

物理医学および

リハビリテーションの領域

The Scope of Physical Medicine and Rehabilitation

Frank H. Krusen

定 義

物理医学は、疾病に対処する手段として、光、熱、水、電気および機械的なものなど、物理学的な作用を利用する医学の一分野であると定義されている。リハビリテーションは、身体的、心理的、社会的、職業的に正常な生活のため、最高の可能性を得ることを目標として患者を治療し訓練する。ふつう使われる別の定義は“リハビリテーションはふつうの治療および特別なリハビリテーション・センターでの治療を含み、患者ができるかぎりの身体的、精神的、社会的、経済的有用性を身障者の個々の治療を通して回復させることである”とのべている。

リハビリテーションは、隣人と同じ機会をもたせて幸福に、また同じようなレベルで生産的に生活しうる能力を保つ目的をもって、障害をもった患者の身体的、精神的、社会的、職業的適応性を改善するために、いろいろな医学面でのスペシャリストと他の分野のメンバーとの協力的な努力を含む。サンフランシスコの地域保健サービスはリハビリテーションをつぎのように定義している。“個々の状況において、十分機能を果たすのに必要な能力を、できるかぎり展開させ、障害者の依存性を減少させる過程である”⁷⁾。

Yesner は本書の中で“リハビリテーションとは、身障者個人個人に残った機能を最高に使わせて、彼ら自身、家族および社会において至適な満足および有用性を得るのを助けようとする過程である”と定義している。同様に Fordyce は、本書の中でリハビリテーションを“長期にわたって広範な影響をもった人々との関係を特色とする。リハビリテーションの過程の本質は、患者におこったことが、その身体的機能の限界をこえて患者の生活の多くの面に引き続き影響をもつであろうということの認識である”と定義している。

物療医学とリハビリテーションを専門とする医師は、障害の回復に物理的手段を応用する技術を、患者のもつ身体的、精神的、社会的、職業的問題の評価と治療という興味ある仕事に結びつける。

physiatrist という呼び名が、今ではふつうこの方面の専門家に使われている。この呼び名はギリシャ語の *physikos* (物理的) と *iatros* (医師) からきている。この呼び名は、障害の程度を評価し、患者のリハビリテーションに物理的作用(器具)を利用する専門の医師であることを意味している。

物理医学およびリハビリテーションの実際は、障害をもつ患者の医学的検査および障害の評価、理学療法・作業療法およびその他の治療の処方と医学的管理、障害者の歩行および日常生活動作における訓練、および他のリハビリテーション過程の医学的管理と調和をもたせることである。

しばしば、人工呼吸に使用する器具に関する管理が *physiatrist* によっておこなわれ、多くの *physiatrist* は神経筋疾患の検査に、電氣的検査に関係している。オキシメトリー、皮膚温度の検査、酸素計、熱療法、および診断と治療にいろいろの物理的器具を使用することがふつうは *physiatrist* 特定の責任と考えられている。

この章の“scope”ということばは、Oxford 大学辞典²⁾にある scope の定義の部分によるもので、なにかの活動がおこなわれるか影響をもつ範囲として使われている。

現在では、物理医学およびリハビリテーションを提供するチームはますますその活動範囲を広げ、不遇な人々のもつ問題の増加に対して、その評価および治療にますます影響力を強めていることは明らかである。

物療医学およびリハビリテーションの重要性の増大

物理医学およびリハビリテーションの実際(臨床)は急速にその重要性を増している。というのは、近代の医師が患者の治療に関してとるべきアプ・ローチの概念が変わってきているからである。古いアプローチでは病人および障害者の治療において、ただ静的な病理過程の診断をし、その病巣の除去に必要な手術をし、特

異的な疾病を治すのに必要な投薬をすることによって、彼の患者に対する責任は終わったという結論で患者を退院させるが、今日ではそれよりさらに広範囲を受持たねばならぬことをわれわれは認めている。

今日、医師はつねに変化している生理的過程の障害にもっとダイナミックなアプローチをとり、身体的障害のみならず心理的、社会的、職業的な面での患者の問題を考慮しなければならないことを知っている。特異的な疾患に対してその場限りの治療を提供する代りに、近代の医師は患者が広範囲の障害をもっている、身体的、精神的にできるだけ健康を維持させるよう全体的なアプローチをとるべきである。そのことは、個々の患者がもつ健康上の必要性に対する受動的なアプローチよりもダイナミックである。

最近、Vanderbilt 大学医学部内科学名誉教授の John B. Youmans は、“公衆に対して医師は超科学者となっている。医師にと。て患者は、ほとんど主観的感情を欠いた客観的に取り扱かつ生物学的単位であることが多すぎる”²⁸⁾とのべている。近代の医師は、すべてをかけてもこの非人間的なアプローチを避け、深い人間的な関心をもった広いアプローチをおこない、特別な病気のみでなく患者をひとりの人間として、身体的な病気および障害と同じく精神的、社会的および職業的問題に取り組む努力をはらうべきである。

