

QOL 測定スケール（日本語版 QLI）の開発

——高齢者を対象として——

松 岡 克 尚
山 本 誠
孫 良
浅 野 仁

はじめに

高齢者に対する保健・医療・福祉サービスは、21世紀を目途に「新ゴールドプラン」の策定によって量的整備が着実に進められている。

一方、高齢者の生活の質（Quality of Life）の向上を図るために、諸サービスの質的な充実を目指して老人福祉施設の入所者を対象とした「サービス評価基準」や「高齢者ケアプラン策定指針」が提示され、関係者はサービスの質の評価作業や計画策定に取り組んでいる。

こうした動きにみられるように、昨今の福祉サービスを始めとする諸サービスに対して持たれている関心事のひとつは、サービスの量的拡大とともにサービス利用者の QOL を高めるためにより良質のサービスをいかに提供するかということにある。

しかしながら、よりよいサービスの提供の目標である「QOL」の概念については未だ不明確であり、その用語のみが先行していることも否めない事実である。

そこで、われわれは QOL の概念を検討することを目的として、手始めに健康な高齢者を対象とした調査を実施した。本稿の記述内容は QOL に関する調査研究の第一歩を踏み出した結果にとどまっているが、研究上の課題が数多く明らかになったことにより、今後はより現実に関与する調査研究に取り組む予定である。

I QOL 研究に関する動向

1. QOL とは

近年 QOL への関心は、国際的にも大きな広がりを見せている。そのことばの最初の使用は1964年にアメリカのジョンソン（Johnson, L. B.）大統領の演説の中であるとされている¹⁾が、その後保健・医療・福祉の分野においても例外なく浸透してきた。しかし、その概念・測定に関しては、いまだ手探りの状態であることは事実である。

このような状況の中で、「QOL」と題した著作集が1990年を前後に続けて出されていることは決して偶然ではない。^{2)~10)} QOL を理解し、それを高めていくことが今や大きな課題となってきた。

- 1) Bech, P. "Quality of Life in Psychosomatic Research—A Psychometric Model" *Psychopathology*, 20 (3-4), 1987, pp. 169-179.
- 2) 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年
- 3) 三重野卓『「生活の質」の意味』白桃書房、1990年
- 4) 永田勝太郎『QOL：全人的医療をめざすもの』講談社、1992年
- 5) 日野原重明・阿部志郎監修『クオリティ・オブ・ライフのための医療と福祉』小林出版、1994年
- 6) 三谷嘉明編著『発達障害をもつ高齢者と QOL：21世紀の福祉をめざして』明治図書、1994年
- 7) Brown, R. I. ed. *Quality of Life for Handicapped People*, Croom Helm, 1988.
- 8) Balwine, S., Godfrey, C. & Propper, C. eds. *Quality of Life : Perspectives and Policies*, Routledge, 1990, (First published in paperback in 1994).
- 9) Scholock, R. L., ed. *Quality of Life : Perspectives and Issues*, American Association on Mental Retardation, 1990（三谷嘉明・岩崎正子訳『知的障害・発達障害を持つ人の QOL：ノーマライゼーションを超えて』医歯薬出版、1994年）
- 10) Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. & Deutchman, D. E. eds. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, Academic Press, 1991.

いるのである。

日本においてQOLは、“life”の捉え方により、様々な形で表現される。上田は、QOLの構造には客観的QOLと主観的QOLの二つがあるとし、客観的QOLはさらに①生物レベルのQOL(生命の質)、②個人レベルのQOL(生活の質)、③社会レベルのQOL(人生の質)の三つに分けられるとする。¹¹⁾ 構造としてQOLを捉え、絶えずQOLの全ての側面に注意を払うことの必要性を指摘している。また永田は、QOLに求められている内容がその人間個々の生きざまそのものの充実であることから、「生命(いのち)の質」と訳すのがふさわしいとし、その中には生命の尊さ、生きることの意味、価値観、生命観、人生観、死生観、世界観までも包括するとする。¹²⁾ 「生きることの質」と訳すことを提唱し、その中に「日常生活の質」と「生命の質」があるとするのは石川と石谷である。QOLの本質は「生命の質」にあり、それを支える重要な基本的条件が「日常生活の質」としているのである。¹³⁾ 日野原もまた、「生きることの質」として「今までの医学があまりにも生の長さのみ拘泥しすぎてきたことに私自身も強く反省する思い」¹⁴⁾ で、良く生きるための努力を強調する。また彼は、「いのちと生活の概念について」と題した鼎談の中で、QOLの訳についてそこにある二つの意味から「生命の質」と「生活の質」としている。すなわち、「命を大切にするという本源적인哲学的表現のほかに、その人の生活の姿が、または生活の質がいいかどうか問われる」¹⁵⁾ としている。一方、木下は“life”を日常生活と理解した上で、“quality”の原義が「そのものと他のものを根源的に区別する特性」があり、「質」というよりも「個別性の尊重」とし、QOLを「日常生活におけ

る個別性の尊重」としているのは非常に興味深い。¹⁶⁾

QOLの概念化に関しての意見一致が見られないというのは正直なところであろう。黒田は、QOL研究の先駆者や保健医療のQOL研究者の定義を踏まえ、今更定義の不一致の議論も意味はなさそうであり、むしろここにはいかなる本質的な要素が含まれているかを考えていく方が賢明であると述べている。その上で、歴史の流れのなかに見える本質は、社会経済的な意味で「量」と相対する「質」が人々の関心事となり、一定の生活水準の確保は質的価値を内包するQOLへと移ってきたとする。それは保健医療の領域でも同様で、一定程度の水準を量的に達成したことから質的水準への転換、すなわち必然的にQOL概念に向かわざるを得ない状況が生み出されてきたとしている。¹⁷⁾ また、アーノルド(Arnold, S. B.)はQOL研究のレビューから「QOLは複雑で、主観的要素と客観的要素が含まれた概念である」との前提の上に、多くの研究者の定義に内包する共通部分を次のように述べている。すなわち、①身体の働きとその症状、②情緒の働きと行動の規制、③知的な働き、④社会での働きとネットワークの存在、⑤生活の満足感、⑥健康状態の把握、⑦経済状況、⑧関心事(例:仕事、趣味)やレクリエーションへの参加、⑨性の働き、⑩活力である。¹⁸⁾ 社会全体の量から質への転換の中において、QOLの本質を求めてそれを構成する要素を模索するのと並行しながら、現存のさまざまなサービスやプログラムの効果指標として活用していくことが期待されてきていると思われる。

2. QOLの測定について

11) 上田敏『リハビリテーションの医学』三輪書店、1992年、148-165ページ。

12) 前掲4)、96ページ。

13) 石川邦融・石谷邦彦「QOLの今日的概念」『ターミナルケア』三輪書店、第2巻、第4号、1992年、227-232ページ。

14) 日野原重明『生きることの質』岩波書店、1993年、253ページ。

15) 日野原重明・阿部志郎・坂上正道「鼎談・いのちと生活の概念について」前掲5)、17ページ。

16) 木下康仁「高齢者のQOLとは」日本老年社会科学学会第36回大会シンポジウム、日本老年社会科学学会第36回大会報告要旨集、1994年、23ページ。

17) 黒田裕子「クオリティ・オブ・ライフ(QOL)その概念的側面」『看護研究』医学書院、第25巻、第2号、1992年、2-10ページ。

18) Arnold, Sharon B. "Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly" In Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. & Deutchman, D. E. eds.: ibid, Academic Press, 1991, p. 52.

