

Title	QOLD 評価測定尺度に関する基礎的研究(1)
Author(s)	丸山, 久美子
Citation	聖学院大学論叢, 9(2): 139-156
URL	http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/repos/modules/xoonips/detail.php?item_id=636
Rights	

聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository for academic archiVE

QOLD 評価測定尺度に関する基礎的研究 (1)

丸 山 久美子

A Study on Scaling the Quality of Life and Death (1)

— How to Make a QOLD Scale —

Kumiko MARUYAMA

The purpose of this study is twofold: to present a new form of palliative medical care for the dying cancer patient, and to make an optical “Quality of Life and Death” (QOLD) scale for supportive care to patients suffering from cancer and other diseases.

The basic concept of palliative medical care is that it is essential to consider not only the properties of human pain and the image structure in doctor-patient relationships but also images of life and death both among terminally ill patients and among curable cancer patients suffering post-operative pain or nausea due to chemotherapy.

What patients need, besides specific therapy for cancer and other diseases, is comprehensive medical, nursing, and psychological help. The field of palliative medicine is therefore interdisciplinary, involving not only the medical sciences but also psychiatry, religion, and sociology. It is imperative that caregivers attend to the patient as a total human being, not merely as a person afflicted with a tumor that may or may not be shrinking. Clinical social psychology offers a point of view that permits us to try to solve the problems posed by this imperative.

痛みがひとたび彼を目覚めさせる時、彼は自分がなんらかの意味で
真の宇宙と「向かい合って」いることを知る。

「痛みの問題」 C. S. ルイス 1940

はじめに

世界の人口総生産を考えた時、20世紀はこれまでの世紀に比較して4倍の膨張率で人間を生産しつづけたと言われる。つまり、この100年が400年の割合で量的生産を遂げたのである。この様な人口膨張に拍車をかけたのは、最先端医療技術の急速な発展に原因がある。人は簡単に死ねない時代

Key words; Palliative Medicine, Quality of Life and Death, Image Structure of Human Pain, Doctor-Patient Relationships, Psycho-Oncology

を生きる事になった。しかし、人は必ず死ぬことは自明である。人口長命時代にあつて社会は高齢化し、その反動のように出産率は低下する。この現実先進諸国において顕著である。これ以上の発展も期待も得られないという諦めのムードを醸し出している社会的状況において、若者は無気力になるか、狂気の衝動に駆られて猟奇的事件に巻き込まれる。いかにして、この様な世紀末的ムードを克服することができるのであろうか。

人は生存の過程（たかだか80年）を生き、やがて死する運命を担っていることは既に述べた。なるほど、医療技術は高度化し平均寿命は延びる。日本は他の国と比較して長寿の国であり、100才を越える高齢者は年毎に増加の一途を辿り、我々もその恩恵に浴して老年期を充実して生きる機会が与えられている。明日の未来を背負う青年は、いかに無気力に見えようとも、生を謳歌し、物質的繁栄と性の解放や自由で代表される新しいモラルに支えられて、一見満ち足りているように見えなくもない。しかし、20世紀末現在の時代的特徴を表す疾病が多々発生している。もはや治療できない末期ガン、エイズ、MRSA（院内感染、耐性の黄色ぶどう球菌、ハイテク医療の裏でひそかに野火のように広がり、抗生物質づけの病院にしか存在しない、全臓器不全によって死亡）、更には又、最近では病原性大腸菌「O-157」が集団食中毒をひきおこし、至極日常的な日々の中で発生する致死性細菌が子供や老人の体内で繁殖し彼らの生命を奪って行く。最先端の医学・公衆衛生措置が万全であるにも拘らず日本列島は今やベストが猛威をふるった中世時代の疫病都市のような印象を与えずにはおかない。1995年は初頭から日本は阪神・淡路大震災によって未曾有の死者を出し、挙句にオウム真理教が生成したサリン毒ガスの地下鉄内散布による無差別殺人で国中が騒然となった。1996年になると世界一衛生措置の管理された日本に給食や弁当の中に食中毒を引き起こし死亡させるO-157という原因不明の大腸菌が蔓延し、生活に欠かせない食品に問題が生じているため人々はパニックに襲われた。この三つの予測不能な自然的・人為的現象を世紀末日本を彩る3大黙示録的恐怖と呼ぶ学者もいる程である。

これまで、最先端技術を誇る医学界では、どうにも手のつけ様がない死を待つだけの患者を看取る事は、医学の敗北を意味し、臨死期の患者の前で医師は自信喪失に襲われ、一秒でもよいから長く生命を維持するための延命措置を患者に強いることになり、所謂、スパゲッティ症候群と呼ばれる人間の尊厳を無視した医療行為を行っていた。ここに、末期患者の終末期医療（ターミナル・ケア）を全人的視野から捉え直そうとする「緩和医学（Palliative Medicine）」が登場し、医師はナース、ケース・ワーカー、臨床社会心理学者、宗教学者等とチームを組み、死に至る病を「相即の医療論理」⁽¹⁾の旗の下に、一致協力して取り組む姿勢を明確にする事が主要な課題となった。緩和医療学は特にガン患者を対象にしてそのターミナル・ケアを実施する事を目的としている。1996年7月末、第一回の日本緩和医療学会が開催された。この学会の創設趣旨は以下である。「20世紀後半の生物学的医学の大いなる発展は、現代の保険医療の分野に多大な貢献を果たしてきた。殊にガン医療の領域においては、その基礎医学はもとより、臨床医学、即ちガンの診断と治療の進歩は

ガン患者の治癒率と生存期間の延長を大幅に向上せしめた。現在もこの方向の努力は多くのガンの臨床や研究に携わる医療者により精力的になされている。しかしながら、此等の良好な成果を得てもなお多くのガン患者が全人的苦悩 (total suffering) の中にあることも又、事実である。このような状況において、ガンの臨床医学では治療を目的とする思想に加え、最近では患者のクオリティ・オブ・ライフ (quality of life, QOL) を尊重する思想が芽生え、各方面の合意を得るところとなっている」⁽²⁾。

これまでも、1976年に設立された「日本死の臨床研究会」は世界におけるホスピス運動に呼応するような形で専ら末期患者のターミナル・ケア、ホスピス・ケアを重点にしながら、医療従事者の現場活動を中心に症例研究を行ってきた。「日本死の臨床研究会」は今年20周年を迎え、21世紀を見据えて、更に充実した現代医療との関係で生ずる様々な課題をこなして行く事が急務となった。こうした状況を踏まえて、1996年に「日本緩和医療学会」が発足したのである。

因に、歴史的に見れば、1816年アイルランド慈善修道尼会 (Irish Sister of Charity) を創設した修道女 M. Aikendhead がガン患者を対象とするホスピス (Our Lady's Hospice for the Dying) を開設、そこで行ったホスピス・ケアが今日のホスピスの源流である。1964年、この修道会のホスピスは「Our Lady's Hospice for the Dying」を「Our Lady's Hospice」と名称を変更して、老人の慢性疾患を対象とするコミュニティ・ケアを実施している。ホスピス・ケアにおける質の高いケアをコミュニティ・ケアに適用するのである。時代は古い精神文化を生き返らせ、その思想を順次取り込んで行く。社会構造、文化の形態の変容が今や多くの分野で起こっている。1816年から1996年に至る180年間、連綿と続いたホスピス・ケアは形を変えて、単にガン患者のケアのみならず、加齢を重ねた老人の慢性疾患に適用され、このような社会福祉活動が活発に行われている。世界に遅れること数十年の後、高齢化社会に向けてホスピス・ケアがどのように促進されるかが長寿国日本の抱える重要な早急に取り組まなければならない課題となった所以である。