世界の病院をとりあげる「World Health」(世界保健機構の雑誌)の1970年12月号で、2人の指導者、公衆衛生局長(オーストリア厚生省)の F. Bauhofer と局長 R. F. Bridgman (フランス厚生省)は、新しい病院におけるリハビリテーション医学の重要性を強調している。

Bauhofer は“病院におけるリハビリテーションは将来も。と重要な役割を果たし、身体障害のある患者の治療のみならず、医学のあらゆる分野に関連をもつようになるだろう”とのべている。

Bridgman は“われわれが考えている型の基本的病院は、伝統的な総合病院とはある意味でまったくちがう。予防的、治療的およびリハビリテーション・サービスを提供する部門が含まれることが新しい性格を支えるすべてである”⁵⁾と表現している。

社会科学としての医学の発展

数年前に、有名な医学教育者である Raymond B. Allen は“医学は社会のサービスとして社会科学の時代になる”とのべた。その後すぐ、ロックフェラー財団の理事長である Chester I. Barnard は医療を討議してつぎのようにのべている。“生物物理学と生化学が、健康および病気のすべての問題をいずれは解明するであろうという古い考えは、40～50年前よりも主張しがたい。生休の物理や化学の他に相互に関連性をもった社会的因子もまた含まれているという認識が増している。リサーチが科学的にデータを集積し、系統づけるという生物社会医学が大学での教育課程の中で欠くべからざるものになるであろう。そうすれば、医学部が身体的診断に対応する社会的診断を強調して、地域社会医学の臨床を学生に紹介することが期待できる”³⁾。

Barnard により、20年前に予測された社会医学と社会診断に重点をおいた種類の臨床を、今日 *physiatrist* は関連分野の人々と地域社会の関連事業所とともに協力して達成しつつある。

障害の心理、社会および職業面の重要性

2人の医師により編集された「医者が患者になる時」という本の中で、Max Pinner, Benjamin Miller の医師グループは、いろいろな重症疾患での彼らの経験をのべた。自分自身の病気に関する問題をのべたさい、これら重症の病気をした医師はほとんど例外なく病気の心理面、社会面を強調した、ということ意外に思う医師もいるだろう。これをもって Pinner は、彼の序文の中で“この症例集は、独特の迫力と感動で、患者を全体的に治療することがいかに大切であるかを強調しうるものであると私は信ずる”と結論づけている。

Pinner はさらに“私の考えでは、必要なことはいわゆるサイコスOMATICな疾患の特別な診断および治療ではなく、それを認めることである——新しいことではないけれども、すべての病気はサイコスOMATICな疾患であり、それが身体と精神に影響を与えることが忘れられ無視されていることが非常に多い”²²⁾とつけ加えている。

物理医学およびリハビリテーションの総合的なセンターで活動しているリハビリテーション・チームのやり方に対する理解が増した結果、そのチームが常に障害者や対象者の身体的、精神的、社会的および職業的問題に考慮をはらっていないかという事実に対して、(周囲の)認識を深めることになった。

さらに、評価の方法(ふつうの診断技術のほかに)の進展が、*physiatrist* の通常の臨床に欠かせないことがはっきりしてきた。その種の評価が、適切な治療的処置を提供する基本となる。

終わりにリハビリテーション・チームは、障害を受けている状態および障害に対する患者の反応を上手に治療するうえでますます専門的になっている。Fordyce (第6章)および彼の協力者は、*operant conditioning* (活動上の条件づけ)がある種の患者の障害の治療に試みるのに非常に有益であることを見出した。

人口の老齢化および重症障害損傷の増加による物理医学 およびリハビリテーションの必要性の増大

老化の過程および老人での慢性疾患の量はつねに増加している。したがって、慢性疾患の医学的問題は大きいし、増加しつつあることから、急性疾患以上でなくとも同様の関心を受けるに値する。最近までは(今でもある程度は)医師はおもに急性疾患の原因、診断および治療に注意を向けていた。この方向での努力は確かに成功し、平均余命は1900年代の49歳から今日の70歳に達した。1950年には65歳以上が1,127万人で(米国)、1980年までには2,200万人になると推定される。この問題の大きさから、われわれは受動的受入れおよび老人の慢性疾患の無視という古くからの態度を捨て、慢性疾患の身体的、心理的、社会的および職業的リハビリテーションを急性疾患のための内科、外科と同じレベルにおくべきである。

