□実践ノート

主観的QOL評価に基づいた作業療法

―高齢障害者維持期における試み―

土屋　景子[*1]　井上　桂子[*2]

要旨：高齢障害者維持期の作業療法（OT）は，対象者のQOL向上への援助が必要と考える．しかし，その援助方法は確立されていない．我々は介護老人保健施設の入所者13名を対象に，主観的QOL評価に基づいたOTを試みた．対象者が必要と望む度合いと現状の満足度の両面が把握できるQOL評価を使用し，必要と望んでいるのに満足度が低い項目に焦点を当てたOTを実施した．そして，OT実施前後のQOL評価結果を点数化して比較した．その結果，継続して可能であった9名のうち7名がOT実施後に満足度が上昇した．QOL評価で満足度の低い項目に焦点を当てたことが，施設への適応，生活や価値観の再構築に繋がったと考えた．

作業療法　23：143～152，2004

Key Words：QOL，作業療法，高齢障害者

はじめに

筆者らは，介護老人保健施設（以下，老健施設）で，痴呆のない高齢者維持期を対象とした作業療法（以下，OT）を実施してきた．その中で対象者には，自律性が備わっていること，身体機能の著しい改善は期待できないこと，長期間自宅から離れていること，高齢であり死を意識していること等の特徴があることに気付いた．そして，このような対象者のOTは，残された人生をより質の高いものにするように援助することが大切ではないかと考えた．そのためには，Quality of Life（以下，QOL）を評価し，それに基づいたOTを実施する必要があると考えた．Lawton[1]はQOLの評価を，「その人間のおかれた個人―環境システムに対する，個人的および社会規範的な基準に基づいての多次元的な評価」と定義し，個人的基準に基づく評価を主観的QOL評価，社会規範的基準に基づく評価を客観的QOL評価としている．本稿では「主観的QOL評価」を用いる．

高齢者に対する主観的QOLや主観的幸福感に関する研究は今までに多数行われているが，それらは現状を把握すること，それに基づいて原因を究明すること，環境や疾患による差を比較検討することを目的としたものが多かった[2~6]．近年，具体的な援助による効果についても報告されている[5,7~10]．しかし，その援助方法は様々であり確立されていない．これらの

2002年6月24日受付，2003年11月14日受理
Occupational therapy based on subjective QOL scale：A trial on elderly disabled

*1 介護老人保健施設日立養力センター
Keiko Tsuchiya, OTR：Nursing Home of Hidachi Youriki Center
*2 川崎医療福祉大学
Keiko Inoue, OTR：Kawasaki University of Medical Welfare

報告で，主観的QOLや幸福感を測定するために用いられていた評価は，The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale[11]（以下，PGC）が多数であった[2,4,5,7,9,10]．岩崎[12]は，PGCは高齢者用となっているが治療援助をする立場からみると，得点が低い場合の原因（得点に影響した因子）をさらに突き詰めていかねばならず，双方の負担になる場合が多いと述べている．PGCは主に現在の心理状態に関する質問が多いため，対象者の主観的QOL向上の援助を目的としたOT計画立案のための具体的な問題点の抽出には直接結びつかないと考えた．明石ら[13]，東嶋ら[14]は，高齢者等の主観的QOL向上の援助を行うためには，QOL評価は対象者の「必要度」と「今の状況」の両面から行うのが望ましいと指摘した．そしてQOL向上のためには，「必要度」と「今の状況」の差の大きい項目に真に個人が必要としていることが現れ，それを把握し援助を行う必要があると考えた[13,14]．そこで，「必要度」と「今の状況」の両面が評価できるQOL評価を作成した[13,14]．痴呆のない高齢障害者を対象にした調査で，このQOL評価の「今の状況」とWHO／QOL26[15]に有意な正の相関が認められた[16]．したがって，このQOL評価には構成概念妥当性（収束的妥当性）[17]があると考えた．そこで，このQOL評価を老健施設入所者のOT計画立案とOT実践に用いた．本稿の目的はこのQOL評価を使用し，対象者の「必要度」と「今の状況」の差を把握して計画立案し，アプローチする重要性を報告することである．