1 QOLD 評価測定尺度の根本概念

A：生と死のパトス

「生即死」、つまり、生物一般は生きている限り有限の存在としての宿命である「死」を免れない。生と死は紙一重である。歴史に名高い古代中国の「始皇帝」は彼が創造した「皇帝」という名称通りに完全と不変を自らに課した。皇帝とは、宇宙のあらゆる事象を知り、それら全てを動かし、永遠に病む事がない実存でなければならない。つまり、彼はその名称と現実の厳密な一致を求めた。彼は世界を支配し、膨大な中国大陸を永遠に統治しなければならないと自分に言い聞かせた。何時かは死ぬことを自覚しながら、永遠の命を継承する子孫への遺言を書きしたためながら彼は死んで後もお世界の覇者となることを望んだ。始皇帝にかぎらず、現代においても我々自身は死を思う

ことも、口にすることもタブーであり、死を憎み、遠ざけ今ある生を楽しむことをモットーとする。かつて、中世時代に流行した「ペスト」は多くの人々の生命を奪い阿鼻叫喚の体を曝した。そのことを忘れずにいようとする先達の知恵が「メント・モリ」—死を忘れるな—という戒めの言葉を残した。だが、我々現代人は死を忘れていて。死は遠い先の出来事であり、自分とは無縁のものであると感じている。従って、死ぬことに限らず病むことも老いることも恐れ、それらを憎むべきものとして排除する。不老不死願望は人類の夢であった。多くの科学者、宗教家、権力者は不老不死の世界を求めて「錬金術」の世界を彷徨した。始皇帝は生きている世界と同じもう一つの世界（黄泉の国）を今ある世界と同じ形態で地下宮殿に再現しようとした。生の世界と死の世界は同じものでなければならなかった。地下に埋もれたその世界の構図は現代の先端技術を凌駕するほど精巧に造られているという（地下宮殿は未だ全て発掘されていない）。黄泉の国においても彼の支配権は獲得されなければならなかった。驚くべき執念であり、危機迫る願望である。しかし、これは又、素晴らしい死のイメージである。死は彼にとって新たな生であった。死後、彼の魂（精神的霊）と魄（肉体的霊）は分離し、魂は天上へ、魄は地下の黄泉へとそれぞれ旅立つ。彼の魂は天帝の宮殿へ、魄は生前から準備していた地下の宮殿へ、もう一つの帝国へと移動する。「生即死」の思想の文字通りの実現である。「人は生きてきたようにしか死ねない」ともいう。死の様相がその人の生きてきた人生を象徴するのだという。更に、「他者の死を自己の生に変える」生命体の宿命、生と死の円環構造はこの地上に生存するもの全てのシステムとして成立している。従って、永遠の命は嗣子孫々に継承される遺伝子の一部に組み込まれて絶えることがない。支え合う生と死、重なり合う有限と無限、我々は、日々死と再生をくり返す存在である。この現実には宗教的教義や思想が付加されて、生と死の考え方が個人によって異なるのである。

「死」に関する考え方や概念は次の4側面に分けてみれば理解しやすい。

- 1) ギリシャ思想—魂の不可逆的喪失：世俗的西洋思想の古典的概念といわれる。
- 2) 「生きた」体液の流れの不可逆的な停止—医学生物学的概念。
- 3) 身体的統合の不可逆的喪失—不可逆的昏睡の状態：神道的東洋的思想。
- 4) 意識、あるいは能力の不可逆的喪失—身体は単に一個の生物を構成する要素である：ユダヤ・キリスト教的思想。

魂、体液、身体、意識の4要素を考えた時、どの要素を重視するかによって「生と死」の思想が明確になる。

現代の「生と死」の概念は宗教の多元性 (Religious Pluralism) のゆえに、ある特定の宗教的思想が有効、かつ実践されているかどうかは個人によって異なっている。宗教も時代の趨勢を免れない。いかに人類の誕生から存在した特定宗教でも、その時代の風潮に従って、事象の解釈が分かるからである。現代青年の「死」に関する対応の仕方はかなり非個人的である。一般的に青年期は「死と再生」の期間で、それは大人になるための「通過儀礼 (Initiation)」である。日本におけ

る「成人式」は、青年が成人としての行動、社会習慣、技能の獲得が認められ、成人の仲間入りする事を前提とした儀式である。通過儀礼には一度死んで新しく生きるという象徴的意味がある。通過儀礼としての死は心理的な死であり、過去の自分の心理的清算を含んでいる。過去の存在様式はそこで終わりを告げ、新生の無垢な姿となって蘇る事を前提とする。青年が引き起こす様々な反社会的行動は、ある意味で成人として再生に至るための準備行動であると考えられる。青年に自殺や殺人が多発するのもこのような背景要因があつてのことである。

しかし、現代社会は青年期の試練を青年自身の自由な選択に委譲してしまったために、選択を回避したり、延長するものが現れ、試練の中身も混沌としている。自由と我儘を同一の次元に置いたために、自分勝手な行動を自由で拘束されない独自の行動であると錯覚し、自由に伴う責任の所在を知らずに生きている青年が多い。この問題は現代の青年の教育に繋がる極めて重要な社会問題である。「生と死」の教育についてはもっと真剣に討議されてよい。

この問題は如何に時代の風潮とはいえ、人間の根本に関わることであり、ハイテクの功罪であると笑って済ます事ができない程重要な意味を持つ。「親との別れ」を意味する結婚式、この世との別れや死を深く考えるための葬式などの儀式が全てハイテク化されて、涙を流す隙もないほど整然として冠婚葬祭をビジネスとする業者が遂行する。現代文明は戦場の悲惨さをうまく隠蔽して、テレビは宛らゲーム感覚で戦場で戦っている人間をロボットのように扱う。軽い読み物に満足し、どんな感動もなくその場で忘却する。外見上は平和と健康と富と秩序が、見かけの幸福を保証し、同時に訪れる魂の喘ぎや飢えを増幅する事に気づかない振りをする。人に煩わされず、煩わしめせず、シングル・ルーム、シングル・ベット、シングル・セルの風潮が現代青年を如何にも無気力な風貌に作りあげる。近所付きあいを否定した個人主義、一連のシングル・ルーム文学、生も死も呆気らんかと他愛なく過ぎて行く事に「自己を見つめる」という問題意識は生まれにくい。意識改革を旨とする青年期の通過儀礼を無為にすごして、その挙句、飢えた様に求めた新興宗教が毒蜘蛛のように張りめぐらされた驚くべき教祖の陰謀の網であり、それにひっかかった多くの知的エリートといわれるオウム真理教の青年達、これは「死と再生」の決定的な人生の変換を意識した時に会った人間によって、人の人生は思いもかけぬ変容を遂げる実例である。

