

A. Okamoto

特別講演

生命の質の医学としての

リハビリテーション医学

国府東京病院 名誉院長

石原 茂一

562.11.26.27日

於：湯河原厚生年金病院

特別講演

生命の質の医学としての リハビリテーション医学

国立療養所東京病院 名誉院長

砂原 茂一

1. はじめに

お招きをいただき、演題名はQOLの医学としてのリハビリテーション医学というようなものにしておいて下さいと申し上げたのですが、どうも近頃 Quality of Life (QOL) というようなものが通俗化し、この間も労働組合の連合というのができました時に、「生活の質を」というのがスローガンにかかげられるというような世の中になってしまいました。それから日本生命の保険会社ですが、「日本生命は生活保険です」などとテレビで言い出しているようなので、少しQOLが通俗化すぎているようです。それからまた来月の「総合リハビリテーション」が、QOLの特集を組もうという話なので、少しQOLという言葉をやや安易に使いすぎるような気もするわけです。きょうの私の話は、例えば「総合リハビリテーション」の来月号にはほかの方がかけられるのとどういふふうと同じでありどういふふうに違ふかというふうなことを比べていただく材料くらいのもりで気楽にお聞きいただきたいと思っております。

2. こどばの問題

先ほども座長の先生から、「これ、生命の質でいいのですか。」という念をお押しいただいたのですが、実際この言葉の訳語に困るのです。生命の質と言ったり生活の質と言ったりするわけで、リハビリテーションあるいは障害に関して言っても、いってみれば機能障害（インペアメント）と能力低下（ディスアビリティ）のあたりまでは「生活」の質的なニュアンスが強い。ところが、ハンディキャップ、これは社会的不利という日本語を、私たちがそこにいらっしゃる田中明夫先生などと一緒に厚生省統計情報部の委員会で作つたのですが、これはあまりいい言葉ではない。少なくともハンディキャップを社会的不利と言ってしまったのでは、原語の含意がいくらか薄くなるような気もします。とにかくハンディキャップというレベルになると、同じQOLでも「生命」の質と言うニュアンスの方が大きくなるように思ひます。

いずれに致しましても、なかなか定義しにくい言葉でありまして、これは患者、病気の人だけについて言うのではなくて、健康人についても Quality of Life というようなこ

とがよく言われて、その場合にはヘルスステータス、健康状態とか、ヘルスインデックスという言葉を、病気の場合のQOLと別にする意味で使い分ける人もおります。リハビリテーションそのものもそうなのですが、QOLということも努力して個体自身の価値を大きくするという意味にも使いますけれども、同時にそれは環境的条件の影響が、非常に大きいわけですし、私たち一人一人が努力をしなくても現在の日本人全体は、インドやザンビアあたりの人々よりもいい生活の質QOLを——これは全然私たち自身の努力のせいではありませんけれども——楽しんでいるということになるわけです。

それから、自分自身の努力だけではないといえば、例えばリハビリテーションの近頃の思想の一つとして、自立生活運動というのがあります。Independent living movementです。これはいままでのリハビリテーションが個人的なリハビリテーション努力に期待しすぎたのに対する重度障害者のいわば反逆でありまして、例えば重度障害者が自分自身の力というよりも援助者の努力をフルに利用することによって自分自身のQOLを高めるという運動であると、ある意味では言うてもいいように思うわけです。

このようにQOLという言葉は複雑なニュアンスをもっているわけですが、本日のところは生活の質、生命の質という両またをかけたような意味で使っていきたいと思えます。

quality of life

quantity of life

Quality of Life, QOLというのは一応Quantity of Life, すなわち生命、生活の量というものに対峙した言葉だと考えていいと思

うのです。

3. リハビリテーション理念の登場

現代医学へのantithese

リハビリテーション医学はある意味において、いままでの臨床医学に対するアンチテーゼと言いましょか、従来医学に対する批判的な意味あいでも出現したものと言ってもいいと思うのです。従来の医学と言いますものは、私ども年寄りなものですから、私たちが昔大学で教えてもらった医学というものを頭においてお話するのですが、要するに命さえ助かればいい。あとに何か不自由、苦しみが残っても命を助けてもらったのだから、医者や看護婦に文句を言うなというような医学であったというふうに言っていると思います。実際当時の病気、ことに急性感染症が多かったのですけれども、医学、医療は生きるか死ぬかにひたすらかかりました。つまり平均寿命が30歳代であったり40歳、いまでもそういう国があるわけですが、そういう時代には結局医療というものは命を助けるということが第一の、そしてほとんど唯一の使命であったわけです。命は助かったのだから少々体が動かなくても働けなくてもせいたくなくを言うなという医学で、私たちはそれで育ってきましたから、患者さんに対してろくなことをしないうせに威張ってきたのですがまだ私たちの体質の中にその名残が残っております。

そこでリハビリテーション医学は障害の医学であり、QOLの医学であり一臨床医学者のQOL尊重の精神に基づいて築き上げられた——とそうわたしはいつてみたいのですが、実際はそうではありません。リハビリテーションは、理論的な順序としては、普通の臨床医学、治療医学の営みが終わってリハビリテーション医学に移って、それから職業リハビリ

テーションに進むというのが論理的な順序な
のですけれども、しかし実際歴史的な順序は
まるで違うわけです。例えばアメリカでは、
リハビリテーションということを初めて言い
出したのは医学関係者ではないわけです。19
20年に出来たアメリカの最初のリハビリテ
ーションの法律は、Vocational rehabilitation
act 職業リハビリテーション法と言ったの
です。職業リハビリテーション法ですから医学
に無関係だったのです。

だからその法律は、例えば障害者に装具を
作ったり障害者を手術をするようなことだ
って認めなかったわけです。要するに「医学が
これだけのことをやりまして、もうどうにも
なりませんからよしなに取りはからって下さ
い。」と言って、何と言いましょうか、社会
福祉と言いましょうか、社会政策と言いま
しょうか、そういう方へ医学、医療が手を
上げて、あきらめてしまった患者を送りこ
んだのです。送りこまれた方は仕方がない
からそれでリハビリテーションというこ
とを1920年代に始めたわけです。だから
職業的リハビリテーションがリハビリテ
ーションの始まりでした。それが50年た
ってやっと Vocational rehabilitation
act、職業リハビリテーション法から
職業という言葉が取れて、リハビリテ
ーション法となったのは、1973年とい
うわけなのです。そこで医学もやっとリ
ハビリテーションの仲間入りをしたので
す。医学それ自身の中での移り変わりか
ら申しまして、最初はクルーゼンが1951
年アメリカ医師会に専門科名として、
physical medicine、物理医学という
名称を認めさせて、それにつづいてラス
クが physical medicine and rehabilitation
物理医学及びリハビリテーションという
ように改めさせました。物理医学にリハ
ビリテーションがあとからくっついたの
です。フィジカルメジシン、物理医学
というのは古くギリシャから始まり、
東洋医学にも古い伝統があるわけで、
日本でいっても、歴長の村中先生がい

らっしゃった物療内科教室は、明治時
代の東大のドイツ人教授ベルツの弟子
の真鍋嘉一郎先生が初代の教授であ
ったという古い伝統もっています。ド
イツが非常に物理学の盛んな所であ
ったから、それを受けて日本へ早くか
ら技術としての物理医学が輸入され
たのですが、それがリハビリテ
ーションという思想と結びついたら
は、リハビリテーション医学の最初
の祖国であると言っていいアメリカ
でも1951年のことでしかなかった
わけです。思想としてのリハビリテ
ーションが医学技術としての物理
医学、物理療法と、ドッキングした
のは30年ばかり前でしかない。職
業リハビリテーション、社会リハ
ビリテーションの方がはるかに古
いのです。いままでの医学という
のは命さえ助ければいい。命を延
ばせばいいというようなことでや
ったのに、ただ生きている期間を
延長させたのだけでは困る。あ
るいは年を取っても死なないと
ずいぶん社会が迷惑をかけます
から、命だけ伸ばしてもらった
のではかえって迷惑だということ
にもなる。もう少し生きている
中身、質的なものを考えなければ
いけないという立場をとったの
がリハビリテーション医学だとい
うのもいいと思うのです。

