

研究論文 (Articles)

日本のリハビリテーション学におけるQOL概念の生成と変容¹⁾

田 島 明 子

(吉備国際大学保健科学部²⁾)

Generation and Transformation of QOL Concept in Rehabilitation Studies of Japan

TAJIMA Akiko

(School of Health Science, Kibi International University)

This study examines how the concept of QOL (Quality of Life) was generated and developed in theories and rehabilitation research studies, and examines how it has been conceptualized. It divides the period from 1984 to 2005 into three terms. From 1984 to 1990 is recognized as the “QOL from ADL (Activities of Daily Living)”, from 1991 to 2000 as “ADL for QOL improvement”; and from 2001 to 2005 as “Toward Health-Related QOL and effect”. This paper examines the above terms, and describes the discussion points that characterize each period. As a result, the study finds that the Independent Living movement by people with disabilities has greatly influenced the introduction of the QOL concept into rehabilitation studies. Though they intended to affirm the value of their existence with it, such basic intention did not take root in rehabilitation studies. Instead, the concept of QOL has been used to allow rehabilitation studies survive and prosper.

Key Words : rehabilitation, QOL, contemporary history

キーワード : リハビリテーション, 生活の質, 現代史

I. はじめに

本研究では、リハビリテーション学に着目し、「QOL (Quality of Life : 生活の質)」概念がどのように言説・研究の内に生成し展開していったかを俯瞰し、その概念化について検討することを目的とする。

これまで筆者は「寝たきり老人」と「認知症高齢者」に対するリハビリテーション学、作業療法学の言説・研究の現代史を追ってきたが(田島, 2009, 2010), その中で介入視点・目的に応じてQOL概念の意味内容に異なりがあることに気づいた。「寝たきり老人」では自立的能力を有することが生活の質を規定するとして一方で、「認知症高齢者」では能力の向上を期待するものではない維持的アプローチの介入視点・目的としてQOLを位置づけているのである。

1) 本研究は、第2回作業療法ジャーナル研究助成による研究の一部である。

2) 現立命館大学大学院先端総合学術研究科一貫制博士課程。

つまり、リハビリテーション学におけるQOLは、「(自立的な生活)能力の有無」を軸にしてまったく異なる様相のQOL観を拓けていることが伺われるのである。1つは(自立的な生活)能力によるQOLであり、もう1つは(自立的な生活)能力によらないQOLと言い換えることができよう。そのことは、単に対極的とも言える2つの意味内容をQOLという1つの概念に併せ持つだけのことに留まらないと考える。それら捉え方はQOLの内実の乖離性を示しているからである。つまりQOLを個人の能力と連動するものとして捉えるか否かは、能力によるQOLの優劣性を内在的に設定しているか、いないかを表している。そのことは対象者の存在価値をどのように規定するかにも深く関わるだろう。例えば、様々な能力を喪失し、今後失われた能力を少しでも取り戻せる見込みのない人に対して、能力に連動したQOL概念では、QOLの低い<生>と位置づける危険が生じる。そしてQOLが低いと見なされる<生>は生きない方がよい<生>に容易に転化する可能性を孕んでいるのである。

そうした意味において「認知症高齢者」に対するQOLは、対象者の能力の変容への働きかけよりも周囲の変容に期待が寄せられており、あらゆる能力を有する対象者のQOLが追求されることになる。なぜこれら位相の異なるQOL観が同じリハビリテーション学内において並列的に位置しているか、できているかは問われるべき問題であると筆者は捉えた。

そこで筆者はこのような疑問に対する理由を明確にするために、本研究ではリハビリテーション学内においてQOL概念がいかに生成し、展開したのかを辿ることにした。なぜなら時間経過の中でQOLについての研究・言説がいかに生成、展開してきたかを俯瞰することで、現在のQOLの様相にいたる経緯やその根拠を明らかにできると考えたからである。

Ⅱ. 対象と方法

対象としたリハビリテーション雑誌は、『総合リハビリテーション』『理学療法(以下、PTとする)と作業療法(以下、OTとする)』『OTジャーナル』³⁾の3雑誌である。『総合リハビリテーション』は1973年の創刊から2005年までを対象とし、『PTとOT』は1967年の創刊から『OTジャーナル』に移行するまでの1988年までを対象とし、『OTジャーナル』は『PTとOT』から移行した1989年から2005年までを対象とした。

対象とした文献のなかから、タイトルに「QOL」の記載がある文献のなかから「雑感」や「用語解説」等の短文を除いた文献を本研究の分析対象とした。分析対象とした文献の、作成年、著者名、タイトル、雑誌名、頁数については<<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/qol.html>>に掲載をしている。各年代の文献数は、1984年が4件、1985年が6件、1986年が1件、1987年が5件、1991年が3件、1992年が9件、1993年が7件、1994年が2件、1995年が3件、1996年が3件、1997年が1件、1998年が1件、2000年が1件、2001年が7件、2002年が3件、2003年が2件、2004年が4件、2005年が6件であり、全部で68文献であった。

分析方法・手順であるが、(1)基礎データ

3) 対象雑誌の特徴であるが『総合リハビリテーション』はリハビリテーションに関連するあらゆる業種の知識・技術を集結し、リハビリテーションの総合的な知識・技術力を向上する目的で創設されており、リハビリテーションを先導する論考・研究が集まっている。『PTとOT』は対象とした雑誌のなかでは創刊が最も古く、初期のリハビリテーションの動向を知ることができる。『OTジャーナル』は『PTとOT』を1989年に継承した雑誌であるが、実践的論文や時代動向を紹介する特集等から成り立つ。本研究は博士論文「作業療法の現代史」の一部として位置づけるものであること、またQOL概念の生成・展開が実践学である作業療法学にどのように影響を与えたかを考察できると考え対象に含めた。

