

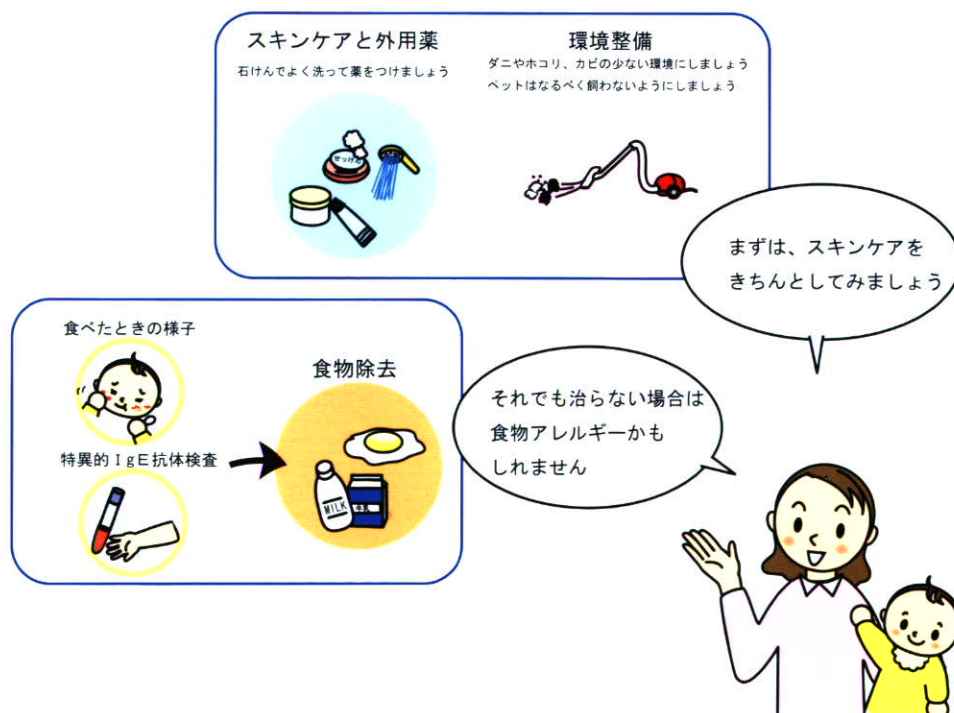
乳児のアトピー性皮膚炎と食物アレルギー

赤ちゃんのアトピー性皮膚炎の中には食物アレルギーを併発していることも多くあります。生後 1 ヶ月から 2 ヶ月の間に顔や頭に慢性の湿疹が続き、なかなか良くならない場合や、スキンケアと外用薬療法をしても良くならない場合は食物アレルギーが関わっている可能性があります。

いま行っているスキンケアを見直してみて、もう少し念入りに**スキンケア**（石けんで洗う、保湿剤を充分量ぬる）・**環境整備**（ダニやホコリ、カビの少ない環境にする・じゅうたんをフローリングにする・ペットは飼わないようにするなど）をした上で、外用療法（適切なステロイド軟膏などをぬる）を行って様子を見ましょう。

それでも治らない場合は食物アレルギーが関係している場合があるかもしれません。血液検査や皮膚テストや食べたときの様子から食べ物が原因であると分かった場合に食物を除去して様子を見ていきます。（P6 を御参照ください）

スキンケア、外用薬治療、環境整備に加えて食物の影響についても医師と相談しましょう。

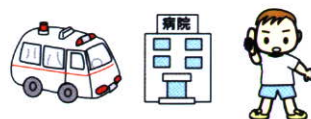
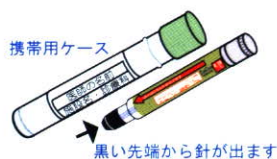


エピペンの®の使い方

アナフィラキシーショック症状もしくはそれを起こす可能性がある場合は早い対応が必要です。エピペン®（エピネフリン）の処方を受けている場合は、速やかに注射をして、すぐに救急車を呼び医療機関を受診します。学校で保管してもらえる場合は、先生や養護の先生と保管場所や対応方法を相談しておきましょう。（P16 の情報ネットのホームページをご参照ください）

エピペン®（エピネフリン）はアナフィラキシーの症状をやわらげる自己注射です

注射をした後すぐに救急車を呼ぶなどして急いで救急病院へ連れて行きます
医師にはエピペン®を使ったことを伝えます

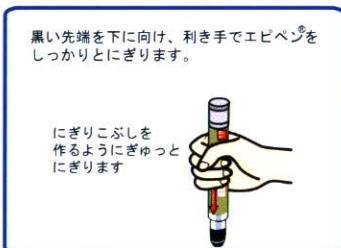


エピペン®を準備する

1



2



3



エピペン®の打ち方

4

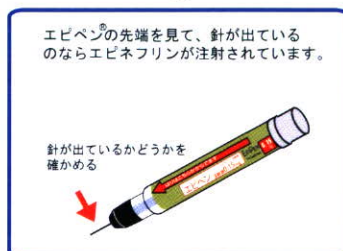


5

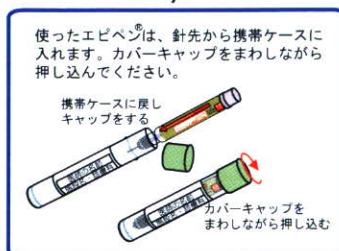


確認と後片付け

6



7



情報ネット

食物アレルギーの最新の情報については下記のホームページ上で見る事が出来ます。
ご利用下さい。

学術団体・官公庁

- 社団法人日本アレルギー学会
学会の専門医が検索できる
<http://www.jsaweb.jp/>
- 日本小児アレルギー学会
医療者向けですが、患者にも役立つ情報がたくさんある
<http://www.iscb.net/JSPACI/>
- 財団法人日本アレルギー協会
医療者向けと患者向けに分かれている ダウンロードして活用できる情報がある
<http://www.jaanet.org/>
- 食物アレルギー研究会
<http://foodallergy.jp/>
- リウマチ／アレルギー情報センター
アレルギー全般／医療者からの相談箱／一般向けQ&A
<http://www.allergy.go.jp/>
- 医療と健康のシンポジウム
シンポジウムの案内と動画配信
(財)日本予防医学協会・リウマチ・アレルギーシンポジウムチームによる
「小児アレルギー疾患 Q&A: アトピー性皮膚炎」のページでは 30 項目以上の質問に動画で回答
<http://www.sympto.jp/index.html>
- 独立行政法人環境再生保全機構
主に喘息（食物アレルギーもあり）／無料のパンフレット
<http://www.erca.go.jp/>
- アナフィラキシー対策フォーラム
アナフィラキシーに関する知識やアナフィラキシー医療機関リスト情報がある
<http://www.anaphylaxis.jp/forum/checksheet.html>
- 厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/>
 - 厚労省リウマチ・アレルギー情報
専門医情報やガイドライン情報、アレルギー相談研修医教材などがある
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/kenkou/ryumachi/index.html>
 - 厚労省「食品の表示に関する情報提供」
パンフレット「加工食品に含まれるアレルギー表示（患者・消費者向け）」などを
ダウンロードができる
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/hyouji/index.html>
- 文部科学省
<http://www.mext.go.jp/>

患者会・患者支援団体

- 特定非営利活動法人アレルギー児を支える全国ネット アラジーポット
親の会／アレルギー全般／社会特に教育機関でのアレルギーの理解に向けて活動
入園入学マニュアルなど学校でのアレルギーの説明に役立つ情報が無料でダウン
ロードできる
<http://www.allergypot.net/>
- アレルギーを考える母の会
アレルギー疾患に孤立して悩み苦しむあなたにでも、共感と励ましを送り、
ガイドラインや専門医などの情報提供をするピアサポート。会費制会員制なし。
かながわ県民センター 15 F 相談室 1 第 4 火曜日 10:00 ~ 12:30
TEL: 045-312-1121 (内 3501) Fax (随時): 045-312-6307

食物日記の記入例

忘れずにかいておきましょう！



食物日記

H19年10月23日 火曜日 天気 晴れ

	食べたもの	調味料など	体調 (風邪を引いているなど)
5:00			
6:00			
7:00	朝ごはん		昨日から鼻水が出ている
8:00	ごはん	米	
9:00	みそ汁 (かぼちゃ、たまねぎ)	みそ (大豆)	
10:00	サラダ (とうふ、トマト)	だし (コンブ、かつお)	
11:00	焼き魚 (塩サケ)	ドレッシング (ゴマ、サラダ油、酢、しょう油)	
12:00	お昼ごはん		
13:00	やきそば (めん、豚肉、キャベツ、もやし、ピーマン)	ソース	
14:00		青のり	
15:00	おやつ		
16:00	おせんべい (市販品)		
17:00	麦茶 (麦)		
18:00			
19:00	夕ごはん		
20:00	ごはん	米	
21:00	肉じゃが (豚肉、さといも、たまねぎ、ニンジン、ごぼう、しらたき)	しょう油、さとう、みりん	
22:00	なすの油いため (なす、ピーマン、豚肉、グリーンピース)		
23:00	サラダ (キャベツ、きゅうり、コーン)	サラダ油、塩、こしょう 塩、こしょう、マヨネーズ (市販)	

園や学校に行っているときは給食のメニューを書きましょう

献立のヒント！

小麦のアレルギーのある方は麦茶はではなく、牛乳やジュース、水などに

献立のヒント！

牛乳のアレルギーのある方はカルシウムを補充するために小魚や海藻を献立にしましょう

調味料も忘れずに書きましょう

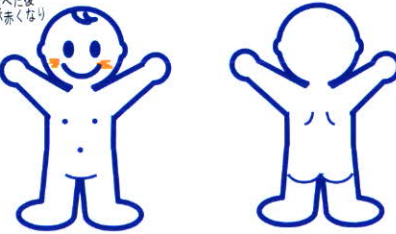
大豆のアレルギーのある方は麦のお味噌や大豆を使わないしょう油にしましょう

〇〇おせんべい

名称	米菓子
原材料名	米 (うるち米、もち米)、植物油脂、でん粉、砂糖、蛋白分解物 (大豆を含む)、食塩、調味料 (アミノ酸)、植物レシチン (大豆由来)
内容量	100g
賞味期限	袋外上部に記載
保存方法	直射日光を、高温多湿を避け、常温で保存してください。
製造社	〇△株式会社

