「看取り」クライシス

多死社会が待ち受ける現実

「多死社会」が到来する日本。国民の7割は自宅や介護施設での最期を望むが、現実は2割にとどまる。今後は医師や介護人材の不足で、看取りさえできないケースも出てきそうだ。そんな危機的状況を見据え、医療インフラを守り、最期まで暮らせる地域づくりに取り組む人はいる。「死」をタブーにしてきた日本社会は、迫り来る「多死」にどう備え、向き合えば良いのか。

文・稲泉 連、菅野久美子、鵜飼秀徳、編集部　インタビュー・山折哲雄

EMILY DELTETTO/EYEEM/GETTYIMAGES

PART 1

多死社会の難題

終末期における理想と現実のギャップ 在宅医療と介護の連携で埋められるか

自宅や住み慣れた地域で最期を迎えたいと望む人は多いが、それが叶うのは一部にとどまっている。「多死社会」が本格的に到来するまでに、在宅医療が受けられる環境整備はどこまで進むだろうか。

文・稲泉 連 Ren Inaizumi

梅雨の続く7月中旬のある日のことだ。東京・足立区の特別養護老人ホーム「さくら」で、80代の女性が家族と施設のケアスタッフらに看取られて亡くなった。翌日、施設内の和室には女性と交流のあった利用者が集まり、次々とご遺体に手を合わせる姿があった。

「さくら」では利用者が亡くなった際、そのことを他の人たちにも知らせ、こうした「お見送り」の時間を作っている。施設長の新井五輪子さんは言う。

「出棺の際はストレッチャーを下げていただき、みなさんにお顔が見られるようにして差し上げるんです。今回もその中のお一人がお顔を触られて、お別れのご挨拶をしてくださいました」

お見送りに集まった利用者からは、「頑張ったね」といった声がかけられ、エレベーターの前で女性は静かに見送られたそうだ。

特養さくらでは5年ほど前から、施設のベッドで入居者を看取る「お看取り支援」に力を入れてきた。このような「見送り式」は当初から行われており、今では年に10件ほどある看取り後の当たり前の風景になった。例えば新井さんが今もよく覚えているのは、2年前に施設で看取った101歳の女性のことだ。

「そのときは本当に大勢の利用者の方がお部屋にいらして、最後の一息を看取らせていただいたんです。ぎりぎりまでリビングで寝ながら、ご飯を食べていらっしゃった人でした。なので、入居者の皆さまも気にかけていましてね。その日以来、お見送りをする利用者やスタッフの側の意識が確かに変わったと感じています」

出棺の際には看取りの一部始終を見ていた利用者の一人から、「私もこうやって送ってもらいたいなァ」との声が聞こえた。新井さんはそのとき次のように思ったと振り返る。

「以前は利用者の方が、搬送された病院でひっそりと亡くなるケースがほとんどだったんです。天寿を全うされた100歳の方を救急搬送することになったり、場合によってはご遺体を病院に運んでまで医師に死亡診断書を書いてもらったり……。そうした状況に疑問を抱いたことが、お看取り支援を始めた理由でした。みなさんが部屋から出てきて、お顔を触ってくれたり、手を合わせてくれたりするようになった今は、スタッフにとっても利用者にとっても死が『見たくない』『考えたくない』というタブーではなく、『がんばったね』と言って見送られるものへと、確かに変わりつつあります」

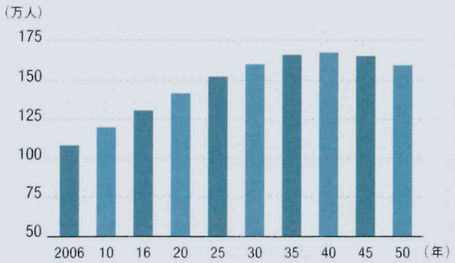
救急出動も「蘇生拒否」救命現場で起きる混乱

社会の高齢化が急速に進むいま、自らの最期をどう迎えるか――。日本では2018年に約136万人が亡くなっており、死亡者数が出生者数（約92万人）を大幅に上回る「多死社会」を迎えている。内閣府の推計では、20年後の死亡者数はさらに約30万人増加するという。

そんな中、厚生労働省が昨年3月に発表した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、国民の約7割が自宅や介護施設での最期を望んでいると答えている。また、「地域包括ケア」を05年から掲げる同省は、病院ではない地域での看取りの体制づくりを推進。人生の最終段階について家族、医療者、ケア施設などとあらかじめ話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」（ACP）の制度化など、ソフト・ハードの両面で終末期をめぐる政策を進めている。

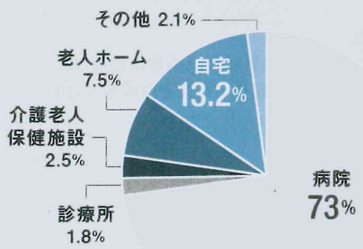
年間の死亡者数は2040年まで増加を続ける

（出所）内閣府の「平成30年版高齢社会白書」を基にウェッジ作成



亡くなる場所の7割は病院

（出所）厚生労働省「人口動態統計」（2017年）を基にウェッジ作成
※数値は四捨五入のため、内訳の合計が総数に合わない場合がある



だが、現実はどうか。実際には全体の7割以上の人が、依然として病院で亡くなっているというのが最新のデータなのである（厚労省の17年人口動態統計、左図）。

こうした国民の意識と現状のギャップは、さまざまな医療や「死」の現場に影響を与えている。例えば、消防庁の「救急業務のあり方に関する検討会」が18年度に実施した「心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査」もその一つだろう。

この検討会による調査の背景にあるのは、終末期の高齢者が心肺停止になった際、家族が119番通報したものの、救急隊に対しては蘇生処置を断るケースの増加だ。そうしたケースでは、現場の救急隊員は人の救命を職業的な使命とすることや、家族の意向であっても心肺蘇生を停止すれば違法になる可能性もあることから、困惑し、葛藤することになるからである。

この問題に対して全国でもいち早く取り組んできた消防局に、埼玉西部消防局がある。蘇生中止についての国のルールはまだないが、同局ではかかりつけ医の事前指示書の提示などがあれば、救命措置の停止を行う独自のルールを作成してきた（次頁図参照）。その救急隊員の一人である大宅孝夫さんは言う。

「普段から延命治療は望まないと本人が話していても、いざ目の前で心肺停止になった時に家族がパニックになったり、かかりつけ医にも連絡が付かなかったりして、不安になって救急車を呼ぶという状況が増えています。家族の考えは多様なので、現場の隊員には一切の判断ができません。生死に直結している現場ですので、隊員が対応にストレスを感じたり、後悔を残したりしないルール作りが大切だと考えています」

また、同局の場合は医師による「指示書」に従うが、家族や医師に対しては本人の意思として「リビング・ウィル」を残しておくという方法もある。その普及を長く続けてきた日本尊厳死協会の江藤真佐子事務局次長は言う。

「ただ思い描いているだけでは、自分の死は望むようなものにはなりません。やはり元気なうちから最期の逝き方を考え、それを何かしらかの方法で家族と共有しておく。かかりつけ医がいるのであれば、その人を巻き込んで話し合いをしておく、ということに尽きると思います」

だが、終末期における自らの考えを書面にしていれば、それで全てが解決するわけではないことは、救急隊の一例からも明らかだろう。

看取りを自然に行うには入院日数の短縮が カギ

では、冒頭の「さくら」では利用者の希望に沿った「看取り」を実現するために、どのような課題を乗り越えてきたのだろうか。

「お看取り支援というと、亡くなる最後の瞬間を想像される方がまだ多いの

SHOTPRIME / GETTY IMAGES

ですが、実際に最も大事なのは、それまでにどれだけ普通の生活を支えられるかなんです」と新井さんは語った。

「お看取り支援」を始めた15年度以降の「さくら」で最も目を引くのは、利用者の入院総日数が年間1612日から263日へと激減していることだ。新井さんによれば、ここに施設での看取りを自然に行うためのポイントがあったという。

