

## 欧米における Quality of Life に関する文献の概要と課題

黒田裕子\*

### An Overview of Quality of Life Literature in Western : In Quest of Tasks

The term “quality of life” has become popular in recent times. Because political, economical and social development has come rapidly from the last half decade, people have initiated to seek for a good life. The emphasis in life has also shifted from its quantity to its quality. In the context of social and political improvement, the studies of quality of life have carried out actively and efforts to measure the quality of life has made under National Goals in U.S.A. Those outcome of quality of life studies have been used to determine social policy. It has been frequently used as one of “social indicators.”

In the health care service, the development concerning about the quality of life has derived from the background of political, economical and social development necessity. Thus one can say that this social trend has been also affecting the view of health professionals.

On the other hand, doubts about the effectiveness of medical interventions have risen among people. Health professionals have come to deal with the concern of one's quality of life in term of the impact, which had been caused by the rapid development of medical technology.

However there is no consensus on the definition of the quality of life, nor any theoretical approach among these QOL investigators. Thus, many approach have been used to measure the quality of life. Also there are critical problems of the QOL measurement in these literatures.

#### キーワード

生活の質 (Quality of Life)

測定 (Measurement)

測定のクライテリアあるいは指標 (Criteria or Indicators)

---

\*聖路加看護大学大学院看護学研究科博士後期課程（当論文は「財団法人トヨタ財団」の1989年度研究助成による）

## I QOL とは何か

### 1 はじめに

近年、保健医療領域とりわけ臨床的な研究に Quality of Life(以下、QOL と略す) 概念が頻繁に使用されるようになってきている (Van Knippenberg, F. C. E. & De Haes, J. C. J.,1988 ; Donovan, K. et al. 1989)。しかし、この概念に関する研究者間の意見の一致は社会科学、行動科学領域ともにいまだみられていない (金子ら, 1986 ; Van Dam, F. 1986)。さまざまな QOL に対する解釈、および QOL 測定上の問題の混乱が逆にさまざまな矛盾した結果を生み出している事実もある (Fava, G. A .et al. 1988)。

本稿は主として米国を中心とした欧米における QOL に関する種々の文献を、著者の設定する角度からながめ、今後の保健医療領域での QOL 研究にいくつかの示唆を提供するものである。

### 2 社会・経済的なコンテキストにおける QOL 概念の台頭

人々の QOL に注目が向けられるようになった国々の背景には、めざましい産業発達の結果として出てきた量から質への価値の変容が必然的にある。すなわち、量的な充足をある程度果たした国々では、それに続く国家政策の一環として「人々の良い暮らし」をめざし、その意味を表わす質的な側面にターゲットが当たるようになってきたのである。このような流れを J. L. Alexander ら (1981) は、1960年を境に端的に言い表わしている。つまり、米国において QOL の概念化は大きく 2 つあるとし、①1960年代までのアメリカ人における QOL は、郊外にある住居・車・子供の教育・容姿・旅行や退職後の経済など、いわゆる QOL を生活の量の延長とみる；②1960年以降最近まではそれまでの QOL に対する物質的な見方を変化させ、個人の自由や余暇・体験の深さ・情緒・楽しみ・共感など、生活に対する個々人の主観的な反応を強調する、としてい

る。

一方、1964年に当時米国の大統領であった Lyndon B. Johnson が演説の中で QOL という用語を用いたのを受けて、その後社会的な政策や保健医療でも盛んに QOL という用語が多様されるようになったとも伝えられている。(Bech, P. 1987).

さらに R. L. Schalock ら(1989)は、QOL はとりたてて目新しい概念ではなく、Thorndike, E. L.(1939)の QOL に関するパイオニア的な著書<sup>21)</sup>以来、社会学者や経済学者は、①社会的な指標、②心理学的な指標、③社会的な適合性、といった3つの観点によって人々の QOL の査定を試みてきたとしている。

QOL という用語の正確な起源は明確ではないが、いずれにしても20世紀になってこの用語が流布されてきたのは、その国の社会的な政策を先導するための情報源となる社会的な指標の1つとして、国民の QOL が位置づけられていたためである。したがって、QOL は本来的には社会的な指標ときわめて密接な関係がある。とすれば、QOL はいわば国家レベルで行う国民の総体的な「評価を示す概念」として誕生してきたという意味合いをもつわけである。

