

クオリティ・オブ・ライフ(QOL)の評価
自己記入式QOL質問表(QUIK)及び改訂版(QUIK-R)の文献的展望

飯田 紀彦・北村 由美・河原 みどり・福永 佳也
浅井 伸彦・松本 健輔・押江 隆

The assessment of the quality of life (QOL) :
A review of the literature on a self completed questionnaire for QOL (QUIK)
and its revised version (QUIK-R)

Norihiko IIDA, Yumi KITAMURA, Midori KAWAHARA, Yosiya FUKUNAGA
Nobuhiko ASAI, Kensuke MATSUMOTO and Takashi OSHIE

Abstract

The article is a review of the literature on a self completed questionnaire for QOL (QUIK) and its revised version (QUIK-R) assessing QOL.

It includes the contents of evaluating the concept of QOL, the measurement of QOL, correlation between QOL and mood disorders, QOL in patients with various disorders, QOL in healthy subjects and QOL of caregivers.

We emphasize here that QOL oriented medicine is medical service which enables the happiness and autonomy of individuals, who are physical-psychological-social-existential beings.

Key Words: the concept of the QOL, Mood disorders, the measurement of the QOL, A self completed questionnaire for QOL (QUIK) and it's revised version (QUIK-R)

抄 録

本稿は、QUIK(self completed questionnaire for QOL)及び改訂版QUIK-R(self completed questionnaire for QOL revised)の文献的展望である。

本論文は、QOLの概念、QOLの測定、QOLと気分障害との関連、さまざまな障害を有する患者のQOL、健常者のQOLと介護者のQOLの検討した内容を含んでいる。

われわれが、ここで強調したいことは、QOL-Oriented-Medicineは、身体的-心理的-社会的-実存的な存在である個人のオートノミーと幸福を反映させることのできる医療(Medical Service)なのである。

キーワード:クオリティ・オブ・ライフ(QOL)の概念、気分障害、QOLの測定、自己記入式QOL質問表(QUIK)及び改訂版QUIK-R

はじめに

慢性疾患や完治の望めない進行がん患者などに対して、クオリティ・オブ・ライフ (Quality of Life、以下QOL) という概念が医学に導入された理由は、数量的検査成績や延命的治療効果をもっぱら重視してきた医療への反省として提唱されたものである (国府 1990)。

QOLという概念の源を探っていくと、近代自我主体の確立と、個人の生存権や幸福権の追求というモダニティの思想にたどりつく (Nordenfeld 1993、飯田 1996)

医学において、治療目標のsurrogate endpointとしてQOLを評価する試みは、1948年のKarnofsky Performance Status Scaleによる化学療法の評価などが始まりで、1980年代になり、急速に数多の疾患特異的なQOL評価尺度が世界中で次々と開発されてきた。これらの評価尺度については、漆崎 (1995)、Fayersと Machin (2000) や万代 (2001) などの総説に詳しく解説してあるので、一読していただきたい。

これらの総説を概観しても分かるように、QOLの概念あるいは構造についての考え方は百家争鳴であり、その結果、QOLを測定するための標準尺度となるテスト、いわゆるゴールデン・スタンダードがないのが現状である。

1991年、われわれが開発した自己記入式QOL質問表 (Questionnaire for Quality of Life by Iida and Kohashi、以下QUIK、表1) は、従来のような経験的な質問表ではなく、大脳科学の知見に準拠したQOLの構造を設定し、統計学的解析を行ったテストであり、自己記入式QOL質問表改訂版 (以下、QUIK-R) は、2000年に英文で発表し、現在まで中国語、スペイン語、ロシア語などに翻訳されており、さらに2004年にはOxford大学の公衆衛生学教室に属するNational Centre for Health Outcome DevelopmentのCompendiumであるPatient-Assessed Health Instrumentに登録された7000あまりの評価尺度のひとつとして掲載されている。日本人が作成したテストは、ほとんど英語で書かれていないせいか、このCompendiumに掲載されているものは数少ない。

QUIK及びQUIK-Rは、現在、NursingやCaringに関わる研究領域で使用され、発表されていることはもちろんのこと、さらに習志野市やつくば市の行政機関の高齢者保健福祉計画や補完代替療法である園芸療法の治療評価法などとしても多くの施設において利用されている。

本稿では、開発以来、15年を経過したQUIK及びQUIK-Rを用いてのQOL研究に関して、学術誌に掲載された文献を対象として、QOLおよびQOL評価法について展望することを

目的とする。

第1章 QOLの概念

1. QOLの定義

QOLといえば、今や一般用語となっていてテレビのコマーシャルなどでもQOLを高めようなどと喧伝されている。Popular PsychologyやMedical Serviceの領域においても、QOLに配慮したmanagementなどといわれるとなんとなく分かったような気がする。

筆者が、アネクドト的に、イギリスでの国際学会でQOLの調査結果を発表した際、「欧米におけるQOLとは四つ葉のクローバー（希望、信仰、愛情、幸福）であり、日本のQOLは、福祿寿（幸福、裕福、長寿）ではないか」と締めくくったところ、大変評判がよく、拍手喝采だったという思い出がある。時代精神、風土、伝統、信条、文化規範や政治経済により異なってくるだろうQOLという概念が、なんとなくオーディエンスに伝わったのであろうかなどと考えている。

後述するように、一般的には、QOLは、「満足したとか、気持ちが爽快だとか、生き生きしているとか、幸福だ」などQUIK-Rに追加した項目が、抽象的な用語として分かったかのように理解されている。

しかしながら、QOLの概念を定義してみようとする、Cambell (1976) のいうようにエーテルのように曖昧であることに気づく。

上田 (1993) は、研究者の数だけQOLの概念があるとシニカルな発言をしているが、QOLを医学の領域におけるendpointとして導入する場合、どうしてもQOLの普遍的、客観的で明快な枠組みが必要となる。

QOLの概念は、前述のごとく、慢性疾患や完治の望めない進行がん患者などに対して、数量的検査成績や延命的治療効果をもっぱら重視してきた医療への反省として提唱された経緯 (国府 1990) があるが、もう少し厳密にいうと、最近、医学界でしばしばいわれているEvidence-Based-Medicineの対立軸がNarrative-Based-Medicineであるのに対し、QOL-Oriented-Medicineは、従来のパターンリズムによるProvider-Oriented-Medicineではなく、User-Oriented-Medicineの潮流のひとつであるということを知っていなければならない。TaylorとAspinwall (1993) がいうように、QOL指向型の医療は、患者自身の幸福感と自律性を反映することのできる医療なのである。

QOL-Oriented-Medicineは、曲解されているようなEvidence-Based-Medicineの対立軸ではなく、Evidence-Based-Medicineを基盤として、さらに心理的-社会的-実存的な存在

である個人のオートノミーを包含した医療（Medical Service）を目指す潮流なのである。

このQOLの概念の原点は、近代西欧の自我主体の成立にある。

近代自我主体は、12世紀のトーマス・アクイナスに始まる。その後、ルネッサンス、宗教革命、科学革命そして産業革命をへて近代の西欧において、個人が自ら選択し、自ら決断するオートノミーとしての個人尊重のあり方が唱えられた。

現代の精神医学や心理学における自我意識、客体としての自己や他者とのかかわりである間主観性などは、この自律性を有する自我主体が存在することによって成立する。

そして、自律性を有する自我主体がめざすものとして、精神医学、心理学や健康学（メンタルヘルス）の立場からは、たとえばマズローのいう自我実現などが相当するし、近年治る見込みの無い疾患や、慢性的に症状が持続する疾患における治療目標として掲げられるQOLという概念もこの近代自我主体の考えを底としている。

また、社会的には、近代自我主体は、個人と社会という観点から捉えられ、前述のように、エミリー・ベンサムとジョン・スチュアート・ミルらが国家の干渉を少なくし、各人の利益追求を行うことを主張した。

この自我主体を法的なフレームワークとして掲げたのは、ワイマール憲法を嚆矢とする。ワイマール憲法においてはじめて個人が生存権、労働権、団結権、社会権を有するという考えが打ち出されてきたが、今日では、さらに幸福権、健康権、環境権や平和的生存権など個人のプライバシーを保護する権利が重要となってきた。

この基本的な概念が十分に研究者の間でも理解されていないので、研究者の数だけQOLの概念があるなどという混乱が生じてくるし、QOL研究を阻害する障害となっている。

さて、前述のマズロー（1970）の欲求充足説にみられるように、人間の日常生活は欲求を充足するための行為の体系であるともいえる（木村 1983）。

WHO QOL GROUP（1993）の開発したWHO-QOLは、身体領域、心理領域、社会領域、環境領域の4つの領域から構成され、われわれのQUIK及びQUIK-Rの枠組みである身体機能、情緒適応、社会関係、生活目標という4つの領域の構造とほぼ同様であるが、かれらは、QOLを「文化的文脈において個人の生活状況への知覚と個人の生きざまや目標、期待、標準や関心の価値システム」として捉えている。

ちなみに、WHO-QOLとQUIK及びQUIK-Rの枠組みで、WHOが環境要因を取り上げ、われわれが生活目標、いってみれば自律性を選択したところが相違点である。自律性を重要視する考えは、もともと、西洋の近代自我主体のとうとうたる哲学の潮流であり、上述のWHOの定義にもはっきりと書かれているわけであるから、ひとつの領域として構造の

枠組みに入れても良いように思われる、というより、入れるべきではないのかという疑問がある。WHOのグループは、そういった自律性は、西欧人の文化規範の中では、わざわざQOLの構造枠に明記しなければならないものではなく、ア・プリオリに所与されているものなのかもしれない。

さて、上述のわれわれと同様の考えであるNordenfeld (1993) によれば、QOLの概念は、13世紀のトーマス・アクイナスによる知性主義や18世紀のデュルケームの唱えた社会道德概念からくる自律性の概念、すなわち、自己選択、自己決定(オートノミー)という人権の尊重とアリストテレスのニコマコス倫理学におけるユーダイモニアやベンサムの快樂主義からの個人の幸福の追求(ヘドニズム)に由来がある。

われわれ(飯田ら 2000、飯田ら 2001)は、この考えにさらに最近の脳科学から得られた知識を組み入れ、QOLの概念を、自律性と主観的幸福感を個人の生活の目標、すなわち、欲求の充足とする大脳機能システムのマクロ的作用と定義した。

他人のペースに振り回されず、自らの目標に向かって選択し、決断し、遂行していく(脳科学的に言えば高次機能に属する)喜びと考えることもできようか。

そして、ここで述べたQOLの概念は、筆者の考えるところ、精神的健康の概念と同じであるといつてよい。

21世紀に入った現在、精神という概念は、こころ、思考、意識はまさに脳の物質的活動ないし機能(Hebb 1987)であり、ニューロンモジュールでの電気化学的プロセスを脳のミクロ的ふるまいとすれば、意識、志向性、主観性、心的因果関係といった心的諸作用(こころといわれる現象)は脳のマクロ的現象である(サール 1992)と考えられる。

健康については、筆者が、『健康高齢者に対する精神的健康の評価(健康長寿を支える高齢者健診と保健活動 飯田 1998)』において述べたように、「自らの障害や能力低下、社会的ハンディキャップの有無に関わらず、社会に同調しつつ、しかも自らが選択し、決定した生活の目標にむかって能動的に活動できる状態」であり、精神的健康は、畢竟、大脳の諸作用の機能が、能動的に活動できる状態と定義できよう。そして、QOLを評価することは、この「個人の精神的健康の自由度」を評価することに他ならない。

2. QOLを研究する意義

QOL評価は、「個人の精神的活動の自由度」を評価する格好のendpointを研究することに意義があり、21世紀における医療の最大にして最高の戦略目標となる。

今村(1977)は、QOL研究の進め方として、障害や疾病などにおいて本人の対応行動

のあり方、適切な治療、介護や支援のあり方、医療保険費用の効率的な運用を対象者自身の観点からアプローチしていくことを推奨している。

De Haesと Van Knippenberg (1985) は、QOLを研究する意義として、①治療する際、癌などの完治しがたい疾患の患者の反応に対する洞察を与えることができる、②単に患者の生存のみならず、患者のQOLを配慮した治療が可能になる、③患者への支持的ケアを高めることができる、の3つのポイントを挙げている。

