

Q O L (Quality of Life) 研究の潮流と展望

～ジェロントロジーの視点を中心に～



生活研究部門 前田 展弘

maeda@nli-research.co.jp

1—はじめに ～社会の質的貧しさとQ O L

モノよりも心の豊かさが求められる時代となって30年が経つ。経済発展によりモノの豊かさが充足されたことによる反動の現象ではあるものの、日本社会は一向に心の豊かさが満たされるような基調がみられない。むしろ様々な側面で悪化・後退の傾向がみられる。

悩みや不安を感じている人の割合は1992年以降増え続け、近年は約7割の水準を推移している。年間の自殺者数は1998年以降11年連続3万人を超え、生活保護世帯は2009年4月現在過去最多となる120万世帯を超えた（最も少なかった1992年から倍増）。

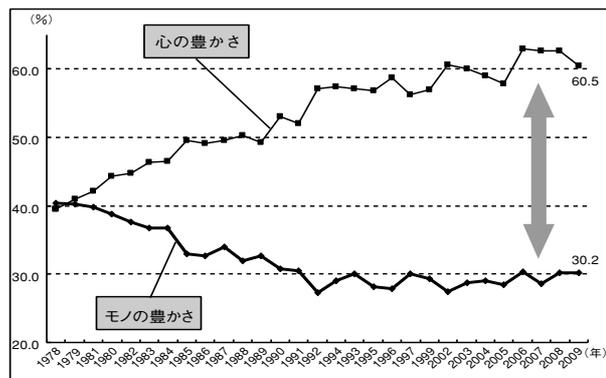
諸外国との比較においても、相対的貧困率（所得分布における中央値の50%に満たない人々の割合）は悪化傾向にあり、OECD（経済協力開発機構）加盟30カ国中、下位4位まで順位を下げた（2005年）^{（注1）}。1人あたりGDP（名目国内総生産）もOECD諸国の中で2000年の3位から2007年の19位にまで順位を下げ続けている。またUNDP（国連開発計画）が発表する国民生活の豊かさ指数（平均寿命や1人当たり国内総生産、識字率などから算出）において

も、前回（07—08年）よりランクを2つ落とし10位に後退した^{（注2）}。

国民の多くの声なき声を代弁すれば、“安心して希望をもって普通に穏やかに（豊かに）暮らしたい、そのために早く社会がよくなって欲しい”ということであろう。こうした社会情勢を背景に、様々な場面で人の生活・豊かさとは何かといったことが議論される機会も少なくないように考える。そうした場面でよく登場するであろうQ O Lという言葉・概念については、意外とよく知られていないのが実情と推察される。

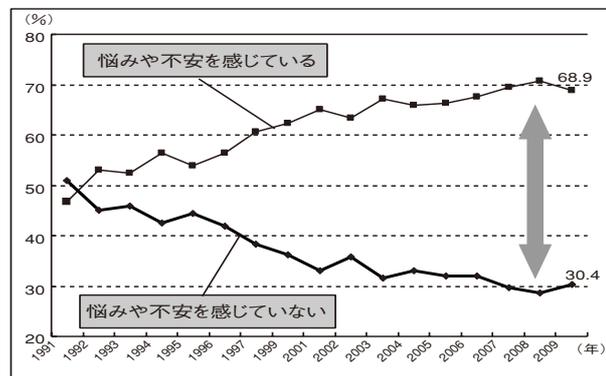
そこで本稿は、Q O Lに関する議論を手助けする意味合いを込めて、Q O Lとは何か、Q O Lに関する研究（議論）がどのように推移してきたのかを概説しつつ、筆者の専門であるジェロントロジー（加齢と高齢化に関する研究）の視点に立ち、今後のQ O L研究の課題と応用に関して私見を述べることにしたい。

