

4 かかりつけ医に求められる 在宅リハビリテーション機能

厚生労働省は 2006（平成 18）年 4 月の介護保険制度改正において、介護予防の推進を重要課題として挙げ、老人保健事業での介護予防事業に加え、介護保険における介護予防給付の導入を行った。

ここでは、介護保険において今後重要な位置を占めることになる、高齢者リハビリテーションと介護予防について述べる。さらに、在宅医療にかかわる現場でのリハビリテーションの考え方、地域リハビリテーション支援体制、新しい障害のとらえ方である ICF の紹介、地域リハビリテーションの目指す QOL について説明する。

● 高齢者リハビリテーションや介護予防における国の基本理念

厚生労働省老健局では 2003（平成 15）年 3 月に「高齢者介護研究会」を設置し、同年 6 月に報告書を取りまとめた。報告書では、高齢者が介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とする「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指す必要があるとし、介護予防やリハビリテーションの充実はその重要な柱であり、今後精査・研究が必要であると指摘している。

また、同年 7 月には「高齢者リハビリテーション研究会」を設置し、保健、医療、介護、福祉用具、自治体などの関連分野と、リハビリテーション医学、理学・作業・言語聴覚療法などの分野にわたりヒアリングや総合討論を行った。そして、2004（平成 16）年 1 月に中間報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」を作成し、制度改正の方向性を定める論拠とした。以下、その報告書に沿って述べたい。

（1）高齢者リハビリテーションの課題把握

高齢者リハビリテーションの現状について、①もっとも重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分でないこと、②医療から介護への連続するシステムが機能していないこと、③リハビリテーションとケアとの境界が不明確なまま提供されていること、④在宅におけるリハビリテーションが十分でないこと、などの課題があるとしている。

(2) 諸外国のリハビリテーションの現状把握

諸外国のリハビリテーションはそれぞれ特徴ある発展を遂げており、米国のようにリハビリテーションの技術（医学、工学、福祉など）を発達させて、専門職がそれぞれの分野で高度の専門性と独自性を発揮しているような取り組みと、欧州のように社会保障や地域福祉、住宅政策などの社会的な施策を通じてリハビリテーションを提供していくような取り組みとに大別されるとしている。

(3) わが国のリハビリテーションの現状と今後

わが国のリハビリテーションは、戦後は米国の、近年は北欧の影響を受けつつ発展しており、技術と社会的施策を組み合わせた状況にある。諸外国の教訓を学びながら、わが国独自のリハビリテーションのあるべき姿に向けて努力することが求められているとしている。

(4) ノーマライゼーションと生活機能の視点からのアプローチ

1950年代にデンマークで、知的障害者の処遇から端を発して提唱されたノーマライゼーションの理念は、障害を持つ人たちを特殊な施設に隔離してケアするのではなく、できるだけ住みなれた地域で日常生活ができるようにケアすることを基本としており、世界のリハビリテーションの発展にも大きな影響を与えてきたと評価している。

また、WHO（世界保健機関）が障害に関する国際的な共通言語として制定してきた国際障害分類と国際生活機能分類にふれている。

1980（昭和55）年に発表された国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）と障害モデルは、疾病による「機能障害」が歩行障害などの「能力低下」を生じさせ、その結果として「社会的不利」（社会生活を送る上での困難・不自由）が生じるというもので、これまでのリハビリテーションの分野で広く普及してきた。

しかしこのモデルには、①障害というマイナス面からのアプローチであること、②生活に影響を与える住居や社会的環境が考慮されていない

こと、③機能障害が改善しなければ能力低下も社会的不利も改善しないといった一方向的なものであること、④当事者の意向の反映が十分ではないこと、⑤社会的不利の分類が不備であること、などの問題点が挙げられていた。

この指摘に応え、2001（平成13）年に、新たに国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）とそのモデルを策定し、障害というマイナス面だけではなくプラス面も重視した（「ICFとは」49頁参照）。そして、人が生きていくための機能全体を「生活機能」とし、①体や精神の働きである「心身機能・構造」、②ADL（日常生活動作）、家事、職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活における役割を果たすことである「参加」の3つの要素からなるものとした。さらに、この3要素が低下した状態を「機能障害」「活動制限」「参加制約」とし、その原因として疾患や外傷に加え、妊娠、ストレス、加齢などが含められ、性や年齢、価値観といった「個人」因子と、人を取りまく物的、人的な環境や社会制度などの「環境」因子が背景因子として作用するとした。

機能障害そのものに直接的に働きかけ、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、残存する「心身機能」と日常生活の「活動」、社会への「参加」に対する働きかけを通じて生活機能を向上させ、あわせて生活環境の改善を行うことにより活動制限や参加制約を減少させて、利用者本人の生活を支えていくという考え方が導入され、今後の高齢者リハビリテーションに新たな指針を与えることとなったとしている。

● 医療リハビリテーションと介護リハビリテーションの連携

(1) リハビリテーション前置の原則

リハビリテーションが必要とされる高齢者の状態像は、急性発症して生活機能レベルが低下する「脳卒中モデル」、転倒や肺炎などの小さなエピソードの積み重ねで徐々に生活機能が低下する「廃用症候群モデル」、いずれにも属さない「認知症モデル」があると「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」では述べられている。高齢者リハビリテ

ションは、必要となときに十分量の訓練が確保されるべきであり、このことこそが介護予防に役立つと考えられている。介護サービスの給付前に、十分量のリハビリテーション医療が提供されることを「リハビリテーション前置」といい、これを推進することで要介護者のQOL向上のみならず、介護保険給付の抑制にもつながると期待されている。

しかし、実際に介護保険給付以前にリハビリテーションを受けていたかどうかの「寝たきり度別調査」では、リハビリテーションを受けたことのある高齢者は、最も多い車椅子レベルの日常生活者でも50%未満であったという報告もある。このように、リハビリテーション前置の原則はまだまだ浸透してはいない。このトリアージが非常に重要であり、その役目は、かかりつけ医の担うところである。少なくとも専門リハビリテーションに匹敵する傷病であるにもかかわらず、リハビリテーションが未経験の場合、地域リハビリテーション支援センター（「東京都における地域リハビリテーション支援センター整備状況」65頁参照）へ相談するなど、システムを利用する方法を取りたい。今後はさらに、認知症サポート医制度に匹敵するシステムが必要であろう。

