

ライフスタイルと Quality of Life

—文化人類学の観点—

藤山 正二郎*

Life Style and Quality of Life ; From Perspective of Cultural Anthropology

Shojiro Fujiyama, D.Sc. : Dept. of Cultural Anthropology, Faculty
of General Education, Ehime University

The Quality of Life notion is culture bound and has its origin in modern Western culture. Chapter I examines the ideological contents of the Quality of Life notion which have shaped modern world. I also describe the problem of the Quality of Life measurement methods.

Chapter II presents some cultural notion of “person”. Our seemingly natural and self-evident notion of our persons are in truth artifact of a long and varied social history. Other societies have held different notions of “person”.

Chapter III discusses the cultural construction of “life”. The notion of life are differentially perceived and defined in different culture. Life has been enriched by the consideration of death. Paradoxically, the death-denying attitude is not useful in the study of Quality of Life.

キー・ワード

文化人類学 Cultural Anthropology ライフ・スタイル Life Style
人間 Person 死 Death 生 Life

* 愛媛大学教養部助教授 連絡先 (〒790) 松山市文京町3 愛媛大学教養部文化人類学教室

はじめに

Quality of Life という概念は文化人類学にとってはなじみが薄い。最近の文化人類学アブストラクトの事項索引をみても、ほとんど現われてこない。これは、この概念が比較的新しく、欧米社会を中心にして使用されていることなどの理由によるものであろう。いわば、欧米社会の歴史的所産の概念であり、もっと具体的に言えば、高度経済成長と医療技術の発展、さらには平均寿命が長くなったこと、などに伴うさまざまな問題に対する反省の結果、産みだされた考えであろう。高度経済成長から消費社会へと変化するなかで、「物」から「心」へ、「量」から「質」へと価値観も転換していった。医療の世界でも患者不在の医療の問題が言われ始め、患者の視点からの医療を重視することから Quality of Life の概念がでてきたのである。

高度先進諸国が歴史的に産みだした問題とこの概念は結びついているため、世界の多くの民族にとっては、Quality of Life の問題に悩む必要はないのかもしれない。日々の生活に追われて、Quality どころではない民族もいるだろうし、経済的には貧しくとも、「文明社会」以上の Quality のなかで暮している民族もいるであろう。だが、多くの民族にとって、先進諸国で問題にされているような Quality of Life は関係ないにしても、人間はどこにおいても、生まれ、成長し、病気になり、老いて、そして死んでいくのは同じである。ある意味では、「文明社会」が医療技術などで特殊的に発展したために、必然的にかかえこまざるをえなくなった問題である。この問題を、「普遍的」な人類史の流れにひきつけて考えたら、何が言えるであろうか。民族はそれぞれの Life を生き、Life について多様な考えをもっている。それに関連して、人間とは、生とは、死とは何かについて多様な思考様式をつくりあげている。このような思考を背景に、Quality of Life を検討することが、この小論の第一の視点である。

また、西欧文明の所産は、普遍的であるかのような幻想をふりまきながら、歴史的な結果としては、世界中に圧倒的な影響力をもってきた。西欧近代医学

の功罪はいろいろ議論されながらも、それを全面的に拒否している文化はないようである。伝統的な医療体系と共存させながら、受け入れている社会が多いと思われる。近代医学もその背景には本来的に思想や世界観があるはずだが、現代ではテクノロジーとしての側面がきわだっているためか、普遍性をもっているように思われている。医療テクノロジーの急激な進歩と普及が、多くの社会で伝統的な価値観と衝突したり、奇妙に結合したりして、新たな問題をひきおこしている。先端技術を使った医療テクノロジーが世界中の多様な文化に受容されるなかで生じる問題に注目する必要がある。これは第二の視点である。以上のような視点からライフスタイルの違いと Quality of Life の問題について述べてみたい。

I Quality of Life 概念の問題点

この概念は、まず経済学や社会学で使用されたようである。そこでは Quality of Life は「生活の質」と訳されている。1960年代を通じての高度経済成長と都市化の進展に伴う環境破壊や生活問題の拡大に対する反省として、従来の物質的、量的生活への志向に対しての反省から注目された概念と説明されている¹⁾。そこでは GNP などの物的経済的指標ではなく、精神的豊かな満足度、幸福度といった主観的指標に基づく計測の試みがなされている。

