

病む人のクオリティーオブライフとスピリチュアリティ^{*}

藤井美和^{**}

1. はじめに

保健医療の分野でクオリティーオブライフ (Quality of Life: 以下 QOL と表記) が頻繁に言われるようになって久しい。QOL はその対局にある Quantity of Life (生命の長さ) — どれだけ生きたかを中心価値とする概念 — に対する限界と反省から生み出された概念である。つまり、QOL は、「いかに長く生きるか」ということより、「いかに人間の尊厳を保ち豊かに生きるか」という人間の生き方や命の質 (quality) を問題にする概念なのである。

一方我々の日常に目を向けてみると、現代は様々な社会問題や犯罪の中で、命の尊厳や人間の尊厳が問われ、また癒しやヒーリングといった言葉が頻繁に聞かれ、「こころ」「たましい」「スピリチュアリティ」といった概念やまたそのケアについてこれまでになく注目されるようになっていく。実はこの「こころ」や「スピリチュアリティ」は人間の生き方、つまり QOL を問う際、抜きにしては考えられない概念なのである。特に病を持つ人のケア、高齢者のケアを語るとき、その人自身にとって何が大切か、その人の人生をどう支えるか、いかにその人らしさを保つかといった事柄は、「スピリチュアリティ」と深く関わっているのである。

本論文は、最初になぜ今 QOL 概念が必要とされるのかについて述べ、スピリチュアリティが QOL とどう関わっているのか、また病む人にとってスピリチュアリティがどのような意味を持つのかについて明らかにしていくことを目的とする。

2. QOL 概念の必要性

Quality of Life (QOL: 命の質) は、Quantity of Life (命の長さ) とその中心価値を全く異にする概念である。そもそも Quantity of Life (命の長さ) は西洋近代医学の発展がもたらした概念であり、16世紀西洋で起こった Scientific Revolution を背景として育てられた概念である。ニュートン力学やコペルニクス宇宙論に代表される Scientific Revolution によって西洋における世界観、宇宙観は大きく変化し、自然現象や世の中の様々な事象が非常に科学的に又合理的に分析され理解されるようになった。そして、このように全てを科学的、合理的に理解していこうとする態度に価値があるという考え方、また全ては科学的に理解されなければならないという考え方が「善 = good」であると認識されてきたのである。この価値観が医療の中で具現化されたのが「西洋近代医学」であるといえよう (藤井、1998)。

a. メディカルモデル

西洋近代医学は特定病因論、還元主義、心身二元論をその基礎とする「メディカルモデル」に拠っている。このメディカルモデルは病気を次のように捉える: 「病気は身体の様々な部分の機能障害の結果である」 (Hewa & Hetherington, 1995, p. 133) (訳筆者) つまり、病気は何らかの原因の結果として現れるものであり、症状の裏には必ずその原因がある、ということである。メディカルモデルは、病気の「原因」と、結果であるところの「症状」はリニアの関係 (linear causality, 特定病因論) であると主張する。従って症状が現

^{*}キーワード: クオリティーオブライフ、構成概念、スピリチュアリティ

^{**}関西学院大学社会学部非常勤講師

れたら、まずその病気の原因を探り（検査）、そしてその原因を見つけ症状を確定し（診断）、最後にその原因を取り除く（治療）—これらが西洋医学の使命ということになる。つまり、近代西洋医学を行う医師は、病気の原因を探りながら、症状を持つ体の部位、臓器、細胞、DNA…とその焦点をどんどん下位システムに向け、原因を発見すると障害を起こしている部分に薬を注入したり、切ったり、貼ったり、取り替えたりする行為によってその原因を取り除く(Syrjala & Chapko, 1995) ののである。そしてこの過程を経て最終的に原因となるものが除去されたとき、結果としての症状は改善され、健康は上位システム—DNA、細胞、臓器、その所有者であるところの人間—へと還元される（治癒）というものである。

西洋近代医学を発達させてきたメディカルモデルのもう一つの柱は、心身二元論である。これは、人間の心と体は別々のものであり、医学は人間の身体分野のみ貢献するという考え方である。この考え方に拠ると、医学の捉える人間はもはや **Body—Mind—Spirit** というトータルな存在ではなく、その肉体を中心とした捉え方にならざるを得ない。従って、医学の関心は、人ではなく、症状でありその部分となるのである（藤井，1993）。

