

# 高齢者の Quality of life (QOL)

柴田 博\*

**Key words** : 高齢者, 生活の質, 生活機能, 生活満足度, 環境要因, サポート

## I はじめに

最近, quality of life (以下 QOL) という用語がさまざまな分野で汎用されている。この用語の日本語訳には「生活の質」, 「生命の質」, 「生存の質」などがあり, その訳語により概念も多少違っている。次第に「生活の質」という訳語に落ち着きつつあるように思われる。

QOL は一種の流行のように広がってきた用語であるためか, その意義や概念に関してかなりの混乱が認められる。QOL は1つの尺度で測定される一次元的なもの (たとえば主観的幸福感) を意味すると思っている人もいる。一方, QOL という用語は, 特定の学問領域ではコンセンサスの得られた内容を含意していると思っている人もいる。以上のような思い込みが, この用語を濫用させたり, 従来からもっと適切な用語のある概念までを QOL と呼ぶことにより混乱を生じさせるといった風潮を生み出したりしている。

本論は, QOL の問題を包括的にレビューすることを目的としているわけではない。高齢者における QOL に関する概念の整理を簡単にした上で, 今日のが国の研究や実践の中で緊急性をもついくつかの問題の提言を行おうとするものである。

しかし, QOL をめぐる混乱した状況を整理するために, 研究の流れに関して簡単な交通整理を試みることは避けられないようである。

## II QOL 研究の流れ

QOL を今日的な意義で用いた社会政策的な提

言は前世紀にもあったかもしれない。しかし, そのような萌芽的なものの歴史は十分に捉えることが出来ないので, ここでは今世紀に入ってからの QOL 研究の軌跡をたどってみることにする。

QOL 研究の源流は大きく4つに分けることができる。それを社会政策的, 医学的, 社会心理学的, 老年学的と仮に名づけておく。各々の研究の流れは相互に関連性をもって進行してきたのであり, 分類は便宜的なものに過ぎない。とくに, 老年学における QOL の研究は, 他の3つの領域の研究を包括的に取り入れられる形で進んできている。

### 1. 社会政策的流れ

三重野<sup>1)</sup>は, 1970年代に入って QOL という用語が繁用されるようになったのは経済社会の「成熟化」という側面と軌を一にしていると指摘している。そして, 成熟化に関して, ガボールの「成熟社会とは, 人口および物的消費の質はあきらめなくても, 生活の質を成長させることはあきらめない世界であり, 物質文明の高い水準にある平和な社会である」という規定を引用している。

わが国で70年代に QOL が問題となり始めた背景には, まだ途上にあつたが高い経済成長がある。73年には, 政府経済審議会が GNP (国民総生産) だけでは表されない生活の豊かさ, たとえば余暇時間, 通勤時間, 都市緑化率, 環境汚染の度合などの生活の質を表す Net National Welfare という概念を導入した<sup>2)</sup>。

わが国より経済的な成長に先んじていたアメリカは60年, 40年代末の Karnofsky の研究を基盤に市民社会の幸福に関する大統領委員会において QOL の検討が開始された<sup>3)</sup>。それは, ①個人の生活の質の検討, ②個人のニーズ評価, ③ deficits を最小限にするためのプログラムの開発, ④

\* 東京都老人総合研究所  
連絡先: 〒173 東京都板橋区栄町35-2  
東京都老人総合研究所 柴田 博

outcome potential program を測定するための方法の工夫である。

このように、社会政策的にみようとする QOL の枠組みはかなり大きいものである。金子・松本の著書では、QOL の枠組みとして大きく生活者自身の質と生活者周辺の環境の質に分けている。生活者自身の質には生活者の意識と生活者の状態が、生活者周辺の環境の質には、自然的・地理的環境と人間的環境（物的、社会的）がふくまれている<sup>4)</sup>。

## 2. 医学的流れ

医学の中の QOL の問題は大きく 2 つに分けることができる。1 つは、生命倫理的な問題、つまり生命の選択や尊厳死にかかわる問題である。76 年のアメリカのカレン事件も大きなインパクトを与えた。植物状態になったカレンさんの生命維持装置をはずすことを裁判所を通じて病院に訴えた両親の願いが、認められた。アメリカには、この他にも、精薄の老人の QOL を扱ったセイケビッツ事件（1977）、ダウン症の子供の QOL を扱ったジョンス・ホプキンス事件などもあり大きな影響を与えた。

このような問題に対する考え方が今日のターミナルケアのあり方に関する議論につながっており、死生学の領域の一部としても重要な問題となっている。

2 つ目の問題は治療の目的と評価、そしてその選択に関する問題である。医学のあらゆる領域で QOL の概念とそれにもとづく尺度が開発されている。ガンの問題、循環器疾患の問題、糖尿病の問題、骨・関節疾患、そしてリハビリテーションの領域にも QOL が導入されている<sup>3,5-8)</sup>。

