おだやかに最期の日まで暮らすために

－生きることの集大成を叶える在宅医療パンフレット－

使用の際の注意事項について

１.内容を変更せずにそのままお使い下さい。

２.ご自由にダウンロードしてお使い頂けますが、大量の印刷、配布を伴うような研修会や勉強会でご利用になる場合は、電話またはメールにてご一報ください。

電話：　　022-722-3866　（研究部直通）

メール：　kenkyu@oushin-sendai.jp

（仙台往診クリニック研究部まで）

印刷を行う場合は、本ページを除いて印刷してください

おだやかに最期の日まで暮らすために

生きることの集大成を叶える
在宅医療パンフレット





はじめに

私たちは必ず最期を迎える日が来ます。その時、自分が死んだことを「今、私は死んじゃったよ…」と経験することができるでしょうか?

できませんよね。

脳も身体もすべて機能停止するのですから。

そして、死んでしまった自分を経験できるなら「まだ生きている」ことになってしまいますから。

つまり、経験できるのは亡くなる直前までの生きている今です。

今をより良く生きていくことが大切なのです。

1）人は自分の死を経験しません。

2）どう死ぬかではなく、どうより良く生きるかが大切です。

まちがいことばにだまされない

一方で、尊厳死・より良い死に方・満足死・QOD（quality of death：死の質）などという言葉が流行していますがみんなまちがいことばです。

なぜなら死は経験しようがありませんから。

尊厳・より良い・満足・質が良い悪い、などという比較や美辞麗句や形容詞をつけても、経験しようがない「私の死」にとっては無意味です。

3）尊厳死・より良い死・満足死・QOD 等は皆まちがいことばです。
誤解を生み死にたい人が出てはいけません。使うのをやめましょう！

ではどんな言葉が適切でしょうか?…私が唯一経験できるのは生きている今です。経験できる「生」にこそ大事な形容詞が生きてくるのです。

4）尊厳ある生・より良い生き方・満足な生き方・QOL(生活の質) の向上は
経験することができ、良かったと思える生き方につながります。

5）「死」はより良い生き方をした延長上に迎える「生」のただの結果です。

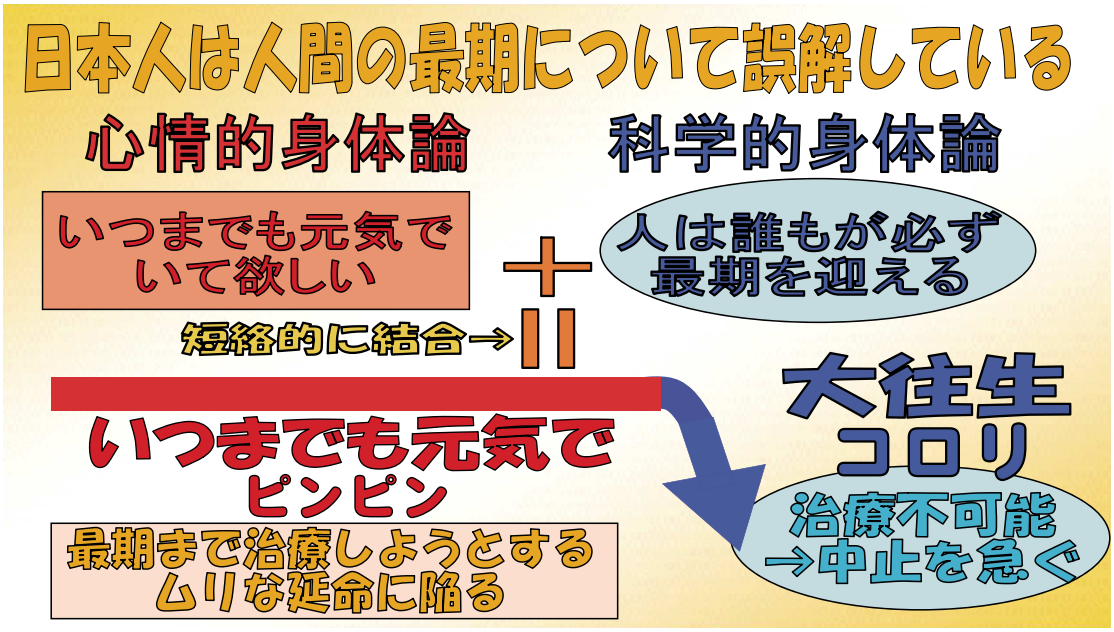
6）経験しようがない死に救いを求めてはいけません！　今生きていることが
より良く経験できるための工夫をしてゆくことが大切です。

そのためには、人が衰える道筋を、日本人の一般的な話として知っておくことが大切です。人生の集大成を迎える道筋が分かっていれば、自分や家族・他の人についても慌てないで済み、希望に沿った穏やかな生活を最期までおこなえます。

ピンピンコロリは本当に幸せ?日本人の誤解

日本人の 60 ～ 80%は「いつまでも元気で大往生」したいと思っています。同じ意味の言葉で、「ピンピンコロリと死にたい。」という人もいます。

なぜでしょう?　下図を見てみましょう。



誰でも、心情的には「いつまでも元気でいてね!」と思うのが普通です。

でも良く考えてみれば、いつまでも元気=不老不死ですから、こんなことはあり得ませんね。身体は物体ですから、いつか必ず衰えて朽ちる日が来るのです。

この図のように、相反する二つの身体についての考え「いつまでも元気」と「必ず死ぬ」の間で、私たちは長く悩んできたのでしょう。そしてある日、この二つの考え方を短絡的に結合したら、なんと都合の良いことばができたのです。