近代生活のテンポの上昇により、より多くの人々が家、道路、工場、農場などにおける事故で障害者になっている。そのつど外科医は、そのような広範囲の重症な障害をおこす損傷を受けた人の生命を救い、そのつど内科医は広範囲に麻痺した患者の死を防ぎ、死に対する勝利は達成される。しかしそれと同時に、これらの医師は慢性の機能障害の治療とか、生きてはいるが広範囲の障害と慢性の病気をもち、多くは老人である患者に対して、リハビリテーション施設を提供しなければならないという問題を自分自身でこしらえてきている。近代医師のおもな責任のひとつは、これらの患者を自尊心をもった市民に復帰させることである⁵⁾。

物理医学およびリハビリテーションで使われるチーム・アプローチ

推定によれば、適切なサービスを提供する施設と人がいたならば、米国において約300万人の人々のリハビリテーションが可能で、有益な人生にもどることができるであろう。過去30年において米国の病院では、物理医学およびリハビリテーションまたはリハビリテーション医学部門の数が非常に増加している。そしてこれらの部門は物理医学およびリハビリテーション医学の専門家の指揮下で、重要な障害に対する多方面からの専門的および治療的アプローチの発展を積み重ねてきている。

“障害者のリハビリテーションにおける考え方”の文章の中で筆者は次のようにのべた。近代の施設において実際におこなわれているリハビリテーションは、物理医学およびリハビリテーション専門医によって指揮をとられ、内科、小児科、整形外科、神経科、神経外科および形成外科のような他の専門分野の協力のもとにおこなわれる非常に多面的な作業となってきた。さらにこれらの医師は、理学療法士、作業療法士、リハビリテーション・ナース、ソーシャル・ワーカー、職業カウンセラー、臨床心理士、言語治療士など関連専門職(aligned health professions)の協力者のチームによるリハビリテーションの多面的な努力によって助けられている¹²⁾。

近代の物理医学およびリハビリテーション部門では、障害者が入院のさいはじめはそれぞれのチーム・メンバーにより評価され、患者の身体的、精神的、社会的、職業的能力を決める。チームはダイナミックなアプローチをとり、患者の残っている能力の陽性面を見て、あまり患者の障害の暗い面をとりあげないようにする。チームのいろいろなメンバーにより評価がおこなわれた時に、患者の残存能力を最大に発揮させるのを助けるためにグループ会議で総合的なプログラムを発展させる。

そのような、スタッフがそろった物理医学およびリハビリテーション部門またはセンターでチームが活動していると、急性疾患のみにサービスを提供している病院では得ることが不可能なサービスを提供することができる。リハビリテーションおよび物理的治療のいろいろな面での専門家の集りであるチームは、そのグループの技術にとどまるだけでなくいろいろな団体、政府管轄施設と協力して障害者をできるかぎり自立させ自尊心をもたせるようにする。彼らは、近代医療従事者の責任は“人生は年輪を加えるだけでなく、年輪に人生を加えること”をスローガンとしている。

この成長している医学の分野は発展するにしたがってその受持つ範囲にあまりはっきりとした定義がなく、範囲がぼやけていることも事実である。しかし、すべての医学の分野、とくに新しい分野ではそうである。たとえば外科医、内科医、Physiatristを比べてみると、使われる手法の点からみて、一般的に外科医はメスや他の外科器具を使い、内科医は薬を使い、Physiatristは病人や障害者に対して物理的な作用と手段を用いる。疾病の側から考えると、一般的に外科医はおもに外科的剔出、外科的縫合、または同様に器具を使うことが有効と思われる急性・慢性疾患に対処し、内科医はおもにふつう使われる薬や生物学的効果が得られる急性・慢性疾患に対処し、Physiatristはおもに医学およびallied health workerによって使われる物理的な作用および手技が有益とされる急性および慢性疾患に対処する。

すでに指摘したように、これらの専門職の範囲は多少あいまいである。外科医は臨床において物理的作用または薬品をいうるし、内科医は物理的な処置および外科的なテクニックを使用するかもしれないし、Physiatristが外科的または矯正術の手術を使ったり臨床において薬を処方することもある。免許をもった医師としてこれら3つのグループは、これらすべての手技、方法を使用できるが、併発する急性虫垂炎や切断端の再手術(改善)の必要性などがあれば、Physiatristが外科医に依頼するし、大きな内科的問題があればPhysiatristがコンサルテーションとして内科医に依頼する。反対に外科医、内科医は、切断者や片麻痺のリハビリテーションにおける問題に対処するのにPhysiatristに依頼する。

アピールするが大きなまちがいである不運なスローガンがある。それは“リハビリテーションは皆の仕事である”というもので、筆者の意見では、リハビリテーションはそれを仕事と決めて研鑽した高度の技術をもった人だけの仕事である。“リハビリテーションには皆が関心をもっている”というのであれば賛同できるし、自分よりも不遇な隣人の福祉に興味がある人であればだれでも身障者のリハビリテーションに関心をもつべきである。最近筆者はつぎのようにのべた。

