

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと
再発との関連に関する研究

山下 真裕子

目次

序章	1
研究の背景	2
本研究の目的と論文の構成	5
第1章 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	
I 目的	8
II 研究方法	8
III 結果と考察	14
第2章 うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連の検討	
I 目的	24
II 研究方法	24
III 結果	29
IV 考察	38
結語	44
謝辞	46
文献	47
資料	52
資料 1 うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度	53
資料 2 一般性セルフエフィカシー尺度(GSES)	57
資料 3 うつ病の自己評価尺度(CES-D)	59
資料 4 うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度	62
資料 5 うつ病の自己評価尺度(BDI)	64
資料 6 研究の説明文書および研究参加同意書	68

序章

研究の背景

現代社会は、ストレス社会、うつ病の時代といわれて久しい。これには、急速な技術革新、OA化社会、それに伴うテクノストレス、バブル経済の崩壊後の長期にわたる構造不況、終身雇用制の崩壊、リストラの拡大、失業率の増加など勤労者への多大なストレス負荷が影響を及ぼしている。また、インターネットに代表される情報化社会の広がり、情報の洪水、都市化による過密化の一方での過疎化、過熱する受験戦争、教育現場の混乱、少子化高齢化社会、核家族化の進展¹⁾など、あらゆる年齢層において明らかにストレスが増大している。それらを背景として、警察庁の調べによると1998年以降、年間自殺死亡者総数が3万人以上という緊急事態が続いている。この数は、交通事故の犠牲者の3倍をはるかに越え、深刻な社会問題になっている。飛鳥井²⁾によると、自殺企図者の75%に精神障害が存在し、さらにそのうちの46%がうつ病性障害圏内であったと報告し、気分障害(特にうつ病)と自殺が密接に関連していることを示している。

最近の疫学調査によると、日本におけるDSM-IV診断基準による大うつ病の生涯有病率は6.2-6.7%であり^{3,4)}、全年齢生涯有病率が第4位、1年有病率は第1位の疾患となっている。また、WHO(世界保健機関)によると、2020年までにはさらに増加し、生涯有病率は第2位になるともいわれ、先進国では最も生涯有病率の高い疾患になることが予想されている。

今日、一般的な疾患という観点から、うつ病は心の風邪とも謳われているが、一方で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。初発のうつ病エピソードでは、休息と薬物療法という治療原則を当てはめることで1年以内に約7-8割の患者が寛解に至るといわれ⁵⁾短期的予後は良い疾患と考えられているが、初発うつ病患者が再発する確率は50~60%、2度目のエピソードを経験した者に3度目のエピソードが起こる確率は70%、同様に4度目は90%になる⁶⁾と報告されるように、うつ病は再発を繰り返しやすい疾患であり、繰り返すごとに再発しやすくなり、病相は長期化し、病相間は短縮し、重症度も増す性質を持っている⁷⁾。また再発を繰り返すことで慢性化する例も少なくなく、病相が長期化することによって重大な社会機能障害を残す可能性もあり⁸⁾、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、うつ病の再発に関連する要因として様々なものが明らかになってきている⁷⁻¹⁶⁾。それらの中で、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すること、また注意深く症状をモニタリングすること¹⁶⁾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が再発予防において重要であるという報告もあり、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。

宗像恒次らによると、セルフマネジメントいわゆる自己管理は、患者自身が専門家の協力を得ながらも自分で考え、判断し、選択して、自己の健康問題に取り組む行動と定義されている¹⁷⁾。セルフマネジメントは、日々の生活の中での疾病管理や食事療法など多様な側面をコントロールすることが求められる糖尿病や腎不全などの慢性疾患で重要とされてきた¹⁸⁾。精神科領域においても、統合失調症やうつ病性障害における服薬管理やストレスマネジメントの重要性が指摘されている^{19,20)}。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、セルフ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。そして、患者がそれらの行動を実際に行うことができるかを医療者が把握し、かつ長期的に維持できるかを予測することは症状コントロール、再発予防において重要である。それを実際に行うことができるか否かを正確に予測する判断基準の一つにセルフエフィカシーがある。

セルフエフィカシーは、Bandura(1977)が社会的学習理論の中で紹介したもので、「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」と定義されている。人間の行動を決定する要因には先行要因、結果要因、認知的要因があり、この3者が絡み合い、人と行動、環境という3者間の相互作用が形成されているといわれている。行動の先行要因として、ある行動がどのような結果を生み出すかという結果予期と、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出来るかという効力予期があり、後者がセルフエフィカシーである²¹⁾。セルフエフィカシーが高いと、行動に積極的に取り組み、努力することにより、行動の達成がより向上し、成功体験の繰り返しにより、似たような状況でも対処できる確信のセルフエフィカシーに結びつき、状況が変化しても同じ行動が行えるようになるといわれている²²⁾。また、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に影響を及ぼすだけでなく、臨床場面におけるセルフ

エフィカシーと行動の改善が日常行動をも一般化することが指摘されている²¹⁾。そして、ある特定の行動に対するセルフエフィカシーが、個人の将来の行動に対して長期的な影響力をもっていることが示唆されている。さらに、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²³⁾。医療の領域でもセルフエフィカシーは、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様々な研究がなされ、セルフエフィカシーと実際のセルフマネジメント行動との間に相関があるという多くの報告^{24,25)}や、アドヒアランスを予測する強力な因子となることが示されている^{26,27)}。つまり、セルフエフィカシーを高めることは、うつ病をコントロールできるという自信を媒介変数とし行動変容へと導くことを可能とし、再発防止に寄与すると考えられる。

日本では日常生活の様々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²⁸⁾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^{29,30)}。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³¹⁾は開発されているものの、服薬行動を含めた受療行動、健康管理行動、セルフモニタリングによる再発の早期発見や対処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。

以上の背景から、本研究は、まず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わるセルフエフィカシーを測定する尺度を作成し、次いで作成した尺度を用い、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連を明らかにすることを試みた。本研究によりうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連が明らかになれば、セルフエフィカシーを評価することにより、うつ病をコントロールし再発を予防する行動を実行できるか否かを予測し、再発リスクの高い患者をスクリーニングできるのではないかと考える。さらに、こうして明らかになったリスクの高い患者を介入へと導くことができると期待される。

本研究の目的と論文の構成

本研究は、うつ病の再発予防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、その有用性を検証すること、さらに作成した尺度により評価されたセルフエフィカシーとうつ病の再発との関連を明らかにすることを目的とし以下の2つのステップでの検討を行った。それぞれの目的は以下の通りである。

1. うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度を作成し、その信頼性、妥当性を検討すること。
2. うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連を検討すること。

第1章

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

I. 目的

本研究では、多くの再発に関する文献検討により明らかとなったうつ病の再発要因をもとに、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質問紙「うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度」を作成し、その信頼性、妥当性を検討することを目的とした。

II. 用語の操作的定義

1. セルフエフィカシー

セルフエフィカシーは、Bandura(1977)が社会的学習理論の中で紹介したもので、「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」と定義されている。人間の行動を決定する要因には先行要因、結果要因、認知的要因があり、この3者が絡み合い、人と行動、環境という3者間の相互作用が形成されているといわれている。行動の先行要因として、ある行動がどのような結果を生み出すかという結果予期と、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出来るかという効力予期があり、後者がセルフエフィカシーである²¹⁾。本研究では、ある結果を生み出すために必要な観察可能な行為への確信に加え、ある結果を達成するために自分自身を信じるなど、動機づけを高めるための信念を持つこと、自己理解を深めるために探索することなど、直接観察できない内面的な作業への確信を含めてセルフエフィカシーとした。

2. セルフマネジメント

宗像恒次らによると、セルフマネジメントいわゆる自己管理は、患者自身が専門家の協力を得ながらも自分で考え、判断し、選択して、自己の健康問題に取り組む行動と定義されている¹⁷⁾。本研究では、医療に依存しないで行う活動や、治療者の指示に従うコンプライアンス行動に限定せず、患者が自己の健康問題に取り組むために、考え、判断し、選択するマネジメントのプロセスに加え、うつ病の再発を予防するためのマネジメントに必要な自己理解のプロセスを含めてセルフマネジメントとした。

3. ソーシャルサポート

ソーシャルサポートとは何かについては Caplan(1974), Cobb(1976)らによって多くの類似した定義も発表されているが, 明確に概念化されていない¹⁷⁾. そのため, 本研究では, ある人を取り巻く, 家族, 友人, 地域社会, 専門家, 同僚などから受ける情緒的サポート, 情動的サポート, 道具的サポート, 所属的サポートなど有形・無形の諸種の援助をソーシャルサポートとした.

4. ストレスマネジメント

生活変化や苛立ちを招く事柄に直面したとき, それに対処するために人々がとる行動がストレスコーピングである. その行動には「その原因を見きわめ, 解決に向けて行動する」「信頼できる人に相談する」「スポーツや趣味などで気分転換を図る」などのストレスを軽減させる積極的対処行動と, 「アルコールを飲んでうさばらしをする」「物を投げたり壊したりしてウップンをはらす」「自分の気持ちとは反対にはしゃいだりする」などストレスを増幅させる消極的対処行動がある¹⁷⁾. 本研究では, 上記ストレスコーピングのストレスを軽減させる積極的対処行動に加え, 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, 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など内面的対応力の調整を含めストレスマネジメントとした.

