

2017 年の本。

- ・病院で死ぬというのは、他人に囲まれ、自由のきかない環境で死ぬということ。
- ・本来「老衰」で自然死できたはずの人が、楽には死なせてもらえず「拷問」を受ける怖さ。
- ・鼻からチューブを突っ込まれ、それを取り除こうともがくとベッドに拘束ベルトで固定され、指を使えないように手にはミトンをつけられている。
- ・「現代医療で栄養点滴を外すなんてことはありません！」
- ・「病院での拷問死」の原因になりやすいのが、脳梗塞、脳血栓、脳出血などの脳血管障害。
- ・病院からはこれ以上入院させておくわけにはいかないから次の収容先を探してくれと宣告。
- ・結局、最後まで私には何もできませんでした。この事態に正面から挑むだけの勇気と知恵がなかったのです。
- ・母がついに息絶えたときは、正直ホッとしました。  
そして、こんなことは二度と経験したくないと、強く心に誓ったのです
- ・自分で自分を「自然死」させた伯母。
- ・入院 90 日を超える患者には治療をすればするほど赤字を抱え込んでしまう。
- ・入院初期、特に最初の 2 週間は、高額な医療行為をすればするほど診療点数が稼げます。  
(病院の稼ぎ時は、普通知らない)
- ・終末期においては「多少死期が早まっても、苦しませず、楽に逝かせる」
- ・家族の認知症に間違った対応をしないことは、自分にとっての「幸せに死ぬ技術」の一つ
- ・「最後まで頑張って」「可能な限りの治療を」——こうした言葉がどれだけ無責任で無慈悲か。その一言が、拷問状態の継続、悲惨な死に方につながる。
- ・認知症で、寝たきりではないが共同生活も困難であるという、いちばんやっかいなレベルの老人の面倒は家族がみななければならないという状況が生まれ、その結果、介護する側の家族のほうにストレスに耐えきれず、先に倒れてしまう。
- ・施設を探すとき、一般的には自治体の介護保険や高齢者福祉関連の担当課、地域の地域包括支援センター、あるいは社会福祉協議会などに相談することになる。
- ・とりあえずショートステイ（短期入所）扱い
- ・特養でも、トータルで最低月 20 万円は覚悟。
- ・特養に入るための技術
- ・ロングショートステイ——利用する側としては、裏事情やグレーゾーンまで含めて「仕組み」を十分に理解し、最良の解を求める技術を身につけること。
- ・介護が必要となった老人が自宅（家族宅）以外で暮らせる場所としての現実的な選択肢は、有料老人ホーム、サ高住、グループホーム。
- ・いい施設かどうか、幸せに死ねる場所かどうかを見極めるためのキーワード。  
入所可能な施設が見つかったら、契約前にこう訊いてみましょう。  
「ここで死んでもいいですか？」「ここで死なせてくれますか？」と。  
その問いにどれだけしっかりした答えをしてくるか。
- ・「地域密着型通所介護」施設という「デイホーム」。泊まり部分は「自主事業」。

日本人のおよそ8割は病院で死にますが、**病院ではまず「安らかに」は死ねません。**

なまじ延命治療技術が発達してしまったため、病院のベッドに何カ月も縛り付けられたまま拷問のような状態で死を迎える人がたくさんいます。

実際、私の母はそういう死に方でした。

脳細胞が壊れ、もう回復の見込みはまったくないのに、意識はあり、栄養経管をつけられ、唯一動かせる左手は縛り付けられたまま、無表情に私を見つめる姿を忘れることができません。そうなったら最後、本人はもちろん、家族にも何もできないのです。

日本が世界でも稀に見る超長寿・超高齢国家になった今、「死に方」「死に場所」「死に時」を間違えることほど恐ろしいことはありません。

最悪の死に方を避けるには「具体的に」どうすればいいのでしょうか。その「技術」について、様々な方向から考えてみました。

．．．

さらには多くの場合、自分がその時を迎える前に、親を「幸せに死なせる」技術として予習しなければならなくなります。そこで学んだことを、自分を見送ることになる子供などに引き継がせることも必要ですし、親の介護で金も時間も使い果たし、自分の番になったら**幸せに死ぬための資産が残っていなかった**という事態も恐怖です。

．．．

これから先、世の中がどうなろうとも、乗り切って「**うまく死ぬための技術**」は必要です。

頭のはっきりしている今のうちに「**幸せに死ぬ技術**」を学んだ上で、残りの人生を精一杯ポジティブに生きていこうではありませんか。

何もしなければひどい死に方が待っているのですから。

本人の平均寿命は男性が80.80歳、女性が81.14歳（厚生労働省「平成28年簡易生命表」）ですが、健康寿命となると、男性71.19歳、女性74.21歳（厚労省「健康日本21（第二次）」分析評価事業より）となり、**死ぬ前に男性で約10年、女性は12年以上は医療や介護のお世話になっています。**

歳を取って肉体のあちこちの機能が徐々に低下し、食べる量も減り、寝ている時間が増え、最後は眠るように呼吸と心臓が止まり、医師が「ご臨終です」と告げる……。

これがいわゆる老衰死で、かつてはそういう死に方は普通でしたが、現代人はすでにそうした死に方を忘れている、あるいは知らないまま大人になっているような気がします。

現在、**老衰で死ぬ人は全死因の7%弱**です（厚労省「平成27年人口動態統計月報年計（概数）の概況」）。

．．．

自然死をするには、身体が死ぬための準備をすることが必要だ、と医師たちは言います。栄養や水分を取らなくなると、意識が朦朧としていき、「脳内麻薬」の異名を持つβエンドフィンが出て、恍惚状態の中で死を迎えることができます。しかし、自分で食べられない、飲めない状態になっても、病院にいればチューブをつながれ、無理矢理水分や栄養分を補給されてしまうので、なかなか死ねません。

内臓の機能が極度に落ちている状態なのに外から高カロリー輸液をされてしまえば、**腸閉塞を起こして腹水が溜まったりして、意味のない苦しみを与えられてしまいます。**

ベテランの医師たちはそのことを十分承知していますが、マニュアル通りに処置しないと後から訴えられたりするので、淡々と拷問に近い作業をするのです。

日本では病院で死ぬ人が約 8 割で、自宅で死ぬ人は 1 割強しかいません。

．．．

日本もかつては自宅で死ぬ人のほうが多く、**1950 年代は今と逆で、8 割の人は自宅で死んでいました。**それが、どんどん病院死の比率が高くなり、自宅死と病院死の比率が逆転したのが 1976 年です。

