

QOLを目指した医療・看護

Medical Treatment and Nursing Toward Quality of Life (QOL)

大 森 武 子

1. はじめに

人間生活の中で、生、老、病、死は、避けることのできないものである。いのちを育み、意味ある生活ができるようにするためには、医学が近代的なテクノロジーを提供している。現代の医療技術は、人間全体をみるよりも、ある部分の病変だけ診てそれを治すことに主眼となり、人間性を無視し、病気を治療する技術が優先される傾向がみられる。

今日、保健医療分野においては、国民の健康に対する関心の高まり、人の命や生活・人生の質を問うことが重要視され、21世紀を見据えて大きく変革しようとしている。少子高齢化に伴う本格的な高齢化社会の到来は、後期高齢者、慢性疾患や障害を持つ人々の増加をもたらしている。患者の権利意識の向上、一方診断・治療技術の進歩、先端医療の応用等の諸要因は、インフォームド・コンセント（以下I・C）や生命倫理の重要性を高め、Quality of Life（以下QOL）の確保・向上を目指した質の高い医療が求められる。

2. Quality of Life (QOL) の歴史的背景

Quality of Life（以下QOLとする）は、当初は経済学や社会学の分野で使われ、米国では、1960年代に大統領が国家施策に、経済成長主義に替わって「国民の暮らしの豊かさ」を総称する概念、生活の豊かさを追求する指標として使用された。わが国においては、高度経済成長をとげた1970年代から1980年代にかけて「はたして生活は“豊かに”になっただろうか」という問い直しから、生活の質に関心が寄せられるようになった¹⁾。1980年代に入ってからQOLが強調されるようになったもう一つの背景は医療分野における問題が上げられる。がん代表される難治疾患、慢性疾患、ターミナル・ステージの疾患を持つ患者に対して、発展してきた現代の医療で何が出来るだろうか模索がされる中で、QOLが問題となってきた。

従来の Cureを第一の目的とする医療から、障害や病気はあっても心身のいろいろな面で Careすることが重要ではないかとされ Curing 主流時代から Caring 優先の時代へと変化し、この流れは、高度経済成長や高度技術に対して、生命の質、生活の質を追求する QOLが問われ始めたといえる。

生命の維持、生存率の延長、延命といった量的指標を医療の目標とすることに対し、医療を受ける側の生命・人生・生活の意味と質が問われ、医療のあり方を見直す必要性が出てきた。

3. QOLの概念

QOLは「生命の質」「生活の質」「人生の質」と訳され人間の生命や生活の質を表す言葉として用いられ、「人は、ただ生きられればよいというものではなく、その生がどのような質であるかが大事である」という意味を表している。QOLには、より良く生きるための条件がいかに整っているか、現にいかにより良く生きているかであり、幸福の状態を意味し、自己の生に対する満足感を表していると云える。

医療における QOL の基本理念は「生命に年月を加えるだけでなく、年月に生命を加えること」²⁾という言葉に表現されている。

がん患者や慢性疾患患者の QOL は、「障害を持ちながらも意味ある人生を生きる」「より良く生きる」「いきいきと充実して生きる」つまり疾病を有しながらも意味ある人生を満足感を持ってその人らしく生きることを意味している。

QOLの先駆的な社会経済学の研究者は、(表1)に見るような概念の定義を多くの研究集積により行っている。ここでは、QOL の概念化に意見の一致は見られないが、生活主体の認知とそれを取り巻く環境条件に関して共通に述べられている³⁾。

保健医療領域の研究者では、(表2)に示したような定義を様々な研究者が用いているが⁴⁾、この領域でも QOL の概念化にコンセンサスはないが、指標および測定の方法に関心が寄せられているといえよう。

また、FerransとPowersは、QOLの概念を「個々人にとって重要な生活の領域に伴う満足・不満足から生じる安寧 (well-being) の感覚」⁵⁾としている。① 健康と機能的領域、② 社会・経済的領域、③ 心理学的・精神的領域、④ 家族領域の4領域が QOLを問う際に重要であると指摘している。

