



新連載 回リハ病棟の臨床で使う QOL

～患者さんの〈声〉を聞き取りスコア化する科学～

第1回 QOLは「患者報告型」アウトカム (PRO)

倉敷中央病院 救命救急センター 救急科 部長

田村 暢一郎

連載開始にあたって一初めまして。
倉中 (倉敷中央病院) 救急医の田村です

回復期リハビリテーション病棟に日頃かかわっていらっしゃる皆様、初めまして。岡山県倉敷市にあります倉敷中央病院¹ 救急科 医師 田村 暢一郎と申します。「救急医がこんなところに出てきて何を語るんや?」と思われる方も多いと思います。今号から数回にわたり「QOL」(Quality of Life)について、これまでの自分の経験や考えていることを書かせていただく予定です。

現時点で皆様にとって私はまだ、突如現れ「QOL」という、よく聞けれど具体的にはイメージしにくい、実体のつかみづらい、雲や霧のようなものの話を始めた急性期病院の救急医 (!!?) ということで「醜いアヒルの子」並みの違和感かもしれません。最終的には「白鳥」になれるように精一杯連載を務めさせていただきますのでよろしく願いいたします。

救急医としての日々～深まる疑問： 目の前の患者さんの退院後の生活は？

まず、「アヒルの子」の紹介をさせていただきます。私は2006年に鹿児島大学医学部を卒業後、外科・ICU・救急科の専門医として、手術後集中治療が必要な重症患者さんの治療、全身にケガを負われ

た多発外傷患者さん等の診療を行ってきました。今、働いている倉中にもそうした方々が連日多数、救急搬送されてきます。救急医になって6年目ごろまでは、日々の業務に忙殺されていました。患者さんの全身状態が落ち着き、皆様の回リハ病棟ほかに転院される際、私は患者さん、ご家族に「助かってよかった」「あとはリハビリですね」「ゆくゆくは元気にご自宅に帰れますよ」などと、あまり深く考えず声をかけていました。

しかし、業務に慣れ、少し自分に余裕が出てきたとき、ふと次のような疑問を感じ、疑問は日に日に深まっていきました。「目の前の患者さんは転院や自宅へ退院後、どんな生活を送っているんだろう? そもそもご自宅に戻れているのか?」「自分たちが提供した医療は本当に患者さんの役に立っているのか?」

アカデミックな QOL に初めて触れる 患者さん自身の声で「目の前の霧が晴れた」

そんな疑問を解決する術もヒントもなく、見た目は元気に、内心はモヤモヤと過ごしていた折、アメリカ形成外科学会 (ASPS) が毎年行っている「PROS (Patient-Reported Outcomes in Surgery) conference」の告知を目にしました。「外科の患者さんが本人評価する“結果”の会議? よくわからないし英語はあまり得意ではないけど少し気になるな。よし、行ってみよう!」ということで2015年の春、ワ

*1 倉敷中央病院 (公益財団法人大原記念 倉敷中央医療機構 倉敷中央病院) 岡山県倉敷市の急性期病院。総病床数は1,172床 (一般病床1,157床ほか)、40余の診療科と心臓病、救命救急、総合周産期母子医療など16のセンターで高度先進医療を行い、若手医師の教育研修施設としての環境も備えている。平均在院日数12日。地元倉敷の大地主、実業家の大原孫三郎が1923年に創設、今年6月、100周年を迎えた。地元市民は“倉中”^{くらちゅう}と縮めて呼ぶ。



シントンD.C.に1人出かけました。参加者は80名ほど。ほとんどがアメリカ人、カナダ人の中、アジアからの参加者は私のほかに1名だけでした。

2日間、朝から晩までPRO (Patient-Reported Outcomes : 患者報告型アウトカム)、QOLに関する講義、ワークショップが詰まっていた。

実はQOLには、「計量心理学」*2という学問をベースにした、かなりしっかりした学術体系ができています。そんな話は聞いたこともなく英語も心許なかった私は、2日間を通して行われたたくさんのセッションのごく一部しか理解できませんでした。しかし、この時が、単なる標語ではない「アカデミックなQOL」に初めて触れた瞬間でした。