使用したQOL評価

今回使用したQOL評価（以下，本QOL評価）を表1に示した．評価項目は，高齢障害者へのインタビュー結果とマズローの欲求段階に基づいて作成された[18]13項目である．そして，対象者へ各項目について次のような2種類の質問をする．すなわち，「あなたの幸せにとってどのくらい必要ですか」（以下，「必要」）と，「今のあなたの状況はどうですか」（以下，「今」）である．「必要」に対しては「絶対必要」から「全く必要ない」，「今」に対しては「全くそうである」から「全くそうでない」のそれぞれ5段階から択一選択を求める．今回は，主観的QOLの経時的変化をみるため，また提示しやすくするために，各項目に対する回答を点数化した．各項目に対する回答について，「必要」は，絶対必要＝5，必要＝4，どちらともいえない＝3，あまり必要ない＝2，全く必要ない＝1とし，「今」は，全くそうである＝5，まあそうである＝4，どちらともいえない＝3，あまりそうではない＝2，全くそうではない＝1とした．

本QOL評価は，質問項目を用いてインタビューすることにより，対象者が主観的QOLの様々な側面をどう考えているかを知るとともに，現在の状況を知り対象者を理解しようとする．作成者ら[13]は，インタビュー時に対象者が示す言動も重要視し，評価用紙に言動観察所見，具体的な訴えや希望を記入する欄を設けている．本評価の特性の第1は，個々の項目に対して「必要」と「今」を聞くことで，その項目に対する個々人の価値観と現状の満足度の両面が測定できることであり，そしてその両者の差に援助の必要な内容が具体的に現れることにあると考える．また限界の第1は，適応対象者が理解力や判断力が良好な者に限定されることであると考える．

対　象

老健施設入所者のうち，痴呆を合併しない，身体障害を有する要介護高齢者，女性9名，男性4名の計13名とした．年齢は69～90歳（平均81.5±7.1歳）であった．対象者の概要を表2に示した．なお，これらの対象者には個別のOTは実施していなかった．

方　法

対象者に対し，最初に身体機能評価，ADL評価（Barthel Indexを使用），本QOL評価，補助的な評価として，改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下，HDS-R），自己評価式抑うつ尺度（以下，SDS），PGCを実施した（1回目評価）．

表1　QOL評価

	●あなたの幸せにとってどのくらい必要ですか？					●今のあなたの状況はどうですか？				
	絶対必要	必要	どちらともいえない	あまり必要ない	全く必要ない	全くそうである	まあそうである	どちらともいえない	あまりそうではない	全くそうではない
①からだの具合がよい（「からだ」）										
②心が安定している（「こころ」）										
③知能が保たれている（「知能」）										
④安全に暮らせる場所があって助けてくれる人がいる（「安全」）										
⑤医療や年金など社会制度がよくて経済的に安定している（「経済安」）										
⑥家族と一緒に楽しく暮らす（「家一緒」）										
⑦友人など家族以外の人と楽しく暮らす（「友一緒」）										
⑧社会と繋がりがある（「社会繋」）										
⑨家族に迷惑をかけない（「家迷惑」）										
⑩家族の役にたつ（「家族役」）										
⑪他人や社会の役にたつ（「他人役」）										
⑫楽しんだり充実感を得るための作業をする（「楽作業」）										
⑬夢や希望がある（「夢希望」）										

（　）：本文中で用いた略語

表2　対象

症例	性別	年齢	疾患（障害）名
1	男	69	脳梗塞（左片麻痺）
2	女	73	脊髄炎（両下肢麻痺）
3	男	84	多発性脳梗塞
4	女	77	関節リウマチ，糖尿病，虚血性心疾患
5	女	88	うっ血性心不全，糖尿病
6	男	71	脳梗塞（失調），糖尿病
7	女	79	脳梗塞，高血圧，糖尿病
8	女	89	パーキンソン病，高血圧，糖尿病
9	女	88	糖尿病，高血圧，変形性脊椎症
10	女	80	多発性脳梗塞，陳旧心筋梗塞
11	女	84	多発性脳梗塞，胸部打撲
12	女	90	脳梗塞（左片麻痺）
13	男	82	パーキンソン病