7)「いつまでも元気で大往生」や「ピンピンコロリ」は、相反する二つの状況を解消したかのように見せかける、都合の良い、まことしやかな造語なのです。

もともと短絡的につなげたことばなので、

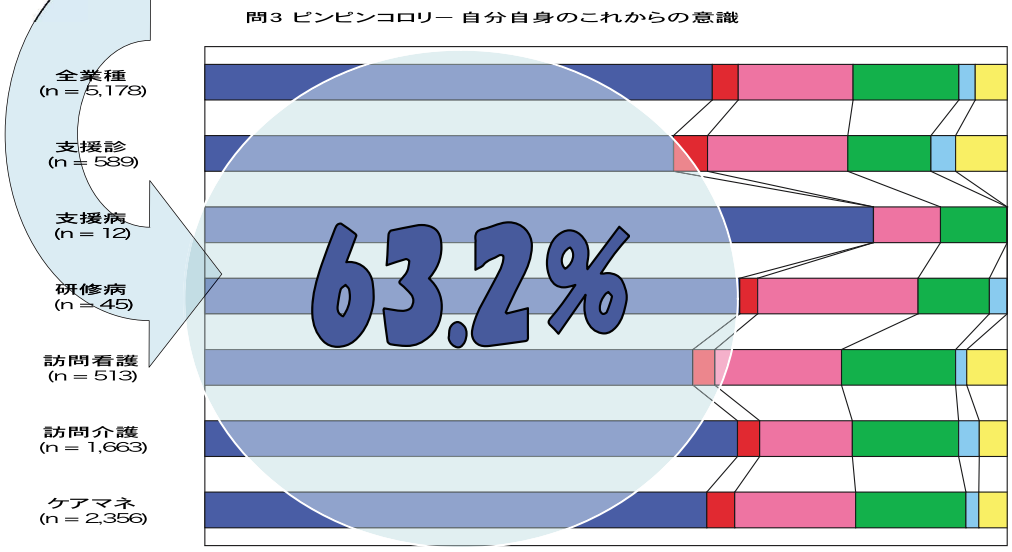
8)「いつまでも元気」を強調すると、「先生何とか助けて下さい。」となり、状況によっては無理な延命になってしまうのです。

9) 一方で「コロリと死ぬ」ことを強調すると「こんなになっては生きていられないから死なせて。」となり、状況によっては自殺幇助や殺人になるのです。

10) この極端な造語に毒されてはいけません。

ところが医療・介護職の人たちでさえこの造語に毒されているのです。

医療・介護職自身がピンピンコロリしたいと思っている



上の図は全国の医療・介護職の人たちへのアンケート結果です。「最期を迎えるときはピンピンコロリと死にたい。」と思っています。

しかし、本当にピンピンコロリと死んだらどんな状況でしょうか?

[もしあなたがピンピンコロリになったら?]

川島孝一郎さんの事例

ある日妻と外に食事に行きました。
ラーメンを食べていた川島さんは突然「うう～!」とうなって倒れました。
心筋梗塞で心臓が止まったのです。

そこで質問:妻のあなたは「ピンコロで良かったわ。」と喜びますか?

「誰か助けて!救急車!」と妻は叫びました。
救急隊員は心臓マッサージを始めましたが、肋骨が何本もボキボキ折れました。
病院で電気ショック・人工呼吸器をつけられましたが亡くなりました。
娘や親族が駆けつけ、「日ごろの体調管理はどうしてた?」などど妻は責められました。
三日後荼毘にふされ初七日過ぎ「なぜこんな事に?もっと何か・・」と悔やむのでした。

ピンコロは誰もが悔やむつらい現実

11) 日本人の多くは「いつまでも元気で大往生」や「ピンピンコロリと死にたい」と思っています。

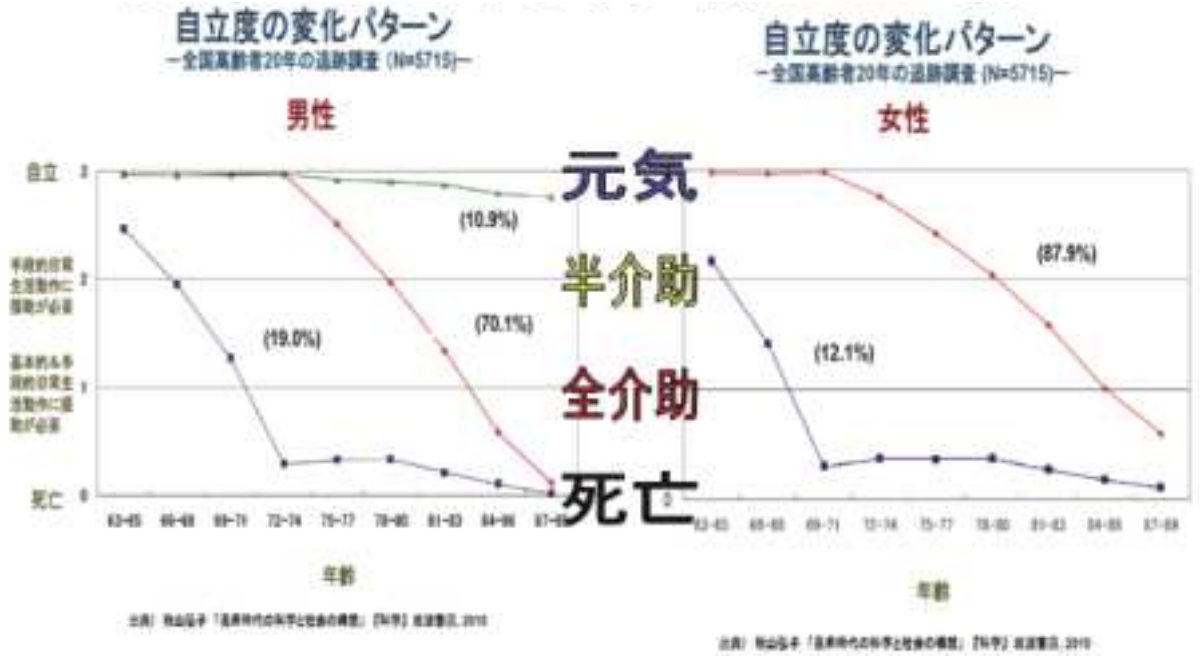
12) でも、実際にピンピンしてその場でコロリと死んだら急死です。

13) 皆さんは気付いていましたか?
急死したらパニックで、家族・親族は後まで悔やむのです。

緩やかな衰えが 90%以上
急死はわずか 10%以下

下の図は全国の高齢者を20数年間追跡調査したものです。(東京大学:秋山弘子先生の研究を一部改変)

男性の2割は60歳台で衰えて死亡、残りの7割は70歳台で自立度が落ちて亡くなります。女性では、実に9割の方々が70代半ばから緩やかに衰えて亡くなります。男女合わせますと、約8割以上の人たちが70歳台から徐々に衰えはじめ、半介助→全介助となり人のお世話になりながら最期を迎えるのです。



一方で、健康なのにその場で亡くなるピンピンコロリ、つまり急死した人は総死亡者数のわずか4.8%です(消防庁の統計)。倒れて数日で亡くなる人を足しても全部で10%以下です。

14) 私たちは、90%以上の割合で緩やかに身体が衰えて、半介助・全介助となってやがて亡くなる日が来るのです。急死は10%以下です。

15) このように衰えるのが自然の摂理です。

16) ですから、この衰えを忌み嫌うのではなく、うまく付き合いながら生きてゆくことが、大人としての私たちに求められる最後のお勉強なのでしょう。

みじめではない、すてきな衰えを描こう!