食品表示の部分を切り取って貼ると参考になります

卵を使っていないマヨネーズもあります



かゆがったり赤くなったところ、お腹が痛くなったなどを書き込みます

夕ごはんを食べた後口のまわりが赤くなりかゆかった

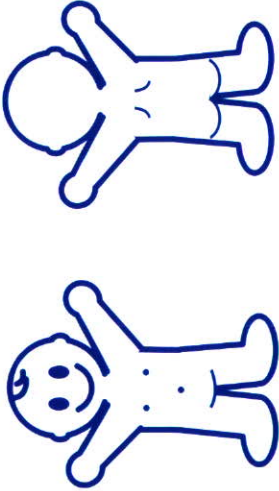
・どんな症状か・どこに出たかを かきましよう

食物日記

年 月 日 曜日 天気

食べたもの	調味料など	体調 (風邪を引いているなど)
5:00		
6:00		
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		

・どんな症状か・どこに出たかを かきましよう

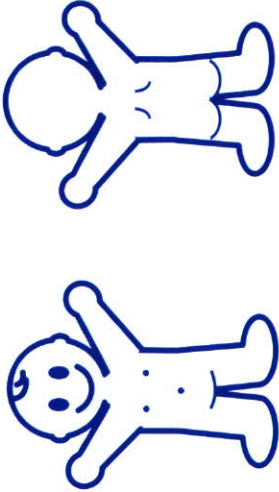


食物日記

年 月 日 曜日 天気

食べたもの	調味料など	体調 (風邪を引いているなど)
5:00		
6:00		
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		

・どんな症状か・どこに出たかを かきましよう



セルフケアナビ食物アレルギー

平成20年2月発行

発 行 厚生労働科学研究

印 刷 株式会社 協和企画

II. 分担研究報告書

日本における慢性疾患自己管理プログラム(CDSMP)が
受講者の病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムに及ぼす影響の
前後比較デザインによる検討

分担研究者 山崎喜比古 東京大学大学院医学系研究科准教授

研究要旨

【背景と目的】 近年、慢性疾患が増加し、患者の自己管理を支援する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CDSMPが導入され、全国でワークショップが開始されてきた。

本研究の目的は、受講前後6ヶ月間のヘルスアウトカムの変化およびその疾患種別比較、「受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚」が健康問題に対処する自己効力感をはじめとするヘルスアウトカムの受講前後の変化に対してどのように介在しているのかを検討することである。

【対象と方法】 2006年8月～2007年5月実施のCDSMPの受講者計128名に対し、ベースライン調査、3ヶ月後追跡調査、6ヶ月後調査を行った。調査内容は、受講者の属性特性、健康状態、セルフマネジメント行動、健康問題に対処する自己効力感、日常生活充実度評価、病ある生活への向き合い方の変化の知覚である。健康状態、セルフマネジメント行動、健康問題に対処する自己効力感、日常生活充実度評価については線形混合モデルで受講前後6ヶ月間の変化を検討した。糖尿病、リウマチ性疾患、循環器・高脂血症の3疾患種別に比較をした。受講による病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムの関連性については構造方程式モデルを用いて検討した。調査は現在も進行中で、本論はその中間結果報告である。(2008年3月末日現在で、238名が受講している)

【結果・考察】 CDSMP受講前後で、受講者の健康状態(健康状態の自己評価、健康状態についての悩み)、セルフマネジメント行動(症状への認知的対処実行度、ストレッチ実行度)、日常生活充実度評価に有意な肯定的変化が認められた。また、7割の受講者において病ある生活への向き合い方の変化が知覚されていた。これらの変化は、疾患種別には、リウマチ性疾患と糖尿病の受講者において顕著であった。CDSMP受講を通じ、受講者は病ある生活への向き合い方を確立することで、健康問題に対処する自己効力感が高まり、それに伴い、セルフマネジメント行動や健康状態が改善し、日常生活充実度評価も向上するという関係にあることが示された。

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

研究協力者
東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻健康社会学分野 慢性疾患セルフマネジメント評価研究グループ

湯川慶子 (東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻健康社会学分野 修士課程)
米倉佑貴 (東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻健康社会学分野 博士課程)
戸ヶ里泰典 (東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻健康社会学分野 博士課程)
沖野露美 (東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 健康教育・社会学分野 修士課程)
小野万里子 (東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 健康教育・社会学分野 修士課程)
本間三恵子 (東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 健康教育・社会学分野 修士課程)
朴敏廷 (東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻健康社会学分野 修士課程)

A. 研究目的

緒言

近年の国際的な潮流として、高齢化とともに糖尿病・心疾患・がんなどの慢性疾患患者が急増している¹⁾。慢性疾患を抱える患者は、日常生活上の制限や、QOLの低下、精神健康への影響など深刻な問題を多数抱えている²⁾³⁾⁴⁾。さらに医療費の問題も大きい。慢性疾患患者は、患者自身による健康管理を必要とするが、そのためには知識のみならず、自己管理を生活に取り込み、継続することが求められる。これには大きな困難を伴う⁵⁾ため、ひとりひとりの患者の生活に即し、かつ病ある生活・人生の再構築(life re-institution)⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾につながる自己管理を支援することの重要性が高まっている。

慢性疾患患者を対象とした自己管理支援プログラムは数多く開発・実施されている¹⁰⁾¹¹⁾。従来の患者教育プログラムはもちろん、多くの自己管理プログラムも疾患に特化した内容となっている。これに対し、スタンフォード大学で1980年代に開発された¹²⁾CDSMP(Chronic Disease Self-Management Program)は、慢性疾患に共通した内容を提供し、いわゆる「病ある人生を生きる」技術を包括的にサポートしようと、「自分らしい病ある生活・人生を送れるようにする」ことを自己管理目標として掲げている¹³⁾。これまでに世界20ヶ国以上、のべ50万人以上が受講している¹⁴⁾。日本では2005年に、日本語版教材(リーダー用マニュアル¹⁵⁾、参考書¹⁶⁾)が作成・導入され、NPO法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会がCDSMPを提供している。2006年8月から2007年5月までに、18回のワークショップが実施され、2006年にはプロセス評価研究¹⁷⁾が行なわれたが、アウトカム評価は現在も実施中である。

従来の患者教育プログラムに比べ、CDSMPでは、訓練を受けた非専門家の患者や患者家族がリーダーとなり、詳細なマニュアル¹⁵⁾¹⁸⁾に従ってワークショップを進行する点に特徴がある。これは、非専門家は患者、医療者双方から受け入れられやすく、受講者の「ロールモデル」となり得て¹⁹⁾、受講者が自らと類似する立場にあるリーダーを容易に受け入れられる²⁰⁾という点に基づく。また、非専門家でもマニュアル等資源が十分であれば、専門家と同等にプログラム実施が可能であるとされている¹³⁾²¹⁾。

また、異なる疾患の受講者が集まり、受講者同士のインタラクションが活発に行われることによって、観察学習の機会が得られ、自己を振り返る機会や病との向き合い方、生活の送り方に関する気づきなどが得られる²²⁾とされている。さらに、多様な疾患を持った患者を対象とすることで、特定の疾患を集めるよりも地域でのリクルーティングが行いやすく、複数の疾患を合併している場合にも適切な疾患管理の技術を提供できるという長所がある²³⁾。

これらのCDSMPの機能は、患者仲間の出会いと話を通じて体験的知識が得られ、活力が高まるとされているセルフヘルプグループ²⁴⁾の持つ特徴と類似している。このようにユーザー主導型であることが、CDSMPを基にした英国のEPP(Expert Patient Program)に関する専門報告書では、受講者の病ある生活・人生を送る上での術の獲得を促進するという意味で重要な役割を果たす²⁵⁾と指摘されている。

CDSMPでは、受講者へのプログラム効果を高める上で健康問題に対処する自己効力感の向上が重要な要因となるという見地から、Self-efficacy Theory(自己効力感理論)²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾に基づいた自己管理支援プログラムが組まれている¹³⁾。CDSMPのワークショップは毎週1回2時間半のセッションを6週間にわたって計6回行われる。CDSMPでは慢性疾患の自己管理を、疾患の管理のほか、社会生活の管理、感情の管理¹²⁾¹⁶⁾としており、プログラムの内容は自己管理技法の講義(食事・運動等)、症状への認知的対処、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立案・遂行から構成される¹⁵⁾。

CDSMP受講により、健康状態の改善²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾、健康行動の増加²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾³⁴⁾、医療サービス利用の減少³¹⁾、健康問題に対処する自己効力感の向上³¹⁾³²⁾³⁴⁾などのヘルスアウトカムに関する効果が次々に報告されてきている。

しかし、先行するアウトカム評価研究においてはヘルスアウトカム間の関連や効果を生むメカニズムについての検討は十分に行われてはいない。また、「自分らしい病ある生活・人生を送る」というライフの観点での変化の検討¹³⁾も不十分である。具体的には、受講による病ある生活への向き合い方(患者の病気に対する心構えや自分のあり方)の変化²²⁾が、健康問題に対処する自己効力感の変化を介し、ヘルスアウトカムの改善につながる¹²⁾、さらに、病ある人生の再構築がアウトカムとなることが期待される¹³⁾にもかかわらず、これらの指標が用いられた研究は極めて少ない。さらに、先行研究では複数の疾患について比較し、検討した研究は少ない¹⁰⁾が、疾患により症状や療養生活が異なる以上、より効果的なプログラム実施への示唆を得るためには疾患種別の効果の違いを把握することが必要である。また、CDSMPでは、疾患の管理も目的であることから、疾患種別の医学的指標の効果の検討を行うべきではないかとの指摘がある³⁵⁾。

