

# 統合失調症患者の生活の質 (QOL) に関する文献的考察

クニカガ ヒロヨ ミノ ヨシオ  
國方 弘子\* 三野 善央<sup>2\*</sup>

近年、患者立脚型アウトカムの指標のひとつとして QOL が重視されている。本稿の目的は、QOL に関する研究を歴史的に概観することにより QOL の概念を明確にすること、ならびに統合失調症患者の QOL についての研究の到達点を明らかにし今後の課題を考えることとした。

保健医療におけるアウトカムを重視する流れの中で、QOL が注目されるようになり、1990年 から QOL の研究が活発になった。QOL の定義は必ずしも一致しているわけではないが、QOL は患者自身による回答に基づくものであること、QOL は主観的である、QOL の指標は多因子的である、数値は時間と共に変化することの4つが QOL の重要な特性とされていた。

次に、統合失調症患者の QOL 理論モデルとして、Bigelow, Lehman, Skantze and Malm のモデルを紹介し、あわせて7つの QOL 測定尺度を紹介した。統合失調症患者の QOL の研究について、Medline と医学中央雑誌を利用し、過去10年間に報告された文献から広く文献を検索するために「QOL, 精神科 (psychiatric)」をキーワードとして検索を行い、そのうち地域で住む統合失調症患者を対象にした論文のみに絞り込み検討した。その結果、患者の QOL 得点は健常者やうつ病患者と比較して低いことが明らかにされた。QOL の関連要因には、個人の特徴、生活様式、陰性症状、精神症状、能力 (家族関係適応、友人関係適応、他者との相互作用)、ソーシャルサポート、自己評価、自己決定などがあった。QOL には心理的領域が大きく影響することから、今後、それらと QOL の関連を縦断研究により明らかにし、心理社会的介入方法の構築が課題であると考えられる。

**Key words** : 統合失調症患者, 生活の質 (QOL)

## I はじめに

近年、Quality of life (生活の質、以下 QOL と略す) は、患者立脚型アウトカムの指標のひとつとして重要視されるようになり、さまざまな領域で研究が行われている。欧米では1970年代より QOL への関心が高まり<sup>1)</sup>、わが国では保健医療関連の QOL を扱った論文は1980年代より目立ちはじめ1990年代にはいと急増し、2001年までに QOL をキーワードとする論文数は医学中央雑誌で597編、MEDLINE では281編あり、今や QOL は保健医療において重要な一要素として定着しつつある。しかし、多くの著者が、癌、循環器疾患、呼吸器疾患、神経疾患などそれぞれ自分の専

門の立場から、十分な QOL の定義がされないままに、さまざまなテーマについて述べているので一貫性に乏しいことが指摘されている<sup>2)</sup>。

本稿の目的は、最初に QOL に関する研究を歴史的に概観することにより QOL の概念を明確にし、それに続き精神科領域、特に統合失調症患者の QOL についての研究の到達点を明らかにし今後の課題を考えることである。

## II QOL が重要視されるようになった背景

保健医療におけるアウトカムを重視する流れの中で、QOL が注目されるようになった。Donabedian は<sup>3)</sup>1960年代に医療評価モデルを提唱し、医療がもたらすアウトカムは、評価のための基本的な3要素(構造、プロセス、アウトカム)の1つであるとした。これまで、アウトカムの指標として患者の生存率の差や、合併症発生率などが主として用いられてきたが、1980年代になって

\* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

<sup>2\*</sup> 大阪府立大学社会福祉学部精神保健学

連絡先: 〒719-1197 岡山県総社市窪木111

岡山県立大学保健福祉学部看護学科 國方弘子

これらの伝統的な評価指標から住民や患者の主観的な評価指標、つまり、QOLが重視されるようになった。

この背景として以下のことが考えられている<sup>1,2,4)</sup>。まず、慢性疾患の占める割合が増加し、治癒や延命よりも患者の生活の質の向上が治療の目標とされるようになったこと。アメリカのカレン事件(植物状態の女性, 1976)の裁判などが、延命医療の批判のうえに成り立つ「尊厳死」の問題とともに患者の生命の質が問題とされるようになった契機とされ、その後も末期癌患者の医療を考えるときに生命の質が議論されるようになった。第二に、情報の開示や自己決定権など医療の受け手である患者中心の医療が求められ、患者の視点に立ったQOLこそが重要であると考えられるようになったこと。第三に、高齢社会への移行に伴い健康に生きることが追求されるようになり、国民の側から、疾病を治癒・克服することが健康であるといった考え方から、健康を維持増進することが重要であるというパラダイムに変化してきたこと。第四として、これまでの延命のためなら医療費を惜しまないといった考えから、医療の高額化に対して、資源は有限であるといった捉え方をするようになり医療費に対する認識が変化したことがある。国によっては、QOLがヘルスケアの資源配分をするための1要素となる場合もある。

このような背景の下で、QOLを測定するための尺度開発が1985年から多くなり、1990年からそれらの尺度を用いた研究が活発になってきた。

### III QOLの定義

QOLはさまざまに概念化されているが、何がQOLを構成し、何がそれに影響を与えているのかに関して必ずしも一致した意見が得られているわけではない<sup>2)</sup>。QOLの定義の本質は健康の定義であるとし、Schipperら<sup>2)</sup>はWHOの健康の定義「健康とは、完全な身体的、精神的及び社会的良好の状態であり、単に疾病又は病弱でないということではない」を基礎に評価可能な現実的なQOLの定義として、次のように定義した。「QOLは、疾患とそれにひきつづく治療の患者に対する機能的な影響を、患者が感じるものとして表現したものである。4つの主要な領域、すな