人間を身体中心にとらえ、人間を細かく分断し、病気を科学的に理解する—このメディカルモデルが近代医学を支え、病気治療のための高度な技術や新薬の開発を支えてきたことは言うまでもない。しかし、そこには決定的な限界があることがわかってきた。

b. バイオサイコソーシャルモデル

果たしてメディカルモデルは人の持つ病気を真に理解するモデルといえるのだろうか。メディカルモデルは生物体としての人間を科学的に理解するモデルではあるが、それと裏腹に人間全体をトータルに評価し理解することを妨げるモデルなのである (Dubos, 1959)。実際にメディカルモデルではどうしても説明の出来ない病気や状態が存在する (Freedman, 1995)。このモデルの限界を示すものとして2つのことをあげてみたい。

一つは、どうしても治せない病気があり、病気のために死んでいく人がいるという事実である。

メディカルモデルを拠り所とする西洋近代医学は、原因を見つけて治療し、その結果病気を治すということその使命とする。従って、病気が治せないという事態が発生すると、その時点でこのモデルは、それ自体の限界を認めざるを得ないことになる。終末期の患者にとって高度な医療が無力であることは我々のよく知るところである。

もう一つは、メディカルモデルでは、心の病気を病んでいる人を説明しきれないということである。近代医学が心と体を分離し、病気の原因は必ず体の中にあり、そこを治せば健康になるという考え方を主張する限り、心の病気の原因も体の中に見つけ、その原因を排除しなければならないはずである。しかし、実際にはここを病む人の体を見ていても—つまりここを病む原因を体の中に求めても—その原因は見えてこない。ここを病むはむしろ体の外に原因があることが多いからである。ここでもメディカルモデルの限界は明らかである。

そこで登場してきたのがバイオサイコソーシャルモデルである。これは、1977年にアメリカの精神医学のドクター **Engel** が提唱したもので、近代西洋医学の拠って立つメディカルモデルの限界を克服する形で登場した。

バイオサイコソーシャルモデルはメディカルモデルと異なり、その根拠をシステム論に求めている (Engel, 1980)。バイオサイコソーシャルモデルは病気を次のように定義している：病気は患者の持つ問題の一側面にすぎない、従って病気は生物学的基準によってのみ判断されるべきものではない (Engel, 1977)。つまりバイオサイコソーシャルモデルは、病気を患者の身体の状態のみによって理解することに疑問を呈し、病気は患者の社会的な側面、心理的な側面、そして精神的側面を全て考慮して初めて理解できるものであると主張する。さらに **Engel** (1978) は、病気はその人の持つ全ての人間関係、社会関係、そして環境との相互作用を評価し、その人の環境、文化、生活習慣、家族関係、友人関係、信仰、信条等全てを考慮する事によって、その本質が見い出せるとし、健康を「システム間、システム内の調和のレベルを表したもの」と説明している¹⁾。従ってこの立場に立てば、環境や人間関係が病気を引き

起こすということも説明可能となる。

c. 二つの視点

このように見ていくとメディカルモデルとバイオサイコソーシャルモデルの違いは、メディカルモデルが「症状」に焦点を当てる **Disease-Oriented Model** である一方、バイオサイコソーシャルモデルは病気を持つ「人」に焦点を当てる **Person-Oriented Model** ということになるだろう (藤井, 1998)。そして、「病気」ではなく、病を持つ「人」に焦点を当てたときに初めて、生命の質や生きることの意義を問うクオリティーオブライフの概念が必要なものとして登場してくるのである。そしてこのバイオサイコソーシャルモデルという新しいパラダイムはホーリスティックに人間を捉えるソーシャルワークの価値²⁾と一致するのである。

下の表は、メディカルモデルを拠り所とする近代西洋医学とバイオサイコソーシャルモデルをその拠り所とするソーシャルワークの枠組みが、その「対象」「目的」「人の死」をどのように捉えているか比較したものである。

まず対象である。これまで述べてきたように近代西洋医学はその対象を、患者の症状 (症状を持つ体の部位、症状を引き起こしている原因を含む)

とする。一方ソーシャルワークの対象は「患者」ではなく、病気を持つ「人」その「全体」でありさらに、その人を取り囲む人々や関係である。

次に目的であるが、医学の究極の目的は、「全てのものに対して最大限の健康を達成すること、また生命を守るためあらゆる努力をしていくこと」 (Bartlett, 1961) である。つまり、病気を治すこと、医学的治療による治癒 (Cure) が近代医学の至上命令なのである。