以上より、CDSMPのアウトカム評価研究の実施にあたっては、次の3点の改善を図る必要があると考えられる。第1に、CDSMPが病ある人生を送る術の獲得や病ある人生の再構築に寄与し得るのかについて、「受講による病ある生活への向き合い方の知覚された変化」と「日常生活充実度評価」を設けて、検討する必要がある。第2に、ヘルスアウトカムと病ある生活への向き合い方の変化の知覚につい

での疾患種別比較を行う必要がある。第3に、ヘルスアウトカム間の関連やヘルスアウトカムの変化メカニズム解明の端緒を開くため、構造方程式モデルを用いた検討を行う必要がある。

そこで、本研究の目的として、第1に、CDSMP 受講者のヘルスアウトカムの受講前後の変化と受講による病ある生活への向き合い方の変化を検討し、第2に、それらが疾患種別にどのように異なるかを把握することとした。そして、第3の目的として、健康問題対処の自己効力感をはじめとするヘルスアウトカムの受講前後の変化間相互の関連性を明らかにするとともにそれらの受講前後の変化に対して、受講による病ある生活への向き合い方の変化が、どのように介在しているのかを検討することとした。

B. 研究方法

1. 対象と方法

本研究のデザインは Time1(ワークショップ開始前:T1)、Time2(ワークショップ開始後3ヶ月、終了後 1.5ヶ月:T2)、Time3(ワークショップ開始後6ヶ月、終了後 4.5ヶ月:T3)の3時点の前後比較デザインで検討を行なった。サンプリングは、2006年8月より2007年5月にかけて、NPO 法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会のウェブサイト上での告知、ならびに協会認定のリーダーによる機縁法によった。全国(熊本、鹿児島、岡山、大阪、名古屋、埼玉、東京)で実施された18のCDSMPワークショップに参加した132名のうち、初回後受講を中止した4名を除く128名を分析対象とした。データ収集方法は、自記式質問紙調査票により、T1はワークショップ会場にて集合調査を、T2、T3では郵送調査を行った。以上の調査アウトラインを図1に示した。

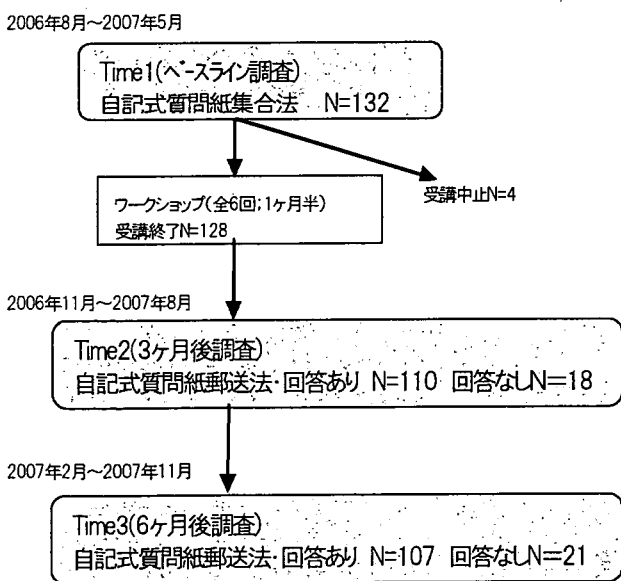


図1 調査のアウトライン

2. 分析に用いた変数

本研究で扱う【1】~【5】の各変数は、Lorig らにより開発されたCDSMP 評価調査票¹³⁾の日本語版を使用した。日本語版の作成の際は、研究グループによる順翻訳後、バックトランスレーションを行った。また、【3】~【6】の変数を以降、「ヘルスアウトカム」と総称し、3時点で測定した。さらに、【6】および【7】は、自分らしい病ある生活・人生を送っている程度を測るための効果指標として設けた。

【1】医学的状态

- ①疾患の種類を尋ね、疾患9カテゴリの多重回答の結果を、糖尿病、リウマチ性疾患、循環器疾患・高脂血症、その他の4カテゴリに分類した。
- ②糖尿病、リウマチ性疾患、循環器疾患・高脂血症と回答した者については、次の検査値を尋ねた。糖尿病については HbA1c、空腹時血糖を、リウマチ性疾患については、痛む関節の数と炎症の程度を表す ESR 値(erythrocyte sedimentation rate; 赤血球沈降速度、血沈)および CRP 値(C-reactive protein; C反応性タンパク)を、循環器疾患・高脂血症については、収縮期・拡張期血圧を自己申告により3時点で収集した。

【2】日常生活制限度

過去4週間で日常生活(家族や友人との社会生活、趣味、家事、用事や買物への外出)において、どの程度疾患による支障があったかを「0.全くない」~「4.いつもあった」の4項目5件法で測定した。得点が高いほど日常生活の制限度が高いことを示す。Cronbach α (以下 α)係数は.89であった。

【3】健康状态

(1)健康状态の自己評価:

現在の健康状態を「1.おもしろくない」~「5.とてもよい」の1項目5件法で測定した。得点が高いほど良好であることを示している。

(2)健康状态についての悩み:

過去1ヶ月間「健康上の問題で落ち込むことがあった」「将来の健康状態を考えると怖くなるがあった」など4項目について「0.全くなかった」~「5.いつもあった」の6件法で測定し、平均値を得点とした。得点が高いほど健康状態についての悩みが多いことを示す。 α 係数は.89~.92であった。

(3)疲労・痛み:

過去2週間の疲労と痛みについて、各1項目、「0.なし」~「10.きわめて耐え難い疲労」あるいは「10.きわめて耐え難い痛み」のSD11件法で測定した。

【4】セルフマネジメント行動

(1)症状への認知的対処実行度:

「不快な症状から離れて自分の体の一部でないと感じ

るように努める」「部分ごとに筋肉をリラックスさせる」等6項目、「0.全くしない」～「5.よくする」の6件法で測定し、平均値を得点とした。得点が高いほど症状への認知的対処を頻繁に実施していることをあらわす。 α 係数は.76～.81であった。

(2)ストレッチ実行度・筋肉トレーニング実行度

(以下、ストレッチ実行度):

過去1週間のストレッチ実行度・筋力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件法で測定した。

【5】健康問題に対処する自己効力感

「病気による疲労があってもやりたいことを実行できる自信はありますか」「精神的な苦痛があってもやりたいことを実行できる自信はありますか」「病気による日常生活への影響が減るように服薬以外のことも実行できる自信はありますか」等6項目を、「0.全く自信がない」～「10.完璧に自信がある」の11件SD法で測定し、平均値を得点とした。得点が高いほど健康問題に対処する自信があることをあらわす。 α 係数は.92～.95であった。

【6】日常生活充実度評価

病ある生活への適応を反映した日常生活満足度を測定するため、「私の日常生活は喜びと満足を与えてくれる」という項目を「0.全くあてはまらない」～「10.非常によくあてはまる」の11件SD法で測定した。得点が高いほど日常生活が充実していると受講者自身が評価していることをあらわす。

【7】受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚 (T2のみで測定)

ワークショップ受講による「病ある生活への向き合い方の変化の知覚」を測定するため、2006年10月にワークショップ受講者30名を対象とした面接調査で「ワークショップ参加を通じて何を得ましたか」という質問の回答より10数項目のアイテムプールを作成し、因子分析等により最終的に5項目を選び、尺度を作成した。

「(受講によって)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くようになった」等5項目5件法で測定し、合計点を得点とした。得点が高いほど受講による病ある生活への向き合い方の肯定的な変化が大きかったことを表す。平均 14.7 ± 3.6 (range 0-20) で、探索的因子分析で1因子性が確認され、 α 係数は.87であった。

【8】受講者の属性

性別、年齢、最終学歴(中学校、高校、専門学校、短大、大学、大学院、その他の7カテゴリ)、婚姻状況(未婚、既婚、離死別)、罹患後経過年数について尋ねた。さらに、全6回あるワークショップへの出席回数を受講名簿より把握した。

【9】受講ワークショップのグループ化

リーダーによるアウトカムへの影響を考慮するため、ワークショップを担当する2人のリーダーのうち開催経験の多い者を基準に、18ワークショップを6グループに分類した。

3. 分析方法と仮説モデル

【1】ヘルスアウトカムの介入前後比較

線形混合モデルにより推定周辺平均を算出し、各時点間のヘルスアウトカムの変化と、各時点における疾患間のヘルスアウトカムの比較に多重比較(Sidak法)を行った。モデルは時点、疾患種別、時点と疾患種別の交互作用項を固定効果とし、受講者個人、受講ワークショップ、受講ワークショップと時点の交互作用項を変量効果とし、年齢、性別、罹患後経過年数、配偶者の有無、学歴を共変量とした。推定には制限つき最尤法を用いた。

【2】検査値の介入前後比較

糖尿病、リウマチ性疾患、循環器疾患・高脂血症については、検査値(HbA1c、空腹時血糖、痛む関節数、ESR値、CRP値、収縮期・拡張期血圧)を自己申告にて尋ねた。その平均値の介入前後比較にあたっては、申告者数が少なかったため、Friedman検定を用いた。

【3】受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚

疾患種別に単純集計を行い、肯定群(感覚がおおいに得られた/得られたとの回答者を「肯定群」、どちらともいえない/どちらかといえば得られなかった/まったく得られなかったを「非肯定群」とした)の割合を算出した。疾患間の肯定群・非肯定群の割合の比較については、データ分布に偏りが見られたため、Kruskal-Wallisの検定を行い、疾患により肯定群・非肯定群の割合に有意差が見られるかを検証した。また4疾患種間での比較には、多重比較(Scheffe法)を行なった。

【4】ヘルスアウトカムの受講前後の変化および受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚の関連メカニズム

