

表-11. 社会的機能(SF36)に影響する因子

	回帰係数	P値
不安	-12.16	0.001
高学歴	-0.39	0.005
性生活への影響	-11.8	0.04
早期縫合不全	-15.27	0.030

# 炎症性腸疾患患者のメンタルヘルスに及ぼす 諸因子の検討

研究協力者	宮原 透 (防衛医科大学第2内科)
共同研究者	和田 さゆり (東京大学大学院教育学研究科)
	岩井 淳浩 (防衛医科大学第2内科)
	三浦 総一郎 (防衛医科大学第2内科)
	岩男 泰 (慶応義塾大学医学部)
	上野 文昭 (東海大学大磯病院内科)
	杉田 昭 (横浜市立大学医学部附属浦舟病院)
	橋本 英樹 (帝京大学医学部)
	福原 俊一 (東京大学大学院医学系研究科)

## 1. 背景

炎症性腸疾患(IBD)の発症には情緒的な因子が関与し得るといわれ、再燃の誘因として精神的ストレスや過労など各種ストレスの存在が挙げられている<sup>1)</sup>。こうしたストレスに対する耐性は個人のパーソナリティと深く関連があり、同じストレスの下においてQOLへの影響の仕方は個人によって異なると考えられる<sup>2)</sup>。従来、臨床場面で注目される性格側面は情緒安定性に限定される傾向があり、特にその下位特性である不安や抑うつに焦点が当てられてきた。しかしながら、例えばストレスへの耐性は情緒安定性以外にも外向性の下位特性である活力性と関連があるといわれ、主観的なQOLの測定と評価にあたっては、患者のパーソナリティ全体との関連性も検討する必要がある。

特定疾患患者におけるQOL評価と全体的なパーソナリティとの関連について検討した研究は少ない。外向性、情緒安定性、および非協調性に近いと言われるPsychoticismの3つの特性を測るパーソナリティ尺度(EPQ)と健康関連QOLとの関連を検討したYamaoka et al. (1998)では、質問紙法パーソナリティ検査が診断評価をより正確にし、癌患者の個別ケアindividualized careの実現に結びつくことを指摘している<sup>3)</sup>。欧米ではパーソナリティ全体を概括的に測定するモデルとしてBig Five(外向性・情緒安定性・調和性・誠実性・開放性)が注目されて久しく、カウンセリング場面における治療方針の決定に応用した研究も報告されている<sup>4)</sup>。そこで、本研究ではIBD患者を対象に、Big Fiveモデルによる患者のパーソナリティ構造とQOL評価との関連について検討する。

## 2. 目的

潰瘍性大腸炎(UC)患者においてパーソナリティ特徴と臨床的客観的指標及びQOLとの関連を検討した昨年度に引き続き、クローン病(CD)患者においても同様の検討を行い、さらに両疾患群の比較をQOL評価とパーソナリティとの関連において検討する。

### 3. 方法

#### (1) 対象

1996年に調査を行なった UC 患者 208 名（男性比率 52.2%、平均年齢 40.2 歳±14 歳）と翌 1997 年に調査を行なった CD 患者 222 名（男性比率 64.8%、平均年齢 33.8 歳±11 歳）。UC は 30 代未満、30 代、40 代、50 代以上の各年代で等しく配分されているが、CD 患者は 30 代以下の若年サンプルが 78.1%とほぼ 8 割を占める。

#### (2) 分析に用いた変数

SF36 の 36 項目 8 つのサブスケール、Big Five を測定する特性語 38 項目からなる 5 つのパーソナリティ尺度（外向性、安定性、開放性、協調性、誠実性）<sup>5)</sup>、フェイス・シート項目、及び医師による臨床的客観指標である。SF36 のみを検討するときは年齢・性別を補正した得点を用いた。Big Five 尺度は標準サンプルの調査には含まれず、SF36 と同じ補正が不可能なので両者の関連を検討する際には補正しない得点をそのまま利用した。ただし、Big Five のみを検討する際には大学生サンプル 1418 名の平均値・SD を利用した偏差値を用いた。

### 4. 結果

#### (1) Big Five 尺度

CD 患者でも UC 患者同様、一般の大学生・高校生サンプルと同じ Big Five に対応するパーソナリティの 5 因子構造が確認された。5 つの尺度の  $\alpha$  係数は UC 患者群で 0.75~0.90、CD 患者群で 0.80~0.90 と十分な値であった。

大学生サンプルの平均値と SD を用いた偏差値で両疾患群を比較すると、協調性と勤勉性で UC 患者の方が CD 患者より有意に高かった（図 1）。年齢層を揃える意味で大学生と同世代の 10 代、20 代の患者のみを対象として同様に比較したところ CD 患者の安定性が UC 患者に比べて高い傾向が見られたが、有意差は得られなかった（図 2）。協調性は UC、CD 両患者群ともに大学生に比べて著明に低かった。

疾患のみを要因とし、Big Five 尺度を従属変数とした多変量分散分析(MANOVA)では、全体的主効果が得られ、協調性と勤勉性に主効果が得られた。年齢群を加えた 2 要因では疾患の全体的主効果は有意ではなくなり、年齢群のみ有意であった。同様に性別を追加した 2 要因でも、性別の全体的主効果のみが有意だった。性別による t 検定の結果、外向性と協調性は女性の方が、安定性は男性の方が、それぞれ 1%水準で有意に高い傾向がみられた（図 3）。

#### (2) SF36 サブスケール

年齢・性別補正済みの尺度得点を用いて両疾患群を比較した。RP は CD 患者の方が有意に高かった。VT も同様だが有意差はなかった。SF と GH は UC 患者の方が有意に高い傾向が見られた（図 4）。

#### (3) パーソナリティと QOL 評価の関連①

UC 患者と CD 患者、それぞれの疾患群で Big Five 尺度と SF36 サブスケールとの尺度間相関を群内、群間それぞれ求めた。SF36 サブスケール間の群内相関は非常に高かった。また、UC 患者では MH(0.519)、GH(0.451)、RE(0.346) が、CD 患者では MH(0.479) のみが安定性と高い群間相関を示した。

さらに、正準相関分析を適用したところ、両疾患群ともに第 1 軸は「情緒の安定」を表し、第 1 正準相関は UC 患者が 0.500、CD 患者が 0.583 と有意な値をえた。CD 患者は第 2 正準相関も有意で (0.359)、「パーソナリティの  $\alpha$ - $\beta$  モデル」に対応する軸が得られた。このモ