表1 QOL研究先駆者の定義の例

研究者名 (年)	定義内容
Dalky, N. C. et al.* (1973)	個人の安寧感 (sense of well-being), 生活上の満足・不満足 (satisfaction or dissatisfaction with life), あるいは幸福感・不幸感 (happiness or unhappiness)
Mitchell, A. et al. (1973)	ある個人が一定期間にわたって自分自身のニーズについて全般的に認識したり感知したりする満足感
Benn, A. W. (1973)	人々を裕福で満足な生活にするための社会システムの創造
George, K. (1975)	物質的な安寧のみならず、教育、レクリエーションの機会、個人的安定、住宅、近隣関係などのような物事にかかわる満足あるいは不満足の状態 (satisfaction or dissatisfaction).

(*引用：萩原勝 (1978)；日本人のクオリティ・オブ・ライフ. 至誠堂. pp. 2-5)

表2 保健医療の QOL研究者の定義の例

研究者名 (年)	定義内容
Smith, H. C. et al. (1983)	人生を価値あるものにさせる一連の満足のすべて the sum of Satisfactions that make life worthwhile
Wenger, N. K. (1984)	日常的な日課を達成する能力、生産的である能力、様々な社会的な役割、知的な役割を果たす能力、以上のようなことを実施することから得られる満足
永田勝太郎 (1989)	身体的にも心理的にも社会的にも倫理的 (実存的) にも満足のできる状態
黒田裕子 (1990)	個人の主観的、心理的、意識的な生活の評価

(*引用：黒田裕子；クオリティ・オブ・ライフその概念的な側面, 看護研究 Vol.25. No.2, p2, 1992.)

世界保健機関 (WHO) の QOL の定義は「個人が生活する文化や価値観の中で目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」⁶⁾である。評価領域は、① 身体的領域、② 心理的領域、③ 自立のレベル、④ 社会的関係、⑤ 環境、⑥ 情緒／宗教的領域の6領域としている。

QOLが人々の意識にのぼり多方面で議論の対象になっているが、その概念には共通の見解などが明確にされているとはいいがたい。

4. 環境、医学からライフスタイル時代へ

人間は、環境を作り出すとともに、一方で常に環境から多大な影響を受けている。環境が健康に及ぼす影響についての研究課題はここ四半世紀に大きな変貌を遂げ現在では、健康に関わる環境要因としてライフスタイルが新しい課題として注目されている。

Health Eras 変遷を見ると、1875年からは、Age of Environment, 環境の時代、次の1930

年代は、Age of Medicine, 医学が本格的に発達したサイエンスの時代、そして1960年代からライフスタイルの時代と大きく分類される。(図1)