加えて著者は、曖昧で抽象的であるため、主観的で自己満足に陥りやすいQOL向上へのケアに関してQOLという概念を具現化し、具体的に数量化することにより、ケアの質を向上するという意義も大きいと考える。

3. QOLの構造 (QOLに関わる要因)

QOLの構造を形作る要因として、代表的な文献を紹介すると、BulpittとFletcher (1987) は、自由、幸福感、経済的安定性、欲求充足、活動性、良好さを挙げている。Croog、LevinsとTestaら (1986) によれば、身体症状、知的機能、社会関係、快適感、生活満足度がQOLの重要な要因であり、Edmonds、Vetter、Vetter (1989) は、職場・家庭・地域での役割、心理的情緒の状態、知的活動、全体の良好さを重要視した。

De Haan、Aaronson、Limbergら (1993) は、脳卒中のQOLを研究し、身体的、機能的、心理的、社会的機能の多次元的評価が必要であると結論し、Niemi、LaaksonenとKotilaら (1988) は、46人の65歳以下の脳血管障害患者を追跡調査し、うつ状態と不安がADL (日常生活活動) と同様にQOLに重要な影響を与えていることを見出した。

ADLがQOLに重大な影響を与えるという知見は同様に、Ebrahim、Bauer、Nouri (1986)、Kim、Warren、Madillら (1999)、Baird、Adams、Austin (1985) などの研究結果に認められる。

Shapiro、Miller、King、Ginchereau、Fitzgibbon (1982) は、高血圧症の患者の研究から、感覚、知覚、認知機能あるいは精神運動能力の障害を重視してQOLを検討した。

Wenger (1992) は、疲労、活動制限、性的機能障害、記憶、気分や認知の障害、周囲のものや家族との不調和、レイジャー活動の低下をQOLに影響する重大な要因とした。また、Hornquistは、QOLを身体的・心理的・社会的満足度 (Fayers, Machin, 2000) とみなし、Shawは、QOL = 患者の天賦の才能 (NE) + 家族 (H) + 社会への努力 (S) とした (Fowlie, Berkeley 1987)。

われわれは、最近の脳科学の知見をもとに、QOLを構成する要因として、①大脳機能

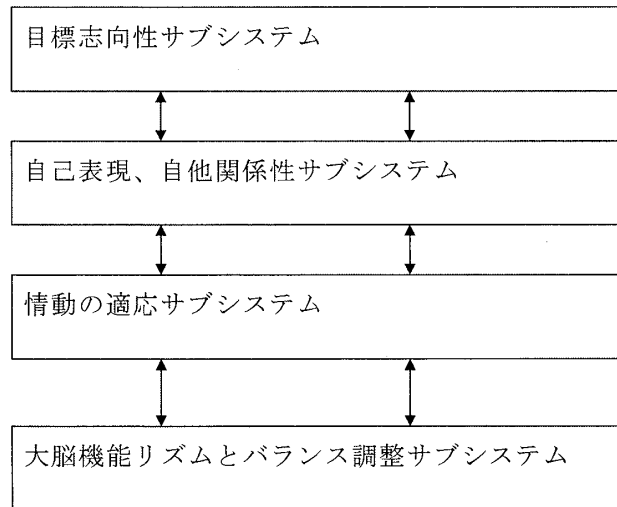


図1. ホリスティックな大脳システムモデル

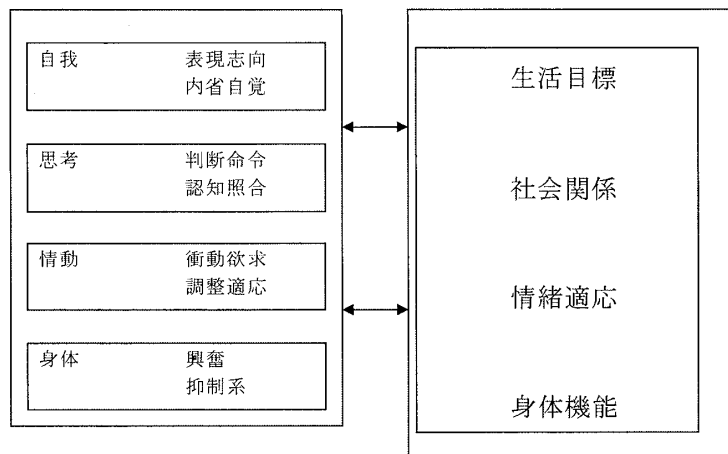


図2. こころの構造とQUIK (QUIK-R) との関係

のリズムとバランスの調整サブシステム、②情動の適応サブシステムという、より個人を維持するシステムと、③自己表現、自他関係性サブシステム、④目標への志向性サブシステムという、より社会と適応するシステムから構成されるというホリスティックなシステムモデルを仮定したのである(飯田 1994、1997、1998、図1)。

そして、中枢調節機能対身体機能尺度、情動による社会の円滑化機能対情緒適応尺度、認知判断機能や共同主観性対社会(対人)関係尺度、及び表現志向機能対生活目標尺度を対比させ、QUIKを開発し、ついで健康感、爽快感、幸福感などの概念が内包されているQOLが障害されると、これらQUIKの4つの尺度に反映されるとしたのである(飯田、小橋 2000、飯田ら 2001、図2)。

第2章 QOLの評価

1. QOL評価尺度について

前述の総説文献である『QOL評価学、測定・解析・解釈のすべて (Fayers, Machin 2000)』によれば、QOLの代表的な評価尺度として、SIP (Sickness Impact Profile)、NHP (Nottingham Health Profile)、SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form-36)、EuroQol、PGI (Patients Generated Index) などが掲げられている。

万代監修 (2001) の『QOL評価法マニュアル』では、癌治療、健康政策領域、健康教育領域、栄養学領域、薬学領域、リハビリテーション領域の各領域におけるQOL評価の現状と展望及び専門領域におけるQOL研究として、癌疾患、人工肛門、末期医療、高脂血症、脳卒中や気管支喘息などの疾患や障害に関わるQOL評価法を紹介している。

高橋 (2000) は、代表的なQOL評価法として、PGCモラールスケール (Lawton, 1975)、生活満足度 (Newgarten, 1961)、VAS (Visual Analogue Scale)、EuroQol (1990)、SF-36 (1992)、SIP (1981) を挙げている。

これらの有名なQOL評価法に対して、Wood-Dauphinee (1995) は、SIPでは、脳卒中患者のQOLに影響する要因、可動性、家庭管理能力がよく変動するが、問題点として感度が低い、対象が対話能力のある患者に限られる、NIPはうつ状態をよく反映するが、成果判定の唯一の方法ではない、SF-36については、その有効性が疑わしいと考察している。

QOL評価研究にあたって、折笠 (1994) は、アメリカのFDAのQOL評価指標として質問項目の適切性、回答の仕方、妥当性、信頼性、多変量モデルの使用などを挙げている。さらに、QOL評価研究に必要な解析として、①信頼性、②妥当性 (内容妥当性、基準関連妥当性 (一致妥当性、予測妥当性)、構成概念妥当性 (尺度妥当性、因子妥当性、収束妥当性、弁別妥当性))、感受性と実用性を統計学に検討する重要性を強調している (折笠 2001)。

QOL評価とは、前述のごとく、障害や疾病などにおいて本人の対応行動のあり方、適切な治療、介護や支援のあり方、医療保険費用の効率的な運用を対象者自身の観点からアプローチしていく (今村編 1977) ことであり、主観的な自律度や幸福度を統計的手法を用いて、より具象的に提示することであり、一部の研究で主観的QOLだとか、客観的QOLというキーワードが示されているがそもそもQOLの概念を履き違えている研究だといえよう。

また、疾患特異的に疾病に対する治療の質を探ることが重要だとする意見も相当にある

が(亀山、宇高、澤田 1992)、われわれは、疾病や障害は、結局のところQOLに対し共通の障害をもたらすのであり、非特異的評価尺度が望ましいとするKaplan(1988)の考え方が至当だと考えている。

QOLを地球とみなし、健康、爽快、幸福、自律性などを地球の大陸や大洋と考えると、評価尺度は、さしずめQOLを探查している人工衛星のようなものであろう(飯田、小橋 2000)。

2. 自己記入式QOL質問表 (QUIK) および改訂版 (QUIK-R) の構造

われわれが開発した自己記入式QOL質問表 (Questionnaire for QOL by Iida and Kohashi: QUIK) は1991年(飯田ら 1991)に発表され、次いで改訂版 (Revised Questionnaire for

表1. QUIK-R (自己記入式QOL質問表改訂版)

身体機能	社会関係
1. ぐっすり眠った気がしない	31. 家族と話すことがなくなった
2. 食欲がない	32. 親しい友人はもういない
3. よく便秘や下痢をする	33. 親戚近所との付き合いをしなくなった
4. 何度もおしっこをしたくなったり、残尿感がある	34. 目の上のコブみたいな人がいる
5. ちょっと動いただけでおしっこをもらす	35. 会いたい人がいなくなった
6. 便やおしっこの色がおかしい	36. 人前にでるとひどく疲れる
7. 太りすぎ、やせすぎになってきた	37. 異性への関心がなくなった
8. 頭が痛かったり、ぼーとすることがある	38. 義理でつきあうのがおっくうだ
9. 立ちくらみやめまいがする	39. 周りの人間関係はあまり良くない
10. 顔や手足がむくむ	40. この数ヶ月間面倒に巻き込まれている
11. 目が疲れやすかったり、見えにくい	
12. 何度も聞き直すことがある	生活目標
13. なにもないのに胸がドキドキしたり痛くなったりする	41. 暮らしは決して楽ではない
14. すぐに立ち上がれない	42. 人並みに働けない
15. よくつまづく	43. 毎日の生活が重荷になってきた
16. 手足がしびれたり、ふるえたりする	44. 励まされてもやる気がでない
17. 肩こり、越や関節の痛みがある	45. 将来に夢や希望がなく先行き不安だ
18. いつも体がだるい	46. 向上心がなくなった
19. 根気がなくなった	47. 自分のことだけで精一杯だ
20. なかなか病気がよくなるらない	48. 社会の動きに関心がなくなった
	49. 生きていく張り合いが湧いてこない
情緒適応	50. 他の人をおもいやることができなくなった
21. ふと寂しくなる	チェック項目
22. イライラしてくつろげない	51. 気分は爽快である
23. 悪口を言われたり、邪魔者扱いされている	52. 生活に満足している
24. 季節感、現実感がない	53. 健康な方である
25. すぐにカッとなったり、涙もろくなった	54. 幸福な方である
26. ささいなことにこだわってしまう	55. のんきな方である
27. なにをしても面白くない	
28. 悩みが頭から離れない	
29. 煩わしいことが厭になってきた	
30. 熱中する気力がなくなった	

QOL by Iida and Kohashi:QUIK-R、表1)は、2000年(飯田ら 2000)の信頼性と妥当性に関する研究において発表されている。

QUIK及びQUIK-Rの作成の経緯、構造についての説明、信頼性、妥当性についての総説は、小橋、飯田(1996)、飯田(1998)『健康高齢者に対する精神的健康の評価(健康長寿を支える高齢者健診と保健活動)』、飯田、小橋(2000)『リハビリテーション医療におけるQOL(リハビリテーション患者の心理とケア)』や飯田、ジャムシディ、小橋(2001)『QOL評価法マニュアル』などに概説している。

