



# 在宅医療と国際生活機能 分類 (ICF) の思想 (統合された全体としての人間)

厚生労働省「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」委員  
厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」委員  
厚生労働省「終末期医療のあり方に関する懇談会」委員  
厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会」委員

病气や障害があっても  
最期まで生活できる



# 在宅医療とICF Q & A

---

Q: 地域包括ケアシステム  
って何なの？

私もよく分かりません  
厚生労働省に聞きましょう

# 地域包括ケアシステムについて

日常生活圏域  
(30分でかけつけられる圏域)



# 「地域ケア会議」について

○地域包括ケアシステムの構築のためには、①高齢者個人に対する支援の充実と、②それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく必要がある。

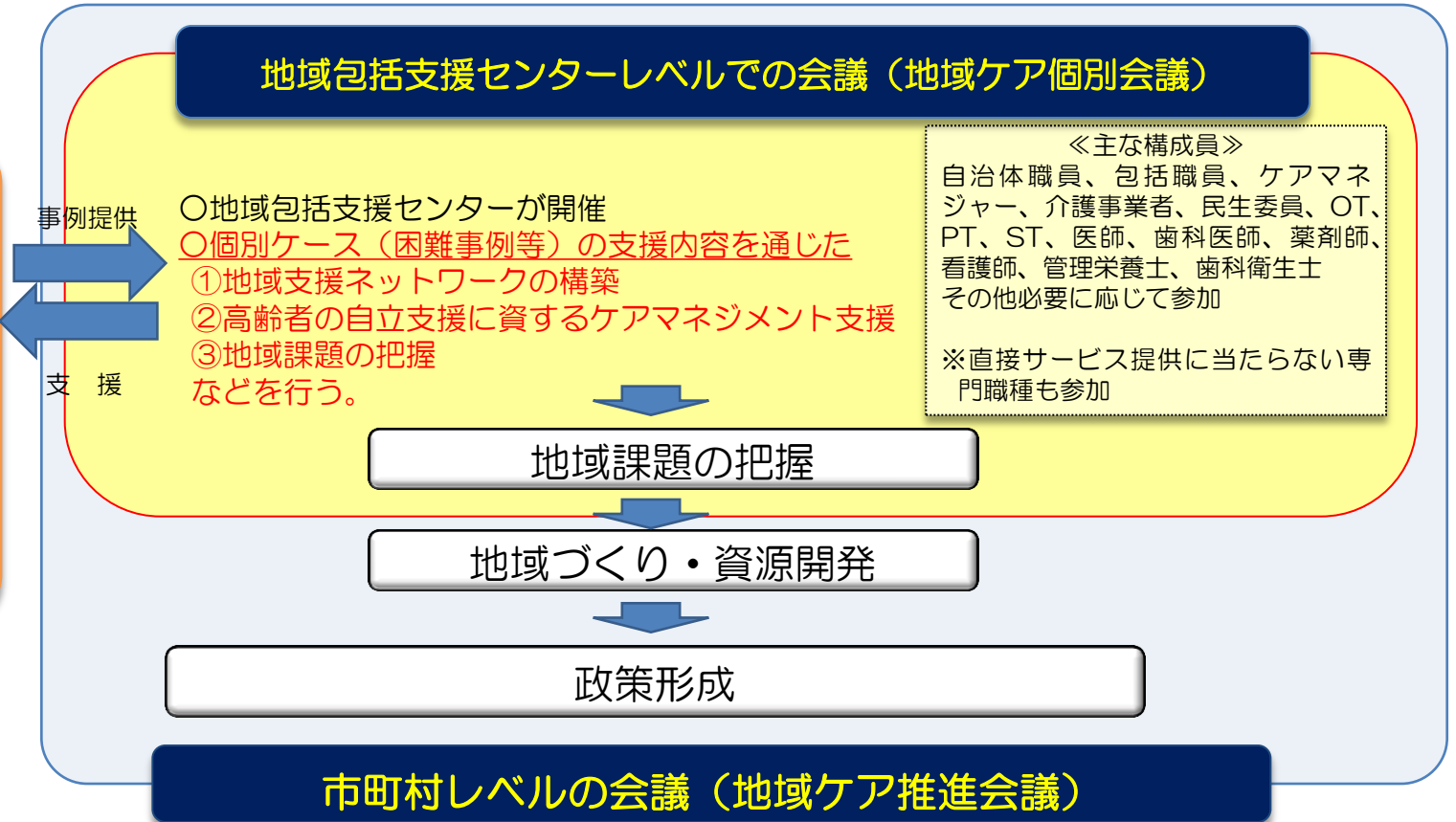
○地域ケア会議は、それを実現するためのツール。具体的には、

- ・ 多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、高齢者の在宅生活の限界点を引き上げる。
- ・ 個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を把握する。
- ・ 地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。

○個別ケース検討会議は地域包括支援センター、地域づくりや政策形成等につなげる会議は市町村が開催。

個別のケア  
マネジメント

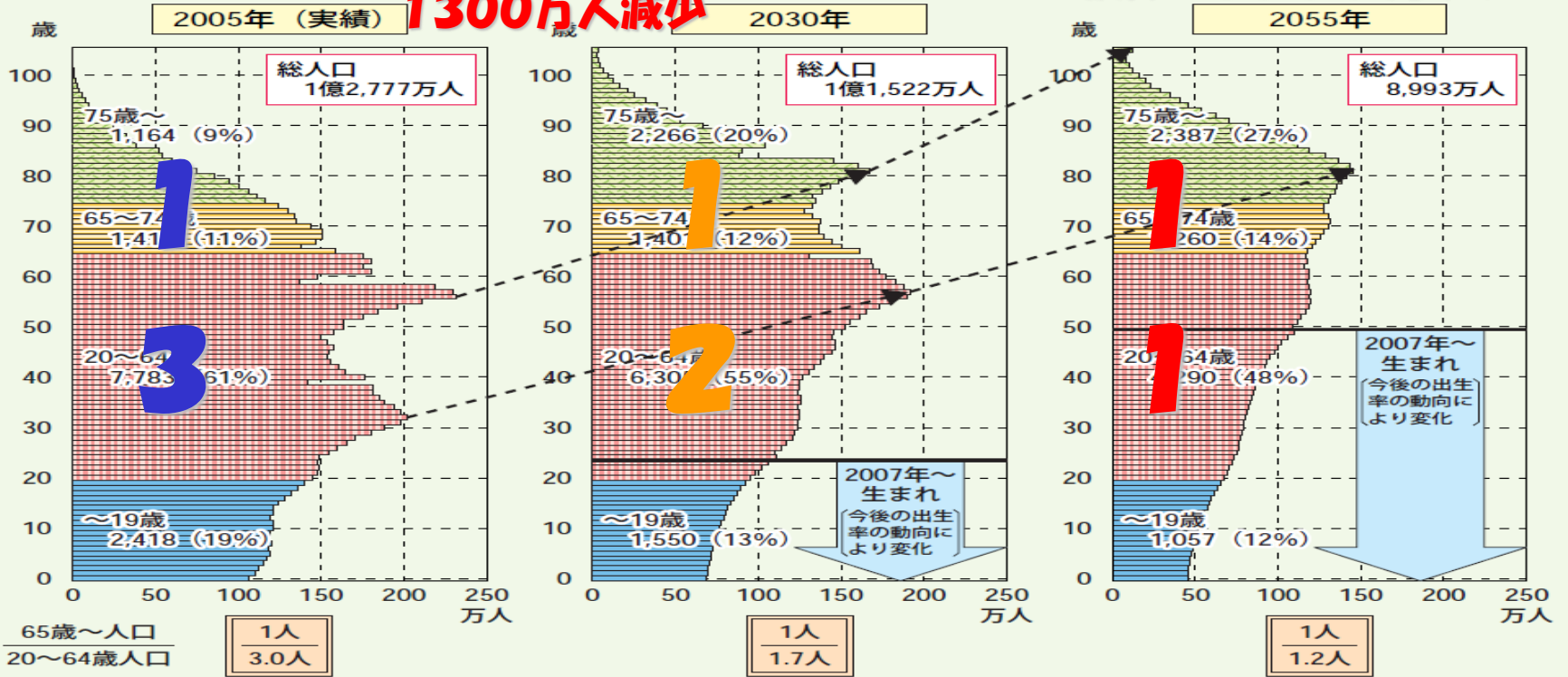
サービス  
担当者会議  
(全てのケースについて、  
多職種協働により適切なケア  
プランを検討)



北海道・東北が消失  
1300万人減少

減少4000万人

図表2-1-1 人口ピラミッドの変化



# 【人口動態からの未来予測】

1:3の意味 =  $\Rightarrow$  2025年には1:2  $\Rightarrow$  2055年には1:1

1 (配偶者・家族)  
+ 1 (医療職)  
+ 1 (介護職)

家族・医療職・介護職  
の誰を捨てるのか

家族？医療職？介護職？  
誰をあなたは選ぶ？

# 在宅医療とICF Q & A

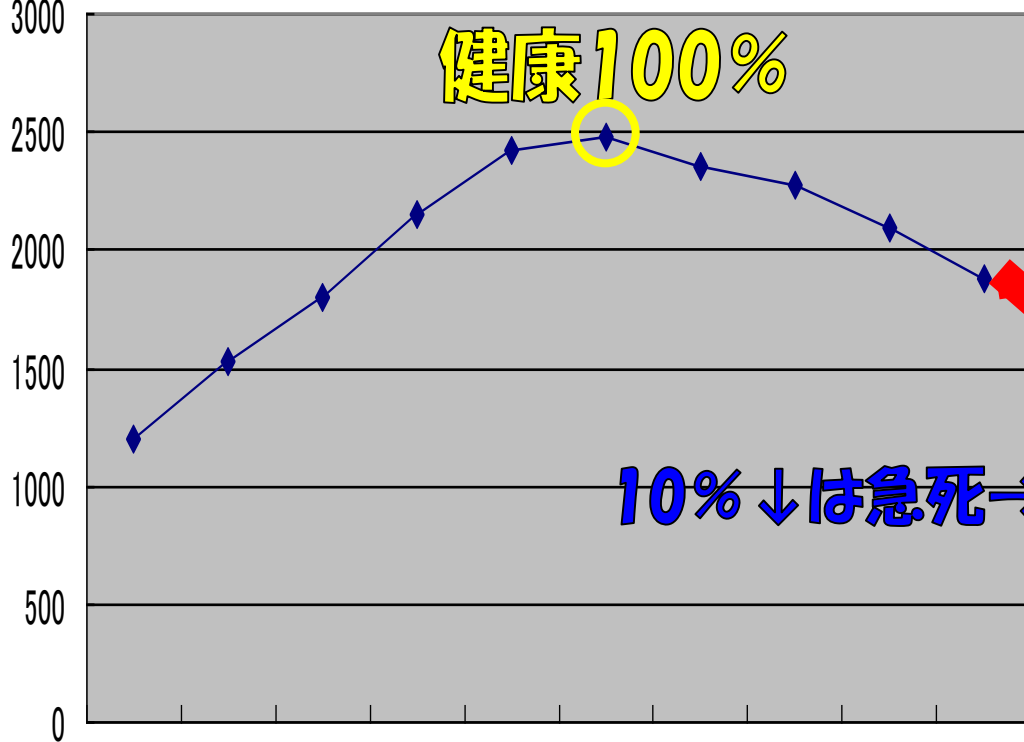
---

Q:なぜ地域包括ケアに  
ICFが必要なのか？

治らない人が増えてくる

生活所要量別エネルギー所要量(kcal/日)

# 日本人の体力・処理能力の指標(エネルギー所要量)



**体力とともに処理能力が衰えるのが自然の摂理**

**90% ↑はゆるやかに衰える**

1~2 3~5 6~8 9~11 12~14 15~17 18~29 30~49

**私は必ず障害者になる!**

◆ エネルギー消費量

出典:厚生労働省 第6次改定日本人の栄養所要量について  
([http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9906/s0628-1\\_11.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9906/s0628-1_11.html))より作図

# 人の生き方(看取り)緩急の図

①緩やかに衰える=大往生(90%↑) ②急死(10%↓)

歩けない(介護保険・自立支援法・全身性障害・行政単独制度・生活保護等)

食べられない(自然な看取り・脱水防止⇔胃瘻経管・中心静脈栄養等)

呼吸↓(自然な看取り・在宅酸素⇔気管切開・人工呼吸器等)

血圧↓(自然な看取り⇔昇圧等救急蘇生)

意識↓(自然な経過です=自然な看取り⇔昇圧・人工呼吸等救急蘇生)

生命に係るような急変・急死

救急車を呼ぶ  
(延命を承諾)

救急車を呼ばない

在宅医が診る

治るなら入院

在宅で医療継続

死亡  
病院看取り  
元に復帰

不完全に生き残る  
意識ない・胃瘻  
人工呼吸器など

どんなになっても生きるなら  
救急車OK

在宅看取り

大往生  
天寿を全う



# 【人口動態からの未来予測】

老化は治らない・末期がんは治らない  
難病・重症者も治らない

治らない国日本。治す医療ではない！！

障害を持って、より良く暮らせる国を創る

「生き方」を支える医療と介護に  
早急にシフトしなければならない

# 医療計画の見直し

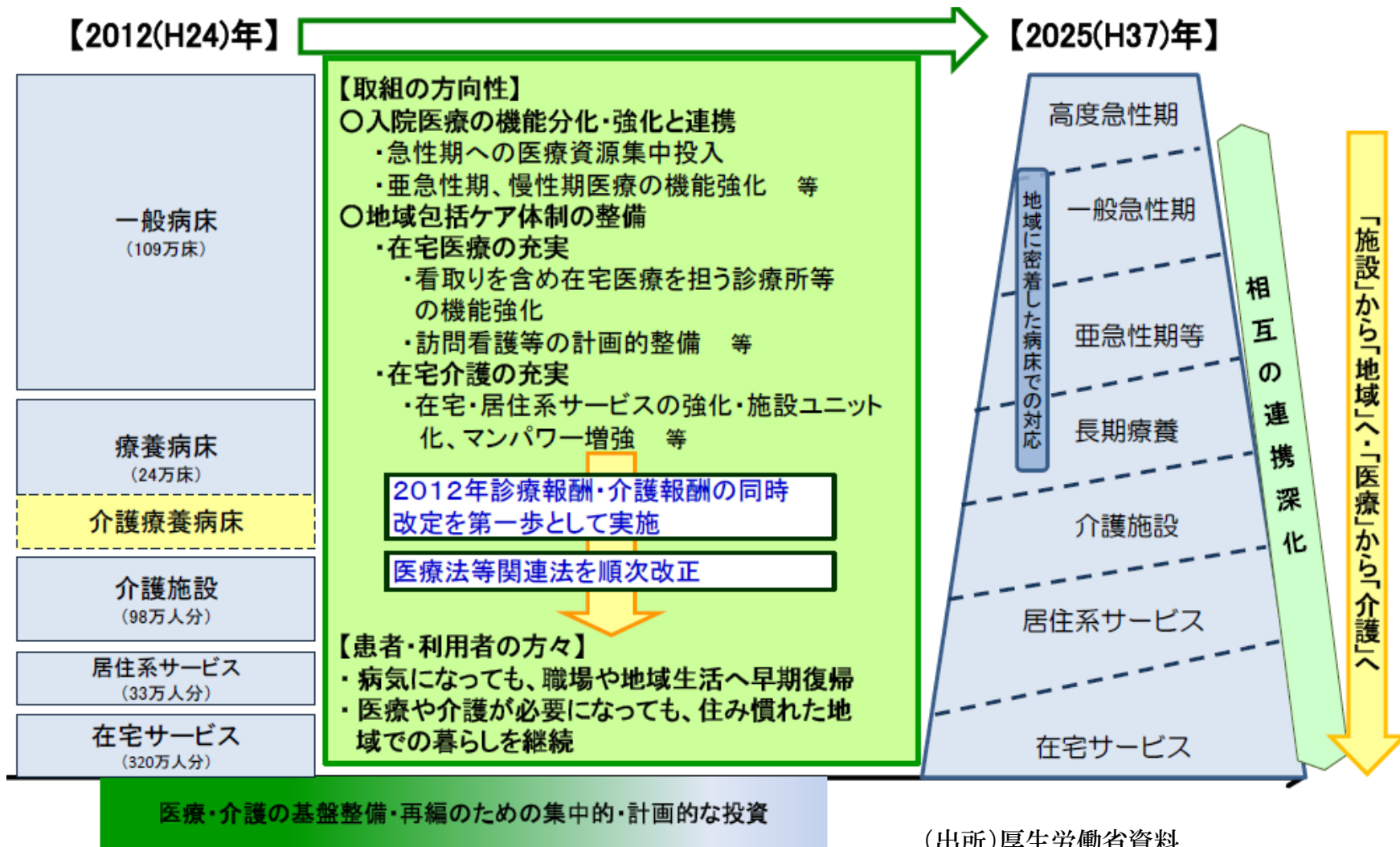
「在宅医療」の 局長通知(H19:9回→H24:53回)  
文言の出現回数 課長通知(H19:10回→H24:116回)

1. がん(均てん化、拠点病院・在宅看取り)
2. 脳卒中(発症から入院・在宅までの流れ)
3. 急性心筋梗塞(発症から入院・在宅までの流れ)
4. 糖尿病(発症から入院・歩行困難・透析・在宅医療と介護)
5. 精神疾患(老化とともに歩行困難・在宅医療と介護)
- 一. 小児救急を含む小児医療(NICUから小児在宅医療)
- 二. 周産期医療(在宅産科医師が地域助産師への教育と監督)
- 三. 救急医療(在宅医療が担う→病院救急の疲弊を救う)
- 四. 災害医療(病院機能が麻痺→在宅医療が補完)
- 五. へき地医療(プライマリケアから在宅医療へ)

