

二〇二一年度
卒業論文

在宅ケアにおけるビハラ活動の重要性

コピー 厳禁

L180169

渡辺 法顕

目次

序論	1
本論	2
第一章 ビハラ活動とは	2
第一節 ビハラ活動の始まり	2
第二節 浄土真宗本願寺派のビハラ活動	3
第二章 看取り難民と在宅ケア	4
第一節 看取り難民とは	4
第二節 地域包括ケアシステムの展開	5
第三節 地域包括ケアシステムの課題	7
第三章 ビハラ活動による在宅ケアについて	7
第一節 僧侶による在宅ケアの意義	7
第二節 僧侶による在宅ケアの実践例	0
第三節 地域包括ケアシステムの一部としての僧侶	2
結論	4
註	
参考文献	

コピー厳禁

序論

今日の日本は多死社会というものが課題の一つとしてあげられる。団塊の世代が一気に七五歳を超え、死に直面する人が増加する。さらに、現状のままの病院のベッドの数では限りがあるので入院できない人が出現してしまう。このような事態を想定して、人生の最期まで住み慣れた場所で生活を続けるという地域包括ケアシステムが注目されている。しかし、この地域包括ケアシステムには課題があり、二十四時間いつでも死は起こり得るので、それに対応した医療機関が必要であると考えられる。また、患者さんが通院困難になった場合に訪問診療が可能であり、さらに在宅での看取りまで可能な医師というのが必要であるといえる。このような現状に対して、ケアを必要としている患者さんの元に出向くことが重要視されているが、そうになると一人の医師に対する負担が大きくなる。

そこで私は仏教者がビハーンラ活動として地域包括ケアシステムに積極的に関わり、医師と連携することで医師の負担も減り、患者さんの死の不安にも寄り添うことが可能なのではないかと考えた。これらを踏まえて、これから訪れるであろう多死社会に備えた在宅ケア、そこにビハーンラ活動が必要になると考え本論考では「在宅ケアにおけるビハーンラ活動の重要性」をテーマに浄土真宗の僧侶がビハーンラ活動として地域包括ケアシステムにおいてどのようなことができるのか、役割があるのか考察していく。

これらを考察していく上で、第一章ではビハーンラ活動の理念とその成り立ちについて考察する。第二章では地域包括ケアシステムにおける在宅ケアの現状、またはその課題について考察する。そして第三章では地域包括ケア

におけるビハラー活動の可能性と役割について考察する。

本論

第一章 ビハラー活動とは

第一節 ビハラー活動の始まり

ビハラー活動の始まりは、「仏教ホスピス」という言葉が始まりである。「仏教ホスピス」という言葉がメデアなどで注目され始めたのは一九七〇年代頃であり。その背景として、一九六八年にシシリー・ソングダースがイギリスで緩和ケアを実践し始めたのを契機に死の臨床についての議論が加熱し、ホスピス活動が注目されたことにある。そして仏教者が死の問題に取り組む活動を「仏教ホスピス」と言われるようになり、その期待が、ビハラー活動が開始されることとなったと考えられる。

田宮仁は「仏教ホスピス」という言葉よりも、より仏教者の活動として強調しようと「ビハラー」という言葉を提唱した。ビハラーはサンスクリット語で、休養の場所、僧院、寺院などの意味をもっている。田宮の提唱したビハラーの動機として、患者自身が利用したい最期の場の創造。仏教においてのターミナルケアへの具体的な対応。「救い」を視野に入れた仏教福祉の実践。というものである。また、田宮はビハラーにおける実践の基礎

禁廠

としてビハーラ活動者の傾聴を挙げており、患者さんが主体的に話すことを重要視している。さらに、仏教的な解決を目的としており、「救い」を重視した実践を目指した。

第二節 浄土真宗本願寺派のビハーラ活動

田宮が提唱したビハーラ活動であるが、浄土真宗本願寺派ではどのようにビハーラ活動が展開したのか述べていきたい。

浄土真宗本願寺派のビハーラとして、

あらゆるいのちは、はかなく、かけがえのないものです。そのいのちのかけがえのなさに目覚め、お互いが御同朋として思いやりあうところに、仏教徒に生きる姿勢があります。私たちは、病院や施設で死を迎えるようになりました。そのため、日常的に死にふれることが少なくなった私たちには、死に向かう状況を冷静に受け止めることが難しくなっています。病の苦しみや死の不安を抱えた患者とその家族は、心の救いを求めて思い悩みます。臨終もまた一つの平生であり、無常に向きあって真実を求める時期であるといえます。

そんな時、私たち仏教徒が、その方々のそばにいて、その苦悩に耳を傾け、「願われないのち」の尊さについて、深く気づきあうことができたなら、きっとその方々の心の安らぎになることでしょう。¹

と示されている。このように浄土真宗本願寺派のビハーラの理念は、死と向きあうことが少なくなった現代に寄り添うことを理念としており、ただ寄り添うだけでなく、死の不安に対して耳を傾け、医者にはできない仏教者

