

認知症高齢者の「QOL」の概念化・尺度化・ 援助設定をめぐる論点の整理

田島明子 岩田美幸 籾脇健司 小林隆司

Discussion point over conceptualization, scaling, help setting of “QOL”
for the Eldery with Dementia

Akiko TAJIMA, Miyuki IWATA, Kenji YABUWAKI, Ryuji KOBAYASHI

要 旨

本稿では、認知症高齢者の「QOL」の概念化・尺度化・援助設定をめぐる論点について関連文献から調査し、整理した。その結果、①「QOL」総体で捉えることの困難性、②認知症高齢者の主観を捉えることの困難、③援助設定のための概念としての「QOL」、④認知症高齢者の立場から世界を見直す試みの必要性、⑤「QOL」と「能力」の結びつきの否定、の5つに論点を集約した。

キーワード：認知症高齢者、QOL

Key words：Eldery with Dementia, QOL

1. はじめに

認知症高齢者の作業療法では「QOL」の向上が支援の目標とされるが、「QOL」については概念検討に先行して尺度化が検討¹⁾されており、尺度が概念を規定している感さえある。1つには問題把握や効果測定のためにそれが急がれたこと²⁾、もう1つは認知症高齢者における「QOL」の捉え難さ³⁾もその一因となっているかも知れない。

本来「QOL」は、従来の医療的介入に対して個別性や主観性の大切さを強調する機能を持っていたが、認知症高齢者の場合、その疾患特性ゆえに意思表出することの困難があるため、把握方法に大きな課題を抱えている。さらに、生活の中で多くの介入（ケア）を要する認知症高齢者にとって「QOL」は介入（ケア）の質とほぼ同義⁴⁾であり、援助のあり様が「QOL」を規定することにもなる。

このように認知症高齢者の「QOL」は難解な様相を呈しているが、その概念化・尺度化・援助設定をめぐる研究蓄積も多い。そこで本研究では、認知症高齢者の「QOL」の概念化・尺度化・援助設定

をめぐる論点について関連文献を辿り整理することにした。

2. 対象と分析方法

対象：医中誌 WebVer.4 にて1983年～2009年と期間設定を行い、①「認知症／痴呆性高齢者」「QOL」「評価」を検索条件とし、ヒットした文献の中から「QOL」の包括的な評価についての文献、②「認知症／痴呆性高齢者」「QOL」を検索条件とし、ヒットした文献の中から「QOL」について検討している文献、さらに関連書籍等についても調査対象とした。

分析方法：各文献から、認知症高齢者の「QOL」の概念化・尺度化・援助設定をめぐる論点について抜粋し、データ化を行い、それらデータから中核となる論点を抽出した。なお、データは〈<http://www5.ocn.ne.jp/~tjmkk/nintisyuqol.htm>〉にて誰もが閲覧できるようにした。

3. 結 果

認知症高齢者の「QOL」の概念化・尺度化・援

助設定をめぐる論点について、概ね次の5点を捉えることができた。

1) 「QOL」総体で捉えることの困難性

「QOL」にそもそも内在する「総体で捉えることの困難性」である。具体的には尺度化しきれないこと、生活の連続性、揺れを捉えることの困難が指摘されていた。

1つは、室伏³⁾による尺度化の困難を指摘するものである。

室伏³⁾は、「QOL」について、「その主眼となるものは人間的で理想的な生活や、個人の社会の幸福感や満足感といわれる。そしてその構造内容については、一般的に人間関係の幸福、物質的充実、地域社会や環境の改善、個人の啓発、趣味やレクリエーションの充実、社会貢献や社会参加などである。さらに医療の分野では、健康や疾患の状態、ADLなどのよい方向への回復、維持、向上などがあげられている」とするが、認知症高齢者の場合、理念的にはその方向を目指すとしても簡単に定義できるものではないとし、原点的に留意することとして、「①客観的な処遇環境の、とくにメンタルな面での快適性、②主観的な安心・安定・安住の感じ（満足感）、③日常生活活動の客観的な作業能力の量的評価よりも、自主性などの質的把握などが重視される」とする。しかしその一方「QOLについては尺度化が試みられているが、QOLはもともと科学的技術中心の医療の推進においてはそれをはずれる抜け目や負い目のものが、人間にとって重要であると喚起されてきたものである。そのため、これに対して再び科学的方法論としての尺度化を試みることは、やはり目指す本質が抜け落ちて、つかみがたいものとなる可能性がある。皮相的な把握や評価にならないように慎重を要する」と科学的方法論の進展に共振して「QOL」の尺度化がなされる時、「それをはずれる抜け目や負い目」がやはり生じうる危険を指摘していた。

