

ぜんそく日記

毎日つけましょう

ぜんそく日記に記入する項目は、天気、発作の状態、日常生活、夜間睡眠、アレルギー性鼻炎や風邪の症状など、ピークフローメーターの数値、薬、減感作療法等があります。

ぜんそく日記は診察を受けるときには忘れずにもっていくようにしましょう。医師が診断する上で大事な資料となります。

日記をつけることは発作の予防や薬を減らすことの見直しになり、また励みにもなります。発作になれてしまったり、楽しいことがあったりすると、自分ではあまり「苦しい」と感じない場合があります。ピークフローメーターで測り、グラフにつけることで、その変化を形で見ることができ、自分では気づかない発作にも対応することができます。

ぜんそく日記の記入例



●発作の状態
あてはまる項目に○をします

●日常生活
あてはまる項目に○をします

●夜間睡眠
あてはまる項目に○をします

●アレルギー性鼻炎、風邪の症状
息切れなど、ぜんそく以外の症状
あてはまる項目に○をします

●ピークフロー（PEF）値の測定
気道の狭くなった度合いを示します
2〜3回収めて一番高い数値を記入してください

●内服薬
1日あたり服用した数を記入してください
スチロイドとは
プレドニン、メドロール、リンデロン、デカドロン、ケナコルトのことです

●吸入薬
吸入した回数（吸入器を押した回数）を記入してください

●注射薬
注射した薬の名前と量を記入してください

●減感作療法
注射しているアレルギーの名称と注射量を記入してください

●台風など天気も、影響を受けることがあります
●大掃除をしたなど、原因と思われることを記入します

平成 年 月		1日の区分												1日の合計 (呼吸器科)				
日	付	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜	朝	昼	夕	夜					
発作の状態	発作の発生	なし	軽	中	重	なし	軽	中	重	なし	軽	中	重	なし	軽	中	重	
日常生活	日常生活	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
夜間睡眠	夜間睡眠	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
アレルギー性鼻炎、風邪の症状	アレルギー性鼻炎、風邪の症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
ピークフロー（PEF）値の測定	ピークフロー（PEF）値の測定																	
内服薬	内服薬																	
吸入薬	吸入薬																	
注射薬	注射薬																	
減感作療法	減感作療法																	
その他	その他																	

※ぜんそく日記にはいろいろな種類があります。医療機関で用意されていたり、製薬会社などでも作成されています。見本として最後のページにもせてありますのでコピーしてご利用ください。

ピークフロー


ピークフローでわかること


ピークフローメーターは、呼吸機能を測る器具です。呼気の最大瞬間風速を調べることができます。ぜんそく発作の治療は軽いうちに早めに治療することが大切です。自覚症状がでる前にピークフローの値が下がったことから発作を予知することができます。


毎日決まった時間に測ることでその時間、その日一日のぜんそくの状態を予測し、早めの予防と治療ができるようになります。


ピークフローの数値は、年齢や体格によって個人差があり、数値が高ければよいというものではなく、自分自身の元気な時の数値をもとにして症状の程度を判断します。元気な時のピークフローの数値を100%とすると、80%より上か下かで、症状がよいかどうかを知るめやすのひとつにもなります。一日の数値の変動の差が大きい場合は、気管支が敏感で、ぜんそくの症状がでている可能性があるということがわかります。

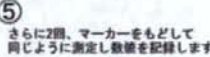
ピークフローメーターの使い方


- ① 

メーターの目盛にあるマーカがゼロあるいはスケールの一番下にあることを確認します
- ② 

測定は同じ姿勢で、できれば立位で行います
- ③ 

ピークフローメーターを口にくわえ、空気がもれないように完全にくわこみます。大きく息を吸い込み、これ以上吸い込みができないところまで思いきり息を吐き出します。このときに、舌を使わないように
- ④ 

マーカが止まった位置の数値を読みとり記録します
- ⑤ 

さらに2回、マーカをもどして同じように測定し数値を記録します
- ⑥ 

3回の測定値のうち最高値を喘息日誌に記録します

いろいろなピークフローメーター

ピークフローの値をグラフにつけてみましょう その数値でぜんそくの状態がわかります

グリーンゾーン

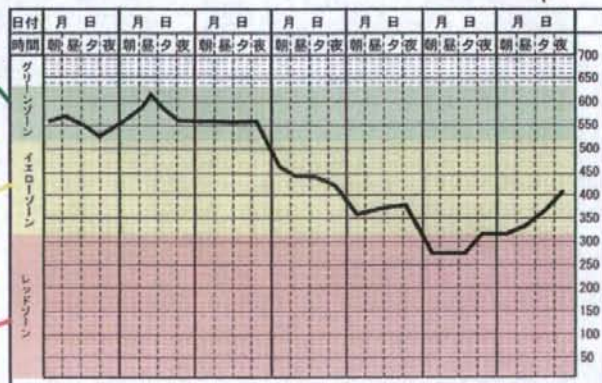
- あなたのピークフローの最良の数値または予測値の80%~100%です
- この状態を維持しましょう
- 夜間の症状はありません

イエローゾーン

- あなたのピークフローの最良の数値または予測値の60%~80%です
- あらかじめ医師と決めた治療を早めに行いましょう
- 夜間の症状があります

レッドゾーン

- あなたのピークフローの最良の数値または予測値の60%以下です
- 緊急事態です！ 具合が悪いことを周りの人に伝えましょう
- ただちに病院へ行きましょう



アレルギー疾患診療・治療ガイドライン2007より改変

予測値：身長や年齢から予測される値
自己最良値：よくコントロールされた状態での値

※毎日決まった時刻に測定します 1日2回は必ず測りましょう
例：朝9時と夜9時、起きたときと寝る前、食後など
さらに薬の吸入の前後に測ると、薬の効果があるかどうかの目安になります

アスピリンぜんそく



成人ぜんそくの1割くらいに、アスピリンでぜんそく発作を起こしショック状態になる方がいます。多くの場合繰り返しますので一度反応をおこした方は避けたほうがよいでしょう。アスピリンだけでなくインドメタシンなど、他の解熱鎮痛剤も同じ作用があります。注射や飲み薬だけでなく貼り薬や塗布薬、目薬、坐薬などもありますので、医師や薬局に必ず相談してください。

