

日本人高齢者のQOL評価—研究の流れと 健康関連QOLおよび主観的QOL

出村 慎一¹⁾ 佐藤 進²⁾

Quality of Life (QOL) Assessment for Japanese Elderly: the course of QOL studies and assessments of health-related and subjective QOL

Shinichi Demura¹ and Susumu Sato²

Abstract

The aims of this review are to (1) outline the course of quality of life (QOL) studies in Japan, (2) clarify the concept and scale of health-related QOL and subjective QOL, (3) clarify the problems in the Japanese version of subjective QOL scales and the characteristics of subjective QOL in Japanese elderly, and (4) propose a direction of QOL assessment for the aging society in Japan. Since the 1970s in Japan, QOL has been studied in several fields, such as medical science, social psychology and gerontology, but a unified concept or definition of QOL has not been established. Health-related QOL, developed in the field of medical science, evaluates the individual condition from multiple dimensions including physical, psychological, social, functional and spiritual aspects. Since the aging society in Japan is largely composed of healthy elderly, comprehensive health-related QOL scales, which can provide continuous assessment from the disabled to healthy elderly, have a high degree of availability. Subjective QOL scales measure individual subjective evaluations of all aspects of daily life. Subjective QOL has mainly been assessed from the viewpoint of life satisfaction or morale. However, it has been reported that the existing scales have certain problems, and that subjective QOL is influenced by culture and individual values. In the aging society of Japan, it will be important to evaluate QOL in the elderly from the aspects of both health-related and subjective QOL to clarify the criteria for “successful aging”. In addition, ikigai (“something to live for”), which is unique to Japan, will be an effective measure for evaluation of QOL.

Key words : Life satisfaction, morale, Ikigai, comprehensive QOL scale

(Japan J. Phys. Educ. Hlth. Sport Sci. 51: 103-115, March, 2006)

1) 金沢大学教育学部

〒920-1192 石川県金沢市角間町

2) 金沢工業大学生涯スポーツ教育コア

〒921-8501 石川県石川郡野々市町扇が丘7-1

連絡先 佐藤 進

1. Faculty of Education, Kanazawa University
Kakuma, Kanazawa, Ishikawa 920-1192

2. Life-long Sports Core, Kanazawa Institute of technology

7-1, Ohgigaoka, Nonoichi, Ishikawa 921-8501

Corresponding author sssato@neptune.kanazawa-it.ac.jp

キーワード：生活満足度，モラル，生きがい，
包括的QOL尺度

1 はじめに

日本人口の急速な高齢化は周知の事実である。このような日本社会で高齢者のQOL (quality of life) 評価が重要視される理由として、高齢者が心身の健康を維持しながら、自立し、活動的で生産的な老後を過ごすことが社会的に求められていることがあげられる。高齢者が社会の少数を占めていた時代は、長寿であることに価値が置かれ、その知恵を尊ぶ習慣が多くで認められていた。しかし、高齢化が進み、高齢者の割合が増加してくると、高齢者に対する社会の尊敬の念が薄れていく傾向にある(三山, 2001; 高橋, 2001)。従来、日本では、高齢者が問題を抱えた場合、その援助の主体は家族であったが、若年層の都市部への流出や核家族化の進行とともに独居高齢者の割合も急増している。それに反し、家族以外の社会的サポート体制の整備が不十分な現状にある(高橋, 2001)。平均寿命が80歳を越え、コンピューターを中心とする技術の進歩とともに社会状況が急激に変化する現代では、高齢者は自身の心身の変化や病気、退職、経済的問題、近親者や配偶者との死別などに加え、社会構造からの様々なストレスにさらされて生きていく必要があり、精神面の健康という点でも高齢者のQOL評価の重要性が認識されている。

その一方で、QOL研究はこれまで、医学、社会心理学、老年学など、種々の領域においてそれぞれの目的に沿って行われてきたが、QOLという概念や定義について曖昧さや多義性が指摘されている(星, 2000; 長谷川ほか, 2001)。また、評価尺度もそれぞれの立場で独自の尺度が数多く開発されている。後述するが、従来のQOL研究は、医学の分野と、老年学および社会心理学の分野で主に進められ、様々な理論的研究や尺度開発がなされてきた。医学の分野では、医療(治療や医療保健福祉面のケア・サービス等)の効果を測定する目的で、健康を客観的または主観的尺度に

より測定することを目的とした健康関連QOL尺度が検討されてきた。一方、老年学および社会心理学では、生活満足度やモラル、主観的幸福感、生きがいといった概念を用いて、日常生活や人生全体に対する主観的な満足度や充実度を測定する試みがなされてきた。これらは個人を取り巻く身体的、心理的、社会的、環境的状况に対する個人の評価結果として捉えられ、主観的QOLとも呼ばれる(古谷野, 柴田)。両QOL尺度は、それぞれの研究領域ではいずれも有用であるが、高齢化社会の中でどのように役立てるかという観点に立った場合、これらは混在し、十分に整理されているとは言い難い。従来の医学分野で開発されてきた健康関連QOLにおける限界も指摘されている。川南ほか(2000)は、「治療や延命だけでなく毎日の日常生活や社会生活において、その人が望む主観的QOLレベルで生活できることこそが重要な医療・保健・福祉面でのゴールである」とし、難病患者(厚生労働省特定疾患治療研究事業で対象となっている疾患)用の主観的QOL尺度を提案している。一方、生活満足度やモラルとして測定されてきた主観的QOLは、個人の内的基準に基づいた評価結果であるために、測定すること自体が難しいことに加え、これらは価値観や習慣などの影響を受けることから、日本人高齢者を対象とした場合の評価方法に関する問題点や日本人高齢者の特徴を整理する必要がある。

これらを踏まえ、本総説では、QOL研究のこれまでの流れやQOLの構成概念および測定法を概観し、医学分野で検討されてきた健康関連QOLと老年学・社会心理学の分野で検討されてきた主観的QOLの概念と既存の評価尺度を整理したうえで、主観的QOLを測定する際の問題点や日本人高齢者の主観的QOLの特徴を明らかにする。そして、これらの検討を通して、これまでのQOL研究の成果と今後の高齢化社会に向けたQOL評価を如何に結びつけるべきかについて提案する。