病院で死ぬというのは、他人に囲まれ、自由のきかない環境で死ぬということです。

テレビドラマや映画では、個室病室で恋人や親と死に別れるシーンが感動的に描かれることが多いですが、都会の病院で個室に入るには **2 万～3 万円／日の差額ベッド代**を覚悟しなければなりませんし、空いていないことが多いので、ほとんどの人は死ぬ直前まで多床室（相部屋）に入れられています。今では多くの病院で、一般病室も認知症老人などであふれていますから、すぐ隣にひと晩中呻き声を上げる患者がいるかもしれません。

そこであなたは、鼻からチューブを突っ込まれ、それを取り除こうともがくとベッドに拘束ベルトで固定され、指を使えないように手にはミトンをつけられているかもしれません。

最後の時を病院で迎えることの怖さは、本来「老衰」で自然死できたはずの人が、楽には死なせてもらえず「拷問」を受ける怖さだといえます。

**「病院での拷問死」の原因になりやすいのが、脳梗塞、脳血栓、脳出血などの脳血管障害です。**

脳血管障害の中でも、急激に意識障害などを起こすものを脳卒中と呼びますが、脳卒中で脳細胞の一部が死ぬと、身体が動かせなくなって寝たきりになるだけでなく、自分の意思を表明できなくなります。そうするとどんなに苦痛な状況に置かれても、そこから解放してくれと伝えることもできず、運命は医師や近親者に委ねられてしまいます。

．．．

60 代で癌が見つかり、「まだ若かったのに」と惜しまれながら死ぬのと、80 代、90 代まで生きたものの、最後はベッドに縛り付けられ、脳もまともに働かず、ただただ「死にたいのに死なせてもらえなかった」という人生とどちらが幸せでしょうか。私は迷わず前者を選びたいと思います。

脳卒中で倒れ、病院に担ぎ込まれることはど恐ろしいことはないと言身をもって教えてくれたのは母でした。

．．．

その母は 80 歳のときに脳卒中で倒れ、病院に担ぎ込まれて 4 ヶ月後に亡くなりましたが、倒れる前、急速に認知症の症状が進みました。

・・・

ICU（集中治療室）に担ぎ込まれた母は緊急処置を受け、命はとりとめましたが、半身不随で口もきけなくなりました。

私のことはわかるようで、虚ろな目で見ますが、終始無表情で口はきけません。話しかけても反応が返ってこないの、こちらの言うことがわかっているのかどうか判別できません。医師の説明では、脳細胞が相当壊れてしまっているの症状が改善することはないとのことでした。

いちばん恐れていた事態になってしまったのです。

結局、母と言葉を交わすことは二度とありませんでした。数日で命が尽きるだろうと願っていたのですが、3カ月経っても死ねず、病院からはこれ以上入院させておくわけにはいかないから**次の収容先を探してくれ**と宣告されました。

首都圏で終末期の患者を受け入れる施設など簡単に見つかるはずもなく、ようやく受け入れてくれた遠方の病院で、倒れてから4ヵ月後、**全身黒ずんで水ぶくれのようになりながら、ようやく息を引き取りました。**

そんな母も、元気なときに何度か「もしも病気になってもう助からないという状況になったら、不必要に苦しまずに死ねるようにお医者さんに言ってね。楽に死なせる方法をお医者さんは知っているんだから、お願いしてね」と言っていましたいざとなったら延命措置で苦しむよりは安楽死したいということは頭で理解していたわけです。

今は**初期の脳梗塞であれば、血栓溶解剤の点滴などで驚くほど回復する例も増えています**から、これは怪しいと気づいた段階でいち早く対処できていたら、徐々に回復していったかもしれません。

母は倒れてからは食物を口から普通に食べられなくなりましたが、経管栄養だけで生きてました。肥満体だったので、なかなか脂肪を消費しきれなかったのも悲劇でした。

時間と共に身体全体がむくんでいき、**腹水が溜まり、皮膚は黒ずみ、床ずれ**も起きます。動くほうの左手で点滴チューブを外そうとするため、左手は結束帯でベッドに縛り付けられ、指を使えないようにミトンもされていました。

医師には母が元気だったときの言葉も伝え、点滴を外せないかと何度か交渉しましたが、**「現代医療で栄養点滴を外すなんてことはありません！」**とキッパリはねつけられました。この状態になると、本人は朦朧として苦しくないはずですよ」という説明も受けましたが、見ている限りとてもそうは思えません。不快そうな仕草をしますし、痰が溜まってむせ、苦しそうな表情も浮かべます。

一度、誰もいなくなった病室で、ベッドの母に語りかけました。

「ごめんね。こうなると家族でも手が出せないんだよ。せめて個室にでも移してあげたいけれど、パパさん、お金ないんだって」

そのとき、終始無表情だった母が「パパさん、お金ないんだって」という私の言葉に反応して、一瞬ニヤッと笑ったのです。

ゾッとしました。

こんなに無表情になって、意思表示できなくなっても、どうやらこちらの言葉はある程度理解できているらしいとわかったからです。

であれば、苦しい、辛い、怖いといった感情もあるのではないか。それを訴えられないだけで、ずっと苦しみ続けているのではないか……。

そう想像すると、**あまりの恐怖でそこから逃げ出したいくなりました。**

父には、母を強引にでも病院から家に戻して、その後、家で楽に死なせてあげられないかと相談もしましたが、**そんなことはできないと断られました。**どうも、父には、今の母がどれだけ苦しい状態か理解できていないようでした。

結局、最後まで私には何もできませんでした。この事態に正面から挑むだけの勇氣と知恵がなかったのです。

しかし、これが母ではなく妻だったら、私は何がなんでも家に連れ戻し、穏やかに死ねるように行動したと思います。

母がついに息絶えたときは、正直ホッとしました。

そして、こんなことは二度と経験したくないと、強く心に誓ったのです。

## 伯母の見事なまでのきれいな死

伯母はいわゆる孤独死で、部屋で一人死んでいるのを発見されました。

真夏なのにエアコンもつけずに部屋の窓を閉め切り、胃には何も残っておらず、熱中症で倒れたまま餓死したのだらうと診断されました。

幸い腐敗は進んでおらず、連体の搬出も楽で、部屋の特等清掃などもありませんでした。近所に住む遠縁の親戚が、日頃から伯母のことを気かけ、定期的に様子を見に来てくれていたので助かりました。

