

5. 評価要約・治療推奨

患者の最も困っていること（ニーズ）、身体・精神症状を系統的に評価した結果を要約したうえで、推奨する治療について記載する。

緩和ケアチーム初期評価表は、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト OPTIM」ホームページから (<http://gankanwa.jp>) 閲覧・ダウンロードできるようになっている。

文 献

- 1) 臨床教育プログラム委員会 編：がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」ステップ緩和ケア。2008年度版
- 2) STAS (Support team Assessment Schedule) 日本

語版スコアリングマニュアル。第2版。日本ホスピス緩和ケア研究振興財団。2006

- 3) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al : Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients ; a validation study. *Palliat Med* 15 : 197-206, 2001
- 4) Matsuoka Y, Miyake Y, Arakaki H, et al : Clinical utility and validation of the Japanese version of Memorial Delirium Assessment Scale in a psychogeriatric inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry* 23 (1) : 36-40, 2001

藤本 亘史*¹, 森田 達也*²

(*¹聖隷三方原病院 認定看護室緩和ケアチーム、

*²同 緩和支援治療科・緩和ケアチーム)

特集

癌終末期の心のケアと鎮痛剤の使い方

癌患者とのコミュニケーションと精神的ケア

Communication with the cancer patient and health care

橋爪 隆弘

HASHIZUME Takahiro

外科医に手術の技術が必要であるように、癌治療には、コミュニケーション技術が必要である。癌治療において、悪い知らせを患者にどのように伝えるかは、治療目標の設定のみならず、精神的ケアに大きく関わってくる。SPIKES や SHARE のプロトコールは、実践的で有用であり、特に共感の言葉は、患者とのコミュニケーションでは、重要な要素である。がん患者の精神的ケアは、良好なコミュニケーションが必要不可欠である。

はじめに

癌患者は、たまたま癌にかかった人間である。医療者の中には、「癌には効果があった」など自分の目前にいる癌患者の臓器や画像だけを見ていて、人を診ているのかどうか疑問に思う場面に遭遇することがある。確かに外科手術では、病巣を取り除くことに全力を尽くす。この時は、癌病巣を見ている。化学療法の効果を判定する時は、CT など画像で癌を見ている。しかし、私達医療者は、人間を相手にしていることを常に忘れてはならない。癌に関わらず、患者となった人間の人生を支えるために、医療やケアがあり、それを私達が提供しているだけにすぎない。

I. コミュニケーション技術と精神的ケア

外科医に手術の技術が必要であることは言うま

でもなろう。現在の癌治療には、コミュニケーション技術が必要である。このことを認識しているがん治療医は、まだ少ないのではないだろうか。癌治療は、診断から始まり、初期治療、維持期の治療、再発治療、終末期ケアとさまざまな段階と各々の治療目標がある。癌治療で重要なのは、患者と医療者との目標設定と共有である。二人三脚で歩んで行く時に、歩調を合わせないと転倒してしまう。ペース配分が分かっているのは医療者側である。医療者側が患者に歩調を合わせるためには、相手の状況を適切に判断しなければならない。そのために必要なのが、コミュニケーション技術である。

コミュニケーションとは、双方向性のものである。コミュニケーション技術によって、医療面接が変わることは、コミュニケーション技術講習会の受講者の調査からも明らか¹⁾になっており、良

市立秋田総合病院 外科医長

Key words: 癌治療/コミュニケーション技術/真実の伝え方/精神的ケア

好なコミュニケーションは、患者の満足度を上げるだけでなく、医療者の燃え尽き感も改善させる。一方、不適切なコミュニケーションほど、患者に精神的ダメージを与えるものはない。「もう治療がない」「当院の対象とする患者ではない」と言われた患者・家族が途方に暮れ、民間療法に走ることは、よく経験することである。

逆に言うと、良好なコミュニケーションは、患者・家族にとって何よりも精神的ケアになるのである。良好なコミュニケーションを行うには、もちろん医療者の気持ちも重要であるが、それ以前に技術があることは、意外に知られていない。是非、基本的なコミュニケーション技術を知ってもらいたい。

悪い知らせの伝え方²⁾

癌の診断を本人に伝えることは、現在の癌医療では、認知症などの例外を除いては、議論の余地はないと思う。しかし、再発を伝えることや、これ以上有効な化学療法がないことを伝えることは、主治医が困難を感じる場面である。とくに長い経過を診ていた主治医にとって、患者に再発を伝えることは、患者もつらいが、主治医もつらいのである。また家族が本人への病状説明を反対した場合、医療者側が混乱する時がある。

悪い知らせを伝える技術は、SPIKES²³⁾が有名であるが(表1)、SPIKESを日本向けにアレンジしたSHARE⁴⁾(表2)が2007年に発表され、医師に対する緩和ケア研修会のプログラムとして採用されている(図1)。誤解してはならないのは、緩

表1 SPIKES: 6-step プロトコール

①Setting: 面談の設定
②Perception: 患者は何を知っているか?
③Invitation: 患者がどれくらい知りたいと思っているか把握する
④Knowledge: 情報(診断)を共有する
⑤Empathy & Exploration: 患者と家族の感情に対応する
⑥Summary & starategy: 計画とフォローアップ

Adapted from Robert Buckman
Education in Palliative and End-of-life Care for Oncology

表2 SHARE 患者が望むコミュニケーションの各要素(文献4より)

①Supportive environment (支持的な場の設定) 静かな場所で、患者の目を見て話す。
②How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方) 患者の認識を知る。患者のペースに合わせる。理解度にあわせる。
③Additional information (付加的情報) 今後の治療方針についても話しあう。日常生活への影響についても話しあう。
④Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート) 感情表出を促し、受け止める。 悪い知らせであることをあらかじめ示唆する。 気持ちに配慮する。

SPIKES	SHARE	
	準備	S/RE
S	起	S/RE
P	承	H/RE
I		
K		
E	転	A/RE
S	結	H/RE

図1 SPIKESとSHAREの関連

和ケアだけにコミュニケーション技術が必要なのではない。がん治療にコミュニケーション技術が必要なのである。

II. コミュニケーションの実際

症例: 乳癌多発骨転移、脊椎麻痺

夫とは4年前に死別。一人暮らし

X年、乳癌にて乳房切除術。X+7年、骨転移再発。X+8年多発脊椎転移にて放射線治療。

前回退院後、定期的に外来通院をしていた。次第に歩行時に足がもつれるなど歩行困難を感じていたが、手すりなどにつかまり生活していた。ある朝、突然右下肢の脱力と歩行障害があり、救急車で来院し、入院となった。

