

私の生き方・死に方は
私が決める

最後まで自分らしく過ごすために

自己紹介

水戸市に生まれる

高校卒業まで
茨城町在住

東海大学医学部

東海大学医学部
精神科

東海大学医学部
神経内科

モントリオール
マギル大学

オタワ大学

東海大学総合医学研究所
分子神経科学

いばらき診療所
とうかい
在宅医療

精神科：

統合失調（精神分裂病）、
躁うつ病、神経症
心療内科

神経内科：

脳卒中、パーキンソン病
神経・脊髄・末梢神経・筋疾患
痴呆性疾患（老年内科一般）

分子神経科学：

神経難病の遺伝子および
治療法の開発
アルツハイマー病、ハンチントン病、
パーキンソン病、脊髄性筋萎縮症、
筋萎縮性側索硬化症

終末期医療：

末期がん患者のホスピス診療

欧米との違い

- ✓ 何となく子供に世話になることを決めている
- ✓ 責任の生じる決断をしたがらない
- ✓ 病気や死についての準備をしていない
- ✓ 介護の現場に子供や若い人が少ない
- ✓ 優しい（正しい）ことをするのに躊躇する
- ✓ 手出ししない人の権利が強すぎる
- ✓ 助けることなく無責任なことを平気で言う
- ✓ コミュニティーの助け合いがうまくいっていない
- ✓ 様々な情報の入手が困難

? いずれ老人ホームに入りたい

最後は自宅で迎えたい

? 今、家族を介護している

自分もこのように介護されたい

? 家族は自分を最後まで介護してくれると思う

? 病気療養・通院中である

医療に不満がある、何でも相談できる医者がある

介護のことで困っている

? 自分の死に方の希望を家族に伝えている

? 介護にかかる費用のことを考えている

老年期の特徴を知る

老年期の身体的変化

高次脳機能障害

記憶障害、失認・失行、言語障害

運動機能低下

筋力低下、関節可動域減少（関節症・疼痛）、
骨格の変形、俊敏性の低下、
姿勢保持能力の低下、小脳機能低下
（重心移動耐性の低下、dysmetria）、
錐体外路機能低下（筋固縮、振戦、表情の喪失）

感覚機能低下

 臭覚感受性の低下

 視覚障害

 静的・動的視力の低下

 中心・周辺視野欠損、

 光度・彩度感受性の低下

 眼球可動域の制限

 聴覚障害

 老人性高音難聴

 前庭機能障害

somatic sensationの障害

 温度・痛覚感受性の低下、深部知覚の障害

homeostasisの障害

 臓器機能障害（脳、心、肺、肝、腎、その他内分泌系）、易感染性、

 温度差による血圧・血流の急激な変化耐性の低下

 皮膚の水分含量の低下（しわ）、白髪、生殖系の変化

心理学的問題

対象喪失

病気・死への不安

家族・友人の死

介護への気兼ね

社会からの引きこもり

経済的従属

価値観・時代背景の相違

発言力・影響力の低下

あきらめ

老年期疾患の特徴

- 死因 1 : 悪性新生物
2 : 心疾患
3 : 脳血管障害
4 : 肺炎
5 : 不慮の事故

日本人の死因
脳・心血管疾患合わせて一位



症状はコントロールできるが、
病気の原因自体は治せないものが多い

高血圧、糖尿病、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症
腎不全、肝炎、肺炎（COPD）、肺線維症
変形性関節症、眼底出血、難聴
進行期悪性新生物
e t c