Ⅲ. 研究方法

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度作成にあたり、文献検討より、うつ病の再発要因に基づく再発を予防するために必要なセルフマネージメント行動を検討し、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の項目作成をし、調査、統計学的分析というプロトコールで尺度を完成させた。

1. うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の項目作成

文献検討より、うつ病の再発のリスク増大に関連する要因として、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、過去のエピソードが 1 年以内、気分変調症の重畳、30 歳未満の発症、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⁷⁻¹⁶⁾。

うつ病は抗うつ薬を中心とした薬物療法が主軸である。急性期の薬物療法は基より、回復に至る過程で再燃を防ぐために行われる継続療法、いったん回復に至った以降に症状が再出現することを抑えるために行われる維持療法がうつ病の再燃、再発に有効であることが多くの臨床研究で明らかにされている³²⁻³⁵⁾。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、スティグマ、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^{36,37)}、10-60% (平均 40%) といわれ³⁸⁾ 初期治療の段階で治療を中断するケースも少なくない³⁹⁾。しかし、上記の再発要因の中にはうつ病の特徴やうつ病治療の知識や理解により適切な治療を継続することにより回避できるものもあり、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治療遵守を長期的に予測する上で有用である。

うつ病の発症や再発については、ライフイベントとの関連も認められている^{40,41)}。ライフイベントの中でも、配偶者との口論や争い、別居、職場の問題、身体的な疾患、近親家族の死亡や病気、家族成員が家を出るなど望ましくない出来事との関連があると報告されているが⁴²⁾、ライフイベントの有無だけがうつ病発症の直接的原因ではなく、ライフイベントに対する認知の在り方やパーソナリティなど⁴³⁾ ライフイベントとうつ病の関係を修飾する因子も重要であり、それらに対してはストレスマネージメントやソーシャルサポートの活用、趣味や余暇活動を充実さ

せることなどが予防の一助になりうると考える。上記をふまえ、まず明らかになっているうつ病の再発に関連する要因をすべて記述した。次いでそれらの再発要因はさらにどのような要因に関連しているか、過去の文献やうつ病ガイドライン⁴⁴⁾を参考に可能性も含めすべて記述した。その要因に対する有効なセルフマネジメント行動を、同様に過去の文献、うつ病ガイドラインを参考に、うつ病やうつ病患者の特徴、特異的な傾向を考慮し総合的に検討した結果、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、また医療者が把握すべきこととして、疾患の理解(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、抑うつ症状(自己の症状)のモニタリング、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。それら一つ一つのセルフマネジメント行動に対応する質問項目を作成し、共通性、類似性により分類した結果、うつ病の再発を予防するために必要な行動として「治療の遵守に関するもの」「ソーシャルサポートの活用に関するもの」「気分転換、リラックスに関するもの」「ストレスコーピングに関するもの」「自己洞察に関するもの」「健康管理に関するもの」「自分へのいたわりに関するもの」の計 30 項目、7 因子に分類できた。各項目の文章は各々のセルフマネジメント行動ができると表現し、セルフマネジメント行動におけるセルフエフィカシーを評価する尺度とした。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、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すものとして作成した。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³⁰⁾、Depression Coping Self-Efficacy⁴⁵⁾の項目内容を参考にした。

2. 対象および方法

(1) 調査対象

調査施設は、H 県の東西に位置し、病床数 350 床以上の精神科医療の中核的役割を担う単科精神病院 2 施設である。対象者は、当施設に通院中の質問紙調査に回答可能なうつ病性障害患者で、適格条件は以下の通りであった。

- ①診断基準である ICD-10 または DSM-IV-TR においてうつ病性障害の診断基準を満たしている。
- ②18 歳以上である。
- ③他の精神疾患の合併による著しい精神症状がない。
- ④文書と口頭による説明で研究参加に同意している。
- ⑤主治医から研究参加の許可が得られている。

(2) 調査方法

2007 年 5-7 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

著者を申請代表として、調査を行う各施設の倫理審査委員会で承認を得た後、過去 3 カ月間で施設に通院歴のある患者のうち、うつ病性障害と診断されている全患者をリストアップした。調査期間中に来院し、主治医の同意が得られた患者に対して、まず、主治医より患者に研究の概要を説明した後、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従って患者本人に説明を行った。同意は本人より得、文書として保存した。

3. 調査項目

構成概念妥当性を検討するために、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度に加え、概念として関連があると予測され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) を同様に調査した。対象者の属性として、年齢、性別、学歴、発症年齢、エピソード回数 (症状の出現から寛解に至るまでの一連のイベント)、罹患期間等について回答を求めた。

(1) うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度 (資料 1)

研究者が作成した、文献検討より明らかとなっている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のセルフエフィカシーを測る質問紙であり、30 項目より構成されている。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すものとして作成した。

(2) 一般性セルフエフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale: GSES) (資料 2)

坂野ら²⁸⁾により作成された、個人の日常生活の様々な状況における、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である。「行動の積極性」「失敗に対する不安」「能力の社会的位置づけ」の 3 つの下位尺度からなる合計 16 項目の質問で構成された自己記入式測定法である。なお、各項目への回答は 2 件法 (Yes 又は No) である。得点は 0 点から 16 点に分布し、得点が高いほどセルフエフィカシーが高く認知された状態を示す。尺度の信頼性および内容的妥当性、併存的妥当性、因子の妥当性が確認されている。

(3) うつ病の自己評価尺度 (Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-D) (資料 3)

米国国立精神保健研究所の疫学研究センターがうつ病の疫学研究用に開発した自己記入式質問紙である。20 項目で構成され、各項目について、この 1 週間における頻度について「ない」「1~2 日」「3~4 日」「5 日以上」のいずれかを選択する。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⁴⁶⁾によって作成され、信頼性、妥当性も検証されている。うつ病をスクリーニングするために、区分点は 15/16 点が妥当であるとされている。

4. 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

個人差が検出できる項目,つまり弁別力のある項目を採用するため変動係数を算出した。変動係数は各項目において,標準偏差値を平均値で割って百分率で表示する相対的な散らばりを表す指標であり,各項目の変動係数より項目の採否の検討を行った。

(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

以下の方法を用いて信頼性の検討を行った。

再検査法による信頼性係数の算出:同一のテストを対象者に2回実施し,相関係数を算出し信頼性を検討した。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-test を行った。

Item-Total 相関分析:各項目得点と,その項目を除く他の項目の合計得点の相関係数を算出し,内部一貫性を検討した。

冗長性の有無の確認:各下位尺度における項目間で冗長性の有無を確認するため,項目間の相関係数を算出し検討した。

Cronbach の α 係数による検討:同じ尺度内の質問項目で一貫性があるかを検討するため,尺度全体および各下位尺度の Cronbach の α 係数を算出し,内的整合性を検討した。

(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

基礎属性別の本尺度のスコア分布を示し、その関係について検討するため、本尺度のスコアを従属変数、それぞれの基礎属性を独立変数とし、基礎属性が 2 変数の場合 t-test, 3 変数以上の場合一元配置の分散分析を行った。また、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²¹⁾と指摘されることから、ある結果に至る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一般傾向を測定する一般性セルフエフィカシー尺度との相関係数を算出した。さらに、セルフエフィカシーは実際の行動遂行と関連する²²⁾と指摘されることから、本尺度のセルフエフィカシーと症状コントロールとの関連が予測され、抑うつ度を評価する CES-D との相関係数を算出して検討を行った。

なお、検定は両側検定を用いて $P < 0.05$ を有意とした。また、全ての統計処理には Statical Package for the Social Science (SPSS) ver. 15.0 J for Windows を使用した。

IV. 結果と考察

過去3カ月間で施設に通院歴のある患者のうち、うつ病性障害と診断されている全患者90名をリストアップした。上記の調査期間中に来院し、適格条件を満たし主治医の同意が得られた70名のうち、本人の同意が得られた58名を分析対象とした。

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。一般性セルフエフィカシー尺度得点は平均6.0点(SD3.9)であった。心身健全な大学生を対象とした同尺度の平均得点は6.5点(SD3.4)、入院および外来のうつ病ないし抑うつ神経症の患者の平均得点は4.0点(SD2.3)であったとの報告²⁸⁾と比べると、本研究対象者は比較的一般性セルフエフィカシーを高く認知している結果であった。また、うつ病の自己評価尺度(CES-D)得点は平均19.3点(SD14.6)であった。うつ病の自己評価尺度(CES-D)の区分点は15/16点であり、入院および外来の感情障害患者を対象としたうつ病の自己評価尺度(CES-D)は平均30.2点(SD10.0)であったという報告⁴⁶⁾と比較すると抑うつ度は軽度ととれるが、本研究の対象者は全て外来患者を対象としたことより、症状は比較的安定していたものと考えられる。なおうつ病の自己評価尺度(CES-D)、一般性セルフエフィカシー尺度の平均得点において共に性別で有意差は見られなかった。

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

	N (%)	Mean	SD	P*
性別				0.68
男性	28 (48.3%)	29.54	9.63	
女性	30 (51.7%)	28.52	8.72	
年齢				0.37
20-39 歳	10 (17.2%)	25.30	8.02	
40-59 歳	24 (41.4%)	30.04	9.43	
60 歳以上	24 (41.4%)	29.57	9.17	
学歴				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				0.50
20-39 歳	18 (31.0%)	26.94	8.96	
40-59 歳	27 (46.6%)	30.19	9.88	
60 歳以上	13 (22.4%)	29.50	7.56	
エピソード回数				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				0.65
1 年未満	13 (22.4%)	27.40	9.94	
1 年以上	45 (77.6%)	28.89	9.12	

*ANOVA あるいは t-test

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 19.9%であり、反応の偏りが見られた。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ことが指摘されていることより⁴⁷⁾, 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日々の生活を管理していく行動の内容の項目が高い負荷量を示し「ライフマネジメント」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べきではあったが, 因子負荷量, 寄与率より尺度を構成する因子として十分な値であること, また「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通り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.

