

在宅生活をしている統合失調症患者の WHOQOL-26尺度に 影響を与える要因の検討

クニカク ヒロコ ミノ ヨシオ ナカジマ カズオ
國方 弘子* 三野 善央^{2*} 中嶋 和夫^{3*}

目的 精神保健分野において、治療が入院治療から地域社会における治療へと変化したことに伴い、統合失調症患者の治療目標としてQOLが重視されるようになってきた。本稿は、先の横断的研究で得た「統合失調症患者の抑うつ気分、非協調性、自尊感情、QOL因果モデル」の要素間の関係の方向性について、縦断的研究で明らかにすることを目的とした。

方法 対象者は、在宅生活をしておりデイケアに通所し、初回調査と追跡調査（12か月後）に協力が得られた61人の統合失調症患者とした。調査内容は、WHOQOL-26尺度、自尊感情測定尺度、BPRS、個人特性で構成した。データ分析は、自尊感情とWHOQOL-26尺度の関連、精神症状（抑うつ気分、非協調性）と自尊感情の関連について共分散構造分析を用い、Synchronous Effects Modelによって分析した。

成績 交絡要因としての抗精神病薬1日用量と個人特性をコントロールした上で、自尊感情とWHOQOL-26尺度の因果関係の検証モデル、抑うつ気分と自尊感情の因果関係の検証モデル、非協調性と自尊感情の因果関係の検証モデルを検討した結果、抑うつ気分と非協調性は自尊感情に有意な効果を示さなかったが、自尊感情はWHOQOL-26尺度に有意な正の効果を示した。

結論 統合失調症患者がWHOQOL-26尺度で高い得点を得るには、自尊感情を高めたり維持することが有効な方法の一つであるというevidenceを得た。

Key words : WHOQOL-26尺度, 統合失調症患者, 自尊感情, 抑うつ気分, 非協調性

1 緒 言

Quality of life（以下、QOL）は、大量生産・大量消費型社会から経済のソフト化（情報化とサービス経済化）を伴う都市型の高度消費社会へ移行する趨勢の中で、人々の関心が「量」から「質」に転化することに伴い注目されるようになった¹⁾。

社会福祉の分野では、1960年代、それまでの高度成長による公害や過密・過疎などの社会問題が惹起され、生産力の拡大や生活水準の向上が必ずしも「豊かさ」を実現しないことから、1970年代にQOLが問われるようになった²⁾。他方、保健

医療の分野では、患者立脚型アウトカムの指標のひとつとしてQOLが重要視され³⁾、日本でのQOLに関する論文は1980年代から目立つようになり1990年代にはいと急増し、今やQOLは保健医療において重要な一要素として定着している。しかし、精神障害者を対象にしたQOLの研究は、主に欧米で行われ、日本での精神障害者のQOLに関する研究成果は十分とは言い難い。

このような状況の下、障害者基本計画は、精神障害者施策の総合的な取組を重点課題の一つとして取り上げ、入院医療中心から地域における保健・医療・福祉を中心とした施策を推進している⁴⁾。統合失調症患者が、在宅生活を維持していくためには、彼らのQOLを改善することが重要である⁵⁾といわれる。しかし、精神障害者のQOLを測定する尺度に関し、QOLの共通した定義がないまま、SLDS (Satisfaction with Life Domains Scale)⁶⁾、QOLI (Lehman Quality of Life

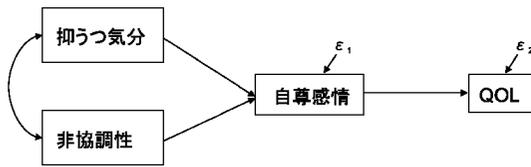
* 岡山大学医学部保健学科看護学専攻

^{2*} 大阪府立大学社会福祉学部精神保健学

^{3*} 岡山県立大学保健福祉学部保健福祉学科
連絡先：〒700-8558 岡山県岡山市鹿田町 2-5-1
岡山大学医学部保健学科看護学専攻 國方弘子

図1 統合失調症患者の抑うつ気分、非協調性、自尊感情、QOL 因果モデル

(KUNIKATA, 2005¹¹⁾)



