

在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と
介護連携推進戦略に関する調査研究事業
資料

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)
厚生労働省発老 0917 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

平成 22 年 3 月

目 次

1. ICFは『五体不満足の思想』である	1
2. ICFの理念と実際の活用	3
1) WHOにおけるICFの位置づけ	3
2) ICFの考え方・とらえ方	4
3) 生活機能モデルとは	5
4) 生活機能における活動・参加	7
5) 活動・参加と背景因子の相互作用	7
6) ICFの活用と生活支援	9
7) 生き方を支えるプロセスの中心	14
3. ICFを基礎とした『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の概要	17
1) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の出自	17
2) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の構造	17
3) 健康状態	18
4) 健康状態を包括する『生活機能』	23
5) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』	23
【説明のフローチャート】	23
【対象者の選定】	24
【生活機能と健康状態】	26
【説明の仕方】	32
【生き方の変遷】	39
【支え方】	43
【資料編】	46
【在宅医療の現状と今後の課題】	54
【まとめ】	56

1. ICFは『五体不満足の思想』である

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

1. ICFは『五体不満足の思想』である

—— 五体満足でさえいてくれれば、どんな子でもいい ——

これから生まれてくる子どもに対して、親が馳せる想いはさまざまだろうが、最低限の条件として、上のような言葉をよく耳にする。

だが、ボクは、五体不満足な子として生まれた。不満足どころか、五体のうち四体までがない。そう考えると、ボクは最低条件すら満たすことのできなかつた、親不孝な息子ということになる。

だが、その見方も正しくはないようだ。両親は、ボクが障害者として生まれたことで、嘆き悲しむようなこともなかつたし、どんな子を育てるにしても苦勞はつきものと、意にも介さない様子だった。何より、ボク自身が毎日の生活を楽しんでいる。多くの友人に囲まれ、車椅子とともに飛び歩く今の生活に、何ひとつ不満はない。

胎児診断、もしくは出生前診断と呼ばれるものがある。文字通り、母親の胎内にいる子どもの検査をするというものだが、この時、子どもに障害があると分かると、ほとんどの場合が中絶を希望するという。

ある意味、仕方のないことなのかもしれない。障害者とほとんど接点を持たずに過ごしてきた人が、突然、「あなたのお子さんは、障害者です」という宣告を受けたら、やはり育てていく勇氣や自信はないだろう。ボクの母も、「もし、私も胎児診断を受けていて、自分のお腹のなかにいる子に手も足もないということが分かったら、正直に言って、あなたを産んでいたかどうか自信がない」という。

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、ノー天気で生きている人間もいる。関係ないのだ、障害なんて。

そうしたメッセージを伝えるためにも、この本のタイトルをあえて『五体不満足』という、少々、ショッキングなものとした。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。身体に障害をお持ちの方で、この『五体不満足』というタイトルを見て、不快に感じた方もいらっしゃるかもしれない。だが、そうしたボクの意図に、理解を示していただければありがたい。

「障害は不便である。しかし、不幸ではない」

ヘレン・ケラー

出典：五体不満足 完全版. 乙武洋匡. 講談社文庫. pp236 - 265. 2008年6月あとがきより

2. ICFの理念と実際の活用

2. ICFの理念と実際の活用

1) WHOにおけるICFの位置づけ

国際生活機能分類 [ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health (以下 ICF)] は、健康の諸側面に関して WHO が開発した国際分類ファミリー [WHO-FIC : Family of International Classification (以下 WHO-FIC)] の中心をなすもの¹⁾であり、疾病に焦点を当て国際基準で分類した国際疾病分類 [ICD : International Classification of Diseases (以下 ICD)] と同様に、WHO-FIC を構成する中心分類と位置づけられている (図 1)。

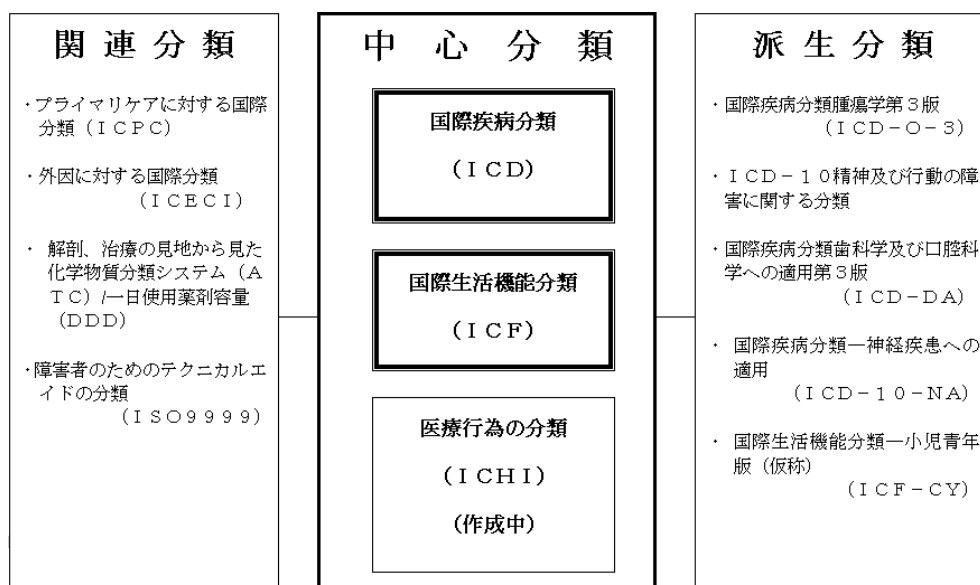


図 1 世界保健機関 国際分類ファミリー (WHO-FIC)²⁾

WHO-FICとは、健康に関する幅広い情報 (例：診断、生活機能と障害、保健サービスの受診理由) をコード化するための枠組みを提供し、健康と保健に関する諸専門分野および諸科学分野にまたがる国際的な情報交換を可能とする標準的な共通言語を提供するものである³⁾。

病因論的な枠組みについては主にICD-10によって分類され、健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類される。この中心的な2つの分類は、相互補完的であり、真に健康を理解するためには、ICDにおける疾病や傷病に関する情報だけでなく、健康に関するすべての構成要素を、生活機能という視点からとらえたICFに基づく情報が欠かせない。

2) ICFの考え方・とらえ方

WHOは、1980年に国際障害分類 [ICIDH:International Classification of Impairments (以下ICIDH)] を提唱した。これは障害のある人を対象とし、ICDの補助分類「疾病の諸帰結に関する分類」であり、機能形態障害、能力障害、社会的不利にレベル分けしたものである。疾患・変調が原因となって機能・形態障害が起こり、それから能力障害が生じ、それが社会的不利を起こすという考え方から「障害の階層性」を示したものと言える。

しかしこのICIDHの問題点や誤解を含め、上田は、1：矢印の一方方向性（運命論的）、2：時間的順序と誤解させる矢印、3：プラスの側面を見る重要さ、4：環境の重要さ、5：社会的不利に関する分類の不十分さ、6：障害のある人が不参加、7：欧米文化を中心、8：主観的障害の欠如、9：疾患から直接おこる社会的不利、の9点を掲げた⁴⁾。また環境の重要さに関しては、カナダの研究グループは、社会的不利は固定的なものではなく、環境因子の影響によって流動的に状況が変化するにもかかわらず、国際障害分類には環境因子が含まれていないと指摘した。社会的不利に関する分類の不十分さに関しては、項目数がきわめて少ないことから、他の分類に比べてその範囲が少ないとの批判が挙げられた。

このような点から、WHOは、ICIDHから21年後の2001年に、ICIDHの改訂版となるICFを刊行した。しかしICFは単にICIDHの改訂にとどまらず、それまでマイナス面に着目するという立場から、その人のプラスの面を重視することへ大きく視点を転換したこと、生活機能モデルによって全ての人を対象に見ていることから、ICIDHとは根本的に異なる分類と言える（図2）。

ICIDH（国際障害分類）1980年	ICF（国際生活機能分類）2001年
<ul style="list-style-type: none"> ・ ICD（国際疾病分類）の補助分類 ・ 機能のマイナス面を捉えた分類 ・ 疾病と障害の帰結の因果関係 ・ 社会的不利を固定化した視点で見る ・ 障害を持った人のみを対象とする 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICD同様、WHO-FICの中心分類 ・ 機能のプラス面の中にマイナス面を位置づけている ・ 生活機能モデルとして全体像をみる ・ 環境や個人的背景も健康に関する重要な因子として捉える ・ すべての人を対象とする

図2 ICIDHとICFの考え方や捉え方の違い

3) 生活機能モデルとは

(1) ICF の理念 《生活機能＝生きることの全体》

ICF の根底となる考え方に「生活機能モデル」がある。生活機能とは「心身機能・構造、活動、参加の全てを含む包括用語」⁵⁾と言いつぶすることができぶ。また大川（2007）は、ICF をすべての人について「健康の構成要素に関する分類」とし、生活機能モデルを「“生きることの全体像”を示す“共通言語”」と言いつぶしている。

したがって、生活機能モデルとは、疾病や障害の有無に関わらず、すべての人が生活の中で関る健康上のあらゆる問題について、共通した見方やとらえ方をすること、と言いつぶえることができる（図3）。

具体的に生活機能の3つレベルは以下の通りである。

〈心身機能・構造（生物レベル）〉

生命の維持に直接つながるもので「心身機能」と「身体構造」に分けられる

「心身機能」… 手足の動き、視覚・聴覚、内臓、精神等の機能面

「身体構造」… 指の関節、胃・腸、皮膚等の構造面

〈活動（生活レベル）〉

一連の動作からなる目的をもった個人が遂行する生活行動であり、日常生活動作以外にも職業的動作、余暇活動も含まれるため、文化的な生活、社会生活に必要な活動すべてを含む。

〈参加（人生レベル）〉

家庭内での役割を含め、社会的な役割を持って、それを果たすことである。地域組織の中でなんらかの役割をもち、文化的・政治的・宗教的など広い範囲にかかわる。

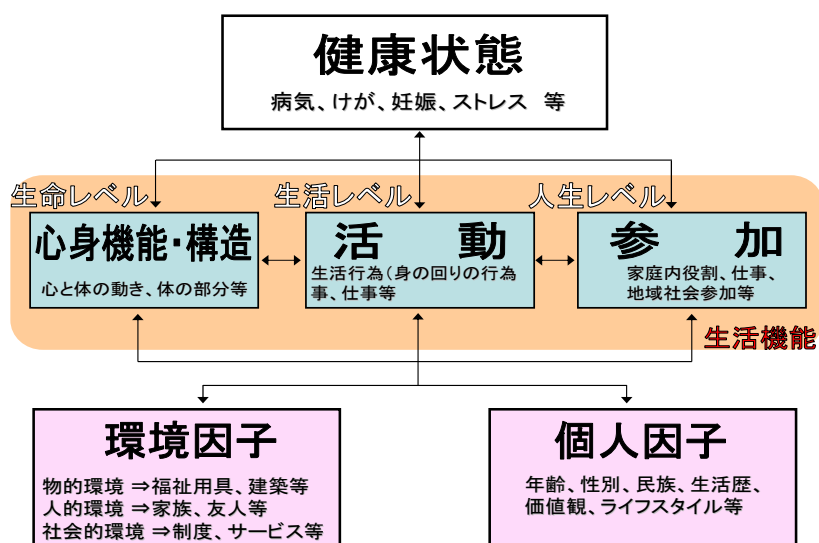


図3 生活機能モデル⁶⁾

生活機能モデルの重要なポイントは、

- ・ 生活機能の3つのレベル（①心身機能・構造、②活動、③参加）を常に偏ることなく全体として見ること。
- ・ 3つのレベルは①生命レベル、②生活レベル、③人生レベル、と言い換えることが可能であり、これらを総合的にとらえること。
- ・ 病気や障害をこれまでの「医学モデル（生物学的視点に立ったモデル）」と「社会モデル（社会環境的観点に立ったモデル）」と二分したとらえ方ではなく「統合モデル」としてとらえること。
- ・ 3つのレベル間には互いに影響しあう関係がある。一方それぞれのレベルの独自性もある。健康状態、環境因子、個人因子との間においても相互作用があること。
- ・ 生活機能全体やそれを構成する個別のレベルにおいても、全てをプラスの面からとらえること。
- ・ 共通言語とは、生活機能モデルに沿って「人が生きる」ことの全体像をとらえることであり、ものの見方・とらえ方を関係者（各専門家と本人・家族など）が共通にもつこと。
 - a) 専門家と当事者との間の「共通言語」、b) 各種専門家の中の「共通言語」、c) 各種サービスの間の「共通言語」

である。

（2）生活機能モデルを理解する際の注意点

実際にサービス提供がなされる場合、この3つのレベルに関するそれぞれの専門家が、自身の専門領域を中心にしたり、生活機能モデルのある部分だけに特化しがちであるため、注意が必要である。生活機能モデルを正しく理解せずに、ICFを単なる分類として捉えることは十分に意味を成さない。

包括概念としての生活機能（心身機能・構造、活動、参加）の3つのレベルはそれぞれ、その間に相互依存性と相対的独立性の両方がある。この2つの性質とは、生活機能モデルの各レベルが互いに影響しあうと同時に、状況によってそれぞれの独自性を維持することを意味しており、ICIDHのように生活機能低下の発生・進行の因果関係を示す単一方向のとらえ方ではない。

生活機能が低下する因果関係と、解決（生活機能を向上させるための働きかけ）のキーポイント、すなわち問題解決の突破口とが必ずしも一致するものでなく、一般的には別であることが多い。

4) 生活機能における活動・参加

生活と参加は非常に密接な関係があり、活動は参加の具体的な表れと言い換えることができる。生活をする上で支障となるもの（活動制限や参加制約の基となるもの）を的確な理解のうえに、改善の方向性が考えられる必要があり、病気や障害をもちながらも、日常生活の不自由さ、社会生活からの疎外感などを改善するためのアプローチをすることが重要となる⁶⁾。活動や参加に対する改善のアプローチによって、3つのレベルに相互作用が生じ、生活機能の向上に結びつく。

活動・参加（生活・人生）は1人ひとり異なったものであり、個性も関るため複雑なものである。心身機能が改善したことで、生活が向上するという単純なものではないため、その人の生活全体や人生を含めて考えていく必要がある（図4）。

ICF の中では、障害を主として社会が作り出した問題という視点で見ている。その点から活動・参加は、①個人の状況、②生活環境、③相互関係といった要素を見ることで理解することが可能であり、ICF の中ではこれを背景因子（環境因子、個人因子）としている。

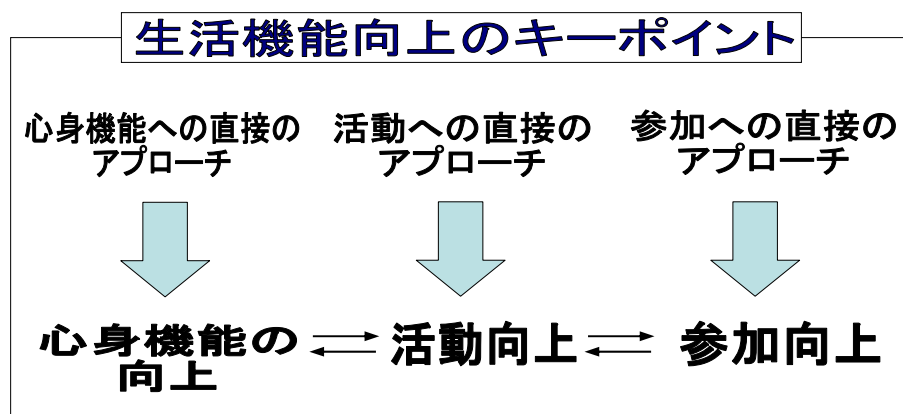


図4 生活機能向上のためのアプローチと相互作用¹⁾ 改

5) 活動・参加と背景因子の相互作用

活動・参加はその背景となる因子（環境因子、個人因子）との相互作用によっても大きく変化する。それらはICFの生活機能モデル（図3）の中に示されているように、それぞれが双方向の矢印によって表されている。言い換えるならば、個人の生活機能は、健康状態、と環境因子、個人因子の相互作用が、複合的な関係によって成り立っているのである。

環境因子は、物的環境（生産品と用具、自然環境と人間がもたらした環境変化）、人的環境（支援と関係、態度）、社会的な環境（サービス・制度・政策）の3つの大分類と5つの中分類に分類される。

物的環境には、住居や交通の便、各種の医療物品や福祉用品、介護用電動式ベットなどのほかに、地震、台風による豪雨、豪雪といった自然災害も含まれる。人的環境には、家族や親族、友人、近隣住民、職場の同僚などとりまく様々な人々との相互関係が含まれるほか、態度という分類は、人を中心とした社会や集団がどのような態度で接するのか（排除するのか受け入れるのか）ということである。社会的な環境は、主に医療提供サービス、福祉サービス、それらを利用する上で適用される保険制度である。

また環境因子は、生活機能に対しプラスに影響する場合は促進因子、逆にマイナスに影響する場合は阻害因子の2つに分けられる。これらは常に固定化されたものではなく、医療・福祉の場面においても、その内容や状況によって促進因子にも阻害因子にもなりうる。