「QOLの測定が『人間がより良く生きる』ことを目的としていることは疑いようがない」。¹⁹⁾ そのために測定スケールがいろいろと開発されてきた²⁰⁾のであるが、測定となれば、もちろんその実用的な使用のために、信頼性、妥当性を備えたものでなければならないのは当然である。しかし、そこには大きな壁が少なくとも2つは横たわっていると思われる。

まず第一に、QOLは極めて多次元的な概念であり、どのような下位概念を選択していけばよいかは大いに議論の分かれるところである。従って、万人納得するような概念のたて方は至難の業である。むしろ、測定者がどのような領域（社会福祉、看護、医療など）に属し、またその関心が置かれている部分が何であるかによって、さらには測定対象者の属性が如何なるものか（障害をもっている人、高齢者、末期患者など）によって、QOLの下位概念は大きく異なってくると考えてよい。「QOL測定に王道（golden standard）はない」と呼ばれる由縁である。²¹⁾

第二に、仮に下位概念をある程度に整理できたとしても、それらを具体的に測定可能な形までレベルダウンしていくことには大きな困難が伴う。さらに、なんとか項目を作成できたとしても、QOLを具体的に測定するためには、それらの項目をどのような手法で点数化すべきかという問題が生じる。例えば、それぞれの下位概念（項目）にどれだけの重みを与えるのか、また下位概念（項目）の得点を単純合計したものをもってQOLを得点化するのか、といった問題である。さらには、QOLは非常に主観的な要素が強く、したがって個人差も大きい。²²⁾ こうした主観的要因や個人差を十分反映できるような測定方法が求められるのである。QOLは個人によって、また個人の置か

れている状況によって大きく左右されるものである。QOL測定スケールを開発する上では、こうした個人の意味付けの違いにも十分に配慮していく必要があるだろう。

こうした中で、われわれが注目したQOL測定スケールが「QLI」である。その理由は、特に先述した困難の内の2番目のもの（主観性）について、その改善に「QLI」が大きな特長を有していると考えるからである。この特長については、以下の「QLIとは」で触れることにしたい。また、第1の困難点（構成概念）については、対象者を「健康な高齢者」に限定し、それにふさわしい下位概念だけを採用することによって、QOLの概念構成については比較的合意は得られやすくなるものと考えた。

次にQLIについて、その経緯、内容、QLI得点の算出方法について簡単に紹介を行ない、われわれがそれを日本の「健康な高齢者」を対象にしたQOL測定スケールとして翻訳したものについて、その因子構造、信頼性、妥当性についてオリジナル版との比較や、わが国への導入可能性の検討を行なってみたい。

II QOL測定スケール作成の試み

1 QLIとは

（1）内容

QLIとは、1984年に米国イリノイ州立大学の看護学者であるフェランズとパワーズ（Ferrans and Powers, 1984）によって開発されたQOL測定スケール「Quality of Life Index」²³⁾の略で、翌1985年に開発者による最初の調査報告が行われている（Ferrans and Powers, 1985）²⁴⁾。それ以来、多くの研究者によって活用されてきており（資料

- 19) 黒田裕子「クオリティ・オブ・ライフ（QOL）その測定方法について」『看護研究』医学書院、第25巻、第3号、1992年、2-12ページ。
- 20) 本稿では、QOLの測定スケールの紹介をすることを目的としていないため、前掲17) 18) のレビュー、及び心理学におけるQOLの指標を紹介した中里克治「心理学からQOLへのアプローチ」『看護研究』医学書院、第25巻、第3号、1992年、13-22ページ、などを参照して欲しい。
- 21) Spitzer, W. O. "State of science 1986; Quality of life and functional status as target variables for research" *Journal of Chronic Diseases*, 40, 1987, pp. 465-471.
- 22) George, L. & Bearon, L. *Quality of life in older persons*, New York: Human Sciences Press, 1980.
- 23) Ferrans, C. E. & Powers, M. J. "Quality of Life Index", 1984, mimeograph
- 24) Ferrans, C. E. & Powers, M. J. "Quality of Life Index: development and psychometric properties" *Advances in Nursing Science*. Vol. 8 (1), 1985, pp. 15-24.

2参照)、代表的な QOL 測定スケールの 1 つに数えられている。

QLI でまず重視されているのが、生活の各局面における「満足度」である。フェランズとパワーズによれば、これまで多くの QOL 測定に関する研究が実施されてきたが、そのほとんどが「幸福感 happiness」や「満足感 satisfaction」を最も重要な次元として位置づけているという。アメリカ人にあなたの人生の質は何かとコメントを求めると「生活についての満足感」に関する答えが返ってきたというキャンベルの調査報告 (Campbell et al, 1976)²⁵⁾ や、生活への満足感を QOL のバロメーターと呼んだラボードとパワーズの言葉を引用しながら、QOL 測定における「満足感」の重要性を強調している。

しかし、満足感とは認知的なものであり、かつ個人的経験に基づいて成される判断であるゆえに、収入額、教育程度、職業などとは異なって本質的に主観的なものであると、彼女らは述べている。そこでこの主観性を QOL 測定に生かすために、生活局面における個人の重要さの意味付け、すなわち「重要度」が QLI に導入されたのである。

したがって、生活のある局面、例えば、配偶者との関係において、ある人が非常に重要視しているにもかかわらず全く満足していないのであれば、その人の QOL 全体にとって対配偶者関係はマイナスの影響を与えることになる。また、非常に重視し、かつ非常に満足しているのであれば、逆に QOL 全体に対してプラスの影響を持つ。一方、全く重視していないのであれば、いくら満足していても、あるいは満足していなくとも、QOL 全体に対する貢献度は小さい。

こうした発想は、既にキャンベルら (Campbell et al, 1976) によって主張されていたものである。キャンベルらは、主観的な指標は生活の体験を直接測定することが可能であるのに対して、客観的な指標は単に生活体験に影響を与えているものを測定しているに過ぎないと述べている。QLI は、このような発想の延長線上で開発されてきた QOL 測定スケールであり、この点が他のスケ-

ールとは異なる大きな特徴となっている。

本来は、QLI は看護学の領域で開発されたスケールなので、主に健康者および透析患者の QOL を測定することを目的にしていた。その構成としては、「一般的な満足感 general satisfaction」、「自己尊重 self-esteem」、「健康及び機能 health and functioning」、「社会経済的側面 social and economic aspects」の下位概念から成る。これらの下位概念は、生活の様々な局面の指標として、文献研究に基づいて引き出されたものである。各下位概念について合計32の質問項目が用意され、それぞれについて「満足度」と「重要度」をリッカート式に6段階で自己評価してもらう方法をとっている。したがって、項目数としては倍の64から成る。

(2) QOL 得点算出方法

QLI では上記のような発想を忠実に QOL 測定に生かすため、次のような得点算出方法を採用している。まず、32項目について「満足度」、「重要度」それぞれ6段階で評価されたものを、「非常に満足している」、あるいは「非常に重要である」に6点、以下、満足度、重要度が下がるにつれて得点を1点ずつ減点したものを与える。したがって、「全く満足していない」と「全く重要でない」はそれぞれ1点の配点となる。

次に、各項目の「満足度」の得点から3.5を減じ、-2.5から2.5の間に得点が収まるように操作する。これは、満足していなければマイナスの効果を QOL 全体に及ぼすという考えを数字上に反映させるための処置である。

さらに、同じ項目について先の手順で操作した「満足度」の得点と「重要度」の得点を乗じたものを合計する。そして、32項目のいずれかに無回答があった場合を考え、総合計点を実際に回答した項目数で除する。この処置によって、無回答項目があったとしてもその影響を排除することが可能となる。

そして最後に、ここまでの手続きで得られた得点に15点を加算することによって、QLI 得点の最低点を0点に位置づける。得点が高くなればなるほど、主観的に認知されている QOL は良好であ

25) Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. "The quality of American life" New York; Russell Sage Foundation, 1976.

