

図1 国際機能生活分類 (ICF) の生活機能構造モデル

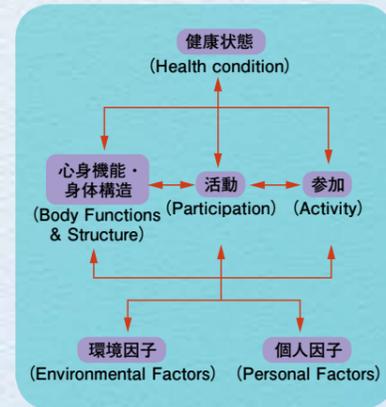
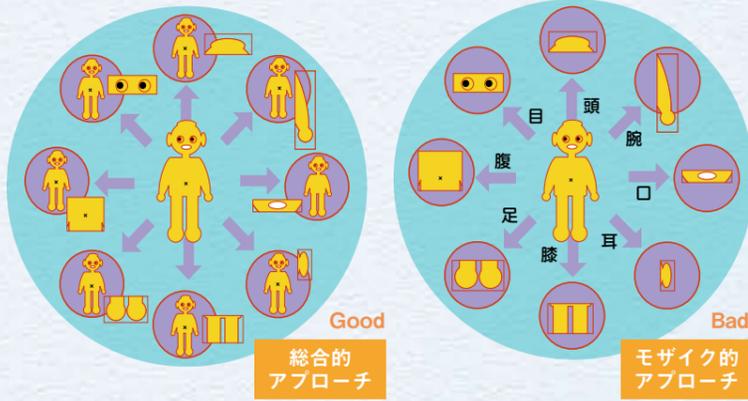


図2 支援機器が果たす役割の概念図



図1は2001年にWHOで採択された生活機能と障がいの分類法のモデル図。社会的次元も含めて障がいを捉えており、それぞれの因子は相互に作用し合っている。社会活動、社会参加など実生活に着目すれば、疾患そのものより、コミュニケーションがとれないことの影響の方が大きく、支援する環境 (人的、物的サポート) の整備が不可欠だといえる。図2のように、生命維持・生活・社会参加の各段階で支援機器をうまく活用し、生活の幅を広げることが望ましい。

図3 医療現場が陥りやすい“モザイク状の患者評価”



医師、コメディカル、ソーシャルワーカーなど全スタッフが患者の情報を共有しながら、治療を推進することがチーム医療の理想型。現実には、医師は患部や術部だけ、理学療法士は脚だけ、作業療法士は手だけ、という具合に、それぞれの専門分野に関わる部分のみをモザイク状に断片的に評価するケースが後を絶たない。患者さんを全人的に見る総合的アプローチが大切だ。佐竹恒夫氏 (横浜市リハビリテーションセンター) の図を元に作成



profile 早稲田大学人間科学学術院教授
高山卓朗 (はたけやま・たくろう)

1972年中部工業大学 (現・中部大学) 工学部卒業後、名古屋機工株式会社ロボット開発部に所属。神奈川県総合リハビリテーションセンター研究部、横浜市リハビリテーション事業団等を経て、2001年同横浜市泥亀福祉機器支援センター センター長。同年名古屋大学で博士号 (工学) を取得。02年星城大学リハビリテーション学部教授。07年早稲田大学人間科学学術院教授。日本生活支援工学学会評議員、日本障害者リハビリテーション協会調査研究事業企画委員などを務める。

生活支援機器の活用で一人ひとりの意欲を高める

日本の医療は、現在、病院から在宅へと徐々にシフトしつつあります。これに即して病院内では、在宅を視野に入れた治療が求められています。現実には、長期入院を終えた患者さんが家に戻ったところ、身体機能が衰えて、モチベーションも低下するなど、在宅医療をかえって困難にする状況が見受けられます。どうしてこのようなことが起こるのでしょうか？ その原因のひとつとして、私は、医療者側の多くが患者さんを「治療対象者」としてのみ捉え、ひとりの「生活者」としてという認識が希薄なためではないかと考えています。在宅を視野に入れる、ということとは、患者さんが家庭に帰ったとき、「どのように生活をし、その中で不自由ながらもどんなことをしたいと望んでいるか」を把握しながら治療を進めていくことに他なりません。

しかし、身体状態が良くない患者が必要としている方々にどう届け、どう使ってもらおうかという実際的な取り組みや基盤整備が、北欧など福祉先進国に比べて遅れています。自治体単位でサポートする仕組みを早期に確立することはもちろん急務ですが、まずは医療従事者が各種AT機器の存在を知り、その意義を認めて、積極的に導入を試みる姿勢が求められます。そして、それが患者さんの生活を充実させ、ひいてはQOLを高めていくことにつながることを、理解していただきたいと思えます。そのためにも、リハビリテーション分野をめざす技師や療法士はもちろん、医師や看護師の教育に、生活支援技術・機器に関する情報の周知を盛り込むべきでしょう。