（2）「仮の要介護状態」の発掘

「仮の要介護状態」とは、生活機能が低下している、いわゆる要介護状態にあっても、適切なリハビリテーションを行えばADLや介護負担度が改善する余地がある、いわばみせかけの要介護状態を指す。「仮の要介護状態」には、前述のリハビリテーション前置が実践されなかった場合、すなわち、リハビリテーションを受けない、あるいは不十分であった場合が想定されている。さらに、適切なリハビリテーションを受けたにもかかわらず、それが維持できなかった場合も同様な状況を生み出す。病院から在宅への、継ぎ目のないリハビリテーションの継続が望ましいが、介護保険のサービス供給量自体の不足により、困難となることもある。また、何らかの理由で発生した廃用や、新たな疾患の発症、慢性疾患の増悪などで機能低下に陥ることもあるだろう。そのような場合、最初に行われるべきは、医療的リハビリテーションが有効か否かの判断であり、集中的あるいは専門的リハビリテーションによる、生活機能に

おける改善のポテンシャルを見つけ出す必要がある。これが「仮の要介護状態」の発掘であり、専門医師不足の中、かかりつけ医を中心に地域リハビリテーションや介護スタッフに求められる役割となる。

(3) リコンディショニングと維持的リハビリテーション

在宅要介護者における「仮の要介護状態」の実態について、厚生労働科学研究として行われた調査研究「脳卒中による機能障害及び能力障害の治療及び訓練に関する研究—維持期におけるリハビリテーション医療とその効果—」（主任研究者：千野直一）では、全国1,129名の維持期症例データベースにおいて、訪問看護でリハビリテーションを行っていない40歳以上の脳卒中患者125名を抽出し、「仮の要介護状態」をもたらす要因について解析している。それによると65.5%の症例が、何らかの改善の余地があると判断されており、その多くは廃用によるものであることが明らかになっている。「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」でも、高齢者の生活機能低下に対して「廃用症候群モデル」を示し、微細なエピソードからの増悪を予防しなければならないことが示された。すでに片麻痺などの機能障害のある高齢障害者や高齢虚弱者は、ごく短期の臥床期間でも歩行困難や排泄障害などを招く。

生活機能状態を保つための環境整備やリハビリテーションをリコンディショニング (reconditioning) という。廃用症候群は、リコンディショニングを急がなければならない病態のひとつである。重度の廃用症候群は、いわゆる専門リハビリテーションの適応であり、入院加療を要する場合もある (図10)。

現在、医療保険と介護保険制度において、リハビリテーションの連携が十分に行われているとは言えず、「仮の要介護状態」の人に対して、医療リハビリテーションの再提供を含むリコンディショニングの機会を提供する仕組みを整備することが重要な課題と言えよう (図11、表1)

図 10 地域リハビリテーション QOLと生活機能維持改善の飽くなき追求（脳梗塞モデル）

（日本福祉大学 近藤克則：一部改変）

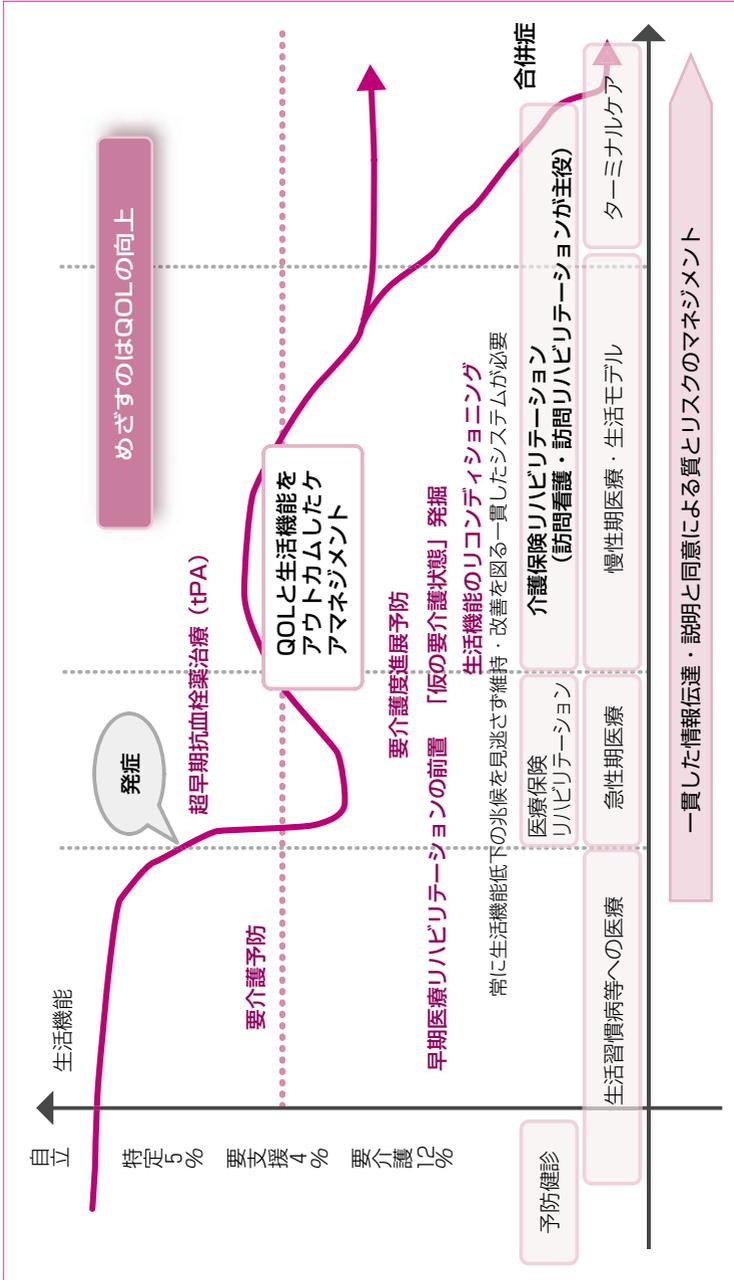
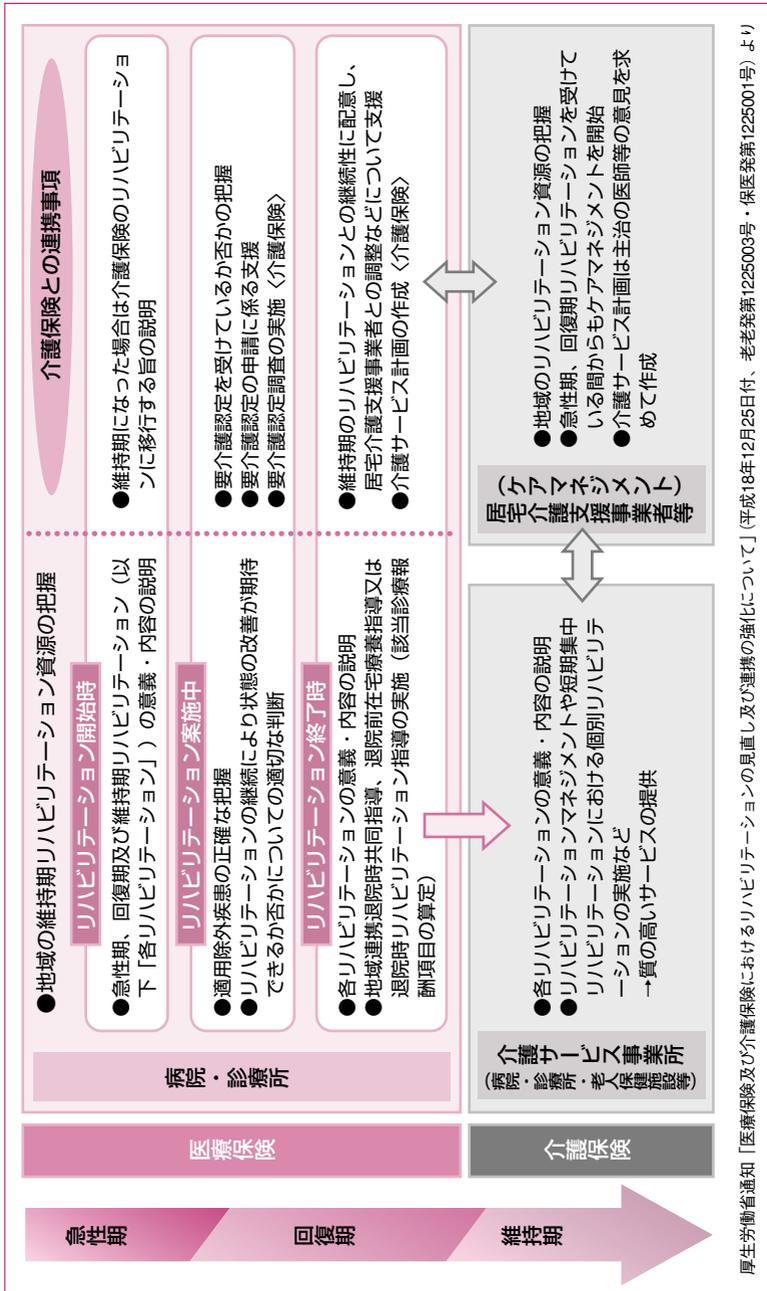