伯母が息絶えたと推定される数日前、伯母は父と母を呼び寄せ、自分の預金口座のメモなどを渡しています。部屋はきれいに片付いており、ほとんど空っぽの状態でした。

私は、伯母の死は一種の自殺だろうと思っています。

墓に納骨するときに気がついたのですが、伯母が亡くなった 77 歳というのは、ずっと同居していた彼女の母親が亡くなった年齢と同じでした。

伯母は亡くなる前、特に病気を抱えていたということはありません。しかし、この先一人で暮らしていけないほど身体が弱ったとき、親族や隣人たちに迷惑をかけたくないと思ったのでしょう。母親が亡くなった歳に自分になって、このへんで終わりにしようと決意し、自分で自分を「自然死」させたのです。

部屋を片付け、弟夫婦を呼んで預金のメモを渡し、少しずつ食事を減らして身体を枯れた状態にして、真夏に窓を閉め切り、部屋に横たわった……。

自殺とは判断できないように遺書などは残さない。親族だけでなく、警察にも医者にも、最小限度の手間しか取らせない。実に見事な死に方です。**自分の意志で誰にも看取られずに「自然死」するなんて、なかなかできることではありません。**

伯母は趣味もなく、自己主張もせず、控えめで目立たない人でしたが、最後の死に方だけは強烈なメッセージとして私の心に残りました。

入院が必要な患者であっても、同じ病院には3

カ月以上はいさせてもらえないという、いわゆる「90日ルール」があります。

表向きは「退院して自宅療養や自宅介護できる人まで入院させていると、緊急を要する患者の受け入れができなくなる」というような説明がされますが、それは正確ではありません。実際には「90日以上入院させていると病院がつぶれる」からです。

あまり知られていませんが、病院の表病棟には「看護ランク」が決められていて、そのランクによって「平均在院日数」が定められています。

患者対担当看護職員の数が7対1の病棟だと平均在院日数は19日以内、10対1の病棟では21日以内、13対1だと24日以内、15対1だと60日以内です。つまり、患者1人あたりの看護職員数が多い「手厚く面倒を見てくれる」病棟ほど、いられる日数は短いのです。

入院患者を受け入れると、病院は投薬や検査などの治療にかかる費用・報酬の他に「入院基本料」というものを請求できます。

・・・

病院としては入院基本料が下がる前に退院させられる人は退院させて、新たな患者を受け入れたほうがいいわけです。

で、これが90日を超えると、医療業界では通称「まるめ」といわれる「包括支払制度」に移行し、点滴をしようが投薬しようが全部ひとまとめでいくら、という計算にされてしまいます。入院90日を超える患者には治療をすればするほど赤字を抱え込んで病院がつぶれてしまうのですから、病院の経営理念がどうのこうのと言える話ではありません。

また、90日で追い出される以上に怖いのは、むしろ入院初期の病院の対応です。

入院初期、特に最初の2週間は、高額な医療行為をすればするほど診療点数が稼げます。

自宅で療養していた人の容態が悪くなり、病院に運ばれた場合、受け入れた病院では入院ゼロ日からの計算ですから、いくら本人が楽に死にたいと望んでも、運び込まれるなり、エックス線撮影、血液検査、酸素マスク、ステロイドやら抗生剤やら強心剤やらの点滴……と、ありとあらゆる医療行為を施したほうが儲かります。

担ぎ込まれた本人が、後はもう静かに死にたいと思っても、ただ苦しむだけのような検査や投薬、処置をされてしまいかねません。

こうした「仕組み」を知らずに病院とつき合うのは怖いことです。

しかし、特養などの介護施設も、入所者が施設内で死ぬことは望みません。死にそうになると、「ここでは医療行為ができないので」と、病院に送り込みます。

病院は病院で、治療をしても回復が望めない患者を受け入れ、死ぬまで入院させておくのは嫌がります。長引けば「90日ルール」によって経営が脅かされるからです。

そこで厚労省は、特養やグループホームなどの居住型介護施設で入居者が亡くなった場合、介護報酬に「看取りポイント」ともいえる加算点をつけられるようにして、2012年にはこの適用を有料老人ホームにも広げました。「施設内で死にそうになった老人を病院に送り込まないでくれ。なんとかそこで看取ってくれ」という意向が読み取れます。

しかし、現状ではまだまだ「看取り」に対して積極的に向き合っている介護施設は多くあ

りません（第9章で詳述）。

「患者さん一人ひとりの気持ちに寄りそうことを心がけています」「あなたの町のホームドクター」などというスローガンを掲げ、実際、患者からも人気の高い医者はけっこういます。しかし、そういう医者の中には、患者、特に高齢者に気に入られる会話術に長けていて、**薬もバンバン処方するタイプの医者**もいます。それが病院経営を安定させる道だからです。

・・・

また、「人気のある町医者」が患者を最後まで看取ってくれるとは限りません。いざ最後の時となると**自分で看取るのを避けて**「ここから先は専門治療ができる大きな病院でないと無理です」と言って、患者を大病院に送り込むことがほとんどです。

一般に、年老いてくると死への恐怖は薄らぐものですが、死ぬ直前まで死を恐れ続ける人もいます。**死を恐れるタイプの人は、最後まで医者に頼ろうとする傾向があります。**

私自身は「自分でものを食べられなくなったら死に時」と考えています。

終末期にある患者に対しては、もはや効果的な治療がないという状況が必ず訪れます。

よい医者は、患者の全体的な QOL を重視して、どうしたら患者が今より幸せになれるか、苦痛を減らせるかを考えます。**終末期においては「多少死期が早まっても、苦しませず、楽に逝かせる」**ことこそ「正しい処置」だと私は思います。

しかし、終末期医療問題がこれだけ議論されるようになった今なお、「医療とは患者の死期を一日でも先送りすること」だと信じて疑わない、あるいはマニュアル通りに処置する以外のことは一切考えないようにしている医者はたくさんいるのです。

看取りをしてくれる医師がいないと、自宅で死んだ場合、警察が来て家族に事情聴取をすることになります。

2006 年の改定では新たに「在宅療養支援診療所」が制度化され、**外来診療よりずっと高い報酬が見込めるようになったため**、在宅診療に乗り出す医療機関も増えました。