B：QOLの系譜

元来、QOL (Quality Of Life) という述語は社会学、心理学、経済学等の分野において、一般の生活者の生活の満足度はどのような内容のものかを調査するために使用された社会指標である。それまでは国民の年収、個人住宅の有無、消費数などの事情を数 (Quantity) によって調査し、政治政策の資料にするための測定指標を意味した。quantity が quality に変化したのは単なる数的処理では国民一人一人の満足の状態がわからないからである。そこで、QOL 指標は一般の世論調査的手法で国民の意識を調査することにより一般の QOL の度合いを知ることを目的として開発され

た。医学の分野に QOL の概念が用いられるようになったのは先端医療技術の急速な発展により、今までは決して治癒せず死に至った患者が医療の進歩によって安易に死亡することが出来ず、その結果、人間の平均寿命が延長し、その反面、寝たきり老人や死に至る病の床で呻吟するガン患者の状態を単に薬剤を投与するだけではなく、出来るだけ患者自身が満足の行くような治療を推進するための工夫が必要になり、病床にある患者の生活の満足度を知ることが重要になってきたためである。

人々（患者一人一人）の生活全般の価値観が変容している昨今、これらを十分に把握しないことには適切な医療を施せないことから、医療従事者の発想の転換を図ることが今日では急務となった。QOL という言葉の定義は夫々の領域で甚だ異なっているものの、人間の特に重病の患者が入院生活を快適なものにするためには患者の痛みの程度、入院生活の満足度、医療従事者に対する信頼感などの質的な側面を十分に知ることによって治療の方法も異なってくる。当初、死に至る病、あるいは痴呆を伴った老人の QOL を測定することは可能であるのかという議論が医療従事者の間で沸騰した。これまでの経過からすると QOL の構成要素は Schipper, H. (1984) の提示した 4 つの側面が妥当なところである。即ち、

- 1) Physical and occupational function (日常生活における作業能力)
- 2) Social interaction (人間関係を維持する能力)
- 3) Psychological state (精神・心理的状态)
- 4) Somatic sensation (身体的快適さ、満足度、痛みの程度等)

WHO (世界保健機関) は QOL の概念を軸としたこの分野の医療のあり方を普及させている。因に WHO の緩和医療の定義は以下である：「緩和医療的ケアとは治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的な全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的 (精神的 spiritual) な問題のケアを優先する。緩和医療ケアの目標は患者と家族の QOL を高めることである。緩和医療ケアは疾患の初期段階、ガン治療の過程においても適用される」。

ここに、QOL の適用範囲が明確になったが、あらゆる分野の疾病の初期段階で、少なくとも精神・心理的要素は測定しておいたほうが良いのではないか。ここにおける霊的とあるのは「死」に関する患者のイメージであり、宗教的態度である。しかし、Schipper の精神・心理的状态は恐らく、患者個人の性格特性を主体にした心理学的構成要素であるかに思われる (例えば、痛みに神経質な人、鈍感な人、我慢強い、社交的、云々)。

Moinpour, C. M. (1989) は QOL 評価法の有効性についてガンの臨床試験を行うために必要な療法として、以下の 5 項目をあげている。

- 1) 再発の可能性のある術後補助化学療法 (乳癌, メラノーム, 大腸ガン), 2) 予後の悪い進行性癌の化学療法 (進行性癌, 胃癌), 3) 異なる治療法の比較 (前立腺癌の手術と放射線療法),

4) 強さ, 期間の異なる化学療法 (単独と併用), 5) 生存期間は同じであるが QOL は異なると予測される化学療法。ただし, ガン疾患の臨床試験においては, QOL の評価と同時に, 生存期間, 無症状期間, その他の生物学的パラメータを測定し, 総合的に評価することが必要とされている。QOL はその科学性, 普遍性, 客観性の要件を満足させるような測定尺度である。しかし今後医療の分野で, 特に終末期の患者を対象にする評価測定尺度がどの程度理解されて行くかは現場の事情から, 多くの問題を含んでいる。上記の QOL に関する測定尺度作成における問題点は「死」に関する直接的な設問がどの程度盛り込まれるかである。「生と死」は表裏一体であるから生命の質だけを考えれば, 必然的に死の質も含まれるであろうと誰しもが思うであろう。ところが, 西欧諸国では日本におけるように「生即死」の思想ではなく, 「生と死」は分離して考えられている。彼等の死生観は概ねユダヤ・キリスト教に準拠する。従って, QOD (Quality Of Death) を緩和医療病棟では実施したほうが良いという研究がある。日本ではこのような発想はない。生の質も死の質も同じだからである。ところで, 死の質を考える時, まず自分はどのように足掻いてもあと数ヶ月 (ホスピス病棟の滞在期間は最大 3 ヶ月) しか生きれないという絶対条件が必要である。アメリカで, ターミナル・ケアに移行する段階で「あなたは最後の 3 日間をどのように過ごしたいですか」という質問を千人の患者に尋ねた研究がある。日本でもホスピス病棟を作る時の参考資料として, アメリカと比べて死生観, 価値観が異なる臨死期の患者に「最後の 3 日間の過ごし方」を尋ねたところ, 彼らは一様に「山, 海, 日没の風景を見ながら, 自然と共生し, 虫の声, 鳥の声, 風の音, 大地の音を聞き, 匂いを嗅ぎ, 自分の布団で 8 畳間の和室で家族や友人に囲まれて, 自宅で死にたい」という回答が得られた (K. ベッカー 1994)。明確に日本人の死生観が現れている。死後, 日本人は自然の大地に帰るのである。そして, 魂は遠い霊山という死者の魂の存在する山へと飛翔する。従って, 数少ない日本のホスピス病棟は和室であり, 障子や襖のある部屋で作られている。しかし, 自宅で死を迎えたい人が多ければ, いかにホスピス病棟を作っても採算が合わない。このような日本の事情は今後十分に考慮する必要がある。本論文では従来のように QOL 評価測定尺度という名称ではなく, QOLD — Quality Of Life and Death — 評価測定尺度という名称を用いた方が分かり易いのではないかと考え, この名称を今後用いる事にした。

2 痛みに関する諸問題

A: 痛みは測定できるか

QOLD に最も欠かせないのは疼痛管理の問題である。特に, 癌性疼痛は耐え難い痛みを伴うので, 安楽死問題にまで発展する。そこで, 癌性疼痛に関する研究は急速に発達した。現在, 終末期癌患者の痛みの緩和にはモルヒネを投与する。現在判明しているモルヒネは 3 種のオピオイド・レセプター (μ , κ , δ) opioid receptor を介して鎮痛作用を発現させているが, 副作用などがあり,