どのように老人ホームへの
入所が決定されるか

脳梗塞 右片麻痺 失語症 意志の不明確な場合

80歳男性、昨日まで元気に過ごしていた

朝目が覚めたら、右の手足が動かせず、言葉もうまくしゃべれなくなっ

たため、救急車で総合病院に搬送

検査の結果脳梗塞と診断

病院から2週間で退院するように言われた

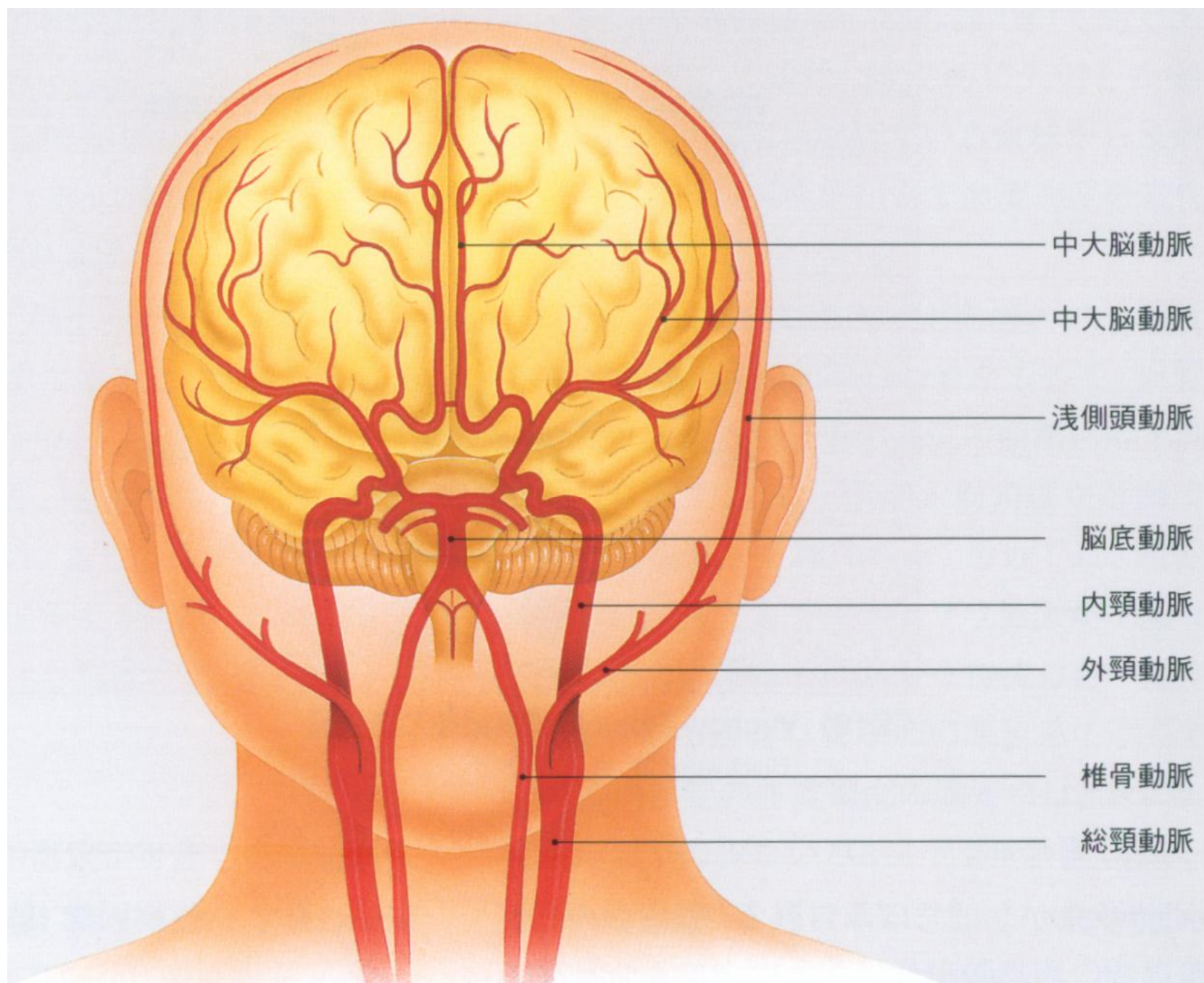
リハビリも十分行われず、自宅で過ごすのは難しいと言われ、老健施設

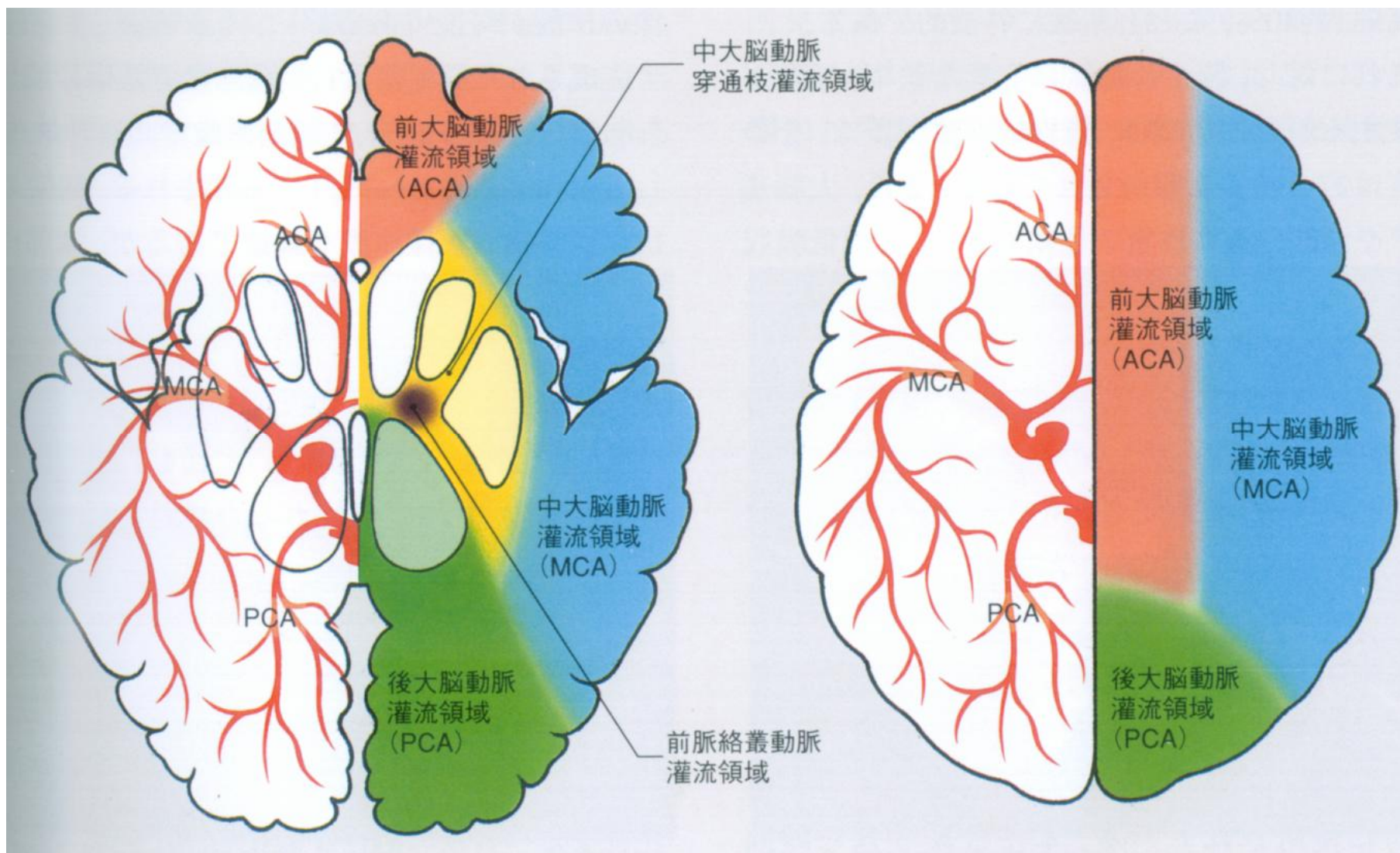
へ入所を家族が決断

リハビリと称して1日1時間程度の車椅子乗車の訓練を受けるが、えん

下訓練、トイレ訓練、歩行訓練などは満足に受けることができなかった。

3ヶ月で退院か老人ホーム入所かの選択を迫られた
家族は家で「何事かあったら大変」と考え、特養に入所が決定された
特養入所後、はじめは家族が頻回に面会に来たが、しばらくすると、
週1回の洗濯物を取りに来るだけとなった
家に帰りたいとの希望があったが、「良くなったら家に帰れる」と言
われ、希望を失い引きこもりがちとなった
数ヶ月後、肺炎になり提携病院へ入院
「年だから」と言われながら、経管栄養、中心静脈栄養などを受ける
も症状改善せず、家族が付き添うことを求められた
約1ヶ月後、肺炎のため永眠したが、家族は間に合わなかった。







脳梗塞はリハビリでは治らない
re-habilitation

障害を克服して生きる訓練
目標は家での生活ができること
障害の治癒を目標にすると挫折する

脳梗塞 右片麻痺 失語症 意志の明確な場合

80歳男性、昨日まで元気に過ごしていた
朝目が覚めたら、右の手足が動かせず、言葉もうまくしゃべれなくなっ
たため、救急車で総合病院に搬送
検査の結果脳梗塞と診断