〔図表-1〕これから優先する豊かさ



（資料）内閣府「国民生活に関する世論調査」（2009）

〔図表-2〕日常生活での悩みや不安



（資料）内閣府「国民生活に関する世論調査」（2009）

2—QOL (Quality of Life) とは

1 | QOLの定義・捉え方

一般的に、生活の質、人生の質、生命の質と訳される。QOLは“Life”が持つ意味が広範なため、その解釈も多様になりがちである。松田(1992)によれば、Lifeには①生命、生存、②生涯、寿命、③生活、暮らし、人生、④元気、活気などの意味があるとされる。森岡ほか(1993)によれば、Lifeは、①生命、命、生存、②生計、暮らし、暮らし向き、③人生、生涯、生き方、生き様という三重構造があり、それは絶えざる生命の維持、更新の過程から、自己実現、生きがいといった高次の人間的諸活動を含む無数で多様な活動(行為)の束として成立しているものと解釈されている。

WHO(世界保健機構)によるQOLの定義は、「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」である。しかしながら、通常、QOLと聞いて想起されることは、暮らし向きや満足感、幸福感、豊かさの類ではないかと想像する。近似概念である健康、生きがい、豊かさ、快適さといったこともQOLと同義として取り扱われることも多い。

またQOLの解釈で議論が交錯しやすいこととしては、主観的要素(満足感等)から環境的要素(住居環境等)のどこまでをQOLの範囲として評価するかといったことがある。最も広義に捉えた場合、生きる意味とは何か、幸福とは何か、人生とは何か、自分とは何かといった哲学的・思想的な領域に及ぶこともある。

さらに、対象とする範囲の質的な部分でも意見が交錯しやすい。QOLは医学的分野で取り扱われることが多いため、身体的な健康状態と関連するものと考えられることが多い。

ではいったいQOLとは何か。結論としては、

「QOLの定義について統一された見解はない」ということである。研究領域や目的に応じて捉え方が異なり(研究者や取り扱う人によって異なる)、QOLはそれぞれの目的に応じて操作的な抽象概念として取扱われているのが実態である。

とはいえ、これまで多くの研究者及び研究機関がQOLの概念形成を試み、同時に状態を評価・客観視するための尺度化も行われてきた。

一般の生活者を対象に最も汎用性あるQOLの包括的多次元的な構成概念・尺度としては、WHOが開発した「WHOQOL26」がある。これはWHOが世界共通のQOL尺度として長年の歳月をかけ開発したものである。身体的領域から環境までの下位項目から構成されている。質問項目は予備調査段階の300の項目から26までに絞込こまれている。なお、WHOはEUと共同で2000年度から高齢者を対象としたWHOQOL-OLD尺度の開発を進めている。

【図表-3】WHOQOL26の構成概念

身体的領域	<input type="checkbox"/> 痛みと不快 <input type="checkbox"/> 医薬品と医療への依存 <input type="checkbox"/> 活力と疲労 <input type="checkbox"/> 移動能力 <input type="checkbox"/> 睡眠と休養 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 仕事の能力
心理的領域	<input type="checkbox"/> 自己評価 <input type="checkbox"/> スピリチュアリティ(精神的) <input type="checkbox"/> 思考、学習、記憶、集中力 <input type="checkbox"/> ボディイメージ <input type="checkbox"/> 自己評価 <input type="checkbox"/> 否定的感情
社会的関係	<input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 性的活動 <input type="checkbox"/> 社会的支援
環境	<input type="checkbox"/> 自由、安全と治安 <input type="checkbox"/> 生活圏の環境 <input type="checkbox"/> 金銭関係 <input type="checkbox"/> 新しい情報獲得の機会 <input type="checkbox"/> 余暇活動の参加と機会 <input type="checkbox"/> 居住環境 <input type="checkbox"/> 健康と社会的ケア <input type="checkbox"/> 交通手段
全体	<input type="checkbox"/> 生活の質全体 <input type="checkbox"/> 健康状態への満足全体