ならではの「救い」というところに重きを置いている。

また、浄土真宗本願寺派のビハーラ活動は時代とともに方向性を変えて展開しており、緩和ケア病棟だけでなく、特別養護老人ホームや震災支援などに活動を広げた。このような背景には浄土真宗の阿弥陀仏の信心を得たら、救われるという考えが影響していると思われる。「コビハーラ活動」とは、「生・老・病・死」の苦しみや悲しみを抱えた人々を全人的に支援するケアであり、「願われないのち」の尊さに気づかされた人たちが集う共同体を意味します。」² というように死の問題に直面した人々全ての救済を目的とするという方針である。

第二章 看取り難民と在宅ケア

第一節 看取り難民とは

今日、日本が抱えている問題として多死社会というものがある。この多死社会とは、団塊世代が一斉に後期高齢者になり、死に直面する人が増加するというものである。ここで問題なのは、それら増加した死亡者を、誰がどこで、どのように看取るのかということである。ただ単に新しく病院を増やしてベッドの数を増やすことも簡単なことではない。なぜならば、我が国の財政状況から見ても増加する死亡者に合わせて病院を新設することは困難であり、それに加えて、令和三年版高齢者会白書によると

65歳以上の人口は、「団塊の世代」が65歳以上となった平成27年に3,347万人となり、「団塊の

世代」が75歳以上となる令和7年には3,677万人に達すると見込まれている。その後も65歳以上人口は増加傾向が続き、令和24年に3,935万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推測されている。³

というように、増加した高齢者は令和二四年をピークに右肩下がりとなる。また、死亡者数も同様に高齢者が一番多い令和二四年がピークであると考えられる。このように高齢者が増加しても、いずれ減少の傾向に転じるのである。つまり、増加する高齢者、死亡者に合わせて病院を新設したとしても、いずれ高齢者は減少し、それに伴って増設した病院も不要になってしまうという現実が考えられる。このような背景から、今ある病院、診療所、老人ホームなどで増加する高齢者に対応することが求められ、看取り難民の問題を対策する必要があると考える。

第二節 地域包括ケアシステムの展開

地域包括ケアシステムの展開として、まず、地域包括ケアシステムは大きく分けて二つある。一つ目は「保険・医療系」であり、二つ目は「福祉系」である。一つ目の「保険・医療系」の始まりとして、広島県の公立みつぎ総合病院があげられ、二つ目の「福祉系」の始まりは、社会福祉協議会、社会福祉法人などの地域福祉活動があげられる。しかし、これらの地域包括ケアシステムの源流の分類には注意が必要であり、二本立は、

源流の分類は私のものも小林氏らのものも概念的なものであり、各地で行われている地域包括ケアシステムは非常に多様なことです。「自治体主導」と「民間主導」という区分も可能ですが、前者にも「保険・医療系」

（自治体病院主導）と「福祉系」（同、首長主導）の両方が存在します。⁴

と述べている。ここからも分かるように、地域包括ケアシステムとは実に多様なもので、システムと云ってはいるものの、地域によって大きく体系がことなり、全国共通のシステムと言うよりは、いわば、「ネットワーク」のようなものである。国や厚生労働省も自治体による主体的な活動として、地域包括ケアシステムをあげている。二木は、

地域包括ケアシステムの実態がネットワークであることは、2013年8月に発表された社会保障制度改革国民会議報告書が「地域包括ケアシステムというネットワーク」とのストレートな表現を用いて以来、行政内外で広く認識されるようになっていきます。⁵

と述べている。このように地域包括ケアシステムは「全国共通のシステム」というよりも「地域のネットワーク」ということである。また、地域のネットワークである以上、地域包括ケアシステムの中心を担うものは、各自治体によって異なる。

次に、地域包括ケアシステムの法、行政的展開について考えたい。初めて地域包括ケアシステムという言葉が使われたのは、二〇〇三年の「2015年の高齢者介護」であり、介護サービスを中核としていた。次にこの用語が記述されたのは、二〇〇九年、二〇一〇年の「地域包括ケア研究会報告書」である。この段階では診療所と訪問医療を中核としていた。このように地域包括ケアシステムの概念が限定的であったが、二〇一三年の「社会保障制度改革国民会議報告書」でその範囲が大きく拡大した。この報告書について、二木は、「2013年の

「社会保障制度改革国民会議報告書」で、医療と介護の一体化、および地域包括ケアシステムにおける医療（病院）の役割を強調しました。⁶とする。

さらに二木は注目すべき点として、「この報告書でもう1つ注目すべきことは「治す医療」・「病院完結型医療」から「治し・支える医療」・「地域完結型医療」へのパラダイム転換を提唱したことです。」⁷また、この報告書の注意点として、「報告書が「支える医療」（単なるケア）ではなく「治し・支える医療」（キュア&ケア）を、病院抜き・在宅医療偏重の「地域完結型医療」ではなく、病院を重要な構成要素として含む「地域完結型医療」を提唱したことです。」⁸と述べている。このように、二〇一三年を境に地域包括ケアシステムの変化、拡大が顕著であり、「治す医療」から「治し・支える医療」への方向転換を提唱しただけでなく、地域の病院を含む「地域完結型医療」を重要視した。以上の二つから、地域包括ケアシステムの展開として、「地域のネットワーク」であり、各自治体によって地域包括ケアシステムの内容が異なるものになると、「治し・支える」医療を重要視し、地域の病院を含む「地域完結型医療」を提唱したことが分かる。

