



認知症があっても一人で暮らす

豊田 謙二

認知症のある人が住み慣れた自宅で生活を続けられるには、どのような生活環境が必要なのか、その自問がこの小エッセイのテーマなのだが、表題では「一人で暮らす」とした。認知症であっても一人で、最期まで自宅で生活できること、それが可能であり、その先例が積み重なれば、さまざまな病状の人にも在宅での死が身近となろう。なぜか。認知症のある人にとっては、現状では、在宅での死は非常に遠い望みだからである。

ちなみに、厚労省の「人口動態統計」によれば、2008年の死亡者数は1,142,407人、その内自宅での死が144,771人で、その割合は約12.7%である。同年の医療機関での死が81.1%であるので、その差は極めて大きい。では、あなたの望みは自宅での死、それとも病院での死ですか、と尋ねても素直に「自宅で」とは答えられない。その点ではアンケート調査でその是非を問うのは野暮というものである。なぜ素直になれないのか。とくに高齢の回答者は「家族負担」を強く意識するからである。

在宅ホスピスのすすめ

では、家族の世話を当てにせず自宅で死を

迎えるには、どうするのか。一人暮らしを選ぶことである。一人暮らしとは家族世帯から独立し、自分の意思で生活することである。つまり、家族と同居せずに社会的支援やサービスを活用しながら、死を迎えるのである。これはドイツ的な老後設計といえる。ドイツではこの生活スタイルで多くの人が自宅で看取られている。認知症のある人でも自宅で、立派に自然死を迎えている。自宅での死と病院での死、なぜ二つを対照的に捉え、自宅での死を優先させるのか。その大きな違いは質的なものであり、自宅での死は、生活を続けてきた場で、そして不必要な延命措置をしない、自然の死である。この「自然」というありかたを私は重視し、自宅の死を優先させる。



認知症のある人が出かける場 ―世話カフェで―

介護保険制度が2000年にわが国に導入された。1995年にはドイツで介護保険の在宅サービスがスタートしていた。日本の介護保険でもドイツの介護保険にあっても、在宅介護優先が基本原則である。ドイツでは在宅での死、つまり在宅ホスピスが想定されている。「ホスピス」とは死の看取りであるが、その始源は1787年アイルランド生まれのマザー・メアリー・エイケンヘッドという女性が、最期の時を看取る実践を始めた。彼女の死後20年がたって、ダブリンに「聖母ホスピス」が設立された。20世紀になって「死に行く人の家」というホスピスを創設したのは、かのマザー・テレサ（1910～97）である。

わが国では、在宅で生活を継続しても最期は病院死が待っている。現在では在宅ホスピスは例外的な、極めて恵まれた人の物語に見える。「現在」ではそうなのだが、1950年代まではほぼすべての日本人が家族や友人に囲まれながら、在宅での死を迎えていた。では今日と比べて何が変わったのだろうか。病院の増設と医療への依存である、と私は推察する。この50年の間に町医者は病院に吸収され、看護師は医師の指揮下に下り、私たちは医療・医学の知を高く拝するに至った。

在宅介護優先を掲げながら、わが国の介護保険には「在宅ホスピス」はない。死の場所が病院になっている。「人間にとっては生よ

りも死が重要である」とは、古代ギリシャの神殿に掲げられた神託という。「死」は瞬間ではない。生きていく時間のなかの、つまり連続した時間の拡がりのある「間」、と私は思う。だから、「死」は生きている人間的時間の内にある。「死」についての考察は、どう生きるかに連なっている。

今日の私たちには、個々人としての「死」に向けての希望、少し難しく言えば、死に関する考察が欠けている、と思うのである。私たちの身体は生物としての生命を宿しており、生物としての「死」は不可避なのである。それにもかかわらず、身体としての不可欠な「死」が、日常から、そして思考から消去されている。つまり、「死」が葬儀や香典、あるいは華やかさを競うイベントに化し、その物象化によって、身体としての生命の輝きが失せている。

一人暮らしのすすめ

先に私は、ドイツでは認知症のある人が一人暮らしの死を看取られる、と書いた。ドイツでは在宅医療は17世紀にすでに実施されていた、という。最近では、2000年の医療改革において、在宅での看取りを支援する住民ネットワークの経費に保険を適用することにした。また、私が訪問調査する高齢者施設においても、「ホスピス棟」は必ず併設されていた。

施設においても死の看取りは必須の仕事なのである。2010年に訪ねた認知症ホームにおいては、居住者の80%が看取られ、その人の偲ぶ会が定期的に開催されていた。



認知症であっても使えるスプーン

「一人暮らし」は社会的支援によって可能である。その社会的支援が乏しいか、欠けると、家族への依存度が増す。なぜか。一人暮らしには自由とともに、リスクが伴うからである。ドイツでは18歳になると家族から独立して、巣立つ。一人暮らしの始まりであり、それ以降は加齢に沿って様々な社会サービスが付加されていく。その後子どもを育て、子の巣立ちと配偶者の死などで、再び一人暮らしとなる。ちなみに、2007年のデュッセルドルフ市は、人口が約58万5千人、総世帯数が31万4千、その内単身世帯が15万3千である。全世帯の約半数が単身世帯である。

わが国でも、単身世帯が増加を続けている。加えて、認知症のある人も増加中である。ド

イツの介護保険では、現物給付（＝介護サービス）とともに、家族介護者は金銭給付を選択することができる。ただし、この「家族」は肉親である必要はなく、嫁であるケースはまれ、まして同居はない。近くに住んで介護する家族が「家族介護者」である。だから、世帯は独立している。金銭給付は、「一人暮らし」の人を在宅で介護し、看取りを可能にしようとする仕組みなのである。

医療保険にせよ、介護保険にせよ、それら制度は私たちの目にはみえないものである。見えるのは施設の建物や世話・介護する人の動きや表情である。身体には生命がある。だから、死は必ず訪れる。それが自然だから。制度は、私たちの身体が成長し死に至る、その自然に合わせて再構築すべきだ、そう思うのである。看取りできる人が添えるために。



デュッセルドルフ市(ドイツ)の中心街

(本研究所研究員 社会福祉学)