

いろいろなことを、病気だけのせいにはしなくなったという感覚は 62.9%に経験されていた。

研究 6 : CDSMP 受講者の 3 年間の追跡データを使用した服薬アドヒアランスの受講前後の変化に関する研究 (別紙参照)

#### 目的

CDSMP が慢性疾患患者の服薬行動や意識に与える影響を明らかにすることを目的とした。

#### 結果概要

CDSMP 受講者全体では、服薬アドヒアランス 4 下位尺度のうち「服薬における医療従事者との協働性」、「服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性」、「服薬の納得度および生活との調和度」、全 12 項目合計点で受講前よりも受講後で得点が有意に高かった。さらに、受講前得点低値群でも 4 下位尺度の「服薬遵守度」、「服薬における医療従事者との協働性」、「服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性」、「服薬の納得度および生活との調和度」で受講前よりも受講後で得点が有意に高く、全 12 項目合計点では、受講前よりも受講後で得点が高い傾向がみられた。

疾患別の検討では、リウマチ性疾患群では、「服薬の納得度および生活との調和度」で得点が有意に低い傾向がみられた。うつ・精神疾患では「服薬遵守度」において、全合計点で有意な得点の低下がみられた。一方、2 型・その他糖尿病では、「医療従事者との協働性」、「服薬の納得度および生活との調和度」で受講後有意に高かった。

### 3. 考察

研究 1 : CDSMP を受講した関節リウマチ (RA) 患者を対象とした生理学的変化の追跡調査研究

対象者数は少ないものの、改善を示すデータがえられたことは、CDSMP を受講することにより精神的な負担が軽減され、それが交感神経活性の下降や副交感神経活性の上昇をもたらした

たとえる。情動を司る大脳辺縁系の活動は免疫系に影響を与える。生体がストレスを受けた反応は、受動的なストレスに対して S-IgA 濃度が減少、能動的なストレスは S-IgA 濃度が増加する。つまり、情動反応は免疫系に影響し、快の情動は S-IgA を上昇させる。

今回の自律神経系の反応のみならず、S-IgA の上昇は CDSMP に対して、能動的に取り組む快情動が生じていると考えられた。

よって、疾患活動性の低いリウマチ疾患をもつ患者に対する CDSMP の受講は自律神経系、内分泌系、免疫系を改善するメカニズムがあることおよび疾患活動性の悪化を防ぐことが示唆された。

研究 2 : CDSMP を受講し加えてワークショップ進行の認定資格を取得している慢性疾患患者を対象とした効果発現メカニズムに関するインタビュー調査研究

「アクションプラン」演習の効果の機序を考察した結果、演習内容と効果を照らし合わせ、効果の機序を考察した結果、受講者は、演習の始めの段階で、まず病気を持っているゆえに生じる引け目や追い込まれるような感情が解かれ、病気を持っていてもやりたいことをやって良いとう安堵感を感じていることが分かった。このような認知的変化により、アクションプラン立案に向けたレディネス状態が整い、その後の演習展開が具体的なプラン立案を助け、他の参加者からの励ましも加わりプランが実行できると考える。また、それらが自信や自己効力感向上につながり、さらにこの演習を 6 週間にわたり毎週繰り返すことによって、実際の生活や行動に変化をもたらすという効果のメカニズムが示唆された。

医療者とやっていくこと」、「問題解決法」、「薬の活用」の 3 つの演習効果を通じて、慢性疾患患者の自己管理には、病気をもつ自分を振り返り、今までの認識・自分の中の常識に変化を生じさ

せるような気付き（衝撃）を得られることの重要性が明確となり、自己管理する上で必要なスキルを系統だった方法論として学び、練習を重ねることで自分のものとなり、実際の生活に活かすことが可能になることが示唆された。また、患者自身が治療に主体的に参加する意義に気づくことが行動変容のための前提条件として必要であること、服薬アドヒアランス向上にもつながることが示唆された。

#### 研究3:「慢性疾患セルフマネジメントプログラム」の改訂とその効果に関する研究（平成26年度報告書参照）

旧プログラムと共通の効果指標では、健康状態についての悩み、健康状態の自己評価、不安、症状への認知的対処法の実行頻度、医師とのコミュニケーションの良好さ、服薬アドヒアランス、QOL、SOCにおいて有意ではないものの改善傾向が認められた。こうした改善傾向は旧プログラムの受講前後の変化と比較してもほぼ同等であり、新プログラムが旧プログラムと同等の有効性を有することが示唆された。

#### 研究4: CDSMP受講者の生活の質の受講1年間の変化の検討（別紙参照）

CDSMP受講後に生活の質に肯定的な変化が起こることが分かった。また、全体的な生活の質、および心理的領域において、受講1年後まで生活の質の有意な改善が維持されることが明らかになった。このことから、CDSMP受講により身につけた自己管理技術や心理面へのポジティブな影響はある程度長期間定着することが示唆された。一方で、身体面、環境面では、受講3ヶ月後までの短期間ではポジティブな影響が認められたものの、その影響は長期間には持続しなかった。今後、こうした影響が長期にわたって維持できるよう支援することが必要であると考えられる。

以上のからCDSMP受講が受講者の生活の質にポジティブな影響を与えることが示唆された。

#### 研究5: CDSMP受講者の病ある生活への向き合い方の変化に関する研究（別紙参照）

自分だけが大変なわけではないという感覚は、様々な疾患の参加者が集うCDSMPの特徴を直接的に示すものである。同じ疾患の患者同士では、症状の有無や重症度という基準を中心に互いが比較の対象となってしまうがちである。疾患が異なることで、自分の方が大変、という視点から解放され、広く客観的な視野で自分や自分の疾患を見つめ直す機会となったものと考えられる。