II QOL研究の流れとその概念

社会経済の成長や平均寿命が一定水準に達した先進諸国では、いわゆる「生命の量」の拡大から「生命の質」の拡大に関心がシフトしてきた。また、このような社会経済の成長や平均寿命の伸びは、結果的に、社会の高齢化を促進させることになった(柴田, 1996, 1998)。それに伴い、高齢者の健康目標自体も、「疾病の予防による余命の延長」から「生活機能における自立」へと変化し、近年では「プロダクティビティの増進」に焦点が向けられている(柴田, 1998)。高齢者の健康目標の転換は、WHO(1984)による「高齢者の健康は、生死や疾病の有無ではなく、生活機能の自立の度合いで判断すべきである」とする提唱による。また、プロダクティビティとは、高齢者の

生産的能力や意欲を意味する用語(適切な日本語訳は明確にされていないが、有償労働、無償労働、ボランティア活動、相互扶助、保健行動の枠組みで捉えられている)であるが(柴田, 1998)、全人口の1/4から1/3を高齢者が占めると予測される日本の高齢化社会では、高齢者が単に健康で生活機能的に自立していればよいという段階から、社会のなかで高齢者がどれほどの役割を果たせるかが問題とされる。

柴田(1996)は、これまでのQOL研究について、社会政策的、医学的、社会心理学的、老年学的の4つの流れのなかで進められてきたと述べている(図1)。柴田(1996)によると、社会政策的研究は、1970年代(米国では1960年代)以降、社会経済の成熟化に伴い、物質的追求から質的追求への関心が高まる中で生じ、医学的研究は、生命倫理的な問題(生命の選択や尊厳死)や、治療

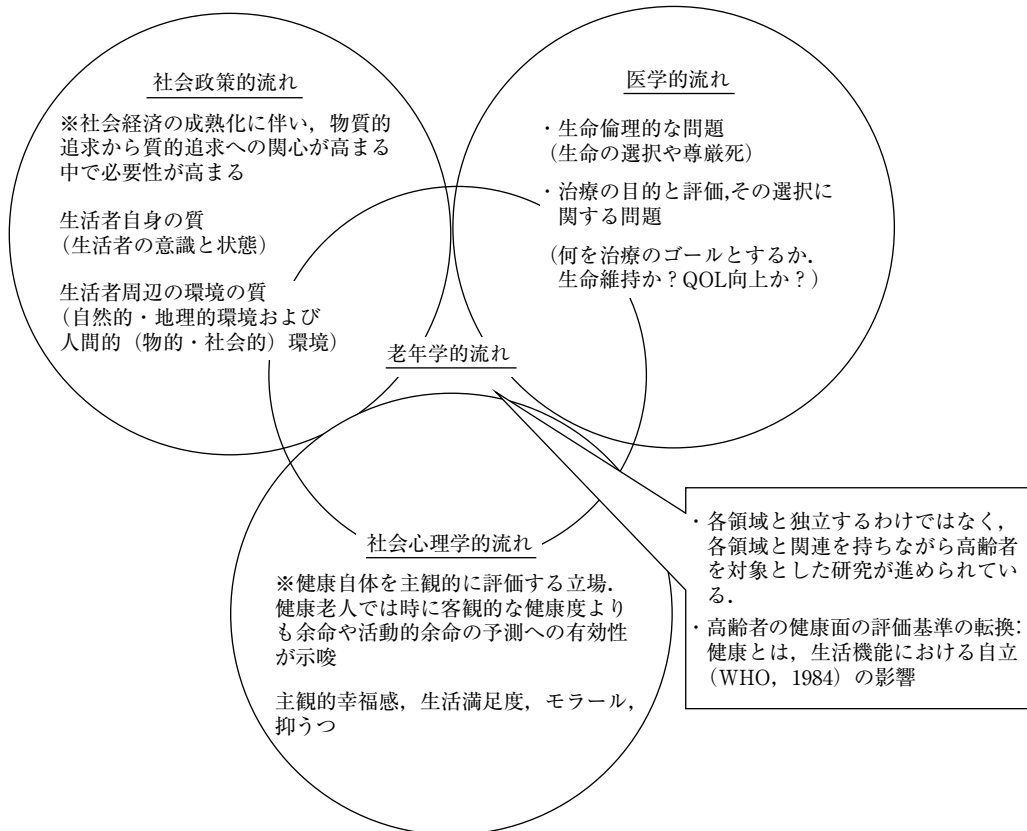


図1 QOL研究の流れ

の目的と評価およびその選択に関する問題の各観点から進められ、健康に関連するQOL（健康関連QOL）の評価に関する研究が行われた。社会心理学的研究は、健康を客観的に扱う医学とは異なり、健康を主観的に評価する立場に立ち、健康や心理的側面を主観的に評価する検討がなされた（主観的QOL）。老年学的研究は、社会政策的、医学的、社会心理学的の各領域と関連を持ちながら研究が進行してきた。このように、各研究領域において、それぞれの目的に応じてQOL研究が行われてきたが、QOLの定義やその構成要素は統一されていない。逆に、その多義性や曖昧さ故に、急速に進行する高齢化社会における都合の良い言葉としてQOLと言う用語のみが一人歩きしてきた感もある。その一方で、各領域において、QOLは健康状態や予後との関連が認められ、その評価の重要性が認識されている（柴田、1996）。

QOLの概念規定や定義に関して、国際的に統一されたものは未だ確立されていない。それは、QOLが民族的・宗教的価値観に影響を受けることや、QOLとして扱われている対象が多岐にわたること、などによると考えられる。QOLの概念規定について、Lawton（1991）は、Behavioral competence（ADLや健康状態などの行動的能力）、Perceived quality of life（健康度、認知力、人原関係、仕事等に対する満足感）、Objective environment（収入や住居、家庭などの人的および物的環境を含む客観的環境）、Psychological well-being（うつや不安などの心理的なwell-being）を提案している。Pearlman et al.（1988）は、社会的役割の形成と喜び、肉体的健康、知的機能、感情状態、生活満足度もしくは幸福感の5つを、Ferrans et al.（1985）は、家族、健康、自己に対する満足感、家族や近隣への満足感を挙げている。石原ほか（1992）や太田ほか（2001）は、Lawton（1991）の構成概念を妥当としたうえで、石原ほか（1992）は、ADLや健康状態に関する身体的機能、家族、配偶者や近隣との人間関係、満足感や不安感などの主観的幸福感を含む心理的な側面、住居、収入などの生活環境を、太田ほか（2001）は、生活活動力、健康満足感、人的サポ