図 11 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携の概念



厚生労働省通知「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」(平成18年12月25日付、老発第1225005号・保医発第1225001号)より

表1 算定日数上限規定の対象から除外される疾患

<ul style="list-style-type: none"> ・失語症、失認及び失行症 ・高次脳機能障害 ・重度の頸髄損傷 ・頭部外傷又は多部位外傷 ・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 ・ベーチェット病 ・多発性硬化症 ・重症筋無力症 ・全身性エリテマトーデス ・スモン ・筋萎縮性側索硬化症 ・強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎 ・結節性動脈周囲炎 ・ピュルガー病 ・脊髄小脳変性症 ・悪性関節リウマチ ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病） ・アミロイドーシス ・後縦靭帯骨化症 ・ハンチントン病 ・モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウエグナー肉芽腫症 ・多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリープ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群） ・広範脊柱管狭窄症 ・特発性大腿骨頭壊死症 ・混合性結合組織病 ・プリオン病 ・ギラン・バレー症候群 ・黄色靭帯骨化症 ・シェーグレン症候群 ・成人発症スチル病 ・関節リウマチ ・亜急性硬化性全脳炎・脳性麻痺 ・胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害 ・顎・口腔の先天異常 ・先天性の体幹四肢の奇形又は変形 ・先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症 ・先天性又は進行性の神経筋疾患 ・神経障害による麻痺及び後遺症（脳卒中後遺症を含む） ・言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害
--	--

厚生労働省通知「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」（平成18年12月25日付、老老発第1225003号・保医発第1225001号）より

● 地域リハビリテーション支援の体制

介護保険制度の理念のひとつに「要介護状態の軽減・予防や、在宅における自立した日常生活の重視」が掲げられているが、これはまさに地域リハビリテーションの目標と合致している。高齢障害者は今後増加が予測され、その自立支援、要介護状態の軽減や予防のために、リハビリテーションは不可欠であるとの考え方は以前から謳われており、1998（平成10）年度から、都道府県に対する国庫補助事業として「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」が展開された。この事業の最大の目的は、地域

住民が寝たきりになることなく、充実した生活を送れるよう、地域におけるリハビリテーション実施体制の整備を図ることであった。

また、1999（平成 11）年に厚生労働省が作成した「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」において、地域リハビリテーションの具体的方策が示された。東京都ではそれに沿う形で「東京都リハビリテーション協議会」を立ち上げ、その下部組織として、地域に密着したリハビリテーションに関する事業展開を図ることを目的に、二次保健医療圏ごとに「地域リハビリテーション支援センター」を整備することとした。なお、2001（平成 13）年 12 月に東京都リハビリテーション病院が指定されたのを皮切りに、順次指定が行われ、2006（平成 18）年 11 月現在、都内全 12 の二次保健医療圏に 1 か所ずつ、合計 12 か所の地域リハビリテーション支援センターが指定されている（「東京都における地域リハビリテーション支援センター整備状況」65 頁参照）。

