

「全て読んだ」が 2 名(7.1%)であった。わかりやすさに関しては平均 3.3±0.7 点、役に立ったかどうかでは平均 3.8±0.6 点であった。

面接調査では参考書に関する肯定的な評価として、「イラスト入りでわかりやすい」「予習や復習をするときにあと便利」「プログラムで紹介されたシナリオなどが載っていて自分でやるときに使いやすい」などが挙げられた。改善点として、「食事などの単位が外国のものままであること」、「直訳調の部分が読みづらい」「セッション中にあまり触れないのに毎回持っていくのは大変であること」などが挙げられた。また、関節リウマチの受講者からは「重過ぎる」といった意見も聞かれた。

3)リーダーによる評価

(1)セッション回数と受講者人数

セッション回数については 6 人中 5 人のリーダーが「ちょうどよい」と回答していた。受講者人数については、A 県 1 回目、2 回目の 4 人が「ちょうどよい」、B 県の 2 人が「やや少ない」と回答していた。

(2)マニュアルのわかりやすさ

マニュアルのわかりやすさについては、1 人が「わかりにくかった」、2 人が「どちらともいえない」、3 人が「わかりやすかった」と回答していた。面接調査では 6 人中 5 人のリーダーがわかりにくい部分や説明しづらい部分があったと回答した。わかりにくい部分、説明しづらい部分の理由としては、日本ではなじみの薄い制度・文化、マニュアルの日本語訳の不備が主な理由であった。また、マニュアルの構成について「実際に読む部分と、リーダーが注意するだけで実際には読まない部分が混在していて読みにくい」と半数のリーダーが指摘していた。

(3)プログラム実施上の困難

面接調査において、プログラム進行上の困難として、欠席者へのフォローが 4 名のリーダーから挙げられた。また 2 名のリーダーから精神的に不安定な受講者への対処が困難であったことが挙げられた。

運営上の困難として、受講者のリクルーティングが困難だったことが挙げられた。リーダーからは協会がリクルーティングに動いてほしいという要望が語られた。

(4)プログラムの強み

リーダーに対する面接調査においてプログラムの強みとして「プログラム内容がマニュアル化されていて、必要なことを体系的に教えられること」、「アクションプラン」、「他の慢性疾患患者と触れ合えること」、「セルフマネジメントができていない人でもできていない人でも何かしら学びがあること」が挙げられた。

D. 考察

1. プログラム内容の評価

1)トピックス別に見たプログラム内容評価

プログラム内容の評価指標(受講者から見た「わかりやすさ」「役に立ちそうか」「面白かったか」、リーダーから見た「教えやすさ」)のうち 3 指標以上で非肯定群が多かった 6 項目について考察を述べる。

(1)「急性疾患と慢性疾患の違い」、「セルフマネジメントの道具箱」

この 2 項目では「わかりやすさ」以外の 3 指標で非肯定群が多かった。「急性疾患と慢性疾患の違い」では慢

性疾患と急性疾患の違いを踏まえ慢性疾患を抱える上でのセルフマネジメントの重要性を伝えている。「セルフマネジメントの道具箱」ではプログラムで紹介するセルフマネジメントの概要が扱われている。先行研究³⁾において、受講者にとって具体的なセルフマネジメント技法が CDSMP の重要要素であったという結果がでており、受講者の関心は、具体的なセルフマネジメント技法にあったと考えられる。この二つのトピックスは具体的なセルフマネジメント技法を紹介する前のいわゆる導入部分であり、受講者からの評価が高くなかったことは先行研究と矛盾しない。

(2)「適度な運動量の測り方」

「役に立ちそうか」以外で非肯定群が多かった。この項目では、リーダーからは「講義内容が多い」といった意見が聞かれており、講義の部分が長かったことが影響していると考えられる。

(3)「医療に関する事前指示」

「役に立ちそうか」以外で非肯定群が多かった。受講者から「日本とは違ってわかりにくい」といった意見や、リーダーから「自分でイメージがつかないので説明しづらい」といった意見が面接調査で挙げられていた。わが国で事前指示(advanced directives)はシステムとして確立していないことが影響していると考えられる。中国での先行研究では、一般に中国人にとって死について話し合うことは不快であることと、事前指示というものが存在しないという理由から削除されていた^{3),9)}。日本においては、何らかの形で事前の意思表示を示しておきたいという意見が多いものの、実際に事前指示を用意しているものは少なく、その要因として、書面による契約関係が一般的でないという日本の社会的背景、死を語ることの心理的抵抗、「予測不可能なことについては前もって意思表示できない」という事前指示の持つ理論的な限界などが挙げられている²³⁾。このような背景を考慮し、日本の状況に合わせた内容にすることで、より効果的に教えることができると考えられる。

(4)「治療を評価する」

全ての指標で非肯定群が多かった。このトピックスでは治療に関する情報を評価するガイドラインを紹介している。情報を評価することはヘルスリテラシーにおける批判的ヘルスリテラシーに相当し、これは発展した認知スキルとして分類されている²⁴⁾。近年、ヘルスリテラシーと慢性疾患の自己管理能力との関連が示唆されており^{25,26)}、この内容についてよりわかりやすく、提供する方法を今後検討する必要があると考えられる。

(5)「イメージ誘導法(guided imagery)」

全ての指標で非肯定群が多かった。指導マニュアルには、オーストラリアやイギリスを対象にしたプログラム用に別にシナリオが用意されているが²⁷⁾、日本向けのシナリオはまだ用意されていない。受講者からは「シナリオが日本にはなじみの薄い情景だった」など想像しづらい内容であったことから、日本向けのシナリオを開発することが望ましいと考えられる。またリーダーからは「ナレーションのペースがつかめない」といったことが挙げられていた。指導マニュアルに、より詳細なナレーションのガイドラインを示すことや、あらかじめナレーションが吹き込まれた教材を用意するなどの工夫が必要であると考

えられる。

2) 評価スコア

先行研究³⁾では、参考書に用いられている用語や文がごこちないこと、直訳調であるといった指摘や、扱っている内容(医療者とのコミュニケーション)について文化・習慣と合っていないという指摘が受講者からなされていた。本研究でも同様の指摘がプログラム内容やプログラム中で使われている用語・文章について受講者、リーダー双方から指摘されていた。正確で効果的な情報伝達には対象となる集団に適した表現、訳が重要であるとされており²⁸⁾、こうした言語・文化・習慣に関する問題点が、プログラム内容の評価指標(受講者から見た「わかりやすさ」「役に立ちそうか」「面白かったか」、リーダーから見た「教えやすさ」)のスコアに影響しているものと考えられる。

近年、専門家の不足、また専門家育成にコストがかかることから、非専門家主導の健康教育プログラムに注目が集まっている。こうした非専門家主導のプログラムにおいて、プログラムのマニュアルは介入の質を決定付ける重要な要素の一つであると考えられる。したがって、プログラムの質の均一化を図り、一定の効果を上げるためには指導マニュアルの改善は不可欠であるといえよう。