デルは安定性、協調性、誠実性からなる $\alpha$ と、外向性、開放性からなる $\beta$ で Big Five をより高次の次元でまとめたモデルである<sup>6)</sup>。

#### (4) パーソナリティと QOL 評価の関連②

Big Five 尺度の得点を上位 25%群、下位 25%群に分けて、各疾患群での SF36 サブスケールの得点を比較した。安定性について検討した結果、有意な全体的主効果が得られ( $p<0.0001$ )、個々のサブスケールでも主効果がみられた。個別の t 検定では UC 患者が PF 以外の 7 つのサブスケールで、CD 患者が RP、SF 以外の 6 つのサブスケールで有意差が得られた (図 5)。外向性では 8 つのサブスケールを従属変数としたときの MANOVA では有意な全体的主効果があり( $p<0.0016$ )、さらに BP 以外の 7 つのサブスケールに主効果がみられた。個別に t 検定をおこなった結果を図 6 に示したが、UC 患者が BP 以外のすべてのサブスケールで有意な差がみられ、CD 患者では SF、MH、VT、GH で有意差が得られた。同様に、この他、協調性では全体的主効果と、MH、RE に主効果が得られた。開放性、勤勉性では全体的主効果は有意ではなかった。

疾患群のみを要因として SF36 サブスケールを従属変数とした MANOVA では疾患に全体的主効果が得られ、RP と BP に主効果があった。性格グループを追加した 2 要因の MANOVA では外向性と安定性にそれぞれ全体的主効果が得られたが、疾患の全体的主効果は有意ではなかった。協調性では 2 要因の全体的主効果と交互作用が有意だった。勤勉性、開放性では 2 要因ともに全体的主効果が得られなかった。

## 5. 考察

今回の検討において、パーソナリティ構造自体には UC と CD に違いはなく、また一般の大学生や高校生とも同様の構造が確認された。性差についても一般サンプルと同様に、女性の方が外向的で、協調性が高く、情緒が不安定であった。大学生の平均値・SD を用いた偏差値で検討すると、年齢層が上がるほど高い傾向のみられる協調性において大学生より年齢層の高い疾患群のほうが低いという特徴がみられた。両疾患群の違いは年齢層の違いに大きく影響されると考えられるが、年齢層が上がるほど高くなる安定性においては差がないことから、弱いながらも疾患独自の特徴のあることが示唆された。また年代群を揃えた比較においても協調性が低いことは IBD 患者に特徴的な傾向と考えられた。

SF36 の 1 因子性は非常に強く、サブスケール間の相関が高いため正準相関分析に大きく影響した。両疾患群ともに比較的強い相関のあった MH と安定性が第 1 軸を構成し、CD 患者で第 2 軸まで有意になった。こうした高度の群内相関の影響は相関を用いた他の多変量解析法についても同様と考えられた。そこで、SF36 の 8 つのサブスケールを従属変数とし、Big Five の尺度得点を Q1 と Q3 でわけたサブグループを要因として多変量分散分析(MANOVA)を行なった。安定性だけでなく、外向性、協調性でも全体的な主効果が有意で、上位群の方が下位群より QOL 評価が高く、もともと内向的な人、協調性に欠ける人、情緒が不安定な人は QOL 評価が低い傾向が見られた。さらに個別の主効果を見ていくと、UC 患者と CD 患者で異なった傾向が示唆された。疾患のみを要因とした MANOVA では疾患の全体的主効果がえられたが、Big Five サブグループ要因を追加すると、疾患の効果は有意では無くなり、パーソナリティ要因の効果に比べると相対的に影響の小さいことが示された。

## 6. 結語

UC患者とCD患者のパーソナリティ構造の違いについてBig Fiveモデルを用いて検討した。またパーソナリティとQOL評価における両疾患群の違いについてもあわせて検討した。基本のパーソナリティ構造は両疾患とも一般大学生サンプルと同様であった。疾患による違いも確認されたが、年齢層の違いによるところが大きいと考えられた。今後はBig Five尺度についてもSF36同様、年齢と性別の補正が可能になるようデータを収集し、両方の尺度の補正をおこなった上で分析を進める必要がある。

患者の主観的QOLの評価に際しては、患者のパーソナリティのうち安定性だけでなく外向性や協調性も考慮する必要性があり、本研究で用いた概括的Big Five尺度に加えて、さらに掘り下げた下位尺度を用いて、より詳しいパーソナリティとの関連性を検討していくことが期待される。

今回検討した要因は、両疾患群に共通の属性に限定したが、今後は臨床的客観指標も考慮して疾患別に関連性を検討することも重要である。さらにサマリースコアなどを用いて高次の因子にまとめる、あるいは必要なサブスケールのみを選択するなど、SF36の群内相関を抑えるた上で、共分散構造分析により両疾患群におけるパーソナリティとQOL評価の関連の違いをモデル化することを検討している。

## 参考文献

- 1) 中川哲也, 河野友信, 新里里春, 他: 潰瘍性大腸炎とクローン病—心身症の立場から—。現代医療 1976; 8: 833.
- 2) 岩井淳浩, 宮原透, 小山洋, 他: 実験的大腸炎モデルにおけるストレスの影響—潰瘍性大腸炎とストレスの関連を考える上—。心身医療 1994; 6: 69-77.
- 3) Yamaoka K, Shigehisa T, Ogoshi K et al: Health-related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in a Japanese population. Quality of life Research, 1998; 7: 535-544.
- 4) Digman JM: Higher-order factors of the Big Five. Journal of Personality and Social Psychology 1997; 71: 1246-1256.
- 5) 和田さゆり, 池田英子: 進路適性検査における有能感尺度の作成(II)—Big Fiveとの関連—。日本教育心理学会第37回総会論文集 1995
- 6) Miller TR: The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: A Clinician's experience. Journal of Personality and Social Psychology 1991; 57: 415-433.