ート、経済的ゆとり満足感、精神的健康、精神的活力（太田ほかは環境条件を検討していない）をそれぞれ提案している。上田（1998）は、QOLを客観的QOLと主観的QOLに分類し、客観的QOLには生命の質（生物レベル：機能低下（impairment）に関わる次元）、生活の質（個人生活レベル：能力低下（disability）に関わる次元）、人生の質（社会生活レベル：handicapに関わる次元）からなり、主観的QOLは客観的QOLの変化に伴う不安、不満、意気消沈といった体験としての障害によるものとしている（箕輪、1997）。

古谷野（1996a）は、これらの先行研究を概観したうえで、QOLの構造として、個人の状態および個人を取り巻く環境条件に対する主観的評価の結果（満足感、幸福感）がQOLであるとするモデルを提案している。古谷野のモデルにおける個人の状態および環境条件を構成する要素は、前述したQOLの構成概念となる。構成要素は研究者によって若干の違いが認められるが、基本的には、健康の概念と類似しており、個人の身体的側面（健康状態や体の痛みなど）、心理的側面（不安、うつなど）、社会的側面（家族、社会とのつきあいなど）に関する要素が含まれている。また、WHO（1984）の健康観の転換に伴い、機能面（ADLや日常役割）やスピリチュアル（霊的側面、信仰・宗教など）も加えられるようになっている。図2は、古谷野（1996a）のモデルに他の研究の内容も盛り込んでQOLの構成要素を説明したものである（生きがいの部分については後述）。

このようなQOLの定義や構成概念に関する議論も含め、QOL研究は、大きく医学的領域における考え方と老年学および社会心理学的領域における考え方により進められてきたと考えられる。すなわち、医学的領域では、健康（病気）との関係を強く意識し、治療の効果を測定することを目的に、主に事実として第三者による観察が可能な要素によりQOLを捉えようとしている。一方、老年学および社会心理学領域では、健康との関係は意識しつつも、日常生活全体や人生に対する、本人にしかわかり得ない主観的な要素によりQOLを捉えようとしている。前者は主に健康関

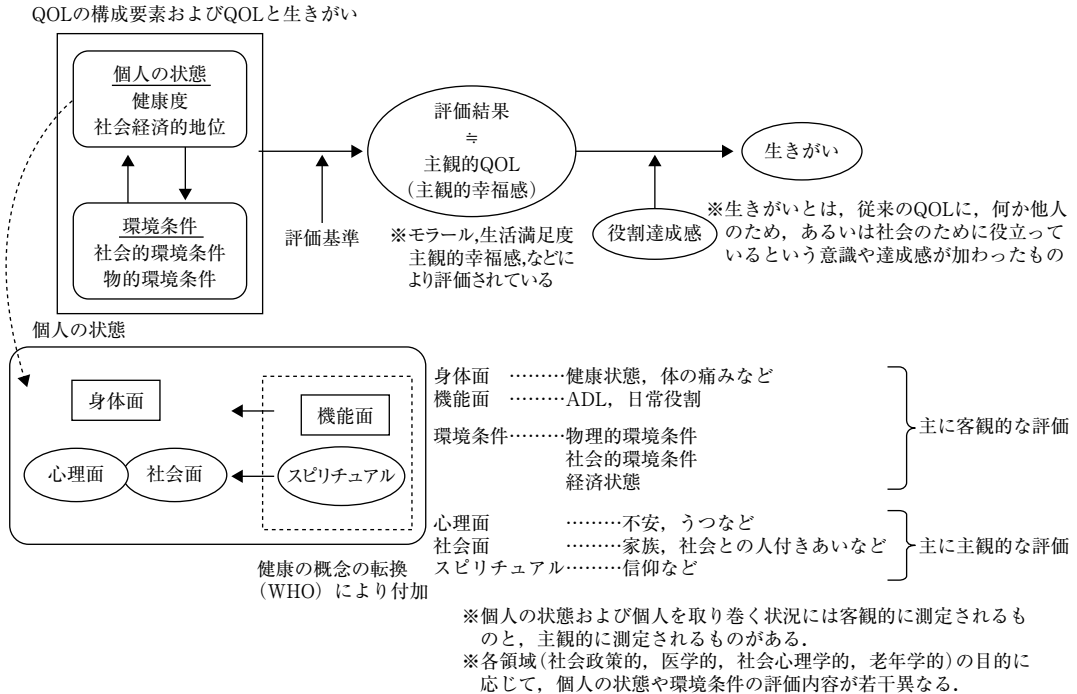


図2 QOLの構成要素 (古谷野, 1996を著者改変)

連QOLと呼ばれ、身体機能、メンタルヘルス、日常役割機能、体の痛み、健康観、活力、社会生活機能などの要素により評価される。後者は主観的QOLと呼ばれ、モラール、生活満足度、主観的幸福感として評価される。両者のアプローチは、いずれかが有効ということではなく、高齢者のQOLを捉えるうえで共に重要と考えられる。

III QOLの評価法

QOLの評価法には、客観的評価と主観的評価がある。前述したQOLの構成概念を測定するにあたり、これらの評価法は測定内容により使い分けられる場合と、同じ測定内容に対して両方が用いられる場合があり、いずれか一方だけでは測定できない。例えば、前述のLawton (1991) の構成概念のうち、居住環境や人的・物的環境については主に客観的な評価がなされるが、心理的側面に関してはその症状の有無は主観的に評価される。また、身体的側面の健康状態について医学的

研究では健康指標から健康状態を客観的に評価する傾向にあるが、社会心理学的研究では、「自分の健康状態をどのように感じるか」のように主観的に評価する傾向にある。経済状態についても、年収を評価する立場と、その年収をどのように感じているかを評価する立場がある。主観的指標は、医学の分野で客観的な健康度が重要視されてきたことを補う形で、主に社会心理学の分野において提唱された。本人の内面に評価基準をおく考え方はQOL研究に大きなインパクトを与えた(柴田, 1998)。柴田(1996)は、高齢者の健康評価において、客観的な健康度以上に、本人の主観的な健康度(健康度自己評価)が重要であることを示したことは社会心理学的研究における重要な成果の一つであると指摘している。