健康の定義

Health is a state of complete,
physical, mental and social wellbeing
and not merely the absence of
disease or infirmity. (WHO 1958)

これはWHOの1958年の有名な定義です
けれども、つまり健康というものの考
え方は、病気だとか虚弱であるとか、
そういう体の具合が悪いというよう
なことがないということだけでは健
康じゃない。健康というのは、身
体的にそして精神的にそして社会
的というのは大変大事なことです
が、社会的にもうまく

いっているという人間の状態が、初めて健康といえるものだという有名なWHOの定義です。これにはいろいろな批判もありますけれども、大体今日ではそう考えざるを得ない。つまり、健康というのは社会的に生活し働けるということまでいかなければ健康ではない。したがって病気の人を社会復帰させることに成功するまでは医療の責任が解除されたことではないというわけです。

It is not the years' you live, but how you live the years what is important.

(old Hebrew proverb)

Now that we have added years to people's lives, it is also our responsibility to add life to their years. (George Morris Piersol)

Not only to add years to life, but also to add life to years. (Howard A. Rusk)

次は、ラスクの言葉です。ラスクは今引退しましたが、ニューヨーク大学のベルビュー医学センターに物理医学・リハビリテーション研究所（のちにリハビリテーション医学研究所と改称）を開いたアメリカ・リハビリテーション医学の先駆者の一人です。単に生命を物理的の年月をつぎ足すのではなくて、延長された年月に対しライフといえるもの、生命といふか生活といふか、それが加えられなければいけない。そういうのが医療の目的だということラスクが言ったのですが、ラスク自身の“The world to care for”と言う自叙伝がありまして、その中にはラスクはこの言葉のもと、ピアソールと言う一老人病学者らしいのですが一人の言葉に由来するといっています。「いまはわれわれは人の生命に年月を継ぎ足している」つまり、延命に医学は努力をしているけれども、我々の責任はそれだけではなしに、この延長された年月に“ライフ”といえるようなものを付け加えることが大切だというわけですが、さらにさかのぼって言えば、古いヘブライの言葉に、「大切なことは私たちが生きている年月では

なくて、いかにわれわれは生きるかということだ」という言葉があるそうです。こうなると医学の問題ではなしに、人生訓みたいなものになってしまいます。しかし結局、医学であろうと人間の一生の心構えであろうと、いかに生きるかということ、つまりQOLが大切だということでしょう。単に酔生夢死と言いますか、酔っぱらったようにして長生きしても仕方がないということでしょう。それをリハビリテーション医学の登場によって医学自身が初めて気がつくようになったということだと思うのです。

4. ハンディキャップの評価

QOL の場面

1. 健康度 (health index) として
2. 診療とRhの目標として
(治療効果の比較)
3. 障害の評価尺度として
4. 医療の選択基準として
先天性障害児
臨死患者
5. 政治目的で

QOLというのは、そういう含みを持った言葉として考えた場合に、どういう時に使われるかということ、先ほど申しましたように、まず、健康度、つまり市民社会の中で人々がどのような——先のWHOの定義を踏まえた意味において——健康の程度を保っているかということを考える場合に使う。それから診療の目的、ことにリハビリテーションの目標として、その達成度を測るために用いられます。もちろんリハビリテーション医学というのは先ほど申しましたように、物理医学という具体的なテクノロジー、技術によって

支えられているわけで、したがってその技術の成果というものは客観的に測定しやすいわけです。実際機能障害についてはいろいろな機能テストがありますし、能力低下、ディスアビリティにはADLの検査とか、そういうようなものがあって成果が定量化され客観化されやすいから皆さまもこのような測定方法をしょっちゅう用いていらっしゃるわけです。

ですけれども、本当の治療効果というのは、リハビリテーション医学で言うとハンディキャップがどう克服されたかということではなくてはならないと思います。あとでも出てまいりますけれども、WHOの1980年の障害の定義によるとハンディキャップというのは単に先ほど申した社会的不利というだけではなくて、自分が希望し周囲の人たちが期待するような役割行動ができない状態、それから人間として価値が低下している、価値の喪失の状態というのがハンディキャップだということになっているわけで、したがって手足が少しぐらい動くようになって一人の人間としての生き甲斐を失い毎日おうおうとして楽しまないような人間をリハビリテーション医学が作ったのでは困るわけですから、この治療とこの治療法との効果がどちらがいいかを知りたい時、単に測定しやすい機能テストやADLのテストなどといういわば部分的な機能の評価だけではなくて、ホリスティックと言いますか、全人間的な評価として（リハビリテーション医学というのはまさに全人間的医学なわけですから）ハンディキャップの改善の程度を評価しなくてはなるまいと考えます。つまりQOLの程度を比較のために使える評価方法が求められなくてはなりません。現在QOLをもっともよく使っている場面は癌の治療です。このところ癌の学会に出ていると、盛んにQOL、QOLと言っている。いやあれはリハビリテーションの方が本場だとこちらが言いたくなるぐらいです。そういう治療の目標として、それから障害の場合の評価の

目安として、さっき言ったようにインペアメント、ディスアビリティのテストなどのほかに、やはり全人間的なリハビリテーション努力の目安としてQOLに着目することが必要だと考えます。それは各種の治療方法間の選択の基準としても必要であると思うのです。

5. 生命の質・生命の量・生命の神聖

一体リハビリテーション医学と言うのは、ある意味で非常に気楽な医学だと思うのです。ほかの臨床医学と言うのは大抵生きるか死ぬかにかかわり、死ぬと恨まれるわけですがけれども、リハビリテーション医学というのはあまりそういうクリチカルな場面にかかわりませんから失敗してもあまり恨まれないのではないのでしょうか。うまくいかなかったてもととですからね。死んじゃうというようなことはまずないから気楽な商売だというような気がするわけですがけれども、しかしリハビリテーション医学はQOLの医学であると考えれば、そう気楽にもしてられないわけです。実際瀕死の患者はリハビリテーション医学とは無関係とはいえなくなりました。理学療法士はいぜんからICUの呼吸管理などにたずさわっていましたが、近頃日本でも作業療法士が末期癌患者やその他の重症患者のベットに近づき初めておりますから、リハビリテーション医学は生き死にに関係のない気楽な商売だとばかりもいえなくなりました。それだけでなく特にリハビリテーション関係者が関心をもたなくてはならないトピックスとして先天性障害児の問題がある。

例えばアメリカで言いますと、1963年の有名なジョンズホプキンス病院事件というのがあります。ダウン症の子供、つまり先天性の精神薄弱児が、十二指腸閉塞を合併して——障害児というのは幾つもの病気を併せ持っていることが多いわけですから——生まれて来ましたが、十二指腸閉塞の手術をすれば口から栄養が採れとにかかダウン症候群を持ちな

からも生き長らえるわけですがけれども、親がそれに反対し裁判所も認めて手術をしないことにした。簡単な手術であるけれども、生かしておくことはむしろかわいそうだというのが手術をしないことにして自然死に任せた。