QUIKは、従来の経験則によって作成された海外のQOL評価尺度、CMIやGHQなどの一般健康チェックリスト、ストレスに関わる心理測定テスト、不安・抑うつ測定評価尺度などを検討し、われわれが提出した前述のモデル、すなわち、①大脳機能のリズムとバランスの調整サブシステム(身体機能尺度に対応)、②情動の適応サブシステムという、より個人を維持するシステム(情緒適応尺度に対応)と、③自己表現、自他関係性サブシステム(社会・対人関係尺度に対応)、④目標への志向性サブシステムという、より社会と適応するシステム(生活目標尺度に対応)から構成され、各要素が相互作用し、一定の境界を保持しながら目的に向かって進んでいくというホリスティックなシステムモデル(飯田 1994、1997、1998)に従って、128項目をデルファイ法(エキスパート・レビュー)により抽出した。次いで128項目を用いた予備テストにおける各項目の相関行列の結果をあわせて再検討し、身体機能20問、情緒適応10問、社会(対人)関係10問、生活目標(生活へ向かっての構え)10問、計50問の4つの下位尺度から構成される疾患非特異的なテストであるQUIKが考案されるに至った。

われわれは、QOLの改善ないし悪化には、これらの4つの要因が循環的に相互に関わり(図3)、どれかひとつが悪くなる、たとえば身体的には問題なくても、対人関係が悪くなり目標を喪失すると悪循環に陥る危険性があり、一方、たとえ、目標を喪失しても身

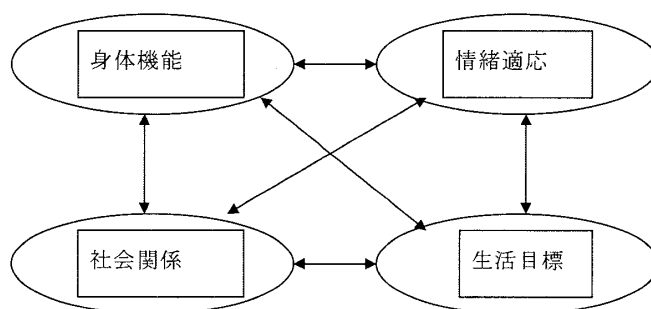


図3. QUIK (QUIK-R) の構造

体機能が好転すると、再び立ち上がって目標に向かって進んでいけるといった具合である。

QUIKは、実施の際には、質問項目をランダムに配置し直した表を使用し、「はい」と回答すると1点が与えられ、「いいえ」では0点が単純算術加算される。QUIKは、総計と各下位尺度におけるQOL評価が可能であり、得点が高いほどQOLは不良である。総計は、きわめて良好(0点)、良好(1-3点)、普通(4-9点)、幾分不良(10-18点)、不良(19-29点)、きわめて不良(30点以上)の6段階に区分され、9点と10点をカット・オフ・ポイントとしている。

2000年、われわれ(飯田、小山、小橋 2000)は、自己記入式QOL質問表改定版(QUIK-R)の信頼性、妥当性と有用性を発表した。

QUIKには、自己記入式であるため、重症の精神発達遅滞、認知症、失語などの患者や統合失調症など認知の障害を示す患者では適応できない、2件法であるために評価の感度が低くなる、回答がネガティブな方向にのみ向いているので過大もしくは過小評価されやすいなどの問題点があった。

QUIK-Rは、QOLモデルの構成要因である幸福感、健康感、満足感、爽快感や対処に関わる態度をより具体的な質問項目にして収載することと、逆転項目の質問文を挿入することによって過大・過小評価のリスクを低減させるためにチェック項目が追加された。

ただし、従来のQUIKとの斉一性を保ち、従来のQUIKを用いての研究を生かすために、QUIK-Rの総計はチェック項目得点を除いたものとしている。

われわれが作成したQUIK及びQUIK-Rは、はじめに述べたように、文化、宗教、言語や生活様式の違いに拘わらず、QOLに不可欠で普遍的な領域である身体機能、情緒適応、社会関係及び生活目標を測定する疾患非特異的(generic)なテストであり、幸福や自律性がなんらかの障害を受けると、身体機能、情緒適応、社会関係及び生活目標の領域に反映されるという基本的な考えに立ったものである。

3. 自己記入式QOL質問表(QUIK)および改訂版(QUIK-R)の得点平均値と信頼性・妥当性

QUIK及びQUIK-Rの得点平均値と信頼性・妥当性については、表2、3、4に示したごとくである。

飯田紀彦、小橋紀之、公文康、井上澄江(1991)

われわれが独自に考案した自己評価式QOL質問表(QUIK)のFirst Reportである(後に自己記入式QOL質問表に変更)。高齢の健常者47名と脳血管障害患者23名と外来患者群

表2. QUIK及びQUIK-Rの信頼性

		人数	年齢	信頼性	身体 - 情緒	身体 - 社会	身体 - 目標	情緒 - 社会	情緒 - 目標	社会 - 目標
飯田ら (1991)	健常高齢者	47	68±7	0.82 折半法 0.85						
飯田ら (1993) 飯田ら (1994)	循環器疾患 循環器疾患	212	68±13	0.88 感受性 0.50 特異性 0.84 判別率 0.77 オッズ比 5.2	**	**	**	**	**	**
飯田ら (1994)	循環器疾患	242	69±11	0.74 感受性 0.47 特異性 0.81 判別率 0.55 オッズ比 3.9	**	NS	**	**	**	**
飯田ら (1995) 飯田ら (1995)	人間ドック	140	69±3	0.86 感受性 1.00 特異性 0.29	**	NS	**	**	**	**
Jamshidら (1997)	脳卒中後遺症	50	60±8		**	NS	NS	**	**	**
飯田ら (1999)	家族介護者	38	61±12	0.93						
飯田ら (2000)	人間ドック	1017	52±9	0.82	**	**	**	**	**	**
飯田ら (2001)	家族介護者	51	63±12	0.88						

(** : p<0.01)

13名を対象にしてQUIKを調査した結果、キューダー・リチャードソン公式20による α 係数は0.82で、折半法では $r=0.85$ であった。年齢をマッチさせた患者群と健常群との比較では、患者群におけるQUIKが著しく悪く、外来通院群では身体機能は悪いもののその他では健常群と有意差は見られなかった。

飯田紀彦、小橋紀之 (1993)、飯田紀彦、小橋紀之 (1994)

これらの2つの論文では、自己記入式QOL調査表 (QUIK) を使用して、212名の慢性循環器疾患患者のQOLを調査した。その結果、QUIK総計のキューダー・リチャードソン公式20による α 係数は0.88で、構成概念妥当性を検討するために、4つの尺度間の相関行列はいずれも有意の関連を示した ($P<0.01$)。

また、重回帰分析により、標準化回帰係数である β 係数を算出すると、身体機能と社会 (対人) 関係以外では、有意の関連が得られた。

QUIK総計を患者群と非患者群で比較すると、カット・オフ・ポイントを9/10点の場合、感受性は0.50、特異性は0.84、判別率0.77、オッズ比は5.2となった。QUIK総計を数量化I

表3. QUIK 及びQUIK-Rの総計

		人数	年齢	総計	0点	1-3点	4-9点	10-18点	19-29点	30点-
飯田ら (1991)	健常高齢者	47	68±7	5.2±4.6						
	脳卒中後遺症	23	72±8	17.2±6.8						
飯田ら (1993)	循環器疾患	212	68±13	11.0±8.1	2.80%	15.1	32.5	32.1	15.1	2.4
飯田ら (1994)	健常者	69	62±11	5.0±4.4						
飯田ら (1994)	循環器疾患	242	69±11	11.5±8.9	4	16	30	32	15	4
小橋ら (1995)	長期在宅患者	16	73±13	18.7±9.5						
	家族介護者	16	60±14	10.4±.3						
飯田ら (1995)	人間ドック	140	69±3	5.1±5.4	15	35	36	11	2	0
	一般群	107	66±9	7.6±6.7	6.5	26.2	37.4	21.5	7.5	0.9
Jamshidら (1997)	脳卒中後遺症	50	60±8	12.4±7.4	4	8	28	42	14	4
飯田ら (1999)	家族介護者	38	61±12	8.9±8.3	9点以下	65.8		10点以上	34.2	
	健常者	70	62±11	6.0±4.8	9点以下	75.7		10点以上	24.3	
飯田ら (2000)	人間ドック	1017	52±9	3.40±3.67	17.2	42.1	32.2	7.2	1.1	0.2
飯田 (2001)	家族介護者	53	60±13	9.92±8.13	3.8	17	37.7	28.3	9.4	3.8
	在宅患者	53	77±10	14.17±8.49	0	9.4	24.5	41.5	17	7.5
飯田ら (2001)	家族介護者	51	63±12	10.58±8.25	4.7	3.8	28.1	37.5	10.9	1.6

類で解析すると、年齢80歳以上、往診及び脳卒中がほぼ同程度に影響していた。さらに、40歳代のもので、よりウエイトが高かった。心身医学的あるいはリハビリテーションの患者における治療的効果を評定するのに高い信頼性、妥当性、有用性をもっていることが認められた。

飯田紀彦、小橋紀之 (1994)

われわれが考案した自己記入式QOL質問表 (QUIK) の再現性と安定性を検討した。対象は、242名の循環器疾患患者である。再テスト法では信頼性は $r=0.74$ であった。カット・オフ・ポイントを9/10点とし、患者群と非患者群と比較すると、総計の感受性は0.47、特異度0.81、判別率は0.55、オッズ比3.9であった。各尺度間の関連は、相関行列ではいずれの尺度間においても有意であったが、重回帰分析により、 β 係数を算出すると、身体機能と社会 (対人) 関係以外では、有意の関連が得られた。

飯田紀彦、小橋紀之、小山和作 (1995)

本研究では、人間ドックをおとすれた140名の高齢者を対象にQUIKを行い、信頼性と妥当性を検討した結果、キューダー・リチャードソン公式20による内的整合性は総計 $\alpha=0.86$ 、身体機能0.71、情緒適応0.61、社会 (対人) 関係0.61、生活目標0.61であり、QUIK

表4. QUIK 及びQUIK-Rの尺度別得点

		人数	年齢	身体機能	情緒適応	社会関係	生活目標	チェック
飯田ら (1991)	健常高齢者	47	68±7	2.4±2.0	1.1±1.4	0.9±1.4	0.8±1.4	
	脳卒中後遺症	23	72±8	6.7±3.1	3.7±2.0	3.0±2.1	3.8±2.6	
飯田ら (1993)	循環器疾患	212	68±13	5.2±3.6	2.1±2.1	1.6±1.7	2.2±2.5	
飯田ら (1994)	健常者	69	62±11	2.5±2.2	1.1±1.3	0.7±1.2	0.6±1.2	
飯田ら (1994)	循環器疾患	242	69±11	5.0±3.6	2.2±2.3	1.8±2.0	2.6±2.0	
小橋ら (1995)	長期在宅患者	16	73±13	7.2±4.0	3.2±2.8	3.1±2.7	5.3±2.6	
	家族介護者	16	60±14	5.1±3.2	1.9±1.9	1.4±1.9	1.9±2.5	
飯田ら (1995)	人間ドック	140	69±3	2.7±2.7	1.0±1.5	0.7±1.1	0.6±1.2	
飯田ら (1995)	一般群	107	66±9	3.6±2.9	1.8±1.9	1.3±1.4	0.9±1.4	
Jamshidら (1997)	脳卒中後遺症	50	60±8	5.9±3.6	2.2±1.9	1.7±1.7	2.6±2.3	
飯田ら (1999)	家族介護者	38	61±12	4.3±3.4	1.9±2.4	1.0±1.3	1.9±2.6	
	健常者	70	62±11	2.8±2.2	1.6±1.0	1.0±1.1	0.6±1.0	
飯田ら (2000)	人間ドック	1017	52±9	2.08±2.06	0.62±1.11	0.48±0.86	0.23±0.69	2.03±1.54
飯田 (2001)	家族介護者	53	60±13	4.68±3.73	2.13±1.97	1.36±1.56	1.75±2.14	1.98±1.57
	在宅患者	53	77±10	5.42±3.16	2.94±2.54	3.62±.41	3.62±2.41	2.48±1.7
飯田ら (2001)	家族介護者	51	63±12	5.5±3.83	2.11±2.23	1.28±1.64	1.67±2.22	1.38±1.42