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

n=58

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性	
第1因子 ライフマネージメント $\alpha=0.882$						
困ったり悩んだ時には人に相談できる	0.856				0.640	
必要な時には保健・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と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				0.831	
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				0.745	
何事も無理をせず余力を残すことができる	0.748				0.690	
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				0.671	
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		0.609	
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		0.577	
自分自身がうつ病になった原因がわかる			0.623		0.425	
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		

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 点 (SD9.17), 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従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 ($P<0.001$), 下位尺度は「ライフマネージメント」が 0.874 ($P<0.001$), 「セルフコントロール」が 0.896 ($P<0.001$), 「自己認知」が 0.558 ($P=0.001$), 「治療遵守」が 0.648 ($P<0.001$) であった. 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-test 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, 「ライフマネージメント」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上で重要なものであると考え, 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 0.307-0.815 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もとに、過去の文献およびうつ病のガイドラインを参考に、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に関する項目を作成した。その際、作成した各項目が抽出されたセルフマネジメント行動を説明するものとして妥当な内容であるか、項目内容が測定目的に一致しているかを判断基準として、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 ($P < 0.001$) 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²¹⁾。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 ($P < 0.001$) 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-test を行った結果、高セルフエフィカシー群のうつ病の自己評価尺度 (CES-D) は平均 12.0 点 (SD11.2)、低セルフエフィカシー群は平均 27.0 点 (SD13.7) であり、両群間に有意な差がみられた ($t(57) = 4.455, P < 0.001$)。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²²⁾。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。現時点で両者に因果的な関係があるとは言えないものの、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ように、本尺度が抑うつ状態にある者を弁別できたということは、それは同時に再発予測に寄与できることを示唆しており、本尺度の妥当性を裏付け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概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

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。

第 2 章

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと 再発との関連

I. 目的

第 1 章では, うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度を作成し, その信頼性, 妥当性を検証した. 本章では, 第 1 章で検証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を用いて, セルフエフィカシーとうつ病の再発との関連を検討することを目的とした.

II. 研究方法

1. 調査対象

本研究デザインはケースコントロールスタディである. 調査施設は, F 県南部に位置し, 0 市に唯一の 100 床の入院設備を有する総合病院の精神科であり, 精神科医療において 0 市の中核的な役割を担っている. 対象者は, 当施設に通院中の質問紙調査に回答可能なうつ病性障害患者で, 適格条件は以下の通りであった.

1) 再発群

- ①診断基準である ICD-10 または DSM-IV-TR においてうつ病性障害と診断され, 過去に 2 回あるいは 3 回以上のうつ病エピソード歴がある.
- ②18 歳以上である.
- ③他者とのコミュニケーションやアンケートへの記入が困難なほど精神状態が重篤ではない.
- ④他の精神疾患の合併による著しい精神症状がない.
- ⑤文書と口頭による説明で研究参加に同意している.
- ⑥主治医から研究参加の許可が得られている.

2) 非再発群

①診断基準である ICD-10 または DSM-IV-TR においてうつ病性障害と診断され, 過去のうつ病エピソード歴は 1 回のみで 1 年以上再発が認められない. なお, うつ病の再燃, 再発率が最も高いのは寛解後 1-4 か月と報告され, 急性期治療後 4-6 か月は再燃, 再発予防のための治療を行うことが推奨されている^{48, 49)}. 2006 年の米国精神医学会による治療ガイドラインでは, 再発率の高い 4-5 か月の期間の継続療法の必要性を説いている⁴⁴⁾. 本邦でも, 入院うつ病患者を対象にした臨床研究において再燃, 再発時期は寛解退院後 6 か月以内が 86.4%を占め, 再発群の全員が 1 年以内

に再発したという報告¹⁵⁾より,本研究では1年以上再発が認められない者を非再発群とした.

②18歳以上である.

③他者とのコミュニケーションやアンケートへの記入が困難なほど精神状態が重篤ではない.

④他の精神疾患の合併による著しい精神症状がない.

⑤文書と口頭による説明で研究参加に同意している.

⑥主治医から研究参加の許可が得られている.

2. 調査項目

① 基礎属性

対象者の性別,年齢,教育歴,発症年齢,うつ病エピソード回数,初発からの期間(再発群は初回エピソードから初再発までの期間,非再発群は初回エピソードから調査時点までの期間)について,本人および診療録より情報収集した.

② うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(資料4)

研究者が,うつ病の再発に関する文献検討から明らかとなった再発要因をもとに,過去の文献およびうつ病ガイドラインを参考に開発し,信頼性と妥当性を検証したうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーを測定する自己評価尺度である⁵⁰⁾.「ライフマネジメント」「セルフコントロール」「自己認知」「治療遵守」の4因子からなる.第1因子は必要な時にサポートを受けるコーピングや睡眠の確保などうつ病の再発を予防するために日々の生活を管理していく行動の内容で7項目(0-21点),第2因子は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で4項目(0-12点),第3因子はうつ病の再発を予防するために必要な自己理解の内容で3項目(0-9点),第4因子は治療を遵守しそれを継続する行動の内容で2項目(0-6点)の計16項目で構成されている.4段階評定で,各項目に対して「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)」のうち自分の自信の程度で最も当てはまるものをひとつ選ぶLikert scaleである.総合得点は0-48点であり,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.

③ うつ病の自己評価尺度(Beck' s Depression Inventory:BDI) (資料 5)

本研究では,うつ状態の程度を判定するために,Beckら⁵¹⁾により臨床的な観察と患者の訴えに基づいて作成された Beck' s Depression Inventory(以下 BDI)を用いた.最近の1週間における抑うつ状態の重症度を測定する自己記入式尺度であり,「悲しみ」「自責感」などの21項目で構成され,それぞれの項目について自分に当てはまる文章を選ぶ形式である.選択肢は0-3点に配点され,得点が高いほど症状が重くなるように構成されており,総合得点は0-63点である.BDI総得点によるうつ状態の分類としては,正常範囲内:0-13点,軽度から中等度のうつ状態:14-24点,重度のうつ状態:25点以上の3段階となっている⁵²⁾.従来の報告では,うつ病患者におけるBDI総得点は平均23-26点である⁵³⁻⁵⁵⁾.日本語版は林⁵⁶⁾によって作成され,信頼性,妥当性も検証されている.

3. 倫理的配慮

本研究は,広島大学大学院保健学研究科心身機能生活制御科学講座倫理審査委員会,ならびに研究実施施設の倫理審査委員会で承認が得られた後に実施した.研究の実施に際し,研究対象者に,研究の趣旨ならびに倫理上の配慮について記載した文書をもとに説明を行い,対象者の同意は書面で得た.対象者が研究参加に同意した場合であっても,どの時期においても研究協力への撤回は自由にできること,撤回された後も今後の治療に不利益を講じることがないことを説明した.また,データを本研究以外で使用しないこと,個人が特定されないよう十分な配慮をすることを遵守した.

4. 分析方法

① 非再発群, 再発群との基礎属性, 精神状態を比較するために, データの正規性を確認した後, t-test あるいは chi-square test を行った.

② うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度における非再発群, 再発群の弁別の可能性を検討するために, 非再発群, 再発群それぞれのうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の合計得点 (以下 Total), 各下位尺度得点の平均値を算出し, t-test を用いて比較した.

③ うつ病の再発要因を検討するために, 再発の有無を従属変数, 単変量解析で有意差が認められ, かつ再発に関連すると考えられている教育歴, 初発年齢, うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度 (Total) の 3 変数を独立変数としたロジスティック回帰分析 (強制投入法) を行った. なお, 質的データの独立変数は, 寄与する可能性があるものを 1, その他のものを 0 とコード化した.

④ うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度を, うつ病の再発リスクのスクリーニングツールとして用いる場合の cut-off point を設定するために, 検査法の疾病診断精度を評価するときには有用とされる ROC 曲線 (Receiver Operating Characteristic) を用いた. ROC 曲線は, 縦軸を真の陽性率, つまり感度 (ST), 横軸を偽陽性 (1-特異度) とし, 陽性, 陰性の基準値を段階的に変えて線で結んだ, 基準値の変化に対応する曲線である. 感度 (ST) とは, 疾患を有する者で検査が陽性となる確率, つまり再発群で Low-SE (決定した cut-off point 未満) の者の割合, 特異度 (SP) とは, 疾患を有さないものが正しく陰性となる確率, つまり非再発群で High-SE (決定した cut-off point 以上) の者の割合である. この際, 併せて陽性反応適中度 (PPV) と陰性反応適中度 (NPV) を算出した. 陽性反応適中度 (PPV) とは, 検査結果で陽性となった場合に疾患が存在する割合を示すもの, つまり Low-SE である者の中に再発群が存在する割合, 陰性反応適中度 (NPV) は検査結果で陰性となった場合に疾患が存在しない割合, つまり High-SE である者の中に非再発群が存在する割合を示すものである. それらから総合的に判断し最も適切な cut-off point を決定し, うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度を評価する基準を検討した.