病院から2週間で退院するように言われ、以前よりの**本人の希望**に添っ
て在宅での療養を選択する
本人は以前から、家族には多少迷惑をかけることになるが、自分は治ら
ない**病気になったら家で過ごし、最後を迎えたい**と希望していた
そのための**多少の蓄え**を準備していた。

退院するにあたり、家族は本人の希望を実現するために、介護保険申請（要介護4）を行った

ベッドをレンタルし、在宅診療、訪問看護、訪問リハビリなどの手配を行った

食事は同居家族が作るようになったが、おむつ交換は1日3回ホームヘルパーが担当、入浴は自宅浴室で在宅入浴サービスを利用することとした

退院後在宅診療医によりリハビリのプランが作成され、訪問看護師、理学療法士、家族が協力し、えん下訓練、坐位保持訓練、車椅子乗車、起立訓練、歩行訓練が行われた

医師訪問は2週に1度の定期訪問、週1回の看護師訪問、週1回の理学療法士訪問が開始され、食事・排泄も自力で行えるようになった。

家族も本人の意志を実現することで満足感を得、家族自身の生活も通常に戻った

1年後、風邪をこじらせ肺炎となり、入院も選択肢にあったが、本人、家族で話し合い在宅での治療を選択した

抗生物質投与、酸素吸入、中心静脈栄養などを行うも症状改善せず、家族に看取られながら永眠した。

癌末期

意志の不明確な場合 告知されていない場合

食欲不振のため病院を受診し、検査を受けた結果、膵臓癌末期と診断された。子供には診断が伝えられたが、本人・妻には慢性膵炎という診断名が伝えられた。

本人・妻は、悪性疾患末期とは考えず、安静に入院していれば良くなると考えていた。妻は病院でほぼ24時間付き添いをしていた。

1ヶ月後、全身衰弱、嘔吐、黄疸が出現し、入院している病院の治療に不審を抱き、子供に相談するが、がんばれば良くなると話をはぐらかせられ、子供にも不審を抱くようになった。

