

「より良く生きること(Well-being)」の有り様への評価に対する考察

A Consideration on Evaluation for Well-being

水村 容子*¹

Hiroko Mizumura

*¹ 東洋大学ライフデザイン学部人間環境デザイン学科

Department of Human Environment Design, Faculty of Human Life Design, Toyo University

There are instruments to evaluate quantitatively degree of Well-being and quality of life, named QOL instrument developed by WHO and AIMS2 for patients suffering from rheumatic diseases. On the other hand, I admit that the evaluation of Well-being and/or quality of life have based on the subjectively and qualitative feeling. In this paper, I would like to consider about the meaning of quantitative and qualitative approach to grasp the Well-being.

1. はじめに

人間にとって「より良く生きること」の必要条件は、「健康である」と捉えることができると思うが、世界保健機構(WHO)は、

“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” ((社)日本 WHO 教会 HP より)

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、信仰の上でも(霊的にも)、そして社会的にも、全てが結びついて満たされている状態(well-being)であることを言う」という定義を公表している。すなわち、人が「より良く生きる」ためには、物理的・肉体的な健康のみではなく、精神的・宗教的・社会的な充足をも必要不可欠であることをこの定義は示唆している。

そのような質的な人々の生き方の有り様を評価する指標として、WHO では、1997年 WHOQOLinstruments が開発されている。また、それ以外にも、関節リウマチ患者や脳血管性疾患の予後患者など多様な慢性疾患・障害を持つ人々の生活の質を評価する指標が、それぞれの臨床の場面で活用されている。本論考では、このような生活の質を評価する指標を通じて、人がより良く生きる有り様を定量的および定性的に評価することの意義を検討したい。なお、本論では、「より良く生きること」を”Well-being”とし、その「有り様」を”Quality of life”と位置づけ考察を進める。

2. QOL instruments とは

本項では、様々な苦難に直面する人々の生活の質の評価を目的とした QOL instruments の概要を説明する。

2.1 WHO の開発による QOL 評価 instruments

前出の WHOQOL は 1997 年 WHO の精神保健・薬物乱用防止部局によって開発されたものであり、その後 2002 年には、WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument として改訂された。霊的な信仰や宗教に対する考えを網羅した、生活の質に関する 32 の質問項目で構成されている。また後半には、これらの質問を用いて HIV 患者の QOL を評価するショートバージョンも付加されている。質問は、過去 2 週間の自身の考えや状態を回答する形式を取っており、「F4.4 あなたの日常生活においてどの程度

積極的な感情を経験しましたか?」「F6.1 自分はどの程度価値ある人間であると考えますか?」「F24.2 あなたの人生はどの程度価値のあるものだと考えますか?」といった質問に対して、5 段階の順序尺度での選択肢が用意されており、それを選択する解答方式である。順序尺度がスコア化されており、それを合算することで QOL の程度が評価できる。

精神保健領域での活用を目指して開発された本指標であるが、この試みには批判も存在するようである。文献などでの確認は果たせていないが、著者の知人である整形外科医より、「キリスト教社会とイスラム教社会では“Spiritual”や”Brief”の存在意義は異なるものであり、同じ指標での評価は困難である」という批判が生じ、この指標の活用に関しては慎重な姿勢を見せる臨床医が少なく無いという話しを聞いたことがある。QOL 評価の難しさを実感させるエピソードである。

2.2 関節リウマチ患者の QOL 評価 instruments

一方、疾患や障害などある特定の困難を持つ人の QOL を評価する指標は多々素材し、実際のリハビリテーションの場面で活用されている。本項では、著者が実際に研究において活用した AIMS2を含む、関節リウマチ患者の QOL 評価指標について解説する。

代表的なものとしては、1980 年にスタンフォード大学の Fries らによって開発された”Health Assessment Questionnaire” (略称 HAQ)および、同年ボストン大学の Meenan らによって発表された”Arthritis Impact Measure Scales”(略称 AIMS)がある。HAQ は、”5Ds”:Death, Disability, Discomfort, Drug toxicity, Dollar costs の 5 領域を QOL 構成の主成分とする評価指標である。一方 AIMS は、ADL5指標と社会生活、痛み、抑鬱、不安などの計 9 指標から構成された指標である。いずれも WHOQOL と同様に各質問に対して、3~5 段階の順位尺度が設けられスコア化された選択肢が用意されており、その合算によって QOL の程度が評価できる仕組みとなっている。

