

文藝春秋

芥川賞発表 受賞作全文掲載
鹿島田真希「冥土めぐり」

完全保存版 太平洋戦争「語られざる証言」 九月特別号

大正十二年一月三十日第三種郵便物認可
平成二十四年九月一日発行(毎月一回一日発行)
第九十巻第十二号(八月十日発売)



文藝春秋

☆

芥川賞発表 受賞作全文掲載

9

2012

大正十二年一月三十日第三種郵便物認可
平成二十四年九月一日発行(毎月一回一日発行)
第九十巻第十二号(八月十日発売)

文藝春秋

(第九十巻 第十二号)

特別定価八八〇円

本体八三八円

雑誌07701—9

Entered as 2nd-Class Matter at the Post Office in San Francisco, Calif. U.S.A. 2nd-Class Postage paid at San Francisco, Calif. (USPS 079-500)
"THE BUNGEISHUNJU" September 2012, Vol. 90 No. 12 Published Monthly by BUNGEISHUNJU Ltd. Tokyo, JAPAN

凸版印刷
Print

目の疲れ
肩こり
腰の痛み

固まった目・肩・腰。
その原因は、カラダの内側にあります

動き出せ! 目・肩・腰

目・肩・腰がっらいと感じたら。

アリナミン[®] EX PLUS[®]

アリナミンEXプラス: 目の疲れ・肩こり・腰の痛みに。ビタミンB₁・B₆・B₁₂ 製剤。フルスルチアミン(ビタミンB₁誘導体)、ビタミンE、パントテン酸カルシウム配合。15歳以上1日1回、1回2〜3錠食後すぐ服用。【第3類医薬品】



元気をつなげよう。アリナミン。

武田薬品工業株式会社 ヘルスケアカンパニー 〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号
「お客様相談室」フリーダイヤル 0120-567087 受付時間 9:00~17:00(土・日・祝を除く)

アリナミン 検索



4910077010924
00838

「在宅で看取る」というと、ご家族には大変なことになると思われるかもしれませんが、全然そんなことはありません。患者さんによって異なりますが、僕の場合は、週に一〜二度訪問診療し、あとは携帯番号を教えて緊急の際に連絡がつくようにしているだけです。実は在宅での生活を支える主役は訪問看護師です。状態が悪ければ連

① 脱水は友

残りの時間をできるだけ自由に、楽しく過ごしていただきたい。とくに末期がんで余命一ヶ月と宣告された方や、ほとんど寝たきりになりあまり食べられなくなった方などには、自宅で自分のペースで平穩に最期を迎える「在宅療養」こそが人間らしい最期を過ごせる、僕はそう強く感じています。

では、実際に在宅療養するというのはどういうことなのか、そしてどのようにすれば最期まで在宅で過ごせるのか。本稿では、その方法についてお話しします。

日、時には一日に何度も訪問してくれ
ます。

終末期になると、医療の価値観は一変すると思ってください。体力があるうちは病気を治すことが目的です。しかし平均寿命（女性は八十六歳、男性は七十九歳）を超えたら、「ギアチェンジ」することが大切です。あるところからは「治療」ではなく、病氣と上手に付き合う医療、「苦痛を軽減し、生活の質（QOL）を維持する緩和医療」がカギになります。

たとえば、老衰やがんの終末期では食べたり飲んだりする量が減ります。病院ではがんでも非がんでも、脱水を指摘され、一日一〇〇〜二〇〇mlもの点滴を打たれますね。でも、終末期の脱水は自然な現象で、もはや身体が水分を欲さなくなっているという証拠でもあるのです。

終末期におけるゆるやかな脱水とは、「省エネモード」への移行なのです。最小限の水分やエネルギーでも上手に生命を維持できます。脱水のほう

が結果的に長生きできますし、胸やお腹にお水が溜まらないので、種々の苦痛も少なくて済むなど、いいことだらけです。

人間は昔から、枯れるように死んできました。終末期の脱水はせっかくの「自然の恩恵」なのに、点滴漬けで水膨れ状態にするから、腹水がたまっ心不全になり、口から泡を吹いたり多量の痰に苦勞したり、顔が土衛門状態になって亡くなるのです。僕のクリニックでは昨年、六十人を看取りましたが、腹水や胸水を抜いたひととはゼロでした。