経時的反復データにおいて成長変化およびそのメカニズムの解明に有用とされる構造方程式モデルにおける潜在曲線モデルを使用した。その際、病ある生活への向き合い方の変化の知覚5項目に関しては、各項目を観測変数とする潜在変数とした。また、健康問題に対処する自己効力感をはじめとするヘルスアウトカムについてはT1-T3を観測変数として各々2潜在変数(切片・傾き)とした。そのうち、本研究では、ヘルスアウトカムの変化間の関連を検討するために、傾き(以下「変化」)を扱い、切片は各変数の変化間の関係に対する制御変数として用いた。

次に、3部分から成る仮説モデルを設定した(図2)。第1の部分はCDSMP開発過程の仮説¹²⁾に基づく。すなわち、プライマリ・アウトカム「健康問題に対処する自己効力感」の変化から、セルフマネジメント行動「ストレッチ実行度」「症状

への認知的対処実行度」の変化を介して、「痛み」「疲労」という健康状態が変化し³⁶⁾、「健康状態についての悩み」「健康状態の自己評価」の変化が生じる(①)。第2に、「健康問題に対処する自己効力感」の変化から、今回新たに設けた「日常生活充実度評価」の変化へのパスである(②)。第3に、同じく新たに設けた「受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚」が「健康問題に対処する自己効力感」の変化に影響する部分である(③)。

本モデルの検討にあたっては、性別、年齢、教育年数、配偶者の有無、罹患後経過年数、日常生活制限度、疾患種別、受講ワークショップの各変数により制御した。教育年数(最終学歴)は「高校以下群/専門学校以上群」とし、婚姻状況は「配偶者あり群/配偶者なし群」として、罹患後経過年数は対数変換を行った。日常生活制限度についてはT1時のスコアを用い、疾患種別については「糖尿病受講者群/リウマチ性疾患受講者群/循環器疾患・高脂血症受講者群/その他の疾患受講者群」の4群とした。モデルの適合度指標としては $\chi^2/df(<2.0)$ 、CFI(1に近いほど良い)、RMSEA(<.08)を使用した³⁷⁾。以上の統計解析には統計パッケージ SPSS15.0J、Amos7.0を使用した。

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) 1472-(2))。さらに、共同研究者の Fusae Kondo Abbott の所属する大学である Samuel Merritt College の倫理委員会の承認も得ている("Evaluation of Effectiveness and Process of the Chronic Disease Self-Management Program: SMCIRB # 06-001)。

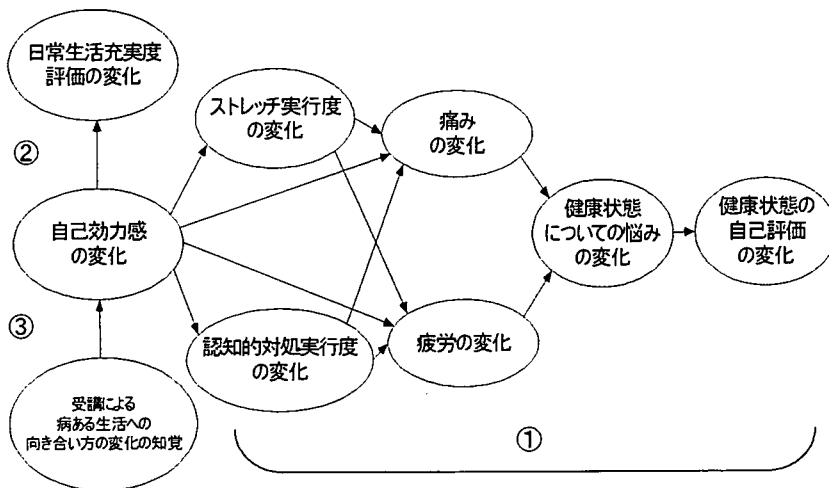


図2 病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムの関連性に関する仮説モデル

注: 誤差変数、制御変数(切片変数、性別、年齢、教育年数、配偶者の有無、罹患後経過年数、日常生活制限度、疾患種別、受講ワークショップ)は省略し、変化(傾き)変数のみを示している

C. 研究結果

1. 対象者の属性 (表 1)

本研究の調査対象とした 18 ワークショップにて研究協力を得られた慢性疾患患者 132 名のうち、初回終了後受講を中止した 4 名を除く 128 名がワークショップを修了した。ワークショップ出席回数は全 6 回中、平均で 5.1 ± 1.2 回であった。ワークショップ修了者のうち、T2 では 110 名 (回収率 85.9%)、T3 では 107 名から (回収率 83.6%) 質問紙を回収した。受講中止の理由は「プログラムが期待していたものと違っていた(3名)」、「仕事の都合で通えなくなった(1名)」であった。

分析対象者の基本属性は、男性 35 名 (27.3%)、女性 93 名 (72.7%)、平均年齢は 46.8 ± 14.2 歳、罹患後経過年数は 13.9 ± 11.4 年であった。対象者の疾患は糖尿病 30 名 (23.4%)、循環器疾患・高脂血症 30 名 (23.4%)、リウマチ性疾患 21 名 (16.4%)、その他の慢性疾患 87 名 (70.0%) で、その内訳は耳鼻科系疾患 14 名・眼科系疾患 8 名・パーキンソン病 6 名・皮膚疾患 6 名・精神疾患 6 名・がん 4 名・喘息 4 名・潰瘍性大腸炎 3 名・多発性硬化症 2 名・筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 2 名などであった (複数回答含)。

表 1. 分析対象者の基本属性 (N=128)

	N	%
性別	男性	35 (27.3)
	女性	93 (72.7)
年齢(歳)	Mean(SD)	46.8 (14.2)
学歴	中学校	9 (7.0)
	高校	23 (18.0)
	短大・専門学校	54 (42.2)
	大学・大学院	42 (32.8)
婚姻状況	未婚	46 (35.9)
	既婚	70 (54.7)
	離死別	12 (9.4)
疾患種別	糖尿病	30 (23.4)
	循環器疾患・高脂血症	30 (23.4)
	リウマチ性疾患	21 (16.4)
	その他の疾患	87 (70.0)
	(複数回答含)	
罹患後経過年数(年) ^{a)}	Mean(SD)	13.9 (11.4)
出席回数(回/全6回)	Mean(SD)	5.1 (1.2)
日常生活制限度 (range0-4)	全体	平均 0.93 ± 1.02
	糖尿病	平均 0.57 ± 0.78
	循環器疾患・高脂血症	平均 1.04 ± 1.09
	リウマチ性疾患	平均 1.62 ± 1.02

2) 疾患種別 (表 3)

(1) T1からT3への変化パターン(表3、図 3)

糖尿病群、リウマチ性疾患群でヘルスアウトカムの有意な肯定的変化がみられた。循環器疾患・高脂血症においてもヘルスアウトカムには変化が見られたが有意ではなかった。

糖尿病群では、健康状態についての悩みが軽減し (T1-T2 間、T1-T3 間、 $p < .01$)、症状への認知的対処実行度 (T1-T2 間、T1-T3 間、 $p < .05$) およびストレッチ実行度が増加した (T1-T2 間 $p < .01$ 、T1-T3 間 $p < .10$)。さらに、自己効力感が有意に向上し (T1-T2 間 $p < .01$ 、T1-T3 間 $p < .05$)、日常生活充実度の改善 (T1-T2 間 $p < .05$) がみられた。

次に、リウマチ性疾患群では、健康状態の自己評価が改善し (T1-T2 間、T1-T3 間、 $p < .01$)、健康状態についての悩みが軽減した (T1-T3 間 $p < .01$)。また、症状への認知的対処の実行度が増加し (T1-T2 間、T1-T3 間、 $p < .01$)、生活の評価の改善 (T1-T2 間 $p < .05$) がみられた。

医学指標については表 3 に示したとおり、リウマチ性疾患の指標 CRP でのみ有意な低下があったが、その他に有意な変化はみられなかった。

(2) 各時点のヘルスアウトカムの平均値の疾患間比較(表 3)

T1 では、リウマチ性疾患群と他 2 疾患群との違いが見られた。すなわち、健康状態の自己評価において、リウマチ性疾患群が他 2 疾患群より有意に低く ($p < .05$)、痛みにおいて、リウマチ性疾患群が糖尿病群より有意に高かった ($p < .05$)。

T2 では、循環器疾患・高脂血症群と他 2 疾患群との違いが広がる傾向がみられた。すなわち、健康状態についての悩みにおいて、循環器疾患・高脂血症群で糖尿病群より有意に多く ($p < .05$)、ストレッチ実行度においても循環器疾患・高脂血症群で糖尿病群よりも有意に少なくなっていた ($p < .05$)。さらに、症状への認知的対処実行度においては、

a) 複数疾患を持つ者は最も長い疾患の年数を罹患後経過年数とした
疾患の割合については全体を 100 とした場合である
糖尿病と循環器疾患・高脂血症を合併している者 8 名を含む
リウマチ性疾患と循環器疾患・高脂血症を合併している者 2 名を含む
b) $p < .001$ (一元配置分散分析と Tukey 法による多重比較)