「もう死にたい」「生きていても仕方ない」「早

く逝かせてほしい」と訴えた。

シナリオ1

患者「もう死にたい」「生きていても仕方ない」

医師「そんなこと言わないでください」

患者「歩けなくなるなんて、死んだほうがまし。」
号泣

医師「そんなこと言わないで、元気を出してください」

患者 号泣

医師「安定剤を出すので飲んでください」

看護師「・・・」

シナリオ2

患者「もう死にたい」「生きていても仕方ない」

医師「そうですね・・・、死にたいくらい辛い
のですね」

患者「もう辛くて、辛くて」

医師「そうですね、そんなに辛かったですね」

患者「足に力が入らなくなったのは、わかって
いたのです。でももう歩けなくなるなんて」

医師「歩けていたのに、歩けなくなるなんて、
本当に辛いですよ」

患者「はい、本当に辛いです。早く逝かせてく
ださい」

医師「その気持ちは分かります。でも早く逝か
せるのは、私達の仕事ではありませんよ」

患者「・・・そうですね、すみません。わが
まを言って」

看護師「いいのですよ。少しくらいわがまま言
っても」

上記のシナリオは、コミュニケーション技術を
学習した場合と学習していない場合の例である。
シナリオ1では、患者の気持ちは分かっているが、
医師から共感する言葉が出ていない。医療として、
安定剤を処方するのは、医学的には正しいかもし
れないが、問題は解決できていない。

一方シナリオ2では、患者の「死にたい」「辛
い」という言葉をリフレインし、医師が「辛い気

持ち」に共感を示している。共感を示された患者
は、医師を自分の気持ちを理解してもらえたとい
う安心感が、気持ちを落ち着かせている。

これは、SPKIESのEmpathyにあたる部分で、
コミュニケーション技術では、重要な要素の一つ
である。慣れてくると、自分の言葉がEmpathy
の部分であると意識できるようになる。

1. 癌患者の気持ちを理解することは難しい

患者の気持ちを完全に理解することはできな
い。本当の思いは、患者本人でないと分からない。
家族にも分からない。しかし、患者がどのように
思っているのか、医療者は想像することはしなく
てはならない。想像するには、相手の気持ちを引
き出す必要がある。

精神的ケアはサイコオンコロジーの医師や心理
士が行ってくれると思っている治療医は、癌治療
をやめた方がよい、というのは、癌患者が最も頼
りにしている医療者は、主治医だからである。主
治医から「もう治療がない」などの心ない言葉を
かけられることほど、患者に精神的負担を強いる
残酷な行為はない。

2. 精神的ケア

今の医療現場は忙しすぎて、ゆっくり傾聴する
時間がない。だから、精神的ケアはできないとよ
く言われる。

これは、ある意味真実だが、言い訳でもある。
毎日傾聴することは、不可能である。しかし月に
一度くらいならば、一人の患者に1時間程度じっ
くり話し合うことは可能ではないか。手術の説明
に、時間をかける外科医が、手術よりも衝撃が大
きい再発の説明に時間をかけることができないの
は、問題ではないだろうか。

3. 癌の全人的苦痛に気づくこと

癌患者には、4つの痛みがあるといわれている。
①身体的苦痛、②精神的苦痛、③社会的苦痛、④
スピリチュアルな苦痛である。これらを早期から
アセスメントし、対策を講じることが、2002年

WHO が緩和ケアの定義を提言している。それから5年が経過した2007年、日本ではがん対策基本法が制定された。癌患者の「つらい気持ち」「つらい症状」を医療者が治療しケアをすること

は、医療の基本ではないだろうか。

コミュニケーションは癌医療にとって必要な技術であり、癌治療医に最低限必要であることを認識しなくてはならない。

文 献

- 1) Fujimori M, Oba A, Koike M, et al: Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news-A preliminary report. J cancer Educ 18: 194-201, 2003.
- 2) Buckman R: How to break Bad News-A Guideline for Health Care Professionals. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1992.
- 3) Team SPIKES-BC 編: SPIKES-BC 乳がん診療におけるコミュニケーションスキルを学ぶ. じほう, 東京, 2007.
- 4) 内富庸介, 藤森麻衣子: がん医療におけるコミュニケーション・スキル-悪い知らせをどう伝えるか-. 医学書院, 東京, 2007.

コンサルテーション活動を行う前にしなければならないこと
—医師の視点から—

What to Do Before Starting Consultation of Palliative Care Team; From the View Point of Doctor

橋 爪 隆 弘*

Takahiro Hashizume

Key words : 緩和ケアチーム, コンサルテーション, チーム医療

● 緩和ケア 18 : 464-466, 2008 ●

はじめに

緩和ケアチームを立ち上げてからも依頼が来ないという声をよく聞く。当院（市立秋田総合病院）でも2004年にコンサルテーション活動を開始したが、最初の2年間でコンサルテーション依頼数は、わずか22例、開店休業状態であった。その反省をもとに、コンサルテーション活動を行う前にしなければならないことがあったこと、つまりしなければならないことを考えてみたい。

コンサルテーション活動とコンサルティ

緩和ケアチームを立ち上げ、活動を始めるのだと意気込んでいたものの、院内からはさっぱりコンサルテーションが来ない。がんで苦しんでいる患者がたくさんいるはずなのに、緩和ケアチームに依頼が来ない。主治医や看護師はいったい何を考えているのだろうという思いを持つ緩和ケアチームのメンバーもあると思う。しかし、これを商売に例えると、お店を開業してもさっぱりお客が

来ない、「この地区の客は分かっていない」という図式である。

そもそもコンサルテーションとは、依頼人（コンサルティ）がコンサルタントに問題を解決するために相談することである。新規のお店を開業する前に行うべきことは、その地域のニーズを調べることから始めなくてはならない。ニーズを把握したら、それに応える品物を揃えなければならない。品物を売るには、専門的な知識を持たなくてはならない。お客さんがお店に来て、商品の説明ができなければ、どんな優れた品物でも、買ってもらうことはできない。商品を買っても、期待にそぐわなければ、次からは同じ物を買わない。また、お客さんは気まぐれで、いつお店に来るか分からない。お店を勝手に休んだり、買った品物に不具合が見つかったらすぐに対応しなければ、二度と来てはもらえない。当然のことである。

緩和ケアチームがまず行うことは、院内のサーベイランスと環境の整備である。がん患者の割合、医師・看護師・職員の緩和ケアに対する意識など

*市立秋田総合病院外科 緩和ケアチーム : Palliative Care Team of Akita City Hospital

(〒010-0933 秋田市川元松丘町4-30)

0917-0359/08/¥400/論文/JCLS

は、コンサルテーション活動前に把握する必要がある。院長、看護部長、管理者の認識は重要であり、院内で正式な組織として活動するために管理者レベルでの話し合いが必要になる場合がある。がん診療連携拠点病院の申請条件の1つに、院内の組織としての緩和ケアチームの設置があるが、どのような目的を持った緩和ケアチームなのかを明確にする必要がある。つまり、おのおの施設にニーズがあって、それに対応する緩和ケアチームでなければ、活動はできないし、正式な組織でなければ活動は継続できない。

緩和ケアチームの窓口

2006年4月より当院の緩和ケアチームへの相談窓口は、緩和ケアチーム専従の看護師となった。専用のPHSを持ち、相談を受け付けている。それ以前は、緩和ケアチーム専任医師、担当師長が窓口となっていた。

決定的な違いは、リアルタイムに対応できるかどうかである。これは、依頼者側からすると、かなり重要な要素である。それ以前は毎週1回定期回診として、オピオイドを使用している患者の診療録をチェックしながら、各病棟を巡回していた。これにより、ある程度院内の状況を把握することはできたし、看護師からの相談は比較的容易になった。しかし、主治医にしてみれば、自分のいない間に勝手に病棟をラウンドし、処方に注文をつける存在と捉えられても仕方なかった。主治医の承諾がなければ、患者に会うことはなかったが、主治医にしてみると邪魔な存在に映ったのも事実である。

