

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等克服研究事業（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

慢性疾患セルフマネジメントプログラム受講者の生活の質の関連要因の予備的検討

研究分担者：安酸史子（福岡県立大学看護学部 教授）

研究協力者：

米倉 佑貴（東京大学社会科学研究所 助教）  
山崎喜比古（日本福祉大学社会福祉学部 教授）  
朴 敏廷（東京大学大学院医学系研究科 博士後期課程）  
湯川 慶子（東京大学大学院医学系研究科 博士後期課程）  
香川 由美（社団法人 日本看護協会）  
上野 治香（東京大学大学院医学系研究科 医学博士課程）  
石田智恵美（福岡県立大学看護学部 准教授）  
江上千代美（福岡県立大学看護学部 准教授）  
北川 明（福岡県立大学看護学部 講師）  
山住 康恵（福岡県立大学看護学部 助教）  
生駒 千恵（福岡県立大学看護学部 助教）  
小野 美穂（川崎医療福祉大学医療福祉学部 講師）  
松浦 江美（活水女子大学看護学部 講師）  
松井 聡子（福岡県立大学看護学研究科 修士課程）

研究要旨

本研究の目的は慢性疾患患者に対する、自己管理学習支援プログラムである CDSMP の受講者のプログラム受講前後の生活の質の関連要因を捉えることであった。

2010年6月から2011年12月までにCDSMP受講を開始した者すべてにプログラム受講開始前に質問紙を郵送し、回答が得られた者238名を対象に3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後に郵送法により追跡調査を行った。

追跡調査の対象者のうち、慢性疾患を持たないもの、過去にCDSMPを受講した経験があるもの、分析に使用する変数に欠損があるものを除き、3ヶ月調査、6ヶ月後調査、12ヶ月後調査のうち少なくとも1時点で回答が得られた118名を分析対象とした。線形混合モデルにより受講後のQOL得点に影響を与える要因を検討したところ、発症後の期間が長いほど受講後のQOL得点が有意に低く( $P=0.046$ )、またベースライン時のQOL得点が高いほど受講後のQOL得点が有意に高く( $p<0.001$ )、自己効力感が高いほど、QOL得点が高くなる傾向( $p=0.085$ )が認められた。一方で、年齢、性別、配偶者の有無、同居者の有無といった人口学的特性や仕事の有無、経済的な暮らし向き、教育といった社会経済的特性、疾患の種類、健康状態の自己評価とは有意な関連は認められなかった。

上記の結果から、慢性疾患の発症後の期間が短いうちにCDSMPを受講することは、慢性疾患を持ちながら生活する上で必要な自己管理技術を効率よく学習する機会となり、その後のQOLの維持・向上に有用であることが示唆された。

## A. 研究目的

糖尿病，高血圧症といった生活習慣病に代表される慢性疾患を持ちながら生きる人は年々増加しており，平成 23 年の患者調査によれば，高血圧性疾患，糖尿病，心疾患，脳血管疾患，悪性新生物，喘息，炎症性多発性関節障害を合わせると総患者数は 1700 万人を超えると推計されている[1]。

慢性疾患は疾患の種類により症状やその程度には差があるが，その症状によって健康関連の生活の質(Quality of Life; 以下 QOL)を低下させる[2-7]。このような慢性疾患患者の QOL の維持・向上にとって，自身の疾患と罹病に伴う様々な問題に対する効果的・効率的な対処・管理する自己管理技術の形成は重要であり，この自己管理技術の形成をうながす患者教育のような教育的アプローチは重要な介入の一つであるとされている[8]。

そのような慢性疾患患者に対する教育的介入のうち，世界で最も普及しているプログラムのひとつが，本研究で注目する慢性疾患セルフマネジメントプログラム(Chronic Disease Self-Management Program; 以下 CDSMP) [9]である。

CDSMP は現在では世界 24 カ国で提供されており[10]，先行する海外の評価研究において，CDSMP の健康関連 QOL に対する効果が検討されている。イギリスの慢性疾患患者を対象とした Kennedy らの研究では QALY(Quality Adjusted Life Year; 健康寿命)の有意な延長が認められている(0.02 QALY 95%CI 0.007 - 0.034)[11]。一方で，イギリスのバングラディッシュ系の患者を対象とした研究においては，QOL に対する有意な効果は認められなかった[12]。また，CDSMP