また、黒田¹⁾は、「QOL」概念を用いる研究者がこの概念を用いることで獲得される目的を何に置いているかではないか。そして、その研究の成果

が、ひいては人々のQOLの向上へと貢献できるのであれば、それを科学的に証明する方向であれば善しとして良いのではないか」と言及する一方で、「虚血性心疾患患者のQOLの実態を調査する中で、Kleinpellが抽出したのと同じ、人生の満足や自尊心をQOLを構成する要素と考えた。しかし人生の満足を1つ取り上げても、それでは、『人間にとって満足とは一体何だろう』、『満足ってというのは流動的なものではないか』などなど、疑問は尽きなかった」とし、「QOL」概念の確定のし難さ、測定すること困難性を指摘していた。

さらに小澤⁴⁾は、こうした黒田の言及を受け、「黒田もまた、QOLの操作的測定法の展望を行いながらも、『QOLは静的ではなくひとりの人間の生きるプロセスという観点からみると連続していて、しかも揺れ動いている、このことを踏まえ、なおかつひとりの人間を全体論的にとらえようとする、科学的なQOL測定を目指せる条件に乏しい』と述べている」と表現し、人間の生きる過程における連続性、揺れを包摂できるような全体論的な科学的測定法の成立の困難性を改めて指摘していた。

2) 認知症高齢者の主観を捉えることの困難

2つめは「認知症高齢者の主観を捉えることの困難」である。1つの解決策として感情・表情を指標にすることが提案され、陽性感情を「良い」と捉える文献が多い中、陰性感情も「悪い」とは限らないとする文献があった。

そもそも認知症高齢者の心理的 well-being の評価指標として感情・表情に着目し、「肯定的情動の存在と否定的情動の欠如」を挙げ、それを測定するために Ekman and Friesen⁵⁾の表情分析を参考にした Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (PRS) を開発したのは Lawton⁶⁾であった。日本においても、阿部他⁷⁾、森本他⁸⁾、寺田他⁹⁾、土屋他¹⁰⁾、鈴木他¹¹⁾らは認知症高齢者の「(主観的) QOL」の尺度・調査票開発を試みているが、それらには感情・気分・表情が指標に含まれ、それらの文献中の多くが、それを「肯定的感情」「陽性感情」と「否定的感情」「陰性感情」に分節化し、前者が「(主観的)

QOL」が良好である状態を示し、後者が「(主観的) QOL」の低下した状態を示すものとしていた。

そうしたなか村上他¹²⁾は、「『unhappy』と捉える表情は、何かに打ち込んでいる時の真剣な表情や考え込んでいる表情も含まれていると考えられる。よってこれらのことから、表情による評価は何か良くて何か悪いかということは一概に言うことはできないと考えられる。あえて表情を評価するなら、表情の『ある』、または『ない』の2種類で行うことが良いのではないだろうか。つまり『unhappy』をもう少しポジティブに捉えるということである」と提案を行う。その理由は、「疑問を持つことなく笑顔などをポジティブな評価として、そのまま捉えることによって、サービス提供者側は一律的なサービスを提供してしまう可能性がある。極端な例をあげると、サービス提供者はポジティブな評価である笑顔を得ることができるなら、単に笑わせる行動が強化をうける。しかし、それによって利用者は主体的な生活ではなく、受身的な生活を送ることになるかもしれない。なぜなら、サービス利用者が主体的に活動に対し熱心に従事しているときは、ネガティブと評価される表情が往々にして現れることがあるためである。笑顔を指標とする方針の下では、そのような表情が表出されることをサービス提供者が避けてしまうことによって、主体的な活動の機会を奪う可能性がでてくる」からである。

しかし認知症高齢者の感情・表情について詳細な検討を行っている土屋他¹⁰⁾では、村上他¹²⁾が指摘する「真剣な表情」については「肯定的感情」にカテゴリ分けしており、「否定的感情」として捉えてはいなかった。人の感情・表情は多様なものであり、単純に二分化することの困難と同時に、各研究者間でそれらの定義が錯綜している現状が伺われた。