平均寿命を超えた高齢者の場合、病院での終末期医療は往々にして「過剰医療」となりがちです。人生のゴールまで自分のペースで走り切るには、ゆっくり伴走してくれる気の合う近所の「かかりつけ医」が不可欠です。

② 余計な「医療」はしない

僕もかつては最期まで「延命治療」を重ねた病院医でした。その考えを改



延命医療の中止が問題に

在宅医が教える 看取りの常識、非常識

「自分の最期は自分で決める」
自宅でも穏やかな死を迎える方法、教えます

平穏死
10の条件

新刊(ブックマン社)
も話題

なが お かず ひろ
長尾和宏
(長尾クリニック院長)

長尾氏



僕は、兵庫県尼崎市の下町で外来診療と在宅医療に従事する町医者です。十七年間で五百人以上の患者さんをご自宅で見守ってきました。

現在、年間死亡者数の八割が病院で亡くなると言われています。しかし、たった約四十年前は、八割以上の方が自宅で亡くなりになっていました。この逆転現象は世界でも類を見ない、日本だけに起こっている事態です。

病院とは本来、怪我や病気を治すところであって、死を迎えるに最適な場所

所であると私は思いません。「病院死」が主流という現実、実は異常なことなんです。最近、「人生の最期は住み慣れた家で過ごしたい」「最期まで自宅で自分らしく生活したい」という方が増えてきましたが、僕はごく自然なことだと思います。人生の最期に一番必要なものは「治療」ではなく、安らかに楽しく自宅で過ごす「生活」。「病室の人に氣を使わなくて済んだ」「トイレも氣がねなしに(家族の介添えで)行けた」

「好きな時間にお風呂に入れた」「娘や孫たちと食事ができた」など、担当した患者さんやご家族から、「在宅療養を選んで本当によかった」という声を数え切れないほど聞いてきました。当たり前のことなのですが、その「当たり前」が許されないのが病院という「場」の掟なのです。

病状の変化に対する不安から、多くの人が病院にいるほうが安心だと考えます。しかし、回復の見込みがなく、余命いくばくかという状態の方には、

める大きな契機となったのは、ひとりの患者さんとの出会いでした。

阪神大震災の前、市立芦屋病院に勤務していたときに咽頭がん終末期の患者さんを担当したことがありました。彼は何も食べられませんが点滴は一切拒否されました。せいぜい一週間くらいで死ぬと思っていたら、結局、二ヶ月間も生きられました。最期は全く苦しまず、枯れるように死んでいかれたのです。初めて経験した完璧な「平穏死」は衝撃でした。二十年前の話です。

人間には、筋肉や脂肪をエネルギーに変える能力もあるので少量の水さえあれば何も食べなくても一ヶ月数ヶ月間は、生きられます。さらに飢餓状態になると脳内にホルヒネ様物質が分泌されるので、本人は意外にハッピーなのです。

病院の偉い先生は病気の診断・治療の専門家であって、看取りの専門家ではありませんから、こうした死への自然過程をあまり知りません。僕も昔

じ込めるから、暴れるのです。

昨秋、西宮市のNPO法人つどい場さくらちゃんの主催で、九十七歳で車椅子の認知症患者さんやご家族と一緒に伊勢参りに行きました。また個人で毎月旅行に連れて行ってあげても、どんどん元気になります。病院医療では外泊はせいぜい一〜二泊ですが、在宅療養では温泉旅行に出かけたり、時には海外旅行まで楽しんでもらうのが「外泊」です。僕は「旅行療法」と呼んでいます。

認知症は、がんとちがって何年も生きていられる分、介護する家族の御負担は長期に及びます。介護する側／される側の双方にとってメリットのある療養生活でなければ長続きしません。

④在宅医療費は高くない

在宅で最期まで人間らしく生活するためには、親切で相性の合う在宅医やケアマネージャー（＝通称、ケアマネ。ケアプランを作るひと）を選ぶ必要があります。医者にわざわざ家に来

は、最期まで延命医療を施すのが絶対的な善だと思っていましたので、今から考えると余計な医療をやった患者を苦しめていたんです。でも彼から自然死を学び考え方が変わりました。延命治療をしない方が、苦痛は軽減する。「緩和医療」さえきちんとできれば、在宅でも十分ケアできるのです。