リアルタイムに相談を受け付け、できるだけ早く対応し、フォローをきちんと行うことによって、コンサルテーションが成り立つ。コンサルテーションを受けるために、組織として活動することを病院の組織活動として担保してもらう必要がある。

病状説明の問診票

2002年に緩和ケアチームを立ち上げて最初に

院内に整備したものが、がんと診断された場合、患者が正確な病状の説明を望むかどうかなどを尋ねる問診票であった。この問診票の導入には、かなり反対にあったが、順次導入に踏み切った。インフォームド・コンセントに対する院内のコンセンサスを得ることは、がん治療を行ううえで避けられない状況であった。

またこれにより、真実の病状を伝えることの重要性を院内に理解してもらうきっかけになった。がんと診断された場合、病状を患者本人に説明すべきかどうかは、もはや議論の余地はないが、現在は、どのように伝えて、どのようにフォローするのか、再発などの悪い知らせをどのように伝えるのが問題となっている。

手順の明確・簡便化、 マニュアルの整備

院内には、さまざまなマニュアルがある。まず、緩和ケアチームへ依頼の手順を明確にし、マニュアル化する必要がある。当院では、緩和ケアチームへの依頼は、主治医から依頼する形をとっている。始めるに当たっては、主治医の仕事を増やすことは、できるだけ少なくするような簡便な方法が必要である。つまり、電話1本ですぐ相談でき、書類はオーダーリングの画面から、できるだけ簡便な方法で出力できるように工夫した。

症状緩和の相談で一番多いのが疼痛治療についてであるので、少なくとも疼痛マニュアルが必要である。次に、症状コントロールマニュアルとなるが、これは順次準備を行っていくのでも構わないと考える。

緩和ケアチームの技量の向上

緩和ケアチームのメンバーといえども、魔法の杖を持っているわけではない。緩和ケアに基本的な知識や症状緩和の技術は、学習しながら身につけていくしかない。2001年から勉強会を開始し、時には院外から講師を招いて学習した。また、学会や研究会に積極的に参加した。有志で集まった勉強会のメンバーの中から、コアとなるスタッフ

が育っていくことになった。

システム上、各病棟にリンクナースを配置した。このリンクナースの教育も重要である。緩和ケアチームはあくまでも黒子役となるので、リンクナースを通じての病棟看護師のレベル向上は必須である。

コンサルテーションは、専門的な知識と技術をもった専門職が対応して初めて成立するので、緩和ケアチームコアメンバーの知識と技術の向上は、緩和ケアチームの課題である。

コミュニケーション

緩和ケアに限らず、がん治療は主治医単独で行う時代ではない。いわゆる主治医が抱え込んで、患者が苦しんでいる場合、病棟スタッフもストレスを抱えることになり、スタッフの仕事に対してジレンマを感じ、モチベーションも低下する。コミュニケーションは重要だといいつつ、やはり難しい。

緩和ケアチームと主治医と良好な関係をつくるには、とにかく話し合うしかない。どんな状況でも主治医には、主治医の思いがある。患者が苦しむのを望む主治医はいないはずである。結果的に苦しんでいる場合、主治医を非難するのではなく、まず主治医の思いを聞く必要があるのではないか

と考えている。

メンバーそれぞれが、自分の専門性を発揮するためにも良好なコミュニケーションが欠かせない。それには、調整役であるメンバーの存在が必要で、これには、ある程度経験を有する看護師が適していると考えられる。

コンサルテーションを始める前に行うことは、チーム医療の体制を整えることにほかならない。コンサルテーション活動が軌道に乗るまでには、困難な問題が多数あるので、ひとつずつ解決していけばよいと考える。

文 献

- 1) 橋爪隆弘：一般病院における緩和ケアチームの役割。癌と化学療法 32(2)：172-175, 2005
- 2) 橋爪隆弘：インフォームドコンセントの現場では一治療医に必要とされるもの。臨床腫瘍プラクティス 1(1)：88-91, 2005
- 3) 橋爪隆弘：緩和ケアチームにおける外科医の役割。すぐ役立つ「緩和ケアチーム」の立ち上げと実際。p.96-102, 真興交易医書出版部, 2007
- 4) 橋爪隆弘：緩和ケアチームのメンバーと役割。緩和ケアチームの立ち上げとマネージメント。p.43-45, 南山堂, 2008

しょうやく 笑 薬

がんと生きる100のことは

- ◆著者 山本 兼山
- ◆監修 末永 和之

20年来、書の道に親んできた著者が、後戻りのできない病床にあって最高の境地に到った。本書の一字一句に触れると愛につつまれ、その時から周りの世界が変わる。ひとつの魂によってもたらされた叡智の滴とも言える言葉の数々が豊かにあり、人生の折々の過程で読み返すべき永遠の名作。



●定価(本体1,600円+税)
送料290円 B5判変形 110頁
ISBN4-902249-08-1



株式会社 青海社

〒113-0031 東京都文京区根津 1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172 郵便振替 00140-4-258811
<http://www.tcn-catv/seikaisha/>

事例から学ぶコンサルテーションのコツ
—コンサルティをどう支えるか—

How to Support Consulty for Palliative Care Team Through a Case

林 昇 甫*

Shouho Hayashi

Key words : 緩和ケアチーム, コンサルティ, がん治療医

● 緩和ケア 18 : 472-474, 2008 ●

はじめに

昨年(2007年), がん対策基本法が施行され, 急性期病院においても緩和ケアの充実が求められている。また, 地域がん診療連携拠点病院(以下, 拠点病院)の指定要件に緩和ケアに対するさまざまな施策が盛り込まれ, 全国で多くの急性期病院が一斉に緩和ケアチームを設置しはじめた。特に2008年度から拠点病院では身体担当医師が「専任」となり, 緩和ケアチームの担当看護師は「専従」となった。今後, 急性期病院での緩和ケア推進に対する中心的な役割を果たすものと思われる。

しかし, いかに専門性を持った緩和ケア担当医が今後増えようとも, がん治療医に信頼され, コンサルトがなければ何も始まらない。特に本稿では, コンサルティが何を緩和ケアチームに求めるのか, 特にがん治療医の視点から事例を交えて論じる。

事例

① 事例の概要

1) 事例

56歳, 男性, 膵臓がんの患者である。

2) 現病歴

X年に膵体尾部切除術を受け, 術後化学療法を受けている。X+1年より, 肝転移・局所リンパ節転移を認めたため, 再度, 外来化学療法を開始されている。同年Y月より, 閉塞性黄疸と腹膜播種によるがん性疼痛を認め, 緊急入院となった。

3) 入院後経過

入院後すぐさまPTCD(経皮経肝胆道ドレナージ)による減黄術が施行され, オキシコドンが開始された。ほどなく黄疸は改善したが, 嘔気・嘔吐が出現し, フェンタニル貼付薬へローテーションされた。

その後, 嘔気・嘔吐は改善されたが, 疼痛の十分な改善が得られず, 軽度の傾眠も認められた。

*市立豊中病院 脾外科 : Department of Surgery, Toyonaka Municipal Hospital
〔〒560-8565 豊中市柴原町4-14-1〕
0917-0359/08/¥400/論文/JCLS