**在宅医療は5疾病・五事業の全てに係る医療である**

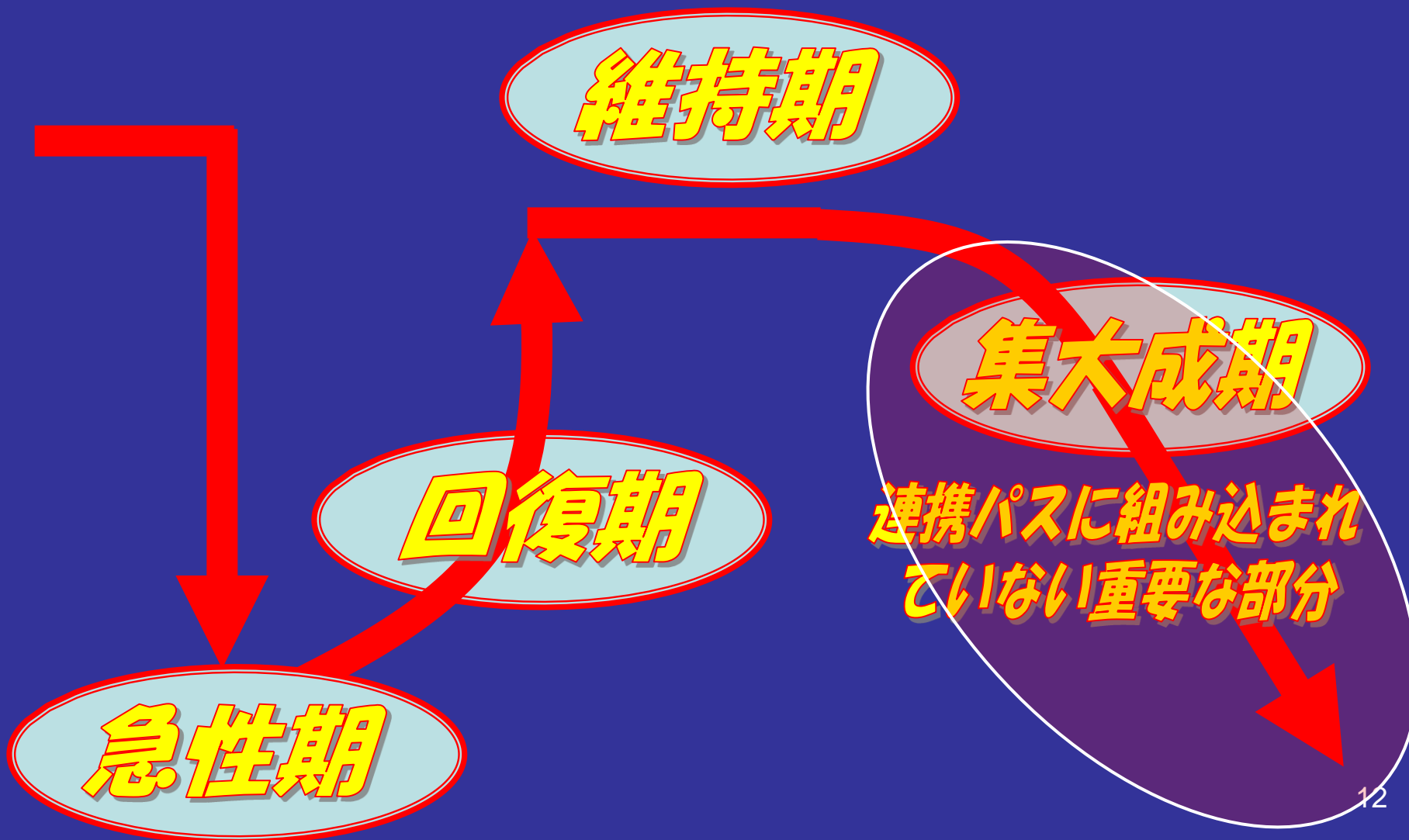
# 医療・介護機能の再編について（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する。



# 疾病の変化と連携パス

急性期→回復期→維持期→集大成期



# 在宅医療とICF Q & A

---

Q: 私たちはどのように  
衰えるのか？

急死しない限り  
必ず障害者になる

# 日本人は人間の最期について誤解している

心情的身体論

科学的身体論

いつまでも元気で  
いて欲しい

人は誰もが必ず  
最期を迎える

短絡的に結合→

+

いつまでも元気で

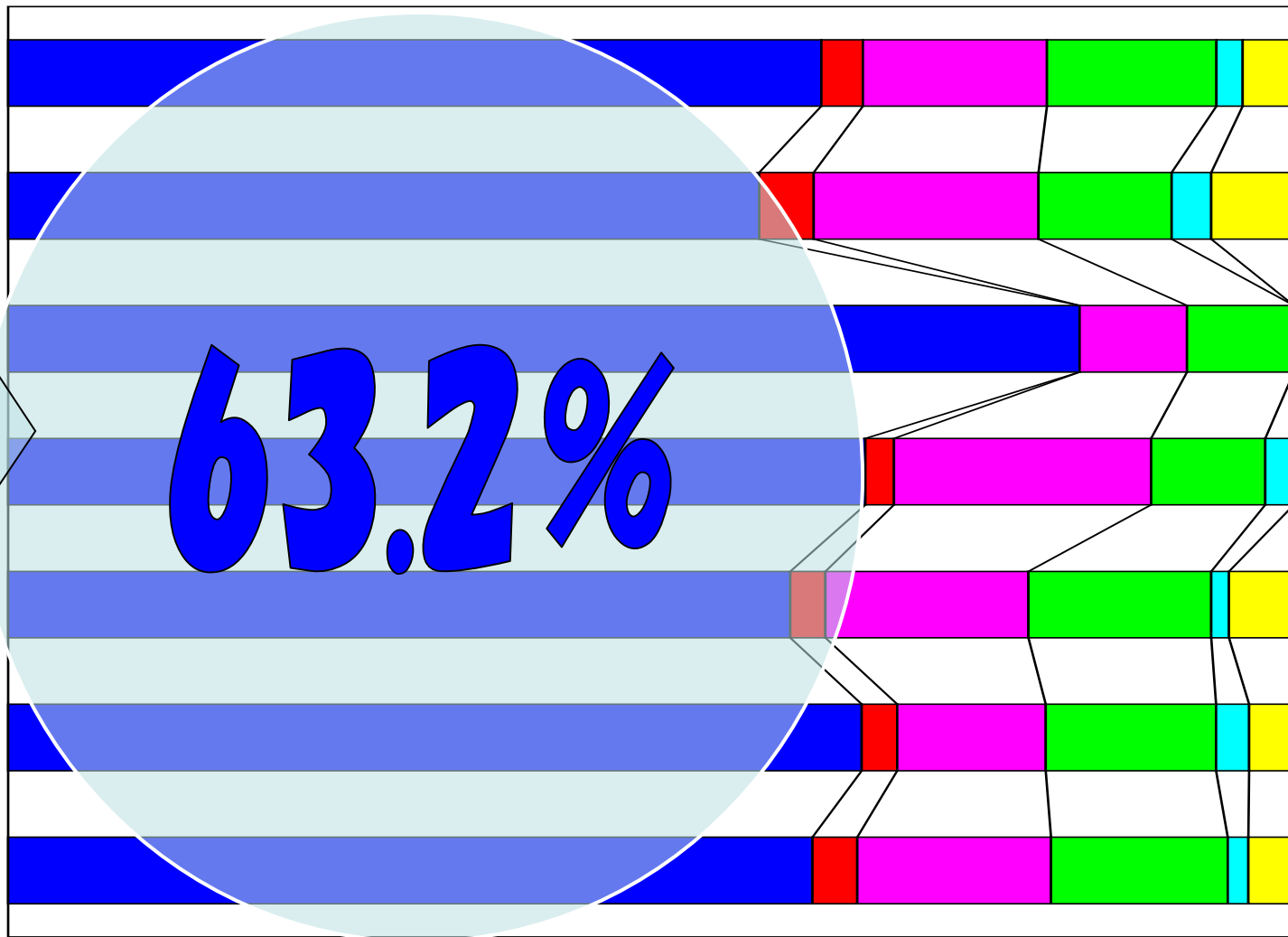
最期まで治療しようとする  
ムリな延命に陥る

大往生

治療不可能  
→中止を急ぐ

# 医療・介護職自身がピンピンコロリしたいと思っている

問3 ピンピンコロリー自分自身のこれからの意識



63.2%

# [もしあなたがピンピンコロリになったら?]

## 川島孝一郎さんの事例

ある日妻と外に食事に行きました。

ラーメンを食べていた川島さんは突然「うう〜！」とうなって倒れました。  
心筋梗塞で心臓が止まったのです。

そこで質問：妻のあなたは「ピンコロで良かったわ。」と喜びますか？

「誰か助けて！救急車！」と妻は叫びました。

救急隊員は心臓マッサージを始めましたが、肋骨が何本もボキボキ折れました。

病院で電気ショック・人工呼吸器をつけられましたが亡くなりました。

娘や親族が駆けつけ、「日ごろの体調管理はどうしてた？」などと妻は責められました。

三日後茶毘にふされ初七日過ぎ「なぜこんな事に？もっと何か・・・」と悔やむのでした。

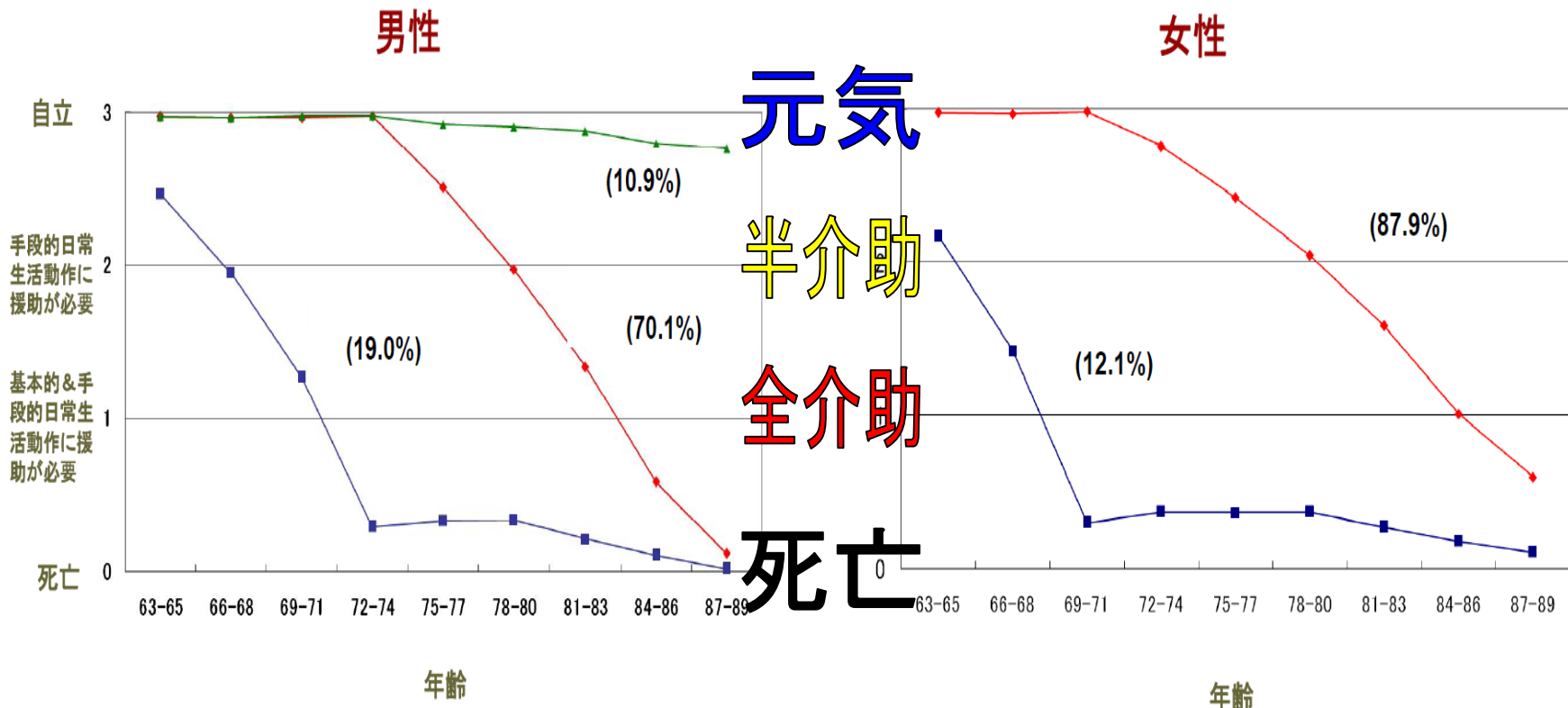
# ピンコロは誰もが悔やむつらい現実



# 実際にはどのように衰えているか？

自立度の変化パターン  
—全国高齢者20年の追跡調査 (N=5715)—

自立度の変化パターン  
—全国高齢者20年の追跡調査 (N=5715)—



出典) 秋山弘子「長寿時代の科学と社会の構想」『科学』岩波書店, 2010

出典) 秋山弘子「長寿時代の科学と社会の構想」『科学』岩波書店, 2010

**私は必ず障害者になる！** 急死しない限り  
急死率：4.8%

**私は必ず障害者になる！**

急死しない限り  
急死率：4.8%

障害を持つ人に十分な説明責任を果たし、最期の時まで「より良い生き方」を提示・支援できるかに懸かっている  
終末期医療のプロセスは、障害者の待遇改善や自立支援、意識の向上、社会制度の整備等と深く関連する

**人生の集大成は障害者論である**

**国際障害分類を国際生活機能分類ICFに変更した**  
ICFの国際使用に関する第54回世界保健会議WHO承認決議2001年

# 在宅医療とICF Q & A

---

Q: 障害者になる私たちが  
全員理解する共通言語は？

それは→生活機能

# 国際生活機能分類(ICF)

国際障害分類 → 国際生活機能分類

生活機能とは → 「生きることの全体」です

身体・心理・環境・制度  
等のすべてを包含して  
「今このように生きている」  
ということの全体をいう

ICFはWHOが2001年に提唱

# 胃瘻から晩酌 楽しい食生活

いつも笑顔の  
やさしい奥様

**JIM BEAM**  
バーボンウイスキー  
が好きで毎日晚酌



長尾有太郎さん  
株式会社の  
社長さん  
経営者です  
サングラスが  
お似合いの  
良い男

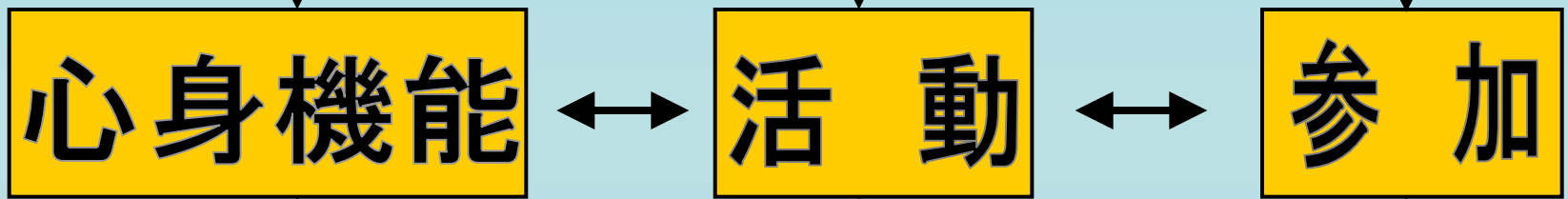
胃瘻の管を持つ  
じゃまな医者の手

胃瘻から晩酌してます  
口からも味見してます

# 国際障害分類を国際生活機能分類に改めた(WHO)

## 生活機能 = 生きることの全体

健康状態 = 心身機能・活動・参加の統合された全体



ALSで全身マヒ

毎日胃痺から  
晩酌してます

呼吸器搭載車椅子  
で投票します

介護保険  
自立支援法  
各種制度  
地域特性

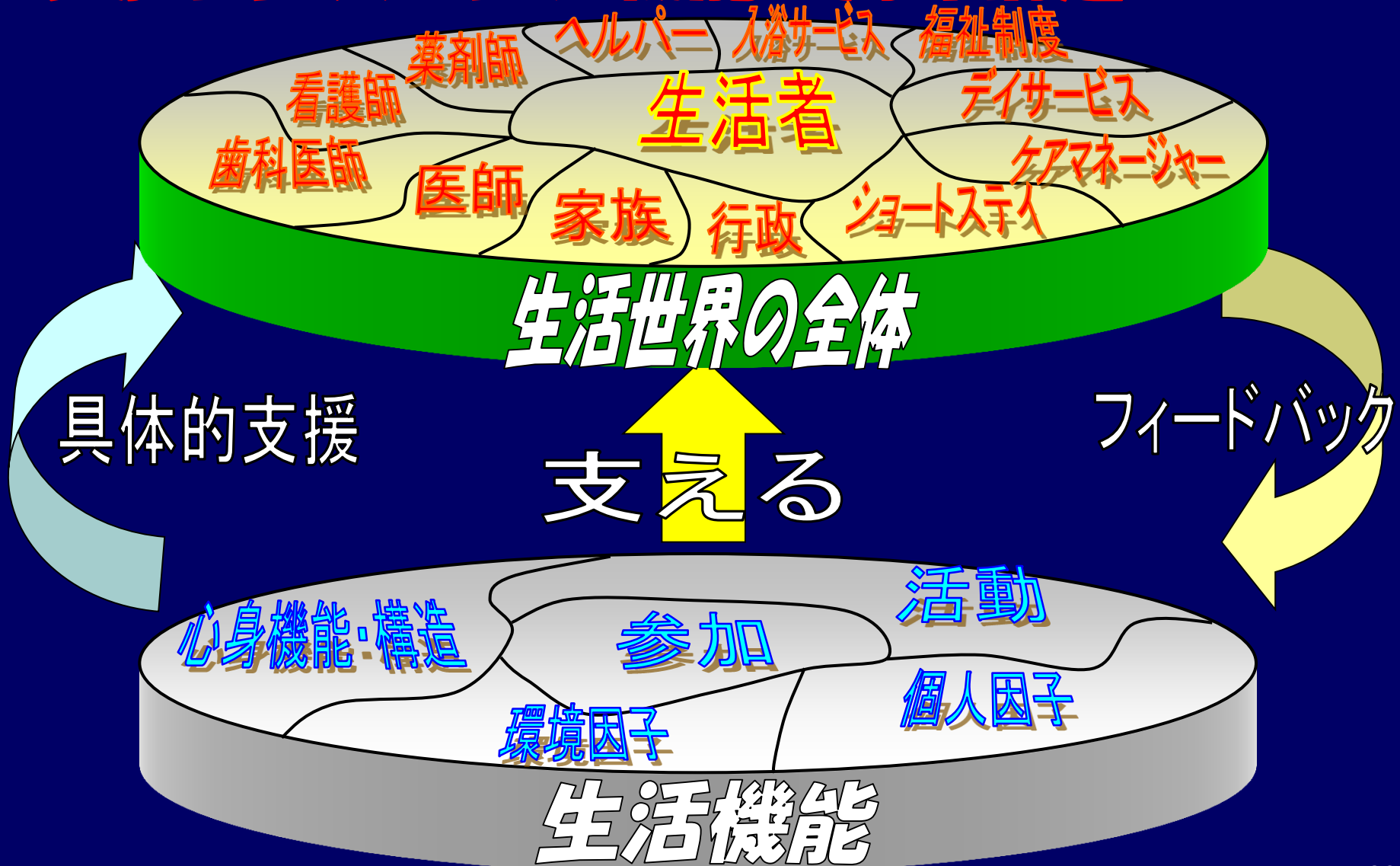
環境因子

個人因子

自立性・積極的  
意識の向上

# 全体が統合された生活機能

参加者全員が生活機能の内部構造になる



# 在宅医療とICF Q & A

---

Q:生活機能に欠かせない視点は？

五体不満足で良い



# 生活機能(生きることの全体)は五体不満足の思想である

『五体不満足』

乙武洋匡 五体不満足 完全版 2008年6月 pp236~265  
あとがきより

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、ノーマルに生きている人間もいる。関係ないのだ、障害なんて。