Interview⁷⁾, QLS (Quality of Life Scale⁸⁾のような尺度が開発されてきた。QOLは、患者自身による回答に基づき、幸福感あるいは満足感などの主観的な要素を重視し、多因子的であり、変化するものであるという4つの特性をもつ⁹⁾とされるが、QLSのように疾患の症状評価を重点的に行うものもあり、QOL測定尺度として適切とはいえないものまでQOL測定尺度として使用されている。筆者らは、より包括的で患者自身の主観的な幸福感を測定し、患者の総合的な健康状態という人間的な要素を強調して開発されたWHOQOL-26尺度¹⁰⁾を用いて、客観的な状況がどのようにして主観的な認識であるWHOQOL-26尺度に関連しているかを、すでに横断的研究方法で検討した¹¹⁾。その結果、主観的な知覚である自尊感情はWHOQOL-26尺度に直接、正の影響を与え、客観的な状況である社会生活技能の能力や社会資源サービスの利用、個人特性はWHOQOL-26尺度に影響を与えなかった。客観的な状況である抑うつ気分や非協調性などの精神症状は、自尊感情を介してWHOQOL-26尺度に、負の影響を与えることを見出した(図1.統合失調症患者の抑うつ気分、非協調性、自尊感情、QOL因果モデル)。

本稿は、統合失調症患者を対象に、前記研究において得られた因果モデルの要素間の関係の方向性について、初回調査と1年後の追跡調査のデータを用いて検討することを目的とした。

II 研究方法

本研究では、調査が精神的な悪影響を及ぼさないと主治医により判断された患者に対し、調査に同意が得られ、また初回調査と追跡調査(12か月後)に協力を得た患者61人を対象とした。対象の選択基準は、International Classification of Dis-

eases (ICD-10)¹²⁾により統合失調症と診断されて1年以上経過し、6か月以上この治療を継続的に受けており、6か月以上、在宅生活をしておりデイケアに通所している18歳以上の日本人男女とした。

調査内容は、WHOQOL-BREF¹³⁾の日本語版(WHOQOL-26尺度)¹⁴⁾、Rosenbergの自尊感情測定尺度¹⁵⁾(以下、RSES)の日本語版¹⁶⁾、Brief Psychiatric Rating Scale¹⁷⁾(以下、BPRS)の日本語版¹⁸⁾ならびに個人特性で構成した。

WHOQOL-26尺度は、WHOQOL基本調査票の短縮版であり異文化間での比較が可能であるといった特徴をもつ。この尺度の信頼性と確証的因子分析を用いた構成概念妥当性の検証は終了している¹⁴⁾。それは「身体的領域」、「心理的領域」、「社会的関係」、「環境」の4領域からなり、これに「全般的な生活の質」を問う2項目が加わり、合計26項目で構成される。これら26項目について、「過去2週間にどのように感じたか(どのくらい満足したか、またはどのくらいの頻度で経験したか)」を5段階で求め、高得点ほどWHOQOL-26尺度での得点が高いことを示す。RSESは、「少なくとも人並みには、価値のある人間である」など10項目で構成される。回答は4件法で求め、高得点ほど自尊感情が高いことを示す。なおRSESの信頼性は確認され、妥当性は基準関連妥当性から検証されているが¹⁹⁾構成概念妥当性の検討は終了していないことから、本研究ではそれを確認した後因果関係の解析に導入した。BPRSは、「心氣的訴え」など18項目で構成される。BPRSの信頼性は、同等性と安定性の観点から確認されている¹⁸⁾。BPRSは7段階評定となっており、高得点ほどその精神症状が重度であることを示す。

個人特性として、年齢、性別、婚姻状況、職業、教育歴、世帯、住居、発病からの期間、入院歴、退院後の外来通院期間、抗精神病薬1日服用量を配置した。抗精神病薬1日服用量については、Chlorpromazineの等価量に換算する方法²⁰⁾に基づいて算出した。

WHOQOL-26尺度とRSESは患者による自記式質問用紙を用い、BPRSは医師による面接調査とした。この時、測定誤差を少なくするために初回調査と追跡調査の評定者は同一人物とした。