ると判断される。最高点は30点である。

(3) QLI の信頼性、妥当性

これまでアメリカにおいては、QLI を使用した調査結果が多く報告されている。ここでは開発者のフェランズとパワーズが報告している二つの論文を簡単に要約してみる。

まず、1985年の報告（Ferrans and Powers, 1985）では、看護学を学ぶ大学院生88名と透析患者39名を対象にを QLI を用いて調査を実施した。ちなみに透析患者用には、オリジナルの32項目に透析に関連した項目 6 項目を加えている。また透析患者には、質問紙形式ではなくインタビュー形

表 1 QLI オリジナル版 (1992)
Loading of items on Factors from the Factor Structure Matrix for the Four Factors Model

Items	Factor Loadings			
	1	2	3	4
Factor 1: Health and Functioning				
Usefulness to others	.83	.38	.48	.26
Physical independence	.73	.28	.44	.20
Ability to meet family responsibilities	.72	.44	.42	.34
Own health	.63	.31	.51	.17
Stress or worries	.63	.49	.54	.25
Leisure time activities	.56	.53	.48	.23
Potential for a happy old/retirement	.56	.49	.56	.22
Ability to travel on vacations	.54	.37	.42	.13
Potential for long life	.51	.13	.32	.35
Sex life	.44	.26	.34	.18
Health care	.37	.29	.30	.23
Dialysis treatment	.35	.20	.31	.23
Factor 2: Socioeconomic				
Standard of living	.43	.84	.44	.36
Financial independence	.38	.69	.48	.20
Home (furniture, house, or apartment)	.35	.69	.42	.39
Job/unemployment	.36	.64	.37	.10
Neighborhood	.18	.61	.31	.28
Overall conditions in USA	.38	.51	.35	.18
Friends	.33	.50	.41	.37
Emotional support from others	.29	.49	.39	.46
Education	.20	.45	.35	.17
Factors 3: Psychological/Spiritual				
Satisfaction with life	.59	.54	.90	.38
Happiness in general	.60	.58	.86	.48
Satisfaction with self in general	.60	.50	.79	.26
Achievement of personal goals	.56	.59	.73	.33
Peace of mind	.57	.57	.70	.42
Personal appearance	.60	.47	.66	.27
Personal faith in God	.32	.26	.50	.35
Factors 4: Family				
Family's happiness	.33	.44	.43	.86
Children	.19	.26	.26	.68
Relationship with spouse/significant other	.21	.39	.37	.59
Family's health	.38	.26	.28	.56

式をとった。大学院生の基本属性は、平均年齢33.1歳 (SD=6.73)、女性が97%、白人95%であった。透析患者の方は、平均年齢50歳 (SD=14.18)、男性が72%、白人72%、黒人22%、ラテン系5%であった。

信頼性については、テスト-再テスト法で相関を求めたところ、大学院生 $R=0.87$ (2週間間隔)、透析患者 $R=0.81$ (1ヶ月間隔) の結果であった。さらに、内的-一貫性信頼性を検証するためにクロンバックの α 係数を求めた結果は、大学院生0.93、透析患者0.90であり、おおむね良好な結果が得られたといえる。

一方、妥当性は、QLIで測定している「満足度」の合計点との相関によって判定を行っている。その結果は、大学院生 $R=0.75$ 、透析患者 $R=0.65$ であり、この結果からQLIが妥当性を有していることが示されている。

次いで1992年の報告 (Ferrans and Powers, 1992) では、イリノイ州に住む成人の入院透析患者2,967名からランダム・サンプリングして得られた800名を対象にQLIを実施した結果が示されている。²⁶⁾ 有効回答者は349名で、有効回答率は46%であった。対象者群の基本属性は、平均年齢55.17歳 (SD=13.51、range=25-84)、6分の5が男性、61%が白人、既婚者は61%、13%が就労中で、15%が主婦か学生であった。学歴は55%が高卒で、さらに大卒は30%であった。透析を行うようになってからの期間は、平均48.25ヶ月 (SD=41.87、min=1、max=200) であった。

彼らに対してQLIを実施した結果、QLI得点とQLI内で測定している「満足度」との相関は $R=0.77$ 、またクロンバックの α 係数は0.93であり、いずれも1985年の報告と大きな違いはなかった。

(4) QLIの因子構成

1992年の報告には、QLIの構成を確認するための因子分析の結果が含まれている。32項目それぞれについて「満足度」(操作後)と「重要度」を乗じたものを対象に因子分析を行ない、5つの基準 (scree plot、相対的 χ^2 値、単純構造、自明な因子の存在、因子の安定さ) を全て満たした因子数4

で解釈を行った (表1参照)。その結果、4つの因子はそれぞれ「健康要因 health and functioning」、「社会経済要因 socioeconomic」、「精神的要因 psychological / spiritual」、「家族要因 family」と解釈された。各因子の信頼性検証のためにクロンバック α 係数を求めたところ、それぞれ0.87、0.82、0.90、0.77であった。

2. 日本語版 QLI 作成の試み

われわれは以上のようなQLIの内容と信頼性、妥当性の報告から、QOL測定スケールとしてQLIが有用であると判断し、その邦訳と邦訳版の信頼性、妥当性の検証、および因子構造の確認をするために調査を実施することにした。

まずQLIのオリジナル版とSASプログラム (Ferrans and Powers, 1984) を入手し、前者の32項目の邦訳を行なった。翻訳に当たっては直訳ではなく、その意味するところを最も忠実に表わす日本語を採用するように努めた。全ての項目を翻訳した後で、項目の取捨選択の作業に入った。対象を日本人にした場合に不相当だと判断される項目や、我々の関心が「健康な高齢者」にあり、かつ調査対象として「高齢者大学」通学者を当初から想定していたため、それにふさわしくない項目を除外した。その結果、オリジナル版の7項目が取り除かれ、邦訳版では25項目の構成となった。(資料1参照)

3. 調査対象

以上のプロセスを経て完成したQLIの邦訳版を2つの「高齢者大学」の男女通学生を対象に、集合調査法で回答してもらった。したがって、得られたサンプルはすべて「在宅」の「高齢者」ということになる。さらに言い換えれば、「健康」な「高齢者」のみを本調査では対象としていることになる。実施日は、1994年6月24日と7月5日であった。

本調査で得られた結果を考察する際には、すべてこうした調査対象の有する属性を考慮する必要がある。

26) Ferrans, C. E. & Powers, M. J. "Psychometric Assessment of the Quality of Life Index" *Research in Nursing & Health*, 15, 1992, pp. 29-38.

4. 調査結果

配票した質問紙を回収した結果、651のサンプルが得られた。そこから、いくつかの質問に無回答があるものや、QLI 項目の満足度、重要度のいずれか、あるいは両方の25項目すべてに同じ回答（例、全て「非常に大切」と回答）をしたものを無効と見なして今回の分析からは除外した。その結果、542のサンプルが有効回答として残った。

以下に、各設問について有効回答分の単純集計結果を記す。

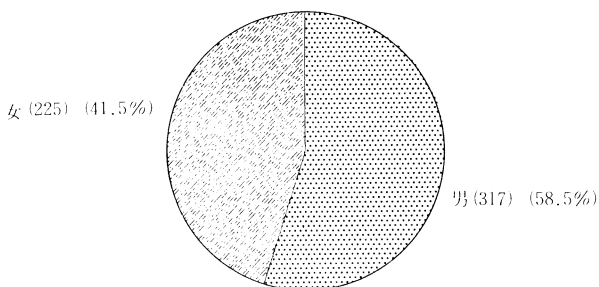
(1) 単純集計

①問1・性別

男性が6割弱、女性が4割強の比率となっている。

図1 性別

N=542、括弧内は人数



る。

②問2・年齢

回答者の年齢を「65歳未満」、「65歳以上75歳未満」、「75歳以上」に分類した。後2者が一般的に言うところの「高齢者」になる。また、「65歳以上75歳未満」は前期高齢者層、「75歳以上」は後期高齢者層に該当する。

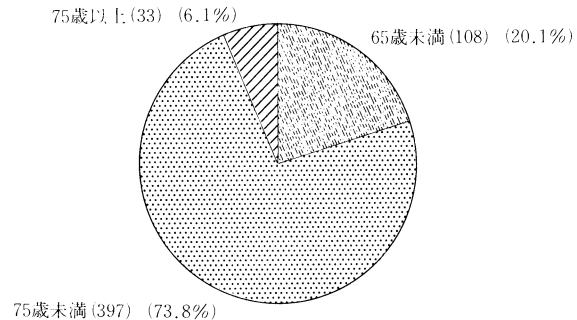
サンプルの比率は、「65歳未満」が2割、「65歳以上75歳未満」が7割強、「75歳以上」が1割足らずであった。したがって、この調査の回答者は前期高齢者層が中心である。