高齢者ぜんそく



個人差によりますが、60歳代以降の方は肺機能がなかなか良くなり、気道の過敏性も進みやすくなり、ぜんそく死の危険性が高くなります。また、食道を逆流した胃の内容物が気道へ入り込んで発作を起こしやすくなったりします（胃食道逆流）。心臓疾患などの合併症にも注意し、定期的に薬や器具の使い方が適正かどうかを確認することが大切になります。

妊娠とぜんそく



妊娠中の重症なぜんそく発作は流産や胎児発育不全や脳障害の危険性がありますが、専門医と相談しながら適切にぜんそくの薬を使用し、禁煙（ご自身だけでなくご家族にも協力してもらう）、環境整備、ストレスを少なくすることなどによって、安心して出産することができます。なお、陣痛促進剤や授乳中のテオフィリン薬の使用については注意が必要です。医師と相談しましょう。

検査と手術



外科手術・歯科手術自体ではアレルギー特有の危険性はほとんどありません。手術時や胃カメラや抜歯の麻酔、造影剤に対する配慮が必要です。麻酔の必要がある場合は必ずぜんそくであることを医師に伝えてください。医師と相談し手術前にぜんそくの重症度を確かめ麻酔の方法を決めます。

ゴム手袋などでじんましんなどのアレルギーがある人は、ラテックスアレルギーの可能性があるので、手術前や点滴、カテーテルをする前に医師に相談しましょう。

運動誘発ぜんそく（EIA）



運動によって一時的に喘鳴や呼吸困難が起きます。多くの場合は特に治療をしなくても運動をやめて20～30分後には回復をします。しかし、喘鳴や呼吸困難だけでなく、じんましんやさらに意識がなくなったりする場合は食物依存性運動誘発アナフィラキシーを起こしている場合がありますので早急に医療機関を受診してください。

また、運動して咳込んだり苦しかったりする場合は長期管理がうまくいっていない場合があります。治療の見直しが必要になります。（p14の「こんなときは見直しを」をご参照ください。）

※EIAはexercise induced asthmaの略です。

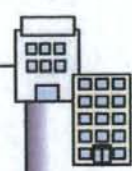
職業によるぜんそく

職業性ぜんそくとは

職業性ぜんそくは、特定の労働環境で特定の職業性物質にさらされることで起こるぜんそくで、就業している間にぜんそくが発症し悪化します。多くは職場を離れることでぜんそくの症状はおさまりませんが、離れても症状が続くこともあります。

治療の方法としては、作業環境の整備と改善を行い、原因となっている物質を完全に除去することが必要になります。難しい場合は出来るだけ少なくするようにします。一般の成人ぜんそくと同じように、吸入ステロイドでの薬物治療をおこないますが、一番の方法は原因となる物質を避けることです。

職業性ぜんそくとその原因物質



高分子物質

植物性物質

製材業、大工
こんにゃく製粉作業
製粉業、製菓業、製麺業
生花業、人工授粉作業
フレーム内作業

製材粉塵（米杉、ラワン、りょうぶ、ヒノキ）
こんにゃく製粉
穀粉（小麦粉、そば粉、大豆、米ぬか、コーヒール）
花粉（もも、きく、ブドウ、りんご）
花粉（いちご、プリンスメロン）
きのご胞子（しいたけ、しめじ）

動物性物質

養蚕業、農業、絹織物業
養蜂業
魚肉、食品製造業
実験動物飼育業、獣医、毛筆製造業
研究者、農夫
牧畜業、馬丁、調教師
かきの打ち子、真珠養殖業
いせえび漁師

蚕の体成分、セリシン
蜂の体成分
ユスリカ
動物の毛、ふけ、尿蛋白
昆虫（トビゲラ、蝶、バッタ）の羽毛、体成分
牛馬の毛、ふけ
ホヤの体成分
アカウミトサカの体成分

低分子物質

化学物質、薬品、その他

看護師、医師、ゴム手袋使用者
薬剤師、製薬会社従業員
美容師、理容師、毛皮染色業
染料工場従業員
印刷業
セメント工場従業員、メッキ工塗装業、
ポリウレタン樹脂製造業
クリーニング業
超合金製造工業従業員
火薬工場従業員

ラテックス
薬剤粉塵（ジアスターゼ、ゲンチアナ、シグママイシン、
ペニシリン、INH、毒掃丸、ピペラジン）
パラフェニレンジアミン、香料、化粧品
ローダミン、シカゴ酸
アラビアゴム
クロム、ニッケル
TDI、MDI、HDI、
酵素洗剤
超合金製材（コバルト）
テトリル