一方、ソーシャルワークの目的は「あらゆる人間の価値と尊厳を主張し、各個人が持っている発達への可能性を生涯を通して最大限に実現すること」 (Bartlett, 1970) と定義されている。人の価値と尊厳はどんな状態であっても守られるべきであり、各個人が持っている発達への可能性は、どんなに重い病気であっても生涯を通して支えられなければならない。このようにソーシャルワークの目的は、人間の側の状態の如何に関わらず果たされなければならないものであり、それは、病気が重ければ重いほど、またシステム間、システム内の不調和が大きければ大きいほどその重要性は高くなるのである。

このように、医学の視点とソーシャルワークの視点では、その目的も対象も大きく異なっている。

表

	西洋近代医学 (メディカルモデル)	ソーシャルワーク (バイオサイコソーシャルモデル)
対象	患者の「症状 (部分)」	「人」としての患者とその周りの人々
目的	生命の維持 健康の達成 =Cure	価値と尊厳 人間の発達へ可能性の実現 =Care
人の死	生物学的個体死 医学の敗北	システムの中でのイベント 関係の一時的終了
	↓	↓
	延命が重要 (Quantity of Life)	個人とその周りの人へのケアが重要 (Quality of Life)

1) Engel (1978) はバイオサイコソーシャルモデルの構成するシステムのレベルを次のように述べている：生物圏、ホモサピエンス、国家と社会、文化、下位文化、コミュニティー、家族、行動し経験する主体である人、身体システム、臓器、組織、小器官、分子、原子、原子構造内の粒子。

2) Bartlett (1970) は、ソーシャルワークの価値はソーシャルワーク実践の目指す目的あるいは目標を表すものであるとし、ソーシャルワークの価値を「あらゆる人間の価値と尊厳を主張し、個人が持っている成長への可能性を最大限に実現するもの」としている。

最後に人の死の捉え方について比較してみたい。医学の視点では「人の死」は生物学的個体死＝生物学的人間の終わりとして捉えられる（ここでは脳死議論はしない）。先に述べたように治療（Cure）が使命である医学にとって「死」は医学の敗北を意味するものである。それ故患者が死んでしまうという事態は何としてでも避けなければならない。負けがわかっているにもかかわらずその敗北を少しでも先送りにする－そのために起こっていることが延命治療なのである。従って延命治療は、患者の側の必要よりも近代医学の側の必要から生まれたものと言う方が正しいといえる。しかしながら、我々一般市民が近代医学絶対主義に陥ってしまったために、その不自然さに気づくことなく、実際には不必要なことが病院の中で当たり前のようになっているのである。一方ソーシャルワークの捉える「人の死」は「人間関係や環境システムの中での一つの大きなイベント」である。「人の死」によって生じるのはその人の持つ様々な「関係の一時的終了」である。様々な関係とはつまり、その人の持つ人間関係、システムとの関係などこの世の中で持っている全ての関係であり、死はその関係を一時的に終了するということである。ここで「一時的」とあえて述べたのは、亡くなった人との関係はその死によって終了するが、それはこれまでのその人との関係が消滅するのではないからである。亡くなった人に関わる人々は、その悲嘆過程において、亡き人との間に新たな関係を作り上げ、再びその新たな関係が継続していくからである。

これまで見てきたことから明らかなように、ソーシャルワークの視点に立つと、亡くなっていく人とその人に関わる全ての人やシステムに目を向けることが重要となる。そこで、「いかに豊かに生き豊かに死を迎えるか」、また「その後その家族をどう支えるか」というCareの哲学が必要となってくるのである。ここに、延命を目的とするCureとここでいうCareとの根本的違いが明らかになってくる。そして、ソーシャルワークの視点に立つとき初めて「どのくらい生きるか」という生命の長さとは相反する「いかに豊かに生きるか」という人生の質、命の質というクオリティーオブライフの概念が必要となってくるのである。

近代西洋医学を支配してきたメディカルモデルから、新しいパラダイムであるバイオサイコソーシャルモデルが登場して初めて、QOLは「全体としての人」を捉えるための重要な概念として認識されるようになったのである。

3. クオリティーオブライフの概念

では病を持つ人を「全体としての人」として評価していくとき重要となるQOLとはどのように定義される概念なのだろうか。はじめに述べたように、QOLという言葉そのものは様々な分野で使われるようになってきている。特に保健医療の分野では、どうすれば病気を持った人のQOLを高めることができるかが大きな関心事の一つになっている。さらにQOLは病院や地域医療におけるソーシャルワーク介入の効果測定の際のアウトカムとして、またホスピスプログラムの重要なアウトカムとして近年特に注目されている。しかしながら、QOLという概念は非常に曖昧に使われているのが現状である。「この患者さんのQOLを上げるために外泊させよう」とか、「リハビリを始めたから患者さんのQOLは上がるだろう」というように、QOLは曖昧に使われているだけでなく、ときにActivities of Daily Living (ADL)と混同して用いられている。