また、これまでのQOL評価尺度には、QOLを構成する要素ごとに評価する尺度(個別評価尺度)と、複数の要素を包括的に評価する尺度(包括的尺度)が開発されてきた。また、特に医学の分野では、疾患ごとに個別の評価尺度(疾患特異的尺

度)が開発されてきた経緯がある。これまで、社会心理学および老年学的研究では生活満足度やモラルなどの主観的側面が、また医学的研究では疾患ごとの個別評価がなされる傾向にあったが、近年、包括的尺度が作成される傾向にある。医学分野では、健康関連QOL尺度として、Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36)、World Health Organization QOL (WHOQOL)、Sickness Impact Profile (SIP)、EuroQol 5 Dimensions (EQ-5D)などの包括的尺度が作成されている(福原と鈴嶋, 2001;ホルツマン, 1996)。疾患特異的尺度がその疾患特有の症状やその影響をより詳細に測定することを目的としているのに対し、健康関連QOLの包括的尺度は、様々な疾患を持つ患者や健康な人に共通する要素(身体機能、メンタルヘルス、日常役割機能、社会生活機能など)によって構成される。そのため、包括的尺度は、有疾患者から健康な人までを連続的に測定でき、また、疾患が異なっても比較可能であるといった利点がある(福原・鈴嶋, 2001)。

IV 健康関連QOL

健康関連QOLは、医学の領域において、患者の治療効果を測定する尺度として研究が進められてきた。健康関連QOLを評価する目的は、①ある個体群において健康、病気あるいは能力障害を識別または区別すること、②結果や予後を予測すること、③個人における時間的変化を評価すること、とされている(川南ほか, 2000)。健康関連QOLは、多次元の要素から構成されるが、その評価尺度には、QOLを構成する種々の要素を「効用値」と呼ばれる一つの尺度にまとめて表す「選好に基づく尺度」と、構成要素を多次元のまま表現する「プロファイル型尺度」に大別される(福原・鈴嶋, 2001)。そして、プロファイル型尺度はさらに、症状インデックス尺度、包括的尺度、疾患特異別尺度に分類される。疾患特異別尺度は疾患特有の症状やその影響をより詳細に測定することを目的としているのに対し、包括的尺度は、

様々な疾患を持つ人や一般に健康といわれる人々に共有する要素によって構成された尺度である。選好に基づく尺度の代表的なものとして、EQ-5DやHealth Utilities Index (HUI)があり、包括的尺度の代表例には、SF-36やSIP、WHO-QOLなどがある。福原・鈴嶋(2001)は、包括的尺度の利点として、1) 病気にかかっている人から健康な人の健康関連QOLまでを連続的に測定できること、2) 疾患が異なっても健康状態の比較が可能であることをあげている。現在、高齢者人口に占める割合は健康な地域高齢者が圧倒的に多いことや、患者の治療から一次予防に主眼が置かれるようになった近年の傾向を考えると、健康人から病人までを連続的に評価可能なこのようなアプローチは現代社会に合致した有効な方法といえる。

健康関連QOL(主に包括的尺度)における構成要素に関して、国際的にも汎用されている評価尺度の下位尺度を見てみると、SF-36は身体機能、日常役割機能(身体的および精神的)、体の痛み、全体的健康観、心の健康、社会生活機能、活力の8領域を、SIPは身体的健康因子(移動、歩行、整容・動作、睡眠・休息、食事)、精神的健康因子(情緒的行動、社会とのかかわり、注意集中行動、コミュニケーション)、その他(仕事、家事、レクリエーション・娯楽)の3領域12要素を、WHOQOLは、身体的側面、心理的側面、自立のレベル、社会的関係、生活環境、精神性・宗教・信念の6領域をそれぞれ構成要素としている。これらの構成要素は、尺度により若干異なるが、基本的に、身体機能、メンタルヘルス、日常役割機能、社会生活機能などの要素が含まれ、健康の概念および構成要素と密接に関連している。

このように、多次元尺度により健康関連QOLは構成され、評価されているが、健康関連QOLはあくまでもQOLの構成概念の一部分を測定しているにすぎない。福原(2001)は、健康関連QOLについて、「医療行為が直接介入できない要素(健康に関連しないQOL(ソーシャルサポート、住居および社会環境、経済状態)や生きがい・幸福人生の満足など)を尺度に含めると、臨

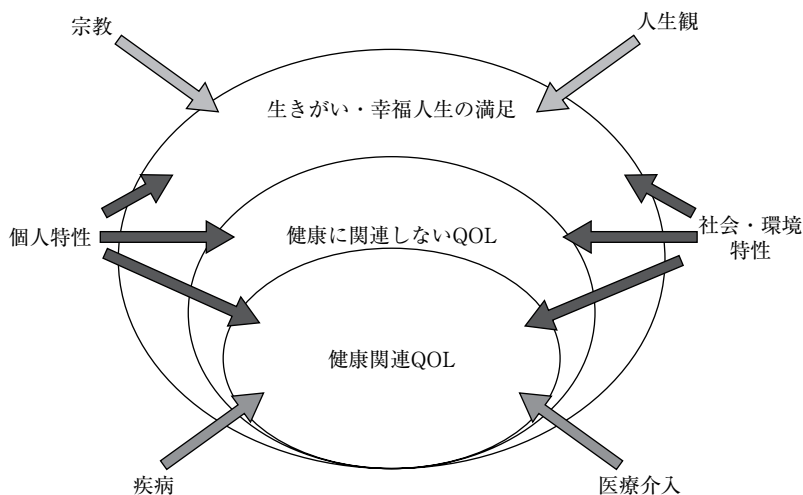


図3 健康関連QOLの概念図
(福原, 2001)

床的には明らかに効果があるにもかかわらず、QOLは全く改善しないという逆説的な現象が生じてしまう。健康関連QOLの測定時には、目的に応じて測定すべき対象あるいは要素を限定することが必要条件となる」と述べ、健康関連QOLの概念図として図3のモデルを提案している。その一方で、健康関連QOLで主に扱われる心理的側面は、不安や抑うつなど心の健康に関する内容であったが、前述したように、医療のゴールは患者の主観的QOL（個人の置かれている現状に対する満足度）の向上であり、その評価が医療現場においても重要（川南ほか, 2000）とする考えもある。

