

Appendix 1

PPC 新項目に関する自由記述 (抜粋)

《自分だけが大変なわけではない》

——今までは病気の事しか考えていたかったけれど、色々な人のお話を聞きじぶんよりもっと大変な人がおられるのだなあと思いました。自分の病気についても少し前向きになれたような気がします。

——他の方の慢性疾患 (治らない) の多さと日々苦勞の話を書く事により、自分一人だけが大変なのではないと言う事が理解出来心強く生活の張りや自信を持つことが出来ました。

——目には見えなくても周囲には環境や病気等で大変な思いをしている人が大勢いることを知った。あきらめずに懸命に闘って生きていくということは人間本来の姿ではないかと感じている。すこし視野を広げて気持ちにゆとりをもって社会の中で人と接していきたいと思うようになった。

——共に参加した人たちの意見は率直に共感出来るものは取り入れるようにしたり、自分だけ苦しいのではないと思うと気持ちが安らぐようになりました。

《病を受け入れられるようになった》

——「自分の病気を受け入れなければならない」という強迫観念のようなものがあり、そればできない自分に失望していた。ワークショップをとおしてある時「～なければならない=must=義務」というよりは「受け入れてみたい」という前向きな気持ちが湧いて来た。仲間との交流の効果が大きかったと思う。仕事を休職していることについても焦らずやっぴこうと思うようになった。難病センターや他の医療機関にも自分から積極的に連絡して、情報を得た上で今後のことを考えるという行動をとる事ができている。動いたことで一時的に体調は悪化したが、それを恐れず今の自分の状態を知る上で役立っていると考えている。

——他の参加メンバーからの働きかけ分かち合いで「慢性疾患とずっと付き合っていくことが自分の人生なんだ」という受け入れ度が (0→76%) にアップしたように思う。

(※原文のまま)

慢性疾患セルフマネジメントプログラム受講者の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（研究6）

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：

上野 治香（東京大学大学院医学系研究科 医学博士課程）
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 医学部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 医学教育部看護学科 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）
石田智恵美（福岡県立大学看護学部 准教授）
松井 聡子（福岡県立大学看護学部 助教）
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）
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服薬アドヒアランスの変化を捉えることを目的とした。

平成 23 年 7 月から平成 26 年 6 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、さらに 3 ヶ月後の追跡調査による郵送法によりうち回答が得られた者 392 名を対象とした。受講者全体の受講前後および CDSMP 受講前の回答者のうち 1 項目平均 3 点以下の 4 下位尺度得点が 9 点以下と全 12 項目合計点が 36 点以下を受講前得点低値群とした受講者の受講前後、さらに疾患を 1 型糖尿病、2 型・その他糖尿病、リウマチ性疾患群、循環器（高血圧、高脂血症含む）、アレルギー疾患群、うつ・精神疾患、その他の慢性疾患の 7 つに分けた疾患別の受講前後の服薬アドヒアランス得点を対応のある t 検定及び Wilcoxon の符号付き順位検定で比較した。受講者全体では、4 下位尺度のうち「服薬における医療従事者との協働性」($p<0.05$)、「服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性」($p<0.05$)、「服薬の納得度および生活との調和度」($p<0.05$)、全 12 項目合計点 ($p<0.05$) 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」($p<0.05$)、「服薬における医療従事者との協働性」($p<0.001$)、「服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性」($p<0.001$)、「服薬の納得度および生活との調和度」($p<0.01$) 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 ($p<0.1$) 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、受講前の得点において、その他の慢性疾患をもつ受講者で、「服薬における医療従事者との協働性」でその疾患を持たない群より得点が低い傾向がみられ ($p<0.05$)、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 ($p<0.05$)。疾患別での受講前後の得点の変化において、うつ・精神疾患では「服薬遵守度」では、受講後の得点が低い傾向が ($p<0.1$)、全合計点では有意な得点の低下がみられた ($p<0.01$)。一方、2型・その他糖尿病では、「医療従事者との協働性」 ($p<0.01$)、「服薬の納得度および生活との調和度」 ($p<0.05$) で受講後有意に高く、全合計点では、得点が高い傾向がみられた ($p<0.1$)。リウマチ性疾患群でも、下位尺度「医療従事者との協働性」 ($p<0.05$)、「服薬の納得度および生活との調和度」 ($p<0.05$)、全合計点 ($p<0.05$) で受講後有意な得点の上昇がみられた。その他の慢性疾患では、全合計点で受講後で得点が高い傾向がみられた ($p<0.1$)。