実際、保健医療の分野でのQOL研究においてもその概念について明確な定義はなされていない。しかし過去20年の様々なQOL研究の中で、QOL概念については次の2つの点でコンセンサスが得られている。

一つは、QOLは生活のあらゆる領域を含む概念であり、その下位概念に身体機能、心理状態、社会的状況を含む (Aaronson, Bullinger, & Ahmendzai, 1988) というものである。これはWorld Health Organization (WHO)の健康の定義－健康とは単に病気がないという状態をいうのではなく、身体的にも心理的にもまた社会的にも健全な状態を意味する－に示されていると同様、QOLは全体としての人、生活の全てに関わる概念であるということである。もう一つは、QOLは主観的概念であるという点である。これは人が生活全般に対して持っている満足度 (satisfaction) や

良好さ (well-being) (Gerson, 1975) といったものや、人生の目的や希望が経験を通してどの程度実現したかというレベル (Calman, 1984) といわれるように、QOLを問題とするその本人のみが評価できるものであるということである。

歴史的に見ると、QOLの構成概念は、その時代を支配する考え方によって変化してきた³⁾ (藤井, 1997)。

QOL研究の第1期といわれる1980年までは、QOLの構成概念は身体的領域であった。つまり身体の症状が唯一QOLを測定するものであるとされていたのである。しかもQOLは客観的な概念とされ、QOLを評価するのは本人ではなく治療を行う医師であった。その理由は患者のQOLは患者の受ける治療に依存しており、患者の症状は医師のみが正確に把握することが出来るという、医療における伝統的考え方が支配的であったからである。しかし、身体的な良好さや、身体機能の高さ、身体の症状によってQOLが決められるとすると、障害を持ったものは障害のないものよりQOLが低いということになってしまう。まして他人がQOLを決めるのであれば、本人が主観的にQOLを高く評価していてもその評価はQOLに反映されないという問題がある。

しかしQOL研究の第2期である1980年代から1990年代前半にはQOLの構成概念は大きく修正された。先に述べたバイオサイコソーシャルモデルの出現や、病む人の心理社会的側面についての研究 (Kubler-Ross, 1969, 1975; McCubbin & Patterson, 1983; Noyes & Clancy, 1999) が進み、人間は病気の中でもその心理社会的過程において様々な経験をしており、病気という危機状況への対処、周りの人との関係、社会的役割がQOLの重要な側面であることが強調されてきた。そしてQOLはそういった経験をしている本人が評価するものであるという、主観的概念としてのQOLが認められるようになったのである。この時期QOLの様々な領域を含む尺度が開発され、QOL構成概念はWHOの定義でいわれるように、身体機能、心理的安定、社会関係を含む広い概念であると理解され、この3つの領域(身体、

心理、社会的領域)がQOLの構成概念とされるようになった。

第2期のQOLの構成概念については大きく3つの批判がされている (藤井, 1997) ひとつは、QOLが複数領域から成り立つとされても、この時期開発されたQOLを測る尺度を見る限り、身体領域についてのウェイトが他の2つの領域よりかなり高く、QOL尺度の質問項目のかなりの部分が身体の症状をたずねている (Cohen 他, 1995)。

筆者がセントルイスのワシントン大学にいた1994年にWHOとカナダ・マニトバのQOL研究所で癌患者のQOLの研究に携わっていたQOL研究では世界的に著名なDr. Shipperと話をする機会があった。彼のQOLの理解は次のようなものであった：QOLは複数領域によって構成されており、身体的機能のみが全体のQOLを決定するものではない。そして、病む人のQOLは人が死に近づくにつれ徐々に低下し、最終的にはゼロになる (Shipper, 1994)。

確かに身体的領域に重きを置くと身体機能は死の時点で全く機能しなくなるためQOLはゼロになる。しかしそれでは、主観的複数領域を持つQOLの本質を表したことにならないのではないか。

2つめは、重症の患者や死にゆく患者がその過程でより重要さをますと報告している領域 (人生の意味、病気の意味、人間存在に関わる領域) が含まれておらず、こういった領域を含まないで重篤の患者のQOLを評価することには意味がない (Belcher 他, 1989) というものである。