症状は、日を追うごとに悪化し、3ヶ月後に死亡

癌末期

意志の明確な場合 告知されている場合

食欲不振のため病院を受診し、検査を受けた結果、膵臓癌末期と診断された。本人のかねてよりの信条に基づき、正確な病状・検査結果が本人家族に伝えられた。

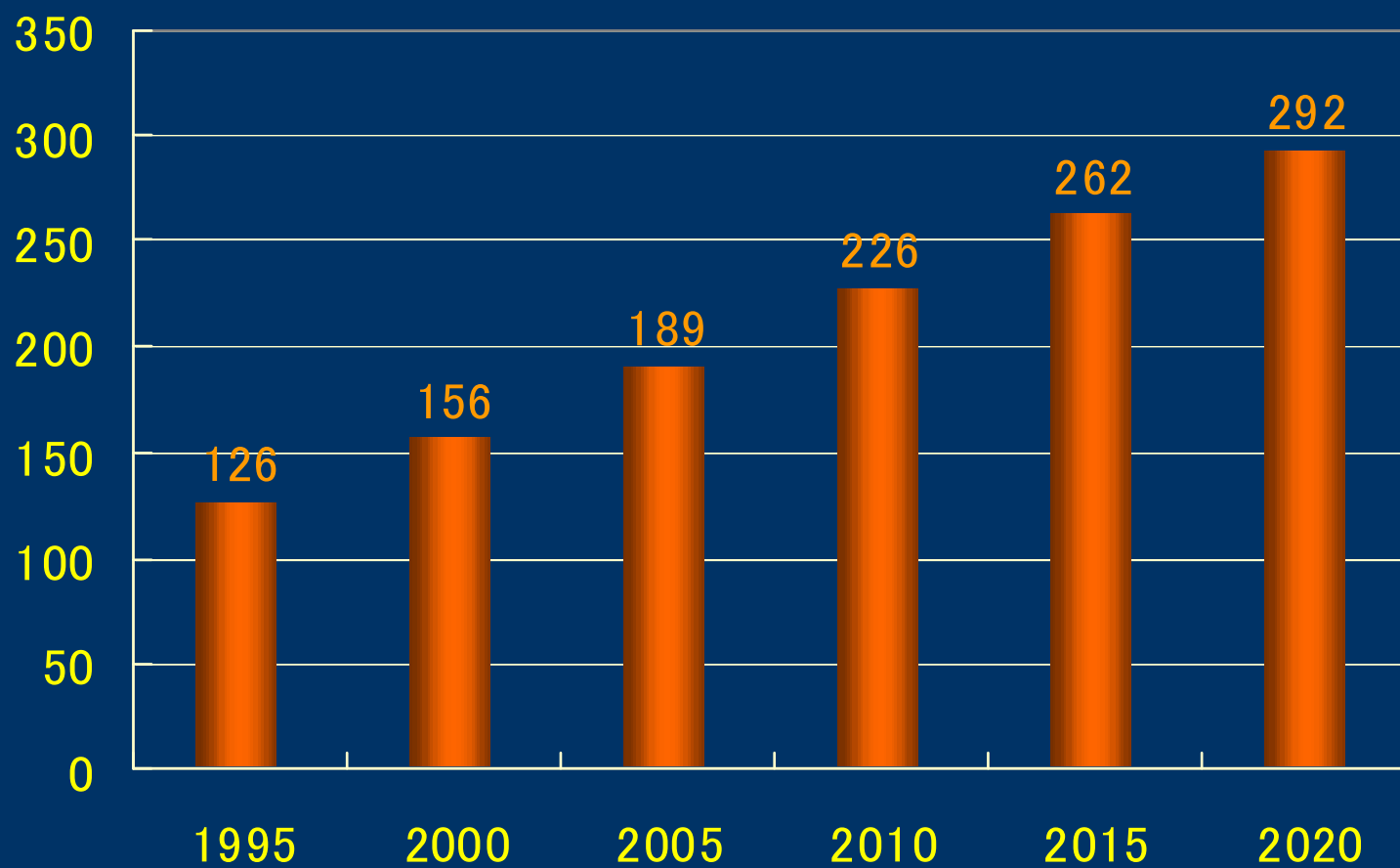
本人は、仕事の整理、家族との生活をしながら限られた時間を家で過ごすことを希望、余命6ヶ月と診断された時点で在宅医療が開始された。時々入院していた病院に検査に訪れ、その都度病状について説明を受け、入院時主治医は、在宅訪問医師と連絡し症状コントロールの方法につき意見交換を行った。4ヶ月後、腹水貯留、腹痛、食欲不振などの症状が強くなり、在宅で、中心静脈栄養、腹水穿刺、モルヒネ持続投与が開始された。5ヶ月を過ぎ症状が急速に悪化、最後まで家族に感謝の言葉を残し、家族に囲まれ永眠

- ✓ 癌末期と診断されてもすぐに死を迎えるわけではない
- ✓ 癌細胞・組織の増大により主要臓器が不全に陥り死を迎える
- ✓ 癌性疼痛、随伴症状は自宅でもコントロール可能
- ✓ 癌末期を充実したものにするため、告知は不可欠
癌の告知は、残された時間をどのように
有意義に過ごせるかと言うため
- ✓ 在宅療養を決めたら早めに環境を整える
- ✓ 限られた時間を生きること考える