中でも強く心に残ったのは、「QOLは患者さんが思うご自身の生活評価です。患者報告型アウトカム、つまり、〈患者さん自身が発する声〉をよく聴かないと、その人のreal-worldに触れることはできません」という言葉でした。参加前抱いていた疑問：「目の前の患者さんは転院や自宅退院後、どんな生活を送っているんだろう?」。その答えは目の前にありました。「患者さんご自身に訊け!」だったのです。

帰国後、病院を自宅退院した外傷患者さんに依頼して「インタビュー調査」をいくつか開始しました(日臨救2016;19:517-21¹⁾、日集中医誌2018;25:431-6²⁾)。2016年の調査結果を一部お示します。

「自宅退院して初めて、自分の家なのに思うようにいかないことがたくさんあることに気づき、経過中でいちばん辛かった」(25歳女性。頭部デグロービング損傷*3、外傷性硬膜下血腫、陥没骨折。受傷4か月後に職場復帰)

「家族に痛みを理解してもらえず辛かった」(64歳

女性。多発肋骨骨折、肝損傷、腓骨骨折。受傷2か月後に職場復帰)

「どこまで機能が回復するかがわからず、期待していいのか諦めたほうがいいのか、不安だった」(32歳男性。全身熱傷。受傷1年半後に職場復帰)

「入院中に退院後の生活をイメージしたりハビリテーションができなかった」「早期に復職したかったが、家族や職場が慎重だった」(34歳男性。脛骨開放骨折、肩鎖関節脱臼。受傷1年後に職場復帰)

こうした患者さんたちの本人評価、患者さん自身が発する〈声〉を聴いている瞬間、目の前のモヤモヤした霧がスーッと晴れていったのを覚えています。

この連載では、PRO (患者報告型アウトカム)、QOLの概念、構成要素(第1回)、QOLのスコア化(第2回)、QOLスコアの臨床応用(第2回以降)について書かせていただきます。これらを実際に臨床で「使っていただく」ことで、患者さん理解と中長期の目標設定、退院時・退院後生活のフォローアップの一助になれば、こんなに嬉しいことはありません。

QOLって何? の前に…
「アウトカム」は4種類

PRO (患者報告型アウトカム) の^オ、「アウトカム」は直訳すると「結果」です。皆様にお馴染みのFIMをはじめ血清アルブミン値、各種疼痛スケール、患者満足度…など、医療・介護分野では多くのアウトカムが特定の項目を客観的に評価するための尺度(物差し)として使われています。

ISOQOL^{アイソクォール}*4 (国際QOL研究学会)では、アウトカムをP37表1に示した4種類に分類しています。

では、具体的にどんな基準で4種類に分類され

*2 計量心理学 (psychometrics) 「感情」「知能」「QOL」など物質的な形をもたず直接測定できない潜在的な概念 (構成概念) を定量化する目的で欧米を中心に1980年代以降発達。表に現れ直接観察が可能な「変数」を測定する間接的手法を用いる。

*3 デグロービング損傷 (デホルマン損傷) 交通事故などで起こる重度外傷の一種。車のタイヤや工場の機械などに手足やからだの一部が巻き込まれ、手袋を脱ぐように皮膚が全周性に剥がれる外傷。

*4 ISOQOL The International Society for Quality of Life Research: 国際QOL研究学会。1991年設立。QOL評価や臨床応用、QOL質問票作成などにかかわる計量心理学領域や公衆衛生学をテーマとした国際学会。今年10月、カナダアルバータ州カルガリーで第30回学術集會が行われる。https://www.isoqol.org/

表1 アウトカムの4分類 (ISOQOL^{*4} 2016)

