に駆られていたことを覚えている。

当時、福祉施設の職員は求人を出せば応募があり、特に新設の場合は集まりやすかったと思う。経験者は主任クラスが中心で、未経験者も多かったが特に気にもせず、さほどの苦労もなく開設にこぎつけることができた。

開設した特養は良くも悪くも素人集団で、毎日がストレスの連続であった。看護職と介護職との意見の対立に始まり、常に小競り合いが絶えなかった。職員の側からいえば、福祉経験も知識もない事務長のもとで働くことは大変だったに違いない。

現在の特別養護老人ホームは、余程の理由がない限り要介護度3以上の方の入所が義務付けられているが、開設当時（平成17年）の状況もほぼ変わりはない。入居者のほとんどの方が重度であり、要介護度平均は4前後であったと記憶している。オムツはもちろん車椅子利用の方や胃ろう造設者、痰吸引や在宅酸素の利用者の方も多かった。当然急変も多く、またケアの稚拙さもあって頻繁に救急車と入院に頼っていた。開所当時は看取りを行う余裕がなく、ほぼ病院死であった。私自身最低週に1度は宿直を行っていたため、夜間急変時の救急車対応で病院に同行することもあった。

その状況に変化が見え始めたのは、なんとと言っても平成20年（2008年）に日本映画初のアカデミー賞外国語映画賞を受賞した映画「おくりびと」の影響が大きいと思われる。日本人の日常生活の上で忌み

嫌われていた死が、突如脚光を浴びたのだ。失業をきっかけとして納棺師の仕事をはじめた主人公が、葛藤のあった父の死を納棺師として送り出す経緯は、「おくりびと」という仕事を、言葉よりも映像と音楽という膨らみを持った形で表現することにより、私たちの死に対する恐怖を薄め、向き合うきっかけを与えてくれたと思う。また、介護士・看護師など看取りに取り組む者達と納棺師の仕事は表面ではまったく違うが、心の底に通底するものは同質のものであるとも感じたのである。

それは、ちょうど特養開設2年を過ぎた辺りで、ようやく施設全体が落ち着きを見せ始め、協力病院の医師の理解と支援のもと、少しずつ看取りに取り組む空気が醸成しつつあった頃だった。「おくりびと」の映画はタイムリーに看取りと向き合うことを促してくれたように思う。

1 プロローグ：グループホームでの看取り

目覚し時計の針は、深夜1時を回っていた。携帯電話の着信音に眠りを覚まされ、画面を見るとグループホームからだった。（Yさんだな…）と思った。Yさんは数週間前から看取り介護状態となっており、ここ数日水分以外は何も口にしていなかった。案の定Yさんの呼吸が弱まっているとの電話だった。取るものとりあえず急いで着替えるとホームへ向かった。とは言っても、自宅は運営する数力所のホームに囲まれているため、移動時間はわずかに十数秒である。

「先ほどから呼吸が弱まり、血圧を測っても測定できない状況です」

このホームでは開所以来看取り介護を行っており、

今日の夜勤職員も何度か経験していたため、特に慌てることもない落ち着いた報告だった。

Yさんはベッドに静かに横たわっていた。血圧は測れないかもしれないが、脈はかすかに取れる状態だった。白い薄皮をまとったしわくちゃのYさんの手をさすりながら、私はポツリポツリ、彼女に語りかけた。

深夜のグループホームは静かだ。夜は夜勤職員一人で9名の利用者を見守っている。最近は、昼夜逆転で眠れずに歩き回る人もなく、穏やかな時間が流れていた。

Yさんの息が少し荒くなってきた。しかし苦しいというほどではない。私の語り掛けに反応があるわけではないが、冗談を言うと、かすかに笑みを浮かべているようにも見える。

手のひらから伝わる温もりを通し、私は彼女とつながっていると感じた。

病院では計器の信号音やデジタル画面に神経が注がれ、からだは管や紐でつながれる。少しでも命を永らえるために医療行為の名の下に、心を持った患者は置き去りにされるのだ。