研究の倫理的配慮は、「疫学研究に関する倫理指針」(文部科学省と厚生労働省)に沿い、岡山県立大学倫理委員会承認を得た。調査の実施にあたり、インフォームド・コンセントの受領とともに研究参加の中断の自由を保障した。

データ収集は、2002年8月から2003年5月に初回調査を行い、2003年8月から2004年5月に追跡調査を行った。

データ分析は、自尊感情とWHOQOL-26尺度の関連、精神症状(抑うつ気分、非協調性)と自尊感情の関連について共分散構造分析を用い、Synchronous Effects Modelによって分析した。Synchronous Effects Modelは、縦断的研究で得たデータを用いて、2つの要因が双方向に影響を及ぼしあう可能性をモデルに取り込んだ上で、因果関係を分析する統計的手法である²¹⁾。モデルの適合度判定には、 χ^2/df 比、goodness of fit index (以下、GFI)、comparative fit index (以下、CFI)、root mean square error of approximation (以下、RMSEA)を指標として用いた。 χ^2/df 比は2もしくは3以下²²⁾、GFIとCFIは0.9以上、RMSEAは0.08以下であればそのモデルがデータをよく説明していると判断される²³⁾。

なお、RSESの構成概念妥当性の検討には118人のデータを用いた。

以上の分析には、統計ソフト「SPSS 11.5 for windows」と「Amos 5.0」²⁴⁾を用いた。

III 研究結果

1. 個人特性の分布

61人のうち、男性が43人(70.5%)、女性が18人(29.5%)であった。年齢範囲は26~71歳で、平均年齢は48.8歳であった。婚姻状況について未婚が36人(59.0%)、既婚が5人(8.2%)、別居または離婚または死別が20人(32.8%)であった。職業について無職が55人(90.2%)であった。教育歴について高等教育が13人(21.3%)、世帯について単身が34人(55.7%)、住居について持ち家が23人(33.7%)、賃貸アパートが31人(50.8%)であった。発病からの期間について10年以上が46人(75.4%)、入院歴について5回以上が19人(31.1%)、退院後の外来通院期間について5年以上が26人(42.7%)であった。

2. 尺度の信頼性ならびに自尊感情測定尺度の構成概念妥当性の検討

Cronbach's α 係数について、WHOQOL-26尺度は0.91、RSESは0.74、BPRSは0.88であった。

RSESの構成概念妥当性の検討では、従来の探索的因子分析の結果で抽出され提示されていた「積極的自尊感情」と「消極的自尊感情」²⁵⁾を一次因子、「自尊感情」を二次因子とする2次因子モデルを指定し、その因子構造モデルのデータへの適合度を検討した。その結果、 χ^2/df 比は1.62、GFIは0.93、CFIは0.89、RMSEAは0.07であった。この時、潜在変数から観測変数へのパス係数はいずれも正值で、「消極的自尊感情」は0.45~0.65、「積極的自尊感情」は0.36~0.73の範囲であった。なお、パス係数の棄却比であるCritical Ratio (C. R.)は1.96(5%有意水準)以上であった(図2)。以上より、RSESは概念上(内部構造)の一次元性を十分に備えており、10項目を加算することの保証は得られたと判断した。