化：対象とした文献を、1）QOL概念、2）論文の主旨、について記述されている文章を抜粋し、基礎データを作成した。基礎データについては < <http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/qol.html> > に掲載をしている。（2）基礎データを通読し、調査対象となった1984年から2005年の期間の特徴的な変化を3つのキーワード「ADLからQOLへ」（1984年～1990年）、「QOL向上のためのADL」（1991年～2000年）「健康関連QOL・『効用』へ」（2001年～2005年）—から捉え、それらキーワードの時期を照合して3つの期間に分節化し、それら期間の特徴となる論点を記述した。

Ⅲ. 結果

1. ADLからQOLへ—1984年～1990年—

そもそもADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）概念はニューヨークのInstitute for the Crippled and Disabled でDeaver（医師）とBrown（PT）によって生み出され、1945年に“Physical Demands of Daily Life. Scale for Rating the Orthopedically Exceptional”という共著の中で発表されたものである。その後Lawton（PT）などによって引き継がれ、しだいにADLの範囲が議論されるようになり（上田、1976）、リハビリテーション学の実践的視点として定着していった。

しかしリハビリテーション学の世界において、ADLへの着目からQOLへの着目への変化は1970年代後半頃から見られるようになる。砂原（1985）はそれが問題にされ始めたのは、1979年に開催された第56回アメリカ・リハ医学会、1980年に開催された国際障害者リハビリテーション協会の第14回世界会議ではないかとしている。この第14回世界会議では「生活の質」がメインテーマに掲げられた。その後、1982年にブルエトリコで行われた第4回国際リハビリ

テーション医学会でもQOLがシンポジウムで取り上げられており、QOLはすべてのリハビリテーション分野の政策目標として1980年代を特色づけるものとなることが予想された（小島、1984）。

その背景には1970年代のアメリカにおける障害当事者によるIL（Independent Living：自立生活）運動があった（小島、1984）。上田（1984）はこの運動における思想的特徴について次の2点を紹介している。1点めが自立概念の再考の促しである。つまり日常生活行為において介助を受けながら職業的・社会的役割を担う状況もあるわけであり、これまでリハビリテーション学が構成していた日常生活行為の自立があつてはじめて職業的・社会的自立がありうるといった順序性への批判である。2点めが自己決定権の重要性である。つまりたとえ職業的・社会的役割を担うことの困難な重度の障害を持っていたとしても、あらゆる重要な決定は本人によってなされることが重要であり、自己決定権が最大限に尊重されることにより障害当事者の自立は達成されうるのだ、という観点である。

こうしたリハビリテーション学への強烈な批判性を内在したIL運動の思想から影響を受けて、日本のリハビリテーション学においても「ADLからQOLへ」というドラスティックとも言い得るスローガンを掲げることとなった（上田、1984）。

「ADLからQOLへ—リハビリテーションにおける目標の転換—」と題した上田（1984）の論文では、リハビリテーションの究極の目標はHandicap（社会的不利）の克服にはかならないとし、ADL自立は必ずしもHandicap克服のための必要条件ではないことを強調している。また、QOLの評価には、客観的評価のみでは不十分であるとし、必ず患者・障害者自身の主観的な価値評価を同時に平行して行う必要があるように思われるとしている。

永井(1984)も、これまでのリハビリテーションは障害者自身の努力のみに問題を帰属させ、障害者を保護の対象としてきた面があるとし、日常生活行為に時間をかけるより、そこは介助をしてもらい有効に時間を使い市民として機能することはできるのであり、そこにこそQOLの意義があることを強調する。

一方で砂原(1985)は、このように医療の目標としてQOLに着目することに対し、QOLがきわめて低いレベルに止まらざるを得ないような障害者のSOL(sancity of life: 生の尊厳)が否定され、リハビリテーションに無縁の存在として打ち棄てられてよいのか、リハビリテーションはこうした選別作業に止まるものかという困難な問題に直面せざるを得ないとし、QOLを“上向き”にだけ理解をしようとするのではなく、目を下げてSOLと相接する深淵さをも含めて考えることを求めている。

上田(1984)のセンセーショナルとも言える論文が発表された後には、実際にADLとQOLにはどのような関係があるのかを検討しようとする論文が現れるようになる。中村・二木(1987)、伊藤・大川(1987)、千野・村上・木村・斉藤(1987)はそうした内容を含み持つものであるが、中村・二木(1987)は在宅脳卒中者を対象に、客観的QOLとして外出を、主観的QOLのレベルとして外出の重症度・満足度を取り上げ、QOLの構造、ADLとQOLの関係を明らかにするための調査を行っている。結果は予想に反し、現在の満足度と現在の重症度は関連せず、そのことについて自己の活動のレベルに欲求のレベルを適応させた可能性があるとしつつも、ADLが主観的QOLに影響を及ぼす可能性も示唆されたとしている。

また伊藤・大川(1987)は、個人の価値観は個々別々であることからQOLの評価の困難を述べるとともに、QOLがリハビリテーションの唯一の目標とすると従来のリハビリテーシ

ョンの方法論は修正を避けられないこと、さらにQOLが社会や経済の問題までも含んでしまうとすれば、リハビリテーションの立場からできることはどこまでであろうか、という疑問を呈している。