対象者の本QOL評価において，「必要」の評定より「今」の評定が2段階以上低い項目のうち，対象者が希望し，かつ当面達成可能な項目を選び，それに基づいて個々人のOT計画をたてた．約2〜3ヵ月間OTを実施した後に再び本QOL評価，その他（PGC以外）の評価（2回目評価）を行ってOT計画を見直し，再び約2〜3ヵ月間OTを実施した．そして，最終評価（3回目評価）として本QOL評価，その他（PGC以外）の評価を行った．本QOL評価をはじめとする質問紙による評価は，第一筆者が面接による聞き取りで実施した．

結　　果

各対象者の1回目評価結果およびアプローチの期間・回数と内容を表3に示した．対象者の体調などの都合で当初の計画通りには進まず，対象者によって期間や回数が様々となった．また，対象者のうち4名は入院や死亡のためOT

表3 評価結果とアプローチの概要（身体アプローチ以外）

症例	1回目評価				経過1			2回目評価			経過2			3回目評価		
	HDS-R	SDS	PGC	ADL (BI)	期日	全回数	主な内容	HDS-R	SDS	ADL (BI)	期日	全回数	主な内容	HDS-R	SDS	ADL (BI)
1	24	57	—	65	平成11年 8/17〜10/22	22	家へドライブ，スティック細工	23	45	65	平成11年10/23〜平成12年1/12	13	年末年始の外泊，クッキー作り	23	48	65
2	24	57	4	45	平成12年 4/7〜6/22	16	ドライブ，花見，買物，抹茶，七宝焼	25	52	40	平成12年 6/23〜9/5	26	買物，押絵	26	60	35
3	29	40	5	100	平成12年 4/3〜6/22	22	花見，ドライブ，野菜の水やり，買物	28	47	100	平成12年 6/23〜9/12	21	家族旅行2泊3日，帰宅	30	36	100
4	30	42	5	90	平成12年 3/11〜6/13	20	花見，七宝焼，押絵	29	35	85	平成12年 6/14〜9/16	24	通所リハで，身体アプローチのみ	24	40	75
5	18	52	1	95	平成12年 3/4〜5/29	25	花見，ゲーム，買物，押絵	19	48	95	平成12年 5/31〜8/31	25	通所リハで，身体アプローチのみ	18	54	95
6	21	52	4	95	平成12年 4/17〜6/22	24	花見，ゲーム，ドライブ	20	39	70	平成12年 6/23〜9/12	21	トランプ	17	32	70
7	26	39	4	95	平成12年 3/4〜6/30	22	花見，押絵	26	43	95	平成12年 7/3〜8/31	19	抹茶，パッチワーク	27	36	95
8	28	37	8	95	平成12年 3/4〜6/13	37	花見，買物，押絵，抹茶，ゲーム	28	38	95	平成12年 6/14〜8/31	34	抹茶，買物，押絵，パッチワーク	28	38	95
9	27	43	8	95	平成12年 3/4 〜6/13	27	花見，七宝焼，押絵	28	34	95	平成12年 5/23〜8/31	23	買物，抹茶，押絵	27	32	95
10	25	38	5	95	平成12年 3/11〜4/12	8		4/16 退所し，通所リハを利用していたが，入院となった．								
11	18	34	13	90	平成12年 3/9〜6/22	20	花見，買い物，七宝焼	6/26 退所し，入院となった．								
12	25	41	7	95	平成12年 3/11〜4/30	10	こいのぼりのちぎり絵	4/20 退所し，通所リハを利用していたが6月末から入院し，7月に死亡した．								
13	18	42	6	40	平成12年 4/5〜7/1	17	身体アプローチのみ	7/20 退所し，8月中旬死亡した．								

を継続することができなかった．

まず，継続してOTが実施できた9症例のQOL点数の変化を報告し，次いで，本QOL評価に基づいたOT計画立案と実施の具体的な例を示すために1症例を紹介する．

1．9症例のQOL点数の変化

継続してOTが可能であった9症例について，評価回数ごとの本QOL評価における各項目の点数と合計点数を表4に示した．「今」の合計点数の個々人の変化をみると（表4），1回目，2回目，3回目と連続して上昇したのは2名（症例6と7），1回目に比べ2回目は数値が上昇したが3回目に下降したのは5名（症例1，2，3，5，8），1回目，2回目，3回目と連続して下降したのは1名（症例4）であった．症例9は2回目が1回目より下降したが3回目は2回目より上昇した．症例4と9を除く7名は，1回目に比べ2回目，あるいは3回目の「今」の合計点数が上昇していた．