以上より、CDSMP の受講は、全受講対象者と特に受講前得点低値群が、疾患別では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の服薬アドヒアランス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

近年、わが国では糖尿病、心疾患、循環器疾患などの慢性疾患患者が増加傾向にあり[1]、その発症予防から合併症対策とともに疾患と向き合う患者を支えていくための支援が課題となっている[2]。

慢性疾患の治療において、服薬などの薬物治療は重要な役割を占めている。しかし、日常生活の中で確実に定期的な服薬を実行していくことは難しく[5]、服薬率が低いことが問題となっている[6,7,8,9]。慢性疾患患者の約50%が薬を正しく服用しておらず[10]、特に、高血圧や糖尿病といった慢性疾患では、薬を正しく服用しないために本来期待される3分の1程度しか効果が得られていないとの報告がある[11]。

慢性疾患患者の服薬の自己管理には、様々な心理社会的要因が関連していることが明らかになっており、服薬の継続支援には、疾患とともに生きる心理社会的要因を理解する必要がある[10]とされている。

世界保健機構 (World Health Organization ; WHO) は、患者の服薬継続支援において、重要視すべき心理社会的側面として、「患者と医療従事者がお互いに治療方針について話し合っ

決定すること」、「患者が積極的に服薬治療の決定過程に参加すること」、「医療従事者との良好なコミュニケーションが必要である」の3つを提示しており、この観点から、従来の服薬遵守の有無に着目した服薬コンプライアンス概念に代えて、「患者の行動が医療従事者の提供した治療方法に同意し一致すること」と定義される服薬アドヒアランス概念を用いることを推奨している[3]。

また、そのような慢性疾患患者の服薬治療も含めた日々の生活における自己管理支援として、教育的介入も必要であると考えられており、そのようなプログラムのひとつとして本研究で着目してい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) [12]があげられる。

CDSMP は現在世界約20カ国で提供されており[13]、わが国においても、平成17年にプログラムの提供が始まっている。

わが国における CDSMP の効果については、平成19年5月までの受講者に対し前後比較デザインによる 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[14]。

この CDSMP には、服薬についての内容も含まれており、これらの内容が受講者の服薬行動や服薬に対する意識に肯定的な影響を与えることが期待できる。

本研究ではその服薬アドヒアランス尺度を用いて、CDSMP 受講前後の服薬アドヒアランスの変化の比較を行い、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。

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試験デザインを採用した。

調査は平成 23 年 7 月から平成 26 年 6 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）。3 ヶ月後に郵送法により追跡調査を行い回答が得られた者 392 名を対象とした（受講 3 ヶ月後調査：以下 T2）。

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、疾患特性として、疾患の種類、罹患年数、服薬アドヒアランス尺度全 12 項目を使用した。

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 カテゴリーからなる。

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) 罹患年数

受講者が持っている疾患が発症してからの期間をたずねた。複数の疾患を持っている場合は、発症からの期間が最も長い疾患について回答してもらった。

6) 疾患の種類

受講者が持っている慢性疾患を喘息、糖尿病、リウマチ、線維筋痛症、全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群、パーキンソン症候群、脊髄小脳変性症、クローン病、潰瘍性大腸炎、アトピー性皮膚炎、高血圧、高脂血症、うつ病、がん、その他から多重回答で選択してもらった。