「介護が必要な高齢の方が入院して帰ってくると、本当にお姿が変わってしまう。病院では病気は診ても、その人の病歴や生活歴に合った介護ができないため、生活の質が著しく下がってしまうんですね。だから、いつもニコニコと笑っていらっしゃった方が、鬼の形相でお帰りになるような、どれだけ苦しかったんだろうか、という事例が本当に多いんです」

入院による体の機能の低下は「入院関連機能障害」と呼ばれる。それを防ぐためにまず必要だったのは、施設での看取りと老年医療に理解のある嘱託医との提携だ。

というのも、看取り支援を始める以前の嘱託医は、週に一度だけクリニックに出勤するだけで、定期的な検診も看護師の報告を聞いて「お顔を見る程度」だった。そのため、内服薬の量や種類が5年間にわたって同じ利用者もいた。数少ないケアスタッフでは十分な対応ができず、夜間帯は発熱や急変時に連絡が取れなかったため、前述のように救急車を呼んでそのまま入院となるケースが多かった。

そのような環境の中では、薬が合わないことに起因する転倒や認知症と間違えやすい「薬剤性せん妄」、肺炎の兆候や症状の急変のサインを見逃すリスクも大きい。そこで「さくら」では「お看取り支援」を始めるにあたって、嘱託医を新たに見直した。そうしてたどり着いたのが、悠翔会という医療法人だった。

悠翔会は24時間体制の在宅医療ネットワークを展開する医療法人で、電子カルテで利用者の情報を施設側と共有し、個人個人に合わせた診察を効率的に行っていた。その中で飲み薬の調整やきめ細やかな体調管理ができるようになると、利用者の入院日数が結果的に激減したと新井さんは振り返る。

「利用者の方の中には、延命治療をしない看取りを望む方もいれば、最期まで医療を続けたい方もいます。ただ、どのような最期を望まれるにせよ、大切なのは施設とクリニック、ご家族との信頼関係を土台に、食べること、寝ること、排泄すること、お風呂に入ることを基本に健康管理を徹底していくこと。『あれ、いつもと違うよね』という気付きを大切にして早めに受診できれば、入院には至らずにすむ場合がほとんどです。医師の適切な判断を仰げる体制が重篤な症状を未然に防ぐことにつながり、さらに最終的に自然な形での死につながっていくわけです」

また、「お看取り支援」を始めて以来、ケアスタッフの意識にも大きな変化が表れ始めた。

「スタッフのケアのスキルもその死生観を含めて成長しているのを感じます。そのことが最後のお声がけの仕方や、ご家族への対応につながっているように思います」

こうした「さくら」でのケースを踏まえたうえで、当の悠翔会の佐々木淳理事長は言う。

「高齢者の8割が年を取るに連れて何らかの病気や障害を抱え、介護を必要とする時代。その中で医療の側が考えなければならないのは、疾患を『治す』ことを重視する『医学モデル』ではなく、機能が低下しても質の高い生活を送れる環境を作る『生活モデル』の考え方でしょう。病気と違って生活の質というものは、医療と介護、福祉や地域のコミュニティーを組み合わせることで、向上させ続けることができる。その組み合わせをコーディネートしていく役割を、私たちのような在宅医は積極的に担っていくべきだと考えています」

脆弱な在宅医療インフラ 志ある人材の連携がカギ

嘱託医との連携で「お看取り支援」の仕組みを作った「さくら」の取り組みは、その意味でも一つのモデルケースだろう。

だが、そこには施設でのケアスタッフの人材不足や、嘱託医制度のあり方などさまざまな課題が残されているのもまた事実だ。介護施設ではすでに慢性的に職員が足りておらず、2025年には34万人もの人手不足が見込まれる。「さくら」の取り組みにしても、「お看取りに対して志を持った一部のスタッフの頑張りによって、どうにか支えられている」（新井さん）という現実がある。

また、施設での看取りに理解のある医師の数もまだ少なく、佐々木さんも同じく「現在は志のある医療関係者が〝点〟で頑張っている状態」と指摘している。前述の「生活モデル」の考え方が象徴的であるように、超高齢化社会に合った医療を支える人材をいかに育成していくかも今後の大きな課題だろう。

では、その中で幸福な最期を誰もが迎えられる社会を作るためには、どのような考え方が必要なのか。佐々木さんは次のように語った。

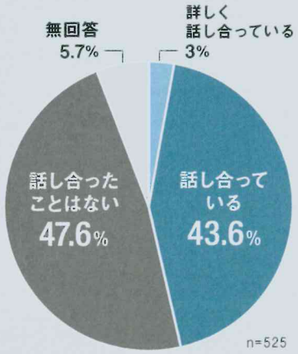
「とくに高齢者の数が増え続ける三大都市圏では、在宅医療を社会のインフラとして機能させていく必要があるでしょう。2035年から50年くらいの要介護者が一気に増えてくる段階までに、〝点〟を〝面〟にしていく。私たちが穏やかに暮らし続けられるような体制を、いかにソフトランディングする形で作れるかが問われています」 W

いないずみ・れん　ノンフィクション作家。早稲田大学第二文学部卒。2005年『ぼくもいさに征くのだけれど―竹内浩三の詩と死―』（中央公論新社）で大宅壮一ノンフィクション賞を受賞。近著に『こんな家に住んできた　17人の越境者たち』（文藝春秋）がある。

60歳以上の終末期意識調査

（出所）厚生労働省「平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」を基にウェッジ作成
※数値は四捨五入のため、内訳の合計が総数に合わない場合がある

人生最終段階の医療について半数が家族らと話し合っていない



「リビング・ウィル」作成に半数以上が賛成

「リビング・ウィル」を作成しているのはごく一部

志ある医療関係者が〝点〟で頑張る状態から人材を育成し〝面〟に広げられるか

「心肺蘇生中止」までのハードルは多い

（出所）消防庁「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」の埼玉西部消防局の事例を基にウェッジ作成

救急隊は傷病者の心肺停止を確認したら心肺蘇生を開始

↓

心肺蘇生の停止を求める
傷病者の意思を「書面」で示される

↓

交通事故や自殺など外因性心肺停止を疑う状況になく、心肺蘇生を強く求める家族等もいない

↓

事前に傷病者及び家族が同意した「心肺蘇生に関する医師の指示書」の確認、または現場で家族が「救急救命措置についての説明・同意書」に同意

↓

かかりつけ医に連絡。
連絡がつかなければ、救急隊が電話や無線で医療的判断を仰げる
メディカル・コントロール医師に連絡

↓

傷病者の状態や発見時の状況などを基に医師から心配蘇生の中止の指示を受ける

↓

心肺蘇生の中止

PART 2

地域を支える総合医

医師不足で揺らぐ「終の棲家」地域医療の切り札「総合医」は育つか

医師不足が深刻化すると、住み慣れた地域で最期を迎えられなくなりかねない。地域医療の切り札となる総合診療専門医の養成が急がれるが、医学生たちの志望度は低い。

文・編集部（塩川慎也、吉田哲）

病院閉鎖の危機を乗り越え、地域医療に力を入れる志摩市民病院の江角悠太院長（右）。医療・介護職を目指す学生の実習も積極的に受け入れ、人材育成にも重きを置く

WEDGE

大型船が行き交う太平洋を望む三重県の志摩市民病院。内科医が不在だったこの病院に2014年12月、あらゆる症状を診ることができる総合診療科医・江角悠太氏が着任した。当時、病院は地域に根差した医療が提供できておらず赤字経営が続き、市議会だけでなく地元医師会からも診療所などへの規模縮小を望む声が上がっていた。さらに追い打ちをかけるように、江角氏を除く常勤医3人全員が16年3月末に病院を去ることが決まり、着任早々、病院存続の危機に直面する。