「目新しいことがなかったこと」、「専門的な内容を聞けると期待していたがあまり触れられなかった」ことに不満を示した受講者もいたが、こうした「目新しさ」や「受講者の期待に沿った内容」は ARCS モデルにおける注意(attention)、関連性(relevance)の下位カテゴリーに含まれている²⁹⁾。CDSMP ではセルフマネジメントの基本を紹介することを主眼に置いており、専門的な知識などについては、自主的に学習して獲得することを推奨しているため、このようなニーズには応えにくい。しかしながら、CDSMP は病歴が浅い慢性疾患患者にセルフマネジメントの基本を紹介するだけではなく、「自己流でやってきたセルフマネジメント技法が正しかったと再確認できた」といった意見が聞かれたように、病歴の長い患者にも「役に立つ」「面白い」プログラムであると考えられる。

2. プログラム全体の評価

セッション回数、セッションあたりの時間や受講者人数などのプログラムの構造に関しては肯定的な評価が得られた。平均出席回数は先行研究^{21,6),7)}と比較すると受講者全体、A 県 1 回目、B 県、A 県 2 回目において同水準から高い水準であった。またプログラム全体の満足度は CDSMP に類似した慢性疾患自己管理プログラム³⁰⁾と比較しても決して低くなく、面接調査において、ほぼ全員の受講者がプログラムを受講してよかったと回答していたことから、CDSMP は肯定的に評価されたと考えられる。

プログラム実施上の困難として受講者のリクルーティングが挙げられていた。先行研究³¹⁾においてもプログラム開始当初の受講者のリクルーティングはプログラム実施における困難の一つとなっていた。その中では主治医からのダイレクトメールが有用であったという報告がなされている³¹⁾。わが国での CDSMP の実施状況とは異なっているものの、今後このような方法を参考にリクルーティング方法を検討することが期待される。

CDSMP では、セルフマネジメントの一環として自主

学習を推奨しており、プログラム中では専門的な知識についてはあまり触れていない。その自主学習を補助するものとして参考書「慢性疾患自己管理ガイドランス」がある。参考書に対する評価では参考書で扱っている内容に関して概ね肯定的に評価されていた。しかし、先行研究³⁾同様内容のわかりやすさについて、言語・文化・習慣の違いによる問題が指摘された。参考書の読みやすさは、理解を促進する要因の一つであり²⁸⁾、扱っている内容と同様に重要な要素である。より役に立つ、使いやすい参考書とするためにこうした点について検討することが必要である。

また、受講者に対する面接調査では、「復習用にプログラム中に使った図のコピーを配布してほしい」「プログラム中では理解していたつもりでも実際に自分でやるとなると難しい」といった意見が聞かれた。プログラム中で使用された図のコピーが欲しいというニーズは CDSMP に関する先行研究では見当たらないが、受講者の自主学習を補助するためにもセッション内容をまとめた資料の作成を検討する必要があると考えられる。さらに「定期的に復習プログラムなどが無いとやった内容をわすれてしまうのではないか」といった意見が少なからず聞かれた。このようなプログラム内容を復習する機会を提供することも検討する必要があると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の展望

本研究では、プログラム改善のための有用な示唆を得ることが出来たが、本研究の限界として以下の諸点が挙げられよう。

第一に、受講者の 70%以上がリーダーの機縁によりリクルートされていた点である。機縁ルートで受講したものはリーダーの所属患者会から参加したものが多く、セルフマネジメントに関する知識・経験が豊富な対象者が多かったことが考えられる。第二に本研究の対象者が 30 名と統計解析を実施するにはやや小規模であった点である。第三に全てのセッションを受講したものが 17 名と捕捉率が低い点である。

今後は、本研究で得られた知見を基にプログラムを修正し、さらに対象となる慢性疾患患者にプログラムを実施し、プロセスのみならずアウトカムの評価の検討を行うことが期待される。

E. 結論

1. プログラムで扱う内容や提供方法について言語・文化・習慣の違いを考慮し、改善する必要性が示唆された。
2. 受講者のリクルーティング、自主学習用教材の充実について検討する必要性が示唆された。
3. このような改善点は見られたものの、CDSMP は全体的にみて受講者・リーダーから肯定的に評価されていたと考えられた

F. 研究発表

1. 論文発表
既発表のものはなし

2. 学会発表
既発表のものはない

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 引用文献

- 1) Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., et al. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization - A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5-14.
- 2) Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Bandura, A., et al. (2001). Chronic disease self-management program - 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39(11), 1217-1223.
- 3) Fu, D., Ding, Y., McGowan, P., & Fu, H. (2006). Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*, 61(3), 389-396.
- 4) Jerant, A. F., von Friederichs-Fitzwater, M. M., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 300-307.
- 5) Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- 6) Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D. D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice*, Volume 4, Number 6, 256-262.
- 7) Lorig, K. R., Ritter, P. L., & Jacquez, A. (2005). Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs. *Diabetes Educator*, 31(3), 401-409.
- 8) Lorig, K. R., Ritter, P. L., & Gonzalez, V. M. (2003). Hispanic chronic disease self-management - A randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, 52(6), 361-369.
- 9) Fu, D. B., Hua, F., McGowan, P., Shen, Y. E., Zhu, L. H., Yang, H. Q., et al. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(3), 174-182.
- 10) McGowan, P. (2005). Implementation and evaluation of the Chronic Disease Self-Management Program in the Yukon [http://www.coag.ubic.ca/cdsmp/downloads/Evaluation_conducted_by_McGowan_2000.doc\(2007/01/14](http://www.coag.ubic.ca/cdsmp/downloads/Evaluation_conducted_by_McGowan_2000.doc(2007/01/14) 最終アクセス)
- 11) Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13 (1), 27-44.
- 12) Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and prediction social behavior. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.
- 13) Bond, F. W., Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- 14) Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70(1), 1-17.
- 15) Dishman, R.K., Motl, R.W., Saunders, R., et al. (2004). Self-efficacy partially mediates the effect of a school-based physical-activity intervention among adolescent girls. *Preventive Medicine*, 38 (5), 628-636.
- 16) Kelly, R.B., Zyzanski, S.J., Alemagno, S.A. (1991). Prediction of motivation and behavior - change following health promotion - role of health beliefs, social support, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 32 (3) , 311-320.
- 17) O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health - behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229-245.
- 18) Bunce, D., West, M.A. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49 (2), 209-232.
- 19) Keller JM. (1983) Motivational design of instruction. In C.M. Reigeluth(Ed.), *Instructional design theories and models: An overview of their current status*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
- 20) Zijlstra, G. A. R., Tennstedt, S. L., van Haastregt, J. C. M., van Eijk, J. T. M., & Kempen, G. (2006). Reducing fear of falling and avoidance of activity in elderly persons: The development of a Dutch version of an American intervention. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 220-227.
- 21) Griffiths, C., Motlib, J., Azad, A., Ramsay, J., Eldridge, S., Feder, G., et al. (2005). Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *British Journal of General Practice*, 55(520), 831-837.
- 22) Leung, C.M., Ho, G.K., Foong, M., Ho, C.F., Lee, P.K., & Mak, L.S. (2005). Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 52(6), 631-639.
- 23) 赤林 朗, 甲斐一郎, 伊藤克人, 他. (1997). アドバンス・ディレクティブ (事前指示) の日本社会における適応可能性. *生命倫理*, 7(1), 31-40.
- 24) 大竹聡子, 池崎澄江, 山崎喜比古. (2004). 健康教育におけるヘルスリテラシーの概念と応用. *日健教誌*, 12(2), 70-78
- 25) Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. (1998) Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Arch Intern Med*, 158(2), 166-172.
- 26) Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. (1998) Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*, 114(4), 1008-1015.
- 27) Stanford Patient Education Research Center. (1993). *Chronic disease self-management leader's manual*. Palo Alto: Stanford Patient Education Center. (邦訳版 日本慢性疾患セルフマネジメント協会)
- 28) Cabrera, D. M., Morisky, D. E., & Chin, S. (2002). Development of a tuberculosis education booklet for Latino immigrant patients. *Patient Education and Counseling*, 46(2), 117-124.
- 29) Keller, J. M., & Suzuki, K. (1987). Use of the ARCS motivation model in courseware design. In D. H. Jonassen (Ed.), *Instructional designs for microcomputer courseware*. Lawrence Erlbaum Associates, USA, Chapter 16.
- 30) Schreurs, K. M. G., Colland, V. T., Kuijer, R. G., de Ridder, D. T. D., & van Elderen, T. (2003). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 133-141.
- 31) Lorig, K. R., Hurwicz, M. L., Sobel, D., Hobbs, M., & Ritter, P. L. (2005). A national dissemination of an evidence-based self-management program: a process evaluation study. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 69-79.