3) 援助設定のための概念としての「QOL」

「行動的 QOL」「援助つき QOL」という新しい概念を呈示し、選択機会を保障しそれを支援するというものであり、尺度化に対して「(権利のボトムアップのための) 援助設定のための概念」として「QOL」を捉えている文献があった。

具体的には、望月¹³⁾によるものがあるが、望月¹³⁾は、「環境側に『正の強化』⁽¹⁾を配置するということは、対象者が一方的に、何か好ましいものを『与えられる』(given)ということではない。あくまでも本人の行為によって『獲得する』(get) ことにより、さらに当該行動が継続されるという状態を作ることである(これは、われわれの日常的な用語で言うところの『自発的行為』が成立しているという事態である)。そしてこのような行動の状態こそが、行動的立場から考えられる『よりよく生きる』ことであり、後述する行動的 QOL の考え方のベースとなる」とし、その尺度化は、「個人差を前提とした『正の強化』をもたらず環境設定と、本人がそれを繰り返し行うという行動レベルで示される満足度によって、環境と個人の双方の要因を兼ね備えた尺度を準備することができる」とし、こうした「『正の強化』を受けられる行動機会の選択肢を増大する」という形で表現される」尺度化は、従来型の「QOL」の指標である、生活環境側の物理的社会的設定や個人の主観的な満足度において希薄になりがちであった、個人がそれぞれに持つ固有な環境との関係性への着眼が可能となり、「行動」という個人と環境との相互作用を軸に「QOL」を想定することが可能となるとする。これが「行動的 QOL」の意味するところである。

また、「行動的 QOL という枠組みは、障害を持つ個人の『障害性』(impairment や disabilities) を改善し、その結果として『生活の質』を高めるという『能力のボトムアップ』の展開を想定したものではない。現状の障害性のままに、その障害の軽重にかかわらず、行動の選択、つまり、環境あるいは社会参加の決定権を本人に委ねるというものである。その意味では、個人における個別の行動の成立としての『権利のボトムアップ』をはかるもの」であるとする。

村上他¹²⁾は、この「行動的 QOL」の考え方に基づき、認知症高齢者に対して介入を行い、その効果を検討したものである。その際、「QOL」を「当事者一人ひとりにとって好ましい行動の選択肢と選択機会が保障され、選択や選択した行動が援助つきでも実現している程度」とし、「対象の高齢者が持つ疾患の特性を考慮し、従事する行動について、望月

が述べた『繰り返し行う』といった行動の頻度ではなく、行動の継続時間としてそれを満足度の測定としている。

さらに村上他¹²⁾は、「援助つき QOL」の概念も提示する。その前提として、認知症高齢者にとって選択機会が提供されたとしても、「本来あたり前の権利である選択という行為は、長らく認められない、またその環境や機会すらなかったために、『本当にしてもいいのか』『それは本当に可能なのか』といった疑問が生じ、そのため行動に移すことができない」という事態が生じうることを指摘する。また、「(1度は拒否的:筆者追記) 選択を行った場合にでも、1回きりの選択をその人の最終的な決定として捉えるのではなく、我々と同様に、その時の状態や状況に応じて判断が下されているわけであり、その判断は常に変化する可能性を持っていること」を認識し、選択機会の提供を継続していくことが重要であるとする。なぜなら選択機会を提示するだけでなく、選択機会から主体的選択を行うこともまた、「行動的 QOL」を導く重要な一要素と考えているからである。

加藤他¹⁴⁾は、「行動的 QOL」という概念は用いていないが、施設居住する認知症高齢者の環境と個人の選択の相互作用に注目している点で共通性があると考えた。つまり加藤他¹⁴⁾では、「環境内に定員より余裕を持ってテーブルや椅子、ソファなどを設けたり、他の場所との関係を配慮するなどして、高齢者が自身の生活スタイルや嗜好性にあった場所を自己選択できることが重要」と考え、「場所の自己選択を捉えるために、高齢者の行動のうち場所移動に着目」している。そして、「ソファへの立ち寄り」が寄道発生率を高める要因は、「トイレの動線上のソファに立ち寄る場合」や、「テーブル近くのソファでくつろぐ場合」など、「高齢者に見つけやすく、独力またはスタッフの手助けを少し得られれば移動できる範囲内にあり、自分の判断から寄道できる」ことであり、「立ち寄り場所のなかでもソファを増やすことで、自分で判断する寄道の機会が増加し、場所の自己選択性が高くなったと言える」と結論を導出していた。