さらに千野他(1987前出)では、ADLとQOLの関係について、ADL自立度はQOLと関係するとする文献がある一方で、客観的QOLと主観的QOLが並行しないとする文献も紹介をしている。その結果から障害者の主観的認識を調査しただけでは、障害者の生活があらゆる面で望ましいものであるかどうかの判断は得られない可能性があるとしている。また、どのような身体症状を持つ対象にでも適用できる汎用型のQOLテストを作ろうとすると極めて多数の項目が必要になり、臨床的に用いることはできなくなるという指摘も行っており、この時期にすでに、2000年以降の「健康関連QOL」「疾患特異的QOL」に繋がるような観点が呈示されていたことがわかる。

2. QOL向上のためのADL—1991年～2000年

—

しかし上田は、1991年以降、これまでの「ADLからQOLへ」という自ら提起したリハビリテーション学の方角転換に対し、反省的な論調を見せることになる(上田, 1991, 1992a, 1993)。上田(1991)では自身の掲げた「ADLからQOLへ」というスローガンに対して、極めて短絡的にADLはもはや以前ほど重要ではなくなったかのように理解する傾向があると述べ、上田(1993)においても「ADLからQOLへ」がスローガンの的に受け取られると、筆者の意図とは逆にADLはもはや重要でなく、ADLを抜きにしてもQOLの向上はありうると誤解される危険も生じたとし、「QOL向上のためのADLレベル向上」を強調することになる。

上田(1991)では、根拠となる事例、そのた

めのアプローチ法について紹介を行っている。ADL向上がQOL向上につながる一例として、高齢化・重症化した症例を想定している。高齢化・重症化した対象者は、少量頻回の訓練によって生活全体を活性化することで、ADL自立→全体の活動性の向上→廃用の予防→体力の向上→ADLの自立の一層の向上という好循環を作り出すことができるとしている。

また、「QOL向上のためのADLレベル向上」を目指すには「目標指向の方針」が重要であるとする。「目標指向の方針」とは個々の対象者の主目標としてQOLに関する目標を第一に設定し、ついでそれを実現するのに必要な能力障害レベル（ADL）の副目標を立て、それに続いて能力障害レベルの副目標を実現するのに必要な機能障害レベルの副目標を立てる、というものである。

もう1つ、上田（1991）において、ADL能力について「できるADL」と「しているADL」を分け、「しているADL」を重視する必要があると述べていることは、その後のリハビリテーション学における実践論の先駆けにあたると考え得る。

上田（1993）では、QOLについて構造化を行っており（表1）、絶えずQOLのすべての側面に注意を払うことが要求されるとする。具体的には、客観的QOLの中の生物レベル、個人レベル、社会レベルは、客観的障害の構造である機能・形態障害（impairment）、能力障害（disability）、社会的不利（handicap）との対応関係を考えており、主観的QOLについては、上田が提唱する「体験としての障害」に対応している（上田、1992b）。つまりそれらの障害

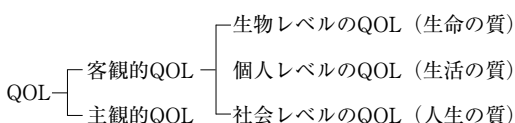
状態の改善が、各々のQOLの向上に結びつくということになる。「体験としての障害」とは、患者・障害者本人の心の中（主観の世界）にある苦しみ悩みであるとする。なぜそれが「障害」になるかと言えば、「障害」とは「疾患によって起こった生活上の困難・不自由・不利益」であるから、客観的、主観的を問わず、生活上の困難や悩みとなるものすべて「障害」となるとする（上田、1987）。そして、上田（1991）における提案をさらに押し広げ、ADLの幅を広げ、社会生活上必要な種々の能力、レクリエーション、職業、性、育児、対人関係技能なども含み持つことで「QOL向上のためのADL能力増進」の必要性はますます高くなること、「段階論的方針」や「総花的方針」ではなく「目標指向の方針」に立ったアプローチが重要であると強調していた。これは、これまでリハビリテーション学が採用してきた治療医学的な見方である基底還元論的な考え方に対する方向転換を示すものでもあった（上田、1994）。

その他、この時期に見られた論調は大きく2つに分けられる。1つは、QOLを主観的なものと客観的なものに分節化し、論者の視点からその関連性を検討したり、どちらかの重要性を主張したりするというもの、もう1つは、疾患や障害状況、作業活動等からQOLの視点を具体的に模索しようとするもの、である。

1つめについては、大川・太田（1993）は、主観的QOLは客観的QOLと別個に存在するものではなく、客観的QOLから規定される面が大きい、客観的QOLの改善がただちに主観的QOLに反映されるものではなく時間的ずれがあり、主観的QOLを向上させるためには価値観の転換が伴うことが重要で、障害受容と深い関係を持つとしている。

客観的QOLを肯定する論を展開しているものに生命倫理学者でありカトリック六甲教会の協力司祭であるマシア（1992）がある。マシア

表1. QOLの構造



(1992)は、延命治療の観点から客観的QOLの重要性を主張するものと受け取れる。つまり、肉体的な意味での生命は本人が人間として自分の人生におけるより重要な他のさまざまな価値を実現できるための基盤であり、実現が達せられないほどに肉体的な生命が衰えてしまった時、延命は否定されることを主張している。

一方主観的QOLを肯定する論として斉藤(1992)は、ADLは客観的な不自由観からの解放であり、QOLは主観的な不自由観からの解放であると表現し、身体機能が100%戻ることで多くの場合望めない中、現状の克服が評価の対象となれば「障害を受容すること＝諦めること」になってしまい、そこから導かれるものは「障害は残るけど、いきがいを…」という枕詞のついた言葉に示されるものとなり、伸びやかなQOLにつながらないと主張している。また中江(1993)は、対象者の価値観(生の満足感、充実感、自己実現度など)を優先させた評価方法はよく用いられるが、この評価方法は気分的・主観的であり信頼性に問題があるので反論もあるが、自分のことは自分が一番わかっていることを考えれば注目すべき評価方法だとする。その他にも藤原(1993)、谷口(1995)、松田(1996)も実践論の目標値に主観的QOLを置いていた。