なお、問2（年齢）に無回答だった場合を除いた有効回答者538名の平均年齢は67.9歳、メディアンが68歳であった。最高齢者は81歳、最も若い人が58歳であった。

③QLI 項目（重要度）

図2 年齢

N=538、括弧内は人数



QLI を構成する重要度25項目の回答結果は表2の通りである。集計の対象は、全サンプル542である。なお表の中で、括弧内の数字はその項目での比率を表わしている。

「重要度」合計点の平均は127.7 (SD=10.62) で、最高が149、最低が57であった。

④QLI 項目（満足度）

QLI を構成する重要度25項目の回答結果は表3の通りである。集計の対象は、全サンプル542である。なお表の中で、括弧内の数字はその項目での比率を表わしている。

「満足度」合計点は平均25.5 (SD=13.2) で、最高59.5、最低-28であった。

(2) QLI 項目（重要度・満足度）の相関

「重要度」と「満足度」間の関係を検討するために、両得点のピアソン積率相関係数を求めた。その結果、 $R=0.45$ ($P<0.0001$) であった。

(3) 日本語版 QLI 項目の因子構造の検討

日本語版の因子構造を確認するために、満足度と重要度で算出された得点を使って因子分析を行った。その結果、固有値1.0以上の因子は4つ得られた。そこで因子数を4にしてバリマックス回転後の結果を示したものが表4である。

それぞれの因子の意味を検討した結果、第1因子は「生きがい」、第2因子は「対人関係」、第3因子は「社会環境」、第4因子は「健康」を意味しているものと解釈した。これらが日本語版 QLI のサブスケールとなる。なお、第4因子までの累積

表2 QLI 重要度単純集計

N O	項 目	非常に 大切	大 切	どちらか といえば 大切	どちらか といえば 大切でない	大切でない	全く大切 でない	無回答
1	他の人の役に立つ	156 (28.8)	332 (61.4)	49 (9.1)	3 (0.6)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (-)
2	家族の中での役割 を果たす	212 (39.4)	287 (53.3)	37 (6.9)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (-)
3	健康の維持	427 (78.9)	111 (20.5)	3 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (-)
4	子供との関係	213 (40.3)	286 (54.1)	26 (4.9)	3 (0.6)	1 (0.2)	0 (0.0)	13 (-)
5	余暇活動を楽しむ	119 (22.0)	330 (61.0)	84 (15.5)	7 (1.3)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (-)
6	他の人から精神的 な支えがある	101 (18.8)	270 (50.3)	138 (25.7)	20 (3.7)	7 (1.3)	1 (0.2)	5 (-)
7	はっきりした将来 の見通し	114 (21.3)	304 (56.7)	102 (19.0)	11 (2.1)	5 (0.9)	0 (0.0)	6 (-)
8	福祉サービス	157 (29.2)	276 (51.3)	92 (17.7)	5 (0.9)	5 (0.9)	0 (0.0)	4 (-)
9	心配事がない	142 (27.0)	266 (50.6)	88 (16.7)	19 (3.6)	10 (1.9)	1 (0.2)	16 (-)
10	経済的に自立して いる	222 (41.5)	269 (50.3)	41 (7.7)	3 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (-)
11	近所との関係	129 (23.9)	306 (56.8)	92 (17.2)	11 (2.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (-)
12	社会が平和である	341 (63.1)	173 (32.0)	23 (4.3)	2 (0.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (-)
13	信仰・信心	55 (10.2)	199 (37.1)	213 (39.7)	53 (9.9)	11 (2.0)	6 (1.1)	5 (-)
14	医療サービス	259 (48.0)	245 (45.4)	32 (5.9)	3 (0.6)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (-)
15	配偶者との関係	306 (60.0)	181 (35.5)	17 (3.3)	2 (0.4)	4 (0.8)	0 (0.0)	32 (-)
16	心の平穏	275 (50.9)	239 (44.3)	24 (4.4)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (-)
17	学習する機会があ る	130 (24.2)	321 (59.7)	79 (14.7)	6 (1.1)	2 (0.4)	0 (0.0)	4 (-)
18	家族の健康	380 (71.0)	148 (27.7)	6 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	7 (-)
19	身体的に自立して いる	237 (44.1)	272 (50.6)	25 (4.6)	3 (0.6)	1 (0.2)	0 (0.0)	4 (-)
20	友人との関係	162 (30.1)	330 (61.3)	44 (8.2)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (-)
21	自分に誇りを持つ	126 (23.5)	324 (60.4)	81 (15.1)	4 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.2)	6 (-)
22	生活の目標を達成 する	101 (18.8)	316 (58.8)	111 (20.7)	8 (1.5)	1 (0.2)	0 (0.0)	5 (-)
23	住みよい住宅	141 (26.3)	320 (59.6)	72 (13.4)	4 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (-)
24	家族の幸せ	309 (57.4)	213 (39.6)	15 (2.8)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (-)
25	性生活	43 (8.7)	179 (36.0)	188 (37.8)	58 (11.7)	15 (3.0)	14 (2.8)	45 (-)

表 3 QLI 満足度単純集計

N O	項 目	非常に 満足	満 足	どちらか といえば 満足	どちらか といえば 満足でない	満足でない	全く満足 でない	無回答
1	他の人の役に立つ	35 (6.5)	210 (39.3)	229 (42.8)	54 (10.1)	5 (0.9)	2 (0.4)	7 (-)
2	家族の中での役割 を果たす	66 (12.4)	300 (56.4)	142 (26.7)	23 (4.3)	0 (0.0)	1 (0.2)	10 (-)
3	健康の維持	109 (20.3)	267 (49.6)	132 (24.5)	22 (4.1)	7 (1.3)	1 (0.2)	4 (-)
4	子供との関係	75 (14.4)	279 (53.4)	136 (26.1)	23 (4.4)	5 (1.0)	4 (0.8)	20 (-)
5	余暇活動を楽しむ	63 (11.7)	271 (50.3)	172 (31.9)	30 (5.6)	3 (0.6)	0 (0.0)	3 (-)
6	他の人から精神的 な支えがある	36 (6.8)	199 (37.3)	234 (43.9)	49 (9.2)	12 (2.3)	3 (0.6)	9 (-)
7	はっきりした将来 の見通し	35 (6.6)	196 (36.9)	224 (42.2)	64 (12.1)	11 (2.1)	1 (0.2)	11 (-)
8	福祉サービス	21 (4.0)	150 (28.6)	238 (45.4)	86 (16.8)	25 (4.8)	4 (0.8)	18 (-)
9	心配事がない	39 (7.3)	185 (34.6)	222 (41.6)	65 (12.2)	19 (3.6)	4 (0.7)	8 (-)
10	経済的に自立して いる	62 (11.6)	267 (49.9)	171 (32.0)	24 (4.5)	10 (1.9)	1 (0.2)	7 (-)
11	近所との関係	23 (4.3)	224 (41.6)	231 (42.9)	40 (7.4)	18 (3.3)	2 (0.4)	4 (-)
12	社会が平和である	78 (14.7)	229 (43.1)	184 (34.7)	30 (5.6)	9 (1.7)	1 (0.2)	11 (-)
13	信仰・信心	33 (6.2)	172 (32.4)	241 (45.4)	59 (11.1)	16 (3.0)	10 (1.9)	11 (-)
14	医療サービス	44 (8.2)	216 (40.1)	212 (39.4)	49 (9.1)	15 (2.8)	2 (0.4)	4 (-)
15	配偶者との関係	103 (21.7)	238 (50.2)	105 (22.2)	19 (4.0)	5 (1.1)	4 (0.8)	68 (-)
16	心の平穏	54 (10.1)	284 (53.2)	170 (31.8)	22 (4.1)	3 (0.6)	1 (0.2)	8 (-)
17	学習する機会があ る	86 (16.0)	299 (55.6)	142 (26.4)	9 (1.7)	2 (0.4)	0 (0.0)	4 (-)
18	家族の健康	78 (14.7)	255 (47.9)	155 (29.1)	32 (6.0)	10 (1.9)	2 (0.4)	10 (-)
19	身体的に自立して いる	57 (10.7)	310 (58.2)	152 (28.5)	12 (2.3)	2 (0.4)	0 (0.0)	9 (-)
20	友人との関係	48 (8.9)	273 (50.8)	198 (36.9)	14 (2.6)	4 (0.7)	0 (0.0)	5 (-)
21	自分に誇りを持つ	51 (9.5)	248 (46.3)	210 (39.2)	21 (3.9)	5 (0.9)	1 (0.2)	6 (-)
22	生活の目標を達成 する	38 (7.2)	222 (41.9)	226 (42.6)	36 (6.8)	7 (7.3)	1 (0.2)	12 (-)
23	住みよい住宅	61 (11.3)	245 (45.5)	187 (34.8)	36 (6.7)	7 (1.3)	2 (0.4)	4 (-)
24	家族の幸せ	78 (14.6)	279 (52.3)	154 (28.9)	14 (2.6)	6 (1.1)	2 (0.4)	9 (-)
25	性生活	18 (4.0)	137 (30.3)	206 (45.6)	65 (14.4)	18 (4.0)	8 (1.8)	90 (-)