病を受け入れられるという感覚については、ディスカッションを通して、病気のためにできなくなると自己制限していたことが自然と解消され、既に病と上手くつきあっている参加者との交流で獲得されたものと考えられる。

以上より、CDSMPは様々な疾患の患者が受講することや経験や悩みを共有し解決するようにプログラムされていることから、慢性疾患患者の病ある生活の向き合い方に対して肯定的な変化をもたらしている可能性が示唆された。

#### 研究6: CDSMP受講者の3年間の追跡データを使用した服薬アドヒアランスの受講前後の変化に関する研究

受講者全体では、4下位尺度のうち3つの下位尺度と全12項目合計点で有意な得点の上昇がみられ、受講前得点低値群では、4下位尺度全てで有意な得点の上昇が、全12項目合計点で得点の高い傾向がみられた。

このことは、CDSMPの「医療従事者との関係性」や自分なりの自己管理を考えるといった内容が、受講者全体のみならず、中でも受講前得点低値群においてプログラム受講後の実際の服薬行動の改善に影響を与えている可能性が示唆された。また、2型・その他糖尿病、リウマチ性疾患群、その他の慢性疾患をもつ慢性疾患患者において改善がみられた下位尺度「服薬に

における医療従事者との協働性」, 「服薬の納得度および生活との調和度」から, CDSMP の「医療従事者との関係性」や, 自分なりの自己管理を考えるとといったプログラムの内容が, 実際の服薬に関する生活場面の改善に影響を与えている可能性が考えられる。

以上から本研究において, 受講者全体並びに慢性疾患患者のうちプログラム受講前に服薬アドヒアランスが比較的低い群にとって, CDSMP が服薬アドヒアランスの向上に有用である可能性が示唆された。

#### 全体考察

4 年間の研究により, CDSMP の具体的な効果とそのメカニズムが明らかとなったものと考ええる。

研究 1 において, CDSMP の受講は, 自律神経系, 内分泌系, 免疫系を改善する効果があることが示唆された。これは研究 3 の中で健康状態の自己評価尺度が改善していることに繋がっているものと考ええる。なぜ, 改善に繋がっているのかについては, 研究 2 において明らかにされたように, CDSMP が受講者の自己効力感を向上させ, さらに 6 週間のプログラムのなかで服薬行動等のセルフケア行動が改善されるからであると考えられる。これらは, 研究 6 の結果からも明らかである。このように CDSMP を受講することによって, 自己効力感が向上し, セルフケア行動が身に付き, 身体的苦痛が軽減される。身体的苦痛が軽減されることによって, QOL が向上するとともに, 他者を受け入れ生活に前向きになっていけるようになったのではないかと考える。これらは研究 4, 5 の結果からも推察される。

以上から, CDSMP は受講者の自己効力感を向上させセルフケアの行動変容を起こさせうるプログラムであることが明らかとなった。そして, その結果身体的苦痛を軽減させることによって, QOL を向上させ, 前向きに生きることを

助けるプログラムであることが明らかとなったと考える。

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生活の質の肯定的変化の要因が CDSMP の受講であると断定することはできない。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 を受講しており, CDSMP 受講による肯定的変化が得られやすい対象であった可能性がある。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いる。CDSMP 受講による肯定的変化が得られやすい者が選択的に質問紙に回答していた可能性は否定出来ないため, このことが結果に影響を与えた可能性がある。

#### 4. 評価

##### 1) 達成度

CDSMP の効果検証および効果発現のメカニズム解明に関しては計画通り実行し達成できたと考える。

##### 2) 研究成果の学術的・国際的・社会的意義

多くの国で展開され, 効果を見せているプログラムについて, 効果発現のメカニズムを具体的に示せたことは, 今後, 日本における患者教育に何が必要かを検討する上で参考となり, 社会的意義あるものと考ええる。

##### 3) 今後の展望

研究成果を踏まえ, より効果的にセルフケア行動を変容させうるプログラムとその内容について検討していきたい。

#### 5. 結論

CDSMP は受講者の自己効力感を向上させセルフケアの行動変容を起こさせうるプログラム

であることが明らかとなった。そして、その結果身体的苦痛を軽減させることによって、QOLを向上させ、前向きに生きることを助けるプログラムであることが明らかとなったと考える。

## 6. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 北川明, 山住康恵, 安酸史子, 小野美穂, 江上千代美, 松浦江美, 山崎喜比古, 米倉佑貴, 朴敏廷, 上野治香: 慢性疾患患者における不安・抑うつ構造の分析, 防衛医科大学校雑誌 39(1): 32-39, 2013.
- 2) M. J. Park, Joseph Green, Hirono, Ishikawa, Yoshihiko Yamazaki, Akira Kitagawa, Miho Ono, Fumiko Yasukata, Takahiro Kiuchi: Decay of Impact after Self-Management Education for People with Chronic Illnesses: Changes in Anxiety and Depression over One Year, PLoS ONE 8(6):e65316. doi:10.1371/journal.pone.0065316 pp.1-11, 2013.
- 3) 上野治香, 山崎喜比古, 石川ひろの: 日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討, 日本健康教育学会誌 22(1): 13-29, 2014.