総計のカット・オフ・ポイントを9/10点とすると、感受性は満足感では1.00、特異度は0.29で、爽快感では感受性0.85、特異度0.48を示した。また、重回帰分析では、身体機能と社会（対人）関係を除き、各尺度間において有意の関連が見られた。また、QUIK総計、情緒適応、社会（対人）関係は、満足感、爽快感と、身体機能は健康感、爽快感と、生活目標は、満足感、爽快感と強い関連が見られた。

ジャムシッド・ジャムシディ、正名好之、島田恭光、池原成和、山口淳、富永通裕、早川徹、飯田紀彦 (1997)

本研究は、外来通院の脳卒中患者50名を対象に、退院後のQOLをQUIKにより検討した。その結果、全体にQOLはやや不良で、高年齢、女性、片麻痺、ADLの悪化、補装具使用、出血性病変の要因でQOLが悪かった。各尺度間の相関では、身体機能と社会（対人）関係、身体機能と生活目標において有意の差異が見られなかった。

飯田紀彦 (1999)

38組の在宅患者とその主たる介護家族の両者のQOLを、QUIKにより測定した。キューダー・リチャードソン公式20による内的整合性は総計 $\alpha = 0.93$ であった。介護者のQOLは全般に悪かったが、とりわけ、身体機能と生活目標において悪化していた。本調査では、介護者の心身の健康状態や若年の男性患者を介護しているもののQOLがとりわ

け悪いことが見出された。

飯田紀彦、小山和作、小橋紀之(2000)

自己記入式QOL質問表改定意版(QUIK-R)の信頼性、妥当性と有用性を検討し、さらに、1,017名の勤労者の健康調査を行った。その結果、キューダー・リチャードソン公式20による内的整合性は総計 $\alpha = 0.821$ であった。QUIK-Rの各尺度とチェック項目とはいずれも有意の相関が認められた。また、QUIK-R総計とCMIを修正して作成されたKMIとは有意の相関が見られ、高い併存的妥当性を示した。さらにQUIK-Rは、加齢現象や生活リズムと健康との関わりがあることを見出した。

飯田紀彦(2001)

本論文は、3つの研究から構成されている。第1は、在宅医療における介護家族のQOL、介護負担と対処行動を、満足度、自己記入式QOL質問表改訂版(QUIK-R)、Cost of Care Index(CCI)を用いて検討し、第二の研究では、有名な介護負担評価尺度であるCare Strain Index(CSI)とCare Burden Inventory(CBI)およびCCIのそれぞれの特性を検討した。

さらに第三の研究では、新しい介護負担度評価尺度ABC-16(Assessment for the Burden on Caregiver-16)の設計を試みた、わが国に適合した新しい介護負担度評価尺度を作成するためのFirst Reportである

キューダー・リチャードソン公式20による内的整合性は総計 $\alpha = 0.91$ であった。介護者のQUIK-Rと関連ある要因として、介護者の年齢、回避行動、介護負担感と続柄、患者性別、患者のQUIK-R結果が抽出された。

4. QUIK及びQUIK-Rの臨床的リミテーション

QUIK及びQUIK-Rの臨床的リミテーションとして、まず、疾患特異的ではないという指摘がある。すなわち、疾病に対する治療の質を求める流れによる指摘であるが、その指摘に対しては、前述のように、Kaplan(1988)の述べるように、すべての疾病や障害は、健康に関わるQOLに対して共通の障害をもたらすがゆえに、より一般的で非特異的テストとしての評価尺度をとっている。しかしながら疾患特異的な質問項目がないがゆえに、いわゆるFloor Effectの影響を受けやすいという問題がある(Iida et al 2002)。

さらに、QUIK及びQUIK-Rは、前述のように自己記入式であるため、Social DesirabilityやComplaintative Setの問題あるいはAcquiescence Setといった欠点、重症の精神発達遅滞、認知症、失語などの患者や統合失調症など認知の障害を示す患者では適応できないという

限界、2件法であるために評価の感度が低くなる恐れや、回答がネガティブな方向にのみ向いているので過大もしくは過小評価されやすいなどの問題点がある（飯田、小橋 1994、飯田 1997）。

第3章 QOLと気分障害

1. 感情について

感情に関わる自然科学的研究は、デカルトが心身二元論を主唱した以後、近代西洋還元主義的な方法論によって身体的に処理されてきた経緯がある。

教科書的にいえば、感情は、感覚という直接的体験を認知判断する知覚を、非弁別化することによって社会生活を円滑化するために発展したものだと言われている。つまり、感情は、社会的動物である「人間」のきわめて高度な生き残り機能システムであるといってもよい。

感情は、脳内では、エピソード記憶に関わり、海馬、視床前核群、乳頭体内側核、海馬傍回を含むPapez回路と、情動記憶に関わり、扁桃体、視床内側核、前頭葉下面などのYakovlev回路を主座としている。Papez回路とYakovlev回路はお互いに独立して機能しているが、ニューロンの結合部分が重なり合い、情動や意欲が記憶機能に多大な影響を与えている。

オリヴァー・サックス（1997）が『火星の人類学者——最後のヒッピー』で紹介されたグレッグ氏は、大脳皮質の奥の部分から側頭葉から前脳、間脳にまで損傷が広がり、重篤な健忘症を示したが、マディソンスクエアガーデンにおけるコンサートに連れて行かれた時、「驚くほど元気いっばいで、楽しそうだった」が、翌朝、マディソンスクエアガーデンに行ったことはまったく覚えていなかった。

この症例にみるように、強い感情は、記憶に深く刻み込まれ、個人のQOLに大きく影響していることがよく分かる。

感情は、持続時間の短い情動と持続時間の長い気分に分類されることが多い。情動は、ホメオスタシス調節機構のひとつである自律神経系と密接に関連し、喜怒哀楽として表現される。気分は、体液系と関わりが深く、不安、高揚、抑うつ気分として表現される。こうした還元主義的な分析は、今後ともに発展し、新たな知見が得られると期待されているが、一方では、こうした身体化された感情の研究だけでは、感性だとか、高次の道徳的、倫理的、美的感情などは、脱身体化による統合されたアナログ的解釈、比喩的投射が必要となる。

こうしてみると、いわば「社会を構成する個人の自律していることの喜び」であるQOLは、身体的状態のみならず、当然、身体化された情動と気分から構成される、感情と、さらに高次の道徳的、倫理的、美的な感情、さらには社会におけるコミュニケーションや将来への意欲や希望を合わせもった（内包した）複雑な有機的システムであることが分かる。

2. 気分障害について

気分障害は、古くから知られており、旧約聖書では、ソロモンのサウル王の物語、ホメロスの叙事詩「イリアス」におけるアイアスの自殺の話、紀元前400年頃のヒポクラテスの医典では、「マニアとメランコリー（黒胆汁）」と記載されている。

現在の気分障害のもととなった躁うつ病という疾病概念を打ち立てたのは、エミール・クレッペリンの精神医学の教科書（1899）においてであり、統合失調症と並んで内因性精神病のひとつとして躁うつ病を位置付け、気分の躁うつの変化、経過の周期性、予後の良好さをもって、早発性痴呆（統合失調症）と対比した。

Sadock BJ, Sadock VA（2003）によると、大うつ病性障害は、生涯有病率は約15%と多く、女性が男性の倍を占める。

DSM-IV-TRの診断基準では、大うつ病性の病相は、少なくとも2週間持続し、食欲や体重の変化、睡眠や活動性の変化、活力の減退、罪責感、思考や決断力の障害、死についての反復思考や自殺念慮などの項目の内、少なくとも4項目が必要となる。

躁病相では、異常で持続的な気分の高揚、誇大性、易怒性が少なくとも1週間続く。

生物学的な病因として、ノルアドレナリンとセロトニン、ホルモンなどの生化学的要因、辺縁系、基底核、視床下部の神経解剖学的病変、遺伝要因、心理社会的要因などが挙げられている。

3. QOLと気分障害

前述のように、QOLは感情と密接な関連があり、気分障害によって大きく影響される。Ahlsioら（1984）は、96名の脳血管障害患者を2年間追跡調査し、うつ状態と不安がADLと同様にQOLに重要な影響を与えていると報告している。

Niemiら（1988）によれば、46人の65歳以下の脳血管障害患者を追跡調査し、うつ状態がQOL低下と高い相関があることが示されている。

Edmondsら（1989）の調査によれば、QOLは、職場・家庭・地域での役割、心理的情緒的状态、知的活動、全体の良好さに関わり、わが国でも、宇高ら（1991）の脳血管障害

患者を対象とした研究において、厚生省作成の脳卒中QOL評価票とSDSを用いて43名の外来通院脳血管障害患者を検討し、その結果、QOLの悪化要因として、強い運動麻痺、中枢性疼痛またはしびれ感、ADLの中等度以上の障害、うつ状態、無職を挙げている。

鈴木ら(2001)は、Taphoornら(1992)やLangら(1999)の文献を引用し、脳腫瘍患者の情動反応が患者のQOLに大きく影響することを示している。

4. QUIK及びQUIK-Rと気分障害

QUIK及びQUIK-Rを用いた論文において情動反応や気分障害とQOLとの関連について言及した文献は以下のごとくである。

飯田紀彦、小山和作、小橋紀之(1995)

この研究は人間ドックに参加した140名を対象に対象者の特性、医学的検査とQUIKとの関連について検討したものである。QUIK、特にQUIK総計と情緒適応尺度は医学的諸検査より健康感、満足感や爽快感と密接に関連することを見出した。

小橋紀之、公文康、飯田紀彦、山口淳、池原成和、島田恭光、富永通裕(1995)

高齢脳卒中入院患者16名を対象に、音楽療法のQOL、ADLと痴呆に対する影響について検討した結果、情緒適応において改善の傾向が認められた。

香川幸次郎(1997)

在宅脳血管障害者67名を対象にパス解析した結果、日常生活関連活動がうつ状態の悪化に関与し、うつ状態の悪化が生活満足感の低下を招いている

ジャムシッド・ジャムシディ、正名好之、島田恭光、池原成和、山口淳、富永通裕、早川徹、飯田紀彦(1997)

ここでは、外来通院の脳卒中患者50名を対象に、退院後のQOLをQUIKにより検討した。その結果、全体にQOLはやや不良で、高年齢、女性、片麻痺、ADLの悪化、補装具使用、出血性病変の要因でQOLが悪かった。この論文では、QUIKの構造に触れ、情緒適応尺度がこのQUIKの基盤をなしていることが示唆されている。

渡辺俊之、平賀聖悟、斉藤智子(1998)

透析クリニックに通院している123名の患者を対象に、QUIKとPOMSを施行した。

QUIKの総計の平均は、やや不良であり、50歳代の患者の対人関係が、30歳代と60歳代のものより悪かった。POMSでは、30-60歳代の男の患者では、健康男性より不良であった。QUIKとPOMSは密接な相関を示した。

また、運動をしていない、医療者に相談しないとといった項目がQUIKに重大な影響を与

えていることが分かった。

江藤文夫、坂田卓志 (2000)

341名の脳血管障害患者を縦断的に調査し、うつ状態、ADLの低下、痛みや不快感、睡眠障害がQOLに影響を与えていることを示した。

澤俊二、磯博康、伊佐治隆、大仲功一、安岡利一、上岡裕美子、岩井浩一、大田仁史、園田茂、南雲直二、嶋本喬 (2003)

87名の慢性脳血管障害者における入院時と退院時、発病1、2、3、4、5年時、発病5年間の前向きコホート研究である。その結果、入院時から退院にかけて運動麻痺機能、一般的知能、痴呆、ADLと作業遂行度・作業満足度は改善されたが、うつ状態、QOLには変化が見られなかった。本調査では、情緒的サポートが低下し、退院後、閉じこもりにつながるおそれが指摘された。

Yamakawa, Y, Satoh S, Sawa S, Ohta, H, Asada, T (2005)

脳卒中後遺症における抑うつ症 (PSD) に対してMilnacipran (SNRI) が投与された。SDSテスト及びFIMは改善されたが、QUIKで測定されたQOLの改善は見られなかった。

第4章 QOLと疾患 (表5)

