

7-2. 家で死ぬ

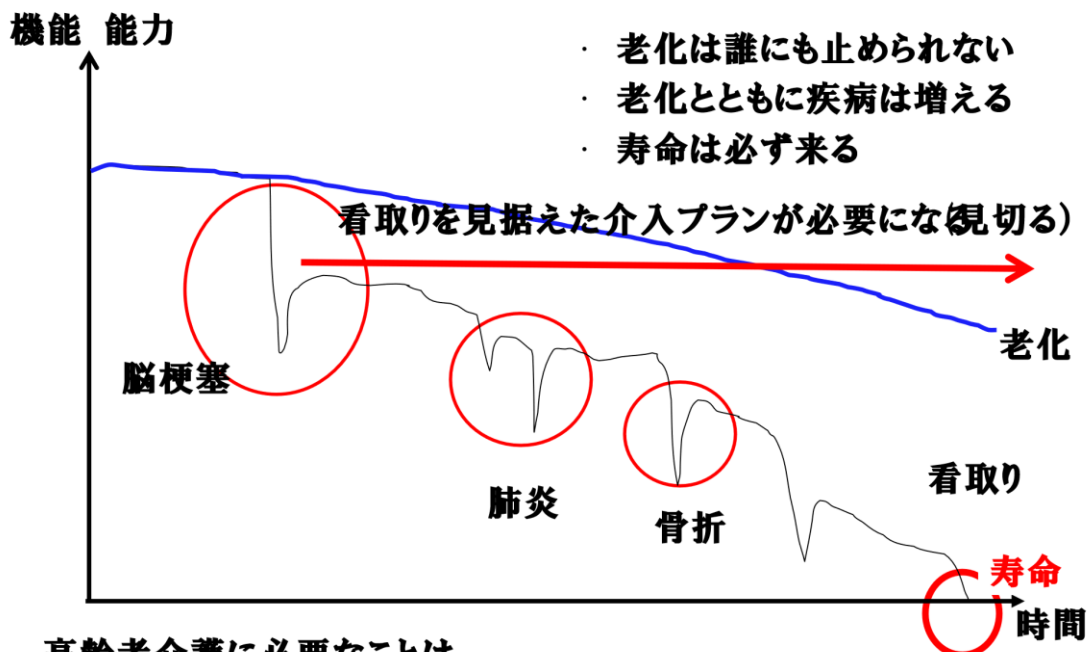
しょうわの理念は「家で死ぬ」です。家とはその人の人生。ひとは必ず死ぬのだから、その人生を全うして死んでいくことを支援すると考えて「家で死ぬ」を理念としました。

開設当初は医療機関であり、高齢者施設の理念に「死ぬ」という言葉を使ったことに対して、驚きと批判がありました。

けれども私たち医療と介護を生業とする仕事の行きつく先は「死」です。死という言葉を出して仕事はできません。どんなに素晴らしい医療を施しても、どんなに素晴らしい介護を提供しても、ひとは必ず死にます。だとしたら、その死までの時を本人や家族に寄り添っていきたくて「家で死ぬ」という理念を掲げました。

これまで、たくさんの死を見てきました。たくさんの方を看取ってきました。自宅で最期を迎えた方。施設で亡くなった方。そして病院で亡くなった方。なくなる場所はそれぞれ違いますが、最後まで寄り添わせてもらいました。「なんで死んだんだ」と責められることもありましたが、多くの家族に満足してもらえたと思っています。

たくさんの死を通して「家で死ぬ」という理念は進化していきました。どのように死ぬか。



**高齢者介護に必要なことは、
本人、家族は「いかに生き」、「いかに死ぬか」を考えることであり、
医療、介護従事者は「いかに死なせるか」を追求しなければならない**

ひとは生まれた時から死ぬことが決まっています。わたしが日々向き合っているひとも例外なく死んでいきます。それほど遠くないうちに死ぬ確率が高いひとたちです。

わたしの仕事は、「いかに死なせるか」に尽きると思います。

確かに肺炎を起こしたときに治療を行います。糖尿病について治療を行います。けれど若くてまだ何十年も寿命があるひとと、人生の終末期にあるひとのそれとはおのずと違いがあります。

わたしが行ってきた医療や介護は、本人が「自分らしく生きて、自分らしく死ぬ」こと

を支援し、家族が「ゆとりと余裕をもって、後悔しない介護をやりきる」ことを支援してきました。

そもそも医療に伴う苦痛は、治療が終わった後に「人生を楽しむため」に行うものだと思います。治療をすることによってさらに苦痛が増すなら、そんな治療は「やめてしまえ！」と思います。