臨床的には様々な問題（吐き気、嘔吐、便秘、眠気等）を引き起こすので、その防止対策に苦慮している。

一般的に痛みは誰でもが感じ、それを克服して生きている。しかし、生まれながらに痛みを感じない「先天性無痛覚症」という病気があって、幼児の頃から「痛がらない子供」、「我慢強い子供」、「転んでも泣かない子供」など傍目には「大物」のように見られる子供がいる。痛みを感じないので、どんな危険なことでも平気です。彼らは体中に生傷が絶えない。このような子供は関節を含め、運動器官を中心に、外傷による感染症を引き起こし、重大な病気を患い短命に終わる。また、このような子供は他者の痛みについても鈍感で、痛みなしの子供に成長することから、その性格は無気力、甘え、自己中心的、無責任な性格や言動など、人間的には未成熟である。一方、所謂、痛みがり屋 (pain prone person) といわれ、些細な痛みにも極端な痛みの反応をする子供がいる。これは、生育歴に問題があり、他者からの援助を必要とする自己中心的性格にこのようなタイプが見られる。痛みは、身体的、精神的にも人間が人間らしく健康で、対人関係を円滑に進めて行くシグナルともなり、社会と調和した人生を送る目安にもなる。とは言え、この痛みこそ主観的感覚の最たるもので、客観化することは極めて困難であるというのが一般的な定説である。例えば、直腸癌で骨に転移した患者は、通常耐え難い痛みであるはずが、痛みを「爽やかな風」と表現している。結婚を間近に控えた23才の乳癌の患者は骨に転移してもはや結婚式を挙げるなど常人では考えられないはずであるが、結婚式の間中、痛みを感じないという医学的には不可解な症状をひき起こしている。更に又、あと2、3か月の命であると告知された肝臓癌の患者は6年以上も生存した。極めて精神的・心理的な自己回復力で癌の寛解、あるいは退縮が生じたのである（高宮、1995）。このような現実の前に、緩和医療の重要性が強調され、全人的ケアを重点的に実行すべき時代が訪れたのである。さて、人間の痛みを感ずる度合いは千差万別である。しかし、人間は幸いなことに言語で自分の痛みを表現することができる。「痛み」を量的に表現する方法は古くからあり、「激痛」、「中程度の痛み」、「軽度の痛み」等、痛みを点数で表現することができる。痛みが全くないを0点として順次痛みが強くなり10点が最高の痛みであると点数化する。この方法は古典的な手法である。又、痛みを表す言葉を分類し、点数をつけ、痛みの評価指数と現在の痛みの強度を表す「マギルーメルザック方式」がある。医学的処置では、鎮痛処置のあとで、ストレス・ホルモンの血液濃度が痛みのある時よりも低下する事から、このホルモンの分析によって、患者の痛みの強さを測定評価できる（尾山、1990）。前述のように現代医学の鎮痛処置はモルヒネの量を勘案して、末期癌患者の痛みを緩和する方法が研究されている。相対的に、痛みの緩和に対する医学の対応は遅く、現在、癌性疼痛の痛みに関する研究が率先して行われている。死ぬことは何程にも恐ろしくはない。生あるものはみな死ぬのであるから諦めがつく。ましていつ死ぬかは人間の決めることではない。医学は万能ではなく、根治できない難病、死病は多々ある。自然死のように枯れて死ぬ場合は、痛みの問題は生じないだろう。ところが、もはや手遅れとなった末期癌は痛みと共に

存在しなければならない。この痛みさえなければ、どんなに楽であろうかという患者の願望を取り込んで治療に当たるのが緩和医療である。不治の病における痛みによる苦痛の除去によって死ぬことが現代の平凡な人間の望みである。殆どの医学は概ね病気を根治することが目的であり、病気を患っている患者の人間性をあえて無視して治療に当たるのが常道である。だが、今日、医学の進歩とは裏腹に文明の爛熟が作り出す多様な難病が克服されずに、又、新たな病原菌を生み出す。患者は苦痛の中で、近代的最前線を行く医療処理を受けるが、もはや治る見込みがなければ、医者は病人をそのままにして他の病人の治療に専念することになる。癌性疼痛に痛む患者の意識は鮮明で、痛みは更に激しく耐え難い。患者の側で苦悶状態を見ている人も同じように耐え難い痛みを心に受けるだろう。

痴呆状態（痛みの無自覚症）にある老人の側で介護する家族、ヘルパー達の心の痛みも際限がない。この様に、現在、医学・看護学の問題は如何にしてこの様に苦悩の渦中にある人々の痛みを緩和することが出来るのかの問題となり、現代医学の教育問題にまで発展している。かくして、サイコ・オンコロジー学会、サナトロジー学会、死の臨床研究会、緩和医療学会が発足したことはすでに述べた通りである。他者の痛みを理解し、地道に患者との対話を行い、健常者の病人への配慮や介護を基本命題にして、今後の医学は発展して行くに違いない。既に明らかのように、この種の問題は単に医学・看護学のみならず、多くの学際的共同研究が要求される。様々な分野の英知を結集して、初めて解決の道が徐々に拓けてくるだろう。

以下に示すのは、他者の痛み、あるいは「痛み」に対する感受性の問題について、青年の痛みのイメージに関する予備的研究の結果である。

B：「痛み」のイメージに関する調査

目的：痛みは本人にしか分からない。病気になって経験する痛みの実態は病人にしか理解できない。傍観者が病人の痛みを理解できずに思い悩むことも屡々生ずる。況や、病人に接する頻度の高い医療従事者ですら病人の痛みを正確に把握できないのが実情であろう。痛みは主観的なものである。即ち、病人の性格によって痛みの訴え方も異なる。神経質な性格、明朗な性格、我慢強い性格、臆病な性格という具合に、様々な性格を持った病人の痛みに関する感性が夫々異なる所以である。更には、病気の種類、病気の進行状態によって痛みの度合いも異なってくるのも事実ではあるが、その度合いを正確に把握出来ないのはこうした精神・心理的要因が絡んでくるからである。痛みを表す言葉、病気の種類によって、その痛みの程度をどのようにイメージするのかを健常者である男女大学生を対象に調査し、男女によって痛みのイメージがどのように異なるかを調べる。

方法、被験者、調査日時：

痛みを表す言葉、ギリギリ、ズキンズキン、ガンガン、挟まれるような、刃物で刺されるような

という言葉合計35項目、更に、歯痛、腹痛、関節痛、胃痛などの病気20項目（合計55項目）に0点（痛みなし）から10点（耐え難い痛み、極限の痛み）の段階点を記入させた。列挙された20種類の病気にかかったことがないものが多いが大体の推定をする事は出来る。痛みの得点が高いほど、痛みに対する感受性が強く、痛みを大袈裟に表現する可能性がある。

被験者はS学院大学大学生男子69人、女子60人、一学年に在籍し心理学を受講する学生
1992年6月末実施

結果と考察

「痛み」に関する感受性は女子に強く、「痛み」という言葉を聞いただけでも神経が痛むという極端な反応もあった。列挙した病気や痛みを表す言葉は多岐に亘っていたので、その中から22項目をランダムに選び出し、0点から10点の刻みを0点、1-3点、4-6点、7-9点、10点と5段階に分類しその回答率を表1に示す。

これらの結果を一望すると、相対的に痛みに対する感受性は男子よりも女子のほうが強く、痛みの平均は表2に示す通りである。

殊に顕著に現れている回答比率を見ると、男子はストレスへの痛みに対して、相対的に痛みを表現しないのに対し、女子はストレスへの痛みの感覚が鋭く、かなりの痛みを感じる。又、「イライラ」、「はてるような」といった比較的「痛み」とは別種のように見える精神状態においても、女子は敏感に痛むらしい。痛みの問題は社会的不安の感情と似ており、男子において不安傾向は女子よりも弱いという結果が分かっている（丸山，1989）。このような結果からすれば、痛みも不安もその人の感性や性差が顕著であり、他者への痛みを理解できる可能性をもつ人が痛みに対する感性が強いと考えることができる。病人に対する緩和医療、臨死期の患者の看取りは女性集団（看護婦、女性の家族）が適当なのであろうか。力仕事を必要とする老人介護の場合は男子の力が頼もしく、死に至る病に臥せている患者の前には女性が座っているという光景が案外妥当な姿のように見えなくもない。