### 3 QOL 概念に関する論議

QOL 概念が社会科学や行動科学の多くの研究に使用されているにもかかわらず、QOL 概念の正確でコンセンサスの得られる定義および意味内容はいまだみられていない(Ferrans, C. E. et al. 1985; Oppong, J. R. et al. 1988; Pearlman, R. A. et al. 1988)。これについて、F.Van Dam(1986)はきわめて少数の研究者しか QOL の概念化を論じてこなかったと批判し、J.Krupinski(1980)は、概念化が不明確なままに QOL 測定のさまざまなアプローチが先行している点を指摘する。このように QOL の定義に意見の一致がみられない理由に以下の議論がある。

L. George と L. Bearon(1980)は、個々人は多様な価値をもっているがゆえに、それら個々人の価値をふまえながら QOL を一律に定義することは困難であると述べている。また N. Helburn(1982)は、特定の時間や空間、そして社会

欧米におけるQuality of Lifeに関する文献の概要と課題は、必要性や快適さ (amenities) の両方を文化的に定めている。したがって、QOL とはきわめて相対的で価値的な概念である。その証拠に、ある集団に有益なものが別の集団では不利益である場合があると述べている。

M. E. Olsen と D. J. Merwin(1977) も QOL は生活している主体の認知から概念化することが必要であり、個々の主体にとって生活に良いものについての規範的な価値がついてまわり、したがって複雑であると言う。また、G. A. Fava ら(1988)は、QOL とは人々の生活の側面ではなく、人々の生活のなかの特徴であり属性である。したがって、測定や類別などはできない。また、QOL には全体論的なパースペクティブが内包されているために掌握が困難であると述べている。さらに、C. L. Engquist ら(1979)は、QOL は個々人の生涯を通して変化する価値を伴った動的な構造であると指摘する。

以上のような QOL 概念のもつ複雑性、多義性はあるが、定義や意味を追求してきた研究者たちは QOL をたとえば以下のようにみている。

N. C. Dalkey と D. L. Rourke の定義は包括的であるとされているが (Ferrans, C. E. et al. 1985), N. C. Dalkey らによると、「個人の安寧感 (sense of well-being), 生活の満足・不満足 (satisfaction or dissatisfaction), あるいは幸福感・不幸福感 (happiness or unhappiness) が QOL である」という (荻原, 1978)。一方荻原 (1978) は、スタンフォード大学の A. Mitchell らもこれと似た定義を採用しているとし、それによると、「QOL はある個人が一定期間にわたって自分自身のニーズについて全般的に認識したり感知したりする満足感」である。

これら N. C. Dalkey らや A. Mitchell らの定義に対し、一方でまったく異なった定義があることを金子ら (1986) は指摘し、A. W. Benn(1973)の「QOL は人々の裕福、満足な生活にするための社会システムの創造である」を取り上げている。これは QOL を生活する人々の意識ではなく社会環境から捉えるものである。また、先述の N. C. Dalkey らの定義に示された満足感と幸福感について、A. Campbell ら (1976) は、両者の概念的な相違、つまり前者が判断的あるいは認識的な体験であるのに対して、後者は感情あるいは情緒の体験であると

いう見方を示している。

一方、F. Van Dam ら(1981)は保健医療の立場で、QOL の概念ははっきりとは定められないが、以下の4つの原理をもつとしている。つまり、① QOL は非常にあいまいな概念である；②患者はQOL に対する問いに関する唯一の権威者である；③ QOL の概念は患者の一時的な安寧状態以上のものをさし示すべきである。というのも、この一時的な安寧状態とはそのときの気分や心理的な状態や突発的な出来事に依拠するものだから；④ QOL に関する問いかけは相対的に成されるべきである。

このように、QOL の定義は研究者間でコンセンサスが得られていない。しかし、QOL の定義を概観して荻原(1978)や金子ら(1986)は、生活する個人の意識的な側面を捉えているものとこれとは対照的に、暮らしやすさや生活のしやすさなど個人生活を取り囲む社会的環境を重視する立場の定義があると解説している。そして、金子ら(1986)は QOL を、生活者の満足感、安定感、幸福感を規定している諸要因の質的内容であるとし、その諸要因が一方で生活者自身の意識構造にあり、一方で生活の場である環境要因にあるとまとめている。そして、QOL を扱う研究者には、個人の意識を重視する者と個人を取りまく環境を重視する者とがあるとしている。

## II QOL 概念の実際

### 1. 保健医療領域における QOL 概念の台頭

保健医療の領域、とりわけがんや心臓疾患の文献のなかで、QOL 概念が盛んに使用されるようになってきている。その理由の1つに、この領域が国民の社会的な指標に貢献するヒューマン・サービスの一分野だという職業的な必然性がある。しかし、保健医療領域で人々の QOL に焦点を当て始めるようになった大きな動機は、医学的な治療技術が人々の QOL にどのように影響しているのかを問うことであつたとされる(Hollandsworth, J. G. 1988)。すなわち、患者

