

大通公園を望む窓辺から

機能障害と活動制限

常任理事 生駒 一憲

リハビリテーションの分野では国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF）という言葉がよく登場する。2001年にWHOで制定されたもので、リハビリテーションの基本中の基本である。このICFの構成要素に、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」というのがある。そしてこれらが損なわれた状態をそれぞれ「機能障害・構造障害」「活動制限」「参加制約」という。ここでは、リハビリテーションをよりよく理解していただくために、機能障害と活動制限について述べたい。

機能障害は診察すれば分かる障害である。代表的なものは脳卒中によくみられる片麻痺である。これは、麻痺があるという病態を述べているだけで、具体的にできないこと（支障があること）には触れていない。この具体的にできないことを表す用語が活動制限である。脳卒中の例で言えば、歩行障害や書字障害がこれにあたる。以上の例えをまとめると、片麻痺という機能障害があるために、歩行障害や書字障害という活動制限がある、ということになる。

では、同じ障害なのに、なぜ機能障害と活動制限に分けるのだろうか。それは機能障害と活動制限でリハビリテーションの手法が違うからである。そして、リハビリテーションの目的を明確にすることができる。機能障害にはそれ自体を改善する（麻痺を改善する）リハビリテーションのアプローチを行い、活動制限には活動を促進するアプローチ（例えば下肢装具の作製）を行う。ここで注意しなければならないのは、後者は麻痺の改善を直接の目的とはしていないことである。つまり、麻痺を改善しなくても歩行を改善することはできるということである。このような考え方を良く理解することがリハビリテーションでは重要である。



卒後臨床研修評価制度

常任理事 後藤 聰

今の時点では、新専門医制度は、先送りされそうな様子である。一方、臨床研修医制度も見直しが進められるはずだが、その進展はあまり報道されていない。大きな病院勤務しか知らない、そしてインターン制度末期をもちに経験した私の目から見ると、欠点はもちろんあろうが、画期的な仕組みだと評価している。

現在、約1,000の病院が、単独型研修施設として認められている。しかし病院の内容はさまざまだし、研修医の待遇等もいろいろである。そもそも研修医を安い労働力としか認識していない、不埒な病院さえ知っている。

卒後臨床研修評価機構(JCEP)という組織が有る。研修病院の評価をして、レベルを標準化することを狙っている。すでに全国で200以上の病院が認定を受け、本道でも10を越える病院が受審を果たしている。

旭川赤十字病院を定年退職した後に、後輩の院長から、JCEPを受審したいので、サーベイヤーになって、内情を知った上で、手伝って欲しいと頼まれた。幸い応募規定に年齢制限も無く、ここ数年そのサーベイヤー活動をしている。他の病院を訪問してある意味ではその内部事情まで覗いてしまうのは、非常に知的興味を満足させてくれる。

ただ、惜しむらくは、組織としては、先輩格の機能評価機構ほど熟成されてはいないというのが一番の感想である。なんとなく素人くさい。これは、サーベイヤーの応募基準が甘く、サーベイヤーとかリーダーの教育が不足しているためだと思う。

受審料が30万円という異常な安さもどこかで改善して、サーベイヤーの待遇や教育・研修に当てることを企画しているようだ。

2年後に私の関与している病院でも再受審となる。このあたりまではサーベイヤーを続けたいと思っている。