だが、この事業は都道府県事業として概ね定着したという国の見解のもとに、厚生労働省は「地域リハビリテーション推進のための指針」を策定し、2006（平成 18）年度に国庫補助事業としては廃止となった。しかし、日本公衆衛生協会が行った、地域におけるリハビリテーションの実態調査によると、地域リハビリテーションは決して定着したとはいえない。今後、都道府県事業として地域で利用され、高齢障害者に役立つものとするには、このシステムの核となるかかりつけ医への周知が欠かせない。

（1）地域リハビリテーション支援センターの機能

地域リハビリテーション支援センターは、地域リハビリテーション活動の要として、小さい地域レベルでは利用できない専門的サービスの提供ができるように、リハビリテーションにおける連携システムの整備や、地域レベルの活動の支援を行う目的を持っている。地域リハビリテーション支援センターに指定された医療機関が実施する委託業務は、主として次のようなものである。

- ①地域リハビリテーション従事者の研修、援助
- ②直接、地域住民と接する相談機関への支援
- ③福祉用具、住宅改修などの相談への対応に係る支援

- ④地域の関係団体の支援
- ⑤連絡会、事例検討会の実施
- ⑥その他、地域リハビリテーション推進に必要な事業

(厚生労働省「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」から)

たとえば東京都リハビリテーション病院では、リハビリテーション専門医の往診による診療支援、往診の結果としての訓練導入と指導のための訪問リハビリテーション、リハビリテーションに関する研修会の実施、テクノエイド（補装具の助言、試用）、リハビリテーション連絡会（地域リハビリテーション連絡協議会、旧すみだ地域リハビリテーション連絡会、墨田区内理学療法士連絡会）を支援する事務局の運営などを行っている（参照：76頁「墨田区在宅リハビリテーション支援事業」）。

全国的には、各地でのリハビリテーション医療の状況に応じて、さまざまな施設や機関、たとえば診療所や介護老人保健施設、保健所なども地域リハビリテーション支援センターとして活動しているが、自治体間の取り組みの格差があることなどが指摘されている。そうした状況を反映してか、現行の「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」は、地域リハビリテーション事業の理想像を示すに留まり、細部までの具体性に乏しく、今後検討すべき課題であるといえよう。

(注) 東京都リハビリテーション病院は東京都が設置し、東京都医師会が指定管理者となって運営しています。

(2) かかりつけ医支援の現況と問題点

リハビリテーション医療の立場からは、介護保険の自立支援、要介護状態の軽減・予防を図るためには、第一に寝たきりなどの発生を可能な限り予防する予防リハビリテーション、第二に障害が発症すれば早期に開始される急性期・回復期リハビリテーション、第三に寝たきりなどの進行を阻止する維持期リハビリテーションを、量的にも質的にも充実し、各地域に整備することが重要である。

地域リハビリテーションの直接的対象となるのは、予防と維持期のリハビリテーションで、これは在宅医療と特に密接である。しかし、回復期や外来のリハビリテーションといった医療的リハビリテーションも量

の不足が指摘される中、地域でのリハビリテーションに関する人材や提供場所の不足は、さらに深刻になっている。そのため地域リハビリテーション支援センターが、いまだ十分に活用されていない実態がある。

また、理念は一致するものの、介護予防事業のため、新たに組織された地域包括支援センターとの関係も不明瞭である。前述の日本公衆衛生協会が行った実態調査からは、都道府県主管課が地域リハビリテーション支援センターに、新予防給付へ関与することを期待していることが明らかとなったが、具体的な要望ではない。

地域リハビリテーション支援センターからみると、担当圏域の広さに対して、マンパワー（専属2名）も活動予算も不足しているという。どこでも抱えている問題とともに、実際のリハビリテーション医療の普及に結びついておらず、地域のリハビリテーションに関する教育・啓発などの人材育成が不十分である感を拭えない。また、都内12か所の地域リハビリテーション支援センターは、それぞれが独自の展開をしており、その運営方法や結果について報告しあうなどの横のつながりを持つ余裕はない。行政や医師会、かかりつけ医に対する地域リハビリテーション支援センター機能の周知とともに、センター間の連携も重要な課題であろう。

しかし、発展段階とはいえ、二次保健医療圏ごとに地域リハビリテーション支援センターが指定されており、かかりつけ医もリハビリテーション医療の普及や地域リハビリテーションの促進のため、情報の共有化や各種連携体制の構築に協力し、センターの利用を積極的に行う必要がある。

-資料-

東京都地域リハビリテーション支援事業の概要**1. 事業目的**

本事業は、地域リハビリテーション支援センターを指定し、当該センターを拠点として、地域において様々な形態で実施されているリハビリテーション事業を支援し、地域におけるリハビリテーションのシステム化に資することを目的とする。

2. 事業内容

地域リハビリテーション支援センターの指定を受けた病院に以下の事業を委託して実施する。

- (1) 地域のリハビリテーション従事者の研修、援助
- (2) 直接地域住民と接する相談機関への支援
- (3) 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援
- (4) 地域の関係団体の支援
- (5) 連絡会、事例検討会の実施
- (6) その他、地域のリハビリテーションの推進に必要な事業