症例4は関節リウマチで，1回目評価後，発熱が続いたため病院へ入院し，2週間後に再入所した．2回目評価の直後に退所し，通所に移行した．3回目評価で「今」の数値が著しく低下した項目は，①「からだ」，⑦「友一緒」であった．本症例は，「からだの具合が悪いために家族や他人の役にもたたなくなった，夢も希望もない」と訴えていた．

症例9は2回目評価直前に家族とトラブルがあり，⑩「家族役」，⑪「他人役」の「必要」が2段階も低下した．評価時，自分に言い聞かせるように「時代がすんだ．もう，よしにしよう」といった．

2．症例報告（表2〜4の症例1に該当）

69歳の男性で，脳梗塞による左片麻痺，病前の職業は自動車修理工であった．妻は平成9年に死亡し，一男三女があるがそれぞれ独立し家庭をもっていた．平成9年9月左片麻痺を発症し，2ヵ所の病院での入院と1ヵ所の老健施設を経て，平成11年8月当老健施設に入所した．

1）1回目評価

身体機能：Brunnstrom stageは左上肢・下肢・手指II，左上下肢の表在感覚軽度鈍麻，深部感覚重度鈍麻であった．ADL：歩行はロフストランド杖にて中等度介助．更衣は部分介助，入浴は昇降式入浴装置を使用し，洗体は部分介助であった．他は車椅子で自立していた．精神機能：HDS-Rは24点，SDSは57点であった．

本QOL評価で「今」が「必要」より2段階以上低い項目は，②「こころ」，④「安全」，⑥「家一緒」，⑦「友一緒」，⑧「社会繋」，⑫「楽作業」，⑬「夢希望」であった．このうち，症例の希望と優先順位を考慮し次のような計画をたてた．

2）作業療法計画1

(1)作業療法士が何でも相談できる相手となる：②「こころ」，④「安全」を「(絶対）必要」と答えているにもかかわらず，現実は「あまりそうではない」と答えていることから，精神的に不安定であり，かつ現在の生活環境に不安を感じていると考えた．これは，入所から間もないので，環境や人間関係に対し不安が高いためと考え，まず作業療法士との関係作りからはじめようと計画した．

(2)他の入所者とともに作品を作る：⑦「友一緒」，⑫「楽作業」を「必要」と答えているが，現実は「全くそうではない」と答えていた．友人と一緒に作業したり，楽しく過ごしたいと望んでいると考え，他の入所者と一緒に作業する環境を提供しようと計画した．

(3)外出し気晴らしをする：②「こころ」，⑫「楽作業」，⑬「夢希望」を「(絶対）必要」としているにもかかわらず，現実は「あまり（絶対）そうでない」という答えであった．精神的に不安定で，楽しさや充実感が感じられない毎日を過ごしていると考えた．さらに，自己実現の欲求を示していると考えた．そこで，インタビュー時に具体的希望として語った，「自宅に帰りたい」，「友人に会いたい」という内容を考慮して計画した．