欧米におけるQuality of Lifeに関する文献の概要と課題のQOLを生存率や再発率や術後合併症の発生率などにおき、医療技術の評価の測定をするといった伝統的な試みであり、この動向は今もなお根強く残っている。

これとは別に、最近になってよりクローズ・アップされてきた患者のQOLに関する論議は、医学的な治療に対する国民の懐疑主義の動きを反映させた結果として出現してきた(Schipper, H. et al., 1985)。つまり、高度な科学技術を基礎にした医学的治療の有効性への疑問である。たとえば、H. Schipperら(1985)は、がんの治療で「完全に検証されたがん治療」をも患者が拒否し始めた事実を指摘し、保健医療従事者が患者の機能を保持、増大させるような方向へと転換する必要性を説くと同時に、患者のQOLをclinical outcomeに設定する場合の、QOL測定の方略を示している。Schipperの主張には暗に今後保健医療領域で測定をすべき患者のQOLとは、結果としての利益が患者の生活機能にあるべきで、医療サービスの利益だけに結びついた伝統的なQOLは排除すべきとの意図があるように思われる。QOLのこのような動向は近年活発に現れてきている。すなわち、患者のQOLを客観的、医学的、身体的な外部者の視点だけにとどまらず、心理社会的でかつ患者の主観的な指標を、患者の体験をふまえて捉えようとする動きである。“Treating the patient, not just the cancer”という編集タイトルが、1987年のNew England Journal of Medicineで取り上げられ、患者のQOLについての問題に焦点を当てているのもこれを示す動きである。G. A Favaら(1988)はこのような動向を、単に生物医学的なアプローチから、患者の日常生活のなかのさまざまな機能に対するアプローチへと移行するQOLに対する概念的なシフトであるとしている。

以上のようなQOLの概念の捉え方の議論は、以下にみるQOLの測定上の問題に当然密接に関わってくることになる。

## 2. 社会・経済的な領域におけるQOL測定の経緯

QOLを測定しようとする努力の歴史的な経緯についてはJ. C. Flanagan(1982)が示している。それによると、アイゼンハワー大統領の国家目標に対す

る委員会報告のなかで、教育・個人の関心・経済的な成長・健康・福祉といった社会的、環境的な要因の測定が行われたのが QOL 測定の始まりとされる。以後、国家レベルの調査をもとに G. Gurin ら(1960)の研究が実施され、心理的な障害・身体的な兆候・専門職援助の要請・現時点の個人の幸福などが探究された。これによって、人々の幸福と不幸の原因・心配事をもたらすもの・将来の幸福の見積りが明らかにされた。その後、アメリカリサーチ研究所(American Institute for Research)で開催された1971年のカンファレンスで決定された主旨、すなわち、アメリカ人の全体的な QOL の主要な決定要因の性質を識別し、今後の準拠枠として使用すること、に基づき QOL に関する研究が続けられ、QOL の指標に関してはさまざまなアプローチが試みられた。この他にも、OECD(1976)は、健康、学習による個人の成長、職業および労働の質、時間の使い方、レジャー、物理的な環境、安全、社会的な参加の機会など客観的な社会的指標を QOL の指標としている。1977年にアメリカで出された“Social Indicators”という政府刊行のレポートによると(U. S. Department of Commerce, 1977)、QOL の客観的な指標には、経済的な生産性、犯罪率、家族の収入、健康状態、事件発生率、主観的な指標には、住居、ヘルスケア、レクリエーションの機会の満足感をおいている。その後も、続々と国家レベルでの QOL 研究は進められており、A. Campbell ら(1976)は、アメリカ人の QOL の指標に、結婚生活、家庭生活、近隣、友情、家事、仕事、生活水準、教育の効果、貯蓄などをおき、F. M. Andrews ら(1976)もこれと同様の指標を使用している。1977年に A. Campbell は、QOL の指標として人々の“well-being”の主観的な認知に目をつけ、これ以後の研究に影響をもたらしている。また、アメリカ研究所の J. C. Flanagan(1982)は、Clitical Incident 技術を使って1500名のアメリカ人の QOL に関係する6500件の生活活動と体験から5カテゴリー<sup>#2)</sup>に分かれた15要因を抽出している。

このように社会学、経済学の領域では QOL の客観的な指標と主観的な指標の両方が使用されているが、その是非に関する議論は現在でも続いている。J. R. Oppong ら(1987)は、今のところ両方の指標が必要であるということでコン