慢性疾患自己管理プログラム(CDSMP)の導入とアウトカム評価
慢性疾患患者 33 名の 3 ヶ月後追跡 経過報告(2007 年 3 月)

分担研究者 山崎喜比古 東京大学大学院医学系研究科助教授

研究要旨

【背景と目的】 近年、慢性疾患が増加し、自己管理の重要性が高まっている。1980 年代スタンフォード大学で開発された慢性疾患患者の自己管理を支援する CDSMP(Chronic disease self-management program)は世界各国で実施され日本でも 2005 年からワークショップ(毎週 2 時間半の 6 回、アクションプラン・フィードバック・問題解決・自己管理技法の講義等から構成)が開始された。そこで、本研究では、プログラムの効果の検証を通じて、慢性疾患自己管理方法と理論への示唆を得ることを目的とした。

【対象と方法】 2006 年 8 月～10 月実施の CDSMP ワークショップの参加者計 52 名に対し、ベースライン調査(8～10 月)を行った。——ワークショップ終了後 6 週間後に、参加を中断した 4 名を除く 48 名に自記式質問紙を送付し、回答のあった 47 名(回収率 97.9%)のうち、疾患を持ち、3 回以上出席した 33 名を分析対象とした(3 ヶ月後追跡調査;11～2 月)。調査内容は、参加者の属性特性、健康状態(主観的健康感、疲労・息切れ・痛み)の 3 症状、健康状態の捉え方、日常動作、日常生活への支障)、セルフマネジメント行動(症状への対処、運動、医師とのコミュニケーション)、自己効力感(健康問題に対処する自信度)、医療機関の利用頻度(外来受診、救急外来、入院回数、入院期間)、HADS、SOC3 項目版、生活喜び・満足度、検査値等、異なる疾患の患者の集いに対する評価、変化の知覚である。調査は現在も進行中で、本論はその経過報告である。前半は、2006 年 8 月～3 月までの参加者 108 名のベースラインについて日米比較の観点から、後半は参加前後比較の観点から分析した。

【結果】 痛みが $2.70 \pm 2.62 \rightarrow 3.33 \pm 2.90$ (range=0～10、 $p=0.189$)と悪化したにもかかわらず、主観的健康感 $3.39 \pm 0.80 \rightarrow 3.10 \pm 0.94$ (range=1～5)、健康状態の捉え方は $1.86 \pm 1.41 \rightarrow 1.42 \pm 1.26$ (range=0～5、 $p=0.044$)と良くなっていた。疲労・息切れ、日常動作、日常生活への支障に変化はなかった。セルフマネジメント行動では、運動、医師とのコミュニケーションは変わらなかったが、症状への対処は $1.27 \pm 0.85 \rightarrow 1.83 \pm 1.10$ (range=0～5、 $p=0.001$)と上がっていた。自己効力感 $5.89 \pm 1.91 \rightarrow 6.21 \pm 2.04$ (range=0～10、 $p=0.451$)とわずかな増加にとどまった。HADS は $13.48 \pm 7.77 \rightarrow 11.79 \pm 7.26$ (range=0～42、 $p=0.163$)、SOC は $18.97 \pm 6.55 \rightarrow 21.15 \pm 7.12$ (range=0～30、 $p=0.169$)で有意ではなかったが、生活喜び・満足度は $5.70 \pm 2.69 \rightarrow 7.33 \pm 2.15$ (range=0～10、 $p=0.001$)と高くなっていた。

【結論】 CDSMP はプログラム終了後 6 週間時点において、健康状態の捉え方およびセルフマネジメント行動のうち特に症状への対処に効果を及ぼしたものと考えられた。参加者は、ワークショップへの参加を通じ、仲間と出会った心強さを得、無理なくてよい、気持ちが楽になったと感じ、異なる疾患を持つ人と集うことについて肯定的に評価していた。

共同研究者 Fusae Kondo Abbott
(Samuel Merritt College, School of
Nursing, Associate Professor)

研究協力者

湯川慶子 (東京大学大学院修士課程)
米倉祐貴 (東京大学大学院修士課程)
井上洋士 (三重県立看護大学助教授)
住川陽子 (東京大学大学院博士課程)
戸ヶ里泰典 (東京大学大学院博士課程)
久地井寿哉 (東京大学大学院博士課程)
久野由美子 (東京大学大学院修士課程)

A. 研究目的

近年の慢性疾患の増加に伴い、セルフマネジメントの重要性が高まっている。こうしたセルフマネジメントをサポートするプログラムに、CDSMP(Chronic disease self-management program)がある。

CDSMP は Self-efficacy Theory に基づき、6 回のワークショップ(自己管理技法の講義、アクションプラン(：週間計画の立案・評価)、ブレインストーミング)および、各自のアクションプランの遂行から構成される(毎週 1 回 2 時間半の計 6 週間)。1980 年代米国・スタンフォード大学

で開発されて以来、イギリス(2005年)、中国(2003年)等世界各国で実施、研究され、プログラム受講により健康状態の改善、健康行動の増加、医療サービス利用の減少、自己効力感の向上などの効果が報告されている^{1)~8)}

日本では2005年に導入され、実施形態の検討も行われた(※詳細については本報告書別項を参照のこと)。

そこで、本研究ではまず、①CDSMPの効果を検討することを目的とする。併せて、②参加者がワークショップで何を不得、何が変化したのか、具体的な知覚を問うことで、新たな効果指標の探索を試みる。また③疾患を異にする患者が集うことへの評価を問うことで、従来の患者会とは違い、異なる疾患患者の集う意味を明らかにする。以上から、今後のプログラム実施への示唆を得、慢性疾患患者に有効な自己管理方法を提供することを目的とした。

B. 研究方法

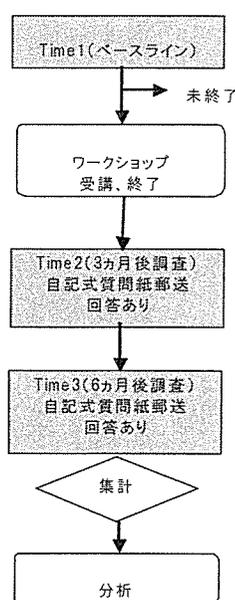
1. 対象と方法 (図1)