どうしても老いて病気がち、あるいは事故等で障害を持ちながら生きてゆくことは、自分としても、傍目でみても惨めなように思えることがあるでしょう。

しかしそれは誤解です。下図のことばを、声を出して読みましょう。

・　乙武洋匡　五体不満足　完全版　2008年6月　pp236～265
あとがきより

- だからこそ声を大にして言いたい。「障害を持っていても、ボクは毎日が楽しいよ」。健常者として生まれても、ふさぎこんだ暗い人生を送る人もいる。そうかと思えば、手も足もないのに、毎日、ノー天気に生きている人間もいる。関係ないのだ、障害なんて。
- 五体が満足だろうと不満足だろうと、幸せな人生を送るには関係ない。そのことを伝えたかった。
- 「障害は不便である。しかし、不幸ではない」
  ヘレン・ケラー

私たちは必ず障害を持ちながら人生を歩むのが当たり前なのです。健康そうに見えても、若いときの元気一杯の体力はありません。しかし、不便な歩みであっても決して不幸ではありません。

17) 障害は不便である。しかし、不幸ではない。ヘレン・ケラー

では不幸ではないものの見方はどのようにして身につければよいのでしょう。

「無理な延命」ではない「新しい生き方」、ものの見方で変わります

私たちは目に見えるもの、聞こえるもの、触れるもの、匂うもの、味わうもののすべてに必ず意味をつけます。「壁が青く見える。」「病気がちになった。」「隣がうるさい。」「熱くてやけどしそう。」等、みんな意味を持つことばによって解釈され表現されます。

さて、胃瘻や人工呼吸器を知っていますか？　見たことはなくてもことばとして聞いたことはあるかもしれませんね。病気や老いて飲み込む力が弱くなると、ある人は胃に管を通して栄養補給をおこなうようになります。これが胃瘻です。呼吸が弱くなると、人工呼吸器という機械の助けを借りて生きてゆく人もいます。

では、胃瘻の栄養や、呼吸器をつけて生きてゆくことは「無理な延命」「強制された生き方」なのでしょうか？



ご本人の許可を得てこの写真を掲載しました。あるご病気で呼吸が弱くなり、呼吸器で暮らしています。同時に胃瘻から栄養をとっています。

さらに毎日胃瘻から、大好きなバーボンウイスキーを飲んでいるのです。脱脂綿にウイスキーをしみこませて舌の上で味見をして「うまいなあ。」と感じてから、胃瘻から少量を飲むと「いい気分だよ。」となるそうです。晩酌ですね。

この方にとって胃瘻は「新しい食器を使った食生活」をしていることなのです。

18）意味づけや解釈しだいで、生きることが暗くも、ばら色にもなるのです。

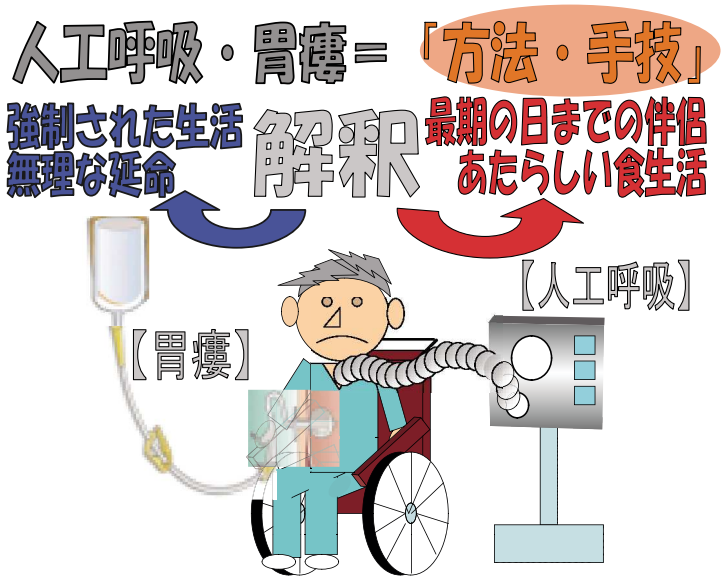
19）胃瘻の栄養が「新しい食生活」に、呼吸器が「自分の命を最後まで守ってくれる＝最期の日までの大事な伴侶」に変わるのです。

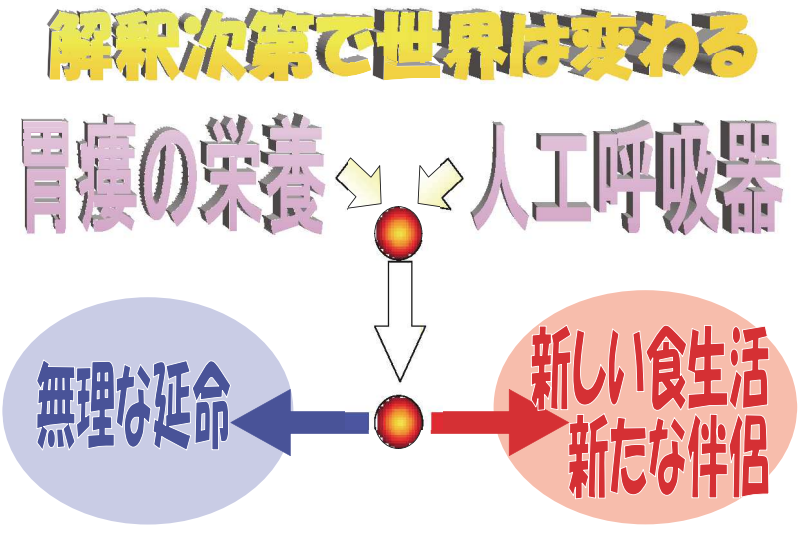
20）完璧な身体＝健康という間違った解釈をやめましょう。

21）不満足な五体を持っても幸せな生き方は解釈しだいで十分にできるのです。

大事なことは、呼吸器も胃瘻栄養も、人が生きてゆくのに必要な『方法や手技』なのです。この方法・手技がその人にとってどのように見えてくるかは、後に起こる本人の心（解釈や意味づけ）の問題なのです。実体としての呼吸器も胃瘻栄養も、はじめから「無理な延命」という形容詞がついているわけではありません。