を精神疾患患者用に改変したプログラムにおいては，プログラムを受講した者のほうが，QOL の改善が大きい傾向がみられたものの，有意な改善ではなかった[13]。関節炎患者を対象とした研究においても有意な改善は認められていない[14]。

我が国における CDSMP の QOL に対する効果については，2010 年 6 月から 2011 年 10 月までの受講者に対する調査の結果，前後比較デザインではあるものの CDSMP 受講前後で，QOL 得点に有意な肯定的な変化が認められている[15]。

このように，CDSMP の QOL に対する効果に関する研究結果は検討している研究が少ないこともあって一貫しておらず，CDSMP を実施する地域や対象の状態によって効果が異なることが推察される。このような状況下においてさらなるエビデンスを蓄積することも重要であるが，どのような対象において CDSMP の効果がより得られるかといったことを検討することも重要であろう。このような観点から CDSMP の効果と対象者の属性・特性との関連性を検討した先行研究が Reeves らによる研究である[16]。この研究においては健康関連 QOL に対するプログラムの効果が，ベースライン時の健康状態の自己評価，ベースライン時の自己効力感，ベースライン時の活力，ベースライン時の健康関連 QOL 得点と有意な関連があることが示されている。我が国における CDSMP の評価研究ではこのような観点からの検討は十分に行われておらず，どのような対象者において CDSMP の効果が最も得られるかについてのデータは不十分である。このような検討の結果は，医療者が患者にプログラムを紹介する際の資料として活用されることや，患者自身がプログラムを受講するかどうかを決定する際の検

討材料として活用されることが期待される。

以上を踏まえて、本研究では CDSMP 受講者のプログラム受講前後の QOL 得点の変化に関連する要因を検討することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 調査方法

本研究では研究デザインとして前後比較を採用した。

調査は 2010 年 6 月から 2011 年 12 月までに CDSMP 受講を開始した者すべてにプログラム受講開始前に質問紙を郵送した(受講前調査:以下 T1)。回答が得られた者 238 名を対象に 3 ヶ月後, 6 ヶ月後, 12 ヶ月後に郵送法により追跡調査を行った(順に受講 3 ヶ月後調査:以下 T2, 受講 6 ヶ月後調査:以下 T3, 受講 12 ヶ月後調査:以下 T4)。

### 2. 調査項目

調査項目は基本属性として, 年齢, 性別, 最終学歴, 配偶者の有無, 同居者の有無, 収入を伴う仕事の有無, 経済的な暮らし向き, 疾患特性として, 疾患の種類, 疾患発症後の期間, QOL として WHOQOL26 日本語版[17]を使用した。以下, 調査項目の詳細を述べる。

#### 1) 年齢

CDSMP 受講前時点での年齢をたずねた。

#### 2) 性別

受講者の性別をたずねた。

#### 3) 最終学歴

CDSMP 受講前時点での受講者の最終学歴を, 小学校, 中学校, 高校, 専門学校, 短大, 大学, 大学院の 7 カテゴリーから選択してもらった。

#### 4) 配偶者の有無

CDSMP 受講前時点での受講者に配偶者またはパートナーがいるかをたずねた。

#### 5) 同居者の有無

CDSMP 受講前時点で受講者に同居しているものがあるかをたずねた。

#### 6) 収入を伴う仕事の有無

CDSMP 受講前時点で受講者が収入を伴う仕事をしているかをたずねた。

#### 7) 経済的な暮らし向き

CDSMP 受講前時点で受講者の暮らし向きを, 「ゆとりがある」, 「ややゆとりがある」, 「どちらともいえない」, 「あまりゆとりはない」, 「全くゆとりはない」の 5 件法でたずねた。

#### 8) 疾患の種類

受講者が持っている慢性疾患のうち, 最初に発症した疾患名を記載してもらった。記載内容を国際疾病分類第 10 版(International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> Revision; ICD-10)に基づいて分類した。

その上で, 回答数を考慮し, 「糖尿病」, 「精神および行動の障害」, 「筋骨格系および結合組織の疾患」, 「その他の疾患」の 4 種類に再分類し, 分析に用いた。

