

精神障害における QOL

中 根 允 文

要 旨

QOL あるいは生活の質といった用語が、健康に関わる分野でしばしば耳にされるようになった。医療・保健・福祉の提供者にとって、この概念が広がり、当事者（患者）が自らの健康を保持増進するための方策について主体的に考え参画するきっかけとなることは極めて望ましいことである。通常は、慢性の身体疾患に罹患している人たちにとって話題となることが多いが、精神障害に苦悩する当事者にとっても有用な発想であるはずである。残念ながら、精神障害の当事者からは信頼性ある QOL 評価が得られるかという問題が大きく立ちはだかつており、日本国内での研究や実用化が著しく遅れている。本稿では、精神障害の分野での QOL 研究の現状をレビューし、著者らがこれまでに検討してきた結果の要約を紹介し、本領域のさらなる発展を期待したい。

キーワード

QOL、生活の質、精神障害、統合失調症、WHOQOL-26

はじめに

近年 QOL という用語は様々な領域で汎用される。ただ、その端緒となったのはリベリズムの社会保障政策を重視した内政改革に取り組んだ米国大統領 Johnson, L. B. が1964年に行った「Great Society」計画の演説にあったと言われる。それを機会に、QOL はその後の米国における社会政策や保健医療政策の中で盛んに使用されるようになり、さらには医療界においても使われ、リハビリテーション医学や外科治療の評価、あるいはターミナル・ケアなど健康関連分野でも広く使われるようになった。最近では、保健医療分野に限定するとき、これを「健康関連の生活の質；health-related quality of life, HRQL」と表現するが（健康と直接関連のない QOL を non-health related quality of life, NHRQL ということもある、但し本論文では HRQL のみを話題にしているので QOL と記載する）、その概念の多くは悪性腫瘍へのケアのあり方に対する反省からスタート

したと知られている。歴史的なイベントとして、1947年に Karnovsky D. A. ら¹⁾ が癌患者における化学療法の臨床評価として Performance Status (PS) を発表したことに遡ると見なす考え方もある。1960年代以降には、先の大統領演説を機に、米国では1960年代後半から起こった生命倫理運動という市民運動、また英国では1967年にロンドンでスタートしたホスピス運動（1967年の St. Christfer Hospice の設立）の盛り上がりもあって、癌や高血圧を中心に慢性身体疾患に関する QOL 研究が盛んになり、1976年には Prietman が乳ガンの化学療法施行の際の QOL 評価、1981年には米国の食品医薬品局（FDA）が抗癌剤の臨床評価指針の第 相試験に「疼痛緩和といった QOL に及ぼす治療効果を評価する試みも行われるべき」との明示に至った。次いで、同 FDA は1985年に QOL を新薬承認の指標にすると発表し、1991年には日本の厚生省も抗悪性腫瘍薬第 相試験の指標にすると発表した。こうした経緯の中で、多く

の QOL 評価尺度が開発されてきて、その数量的評価の見通しもうかがわれるようになった。

そこで、本稿では特に精神障害（者）における QOL および同評価法についてレビューすると共に、著者が数年間にわたって行った調査研究の一部を紹介する。データの素材は2001年の文部省報告書²⁾に詳記してあるので、それを参照されたい。

QOL の定義と評価法

QOL は、一般に生活の質（他に、人生の質、生命の質など）と訳されているが、世界保健機関（WHO）によると「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準または関心に関連した自分自身の人生の状況に関わる認識」に基づく「身体的側面、心理的側面、自立のレベル、社会との関係、信念環境などという重要な側面との関わりといった複雑なあり方を取り入れた広範囲の概念」であり、簡略に表現するなら「生活状況に対する個人の主観的評価」となる。ただ、QOL を構成する領域あるいは要素については未だ多くの見解があって確定していないため、各評価尺度にそれぞれの領域が設定されているとも言える。QOL 研究の方向性あるいはその効用を言及する場合、慢性疾患患者の QOL に関する記述的評価およびその比較研究（descriptive studies）、QOL に関する患者特徴についての研究（associated-factor

studies）、QOL を転帰指標としたときの介入研究（treatment outcome and intervention studies）などが考えられる。

現実に QOL 評価尺度は近年になって数多く開発されてきたが、大きく2つに分類できる。つまり、一般的尺度（general QOL instruments）と特異的尺度（specific QOL instruments）であり、前者は広範囲にわたるさまざまな集団に適用可能である反面、特定の集団（たとえば、ある疾患集団）における臨床的に重要な変化を僅かではあるにしても見逃す恐れがある。そこで、次の特異的尺度と併用することも勧められる。後者は、疾患特異的あるいは治療特異的などに細分類できる。一般的尺度としては SF-36、EuroQOL、WHOQOL、Sickness Impact Profile (SIP) などがあり、特異的尺度には Quality of Life Scale (QLS)、SIP-Modified、Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI)、Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS、JSQLS [日本語版]) などが提案されてきている。