個人的な経験であるが、筆者が10年前に大病をして初めて死と直面した際意識したのは身体の健康や社会的役割ではなく「私の人生は何だったのだろうか」「私はこの人生の中で何か本当に価値あることが出来たのだろうか」「何か人のためにしたといえるものがあ

3) QOL概念の変遷とその尺度の信頼性・妥当性については、筆者著、死にゆく人のクオリティーオブライフ：その構成概念の妥当性 (1997). 医療社会福祉研究, 6, 1, 64-73を参照されたい。

るだろうか」というものだった。この問いかけは生きること死ぬことへの直接的な問いであり、身体的、心理的、社会的領域における QOL が解決してくれるものではない。

このように、人間存在の非常に困難な状況—病気を持ったり死に直面したり—という状況において重要さが増す領域というのは、これまでいわれてきた3つの領域以外のものなのである。つまり、極限状況にある人間の QOL は、身体的、心理的、心理的領域だけでは論じることができないのである。

3つ目の批判は、これまで QOL 概念が、常に何に問題があるかばかりに焦点が当てられ、QOL に貢献する側面が考慮されてこなかったという点である (Hyland, 1993)。

筆者自身もまた臨床に携わる専門職者の中にも、生きることの意味や病気の意味を見出し、たとえ身体的領域においてその QOL がゼロに近くなっても、こころ安らかに亡くなっていく患者さんに出会っている。他の領域がどんなに低下しても尚トータルな QOL に積極的に働く領域があるのである。

そして、第3期といわれる1995年以降になって初めて、Spirituality や人間存在の領域 Existentiality が QOL の第4の領域として加えられるようになったのである。Spirituality を QOL の第4の領域とする積極的理由としては次の3つが挙げられる (Cohen 他, 1995) : (1) 人間存在に関わる問題 (人生の目的、生きることの意味、人間としての成長、死を乗り越えていく力) は人が病気になったり「死」に直面することによってその重要性を増す。(2) Spiritual な領域や人間存在の領域は、患者が身体的心理的社会的限界とそれに伴う危機を乗り越えるのを助ける唯一のものである。(3) 「QOL は死に近づくにつれて低下する」は科学的に証明されていない。

また National Hospice Study (1986) で、ホスピスケアを受けた末期患者と伝統的な病院での

治療を受けた末期患者の QOL に有意な差が示されなかったのは、その QOL の尺度に Spirituality の領域が含まれていなかったからであるという指摘もされている。

これまでのレビューから、病を持つ人の QOL が何であるかを考えていく上で、人間存在の領域 (Spirituality や Existentiality) というものが重要な領域の一つであることが明らかになってきた。また WHO でも、この Spiritual な領域を健康の定義の中に入れることが現在検討されている (Larson, 1996)。しかし、この第4の領域を QOL の構成概念として病む人の全体的 QOL を測定しようとする尺度は、McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) (Cohen, 1996) と Hospice Quality of Life Measure (HQL) (McMillan & Mahon, 1994a) の2つだけであり、QOL における Spirituality や Existentiality についてはまだ研究の初段階なのである。

4. 人間存在にかかわる領域 (Spirituality or Existentiality)

では QOL を考える際、抜きにしては考えられないスピリチュアリティ (Spirituality) とはどのように説明されるのだろうか。

スピリチュアリティ (Spirituality) と宗教性 (Religiosity) は同一であると考えられていた経緯がある。しかし、スピリチュアリティ (Spirituality) は宗教性 (Religiosity) より広い概念と考える方が妥当である (Fujii, 1999; 藤井, 1997)。人間の生き方や存在意義についての問いは、宗教や信仰生活にその答えが求められることも多いが、特定の宗教とはまったく結びつかない形であらわされることもある (Doyle, 1992) 言いかえると、宗教を持つ人のスピリチュアルニードや存在に関わるニード (Existential Need) は宗教によって満たされることが多い (Matthews, Larson, & Barry, 1993) が、必ずしも特定の宗教ではなくても自分の持つ神 (god⁴⁾) との関係や、自分の価値システム=自分の信じるものや、無限なるものとの関係の中に自分の存在の意味を見出すことでもそのニードは満たされる