4) 認知症高齢者の立場から世界を見直す試みの必要性

「ケア困難性の改善」が当事者の「QOL の向上」と結びつく論が多いなか、はたしてそれが当事者の認知された「QOL の向上」を意味しているのか、「認知症高齢者の立場から世界を見直す試みの必要性」を述べた文献があった。

例えば、小澤⁴⁾は、「痴呆性老人は痴呆という難病を抱えている不自由とともに、どのようなケアを受けているかによって、QOL が、それだけではなく ADL、時には生命予後までも左右されるという不自由を抱えているのである。それだけに痴呆性老人の QOL は QOC (quality of care: 筆者追記) ときわめて密接な関連がある」ことを認めつつも、痴呆性老人の「QOL」は「周辺症状・ADL・コミュニケーション・感情障害の改善、要するにケア困難性の改善として論じられることが多かったといえる。これがはたして本当に認知された QOL の向上を意味しているのか」については議論を要するとし、「痴呆性老人の QOL を問うという視点は、痴呆性老人の目で世界を見直し、その地点から QOL を高めるためのケアを再構成するという目的と直結すべき」と主張している。それには、「ケアが効果的であり、必要であるのかを科学的・客観的に示そうとする際の方法論として、QOL 測定が求められてきた」背景や、質問に答えてくれない認知症高齢者の代わりに代弁を行う「代理者と当人の認知のギャップをどう考えるか」という難題を霧散させない姿勢がある。

また、水島¹⁵⁾は、認知症高齢者の主観的体験世界を基点とし、リハビリテーションと「QOL」について論考しているが、そのなかで Friedell というアルツハイマー病と診断された人物の言葉を紹介している。

「彼は QOL に対して発言して、QOL は個人的課題だとしたうえで、彼は責任性と自己表現の能力の獲得と維持、そして人生を、意味ある体験をしつつ過ごせることが QOL の要素と考えている。加えて、アルツハイマー病をもつ人にとって、QOL に対する最大の挑戦的課題は、この病が持つ将来の暗闇を

どう克服するか、そのヒントを見出すことであると述べている。そしてこの病をもつ人をただ単に「今に生きる人」という捉え方だけでは答えにならず、病をもちながらも「生成 (becoming) すること」が如何に可能となるか、またアルツハイマー病が軽度の段階で、将来の暗闇にどう挑戦できるかそのヒントを得ることこそが QOL の意味ではないか、と言う」

5) 「QOL」と「能力」の結びつきの否定

「『QOL』と『能力』の結びつきを否定」する言説も散見された。根拠としては、それが「QOL」の本質ではないこと、もう1つは、「能力」向上が見込めない人は「QOL」向上が見込めないとする「屈折した対応」の正当化の否定であった。

1つめの指摘は大井¹⁶⁾によるものであるが、大井¹⁶⁾は、がん患者の「QOL」が低下をみないという研究結果をもとに、「QOLに反映されている主観的満足度は、常識が期待する若さや健康などの「能力」に素朴に対応するのではなく、「世界内存在としての私が抱く満足、幸せなどの気持ちは、あくまで自分が脳裡に描いている世界との全般的な調和関係を認識することによりつくられた『ゲシュタルト』であり、「客観的要素として測れる自己の身体的社会的条件の集合とは考えられない」ことを指摘する。

つまり、「QOL」の本質は、その人の所有する客観的要素としての身体的社会的条件（能力）ではなく、むしろ自分が世界との調和した関係を認識しているか、思い描けているかによる、というのである。

認知症は、「『私のもの』と他のもの、あるいは広く世界との意味的關係が見失われていく」病であり、その記憶は、「親和感のない追体験」である「なじみのない冷たいもの」をますます記憶することが難しくなるが、楽しかった時代に遡り、まるでその時代を今生きているかのように人格が回帰する現象がしばしば見られる。これは、「実体的自我の分裂崩壊」を意味するが、一方で認知症高齢者が現状において親和感の持てる関係が取れた場合、人格回帰せずに「自己を意識化」することも十分に可能であるとす。認知症高齢者にとっても、「『わたし』を『わた

し』として社会においてあらしめているのは、記憶や見当識のみならず、『わたし』を『わたし』として認め、手をさしのべてくれる人たちの存在である』というのだ。そうした関係性のなかで「わたし」を「わたし」として意識化できることに「QOL」の本質があるということになるうか。