表 4 QLI 項目因子分析（バリマックス回転後）

第 1 因子（寄与率 44.9％） 生きがい						
NO	項 目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	共通性
15	配偶者との関係	0.53	－0.05	0.52	0.24	0.61
16	心の平穏	0.60	0.13	0.36	0.40	0.66
17	学習する機会がある	0.61	0.33	0.25	0.11	0.56
20	友人との関係	0.57	0.50	0.12	0.15	0.61
21	自分に誇りを持つ	0.70	0.41	0.06	0.20	0.70
22	生活の目標を達成する	0.65	0.42	0.23	0.24	0.71
23	住みよい住宅	0.62	0.28	0.32	0.19	0.60
24	家族の幸せ	0.57	0.18	0.31	0.50	0.71
25	性生活	0.65	0.16	0.19	0.07	0.49
第 2 因子（寄与率 5.2％） 対人関係						
NO	項 目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	共通性
1	他の人の役に立つ	0.13	0.71	0.16	0.24	0.61
2	家族の中での役割を果たす	0.24	0.53	0.05	0.48	0.56
5	余暇活動を楽しむ	0.36	0.55	0.16	0.32	0.56
6	他の人から精神的な支えがある	0.20	0.73	0.19	0.16	0.63
7	はっきりした将来の見通し	0.34	0.54	0.37	0.23	0.60
11	近所との関係	0.30	0.62	0.32	0.16	0.60
第 3 因子（寄与率 5.1％） 社会環境						
NO	項 目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	共通性
8	福祉サービス	0.20	0.34	0.73	－0.03	0.70
10	経済的に自立している	0.31	0.36	0.38	0.26	0.43
12	社会が平和である	0.21	0.14	0.53	0.33	0.45
13	信仰・信心	0.11	0.43	0.48	0.12	0.45
14	医療サービス	0.20	0.16	0.77	0.15	0.68
第 4 因子（寄与率 4.1％） 健康						
NO	項 目	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	共通性
3	健康の維持	0.11	0.31	0.14	0.75	0.69
4	子供との関係	0.15	0.25	0.15	0.72	0.63
9	心配事がない	0.33	0.27	0.40	0.41	0.50
18	家族の健康	0.47	0.07	0.20	0.48	0.50
19	身体的に自立している	0.52	0.20	0.08	0.53	0.60

表 5 QLI の因子間相関

	「生きがい」	「対人関係」	「社会環境」	「健康」	QLI 得点
「生きがい」	1.000				
「対人関係」	0.936***	1.000			
「社会環境」	0.878***	0.746***	1.000		
「健康」	0.821***	0.704***	0.661***	1.000	
QLI 得点	0.867***	0.763***	0.702***	0.619***	1.000

*** P<0.001

表 6 分散分析結果（年代が QLI 得点に及ぼす影響）
（ただし、無回答は除く）

得点名	F 値	P	N	自由度 1	自由度 2	自由度 1+2
(1) 因子 1 (生きがい)	0.32	0.6935	536	2	533	535
(2) 因子 2 (対人関係)	0.03	0.9689	536	2	533	535
(3) 因子 3 (社会環境)	4.61	0.0052*	535	2	532	534
(4) 因子 4 (健康)	0.09	0.9395	538	2	535	537
(5) QLI 得点	0.28	0.6901	538	2	535	537

* は有意差あり

説明率は59.3%であった。

このようにオリジナル版と日本語版では因子の構造が大きく異なることとなった。その理由としては、翻訳の問題、文化的要因、および日本語版作成に当たっての項目削除、等による影響が考えられる。本研究では、基本的に今回の日本語版で得られた因子構造を採用して、各因子をサブスケールとした上で以下の分析に使用することにした。

(4) 日本語版 QLI 項目の信頼性、妥当性

各サブスケールの内的一貫性信頼性（クロンバック α 係数）は、それぞれ 0.91、0.84、0.76、0.79 であった。また QLI 全体の信頼性は $\alpha = 0.95$ であった。

また妥当性検証については、フェランズとパワーズが報告している方法をそのまま採用した。すなわち、QLI 得点と「満足度」の合計点とのピアソン積率相関係数を求めてみた。その結果 $R = 0.98$ ($P < 0.0001$) であり高い相関が認められた。

なお、「満足度」合計点と QLI の各サブスケールとの相関係数は、それぞれ 0.91、0.85、0.82、0.84（いずれも、 $P < 0.0001$ ）であった。

これから、日本語版 QLI の信頼性と妥当性は十分満足に値するものと考えた。

(5) 日本語版 QLI 得点

4 つのサブスケールの平均得点は、「生きがい」21.07 ($SD = 3.37$)、「対人関係」20.17 ($SD = 3.31$)、「社会環境」19.91 ($SD = 3.52$)、「健康」21.45 ($SD = 3.65$) であった。さらに各項目ごとに「重要度」と「満足度」を乗じて回答項目数で割った QLI 得点は、平均 20.54 ($SD = 2.94$) であった。

各得点の相関を見たものが表 5 である。特にサブスケール間ではいずれの組み合わせにおいても、やや強い相関関係が認められた。このことから、サブスケール間は相互に関連し合っていることが理解できる。また、各サブスケールの得点と QLI 得点との相関係数は、「健康」の値が比較的低いのが目につく。

(6) ソーシャル・サポート・ネットワークと家族サポート

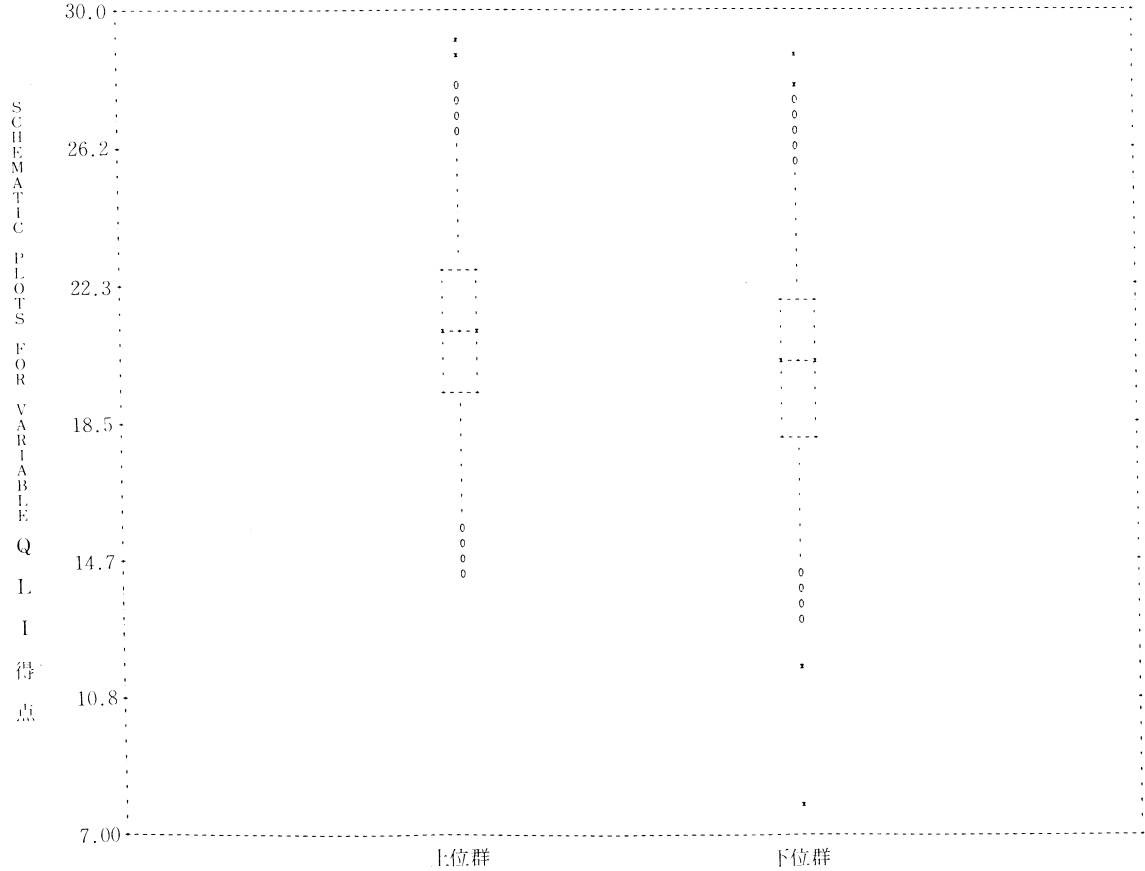
困ったときに相談に乗ってもらえる人の数をあげてもらう形で、その人のソーシャル・サポー