この章では、QUIK及びQUIK-Rを使用してさまざまな疾患を有する患者群のQOLが測定された論文を紹介する。

QUIK及QUIK-Rは、疾患非特異的な評価尺度なので、いわゆるFloor Effectが危惧されるところであるが、以下の文献に示されているように必ずしもFloor Effectによるとみられるデータの歪みは顕著ではなく、疾患によるさまざまな障害や能力低下や社会的ハンディキャップによるQOLの低下を如実に反映している。

表5. QUIK 及びQUIK-Rと疾患

		人数	年齢	総計	身体機能	情緒適応	社会関係	生活目標	チェック
飯田ら (1991)	脳卒中後遺症	23	72±8	17.2±6.8	6.7±3.1	3.7±2.0	3.0±2.1	3.8±2.6	
飯田ら (1993)	循環器疾患	212	68±13	11.0±8.1	5.2±3.6	2.1±2.1	1.6±1.7	2.2±2.5	
飯田ら (1994)	循環器疾患	242	69±11	11.5±8.9	5.0±3.6	2.2±2.3	1.8±2.0	2.6±2.0	
小橋ら (1995)	長期在宅患者	16	73±13	18.7±9.5	7.2±4.0	3.2±2.8	3.1±2.7	5.3±2.6	
Jamshidら (1997)	脳卒中後遺症	50	60±8	12.4±7.4	5.9±3.6	2.2±1.9	1.7±1.7	2.6±2.3	
渡辺ら (1998)	透析患者	123	56.3	15	6.5	3.1	2.3	3.2	
森本ら (2001)	外来てんかん患者	63	43±14	1.60%	12.70%	46.30%	33.30%	1.60%	4.80%
今井ら (2001)	大腸癌患者	192	65±10	5.8±5.8	3.1±2.8	1.2±1.6	0.7±1.2	0.8±1.5	

1. 脳血管障害患者とQOL

飯田紀彦、小橋紀之、公文康、井上澄江（1991）

高齢の健常者47名と脳血管障害患者23名と外来患者群13名を対象にしてQUIKを調査した結果、年齢をマッチさせた患者群と健常群との比較では、患者群が著しく悪く、外来通院群では身体機能は悪いもののその他では健常群と有意差は見られなかった。

飯田紀彦、小橋紀之（1993）

QUIKを用いて、212名の慢性循環器疾患患者のQOLを調査した結果、QUIKは、心身医学的あるいはリハビリテーションの患者における治療的効果を評定するのに高い信頼性、妥当性、有用性をもっていることが認められた。

飯田紀彦、小橋紀之（1994）

242名の循環器疾患患者を対象とし、QUIKを測定した結果、受診形態では、入院、在宅と外来でそれぞれ有意差が見られた。疾患別では、脳卒中が最も悪く、虚血性疾患や高血圧症と有意に差異がある。性別では、差は見られず、年齢別では、総得点と年齢との間には、 $y = -6.5 + 0.26x$ ($r = 0.32$) の有意相関がある。また、再テストにより、生活目標尺度において有意の改善が認められた ($p = 0.02$)。

小橋紀之、飯田紀彦、公文康、山口淳、松井久典、藤吉由香里、柴田明乃（1995）

長期在宅患者16名とその家族を対象にQUIKを用いて彼らのQOLを測定した。介護家族のQOLは患者のQOL、寝たきり度、まひ症状、家計と高い相関が得られた。

ジャムシッド・ジャムシディ、正名好之、島田恭光、池原成和、山口淳、富永通裕、

早川徹、飯田紀彦（1997）

外来通院の脳卒中患者50名を対象にQUIKにより検討した結果、全体にQOLはやや不良で、高年齢、女性、片麻痺、ADLの悪化、補装具使用、出血性病変の要因でQOLが悪かった。

Kobayashi R, Kai N, Hosoda M, Minematsu A, Sasaki H, Maejima H, Tanaka S, Kanemura N, Shirahama K, Kamoda C, Ueda T, Noto K, Miyamoto H, Watanabe M, Shimizu J, Yoshimura O

片麻痺のある高齢患者における locus of control (LOC) についての研究である。この研究では、LOCの指標は、身体的能力低下ではなく、生活場所であるとし、自宅で生活している患者にとってLOCはADL（バーセル・インデックス）と有意の相関があり、老人施設に入所している患者ではQOL（QUIK）と最も緊密な関連を示した。

2. 外来てんかん患者とQOL

森本一成、飯田紀彦、豊田裕敬、水野貴史、花岡忠人、菊山裕貴、坂田勝則、川野涼、太田宗寛、岡村武彦、米田寛 (2001)

63名の外来てんかん患者を対象にQUIK-Rを用いてQOLを評価したところ、てんかん患者では健常者と比べ、QOLが不良であり、てんかん患者の中では、女性のQOLがより悪く、就職などの生活背景がQOLに関与していることが示された

3. 大腸癌患者とQOL

今井奈妙、城戸良弘 (2001)

192名の低位前方切除術(LAR)・前方切除術(AR)を受けた後外来通院している大腸癌患者のQuality of Life(QOL)をQUIK-Rを用いて検討した。その結果、術式、術前職業の有無、家族の有無やSoilingなどの排便機能障害とQUIK-Rとの関連が見られた。情緒適応では、術式とDDAS総計、Soiling、肛門周囲痛、肛門収縮力の低下と有意の相関があった。

4. 透析患者とQOL

渡辺俊之、平賀聖悟、斉藤智子 (1998)

透析クリニックに通院している123名の患者を対象に、QUIKとPOMSを施行した。

QUIKの総計の平均は、やや不良であり、50歳代の患者の対人関係が、30歳代と60歳代のものより悪かった。POMSでは、30-60歳代の男の患者では、健康男性より不良であった。QUIKとPOMSは密接な相関を示し、また、運動をしていない、医療者に相談しないといった項目がQUIKに重大な影響を与えていることが分かった。

第5章 QOLと治療的対応 (表6)

本章では、なんらかの治療的介入を行い、QOLの変化をQUIK及びQUIK-Rを使用して検討した文献を紹介する。

ここでは、実際の治療的介入による影響と、QUIKやQUIK-Rの鋭敏性が問題となるが、QUIKやQUIK-Rは、一定の期間以上(多分、1-3ヶ月以上)の観察が行われた場合、実際の治療的介入の影響を反映できているようである。

興味深いのは、たとえば音楽療法を行った際に、情緒適応尺度が改善されたという報告などである。

これまでは、QUIKやQUIK-Rの総計のみの変動を分析した論文が多いが、下位尺度の

表6. QUIK 及びQUIK-R と治療的対応

		人数	年齢	介入		総計	身体機能	情緒適応	社会関係	生活目標
小橋ら (1991)	脳卒中患者	25	72±8	薬物	前	15.7±6.7				
					後	11.2±6.5				
小橋ら (1992)	外来高血圧患者	29	66±11	薬物	前	6.6±5.1	4.0±3.1	2.2±2.6	0.9±1.1	0.4±0.6
					後	4.3±2.8	2.9±2.1	1.1±1.2	0.4±0.7	0.2±0.4
	WHO II期	15	73±10	薬物	前	9.1±8.3	3.8±4.1	1.6±1.5	1.6±1.5	2.1±3.1
					後	8.1±5.9	3.4±2.9	1.6±1.5	1.2±1.7	1.4±1.6
	WHO III期	34	70±10	薬物	前	12.3±6.0	5.5±3.0	2.5±1.7	1.7±1.6	2.7±2.1
					後	11.4±8.2	4.7±3.5	2.2±2.1	1.5±1.6	2.9±2.4
小橋ら (1994)	脳血管障害患者	32	72±10	薬物	前	19.3±7.7	7.3±3.5	4.2±2.0	3.3±2.2	4.6±2.4
					後	16.8±8.4	6.7±3.7	3.6±2.2	2.8±2.1	3.9±2.4
小橋ら (1996)	高齢脳血管障害患者	20	69±9	薬物	前	19.7±9.6	8.2±4.2	4.2±2.5	3.5±2.0	3.9±2.3
					後	13.7±7.7	5.6±2.6	3.1±2.4	2.5±2.2	2.8±1.8
伊藤ら (2003)	口腔内灼熱症候群	10		薬物・精神療法		7割に効果				
池原ら (1996)	機能訓練参加者	35	65歳未満	機能訓練	前	10.5±7.8	4.7±3.2	1.7±1.8	1.6±1.7	2.6±2.3
					後	10.8±9.3	4.5±3.6	1.8±2.2	1.8±2.3	2.7±2.4
	24	65歳以上	機能訓練	前	13.4±8.1	6.3±3.5	2.0±2.1	1.5±1.8	3.5±2.8	
				後	11.8±7.4	5.6±4.1	1.8±1.6	1.3±1.6	3.1±2.1	
島田 (1996)	リハ患者	47	62	機能訓練	前	10.5	4.4	2	1.5	2.7
					後	7.7	3.3	1.3	1.1	1.9
小橋ら (1995)	脳卒中患者	16	75±5	音楽療法	前	17.5±7.5	6.4±3.0	3.5±2.4	3.3±2.2	4.3±2.3
					後	12.1±5.8	4.6±2.3	1.8±1.4	2.3±1.9	3.4±2.6
	12	76±5	音楽療法	前	19.8±11.0	7.7±3.8	3.6±2.4	3.4±2.5	5.1±3.1	
				後	18.8±11.0	7.7±4.7	4.1±2.4	2.7±4.3	4.3±3.2	
澤ら (2003)	慢性脳血管障害患者	87	59	リハビリテーション	前	16.2±10.0	6.1±3.7	3.9±3.0	2.3±2.6	4.0±3.0
					後	15.6±10.7	5.8±3.7	3.6±3.0	2.0±2.5	4.0±3.0
林ら (1996)	男性狭心症患者	65	62±11	PTCA	前	7.4±6.3				
					後	6.1±5.8				
	女性狭心症患者	19	65±7	PTCA	前	10.2±6.1				
					後	9.6±7.2				
林ら (1997)	狭心症患者	84	63±10	PTCA	前	8.0±6.4				
					後	6.9±6.3				

変動に目を向けるともっときめの細かい分析や考察が可能になるのではないかとと思われる。

1. QOLと薬物療法

小橋紀之、公文康、飯田紀彦、井上澄江 (1991)

高齢脳卒中患者25例を対象とし、リハビリテーションとエレン投与によるQOLとADLへの効果を検討した。高齢脳卒中患者のQOLは、健常老人や外来高血圧症患者とくらべ劣悪であるが、リハビリテーションとエレン投与により、特に情緒適応と生活目標尺度での改善が見られた。ADLも改善したが、QOLとADLとの相関は見られなかった。

小橋紀之、公文康、井上澄江、飯田紀彦 (1992)

QUIKを用いて、50歳以上の外来高血圧症患者78名を調査した結果、外来高血圧症患者のQOLは非患者群に比べ、悪く、WHO分類では臓器障害の発展とともにQOLは悪化する。さらに降圧剤治療により、QOLはWHO I期では改善するが、II、III期では改善が認められなかった。

小橋紀之、飯田紀彦、公文康、山口淳 (1994)

高齢脳血管障害患者32名を対象として、リハビリテーションと塩酸ピフェメランを併用してQOLとADLの改善について検討した結果、併用群ではリハビリテーション単独群に比べ、特に対人関係と生活目標において改善が見られた。一方、ADLの改善については両群の有意の差はなかった。

小橋紀之、公文康、飯田紀彦 (1996)

20名の高齢脳血管障害患者を対象に、リハビリテーションと脳循環代謝改善剤サアミオン(ニセルゴリン)併用による入退院時のQOL、ADLおよび症状改善度を検討した。その結果、QUIKの総計は 19.7 ± 9.6 で退院時(12週後)には 13.7 ± 7.7 と有意に改善した。また、尺度別では身体機能の改善が見られた。

伊藤幹子、近藤三男、伊藤隆子、荒尾宗孝、栗田賢一 (2003)

口腔内灼熱症候群とQOLについての論文で、QUIKは、初期総計平均13.7点から6ヵ月後総計平均12.9点でいずれもやや不良の段階区分であった。しかしながら、10例中7例においてQUIKの得点の減少が見られた。