#### 9) 疾患発症後の期間

受講者が持っている疾患のうち発症からの期間が最も長い疾患の発症してから期間をたずねた。

#### 10) 健康状態の自己評価

現在の健康状態を「1.おもわしくない」~「5.とてもよい」の 1 項目 5 件法で測定した。得点が高いほど健康状態が良好であると感じていることを示す。

#### 11) 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、6項目の平均点を分析に使用した。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。本研究における Cronbach's alpha は T1 時 0.924 , T2 時 0.948 , T3 時 0.955 , T4 時 0.952 であった。

#### 12) WHOQOL26 日本語版

世界保健機関 (World Health Organization; 以下 WHO )によって開発された QOL の尺度の WHOQOL の短縮版で、信頼性と妥当性が確認されている[17]。ここでの QOL の定義は「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識」[17]とされている。WHOQOL26 は身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の4領域24項目と生活の質全体を問う2項目の計26項目で構成されている。本研究における Cronbach's alpha は26項目で T1 時 0.886 , T2 時 0.900 , T3 時 0.894 , T4 時 0.888 であった。

#### 3. 統計解析

線形混合効果モデルによりプログラム受講後の受講者の QOL の関連要因を検討した。T2 から T4 の QOL 得点を従属変数と

し、T1 時の QOL で調整した上でその他の説明変数(性別、年齢、配偶者の有無、同居者の有無、収入を伴う仕事の有無、暮らし向き、教育、疾患の種類、疾患発症後の期間(年)、健康状態の自己評価、自己効力感)を個別に投入するモデル(モデル1)、すべての説明変数を一括投入するモデル(モデル2)の2つのモデルを推定し、それぞれの説明変数が受講後の QOL 得点に与える影響を検討した。

以上の統計解析は IBM SPSS Statistics version 19.0 を用いて行った。

#### 4. 倫理的配慮

対象者には調査の目的、研究の意義、調査方法、個人情報管理の方法に加え、調査への協力は任意であり、協力が得られない場合でも不利益が生じないこと、一度調査への協力に同意したあとでも撤回出来ることを説明した書面を配布し、同意書への記入をもって調査協力への同意とし、研究対象とした。なお、本研究は福岡県立大学倫理委員会の承認を得て行った。

### C. 研究結果

追跡調査の回答者のうち、慢性疾患を持たないもの、過去に CDSMP を受講した経験があるもの、分析に使用する変数に欠損があるものを除き、分析対象とした。3ヶ月後追跡調査では100名、6ヶ月後調査では92名、12ヶ月後調査では89名が分析対象となった。3ヶ月調査、6ヶ月後調査、12ヶ月後調査に少なくとも1回、回答が得られた対象者は118名であった。表1に分析対象者のベースライン調査時点における基本属性・特性を示した。

受講者の平均年齢は47.0歳、性別は女性

が118名中96名(81.4%)、学歴は大卒未満が82名(69.5%)、大卒以上が36名(30.5%)、配偶者をもつものは65名(55.1%)、同居者がいるものが94名(79.7%)、収入を伴う仕事を持つものが55名(46.6%)、経済的な暮らし向きは39名(33.1%)が「ややゆとりがある」、「ゆとりがある」と回答し、40名(33.9%)が「あまりゆとりはない」、「まったくゆとりはない」と回答していた。

また、表に記していないが、この傾向は分析から除外されたもののうち慢性疾患を持つもの120名においては、分析対象の方が収入を伴う仕事を持っているものの割合が多い傾向(p=0.081, Fisherの直接確率検定による)がみ

られ、また、暮らし向きが良好な傾向(p=0.061, 独立サンプルのt検定による)がみられた。

次に、受講者のもつ疾患は筋骨格系および結合組織の疾患が37名(31.4%)とその他の疾患以外では最も多く、ついで糖尿病、精神疾患および行動の障害がともに14名(11.9%)であった。その他の疾患ではペーチェット病、慢性肝炎などがあった。疾患特性の分布も基本属性と同様、除外された群と分析対象で大きな違いはみられなかった。

表1. 分析対象者の基本属性(N=118)