「地域医療に携わることを志願してきたのに、住民を見捨て、このまま尻尾を巻いて帰れない」と、江角氏は医学部の同級生や後輩らに声をかけ病院存続に必要な定員3人をなんとか確保。34歳の若さで院長になると、「絶対に断らない」との理念を掲げ、外来、入院、救急の患者をひたすら受け入れ、「地域医療の受け皿」の再建にあたってきた（2・4億円赤字縮減）。

同病院の特色の一つに「在宅医療の拠点」としての機能がある。急性期の治療を終えた患者の在宅復帰に向けた支援を行う地域包括ケア病床を29床有する。「患者が自宅に帰りたいという意思があるなら、それを最大限に尊重する」というように、在宅復帰率は89％に達し、国が定める基準値の70％を大きく上回る。

在宅での看取りを実現する場合は「家族の不安や負担の払拭（ふっしょく）が不可欠」であり、本人が在宅復帰を希望していても、「老々介護」による共倒れなどを恐れて家族が反対するケースは多い。そうした状況でも、患者の希望や体調と家族のサポート態勢を考慮しながら、訪問診療と介護メニューを組み合わせることで、受け入れ環境が整う場合は案外多いという。「まずは短く期限を決めてやってみる。そして介護メニューを見直しながら、期間を延ばしていく。もしダメでもクリニックと違い、病院なので戻ることができるという安心感が家族の背中を押す」と在宅医療拠点を残す意義を説く。

昨年秋には江角氏を追って常勤医2人も加わった。今後、地域包括ケア病床をさらに拡充させる予定で、人口5万人、高齢化率38％という志摩市の「大量看取り」時代に備える。

12道県が医師不足の恐れ 是正策も効果は限定的

医師不足で医療圏に「空白地」が広がっていくと、生活基盤が揺らぎ、その地域で暮らし続けることが困難になる。これは、都心部に医師が集中することで起こる「医師偏在」によるもので、国は地域医療を守るため、地方での医師の確保や、一人で何役もこなせる総合専門医の養成に乗り出している。

厚生労働省の調査によると、人口10万人あたりの医師数などで試算した医師偏在指数が最も高い東京都は329だったのに対し、最も少ない岩手県は169・3と、半分ほど。医療圏別にみると、東京都の千代田区や中央区など「区中央部」が759・7で最多となり、秋田県の「北秋田」は69・6で最少となる。北秋田は、一人の医師が住民1436人を診なければならない状況に陥っている。

また、同省の2036年時点の将来推計は、12道県で医療需要を十分に満たせなくなる可能性を指摘する（左上図）。全国で最も不足が予想されている新潟県は、医師が1534人足りなくなる見込みで、県内全域で不足する危機にさらされている。厚労省担当者は「中山間地域や半島といった地理的な要因や、医学部や大規模病院の所在の有無によって医師数の格差が起きてしまっている」と語る。

国は、地方での医師確保を図ろうと、都道府県を通じて医学部生へ入学時から奨学金を貸与する「地域枠」を08年度から導入。医学部在学中の6年間の学費や生活費の一部を貸し、医学部生が大学卒業後の9年間、借り受けた都道府県で医師として勤務すれば、返済を全額免除される。一定期間は医師不足が進む地域での勤務を課すものもあるという。全国の国公立・私立大学の大半がこの地域枠を活用する。

ただ、国から大学へ地域枠として定員が追加的に割り当てられていたにもかかわらず、奨学金の希望者がいなかったという理由で貸与がなされず、結果、地域枠により広がった定員で合格した学生が地域勤務の義務を課されないケースが発覚した。その数、10年間で800件を超える。厚労省は地域枠を厳格に運用するため、来年度から制度変更する。

また、地域枠により、出身大学の所在する県にとどまっていても、大学病院で勤務するケースが多く、医師不足に直面しているへき地で勤務するとは限らない現状も問題視されている。

地域医療という〝専門性〟期待される「総合医」の養成

医師の需給を満たしたとしても、地域医療を支えきれるとは限らない。それは、医師の専門化、高度化が進んでいるため、「高齢化と長寿命化により、多臓器疾患はじめ複数の病気を持つ患者は増え、あらゆる専門分野を網羅した診療や生活支援が求められる」（医療関係者）という社会的ニーズに対応

医師偏在が進めば、医師不足となる都道府県は数多くある

（出所）厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会医師受給分科会の第4次中間取りまとめ資料を基にウェッジ作成

新潟県 -1534	埼玉県 -1044	福島県 -804
岩手県 -474	青森県 -439	静岡県 -402
秋田県 -204	北海道 -188	山口県 -88
福岡県 2684	大阪府 4393	東京都 13295

（単位：人）

しきれないからだ。

そこで国は、昨年から総合医の養成に力を入れる。18年4月から導入された新専門医制度において、外科や内科などの従来からの専門医に加え、総合的な診療能力を有する「総合診療専門医」という新たな専門分野を設置した。幅広い医療分野の知識を踏まえて初期診療を行い、必要に応じて他の専門医へつなぐ医師を養成し、地域医療のけん引役として期待されている。また、災害時に被災地で医療を提供できる人材としても見込まれる。

この総合診療専門医の認定を得るには、へき地や過疎地域、離島といった医療資源の乏しい地域での研修も必須とされている。「専門分野ごとにかかりつけ医を持って診断してもらうことは、過疎地域ではできない。一定以上の水準ですべての分野を診療して、判断し、治療ができる必要がある」と専門医の認定を行う日本専門医機構の寺本民生理事長は総合診療専門医に求める能力を語る。

「多死社会」を迎えるにあたり、「病院ではなく、自宅で亡くなる『地域完結型』へと進むためには、診療を集約させることが重要。総合診療専門医はなくてはならない存在となる」と強調する。

地域の医師を育てる 福島県立医科大学 全国から若手医師を呼ぶ 千葉・亀田グループ

そんな期待に反して、専門を選ぶ後期研修医が1年間に約8500人いる中、総合診療専門医の道を選んだのは2年連続で約180人。わずか2%ほどにとどまり続け、機構が見込んでいた2～3割を大きく下回った。「医学部入学時には、多くの学生が総合診療医になりたいと夢を膨らませているが、ロールモデルもなく、他の専門へと流れていく」と寺本理事長はその原因を語る。

総合診療専門医の養成は前途多難ではあるが、その分野で注目を集めるのが、「総合医の第一人者」とも言われ、福島県立医大で指導にあたる葛西龍樹主任教授だ。

葛西教授（右）が若手医師に、モニターを見せながら診療を指導する

地域の実情を踏まえ診療 育成しながら医療を提供

「病気を治療するだけでなく、患者が生活で何に気を付けなければいけないか地域の実情に合わせて話をするように」。医師と患者が病院内で問診するビデオ映像を観ながら、指導医が若手医師に一つ一つ丁寧に解説やアドバイスを加える。

同大学では06年3月に「地域・家庭医療学講座」を設立。地域診療所や総合病院での総合診療などの研修を、連携する県内7つの診療所と病院で実施する。その提携先は市街地の総合病院から外来専門病院、へき地で唯一の医療機関など、多岐にわたる。

「地域の総合医に必要なのは、患者の生活を考えること。治療だけでなく、予防や健康維持、仕事や家族について医学的な情報を伝えてあげる必要がある」と葛西教授は話す。県内各地のさまざまな規模の医療機関で診療を経験することによって、あらゆる患者の病気や生活状況に合わせた診療を経験できるという。

連携する医療機関は医師を確保できる。その一つ「保原中央クリニック」は、外来と在宅医療が中心の無床診療所で、講座による研修受け入れに伴い新たに「家庭医療科」を導入した。身体のどこが悪いかや、どの専門科に診てもらえばいいかわからない患者に来てもらっている。長澤隆行事務長は「地域の医師が枯渇している現状で、若い医師が6カ月から1年間も常勤で来てくれることは大変助かる」とプログラムの地域医療への貢献を指摘する。