現在、ターミナル・ケアにおいて患者の90%近くが痛みの症状に悩まされている。多くの場合、モルヒネによる痛みの緩和対策は病院において開発されているが、QOLDによって、単に身体的痛みの緩和に努めるばかりではなく、患者の心理的、社会的、霊的痛みの緩和対策が急がれている。様々な患者のQOLDを参考にした痛みの相互作用の解明を心理学的見地から究明し、痛む患者の緩和対策に貢献すべき研究が立ち遅れている。これは心理学者の怠慢であろうか。疼痛コントロールの原則はまず、患者を良く観察し、理解する。第二に痛みが発生している原因を正確に診断する。第三に患者に病気の原因や病状の進行状態を十分に説明する informed consent (IC) の徹底、疼痛アセスメントの適切性。第四に痛みを予防するような方法の開発。第五に繰り返しQOLDで評価し、少なくとも患者と医療従事者の密接なコミュニケーションを図り、円滑な対人関係を保持

表1 痛みを表現する言葉, 病気に対する痛みの強度推定に関する回答分布
 [比率はすべて小数点以下切り捨て, () 内は女子の比率]

A: 痛みを表す言葉

項目	0点	1-3点	4-6点	7-9点	10点
チクチク	2(0)	78(80)	16(17)	5(3)	0(0)
ズキンズキン	0(0)	6(9)	28(22)	46(44)	20(25)
いらいら	36(23)	35(31)	23(27)	3(19)	3(0)
キリキリ	4(0)	26(13)	34(41)	32(44)	3(3)
ジンジン	4(0)	39(27)	36(43)	20(23)	0(7)
締めつけるような	1(0)	17(13)	57(25)	21(59)	3(3)
焼けるような	1(0)	10(3)	23(18)	38(45)	28(33)
振るような	0(0)	20(9)	39(19)	36(69)	4(3)
刃物で刺されるような	0(0)	6(0)	21(3)	34(39)	39(58)
ほてるような	23(3)	47(44)	20(44)	9(6)	1(3)
疼くような	10(3)	41(28)	33(22)	16(34)	0(16)

B: 病気の痛みに関する強度推定

項目	0点	1-3点	4-6点	7-9点	10点
胃痛	0(0)	25(13)	38(19)	30(59)	7(9)
頭痛	0(0)	12(9)	33(19)	42(56)	13(16)
歯痛	0(0)	16(13)	33(16)	30(44)	20(28)
関節痛	0(0)	22(21)	47(36)	25(36)	6(6)
ガン性疼痛	2(0)	9(4)	19(4)	30(60)	40(32)
火傷	2(0)	8(9)	30(9)	41(70)	20(12)
骨折	3(0)	9(3)	29(13)	38(57)	22(27)
腹痛	3(0)	6(3)	38(25)	39(63)	14(9)
ストレス	9(3)	25(6)	30(22)	30(56)	6(13)
筋肉痛	3(0)	43(41)	40(38)	12(19)	3(3)
出産(分娩)	9(0)	3(0)	6(3)	32(30)	49(67)

するように努めることである。そこで医療従事者以外に身内(家族), 友人その他のボランティア等が緩和医療システムの理解に努めなければならない。

女性は男性よりも痛みの感性が強く, 痛みの経験は男性よりも多い。生理痛(月経痛), 出産(分娩)などの特別な女性だけの痛みの経験が痛みに対して特別な嗅覚が働く。因に, 男性においては出産時の痛みは耐え難いと言われている。痛みに対して鈍感であるということは, 実際の痛みに対しての耐性が弱く, 他者の痛みに対する配慮を欠く事にも繋がるだろう。痛みに対する感性について男女差を厳密に研究することは体質的な側面も踏まえた痛みに対する対処行動を理解することにつながると考えられる。又, 癌患者の痛みの原因は癌それ自体によって引き起こされる痛み(骨への転移, 内臓への転移, 神経, リンパなどへの転移)や治療過程において引き起こされる痛

表 2 痛みの言葉に関する強度推定平均値

性別	重み (中点)					M
	2	5	8	10	計	
男子	59.08	150.0	186.9	91.8	495.88	123.97
女子	46.6	127.5	280.0	137.2	595.8	148.95

$$M = \frac{\sum_{i=1}^J [\sum_{i=1}^K W_i P_i / K]}{J}$$

P = 回答比率 W = 尺度の重み (中点)
 K = 項目数 J = 重み項目の数
 M = 強度推定平均値

表 3 病気の痛みに関する強度推定平均値

性別	重み (中点)					M
	2	5	8	10	計	
男子	32.36	155.9	253.76	181.8	623.82	155.96
女子	22.18	92.7	400.0	201.8	717.68	179.17

み (化学療法の副作用, 放射線障害など) のほかに癌とは無関係な痛み (偏頭痛, 緊張性頭痛, 骨関節炎など) もあり, このような副次的痛みは大抵精神的な痛み, 死に対する不安と恐怖が随伴して発生することが考えられる。

日本人の死生観や宗教的態度, 病気観なども十分に知悉することが緩和医療には欠かせない重要な側面である。

3 医者と患者の印象形成の構造

これまで見てきたように, QOLD 評価測定尺度を作成する場合は医者と患者の信頼関係が基本的課題である。医者と患者の関係に関する研究は古くからなされており, これまでの彼等の関係は, 特に日本においてはかなり険悪なものであったと言う認識がある。この問題は医学教育の基本にかかわる問題である。医者と患者のコミュニケーション欠如の起源は医学の原点に溯ってみれば十分に理解できる。その歴史は古代ギリシャの医療現場であったアスクレピオス神殿での病気直しから始まる。神殿が病院であったからには, 病気の治療が宗教的呪術に重きがかかっていたと想像がつく。確かに, 当時の医者は神殿の神官でもあった。因に, 近代医学の父と言われるヒポクラテスも医神アスクレピオスを奉ずる神殿に使える神官兼医師の出身であり, アスクレピオス (守護神は蛇) 医療 (信仰医療) を行っていた時に誕生した科学的医者である。ヒポクラテスは当時の信仰医療を廃止し, 科学的に病気の診断を行うべくヒポクラテス学派を起こした。その時の誓約が医学部

に入学した医学生が最初に誓いを捧げる文書である。将来は現代の先端医療技術を駆使して治療に当たる医学生がヒポクラテスの誓いを行うのである。医療に当たる者のモラルの誓いと言えは納得が行く。現在では医者と患者のオイビオス契約で十分であるという説もある。さて、医者と患者の信頼関係の喪失は以下の2点に絞られるだろう。

1：ヒポクラテス学派の医師たちが自分たちが排除した迷信的通俗的医療から分離する事に熱中するあまり、かつては治療の基本的な方法であった日常語、詠唱、呪文など口から出てくる言葉をすべて取り去ったことである。つまり、治療における「言葉」の使用はこれまでの迷信的治療であった言葉（呪文を唱えるときは言葉を発する）の継続に思われたのである。