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。

「障害は不便である。しかし、不幸ではない」  
ヘレン・ケラー

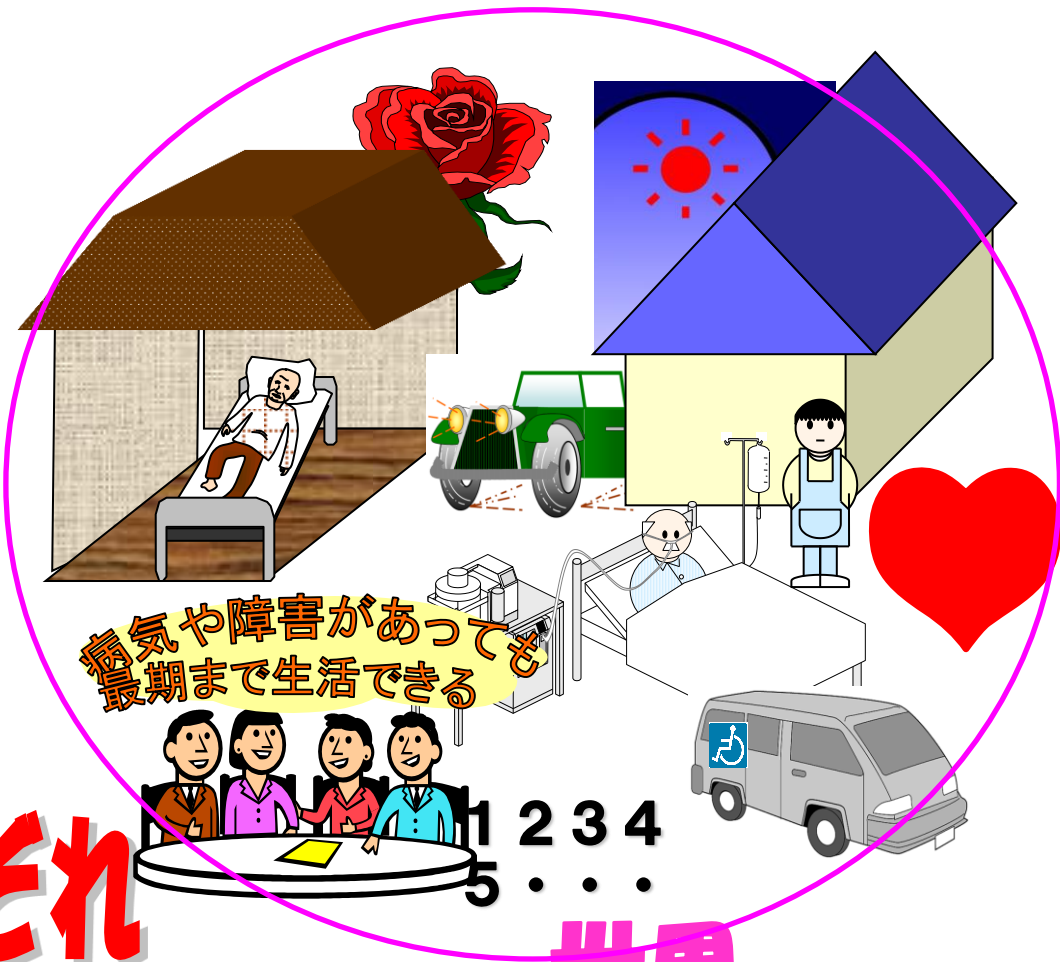
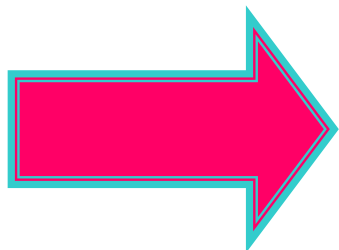
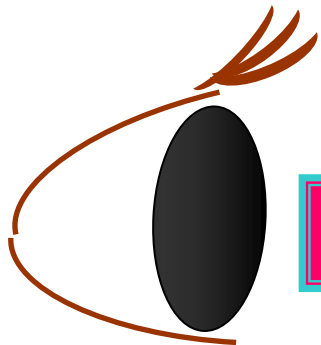
# 在宅医療とICF Q & A

---

Q:生活機能に欠かせない視点は？

実体と構成概念(意味  
づけ・解釈)を学ぼう！

私



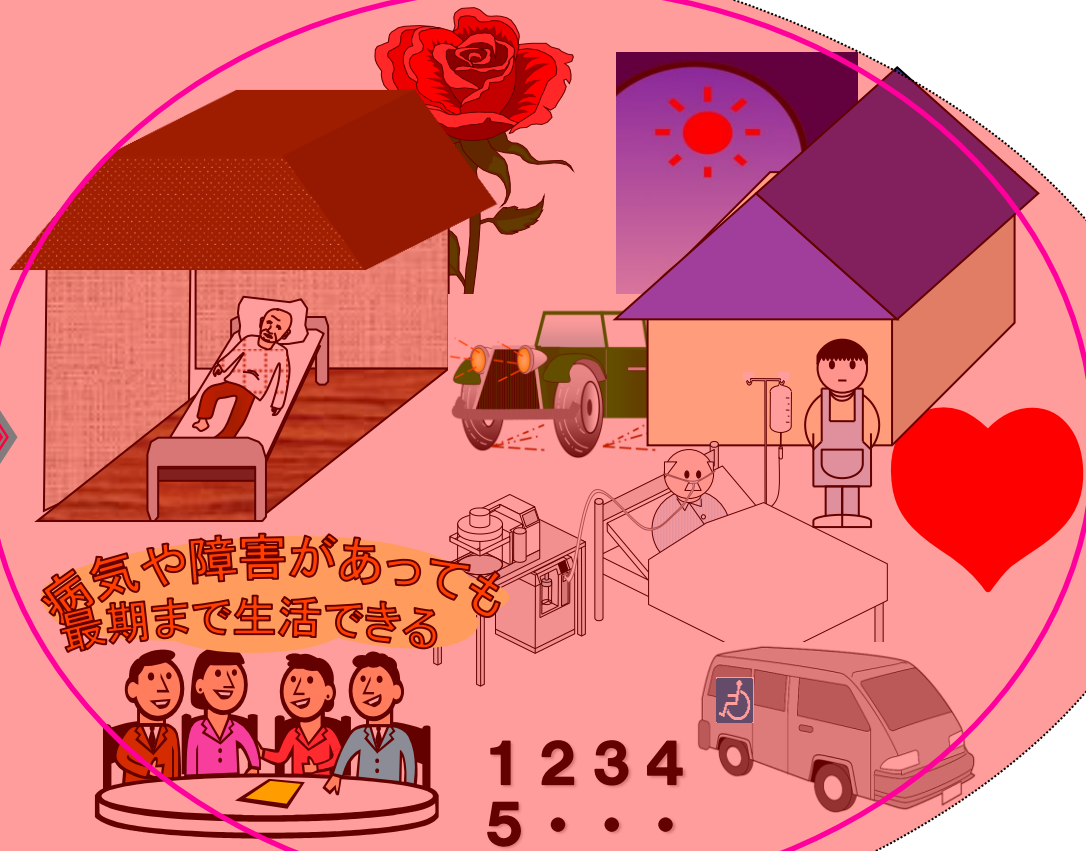
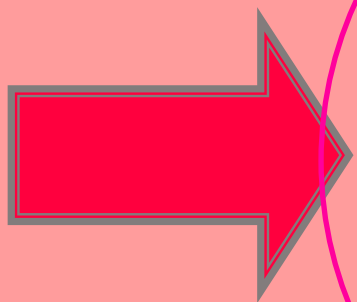
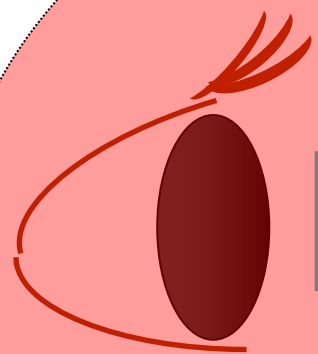
病気や障害があっても  
最期まで生活できる

世界

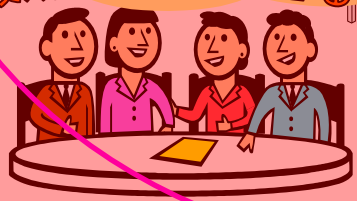
私と世界はそれぞれ  
別（独立）のもの  
として見えている

本当にそうなの？

私：意味づける者



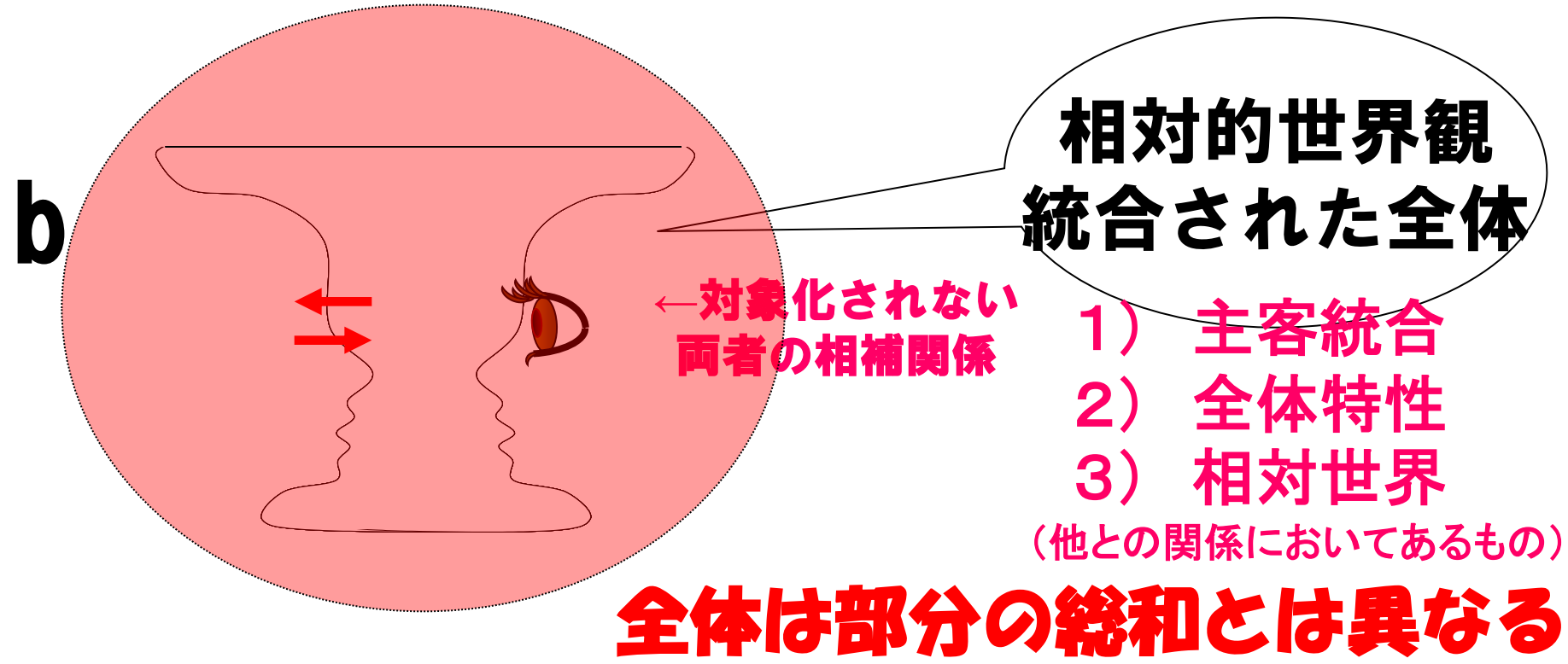
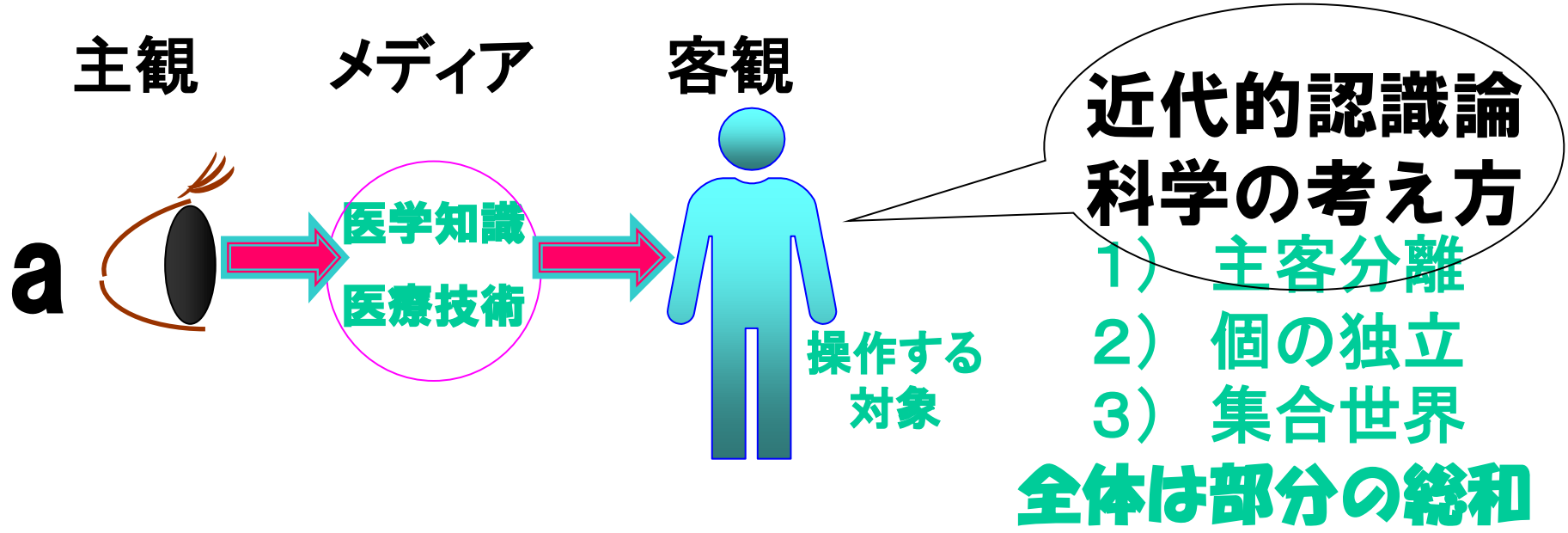
病気や障害があっても  
最期まで生活できる



1 2 3 4  
5 . . .

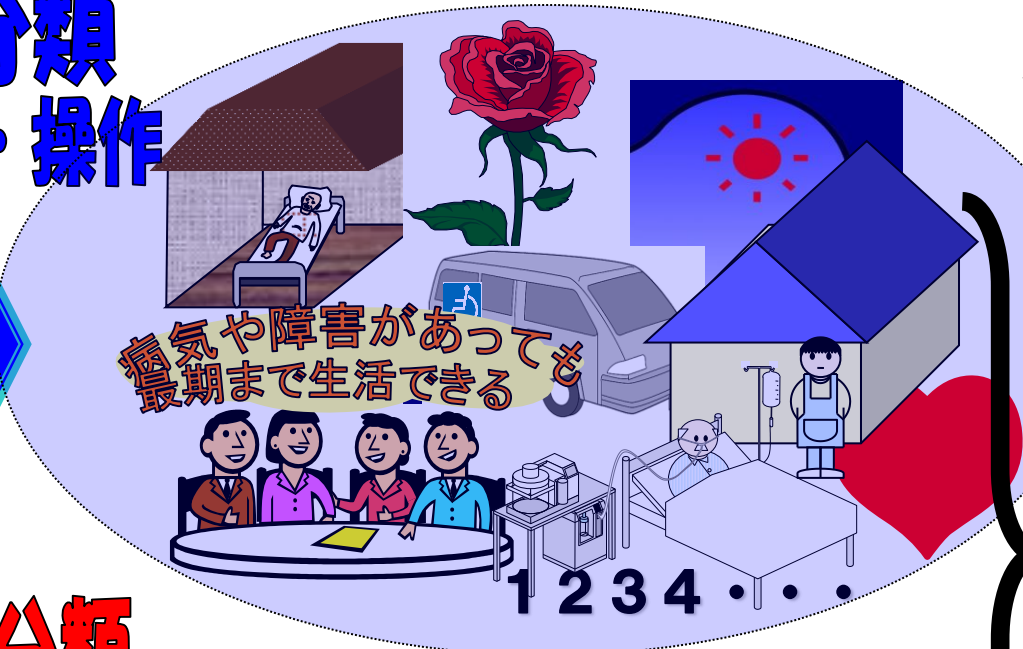
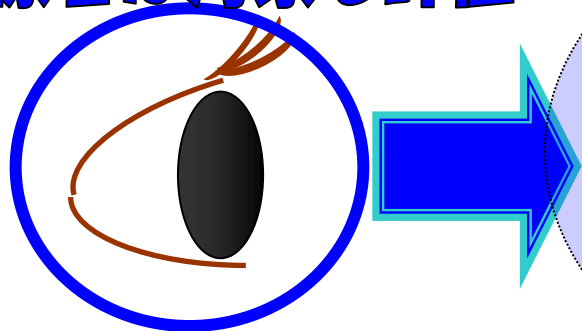
意味づけられる世界