わち身体的および職業上の機能、心理学的状態、社会的相互関係、および自覚症状が、全体的な影響をもたらす。」

また、Shumakerら<sup>2)</sup>は、「QOLは個人の全般的な生活の満足度や一般的幸福感として定義される」とし、QOLを決定する6つの次元は、認知的、社会的、身体的、情緒的機能、個人生産性、親密さであるとした。

WHO<sup>5)</sup>は、QOLの共通した定義、その評価票の開発、その適用についての基準がないことから生じる世界の国々の状況を踏まえて、世界保健機関・精神保健部が、1992年から5年余りをかけ患者の主観的幸福感を測定することを主眼に、異文化間でも国際比較が可能なQOL評価票の開発を行った。そこでQOLの定義は、「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識である」とし、これはWHOが唱っている健康の定義とも一致するものである。そして、QOLを構成する領域として身体的領域、心理的領域、自立のレベル、社会的関係、生活圏の環境、精神性/宗教/信条の6つの構成要素を設定した。

これらQOLの定義は一致していないものの、QOLは患者自身による回答に基づくものであること、QOLは主観的である、QOLの指標は多因子的である、数値は時間と共に変化するものの4つがQOLの重要な特性<sup>2)</sup>とされている。

また、QOLには患者の健全な機能や能力を重視するという概念も含まれる<sup>6)</sup>。すなわち、従来 of the 悪いところを治すという考え方から、障害というマイナス面の軽減・除去だけを考えるのではなく、同時に健全な機能や能力あるいは潜在的能力(プラス面)を発見・育成・強化し、全体としてプラスを増やし、高いQOLを実現することができるといえる。このポジティブ・ヘルスの考えは、最近の保健領域、公衆衛生領域で重視されているヘルスプロモーションの基本概念<sup>7)</sup>ともいえる。

### IV 精神科領域でのQOL

以上、QOLの概念が保健医療の分野で発展した背景をみながら、QOLの全体的な概念を整理した。次に、精神科領域、なかでも統合失調症患者

者のQOLを考えるにあたり、他の領域におけるQOLとの最大の違いは、疾患そのものの症状とQOLが大きく重なり合っていることであろう。つまり、精神疾患は<sup>8)</sup>生活と密接な関わりがあるために医療上の評価は、QOLの評価であったという見方も可能である。精神医療の領域では<sup>9)</sup>QOLという名称こそ使用されなかったものの、患者の主観部分の評価は以前より精神科面接の中に取り入れられてきたし、Social Skills Training (生活技能訓練)<sup>10)</sup>は慢性精神障害者の生活の質の改善と再発予防を目指して開発されたもので、Expressed Emotion (家族の感情表出)<sup>11)</sup>も生活の質に関連する。また、看護は様々な健康レベルにある個人・家族・集団を対象に、疾患から生じる障害の軽減・除去を日常生活の援助を通して行うとともに、患者の潜在的なプラスの側面を発見・育成・強化する役割をもつ。すなわち、看護の役割は、患者のQOL向上のための援助ともいえる。そしてこのことは、公衆衛生領域にも通ずるものである。

しかし、時代の流れと共にサービスを評価するために共通の基準が必要となり、欧米では1980年代、日本では1990年代に精神科領域でも厳密な意味でのQOL概念を分離しようとする試みがなされるようになり、QOL評価尺度の開発が進み、研究は前進した。

### 1. 統合失調症患者に対するQOLの理論モデル

統合失調症患者を対象としたQOL測定尺度はさまざまなものが開発されてきたが、客観的な状況がどのようにして主観的な知覚に関連しているかの概念的なモデルをもつものが4モデル<sup>12)</sup>あった。ここではBigelow, Lehman, Skantze and Malmのモデルを紹介する。

#### 1) Quality of Life as a Mental Health Service Outcome<sup>12)</sup>

このモデルは、Bigelowら(1982)によりMaslowやSarbinやAllenの欲求と役割の理論から導き出された。このモデルでは、QOLは欲求の充足と社会がその構成員におく要求に対するコーピングとの相互作用の結果であるとする。これら2つの要因は、1つは社会が患者の欲求を満たす機会をもたらすことで、他の1つは患者自身が社会の要求を満たすための精神能力を持つこと

である。

#### 2) A General Model of Quality of Life<sup>12)</sup>

Lehman(1988)は、QOLの一般的なモデルを発達させ、その中で彼はQOLを3つの要因つまり個人の特徴、生活領域での客観的なQOLの指標、生活領域での主観的なQOLの指標による主観的な概念と考えた。客観的指標は機能の平均成績と生活様式を反映し、主観的指標は患者が自分の生活についてどのように感じるか、また期待や以前の経験や最近のコンディションの知覚にどのように影響されているかを示す。

#### 3) The Vulnerability-Stress-Coping-Quality of Life Model<sup>12)</sup>

##### (脆弱-ストレス-コーピング-QOLモデル)

SkantzeとMalm(1994)は、QOLを一方では個人的な期待と希望、また他方では認知する現実との間にある相違によって影響されるダイナミックな概念として表した。統合失調症患者のQOLの評価に対するモデルは、身体的・社会的・文化的背景、すなわち個人の生活水準のなかでQOLを考えることが必要であるとしている。患者の生活の主観的な評価は“非精神的な世界”よりも“精神世界”によるものであると主張している。“生活水準”は観察者による客観的なもので、それ自体は目的ではなく個人的なQOLの目的に到達するための手段である。