○ 促進因子が阻害因子となりうる例

（大川弥生 WHO・ICF 生活と人生をとともに築く「共通言語」講演会 2010年2月より）

地震等の災害被災地では、早急に被災者の生活支援の対応がしかれる必要がある。そのため設けられた避難所等では、ボランティアスタッフが集まり、高齢の避難生活者の支援をする。この場合、避難所におけるボランティアスタッフは、生活を支えてくれる促進因子と言える。

しかし事実避難所では、震災前までは介護の必要がなかったにもかかわらず、避難生活中に歩行が困難となり、介助を必要とする高齢者が増加した。

つまり避難所では、日常的な生活の中の活動や、非難生活者同士の支え合いをボランティアスタッフが代わりに行なうことにより、避難生活者の活動や参加を奪う結果となったため、避難生活者の身体機能が低下したという事実がある。この意味でボランティアスタッフの支援活動は、高齢な避難生活者の身体機能を低下させる阻害因子ということもできる。

個人因子は個別性が高く、年齢、性別、生活歴、職業歴、学歴といったもののほかにも、価値観やライフスタイル等も含まれる。個人の趣向や性格等も含まれるため、活発であったりそうでなかったり、大勢の集団の中に加わることを楽しく感じたり、不快に感じたりするという違いもある。したがって個性と生活機能の相互作用ということが言える。

医療提供サービスや介護サービスの場面においても、個人の生活背景や特徴を十分考慮される必要がある。

6) ICF の活用と生活支援

(1) ICF の適用と範囲

一般的に ICF の適用とその範囲は、前述のとおり、全ての人を対象とした健康のすべての側面、健康に関連する領域としており、その対象範囲は普遍的である。

また概念的な枠組みは、予防と健康増進を含む個人的な保健ケア、および社会的障壁の除去や軽減による参加促進、社会的支援の推進に应用できる。ICF は国連社会分類の1つとしても認められ、国際的な人権に関する諸規則・方針や各国の法令を実施するための適切な手段を提供することができる。

- ① 健康に関する心身の状況とともに、健康に影響を及ぼす因子を理解することを目的とし、健康分野、健康分野以外の様々な領域で用いる。
- ② 関係者間の共通のコミュニケーションツールとして用いることを目的とし、多職種間のサービス向上を図ることが可能である。
- ③ 各国、各種専門保健分野、各種サービス、時期の違いを超えたデータの比較⁷⁾をすることを可能とし、システムの構築に用いることが可能である。つまり分類としての活用にとどまらず多角的に健康を分析することが可能である。

(2) 臨床現場における ICF の活用

ICF 導入の 2001 年以前、臨床現場では障害に関し ICIDH を展開してきた。実際いまだに ICIDH の視点で、患者の障害へ目を向けて接することが中心となっている。生きること全体に目を向けるのではなく、最初に心身機能・身体構造から検討していくという発想がいまだ根強い。慢性疾患の患者であったり在宅で療養を続ける患者のケアに当る場合、原因帰結型の ICIDH の視点では、傷病が治らなければ、いつまでも患者の生活がよくなるないことになる。

現在、臨床現場で療養者のケアに当たっている医師、看護師、介護職員等、専門職が受けてきた教育課程は、その多くが ICF 導入以前のものであったため、現場で浸透していなかったり、活用されづらい原因の1つであるという指摘がある。

しかし患者自身が何を生活の中で望んでいるのか、何を必要としているかということについて具体性を持って目を向けることによって ICF を有効に用いるきっかけとなる。基底還元論から脱却し、生きることの全体像をプラスの面から捉える視点を持つことが重要である。

一方効率化の阻害という見方から、ICF を医療の現場で応用することが困難であるとする指摘⁸⁾がある。しかし医療こそ ICF の視点がきわめて重要である。なぜなら退院後の患者の生活を正しくイメージできなければ、適切な療養上の説明や退院調整は不可能である。ICF の理念に即し、療養者の「生活を支えた」医療提供の実例を挙げる。

(3) 在宅療養者の生活支援と ICF の実践

医療・介護の依存度が高く重症であっても、病院から退院し、在宅で暮らす療養者がいる。その生活は、ICF の理念の中心となる生活機能モデルに基づいた考え方やとらえ方によって、サービス提供が考えられ、実施されることで可能となる。

その生活支援は、活動・参加、個人因子、環境因子の点から説明することができる(図 5、図 6、図 7、図 8)

独居+全身麻痺+人工呼吸器+胃瘻でも在宅生活の制度がある

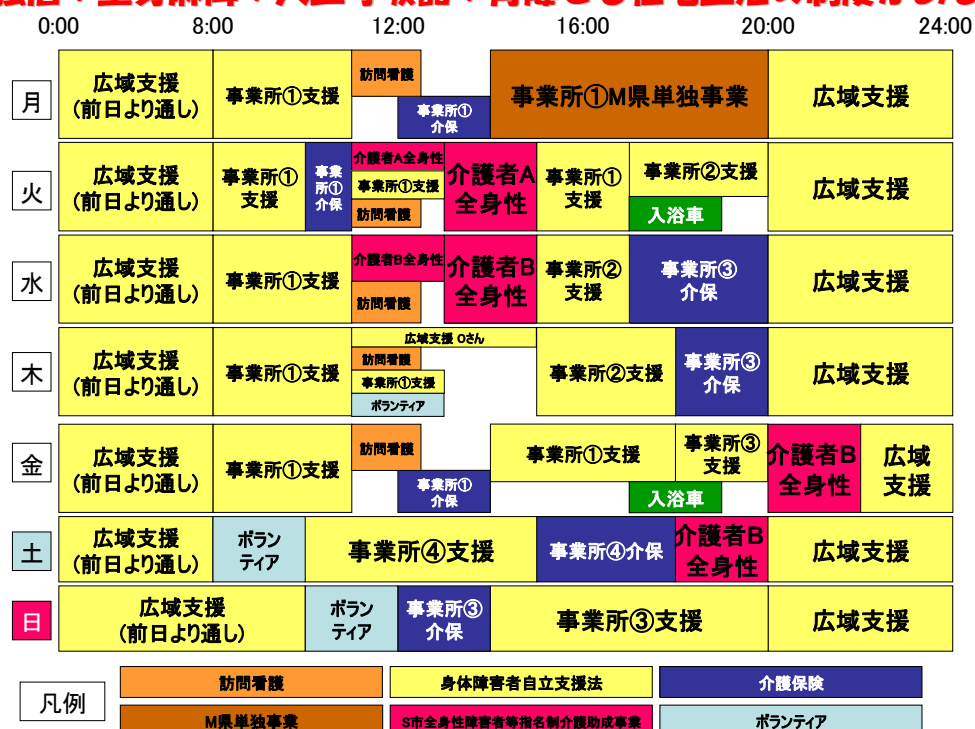


図 5

独居+全身麻痺+人工呼吸器+胃瘻の筋萎縮性側索硬化症 60 歳代女性の生活支援 9)

活動と参加		
第1章	学習と知識の応用	医者、看護師等の話を集中して聞いている。
第2章	一般的な課題と要求	意思伝達装置を使つての要望や意見を述べる (カニューレが当つて痛い等)
第3章	コミュニケーション	パソコンにて会話、yes、noは瞬きで 文章は意思伝達装置を使用
第4章	運動・移動	定期的にヘルパー付き添いで外出、PCの操作
第5章	セルフケア	流動食にて栄養補給。定期マッサージ
第6章	家庭生活	ベッド上での生活中心
第7章	対人関係	医者、看護師、入浴サービス、家族、医学生、研修 医、ボランティア等
第8章	主要な生活領域	カニューレ事故抜去時の対応指導に協力、人工呼吸 器の勉強会に協力
第9章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	定期的にヘルパー付き添いで外出
環境因子		
第1章	生產品と用具	人工呼吸器、胃瘻、カニューレ、尿カテ、人工鼻、 他医薬品等、医師伝達にパソコンも使用
第2章	自然環境と人間がもたらした環境変化	自宅をバリアフリーに改築
第3章	支援と関係	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の支援、医者の往診、看護師の訪問、ヘルパーによる介護、調剤薬局による薬剤の配達、入浴サービス、在宅マッサージ ・皮膚疾患について近医の皮膚科 Dr による往診依頼 ・呼吸器に不調がある際にはメーカ担当者が駆けつけて対応 ・月1回は訪問歯科による口腔ケア
第4章	態度	患者会の仲間との出会い（数々の支援）
第5章	サービス・制度・政策	身体障害者自立支援法、介護保険、特定疾患・臨床調査、学生ボランティアによる介護 医療費受給者証、福祉サービス受給者証
個人因子		
		<ul style="list-style-type: none"> ・前向きで気丈な性格 ・長女・次女の結婚に伴い自ら独居をする。 ・同疾患の仲間との出会い、関係構築

図 6

独居＋全身麻痺＋人工呼吸器＋胃瘻の筋萎縮性側索硬化症 60 歳代女性の生活支援⁹⁾

事例: **13歳 男児**
病歴: 5歳: **ミトコンドリア脳筋症**・12歳で**在宅療養**
経過: 5/19 **集中治療室(ICU)**自発呼吸なく**人工呼吸器**装着
 5/21 **CT:全脳浮腫**・**脳波:平坦**・**聴性脳幹反応:×**

↓

“臨床的脳死状態”と言われる

しかし両親は**「この世に存在していることを認めて欲しい！」**と言った。

- 1) 単に「重度の障害者」である(生きることの全体)**
- 2) 障害をあるがままに受け入れる(健康状態)**
- 3) 障害を持ちながら**生活する方法**を考える(ICF)**
- 4) **二ヶ月在宅生活し最期を迎えた** (環境・個人因子)
(**自立支援法190時間介護員+看護: 8時間/日**)**
- 5) **五体不満足でOK。尊厳ある生だった。****

図 7

脳死状態+人工呼吸器+胃瘻のミトコンドリア脳筋症 13 歳男児の生活支援⁹⁾

ICF の視点で見た場合、図 5～8 に共通するものは、医療依存度が極めて高いという「心身機能・構造」の内容だけではなく、生活機能モデルの 3 つ全てが関連した生活支援ができてきている点である。社会的な環境因子である「サービス・制度・政策」を十分に使い、在宅であっても必要な医療提供、介護支援が行われている。人が生きることを全体としてとらえており、物的、人的、社会的な環境因子と活動・参加が相互作用し、自ら呼吸器勉強会へ参加したり、絵本の読み聞かせをしてもらったり、という具体化された形で表わされている。

例に示した重症在宅患者の場合、介護との連携が不可欠であるため、介護においても ICF の視点に立つことが非常に重要である。臥床状態であったとしても、生活機能モデルにそった「活動・参加」が促進されることによって、「生きる力を増し、残存機能をつかい、寝たきりでも心が活性化し、満足、希望などの感情を全人的に統合できる」¹⁰⁾のである。

活動と参加		
第1章	学習と知識の応用	絵本の読み聞かせ、MD プレーヤーで授業の様子を聞く
第2章	一般的な課題と要求	
第3章	コミュニケーション	
第4章	運動・移動	時折手足を動かす
第5章	セルフケア	白湯や流動食にて栄養補給
第6章	家庭生活	家族で川の字で寝ることが習慣
第7章	対人関係	父、母、妹、医師、看護師、薬剤師、ヘルパー、入浴サービススタッフ等
第8章	主要な生活領域	自宅にて両親、妹と同居
第9章	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	養護学校の教諭より授業の様子を録音してもらう
環境因子		
第1章	生產品と用具	人工呼吸器、胃瘻、カニューレ、医薬品等
第2章	自然環境と人間がもたらした環境変化	
第3章	支援と関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 父、母、妹のサポート、医者との定期往診、看護師の訪問、ヘルパーの訪問介護サービス、調剤薬局、入浴サービス ・ 夜は母、父が交代で看護、褥瘡防止の体位交換 呼吸器のトラブルが起こった際に対応できるよう、母はアンビューバックの使用の訓練 ・ 30分おきに聴診器で鼓動を確認 ・ 体温低下にともない父母身体をさすったり、電気毛布、湯たんぽを使用し体温低下を防ぐ
第4章	態度	父母ともに交代で熱心に介護にあたる
第5章	サービス・制度・政策	医療・福祉関係者を一同に集めてケア会議を実施、情報共有と意思疎通、ヘルパーへ痰の吸引指導、訪問看護、介護の手配、公的助成制度活用（障害者自立支援法の適用等）
個人因子		
		家族で川の字で寝ることが習慣。 プールや風呂（温泉）を好んでいた。 機関車トーマスが好き

図 8

脳死状態＋人工呼吸器＋胃瘻のミトコンドリア脳筋症 13 歳男児の生活支援⁹⁾

7) 生き方を支えるプロセスの中心

疾病や障害の有無に関わらず、生きること、生活を支えるために必要なものは、a)疾病傷病論に基づく身体機能についての身体情報提供、b)個々の生活状況に基づく生活情報提供の両者である。

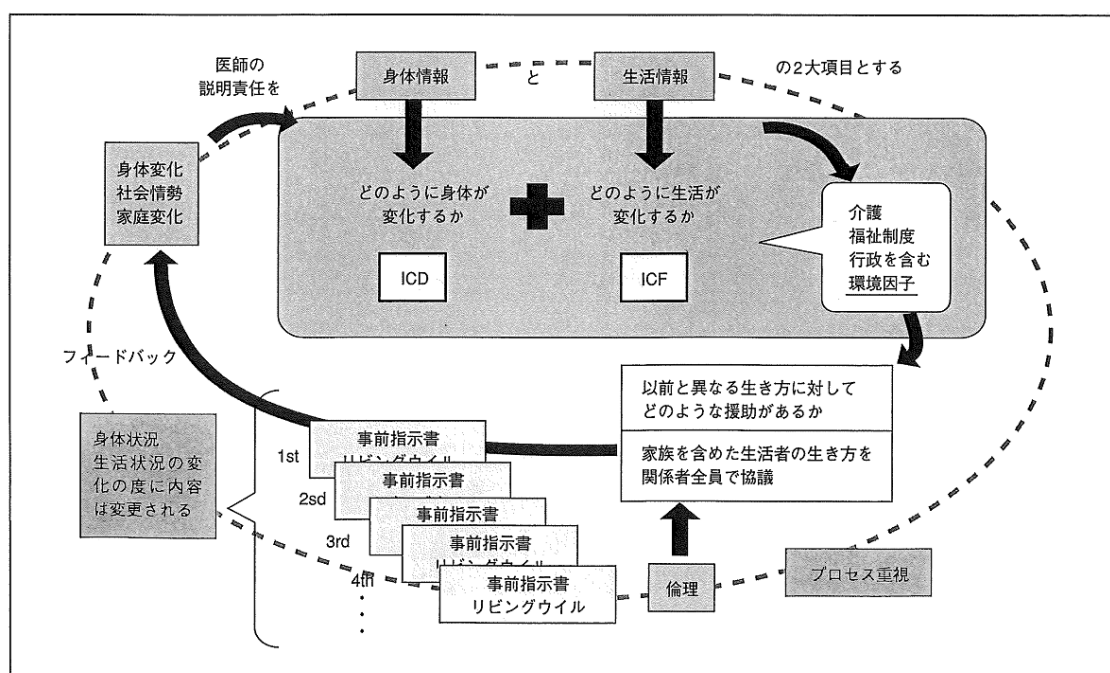


図9 生き方のプロセスを重視した説明責任¹¹⁾

医療の中心的役割を担う医師は、これまで疾病・傷病論に基づく身体情報の説明のみで済ませることが多かった。また治療が終了した時点で、十分な医療提供サービスを行ってきたと思ってきた。しかし、身体状況が検査や治療によって変化を受けたなら、変化した身体のまま退院した場合に、果たして以前の生活形態を維持できるかが最も問題となる¹¹⁾。

十分な説明が無い状態で、変化したままの身体を退院させることは、不十分な対応であり、生き方を支えるプロセスを無視したものと言える。ICFにおける生活機能モデル、背景因子、個人因子を考えないことは、生活を無視したものと同一ことと言い換えられる。

現在のICFは、国際的に標準化されたものであり、国情や文化の違いから、生活やその背景を分類に合致させることが難しい場合もある。そのため違いを考慮した環境因子の再構成を検討する柔軟な体制も必要である。

いずれにせよICD、ICFはともに両輪であり、どの職種においても生き方を支える視点に立ち、相手が何を必要としているかを考えた場合、ICFの理念を欠いたサービス提供は、決してあってはならない。

文献

- 1) 生活機能とは何かーICF：国際生活機能分類の理解と活用ー. 大川弥生著.
東京大学出版. pp1-11. 2007
- 2) 第2回 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会資料 WHO-FIC チュニス会議報告資料より <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1213-6b.pdf>
- 3) ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー. 障害者福祉研究会編. 中央法規出版. p 3. 2002
- 4) ICF の理解と活用. 上田敏. きょうされん／萌文社. pp11-14. 2007
- 5) ICF の視点に基づく高齢者ケアプロセス 安藤邑恵、小木曾加奈子編著. 学文社. p 5. 2009
- 6) 「生活機能」向上をめざしてーICF の保健・医療・介護・福祉・行政での活用
仲村栄一、大川弥生、上田敏、丹羽真一 平成 17 年度厚生労働科学研究・研究推進事業 研究成果発表会 障害保健福祉研究情報システムホームページ
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/icf/nakamura/checklist.html#zu_02
- 7) ICF 国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー. 障害者福祉研究会. 中央法規出版. p5. 2008
- 8) 知っておくべき新しい診療理念 (70) ICF (国際障害分類). 千野直一. 日医雑誌 134. pp2396-2397. 2006
- 9) 生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン. 川島孝一郎. 第 5 回終末期医療のあり方に関する懇談会 (厚生労働省) 資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-14d.pdf>
- 10) ICF を取り入れた介護過程の展開. 黒沢貞夫編著. 建帛社. p78 . 2008
- 11) 終末期の判断と終末期医療の方針決定. 川島孝一郎. インターナショナルナーシングレビュー. pp21-28. Vol.31、No.2. 2008