表4　各回の個々人のQOL点数

	①からだ		②こころ		③知能		④安全		⑤経済安		⑥家一緒		⑦友一緒		⑧社会繋		⑨家迷惑		⑩家族役		⑪他人役		⑫楽作業		⑬夢希望		合計	
	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今	必要	今
症例1																												
1回目	4	3	4	2	2	4	5	2	4	4	5	2	4	1	5	1	5	4	2	2	2	2	4	1	5	1	51	29
2回目	5	3	5	4	4	4	5	4	5	4	4	1	5	5	5	2	2	4	2	2	2	2	5	4	5	4	54	43
3回目	5	4	4	2	4	4	4	4	5	4	3	3	2	2	4	2	4	2	2	4	3	3	3	2	2	2	45	38
症例2																												
1回目	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	4	2	1	3	38	35
2回目	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4	3	2	4	4	2	2	2	2	4	3	2	2	43	38
3回目	4	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	2	2	4	4	2	1	2	1	4	4	4	1	46	34
症例3																												
1回目	5	2	5	3	5	3	5	2	5	3	5	1	4	1	5	5	5	3	4	2	4	2	5	2	5	2	62	31
2回目	5	3	5	4	4	3	5	3	5	5	4	3	4	1	5	2	5	5	4	1	4	1	4	3	4	4	58	38
3回目	5	3	5	3	5	2	5	5	5	4	5	1	4	4	5	3	5	4	4	2	4	2	4	2	4	1	60	36
症例4																												
1回目	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	4	3	2	5	1	5	2	2	2	3	3	3	2	54	43
2回目	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	2	4	2	4	2	4	1	54	41
3回目	5	2	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	2	2	2	2	5	4	3	1	2	1	4	1	4	1	50	37
症例5																												
1回目	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	2	2	5	4	4	2	4	2	4	4	2	1	49	37
2回目	4	2	4	2	4	2	4	4	4	3	4	4	2	2	2	4	4	5	4	2	4	2	4	4	2	2	46	38
3回目	3	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	2	1	4	4	4	2	2	2	4	2	4	4	47	36
症例6																												
1回目	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	5	4	2	4	2	4	2	4	2	52	35
2回目	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	3	4	2	3	2	4	2	4	2	4	4	51	39
3回目	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	53	47
症例7																												
1回目	5	3	4	4	5	4	5	4	4	4	4	3	2	2	2	2	4	3	4	1	1	1	4	2	4	2	48	35
2回目	5	4	3	2	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	2	50	45
3回目	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	55	51
症例8																												
1回目	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	5	4	3	4	2	2	4	2	3	3	48	43
2回目	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3	2	2	4	3	2	1	3	3	4	5	2	2	46	44
3回目	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	5	5	2	2	2	1	4	4	2	1	48	43
症例9																												
1回目	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	2	2	1	50	43
2回目	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	1	4	4	4	2	4	4	2	2	2	2	2	4	4	1	48	40
3回目	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	2	2	4	4	4	2	4	4	2	2	2	2	4	2	2	2	44	42
平均	4.41	3.19	4.26	3.41	4.15	3.63	4.30	3.96	4.33	4.07	4.00	2.59	3.52	2.85	3.44	2.63	4.26	3.67	3.19	2.11	2.85	2.04	3.93	2.81	3.33	2.19		
SD	0.56	0.94	0.52	0.91	0.59	0.91	0.46	0.69	0.47	0.47	0.72	1.16	0.92	1.21	1.13	1.06	0.70	1.05	0.98	0.83	1.01	0.74	0.54	1.09	1.12	1.12		

3）経過1

(1)作業療法士が何でも相談できる相手となる：当初は表情が硬く，「早く火葬場に行きたい」ということもあった．9月13日にゆっくりと話を聞いた．太平洋戦争時単身で中国大陸に残された苦労話であった．その後，笑顔が増え，「自宅に3年も帰っていないので一度帰ってみたい」，「大連に行きたい」などの発言があった．また，自宅に外出した9月29日以降は，顔が合うと笑顔で挨拶し，困っていることを話すようになった．

(2)他の入所者とともに作品を作る：9月20日頃からスティック細工に誘導したが，当初は投げやりな態度であった．自宅に外出した日以降は，自発的に作業に取り組み，鉛筆立てを約1ヵ月かけて作成した．でき上がりに満足そうであった．

(3)外出し気晴らしをする：9月29日に作業療法士が同行して約20km離れた自宅にリフト車で帰った．3年ぶりに近所の人たちに会え，「本当に嬉しかった」と感想を述べた．これ以降は，食べたいものや行きたい所など自分の希望を話しはじめた．

4）2回目評価

身体機能，ADLは変化がなかったが，SDSは45点になった．本QOL評価の「今」が2段階以上改善したのは，②「こころ」，④「安全」，⑦「友一緒」，⑫「楽作業」，⑬「夢希望」であった．本QOL評価で「今」が「必要」より2段階以上低い項目は，①「からだ」，⑥「家一緒」，⑧「社会繋」であった．⑫の質問時には「昔作った餃子をもう一度作ってみたい」といって皮を伸ばす動作を真似た．

5）作業療法計画2

症例の希望と優先順位を考慮し次のような計画をたてた．

(1)身体機能的アプローチ：①「からだ」は「絶対必要」であるが，現実は「どちらともいえない」と答えたことより，身体機能に不安を持っていると考え，計画した．

(2)年末の行事に参加する：⑧「社会繋」は「絶対必要」であるが，現実は「あまりそうではない」と答えたことより，入所者と家族に配るクリスマス会のクッキー作り，クッキー包装の作業への参加を計画した．餃子作りの希望も取り入れた．