欧米におけるQuality of Lifeに関する文献の概要と課題センサスが得られていると述べている。というのも、1つのタイプの指標が、他のタイプの指標の解釈に役に立つからだという(Dale, B. 1980)。

以上、米国においては、QOL測定の実力があつて国家レベルの作業として盛んに行われ、その測定結果は社会的な指標の1つとなり、社会・経済的な発展に還元されたという経緯が読みとれる。

### 3. 保健医療における QOL 研究

保健医療における QOL 研究は、伝統的に医学的な治療処置あるいは医療領域のケアの技術を患者の QOL によって評価するというかたちで進められてきている。

J. M. Najman ら(1981)は、1975年から1979年の5年間に“Quality of Life”をキーワードとして使用している研究文献を Index Medicus で探索している。それによると、医学的なケアあるいは技術が患者の QOL に与える影響を取り上げている有効な研究は23件と少なかったが、徐々に数が増加している傾向を指摘している。その後、J. G. Hollandaworth(1988)はこの Najman らのレビューに従い、1979年から1985年までの QOL の研究論文を同様に探索している。その結果最終的に69件が抽出されている。QOL の研究が増加の傾向にあることはこれらからもわかる。なかでも多く取り上げられている治療は、心臓血管手術、乳がんの化学療法、腎臓移植などで(Najman, J. M. et al. 1981)、疾患で見ると、がん(41%)、腎臓疾患(13%)、心臓疾患(9%)、慢性の肺疾患(6%)、脳卒中(7%)などである(Hollandsworth, J. G. 1988)。

しかし、患者の QOL をどのようなクライテリアあるいは指標と定めるかに関して研究者間のコンセンサスがないために、さまざまな研究者がさまざまなアプローチを使用している。これは先述したように QOL の概念化が曖昧であることが起因している。したがって、研究者それぞれの判断で任意に多様なクライテリアを採用している。しかし、各クライテリアの使用の根拠が明確に理論的に説明されているわけではない。また、G. A. Fava ら(1988)が指摘するように、QOL という概念自体が“psychosomatic”という用語とちょうど同じよう



に全体論的なパースペクティブを有しているがために、概念の意味範囲が広範囲で、包括概念というかたちで使用されるきらいがある。したがって安易に使用されてしまうことから、QOL 理解を逆に困難ならしめている。

それではもう少し研究における QOL 測定についてみてみることにする。

#### a QOL の測定：測定のクライテリアあるいは指標に対する議論

現在、保健医療の領域で QOL の研究に使用されているクライテリアあるいは指標の例証を表 1 に示した。一般的にみると、単に生理医学的な側面をみようとするだけでなく、次第に心理社会的な側面も考慮に入れられるようになっていく。さらに、研究対象のもつ健康上の問題の特殊性がどのくらい幅広くしかも細かく考慮に入れられているかも重要であることがわかる。表 1 からわかるが、QOL 測定の試みには、大きく 2 通りの方法が使用されているようにみられる。すなわち、QOL を測定する用具を独自に開発してそれを用いる方法と、1 つ以上の指標を測定の対象とし複数の妥当とされる用具を選択して用いる方法である。前者には、たとえば古くは D. A. Karnofsky ら (1949) が化学療法を施行しているがん患者用に開発した“the Karnofsky Performance Status”, H. Schipper ら (1985) がやはりがん患者用に紹介している“FLIC (the Functional Living Index for Cancer)”, G. V. Padilla ら (1985) が人工肛門術施行患者用に開発している“the 23-item QOL for Colostomy Patients”, R. L. Schalock ら (1989) がリハビリテーション施行中の患者用に開発している“Quality of Life Index”などがある。後者には、表 1 に示したもののほか、QOL のほとんどの研究がこれに相当している。

しかし、今のところ多くの研究者が共通して使用できるほど、信頼性、妥当性ともに高い QOL の測定用具は開発されていない。測定のクライテリアや指標はきわめて広範でしかも複雑に組み合わせられて使用されている。たとえば C. E. Ferran ら (1985) は、QOL を査定するために研究で使用されている局面を要約しわかりやすく 13 局面を提示している (表 2 参照)。一方、L. M. Friedman ら (1985) は、QOL の局面 (dimensions) を、2 つの広範な包括的カテゴリーから構成されているとし、機能 (functioning : social, physical, emotionl, and intel-