3. ICFを基礎とした

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

の概要

3. ICFを基礎とした『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の概要

1) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の出自

本マニュアルは、

- ① 医師が、
- ② 退院を目指す患者・家族等に対して、
- ③ 当該対象者等が、
- ④ 安心して退院後の生活をイメージし、かつ具体的行動が可能であるような、
- ⑤ 医師の説明責任を果たすための、
- ⑥ 最低限の説明内容を
- ⑦ 記載したものである。
- ⑧ さらに、具体的な生活支援策の提示を記載している。
- ⑨ ①～⑧により、当該対象者等が退院後の進路の決定が可能となるための
- ⑩ 最低限の基礎知識を習得できるように計らったつもりである。
- ⑪ 本マニュアルは、当該対象者等の『退院を強制するものでない』ことが第一である。
- ⑫ ①～⑪が十分に説明された結果として、
- ⑬ 退院後の在宅移行は『たまたま起こる』意思決定であり、
- ⑭ むしろ、医師の説明が十分に果たされたか否かの検証こそが求められるものである。
- ⑮ したがって、本マニュアルに基づく『十分な説明』が行われたことを示す
- ⑯ 具体的な記載が、カルテに残されなければならない。
- ⑰ つまり、当該対象者等の『意思決定が重要ではない』、『意思決定されなくとも良い』、
- ⑱ むしろ、意思決定可能であるような『十分な説明をしたか否か』が重要である。
- ⑲ 本マニュアルは最低限であり、これ以下の説明であってはならない。
- ⑳ 本マニュアルの内容以上に肉付けされた更なる説明が求められる。

2) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の構造

本マニュアルは、

- ① ICFの生活機能＝生きることの全体、に基づくこと
- ② 生きることの全体が支援されること
- ③ 生きることの全体における健康状態、を理解すること
- ④ 健康状態が支援されること
- ⑤ 具体的な支援策の提示
- ⑥ 全員での支援の協議

の順序となっている。

図 a は、説明のフローチャートを示す。

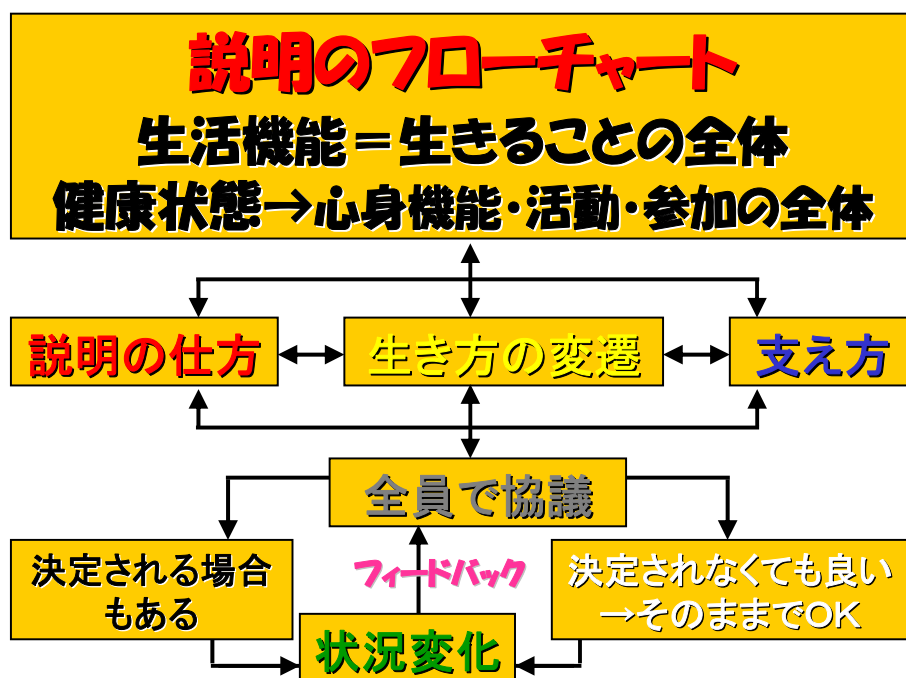


図 a

説明は

- ① ICFの生活機能=生きることの全体、の理解
- ② 生きることの全体における健康状態、の理解

を基に、

- ③ 説明の仕方の基本
- ④ 生きることの全体における生き方の変遷の説明
- ⑤ 生き方の変遷の各段階における支援策の提示
- ⑥ 全体での支援の協議
- ⑦ 決定は十分な説明の結果にしか過ぎない

となる。

3) 健康状態¹²⁾

健康状態は構成概念である。

健康状態は単に心身機能のみで評価されるものではない。心身機能・活動・参加の全体像であり、人が「このように健康である」と思考の上で構成する構成概念である（図 i）。

基底還元主義¹³⁾あるいは要素還元主義による科学的身体論に偏重しやすい医学的視点に対して、ICFは健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体として見られやすい心身機能を、活動・参加を含めた総合的に人を見る「統合モデル」と考える。

ICFを用いて人生の集大成を支える 障害をあるがままに認める。五体不満足の思想

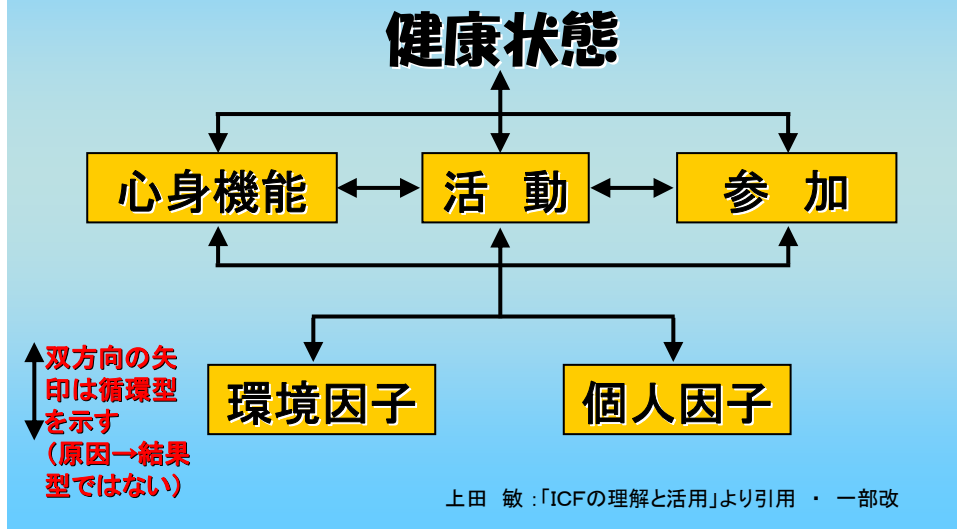


図 i

従来、医学が用いてきた基底還元主義あるいは要素還元主義による健康状態の評価の概略は図 ii のように示される¹⁴⁾。

心身の健康を100%と見立て、老化・病気・事故等による心身の質・量の低下を不健康とみなす。比較論・価値論であり較差を数値化し、標準化された低下状態に対して価値を上げる努力目標を立てることが可能となる。

基底還元主義あるいは要素還元主義は比較評価により標準化可能な利点があるため、疾病・傷病が治療可能な場合において力を発揮する。「下がった点数を回復しましょう。」「胃がんを手術で取り除きましょう。」「肺炎を抗生物質で治しましょう。」等はこの類である。医学の進歩や文明の発達も同様である。

しかし、この主張を治療不可能な場合に当てはめると問題が生じる。治らない疾病・傷病は低下した点数のままで、「あなたは100点満点の5点である。」等の評価を下される。さらに「あなたの点数は回復不能である。」と医師が主張せざるを得なくなる。

回復不能であることを伝えられた患者は、「点数が5点しかない。」と絶望する。しかも医療的な対処法がないと宣言されるため逃げ道に窮する。解決法を探したあげくに、説明した医師も、説明を受けた患者側も「生きられない。」という袋小路でさまよい、結果としてある点数以下になった人は、両者ともにすべて標準化した終末期という概念を当てはめ画一的な対処を求めようとする。

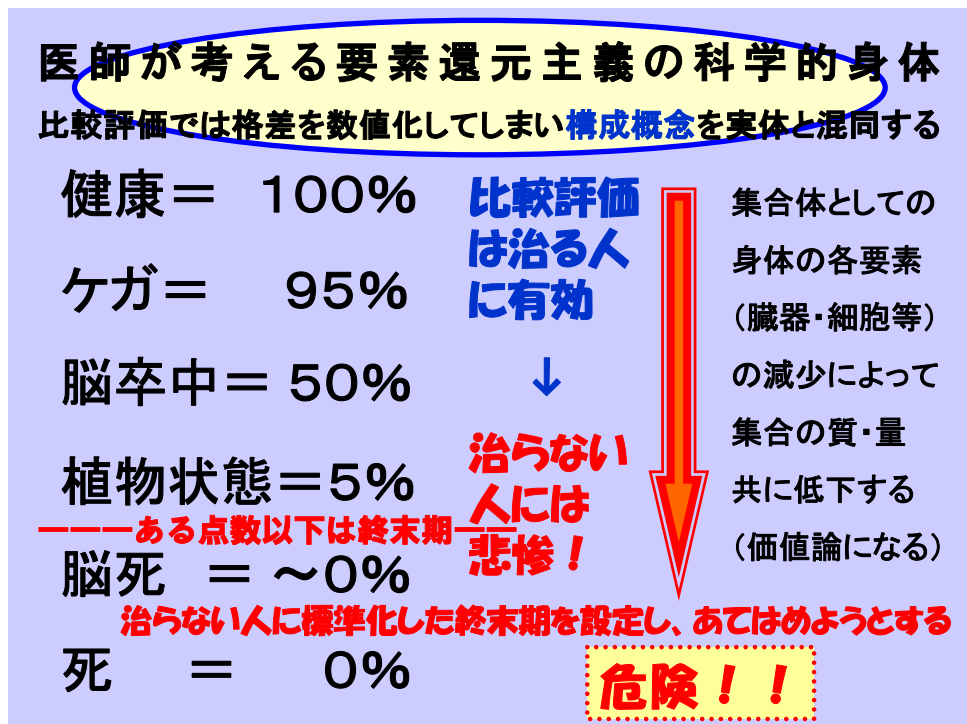


図 ii

このように構成概念であるものを点数化できる実体と誤認する。終末期及びその対応を一律に規定しようとする主張の根拠は基底還元主義や要素還元主義から派生する。したがって、治療不可能な場合にこの思考プロセスを用いてはならない。

『治療不可能な場合』には、どのようなプロセスを要するであろうか。

ICFは、健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体としての心身機能ではない、活動・参加を含めた総合的に人を見る「統合モデル」と考える¹⁵⁾(図 iii)。

「統合モデル」における健康状態は、衰えた心身機能を持ちながら行い得る精一杯の活動・参加の統合された全体として捉える。置かれた状況においてできうる限りの平衡状態を保っているならばそれを認めるものである。

植物状態の人が行える最大限の仕事は「まさに生きているというそのもの」であるとすれば、その状態をそのまま認め、かつ維持できるように計らう。

そのまま認めるか否かは人間の思考が構成することであり、したがって健康状態は構成概念である。

単に物理的に完全な身体機能を持って健康状態と解釈するものではない。

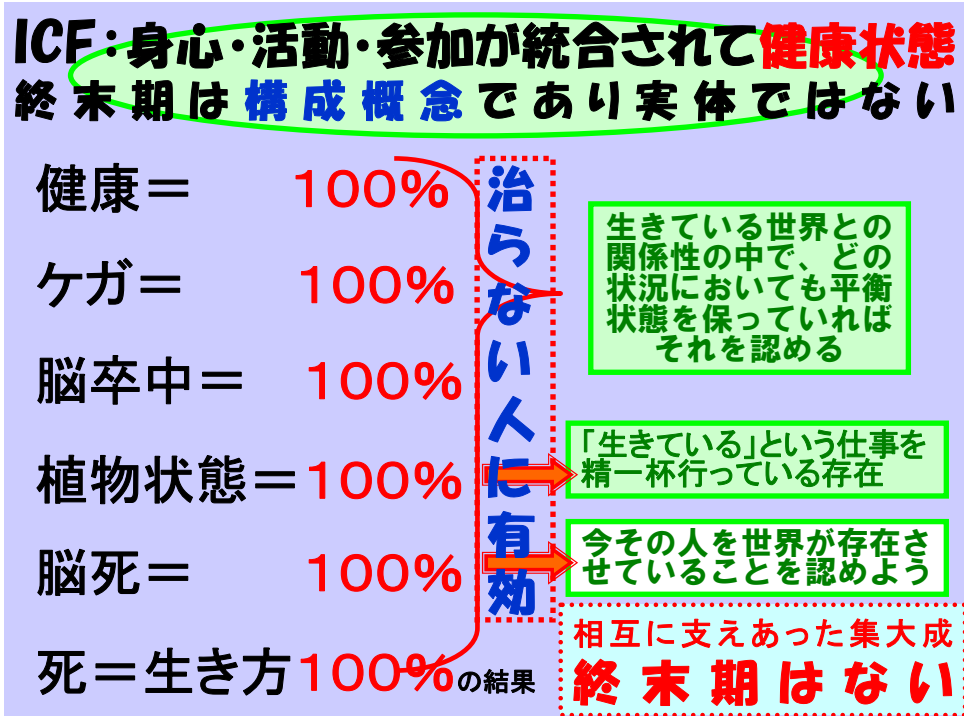
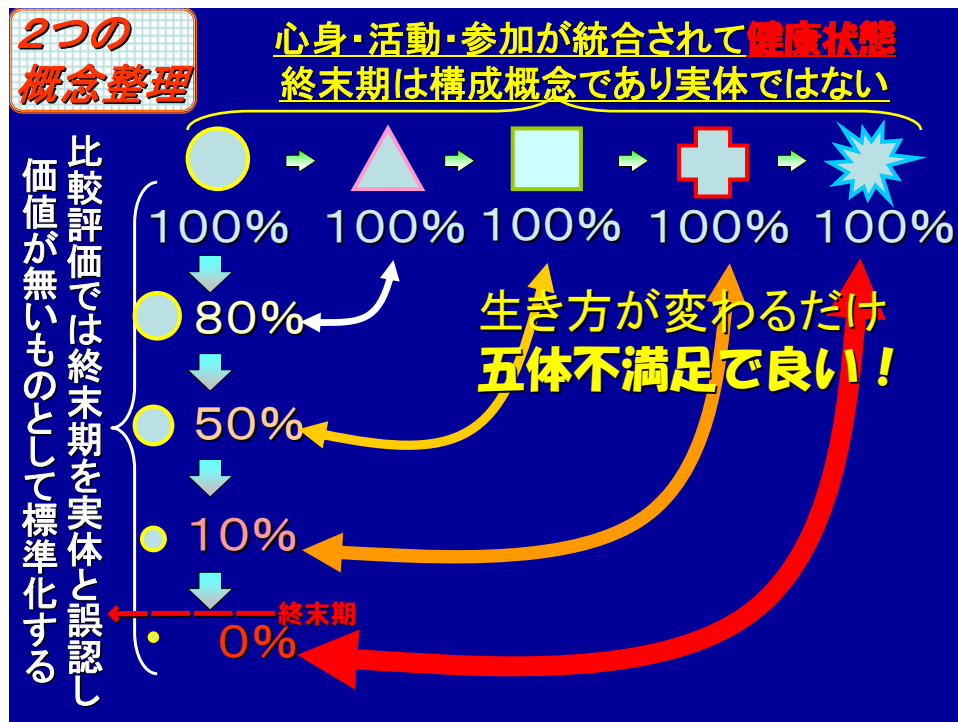


図 iii

治療不可能な状況に置かれた人は I C F の健康状態を用いることにより、いずれの心身機能においてもその状況下での統合された健康を維持しているとみなされる。これにより治療不可能な状況に置かれても 下がった点数評価に囚われることなく、「新たな健康状態にいる」とみなすことが可能となる。 置かれた状況での精一杯の生き方を支えることで当該健康状態は維持される。



図iv

このように、健康状態の概念は二つに大別され、

- (1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。
- (2) ICFによる、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

がある。この二種類の健康状態を模式的に示したものが図ivである。

横軸にあつては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（+：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（*：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば健康状態と構成する。五体不満足でもより良い生き方が可能という思想である。

4) 健康状態を包括する『生活機能』

生活機能とは『生きることの全体』を意味する。したがって「生活機能を向上させよう」といえば、それはその人の生きることの全体を向上させようとするのである。

「生活機能に問題が生じた」といえば、それは生きることの全体に影響を与える何らかの問題があるのであり、その問題を解決すべく行動しなければならない。

すべからく生活機能を支えるためには、生きることを全体的に把握し、対処し、そしてバランスが取れるように計らわなければならないのである。

今までの医学のように狭視的に身体機能の向上を目指すものではない。

3) の健康状態が包括的かつ安定的に維持されるためには、環境因子・個人因子を含めた『生きることの全体』の視点からものを言わなければならないし、支援しなければならない。