世界は私の意思の中にある



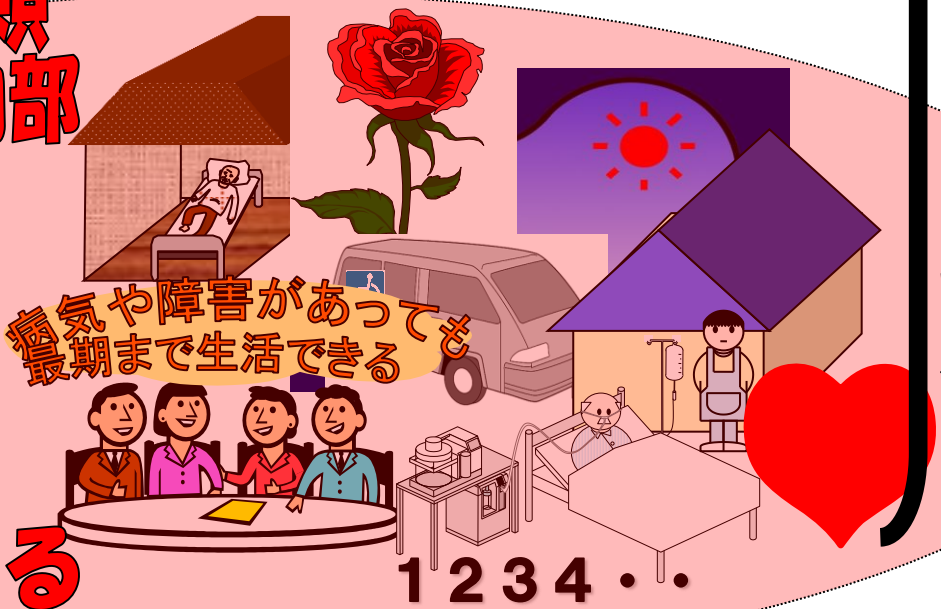
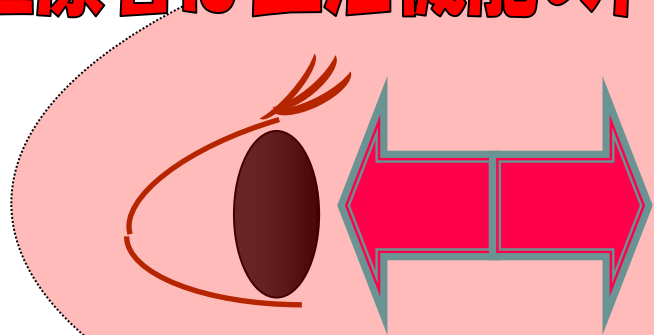
# ICD：国際疾病分類

医療者は対象を評価・操作



# ICF：国際生活機能分類

医療者は生活機能の内部



生活者と共に生きる

構成概念の変更


# 要素還元主義・科学的身体論

# ICFの統合された全体としての身体論

身体機能の低下

健康 = 100% 

ケガ = 95% 

脳卒中 = 50% 

治そうとして  命を延ばす

植物状態 = 5% 

ある点数以下はみじめ・かわいそう

脳死 ↓ = ~0% 

標準化した終末期を設定

死 = 0% 

生活機能の変容

 100% 

 100%

 100%

 100% 

 100% 

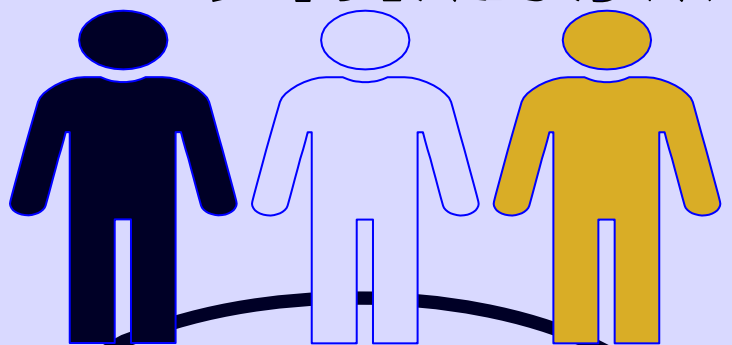
 生き方 100%の結果

身体がどのように変化しても、周囲との関係性の中で調和すればそれで健康

生きるという仕事を一生懸命に行っている

存在するだけで素晴らしい!

# ICD : 国際疾病分類



**B W Y**

人種の違いに係わらず  
身体構造は同じ

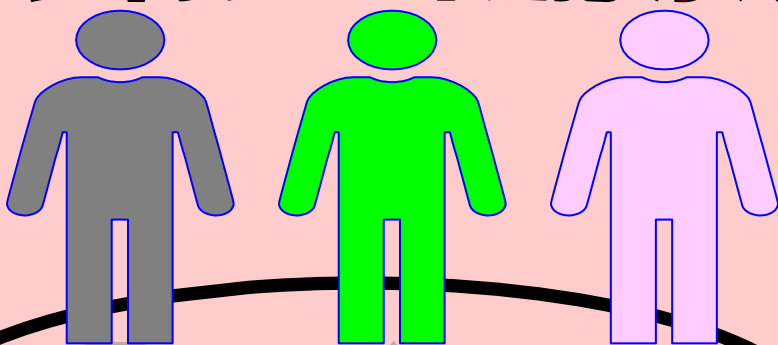


標準化した医療提供



心身完璧スーパーマン

# ICF : 国際生活機能分類



**イスラーム 日本 欧米**

生活機能（生きることの全体）  
は国・地域・個人ごとに異なる



なるべく標準化しない！



五体不満足でOK



数学：不完全性定理

物理学：相対性理論

心理学：ゲシュタルト心理学

哲学：現象学

医学：精神病理学

・ NBM ・ ICF

看護学：現象学的看護論

他者経験を自分の経験とする

看護師 医師

# EBM

ヘルパー ケアマネージャー

医学知識で評価  
介護技術を提供



人間関係は  
こっち

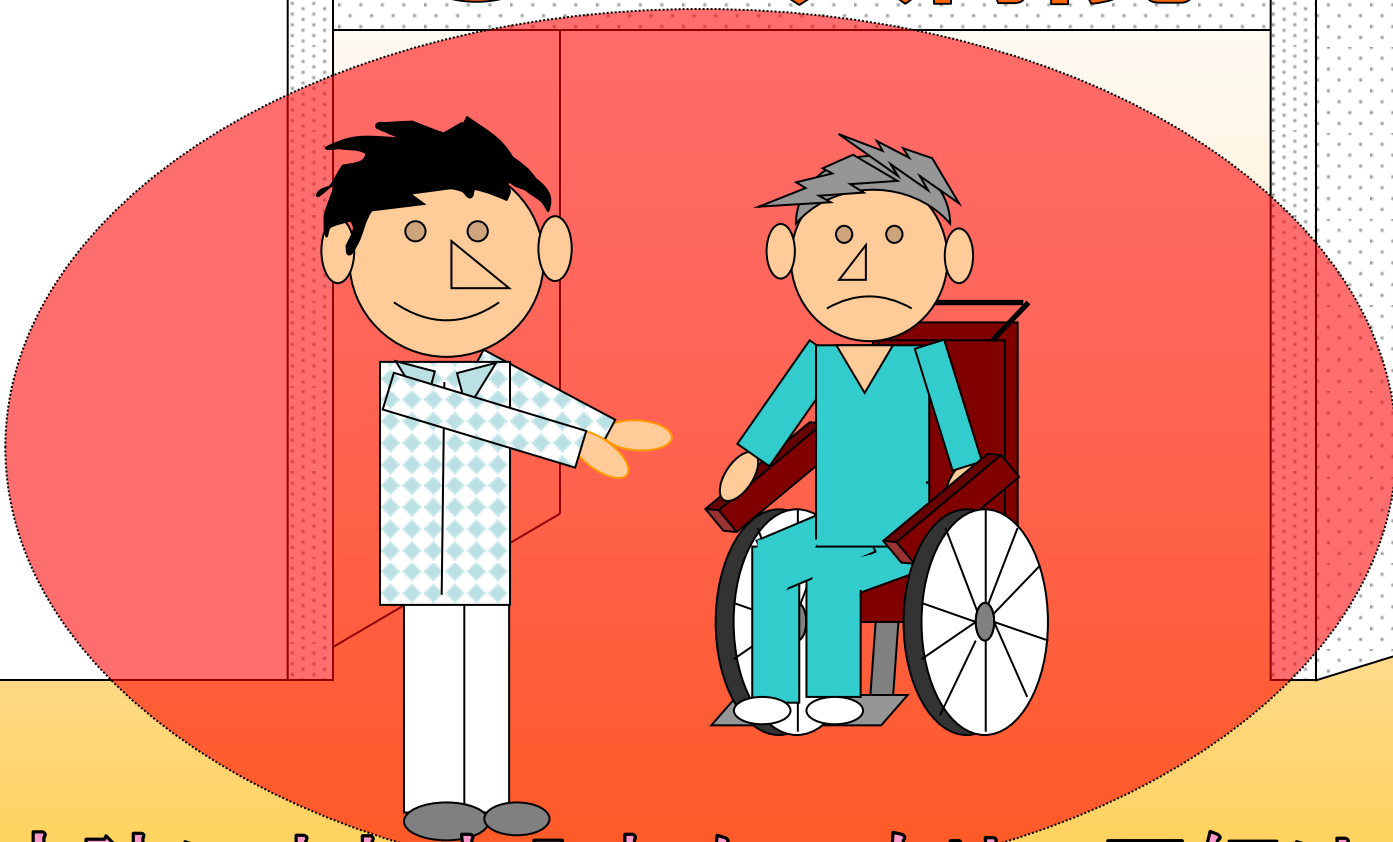
# NBM



生活機能の内部構造になる = 物語の登場人物になる

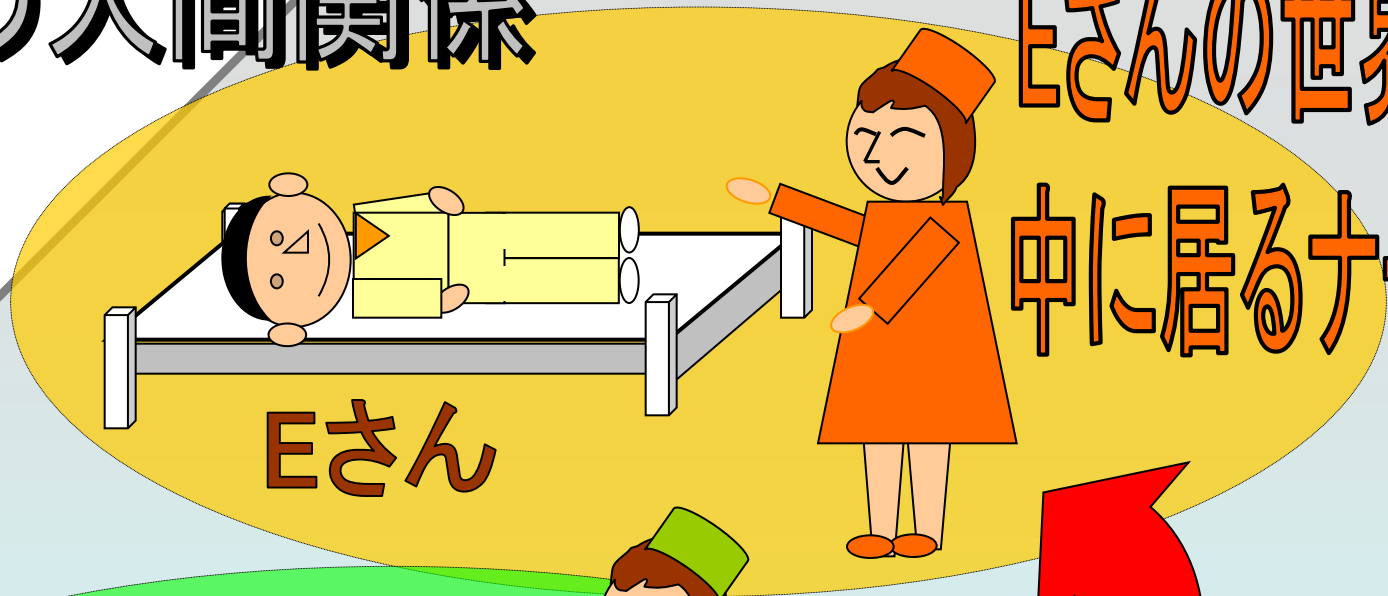
# 病院の人間関係

○ △ ◇ 病院



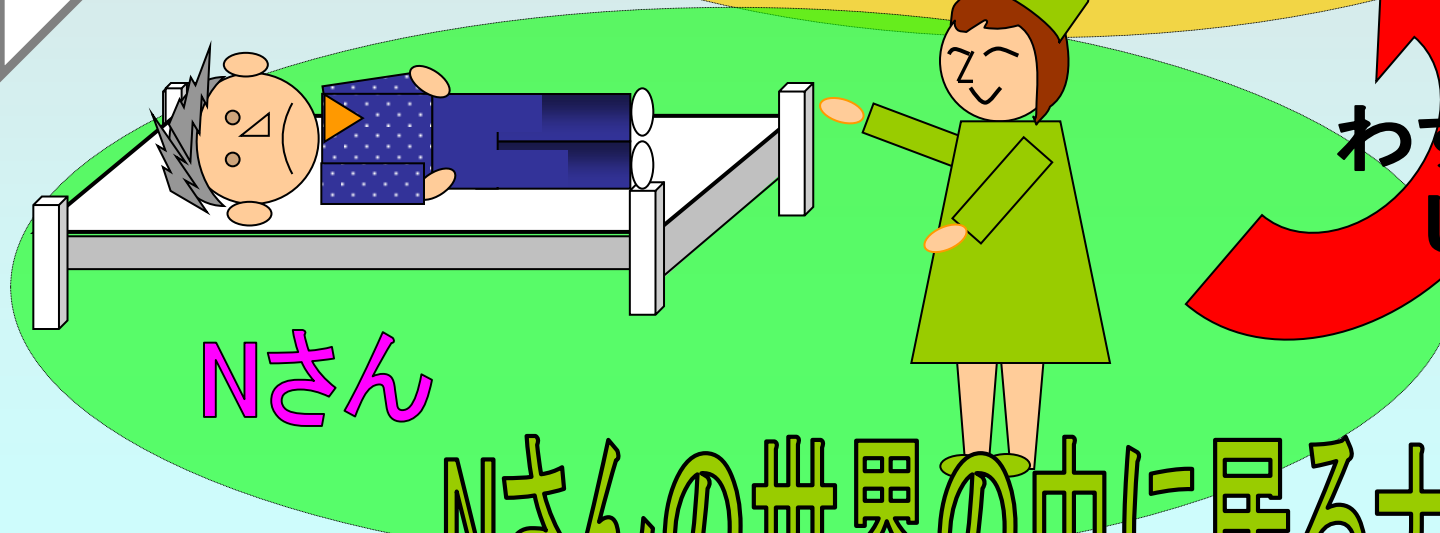
病院にまねき入れたつもり  
の医師は、  
実は患者さんの世界の中に  
まねかれている