表1 保健医療領域のQOL研究に使用されているクライテリア  
あるいは指標の例証

研究者名(年)	問題領域	クライテリアあるいは指標
McSweeny, A. J. et al. (1980)	慢性の肺疾患	①the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (情緒的な適応と精神障害を査定するために使用) ②the Profile of Mood States (最近の気分や機嫌を査定するために使用) ③the Sickness Impact Profile (疾病によって影響を及ぼされている身体的、心理社会的な活動性を査定するために使用) ④the Katz Adjustment Scale (社会的適応を査定するために使用) ⑤the Home Visit Behavior Checklist
Padilla, G. V. et al. (1983)	がん	①Karnofsky Performance Status Scales (1949年にKarnofskyらによって開発されたがん患者用のQOLの測定用具、日常生活活動の達成レベルを観察者が客観的に査定し記述する質問紙である) ②QOL Index修正版 (1981年にPresantらが開発した測定用具の著者らの修正版、痛み、吐き気、嘔吐、食欲、食事摂取量、喜びや満足や役立ちの認知を含んだ用具で、患者の主観的な記述を求める質問紙である)
Penckofer, S. H. et al. (1984)	心臓手術	①心臓痛の程度 ②可能な運動の程度と仕事時間 ③人生に対する満足の程度 ④家庭生活、社会生活、仕事、性生活の満足度 (③④には、Cantril Self-Anchoring Ladderという評価のための尺度を使用、この尺度は1963年にCantrilによって作成された)
Olsson, G. et al. (1986)	心筋梗塞	①死亡率 ②重度の合併症の発症率 ③心機能の程度 ④治療による副作用

\* \*注：表中のA, B, C, は, Campbell, D. T.ら(1966)による研究デザインの分類を使用し, 以下を示している。

A=One-Shot Case Study(×○), B=Static Group Comparison(×○<sub>1</sub>/○<sub>2</sub>), C=Time Series(○<sub>1</sub>○<sub>2</sub>○<sub>3</sub>×○<sub>4</sub>○<sub>5</sub>○<sub>6</sub>).

表 1 (つづき)

評価のタイプ	研究デザイン	サンプルのタイプ	サンプルサイズ
①主観的	A (**注)	保存的な療法中の患者	166
②主観的			
③主観的			
④客観的			
⑤客観的			
①客観的	B (**注)	化学療法の患者群 放射線療法の患者群 非患者群 (群間のつりあいは考慮せず)	126
②主観的			
①客観的	C (**注)	手術後の患者群を2群 (群間のつりあいは考慮せず)	34
②客観的			
③主観的			
④主観的			
①客観的	B (**注)	metoprol 投与群と placebo 投与群(群間のつりあいは考慮せず)	276
②客観的			
③客観的			
④客観的			

(Najman, J. M.ら(1981)とHollandsworth, J.G.(1988)の一部を参照して著者が独自に作成)

表2 クオリティ・オブ・ライフを査定するために研究で使用されている局面の要約

---

QOLの査定のために研究に使用されている13局面

---

1. 生活の質あるいは満足に対する考え  
(subject's opinion of quality of life or life satisfaction)
2. 社会的, 経済的な状態  
(socioeconomic status  
[including occupation, education, income, and/or financial status])
3. 身体的な健康状態  
(physical health  
[including activity level and/or physical symptoms]).
4. 感情  
(affect)
5. 認知するストレス  
(perceived stress)
6. 友好  
(friendships  
[including social support])
7. 家族  
(family  
[including children])
8. 結婚  
(marriage  
[including sex])
9. 人生の目標達成  
(achievement of life goals)
10. 家事や近隣に対する満足  
(satisfaction with housing and neighborhood)
11. 町や国への満足  
(satisfaction with city and nation)
12. 自分自身に対する満足  
(satisfaction with self  
[including self-esteem])
13. 抑鬱状態や心理学的な防衛機制や対処  
(depression, psychological defense mechanism, and coping)

---

※(Ferrans, C. E. & Powers, M. J.,1985より抜粋)

lectual)と認知(perception : life satisfaction and health status)としている。さらに、G. V. Padillaら(1983)は、QOLの指標として以下の4つの一般的な領域を示している。すなわち、①達成(performance)、②個人的な態度(personal attitudes)と情緒的な状態(affective status)、③安寧状態(well-being)、④支援(support)の4つである。

今後、QOL研究のクライテリアあるいは指標は統一の方向へ向かうのか、もっと多様化していくのか、いまだ見通しは立たない。

一方、QOL研究の測定上の別の議論に、さまざまな局面に主観的な指標と客観的な指標があるという問題がある(Ferrans, C. E. et al. 1985)。つまり、主観的とは、測定の対象者自らのQOLの体験に対する対象者自身の記述に基づいた測定で、客観的とは対象者のQOLに対して外部の者が記述することである。