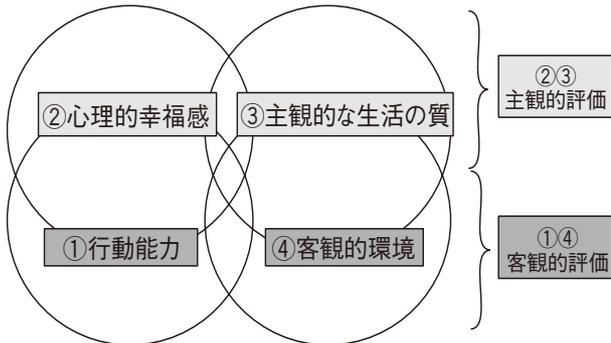
(資料) 田崎美弥子ほか監修「WHOQOL26」(2005)

また、高齢者のQOLを表す最も著名な包括的多次元的概念としてはロートンが提唱したモデルがある。行動能力・環境の客観的に測定できる部分と、心理的幸福感・主観的な生活の質

の主観的評価で測定される次元から構成される。

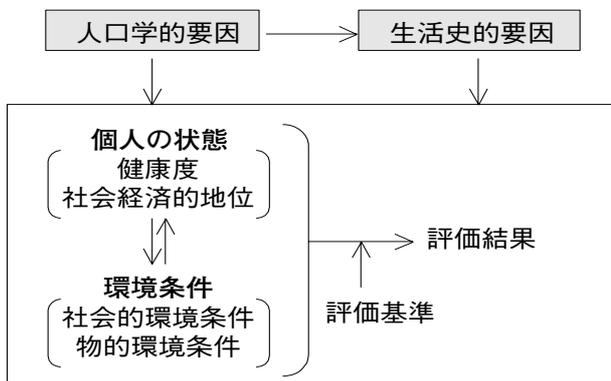
古谷野（1993）も、高齢者のQOLを人口学的要因・生活史的要因を背景に、個人の状態、環境条件が相互に関連しQOLが評価されることを説明している。

[図表-4] 高齢者のQOL：Lowtonモデル(1983年)
＜グッドライフの4セクター＞



- ①行動能力 (behavioral competence)
健康 (health)、知覚 (perception)、運動 (motor behavior)、認識 (cognition)
 - ②心理的幸福感 (psychological well-being)
幸福 (happiness)、楽観主義 (optimism)、目標と達成の一致 (congruence between desired and attained goals)
 - ③主観的な生活の質 (perceived quality of life)
家族や友人・活動・仕事・収入・住居に関する主観的評価 (subjective assessment of family, friends, activities, work, income, and housing)
 - ④客観的環境 (objective environment)
住居・近隣・収入・仕事・活動などの現実 (realities of housing, neighborhood, income, work, activities, etc.)
- (資料) M.Powell Lawton, "Environment and Other Determinants of Well-being in Older People" Gerontologist, 23, no.4(1983), 355.

[図表-5] QOLの構成要素・背景要因間の関係



(資料) 古谷野 互「高齢者の健康とクオリティ・オブ・ライフ」(1993)