講座設立から13年間で同講座の研修プログラムを修了したのは26人。受講者は伸び悩みを見せるものの、注目すべきは修了後も16人が県内で医療に従事し続けているということだ。研修でへき地の診療所での医療にやりがいを感じ、修了後もそこに在籍し続ける医師もいる。

同大学では、地域の病院や診療所の医師も加えた月例セミナーも開催。すでに診療所や総合病院の内科で働く医師に、地域特性に応じた治療法などをともに学ぶ。葛西教授は「医学部生や研修医を育成するだけでは、地域医療の充足はできない。他の専門を持つ地域の医師にも総合医療を学んでもらいたい」と意義を話す。総合病院の内科医として20年以上の経験を積みながらセミナーに参加する石井敦医師は「地域には、介護や看取りなど総合医のアプローチが必要な高齢者ばかり。知識やスキルを身につけ、自分たちも若手医師を指導できるようになりたいと思う」と語る。

若手医師（右）が指導医とともに在宅医療を行う。若手医師は、治療だけでなく家族への薬や食事の相談など総合医に必要な知識や技術を学ぶ

一人の患者と向き合う 養われる「看取り」能力

地域で医師を育てながら担い手を確保していくのが福島県立医科大学ならば、独自の医療環境で若手医師を呼び込み育成するのが千葉県の亀田総合病院グループだ。

房総半島南端部分の医療を担う同グループは、養成プログラムを始めて、今年で20年になる。現在は、外来と在宅医療を専門とする「亀田ファミリークリニック館山」で総合診療、同グループの地域中核病院「安房地域医療センター」で総合病院での総合診療と救急科、亀田総合病院で小児科など専門医療を研修する。地域医療の大部分を担うグループ内で広い領域の診療を担うことで地域の総合医療を学ぶことができる。

プログラムで力を入れているのが研修期間の4年をかけて地域のかかりつけ医として一人の患者の人生を追い続け、看取りも行うことだ。診療所での総合診療研修で担当していた患者を、小児科や内科といった他病院での研修期間であっても診続ける。週1回ファミリークリニック館山で外来・訪問診療を行うことにしている。「患者と長い期間付き合いを続け、いかなる人生の転機が訪れてきたのか。どのように人生の最終段階に向かっていくのかを診続けることで患者の全人格を診る力をつけてもらいたい」と研修プログラムを担当する岩間秀幸医師は話す。

患者それぞれにひたむきに向き合う診療方針とグループ内での一貫した医療体制により、地域住民の満足度も高い。川上利子さん（100歳）は大きな病気はないものの、高齢による足腰能力の低下で寝たきりになり、安房地域医療センターへの通院から、ファミリークリニック館山の在宅医療に切り替えた。一緒に住む娘の八重子さん（66歳）は「もう病院に連れていけない状態なので、医師が月2回訪問してくれてありがたい。老人施設に入りたくないという母の希望をかなえることができる」と話す。

このような充実した医療環境を生かした多彩で独特な総合医研修により、毎年4～6人の若手医師が全国から亀田の門を叩きに来る。地域総合医への高い意識を持った医師たちが一人の患者に向き合う診療方針のもとで、地域医療を担う。

研修修了後は、全国各地や国際的な舞台へとそれぞれ進む。地域に残る医師はごく一部であるものの、全国で活躍する卒業生を見た次の世代がまた亀田へ学びにくる。全国や世界で通用する総合医を育成していくことで、山間部など医療アクセスの悪い地域でも住民を支える医療ができるのだ。

福島県と千葉県南端での取り組みが他地域でも広がるかは未知数だ。ただ、これからの「総合診療専門医」のモデルケースとなるのは間違いない。W

PART 3

年間3万人の衝撃

今後急増する高齢者の孤独死 防ぐための手だてはあるのか

一人暮らし高齢者の孤独死が増加傾向にある。多死社会を迎えるなかで、求められる対策はどのようなものなのか？ 高齢者孤独死の現場と、その防止に向けた取り組みをレポートする。

文・菅野久美子 Kumiko Kanno

年間3万人といわれる孤独死。

千葉県某所の2階建てアパートの角部屋――。このワンルームアパートの一室で、70代の男性は布団の上でぐったりと息絶えていた。遺体は、死後1カ月以上が経過。男性の息子は、あまりの腐敗臭にアパートの玄関に近づくことさえできなかったという。

すさまじい死臭と熱気が支配する室内に、防護服と防毒マスクをした特殊清掃業者が一歩一歩と足を踏み入れようとしていた。見ると壁には、おむつが山積みになり、むわっとするようなアンモニア臭を放っている。壁には引っ越した際の段ボールが山積みになっており、アパートの雨戸は何年も閉め切られ、閉ざされていた。

床には蛆がはい回り、蠅が突進してきた。室内は40度を下らない温度で、5分もしないうちに滝のような汗が流れてくる。エアコンを見ると何年も使用した形跡はなく、ホコリをかぶっていた。

妻が介護施設に入り一人残された夫

男性は、かつては妻と2人で長年慣れ親しんだ一戸建てで暮らしていた。しかし、定年後しばらくすると、妻が認知症を患い介護施設に入所。子供もすでに成人して家を離れていることもあって、それまで住んでいた一戸建てを売却し、駅に近いこのアパートに入居した。

しかし、妻と離れた喪失感は大きく、徐々に男性の心身を蝕んでいったのだった。

身の回りのことが億劫になり、次第におむつで排尿や排便をするようになり、カップラーメンばかり食べる不摂生な食生活へと変貌していく。

死因は腐敗がひどく特定できなかったが、この暑さと不衛生な部屋の状態が影響していることは明らかだった。

この男性のように配偶者との死別や別居、離婚などによって、それまでの生活が一気に崩れ落ちて生活が崩壊し、その結果、孤独死するという例は決して少なくない。むしろ、ありふれた典型的な孤独死の一例だと言えるだろう。

長年孤独死の取材を続けてきた私の試算によると、その8割を占めるのが、ゴミ屋敷などのセルフネグレクト（自己放任）だ。セルフネグレクトとは、別名、緩やかな自殺とも呼ばれている。暴飲暴食や、医療の拒否、異常な数のペットの多頭飼いなどの状態のことで、自らを死に追いやるような行為のことを指す。セルフネグレクトに陥るきっかけは、人によって千差万別だ。しかし、高齢の男性の場合は特に妻との離別や死別などのショックで一気に転落してしまうというケースがあとを絶たない。

内閣府は、最新となる2019年版の高齢社会白書を6月18日に閣議決定した。同白書よると、高齢者の孤独死は過去最多を記録している。

東京23区内における一人暮らしで65歳以上の人の自宅での死亡者数

東京23区内における一人暮らしで65歳以上の人の自宅での死亡者数は、17年に3333人。前年の3179人を上回っているのだ。同白書によると、03年の1451件からほぼ右肩上がりで上昇を続け、現在は約2倍以上に増加している。

また、孤立死（誰にも看取られることなく亡くなった後に発見される死）を身近な問題だと感じる一人暮らしの世帯では50・7％と5割を超えている。

私が取材したケースだと、65歳以上の高齢者は介護保険の充実、つまり要介護認定されて介護保険サービスを利用していたり、地域の民生委員によって定期的な見守りがなされていたりすることなどによって、比較的早い段階で発見されることが多い。

孤立死を身近な問題として感じる世帯別の割合（60歳以上）

CHANACHAI PANICHPATTANAKUL/GETTY IMAGES

平均61歳、8割が男性 現役世代も予備軍

取材をしていて最も深刻だと感じるのが、現役世代の孤独死だ。いつかはこの現役世代も高齢者になることを考えると、孤独死大国の危機はすぐそこに迫っている。

日本少額短期保険協会孤独死対策委員会は19年5月に第四回孤独死現状レポートを発表した。それによると、孤独死の平均年齢は61歳。内訳をみると、その8割を男性が占める。