この概念が社会学でどのように理解されているか、以下少し述べてみたい²⁾。「生活の質」論に先行して、「シビル・ミニマム」論があった。それは、生活機能の円滑な遂行のために、社会資本、社会保障、社会保健の三部門で、それぞれ最低生活基準を設定することを求めるものであった。行政の政策公準として資源配分の方角を明確にすることを通して、GNP に代表される物質主義がもたらした問題を解決していこうとしたのである。しかし、それは物財水準に中心をおき、地域住民の主観的な満足水準をあまり考慮していなかったのである。

その欠点を考えて、「生活の質」研究における指標は次のような特徴をもつ

ている。

- (1) 非貨幣的要因の重視（生命の安全性、環境の快適性、生きがい、精神的満足）
- (2) 資源のフローではなく、ストックの重視（社会資本の増加）
- (3) 分配の公正化
- (4) 主体性と参加

これらの特徴を反映した社会指標を作成し、社会計画研究を進展させようとしている。

以上の文章だけを読めば住民にとっては、いいことづくめのように見えるが、すでに批判はでている。「生活の質」概念は、経済のソフト化・サービス化といった消費社会の発展と歩調を合わせるものであって、消費機能の転換に基づく消費社会のイデオロギーを担うものである³⁾、との意見がある。

それに加えて、「生活の質」概念は、今までの使用され方をみると、行政側、コミュニティ側の視点が重視されて、住民側の視点が少ないようにみえる。また調査に使用される指標やスケールが単純すぎるようである。これを例をとって説明してみよう。たとえば、「病院・診療所の利用しやすさ」は健康分野の代表的指標であり、これを用いた主観的データは「満足—不満足」、「幸福—不幸」、「good—bad」などの評価軸を利用することによって得られる⁴⁾、とある。

しかし、病院に対する満足度がこのような一般的な評価軸でわかるのだろうか。ある人が体の具合が悪いと感じて、病院に行くまでのプロセスには多様な要素がからんでいる。例えば、病院までの交通の便、病院の建物の印象、受付の対応、看護婦・医師の対応、待ち時間、治療への印象、さらに、これらはその日の気分、その人の性格によって変わってくるであろう。たとえ、この人の病院への行動を徹視的に見て、それを指標化することができたとしても、調査を集約する段階で、住民の主観的満足度は主観的でなくなってしまふ。少なくとも住民の個人的な主観ではなく、妥協された最大公約数的な意見となる。

人間は不満のまま、不幸のまま生きていけるわけではなく、ある程度、現

実とおりにあいながら生きている。別の言い方をすれば、自分をごまかしながら生きているのである。意識調査にその人のホンネがでてくるかも疑わしいのに、最大公約数的な意見にまとめられたのでは、だれも思っていない意見に化けてしまうかもしれない。多数派の意見というのは大体において現状維持の方向で出てくることが多い。現状を動かそうとすれば少数派の意見も尊重する態度が必要であろう。消費者のニーズをつかもうと、必死でマーケティング・リサーチをやっても、ことごとく失敗しているように、大衆に網をかけるような調査は注意が必要であろう。

以上のようなことは、社会調査を例にとって述べてきたが、医療に関しても同じことがあてはまる。医療に患者の生命にふれることが多いだけになおさらに注意を求められるのである。

医療の分野では Quality of Life は「生命の質」と訳されることが多い。また、多くの人が言っているように、その概念は多様な意味で使われ、混乱を生じている。

例えば、ターミナル・ケアにおける「生命の質」を高めるために次のようなことが重要だと考えられている⁵⁾。

- (1) 症状のコントロール（特に痛みからの解放）
- (2) 交わりの提供（家族との接触）
- (3) 生きがいを見いだす（生きていることの意味深さ）

これは患者の視点に立つ倫理的な立場であり、理解しやすいものであるが、この「生命の質」という言葉が、障害児や死にゆく老人を「質の低い生命」と軽々しく断定し、弱者切り捨ての口実に使われることもある。効率や功利的なものを重視する功利主義からの立場で使われることもある。この「生命の質」という考えから、全く違うことが行なわれる場合もある。それは障害を持つ新生児を切り捨てること、他方では、無理な延命措置である⁶⁾。