全人道主義的な事業としてのリハビリテーションに関して、国内および国際的に多大の関心が寄せられているために、専門職のグループまたは多くの人々に残念な傾向がみられる。その傾向とは、リハビリテーションについて知るべきことはすべて知っていて、自分たちをリハビリテーションの専門家と自称し、彼らが知っている非常に狭い範囲のリハビリテーションがすべてと思いこんでいることである。

しかしながら実際には、リハビリテーションの4つのおもな相——身体的、心理的、社会的、職業的——のうち、どれかひとつでも扱う資格のあるグループは、知識の母体を持ち、その知識を行使するプログラムを發展させ、そのような知識を習得して適切に応用する専門家を養成している。これらの人々は、実際に効果的な方法でリハビリテーションの仕事を遂行できる資格がある専門家たちである。よいリハビリテーションとは初心者のための分野ではない。リハビリテーションは皆の関心事であるべきだが、皆の仕事ではありえない。

われわれの医学部、心理学部、社会学部、教育学部において資格ある教師たちは、まずはじめにリハビリテーションの4つの相のそれぞれで教育と研究を提供すべきである。これが確立されたら、これらの部門で訓練を受けた人たちが身体的、心理的、社会的、職業的分野におけるリハビリテーションの仕事に従事すべきである¹⁶⁾。

本書は、Physiatrist とその協力者によって使われる治療手技と、物理医学およびリハビリテーションで用いられる特別の評価テクニックを扱っている。物理医学およびリハビリテーションでふつう治療される疾患は、片麻痺、結合組織疾患、脊髄の疾患、骨折、末梢神経疾患、中枢および末梢神経損傷、腰部の疾患、呼吸器疾患および循環器疾患を含む。

1965年に出された本書の第1版で筆者は、将来の第2版では精神障害、知能障害、盲および聾のリハビリテーションの討議が含まれるであろうと予測した。

そのように6年後の1971年にこの章を書きながら、この第2版ではこれらすべての疾患が含まれているということは興味あることである。また、身障者の精神的問題およびその治療も討議されている。

さらに新しい章としては、リハビリテーション医学における工学の原理、物理医学およびリハビリテーションにおける医師と allied health professionals の教育に関する哲学、それに新しく發展しつつある分野として障害の疫学が含まれている。

精神科のリハビリテーション

リハビリテーションに関係のある精神医学としては、重症な身体障害をもつ患者はそれに付随した精神的障害をもっと考えられることである。Herman がこれらについて第38章で討議している。また、もともと精神障害の患者でリハビリテーション的方法が応用される場合もある。これらの患者もやはり第38章で説明されている。終わりに、知能障害の広いグループに対して特別な型の精神科的処置が發展してきており、これも同じように第38章で討議されている。

Herman が指摘したように、症状の軽減、感情のバランス、精神機構に対する認識で満足するのでは不十分である。むしろ、家族および社会への実際的な同化を最終目標にすることが同様に優先される。

盲人のリハビリテーション

ふつう、ほかのいろいろな広範囲の障害のためのリハビリテーション・センターとは別個に、盲人のためのリハビリテーション・センターが組織されているけれども、障害者のために従事する人たちは盲人のリハビリテーションで使われる特別のテクニックを知っておくべきである。驚くべきことは、数年前に政府の職業リハビリテーション行政を限科のコンサルタントが調べたところ、盲人のリハビリテーションについて一番知らないのは眼科医であるということであった。視力の保持というのが眼科医のおもな目的であるため、視力が失われるとその患者を無意識に拒否しはじめる傾向がある。このために Georgetown 大学医学部では、盲人のための旅行および他のリハビリテーションの方法に関する研修会がレジデントに提供された。盲人のリハビリテーションに関する基本的な展開をのべた Goodpasture による新しい章(第39章)は、身障者のための仕事に従事する人々に、盲人のリハビリテーションに関する基本的な一般的知識を提供するであろう。

聾のリハビリテーション

聾の人々のリハビリテーションはふつう、耳の専門家、言語および聴覚聴力を専門とする人々によって指揮されている別の特種なセンターでおこなわれている。Gerstman によって聴力障害の評価と処置が新しい章(第37章)で討議されている。

筆者の考えでは、大きな医療センターでは、身体精神障害の部門とともに盲と聾のための部門があったほうがよいと思われる。これらの障害に対しては特別な専門の従事者を必要とするが、多くの専門家が勤務して