さらに、発見までの日数は平均17日。つまり中年男性は長期間にわたって遺体が放置され、なかなか見つけてもらえないということが明らかになる。

では、なぜ孤独死という結末を迎えてしまうのか。

孤独死した遺族に話を聞くと、そこには日本社会の歪さが浮き彫りになる。男性の場合は、かつては会社勤めをしていたが、職場でのパワハラや部署異動、中間管理職としての重圧などによって、失職や休職していたという人が多い。つまり、職場の第一線で働いていたが、力尽きて、ジワジワと社会からフェードアウトしてしまうというケースだ。

例えば、拙著『超孤独死社会 特殊清掃の現場をたどる』（毎日新聞出版）で取り上げた50代の大介さん（仮名）は、かつては先物取引の一部上場企業に勤めていた。しかし、上司の激しいパワハラに心が折れて、退職。

その後は、貯金と退職金で食いつないでいて、20年間も自室にひきこもり、熱中症で孤独死した。

また、かつてはスノボが趣味で独身貴族を謳歌していた営業職のサラリーマンも、突発的なケガに見舞われたことが転落のきっかけだった。誰にもその窮状を相談できずに、住まいがゴミ屋敷化して孤独死。このような人生での躓きは誰にでも起こりえる。つまり孤独死はみな、いつ起こってもおかしくないのだ。

そして、見守りなどの行政的な支援が手薄である現役世代こそが、孤独死のリスクが高い。このように、痛ましい孤独死であるが、現実問題として、孤独死が起きた物件は事故物件となり資産価値は低下、また強烈な異臭から近隣住民にも大きなダメージをもたらす。

中には体液が階下まで浸透し、原状回復するまでの2週間もの間、階下の住人がホテル暮らしを余儀なくされることもある。建材をむき出しにして解体しなければならないほどに部屋が汚染され、原状回復費用に700万円もかかったという事例もある。相続放棄しない限りは、その金額は遺された家族が支払うこととなる。

防ぐための解決策はあるのか？

孤独死は個々の置かれている事情があまりに違うこともあり、画一的な解決策を見いだすのは非常に難しい。地域の民生委員や地区社協は、高齢者の見守りに一定の効果はあるだろう。しかし、民生委員自体も急激な高齢化が進んでおり、仕組みづくりの抜本的な見直しの時期にきているのも確かだ。

厚生労働省などによれば、民生委員は16年度で、60代以上が85％を占めており、平均年齢は66・1歳と、24年間で5・5歳上がった。さらに、東京都では民生委員の充足率が92・2％と全国平均の96・3％に比べて4％ほど下回っており、東京都は人口が多いだけに課題の厳しさが増している。

遺体の早期発見という意味では、行政も力を発揮できる。例えば、東京都中野区はホームネットという民間の事業者に委託する形で、「中野区あんしんすまいパック」（月額利用料194円）を導入。利用者に週2回の電話で自動的に安否確認電話を行う。万が一、孤独死していた場合は、葬儀費用や残存家財の片付け、原状回復にかかる手配を行う。葬儀費用と合計で100万円以内まで支払われるという。

また、セルフネグレクトの一例でもあるゴミ屋敷の対策には、医師や弁護士などが一丸となって取り組む足立区モデルと呼ばれる取り組みもある。

「NPO法人エンリッチ」は、LINEを通じた見守りを無償で提供している。こちらは、LINEに友達追加して登録するだけで、設定された時間に安否確認のメッセージが届く。

「LMN」が行う見守りの様子。終活サポート団体として、定期的な見守りや介護施設の紹介、終末期のサポート、緊急時の駆け付けなど細やかなサービス提供を行っている

LMN

OKをタップすれば、安否確認が済み、応答がなければ24時間後、さらに3時間後に安否確認のメッセージが届く。応答がない場合は、NPOの職員が直接本人の携帯に電話する。さらに安否確認が取れなければ、最初に登録した家族や友人などにNPOのスタッフが直接電話する。

また、一般社団法人「LMN」も、レンタル家族としてユニークな取り組みを行っている終活サポート団体だ。

この団体は、定期的な見守りや介護施設の紹介、はたまた終末期のサポート、緊急時の駆け付け、亡くなった後の死後事務や、お墓のあれこれまで本人や家族の希望に応じたきめ細やかなサービス提供を行っている。

彼らは、自らの関係性を2・5人称と位置づける。そして、家族の手足となって孤立しがちな「おひとりさま」たちのエンディングプランニングを引き受けている。

たとえ結婚していたとしても、配偶者のどちらかが先に旅立てば、私たちはいずれ「おひとりさま」になる。今後はこうした民間業者の登場によって、地縁や血縁ではカバーしきれないつながりを、他人や民間企業が担う時代が到来するだろう。

部屋の原状回復を手掛ける特殊清掃業者は、孤独死の需要とともに年々増え続けている。しかし、わが国では「死人に口なし」で、孤独死対策は置き去りにされているお粗末な現状がある。

海外に目を向けると、イギリスでは孤独担当大臣を設置するなど、国を挙げての孤独、孤立対策に乗り出している。わが国でもせめて孤独死の明確な定義づけを行い、その実態把握に乗り出す必要があるだろう。そして、国としてもその対策を打ち立ててほしい。リミットはもうそこまできている。

孤独死の凄惨な現場を目の当たりにするたびに、もはや日本はその段階まできていると感じずにはいられない。さらに、私たち社会を生きる一人一人が孤独死を他人事とせず、この問題と真摯に向き合っていく必要があるだろう。 W

かんの・くみこ　1982年宮崎県生まれ。大阪芸術大学芸術学部映像学科卒。出版社の編集者を経て、2005年よりフリーライターに。また、東洋経済オンライン、現代ビジネス等のウェブ媒体で、孤独死や男女の性につわる多数の記事を執筆している。

PART 4

介護を支える外国人材

高齢者を看取る外国人たち 人材難の介護業界に必要な整備とは

介護が必要な高齢者は増加し続け、2025年には業界全体で34万人の人材不足が見込まれる。外国人材に白羽の矢が立つが、施設が受け入れ態勢を大幅に見直さなければ定着は難しい。

文・編集部（濱崎陽平）

「今日も元気そうですね！　昨日の夜は何を食べましたか？」

神奈川県小田原市にある特別養護老人ホーム、潤生園。介護職員として働くインドネシア人の技能実習生、デヴォ・ガリ・マウラナさんが、車いすに座った90代の入居者の男性に語り掛けると、男性は「昨日は魚を食べたよ。おいしかった」と笑顔で答えた。

来日してまだ約1年のデヴォさんだが、日本人介護職員の指導のもと入居者の介助などさまざまな場面で活躍する。指導員からも「彼は仕事も日本語も頑張って勉強していて、入居者から大人気ですよ」と評価も上々だ。

入居者と話すインドネシアからの実習生デヴォさん。人と話すのが好きで介護の仕事に就いた。将来は介護福祉士の資格を取りたいという。入居者の男性は「彼はジェントルマンですてきだよ」と目を細める

WEDGE

デヴォさんは今春、親しく接していた女性入居者の看取りを行った。デヴォさんにとって初めての経験だ。生前、女性の姿を見て、「自分でも何かできないか」と考え、女性の好きな花の写真を外で撮影し、他の介護職員とともに部屋の壁一面に貼った。それを見た女性は、ベッドの上でほほえんでくれたという。デヴォさんは、「彼女が亡くなったことはとても辛かったが、最期に力になれたと思う」と振り返る。

潤生園を運営する小田原福祉会の井口健一郎・人財開発部長は、「看取りが近づくと、高齢者に対してはそれまでより格段の配慮が求められる。高齢者の体力の消耗を抑えるため、例えばおむつ交換の場面では職員が2人で慎重に取り組む必要があるし、本人の表