### 2. 統合失調症患者のQOL測定は可能か?

統合失調症患者は自己に対する客観的な現状認識が不足している、あるいは認知機能に障害をもつ統合失調症患者がはたしてQOLの質問にどの程度妥当な回答をすることができるのか<sup>13)</sup>といった疑問がある。この問いへの回答として、Lehman<sup>14,15)</sup>は患者の臨床状態(不安や抑うつ)が患者の知覚するQOLに大きな影響を与えたとし、患者のアセスメントに妥当性はあるものの、重症患者のアセスメントの妥当性には注意が必要であると述べている。また、Skantzeら<sup>16)</sup>は、統合失調症患者は社会的な欠陥を感じ経験し報告できる、つまり患者はQOLを主観的にアセスメント出来ると述べている。わが国では、中根<sup>17)</sup>、園田<sup>18)</sup>、宇都宮<sup>19)</sup>らが、統合失調症患者と健常者を対象にWHO/QOL-26とGHQ-12で測定したところ、健常者と同様に統合失調症患者のGHQ合計点とQOL平均値は負の相関を示し、統合失調

症患者のQOL測定が可能であることを説明している。角谷<sup>20)</sup>は、自己報告式の生活満足度スケールと客観的に評価したGlobal Assessment of Functioning (包括的機能)の相関は0.4であり、同意能力があり症状が安定し、地域生活の可能な者には主観的評価は十分に信頼できるとし、浜村ら<sup>21)</sup>は、外来の統合失調症患者と入院の統合失調症患者との間で、QOLが異なっていることから、患者からの情報を得る指標として有用性があり、判別性もあると述べている。これらより統合失調症患者の主観的評価は信頼できるものと推察できる。そこで以下に代表的なQOL測定尺度を紹介する。

### 3. 精神障害者のQOL測定尺度

#### 1) Satisfaction with Life Domains Scale (SLDS)<sup>22)</sup>

(Baker & Intagliata, 1982)

これは15項目からなる面接法による評価尺度である。項目は、住居、隣人、食事、衣服、健康、共同生活者、友達、家族、人間関係、仕事や1日の過ごし方、余暇時間、楽しみ、地域の施設や設備、経済状況、病院と比較しての今住んでいる場所などで、全体として1つの主観的満足度得点として集計される。信頼性は、総合得点ではBradburn Affect Balance Scaleと0.64の相関があり、Global Assessment Scale (総合評価尺度)と0.29の相関があると報告されている。

#### 2) Oregon Quality of Life Questionnaire (OQLQ)<sup>23)</sup>

(Bigelow ら, 1990)

これは、地域精神衛生の援助体制を調べるためにQOLの評価を行うことを目的に開発された146項目からなる質問票である。項目は、心理的苦痛、幸福感、ストレス耐性、余暇時間の有意義な使用、家での仕事、勤務能力、職場や学校での働き、独立性、役割、社会的サポートなどで構成され、内的整合性による信頼性は0.65、再テスト法による信頼性は0.50、予測的妥当性は十分にあらることが示されている。

#### 3) Quality of Life Scale (QLS)<sup>24)</sup>

(Heinrichs ら, 1984)

統合失調症患者の欠損症状 (deficit syndrome) の評価を行うために開発されたものである。質問項目は、日常の活動性、職業的役割、仕事機能、

仕事レベル、日用品の所有、人間関係、生きがい、動機、好奇心、情緒の相互関係など21項目からなっている。評定者間信頼性は0.84-0.97と高く、個々の項目群内相関は0.5-0.9で、確証的因子分析も行われている。

#### 4) Lehman Quality of Life Interview (QOLI)<sup>25)</sup> (Lehman, 1988)

評価は、システマティックな面接による。質問項目は、居住状況、日常活動動作と機能、家族関係、社会的関係、経済状況、仕事と学業、法的安全性の問題と健康の8領域、143項目からなり、各領域における患者の客観的状況を尋ね、次にその状況に対する患者の満足度を聞く。客観的状況の内的整合性による信頼性は0.68、再テスト法による信頼性は0.65であり、満足度尺度の内的整合性による信頼性は0.85、再テスト法による信頼性は0.72である。構成概念妥当性や予測的妥当性は確証的因子分析や多変量モデル予測により評価されている。

#### 5) Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP)<sup>26)</sup>

(Oliver, 1991)

これは、LehmanのQuality of Life Interview (QOLI)に基づきつつ、文化的な多様性と幅広い希望を表すために修正し、Oliverによって1991年に完成された。客観的状況と9つの生活領域の満足度(仕事/教育、余暇/参加、宗教、経済、生活状況、法律と安全、家族関係、社会的関係、健康)に関する100項目からなる。生活領域の満足度の再テスト法による信頼性は0.49-0.78、内的整合性による信頼性は0.84-0.86であり、構成概念妥当性と基準関連妥当性は検討されている。

#### 6) 生活満足度スケール<sup>20)</sup>

(角谷, 1995)

精神障害者のQOLを評価する簡便なスケールを開発するために、31項目からなる生活満足度スケールを、1995年に角谷が開発した。身体的機能、環境、社会生活技能、対人交流、心理的機能、生活全般の満足度をフェイススケールを見て答える。内的整合性は0.88、再テスト法による信頼性は0.89、基準関連妥当性と構成概念妥当性も検証済みである。