それから1982年には有名なベビードー（Baby Doe）事件ということがあります。これも同じくダウン症の子供で、今度は食道閉塞があって、この場合も食道閉塞の手術をやれば生き長らえるのだけれども、これも親が申し出て裁判所が——日本では医師がいろいろなことをやって後で訴えられて悪かったよかったと裁判所が判断して判決を下すわけですが、アメリカではこれからやろうとすることについて、「おそれいますが、こういう死にそんな患者の人工呼吸を（カレンキンラーの事件でもそうですが）止めてよろしいでしょうか、どうでしょうか」と裁判所にあらかじめ、伺いをたてるのです。その判決が判例となり、その判例の集積が法律みたいに働くのです。ベビードー事件が契機となってアメリカの病院にはいわゆる倫理委員会なるものがたくさんできました。Ethics committeeというのは、日本では心臓移植などに関連して倫理委員会というのを近頃いまさらしく作り初めていますけれども、アメリカのEthics committee というのは、一番多いのは“Do not suscite”、つまり蘇生や生命維持のための機械を外していかどうかを判定すると言うのが一番大きな役目になっているわけです。

私たちの日常お相手をしているのはクリチカルな生死の問題を離れた、いわば安全地帯にいる障害者ですから気楽な顔をしていられますが、ベビードー事件のような倫理的にきわめて深刻な問題が障害者問題の根底に横たわっていることをリハビリテーション関係者は忘れてはならないと思います。成人の場合の植物状態や老人性痴呆症の問題にも正面からリハビリテーション関係者が取り組む覚悟

が必要なように思います。その意味でリハビリテーション医学というものも相当論理的に危ない淵を渡っているということが言えるかと思えます。Quality of Life を高めるのがリハビリテーション医学であるといわれます。QOLはしかしそのようないい意味だけで使われる言葉ではありません。重症ダウン症の新生児は、QOLが低いという理由で生きる権利を拒絶されたわけですし、かつてはナチスがアーリン人種だけが生きるに値するQOLのいい人種であって、ユダヤ人などというのはQOLが悪い、人間の質が悪いというので殺しちゃったのですからね、こういう目的にも使われることになるようなものがQOLだということのを頭に入れて置く必要があると考えます。

quality of life sanctity of life

いまのような、先天性障害児のことを考えると、つまり生命の質が良いほうがいいことは確かですが、しかしでは悪いやつを殺してもいいかという問題になってくると、Quality of Life というのは、Quantity of Life、生命の量と比較するだけではなくて、それに対して Sanctity of life、あるいは Sacredness of life、すなわち生命の神聖さというものとの対決が迫られているわけであって、単に生命の量との比較において、QOLの医学のすばらしさを謳歌してはいけないのではないのでしょうか。

例えばアメリカというのはずいぶん割り切りのいい人が多いものですから、Fletcher などという人は、知能指数が20以下は no person—人間じゃない。40以下は doubtful person、人間であるということが疑わしい存在だということのを言い切るわけですが、そ

れでいいのでしょうか。リハビリテーション医学は、先ほどは気楽な商売で失敗しても患者が死ぬ心配はないとか言いましたけれども、それでノホホンとしてはいけないので、われわれは障害者を対象として考える場合につねにSanctity of life ということ、生命の神聖ということに対してどう対決するかということをお忘れてはならないと思うのです。それはアメリカにおける independent living 自立生活運動などとの思想ともかかわるのですから。

技術の進歩と QOL, SOL, とのかかわり

1. 生命の人工的維持・中絶
 - 生命維持装置, 安楽死(尊厳死), 妊娠中絶
2. 出生の人工的阻止
 - 避妊, 断種
3. 生命の性質の変更
 - 人工受精(体内, 体外夫婦人工受精)
 - cloning
- (4) 公共の価値と個人の価値
 - statistical morality と individual morality (Dubos)
 - 臨床試験
 - 限定された資源配分の priority

技術が進歩すると、生命のいろいろなクリティカルな、危機的な場面に医学が介入するようになるわけです。したがってQOLは境界を単に Quantity of Life 生命量と接するだけではなしに Sanctity of life と深くわかることを考えなければいけないのでしょうか。例えば次のようなことについても問題があるわけです。近頃厚生省は、医療費を切り下げることでばかり一生懸命になって、ちょっとひと目もはばからずというところがありますけれども、確かに老人が増えているのに医療資源には限界があることもたしかです。

そういった場合に、いま老人医療ということ、老人福祉ということをよく言っていますけれども、本当に老人を大切にしたい気なのか、金のかかる老人医療をできるだけ抑えようとしているのか、厚生省の本当の気持ちはなかなかわかりませんが、例えばイギリスですと65歳以上には腎臓透析をやりません。ヨーロッパのほかの国にもそういう所があるわけです。私たちがイギリスに生まれなくてよかったので、私などはイギリスに住んでいたなら人工透析をしてもらえない。先ほどの先天性障害ということではなくても、腎臓病患者、透析をやっている人たちというのは明らかに障害者です。そういう障害者の中に Quality of Life のいい障害者、これは若くして働く人たちです。それと65以上の役に立たないのがあるという差別にQOLが使われるということになる。QOLというのは、そういう危険な問題を含んでいると言うことを考えていただきたい。

絶望患者の care の level

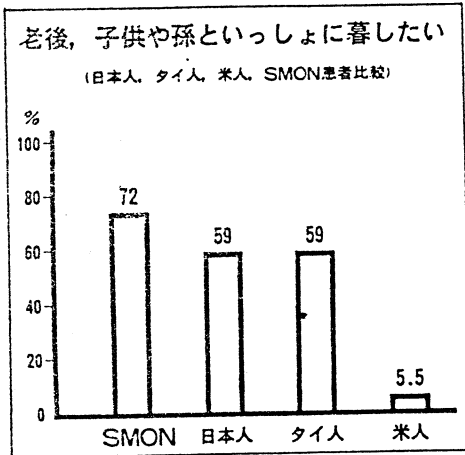
| | 説明 | 抗生剤 人工補液栄養 | 本人の意思 家族の希望 |
|--------------|----------|-----------------------|----------------|
| 1. 脳死 | 死者として扱う | - | - |
| 2. 植物状態維持 | 脳幹活動のみ州 | 中止可 | 考慮 |
| 3. 不可逆痴呆 | 老人 | 中止可 安楽死の限度で行う | 考慮 |
| 4. 永続的認知不全老人 | 安楽死目標のケア | 緊急時の経口生活や 集中ケアは随々に | 考慮 |

(Society for right to die 主導, 1982年10月)
(Boston 会議の取まとめ)

このスライドは、Society for right to die、死ぬことの権利の会というのがアメリカにあり、その1982年の会議で決めた基準ですが、こういうふうに老人の不可逆性痴呆であれば、人工栄養や抗生剤使用は、ただ本人の安楽死の限度においてする。生命維持よりも安楽な生活を自安にする。家族が希望すれば、積極的安楽死ではなくても、消極的安楽死をやってよしいというようなことで、明らかにQOLをこういう形で医療の使い分け、差別的適用の物尺に用いているということ

す。ここまでくると日本人はアメリカ人についていけるかどうか。とにかくQOLという場合その面だけでなく影の面まで考えておく必要があるように思います。

6. リハビリテーションの目的はハンディキャップの克服



ここで少し話の角度を変えます。QOLというのは一般に障害の程度に対応すると考えられているわけですが、実は個人の能力、Abilityの問題だけではないのです。社会的文化的な条件というもの非常に大きくQOLに関係することも考えなければいけない。例えば、年を取って子供や孫と一緒に暮らしたいという人は、アメリカ人では、大変少ない。ところが日本人では多いのです。私たちが調べたスモン患者というのは、特に頼り無いものですからこういう子供たちに依存しようとする気持ちの方が日本人よりも強い。ところが、アメリカ人などですと、子供や孫と一緒に暮らせなくてもちっともみじめだとは思わないらしい。

アメリカ人の quality of life 観
(critical incident technique による 3,000人の調査アメリカ人の調査)
(Flanagan)

- I material comfort (家、収入、将来の保障……)
- II work (興味のある、利益のある、やり甲斐のある)
- III health & personal safety
- IV participation in active recreation (スポーツ、釣り、キャンプ、旅行、ゲーム、音楽)
- V Learning, attending school, acquiring desired knowledge & mental abilities ……
- VI Close relationship with spouse or a person of opposite sex.
- VII Socializing, entertaining, meeting new people, participating in social organization or clubs.
- VIII Expressing yourself in a creative way, through music, art, writing, & collection.