ガン治療においても、誰が治療の選択を行うのか、何を目標として治療を行うのかが問われる。従来の余命延長のみを至上目的とした治療計画から QOL の向上を目的とする緩和療法（palliative medicine）に移行しつつある。WHO からの緩和療法の指針が出されるに至ったのは、ガン治療における QOL 研究の成果であろう。

循環器に関する QOL の研究も大きな進展をみせている。降圧剤の作用に関して、目的臓器の合併症の予防効果のみでなく、自覚症、意欲、性機能などの面からも評価されるようになってきている。

リハビリテーション医学の面でも、“ROM から QOL へ”というキャッチフレーズもあるように評価基準に大きな変化が認められている。ROM は関節可動性（range of mobility）の略である。つまり、理学的なものから、より内面的なものへの評価基準の移行（あるいは付加）の様相がうかがえる。

医学の各々の領域は、その QOL の概念と治療の目的に沿って独自の尺度を構成している。各々を紹介することは紙面の都合で出来ないが、①主観的意義②自覚症状③身体機能④知的機能⑤社会経済機能⑥外的環境の 6 つの要素を織り込んでいる場合が多い<sup>2)</sup>。

## 3. 社会心理学的流れ

歴史的に医学の領域では、健康を主として客観的に取り扱ってきた。健康を測定するのは、本人ではなく、医師であったり、コメディカルであったり、そして補助道具は客観的な測定具であった。

これに対して、社会心理学の領域では健康自体を主観的に評価することを行ってきている。健康度自己評価（あるいは主観的健康観）は、客観的な身体的健康度を測定できない社会心理学の分野で、その代替物として用いられていた。しかし、これがとくに健康老人では、客観的健康度以上に余命や活動的余命の予測に有用であることがわかってきて、この方面の研究が活発化してきている。

主観的幸福感（subjective well-being）とか、生活満足度（life satisfaction）が社会心理学的な QOL の中心的な側面となっており、これらを測定する尺度として、PGL モラールスケール、Life satisfaction Index A, Life Satisfaction Index K, などの尺度が開発され、汎用されている<sup>9)</sup>。

また、うつに関する尺度（Geriatric Depression Scale=GDS, Center for Epidemiological Studies Depression Scale=CESD）も用いられる<sup>10)</sup>。うつ状態の低いことを、QOL が高いという評価基準としている。

従来の医学のように客観的な健康度のみをもって QOL が高いと規定すると、身体障害をもつ人、知能に障害をもつ人の QOL は著しく低くなる。高齢者でも、障害を持つに至るととたんに QOL は失われてしまうことになる。心理的な

QOLはそんなに簡単なものではない筈である。QOLの要素の中で、心理的な要素が特に重視されるのは、人間の内面に立ち入ることのできる有力な手段だからである。

#### 4. 老年学的流れ

老年学的流れが独立して存在するわけではない。社会政策的、医学的、社会心理学的流れはすべて高齢者を意識し、また高齢者を対象として研究が進行してきている。

1つだけ高齢者における特殊性を指摘しておく、高齢者の健康面の評価基準の転換である<sup>6,11)</sup>。WHO(1984)は「高齢者の健康の指標を生活機能における自立」とすることを提唱した<sup>11)</sup>。従来の健康指標である死亡率や罹病率は生活機能の評価する上に役立たないとしている。日常生活動作能力(activities of daily living, ADL)、手段的ADL(instrumental ADL, IADL)その他の指標、また老研式活動能力指標は、生活機能のそれぞれの段階を測定するための尺度である<sup>12)</sup>。

わが国では、特に医学の領域ではリハビリテーションの分野などを例外として、生活機能の評価することをあまり行ってきていない。公的介護保険の導入により、否応なく生活機能の評価やケアプランの問題に直面させられる。あたかも、幕末の黒船のような外圧となって。

### III 高齢者のQOLの枠組み

高齢者のQOLの枠組みはいくつか提唱されているが、ここではLawtonのものを吟味してみたい。Lawtonは高齢者のQOLの内容として次の4つをあげている<sup>13)</sup>。

- ① Behavioral competence
- ② Perceived quality of life
- ③ Objective environment
- ④ Psychological well-being

不適切な日本語訳はかえって混乱を招くので、原文のままにしておき内容を説明したい。彼は①のBehavioral competenceについて4段階の階層モデルを呈示している。低い方から身体・健康、機能的健康(ADL, IADLなど)、認知能力、時間の消費(レクリエーションなど)、社会的行為(独創的リーダーシップなど)である。別な用語では、これは客観的な健康・能力・行動の側面である。