しかし、これには落とし穴がありました。

・・・

その後も在宅医療の診療報酬点数制度は改定が続いて複雑化し、現場の医師も介護施設も振り回され続けています。そんな状況ですから、介護施設に入らず、自宅で看取りをしてもらうために訪問診療医師を探すのは極めて困難です。

運よく看取りをしてくれる訪問医師が見つかり、なおかつ看取る家族や本人が終末医療のあり方についてしっかり理解をしていて「できるだけ苦しめないよう、不要な処置はしないでほしい」と医師に伝えたとしても、医師としては何もしないで見守るだけでは時間ばかり取られて診療報酬点数が上がらず、生活ができません。

自然死を手伝いたいと思う、心ある医師ほどジレンマを抱えているはずです。

例えばこれを書いている私は今 **62 歳** ですが、簡易生命表を見ると、60 歳までに死ぬ人は男性 100 人中約 7 人です。お年玉付き年賀状で切手シートが当たる確率が 100 枚につき 2 枚ですから、その確率よりはるかに高い割合の人が 60 代を迎える前に死にます。これが 70 歳までとなると、死ぬ人は一気に 100 人中約 17 人に増えます。還暦を迎えられても 70 歳になる前に死んでしまう人が 1 割いるわけですが、その死因の多くは癌です。

（著者 62 歳）頻尿や排尿時のキレが悪くなるといったことは年相応でしょうし、24 時間常に耳鳴りがするとか、仕事を根をつめてやるとすぐに血便が出るといったことも、もう長い間続いているので慣れてしまいました。

・・・

ストレスをためる要因は次から次へと増えていきますが、それを全部まともに受け止めていたらとても生きていけません。諦めたり無視したりといった対処も含めて、極力ストレスをためない生き方を心がけています。

多くの人の死を見ている医師たちの中には、「死ぬなら癌がいい」と公言する人が少なくありません。

その理由として「余命宣告されてから死ぬまでにまだ動ける時間があり、残務整理やお世話になった人たちへのお礼の言葉が言える」ということもあります。いちばんの理由は「**確実に死ねるから**」だといいます。

・・・

脳卒中で倒れた後にすぐに死ねなかった場合の悲惨さは、私の母の死で書いた通りです。そうした悲惨な死に方を日常的に見て知っている医師たちは、あんな死に方よりは癌で「**確実に死ぬ**」ほうがずっといい死に方だ、と思っているわけです。

認知症には脳血管性、アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型などがあります。

・・・

親族が認知症になると、否応なしに自分も巻き込まれて日常生活に大きな影響を受けま

す。そうすると自分の老後生活のための必要十分な金や体力を残せないということにもなりかねませんから、家族の認知症に間違った対応をしないことは、自分にとっての「幸せに死ぬ技術」の一つともいえます。

Hさんの父親は90歳になるまで一人暮らしでしたが、ある日、病院から電話がかかってきて、「あなたのお父さまが肺炎です」と言われました。

90歳だし、肺炎となると長くはないだろうと覚悟を決めて病院に行き、すぐに入院手続きを取りましたが、入院した途端に父親は顔も言動も別人のようになり、ここを出る、家に帰るの一点張り。Hさんは根負けして自宅療養を選びます。

しかしそれが地獄の始まり。父親は一気に認知症が進み、寝ない、食べない、徘徊のトリプル攻撃の上、ついにはHさんを娘だと認識できなくなる始末。

Hさんは父親によって自分の生活が完全に破壊されました。

最初の病院に再度連れて行きましたが、あちこちたらい回しにされた挙げ句、別の病院の精神科、さらにまた別の病院へ。娘だと認識さえしてくれない父親を連れて死のロード。しかし当の父親は3分前の記憶もなくしてしまうので、自分が病院を転々としていることも自覚できず、案外平気な様子だったとか。

ようやく精神科の病棟に入れてもらえ、そこでベッドに縛り付けられ、意識は朦朧。ここで死んでいくのだろと思うっていると、治療が本人に合っていたようで、日に日に元気になり、精神科から認知症専門病棟へ移ることができ、リハビリをしながら特養の空き待ちに。

しかし申し込んだ特養は500人待ち。それまでは老健（介護老人保健施設。第8章で解説）で待機かと思いきや、老健も空きなし。

極端な偏食だった父親が、出される病院食を残さずきれいに食べ、無邪気にしている様子を見ると、不思議な気持ちになると言います。

・・・

しかし、そんな状態で生きる意味、QOLが高いのか低いのかを、本人は自力で判断できません。見ている家族も、自分のことではないので勝手に判断できません。

これはある意味、ただの寝たきり老人を抱えるより面倒な問題です。

父の空になった口座を過去に遡って調べていくと、いくつもの無駄、無意味な引き落としがあることがわかりました。

その最たるものはインターネット関連です。

・・・

しかし、解約したわけではないので、NTT東日本のフレッツ光回線契約とプロバイダのOCN関連だけで毎月9000円以上自動引き落としが続いていました。

それに気づいてすぐに料金徴収をしているNTTファイナンスに電話をしましたが、何度かけても「ただ今混み合っております。恐れ入りますが……」の自動アナウンスが流れるだけでつながりません。父も相当憤慨して何度も電話したようですが、やはりつながらないと言っていました。

仕方なく、引き落とし不能なら自動解約になるだろうと思っていたところ、しばらくすると都内の弁護士事務所名で督促状が届くようになりました。「指定日までにお支払いいただけない場合は、やむなく法的手続きを検討せざるを得なくなる旨、念のため申し添えておきます」と書いてあります。

解約申し込みの電話を何度かけても「ただ今混み合っております」でつながらず、自動解約はさせず、未使用状態の回線料金徴収を弁護士事務所に丸投げする……。なんでしょうこのやり方は。私は憤慨して、父にも「無視していい」と言ったのですが、父は結局根負けして支払ってしまいました。

その後ようやく NTT と電話がつながったのか、ルーターも梱包して指示通り送り返し「清々した」と言うので、これで片付いたかと思いきや、ルーターを返却した後になっても、まだ弁護士事務所からの督促通知が届きます。

内容を確認すると、「OCN マイポケット」（ストレージサービス）、「OCN プレミアムサポート」（電話などによるパソコンサポート）、「050 あんしんナンバー for OCN」（ケータイや固定電話の番号の代わりをするダミー番号付与）などなど、ありとあらゆるオプションサービスが並んでいます。父はプロバイダを選ぶとき、「NTT 系列なら安心だ」と決めたそうですが、**なんとも皮肉です**。回線契約を精算してもプロバイダ契約は残り、弁護士事務所から督促状が届き続けるのですから。