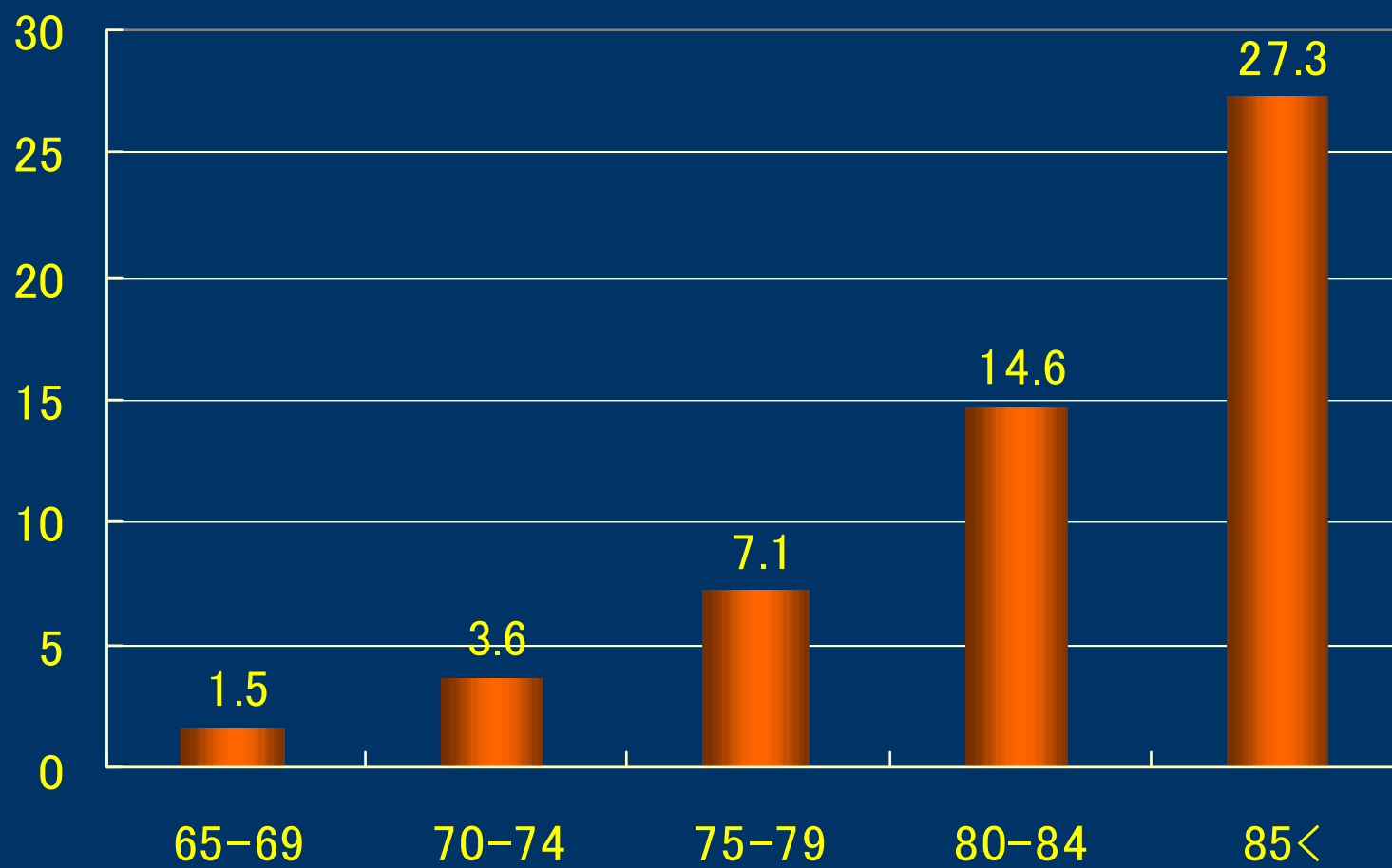
老年期痴呆の場合

- ✓ 致死적疾患ではない
- ✓ 別な人間になると言うこと
- ✓ 意思表示の信頼性が低下
- ✓ 可能な限りできることをする
- ✓ 何かあっても良いと考える
- ✓ 痴呆症状が悪化する前に希望を明らかにする

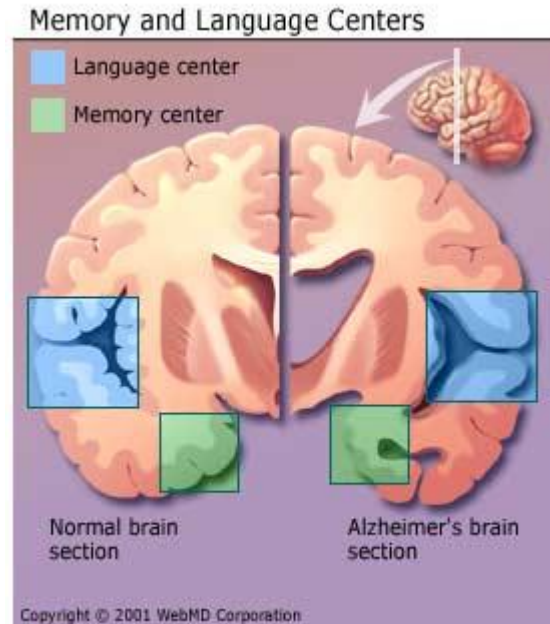
痴呆患者数(万人・予測)



痴呆性老人の年齢階層別出現率



老年期痴呆



症状

記名力の障害

短期・中期

認知・認識の障害

失見当識

精神症状

せん妄、妄想、幻覚

引きこもり、易興奮

その他、現疾患に伴う症状

治療可能な痴呆

薬物（麻薬、覚せい剤、アルコール）長期乱用

脳腫瘍

硬膜下血腫

代謝性脳症（ビタミン、肝、腎、心、肺疾患）

甲状腺機能低下症

低血糖症

仮性痴呆

現在治療不可能な痴呆

アルツハイマー病、ピック病

脳血管性痴呆

水頭症

パーキンソン病、ハンチントン病、脊髄小脳萎縮症

その他の変性疾患に伴う痴呆

AIDS

スローバイラルインフェクション

CJD, PML, etc

痴呆の病気自体は、
慢性・進行性疾患である

アルツハイマー型痴呆と
多発脳梗塞性痴呆が代表的
原因をはっきりさせる

痴呆性疾患であっても痴呆症を起こ
さずに生活することは可能

人が死ぬ過程

血圧低下 (70mmHg>)
呼吸減弱 (酸素低下、炭酸ガス上昇)
意識障害

呼吸停止、心停止、脳機能停止
病院ではモニターを見て死亡が確認される
在宅では家族が死を受容する

在宅医療・在宅死 意思表示カード

私は命ある限り、私の生活信条に従って尊厳ある生を生きたいと考えております。特に、不幸にして病気になり、しかも自分の意志を表明することができない場合を考えますと、是非次のように対処していただいて、私の生活信条を貫きたいと切望いたします。