2つめの指摘は望月¹³⁾によるものである。望月¹³⁾は、上述のように「行動的 QOL」という新しい概念を提唱しているが、これには QOL 概念の次のようなあり方に対する異議申し立てが含まれている。それはつまり「QOLとは、一定の水準の『能力』と『健康』を持つものだけに期待できるという枠組みが存在」することであり、このことは「個体的にも環境的にも重度の『障害』を持ち、他より切実に生活状態の改善が求められる個人の QOL 改善を阻害する作用」を持つことを指摘する。そして、「障害の軽重に関わらず導入が可能な、選択肢拡大を中心とした行動的 QOL の概念とプロアクティブな作業方針の導入は、そうした屈折した対応の正当化を避けるうえでもメリットを持つ」とする。

そして、「行動的 QOL という枠組みは、障害を持つ個人の『障害性』 (impairment や disabilities) を改善し、その結果として『生活の質』を高めるといいう『能力のボトムアップ』の展開を想定したものである。現状の障害性のままに、その障害の軽重にかかわらず、行動の選択、つまり、環境あるいは社会参加の決定権を本人に委ねるといいうものである。その意味では、個人における個別の行動の成立としての『権利のボトムアップ』をはかるものであると表現することもできよう。

そのような認識や枠組み、そしてそこで必要とされる技法は、『治療』『教授』をその中心とする従来の医学、心理学といった領域におけるものとも、あるいは (マクロな) 『環境設定改善』に関する社会福祉学とも異なる、新しい『援助の科学』といったパラダイムを要請するものとも言えるかも知れない』としている。

4. 考 察

5つの論点から、認知症高齢者の「QOL」につ

いての困難、課題、新たな概念提示について俯瞰したが、これらから、認知症高齢者の「QOL」の概念整理やその使用法について、次の3点が重要なポイントとなるのではないかと考える。

1つが、QOL 概念は「能力」の位置取りとともに倫理・規範の設定を要する援助概念であること、である。望月¹³⁾は、QOL 概念について、障害性を改善し、その結果として「QOL」を高めるという「能力向上」と連動させた「QOL」の理解の仕方に警鐘を鳴らしている。なぜなら、それにより「能力向上」の見込めない重度の障害を持つ人は「QOL 向上」が見込めないことになり、このような「QOL」の理解の仕方は、より切実に生活状態の改善を必要とする重度の障害を持つ人の「QOL」改善を阻害する作用を持つことになるからである。つまり障害の軽重に関わらずあらゆる対象者に適用可能な QOL 概念であるためには、QOL 概念の構成要素に「能力」的観点を含めるべきではないということである。

これは、大井¹⁶⁾の指摘する「『QOL』の本質」にも繋がるものがある。大井¹⁶⁾は、その人の所有する客観的要素としての身体的社会的条件（能力）ではなく、むしろ、自分が世界との調和した関係を認識しているか、思い描けているかが「『QOL』の本質」に関わるとしていた。「能力」は人間の利己的欲望と関連しており、競争社会においては「能力」の喪失は極度に恐怖され忌み嫌われるが、「QOL」の本質はその価値軸とは位相の異なるものであり、非利己的な他者や社会との関係性において自己を自己として感受することに人間の満足、「QOL」の本質があるとしている。こうした大井¹⁶⁾の指摘は、QOL 概念に「能力」的観点を含めること自体が、競争社会で生きる人間の側の価値軸が投入された（に過ぎない）、当事者感覚を乖離した QOL 概念となっている危うさを表出しているものであることに気づかされる。

また、こうした「QOL」の理解の仕方は、認知症高齢者における生命倫理^{17),18)}の問題とも深く関係してくる。つまり、「能力向上」に連動した「QOL」概念は、認知症が重症化し、様々な「能力」を喪失し、今後も失われた「能力」を少しでも取り戻せる

見込みのない<生>を「QOL」の低い<生>と位置づけられる危険が生じうる。「QOL」が低いと見なされる<生>は生きない方がよい<生>に容易に転化する可能性を内在している¹⁹⁾のである。