### 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口演 (2012 年 7 月, 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交流集会 (2012 年 12 月, 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示説 (2012 年 12 月, 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, 第 32 日本看護科学学会学術集会口演 (2012 年 12 月, 東京)
- 5) 小野美穂, 安酸史子, 北川明, 山住康恵, 米倉佑貴, 山崎喜比古, 湯川慶子, 上野治香, 石田智恵美, 生駒千恵, 江上千代美, 松浦江美, 松井聡子, 武田飛呂城, 千脇美穂子, 慢性疾患患者の自己管理支援を考える～慢性疾患セルフマネジメントプログラムとは?～, 第 33 回日本看護科学学会学術集会交流集会 (2013 年 12 月, 大阪)
- 6) 米倉佑貴, 山崎喜比古, 湯川慶子, 上野治香, 北川明, 山住康恵, 小野美穂, 石田智恵美, 生駒千恵, 江上千代美, 松浦江美, 松井聡子, 安酸史子: 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検討 第 33 回日本看護科学学会学術集会示説 (2013 年 12 月, 大阪)
- 7) 北川明, 小野美穂, 山住康恵, 江上千代美, 松浦江美, 生駒千恵, 山崎喜比古, 清水夏子, 米倉佑貴, 湯川慶子, 上野治香, 石田智恵美, 安酸史子: 慢性疾患セ

セルフマネジメントプログラムの効果について —実施前後のデータ比較から—  
第33回日本看護科学学会学術集会示説  
(2013年12月, 大阪)

- 8) 小野美穂, 北川明, 山住康恵, 米倉佑貴, 山崎喜比古, 松浦江美, 上野治香, 湯川慶子, 石田智恵美, 生駒千恵, 松井聡子, 江上千代美, 安酸史子: 慢性疾患患者の自己管理支援を考える-第3弾~慢性疾患セルフマネジメントプログラムを通して-. 日本看護科学学会学術集会, 名古屋, 2014年11月.

#### 7. 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

#### 8. 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, Leplege 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] Fu DB, Hua F, McGowan P, Shen YE, Zhu LH, Yang HQ, Mao JQ, Zhu ST, Ding YM, Wei ZH. 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, 2003.
- [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] Lorig KR, Ritter PL, Gonzalez VM. Hispanic chronic disease self-management - A randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*.52(6):361-369, 2003.
- [13] 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.
- [14] Haas M, Group E, Muench J, Kraemer D, Brummel-Smith K, Sharma R, Ganger B, Attwood M, Fairweather A. Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*.28(4):228-237, 2005.

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等克服研究事業（難治性疾患等政策研究事業  
（免疫アレルギー疾患等政策研究事業 免疫アレルギー疾患政策研究分野）））  
総合（分担）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 受講1年間の変化の検討（研究4）

研究分担者: 安酸 史子（防衛医科大学校医学教育部 教授）

研究協力者: 米倉 佑貴（岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座 助教）  
小野 美穂（川崎医療福祉大学医療福祉学部 講師）  
北川 明（防衛医科大学校医学教育部 准教授）  
江上千代美（福岡県立大学看護学部 准教授）  
田中美智子（福岡県立大学看護学部 教授）  
松浦 江美（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 准教授）  
山住 康恵（防衛医科大学校医学教育部 講師）  
生駒 千恵（福岡県立大学看護学部 助教）  
松井 聡子（福岡県立大学看護学部 助教）  
石田智恵美（福岡県立大学看護学部 准教授）  
山崎喜比古（日本福祉大学社会福祉学部 教授）  
湯川 慶子（国立保健医療科学院 政策技術評価研究部 主任研究官）  
朴 敏廷（Griffith University）  
上野 治香（東京大学大学院医学系研究科 医学博士課程）  
香川 由美（東京大学大学院薬学系研究科 医薬品情報学講座 学術支援員）

### 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1年後までの生活の質の変化を捉えることであった。

2010年4月から2013年12月までにCDSMP受講を開始した者すべてに質問紙への回答を依頼し、回答が得られた者を追跡対象とし3ヶ月後、6ヶ月後、1年後に追跡調査を行った。受講開始時の調査への回答が得られた者のうち、分析に使用する変数に欠損のない308名を分析対象とした。生活の質はWHOQOL-26日本語版により測定し、WHOQOL26項目合計、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域それぞれの得点を従属変数とした一般線形混合モデルにより推定周辺平均を算出し、調査時点間の推定周辺平均の差を検討したところ、26項目合計得点(T1-T2:  $p<0.001$ , T1-T3:  $p<0.05$ , T1-T4:  $p<0.01$ )、身体的領域(T1-T2:  $p<0.05$ )、心理的領域(T1-T2:  $p<0.001$ , T1-T3:  $p<0.1$ , T1-T4:  $p<0.01$ )、環境領域(T1-T2:  $p<0.05$ )において受講前後で有意な改善が認められた。

以上のことから、CDSMPの受講は、慢性疾患患者のQOLの維持・向上にとって有用である可能性が示唆された。

## 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 20 カ国以上で提供されており[10]，先行する海外の評価研究では，疲労，息切れ，痛み，日常動作制限度等の身体的状態の改善[11-13]に加えて，健康状態の自己評価(Self-Rated Health)，健康状態に対する悩み，抑うつ，社会役割制限度，心理的 well-being などの心理社会的な健康状態の改善[11-15]，有酸素運動実施時間，症状への認知的対処法の実行度等の健康行動の増加[11-14]，救急外来利用回数，入院日数などの医療サービス利用の減少[11，