第三節 地域包括ケアシステムの課題

地域包括ケアシステムにはさまざまな課題があげられる。ここでは現在、考えうる課題を可能なかぎり述べていきたい。地域包括ケアシステムの考え方や捉え方、などはその時期の政権などで異なる場合があるので問題とされる焦点がことなる場合がある。なので、現在考えうる課題をここでは挙げていきたい。

まず、一つ目の地域包括ケアシステムの大きな課題として、人材の確保があげられる。地域包括ケアシステムの重要なポイントとして、人々を支えるサービスが二十四時間絶え間なく、三六五日提供されることである。二〇〇五年に改正介護保険法によって、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型住宅介護、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、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護の6種類のサービスが制定され、二〇一一年の改定で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が追加され、二〇一四年の改正には、介護予防・日常生活支援総合事業の中に住民主体のサービスが制度化された。しかし、これらに関わる人材は想定より増加せず、地域包括ケアシステムの在宅サービスを充実させるには、約二三七万人〜二四九万人の看護人材が必要であり、現在の数から毎年約六・八万人〜七・七万人の人材の確保が必要になっている。次に二つ目の課題として、構築方法の課題が挙げられる。先ほども述べたように地域包括ケアシステムは一律のシステム的な制度ではなく、各自治体の実情を踏まえて構築していくものである。このような一律の規定が存在しない故に地域包括ケアシステムの構築の難しさがある。各自治体の限られた人員や財源では地域包括ケアシステムの具体的な判断をすることは難しいだろう。三つ目の課題として、「骨太方針2015」による今後五年間の医療費、介護費の抑制である。「骨太方針2015」は今後五年間の社会保障関係費の増削減の目標は一・九兆円である。また、これに対して二木は、

「社会保障給付費」総額（社会保険料と国・自治体負担の合計）のうち、国庫負担が3割（2015年度予算では29・1%）であることを踏まえると、国庫負担1・9兆円の削減は、社会保障給付費ベースではそ

の約3倍の約6・3兆円もの削減をもたらすのです。⁹

としている。以上のことが地域包括ケアシステムの現状の課題だと考えられる。

このような状況に対して厚生労働省の対応として、次のような対策を取っている。一つ目の人材の確保の課題として、介護人材の確保のために、①参入の促進、②キャリアパスの確立、③職場環境の整備・改善、④処遇の改善を必要としている。

これらの内容として、①参入の促進の対策は、ハローワークに「福祉人材コーナー」を設置し、介護職員として働こうとする人に積極的にアプローチをする。また、介護福祉士等修学資金貸付事業を行い、介護福祉士や社会福祉士に必要な資格を取得するための金額や、福祉系高校、社会福祉士養成施設に在学または、入学予定の人の金額を負担し、制度使用後に五年間継続して福祉・介護分野の事業所で就労した場合、返済を全額免除するという制度である。さらに、介護職員のイメージアップのための取り組みとして、介護職員合同入職識を開催し、知事が介護職員に対して激励を行い、小学校・中学校・高校への介護職の実態を描写した本を寄付する。また、介護に関する漫画のイラストを活用したパンフレットを中学校・高校等に配布するといった取り組みを促進している。

また介護サービスは成長産業を伝えることによって、福祉系学校以外の一般学生も視野に入れた参入促進を期待しており、介護従業者のすそ野を広げることによって、サービスの質の確保のための資格制度や生活支援の担い手や補助的な業務での幅広い人材の確保を考えている。また、学校や保護者にも介護業界への就職に消極的な

ものに対して、介護職として働くことの魅力やメリットを周知させ、事業主等関係者も含めたイメージ向上の取り組みを行っている。

次の②キャリアパスの確立として、厚生労働省が考えているキャリアパスの例として、「初任者犬種修了者（旧ホームヘルパー2級研修担当）」を始まりとし、そこから実務者研修を経て「介護福祉士」になり、最終的には「認定介護福祉士（仮称）」となるキャリアパスを考えている。さらに、介護キャリア段位制度を設け、一〜七までのレベルを設定し、それに応じた評価を考えている。このように介護人材のキャリアパスを確立することで、厚生労働省は次のような取り組みを期待している。介護職員の技術を向上させる取り組み、職位に応じた賃金体系の整備、経験年数等に応じた業務内容の高度化等魅力ある職場づくり、介護職員に他分野など様々な経験の機会を付与、新人職員に対し先輩職員を教育係とするなど社内教育の充実等の期待をしている。これらキャリアパスの確立を実現するために次のようなことを考えている。

まず、専門的な知識を習得しキャリアアップが図られるよう職員に対する研修の受講支援を行い、次に事業運営規模の拡大や経営の高度化を促進することによる法人の枠を超えた人事交流や研修等の実施の推進をしていく。さらに、改正後の介護福祉士制度の円滑な施行等（実務者研修の導入、養成施設の卒業生に対する国家試験の義務づけ、準介護福祉士の廃止、介護福祉士への統一化）を進めている。また、認定介護福祉士の具体化に向けた取り組みや、介護福祉士の資格取得後のキャリアパスの確立、介護キャリア段位制度を活用したOJT研修の催促などを行っていくとともに、事業者の人材マネジメント能力の強化の推進、常務職員を増加していく上での有