4) 特定の宗教の神ではなく、個人が持つ人間を超越するもの。特定の宗教の神 (God) と区別するために小文字 (god) で表記される。

ということである。

例えば QOL の質問項目に神 (God) との関係を問う項目が含まれていた場合、「特定の宗教を持っていないので答えられない」と回答する患者がいることが報告されている。また QOL の Spiritual な領域を研究している Reed (1986, 1987) は、当初宗教性を第 4 の領域 (人間存在に関わる領域) の指針としていた (1986) が、翌年の研究では QOL の第 4 の領域を表すものは宗教性よりもより広い概念であるスピリチュアリティの方が妥当であるとしてその項目内容を変更している。Reed (1987) は第 4 の領域、スピリチュアリティの領域を「自己を越える偉大なものとの関わりをあらわす、ものの見方や行動に関する領域」と定義している (Reed, 1987, p. 334) (訳筆者)。

スピリチュアルな領域は、人間存在の意味、人生の意味に関わる領域 (Cohen & Mount, 1992; Corr, Nabe, & Corr, 1996; Fujii, 1999) であり、世界、宇宙あるいは神の計画の中の存在としての自分自身についての理解 (Cohen, 1999) を含んでいる領域である。スピリチュアルニードは「なぜこんなに苦しまなければならないのだろうか」「私の人生は、私や私の家族にとってどういう意味があったのか」「神様はどこにいるのか」「私は人生の目的を果たしたのだろうか」という問いで表されるものであり、そのニードを満たすのは他人ではなく自分自身であるつまり、スピリチュアルな問い、人間存在の根底に関わる問いに対する答えは、他人によって与えられるものではなく自分自身が見出すものなのである (Corr, Morgan, & Wass, 1994; Ley & Corless, 1988; Wald & Baily, 1990)。身体的領域のニードは、医師にペインコントロールをしてもらうというように受け身的にそのニードが充足されるが、スピリチュアルニードは自分自身が取り組むものなのである。そしてスピリチュアルニードに関する問いかけは、その答えを求めて表出されるものではなく、自分自身への問いかけとして表出されるものなのである (Corr, Nabe, & Corr, 1996)。

スピリチュアルな領域、人間存在の意味に関わる領域のニードについては、Maslow (1965, 1968, 1973) の欲求階層論からも理解す

ることが出来る。Maslow は、人間の欲求は基本的具体的なものから高度な抽象的なものへと段階的に構成される (生理的欲求、安全欲求、所属と愛情の欲求、尊重の欲求、そして自己実現の欲求の 5 段階) と説明した。実はこの 5 つの欲求段階の中で、第 3 段階 (所属と愛) までの欲求と第 4 段階 (尊重: self-esteem) 以降のそれとではその性質が変化しており、厳密に分析すると第 4 段階は 2 つの欲求 (他者からの尊重と自己からの尊重) に分かれている (Rowan, 1998)。そして、第 4 段階の中の「自己からの尊重」と第 5 段階の「自己実現」は、ほかのニードとは異なる自分自身の存在意味にかかわるニードなのである (Fujii, 1999)。Yalom (1980) もまた Existential Psychology で、self-transcendence への道こそが自己の存在意味やその目的に対する考えを深めるものであると述べている。Doka (1993) は、特に死にゆく人がこのスピリチュアルの領域のニードを満たすために、自分自身が組まなければならない課題を 3 つあげている: (1) 人生の意味を見出すこと (2) 生きていたときの自分らしさの延長として、自分の生き方にふさわしく死ぬこと (自分がどう死を理解しているかを見出すことを含む)、そして、(3) 死を越えて広がる希望、死の向こうにある希望を見出すことである。

スピリチュアリティと病む人の QOL の関係についてはまだ多くの研究がなされていない (Cohen 他, 1995; McMillan & Mahon, 1994b)。Cohen ら (1992, 1995, 1996a, 1996b, 1997) は、MQOL を用いて癌や AIDS 患者の QOL とその構成領域の関係を分析し、患者の存在にかかわる領域とその全体的 QOL が有意な関係にあることを明らかにしている。しかし、QOL の各領域間がどのように影響しあっているのか、またその因果関係が患者の全体的 QOL とどのような関係にあるのかについては筆者の研究 (Fujii, 1999) が現在のところ唯一のものである。筆者は、MQOL をより妥当性の高い尺度に改訂し、Structural Equation Modelling (SEM) を用いて癌患者の全体的 QOL と各領域との関係を分析した。その結果、人間存在に関わる領域が癌患者の全体的 QOL に有意に直接的影響を与えるということが明らかになった。一方、社会的領域、心理的領域