J. Najmanら(1981)によると、1979年以前の研究では客観的な指標が圧倒的に多く(23件のうち20件で87%)使用されていたが、次第に主観的な指標も使われるようになってきているという。この客観的指標と主観的指標に関する問題は、どのような指標のどのような評価が人々のQOLを最も正しく表わすのかという議論がそのルーツにあり、いまだにその是非が問われ続けてきている。先述したように、社会的経済的な領域でのQOLの研究でも、個人の生活の条件的な側面を客観的な指標とみる立場に対して、人々が自分の生活の体験全体に対して満足感や幸福感あるいは安寧状態を体験しているかを主観的な指標とみていたが、これと同様の議論が保健医療の領域にもある。すなわち、保健医療領域で一般に客観的な指標とされているのは、生存率、症状の発生率、術後合併症の発生率、再発率などである。一方、主観的な指標には、生活に対する全体的な満足感や幸福感があり患者自身のパースペクティブを得る捉え方である。各研究者に特有の指標が、しかも客観的な指標と主観的な指標が単独に、あるいは混在してさまざまに使用されており、統一した指標が決定される段階にはない。客観的な指標の弱点について、J. Najmanら(1981)は、①質の高いQOLや質の低いQOLを構成している基礎的な次元に対しての概念化が曖昧である、

②適切な客観的指標に対する強い同意が得られていない, ③[入力したデータ]と[そこから出てきた結果]を関係づけることに対して関心がほとんど寄せられていない, ④[生活の客観的な条件]と,[これらの条件に対する主観的な認知]との関係に対して理解がなされていない, の4点をあげている. 一方, 主観的な指標に対しても, 主観的な指標から得られた結果がどこまで客観的なのか, というような批判がみられないわけではない(Pacione, M; 1982). そしてこの客観的指標と主観的指標の問題は, QOLの測定指標の各局面を誰の判断に基づいて誰が記述するのかの議論と重なる. つまり, QOLの測定を生活を体験している個人の準拠枠(the individual's frame of reference)に基づいて記述するのか, あるいは外部者の判断(an outsider's judgment)にゆだねるか, という議論である. これらの議論は, 結局のところ, QOL研究で得た結果をどこに還元するのか, あるいはQOL研究を何の目的で何ゆえ行うのかという大きな問題とも関係し, 今後も波乱が起きることは推測できるが, 現段階でこれらを決定づける提案はみられていない.

#### b QOL測定と心理社会的変数

QOLの研究者の多くは, QOLを測定する際のパラメーター(媒介変数)として心理社会的な変数を使用している(Lewis, F. M. 1982; Aaronson, N. K. et al. 1986). G. A. Favaら(1988)はこの傾向を, 精神薬理学, 臨床精神科, 臨床心理, 心身医学などの臨床に派生した学問領域の精神測定のフィールド・アプローチから, QOLの研究者はQOLの研究技術や方略を大部分得ていると端的に述べている. 一方では, 特定のQOLの測定指標と心理社会的な変数の関係を探究する研究者もいる. たとえば, H. J. Dupuy(1977)は, General Well-Being ScheduleとMinnesota Multiphasic Personality Inventoryとの関係を調査し, 抑鬱と不安とに負の相関( $\gamma = -0.5 \sim -0.7$ )を見出している. また, R. Kammannら(1979)は, the Happiness Inventoryとthe Beck Depression Inventoryとに負の相関( $\gamma = -0.7$ )を見出している. また, A. Abbeyら(1985)は, QOLと因果的に関係すると考えられる心理社会的な変数を提示し, モデル化を試みている. これによると, 全体的なQOLと否定的に関係しているのは, ストレス,

抑鬱と不安，他者によるコントロールであり，肯定的に関係しているのは内的コントロール感，ソーシャル・サポート，自己達成感であるとされる。

しかし，精神測定を含む心理社会的な変数を QOL に密接に関係するパラメーターとして考慮に入れない研究者もある。たとえば，心臓疾患の QOL を研究している N. K. Wenger ら(1984)は QOL の 3 ファクターとして，①機能的な能力（日常生活，社会的な役割，知的な働き，情緒的な働き，を遂行する能力や経済的な状態），②認知（生活に対する安寧と満足のレベル），③病影の影響と症状，を掲げている。これに対して，これらは臨床医が重視しなくてはいけない側面，すなわち，患者のパーソナリティ，家族の背景と支援，患者－医師関係，病に関する逸話，治療に対する反応など，といったものに含まれている精神測定をふまえた心理学的な変数を無視しており不十分である，との批判もみられる (Fava, G. A. et al.1988)。

