

2. 「生活機能構成学」への臨床医学からの示唆：その「三位一体」の取り組みから



上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会）

「人のための科学」とは？

「生活機能構成学」が「人のための科学」であるために、臨床医学の「三位一体の取り組み」¹⁾が与え得る示唆を考えてみたい。

医学は「人のための科学」か？

ICF（WHO 国際生活機能分類）は、人が「生きる」こと（「生活機能」、Functioning）を、「参加」（Participation）、「活動」（Activity）、「心身機能・構造」（Body functions / Structures）の3つのレベルを統合したものとして捉える（普通これらは逆の順に並べられるが、「参加」が「生きる」上で最も重要だとの立場から、それを最初にした）。これは「生きる」ことを、「社会レベル」「個人レベル」「生物レベル」の3階層からなるものとして、構造的に理解することである²⁾。

こういう立場から見ると、医学は「人のための科学」であることには違いないが、果たして人が「生きる」ことのすべてのレベルにわたって役に立っているのか？という疑問が起こる。それは、医学は「生きる」ことの「生物レベル」だけを問題にして、そのほかのレベルには関心がないのではないか？という疑いを多くの人々が持っているからである。

たとえば、障害者運動の一部には、「障害は社会（人的・物的環境）が作る」「したがってその解決に必要なのは社会の変革である」という「社会モデル」の思想があり、その立場から、「医学モデル」は正反対の、「障害は病気・けがから生じる」「その解決

に必要なのは医療である」とする立場だとして強く批判される。

伝統的な医学が「病気を治す」という「生物レベル」での対応に最大限の努力を傾注してきたことは間違いない。問題は疾患像（社会全体における病気の姿、ありかた）の変化に対してそれで十分であったかである。

疾患像の変化に対応する医学思想の変貌

20世紀は疾患像の大転換の時代であった。それは「急性感染症から慢性疾患・生活習慣病へ」、そして「小児死亡率の激減と長寿化。そして老人病の増加」であった。また、「人は簡単には死ななくなったが、障害を持って生きていく人が増えた」時代でもあった。

「生物レベル」で人を見るだけでは十分でなく、「個人レベル」「参加レベル」でも見なければならない時代になったのである。

そして実は医学自体がそれに対応して思想を発展・拡大してきた。リハビリテーション医学はまさにそのような医学の好例であった。

そもそも「リハビリテーション」とは「機能回復訓練」ではなく「権利・名誉・尊厳の回復」という意味の一般用語である。筆者は40年以上前に、「リハビリテーションとは『人間らしく生きる権利の回復』、すなわち『全人間的復権』である」と提唱している³⁾。

リハビリテーション医学は（第1次大戦からの「前史」を経て）1947年に独立の医学分野となった（ア

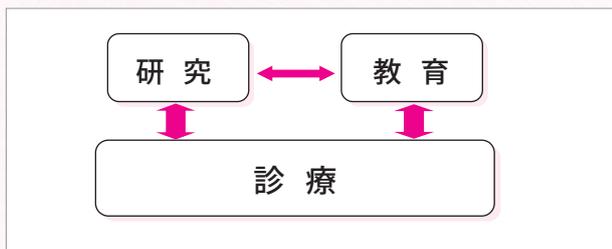


図-1 臨床医学における診療・研究・教育の「三位一体」的關係

アメリカの専門医制の発足)が、そのアイデンティティの核をなしたのは「日常生活活動」(activities of daily living, ADL)の評価とその向上技術の体系であった。このADLはICFの「活動」の中核をなすものである。すなわちこの時点を第1の転機として、「生物レベル」だけでなく、「個人レベル」が医学の対象に加わったのである。

第2の転機は1970年代の後半に訪れる。米国の70年代は障害者運動の高揚期であり、障害者の側から医学一般、特にリハビリテーション医学への鋭い批判が提起される。その中核は「ADL至上主義」への批判であった。それは障害の重度化を背景としていた。

それに応じてリハビリテーション医学の側からは「QOL (quality of life, 生活の質, 人生の質)の向上」への目標の転換が提起される。これは医学のなかでQOLが論じられた最初であり、「社会レベル」が医学の重要な対象として認められたことを意味する^{3), 4)}。

リハビリテーション医学だけでなく、精神医学、慢性疾患治療、終末期医療等々、種々の分野で、「個人レベル」「社会レベル」を重視する傾向が広がっていく。生活機能構成学においても同様の視点が要求されよう。

臨床医学における診療・研究・教育の「三位一体」の關係

臨床医学はいうまでもなく「診療」(診断・治療・管理)が基本で、これがすべての土台であるが、実はその上に研究と教育が乗っているものであり、この

3者が互いに有機的に関連し合っている。この3者は切り離しがたく、いわば「三位一体」の關係にある¹⁾(図-1)。

診療と研究との關係は、「研究のテーマは診療の中から生まれる」ことである。診療では必ず、今までの知識・経験では説明しつくせない「謎」が生まれる。その謎を解くことで、診療全体が前進するとともに、それが研究の出発点となる。逆にそのような探求心を持って診療する緊張感で、診療自体が習慣的・機械的なものに陥ることが防がれる。