表1 統合失調症患者の測定が可能な QOL 測定尺度

No.	尺度名	著者	出版年	項目数	実施方法	測定内容	尺度の信頼性・妥当性
1	生活満足度尺度 (Satisfaction with Life Domains Scale)	Baker and Intagliata	1982	15	面接による自己報告 (約10分)	①身体的機能：なし ②社会的機能：なし ③経済的機能：なし ④心理的機能：住居，隣人，食事，衣服，健康，共同生活者，友達，家族，人間関係，仕事や1日の過ごし方，余暇時間，楽しみ，地域の施設や設備，経済状況，病院と比較しての今住んでいる場所などの項目についての満足度を7段階で測定	総合点では Bradburn Affect Balance Scale と0.64の相関 総合評価尺度 Global Assessment Scale と0.29の相関
2	オレゴン QOL 質問票 (Oregon Quality of Life Questionnaire)	Bigelow ら	1990	146	訓練された面接者による組織的面接 (約45分)	①身体的機能：余暇時間の有意義な使用 ②経済的機能：家での仕事，勤務能力，職場や学校での働き ③社会的機能：独立性，友達との役割，親友の役割，配偶者の役割，両親の役割，社会的サポート ④心理的機能：心理的苦痛，幸福感，ストレス耐性 ⑤その他：アルコールや薬剤のマイナス結果	内的整合性による信頼性は0.17-0.89 再テストによる信頼性は0.37-0.64 3つの標準で予測的妥当性が支持されている
3	標準化社会スケジュール (Standardized Social Schedule)	Clare and Cairns	1978	17-48	訓練された面接者による半組織的面接	①身体的機能：余暇活動の範囲 ②経済的機能：住宅状況，職業安定性，家族収入 ③社会的機能：家族へのいたわり，家事，仕事仲間や隣人・家族との質的關係，夫婦の質的關係，社会活動の範囲 ④その他：住みやすさ，余暇や社会活動の機会，隣人・親戚との相互関係	項目の評定者間重みづけカッパは0.55-0.94 母集団の因子構造は安定していない
4	QOL 尺度 (Quality of Life Scale : QLS)	Heinrichs ら	1984	21	訓練された面接者による半組織的面接 (45分)	①身体的機能：日常の活動性 ②経済的機能：職業的役割，仕事機能，仕事レベル，日用品の所有 ③社会的機能：個人間関係（家族，友人，知人，社会活動性，社会的ネットワーク，社会的主導力，社会的回避性，男女としての社会的機能 ④心理的機能：目的感覚，動機，好奇心，無快感，無目的的非活動性，感情移入，情緒的相互関係，仕事への満足度	評定者間信頼性は0.84-0.97 項目群内相関は0.5-0.9 確認的因子分析がされている
5	QOL インタビュー (Quality of life Interview)	Lehman ら	1988	143	訓練された面接者による組織的面接で自己報告 (45分)	①身体的機能：余暇活動の数 ②経済的機能：最近の雇用状況，月収，毎月の使用金額 ③社会的機能：家族との接触頻度，社会との接触頻度，宗教活動の頻度，法律上の問題や犠牲 ④心理的機能：一般的に知覚される健康状態，全般的な生活満足度，家族関係，社会関係，住居環境における満足度，余暇，仕事，収入，宗教活動，安全，健康 ⑤その他：過去の内科的，精神医学的治療	主観的指標の内的整合性は0.79-0.88 客観的指標の内的整合性は0.44-0.82 主観的指標の再テスト法による信頼性は0.41-0.95 客観的指標の再テスト法による信頼性は0.29-0.98 構成概念妥当性や予測的妥当性は，確認的因子分析や多変量モデルで評価されている

表1 統合失調症患者の測定が可能な QOL 測定尺度 (つづき)

No.	尺度名	著者	出版年	項目数	実施方法	測定内容	尺度の信頼性・妥当性
6	QOL チェックリスト (Quality of Life Checklist)	Malm ら	1981	93	訓練された面接者による半組織的面接 (60分)	①身体的機能: 余暇活動性 ②経済的機能: 仕事, 職業上の社会復帰, 経済的依存性 ③社会的機能: 人間関係 ④心理的機能: 知識や教育, 心理的依存性, 内的経験 ⑤その他: 住宅水準, 医学的治療, 宗教	
7	社会適応性調査票 (Community Adjustment Form)	Stein & Test	1980	140	半組織的面接で自己報告 (45分)	①身体的機能: 余暇活動尺度 (Lehman の QOL 面接と同様) ②経済的機能: 生活状況の質, 雇用歴や雇用状態, 収入源やその金額, 宿所や食事 ③社会的機能: 友人や家族との接触, 法律的問題 ④心理的機能: 21項目の生活満足度尺度, 自己価値尺度 ⑤その他: 医学的治療, 行政機関の利用	
8	ランカシャー QOL プロフィール (Lancashire Quality of Life Profile)	Oliver	1991	100	組織的面接で自己報告 (60分)	客観的な QOL と 9 つの生活領域の満足度 (仕事/教育, 余暇/参加, 宗教, 経済, 生活状況, 法律と安全, 家族関係, 社会的関係, 健康) well-being と自己概念も含む	生活の満足度の再テスト法による信頼性は0.49-0.78 内的整合性による信頼性は0.84-0.86 内容・構成概念・基準関連妥当性は検討されている
9	QOL 自己アセスメント評価 (Quality of Life Self-Assessment Inventory)	Skantzze	1993	100	自己報告と面接者による半組織的面接 (10分)	肉体的健康, 経済, 家事, セルフケア, 接触, 依存, 仕事と余暇, 知識と教育, 内的経験, 精神健康, 住まい, 居住環境, 地域サービス, 宗教	再テスト法による信頼性は0.88
10	メンタルヘルスのための QOL 指標 (Quality of Life Index for Mental Health)	Becker ら	1993	113	自己報告 (20-30分)	生活の満足度 (Andrews & Withey からの15項目), 職業的な活動, 心理学的幸福 (Bradburn の scale を用いて), 肉体的健康, ADL (生活技能プロフィールを用いて), QL 指標, 社会的関係, 経済的 (お金の十分さと満足度), 症状 (簡単な精神状態測定を用いて) の 8 つである。	再テスト法による信頼性は0.82-0.87 基準関連妥当性は Spitzer QL-Index と 0.58
11	QOL インタビュー尺度 (Quality of Life Interview Scale)	Holcomb	1993	87	面接者による半組織的面接	自律性, 自尊, 社会的サポート, 肉体的健康, 怒り/敵意, 経済的自立, 個人的な満足度の 8 要因	内的整合性による信頼性は0.72-0.93 入院患者と地域での患者との予測的妥当性がある
12	WHO/QOL-26	WHO	1996	26	自己報告	4 領域24下位項目と全体的な QOL を問う 2 項目 ①身体的領域: 日常生活動作, 医薬品と医療への依存, 活力と疲労, 移動能力, 痛みと不快, 睡眠と休養, 仕事の能力 ②心理的領域: ボディ・イメージ, 否定的感情, 肯定的感情, 自己評価, 精神性/宗教/信条, 思考・学習・記憶・集中 ③社会的関係: 人間関係, 社会的支援, 性的活動 ④環境: 金銭関係, 自由・安全と治安, 健康と社会的ケア, 居住環境, 新しい情報と技術の獲得の機会, 余暇活動の参加と機会, 生活圏の環境, 交通手段	再テスト法による信頼性は0.56-0.84 内的整合性による信頼性は0.69-0.84 弁別妥当性 (疾患患者群と健常者群を明確に弁別) がある 確証的因子分析で構成概念妥当性がある