みなさんが、五体不満足でもより良く生きてゆく方法は十分にあるのです。





どんな身体でも豊かな人生になる＝生活機能を学びましょう

解釈しだいで生き方が変わるのは理解できたと思います。でも、現実として日頃の生活を支えてくれる環境や制度、人々がいないと困りますね。
そこで次第に身体が衰えて健康→半介助→全介助になってゆく私たちが、周囲の人々・環境・制度と仲良く付き合いながら新しい解釈で暮らすことができる考え方があるのです。

それが『生活機能』です。生活機能といわれてもピンときませんね。もっと日本語っぽくすると『生きることの全体』と語れます。
生きることの全体って何？　とまた疑問がわきます。ということで少し分かりやすく説明しましょう。

私はこの世にたった一人で孤独に過ごしているわけではありません。心の中では「一人ぼっちの私。」と意固地になっているときもあるでしょうが、そんな私でもご飯を食べなきゃならないし、勉強や仕事があるし、地域の中でまわりの人と付き合っている自分がいるのです。

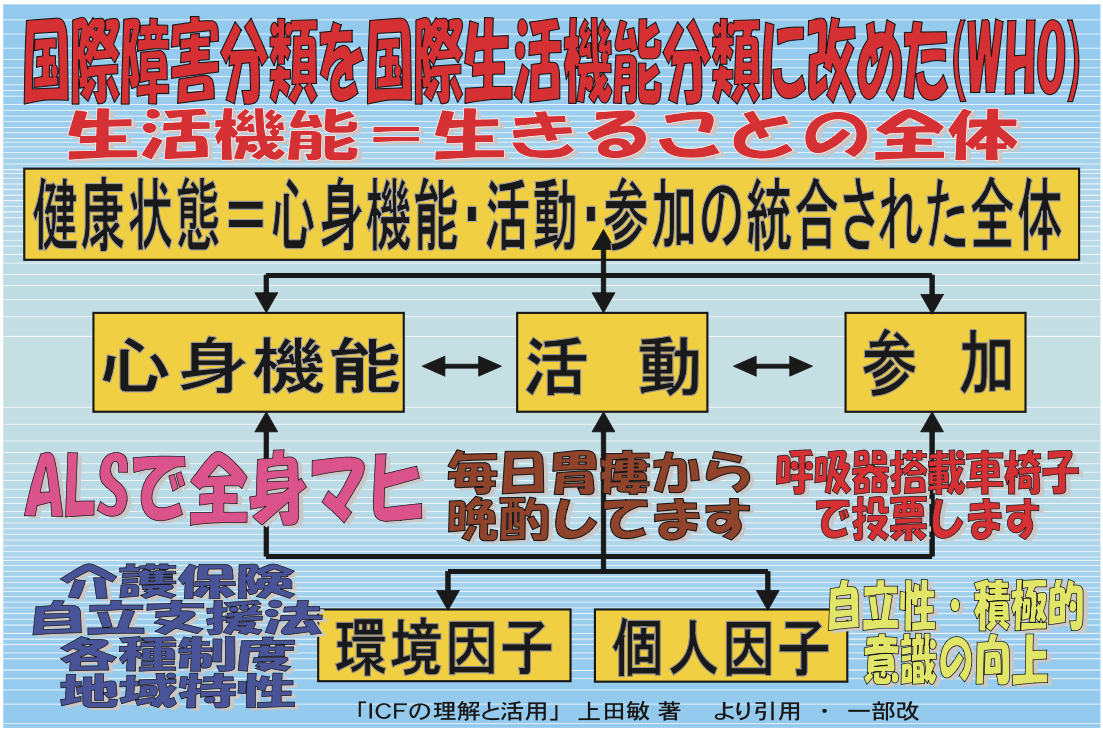
心が思う「一人ぼっちの私。」は、しかし、解釈を変えれば「みんなに支えられながら、私も人のためになっているんだ。」という相互扶助の生き方を、実はみんなが相互におこなっていることに、私自身が気付くでしょう。

それだけではなく、ご飯を食べる・勉強や仕事・近所づきあいなどの具体的な支えあいをおこなっているのが日々の私たちですね。
このような心理的な環境と具体的な環境の中で、おこなわれる私の営みの全てを『生活機能』＝『生きることの全体』というのです。ようするに、「今、こんなふうに生きているよ。」ということです。

そこで、「こんなふうな生き方はいやだな。」と思ったり、「こんなふうじゃなく別の生き方ができないかな?」と悩んだりするのが私たちです。こんなときは、私の『生きることの全体』のどこかに困難な問題が生じているのでしょう。

生きることの困難さが大きい人もあれば、小さいからがまんしている人もあるでしょう。でもがまんしないで小さな困難もなるべくなら克服したいですね。
そんなときのために、生活機能＝生きることの全体から考えていくとうまく克服できるのです。

生活機能はWHO(世界保健機構)が2001年に提唱した概念です。具体的な下図を見てみましょう。



同時に7ページの図を見て下さい。ご病気（ALS＝筋萎縮性側索硬化症）を持っていて全身の麻痺があっても、毎晩胃瘻から大好きなバーボンウイスキーを飲み、選挙があれば国民の権利を行使して車いすで投票に行くのです。身体が衰えたように見えても、生活活動や社会参加をおこなっているNさんは、決して不健康ではありません。りっぱな健康人なのです。

このように、単純に身体評価だけで人の健康を決めるのではなく、生きることの全体＝生活機能がバランス良く保たれていれば、これもまた十分な健康なのだ、と考えるのです。健康を支えるために、種々の保険制度や福祉制度などを駆使していくとともに、本人の自立性・積極性・意識の向上を計った、トータルな生き方を創造するのです。生活機能を向上していきましょう。具体的にはどんなふうに向上していけばよいのでしょう?