これ以外にも様々な視点からQOLの評価・可視化するモデルが存在するが、こうしたQOLの濫立を危惧する研究者も少なくない。

いずれにしても、QOLの議論を行う上では、①生活（一時点の評価）のことか、人生（縦断的評価）のことか、あるいは生命（終末期）に関することか

②主観的な評価か、環境的な評価を含むのか
③検討する範囲をどこに設定するか（例えば、健康に関することまで）

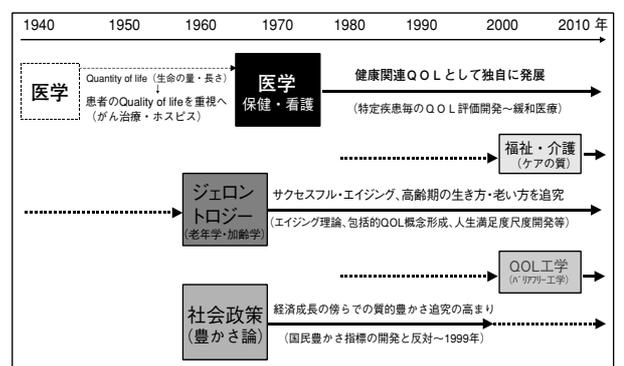
を明確にし、そのことを検討する者間で共有化することが必要である。

では次に、QOLの理解をさらに促すために、そもそもQOLについてどのような領域で議論がなされ研究が行われてきたのか、その流れ（潮流）を概説したい。

2 | QOL研究に流れる潮流

QOLの議論・研究に関しては3つの大きな潮流がある。一つは医学的領域、二つはジェロントロジー（老年学・加齢学）の領域、三つは社会政策的な領域である。これに加え近年は、福祉的領域、工学的領域でQOLに関する議論・研究が高まってきている。以降は米国と日本における主な動向を整理したものである。あくまで筆者独自の見解であることを申し添えておく。

[図表-6] QOL議論・研究の歴史的な流れ



(資料) ニッセイ基礎研究所作成

①医学的發展

QOL議論・研究の源流が医学領域であることは違いない。がん患者等の終末期の患者に対する医療において、Cure（治す）からCare（精神面を含めて治す、支える）への医療モデルの転換をはかる場面でQOLについて議論・研究が發展した経緯にある。

そのさきがけになったのは、1947年米国外科医カルノフスキーによる研究であるとされる。患者に対する評価の範囲を生理学・臨床的検査以外の範囲まで広げを試み、独自のパフォーマンス尺度を開発した。1960年には、市民生活の幸福に関する大統領委員会が設置され、その中で患者に対する医療行為のアウトカム等について議論が深められた。

また、全米でQOL（ここでは主に生命倫理について）の議論が巻き起こった三大事件である。1971年のジョンス・ホプキンス事件、1976年のカレン事件、1977年のセイケヴィッチ事件である。それぞれダウン症の子ども、植物状態の女性、精神薄弱の老人の生命、死ぬ権利についてどのように考えるかの議論であり、その後の医療倫理のあり方に大きな影響を与えた。

QOLに関する研究も着実に進められ、1976年には米国国立がん研究所（NCI）でがん患者の心理・行動等を含めた健康状態を量的に把握する研究が行われた。その後もQOLの視点を取り入れた医療モデルとして、個人の希望や期待と現在経験の差をはかる「期待モデル」（Calman、1984年）、できること（Ability）と可能なこと（Capacity）の差を評価する「ニーズモデル」（Hunt & Mckenna、1992年）等が発表された。医学領域で開発された数多くのQOL評価尺度は、「健康関連QOL」として独自に取扱われている。

[図表-7] 健康関連QOL尺度例

<包括的測定尺度>	
◇	【SIP】 Sickness Impact Profile (Bergnerら, 1981)
◇	【NHP】 Nottingham Health Profile (Huntら, 1981)
◇	【SF-36】 Medical Outcome 36-Item Short Form (Ware, 1993)
◇	【PGI】 The Patient Generated Index (Rutaら, 1994)
◇	【EQ-5D】 EuroQOL (Brookら, 1996)
◇	【SEI QoL】 Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life (Hickeyら, 1996)
<疾患特異的測定尺度>	
◇	【EORTC】 European Organization for Research and Treatment of Cancer (Aaronsonら, 1993)
◇	【FACT-G】 Functional Assessment of Cancer Therapy-General (Cellaら, 1993)
◇	【RSCL】 Rotterdam Symptom Checklist (de Heasら, 1996)

(資料) Peter M.Fayers & David Machin 「QOL評価学」

近年、日本においても緩和医療の必要性が主張されており、厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン研究会」（2008年）からも「治す医療」から「治し支える医療」を推進する旨の提言がなされる等、QOL的視点が強調されてきている。

②ジェロントロジー（老年学・加齢学）的發展

QOL研究を發展させたことではジェロントロジーの貢献は大きい。ジェロントロジーの主たる研究テーマである“サクセスフル・エイジング”の追究においてQOLの議論は深められた。医学領域とは質的に異なり、幸福な生き方、老い方とは何か、何歳まで生きたら長命と言えるか、健康とはどのような状態か、高齢者にとっての生活満足あるいは幸福とは何か、そうしたことが、サクセスフル・エイジングなのか、そしてまたサクセスフル・エイジングをどのように測定（判断）するのか、このような研究が数多く蓄積されていった。