施設にはそのようなものが何もない。医療行為ができないからこそ、必然、身体を清潔に保ち、利用者が心穏やかに安らげる環境を整えることが主眼となる。

私は、Yさんに特別な感情があった。職員によると、Yさんは私が来ると表情がほころぶと言うのだ。Yさんは認知症を患っていたが、決して声を荒げることのない穏やかな性格で、ひとり泰然とした空気をまとっている方だった。反面、表情に乏しく、寂しげな表情をまとっていると感じることが多かった。

そんなYさんに、私は積極的に話しかけるようにしていた。好かれているのかなと思うと悪い気はしなかった。この方の心をほぐし、笑顔を引き出すにはどうすれば良いのだろう？と、顔をあわせるたび

にそのことばかり考えるようになっていた。

Yさんは、数年前同居する息子さんを不慮の事故で亡くされ、それ以来認知症が進行した。デイサービスの利用から始め、やがて在宅での介護が困難となり、グループホームへ入所となった。認知症とはいえ、短期記憶ができない程度で意思疎通に問題はなかった。在宅介護が困難になったのは、認知症よりも長年の農作業により膝や股関節痛が悪化し、車椅子生活となったことが原因だった。

入所後、Yさんは帰宅願望を訴えることもなく施設での生活を淡々と受け入れているように見受けられた。食は細く自ら話されることは稀だったが、職員や私が話しかけることには何ら抵抗なく応えられ、周囲との関係性も良好だった。

そのYさんが数ヶ月に一度塞ぎ込むことがあった。息子さんの死を思い出してしまうのだ。忘れようとしても思い出す。いつ亡くなったか、どうして亡くなったかさえ本人は覚えていないが、息子さんの死という事実は彼女をさいなんだ。

「長生きしても、特にいいごとは何もねえ。苦しいだけだ…。」

遠くを見つめたかと思うと、再び目をつむる。そんな時のYさんにはかける言葉がなく、私も職員も、手を握り、肩を撫でさする程度のことしかできなかった。

（Yさん、90年以上生きるなんてすごいことだよ。青春時代は戦争真只中でどんな生活だったのかな…、俺たちには想像もつかないよ。）

私は、独り言のようにYさんに語り続けた。

医学的にどうかは分からないが、最期の瞬間まで聴覚は残るといふ。私はYさんとのこの穏やかな時間を無駄にはしたくなかった。

ほんのかすかな呼吸音と胸の上下動、そして手の温もりが、Yさんの命の証だった。

2 介護保険制度設立の経緯を考える

介護という仕事は、急速に進んだ日本の超高齢化社会の時代の要請である。そのような意味ではもちろん必然であろうが、ふと立ち止まって考えると非常に特殊な仕事であることに気づく。

人の人生の最晩年を、本来その方とは何ら縁もゆかりもない人間が支えつつ、時には看取りまでするのだ。時代が生み出した産物であり、これまでの日本の歴史にはない職業である。特に看取りまで関わるということは、出会いから命の灯火が消える最後の瞬間まで、昼夜を問わず、点ではなく線でご本人を支え続けることになる。一般的な仕事の中で、一個人の日常生活全般と、こころの隅々にまで多岐にわたって関わり、命の終焉まで伴走し続ける仕事他にあらうだろうか。医療とはまた違う関わりが生じるのは当然である。

ずいぶん以前から、介護は3K（きたない、きつい、きけん）などとマスコミに揶揄され、おまけに給料が安い、将来性がないなどと、いかにも底辺の仕事のように喧伝されてきた。

おそらく仕事の本質を理解できない、いや理解しようしない方々が、表面のみをなぞり記事にした内容によって、イメージだけが先行した結果ではないかと思う。

果たしてそうであろうか？

確かに従来の介護のイメージを振り返ると、家族介護に依存した身の回りの世話、特に排泄や下の世話を中心とした身体介護の辛さ、「恍惚の人」に代表される重度の認知症の方の徘徊や理解しがたい行動に対する困難ばかりがクローズアップされた、暗いイメージがつきまとう。地方の地縁血縁の色濃い社会では、要介護家族の存在をないものとする風潮も依然残り、介護は家族がするものとして特に同居