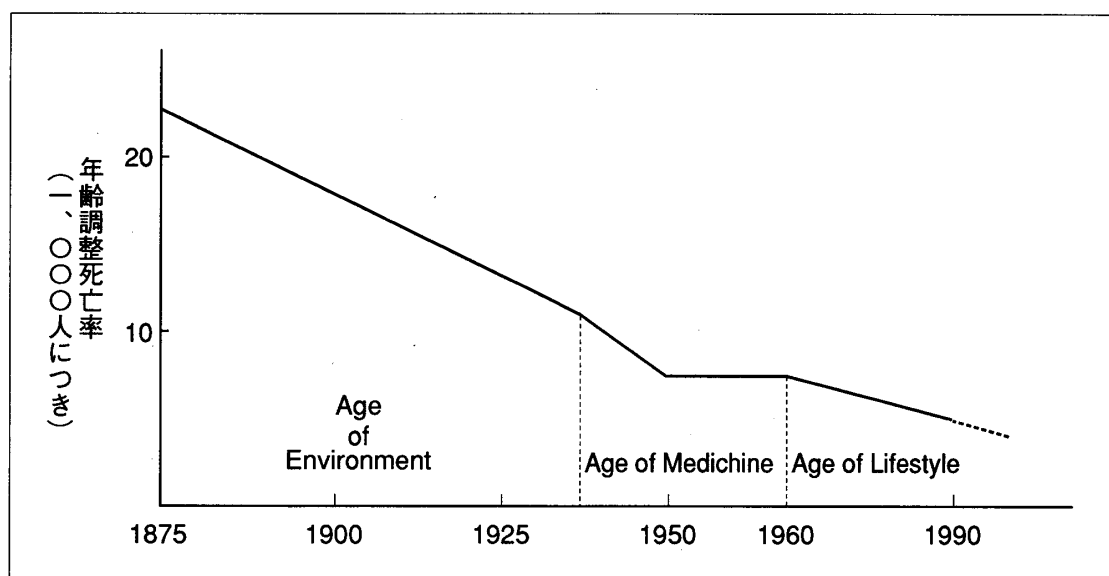


図1 Health Eras

(Vickery, Donald M. : Life Plan For Your Health. Addison Wesley, modified by S. Hinohara)

(*引用: 萬代 隆・日野原重明編著: Quality of Life, メディカルレビュー社, p10, 1996.)

環境の時代は、餓え、寒さ、猛暑といった悪条件の自然環境に伝染病の蔓延により、多くの人が死んでいった時代であり、育児環境も厳しくまた病気になった場合の手立ても乏しく、健康的には恵まれない時期であったと推測される。次の医学の時代は、医学・科学の発展と共にペニシリンやストレプトマイシンの発見により、化学療法が可能となり、死亡率も次第に低くなり延命することができるようになった。1960年代頃からは、疾病構造が変化し、生活習慣病である高血圧、糖尿病、がん、脳血管疾患等慢性疾患が多くなり、これらの疾患は、遺伝的素因だけでなく食生活、運動、睡眠、ストレス等ライフスタイルが複雑に関与し、発症することが明らかになっている。したがって環境としてのライフスタイルが健康に大きく影響をおよぼす時代であることを示している。慢性疾患で合併症を引き起こすことは、QOLの低下につながる結果となる。

5. QOL と I・C

I・Cの必要性について、手術のような医的侵襲を伴う治療の場合は患者への説明と同意が不可決であるといった論点から、医的侵襲とは無関係に、患者の QOL にとって必要で

あるという議論に発展がみられる。そもそも、I・Cは、「患者の知る権利」と「自己決定権」の二つの権利が深く関係している。

I・Cを適切に実施するためには、病名や病状、治療方法と予後等の情報について患者の知る権利の保障が条件となる。知りたい情報を入手することと反して、真実をゆがめて（患者のために）伝え、対応している場面も見受けられる。患者に情報を提供するか否かの判断は、医師の裁量に任されているのが現状である。I・Cの原則は、意思能力のある自己決定権という考えに支えられている。それはI・Cを行う場合には患者が自律的行為者であることが前提となっている事を示している。I・Cにおける主体は医療者でなく患者にあり、患者の自律的行為を促すため医療者がサポートするのである。

知りたい情報を得て、患者の意思決定を尊重した自己決定ができるようにすることがI・C本来の姿であるといえよう。

I・Cを成立させるためには、医療現場における患者と医療者の関係を上下関係や、対立の関係の構図で考えるのではなく、相互の立場を尊重し、理解を深める努力が必要となる。

患者の限られた生命を意義深く生きるためには、自分の病気や可能な治療の選択肢をよく考えて、自己決定することが必要となり、患者はI・Cを通してQOLを追求することになる。

人間は各人各様で、考え方、価値観、健康観、人生観、ライフスタイル、家族環境など二人として同じ人は存在しない。患者自身が病気と共にその人らしく生活者として満足観、安定感、幸福観をもって過すことができるようQOLの保障が大切となる。医療が患者の満足を得られるものであるためには、医療者と患者および家族との信頼関係やI・Cが重要な要素となる。従って、医療・看護行為は、QOLに包括されているということがいえる。