効な在宅ワークの推進などの取り組みを行っていくつもりである。

次に③職場環境の整備・改善である。厚生労働省は、この職場環境の整備の取り組みとして次のような対応を考えている。まず、介護ロボットの開発支援である。ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装型の機器や、介助者による抱え上げ動作のアシストを行う非装着型の機器の開発などを支援している。また、中小企業労働環境向上助成金を支給しており、また介護サービス情報の公表制度を行っている。このような取り組みを行っていく上で次のような方針をとっている。まず、介護職員の負担軽減を図るための介護ロボットの開発促進、介護福祉機器の導入のための職場整備などの助成金、介護分野で働こうとしている方が事前に事務所の状況を知ることができるように介護職員の労働条件の公表、ICTを活用した情報連携の推進など行っている。

次に④処遇改善からの観点である。厚生労働省はこの処遇改善として、次のようなことを過去に行ってきた、

へ平成21年4月～平成21年度介護報酬改定でのプラス3%改定、へ平成21年10月～平成24年3月
～介護職員処遇改善交付金（補正予算）、へ平成24年4月～平成24年度介護報酬改定でのプラス1.2%改定、介護職員処遇改善加算の創設（介護職員処遇改善交付金による処遇改善の継続）¹⁰。

である。これに加えて厚生労働省は次のような対応を考えている。まず、介護職員の賃金水準の改善のためには、介護報酬の改定を通じた取組が中心となるが、職員のキャリアパスにあわせた賃金制度を事業所で整備するなど事業者による取り組みも非常に重要であり、そのためには施設長等の管理者が高い意識を持つことが求められる。また、事業者の介護職員の処遇改善に対する取組について、介護分野で働くことを希望している者にホームページ

ジなどを利用して、積極的に知らしていくことも必要としている。以上が厚生労働省の行っている介護人材確保の取り組みである。

二つ目の課題に対して、厚生労働省は地域包括ケア研究会の二〇一五年度の報告書を公表しており、そこには地域包括ケアシステムを構築するための「地域マネジメント」について述べられている。この地域包括ケア研究会の二〇一五年度報告書によると「地域マネジメント」とは、

「地域マネジメント」は「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返す行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」と定義している。これを適切に繰り返す過程は、まさに地域包括ケアシステムの構築にあける工程管理といえるだろう。¹⁾

としており、地域包括ケアシステムという全国一律でない制度に対して、その地域を分析して、地域の共通の課題を関係者に共有するというものである。また、地域マネジメントに基づいて形成された地域包括ケアシステムに対して、厚生労働省は次のようなことを考えている。

①利用者からみた「一体的」なケアを提供する仕組みであること、②その具体的な姿や構築の過程は一定の共通点が認められるものの、地域ごとに異なるものであること、③地域資源は、「自助・互助・共助・公助」のバランスの上に作られ、とりわけ自助・互助のもつ潜在力が重要であること、④時代の進展に伴い人生の最終段階に関する考え方やケアのあり方が変化していくこと、⑤また地域包括ケアシステムの構成要素は、

社会やそれに対応した政策の変更によって柔軟に進化していくもの¹²

とされる。この①利用者からみた「一体的」なケアが求められているとは、地域包括ケアシステムはそこに住んでいる住民の心身が悪化しても、住み慣れた地域で生活を続けることができるようになっていく。要介護者の地域の生活は、自立的な生活のためにも、医療、看護、介護、リハビリテーション、福祉などの様々なサービスや支援が必要になる。また、在宅でのケアを行う上で、介護者の家族に対する不安などを払拭するには、一つのチームから支援されているという「支援の一体化」が重要となる。しかし、この「支援の一体化」において次のようなことが懸念されている。

実際のサービスや支援は多様な法人や団体、事業者によって提供されているのが一般的であり、ともすると利用者は複数の提供者と個別に付き合うことになってしまいうケースも少なくない。民間の居宅介護サービスについては、一法人一事業者一事業所といった小規模の場合も多く、地域内で連携を取る場合も、事業者ごとの方針の違いが障壁になりやすい。地域包括ケアシステムは、こうした多様な資源が、利用者からみても体的に提供される体制（あるいは、利用者がそのようにかんじられる状態）を実現する地域の仕組みづくりである。また、連携不足は、地域包括ケアシステムの構築において中心的な役割を果たす自治体の内部でも起こりやすい。例えば、介護保険課、高齢者福祉課、市民協働課、商工課などが、同じ市役所の中におかれた部署でありながら、縦割りによってそれぞれの施策の連携がとれていない状況も発生している。こうした行政内部のバラバラの状況も、一体的な提供体制を構築する上では改善されるべき点といえるだろう。¹³

と言われている。このように、地域包括ケアシステムには一体的なサービスが重要である。また、これまでの制度とは違い全国一律的なサービスではなく、各地域の状況によって異なるネットワークの上で構築されるものである。それが故に、サービスの一体的な支援というのが難しいのである。