22) まず声を上げましょう。「私の生きることの全体を支えてくれ!」といいましょう。

23) 家族・友人・医者・行政の介護・身体障害等の課・民生委員さんなどに問い合わせましょう。

24) 生きることの全体の中で、どこが困難になっているのかを23)の専門家に評価してもらいましょう。

25) たとえ困難な箇所が直せなくても、他の項目を整備することで回りまわって困難が克服されるのです。たとえば、麻痺があって外出できない場合、麻痺が治らなくても、電動車いすで自力の散歩が可能になった。ヘルパーさんと一緒に外出できる。地域の行事にも参加して選挙にも投票しにいく。など、行動範囲も、生活する意義も大きくなるのです。

医療の「差し控え」と「中止」を学びましょう

解釈しだいで生き方は変わるといわれても、「もうわたしは十分に生きたから悔いはないよ。」と思う人もいるでしょう。老齢になればなるほど、胃瘻や呼吸器などの生命を維持する治療を望まない人が増えるといわれています。がんを患い生きられる時間が限られた場合にも同様の傾向があるといわれます。

このように、胃瘻や呼吸器などの生命維持治療を初めからあえて望まないことを医療の「差し控え」といいます。

治療を差し控えたいと望む人は、常日ごろ家族や主治医などと話し合いをして、自分の気持ちを理解してもらえるように努めましょう。なぜなら、急変して意識がない・会話できないとなると、どんな治療を選ぶか選択できないからです。気持ちに反して胃瘻や呼吸器などに頼ることにならないようにしましょう。

26）「差し控え」を学びましょう。生命維持治療を初めから望まないことです。

27）「差し控え」には 2 種類あります。

①自分の衰える過程を受け入れ、その歩みのままを良しとする「これが自然な成り行きと一体になった私の生き方だ。」という場合には、自然な歩みと自分の生き方が統合された全体となり、無理のない「差し控え」となります。

②一方で、「こんな生き方はイヤだから早く死なせて。」と考え、十分に生きられる方法があるにもかかわらず、あえてその方法を拒否する「差し控え」があります。この場合には生きている環境や社会・人間関係などと対立し拒絶している無理のある「差し控え」なのです。生きることをイヤになっていませんか？　心を見つめましょう。

28）①、②いずれかによって、生きている世界と協調 / あるいは対立することになります。自分の心を冷静に見つめて、あとで後悔のない「差し控え」を考えて下さい。

なぜなら、人間は自分ひとりで生きているわけではありません。家族や友人・社会・環境と寄り添って、互いに支えたり支えられながら生きているのです。

自分の気持ちが第一ではありますが、あなたを思いやる家族の「もっと生きていて!」と願う気持ちにも共感して欲しいのです。

その上で、自分の気持ちがわがままから出ているのではないことを、真剣に話すことが大切です。

29）家族や親族・友人・同僚などの意見にも耳を傾けましょう。

30）自分のひとりよがりではなく、みんなが認めてくれるように努めましょう。

生命維持に必須の治療をとめてしまうことを「中止」と仮に呼びます。差し控えはある程度許されますが、生命に直接係わる生命維持治療を途中で中止することは危険です。なぜなら、単なる中止ではなく「死なせる」ことだからです。

救急医療を受けたけれど、意識が戻らない･呼吸が悪い･食事ができないので呼吸器や胃瘻をつけると「こんなになってかわいそう。呼吸器をはずして下さい。」「胃瘻栄養をやめて下さい。」と要求するご家族がいます。

本人はどのように生きているのでしょう？呼吸器は頭のてっぺんからつま先まで、全身に酸素を供給して生きている本人を支えています。呼吸器は本人と一体となって、必須の役割を本人と統合した関係で担っているのです。胃瘻栄養も本人の生きる全体を支えることでは同じです。臓器移植で生きることも同じです。





もし呼吸器や胃瘻を「止める」とか「はずす」という行為をすれば、それは単に本人と呼吸器や胃瘻を分離することではありません。

呼吸器と一体となって統合して生きていた本人全体を、一挙に破壊する行為になってしまいます。破壊する行為とは「死なせる」「殺す」ことです。単なる中止という単純なことではないのです。おこなってはなりません！

31）移植した臓器で生きるのが「イヤだからはずして」といわれてもできません！
はずす行為ではなく全体を破壊し死なせる行為になるからです。

32）呼吸器も胃瘻栄養も同じ意味で「はずす」ではなく死なせることです。

33）生命維持治療を望まない人は、以前から差し控えを希望しておきましょう。

34）生きてゆこうと考える人は、新たな生き方としての生命維持治療と
いっしょになって生活してゆきましょう。

人はやがて衰えます。
より良い衰えを実現しましょう。



日本人が一番元気なときはいつでしょう？　15～17歳です。このとき年齢別では最も多い一日に2500kcalの栄養を摂ります。つまりそれだけのカロリーを処理する能力があり、エネルギーになった栄養を体力に変える力があるのです。

しかし、18歳以降は食べるカロリーも次第に低下します。そして徐々に処理能力も体力も衰えて最期の日を迎えるのです。

最期の日は処理能力ゼロ、体力ゼロになりますから、さっそうと歩いたり、「ワッハッハ！」と大声で笑ったり、パクパク食べたりするはずがありません。それ以前から歩けなくなり、食べられなくなり、始終眠り続けるようになるのです。

3、4ページを見て下さい。ピンピンコロリとはいきませんね。

人生の後半生を身体のことだけで描くと14ページの図になります。

35）本人は死を経験しませんから、最後の瞬間まで「生き方」が大切です。

36）しかし肉親を初めとして本人に係わった人たちは看取る側になります。

37）90%以上の人は緩やかに衰えますが、10%以下の人は急死します。

38）緩やか型では体力が衰えると、歩けなくなり、食べられなくなり、呼吸も弱く、血圧が下がり、意識が薄れ眠ったまま最期の日が来るのです。

39）緩やか型も急死型も、どの場で、どこまでの医療を希望するかを考えておくとともに、日頃家族や主治医と話し合いをしておくことが必要です。



① 歩けなくなってきます

大抵の方が、まず歩けなくなってきます。始めはすたすた歩いていた人が介添えしてもらうようになり、そのうちにハイハイするようになります。それもできなくなり車いす生活になってゆきます。