3. 実施地域

原則として事業を受託したものが開設する医療機関が所在する二次保健医療圏

4. 地域リハビリテーション支援センターの指定**(1) 指定の手順**

指定予定病院の所在する二次保健医療圏内の区市町村および東京都リハビリテーション協議会の意見を聴取して、都が指定

- (2) 指定期間 原則として2年
- (3) 指定基準 別表のとおり
- (4) 経 費 上記支援事業に要する経費

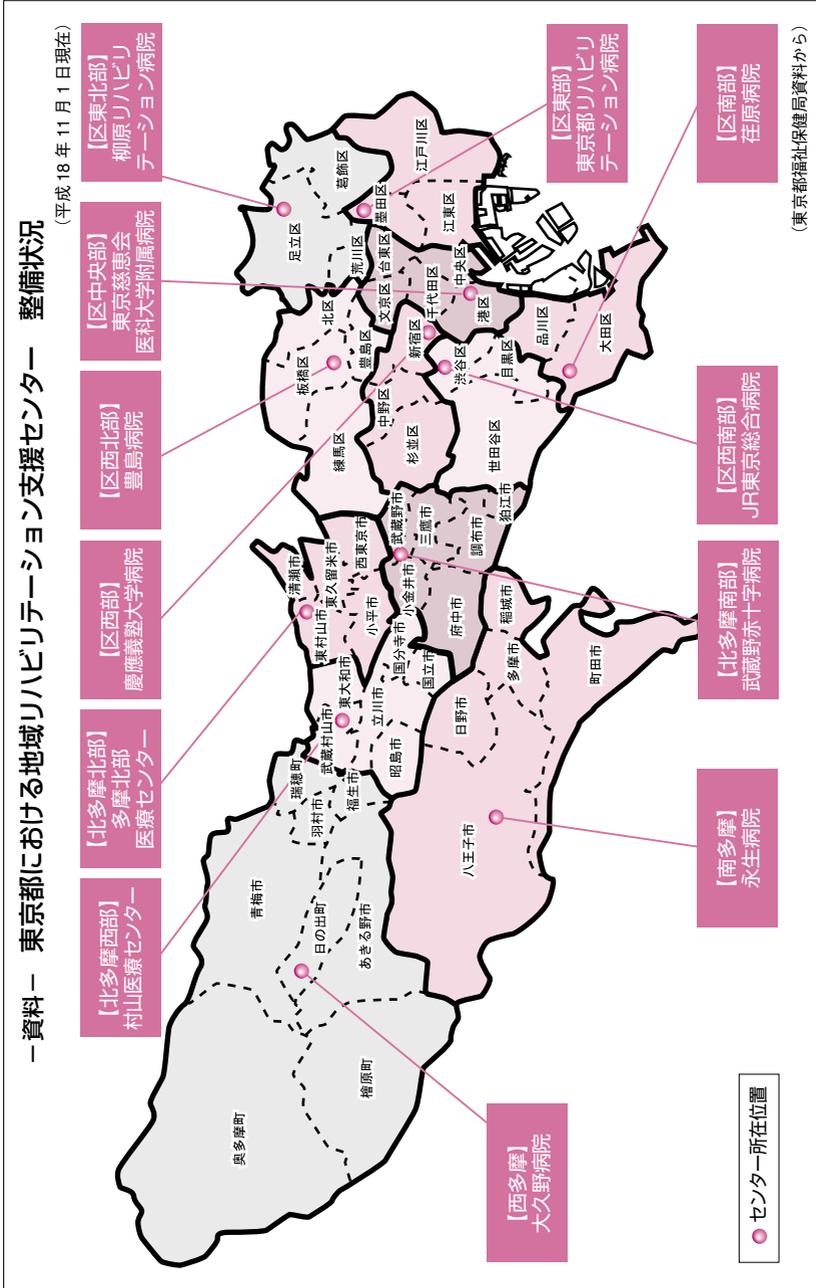
5. 地域リハビリテーション支援センターの責務

- (1) 東京都リハビリテーション協議会に、リハビリテーションに関する情報提供を行うこと。
- (2) 東京都が実施するリハビリテーションに関する普及啓発事業や教育研修事業に関して協力を行うこと。

別表 地域リハビリテーション支援センター指定基準

区分		基準
指定要件	診療体制	地域におけるリハビリテーションの拠点病院としての役割を果たすことのできる専門的医療体制を有すること。
	従事者	1. 地域の医療機関、福祉施設等や患者からの相談に適切に対応できる医師が配置されていること。
		2. 理学療法士、作業療法士が常勤で配置されていること、原則として言語聴覚士が配置されていること。
		3. ソーシャルワークに従事するものが配置されていることが望ましい。
	医療施設	総合リハビリテーション又は理学療法Ⅱ及び作業療法Ⅱの施設基準を満たしていること。
	連携体制	1. 紹介患者の受け入れ、逆紹介等の他の医療機関等との連携体制を有していること。
		2. 他の医療機関等に支援を求める、あるいは地域の医療機関、福祉施設等のリハビリテーションを支援する等、協力関係を有すること。
相談体制	地域の医療機関、福祉施設等からのリハビリテーションに関する相談等に応じ必要な情報を提供できる体制にあること。	
研修体制	地域のリハビリテーションに携わる従事者、又は、家族会、ボランティア等関係団体に対し、必要な研修を実施できる体制にあること。	

(東京都福祉保健局資料から)



圏域	構成区市町村	人口	面積 (km ²)	指定病院	指定年月	再指定
区中央部	千代田・中央・港・文京・台東	678,605	63.52	東京慈恵会医科大学附属病院	平成 17年 8月	
区南部	品川・大田	1,017,282	82.18	荏原病院	平成 16年 10月	平成 18年 4月
区西南部	目黒・世田谷・渋谷	1,306,927	87.89	JR 東京総合病院	平成 17年 8月	
区西部	新宿・中野・杉並	1,151,038	67.84	慶応義塾大学病院	平成 16年 10月	平成 18年 4月
区西北部	豊島・北・板橋・練馬	1,790,813	113.93	都立豊島病院	平成 16年 10月	平成 18年 4月
区東北部	荒川・足立・葛飾	1,246,074	98.24	柳原リハビリテーション病院	平成 18年 8月	
区東部	墨田・江東・江戸川	1,304,396	103.10	東京都リハビリテーション病院	平成 13年 12月	平成 18年 4月
西多摩	青梅・福生・羽村・あきる野・みずほ・日の出・檜原・奥多摩	398,896	572.71	大久野病院	平成 18年 11月	
南多摩	八王子・町田・日野・多摩・稲城	1,365,327	324.52	永生病院	平成 15年 7月	平成 17年 4月
北多摩西部	立川・昭島・国分寺・国立・東大和・武蔵村山	621,224	90.25	村山医療センター	平成 17年 8月	
北多摩南部	武蔵野・三鷹・府中・調布・小金井・狛江	970,465	95.82	武蔵野赤十字病院	平成 15年 7月	平成 17年 4月
北多摩北部	小平・東村山・西東京・清瀬・東久留米	710,637	76.59	多摩北部医療センター	平成 15年 3月	平成 17年 4月

(資料) 面積・人口: 東京都総務局「東京都の人口(推計)」(平成 18年 4月 1日現在)

(東京都福祉保健局資料から)

● ICF とは

障害のとらえ方の変遷について紹介する（「高齢者リハビリテーションや介護予防における国の基本理念（4）ノーマライゼーションと生活機能の視点からのアプローチ」53頁参照）。