従来、医療は生命を救済し延命を図り、患者の苦痛の軽減においてQOLを高めてきたが、今後はそれと同時に、患者の意思に基づいたI・Cや生命倫理を踏まえたQOLが主流となるであろう。(図2)

6. 患者の権利とI・C

患者がどの程度、病気や治療について説明を求めるか、患者と医師の関係は時代によりまた国によって異なっている。つまり、患者・医師関係は社会制度あるいは文化の一部であるともいわれている。わが国は、欧米諸国と比較すると、医療におけるパターンナリ

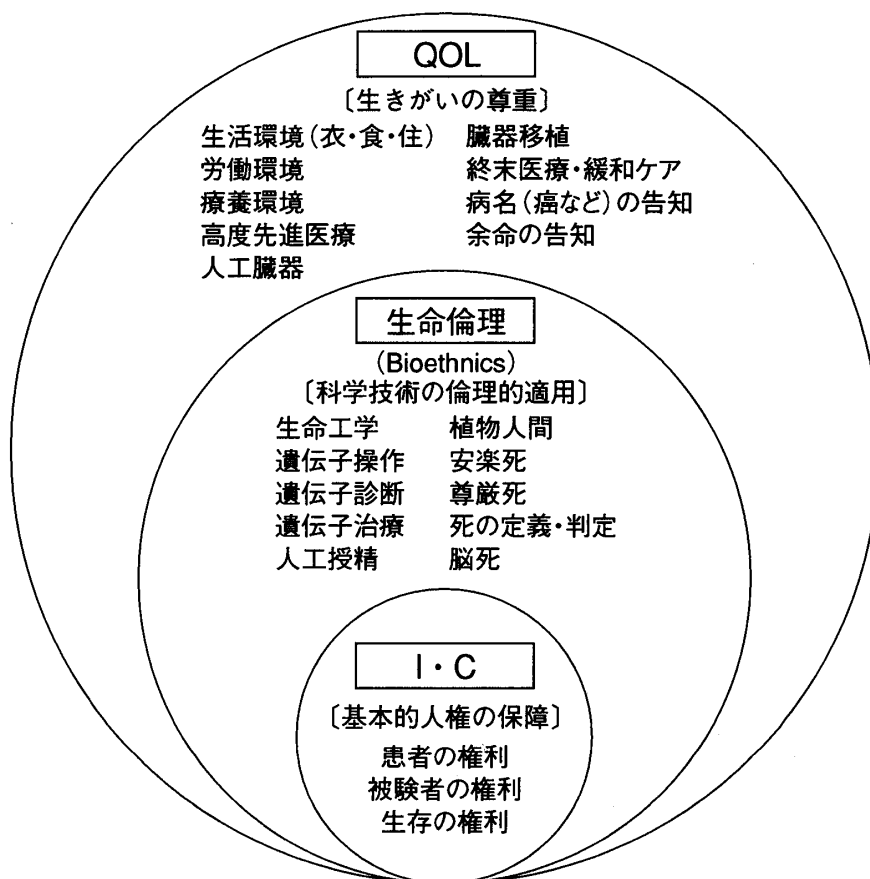


図2 QOL, 生命倫理 (Bioethics), インフォームド・コンセント (I・C) の相関図

(松田 朗：厚生行政におけるQOL研究の意義。Quality of Life—医療新次元の創造，萬代 隆，日野原重明編，メディカルレビュー社，東京，1996，p.36)

ズムが強い国であるとされている。欧米では、1970年以降、患者の権利、特に医療における患者の自己決定権が社会に受け入れられ、法的にも確立されると共に、医療におけるパターナリズムに対する大きな批判が投げかけられた経緯がある。