そのため、病棟看護師に強く勧められ、主治医より緩和ケアチームへ依頼となる。

② 緩和ケアチームを取りまく状況

緩和ケアチームの身体症状緩和の担当医師として本事例に関わり、まず主治医の今後の治療方針や予後などについて話し合いを行った。そのうえで、患者・家族に対して多角的にアセスメントを行い、患者自身の希望を聴取した。

1) 主治医の意向

疼痛を改善したうえで、早々に胆管ステントを挿入し、再度外来での化学療法を再開する方針である。根治は難しく、余命を延ばすことも難しい状況だが、患者・家族にはそのことを説明済みであり、患者自身も積極的ながん治療を望んでいる。疼痛に関してはフェンタニル貼付薬の増量を行う予定だったが、看護師が勧めるので依頼を出した。早く症状の緩和をお願いしたい。

2) 患者の意向

手術も化学療法も受けてきたが、今は麻薬に頼らなければ生きていけない身体になってしまった。お腹に管まで挿入されて、もう来るべき時が来たと感じている。痛みもきつく、もうがん治療はしても無駄だろう。一応、主治医の先生にはその思いを伝えたが、「諦めずにがん治療を継続しよう」と強く勧められた。

3) 看護師の意向

チームへの依頼を勧めた看護師の意図が、速やかな症状の改善であることはいくつまでもない。しかし、主治医は積極的治療を勧めるが、治療方針に対して気が進まない患者の意向とそぐわず、「その点をなんとかしてほしい」という気持ちも込められていた。

③ 事例の背景

さて、本例におけるポイントはいくつかある。第1は、迅速な症状緩和である。さらに第2は、患者・家族と主治医との意向を調整するために再度話し合いを行うなどの機会を持つ、といった2点が必要なマネジメントと考える。急性期病院に

おいてこうした事例は多々見受けられるが、一見、何でもなくこうしたマネジメントには、主治医が今後、緩和ケアチームへ依頼しなくなる要因が含まれる。

そもそも緩和ケアを大事とする者の一部には、がん治療医が十分な症状緩和を行う技術と知識が不足し、患者・家族とのコミュニケーション不足から治療に対する方針の相違が生じていると捉える傾向があるように思われる。

再度患者・家族との話し合いを持つよう勧められたがん治療医の心は穏やかではない。少なくとも、主治医には1年間にわたって患者・家族とさまざまな治療で関わってきた経緯がある。がんの告知を行い、手術をし、化学療法を行ってきた経緯の中には、患者・家族とのさまざまなやり取りが行われる。

したがって、緩和ケアチームとしてこうしたケースに関わる際には、患者と共に歩んできたがん治療医の取り組みを十分に尊重する姿勢が大事である。また、患者自身の口から語られる想いは揺れることもあることを十分に理解する必要がある。つまり、チームに対して「治療に気が進まない」といった言葉も患者の気持ちなら、主治医の前で「治療を受ける」といった患者の言葉も真実である。人は相手によっても、自分の置かれた状況によっても、話す内容が変わることがあるということをお忘れではない。

④ 事例への対応

本例に対し、われわれはまず迅速な疼痛緩和のため、オピオイドの持続皮下注射によるタイトレーションを行った。主治医と共に持続皮下注射に関する説明を患者・家族に行い、実際に皮下注射部位の固定方法まで共に行った。その後、タイトレーションのタイミングなど、その度に主治医と密に連絡を取り、効果判定も共に行った。疼痛緩和は、約5日ほどでNRS (Numeric Rating Scale) 2~4まで改善した。その後、胆管ステントの留置を行う際には処置室まで主治医と共に同伴した。

そうした過程を経て、初めて主治医は緩和ケアチームを信頼するようになる。「患者・家族のために」という気持ちは緩和ケア担当医もがん治療医も同じであり、「共に歩み、共に学ぶ」関係にあるからこそ、互いに認め合うことができる。がんの告知をしたことがない者にコミュニケーションスキルを学びたいとは思わないし、がん治療を十分に知らない緩和ケア担当医に信頼を寄せることは難しい。

こうしたプロセスの中で主治医や患者・家族と自然な形で話ができるようになれば、本当の意味で患者・家族からも信頼される緩和ケアチームになるのではないだろうか。結果的にこの事例の患者は、「あの時は弱音を吐いたが、今は症状も楽になり、一緒になって診てくれたことが嬉しかったし、やはりがんばって治療を再開したい」という言葉とともに退院され、今も外来化学療法で通院されている。

その後、この主治医は持続皮下注射という手技を研修医に指導するまでになり、緩和ケアに対する認識も変わったという。

もちろん、すべてがこのようにうまくいくわけではないが、少なくとも急性期病院における緩和ケアチームのコンサルテーション活動は、あくまでコンサルティの治療方針を配慮して行う必要があり、がん治療とともに緩和ケアがあることを忘れてはならない。また、がん治療医と共に歩み、共に学ぶ姿勢を持ち、がん治療医と緩和ケアの知識と技術を共有し、医療者全体の緩和ケアの底上げを担う役割があることも忘れてはならない。実地での教育は、机上の研修よりも学ぶことが多いと考える。

まとめ

もともと、がん治療医は常に患者と向かい合って治療を行い、共に歩んできたという自負がある。がん治療医がこれまで、がんの告知から終末期医療を担ってきたことは事実である。がん治療医が、がん治療と共に緩和ケアを実践できれば、それは患者の望む姿でもある。一方、急性期病院における緩和ケアチームの歴史は始まったばかりである。そのような中で、がん治療医が緩和ケアチームにすぐに信頼を置くはずもない。

チームへの依頼件数がよく問題にされるが、それはシステムの問題というよりは個々人の信頼関係によるものではなかろうか。治療早期からの緩和ケアが求められているのは、決して緩和ケアを専門化して緩和ケアチームが治療の初期段階から関わっていくことを意味しない。緩和ケアは医療全体を支える基本的な概念である。問題は、緩和ケアに対する基本教育が今まで十分になされず、がん治療医が個々人の経験にたよって緩和ケアを行ってきた経緯にある。それが、緩和ケアに対する知識や技術、概念への理解の差につながっている。

そうした背景を十分に配慮し、コンサルティが患者と共に歩んできた経緯を尊重したうえで、「患者・家族のため」に「共に歩み、学ぶ」ことが重要である。緩和ケアチームのコンサルテーション活動は、患者・家族のQOLの向上を第1の目標としつつも、コンサルティに対する現場での基本教育という大きな目標があると考えられる。

急性期病院における緩和ケアチームの役割は重要である。最終的にはがん治療医が緩和ケアを身につけて緩和ケアチームを必要としなくなるのが緩和ケアチームにとっても究極的な目標なのかもしれない。