③緩和医療が大切

老衰で死ぬにも死の直前には何らかの苦しみを伴います。骨粗鬆症で寝たきりになれば、背中に激痛が走ります。終末期に入ると多少の痛みはつきもの。今後は、ホスピス施設や大病院だけでなく、在宅や地域の療養病床も緩和医療の場となります。在宅医は終末期医療の専門医・総合医でもあるのです。

末期がんの在宅医療では、何よりも痛みのコントロールが大切です。末期がん患者が在宅療養を躊躇う理由には、家族の介護負担に加えて痛みに対する不安が挙げられています。しかも、自宅でも病院と同じように麻薬が

てもらうと、医療費を心配する方がよくおられますが、病院に入院するよりも、ずっと経済的にお得です。

往診自体は七百二十点（一点あたり十円）ですが、時間帯によって夜間（日没から午後十時まで）は二千二百二十点、深夜帯（午後十時から午前六時まで）は三千二百二十点と高くなります。毎週何曜日に行くか決まっている定期的な訪問診療は、一回につき八百三十点です（月二回以上の訪問がある場合、「在医総管」として四千六百点加算されます）。これらを合算したものが月々の在宅医療費で、お医者さんの交通費は実費請求です。たとえば、週一回の訪問診療と月一回の夜間往診を受けた場合（一割負担の方）、

■在宅時医学総合管理料「在医総管」

四六〇〇円

■訪問診療費（月四回）

八百三十点×四＝三三二〇円

■夜間往診（月一回）

二二二〇円

で、あくまで概算ですが、一ヶ月の

使えることを知らないひとが非常に多い。在宅では頓服の麻薬をベッドの横に置いておくことができます。飲み薬の麻薬から、貼り薬として皮膚から吸収させる麻薬など、一昔前に比べると剤型は格段に進歩しています。

末期がんでは在宅療養が始まり旅立つまでの時間、平均在宅期間は一ヶ月半程度と言われています。人生の最期のこの貴重な期間を病院のベッドに拘束されて過ごすのと、自宅で自由に生活するのとどちらがいいかと問われれば、多くの人は自宅のほうがいいと思うはず。

一方、認知症終末期のケアはどうでしょうか。現在、認知症患者は高齢者の八人に一人といわれていますが、近い将来二人に一人という時代がやってくるでしょう。ですから、認知症ケアの極意を今から知っておくべきです。認知症ケアとは、五感を満たし、本人のやりたいようにさせてあげることが一番。その結果元気になり介護負担も減ります。施設や病院という「枠」に閉

合計額は一万百四十円と、入院医療費よりもかなり安いんです。

在宅療養には介護保険が必要ですが、これは患者さん本人でなくとも、代理人申請でも大丈夫です。役所の介護保険課に行くと、「主治医意見書は誰に書いてもらいますか？」と聞かれますので、かかりつけ医の名前か、病院主治医の名前を挙げてください。

介護認定が届いたら、次はケアマネ選びです。医師とケアマネはそれぞれの役割があり、医師は医療の、ケアマネは介護のマネジメントを行います。①自宅に近い、②在宅主治医ときちんと連携を取ってくれる、③近所での評判が良い、の三点がケアマネ選びのポイントです。

ただし、ケアマネというのは本来、中立的な存在ですが、患者サイドに立つという大義名分を忘れ、介護保険報酬を貪る営利企業の営業マンと化したケアマネもいるので注意してください。企業の利益より、患者さんに寄り添うことを優先してくれるケアマネを探

してください。役所に行けばケアマネ事業所の一覧表を貰えますが、まずは近くのかかりつけ医や地域包括支援センターに相談することをお勧めします。訪問看護ステーションや、入院／退院後の生活・福祉の相談に乗ってくれる病院の地域連携室に問い合わせるのもいいですね。もし気に入らなければ、ケアマネも自由に替えられます。

⑤ 在宅主治医の選び方

では在宅主治医はどのようにして見つければよいのでしょうか。

政府は〇六年、三百六十五日、二十四時間体制で在宅看取りまで行う在宅療養支援診療所（Ⅱ在支診）を制度化しました。全国十萬軒ある開業医の約一割、一万二千軒の診療所が登録しているものの、看取りの実績数が一年に一件も無い診療所が半数であるのが現状です。看取りの実績があるかどうか、判断の目安です。昨年『病院の実力』（読売新聞社）で、全国の診療所の在宅看取り数が初めて公表されまし