後見人選任は家庭裁判所を通じて行われ、一般には弁護士、司法書士、社会保険労務士などが選ばれますが、そうした「プロ」への報酬は**最低でも月額 2 万円**程度、財産の額によっては 5 万円を超えることもあります。この報酬額も家庭裁判所が決めます。

被後見人の年金や預貯金を生活費に充てていた家族は、金銭管理が後見人に移るため、今までのように使えなくなります。**成年後見制度はひたすら被後見人の財産を守るために機能するので、たとえそれまで生計を共にしていても、家族の生活のことなど考慮に入れてくれません**。さらには後見人に毎月数万円の報酬を支払い続けなければなりません。

そこで被後見人やその家族が「こんなことなら後見人などつけるのではなかった」と後悔しても、後見人を解任するためには家庭裁判所を通じて面倒な手続きをしなければならず、しかも「**報酬が高すぎる**」などという理由では**まず解任できません**。

私は父の介護問題を通して、医師、看護師、介護士、ケアマネジャー、介護保険の認定員、介護施設の施設長や介護責任者、事務職員など、多くの人たちと接しましたが、彼ら全員、異口同音に「今の 70 代、80 代の人たちは幸せですよ。**私たちが介護される年代になったときは、今のような医療や介護、年金は到底無理**なんですから」と漏らしていました。

実際、現在、父の介護のために使っている金額（自己負担額）は月に約 20 万円で、これですでに父の年金受給額を超えています。介護計画書を作成してくれているケアマネジャーの女性は、書類を見ながらため息交じりに「私には到底払えません」と言っていました。

また、これは心情的に勧められるものではないですが、同居していた親子や夫婦が「**世帯分離**」して介護関連の費用を大幅に減らしている例もあります。

例えば、国民年金（満額受給でも年間 78 万円以下）しか収入のない要介護度の高い親が持養に入っているとします。その親が単独世帯であれば、「世帯全員が住民税非課税」に該当するので、高額介護サービス費の負担限度額は月に 1 万 5000 円ですが、世帯に課税対象家族が一人でもいれば限度額は月に 4 万 4400 円で、その差は 3 万円近くついてしまいます。

同様に、今の制度では、介護保険の負担割合（2018 年 8 月からは 1～3 割負担。それまでは 1～2 割）、介護施設の食費や住居費の負担上限額、介護保険料そのものなどがすべて、本人の単独所得ではなく、「同一世帯の所得合計」によって決められています。

**結果、介護サービスを受けている親や配偶者の住民登録を単独世帯にするだけで、介護関連の費用を年間 100 万円も減らせるケースがあるのです。**

とんでもない不公平・欠陥制度といえますが、厚労省自身が「世帯分離による節約は、今の仕組みでは違法とはいえない」といっていて〈「介護費『世帯分離』で節約厚労省『違法とはいえない』」日本経済新聞、2014 年 7 月 21 日〉、不合理は放置されたままです。

そんなことまでして国の援助に頼るなんて姑息だ、人の道に外れる、などなど非難をあびせる人もいますが、これは完全に制度自体の欠陥です。

おそらく、本音では家で死にたいけれど、**家族に迷**

**惑をかけるのは嫌**だから、病院や介護施設で死ぬのは仕方がない、という気持ちからでしょう。その証拠に、同じ調査で「子供の家で死にたい」と答えた人は 1%もいません。

・・・

死んでいく本人が絞り出すような声で「家に帰る」「死なせてくれ」と訴えているのに、配偶者や子、時には親戚が「**最後まで頑張って**」「**可能な限りの治療を**」などといえど、医師もその言葉のほうに従ってしまいます。こうした言葉がどれだけ無責任で無慈悲かを考えてください。その一言が、拷問状態の継続、悲惨な死に方につながるのですから。

しかし、終末期を迎え、動けなくなった人は自力では家に戻れません。また、受け入れてくれる家族がいなければ、病院から出ることは不可能です。**家で死ぬことは、死んでいく本人と看取る家族の共同作業ですが、これは簡単なことではありません。**

死ぬまでに後 1 週間などと期限が区切られていれば、死ぬほうも看取るほうも覚悟を決めやすいですが、そうはいきません。最後は家で看取りたいと、病院から家へ戻した途端に元気になるって、それから何年も自宅での介護生活が続いたという例もあります。

認知症で困った行動を繰り返すけれど、足腰はそこそこ丈夫で動き回れるというやっかいな老人は、介護施設では寝たきりの人よりずっと嫌がられます。

介護施設の実情については後で詳しく述べますが、特別養護老人ホーム（特養）は要介護度が高い人から優先して受け入れますから、歩ける、食べられるというだけでも順番待ちで後ろに回され、いつまで待っても入れません。**グループホーム**は認知症老人が数人単位で共同生活をする施設ですから、**協調性のない人、問題行動を繰り返す人は追い出されます。**

となると、寝たきりではないが共同生活も困難であるという、いちばんやっかいなレベルの老人の面倒は家族がみなければならないという状況が生まれ、その結果、介護する側の家族のほうがストレスに耐えきれず、先に倒れてしまうのです。

話を私の父のケースに戻します。

母の死後ずっと一人暮らしを続けていた父は、下肢静脈瘤を悪化させて総合病院に緊急入院後、手術を2回受けました。入院後、私はすぐに介護保険の認定申請をしました。正直な話、それまで私は介護保険のシステムや介護施設の区分などについて、ほとんど知りませんでしたから、ネットや書物に向き合って調べまくる日々が始まりました。

入院後の父は体調だけでなく精神状態も一気に悪化し、病室に様子を見に行くと、声もろくに出せず、明日にも死んでしまうのではないかと思うほどの変貌ぶりでした。

ベッドから一人で起き上がることもできず、トイレも介助が必要。夜中には突然「泥棒！」などと叫び、ベッドから抜け出そうとするので、ベルトで縛り付けられてしまい、それですます精神がやられてしまいました。

問題は退院後のことです。病院からは**入院させておけるのはせいぜい1カ月が限度**と宣告されていましたから、時間の猶予もありません。

父が借りていたマンションは大変な思いをして片付け、引き払いましたから、もう戻れる場所はありません。父が自分で稼いだ金で購入した家には娘が住んでいて、父と会うことさえ拒否していますし、そんなところに戻ったところで、買い物依存症が治らず、認知症も進んでいる父がまともに暮らせるはずはありません。

