

S O L (命の尊厳) と Q O L (生活の質)

武蔵丘短期大学教授 西 宗 高 弘

我々は皆、充実した健康生活を送りたいと思っています。Q O L (生活の質) を高めると、自然にその願いがかなえられると言う人がいます。そうなら、皆さん誰だって、Q O L を高めたいですよね！ Q O L を高めるには、どうすればよいのでしょうか？ “Q O L” ってなんだか知ってますか？ 本日は、少し分かり易く解説してみます。先ず、2つのエピソードを紹介しますので、考えてください。



1. 自分で歩けず、車椅子の生活になって、発声も困難になって自由に話せない人のQ O Lは低いと思いますか？

英国ケンブリッジ大学のスティーブン・ホーキング教授(62)は大学在学中に筋萎縮性側索硬化症(A L S)に冒されましたが、宇宙物理学を専攻し、ブラックホールの内部の存在は徐々に質量を失い、最後は消失するという理論を発表しました。S F ファンなどが、ブラックホールを通して別の宇宙に移動する可能性を夢見る基礎になっていました。

彼の難病の症状は徐々に進行しましたが、1995年には2度目の結婚を発表し、報道陣に幸せなところを見せていました。数年前に米国の研究者がスーパーコンピュータを使って、ブラックホールの中に“裸の特異点”と呼ばれる点がまれに存在し、そこからブラックホールの外へ情報が漏れて来ること(情報のパラドックス)を示していました。2004年アイルランドの国際学会でホーキング博士は30年来の自説の誤りを認め、「S F ファンを失望させて申し訳ないが、ブラックホールを通して別の宇宙へ行くことは不可能だ。ブラックホールに飛び込んでも、バラバラになってやがてこの宇宙に戻ってくるだけだ」と講演し、ブラックホールの崩壊に伴って外部に漏れ出て来るという新説を発表し、聴衆を沸かせたそうです。ワープ理論やワームホールを使うS F 界も大変になりました！

肉体的健康に恵まれなくても、質の高い生活は可能と思いませんか？

乙武洋匡君も頑張っていますよ。

2. 人間の命は神聖で、神に与えられたものだから、これを少しの時間でも長くすることは何より大切だと思いますか？

米国ミズーリ州のナンシー・クルーザンさん(26)は1983年、交通事故に遭い、脳に怪我をして植物状態(人間の高度知能を司る大脳皮質が働かないが、呼吸などを司る脳幹は健常で、栄養補給チューブで生命維持が可能な状態)になりました。彼女は平素「植物状態になったら生きていたいとは思わない」と言っていたことから、両親は栄養チューブを外すように巡回裁判所に訴えを起しました。巡回裁判所は本人の発言を根拠に、自由の権利によって、栄養補給を拒否できると判決しました。これがミズーリ州最高裁判所に持ち込まれ、“1. 本人の意思が、友人との一時的な会話では証拠としては不十分、2. ナンシーは終末期(死期が近く回復の見込みが無い状態)ではなく、単に生命の質

が極度に低下した状態”との理由で外せないと判決しました。更に、合衆国最高裁判所に持ち込まれ、本人の意思についての証拠が不十分との理由で外せないと判決がでました。そこで、両親は娘の友人3人を新たに証人に立てて、ミズーリ州事実審裁判所で栄養チューブの補給中止が認められ、12日後に33歳で死亡しました。本人の意思が裁判で最も尊重されました。

肉体的健康が望めない時、生活の質(生命の質)を高める事はどうすれば可能でしょうか？

埼玉県上尾甕生病院ホスピス病棟では寝たままでディズニーランドへ行ったり、死の直前に海を見に行ったり、昏睡状態でウエディングドレスを着た人など、限られた時間の中で生きている事をひしひしと看護師が感じるそうです(1998.1.27朝日)。

末期がんで聖路加国際病院外科に入院する患者や家族の内、約8割は延命治療を望まないそうです。旭川高砂台病院に入院する高齢者の血圧が80を下回り、命に危険が出てきても約半分は呼吸器をつける事を選ばないそうです(2004.6.1朝日)。

栄養チューブを外すのは尊厳死、即ち“消極的”安楽死と呼ばれます。今は“積極的”安楽死(本人の意思が確実で、終末期で、強い苦痛がある場合に、死を早める行為を医師が行うこと)を合法としている国もあります。

これらの例から解かる事は、我々人間は一人一人多様な価値観を持っており、生命(生きていると言う事)に対しても人によって考え方は多様であることです。例えば「人としての尊厳を保ちつつ生活する事が生きると言う事」と考える立場から、植物人間状態を拒否し、尊厳死(延命装置を装着しないなど)を選択する人も沢山居られると言う事で、神に与えられた命の神聖さを大切にすることだけでは説得できない人が多いことが解かります。