Yamakawa, Y, Satoh S, Sawa S, Ohta, H, Asada, T (2005)

脳卒中後の抑うつ障害についてSNRIのmilcinapranの効果が検討された、SDSスコアは、投与群で改善され、FIMは、対象群と比較対照群の両方で改善された。しかしながら、QUIKの改善は両群で見られなかった。

2. リハビリテーション（機能訓練、音楽療法、園芸療法）

小橋紀之、公文康、飯田紀彦、山口淳、池原成和、島田恭光、富永通裕（1995）

高齢脳卒中入院患者16名を対象に、音楽療法のQOL、ADLと痴呆に対する影響について検討した結果、情緒適応において改善の傾向が認められた。

池原成和、島田恭光、山口淳、富永通裕、小橋紀之、公文康、飯田紀彦（1996）

老人保健法に基づく機能訓練事業参加者59名を対象に、QUIKを用いてQOLの推移を検討した。その結果、65歳以上のものや障害者の日常生活自立度判定基準A+B群（屋内歩行+座位可能）群ではQUIKの総計及び各尺度で改善が見られた。すなわち、訓練事業に参加することにより、外出したり、対話したりするなどの機会が増える為か参加者のQOLが改善することがわかった

島田恭光（1996）

機能訓練事業参加者47名の患者に対して機能訓練の効果についてQUIKを用いて判定したところ、社会関係以外で有意に改善が見られた。

一方、拡大ADLの評価尺度である老研式活動能力指標では改善率が低かった。

澤俊二、磯博康、伊佐治隆、大仲功一、安岡利一、上岡裕美子、岩井浩一、大田仁史、園田茂、南雲直二、嶋本喬（2003）

慢性脳血管障害者87名における調査で、入院から退院にかけて運動麻痺機能、一般的知能、痴呆は有意に改善したが、うつ状態、障害受容度およびQOLは低いままであった。

東京大学の大森宏（2004）は、「園芸療法士教育育成システム開発にむけて」という報告において、園芸療法の効果判定にMSE（Mental State Examination）、CDT（Clock Drawing Test）、N式老年者精神状態評価尺度、POMSとQUIKを用い、検討を加えているが、Publicationされていないようである。

林孝浩、渡邊哲史、鷲見宣彦、瀬田公一、木島洋一、川口慶三、小竹親夫、瀬尾俊彦、戸田常紀、小林克也、小橋則之、飯田紀彦（1996）

QOLを規定する年齢と姓に注目し、狭心症患者のQOLと経皮的冠動脈形成術（PTCA）治療によるQOLの変化についてQUIKを用いて検討した。PTCA前のQUIKは高年齢ほど、女性によりQUIK総計が高く、PTCA施行後では、60歳台と男性において、QUIKの改善が見られた。

林孝浩、川口慶三、小竹親夫、瀬尾俊彦、戸田常紀、小林克也、小橋紀之、飯田紀彦（1997）

84名の狭心症患者を対象に、経皮的冠動脈形成術（PTCA）前後のQOLの変化を検討する為に自己記入式QOL質問表（QUIK）を行った。内的整合性は $\alpha = 0.86$ で、QOL改善は

31%、不変48.8%、悪化20.2%であった。胸痛を有する症例、一枝病変の症例、男性、60歳代の症例ではPTCAによりQOLの改善が期待できた。

第6章 QOLと非疾患群 (表7)

ここでは、主として非疾患群、非患者群を対象とした論文が選ばれている。

特に、筆者たちは介護者のQOLに患者のQOLと同等の関心を抱いており、介護者の提供する介護や社会経済的キャパシティが高ければ、患者側の種々の問題は深刻な悩みとなりにくい (飯田 2003)。

日本の居宅介護のお粗末な状況を、充分客観的に把握するためには、西永 (2006) の考えと同様に、患者の総合的機能評価、介護者の介護負担度及び患者と介護者双方のQOLを評価することが必要となると考えており、介護負担度評価尺度ABC-16 (Assessment of the Burden on Caregivers、飯田ら 2005) を考案し、現在、検討中である。

その内、2006年6月、金沢で開催された第48回日本老年医学会総会において発表した「介護者のQOLと介護負担」の要約を以下に示すと、この研究は、居宅家族介護者46名の介護負担度とQOLをわれわれが考案した自己記入式質問表 (ABC-16とQUIK-R) によって測定し、それぞれの結果と介護負担度とQOLとの関連を検討したもので、患者が入院するまで居宅介護していた家族46名を対象として、自己記入式介護負担評価尺度ABC-16 (Assessment of the Burden on Caregivers-16) と自己記入式QOL質問表QUIK-R (Questionnaire for Quality of Life by Iida and Kohashi) を用いて統計学的検討を行った結果、ABC-16 ($\alpha = 0.74$) では、総計 11.87 ± 6.55 、患者負担度 2.85 ± 2.26 、生活負担度 3.10 ± 1.64 、経済負担度 3.18 ± 2.56 、健康負担度 2.78 ± 2.16 で、ABC-16総計は患者年齢 ($P = 0.026$)、患者性別 ($P = 0.004$) と自己管理 ($P = 0.028$) と有意の関連があった。また、QUIK-R ($\alpha = 0.86$) では、総計 10.39 ± 9.81 、身体機能 4.24 ± 3.92 、情緒適応 2.46 ± 2.69 、

表7. QUIK 及びQUIK-Rと介護

		人数	年齢	総計	身体機能	情緒適応	社会関係	生活目標	チェック
小橋ら (1995)	家族介護者	16	60±14	10.4±8.3	5.1±3.2	1.9±1.9	1.4±1.9	1.9±2.5	
飯田ら (1999)	介護者	38	61±11	8.9±8.3	4.3±3.4	1.9±2.4	1.0±1.3	1.9±2.6	
渡辺ら (1999)	患者家族	81	63±12	8.4±8.8	3.4±3.4	1.8±2.1	1.4±2.0	1.6±2.2	
飯田 (2001)	家族介護者	53	60±13	9.92±8.13	4.68±3.73	2.13±1.97	1.36±1.56	1.75±2.14	1.98±1.57
飯田ら (2001)	家族介護者	51	63±12	10.58±8.25	5.5±3.83	2.11±2.23	1.28±1.64	1.67±2.22	1.38±1.42

社会（対人）関係 1.61 ± 2.10 、生活目標 2.09 ± 2.42 、チェック項目 1.24 ± 1.43 を示し、QUIK-R総計は自己管理（ $P = 0.021$ ）と有意の関連があった。以上より、本研究により、①介護者の介護負担とQOLは密接に関連している、②介護負担は、患者年齢、性別及び患者の自己管理能力と関連がある、③QOLは、患者の自己管理能力と関連があることが見出された。

高齢者のQOLを測定しようと試みる場合、健常高齢者の生きがいやQOLと施設に入所している障害をもった高齢者の生きがいやQOLをそれぞれ精緻に検討する必要がある。

北村（2003）は健常高齢者の生きがいとして、QUIK及びQUIK-Rの生活目標に相応する自己受容、人生の目標確立と成長への意志を挙げている。

精神・心理障害を持った高齢者にテストを実施することが容易ではないというQUIK及びQUIK-Rのような自己記入式質問表の欠点がある。北村（2006）は、施設に入所している障害をもった高齢者のこころのケアとして、人としての尊厳を保つ、環境の変化を避ける、個別性の尊重、高齢者のペースにあわせる、残存能力を活かすなどを紹介しているが、そうしたこころのケアによる影響をQUIKやQUIK-Rなどの自己記入式質問表で捉えることが出来るかということに関しては、今後の検討課題として残る。

ここでは、その他の非疾患群におけるQUIK及びQUIK-Rを用いて、QOLを調査した論文について紹介する。

Nagatomo, I, Nomaguchi, M, Takigawa M (2004)

40名の特別養護老人施設入所者を対象として、STAIとQUIKの調査が行われた。不安の高い群においてQOLは、低不安群よりも低かった。特別養護老人施設入所者に関してのQOLは、行動評価尺度では測定し得ないことが示された。

飯田紀彦、小山和作、小橋紀之（1995）

人間ドックに参加した非患者群の140名を対象に対象者の特性、医学的検査とQUIKとの関連について検討したものである。QUIKの結果のうち、特に総計と情緒適応尺度は医学的諸検査より健康感、満足感や爽快感と密接に関連することを見出した（QUIKの数値に関しては表4に掲載）。

小橋紀之、飯田紀彦、公文康、山口淳、松井久典、藤吉由香里、柴田明乃（1995）

長期在宅患者16名とその家族を対象にQUIKを用いて彼らのQOLを測定した。介護家族のQOLは患者のQOL、寝たきり度、まひ症状、家計と高い相関が得られた。

沼田周子ら（1997）

リハビリテーションセンターを受診した65歳以上の患者の内、無作為抽出による305例

を対象にQOLとADLの調査を行った。その結果、ADLはQOLに影響を及ぼし、特に移動項目のQOLへの影響が大きかった。

飯田紀彦 (1999)

38組の在宅患者とその主たる介護家族の両者のQOLを、QUIKにより測定した。介護者のQOLは全般に悪かったが、とりわけ、身体機能と生活目標において悪化していた。本調査では、介護者の心身の健康状態や若年の男性患者を介護しているもののQOLがとりわけ悪いことが見出された。

渡辺俊之 (1999)

在宅高齢患者と介護者を対象として、Barthel Index (BI)、QUIK、Family Environment Scale (FES) を試行した結果、高齢患者と介護者のQUIK総計は、FESの凝集性(協力)、表出性(話し合い)、組織性(役割)と負の相関を示した。

飯田紀彦 (2001)

まず、在宅医療における介護家族のQOL、介護負担と対処行動を、満足度、自己記入式QOL質問表改訂版 (QUIK-R)、Cost of Care Index (CCI) を用いて検討し、ついで、有名な介護負担評価尺度であるCare Strain Index (CSI) とCare Burden Inventory (CBI) およびCCIのそれぞれの特性を検討した。さらに、新しい介護負担度評価尺度ABC-16 (Assessment for the Burden on Caregiver-16) の設計を試み、わが国に適合した新しい介護負担度評価尺度を作成するためのFirst Reportである

飯田紀彦 (2003)

介護は、介護を受ける人と介護を提供する人との愛他的行動であり、従来のイエ制度に基づいた血縁の絆だけでは、在宅介護は破綻する。ここで新たに開発された評価尺度を用いて、客観的なエビデンスを得たうえで今後の介護のあり方を検討する必要性を提起している。

まとめ

本稿では、開発以来、15年を経過したQUIK及びQUIK-Rを用いてのQOL研究に関して、学術誌に掲載された文献を対象として、QOLおよびQOL評価法について展望した。

QOLの概念は、慢性疾患や完治の望めない進行がん患者などに対して、数量的検査成績や延命的治療効果をもっぱら重視してきた医療への反省として提唱された経緯があり、QOL指向型の医療とは、患者自身の幸福感と自律性を反映することのできる医療なのである。

そこでの、QOL評価は、「個人の精神的活動の自由度」を評価する格好のendpointを研究することに意義があり、21世紀における医療の最大にして最高の戦略目標となる。

QOLを研究する意義としては、De HaesとVan Keippenberg（1985）の述べるごとく、「①治療する際、癌などの完治しがたい疾患の患者の反応に対する洞察を与えることができる、②単に患者の生存のみならず、患者のQOLを配慮した治療が可能になる、③患者への支持的ケアを高めることができる」などが挙げられる。

われわれは、最近の脳科学の知見をもとに、QOLを構成する要因として、①大脳機能のリズムとバランスの調整サブシステム、②情動の適応サブシステムという、より個人を維持するシステムと、③自己表現、自他関係性サブシステム、④目標への志向性サブシステムという、より社会と適応するシステムから構成されるというホリスティックなシステムモデルを仮定し、中枢調節機能対身体機能尺度、情動による社会の円滑化機能対情緒適応尺度、認知判断機能や共同主観性対社会（対人）関係尺度、及び表現志向機能対生活目標尺度を対比させ、QUIKを開発し、ついで健康感、爽快感、幸福感などの概念が内包されているQOLが障害されると、これらQUIKの4つの尺度に反映されるとしたのである。