- ① 患者報告型アウトカム (patient-reported outcomes; PRO):
例 疼痛スケール (VAS、NRS、FPS、VRS/VDS など)^{*5}、患者満足度、QOLスコア
- ② 医療者報告型アウトカム (clinician-reported outcomes):
例 FIM、合併症発症率、死亡率、疼痛スケール (BPS、CPOT など)^{*6}
- ③ 検査データ (performance-based assessments): 例 腫瘍マーカー、血清アルブミン値
- ④ 介護者報告型アウトカム (observer-reported outcomes): 例 介護ストレス、親の介護のため退職

るでしょう。

疼痛スケールのVASやNRSなど^{*5}は、患者さん自身が痛みの程度を評価してスコアをつけます。よって、これらは①「患者報告型アウトカム (PRO)」に分類されます。一方、同じ疼痛スケールでも、人工呼吸中の患者さんに使われるBPSやCPOT^{*6}は、医療者が患者さんの様子を観て評価しスコアをつけるので、②「医療者報告型アウトカム」に分類されます。FIMも医療者が評価するので、②の医療者報告型アウトカムに分類されます。

医療者でも家族でも許されない患者さん本人の満足度の評価

入院患者さん自身のADL評価について、「移動」を例に考えてみましょう。AさんもBさんも介助なしで50m歩けます。FIMの評価だと2人とも7点満点です。Aさんは会社員。「杖なしで歩いて自宅退院、3か月以内に職場復帰」が目標です。現状への本人評価は高く、「10点満点で何点つけますか?」の問いには「9.5点」と答えました。

Bさんは登山家で、大学で森林植物学を教えており常緑樹分布域の北限を調査中でした。早く退院してフィールドワークに戻りたい希望が強いものの、急勾配の野山を以前のように自在に歩き回れない

現状にも自覚的で、同じ問いには「3点」と答えました。このように、同程度のADL等々を評価する場合でも、それを「誰が評価するか」によって評価は変わります。

QOLはPRO (患者報告型アウトカム) の1つです。(患者さん本人の評価、自身が発する声) だと述べたように、QOLは「自分の生活」に対する“自身の満足度”であり、めいめいの主観、価値観に大きく依拠しています。一人ひとり大切に思う生活の中身はさまざま。「本人の満足度は、医療者はおろか、家族でも評価することはできない」と定義されています。それで、QOLを知りたいときには「患者さんご本人に訊け!」ということになるのです。

QOLって何?

—QOLを構成する3要素

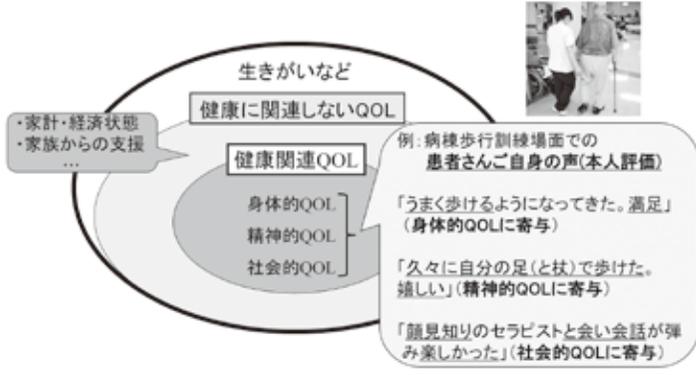
では、QOLはどんな形をしていて、どのような要素で構成されているのでしょうか?

