

I 生活機能障害と在宅医療

1. 国際生活機能分類 (ICF) とリハビリテーション

QOL 向上、介護負担軽減、二次的障害の予防を目的とするリハビリテーションの視点（リハマインド）は、在宅療養の質を向上させ、より豊かにする。ICF モデルを参考に患者の状態像を把握し、チームを大切にしながら、在宅療養でのそれぞれの立場・場面でのリハビリテーション実践への挑戦が求められている。

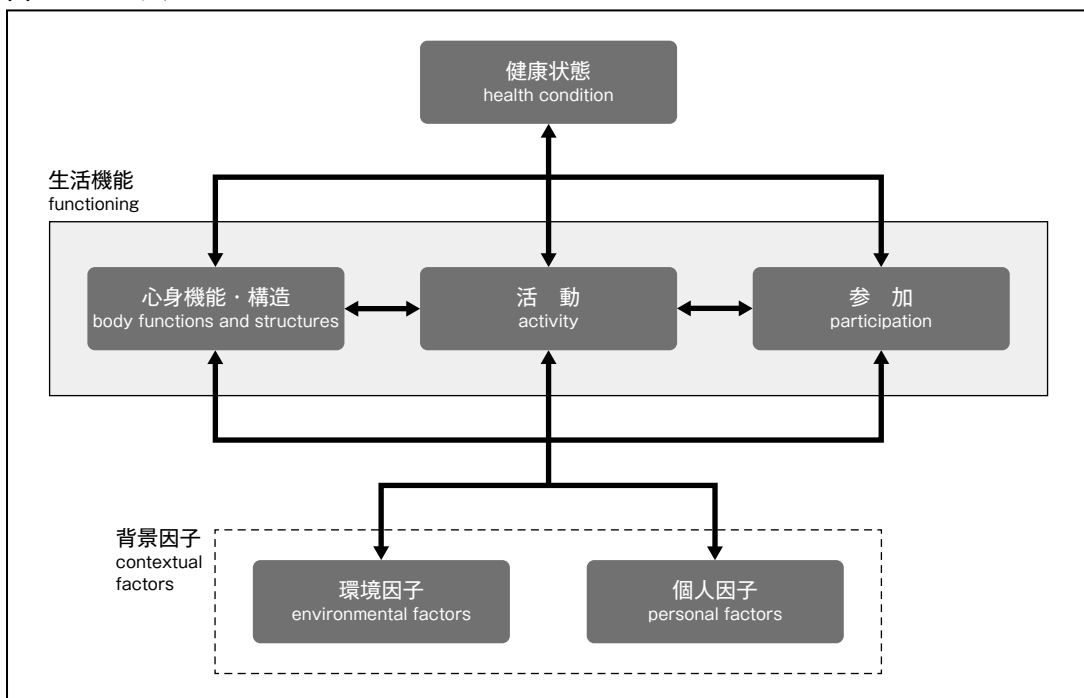
リハビリテーションと 国際生活機能分類 (ICF)

リハビリテーション医学は“障害”を対象とした医学的リハビリテーションを実践するための学問・技術体系である。

かつて、医学の対象は病気の克服であり、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”を呈していた。それら疾病の国際的統計基準と

して「疾病及び関連保険問題の国際統計分類 (International Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD)」が使われてきた。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、慢性疾患も増加、また疾患の帰結としての後遺症に対して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。そこで ICD の補助として「国際障害分類 (International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps; ICIDH)」が 1980 年、WHO により

図1. ICFモデル



発表された。

この国際障害分類 (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)”という疾病以降の障害レベルを3相に分類するものであった。当時は麻痺や切断などの病気による直接の後遺症である機能障害のみが障害ととられることが多く、医学のみならず法律や行政にも強く影響を及ぼしていた。ICIDHは“身体機能の障害”およびその帰結として生じる“社会的不利”も障害として評価するという考え方で、障害における3相を明らかにし、もっと広い意味を持つものであるとしたことに最大の意義がある。リハビリテーションでは、それら3相すべてにアプローチし、対象者のQOL向上をめざす“生活モデル”を提唱する医学となっている。