V 主観的QOL

主観的QOLに関する研究は1940年代からなされており、生活満足度やモラルに関する評価尺度が開発されてきた。初期の評価尺度には、態度尺度 (Attitude Inventory : Cavan et al., 1949) やカットナーモラルスケール (Kutner Morale Scale : Kutner, 1956) があるが、これらの尺度が利用された期間は短く、今日ではほとんど使用されていない (古谷野, 1996b)。これまで汎用されてきた尺度は、Neugarten et al. (1961) の

生活満足度尺度 (Life Satisfaction Index A : LSIA) や Lawton (1972) の PGC モラルスケール (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) がある。LSIA は和田 (1982)、PGC モラルスケールは前田 (1979) により邦訳版が作成され広く利用されてきた。LSIA は、5つの要因 (生活への熱中対アパシー、決断と不屈さ、目標と現実の一致、肯定的自我概念、気分) を構成概念として作成されている。PGC モラルスケールは、心理的高揚、老いに対する態度、現在の状態の受容、心理的動揺、楽天的思考、孤独感・不満足感の6因子を構成概念としている。両尺度は、いずれも、多次元の構成概念で定義したうえで、一次元の得点を算出できるように工夫された尺度である (古谷野, 1996b)。

これらの主観的QOL尺度は、これまで、理論的妥当性や構成概念妥当性、因子妥当性などが検討されてきている。しかし、健康関連QOLの場合と異なり、主観的QOL自体が個人の内面にある評価基準により評価された結果であり、外的な妥当基準がない (わからない) ために (箕輪, 1997)、国際的に汎用されているにもかかわらず、異なる言語に変換した際や異なる民族に適用した際に、得られる因子構造や特定に因子に対して高い貢献度を持つ項目がオリジナル版と異なるとい

った、評価尺度自体の妥当性や信頼性に関わる問題が多く報告されている（後述）。また、測定しようとしているものが個人の人生観や宗教、民族的な習慣、価値観等の影響を受けることから、日本人高齢者の主観的QOLの特徴について把握する必要がある。

LSIA 邦訳版に関するこれまでの報告では、オリジナル版が前述の5因子を仮説構造として作成されたが、追試結果では異なる因子数が報告されており、構成概念の共通認識が確立されていないこと（Adams, 1969；和田, 1982；古谷野ほか, 1990）や、内的一貫性が低く、有効性が疑問視される項目が含まれている（Adams, 1969；和田, 1982）ことなどが指摘されている。これらの問題についてMinami et al. (2003) は、内的一貫性、SEFA (Stepwise Variable Selection in Exploratory Factor Analysis) により因子数を1に指定し項目数を20項目から変化させた際のモデルの適合度、探索的因子分析による因子構造の確認および下位尺度の信頼性、SEFAにより因子数を1—7まで変化させた際のモデルの適合度を検討した。その結果、LSIA 邦訳版は一般因子を仮定した1因子構造に基づく総合評価を行う場合には有効性の低い項目を含み、また、多因子構造に基づく下位尺度による評価を行う場合には下位尺度の信頼性の点で問題があった。LSIA 邦訳版は、モデルの適合度の点から、複数の因子による構成概念を仮定することが適当と考えられるが、適切な因子数は確定されていない（和田, 1982）。したがって、高齢者の生活満足度について、多因子構造を前提に構成概念の検討および尺度の再開発を行う場合、20項目の枠を超えて、項目を再吟味し、追加・選択する必要があると考えられる。

モラールに関しても、生活満足度と同様に、邦訳版が作成され（前田, 1979）、その信頼性や妥当性に関する追試がなされてきた。谷口ほか（1984）や、浅野・谷口（1981）は、3因子構造の因子妥当性を確認している。しかし、前田（1994）は、これらの追試研究が一部の限られたサンプルによるものであることから、全国の60歳以上の男女を対象に層化無作為抽出して得られ

た2200人のサンプルを用いて因子構造の確認およびアメリカ人を対象にした結果との比較を行っている。日本人高齢者の全サンプルを用いた探索的因子分析の結果、①楽天的・積極的気分、②心理的安定性、③健康観・有用感、④老化に対する態度の4因子が抽出され、性別に因子構造を確認した結果、女性は全サンプルの場合と同様であったが、男性の場合、因子構造が異なっていることを報告している。さらに、PGCモラールスケールのオリジナル版で報告されている因子構造の日本人への適合度はさほど高くなく、日本とアメリカではPGCモラールスケールの因子構造にやや違いがあると結論づけている。

モラールに関しては、その構成概念についての共通認識が得られていない（古谷野, 1996b）。「Morale」の適切な日本語訳がなく、「モラール」として用いられているように、その言葉や概念は日本人にはわかりにくい部分がある。また、PGCモラールスケールにより捉えられるものの位置づけ自体も、「モラール」とするものや、「生きがい」または「主観的幸福感」とするものなど統一されていない（古谷野, 1981b；杉山ほか, 1981ab）。モラール研究の目的が、幸福な老いの規定要因を解明することに焦点が当てられる傾向にあるため、これまで、モラール測定に関する研究よりも、関連要因の測定方法の開発が重要視されてきた経緯がある（古谷野ほか, 1981a）。すなわち、邦訳版PGCモラールスケール自体の測定尺度としての大きな問題点は指摘されていないものの、高齢者のモラールの特徴とそれに関連する要因を十分検討することが、モラールの構成概念を明らかにするうえで重要とされ、今後の追試が必要である。

このように、主観的QOLに関する既存の指標の邦訳版を適用した場合には文化的、社会的な価値観の相違などに基づく種々の問題点が生じる。また、これまで日本で汎用されてきた指標は1950年代から1970年代に開発されたものであり、高齢者を取り巻く社会的な環境だけでなく、日常生活環境も現代とは大きく異なる。健康関連QOLの心理的側面で扱われる抑うつは精神障害の一つであるため、このような社会的変化の影響

は受けにくいかもしれないが、生活満足度やモラル、生きがいといった概念は、それらを規定する価値観などが時代とともに変容していることも考えられる。生活満足度に関して、近年、新しい尺度の開発が試みられている（張ほか、1998；南ほか、2000）が、特に主観的QOLに関しては、今後、現代社会に合致した、日本独自の尺度を開発する必要があるかもしれない。