父が信頼していた「かかりつけの医師」が院長を務める個人病院は、同じビル内にグループホームを併設していたので、最初はそこに入れないかと訊いてみましたが、空きがないとのこと。その口調からは「もはや私の管轄外だ」という気持ちが読み取れました。

そもそも、父はそれまで、介護施設になど絶対に入らないと言い続けていたので、たとえ引き受けてくれる施設が見つかって、おとなしく従ってくれるか、入った後に騒ぎ出したりしないかと心配が絶えませんでした。

**施設を探すとき、一般的には自治体の介護保険や高齢者福祉関連の担当課、地元の地域包括支援センター、あるいは社会福祉協議会などに相談することになります。**そこで、こちらの立場に立って心のこもった対応をしてくれる職員や相談員に出会えるかどうかで、その後の運命が大きく変わってきます。

・・・

ともかく、**都市部ではすぐに受け入れてくれる施設など、そうそう見つかりません。**

困っていたところ、父が入っている短歌の会のかたからの情報で「とりあえずショートステイ（短期入所）扱いでなら引き受けられるかもしれない」という特養が見つかり、すぐにそのかたと一緒に見学と面接に行きました。身内でもないのに父のことを心から心配して施設の紹介までしてくださったこのかたには、どれだけ感謝してもしきれません。

いわゆる介護施設の中でも、「介護療養型医療施設」「介護老人保健施設（老健）」「特別養護老人ホーム（特養）」の3施設は公的施設で「**介護保険3施設**」と呼ばれています。このう

ち介護療養型医療施設は「病院」であり、24 時間医療処置が必要な重度の要介護病人のためのものですから、ここで考える「介護施設」からは外しておきましょう。

老健は「自立復帰をめざすリハビリ施設」であり、いられるのは**原則 3 カ月まで**です。しかし、これはあくまでも「原則」「建前」で、実態がかなり違うケースもあります（後述）。

特養は、在宅介護が困難な高齢者の「終身収容介護施設」という位置づけです。介護保険法の上では「介護老人福祉施設」という名称ですが、同じものです。

こう見ていくと、公的な「介護保険 3 施設」の中で「生活の場」になり得るのは特養しかないように思えます。しかし、特養の入所対象者は、**65 歳以上**で要介護認定「要介護 3」以上。入所は各自治体が定めた受付窓口に申請して、判定、順番待ちしなければなりません。**2015 年 4 月**からは入所基準が厳格化され、要介護 2 以下では原則入所不可能です。

要介護 3 というと、排泄、食事、入浴など、日常の行動ほぼすべてに介助が必要あり、認知症の程度も重く、場合によっては暴言暴行などの問題行動もあるという状態です。簡単にいえば、「全介助で便器まで運んでもらわなければ排泄できない」という状態になって初めて特養に入る「権利」を得られるわけです。

また、多くの**特養では常駐の医師がいません**から、重度の医療措置を必要とするようになったら病院へ送り込むという対応がまだまだ一般的です。その先には、いちばん避けなければならない「病院での拷問死」が待ち受けているかもしれないのです。

特養は経済的負担が少なくて済むといわれますが、実際にはいくらかかるのでしょうか。

手元に横浜市のユニット型特養の料金一覧表（2016 年 9 月時点のもの）があります。

いちばん高額なのは居住費 5000 円／日、食費 1870 円／日の施設で、30 日だと 20 万 6100 円です。いちばん安い施設でも居住費 1970 円／日、食事 1500 円／日で、月 10 万 4100 円。

・・・

となると、平均的な、あるいは比較的安価な施設でも、**トータルで月 20 万円は覚悟**しておいたほうがいいでしょう。月 20 万円以上の年金をもらっている人は少ないでしょうから、運よく特養に入れたとしても、蓄えを持っていないと老後破産してしまいます。

## 特養に入るための技術

入所の順番は様々な要素を点数化して決められますが、申請書の書き方次第で入所の優先順位が大幅に繰り上がることも珍しくありません。緊急性が高いと判断される点数の高い項目をしっかりとアピールすることが大切です。

横浜市の例では、「主たる介護者である家族の状況」という質問項目があり、

- ① 主たる介護者である家族がいない（音信不通を含む）
- ② 主たる介護者である家族が入院・入所・県外
- ③ 主たる介護者である家族はいるが、（☐要介護、☐要支援、☐高齢、☐療養、☐障害、☐育児、☐就労、☐他介護）のため介護できない。
- ④ 主たる介護者である家族はいるが、上記以外の理由で介護が困難である
- ⑤ いずれにも該当しない

……という 5 つから選択させるようになっています。先に書いてあるほうが点数が高いこ

とは容易に想像が付きます。

こうした判定基準は自治体によって異なりますが、知っておきたいのは、単純に要介護度が高いから順位が上がるわけではなく、**介護者の家族がどういう状況にあるのか、今の住環境がどうなのかといった点が重視されている**ことです。質問以外の「特記事項」欄などにもしっかりと記入して（書き切れなければ別紙を添付してでも）、こちらの事情を余すところなく伝えることが必要です。

また、最終的に入所させるかどうかを判定するのは持養ですから、

- ① 年金がしっかりある（支払いが安心）
- ② きちんとした後見人（家族）が近くにいる（いざというときの対応が確実）
- ③ 小柄でおとなしく、要介護度が高いわりにそれほど手がかからなそう
- ④ 持柄などがなく、医療にかかる確率が低そう（点滴や胃瘻などになると常駐医師がいないので

対応できなくなる）

……といった人を入れたがります。

さらには、新しい施設は入所者ゼロから始まりますから、開所したばかりや建設中の施設を探して入所希望リストに入れて提出するのも、待ち時間を短縮できる有効な方法です。

特養というと、かつては多床室が当たり前で、入院病棟の重苦しい版のようなイメージが付きまといましたが、近年新設されている特養のほとんどは「ユニット型」といって、一室1ベッドの個室タイプです。

**1ユニット＝10の個室（10人）**に対して専任の施設スタッフがいて、ロビー、食事室、簡易キッチン、浴室、トイレなどを共有します。病院の入院病棟などに比べると各スペースは格段に広くて明るく、個室にはバストイレこそないものの、洗面台やクローゼットはあるので、見た目は安価版のビジネスホテルのような印象です。