は、人間存在の領域を介して全体的 QOL に間接的に影響を与えてるが、直接的な影響はなかった。身体的な領域は、心理的、社会的そして人間存在の領域を介して全体的 QOL に間接的影響を与えていると同時に、全体的 QOL に直接的影響も与えていた。つまり、身体的領域のニーズが満たされているかいないか（疼痛をはじめとする身体的苦痛が取り除かれているか否か）が、癌患者の全体的 QOL を左右する大きな要因であるということである。しかし、身体的領域が患者の全体的 QOL に与える直接的影響と人間存在の領域が患者の全体的 QOL に与える影響の大きさを比べると後者の方が遙かに大きいということも明らかになった。

このようにスピリチュアルな領域やスピリチュアルニーズは、他のニーズ、領域と違う性質を持つものである。そしてそのニーズを満たしていくためには、他人が答えを与えたり、押し付けたりするのではなく、本人が神との関係や価値観やまた何らかの助けを借りながら、自ら積極的に取り組んでいかなければならないのである。このように QOL の構成概念の一つである第 4 の領域—人間存在の領域—は、自らの存在意義や生きる意味を見つけようとする病を持つ人にとって非常に重要な領域なのである。

5. まとめ

Quality of Life はその life という意味を「生活」と解し「生活の質」と訳される場合が多い。しかし、これまで述べたように保健医療における QOL は「生活」に関する概念というよりは、人間存在に関わる概念であり、life はより深い「命」や「生命」と訳されるべきである。現代は高度な医学の発達により、その主体である人間の尊重やその存在意義が無視されるような状況が次々と起こっている。このことは特に、癌や AIDS に関わる末期医療や移植医療においては顕著である。

病む人の QOL を問うとき、身体の機能、心理的安定、また社会的充足感だけでは満たされない、存在に関わる領域が大きな役割を果たしているのであり、QOL という概念を人間存在の意義に関わる概念として捉えたときはじめて、医学は

誰のものなのか、何のための治療なのかという人間中心のものの方が可能となってくるのである。QOL 概念や QOL の構成概念については未だ Gold-Standard は存在しない。今後の研究の中で明らかにされていくことがますます重要となるだろう。QOL の本質を明らかにすることは、医学と人間のあるべき関係の見直しや、病む人に必要な精神的サポートを提供するソーシャルワーク実践に大きく貢献するものである。

参考文献

- Aaronson, N. K. (1991). Quality of life research in oncology. *Cancer*, 67, 839–843.
- Aaronson N. K., Bullinger, M., and Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality of life assessment of cancer clinical trials. *A recent results Cancer Research*. 11, 231–249.
- Bartlett, H. M. (1970). *The common base of social work practice*. New York: National Association of Social Workers.
- Bartlett, H. M. (1961). *Social work practice in health field*. Washington D.C.: National Association of Social Workers.
- Belcher, A. E. Dettmore, D. and Holzemer, S. P. (1989). Spirituality and sense of well-being in person with AIDS. *Holistic Nursing Practice*, 3, 16–25.
- Calman, K. C. (1984). The quality of life in cancer patients—a hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124.
- Cohen, S. R., Mount, B. M, Bruera, E., Provost, M., Rowe, J. and Tong, K. (1997). Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliative Care*, 11, 3–20.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Tomas, J. J. N., and Mount, L. F. (1996 a). Existential well-being is an important determinant of Quality of Life. *Cancer*, 77, 3, 576–586.
- Cohen, S. R., Hassan, S. A., Lapointe, B. J. and Mount, B. M. (1996 b). Quality of life in HIV disease as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire. *AIDS*, 10, 1421–1427.
- Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G., and Bul, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire—A measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9, 3, 207–219.
- Cohen, S. R., Mount, B. M. (1992) Quality of life assessment in terminal illness: defining and meas-