図1 Big Five偏差値の比較(1)

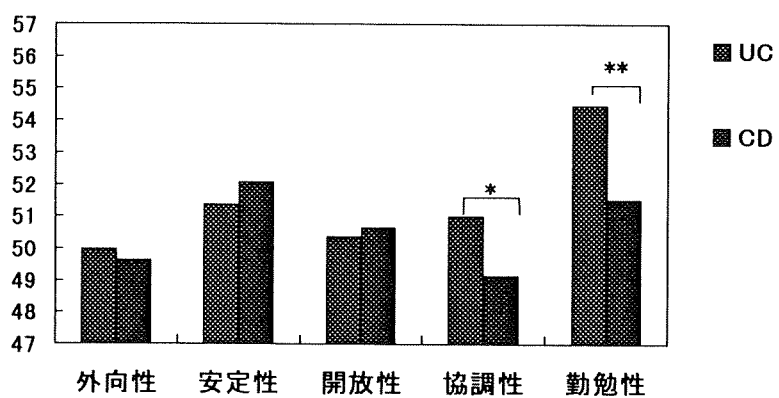


図2 Big Five偏差値の比較  
(2)(30代未満)

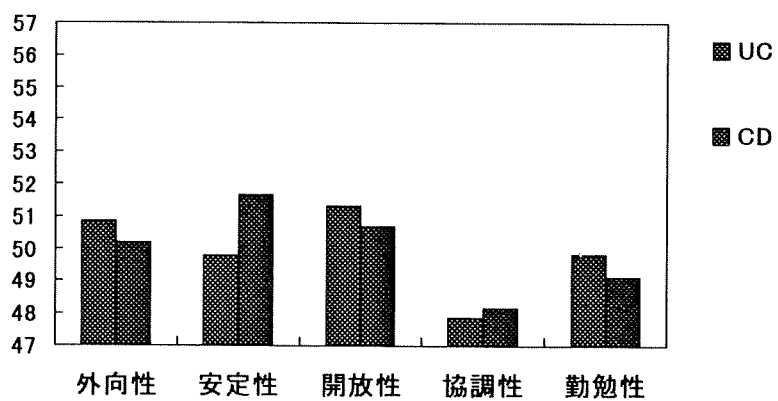


図3 Big Fiveにおける性差

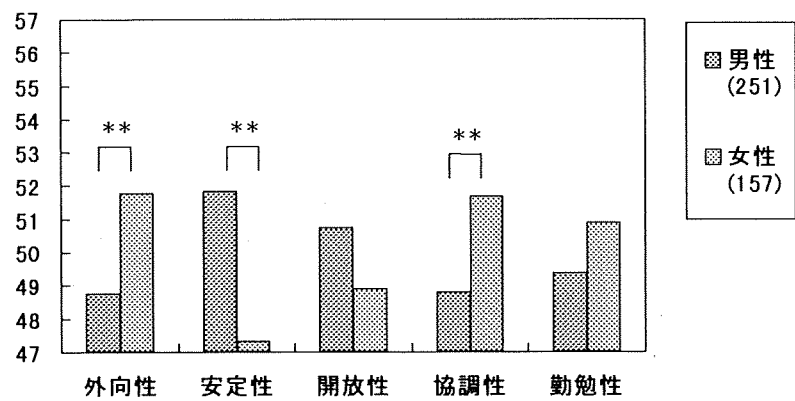


図4 SF-36(年齢・性別調整済み)の比較

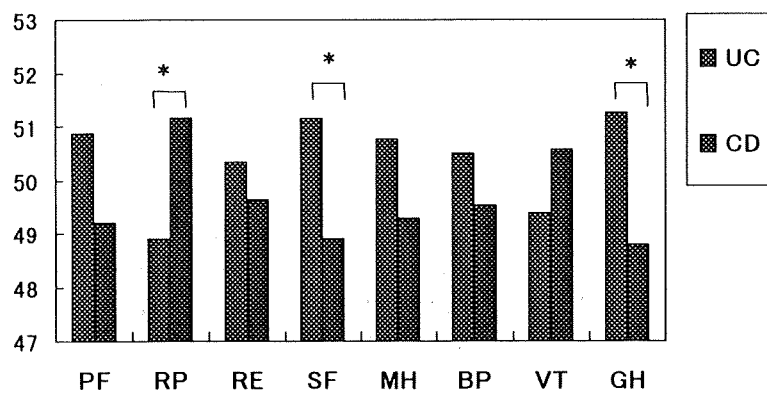


図5 安定性の上位・下位群の比較  
偏差値の差

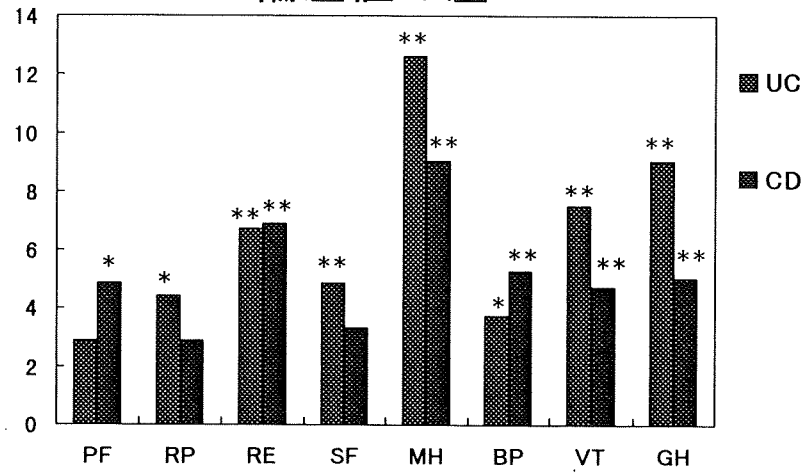
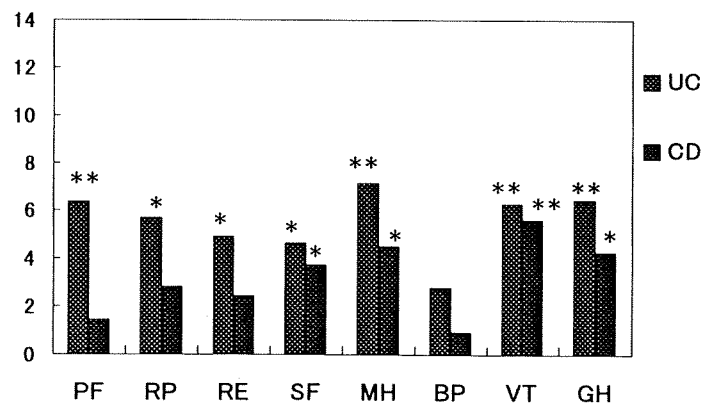