しかしその一方で主観的QOLの限界を述べる文献も存在した。中村(1993)は、精神障害者の場合、精神障害を主観的体験の異常ととらえる時、対象者の主観的満足感・幸福感を必ずしも治療・福祉サービスの目標とすることはできないとする。岩瀬(1992)は、重症児をはじめ、知的な遅れを持つ子どもの多くは自己決定が困難であり、本人に代わって他者がQOLを決定しなければならない事態が生じることを指摘する。

2つめについては、例えば安藤・根本・水落・福田・岩瀬・今田・伊藤(2000)は、関節

リウマチ患者の主観的QOLと疼痛との高い関連性を認めたとし、高野・高橋・磯崎(1992)は、ターミナルケアではQOL向上のために疼痛、消化器、呼吸器等の様々な症状コントロールや治療が行われるとしていた。また中村・佐藤・角羽・斉藤(1995)は食事場面から、千田(1998)は化粧活動から、松田(1996)は義肢・下肢装具の適用から、QOL向上の方法を模索していた。

3. 健康関連QOL・「効用」へー2001年～2005年ー

2001年以降になると、QOLに対して医療としてのアウトカムを明確化する意図から介入範囲と評価法の基準が明示化されるようになる。それは健康に関連したQOLとして健康関連QOL(Health-related quality of life)と呼ばれる。西森・福原(2001)は健康関連QOLを構成する最も基本的な構成要素(構成概念)に関して国際的コンセンサスができつつあるとし、その構成要素として、身体機能、心の健康・メンタルヘルス、社会生活機能を挙げている。また健康関連QOLの尺度には包括的評価尺度と疾患特異的評価尺度があることを紹介する。そしてQOLの視点の最大の特徴として、患者の健康度やこれに起因する日常生活機能の制限の程度を患者の視点で評価させているところにあるとしている。

2001年の『総合リハビリテーション』における「特集・リハビリテーションにおけるQOL」では各疾患に対する疾患特異的尺度を紹介している文献が多かった。例えば岡崎・赤津(2001)は包括的評価尺度としてSF-36(Medical Study Short-Form 36-Item Health Survey)を、脳卒中患者の疾患特異的評価尺度としてStroke Specific QOL(SS-QOL)を紹介していた。原(2001)は包括的評価尺度としてSF-36が、脊髄損傷に対する疾患特異的評価尺度として

LSQ (Life Situation Questionnaire) 等が提唱されているとしていた。橋本・佐藤 (2001) は関節リウマチの疾患特異的評価尺度が痛み、身体機能障害、稼働障害およびそれに伴う経済・社会・精神的困苦を含んでいることが特徴であると紹介していた。

またこの特集のなかでQOLと機能・能力との関連について考察している文章もあった。萬代 (2001) はリハビリテーションの主目標とされることの多い「機能回復」や「能力向上」のみが得られても対象者のQOL向上には必ずしもつながらない場合があるとし、福永 (2001) は苦痛、経済、コミュニケーション、生きがいは障害の重症度との関連は薄いという結果を紹介している。また原 (2001) はQOLが機能障害や能力障害との関連が高くなく、社会的不利と最も関連が高いとする報告が多いと紹介していた。

その後、高橋・木村 (2002)、安藤 (2002)、南雲・新井・野田・宮坂 (2003)、毛利・斉藤・石割・奥平・長光・土屋・能登・網本 (2004)、里宇・新藤・小林・松本 (2004)、飛松・岩谷・田村・小池・岡本・高橋・山崎・三田・佐々木 (2004) らにより、客観的QOL評価尺度、主観的QOL評価尺度、包括的QOL評価尺度、疾患特異的QOL評価尺度 (脊髄損傷、リウマチ、脳卒中、呼吸器疾患、下肢切断) の紹介や、評価尺度の開発とそれに基づいた健康関連QOLに影響を及ぼす要因の検討 (南雲他, 2003前出)、あるいは包括的尺度と疾患特異的尺度の利点欠点の比較もなされていた (毛利他, 2004; 前出) (里宇他, 2004前出)。包括的尺度の利点としては、あらゆる対象者に測定可能、異なる疾患や医療評価や疾患が対象者にもたらす負担の比較が可能、国民標準値の作成が可能、しかし疾患特異的尺度と比較すると、描出能力が低い、経時変化に対する反応性が低い、などの欠点があるとしている。花山 (2005) には、包括的尺度

は疾患特異的尺度に比べて反応性が劣るとされるが、一方で疫学的アプローチや異なる疾患における検討、医療政策や医療経済学的視点での評価に有用とされているとあった。

2005年にも『総合リハビリテーション』において「特集・健康関連QOLとリハビリテーション」が組まれているが、その基調となっている出江・鈴鴨 (2005) は、健康関連QOLが取り上げられた背景として、疾患分布の変化、患者中心の医療、健康に関するパラダイムシフト、医療資源の有限性に対する認識、の4つを紹介している。また健康関連QOL尺度は、効用値等を測定する選好に基づく尺度と健康を多元的に測定するプロファイル型尺度に大きく分類されるとする。またハーバード大学医療人類学・精神医学教授のKleinmanが物語りを重視する立場から、計測された数値データは代替可能なQOLであり、科学的には複製可能だが存在論的には根拠がなく、統計学的には意義があるが認識論的な意義はないとQOLの数値化や質問票評価に痛烈な批判を述べていることを紹介し、臨床では1つのモデルだけで考えるのではなく、数値データに基づくエビデンスと物語りが相互に補完する役割を担っていると理解することが大切だろうと述べる。