必要としている方々にどう届け、どう使ってもらおうかという実際的な取り組みや基盤整備が、北欧など福祉先進国に比べて遅れています。自治体単位でサポートする仕組みを早期に確立することはもちろん急務ですが、まずは医療従事者が各種AT機器の存在を知り、その意義を認めて、積極的に導入を試みる姿勢が求められます。そして、それが患者さんの生活を充実させ、ひいてはQOLを高めていくことにつながることを、理解していただきたいと思えます。そのためにも、リハビリテーション分野をめざす技師や療法士はもちろん、医師や看護師の教育に、生活支援技術・機器に関する情報の周知を盛り込むべきでしょう。

AT機器の効果的な活用のために「真のニーズ」を把握する

私はおよそ40年にわたって、進行性筋ジストロフィーなど神経筋疾患の患者さん、高位頸髄損傷などによる四肢麻痺がある人など重度の障がいがある方や、高齢者に対してその生活をサポートするためのさまざまな機器・用具を開発してきました。これだけ長く仕事を続けていると、「高山さんは、患者さんのニーズをすぐに理解できるのでしょね」と、度々言われますが、そんなことは決してありません。たとえばあるとき、座位も側臥位も取れない、人工呼吸

さんの場合、うまく意思の疎通ができないために、医療者側は一方通行的な治療を行いがちです。こうした状況に光明をもたらすのが、AT (Assistive Technology) 生活支援技術) の活用です。

たとえば、50音の文字盤を配したコミュニケーションボードから、音声出力機能を付加した機器、脳波を検知して意思確認ができるものまで、電子工学を応用したさまざまなコミュニケーション支援ツールが存在しています。家族、医療者、介助者との意思疎通が可能となる上、重度の障がいにも苦しむ患者さんは、何事をするにも「あきらめる」というネガティブな傾向があるため、AT機器を使って「自力でできることを増やす」ことは、モチベーション向上にもつながります。

ところが残念なことに、AT機器を院内のベッドサイドに持ち込むことに、医療機関はどちらかというと消極的です。私自身、かつてベッドの角度を呼び・吸気で変えられる装置を設置すべきと進言したところ「仕事が増えるのでやめてほしい」と看

護師さんから直接言われたこともありません。そのときは担当医が賛成してくれたために、導入にこぎつきましたが、結果はどうだったでしょうか。あれだけ反対した看護師さんが、「確かに仕事は増えたけれど、患者さんがとても明るくなったので良かった」と、AT機器の実効性を高く評価してくださったのです。

在宅においても、呼吸・吸気や簡単なスイッチ操作だけでテレビの電源操作やチャンネル調整、電話の送受話、照明のオンオフ等ができるAT機器が、患者さんの意欲向上に大きな力を発揮しています。障がいのある方にとって、家族や介助者に頼らず、自分でできるということは、なんであれ生きる意欲を高めてくれるのです。

事実、生活支援技術・機器の浸透が、障がいを持つ人たちのアクティビティを高めて、社会参加を促し、ひいては就労意欲さえ喚起することは、国際生活機能分類においても周知されています (図1、2)。

日本は、AT機器の技術開発力では世界レベルにあるものの、それらも含めた生活空間全体を客観的に把握しながら、患者さんと一緒に「真のニーズ」を見つけていくための努力を続けていかなければなりません。

とはいえ、多忙をきわめる医療現場で、一人の患者に使える時間は限られています。そこで、医師をはじめ、看護師、栄養士、ソーシャルワーカー、作業療法士、理学療法士、そして工学技術者などが有機的に結びついたチームを形成することがもつとも効果的かつ効果的な手だてといえるでしょう。その際、「モザイク状の評価」(図3) に陥らないよう、合同カンファレンスやミーティングを頻繁に行うなど、つねに情報を共有・統合する努力が必要となります。医師がトップダウンで采配を振るうのではなく、他の専門職とフラットで良好な関係を維持することも大切です。

医療技術の目覚ましい進歩により、重篤な疾患や後遺障がいを抱える患者さんの、長期に及ぶ生命維持が可能となる一方、病院で、または在宅でベッドから離れることができずに過ごしている方々は年々増加の一途を辿っています。

まずは患者さんを生活の場に戻してあげることが重視すること。生活支援技術・機器の存在意義と活用も視野に入れながら、チーム一丸となって生活者目線の医療を展開することが、本当の意味での全人的な患者QOLの維持・向上につながるのではないのでしょうか。