2：ヒポクラテス学派がその診断及び治療を客観的測定に基づいて行ったという事実である。客観的測定には患者の感覚的情報（主観的判断）が含まれるが、彼等の話すことは単なる個人的意見に過ぎないという理由で排除された。現今、医者は患者の意見調査を好まず、そこから得た情報を信用しないという習慣が連綿と続いている現実は無視できない。

以上の二つの流れをもつ現代医学が、医師-患者関係における言語、身振りなどを通して行われる交流を廃止し、「無言の技」としての医者の患者への対処行動となって継承された。この時代はアリストテレスが言葉の重要性を展開し、これが人間関係を繋ぐ糸口であり、言葉なしにはいかなる人間関係も生み出されないということが一般的に重視された時代である。それにも拘らず、医学だけは「無言」を重視し、感情移入を排除するという意味で、医師はできるだけ患者の言葉に耳を傾けないように努めた。患者と医者の人間関係や繋がりを排除することによって、客観的に診断可能な場が確保されたのである。こうした医学の歴史の道程を顧みるとき、現代社会における「もはやいかなる手を尽くしても治らない」、ただ「死を待つ患者」のケアを誰がするかと言えは、それはナースの仕事に尽きる。医者は完治しない患者に興味はない。ただ、死亡診断書を書く仕事が残っているばかりである。緩和医療学におけるインフォームド・コンセントの問題がどの程度日本に普及するのであろうか、かなり時間を要するに違いない。

以下に述べるのは医者-患者関係の構造を調査して得た結果である。

目的：QOLD 評価測定尺度作成に必要な医者と患者の印象はいかにして形成されるのかを研究する。それによって、臨床場面において最も重要な医者（現在では医療従事者）-患者の関係、患者が抱いている医者や看護婦の印象、医者や看護婦が患者に抱いている本来的印象はどのような構造を持っているのかを分析する。

方法・被験者・調査日時：他者の印象形成に関わる様々な要因について30人の男女大学生に自由に書き出してもらった10項目の要因（A；年齢，B；職業・社会的地位，C；学歴・教養・能力，D；家柄・財産・家族，E；容貌・体型，F；服装・趣味，G；動作・身のこなし，H；視線・表情，I；音声・会話，J；人柄・人格を手がかり要因として用い、未知の人物として 1：お見合いの相手（配偶者となる人），2：共同作業をする相手，3：医者・看護婦，4：セールスマン・店員，5：

就職時の面接者, 6: 隣近所の人, 7: 求職者, 8: 顧客, 9: 患者, 10: 生徒, 11: 中学時代の先生, 身近かに存在している既知の人物として, 1: 親友, 2: 恋人, 3: 父親, 4: 兄弟姉妹, 更に自分自身を他者に印象づけたい時, どの要因を強調するかという設問に回答させる。10項目からなる印象形成手がかり要因に順位をつけさせる事によって, 当該対象の印象形成に預かる重要度を決定する。

被験者: 東京都内に通学する男女大学生 (男子: 173人, 女子: 68人)

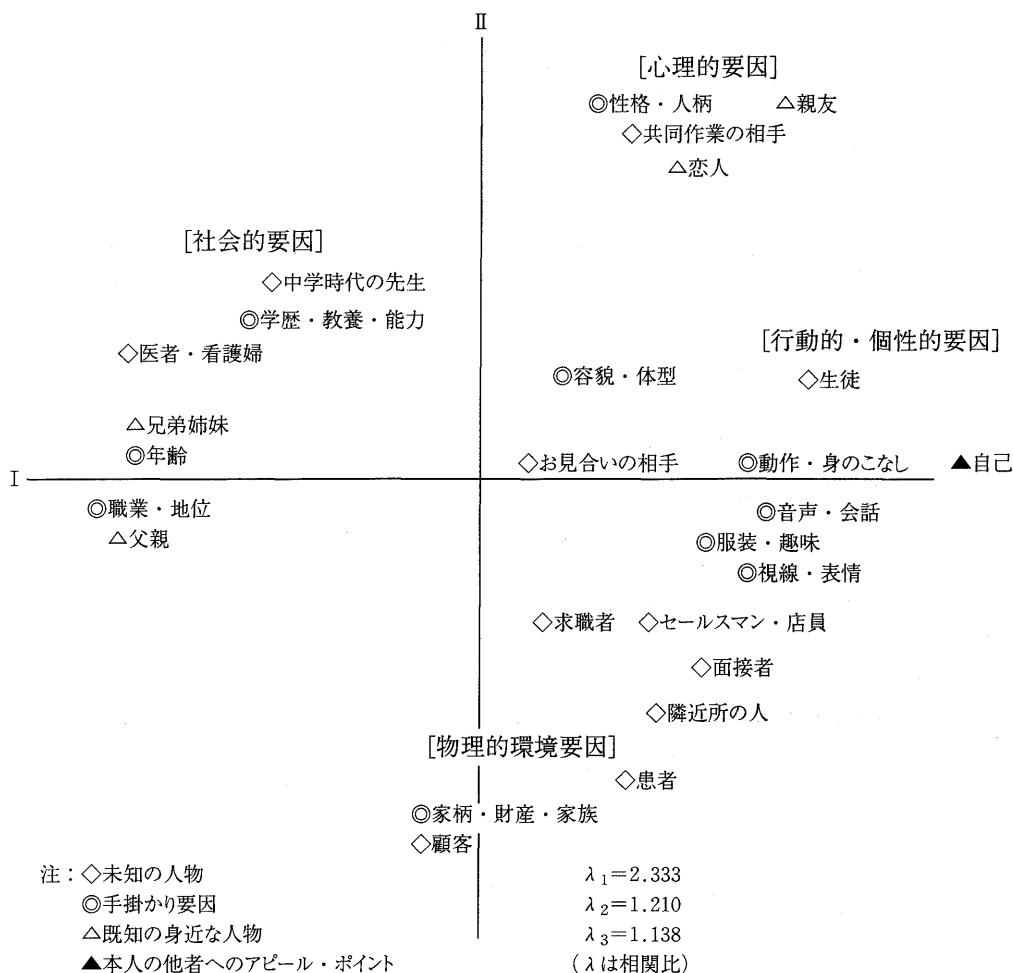
保育専門学校学生150人 (女子), 看護専門学校学生143人 (女子)