7) 服薬アドヒアランス尺度

平成 21 年度に、CDSMP の新たな効果指標として、服薬において心理的側面や医療従事者との協働、ライフスタイルマネジメント等を含んだ、患者の行動を全人的に捉えようとする概念で、「患者の服薬行動が、医療従事者の提案した治療方法に同意し、一致する度合い」である服薬アドヒアランスを測定するために開発され、信頼性と妥当性が確認されている服薬アドヒアランス尺度 14 項目[15]をさらに改良した 12 項目からなる尺度である。服薬アドヒアランス尺度は、「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」の 4 下位尺度とそれぞれ 3 項目ずつの合計 12 項目で構成されている。「1. まったく～ない」から、「5. いつもあてはまる・している」の 5 件法で測定した。得点が高い方が、実施状況、状態が良いことを表す。

3. 統計解析

1) 服薬アドヒアランスの受講前後の変化の検討

CDSMP 受講者全体および受講前 T1 の得点を 4 つの下位尺度ではそれぞれ 1 項目平

均点 3 点以下の 9 点以下と全合計点では 36 点以下のものを受講前得点低値群として、受講前後の変化を検討した。受講者全体は対応のある t 検定で、受講前得点低値群は、それぞれの数に合わせ分布を確認後、対応のある t 検定又は Wilcoxon の符号付き順位検定で、全 12 項目合計点、4 つの下位尺度の「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」の T1、T2 時の点数を比較した。

2) 服薬アドヒアランスの受講前後の変化の疾患種類別の検討

服薬アドヒアランスの受講前後の変化の疾患種類ごとの特徴を検討した。検討する疾患種類は、それぞれの疾患と薬の影響の特性を考慮し、1 型糖尿病、2 型・その他糖尿病、リウマチ性疾患群、循環器疾患（高血圧、高脂血症含む）、アレルギー性疾患群、うつ・精神疾患、その他の慢性疾患の 7 つに分類した。それぞれの数に合わせ分布を確認後、対応のある t 検定又は Wilcoxon の符号付き順位検定で全 12 項目合計点、4 つの下位尺度「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」の T1、T2 時の点数を比較した。

以上の統計解析は IBM SPSS Statistics version 21.0 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。

C. 研究結果

3 ヶ月後追跡調査では 392 名から追跡調査への回答が得られた。そのうち慢性疾患を持たないもの、薬を内服していないもの、回答に 2 割以上の欠損があるものを除き、217 名を分析対象とした。表 1 に分析対象者の基本属性、表 2 に疾患特性を示した。

受講者の平均年齢は 49.6 歳、女性が 217 名中 175 名 (80.7%) と多く、学歴は小・中・高卒が 80 名 (36.9%)、専門・短大・大卒以上が 131 名 (60.4%)、配偶者ありは 121 名 (55.8%) であった。

次に、受講者の保有疾患は、その他の疾患群が 127 名 (58.5%) と最も多く、次いでリウマチ性疾患群が 61 名 (28.1%)、循環器疾患 (高血圧・高脂血症を含む) が 48 名 (22.1%)、うつ・精神疾患が 30 名 (22.6%)、アレルギー疾患群が 28 名 (12.9%)、2 型・その他糖尿病 18 名 (8.3%)、1 型糖尿病 11 名 (5.1%) となっていた。

表 1 分析対象者の基本属性・疾患特性 (N=217)

		n(%)	N=217
基本属性・特性			
性別	男性	40(18.4)	
	女性	175(80.7)	
年齢	平均年齢【range】	49.6【21-81】	
最終学歴	小・中・高	80(36.9)	
	専門学校・短大・大学以上	131(60.4)	
配偶者の有無	あり	121(55.8)	
	なし	95(43.8)	
罹患年数 ^{a)}	平均年数【range】	13.8【0.2-68】	

a)複数疾患を持つ者は最も長い疾患の年数とした
欠損地は除外した

表 2 分析対象者の疾患特性 (N=217)