（1）医療モデルの変遷——ICIDH から ICF へ

近代医学は、疾病の病因と病態を追求する病理学を主体とする“病因（etiology）—病理（pathology）—発現（manifestation）”という医学的モデルを踏まえ、それらを検索するために国際疾病分類（ICD：International Classification of Diseases）が有効に使われてきた。しかし、医学の発展に伴い、急性感染症疾患などの救命率が向上する一方で、慢性疾患が増加し、また疾患の帰結としての後遺症に対しては、疾患をみるだけでは不十分で、「障害」をみるという発想が不可欠となった。

このためWHOは1980年に、ICDの補助として国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps）を発表した。ICIDHの基本的モデルは“疾病（disease）—機能障害（impairment）—能力低下（disability）—社会的不利（handicap）”と、疾病以降の障害レベルを3相に分類するものであった。

ICIDHは「身体機能の障害」と、その帰結として生じる「社会的不利」を評価するという考え方で、障害の3相を明らかにしたことに最大の意義がある。しかし、障害を客観的にとらえることには成功したものの、障害のある人の個人的な悩み、絶望感などの主観的障害への配慮が欠けていること、社会的不利について、環境要因によって流動的な状況としてとらえた方が良いのではないかという意見などが問題点として提起された。

そして数回にわたる国際会議を経て、2001年5月に、ICIDHの改訂版として国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）が採択された。ICFの特徴は、全面的に「マイナス面よりプラス面に重点を置く」という方針に立ち、基本概念の名称がすべてプラス、あるいは中立的なものに置き換わった

ことである。

①「機能障害」

→「心身機能・構造 (body functions and structures)」
〈それが障害されれば、機能・構造障害 (impairments)〉

②「能力障害」

→「活動 (activities)」
〈障害されたら活動制限 (activity limitations)〉

③「社会的不利」

→「参加 (participation)」
〈障害されたら参加制約 (participation restrictions)〉

さらにプラスの包括概念として「生活機能: functioning」という語が、マイナスの包括概念である「障害 (disability)」と対応するものとして新しくつくられた。

次に、環境因子 (environmental factors) が導入された。これは以前から、障害の発生において、物的・社会的な環境は、人々の心の中にある価値観や偏見などがつくる社会意識的な環境が、大きく影響することが指摘されてきたことを受けて、取り入れられたものである。

3つ目に「心身機能・構造」「活動」「参加」は、それぞれ関連性を持つ交互作用モデルとした点である。

(2) 実際の評価

ローマ字と数字からなる項目(コード)に小数点以下の数字をつけて、障害の程度を示す。環境因子ではこれに-、+の符号をつけることで、阻害因子であるか、促進因子であるかを示す。

例：(コード名) .0 (問題なし)、
(コード名) .1 (軽度の問題)、
(コード名) .2 (中等度の問題) など

(3) ICF の応用利用

障害や疾病を持った人やその家族、保健・医療・福祉関係の従事者などが、障害や疾病の状態について共通理解を得やすいのではと考えられ

ている。また、障害者に向けたサービスの評価や記録などの、実際的な手段を提供することができる可能性がある。さらに障害者に関する、さまざまな調査や統計を比較検討する標準的枠組みとして提供できると期待され、検討されている。

● QOL とは

(1) QOL とは何か

QOL (Quality of Life) は、生きる上での快適性や人生の生きがいなど、非常にあいまいな概念で、適切な日本語訳がないため、このまま使われている。強いて訳せば「生活の質」となるが、定義がなく、観念的にとらえられているため、これまでは研究対象としてよりもキャッチコピー的な扱いであった感は拭い去れない。

ところが近年、病院医療の質の評価のため、アウトカム研究が盛んになった。それまでのアウトカム指標は、罹患率や死亡率などの客観的指標であったが、1980年代に本格化したアウトカム研究では、患者の主観的な評価を重要視することが認識され、患者立脚型アウトカム (Patient-based outcomes) と呼ばれるようになった。そのアウトカムのひとつが QOL である。

QOL の中でも医療がターゲットとするのは、疾患によって影響を受け、医療によって変化していく患者の身体的・精神的・社会的側面であり、健康関連 QOL (HRQOL : Health Related Quality of Life) と呼ばれている (図 12)。

(2) QOL が検討されるようになった背景

QOL が検討されるようになった背景と意義について、次のようにまとめられている (「臨床のための QOL 評価ハンドブック」から)。

①疾患分布の変化

感染症に代表される急性疾患の克服と減少に伴い、慢性疾患が医療における比重を多く占めるようになり、治癒や延命よりも、患者の生活の質の向上が治療の目標とされるようになった。

②患者中心の医療

医療の現場において、情報の開示や医療における自己決定権の尊重がいわれて久しい。医療の評価においても、受け手である患者の視点に立ったアウトカムである QOLこそが、重要であると考えられるようになった。

③健康に関するパラダイムシフト

疾病を治癒・克服することによって達成されるという、これまでの「疾患克服型健康パラダイム」から、健康を維持あるいは増進していくことが重要であるという新しいパラダイムが、国民の側に生まれてきた。これは、医師が患者を「病気か」「病気でないか」に分類することに代表される二元的な非連続パラダイムと、対照をなすものである。健康をより連続的な概念としてとらえるこの考え方は、それ自体新しいものではないが、近代医療が「疾患克服型健康パラダイム」を確立し、社会に定着させた後に、国民の側で明確に再認識されたという意味で、特記すべきものがある。

④医療資源の有限性に対する認識

高齢化や慢性疾患の増加、加えて医療におけるテクノロジーの進歩などによる医療の高額化に伴い、医療資源は有限なものとしてとらえられるようになった。

(3) 高齢社会と QOL

1930年代、英国のマージョリー・ウォーレンは高齢者治療の原則として、寝たきり患者の治療では活動性の拡大が大切であることを訴えた。20世紀の前半になると、医療の目標として救命による生命の延長だけでなく、「意味のある生活」の付加が意識されるようになった。さらに20世紀後半には、日常生活における活動が保健医療介入の指標として普及し、寿命に関しても活動的寿命（健康余命、active life expectancy）を延長することが求められるようになった。1994年のロバーツらの報告によれば、英国での老年医療サービスにおける優先順位のアンケートでは、患者と老年病専門医がいずれも、「QOLの改善」を「効果ある医療」よりも上位に挙げており、「生活機能障害の改善」とともに2位以内となっていることから、医療の質よりもより良い