# 病棟の人間関係



Eさん

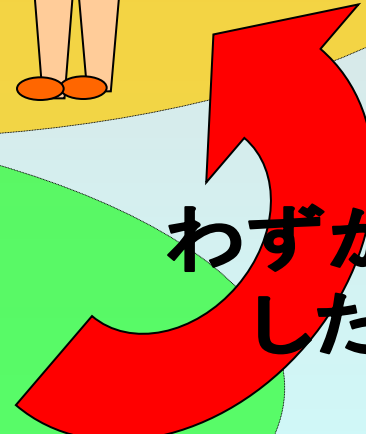
Eさんの世界の  
中に居るナース



Nさん

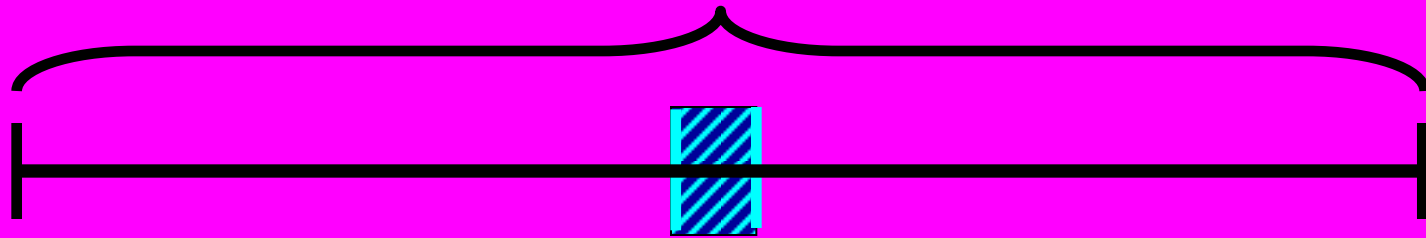
Nさんの世界の中に居るナース

わずか1m移動  
ただけで



# 在宅医療

24時間の生活機能

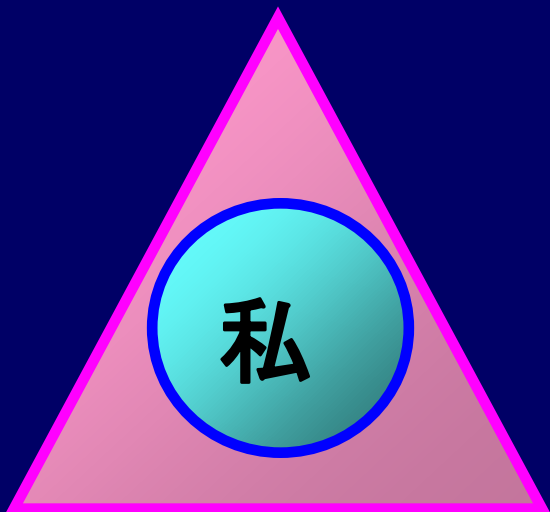


その人の24時間の内部で作業し  
その24時間全体に影響を与える

Aさんの生活機能

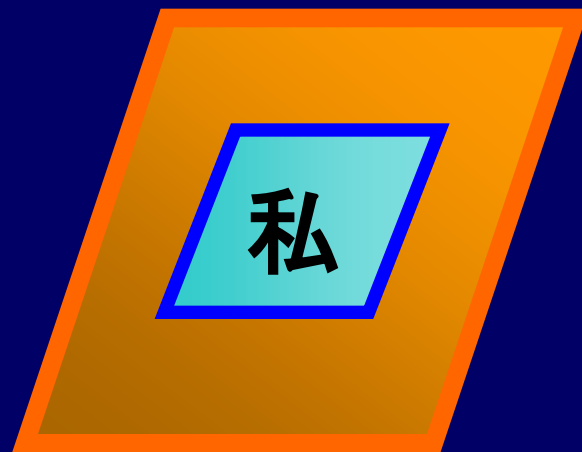


Bさんの生活機能

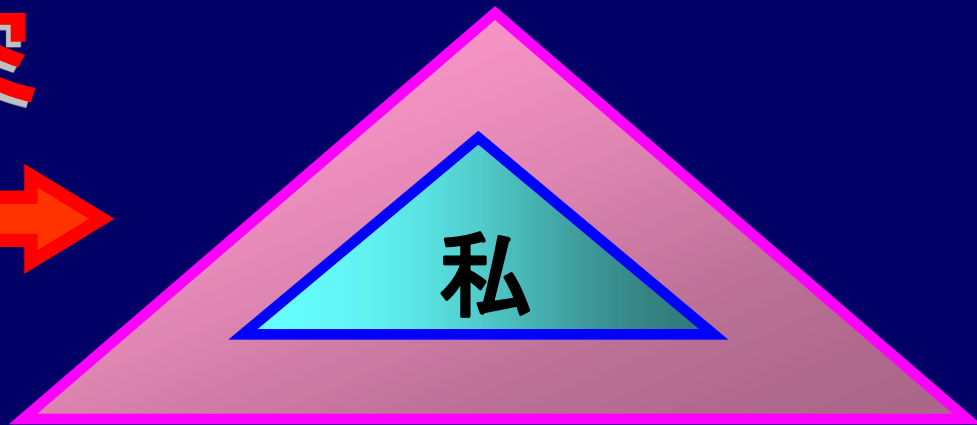


自己変容

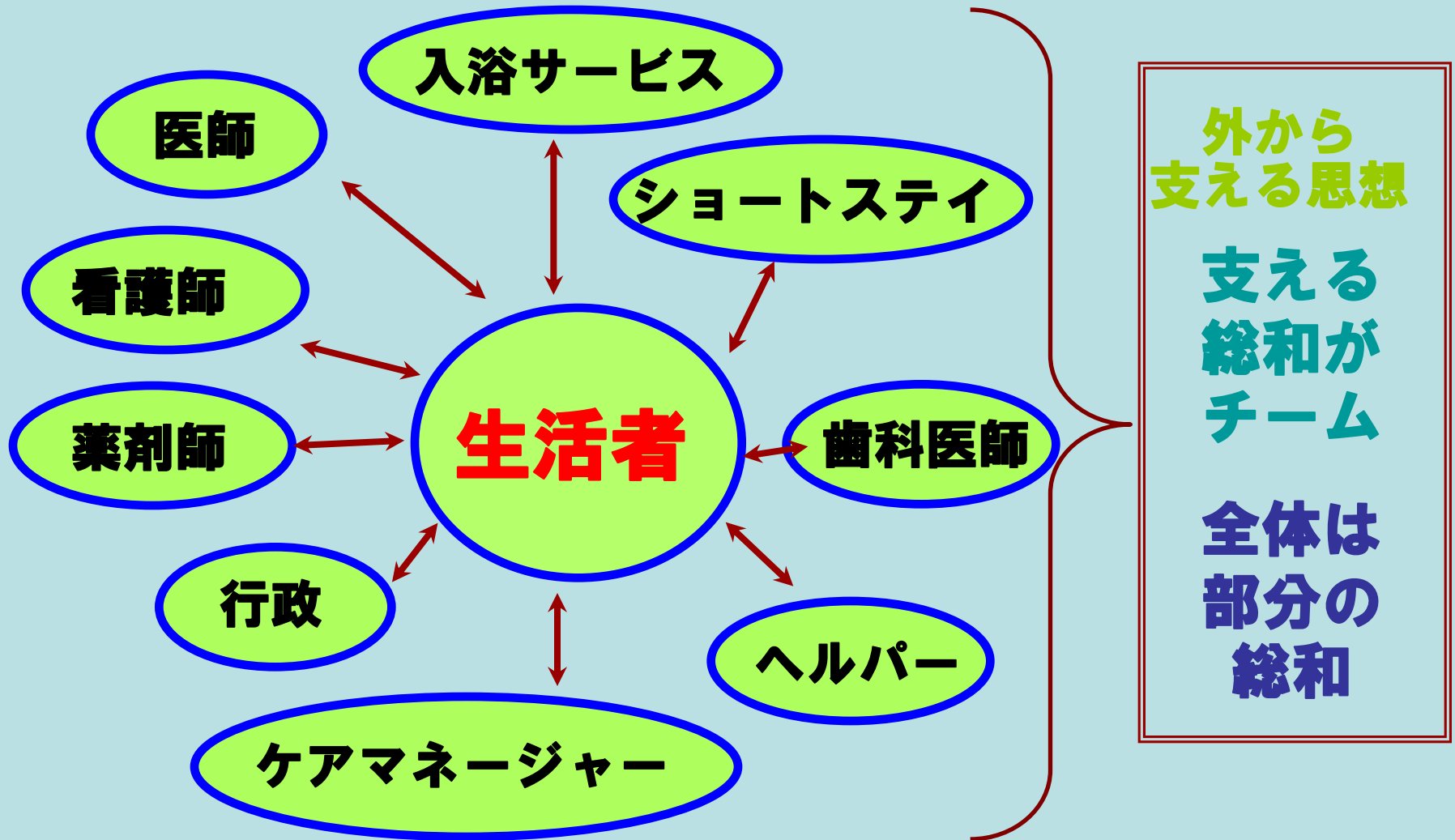
Aさん色に染まる



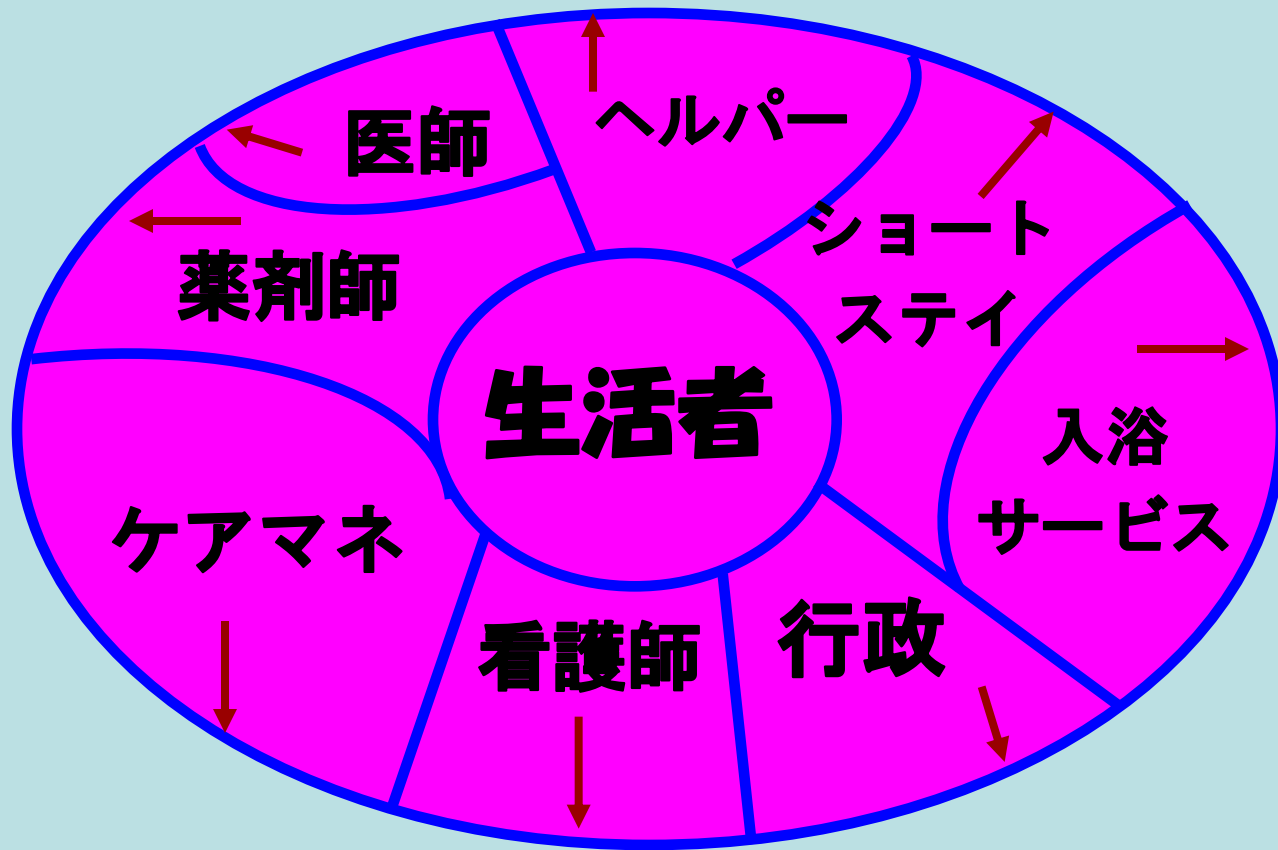
Bさん色に染まる



# 要素還元主義による集合的チームケア



# 生活の中で「統合された全体」としてのチームケア



中から支える  
思想

統合された  
全体がチー  
ム

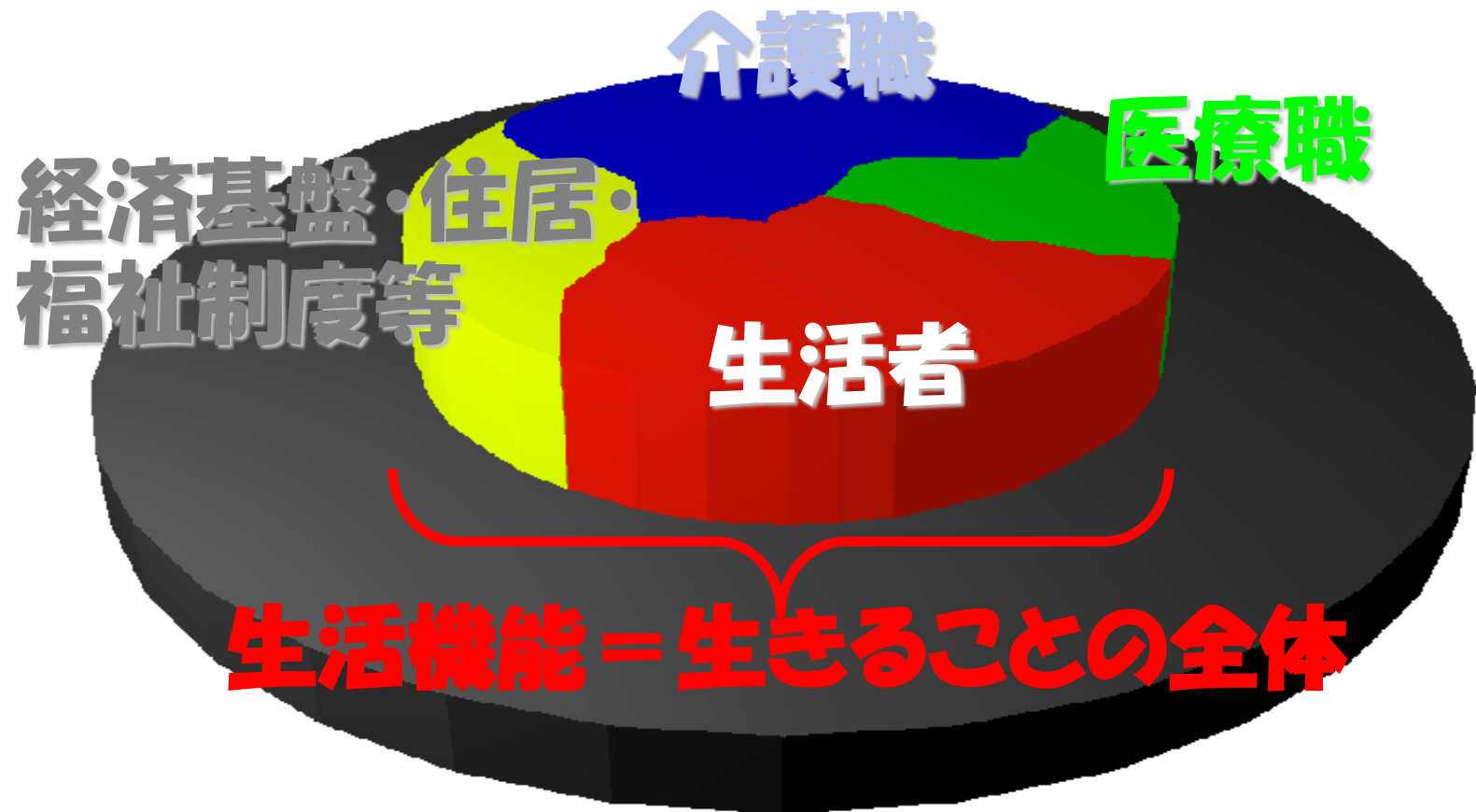
全体は部分  
の総和とは  
異なる全体

- がチームの全体を構成・維持する同一性
- 生活の内部から全体のバランスを維持する



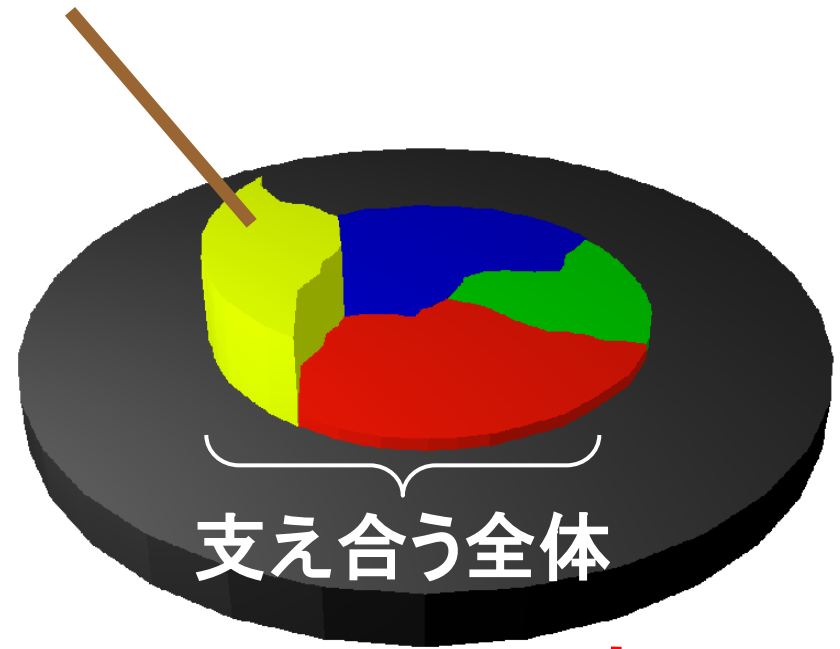
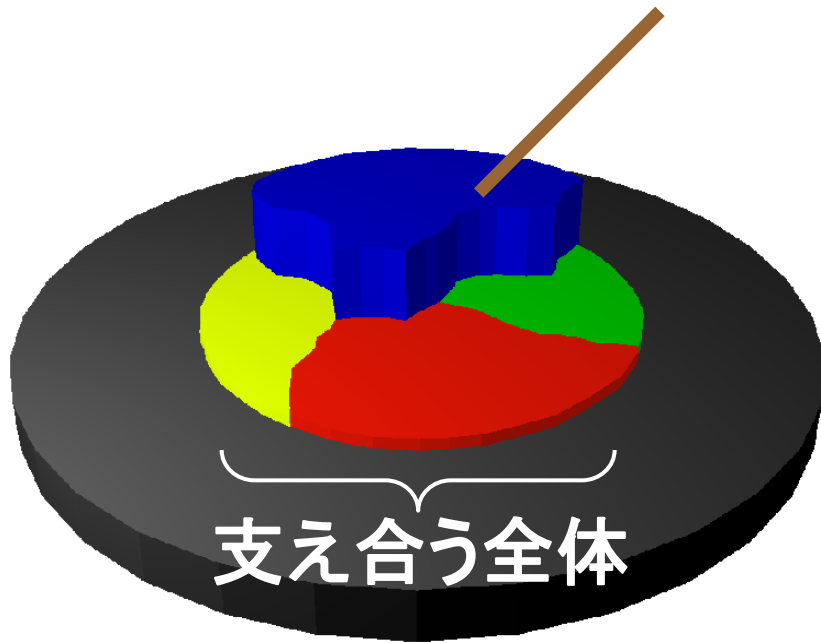
# **生活機能 = 生きることの全体 (ICF: 国際生活機能分類)**

生活機能は個人や家庭ごとに甚だしく異なる  
その家庭ごとの「**全体は部分の総和とは異なる全体性**」  
こそが生活機能の特質です (愛・絆・家風・信頼等)