図6 外向性の上位・下位群の比較  
偏差値の差





# 行動心理学的アプローチによる患者 QOL の改善： 文献的考察ならびに研究デザインについて

研究協力者 橋本 英樹（帝京大学医学部内科）  
共同研究者 福原 俊一（東京大学大学院医学系研究科）

## 1. はじめに

過去 2 年間にわたり、我々は炎症性腸疾患（クローン病）の患者を対象として、患者 QOL に影響する因子を同定しモデル化する試みを行ってきた。その結果、我々の仮説どおり、患者 QOL は臨床的疾患活動性のみならず、患者の病気に対する心理的受容状態や周囲の人々との社会的関係などによっても強く影響されていることが明らかになった（12）。本年度研究では、こうした過去の研究成果に基づき、クローン病患者の QOL 改善を目指した介入プログラムを設計することを目標とした。

一般的に患者 QOL の改善に向けて、行動心理学的アプローチ、臨床的アプローチ、そして社会的アプローチの 3 つが考えられる（図 1 参照）。このうち社会的アプローチとしては、当該疾患やそれと闘病する患者について、社会一般のよりよい理解や寛容を得るための、マスメディアなどを通じた啓蒙活動が考えられる。すでに米国などにおいては、イベントやコマーシャルなどを利用した啓蒙活動（例えば多発性硬化症や筋萎縮性側索硬化症など）が定期的に行われている。こうした社会的介入は、主に社会的マーケティング理論やコミュニケーション理論に沿って設計することが可能で（3）、患者 QOL 向上のためにも有効な方法と思われるが、現時点で我々の持つ資源では実施が困難である。そこで、社会的介入プログラムは将来的構想として残し、今年度は行動心理学的アプローチによる患者教育プログラムを作成することとした。

## 2. これまでの研究

炎症性腸疾患患者を対象とした行動心理学的教育プログラムを実施・評価した研究は、実は諸外国を見ても、それほど多くはない（4、5）。しかも、そのほとんどはグループ心理療法や催眠療法などの心理療法や、バイオフィードバックなどの行動療法を用いたものであり、ストレスマネージメントなど認知行動学的教育プログラムは数が限られている（6、7）。さらに、研究成果を評価する上で以下のような 3 つの問題点が指摘されている：1) 介入プログラムがどのような理論的背景のもとで組み立てられているのかが明らかにされていないため、心理的中間変数（例えば対処行動パターンの変化など）が測定されていない、そのためなぜ効果があったのか、なかったのかがつきとめられていない：2) 尺度信頼性や妥当性が検討された多次元的健康関連 QOL が測定されていないため、アウトカムが症状や臨床的指標などの客観的項目によって偏っている：3) 評価デザインが不十分のため内的妥当性に問題をもっていて、研究結果がバイアスの影響を強く受けている（4、5）。以上の問題点より、炎症性腸疾患関連の従来の研究からは、プログラムを設計するのに十分な知見は得られないと判断された。

一方、リウマチ関連疾患においては 80 年代を境に、急速に認知行動学的患者教育研究が進行し、蓄積が豊富になっている（8）。臨床的にはまったく異なる像を呈しているが、患者が直面する問題においてはリウマチ関連疾患とクローン病には驚くほど共通点が多い：1) いく

れも病態が医学的には解明されておらず、根治は望めないため一生病気と付き合いなくてはならない。2) 生命予後の点では影響は少ないものの、患者は「難病」を持ったものとして自分の人生の大変更を余儀なくされる。3) 現状で入手可能な治療法には限りがあり、一方で薬剤による副作用などのリスクを抱えているため、治療法の選択にあたり医師も患者もコストとベネフィットのバランスをどう取るかの問題に突き当たる。4) 日常的に症状に悩まされ、それが患者のさまざまな社会的活動に影響を与え、ひいては精神的にも負担となっている。

リウマチ関連疾患における患者教育では、患者の社会的機能や精神的機能の改善、症状の緩和を目指して様々な試みがなされている。上述したような共通点に注目すれば、リウマチ領域での知見は十分クローン病患者においても応用可能であると思われたため、検索の対象をリウマチ疾患領域にも拡大して文献的考察を行うこととした。また、こうした研究を通じて、すでにスタンフォード大学関節疾患センターでは標準的教育プログラムも開発され実績をあげている(9)。Arthritis Foundationにより全身性エリテマトーデスについても教育パッケージが作成され、全米各地で教育セッションがもたれており、その効果も報告されている(10)。そこで、これら既存の教育マニュアルも参照して教育プログラムの標準化に必要なノウハウも探ることとした。なお、クローン病患者を対象にした既存の認知心理学的教育プログラムについて、North Carolina 大学医学部の Drossman 博士(クローン病患者の QOL 測定尺度のひとつ、Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Concerns の開発者)を通じて問い合わせを行ったが、米国内では実施例が見つからなかった。しかし、カナダ・トロントの Mt.Sinai 病院の Maunder 博士らを中心としたチームが実存主義的心理療法を含めた教育プログラムを作っていることをつきとめた。同チームの活動はパイロットスタディの段階ではあったが、実施要綱を入手することができたので合わせて参考にした。

### 3. プログラム設計

これまでの研究を参考にプログラムの設計を開始したが、その手順は以下の 4 段階に分かれる：

- (1) プログラム設計のための理論的背景
- (2) 教育内容や方法の選定
- (3) 評価項目の選定
- (4) 評価デザイン

#### (1) プログラム設計のための理論的背景

教育プログラムの設計を開始するにあたり、まず理論的立場を明確にすることが必要である。QOL は患者の病い体験に根づく複雑な社会的現象であり、これを捉えるのに唯一の見方というものはおそらく存在しない。それだけに、研究者側がどのような視点から QOL という問題に取り組むのかを事前に明確にしておくことが重要になる。評価の視点を明確にすることによって初めて、なぜプログラムが効果的であったのか、もしくは効果がなかったのかを依拠した理論に戻って反省的に検討することができるからである。一方で、特定の理論を教条的に用いてやみくもに全てを説明しようとしたり、現実と理論のギャップを無視したりするのも理論の使い方として正当ではない。理論は評価をするための方便である。

さて、患者の QOL がいかにして損なわれているかという問題と、損なわれた QOL をどう改善するか、という問題の 2 つにわけて理論的考察を行う必要がある。前者については 2 つの