対象は慢性疾患を持ちCDSMPのワークショップを受講した患者100名の予定である。また、日本はCDSMPの導入期にあることから、患者の家族・医療福祉従事者も含む(07年3月末までに、疾患を持つ者82名、家族、医療従事者、計108名のベースライン調査を終えている)。

調査は、全国(熊本・鹿児島・岡山・大阪・埼玉・東京)で展開される15回程度のワークショップの参加者を対象に、ベースライン・3ヵ月後・6ヵ月後の計3回行う予定である。

なお、本報告は2006年8月~2007年3月に開催されたCDSMPワークショップのベースラインおよび3ヵ月後追跡調査に関する経過報告である。

図1 本研究のアウトライン



2. 分析に用いた変数

1. 大部分は当プログラム開発元である米国ほか世界各国で使用されている調査票⁹⁾を邦訳し、使用している。

【1】健康状態

①主観的健康感

健康状態を全体的に見て、「1. とてもよい」~「5. おもわしくない」の5件法で回答を求めた(range=1~5)。

②疲労・息切れ・痛み

疲労・息切れ・痛みの3症状それぞれについて、「0. ない」~「10. きわめて耐え難い疲労(息切れ・痛み)」の11段階のリッカート法を用いた。(各range=0~10)

③健康状態の捉え方(Health Distress)

健康状態の捉え方では、この1ヶ月間、体調に関して、落ち込んだり、将来の健康状態を考えて怖く思ったり、心配事のひとつだと思ったり、期待通りになっていないと、どのくらいの頻度で思ったかについて、「0. 全くなかった」~「5. いつもあった」で尋ねた。4項目の合計を回答数で除算し、スコアが高いほど健康状態の捉え方が悪いことを示す(range=0~5)。

④日常の動作の困難度(MHAQ)

日常の動作の困難度は、MHAQ(Modified health assessment questionnaire)を用いている。質問は、「身体全体を洗い、拭くこと」、「ビンのふたや蛇口の開閉」などの日常生活動作8項目を「0. 何の困難もない」~「3. できない」の4件法で尋ねた。MHAQスコアは、8項目の合計を回答数で除算した(range=0~3)。

⑤日常生活への支障

病気のために社会生活がどの程度支障を受けているか把握しようとする項目である。日常生活を4領域(家族や友人との関係/趣味をする際/家事の際/買い物や用事の際)に分け、それぞれ病気のために支障があったかを「0. 全くない」~「5. いつもあった」の5件法で尋ねた。4項目の合計を回答数で除算した(range=0~4)。スコアが高いほど社会生活の支障度が高いことを表す。

【2】セルフマネジメント行動

①対処の実践度

病気による症状があるとき、対処をどの程度行っているかを調べた。ゲームや歌で気を紛らわせたり、自分の体の一部ではないと感じるよう努めたり、音声に導かれるイメージ法を用いたり、前向きに考えるなどの6項目について、「0. 全くしない」~「5. よくする」の6件法で尋ねた。4項目の合計

を回答数で除算した。スコアが高いほど症状への対処をよくしていることを表す(range=0~4)。

②運動

運動については、この 1 週間の無酸素運動と有酸素運動の 2 種に分けて尋ねた。すなわち、

i) 無酸素運動

ストレッチ・筋肉トレーニングの合計時間について「0.なし」、「1.30 分未満」、「2.30~60 分」、「3.1~3 時間」、「4.3 時間以上」の 5 件法で尋ねた。集計時には 0 は 0 分、1 は 15 分、2 は 45 分、3 は 120 分、4 は 180 分を与えた(range=0~180/分・週)。

ii) 有酸素運動

ウォーキング・水泳・サイクリング・マシントレーニング・その他の有酸素運動についても同様に 5 件法で尋ね、5 項目をそれぞれ上記と同様に換算し、合計得点を有酸素運動のスコアとした(range=0~900/分・週)。その他の内容も自由記述で把握している。

③医師とのコミュニケーション良好度

受診の際に質問することのリストを用意しているか、理解できていないことを質問しているか、個人的な問題について話し合っているかを「0. 全くしない」~「5. いつもする」の 6 件法で尋ねた。3 項目の合計得点を回答数で除算した。スコアが高いほどコミュニケーションが良好・積極的であることを示す(range=0~5)。

【3】自己効力感

自己効力感は広範囲に及ぶが、ここでは特に健康問題に対処する自己効力感を調べた。すなわち、「病気による疲労があってもやりたいことをできる自信がどのくらいあるか」について、「0. 全く自信がない」~「10. 完璧に自信がある」の 11 件法で尋ねた。痛み・精神的苦痛・その他の症状がある場合についても同様に尋ねた。

また、受診しなくてもすむように自分で健康管理に必要なことをできる自信度と、服薬以外のことも実行できる自信度についても尋ねた。

集計時には、以上 6 つの自己効力感の合計得点を項目数で除算し、スコアとした(range=0~10)。

【4】医療機関の利用頻度

ワークショップ受講前6ヶ月間、外来を受診した回数、救急外来を受診した回数、入院した回数、入院の通算の日数(単位は泊)を尋ねた。なお、追跡調査時には、ここ 3 ヶ月間の利用頻度を問い、得点を 2 倍して修正スコアとした。従って、比較にはベースラインのスコア・3 ヶ月後の修正スコアを用いている。

2. 精神面については、次の日本独自の項目で補った。

【5】HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

HADS は、身体疾患由来の症状の影響を受けずに、抑うつ・不安度を測る尺度である。抑うつと不安についての 7 項目、計 14 項目 4 件法(range=0~42)であり、スコアが高いほど抑うつ・不安度が高い。先行研究の中には HADS を使用しているものもみられた⁸⁾。

【6】SOC3 項目版 (Sense of Coherence)

①SOC3 項目版

SOC は、ストレスに対処するための個人的能力で、戸ヶ里らが作成した 3 項目¹⁰⁾を用いた。具体的には、有意味感・処理可能感・把握可能感のそれぞれにつき「0. 全くあてはまらない」~「10. 非常によくあてはまる」の 3 項目 11 件法で尋ね、合計得点を SOC スコアとした(range=0~30)。なお、元の項目は 7 件法であったが、今回は他の変数に合わせて 11 件法を採用している。

②生活喜び・満足度

また、同時に Lundberg et al. (1995)¹¹⁾SOC3 スケールの有意味感項目「私の日常生活は喜びと満足を与えてくれる」について「0. 全くあてはまらない」~「10. 非常によくあてはまる」までの 11 件法でとった。これを「生活喜び・満足度」と称す。

3. 追跡調査で加えた項目

上記 1~7 は、ベースラインと追跡調査で尋ねた。さらに追跡調査では、次の 2 変数を加えた。

【7】異なる疾患の人との集まりに対する評価

「異なった疾患をもつ人との集いでよかった点があったか」「不満だった点があったか」を「1. なかった」~「3. おおいにあった」のそれぞれ 3 件法で尋ねた。その具体的な内容も自由記述で把握した。

これは、本プログラムが通常の患者会と異なり、疾患を限定しないという特徴を有するため、異なる疾患の患者が集うことの意味を明らかにするという狙いがある。

【8】変化の知覚 (perceived change)