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』は早く在宅復帰させることを目的にしていない。在宅復帰はあくまで『十分な在宅移行への説明責任を果たした結果』として出現するものである。十分な説明なしに無理な移行を行うことは患者・家族の不幸となる。在宅移行を決定できるためにはその前段階の十分な説明こそが求められるのである。

十分な説明とは何か。今までの医師の説明には何が欠けていたのか、そして不十分な説明に誘導された不完全な意思決定がもたらすものは何か、について医師は深く考えなければならない。

5) 『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

本マニュアルは在宅移行の説明における最低限の必要事項を記載したものである。これにさらに諸氏が肉付けして十分な説明が可能となることを願うものである。

図Aに関しては、3. ICFを基礎とした『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の概要、における2)『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』の構造、の中の図a (p18)に該当するので参照すること。

【説明のフローチャート】

説明のフローチャートは（フィードバックを除いて）互いの矢印が双方向性⇄であり循環型の説明過程であることが特徴である。原因→結果型の説明形態ではない。

本マニュアルは、

- ① ICFの生活機能＝生きることの全体、に基づくこと
- ② 生きることの全体が支援されること
- ③ 生きることの全体における健康状態、を理解すること
- ④ 健康状態が支援されること
- ⑤ 具体的な支援策の提示
- ⑥ 全員での支援の協議

となる。

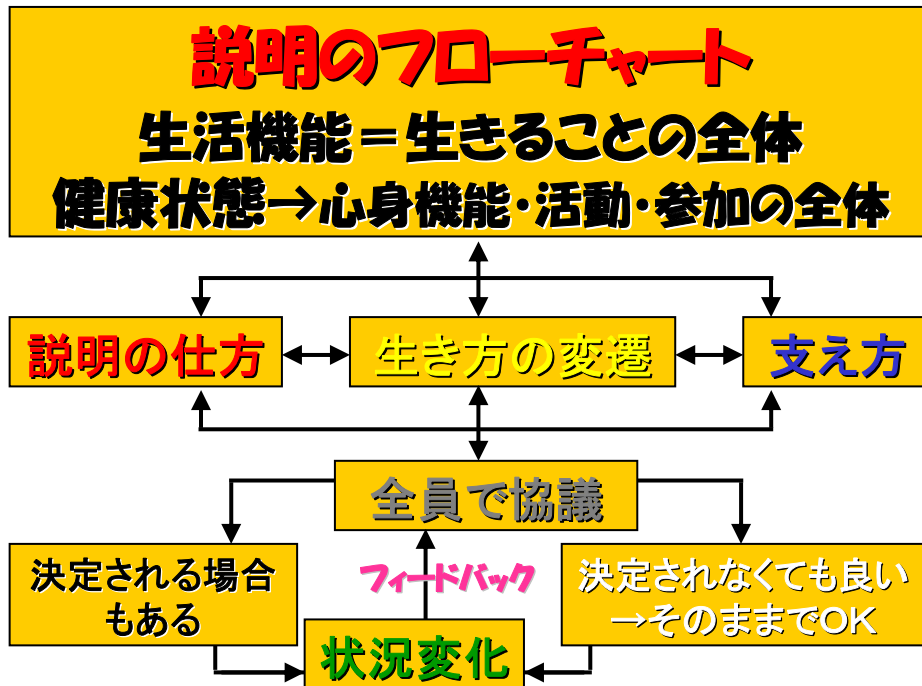


図 a

【対象者の選定】 患者さんはいずれ退院する。当該対象者が入院における医療時系列のどこに位置するのかをまず考えなければならない。

【1】自分の患者さんは入院—検査— 診断確定—治療—退院の時系列の どこにいるのだろうか？

- 1) 症状の聞き取りだけ。検査もこれから、診断もまだ。
- 2) 大きな疾患概念の中のいずれかだが検査が途中。
- 3) 大まかな検査は終了し、疾患もある程度しぼられた。
- 4) **疾患確定、治療を考える。疾患未定、症状改善を試みる。**
- 5) 疾患の性質上、**最初から治療不可能**。経過観察だけ。
- 6) 治療開始。症状が改善。**治癒したら退院だがまだ早い。**
- 7) **治療が終了**。治った。**退院を考える**。(再発はあり得る)
- 8) 治療しても**十分に治らないままゴール**。退院を考える。
- 9) 治療でも**病状進行、医学の限界、終末期**。退院を考える。
- 10) **入院治療を望まない**。退院を希望。退院を考える。

図 1

【1】「そろそろ退院させよう」では遅い！ どの段階で考えるか？

- 1) 症状の聞き取りだけ。検査もこれから、診断もまだ。
- 2) 大きな疾患概念の中のいずれかだが検査が途中。
- 3) 大まかな検査は終了し、疾患もある程度しぼられた。



- 4) **疾患確定、治療を考える**
- 5) **疾患未定、症状改善を試みる**
このあたりから退院を想定し始めること
退院指導の上手な医者になりましょう

図 2

いつから在宅移行が可能となる医師の説明を開始するのだろう。図 2 の 4) 5) の時点がひとつの目安となる。早めを開始したほうが当該対象者等の心のゆとりにつながる。

【1】自分の患者さんは在宅医療の適応になるだろうか？ 以下は**OK**です。

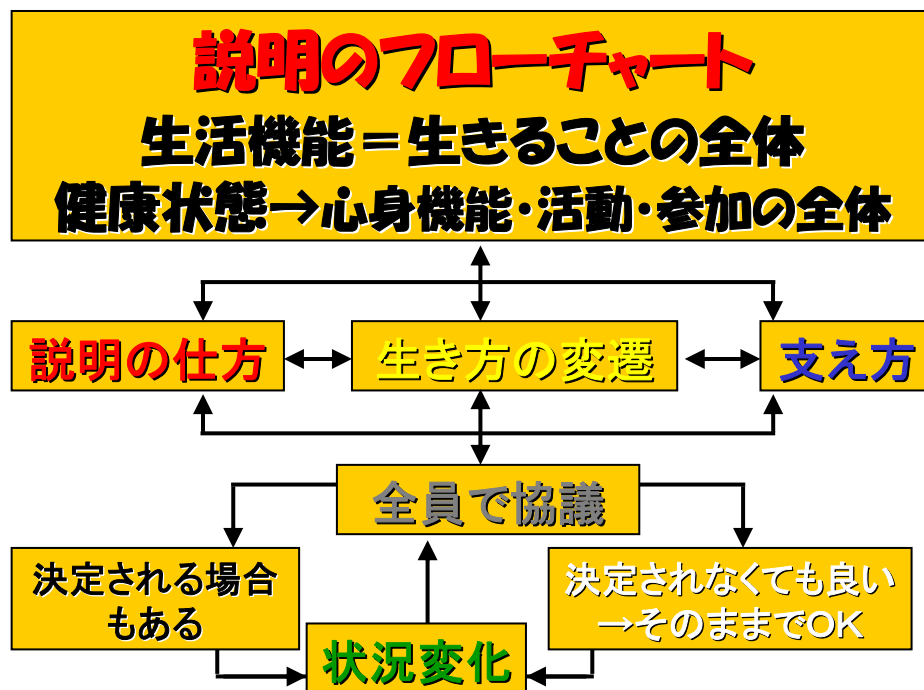
- 1) 疾病・傷病による通院困難 = **臥床状態**
- 2) 疾病・傷病による通院困難 = **車いす・室内介助歩行**
- 3) 急変の度合いの高いもの = (歩けても)**がんの末期**
- 4) 症状の性質上通院困難 = **認知症**で騒ぐ・徘徊する

社会的な理由で通院困難な場合は該当しません
交通の便が悪く、容易に通院できない等、は×です。

図 3

医師が退院を勧めるにしても、在宅医療の適応となる対象者は限定されることを知っていただかなければならない。当該対象者は図3である。

【生活機能と健康状態】



図A

当該対象者に対して説明を行うにあたり、事前に医師はICFの生活機能について熟知していなければならない。図Aのように、説明のフローチャートの最上段に位置するのがICFの生活機能である。

生活機能とはその人が『生きることの全体』である。

医師は単に心身状態の改善を支える「病を治す」だけでなく、ICFを用いることにより生きることの全体を支える「人を癒す」のである。

さらに、生活機能＝人が生きることの全体、を支えるためにはその人の健康状態をどのように捉えるかが重要となる。

ICFにおいては、健康状態を『心身機能・活動・参加の統合した全体』としている。詳しくは3)健康状態 (p18)を参照のこと。

図4：生活機能＝生きることの全体、を支えることが医療の重要な任務であることを示す。

入院治療・外来診療・在宅医療のいずれにおいても、検査・診断・治療の目標は生活機能を支えることである。

図5：二十歳を過ぎて体力が衰えるにつれ、ICDに基づく治す医療から、ICFに基づく支える医療への移行が必要となる。現在の日本の医療に欠けている面が「ICFに基づく支える医療」である。

【2】時代はICF(国際生活機能分類) 生活機能を知ろう!

- 1) 合言葉は「生活機能」
- 2) 生活機能とはその人が「生きることの全体」です。
- 3) 「生活機能を支える」=「生きることの全体を支える」
- 4) 患者さんが入院した。
- 5) **検査・診断・治療の目標は「生活機能」を支えることです**
- 6) 治療が終了したら生活の場へもどす。
- 7) 生活できるための説明をする。
- 8) 生活機能を支える支援策を整えて帰す。

図4

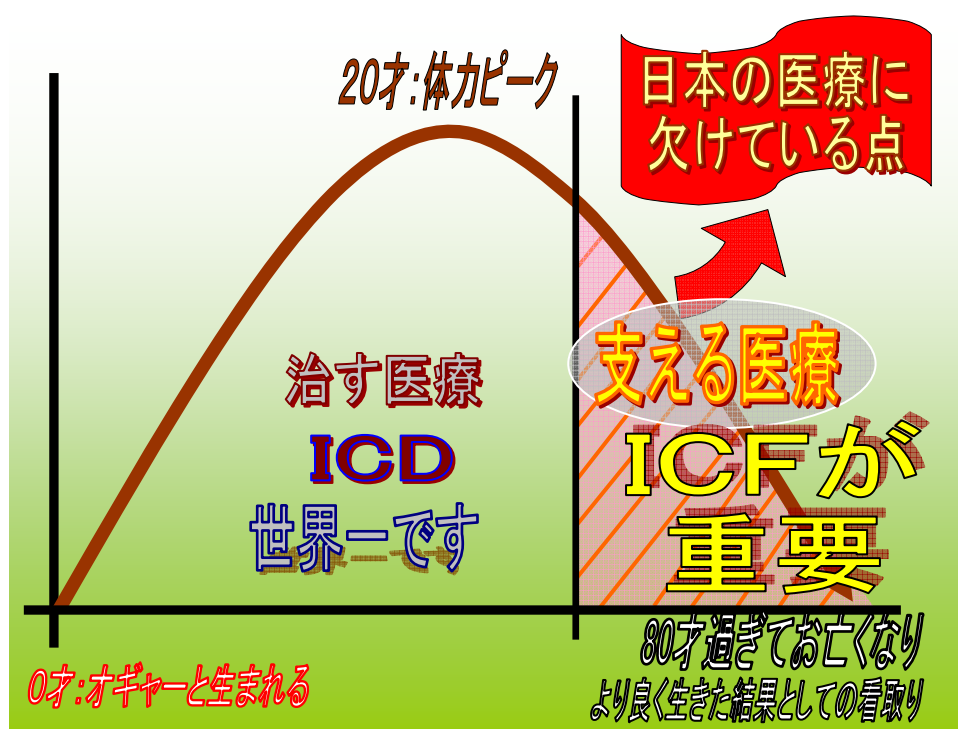


図5

医療提供はすべて生活機能の向上を意図するものである以上、医師が退院を考える時点での当該対象者等への説明は、第一に「あなたの生きることの全体を支えます」という言葉

から始まるのである（図6）。

【2】時代はICF（国際生活機能分類） 生活機能を知ろう！

退院するときの合言葉「**生活機能 = 生きることの全体**」

説明の第一は、**あなたの**
「**生きることの全体を支えよう！**」と言う

ここから始まります。

図6

ICFの概念は、1. ICFは『五体不満足の思想』である（p1）参照。

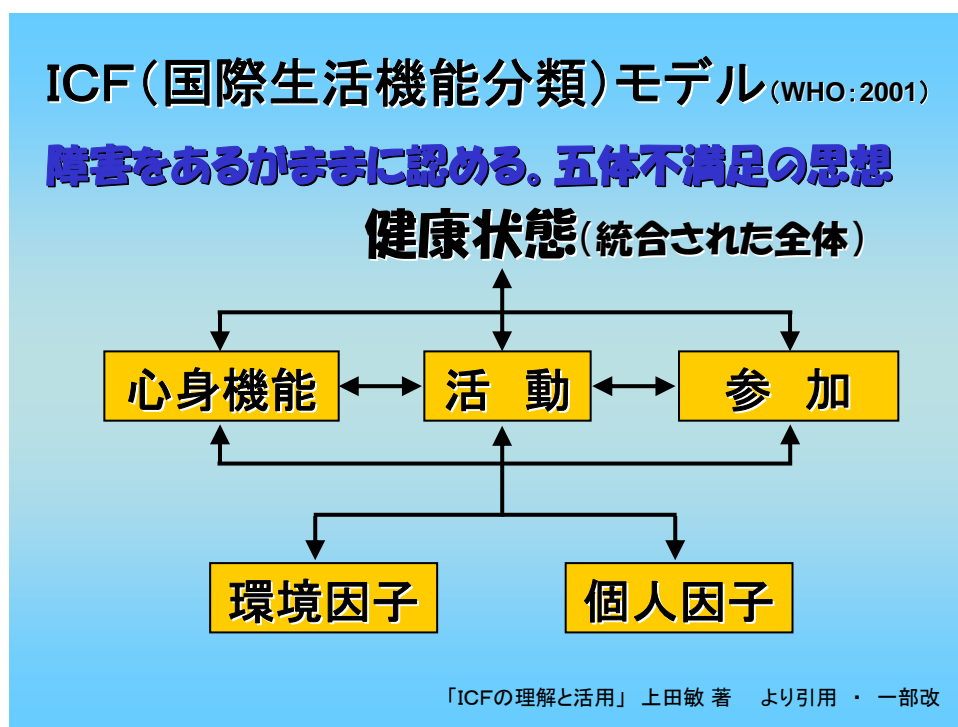


図7

障害を持って人間らしく生きることが可能な意味づけを行うこと、状況を作り出すことが求められる。特に「健康状態」についての意識転換が必要である (pp 18～22)。

【2】時代はICF(国際生活機能分類) 生活機能における健康状態を知ろう!

