

## 特集

## 慢性疾患のリハビリテーション

## 慢性疾患の予防とリハビリテーション

村山忍三 信州大学医学部 衛生学教室

## PREVENTION AND REHABILITATION OF CHRONIC DISEASES

Ninzō MURAYAMA

Department of Hygiene and Public Health, Faculty of Medicine, Shinshu University

Key words: 慢性疾患 (chronic disease), 予防医学 (preventive medicine)

## 国民生活の変化とそれに対処する医療

国民生活の変遷にともない、国民の健康にも著しい変化がみられるようになってきた。かつて死因の主要な位置を占めていた急性伝染病も、その死亡率が20年前に比べて1/40に減少し、かわって慢性疾患が41%の増加と、その重要性をたかめてきた。工業化、都市化、老令化、生活の高度化、核家族化、物質文明偏重・経済優先化、オートメーション化、情報化を特徴とする現代社会においては、国民の疾病像も変ってきた。老令化にともなう成人病、工業化や都市化にともなう職業病や公害病、生活の多様化や複雑化にともなう精神障害など、近未来医学の当面する重要課題であろう。医療の進歩、環境の整備、栄養の改善、衛生教育の普及、医療の組織化・社会化は人類より急性疾患、伝染性疾患の減少をもたらした。疾病の原因なり本態なりが明確になるに従い、疾病の治療も予防も可能となってくる。原因未知の疾患に対するアプローチが、医学研究の重要部門を占めるであろう。そして多要因×多疾患、ことに日常生活環境の中にある多くの要因のモザイク的組み合わせの長期にわたる繰り返し接触が、慢性疾患と関係をもつことに注意せねばなるまい。小松(1)はこれらの慢性疾患に対して、臨床的研究・実験的研究とともに、疫学的研究の重要なことを述べている。

このような変化を示す疾病構造に対処する医療のあり方について考えると、医療の社会化、組織化、積極的、包括的医療の必要性が痛感される。現在の医療は医師の目の前に患者があらわれなければ、成り立たない。そして従来の医学研究教育の中心は疾患であった。人間にとって最も重大な健康について、人間を眺めていく医学が重視される。impairment (ある系の乱れ) を無視した disability (能力喪失) 中心の考え方だけでは、人間の生命や健康を守ることができない。軽い病気や無自覚疾病、不顕性疾患、半分健康といわれる時期、subclinical

state も含めた医療が、コンピューターも利用した人間尊重の目的にかなう現代医学のあり方と思う。要するに仿っているうちに早期に病気をみつけ、働きながら治療をうけることが望ましい。国民の健康をおびやかす主要問題が、非伝染性、慢性、退行性の疾患によって占められるようになると、従来のように予防と治療の機能を区別することは困難となってきた。ことに慢性疾患においては、治療すなわち予防といった場合が多く、すぐれた臨床医の治療行為が、最も有効な予防活動を兼ねていることが多い。予防、治療、リハビリテーションを有機的に総合化した包括保健サービスの重要性和医療の一貫性が急速に増してきた。人間の健康は、本来、全的、統一的なものであり、疾病の予防と治療、健康増進とリハビリテーションといった問題も、個々ばらばらに取り組みられるべき性質のものでない。我々の長野県の成人病実態調査においても、医師の密な地域ほど、重症高血圧者および脳卒中や心臓障害などの合併症を有する患者の頻度が低かった。原因不明の慢性疾患では、発病防止は難しいとしても、増悪防止、合併症防止といった面では、医療が一応の成果をあげているとみられる(2)。公衆衛生と臨床医学活動とが、地域において合体するところに、地域医療の概念が成立する。

## 医師と患者との関係

治療行為の科学性と倫理性がきびしく問われる昨今である。外因を除けば病気は治癒するといった原因療法的な論理が通用しなくなり、生体の自然治癒力を強めるといった対症療法的な思考が必要となってきた。病人を治療するということは、外界の刺激によって流動平衡の失われている状態を、原因となる刺激を除くか、あるいは生体の自然治癒力を強めて、流動平衡の状態をもとに戻すことである。要するに内環境の恒常性を維持し、バランスとリズムを保つことである。自動制御が弱かなくなると、慢性疾患となるが、その自動制御性の回復が治療であ

る。慢性疾患では治療より生活管理、たとえば食事、環境調整、精神身体医学的療法、運動、作業療法も重視し、疾病管理と同時に生活管理が行なわれるべきである。社会的治療は与えることと建設することである。幸せ、健康、喜び、美、金銭、情報、教育、勇気を与え、おのおのより多くをうるための力をつくることを援助することである。医師の生き甲斐はより多くの人々に、健康で生きる喜びを味わう楽しさと生き甲斐を持てるようにしてやることであろうと思う。老人の医療においても、老後を無為に過すよりも、働ける間は働いて社会のお役に立ちたいといった生き甲斐を得たいとする老人の気持を尊重すべきである。