AIMS は記入に 20~30 分を要する膨大な質問内容であったことから、1992 年に新たな質問も加えた短縮版 AIMS2 が開発された。AIMS2 の測定領域は表 1 に示した通りであるが、ADL 関連 6 指標(S1~S6)と社会活動、痛み、仕事などの 6 指標(S7~S12)の計 12 指標に拡大され、それぞれの指標のスコアの平均値を取ることによって、身体機能面、社会生活面、症状(痛み)面、職業(仕事)面、精神・気分面の 5 領域の QOL が評価できる内容に改訂された。筆者は AIMS2 を用いて、2 カ国の関節リウマチ患者の生活状況を調査した経験を持つ。次節ではその内容・結果を報告する。

連絡先: 水村容子, 東洋大学ライフデザイン学部, 人間環境デザイン学科, 〒351-8510 埼玉県朝霞市岡 48-1, mizumura@toyo.jp

表1 AIMS2 の測定領域

■12指標	
S1: 移動能力 (Mobility Level)	
S2: 歩行能力 (Walking and Bending)	
S3: 手指機能 (Hand and Finger Function)	
S4: 上肢機能 (Arm Function)	
S5: 身の回りの処理 (Self-care Tasks)	
S6: 家事労働の処理 (Household Tasks)	
S7: 社交・社会活動 (Social Activities)	
S8: 家族・知人からの支援 (Support from Family and Friends)	
S9: 痛み (Arthritis Pain)	
S10: 仕事 (Work)	
S11: 精神的緊張 (Level of Tension)	
S12: 気分 (Mood)	
■QOL 5成分モデル	
第1成分	身体機能面のQOL : S1,S2,S3,S4,S5,S6の指標スコアの平均値
第2成分	社会生活面のQOL : S7,S8の指標スコアの平均値
第3成分	症状(痛み)面のQOL : S9の指標スコア
第4成分	職業(仕事)面のQOL : S10の指標スコア
第5成分	精神・気分面のQOL : S11,S12の指標スコアの平均値

表2 AIMS2 による QOL 評価の実績

	ADL関連6指標の評価				QOL5成分モデルの評価					
	スウェーデン		日本		スウェーデン		日本			
	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)	実数(人)	割合(%)		
移動能力	極軽度	1	0.3	9	3.6	極軽度	3	0.9	8	3.2
	軽度	9	2.7	4	1.6	軽度	232	69.5	138	55.0
	中等度	192	57.5	117	46.6	中等度	84	25.1	78	31.1
	重度	113	33.8	67	26.7	重度	12	3.6	22	8.8
	最重度	16	4.8	4b	1.9	最重度	1	0.3	1	0.4
	不明	3	0.9	9	3.6	不明	2	0.6	4	1.6
歩行能力	極軽度	19	5.7	9	3.6	極軽度	2	0.6	16	6.4
	軽度	42	12.6	15	6.0	軽度	76	22.8	46	18.3
	中等度	57	17.1	10	4.0	中等度	179	53.6	112	44.6
	重度	100	29.9	28	11.2	重度	61	18.3	50	22.3
	最重度	112	33.5	176	70.1	最重度	14	4.2	15	6.0
	不明	4	1.2	13	5.2	不明	2	0.6	6	2.4
手指能力	極軽度	111	33.2	82	32.7	極軽度	11	3.3	30	12.0
	軽度	111	33.2	83	33.1	軽度	46	13.8	106	42.2
	中等度	53	15.9	43	17.1	中等度	73	21.9	68	27.1
	重度	29	8.7	18	7.2	重度	92	27.5	28	11.2
	最重度	26	7.8	21	8.4	最重度	108	32.3	13	5.2
	不明	4	1.2	4	1.6	不明	4	1.2	6	2.4
上肢能力	極軽度	166	49.7	116	46.2	極軽度	2	0.6	3	1.2
	軽度	101	30.2	70	27.9	軽度	3	0.9	8	3.2
	中等度	34	10.2	37	14.7	中等度	20	6.0	8	3.2
	重度	17	5.1	9	3.6	重度	49	14.7	22	8.8
	最重度	12	3.6	15	6.0	最重度	56	16.8	139	55.4
	不明	4	1.2	4	1.6	不明	204	61.0	71	28.3
身の回りの処理	極軽度	235	70.4	211	84.1	極軽度	0	0.0	0	0.0
	軽度	64	19.2	18	7.2	軽度	0	0.0	1	0.4
	中等度	19	5.7	12	4.8	中等度	34	10.2	34	13.5
	重度	9	2.7	1	0.4	重度	286	85.6	182	72.5
	最重度	3	0.9	4	1.6	最重度	12	3.6	26	10.4
	不明	4	1.2	5	2.0	不明	2	0.6	8	3.2
家事労働の処理	極軽度	213	63.8	181	72.1	極軽度	334	100.0	251	100.0
	軽度	67	20.1	24	9.6	軽度				
	中等度	20	6.0	11	4.4	中等度				
	重度	11	3.3	17	6.8	重度				
	最重度	12	3.6	12	4.8	最重度				
	不明	11	3.3	6	2.4	不明				
合計	334	100.0	251	100.0	合計	334	100.0	251	100.0	