- 1) 合言葉は「生活機能」= 生きることの全体
- 2) 生きることの全体の中で健康状態を保ちましょう。
- 3) 健康状態ってなんのこと??
- 4) 健康状態とは五体不満足の思想=それで良いのだ!
- 5) 心身が完璧である必要はありません。
- 6) 五体不満足でOK+活動+参加の全体で健康と考える
- 7) 健康状態を支える環境因子+個人因子
- 8) 生活機能を支える支援策を整えて帰す。

図8

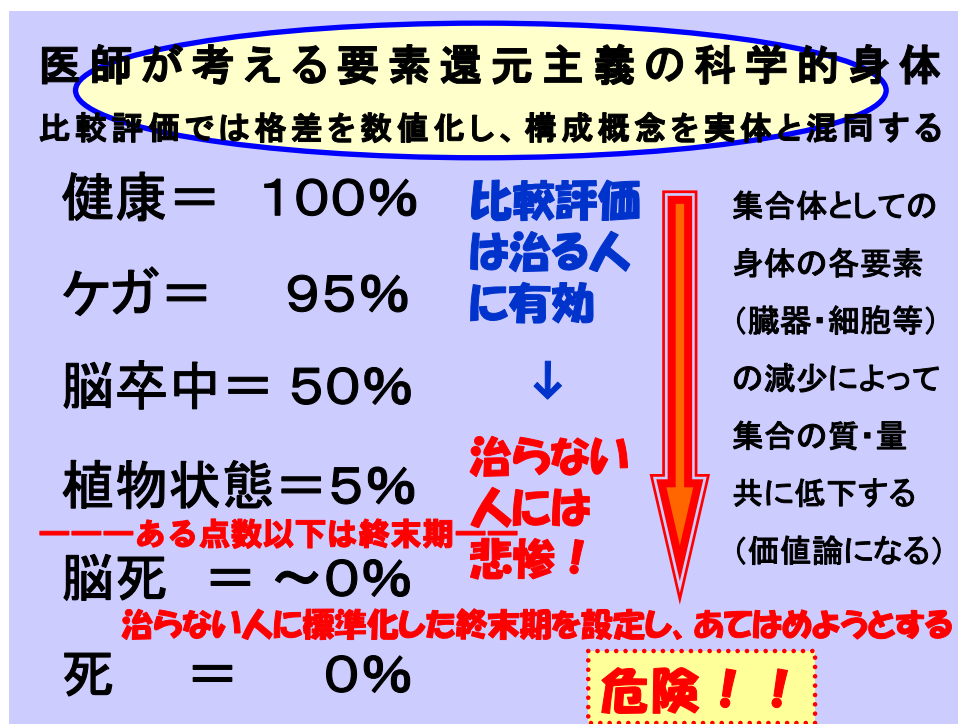


図9

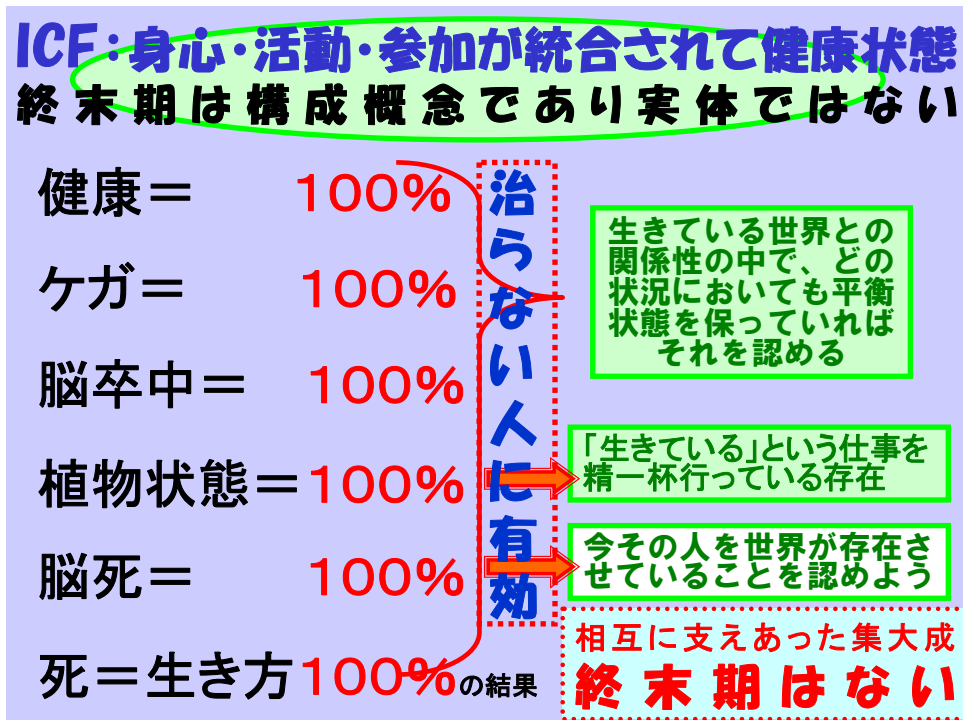


図 1 0

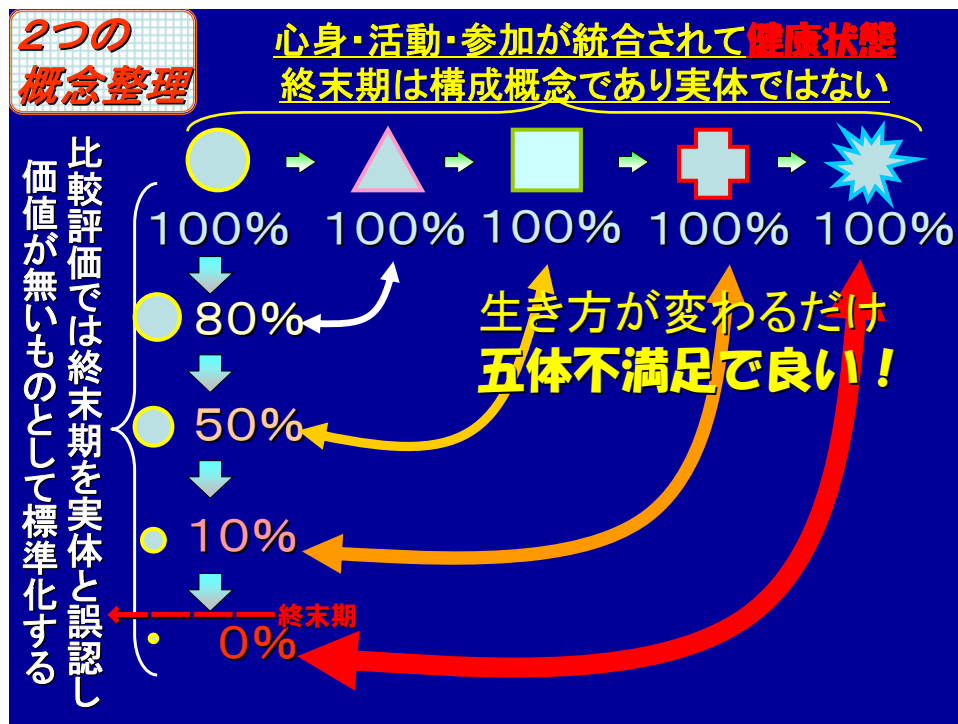


図 1 1

健康状態は、「五体不満足で良いのだ！」という高らかな宣言である。そして行いうる活動・参加を含めた統合された全体として機能するのである。(図 1 0・1 1)

【2】時代はICF(国際生活機能分類) 生活機能における健康状態を知ろう!

健康状態ってなんのこと??

健康状態とは**五体不満足**の**思想**=それで良いのだ!
心身が完璧である必要はありません。

- 五体不満足をありのままに認める
 - 五体不満足でも十分な活動(生活活動)
 - 五体不満足でも十分な参加(社会参加)
- の統合された全体で**健康**と考える

図 1 2

【2】のおさらい 生活機能と健康状態を説明できること

生活機能に着目する。

「**生きることの全体を支えましょう!**」という。

心身が完璧である必要はありません。

「**健康状態だから安心してください!**」という。

心身機能+活動+参加の統合された全体で
健康状態と考える

図 1 3

目の前にそろそろ退院を考える患者がいる。その人は図3のように在宅医療の対象者であるとする。障害(老化・疾病・事故等)を持ちながら生きてゆくことになる。

目の前にいるその人に ICF の生活機能と健康状態を説明し、五体不満足でも人は変らないことを示してあげよう。(図 1 3)

【説明の仕方】

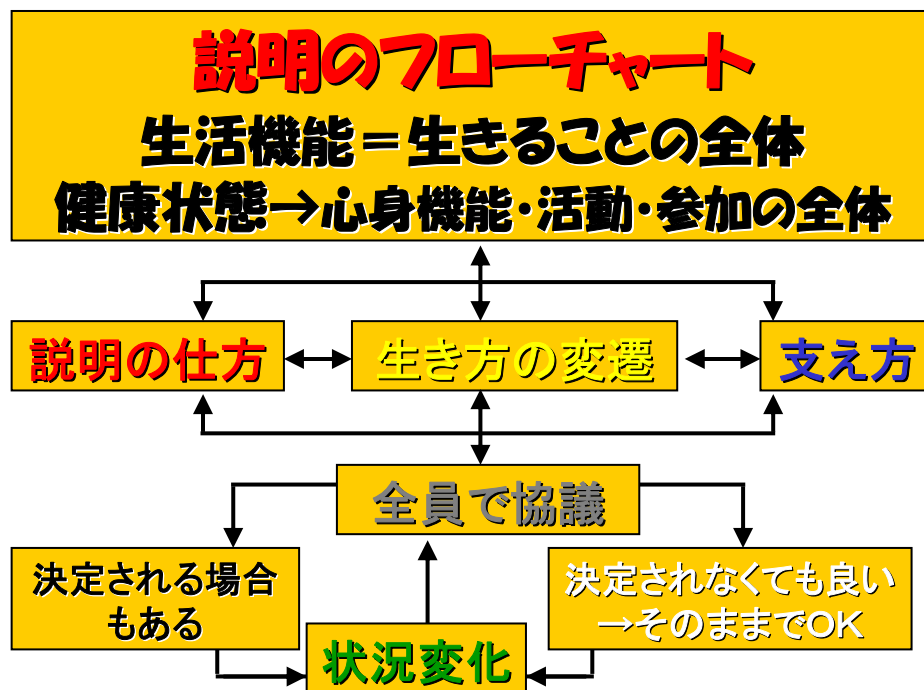


図 A

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』における「説明」は、以下の特殊性を持つ。

ある状態を説明する際に、

- ① 要素の独立性を根拠とし、要素還元主義・基底還元主義を基礎とする科学的視点に立つ 集合的・分析的な説明
- ② 独立しない両者の相対性を根拠とし、統合された全体特性を重視する相対的・形態（ゲシュタルト）的視点に立つ説明

の相異なる二つの説明による対比を用いる。(図 1 4・1 5)

①②の両者は、いずれが優れているかという優劣・善悪・高低・強弱等の対比を示すものではない。置かれている状況によって①が適切な場合、②が適切な場合等、立場の違いにより使用する医師の側がうまく使い分けなければならない。

たとえば、

健康状態の概念は二つに大別され、

- (1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。

(2) ICFによる、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

がある。この二種類の健康状態を模式的に示したものが図11である。

横軸にあっては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（✚：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（✳：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば健康状態と構成する。五体不満足でもより良い生き方が可能という思想である。

この詳しい内容については以下の、平成21年度長寿医療研究委託事業分担報告書「在宅医療の姿を示す等に関する研究」を参照のこと。

研究要旨【1】の内容が該当する。

在宅医療の姿を示す等に関する研究

研究分担者 川島孝一郎 仙台往診クリニック 院長

研究要旨

在宅医療はその性格上療養者の生活に深く係わる医療形態である。生活に深く係わることから、WHOが2001年に示した国際生活機能分類（ICF）に基づく療養者本人・家族等を含めた生活者全体の「ものの見方、考え方」に寄り添うことが要求される。

在宅医療は生活者の生活に根ざすとともに、生活を支える医療として医学知識・医療技術以外についても生活全般の維持と問題解決に係わるものである。

したがって、生活者と医療者双方の人間関係を如何に捉えるかによって異なる。本研究においては、【1】医学人間関係論としての在宅医療の特殊性、【2】ICFに基づく生活者の生活を支える医療提供のあり方を論ずるものである。

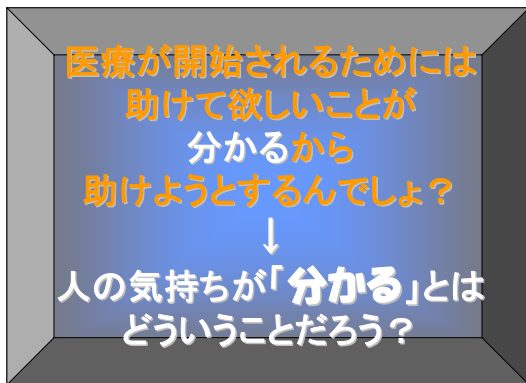
【1】医師及び医療全般が生活者の生活範囲に含まれる（内包型の医療）あるいは生活に統合された医療であり、医師－患者が対峙する主客分離形式の要素還元主義・分析型医療提供だけではないこと。

【2】生活範囲に統合された医療提供は、ICFの生活機能（生きることの全体）を支えることを目的とすること。そのために心身状態・活動・参加の統合された「健康状態」を支える環境因子・個人因子等の総合的支援が在宅医療において重要であること。

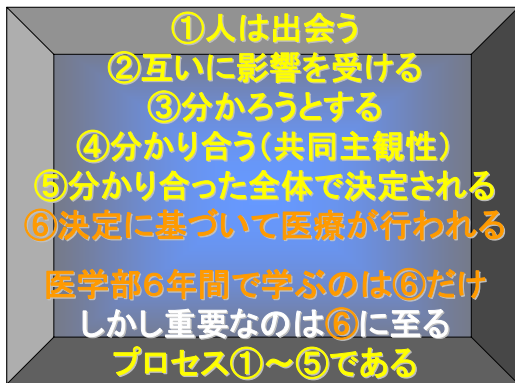
等を示す。

【1】医学人間関係における在宅医療の特殊性

医療が開始されるためには、第一に患者・生活者の要求する意思が「分かる」ことから始まる。医師が（あたかも分かったかのごとくに）勝手な医療提供を行えば必ず軋轢が生まれる。



したがって、医師は「人の意思・心・考え等が分かる」ことについての理解がなされなければならない。

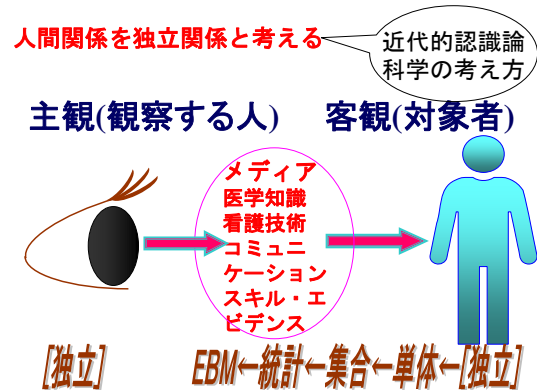


まず①人は出会う。そして②出会った瞬間から影響を受けることとなる。医療提供のためには相手の意思が分からなければならないので③分かろうとする。④分かり合うこと（両者の共同主観性の構築）がこのプロセスにおいて最重要である。⑤分かり合った両者による選択と決定が行われる。

これが意思疎通のプロセスである。

科学的医学においては、しばしば要素還元主

義・主客分離型を基本とする対象独立型の把握が先行するために、観察者と対象者の関係を下図のように設定しがちである。

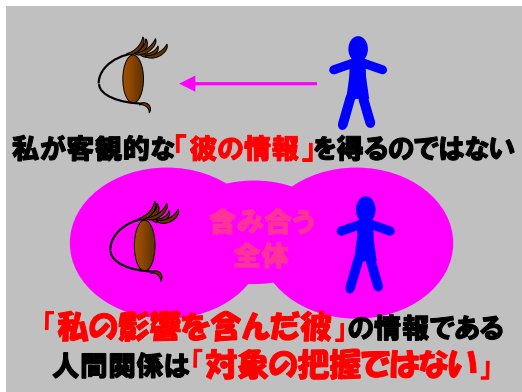


しかし、人間関係は独立関係ではない。

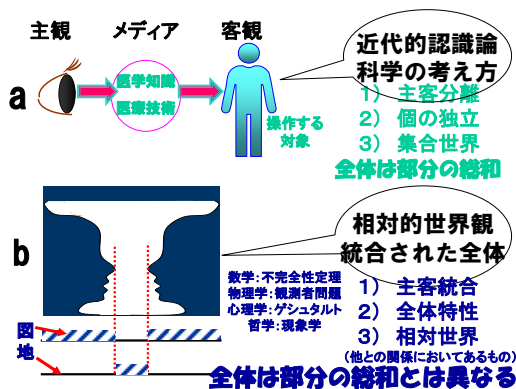
太陽を見る観察者にとっては、その視覚領域に太陽が組み込まれる（含まれる）形式となる。したがって対象が観察者の知覚範囲（意思の範囲）の中に組み込まれる包含関係を形成する。これを一般に「知覚は対象を含む」という。



したがって、人が出会った瞬間から両者がそれぞれ互いの知覚範囲（意思の範囲）に組み込まれるので、相手の情報は『私の影響を含んだ情報』となり、もはや独立した情報ではない。

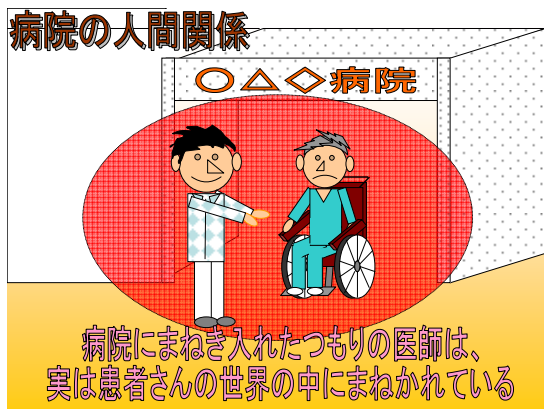


元来人間関係は「対照の把握であったためしはない」のである。

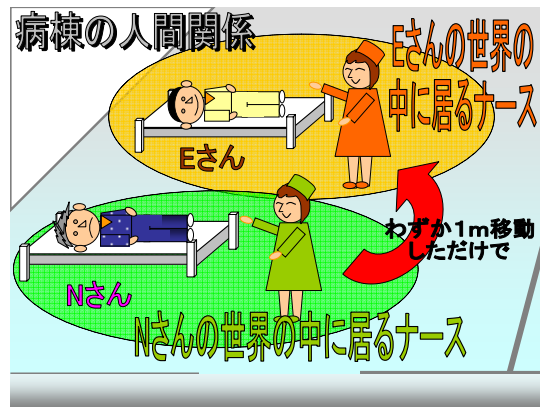


上図のように、医学は **a** のように独立した対象を分析的に論ずるものであるが、人間関係に **a** を持ち込むことは事実^に反する。**b** は相対的人間関係を示すもので、ルビンの壺における顔と壺が互いの影響下にある統合された全体を形成している。