(3)年末年始に外泊をする：⑥「家一緒」は「必要」であるが，現実は「全くそうではない」と答えたことより，年末年始の外泊予定を家族とともに計画した．

6）経過2

(1)身体機能的アプローチ：関節可動域，移乗動作，歩行訓練を週3回実施した．訓練中は意欲的であった．しかし，機能，能力に改善はみられなかった．

(2)年末の行事に参加する：12月8，12，15日には，クリスマス会に入所者と家族に渡すためのクッキー作りに他の入所者とともに参加した．クッキーの種を麺棒で伸ばす作業は手際よくできた．

(3)年末年始に外泊をする：息子の妻の実家と長女の家に外泊をした．外泊前は「迷惑をかける」などといい，泣き顔をみせることが多かった．外泊から帰ってからは「長女の夫はとてもよくしてくれた」と嬉しそうにいい，感情的には落ち着きを取り戻していた．

7）3回目評価

身体機能，ADLは変化がなかった．SDSは48点であった．本QOL評価の「今」が2段階以上改善したのは，⑥「家一緒」，⑩「家族役」，低下したのは，②「こころ」，⑦「友一緒」，⑨「家迷惑」，⑫「楽作業」，⑬「夢希望」であった．「今」が「必要」より2段階以上低い項目は，②「こころ」，⑧「社会繋」，⑨「家迷惑」となった．評価時に「同室者がうるさくて，夜，眠れない」と不満をもらした．

考　　察

1．今回のOTの効果

対象者の本QOL評価の「今」の合計点を評価回数により比較したところ，OTアプローチ後（2あるいは3回目評価）はアプローチ前（1回目評価）より，9症例中7症例に上昇がみられた．これは，少人数でのグループ活動（ド

ライブ，花見，お抹茶クラブ，買い物）や個々人の望んだ作業を行ったことによって，主観的満足度が向上したためと考える．すなわち本QOL評価をし，対象者が「必要」と感じているのに「今」の満足度が低い項目に焦点を当て，対象者の希望を取り入れて行った今回のアプローチは有効であったと考える．

しかし，個々人の本QOL評価の「今」の合計点の変化をみた時，9症例中5症例は，2回目は1回目に比べ値が大きくなったが，3回目は2回目より低下していた．これは，評価1回目と2回目の間の「経過1」は，新しいOTアプローチが始まったという大きい変化があったのに比べて，評価2回目と3回目の間の「経過2」でも同様なアプローチを行ったが，その内容には目新しいことはなく，同じような刺激を与え続けたためと考える．刺激に慣れてくるとあたり前になってしまい[19]，主観的満足度の低下という結果になったと思われる．

上記の具体例として，症例1について考察する．症例1は，1回目評価時のQOL評価では，「必要」より「今」の点数が2段階以上低い項目が13項目中7項目（②「こころ」，④「安全」，⑥「家一緒」，⑦「友一緒」，⑧「社会繋」，⑫「楽作業」，⑬「夢希望」）あり，SDSは57点であった．発言も自己否定的，悲観的なものが多かった．しかし，9月13日に作業療法士がゆっくりと話を聞いてから，作業療法士との関係作りができはじめたと思われる．また，3年ぶりに帰宅できた時には，言語化した希望が1つかなったという喜びと，近所の人々に歓迎されたことで自己存在の再確認ができたと考える．他の入所者と一緒に作品を作ったことも，達成感とともに施設に適応した感覚が獲得できたと考える．その結果2回目評価では，1回目評価で「必要」より「今」の点数が2段階以上低かった7項目のうち5項目の「今」が改善し，SDSも45点になった．しかし，未解決の2項目（⑥「家一緒」，⑧「社会繋」）と新たに①「からだ」の3項目は，「今」の点数が「必要」より2段階以上低かった．年末年始であったので，クリスマス行事の手伝いと，長女宅と息子の妻の実家に外泊をした．外泊後は，家族の暖かさや優しさを感じたと思われ落着いていた．しかし同室者との問題が新たに生じた．3回目評価では，②「こころ」，⑧「社会繋」，⑨「家迷惑」の「今」の点数が「必要」より2段階以上低かった．②「こころ」は同室者とのトラブルが影響したと考える．⑨「家迷惑」は外泊時に家族に迷惑をかけたと考えていたためと思われる．このように，主観的満足度は直前に起こった家族や生活の場での状況に左右されやすいと考える．