たので参考にするとういでしょう。

かかりつけの高齢者を普通に在宅で看取っている昔ながらの町医者はいくさんいますので、そういう開業医もお勧めです。元氣なうちから「往診もしてくれるかかりつけ医」を見つけておくことが大切です。看取りの実績や往診してくれるかどうかだけでなく、専門分野や技量、自分自身との相性などを総合して選ぶ必要があります。

風邪で診療所の敷居をまたぐ時こそ、かかりつけ医選びの貴重なチャンス。たとえば、診察室に入る前に、受付の態度や待合室の清潔度をチェックしてみましよう。待ち時間を短縮するためどんな工夫をしているかだけでも、患者さん本位かどうかを見分けることができます。待ち時間こそが、医者選びの貴重な情報収集タイムなのです。

過疎化の進む田舎では、都市部に比べ、医師不足で選ぶ余地の無いこともあり、「マイ在宅医」を求めるのは容易ではありません。しかし、基本的には、遠くの名医より近くのかかりつけ

医で、近ければ近いほど縁があります。

診療圏とは都市部だと車で二十分以内でしょうか。五年に一度しか来院しない患者さんに、僕がかかりつけ医だと聞かされて、「えー、俺ってこの人のかかりつけ医だったんだ!」と驚くこともあります。「かかりつけ医」は医者が決めるのではなく、患者さんが勝手に決めて良いんです。終末期であれば死亡診断書を書くという重大な任務を背負ってもらう可能性もありますから、慎重に選んでください。

引越したばかりで地域のことがよく分からない場合は、医師会や地域福祉に詳しい市民団体に問い合わせるのもいいですし、在宅療養の医師図鑑のようなものを参考にするのもいいでしょう。また病院の地域連携室で在宅医を紹介してもらうのも手です。

⑥ 施設選びのポイント

在宅療養ができない場合、施設選びも重要です。施設には、特別養護老人ホーム（Ⅱ特養）、老人保健施設（Ⅱ

老健）、有料老人ホーム、グループホームのほかに、昨年十月から始まったサービス付き高齢者向け住宅（通称、サ高住。ヘルパーによる朝晩の見守りが保証されている）等がありますが、患者の意向を最大限尊重し、在宅死を受け入れてくれる施設はまだ少数派です。訴訟問題に発展するのを恐れるあまり、単なる発熱でも即、救急車を呼んで病院へ搬送しようします。

営利企業の場合、企業本部から「施設内では看取りはしない。何かあれば救急車↓病院」と、マニュアル化されている場合が多いようです。

「最も天国に近い高齢者」たちが集まる場なのに、皮肉にも「看取りには最も遠い場」となっています。「〇〇病院と連携しています」を宣伝文句に掲げている施設は些細な変化でも反射的に病院に丸投げするので、この辺の事情を知っておいたほうがいいでしょう。

もちろん、積極的に看取る施設もあります。東京都の「清水坂あじさい荘」では、入所者が亡くなると正面玄

関から入所者やスタッフ達が見送ります。これを見た入所者は「ああ、私も死んだらこうして皆に見送ってもらえるんだ。ここには最期までいられるんだ」と安心されるそうです。

⑦ よく考えてから入院を

在宅療養や看取りの準備が整ったところで、いくつか注意しておいてほしい点を掲げておきましょう。

まず、救急車です。ちょっと熱が出ただけで救急車を呼ぶ方がおられます。しかし、もし「平穏死」を望む高齢者ならその意味をよく考えてから呼んでください。救急車を呼ぶことは、まぎれもなく「救急救命のため蘇生措置をし、もし成功した場合に延命治療をお願いします」という意思表示となることです。

歳をとると骨が脆くなり、些細な転倒でも骨折しやすくなります。多くの高齢者が「転倒↓骨折」をきっかけに入院します。手術が成功し自宅に帰れず、転倒・骨折でまた入院します。

これを二回繰り返すと、必ず認知機能が低下すると思ってください。

お正月に九十歳代の寝たきり寸前のおばあちゃんが喉にお餅を詰まらせ、目を白黒させて呼吸停止したとしましょう。家族は慌てて救急車を呼びました。心肺蘇生でなんとか心拍は再開しましたが、集中治療室に入れられ、人工呼吸器をつけられました。ところが、家族はそんな姿になることをまったく想像だにしていまません。おばあちゃんがいつも「私、この家でコロッと死にたいわ」と言っていたのを思い出し、担当医に「家に連れて帰りたい」といくら頼んでも、病院は人工呼吸器を付けたICU患者を退院させることはできません。