13]，健康問題に対処する自己効力感の向上[11-14]などの効果が報告されている。

我が国では 2005 年にプログラム実施のためのリーダーの養成が始まり，日本語版教材(リーダー用マニュアル，参考書)が作成・導入され，プログラムの提供が始まった。現在は特定非営利活動法人日本慢性疾患セルフマネジメント協会(以下，協会と表記する)が CDSMP を提供している。

我が国における CDSMP の効果については，2007 年 5 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，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指標で有意な肯定的な変化が認められている[16]。

以上のように，CDSMP を受講することによってさまざまな効果が認められている。一方でこれらの評価指標は信頼性・妥当性は検討されているものの，CDSMP 独自のものも多く，他のプログラムとの効果の比較が難しかった。さらに，効果指標が多岐にわたり，総合的な指標による評価が行われた例が少なかった。そこで，2010 年度からは保健医療領域で広く使用され，慢性疾患のケアの重要な効果指標として用いられている QOL を評価指標に加えた。2011 年度に，プログラム受講前と受講 3 ヶ月後の QOL の変化を検討した結果，受講者全体及び，糖尿病患者，関節リウマチ患者，うつ病患者において受講後に QOL の改善がみられた[17]。本研究では，受講者を 1 年後まで追跡し，プログラム受講後の受講者の QOL の中期的な変化を明らかに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デザインを採用した。調査は2010年4月から2013年12月までにCDSMP受講を開始した者すべてに質問紙への回答を依頼した。回答が得られた者を追跡対象とし3ヶ月後、6ヶ月後、1年後に追跡調査を行った。受講開始時の調査への回答が得られた者のうち、分析に使用する変数に欠損のない308名を分析対象とした。

### 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[18]を使用した。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」[18]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項目合計では0.927～0.934、身体的領域で0.742～0.785、心理的領域で0.861～0.894、社会的関係で0.643～0.753、環境領域で0.800～0.832であり、社会的関係を除いて概ね十分な信頼性が得られた。

### 3. 統計解析

分析方法はWHOQOL26項目合計、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域

それぞれの得点を従属変数、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、疾患の種類、疾患発症後の期間、調査時点の説明変数とした一般線形混合モデルにより推定周辺平均を算出した。調査時点間の推定周辺平均の差の検定の多重比較の調整にはBonferroni法を用いた。以上の統計解析はIBM SPSS ver22を使用した。

### 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。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

対象者の基本属性、特性を表1に示した。受講者の平均年齢は46.6歳、女性が308名中242名(78.6%)と女性が多く、学歴は大卒未満が199名(64.6%)、大卒以上が109名(35.4%)、配偶者をもつものは178名(57.8%)、同居者がいるものが249名(80.8%)、収入を伴う仕事を持つものが145名(47.1%)、経済的な暮らし向きは83名(26.9%)が「ややゆとりがある」、「ゆとりがある」と回答し、111名(36.0%)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。

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102名(33.1%)とその他の疾患以外では最も多く、ついで糖尿病が33名

(10.7%), 精神疾患および行動の障害が 30 名 (9.7%)と多かった。その他の疾患では脊髄小脳変性症, アトピー性皮膚炎, 慢性肝炎などがあった。

次に, CDSMP 受講前後の効果指標の変化を表 2 に示した。26 項目合計得点, 身体的領域, 心理的領域, 社会的関係, 環境領域のすべてで受講後に改善がみられていた。そのうち, 26 項目合計得点(T1-T2:  $p<0.001$ , T1-T3:  $p<0.05$ , T1-T4:  $p<0.01$ ), 身体的領域(T1-T2:  $p<0.05$ ), 心理的領域(T1-T2:  $p<0.001$ , T1-T3:  $p<0.1$ , T1-T4:  $p<0.01$ ), 環境領域 (T1-T2:  $p<0.05$ )において受講前後で有意な改善が認められた。

#### D. 考察

本研究で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 QOL の変化を捉えることを目的として, 分析を行った。その結果, 26 項目合計得点, 身体的領域, 心理的領域, 環境領域において受講後に有意な改善がみられた。

こうした結果は, 2011 年にプログラム受講 3 ヶ月後までの受講者の生活の質の変化を検討した結果[17]と概ね一致しており, CDSMP 受講後に生活の質に肯定的な変化が起こることを支持する結果となった。それに加えて, 本研究では受講後 1 年後までの変化を追跡しており, 全体的な生活の質, および心理的領域において, 受講 1 年後まで生活の質の有意な改善が維持されることが明らかになった。このことから, CDSMP 受講により身につけた自己管理技術や心理面へのポジティブな影響はある程度長期間定着することが示唆された。一方で, 身体面, 環境面では, 受講 3 ヶ月後までの短

期間ではポジティブな影響が認められたものの, その影響は長期間は持続しなかった。今後, こうした影響が長期にわたって維持できるよう支援することが必要であると考えられる。

以上のように CDSMP 受講が受講者の生活の質にポジティブな影響を与えることが示唆された。

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生活の質の肯定的変化の要因が CDSMP の受講であると断定することはできない。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 を受講しており, CDSMP 受講による肯定的変化が得られやすい対象であった可能性がある。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いる。CDSMP 受講による肯定的変化が得られやすい者が選択的に質問紙に回答していた可能性は否定出来ないため, このことが結果に影響を与えた可能性がある。

#### E. 結論

本研究で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 QOL の変化を捉えることを目的として, 分析を行った。その結果, 26 項目合計得点, 身体的領域, 心理的領域, 環境領域において受講後に有意な改善がみられた。

## 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. 厚生労働省. 平成 23 年患者調査の概況. [online] 2012 [cited 2013 2/26]; Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saiki/n/hw/kanja/11/index.html>

2. Fukuhara, S., et al., *Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study*. Kidney International, 2003. **64**(5): p. 1903-10.