次の②地域包括ケアシステムの姿や構築の過程は地域ごとに異なることに対して、やはり都市部と中山間地域の実情の違いが焦点とされており、次のように述べられている。

実際、すでに人口10万人前後の地方都市においては、後期高齢者の増加と若年人口の減少を同時に経験しつつある。東京、大阪、名古屋などの大都市に接近する自治体では、そこに住む若年層の勤務先として大都市部が選ばれやすく、地元の介護人材の確保が大きな課題となるだろう。また、大都市においては、担い手となる生産年齢人口の減少は限定的または横ばいであるが、要介護リスクの高い後期高齢者の急速な増加が予想されており、やはり相対的に担い手が十分な状況にない。中山間地域や過疎地域では、後期高齢者が横ばいしないし減少傾向の地域もおおく、介護需要の急増は想定されないが、担い手側の若年層も含めた人口全体が急速に減少し、地域生活のための基盤の維持が困難なために、市街地への住み替えなどを検討しなければならぬコミュニティも珍しくない時代がやってくるだろう。こうした地域では、地域包括ケアシステムを高齢者への対応としてのみではなく、地域機能の維持・存続の観点からも議論する必要があるなど、地域包括ケアシステムがより大きなリスクへの対応手段として求められる。¹⁴

このように地域包括ケアシステムは、都市部や中山間地域で実情が異なるため、そのニーズ合った展開をしなければ

ればならない。

次に③地域包括ケアシステムと「自助・互助・共助・公助」についてこのように述べており、特に自助と互助の重要性について詳しく書かれている。

地域の資源は有限だが、専門職によるサービス提供体制を見直し、非効率な運営を効率化すれば、同じ数の専門職でもより多くの利用者にサービスを提供することができる場合もある。人口減少という現実はあるが、またあればこそ、稀少な人材や地域の資源を、いかにして無駄なく効率的に活用し、地域を支えるのか焦点を当てるべきである。さらに、地域における自助と互助の持つ潜在力も再評価すべきである。現在、高齢者は65歳を基準として定義されているが、65歳〜69歳における要介護認定率はわずかに3%程度である。20年前の65歳と、現在の65歳の心身の状態は、同じではない。医療技術の革新や自分自身で健康管理や介護予防を行うセルフマネジメントの推進、社会環境の整備などによって、より元気な状態で高齢期を過ごすことができる可能性は十分に考えられる。そうした高齢者像の変化も踏まえると、今後の人口減少社会において、高齢者自身による積極的な社会参加（自助）や地域の高齢者による支え合いの活動（互助）の潜在力を過小評価すべきではないだろう。¹⁵

このように高齢者の自助、互助の意識を高めることができるのならば、介護人材が不足している地域でも対応が可能だとしている。しかし二木は、この自助、互助をあまりに重視する考え方が、地域包括ケアシステムの構築にブレーキがかかるとされている。「それを無理に促進すると、現在年間10万人に上っている「介護離職」が

増加し、それによりすでに生じている現役労働者の減少に拍車がかかる危険があります（総務省「平成24年就業構造基本調査」¹⁶）といわれ、このように自助、互助が急激に促進されると介護人材の不足がさらに進むとされている。

次に④の人生の最終段階における考え方が今後変化することに対して、

1960年代頃までは自宅で最期の時を迎える人が多かったが、現在においては医療機関における死亡が約8割となる時代になった。人生の最終段階における考え方や医療介護の連携のあり方、死生観、倫理観、道徳、哲学は、時代によって変化していく。2040年に向かってさらに高齢化が進展すると、病院ではなく、

地域の中で人生の最終段階を迎えるあり方も一般的なものになっていくだろう。¹⁷

と述べている。このように人々の死生観、倫理観というものは時代とともに変化していくものであり、2040年には死の最終地点は病院ではなく、地域の中になると述べている。しかし、現在の段階では死の最終地点が、地域の中においてどの部分が担うのか、はっきりされておらず、これから議論していく必要がある。

次に⑤地域包括ケアシステムの構成要素は柔軟に変化することについて。例えば、地域包括ケア研究会二〇一五年度報告書には、「一体的なケア」を見直すためにその構成要素を改めて確認するなどして、時代のニーズに合わせて、そのつど構成要素が見直された。以上のことが現在、厚生労働省が考えている、地域包括ケアシステムの構築内容である。

三つ目の課題である「骨太方針2015」である。これにより地域包括ケアシステムの構築に必要な費用が削

減されるのではないかとされている。この主張をしている二木は、今後、地域包括ケアシステムを確立する上で、この「骨太方針2015」により抑制される医療、介護費によってブレーキになるとしており、

「骨太方針2015」も言葉としては、「地域包括ケアシステムを構築する」ことを謳っています。地域包括ケアシステムでは、共助と公助（社会保険料と公費）の大幅な拡大は想定されていませんが、そうは言っても、それを全国レベルで普及するためには、相当の公的費用（社会保障給付費）の投入が不可欠です。しかし、「骨太方針2015」により、それに不可欠な公的費用が相当圧迫・圧縮される危険が強いと言えます。¹⁸

と述べているのである。このように、地域包括ケアシステムで必要となる公的費用が「骨太方針2015」によって大幅に削減されるおそれがあり、それが地域包括ケアシステムの確立の妨げになると述べている。以上のことが現在、地域包括ケアシステムについての課題であり、またそれに対しての国の主な対応である。

ここで私が焦点を当てるのは、地域包括ケアシステムの構築課題である。この課題に対して僧侶が上手く関わることで、より地域包括ケアシステムの課題に対して、対応できるのではないかと考える。