「（終末期に）いったん入院したら、自宅に戻るの簡単ではない」という現実をよく心得てください。窒息時に救急車を呼んで救命できるケースも多々ありますが、平均寿命を超えた高齢者だと、助からないケースも多い。転倒などの急変時に、救急車を呼ぶの

か／呼ばないのかは究極の選択ですが、どこの病院を希望するかを前もって考えておくことをお勧めします。

しかし、本来なら患者さんは病院から出る権利も有していますので、「退院したい」という意思をきちんと伝えれば、退院できるはずです。僕のところには相談に来られる方には、「明日、脱出しては。私が主治医として全責任をもちますよ」と言います。どうしても退院したければ、強引に「脱出」するしか手はありません。

⑧在宅看取りを阻む原因

病院は病を治すところですから、病気を治すためにできるかぎり手を尽くすのが医者としての「性」です。これはある意味当然で、けっして病院を非難しているわけではありません。しかし、在宅での穏やかな看取りを阻む、大きな要因となっていることも事実です。

医師法第二十一条は、死因がよくわからない「異状死」に遭遇したら警察へ届け出るよう、義務づけています。こ

れは戦後、殺人や疫病が多発して、身元不明の遺体が多く発見されたので、公衆衛生や治安維持のために定められた法律でした。しかし後に、日本法医学会によって拡大解釈され、病院内で死因がよく分からない死は、ただちに警察へ通報されることとなりました。警察が来て捜査が始まった瞬間、「事件」になります。もし家族の希望で延命措置を中止すれば、過失致死を問われる可能性があります。人工呼吸器を取り外すなど、延命治療を中止した富山県の射水市民病院事件を思い出してください。結果、医師は自分たちの行う医療が訴訟問題に発展する事態を恐れるあまり「訴えられない」医療を優先するようになりました。お医者さんは「何も処置しないこと」に耐えられなくなっているのです。

たとえば、認知症の終末期に口から食べられなくなった場合。いまは「胃ろう」という便利な技術があります。が、もしこれを造設しないと、「胃ろうを入れてくれなかったから、おじい

か？」

これがいまの日本の現実です。まるで託児所に赤ん坊を預けるように、家族の「死」を医療者に丸投げする。しかし、家族が決めなければ、誰が決定するのでしょうか？ 医師に手を汚させて、場合によってはその医師を訴えるというのでしょうか？

また、多額の年金をもらえるために、自分の子どもに死なせてもらえない高齢者もたくさんいます。お金がない貧乏生活も辛いですが、お金があると財産争いでこれまた大変なことになります。

「昔、父親は学校の先生だったから、毎月十数万円の年金が入ってくるのに、死んだらお金が入ってこなくなる。もし胃ろうの交換に失敗したら、先生を訴えますよ！」

と、真顔で家族に言われたこともあります。生活保護だけだと約十三万円ですが、毎月三十万近くの年金が入る胃ろう患者もいます（ケースによる）。家族にしてみれば、パートに出て月十

ちゃんは死んだ」と、後で訴えられる可能性があります。もちろん、胃ろうで一旦元気になり、また食べられるようになることもよくあります。しかしいつかは必ず終末期が来ます。いわゆる「胃ろう問題の本質」とは、一旦開始した胃ろうの中止が容易でないことです。

自分自身が認知症の終末期に入ったとき、胃ろうを入れるかどうかを医者に聞くと、九割以上の医者が「自分は嫌だ」と答えます。にもかかわらず、家族に訴えられたくないから、患者さんには胃ろうを入れてきた側面があります。もし延命治療を中止すると、殺人罪に問われる可能性があるからです。患者さんがたとえリビングウィル（生前の遺言）を持っていたとしても、法的に担保されていないので堂々と中止することができないのが現実です。

本人がいくら望んでも、周囲が在宅看取りを受け入れられないケースも多く存在します。家族はどんなかたちであらうと、長生きしてもらいたいと思

数万円稼ぐより、親の面倒をみながら年金生活のほうが楽。多額の年金があると簡単に死なせてもらえない可能性があることを心に留めておいてください。

⑨葬儀屋とのすりあわせ

最近、葬儀屋もマニュアル化されていて、医者の死亡診断書がなければ遺体に触れるのを禁じている業者もあります。しかし、遺体が硬くなると棺桶のなかに入れにくくなりますので、主治医の到着が少し遅れた場合を事前に打ち合わせしておいてください。