◆研究報告◆

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の開発と信頼性・妥当性の検討

山下 真裕子 岡村 仁

抄録：文献検討から明らかとなったうつ病の再発要因に基づき、再発を予防するために必要と考えるセルフマネジメント行動に関するセルフエフィカシーの測定尺度を作成し、その信頼性と妥当性の検討を行なった。うつ病性障害患者58名を対象として因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行った結果、4因子、16項目の因子構造が示された。各因子は「セルフマネジメント」「セルフコントロール」「自己認知」「治療遵守」と命名された。信頼性に関しては、再検査法とCronbachの α 係数の算出により、一定の安定性と内的整合性が確認された。構成概念妥当性の検討として一般性セルフエフィカシー尺度、うつ病の自己評価尺度(CES-D)との相関による検討を行った結果、有意な相関を示した。以上の結果より、今回作成されたうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度は、十分な信頼性と妥当性を有することが示された。

臨床精神医学 37 : 1045 ~ 1052

Key words : うつ病, 再発, セルフエフィカシー

(2008年3月6日受理)

1 緒言

うつ病は、今日一般的な疾患として心の風邪と謳われているが、その症状から患者に深刻な苦しみをもたらし、就労を困難とし、社会において生産性を喪失するだけでなく、自殺という最悪の結果を招くこともあり、今や社会的問題となっている。薬物療法や精神療法などの進歩により、回復率は80%といわれているが¹⁾慢性化するケースも10%を超え²⁾、初発エピソードの25~40%が最初の2年以内に再発するというエビデンスが示されており^{3,4)}、うつ病の再発予防への取り組みは重要な課題である。

国内外での多くの研究により、再発に関連する要因としてさまざまなものが明らかになってい

る^{2,3,5,7,9,11,13)}。それらの中には、患者がうつ病への正しい知識を持ち、薬物療法などの治療を遵守し、また注意深く症状を観察することにより再発の警告サインの早期発見や適切な対処を行うなど、自分自身が積極的にうつ病を管理するセルフマネジメント行動を身につけることをあげる報告もあり、うつ病へのセルフマネジメントは重要な意味を持つといえる。しかし、長期的疾患であるともいわれるうつ病に対しては、マネジメント行動を身につけるだけではなく、セルフマネジメント行動を長期的に維持、向上させることも重要である。それを実際に実行できるか否かを予測できるものの一つとして、Bandura¹⁵⁾により提唱されたセルフエフィカシーがある。これは「ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるか」という個人の確信」と定義さ

Development of a self-efficacy scale to measure self-management behavior related to the prevention of recurrence of depression and assessment of its reliability and validity

YAMASHITA Mayuko and OKAMURA Hitoshi 広島大学大学院保健学研究科 [〒734-8551 広島市南区霞 1-2-3]

れ¹⁾、医療の領域でも、国内外で1次予防、2次予防のための食事療法や服薬に関する領域などでさまざまな研究がなされ、セルフエフィカシーがアドヒアランスを予測する強力な予測因子となることが示されている¹⁸⁾。また、セルフエフィカシーは操作可能、すなわち変化させることが可能であり、働きかけにより望ましい健康行動へと改善することが報告されている¹⁴⁾。日本では坂野らにより日常生活のさまざまな状況における個人の一般性セルフエフィカシーの強さを測定する尺度¹⁵⁾をはじめ、食生活、受療行動に関する自己管理行動といった特異的な行動に対するセルフエフィカシーを測定する尺度が多く作成されている^{17,19)}。しかしうつ病に関しては、抗うつ薬のコンプライアンスを測定する尺度⁸⁾は開発されているものの、服薬行動を含めた受療行動、自己管理行動などセルフマネジメント行動のセルフエフィカシーを測定する尺度は見当たらない。

そこで本研究は、うつ病の再発を予防するために必要なセルフマネジメント行動に関するセルフエフィカシーを測定する尺度を作成し、その信頼性、妥当性を検証することを目的とした。

2 研究方法

1. 対象者のサンプリングと調査方法

1) 対象者のサンプリング

H県内の単科の精神科病院2施設に通院中で、DSM-IV-TRにおいてうつ病性障害の診断基準を満たす18歳以上の患者で、十分な説明のうえで同意が得られた患者58名に対して調査を行った。

2) 調査方法

2007年5月～7月の期間に、通院中の同意が得られた患者すべてに対して、プライバシーが保たれるよう個室を使用して自己記入式調査票への記入を依頼した。信頼性の検討として、心理特性が変化しない期間として1度目の記入より1週間後から2週間以内に再検査を依頼した。

3) 倫理的配慮

著者を申請代表者として、調査を実施した2施設それぞれの倫理審査委員会で承認を得た後、施設に通院歴のあるうつ病性障害の患者をリスト

アップし、現在通院中で、主治医の同意が得られた患者に対して、まず、主治医より患者に同意を得て、そのうえで研究者より本研究の目的、方法、内容、本研究の参加をいつでも拒否できること、プライバシーは厳重に保護されることを説明書の内容にしたがって患者本人に説明を行った。同意は本人より得て、文書として保存した。

2. 調査項目

1) うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度

文献検討より、うつ病の再発要因として、不適切な薬物療法、重症病相の既往、慢性化したうつ病の既往、過去2回以上のうつ病相の既往、気分変調症の重疊、20歳以下、60歳以上の初発、不安障害、薬物依存症の合併、持続した抑うつ症状などの残遺症状、ライフイベント、未婚、寡婦、感情障害の家族歴などが指摘されている^{1,2,3,5,7,9,11,13,14)}。

うつ病は抗うつ薬を中心とした薬物療法が主軸である。一方、気分障害患者の服薬コンプライアンス率は、副作用や一時的な自覚症状の改善、薬、服用法に対する誤解、疾患に対する偏見、ステイグマ、うつ病特有の症状、医師・患者関係、社会・文化的背景などが複雑に影響し^{4,6)}、10～60% (平均40%)といわれており¹⁰⁾、うつ病の再発を予防するためには、疾患や治療に対する患者の意識に加え、治療を遵守、継続することの本人のセルフエフィカシーを把握することは有用である。上記をふまえ、再発要因から個人が予防するために必要なセルフマネジメント行動、また医療者が把握すべきこととして、疾患への理解度(発症要因、経過、予後など)、うつ病治療の理解とコンプライアンス状況、抑うつ症状(自己の症状)の観察、再発の警告サインの早期発見、うつ病を再発・悪化させるような状況に対する予測とそれに対する行動、社会的活動への参加、趣味、余暇活動、気分転換の方法、ソーシャルサポートの理解と利用、ストレスマネジメント(ストレッサーに対する有効な行動、問題の有効な直接的解決法、問題の解決を妨害し、健康を害する緊張、不安、怒りのコントロール法、不快な否定的、消極的考え方を変える方法など)により個人的特性を

補うこと)が考えられた。以上より、うつ病の再発を予防するために必要な認知、行動として「治療の遵守」「ソーシャルサポートの活用」「気分転換、リラックス」「ストレスコーピング」「自己洞察」「健康管理」「自分へのいたわり」の7因子構造を仮定し、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー30項目を作成した。なお作成にあたり受療行動に関するセルフエフィカシー尺度¹¹⁾、Depression Coping Self-Efficacy¹²⁾の項目内容を参考にした。なお、各項目に対しては「非常に自信あり(3点)」「まあ自信あり(2点)」「あまり自信なし(1点)」「全く自信なし(0点)」の4段階評定とした。得点が高いほど、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーを高く認識していることを示している。