私の信条は各条項に示すとおりです

- (1) 回復の望みのない延命措置をして欲しくありません。
(ペインコントロールについては最大限行う。尊厳死)
- (2) 住み慣れた自宅で療養し、最後の時を迎えられることを希望します。
- (3) 住み慣れた自宅で可能な対処をして頂ければ満足です。その時起こる様々な出来事の結果責任は私個人にあります。
- (4) この信条書の内容は家族全員が理解しています。
- (5) 病気療養・介護にかかる費用は可能な限り私の資産で賄ってください。
- (6) 私が自らの意思表示困難な状態の時は、私の生死に関わる方々に私の生活信条を最大限尊重して頂けることを切望致します。
- (7) 私のようなものを社会から見捨てることなくしかも皆様の生き生きとした生活が守れるような社会が作られるよう希望します

平成 年 月 日	
ふりがな 氏名 (自署)	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生
住所	TEL

日本特有な現実

治療・介護、入院・在宅の決定を
嫁が責任を持たなければならない
ことが多い

嫁の人生が簡単に犠牲にされる
本人が実子が犠牲になることを望まない

金銭・財産のことを嫁が責任を持ちきれない
親族が後でいろいろ言う

私の見た日本の老人施設

どんなに豪華でも収容所である

入所者は家族・社会から見放されたというトラウマを持っている

生きる必然性の欠如

病気になったら入院

意外に多い家族の負担

自宅を終の棲家とするためには

自分の生き方・死に方に
自分で責任を持つ
自分で決める、決めておく

在宅医療の可能性

病気や障害を持っていても
自分らしく生きる

Open在宅診療所
在宅支援のためのモデル

本人・家族

定期訪問診療・看護
緊急時訪問診療・看護
高度機能病院への紹介
デイサービスショートステイの手配
ヘルパー派遣

Open在宅診療所

患者情報の集約

医師

医療コーディネータ
医療事務

訪問看護ステーション
居宅介護支援事業所

看護師
ケアマネジャー
理学療法士

在宅介護支援事業所

ヘルパー

個人開業医師
勤務医師

情報の共有
機材の共有
24時間対応
各専門の視点
パラメディカルの共有