このホリスティックなシステムモデルに従って、128項目をデルファイ法（エキスパート・レビュー）により抽出した。次いで128項目を用いた予備テストにおける各項目の相関行列の結果をあわせて再検討し、身体機能20問、情緒適応10問、社会（対人）関係10問、生活目標（生活へ向かっての構え）10問、計50問の4つの下位尺度から構成されるQUIKが考案されるに至った。

さて、QOLと感情との関わりを見ると、QOLは感情と密接な関連があり、気分障害によって大きく影響されることはいうまでもない。

ジャムシッド・ジャムシディらは、脳卒中患者を対象に、退院後のQOLをQUIKにより検討した結果、QUIKの構造に触れ、情緒適応尺度がこのQUIKの基盤をなしていることが示唆されている。また、渡辺らは、透析クリニックに通院している123名の患者を対象に、QUIKとPOMSを施行し、QUIKとPOMSの密接な相関を示した。

疾患別のQOLのデータに関して、QUIK及QUIK-Rは、疾患非特異的な評価尺度なので、いわゆるFloor Effectが危惧される場所であるが、今までの文献に示されているように必ずしもFloor Effectによるとみられるデータの歪みは顕著ではなく、疾患によるさまざまな障害や能力低下や社会的ハンディキャップによるQOLの低下を如実に反映している。

また、治療的介入によるQOLの変動に関しては、実際の治療的介入による影響と、QUIKやQUIK-Rの鋭敏性が問題となる。QUIKやQUIK-Rは、一定の期間以上（多分、1

-3ヶ月以上)の観察が行われた場合、実際の治療的介入の影響を反映できているようである。

興味深いのは、たとえば音楽療法を行った際に、情緒適応尺度が改善されたという報告などである。

これまでは、QUIKやQUIK-Rの総計のみの変動を分析した論文が多いが、下位尺度の変動に目を向けるともっときめの細かい分析や考察が可能になるのではないと思われる。

最後の章では、主として非疾患群、非患者群を対象とした論文が選ばれている。

特に、筆者たちは介護者のQOLに患者のQOLと同等の関心を抱いており、介護者の提供する介護や社会経済的キャパシティが高ければ、患者側の種々の問題は深刻な悩みとなりにくい。日本の居宅介護のお粗末な状況を、充分客観的に把握するためには、患者の総合的機能評価、介護者の介護負担度及び患者と介護者双方のQOLを評価することが必要となるとわれわれは考えており、介護負担度評価尺度ABC-16 (Assessment of the Burden on Caregivers 2005)を考案し、現在、検討中である。

最後に、強調しておきたいことは、医学界でしばしばいわれているEvidence-Based-Medicineの対立軸がNarrative-Based-Medicineであるのに対し、QOL-Oriented-Medicineは、従来のパターンリズムによるProvider-Oriented-Medicineではなく、User-Oriented-Medicineの潮流のひとつであるということを知っていなければならない。QOL-Oriented-Medicineは、Evidence-Based-Medicineの対立軸ではなく、Evidence-Based-Medicineを基盤として、さらに心理的-社会的-実存的な存在である個人のオートノミーを包含した医療(Medical Service)を目指す潮流なのである。

本研究は、平成18年度関西大学学部共同研究費において、研究課題「感情心理学とその応用」として研究費を受けたものの成果として公表するものである

文 献

はじめに

国府達郎(1990): Quality of Life 総論、高血圧の長期療法、よりよきQuality of Lifeのために(尾前照雄監修)、メディカルレビュー社、大阪、p55-59

Nordenfeld L(1993): Quality of Life, Health and Happiness, Aldershot/Brookfield, USA, Hong Kong, Singapore, Sydney, Abebury, p17-34

飯田紀彦(1996): 成年後見制度と精神医学: 成年精神障害者の心理学的能力の検討、関西大学社会学部紀要27: 1-20

- 漆崎一郎編 (1995) : QOL調査と評価の手引き、癌と化学療法社、東京
- Fayers PM, Machin D (2000) : Quality of Life, Assessment, Analysis and Interpretation, John Wiley & Sons LTD, Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto (QOL評価学、測定・解析・解釈のすべて、福原俊一、数間恵子訳、中山書店、東京、2005)
- 万代隆監修 (2001) : QOL評価法マニュアル、インターメディカ、東京
- 第1章
- Cambell A, Converse PE, Rodgers, WL (1976) : The Quality of Life of American Life, Sage, New York, and p 4
- 上田敏 (1993) : ADLとQOLを考える、総合リハ21 : 915-916
- 国府達郎 (1990) : Quality of Life 総論、高血圧の長期療法、よりよきQuality of Lifeのために (尾前照雄監修)、メディカルレビュー社、大阪、p55-59
- Taylor SE, Aspinwall LG (1993) : Coping with Chronic Illness, Handbook of Stress (Goldberger L, Breznitz S, Eds) Free Press, Macmillan Inc, New York p512-513
- マズロー (1970) : Motivation and Personality (second edition), Harper & Row Publ Inc, (小口忠彦訳、人間性の心理学、産能大出版部、東京、1987)
- 欲求充足説
- 木村汎 (1983) : 中高年の危機、現代のエスプリ、熟年の危機192 : 22-38
- The WHO QOL Group (1993) : WHO QOL Study Protocol, WHO, Geneva
- Nordenfeld L (1993) : Quality of Life, Health and Happiness, Aldershot/Brookfield, USA, Hong Kong, Singapore, Sydney, Abebury, p17-34
- Hebb DO (1987) : 心について (白井常ら訳)、紀伊國屋書店、東京
- サール (1993) : 心、脳、科学、土屋俊 (訳)、岩波書店、東京
- 飯田紀彦 (1998) : 健康高齢者に対する精神的健康の評価 (健康長寿を支える高齢者健診と保健活動) (編著者：笹森典雄、小山和作、田村政紀)、127-134頁、ライフサイエンス・センター、横浜
- 飯田紀彦、小橋紀之 (2000) : リハビリテーション医療におけるQOL (リハビリテーション患者の心理とケア、編著者：渡辺俊之、本田哲三)、137-146頁 (第4章)、医学書院、東京
- 飯田紀彦、ジャムシディ・ジャムシッド、小橋紀之 (2001) : QOL評価法マニュアル、監修者万代隆)、226-233頁、インターメディカ、東京
- 今村和夫編 (1977) : 生活の質、ORライブラリ21、システム分析、日科技連出版、東京、p120-187
- De Haes JCJM, van Knippenberg FCE (1985) : The Quality of Life of Cancer Patients : A Review of the Literature, Soc Sci Med 20 : 809-817
- Bulpitt CJ, Fletcher AE (1987) : Measurement of the Quality of Life in Angina, J Hypertension 5 (suppl) : 41-45
- Croog SH, Levins S, Testa MA et al (1986) : The Effect of Antihypertensive therapy on the Quality of Life, New Engl J Med 314 : 1657-1664
- Edmonds D, Vetter H, Vetter W (1989) : Angiotensin Converting Enzyme Inhibition in the Clinic, Quality of Life, J Hypertension 5 (suppl) : 31-35
- De Haan R, Aaronson N, Limberg M, et al (1993) : Measuring Quality of Life in Stroke, Stroke 24 : 320-327
- Niemi ML, Laaksonen R, Kotila R, et al (1988) : Quality of Life 4 Years After Stroke, Stroke 19 : 1101-1107
- Ebrahim S, Bauer D, Nouri F (1986) : Use of the Nottingham Health Profile with Patients after stroke, J Epidemiology and Community Health, Health 40 : 166-169
- Kim P, Warren S, Madill H, et al (1999) : Quality of Life of Stroke Survivors, Quality of Life Research 8 : 293

-301

- Baird AD, Adams KM, Austin JI (1985) : Medical, Neurophysiological, and Quality-of-Life Correlates of Cerebrovascular Disease, *Rehabilitation Psychology* 30 : 145-155
- Shapiro AP, Miller RE, King HE, Ginchereau EH, Fitzgibbon K (1982) : Behavioral consequences of mild hypertension, *Hypertension* 4 : 355-360
- Wenger NK (1992) : Quality of Life in hypertension, Consequences of diagnosis and consideration in management, *Am Heart J* 116 : 628-632
- Fayers PM, Machin D (2000) : Quality of Life, Assessment, Analysis and Interpretation, John Wiley & Sons LTD, Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto (QOL評価学、測定・解析・解釈のすべて、福原俊一、数間恵子訳、中山書店、東京、2005)
- Fowle M, Berkeley J (1987) : Quality of Life — a review of the literature, *Family Practice* 4 : 226-233
- 飯田紀彦 (1994) : 環境とところの健康、飯田紀彦他、生命の星、地球環境、玄文社、京都、p 9-62
- 飯田紀彦 (1997) : 健康を測る、精神面における健康を測る、*日健診誌*24 : 337-338

第2章

- Fayers PM, Machin D (2000) : Quality of Life, Assessment, Analysis and Interpretation, John Wiley & Sons LTD, Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto (QOL評価学、測定・解析・解釈のすべて、福原俊一、数間恵子訳、中山書店、東京、2005)
- 万代隆監修 (2001) : QOL評価法マニュアル、インターメディカ、東京
- 高橋龍太郎 (2000) : QOLの評価、クリニカルリハビリテーション別冊リハビリテーションにおける評価 Ver. 2、米本恭三他編、医歯薬出版、東京、p30-36
- Wood-Dauphinee S (1995) : Quality of Life Research in Neurological Rehabilitation, *Quality of Life and Health*, Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H et al (Eds), Blackwell Wissenschaft-Verlag, Berlin, Vienna, p135-146
- 折笠秀樹 (1994) : 臨床研究デザイン、医学研究における統計入門、真興交易医書出版、東京、p99-103
- 折笠秀樹 (2001) : QOL評価研究に必要な統計学の知識、万代隆監修、QOL評価法マニュアル、インターメディカ、東京、p34-55
- 今村和夫編 (1977) : 生活の質、ORライブラリ21、システム分析、日科技連出版、東京、p120-187
- Kaplan RM (1988) : Health-Related Quality of Life in Cardiovascular Disease, *J Counseling Clin Psychol* 56 : 382-392
- 飯田紀彦、小橋紀之 (2000) : リハビリテーション医療におけるQOL、リハビリテーション患者の心理とケア、渡辺俊之、本田哲三編、医学書院、東京、p137-146
- 亀山正邦、宇高不可思、澤田秀幸 (1992) : QOL評価の考え方と問題点、*Clinician* 39 : 930-932
- 小橋紀之、飯田紀彦 (1996) : 障害者とクオリティ・オブ・ライフ (QOL)、現代のエスプリ343、リハビリテーション心理学 (保坂隆編) : 85-97、至文堂、東京
- 飯田紀彦 (1998) : 健康高齢者に対する精神的健康の評価 (健康長寿を支える高齢者健診と保健活動) (編著者：笹森典雄、小山和作、田村政紀)、127-134頁、ライフサイエンス・センター、横浜
- 飯田紀彦、ジャムシディ・ジャムシッド、小橋紀之 (2001) : QOL評価法マニュアル、監修者万代隆)、226-233頁、インターメディカ、東京
- 飯田紀彦、小橋紀之、公文康、井上澄江 (1991) : 高齢脳血管障害患者における Quality of Life (QOL)、*Geriat Med* 29 : 97-104
- 飯田紀彦、小山和作、小橋紀之 (2000) : 自己記入式QOL質問表改定版 (QUIK-R) の信頼性、妥当性と有用性、*日本老年医学雑誌* : 34-42