これは Flanagan の報告ですが、アメリカ人だと、Quality of Life の順序というのは物質的な安楽 (comfort) というのが一番に来て、その次ぎに働けること、その次が健康、スポーツなどができること。こういうふうな順序です。日本人にこういうのを調べると、後でも出てきますけれどもまるで違うのです。

障害の各レベルにおけるRhの目標、効果

| 障害 | Rh目標 | 効果 | |
|--------------------|----------------------------|-----------|---------------------|
| 1. Impairment 機能障害 | ① 障害された機能の回復 ② 代償機能の開発 | | |
| 2. disability 能力低下 | ① 能力増進 ② 補助具 ③ 小環境調整 | → ADL回復 | |
| 3. handicap | a 社会的不利 | ① 社会的適応増進 | GOLの発見 社会復帰・社会参加 |
| | b 役割制約 | ① 役割創造 | |
| | c 価値低下 | ① 価値転換 | |

障害のレベルはさっき申し上げたように、3つに分けられますが、特にハンディキャップの場合は、“生命の質”としてのQOLが色彩が非常に強い。これに反し、ImpairmentとDisability では同じくQOLといっても“生活の質”という方のニュアンスが強い。ハンディキャップには、社会的不利ということのほか、社会的な役割の制約変化、それから人間的な価値、尊敬の低下という問題が含まれています。これはたんに、外的なもの

ではなくて内的なもの、——人間の内在する価値観の問題がここでは問われているわけです。リハビリテーションの目的は何かと言えば、もちろん運動機能やADLをよくしなければなりません。それで機能障害の回復ということは皆さん一生懸命やっつけようとしても、そして機能が回復することはリハビリテーションの第一段階の目標ではあるが、しかしむしろ一定の機能障害が残っても比較的な意味において能力低下を少なくし、一定の能力低下があっても比較的な意味において社会的な不利や役割の制約や人間としての価値観の低下を防ぐということこそが本当のリハビリテーションだと思うわけです。

近頃は、いろいろな神経生理学的方法に非常に熱心な方がいらっしゃるから、機能障害そのものを治しうののだという人もたくさんいるし、それもいくらかは本当かと思えますけれども、麻痺した筋肉の働きそのものを正常化するよりも、代償機能の強化の方が実際的な意味が大きいのではないかと考えられます。とにかく機能障害が十分回復しなくても、装具や補助具を活用して能力低下を補い、また能力低下の回復が不十分でも生活環境、労働環境を改善して障害者が社会活動が可能になるようにしハンディキャップを少なくする。つまり Impairment, Disability, Handicap 三者の相互間の落差を広げていく営みが私はリハビリテーションの役割だろうと思うのです。もともとリハビリテーションによって障害の基礎になって疾病一病変そのものが直るわけがない。結局、疾病の改善だとか機能障害の回復にかかわるところは医学の力よりもむしろ自然治癒が非常に大きな役割を演じているということを謙遜に認めて、しかし、だからリハビリテーション医学と言うのは意味がないのではなくて、医学テクノロジーの効果には限界があってもあらゆる手段をつくして人間としての価値の低下を防ぐということこそがリハビリテーションの本当のフィロ

ソフィだと思います。

| Impairment と disability (physical, social) との関係(70才以上)(年齢、性、生活条件補正) | | |
|---|---------------------------|-------------------------|
| 1) impairment (N) | physical disability (565) | social disability (617) |
| 筋・骨 | 0.30 ** | 0.03 |
| 視 | 0.17 ** | 0.06 |
| 聴 | 0.03 | -0.02 |
| | ** < 0.001 | |
| 2) physical disability と social disability の間には相関なし (r = 0.09) | | |
| physical disability : 歩行、着衣、入浴、椅子へ移行、既述、食器、取扱、料理、ドライブ (又はバス利用)、ショッピング、personal business | | |
| social disability : 毎日話相手あり、他の人と1日を過ごす、貯金と貯蓄と会う、親友と会う (Jett et al.) | | |

このスライドの physical disability というのは、われわれは普通 disability と言っているもので、われわれの訳した言葉によると能力低下です。social disability というのはハンディキャップと、むしろ現在の言葉で読みかえていただいた方がいいと思うのです。このスライドで扱っている impairment、機能障害の種類としては筋肉や骨のつまり運動障害、視力障害、聴力障害の3つがあるが、これをみると運動障害と視力障害については機能障害と能力低下の間は相関が相当強いわけです。ところが機能障害の程度と、ここでは social disability と書いてありますが、つまり handicap というものとの間の相関というのは極めて少ない。それは当然で、表の下の説明をご覧になるとわかりますけれども、この場合に能力低下——disability と言っているものは歩行だとか衣服の着脱とかです。つまり日常生活動作です。ところがここで social disability と言っているものを何かと言えば、毎日話相手がある、他人と1日を過ごす、貯金ときに家族と会うことができる、親友と会ったりできるということらしい。これは全然その本人の身体側の条件ではなくて、周囲がいかに暖かい目を持って障害者を見守り、いかに必要な手助

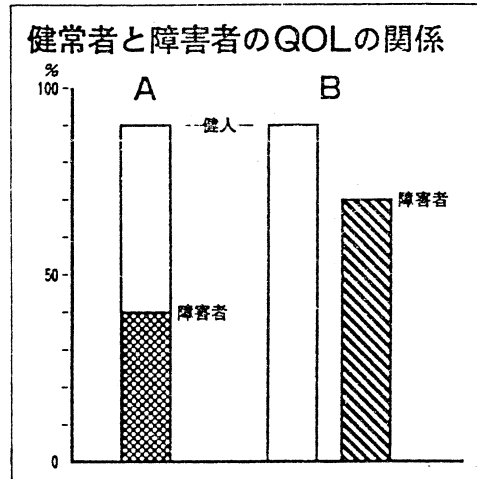
けを与え、孤独感を起こさせないでおけるかということではかっているから、当然機能障害とは直接関係ない。人間の生命の質というのは手が動かない足が動かないということの苦痛、それは苦痛であることはたしかですが、それだれできまるものではない。手や足が相当よく動くようになって、山の中で一人ぼっちでだれも話し相手もなくして孤独な生活をし、あすの食べ物にも困るというようなのでは決して Quality of Life がよいということではできない。反対に、移動だとか日常生活に困難を来していても、周囲に暖かい家庭環境、地域社会の支えがあれば、よい Quality of Life を送ることができるということです。

したがって、リハビリテーションと言うものを単に個人の刻苦勉励する努力だけ—それも必要ですけれども、それだけと考えるのではなくて、こういう社会的な条件が大切だというふうに思います。数年前日本に来たことのあるロバートというカリフォルニアの州のリハビリテーションの親玉がいて、これは脊髄麻痺で呼吸困難もあって、もちろん車椅子に乗っていて酸素吸入を持ち歩かなければならない。それでもアメリカのカリフォルニアのリハビリテーション行政は牛耳っている男なのです。