現在の医療は丸で困んだ急性期に目が向けられます。病院という場所は本来急性期を診る場所だからその通りだと思います。

わたしも、施設を開設した頃は、急性期は病院で見るものと思っていました。けれど、多くの高齢者を診ていくうちに考えが変わりました。その人の人生を通して診ていく医療や介護が必要なのだと。

高齢者の医療は、若い人と同じゴールを目指すことはでないし、しない方が良い場合が多々あります。

みなさんは、どんな感染症でも抗生物質で良くなると思われるでしょう。しかし治らないこともしばしばあります。そもそも感染症に立ち向かうだけの基礎的な体力がなければ抗生物質をいくら使っても治らないことがあります。がんなどの治療ですでに体力を使い切った状態の患者さんが、肺炎などの感染症を起こしたときには、がんの手術には成功したが体力が持たなかったということはいくらでもあります。

これが、そもそも基礎体力のない高齢者だったらどうでしょう。

老化は勝手に進行していきます。年を取れば加齢が原因の病気がたくさん見つかります。そして、どんな医療を施しても寿命には勝てません。ひとは必ず死にます。必ず死んでいくひとたちの人生を支えていく医療や介護を提供することもとても大切です。

急性期が命を救うことを目的とするならば、わたしがやっていることはどのように命を終わらせか、つまり「いかに死なせるか」ということです。（安楽死を推奨しているわけではありません。くれぐれも誤解しないようにお願いします）

患者さんや家族と話をしていて、終末期の医療、介護について、つまり「看取り」について「どんな最期を迎えたいか」と質問すると、多くの方から「胃ろうはしないでください」「心臓マッサージはしないでいいです」「人工呼吸器はやめてください」という答えが返ってきます。

これは入院した時点で事前に心肺停止した時に心肺蘇生をするかしないか確認する同意書があるのですが、DNR(do not resuscitation)、DNAR (do not attempt resuscitation)といわれ、がんの終末期や老衰、究明の可能性がない状態になったときに、患者さんに対して心肺蘇生をするか、しないかを事前に確認される医師から必ず聞かれる質問の影響でしょう。

わたしが質問する意図は、心肺蘇生することではなく、どのように生きて、どのように死ぬか。死ぬ直前のことではなく、その手前で最後までどのように生きたいかということを確認しています。その結果として、どのような医療や介護を受けて、そして死にたいかということを知っています。診察の折に触れて何度も確認します。

世の中に「いいか」「悪いか」と言った、キリスト教的な2択が溢れすぎているのではないのでしょうか。わたしがやっていることは患者さんや家族の話の行間を読むことで、2択の一つを選択させるものではありません。

わたしが学生だった頃インフォームドコンセント(IC: informed consent—説明と同意)という概念を教育されました。ICとは、患者に今ある治療情報を全部伝えて、その中から患者に選択視させるといったニュアンスです。

それまでは、医師と患者の対話の中で最適解を見つけていく。時には医師の誘導や見解も含め患者に情報を提供して治療を選択していく。その対話こそが癒しであり治療だというムンテラ（MC : Mund Therapie＝話し癒す）という言葉が使われていました。行間を読むとは、このムンテラだと思って今までやってきました。

急性期の医師に対して、かかりつけ医という言葉がありますが、かかりつけ医は患者、家族全体を診ながら、最も良いであろう答えを患者、家族と探して最期にたどり着けていくことがその役割だと思います。そんな医療と介護をしょうわでやってきました。

介護を受ける本人や家族は、「どのように死ぬのか」ということを考えて行かなければならない時代となりました。

「家で死ぬ」という理念のもと、

自分らしく生きて、自分らしく死ぬ

家族はゆとりと余裕を持って後悔しない介護をする

そのための行動指針として

① 非常識な介護のすすめ

患者、利用者と家族に非常識な医療と介護を提供する

② 24時間 365日毎日がリハビリ・楽しいが前提

生活そのものがリハビリであり、頑張るのではなく楽しんで毎日を送る

③ みんな笑顔で暮らしたい

介護される側も、介護する側も笑顔で暮らす

亡くなったことを嘆き悲しむ、笑って送り出せるように、「やり切った」と思える医療と介護を考えてこれまでやってきました。

これが、「しょうわ」という施設です。