このような生命に対する個人の考え方の違いが最も尊重されなければならないのは、その人の生命に直接危険が及んでいる終末期において、その人の生命に決定的な影響を及ぼし得る立場にある医療関係者の行為においてそのことが求められますので、生きていると言う事に対する考え方 Quality of Life(QOL)を尊重しようと言う動きは終末期医療から始まりました。永年、命の尊厳は不可侵という医療の立場(Sanctity of Life: SOL)から、多少患者の意向を無視しても延命のための治療は絶対不可欠というパターンリズムが行われていましたが、ホスピス運動をきっかけに一人一人のQOL尊重の流れが始まり、21世紀はQOLの時代とされています。

今までのQOL関連事項の経過を概略示します。

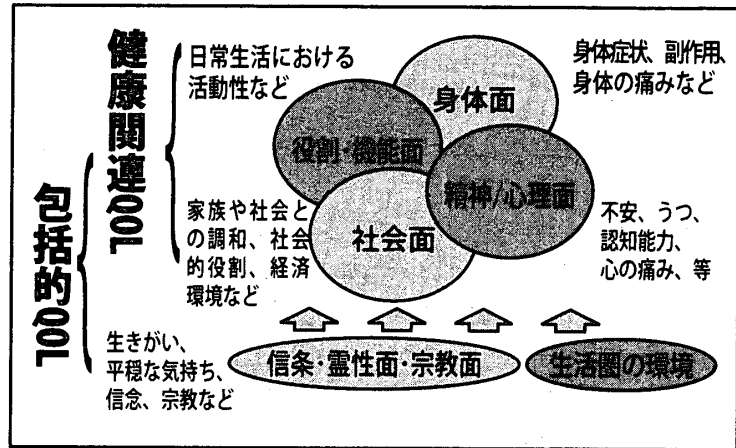
QOL関連事項	年度
Karnofsky Performance Status Scale	1949
米国 アイゼンハワー政権 国家目標としてのQOLを提唱	1960
英国 Cicely Saunders によるSt Christopher's Hospice設立	1967
日本 淀川キリスト教病院(ホスピス)設立	1973
欧米で各種疾患患者用のQOLが開発され、測定される	1970年代後半～
米FDA抗癌剤の臨床評価指針でQOL改善効果の評価を求める	1981
米FDA新薬承認にQOL向上を指標として採用	1985
日本QOL研究会(2000年からQOL学会)発足	1988
疾患特異的QOLから一般的包括的QOLの開発へ	
厚生省 抗悪性腫瘍薬の臨床評価方法ガイドラインでQOLを指標に	1991
国際比較可能なQOLの開発: WHO-QOL300, WHO-QOL100, etc.	1994～
一般集団も対象に: SF-36, WHO-QOL, EuroQOL等	1995～
日本でも総合的QOL評価法の開発が試みられるースモン調査研究班ー	1993～95
第1回国際QOL学会	1994
体育学系の総合的QOLの開発(TARA project)	1999～
健康日本21にQOL指標が示される(SF-36, EuroQOL, WHO-QOL等)	2000

QOLを構成している5つ (WHO-QOLでは6つ)の領域があります。

人生に対するいろいろな考え方がある。⇒自分の考え方が尊重されると人は満足する。⇒従って、命に対する考え方の違いを尊重するには、⇒一人一人の満足度を測定すればよい。⇒その満足度を最大にするよう努力する事が、QOLを尊重する事になる。

⇒どんな質問で満足度を測るか？

⇒似たような質問はまとめる。⇒多数の質問に対する解答を多変量解析(因子分析など)でグループ分けする。⇒QOLを構成している領域がまとまってくる。今までの研究で、5～6つの領域が解かっています。



(日本乳癌学会：QOL評価研究のためのガイドラインを一部改変)

包括的QOL：測定対象を特定の疾患を持つ患者に限定せず、健康人も対象に。

例：SF-36は4領域で、信条・霊性・宗教面を含まず。SIP, NHP, WHO-QOL等。

健康関連QOL：基本的に患者の健康状態に直接起因・密接に関連する事からを対象に。各種疾患に特異的な測定票には、特有の要素への質問を追加。

どんな質問票が多く使われているか？

測定法	論文数 (主に1990～'99)
SF-36	408
Sickness impact profile SIP	111
Nottingham health profile NHP	93
EORTC QLQ-C30	82
QALY	79
EuroQOL	77
Health assessment questionnaire	62
Arthritis impact measurement scales	59
Quality of wellbeing scale	53
General health questionnaire	43
Health utilities index	41
COOP charts	33
Functional assessment of cancer	32
WHOQOL	24
Healthy years equivalent	24
Beck depression inventory	23
その他のQOL評価票10種	21～14

医療のどんな専門領域でQOLの調査研究が活発に行われているか？

測定領域	論文数 (主に1990~'99)
リウマチ病 (筋骨格系)	462
癌	439
高齢者	324
心の健康	299
神経症	253
一般健康集団	235
小児科又は思春期	232
呼吸器	202
心血管系疾患	188
リハビリテーション	114
胃腸病	100
A I D S	90
代理人	71
泌尿器科	71
整形外科	65
内分泌科	60
腎疾患	53
歯科	50

(Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A. Br Med J 2002)

WHO-QOLと一緒に体験しましょう(平均値にとらわれないようにしましょう)。