保有疾患種類名	疾患保有者(単複含む)	
	n(%)	
1型糖尿病	11(5.1)	
2型・その他糖尿病	18(8.3)	
リウマチ性疾患群 ^{a)}	61(28.1)	
循環器(高血圧、高脂血症含む)	48(22.1)	
アレルギー性疾患群 ^{b)}	28(12.9)	
うつ・精神疾患	32(14.8)	
その他	127(58.5)	

a)リウマチ性疾患群、アレルギー性疾患群の疾患群内での重複疾患は単数疾患とみなす
b)疾患保有者の割合については全体を100とした場合である

2. 受講者の服薬アドヒアランスの変化の傾向

次に、受講者全体および受講前 T1 の得点で 4 つの下位尺度ではそれぞれ 1 項目平均点 3 点以下の 9 点以下と全合計点では 36 点以下を受講前得点低値群とし、受講前後の変化を検討した。対応のある t 検定または Wilcoxon の符号付き順位検定による全 12 項目合計点と 4 つの下位尺度の CDSMP 受講前後の服薬アドヒアランスの変化の分析結果を表 3 に示す。

まず、受講者全体では、有意な結果は、下位尺度の「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」、全合計点の 4 つでみられた。(服薬における医療従事者との協働性: $p < 0.05$ 、服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性: $p < 0.05$ 、服薬の納得度および生活との調和度: $p < 0.05$ 、全合計点: $p < 0.05$)。また、受講前得点低値群においても、4 つの下位尺度の「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」全てにおいて受講前よりも受講後で得点が有意に高く、全合計点では、得点が高い傾向がみられた。(服薬遵守度: $p < 0.05$ 、服薬における医療従事者との協働性: $p < 0.001$ 、服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性: $p < 0.001$ 、服薬の納

得度および生活との調和度: $p < 0.001$ 、全合計点: $p < 0.1$)。

3. 疾患別の服薬アドヒアランスの変化の傾向

次に、疾患別に疾患ありなしでの CDSMP 受講前の服薬アドヒアランスの得点の比較を表 4 に、疾患別の CDSMP 受講前後の服薬アドヒアランスの変化の分析結果を表 5 に示す。疾患別の分析の対象となったのは、1 型糖尿病、2 型・その他糖尿病、リウマチ性疾患群、循環器疾患(高血圧、高脂血症を含む)、アレルギー性疾患群、うつ・精神疾患、その他の慢性疾患とした。

疾患別の CDSMP 受講前の検討では、受講前の得点において、その他の慢性疾患をもつ受講者の方が、なしよりも「服薬における医療従事者との協働性」で得点が有意に低かった ($p < 0.05$)。また、リウマチ性疾患群がある受講者の方が、「服薬の納得度および生活との調和度」の得点が有意に低かった ($p < 0.05$)。

次に、疾患別での CDSMP 受講前後の服薬アドヒアランス得点の比較において、2 型・その他糖尿病で、下位尺度「医療従事者との協働性」($p < 0.01$)、「服薬の納得度および生活との調和度」($p < 0.05$) で有意に高く、全合計点では、受講後の得点が高い傾向がみられた ($p < 0.1$)。リウマチ性疾患群でも、下位尺度「医療従事者との協働性」($p < 0.05$)、「服薬の納得度および生活との調和度」($p < 0.05$)、全合計点 ($p < 0.05$) で受講前に比べて有意な得点の上昇がみられた。うつ・精神疾患では、下位尺度「服薬遵守度」では、受講前と比べて受講後の得点が低い傾向がみられ ($p < 0.1$)、全合計点では有意に受講後の得点の低下がみられた ($p < 0.01$)。その他の慢性疾患では、全合計点で受講前に比べて受講後で得点が高い傾向がみられた ($p < 0.1$)。