表 7 分散分析結果（SNW の大きさが QLI 得点に及ぼす影響）
（ただし、無回答は除く）

得点名	F 値	P	N	自由度 1	自由度 2	自由度 1+2
(1) 因子 1（生きがい）	14.07	0.0002*	502	1	500	501
(2) 因子 2（対人関係）	15.63	0.0001*	500	1	498	499
(3) 因子 3（社会環境）	15.54	0.0001*	500	1	498	499
(4) 因子 4（健康）	9.69	0.0020*	502	1	500	501
(5) QLI 得点	17.23	0.0001*	502	1	500	501

* は有意差あり

図 3 ソーシャル・サポート・ネットワークが QLI 得点に及ぼす影響
QLI 得点に及ぼす影響



ト・ネットワーク（以下、SNW）の大きさを測定した。SNW の平均は3.91人（SD=2.73、N=502）で、最高は20人、最低は0人であった。

さらに、SNW の中に含まれる家族を含む血縁者の数（以下、FNW）は平均2.66人（SD=1.85、N=502）であった。最高は15人、最低0人であ

た。

また、SNW と FNW の関係をピアソン積率相関係数を求めたところ、 $R=0.84$ ($P<0.0001$) であり、強い相関が認められた。

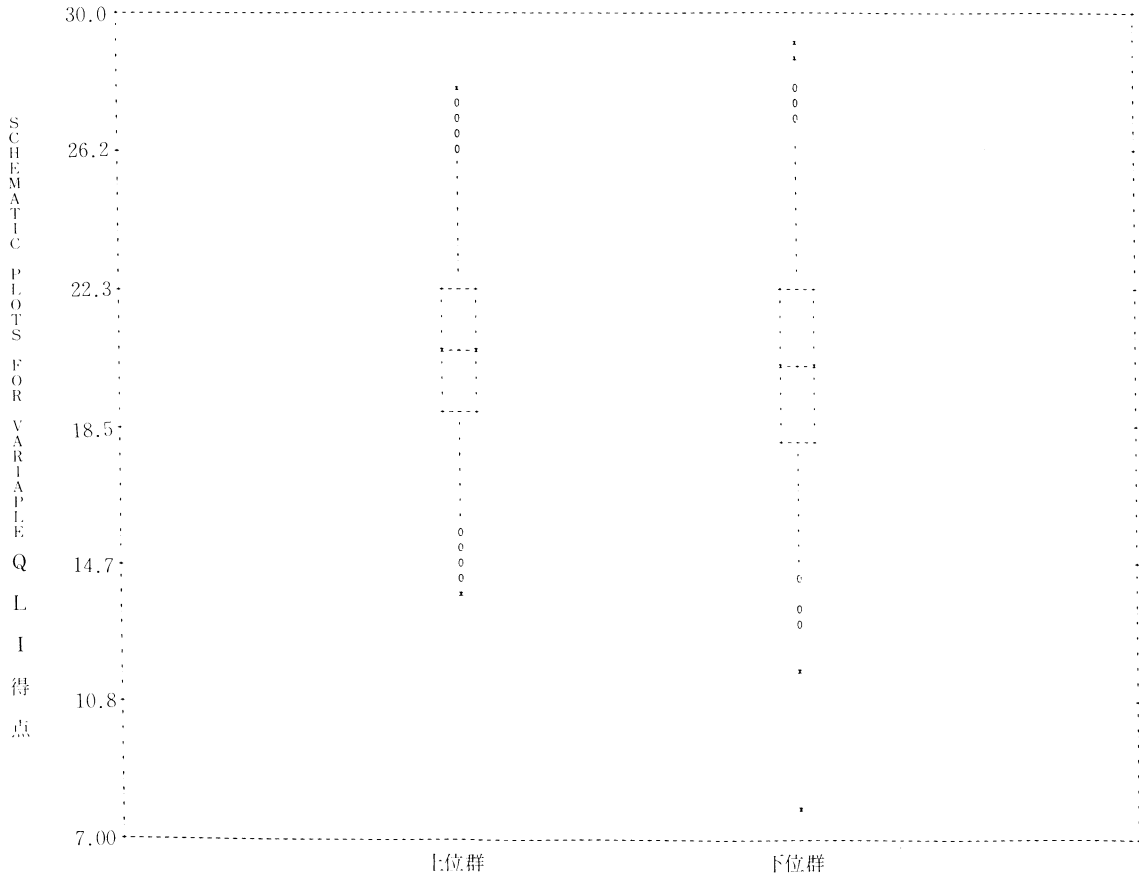
(7) 高齢者の年代が QLI 得点に及ぼす影響

表 8 分散分析結果（FNW の大きさが QLI 得点に及ぼす影響）
（ただし、無回答は除く）

得点名	F 値	P	N	自由度 1	自由度 2	自由度 1 + 2
(1) 因子 1（生きがい）	3.46	0.0635	502	1	500	501
(2) 因子 2（対人関係）	2.92	0.0883	500	1	498	499
(3) 因子 3（社会環境）	1.54	0.2153	500	1	498	499
(4) 因子 4（健康）	8.10	0.0046*	502	1	500	501
(5) QLI 得点	4.59	0.0327*	502	1	500	501

* は有意差あり

図 4 家族サポートが QLI 得点に及ぼす影響



QLI のサブスケールの各得点および QLI 総合得点について、回答者の年代を要因として分散分析（一元配置）を行った。要因としては、年齢を「65歳未満」、「65歳以上75歳未満」、「75歳以上」の年代に分類したものを選んだ。その結果は表 6 の通りで、「社会環境」のみに有意差が認められた。

ここから、高齢者の年代によって QLI 得点に大きな差は生じないと考えられる。

（8）ソーシャル・サポート・ネットワークが QLI 得点に及ぼす影響

QLI のサブスケールの各得点および QLI 総合

得点について、回答者の持つ SNW の大きさを要因として分散分析（一元配置）を行った。要因としては、SNW を平均点を境に上位群（N=215）と下位群（N=287）で分けたものをを用いた。その結果は表 7 の通りで、全ての得点について有意差を認めることが出来た。すなわち、その人のソーシャル・サポート・ネットワークの広がり具合によって、QLI 得点に差が生じていることを意味している。そして、図 3 からわかるように SNW が大きい程、QLI 得点が高いことが示された。

（9）家族サポートが QLI 得点に及ぼす影響

QLI のサブスケールの各得点および QLI 総合得点について、回答者の持つ FNW の大きさを要因として分散分析（一元配置）を行った。要因としては、FNW の平均点を境に上位群（N=227）と下位群（N=275）で分けたものをを用いた。その結果は表 8 の通りで、QLI 得点のみに有意差を認めることができた。すなわち、家族サポートの大小によって、QLI 得点に差が生じていることを意味する。ただ、サブスケールへの影響を見ると、「健康」を除いて有意差を認めることができなかった。図 4 を見ても、上位群と下位群の差は明瞭でない。ここから、家族サポートの存在は「健康」のみに影響を及ぼし、結果的にその人の QLI 得点を引き上げているという関係が示唆されているといえよう。

（10）日本語版 QLI のまとめと課題

以上のように、今回邦訳した QLI は信頼性、妥当性については十分満足できる数値を得られた。ただし、妥当性検証については既に妥当性が認められた他の QOL 測定スケールとの併存的妥当性を検討する必要もあるだろう。