総計534人 調査日時: 1987年5-6月

結果と考察

図1に示されているのは, 10項目からなる他者の印象形成手がかり要因に関する2次元布置図である。この空間に4人の既知の人物(親友, 恋人, 兄弟姉妹, 父親, 中学時代の先生), 11人の未知の人物(お見合いの相手, 共同作業の相手, 医者・看護婦, 隣近所の人, 顧客, 店員, 患者, 就職時の面接者, 求職者, 生徒, 中学時代の先生)を割りつけたものである。尚, 印象形成手がかり要因は1次元空間では動作性の要因(動作・身のこなし, 視線・表情, 音声・会話, 服装・趣味), 社会的要因(年齢, 職業・社会的地位, 学歴・教養・能力)の両極に分離する。2次元空間では心理的要因(人格・人柄)と物理的環境要因(家柄・財産・家族)の2極に分離した。3次元空間では個人の特異性, 個性を表す(容貌・体型)が抽出されている。これらの要因構造から医者・看護婦と患者の印象形成の要因を調べてみよう。医者・看護婦は社会的要因である年齢, 職業・社会的地位, 学歴・教養・能力によって印象が決まるに対して患者の印象は物理的環境要因である家柄・財産・家族によって決まるようである。因に図2によれば, 医者・看護婦の印象形成は社会的要因で, 図3における患者の印象形成要因は物理的環境要因によって決定することが分かる。このような結果がどのようにQOLD測定尺度に反映されるのが課題である。既に述べたように医者と患者の関係には親密な人間関係を形成することをタブーとする医学教育が今日にいたるまで継承されている。従って医者や看護婦は患者の目から見ればただ技術において優れた社会的に評判のよい医者であればよい。同様に患者は医者・看護婦の目から見れば年齢とか家柄・財産などの物理的環境要因がよければそれでよい。従って, 医者-患者の印象形成においては, 人格・人柄などの心理的要因は第3次元に留まり, あまり考慮されないという結果は妥当であろう。一般的な他者の印象形成では心理的要因は第2次元で物理的環境要因と対極に存在している。最も, 人柄・人格を知るのは相手のムード, 雰囲気など直感的に勘が働いて相手の印象形成を容易に行うことができるかもしれないが, 多くは言葉を媒介として相手の人格・人柄を理解することが多い。出来るだけ相手の言葉を回避して, 黙々と診療に当たるのが常道である医学の歴史はこの信条を長い間継続してきた。

図1 他者の印象形成手掛かり要因の構造



又、相手の人格を考慮すればするほど正確な診断ができなくなるというマイナスの側面もある。しかし、癌告知などでは、患者の精神的な側面が大きく作用する。医者と患者の関係に「無言の技」はかえって治療の妨げになるだろうという現実が目立ち始めている事は注意を要する。

尚、本研究では医者と看護婦を同列において論じているが、本来、医者と看護婦は別々の枠で論じられなければならない。その意味において、今後は、医療従事者の中身をそれぞれ別けて分析するための調査を実行することが必要である。

図2 「医者・看護婦」の印象形成手掛かり要因布置図

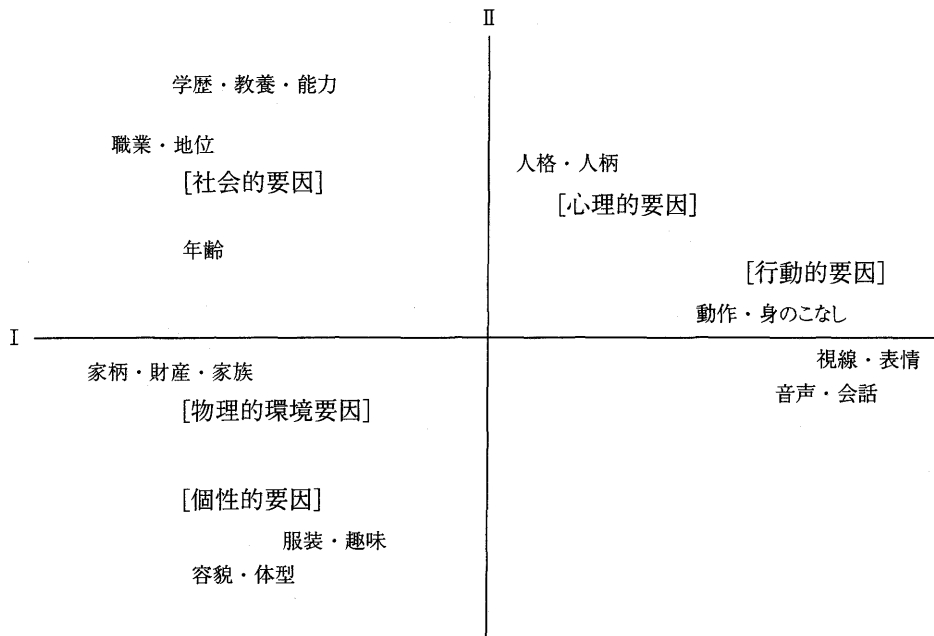
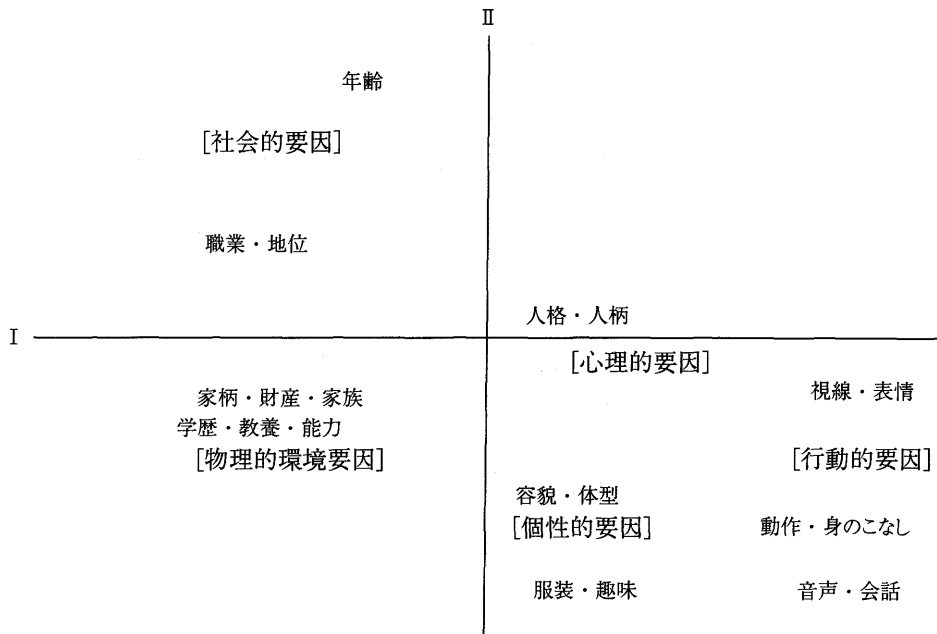


図3 「患者」の印象形成手掛かり要因布置図



おわりに

今日、QOLD 評価測定尺度作成の試みが医学関係のみならず他分野の研究領域で盛んに行われている。緩和医療の目安が、QOLD の得点であると言う WHO の見解が表明されたためであろうか。病院のなかに医師—看護婦だけではなく、他の職業（宗教家、ケース・ワーカー、カウンセラーなど）、ボランティアが中心になって患者を支える時代に移行しているためであろうか。病院はそのうち高齢化社会を迎えて介護病院になるだろうという医師もいる。更にはいずれ、癌患者のみならず、エイズ患者の緩和医療が同様に必要とされてくるに違いない。来るべき21世紀に向けて様々な医学界の問題がもはや先送りできないスピードで迫っている。これは日本における医療制度の抜本的な改革を断行しなければならない行政の問題に直結する。日本人は決して悲観論者ではない。又、人間は座して破滅を待つ存在でもない。絶えず先を見ながら、持てる知の力によって黙々と努力する存在である。