表3 全対象者と得点低値群のCDSMP受講前後の服薬アドヒアランス得点

	受講前		受講後		有意確率	
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
全分析対象者 (N=217)						
1. 服薬遵守度	13.57	1.96	13.50	2.24	.682	b)
2. 医療従事者との協働性	11.19	2.68	11.65	2.34	.012 *	b)
3. 知識情報の入手と利用における積極性	11.01	2.46	11.33	2.39	.024 *	b)
4. 納得度および生活との調和度	11.65	2.10	11.96	2.14	.026 *	b)
全合計点	47.45	6.43	48.51	6.41	.016 *	b)
得点低値群 ^{a)}						
1. 服薬遵守度 (N=12)	8.00	1.54	10.58	3.70	.046 *	c)
2. 医療従事者との協働性 (N=53)	7.52	1.51	10.13	2.11	.000 ***	b)
3. 知識情報の入手と利用における積極性 (N=48)	7.47	1.44	9.55	2.51	.000 ***	b)
4. 納得度および生活との調和度 (N=37)	8.36	.87	9.89	1.70	.000 ***	b)
全合計点 (N=10)	34.10	1.37	39.33	7.70	.075 †	c)

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, †p<0.1

a)一項目平均3点以下のもの(4下位尺度ごとでは9点以下、全合計点では36点以下のもの)

b)対応のあるt検定

c)Wilcoxonの符号付き順位検定

表4 疾患別での受講前(T1)の服薬アドヒアランス得点の比較 (N=217)

	n	1. 服薬遵守度			2. 医療従事者との協働性			3. 知識情報の入手と利用における積極性			4. 納得度および生活との調和度			全合計点		
		平均点	標準偏差	p	平均点	標準偏差	p	平均点	標準偏差	p	平均点	標準偏差	p	平均点	標準偏差	p
1型糖尿病	あり	11	14.0	.64	11.4	.80		11.9	.78		11.1	.66		48.4	2.10	
	なし	206	13.5	.15	11.2	.20		10.9	.18		11.8	.15		47.4	2.10	
2型・その他糖尿病	あり	18	14.3	.51	10.9	.69		11.1	.61		12.2	.52		49.4	1.81	
	なし	199	13.5	.15	11.2	.20		11.0	.19		11.7	.16		47.3	1.81	
リウマチ性疾患群	あり	61	13.6	.28	10.9	.38		11.0	.34		11.3	.28		46.8	.91	
	なし	146	13.5	.18	11.3	.24		10.9	.22		12.0	.18 *		47.8	.58	
循環器疾患	あり	48	13.6	.32	11.2	.44		10.8	.40		12.0	.33		47.7	1.08	
	なし	169	13.5	.17	11.2	.22		11.0	.20		11.6	.17		47.4	.54	
アレルギー性疾患群	あり	28	13.6	.40	12.0	.54		11.2	.50		11.7	.41		48.7	1.35	
	なし	180	13.5	.16	11.0	.21		10.9	.20		11.7	.16		47.3	.52	
うつ・精神疾患	あり	32	13.3	.39	11.1	.51		11.5	.47		11.4	.40		47.3	1.23	
	なし	180	13.6	.16	11.2	.21		10.9	.20		11.8	.17		47.5	0.52	
その他の慢性疾患	あり	127	13.3	.19	11.1	.25		10.9	.23		11.6	.20		46.8	.61	
	なし	88	13.9	.23 *	11.3	.31		11.0	.28		11.9	.24		48.4	.76	