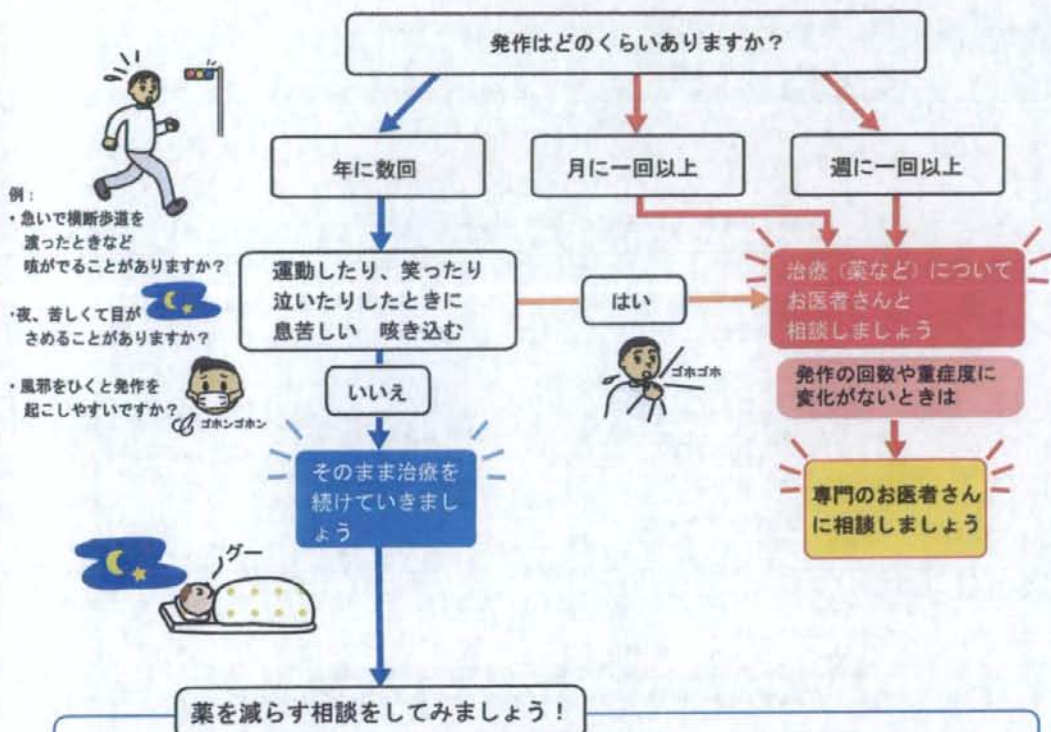
こんなときは見直しを

今の症状をチェックしてみましょう



青の線だったら今の治療を続けていきましょう

赤の線やオレンジの線だったら医師に相談してください



薬をきちんと使っていて、走っても咳が出ない、風邪をひいても発作が起きないなど、全く症状がなくなって3~6ヶ月経ったらぜんそく日記などをもとにして、医師と薬を減らす相談をすることができます。

(悪い期間が長かったり、発作が起きやすい季節を控えているときは、その季節が過ぎてから薬の減量を始めた方がよいこともあるので月数だけでは判断は出来ません。)

薬を減らす相談をする場合にピークフローを測りぜんそく日記をつけていると、

- ①どのくらい良好な期間が続いたか
- ②発作のよく起きる季節はいつなのか
- ③風邪をひいても発作にはつながらなかった

などが、長期にわたって記録されているので診察の際や自分の判断の参考になります。記憶は曖昧なので記録してある日記がとても役に立ちます。

情報ネット

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。
セルフケアシリーズもダウンロードができます。

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
セルフケアシリーズがダウンロードできる
(乳幼児・小児・成人ぜんそく、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー)
<http://www.jaanet.org/>
- 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
セルフケアシリーズがダウンロードできる
(乳幼児・小児・成人ぜんそく、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー)
<http://www.allergy.go.jp/>
- 食物アレルギー研究会
<http://foodallergy.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/>
- 厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/>
 - 厚生省リウマチ・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/now-info/kobetu/kenkou/ryumachi/index.html>
- 文部科学省
<http://www.mext.go.jp/>
- 独立行政法人国立病院機構相模原病院
<http://www.hosp.go.jp/~sagami/>

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/> Mail: info@allergypot.net Tel: 090-4728-5421 Fax: 03-5701-4607
- 国立病院機構相模原病院アレルギーの会 (入会は全国から可)
小児・成人のアレルギー疾患全般 / 相模原病院の医療者の支援により設立 /
講演会・相談会/会報
<http://allergy-net.web.infoseek.co.jp/kanja/index.htm>
- 特定非営利活動法人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ごなたにでも、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

II. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業)
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(Chronic Disease Self-Management Program: CDSMP)の受講者の
プログラム受講体験に関する研究

研究分担者 山崎喜比古 (東京大学大学院医学系研究科 准教授 健康社会学教室主任/健康教育・社会学教室主任)

研究協力者 米倉佑貴 (東京大学大学院医学系研究科 博士後期課程 健康社会学教室)
朴 敏廷 (東京大学大学院医学系研究科 修士課程 健康社会学教室)
本間三恵子 (東京大学大学院医学系研究科 修士課程 健康教育・社会学教室)
小野万里子 (東京大学大学院医学系研究科 修士課程 健康教育・社会学教室)
湯川慶子 (東京大学大学院医学系研究科 博士後期課程 健康社会学教室)
沖野露美 (東京大学大学院医学系研究科 修士課程 健康教育・社会学教室)
香川由美 (東京大学大学院医学系研究科 修士課程 健康教育・社会学教室)
上野治香 (東京大学大学院医学系研究科 修士課程 健康教育・社会学教室)
Fusae Kondo Abbot (School of Nursing, Samuel Merritt College, Associate Professor)

研究要旨

【背景と目的】本研究の目的は我が国における慢性疾患セルフマネジメントプログラム(CDSMP)の受講者のプログラム受講経験とそれに対する評価を質的に明らかにすることで、プログラムの質のさらなる向上につながる示唆を得ることを目的とした。

【対象と方法】2006年8月から11月にかけて3回行われたCDSMPワークショップの受講者を対象に全6セッションからなるワークショップの各セッション終了直後に、ワークショップ受講者30名に対してプログラム内容の「わかりやすさ」「役に立ちそうか」「面白かったか」などについて自記式質問紙調査を実施した。全セッション終了後1週間の時点で受講者に対して自記式質問紙調査および半構造化面接調査にて、ワークショップ全体の評価や各セッション内容の評価の理由、ワークショップを受講して変化したことなどについてたずねた。

【結果】受講者のワークショップに対する全体的な満足度は高く、ワークショップの提供形態に関しても概ね肯定的な評価が得られた。面接調査により、日本におけるCDSMPワークショップの問題点として、「海外のプログラムであることに起因する問題」などが挙げられていた。また、ワークショップで学習する自己管理スキルはある程度定着しており、慢性疾患患者同士の交流を通じた学習プロセスも機能していたことが示唆された。

【結論】全体としてCDSMPは受講者から肯定的に受け止められていたと評価できる。その一方でプロセス評価の視点からプログラムの内容、提供方法を評価したことで、プログラムの改善につながる重要な示唆を得ることができた。また、プログラムの学習プロセスもねらいどおりに働いていることが面接調査から示唆された。