その国際障害分類の改訂版が「国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)」(図1)である。ICFでは、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。さらに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、ICF作成の過程で、プラスの包括概念として「生活機能 (functioning)」という語が新しく作られた。これには健康概念の変遷の影響も受けている。なぜならこれは健康において何が大切かをも考えた言葉だからである。寿命は確かに重要だが、健康に生きていくには何ができて何ができないか、すなわち、“日常的にどのように機能しているか=生活機能 (functioning)”が、より重要であるということを目指すために用いられた。

また、「背景因子 (contextual factors)」を導入した。これは生活機能に大きな影響を与えるもので、「環境因子 (environmental factors)」と「個人因子 (personal factors)」がある。

①「機能障害」→「心身機能・構造 (body functions and structures)」(それが障害さ

れたら「機能・構造障害、impairment」)

②「能力障害」→「活動 (activity)」(障害されたら「活動制限 (activity limitation)」)

③「社会的不利」→「参加 (participation)」(障害されたら「参加制約 (participation restriction)」)

図1の矢印が行き来しているように、「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であることも特徴となっている。

WHOではICD、ICFとともにいくつかの補助分類を併せたものを「WHO国際統計分類 (WHO Family of International Classification; WHO-FIC)」として、健康を評価する場合に疾病の面だけでなく、生活機能との両面からみていくことを推奨している。実際に、分類としてICFを使うには、ローマ字と数字からなる詳細な項目(コード)に小数点以下の数字をつけるという作業を伴う。ICFを使いやすいものにするツールとして“ICFコアセット”が研究・発表されているが、在宅医療においてその作業は必ずしも必要ではないと筆者は考えている。臨床実践において重要なのは“モデル”であり、障害、すなわち生活機能の全体像をつかむ方法として、ICFモデルの活用を試みるのが望ましい。

在宅における生活機能低下のとりえ方： ICFモデルで考えてみる

在宅療養者の状態像はその高齢化とともにより複雑となっている。診察による病状把握だけでは疾患のコントロールはできない。よりよい療養を計画、あるいは継続するには、それによって起こるすべての問題点、すなわち障害全体を考える必要がある。そのなかでもできることを軸に残存能力を検討することで、優先すべきこと、可能なこと、目指す方向性が見え、多職種での意識の共有が可能となる。その際、

チェックの方法としてICFモデルを参考にしてもよい。

次の症例の生活機能低下について検討してみる(図2)。

症例は83歳、男性。脳梗塞右片麻痺、前立腺がん、胸腰椎転移、右肺がん術後の診断である。

3年前、右肺がんで下葉切除術するも一部残存。当時、杖歩行でADL自立、一人で通院していた。突然の呂律不全にて右片麻痺が出現し、脳梗塞の診断で入院。その際、転移性骨病変を認め、生検にて前立腺がんの胸腰椎転移と診断された。担がんのためリハビリテーション専門病院への転院ならず、自宅退院。ただし本人はできれば早く家に帰りたいと話していたという。

退院2週間後、右麻痺についてリハビリテーションの希望あり。体重は1か月で約5kg減少。握力は右18.9kg、左16kg、右麻痺は軽度であり、右手で手すりにつかまれる。ベッド上での端座位可能。ただし胸腰椎病変のため、左下肢にも筋力低下あり、立位にも介助が必要であった。要介護3。もと自営業、居室は2階。妻と娘家族の6人家族。主介護者・キーパーソンは娘。介護には本人の妻とともに当たっている。

排泄はおむつを併用。退院してからは食欲も出て排便が不規則のため排泄ケアに難渋していた。入院中、移乗は看護師2人以上で対

応し、入浴は入院中は実施なく評価なし。今後のケアについて訪問看護や往診医は決まっておらず、前立腺がんのフォローのための泌尿器科の予約のみ。本人の希望は「外に出たいけど、家族に迷惑になるし」と話している。家族は「お風呂とトイレをなんとかしてあげたい」と希望していた。血圧135/62、脈102、自覚症状は特になし。

A. 健康状態・心身機能構造障害

高齢者の場合、疾病以前に老年症候群あり、入院による二次的廃用に注意が必要である。また高齢そのものがフレイルとして廃用症候群相当の対応が必要な場合も在宅医療では多くみられる。リハビリテーション対象疾患として脳卒中はいうまでもないが、がんについても「がん患者リハビリテーション料」として2010年に施設基準など限定的ながら保険収載となった。他にも、認知症についても非薬物療法の代表として徐々にデータが集積されつつある。