表2.ヘルスアウトカムの経時的変化(N=128)

	range		ベースライン (T1)	3ヶ月後 (T2)	6ヶ月後 (T3)	p ^{a),b)}
【健康状態】						
健康状態の自己評価	1-5 ; ↑ = better	推定平均	2.48	3.02	3.06	1-2*,1-3*
		標準誤差	0.13	0.13	0.14	
健康状態についての悩み	0-5 ; ↓ = better	推定平均	2.17	1.73	1.57	1-2*,1-3**
		標準誤差	0.13	0.13	0.13	
疲労	0-10 ; ↓ = better	推定平均	5.40	5.54	5.17	n.s
		標準誤差	0.25	0.27	0.27	
痛み	0-10 ; ↓ = better	推定平均	3.57	3.82	3.51	n.s
		標準誤差	0.43	0.44	0.44	
【セルフマネジメント行動】						
症状への認知的対処 実行度	0-5 ; ↑ = better	推定平均	1.28	1.65	1.68	1-2***,1-3***
		標準誤差	0.09	0.10	0.10	
ストレッチ 実行度	0-4 ; ↑ = better	推定平均	0.92	1.23	1.19	n.s
		標準誤差	0.13	0.14	0.14	
【健康問題に対処する自己効力感】						
	0-10 ; ↑ = better	推定平均	5.45	5.81	6.05	1-3*
		標準誤差	0.21	0.22	0.22	
【日常生活充実度評価】						
	0-10 ; ↑ = better	推定平均	5.56	6.63	6.40	1-2*,1-3†
		標準誤差	0.26	0.27	0.27	

a)†:p<0.10,*:p<0.05,**:p<0.01,***:p<0.001
b)周辺推定平均に基づく多重比較(Sidak)

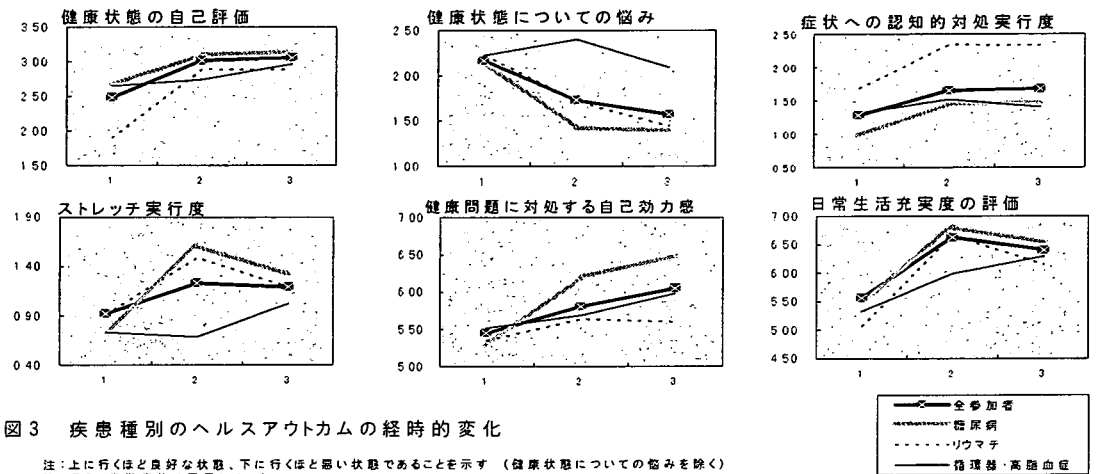


図3 疾患種別のヘルスアウトカムの経時的変化

注:上に行くほど良好な状態,下に行くほど悪い状態であることを示す(健康状態についての悩みを除く)
注:痛み・疲労症状は図示していない

表3.疾患種別に見たアウトカムの経時的変化^{a)}(N=72)

	A糖尿病(N=30)				Bリウマチ性疾患(N=21)				C循環器疾患・高脂血症(N=21)				疾患間比較			
	T1	T2	T3	p ^{b,c)}	T1	T2	T3	p	T1	T2	T3	p	T1	T2	T3	
【健康状態】																
健康状態の自己評価	推定平均	2.67	3.10	3.14	ns	1.89	2.89	2.88	1-2**1-3**	2.65	2.74	2.96	ns	A-B*B-C*	ns	ns
	標準誤差	0.18	0.18	0.21		0.21	0.22	0.22		0.22	0.23	0.24				
健康状態についての悩み	推定平均	2.16	1.42	1.39	1-2**1-3**	2.23	1.72	1.44	1-3**	2.22	2.40	2.09	ns	ns	A-C*	ns
	標準誤差	0.23	0.23	0.25		0.27	0.28	0.27		0.29	0.30	0.30				
疲労	推定平均	5.13	4.74	4.50	ns	5.90	5.70	5.24	ns	5.58	6.44	5.08	ns	ns	A-C†	ns
	標準誤差	0.44	0.45	0.48		0.53	0.54	0.53		0.55	0.60	0.60				
痛み	推定平均	2.88	3.43	3.25	ns	5.18	5.15	4.70	ns	3.21	3.53	3.21	ns	A-B*B-C†	ns	ns
	標準誤差	0.74	0.74	0.77		0.82	0.84	0.82		0.84	0.89	0.89				
【セルフマネジメント行動】																
症状への認知的対処 実行度	推定平均	0.98	1.46	1.47	1-2*1-3*	1.68	2.33	2.32	1-2**1-3**	1.32	1.53	1.40	ns	ns	B-C*	B-C**
	標準誤差	0.18	0.18	0.19		0.21	0.22	0.21		0.22	0.23	0.23				
ストレッチ 実行度	推定平均	0.74	1.61	1.32	1-2**1-3†	0.91	1.48	1.19	ns	0.73	0.69	1.02	ns	ns	A-C*	ns
	標準誤差	0.21	0.22	0.23		0.25	0.26	0.25		0.26	0.29	0.29				
【健康問題に対処する自己効力感】																
	推定平均	5.28	6.21	6.49	1-2†,1-3*	5.34	5.64	5.60	ns	5.52	5.69	5.98	ns	ns	ns	ns
	標準誤差	0.40	0.41	0.44		0.48	0.49	0.48		0.50	0.54	0.54				
【日常生活充実度評価】																
	推定平均	5.51	6.80	6.55	1-2*	5.06	6.66	6.15	1-2*	5.33	5.99	6.30	ns	ns	ns	ns
	標準誤差	0.51	0.51	0.54		0.60	0.61	0.60		0.62	0.65	0.65				

【医学的状態】 ^{d)}	HbA1c(%)	痛風発作の回数(ヶ所)	収縮期血圧(mmHg)
	7.6±1.4 7.1±1.1 7.2±1.3 N=17, p=0.230	9.3±5.2 11.4±9.2 11.6±10.5 N=8, p=0.840	139.3±11.8 134.6±10.1 131.6±7.6 N=8, p=0.275
		CRP(mg/d)	拡張期血圧(mmHg)
		1.4±0.5 0.8±0.5 0.7±0.6 N=5, p=0.015	82.3±7.7 79.4±2.9 80.0±5.8 N=8, p=0.618
		ESR(mm)	
		38.3±33.05 24.5±16.5 24.5±15.0 N=4, p=0.257	

a)時点,疾患種別,時点と疾患種別の交互作用項を固定効果とし,受試者個人,受講ワークショップ,受講ワークショップの時点の交互作用項を変量効果とし,年齢,性別,罹患後経過年数,配偶者の有無,学歴を共変量とした
b)†:p<0.10,*:p<0.05,**:p<0.01,***:p<0.001
c)周辺推定平均に基づく多重比較(Sidak)
d)Nは自己申告をした者の数を示し,Friedman検定を行った

3. 受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚
—全受講者と疾患種別—(表4)

ワークショップ受講を通じ8割を超える受講者が「少しずつよい、無理しなくてよい」という感覚を得ていた(感覚が得られた・おおいに得られたとの回答者を合わせて以下、肯定群と呼ぶ)。さらに、7割が「仲間と出会った心強さを得た」「気持ちが楽になった」「物事を冷静に受け止められるようになった」「できないことよりできることに目が向くようになった」「何事に対しても良い方向に考えるようになった」と回答した。

これを疾患種別に見ると、リウマチ性疾患群、その他の疾患群で、変化を知覚した肯定群の割合が全受講者の平均よりも高かった。しかし、肯定群・非肯定群の割合に有意差は見られなかった。なお、「物事をある程度冷静に受け止められるという感覚は」の設問では、糖尿病とその他の疾患を比較した場合、その他の疾患で肯定群の割合が有意に高い傾向(p<.10)が見られた。

4. 病ある生活への向き合い方の変化とヘルスアウトカムの変化との関連(図4)

仮説モデルについて分析したが適合度不良のため(RMSEA>.08, $\chi^2/df>2.0$)、修正指標とWald検定を参考にモデルを修正した。最終モデルは図4で、パス係数は統計的に有意だったものである(制御変数の属性・疾患種別は省略)。モデル全体の適合度指標はCFI=.875、RMSEA=.059、 $\chi^2/df=1.449$ であった。

まず、健康問題に対処する自己効力感の変化がそれ以外のヘルスアウトカムの変化に高い関連を示し、健康状態の自己評価とは直接効果もみられた。健康問題に対処する自己効力感から痛みには直接の関連性は見られず、セルフマネジメント行動から疲労、痛みへの関連性もみられなかった。

また、受講による病ある生活への向き合い方の変化から健康問題に対処する自己効力感の変化へのパス係数は.23(p=.048)で、受講による病ある生活への向き合い方の変化が大きいほど、健康問題に対処する自己効力感が向上することが示された。

以上より、健康問題に対処する自己効力感の向上に伴い、それ以外のヘルスアウトカムが変化する関係に、受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚が介在していることが示された。

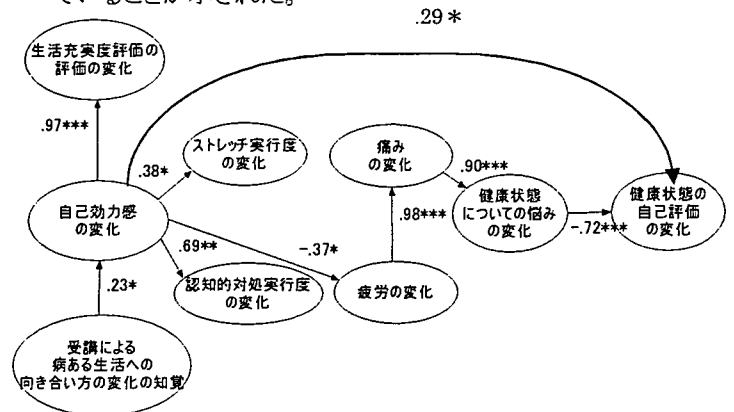


図4 病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムの関連性に関する修正モデル
注1: 誤差変数、制御変数(切片変数、性、年齢、教育年数、配偶者の有無、経過年数、日常生活制限、疾患(糖尿病、リウマチ、循環器疾患・高脂血症)、ワークショップ)は省略し、変化(傾き)変数のみを示している
注2: 数字は標準化パス係数、*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表4. 病ある生活への向き合い方の変化の知覚に関する全受講者・疾患種別の肯定群^{a)}の割合の比較 (全受講者N=110^{b)})