QOL学の領域ではおおむね図1のような、多次元の構成概念としてとらえ、QOLのベースに「個々の生きがい」、幸福、人生の満足などを位置づけています。その上で、2つのQOL—「健康に関連したQOL (Health-related QOL、HR QOL)」と、「健康に(直接) 関連しないQOL」^{*7}—に大きく分

^{*5} VAS (visual analog scale; 視覚的評価スケール。10 cmの線分上に0~100の101段階)、NRS (numeric rating scale; 数値評価スケール。0~10の11段階)、FRS (face rating scale; 表情評価スケール。6段階)、VRS/VDS (verbal rating scale/verbal description scale; 語句評価スケール。0~4の5段階)。いずれも「患者さん」本人が評価を行う。

^{*6} BPS (behavioral pain scale)、CPOT (critical-care pain observation tool):ともに人工呼吸管理中の患者を対象とした疼痛スケール。BPSは「表情」「上肢の動き」「人工呼吸器との同調性(未挿管時は発声)」の3項目を各1~4点、計3~12点の10段階、CPOTはBPSの3項目に「筋緊張」を加えた4項目を各0~2点、計0~8点の9段階で、「医療者」が評価を行う。

^{*7} 「健康に(直接) 関係しないQOL」:家庭の経済状態、家族・友人・職場の支援など、医療や介護で介入できない要素を指す。



池上直己 他編『臨床のためのQOL評価ハンドブック』³⁾ P5 図1より改変

図1 QOL (Quality of Life) の概念と「健康関連QOL」の3要素



写真1 ケアマネジャー(右奥)、担当PT(左奥)と一緒にSさんご本人から生活情報を聞き取る私(手前右)。今後の目標を訊くと「そんなこと言っても、ぐうたらしてるのが好きなんよ」と、まだ後ろ向き

けています。この連載では前者、「健康関連QOL」を取り上げます。

そして、「健康関連QOL」を構成する要素として「身体」「精神」「社会(役割)」という3つの基本的要素を挙げています。

図1の「健康関連QOL」のところに片麻痺患者さんに対し実施した歩行練習が患者さんのQOLの3つの要素にどのように寄与したか、見てみました。

「うまく歩けるようになってきた。(身体的に)満足」「徐々に自分の足(と杖)で歩けたことが(精神的に)嬉しい」「顔見知りのセラピストと会い(社会的に)会話が弾み楽しかった」。すべて患者さんがご自身の主観を述べた(報告した)形をしています。「患者さん自身がどう感じたか」がポイントです。これら3要素を念頭にかかわることで、患者さんの健康関連QOLへの包括的介入がしやすくなると思います。

「健康関連QOLの3要素」を使った患者さんの生活再評価(生活期・通所)

計量心理学をベースにした「QOLのスコア化、臨床応用」という連載の主題からは少し離れますが、第1回の終わりに、今お話しした「QOLの3要素」を患者(利用者)さんの生活の再評価にうまく使えないかということで、私が週1回通っている倉敷市水島にあるコープリハビリテーション病院で通所リハ

ビリテーションを利用されているSさん(55歳女性)とHさん(69歳男性)、お二方への担当チームのアプローチの実際をご紹介します。

ケース1

Sさん 55歳、女性(写真1左手前)

【現病歴】 X年秋、左片麻痺発症。救急搬送、右視床出血。同月回リハ病棟転院。

翌春、自宅退院。左片麻痺残存も短下肢装具+杖で自力歩行可能。夫、次男と3人暮らし。通所リハビリテーション・通所介護を利用、要介護度3。

自宅退院1年半後、ADLには変化なし。通所サービス以外はほとんど自宅から出ず、テレビ前のソファに座りっぱなし。家事はときどき洗濯物をたたむ程度。

【社会背景】 スーパーのパート勤務、夫は鉄筋工。子は3人。近くに住む長男(配管業)の孫たちがよく遊びに来る。県外に住む長女夫婦は脳出血発症の1週間前離婚予定も、母の入院で延期、婚姻継続中。

【問題点】 通所サービス利用を1年8か月継続中だが、ADLは変わらず目標設定が曖昧になってきている。自宅にこもり、終日ソファに座ってテレビを眺めるだけの生活が続いている。



私を含む担当チームはSさん本人と面談を行い(写真1)、QOL、生活関連キーワードを聞き取り、

表2 「健康関連 QOL」の3要素をベースにした生活再評価(ケース1,Sさん)