## おわりに

以上，欧米における QOL に関する文献概観を要約してみると，まず人々の QOL への注目は，社会的経済的な発展に伴う量的な充足のあと，必然的に起こってきた。QOL という用語自体の起源は古いとされるが，社会的経済的な状況から推測すると 1960 代後半になって流布されてきた。しかし，QOL 誕生から 20 年以上経過している現在までに，社会科学，行動科学領域，さらに保険医療領域ともに厳密な QOL の概念に関する研究者間の意見の一致はない。その理由として，QOL 概念がもつ価値的，相対的という特性，個々人の QOL に対する主観的認知による多義性，多様性に支配されるという特性，などがあげられる。つまり，「個々人の生活や人生」の意味性という質的側面は，この世の中に存在している人の数だけやはり存在しているわけで，QOL 概念をきわめて哲学的な枠でみようとすると，主観的な体験世界の記述に終わってしまう可能性がある。このように，QOL の概念化の曖昧性から派生し，QOL 測定のアプローチもさまざまある。測定のカリテリアあるいは指標も研究者の任意性に支配されており，広範かつ雑多で独断的でさえある。また一方では，カリテリアある

欧米におけるQuality of Lifeに関する文献の概要と課題  
いは指標の客観性と主観性の議論があり、他方で多くの研究者が独自に開発し  
た QOL の測定用具に対する議論がある。今後も、この種のさまざまな議論があ  
とを絶たないと予測される。しかし、保健医療領域における患者の QOL 測定の  
意義が医療的なケア技術や治療処置の有効性の評価にある点に焦点を合わせると、  
最良の医療の提供をめざすわれわれにとって必須の問題である。わが国の  
保健医療領域においても今後ますます話題を引き起こすだろう QOL のさまざま  
な問題は、文化的な土壌をふまえながらじっくりと取り組む必要があるだろ  
う。

注1) Thorndike, E. L. Your City. New York : Harcourt, Brace. 1939.

注2) この5カテゴリーとは、① Physical and Material Well-Being, ② Relations  
with Other People, ③ Social, Community, and Civic Activities, ④ Personal  
Development and Fulfillment, ⑤ Recreation である。

#### 引用および参考文献

- 1) Aaronson, N. K. et al.: Quality of Life Assessment in Bladder Cancer Clinical  
Trials : Conceptual, Methodological and Practical Issues, Progress Clinical and  
Biological Research, 221,149-170,1986.
- 2) Abbey, A. & Andrews, F. M.: Modeling the Psychological Determinants of  
Life Quality, Social Indicators Research,16,1-34,1985
- 3) Alexander, James. L. & Willems, Edwin P.: Auality of Life ; Some Measure-  
ment Requirements. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 62,261-  
265,1981.
- 4) Andrews, F. M. & Withey, S. B.: Social Indicators of Well, Being in America  
; the Development and Measurement of Perceptual Indicators, London, Plenum  
Publishers,1976.
- 5) Bech, P.: Quality of Life in Psychosomatic Research ; A Psychometric Model.  
Psychopathology, 20(3-4),169-179,1987.
- 6) Campbell, A. et al.: Quality of American Life, New York Russell Sage  
Foundation, 1976.
- 7) Campbell, A.: Poor Measurement of the Right Things, Paper Read at the



- Annual Meeting of the American Statistical Association, Chicago August, 1977.
- 8) Campbell, D. T. & Stanley, J. C.: *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*, Rand McNally, Chicago, 1966.
  - 9) Dale, B.: *Subjective and Objective Social Indicators in Studies of Regional Well-Being*, *Regional Studies*, 14, 503-515, 1980.
  - 10) Donovan, K. et al.: *Measuring Quality of Life in Cancer Patients*, *Journal of Clinical Oncology*, 17(7), 959-968, 1989.
  - 11) Dupuy, H. J.: *A Concurrent Validation Study the NCHS General Well-Being Schedule*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD, 1977.
  - 12) Engquist, C. L. et al.: *Can Quality of Life be Evaluated? Hospitals*, 53(97), 99-100, 1979.
  - 13) Fava, G. A. & Magnani, B.: *Quality of Life ; A Review of Contemporary Confusion*, *Medical Science Research*, 16(20), 1051-1054, 1988.
  - 14) Ferrans, Carol E. & Powers, Majorie J.: *Quality of Life Index ; Development and Psychometric Properties*, *Advanced in Nursing Science*, 8(1), 15-24, 1985.
  - 15) Flanagan, J. C.: *Measurement of Quality of Life ; Current State of the Art*, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59, 1982.
  - 16) Friedman, L. M. et al.: *Fundamentals of Clinical Trials*, 2nd ed, Littleton, M. A.; PSG Pub. 1985.
  - 17) George, L. & Bearon, L.: *Quality of Life in Older Persons*, New York ; Human Science Press. 1980.
  - 18) Helburn, N.: *Geography and the Quality of Life*, *Annals of American Association of Geographers*, 72(4), 445-456, 1982.
  - 19) Hollandsworth, J. G.: *Evaluating the Impact of Medical Treatment on the Quality of Life ; A 5- Year Update*, *Social Science & Medicine*, 26(4), 425-434, 1988.
  - 20) Kammann, R. et al.: *Properties of an Inventory to Measure Happiness and Psychological Health*, *New Zealand Psychologist*, 8, 1-9, 1979.
  - 21) Karnofsky, D. A. & Burchenal, J. H.: *The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer*, *In MacLeod, C. M. (eds.) ; Evaluation of Chemotherapeutic Agents*, New York, Columbia University Press, 191-205, 1949.
  - 22) Krupinski, J.: *Health and Quality of Life*, *Social Science & Medicine*, 14a, 203-211, 1980.