2) 一般性セルフエフィカシー尺度

個人の日常生活のさまざまな状況における、個人の一般性セルフエフィカシーの強さを測定するもので16項目の質問で構成されている。信頼性、妥当性は坂野ら¹³⁾により検証されている。

3) うつ病の自己評価尺度(CES-D)

うつ病をスクリーニングするために米国国立精神保健研究所により開発された自己記入式質問紙である。20項目4段階評価で、得点は0点から60点に分布し、得点の高いものほど抑うつ度が高いと評価されている。日本語版は島ら¹⁴⁾によって作成され、信頼性、妥当性も検証されている。区分点は15/16点が妥当であるとされている。

4) 属性

年齢、性別、学歴、発症年齢、エピソード回数、罹患期間等について回答を求めた。

3. 分析方法

今回作成した尺度に対して以下の分析を行った。

1) 項目分析

各項目において、標準偏差値を平均値で割って百分率で表示した変動係数を算出した。

2) 回答分布の偏り

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の正規性を検証するために、総得点の尖度と歪度の算出、Shapiro-Wilksの正規性の検定を行った。

3) 信頼性の検討

信頼性の検討には、再検査法による信頼性係数の算出、Item-Total相関分析、項目間相関から冗長性の有無の確認、内的整合性をみるCronbachの α 係数による検討を行った。

4) 妥当性の検討

① 内容的妥当性

概念枠組みに沿って質問項目が作成されているかを経験豊富な精神科医師と検討した。

② 構成概念妥当性

基本属性別の本尺度のスコア分布を示し、その関係について本尺度のスコアを従属変数とした一元配置の分散分析を行った。また、一般性セルフエフィカシー尺度、うつ病の自己評価尺度(CES-D)との相関係数を算出して検討を行った。

データ解析には統計ソフトSPSS15.0 J for Windowsを使用し、相関係数はPearsonの積率相関係数を使用した。

3 結果と考察

うつ病性障害患者をリストアップし、上記の調査期間内に来院し、主治医の同意が得られた70名のうち、患者本人からの同意が得られた58名を分析対象者とした。

1. 対象者

分析対象者58名の平均年齢は54.8歳(±SD17.1)、男性28名、女性30名であった。このうち、34名において再検査法による信頼性の検討が可能であった。対象者の属性別本尺度のスコア分布を表1に示した。エピソード回数は平均1.3回(±SD0.7)、エピソード期間は約78%が1年以上であった。うつ病の自己評価尺度(CES-D)得点は平均19.3(±SD14.6)、一般性セルフエフィカシー尺度得点は平均6.0(±SD3.9)とともに性別で有意差はみられなかった。

2. 項目分析

項目分析において、変動係数を算出した際「現在の主治医を信頼できる」の項目は変動係数が0.199であり、反応の歪曲がみられた。対象者の多くが高い得点を回答していることから、本項目は情報量が乏しく、尺度の弁別力に影響を及ぼす

表1 対象者の属性とうつ病の再発子防に関するセルフエフィカシー尺度のスコア分布

	N (%)	平均	標準偏差	F値	P値
性別				0.18	0.68
男性	28 (48.3%)	29.54	9.63		
女性	30 (51.7%)	28.52	8.72		
年齢				1.03	0.37
20～39	10 (17.2%)	25.30	8.02		
40～59	24 (41.4%)	30.04	9.43		
60以上	24 (41.4%)	29.57	9.17		
学歴				1.27	0.30
中学卒	9 (15.5%)	25.11	10.35		
高校卒	22 (37.9%)	29.95	10.18		
高専, 短大卒	8 (13.8%)	30.50	8.12		
大学卒	13 (22.4%)	31.62	6.37		
その他	6 (10.4%)	24.00	8.46		
発症年齢				0.70	0.50
20～39	18 (31.0%)	26.94	8.96		
40～59	27 (46.6%)	30.19	9.88		
60以上	13 (22.4%)	29.50	7.56		
エピソード回数				0.62	0.54
1回目	45 (77.6%)	29.53	9.23		
2回以上	13 (22.4%)	28.22	9.32		
エピソード期間				0.56	0.65
1年未満	13 (22.4%)	27.40	9.94		
1年以上	45 (77.6%)	28.89	9.12		

可能性を考慮し、以降の分析から除外した。その質問項目に低い得点をした回答者の中には、「主治医が変わったばかりだからです」とコメントを残しているものもあるなど、本研究の対象者は、大部分が1年以上通院を継続しており、主治医との関係も長く信頼関係が構築されていたことが要因の一つとして考えられた。

3. 因子構造

29項目の質問項目を用いて探索的因子分析(主因子法, プロマックス回転)を行い, 因子負荷量0.35以上, 固有値はカイザー-ガットマン基準である固有値1以上, 共通性0.16以上を項目決定基準とした結果, 7因子が抽出された。そのうち1因子につき2項目で構成される因子が3因子抽出された。因子と関連の大きい項目が2項目以下では妥当性に乏しいと判断し, 項目の内容を考慮した上で4項目を削除し再度因子分析を行った。その結果, 因子の解釈の可能性も考慮し4因子構造

が妥当であると考えられた。そこで再度4因子を仮定して因子パターンが単純構造になるまで因子分析を繰り返し行い, 最終的に4因子, 16項目を採用した。プロマックス回転後の最終的な因子パターンを表2に示した。固有値は順に6.745, 2.093, 1.391, 1.189, 全16項目がいずれか1つの因子に0.35以上の因子負荷量を示し, 4因子の累積寄与率は71.36%であった。第1因子は7項目で構成され, 「困ったり悩んだ時には人に相談できる」や「必要なときには保健・福祉などの社会資源を利用してサポートを受けることができる」「毎日十分な睡眠時間を確保できる」「うつ病の再発や悪化を予防できる」など, うつ病の再発を予防するために自己を管理していく行動の内容の項目が高い負荷量を示し「セルフマネジメント」と命名した。第2因子は4項目で構成され「物事に悲観的になったり自分を責める気持ちになった時, その考えを中断したり修正できる」や「気分が憂鬱に

表2 うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の因子構造

項目					N=58	
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性	
第1因子 セルフマネジメント $\alpha = 0.882$						
困ったり悩んだ時には人に相談できる	0.856				0.640	
必要なときには保健・福祉などの社会資源を利用してサポートを受けることができる	0.794				0.716	
うつ病は必ず良くなると信じていることができる	0.698				0.458	
毎日十分な睡眠時間を確保できる	0.650				0.584	
うつ病の再発や悪化を予防できる	0.529				0.733	
生活の中に遊びやユーモアを取り入れることができる	0.491				0.522	
出来ないことは無理をせず出来ないことを伝えることができる	0.359				0.521	
第2因子 セルフコントロール $\alpha = 0.895$						
物事に悲観的になったり自分を責める気持ちになった時、その考えを中断したり修正できる		0.954				
気分が憂鬱になったり不安になった時、自分で気分を転換できる		0.790			0.831	
何事も無理をせず余力を残すことができる		0.748			0.745	
否定的な考え方をしている時に肯定的な考え方に変えることができる		0.728			0.690	
第3因子 自己認知 $\alpha = 0.733$						
うつ病を再発、悪化させるような状況を予測できる			0.768			
自分自身がどのようなことに強いストレスを感じるかわかる			0.724		0.609	
自分自身がうつ病になった原因がわかる			0.623		0.577	
第4因子 治療遵守 $\alpha = 0.724$						
通院を継続することができる				0.864	0.824	
長期的であっても医師の指示通り服薬を継続することができる				0.647	0.386	
$\alpha = 0.902$	固有値	6.745	2.093	1.391	1.189	11.418
	寄与率 (%)	42.156	13.078	8.694	7.433	71.360
	累積寄与率 (%)	42.156	55.234	63.928	71.360	
	因子間相関	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
	第1因子	1	0.613	0.338	0.474	
	第2因子		1	0.465	0.280	
	第3因子			1	0.124	
	第4因子				1	