しかし現状では、臨床的使用に十分耐えられるかというとまだまだ問題点が多い。特に、因子構造については非常に安定性に欠けていることは否めない。この点については、邦訳版のみならずオリジナル版にも言えることである。今後は、QLI

の基本的な特徴を十分維持しつつも、日本の高齢者のおかれている実状により適したスケールへと改良していく必要があるだろう。

Ⅲ 福祉サービスにおける QOL 測定の意義及び課題

本研究では、QLI の邦訳版を用いて「健康な高齢者」を対象に QOL の測定を試みた。前述のように、オリジナル版の 4 つの因子が「健康要因」、「社会経済要因」、「精神的要因」、「家族要因」であるのに対し、邦訳版での因子は「生きがい」、「対人関係」、「社会環境」、「健康」となった。このようにスケールの因子構造が不明瞭なために、今後、項目の整理及び下位概念の整理をしていくことが求められる。そして、より高齢者に合った QOL 測定スケールの開発を進めていかなくてはならない。また、同時に対象を健康な高齢者に限定するにとどまらず、痴呆症・寝たきりの高齢者や障害をもっている人、等に対しても使用可能なスケールとしていきたいものである。

以下、福祉サービスとの関連から QOL 測定の意義及び課題をまとめておきたい。

①わが国で福祉理念として定着を見だしたノーマライゼーションの概念により、福祉的関心は「制度、施設といったマクロなレベルから、その人の日常的生活圏へと下降してきた」²⁷⁾。その中で、福祉サービス利用者の個別性が重要な要素となってきており、そこに QOL の必要性がみられる。生活の見直し、福祉サービスの再検討に QOL の把握は不可欠となる。

②個人の生活において、身体的側面、精神的側面、社会的側面、等を考え、総合的に日常生活を検討していく必要が生じてきた。それ故にこうした側面を包括し得る QOL 概念の持つ意義が大きくなる。そして、それに対して保健・医療・福祉が単独で応えていくのではなく、QOL の視点からの三者の連携による

27) 木下康仁：『老年期における QOL』『GERONTOLOGY』、メディカルレビュー社、第 4 巻、第 4 号、1992 年、57-61 ページ。

総合サービスの実施が望まれる。

- ③身体障害者の重度化²⁸⁾、高齢者の今後の増加の流れの中で、政策的な充実はもちろんのことながら、個別的な対応の必要性において個人的・主観的な QOL の測定が貢献するところは大きい。個別の QOL の把握の蓄積が、生活者全体の QOL 向上に結びつくことになる。
- ④QOL が個人的・主観的なものであるならば、自分の意思表示を明確に表わす事が困難な人（痴呆性老人、知的障害をもっている人、等）の QOL をいかにして測定し得るかは、今後の大きな課題となってくる。そのための測定スケールの開発が望まれる。
- ⑤意思表示を表すのが困難な痴呆性老人を例にあげれば、現在その 4 分の 3 は在宅で生活しており、2000 年にはその総数は約 160 万人（1980 年は約 100 万人）になり、その後も増加を続ける。²⁹⁾ 在宅福祉及び福祉サービスの提供がますます重要となる中で、「痴呆性老人の究極の QOL は、自己実現や自己決定がないだけに、介護者が一心同体となり、二人で生きることの意義を見出すこと」³⁰⁾ とされるように、高齢者や障害をもっている人だけではなく彼らをサポートしている周囲の人々、特に家族の QOL を含めてとらえ、改善への働きかけ、及びその測定も考えていく必要がある。

28) 平成 3 年身体障害（児）者実態調査結果の概要によると、身体障害者総数は前回調査（昭和 62 年）と比較して約 13% の増加、程度では 1・2 級が 40.1%（前回調査 38.3%）と重度化の傾向がみられる。

29) 厚生省老人保健福祉局企画課監修『痴呆性老人対策推進の今後の方向』中央法規出版、1994 年、3-28 ページ。

30) 大國美智子「人生の終末期におけるケアー福祉における QOL」前掲 5)、208 ページ。

資料1. 高齢者の「生活の質」についてのアンケート

関西学院大学社会学部

問1・あなたの性別をお知らせください。

1・男

2・女

問2・あなたのお年をお知らせください。

() 歳

問3・あなたの生活にとって、以下のことはどの程度大切だとお考えですか。当てはまる番号に○をつけてください。

- | | | | | | | |
|--------------------|---------|---------|-----------|-----------|---------|-----------|
| (1) 他の人の役に立つ | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (2) 家族の中での役割を果たす | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (3) 健康の維持 | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (4) 子供との関係 | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (5) 余暇活動を楽しむ | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (6) 他の人から精神的な支えがある | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (7) はっきりした将来の見通し | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (8) 福祉サービス | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (9) 心配ごとがない | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (10) 経済的に自立している | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (11) 近所との関係 | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (12) 社会が平和である | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (13) 信仰・信心 | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (14) 医療サービス | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (15) 配偶者との関係 | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (16) 心の平穏 | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (17) 学習する機会がある | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |
| (18) 家族の健康 | 1・非常に大切 | 2・大切である | 3・どちらかという | 4・どちらかという | 5・大切でない | 6・全く大切でない |

(19) 身体的に 自立している	1・非常に 大切	2・大切 である	3・どちらか という と大切	4・どちらか という と大切で ない	5・大切 でない	6・全く大 切でない
(20) 友人との関係	1・非常に 大切	2・大切 である	3・どちらか という と大切	4・どちらか という と大切で ない	5・大切 でない	6・全く大 切でない
(21) 自分に誇りを持つ	1・非常に 大切	2・大切 である	3・どちらか という と大切	4・どちらか という と大切で ない	5・大切 でない	6・全く大 切でない
(22) 生活の目標を 達成する	1・非常に 大切	2・大切 である	3・どちらか という と大切	4・どちらか という と大切で ない	5・大切 でない	6・全く大 切でない
(23) 住みよい住宅	1・非常に 大切	2・大切 である	3・どちらか という と大切	4・どちらか という と大切で ない	5・大切 でない	6・全く大 切でない
(24) 家族の幸せ	1・非常に 大切	2・大切 である	3・どちらか という と大切	4・どちらか という と大切で ない	5・大切 でない	6・全く大 切でない
(25) 性生活	1・非常に 大切	2・大切 である	3・どちらか という と大切	4・どちらか という と大切で ない	5・大切 でない	6・全く大 切でない

問4・あなたの生活において、以下のことにどの程度満足していらっしゃいますか。当てはまる番号に○をつけてください。

(1) 他の人の役に立つ	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(2) 家族の中での 役割を果たす	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(3) 健康の維持	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(4) 子供との関係	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(5) 余暇活動を楽しむ	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(6) 他の人から 精神的な支えがある	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(7) はっきりした 将来の見通し	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(8) 福祉サービス	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(9) 心配ごとがない	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(10) 経済的に 自立している	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(11) 近所との関係	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(12) 社会が平和である	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(13) 信仰・信心	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(14) 医療サービス	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない
(15) 配偶者との関係	1・非常に 満足	2・満足 である	3・どちらか という と満足	4・どちらか という と満足で ない	5・満足 でない	6・全く満 足でない

(16) 心の平穏	1・非常に満足	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(17) 学習する機会がある	1・非常に満足	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(18) 家族の健康	1・非常に満足	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(19) 身体的に自立している	1・非常に満足	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(20) 友人との関係	1・非常に満足	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(21) 自分に誇りを持つ	1・非常に満足	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(22) 生活の目標を達成する	1・非常に大切に	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(23) 住みよい住宅	1・非常に大切に	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(24) 家族の幸せ	1・非常に大切に	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない
(25) 性生活	1・非常に大切に	2・満足である	3・どちらかというと満足	4・どちらかという満足でない	5・満足でない	6・全く満足でない

問 5 ・あなたが困ったときに何でも相談できる人は何人おりますか。

() 人

問 6 ・問 5 で答えた人数のうち、家族や親戚などの血縁関係にある人は何人おりますか。

() 人

質問は以上です。調査のご協力ありがとうございました。

資料2 QLIに関する研究論文リスト

—Ferrans と Powers による—

PSYCHOMETRIC INFORMATION ON THE QUALITY OF LIFE INDEX

- Bliley, A. V., & Ferrans, C. (1993). Quality of life after angioplasty. *Heart & Lung*, 22 (3), 193-199.
- Cowan, M., Young-Graham, K., & Cochran, B. (1992). Comparison of a theory of quality of life between myocardial infarction and malignant melanoma: A pilot study. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7 (1), 18-28.
- Ferrans, C. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17 (3) suppl, 15-19.
- Ferrans, C. & Powers, M. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8, 15-24.
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health*, 15, 29-38.
- Hicks, F., Larson, J., & Ferrans, C. (1992). Quality of life after liver transplantation. *Research in Nursing and Health*, 15, 111-119.
- Hughes, K. K. (1993). Psychosocial and functional status of breast cancer patient. *Cancer Nursing*, 16 (3), 222-229.
- Oleson, M. (1990). Content validity of the Quality of Life Index. *Applied Nursing Research*, 3 (3), 126-127.
- Papadantonaki, A., Stotts, N., & Paul, S. (1994). Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty. *Heart and Lung*, 23 (1), 45-52.