年齢	平均(標準偏差)	47.0	12.9
性別	度数(%)		
女性		96 (	81.4)
男性		22 (	18.6)
配偶者の有無	度数(%)		
あり		65 (	55.1)
なし		53 (	44.9)
同居人の有無	度数(%)		
あり		94 (	79.7)
なし		24 (	20.3)
収入を伴う仕事の有無	度数(%)		
あり		55 (	46.6)
なし		63 (	53.4)
暮らし向き	平均(標準偏差)	2.92 (	1.14)
ゆとりがある・ややゆとりがある		39 (	33.1)
どちらともいえない		39 (	33.1)
あまりゆとりはない・全くゆとりはない		40 (	33.9)
教育	度数(%)		
大卒未満		82 (	69.5)
大卒以上		36 (	30.5)
最も長期間持っている慢性疾患	度数(%)		
糖尿病		14 (	11.9)
精神疾患および行動の障害		14 (	11.9)
筋骨格系および結合組織の疾患		37 (	31.4)
その他の疾患		53 (	44.9)
疾患発症後の期間(年)	平均(標準偏差)	12.0 (	12.2)
全般的な健康状態	平均(標準偏差)	2.44 (	.87)
自己効力感	平均(標準偏差)	4.85 (	2.17)
WHOQOL総合得点(高いほど良好)	平均(標準偏差)	3.03 (	.64)

表2. 受講後のQOLの関連要因

		モデル1(T1時のQOL得点で調整)					モデル2(説明変数を一括投入)				
		推定値	標準誤差	p	95% 信頼区間		推定値	標準誤差	p	95% 信頼区間	
					2.5%	97.5%				2.5%	97.5%
性別	ref=男性	.048	.088	.587	-.126	.222	.062	.099	.530	-.134	.259
年齢		.002	.003	.426	-.003	.007	.002	.003	.543	-.004	.008
配偶者の有無	ref=なし	.042	.066	.529	-.089	.173	.054	.086	.534	-.117	.224
同居者の有無	ref = なし	-.048	.082	.557	-.211	.114	-.053	.099	.591	-.250	.143
仕事の有無	ref=なし	-.024	.068	.724	-.160	.111	-.042	.073	.569	-.186	.103
暮らし向き		.001	.032	.968	-.063	.066	.006	.033	.851	-.060	.072
教育	ref=大卒	-.033	.072	.645	-.176	.110	-.082	.079	.301	-.239	.075
疾患の種類	ref=糖尿病										
	精神および行動の障害	-.091	.141	.517	-.370	.188	-.073	.145	.618	-.361	.216
	筋骨格系および結合組織の疾患	-.028	.113	.808	-.252	.197	-.040	.116	.732	-.270	.190
	その他の疾患	.059	.107	.585	-.154	.271	.070	.111	.528	-.151	.292
発症後期間		-.004	.003	.119	-.010	.001	-.006	.003	.046	-.012	.000
健康状態の自己評価		-.047	.045	.294	-.135	.041	-.048	.048	.318	-.142	.047
自己効力感		.035	.018	.058	-.001	.071	.033	.019	.085	-.005	.070
QOL得点		-	-	-	-	-	.718	.079	.000	.562	.874

## 2. 受講者のプログラム受講後の QOL の関連要因

線形混合モデルによる受講後の QOL 得点の関連要因の検討の結果を表 2 に示した。

T1 時の QOL 得点で調整したモデル 1 においては、自己効力感において 10% 水準で有意な関連性が認められるにとどまった。

すべての説明変数を一括投入したモデル 3 においては、発症後の期間が長いほど受講後の QOL 得点が有意に低く ( $P=0.046$ )、またベースライン時の QOL 得点が高いほど受講後の QOL 得点が有意に高く ( $p<0.001$ )、自己効力感が高いほど、QOL 得点が高くなる傾向 ( $p=0.085$ ) が認められた。

### D. 考察

本研究では日本における CDSMP の受講者のプログラム受講前後の QOL の変化の要因を検討した。その結果、受講者の基本属性・疾患特性等を調整した多変量モデルにおいては、ベースライン時の QOL 得点および疾患が発症してからの期間が受講後の QOL 得点に有意に関連していた。