【実践への示唆】本研究では日本でのCDSMPの受講者からの評価を明らかにし、より効果的なプログラム実施への示唆を得た。本研究で得られたプログラム改善の示唆は日本での実施において有用であることに加え、現在プログラムを実施している他の地域でのプログラム改善にも有用であると考えられる。さらに、今後プログラムを導入する地域においても本研究の結果を応用することができるであろう。特にCDSMPが開発された米国と文化的、言語的な背景の異なる地域での導入の際には本研究の結果は有用であろう。

A. 研究目的

糖尿病などに代表される慢性疾患は完治が難しく、かつ治療・療養の大部分が患者に委ねられ、生活習慣病に関しては疾病の発生や進行に生活習慣が大きく関与していること、初期は自覚症状がないものの、ひとたび悪化させれば重篤な合併症状を引き起こし莫大な医療費がかかることから、疾患を発症・悪化させないための生活習慣の改善や、自己管理の重要性が強調されている。[1]

こうした慢性疾患患者の自己管理をサポートするプログラムのひとつに、米国のスタンフォード大学で開発された慢性疾患自己管理プログラム(Chronic Disease Self-management Program 以下 CDSMP)がある。

CDSMP は地域に根ざした患者教育プログラムで、受講者を疾患別に分けず、慢性疾患を持つ患者全般を対象とし、リーダーと呼ばれる訓練を受けた非医療従事者(患者、患者家族など)が詳細なマニュアルに従ってプログラムを進行していく[2,3]。また、CDSMP は自己効力感理論[4]に基づいており、受講者の慢性疾患の自己管理に対する自己効力感を高めることがプログラム効果をもたらすための重要な要因となる[5,6]。自己効力感を向上させる手法は自己効力感理論によると、達成経験、代理経験、言語的説得、生理的情緒の高揚とされており[4]、それにならって、プログラムには、毎週のアクションプランとフィードバック、ブレインストーミングと問題解決法に加え、自分と同じような人に教えられる、自己決定の尊重、ディスカッション、症状の再解釈、説得や支援といった自己効力感を向上させる手法が取り入れられている[2]。

CDSMP は現在世界 15 カ国以上で実施されており[7]、ランダム化比較試験デザインや前後比較デザインによる効果の検討では、プログラム受講により健康状態の改善[2,3,8-12]、健康行動の増加[2,3,8-12]、医療サービス利用の減少[2,3,8-11]、自己効力感の向上[3,9-12]などの効果が認められている。

わが国では、CDSMP の導入にあたり、プログラムで使用する教材(リーダー用マニュアル、参考書)の日本語訳が作成され、2006 年 4 月にプログラム提供のために NPO 日本慢性疾患セルフマネジメント協会(以下協会)が設立された。2009 年 2 月現在、59 回のプログラムが提供されている。

CDSMP のように、異なる文化を持つ国で開発されたプログラムを導入する際、プログラムを導入先の言語・文化に合うように変更しつつ、元のプログラムの効果を損なわないようにすることが課題となる[13]。こうした修正のためには、プログラム内容や実施形態などの評価を行うことが必要であり、そのような評価を行うことはプログラムの効果的な実施に有用である[14,15]とされている。さらに、プログラムが意図されたとおりに実施されないことにより望ましい効果が得られないと「実施上の失敗」を防ぎ、プログラムのアウト

カム評価の前提となる。

言語・文化に合わせた修正、プログラム内容や実施形態の評価は CDSMP でも試みられている。中国人、イギリスのバングラディッシュ系住民、アメリカのヒスパニック系住民を対象とした研究では、ランダム化比較試験デザインによるプログラム効果の評価に先立って、フォーカスグループインタビューや、少数サンプルによる形成的評価によって修正点を探索していた[5,9,16]。これらの研究では、食事や運動、医療制度の問題に関する内容においてプログラム内容の変更が行われていたと報告されている。

わが国では、2006 年に受講者およびリーダーを対象とした質問紙調査および面接調査が行われ、受講者、リーダー双方の視点からのプログラムに対する評価を把握する試みがなされ、その結果を参考にプログラムの修正が行われた。本研究ではその調査データのうち、面接調査によって得られたデータをさらに詳細に分析し、プログラム受講者の受講経験とそれに対する評価を質的に明らかにすることで、プログラムの質のさらなる向上につながる示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 日本での CDSMP(JCDSM)について

プログラムの内容、進行方法は元の CDSMP とほぼ同一である。リーダー用マニュアル[17]および参考書「Living a healthy life with chronic conditions」[18]はそれぞれ日本語版「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」[19]、「慢性疾患自己管理ガイド」[20]が作成されている。プログラムの実施主体は協会である。プログラム回数は毎週 2 時間半のセッションを 6 回で、基本的に全セッション参加することが求められる。受講者は 15 名以内で下限は設定されていないが、受講者が少ない場合はプログラムが中止になることもある。受講者は、基本的に慢性疾患患者とその家族だが、医療従事者、患者会関係者も受講することが可能である。

プログラムの進行は二人一組のリーダーが行う。リーダーのうちどちらかは必ず慢性疾患を持つ患者である。リーダーは 4 日間の「リーダー研修」を受講し、各地域で定期的に行われる「フォローアップ練習会」に 4 回以上参加することでプログラムを教えることができる。また、メーリングリストにより、リーダー同士の情報交換なども行われている。

各セッションで扱う自己管理技法等の内容は表 1 のとおりである。これらの内容について、小講義、ブレインストーミングやディスカッションといった手法を用いて学んでいく。

2. 対象とリクルーティング方法

2006 年 8 月から 10 月に 3 箇所で行われたプログラムの受講者のうち、研究参加の同意が得られた受講者 30 名を本研究の対象とした。受講者のリクルー

トの主体は、協会であり協会ホームページ上での募集およびリーダーの機縁で行われた。

3. 調査方法

本研究では、プログラム受講者からのプログラム内容に対する評価を大まかに捉え、面接調査の資料とすることを目的として自記式質問紙調査により量的データを収集し、その評価の理由やプログラム受講による変化を詳細に捉えるため半構造化面接調査により質的データを収集した。

1) 調査時点

セッション1からセッション6の各セッション終了直後、およびセッション6終了後約1週間後の計7回の自記式質問紙調査を行った。また、セッション6終了後約1週間後の時点で半構造化面接調査を行った。