2. 主観的満足度が改善しなかった理由とその対策

今回のアプローチで，本QOL評価の「今」の合計点が向上しなかった症例4と9について考察する．

症例4は「今」の合計値が評価回数につれて低下した．本症例は，関節リウマチで痛みを伴い，さらに症状が増悪している時期であった．症状の増悪とともに，本QOL「今」の合計点は低下した．身体機能の障害をきたす慢性疾患では，無気力からうつ状態になりやすいといわれている[20]．一般に，身体機能およびADL能力はQOLの重要な要因であることが明らかにされている[21]．したがって，身体機能の維持は主観的QOLを維持・向上するために必要であると考える．

症例9の「今」の合計点は，1回目43点，2回目40点，3回目42点であった．2回目の点数が低下したのは，評価前に家族とのトラブルがあったことが影響したためと考える．また2回目評価時には，⑩「家族役」，⑪「他人役」の「必要」は2段階も低下した．さらに自分に言い聞かせるように，「時代がすんだ．もう，よしにしよう」という発言があった．長谷川ら[22]は，「老人は，残された人生の有限性を痛感させられ，その結果自己評価はきわめて現実的となり，投げやりで無感動な毎日に陥りやすくなる」と指摘している．症例9は，家族や社会での役割を喪失したと感じている現実生活の中で，その必要性を否定したのではないかと思

われる．この傾向は他の対象者にも認められた．今回の全対象者のQOL評価結果を項目間で比較した時，「必要」，「今」ともに，平均値がもっとも低い項目は，⑪「他人役」，次いで⑩「家族役」であった．対象者は知的機能が保たれ，現実検討能力もあるので，自らの置かれている状況が把握できていると考える．これらの項目の「今」の値が低かったことは，対象者が施設生活の中で家族や社会の役割を喪失したと感じていることを示唆する．対象者は，長い間家族や社会に貢献し続けてきた．そのため，「他人や社会の役にたつ」あるいは「家族の役にたつ」の意味を，現役で働いていた時と同様に考えているのではないかと思われる．対象者に，自分の存在そのものが価値を持つことへの気付きを促し，今までとは違った自己価値が構築されるよう援助することが必要であると考える．そのためには施設スタッフが対象者を尊敬し，その尊敬の念をフィードバックすることが自尊感情を高めることに繋がると思われる．

おわりに

老健施設に入所している高齢者維持期の対象者の主観的QOL向上とは，まず生活の場である施設内に適応し，生活や価値観を再構築することであると思われる．そのために作業療法士に必要なことは，対象者が困った時に相談できるような信頼関係を築くこと，そして個々人が求めていることや趣味や特技を知り，仲間とともにすごす楽しい時間を提供し，施設内での楽しみや居場所が定着するように援助することであると考える．その際，対象者を理解する一手段として本QOL評価は役だつことが示唆された．今回，対象者は「必要」すなわち価値観を話す時，自らの生活歴や職歴だけでなく，苦労話や悩みまでにも話が及ぶことが多かった．本QOL評価の実施は，対象者の現在の状況を把握するだけではなく，過去の経験や家族関係の話を聞き，対象者の世界を経験する機会を持つことができた．また今回のOT実施中，対象者13名のうち2名は死亡，2名は入院し中断となった．この出来事は，老健施設が対象者にとって人生の終焉の場になる可能性が大きいこと，それゆえに主観的QOL向上へのアプローチの必要性をより強く感じさせた．高野ら[23]は，ターミナルになればなるほどQOLが重視されると述べている．平均年齢80歳を超えた老健施設でも，QOLは同様に重視されるべきであると考える．