第三章 ビハーラ活動における在宅ケアについて

第一節 僧侶による在宅ケアの意義

先にも述べた通り地域包括ケアシステムの地域のネットワークに僧侶が関わることで、介護人材の確保と地域包括ケアシステムの構築課題に対して上手く対応できるのではないかと考える。僧侶が地域包括ケアシステムの地域ネットワークに関わる際に、僧侶の行う在宅ケアについて考えたい。なぜならば、地域包括ケアシステムは在宅での生活、住み慣れた地域での生活を重要視しているので、地域包括ケアシステムにおいてのネットワークに僧侶が関わるのならば、在宅での僧侶のケアについて考えるべきである。以上のことから、今節は僧侶による在宅ケアについて述べていきたい。

浄土真宗本願寺派の在宅ケアにおけるビハーラ活動について、次のような意義がある。

(1) 現代は、核家族や共働きの家族も多く、高齢者や患者は、独りで暮らしている時間が長くなりました。その意味で、在宅ケアには、患者本人だけでなく、介護する家族への支援を含めた、継続的で多様な支援が求められます。(2) もし仏教徒であれば、なれ親しんだ仏壇は心の依り所となるでしょう。その意味で、在宅の高齢者や患者が、仏壇の近くで、療養をうけることができるのは願わしいことです。(3) さらに、寺院の一部を開放してデイサービスを始める試みなども始まっています。このような在宅ケアの新しい展開は、地域社会に根ざした一つの寺院活動であり、教団の活性化にもつながることでしょう。¹⁹⁾このように、在宅ケアにおいて継続的で多様なケアが重要であることを示し、仏教徒であれば仏壇の近くでケアを受けることができる在宅ケアは、患者にとって心の依りどころがあると述べています。さらに、寺院の一部を開放したサービスを始めるなど僧侶が在宅ケアを行うことは、教団にとっても活性化になると考えている。

実際の現場で働く医療者の意見では次のようなものがある。一九九三年から宮城県立がんセンターで勤務し、一九九九年に在宅ケアのための医療グループ「爽秋会」を設立した岡部健は、「お迎え」という言葉を重要視し、「仙台近郊圏における『お迎え』現象の示唆するもの―在宅ホスピス実践の現場から」という調査を行った。その結果、患者が「お迎え」を体験すれば死に対する不安が消え、穏やかな気持ちになるという答えになった。また、その後「お迎え」の体験の有無と最期の様子を調査した結果、在宅で看取ることによって患者の気持ちが穏やかになり、「お迎え」を体験する確率が高いということが分かった。

これらを踏まえて岡部は次のようなことを感じていた。「『お迎え』体験や『あの世』について患者や家族から聞かれたとき、医療者には対応できないと思った。死に逝く人と家族の不安を和らげ、死を受けとめる専門性をもつのは宗教者であると薄々感じはじめていた。」²⁰このように、医療者では「死」の向こう側について考えることが難しく、それについて考えることが宗教者の役割の一つであると述べた。また、岡部の本当に宗教者が必要だと感じたのは、患者の「死」を受け入れることができない家族であった。さらに、看取りは地域の死生観と密接に関係していると主張している。

また岡部は、「家族が看取りに不安をもち、「お迎え」体験を受けとめきれないのは、この四〇年ほどで看取り文化が崩壊し、「あの世」観を失ったからだ」と主張する。²¹これらのように、在宅ケアを行う上で患者、家族に寄り添うことは医療者には限りがある。「お迎え」のように患者が「死」を実感する際に、不安になるのは家族の方である。そのときに宗教者の「死」に対する受けとめ方が家族の支えになり、患者にとっても穏やかな

気持ちになるのではないかと考えられるのである。

また、国立東京医療センター看護師長の澁谷舞利子は、僧侶と医療の連携が自宅で最期を迎えるために必要とし、京都鞍馬口医療センター看護師長の一條智子は、患者の思い出を話すなどの医療では対応できないことを話し合える場が必要としている。このように、医療者では対応できないところで宗教者が必要とされている。

第二節 僧侶による在宅ケアの実践例

僧侶または宗教者による在宅でのケアが、患者やその家族の心の依りどころになった実践例について見ていきたい。患者や家族の支えとなった例として次のようなものがある。真宗大谷派真福山徳養寺の一七代目住職である沼田諭が院長を務める、岐阜県大垣市にある医療法人徳養会沼田医院で臨床宗教師をしている田中至道である。この田中は岐阜県岐阜市にある浄土真宗本願寺派浄慶寺の長男である。臨床宗教師として田中が在宅でのケアを行っていくにつれで感じたものは「つなぎ役」である。まだ田中が臨床宗教師として働きはじめて一年目のときに、臨床宗教師に会いたいという患者が居た。当時のやりとりとして、

話してみると、熱心なキリスト教だった。田中に対して「なぜ、あなたは僧侶になったのですか？」「なぜ、病院で働いているのですか？」あなたの宗教者としての思いは、ひよっとするとたいしたことないのではないですか？」と探りを入れてきた。僧侶としての田中の姿勢を問うような厳しいやりとりが続いた。²²

と述べている。このようなやりとりを経て、患者は次第に田中を信頼するようになっていった。すると患者は田

中に対してキリスト教を説いてきた。その様子に対して田中は、患者のキリスト教の教えを聴かせていただくという対応をした。さらに田中は、なぜキリスト教に出合ったのか、なぜキリスト教に熱心なのか、というような話しを患者から聴かせてもらった。