なったり不安になった時、自分で気分を転換できる」「何事も無理をせず余力を残すことができる」など自分自身の感情や行動をコントロールしていく行動の内容の項目が高い負荷量を示し「セルフコントロール」と命名した。第3因子は3項目で構成され「うつ病を再発、悪化させるような状況を予測できる」や「自分自身がどのようなことに強いストレスを感じるかわかる」「自分自身がうつ病になった原因がわかる」とうつ病の再発を予防するために必要な自己理解の内容の項目が高い負荷量を示し「自己認知」と命名した。第4因子は項目数2と妥当性の面を考慮すると削除するべきではあったが、「通院を継続することができる」「長期的であっても医師の指示とおりに服薬を継続することができる」といった、治療を遵守し、それを継続する行動の内容であり、うつ病の再発を予防するためには非常に重要なものであると考え採用し「治療遵守」と命名した。

4. 回答分布の偏り

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の平均値は29.1 (±9.17)、尖度0.21、歪度

-0.59で、Shapiro-Wilksの正規性の検定の結果、正規性は棄却されず($p=0.49$)、本尺度は正規分布にしたがっていることが確認された。

5. 信頼性の検討

再検査法により、4因子、16項目における総得点、各因子の尺度得点を算出し信頼性係数を算出した。Pearsonの積率相関係数は尺度総得点で0.866、下位尺度は「セルフマネジメント」が0.874、「セルフコントロール」が0.896、「自己認知」が0.577、「治療遵守」が0.655であった($p<0.01$)。また、1度目と2度目の得点に差があるかについて対応のあるt検定を行ったところ、1度目と2度目の平均値に有意差はみられず($t(33) = -0.11, p=0.92$)本尺度は高い安定性を示したといえる。

また、Cronbachの α 係数を用いて、内的整合性の検討を行った結果、全体で $\alpha = 0.902$ 、各下位尺度においては、「セルフマネジメント」で $\alpha = 0.882$ 、「セルフコントロール」で $\alpha = 0.895$ 、「自己認知」で $\alpha = 0.733$ 、「治療遵守」で $\alpha = 0.724$ であった。項目間の相関係数を算出したところ、いずれ

も第2因子「セルフコントロール」の「気分が憂鬱になったり不安になった時、自分で気分を転換できる」と「物事に悲観的になったり自分を責める気持ちになった時、その考えを中断したり修正できる」の項目間で相関係数が0.832、「何事も無理をせず余力を残すことができる」と「否定的な考え方をしている時に肯定的な考え方に変えることができる」の相関係数0.714と高い相関を示し、高い冗長性を認めたが、採用した4項目はいずれも再発を予防するために自分自身の感情や行動をセルフコントロールするうえで重要なものであつたと考え、採用すべきであると判断した。Item-Total相関分析においては、それぞれの相関係数は0.291～0.834と正の相関を示した。以上の結果より、本尺度は十分な安定性と内的整合性を有していることが明らかとなった。

6. 妥当性の検討

1) 内容的妥当性

うつ病の再発に関する文献検討から明らかとなっている再発要因を基に、再発を予防するために必要と考えるセルフマネジメント行動を作成した。その際、必要な概念枠組みに沿って質問項目が作成されているかを、共著者である経験豊富な精神科医師と繰り返し検討したことにより、一定の内容的妥当性は確保されたと考える。

2) 構成概念妥当性

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度と一般性セルフエフィカシー尺度、うつ病の自己評価尺度(CES-D)との相関係数を算出した結果、一般性セルフエフィカシー尺度との相関係数は0.606 ($p<0.01$)で中程度の正の相関を認めた。セルフエフィカシーは、ある特定の場面で遂行される特定の行動、いわゆるtask-specificなレベルで行動に影響を及ぼすだけでなく、そのtask-specificなレベルのセルフエフィカシーがより一般的な行動傾向に影響を及ぼすことが指摘されている¹⁴⁾。本研究においても、task-specificなレベルであるうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度と一般性セルフエフィカシー尺度との間に中程度の正の相関を示したことは、本尺度の妥当性を裏付けるものといえる。

また、うつ病の自己評価尺度(CES-D)との相関

係数は-0.738 ($p<0.01$)と高い負の相関を認めた。さらに、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の平均点である29点を基準として高セルフエフィカシー群、低セルフエフィカシー群に分類し、t検定を行った結果、有意差がみられた($t(57) = 4.455, p<0.01$)。セルフエフィカシーを高く認知すると、社会的状況の中での克服努力が大きく、課題に積極的に取り組み、不安や恐れといった予期的な情動が喚起される程度が緩和されるといった行動特性が認められると指摘されている¹⁴⁾。このことから、うつ病の再発を予防するためのセルフマネジメント行動のセルフエフィカシーを高く認知している群は、そうでない群に比べ、再発を予防するために通院や内服治療などの治療行動や健康行動などセルフマネジメントに積極的に取り組み、ライフイベントやストレスへの適切なコーピング、自己洞察を深化させ、より自己を認知することで再発の警告サインの早期発見と適切な対処により、症状の緩和にも影響を及ぼしたものと考えられる。さらに、年齢、学歴、発症年齢、エピソード回数、エピソード期間とうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度との関係を検討した結果、いずれにおいても有意差はみられなかったものの、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーを高く認知する群が低く認知する群よりうつ病の自己評価尺度(CES-D)得点は有意に低かった。今回の結果のみから、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー認知の高低とうつ病の重症度との間に因果関係があるとはいいいきれないが、うつ病の再発要因の一つとして抑うつ状態の残遺症状が指摘されていることから、本尺度が抑うつ状態にある者を弁別できる可能性があるという結果は、本尺度の妥当性を支持するものであるといえる。

以上の結果より本尺度の構成概念妥当性はおおむね証明できたといえる。

7. うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の利用と今後の課題

本尺度は、信頼性、妥当性も高く、4因子16項目と比較的簡便に測定でき、うつ病の再発を予防するために必要なセルフマネジメント行動のセルフエフィカシーを測定することに対して有用性

の高い尺度であると考えられる。うつ病の再発予防に必要なセルフマネジメント行動のセルフエフィカシーを把握することで、患者の治療や健康行動に対する認知や遂行行動を把握かつ予測でき、再発予防を目的とした看護介入や心理教育、精神療法等の対策が可能となる。また、それらの介入による効果を測定する際のアウトカム指標として、また患者自身が再発を予防するために必要なセルフマネジメント行動の自己評価指標として有用であると思われる。一方で、本研究は、限定された地域、施設、小規模での横断研究という点で一般化には限界がある。今後は対象数を増やし、実際の治療、健康行動との関連、うつ病の再発予測に関する縦断的検討により予測的妥当性を検討すること、さらに本尺度と再発との関連の普遍性、特異性などを検討していくことで、本尺度が再発リスクの高い患者のスクリーニング指標として臨床的有用性をもつ尺度であることを検証することが課題である。