情、呼吸、体温などにも目配りが必要になる。そのような場面でも、デヴォさんは他の日本人職員と同じように丁寧に対応してくれている」と語る。

潤生園では79人の介護職員が勤務するが、そのうち11人が外国人だ。技能実習生や永住者などで、インドネシアやネパールなどアジアの国々の出身者が多い。

外国人への門戸開放と介護事業者の不安

「外国人を雇うにあたっては日本人と同じように必ず労基法などを守ってください。彼らはボランティアではありません」。7月上旬、横浜市内で、横浜市福祉事業経営者会が主催する「外国籍介護人材雇用セミナー」が開かれた。神奈川県内の介護事業者が対象で、この日は約30人が参加。講師を務める行政書士と特定社会保険労務士が、介護施設に外国人を受け入れる際の事業者の義務や注意点などを説明、参加者は真剣なまなざしで聞き入った。

参加した県内の介護事業者は、「ここ数年、人手不足が深刻。求人を出しても全く応募がない。これまで日本人に絞っていたが、今後採用対象を外国人にも広げたいと思っている。セミナーに出席して制度の疑問点は解消できたが、指導における言葉の壁が心配。日本人職員も外国人をすんなり受け入れてくれるかどうか……」と不安な表情を浮かべた。

厚生労働省の推計では、2025年、介護業界における人材不足は34万人にのぼる。政府はこれまで、外国人受け入れの枠組みとして、インドネシアら3カ国とのEPA（経済連携協定）、在留資格の「介護」、また本国への技術移転が趣旨の技能実習制度を整備してきた。

さらに政府は今年4月より、人手不足対応のための一定の専門性、技能を有する外国人の受け入れとして、就労を目的とした在留資格である特定技能制度を開始した。介護分野では、今後5年間で最大6万人の受け入れを見込んでいる。

しかし、事業者は外国人受け入れには不安を抱え、躊躇（ちゅうちょ）している様子がうかがえる。介護労働安定センターによる介護事業所などを対象とした介護労働実態調査（平成29年度）によれば、外国人雇用に関して意思疎通などに不安な思いを抱く事業者は多い（表1）。

実際、外国人を雇用すると、追加的な対応が発生する。複数の事業者に聞くと、実習生の日本語書き取り能力が著しく低いために、その分日本人職員が代筆するケースや、出身国の宗教の関係で神聖とされる右手が使えず左手だけで排泄（はいせつ）介助を行う実習生のフォロー、さらには高齢者本人や家族が抱く、外国人が担当することへの不信感の解消など、事業者としては対応すべきことが少なくないという。

さらに、介護実態調査からは、外国人の受け入れ以前に、日本人の介護職員を教育する土壌が整っていない実態も浮かびあがる。同調査において従業員の不足を感じると答えた事業所は6割を超える一方で、介護事業所として「教育体制を整備しているか」という問いに対して「はい」と答えたのは5割、「採用時の教育・研修を充実させている」という問いに至っては3割程度にとどまる（表2）。

前述の小田原福祉会では、数年前から介護職員への教育に力を入れている。井口氏は、「介護の仕事には肉体労働、頭脳労働に加え、認知症などの高齢者と日々向き合う中で、自身の感情の抑制、緊張、忍耐を伴う感情労働がある。1人で解決できない部分であり、先輩や仲間とともに、会社がサポートすることが必要になる」と語る。

同法人では日本人・外国人を問わず新人1人に対し、プリセプターと呼ばれる専門の教育担当者を1人ずつ配置しOJTを実施。新人の悩みなどをケアする。さらにアソシエーターと呼ばれる教育責任者も別に設け、複数の目で育てる。こうした取り組みが職員の定着に繋（つな）がる。5年前は日本人だけで23％あった離職率が、直近では5％にまで低下した。

井口氏は「日本人、外国人で分け隔てすることなく、共に介護人材を育てていくことが大事」と語る。「特に、実習生たちは日本の介護技術を自国へ持ち帰る。しっかり学べるようにサポートすることで、彼らの就業満足も得られ、結果的に入居者への質の高いサービス提供につながる」という。

現場の生産性向上が外国人材にも大きなプラス

処遇や生産性の低さも指摘される介護業界では、そういった課題への対策を充実させ、人材確保をはかる事業者が増えつつある。業界大手のSOMPOケアもその一つ。同社では、長期勤続によるキャリア形成を意図した系列全社共通の退職金導入や、元気な高齢者にも働いてもらえるよう65歳以降も正社員と同等処遇となる再雇用制度の整備、各種手当の充実などを図る。

また、介護職員の作業負担を軽減させるため、ICT化やデジタル活用を推進。紙ベースだった介護記録をシステム化し、数年前からタブレットを活用、最近ではスマホを導入した。夜間、職員が入居者の眠りをモニタリングできる仕組みを導入し、見回り業務の負担を軽減。また、浴室や居室にセンサーを設け、高齢者の事故を防止する。

こうした取り組みは、外国人職員にとっても大きな助けになる。東京都東村山市にあるSOMPOケアグループの有料介護付き老人ホーム「そんぽの家八坂」を訪問すると、フィリピン人の介護職員、神山ロエナさんが慣れた手つきでスマホを操作していた。対応した入居者の介護記録を入力しているのだ。食事量、飲水量、排便状況などをプルダウンで選ぶ形がメインで、日本語での入力部分は以前より大幅に少ない。ロエナさんは、「今までは紙に日本語で手書きだったので、時間がかかって大変だったわ」と笑う。

言葉で伝えにくいものはその場で写真を撮ってスマホで送ることができるため、他の職員と容易に共有できるという。スマホで入力したデータはタブレットで入居者の最新の情報として共有される。ロエナさんはそれを見ながら、日本人職員とスムーズに引き継ぎ業務を行っていた。

事務作業の時間が減少した分、入居者と触れ合う時間に時間を割くことができる。同施設の濱田将ホーム長は「ロエナさんは日本人とは違うユニークな接し方で高齢者を喜ばせ、このホームを盛り上げてくれる。彼女はよく歌いながら高齢者を介助していて、いつのまにか高齢者も一緒に歌いだして、とてもにぎやかになる」と語る。

WEDGE

タブレットを用いて日本人職員とスムーズに引き継ぎを行う神山ロエナさん（右）。外国人職員にとって紙に日本語で記入する作業は負担が大きい

いつまでも続かない「選ばれる国」という幻想

外国人材受け入れが進むが、優秀な外国人が、今後も安定的に来日するとは限らない。即戦力として期待される在留資格の特定技能1号では、海外で実施される介護技能試験と日本語試験に合格する必要がある。今年4月にフィリピンで行われた第1回の合格率は、両試験ともに8割を超える高い合格率となり、受験者層の意識の高さがうかがえたが、第2回以降の合格率は、2～4割台へと急落している。

介護業界に詳しい大和総研の石橋未来研究員は、「フィリピン、ベトナムなどの国々から今後しばらくは優秀な人材が来日しても、将来的にはそれらの国々も高齢化を迎え、自国内で介護関連の仕事に就労するケースが増加するだろう。いつまでも日本が選ばれる保証はない。彼らを場当たり的に頼るのではなく、業界全体で生産性向上や教育体制の見直しを進めなければ、業界の人手不足は解消しない」と指摘する。高齢社会の一翼を担ってもらうためには、彼らの能力を存分に発揮できる環境づくりが急がれる。 W

介護業界の受け入れ体制は万全とは言えない

（出所）介護労働安定センター「介護労働実態調査」（平成29年度）よりウェッジ作成

表1 外国人労働者を活用する上での課題（複数回答、上位抜粋）

利用者等との会話等における意思疎通に支障がある	58.9%
日本語文章力・読解力の不足等により介護記録の作成に支障がある	54.1%
日本人職員との会話等における意思疎通に支障がある	46.5%

表2 人材育成の取り組みのための方策（複数回答、上位抜粋）

教育・研修計画を立てている	55.4%
採用時の教育・研修を充実させている	32.7%
教育・研修の責任者もしくは担当部署を決めている	32.5%
職員に後輩の育成経験を持たせている	31.1%