また、生活満足度やモラルといった主観的QOLに関する性差や加齢変化、種々の要因との関連性について検討した先行研究では、評価尺度の得点の性差が高齢後期（75歳以降）に顕著となり女性の方が男性と比較して低い傾向にあること（出村ほか、2001a, 2001b, 2002a, 2003a；Demura and Sato, 2003b；野田ほか、2001）や、身体的健康に関する満足度を中心に後期高齢者の評価が低くなり、その時期は体力やADLの低下が顕著になる時期ともおよそ一致していること（出村ほか、2001a；野田ほか、2001；南ほか、2000；出村ほか、1999；Demura et al., 2003a, 2003c）、生活満足度に関与の高い要因が年代により男女で異なる（男性は健康などの身体的要因、女性は配偶者、人間関係や将来に対する不安）こと（細江、1980；出村ほか、2001a；野田ほか、2001）、特定の集団に対する縦断的比較では、加齢に伴って必ずしも主観的QOLが低下しなかったこと（斉藤、1981）が報告されている。また、高齢者は、健康状態の悪化、体力・機能水準の低下、定年退職とそれに伴う経済基盤や社会的役割、広範な交友関係の損失、配偶者・親友・兄弟との死別などのライフイベントと直面するが、これらの出来事が主観的QOLに悪影響を及ぼすこと（古谷野、1984；杉澤・柴田、2000；三山、2001；出村ほか、2001a；野田ほか、2001；南ほか、2000）や、逆に、積極的な社会活動の維持や基本的な日常生活習慣の安定性の維持、生きがい対象の創出・保持、近所つきあい等による交友関係の維持、運動教室や積極的な外出、具体的な将来計画の設定などにより、主観的QOLが好影響を受けること（出村ほか、2001a, 2001b, 2002b, 2003a；野田ほか、2001；柴田、1993；青木、

2000；高梨ほか、1994；本間ほか、1999）も報告されている。

これらのことは、主観的QOLは健康関連QOLで測定される個人の状態および環境条件の変化と密接に関係し、これらの状況の変化による影響を受けながら主観的QOLが変化していくこと、主観的QOLを個人の状態や環境条件と合わせて測定・評価することにより、主観的QOLの状態だけでなく、その原因となる要因を探る際に有効な情報となることを示唆していると考えられる。

VI 高齢化社会にむけたQOL評価

高齢化社会対策の一つとして高齢者のQOL評価を考えた場合、患者から健常な人までを連続的に評価できる包括的な健康関連QOL尺度の有用性は高いと言える。しかし、健康関連QOLは、第三者からでも観察可能な個人の状態や環境条件に関する事実を客観的または主観的な測定尺度を用いて測定している。このことは、健康関連QOLでは、個人の状態や環境条件を把握することはできても、それらに対して個人が感じる充足度やそれらを通して得られる日常生活全体および人生全体に対する満足感、幸福感を測定するには限界があることを意味する。前述したように、健康関連QOL尺度は、患者に対する治療の効用の測定を目的として作成された経緯がある。患者に対する治療効果を測定する目的で使用する場合にはそれでよいが、より豊かな高齢社会の実現に向けて高齢者のQOL評価を考えた場合、高齢者人口の大部分が介護を必要としない高齢者で占められる現在の日本では、健康関連QOLの測定だけでは不十分と考えられる。個人の状況や個人を取り巻く環境を評価することは、QOLを改善する方策を見いだす上で重要であるが、同じ環境条件に対して感じる充足度には個人差があり、その違いを生じさせる原因は何かを探るアプローチもまた必要である。また逆に、主観的QOLだけでは、個人の生活や人生に関する全体的な満足度は把握できるが、それらを維持・改善するための方策についてのヒントは得られにくい。QOL研究の最

最終的なゴールとも言える、個人の置かれている状況をどのように受け止め、よりよい老後を過ごすかに関する情報を得るには、従来の健康関連QOLと主観的QOLの両アプローチが必要と考えられる。

健康関連QOLの評価結果と主観的QOLの評価結果を有機的に利用するうえで、「生きがい」が重視されるかもしれない。近年、急速な高齢化社会にあって、前向きに生活する高齢社会を築くために、「生きがい」に関する研究が注目されている。「生きがい」に関する研究は、これまで、個人の主観的な状態を客観的に測定する試みが繰り返されてきた。例えば、各研究者が「生きがい」を個々に定義して、「生きがい」の調査項目を設定し調査を実施したり、海外で開発された尺度を「生きがい」を測定するものと定義して標準化し、使用したりすることが行われてきた(長谷川ほか, 2001)。

これまでの生きがい研究では、欧米で開発された主観的幸福感やモラルなどの尺度により捉えられるものを「生きがい」と定義して標準化することや、関連要因の検討などが行われてきた。しかし、「生きがい」という言葉は日本独自の意味を持っており、欧米における主観的幸福感の概念とは一致しない。その独自性について、神谷(1980)や長谷川ほか(2001)は、日常生活の中で普通あるいは自然に湧いてくる感情といった意味合いが含まれている点にあるとしている。和田(2001)は、宗教的意味合いは含まないものの、日本では「生きがい」がspiritualに相当する用語とも言えるとしている。柴田(1998)は、「生きがい」について、従来のQOLに、何か他人のためあるいは社会のために役立っているという意識や達成感(役割達成感)が加わったものと述べている(図2)。

「生きがい」は、日本人の生活に根ざした言葉であり、日本では古くから健康やライフスタイル、生活の質を語る中でたびたび使用されてきた(神谷, 1980)。しかし、「生きがい」は、QOLと同様、その定義や概念は統一されておらず、その測定法も確立されていないのが現状である。その一

方で、現実には、「生きがい」が多くの自治体の高齢者対象の事業名に「生きがいづくり」と称して標榜されている(厚生統計協会, 2000)ように、前向きに生活する高齢社会を築くためには不可欠な要因の一つとして考えられている。

長谷川ほか(2001)は、生きがいに関する理論的研究は古くから行われているが、今後急速な高齢社会に対応するために、理論的研究の実証的エビデンスが必要になったと述べている。「生きがい」が測定できれば、データに基づいた評価という観点から、自治体と研究機関が協働し、生きがいを高めることを目標とした介入研究ならびに事業展開が可能となる(長谷川ほか, 2001)と考えられる。