4 結論

今回、58名のうつ病性障害患者を対象に、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の作成を試み、その信頼性、妥当性の検討を行った。因子分析(主因子法、プロマックス回転)の結果、4因子16項目の因子構造が示された。また再検査法、Cronbach α 係数の算出、一般性セルフエフィカシー尺度、うつ病の自己評価尺度(CES-D)との関連性などの結果より、本尺度の信頼性、妥当性が検証された。

謝辞：本研究を行うにあたり調査にご協力いただきました患者の皆様、ならびに調査施設の医師、外来看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

文献

- Bandure A : Self-efficacy Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84 : 191-215, 1977
- Bruce ML, Kim KM : Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. *Am J Psychiatry* 149 : 914-917, 1992
- Fukuda K, Etoh T, Iwadata T et al : The course and prognosis of manic-depressive psychosis. A quantitative analysis of episodes and intervals. *Tohoku J Exp Med* 139 : 299-307, 1983
- 福田秀二, 寺尾 岳, 中村 純 : 抗うつ薬のコンプライアンス. *臨床精神薬理* 4 : 579-583, 2001
- Harkness KL, Monroe SM, Simons AD et al : The generation of life events in recurrent and non-recurrent depression. *Psychol Med* 29 : 135-144, 1999
- 広瀬茂宏 : 抗うつ薬療法ノンコンプライアンスの理由と対策. *精神科治療学* 18 : 447-456, 2003
- Keller MB, Boland RJ : Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol Psychiatry* 44 : 348-360, 1998
- 小山明日香, 五十嵐良雄, 田島美幸ほか : 抗うつ薬コンプライアンス尺度 (ADCQ) 日本語版の作成. *臨床精神医学* 35 : 217-224, 2006
- Lin EH, Katon WJ, Vonkorff M et al : Relapse of Depression in Primary Care. Rate and Clinical Predictors. *Arch Fam Med* 7 : 443-449, 1998
- Lingam R, Scott J : Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 105 : 164-172, 2002
- Mueller TI, Leon AC, Keller MB et al : Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 156 : 1000-1006, 1999
- Perraud S, Fogg L, Kopytko E et al : Predictive Validity of the Depression Coping Self-Efficacy Scale(DCSES). *Res Nurs Health* 29 : 147-160, 2006
- Prien RF, Kupfer DJ, Mansky PA et al : Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 41 : 1096-1104, 1984
- 坂野雄二, 前田基成編著 : セルフ・エフィカシーの臨床心理. 北大路書房, 京都, 2002
- 坂野雄二, 東條光彦 : 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. *行動療法研究* 12 : 73-82, 1986
- 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則 : 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学* 27 : 717-723, 1985
- 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史ほか : 受療行動に関するセルフエフィカシー尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. *行動医学研究* 11 : 7-13, 2005
- Skelly AH, Marshall JR, Haughey BD et al : Self-efficacy and confidence in outcomes as determi-

nants of self-care practices in inner-city African-American women with non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes Educ* 21 : 38-46, 1995

19) 吉本優子, 武藤志真子, 前迫孝憲: 食生活の自己管理に関する自己効力感の開発に関する研究. *Health Sciences* 19 : 99-111, 2003

*

*

*

在宅高齢者に対する転倒・認知症予防プログラムの予備的研究

A Preliminary Investigation of Prevention Program of Fall and Dementia for Community-Dwelling Elderly Subjects

花岡 秀明*¹ 村木 敏明*² 岡村 仁*³

Hideaki HANAOKA

Toshiaki MURAKI

Hitoshi OKAMURA

キーワード：転倒，認知症，予防プログラム

Abstract：現在，加齢によって生じる心身機能の低下に伴い，虚弱高齢者に対する転倒予防，さらには認知症予防の対策が急務となっている。しかし，転倒と認知症の双方の予防に焦点をあてた継続的な介入効果の検討はなされていないのが実状である。本研究の目的は，地域在住高齢者を対象にヘルスプロモーションに基づいた転倒・認知症予防プログラムを開発するために，身体機能と認知機能，心理機能に関するわれわれが開発した予防プログラムを検討することである。

対象は，首都圏近郊の65歳以上の在宅高齢者であった。方法は，2週間に1回90分の転倒・認知症予防プログラムを計10回（5カ月間）実施した。その結果，心理機能には有意な変化はみられなかったが，認知機能は，介入直後ではなく，むしろ中期的な経過の中で改善する傾向が示された。しかし，介入終了後一部の身体機能は有意に低下した。このことは，身体機能については継続的な介入の必要性と同時に指導・援助された介入プログラムが，終了後も日常生活において継続されるプログラムの立案の必要性が示唆された。

はじめに

現在，わが国は世界最高の高齢国家となったが，寝たきりや認知症といった高齢化に伴う障害の増加が懸念されている。こうした加齢による心身機能の低下に対応し，健康長寿を目指す支援活動の重要性はますます高まり，時代の要請ともいえる¹⁾。

高齢者の日常生活およびQOLに影響を及ぼす要因として，転倒や認知症が知られている。転倒は，寝たきりの直接の原因とはいえないものの，転倒による骨折は活動性の低下，閉じこもりへと発展する場合が多い。そして，骨折のない場合でも，転倒恐怖による活動性の低下は廃用性症候群に陥りやすく，閉じこもりによる社会的交流の低下を招くことが少なくない。また認知症は，精神機能の低下により社会生活に少なからぬ支障を惹起させ，その結果，転倒のリスクを高める可能性もある。

このように，転倒により活動性の低下が生じた際には，その後の認知症症状の出現が懸念される等，両者は互いに深い関係にあることから，予防

的な視点に基づいた包括的な介入プログラムの確立が課題といえる。

転倒予防に対する取り組みは，国内外にて行われ，その介入方法は短期的な運動プログラムへの参加を中心としたものであり，一定の効果が示されている²⁻⁵⁾。しかし，こうした専門家に依存した集中的に取り組みされた効果は，介入終了後の能力低下が懸念されると同時に，最大の課題は対象者が日常生活において，指導された内容をいかに継続的に実施することによる機能の維持にあるといえる。こうした問題に対して，対象者の行動変容に焦点をあてたプログラム介入の報告は少なく，さらなる検討が課題となっている⁶⁾。

一方，認知症予防に対する取り組みでは，新聞・雑誌の講読，ゲーム等の知的行動習慣や，社会的交流，有酸素運動等との関連性が示唆され⁷⁻⁹⁾，医学モデルではなく地域の中での認知症遅延活動の取り組みも報告されているが，その適切な方法と有効性については今後の課題とされている¹⁰⁾。

高齢者のQOL維持・向上を目的とした場合，加齢によって懸念される心身機能低下の進行を遅

*¹ 広島大学大学院保健学研究科，作業療法士 〒734-8551 広島市南区霞1-2-3，*² 茨城県立医療大学，作業療法士，*³ 広島大学大学院保健学研究科，医師