いる大きなセンターではいろいろな利点がある(たとえばソーシャル・ワーカー、カウンセラー、エンジニアなど)。

リハビリテーション医学における工学的概念

筆者は以前より、病院のリハビリテーション・チームの常勤メンバーとして電気、機械、設計専門のエンジニアが存在することの必要性を感じている。これらの専門家は、障害者にとって、残ってはいるが低下している能力をもっとも有効に使うのを助ける装具や器具をデザインし、開発し、提供するうえで大きな助けとなる。Moss リハビリテーション・センターで主任コンサルタントとして勤務している時に、筆者は病院で研究とエンジニアのセンターを組織することができた。そのセンターより Wirta と Taylor が新しい章(第40章)を用意し、身障者のために働く人々が知っておくべきリハビリテーションにおける工学的概念を扱っている。これら工学的活動の成長は、医学的リハビリテーションの質を実際に改善すると考えられる。

障害者の疫学

疫学は、疾病または障害の分布およびこの分布に影響する因子を取り扱うものである。最小限度の健康から理想的な健康まで、いろいろな程度のあるものを考える分野である。近代的な疫学の原理の理解はリハビリテーションにおける医療従事者に価値があるので、この点で Itoh と Lee が新しい章(第42章)を用意している。

物理医学およびリハビリテーションにおける医師と関連医療専門職の教育

この種の教科書では、考えられている課目の教育に関する幅広い哲学的討論を提示するのが望ましい。そのような論説もこの著作の領域に含まれる。Leonard policoffほどこの問題を検討するのに適した人はいない。彼は教師で臨床家で行政官でもある。したがって、彼が教育を効果的に説明する新しい章(第41章)を準備した。

物理医学およびリハビリテーションの広がり

筆者にとってこの分野の範囲はますます増大しているので、この章を延長することが必要になった(この版での新しい章によって示されるように)。誕生以来半世紀をすぎても、まだ物理医学およびリハビリテーションの実際は成長期にある。筆者はここに今後の改訂版ではさらに範囲が広くなり、章が追加されるであろうということをあえて予言しておく。

障害者のリハビリテーションにおける医師の役割

今日、われわれの医学部の多くでは、おもに特種な疾患の診断、治療および特種な治療に重点がおかれているために、われわれの医学部の卒業生は、大部分が慢性疾患患者や重症障害者を評価し、問題に対処するには準備がまったく不十分である。この状況を Sedgwick Mead はつぎのようにのべている。“もし原因、予防、治療が不明であったり、患者が老化していれば、今日の若い医師は問題に対処するのにまったく準備が欠けており、社会がそのような患者の治療に関する責任を彼に負わせることにやや困惑を感じている”¹⁷⁾。

われわれの医学部における物理医学およびリハビリテーションのよりよい教育の必要性は、Baltimore の Charles M. Wylie によってなされた“リハビリテーション・プログラムにおける一般医の参加”という研究ではっきりと示されている。Wylie は Maryland 州の2つの医学校を卒業した Baltimore の開業医によるリハビリテーションの活用度を比較した。A校の卒業生は教育担当者の中に Physiatrist がいなかったため、リハビリテーション・プログラムより得られるはずの、患者に利益をもたらすリハビリテーションを知らないことが明らかになった。教育担当者の中に Physiatrist がいたB校の卒業生は、患者へのリハビリテーションの利点を理解し、これらのリハビリテーション・サービスを患者にもたらすことを実行していた。

Wylie は“リハビリテーションに参加していない人々のかなり高い割合を Maryland のA校の卒業生が占めている”とのべ、さらに“A校の卒業生2,069人のうち専門分野に入った人々が1人も物理医学およびリハビリテーションを専攻していない一方、B校を卒業した1,844人の専門医の中で9人がリハビリテーションの専門医である。現在、A校では教育スタッフの中に常勤のリハビリテーション医(Physiatrist)がいないのに対して、B校では2人の Physiatrist を含んでいる”²⁷⁾とつけ加えている。

最近筆者は、国内の医学部の半数にしか教育担当の Physiatrist がいないことを指摘した。われわれの医学部教育では未だに教師が不足していて、医学教育および一般の医学の前面にリハビリテーションの概念を保たせるにはさらに多くの教師が必要である。今ある問題は、1943年に筆者が物理医学およびリハビリテーションの Baruch 委員会の委員長に任命された時と同じである。その時 Bernard Baruch が、物理医学およびリハビリテーションのすべての分野に関する必要性を説いた長いレポートを忍耐強く聞き終えた後、筆者を向いていたことは“Krusen 先生、問題は簡単ですよ。教えるためには教師を訓練しなくては!!”。

1943 年以来大きな収獲をあげてきた Baruch 委員会の努力に深く感謝する。しかし不幸にも、他の分野での専門家は、たゆまない成果をあげている物理医学およびリハビリテーションについてほとんど知らない。この問題を解決するのにわれわれは、この専門分野の役割を教えるために、医学教育の卒前卒後の間に物理医学およびリハビリテーションを十分に強調しなければならない。