表1 統合失調症患者の測定が可能な QOL 測定尺度 (つづき)

No.	尺度名	著者	出版年	項目数	実施方法	測定内容	尺度の信頼性・妥当性
13	生活満足度スケール	角谷慶子	1995	31	自己報告	QOLを生活全体に対する主観的な満足感と定義し、身体的機能(5項目)、環境(7項目)、社会生活技能(6項目)、対人交流(4項目)、心理的機能(8項目)、生活全般の満足度(1項目)をフェイススケールを見て答える	再テスト法による信頼性は0.89 内的整合性による信頼性は0.88 基準関連妥当性は、生活満足度指標と0.75の相関、GAFと0.40の相関
14	生活の満足度	羽山由美子	1992	14	面接による自己報告	経済状態、衣食住、仕事、日課、両親、家族の援助、家族の無事、友人・親友・異性とのつきあい、独身か既婚か、健康状態、今の自分、これまでの人生について4段階リカートスケール	内的整合性による信頼性は0.80 cantril尺度との併存的妥当性は0.46 因子分析で構成概念妥当性を吟味

7) WHO/QOL-26<sup>5)</sup>

(WHO, 1996)

より包括的で患者自身の主観的幸福感を測定するために、また異文化間でも国際比較の可能なものを作成するために、WHOにより1996年に開発された一般的QOL調査票である。4領域(身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境)24項目と全体的なQOLを問う2項目からなる。内的整合性は0.69-0.84、再テスト法による信頼性は0.56-0.84であり、疾患患者群と健常者群の弁別妥当性があり確証的因子分析で構成概念妥当性も確認されている。

## V 統合失調症患者のQOLレベル

さまざまな尺度を用いて測定した統合失調症患者のQOLレベルとQOLの関連要因を明らかにするために、医学中央雑誌とMEDLINEを用い、幅広く文献を検索するために「QOL, 精神科」「QOL, psychiatric」をキーワードに、過去10年間に発表された原著論文の検索を行った。その結果、医学中央雑誌では62編、MEDLINEでは93編検索された。そのうち、統合失調症患者の地域での生活を促進させるためには彼らのQOLを向上させることが重要課題であるため<sup>12)</sup>、本稿では地域で住む統合失調症患者を対象にした論文のみに絞り込み検討を行った。

まず、健常者との比較において患者のQOLレベルは、WHO/QOL-26での平均点は健常者3.29、統合失調症患者2.83で<sup>17)</sup>、患者の得点は健常者に比較して低いことが明らかにされている<sup>19,27-29)</sup>。また統合失調症患者はうつ病患者に

比べQOLレベルが低いことも報告されている<sup>17)</sup>。

患者の中でQOLが高い項目は、睡眠・休養、食生活、医療であり<sup>28)</sup>、低い項目は、社会生活技能、対人交流、心理的機能(自己信頼や充実感)<sup>16,28,30)</sup>、家族関係<sup>29)</sup>などで、中でも対人交流では異性の友人、性行為の満足が低い<sup>30)</sup>。仕事<sup>16,29,30)</sup>、収入<sup>29)</sup>、レジャー<sup>29,30)</sup>、個人的安全<sup>29)</sup>、知識と教育<sup>30)</sup>も低いことが報告されている。

## VI 統合失調症患者のQOLに関連する要因

統合失調症患者のQOLに関連する要因について、個人の特徴、客観的指標との関連、主観的指標との関連、治療との関連で整理した。

## 1. 個人の特徴

個人の特徴とQOLの関係で一致した見解が得られているのは、性差とQOLは関連がないこと<sup>16,19,28)</sup>、入院歴による差はないこと<sup>28)</sup>である。年齢とQOLは関連がない<sup>19,27,28)</sup>とする報告が多数見受けられたが、中には年齢の高い人のQOLが高い<sup>16)</sup>といった報告もある。罹病期間とQOLの関連は関係がない<sup>28,31)</sup>とするものと関係がある<sup>32)</sup>とする報告があり一致した見解は得られていない。また、教育歴による差はない<sup>28)</sup>とする報告と、教育歴が高い人のQOLが低い<sup>16)</sup>とする報告があり、就労の有無による差はない<sup>28,31)</sup>とする結果と、働いている人は高いQOLである<sup>16)</sup>とする結果があり、これらも一致した見解が得られていない。

## 2. 客観的指標との関連

## 1) 生活様式

生活形態(親との同居、婚姻)とQOLは関連

がない<sup>16,28)</sup>とする報告があるが、結婚しているかどうかではなく同居者がいるかいないかがQOLに関連する<sup>31)</sup>といった報告もみられる。家族接触の頻度、レジャー活動の回数、社会的接触の回数がQOLに関連し<sup>33)</sup>、生活圏の環境(公害/騒音/気候)がQOLに関連する<sup>27)</sup>ことが報告されている。