ターミナル・ケアの場合は患者の自己決定権を最大限に重視すればある程度は解決されるように思えるが、次のようなケースは複雑な問題となる。優性保護法に端的に表われているように、「生命の質」を問うという優生思想によっ

て女性の自己決定権を否定するという思想、これに対してどのような態度をとるか。女性にとっては、胎児の生命と女の中絶するかしないかの自己決定権とがはかりにかけられる状況におちいる場合もある⁷⁾。二つの生命が同じ身体にあり、胎児には自己決定能力がない。では母親の自己決定権を尊重するだけで問題は解決するのであろうか。

以上のように、バイオエシックスの立場からの「生命の質」論の流れは患者の視点が重視される方向にあるが、1970年代から医療経済学などが注目し始めた「生命の質」指標はまた別の流れをつくっている。

最近の医療における「生命の質」調査の動向を見てみると、以然として、客観的指標（身体症状、仕事をやる能力、身体機能など）が多く使用され、主観的指標（心理的幸福感、人生への満足度など）はあまりにも soft で、測定方法もあいまいだとしてさげられてきた。だが、これからは、患者の視点を指標に入れる調査デザインの向上、さらに「生命の質」を決定する包括的なアセスメント・モデルを作成すること、などが求められている。さらに興味深いことは、患者個人の「生命の質」だけでなく、家族の、さらにはケアをする人の「生命の質」を考慮に入れなければならないと提案されていることである⁸⁾。

次の論文は経済分析と「生命の質」の関係を述べたものであるが、その中で、Quality Adjusted Life Year という概念が検討されている。これは正常機能を1.00とし、死をゼロとする。腎臓透析を受けている人は0.3位で、ガンのため乳房切除をした人は0.5などとLifeが換算されるのである。しかし、論者も言うように、乳房切除が死より辛いと考える女性もいるだろうし、話す能力に高い価値をもっている人は、喉頭ガンの場合、喉頭切開より、放射線を好むであろう。たとえ生存期間が短くなってでもである⁹⁾。

この二つの論文を読んで感じることは、「生命の質」を測定することは不可能に近いということである。医療の専門分野で概念の意味が違い、それを統一して「生命の質」のアセスメント・モデルなどを作る必要もない。究極的には「生命の質」は患者それぞれが違う考えをもっていることを念頭におくべき

であろうし、主観的指標を作成したからといって、患者の主観が理解できたなどと思わない方がよいであろう。主観的指標はややもすると免罪符にもなりかねない。むずかしいことだが、患者の個々の存在は他と比較できない存在であるという認識が必要であろう。

II 人間の概念と Quality of Life

医療テクノロジーの急激な進歩は、人類がいままで経験しなかったような問題を提出してくる。前に述べたように、患者の視点を重視すればある程度は見通しがつくような問題であったらいいのだが、以下の問題は今も議論中である。

「1975年、21歳のカレン・クインランは昏睡状態でニュージャージーのある病院に収容された。友人たちとパーティでアルコールと一緒に過量の薬物を飲んだのは明らかである。ハーバード脳死規準のどれにも適合しないので、呼吸装置と経管栄養で5ヶ月間、昏睡状態のまま生きていた。医師たちは呼吸装置を外せば死ぬだろうと思っていたが、意識が回復する希望のないまま、そのままになっていた。カレンの両親は呼吸装置を外すようにと要求した。両親の考えでは、これは神の意志にそったものであり、カレン自身が望むところであるという。医師たちは脳死していない患者の治療を停止することを拒否した¹⁰⁾」。

ここで問題とされたのは、カレンが人格的存在としての人間 (person, personhood) かどうかである。カレンのような状態は「植物人間」と呼ばれるが、「植物人間」という両義的存在をつくりだした医療は、まさにそのつくりだした存在で自ら悩むことになる。