結論

Sandler²⁴⁾は、物理医学およびリハビリテーションがまだ幼児期にあることを指摘している。若いということ、は。きりとした境界をもっていないということで、まだ多くの医師はその哲学と範囲の広がりについて比較的無知である。しかし実際には、この新しい専門分野の範囲の広さがまさしく他の分野との区別となる。この広がりが強さを与え、医学教育のカリキュラムにおいて現在おかれている重点を移し変えていく道を開くものである。

学部教育が診断を重要視することに議論の余地はない。患者は病的な器官系として考えられる——病める心臓、腎臓または肺などである。診断の重要性に疑問をもつ人はいない。しかし今日の医学的管理(薬物療法のみに対して)は、急性または慢性疾患をもち永久的な障害をもつ個人を、全体的に、家族、地域および職業を含む患者の環境に関連して試みる必要があることを提言したい。

ここで使われる医学的管理という言葉は、障害をもつ患者の機能をできるかぎり回復させるのに必要な、ある種のまたはすべての型の医療をいう。このことは病的過程の診断や評価がもつ内容以上のことを意味する。加えて、障害に対してあらゆる方法を用いて生理的、心理的に順応することの重要性を意味する——すなわち薬理的、物理的、心理的(精神的)、機械器具による代用、環境の変更などである。

Atchley は「医学教育のゴールは、彼の職業を受容性に富んだヒューマニストとして遂行する人間生物学の分野における学者をつくることにある²⁵⁾」とのべている。このゴールが現実となるためには、協力編集者の Frederic Kottke がいうように「正常の環境において機能を営む全体的個人、疾病や障害が機能に及ぼす機序、機能低下を最少限にする代償性順応をもたらす有益な機序などについての理解¹¹⁾」を医学生に伝えなければならない。

医学における近代の進歩は急性疾患による死亡率を低下させ、慢性疾患および永久的障害をもつ患者を増加させた。Minnesota England および Lofquist⁹⁾における身体障害の調査では、10 人中 1 人が日常生活動作および就労に妨げとなるほどの障害をもっていた。全国的にも問題は同じであると信じさせる理由がある。Kottke¹¹⁾は、このグループは人口の 10%であるが、全医療スタッフの努力は 10 倍以上必要であると指摘した。多くの医学生は一般医になるので、医療の免状とあわせて慢性疾患の適切な処置を教えられることが非常に重要である。

医師の役割は患者を理想の機能レベルに維持することにある。不幸にも、多くの医学校では学生はこの責任を果たすことを教えられていない。Payson, Gaenslen および Stargardter²¹⁾による調査では、インターンの期間でさえ最少の時間と関心しか前述の問題の医療管理に触れられていないということである。一般的には医学生やインターンは医学的管理は卒前およびインターン中にまったく教えられないし、ほとんど教えないし、あまり重要でないと思わせられている。医学的管理の問題は診断とはちがう。学生の経験の一部にされてないし、それらの問題に遭遇すると、避けるかあるいは避けようとする。

したがって、教授は総合的な医学的管理よりも診断能力のほうを高く評価する、と学生が信じこむのも驚きではない¹⁰⁾。学生は医学の知識と病人に関する知識とのバランスを失っている。「学生ははっきりとした器質的疾患に興味をもつ傾向があり、機能障害がもっとも困難な問題からは遠ざかる⁸⁾」。短かくいうと、医学生はしばしば全体的な人間の問題として考えることを避けようとする。その代りとして、彼が描いている「科学的医学」を実践できるような、はっきりとした器質的疾患をもった症例をさがし求めるようになるだろう。

要約すれば、物理医学およびリハビリテーションは医学の実践を満たすべき重要な位置を占めている。医学生は患者を評価するのに新しい方法で訓練され、慢性疾患と重症障害の管理に新しい技術を学ばねばならない。彼自身が対処できる問題と、専門家のサービスを必要とする問題を区別することも学ばねばならない。もっと重要なことは、彼は多くの疾患または慢性障害で引き続き医療サービスを必要とする患者の管理に経験を積むべきである。ただ一つの疾患やある種の疾患の急性期のみ断片的な経験では、医療の総合的な合成がわかるようになることは期待できない。本書が、医学生、インターン、レジデントおよび開業医にとってこれらのゴールに到達する助けとなることを望むものである。

最近 Howard Rusk は「慢性患者や慢性障害者のリハビリテーションは、機能回復へのいろいろな技術だけではなく、医療の責任に関する哲学である。この責任を十分に果たせないということは、機能が低下しつつある軽度障害者に対して、彼らが重度の障害に達し、まったく自立性を欠いた存在になることを保証していることにほかならない。初期において障害を無視することは、早期に積極的にリハビリテーション・プログラムを遂行するよりもっと費用がかかる。リハビリテーション・プログラムは、個人をできるだけ高いレベルの身体的、経済的、社会的、感情的な自立へ回復させるものである²³⁾」と結論づけた。