⑤ 過去の再発回数の違いによる、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーの相違を検討するために、再発群を、過去に再発が1回のみを再発群 A、過去に再発が2回以上の者を再発群 B と分類し、再発群 A、再発群 B それぞれのうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の Total、各下位尺度得点の平均値を算出し、t-test を用いて比較した。

⑥ 非再発群と再発群におけるうつ病の再発に関連する要因と、再発回数別で同様の要因が抽出されるかを確認するため、非再発群と再発群 A、非再発群と再発群 B 間において、再発の有無を従属変数、単変量解析で非再発群、再発群の両群間で有意差が認められ、かつ再発に関連すると考えられている教育歴、初発年齢、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度 (Total) の3変数を独立変数としたロジスティック回帰分析 (強制投入法) を行った。質的データの独立変数は、寄与する可能性があるものを1、その他のものを0とコード化した。

なお、検定は両側検定を用いて $P < 0.05$ を有意とした。また、全ての統計処理には Stata Package for the Social Science (SPSS) ver. 16.0 J for Windows を使用した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

2008年4-6月の期間にF県の総合病院精神科を受診し適格条件を満たした患者113名のうち、同意の得られた110名を分析対象とした。

全対象者110名の内訳は、男性53名(平均年齢51.3歳(SD18.6)),女性57名(平均年齢58.0歳(SD19.0))であり、性別による平均年齢に有意な差は認められなかった。

過去のエピソード歴が1回みの非再発群は男性24名(40.0%),女性36名(60.0%)の計60名、平均年齢55.1歳(SD20.0)、教育歴は30名(50.0%)が高校卒業以上、30名(50.0%)が高校卒業未満であった。うつ状態の程度を判定する自己記入式尺度BDIは平均15.3点(SD11.9)、平均初発年齢は49.0歳(SD20.3)、初発からの期間(初発から調査時点までの期間)は平均6.1年(SD7.1)であった。

過去に1回以上の再発歴をもつ再発群は男性29名(58.0%),女性21名(42.0%)の計50名、平均年齢54.4歳(SD18.0)、教育歴は35名(70.0%)が高校卒業以上、15名(30.0%)が高校卒業未満であった。うつ状態の程度を判定する自己記入式尺度BDIは平均19.0点(SD10.2)、平均初発年齢は38.6歳(SD16.7)、初発からの期間(初発から初再発までの期間)は平均4.8年(SD4.0)であった(表1)。

表1 対象者の基礎属性の比較

	非再発群 (n=60)	再発群 (n=50)	P*
年齢(歳)	55.1 (SD20.0) (range22-82)	54.4 (SD18.0) (range21-88)	0.850
性別			
男性	24 (40.0%)	29 (58.0%)	0.060
女性	36 (60.0%)	21 (42.0%)	
教育歴			
≥ 高校卒業	30 (50.0%)	35 (70.0%)	0.034
< 高校卒業	30 (50.0%)	15 (30.0%)	
BDI [‡] (点)	15.3 (SD11.9) (range2-37)	19.0 (SD10.2) (range2-35)	0.092
初発年齢(歳)	49.0 (SD20.3) (range13-78)	38.6 (SD16.7) (range12-75)	0.004
初発からの期間(年) [*]	6.1 (SD7.1) (range1-27)	4.8 (SD4.0) (range0-18)	0.239

*t-test あるいは chi-square test

[‡]Beck's Depression Inventory

^{*}非再発群は初発から調査時点までの期間

再発群は初発から初再発までの期間

2. うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーにおける非再発群, 再発群の弁別の可能性の検討

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーにおける非再発群, 再発群の弁別の可能性を検討するために, 非再発群, 再発群それぞれのうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の Total, 各下位尺度得点の平均値を算出し, t-test を用いて比較した.

その結果, Total は非再発群 28.4 点 (SD8.4), 再発群 19.9 点 (SD6.7) ($P < 0.001$), 第 1 因子は非再発群 12.1 点 (SD4.5), 再発群 7.8 点 (SD3.7) ($P < 0.001$), 第 2 因子は非再発群 6.1 点 (SD3.1), 再発群 3.6 点 (SD2.4) ($P < 0.001$), 第 3 因子は非再発群 5.4 点 (SD2.2), 再発群 4.2 点 (SD2.3) ($P = 0.004$) となり, 非再発群は再発群に比べ有意に高い得点を示した. 第 4 因子は非再発群 4.7 点 (SD1.3), 再発群 4.3 点 (SD1.2) ($P = 0.095$) であり, 両群で有意な差は認められなかったが, 非再発群がやや高い得点傾向を示した (表 2).

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得点の比較

	非再発群 (n=60)	再発群 (n=50)	P*
Total	28.4 (SD8.4)	19.9 (SD6.7)	<0.001
第 1 因子	12.1 (SD4.5)	7.8 (SD3.7)	<0.001
第 2 因子	6.1 (SD3.1)	3.6 (SD2.4)	<0.001
第 3 因子	5.4 (SD2.2)	4.2 (SD2.3)	0.004
第 4 因子	4.7 (SD1.3)	4.3 (SD1.2)	0.095

*t-test

3. うつ病の再発の関連要因の検討

うつ病の再発に関連する要因を検討するために、再発の有無を従属変数、単変量解析で有意差が認められ、かつ再発に関連すると考えられている教育歴、初発年齢、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(Total)の3変数を独立変数としたロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。その結果、再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(Total)の1変数のみ、再発に関連する要因として抽出された(表3)。

表3 ロジスティック回帰分析による再発に関連する要因

n=110

	Estimate (beta)	Standard Error	Odds ratio	95% confidence interval	P- value
うつ病の再発予防に関する セルフエフィカシー尺度 (Total)	-0.149	0.034	0.862	0.806-0.921	<0.001
教育歴 0: ≧高校卒業 1: <高校卒業	-1.043	0.597	0.352	0.109-1.135	0.081
初発年齢	-0.004	0.015	0.996	0.967-1.026	0.802

R²=0.368

4. うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の cut-off point の検討

うつ病の再発リスクの高い患者のスクリーニングツールとして用いる場合の cut-off point を設定するために、検査法の疾病診断精度を評価するときに有用とされる ROC 曲線(Receiver Operating Characteristic)を用いた(図 1). cut-off point は過去に 2 回以上のエピソード歴がある再発群のうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の Total の平均値と、過去のエピソード歴が1回のみの方非再発群の同尺度の Total の平均値の間にあると考え、20-28 点に着目し、各得点における敏感度(ST), 特異度(SP), 陽性反応適中度(PPV), 陰性反応適中度(NPV)を算出した(表 4). 本尺度をうつ病の再発リスクのスクリーニングツールとして用いる場合は、敏感度(ST), 特異度(SP), 陽性反応適中度(PPV), 陰性反応適中度(NPV)全てが高い値を示す cut-off point が評価指標として有効であると考え、その結果をもとに、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー得点を評価する基準を検討したところ 22/23 点が適当であると判断された. 同点数を cut-off point とした場合の敏感度(ST)0.760, 特異度(SP)0.767, 陽性反応適中度(PPV)0.783, 陰性反応適中度(NPV)0.781 であった.

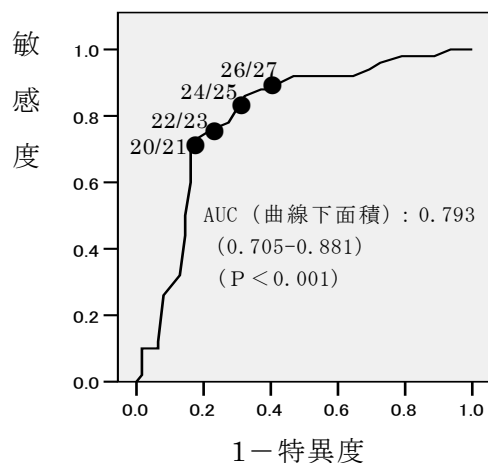


図1 ROC 曲線

表4 うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度得点の cut-off と関連指標

cut-off point	ST	SP	PPV	NPV
19/20	0.600	0.833	0.735	0.671
20/21	0.640	0.833	0.750	0.714
21/22	0.720	0.833	0.762	0.735
<i>22/23</i>	<i>0.760</i>	<i>0.767</i>	<i>0.783</i>	<i>0.781</i>
23/24	0.780	0.717	0.731	0.793
24/25	0.860	0.667	0.696	0.796
25/26	0.880	0.617	0.683	0.851
26/27	0.880	0.600	0.657	0.861
27/28	0.920	0.517	0.647	0.857

※最も適切な cut-off point と対応する指標を斜体で示す

ST(敏感度):再発群で Low-SE(決定した cut-off point 未満)の者の割合.

SP(特異度):非再発群で High-SE(決定した cut-off point 以上)の者の割合.

PPV(陽性反応適中度):Low-SE である者の中に再発群が存在する割合.

NPV(陰性反応適中度):High-SE である者の中に非再発群が存在する割合.

5. 再発回数による, うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーの検討

過去の再発回数の違いによる, うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーの相違を検討するために, 再発群のうち, 過去に再発が1回みの者を再発群 A, 過去に再発が2回以上の者を再発群 B と分類し, 再発群 A, 再発群 B それぞれのうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の Total, 各下位尺度得点の平均値を算出し, t-test を用いて比較した. その結果, Total, 第1因子, 第2因子, 第3因子, 第4因子すべてにおいて両群で有意な得点差は認められなかった(表5).

表5 再発回数別うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度得点の比較

	再発群 A(n=28)	再発群 B(n=22)	P*
Total	19.2(SD5.8)	20.8(SD7.7)	0.410
第1因子	7.4(SD3.4)	8.2(SD4.1)	0.476
第2因子	3.5(SD2.1)	3.7(SD2.8)	0.782
第3因子	3.7(SD2.0)	4.8(SD2.5)	0.093
第4因子	4.5(SD1.1)	4.0(SD1.3)	0.236

*t-test

6. 再発群別, うつ病の再発の関連要因に関する検討

非再発群と再発群におけるうつ病の再発に関連する要因と, 再発回数別で同様の要因が抽出されるかを確認するため, まず非再発群と再発群 A において, 再発の有無を従属変数, 非再発群, 再発群の両群間で有意差が認められ, かつ再発に関連すると考えられている教育歴, 初発年齢, うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(Total)の 3 変数を独立変数としたロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った. その結果, うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(Total)の 1 変数のみ, 再発に関連する要因として抽出された(表 6).