米国では、患者の権利を明文化する動きが1970年代初頭に現れ、ボストにあるベス・イスラエル病院では「人種、肌の色、宗教、出身国、あるいは医療費の支払い方法にかかわらず、自分の病気を治療するために医学的に最高のケアを受ける権利をあなたは有しています」とする“患者としてのあなたの権利”と題する声明が出されている。

アナス教授は、医師が患者に提供する情報は少なくとも以下の7つが含まれる必要があるとしている⁷⁾。

- ① 医師が勧める治療または処置に関する概要の説明
- ② 勧める治療・処置のリスクと便益の説明
- ③ 別の治療法や処置を含め、医師が勧める治療・処置以外にはどのような選択がある

のか説明、およびそれらについてのリスクと便益の説明

- ④ 治療を行わない場合に想定される結果
- ⑤ 成功する確立、および何をもって成功と考えているか
- ⑥ 回復時に予想される主要な問題点と、患者が正常な日常生活を再開できるようになる迄の期間
- ⑦ 信頼に足る医師たちが同じ状況に通常提供している上記以外の情報

行う治療や処置について、医師が患者に説明しなくても許される場合アナスは次の4項目の場合をあげている⁸⁾。

- ① 患者の生命や健康を救うために直ちに治療を開始しなければならないような緊急事態の場合
- ② リスクが小さく、かつ普通の人でもよく知っているような場合
- ③ どんなリスクがあるかについて知ることを患者が希望せず、死亡や重篤な身体障害をもたらすリスクがあることを理解した上で、それらのリスクに関する詳しい説明をしないでほしいと患者が依頼した場合
- ④ リスクに関する情報によって、患者は合理的な判断ができなくなるほど混乱するだろうと思われる客観的な証拠がある場合

1993(平成5)年「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会」が設置、検討が行われ、1995(平成16)年に報告書が提出された。その報告書に基づく普及・啓蒙事業が開始されると同時に、1997(平成9)年12月介護保険法と共に国会で成立した第三次医療法の改正において、I・Cに関わる規定が検討され、「医療の担い手は、医療を提供するに当たって、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めるものとする」という条文が盛りこまれた。これはI・Cを医療担当者の努力規定として定められたもので、今後は、その適正な運用がなされているかについて、広く国民から評価を明らかにしていくことが重要であろう。

7. 看護とI・C

I・Cは、弱い立場にある患者の人権を擁護するという運動からはじまり、医療における主権者として、患者を位置づける迄に至った。このことは、より良い医療の基盤づくりのための患者と医療従事者関係のあり方を追求する上で重要な位置づけとなっている。

I・Cの考え方が浸透し、多くの医療機関においてI・Cへの取り組みが積極的となり実施方法の検討も行われている。患者の意識も自らの健康問題として関心を持ち、疾病について情報を得て疑問を解決していこうとする努力姿勢がみられる。

しかし、医療現場においては、治療や処置に追われ、患者の状況に合わせ計画したI・Cの内容、時間、場所等が確保されずに終ったり、患者が期待した返答が得られない場合も生じているなど課題も多い。

こうした中であって、患者が自らの病気や障害についての情報を得て、望む医療が受けられるよう看護職の関わりが重要となる。

I・Cを行った医師がいつも患者の側にいて、不安や疑問に応じることは困難であり、治療や処置の間の限られた時間の中で行われる話し合いでは、患者にとって不安や不満を残すことにもなりかねない。

患者・家族が医師の説明を十分理解し、患者にとって良い自己決定が出来るように患者・家族を支えることが必要となる。そのためには、I・Cが行われている場に同席し、患者・家族が、病名、病状、検査、治療方法等についてどのように受け止めたか、医師からの説明をどのように理解したのかについて確認する。必要に応じて患者・家族に対して補足説明を行うことや、彼等の心理的なダメージ状況を観察し、ダメージから回復するよう支援する。患者が自分の置かれた状況を捉えられるよう働きかけ、病気や障害のある自己が受け入れられるよう導き、患者が行った決定に対して最後までサポートを続ける姿勢と意志を持ち患者のケアを行うことが大切となる。