- 飯田紀彦、小橋紀之 (1993) : 循環器疾患とQOL——新しい自己記入式質問表の検討、心身医学33 : 315-322
- 飯田紀彦、小橋紀之 (1994) : クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の評価、その1 : 新しい自己記入式質問表の検討、関西大学社会学部紀要 26 : 1-14
- 飯田紀彦、小橋紀之 (1994) : クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の評価、その2 : 新しい自己記入式質問表の検討、関西大学社会学部紀要26 : 65-72
- 飯田紀彦、小山和作、小橋紀之 (1995) : 高齢者のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) : 自己記入式質問表 (QUIK) による検討、日本総合健診医学雑誌22 : 376-383
- 飯田紀彦、小橋紀之、小山和作 (1995) : 新しい自己記入式QOL質問表 (QUIK) の信頼性と妥当性、日本老年医学会雑誌32 : 96-100
- ジャムシッド・ジャムシディ、正名好之、島田恭光、池原成和、山口淳、富永通裕、早川徹、飯田紀彦 (1997) : 脳卒中患者の退院後のQOL——自己記入式質問表 (QUIK) による評価——、臨床リハ6 : 613-618
- 飯田紀彦 (1999) : 在宅医療における家族介護者のQuality of Life (QOL) への影響、関西大学法学研究所研究叢書第19冊 : 43-57
- 飯田紀彦、小山和作、小橋紀之 (2000) : 自己記入式QOL質問表改定版 (QUIK-R) の信頼性、妥当性と有用性、日本老年医学雑誌 : 34-42
- 飯田紀彦 (2001) : 病弱高齢者への介護負担 (第1章)、関西大学法学研究所研究叢書第23冊 : 1-37
- 飯田紀彦 (1997) : 健康を測る——精神面における健康を測る、日健誌24 : 337-338
- Iida N, Koyama W, Kohashi N (2002) : Quality of Life (QOL) in the elderly : Employing a self - Completed Questionnaire for QOL, Health Evaluation and Promotion 29 : 768-771
- 第3章
- オリヴァー・サックス (1997) : 火星の人類学者——最後のヒッピー、吉田利子訳、早川書房、東京、p55-88
- Sadock BJ, Sadock VA (2003) : カプラン臨床精神医学テキスト、井上令一、四宮滋子訳、メディカル・サイエンス・インターナショナル、東京、p582-640
- Ahlsio B, Britton M, Murry V, Theorell T (1984) : Disablement and Quality of Life After Stroke, Stroke 15 : 886-890
- Niemi ML, Laaksonen R, Kotila R, et al (1988) : Quality of Life 4 Years After Stroke, Stroke 19 : 1101-1107
- Edmonds D, Vetter H, Vetter W (1989) : Angiotensin Converting Enzyme Inhibition in the Clinic, Quality of Life, J Hypertension 5 (suppl) : 31-35
- 宇高不可思、澤田秀幸、亀山正邦 (1991) : 脳血管障害患者におけるQuality of Lifeの評価の試み、臨床評価19 : 405-412
- 鈴木龍太、平尾元尚、樋口輝彦、武井篤子、張智為、藤本司 (2001) : 脳腫瘍患者の治療後の情動反応からみたQOLに影響する要因について——性別、年齢、治療法の違いに関して——、心身医学41 : 182-187
- 飯田紀彦、小山和作、小橋紀之 (1995) : 高齢者のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) : 自己記入式質問表 (QUIK) による検討、日本総合健診医学雑誌22 : 376-383
- 小橋紀之、公文康、飯田紀彦、山口淳、池原成和、島田恭光、富永通裕 (1995) : 高齢脳卒中入院患者のリハビリテーションにおける音楽療法の意義、大阪医科大学雑誌54 : 7-12
- 香川幸次郎 (1997) : パス解析による在宅脳血管障害患者のQOLの解析、岡山医誌108 : 343-351
- ジャムシッド・ジャムシディ、正名好之、島田恭光、池原成和、山口淳、富永通裕、早川徹、飯田紀彦 (1997) : 脳卒中患者の退院後のQOL——自己記入式質問表 (QUIK) による評価——、臨床リハ6 : 613-618

- 渡辺俊之、平賀聖悟、斉藤智子(1998):透析患者におけるQOLと気分状態に関する検討——POMSとQUIKを使用して——、心身医学38:339-345
- 江藤文夫、坂田卓志(2000):脳血管障害後遺症患者の健康関連Quality of Lifeに影響を及ぼす要因の研究、日本老年医学誌37:554-560
- 澤俊二、磯博康、伊佐治隆、大仲功一、安岡利一、上岡裕美子、岩井浩一、大田仁史、園田茂、南雲直二、嶋本喬(2003):慢性脳血管障害者における心身の障害特性に関する経時的研究、リハビリテーション病院の入院・退院時比較、日本公衆衛生誌50:325-338
- Yamakawa, Y, Satoh S, Sawa S, Ohta, H, Asada, T (2005): Efficacy of Milnacipran on Poststroke depression on inpatients rehabilitation, Psychiatry and Clinical Neuroscience 59:705-710

第4章

- 飯田紀彦、小橋紀之、公文康、井上澄江(1991):高齢脳血管障害患者におけるQuality of Life(QOL)、Geriat Med 29:97-104
- 飯田紀彦、小橋紀之(1993):循環器疾患とQOL——新しい自己記入式質問表の検討、心身医学33:315-322
- 飯田紀彦、小橋紀之(1994):クオリティ・オブ・ライフ(QOL)の評価 そのII——新しい自己記入式質問表(QUIK)の検討——、関西大学社会学部紀要26:65-72
- 小橋紀之、飯田紀彦、公文康、山口淳、松井久典、藤吉由香里、柴田明乃(1995):長期在宅患者とその家族のクオリティ・オブ・ライフ(QOL)、臨床リハ4:284-287
- ジャムシッド・ジャムシディ、正名好之、島田恭光、池原成和、山口淳、富永通裕、早川徹、飯田紀彦(1997):脳卒中患者の退院後のQOL——自己記入式質問表(QUIK)による評価——、臨床リハ6:613-618
- Kobayashi R, Kai N, Hosoda M, Minematsu A, Sasaki H, Maejima H, Tanaka S, Kanemura N, Shirahama K, Kamoda C, Ueda T, Noto K, Miyamoto H, Watanabe M, Shimizu J, Yoshimura O (2000): The Locus of Control of Japanese Senior citizens with Hemiplegia. J Phys. Ther. Sci. 12:13-17
- 森本一成、飯田紀彦、豊田裕敬、水野貴史、花岡忠人、菊山裕貴、坂田勝則、川野涼、太田宗寛、岡村武彦、米田寛(2001):てんかん患者のQOLの評価、新しい自己記入式質問表改訂版(QUIK-R)の検討大阪てんかん研究会雑誌12:9-17
- 今井奈妙、城戸良弘(2001):低位前方切除術・前方切除術を受けた大腸癌患者のQuality of Life(QOL)——排便機能障害とQUIK-Rとの関連——、日本看護科学会誌21:1-10
- 渡辺俊之、平賀聖悟、斉藤智子(1998):透析患者におけるQOLと気分状態に関する検討——POMSとQUIKを使用して——、心身医学38:339-345

第5章

- 小橋紀之、公文康、飯田紀彦、井上澄江(1991):高齢者脳卒中患者のQuality of Life(QOL)とActivities of Daily Living(ADL)、塩酸インデロキサジン投与の効果、Geriat Med 29:1235-1245
- 小橋紀之、公文康、井上澄江、飯田紀彦(1992):外来高血圧患者のクオリティ・オブ・ライフ(QOL)、日本老年医学会雑誌29:753-757
- 小橋紀之、飯田紀彦、公文康、山口淳(1994):脳血管障害患者のクオリティ・オブ・ライフ(QOL)に対する塩酸ピフェメランの効果——新しい自己記入式質問表(QUIK)による検討——、新薬と臨床43:1649-1655
- 小橋紀之、公文康、飯田紀彦(1996):高齢脳血管障害患者のQuality of Life(QOL)と日常生活動作におけるサアミオン(ニセルゴリン)の効果、新薬と臨床45:1347-1354
- 伊藤幹子、近藤三男、伊藤隆子、荒尾宗孝、栗田賢一(2003):口腔内灼熱症候群におけるグループ精神療法の試み、心療内科7:61-68

- Yamakawa, Y, Satoh S, Sawa S, Ohta, H, Asada, T (2005) : Efficacy of Milnacipran on Poststroke depression on inpatients rehabilitation, *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 59 : 705-710
- 小橋紀之、公文康、飯田紀彦、山口淳、池原成和、島田恭光、富永通裕 (1995) : 高齢脳卒中入院患者のリハビリテーションにおける音楽療法の意義、*大阪医科大学雑誌*54 : 7-12
- 池原成和、島田恭光、山口淳、富永通裕、小橋紀之、公文康、飯田紀彦 (1996) : 機能訓練事業参加者のQOL評価、*大阪医科大学雑誌*55 : 55-61
- 島田恭光 (1996) : 地域リハビリテーションとその評価方法、*月刊総合ケア* 6 : 55-61
- 澤俊二、磯博康、伊佐佐隆、大仲功一、安岡利一、上岡裕美子、岩井浩一、大田仁史、園田茂、南雲直二、嶋本喬 (2003) : 慢性脳血管障害者における心身の障害特性に関する経時的研究、リハビリテーション病院の入院・退院時比較、*日本公衆衛生誌*50 : 325-338
- 林孝浩、渡邊哲史、鷺見宣彦、瀬田公一、木島洋一、川口慶三、小竹親夫、瀬尾俊彦、戸田常紀、小林克也、小橋則之、飯田紀彦 (1996) : 年齢別、性別からみた狭心症患者の経皮的冠動脈形成術施行によるクオリティ・オブ・ライフの変化、*冠疾患誌* 2 : 208-212
- 林孝浩、川口慶三、小竹親夫、瀬尾俊彦、戸田常紀、小林克也、小橋紀之、飯田紀彦 (1997) : 狭心症患者の生活内容 (QOL) からみた経皮的冠動脈形成術の選択、*J Cardiol* 29 : 13-22
- 第6章**
- 飯田紀彦 (2003) : 介護家族のQOL、現代のエスプリ、介護家族という新しい家族 (渡辺俊之編)、至文堂、東京、p71-79
- 西永正典 (2006) : 高齢者の総合的機能評価と個別医療、*日医雑誌*135 : 1259-1262
- 飯田紀彦、小橋紀之、岡村武彦、長尾喜一郎 (2005) : 新しい介護負担度評価尺度ABC-16 (Assessment of the Burden on Caregivers) の信頼性と妥当性、*日老医誌*42 : 209-213
- 北村由美 (2003) : 高齢者の人格形成論、高齢者福祉総論、第5章、晃洋書房、京都、p63-77
- 北村由美 (2006) : 高齢者施設におけるこころのケア、高齢者のこころのケア、曾我昌棋、日下菜穂子編、第12章、金剛出版、東京、p143-152
- Nagatomo, I, Nomaguchi, M, Takigawa M (2004) : Anxiety and quality of life in residents of a special nursing home. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10 : 541-545
- 飯田紀彦、小山和作、小橋紀之 (1995) : 高齢者のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) : 自己記入式質問表 (QUIK) による検討、*日本総合健診医学雑誌*22 : 376-383
- 小橋紀之、飯田紀彦、公文康、山口淳、松井久典、藤吉由香里、柴田明乃 (1995) : 長期在宅患者とその介護家族のクオリティ・オブ・ライフ (QOL)、*臨床リハ* 4 : 284-287
- 沼田周子、三宅恵美子、神大城しのぶ内拡行、石田暉、西村葉子、武井正枝、渡辺俊之 (1997)、*理学療法*、24 : 499
- 飯田紀彦 (1999) : 在宅医療における家族介護者のQuality of Life (QOL) への影響、*関西大学法学研究所研究叢書*第19冊 : 43-57
- 渡辺俊之 (1999) : 在宅高齢患者と介護者におけるQOLと家族環境についての研究、*精神医学*41 : 1079-1086
- 飯田紀彦 (2001) : 病弱高齢者への介護負担 (第1章)、*関西大学法学研究所研究叢書*第23冊 : 1-37
- 飯田紀彦 (2003) : 介護家族という新しい家族、編集者：渡辺俊之、現代のエスプリ437、71-79頁、至文堂、東京

—2007.7.28.受稿—