2) 質問紙調査

(1) 基本属性(性、年齢、学歴、婚姻状況、慢性疾患の有無および種別、病歴)

(2) 各セッションの内容に対する評価

プログラム内容や実施形態などの評価指標には、プログラム内容の「わかりやすさ」や内容が受講者のニーズに合致しているかなどのプログラム内容の基本的な要素や、プログラム参加によって得られた積極的な感覚[21]、プログラム効果への期待[22,23]、自己効力感といった心理的变化[24-26]、さらには知識の習得などが含まれる[27]。本研究ではプログラム導入初期であったことを考慮して、プログラム内容の基本的な要素である「わかりやすさ」、プログラム内容が受講者のニーズに合致しているかを評価する指標として内容が「役に立ちそうか」「おもしろいか」を評価指標とした。

各セッションの内容のわかりやすさ・役立ちそうか・おもしろさに関する評価を「非常にわかりにくかった」・「全く役に立たなそう」・「全くおもしろくなかった」～「非常にわかりやすかった」・「非常に役に立ちそう」・「非常に面白かった」の5件法でたずね、1点～5点を与えた。各セッションの項目におけるわかりやすさ・役立ちそうか・おもしろさの平均を算出し、そのセッションの評価スコアとした。

またセッションの長さに対して「非常に短い」～「非常に長い」の5件法でたずねた。

(3) プログラム全体に対する評価

セッション6終了後1週間の時点で、セッション回数・受講者人数に対して、「少なすぎる」～「多すぎる」の5件法でたずね、1点～5点を与えた。1点、2点を「少ない」3点を「ちょうどよい」、4点、5点を「多い」として3群に分けた。また、どのくらいの回数・人数が理想であるか数値で回答してもらった。また、プログラム全体の満足度を「全然満足していない」～「非常に満足している」の11段階でたずね、0点～10点を与え

た。また、プログラム実施記録から受講者の出席回数を把握した。

(4) 参考書に対する評価

プログラムで使用する参考書「慢性疾患自己管理ガイド」についてどのように使ったかについては「全部読んだ」、「興味のあるところだけ読んだ」、「ワークショップで紹介された部分を読んだ」、「全く読まなかった」、「その他」の5つから選択、わかりやすかったかについて「わかりにくかった」～「わかりやすかった」の5件法、役に立ったかについては「役に立った」～「役に立たなかった」の5件法でたずね、1～5点を与えた。

(4) セッション内容の実践度

セッション6終了後1週間の時点で、プログラムで紹介した自己管理技法を使用しているかについてたずねた。

3) 面接調査

セッション6終了後約1週間の時点で行った面接調査では、プログラム内容・プログラムでの学び方・参考書に対する評価、プログラム受講のきっかけ、プログラムを受講するかどうか迷ったか、プログラムを受講してよかったか、プログラム受講による変化についてたずねた。

4. 分析方法

対象者の基本属性、各セッションの内容に対する評価、プログラム全体に対する評価、参考書に対する評価それぞれについて単純集計を行った。統計解析は、統計パッケージSPSS15.0を用いた。

質的データの分析は録音データおよび面接中に作成したメモをもとに、質問項目ごとに回答内容をまとめ、カテゴリーを作成した。分析結果の妥当性を高めるため、研究グループメンバーで議論した。

5. 倫理的配慮

研究目的、調査内容、研究への参加は強制ではないこと、参加しないことで不利益を被ることがないことおよび、研究への参加をいつでも中止できることを口頭、書面にて説明した。面接調査においてはメモおよび会話内容を録音することを説明し、同意が得られた場合のみメモおよび会話内容の録音を行った。以上の説明を受け、調査への協力を同意が得られた者のみを調査対象とした。また、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。

C. 研究結果

1. 対象者の属性・特性(表 2)

性別では女性が多く、22名(73.3%)だった。慢性疾患患者は23名(76.6%)であった。年齢、病歴、主観的健康感はプログラム開催地域により、統計的に有意な差は見られなかった。

2. プログラム全体に対する評価(表 3)

1)受講者の満足度

プログラム全体の満足度については、28名中20名(71.4%)の受講者が7点以上と回答しており、スコアの平均は7.0±2.0点となった。

面接調査では、回答した26名中25名の受講者がプログラムを受講してよかったと回答した。

2)出席状況

30名の対象者のうち、すべてのセッションを受講した者は18名(60.0%)、1回欠席した者は8名(26.7%)、2回欠席した者は1名(3.3%)、4回欠席した者が3名(10.0%)であった。受講者の平均出席回数は5.3±1.2回であった。

3)リクルート方法について

プログラム受講のきっかけは「日本慢性疾患セルフマネジメント協会のホームページを見て」が1名(3.3%)、「リーダーからの紹介」が23名(76.7%)、「以前の受講者からの紹介」が2名(6.7%)、「不明」が4名(13.3%)だった。

面接調査では受講に対するバリアとして以下のような意見が得られた。

プログラム内容についての情報が事前に十分得られない

受講者がプログラム受講を勧められた際、受講するか迷った理由のひとつとして、プログラムでどのようなことをやるのかがよくわからなかったことが挙げられていた。

- どんな内容かわからなかったから
- 毎回の内容が申し込む前にわかっているかと思う

6回のセッション全てに参加できるか不安

受講を迷ったもう一つの理由として6回のワークショップ全てに参加できるかどうか不安であったことが挙げられていた。CDSMPでは6回のワークショップ全てに参加することが求められている。仕事や、自身の体調を考えると全てのワークショップに参加できるか

どうか不安であったことが語られた。

- 6回が長く感じられた、最後まで来られるかどうか不安だった。
- 全6回(1ヶ月半)で、全部出られるかなと思った。
- 期日が近くて、仕事の調整がつかないかもと、すぐ迷った。6週間と長丁場なので。

4)プログラム実施方法について

(1)セッション回数

セッション回数では19名(67.9%)の受講者が「ちょうどよい」と回答していた。

(2)受講者の人数

受講者人数については、21名(77.8%)の受講者が「ちょうどよい」と回答していた

5)参考書に対する評価(表4)