また、変化の知覚として「ワークショップ参加を通じて、(参加者自身に)どのような変化があったか」を尋ねた。

具体的には、「気持ちが楽になった感覚」「少しずつでよい、無理しなくて良いという感覚」「物事をある程度冷静に受け止められるという感覚」「他人の助けになっているという感覚」「仲間と出会ったことによる心強さ」「できないことよりできることに目が向くようになったという感覚」の 6 項目に

ついて、「0.全く得られなかった」～「4. おおいに得られた」で回答を求めた。さらに、「何事に対しても」「0. 悪い方向に考える」～「4. 良い方向に考えるようになった」で尋ねた。なお、この7項目は、追跡調査前にワークショップ参加者30名を対象に行った半構造化面接の結果から作成した。

【9】属性特性、診断名および検査値(一部追加)

参加者の属性特性として、性別・年齢のほか、ワークショップにどの立場で参加しているか尋ねた(患者・患者の家族・医療従事者)。また、最終学歴・婚姻状況・慢性疾患の種別・診断名を尋ねた。

診断名のうち、糖尿病・喘息・高血圧・高脂血症・膠原病・関節リウマチ・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎の8疾患については、検査値や現在の症状の程度についても自己申告してもらった(HbA1c・血糖/ピークフロー値・発作の回数/血圧/総コレステロール・HDL・LDL・中性脂肪/ESR/痛む関節の数・ESR・CRP/くしゃみ等症状の頻度/かゆみの頻度・部位)

これらの項目は専門医への聴き取りを経て作成した。ただし、この項目は今回は分析していない。

3. 分析方法

分析には統計パッケージ SPSS11.5 を使用し、ワークショップ前後のスコアの比較には、t検定を行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行った(承認番号 1472、1472-(1))。

C. 研究結果

1. ワークショップ参加者(N=108)の属性 (表1)

12 ワークショップの参加者 108 名のうち、78 名(72.2%)は、女性だった。年齢については、19歳～83歳、10代1名(0.9%)、20代11名(10.2%)、30代31名(28.7%)、40代24名(22.2%)、50代23名(21.3%)、60代12名(11.1%)、70代5名(4.6%)、80代1名(0.9%)で、平均45.64±13.35歳であった。これは、他の先行研究と比べて若い。

26名(24.1%)は、家族・医療福祉等支援者としての参加で疾患を持たなかった。疾患を持つ82名の内訳は、心疾患20(24.4%)、糖尿病15(18.3%)、膠原病・リウマチ11(13.4%)、がん3(3.7%)、喘息3(3.7%)、その他の疾患47名(57.3%) (複数回答含む)だった。病歴は平均14.49±12.33年であった。

表1 参加者の基本属性 (N=108)

	受講者全体 (N=108)		疾患あり (N=82)	
	n	%	n	%
性別	男性	30 (27.8)	27 (32.9)	
	女性	78 (72.2)	55 (67.1)	
年齢	10代	1 (0.9)	1 (1.2)	
	20代	11 (10.2)	7 (8.5)	
	30代	31 (28.7)	23 (28.0)	
	40代	24 (22.2)	15 (18.3)	
	50代	23 (21.3)	19 (23.2)	
	60代	12 (11.1)	11 (13.4)	
	70代	5 (4.6)	5 (6.1)	
	80代	1 (0.9)	1 (1.2)	
	平均	45.64 ± 13.35	平均	47.38 ± 13.92
疾患の有無	なし	26 (24.1)		
	あり	82 (75.9)		
	疾患暦平均	14.49 ± 12.33		
立場 (複数回答含む)	患者	82 (75.9)		
	家族	7 (6.5)	3 (3.7)	
	医療従事者	40 (37.0)	18 (22.0)	
疾患種別 (複数回答含む)			糖尿	15 (18.3)
			喘息	3 (3.7)
			心疾患	20 (24.4)
			リウマチ	11 (13.4)
			がん	3 (3.7)
			他疾患	47 (57.3)
学歴	中学校	5 (4.6)	5 (6.1)	
	高校	22 (20.4)	19 (23.2)	
	専門学校	28 (25.9)	18 (22.0)	
	短大	19 (17.6)	15 (18.3)	
	大学	25 (23.1)	21 (25.6)	
	大学院	7 (6.5)	2 (2.4)	
	その他	2 (1.9)	2 (2.4)	
婚姻状況	未婚	36 (33.3)	26 (31.7)	
	既婚同居	59 (54.6)	45 (54.9)	
	既婚別居	4 (3.7)	3 (3.7)	
	離婚	7 (6.5)	7 (8.5)	
	死別	2 (1.9)	1 (1.2)	

2. 疾患のある参加者(N=82)の健康状態、セルフマネジメント行動、自己効力感、医療機関利用、HADS、SOC、生活喜び・満足度 (表2)

【1】健康状態

主観的健康感は 3.54±0.91 (range=1~5) で、普通～ややおもしろくないの間であった。疲労は 5.12±2.59、息切れは 2.10±2.41、痛みは 3.19±3.07 (各 range=0~10)、健康状態の捉え方は 2.05±1.38 (range=0~5) であった。日常動作の困難度 MHAQ は 0.29±0.62 (range=0~3) であった。病気のために日常生活への支障があった頻度は、1.01±1.04 (range=0~4) だった。

【2】セルフマネジメント行動

症状への対処は、1.25±0.91 (range=0~5) で、運動のうち無酸素運動(ストレッチ・筋肉トレーニング)は 30.6±49.3 (range=0~180 分/週) で、有酸素運動(ウォーキング・水泳・サイクリング)は 82.9±123.0 (range=0~900/週) であった。いずれも、米国⁹⁾より若干少なかった。医師とのコミュニケーションは 2.05±1.15 (range=0~5) で、米国の平均 3.08±1.2 に比べて低かった。

【3】自己効力感

自己効力感は 5.77±1.92 (range=0~10) だった。

【4】医療機関の利用頻度

受講前半年間における外来受診は 9.55±10.48 回、救急外来は 0.20±0.48 回、入院回数は 0.29±0.60 回、入院期間は 6.27±18.01 泊であった。