研究デザインや変数の測定方法が異なる

ため単純な比較には注意を要するが、イギリスでの先行研究[16]と比較すると、年齢や性別、同居者の有無や教育レベルが受講後の QOL の状態に影響していないという点は一致していた。

また、疾患の分類方法が異なるため、比較には注意を要するが、疾患の種類が関連していないという点も一致していた。これは、CDSMP が疾患の種類によらず、慢性疾患に共通な自己管理技術を提供する[9]という特徴によるものと考えられた。疾患の種類により受講前後の QOL の変化に違いが見られなかった一方で、疾患が発症してからの期間によって受講前後の QOL の変化に違いがみられた点は先行研究[16]の結果と異なっており、興味深い。本研究においては、発症後の期間が長いほど QOL の変化量が少ないという結果が得られた。逆に言えば発症後の期間が短い対象者においてより大きい肯定的変化が得られうる。こうした結果が得られた原因として、発症後の期間が短い対象者においては、自己管理の技術やスタイルが確立しておらず、CDSMP において提供される自己管理技術がより有用である可能性や、発症後の期間

が短い段階においては他の患者とのネットワークが十分に形成されておらず、CDSMP がこうした患者同士のサポートネットワークの形成のきっかけとなっている可能性が考えられる。この点についてはより詳細に検討する必要があると考えられる。

次に、ベースライン時の QOL 得点が受講後の QOL 得点に影響しているという点は一貫していた。一方で健康状態の自己評価および、自己効力感においては受講後の QOL との有意な関連性が認められなかった。自己効力感については、5%水準では有意ではなかったものの、10%では有意であったことから、サンプルサイズの違いが影響している可能性が考えられる。健康状態の自己評価についてはそのような傾向もみられずサンプルサイズの影響が大きいという可能性は考えにくい。QOL の測定方法が先行研究と異なることが影響している可能性が考えられるが、この点に関してはさらなる検討が必要であると考えられる。

以上のように、本研究では日本における CDSMP の受講者のプログラム受講前後の QOL 得点の変化に関連する要因を検討し、今後のプログラムの実施に有用な知見を得ることができた。一方で本研究の限界として以下の諸点が挙げられる。

まず、本研究ではプログラムを受講しない対照群を設けておらず、プログラムを受講した者のみが分析対象となっているため、本研究でみとめられた QOL の変化に影響をあたえる要因は CDSMP の QOL に対する効果に影響を与える要因と解釈することはできない。先行研究[16]と同様に対照群を設けることでより詳細に検討することが望ましい。

また、本研究の対象者は無作為抽出によるものではなく、自発的に CDSMP を受講している対象である。そのため、本研究の結果を一般の慢性疾患患者に適用することは難しい。その中でも本研究ではプログラム受講前に送付した質問紙に回答した者のみが対象となっており、このことが結果に影響を与えた可能性がある。一方、質問紙調査には回答したものの、分析対象に含まれなかった者と本研究の分析対象者の属性や特性には大きな違いはみられなかったため、調査からの脱落が結果に与える影響は上記のものよりは小さいものと推察される。

## E. 結論

本研究では日本における CDSMP の受講者のプログラム受講前後の QOL 得点の変化に関連する要因を検討した。その結果、受講者の基本属性・疾患特性等を調整した多変量モデルにおいては、ベースライン時の QOL 得点および疾患が発症してからの期間が受講後の QOL 得点に有意に関連していた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

既発表のものはなし

### 2. 学会発表

- (1) 小野美穂, 安酸史子: 「慢性疾患セルフマネジメントプログラム」の効果に関する研究, 第 38 回日本看護研究学会学術集会 (2012.7 沖縄)
- (2) 安酸史子, 北川明, 山住康恵, 小野美穂, 松浦江美, 山崎喜比古, 米倉佑貴, 上野治香, 石田智恵美, 生駒千恵, 松

井聡子，武田飛呂城：慢性疾患患者の自己管理支援について考える～慢性疾患セルフマネジメントプログラムの評価研究～，第 32 日本看護科学学会学術集会（2012.12 東京）