2つめは、尺度化の限界性とも関わるかも知れないが、介入の帰結以上に過程に生きる概念なのではないか、ということである。「QOL」の尺度化については、3の1)においてその困難性について指摘する文献を紹介したが、それには尺度化そのものに内在する限界性、「QOL」そのものが含む概念の確定のし難さ、測定することの困難性があげられていた。そうしたなか望月¹³⁾、村上¹²⁾は、「行動的 QOL」「援助つき QOL」という概念を提示し、援助の枠組みとした。それは、ある状態の「QOL」を評価するという性質のものではなく、当事者の自己選択と主体的活動性を「QOL」の本質とし、それを引き出すための介入を行うことに力点が置かれている。つまりある期待される固定的「QOL」状況を想定しているわけではなく、援助のあり様と介入過程における「QOL」の表現形態の個別性・多様性が担保されているのである。望月¹³⁾、村上¹²⁾の提示する新たな概念には自己選択と主体的活動性（とそのための環境設定）のみで「QOL」を捉えることができるか疑問は残るが、このように援助の枠組みに「QOL」を位置づけることで、「QOL」の尺度化の限界を解消し、個別性・多様性のある創発的な「QOL」世界を導き得る可能性を持っていると考える。

3つめは、認知症高齢者の主観を捉えることの困難が示される一方で、当事者世界から導出される QOL 概念の深化の必要性が示唆されたことである。最近では、認知症を生きる当事者の手記が多数出版されている^{20),21),22),23)}ので、それらを紐解き、認知症高齢者の「QOL」について考察を深めることも意義のある仕事になると考える。しかし出版物については、ある一定時期における記憶が辿られたものであり、そうした記録物の限界をやはり踏まえておく必要はあるだろう。あるいは当事者から直接話を伺う機会に恵まれるなら貴重な機会となる。3の4)において下線を引いたような当事者の言葉によって、私たちは当事者が生きる現在は、時間軸の先に

見渡せる未来からも照らされている事実を再認識できる。つまり「QOL」は現在あるものによって満たされているわけでもないのだ。

最後に田島²⁾との関係からもう1つ論点を補足したい。田島²⁾は、生活支援の専門家である作業療法士が認知症高齢者に対して行う生活支援のための着眼点の諸相を明らかにするために、2000～2007年の日本作業療法学会誌を研究の対象としたものであるが、その結果には、嚥下・摂食障害、食事動作による失行症状、転倒、食事時の道具の使用などの身体保全に対する介入を作業療法士は必要と判断したものの、本人はその必要性を認めず介入に対して拒否的なことがあり、それが支援の難しさとなっているということがあった。つまり、「客観的 QOL」と「主観的 QOL」に対立が生じている状態とも言えるかも知れない。このような状況は、認知症高齢者を支援する場面では往々にして見られることである。

こうした状況について小澤²⁴⁾は、「パターナリズム」と「自己決定」の対立状況として考察を行っている。具体例としては「一人暮らしの高齢者が極めて不健康、不衛生で、かつ火の不始末などの可能性もある生活をしており、痴呆が疑われるとして」相談を受けた場合、どのように対応を行えばよいかである。「客観的 QOL」からすると「パターナリズム」を發揮し強行な介入を要すると見えるが、「主観的 QOL」からすれば、本人の「自己決定」を尊重するしかない。この難問に対する小澤の解答は「自己決定かパターナリズムか、患者の自律か医師の裁量かを無前提に議論するのではなく、それぞれの事例に従って、具体的な場面ごとに、それらの調和を図る以外にない。この作業は優れて臨床実践的課題」である。つまり、臨床は、「パターナリズム」/「自己決定」、「客観的 QOL」/「主観的 QOL」の二項対立関係の軸をずらすようなダイナミズムが働く可能性を持つ場であるということだ。臨床の場の持つダイナミズムを最大限生かした援助過程のなかに、そうした二項対立を超えた「QOL」の変容が生じているかも知れず、そうした創発的変容を射程に収めることのできる QOL 概念とその位置取りが必要であると考える。

本研究は、第2回作業療法ジャーナル研究助成によって行われた。

注

(1)「正の強化」は、個々人を現状社会へ適応させるために呈示されるものとのイメージがあるが、望月¹³⁾が依拠する「行動主義」では、「正の強化」は、「本人が現状社会に適応するまで一時的に使用する『手段』としてのみでなく、それを個々人が生活の中で常に得られるよう環境設定の側に配置すべきという、むしろ『目的』として考えるもの」とある。

Abstract

In this research, point under discussion over conceptualization, scaling, and help setting of “QOL” for the elderly with dementia was investigated from the document. As a result, the point under discussion was consolidated in the following five. ①Difficulty of catching “QOL” on the whole, ②Difficulty of catching subjectivity of the elderly with dementia, ③Concept for help setting “QOL”, ④Necessity for knowing the world felt in the elderly with dementia's standpoint, ⑤Denial of relation of “QOL” and “Ability”.