【5】HADS

HADS は 14.4±7.55 (range=0~42) であった。

【6】SOCは 18.9±6.03 (range=0~30)、生活喜び・満足度は 5.56±2.63 (range=0~10) であった。

表2 参加者のベースライン時の健康状態、セルフマネジメント行動、自己効力感、医療機関利用、HADS、SOC、生活喜び・満足度

	possible range	全体 (N=108)		疾患あり (N=82)			米 / Stanford	
		平均	SD	平均	SD	observed range 最小 最大	平均	SD
[1]健康状態								
主観的健康感 (SRH)	(1 ~ 5)	3.31 ± 1.0		3.54 ± 0.91		(1 ~ 5)	3.29 ± 0.91	
捉え方 (Health Distress)	(0 ~ 5)	1.8 ± 1.3		2.05 ± 1.38		(0 ~ 5)	2.04 ± 1.16	
疲労 (Fatigue)	(0 ~ 10)	5.11 ± 2.5		5.12 ± 2.59		(0 ~ 10)	4.89 ± 2.71	
息切れ (Shortness of breath)	(0 ~ 10)	1.91 ± 2.3		2.1 ± 2.41		(0 ~ 9)	2.43 ± 2.6	
痛み (Pain)	(0 ~ 10)	2.67 ± 2.9		3.19 ± 3.07		(0 ~ 10)	4.36 ± 3.03	
MHAQ	(0 ~ 3)	0.22 ± 0.6		0.29 ± 0.62		(0 ~ 2.9)	0.38 ± 0.41	
支障 (Limitations)	(0 ~ 4)	0.82 ± 1.0		1.01 ± 1.04		(0 ~ 3.8)	1.7 ± 1.11	
[2]セルフマネジメント行動								
無酸素運動	(0 ~ 180)	27.92 ± 46.1		30.55 ± 49.3		(0 ~ 180)	40.1 ± 54.8	
有酸素運動合計	(0 ~ 900)	77.92 ± 119.1		82.87 ± 123		(0 ~ 660)	90.6 ± 90.9	
症状への対処	(0 ~ 5)	1.18 ± 0.9		1.25 ± 0.91		(0 ~ 4)	1.33 ± 0.91	
医師とのコミュニケーション	(0 ~ 5)	1.89 ± 1.2		2.05 ± 1.15		(0 ~ 5)	3.08 ± 1.2	
[3]自己効力感 (Self Efficacy)								
	(0 ~ 10)	5.65 ± 2.0		5.77 ± 1.92		(0.5 ~ 9.3)	5.17 ± 2.22	
[4]医療機関利用								
外来 (回)		7.74 ± 9.8		9.55 ± 10.5		(0 ~ 61)	5.33 ± 5.23	
救急外来		0.2 ± 0.7		0.2 ± 0.48		(0 ~ 2)	0.4 ± 0.93	
入院回数 (回)		0.22 ± 0.5		0.29 ± 0.6		(0 ~ 2)	0.23 ± 0.76	
入院期間 (泊 / 半年間通算)		4.75 ± 15.9		6.27 ± 18		(0 ~ 92)	1.31 ± 5.53	
[5]HADS								
	(0 ~ 42)	14.74 ± 12.0		14.39 ± 7.55		(1 ~ 31)		
[6]SOC								
生活喜び・満足度	(0 ~ 30)	18.73 ± 6.1		18.88 ± 6.03		(3 ~ 30)		
	(0 ~ 10)	5.91 ± 2.6		5.56 ± 2.63		(0 ~ 10)		

3. 分析対象者 (N=33) の属性 (表3)

108名のうち、2007年3月現在1回目の追跡が終了しているのは52名すなわち、06年8月～10月実施の6つのワークショップの参加者である。これらの者に対し、ワークショップ前にベースライン調査(8～11月)とプログラム終了6週間後に追跡調査(11月～2月)を行った。

52名のうち、32名(61.5%)は、女性だった。年齢は29歳～76歳、20代2名(3.8%)、30代14名(25.9%)、40代8名(15.4%)、50代15名(28.8%)、60代9名(17.3%)、70代4名(7.7%)で、平均49.71±13.16歳であった。

疾患の有無は、11名(21.2%)は家族・医療福祉等支援者としての参加で疾患を持たなかった。疾患を持つ41名の内訳は、糖尿病9(17.3%)、喘息1(1.9%)、心疾患12(23.1%)、膠原病・リウマチ8(15.4%)、がん2(3.8%)であり、その他の疾患は18(34.6%) (複数回答含)だった。

当初の参加者52名のうちワークショップ終了者は48名であった。この48名に対してワークショップ終了6週間後に自記式質問紙を郵送し、回答のあった47名(回収率97.9%)のうち、3回以上出席し、疾患を持つ33名を分析対象とした(図2)。

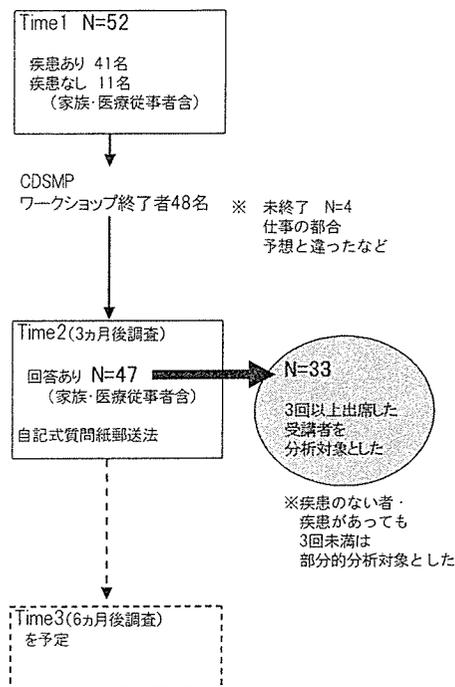
分析対象者の内訳は、男性14名(42.4%)、女性19名(57.6%)、平均52.27±13.58歳。疾患種別は、糖尿病9(17.3%)、喘息1(1.9%)、心疾患12(23.1%)、リウマチ性疾患8(15.4%)、がん2(3.8%)、その他の疾患18(34.6%) (複数回答含)、病歴は平均15.08±12.27年、出席回数は平均5.18±1.01回だった。

表3 分析対象者 (N=33) の基本属性

	参加者全体(N=52)		分析対象者(N=33)	
	n	(%)	n	(%)
性別	男性	20 (38.5)	14 (42.4)	
	女性	32 (61.5)	19 (57.6)	
年齢	10代			
	20代	2 (3.8)	1 (3.0)	
	30代	14 (26.9)	7 (21.2)	
	40代	8 (15.4)	5 (15.2)	
	50代	15 (28.8)	9 (27.3)	
	60代	9 (17.3)	7 (21.2)	
	70代	4 (7.7)	4 (12.1)	
	平均49.71±13.16歳	平均52.27±13.58歳		
疾患の有無	なし	11 (21.2)		
	あり	41 (78.8)		病歴平均15.08±12.27歳
立場(複数回答含)	患者	41 (78.8)	82 (100)	
	家族	5 (9.6)	3 (9.1)	
	医療従事者	15 (28.8)	18 (54.5)	
疾患種別(複数回答含)			糖尿病	9 (27.3)
			喘息	1 (3.0)
			心疾患	12 (36.4)
			リウマチ性	8 (24.2)
			がん	2 (6.1)
			他疾患	18 (54.5)
出席回数	1回	3 (5.8)		
	2回	3 (5.8)		
	3回	3 (5.8)	3回	3 (9.1)
	4回	5 (9.6)	4回	5 (15.2)
	5回	10 (19.2)	5回	8 (24.2)
	6回	28 (53.8)	6回	17 (51.5)
		出席回数平均5.18±1.01回		
学歴	中学校	3 (5.8)	2 (6.1)	
	高校	8 (15.4)	5 (15.2)	
	専門学校	14 (26.9)	8 (24.2)	
	短大	7 (13.5)	4 (12.1)	
	大学	18 (34.6)	13 (39.4)	
	その他	2 (3.9)	1 (3.0)	
婚姻状況	未婚	12 (23.1)	8 (24.2)	
	既婚同居	34 (65.4)	19 (57.6)	
	既婚別居	2 (3.9)	2 (6.1)	
	離婚	3 (5.8)	3 (9.1)	
	死別	1 (1.9)	1 (3.0)	

図2 分析対象者

2007年3月現在



4. 分析対象者(N=33)の健康状態、セルフマネジメント行動、自己効力感、医療機関利用、HADS、SOC、生活喜び・満足度のワークショップ前後比較(表4)