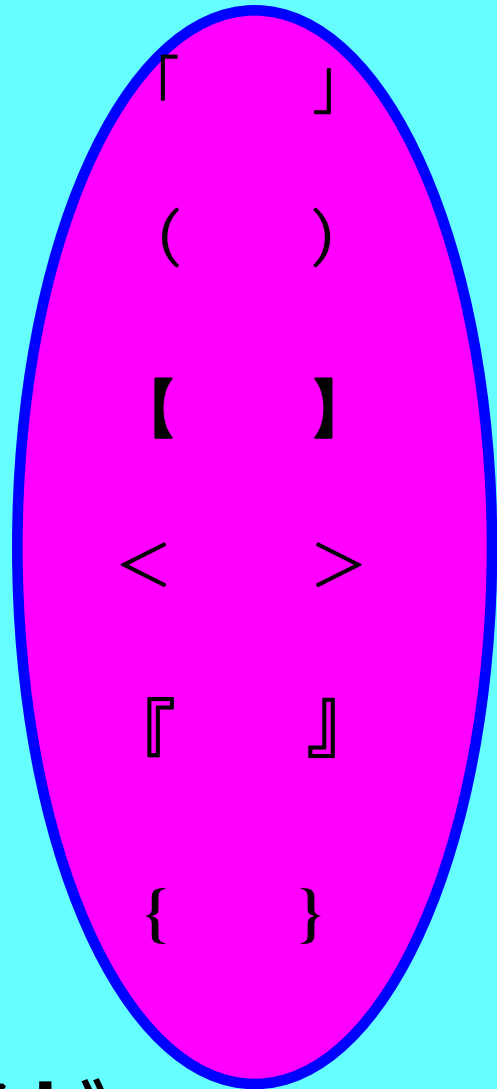
# 状況ごとに相対的に支えあう全体構造

問題が起こるたびに全体で支える

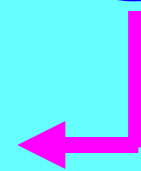


「生活機能＝生きることの全体」自体が  
各業種の専門性に**先んじて優位**であること

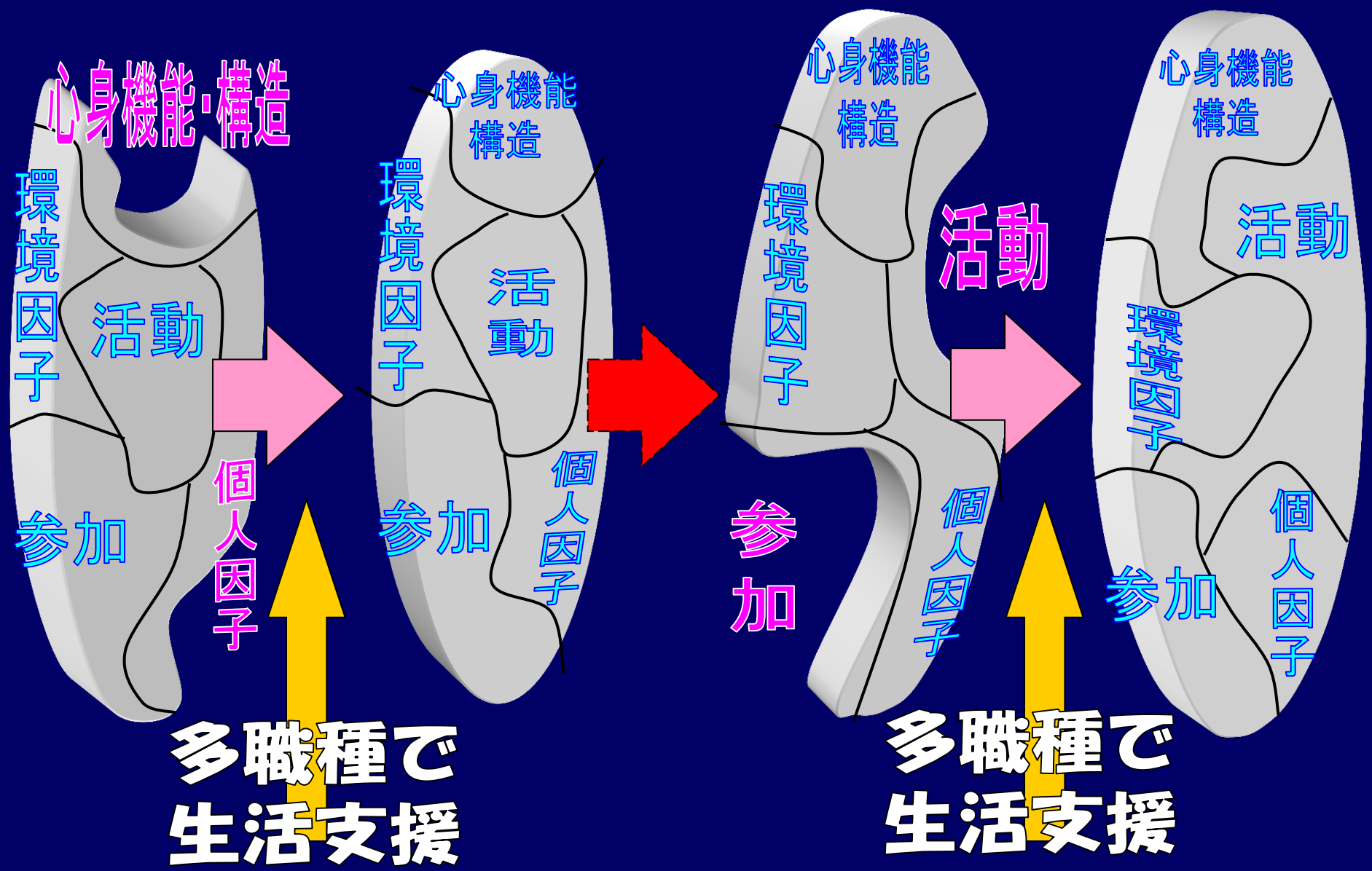
① 「在宅医	— 生活者」	「 」
② (ケアマネージャー	— 生活者)	( )
③ 【看護師	— 生活者】	【 】
④ <訪問リハビリテーション	— 生活者>	< >
⑤ 『ヘルパー	— 生活者』	『 』
⑥ {入浴サービス	— 生活者}	{ }



対面する職種・人によって生活者像が異なる。**ケアカンファレンスで同一性を保つ。**



# 全体が統合された生活機能の変化と多職種に関わり



# 在宅医療とICF Q & A

---

Q: 実体と構成概念を  
取り違えない

尊厳・自分の死・

生きる権利と死ぬ権利・

QOL・終末期・延命医療・

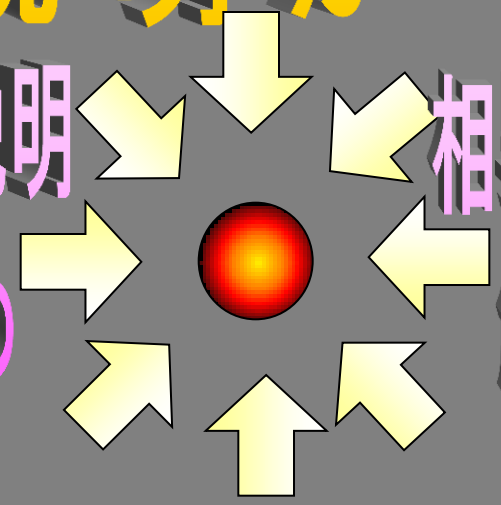
差し控えと中止・緩和医療

1つの状況には

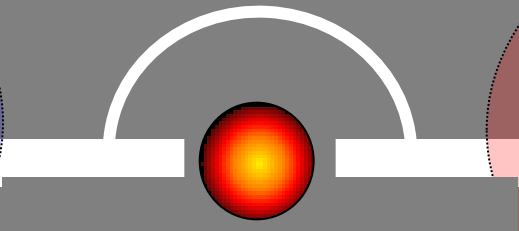
# 無限の説明が可能だが

最低限2つの相異なる説明  
が必要→選択するため

相異なる説明とは相異なる  
解釈が可能であること



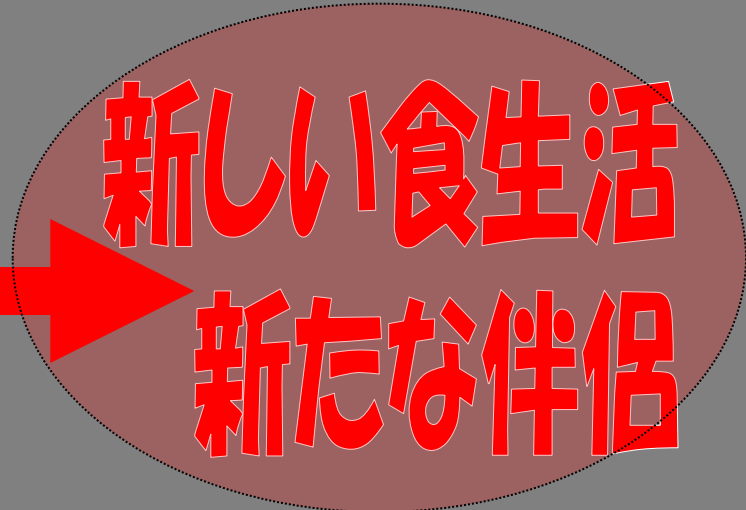
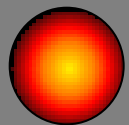
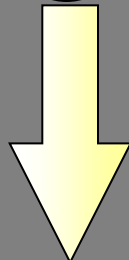
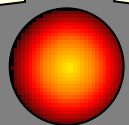
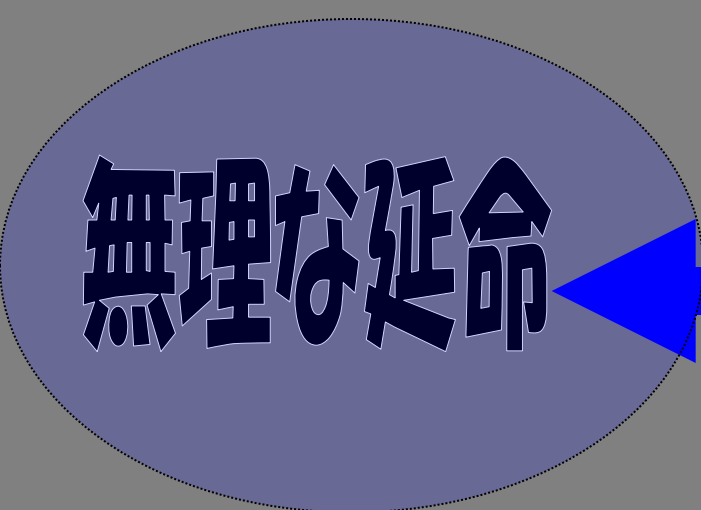
要素還元主義  
科学的  
身体論



ICFに基づく  
統合された  
生活機能

# 解釈次第で世界は変わる

胃瘻の栄養 ← ← 人工呼吸器



人工呼吸・胃瘻 = 「単なる方法・手技」

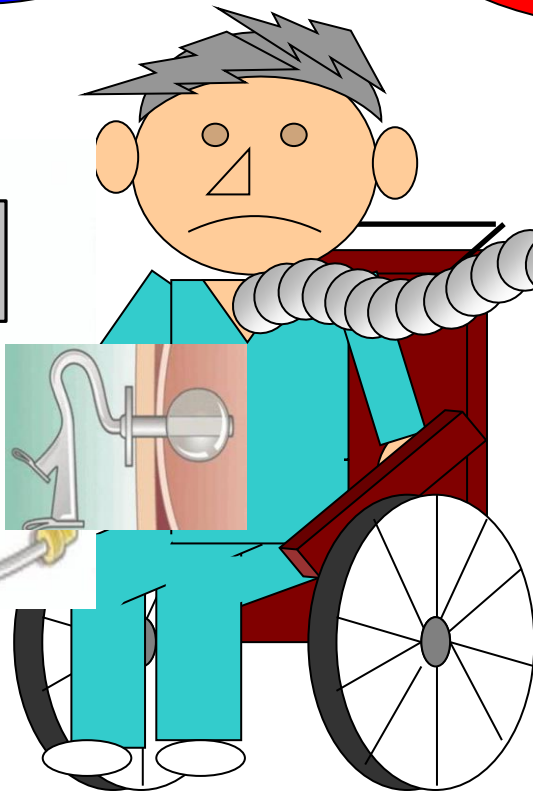
強制された生活  
無理な延命

解釈

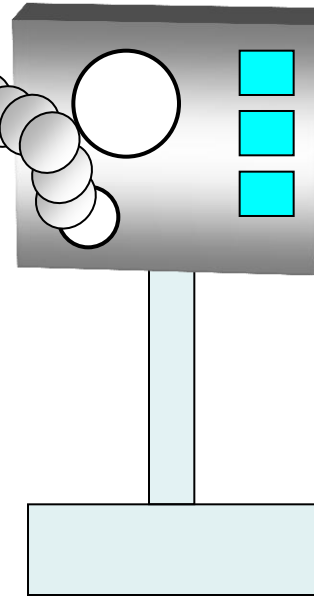
最期の日までの伴侶  
あたらしい食生活



【胃瘻】



【人工呼吸】





# 「自分の死」は実体か？ 違う！！構成概念である

① 他人の死は経験できる**実体**

② 自分の死は経験できない

→思考が構成する「**構成概念**」

**構成概念は不定型。一人一人常に変化するので、構成概念(自分の死)に定型の条件や権利を定めることは危険です**

「**自分の死**」は構成概念である。実体であるかのように誤認して、安楽死・尊厳死などの一律な規定を**他者**が設けてはならない。→ 外国で論議になっていない。気づかれていない重要なポイントである。

Dignity: 尊厳・高貴・威厳・高位  
尊厳が高い・低い・ある・ない等の  
価値・比較論になる→ホロコーストの危険

↑  
**に序列ができる！これで良いのか？**

↓ 違う解釈がある

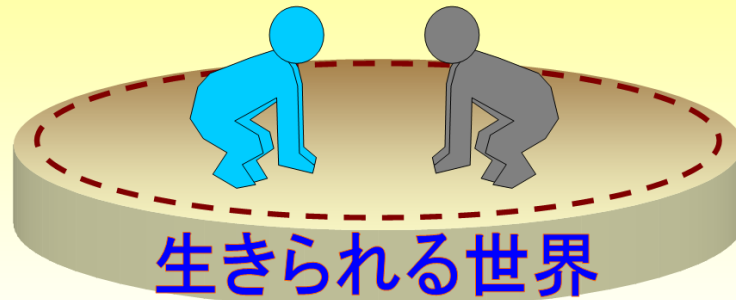
本来はSanctity of Life (生命の尊厳)

Sanctity: それ自体尊いもの

比較ではない。**尊厳は等しく同じ**

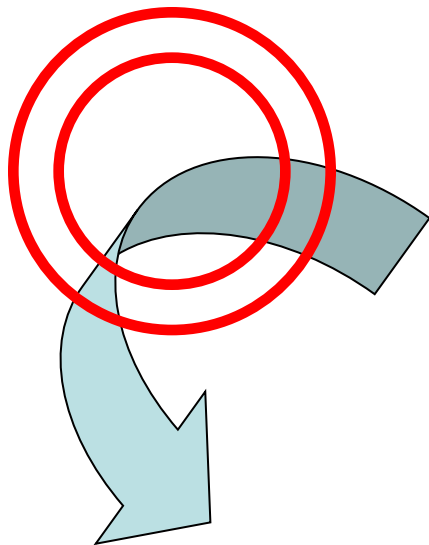
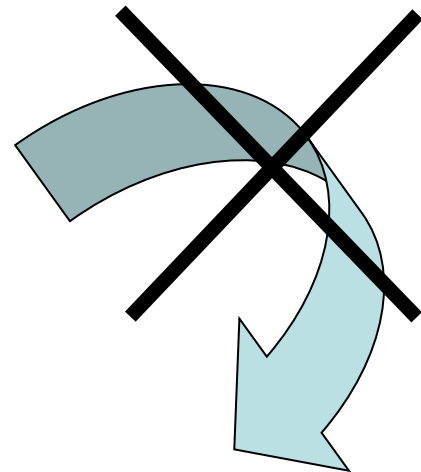
人

# 生きる権利 死ぬ権利

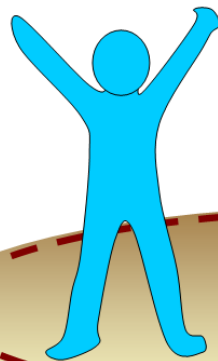


生きられる世界

同じ土俵に立った両極ではない



## 生きる権利の保障



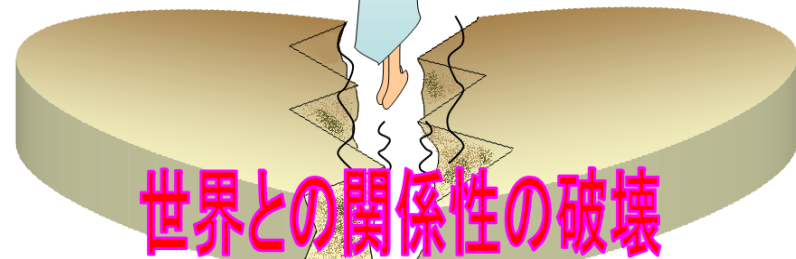
世界との関係を保つ

生きられる世界

生きることの継続がそのまま【生きる権利】



【死ぬ権利】という権利はない！



世界との関係性の破壊  
意図して死ぬことは  
権利の基盤を壊すこと

**QOLとは「生活の質」  
という科学的な指標です**



**「生命の価値」「生きる意味」とは無関係  
「QOLが低いから生きる意味がない」  
という言葉は間違い**



**QOL  
が低いならQOLを高める。**

**QOL**

**【科学的に測定できる本人の主観的指標】**

**QOLは構成概念**



# 終末期という定義が成り立つか？

## What defines the transition to end of life?

The evidence does not support a precise definition of the interval referred to as end of life or its transitions. End of life is usually defined and limited by the regulatory environment rather than by the scientific data. A regulatory definition is a barrier to improving care and research relating to end of life. End of life should not be defined by a specific timeframe unless evidence can support reliable prognostication.

<http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024html.htm> (NIH Consensus Development Program)

**終末期やその移行期に関して明確な定義を提供するエビデンスは存在しない。**  
生命の終焉は、そもそも科学的データに基づいて定義されたり、区切りが入れられたりするわけではなく、むしろ状況によって決められる類のものである。したがって一律に定義することは医療や研究の質の向上にかえって邪魔になる。信頼できる予測ができない限り終末期は特定の時間枠で定義すべきではない。

つまり・・・

NIH (National Institutes of Health) State-of-the-Science Conference Statement

では**終末期を「定義する」こと自体に問題がある**

# 人工呼吸器は延命医療？ 胃瘻栄養は延命医療？ 違います！

- 
- ① 「延命医療」も実体ではありません！
  - ② ものの見方で変わる構成概念です

**呼吸器が延命とは限らない**

健康な呼吸：①人は胸郭を拡大するだけ

②空気は大気圧で流入③大気圧は地球が作る

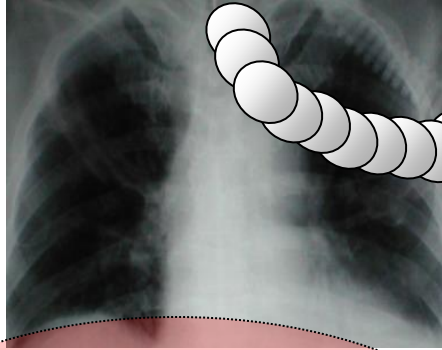
④呼吸は地球という物体との共同作業

= ⑤人工呼吸は本人と呼吸器という物体との共同作業⇔どこが違うの？

# どっちも同じ！統合された全体で生きている

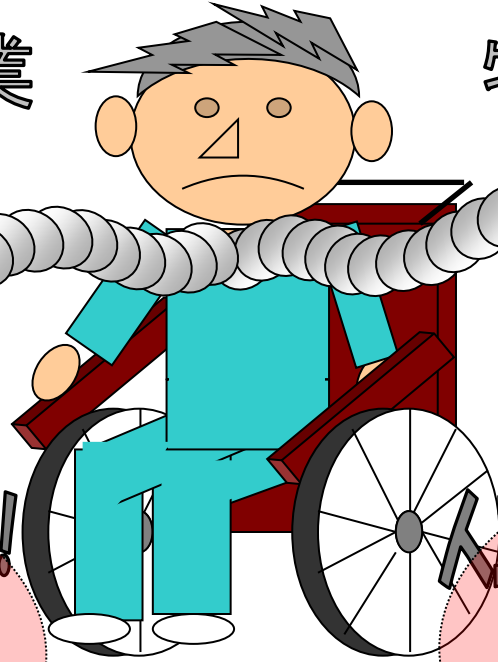
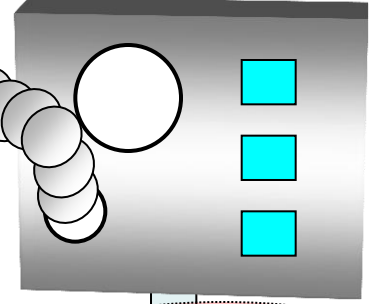
【心肺同時移植】