今後の動向に期待したい。

注

- (1) 20世紀になって、先端医療技術の急速な発達人間のこの地上での生命が無限に保たれるかのように錯覚させている。人は「死」の現実を「重い病」を通して知らされる。文明の恩恵を受けた健康な体は今ある生を楽しみ尽きることがない。しかし、様々な自己破壊へと向かう危機的状況を回避する事は不可能である。物と心を分断して自然科学が発達し、対象論理、形式論理の世界、1または0、白か黒かと言う二者択一の世界でコンピューターが活躍し、肉眼では見えない病原菌をレーザー光線が捕らえる。だが、人は「死」の現実から逃れることは出来ない。いかに先端医療技術によって、重い病を病む病人を治療しても、新たな病原菌による感染症が生み出される。ここに、対象論理の世界を越えた相即の論理の世界がある。「相即」とは仏教用語で、二つのものがそのまま同等であり、差別がないことを意味する。般若心経の「色即是空、空即是色」の即であり、色と空の関係を「矛盾的相即」、省略して「相即」、更に短縮して「即」という。即の意味は「すなわち」と読み、「すなわち」は「とりもなおさず」を意味し、「とりもなおさず」は「とりかえがない、そのまま」という状態を表している。そこで、色と空は二つにして一つであるとする「即」の本質に到達することができる。二つのアンビバレントな事象が、さながら一つの分身（影法師）のように不即不離に繋がって存在する。西田哲学の「絶対矛盾の自己統一」の場所的論理として提示されている論理構造であり、北森神学の「超越即内在」という神学的論理である。医学の第一線で活躍する臨床の医者が西田哲学や北森神学を現実の場に生かそうとしている。「死」を目前にして魂の孤独に苛まれている「今」こそが、永遠の命に繋がる「生即死」の論理である。かくして相即の医療は死を間近にしても時間・空間を越えて「永遠の命」に繋がり、終末期医療における患者の真の幸福に繋がることを保証する医学の論理へと発展していった。相互に矛盾したものが一本の糸で繋がっているという東洋哲学の本質である「即」の論理はキリスト教的弁証法と同じである。紀元前の昔、病人は「癒し人」と呼ばれる医療司祭や神殿つき医師によって病氣医療の道が開かれていた。イエス・キリストがこの世に遣わされたのは、人間の罪への贖罪と共に、だれからも顧みられず、アスクレピオス神殿の外（門の外）に見捨てられ、追放されていた重病人を癒すためであったことを深く心に留めるべきであろう。
- (2) 1996年、日本緩和医療学会が発足したが、この学会が創立されるまでの思想的歴史を辿ってみると、1970年前後に拡大したホスピス・ムーブメントにその端を発しているといわれる。その後、WHOが

QOLD 評価測定尺度に関する基礎的研究 (1)

QOL の概念を軸として、この分野の医療活動を普及させた。1989年、WHO が提唱したのは、癌の診断時から終末期に至る全過程に QOL を重視した医療を開発する事である。緩和医療、緩和ケアと呼ばれるこの医療の新しい知的枠組みを考慮した WHO の方針は、現在、国際的にも広く普及しており、緩和医療は癌医療の専門的な分野を確立しつつある。翻って、世界的なホスピス・ムーブメントに呼応して導入された日本におけるこの種の活動は、「日本死の臨床研究会」であるが、医学の進歩に即応する専門性を持った緩和医療としての取り組みは十分とはいえない。今のところ「日本癌治療学会」の一部、「日本ペインクリニック学会」、「日本サイコオンコロジー学会」などの一部が取り上げられているに過ぎない。そこで、癌治療を中心とした緩和医学の専門性を確立するため、QOL を尊重し、医学のパラダイム；1. 生物学（症状の緩和、緩和的臨床腫瘍学、抗癌剤の副作用対策、癌免疫、神経・免疫・内分泌相関）、2. 精神・心理学（癌患者の呈する心理的反応、癌患者の呈する精神症状、精神薬理学介入、精神療法介入、評価測定尺度、精神神経免疫学）、3. 社会学（社会的支援、オンコロジー・ソーシャルワーク、患者・家族のコーピング、家族の QOL、ケアマネジメント、患者・家族の悲嘆教育、喪失ケア、癌医療の経済学、ターミナル・ケアのシステム）、4. 哲学・倫理学（QOL 基礎理論、緩和医療とは、その目的と方法、治療を決定する過程の倫理、終末期医療の倫理、安楽死・尊厳死の倫理、臨床治療の倫理、倫理委員会のあり方）、5. 癌看護（癌看護に伴う看護及び副作用対策、意味を見出すサポート、家族のケア、ターミナル・ケア、在宅ケア、チーム医療）、6. その他の領域（癌のリハビリテーション、在宅医療、AIDS など、癌以外の致死的慢性疾患の緩和・ケア、霊的ケア、小児の緩和ケア）の各医学専門分野を包含した学際的、学術的研究とその実践、教育を行うための国際的にも評価されうる緩和医療学を目指している。因に、イギリスにおいては1987年に緩和医学が医学の専門領域として認められ、大学の医学部で正式な講座となった。オーストラリアにおいても既に5人の緩和医学の教授が誕生しているという。

参考文献

- K. ベッカー 「死の質」とこれからの病院建設 死の臨床 Vol. 18 1995 7-9
石田秀実 『死のレッスン』 岩波書店 1996
石谷邦彦 “QOL の概念” 漆崎一郎監修『ガンと QOL』 ライフサイエンス 1996
林知己夫 『行動計量学序説』 朝倉書店 1993
Herzlich, C. & J. Pierret “Malades d’hier, malades d’aujourd’hui.” Paris, Payot. 1991 エルズリッシュ、ピエレ共著 小倉孝誠訳 『病人の誕生』 藤原書店 1992
丸山久美子 “生と死のエトス—日本人青年の死生観と社会不安—” 聖学院大学論叢 Vol. 1 1988, 163-180
丸山久美子 “緩和医学と臨床社会心理学” 社会心理学研究 第9巻第2号 1993 123-130
丸山久美子、ヘンドリック・ピーペラー “日独大学生の「生と死」への態度に関する比較研究” 聖学院大学論叢 第8巻第2号 1996 191-222
Miller, D. The new polytheism: Rebirth of the gods and goddesses Spring Pub., Inc., Dallas, Texas, 1981. デビット・L・ミラー著 桑原知子、高石恭子共訳『甦る神々—新しい多神論』春秋社 1991
Moinpour, C. M., Feigl, P., Metch, B., et al “Quality of life end points in cancer clinic trials: Review and recommendation” J. Natl. Cancer Inst. Vol. 81 No.7 1989 485-495
Schipper, H., Clinch, J., & V. Powell “Definitions and conceptual issues: In quality of life assessments in clinical trials” (Ed. Spilker, B.) Raven Press, NY 1990, 11-24
瀬谷正敏編著 『社会心理学における自己測定尺度』 1993 ソフィア出版
高宮有介 “私のめざす緩和ケアとは” 死の臨床 Vol. 18 1995 15-16
漆崎一郎監修 『QOL 調査と評価の手引き』 癌と化学療法社 1995
第一回日本緩和医療学会抄録集 1996 6-7
第64回日本統計学会チュートリアルセミナー “臨床研究における QOL の評価” 1996 43-81