②のPerceived quality of lifeは①と相関するのであるが、健康の主観の評価である。健康度自己評価、認知力の自己評価、性機能、仕事の満足、人間関係の評価、場合によっては自覚症も含まれる。

③のObjective environmentは、人的環境(家庭、近隣など)をも物的環境(家、街づくりなど)をも含む概念である。

④のPsychological well-being、これには生活満足度やうつ状態の尺度によって測定されるQOLである。この論文のタイトルにはfrail elders(虚弱老人)という用語が入っているが、Lawtonの示したこのQOLの枠組みは、すべての健康状態の高齢者に適用すべきものである。

この4つの要素がどのように関連しあっているかをLawtonは部分的に述べているが、モデル化はしていない。ともあれ、高齢者のQOLに関して、きわめて説得力のある枠組を呈示している。ここでは、Lawtonの枠組みを意識しながら、筆者がとくに日本の高齢者に関して緊急に検討を始めるべきと考える3つの問題を提言したい。

## IV 日本の高齢者のQOLの課題

### 1. Productivityの問題

高齢者のproductive behaviorに関し、Kahn<sup>14)</sup>は5つのカテゴリーを示している。それは①有償労働(自営や専門の仕事)②無償労働(家庭菜園、家政など)③ボランティア活動④相互扶助⑤保健行動(self-care)である。

これらは、Lawtonの枠組みでは、①Behavioral competenceに含まれる概念である。しかし、Lawtonは、有償労働は具体例の中に含めていない。筆者の考えでは、これからの高齢者のQOL問題では必須の検討課題となっている。年金の受給年齢も雇用年齢も65歳まで引き上げられる施策が取られ始めている。高齢者の有償労働は経済学的にも、また個人の健康や主観的な幸福感(いわゆる生き甲斐論なども含めて)の視座からも検討されなければならない。

研究は有償労働を規定する要因(労働能力の評価も含めて)の研究と有償労働の諸要因への影響の研究という、因果律の反対の研究が双方必要となるであろう。

老年学には、一生現役で活動するのが幸せとす

る活動理論 (activity theory) と、早く引退してゆとりのある生活に移行するのが幸せであるとす  
る離脱理論 (disengagement theory) が二項対立的  
に存在してきた。productivity における QOL の  
問題は、これらの学説史的考察のさらなる展開を  
も求めている。

productivity のうち、③のボランティア活動や  
相互扶助の活動を担っている高齢者の余命や  
QOLが増してくるといふ知見も大いに注目すべ  
きである<sup>15)</sup>。

高齢者のうち3~5%の障害老人、10%くら  
いの虚弱老人を除くと自立した高齢者である<sup>12)</sup>。こ  
れら的高齢者の広い意味での productivity の問題  
は早急に検討され始めるべきである。ボランティ  
ア活動にしても、とくにわが国には、高齢者はそ  
の恩恵にあづかる人という位置づけしか存在しな  
い。担い手としての意義が洞察されるべきであ  
る。

## 2. サポートの授受

高齢者に対するサポートは手段的 (instrumental) サポートと情緒的 (emotional) サポートに大別することができる。サポートは Lawton の枠組みでは③の Objective environment に含まれる。これまで、QOL に対するサポートの意義は実証されている<sup>16)</sup>。しかし、サポートの研究も新しい段階に入っている。1つは、生活機能に障害のある高齢者への手段的サポートの研究から、障害を持たない高齢者への情緒的サポートの意義を特異的に研究する段階へ移行しつつあることである。

さらに、サポートは良い効果のみでなく悪い効果も引き起こす可能性のあることも分かっている<sup>17)</sup>。受け手の迷惑になったり自立志向を損なうようなものがあるわけである。当然、中立 (ゼロ効果) も存在することになる。サポートに対する厳しい評価が要求される。

このようにサポートは受け手に対する効果は一様ではない。しかし、サポート研究のもっとも新しい知見はその担い手、すなわちサービスの供給者の QOL が高くなることである<sup>17,18)</sup>。これは、サービス・サポート論の中で位置づけることもできるし、productivity の中の1つのカテゴリーとしてとらえることもできる。わが国では、この方面の研究が遅れている。高齢者のサービスの受給者として位置づけられないのは一種の ageism

(高齢者差別) である。

## 3. 障害老人の QOL への評価と介入

高齢者の QOL をどのような枠組みでとらえ、また主観的な要素を考慮するにせよ、基本的に健全 (competent, sound) であることが大きく QOL の水準に影響する。したがって障害をもった高齢者の QOL は著しく低くなる。健全なときには高い QOL の水準であるが、生活機能が低下することにより著しく低くなるという風に操作的概念をつくることも確かに1つの見識ではある。