身体	精神	社会役割
左片麻痺:耐久性が低下 動くときすぐ疲れる:外出をせず 自宅でぼぼ横になっているか 座位で過ごす 洗濯物をたたむ	「発症前のように動けるように」 希望は高い 面倒くさい 外出するとトイレが心配 「人に当たるのでは」 心配と不安な気持ちが強い 麻痺側への体重負荷も怖い 自信の喪失 本当の意味で障がいの 受け入れはこれから? 楽しみ:発症前は近所の花屋、 百貨に行くこと。1日いられた。 ほかにはパチンコ	孫は3人。4歳まで育てた。 現在、中学生に。 週1で遊びに来るが 別室でゲームばかり。 でも「みなかわいい」 発症前はもともと家事全般 を担っていた (ご主人の弁当作りも) ご主人:発症を機に変わった 毎日ご主人と晩酌 (あまり会話はない)

身体・精神・社会(役割)の3つの要素を念頭に生活再評価を行いました(表2)。

その結果、「外出するとトイレや人に当たるのではと心配」など「自信の喪失」というSさんの精神的側面の問題点が見えてきました。早速ご主人と連絡をとり、「Aさんが洗濯物をたたみ終えたときには感謝の気持ち、自宅で自主トレを終えたときには^{ねぎら}いの気持ちを本人にわかるよう意思表示してください」とご家族に要請。通所サービス来所の際、「具体的な進歩を示し、褒める」プランを立て実施しました。

当初は不安から麻痺側の左下肢に荷重がかけられず歩行が不安定でしたが、3か月目あたりから左足に体重を乗せられるようになり歩行が安定しました。

また、ご主人が片麻痺患者用のまな板を作成されたのを喜んだSさんは、毎朝ご主人の弁当作りが日課に。「弁当作りが忙しいので通いを(週3から)週1に減らしたい」と自ら希望され、回数が減りました。

ケース2

Hさん 69歳、男性(写真2)

【現病歴】 出生時より脊髄小児麻痺。Y年(55歳)、脳梗塞発症。両下肢痙性に加え左足に痺れが残存。Y+9年4月、変形性頸椎症発症。両下肢の痙性がさらに強まる。

【社会背景】 脊髄小児麻痺あったが普通学級へ。小学低学年時いじめられたが友人もでき、楽しく学

生生活を送った。仕事は写真の現像。母と2人暮らし。3年前、母死去後独居。勤務時友人多く趣味はギター。脳梗塞発症後、ADLが低下し外出機会減少。5年前、車の運転免許を返納。

【問題点】 精神面に大きな問題はないが、独居の現状でADLが徐々に低下してきている。朝の散歩、ご近所との交

流が困難になりつつあり、社会的孤立のリスクが高まっている。



担当チームはHさんと面談、QOL生活関連キーワードを聞き取り、身体・精神・社会(役割)の3要素に分類して生活再評価を行いました(表3)。

その結果、上記の問題点を見出すことができたものの、Hさんに外出を促し、他者との交流機会を増やすことは体力的に難しい状況でした。

そこで、Hさんはパソコンや写真が得意である点に着目。「ブログやSNSにこれまで撮りためた写真をアップしてみたいはいかがですか?」と、「ウェブでの社会的交流」を勧めてみました。もともと社交的でモチベーションの高いHさんです。「できるかなあ?」といいながらご自身でブログを開設。すると文章と四季の風景写真が好評で、他のブロガーから多くのコメントが入り、ウェブでの交流が始まりました。図2はブログを開設してちょうど1年後の記事の一部です。ここに書かれているHさん自身の言葉がまさにPRO(患者報告型アウトカム)そのものだと思います。

担当チームの介入の前後で、HさんのADLに特に変化があったわけではありません。

しかし、このHさんのように、QOLの3要素を使った生活再評価を行いほんの少しサポートするだけでQOL:《本人評価による、自身の生活の満足度》が大きく向上するケースも見られます。