- uring subjective well-being in the dying. *Journal of Palliative Care*, 8, 40–45.
- Corr, C. A., Morgan, J. D., & Wass, H. (Eds.) (1994). *Statements About Death, Dying, and Bereavement by the International Work Group on Death, Dying, and Bereavement*. London, Ontario: King's Collage.
- Corr, C. A., Nabe, C. M. and Corr, D. M. (1996). *Death and Dying, Life and Living*. Cole Publishing Co. Pacific Grove, CA.
- Doka, K. J. with Morgan, J. D. (Eds.) (1993). *Death and Spirituality*. Baywood, Amityville, NY.
- Matthews, D. A., Larson, D. B., and Barry, C. P. (1993). *The Faith Factor: An Anotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects*. Volume One. National Institute for Healthcare Research.
- Doyle, D. (1992). Have we looked beyond the physical and psychological? *Journal of Pain and Symptom Management*, 7, 5, 302–311.
- Dubos (1959). *Mirage of Health*. Haper and Rowe, New York, NY.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Engel, G. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals New York Academy of Science*. 310, 169–181.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 534–544.
- Freedman, A. M. (1995). The biopsychological paradigm and the future of psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 6, 397–406.
- Fujii, M. (1999). The constructs of Quality of Life for cancer patients: Exploring factors that affect QOL. *Dissertation*. Washington University, St. Louis, MO.
- 藤井美和 (1993). ターミナルケアにおける福祉の視点：福祉は人の「死」をどう捉えるか。 *ソーシャルワーカー*, 3, 125–131.
- 藤井美和 (1998). ホスピスケア：その理論的枠組み。 *関西学院大学社会学部紀要*, 79, 121–131.
- 藤井美和 (1997). 死にゆく人のクオリティーオブライフ：その構成概念の妥当性。 *医療社会福祉研究*, 6, 1, 64–73
- Gerson, E. M., (1975). On the quality of life. *American Sociology Review*, 41, 793.
- Hewa, S. and Hetherington, R. W. (1995). Specialists without spirit: Limitations of the mechanistic biomedical model. *Theoretical Medicine*, 16, 2, 129–139.
- Hyland, M. E. (1993). The validity of health assessments: resolving some recent differences. *Journal of Clinical Oncology*, 46, 570–579.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and Dying*. McMillan Co., New York, NY.
- Kubler-Ross, E. (1975). *Death: The Final Stage of Growth*. Prince Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Larson, J. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38, 181–192.
- Ley, D. C. H., and Corless, I. B. (1988). Spirituality and hospice care. *Death Studies*, 12, 101–110.
- Maslow, A. H. (1965). Humanistic science and transcendent experience. *Journal of Humanistic Psychology*, 5, 219–227.
- Maslow, A. H. (1973). *The Father Reaches of Human Nature*. Penguin, London.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). Nostrand, Princeton, NJ.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.) *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research* (7–37).: The Haworth Press, New York, NY.
- McMillan, S. C. and Mahon, M. (1994 a). Measuring Quality of life in hospice patients using a newly developed hospice Quality of Life Index. *Quality of Life Research*, 3, 6, 437–447.
- McMillan, S. C. and Mahon, M. (1994 b). A study of Quality of Life of hospice patients on admission and at week-3. *Cancer Nursing*, 17, 1, 52–80
- Mount, B. M. and Cohen, S. R. (1995). Quality of life in the face of life-threatening illness: what should we be measuring? *Current Oncology*, 2, 121–125.
- Noyes, R. and Clancy, J. (1977). The dying role: Its relevance to improved patient care, *Psychiatry*, 40, 41–47.
- Reed, P. G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adults, *Research in Nursing and Health*, 9, 35–41.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults, *Research in Nursing and Health*, 10, 335–344.
- Rowan, J. (1998). Maslow Amended. *Journal of Humanistic Psychology*, 38, 1, 81–92.
- Shipper, J. C. (1994). Personal Interview. December 5, 1994 at Washington University St. Louis, MO.
- Syrjaya, K. L. and Chapko, M. E. (1995). Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain*, 61, 69–79.
- Wald, F. S. & Baily, S. S. (1990, November). Nurturing the spiritual component in care for the terminally ill. *Caring Magazine*, 64–68.

Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books, New York, NY.

Quality of Life and Spirituality

ABSTRACT

The concept of Quality of Life (QOL) in health has emerged as an alternative idea to quantity of life. QOL was built around the idea that human beings should be studied as a whole, not merely as physical beings. Since QOL has been recognized as a critical outcome of care for people with illnesses, researchers have begun to explore the constructs of QOL. Even though the constructs of quality of life are still vague, the spiritual /existential domain recently has been considered to be one of the most important domains in addition to the physical, psychological, and social domains. Reviewing the medical model and biopsychosocial model that affect the concept of QOL, the author first discusses the necessity of conceptualizing QOL in the health field. Then the author defines the concept of spirituality/existentiality, and explains the unique characteristics of the fourth domain, the spiritual domain. Finally, the author concludes by explaining the importance of future studies of spirituality and QOL for people with life-threatening illnesses.

Key words: Quality of Life, Constructs of QOL, Spirituality