その出発点は、1961年の米国老年学会（The Gerontological Society of America）発行の「The Gerontologist創刊号」に“Successful Aging”（Havighurst）が掲載されたことがある。

サクセスフル・エイジングに関する研究は高齢者の適応研究（加齢の変化に対して高齢者が

どのように適応していくか) から始まり、理想の老い方(高齢期の生き方)に関する諸理論の確立へと進む。同時に高齢期のQOL(生活満足度・人生満足度)を測る尺度開発も盛んに行われた。1986年には米国老年学会大会において「サクセスフル・エイジング」が大会テーマとして取上げられ、1987年には科学雑誌サイエンスに論文“Human Aging: Usual and Successful”(Rowe and Kahn, 1987)が掲載され、世界の注目を集めた。

[図表-8] エイジング基本理論とQOL尺度

<ジェロントロジーのエイジング基本理論/学説>
 いずれも高齢者の/高齢期における適応様式を説明する理論

- **離脱理論 disengagement theory**
 Cumming and Henry, 1961; cumming, 1963; Rose, 1964; Henry, 1965
- **活動理論 activity theory**
 Havighurst et al., 1968; Lemon et al., 1972
- **継続性理論 continuity theory**
 Atchley, 1987; Atchley, 1989; 1995a

<高齢期のQOLを測定する尺度>
 ◇ 個人的適応を測定する尺度→態度尺度 (Attitude Inventory)
 ↓
 ◇ 生活全体についての満足感などを測る総合尺度 (global measure)
 - カットナー・モラル・スケール (Kutner Morale Scale)
 - ディーン・モラル・スケール (Dean Moral Scale)
 ↓

- ◆ **【LSIA】** Life Satisfaction Index A (Neugartenらの生活満足度尺度A)
 ※ Adams→LSIA改訂版、Woodsら→LSIZ、Liang→LSIZ改訂版
- ◆ **【PGCモラル・スケール】** Philadelphia Geriatric Center Moral Scale (Lawton)
 ※ 後に、改訂PGCモラル・スケール開発
- ◆ **【LSIK】** Life Satisfaction Index K (古谷野の生活満足度尺度K)

(資料) 小田利勝「サクセスフル・エイジングの研究」(2004)

ジェロントロジー分野でのサクセスフル・エイジングに関する研究は、今後の世界の高齢化、とりわけ高齢化先進国として先頭に立つ日本にとっては重要で不可欠であり、当該研究は日本及び世界の国民のQOL向上に向けて、重要な役割を担っていくことになる。

③社会政策的発展

QOL研究の発展においては、社会政策的な面、いわゆる豊かさに関する議論も無視できない。これは経済成長に反動する形でGNPやモノの生産等に価値をおく風潮を批判し、国民の

豊かさや幸せを尊重することを志向した動きである。

米国では、1964年にジョンソン大統領の“Great Society”計画の一環として国民のQOL向上が宣言されたことがさきがけと言える。これによりQOLという言葉が世間一般で広く使われるようになる。1970年代になると、国民生活の向上に対する社会的ニーズが高まるなか、OECDの各国において、QOL向上の考え方は政策場面における基本的な目標(primary goal)に反映されていく。日本も時を同じくして、非経済的な豊かさ指標の開発に着手し、1971年に「社会指標—よりよい暮らしへのものさし」が発表された。以降、指標の改訂が重ねられ、1992年には「新国民生活指標=豊かさ指標」が策定された。これは活動領域として8項目(①住む、②費やす、③働く、④育てる、⑤癒す、⑥遊ぶ、⑦学ぶ、⑧交わる)、生活評価軸領域として4項目(①安全・安心、②公正、③自由、④快適)において、さらに細分化された項目にもとづき定量的に評価がなされるものである。しかしながら、評価を受ける自治体からの批判を受けて1998年に廃止された。そのため現在は、地域の豊かさを評価する指標は存在しない。