文　献

1) Lawton MP：Assessing quality of life in Alzheimer disease research. Alzheimer disease and associated disorders 11(suppl 6)：91-95, 1997.
2) 阿野美子，東登志夫，沖田　実，谷口照六，長尾哲男：高齢入院患者のQOL—老人デイケア利用者と比較して—．作業療法17：273-279, 1998.
3) 坪井章雄：在宅高齢障害者と特別養護老人ホーム利用者のQOLの比較検討．作業療法15：317-321, 1996.
4) 入内島一崇，峯島孝雄：施設高齢者の認知的社会関係と主観的QOLの関係．The Journal of Tokyo Academy of Health Sciences 12：37-42, 1999.
5) 山下一也，飯島献一，小林祥泰：特別養護老人ホーム入所者のADLとQOLの1年間の変化．日本老年医学会雑誌36：711-713, 1998.
6) 清水裕子，佐藤みつ子，森　千鶴，大下静香：在宅高齢者と施設入所（入院）高齢者のQOLに関する研究．山梨医大紀要16：23-27, 1999.
7) 日垣一男，宮前珠子：長期入院脳血管障害患者の主観的幸福感—作業療法受療者と非受療者の比較—．作業療法19：554-561, 2000.
8) 小林法一，宮前珠子：施設で生活している高齢者の作業と生活満足感の関係．作業療法21：472-481, 2002.
9) 大松慶子，山田　孝：グループレクリエーションが高齢者の主観的幸福感に及ぼす影響の検討．作業療法19(特別号)：338, 2000.
10) 日垣一男，大島永子，西川智子，宮前珠子：高齢障害者の主観的幸福感の経時的変化．作業療法21(特別号)：355, 2002.
11) Lawton MP：The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, A Revision. Journal of Gerontology 30：85-89, 1975.
12) 岩崎テル子：老年期の障害学．老年期障害—作業治療学4—（作業療法学全書7），協同医

書出版社，東京，1999，pp. 21-40.
13) 明石　謙，東嶋美佐子，井上桂子，福意武史，妹尾勝利：身体障害を持つ要介護高齢者等のQOL評価に関する研究．平成10年度岡山県老人保健推進特別事業報告書，1998，pp. 145-184.
14) 東嶋美佐子，井上桂子，福意武史，妹尾勝利，西本千奈美，他：身体障害を持つ要介護高齢者等のQOL―その2：QOL評価表の作成―．作業療法19(特別号)：411，2000.
15) 田崎美弥子，中根充文：WHO/QOL26手引．金子書房，東京，1997.
16) 土屋景子，井上桂子：我々が用いているQOL評価の妥当性の検討―WHO/QOL26，PGCモラルスケール，SDSとの比較―．作業療法20(特別1号)：334，2001.
17) 原岡一馬：心理学研究の方法と問題．ナカニシヤ出版，京都，1990，pp. 238-239.
18) 福意武史，井上桂子，東嶋美佐子，妹尾勝利，西本千奈美，他：身体障害を持つ要介護高齢者等のQOL―その1：QOL評価における構成要素の抽出―．作業療法19(特別号)：410，2000.
19) 戸田正直：感情―人を動かしている適応システム―．東京大学出版会，東京，1994.
20) 広瀬徹也：老年期の抑うつ感．臨床精神医学20：21-27，1991.
21) 萬代　隆：Quality of Lifeの評価方法．平成6年度健康・体力づくり財団健康情報研究事業報告書，1995，pp. 8-12.
22) 長谷川和夫，賀集竹子：老人心理へのアプローチ．医学書院，東京，1992，pp. 10-44.
23) 高野正孝，高橋照江，磯崎千枝子：ターミナルケアとQOL．作業療法ジャーナル26：18-22，1992.

Occupational therapy based on subjective QOL scale：
A trial on elderly disabled

By

Keiko Tsuchiya*1　Keiko Inoue*2

From

*1Nursing Home of Hidachi Youriki Center
*2Kawasaki University of Medical Welfare

The elderly disabled, with regard to Occupational Therapy (OT), need more support to improve their QOL. However, the method of support has not yet been established. We tried OT on 13 subjects in the Nursing Home based on a subjectively evaluated QOL scale. The scale evaluated 13 items with regard to necessity factors and degree of satisfaction. We tried OT focusing on items, which measured as expected with regard to necessity factors but measured below expectations with regard to degree of satisfaction. Then, we compared the QOL score before and after the OT program. As a result, the satisfaction score improved in 7 out of 9 subjects who could continue the OT program. In conclusion, adapting to the Nursing Home with regard to reorganizing patients' living environments improves QOL for elderly disabled.

Key words：QOL, Occupational therapy, Elderly disabled