その人が私に言っていたことで、「自分は着物を着てもボタンをかけることができなくて、いつまでも自分で着物が着れなかった。いままでのリハビリテーションの考えでは、まずADLができなければ外へ行って働けないという考え方だったがそんなことは意味がないと考えて食べさせてもらったり車椅子を押してもらったり着物を着せてもらうのはみな人にやってもらっている。そのかわり自分は頭がいいのだから、カリフォルニア大学へ行って、社会事業学というのか何か知りませんが、勉強をして自分は自分の持っている才能をフルに発揮して社会的に重要な役割を

することができるように努力すべきだと考え、それによって成功したと言っていましたけれども、つまり impairment や disability そのものはよくならなくても、ハンディキャップを克服しQOLを高めることができるわけで、そこにリハビリテーションの哲学の基本があるというふうに思うわけです。

7. 価値観の多様性とQOL



その場合は健常者のQOLは障害者のQOLというのを分けて考えなくてはなりません。障害者は健常者と同じQOLの量的に半分とか3分の1しかないものというのではなくて、障害者のQOLは健常者よりも低いけれども、しかしそれとこれとは質が違うのだ、障害者は健常者とは別の質のQOLを持っていいのだという考えが必要だと思うのです。

By all probability, by working hard, you could still make a good life for yourself, even though it might be different kind of life from what you had known and anticipated.

(Rusk)

Ruskが言っているように、一生懸命にリハビリテーションをやりなさい。そうするとあなた方は good life, Quality の高い生活ができます。それはあなたが知っていた、あるいはあなたがこれからなるであろうと予期していた life とは全く違うものであるかもしれないけれども、つまり障害者が努力をして普通人と同じになるということではなくて、まるで予期しない別の価値の世界ではあるけれども、とにかくそういう good life を送ることができるだろうという Rusk の言葉がありますけれども、まさにリハビリテーションというのは、障害者を健常者と同じにするだけではないに、別の障害者として生きるための別の価値を発見することだ、つまり新しいQOLの創造こそがリハビリテーションだというわけです。

平等 — equality

1981年の国際障害年で、equality と full participation ということがスローガンでしたけれども、平等と言っても障害者と健康者が同じだということではないと思うのです。AとAとは同じだとはいうが平等だとは言わない。AとBとが平等だと言う。AとBとは違うからこそ平等であることが強調されなくてはならないのです。健康者と障害者が同じではない。違う。違うからこそ人間として平等でなくてはならない。

完全参加 — full participation

full participation は、ある意味で誤訳だと思うのです。完全参加というのは、障害者が健康者と完全に同じように社会に参加できるということではなくて、それぞれの程度の障害者がそれぞれの程度において、それぞれの仕方ですべて社会に参加ができる。1人ずつの社会の参加の仕方としては、健康者のように完全ではないわけなのです。完全というと、健康者と同じと言うような意味にとられがちで、これはちょっと不正確な厚生省の訳し方だと思うのです。

8. QOL測定のいろいろ

Performance status (肺癌) Karnowsky 1947

- I 正常活動, 仕事可能, 特別な care 不要
 - 100 正常, 病気なし
 - 90 正常活動, 軽い症状
 - 80 努力して正常活動, 症状あり
- II 働けぬ, self care 可能, 多少の援助
 - 70 self care 可能, 正常活動できぬ
 - 60 時々援助必要だが大体自分でできる
 - 50 相当の援助必要, しばしば医療
- III self care 不能, 施設 (病院) care 要, 病気速かに進行
 - 40 障害 特別care, 援助要
 - 30 重度障害 入院望ましい, 但し, 死切迫せず
 - 20 重症 要入院, 積極治療要
 - 10 瀕死
 - 0 死

QOLの向上——単に量的な向上でなく、質的な向上をも含めて——がリハビリテーションの目的ではなくてはなりません、治療効果をQOLで測ることをもっとも早く始めた

のは1947年、戦後間もなく Karnowsky が肺癌のナイトロジェンマスタード治療の効果を報じた時です。それまでは癌の治療成績ということ5年生存率、5年間何%生きているかというようなQuality of Life 的な評価でしたがそういうものでは治療のほんとうの効果が分からない。肺癌の場合、えらい手術をして、あとで呼吸困難などで苦しんだり化学療法を使って頭の毛が抜けたり——頭の毛ぐらい抜けたっていいかもしれませんけれども——食欲がなくなってやせ衰えて、毎日痛みを苦しんでいるのでは長く生きても仕方がないというので、癌の治療成績を示すのに5年生存率などという量的な物尺ではなくて、Performance status というものを作ったのです。一番悪いのは死ですから0とする。全く正常な活動ができるのは100としてその間を10等分したスケールを作りました。そして治療によってどの程度のパフォーマンスステータス得られたかを記載することとしました。これがQOLを定量化して測定する初めての試みです。リハビリテーション関係者には分かりやすい分類だと思います。

自立ADL係数 (Katz 1963)

- A. 摂食, continence, 移動, go to toilet, 衣服着脱, 入浴……6つすべて自立
- B. いずれか1つ以外自立
- C. 入浴ともう1つ以外自立
- D. 入浴, 着脱, もう1つ以外自立
- E. 入浴, 着脱, go to toiletともう1つ以外自立
- F. 入浴, 着脱, go to toilet, 移動ともう1つ以外自立
- G. 6つすべて依存

その次は Katz のです。ADL, 自立のインデックスというのをこういうふうにつく

たのです。これは詳しくは申しませんが、いろいろなADLが全部自立できるか一つ以外は自立できるかで、もう一つだけが自立できるか、総てが依存するかというので、こういうようなもの。これもリハビリテーションに非常に近い考え方です。

Health Index の要件

(Sacket 1977)

1. Comprehensiveness
身体的, 情緒的, 社会的
2. positive oriented
勝れた機能も
3. general applicability
医学的検索なしに
4. sensitivity
5. simplicity, acceptability, cost
6. precision
再現性
7. Amenability to index construction
手早い複合 index がつくれること

そのあとでいろいろな health index だとか、QOLの測定のことが始まったわけです。その様な index のそなえるべき要件として Sacket が7ヶ条をあげています。それはできるだけ身体的な、心理的な、社会的な、こういう全ての面をつくしていなければならない。それからマイナスの機能だけを測ってはいけない。優れたところも表現できるような係数でなければならない。これは一般の健康者集団のQOLを調査しようとする health indexなので素人の調査員に実施させることを建前としているので、特に医学の専門家でなければその人のQOLが測れないというのでは困るので、普通の常識人が測れるようなものであること。それからセンシティブティ感度がよくなければいけないしあまり複雑で

は困るとか再現性がなければいけない。そうして測ったものをまとめて一つの係数につくられるようにしなければならない。というようになことをいっています。

Sickness related behavior

(Berger)

1. feeling state conception
2. clinical conception
3. performance conception

Bergerは主観的なコンセプト、つまり他人が外から眺めてどれほどQOLがいいといっても、本人がこんなことでは生きていくかいないかというようでは困るから、主観的な評価がなければいけない。しかしそれだけではまた主観的で、日本人が皆中産階級意識をもっているみたいな話で、うさぎ小屋に住みながら中産階級を謳歌してもしかたがないので、客観的な医学的な概念に当てはまらなければいけない。それから単に医学的ではなくて、Karnowskyの場合のように何ができるか、つまりパフォーマンスということも問題にシなくてははいけない。実際どういう活動ができるかということも測らなければならない。そういう条件を充たした指標が必要だというわけです。

| Quality of lifeの改善度の記入者による差 | | | | |
|-----------------------------|---|----|----|----|
| | | 医師 | 患者 | 家族 |
| 改 | 善 | 75 | 36 | 1 |
| 不 | 変 | 0 | 32 | 0 |
| 悪 | 化 | 0 | 7 | 74 |