佐伯・岡崎・蜂須賀 (2005) は、脳卒中のQOL評価法の特徴について、費用対効果の分析が可能なように主観的效果を数値化した指標である「効用値 (utility)」という概念を用いる方法を紹介している。効用とは健康状態や治療の結果に対する対象者自身の選好の度合いを量的に示した主観の評価値であり、客観的な価値を指標とする「効果」や「便益」と異なると言う。そして代表的な効用尺度として「質的調整済み延命 (quality-adjusted life year: QALY)」を紹介する。これは健康上の利益を数値化するために余命と疾患による苦痛の程度 (効用値) を組み合わせた尺度である。脳卒中

のQOLの効用値は脳卒中罹患者群>健常群>脳卒中高リスク群の順であったが、健常群やリスク患者群は来るべき発症に対する不安から発症後の効用値を低く見積もった結果であると述べる。

岡本・橋本・青木・小林・臼井・大橋(2005)は、脳外傷者の治療効果として健康関連QOLを用いた効用理論の導入の利点として、治療効果が抽出しやすい、治療効果について異なる障害や疾患との比較が可能、費用対効果の検討に利用可能、の3点を紹介する一方で、脳外傷の多くが認知面に問題を残すため、それに効用値が影響され易いことが考えられ脳外傷者に効用値を用いるのは不適切であるという意見もあることを紹介していた。

IV. 考察

本稿における疑問は、リハビリテーション学におけるQOLは、「(自立的生活)能力の有無」を軸にしてまったく異なる様相のQOL観を掲げていることに対し、なぜ位相の異なるQOL観が同じリハビリテーション学内において並列的に位置しているか、できているのかというものであった。

その疑問に対する解答は、1991年を転換期としたその前後の変容が大きく影響していることが考えられる。つまり、上田(1991)において、自身が1980年代に提起した「ADLからQOLへ」というリハビリテーション学の目標のドラスティックな転換を「QOL向上のためのADLレベル向上」と軌道修正した中に、筆者の疑問に対する解答が内包されているようである。それによりQOLとADLの連結が強く示され、QOLの1つの要素としてADLが強調されたことで、「(自立的生活)能力」を基軸としたQOLの乖離性に関わる問題性はご破算となった感があるからである。

本研究で明らかになったこととして、このような問題性について、リハビリテーション学においてまったく指摘がなかったわけではなかったということがある。砂原(1985)はQOLがあらゆる<生>に対応できる概念として規定できないなら、リハビリテーション学はQOLの高低により対象の選別を行うことになる警告を鳴らしているし、斉藤(1992)においても、機能・能力と結びついたQOL観では対象者にとって諦め感の付きまとうQOLとなり、伸びやかなQOLにはつながらないと指摘している。砂原(1985)、斉藤(1992)の問題提起は、筆者と同様、対象者の存在価値を基軸として「(自立的生活)能力」と連動したQOL概念に疑義を唱える立場とみなせると考え得るが、こうした論者はごく少数でもあり、多勢に霧散した印象が残る。

翻ってリハビリテーション学の立場から見ると、「QOL向上のためのADLレベル向上」と新たな目標としたQOLと従来のリハビリテーション学の実践論の要にあったADLの結びつきを強固にすることにより得られたものは大きかったとも言える。

1つには、リハビリテーション学の根本意義としてこれまで培ってきたADLを実践学に位置付ける(残す)ことが可能となったこと、もう1つは、対象の拡大に成功したことである。なるほど「QOL向上のためのADLレベルの向上」とは、QOLとADL以外の他の要素を否定・切断した理論ではない。Iにおいて述べたように、リハビリテーション学においてQOLは、対象の違いにより「(自立的生活)能力の有無」を軸にして異なる様相の「QOL」観を掲げているのである。このことは言い換えればあらゆる対象に対する目標値に適合させてQOL概念を変容・展開する可能性を温存した結果とも言い得る。またこうした方向性は、伊藤・大川(1987)が疑問視したような、リハビリテーシ

ョン医療としてQOLのために何ができるのか、という問いに解答を導出できるものであったのだ。

また本研究で確認してきたようにQOL概念の変容・展開に伴い、いくつかの課題が顕在化していると考ええる。1つは、精神障害や認知障害等を有する対象者のQOLを考える際に顕在化した、主観的QOLと客観的QOLの対立状況の解決方法、意思表示が困難な対象者の代理可能性についてである（田島・岩田・藪脇・小林，2010）。前者については具体的には、例えば「一人暮らしの高齢者が極めて不健康、不衛生で、かつ火の不始末などの可能性もある生活をしており、認知症が疑われる」として相談を受けた場合、どのように対応を行なえばよいか、である。「客観的QOL」からすると「パターナリズム」を発揮し強行な介入を要すると見えるが、「主観的QOL」からすれば、本人の「自己決定」を尊重するしかない場面である。その検討については（田島・岩田・藪脇・小林，2010）で述べているので詳細は省略する。

2つめは、2001年以降、費用対効果の観点に主観的効果である「効用値（utility）」が指標として取り入れられていることの問題性である。

サトウ（2010）は、健康関連QOLの構成要素が「主観的なウェルビーイング」と「日常生活機能」であることを紹介し、健康関連QOLの特徴が、選好に基づく尺度によって算出された効用値（utility）が質調整生存率（QALY）に組み込まれ、その数値がさらに医療経済学における費用効用分析に使用され、財の分配に関する意思決定に接続するという特殊性にあるとしている。そして、健康関連QOLの評価尺度そのものは患者立脚型と呼べないこともないが、それが効用値（utility）という医療経済学的記号に変換される際に多数派の健康観が評価軸となっており、それが客観的と評される