WHOQOL-26について

著者自身が関わってきた WHOQOL の開発経過を以下に略記³⁾する。1992年に WHO/HQ (ジュネーブ) にプロジェクト・チームが立ち上げられ、それぞれに展開していた世界各国の研究者が集合して上記の定義を前提にした国際的に共有できる評価尺度の開発を目指し約300

表 1 WHOQOL-26 の構成24項目（残り2項目は概括評価である）

領 域	下 位 項 目
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
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、スピリチュアリティ・宗教・信条、思考・学習・記憶・集中
社会的領域	人間関係、社会的支援、性的活動
環 境	金銭関係、自由・安全と治安、健康と社会的ケア（利用のしやすさと質）、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

項目からなる試案が準備された。これのフィールド調査の結果を基に1994年に WHOQOL-100 (つまり、項目数が100項目に減らされた)が開発された。その際、WHO が1946年以来提唱してきた「健康」の定義(「健康憲章」; 完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または虚弱の存在しないことではない; 昭和26年官報掲載)を尊重して、身体的側面、心理的側面、自立のレベル、社会的関係、生活環境、スピリチュアリティ・宗教・信念といった6領域を QOL の構成要素とすることが決定された。ただ、健康の定義の中でスピリチュアリティ等に関しては、1998年1月に開催された第101回 WHO 執行理事会(EB101: 101st Session of the WHO Executive Board)の中で健康定義を従来の“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”から spiritual と dynamic の二つの語を新しく加えた、“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”という新しい文章に改める提案を WHO 総会へ提出するための検討が行われた。この提案が、イスラム諸国独自の精神文化による健康価値観に基づいていたこともあって、全世界的な共通見解にいたらず、未だ WHO においても検討課題のレベルに止まっている。さて、この WHOQOL-100 の臨床適応を考慮して改めてフィールド調査が施行され、1997年に WHOQOL-26 が開発された。これには、表1に記すように4領域からなるが、WHOQOL-100 に採用された6領域はおおよそカバーできるように修正されている。

日本国内における WHOQOL-26 の利用可能性を探るために、著者らは国内3カ所(東京・大阪・長崎)にて一般住民を対象に調査して、一般集団での QOL 平均値を明らかにした。これを前提に幾つかの特定集団に関する比較研究

を行い、さらに精神障害(者)への展開を検討してきた。

精神障害(者)における QOL 評価

さまざまな医療福祉場面で QOL が話題にされる中、海外では悪性腫瘍に次いで、精神障害(者)についても検討が始められていた。例えば、2001年の Medline Search における QOL 論文を見ると悪性腫瘍が37%を占めたのに対して、精神疾患をテーマにしていたのは14%で既に第2位に位置していたのである。しかし、国内では未だ極めて貧弱であり、「統合失調症・(精神分裂病)・QOL」をキーワードにしたとき、この数年間で1年に25-35編程度の報告しか見ない。その背景として、患者の主観的測定が精神障害者において可能であるか、表明された主観の信頼性はどうか、臨床状態や薬剤の影響はどの程度か、医療関係者・家族と患者本人の認識の差はどうか、そして彼らの QOL を的確に評価しうる妥当な評価尺度はあるのか、などといった考慮すべき問題点があるからであろう。しかし、こうした点に対する相応のエヴィデンスは、海外諸国では徐々に蓄積され今や数多くの情報と知見が整理されつつあるといえよう⁴⁾。特に、米国における脱施設化と地域社会保健プログラムの導入、新しい抗うつ薬・非定型抗精神病薬の登場、WHO による能力障害評価尺度(WHO/DAS)や生活機能分類(ICF)の開発などに伴う精神障害(者)に係る QOL 評価尺度の開発が大きなきっかけになったと考える。一方、日本からの調査研究報告は宮田ら⁵⁾⁶⁾・角谷⁷⁾・大森ら⁸⁾⁹⁾および著者らなど数カ所のグループに限定されていて、その話題も十分とはいえない。宮田らは、Heinrichs らが開発した QLS の日本語版を開発すると共に統合失調症に対する適用を検討してきている。また角谷は、精神障害者の社会復帰過程における主観的満足度評価という観点から独自の QOL 尺度を開発してきている。大森らのグループは JSQLS を開発すると共に統合

表 2 WHOQOL 調査における被験者別の評価尺度

評価尺度*	統合失調症	うつ病	その家族
WHOQOL-26			
GHQ-12			
KAS-P			
WCST			
DIEPSS			
WHO/ICD-10F/SCL			
BDI			
HAM-D			
Adversive Effect Checklist			
KAS-R			
ID Section			(短縮版)