看護職は24時間、患者の側でケアを行っていることから、患者の状況をよく観察し、入院生活における変化もいち早くキャッチし、必要な情報を医師に提供し問題解決につなげる役割をとることができる。

今迄述べてきたI・Cとは別に、看護職が日常看護業務を行っている場面においてI・Cを行ってケアを実施することで患者の受け入れの協力が得られている。看護業務としては、患者の状態観察であるバイタルサインの測定をはじめ、治療処置、療養生活に伴う患者の環境整備、移動、移送、清潔、食事等様々である。これらを実施する前に患者の意向を事前に受け入れ、患者の意思を尊重、方法や用いる用具等の了解も得て行っている。このように、看護職が日常看護業務のなかで、I・Cを意識して行動していることは、患者の権利意識を明確にさせ自律を促す重要な役割となる。

I・Cに関しての実態を2004年3月都内の病院(50)に勤務する看護師に対するアンケー

ト調査を行い、(表3)の結果であった。I・Cの定着および基本的考えに基づいた実施については、浸透していることが表れ、看護師のフォローも高いことが示されている。

表3 インフォームド・コンセント Informed Consent (I・C)に関するアンケート調査
(2004年3月大森実施)

調査対象：東京都内病院 (20床～1400床)

上記に勤務する看護師50名 (勤務経験5～26年)

1. 「病院における I・Cの定着」
 している：84% していない：2% どちらともいえない：14%
2. 「I・Cは、より良い患者・医療者関係を築く基本的考えに基づいて実施定着」
 行われている：84% 行われていない：16%
3. 「I・Cは、検査・治療等の同意を得るために主眼がおかれている傾向にあるか」
 ある：82% ない：18%
4. 「I・Cにおいて、患者は疑問や質問を積極的に医療者に聞く姿勢が見られるか」
 見られるようになった：38% 見られない：6% どちらともいえない：56%
5. 「看護師は主治医の I・Cの場への同席や、I・C後の患者の理解度や反応を含めたフォローの実施」
 実施：84% していない：16%

8. QOLを高める医療実践活動

1) 「Voice of Life- Net」によりQOLを高める

Voice of life-Net (VOL-Net) は、乳がん患者のトータルな QOL の向上、および乳がんに関わる全ての人・団体により良い場作り・関係づくりを目指したセルフ・サポートグループとして設立しその活動内容が報告されている⁹⁾。乳がんは、他臓器のがんに比べて告知率も高く、経過が長いため、さまざまな苦痛と共に社会生活を送らなければならない。乳がん患者は治療による痛み、日常生活動作の支障に伴う苦痛、再発や死への不案・恐れ孤独感、怒り、喪失感などの精神的苦痛をかかえ、がんと共存した生活を余儀なくされている。仕事上問題、家庭内の問題、経済的問題などさまざまな問題と直面し、子供への影響や人生の意味への問い、死生観に対する悩みといった魂の苦痛が生じる。

そこで、乳がん付き合いながら自分らしく生きるにはどうしたらよいかをテーマに、「納得のいく自分らしさ、自分らしい生き方」を見つけだしていくこと。まず患者の声を

聴き、現状の問題点や改善点を探し出し、自らの問題として、そのニーズに合う具体的なケアの方法を見つけ出すという「聴くこと」の意味を示している¹⁰⁾。(図3)