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, †p<0.1

性別・年齢を共変量とした一変量の分散分析

欠損値は除外した

表 5 疾患別での CDSMP 受講前後の服薬アドヒアランス得点

	受講前		受講後		有意確率		
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差			
1型糖尿病							
(N=11)	1. 服薬遵守度	14.09	1.81	14.27	1.27	.683	a)
	2. 医療従事者との協働性	11.73	1.56	11.91	1.64	.932	a)
	3. 知識情報の入手と利用における積極性	11.91	1.76	12.45	1.21	.391	a)
	4. 納得度および生活との調和度	11.00	2.00	11.64	2.11	.288	a)
	全合計点	48.73	2.76	50.27	4.31	.512	a)
2型・その他糖尿病							
(N=18)	1. 服薬遵守度	14.29	1.49	13.72	1.93	.439	a)
	2. 医療従事者との協働性	10.94	3.15	12.41	2.60	.009	**
	3. 知識情報の入手と利用における積極性	11.11	3.14	11.67	2.89	.282	a)
	4. 納得度および生活との調和度	12.22	1.93	12.94	1.30	.038	*
	全合計点	49.53	7.31	50.94	6.06	.080	†
リウマチ性疾患群							
(N=61)	1. 服薬遵守度	13.61	1.91	13.43	2.28	.431	b)
	2. 医療従事者との協働性	10.81	2.83	11.66	2.20	.013	*
	3. 知識情報の入手と利用における積極性	11.02	1.94	11.36	2.24	.293	b)
	4. 納得度および生活との調和度	11.33	1.86	11.79	2.09	.043	*
	全合計点	46.81	5.86	48.19	6.36	.028	*
循環器疾患							
(N=48)	1. 服薬遵守度	13.68	2.24	13.55	2.65	.676	b)
	2. 医療従事者との協働性	11.14	2.76	11.58	2.39	.257	b)
	3. 知識情報の入手と利用における積極性	10.83	2.55	11.32	2.49	.125	b)
	4. 納得度および生活との調和度	12.00	2.09	12.17	2.33	.528	b)
	全合計点	47.88	7.26	48.60	7.72	.458	b)
アレルギー性疾患群							
(N=28)	1. 服薬遵守度	13.46	2.12	13.18	2.94	.943	a)
	2. 医療従事者との協働性	12.04	2.13	12.07	2.31	.908	a)
	3. 知識情報の入手と利用における積極性	11.22	2.33	11.75	2.05	.308	a)
	4. 納得度および生活との調和度	11.61	2.06	11.82	2.50	.226	a)
	全合計点	48.40	6.49	48.82	7.75	.568	a)
うつ・精神疾患							
(N=32)	1. 服薬遵守度	13.28	2.28	12.34	3.25	.066	†
	2. 医療従事者との協働性	10.97	3.23	11.41	2.95	.441	b)
	3. 知識情報の入手と利用における積極性	11.56	2.95	11.22	2.34	.551	b)
	4. 納得度および生活との調和度	11.22	2.27	10.94	2.59	.562	b)
	全合計点	47.03	8.13	45.91	8.26	.008	**
その他の慢性疾患							
(N=127)	1. 服薬遵守度	13.29	2.10	13.35	2.19	.731	b)
	2. 医療従事者との協働性	11.11	2.66	11.42	2.44	.174	b)
	3. 知識情報の入手と利用における積極性	10.97	2.34	11.31	2.37	.112	b)
	4. 納得度および生活との調和度	11.52	2.13	11.76	2.16	.139	b)
	全合計点	46.88	6.71	47.83	6.65	.067	†

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, †p<0.1

欠損値は除外した

それぞれの疾患は、単数疾患、複数疾患を含む

a)Wilcoxonの符号付き順位検定

b)対応のあるt検定

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服薬アドヒアランスの変

化を捉えることを目的として、分析を行った。

その結果、受講者全体では、受講後に下位尺度の「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」、全合計点の4つで有意な得点の上昇がみられた。また、受講前得点低値群においても、受講後に4下位尺度全てで有意な得点の上昇がみられ、全12項目合計点では得点の高い傾向がみられ、服薬アドヒアランスの改善がみられた。

疾患別の2型・その他糖尿病、リウマチ性疾患群では、下位尺度「服薬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」で受講後有意に得点の上昇がみられた。全合計点においては、リウマチ性疾患群では有意な得点の上昇が、2型・その他糖尿病とその他の慢性疾患では得点の高い傾向がみられ、服薬アドヒアランスの改善が見られた。