SELECTED PUBLISHED RESEARCH STUDIES USING THE QUALITY OF LIFE INDEX

- Artinian, N. T., & M. G. (1992). Factors related to spouses' quality of life 1 year after coronary artery bypass graft surgery. *Cardiovascular Nursing*, 28 (4), 33-39.
- Arzouman, J., Dudas, S., Ferrans, C., Holm, K. (1991). Quality of life of patients with sarcoma postchemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 18 (5), 889-894.
- Belec, R. (1992). Quality of life: Perceptions of long-term survivors of bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 19 (1), 31-37.
- Bihl, M., Ferrans, C., & Powers, M. (1988). Comparison of stressors and quality of life of CAPD and hemodialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 15, 27-37.
- Bliley, A. V., & Ferrans, C. (1993). Quality of life after angioplasty. *Heart & Lung*, 22 (3), 193-199.
- Cowan, M., Young-Graham, K., & Cochran, B. (1992). Comparison of a theory of quality of life between myocardial infarction and malignant melanoma: A pilot study. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7 (1), 18-28.
- Daumer, R. & Miller, P. (1992). Effects of cardiac rehabilitation on psychosocial functioning and life satisfaction of coronary artery disease clients. *Rehabilitation Nursing*, 17 (2), 69-86.
- Faris, J. & Scotts, N. (1990). The effect of percutaneous transluminal coronary angioplasty on quality of life. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 5 (4), 132-140.
- Ferrans, C., Cohen, F., & Smith, K. (1992). Quality of life of persons with narcolepsy. *Grief, Loss, and Care*, 5, 23-32.
- Ferrans, C. E., Cohen, F., & Smith, K. (1992). Quality of life of persons with narcolepsy. In M. Goswami, C. Pollack, F. Cohen, M. Thorpy, & N. Kavey (Eds.), *Psychosocial aspects of narcolepsy* (pp. 23-32). New York, NY: Hawthorn Press.

- Ferrans, C., & Powers, M. (1993). Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA Journal*, 20 (5), 575-581.
- Ferrans, C., Powers, M., & Kasch, C. (1987). Satisfaction with health care of hemodialysis patients. *Research in Nursing and Health*, 10, 367-374.
- Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Hetfleisch, M., Penicook, J., Blood, M. (1993). Heart transplant candidates' perception of helpfulness of health care provider interventions. *Cardiovascular Nursing*, 29 (5), 33-37.
- Grady, K., Jalowiec, A., Hetfleisch, M. (1992). Predictors of quality of life in heart transplant candidates. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 11, 195.
- Grady, K., Jalowiec, A., Hetfleisch, M. (1993). A comparison of life satisfaction before and after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 12, S66.
- Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Crusk, B., Blood, M. (1991). Health care provider interventions for heart transplant candidates. *Circulation*, 84, (4, Supp) II-696.
- Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Pifarre, R., Costanzo-Nordin, M., Kirklin, J., Bourge, R. (1992). Quality of life at one year after heart transplantation. *Circulation*, 86 (4 Supp 1), I-702.
- Hargrove-Huttel, R.A. (1988). Virginia Henderson's nature of nursing theory and quality of life for the older adult. *Dissertation Abstracts International*, 49/088, p. 3104.
- Hicks, F., Larson, J., & Ferrans, C. (1992). Quality of life after liver transplantation. *Research in Nursing and Health*, 15, 111-119.
- Hinds, C. (1990). Personal and contextual factors predicting patients' reported quality of life: exploring congruency with Betty Newman's assumptions. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 456-462.
- Hughes, K. K. (1993). Psychosocial and functional status of breast cancer patients. *Cancer Nursing*, 16 (3), 222-229.
- Jalowiec, A., Grady, K., Gruck, B., Schlesser, P., Wolowiec, K. (1990). Predictors of quality of life in pre-op cardiac transplant patients. *Circulation*, 82, (4 Suppl), III-705.
- Keithley, J., Zeller, J., Szeluga, D., & Urbanski, P. (1992). Nutritional alterations in persons with HIV infections. *Image*, 24 (3), 183-189.
- Kolz, N. (1989). Self-perceived quality of life following cardiac surgery. *Heart & Lung*, 18 (3), 304.
- Papadantonaki, A., Stotts, N., & S. (1994). Comparison of quality of life before and after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty. *Heart and Lung*, 23 (1), 45-52.
- Smith, C. (1993). Quality of life in long-term total parenteral nutrition patients and their family caregivers. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 17 (6), 501-506.
- Weitzner, M., Meyers, C., Saleeba, A., & Byrne, K. (1994). Quality of life in brain cancer patients: a comparison of two instruments. *Proceedings of ASCO*, 13, 466.

SELECTED INSTRUMENT REPORTS OF THE QLI

- Cella, D. & Tulsky, D. (1990). Measuring quality of life today: Methodological aspects. *Oncology* 4 (5), 29-38.
- Clark, E. (1990). Quality of life resources. *Social Oncology Network*, 6 (4), p. 3.
- Ferrans, C. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6 (4), 248-254.
- Ferrans, C. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7 (2), 2-6
- Frank-Stromborg, M. (1988). *Instruments for clinical nursing research*, Norwalk, Conn: Appleton & Lange.
- Grant, M., Padilla, G., Ferrell, B., & Rhiner, M. (1990). Assessment of quality of life with a single instrument. *Seminars in Oncology Nursing*, 6 (4), 260-270.

- Goodinson, S. & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 26 (4), 327–341.
- Index to quality of life instruments by therapeutic category. (1990). *Medical Care*, 28 (12 Supp), DS68–DS77.
- Index to quality of life papers by instrument.* (1990). *Medical Care*, 28 (12 Supp), DS30–DS52.
- Index to quality of life papers by therapeutic category. (1990). *Medical Care*, 28 (12 Supp), DS53–DS67.
- Jalowiec, A. (1990). Issues in using multiple measures of quality of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 6 (4), 271–277.
- Jalowiec, A. (1992). Multidimensional assessment of quality of life in clinical studies. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7, 7–12.
- Molzahn, A. (1993). An evaluation of the nephrology nursing research literature: 1979–1989. *ANNA Journal*, 20 (4), 395–428.
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image*, 22 (3), 187–190.
- Padilla, G., Grant, M., Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Quality of Life Research*, 1, 341–348.
- Quality of life bibliography: quality of life paper by author. (1990). *Medical Care*, 28 (12 Supp), DS3–DS29.
- Rew, L., Stuppy, D., & Becher, H. (1988). Construct validity in instrument development: A vital link between nursing practice, research, and theory. *Advances in Nursing Science*, 10 (4), 10–22.
- Williams, J., & Wood–Dauphinee, S. (1989). Assessing quality of life: measures and utility. In Mosteller, F. and Falotico–Tailor, J. (Eds). *Quality of life and technology assessment*. Washington, D. C., National Academy Press.

QLI PUBLISHED IN ENTIRETY (BY INVITATION)

- Tchekmedyan, N. S. & Cella, D. (Eds) (1990). Quality of life in current oncology practice and research (Special issue). *Onocology*, 4 (5) 221.