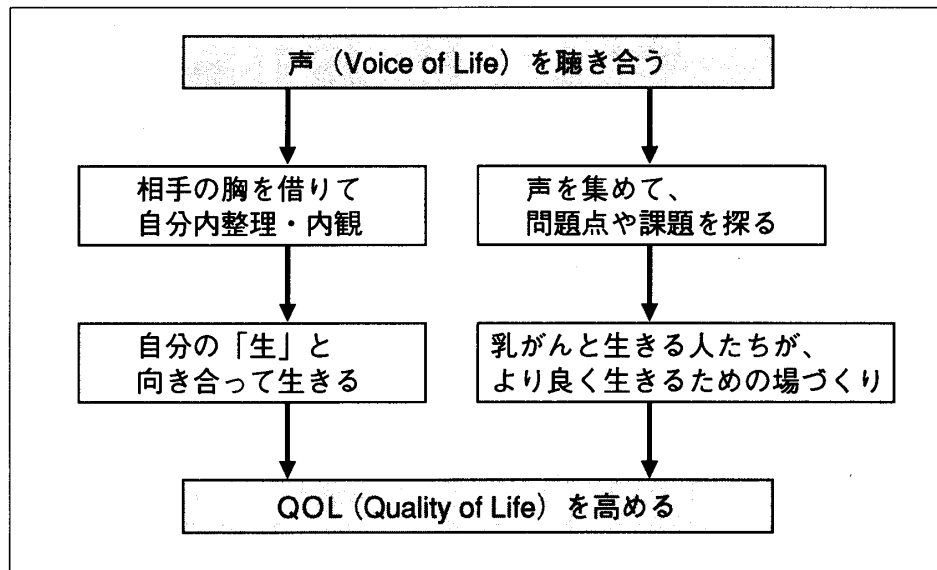


図3 聴くことの意味

(*引用：声を聴き合うことから一人ひとりの「QOL」を高めていく，臨床看護 29(7), p1079, 2003.)

患者会という場づくりをしてお互いの声を聴き合う、医療従事者や家族など乳がんに関わる人々の声を聴き合うことの効果としては、表現することで気持ちの整理ができる自分のかかえている症状や問題が自分だけではないという孤独感の軽減患者体験に基づく知恵と工夫や实际的で、より具体的情報が得られる患者自身も「自分の存在が誰かの役に立つ」ということに気づき自立の促進となる声を聴き合うことで、抱えている問題や課題が明確になり、その問題の改善となるなどがあげられている¹¹⁾。

VOL-Net 活動は、乳がんと共に生きる人たちの相互支援活動・交流の場づくり、さらには情報提供・生活提案を考え、さらに全国の医療者や企業とのコラボレーションも進行し活動を広げようとしている¹²⁾。(図4)

2) QOLをふまえた施策

わが国は2000年4月より、健康づくり5年計画「ゴールドプラン21」をスタートさせた¹³⁾。このプランは、新ゴールドプランの終了と、介護保険制度の導入という新たな状況を踏まえ、住民に最も身近な地域において介護サービス基盤の整備に加え、介護予防、生活支援などの推進により高齢者の尊厳の確保および自立支援を図り、健康で生きがいを持って参加できる社会をつくっていかうとするものである。