[図表-9] 日本における豊かさ指標策定の経緯

1971年: 「社会指標—よりよい暮らしへのものさし」 (国民生活審議会調査部会)
1973年: 「NNW (Net National Welfare=国民純福祉)」 (経済企画庁経済審議会NNW開発委員会)
1974年: 「SI (Social Indicators) =社会指標」 (国民生活審議会調査部会)
1979年: 「新版SI (Social Indicators) =社会指標」 (国民生活審議会総合政策部会)
1986年: 「NSI: New Social Indicators国民生活指標」 (国民生活審議会調査部会)
1992年: 「新国民生活指標 (PLI: People's Life Indicators=豊かさ指標) (国民生活審議会調査委員会) ※1992~1998年まで(1999(平成11)以降、中止)

(資料) ニッセイ基礎研究所作成

3—QOL研究の課題と応用の視点 (ジェロントロジーの視点から)

1 | QOL研究の課題

これからの超高齢社会を見据えた場合、人生80—90年に合わせた生き方モデルを提唱することがある。特に中高齢期の生き方・暮らし方について理想のモデルがない。仮に65歳で引退しても、多くの方は20年あるいは30年に及ぶ余生を過ごす。前述のエイジング理論はいわゆる健全な高齢期までを前提としているため虚弱期も含めた理論は確立していない。虚弱期も含めたこの期間をどのように過ごすことが最適か、研究の立場から提唱することは有意義である。

またいわゆる75歳以上の後期高齢者が顕著に増加することが今後の高齢化の特徴であるが、これまで後期高齢者を対象にした調査研究は少なく、実態は明確ではない。その結果、後期高齢者に対するQOLの構成概念・尺度も存在しない。後期高齢者およびその家族、また要介護高齢者・認知症高齢者に対するQOL指標を確立していくことも重要な視点である。

なお、人間関係・ソーシャルサポートの定量化や、QOL評価場面における個別性・多様性への対応(標準誤差の取り扱い)等、QOL研究をめぐる様々な課題については、別の機会に論じることにはしたい。

2 | QOL研究の応用

一つは政策場面での活用が考えられる。国民の多くが不安を抱えながら、安心と希望の持てる社会への変革を望んでいる。地域行政において様々な施策を講じるにしても、対処療法的な散発的な施策ではなく、明確な目的・軸が必要である。例えば、ブータン政府は国民総幸福量(Gross National Happiness: G M H)を増やすことがすべての政策の軸となっている。

かつての豊かさ指標ではないが、今日的な地域のQOL指標(QOC; Quality of Community)を確立して、それにもとづく地域行政執行をはかつては如何だろうか。それにより、住民が最期まで安心して豊かに暮らせるよう、在宅医療システムの整備、地域全体のバリアフリー化、高齢期の活躍場所・機会の充実等がはかられていくような行政執行を期待したい。

また産業界においても、活用の可能性はある。例えば、身体的健康だけではない心理面、社会面(人間関係等)までを考慮したQOL診断といった技術(商品)開発や、QOLの視点にもとづく保険商品の開発、あるいは教育ビジネス等が考えられる。個人にとっても、自分自身のQOLがどのような状態かを知ることは精神的安定を含めて生活のコントロールに役立つはずである。また超高齢社会を迎えるだけに、多様化する長生きリスクへの対応も重要な視点である。冒頭に挙げた国民の悩み・不安内容の第1位は「将来に対する不安」である。その不安を身体的・精神的・社会的・経済的な側面から予防・代替するような商品・サービスの開発が促進されることを期待したい。

4—おわりに

“なによりも大切にすべきは、ただ生きることではなく、より良く生きることである”、これは古代ギリシャの哲学者ソクラテス(紀元前469年頃—紀元前399年)の言葉である。誰もがそう願う、ある意味当たり前のことと言えるが、今日的には非常に難しいテーマとなってしまっているだろうか。心の豊かさが上向きに傾くような社会の変化を願う次第である。

(注1) Growing Unequal? OECD, 2008

(注2) 国連開発計画「人間開発報告書」(2009)