表 6 ロジスティック回帰分析による再発に関連する要因

非再発群 vs 再発群 A(再発が 1 回のみ)					n=88
	Estimate (beta)	Standard error	Odds ratio	95% confidence interval	P- value
うつ病の再発予防に関する セルフエフィカシー尺度 (Total)	-0.182	0.045	0.833	0.763-0.910	<0.001
教育歴 0: ≥ 高校卒業 1: < 高校卒業	-1.357	0.723	0.257	0.062-1.061	0.060
初発年齢	0.018	0.018	1.019	0.983-1.055	0.310

R²=0.384

次に非再発群と再発群Bにおいて、再発の有無を従属変数、非再発群、再発群の両群間で有意差が認められ、かつ再発に関連すると考えられている教育歴、初発年齢、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(Total)の3変数を独立変数としたロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。その結果、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(Total)の1変数のみ、再発に関連する要因として抽出された(表7)。

表7 ロジスティック回帰分析による再発に関連する要因

非再発群 vs 再発群 B(再発が2回以上)					n=82
	Estimate (beta)	Standard error	Odds ratio	95% confidence interval	P- value
うつ病の再発予防に関する セルフエフィカシー尺度 (Total)	-0.108	0.039	0.898	0.832-0.969	0.006
教育歴 0: ≧高校卒業 1: <高校卒業	-0.807	0.725	0.446	0.108-1.846	0.265
初発年齢	-0.021	0.020	0.979	0.942-1.018	0.291

R²=0.293

IV. 考察

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度により評価されたセルフエフィカシーと再発との関連を検討するため、本尺度における非再発群、再発群の弁別可能性を検討した。

まず、非再発群、再発群それぞれのうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度の Total, 各下位尺度得点の平均値の比較を行った結果、Total, 第 1 因子, 第 2 因子, 第 3 因子において非再発群は再発群と比べ有意に高い得点を示し、本尺度が非再発群、再発群を弁別できる可能性が示唆された。

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度は、治療の遵守やストレスコーピング、自己理解、ソーシャルサポートの活用など、うつ病の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とセルフマネジメントに必要と考える自己認知のセルフエフィカシーを測定する項目で構成されており、その項目に対して自分は出来そうだと確信する程度が高いほど高い得点を示す。セルフエフィカシーを高く認知すると、行動に積極的に取り組み、努力することにより、行動の達成がより向上するといわれており²¹⁾、セルフエフィカシーが、個人の将来の行動に対して長期的な影響力をもっていることが示唆されている²³⁾。セルフエフィカシーの理論に基づくと、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と、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積極的に取り組み、努力することにより、適切な行動遂行がなされ、その結果、うつ病の再発予防に寄与できるのではないかと推察される。本研究においても、非再発群で有意に高い得点を示し、両群を弁別できたことは、再発予防に必要なセルフマネジメントのセルフエフィカシーを高く認知した者は、再発予防のための適切な行動遂行と、長期的な影響力により再発予防に寄与したものと考えられる。

一方第 4 因子に関して有意差は認められなかったが、非再発群においてやや高い得点傾向を示した。第 4 因子は「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通り服薬を継続することができる」という項目内容である。本研究の対象者は、うつ状態の程度において軽度から中等度と精神状態は比較的安定しており、治療遵守は良いことが推察される。本研究では、外来通院者を対象に行ったものであり、通院治療を中断した治療遵守不良の者、内服や通院の必要が無くなった者は含まれておらず、全体、群別ともに第 4 因子の得点は高く、得点分布に偏りがみられた。それらの対象者の選択の際のバイアスが影響している可能性が考えら

れる。したがって、今後は縦断研究により長期的に治療遵守のセルフエフィカシーと実際の治療行動との関連、再発との関連を評価し、弁別妥当性をより詳細に検討する必要がある。

次に、他の関連要因を考慮した上でうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連を検討するために、再発の有無を従属変数、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度を含めた再発に関連すると考えられている変数を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。その結果、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーのみが再発に関連する要因として抽出された。すなわち、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーが低いこととうつ病の再発のリスクとの間に関連があることが示された。

第1因子は「困ったり悩んだ時には人に相談できる」「出来ないことは無理をせず出来ないと伝えることができる」「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」などソーシャルサポートの活用に関することや他者に助けを求めるコーピング、睡眠の確保といった健康管理、趣味や遊びなど余暇を充実させるなど、うつ病の再発を予防するための直接的行動だけでなく、間接的行動も含めたセルフエフィカシーを問う項目で構成されている。

うつ病エピソードを持つ患者の病前性格については多くの学説があるが、下田が提唱した強い義務感や責任感、模範社員、仕事人間などに特徴づけられる執着気質⁵⁷⁾や、秩序の尊重と自己に対する高すぎる要求水準などで特徴づけられるメラニコリー親和型性格⁵⁸⁾などが他者に助けを求めるコーピングや、仕事だけでなく趣味や遊びなど私生活も充実させるワークライフバランスを困難にし、うつ病の発症リスクに加え再発のリスクにもなりうると考えられている。また、仕事と家族生活に関するアンケートによると、約44%に至る男性が朝7時30分以前に家を出て、約46%が夜9時以降に帰宅、残業の頻度は80%が週2-3回以上と答え、60%近くが週4日以上と答えていた⁵⁹⁾。過重な勤務時間と頻繁な残業など過酷な労働環境下でありながら、強い義務感や責任感のため人に助けを借りることが出来ず、慢性的に疲労した状態に加え、仕事以外で人間関係を広げる機会や生活の中に趣味や娯楽を取り入れることを困難にし、精神的、身体的にも余裕を持たない状況を導き、うつ病の再発を助長させているのではないかと思われる。

第2因子は「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」「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」「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」など自分自身の感情や行動をコントロールすることのセルフエフィカシーを問う項目で構成されている。うつ病患者には、しばしば特徴的な認知の3要素が認められるといわれている。それは自分自身を否定的に捉える、今行っている経験を否定的に解釈する、将来に対して否定的な見方をするという認知パターンである⁴³⁾。そのような認知パターンがうつ病の再燃・再発を引き起こす重要な要素になると考えられており、認知療法による認知の修正は、うつ病の再燃・再発の予防に対し有効であると報告されている⁶⁰⁾。つまり、うつ病患者に特徴的な認知により、感情のコントロールが出来ないことは、個人にとっての様々なネガティブな体験を引き起こし、うつ病の再発のリスクを高めると考えられる。

第3因子は「うつ病を再発、悪化させるような状況を予測できる」「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分かる」という項目で構成された自己認知の因子である。自分自身がどのようなストレスに脆弱であるか、自分自身がうつ病になった原因や、うつ病を再発、悪化させる状況の予測などの自己理解が不十分であることで、うつ病が寛解した後も発症した時と同様の状況に身を置き、同様の働き方、生き方をすることにより状況は繰り返され、うつ病の再発を起こすリスクを高めると考えられる。

本研究のロジスティック回帰分析の結果では、初発年齢や教育歴が再発に関連する要因として抽出されなかったものの、単変量解析においては、再発群で有意に初発年齢が低く、教育歴が高いことが示された。

若年者のうつ病の特徴として、内的体験をうまく言葉で表現できないだけでなく、内的苦痛を身体症状や行動の症状で表現することが多く病像が複雑であること、非定型性、慢性経過などのため診断をつけることを困難にする例が少ないこと、行為障害や不安障害、摂食障害、広汎性発達障害などのcomorbidityが高率に認められること、抗うつ薬の治療に関して、年齢や体格の差による反応性の違いが成人に比べてより認められ、しばしば薬物療法を困難にする等が指摘され⁶¹⁻⁶³⁾長期経過を調べた研究によれば早期に軽快することが多いものの、その後再発しやすいことが示されている⁶⁴⁾。主に20-30代に多くみられる逃避型うつ病⁶⁵⁾やディスチミア親和型うつ病⁶⁶⁾は抗うつ薬治療への反応として多くは部分的効果にとどまり、再燃、慢性化しやすいことが示されており、若年者の発症はうつ病の再発のリスクを高めることが指摘されている。

一方,教育歴とうつ病の再発との関連についてはあまり報告がない.最近の疫学調査によると,若年者の大うつ病の生涯有病率は 13.4%⁶⁷⁾と高率であることが示され,若年者に多くみられる逃避型うつ病の特徴としては高学歴であることが指摘されている⁶⁵⁾.精神科医療のスティグマが希薄化する文化圏⁶⁸⁾において,若年者のうつ病の有病率,受診率の増加が要因の一つとして考えられたが,年齢や病像の違いに関わらず高学歴であることがうつ病の再発に関連するのか,高学歴を特徴とする逃避型うつ病の増加が再発に関連しているのか,今後,教育歴と再発との関連をさらに詳細に検討する必要がある.

次に,うつ病の再発リスクの高い患者のスクリーニングツールとして利用する際の,うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーの評価基準を設定するために cut-off point を ROC 曲線により検討したところ,22/23 点で敏感度(ST)0.760,特異度(SP)0.767,陽性反応適中度(PPV)0.783,陰性反応適中度(NPV)0.781 となり,正答率は 76-78%であった.したがって,再発リスクの高い患者をスクリーニングする際は 22/23 点が妥当であり,うつ病の再発リスクの高い患者のスクリーニングツールとしての有用性を示すことができた.

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²³⁾.一方で失敗などネガティブな経験によりセルフエフィカシーは低下する可能性を考慮すると,非再発群,再発群におけるセルフエフィカシーの得点差は再発の有無,回数との関連,つまり再発を繰り返したことがうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーの低下に影響を及ぼしている可能性も否定できない.そこで,再発群を,さらに過去に一度の再発歴を持つ再発群 A,過去に 2 回以上の再発歴を持つ再発群 B に分類し,再発回数別,うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度得点の比較を行った.その結果,Total,各下位尺度全ての平均得点に両群間で有意な得点差は認められなかった.すなわち,再発を繰り返すほどセルフエフィカシーが低下するとはいえず,再発群は,再発の回数にかかわらず,セルフエフィカシーを低く認知するという特性を有することが示唆された.また,再発群の初発エピソードから初再発までの期間は,再発群 A で平均 4.4 年(SD4.5),再発群 B で平均 5.3 年(SD3.1),再発群全体でも平均 4.8 年(SD4.0)であり,今回非再発群が初発から平均 6.12 年(SD7.1)経過していた間に再発群は初再発を経験していたことは,経過が長くなればなるほど再発のリスクが上昇するわけではないことも示唆している.