する息子の嫁が担うケースが多く、介護自体にお金をかけるなどという意識さえなかったかもしれない。

国民皆保険制度と医学の進歩に伴い、日本人の平均寿命は飛躍的に伸びたが、それに比例する形で介護の必要な期間も長くなった。

しかしながら、時代の変化により核家族化が進み、多世代同居の家族形態が崩れた現代においては、老夫婦世帯、母と息子等の片親世帯、独居老人世帯等が飛躍的に増加した。このため、要介護の高齢者を家族だけでお世話することが困難となり、国全体で支えようと始まったのが介護保険の趣旨である。介護を必要とする状況も千差万別となり、国策として法的に整備し、制度的な職業・資格として生み出されたのが介護職員であり介護福祉士である。

当初国の予想では、介護の必要な方々の増加はもっと緩やかに進むものと思われていたようだが、実際はその予想をはるかに超え、介護給付の出費額は、すでに介護保険発足時の3倍程度にまで膨らんでいる。

3 事例：特別養護老人ホームでの看取り

「おくりびと」の映画が日本中を席巻している頃、その後の私の仕事の方向性を決定づける看取りに出会うこととなった。

ある男性利用者Tさんの状態が目に見えて落ちてきていた。80代後半で特に目立った病気があるわけではなく、おそらく老衰に近い状態であったと思う。少しずつ食欲が落ち始め、やがて水分を摂ることもさえまもなくなくなっていた。

キーパーソンである長男は、幼少の頃から厳しく育てられ、時には殴られることもあり、長年そのことに対する憤りを抱えていた。久しく疎遠状態にあったが、母を亡くした父が一人暮らしになった時、長

男は妻の理解を得て、父と同居することを決心した。そこには愛憎半ばする長男の複雑な心境を垣間見ることができる。

看取りが近付いた頃、協力医を含め長男およびご家族と話し合いを持った。長男からは、医療的な処置の効果が見出せず、本人が穏やかに死を迎えることができるのであれば、ここで看取りを行って欲しいと頼まれた。私もできるだけ、顔を出すようにしますとも言ってくれた。

そこから約2～3週間、長男は仕事の合間をぬって頻りに面会に訪れた。時間を惜しむように、率先してTさんの身の回りの世話をしていた。ベッドをギャッジアップし誤嚥を起こさないように水分を口に含ませてあげたり、目やにが出てすぐ固まりやすいため、温かい濡れタオルで拭いてあげるなど、男性としては驚くほど丁寧なお世話だった。

やがて、別れの時は静かに訪れた。偶然面会に来ていた長男家族に見守られながら、その時を待っていたかのようにTさんは静かに息を引き取ったのである。大往生であった。

葬儀の翌日、荷物を引き取りに来た長男から、別れ際に言われたことが今でも強く印象に残っている。

「亡くなる数日前、首の下にそっと手を入れ、口に水を含ませている時に、親父から言われたんですよ。声にもならない声で口だけ動かして、（ありがとう…）って。ばかやろうと思いましたが、泣けました…。施設の皆様には大変お世話になりました。」

4 介護施設における看取りの場の力

この時初めて、看取りの場の力のようなものをまざまざと見せつけられた気がした。

私たちが特に何かをしたわけではない。Tさんに

少しでも穏やかに過ごしていただくために身ぎれいな環境を整え、温度変化に注意し、音や調光などに気を配っただけである。

長年わだかまりを抱えた父と息子の関係性が、看取りという過程を経て一挙に氷解したのだ。そこに明確な言葉は存在せず、あったのは穏やかに流れる時間と場の空気、そして死を静かに待つ人々の思い、受け入れる覚悟であった。

私が職員によく言うことがある。（全てがゆったりとした時間の流れの中で過ごされている利用者の前で、慌ただしき動きや声を出してはいけない。身体はゆっくり、しかし頭の中はせわしく気を配ること。それが介護現場の職員としての姿勢ではないか）と。

これは誰かから教えてもらったことではなく、私の素人感覚が言わせることである。

特養の開所前に、先進的なホームを何ヶ所か見学訪問に伺ったことがあった。どこのホームも鉄筋コンクリート建てのこれでもかと思うほど立派な設えと設備が施され、職員はほぼ統一された制服を身につけ仕事をしていた。建物の外観も中身も病院のそれに近い。管理も然りである。職員たちはテキパキと動き、見事なケア動線を築いていた。パッと見れば何も疑問に思うことはないはずである。