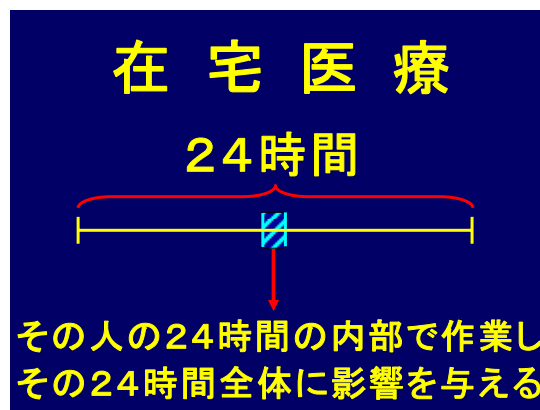
本来の人間関係は **b** である。科学的分析型の **a** に基づく人間関係論は本来の姿 **b** を歪めたものであり、応用する場合には十分な注意が必要である。



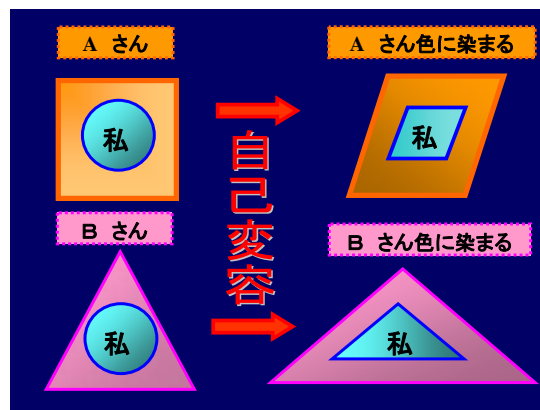
したがって、病院・病棟における人間関係は主客分離型の関係ではなく、患者の世界に組み込まれた人間関係を形成するものである。



在宅医療においてはこの関係がさらに広範囲で密度を深める。



在宅医療は患者宅の内部で医療提供を行うため、物理的にもすでに彼らの生活空間に組み込まれた医師として振舞うことになる。



Aさん宅に伺えばAさんの家風・絆に触れ、生活構造を物理的にも・心理的にも歪めないように計らいながら医療提供を行うことになる。

Bさん宅に伺えばBさんの家風や絆に寄り添う医療提供が成される。

この場合、患者を変えることより先じて、第一に家風や絆を壊すことがないように **医師(私)が変わる(自己変容)** が求められる。

これは、科学的医学が対象を変えることに比べ非常に特徴的なことである。

医学人間関係においては、その序列の第一に医師が自己変容することによって、初めて患者の心に寄り添う医療提供が行い得るものと理解される。

【2】生活機能（生きることの全体）を支える

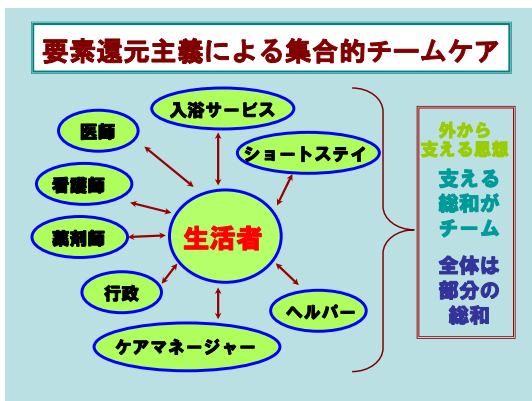
上記のように医師－患者関係のみならず、在宅ケアに関与するすべての人間同士の関係は次図のように、互いに影響を受けたケア提供となる。

したがって、生活者に相対したケア提供者ごとに生活者の顔は異なるため、全体を統合的に把握することが求められる。

①「在宅医	— 生活者	「 」
②（ケアマネージャー	— 生活者	（ ）
③【看護師	— 生活者	【 】
④<訪問リハビリテーション	— 生活者>	< >
⑤『ヘルパー	— 生活者	『 』
⑥{入浴サービス	— 生活者}	{ }

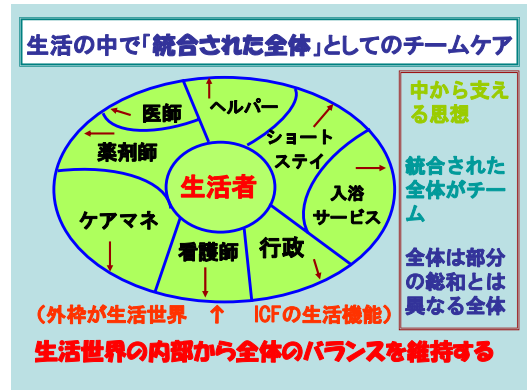
この各々が**統合された全体**を意味する
全員が全体を把握するために
ケアカンファレンスが必要

在宅ケアの概念図は下図ではない。



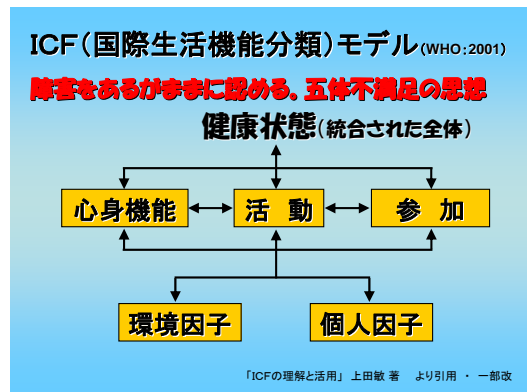
むしろ、生活者の生活世界の内部構造に組み込まれた医療者・ケア提供者となるために、その概念図は次図のように描かれる。

我々は生活者の生活世界の構造を形成する諸部分となりながら、全体構造が破綻しないための方策を全体で協議し、かつ運営することとなる。



このような概念図に最も調和するものが ICF である。ICF の健康状態は単に身体的健康を意味しない。衰え、低下した心身機能であったとしても、その機能を最大限に生かしたその人なりの活動や参加が行えることの全体を「健康状態」と評する。

五体不満足であっても精一杯の生きることが可能であるように支援することが目的となる。



在宅医療は正に生活者の「生きることの全体」を支える医療である。

今後【1】に基づく人間関係を基本とし、【2】ICFに基づく生きることの全体に関与し、かつ生きることの全体を支える医療提供が成されることが在宅医療の重要な任務となるものである。

意思決定に必要な説明は選択肢がなければならない。最低二つの相異なる説明を要す。

【3】いずれは最期を迎える日が来るので、
「どのように生きていきたいのか？」を
聞いておきましょう

最低限 **「二つの説明をしましょう」**

選択できるように！

説明は **「相異なる説明」** でなければなりません。

同じ方向の説明では選択できないから。

二つの説明は

① **ICFの健康状態に基づく統合的身体論**

② **要素還元主義に基づく科学的身体論**

①②のいずれが「生き方に合うか」を考えてもらうのです。

図 1 4



図 1 5

治らない状況下にある場合には I C F の健康状態の説明が必要となる。

【3】最低限「**二つの説明をしましょう**」

なぜなら、選択できるように！

説明は「**生き方を支える説明**」でなければなりません。

二つの説明は

- ① **ICFの健康状態に基づく統合的身体論**
治らない人に有効！その人固有の
生き方に沿いやすい。オーダーメイド
- ② **要素還元主義に基づく科学的身体論**
治る人に有効！標準化できるので
画一的になりにやすいため注意が必要

図16

さて、医師はICFに基づく生き方の説明、さらに相異なる説明をしているだろうか。

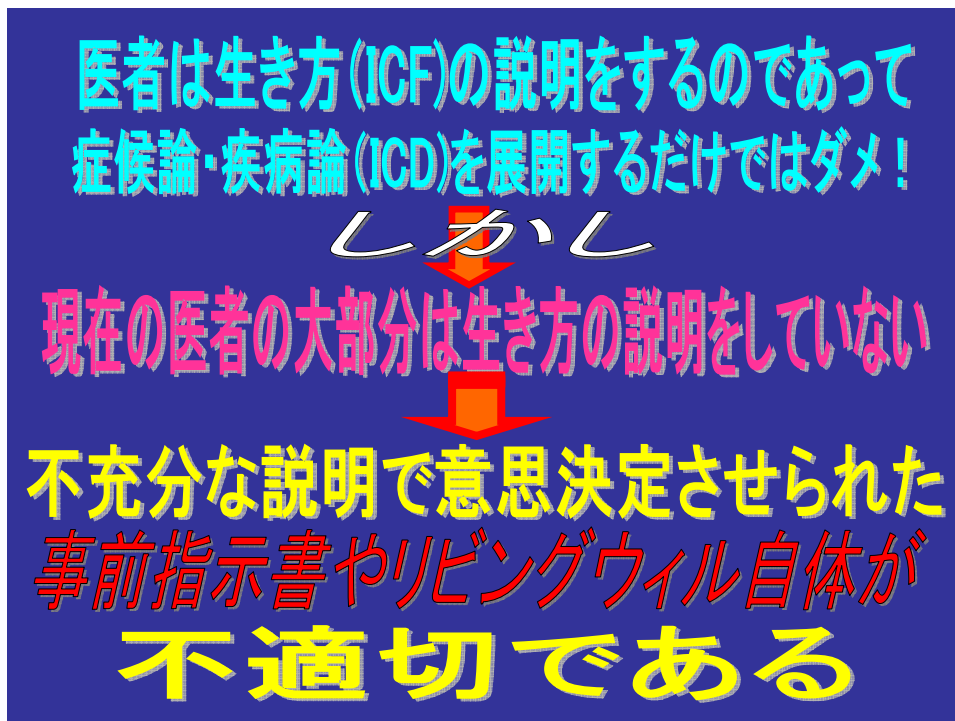
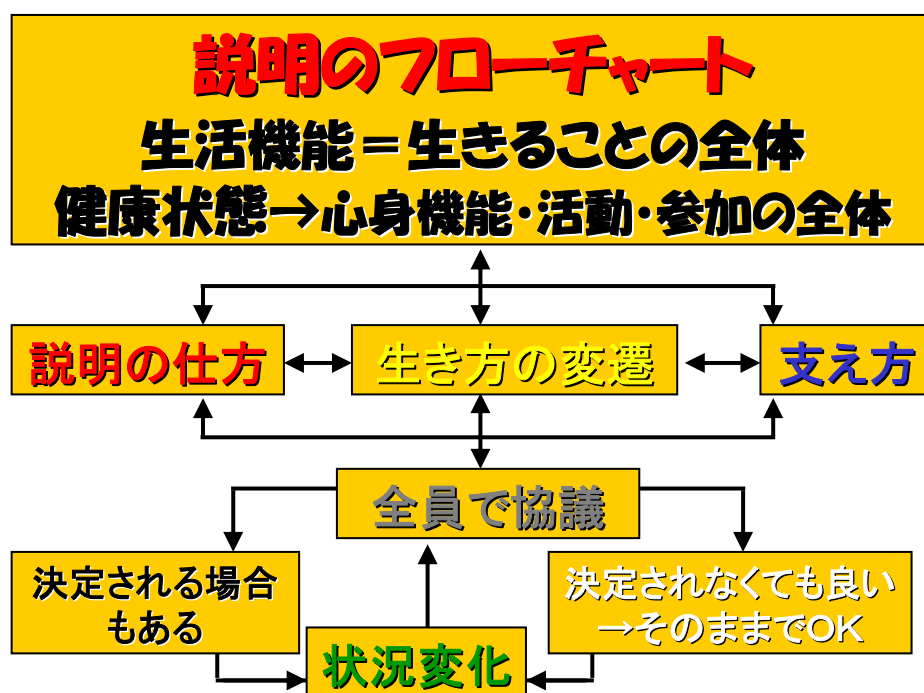


図17

不十分な説明に誘導された意思決定はもともと不適切・不完全な意思決定である。注意！

【生き方の変遷】



図A

状況の変化によって人の生き方は変遷する。しばしば「より良い死に方」「満足死」「尊厳死」等の語句が使用されるが、これはすべて実情に適合しない語彙である。

まず、自分の死について考えてみよう。

● 自分の死

自分の死は構成概念である¹⁶⁾。

人は誰も死を迎えることについて異論はないであろう。

しかし、自分の死について考えると事情は異なる。我々の知覚作用が消失する死においては、生きている時点で客観的な「他人の死」をまざまざと見ることはできても、「自分の死」は決して知覚できない。すなわち自分の死は絶対的に実体としては知覚されないのである。

(1) 死は人生の出来事ではない。人は死を体験しない。ウィトゲンシュタイン：論理哲学論考、6.4311、R & K. P、London、1978。

(2) 死ぬことは、もはや他人によってしか存在しないように宣告されること。他人の観点の勝利。サルトル：EN、pp615-633、現象学事典、p165、弘文堂、東京、1994。

したがって、絶対的に経験不可能な死に関して、いかに説明したとしても、そのあらゆる説明は本人にとってはあくまで構成概念でしかない。

(3) 生きている今の自分を自ら引き受けようとするにおいて、死を先駆的に構成することは本人の実存可能性と結びつく。ハイデガー：SZ、§46-53、現象学事典、

p164、弘文堂、東京、1994.

死について思いをめぐらすことは、生きている今を如何に生きるかとしてのみ経験可能であるため、如何に死ぬかではなく「如何に生きるか」ということとなる。

(4) われわれは常におまけに死ぬのである。サルトル：EN、pp615-633、現象学事典、p165、弘文堂、東京、1994.

自分の死は知覚されない以上実体ではなく構成概念である。生きている今を如何に生きるかについて、①医師を含めた関係者と患者・家族との間で「より良い生き方」の協議が十分に行われること、②生きている今が十分に保障されること、③残された時間がわずかでもより良く生きることが可能な体制整備が構築されること、等が重要である。

つまり、本人が経験することは唯一「生きていること」であって「自分の死」は絶対に経験しない。あくまで「そのように死ぬであろう」と思考の中で構成した構成概念である。したがって、本人が経験しない「死」に対して「より良い」「満足」「尊厳」等の美辞麗句で形容することは、本人にとっては意味を成さないことである。

本人が唯一経験するのは、まさに今、生きていることだけである。とすれば本人にとって意味があるのは「より良い生き方」であり、「満足した生き方」であり「尊厳ある生」である。

尊厳死等のように死を目的とした語彙の使用は不適切である。

【4】 次に、生き方の変遷を説明しましょう

そのときに必要な言葉は、

「生きることの全体を支えましょう！」です。

なぜなら人は自分の死を絶対に経験しない

「経験するのは生きることだけ、

だから安心して生きましょう！」という。

死は**「よい良い生き方」・「尊厳ある生」**の結果としてある日、たまたま訪れるものです。

死を目的にはいけません！！

図 1 8

● 尊厳

尊厳は構成概念である。

本来、日本では使われていなかった言葉で、明治時代に政治と宗教を論じる場面に用いられたのが最初（1874 明六雑誌 第5号）である。その後利用される対象が「個人」に変遷してきたが、従って当時とは意味も変遷しているを見なすことができる。

英語には二種類の尊厳がある。

一方は Sanctity である。Sanctity of Life（生命の尊厳）などとして使われる。Sanctity は「それ自体尊いもの」である。人間は誰しも尊厳そのもの。健常人も、障害者も、植物状態の人も、ホームレスで生活する人も、人間として誰しも尊厳そのものである。

心身機能を比較して健康から低下した状態と如何に位置づけたとしても、尊厳を Sanctity と構成した場合においては、いずれの状況下で生きる形態が変化したとしても、いずれの状態も尊厳そのものと意味づけることが可能となる。

すなわち、図19の横軸にあつては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（+：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（*：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば尊厳そのものと解釈する。

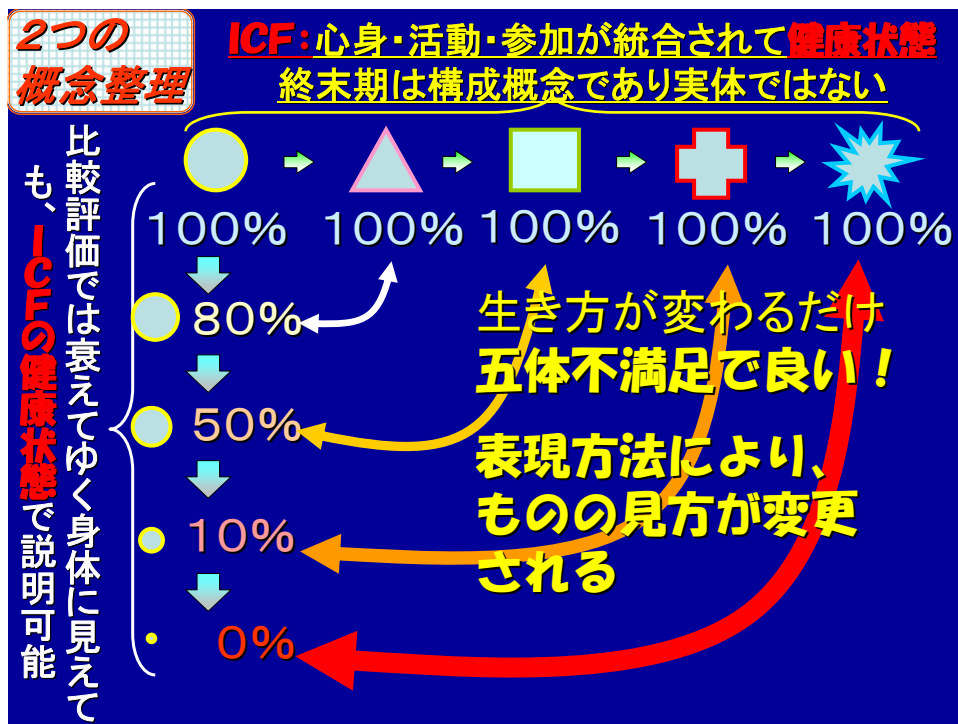


図19

五体不満足でもより良い生き方が可能である。

Sanctity:人間は誰しも尊厳そのものである。これは優劣のない平等の思想に関連する重要な概念である。一般に「人の尊厳」はSanctity:それ自体尊いものと理解される。