さらに、車いすにも乗れなくなる日が来ます。背中の筋肉の力が衰えると車いすにのせても滑って座っていられなくなるからです。最終的には、いつも寝ているようになります。



歩けないのはみじめでしょうか?6ページを思い出してください。五体不満足でも新しい生き方ができるのです。解釈しだいで世界が変わります。

人は互いに寄り添いながら生きています。人のお世話になるのが古来からの慣わしです。胸を張って介護を受けましょう。居宅サービス・通所サービス・入所サービスその他のいろいろなサービスがあります。うまく利用して楽しい毎日を送ることが可能です。

② 食べられなくなってきます



つぎに、食べられなくなる時期が来ます。歩けないのと同時になる人もいます。

食べられなくなる理由はふたつあります。ひとつは、私たちの飲み込む力がだんだん衰えてくることによります。

食べたり飲んだりするためには、唇の力・あごの力・舌の力・のどの力が必要です。唇の力が低下すれば口の中のジュースはこぼれるでしょう。あごの力が衰えれば噛めません。のどの力が衰えれば飲み込めなくなります。

もうひとつの理由は処理能力の低下です。2500kcalを処理できた15～17歳のときをピークにして、そこからはしだいに衰え、年齢とともに処理できるカロリーが下がります。

ご家族がよかれと思って好きな食べ物をあれこれ作るのですが、本人は「気持ちだけもらうけど食べきれないわ。」と辞退するのは、それ以上のカロリーを私は処理できません、と暗に示しているのです。そのときには無理強いする必要はありません。

食べられなくなると、点滴で水分を補ったりします。これは栄養をつけるためではなく脱水防止なのです。脱水になると「やるせない」「身の置き所がない」と感じる人が多数います。つらくない・苦しくない状態で過ごしていただくために、処理能力の範囲で点滴をおこないます。

食べられなくなってきたとき、「新しい食生活」を営んでゆこうとするなら、胃瘻の栄養という選択肢もあります。胃瘻を造っても飲み込みがある程度保たれている人は、口から食事をしてもよいのです。口からの栄養の足りない量を胃瘻から補うと考えればよいでしょう。胃瘻から毎日晩酌をしている人がいます。スープやヨーグルト・味噌汁を入れる人もいます。形を変えた食器を使っていると考えましょう。14ページを見てみましょう。人は体力に見合った処理能力しかありません。体力の衰えにしたがって処理能力も衰えますので、点滴だけの人も、胃瘻の人も、状態に合わせて栄養や水分量を調整していきます。ただし、ご意向及び病状・老化現象など考え、総合的に判断する必要があります。

③ 呼吸が低下してきます



しだいに呼吸も弱くなってきます。息苦しさがあり、酸素を吸うと楽になる状態なら、酸素を吸いながら生活しましょう。大多数の人はこれで十分につらくない生活が可能です。

酸素でも息苦しさが取れないような場合は、お薬で鎮静をすることもあります。すでに眠る段階で苦痛を感じておられないときには、必ずしも酸素や沈静をおこなう必要はありません。

さらに気管切開し、呼吸器を使用して生きていく人もおられます。無理な延命ではなく、最期の日まで連れ添う伴侶(呼吸器)と暮らすという解釈で楽しく生活していらっしゃる人が多数います。7･8ページを見て下さい。

本人や家族を含めた全員でご意向、病状、老化現象など考えて判断しましょう。

胃瘻や呼吸器は身体に統合された全体として機能します。途中で中止を希望しても、本人全体を一挙に破壊する=死なせる行為になるのでできません。11･12ページに詳しく記載されています。ご参照ください。

④ 血圧が低下してきます

からだ全体が衰えてくると、心臓も弱くなってくるので、血圧が下がってきます。

上の血圧が100を切って、80を切るようになると、数日から1週間と考えられます。ですから少し手前で、会わせたい方にはお声をかけておくとよいでしょう。

70を切ると一両日中となります。その時は傍らに集っていただき、肉親･友人とともに水入らずの時間を共有していただき、「よく頑張ったね。」「大往生だね。」と今までの思い出話をしてください。

⑤「呼んでも答えない!」とあわてない。本人は安らかに眠っているのです



高校生のとき 2500kcal を消費した体力 100 点満点の時代からはや幾年か。

いよいよ最期の日が近づくと体力は 100→80→50→20→0 点に下がってきます。

体力が低下すると、残り少ない体力を温存するために、むやみにエネルギーを消費しないように身体が反応します。

一番エネルギー消費が少ないのはどんな状態でしょう?　→眠ることですね。

眠っているということは、すべての苦痛 (痛み、苦しさ、つらさ、やるせなさ等) から開放されて、安らかな時間を過ごしていると考えます。

もし私たちが、痛い！つらい！苦しい!と感覚することができたら、それは感じている証拠ですから、必ず覚醒して「痛いからどうにかして！」「苦しいから治して！」と叫ぶはずです。

ところが、大声をあげて呼んでも揺り動かしても、本人はグーグー眠っているのです。これが本人は安らかな状態なのだという証拠なのです。

最期のときには本人は眠っているので、本人が問題になるのではありません。では、誰が問題になるのでしょう?

意識がなくなると、まわりでみている肉親・親戚縁者は辛いものです。

すると、「おばあちゃんもつらいのよねえ。」「あなた、苦しいでしょう。」というように、自分の辛さをあたかも本人も辛いのだろうなと思ってしまいます。

たしかにそんな気持ちになるのは肉親であれば当然でしょう。

しかし、それはまったくの勘違いです。

まわりの人たちの「つらい気持ち」とはうらはらに、本人はスヤスヤ眠って幸せ一杯です。

ということは、まわりの人たちがあわてないことが第一に求められます。

心に抱いている「(本人が) 苦しいのよね…つらいよね…」という気持ちが、実は本人のことではなく、見守っているまわりの人の心なのだということに気付くことが大事です。

40) 緩やか型で衰える90%以上の日本人は、みんなグーグー眠って最期を迎えます。

41) 眠るということは、すべてのつらさ・苦しさ・痛さなどから開放されて
安らかなときを過ごしている、と解釈して良いのです。

42) 一方で、看取るまわりの人は、「つらい・かなしい・不安…」と思っていますから、
その思いをあたかも、『本人がつらい・苦しい・痛いのだろう。』と
本人に移し替えて解釈してしまうものです。