が、結局のところ個別性・唯一性を持つQOL選択の新しい生成の可能性を否定する結果になることを指摘する。立岩（2004）は、疾患や障害の重症度とは切り離されたところで、周囲への気遣い（私が生きることで周りに迷惑をかけてしまうと思う）や社会に内在する価値・規則（私には生きる価値がないと思う）等によっても主観的QOLが変動することを紹介している。このように指標化の限界性と変容可能性を担うはずの主観的QOLであるが、「効用値（utility）」の指標や結果となることで、むしろ主観的QOLの多様性・多元性の出現可能性は完全に摘まれてしまっていると言ってよいだろう。「効用値（utility）」の数値は1が最高の状態、0は死を表すが、計算しだいでマイナスの数値となることもあると言う（サトウ，2010）。つまり、死ぬより悪い＜生＞の状態をマイナスの点数として表現するのである。一見「不幸」と見る者の恣意性は、当事者のQOL実感から外れているという指摘はよく聞かれるが（大井，2004；サトウ，2010）、「効用値（utility）」によって当事者の実感から外れたQOL観が数値として端的に生産されていくことの恐怖を感じる。またそれが費用対効果の分析に用いられ、医療の分配を左右するのである。「死んだ方がまし」と数値化された＜生＞に命を守る医療資源は分配されるのだろうか。

また、こうしたQOLをめぐる数値化とその限界性をめぐる議論は、EBM（Evidence Based Medicine：根拠に基づく医療）とNBM（Narrative Based Medicine：物語りに基づく医療）という対比にみるような、医療における測定法・研究手法にまで係わる問題にまで発展させて考察をするべき事象でもあろう。

三島（2007）は、EBMは反権威主義的イデオロギーにより支えられ発展したものであり、EBMのプロセスの中にはインフォームド・コンセンツが組み入れられ、患者との対話が重要

視されていることを指摘するとともに、EBMに精通した者によってNBMが説かれていることに注目し、EBMとNBMが相互に否定しあうものではなく、むしろ両者は政治的意図に共通項を持つ同居しうるものであるとする。一方で、西條(2005)にあるように、「科学」における「客観性」を擁護する立場からは、主観的解釈が介入する程度が大きいほど、客観的な世界記述から遠ざかると見なされ、解釈学的な方法による事例研究などが「その知見は客観性に欠ける」といった批判を向けられることも事実としてある。リハビリテーションの一業種である作業療法学においても「作業療法は個人にとって意味のある作業を行う生活の獲得を目標とし、主観を重視し、環境への働きかけを含む個別的治療を前提とするので、統計処理用のデータ蓄積には不向きな性質をもっている。しかし、臨床研究の重視は作業療法にとって歓迎すべき方針である。現代社会はさまざまな場面で確立・統計により管理されている。EBMでのエビデンスの証明力の強さは、功利主義、確立・統計重視の価値観の下に判断されていることを知り、これにどこまで同調するかを決める必要がある。道徳療法に起源をもつ作業療法にとって、動機やプロセスを軽視する功利主義や、少数派に関心をもたない確率・統計に抵抗があるのは想像に難くないが、こうした価値観の社会に作業療法も存在していることを認めたうえでの戦略が必要だと思う」(吉川・山下, 2002)とあるように、現在の「科学」の呪縛と学問的進展との葛藤状況の一端を示している。

こうした葛藤状況を超えるには、主観的解釈世界の意義を現行の「科学」定義の限界性を見越しながら明らかにしていく必要があるだろう。出江・鈴嶋(2005)がハーバード大学医療人類学・精神医学教授のKleinmanの立場を紹介していたが、EBMは医療の質を決定付けるものであり、RCT (randomized controlled

trials: ランダム化比較試験)によって仮説検証された研究が最もエビデンス証明力が高いとされており(宮田・山本, 2002), 端的に言って、個別的・体験的・主観的な記述のなされた研究が医療に反映されづらい状況にある。新田(2006)は近代科学について、「全自然の数学化」を企てた数量化的思惟であり、あくまで基本的な仮説にとどまるものであるので究極的な真理の世界ではありえない、科学にとって「目標を目指すあまり、起源とか、より低い段階のもつ固有の権限が忘却されてはならない」とするフッサールの言を紹介し、さらにフッサールの展開する「生活世界の現象学」についての説明の中で、生活世界の隠蔽化により、科学の対象を「自体的に真である」と主張する「科学の客観主義」が支配したことを指摘する。生活世界とは、身体性が受け持つ類型、様式、性格、習性など、すべての所与を表現する概念とみなしうるが、フッサールは人間の経験の根底には、自己と世界を媒介する「身体性」、自己と自己の間を媒介する「時間性(時間意識)」、自己と他者を媒介する(他者性と唯一性の確定機能である)「われわれ性」が存在し、さらに距離化と差異化が様々な仮象に対する批判的尺度を提供するとすることで、場所性を見出しへの働きのうちに存在帰属性が作動するとする。もう1つは、存在に属する言語の顕現化への産出力である。

例えば熊谷(2010)による次のような記述は、これまで浮かび上がってはこなかったリハビリテーションの問題性を俎上に上げること成功している。熊谷は自身が脳性麻痺という障害を持ちリハビリテーションを受けた経験から、リハビリテーションにおけるセラピスト―対象者関係にある《まなざし／まなざされる》状況下では、うまく動けない責任を私自身に負わされるような焦りが生じるとし、目標を達成できずに敗北したとしても互いに交わることにある種