事務関係のback up



在宅医療と往診の違い

往診

病気の治療を目的とした一時的な自宅での診療
主に医療保険で行われる

在宅医療

病をもつ人が、自宅で自らの人生の質（QOL）を維持するための一つの援助

様々な社会資源を統合して人としての尊厳を維持するための活動

在宅医療、在宅看護はその中のひとつ

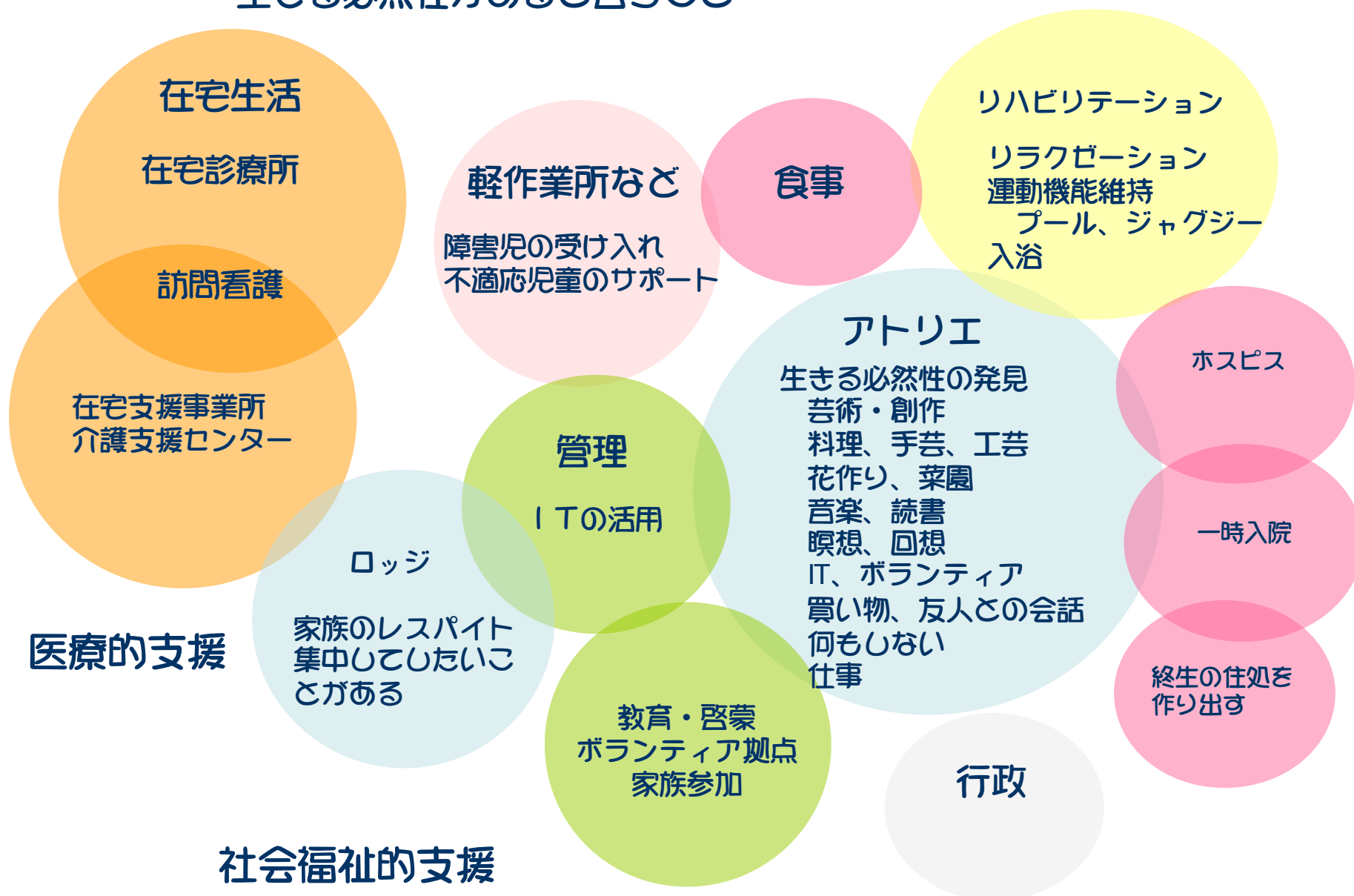
医療保険、介護保険、その他の社会資産を活用する

様々な人々が専門性を生かして分け隔てなく共に生きること

在宅診療：在宅医療のひとつとして行われる医療的支援
通院に時間を使うより有意義な時間を見つけて欲しい

在宅生活のためのハードウェア

生きる必然性があるということ



在宅診療・訪問看護の具体例

いばらき診療所とうかい ケアプランセンターとうかい、訪問看護ステーション

医師：常勤2名、非常勤2名
看護師：常勤8名、非常勤4名
ケアマネージャー：常勤3名（うち1名看護師兼務）
事務
医事課：3名
総務課：3名
診療コーディネーター：3名

在宅診療：157名
在宅看護：143名

特徴：医師、看護師、ケアマネージャーが同じ施設内に拠点を持ち、常に患者情報を共有している
24時間対応
疾患についてだけではなく、家族状況、経済状況、本人の希望など多方面からの
アプローチがすぐに行える
利用者の変化にすぐに対応できる
医師は診療コーディネーターと2人で訪問し、会計、処方の手配、検査の手配がその場で可能
他のサービスへの連絡がすぐに取り、医師は診療に専念できる
有症時看護師は病棟の看護師と同じように治療に参加する
ケアプランの変更が状態に応じてすぐに行える
地域そのものが病院、病室は自宅になり得ると言うイメージ

在宅医療・診療でできること（例）

診療（24時間対応）

診察、紹介、死亡確認
点滴
経管栄養の管理、胃管の挿入
中心静脈栄養、CV catheterの挿入
呼吸器の管理、酸素吸入
膀胱留置カテーテルの挿入・管理、導尿
心電図、超音波、単純レントゲンなどの検査
血液・尿検査、血糖測定
傷創の処置・治療、その他縫合など創処置
関節穿刺、注射
心肺蘇生
癌性疼痛の管理、麻薬の管理
精神的サポート（本人、家族）