3. Kondo, Y., et al., *Health-related quality of life of chronic liver disease patients with and without hepatocellular carcinoma*. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2007. **22**(2): p. 197-203.

4. Mitani, H., et al., *Health-related quality of life of Japanese patients with chronic heart failure: assessment using the Medical*

*Outcome Study Short Form 36*. Circulation Journal, 2003. **67**(3): p. 215-20.

5. Saito, I., et al., *Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan*. Diabetes Research and Clinical Practice, 2006. **73**(1): p. 51-57.

6. Alonso, J., et al., *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, 2004. **13**(2): p. 283-298.

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, 2002(23): p. 36-46.

8. World Health Organization. *Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions*. 2005 [cited 2010 1/5]; Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562803.pdf>.

9. Lorig, K.R., et al., *Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization - A randomized trial*. Medical Care, 1999. **37**(1): p. 5-14.

10. Stanford University School of Medicine. *Research-Patient Education Department of Medicine*

- Stanford University School of Medicine. 2009 [cited 2015 3/28]; Available from: <http://patienteducation.stanford.edu/organ/cdsites.html>.
11. Fu, D.B., et al., *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): p. 174-182.
  12. Kennedy, A., et al., *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, 2007. **61**(3): p. 254-61.
  13. Lorig, K.R., P.L. Ritter, and V.M. Gonzalez, *Hispanic chronic disease self-management - A randomized community-based outcome trial*. Nursing Research, 2003. **52**(6): p. 361-369.
  14. Griffiths, C., et al., *Randomised controlled trial of a lay-led self management programme for Bangladeshi patients with chronic disease*. British Journal of General Practice, 2005. **55**(520): p. 831-837.
  15. Haas, M., et al., *Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly*. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 2005. **28**(4): p. 228-237.
  16. Yukawa, K., et al., *Effectiveness of Chronic Disease Self-management Program in Japan: Preliminary report of a longitudinal study*. Nursing & Health Sciences, 2010. **12**(4): p. 456-463.
  17. 安酸史子, et al., 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.
  18. 田崎美弥子 and 中根允文, *WHOQOL26 手引 改訂版*. 2007, 東京: 金子書房.

表 1. 分析対象者の基本属性・特性

|                    |          |        |        |
|--------------------|----------|--------|--------|
| 年齢                 | 平均(標準偏差) | 46.6   | 12.3   |
| 性別                 | 度数(%)    |        |        |
| 女性                 |          | 242 (  | 78.6 ) |
| 男性                 |          | 66 (   | 21.4 ) |
| 配偶者の有無             | 度数(%)    |        |        |
| あり                 |          | 178 (  | 57.8 ) |
| なし                 |          | 130 (  | 42.2 ) |
| 同居人の有無             | 度数(%)    |        |        |
| あり                 |          | 249 (  | 80.8 ) |
| なし                 |          | 59 (   | 19.2 ) |
| 収入を伴う仕事の有無         | 度数(%)    |        |        |
| あり                 |          | 145 (  | 47.1 ) |
| なし                 |          | 163 (  | 52.9 ) |
| 暮らし向き              |          |        |        |
| ゆとりがある・ややゆとりがある    |          | 83 (   | 26.9 ) |
| どちらともいえない          |          | 114 (  | 37.0 ) |
| あまりゆとりはない・全くゆとりはない |          | 111 (  | 36.0 ) |
| 教育                 | 度数(%)    |        |        |
| 大卒未満               |          | 199 (  | 64.6 ) |
| 大卒以上               |          | 109 (  | 35.4 ) |
| 最も長期間持っている慢性疾患     | 度数(%)    |        |        |
| 糖尿病                |          | 33 (   | 10.7 ) |
| 精神疾患および行動の障害       |          | 30 (   | 9.7 )  |
| 筋骨格系および結合組織の疾患     |          | 102 (  | 33.1 ) |
| その他の疾患             |          | 143 (  | 46.4 ) |
| 疾患発症後の期間(年)        | 平均(標準偏差) | 12.3 ( | 12.0 ) |

表 2. CDSMP 受講 1 年間の受講者の QOL の推移

|                                       | 受講前  |      | 受講3ヶ月後 |      | 受講6ヶ月後 |      | 受講1年後 |      | p <sup>a),b)</sup>  |
|---------------------------------------|------|------|--------|------|--------|------|-------|------|---------------------|
|                                       | 推定平均 | 標準誤差 | 推定平均   | 標準誤差 | 推定平均   | 標準誤差 | 推定平均  | 標準誤差 |                     |
| 生活の質(26項目合計得点)<br>(range 1-5, 高いほど良好) | 3.0  | 0.1  | 3.2    | 0.1  | 3.1    | 0.1  | 3.2   | 0.1  | 1-2***, 1-3*, 1-4** |
| 身体的領域<br>(range 1-5, 高いほど良好)          | 2.9  | 0.1  | 3.1    | 0.1  | 3.0    | 0.1  | 3.0   | 0.1  | 1-2*                |
| 心理的領域<br>(range 1-5, 高いほど良好)          | 3.0  | 0.1  | 3.2    | 0.1  | 3.1    | 0.1  | 3.2   | 0.1  | 1-2***, 1-3†, 1-4** |
| 社会的関係<br>(range 1-5, 高いほど良好)          | 3.0  | 0.1  | 3.1    | 0.1  | 3.1    | 0.1  | 3.1   | 0.1  | n.s                 |
| 環境領域<br>(range 1-5, 高いほど良好)           | 3.3  | 0.1  | 3.4    | 0.1  | 3.3    | 0.1  | 3.4   | 0.1  | 1-2*                |

a) n.s.: not significant, †: 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(Bonferroni法)