長谷川ほか(2001)は、「生きがい」を、「今ここで生きているという実感、生きていく動機となる個人の意識」と定義したうえで、「生きがいは何か」と尋ねられた時に、その人が過去の経験、現在の出来事、未来のイメージなどの「生きがいの対象(配偶者、子ども、家族、健康状態、健康度自己評価、他人との交流を含む社会活動性、他者との関係における役割、趣味、趣味の内容として動植物育てること、など)」と「それに伴う感情(自己実現と意欲、生活充実感、生きる意欲、存在感、安定感(動揺)、効力感(無力感)、主動感など)」を統合した主体性を持つ自己の心の働きから捉えた「生きがい」の実証的研究を行っている。もともと、QOLと「生きがい」は混同して用いられてきた経緯もあるように、「生きがいの対象」に含まれるこれらの構成要素と、QOLの構成要素には重複する部分が多い。このことは、従来のQOLの測定に加え、個人の状態やその環境条件に対する生きがい感を測定することで、個人の置かれる客観的状況と、個人が感じている日常生活や人生に対する全体的な充足感の因果関係を説明しうる情報として利用できるかもしれない。

生きがいの有無は、個人の置かれる現状に満足できるか否かに対して強く影響を及ぼすことは容易に予想できる。QOLとの概念の相違や、その測定・評価法の確立など、整理すべき問題は多い

が、「生きがい」と関連づけたQOL評価は、今後の高齢社会にとって有益な情報を提供するかもしれない。

VII まとめと今後の課題

これまで、各研究領域において、健康関連QOLと主観的QOLが測定・評価されてきた。それらはいずれも高齢者のQOLを捉えるものではあるが、あくまで部分的な評価でしかない。高齢化社会対策の一つとしてQOLを評価し、集団および個人のQOLを維持・改善させることを考えた場合、健全な高齢者が大部分を占める現代の日本の高齢社会では、両側面からの評価が重要と考えられる。すなわち、個人の状況および環境条件の評価と、それに対する主観的評価の両方を評価することにより、日常生活や人生全般に関する充足度とそれを規定する要因が捉えられると考えられる。近年、老年学で注目されている「生きがい」も含めて、主観的QOLおよび健康関連QOLを関連づけたQOL評価が今後の高齢社会において重要になるかもしれない。

文 献

Adams, D. (1969) Analysis of a life satisfaction index. *J. Gerontol.*, 24: 470-474.

青木邦男 (2000) 健康指導教室参加高齢者の精神的健康の変化に関連する要因. *体育学研究*, 45 : 1-14.

浅野 仁・谷口和江 (1981) 老人ホーム入所者のモラルとその要因分析. *社会老年学*, 14 : 36-48.

Cavan, R.S., Burgess, E.W., Havighurst, R.J., and Goldhamer, H. (1949) *Personal adjustment in old age*. Science Research Associates, Chicago, III.

張 美蘭・金 憲経・田中喜代次 (1998) 高齢者の生活満足度尺度の構築. *教育医学*, 43 : 360-370.

出村慎一・野田政弘・南 雅樹・石川幸生・多田信彦・松沢甚三郎 (2003) 地方在宅高齢者におけるモラルに関連する生活要因：性別・年代別比較. *生理人類学会誌*, 8 (4) : 77-81.

出村慎一・南 雅樹・野田政弘・石川幸生・野田洋平 (2002a) 地方都市在住の在宅高齢者のモラル

の特徴一性と生活要因の観点から一. *日本衛生学雑誌*, 56 : 655-663.

出村慎一・長澤吉則・南 雅樹・菅野紀昭・多田信彦・松沢甚三郎 (2002b) 市町村行事に参加した健全な高齢者における体力と生活習慣、健康状態との関係およびその性差. *日本生理人類学雑誌*, 7 (4) : 17-28.

出村慎一・野田政弘・南 雅樹・長澤吉則・多田信彦・松沢甚三郎 (2001a) 在宅高齢者における生活満足度に関する要因. *日本公衆衛生雑誌*, 48 : 356-366.

出村慎一・野田政弘・松沢甚三郎・多田信彦・石川幸生 (2001b) 在宅高齢者のモラルと生活要因の関係：年代別・性別比較. *教育医学*, 47 : 164-170.

出村慎一・松沢甚三郎・野田洋平・南 雅樹・郷司文男・佐藤 進・小林秀紹・西嶋尚彦 (1999) 在宅高齢者の日常生活動作の特徴. *体育学研究*, 44 : 112-127.

Demura, S., Sato, S., Minami, M., and Kasuga, K. (2003a) Gender and age differences in basic ADL ability on the elderly: Comparison between the independent and the dependent elderly. *J. Physiol. Anthropol.*, 22 : 19-27.

Demura, S. and Sato, S. (2003b) Relationships between depression, lifestyle and quality of life in community dwelling elderly: Comparison between gender and age group. *J. Physiol. Anthropol.*, 22 : 159-166.

Demura, S., Minami, M., Nagasawa, Y., Tada, N., Matsuzawa, J., and Sato, S. (2003c) Physical-fitness declines in older Japanese adults. *JAPA*, 11 (1): 112-121.

Ferrans, C.E. and Powers, M.J. (1985) Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS Adv Nurs Sci*, 8 (1): 15-24.

福原俊一 (2001) いまなぜQOLか—患者立脚型アウトカムとしての位置づけ. 池上直巳ほか編 *臨床のためのQOLハンドブック*. 医学書院：東京, pp. 2-6.

福原俊一・鈴鴨よしみ (2001) 健康プロファイル型尺度 (SF-36を中心に). 池上直巳ほか編 *臨床のためのQOLハンドブック*. 医学書院：東京, pp. 32-41.