- 23) Lewis, F. M.: Experiences Personal Control and Quality of Life in Late-Stage Cancer Patients, *Nursing Research*, 31(2), 113-119, 1982.
- 24) McSweeney, A. J. et al.: Chronic Obstructive Pulmonary Disease ; Socioemotional Adjustment and Life Quality, *Chest*, 77(2), 309-311, 1980.
- 25) Najman, J. & Levine, S.: Evaluating the Impact of Medical Care and Technologies on the Quality of Life ; A Review and Critique, *Social Science and Medicine*, 15F, 107-115, 1981.
- 26) O. E. C. D.: *Measuring Social Well-Being*, Paris, 1976.
- 27) Olsen, M. E. & Merwin, D. J.: Toward a Methodology for Conducting Social Impact Assessment Using Quality of Social Life Indicators, *In* Finsterbush, K. & Wolf, C. P. (eds.): *Methodology of Social Impact Assessment*, Pennsylvania ; Dowden, Hutchinson & Ross, Inc, Stroudsburg, 43-63, 1977.
- 28) Olsson, G. et al: Quality of Life after Myocardial Infarction ; Effect of Long Term Metoprolol on Mortality and Morbidity. *British Medical Journal*. 292(7), 1491-1493, 1986.
- 29) Oppong, J. R. et al.: Perceived Quality of Life in A Centre Periphery Framework, *Social Indicators Research*, 20(6), 605-620, 1988.
- 30) Pacione, M.: The Use of Objective and Subjective Measures of Life Quality in Human Geography, *Progress in Human Geography*, 6, 495-514, 1982.
- 31) Padilla, G. et al.: Quality of Life Index for Patients with Cancer, *Research in Nursing and Health*, 6, 117-126, 1983.
- 32) Padilla, G. & Grant, M. M.: Quality of Life as a Cancer Nursing Outcome Variable, *Advanced in Nursing Science*, 8(1), 45-60, 1985.
- 33) Pearlman, R. A. & Uhlmann, R. F.: Quality of Life in Chronic Diseases ; Perceptions of Elderly Patients, *Journal of Gerontology*, 43(2), M25-30, 1988.
- 34) Penckofer, S. H. & Holm, K.: Early Appraisal of Coronary Revascularization on Quality of Life, *Nursing Research*, 33(2), 60-63, 1984.
- 35) Schalock, Robert L. et al.: Quality of Life ; Its Measurement and Use, *Mental Retardation*, 27(1), 25-31, 1989.
- 36) Schipper, H. & Levitt, M.: Measuring Quality of Life ; Risks and Benefits. *Cancer Treatment Reports*, 69(10), 1115-1123, 1985.
- 37) U. S. Department of Commerce, Bureau of the Census, *Social Indicators 1976*, Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office, Washington, D.

- C., 1977.
- 38) Van Dam, F. et al.: Quality of Life ; Some Theoretical Issues, *Journal of Clinical Pharmacology*, 21,166S-168S,1981.
  - 39) Van Dam, F.: Quality of Life ; Methodological Aspects, *Bulletin du Cancer*, 73(5),607-613,1986.
  - 40) Van Knippenberg, F. C. E. & De Haes, J. C. J.: Measuring the Quality of Life of Cancer Patients ; Psychometric Properties of Instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(11),1043-1053,1988.
  - 41) Wenger, N. K. et al.: Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies, *American Journal of Cardiology*, 54(1),908-913,1984.
  - 42) 荻原勝：日本人のクオリティ・オブ・ライフ，至誠堂，1978.
  - 43) 金子勇：松本洗編．クオリティ・オブ・ライフ：現代社会を知る．福村出版，1986.
-