理論、すなわち現象学的存在論と学習性無力感理論 (Learned Helplessness) があてはまると考えられる。Toombs は Merleau-Ponty や Sartre の哲学に依拠しつつ「病い」経験を分析し、その本質を自己と形象化された身体、そして存在世界との関係が破壊されることに求めている (11)。Charmaz はこれを「自己の喪失」と呼び、これこそ慢性的な病気を持ったものの「苦しみ」の根元的形態であると主張している (12)。すなわち、病いの苦しみは痛みなどの身体的苦しみだけでなく、病いによって病前には当たり前だった過去の人生を失い、病気の予後や治療に関する不確実性のために将来的展望をも失うことで、一貫した意味をもったものとして「生きる」ことを経験することが困難になったことによって形成されるのである。こうした「経験の中心としての自己」の喪失が、ひいては社会関係内における自己のアイデンティティの喪失にもつながり、抑鬱などの精神状態や社会機能の低下へとつながる。これらは我々がすでに質的研究で得ていた「人生の創造者としての地位」の喪失に合致する (97 年報告書引用)。こうした「苦しみ」を緩和するには、病いによって断ち切られた自己、身体、存在世界との関係を一貫した意味を持ったものとして再構築する作業が必要となる。Maunder も病気の予後や治療に関する不確実性と、人生の再構築、患者の苦しみの 3 者が、炎症性腸疾患患者が病いを持った生活に適応していく上で重要なキーワードになると述べている (13)。

一方、こうした「自己の喪失」自体を測定することは困難だが、これを社会心理学的に読み替えると学習性無力感として近似的に測定が可能になる。Mishel らはリウマチ疾患患者を対象にした研究で、病い体験が自己の人生の中で明確な意味付けを持っていないとき、また不確実性を前にしたとき、患者は無力感にさいなまれることを報告している (14)。クローン病患者を対象とした我々の昨年度研究でも、学習性無力感を「自己喪失」の程度を近似するものとして測定したところ、症状や精神的状態、社会的機能、全般的健康感などの健康関連 QOL に強いマイナス影響を持つことが確認されている (2)。

以上の問題規定によれば、患者 QOL の向上のためには、不確実性や病いによるストレスに対抗する能力と自信を身につけ無力感から脱すること、そして崩された自己と身体、社会との関係を一貫した経験として再構築する作業が必要になる。前者は一種の学習過程であり、これを促進するための方向はストレス・対処行動理論がメインの道筋を提示し、これに社会的学習理論や社会的サポート理論が補助的な視点を加えてくれる (15)。一方後者の体験的再構築については、前者の学習過程も間接的に貢献すると思われるが、加えて Rogers のヒューマニスティックカウンセリング理論 (16) や実存主義的カウンセリング理論 (17) などが重要な示唆を与えてくれる。

Lazarus らによれば (18)、ストレスに対抗するには 1) ストレスとなる状況の把握 (Primary Appraisal)、2) それに対応する自己能力の評価 (Secondary Appraisal)、そして 3) 対処行動とが必要要素となる。従って、不確実性や病いによるストレスに対抗するための自信を学習的に獲得するためには、病気の予後や治療などに関する正確な情報の入手、自己能力の現実的分析、日常的に発生する問題への対処法 (問題中心型、情緒型の 2 つに大別できる) の技術的習得が基本要素となる。しかしこれだけでは十分ではない。社会的学習理論 (19) によれば、情報や技能を自己のものとして利用するためには、自己学習過程 (患者が自己にあったゴールの設定、モニタリング、問題解決、自己評価) を通じて徐々に経験的に身につけていく作業が併せて必要となる。また、学習を促進するためには他の患者から経験を学ぶ機会 (モデリングの提供)、患者同士や治療者からの各種サポート・フィードバックなども必要となる。これらを提供するためにも、また効率性の上でもグループセッション形式をとることがおそらく望ま

しい。

こうした自己学習過程を通じて、患者は病いによっていったん破壊された自己・身体・社会の関係を自己分析する機会を与えられる。データを集めるために施行した患者インタビューそのものが教育的効果を持っていることは、いくつかの研究で明らかにされているが(20)、これはこうした自己分析の機会を提供することで、自己の経験を再構築する副次的効果があるからと考察される。自己経験の再構築を促すには、受容的傾聴により患者が自らの経験や問題を語りやすい状況を提供することが重要であると Rogers は述べている(16)。「語る」ことを通じた経験の再構築・自己の気づきが、癒す力を持っていることは、カウンセリング研究のみならず、近年の医療人類学的研究などにおいても指摘されている(21)。従って、自己の問題をどう周囲に伝えるか、特に治療にあたる医師とのコミュニケーション技法を訓練することも重要となる。(もちろん医師側に対しても、こうしたコミュニケーション技法の教育が必要となるであろう。)自己の再構築を、現象学的実存主義理論にそって、より体系づけたのが実存主義的カウンセリングである(17)。固定的な自己イメージや世界観にしばられている自己を見詰め直し、自己と世界をより開かれたものとして再獲得することを促すカウンセリングである。もともとは癌患者などを対象に始められたが、Maunder らはこれを現在クローン病患者向けのグループカウンセリングに改訂し、効果を検討している {Personal Communication}。

## (2) 教育内容や方法の選定

すでに前節で触れてしまったが、対処行動の学習過程としては以下にあげるものが教育内容として必要と考えられる。

### 「情報と技能」

- クローン病の臨床像(病態、合併症や予後)、治療(薬剤、外科療法の適応と効果、副作用)について、患者の自覚症状や説明モデル(22)と照らし合わせながら解説する。
- 薬剤療法、食事療法や食餌療法について、服薬上の注意や副作用のモニタリング、料理方法や経腸栄養実施要領のノウハウを患者の自己経験を交換しつつ解説する。
- 腹痛や下痢などの臨床症状の意味付けと対応策。
- リラクゼーション法や自律神経訓練法などのストレスマネジメント技法。
- スケジュールマネジメントなど、社交上のノウハウの患者間での交換。

### 「対処法学習、訓練」

- 問題解決的対処法(問題の特定、ゴールの設定、解決法の探索・選択、評価)
- 情緒的対処法の種類、自己分析、実行・評価。

### 「経験の再構築」

- コミュニケーション訓練
- グループディスカッションによる経験の言語化、交換、フィードバック、受容、サポート。

以上理論的に必要と思われるものを列挙したが、既存の教育プログラム(9、10)やこれまでの教育研究で実施されてきた内容をほぼ網羅できている。なお、グループセッションを実施するにあたり、Spiraは3つの形態があることを指摘しており、セッションの目的により使い分ける必要があると述べている(23、pp17)。