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等克服研究事業（難治性疾患等政策研究事業  
（免疫アレルギー疾患等政策研究事業 免疫アレルギー疾患政策研究分野）））  
総合（分担）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病ある生活への  
向き合い方の変化に関する研究（研究5）

研究分担者:安酸 史子（防衛医科大学校医学教育部 教授）

研究協力者:湯川 慶子（国立保健医療科学院 政策技術評価研究部 主任研究官）  
小野 美穂（川崎医療福祉大学医療福祉学部 講師）  
北川 明（防衛医科大学校医学教育部 准教授）  
江上千代美（福岡県立大学看護学部 准教授）  
田中美智子（福岡県立大学看護学部 教授）  
松浦 江美（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 准教授）  
山住 康恵（防衛医科大学校医学教育部 講師）  
生駒 千恵（福岡県立大学看護学部 助教）  
松井 聡子（福岡県立大学看護学部 助教）  
石田智恵美（福岡県立大学看護学部 准教授）  
山崎喜比古（日本福祉大学社会福祉学部 教授）  
米倉 佑貴（岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座 助教）  
朴 敏廷（Griffith University）  
上野 治香（東京大学大学院医学系研究科 医学博士課程）  
香川 由美（東京大学大学院薬学系研究科 医薬品情報学講座 学術支援員）

**研究要旨**

本研究は、日本における慢性疾患患者の自己管理支援プログラムである「慢性疾患セルフマネジメントプログラム」(Chronic Disease Self-Management Program; CDSMP) のプログラム受講後の受講者の病ある生活への向き合い方の変化 (Perceived Positive Changes; PPC) を検討することを目的とした。

2010年6月から2013年10月にCDSMPの受講を開始した慢性疾患患者に対し、ワークショップ受講3ヶ月後に追跡調査を行い、回答が得られた338名を分析対象とした。CDSMPの受講により、自分だけが大変なわけではないという感覚が8割の受講者に、少しずつよい、無理しなくて良い、気持ちが楽になった、病を受け入れられるようになった、仲間と出会い心強く思ったなどの感覚や変化が6,7割の受講者に経験されていた。

以上より、CDSMPは様々な疾患の患者が受講することや経験や悩みを共有し解決するようにプログラムされていることから、慢性疾患患者の病ある生活の向き合い方に対して肯定的な変化をもたらしている可能性が示唆された。

**A. 研究目的**

近年、高齢化やライフスタイルの変化に伴い、  
疾病構造が変化し、慢性疾患が増加している。慢

性疾患患者は、治療はもちろん、人生や社会生活  
の問題も抱えており、患者教育では、患者個人の  
生活や人生を含めて自己管理をサポートすること

が重要である。

慢性疾患セルフマネジメントプログラム (Chronic Disease Self-Management Program; CDSMP) は、1980年代に、スタンフォード大学患者教育センターで開発され<sup>1)</sup>、自己効力感理論<sup>2)</sup>に基づき、講義、アクションプラン、ブレインストーミング等を通じて、慢性疾患患者が自己管理スキルを習得するプログラムである。

日本では、2005年より導入され、教材等の翻訳<sup>3)</sup>、全国でのワークショップの開催、前後比較による効果の検討<sup>4)</sup>、1年後の効果の検討などが行われている<sup>5)</sup>。国外においても、健康状態や自己管理行動の改善、自己効力感の向上、医療機関利用の減少等の効果が報告されている<sup>6)</sup>。

この点、CDSMPにはプログラムの進行役を医療従事者等の専門家ではなく患者が務める点、様々な疾患の患者が集う点(疾患横断的)という特徴がある。そのため、受講を通じて、受講者が病の捉え方が変わるなど病ある生活への向き合い方の変化を経験している可能性がある<sup>7,8)</sup>。CDSMPの効果指標は一定程度定型化されて示されており<sup>1,9)</sup>、受講者の主観面への着目は、CDSMPの先行研究ではあまり検討されていなかったが、近年その重要性が注目されるようになってきており<sup>10,11)</sup>、今後の自己管理支援に有用な示唆を得るためにも、日本においても検討される必要性が高い。

したがって、本研究では、CDSMP受講により受講者が病ある生活への向き合い方にどのような変化を経験しているか把握することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1.対象

2010年6月から2013年10月にCDSMP受講を開始した慢性疾患患者に対し、ワークショップを受講し3ヶ月後に、自記式質問紙郵送法による追跡調査を行った。本研究では、属性データとPPCデータが揃っている者338名を分析の対象とした。

## 2.分析に用いた変数

### 1) 対象者の基本属性

性別・年齢・学歴・婚姻状況・暮らし向き疾患・罹患年数について尋ねた。

### 2) 受講による病ある生活への向き合い方の変化 (Perceived Positive Changes; PPC)

「ワークショップに参加することを通じて、あなたには次の点で変化がありましたか?」と尋ね、「気持ちが悪くなった」「少しずつでよい、無理しなくて良い」「病を受け入れられるようになった」などの13項目の感覚や変化について「1. 全く得られなかった~5.得られた」の5件法を用いた。得点が高いほど、これらの変化を経験していることを示す。