植物人間は人間なのか、植物なのか。われわれは人間の概念などは自明のことのように思うが、歴史的にみても、比較文化的にみても決して一様ではない。

西江は次のように説明する¹¹⁾。人間は細胞の状態から大きくなって胎外へ生まれ出て、さらに成長してから死ぬ。死んだら来世へ行く。それからまた生きものに帰ってくれば輪廻転生みたいになる。そういう一つの命の長さの、どれくらいの幅、どのステージをその土地ではヒトと呼ぶかは、いろんな文化によ

って違うのである。

日本の出産に関する民俗の信仰はよく知られているが、人間がどのようにして生まれるかについて豊かな想像力がそこにはあった。神や霊が支配する異界から、魂がきて人間に宿ることで人間が誕生する。産科学的な医学の発達する以前は、出産は神や霊の領域にあったのである。七つ前は神の子と言われているように、子供は社会的な人格とはみなされていないのである。だから、「産児を間引くことは、オカエンするとかモドスなどと言われるように、殺人の意識よりも、子供のやってきたもとの国、異界へ返してやり、再び此世へ生まれてくるようにという意識のほうが強いようである」¹²⁾。

カトリック文化においては、日本とかなり違うこともよく知られている。卵子が受精したときから、その両親とは別個の新しい命が成立している。1974年にバチカンの教理聖省によって出された「意図的妊娠中絶についての宣言」では、「始まりつつある人命」という言葉を使っており、受精卵が人格的存在であるという表現を慎重に避けていて、微妙であるが、「始まりつつある人命」を守る立場を取っている¹³⁾。

人間がこの世に誕生する極とは反対の極、あの世にいて人間はいつ人間でなくなるのかについても多様な考え方がある。「ある年齢以上の人間はヒトじゃないとみなす文化——たとえば姥捨てがそれです——もあるし、一方パプア・ニューギニアの一部には、人間が死ぬとすぐミイラにして、そのミイラに食事を出したり酒を出したり一緒に寝たり、生きている人間とまったく同じに扱うという文化もある」¹⁴⁾。

アメリカ大陸の狩猟採集民の社会では生活環境のきびしさからか、自分のことは自分でするという「個人主義」的な価値観からなのか、老人遺棄の習慣が見られるのである。「狩猟採集の能力がおちた老人たちは、ときにみずから死を選ぶのである。キャンプ地の周辺での食糧事情が悪くなると、次のキャンプ地へと移動するわけだが、このとき、足腰の弱くなった老人は、私はキャンプを移動しない、ここにじっといと宣言する。彼らの社会では、老人でも子供でも、自分の行動は自分で決定することが尊重されるので、その宣言は絶対の

尊厳をもって受け入れられ、皆は乏しい手もちの食糧の半分をかれに残して、涙ながらに次のキャンプ地へと移動していく。残された老人は、自分で生きぬく活力が尽き果てると眠るように死んでいくという¹⁵⁾。南米のボリビアに住むシリオノ族でも同じような習慣がある。そこでは、獲物の枯渇や作物の不作のため移動が必要になると、まず老人と病弱者が置き去りにされるのである¹⁶⁾。

このような人類学的事実から何が言えるのだろうか。カレンは呼吸装置をはずされてもよいし、慢性の植物状態でもよいであろう。人間とはここから始まり、ここで終るといような線引きはできないということである。今のところはケース・バイ・ケースで考えるしかない。急ぎすぎる統一基準づくりはあまりいい方法とは思えないのである。

カレンの問題をめぐる議論の中で、人格的存在の人間とは最少限の認識力をもった人のことであるとか、生命の質を決める基準とか、物事を明解にしないと気がすまない欧米人らしく、いろいろな人間の基準がもちだされている。生命の質を決める基準もしくは人格としての人間評価試案の第1項には、最低の知能というのがあり、スタンフォード・ビネーその他の知能テストで40以下は人格的存在としての人間であることに疑問がある。20以下は人格的存在としての人間ではないとある¹⁷⁾。これは後に撤回され、基準としては新皮質機能だけが使用されている。