【1】健康状態の変化

痛みは $2.70 \pm 2.62 \rightarrow 3.33 \pm 2.90$ (range=0~10、 $p=0.189$)と悪化した。しかし、主観的健康感 $3.39 \pm 0.80 \rightarrow 3.10 \pm 0.94$ (range = 1~5、 $p=0.119$)、健康状態の捉え方は $1.86 \pm 1.41 \rightarrow 1.42 \pm 1.26$ (range=0~5、 $p=0.044$)と良くなっていた。疲労・息切れ・日常動作困難度・日常生活への支障はほぼ変化がなかった。

【2】セルフマネジメント行動の変化

運動、医師とのコミュニケーション良好度は変わらなかったが、症状への対処は $1.27 \pm 0.85 \rightarrow 1.83 \pm 1.10$ (range=0~5、 $p=0.001$)と増えていた。

【3】自己効力感の変化

健康問題に対処する自信度は $5.9 \pm 1.9 \rightarrow 6.2 \pm 2.0$ (range=0~10、 $p=0.451$)と僅かな増加にとどまった。

【4】医療機関の利用頻度の変化

外来受診は、 10.97 ± 11.13 回 $\rightarrow 10.33 \pm 11.30$ 回に、救急外来は 0.18 ± 0.46 回 $\rightarrow 0.18 \pm 0.58$ 回に、入院回数は 0.27 ± 0.57 回 $\rightarrow 0.24 \pm 0.66$ 回に、入院期間は 5.34 ± 18.84 泊 $\rightarrow 2.31 \pm 6.61$ 泊であった。(いずれも6ヶ月あたり)

【5】HADS $13.48 \pm 7.77 \rightarrow 11.79 \pm 7.26$ (range=0~42、 $p=0.163$)だった。

【6】SOCは $18.97 \pm 6.56 \rightarrow 21.5 \pm 7.12$ (range=0~30、 $p=0.169$)、生活喜び・満足度は $5.70 \pm 2.69 \rightarrow 7.33 \pm 2.15$ (range=0~10、 $p=0.001$)と上がった。

表4 分析対象者の健康状態、セルフマネジメント行動、自己効力感、医療機関利用、HADS、SOC、生活喜び・満足度の変化

	range	ベースライン		3ヵ月後		t	p
		平均	SD	平均	SD		
【1】健康状態							
主観的健康感(SRH)	(1 ~ 5)	3.39 ±	0.80	3.10 ±	0.94	1.606	0.119
捉え方(Health Distress)	(0 ~ 5)	1.86 ±	1.41	1.42 ±	1.26	2.099	0.044 *
疲労(Fatigue)	(0 ~ 10)	4.73 ±	2.76	4.36 ±	2.62	0.712	0.482
息切れ(Shortness of breath)	(0 ~ 10)	1.48 ±	2.00	1.48 ±	2.05	0.000	1.000
痛み(Pain)	(0 ~ 10)	2.70 ±	2.62	3.33 ±	2.90	-1.341	0.189
MHAQ	(0 ~ 3)	0.34 ±	0.65	0.33 ±	0.61	0.488	0.629
支障(Limitations)	(0 ~ 4)	0.99 ±	0.96	0.97 ±	1.06	0.127	0.900
【2】セルフマネジメント行動							
無酸素運動	(0 ~ 180)	45.91 ±	59.17	40.45 ±	53.36	0.459	0.650
有酸素運動合計	(0 ~ 900)	116.82 ±	157.18	104.55 ±	112.78	0.552	0.585
症状への対処	(0 ~ 5)	1.27 ±	0.85	1.83 ±	1.10	-3.612	0.001 ***
医師とのコミュニケーション	(0 ~ 5)	2.04 ±	1.18	1.89 ±	1.41	0.614	0.543
【3】自己効力感(Self Efficacy)							
	(0 ~ 10)	5.89 ±	1.91	6.21 ±	2.04	-0.764	0.451
【4】医療機関利用							
外来(回)		10.97 ±	11.13	10.33 ±	11.30	0.392	0.697
救急外来		0.18 ±	0.46	0.18 ±	0.58	0.000	1.000
入院回数(回)		0.27 ±	0.57	0.24 ±	0.66	0.239	0.813
入院期間(泊/半年間通算)		5.34 ±	18.84	2.31 ±	6.61	0.982	0.334
【5】HADS							
	(0 ~ 42)	13.48 ±	7.77	11.79 ±	7.26	1.426	0.163
【6】SOC							
生活喜び・満足度	(0 ~ 10)	5.70 ±	2.69	7.33 ±	2.15	-3.655	0.001 ***

* P<.05 ** P<.01 *** P<.001

5. ワークショップ参加による変化の知覚 (表 5)

【7】変化の知覚

ワークショップを通じ「無理しなくてよいと感じた」参加者は 26 人 (78.7%)、「仲間と出会った心強さを得た」26 人 (78.8%)、「気持ちが楽になった」25 人 (75.8%)、「何事に対しても良い方向に考えるようになった」22 人 (66.6%)、「できないことよりできることに目が向くようになった」22 人 (66.6%)、「物事を冷静に受け止められるようになった」21 人 (63.7%)であった。

その他、自由回答では次のような意見があった。

「例えすぐに実行しないとしても、体調や気持の変化にうまく対応するためのノウハウは持っているんだという自信」
 「WSがあるということそのものが(発見が)勇気付けになったし、毎週決まった時間に決まったところで決まった人々に会えるというのが励みになりました」
 「ワークショップを受ける前は医療従事者の方々に治してもらおうという意識が強かったが、3ヶ月経った今、『ありのままの自分でいい』『病気になるて得たものに感謝する』と言う意識が強くなり、一日一日を本当に大切にしようと思うようになった」

表 5 ワークショップ参加後の変化の知覚 (N=33)

	気持ちが楽になったという知覚は		少しずつでよい無理しなくて良いという知覚は		他人の助けに なっている という知覚は		仲間と出会った ことによる 心強さは	
	n	%	n	%	n	%	n	%
全く得られなかった	1	(3.0)	1	(3.0)				
どちらかといえば 得られなかった	1	(3.0)	1	(3.0)	1	(3.1)	2	(6.1)
どちらともいえない	6	(18.2)	5	(15.2)	14	(43.8)	5	(15.2)
どちらかといえば 得られた	13	(39.4)	8	(24.2)	9	(28.1)	9	(27.3)
おおいに得られた	12	(36.4)	18	(54.5)	8	(25.0)	17	(51.5)

何事に対しても	できないことより できることに 目がむくように		物事ある程度冷静に 受け止められるという知覚は	
	n	%	n	%
悪方向に考えるようになった			2	(6.1)
どちらかといえば 悪方向に考えるようになった			2	(6.1)
どちらともいえない	11	(33.3)	7	(21.2)
どちらかといえば 良方向に考えるようになった	8	(24.2)	8	(24.2)
良方向に考えるようになった	14	(42.4)	14	(42.4)

6. 異なる疾患の患者と集うことへの評価 (表 6)

【8】異なる疾患を持つ人と集まることについては、31 人 (93.9%) がよかった点があった、2 人 (6.1%) が不満な点があった、と答えた。

□よかった理由

「他の慢性疾患の方の症状や日常生活、思いを知り、共感 できた(自分のことも知ってもらえた)疾患を持つことが特 別なことだと思わなくなった」
 「他疾患への理解が深まる、苦勞を知ることができる、自疾 患をあらためて認識することができる」