(Jachuck, 1982)

これは高血圧の患者についての調べですけ

れども、医者は治療をやった75人がQuality of Life がよくなったと評価する。ところが患者はその半分ぐらいしか自分ではよくなったとは思わない。医者というのは大体自分のやったことは患者にいいことであろうと考えてそれを願ってやるものですから、大体治療の効果があったと考えたがるわけです。そのために悪くなったというのは医者の判断では1人もない。患者は7人が悪くなったと考えるわけです。家族はもっと厳しい。だから医師側の評価だけではしかたがないので、本人や家族の評価も必要です。

疾病, インパクト, プロフィール

(sickness impact profile, SIP)

(Berger 1976)

1. 社会との交流
2. 歩行・移動活動 (ambulation or locomotion)
3. 睡眠・休息活動
4. 栄養摂取
5. 日常の仕事
6. 家事
7. 運動・閉居 (mobility or confinement)
8. 体の動き (movement of the body)
9. コミュニケーション活動
10. 娯楽, リクリエーション
11. 知的機能
12. 家族との交流
13. emotion, feelings & sensations)
14. personal hygiene

これから幾つかの例を挙げますけれども、これは Berger^④で、こういうように社会との、あるいは家族との交流、家事だとか知的

機能とか、こういうようなもので測ろうとしています。こういうのは個別的な測り方です。

も測らないとQOLということが十分にわからない。

能力係数 (Ability index)

(Izak ら 1971)

- A subjective reaction of feeling
 - 1. 痛み
 - 2. prosthesis
 - 3. 睡眠
 - 4. 通院回数
 - 5. self care
 - 6. 性的関係
 - 7. 歩行程度
- B working ability & earning capacity
 - 1. 癌になる前に比し収入
 - 2. 前職復帰 or 転職
 - 3. 満足度
- C social adjustment
 - 1. 夫婦間
 - 2. 親子間
 - 3. 他の親族間
 - 4. 広い社会関係
 - 5. feeling of wellbeing

QOL

(Flanagan 1982)

- 1. physical & material wellbeing
 - A 物質的 comfort — 家庭, 食事, 便利さ, 安全
 - B 健康と個体の安全
- 2. 他人との関係
 - C 親族関係
 - D 子供
 - E 妻・異性との関係
 - F 親友
- 3. social, community or civic activity
 - G 他人を援助, 激励
 - H 政府又は地域活動に参加
- 4. personal development or fulfillment
 - I 勉学
 - J 自分を知り自分の限界を知る
 - K やり甲斐ある, 利益になる仕事
 - L 創造的自己表現
- 5. recreation
 - M 他人との交り
 - N 読書, 音楽鑑賞, スポーツ, その他
 - O リクリエーションに積極的参加

Izakの能力係数というのは3つのカテゴリーに分かれています。まず主観的な点数、次は、アメリカ人ですからどれだけお金が儲かるか、これは癌の場合ですけれども、癌になる前の収入と比較して治療後はどのくらいの収入になったかということですから、これは極めて客観的な問題。癌は治ったけれども夫婦仲が悪くなったというのではやはり医療の成功とはいえないから困るわけです。こういうもの

これは Flanagan ので、これは身体的なあるいは物質的な wellbeing とか、他人と関係ということが非常に生活の質の上で大切です。それから社会的な活動の問題、自分で勉強だとか創造的な、クリエイティブな自己表現ができることか—こういうものを測ろうとするわけです。

Quality of Wellbeing Scale

(Kaplan 1984)

A Mobility

1. 車運転、バス・列車利用が援助なしに出来た
2. 同上 できなかった、
3. 自宅内
4. 病院内
5. 特別な care unit に

B physical activity

1. 障害なく歩けた、
2. 制約あるが歩けた、
3. 車椅子、ひとりで、
4. ベッド又は椅子上

C social activity

1. 勤め、学校、家事その他の活動できた
2. 勤め、学校、家事以外出来なかった
3. 勤め、学校、家事に制約
4. self care 可能、だが勤め、学校、家事不能
5. self care に要援助

これは Kaplan のです。これは運動機能、身体の活動機能、社会的な活動機能。こういうものがQOLを測定するときの物尺になる。

健康尺度 (Grogono ら 1971)

1. 仕事
2. リクリエーション
3. 身体的苦しみ
4. 精神的苦しみ
5. コミュニケーション
6. 睡眠
7. 個人への依存
8. 食事
9. 排泄
10. 性行動

- 例 1.00 舌の良性パピローム
0.70 Hodgikin 病
0.45 糖尿病性神経炎
0.30 急性胆嚢炎

これは Grogono ものもです。舌の良性のパピロームならQOLが1, Hodgikin 病だと0.07、糖尿病の神経炎のは0.65という、こういうふうにQuality of Life の測定をやるわけです。

QOL 基準

A. T. Fletcher

1. 最低知能 Stanford - Binet その他の知能テストで40以下 — 人間であること
疑問、20以下 — 人間でない
2. 自己認識
3. 自己制御 医学的治療不能なら人間でない
4. 時間感覚
5. 未来感覚 (期待、計画)
6. 過去感覚 (記憶)
7. 人間関係 (個人間、対社会)
8. 他人への関心
9. コミュニケーション
10. 生活のコントロール
11. 好奇心
12. 気持と行動の変化、また変化可能なこと
13. 理性と感情のバランス
14. 個性
15. neocortex 機能

Fletcherというのはさっき言ったように、知能テストで40以下だと人間であることがクエッションナブルであって、20以下になると人間でないというわけです。これはいろいろな項目をバラバラに測っています。

QUALITY OF LIFE UNISCALE

RATING SHEET

Please mark with an X the appropriate place within the bar to indicate your rating of the person's quality of life during the past week.

Lowest quality applies to someone completely dependent physically on others, seriously impaired mentally, unaware of surround _____ and _____ a _____ position.

Highest quality applies to someone physically and mentally independent, communicating well with others, able to do most of the things _____ pulling own weight, with a _____

| | | |
|-------------------|--|--------------------|
| LOWEST QUALITY | | HIGHEST QUALITY |
|-------------------|--|--------------------|

How confident are you that your rating of this quality of life is accurate? Please ring the appropriate category.

- | | | | | |
|----------------------|----------------|-----------------|--------------------|---------------|
| Absolutely Confident | Very Confident | Quite Confident | Not Very Confident | Very Doubtful |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- Not at all Confident
- 6

Fig.1 The actual material used by the raters in concurrent validation.

それは比較的良く使われている Spitzer の方法です。まず概念的にクオリティがどの位悪いか、どの位いいかを判定する。これは

患者自身ではなしに第三者が採点する。この患者のQOLはこの辺りだというふうに概括的やる方法です。

QUALITY OF LIFE INDEX

SCORING FORM

Score such heading 2, 1, or 0 according to your most recent assessment of the patient.

| | |
|--------------|---|
| ACTIVITY | During the last week ^{the} patient. • has been working or studying full-time, or nearly so, in usual occupation, or managing own household, or participating in unpaid or voluntary activities, whether retired or not 2 • has been working or studying in usual occupation or managing own household or participating in unpaid or voluntary activities, but requiring major assistance or a significant reduction in hours worked or shallowed situation or was on sick leave..... 1 • has not been working or studying in any capacity and not managing own household..... 0 |
| DAILY LIVING | During the last week, the patient • has been self-reliant in eating, washing, toileting and dressing; using public transport or driving own car 2 • has been requiring assistance (another person or special equipment) for daily activities and transport but performing light tasks..... 1 • has not been managing personal care not light tasks and/or not leaving own home or institution at all 0 |
| HEALTH | During the last week the patient • has been appearing to feel well or reporting feeling "great" most of the time 2 • has been lacking energy or not feeling entirely "up to par" more than just occasionally 1 • has been feeling very ill or "lousy" seeming weak, and washed out most of the time or was unconscious..... 0 |
| SUPPORT | During the last week • the patient has been having good relationships with other and receiving among support from at least one family member and/or friend..... 2 • support received or perceived has been limited from family and friends and/or by the patient's condition..... 1 • support from family and friends occurred infrequently or only when absolutely necessary or patient was unconscious 0 |
| OUTLOOK | During the past week the patient • has usually been appearing calm and positive in outlook, accepting and control of personal circumstances including surroundings 2 • has sometimes been troubled because not fully in control of personal circumstances or has been having periods of obvious anxiety or depression 1 • has been seriously confused or very frightened or consistently anxious and depressed or unconscious..... 0 |