しかし、その時、素人である私は妙な違和感を抱いたのである。この違和感は現在も解消されず、引き続き胸の中でくすぶり続けている。

まず建物だが、本来生活の延長上にあるはずの介護施設をこれほどにお金をかけ立派に建設する必要があるのだろうかという疑問である。関係者に言わせれば、様々な理由をとうとうと述べるに違いない。建築基準法・消防法との関わり、感染症の問題、人間の尊厳、命の重要性等々、挙げればきりが無い。

しかし、本来人間は身一つで生まれてきた存在である。生まれた場所により、助けられる命と助けら

れない命が存在する。世界を見れば、生きることが死と隣合わせの場所も多い。かつて、（人の命は地球より重い）と言った方がいたようだが、世界の状況は未だその言葉からは遠い。

病院の使命は、明確に「救命」にある。ならば介護施設の使命はなんだろうか？

利用者の命をできるだけ永らえるお手伝いか？それとも家族のレスパイトなのだろうか？

ここの出発点が共有されていなければ、介護施設の存続意義がぼやけてしまうのではないだろうか。関係各所のHPを見れば、様々な内容のことが書かれているが、どれもピンとこない。

私自身は、（介護施設は、要介護状態になられた方々との人生終盤の関わりにおいて、看取りも含めた生きることをサポートする役割）で良いのではないかと考えている。

そこには、ICF（国際生活機能分類）を基にした自立支援の考え方や個人の人生観をも包含する内容が、当然含まれている。

Tさんの看取りの過程において、家父長然とした厳しいTさんとその影響により苦しんだ長男が、お互いの重い荷物をゆっくりと下ろし、凝り固まった人の心が溶け合う様子を認識できたのは、介護者として宝物を探し当てたような出会いである。これは、日常でどれほど言葉を尽くしても実現することのできない様であり、介護現場の偽らざる誇るべき力だと私は思っている。

もちろん、医療現場、いわゆる病院でも同様のことが起こりうることは否定しないし、そうなって欲しいと願っている。しかし、生活の場の延長である介護現場だからこそ生み出すことのできる場の力であるはずだ。そこに介護に携わる者達は意識を傾注すべきではないだろうか。

このことがあってから、私の介護事業、そして介護現場での考え方が迷うことなく一つの方向性へと

取れんされて行ったのである。

看取りありきの介護事業であり、介護現場であることが必須となったのである。

5 援助者の落とし穴

もう一つ、強く意識していることがある。マザーテレサの言葉を引用したい。

(あなた方は何かをやったと思わないで下さい。していただいたのはあなた方なのです。)

この言葉は援助職にある者の心の欺まんを炙り出すには、非常に示唆に富む適切な振り返りの言葉ではないだろうか。

サポートの必要な方に対し、私がいなければこの方はどうにもならない、私でなければこの方は援助できない、私がこの方のことを一番分かっている、私が、私が…。介護の現場では、このような考え方に取り憑かれている援助者は少なくない。

このような人達には、一言こう言いたい。(あなたでなくても、誰でもできます。介護にはスーパースターは必要ないのです。協力すること助け合える気持ちを持っている人が関わるが一番ですから。)

しかし、取り憑かれている人、あるいは職員にはほほ通じない。援助職の心の落とし穴と私は呼んでいる。

この落とし穴に落ちないように、マザーテレサの言葉を日頃思い出したい。介護という仕事、そして看取りを通し、私達は人間として、言葉では表現できないほど豊かな資質向上の機会をいただいているのである。

6 事例：母の看取り

Tさんの看取りを経て、介護に俄然興味が湧いたころ、以前から不安を感じていた母の認知症が判明した。段取り記憶がほとんど失われ、あれほど上手だった野菜作りや花の世話が全くできなくなっていた。薄々感じていたものの、仕事にかまけて直視することを避けていた私よりも、近所の人たちの心配の方が強く、彼らの情報で知るといふありさまだった。

母はまだ70代前半だった。身体的には特に目立った病気をしたこともなく非常に元気な人だったため、息子として、母の認知症という事実をなかなか受け入れることができなかった。診断名は、前頭側頭型認知症(ピック病)であった。