□不満だった理由

「病状の重・軽のレベルにより視点が大きく異なること」
 「メンバーの中では一般的でない外から分かり難い疾患を 抱えているので、具体的な悩みを話すことがためらわれ

たり、あまり共感を得られない気がした」
 「難病の内容がむずかしい」

表 6 異なる疾患の人と集うことへの評価 (N=33)

異なる疾患の人と集まることについて			
	n	%	
よかった点があった	2	(6.1)	不満な点は無かった
少なかった	4	(12.1)	少しあった
おおいにあった	27	(81.8)	おおいにあった

D. 考察

1. 健康状態、セルフマネジメント行動、自己効力感、医療 機関利用、HADS、SOC、生活喜び・満足度の変化
 日常の動作(MHAQ)や日常生活への支障、痛みが 悪化していたが、逆に、悪化しているにもかかわらず、自 分の健康状態の捉え方が良くなっていったことは、ワーク ショップの効果の表れと考えられる。また、症状への対処 がより実践されるようになったことに関しては、一方的に 教えられるだけでなく、ワークショップの中で効果を実感 することで、取り入れるようになったと思われる。

先行研究の多くで変化の見られた運動および自己効 力感について、今回は大きな変化はなかった。これは分 析対象者N=33 (無酸素運動/有酸素運動=45.91/ 116.82)が、参加者全体N=108 (27.92/77.92)の中 でも、米国(40.1/90.6)と比べても、当初から運動を行 っている集団であったため、変化しにくかったと考えられ た。また、結果には示さなかったが、疾患を持たない者 (医療従事者)は運動時間が2倍になる変化がみられた ことも興味深い。自己効力感であまり変化が見られなか ったことに関しては、今後の研究が待たれる。

さらに、スタンフォード大学の研究⁹⁾に比べ、医師との コミュニケーション良好度が低かったことについては、日 米の文化的な違いによるものと考えられた。また、医療 機関の利用にも大きな変化はなかったが、これは、追跡 までが3ヶ月という短期だったためと考えられた。

それらの一方で、生活喜び・満足度について、(結果 には示していないが)疾患のない者は変化がなかったの に対し、疾患ある者は 1.6 ポイント上がっていた点に、 「病と共に生きる」¹²⁾ことを支援する本プログラムの効果 が表れたと考えられた。

2. 参加者はワークショップで何を、変化したのか

「気持ちが楽になった」「できないことよりできることに 目が向いた」「仲間と出会った心強さを得た」に7割の参 加者が肯定的に回答したように、ワークショップの受講に より、病気でできない事は無理せず、自分のペースで病 気と生活をして行くことができるようになったり、仲間を得 られたことが、量的にも明らかになった。したがって、今 後、CDSMPに関する新しい効果指標として使用できる 可能性も示唆された。

3. 異なった疾患患者の集う意味は何か

異なった疾患を持つ人と関わることに對しては、多くが肯定的であった。同じ疾患の患者が集う患者会の長所は明らかであるが、今回のワークショップでは、他の疾患を知ること、自分の疾患を見直せたり、逆に同疾患でないことで患者同士、互いを比較せずすみ、打ち解けやすくなっている側面も見られた。これらより、自己管理方法は個々の疾患ごとに異なるものではないこと、また疾患を越えて共通する悩みや体験を共有し自己管理へ導く場としてのワークショップの意義が伺えた。

4. 疾患を持たない者の参加の効果

さらに、他国では疾患を持つ者に受講が限られていたが、今回疾患を持たない者(家族・医療従事者)も受講したことで、その効果も明らかとなった。

結果には示していないが、疾患を持たない者においては、健康状態の捉え方・運動・症状への対処・自己効力感の変化があった。これは、本ワークショップが疾患の専門知識の追求に傾くことなく、心身の健康に関し一般的で身近なトピックを扱っていることによると考えられた。また、患者の行動・気持ちについて再考する機会となり、その後の職務に生かしているとの声も聞かれた。

同時に、医療従事者が参加することで、疾患を持つ者は医療者としてより理解しあえるという影響を及ぼすことが明らかになった。ただし、医療者としての立場を固持する一部の参加者に対する不満も聞かれた。

したがって、患者が主役という本プログラムの趣旨を理解したうえで参加を希望する者には、受講を許すことで、患者と医療者が協働していくために積極的な効果を持つと思われる。

なお、本研究の限界としては、研究デザインに関して、前後比較であり対照群を設けていないことがあげられる。今後は対照群を設けた無作為化実験を予定している。また、今回は3ヶ月・6ヶ月までの追跡にとどめているため、より長期の追跡が必要と考えられる。

次に研究対象者に関する限界として、都市部の対象者が少なかったという地域の偏り、比較的軽度の症状の患者が多かったという疾患程度の偏りがある。今後は入院患者等にも広げることが望ましい。

しかし、異なる疾患患者の集うことへの評価や変化の知覚の把握をしたという点で、今回の研究は意義あるものと思われる。研究の継続により、今後のプログラム実施への示唆を得、慢性疾患患者に有効な自己管理方法を提供することができると思われる。

E. 結論

1. CDSMP はプログラム終了後 6 週間時点において、健康状態の捉え方およびセルフマネジメント行動のうち特に症状への対処に効果を及ぼしたものと考えられた。
2. CDSMP の参加者は、ワークショップへの参加を通し、

仲間と出会った心強さを得たり、無理しなくてよい、気持ちが楽になったなどと感じていた。

3. 異なる疾患を持つ人の集まりについて参加者の多くは肯定的に評価していた。

F. 研究発表

1. 論文発表:既発表のものはなし
2. 学会発表:既発表のものはなし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得:なし
2. 実用新案登録:なし
3. その他:なし

H. 引用文献

- 1) Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., et al. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization - A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5-14.
- 2) Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Bandura, A., et al. (2001). Chronic disease self-management program - 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39(11), 1217-1223.
- 3) Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D. D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice*, Volume 4, Number 6, 256-262.
- 4) Lorig, K. R., Ritter, P. L., & Jacquez, A. (2005). Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs. *Diabetes Educator*, 31(3), 401-409.
- 5) Lorig, K. R., Ritter, P. L., & Gonzalez, V. M. (2003). Hispanic chronic disease self-management - A randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, 52(6), 361-369.
- 6) Fu, D. B., Hua, F., McGowan, P., Shen, Y. E., Zhu, L. H., Yang, H. Q., et al. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(3), 174-182.
- 7) McGowan, P. (2005). Implementation and evaluation of the Chronic Disease Self-Management Program in the Yukon
- 8) Griffiths, C., Motlib, J., Azad, A., Ramsay, J., Eldridge, S., Feder, G., et al. (2005). Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *British Journal of General Practice*, 55(520), 831-837.
- 9) <http://patienteducation.stanford.edu>
- 10) Togari Taisuke, Kazuhiro Nakayama, Junichi Shimizu, Yoshihiko Yamazaki, Development of a short version of the Sense of Coherence Scale (SOC3-UTHS) for population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, in press.
- 11) Lundberg O, Nystrom PM. A simplified way of measuring sense of coherence .Experiences from a population survey in Sweden. *European Journal of Public Health*,5(1995)56-59
- 12) Stanford Patient Education Research Center. (1993). Chronic disease self-management leader's manual. Palo Alto: Stanford Patient Education Center.(邦訳版 日本慢性疾患セルフマネジメント協会)