Deductive (演繹的) : 授業形式で情報を渡すことを主にする。

Interactive (相互作用の) : 認知心理的教育セッションで主に用いられる。教育担当者のリー

ドのもとで、参加者もセッション内で積極的な参加（ディスカッション、実践訓練、セッション評価）などを行う。

**Inductive**（帰納的）：主にグループカウンセリングで用いられる。教育担当者はあくまで司会となって、セッションのテーマの選択、ディスカッションなどすべて参加者の判断で進められる。

**Spira** は同一セッション内でこれら3つの形態を混合することは不可能であるため、時間割を組む際に注意するよう促している。たとえ情報提供型のセッションであっても、提供された情報が患者の自覚症状や病気に関する観念と整合性を持ったものでなければ、意味ある情報として利用できないと予想されることから、我々のセッションでは、主に相互作用型セッションの形式を取り、自己構築的グループディスカッションの際には、これを他のセッションと分けて帰納的方法を用いようと考えている。

### （3）評価項目

評価項目としては、SF36 による一般的健康関連 QOL と Inflammatory Bowel Disease Questionnaire、もしくはその改訂版（98年研究で使用）による疾患特異的 QOL を最終的アウトカムとして測定する。また昨年度研究で、潰瘍性大腸炎の術後患者を対象に、性機能への影響を測定する尺度も開発済みであり、応用可能である。なお臨床的疾患活動性も併せて評価するが、本教育プログラムの一義的目標は自覚的・主観的な改善であり、臨床的改善は二次的なものと位置づける。

先述した理論に基づけば、教育効果は最終的なアウトカムの変化のみならず、心理的介入変数を併せて測定することで判定しなくてはならない。具体的には、

- 学習性無力感（98年研究ですでに開発済み）
- 対処行動パターン（Ways Of Coping (24) もしくは Revenson の変法 (25)）
- 自己効力感（食事、症状対処、ストレス対処、コミュニケーションなど新規開発済み）
- 不安（Hospital Anxiety and Depression scale (26)）
- 社会的サポート（開発済み、もしくは Sarason の尺度を新規翻訳 (27)）

もし最終的アウトカム（健康関連 QOL）の変化が教育プログラムによるものであるならば、学習性無力感の低下、対処行動パターンの変化、自己効力感の増進、不安の減少、社会的サポートの改善が併せて観察されなくてはならないはずである。なお、実施期間中の薬剤変更の有無、服薬コンプライアンス、出席回数、プログラムに関する事前期待、事後満足度なども交絡因子としての影響が予想されるため、測定する必要がある。最後に、プログラムの改訂に必要な情報を入手するには、数量的なプログラム評価のみならず、フォーカスグループによる質的評価を教育実施後1-2回併用すべきと考えている。

### （4）評価デザイン

最後に、教育プログラムの効果を評価するための研究デザインについて言及する。判定の内的妥当性を保護するのに、無作為化比較対照試験が最も適していることは言うまでもない。しかし、これまでの比較対照研究を批判的に検討した結果、以下にあげる問題がプログラムの効果判定を困難にしていた。しかし、それぞれについて注意深いデザインを行えばいずれも克服

は可能である。

● 選択バイアス；

治療群と比較群とで異なる性格を持っているために比較ができない。例えばクローン病と潰瘍性大腸炎患者が異なる比率で両群にいたり、病悩期間や既往、臨床活動性に違いがあるために単純な比較ができない。そこで、まずクローン病の患者を対象をしぼり、発症後5年以内、外科手術歴のないものに限定して、2群に割り付ける。

● 平均への回帰；

一方の群がプログラム開始前に極端にQOL状態が悪い場合、たとえ教育効果がなくても、自然にQOLが時間経過によって改善することが多い。両群の教育介入前のQOL状態を均一にするため、QOL状態によって層化選択を行ったり、もしくはベースラインのQOLを補正因子として統計処理することも必要だが、最も安全なのは、教育実施前後3回以上の時系列測定を行うことである。一方、実施前にあまり待たせると、参加者の参加意志を損なう可能性もあるので、折衷として実施前2回、後3回とする。

● 測定の影響；

心理的介在因子（例えば無力感や自己効力感など）を介入前に測定すると、測定そのものにより自覚形成が促されるなどの副次的教育効果があるために、教育プログラムの効果を純粋に単離できなくなることがある。Solomonの4群法を用いて、事前測定を行うものを行わないものをそれぞれ治療群と比較群に設け、測定の影響を検討する。

● 波及効果；

例えば、治療群に割り付けられた患者と比較群に割り付けられた患者が、待合室で情報交換してしまったために教育介入が比較群にまで及んでしまうこと。極力両群の患者の接触を割けるため、外来受診曜日などで割付をわけると。

● ピグマリオン効果；

研究者が教育実施にあたると、治療群に対して良い結果を期待しているために、その期待を反映して治療群にいる患者が効果があったかのように振る舞ってしまう。本来なら評価担当者と教育担当者を分けるべきだが、人材の入手が困難であるため、教育内容をマニュアル化（標準化）して、教育内容以上のランダムな情報を参加者に渡さないようにする。

● 脱落

比較群の患者でなにも行わないと、研究参加の動機づけを失い、追跡中に脱落者が増えやすい。そのために最終的に両群の比較ができなくなることがある。一方、電話などでの定期的にプラシーボ的接触を図るだけでも社会的サポートの提供につながり、不安の軽減などの効果が出ることで報告されているため、バランスが難しい。本介入プログラムでは、比較群の患者については、情報冊子の提供を行ったのち、情報冊子の内容についてのフィードバックをもらうことを名目として1回だけフォーカスグループを招集することとする。

● 統計的検出力

サンプル数が少ないために統計的検出力が低下し、いわゆる第2種エラーがでること。サンプル数の算定は予想される効果の大きさによるため、まず比較群なしのパイロットスタディを少数患者（10—15人）に施行し、効果サイズの見当を得てから、サンプル数を計算して比較対照試験を開始する。

#### 4. 最後に

以上の理論的考察をもとにして、現在最終的な教育マニュアルを作成中である。少数パイロットスタディを99年度早期に実施、1年以内に無作為化比較対照試験を開始することを中間的目標とする。最終的には参加者以外の患者にも提供できる標準的教育パッケージを3年以内に作成することを目標としたい。