OL INDEX TOTAL

How confident are you that your scoring of the preceding dimensions is accurate? Please ring the appropriate category.

| | | | | | |
|----------------------|----------------|-----------------|--------------------|---------------|----------------------|
| Absolutely Confident | Very Confident | Quite Confident | Not Very Confident | Very Doubtful | Not at all Confident |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Fig.2. The format of the final version adopted.

これも Spitzerの提案ですが、これは患者に対するアンケートで取るわけで、きょう調査をしますと先週の7日間にあなたは どういうふうな活動ができましたか。どうい

う生活ができましたか。健康状態はどうでしたかと尋ねて測定者が記入する。この場合サポートというのが非常に大切なのです。家族などとかよく話をして楽しかったかどうかと

か。また、第三者が見たところ、苦しそうにしていたかどうかということを入力する。それぞれの項目に0から2までの点数を付けてこれをたしてあげる Quality of Life のインデックスを作るわけです。

| Frequencies of QL scores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------------|-----------------|---------------|
| | Healthy Sydney | Healthy Hunter | Chronically diseased | Cancer patients | Seriously ill |
| 0 | | | | 1 | 1 |
| 1 | | | 1 | | 7 |
| 2 | 1 | | 1 | | 16 |
| 3 | 2 | | 3 | 7 | 20 |
| 4 | | | 8 | 14 | 19 |
| 5 | | | 14 | 7 | 9 |
| 6 | 4 | 4 | 13 | 9 | 4 |
| 7 | 6 | 7 | 10 | 31 | 2 |
| 8 | 14 | 15 | 21 | 24 | |
| 9 | 17 | 17 | 19 | 8 | |
| 10 | 40 | 58 | 19 | 24 | |
| Number of subjects n | 84 | 101 | 108 | 105 | 78 |
| Mean QL score | 8.80 | 9.17 | 7.31 | 7.11 | 5.31 |
| Standard deviation | 1.67 | 1.16 | 2.30 | 2.29 | 1.48 |

このスピッツァの方法を使って調査してみますと、一般市民についてシドニーでやったのとハンターバレーという町の住民についてやったものを比べますと、こういうふうになります。スコアは10が一番いいわけで0が一番悪いのです。大体8以上です。一方癌の患者、瀕死の人などについて平均値を取って見ると Quality of Life のスコア、点数が健康人だと平均8.8、9.2 ぐらいなのに慢性の病気を持っていた人は7.3ぐらい。癌の患者であると7.1ぐらい。瀕死の病人であると3ぐらい。こういうふうに Quality of Life の評価をするわけです。

QOL の測定

調査方法

1. アンケート

A 理想・価値感を問う

B 現状を問う

2. 観察, 客観的記載

カテゴリー

1. 身体的障害
2. self care
3. 精神的, 心理的
4. 労働能力
5. 経済能力
6. コミュニケーション・社会適応
7. リクリエーション
8. 病苦
9. 睡眠・性生活
10. 知能 (Fletcher)
11. 創造性

これは私の作った表ですけれども、QOL の評価法としてはアンケートで調べる方法と第三者が観察する方法とあって、その場合にあなたはどのような生活が理想としますとか、どのような価値観を持っているかという概念的に問う方法と、現在はどうか、先週1週間ではどうでしたかなどと問う方法とがある。どのような項目を挙げるかとなると、身体的な障害の程度、身の回りのことができるかどうかということ、精神的な、心理的な状態、労働能力、経済能力、コミュニケーション、社会的適応が可能かどうか、レクリエーションに参加できるかできないか、病気の苦しみはどうか、睡眠だとか性生活とかの状況、それから知能の問題、創造的な仕事ができるかど

うか。こういうようなことが項目として挙げ
てよいのではないかと思うのです。

QOL (Health status) の評価

歴史

Karnofsky : performance status 1948

Katz : Index of independence of ADL 1963

1966 - 70 4論文

1970 - 74 30論文

1975 以後 一般化

評価法 - 出来るだけ blind に

A 全体評価

B 個別評価

1 身体機能

2 精神機能・精神状態

3 症状 (苦痛・呼吸困難・副作用など)

4 ADL

5 社会的接触・支持

6 社会的役割

7 wellbeing 感

C 総合評価

それからさっきいったように、全体的に
らんでQOLを評価する方法と、個別的な項
目について調べる個別的な評価と、その個別
的な評価を足してあげて総合評価の係数を作
るというやり方があるわけです。先ほど申
しましたように、癌などの場合だとKarnow
skyのパフォーマンスステータスなどが相当
実用的に使われているのですが、リハビリテ
ーション医学の中ではQOLということをは
よく口にするけれども、実際に日本でそれを
測定した人というのはあまりないわけです。
とにかくQOLを評価して治療法の効果を測
定しようという企ては1948年のKarnowsky
にはじまるわけですが1975年以後盛んにな
りました。リハビリテーション医学関係者は今
後ADLにとまらなくてももう少し全人間的な
QOL評価への努力を必要とするように思い
ます。

僕は死から完全な wellbeing まではこちら
いうふうな段階に分けて、その中で苦痛がな
ければ0、苦痛があるものはそれぞれから
0.5 を引く。精神状態が安定していれば0、
不安定ならそれぞれの段階から 0.5 を引く。
あるいは対人関係、殊に、周囲からサポート
をされる程度というようなものも、それぞれ
についてこういうふうな 0.5、という段階に
付けるような方法がどうであろうかと考えて
いるわけです。

9. われわれの調査

QOL 全体評価

0. 死

1. 植物状態, 昏睡

2. 痴呆

3. 寝たきり

4. 援助 ADL

5. 自立 ADL

6. 不完全社会参加

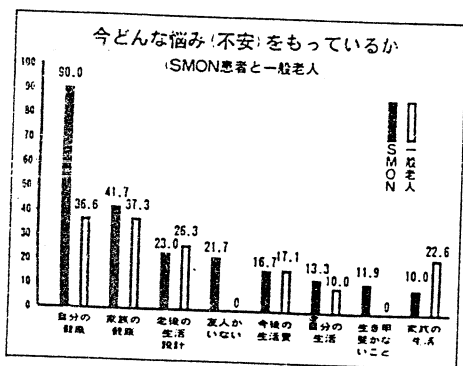
7. 完全社会参加

8. 完全 Well-being 感

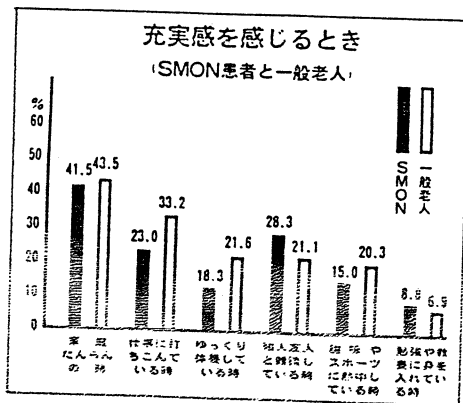
| | | |
|---------------|-----|------|
| 苦痛 | なし | 0 |
| | 強 | -0.5 |
| 精神状態 | 安定 | 0 |
| | 不安定 | -0.5 |
| 対人関係, 支持関係 | 安定 | 0 |
| | 不安定 | -0.5 |