しかし、いかなる人間にも、死の直前の一瞬である場合も含め、生活機能の低下は確実に訪れる。幸福だった老人が結局、不幸 (低い QOL) に陥って死を迎えるという図式は果たして正しいのであろうか。客観的な competence が低くとも、その人が長い人生をふり返り、自分の人生に満足しながら死を迎える場合、その人の QOL は十分に高いことを示し得ない操作的概念はどこか片手落ちなのではないかと考えられる。

しかし、今の筆者には、そのことを真正面から論ずる能力も準備もない。ただし、回想法 (remiscence)<sup>19,20)</sup> を高齢者の QOL を高める手段としてのみでなく、QOL の評価基準として活用する道も考えるべきでないと思われる。回想法は Butler (1963) が高齢者の病的現象と考えられていた回想やノスタルジアを治療 (介入) 手段として提唱したものである<sup>19)</sup>。これの治療手段としての意義づけも、わが国では始まったばかりである。この方面の研究の進展もつよく望まれる。

しかし、これが QOL を高めるための手段であると同時に、目的であり評価基準であると位置づけるとき、QOL の研究も回想法の研究も大きく前進するのではなからうか。その内容の枠組みづくりや操作化の手続き、またその活用方法の吟味はともかくとして。

## V おわりに

今日、高齢者の住宅といえば障害老人のためのもの、食事といえば、きざみ食という連想が働くように、高齢者の問題は即、障害老人の問題へと短絡する偏向がある。大多数を占める健常高齢者のための、若い世代との共通性をもつ快適性の高い、自立を維持するための環境や生活へのコンセプトが欠落している。一方、障害をもった人への

サポートの手段は工夫されるが、本質的な QOL の評価と、その介入方法には何か大きな欠落が感じられる。本論はそれらのことへの問題提起である。

(受付 '96. 9. 5)

## 文 献

- 1) 三重野卓. 「生活の質」の意味, 白桃書房, 東京, 1990.
- 2) 武藤正樹. QOL の概念の歴史と構造. 平成6年度健康体力づくり財団健康情報研究事業報告書. QOL の概念に関する研究 (主任研究者 大塚俊男), 1995, 3-7 頁.
- 3) 萬代 隆. Quality of Life の評価方法. 平成6年度健康体力づくり財団健康情報研究事業報告書. QOL の概念に関する研究 (主任研究者 大塚俊男), 1995, 8-20 頁.
- 4) 金子 勇, 松本 洸, 編著. クオリティオブライフ—現代社会を知る—, 福村出版, 1986.
- 5) Croog SH et al. The effect of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Engl J Med* 1986; 314: 1657-64.
- 6) Kats S. Editorial. The science of quality of life. *J Chron Dis* 1987; 40: 459-463.
- 7) Pearlman RA. Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients, *J Gerontol* 1988; 43: M25-30.
- 8) Mandai T et al. Quality of Life in Patients with Myocardial Infarction. *Circulation* 1992; 86: I-818.
- 9) 古谷野亘. QOL などを測定するための測度 (2), 老年精神医学雑誌 1996; 7: 431-441.
- 10) 長田久雄, 他. 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力, 日本公衛誌 1995; 42: 897-909.
- 11) WHO. The uses of epidemiology in the study of the elderly, TR706, Geneva, 1984.
- 12) 柴田 博, 編著. 老人保健活動の展開, 医学書院, 東京, 1992.
- 13) Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. in JE Birren et al (eds.) The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, Academic Press CA, 1991: 3-29.
- 14) Kahn BL. Productive behavior: assessment, determinants, and effect. *J Am Geriatr Soc.* 1983; 31: 750-757.
- 15) Grownwald ER, Luks A. The immunity of Samaritans, Beyond self. *American Health March '88*, pp 51-53.
- 16) 下仲順子, 他. 中高年期におけるライフイベントとその影響に関する心理学的研究. 老年社会科学 1995; 17: 40-56.
- 17) Kranse N. Chronic financial strain, social support, and depressive symptoms among older adults. *Psychology Aging* 1987; 2: 185-192.
- 18) 金 恵京, 他. 韓国農村地域の在宅高齢者におけるソーシャル・サポートの授受と QOL, 日本公衛誌.
- 19) Haight BK, Webster JD eds. The art and science of reminiscing. Taylor & Francis, Washington DC, 1995.
- 20) 野村豊子. 痴呆高齢者への回想法, グループ回想法の効果と意義, 看護研究 1996 ;29: 225-242.