	物事をある程度冷静に受け止められるという感覚は		気持ちが楽になったという感覚は		少しずつよい、無理しなくてよいという感覚は		他人の助けになっているという感覚は		仲間と出会った心強さを得た		
	肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群	
全受講者											
非肯定群	減った/全く得られなかった	1 (0.9)	2 (2.0)	2 (1.8)	3 (2.8)	2 (1.8)					
	どちらかといえば減った/得られなかった	2 (1.8)	4 (4.1)	2 (1.8)	6 (5.5)	4 (3.6)					
肯定群	どちらともいえない	30 (27.3)	25 (21.4)	16 (14.5)	49 (45.0)	19 (17.3)					
	どちらかといえば増えた/得られた	49 (44.5)	41 (37.8)	44 (40.0)	36 (33.0)	37 (33.6)					
	増えた/大いに得られた	28 (25.5)	38 (34.7)	46 (41.8)	15 (13.8)	48 (43.6)					
全参加者(N=110)											
		77 (70.6)	32 (29.4)	79 (71.8)	31 (28.2)	90 (81.8)	20 (18.2)	41 (37.6)	58 (62.4)	85 (77.3)	25 (22.7)
疾患種別											
		肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群	肯定群	非肯定群
糖尿病(N=29 ^{c)})		17 (58.6)	12 (41.4)	20 (69.0)	9 (31.0)	22 (75.9)	7 (24.1)	11 (37.9)	18 (62.1)	22 (75.9)	7 (24.1)
リウマチ性疾患(N=20 ^{d)})		17 (85.0)	3 (15.0)	17 (85.0)	3 (15.0)	19 (95.0)	1 (5.0)	12 (60.0)	8 (40.0)	17 (85.0)	3 (15.0)
循環器疾患・高脂血症(N=16 ^{e)})		9 (56.3)	7 (43.8)	8 (50.0)	8 (50.0)	10 (62.5)	6 (37.5)	8 (50.0)	8 (50.0)	11 (68.8)	5 (31.3)
その他 ^{f)} (N=45)		34 (75.6)	11 (24.4)	34 (75.6)	11 (24.4)	39 (86.7)	6 (13.3)	20 (45.5)	24 (54.5)	35 (77.8)	10 (22.2)
	p ^{g)}	糖尿病-その他 †		n.s		n.s		n.s		n.s	

a) 『肯定群』とは「どちらかといえば増えた/得られた」「増えた/大いに得られた」と回答した者を指す
b) T1における128人のうち、T2を回答したのは全体では110人、疾患種別では糖尿病29人、リウマチ性疾患20人、循環器疾患・高脂血症16人、その他45人だった
c) 糖尿病と循環器疾患・高脂血症を合併する8名を含む
d) リウマチ性疾患と循環器疾患・高脂血症を合併する2名を含む
e) 糖尿病・リウマチ性疾患・循環器疾患・高脂血症いずれも有しない者を含む
f) Kruskal-Wallis検定、多重比較(Scheffe法)
g) †: p<0.10, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

D. 考察

1. 全受講者におけるヘルスアウトカムの受講前後の変化について

まず、スタンフォード大学で用意された7指標のヘルスアウトカムのうち、健康状態の自己評価⁴⁾³¹⁾³³⁾³⁷⁾³⁸⁾、健康状態についての悩み⁴⁾³¹⁾³⁷⁾³⁸⁾、症状への認知的対処実行度³³⁾³⁷⁾³⁸⁾、健康問題に対処する自己効力感¹³⁾²⁹⁾³²⁾³³⁾³⁴⁾³⁸⁾の4指標で受講前後の改善・向上が見られた。これは多くの先行研究と一致する結果といえる。

なかでも、CDSMPの主たる目的とされている健康問題に対処する自己効力感について、本研究でもT1-T3間で有意な向上が認められた。また、健康状態の自己評価や健康状態についての悩みに関し、T2とT3の値がほぼ同じ水準であり、3ヵ月後の効果は6ヵ月後も継続されていると考えられた。これらより、日本においてもCDSMPの有効性が初めて示唆された。

一方、疲労や痛みについては改善がみとめられなかった。よって、本研究におけるCDSMPは健康の認知的、行動的側面に影響を及ぼしたものの、症状等の身体的側面の改善までには至らなかったものと思われた。

このような改善傾向が認められないヘルスアウトカムについては疾患種別の分析ともあわせながら検討する必要があると考えられた。特に運動に関しては、先行研究³¹⁾と比較すると、運動の頻度も介入前後の変化も共に少ない。文化差や対象者の属性(年齢、疾患等)の違いも考慮しながら引き続き検討する必要がある。

さらに、従来のCDSMP評価研究では検討されなかった「日常生活充実度評価」も受講前後で向上する傾向にあり、これは、受講による病ある生活への変化の知覚の結果と合わせると、ワークショップ受講によって喜びと満足を与えてくれる日常生活が回復し、日常生活自体の質的な変化が生じることが示唆された。

2. 受講による病ある生活への向き合い方の変化について

同様に、本研究で設けた病ある生活への向き合い方の肯定的変化の知覚を7~8割の受講者が経験していたことから、自分らしい病ある生活・人生を送れるようになる¹³⁾というCDSMPの狙いが実現されつつあることが示唆された。これらの肯定的変化の知覚は、CDSMPのワークショップでの患者仲間との出会い、ディスカッション等での経験の共有というセルフヘルプ⁴⁰⁾⁴¹⁾⁴²⁾⁴³⁾に類似した特徴や、受講者同士の観察学習(社会的学習理論)などが強く作用した結果、得られたと考えられた。

すなわち、同じく病気を持つ人から情報や励まし・助言をもらうことで、病気のある自分を受け入れられるようになる面もあると指摘されている⁴⁴⁾ように、今回も同じ境遇にある人と話し合うことで気持ちが楽になったり、仲間と出会った心強さを得られたと考えられた。医療従事者からの知的サポート、家族・友人のサポートに限らず、患者仲間からの情緒的サポートが重要であることが明らかになった。

慢性疾患患者にとっては、病気とともに生きていくこと

が食事療法や運動療法、薬物療法のほかに、重要な課題として大きな位置を占めているものと考えられた。CDSMPでは、病ある他者との交流等を通し、その側面へのアプローチも行なわれたと考えられた。今後は、その内容をより具体的に明らかにしていく必要がある。

3. 疾患種別にみたヘルスアウトカムの受講前後の変化と受講による病ある生活への向き合い方の変化について

糖尿病受講者の特徴は、健康状態についての悩みの改善が顕著であった点、健康問題に対処する自己効力感の向上が有意であった点のほか、3疾患群の中で最も多くのヘルスアウトカムにおいて、受講前後の肯定的な変化が認められた点、有意ではないもののHbA1c値の改善もみられた点があげられる。CDSMPが糖尿病患者に非常に適合的なプログラムであることが示唆された。糖尿病の場合、初期には特に目立った自覚症状がなく疾病の重大性の認識には結びつきにくいという特性から自己管理の動機付けが難しいといわれているが⁴⁵⁾受講によってその動機付けが行なわれたと考えられた。また、治療の大部分が患者自身の自己管理に依存するために、患者自身の果たさねばならない役割が非常に大きいことから、今後の自己管理支援のあり方のひとつとして有用であると考えられた。

一方、リウマチ性疾患受講者の特徴は、症状への認知的対処実行度および健康状態の自己評価と健康状態についての悩みについて最も著しく改善した点、T1の痛みが極めて強く、健康状態の自己評価も最も低くなっていた点にある。他の研究でも疾患種別の検討は行われており、例えば、慢性疾患患者における平均自己効力感得点の比較⁴⁶⁾⁴⁷⁾では、自己免疫疾患では、総得点では1ポイント、下位尺度のひとつ「健康の統制感」では2ポイント低く、「対処の積極性」では2ポイント高かったとの報告がある。ここでは、高血圧や糖尿病では食事や運動習慣を改善するなどの自己管理行動を行うことで、疾患のコントロールが可能であるのに対し、自己免疫疾患では、療養法を遵守していても再燃を防止できないという体調管理の難しさがあり、様々な対処を試みても成功体験に結びつきにくいことが自己効力感を弱めていると考察されているが、今回も同様と考えられた。

循環器疾患・高脂血症の受講者では、ヘルスアウトカムの受講前後での肯定的変化が認められたが、有意ではなかった。また、病ある生活への向き合い方の変化の知覚の肯定群が50%~60%にとどまった。

さらに、今回取り上げた3疾患以外の「その他の疾患」を持つ受講者にも病ある生活への向き合い方の変化の知覚が高い割合で見られた。「その他の疾患」には、例えば、多発性硬化症や網膜色素変性症などが含まれ、このような患者数の少ない疾患はセルフヘルプグループや患者会などが極めて少なく、患者同士が知り合う機会も少ない⁴⁸⁾が、CDSMPがこうした希少疾患患者同士が集い、自己管理を学ぶ場を提供する点で有用であることが示唆された。CDSMPの意義についてLorigも同様の指摘をしている²³⁾。

このように疾患種別に見た結果、CDSMPがリウマチ性疾患患者と糖尿病患者には適格的であることが示唆される一方で、循環器・高脂血症患者には、プログラム自体の改善が必要である可能性や、更に分析を重ねる必要があることも明らかになった。