他人の心肺という  
物体との共同作業



【人工呼吸】

人工呼吸器という  
物体との共同作業



他人の心肺で生きるのはイヤ！  
と言われたら手術して  
心肺を取り外しますか？

人工呼吸器で生きるのはイヤ！  
と言われたら呼吸器を  
取り外しますか？

やっではないけません！

# どっちも同じ！統合された全体で生きている

【胃瘻】

胃瘻のチューブ  
という物体との  
共同作業

【小腸移植】

他人の小腸という  
物体との共同作業

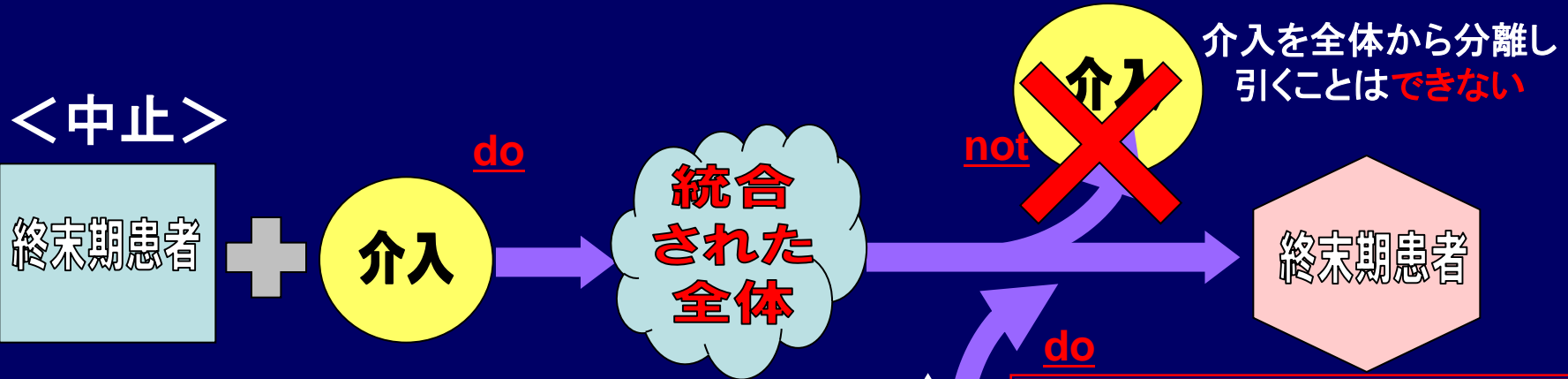
胃瘻で生きるのはイヤ！  
と言われたら胃瘻を  
取り外しますか？

他人の小腸で生きるのはイヤ！  
と言われたら手術して  
小腸を取り外しますか？

どちらも《殺す》ことです！やってはいけません！



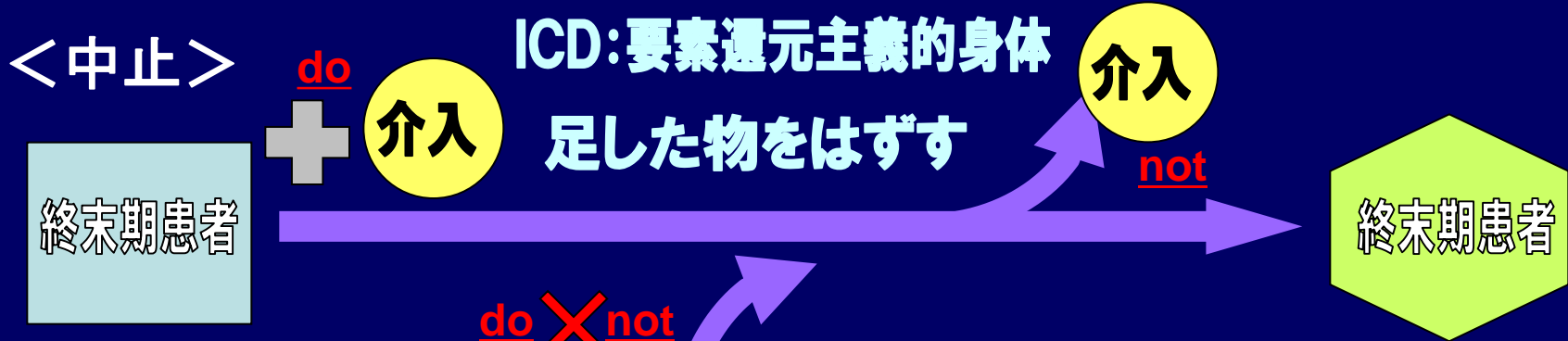
# ICFの健康状態 = 心身機能・活動・参加の統合された全体



中止 = 統合された全体を破壊 = 死なせる



統合された全体を破壊する行為



<差し控え>



# 最期までつらくない生活はできる？

## できます！

### ④ 緩和医療が進歩しました

---

- 1) すべての人は緩和されます
- 2) 生きる時間はそのまま継続
- 3) つらくない・苦しくない  
痛くない状況をつくります
- 4) **でも分かる医者が20%**

モデルA  
30年前



Cureのあきらめ=死

モデルB  
20年前

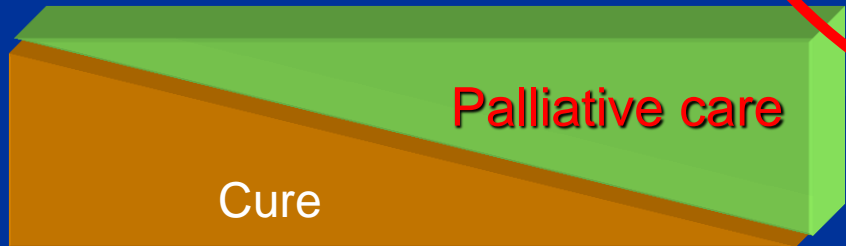


Terminal care(延命治療をしない)  
医療の中止を法制化

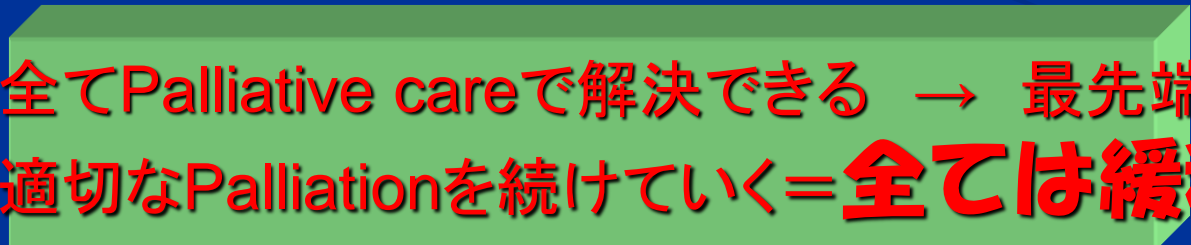
**古い概念に基づく時代錯誤!**

- ◎ 尊厳死の法制化
- ◎ 救急医療の中止
- ◎ 脳死の標準化

モデルC  
10年前



モデルD  
**最先端**



全てPalliative careで解決できる → 最先端の概念  
適切なPalliationを続けていく=**全ては緩和される**

# 在宅医療とICF Q & A

---

Q: 説明と支援は？

医者も療養者も解釈を変え  
支援策を具体化する

# ICFの健康状態(心身機能・活動・参加の統合された全体)

要素還元主義・科学的身体論

歩けない

食べられない

呼吸↓

血圧↓

意識↓

急死

緩やかに衰え大往生

苦しんでいる人がいる

QOL低下は  
人間らしさが  
保てないと  
意味を取り違え

Dignity  
(比較評価の尊厳)  
が低下したと誤解

延命治療  
の中止

中止 = 死なせる  
危険!  
尊厳死

# 構成概念の変更

構成概念(人の心)は最期の一瞬で変わる可能性がある! だから死なせてはいけない

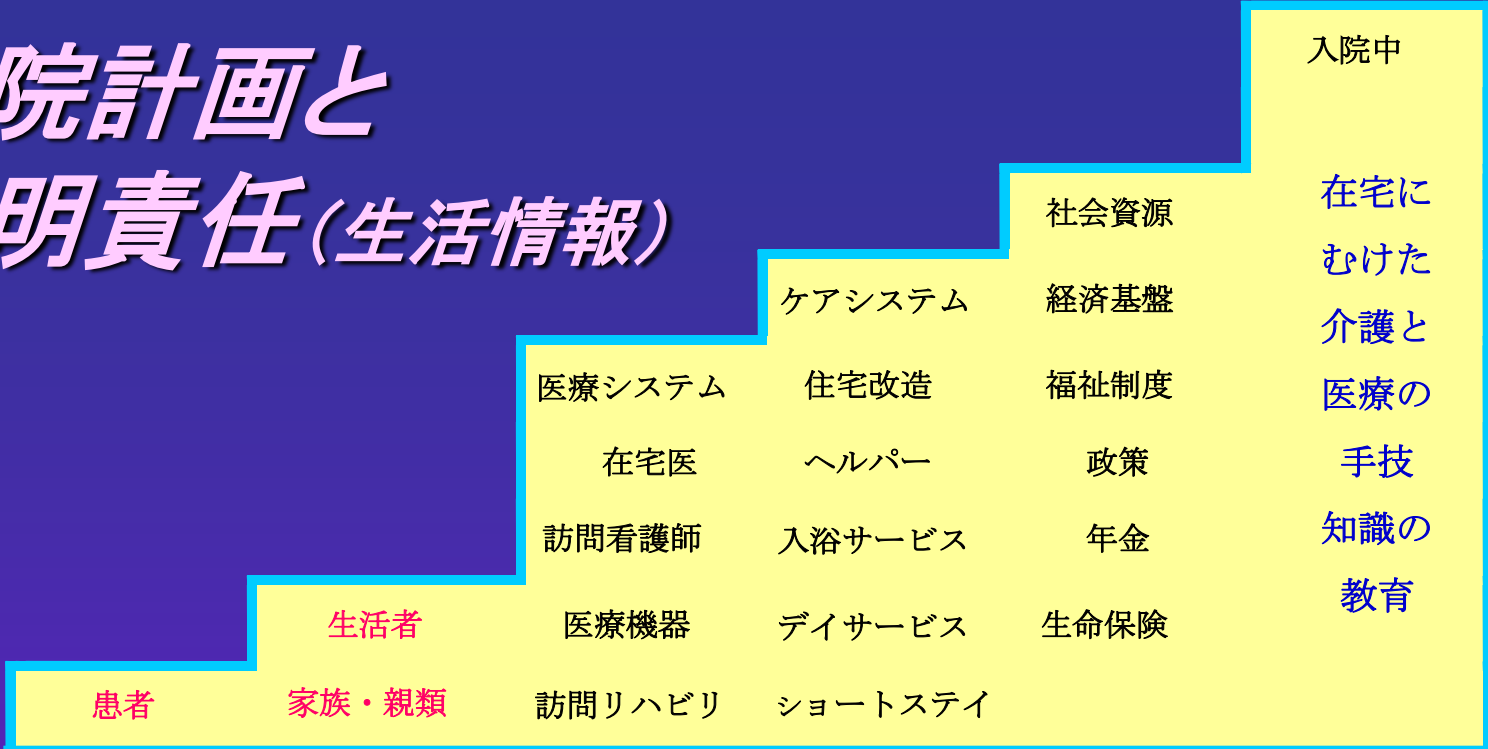
QOLの低下  
は  
生活の質が  
低下しただけ

Sanctity  
(普遍の尊厳)  
誰もが尊厳  
そのもの

延命ではなく  
新しい生き方  
生活の質を向上  
全ての事例は  
緩和される

尊厳ある生  
を全うする

# 退院計画と説明責任(生活情報)



**入院** → **検査** → **診断** → **治療** → **退院**

14日

治療と説明責任

2つの説明責任

ICD (WHO国際疾病分類)に基づく

帰宅(在宅復帰)と説明責任

ICF (WHO国際生活機能分類—国際障害分類改訂版)に基づく

# 在宅医療の検査と治療

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・腹膜還流・人工透析

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Iセンター	698	10	62	64	20
東北KN病院	500	6	72	40	20
SK病院	383	17	35	27	5
仙台往診クリニック	550	46	100	15	120

がん患者数は60名です



# 独居+全身麻痺+呼吸器+胃瘻で暮らす制度が既にある

事例:  
病歴:  
経過:

**13歳 男児**

5歳: **ミトコンドリア脳筋症**・12歳で**在宅療養**

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
- 2) 障害を**あるがままに**受け入れる
- 3) 障害を持ちながら**生活する方法**を考える
- 4) **二ヶ月在宅生活し最期を迎えた**  
(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。**

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 介護	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	事業所② 支援	事業所③ 介護	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 介護	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 介護	事業所①支援	事業所③ 支援	介護者B 全身性 入浴車	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 介護	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 介護	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

**独居でも最期まで  
生活が可能です**

**24時**

**《取り決め》**

**誰もいない時間に  
最期を迎えても  
悔いはない**

**18時**

**ヘルパー夕食  
オムツ・吸引**

**看護師  
状態把握  
酸素測定**

**ヘルパー  
オムツ  
見廻り**

**6時**

**ヘルパー朝食  
オムツ・吸引**

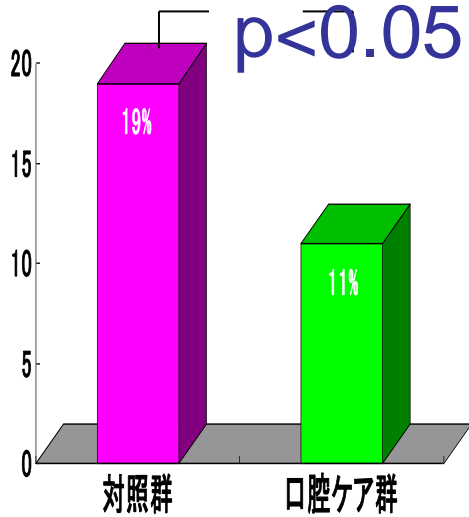
**医師  
診察  
点滴**

**12時**

**ヘルパー  
清拭  
吸引**

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。

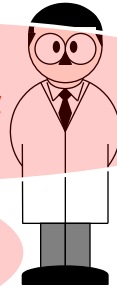
# 訪問歯科診療は「生活者の生き方」に寄り添う医療である



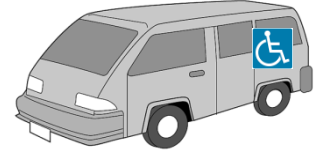
歯科医師による訪問診療を利用:

歯科衛生士による口腔ケア・嚥下の指導が重要

さらに、医療関連職としてケアカンファレンスに参加



ヘルパーさん  
(介護保険・自立支援法派遣)



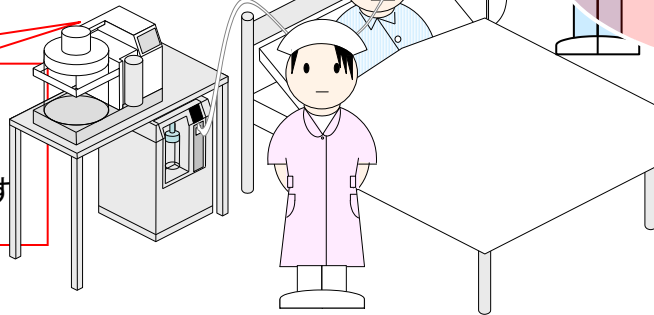
外出はリクライニング車椅子とリフトカーが必要

訪問歯科の指導で口腔ケア・摂食嚥下の力量アップ: 誤嚥しにくくなりました。



私の楽しみ ⇒ 週2回の入浴サービス  
昔の様に湯治場で温泉につかりたいなあ

酸素濃縮器を使用中  
残念ながら唾液さえ飲み込むことができません  
①鼻腔②口腔から吸引を必要としています  
吸引回数は5~6分に1回位



看護師さん

- ①月・木 11:00~12:00  
バイタルサインのチェック、血糖値のチェック  
排便、尿カテーテル交換等を担当
- ②拘縮予防の為週2回訪問リハビリテーション

主治医のK先生(在宅医療専門の先生)  
具合が悪い時には、すぐに診察に来ます。

訪問歯科の指導で、胃瘻からの栄養が減り、経口摂取が可能となりました。肺炎になりにくくなりました。

③訪問歯科による口腔ケア・摂食嚥下のアドバイスで力量アップ



お薬は調剤薬局の薬剤師さんが配達してくれます。

訪問歯科のお薬も配達されます。

# 生き方の変遷に伴う在宅調剤業務

歩けない 訪問薬剤指導の開始

認知の低下 一包化・服薬指導・服薬カレンダー

胃痙・IVH 食べられない 粉末化・IVHの調剤

がんの痛みは完全に取れる

疼痛の出現 麻薬管理  
高齢者の1/3はがん 頻回訪問

看取りの心構え

血圧・意識低下

大往生・天寿

**あらゆる制度に精通しなくては  
ならない!**

---

**医療保険：看護は毎日訪問できる!**

(厚労大臣が定める疾患、床ずれ・  
気管切開の吸引、特別指示書 等々)

**身体障害：自立支援法による介護**

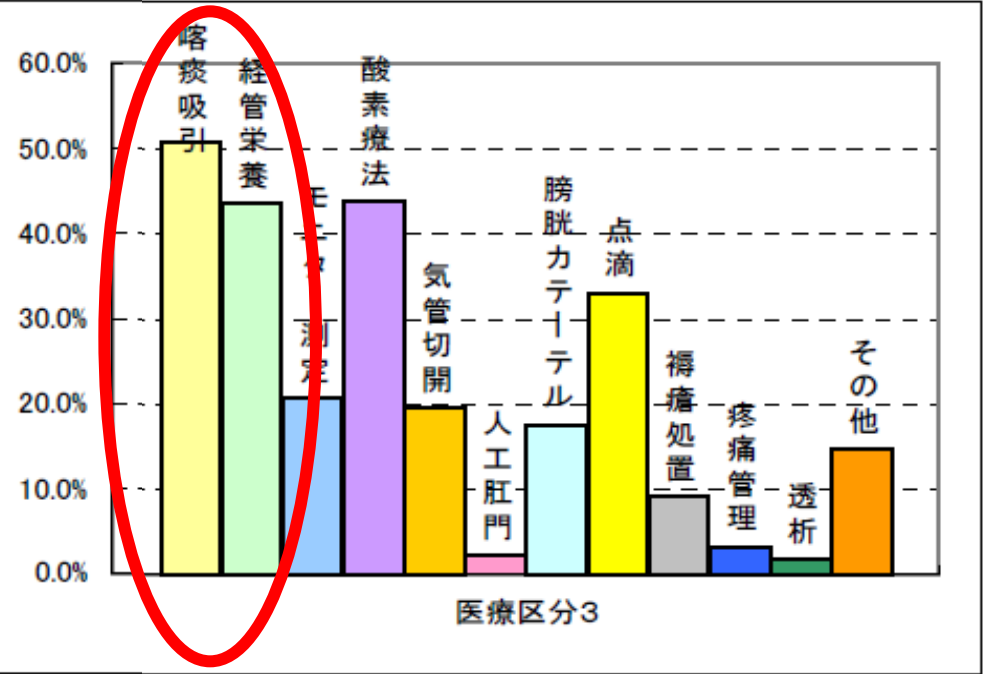
(特別障害者手当、医療費助成等々)