将来における物療医学およびリハビリテーションの広がり

リハビリテーション・センターの増加で、リハビリテーション・チームが近代医療のリードをとることを予言する。1969年に筆者は“われわれの医学専門分野の後継者たちは、今や将来におけるさらに効果的な医療の提供に向かって大きく貢献する立場にある”¹³⁾と書いた。物理医学およびリハビリテーションの教育委員会は“医療の社会全体で変化が広く要求されているおもな問題は、それをなしとげるのに適した特異的な存在であるリハビリテーション医学への要求となっている”⁶⁾とのべた。

しかし、われわれの展望が広がるならば、Stanley Olson (元 Baylor 大学医学部長)によつてのべられたように“われわれは、広い分野にわたって基礎づけられた医療プログラムの発展の中にあつて、他の医師たちに対するリーダーシップをとる立場にある”。

われわれの展望におけるもう一つの方向性は、おもに社会的に不遇な人々や文化的恩恵を受けていない人々へのリハビリテーション・プログラムの進歩を含む、全体的なリハビリテーションを提供しようとする動きである。それらの人々のほとんど全員が、二次的な身体的、心理的、職業的問題をもっている。この事実にもかかわらず、ある医師や医療従事者はこの進歩を警戒のまなざしでみている。というのは、彼らが信じている直接の医療とあまりにもかけはなれた分野に入ると考えているからである¹⁹⁾。

しかし筆者は“われわれのリハビリテーション・センターはこれまで身体的、精神的障害者に対するリハビリテーションを志向してきたのは事実であるが、十分なサービスという終局的な目標を達成しようとするなら、今やわれわれの集合的な技術を社会的、文化的な恩恵を受けていない人々にも応用する努力を払うべきである”¹⁴⁾と指摘した。

他の著名な人々も同じような意見をのべている。Dwight Wilbur は「臨床感覚、社会感覚および常識」という題で、全米医師会の会長をやめる時の最後の講演でつぎのようにのべた。“悩む人々および不遇の人々に対して情熱をもった医師の必要性が今ほど大きいことはない。医療と社会はもはや分離できないほど複雑にからみあつている。医師としてのわれわれの問題は、臨床感覚にマッチする社会感覚を發展させることである。多数の人々が医療管理のチームに参加することによって多くのことがなしとげられる”²⁶⁾。

Wisconsin 州の職業リハビリテーション部の部長である Adrian Towne は全体的なリハビリテーションを Wood 郡の住民に提供し、その中で長期間にわたる調査をおこなつた。これには身体的および精神的に障害がある者と同じく文化的に恵まれない人々のリハビリテーションも含めた。彼はこのプロジェクトについて、“医学的および社会的なハンディキャップをもった人々を合むすべての障害者に対して、職業的リハビリテーション・サービスのわくを広げられることを実証しようとしたものである”と報告した。彼はさらに“この100万ドルプロジェクトは驚くべき発見をもたらした。文化的に不遇な人々がリハビリテーションにより利益を得るのみならず、調査ではそれらのグループが他のどのグループよりもっとも効果を示した”²⁵⁾と加えた。

終わりに、米国リハビリテーション局長である Dr. Edward Newman は最近、職業的リハビリテーション活動は身体的障害の有無に関係なく、ハンディキャップをもった人々に対するサービスに応じて、職業的評価および作業を提供するように配慮されていると報告した。彼はこれがリハビリテーションにとって極めて重要な意味をもった新しい方向性である”といい、そしてさらに“リハビリテーションの動きの中にみられるこの羽ばたきは、間もなくリハビリテーション・プログラムの、十分に發展した大きな領域となるであろう”と予想した¹⁸⁾。

身体的、精神的障害の治療に関心をもっている Physiatrist や他のリハビリテーション・チーム・メンバーが、根本的に文化的または社会的に低迷している人々のリハビリテーションに従事するようになることは期待しない。

しかしながら、かれらは、医学的リハビリテーション・センターか社会的な恩恵をうけていない人々の自立センターのどちらかに付属した社会的リハビリテーション・ユニットにみずから従事すべきであると固く信ずる。医学的および社会的なハンディキャップをもった人々に対するプログラムは、その人々に対する十分な支持となるように努力しなければならないと思われる。

慢性疾患や重症障害者のみならず、今では文化的に恵まれない人々をも自立させようとするリハビリテーション・センターの急速な發展に対する社会的な支持の増大は、われわれの社会が個人の尊厳と価値を信ずるということの勝利の証しである。

そのようなサービスを受ける個人の権利は、その個人が国のために武器をとつて戦うとか、決められた生産ノルマを果たすとか、あるいは社会に役立つ公僕になりうるといふような、純粋に実利的な意味での潜在能力で測られるものではない。