#### 参考文献

- 1) 橋本英樹, 松村真司, その他: クロウン病患者の QOL 構成概念の検討: 質的分析. 厚生省特定疾患調査研究班 特定疾患に関する QOL 研究班 平成 8 年度報告書 pp149—155, 1997 年 3 月.
- 2) 橋本英樹, 岩男泰, その他: 慢性期クローン病患者の QOL モデル. 厚生省特定疾患調査研究班 特定疾患に関する QOL 研究班 平成 9 年度報告書.
- 3) Kotler P, Roberto, EL. *Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior*. New York: Free Press, 1989.
- 4) Schwarz SP, Blanchard EB. Inflammatory bowel disease: a review of the psychological assessment and treatment literature. *Annals of Behavioral Medicine* 12 (3) : 95-105, 1990.
- 5) Maunder RG, Cohen Z, et al. Effect of intervention in inflammatory bowel disease on health-related quality of life: a critical review. *Disease of Colon and Rectum* 38:1147-61, 1995.
- 6) Milne B, Joachim G, et al. A stress management programme for inflammatory bowel disease patients. *Journal of Advanced Nursing* 11:561-7, 1986.
- 7) Schwarz SP, Blanchard EB. Evaluation of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behavioral Research and Therapy* 29 (2) : 167-77, 1991.
- 8) Daltroy LH, Liang MH. Arthritis education: opportunities and state of the art. *Health Education Quarterly* 20 (1) : 2-16, 1993.
- 9) Lorig K, Fries JF. *The Arthritis Helpbook*. Third edition. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Co. 1990.
- 10) Braden CJ, Brodt-Weinberg R, et al. *Systemic Lupus Erythematosus (SLE) self-help course, leaders manual*. Atlanta, GA: Arthritis Foundation, 1987.
- 11) Toombs SK. Illness and the paradigm of lived body. *Theoretical Medicine* 9:201-226, 1988.
- 12) Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness* 5 (2) : 168-195, 1983.
- 13) Maunder R, Esplen MJ. Facilitating adjustment to inflammatory bowel disease: a model of psychosocial intervention in non-psychiatric patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* forthcoming.
- 14) Mishel MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research* 37 (2) : 98-103, 1988.
- 15) Gonzalez VM, Goepfinger J, et al. Four psychosocial theories and their application to patient education and clinical practice. *Arthritis Care and Research* 3 (3) : 132-43,

- 1990.
- 16) Rogers CR. On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Pp125-159.
  - 17) Spira JL. Existential Group Therapy for Advanced Breast Cancer and Other Life-Threatening Illnesses. In: Spira JL, eds. Group Therapy for Medically Ill Patients. New York: The Guilford Press, pp165-222, 1997.
  - 18) Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
  - 19) Bandura A. Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
  - 20) DeVellis BM, Blalock SJ, et al. Evaluation of a problem-solving intervention for patients with arthritis. Patient Education and Counseling 11: 29-42, 1988.
  - 21) Kleinman A. The Illness Narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition. Basic Books, Inc. 1988.
  - 22) Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine 88: 251-8, 1978.
  - 23) Spira JL. Understanding and Developing Psychotherapy Groups for Medically Ill Patients. In: Spira JL, eds. Group Therapy for Medically Ill Patients. New York: The Guilford Press, pp3-54, 1997.
  - 24) 日本健康心理学研究所 ラザルス式ストレスコーピングインベントリー
  - 25) Revenson TA, Lanza A. Arthritis Coping Measures. NIH Arthritis study, 1989.
  - 26) 東あかね, 八城博子, その他 : 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. 日本消化器病学会雑誌 93 (12) : 884-892, 1996.
  - 27) Sarason IG, Sarason B.R, et al. A brief emasure of social support. Practical and theoretical implications. Journal of Social and Personal Relationships 4: 497-510, 1987.



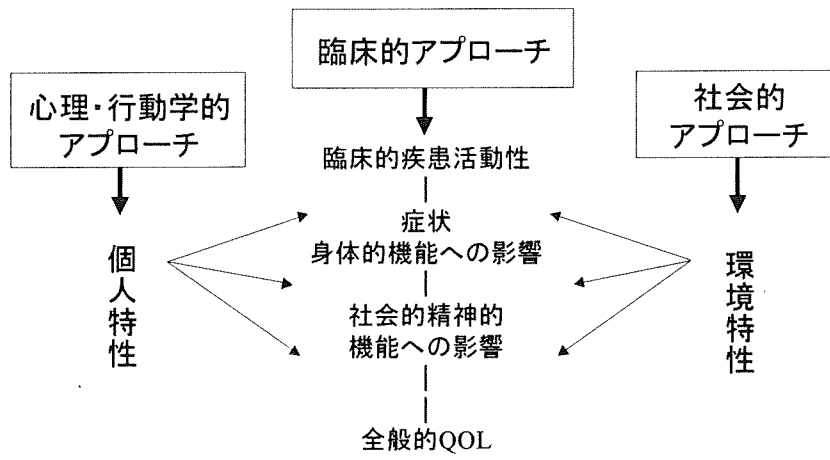


図1：患者QOLの BIO-PSYCHO-SOCIAL モデル

# 地域住民健康診査成績からみた QOL の 低下要因について

研究協力者 喜多 義邦（滋賀医科大学福祉保健医学教室）  
共同研究者 早川 岳人、岡山 明、上島 弘嗣  
（滋賀医科大学福祉保健医学教室）  
尾藤 誠司（国立病院東京医療センター）  
福原 俊一（東京大学大学院医学研究科）  
河野 房子、岡本 傳也（マキノ町福祉課）  
中川 育子、岸下 弘子（今津健康福祉センター）

## 要約

地域住民に対して生活の質（QOL）の測定を行い、QOL を低下させる危険因子を住民健康診査（住民健診）の検査所見から前向きに明らかにした。

昨年行った滋賀県湖北に在住する 40 歳～70 歳未満の住民に対して、SF36 を使用した QOL 調査を悉皆的に行い、これに 1989 年に行った住民健診をリンクさせ前向きに分析した（n=675）。