なお、この項目の作成にあたっては、次の様な経緯を経た。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を行い、「ワークショップを通じて何を得たか」という質問に対して、10数項目のアイテムプールから、PPC7項目を作成した。その際、Loflandらの方法により<sup>12)</sup>、逐語録等を繰り返し読み全体の意味を把握した上で分類を行った。結果の妥当性向上のため研究者間でのpeer examinationを行った。さらに、2006年11月から2009年7月に回収された追跡調査票のPPCに関する自由回答欄(ワークショップでその他に得られたもの)に記載された自由回答を複数の研究者により分析し、6項目を追加し、PPC13項目とした。

## 3.分析方法

分析は、PPCの各項目について、「どちらかといえば得られた」、「得られた」との回答者数を集計し、分析対象者数に対する割合(経験率)を算出した。新しく追加した項目を中心に、自由回答から具体的に表現している記述を示した(Appendix 1)。

統計解析には、統計パッケージSPSS18.0J for Windowsを用い、有意水準を5%(両側)とした。



#### 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後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。また、本研究は、福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得て行った。

### C. 研究結果

#### 1.対象の属性

分析対象者 338 名の基本属性を示す(表 1)。男性 70 名(20.7%)、女性 268 名(79.3%)、平均年齢は 48.87 歳、罹患年数は 11.92 年であった。対象者の主な疾患は、うつ病 55 名、糖尿病 46 名、高血圧 44 名、リウマチ性疾患 34 名、がん 26 名、喘息 23 名、高脂血症 21 名などであった(複数回答)。

#### 2. 受講による病ある生活への向き合い方の変化の経験 (PPC)

CDSMP 受講による病ある生活への向き合い方の変化の経験を示す(表 2)。自分だけが大変なわけではないという感覚は 270(88.5%)であり、13 項目の中でももっとも経験されていた。少しずつでよい、無理しなくて良いという感覚は 237(78.5%)、仲間と出会ったことによる心強さは 222(73.3%)、気持ちが楽になったという感覚は 221(72.9%)、病を受け入れられるようになったのは 199(66.3%)であった。できないことよりできることに目が向くようになった 201(66.1%)、物事をある程度冷静に受け止められるという感覚は 199(65.9%)、いろいろなことを、病気だけのせいにはしなくなったという感覚は 190(62.9%)に経験されていた。

### D. 考察

#### 1.受講による病ある生活への向き合い方の変化

本研究では面接調査等で受講者から挙げられた

病ある生活への向き合い方の変化について、量的調査を行った。

今回は、調査開始当初 7 項目であった PPC を 13 項目に増やしたため、その中で経験率が高かった変化の感覚に着目すると、まず、自分だけが大変なわけではないという感覚は、様々な疾患の参加者が集う CDSMP の特徴を直接的に示すものである。同じ疾患の患者同士では、症状の有無や重症度という基準を中心に互いが比較の対象となってしまうがちである。疾患が異なることで、自分の方が大変、という視点から解放され、広く客観的な視野で自分や自分の疾患を見つめ直す機会となったものと考えられる。

病を受け入れられるという感覚については、ディスカッションを通して、病気のためにできなくなると自己制限していたことが自然と解消されたり、既に病と上手くつきあっている参加者との交流で獲得されたものと考えられる。

次に、従来から測定を続けていた項目のうち、気持ちが楽になった、仲間と出会った心強さ、無理しなくて良いなどの感覚や変化が約 7 割に経験されていた。CDSMP では従来の患者教育と比べ、患者同士の交流が活発に行われている。受講者は他の参加者からの励まし等の情緒的サポートの獲得、体験的知識等の情動的サポートの獲得により、日常生活で生じる困難への対処が容易になると考えられた。また、他の患者の考えや人生に接することで、病と折り合いをつけ、人生の再構築が促進されると考えられた<sup>13,14)</sup>。

以上より、慢性疾患患者が、こういったサポートや病ある生活への向き合い方の変化の感覚をより経験できるよう工夫することが、本プログラムを通じて、患者の主体的な自己管理の実現に資すると考えられる。

#### 2.本研究の限界と意義

本研究の対象者は、そもそもプログラムに参加

した時点で、一定程度に健康意識の高い者であり、さらに、追跡調査に協力した者は、プログラムを楽しむなど、肯定的変化をより経験していた可能性があり、結果の一般化には注意を要する。

以上のような限界はあるものの、様々な疾患の患者が一同に集う患者教育の有用性が示され、CDSMP 受講が慢性疾患患者の病ある生活への向き合い方に肯定的な変化を及ぼすことが明らかになった。これは、本プログラムに限らず、慢性疾患患者の自己管理支援に共通する有用な知見、示唆であるといえる。

## E. 結論

慢性疾患患者の自己管理支援プログラムである CDSMP の受講により、自分だけが大変なわけではないという感覚が 8 割の受講者に経験され、少しずつでよい、無理しなくて良いという感覚、仲間と出会ったことによる心強さ、気持ちが楽になったという感覚、病を受け入れられるようになったという感覚も 6,7 割の受講者に経験されていた。

以上より CDSMP では、受講者に、様々な病ある生活への向き合い方の肯定的な変化(PPC)が経験されており、自己管理支援に有用である。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表

小野美穂, 北川明, 山住康恵, 米倉佑貴, 山崎喜比古, 松浦江美, 上野治香, 湯川慶子, 石田智恵美, 生駒千恵, 松井聡子, 江上千代美, 安酸史子. 慢性疾患患者の自己管理支援を考える:第 3 弾~慢性疾患セルフマネジメントプログラムを通して~. 日本看護科学学会学術集会、名古屋、2014 年 11 月.