43) 肉親やまわりの人は「本人もつらいのだ。」と勘違いをしてしまいます。

44) 勘違いをやめましょう。「本人はしあわせ一杯 !」と解釈するのです。



勘違いをするか、しないかはとても重要です。なぜなら、勘違いをしたままだと、「うちのおばあちゃんは苦しいまま死んだ…」になるのです。

勘違いしなければ、「まわりの人はつらかったけど、おばあちゃんは苦しくなく安らかに天国に行ったね。良かったね。」となるのです。

心の持ちようの違いで、まったく逆の状況になりますから、みなさんはくれぐれも、上記のような勘違いを決してしないようにお願いいたします。

⑥ 息を引き取られたときが大往生です

みんなが見守る中で、多くの人は静かに息を引き取られます。

ある人は、いかにも苦しげにハーハー、ゼーゼーという呼吸をして、あごを突き出すようなそぶりがあったりします。それを見ただけでほとんどの人は「苦しがっている！」と勘違いをします。

実は、下顎呼吸とか臨終喘鳴という単なるしぐさです。

下顎呼吸や臨終喘鳴は、血圧が低下し、最期に近づいた身体が便宜的に「あたかも苦しそうに見える」呼吸をおこなっているだけなのです。

血圧が下がって 70 になると、身体の構造上、脳にいく血液が極端に減少します。意識も薄れますから本人に声をかけてもはっきり返答する人はいません。つまり、本人が苦しんでいるのではないのです。

苦しい呼吸と勘違いしないで下さい。そしてみんなで見守っているうちに静かに息を引き取るのです。

息を引き取ると、「ああ、呼吸が止まった!大変だ!」とあわてて胸を押し始める人がいるかもしれません。でも、胸を押すと「延命治療が開始」されたことになります。

では救急車を呼びますか?

病院でお亡くなりになることを希望しているのならそれでもいいでしょう。

しかし、「自宅で最期を迎えたい。」「畳の上で死にたい。」と願って成就した本人に対して、まわりの人があわてて延命開始になったら本末転倒ですね。

45) 息を引き取られたときが大往生です。あわてて蘇生開始しないこと。

在宅医療をおこなっている主治医に連絡しましょう。「息を引き取りました。安らかでした。」と報告して下さい。在宅医療の主治医がいれば、経過も状況も分かっていますから、警察の検視は必要ありません。普通に死亡診断がお家でおこなわれます。



⑦ 急死の場合はどうする《救急車? 往診の医師に来てもらう?》

緩やか型で最期を迎える日本人は90%以上になります。

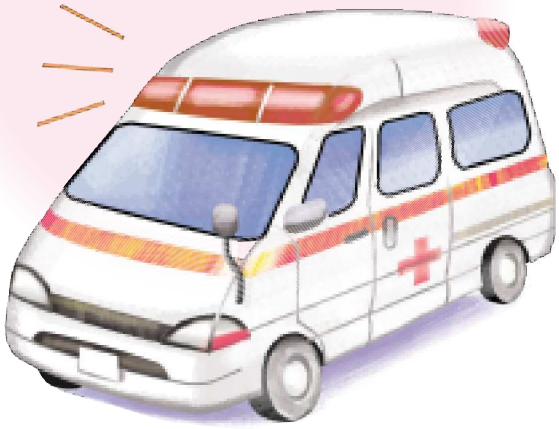
急死の割合はどうでしょう。

消防庁の統計では、救急搬送された人のうち急死に該当する人は、すべての死亡者のたった4.8%しかいないことが分かっています。70歳、80歳という人生からしてみれば、救急搬送されて数日中に最期を迎えた人も急死に含めたとしても10%に満たないのです。(5ページ参照)

確率は少ないのですが、急死の場合にはどう対処するかをあらかじめ考えておく必要があります。その理由は下記を読んでいただければ理解できるでしょう。

(1)救急車を呼ぶ

お風呂やベッドの上、家の廊下などで急に倒れたまま息を引き取る人が稀にいます。急死です。呼吸していない·意識がない·脈が触れないなどの状態が複合して起こったと考えればよいでしょう。



家族はびっくり仰天してパニックになるでしょう。心得のある人は胸を押したりして蘇生(生き返るための処置)を試みます。別の人はあわてて救急車を呼ぶでしょう。呼ぶときはどのように呼びますか?「助けて!」ですね。

21ページの図は14ページの図の左半分を切り取ったものです。

さて、救急車が到着しました。もともと要請された理由は「助けて!」ですから、救急隊員は一生懸命に蘇生を開始します。

待ち構える病院の医師も、助けるために気管に管を入れて人工呼吸をしたり、心臓を動かすための電気ショックをおこなったりします。

すべては「助けて!」という要請から始まったのです。



「助けて!」と呼ぶのですから、「生命を助ける=生命を長らえさせることを希望していますね。」つまり、延命を試みる治療を承諾したことになります。

救急隊員も病院の医師も手を尽くすでしょう。

その結果はつぎの3つです。

①**死亡**：何割かの人は治療の甲斐なく亡くなり、病院で看取ることになります。

②**元に復帰**：何割かの人は治療がうまくゆき元に復帰することができます。
家族も良かったと、胸をなでおろすでしょう。
①②ははっきり立場が分かれます。でも、つぎは大変困るでしょう。

③**不完全に生き残る**：生命は助かったけれど、意識が戻らないから寝たきり・食事ができないから胃瘻・呼吸が弱いから人工呼吸など、今までのレベルからだいぶ下がった状態で生き続けることになる場合です。

多くの家族は唯一②を期待して救急車を呼びます。しかし①の結果もあります。

ご家族がほとんど考えておらず、後で慌てるのが③「不完全に生き残る」です。

救急車を呼ぶ場合は、この3つを始めからきちんと理解して、①②③のどの状態になっても対応しますよ、という本人の意向やご家族の心構えがあって呼ぶのです。

どのように身体が変わったとしても、「新しい生き方を始める!」という解釈であらたな生活を楽しく暮らしている人も大勢います。(6〜10 ページ参照) ですから、救急車を呼ぶことが大切なことではあるのです。