だが次第に患者の体力が衰え、自宅で息を引き取った。その後、田中は患者の家族と話す機会があり、家族から「キリスト教への思いなどを知れてよかった」と感謝された。この経験から田中は臨床宗教師の立場として次のようなことを述べている。「臨床宗教師とはつなぎ役に徹することだと気づかされた。患者を家族の間に入つてつなぎ役をしたことで、家族のケアにもなったのではないかと振り返る。」²³このように、患者や家族の不安を和らげるだけではなく、患者と家族をつなげることができるのも宗教者でないとできないことだろう。また、田中は患者と医療者をつなげるもの臨床宗教師の役割だと考えている。患者は医療者に対して言いづらいときがある。例えば、薬をもらっているのに体の痛みを訴えると薬を増やされるのではないかと考えてしまい、医療者には体の痛みを伝えない場合がある。しかし、宗教者に対しては体の痛みを訴えることがある。そのようなときに、患者と医療者とのつなぎ役になることが必要である。田中は次のように述べている。

患者は、医師や看護師には心のつらさだけでなく体の痛みの打ち明けにくいことが多々ある。そのようなとき、患者と医療者の橋渡しをすることも臨床宗教師には求められていると感じる。²⁴

このように、患者と医療者をつなぐことがより良いケアをすることができ、そのときに、宗教者が橋渡しをすることが必要である。

第三節 地域包括ケアシステムの一部としての僧侶

今、日本の医療で宗教者が必要になっており、それは在宅ケアにおいても同じである。また、厚生労働省が推進している地域包括ケアシステムによって在宅ケアはさらに重要視される。しかし、先の章でも述べたとおり地域包括ケアシステムには様々な課題がある。その中でもより宗教者が必要となっているのは地域包括ケアシステムの構成課題だと考える。地域包括ケアシステムには一律の制度ではなく、各地域の実情にあわせて作られるネットワークである。しかし、そのような地域包括ケアシステムにおいてのネットワークには一体的なサービスが求められている。この地域包括ケアシステムを構築するうえで、各地域の実情の把握、地域包括ケアシステムでの一体的なサービスの提供に、僧侶や宗教者が必要になるのではないかと考える。そこで、今節では地域包括ケアシステムでの僧侶の役割について述べていきたい。

地域包括ケアシステムの構築において自助、互助が重視されている。厚生労働省が定義する自助とは、「自分のことを自分でする・自らの健康管理（セルフケア）・市場サービスの購入」²⁶としている。公助の定義として、「ボランティア活動、住民組織の活動」²⁶と定義されている。また、自助、互助の二つの意味をもつものとして、「当事者団体による取組、高齢者によるボランティア・生きがい就労」²⁷としている。さらに自助、互助について厚生労働省は、

都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービ

ス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。²⁸

とされ、このように国の自助、互助に対する期待は大きく、地域包括ケアシステムの中でも重要視されている。しかし、この互助において想定されている住民組織の活動であるが、浄土宗大蓮寺住職の秋田光彦は次のように述べる。

厚生労働省が進めている「地域包括ケアシステム」は、地域住民が助け合う「互助」を打ち出しているが、町内会があれば問題が解決するわけではない。どのように医療やケアを受けたいかを事前に話し合っておく「人生会議」（アドバンス・ケア・プランニングACP）は、病院から在宅へ、施設から地域へ、治療から対話へとケアの基軸を転換されており、宗教者には親しみがある。²⁹

このように地域包括ケアシステムでの互助に対して、地域の町内会だけでは解決しない問題もある。そこで宗教者が地域の住民の医療やケアについての話し合いの場になることで支えになることを主張している。これを踏まえて、僧侶が地域の医療やケアの話し合いの場になることは、地域包括ケアシステムの構成の一つである互助の大きな助けとなると考える。

結論

本文では浄土真宗本願寺派のビハラ活動の再確認を行い、地域包括ケアシステムの課題について述べてきた。また、地域包括ケアシステムにおいての僧侶、宗教者の関わりも見てきた。そこで私は僧侶が地域包括ケアシステムに関わることで、より地域包括ケアシステムの強度が増すのではないかと考えた。宗教者、僧侶が中心となって、医療やケアについての話し合いの場ができることは地域住民のたすけあいの力がより強くなると考える。また、それだけでなく田中の例のように、宗教者が家族と患者のつなぎ役にもなることが可能であるし、なにより医療者と患者のつなぎ役になることでケアの質がよくなると考える。患者が医療者には言いづらいことも宗教者は傾聴し、患者との話し合いの中で分かることもある。その情報を医療者と宗教者が共有することによって、綿密な患者のケアに繋がると考える。このように地域包括ケアシステムの中での僧侶の役割は、地域住民たちをつなげる役割であり、医療者と患者、家族と患者をつなげる役割だと考える。

このような役割は地域包括ケアシステムにおいて重要だと考える。構築の難しさが地域包括ケアシステムの課題の一つであったが、僧侶が住民たちや医療者と患者のつなぎ役になることで、各地域の実情が明確になりやすくなると思う。それによって各自治体の限られた人員や財源でも地域包括ケアシステムの構築が可能になるのではないか。