まず、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。

次に疾患別の比較では2型・その他糖尿病、リウマチ性疾患群、その他の慢性疾患が、CDSMP受講前後の比較では、有意な得点の上昇がみられた。全合計点では、うつ・精神疾患では有意に得点の低下がみられたが、それ以外のすべての疾患で、受講後の得点の上昇がみられた。中でも、リウマチ性疾患群では有意な得点の上昇が、2型・その他糖尿病とその他の慢性疾患で得点の高い傾向がみられた。次に、下位尺度「服薬における医療従事者との協働性」においては、すべての疾患で受講後の得点の上昇がみられた。特に、2型・その他糖尿病とリウマチ性疾患群では有意な得点の上昇が見られた。「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」では、うつ・精神疾患を除くその他のすべての疾患で得点の上昇がみられた。

また、うつ・精神疾患のみで、下位尺度「服薬遵守」と全合計点において有意または有意傾向で得点の低下がみられたことに関しては、疾患の特性を鑑みながら今後より重点的な支援の対象として考えていくことが望ましいことがあげられる。また、今回は受講前後の3ヵ月という追跡期間の比較であったが、今後は6ヶ月後フォローなど、より長期に渡る期間で追跡していく必要があると考えられる。

そして、疾患別の服薬アドヒアランスの変化の傾向について、我が国における先行研究[14]では糖尿病患者やリウマチ性疾患患者において肯定的変化が得られやすいという結果が報告されており、本研究でみられた傾向ともおおむね一致する。また、それぞれの疾患において改善がみられた下位尺度「服薬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」からみられるように、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。

以上のように本研究では、受講者全体並びに受講前得点低値群においてCDSMP受講後に服薬アドヒアランスの有意な上昇がみとめられ、CDSMP受講が、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の向上にとって有用である可能性が示唆された。

しかし、本研究の限界として、本研究ではプログラムを受講しない対照群を設けていないため、今回の研究での服薬アドヒアランスの得点の上昇の要因がCDSMPの受講であると断定することができないこと、プログラム受講以外の要因が交絡している可能性があることがあげられる。そして、本研究の対象者は、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。また、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ため、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があることがあげられる。

以上のような限界はあるものの、本研究は CDSMP 受講による服薬アドヒアランスの改善の可能性を示唆していると考えられる。今後は対照群を設けた研究デザインの改善などの必要性があると考えられる。

E. 結論

本研究では慢性疾患患者の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服薬アドヒアランス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、全分析対象者並びに受講前得点低値群において受講後に服薬アドヒアランスの改善がみられた。2 型・その他糖尿病、リウマチ性疾患群、その他の慢性疾患では、受講後有意な得点の上昇および得点が高い傾向がみられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

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, 2014 ; 22(1) : 13-29

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 : 今後予定中

2. 実用新案登録 : 今後予定中

3. その他 : 服薬アドヒアランス尺度の使用に関しては、著者へ連絡が必要。

H. 引用文献

- [1] 厚生労働省. 平成21年度地域保健医療基礎統計. 2009;
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/kiso/21.html>. Accessed 10/30, 2010.
- [2] 厚生労働省. 平成21年度慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会検討概要. 2009;
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/08/s0826-12.html>. Accessed 10/30, 2010.
- [3] WHO. ADHERENCE TO LOMG-TERM THERAPIES : Evidence for action. 2003;
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4883e/WHO>. Accessed 12/12, 2010.
- [4] Rapley. self-care:re-thinking the role of compliance. Australian Journal of Advanced Nursing. 15 (1) :20-25, 1997.
- [5] Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res. 47 (6) :555-567, 1999.
- [6] Haynes RB. determinants of compliance:The disease and the mechanics of treatment. Baitimore MD ,Johns Hopkins University Press.1979.
- [7] Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 24 (1) :67-74, 1986.
- [8] Haynes R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews. (1) , 2001.
- [9] Sackett D. Patient compliance with antihypertensive regimens Patient Counselling & Health Education. (11) :18-21, 1978.
- [10] Green CA. What can patient health education coordinators learn from ten years

of compliance research? Patient Educ
Couns. 10 (2) :167-174, 1987.