しかし、「十分に生きたから悔いはない。自然な衰えのまま暮らしたい。」と考えていた人が、③不完全に生き残る、ことになったらどうでしょう。救急車を呼ぶことが、必ずしも適切であったとはいえないでしょう。

本人・家族だけではなく、主治医をはじめとした医療・介護・福祉などのプロフェッショナルの人たちとも、よくよく話し合いを積み重ねて、「どのように生きたいのかという生き方の視点」から「救急車を呼ぶ」希望を作り上げることが大切です。

(2)往診の医師に来てもらう

在宅医に診てもらっていれば、いつでも往診してもらえるので、救急車を呼ばないという手だてが加わります。命に関わるような急変が起こっても、「あ、これが、先生が言っていた急変だ。」と在宅医に連絡することができます。

①**治るなら入院**：在宅医が駆けつけて間に合えば、必要な時は入院の手配をします。

②**在宅で治療継続**：諸事情（家族が入院の付き添いができない・本人が独居・入院を拒否など）があるときには、在宅でできる範囲の治療を継続することがあります。

③**在宅看取り**：残念ながら息を引き取ってらっしゃったら、「畳の上で最期を迎えられてよかったですね。」と、お看取りすることになります。

在宅医療の医師が診断した場合には、おおよその原因が分かりますので、原則的には警察の検視はおこなわれません。

急死の場合血圧が70を切ると意識が薄れて眠って亡くなります。最終的には苦しまないので、在宅看取りの場合には家族はあわてないで連絡して下さい。



在宅医療って何…??

住み慣れたご自宅で最期まで暮らせるよう、患者さんとご家族の生きることの全体に関わる医療です。

在宅医療の対象

対象となるのは「病気が理由で通院困難」な方に限ります。主に車いすや寝たきり生活の人となりますが、「がん末期の方」「認知症の高度な方」は歩けても在宅医療が適応します。

在宅医療の仕組み

昔は医者が家に行って医療をすることを往診と言っていました。今は在宅医療と言います。

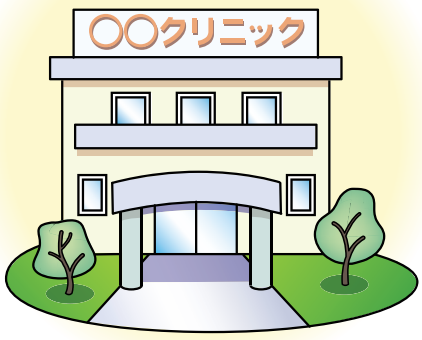
在宅医療には次の3つがあります。

1. 定期的に家を訪問して健康状態を管理する **訪問診療**
2. 24時間いつでも緊急事態に応じて家にかけつける **緊急往診**
3. **在宅でのお看取りも可能です**

この3つに対応する診療所として

「在宅療養支援診療所」があります。

もしあなたや、あなたの家族や親戚、友人らが病気のために通院することが大変であれば、在宅医療を受けることが十分に可能なのです。



在宅医療ができること

在宅医療では、血液検査・尿検査はもちろん、心電図、超音波エコー、胸・腹などのエックス線写真、内視鏡、気管支鏡の検査など家でできます。人工呼吸器・酸素吸入・胃瘻経管栄養・中心静脈栄養・点滴・輸血・がんの緩和医療もできるのです。

肺炎も家で治すことが十分可能です。しかし診療所によっては在宅でできる医療に制限がありますので、今の主治医に相談する、あるいは診療所に直接連絡して聞いてみるのも良いでしょう。

入院している方は、「退院後の医療と介護」について入院中に話し合いを行います。医療と介護の体制を整えたうえで安心して退院できるのです。



在宅医療は「外来通院」「入院治療」と
同様に**医療保険**で利用できます。

また在宅医療のおおよその医療費は以下のようになっています。

○がんの末期……ホスピスの1/2
○人工呼吸器……病院（入院）の1/3
○寝たきり……病院（入院）の1/5

在宅生活を支える諸制度



①介護保険制度

65歳以上の方と40～64歳の方で、特定の病気(脳卒中・がん・一部の難病等)により介護が必要となった方が利用できます。

②障害福祉サービス

在宅医療が適応される方は①の介護保険制度によるサービスに加えて、②の障害福祉サービスを利用できる場合があります。障害福祉サービスを利用するためには障害者手帳の交付や障害程度区分の認定などが必要です。また、難病の方も障害福祉サービスの対象となります。

③各自治体の単独制度など

①の介護保険制度、②の障害福祉サービスの他、各自治体の独自制度があります。仙台市の場合、全身性障害者等指名制介護助成などがあります。

④公費負担医療制度

各医療保険の他、国や各自治体が定める疾病や状態に該当する場合は、公費による医療費助成が受けられる場合があります。

⑤生命保険など

車いす・寝たきり・気管切開・胃ろう栄養などは生命保険上の高度障害に該当します。生きていて、死亡時と同じ金額がもらえる場合があります。これで生活を立て直しましょう。解約ではありません。約款をご覧下さい。住宅ローンの減免もあります。

在宅医療は・・・

家族ができるだけ疲労することなく、患者さんと一緒に生活ができることを目指しています。

○がんばらない在宅医療・介護が重要です。

○家族の方が仕事をしていても大丈夫です。

自分がどんなふうに最期まで過ごしたいか、
今のうちから考えておきましょう。

在宅医療・はじめの一歩

在宅医療や介護のことについて相談してみたい場合は、
以下にまず聞いてみましょう。

在宅医療について

○かかりつけの医師

○病院の連携室職員



在宅介護について

○地域包括支援センター職員

○ケアマネジャー

○役所の介護保険や障害者・高齢者支援担当課



このパンフレットは
宮城県第三期地域医療再生事業補助金により、
仙台往診クリニック研究部が作成致しました。

2013年11月初版　2015年3月改訂版

お問い合せ先
〒980-0013 仙台市青葉区花京院二丁目1-7
TEL 022-722-3866 仙台往診クリニック 研究部

本パンフレットに掲載の文・イラストの無断転載を禁じます。
執筆者、川島孝一郎（仙台往診クリニック）。イラスト製作、叶悦子。
仙台往診クリニックが著作権を有しております。
本パンフレットの作成にあたり、ご協力を賜りました長尾有太郎様、イラストレーターの叶悦子様に感謝申し上げます。