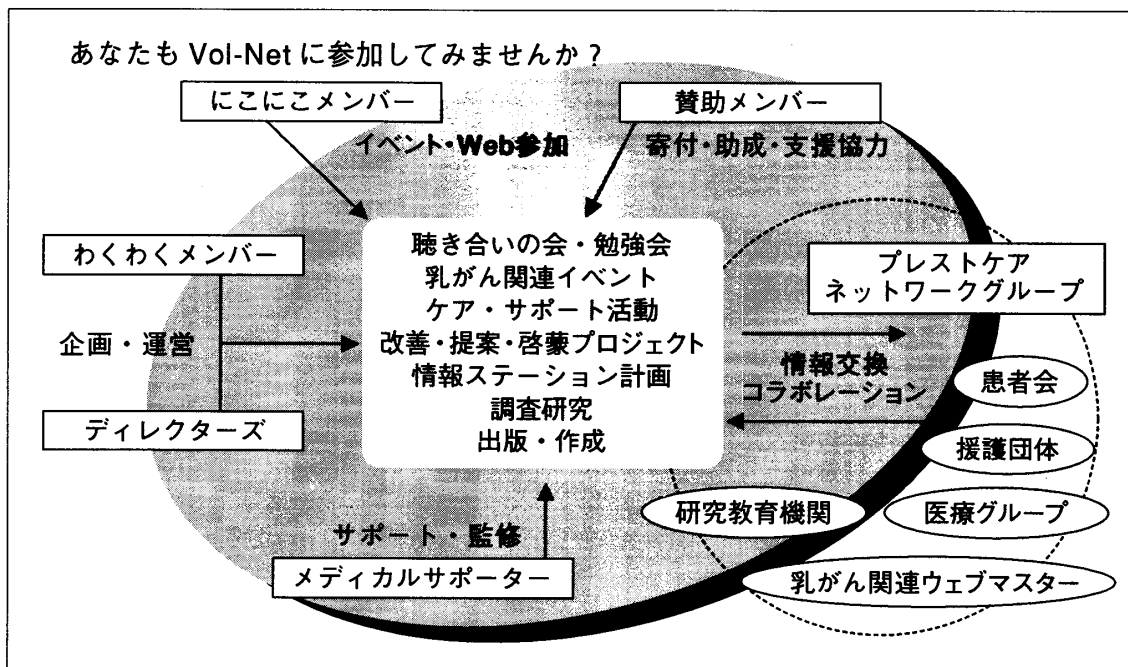


図4 Vol-Net の構成図

(*引用：声を聴き合うことから一人ひとりの「QOL」を高めていく, 臨床看護 29(7), p1082, 2003.)

ゴールドプラン21では、基本的目標を以下の4項目を掲げている¹⁴⁾。具体的には、できる限り多くの高齢者が健康で生きがいをもって社会参加できるよう、活力ある高齢者像を構築すること要援護の高齢者が自立した生活を尊厳を持って送ることができるよう、また、介護家族への支援が図られるよう、介護サービスの質量両面にわたる確保を目指す地域においてこれら高齢者に対する支援体制が整備されるよう、住民相互に支え合う地域社会づくりを進めること契約によるサービス提供という新たな仕組みが利用者本位のものとして定着するよう、介護サービスの信頼性の確保をはかるものである。

保健事業については、一次予防に重点を置いた対策をすすめ、壮年期死亡の減少、健康寿命の延長を図ることを目的に、具体的には生活習慣病対策、QOLの向上として、生命の延長だけでなく、生命の質重視すること、生涯にわたる健康づくりに視点を置いている。QOLの向上においては、幅広い健康の概念を組み入れた社会全体のQOLを目指すことが求められるといえよう。

注

- 1) 中川薫：クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の意味するもの, 園田恭一・川田智恵子編：健康観の転換, p105, 東京大学出版, 1995.

- 2) 砂原茂一：Quality of Lifeの意味するもの-Rehabilitationとの関わりについて考える, 理・作・療法, 9 (8), p507,1985.
- 3) 黒田裕子：クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その概念的な側面,看護研究 Vol.25 No.2 p2, 1992.
- 4) 前掲 p3
- 5) 大谷栄子・松本光子他：がん看護のQOLと臨床看護の方向性,がん看護, 1(1), p16,1996.
- 6) 中根文他：QOLの枠組み, がん看護, 1(1), p13, 1996.
- 7) 千代豪昭・黒田研二：医療概論, p259-260, 医学書院, 2003.
- 8) 前掲 p260.
- 9) 関連論稿 声を聴きあうことから一人ひとりの「QOL」を高めていく, 臨床看護, 29(7), p1078, 2003.
- 10) 前掲 p1079.
- 11) 前掲 p1079-1080
- 12) 前掲 p1082
- 13) 厚生統計協会編：国民衛生の動向, p102, 厚生統計協会, 2004.
- 14) 前掲 p102-3.