3. 自尊感情とWHOQOL-26尺度の得点

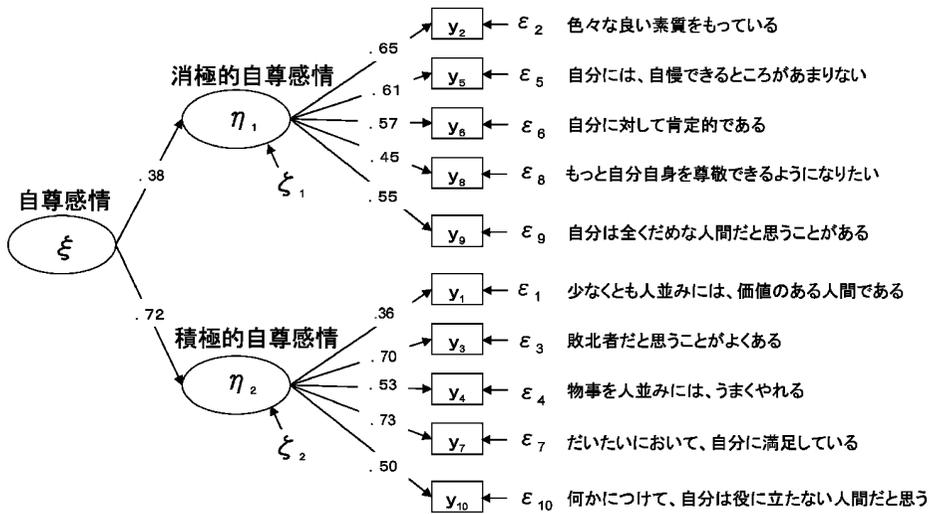
初回調査の自尊感情の得点は 25.2 ± 5.6 (平均 \pm 標準偏差)、1項目の得点すなわち平均WHOQOL-26尺度得点は 3.0 ± 0.5 であった。追跡調査の自尊感情の得点は 23.7 ± 6.1 、平均WHOQOL-26尺度得点は 3.0 ± 0.6 であり、いずれも正規分布を示した。

初回調査の抑うつ気分の得点は 2.5 ± 1.3 、非協調性は 2.6 ± 1.6 であった。追跡調査の抑うつ気分の得点は 2.8 ± 1.4 、非協調性は 2.6 ± 1.6 であり、ほぼ正規分布を示した。平均WHOQOL-26尺度得点、抑うつ気分、非協調性は初回調査と追跡調査において有意差がなかったが、自尊感情の得点は追跡調査において有意に低かった($t=2.2$, $P<0.05$)。

4. WHOQOL-26尺度に影響する要因の検討

QOLが時間の経過と共にどのように変化したかを検討する場合、一般に問題になるのは薬物の影響である。そこで、初回調査と追跡調査における抗精神病薬1日服用量について、対応のある2つの母平均の差の検定を行った。その結果、初回調査と追跡調査で抗精神病薬1日服用量に差がないことが確認された。個人特性の分布も、初回調査と追跡調査に有意差はなかった。次いで、「統合失調症患者の抑うつ気分、非協調性、自尊感情、

図2 自尊感情に関する因子構造モデル (標準解)



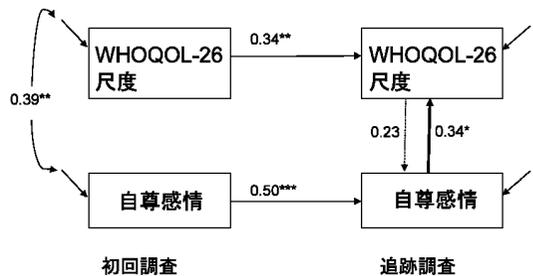
χ^2/df 比=1.62, GFI=0.93, CFI=0.89
RMSEA=0.07, n=118

QOL 因果モデル (図1)」について、Synchronous Effects Modelで検証した。分析は、自尊感情と WHOQOL-26尺度との双方向の関係、抑うつ気分と自尊感情との双方向の関係、非協調性と自尊感情との双方向の関係について行った。

図3に、自尊感情と WHOQOL-26尺度の因果関係の検証モデルを示した。このモデルのデータへの適合度は、 χ^2/df 比が0.52, GFIが0.99, CFIが1.00, RMSEAが0.00であった。追跡調査時点の自尊感情と WHOQOL-26尺度に対する、初回調査時点の同一変数の標準偏回帰係数は、それぞれ0.50, 0.34であった。追跡調査時点において自尊感情は WHOQOL-26尺度に有意な正の効果を示したが ($\beta = 0.34, P < 0.05$), WHOQOL-26尺度は自尊感情に有意な効果を示さなかった。以上より、自尊感情と WHOQOL-26尺度は因果関係がある、すなわち自尊感情は WHOQOL-26尺度を規定するといった方向性が明らかになった。