PART 5

死生観の変遷

山折哲雄氏インタビュー「死はいつからタブーになったのか?」

90歳を過ぎたら〝死の規制緩和〟を

医学の進歩で寿命が延び、核家族化により死が身近でなくなった日本人にとって、これから本格化する「多死社会」で、死をどのように受け入れていけばよいのか。

聞き手・鵜飼秀徳（僧侶兼ジャーナリスト）　写真・太田未来子

鵜飼　日本人の死を取り巻く環境が大きく変化をしてきています。たとえば昔は自宅で親族らによって看取られ、地域の人々の手によって手厚く葬られたものですが、今は病院や高齢者施設で死を迎えるのが大方です。ひとりで死に、その後の葬送も随分簡素になっています。できれば自宅で家族に見守られながら死んでいきたいと願っている人は多いですが、なかなか理想通りの最期になっていないのが実情です。こうした日本人の死をめぐる環境の変化を、山折さんはどう見ていらっしゃいますか。

山折　戦後75年間の死生観の変化の流れを見ると、二つの転機があります。

一つ目は、近代医学の進歩によって、生と死を明確に区分するようになったこと。もうひとつは、高齢化です。死を取り巻く環境があまりにも急激に変化してきており、死生観の根幹にひびが生じているように感じます。

最初に挙げた近代医学の進歩から説明しましょう。そもそも日本人の死生観というものは、とても長いタイムスパンで考えられてきました。過去から現在、未来へと「死と生は連続している」という考え方です。つまり、死というのは連続性の中でのプロセスの一つにすぎない。

それは「生老病死」の中の、特に「老・病・死」に象徴的に表れていました。「老」は「死」への入り口を意味します。「病」も「死」へのもう一つの入り口です。二つの死への入り口をわれわれ日本人はしっかりと自覚し、ゆっくり死に向かっていった。これは500年、1000年単位で受け継がれてきた日本人の死生観の、根幹をなす考えなのです。

ところが戦後、大きな画期を迎えます。それは、死を「点」で捉えるという考え方が急激に先鋭化したということ。つまり、生と死とをきっぱり二つに分けてしまった。その先陣を切ったのが近代医学の台頭です。

たとえば死の告知。死の告知は、死と生が切断される、非連続な状態になる、ということを意味し、それを痛切な形で知らせます。要は論理的に、医学的に生と死を定義づけしてしまったのです。

生と死との分離切断を強く決定づけたのは「脳死」でしょう。それまで心臓死が人間の死でした。心臓死だけの時代はまだしも、緩やかな死へのプロセスが意識されていました。呼吸が浅くなり、意識がなくなり、脈拍が少なくなり、そして心臓が止まるという。本人や看取る家族はその変化の中で緩やかに死を迎えた。

そこに、脳死の概念が割り込んできたことで、生死の境がより鮮明になったのです。脳死の時点で人間の生命は完全に絶たれたという西洋医学流の認識を日本人も持たされるようになった。

Tetsuo Yamaori
宗教学者、評論家。1931年、サンフランシスコ生まれ。54年、東北大学インド哲学科卒業。国際日本文化研究センター名誉教授（元所長）、国立歴史民俗博物館名誉教授、総合研究大学院大学名誉教授。著書に『「ひとり」の哲学』、『「身軽」の哲学』（ともに新潮選書）、『老いと孤独の作法』（中公新書ラクレ）など多数。

そこでは感情や、非論理的な考え方は排除されます。この脳死概念の導入から、「生と死の選別」が始まりました。

再びあいまいになる「死の定義」

ところがです。再び、生死の境があいまいになる時代がやってきた。医学的処置の進歩によって、高齢化が加速し、皮肉なことに「生きながら死んでいる」状態があちこちで生まれてきているからです。今の高齢化は、人間の自然的生命力によって、ではなく、人為的に生かされて、仮想の生きている状態に近くなっている。それも、あくまでも医療の力に頼って、です。

たとえば寝たきりや認知症の発症によって、最終的には病院のベッドに縛り付けられる。場合によっては胃ろうなどによって、殺されもせず、生かされもせず、という状況に置かれるというわけです。悪い意味で再び、死の定義があいまいになってきた。

そこで、生死の問題を本質的に捉える必要が出てきました。改めて死を、「生と地続きの連続したもの」として、リアルな実感として再定義しなければならなくなったのだと私は思うのです。言い換えれば、時相的、時間的な問題として考えなければいけない。死は、医療以上に、文化の問題として捉え直すことが大事なのです。

鵜飼　戦後、集団就職でムラから若者が東京に出てきて、「個」の社会を形成してきました。田舎には親が残され、いよいよ団塊の世代が看取りの局面を迎えています。しかし、彼らは今さら故郷に戻って、介護をやって親を看取るなんてことができない。そこで施設に委ねざるを得ないという状況の中で、医師や介護士などの第三者によって看取りが行われている。それが、結果的に、死を点で捉えてしまうような状況をつくりだしている気がします。

山折　「個」は戦後になって初めて出てきたなんていうのはたんなる幻想で、前近代から「共同体」の中での「個」の存在概念はあった。たとえば、人が死を迎えようとするときには、「個」の意識の中で、「50歳になったらそろそろ老後や、菩提寺のことや、埋葬のことをちゃんと考えておかなければならない」というような話が自然に出てきていたものです。

けれども自分の決断だけでは事は運べない。だから共同体のメンバーによってその協力を得て、葬式を出してもらう。具体的には、野辺の送りをする。そういう共同作業というものが過去には確実に存在していた。いまの「個」の問題は、この共同体に「委ねる」ことが崩壊してしまったということでしょう。それで施設に、死の面倒を見てもらい、「助けて」と悲鳴をあげることにもなった。

鵜飼　そういう状況にきちんと対応する社会を作る必要がありますね。看取りの場をどうするか。しかし、施設に入れればまだよいほう。今、東京には高層マンションが増えていますけれども、晩年はそこに閉じこもって、コミュニティーとも断絶された状況の中で、孤独死の危険もあります。

山折　だから、最近は先進的な建築家などはアーティストと一緒に組んで、「そういう高齢者たちをきちんと看取れるようなまちづくりが、本来建築家のやるべき仕事だ」と主張しはじめたんです。もはや、高い建物、個性的な建物を建てる時代じゃないということですね。東京なんて本当に絶望的な都市になってきたね。

鵜飼　一方で、政府は最後は住み慣れた地域社会の中で看取っていきましょう、という地域包括ケアシステムの構築を目指しています。しかし、それは死ぬまで。本当は死後、地域のお寺やお墓できちんと弔われ、故郷で安らかに眠れる仕組みづくりまで、レールを敷くことが大切だと思います。今、田舎から東京に遺骨を移す墓じまい、改葬が増えてきています。そうなってくると、戻るべき地域共同体の核がなくなってしまいます。

山折　かなり前から、骨をコインロッカーに封じ込めるという方式の納骨堂があちこちでつくられている。お寺自身が、そのような形で墓じまいを加速させている側面もありますね。

鵜飼　死を忌避する風潮が広がっています。今後、孤独死が多発する可能性が指摘されていますが、そういう危機的状況のなかで、日本人は果たして死ときちんと向き合うことができるのか。死を決してネガティブに捉えないような社会、あるいは葬送文化みたいなものを、日本人はどういうきっ

かけで取り戻していくと思われますか。

山折　そこは本当に大事なところです。私は子供のころから病弱で、入退院を繰り返してきました。現代医学のおかげで命拾いをし、寿命を永らえることができたのです。だから、現代医学には足を向けて寝られないという思いでいます。

けれども時々、医者の会議に招かれ、講演させていただくのですが、そういうときに言っているのは、「そろそろ尊厳死・安楽死をちゃんと現代医学側の問題として、医療の方法としてきちんとそれを議論し、受け入れることを考えてください」と。