自覚症状別に QOL を比較すると、男女とも自覚症状があると身体的健康側面が低下していた（ $p<0.05$ ）。女性で現病ありの身体的健康側面が低下していた（ $p<0.05$ ）。男性で精神的健康側面が既往歴の数が増加するに従って低下していた（ $p<0.05$ ）。男性で喫煙者の精神的健康側面が低下していた（ $p<0.05$ ）。

健診時の自覚症状、現病、既往歴、喫煙習慣のある者の身体的・精神的健康側面が低下していた。肥満度、高血圧区分、飲酒習慣による違いはみられなかった。

## 1. 目的

生活の質（QOL）は保健・福祉・医療が国民にとってどの程度有益なものかを評価するものとして重要な因子である。しかし我が国では、がんや脳卒中などの限られた疾患に関する QOL 研究がほとんどで、地域住民を対象とした研究はされていない。しかし、医療保健施策は限られた患者集団のみではなく、国民全体のためのものであり、QOL の尺度もこうした住民ベースの調査結果に基づいたものでなくてはならない。

本研究班の目的である特定疾患の QOL を研究する上においても、特定疾患の QOL のみを測定するだけでは不十分である。比較集団として地域住民の QOL を測定することで、特定疾患の特性がより明確になると考えられる。特に難治性疾患に対する QOL の評価は、臨床研究においても疫学研究においても必要不可欠な評価指標となっている。このことから地域住民の QOL を測定、評価することは意義深いことである。

今年度は、昨年度悉皆的に実施した、「地域住民の生活の質の測定」データを使用して、QOL を低下させる危険因子を住民健康基本診査の検査所見から前向きに明らかにした。

## 2. 対象と方法

昨年度、滋賀県湖北に在住する40歳以上70歳未満の地域住民に対して、「健康と暮らしに関する調査」を体系的に実施した。その結果、住民特性や家族構成、喫煙習慣、既往歴の数等の健康に関する因子とQOLとの間に関連があることが分かった。このことから今年度は、毎年実施されている住民健康基本診査（住民健診）とリンクさせ、QOLを低下させる因子を住民健診から分析した。

1989年度の住民健診受診者で、1997年のQOL調査も回答した675名を解析対象とした。

住民健診項目のうち、自覚症状、既往歴、現病、喫煙習慣、飲酒習慣について解析を行った。QOLの指標として、The short form 36 health survey (SF-36) を使用した。

SF-36の質問項目に従って、以下の8つの因子に分類した。

- ・身体機能：どれくらい体の自由が利くか
- ・役割機能（身体的）：身体的な理由で、仕事や家事などのいつもの役割がどのくらい制限されているか
- ・体の痛み：体の痛み具合
- ・全体的な健康感：全体として自分の健康状態をどのくらいにとらえているか
- ・活力：生きる活力
- ・社会機能：健康上の理由でいつものつきあいなどがどのくらい制限されているか
- ・役割機能（精神的）：精神的な理由で、仕事や家事などのいつもの役割がどのくらい制限されているか
- ・精神的健康状態：心の健康

加えて、この8つの因子から、サマリースコアとして「身体的な健康の側面」「精神的な健康の側面」の2因子に分類した。

## 3. 結果

1997年のQOL調査では、97年の地域住民に対して84%の回収を得ることができた。今年度は、1989年の住民健診と1997年のQOL調査をリンクさせた時の、性、年齢階級別にみた解析対象を表1に示した。40～49歳男性42名、女性107名、50～59歳男性86名、女性159名、60～69歳男性112名、女性169名、計675名だった。

性、自覚症状別にみたQOLの平均値は、男女とも自覚症状があるとQOLが低下している傾向がみられた。特に男性では全体的な健康感が、女性では精神的な役割機能、活力、身体的機能、体の痛み、全体的な健康感が有意に低下していた。8つの因子をサマリースコアの2つの側面に分類して比較を行った。男女とも身体的な健康側面で自覚症状があると低下していた（図1）。

1989年住民健診時点で病気を持っていたもの別にみた（図2）。QOLの平均値では、女性で病気を持っている者の身体的な側面が低下していた。

性、既往歴別にみたQOLの平均値では、精神的な健康側面が男性で既往歴の数が増加するほど低下していた。女性でも低下の傾向がみられたが有意ではなかった（図3）。

性、喫煙習慣別にみたQOLの平均値では、喫煙習慣のあった者の精神的な健康側面が低下していた。女性では喫煙者の人数が少なく解析できなかった（図4）。

肥満度、高血圧区分、飲酒習慣による身体的健康側面、精神的健康側面には違いはみられなかった。

#### 4. 考察

本報告では、QOL を低下させる危険因子を住民健康基本診査の検査所見から前向きに明らかにした。住民健診で、自覚症状、現病、既往歴、喫煙習慣のある者の QOL が低下していることが分かった。QOL を維持させるためには、健康に過ごすことが大切であると言える。我々が別の研究課題で、滋賀県 A 町において在宅老人を対象に、ADL と QOL に関する悉皆調査を行った。QOL として「生活に満足しているか」を総体的な尺度として用いた。この調査から、ADL の低下は QOL の低下を招くという結果が得られた。ADL を低下させる疾患として、脳血管疾患があげられる。脳血管疾患死亡は 14 万 366 人（平成 8 年）で全死亡数の 15.7% をしている。脳血管疾患は 1970 年を境に低下しているが、年齢調整を行った国際比較を行うと、男性は世界一高く、女性も上位に入っている。これらのことから脳血管疾患は日本の特徴の 1 つであり、この疾患から引き起こされる ADL 低下は深刻な問題である。上記に示したように ADL 低下は QOL の低下もきたすことから、脳血管疾患の予防は QOL の維持の点からも重要である。今回の調査結果とあわせて、住民健診の異常所見から QOL を低下させないような予防策を立てることが必要である。

わが国の平均寿命は正解有数の水準に達しているが、一方で人々が求めている「健康」は単に「長生きする」ということではない。「長くなった老後生活を、生きがいを持って自立して暮らすことができるか」ということである。そのためには、日常生活の中で心がけることで予防ができる因子については、積極的に実施し、活動的な老後生活が保持されること、例え障害があっても、高齢者や障害者が望む環境で自立した生活を実現できるようにしていくことが大切である。

#### 5. 結論

1989 年住民健診時の自覚症状、現病、既往歴、喫煙習慣のある者の身体的健康側面、精神的健康側面が低下していた。肥満度、高血圧区分、飲酒習慣による身体的健康側面、精神的健康側面には違いはみられなかった。