物療医学とリハビリテーションにおけるこれらのプログラムは、たとえそれが、フォークを口にもつていくことができるとか、ベッドから車椅子へ移動できるとか、自助具についた鉛筆で物が書けるといふことを意味するものであつても、できるだけ患者にとって最高の自立ができるように機能を回復させることを目的としたものである。患者は必要性をもった人間であるという事実が、いかに少ないものであつても残っている能力を使えるように、われわれができるかぎりの努力をするのに十分な正当性をもっている。

本書が、障害者に関係される医師および他の医療従事者にとって、彼らの問題を理解し、障害の評価と近代的な医療を提供するうえで役立ち、その結果彼らができる範囲の自立性と生産性と幸福を獲得することを望むものである。

(荻島秀男・竹内孝仁訳)

REFERENCES

1. Allen, R. B.: *Medical Education and the Changing Order*. New York, The Commonwealth Fund, 1946.
2. Atchley, D. W.: *The Clinical Clerkship in Medicine, Keystone of the Arch of Undergraduate Medical Education*. J.A.M.A., 174:1413-1416, 1960.
3. Barnard, C. I.: *The Rockefeller Foundation: a Review for 1950 and 1951*. New York, Rockefeller Foundation, 1952.
4. Bauhofer, F.: *Old and New*. World Health, December 1970, pp. 4-11.
5. Bridgman, R. F.: *Basic Hospitals*. World Health, December 1970, pp. 12-17.
6. Commission on Education in Physical Medicine and Rehabilitation. *Bulletin 8. Recommendations for Teaching Programs*. Minneapolis. Privately printed, 1968.
7. Community Health Services, Community Health Council of the United Community Fund of San Francisco: *Report on Rehabilitation of Chronically Ill and Disabled Persons in San Francisco*. Apr. 1960, p. 4.
8. Ellis, J. R.: *The Medical Student*. J. Med. Educ., 31:42, 1956.
9. England, G. W. , and Lofquist, L. H.: *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation. VI. A Survey of the Physically Handicapped in Minnesota*. Bulletin 26, Industrial Relations Center, University of Minnesota, Dec. 1958.
10. Karman, M., and Stubblefield, R. L.: *Role Perceptions in Freshman and Senior Medical Students*. J.A.M.A., 184:287-289, 1963.
11. Kottke, F.: *Contemporary Concepts in the Teaching of Physical Medicine and Rehabilitation to the Medical Student*. J. Med. Educ., 39:935—945, 1964.
12. Krusen, F. H.: *Concepts in Rehabilitation of the Handicapped*. Philadelphia, W. B. Saunders co., 1964.
13. Krusen, F. H.: *Historical Development in Physical Medicine and Rehabilitation*. Arch. Phys. Med., 50:1-5, 1969.
14. Krusen, F. H.: *The New Philosophy in Rehabilitation of the Handicapped*. The Deaver Award Lecture, No. 42 in the Rehabilitation Series. Institute for the Crippled and Disabled. New York, N.Y., 1968.
15. Krusen, F. H.: *Rehabilitation of the Aging*. Southern Med. J. , 53:1375-1381, 1960.
16. Krusen, F. H.: *Relationships Between the Medical and Vocational Aspects of Rehabilitation*. Rehab. Record, 1960.
17. Mead, S.: *Rehabilitation*. In Cowdry, E. V. : *The Care of the Geriatric Patient*. St. Louis, The C. V. Mosby co., 1963, pp. 451-483.
18. Newman, E.: *Vocational Evaluation and Work Adjustment, A Future Thrust of the Rehabilitation Movement*. Rehab. Rec., 12:13-15, 1971.
19. Olson, S. W.: *Position Paper Submitted to the Commission on Education in Physical Medicine and Rehabilitation*. (Cited in Reference 6.)
20. *Oxford Universal Dictionary*, Third Edition, Oxford, Clarendon Press, 1955.
21. Payson, H. E. , Gaenslen, E. C. , and Stargardter, F. L.: *Time Study of an Internship on a University Medical Service*. New Eng. J. Med., 264:439-443, 1961.
22. Pinner, NT., and Miller, B. *When Doctors Are Patients*. New York, W. W. Norton and Co., 1952.
23. Rusk, H. *Preventive Medicine, Curative Medicine—Then Rehabilitation*, New Physician, 13 : 165-167, 1964.
24. Sandler, B.: Unpublished communication,
25. Towne, A.: *Wood County Project—Total Rehabilitation*. Brochure, p. 32. Division of Vocational Rehabilitation Madison, Wisconsin, 1969.
26. Wilbur, D. L.: *Clinical Sense, Social Sense, Common Sense. Farewell Address*. J.A.M.A., 209:680-684, 1969.
27. Wylie, C. M.: *Participation of General Practitioners in a Rehabilitation Program*. J. Chronic Dis., 17:359-369 1964.
28. Voumans, J. B. : *Address to the Graduates Of the University of Minnesota Medical School*. Cited by Medical World News, 5:34, 1964.