の喜びを感じて身体が開かれていく《ほどきつつ拾い合う関係》を優先するような心性こそが、互いの身体イメージを取り込むことを可能にし、そこに協応構造を生み落とし、硬直していた身体パーツのチームはもぞもぞと動きだし、遠回りしつつも目標に到達するのだと言う。

こうした記述は、客観性との対立軸で捉えるならまさに主観性に位置づく記述だが、科学の客観主義では立ち現われることのないリハビリテーションにおけるセラピスト—対象者関係のうちにある生活世界と既存のリハビリテーションの問題性が表出されている。つまりこうした世界観は既存のリハビリテーションの効果指標では単に「ADL介助」（あるいは身体機能上、作業遂行状の問題点の列記）としか表記されないのであるが、熊谷氏の記述は「身体性」「時間性」「われわれ性」の視野からリハビリテーションにおける熊谷氏の存在帰属性が言語によって顕現しているため、身体的快苦、（ゆったりとした）時間意識、セラピスト—対象者関係からリハビリテーションで生起する様が解読可能となっているのである。

そもそも1970年代・1980年代にリハビリテーション学にQOL概念が入り込んだのは、障害を持つ当事者によるIL運動における思想が大きく影響していたことは既に述べたが、IL運動を展開した障害当事者の真意は、単に自立概念の変換と自己決定の尊重を謳うものだったのであろうか。田中（2005）には、ADL的自立を求められてきた障害者たちはそのヒューマン・サービスの過程そのものにおいて、常に自らの身体と行為、行動様式の不備と欠損を突きつけられ、そこに〈欠損体〉としての自己を認識させられてきた経緯があり、QOLを重視する新たな自立観はこの否定的自己との決別の契機をもたらしたとある。つまりIL運動によって発生したQOL概念には存在価値を肯定する意図が内在していたのである。しかしその根源的意図は

リハビリテーション学に根付かず、QOL概念はむしろリハビリテーション学の生き残りと繁栄のために利用されてきた様相が浮かび上がってきた。しかし障害当事者がリハビリテーション学に与えたQOLは、主観的QOLと客観的QOL、効用値（utility）、EBMとNBMなど、リハビリテーション学に様々な裂け目をもたらしていることも確かである。筆者はその裂け目からQOLの根源的意図に立ち返ることができるかも知れないと考えている。

引用文献

- 安藤徳彦・根本明宜・水落和也・福田道隆・岩崎敬雄・今田元・伊藤良介（2000）関節リウマチにおけるQOL—ADL、社会的活動性、福祉利用、主観的QOLとの相互関係の検討。総合リハビリテーション、28(5)、471-476。
- 安藤徳彦（2002）身体障害者に適したQOL評価。総合リハビリテーション、30(11)、999-1004。
- 千野直一・村上信・木村彰男・斉藤正也（1987）脳卒中患者のQOL——日米両国の比較——。総合リハビリテーション、15(12)、1079-1084。
- 藤原茂（1993）重度障害者の余暇活動（QOLセラピー）。OTジャーナル、27、31-34。
- 福永秀敏（2001）特集・リハビリテーションにおけるQOL 概念と評価。総合リハビリテーション、29(8)、715-718。
- ホアン・マシア（1992）特集・Quality of Life（QOL）QOLへの疑問とQOL判断の基準。OTジャーナル、26、4-8。
- 花山耕三（2005）特集・健康関連QOLとリハビリテーション 慢性閉塞性肺疾患。総合リハビリテーション、33(11)、1025-1028。
- 橋本明・佐藤元（2001）特集・リハビリテーションにおけるQOL 慢性関節リウマチ。総合リハビリテーション、29(8)、725-730。
- 原行弘（2001）特集・リハビリテーションにおけるQOL 脊髄損傷。総合リハビリテーション、29(8)、719-723。
- 伊藤良介・大川嗣雄（1987）各種機能評価とQOL。総合リハビリテーション、15(12)、1073-1077。
- 岩崎清隆（1992）特集・Quality of Life（QOL）小児リ