4. 受講による病ある生活への向き合い方の変化とヘルスアウトカムの関連性について

第1に、健康問題に対処する自己効力感の向上が、それ以外のヘルスアウトカムの肯定的変化、すなわち症状への認知的対処実行度やストレッチ実行度の改善、疲労・痛み、健康状態についての悩みの減少、健康状態の自己評価の改善につながるという関連性が示唆された。これについては、そもそも CDSMP が自己効力感理論^{26)27) 28)}をベースに開発されている¹²⁾ことから、自己効力感の向上に鍵があるとすると CDSMP のねらい通りの結果が日本でも得られたことを意味すると考えられた。

第2に、日本で初めて設けた受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚が健康問題に対処する自己効力感の向上に介在するという関連性が示唆された。この点については、自己効力感理論では目標達成を通して自己効力感が高まると説明されており^{26)27) 28)}、今回、8割を超える受講者が CDSMP 受講により「少しずつよい、無理しなくてよい」と知覚したことから、受講後、目標達成のために少しずつ行動・努力するようになり、健康問題に対処する自己効力感の向上が促進されたと考えられた。これにより、従来の CDSMP 評価研究ではあまり言及されなかった健康問題に対処する自己効力感の向上する要因のひとつとして、病ある生活への向き合い方の肯定的変化の知覚があることが、本研究で初めて明らかになった。

5. 本研究の意義と限界、今後の展望

本研究の限界として、前後比較デザインによるアウトカム評価であり、対照群を設けていないことがあげられる。これは、CDSMPの導入期であり、内容の変更が予想されたこと⁴⁹⁾、および対象者のリクルートが困難であったことによるものである。今後は受講者の増加が見込まれることから、対照群を設けた研究を予定している。

次に、研究対象者に関する限界として、リクルーティングの多くにリーダーによる機縁法を用いた点、受講希望者のみを対象とした点から、本研究の結果の一般化には注意を要する。

また、今回はプログラム開始後6ヶ月までの追跡調査であったが、CDSMP受講による変化の持続性の検討という観点からは、より長期の追跡が必要であり、現在、プログラム開始後1年後追跡調査が進行中である。

以上のような限界はあるものの、2005年の導入以来、日本版CDSMPの初めてのアウトカム評価にあたる本研究は、日本におけるCDSMPの有効性に関する初めてのエビデンスを提示し、疾患種別の検討で疾患により効果が異なることを明らかにし、今後のプログラムの普及およ

び慢性疾患患者の自己管理支援方策のあり方について、一定の寄与をしたと考えられる。

そして、前後比較デザインゆえの限界については、ヘルスアウトカムの受講前後(T1-T3)の変化に、受講による変化の知覚(T2)を組み込んだ潜在曲線モデルで検討したことにより、受講が関与する可能性を示唆することができた。

また、CDSMP受講による病ある生活への向き合い方の肯定的変化と日常生活の充実というライフ次元へのCDSMPの効果を明らかにし、CDSMP研究に新しい視点を投じた点で、意義あるものと考えられる。

E. 結論

1. CDSMP 受講前後で、健康問題に対処する自己効力感、健康状態の自己評価、症状への認知的対処実行度、健康状態についての悩み、日常生活充実度評価といった多くの指標で肯定的な変化が認められた。
2. 糖尿病・リウマチ性疾患受講者で、CDSMP 受講前後の肯定的変化がより顕著にみられることが明らかになった。
3. CDSMP 受講によって、病ある生活への向き合い方の変化の知覚が得られ、それに伴い、健康問題に対処する自己効力感が向上し、ヘルスアウトカムの肯定的変化も促進される可能性が示された。
4. CDSMP 受講が受講者の生活レベルでの肯定的変化をもたらし、自分らしい生活・人生を送ることに寄与している可能性が明らかになった。

《付録 1》

あわせて以下の変数についても調査・分析を行った。

1. 分析に用いた変数

[1] ストレス対処能力 (SOC; Sense Of Coherence)

SOCは、ストレスラーに対処するための個人的能力である。AntonovskyによるSOC29項目版を元に開発された、日本語3項目版のSOC3-UTHS (University of Tokyo Health Sociology version of the SOC3 scale)の日本語表記修正前版を使用した。

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、以下の3項目、「私は、日常生活で直面する困難や問題の解決方法を見つけることができる」、「日常生活で直面する困難や問題のいくつかは向き合い取り組むに値する、と私は思える」、「私は、日常生活で生じる困難や問題を理解したり予測したりできる」を、「0.全くあてはまらない」～「10.非常によくあてはまる」のSD11件法で尋ねた。スコアは、3項目の合計点とした (range=0~30)。得点が高いほどSOCが高く、ストレス対処能力が高い状態を示している。

[2] 精神健康 (HADS; Hospital Anxiety and Depression Scale)

受講者の精神健康についての項目が十分でないと考えられたため補った。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。過去1週間の心の状態につき、抑うつと不安について各7項目、計14項目4件法 (range=0~42)から構成され、得点が高いほど抑うつ・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。

[3] 日常動作困難度 (MHAQ; Modified Health Assessment Questionnaire)

日常生活動作にどの程度支障があるかを測定するためにMHAQを用いた。「自分で身支度ができますか?」「就寝・起床の動作ができますか?」などの8項目につき、「0.何の困難もない」～「3.できない」のSD4件法で尋ねた。8項目の平均点を得点とした (range=0~3)。得点が高いほど、日常動作が困難であることを示している。

[4] 医療機関利用頻度

T1では過去6ヶ月間の、T2、T3では過去3ヶ月間での外来受診回数、救急外来の利用回数、入院回数、入院通算日数 (単位は泊)について尋ねた。

2. 分析方法

(1) HADS, MHAQ, SOC

SOCとHADSは、それぞれ項目得点を加算、MHAQは得点の平均を算出した上で、線形混合モデルにより推定周辺平均を算出し、各時点間の比較に多重比較 (Sidak法)を行った。モ

デルは時点、疾患種別、時点と疾患種別の交互作用項を固定効果とし、受講者個人、受講ワークショップ、受講ワークショップと時点の交互作用項を変量効果とし、年齢、性別、罹患後経過年数、配偶者の有無、学歴を共変量とした。推定には制限つき最尤法を用いた。

(2) 医療機関利用頻度

医療機関利用の設定では、T1では過去6ヶ月間、T2、T3では過去3ヶ月間での回数を尋ねたため、T2とT3を合算した数を受講後6ヶ月間の医療機関利用頻度とし、受講を挟んで前後6ヶ月間の医療機関利用頻度を比較した。データの分布に偏りが見られたため、Wilcoxonの符号付き順位検定を行った。

3. 結果および考察

(1) HADS, MHAQ, SOC (表5)

SOCではT1・T2間で有意な改善 ($p < .05$) およびT1・T3間で有意傾向 ($p < .10$) にあったが、その他の指標には有意な変化は見られなかった。HADSは時間の経過とともに改善する傾向が見られた。

表5 HADS, MHAQ, SOCの経時的変化(N=128)

	range		ベースライン (T1)	3ヶ月後 (T2)	6ヶ月後 (T3)	$p^{a,b)}$
SOC	0-30; ↑=better	推定平均	18.31	20.31	19.30	1-2*, 1-3†
		標準偏差	0.65	0.69	0.69	
HADS	0-42; ↓=better	推定平均	14.48	13.65	13.06	n.s
		標準偏差	0.71	0.74	0.74	
MHAQ	0-3; ↓=better	推定平均	0.29	0.30	0.33	n.s
		標準偏差	0.05	0.06	0.06	

a)†: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

b) 周辺推定平均に基づく多重比較 (Sidak)

(2) 医療機関利用頻度 (表6)

医療機関利用頻度には、いずれも有意な変化 ($p < .10$) は見られなかった。しかし、外来受診回数を除く3指標では、有意ではないものの利用回数の減少傾向が見られた。利用回数の単純な増減が良好な結果 (医療機関の適正利用) を意味するかどうかは、質問項目の充実により改めて検証することが望ましいと考えられる。

表6 医療機関利用頻度の受講前後比較 (N=128)

		受講前6ヶ月間	受講後6ヶ月間	$p^{a,b)}$
外来受診 (回)	平均	8.94	9.12	0.83 (n.s)
	標準偏差	11.66	18.41	
救急外来 (回)	平均	0.14	0.11	0.20 (n.s)
	標準偏差	0.43	0.39	
入院回数 (回)	平均	0.26	0.12	0.22 (n.s)
	標準偏差	0.56	0.38	
入院通算日数 (泊)	平均	5.13	2.21	0.15 (n.s)
	標準偏差	15.60	10.67	

a)†: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

b) Wilcoxonの符号付き順位検定

c) 受講前6ヶ月間についてはT1で尋ね、受講後6ヶ月間はT2とT3のデータを合計した

《付録 2》

日本における慢性疾患セルフマネジメントプログラム参加者の受講による知覚された肯定的変化

～自由記述の分析を中心に～

立岩 穰一(東京大学医学部健康科学・看護学学科)

指導教員:山崎喜比古

1. 研究方法

参加者 30 名を対象にした面接調査から作成された変化の知覚 7 項目を「0.全く得られなかった」～「4. おおいに得られた」の 5 件法で尋ねた。また、7 項目のほかに「そのほかにワークショップに参加して肯定的に評価できる変化や得たものがありましたら、ぜひ教えてください」という質問を設け、自由記述で回答を依頼した。

2. 結果および考察

変化の知覚 7 項目に対する回答者の度数分布は表 7 のとおりだった。「気持ちが楽になった感覚」など 6 つの変化の知覚に対し、「どちらかといえば得られた／おおいに得られた」と回答した者が約 80%であった。事前の面接調査から作成された変化の知覚(7 項目)を多くの参加者が得られたと回答し、これまで明らかにされてこなかった CDSMP の受講前後の変化が量的に確認された。