Sigerist (3)は、「医の本質は、昔より医師と患者との関係にあった。将来の医療制度がどうなるとも、医師をして患者に経済的に依存せしめるようであってはならない。医師の繁栄が病めるものに依存すべきではなく、将来の医師は同胞が病むことをまつものでなく、いかに健康を保つかを教えるようになるであろう」と述べている。医の実践は trade でなく、a social service であると思う。慢性疾患の治療、ことにそのリハビリテーションは、現行医療制度の下では収益も少なく、病気の経過も捗捗しくなく、予後も悪いことが多い。また患者からの治った喜びや感謝も少なく、家族もあきらめの気持ちさえ持つ。慢性の経過をとり、治りにくいこともあって、医師も患者も病気から回復への熱意が薄れがちである。さらに従来の医学教育の中に、リハビリテーションについてはほとんど盛りこまれていなかった。従って慢性疾患のリハビリテーションにおいては、技術や設備、チームワーク、患者自身の闘病精神とともに、医の本質から発した医師の奉仕の精神が必要かと思う。山下ら(4)は、19病院1803名の入院患者の面接と、その主治医に対するアンケート調査の結果より、無断転医率が50%であったとし、現在医師と患者との結びつきが、表面的で弱いものとなっており、また医療機関相互の結びつきも弱くなってきた。その原因として、医療経営の営利化、医師数の不足などを挙げている。専門領域の細分化、診断・治療設備の高度化、医療従事職種の多様化、医療保険の普及化などによって、医療の進歩はめざましいものがある。しかし医師と患者との信頼感なくして、医療の全きを期し難い。ことにリハビリテーションにおいては、これをより重視せねばなるまい。医学・医療の進歩がもたらす恩恵を国民すべてに、より効果的に、より十分にゆきわたらせる

ためには、医師と患者との正しい関係が作り出されることが不可欠である。

### 慢性疾患の予防

包括的医療の観点に立てば、健康の保持・増進、疾病の予防と治療、回復期患者の管理、リハビリテーションとは別個のものではない。元来、健康と疾病とは相対立する不連続なものとして、とらえられるべきものではなく、連続したものとして考えられなければならない。Leave 11 ら(5)は疾病の予防を3段階に分け、第1次予防として健康増進と疾病原因の除去および予防接種など、第2次予防として早期発見、早期治療、第3次予防として労働能力低下防止とリハビリテーションをあげている。予防の一環としてのリハビリテーションの意義が重視される。慢性疾患の予防には、発病防止のための原因探究とその除去、第2に増悪防止のための多項目スクリーニングとサーベイランス、第3に合併症および後遺症防止のためのリハビリテーションを重視せねばならない。慢性疾患の疫学的解明のためには、5W-Bridgeの方法論を用いて、身近かな生活の中から要因を見出し、因果関係を実証することが望まれるが、多くの慢性疾患の原因は複雑で、多因子であり、モザイク的な組合せによるため、その決定には長期観察を必要とし、なかなか困難である。そして prospective study が必要となる。しかし現状では、慢性疾患の多くは、その本態も原因も判然としておらず、その発病防止は困難である。我々の調査(2)でも、長野県の脳卒中死亡が、40才代・50才代では1957年を、ピークとして減少の傾向を示していることを明らかにしている。これは第1次予防としての発病防止は有病率の推移よりみて、期待できないかもしれないが、第2次および第3次予防としてのサーベイランスや、リハビリテーションが効果をあげているためと思われる。

第2次予防については、米国慢性疾患委員会(6)は、多項目スクリーニングの価値を医療の向上に貢献するものと認め、多くの重要な慢性疾患の早期発見のための実際的方法であると評価し、肺結核、視力障害、聴力障害、梅毒、糖尿病、皮膚・口腔・乳房・子宮頸部および直腸の癌、高血圧性疾患、虚血性心疾患に有効であるとしている。また米国公衆衛生協会(7)も、慢性疾患とリハビリテーションについての指針の中で、スクリーニングを早期発見のための有効な技術として強く支持しており、さらに経済的現実の重圧によって、医師の時間と労力をできるだけ省けるようなやり方に依存せざるをえないと論

