

(60) QOL を語るの は 統 合 医 療 の 視 座

121505 締 め 切 り 121505 提 出

医 療 の 評 価 基 準 は、あ や ふ や

医 療 を 評 価 す る と い う 言 葉 が、時 に 使 わ れ  
ま す。そ の と き に、医 療 の 量、あ る い は 質 と し て  
問 題 に さ れ る こ と が あ り ま す が、そ れ ぞ れ に つ い  
て 明 確 な 定 義、信 頼 に 足 る 評 価 基 準 は な い  
の が 現 状 で あ り、ま た 医 療 の 量 と 質 と は 分 け  
る こ と が で き な い 不 可 分 統 合 体 で あ る と、わ た  
し は 考 え て い ま す<sup>1)</sup>。こ の 問 題 に つ い て 考 え る  
た び に、私 が 悩 む の は、医 療 の 量・質 と は、医  
療 者 側 が 提 供 す る 医 療 内 容 に つ い て な の か、  
患 者 側 が 受 け る 医 療、あ る い は 施 療 を 受 け た  
結 果 と し て 現 れ る 患 者 の 状 態・治 療 効 果 に  
つ い て な の か が 不 明 で、か な り い い 加 減 だ と い  
う こ と で す。医 療 の 量・質 は、一 般 的 に 考 え る  
と 提 供 さ れ る 医 療 内 容 の こ と を 意 味 し て い る  
よ う で す が、QOL(quality of life)に つ い て 述  
べ る よ う に な る と、治 療 の 結 果 と し て 患 者 側 に

引き起こされる結果のことを問題にしていることになってしまいます。

## QOLの理念

QOLの基本的理念は、西欧ルネサンス以降の個人主義の尊重にあるとされています。さらに、フランス革命などを経て基本的人権思想によって強化・拡大されたものといえます。ところで、基本的人権思想は、キリスト教国家群である西欧的考えであり、当初人権の対象に想定されたのはある程度教育を受けて知識もあり、財産もあるブルジョアジーと呼ばれた当時のフランス市民に限ったことなものでした。それは、その後もアフリカ・アジアなどにおいて西欧諸国によって植民地が開拓され、支配されたことによって明らかです。現代では、この基本的人権思想の実現がイスラム諸国（自爆テロなど）・儒教国家（中国における一人っ子政策など）において制限を受けており、グローバルな権威を失いつつあるとする指摘が

あります。そうするとQOLを評価する根拠もあやふやなものであるということが出来ます。

医療の評価基準としてQOLを取り上げる  
とき、ADL(activity of daily life)などいろいろあり、結果的に、学問的に信頼に足るものはないと指摘する人もいます。

QOLの評価基準は、自由度

それでも、あえてQOLを説明する文言(もんごん)・記述を総括すると、肉体的・精神的な自由度ということになるようです。QOLが良いとは、選択の自由度が大きいということです。新しい思想によると、霊性(spirituality)の自由度も考慮に入れなければならないのかもしれない。霊性的健康は、WHOにおいて論議されている問題です。

生命があれば最低限よいという状況では、患者個人の選択による自由度が侵害される状況もあり得ますが、一方では、医療技術が進歩した社会においては延命操作が行われ

て人は簡単に死ねなくなっており、生き続けることは拷問とさえいえるまでという人もいます。

EBMは、科学専一主義的でない

厚生労働省が進めるEBM (evidence-based medicine) にも、基本的人権に基づくQOLの思想が盛り込まれています。EBMの3つの要件、すなわち、1) 医学的知識・臨床技能、2) 臨床研究の証拠、3) 患者の価値観のうち、患者の価値観 (patient's preference) がそれです。

患者の価値観に基づく人間としての欲望・好みは、無秩序で方向が定まらず、大きさ・深さは無制限といえます。QOLは、個人の感性和極めて密接な関係を持って成立するものです。

感性の客観化は不可能

現代では、個人の感性を科学的に評価することは不可能と考えるのが一般的でしょう。

感性を評価するには個別性・主観性を取り扱わざるを得なくなります。科学的であることの条件と相容れません。「主観性の科学」の構築が可能かという命題は、21世紀の科学の直面する大問題であり、その構築は、従来の科学のパラダイムを根底から変革するものであるといわれます<sup>2)</sup>。ところが、一方では、感性の権化ともいふべき芸術を科学する人たちもいて、出版物があつたりするのです。

QOLを視野に入れたときに、統合医療は始まっていた

わたしは、医療におけるQOLの重要性を認識し、意識するようになったときに科学専一主義的医学・医療のパラダイムから患者を肉体的・精神的・社会的・哲学的・倫理的などの存在として認識しようとする全人的（ホリスティック）医療のパラダイムに入り込んでしまったと考えています。全人医療の基本理念は、最近では主に補完・代替・伝統医療なども

含みこむ統合医療 (integrative medicine) と呼ばれるものに引き継がれています。これは、いまから過去にさかのぼって考えてみる (retrospectively) とという話です。この全人医療・統合医療の思想が始まったのは、アメリカなどでは1970年代であったと考えられます。わたしの専門領域である血液浄化の分野では、慢性透析患者のwell-beingは透析器の透析膜面積と透析時間に影響されるとするBabbらの仮説が発表されたのが、1971年のことでした。

文献：

- 1) 阿岸鉄三：医療の量と質は不可分 (炉辺医話 (37))。クリニカルエンジニアリング、15(4)：400、2004年。
- 2) 田近伸和：感性工学と情報社会 (鈴木邁監修)、p182、森北出版、東京、2000年。

挿絵：秋の道東地方

2005年11月、急に思い立って北海道東

部（道東地方）を独りでドライブしました。ラッキーなことに、雪の降る前のわずかな小春日和が楽しめました。絵は、イギリス風のマナーハウスの庭です。あちこちの川で、最後の鮭の群れを見ました。羅臼（ラウス）で海岸道路を歩き始めたら、熊が入った民宿というのがあって、すごすごと引き返しました。斜里峠は、2日後から冬季閉鎖になるところでした。