QOL が求められるようになってきていることが分かる。一方、死亡原因からみると、加齢現象と密接ながん・脳卒中は上位であるが、うつ罹患率が高まっていることから自殺も増えており、高齢者にとって精神面での安定も求められているといえよう。

以上のように高齢社会では、医療の面でも生命だけでなく、生活をより重視する傾向にあり、生活状態と QOL を向上させるための援助・マネジメントが課題となっている。

(4) QOL 評価の基本的構成要素

比較のためには、何を尺度として評価するかが問題となる。医療行為が直接介入できるものであることが重要なため、その人の健康状態に直接起因する要素に限定する必要があるが、大きく 4 つの概念で構成されている。

1 つ目は身体機能 (physical functioning)、2 つ目はメンタルヘルス (mental health)、3 つ目は日常役割機能 (role functioning)、4 つ目が社会生活機能 (social functioning) である。さらに、痛みや睡眠なども重要な要素として含まれることがあるが、通常、このように多次元尺度を用いて測定されることが多い。

(5) 代表的評価法

項目が多ければ評価法としての精度は上がるが、時間がかかり過ぎて研究の範疇を超えられないなど、いずれの評価法にも一長一短がある。

これから紹介する評価法の中で、国際的に最も使われているのは SF-36 である。基本概念である 4 領域が、質問の中にバランス良く配置されていること、国民標準値が性別・年代別に示されていることなどが理由として挙げられる。

① SF-36

1986 年、米国で開始された大規模な医療評価研究である「Medical Outcomes Study (MOS)」において開発活用された尺度。8 つの健康概念 (下位尺度: 身体機能、日常役割機能 (身体)、身体の痛み、社会生活機能、全体的健康感、活力、日常役割機能 (精神)、心の健康)

からなる 36 項目によって測定するよう、構成されている。項目数の少ない SF-12 や SF-8 があるが、精度は低い。

② EuroQOL (EQ-5D)

健康水準の変化を、基数的に評価するための QOL 測定尺度。欧州 5 か国の研究者が 1990 年に公表。5 項目法 (5D : 5dimension) と視覚評価法 (VAS : Visual Analogue Scale) の 2 部構成。医療技術の経済評価には、このような「選好に基づく尺度」が必要とされる。

③ WHO QOL-100

1995 年、WHO 主導で 15 か国が参加してつくられた評価法。異なる文化圏・言語圏で生活する人々の「目標、期待、関心などに関連した生活のありようについての認識」を QOL と定義し、各国から集められた 276 の質問をもとにパイロット調査を行い、最終的に 100 項目に絞られた。QOL 評価の基本的構成要素である 4 項目 (身体機能、メンタルヘルス、日常役割機能、社会生活機能) に加え、生活の環境的側面と信念・宗教・精神性の 2 項目をあわせて、6 領域に分けられる。

④ LSI (Life Satisfaction Index:生活満足度指数<主観的 QOL 尺度>)

1961 年、ニューガルデンらが生活満足度を「健やかな老い」の観点から「心理的幸福感」の概念として紹介・提示した 20 項目から、1969 年、ウッドによって信頼・妥当性のある 13 項目を抽出した尺度。

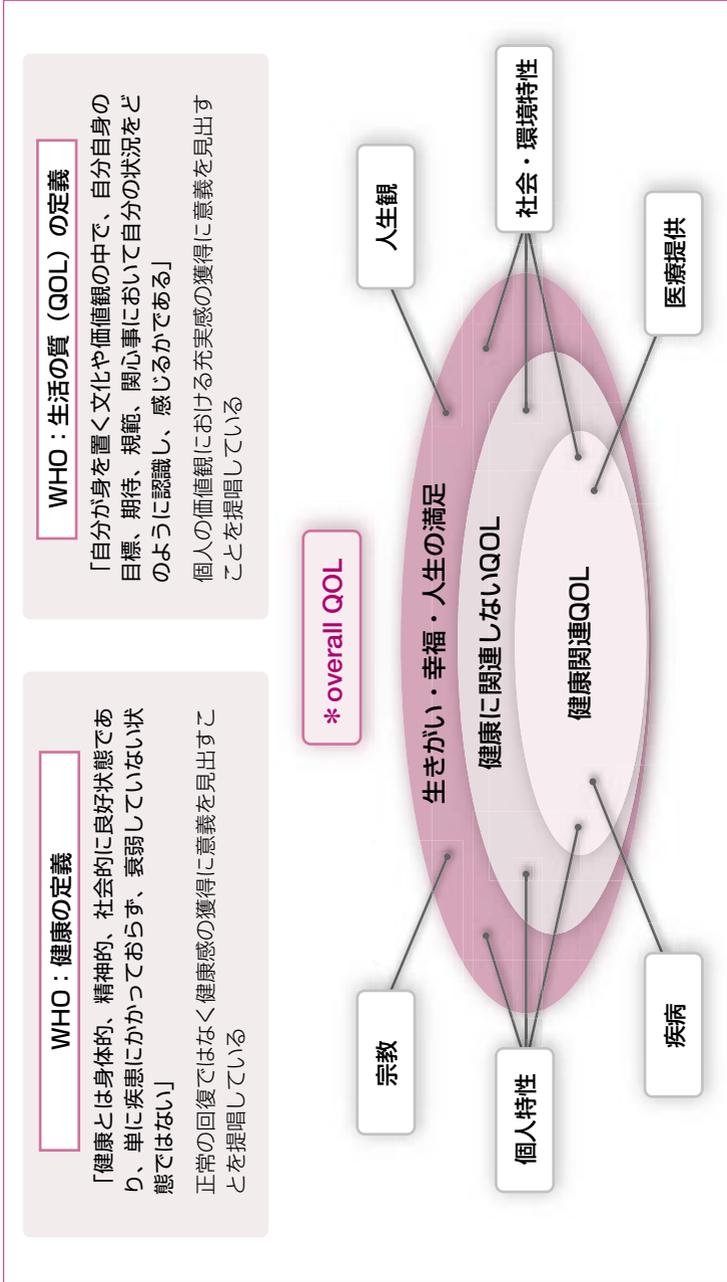
● 在宅リハビリテーションによる廃用症候群の予防・改善

寝たきりになる原因としては、疾病や外傷だけでなく、ただ単に動かないことによる廃用症候群の存在が大きい。廃用症候群の場合、筋萎縮、関節拘縮、異所性骨化、骨粗鬆症、褥瘡、心肺機能の低下、易感染性、精神機能の低下など多彩な症状を呈するが、その原因は不活発なことにあるので、活動性を高めることで予防や回復が可能である。廃用症候群に対する在宅リハビリテーションの最大の目的は、残存機能を最大限に活用して予防・改善することにある。