図4に、抑うつ気分と自尊感情の因果関係の検証モデルを示した。このモデルのデータへの適合度は山本ら²³⁾が推奨する判断基準を満たし、モデルは受容できると判断できた。追跡調査時点の抑うつ気分と自尊感情に対する、初回調査時点の同一変数の標準偏回帰係数は、それぞれ0.57であ

図3 自尊感情と WHOQOL-26尺度の因果関係の検証モデル
シンクロナス・イフェクツ・モデル



数値は標準偏回帰係数
 χ^2/df 比=0.52, GFI=0.99, CFI=1.00, RMSEA=0.00
n=61 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

た。しかし、初回調査の抑うつ気分ならびに追跡調査の抑うつ気分から自尊感情へのパス係数は有意な関連を示さず、抑うつ気分は自尊感情に有意な効果を示さなかった。

図5に、非協調性と自尊感情の因果関係の検証モデルを示した。モデルは受容できると判断できたが、初回調査の非協調性ならびに追跡調査の非協調性から自尊感情へのパス係数は有意な関連を示さず、非協調性は自尊感情に有意な効果を示さなかった。以上より、抑うつ気分と非協調性が自

図4 抑うつ気分と自尊感情の因果関係の検証モデル
シンクロナウス・イフェクツ・モデル

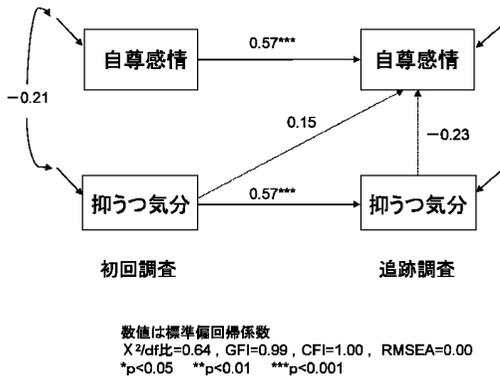
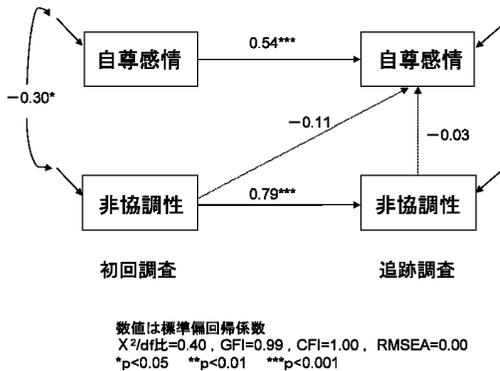


図5 非協調性と自尊感情の因果関係の検証モデル
シンクロナウス・イフェクツ・モデル



自尊感情を規定するといった方向性は、統計学的に支持されなかった。

IV 考 察

本研究では、自尊感情が WHOQOL-26 尺度を規定するという因果の方向性が統計学的に支持された。自尊感情が QOL に関連することは、これまでの研究により多数報告されている^{19,26,27)}。たとえば Mechanic ら²⁷⁾は、自尊感情と Lehman の QOL Interview (QOLI) は相関関係があり ($\gamma = 0.56$)、QOLI を従属変数としたときの自尊感情の寄与率は 16% であったことを報告している。しかし、これら自尊感情と QOL の関連を明らかにした研究は横断的研究であり、2 変数との関連を明らかにできても要因のもつ方向性、すなわち因果関係を結論づけることは困難であるという限界

をもっていた。本研究は、縦断的研究方法を用いて自尊感情が WHOQOL-26 尺度を規定するという因果関係を明確にした。この結論は、新しい知見を提供していると考えられる。

統合失調症患者の QOL に関する縦断的研究は日本では極めて少なく、自尊感情と QOL の 2 変数を測定した縦断的研究は皆無である。欧米ではいくつか報告されており、Ruggeri ら²⁶⁾は以下のことを報告している。横断的研究においてよりよい LQL (Lancashire Quality of Life Profile) を予測したのは、年齢、サービスへの満足、肯定的感情 (positive affect) と自尊感情であった。縦断的研究において初回調査の主観的満足因子は追跡調査のその変動の 42% を示したものの、横断的研究でよりよい LQL を予測した変数は縦断的研究では予測する変数ではなかった。そして、主観的なデータと客観的なデータは情報の性質が異なるものであり、客観的なデータは治療効果をみるのに役立ち、主観的なデータは LQL を完成するのに必要であり客観的なデータの説明を強化するのに必要であると結論づけている。