他方で Dignity という尊厳がある。元来高貴、威厳、高位という意味を持つ。したがって、ものごとを価値（価値論は比較による）として比較する内容となる。Dignity が低い場合には、すなわち尊厳がないと解釈され「生きるに値しない」と比較評価される。比較論であるため優劣を数値・点数等で評価する解釈になりやすい。何点以下の人は「生きるに値しない」と評価されると標準化した差別が行われる危険性をはらみ、この概念によるホロコーストが歴史の過去に何度も登場している。（図 ii : 実体と考える・価値判断で比較し優劣をつけた尊厳概念）

Dignity:比較される人間の価値としての尊厳である。

この語彙の使用に際しては十分にその危険性を認識すること。使用する側が知らず知らずに人を比較し人に価値をつけている。価値がある人間・価値が無い人間等の差別を行う「自分」に気づく必要がある。

「人は誰しも尊厳そのもの」という意味は五体不満足の思想と連動する。

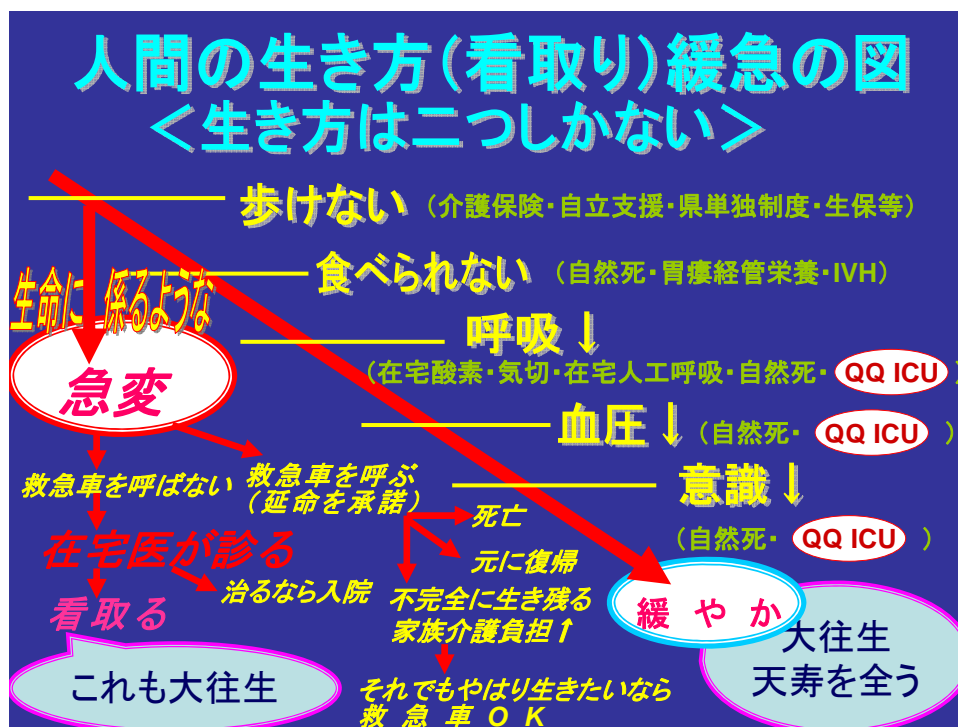
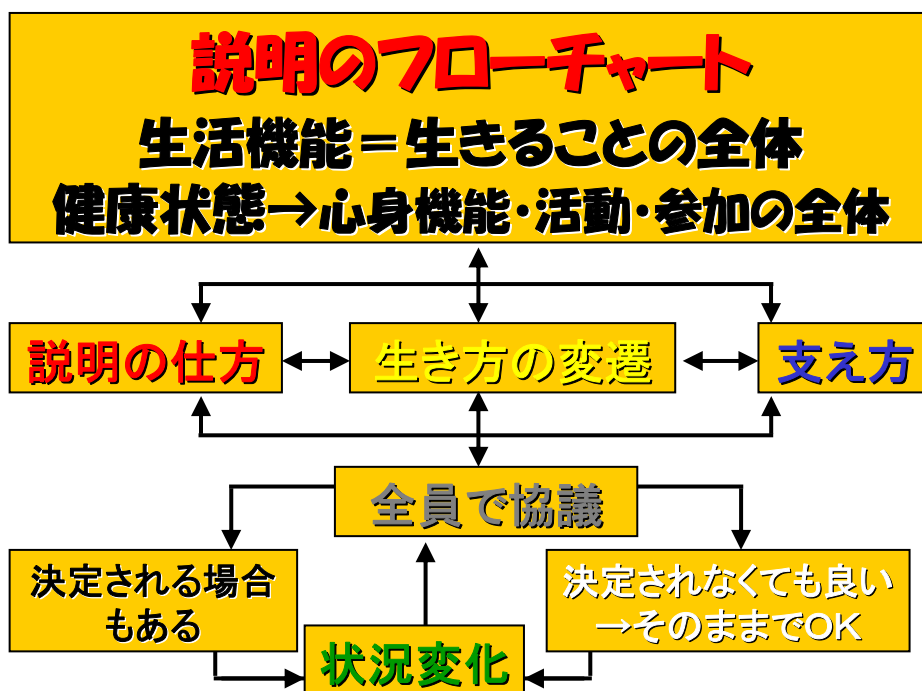


図 2 0

図 1 9・2 0 の生き方の変遷のプロセスごとに、歩けなくとも、食べられなくなっても、人工呼吸器を装着しても、脳死であっても、より良い生き方が説明されて、五体不満足であっても十分な支援策が提示できるように計らわなければならない。

【支え方】



図A

【5】「**生きることの全体**」を支える
支援策の説明と具体的提示が必要！

支援策は

《**ICFの健康状態に基づく統合的身体論**》

- ① **治らない人に有効！ 五体不満足でOK**
- ② **その人固有の生き方に沿いやすい
オーダーメイド**
- ③ **心身状況に見合った最大限の活動**
- ④ **心身状況に見合った最大限の参加**
- ⑤ **①～④が可能となる制度活用**

図2 1

図2 1に示される①～④が可能となる制度活用の説明が求められる。

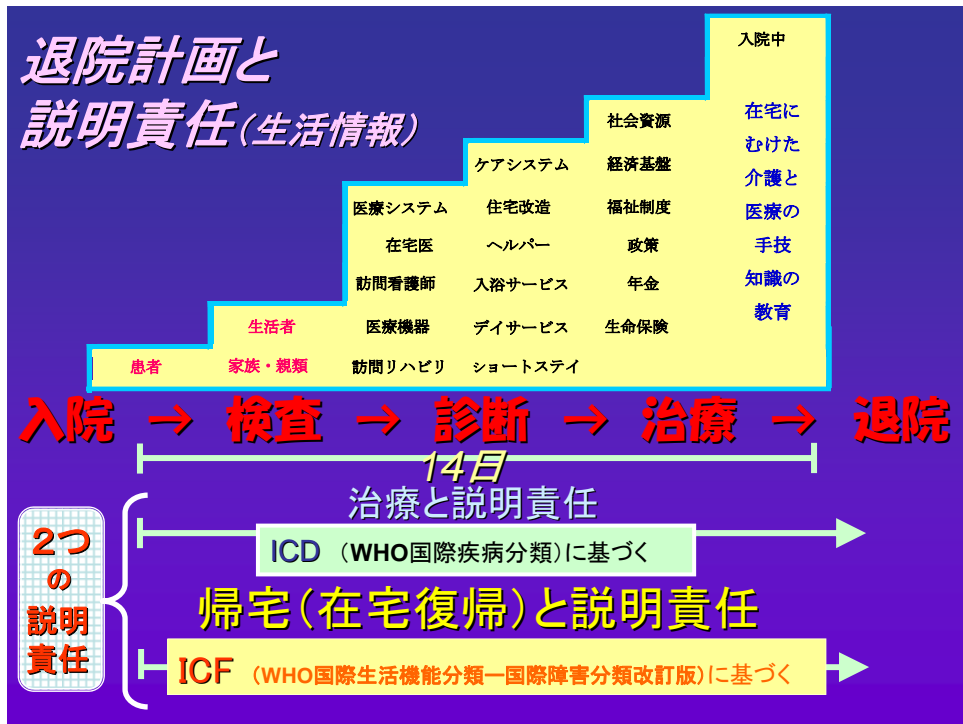


図 2 2

わずかな入院期間の中で I C F に基づく人員配置・各種制度の活用を説明する。

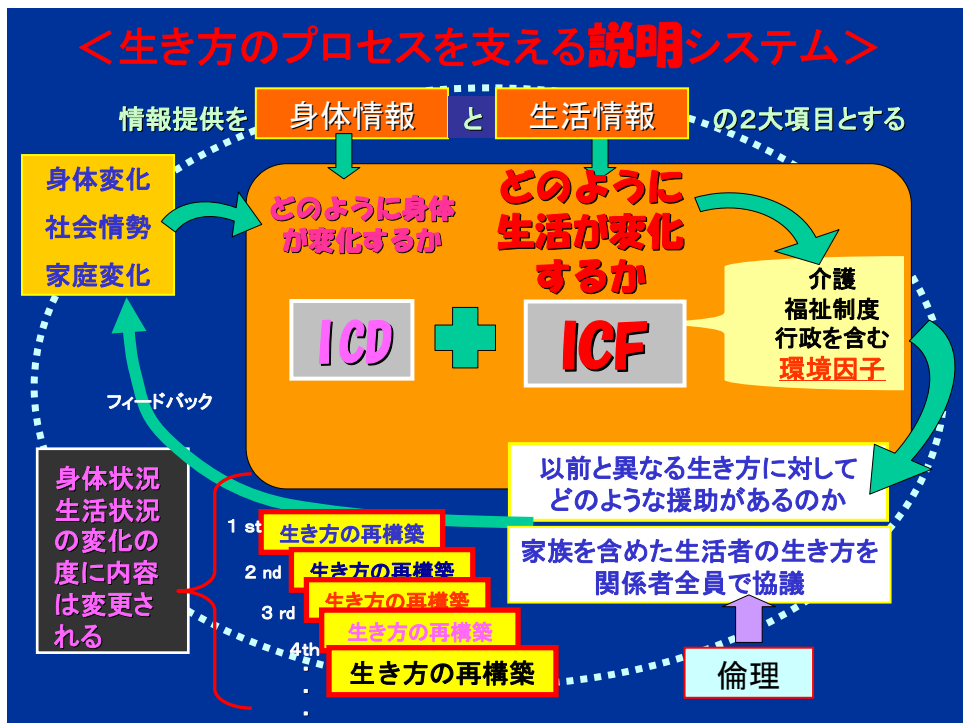


図 2 3

身体情報の説明だけでは不十分である。 I C F に基づく生活情報の提供が必要。

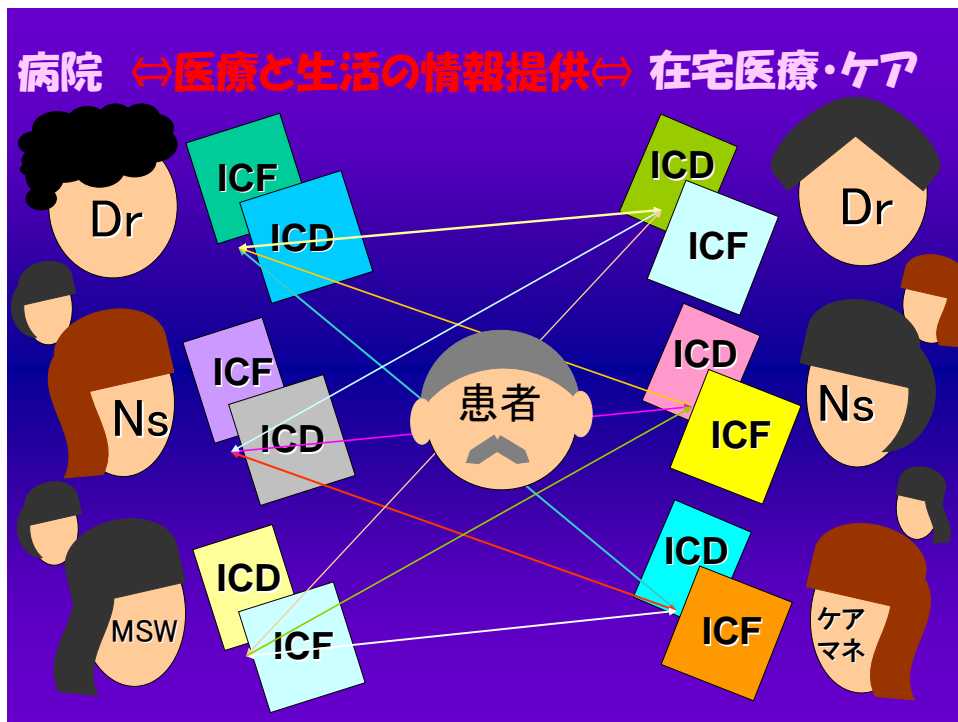


図 2 4

今後、入院も退院もすべて ICF を組み込んだ情報提供によって生活を支える。

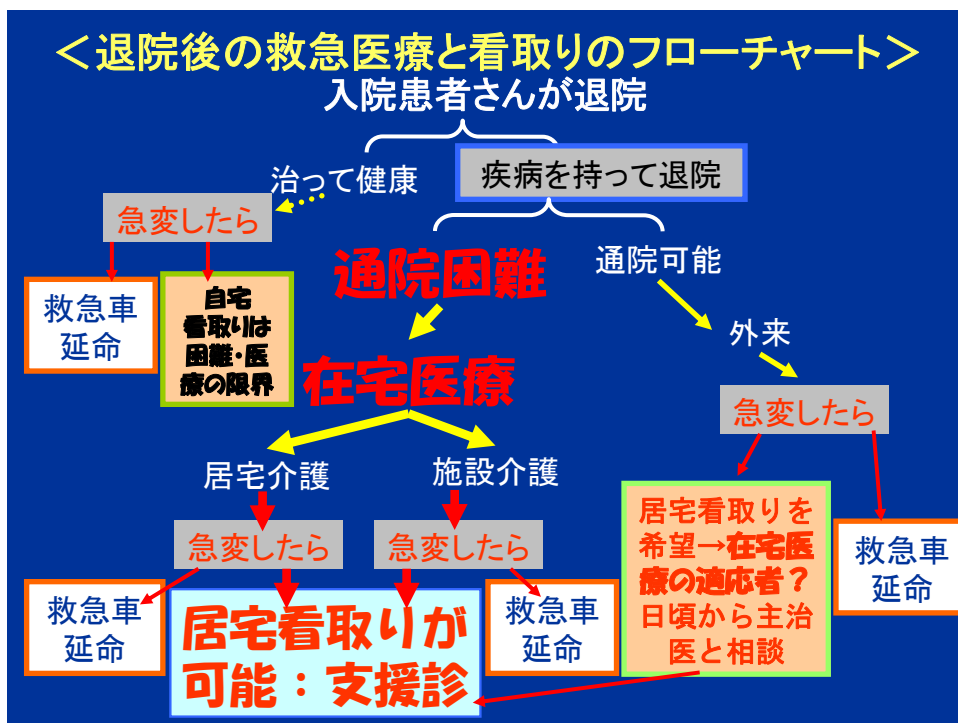


図 2 5

救急医療で提供される医療の範囲を、図 2 0 の生き方の変遷を基に本人に選択してもらう。

「地域の急性期・救急医療の一体的提供」

急性期病院を支える在宅医療

これを進めるキーポイント



第一に 在宅医療はどんな重症でも帰せる

第二に 救急搬送数と病院死が減少

第三に 在宅ホスピスで看取る

結果＝急性期病院が楽になる

図 2 6

事例:

脳死状態のミトコンドリア脳筋症^{13歳} 男児を家で看取る

経過: 5/19 集中治療室(ICU)で人工呼吸器装着

5/21 CT:全脳浮腫・脳波:平坦・聴性脳幹反応:×



“臨床的脳死状態”と言われる

しかし家族は「この世に存在していることを認めて!」と言った。

1)単に「重度の障害者」と考える

2)障害をあるがままに受け入れる

3)自立支援:毎日訪問介護+看護で7.5時間

4)結果:2ヶ月の在宅生活で看取られた

図 2 7

独居 + 全身麻痺 + 呼吸器 + 胃瘻で暮らす制度が既にある

	0:00	8:00	12:00	16:00	20:00	24:00
月	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	訪問看護 事業所① 介保	事業所①M県単独事業		広域支援
火	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	事業所① 介保 訪問看護	介護者A 全身性 事業所① 支援	事業所②支援 入浴車	広域支援
水	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	介護者B 全身性 訪問看護	介護者B 全身性 事業所② 支援	事業所③ 介保	広域支援
木	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	広域支援おさん 訪問看護 事業所①支援 ボランティア	事業所②支援	事業所③ 介保	広域支援
金	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	訪問看護 事業所① 介保	事業所①支援 入浴車	事業所③ 支援 介護者B 全身性	広域支援
土	広域支援 (前日より通し)	ボラン ティア	事業所④支援	事業所④介保	介護者B 全身性	広域支援
日	広域支援 (前日より通し)	ボラン ティア	事業所③ 介保	事業所③支援		広域支援
凡例	訪問看護		身体障害者自立支援法		介護保険	
	M県単独事業		S市全身性障害者等指名制介護助成事業		ボランティア	