このような人間の基準を見ていると、人種差別の歴史を思いだしてしまう。人種主義が科学的に否定されたのはついこの間のことである。1951年に自然人類学者と遺伝学者により討議された「人類の本質にかんする声明書」という形で、世界的な科学者による人種主義の非科学性を明確に批判した宣言がユネスコから出されたのである¹⁸⁾。それまでは、「理性」がなければ人間ではないとか、「キリスト教徒」だけが人間であると言われてきたのである。これからも人間を選別する思想はいくらでも発生するだろうが、生命の質に関する議論だけはそれらに無縁であってほしい。

Ⅲ Life とは何か

前述したように、この Life は生活とも生命とも訳され、使用されている。確かに、一人の人間の生命は地球より重いという生命尊重の思想は、近代的人間が到達した貴重な命題であろう。だが、他方で個人の生命に対する見方の文化的差異は厳然としてある。キリスト教的な倫理観からはとうてい考えられない例を次に述べてみよう。

「ある年老いた猟師が、人生において成すべきことを成し終えたと考えながら、ある日、家の中やテントの下で、家族のものたちに取り囲まれて話し始める。わしの人生はもう充分長いと。皆は彼が出ていこうと望んでいることを了解した。それから彼はカヤックに乗り込み、岸から遠ざかり、故意に舟ごと転倒し、二度と再び起き上らない。女ならば、高い岩の上から海に身を投げる」¹⁹⁾。

このエキスマーの例は前に述べたことと重なるところがあるが、死を考えながら生を生きるという現代人には失なわれたその態度を考えてみる必要がある。

インドで日航機が墜落したとき、日航の職員が死亡したインド人のところへ補償金の交渉に行ったら、相手があまりにも低い金額を提示したので驚いたという話がある。またインドでは、法律で禁止されながらも、昔から女子嬰兒殺しが行なわれてきた。インド人口の性比率にも影響を与えているほどである。その理由として、高額な持参金の習慣がある。たくさん家族が、持参金のために莫大な借金をかかえこむ。その借金は次の世代まで受けつがれることもまれではない。だから1人ならず3人も4人も娘が生まれるなどと考えるのに恐ろしいことなのである。

この古くからの習慣が医療技術の発達と結びついて、その技術の乱用という結果を招いてしまった。羊水検査が1974年にインドで初めて行われた。目的は胎児に重度の精神的および身体的障害があるかを調べることだった。しかしながら、この検査の副産物として出てきたのが胎児の性判定だった。1981年には次のような新聞広告がでている。「あなたのお子さんが男子か女子が生まれる

前にわかります。輸入した立派な機械と有名な科学技術を使って妊娠初期に調べることができます。詳しくは以下にお問い合わせ下さい。出生前判定クリニック、ニューバンダリ病院」。いうまでもなく、結果としてでてきたのは計画的な女子胎児の中絶である²⁰⁾。

このインドの例は特別だとしても、Life を考えるには当然、「死」も考えなければならぬだろう。だが現代人には生命至上主義とも呼ぶべきものがあり、死を遠ざけようとする傾向がある。その典型をアメリカ合衆国に見ることができる²¹⁾。アメリカの葬送慣習は驚くほど一様で、遺体の葬儀堂への迅速な移動、embalming、画一的な遺体との対面、埋葬による死体処理などの一般的特徴が見られる。embalming とは死化粧と防腐処理のことであり、死を忌避し、恐怖するアメリカ文化の特徴であろう。死をカムフラージュするための葬式産業の隆盛もそれを表わしている。死に対する恐怖感がアメリカ人の原動力である。でもいつかは死がやってくる。その時アメリカ人はどうするかを捜し求める場所は宗教ではなく、医療である。アメリカ人は宗教的信仰に近いほどの感情を医療の進歩に求めている。その象徴が生命維持装置なのかもしれない。

先ほども言ったように、死はだれにでもいずれはやってくる。医療の進歩は死をわれわれから少し遠ざけてくれたが、死が消滅したわけではない。アメリカ人の人生の発達段階は壮年の男性をイメージすることで考え出されていると河合は言う²²⁾。アメリカの男は名誉、権力、名声そして女性の愛を求めてより強くなり、より高く昇ることを目標としているので、彼らの人生は壮年で終りである。