ただし本研究では、主観的な知覚である自尊感情が WHOQOL-26 尺度を規定し、客観的な状況である抑うつ気分や非協調性は WHOQOL-26 尺度を規定するといった方向性が支持されなかった。以下に、この点を考察する。

Skantze 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が、“生活水準”は観察者による客観的なもので、それ自体は目標ではなく個人的な QOL の目標に到達するための手段であり、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⁵⁾と主張している。また、上田は、WHO の「生活機能、障害と健康の国際分類 (ICF)」について、改訂版のモデル (2001 年) も初版同様に全て客観的世界に属するものであり、それと並ぶものとして主観的世界があり主観的次元を加えたモデル²⁸⁾を提起している。このモデルでは、客観的世界と主観的世界は交互作用をするが相対的独立性を持つと主張している。たとえば、日常生活動作 (ADL) の自立度はたとえ高くても、障害の受容が未完成であれば QOL は低くなり、逆に日常生活動作が低くても障害の受容の達成によって QOL が高くな

ることもある。このように客観的世界と主観的世界は、交互作用をしながらも相対的独立性を有するために、客観的な状況である抑うつ気分や非協調性は WHOQOL-26 尺度を規定しなかったものと推察される。では、なぜ、自尊感情は WHOQOL-26 尺度を規定しうるのであろうか。自尊感情とは、人がもっている自尊心、自己受容などを含め、自己の価値と能力の感覚-感情である¹⁶⁾。つまり、自己の価値と能力の感覚-感情が自分自身の人生の状況に対する認識 (WHOQOL-26 尺度) を規定するといえる。自己の価値と能力の感覚-感情は、尊厳を自己において認める意識であり、この意識が WHOQOL-26 尺度を規定するわけである。すなわち、患者自身の自己に対する尊厳のあり方が WHOQOL-26 尺度を規定するものと理解できよう。上田は、先の生活機能と障害の主観的次元を2つに大別し、障害をもって生きていくという自分の状況全体をどう受け止めるかという総合的な主観的側面が根源的な問題であるとしている。統合失調症患者の自尊感情が WHOQOL-26 尺度を規定したことは、総合的な主観的側面が根源的な問題であるとする上田の主張とも一致するものである。

横断的研究では、抑うつ気分と非協調性の精神症状が自尊感情を介して WHOQOL-26 尺度に関連することが支持されたが、縦断的研究は、自尊感情のみが WHOQOL-26 尺度に関連することを支持した。横断的研究において、抑うつ気分や非協調性は自尊感情を介して間接的に WHOQOL-26 尺度に影響を与えるようにみえたが、縦断的研究では WHOQOL-26 尺度に影響を与えなかった。これは、自尊感情に影響する要因が、抑うつ気分や非協調性以外に存在するために、抑うつ気分と非協調性は WHOQOL-26 尺度に影響を与えなかったと理解できる。そして、WHOQOL-26 尺度に対し自尊感情は変動要因となり、自尊感情は変化しやすいものであるといえる。実際、初回調査と追跡調査において、WHOQOL-26 尺度、抑うつ気分、非協調性の得点は有意な差がなかったが、自尊感情の得点は有意に低下していた。

つぎに、統合失調症患者の自尊感情の特徴について考察を加える。統合失調症患者の自尊感情(平均値)は25.8点であった。脳梗塞発症後の患

者の自尊感情は27.4点²⁹⁾、男子大学生は27.2点³⁰⁾であるのに比較して、統合失調症患者の自尊感情は低い。統合失調症患者の自尊感情の形成の特徴は2つに大別され、1つは病的体験に伴う自尊感情の傷つき、他の1つは自分の行動に他者がどのような反応を示し、それによって自分がどういった意識を持つかといった鏡映的自我 (looking-glass self) としての自尊感情の傷つきがあり、これらの傷つきが彼らの自尊感情の形成に影響を与えていると考えられる。すなわち、自分自身の内的体験と他者による反応という2重の悪影響を受けた結果、統合失調症患者の意識は、自己の限られた部分に焦点を当て、自己にある健康な側面を無視し、偏った自己を認識する³¹⁾といった特徴をもつと考えられる。本研究結果においては、対象者が発病以来10年以上経過し陰性症状を軽度もつ慢性の患者であったことから、過去の病的体験が WHOQOL-26 尺度に影響を与えるよりも、むしろ鏡映的自我を患者自身が内在化した自尊感情が WHOQOL-26 尺度に影響を与えたと考えられる。