## 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) Stanford University School of Medicine. Research-Patient Education Department of Medicine Stanford University

School of Medicine.

<http://patienteducation.stanford.edu/organ/cdsites.html>.  
(accessed 2015-03-20)

- 2) Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2): 191-215, 1977.
- 3) 近藤房恵訳. 日本慢性疾患セルフマネジメント協会編. 病気とともに生きる—慢性疾患のセルフマネジメント. 東京: 日本看護協会出版会, 2008. (Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M. Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-Management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema and Others.)
- 4) Yukawa K, Yamazaki Y, Yonekura Y, Togari T, Abbott FK, Homma M, Park M, Kagawa Y. Effectiveness of Chronic Disease Self-management Program in Japan: preliminary report of a longitudinal study. *Nursing & Health Sciences* 12: 456-463, 2010.
- 5) Park MJ., Green J., Ishikawa H., Yamazaki Y., Kitagawa A., Ono M., Yasukata F., Kiuchi T. Decay of Impact after Self-Management Education for People with Chronic Illnesses: Changes in Anxiety and Depression over One Year. *PLoS ONE*. 2013; 8(6): e65316
- 6) Fu DB, Hua F, McGowan P, Shen YE, Zhu LH, Yang HQ, Mao JQ, Zhu ST, Ding YM, Wei ZH. 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, 2003.
- 7) Radley A, Green R. Illness as adjustment: A methodology and conceptual framework. *Sociology of Health & Illness* 9(2):179-207,1987.
- 8) Ussher J, Kirsten L, Butow P, Sandoval M. What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine* 62(10):2565-2576,2006.
- 9) Lorig K, Stewart A, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent D, Lynch J. Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.
- 10) Hill P, Osborn M. The value of self-management: retrieving a sense of self: the loss and reconstruction of a life. In *Working with Self-Management Courses: The Thoughts of Participants, Planners, and Policy Makers*. New York: Oxford University Press: 73-82, 2010.
- 11) Johnston S, Irving H, Mill K, Rowan MS, Liddy C. The patient's voice: an exploratory study of the impact of a group self-management support program. *BMC Fam Pract*. 2012
- 12) 新藤雄三, 宝月誠訳. 社会状況の分析: 質的観察と分析の方法. 東京: 恒星社厚生閣: 244-276,1997. (Lofland J, Lofland L. Analyzing social settings: a guide to qualitative observation and analysis.)
- 13) Dibb B, Yardley L. How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine* 63(6):1602-1613, 2006.

14) Borkman TJ. Experiential knowledge : A new concept for analysis of self-help groups. Social Service Review 50(3): 445-456, 1976.

表 1 対象者の属性 (n=338)

|        |                    | n     | %        |
|--------|--------------------|-------|----------|
| 性別     | 男性                 | 70    | ( 20.7 ) |
|        | 女性                 | 268   | ( 79.3 ) |
| 年齢     | 平均(標準偏差) 歳         | 48.87 | ( 13.8 ) |
| 学歴     | 小・中・高              | 117   | ( 35.6 ) |
|        | 専門学校・短大            | 111   | ( 33.7 ) |
|        | 大学・大学院             | 101   | ( 30.7 ) |
| 婚姻状況   | 既婚                 | 190   | ( 26.7 ) |
|        | 未婚                 | 145   | ( 43.3 ) |
| 暮らし向き  | ゆとりがある・ややゆとりがある    | 101   | ( 30.2 ) |
|        | どちらともいえない          | 112   | ( 33.5 ) |
|        | あまりゆとりはない・全くゆとりはない | 121   | ( 36.2 ) |
| 疾患     | 喘息                 | 23    |          |
|        | 糖尿病                | 46    |          |
|        | リウマチ性疾患            | 34    |          |
|        | 高血圧                | 44    |          |
|        | 高脂血症               | 21    |          |
|        | うつ病                | 55    |          |
|        | がん                 | 26    |          |
| (複数回答) |                    |       |          |
| 罹患年数   | 平均(標準偏差) 年         | 11.92 | ( 11.4 ) |

欠損・無回答を除く

表2 受講による病ある生活への向き合い方の変化 (PPC) の経験 (n=338)

|   | n   | %        |
|---|-----|----------|
| 自分だけが大変なわけではないという感覚                     | 270 | ( 88.5 ) |
| 少しずつでよい、無理しなくて良いという感覚                   | 237 | ( 78.5 ) |
| 仲間と出会ったことによる心強さ                         | 222 | ( 73.3 ) |
| 気持ちが楽になったという感覚                          | 221 | ( 72.9 ) |
| 病を受け入れられるようになった                         | 199 | ( 66.3 ) |
| できないことよりできることに目が向くようになった                | 201 | ( 66.1 ) |
| 物事をある程度冷静に受け止められるという感覚                  | 199 | ( 65.9 ) |
| いろいろなことを、病気だけのせいにはしなくなったという感覚           | 190 | ( 62.9 ) |
| 何事に対しても                                 | 186 | ( 61.2 ) |
| これまで対処できなかった問題に、なんとか対処できると<br>思えるようになった | 175 | ( 57.6 ) |
| 周りの人へ気持ちをうまく伝えられるようになったという感覚            | 164 | ( 54.1 ) |
| 自分に自信が                                  | 153 | ( 50.2 ) |
| 他人の助けになっているという感覚                        | 150 | ( 49.8 ) |

a どちらかといえばなった/なった(感じた)と回答した者の割合である(欠損・無回答を除く)