一般的な内科的治療は入院と同様に可能

手術処置は不可
内視鏡、心臓カテーテルなどは不可
CT, MRIなどの検査は不可

このような場合は病院に紹介し
治療・検査を行い自宅に戻る

看護・リハ（24時間対応）

清拭
食事・服薬介助指導
vital signのチェック
理学療法、ホットパック
リハビリ
精神的サポート（本人、家族）
病棟看護師と同様な診療への協力

薬剤

処方薬の配達
服薬指導

ヘルパーとの協調
その他の介護サービスの手配

在宅医療の適応者

慢性疾患のため通院困難な場合

内科疾患、外傷、脳卒中、関節症などで寝たきり、
疼痛・運動障害のため通院が難しい場合
家族が薬だけもらいに行くのはさける

難病、遺伝性疾患で在宅療養している場合

癌末期（在宅ホスピス）を自宅で過ごしたい場合

診療の実際



医師訪問診療
定期訪問
緊急時訪問

コーディネーターが同行し
その場で事務処理を行う



リハスタッフ
医師の訪問



看護師訪問

通常は一人で訪問し、30分、1時間の滞在の中で、
vital sign check、清拭、食事介助、薬剤管理、
点滴、酸素などの管理を行い、主治医に報告する



薬剤師
処方薬の配達

訪問介護
身体・家事介護



末期癌などで、自宅に戻る時は状態の良い時に在宅に移行し、少しでも長く充実した時間を送ることができるように早めに体制を整える。

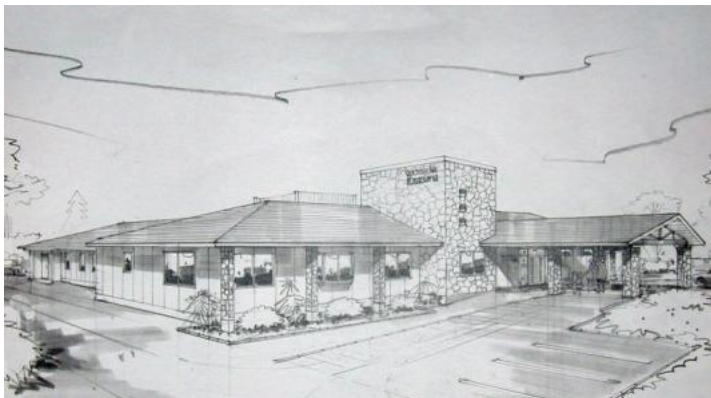
My dream



あなたらしさのために



医療法人いばらき会
いばらき診療所こづる



新しい考え方の診療施設

在宅医療拠点

診療所（外来対応）

訪問看護ステーション

ケアプランセンター

在宅介護支援センター

ボランティアステーション

クラブ

デイサービス

コッテイジ

一時入院

一時滞在

在宅療養・在宅死を決めたら

早い段階から体制を整える

畳の上で死ぬことではなく

自宅で生きること考える

原因の直せる病気はしっかり治す

薬だけもらわずに診察を受ける
受診できなければ在宅診療を考える

症状のコントロールが主な病気は 治るのを待たずに共存する

在宅でほとんどの内科的治療は可
できることをできる時にする（生涯現役）

自分の生き方を誇りにする
もっと自信を持って欲しい

一生のうち何年か寝たきりでも、痴呆でもいい

若い人の価値観にすべて合わせなくても良い

心臓： $70 \times 60 \times 24 \times 365 \times 80 = 29$ 億4336万回
呼吸： $12 \times 60 \times 24 \times 365 \times 80 = 5$ 億457万6千回
食事： $3 \times 365 \times 80 = 8$ 万7600回
歩行：7万3000km

種をまき、作物を育て、調理をして食べる
子供を育てる
住む場所がある

歴史の中の様々な困難を乗り越えてきた

本当に求めているもの

娯楽・演芸会ではなく、静かな

いつもの自分の生活を維持すること

最後まで人との関わりを維持する

生きる必然性を持つ

自分の好きなことをたくさん持つ

生まれると言うことは死を告知されたと言うこと

生まれたときから、人に助けられながら、延命処置を受けながら生きていることを知る

生きる必然性がなければ良くなりたいと思えない

新たな人間関係の確立

良き隣人を持つ：家族・友人

なんでも相談できる
医療者を探しておく

病気を診る医者ではなく人を癒す医者

人を思いやることの治癒力を知る

尊厳死とは

人間らしい愛情・思いやり
に囲まれて死ぬこと

唯今、この瞬間に遊ぶ

老いを楽しむ

在 宅 医 療		特別養護老人ホーム	介護老人保健施設
医療 (訪問 2 回、 24 時間対応)	67040		
介護 (訪問看護 14 回)	110600		
薬剤	35720		
費用合計	213360円	392080円	394200円
		+日常生活費, 食費 約20000-30000円	+日常生活費, 食費 約20000-30000円
		+医療費 家族の交通費、その他	+医療費 家族の交通費、その他
本人負担	約 21336円	約 50000円-	約 50000円-

まとめ

自宅を終の棲家とするために

- ✓ 自分の生き方・死に方を明確にする
- ✓ 自分のことは自分で決める
- ✓ 生まれたらいずれ死が訪れることを受容する
- ✓ 病気を正しく理解する
- ✓ 生きる必然性を失わない
- ✓ 自分が満足できる生き方を求め続ける
- ✓ 何かあったら大変だと言うことを理由に、入院・入所
を選び責任を転嫁しない

- ✓ 入院・入所しても必ずなにかある（死は訪れる）
- ✓ 心身の機能低下に対して準備をする
- ✓ 金銭的にある程度独立する
- ✓ 近しい人を思いやる家族関係・友人関係を作る
人に世話になったら心から喜び、感謝する
- ✓ 自ら希望して老人ホームに入所する人は少ない
- ✓ 家族も自分が年をとったら入りたいとは思っていない
- ✓ 自分がして欲しい介護をする

- ✓ 介護者のレスパイト（人生）を考える
- ✓ 面倒を見たくないと思っている家族はいない
- ✓ 様々な社会的援助を知る
- ✓ 人がどのように死ぬかを知る
- ✓ みんなで負担を均等に分けることが一番負担が少ない
- ✓ 本人・介護者が今を生きることを楽しむ
- ✓ 信頼でき、何でも相談できる医療者を見つける

終わりに



あなたの選択

最後まで家で過ごすためのシステムは徐々に整いつつあります

在宅医療は、多くの社会的資源を活用して本来の人の人生を回復させることにも貢献することができるのではないかと考えます。

終生家で過ごすことは、特殊な難しいことではなく、「**近い人を思いやる**」ということで成り立つ仕組みです。

地域や家庭など終の棲家で、様々な人の愛情に囲まれながら自分らしく生きることができるかどうか、すでに、私たちの選択にかかっていると考えます。



私たちの活動も少しづつ手応えを
感じてきました。
唯今この時を多くの方々と
共有出来ることを感謝し、
共に生きる喜びを
私たちもいただいております。



私たちは、second opinion、ご相談を随時受け付けております。
お力になれることがあれば幸いに存じます。
この冬には茨城町でも在宅医療を中心とした診療所を開所する予定です。

医療法人社団いばらき会

いばらき診療所 とうかい
大須賀 等

〒319-1102 茨城県那珂郡東海村石神内宿1724-1

電話:029-283-4110 fax:029-283-3322

email: ibctokai@ibc.or.jp