- ハビリテーションにおけるQOLの問題. OTジャーナル, 26, 37-39.
- 出江紳一・鈴嶋よしみ (2005) 健康関連QOLとリハビリテーション. 総合リハビリテーション, 33(11), 997-1002.
- 小島蓉子 (1984) 特集・クオリティオブライフ (QOL) クオリティ・オブ・ライフ (QOL) と社会リハビリテーション. 総合リハビリテーション, 12(4), 283-288.
- 熊谷晋一郎 (2009) 「リハビリの夜」. 医学書院.
- 萬代隆 (2001) 特集・リハビリテーションにおけるQOL 臨床研究と応用. 総合リハビリテーション, 29(8), 699-707.
- 松田美穂 (1996) 義肢・下肢装具が支える生活の拡大とQOL——症例報告を中心に——. OTジャーナル, 30, 107-111.
- 三島亜紀子 (2007) 「社会福祉学の＜科学＞性—ソーシャルワーカーは専門職か?」. 勁草書房.
- 宮田靖志・山本和利 (2002) エビデンス利用と産出のための知識と技術. OTジャーナル, 36(3), 209-215.
- 毛利史子・斎藤和夫・石割佳恵・奥平れい子・長光恵・土屋敦・能登真一・網本和 (2004) 日本語版 Stroke Specific QOL (SS-QOL) の作成と慢性期脳卒中者のQOL評価. 総合リハビリテーション, 32(11), 1097-1102.
- 永井昌夫 (1984) 特集・クオリティオブライフ (QOL) QOLについて考える. 総合リハビリテーション, 12(4), 277-281.
- 南雲直二・新井龍子・野田みゆき・宮坂良子 (2003) 外傷性脊髄損傷患者の健康関連QOLの測定とその関連要因の検討. 総合リハビリテーション, 31(4), 367-373.
- 中江公裕 (1993) QOLをどう考えるか. 総合リハビリテーション, 21(11), 917-921.
- 中村桂子・二木立 (1987) ADLとQOL——在宅脳卒中患者の移動能力と外出の関係を中心に——. 総合リハビリテーション, 15(2), 1065-1072.
- 中村光夫・早原敏之 (1993) 精神障害者におけるQOL. 総合リハビリテーション, 21(11), 923-927.
- 中村茂美・佐藤渉子・角羽綾子・斉藤幸子 (1995) 食事訓練——QOL向上の視点から——. OTジャーナル, 29, 426-429.
- 西森美奈・福原俊一 (2001) 特集・リハビリテーションにおけるQOL 概念と評価. 総合リハビリテーション, 29(8), 691-697.
- 新田義弘 (2006) 「現象学と解釈学」. ちくま学芸文庫.
- 岡本隆嗣・橋本圭司・青木重陽・小林美佐子・臼井浩・大橋正洋 (2005) 特集・健康関連QOLとリハビリテーション 外傷性脳損傷. 総合リハビリテーション, 33(11), 1009-1014.
- 岡崎哲也・赤津嘉樹・佐伯覚・蜂須賀研二 (2001) 特集・リハビリテーションにおけるQOL 脳卒中. 総合リハビリテーション, 29(8), 709-713.
- 大井玄 (2004) 「痴呆の哲学」. 弘文堂.
- 大川弥生・太田喜久夫 (1993) 脳卒中患者におけるADLとQOL. 総合リハビリテーション, 21(11), 935-942.
- 里宇明元・新藤恵一郎・小林直子・松本真以子 (2004) 呼吸リハビリテーションにおけるADLとQOLの評価. 総合リハビリテーション, 32(2), 133-141.
- 佐伯覚・岡崎哲也・蜂須賀研二 (2005) 特集・健康関連QOLとリハビリテーション 脳卒中. 総合リハビリテーション, 33(11), 1003-1007.
- 西條剛央 (2005) 「構造構成主義とは何か——次世代人間科学の原理——」. 北大路書房.
- 斎藤有紀子 (1992) 特集・Quality of Life (QOL) 患者・障害者の自己決定権とQOL. OTジャーナル, 26, 9-13.
- サトウタツヤ (2010) QOL, 再考 (死より悪いQOL値を補助線として). 生存学, 2, 171-191.
- 千田素子 (1998) QOLの改善を目指した化粧. OTジャーナル, 32, 1113-1116.
- 砂原茂一 (1985) 特集・QOL Quality of Life (QOL) の意味するもの——Rehabilitationとの関わりについて考える——. PTとOT, 19(8), 507-512.
- 田島明子 (2009) 「寝たきり老人」と／のリハビリテーション——特に1990年以降について. 生存学, 1, 308-347.
- 田島明子 (2010) 認知症高齢者の作業療法における言説・研究の変容・編制過程——1980・1990年代のリハビリテーション雑誌の検討——. Core Ethics, 6, 265-276.
- 田島明子・岩田美幸・篠脇健司・小林隆司 (2010) 認知症高齢者の「QOL」の概念化・尺度化・援助設定をめぐる論点の整理. 吉備国際大学保健科学部研究紀要, 19, 63-70.
- 高橋秀寿・木村彰男 (2002) 社会参加とQOL——評価法の検討——. 総合リハビリテーション, 30(3), 231-236.
- 高野正孝・高橋照恵・磯崎千枝子 (1992) 特集 Quality of Life (QOL) ターミナルケアとQOL.

- OTジャーナル, 26, 18-22.
- 田中耕一郎（2005）「障害者運動と価値形成——日英の比較から——」. 現代書館.
- 谷口英治（1995）精神障害領域における使用理論の傾向とQOLについて. OTジャーナル, 29, 269-275.
- 立岩真也（2004）「不動の身体と息する機械」. 医学書院.
- 飛松好子・岩谷力・田村徹・小池雅俊・岡本晋・高橋功二・山崎伸哉・三田友喜・佐々木一彦（2004）下肢切断者QOL尺度, PEQ（義肢評価質問票）日本版（PEQJ）の信頼性と妥当性. 総合リハビリテーション, 32(1), 77-82.
- 上田敏（1976）日常生活動作を考える. PTとOT, 9(4), p170.
- 上田敏（1984）特集・クオリティオブライフ（QOL）ADLからQOLへ——リハビリテーションにおける目標の転換——. 総合リハビリテーション, 12(4), 216-266.
- 上田敏（1987）「リハビリテーションの思想 第2版 <増補版> 人間復権の医療を求めて」. 医学書院.
- 上田敏（1991）日常生活動作を再考する——QOL向上のためのADLを目指して——. 総合リハビリテーション, 19(1), 69-74.
- 上田敏（1992a）特集・Quality of Life（QOL）リハビリテーションとQOL——ADLとの関係を中心に——. OTジャーナル, 26, 23-27.
- 上田敏（1992b）ADLとQOL——その基本的な考えかた——. PTジャーナル, 26(11), 736-741.
- 上田敏（1993）ADLとQOLを考える——特集にあたって——. 総合リハビリテーション, 21(11), 915-916.
- 上田敏（1994）高次脳機能障害とADL——QOL向上のためのADLの視点から——. 総合リハビリテーション, 22(2), 97-103.
- 吉川ひろみ・山下由美（2002）根拠に基づいた作業療法（EBOT）の実践と課題. OTジャーナル, 36(5), 419-424.
- （2010. 2. 24 受稿）（2010. 4. 28 受理）