- (3) 北川明，山住康恵，小野美穂，江上千代美，松浦江美，生駒千恵，石田智恵美，松井聡子，山崎喜比古，米倉佑貴，上野治香，安酸史子：慢性疾患セルフマネジメントプログラム参加者のベースラインデータによる不安抑うつ状態に関する研究第 32 日本看護科学学会学術集会（2012.12 東京）
- (4) 山住康恵，北川明，小野美穂，江上千代美，松浦江美，生駒千恵，石田智恵美，松井聡子，山崎喜比古，米倉佑貴，上野治香，安酸史子：セルフマネジメントプログラム参加者のベースラインデータによるストレス対処能力（SOC）に関する研究，（2012.12 東京）

#### 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. 平成 23 年患者調査の概況. [online]. 2012; Available at: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html>  
Accessed 2/26, 2013.
- [2] Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T, Bommer J,

Canaud BJ, Port FK, Held PJ, Worldwide Dialysis O, Practice Patterns S. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney International*.64(5):1903-1910, 2003.

- [3] Kondo Y, Yoshida H, Tateishi R, Shiina S, Mine N, Yamashiki N, Sato S, Kato N, Kanai F, Yanase M, Akamatsu M, Teratani T, Kawabe T, Omata M. Health-related quality of life of chronic liver disease patients with and without hepatocellular carcinoma. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*.22(2):197-203, 2007.
- [4] Mitani H, Hashimoto H, Isshiki T, Kurokawa S, Ogawa K, Matsumoto K, Miyake F, Yoshino H, Fukuhara S. Health-related quality of life of Japanese patients with chronic heart failure: assessment using the Medical Outcome Study Short Form 36. *Circulation Journal*.67(3):215-220, 2003.
- [5] Saito I, Inami F, Ikebe T, Moriwaki C, Tsubakimoto A, Yonemasu K, Ozawa H. Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan. *Diabetes Research and Clinical Practice*.73(1):51-57, 2006.
- [6] Alonso J, Ferrer M, Gandek B,



- Ware JE, Aaronson NK, Mosconi P, Rasmussen NK, Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S, Lepke A, Grp IP. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*.13(2):283-298, 2004.
- [7] 折笠秀樹. 慢性疾患の QOL 糖尿病, 脳卒中, 心不全を中心に. *臨床薬理の進歩*. (23):36-46, 2002.
- [8] World Health Organization. Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions. 2005; Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562803.pdf>. Accessed 1/5, 2010.
- [9] Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. 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, 1999.
- [10] Stanford University School of Medicine. Research-Patient Education Department of Medicine Stanford University School of Medicine. 2009; Available at: <http://patienteducation.stanford.edu> [u/organ/cdsites.html](http://organ/cdsites.html). Accessed 12/25, 2009.
- [11] Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, Gardner C, Gately C, Rogers A. 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 and Community Health*.61(3):254-261, 2007.
- [12] Griffiths C, Motlib J, Azad A, Ramsay J, Eldridge S, Feder G, Khanam R, Munni R, Garrett M, Turner A, Barlow J. 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, 2005.
- [13] Druss BG, Zhao LP, von Esenwein SA, Bona JR, Fricks L, Jenkins-Tucker S, Sterling E, DiClemente R, Lorig K. The Health and Recovery Peer (HARP) Program: A peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophrenia Research*.118(1-3):264-270, 2010.
- [14] Buszewicz M, Rait G, Griffin M, Nazareth I, Patel A, Atkinson A, Barlow J, Haines A. Self management of arthritis in primary

- care: randomised controlled trial. *BMJ*.333(7574):879, 2006.
- [15] 安酸史子, 米倉佑貴, 山崎喜比古, 朴敏廷, 湯川慶子, 香川由美, 上野治香, 石田智恵美, 北川明, 山住康恵, 生駒千恵, 小野美穂. 慢性疾患自己管理プログラム受講者の生活の質の受講前後の変化の検討. 厚生労働科学研究費補助金(免疫アレルギー・疾患予防・治療研究事業)分担研究報告書. 2012.
- [16] Reeves D, Kennedy A, Fullwood C, Bower P, Gardner C, Gately C, Lee V, Richardson G, Rogers A. Predicting who will benefit from an Expert Patients Programme self-management course. *Br J Gen Pract*.58(548):198-203, 2008.
- [17] 田崎美弥子, 中根允文. *WHOQOL26 手引 改訂版*. 東京: 金子書房; 2007.