・・・

たいてい

は医療機関と提携しており、そこから週に1度程度、**医師が回診**に来るなどしています。

しかし多くの場合、ユニット（10部屋）単位で**出入口はロック**されていて、スタッフが解錠しないと出入りできません。

・・・

どんな利用者と一緒のユニットになるかも**運任せ**です。ところかまわず放尿する人、起きている間中わめき散らす人、人の部屋に勝手に入っていつてベッドに潜り込んだり、部屋を荒らしまわる人……、なまじ身体が動かせる人ほど問題行動を起こす力が残っているわけで、そういう問題行動を起こす人が一人でもいるユニットでは、心穏やかに過ごすことは困難です。

ショートステイは、本来、在宅介護者がデイサービスの延長的に短期で使うものです。しかし、利用者が認知症などで、同居している家族による介護が困難、同居している家族等が高齢や病気である、同居の家族にDV（家庭内暴力）が見られる……などの事情を書いた「**短期入所サービス利用が認定有効期間の半数を超える理由書**」というものをケアマネジャーが

作成して自治体に申請し、認められると、連続的な利用が可能となります。

介護保険の適用は連続 30 日が限度なので、31 日目は全額自己負担になりますが、32 日目からはまたゼロリセットで 30 日間介護保険が適用できます。結果、これを繰り返すと介護保険上は「在宅利用」でありながら、事実上特養に入っているのと同じという状況が生まれます。

施設としても、ショートステイ用の部屋を何室も空けておくのは経営上好ましくないの  
で、拒否する理由はなく、積極的に受け入れている施設もあるようです。

俗にこれは「**ロングショートステイ**」と呼ばれていますが、ロングなショートという言葉  
自体が矛盾しているように、この利用方法も制度本来の趣旨からは外れています。

こうした「例外的な対応」は、施設管理者や自治体の担当者の裁量に委ねられている部分  
が大きく、医療や介護制度の「裏技的グレーゾーン運用」といえるかもしれません。

しかし、一人ひとり、抱えている家庭事情や経済状況、性格や施設との相性などすべて異  
なります。杓子定規にルールを適用するよりも、裁量範囲を広く緩くしたほうが救える人が  
増えるのであれば、何がなんでも原則厳守が正義だとはいえないでしょう。

利用する側としては、**裏事情やグレーゾーンまで含めて「仕組み」を十分に理解し、最良  
の解を求める技術を身につけること**です。

特養に入ってから父は見る見る心身共に回復しました。元気になったために、施設長の  
計らいで、本入所後も要介護度の高い入所者用ユニットではなく、ショートステイ棟にいさ  
せてもらっていたほどです。しかし皮肉にも、そのことで施設からは何度か「有料老人ホー  
ムかグループホームのような施設に移ることを検討してほしい」と言われました。

そのたびに私は「父は今の環境が気に入っているので、このまま置いてもらえませんか」  
とお願いしていましたが、介護保険継続申請後の次年度は、**要介護度が大幅に下がる**ことが  
確定になり、「これ以上うちに置いておくことは難しい」と言われてしまいました。

しかし、預金を使い果たした父には**年金しか残っていない**ので、高額な施設には入れませ  
ん。私は横浜からは遠く離れた日光市在住ですが、日光市内でいろいろ調べても、施設の空  
き状況は非常に厳しいとわかりました。

そもそも、要介護度が下がって持養にいらなくなるわけですから、地域に関係なく、特  
養は選択肢からは外れます。

介護施設には他に、養護老人ホーム、ケアハウス（軽費老人ホーム C 型）、有料老人ホーム、  
サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）、認知症高齢者グループホーム（認知症老人が数人で集  
団生活を営む比較的小規模な施設。以下、グループホーム）などがあります。

このうち、養護老人ホームは、基本的には病気がなく介護を必要としない自立した 65 歳以  
上の高齢者（「要介護 1」以上は対象外）で、生活保護を受けているなどの低所得者が対象な  
ので選択肢外。ケアハウスは介護サービスのない一般型と介護サービス付きの介護型がありま  
すが、介護型ケアハウスは数も少なく、なかなか入れません。費用も有料老人ホームに比べ  
ると概ね安いとはいうものの、入所時に保証金として数十万～数百万円かかります。

となると、**介護が必要となった老人が自宅（家族宅）以外で暮らせる場所としての現実的  
な選択肢は、有料老人ホーム、サ高住、グループホーム**ということになります。

実際には**有料老人ホームとサ高住の区別はどんどん曖昧**になってきており、有料老人ホームだからどう、サ高住だからどうということは一概にはいえません。

入居者も、特養に入りたくても入れない要介護者が緊急避難的に入るケースから、ほぼ自立できている老夫婦が食事や社交などを目的に入居するような優雅なケースまであります。したがって、個々の入居規定や提供するサービスを確認するだけでなく、**実際に見学してみないと実態はわからない**ということを、まずはしっかり頭に入れておく必要があります。

有料老人ホームとサ高住を無理矢理3つに分類すると、

① 介護付き……要介護者が対象。都道府県知事等から「特定施設入居者生活介護」の指定を受けていて、常駐のスタッフが介護する有料老人ホームなど。指定を受けていないサ高住などでフル介護サービスを行っている場合は、形式上は外部サービスを利用したり、一部が介護保険を使えず自費負担になったりするので費用が高額になる。

②住宅型……要介護者だけでなく、介護がいらない老人も入れる。食事などのサービスは提供されるが、施設常駐介護スタッフは基本的にいないので、介護サービスが必要な場合は外部からのサービスを依頼する（自宅介護と同じ）。サ高住は基本がこれ。

③健康型……介護不要の自立高齢者のみ対象。ヘルスセンターやホテルに住んでいるような感覚。介護が必要になったら退去させられるところが多い。……となるのでしょうか。費用は特養に比べれば高額で、入居一時金が数千万円、月額利用料が50万円などというものも珍しくありません。

政治家や有名人などセレブ御用達病院として有名な聖路加国際病院は、全床個室で、差額ベッド代が3万2400円～10万8000円／日（月額ではなく「日」額！）という病院として有名ですが、提携しているサ高住である聖路加レジデンスは、65歳から79歳まで入居した場合、2億200万円～5億5200万円z（税抜き）という金額が提示されています。