本研究の成果は、統合失調症患者が WHOQOL-26 尺度で高い得点を得るには、自尊感情を高めたり維持することが有効な方法の一つであるという evidence を得たことである。しかし、いくつかの限界がある。第一に、追跡調査中に生じた対象者のヒストリー (history: 時期を同じくしておこるため、従属変数に影響を与える外的事象³²⁾) の存在を否定することができない。また、テストング効果 (testing: 事後テストの得点に事前テストが与える影響³²⁾) も否定することはできない。第二に、本研究の対象は陰性症状を軽度もつが症状は安定し、社会生活技能も比較的自立した患者であるため、サンプルが厳密に代表を表しているとはいえない。これらの限界に留意して解釈する必要があることを指摘しておかなければならない。今後、データ数を増やすとともに、同じ研究を別の場で別の対象者に調査を反復実施することで結果の一般化を目指すことが課題である。さらに、統合失調症患者の自尊感情の関連要因を明らかにし、自尊感情が向上する支援を検討することが重要な課題である。

V 結 語

今回、我々は、横断的研究で得た「統合失調症

患者の抑うつ気分, 非協調性, 自尊感情, QOL 因果モデル」について, 縦断的研究方法を用いて検証した。その際, 交絡要因としての抗精神病薬1日服用量と個人特性をコントロールした上で, 初回調査と追跡調査(12か月後)のデータを用いて分析した。結果, 統合失調症患者がWHO-QOL-26尺度で高い得点を得るには, 自尊感情を高めたり維持することが有効な方法の一つであるという evidence を得た。

本研究は, 平成15年度~平成17年度科学研究費補助金〔研究課題名「地域で生活する統合失調症患者の生活の質(QOL)に関する研究」(研究代表者: 國方弘子) 基盤研究(C)(1) 課題番号15592337〕の助成を受けて行われたものの一部である。

(受付 2005. 4.15)
採用 2006. 3.31)

文 献

- 森岡清志. 生活の質. 森岡清美, 塩原 勉, 本間康平, 編. 新社会学辞典. 東京: 有斐閣, 1993; 834-835.
- 和気康太. QOL-ミニマムからオプティマムへ. 平岡公一, 平野隆之, 副田あけみ, 編. 社会福祉キーワード. 東京: 有斐閣, 2003; 32-33.
- 福原俊一. いまなぜ QOL か—患者立脚型アウトカムとしての位置づけ. 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.
- 内閣府. 障害者白書(平成16年版). 東京: 国立印刷局, 2004; 188-200.
- Bobes J, Gonzalez MP. Quality of life in schizophrenia. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, edited. Quality of life in mental disorders. New York: John Wiley & Sons, 1997; 165-178.
- Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support system. Evaluation and Program Planning 1982; 5: 69-79.
- Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning 1988; 11: 51-62.
- 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.
- Spilker B. Quality of life assessments in clinical trials. New York: Raven Press Ltd., 1990.
- WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health 1994; 23 (3) : 24-56.
- Kunikata H, Mino Y, Nakajima K. Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators, and self-esteem. Psychiatry and Clinical neurosciences 2005; 59: 163-169.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992; 95-118.
- World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHO-QOL measuring quality of life (WHO/MSA/MNH/PSF/97.4) . Geneva: WHO, 1997.
- 田崎美弥子, 中根允文. WHO/QOL-26手引. 東京: 金子書房, 2001; 1-24.
- Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton NJ: Princeton University Press, 1965; 16-21.
- 山本真理子, 松井 豊, 山成由紀子. 自尊感情尺度. 堀 洋道, 山本真理子, 松井 豊, 編. 心理尺度ファイル. 東京: 垣内出版, 1996; 67-69.
- Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports 1962; 10: 799-812.
- 北村俊則. 精神症状測定の理論と実際. 東京: 海鳴社, 2000; 61-64.
- Dongen CJV. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. Community Mental Health Journal 1996; 32: 535-548.
- 臨床精神薬理編集委員会. 精神神経病用薬一覽. 東京: 星和書店, 2004; 134.
- 岡林秀樹, 杉澤秀博, 岸野洋久. お年寄りの健康と人とのふれあい. 豊田秀樹, 編. 共分散構造分析: 事例編. 京都: 北大路書店, 1998; 83-90.
- 古谷野亘. 共分散構造分析. 季刊精神科診断学 1996; 7(1): 133-139.
- 山本嘉一郎・小野寺孝義. Amos による共分散構造分析と解析事例. 京都: ナカニシヤ出版, 1999; 15-18.
- James LA. Amos 5.0 update to the amos user's guide. Chicago: SPSS Inc., 2003; 1-76.
- 井上祥治. セルフ・エスティームの測定法とその応用. 遠藤辰雄, 井上祥治, 蘭 千壽, 編. セルフ・エスティームの心理学. 京都: ナカニシヤ, 1992; 26-36.
- Ruggeri M, Warner R, Bisoffi G, et al. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A factor analytical approach. British Journal of Psychiatry 2001; 178: 268-275.
- Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, et al. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. Soc Sci Med