じている。

慢性疾患は老人に多い。従って加齢による生理的機能低下に加えて、発病時期の不明確、慢性の経過、原因が多因子で複雑であり、疾病の進行が頑固であること、病変が重篤であっても臨床症状が著しくなく、自覚症状も乏しいこと、個人差が著しいこと、合併症が多いことなどの特徴を持っている。

慢性疾患の範囲として、厚生省は、結核、臓器の悪性新生物、循環器疾患、高血圧症、糖尿病、慢性胃炎、胃十二指腸潰瘍、肝硬変、脳血管疾患、内分泌疾患、腎炎、ネフローゼなどの慢性経過をとるものを対象としている。そしてこれらの慢性疾患の多くは、その原因や本態に不明な点もあり、第1次予防としての発病防止は、現状では難しい。そこで第2次予防としてのスクリーニングやサーベイランスと第3次予防としてのリハビリテーションに力を注がねばならない。

Rusk (8)は医学的リハビリテーションを医師と社会が密接にチームワークをもっておこなう第1級の予防医学であって、第1次予防も治療も成功しない場合でも、これによって患者を廃人になることから救い出し、社会の有用な職業に復帰させて、家族や社会の物心両面からの負担を軽減できるとし、第一線の医師が進んで心得るべき医学の必須部門であると強調している。そしてリハビリテーションとは、障害者の身体的、心理的、社会的、職業的有用性を可能な最大限度までに回復させることと定義している。

#### 医学的リハビリテーションの概念

医学の進歩、薬剤の研究開発、手術方式の改良、栄養の改善、環境の整備、社会的経済的扶助などによって、従来の医学では救うことのできなかつた重症者が救われる率が高くなり、医師は数多くの慢性疾患の患者や心身障害を残す者を診療する機会が増加しつつある。最近臨床医学も、病気を治すだけでなく、身体諸器官にある程度の不可逆的な障害をもつ人々に対して、その障害のあるままで、できるだけ健康者に近い状態をもたらす、元気で有意義な社会生活を営むことのできるようになる方向にまで発展してきた。最近におけるリハビリテーションサービスの発展は、(1)多くの疾病が予防可能となり、重症者も治療の進歩によって、能力欠損を残しながらも生命をとりとめるようになったこと、(2)産業、経済および社会の進歩は、人間資源の活用を要求し、心身障害者にも、高い職業的・教育的・技術的水準が要求されるようになったこと、(3)人口の老化化に

ともなう慢性疾患の増加、医療保障の推進の結果、患者を病院に停滞させる傾向を生じ、これを防止する必要があり、(4)社会保障制度が発展して、心身障害者の人権の尊重が一般通念となったこと、(5)交通事故の増加や労働災害などによる心身障害者の増加などによるものと考えられる。

医学的リハビリテーションはダイナミックな理念であり、行動のプログラムであり、積極的な医療である。ともすれば患者はその病気の回復期において、安静にしている時の経過と自然の摂理に委ねることが多い。たとえば、肺結核症の治療にあたって30年前では大気・安静・栄養の3大方針より一歩も出れなかったが、薬物療法・手術療法の進歩と社会的施策の改善およびアフターケアの実施によって、疾病経過を短縮し、それによる死亡の激減をもたらした。また石橋首相とアイゼンハワー大統領とは、同じ頃に循環器系の発作をおこしたが、これに対する医学的リハビリテーションは日米間で大きな開きがあり、医学の政治におよぼした一例として知られた事実である。リハビリテーションは患者が身体的、情緒的、意欲的、社会的および職業的潜在能力を最大限に発揮できるように導くことである。忍耐と熟練と機敏な臨機応変の処置と理解ある同情が必要である。いたずらに依存心をおこさせることなく、患者自らの努力によって、就職における自立や身のまわりの世話を自分でうまくできるようにすることが望ましい。そのためにも早期にリハビリテーションを意図し企画した医療ケアがなされるべきである。そしてその医学的リハビリテーションの処置の大部分は患者の最初の医療に責任をもつ一般開業医または専門医によってなされなければならない。

疾病を治療し、予防し、寿命の延長をはかり、身体的精神的能力を最大限に発揮させる医学本来の目的よりみて、リハビリテーションの基本理念は、慈恵ではなくて社会正義であり、ヒューマンイズムであり、なにびとも健康で文化的な生活を享受することができる基本的人権の考え方である。そしてその根底を流れるものは、思いやりの精神である。

リハビリテーションとは、人間がなんらかの形で正常な身体的、精神的、社会的能力を失った場合に、その残存能力を最大限に引き出して、これをできるだけ正常にまで回復させ、自立させる過程である。すなわち障害者に最大の能力を発揮させ、有意義な人生を送らせることであり、健康者にもっとも近い生活と仕事を与えてやることである。そして医学的リハビリテーションと同時に、これにひきつづ