元氣なうちに葬儀屋さんと契約して死ぬ人もおられます。お世話になった方への御礼を書いてお棺に入れるものを準備し、納骨堂の費用を先払いした方もいました。どこまでやるかは人によって様々ですが、自分自身の死後をシミュレーションしておくこと「死」に対して腹が据わるのか、最期まで活き活きと過ごされています。

死から逆算して考えると、いま何が

15歳の衝撃デビューから5年、大人になった石川 遼が、はじめて自分の言葉で語った自伝!

2008年正月、僕は書き初めにこう書いた。
「待つてろ! タイガー」



僕が歩いてきた道

Living History
Ryo Ishikawa
1991~2012

定価1,050円(税込)
ISBN 978-4-06-217247-9

講談社 〒112-8001 文京区音羽 2-12-21

Photo: Yasuhiro Tanabe

できれば若いうちに結婚して子供がほしいと思っている。

「子供の頃から僕は英才教育を受けてきたわけではない。誰にも負けなかったのは、ゴルフに対する情熱だけだ」

成功しても、失敗しても、ゴルフはすべてが自分の責任だ。そこに僕は惹かれる。

「どんな鳥でも、想像より高く飛ぶことはできない」僕はできるだけ大きな夢を見続けたい。

石川 遼

⑩ 二十四時間ルール

足りないのか、残り少ない人生をどう生きたいかがなんとなく見えてくるのです。
僕は納棺体験をお薦めしたいですね。実際に入ると、お棺のなかは真っ暗。「死ぬってこういうことなんだ。私もいつか必ずこうなるんだ」と、死を具体的にイメージすることが出来ます。

二十四時間ルールをご存知でしょうか。診療後、二十四時間以内に亡くなった場合、患者さんの家に行かなくても、お医者さんは死亡診断書を書くことが出来ます(医師法二十条)。それくらい看取りの法律はおおらか。病気で在宅看取りは変死扱いにはなりませんので、慌てて救急車を呼ばないでください。

たとえば、朝の三時に「亡くなりました」と電話を受けたとします。僕は「分かりました。では朝八時に伺います」と言って、ご自宅に伺うこともよくあります。その際に死亡診断書の死亡時

刻の欄には三時と書きます。僕が行ったのは朝の八時ですが、できるだけ事実に近い時間を書きます。診断書に記入する死亡時刻とは、推定で構わないのです。

息を引き取られる直前は、
①呼んでもさすっても反応がなくなる
②大きく息をした後、十秒〜十五秒止まって、また息をする波のような呼吸になる
③あごを上下させる呼吸になる
(苦しうに見えろが、本人はすでに意識はなく苦しみもない状態) ④やがて、呼吸が止まり、ほぼ同時に脈が触れなくなる。
という経過を辿ります。早ければ一時間たらず。

僕は、呼吸停止したとの電話を受けても、一呼吸おいて家族が少し落ち着いた頃にお家にかがうようにしています。「今少し離れたところにいるから、到着するまで一時間くらいかかるよ」と説明し、敢えて時間を潰すこともあります。この一時間は、旅立つ方と家族が水いらずで過ごす大切な「あ

わい」の時間なのです。最初は誰だって目の前で人が死んだらビックリします。でも一時間も経てば、だんだん気が静まってくる。私が到着するころには、家族はにこやかな顔で私を迎えてくれますよ。それが「在宅看取り」なのです。

やはり、小さいときから子どもに対して、「死」を教育することが大切ですね。おじいちゃんが在宅で危篤状態に陥ったら、僕は「おーい、みんな集まれ!」といって、子どもたちに亡くなるまでの過程をできるだけ見せています。人がどうやって死んでいくのかを学んでもらうのです。

人間は誰でも歳をとれば死ぬ確率が高まります。自分自身や家族がその立場になったときにどうしてもらいたいかを予め考えておくことが大切。自分の最期は自分で決めたいものです。こうしてみると最も自然なはずの「在宅死」にも、念入りの準備と覚悟が必要なことが分かります。残念ながら、それがいまの日本の現状なのです。