介護事務所としては、要介護度の高い人を一カ所に多く集めて最高限度額を請求すれば効率的に収益が上がるわけです。施設の事業者、あるいは同一経常母体が施設と介護事務所と一緒に経営するのは、介護保険ビジネスを「効率的に」運営するためです。

なるべく労力を減らして訪問医療報酬を得たい医師や、仕事を効率的にやりたいケアマネジャーなども取り込まれ、「介護保険限度額ビジネスモデル」というものが形成されていることは知っておくべきです。

**本来、施設の入居者は自分でケアマネジャーや介護事務所（のサービス）を選べるはず**ですが、入居契約時にその自由を奪い、指定の介護事務所のサービスを受け、その事業所専属のケアマネと契約し直すことを条件に部屋を貸す、という「**囲い込み**」が横行しています。

これは登録をしていない「サ高住もどき」でも同じで、極端な例では、要介護度が高く意思表示もできない胃瘻老人ばかりを集め、きちんとした介護もせずに寝たきり蛸部屋状態にしている通称「胃瘻アパート」という地獄絵のようなものもあります。

厚労省は2038年には病院以外での「在宅死」（介護施設での死亡を含む）を40%に引き上

げるという目標を立てています。

そのために出てきたのが「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう」にする「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築」（厚労省 WEB サイト）という「国策」です。

・・・

表向きのスローガンはもっともなのですが、本音はすでに書いたように医療費と病床数の削減ですから、医療・介護の現場や地方自治体からは手放しで歓迎されているわけではありません。

結局のところ、「看取り」はどこも引き受けたくないのです。

国は医療費を下げたいので病院で死なせたくない。病院も入院が長引けば儲からないのでじっくり看取るなど無理。特養などの介護施設では、終末医療ができないし、家族との間でトラブルが起きやすいので看取りまではしたくない。

父が最初にお世話になった持養でも「看取りはしていません」とはっきり告げられました。

最後、徐々に食べられなくなり、後はゆっくり枯れるように死ぬだけという状態になったとき、そのまま置いてもらえないのかと確認しましたが、「そうになったら**栄養点滴などができないので病院に移っていただきます**」という答えでした。

病院に運び込まれたら最後、終末期の人間には負担になるだけの様々な検査や投薬を施され自然死は遠のきます。病院に「検査や輸液はしないでください」と頼むのも無理でしょう。病院はそれで成り立っている「ビジネス」なのですから。

では、どこで死ねばいいのでしょうか。

父の場合、どうしたものかと思っていたところ、皮肉にも、そうなる前に「元気になったから」という理由で特養を出なければならなくなったわけです。

しかし、年金支給額以上のお金はないので、高額な施設に入るのは無理です。地方の小規模なグループホームならなんとかかなるのではないかと、日光市内のほぼすべてのグループホームに問い合わせてみましたが、看取りまでしてくれるかどうか訊く以前に、どこもいっばいで、申し込んでも何年待たされるかわからない状況でした。

ここまでいろいろ経験してきて、いい施設かどうか、幸せに死ねる場所かどうかを見極めるためのキーワードがわかりました。

入所可能な施設が見つかったら、契約前にこう訊いてみましょう。

「ここで死んでもいいですか？」「ここで死なせてくれますか？」と。

その問いにどれだけしっかりした答え方をしてくれるかで、その施設のポリシーや姿勢が見えてくるはずです。

父の新たな受け入れ先を探しているとき、地域内郵便でチラシが入ってきました。

オール手書きのそのチラシには「通って、泊まれて、終の住処も」とあり、「最後まで穏やかなケアは得意です」というキャッチコピーが目にとまりました。

．．．

最初から「普通の家」というコンセプトで建てたようです。

廊下や風呂場に手すりがついていたりするだけで、どの部屋も見た目は一般住宅そのもの。中央の和室が談話室兼デイサービスルーム。その隣の洋室には4人がけのテーブルがあって、そこが食堂。狭いながら個室が4つあり、そこが入居者用の部屋。つまり入居定員はギリギリ4人。私が訪ねたときはおばあさんが2人入居していました。

運営主体はNPO法人（特定非営利活動法人）で、代表理事は介護保険制度が始まる前から宅老所（自宅などで老人の預かりや世話をする業態）をやっていた、介護に関してはベテランの女性Nさん（私と近い年の60代）。Nさんを含む女性スタッフ6人が交代で常駐し、昼は2～3人、夜は1人態勢で運営している、自称「日本一小さなグループホーム」でした。

正確には「グループホーム」ではありません。2015年の介護保険法改正後は、利用定員18人以下の「地域密着型通所介護」施設という区分に入ります。

泊まり部分は介護保険適用にならず「自主事業」なので、名乗れる名称は「デイホーム」。夜間の介護分はすべて自費負担となるため、費用総額は概ね特養よりは高くつきますし、オムツや薬などの用意も利用者（実際には家族）がしなければなりません。

．．．

看取りについても訊きましたが、しっかりした口調で「もちろんご本人やご家族との話し合い次第ですが、うちでは最後の最後、食べられなくなったら、無理に栄養点滴などせず、水分をそっと補う程度の介護で自然に……というほうがいいと思っています。そうして何人も看取ってきましたし、優秀なお医者様も訪問診療で手伝ってくださってます」と即答してくれました。唯一空きがあった施設が、看取りに関してしっかりした哲学と責任感を持って運営しているとは、なんという幸運でしょうか。

よく「延命治療は望みません。でも、できる限りのことをしてください」と医師に告げる家族がいますが、病院での「できる限りのこと」とは、ありとあらゆる延命治療を意味します。つまり「できる限りのこと」というのは、絶対に口にしてはいけない言葉なのです。

．．．

例えば、自力で呼吸が困難になってきたとき、医師から「人工呼吸器をつけますか」と訊かれたとします。ここで「いいえ、人工呼吸器はお断りします。それによって死期が早まってもかまいません」と拒絶することはできますし、本人が拒否しているのに医師が無理矢理つけることもできません。本人が意思表示できない場合、家族が「この人はそういう延命の仕方は望んでいませんでしたので、それはやめてください」と断ることもできますし、その場合も、つけなかった家族や医師が罪に問われることはありません。

しかし、「苦しそうだからとりあえず」などという気持ちで「お願いします」と依頼し、一旦人工呼吸器を装着されたら最後、家族が思い直して「苦しそうですし、やはり外してください」と頼んでも、はいそうですか、と外してくれる医師はほとんどいないでしょう。