## 2) 症状

陰性症状がQOLに影響し<sup>27,34)</sup>、不安、抑うつ、敵意、猜疑心などの精神症状がQOLと相関する<sup>20,35)</sup>が、思考障害性分裂病尺度とQOLの相関はない<sup>20)</sup>としている。しかし、Brief Psychiatric Rating Scale(包括的評価尺度)合計点とQOLは相関がない<sup>36)</sup>とする報告もみられる。また、薬物の副作用の強さがQOLに関連することも報告されている<sup>35)</sup>。

## 3) 能力

作業への参加がQOLに関連するが、作業能力とQOLは相関がない<sup>32)</sup>。家族関係適応、友人関係適応、他者との相互作用(ネガティブな相互作用は低く、ポジティブな相互作用は高く)がQOLに関連する<sup>31,33~35,37)</sup>が、日常生活適応とQOLは相関がない<sup>31)</sup>とされている。

## 4) ソーシャルサポート

他者に批判されたり、何か間違ったように扱われたりするネガティブな相互作用はQOLを低下させ、個人的なことを話せたり肯定的なフィードバックを与えてくれるなどポジティブな相互作用はQOLを向上させ、スティグマはネガティブな相互作用とQOLの関連を媒介する<sup>33)</sup>ことが明らかにされている。また、ソーシャルサポートの利用と適正さがQOLに関連する<sup>30,38)</sup>と報告されている。

## 3. 主観的指標との関連

心理的領域がQOLに大きく影響し、なかでも自己評価の低さがQOLに関連する<sup>20,27)</sup>ことが示されている。また、患者自身による自己決定がQOLに関連する<sup>20,39)</sup>ことが報告され、Skantzeは患者のQOLに大きな影響を与えているのは、何よりも慢性の精神症状を自覚する重荷、情緒面や社会的なハンディを自覚する辛さである<sup>16)</sup>と考察している。

## 4. 治療との関連

薬物療法とQOLの関連については、Meltzer

らが<sup>40,41)</sup>、clozapineの使用でベースラインと治療6か月後との間にQLSでの総合点が有意に改善し、12か月後にも総合点や全てのサブスケールにおいて有意に改善したことを報告している。また、Barciaらは<sup>42)</sup>、risperidoneの使用で1か月後、3か月後、6か月後のQOLが改善したことを報告している。

リハビリテーションプログラム(デイケア)の治療効果として、角谷は<sup>28)</sup>、デイケア入所時と入所2か月後の比較において、環境、対人交流、心理的機能、総合点が有意に改善したことを報告している。

作業療法の治療効果として、鈴木らは<sup>32)</sup>、作業療法中にどのくらい幸福感を感じるかを調査し、作業不参加群と比較することで作業療法がQOLの向上に重要な役割を果たすとしている。

## VII 研究の到達点と今後の課題

まず、QOLの定義に関し、QOLそのものが主観的なものであるにもかかわらず、主観的QOL、客観的QOLなどとQOLの定義にそぐわない表現が多く論文に散乱し、QOLの概念を混乱させている。今後の研究においては、QOLの定義を明確にした上で研究を進める必要がある。

測定尺度に関しては、統合失調症のような慢性的な生活困難を持つ患者の測定が可能な尺度であることを基準として収集した14種のQOL測定尺度のうち、10種の尺度が内的整合性や再テスト法により信頼性の検討がされていた。妥当性についても14種のうち11種の尺度が検討されていたが、多くは基準関連妥当性にとどまり、最も重要と考えられる構成概念妥当性の検討を行っている尺度は1/2にも満たなかった。精神障害者のQOLを測定する尺度は多様化しており、しかもその定義が不明確なまま尺度化され構成要素もバラバラであるため、今後、QOL研究を進めるにあたり、定義が明確にされかつ信頼性・妥当性の検討が十分に行われている尺度を用いる必要がある。従来の尺度のほとんどが疾病の影響を測定することを主眼としており、より包括的なQOLを測定するものがなかったこと、ほとんどの尺度が欧米で開発されその翻訳をそのまま他の文化圏で使用するの問題、患者の総合的な健康状態という人間的な要素をさらに強調する必要性から<sup>5)</sup>、WHO



が新たに評価票を開発し、日本でも田崎・中根らにより標準化され、現在、唯一標準化した尺度として使用されるようになった。今後はこのような標準化された尺度を用いることが望ましいと考える。

統合失調症患者のQOLの平均得点は、健常者やうつ病患者と比較して低いことは明白な事実のようである。そして、QOLが低い領域や項目は、WHO/QOL-26でいうと心理的領域や社会的関係や環境であることがほぼ特定されている。このように患者のQOLの低さに関する研究はほぼ一致しているが、QOLとは障害というマイナス面の軽減・除去だけを考えるのではなく、同時にプラス面を発見・育成・強化し、全体としてプラスを増やし、高いQOLが実現できるといったプラス面を重視する概念である。したがって、統合失調症患者のQOLを考えるにあたり、患者の不満足なところだけに着目せず、満足なところにも着目し、全体としてのQOLを向上させる志向をもっと打ち出す必要があると思われる。具体的には、一人一人の患者に則して、患者個々人の強みを患者自身が自覚でき、さらに強化できるような援助者の関わりが求められよう。

個人の特徴とQOLの関連では、年齢、罹病期間などとQOLの関連について一致した見解が得られていない。これは、サンプル数が少ないことやサンプリング方法に問題があるために生じた、サンプルの特徴が表れた結果であると考えられる。したがって、今後は、より広範囲にサンプリング方法も加味した調査が望まれる。そのためには、QOLを測定する目的を明確にした上で、組織立てた全国規模での調査が必要と考える。