さらに、非再発群と再発群におけるうつ病の再発に関連する要因と、再発回数別に同様の要因が抽出されるかを確認するため、再発群別にうつ病の再発に関連する要因を検討した結果、非再発群と再発群 A、非再発群と再発群 B ともに、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーを低く認知していることがハイリスク要因として抽出されたことより、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーはうつ病の再発に関して関連性があることが示された。

以上の結果より、本尺度は、うつ病の再発の有無における弁別妥当性を認めており、非再発群と再発群、また再発群別に検討した結果においても、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーが再発の関連要因として抽出されたことから、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーとうつ病の再発との間に関連性があることが示されたといえる。さらに、ROC 曲線と関連指標により cut-off point 22/23 はうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーを評価する 1 つの基準になり、うつ病の再発リスクの高い患者の適切なスクリーニングツールになりうる と考える。一方、本尺度の第 4 因子の項目は、再発予防に重要な治療遵守に関するものである。今回は判別要因とはならなかったものの、不十分、不適切な薬物療法はうつ病の再発要因として報告されている¹⁴⁾。寛解退院後 86.4%が 6 カ月以内に再燃、再発し、その最も関連の強い因子が抗うつ薬投与量の急激な減量であったとの報告もあり¹⁵⁾、自己判断での治療中断は再発の高リスクになるにも関わらず治療初期で服薬を中断するケースも少なくない³⁹⁾。従って、急性期の薬物療法はもとより、継続療法や維持療法はうつ病の再発を予防するためには必要なことであり、患者の治療遵守におけるセルフエフィカシーを医療者が把握することは、患者の治療遵守を長期的視野で予測する上で重要である。また治療遵守のセルフエフィカシーが、患者の医療への思いを把握するきっかけになり、その情報をもとに早期介入により治療の自己判断での中断を阻止し、治療遵守を強化することは再発予防に寄与できるという点でも重要な情報を提供するものと思われる。

うつ病の再発予防への取り組みとして、急性期の治療が終了した後、本尺度を用いてうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーを評価し、再発リスクの高い患者をスクリーニングすること、またライフマネジメント、セルフコントロール、自己認知、治療遵守の各因子を構成する質問項目より、セルフエフィカシーに影響を与えている要因を社会文化的背景やパーソナリティの特徴なども含め詳細にアセスメントし、個別的に検討することが重要である。さらに初発年齢、教育歴など

に配慮し、必要に応じてカウンセリングや認知療法、集団精神療法などを取り入れながら、個別的な支援策を講じる必要があると考える。また、入院中よりうつ病患者グループへの教育的支援や、メンバー同士が情報交換し合える場を提供することにより、患者自身が自己を振り返り、自己理解を深める機会や、代理的経験によるセルフエフィカシーの強化など、継続的介入によりセルフエフィカシーを維持、強化することがうつ病の再発予防、ひいてはうつ病患者のQOLの向上に寄与すると思われる。著者も看護職として、入院中から本尺度を用いてセルフエフィカシーを評価し、個別的支援を展開するためのマネージメントの役割を果たすこと、またグループへの継続的介入により、介入の効果を評価するアウトカム指標として、患者自身の自己評価指標として本尺度を活用していきたいと考えている。

本研究の限界として、うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連を検証するためには、本来ならばコホート研究を用いるべきところ、本研究ではケースコントロール研究により行ったため、因果関係を確定することはできない。また調査施設、対象とも無作為抽出ではないことより、本結果を一般化することには限界がある。今後は、調査施設を増やし、セルフエフィカシーと実際の行動との関連の検討、コホート研究による因果関係の検証が必要であると思われる。

しかし、こうした限界はあるものの、本邦において、うつ病の再発を予防するために必要なセルフマネージメント行動を多角的に検討し、弁別妥当性を認める尺度を作成し、うつ病の再発リスクの高い患者のスクリーニングツールとして、また再発リスクの高い患者の支援計画立案の資料として、臨床の場面で用いるのに有用な尺度である可能性を示せたことは意義があるといえる。

結語

再燃,再発を繰り返す慢性疾患と位置付けられているうつ病の再発を予防し,うつ病患者の QOL を向上させることを最終目標とし,今回,うつ病の再発予防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質問紙「うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度」を作成し,その信頼性,妥当性を検証した.またうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーとうつ病の再発との関連の検証を試みた.その結果,

1. 今回作成し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,妥当性のあることが確認され,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ことが示された.
2. うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連を検討するため,本尺度における非再発群,再発群の弁別可能性を検討した結果,Total,第1因子,第2因子,第3因子において非再発群が有意に高い得点を示し,本尺度が非再発群,再発群を弁別できる可能性を示せた.しかし一方で第4因子は両群間で有意な得点差は認められず,今後長期的に治療遵守のセルフエフィカシーと実際の治療行動,再発との関連を検討し,弁別妥当性をさらに詳細に検討するという課題が残された.
3. うつ病の再発に関連する要因を検討した結果,うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーが低いこととうつ病の再発のリスクとの間に関連があることが明らかとなった.
4. 本尺度をうつ病の再発リスクの高い患者のスクリーニングツールとして利用する際の,うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーの評価基準を設定するために cut-off point を ROC 曲線により検討した結果,22/23 点が妥当であり,cut-off point 22/23 がうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーを評価する1つの基準になることが示された.
5. 過去に1度の再発歴を持つ再発群 A,過去に2回以上の再発歴を持つ再発群 B のうつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(Total),各下位尺度全ての平均得点において両群間で有意な得点差は認められなかったこと,さらに,再発群の初発エピソードから初再発までの期間は平均 4.8 年(SD4.0)であ

り, 非再発群が初発から平均 6.12 年 (SD7.1) 経過した間に再発群は初再発を経験していたことから, 再発群には, 再発の回数や再発までの期間にかかわらず, セルフエフィカシーを低く認知するという特性があることが示唆された。

以上の結果より, 本尺度は, 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を多角的に検討し, 弁別妥当性を認める尺度であり, うつ病の再発リスクの高い患者のスクリーニングツールとして, また再発リスクの高い患者の支援計画立案の資料として, 臨床の場面で用いるのに有用な尺度であることが示唆された。今後は本研究をもとに, うつ病患者の再発予防を目的とした介入研究が必要であると考え。さらに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の適用に向けて, 今後さらに対象者の範囲を広げて尺度の適用性を検証し, 有用性向上を図っていく必要があると考えている。

謝辞

本研究を行うにあたり,ご協力いただきました患者様に厚く御礼申し上げます.
本研究の実施にあたり,多大なご理解とご協力を頂きました医療法人大慈会三原
病院前院長 村岡満太郎先生,杉田玄白記念公立小浜病院院長 小西淳二先生,医
療法人社団知仁会メープルヒル病院院長 石井知行先生に深謝致します.また,医
療法人大慈会三原病院のスタッフの皆様,杉田玄白記念公立小浜病院精神科神経
科部長 山村茂樹先生,スタッフの皆様にはご多忙にも関わらず,多大なるご協力
とご配慮を頂きましたこと,厚く御礼申し上げます.

また,常に丁寧かつ的確なご指導,ご支援を頂きました広島大学大学院保健学研
究科 岡村仁教授,そして共に学び支え合った広島大学大学院保健学研究科精神
機能制御科学研究室の皆様へ深く感謝致します.

文献

- 1) 辻村徹, 中根允文: ストレス社会におけるうつと不安. 臨床と研究 77:873-877, 2000.
- 2) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害-生命的危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討 - . 精神神経学雑誌 96:415-443, 1994.
- 3) 立森久照, 長沼洋一, 八木奈央, 他: うつ病の疫学. 公衆衛生 72:350-354, 2008.
- 4) Kawakami N, Takeshita T, Ono Y, et al: Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the world mental health Japan survey 2002-2003. Psychiatry Clin Neurosci 59:441-452, 2005.
- 5) 樋之口潤一郎, 中村敬: パニック障害やうつ病の寛解を阻害する因子としてのパーソナリティ. 精神科治療学 23:455-462, 2008.
- 6) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR 精神疾患の診断, 統計マニュアル. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸監訳), 医学書院, 東京, 2002.
- 7) 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.
- 8) 阿部亮, 塩入俊樹: 薬物によるうつ病やパニック障害の再発予防効果 - エビデンスと経験. 精神科治療学 23:471-479, 2008.
- 9) 樋口輝彦: うつ病-維持療法-. 臨床精神医学 35:85-92, 2006.
- 10) Bruce ML, Kim KM: Differences in the effects of divorce on major depression in men and women. Am J Psychiatry 149:914-917, 1992.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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.