注：評価尺度*

WHOQOL-26；World Health Organization/Quality of Life-26 items (生活の質質問票), GHQ-12；General Health Questionnaire-12 items (全般健康調査票), KAS-P；Katz Adjustment Scale for Patient (社会適応評価表—患者用), WCST；Wisconsin Card Sorting Test (認知機能検査), DIEPSS；Drug Induced Extra-Pyramidal Symptoms Scale, (薬原性錐体外路症状評価表), WHO/ICD-10F/SCL；WHO/ICD-10F/ Symptome Check-list (精神症状評価用チェックリスト), BDI；Beck's Depression Inventory (自記式うつ病質問票), HAM-D；Hamilton Scale for Depression (抑うつ症状評価表), Adversive Effect Checklist [due to Antidepressants] (著者らが開発したうつ病者用副作用チェックリスト), KAS-R；Katz Adjustment Scale for Relatives (社会適応評価表—家族用), ID Section [for Psychosocial Factor]；著者らが開発した被験者の背景要因確認尺度

失調症患者における薬物療法の変化が彼らの QOL に如何なる変化をもたらすかを明らかにしてきた。

著者らは、先の関連図書を監修⁴⁾すると共に、これまで約 5 年間に亘り、WHOQOL-26 と英国の Goldberg が開発した General Health Questionnaire (GHQ-12) を活用して、高齢の認知症者を介護している人たちにおける QOL を国際共同比較研究 (カナダ、スペイン、インド、日本など) を実施¹⁰⁾ したり、統合失調症およびうつ病の当事者と同家族 (長崎在住) における QOL 評価研究¹¹⁾ を行ってきた。

精神障害者にとっては、長期入院による様々な制約のある生活を余儀なくさせられることによって、人生への期待や本来あるべき社会的役割の欠如に関する自己認識が強く、長期入院であればあるほど環境要因の貧困さや物質的所有の貧困により、一般人口集団と比較して統計的に QOL は低いことが考えられている。また、彼らに対する処遇のあり方によっても、例えば精神科病棟入院は病院ホステルより或いはグループホーム入所より QOL は低下するとされている。更には、彼らが蒙る社会的偏見による QOL の低下も指摘されている。そこで、われ

表 3 対象症例の背景因子および診断分類

	統合失調症	うつ病
全症例	M : 39, F : 26, Total : 65	M : 18, F : 12, Total : 30
調査時平均年齢 (歳)	34.18 ± 10.10	49.00 ± 13.36
平均発病年齢 (歳)	23.37 ± 7.57	40.85 ± 12.76
平均教育年齢 (歳)	12.70 ± 2.15	12.40 ± 2.61
婚姻状況	未婚 : 54, 既婚 : 6, 離婚 : 4, 不明 : 1	未婚 : 7, 既婚 : 20, 離婚 : 1, 不明 : 2
受療状況	入院 : 19, 外来 : 46	入院 : 10, 外来 : 20
亜型分類	F20.0 妄想型 43 F20.1 破瓜型 13 F20.3 鑑別不能型 4 F20.5 残遺型 4 F20.6 単純型 1	F31 双極性障害 (うつ病) 7 F32 うつ病エピソード 13 F33 反復性うつ病性障害 10

(文献 2 を参照)

表 4 統合失調症・うつ病で QOL に影響する要因

統合失調症	<ul style="list-style-type: none"> ・一般住民より、うつ病患者より、いずれの介護者より、平均 QOL は低い ・調査時年齢の上昇に連れて平均 QOL は上昇する ・入院患者の QOL は外来患者より低い ・教育年数が短い方が QOL は高いとの関係がありそう (?) ・ICD-10F/SCL で症状数が多くなると QOL は低い ・Schneider K. の第一級症状 (統合失調症の中核症状) が有れば QOL は低い ・妄想性症状が有れば QOL は低い ・陰性症状が有れば QOL は低い ・DIEPSS 評価で筋強剛やアカシジアが有れば QOL は低い
うつ病	<ul style="list-style-type: none"> ・一般住民より平均 QOL は低い傾向にある ・入院患者の QOL は外来患者より低い ・BDI 得点が増えるほど QOL は低い ・HAM-D スコアが増えるほど QOL は低い ・WCST におけるカテゴリー達成数が少なければ QOL は低い

(文献 2 を参照)

われが行った統合失調症とうつ病の患者および彼らの家族における WHOQOL 調査に関して、結果の一部を紹介したい。詳細については、別の研究報告書²⁾ に公表した。

本調査そのものは長崎大学医学部倫理委員会の承認を得てスタートし、調査対象者は当事者

本人および / または家族の同意を得ている。対象者は、表 2 に記すような評価尺度への協力が依頼されて、対象者に係る状態像が把握された。調査の当事者群に係る対象は、表 3 のような背景因子および ICD-10F 診断分類からなっていた。