QOLには心理的領域が大きく影響することが明らかにされ、QOLと心理的指標との関連では、自己評価、自己決定の関連性が研究されてきた。Skantzeは精神症状を自覚する重荷、情緒面や社会的なハンディを自覚する辛さがQOLに与える影響は大きいとし、これはすなわち障害の受容の程度がQOLに影響すると想定できる。また、障害の構造を通してQOLの構造化を行った上田ら<sup>6)</sup>は、客観的指標であるADLの自立度は高くても障害の受容が未完成であればQOLは低く、客観的指標が低くとも障害の受容の達成によってQOLが高くなることを指摘している。

Demboらにより提唱された障害の受容は<sup>43)</sup>、障害の主観的な意味(価値)を強調しており、「価値ある(valuable)もの」の喪失や欠損の受容であるとされている。そして、喪失の受容とは主に3つの価値体系の変化過程であるとしている。しかし、障害の受容とQOLの関連はまだ実証的に研究されておらず今後の課題である。今後、QOLとこれら心理的指標との関連を検討することで、QOLの向上を目的とした心理社会的介入方法の確立が可能となろう。

また、これまでのQOL研究は、主に横断研究であり縦断研究は少ない<sup>28,38)</sup>ため、QOLとそれと関連する要因との間の因果関係を推定するには限界がある。今後、縦断研究をすることでQOLの影響要因を明らかにすることが重要な課題である。

## Ⅷ ま と め

保健医療におけるアウトカムを重視する流れの中で、QOLが注目されるようになり、1990年からQOLの研究が活発になった。QOLの定義は必ずしも一致しているわけではないが、QOLは患者自身による回答に基づくものであること、QOLは主観的である、QOLの指標は多因子的である、数値は時間と共に変化することの4つがQOLの重要な特性とされていた。

次に、統合失調症患者のQOL理論モデルとして、Bigelow, Lehman, Skantze and Malmのモデルを紹介し、あわせて7つのQOL測定尺度を紹介した。統合失調症患者のQOLの研究では、患者は健常者やうつ病患者と比較して低いことが明らかにされた。QOLの関連要因には、個人の特徴、生活様式、陰性症状、精神症状、能力(家族関係適応、友人関係適応、他者との相互作用)、ソーシャルサポート、自己評価、自己決定などがあつた。QOLには心理的領域が大きく影響することから、今後、それらとQOLの関連を縦断研究により明らかにし、心理社会的介入方法の構築が課題である。

「人生目標を達成するための手段としての健康」として、健康の捉え方も成熟してきた。WHOが示している健康状態を獲得するための2つの方策、すなわち健康確保のための方策であるプライマリー・ヘルスケアと健康増進のための方策であ

るヘルス・プロモーションが各国で推進され、QOLはヘルス・プロモーションの基本概念の1つとして位置づけられている。このような中、QOLは健康を考える際の重要な指標として、どのような健康レベルにある人にも、今後さらに重視されると考えられる。

(受付 2002. 7.26)  
(採用 2003. 2.17)

## 文 献

- 1) 武藤正樹, 今中雄一. QOLの概念とその評価方法について. 老年精神医学雑誌 1993; 4(9): 969-975.
- 2) Bert Spilker. Quality of Life Assessments in Clinical Trials. New York: Raven Press Ltd., 1990.
- 3) Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring (Volume 1). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- 4) 福原俊一. いまなぜQOLか. 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 他, 編. 臨床のためのQOL評価ハンドブック. 東京: 医学書院, 2001; 2-7.
- 5) 田崎美弥子, 中根允文. WHO/QOL-26手引. 東京: 金子書房, 1997; 1-13.
- 6) 上田 敏, 大川弥生. リハビリテーションとQOL. リハビリテーション研究 1999; 98: 14-19.
- 7) 宮腰由紀子, 野々村典子, 後閑容子. 健康の理解. 後閑容子, 蝦名美智子, 編. 健康科学概論. 東京: 廣川書店, 2001; 3-23.
- 8) 吉村公雄, 山内慶太, 精神科領域—うつ, 睡眠を中心に. 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 他, 編. 臨床のためのQOL評価ハンドブック. 東京: 医学書院, 2001; 106-111.
- 9) 黒沢美枝. ある精神障害者の生活史とQOL (Quality of Life). 医学哲学医学倫理 1998; 16: 1-11.
- 10) 池淵恵美. 生活技能訓練 (Social Skills Training) についての文献総説. 集団精神療法 1995; 11: 89-101.
- 11) 三野善央, 田中修一, 津田敏秀, 他. 家族の感情表出 (Expressed Emotion) 研究の最近の進歩 (総説). 臨床精神医学 1994; 23(1): 125-133.
- 12) Julio Bobes, Maria P Gonzalez. Quality of Life in Schizophrenia. Heinz Katschnig, Hugh Freeman, Norman Sartorius, edited. Quality of Life in Mental Disorders. New York: John Wiley & Sons, 1997; 165-178.
- 13) 田崎美弥子, 中根允文. 生活の質 (QOL). 臨床精神医学 1999; 増刊号: 369-373.
- 14) Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. Evaluation and Program Planning 1983; 6: 143-151.
- 15) Lehman AF, Postrado LT, Rachuba LT. Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illnesses. Quality of Life Research 1993; 2: 327-333.
- 16) Skantze K, Malm U, Dencker S, et al. Comparison of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. British Journal of Psychiatry 1992; 161: 797-801.
- 17) 中根允文, 田崎美弥子, 浜田芳人, 他. 精神分裂病・うつ病の患者におけるQOL評価の研究. 厚生科学研究費補助金研究成果報告書 (平成9年度). 2001.
- 18) 園田裕香, 高橋克朗, 浜田芳人, 他. 精神障害者におけるQOLの評価. 日本社会精神医学会雑誌 1999; 8(1): 94.
- 19) 宇都宮浩, 田崎美弥子, 吉武和康, 他. 精神分裂病・うつ病の患者におけるQOL評価. 九州神経精神医学 1999; 45: 71-72.
- 20) 角谷慶子. 精神障害者におけるQOL測定の試み—生活満足度スケールの開発—. 京都府立医科大学雑誌 1995; 104(12): 1413-1424.
- 21) 浜村智子, 津田 彰. 外来精神分裂病者と入院精神分裂病者のQuality of Life (QOL)の比較. 日本心理学会第50回発表論文集 1990; 723.
- 22) Baker F, Intagliata J. Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems. Evaluation and Program Planning 1982; 5: 69-79.
- 23) Bigelow DA, Gareau MJ, Young DJ. A Quality of life Interview. Psychosocial Rehabilitation Journal 1990; 14(2): 94-98.
- 24) Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenic Deficit Syndrome. Schizophrenia Bulletin 1984; 10(3): 388-398.
- 25) Lehman A. F. A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill. Evaluation and Program Planning 1988; 11: 51-62.
- 26) Oliver J.P.J. The Social Care Directive: Development of a Quality of Life Profile for Use in Community Services for the Mentally Ill. Soc. Work Soc. Sci Rev. 1991; 3: 5-45.
- 27) 磯石栄一郎, 三品 斉, 杉本久子, 他. 当院の精神科デイケア利用者における主観的QOLについて. 岩見沢市立総合病院医誌 2001; 27(1): 47-53.
- 28) 角谷慶子. 精神障害者のQOLの特徴とリハビリテーションプログラムによる治療介入後の変化. 京都府立医科大学雑誌 1995; 104(12): 1425-1434.
- 29) Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. Am J Psychiatry