図 2 8

【在宅医療ができること】

採血・検尿・血液ガス・X線撮影・内視鏡
気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定

在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入
胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

できないこと:手術・CT/MRI検査・放射線治療等を
除けばほとんどのことができると考えてよい

図 2 9

重症患者と在宅療養支援診療所

	訪問診療を行った患者（2006年12月）				
		在宅人工呼吸療法 (HMV)	在宅酸素療法 (HOT)	在宅中心静脈栄養法 (HPN)	在宅成分栄養経管栄養法 (HEN)
総数推計	229,276	2,924	14,743	2,669	7,281
うち在宅時医学総合管理料を算定	164,660	2,349	11,630	1,993	6,335

**この患者を病院へはもとせない！ → 病院疲弊
在宅医療の充実で重症者を帰宅させよう**

出典：平成18年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業（回収率を元にして全国総数を推計）

図 3 0

在宅医療は病院の新たな増加ベッド

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S市医療センター	698	10	62	64	20
東北K年金病院	500	6	72	40	20
S厚生病院	383	17	35	27	5
仙台住診クリニック	370	42	70	15	110

図 3 1

病院と在宅療養支援診療所の人員配置

病院の常勤換算医師数^{※1}

病院総数：100床あたり11.3人 → 医師1人あたり8.8床
一般病院：100床あたり12.9人 → 医師1人あたり7.8床

在宅の常勤換算医師数^{※2}

87,952人の在宅患者(訪問診療実施)に対し5,768人の医師
→ 医師1人あたり15.2床に相当

在宅医療が充実すれば、「在宅というベット」を増やすことができる

※1 H19 医療施設調査より
※2 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 3 2

救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診件数

救急自動車出動件数 … 5,095,615回

救急搬送人員^{※1} 4,677,225人/年 … A

そのうち・手術を要する入院 }^{※2} 1,314,000人/年 … B
・生命の危険がある入院

A-B= 在宅医療の対象となる救急搬送 3,363,225人/年 … C

在宅療養支援診療所(11,674件) 588,383件/年^{※3} … D
による往診件数

在宅療養支援診療所・医師による往診回数は
救急搬送人数の約17.5%に相当する

※1 平成20年 救急・救助の概要(速報) 総務省消防庁
※2 平成17年患者調査 入院×救急の状況
※3 20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

図 3 3

病院での死亡率と在宅での死亡率 在宅看取り＝最後まで家庭生活

	……	平成 15年	平成 16年	平成 17年	平成 18年	平成 19年	平成 20年
病院での 死亡率	…	↑ 78.9%	↑ 79.6%	↑ 79.8%	↓ 79.7%	↓ 79.4%	↓ 78.6%
在宅での 死亡率	…	↓ 14.9%	↓ 14.5%	↓ 14.4%	↑ 14.5%	↑ 14.9%	↑ 15.6%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものとする

※平成20年までの人口動態統計調査に基づく

図 3 6

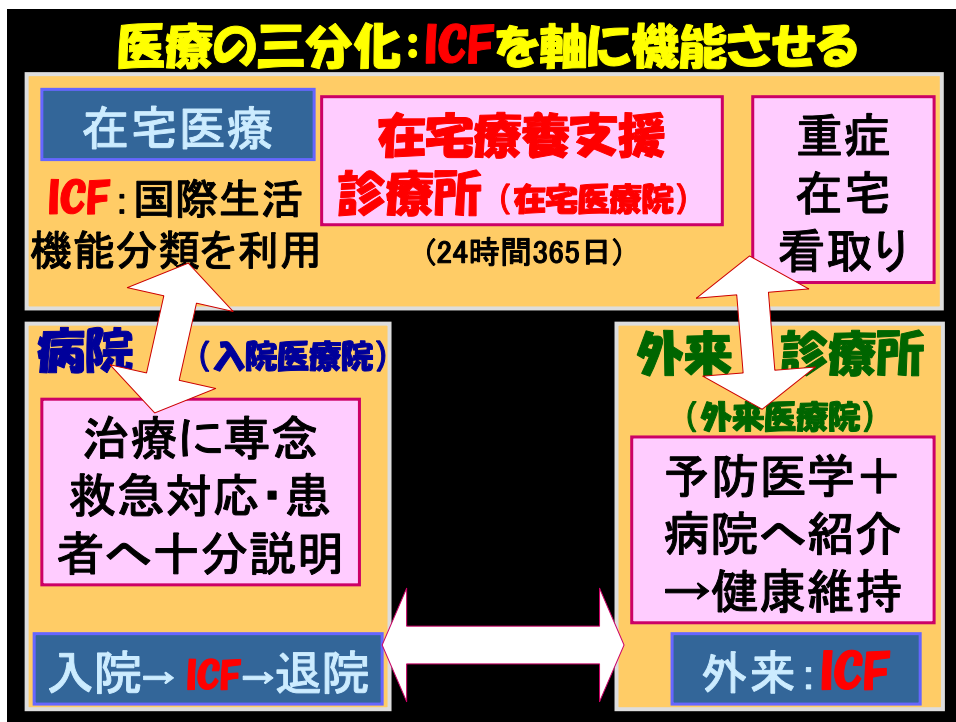


図 3 7

後期高齢者モデル 私は87歳、5年前に脳出血のため寝たきりの状態になりました。80歳の妻と二人暮らしです。

訪問歯科診療は「生活者の生き方」に寄り添う医療である

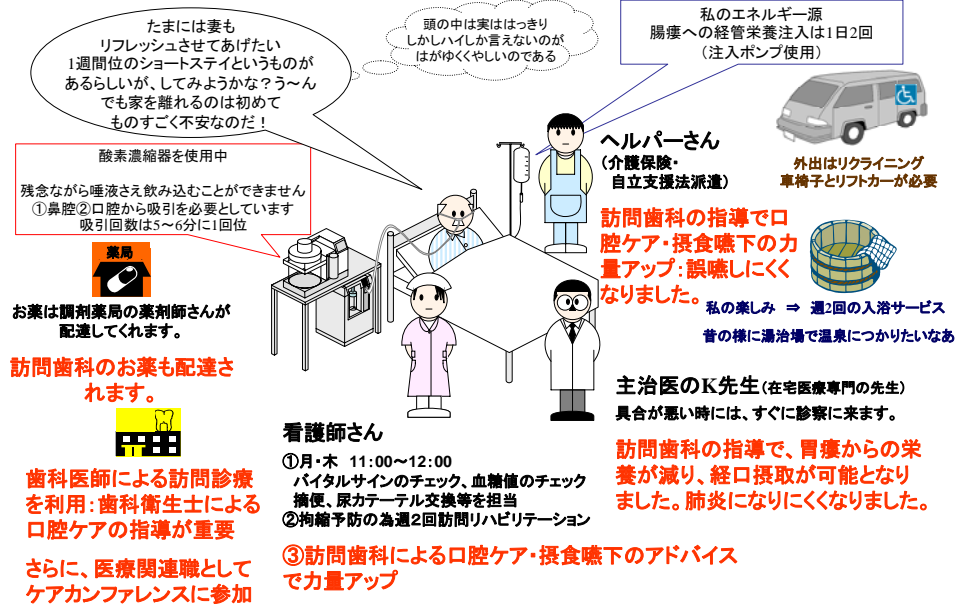


図 3 8

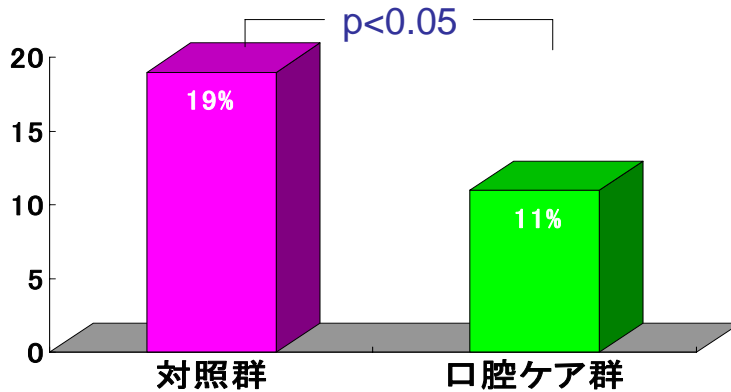


図 14. 2年間の肺炎発症率

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H : Lancet354(9177), 515, 1999.

図 3 9

生き方の変遷に伴う在宅調剤業務の変化

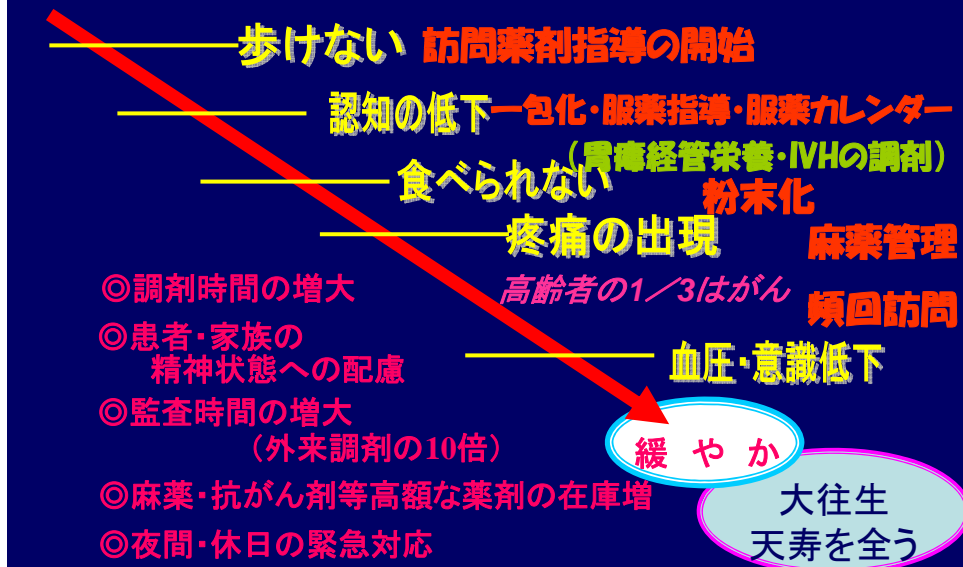


図 4 0

日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計（触読式・音声式）、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む）、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む）、便器、特殊マット、エアーマット、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消化器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害 重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消化器

※注：色字は18歳以上が対象

図 4 1

介護保険制度における重度化・看取りに対する体制整備

療養通所介護の創設

難病、がん末期、重度要介護者で医療ニーズの高い方への通所サービス

特別養護老人ホーム(特養)

- ・重度化対応加算
- ・看取り介護加算

認知症グループホーム

- ・医療連携体制加算
- ・看取り介護加算



図 4 2

【在宅医療の現状と今後の課題】

在宅療養支援診療所発足前後の在宅死亡率

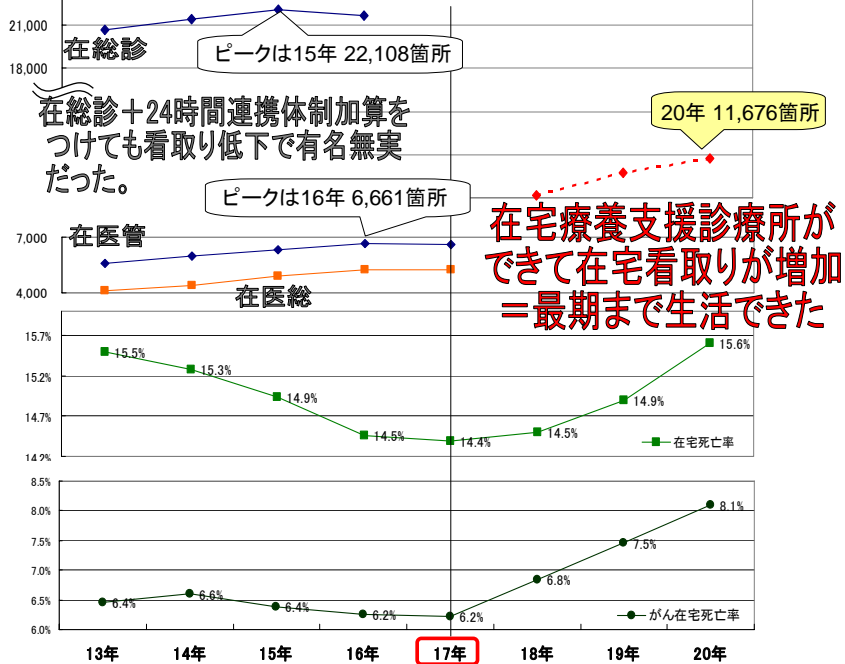


図 4 3

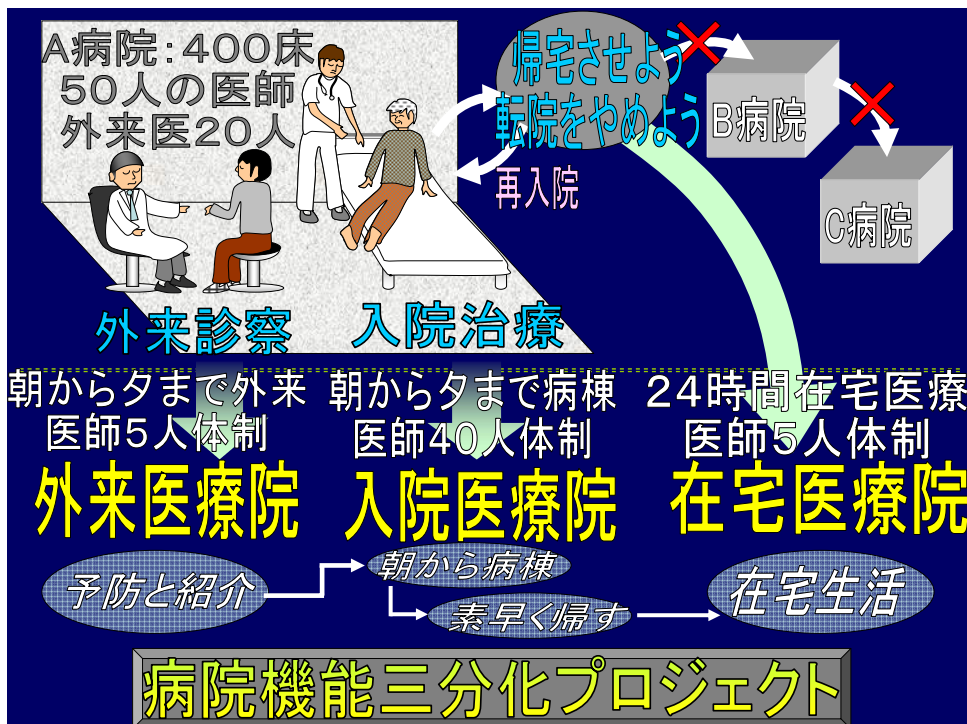


図 4 4

これからの医療と介護の連携と接点は【生き方】

重 ①高齢者・がん末期・難病は生きる時間が短い
②ICF:残された時間をよく生きる「**生き方**」の提示

要 ③「**生き方**」を説明できる医者＋医療・ケア提供
④**ケア**:重症対応＋看取り可能な介護員教育

項 ⑤医療の現状→説明不足・機能分化不備→**疲弊**

目 ⑥入院医療院:外来医療院:在宅医療院 三分化
⑦「**生き方**」を基本とした医学教育の充実

ハードを構築する時代ではない。ソフトを操る。

図 4 5

【まとめ】

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』は主として二つに大別された以下の健康状態、

- (1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。
- (2) ICFによる、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

を軸にしなが、二種類の健康状態のうち特に(2)の健康状態が、「五体不満足」であっても希望を持って生きられる重要な概念と考えた。

生活機能を構成する健康状態を維持するためには、生きることの全体＝生活機能自体が支えられなければならない。医学も医療も、その目的は本人の生活機能の維持にある。

支援策の具体的提示も必要であった。

説明は、原因→結果型ではなく、循環型となり⇔双方向性となる。

このようなアプローチを通じて、科学的身体論に偏りがちな医師の説明を、生活機能＝生きることの全体、に引き戻すことが狙いである。

文献

- 12) 大川弥生：生活機能とは何か。東京大学出版会、2007
- 13) 上田 敏：ICFの理解と活用。きょうされん、2007
- 14)、15) 川島孝一郎：在宅医療のグランドデザイン 平成19年度長寿医療研究委託費
- 16) 川島孝一郎。終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス。臨床神経学、2008

在宅移行を促進する病院医師機能の教育強化と
介護連携推進戦略に関する調査研究
資料

『在宅移行が可能となる医師の説明マニュアル』

平成 22 年 3 月

平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

厚生労働省発 0917 第 1 号

研究代表者 川島 孝一郎

仙台往診クリニック

〒980-0013

宮城県仙台市青葉区花京院二丁目 1 番 7 号

TEL : 022-212-8501

FAX : 022-212-8533