アメリカ人のパースペクティブからは老化とか死とかが排除されている。人生50年のときはそれでもよいかもしれないが、われわれは人生の後半を長く生きなければならない時代にある。そのときの Life の Quality を考えるには、当然、今までマイナスのイメージとして排除されてきた老いや死を考えなければいけないだろう。

伝統的な日本社会は、老人にしても死後の他界にしても、豊かなイメージを

もっていた。生も死も不幸も、村落共同体全体のことだったが、共同体がなくなると同時に、豊かなイメージもその基盤がなくなってしまった。喜びも個別化されると同時に、不幸や死も個別化されてしまったのである²³⁾。日本人のライフスタイルは表面的には欧米に近くなっているが、少し心の深いところに行けば、日本人の心性はそんなに変化はしていない。老いや死が避けられないものである以上、それについての想像力を豊かにする必要がある。現代医療との関連においても、日本人は生とか死とか老い、さらに人間や生命をどのように考えていたかを探究すべき点はいくらでもあるように思える。

引用文献

- 1) 小林修一：生活の質，社会学事典（見田宗介，他編），弘文堂，p. 519, 1988.
- 2) 金子勇：コミュニティの社会理論，アカデミア出版会，p. 79～84, 1982.
- 3) 小林修一：前掲書，p. 519.
- 4) 金子勇：前掲書，p. 96.
- 5) 柏木哲夫：死にゆく患者と家族への援助，医学書院，p. 41～46, 1986.
- 6) ホアン・マシア：バイオエシックスの話，南窓社，p. 161～162, 1986.
- 7) 金住典子：〈座談会〉「試験管の中の女」をめぐって，リタ・アルディッティ他（編），ヤンソン由実子（訳），試験管の中の女，共同通信社，p. 199, 1986.
- 8) Hollandsworth, James G. : Evaluating the Impact of Medical Treatment on the Quality of Life ; A 5-Year Update, Social Science & Medicine, Vol. 26, No. 4, p. 424～435, 1988.
- 9) Morreim, E. Haavi : Computing the Quality of Life, The Price of Health (G. J. Agich & C. E. Begley eds), D. Reidel Publishing Company, p. 45～69, 1986.
- 10) Brody, H. : Ethical Decisions in Medicine, Little Brown, and Company, 1981.
（館野之男・榎本勝之訳，医の倫理，東京大学出版会，p. 75, 1985）
- 11) 西江雅之，吉行淳之介：サルスの檻，ヒトの檻，朝日出版社，p. 75, 1985）
- 12) 飯島吉晴：子供の発見と児童遊戯の世界（網野善彦，他編：日本民俗文化大系10・家と女性），小学館，p. 248, 1985.
- 13) ホアン・マシア：前掲書，p. 151.
- 14) 西江雅之，吉行淳之介：前掲書，p. 26.
- 15) 片多順：老人と文化—老人人類学入門，垣内出版，p. 14～15, 1981.
- 16) Clausen, J. A. : The Life Course, Prentice Hall Inc., 1986（佐藤慶幸・小島茂訳，ラ

- イフコースの社会学, 早稲田大学出版部, p. 262, 1987).
- 17) Brody, H.: 前掲書, p. 337.
 - 18) 馬場優子: 人種主義と人種的偏見(寺田 和夫編: 人類学講座第7巻=人種), 雄山閣出版, p. 272, 1977.
 - 19) Gessain, R.: Ammassalik, Flammarion, 1969 (宮治美江子訳, アマサリク, 思索社, p. 56, 1977).
 - 20) ロゲンキャンプ, ヴィオラ: インドにおける女子胎児中絶, リタ・アルディッティ他(編), ヤンソン由美子(訳) 試験管の中の女, 共同通信社, p. 111~126, 1986. (原著は, Arditti, Rita et al (eds): Test-Tube Women, Routledge & Kegan Paul, 1984.)
 - 21) Huntington, R. & P. Metcalf: Celebration of Death, Cambridge U. P., 1979 (池上良正・川村邦光訳, 死の儀礼, 未来社, p. 263~287, 1985).
 - 22) 河合隼雄編: ライフサイクル(精神の科学6), p. 6, 1985.
 - 23) 勝島次郎: 神の比較社会学, 弘文堂, p. 196, 1987.
-