参考書「慢性疾患自己管理ガイド」の使い方は、「興味のある部分だけ読んだ」が15名(53.6%)、「セッションで紹介されたところだけ読んだ」が9名(32.1%)、「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。

3. 各セッションの内容に対する評価(表 5)

各セッションの内容のわかりやすさ、役に立ちそうか、面白かったかどうかについていずれの指標においても性、年齢、学歴、疾患の有無、プログラム実施場所によって得点に有意な差は認められなかった。

平均得点はいずれの指標においても全てのセッションにおいて3.5点以上であった。表には示していないが、セッションの長さについては全てのセッションで90%以上の対象者が「ちょうどよい」と回答していた。

面接調査ではプログラムで扱った内容とプログラムでの自己管理技法学び方について以下のような意見が得られた。なお対象者の発言を筆者が適宜編集したものを斜体で示した。

習ったことを実際にやるとなると難しい

プログラム中で学ぶ自己管理技法について、プログラム中ではわかったつもりになっても、いざ自分でやるとなると難しいといった意見が聞かれた。こうした意見が聞かれた内容として、コミュニケーション技法、リラクゼーション技法があった。このようなことの原因として、具体例が乏しい、練習する時間が短いといったことが挙げられていた。また、復習用にワークショップ中で使用された図や表のコピーを求める声もあった。

これとは逆にプログラム中で繰り返し行われるアクションプランの立案は定着していた。

- ・ シナリオがあったが、(リーダーが)一度読まれただけじゃ、中に入り込めなかった。もう一回この時間をとってほしかった。
- ・ 肯定的な考え方、考え方自体はわかるが、具体例がもう少し欲しかった。

専門的な内容、掘り下げた内容が不足していた

プログラムで扱っていた内容は基本的なものが多く、専門的な内容を期待して受講した受講者からはそのような内容が少なかったことに対して物足りなさを感じるものもいた。

- ・ テキストを掘り下げた講義が聴けると思っていた。
- ・ 目新しいものはなかった

海外のプログラムであることに起因する問題

プログラム中で使用される用語に横文字が多いなど、プログラムを日本語化する際の翻訳の不備や、プログラム中の説明の際用いられる例が、海外のプログラムで用いられている例そのままで使用していることに対する指摘がなされていた。この翻訳の問題点は参考書に対する評価においても同様に指摘されていた。

- ・ 横文字が多かった。日本と捉えかたがフィットネスなど違う。アクティビティ、セッションなど。
- ・ 医療に関してのところは日本の医療現場とは多少違うような気がした

リーダーの理解度、経験によって内容の受け取り方が左右される

リーダーのプログラム内容の理解度や、経験によって、リーダーが小講義で説明する内容に対する印象が異なっているようであった。プログラム内容の理解度が低いリーダーや、経験が浅いリーダーでは、マニ

ュアルをそのまま棒読みすることが多く、それによって、受講者はリーダーが本当に内容を理解しているのか不安になるということや、わざとらしくて説得力が落ちることが語られた。

- ・ 文章が棒読み。リーダーが理解しているのか不安になった。
- ・ 本を見てそのまま読んでいたという印象。自分の言葉で話してほしい、わざとらしい。

今までやってきた自己管理を再確認できた

上述のような専門的な内容への期待があった一方で、プログラムで扱っていた基本的な内容を改めて聞くことで、今まで自己流でやってきた自己管理技法を再確認し、「これでよかったんだ」と自身の自己管理に対して、自信を持つ機会にもなっていた。また、日ごろ漠然と考えていたことを言葉にして説明されることも評価されていた。

- ・ 頭で分かっているけど文章に直してああそうだなあというところがあった。
- ・ ほとんど無意識にやっていることを、言葉や形ではっきりさせているということはすごいことだと思う。

専門家ではなく患者自身による話であること

リーダーによる小講義では、リーダーのうち少なくとも一人が慢性疾患患者であることの利点が評価されていた。具体的には、一般の人にもわかりやすい言葉で伝わることや、リーダー自身が慢性疾患を持ちながら生活している経験を交えて話をすることで説得力が増すことや、共感しやすいことが評価されていた。

- ・ 医療関係者じゃない人の講義なので、比較的同じ言葉(ややこなれた言葉)で伝わるのが良かった。
- ・ 食事とか自分自身の体験を交えて話をしていたところ。

他の慢性疾患患者の考えが聞ける

ブレインストーミング・ディスカッションのよかった点として、他の人の意見が聞けたことが多くの受講者から挙げられていた。受講者は他の人の意見・アイデアを自分の生活に取り入れてみたり、こうした意見から「気づき」を得たりしていた。また他の人が自分が感じていることを発言するのを見て、「自分だけではない」といった安心感を得ていたものもいた。

- ・ 自分が思っていることを他の人が言うことで、自分だけではないと思えた。
- ・ いろんな病気の人が参加していて、それぞれの考え方を聞けた。ひとつの答えじゃなくいろいろなアイデアが出たこと。

自由に発言できる

プログラム中のブレインストーミング・ディスカッションにおいては、他の人の発言に対して、基本的に批判的、否定的なことを言わないというルールが設定されている。このルールによって、否定されないという安心感から、自由に自分の思いを表現する機会になっていたことが、受講者に肯定的に評価されていた。

- ・ 自分の意見、思ったこと感じたことを誰にも気兼ねしないで発言できる。
- ・ 自由な雰囲気での発言できる。思ったことをそのままいえる

4. プログラム受講を通して受講者が得たもの、変わったこと

自己管理技法の実践状況

自己管理技法の実践については「アクションプラン」で28名中20名(71.4%)、「問題解決法」「運動・食事・薬について」では28名中17名(60.7%)の受講者が実践していた。またすべての項目で90%以上の受講者がプログラムで習った自己管理技法を「使っている」または「これから使ってみよう」と回答していた。

面接調査ではCDSMP受講を通して得たもの、変わったこととして以下のような回答が得られた。

前向きな考え方

プログラム受講を通して「できないことよりできることに目が向くようになった」、「これしかできないじゃなくて、これもできる」といったように考え方が前向きになったといった回答が多く見られた。