**生命保険：生きていて全額もらえる**

**その他：全身性障害…、生活保護等々**

療養病床入院患者のうち、医療区分3では、喀痰吸引(50.9%)、経管栄養(43.6%)が実施されている

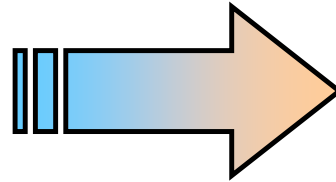
		合計	喀痰吸引	経管栄養
全体		5,649人 100.0%	1,239人 21.9%	1,602人 28.4%
医療区分	医療区分1	1,759人 100.0%	142人 8.1%	318人 18.1%
	医療区分2	1,660人 100.0%	529人 31.9%	541人 32.6%
	医療区分3	411人 100.0%	209人 50.9%	179人 43.6%
	未実施	1,817人 100.0%	359人 19.8%	563人 31.0%
	無回答等	2人 100.0%		1人 50.0%



平成24年から介護職員が行える(法制化)

食べられない → 胃瘻  
 呼吸 ↓ でタン → 吸引  
 介護職員必須の行為  
 できるのが当たり前

患者



医師

入院料

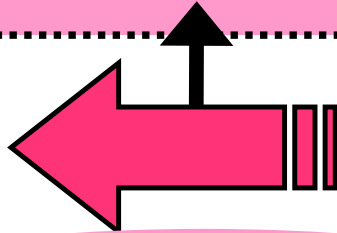
入院

入院外

外来診療料

在宅医療

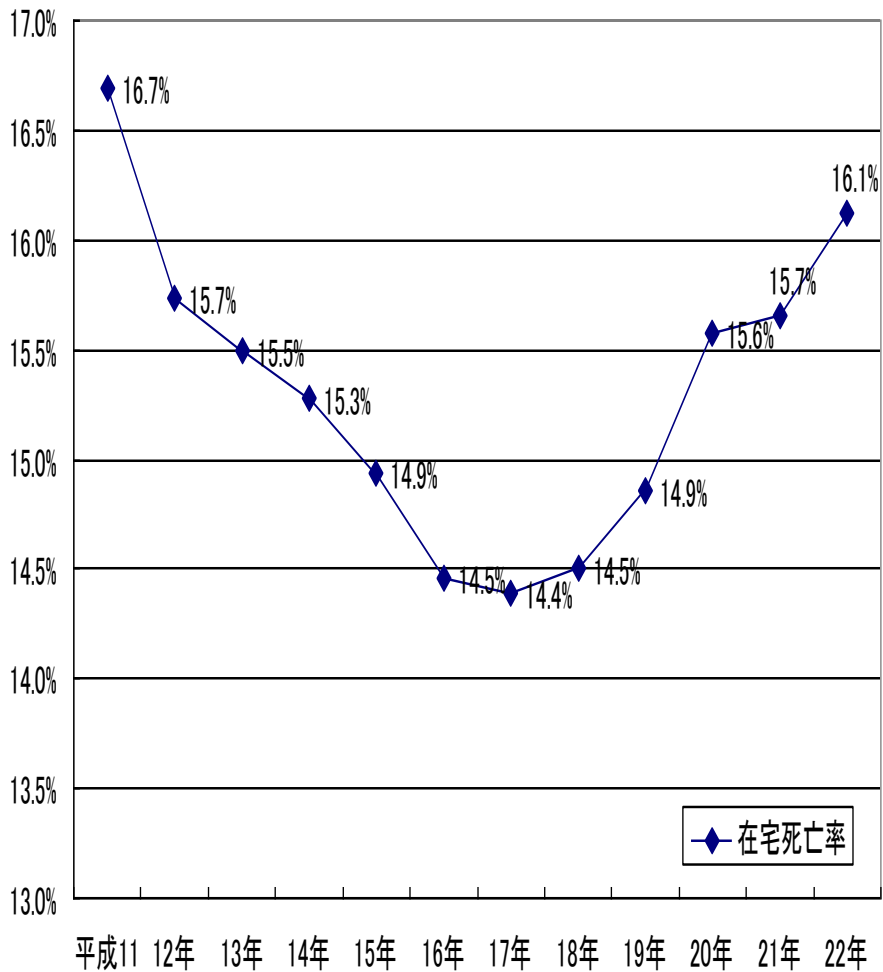
患者



医師訪問診療医

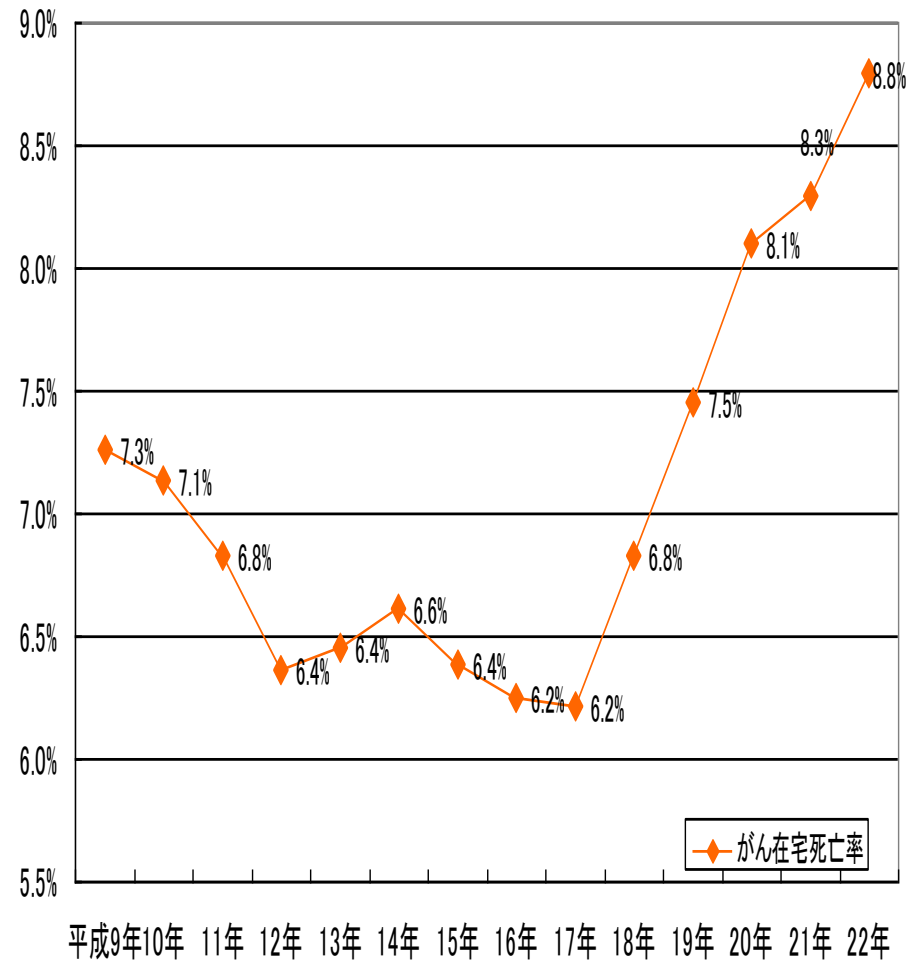
訪問診療料

### 在宅死亡率の推移(全国)



1999-2010 人口動態調査(厚生労働省 人口動態・保健統計課)  
 仙台往診クリニック研究部 が算出・作成

### がん在宅死亡率



出典:人口動態調査(厚生労働省 人口動態・保健統計課 / 総務省統計局e-stat)

死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率 を基に仙台往診クリニック研究部 が算出・作成



平成22年						
	10/1人口 (国勢調査)	死亡者 総数	自宅 死亡者数	老人ホーム 死亡者数	自宅 死亡率	自宅+老人 ホーム 死亡率
八幡浜市	38,370	554	69	15	12.5%	15.2%

### 愛媛県庁ホームページ

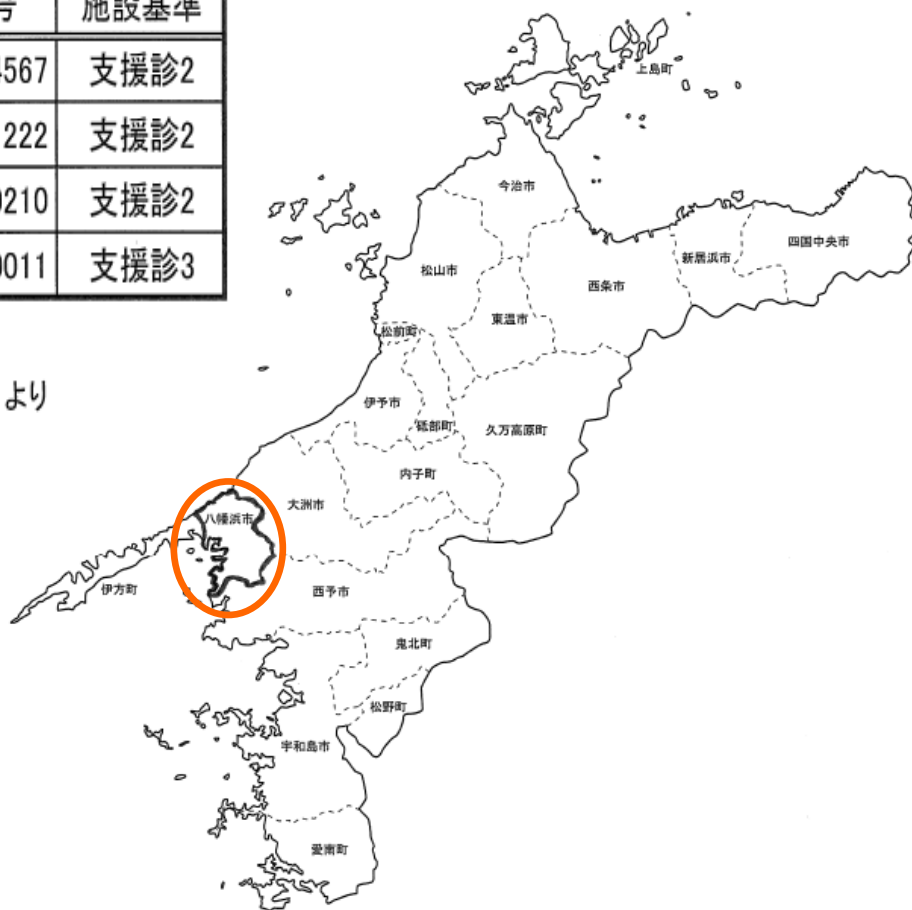
保健統計年報 平成23年版(平成22年の人口動態統計等)より

在宅療養支援診療所 名称	住所	電話番号	施設基準
谷池内科・胃腸科	八幡浜市1280-20	0894-22-4567	支援診2
旭町内科クリニック	八幡浜市沖新田1510-73	0894-29-1222	支援診2
矢野脳神経外科医院	八幡浜市古町1丁目6-12	0894-23-0210	支援診2
チヨダクリニック	八幡浜市川通1455-22	0894-23-0011	支援診3

### 四国厚生支局ホームページ

届出受理医療機関名簿「在宅療養支援診療所 医科」(平成25年11月1日現在)より

愛媛県の市町村別データは、平成23,24年はまだUPされていない為、最新が平成22年となっている。



# 都道府県別在宅死亡率

平成24年 政府統計e-stat人口動態調査のデータより作成

順位		死亡者 総数	自宅死 亡者数	老人 ホーム 死亡者 数	自宅死 亡率	自宅+ 老人ホ ム 死亡率
	総数	1256359	161242	58264	12.8%	17.5%
1	28兵庫	53657	8919	3101	16.6%	22.4%
2	20長野	24474	3223	2046	13.2%	21.5%
3	13東京	109194	17893	5459	16.4%	21.4%
4	29奈良	13656	2220	665	16.3%	21.1%
5	31鳥取	7074	964	505	13.6%	20.8%
6	14神奈川	71996	11052	3732	15.4%	20.5%
7	22静岡	38194	5178	2515	13.6%	20.1%
8	25滋賀	12221	1884	502	15.4%	19.5%
9	24三重	19210	2612	1135	13.6%	19.5%
10	19山梨	9555	1242	608	13.0%	19.4%
11	32島根	9513	1063	767	11.2%	19.2%
12	15新潟	28083	3450	1861	12.3%	18.9%
13	26京都	25416	3645	1136	14.3%	18.8%
14	27大阪	80472	12120	2907	15.1%	18.7%
15	30和歌山	12435	1621	689	13.0%	18.6%
16	09栃木	20784	2775	1048	13.4%	18.4%
17	04宮城	22101	3279	784	14.8%	18.4%
18	06山形	14752	1703	1008	11.5%	18.4%
19	12千葉	53206	7912	1769	14.9%	18.2%
20	21岐阜	21531	2844	1043	13.2%	18.1%
21	37香川	11369	1399	625	12.3%	17.8%
22	07福島	23418	3289	850	14.0%	17.7%
23	34広島	29273	3503	1665	12.0%	17.7%

順位		死亡者 総数	自宅死 亡者数	老人 ホーム 死亡者 数	自宅死 亡率	自宅+ 老人ホ ム 死亡率
24	18福井	8795	1028	491	11.7%	17.3%
25	23愛知	61354	7625	2786	12.4%	17.0%
26	38愛媛	17216	2255	658	13.1%	16.9%
27	47沖縄	10626	1374	394	12.9%	16.6%
28	33岡山	21181	2427	1062	11.5%	16.5%
29	10群馬	21169	2401	1068	11.3%	16.4%
30	03岩手	16072	1898	673	11.8%	16.0%
31	02青森	17294	1825	846	10.6%	15.4%
32	35山口	18231	1951	863	10.7%	15.4%
33	44大分	14050	1210	957	8.6%	15.4%
34	17石川	12223	1202	667	9.8%	15.3%
35	36徳島	9781	1003	488	10.3%	15.2%
36	11埼玉	59137	7043	1945	11.9%	15.2%
37	45宮崎	13051	1179	798	9.0%	15.1%
38	08茨城	30009	3475	1026	11.6%	15.0%
39	43熊本	20565	1970	1009	9.6%	14.5%
40	16富山	12754	1267	580	9.9%	14.5%
41	42長崎	16784	1524	892	9.1%	14.4%
42	05秋田	14856	1506	627	10.1%	14.4%
43	46鹿児島	21281	1919	947	9.0%	13.5%
44	41佐賀	9676	844	410	8.7%	13.0%
45	39高知	10142	1073	194	10.6%	12.5%
46	40福岡	48957	4370	1278	8.9%	11.5%
47	01北海道	58066	5083	1175	8.8%	10.8%

がん末期 ホスピス:100万円／月

(病院の1/2) 在宅医療:在医総・45万円＋麻薬

人工呼吸器 病院: 80万円～100万円／月

(病院の1/3) 在宅医療:25万＋訪問看護(医療)

寝たきり 病院: 40万円／月

(病院の1/5) 在宅医療:6万円～10万円／月

『医療保険分のみ』

# 在宅医療【医療費＋介護費】(要介護度1・2・3・4・5・最重度)

## 人工呼吸器 装着者

医療費平均	介護費平均	計
246,180円	289,104円	535,284 円
n=27、最大値 =397,680 最小値 =164,350	n=18、最大値= 366,813 最小値= 18,293	

医療費平均	介護費平均	計
106,380円	259,877円	366,257 円
n=70、最大値 =287,770 最小値 =35,490	n=36、最大値= 381,332 最小値= 60,776	

医療費平均	介護費平均	計
103,220円	188,343円	291,563 円
N=24、最大値 =476,920 最小値 =60,870	N=15、最大値 =310,946 最小値 =23,548	

医療費平均	介護費平均	計
78,800円	155,265円	234,065 円
N=22、最大値 =198,320 最小値 =24,510	N=10、最大値= 268,718 最小値= 9,345	

医療費平均	介護費平均	計
90,380円	97,680円	188,060 円
N=20、最大値 =431,520 最小値 =49,410	N=10、最大値 =164,257 最小値 =11,088	

※算出データは、仙台往診クリニックで管理する在宅生活者の2008年4月～6月(3ヶ月間)の医療保険点数、介護利用状況から、平均値を算出したものである。  
※費用の詳細は、別表を参照のこと

# 在宅医療費は少ない→少ない医療費で高い効率 24時間訪問し、最期まで生活支援が可能

国民医療費 (34.1兆円\*1)

医科 (26.0兆円\*1)

調剤  
(5.4兆円\*1)

歯科  
(2.6兆円\*1)

**在宅** (6,503億円\*3 (医科の**2.5%**\*2))

在宅自己注射指導  
管理料および加算

在宅酸素療法指導  
管理料および加算

その他 (2,240億円\*3)

ほとんどが訪問しない・看取らない  
診療所・病院の外来医療で  
算定されている

(1,294億円\*3)

(1,324億円\*3)

**往診・訪問 (853億円\*3)**

**在医総管・在宅末期 (791億円\*3)**

**本当の在宅は  
たった0.6%\*2**

\*1 :平成20年 医療費の動向

\*2 :平成20年 社会医療診療行為別調査

\*3 : \*1における総額に \*2 における割合を適用

# 必要訪問診療医師数

	人口	総死亡者数	100万人当たり	10万人当たり
2013年	12700万	125万	10000	1000
2025年	11800万	148万	12600	1260
2038年	10700万	168万	15700	1570
在宅医療特化型	30名/Dr	40%在宅	130~210	13~21

総死亡者数の40%を居宅で看取る

特化型在宅医療医師の一般的な看取り数=30名/医師/年

(ただし標準化されたがん末期緩和医療では50~60名/医師)

2038年に向けて医師総数の約6~10%を必要とする