文 献

- 1) 黒田裕子 (1992) クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その概念的な面. 看護研究 25 (2) : 2-10
- 2) 田島明子 仲口路子 天田城介 (2008) 認知症高齢者に対する作業療法士の生活支援のための着眼点 - 2000～2007年の日本作業療法学会誌を手がかりにして -. 第42回日本作業療法学会
- 3) 室伏君士 (1993) 痴呆患者の QOL. 老年精神医学雑誌 4 (9) : 1007-1012
- 4) 小澤勲 (2000) 痴呆性老人の QOL とはなにか. 老年精神医学雑誌 11 (5) : 477-482
- 5) Ekman P, Friesen SE (1978) Facial Action Coding System. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

- 6) Lawton, MP (1994) Quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease Associated Disorder*, 8 (S3) : 138-150
- 7) 安部俊子 山本則子 鎌田ケイ子 他 (et al) (1998) 痴呆性老人の生活の質尺度 (AD-HRQJ-J) の開発. *老年精神医学誌* 9 (12) : 1489-1499
- 8) 森本美奈子 柿木達也 柏木哲夫 前田清潔 (2000) アルツハイマー型痴呆患者の Quality of Life 評価尺度「Dementia Happy check-Home Care Version」の開発. *老年精神医学雑誌* 9 : 1051-1060
- 9) 寺田整司 石津秀樹 藤沢嘉勝 他 (et al) (2001) 痴呆高齢者の QOL 調査票作成とそれによる試行. *臨床精神医学* 30 (9) : 1105-1120
- 10) 土屋景子 井上桂子 (2002) 痴呆高齢者に対する主観的満足度の評価方法の検討－感情を指標として－. *川崎医療福祉学会誌* 12 (2) : 389-397
- 11) 鈴木みずえ 内田敦子 金森雅夫 他 (et al) (2005) 日本語版 Dementia Quality of Life Instrument の作成と信頼性・妥当性の検討. *日本老年医学学会雑誌* 42 (4) : 423-431
- 12) 村上勝俊 望月昭 (2007) 認知症高齢者の行動的 QOL の拡大をもたらす援助設定－選択機会設定による活動性の増加の検討－. *立命館人間科学研究* 15 : 9-24
- 13) 望月昭 (2000) 行動的 QOL : 「行動的健康」へのプロアクティブな援助. *行動医学研究* 7 (1) : 8-17
- 14) 加藤悠介 森一彦 (2007) 行動観察調査による認知症高齢者の場所の自己選択性に関する評価－環境改善した特別養護老人ホームにおける場所移動の分析－. *日本生理人類学会誌* 12 (2) : 21-26
- 15) 水島繁美 (2005) 認知症をもつ老人のリハビリテーションと QOL. *MB Med Reha* 54 : 23-29
- 16) 大井玄 (2004) 痴呆の哲学－ほけるのが怖い人のために－. 弘文堂 東京
- 17) 廣瀬輝夫 (1994) “質と量” の QOL 老人性痴呆症患者の QOL. *環境衛生* 41 (10) : 26-30
- 18) 星野一正 (1996) アルツハイマー痴呆患者における生命倫理. *Geriatric Medicine* 34 (6) : 753-757
- 19) 櫻井浩子 (2010) 重症新生児の生命をめぐって－重症新生児の「最善の利益」と QOL とは何か－. *生存学* 2 (印刷中)
- 20) クリスティーン・ボーデン (2003) 私は誰になっていくの？－アルツハイマー病者からみた世界－. *クリエイツかもがわ* 京都
- 21) クリスティーン・ブライデン (2004) 私は私になっていく－痴呆とダンスを－. *クリエイツかもがわ* 京都
- 22) 一関開治 (2005) 記憶が消えていく－アルツハイマー病患者が自ら語る－. 二見書房
- 23) 太田正博 菅崎弘之 上村真紀 他 (et al) (2006) 「私、バリバリの認知症です」. *クリエイツかもがわ* 京都
- 24) 小澤勲 (1998) 高齢者と人権. *臨床精神医学講座* 12 老年期障害 松下正明 編 中山書店 東京 p419-429