この時の受診の際のエピソードがある。医師から上記診断名を言われ、わらにもすがる思いでどうか対策はないのか聞いたところ、その医師ははっきりと次のように言った。(医療として何もできることはありません。効果的な薬は現在ありませんので、処方することもできません。ご家族や親戚・友人の力、あるいは介護保険のサービス等を使いながら皆さんで診ていくしかありませんね。)

今ならこの医師の見解は理解できるし、受け入れることもできる。しかし、その当時の私の知識と経験では受け入れることは困難だった。専門医師のくせになんの治療も施さず、ただ、家族で介護しろというのか！と喉元まで出かかった言葉をぐっと堪え、医師を睨みつけた。胸中穏やかならざるものが生じ、その後いくつかの病院を転々とし無理矢理薬を処方してもらい、母に飲ませ続けた。なんの効果もなく、今となっては苦い思い出となっている。

この頃は、母との二人暮らしであったため、日中誰も母を世話できる人はいなかった。近隣や親戚に

声をかけてとりあえず急場を凌ぎつつ、迷った末、母を看取るための施設を作り独立することを決心した。当時働いていた法人の理事長に相談し、私から1年かけて準備をすること、仕事には穴を開けないことなどをいくつか提示したところ、快く了解していただいた。

その後の約1年間、この特養では病院希望のご家族以外は継続して看取りを続け、医師の協力もあり、比較的安定した看取りを行うことができたと思う。

平成23年(2011年)4月、旧自宅を改装して宅老所を開設・独立した。デイサービスと宿泊を兼ね備えた複合施設といったところだろうか。現在の介護保険事業に当てはめれば「お泊まりデイ」の枠組みに収まると思われる。

独立した地域に在宅診療医はおらず、看取りを継続するために、つてを頼って協力医を確保した。その後地域密着型デイサービスや認知症対応型グループホームなどを開設したが、その間にも母の認知症は進行していた。前頭側頭型認知症に加え「レビー小体型認知症」を併発し、頻繁に幻視を見るようになっていた。

この頃になると母は要介護度4となり、認知的にも身体的にも自宅での介護が困難となっていた。そんな時、宅老所が一部屋空いたため、職員とも相談の上、母に入所してもらうこととなった。入所後間もなくレビー小体型認知症の悪化に伴い現れやすくなるパーキンソン様症状が出現し、身体の振戦や筋固縮、小刻み歩行などの症状が複合的に出始めていた。進行としてはいささか早いという感じであった。

私の施設では、「寝たきりにはさせない」ということを合言葉に、よほどのことがない限り、多くの時間を他利用者と一緒にデイルームで過ごす工夫をしていた。母にしてもオムツ着用はせず、リハパンとパットを使用しトイレでの排泄を原則行っていた。

やがて、筋固縮の症状が喉周辺に出始め、嚥下が

徐々に困難となった。認知症状もさらに進み、私や姉たちの認識も非常にあやふやなものとなっていた。

ここに至り母の看取りが現実のものとなった。かかりつけ医からは胃ろうを勧められたが、何度か姉たちと話し合い、母のこれまでの人生を考えた時、胃ろうしてまでの長生きは望まないだろうとの結論に達した。今でいえば、「人生会議」を行ったということになる。

胃ろうすれば多少なりとも長生きすることは、私も姉たちも理解していたわけで、葛藤がなかったと言えば嘘になる。胃ろうせず栄養補給できなければ、遠からず母が死を迎えることは確実であり、その決定を本人ではなく我々子供達が決めたという事実は重い。

しかし、認知症を患い、見知った人が認識できない夢うつつの中で母が長く生きたとして、果たして満足だろうか？という母の視点から考えた時、私たちは胃ろうしないことを選択したのだ。正しい答えはないと思う。親戚・知人から面と向かって何かを言われたわけではないが、私たちの判断に疑問符を抱いている人はいるかも知れない。

医学が発達し続ける現代では、10年前には処置不可能だった病が治癒し、治癒せずとも延命できるようになっている。それに伴い死に至る経過が複雑化し、死に対する覚悟、受け入れが一層できにくい現状になっているのではないだろうか。脳死と心臓死というダブルスタンダードが存在することも死の決定の複雑化を助長していると言えるだろう。