- 14) Angst J:Major depression in 1998:are we providing optimal therapy? J Clin Psychiatry 60:5-9, 1999.
- 15) 田所千代子, 宮岡等, 上島国利:うつ病患者における再燃・再発の危険因子. 精神医学 42:591-597, 2000.
- 16) 藤田晶子, 江口まり子, 中野有美, 他:うつ病の長期経過. 臨床精神医学 34:669-675, 2005.
- 17) 内藪耕二, 小坂樹徳(監修):看護学大辞典 第4版. メヂカルフレンド社, 東京, 1994.
- 18) 渋谷直美, 渡辺紀久代, 大箭明子, 他:慢性疾患患者のセルフケアに向けた内服自己管理-内服自己管理能力と自己効力感との関連-. 日本看護学会論文集. 成人看護Ⅱ 36:339-341, 2005.
- 19) 高橋はづき, 山本恭子, 佐藤朝衣子, 他:「ストレス・自己治癒力モデル」に基づくサイコエデュケーションを受けた患者の変化. 日本精神科看護学会誌 51:328-329, 2008.
- 20) 沢登千世子:服薬の意識調査から服薬指導を再考する. 日本精神科看護学会誌 51:326-327, 2008.
- 21) Bandure A:Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 84:191-215, 1977.
- 22) Bandure A:Self-efficacy in changing societies. 激動社会の中の自己効力. (本明寛, 野口京子監訳), 金子書房, 東京, 2000.
- 23) 坂野雄二:セルフ・エフィカシーの臨床心理. 北大路書房, 京都, 2002.
- 24) 根本仁見:糖尿病の自己管理継続のための援助-セルフモニタリング実施調査より-日本看護学会論文集. 成人看護Ⅱ 34:174-176, 2003.
- 25) 本多美和, 板本千鶴代, 西野好, 他:糖尿病初回入院患者の自己効力に影響する4つの情報と自己管理行動の関連-3事例の退院後3カ月間の面接調査から-. 日本看護学会論文集. 成人看護Ⅱ 34:177-179, 2003.
- 26) Bernier M, Jacqueline A:Self-efficacy outcome and attrition in a weight-reduction program. Cognit Ther Res 10:319-338, 1986.
- 27) Skelly AH, Marshall JR, Haughey BP, et al:Self-efficacy and confidence in outcomes as determinants of self-care practices in inner-city, African-American women with non-insulin-dependent diabetes. Diabetes Educ 21:38-

- 46, 1995.
- 28) 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.
 - 29) 吉本優子, 武藤志真子, 前迫考憲: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.
 - 30) 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, 他: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.
 - 31) 小山明日香, 五十嵐良雄, 田島美幸, 他: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.
 - 32) Hirschfeld RM: Clinical importance of lon-term antidepressant treatment. Br J Psychiatry 179:4-8, 2001.
 - 33) Davis JM, Janicak PG, Hogan DM: Mood stabilizers in the prevention of recurrent affective disorders: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 100: 406-417, 1999.
 - 34) 尾鷲登志美, 上島国利: うつ病性障害. 精神科治療学 17:95-102, 2002.
 - 35) 阿部亮, 塩入俊樹:薬物によるうつ病やパニック障害の再発予防効果. 精神科治療学 23:471-479, 2008.
 - 36) 副田秀二, 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.
 - 37) 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.
 - 38) Lingam R, Scott J: Treatment non-adherence in affective disorders. Acta Psychiatr Scand 105:164-172, 2002.
 - 39) Lewis E, Marcus SC, Olfson M, et al: Patient's early discontinuation of antidepressant prescriptions. Psychiatr 55:494, 2004
 - 40) Nanko S, Demura S: Life events and depression in Japan. Acta Psychiatr Scand 87:184-187, 1993.
 - 41) 塩入俊樹, 加藤忠文, 濱川浩, 他:ライフイベントについての検討. パニック障害全般性不安障害, および大うつ病における違いについて. 臨床精神医学 24: 1319-1327, 1995.
 - 42) Paykel ES: Life events social support and depression. Acta Psychiatr Scand

- 377:50-58, 1994.
- 43) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive therapy of depression. うつ病の認知療法. (坂野雄二監訳), 岩崎学術出版社, 東京, 1992.
 - 44) American Psychiatric Association: Practice guideline. 米国精神医学会治療ガイドライン. (佐藤光源, 樋口輝彦, 井上新平監訳), 医学書院, 東京, pp413-480 2006.
 - 45) 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.
 - 46) 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.
 - 47) 松尾太加志, 中村知靖: 誰も教えてくれなかった因子分析. 北大路書房, 京都, 2002.
 - 48) Mindham RHS, Howland C, Shephard M: An evaluation of continuation therapy with tricyclic antidepressants in depressive illness. Psychol Med 3:5-17, 1973.
 - 49) Prien RF, Kupfer DJ: Continuation drug therapy for major depressive episodes: how long should it be maintained? Am J Psychiatry 143:18-23, 1986.
 - 50) 山下真裕子, 岡村仁: 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. 臨床精神医学 37:1045-1052, 2008.
 - 51) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4:561-571, 1961.
 - 52) Beck AT: Depression; clinical, experimental, and theoretical aspects. Harpere and Row, London, pp186-207, 1967.
 - 53) 挾間直己, 藤井薫: Beck Depression Inventory の妥当性の検討. 九州神経精神医学 35:28-31, 1988.
 - 54) 大庭明子, 秋吉悠太郎, 藤井薫: 大うつ病の症状における性差. 九州神経精神医学 34:330-333, 1988.
 - 55) 鮫島和子, 松下兼介, 松本啓: うつ病患者ならびに正常人における顕在性不安検査 (MAS) およびベックうつ病評定法 (BDI) の臨床的研究. 心身医学 16:311-319, 1976.

- 56) 林潔:Beck の認知療法を基とした学生の抑うつについての処置. 学生相談研究 9:97-107, 1988.
- 57) 木村敏:躁鬱病と文化/ポスト・フェストゥム論. 弘文堂, 東京, pp17-40, 2001.
- 58) Tellenbach H:メランコリー. 木村敏(訳), みすず書房, 東京, 1990.
- 59) 渡辺秀樹(編):現代日本の社会意識—家族, 子供, ジェンダー—. 慶應義塾大学出版会, 東京, pp63-84, 2005.
- 60) 井上和臣:認知療法への招待. 金芳堂, 京都, 2006.
- 61) 傳田健三:子どものうつ病 - 発達障害と bipolarity の視点から -. 精神科治療学 23:813-822, 2008.
- 62) 岡田俊:子どもの抗うつ薬治療における問題 - 診断と治療反応性をめぐって -. 精神科治療学 23:831-837, 2008.
- 63) 野邑健二:子供への抗うつ薬の投与に関わる問題について. 精神科治療学 23:839-845, 2008.
- 64) Kovacs M:Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of life span. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35:705-715, 1996.
- 65) 広瀬徹也:うつ病論の現在—精緻な臨床をめざして—. 星和書店, 東京, 2005.
- 66) 樽味伸:現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学 34:687-694, 2005.
- 67) 友田貴子, 岩田昇, 北村俊則:地域調査データに基づく閾値下うつ病の頻度とその特徴. 精神科診断学 8:391-401, 1997.
- 68) 江口重幸:精神科の敷居は低くなったか. 精神科受診と「治療文化」の変容. ころの科学 115:16-24, 2004.

資料

- 資料 1 うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(30 項目)

- 資料 2 一般性セルフエフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale:GSES)

- 資料 3 うつ病の自己評価尺度 (Center for Epidemiological Studies Depression Scale:CES-D)

- 資料 4 うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度(16 項目)

- 資料 5 うつ病の自己評価尺度 (Beck' s Depression Inventory:BDI)

- 資料 6 研究の説明文書および研究参加同意書

資料 1

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度

以下に 30 項目の文章があります. 各項目を読んで, 下の応答欄の中から『非常に自信あり』『まあ自信あり』『あまり自信なし』『全く自信なし』から最も当てはまるものを○で囲んでください. どちらにもあてはまらないと思われる場合でも, より自分に近いと思う回答に必ず○をつけて下さい.

1. 通院を継続することができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

2. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

3. わからないことや知りたいことがあれば医師や看護師に尋ねることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

4. 疲れたときには十分な休養が取れる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

5. 今の症状や変化を自分で医師に伝えることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

6. 自分の治療法に不信感や不満がある時それを医師や看護師に伝えることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

7. 治療に積極的に参加できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

8. 毎日十分な睡眠時間を確保できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

9. 困ったり悩んだ時には人に相談できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

10. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

11. 生活の中に遊びやユーモアを取り入れることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

12. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

13. なんでも自分で背負わず人に助けを求めることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

14. 不安や緊張が強い時,自分なりの方法でリラックスできる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

15. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

16. 趣味や娯楽で余暇時間を楽しむことができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

17. どんな時も自分自身を客観的にみることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

18. うつ病を再発, 悪化させるような状況を予測できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

19. うつ病の再発や悪化を予防できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

20. 出来ないことは無理をせず出来ないと伝えることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

21. 自分自身がうつ病になった原因がわかる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

22. 何事も無理をせず余力を残すことができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

23. 自分がどのようなことに強いストレスを感じるかわかる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

24. 自分に優しくできる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

25. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

26. 自分の病気を受け入れることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

27. 自分の健康は自分で管理できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

28. 現在の主治医を信頼できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

29. 自分の身体に気を配ることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

30. うつ病は必ず良くなると信じていることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

資料 2

General Self-Efficacy Scale (GSES)

以下に 16 個の項目があります. 各項目を読んで, 今のあなたに当てはまるかどうかを判断して下さい. そして下の応答欄の中から, あてはまる場合には『はい』, あてはまらない場合には『いいえ』を○で囲んでください. はい, いいえのどちらにもあてはまらないと思われる場合でも, より自分に近いと思う方に必ず○をつけて下さい.