- 1994; 39: 155-164.
- 28) 上田 敏. WHO 国際障害分類改定の経過と今後の課題. リハ研究2002; 110: 2-10.
- 29) 篠原純子, 児玉和紀, 迫田勝明, 他. 脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因. 日本看護研究学会雑誌 2003; 26: 111-122.
- 30) 久野孝子, 館英津子, 小笠原昭彦, 他. 大学生の性に関する態度と自己同一性および自尊感情との関連. 日本公衆衛生雑誌 2002; 49: 1030-1039.
- 31) 遠藤淑美. 看護援助による慢性精神分裂病を病む人の自我発達の性質と経過. 千葉看護学会会誌 2003; 9: 17-25.
- 32) Polit DF, Hungler BP. 看護研究: 原理と方法. 東京: 医学書院, 1999; 90-106.
-

FACTORS AFFECTING WHOQOL-26 IN COMMUNITY-DWELLING PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Hiroko KUNIKATA*, Yoshio MINO^{2*}, and Kazuo NAKAJIMA^{3*}

Key words : WHOQOL-26 Scale, schizophrenic patients, self-esteem, depressive mood, uncooperativeness

Objective Schizophrenic patients' quality of life (QOL) has become increasingly important due to shift of mental health care from hospitals to communities. This paper describes a longitudinal study conducted to clarify relationships among the QOL, self-esteem, depressive mood, and uncooperativeness of schizophrenic patients identified in the authors' previous cross-sectional study.

Methods Subjects were 61 schizophrenic patients attending day care at mental hospitals. They were assessed initially, and again after a 12-month follow-up. The assessment was carried out using the Rosenberg Self-Esteem Scale, WHOQOL-26 Scale, and the Brief Psychiatric Rating Scale, and included personal characteristics. Covariance structure analysis (Synchronous Effects Model) was conducted to clarify the relationships between self-esteem and the WHOQOL-26 Scale, and between psychiatric states (depressive mood and uncooperativeness) and self-esteem, while controlling for subjects' individual characteristics and use of antipsychotics as confounding factors.

Results The results indicated that self-esteem had a significantly positive effect on the WHOQOL-26 Scale while depressive mood and uncooperativeness were without significant effects.

Conclusions The results provide evidence that the enhancement and maintenance of self-esteem may be an effective method of improving WHOQOL-26 in schizophrenic patients.

* Department of Nursing, Faculty of Health Science, Okayama University Medical School.

^{2*} Mental Health Section, College of Social Welfare, Osaka Prefecture University, Osaka.

^{3*} Department of Welfare System and Health Science, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, Okayama.