- 1982; 139(10): 1271-1276.
- 30) Malm U, May PRA, Dencker SJ. Evaluation of the Quality of Life of the Schizophrenic Outpatient: A Checklist. *Schizophrenia Bulletin* 1981; 7(3): 477-486.
- 31) 羽山由美子. 精神障害者の社会適応モデル. 看護研究 1992; 25(3): 32-53.
- 32) 鈴木喜八郎, 小山西隆生, 加藤拓彦, 他. 作業療法は精神分裂病の人びとを幸せにするか. 弘前大学医療技術短期大学部紀要 2001; 25: 137-145.
- 33) Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. Negative and Supportive Social Interactions and Quality of Life Among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 2001; 37(5): 405-419.
- 34) Browne S, Clarke M, Gervin M, et al. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 173-176.
- 35) Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical Factors Associated With Better Quality of Life in a Seriously Mentally Ill Population. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43(8): 794-798.
- 36) 長田久雄, 立山萬里, 毛塚忠由, 他. 精神分裂病患者のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) に関する研究 (続報). *東京保健科学学会誌* 1998; 1(1): 107-110.
- 37) 宮田量治, 藤井康男, 佐々木重雄. 精神障害者グループホームに入居した慢性精神分裂病患者の quality of life (QOL) について. *山梨医学* 1994; 22: 84-88.
- 38) Baker F, Jodrey D, Intagliata J. Social Support and Quality of Life of Community Support Clients. *Community Mental Health Journal* 1992; 28(5): 397-411.
- 39) Rosenfield S. Factors Contributing to the Subjective Quality of Life of the Chronic Mentally Ill. *Journal of Health and Social Behavior* 1992; 33: 299-315.
- 40) Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, et al. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp. Comm. Psychiatry* 1990; 41: 892-897.
- 41) Meltzer HY. Dimensions of outcome with clozapine. *Br. J. Psychiatry* 1992; 160: 46-53.
- 42) Barcia D, Ayuso JL, Herraiz ML, et al. Quality of life of patients treated with Risperidone. *An. Psiquiatria* 1996; 12: 134-141.
- 43) 本田哲三, 南雲直二, 江端広樹, 他. 障害受容の概念をめぐる. *総合リハビリテーション* 1994; 22(10): 819-823.
-

## QUALITY OF LIFE AND SCHIZOPHRENIA A REVIEW OF THE LITERATURE

Hiroko KUNIKATA\* and Yoshio MINO<sup>2\*</sup>

**Key words** : schizophrenia, quality of life (QOL)

The aim of this paper was to clarify the concept of quality of life (QOL) and to identify appropriate goals for future studies on the QOL of patients with schizophrenia, by historically review of the literature.

First, the concept of QOL was discussed. With the recent move to attach more importance to outcomes in health services, more attention has been paid to QOL as an indicator of patients' perceived outcomes, and many studies on QOL have been published since 1990. Although definitions of QOL differ from researcher to researcher, four fundamental characteristics are identified: 1) QOL is based on the response from the patient himself/herself, 2) it is the subjective experience of the patient, 3) its index is multifactorial, and 4) scores for QOL change with time.

Next, the QOL models of Bigelow, Lehman, and Skantze and Malm were reviewed as models of the QOL of patients with schizophrenia, and seven QOL scales were also discussed.

Last, studies on the QOL of community residents with schizophrenia retrieved from the Medline and Japana Centra Revuo Medicina databases for 1992 to 2002 were examined. The strategy used for the search was "Quality of Life, psychiatric". As a result, patients with schizophrenia had lower total QOL scores compared to non-disabled persons and patients with depression. Factors associated with their QOL were personal characteristics, lifestyle, negative symptoms, mental symptoms, adjustment (to relations with family, friends and others), social support, self-esteem, autonomy.

Results indicated that a longitudinal study is needed to clarify the relationship between these factors and QOL affected by psychological variables of the patient and develop effective psychosocial intervention necessary in the care of patients with schizophrenia.

---

\* Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University.

<sup>2\*</sup> Mental Health Section, College of Social Welfare, Osaka Prefecture University