- ・ 否定的な考え方が積極的になってきているのがわかる
- ・ 見方がいいほうに変わる。「これしかできないじゃなくて、これもできる」と考えなおす時間が持てた。
- ・ 少しづつでいいんだと思うようになった。できることをする。できて当たり前と思うけど実際やってみると達成感が気持ちいい。できないことに目がいって自分を責めるよりも、できることに目を向けてできたという満足感が新鮮だった。

同じ慢性疾患をもつ仲間との関わり

プログラムで知り合った人とプログラム受講を通して親しくなり「仲間ができた」、「自分だけではない」といった感覚を持ったことが語られた。受講者はこうした仲間に対して、普段の生活では言えない悩み、思いなどを開放し、「楽になった」といった感覚を得ていた。また、同じ慢性疾患を持つ仲間のがんばる姿を見ることで励まされたり、仲間との関わりを通して、自分を振り返る機会にもなっていた。

- ・ 自分より重症な人ががんばっているのを見て励まされた。視野が広がった。
- ・ 人を見ることで気づく。人を介して自分を見る。
- ・ 自分はこんな病気じゃないと強がり、隠そうとしてしまうが、みんな慢性疾患もちなので。
- ・ みんなと会い、思うことを言って、気持ちが軽くなる。

自己管理技法の習得

プログラムで扱っていた自己管理技法は多くの受講者からプログラム受講により得られたものとして挙げられていた。その中でもアクションプランは多くの受講者に受け入れられ、定着していた。毎週アクション

プランを実行することで、達成感を得て、自信をつけていた。プログラム受講を通して、目標を立て、実行することを体系的に学び、実際に体験することで定着していくことが伺われた。

- ・ アクションプランを発表することでいい意味でブレジャーになってそれが積み重なって生活が向上していった
- ・ アクションプランが持続できるようになった。筋力強化につながると思う。
- ・ アクションプランで小さいことでも自分で目標立てて、それをしてみんなの前で発表して評価ができる。その一連が5-6回やっているとクセになるというか馴染んでくる。今まで、目標立てても結構無理な目標立ててできなくてそのままということが多かった。ちゃんと評価しなければいけない、それもあってちゃんとやるし、みんなの前で発表しなきゃいけない、そこまでの一連のものが小さいことでもいいというのが学びだったし、これからずっと何にでも生かせると思う。

D. 考察

1. プログラム内容、学習法の評価

質問紙調査ではプログラム内容の「わかりやすさ」、「役に立ちそうか」、「面白さ」のスコアは多くのセッションで、5点満点中約4点となっており、この3つの指標においては概ね肯定的に評価されていたと考えられる。さらに、プログラム受講満足度においても、全体で平均7.0点(range0-10)となっていた。植込み型除細動器(ICD)を装着した循環器疾患患者を対象に行われた先行研究[28]の全体評価スコアでは平均8.4点(range1-10)と本研究とほぼ同程度であり、質問紙調査によるスコアにおいては、本プログラムは概ね肯定的な評価を得られたと考えられる。

面接調査においては、本プログラムの我が国での実施において、改善につながる重要な示唆が得られた。以下それらについて記述する。

まず、プログラムで扱った内容について、「今までやってきた自己管理の再確認できた」との肯定的評価が得られた一方で、「実際にやるとなると難しい」、「専門的な内容、掘り下げた内容の不足」、「海外のプログラムであることに起因する問題」といった点について問題を指摘した受講者がいた点である。

「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。さらに「定期的な復習プログラムなどが無いとやった内容を忘れてしまうのではないかと」といった意見が少なからず聞かれた。

「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」について、CDSMP では自己管理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かったと考えられる。

CDSMP では、自己管理の一環として自主学習を推奨しており、その自主学習の補助やプログラム内容の復習、プログラム内では扱わない個別の疾患に関する内容を補完するものとして、参考書「慢性疾患自己管理ガイドンス」がある。参考書の利用状況は、「興味がある部分だけ読んだ」、「ワークショップ中に紹介された部分を読んだ」、「全て読んだ」と回答した受講者は合わせて28名中26名とほぼ全ての受講者が何らかの形で参考書を利用しているにもかかわらず、プログラム内容の復習のための資源としては認識されていなかったと考えられる。以上を踏まえると、プログラム内容を復習する機会を提供することに加え、復習するための資源や専門的な医学的情報等を学習する資源として参考書「慢性疾患自己管理ガイドンス」を有効に活用できるようプログラム内で参考書の使い方を積極的に紹介していく必要があると考えられる。

海外のプログラムであることに起因する問題については、プログラム内容やプログラム中で使われている用語・文章について横文字が多いことや文がぎこちないこと、直訳調であるといった指摘や、扱っている内容が文化的背景と合っていないことなどについて受講者から指摘されていた。先行研究[5]では、参考書に用いられている用語や文がぎこちないこと、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。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[29]、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」)のスコアに影響していた可能性がある。今後、本研究で受講者から得られたデータを参考にしながら、用語や文章を修正し、よりわかりやすい形で受講者にプログラム内容を提供できるようにする必要がある。

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[5]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[29]、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。

プログラム内で用いられている学習法については、小講義において「専門家ではなく患者自身による話」であるため説得力がある、共感しやすいといった点や、ブレインストーミング・ディスカッションにおいて「他人の考えが聞ける」こと、「自由に発言できる」といった点が評価されていたことは、プログラム効果の発現の要となる自己効力感向上の手法として、これらの学習方法を組み込んだプログラムの狙いどおりであったと考えられる。しかしながら、それぞれの学習法において若干の問題点も明らかになった。

小講義においては、リーダーの習熟度によって講義内容の受講者への受け取られ方が変わってしまうことである。この点については、リーダー用マニュアルにおいて小講義の注意点として「準備不足や話の持って生き方がうまくないと参加者が興味を失う可能性がある」とされており[17,19]、リーダーのスキルが必要とされるものである。こうしたスキルはマニュアルだけ伸ばすことには限界があるため、リーダー研修やその後のフォローアップにおいて十分に学ぶ機会が必要であると考えられる。