- 長谷川明弘・藤原佳典・星 旦二 (2001) 高齢者の「生きがい」とその関連要因についての文献的考察—生きがい・幸福感との関連を中心に—. 総合都市研究, 75 : 147-170.
- 細江容子 (1980) 定年後夫婦の生活適応. 社会老年科学, 2 : 96-108.
- 本間善之・成瀬優知・鏡森定信 (1999) 高齢者における身体・社会活動と活動余命, 生命予後の関連について—高齢者ニーズ調査より—. 日本公衆衛生学雑誌, 46 : 380-390.
- 星 旦二 (2000) 「生きがい」とは何か?. 公衆衛生情報, 7 : 46.
- 石原 治・内藤佳津雄・長嶋紀一 (1992) 主観的尺度に基づく心理的な側面を中心としたQOL評価表作成の試み. 老年社会学, 14 : 43-51.
- 神谷美恵子 (1980) 生きがいについて. みすず書房 : 東京.
- 川南勝彦・藤田利治・箕輪眞澄・古谷野亘 (2000) 難病患者に共通の主観的QOL尺度の開発. 日本公衆衛生学雑誌, 47 : 990-1003.
- 古谷野亘 (1996a) 老年精神医学関連領域で用いられる測度 QOLなどを測定するための測度 (1). 老年精神医学雑誌, 7 : 315-321.
- 古谷野亘 (1996b) 老年精神医学関連領域で用いられる測度 QOLなどを測定するための測度 (2). 老年精神医学雑誌, 7 : 431-441.
- 古谷野亘・柴田 博・芳賀 博・須山靖男 (1990) 生活満足度尺度の構造: 因子構造の不変性. 老年社会学, 12 : 102-116.
- 古谷野亘・柴田 博・芳賀 博・須山靖男 (1981a) PGC モラル・スケールの構造—最近の改訂作業がもたらしたもの—. 社会老年学, 29 : 64-74.
- 古谷野亘 (1981b) 生きがいの測定—改訂 PGC モラル・スケールの分析—. 老年社会科学, 3 : 83-95.
- 厚生統計協会編 (2000) 国民の福祉の動向. 厚生の指標 臨時増刊, 47 (12) : 203-206.
- Kutner, B., Fanshel, D., Togo, A.M., and Langer, T.S. (1956) Five hundred over sixty: a community survey on aging. (Rep.) Arno Press.
- Lawton, M.P. (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren JE et al. (Eds.) The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. Academic Press CA, pp. 3-29.
- Lawton, M.P. (1972) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. J. Gerontol., 30: 85-89.
- 前田大作・野口裕二・玉野和志・中谷陽明・坂田周一・Liang, J. (1994) 高齢者の主観的幸福感の構造と要因. 社会老年学, 30 : 3-16.
- 前田大作・浅野 仁・谷口和江 (1979) 老人の主観的幸福感の研究—モラル・スケールにみられる性差とその要因分析—都市の在宅老人を対象にして—. 社会老年学, 20 : 46-58.
- 南 雅樹・出村慎一・野田政弘・多田信彦・野田洋平・石川幸生・村瀬智彦・植屋春見 (2000) 在宅高齢者を対象とした生活満足度尺度の作成. 教育医学, 46 : 961-969.
- Minami, M., Demura, S., Tada, N., Matsuzawa, J., Hanai, T., and Miyaguchi, K. (2003) Availability of the Japanese version life satisfaction index-A (LSIA): re-examining validity and reliability of each item and the possibility of the multidimensional scaling. 教育医学, 49 : 182-190.
- 三山吉夫 (2001) 高齢化社会での老年期うつ病. 精神医学, 43 : 601-605.
- 箕輪眞澄 (1997) 健康関連QOLの考え方とその評価尺度開発. 橋本博史ほか 厚生省特定疾患免疫疾患調査研究班 平成8年度研究報告書. pp. 5-21.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J., and Tobin, S.S. (1961) The measurement of life satisfaction. J. Gerontol., 16: 134-143.
- 野田政弘・出村慎一・南 雅樹・長澤吉則・多田信彦・野田洋平 (2001) 在宅高齢者における生活満足度の特徴: 性差, 年代差および生活満足度相互の関連. 体育学研究, 46 : 257-267.
- 太田壽城・芳賀 博・長田久雄・田中喜代次・前田清・嶽崎俊郎・関 奈緒・大山泰雄・中西好子・石川和子 (2001) 地域高齢者のためのQOL質問表の開発と評価. 日本公衆衛生学雑誌, 48 : 258-267.
- Pearlman, R.A. and Uhlman, R.F. (1988) Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. J. Gerontol., 43: M25-M30.
- 齊藤和子 (1981) 高齢者の心身の老化と社会的適応の評価に関する研究—その2 (短報) 尼子式外観的老化度評価, 長谷川式簡易痴呆テスト, 人生満足度評価の年次変化—. 精神衛生研究, 28 : 61-66.
- 柴田 博 (1998) 第2章 求められている高齢者像.

- 東京都老人総合研究所編 サクセスフル・エイジング老化を理解するために. ワールドプランニング：東京, pp. 42-52.
- 柴田 博 (1996) 高齢者のQuality of life (QOL). 日本公衆衛生学雑誌, 43 : 941-945.
- 柴田 博 (1993) 老年学入門. 川島書店：東京.
- 杉澤秀博・柴田 博 (2000) 前期および後期高齢者における身体的・心理的・社会的資源と精神健康との関連. 日本公衆衛生雑誌, 47 : 589-601.
- 杉山善朗・竹川忠男・中村 浩・佐藤 豪・浦沢喜一・佐藤保則・斉藤桂紀・尾谷正孝 (1981a) 老人の「生きがい」意識の測定尺度としての日本版PGMの作成 (1) —実際の妥当性の検討—. 老年社会科学, 3 : 57-69.
- 杉山善朗・竹川忠男・中村 浩・佐藤 豪・浦沢喜一・佐藤保則 (1981b) 老人の「生きがい」意識の測定尺度としての日本版PGMの作成 (2) —実際の妥当性の検討—. 老年社会科学, 3 : 70-82.
- 高橋祥友 (2001) 社会構造の変化と高齢者の自殺. 精神衛生, 43 : 607-612.
- 高梨 薫・杉澤秀博・奥山正司・西田真寿美 (1994) 高齢者に対する子供からの保健・介護的支援に関する社会的要因. 社会老年学, 39 : 50-56.
- 谷口和江・前田大作・浅野 仁・西下彰俊 (1984) 高齢者のモラルにみられる性差とその要因分析—都市の在宅老人を対象にして. 社会老年学, 20 : 46-58.
- 上田 敏 (1998) 目で見るとリハビリテーション医学. 東京大学出版会：東京, p. 3.
- ホルツマン：漆崎一朗・栗原 稔訳 (1996) QOL その概念から応用まで. シュプリンガー・フェアラーク東京：東京, pp. 1-78.
- WHO (1984) The use of epidemiology in the study of the elderly, TR706, Geneva.
- 和田修一 (1982) 人生満足度尺度の分析. 社会老年学, 14 : 21-35.
- 和田修一 (2001) 近代社会における自己と生きがい. 高橋勇悦・和田修一編 生きがいの社会学—高齢における幸福とは何か. 弘文堂：東京, pp. 25-52.

(平成17年2月4日受付)
(平成17年7月23日受理)