注) 両国の各指標・QOL5成分において得点の高い上位2位までを編みかけて示した。

3. AIMS2を用いた QOL 評価

—日本とスウェーデンの比較から

3.1 研究の概要

表2に、著者が実施した研究における QOL 評価の実績を示した。研究の内容は、日本および福祉先進国であるスウェーデンにおいて、関節リウマチ患者を、患者団体および病院を通じて無作為抽出により500名程度選出し、アンケート調査を実施したものであり、身体機能、QOL 評価および日常生活行為の遂行状況と住環境整備の実施状況を調査したものである。

3.2 両国における QOL 評価の共通点と相違点

表2に示した通り、実施したアンケート調査への回答者のADLの状況には共通の傾向が見受けられた。移動能力に関する評価が低い一方、上肢機能や日常生活・家事労働の遂行能力への評価は高く、本アンケートに回答できる関節リウマチ患者の身体状況が両国共通であることが明らかになった。一方 QOL への評価に関しては、身体機能面、職業面、精神・気分面は両国共通の傾向が見受けられた一方、社会生活面に関しては、日本の評価が低く、症状面に関してはスウェーデンの評価が著しく低い状況が明らかになった。

4. QOL の定量的捉え方と定性的捉え方

上述した AIMS2 は、筆者の様に量的アンケートなどで採用する以外に、リハビリテーションの諸場面で個々の患者の状況を把握する指標としても用いられている。慢性で症状が不安定に変動する関節リウマチという疾患において、患者を臨床の対象として捉えるのではなく、一人の生活者として生活の再構築を目指した質的な対応を導き出すために用いられているのである。各個人の“Well-being”を達成する上で、このように個別性を多様な観点から捉えることが QOL を評価する上で非常に重要なスタンスと言えよう。しかし、その一方、こうした個々の質的な QOL 評価を量的に捉えることにも意味を見出すことも可能である。3で述べた AIMS2 による日本とスウェーデンでの QOL 評価の相違点からその点は導かれる。

社会生活面の QOL は友人・知人との関係や社会参加の状況に関する評価を意味するものであり、日本の調査対象者の評価が低いということは、日本社会では、この疾患によって社会参加が妨げられているという仮説が成立する。一方、症状面の QOL に関しては、スウェーデンの評価が著しく低い。ADL 関連指標の評価では、身体機能は日本の調査対象者と同レベルであるにも関わらず、痛みへの評価が低いということは、この社会には、痛みの感受性が強い文化が存在するという仮説が成立する。

上記の知見は、社会の福祉サービスあるいは、臨床場面における患者への対応の改善に寄与できるものである。質的な各個人の「より良く生きること(Well-being)」の有り様への評価を、定量的に捉えることによって、社会制度・社会的価値観の改善を図ることも可能なのではないだろうか？

本稿では、AIMS2 を用いた著者の研究での経験を通じて、QOL を定量的および定性的に捉えることの意味を考察した。今後も様々な QOL 指標の内容を踏まえ、この考察を継続していきたい。

参考文献

池原直己他編集: 臨床のための QOL 評価ハンドブック, 医学書院, pp121-124, 2001.
 橋本明, 佐藤元他: RA 患者の QOL:AIMS2 改訂日本語版調査書を用いた他施設共同調査成績-I. 肢体不自由に関する諸要因の解析, リウマチ 41(1), pp9-24, 2001.
 水村容子, 佐藤元: スウェーデンおよび日本における関節リウマチ患者の住環境整備に関する研究-関節リウマチ患者の生活環境に関する研究1-、日本建築学会計画系論文集、Vol.74, No.641, pp1497-1506, 2009.6