CDSMP のように非専門家によるプログラム実施は非専門家に対する教育の充実と実施マニュアルの整備により十分可能であり、人材確保の面でも利点があるものの、プログラムを実施する非専門家の能力にはばらつきがあり、プログラム実施をサポートする資源が十分に整備されていないとプログラムの質が低下を招く。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の質は介入の質に影響す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、一定以上の効果を上げるためには指導マニュアルの充実およびリーダーの教育体制の整備は不可欠であるといえよう。

2. プログラム開催形態の評価

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実施方法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[3,8,9]と比較すると同水準から高い水準であった。

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[30]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。本研究ではプログラム受講決定に対するバリアとして、プログラム内容の詳細が事前にわからないこと、全セッションに参加できるかどうか不安であることが挙げられていた。このことから、プログラムの対象となる慢性疾患患者に対して、プログラム内容に関する十分な情報提供を行うこと、全セッションに無理なく参加できるような開催日程の調整などがリクルーティング改善の鍵となる可能性が考えられる。

3. プログラム受講を通じた受講者の変化

質問紙調査ではアクションプラン、問題解決法、運動・食事・薬の管理は60%~70%の受講者がワークショップ終了後も使用していると回答しており、これらの技法はプログラム受講後においても多くの受講者に定着していることがうかがわれた。面接調査においてもアクションプラン、自己管理技法は受講者から高く評価されており、プログラム受講の利点として評価されていたと考えられる。これらの自己管理技法のほかに、プログラム受講により得られたものとして、前向きな考え方、慢性疾患を持つ仲間との関わりといったことが挙げられていた。これらは先行研究[5]においてもプログラム受講により得られたものとして挙げられていた。

CDSMP が採用している理論である自己効力感理論[4]によれば、自己効力感を高める要因として、達成経験、代理経験、言語的説得、生理的高揚の4つが挙げられている。本研究のCDSMP受講者が受講により得られた、前向きな考え方と自己管理技法、特にアクションプランの実行により達成経験が促され、同じ慢性疾患を持つ仲間との関わりを通して、代理経験や言語的説得と同様の効果が得られたと考えられる。したがって、本研究では、CDSMP の効果発現の要である自己効力感を向上させる理論的なメカニズムは十分に機能していたと考えられる。

以上のことから、日本におけるCDSMPは先行研究と同様、健康行動や健康状態などのアウトカムの改善が期待できることが示唆された。

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、自己管理に関する知識・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名とサンプルサイズがやや小規模であった点である。そのため統計解析における検出力やインタビューデータの量が十分でなかった可能性がある。質の改善、管理のためにプロセス評価は今後も継続していくことが必要である。

実践への示唆

本研究では日本でのCDSMPの受講者からの評価を明らかにし、より効果的なプログラム実施への示唆を得た。本研究で得られたプログラム改善の示唆は日本での実施において有用であることに加え、現在プログラムを実施している他の地域でのプログラム改善にも有用であると考えられる。さらに、今後プログラムを導入する地域においても本研究の結果を応用することができるであろう。特にCDSMPが開発された米

国と文化的、言語的な背景の異なる地域での導入の際には本研究の結果は有用であろう。以下に本研究で得られた示唆を記述する。

- ・リーダーが非専門家である分、リーダーに対する教育は重要である。
- ・リーダー用マニュアルと参考書の翻訳(特にマニュアル)をきちんとやる必要がある。リーダーがマニュアルを理解できないとプログラム全体に支障が出る。リーダー研修でカバーできる部分もあるが、マニュアルを読むだけでワークショップができるくらいが望ましい。
- ・参考書が有効活用できるようリーダーの方から参考書の使い方についても少し説明があった方がよい。
- ・受講者の募集の際はプログラム内容がある程度わかるようにすることが望ましい。日本ではワークショップ開催の際、先行して説明会を行うようにした。
- ・6週連続のワークショップは受講者にとって負担が大きく、受講を迷う原因となる。日程をうまく調整する必要がある。

E. 結論

全体としてCDSMPは受講者から肯定的に受け止められていたと評価できた。その一方でプロセス評価の視点からプログラムの内容、提供方法を評価したことで、プログラムの改善につながる重要な示唆を得ることができた。また、プログラムの学習プロセスも狙いどおりに働いていることが面接調査から明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表:既発表のものはなし
2. 学会発表:
第1回アジア太平洋ヘルスプロモーション国際学会
(2009年7月発表予定、抄録提出済み)

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]厚生労働省。(2007). 平成19年度版厚生労働白書. 東京 株式会社
- [2] 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.

- [3] 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.
- [4] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] McGowan, P. (2005). Implementation and evaluation of the Chronic Disease Self-Management Program in the Yukon http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/downloads/Evaluation_conducted_by_McGowan_2000.doc(2007/01/14 最終アクセス)
- [13] 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.
- [14] Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13 (1), 27-44.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] Stanford Patient Education Research Center. (1993). Chronic disease self-management leader's manual. Palo Alto: Stanford Patient Education Center.
- [18] Lorig, K. (2000). Living a healthy life with chronic conditions : self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema & others. Boulder, CO, Bull Publishing Company.
- [19] 近藤房恵, Lorig, K. R., Gonzalez, V. M., Laurent, D.D. (2005). 慢性疾患セルフマネジメントリーダーマニュアル, 東京:日本慢性疾患セルフマネジメント協会.
- [20] 近藤房恵, Lorig, K.R. (2001) 慢性疾患自己管理ガイドランスー患者のポジティブライフを援助する. 東京:日本看護協会.
- [21] Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and prediction social behavior. Englewood cliffs, NJ: Prentice Hall.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] O'Leary, A. (1992). Self - efficacy and health - behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*,

16 (2), 229-245.

- [27] Bunce, D., West, M.A. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49 (2), 209-232.
- [28] Smeulders, E. S., J. C. van Haastregt, et al. (2007). "Nurse- and peer-led self-management programme for patients with an implantable cardioverter defibrillator: a feasibility study." *BMC Nurs* 6: 6.
- [29] 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.
- [30] 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 Coun*