これらのグループで、各疾患群患者における QOL の特徴および QOL に影響する要因を要約すると表 4 のようになる。

ここに挙げた要因の一部は既に欧米で確認されているもの¹²⁾もあるが、殆どはこれから確認される必要があるものばかりであり、あるいは経過によって異なりうる側面のあることも否定できず、今後この QOL 研究分野に更に多大の関心が寄せられることを期待したい。特に日本においては、精神障害の分野で未だ十分な評価研究が進展しておらず、追試が期待されることである。われわれの上記研究では、統合失調症に限って QOL に影響する要因の幾つかについても更に統計的検討を行い、当事者の平均 QOL に対して GHQ (全般健康度)・精神症状の重症度・抑うつ気分の存在がネガティブな影響を及ぼし、一方当事者自身の社会的活動の遂行度はポジティブに影響すると確認することができた。また、統合失調症事例の家族(介護者)では、平均 QOL が一般住民集団におけるより低く、当事者よりは高かった。われわれが別に行った認知症介護者のそれよりは、僅かに高いものであった。統合失調症の家族で、QOL を構成する下位項目を見ると、身体的領域とか心理的領域では明らかに一般住民より低くなっており心身面への介護負担の大きさが目立ったが、「社会的関係」の領域では逆に明らかに高くなっており、当事者に替わって社会的関係の構築が高度に要請され対応しようとしている様相のあることをうかがわせた。

おわりに

精神障害における QOL 研究は今ようやく緒に就いたところである。精神障害に悩む当事者が自ら表明した QOL は、その精神状態を始めバイアスとなるものが多く信頼性の高い評価はできないという認識が一般化しており、当事者の直接的な協力を得た研究は手を着けられないで来た。一方では、「当事者の QOL 向上を目指して」というかけ声だけは医療保健福祉の提

供者から大きくなって、同領域におけるパターンリスティックな傾向を補強さしている印象が否定できない。

精神障害の当事者が自ら QOL 評価をなし、その向上に向けて彼らが主体的に治療やケアなどに参画する糸口を掴み取る一つとして QOL 研究が活用されることを念じたい。障害者の生の声を前提にした医療福祉の時代となるように、この領域のさらなる発展を期待する。

文 献

- 1) Karnovsky D. A. & Burchenal J. H. : The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In : McLeod C. M. (ed) 'Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer', pp191-205, Columbia Univ. Press, New York, 1949.
- 2) 中根允文(研究代表者): 精神障害者における QOL 評価の研究, 平成11・12年度科学研究費補助金研究成果報告書, 2001.
- 3) 田崎美弥子・中根允文: WHOQOL 短縮版(WHOQOL-26)使用手引, 金子書房, 東京, 1997.
- 4) 中根允文(監修): 精神疾患と QOL, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2002.
- 5) 宮田量治・藤井康男(訳): クオリティ・オブ・ライフ評価尺度 解説と利用の手引き (Heinrichs D. W., Hanlon T. & Carpenter W. T. 著), 星和書店, 東京, 1995. (宮田量治: クオリティ・オブ・ライフ評価尺度 解説と利用の手引き改訂版, 2001/10)
- 6) 藤井康男・宮田量治・村崎光邦・他: 精神分裂病通院患者への olanzapine 長期投与 QOL を含んだ多様な治療成果の検討, 臨床精神薬理 3, 1083-1096, 2000.
- 7) 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, 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 104, 1413-1424; 1425-1434, 1995.
- 8) 友竹正人・谷口隆英・兼田康宏・石元康仁・大森哲郎: 新規非定型抗精神病薬による統合失調症の症状と QOL の改善に関する検討, 精神薬療研究年報 35, 99-105, 2003.

- 9) Kaneda Y., Imakura A., Fujii A & Ohmori T. : Schizophrenia quality of life scale : validation of the Japanese version. *Psychiatry Res.* 113, 107–113, 2002.
- 10) Nakane Y., Tazaki M. & Chaturvedi S. K. : Quality of Life of Caregivers of People with Dementia ; Report of An International Collaborative Study. *Acta Medica Nagasakiensia* 44 (supplement). 1999.
- 11) Ishizaki Y. & Nakane Y. : A survey of patients with mental disorders and their caregivers using the World Health Organization Quality of Life Instrument *Acta Medica Nagasakiensia* 49, 143–147, 2004.
- 12) Bobes J & Gonzalez M. P. : Quality of life in schizophrenia. In : Kaschnig H., Freeman H. & Sartorius N. (eds.) *Quality of Life in Mental Disorders*, John Wiley & Sons, New York, pp165–179, 1997.