尊厳死・安楽死の問題はタブー

そうしたら、それに賛成する意見も多少は出てくるのですけれども、しかし、ある医師会出身の議員が最後に、「法律の壁を崩すことはできませんよ」と断言されたんですね。日本の医学、病院の動きを見ていると、やっぱりそう。シンポジウムのテーマにすらできないんです。尊厳死・安楽死の問題はタブーなんですね。

医学界に次ぐ抵抗勢力は仏教界です。僕はお寺さんとは付き合いがあるから、言うんですよ。「あなた方ね、一番今大事なのは、臨終行儀だ。死にゆく者に死をどう受け入れてもらうか。これを積極的にやってもらわないと、人間最期の重要課題が暗礁にのりあげてしまいますよ」と言っているんです。

しかし、実際は死んでお葬式の場になって初めて僧侶が出てくる。本来、病院で亡くなろうとしている人間の近くで僧侶が寄り添い、そこできちんと引導を渡さなければと思うんですが、この社会ではなかなかそうはならない。病院に僧侶が入って読経なんかしたら、たちまちつまみ出されてしまうのがオチですね。

鵜飼　しかし、制度をつくる側としては尊厳死や安楽死を議論の俎上に上げることはタブーということですよね。尊厳死・安楽死は、詰まるところは形を変えた自死なんじゃないかという、ことですよね。でも、そういう極端な話ではなくて、緩やかな死の迎え方の選択肢として、尊厳死や安楽死の選択肢も議論していこうという姿勢が大切です。しかし、議論の入り口にも立っていないです。

山折　だから私は『ひとりの覚悟』（ポプラ社）という新書を今年出したのです。その中で「死の再定義」「死の規制緩和」という、緊急提案をしました。死の再定義は、さっき言った「点とプロセス」の問題です。それから死の規制緩和というのは、90歳以上になったら死に方は勝手にさせてよ、ということ。『樹木希林　120の遺言』（宝島社）が大ベストセラーになったじゃないですか。その中のキャッチフレーズが、「死ぬときぐらい好きにさせてよ」。この考えを世論は支持しています。

> 失われたムラに代わる
> コミュニティーを作り
> 日本の伝統的な社会を
> 再現できるか

鵜飼　現代において、理想的な死の迎え方というのはあるのでしょうか。

山折　たとえば老後、自分で自分の身を処するという考え方は当然出てきます。そこで、「断食」という手法があるということを僕は以前からいってきた。家族や共同体に必要以上の迷惑を掛けないということもあるけれども、自分で自分の食のコントロールをして、最後は食を断って死んでいく。実はこの断食を死の入り口とする人が、戦後間もないころまでは結構、多かったんです。これは仏教の伝統にもあったということにもよっている。そしてそれは、場合によっては逆説的に健康を回復させ生命を蘇らせることもある。自分の決断において、生から撤退するという決断です。断食というのは、ぎりぎりのところで生まれ変わるという再生の契機でもあります。

だから、このような断食は宗教的な修行になり得る。かつての修行者は自分の余命がそろそろ尽きそうだと悟った段階で、断食、断水、断眠を経て、死を迎える。つまり往生する。そういう事例が、中世の『往生伝』や『高僧伝』にたくさん残されています。仏教が決してバカにできないのは、死がプロセスだということを体系化し、そのことを実践しているからです。

近代になってモルヒネを使った緩和医療が西洋からもたらされました。けれども、緩和医療というものは、外からの死に誘う手段の助けによっている。自らの自己決定によって自らを死に誘う断食とは意味が全然違う。

鵜飼　まさに断食は個の決断ですね。当然、共同体もそれを容認するだけの「胆力」が必要ですね。看取る家族の方もそう。「あの人はもう覚悟しているんだ。もう死んでいくんだ」ということを全体として容認、共有していくような度量の深さというものが、これからはさらに必要になる。しかし今、そのコミュニティーの度量がない。本人もそういう決断をできるほどの胆力がない。みんなぼんやりと、思考停止状態でだらだらと死んでいくような状態になっているのかもしれません。

山折　そう、だらだらね。私は、このような状況にいささか失望しているんです。あるとき、日本の伝統的な死生観の中で、理想的な死に方のモデルはどういう形だろう、ということを考えたことがあります。

そのとき出会ったのが平安時代末期の僧侶、西行なんですよ。西行というと、有名な句があります。

「願わくは　花の下にて　春死なん　その如月の望月のころ」

つまり、自分が死ぬのは春3月。満月を振り仰いで桜の下で死にたい、と。往生願望を歌にした。実際、西行は旧暦2月16日の満月の夜、まさに桜の季節に亡くなったといわれています。2月16日というのはお釈迦さんがお亡くなりになる1日後。同じ日の入滅はまことに申し訳ないから、わざと1日ずらしたのかも。

断食往生死を阻む認知症

こういうことが可能になったのは、西行が食のコントロールをし、おそらく日常的に断食修行をやっていたからだと思います。多くの僧侶がそう。大体、余命ひと月くらいの段階から、断食に入った。最初は五穀断ち、十穀断ちを始める。

それから緩やかな断食。1日断食、2日断食というのを始めて、あともう1週間ぐらいで逝くなという段階で水断ちをします。そうすると、自然に、すっと死んで逝ける。そして、亡くなる直前に奇跡が起こる。霊験という幻覚ですね。阿弥陀如来が現れ、手を差し伸べて、頭をすっとなでてくれる。すると翌日、静かに息絶えた……と。

しかし、なかにはそううまくいかずに、地獄の苦しみを味わいながら、叫び声を上げながら死んでいった、という記録もないわけじゃない。

鵜飼　こう考えると、逆に西行は死をポジティブに捉えていたというところがありますよね。日常的に自分の死を見つめていたからできたことですよね。どういう死にざまが理想なのか、人生をかけて思考しないと、こうは至らないですよね。

山折　人間の肉体というのは、最後は衰えて枯れていく。「枯れる」という言葉は、決してネガティブな意味じゃなく、ある種の成熟なんです。だから、歌人の藤原定家や、天台座主の慈円なんていうのは西行の死生観に感嘆したんです。「西行というのはすごいな。自分が思うようなときに死ぬことができた」と。

僕は今年88歳になりました。じつは、もうそろそろと、思っているんです。西行さんをまねるわけじゃないけれども、断食往生死でいこうかとね。そう思うような80代になったとき、僕は「飲み過ぎない、食べ過ぎない、人に会い過ぎない」という3原則を立ててみたんです。いつもそれを破っているんだけれど。人に会い過ぎると、つい飲み過ぎるんだよな（笑）。でも、それもそれで楽しくないわけではない。そんなジレンマの中で生きるということは、ある種の喜びや楽しみでもあるわけですよ。

だから僕は断食往生死の原則を立てつつも、現実の苦楽を味わいながら、それでも何とか西行さんのような最期に近づくことができないかなと幻想している。

だけど認知症になると、その決断さえもできなくなるかもしれないね。そのときはその境遇を受け入れることが大事で、あとのことは共同体に任せる、天に任せるしかない。そういう意味では、令和の時代は、失われたムラに代わる共同体・コミュニティーをいかに作り、日本の伝統的な社会を再現できるか、それがあらためて問われているように思います。W

MAUCAT, MAELUVE / SHUTTERSTOCK.COM

「看取り」クライシス ｜「信用スコア」の落とし穴

Take Free
ご自由にお持ち帰りください

Wedge ウェッジ

Guiding Japan forward

9
SEPTEMBER 2019
Vol.31 No.9

2019年8月20日（毎月1回20日発行）

Special Report

「看取り」クライシス

多死社会が待ち受ける現実

30th ウェッジ

Wedge Report
ヤフー、LINE、みずほ銀が参入
信用スコア成否のカギは サービスの信用性

Wedge Opinion
通貨は国境を越えられない
世界通貨を目指す「リブラ」構想の限界

Wedge Report
日本企業は「優等生」か？
気候変動で高まる経済リスク 圧力増す「TCFD」の正体