

在宅要援護高齢者のリハビリテーションにおける QOL と SOL

関西福祉大学大学院社会福祉研究科
香川幸次郎

リハビリテーション（リハビリ）という言葉から、今日においても連想されることは理学療法や作業療法、言語療法における狭義の治療や訓練であり、リハビリテーションの意味が十分に理解されていない現状にある。リハビリテーション医学は予防医学、治療医学について第三の医学と言われ、第一に「哲学」、第二に「目標」そして第三に「技術」であると述べている。またラスクは「人生 (life) に時間を継ぎ足すのではなく、延長された年月に生命 (life) を継ぎ足すのである」と看破している。

ここで我が国のリハビリテーション医療の歩みを健康転換の観点から整理すると、1960年代に脳血管障害が死亡原因の第一位となり、救命救急とともに運動機能をはじめとする機能障害の回復への取り組みが大きな課題となった。これまでの結核に対する安静治療という考え方から、身体機能を回復するためには新たに動的な治療が必要となり、理学療法や作業療法が誕生した。脳卒中になれば寝たきりになっても仕方ないとする考え方が払拭され、リハビリテーション医療が我が国に定着する大きな原動力となった。そして1980年代から高齢者の増加とともに老人病に対する対策が求められ、QOLに重点をおいた取り組みが進められるようになった。

こうした動向と相まってリハビリテーション医療も、従来の機能回復にのみ重点をおくのではなく、ADLの自立や在宅ケアに対する必要性が高まり、発症初期から在宅ケアまでを視野においた取り組みが進められてきている。その成果としてリハビリテーション医療を、「急性期リハビリテーション」「回復期リハビリテーション」「生活期（維持期）リハビリテーション」、そして「終末期リハビリテーション」と区分し、リハビリテーション医療の継続性のみならず、終末期をも視野に入れたリハビリテーション医療の在り方が提示されている。

一方、リハビリテーション医療の在り方を考えるうえで、障害 (Disability) をどのように捉えるかを考える必要がある。1980年WHOはThe International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)を、20年後の2001年にはInternational Classification of Functioning, disability and Health (ICF)を提示した。ICIDHでは障害 (Disability) に重点をおいた分類であったが、ICFでは生活機能 (Functioning) を視点とし、活動 (Activities) や参加 (Participation) といった新しい概念と枠組みを提示している。

リハビリテーション医療は身体機能の障害に着目した時代から、生活に視点を拡張し障害を持った人々の自立と自律を支援し、生活の質 (QOL) を追い求めるだけでなく、障害を持って生きるということの意味を問い続けている。