人間の死因は、病でもその他の原因でもなく、生まれたことである、と何かの本で読んだ記憶がある。これほどの正論があろうか。人間は生まれたから死ぬのだ。私たちはこの事実と真摯に向き合い、その地点から新たに人間が生きる方向性を模索する必要があると思う。

介護現場にいて多くの高齢者と日々過ごしている

と、いつまでも長生きしたい、死にたくないという人ばかりではないことに気づく。私の祖母は、90半ばで逝ったが、90過ぎてからはいつお迎えが来るかと心待ちにしているような人だった。友達もいないし、もう十分生きた、もう十分だと、口癖のように言っていた。在宅で暮らし続け、最後の5日間だけは病院にお世話になった。家で看取ることができていればと、今も残念な思いが消えない。

胃ろうしないことを決定してから、母はゼリーや少しばかりの点滴で数週間命を繋いだ。職員や他の利用者に毎日話しかけられ、まんざらでもない時間を過ごしたと思う。

最期の日、呼びかけたわけではないのに姉たちと私が入り替わりに母と時間を過ごし、夜は私が隣に布団を敷いて横になった。眠るつもりはなかったが、深夜12時を回ったあたりで睡魔に襲われ、30分ほど仮眠してしまった。目覚めた時、母は亡くなっていた。誰にもその瞬間を悟られることなく、ひとりで逝ったのだ。

「逝ったのか…。まったく、お袋らしいな…」

思わず出た言葉が、これだった。拍子抜けし、悲しいよりもお疲れ様という気持ちが強かった。自分が作った小さな介護施設で、毎日のように一緒に過ごすことができたのだ。母の心肺停止後、かかりつけの先生が駆けつけるまで親戚や姉たち、そして職員に至るまで続々と集まり、皆で母に語りかけ泣き笑いの中で母を見送ることができた。それぞれの心に一抹の寂しさはあるものの、清々しい思いが去来したのも確かである。病院では、決してこのような看取りはできなかったと思う。

7 介護施設の役割

日本で自宅死と病院死が逆転したのは1970年代半ばであり、医療に依存するようになってわずか40年余りしか経っていない。それ以前は自宅で亡くなるのが当たり前であり、日本中に赤ひげ先生がいたのである。

これから日本は多死社会を迎える。病院も施設もお墓も絶対数が足りないと言われていたが、さらにその後のことを考えると、足りないからと言ってむやみやたらにハードを整備するわけにはいかない。

家族形態が様変わりした現状と在宅診療医の不足を考えると、国の望むような在宅死が増えるとは到底思えない。その代わりとして、施設での看取りがクローズアップされるのは必須と思われる。国の推進する介護保険整備事業（特養・老健・地域密着事業等）に加え、サービス付き高齢者住宅や住宅型有料老人ホーム等の民間介護施設と在宅診療医との連携を強化し、施設看取りを拡充することが求められるのである。

今後、介護施設・介護現場には、地域の人に「穏やかな看取り」を知らしめる責任と役割がある。将来的に目指すべき大きな結果は、ごく小さな実践から始まると信じている。

8 さいごに エピローグ：グループホームでの看取り

突然、Yさんが、フーッと大きな息を2度吸ったかと思うと、握っている手からふと力が抜けた。Yさん！と呼びかけるが反応はなく、私は念のため注意深く胸の上下動を確認した。目を凝らしてもかすかな動きさえ確認することはできなかった。

その刹那だった。さすり続けていたYさんの手の平を通じ、私の全身へ、瞬間的に電流のようなものが走ったのだ。この世に残っていたYさんの命のエネルギーが私に引き継がれ、Yさんと一体になった感覚であった。この瞬間の出来事をわかりやすく伝えることは非常に困難である。まさに命のバトンを、身を以て受け取った感覚であり、私の裡にあるこれまで看取らせていただいた方々の命と共鳴したのではないかとさえ感じた。

介護の看取りは、このような不思議な現象をも含む「敬虔」を実感することのできる現場である。物事の合理性や効率的であることがもてはやされる時代ではあるが、介護の現場だからこそ効率が優先になってはいけない。

いったん立ち止まる勇気を持ち、見ず知らずの他人同士が人生の終盤にご縁をいただく敬虔的な仕事であることを自覚し、誇りを持って取り組みたいものである。