これから少し、われわれの調べたものを幾

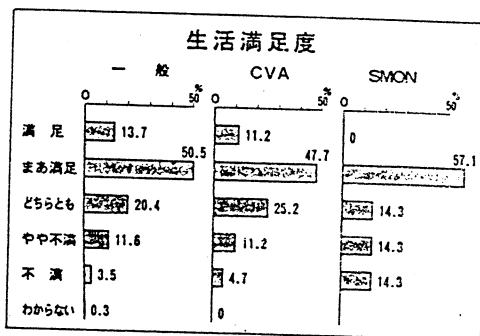
つか御覧にいます。いまどうい悩、不安を持ってるかということについてスモン患者と一般の老人とを比べました。スモン患者も障害者ですが運動障害だけではなくスモンが一番困るのは非常に特異な異常感覚がなかなかなくなることですから、やはり健康に対する関心が一般の老人よりも非常に強いわけです。それから友人がいないということ。これは障害者の場合、一般の老人に比べて、より大きい問題のように思います。



どうい時に人生の充実感を感じるかという、スモンの患者でも一般の老人でも、やはり家庭のだんらんというのが一番大切と考えている。ところが一般の人であると、自分の仕事に打ち込んでいる時とか仕事をした後で休養という時というのが一番人生で楽しい時だと言うのです。しかしスモンの患者などでそういうのが少ないわけです。



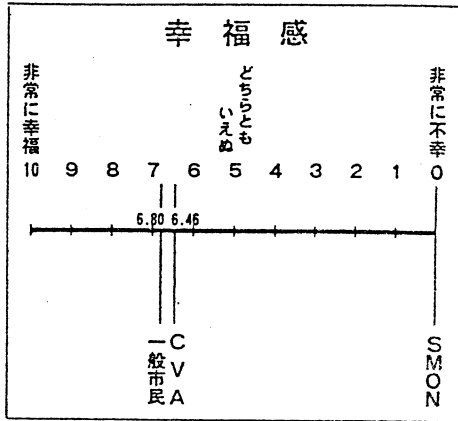
そして生活の満足度というものになると、これは脳循環障害の患者とスモンの患者と一般の老人とを比較しますと、生活に対する満足度というのは、CVAの患者というのはわりあい一般に近いですが、スモンの患者は、一寸違います。これは自分のせいではなくてキノホルムのためにならされたという思いもありますからね。



充足度の低い項目というのを見ますと、スモンというものはやはり、CVAとは相当違っている。障害でも、障害の種類によってQOLの考え方が違う。

| 項目 | 一般 | CVA | SMON |
|-------------|------|------|------|
| 十分な貯蓄 | 2.37 | 2.33 | 1.5 |
| 老人・障害者の健康 | 2.43 | 2.45 | 1.7 |
| 年金 | 2.58 | 2.49 | 1.7 |
| 親戚紹介・医療施設 | 2.73 | 2.52 | 1.9 |
| 子供・老人の交通安全 | 2.79 | 2.54 | 1.9 |
| 老人・障害者の住宅福祉 | | | 1.5 |
| 子供・老人の交通安全 | | | 1.7 |
| 老人・障害者の健康 | | | 1.7 |
| 十分な貯蓄 | | | 1.9 |
| 年金 | | | 1.9 |

全体の項目間で言うと、一般の市民とCVAとがわりあい近いところにいるけれども、スモンというのは非常に離れたところにいるということになります。



これはスモンと脳卒中と脊髄損傷と一般の老人とを比べたものです。健康者と障害者、障害者でも種類によって、どういう時が一番生活充実感を持っているかが違います。

一番何が重要と考えているかということも一般人と脳卒中患者で違うわけです。

| 対象例段 | 日常生活で充実を感じる時 | | | |
|--------------------|-------------------|-----------------|---------------|--------------|
| | 一般国民 (総理府世論調査) | SMON 患者* 450 | 脳卒中患者* 120 | 脊髄障害者* 91 |
| 1. 家庭だんらんの時 | 44 ① | 31 ① | 38 ① | 40 ① |
| 2. 仕事に打ち込んでいる時 | 33 ② | 16 ⑤ | 21 ② | 21 ③ |
| 3. ゆったり休憩している時 | 22 ③ | 19 ④ | 15 ④ | 12 ④ |
| 4. 知人友人と雑談している時 | 21 ④ | 23 ② | 18 ③ | 12 ⑤ |
| 5. 趣味でスポーツに熱中している時 | 20 ⑤ | 20 ③ | 12 ⑤ | 23 ② |
| 6. 勉強や教養に打ち込んでいる時 | 7 ⑥ | 8 ⑥ | 3 ⑦ | 2 ⑦ |
| 7. 社会奉仕や社会活動をしている時 | 4 ⑦ | 5 ⑦ | 0 | 4 ⑧ |
| 8. その他 | 1 | 4 | 10 ⑥ | 0 |
| 9. ない | 3 | 7 | 0 | 3 |
| 10. 分らない | 3 | 4 | 14 | 2 |
| 無回答 | — | 5 | 14 | 3 |

* 厚生省特定疾患 SMON 調査研究班リハビリテーション分科会調査 (○内は各群内の順位)

To believe in Rh.
is to believe in humanity.

(Rusk)

これはラスクの言葉ですけれども、リハビリテーションを信じるということは人間性を、ヒューマニティを信じるということだというラスクの言葉を最後のスライドに掲げます。先ほど申し上げましたように、リハビリテーション医学と言うのは臓器の医学ではなく、もちろんわれわれが直接手をかけるところが障害をしているそれぞれの筋肉だとか目だとか耳だとかですが、それはかか万りの直接のきっかけではあるけれども、しかしその限りにおいては従来の臨床医学一般と質的に異なるところがないわけです。リハビリテーション医学のリハビリテーション医学であるゆえんのは全人間的な観点です。生物的存在としての人間に止らず、精神的存在、社会的存在としての人間をターゲットとする点だと考えます。リハビリテーション医学がリハビリテーション医学として成立するのは、つまり、クルーゼンが *Physcal medicine* という言葉を一つの専門科として認めさせた後にラスクが大急ぎでリハビリテーションという言葉をもそこへ加えさせたのは、フィジカルメディスンという技術だけではなくて、リハビリテーションという思想を加えていることによって医学の専門科目としては珍しい、単なる技術の体系としてではなくて、思想と技術とのシンテージス統合といえますか。そういうものとして一つユニークな専門科ができたわけです。先ほどリハビリテーションというのは従来の生命の量の医学に対する質の医学として、従来の医学に対するアンチテーゼだと言いましたけれども、しかし逆の立場で言

えばリハビリテーションこそは総ての医学的に専門を総合した、シンテージセをした、近頃はやりの言葉で言うとホリスティックな立場に立った全人間的立場に立った医学であるということができるかと思うのです。もちろんそのリハビリテーション医学の目標を達成するためには、個々の技術的な研究や技術的な努力が必要です。それを通じなければ目的を達し得ないけれども、しかしその技術そのものがターゲット、目標であるのではなくて、それを通じて全人間的な *wellbeing* と言いますか、健康と言いましようか、それを目指すものがリハビリテーション医学であると考えるときではないかと言うのがきょうのお話しのしめくりです。後の方を少し急ぎすぎたものですからわかりにくかったと思いますがこれで終わります。

ありがとうございました。

— 修了 —