いて職業的、社会的、心理的および教育的リハビリテーションが、患者のニーズにしたがって円滑に行なわれることが必要である。

慢性疾患では、障害をつくった疾病が治療できずに継続している場合が多いため、リハビリテーションは治療医学と平行して行なわれる場合も多いが、リハビリテーション医学の中心は障害予防であり、機能増進である。リハビリテーションは、残された心身の能力が損傷されることを防止し、さらに増強し開発して、失われた能力の回復、代償につとめ、心身障害者を社会生活に復帰させ、心身の機能を最大限に伸ばしてやる医学であり、したがってこの意味では予防医学であり、建設医学である。

リハビリテーション医学の目標は3つに分けることができる。第1は身体障害をとりのぞくこと、第2は身体障害をできるだけ軽減すること、第3は障害がのこった場合に、残存した身体能力を最大限に活用して生活し、仕事をするように再訓練することである。

医学的リハビリテーションの原則として、次の6項が挙げられる。(1)取組む対象が病理的機序でなく生理的機序である。(2)2次の障害予防を早期より行なう。たとえば心なく病臥することによって筋萎縮や循環障害などをおこし、不安や心配など精神的混乱から順当な社会復帰を遅らせる。(3)障害をうけない能力、つまり残存する生理的機序の増強をはかり、失われた生活機能を代償させる。(4)残存する生理的機序の診断と評価を適確にすることによって、前職に復帰できるか判定される。(5)患者の全人格に焦点をあわせ、障害や残存能力がどの程度のものであっても、利用できる医学的・社会的・心理的・経済的・施設的なあらゆる手段を用いて、社会的治癒をはかるべきである。(6)ベッドサイドからアフターケアの終りまで、リハビリテーションは中断されることなく行なわれなければならない。

そしてその他の医療や、すべての保健活動と同様に、リハビリテーションも、医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、カウンセラーなどのチームによって行なわれる。多くの職種メンバーの熟練とサービスとが、円滑なチームワークにより、効果的に実施することによって、よく社会的治癒の目的を達成できる。そのチームのリーダーは必ず医師でなければならない。そしてこれに従事するものは public health mind を持っていることが、きわめて大切である。

リハビリテーション医学で取扱う対象は、肢体

不自由、視覚障害、聴覚障害、言語障害、心臓または呼吸器の障害、精神神経障害など、約250万人といわれ、各科にわたる広範な傷病がふくまれている。リハビリテーションは傷病の治療中から開始されるべきであるが、日本ではこの方面の専門家も少なく、施設や研究も不足であり、医師の関心も薄い。人間の健康維持限界の拡大も医学の積極的活動の一分野であるが、人間—機械系として人間の能力の低い部分を機械におきかえて健康となるということも含まれている。訓練による能力の回復、開発、増大にも限度がある。cyborg とか、robotology といった言葉に示すように、人工臓器の進歩と実用化が将来のリハビリテーション医学に役立つであろう。また長期にわたる集中的なプログラムを適用するための患者の処置に必要な設備、器具、特殊技術、医療協力者などを自分の患者のケアのために、臨床医家に自由に利用できるようにすべきであり、psychiatrist としての専門医の養成とともに、全医師が慢性疾患に対するリハビリテーションを学び、実行していくことが大切である。

#### 文 献

- 1) 小松富三男：非伝染性疾患の疫学，信州医誌，5：218～222，1956
- 2) 村山忍三：高血圧の疫学，長野県医学会誌，1：37～39，1971
- 3) Sigerist, H. E. Remarks on social medicine in medical education, p. 368, M. D. Publications, New York, 1960
- 4) 山下節義，奈倉道隆，西尾雅七：患者と医療機関との関係に関する実証的研究，日衛誌，24：425～441，1969
- 5) Leavell, H. R. and Clark, E. G. : Preventive medicine for the doctor in his community (third ed. ), pp. 14-38, Mc Graw-Hill Book Co., New York, 1965
- 6) Commission on Chronic Illness : Chronic illness in the United States, Vol. 1, Prevention of chronic illness, p. 45, Harvard Univ. Press, Cambridge, 1959
- 7) American Public Health Association : Chronic disease and rehabilitation : a program guide for state and local health authorities, p. 10, A. P. H. A., New York, 1960
- 8) Rusk, H. A. : Rehabilitation in the hospital, Pub. Health Rep. 68: 281-285, 1953 (1971, 12, 8 受稿)