表3 「健康関連 QOL」の3要素をベースにした生活再評価(ケース2、Hさん)

身体	精神	社会役割
両下肢痙攣性麻痺 装具+杖で歩行 幼少時からの障害 脳梗塞後 車いすから回復 毎朝立ち上がりがスクワット	障害と付き合うことに慣れている 几帳面で真面目 不安なし 抑鬱なし 社会的 あがり症 日中YouTube 車に乗れなくなり落ち込んだが 自力で昇車し納得	毎日メールしている友人がいる (今は実際には会えていない) 母親と死別後一人暮らし Face to faceの関係なくなった 近所の方との会話が 難しくなった
家事全般ほぼ自分でやっている 以前は車で外出していたが 無理になった 朝6時からの散歩が 難しくなった	趣味:パソコン(SNS等双方向なし) ギター、写真(昔は撮り歩いてた)	近所の方との会話が 難しくなった

写真2(左)
 自宅居間で
 ギターを弾く
 写真3(左) PC
 に向かい自身の
 ブログを更新

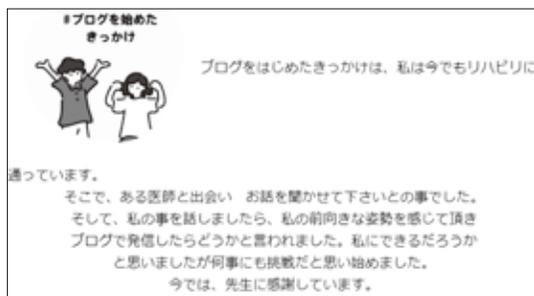


図2 「ブログを始めたきっかけ」(開設1年後の記事より)

介入すべき「ツボ」は、利用者それぞれ異なり、百人百様です。よって、この「ツボ」を「医療者報告型アウトカム」で明らかにすることはできません。担当チームは面談～生活再評価でお2人の〈声〉を慎重に聞き取り、価値観、大切にしていること、生きがいにつながりそうな要素を抽出してそれぞれの“real-world”を見ようと努めています。個々のツボを引き出すツールが「身体」「精神」「社会(役割)」の健康関連 QOL の3要素というわけです。

ワシントンの PROS conference で触れた PRO の本質的部分—(患者さん自身が発する声)をよく聴かないと、その人の real-world に触れることはできない—が、これらの介入の基礎になっています。

**QOL への関心高める連載に
 ～次号テーマは「QOL のスコア化」**

第1回は私の自己紹介を皮切りに、PROとQOL、健康関連 QOL の3要素と生活再評価への活用などをお話しました。この連載を通じ皆様の回リハ病棟、病院で PRO、QOL への関心が高まり、回リハ病棟をフィールドとして計量心理学ベースのス

コア化・臨床応用等、新たな研究の気運が高まれば望外の喜びです。

次号(2023年10月号)では「QOLのスコア化～QOLなんて数値化できるの? その数値をどう解釈して、日々のリハビリテーションやケアに活かせばいいの?」についてお話します。ぜひお読みください。

私のメールアドレスは nt13991@kchnet.or.jp です。ご感想、ご質問、コメントをメールでお送りください。次号に向けて励みになります。では、また次回。

文献

- 1) 田村暢一郎、岡野麻美、曾我比呂子、福岡敏雄 外傷患者における受傷後6カ月時点での職場復帰に関する検討と自宅退院後に行った直接患者インタビュー調査. 日本臨床救急医学会雑誌 2016;19:517-21.
- 2) 田村暢一郎、岡本洋史、中西美鈴、加藤由美 外傷患者の長期的な QOL に影響する因子は何か? 日本集中治療医学会雑誌 2018;25:431-6.
- 3) 池上直己、福原俊一、下妻晃二郎、塩田俊也 編 『臨床のための QOL 評価ハンドブック』(2001年、医学書院)