さらに、自由記述は 4 領域とその下位 12 項目に分類された(表 8)。従来の指標、変化の知覚(7 項目)では明らかにされてこなかった仲間・家族・同僚との変化が明らかになった。

表 7 変化の知覚 7 項目に対する回答者の度数分布 (n=59)

		全く得られ なかった	どちらかとい えぼ得られな かった	どちらとも いえない	どちらかとい えぼ得られた	大いに 得られた
気持ちが楽になった感覚	n(%)	0(0)	1(1.7)	10(17)	21(36)	27(46)
少しずつよい、無理しなくて良いという感覚	n(%)	1(1.7)	1(1.7)	7(12)	20(34)	30(58)
物事がある程度冷静に受け止められるという感覚	n(%)	0(0)	1(1.7)	12(20)	28(48)	18(31)
他人の助けになっているという感覚	n(%)	1(1.7)	1(1.7)	21(37)	24(42)	10(18)
仲間と出会えたことによる心強さ	n(%)	0(0)	0(0)	9(15)	18(31)	32(54)
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	n(%)	1(1.7)	2(3.4)	8(14)	25(42)	23(39)
何事に対しても	n(%)	0(0)	1(1.7)	10(17)	22(37)	26(44)

注: 欠損値を除いたため、各度数の合計は異なる

表 8 変化の知覚における自由記述

領域	項目	n
I. 病と共に生きる術の習得と実践	①目標を立てた、達成した	11
	②運動、健康的な食事、リラクゼーションをするようになった、服薬を守るようになった	10
	③働くようになった	4
II. 病ある生活への向き合い方の変化	①気持ちが楽になった	6
	②少しずつよい、無理しなくてよいと思えるようになった	6
	③できないことより、できることに目が向くようになった	13
	④物事を前向きに考えるようになった	5
	⑤病を受け入れられるようになった	6
III. 仲間、家族、同僚との関係の変化	①仲間と出会えてよかった	8
	②他人のために何かをして喜んでもらった	2
	③人への接し方が優しくなった、気持ちをうまく伝えられるようになった	6
IV. ワークショップへの提言		4

F. 研究発表

- 論文発表: 既発表のものはなし
- 学会発表:
日本保健医療社会学会(2007年5月新潟市)
日本健康教育学会(2007年7月大阪市)
日本公衆衛生学会(2007年10月松山市)

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 特許取得: なし
- 実用新案登録: なし
- その他: なし

H. 引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会. 国民衛生の動向・厚生指標臨時増刊54(9) :財団法人厚生統計協会. 2007.
- 2) アイリーン・モロフ・ラブキン, パメラ D. ラーセン, 黒江ゆり子監訳. クロニック illness 人と病いの新たなかかわり : 医学書院, 2007.
- 3) 三谷佳子, 野島一彦. 慢性疾患患者の自己管理のとりえ方に関する研究—糖尿病患者に焦点を当てて. *Kushu University Psychological Research* 2001; 2: 91-8.
- 4) Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Effective Clinical Practice* 2001; 4(6): 256-62.
- 5) 藤田 藤. 慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践(その2)—ストレッサーとしての慢性疾患. *関西学院大学社会学部紀要*2000; 88: 73-9.
- 6) Murphy RF, 辻信一訳. ボディサイレント: 病いと障害の人類学. 新書書房, 1997.
- 7) 橋本敏恵, 山崎喜比古. 慢性の病いが個人誌に与える影響 病いの経験に関する文献的検討から. *保健医療社会学論集* 2002; 13(1): 1-11.
- 8) Crossley M. 'Sick Role' or 'Empowerment'? The Ambiguities of Life with an HIV Positive Diagnosis. *Sociology of Health & Illness* 1998; 20(4) : 507-31.
- 9) Lawton J. Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of Health & Illness* 2003; 25: 23-40.
- 10) Schreurs KMG, Colland VT, Kuijter RG, de Ridder DTD, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Education & Counseling* 2003; 51:133-41.
- 11) Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education & Counseling* 2002; 48(2):177-87.
- 12) Lorig K, Stewart A, Ritter P, Gonzalez V, Laurent D, Lynch J. Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks, SAGE Publications: 1996.
- 13) Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown BW, Bandura A, Ritter P, Gonzalez V, Laurent D, Holman H. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial. *Medical Care*1999;37(1): 5-14.
- 14) Stanford H.P.
- 15) Lorig K, Gonzalez V, Laurent D, 日本慢性疾患セルフマネジメント協会訳. 慢性疾患のセルフマネジメントプログラムワークショップリーダー用マニュアル: 日本慢性疾患セルフマネジメント協会, 2005.
- 16) Kate Lorig, 近藤房恵訳. 慢性疾患自己管理ガイダンス—患者のポジティブライフを援助する: 日本看護協会出版会, 2001.
- 17) 米倉佑貴, 慢性疾患自己管理プログラム(CDSMP)の日本への導入とプロセス評価. 平成18年度修士論文集 2007: 東京大学大学院医学系研究科健康科学看護学専攻:105-12.
- 18) Lorig K, Gonzalez V, Laurent D. Chronic disease self-management leader's manual. Palo Alto: Stanford Patient Education Center, 1993.
- 19) Lorig K, Feigenbaum P, Regan C, Ung E, Chastain RL, Holman H. A comparison of lay-taught and professional-taught arthritis self-management courses. *The Journal of Rheumatology* 1986; 13(4): 763-7.
- 20) Sobel D, Lorig K, Hobbs M. Chronic disease self-management program: From development to dissemination. *The Permanente Journal* 2002; 6(2): 15-22.
- 21) Clare B, Jean H. Lay educators in asthma self management: Reflections on their training and experiences. *Patient Education & Counseling* 2007; 68:131-8.
- 22) Fu D, Ding Y, McGowan P, Fu H. Qualitative evaluation of chronic disease self management program(CDSMP) in Shanghai. *Patient Education & Counseling* 2006; 61(3): 389-96.
- 23) Lorig K, Ritter PL, Plant K. A disease-specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. *Arthritis Care Research* 2005;53:950-7
- 24) Alfred H, Katz Hannah L. Therese Goodrich ,Austin H. Kutscher. Self-Help: Concepts and applications. PA:The Charles Press, 1992.
- 25) The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. Department of Health. 2001.
- 26) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2): 191-215.
- 27) アルバート・バンデューラ, 本明寛, 野口京子 監訳. 激動社会の中の自己効力: 金子書房, 1997.
- 28) Jensen M, Turner J, Romano J. Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain* 1991; 44(3): 263-9.
- 29) Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, Gardner C, Gately C, Rogers. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*2007; 61(3): 254 - 61.
- 30) Lorig K, Laurent D, Deyo RA, Marnell M, Minor M. Can a back pain e-mail discussion group improve health status and lower health care costs? A randomized study. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162: 792-6.
- 31) Von Korff M, Moore JC, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, González VM, Laurent D, Rutter C, and Comite F. A randomized trial of a lay-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *SPINE* 1999; 23(23):2608-15
- 32) Swerissen H, Belfrage J. A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Education and Counseling*2006; 64: 360-368.
- 33) Fu D, Fu H, McGowan P, Shen Y, Zhu L, Yang H, Mao J, Zhu S, Ding Y, Wei Z. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: Randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*2003; 81(3):174-82.
- 34) Lorig K, González VM, and Ritter P. Community-based Spanish language arthritis education program: a randomized trial. *Medical Care* 1999; 37(9): 957-63.
- 35) Chris Griffiths. How effective are lay led self management programs for patients with chronic conditions? *BMJ*2007;334:1254-6
- 36) Frenzel A, Schilkowsky G, Esser G. The management of chronic tinnitus-comparison of a cognitive-behavioural group training with yoga. *Journal of Psychosomatic Research*1995; 39(2): 153-65.
- 37) Arbuckle JL, Wothke W. AMOS7.0 User's Guide. Chicago: Small Waters Corporation.2007.
- 38) Lorig K. Outcomes of Border Health Spanish/English Chronic Disease Self-management Programs. *Diabetes Educator* 2005 ;31(3):401-9
- 39) Barlow J, Turner A, Feder G. Expert Bangladeshi patients Randomised controlled trial of a lay-led self management programme for Bangladeshis with chronic disease, *British Journal of General Practice*2005, 831-7.
- 40) Stewart M. Expanding theoretical conceptualizations of self-help groups. *Social Science & Medicine* 1990; 31(9): 1057-66.
- 41) Dibb B, Yardley L. How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine*2006; 63(6): 1602-13.
- 42) 谷本千恵. セルフヘルプ・グループ(SHG)の概念と援助効果に関する文献検討 看護職はSHGとどう関わるか. *石川看護雑誌*2004;1: 57-64.
- 43) 久保絃章, 石川到覚. セルフヘルプ・グループの理論と展開—我が国の実践をふまえて. 中央法規出版株式会社, 1998.
- 44) Carolyn E, Helping others helps oneself :response shift effects in peer support. *Social Science & Medicine*1999 ; 48(11):1563-1575.
- 45) Inge W, Adriaan V, Gerjo K. Determinants of active self-care behaviour of insulin treated patients with diabetes : Implications for diabetes education. *Social Science & Medicine*1990 ; 30(5):605-615.
- 46) 金 外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二. 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーと心理的ストレス反応との関連. *日本心身医学雑誌* 1996 ;36(6):499-505.
- 47) 野川道子, 佐々木栄子. 自己免疫疾患患者の病気の不確かさとその関連要因. *日本難病看護学会誌*2004; 8(3): 293-9.
- 48) 佐藤鈴子, 阿南みと子. 「顔が見える患者会」が小市町村地域で生活する膠原病患者に及ぼす影響. *日本難病看護学会誌* 2003; 7(3): 206-12.
- 49) ピーター・H・ロッシ, マーク・W・リブセイ, ハワード・E・フリーマン, 大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 元永拓郎監訳. プログラム評価の理論と方法: システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド: 日本評論社, 2005.