診療と教育との關係も密接である。卒前教育では、教室での講義は実習の準備であり、重要なのは実習である。診療の場での実習では、講義や本で学んだことだけでは説明しつくせない「謎」をいかに創造的に解決するかを学ぶ。専門医を目指す研修医への卒後教育は一層そうである。逆にそのような創造的・教育的な診療をする緊張が診療の質を高める。

最後に研究と教育との關係も大事である。診療中の「謎」を学生・研修医に問いかけ、考えさせ、それを研究で解く解決過程を教える。それは実習・研修を通して研究的なマインドを養うという教育効果を持つ。

臨床医学系専門職における専門職・専門職者・クライアントの相互關係

専門職者 (professional) の責務は「クライアント (患者・障害者・利用者) の最良の利益に奉仕すること」である。全体としての専門職 (profession) は膨大な学識を有しており、個々の専門職者は「教育・研修」を通してその一部を身につける。彼 (彼女) は、それを駆使してクライアントの問題を解決し、その「最良の利益」を実現しようとする。これが「診療プロセス」である。

このプロセスは決して既成の知識・技術の機械的適用ではない。それは新しい事態 (「謎」を含む) を解決しようとする「創造的な」対応であり、さまざまな工夫や試みを含む。

そしてそのような「新しい工夫や試み」が成功す

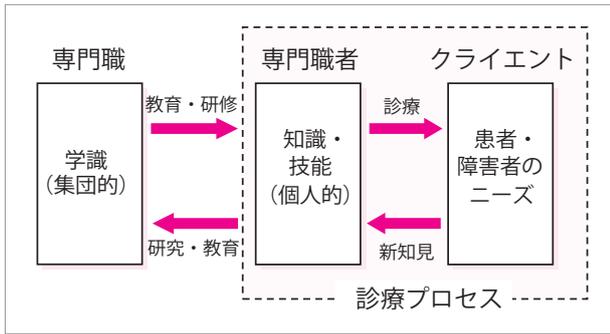


図-2 臨床医学系専門職における専門職・専門職者・クライアントの相互関係

れば、それは「クライアントの最良の利益」の実現に役立つだけでなく、「新しい知見」を得て、専門職全体の知識・技術に何らかの新しいものを付け加えることになる。

それを個人の経験にとどめずに、研究・教育を通じて専門職全体の共有財産とすることが専門職者の責務である。研究は症例報告から臨床研究を経て、臨床的アイディアに立った基礎研究まで、またそれを学会、専門誌等に発表・報告することである。教育は後輩（学生・研修医を含む）への知識・技能の伝達である（図-2）。

工学の場合にはどうか？

以上医療について述べたことは、まったく同じ姿でなくても工学の場合にもあり得るのではないだろうか？ 特に「人のための科学」である生活機能構成学ではそうでないだろうか？

全体としての工学（学識の集積）と個々の工学者との関係は、医学の場合と同様であろう。また、クライアントとの関係では、（少数の「臨床工学者」を除き）工学者が自己の研究・開発した新技術のエンドユーザに直接に相対することはなく、中間ユーザ（メーカ、等）を介して、やはり相互関係を持つのではなかろうか（図-3）。

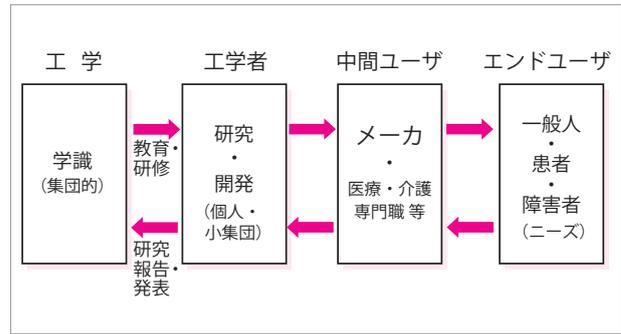


図-3 工学における学識・工学者・ユーザの相互関係（試案）

結論

以上、同じ「人のための科学」であり、「技術科学」（技術と一体となった科学）であるという立場から、臨床医学が工学、特に「生活機能構成学」に対し、何らかの有益な示唆が与えられないかについて検討した。

結論は、1) 医療思想の変貌（生活機能の「生物レベル」だけでなく「個人レベル」「社会レベル」を重視すること）、そして2) 「診療・教育・研究の三位一体の関係」と「専門職・専門職者・クライアントの相互関係」の観点はともに、生活機能構成学に大きな示唆を与えるものであり、3) 今後も「医と工との対話」を続ける価値があるということである。

参考文献

- 1) 上田 敏：科学としてのリハビリテーション医学，医学書院（2001）。
- 2) 上田 敏：ICF（国際生活機能分類）の理解と活用，きょうされん（2005）。
- 3) 上田 敏：リハビリテーションの思想，第2版増補版，医学書院（2004）。
- 4) 上田 敏：リハビリテーションの歩み—その源流とこれから，医学書院（2013）。

（2013年4月27日受付）

上田 敏 | sat.ueda@nifty.com

1932年福島県生。1956年東京大学医学部卒業。内科・神経内科を経てリハビリテーション医学を専攻。東京大学教授、帝京大学教授、等を歴任。