僧侶が在宅でのケアを通して地域包括ケアシステムに関わることは、限られた資源での構築に必要なと考える。

ビハーラ活動の持っている傾聴の姿勢が、医療者と患者のつなぎ役になり、地域住民の話し合いの場になる可能性がある。それが地域包括ケアシステムには必要であり、僧侶の在宅ケアが重要だと考える。さらに、医療者は「死」を受けとめられない患者やその家族に対しても宗教者の必要性を感じている。しかし、真宗大谷派の僧侶でビハーラ21事務局長三浦紀夫は次のような課題を述べている。

医師や看護師は、患者の死亡確認から霊安室に向かうところまでは知っているが、その先どうなるのかは分かっていない。逆に僧侶は、その前のことを知らない。果たして、バトンはしっかり手渡されているのか。投げ渡されているのか実情ではないか。³⁰

さらに三浦は続けて、「私がセミナーで講義すると、医療者はかなりの確率で、人が命を終えたらどうなるかを「考えたことがない」と言う。そういう医療者は、しっかりした死生観を持たずに、人が亡くなる場面に立ち会っていることを自覚してほしい。」³¹と述べている。このように、僧侶や宗教者は患者がどのような薬を服薬して、それによってどのような痛みがあるのか分かりづらいつきがある。また医療者も同じように、人の「死」について考えたこともないという医療者がいる。このままだと医療者と僧侶のバトンが投げ渡しになってしまう可能性がある。人の「死」という重要な事柄でのケアが、たらい回しのように感じてしまう可能性がある。医療者と僧侶の連携にはお互いの理解を深めることが必要であり、議論していかなければならないと考える。

- 1 ビハラ／浄土真宗本願寺派 社会部 社会事業担当 (hongwanji.or.jp) 閲覧日十月二十二日
- 2 ビハラ／浄土真宗本願寺派 社会部 社会事業担当 (hongwanji.or.jp) 閲覧日十月二十二日
- 3 令和3年版高齢社会白書（全体版） (cao.go.jp) 閲覧日一月七日
- 4 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』三頁
- 5 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』七頁
- 6 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』五頁
- 7 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』五頁
- 8 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』五頁
- 9 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』一七頁
- 10 資料3 介護人材の確保について (mhlw.go.jp) 閲覧日十二月二十七日
- 11 https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf 閲覧日十二月二十七日
- 12 https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf 閲覧日十二月二十七日
- 13 https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf 閲覧日十二月二十七日
- 14 https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf 閲覧日十二月二十七日
- 15 https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf 閲覧日十二月二十七日
- 16 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』一六頁
- 17 https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf 閲覧日十二月二十七日
- 18 二木立「地域包括ケアと地域医療連携」一七頁

- 1 9 ビハーラ／浄土真宗本願寺派 社会部 社会事業担当 (hongwanji.or.jp) 閲覧日十月二十二日
- 2 0 藤山みどり『臨床宗教師死の伴走者』一七三頁
- 2 1 藤山みどり『臨床宗教師死の伴走者』一七四頁
- 2 2 藤山みどり『臨床宗教師死の伴走者』一一五頁
- 2 3 藤山みどり『臨床宗教師死の伴走者』一一六頁
- 2 4 藤山みどり『臨床宗教師死の伴走者』一一八頁
- 2 5 (リンク1-3) 地域包括ケアシステムの5つの要素 (mhlw.go.jp) 閲覧日十二月十四日
- 2 6 (リンク1-3) 地域包括ケアシステムの5つの要素 (mhlw.go.jp) 閲覧日十二月十四日
- 2 7 (リンク1-3) 地域包括ケアシステムの5つの要素 (mhlw.go.jp) 閲覧日十二月十四日
- 2 8 (リンク1-3) 地域包括ケアシステムの5つの要素 (mhlw.go.jp) 閲覧日十二月十四日
- 2 9 看護と仏教、連携を模索 — 文化時報プレミアム (bunkajih.co.jp) 閲覧日一月七日
- 3 0 看護と仏教、連携を模索 — 文化時報プレミアム (bunkajih.co.jp) 閲覧日一月七日
- 3 1 看護と仏教、連携を模索 — 文化時報プレミアム (bunkajih.co.jp) 閲覧日一月七日

参考文献

- 友久久雄、吾勝常行、児玉龍治『ビハーラ入門 生老病死に寄り添うために』本願寺出版社二〇一八年
- 藤山みどり『臨床宗教師 死の伴走者』高文研二〇二〇年
- 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房二〇一五年
- 福永憲子『最期にビハーラは何ができるのか』自照出版社二〇一五年

山崎章郎 『「在宅ホスピス」という仕組み』新潮社二〇一八年

宮崎幸枝 『お浄土があつてよかつたねー医者坊主でもあれー』樹心社二〇〇八年

インターネット考資料

ビハラー／浄土真宗本願寺派 社会部 社会事業担当 (hongwanji.or.jp) 閲覧日十月二十二日

資料3 介護人材の確保について (mhlw.go.jp) 閲覧日十二月二十七日

https://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160518_c1.pdf 閲覧日十二月二十七日

看護と仏教、連携を模索 ―文化時報プレシウム (bunkajih.o.co.jp) 閲覧日一月七日

https://seinanjo.repo.nii.ac.jp/index.php?action=repository_action_common_download&item_id=305&item_no=1&attribute_id=22&file_no=1&page_id=13&block_id=21 閲覧日十二月二十七日

中村陽子 『仏教が担う看取りの文化と地域再生』二〇一二年

コピー厳禁