1. 何か仕事をするときは, 自信を持ってやるほうである

はい	いいえ
----	-----

2. 過去に犯した失敗や嫌な経験を思いだして, 暗い気持ちになることがよくある

はい	いいえ
----	-----

3. 友人より優れた能力がある

はい	いいえ
----	-----

4. 仕事を終えた後, 失敗したと感じることのほうが多い

はい	いいえ
----	-----

5. 人と比べて心配性なほうである

はい	いいえ
----	-----

6. 何かを決めるとき, 迷わずに決定するほうである

はい	いいえ
----	-----

7. 何かをするとき, うまくゆかないのではないかと不安になることが多い

はい	いいえ
----	-----

8. ひっこみじあんなほうだと思う

はい	いいえ
----	-----

9. 人より記憶力がよいほうである

はい	いいえ
----	-----

10. 結果の見通しが見つからない仕事でも,積極的に取り組んでゆくほうだと思う

はい	いいえ
----	-----

11. どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれなことがよくある

はい	いいえ
----	-----

12. 友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある

はい	いいえ
----	-----

13. どんなことでも積極的にこなすほうである

はい	いいえ
----	-----

14. 小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである

はい	いいえ
----	-----

15. 積極的に活動するのは,苦手なほうである

はい	いいえ
----	-----

16. 世の中に貢献できる力があると思う

はい	いいえ
----	-----

資料 3

CES-D Scale

この 1 週間のあなたのからだや心の状態についてお聞きします。下の 20 の文章を読んでください。おのこのことがらについて、もしこの 1 週間で全くないか、あったとしても 1 日も続かない場合は A, 週のうち 1~2 日なら B, 週のうち 3~4 日なら C, 週のうち 5 日以上なら D のところを○で囲んでください。

1. 普段は何でもないことがわずらわしい

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

2. 食べたくない。食欲が落ちた

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

3. 家族や友達から励ましてもらっても気分が晴れない

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

4. 他の人と同じ程度には能力があると思う

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

5. 物事に集中できない

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

6. 憂うつだ

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

7. 何をするのも面倒だ

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

8. これから先のことについて積極的に考えることができる

A. ない	B. 1~2 日	C. 3~4 日	D. 5 日以上
-------	----------	----------	----------

9. 過去のことに ついてくよくよ考える

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

10. 何か恐ろしい気持ちがある

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

11. なかなか眠れない

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

12. 生活について不満なくすごせる

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

13. ふだんより口数が少ない。口が重たい

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

14. ひとりぼっちでさびしい

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

15. 皆がよそよそしいと思う

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

16. 毎日が楽しい

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

17. 急に泣き出すことがある

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

18. 悲しいと感じる

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

19. 皆が自分をきらっていると感じる

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

20. 仕事が手につかない

A. ない	B. 1～2日	C. 3～4日	D. 5日以上
-------	---------	---------	---------

資料 4

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシー尺度

以下に 16 項目の文章があります。各項目を読んで、下の応答欄の中から『非常に自信あり』『まあ自信あり』『あまり自信なし』『全く自信なし』から最も当てはまるものを○で囲んでください。どちらにも当てはまらないと思われる場合でも、より自分に近いと思う回答に必ず○をつけて下さい。

1. 通院を継続することができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

2. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

3. 毎日十分な睡眠時間を確保できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

4. 困ったり悩んだ時には人に相談できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

5. 必要ときには保健・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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

6. 生活の中に遊びやユーモアを取り入れることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

7. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

8. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

9. 自分がどのようなことに強いストレスを感じるかわかる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

10. 自分自身がうつ病になった原因がわかる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

11. うつ病を再発,悪化させるような状況を予測できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

12. 出来ないことは無理をせず出来ないと伝えることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

13. 何事も無理をせず余力を残すことができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

14. 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

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

15. うつ病の再発や悪化を予防できる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

16. うつ病は必ず良くなると信じることができる

非常に自信あり	まあ自信あり	あまり自信なし	全く自信なし
---------	--------	---------	--------

資料 5

BDI Scale

この質問紙のそれぞれの質問文をよく読んでください。そして最近(過去1週間)の気持ちを最もよく表している質問文を、各質問の中からそれぞれ一つ選択して、その番号に○をつけてください。それぞれの質問に同じ程度の質問文(選択肢)が複数あれば、複数に○をつけてください。○をつける前に、各質問の質問文を全部読んでください。

- 第 1 問
- 0 私は落ち込んでいない。
 - 1 私は落ち込んでいる。
 - 2 私はいつも落ち込んでいるから急に元気にはなれない。
 - 3 私はとてもがまんができないほど落ち込んでいるし不幸だ。
- 第 2 問
- 0 私の将来について特に失望していない。
 - 1 私の将来について失望している。
 - 2 私の将来に期待するものはない。
 - 3 私の将来には希望がもてないし、物事はよくなるらないと思う。
- 第 3 問
- 0 私は自分が失敗するとは思わない。
 - 1 私は他の人よりは失敗してきたと思う。
 - 2 今までのことを考えると失敗をくり返してきたと思う
 - 3 私は人間として全くだめだと思う。
- 第 4 問
- 0 日常では大変満足している。
 - 1 日常生活の出来事を楽しんではいない。
 - 2 私は何にも本当に満足できない。
 - 3 私はどんなことにも満足できないし退屈だ。

- 第 5 問 0 私は特に罪悪感をもっていない。
1 時々罪悪感を感じている。
2 私は多くの時間罪悪感を感じている。
3 私はいつも罪悪感を感じている。
- 第 6 問 0 私は罰を受けている(いわば罰が当たっている)とは思わない。
1 私は罰せられるかも知れないと思う。
2 私は罰せられるだろうと思う。
3 私は罰せられていると思う。
- 第 7 問 0 私は自分自身に失望していない。
1 私は自分自身に失望している。
2 私は自分自身にいやげがさしている。
3 私は自分自身が嫌だ。
- 第 8 問 0 私は自分は他の人よりは良くないとは思わない。
1 私は自分の弱さや失敗について自分自身を責めている。
2 私は自分の欠点をいつも自分のせいにする。
3 嫌なことが起こるとそれを自分自身のせいにする。
- 第 9 問 0 自殺について考えたことはない。
1 自殺について考えたことはあるが実行したことはない。
2 自殺したいと思う。
3 もし機会があったら自殺するだろう。
- 第 10 問 0 私はいつもより悲しい気持ちではない。
1 私はいつもより悲しい気持ちでいる。
2 私は今はいつも悲しい気持ちでいる。
3 私はいつも泣いていたが、今では泣きたいとおもっても泣けない。

- 第 11 問 0 私はこれまでのようにいらいらしない。
1 私は今までより簡単に悩んでしまうし、いらいらする。
2 私はいつでもいらいらを感じる。
3 私はいらいらすらも感じなくなった。
- 第 12 問 0 私は他の人に対する興味を失っていない。
1 私は以前より他の人に興味を持たなくなった。
2 私は他の人への興味を大部分失った。
3 私は他の人への興味を失った。
- 第 13 問 0 私は自分なりの判断力がある。
1 私は今までのような判断力に乏しい。
2 私は以前よりも物事の判断に困難を感じる。
3 私は何も判断することができない。
- 第 14 問 0 私は自分の現実よりも悪くは見えない。
1 私は年をとり魅力を失って見えるのではないか気になる。
2 私はだんだん魅力がなくなったように思う。
3 私は自分の見かけが見苦しくなってきたと信じている。
- 第 15 問 0 私は以前と同様に仕事ができる。
1 何かをしようとするとき前よりも余分な努力をしなければならない。
2 何かを始めるときうんと頑張らなくてはならない。
3 私は何もしたくはない。
- 第 16 問 0 私はいつものように良く眠れる。
1 私はいつものようには良く眠れない。
2 私は以前よりも 1～2 時間早く目がさめるしそれからなかなか眠れない。
3 私は以前より数時間早く目がさめるし再び眠れない。

- 第 17 問 0 私はいつもより特に疲れたりはしない。
1 私は以前よりも簡単に疲れる。
2 私は何をやっても疲れる。
3 私はあまりに疲れるので何もできない。

- 第 18 問 0 食欲は普通だ。
1 食欲は以前よりは良くない。
2 今は食欲がない。
3 食欲が全くない。

- 第 19 問 0 最近大きな体重の減少はない。
1 最近 2 キロ以上体重が減った。
2 最近 5 キロ以上体重が減った。
3 最近 7 キロ以上体重が減った。
(食事制限の減量をしていますか。 1. はい 2. いいえ)

- 第 20 問 0 私は健康について特に気にしない。
1 私は体の問題について気にしている。
2 私は体の事が大変気になるので他の事を考えるゆとりがない。
3 体の問題について大変悩んでいるので他の事は何も考えられない。

- 第 21 問 0 性についての興味は特に変わっていない。
1 以前より性に対する興味が減少した。
2 今では性に対する興味が大変減少した。
3 性に対する興味が全くなくなった。

研究協力をお願い

ストレス社会の現代, うつ病患者さんは増加しています. うつ病は心の風邪とも言われ, 適切な治療によって回復する病気です. しかし, うつ病は再発する危険性の高い病気とも言われており, 再発を予防することは今重要な課題となっています. 再発を予防するためには, 適切な治療と自己管理が重要になってきます. そこでうつ病の再発リスクの高い患者さんを早期に発見し, 再発を予防していくことを目的として質問紙を作成しました.

つきましては, 皆様のご協力をぜひともお願いいたしたく, ご依頼申し上げます.

本調査で得られた情報は, 広島大学大学院保健学研究科で行われている研究のみに使用され, それ以外の外部で使用されることは一切ありません. また, 調査結果につきましては, 関連学会, 学術雑誌に発表される予定ですが, あなたのお名前など, 個人的な情報を公表したりすることは一切なく, 皆様のプライバシーに関することは厳重に守られております.

このたびの研究へのご協力は皆様の自発的な意思に任されております. 参加されなかった場合でもこれまでの治療を継続する上で何の不利益もございません. なお, 研究への参加に同意してくださった後でも, 皆様のご意向や体調によりいつでも同意を撤回していただいても構いません.

本研究を行う上で, 倫理的に皆様のご同意が必要となります.

この研究にご協力いただける場合, 非常にお手数とは存じますが, 同意書へのご署名をお願いいたします.

～セルフエフィカシー(自己効力感)とは～

ある行動を起こす前にその個人が感じる遂行可能感, つまり, 自分がそれを上手にやれそうだと思う気持ち, できそうだという自信のことです

うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連

同意書

私は「うつ病の再発予防に関するセルフエフィカシーと再発との関連」の研究について十分な説明を受け、内容について理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

同意日 平成 年 月 日

氏名 _____

上記の調査につき、私が説明を行い、同意が得られたことを確認します。

記入日 平成 年 月 日

説明者氏名 _____

広島大学大学院保健学研究科
博士課程後期 精神機能制御科学研究室
山下 真裕子
指導教授 岡村 仁