このように考えると今回のケースのように、健康状態だけでも表現するのに複数となり、それによる心身機能構造障害は多岐にわたる。その場合、治療可能か、スピードを持って対応すべきはなにかが最初に検討すべき内容で、それを判断できるのは医師を中心とした医療者となる。

B. 活動制限・参加制約

生活レベルと趣味や役割、生きがい、居場所

図2. 症例をICFモデルで検討する

健康状態	脳梗塞、前立腺がん、胸腰椎転移、右肺がん術後、入院後廃用、超高齢
心身機能構造障害	右麻痺、対麻痺、筋力低下、呂律不全、摂食障害、膀胱直腸障害
活動制限	歩行障害、移動障害、退院後入浴未経験、栄養不良
参加制約	外出困難
環境因子	介護者、家族、家屋、経済的問題
個人因子	外出希望、家族への遠慮
できること	端座位保持、両手の使用、意思表示、コミュニケーション、家族の協力

注意：ICF分類には沿っていない

などの社会参加上の問題点について検討する。このケースでは、入浴といった生活レベルでは清潔を保つ上でも大切な行為が体調不良以後は試されておらず、軽度片麻痺と胸腰椎転移によって移動障害や排泄の問題も出ている。がんによると思われる栄養障害も起こしている。

C. 背景因子：環境因子、個人因子

個人をとりまく介護者を主体とした家族環境、居住地・居室、経済的問題はケアプランを大きく規定する。さらに大きいのは個人のライフスタイル、性格や考え方、信条・価値観などである。紹介ケースでは外出希望を訴えていたが、一方で介護者への気遣いの様子が見えがえる。

以上を通じて、最も重要な“活動”に関して再確認する。すなわち、できないことを見るのではなく、現在できること、すでに行われていることを検討するのである。この残存能力の評価と予後予測こそ、リハビリテーション医学で研究されている分野の一つである。

この症例の場合、軽い右麻痺とはいえ、握力が左右とも 10kg 以上あり、物を把持したり、座位をとり、体を支えることが可能であること、コミュニケーション能力は問題なく、うつなどの精神反応もない様子で自分の希望や家族への思いを伝えている。家族も非常に協力的であり、意欲もある。これらを軸に、最終目標である“参加”へのチャレンジに着手する。

このように、ICF モデルは問題点の整理には利用可能だが、たとえそれをコード通りに表記できても決して解決点をそのまま導き出すものではない。これら問題点を俯瞰しつつ、相互作用も勘案して何をすべきかの検討がより重要である。その際、障害についての主観（本人の思い）、介護者・家族の肉体的・精神的・心理的介護負担など、本人以外への障害の波及（介護のため仕事を辞めるなど）にも配慮しなければならない。また、臨床の現場は倫理的ジレンマ（例えば経口摂取か胃瘻か、介護者不在、

貧困など）の連続である。フォーマル・インフォーマルサービスを駆使し、それぞれの立場で障害マネジメントであるリハビリテーションの実践が望まれる。

生活機能低下と在宅医療： よりよい在宅療養のために

在宅療養者の多くは高齢者である。フィールドは生活の場のみであることが多い。多くの疾病と障害を持ち最期を迎える。その人たちのよりよい在宅療養とは、生活機能低下状態でも死に至るまで健康感を持ち続けられることである。

そこで求められるのは治す医療ではなく支える医療である。それには生活への視点を持ち、問題点を整理し、対策を立てる必要がある。そのツールとして ICF モデルを紹介した。生活の場で可能な医療的対応には、摂食・嚥下、身体能力の低下、サルコペニア、ロコモティブ症候群、排泄、認知症、血管病変、がんなどがある。いずれも quality of life（あるいは quality of death）、介護負担軽減、二次的障害の予防を目的とする地域リハビリテーションの思想を持ち、倫理的ジレンマに耐えながら多方面から検討する必要がある。対策の中心はケアプランとなろう。それは地域包括ケア化そのものであり、医療者は新しい健康概念とともに生活の視点を持つことで、大きな貢献が可能である。

（堀田 富士子）