(1) 廃用症候群の改善 (在宅リハビリテーション・初期)

廃用症候群から脱却するための在宅リハビリテーションは、まず問診

図 12 WHO における健康観と QOL の定義



(臨床のための QOL 評価ハンドブックより、一部改変)

を十分にいき、廃用症候群にいたる過程を明らかにして、在宅リハビリテーションの具体的な目標を設定することから始まる。目標設定は困難な場合も多いが、廃用症候群になる直前の機能の50～70%の回復をめざす。

在宅リハビリテーションの進め方は、医療機関で行われるリハビリテーションと何ら変わることはなく、患者のバイタルサインをチェックし、身体機能・動作能力評価を行い、適切な訓練内容を指導するという一連の流れで行う。一般的には、安静度を徐々に緩和していくイメージで対応するのがよい。たとえば、起き上がり困難な患者に対しては、起き上がり訓練の方法や座位保持についての指導を行う。その際には、転倒予防や心肺機能などの安全性についても、十分に考慮することが重要である。

(2) 廃用症候群の改善（在宅リハビリテーション・中後期）

廃用症候群の改善初期に想定した目標にいたれば、さらに安静度を下げ、活動性を高められないか検討する。

たとえば、座位保持が可能になれば、起立や歩行の可能性について検討する。その際も在宅リハビリテーションの初期と同様に、実際の動作を行わせて評価することが重要である。その上で、心肺機能や安全に考慮した運動指導を行い、定期的な評価・指導を継続することが、再び廃用症候群とならないための予防につながっている。

● 患者に身近なかかりつけ医だからこそ

廃用症候群は、不活発なことによって引き起こされる症候群であり、動くことによって予防することが重要である。しかし万が一、廃用症候群となっても、かかりつけ医が比較的早期から適切な運動指導を行えば、改善することも可能である。

廃用症候群の予防や改善におけるリハビリテーションの根本は、機能障害については起き上がりや起立・歩行といった動作能力に対して行うということが重要である。また、リハビリテーションは医療機関内だけで行うものではなく、日常生活のあらゆる場面をとらえて、低負荷高頻度で行うことが重要である。そのために、患者の日常生活の場の最も近くにいるか

かかりつけ医が、在宅リハビリテーションのポイントを習得して患者の指導を行うことは、たとえ介護保険制度による要介護者の支援体制が十分であっても、要介護状態の軽減に重要なことである。

(注) 最近「廃用症候群」の“廃用”という表現が、人に対して適切でないとの考えから、「生活不活発病」、「老年症候群」などの表現も使用されています。

■参考文献

- 「仮の要介護状態とその対策」 山田深、里宇明元（「リハビリテーション医学」2005年42巻10号、P.690-696）
- 「訓練量とリハビリテーションの効果」 近藤克則（「リハビリテーション医学」2004年41巻12号、P.849-853）
- 「臨床のための QOL 評価ハンドブック」 池上直己ほか編（医学書院）
- 「地域リハビリテーションシステムについて」 山口明（「総合リハビリテーション」2003年31巻3号、P.209-216）
- 「地域リハビリテーションの課題」 大塚友吉（「総合リハビリテーション」2005年33巻1号、P.25-29）
- 「新しい障害概念と21世紀のリハビリテーション医学」 上田敏（「リハビリテーション医学」2002年39巻3号、P.123-127）
- 「現代リハビリテーション医学」 <国際障害分類から国際生活機能分類へ> 千野直一 編（金原出版）
- 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—（日本語版）」 厚生労働省ホームページ掲載 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>
- 「健康関連 QOL とリハビリテーション」 出江紳一、鈴鴨よしみ（「総合リハビリテーション」2005年33巻11号）

墨田区在宅リハビリテーション支援事業

墨田区では、在宅療養の基盤強化のひとつとして在宅リハビリテーション支援事業を2008年9月末より実施している。

これは在宅療養されているリハビリテーション（以下、リハビリ）の必要な人たちを幅広くケアするために、専門職に依存しないリハビリのシステムが必要と考え、区東部地域リハ支援センターが事務局となっている墨田区地域リハビリ連絡協議会（現 区東部3区地域リハビリ連絡協議会）が中心となって事業化されたものである。

協議会においては、介護保険関連職からは、介護保険の単位制約によりリハビリよりも日常生活に不可欠な介助や家事支援援助を優先せざるを得ないケースがあることや、ケアプランの見直しが1か月毎のため状態の変化への対応が遅れることもあることなどが意見として出された。また、医療職からも、在宅療養での医療依存度の高い患者が増え、リハビリにおいてもそのリスク管理の必要性が増大したこと、入院せずに在宅のまま対応が望まれる高齢者などの廃用症候群への対応の必要性が提案された。さらに、地域全体では介護保険対象者だけでなく障害者自立支援法の対象者など多様な障害者に対するリハビリ上の対応が必要とされていることなどから、一病院の取り組みではなく、地域全体の取り組みが不可欠であるという共通認識のもとこの制度は考案された。

核となるのは、在宅リハサポート医によるリハビリ支援体制である。参加者にホームプログラム指導を行い、その実施状況を在宅リハビリ手帳に記入してもらい、在宅リハサポート医がそれを参考に生活機能の維持向上を図る仕組みになっている。

事業の概要を図に示す。地域リハビリの基盤強化として参考にしていただければ幸いである。

詳細は http://www.tokyo-reha.jp/bumon/renkei/fs_renkei.html
または

<http://www.city.sumida.lg.jp/kakuka/hokeneiseita/hokenkeikaku/info/nagamune/index.html>