- [11]福田敬. 生活習慣病の服薬アドヒアランスの現状と課題：21世紀の保健医療を考える.ファイザーフォーラム. No.89, 2005.
- [12]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. (1) :5-14, 1999.
- [13]Kate Lorig 他著,近藤房江訳.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
- [14]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 (4) :456-463, 2010.
- [15] 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, 2014 ; 22(1) : 13-29

III. 研究成果の刊行 に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
粒来崇博、 秋山一男	第1部 免疫・アレルギー疾患の分子標的用語 5章 アレルギー関連化学伝達物質	田中 良哉	免疫・アレルギー疾患の分子標的と治療薬事典	羊土社	東京	2013	136-151
秋山一男	第6章 カビによる被害 6.2 健康への被害	高鳥 浩介、 久米田裕子	カビのはなし～マイクロな隣人のサイエンス～	朝倉書店	東京	2013	75-85
秋山一男	アレルギー性疾患 4. 対応・治療、 5. アレルギー性疾患の増加について	小川 聡	改訂第8版 内科学書	中山書店	東京	2013	260-263
秋山一男	(監修)	(監修者)秋山一男、(編集責任者)前田裕二、谷口正実	アレルギー診療ゴールデンハンドブック	南江堂	東京	2013	—
秋山一男	(作成委員)	日本職業・環境アレルギー学会	職業性アレルギー性疾患診療ガイドライン	協和企画	東京	2013	—
秋山一男	(作成委員)	日本アレルギー学会	アレルギー総合ガイドライン	協和企画	東京	2013	—

(次頁つづく)

(前頁よりつづき)

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
谷口正実 福富友馬 (監修)	吸入性アレルギーの同定と対策	谷口正実 福富友馬	吸入性アレルギーの同定と対策	メディカルレビュー社	東京	2014	全64頁
谷口正実 秋山一男	I. アレルギー総論 概念、病態、メカニズム	大久保公裕	イチから知りたいアレルギー診療	全日本病院出版協会	東京	2014	2-7
福富友馬	ペットアレルギー	大久保公裕	イチから知りたいアレルギー診療	全日本病院出版協会	東京	2014	142-146

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
秋山一男、 谷口正実	目で見える真菌と真菌症(17) 診療科・基礎疾患から見た大切な真菌症 12. 「アレルギー科」	化学療法の領域	29(4)	556-564	2013
秋山一男	特集 気管支喘息：診断と治療の進歩 Editorial 気管支喘息診療の進歩	日本内科学会雑誌	102(6)	1323-1326	2013
秋山一男	今月の特集2 「I型アレルギーを究める」 アレルギー特異的IgE検査の臨床的信頼性	臨床検査	58(2)	246-251	2014
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	防衛医大誌	39(1)	32-39	2014
秋山一男	<総合アレルギー診療の現状と将来> 1. 総合アレルギー医とは：アレルギー疾患診療の将来像	Modern Physician	33(2)	133-136	2013

(次頁つづく)

(前頁よりつづき)
雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
福富友馬	真菌に対する免疫学的臨床検査の実情	アレルギーの臨床	34 (8)	44-48	2014
福富友馬	II 食物アレルギーの発症メカニズム1. 経皮感作	アレルギー・免疫	21 (6)	18-25	2014
福富友馬	アレルゲンの特徴と免疫療法	アレルギー・免疫	21 (7)	22-28	2014
福富友馬	成人の食物アレルギー	日本医師会雑誌	143 (3)	558-559	2014
Fukutomi Y, Taniguchi M, Nakamura H, Akiyama K	Epidemiological link between wheat allergy and exposure to hydrolyzed wheat protein in facial soap.	Allergy	69(10)	1405-1411	2014
Takahashi K, Taniguchi M, Fukutomi Y, Sekiya K, Watai K, Mitsui C, Tanimoto H, Oshikata C, Tsuburai T, Tsurikisawa N, Minoguchi K, Nakajima H, Akiyama K	Oral Mite Anaphylaxis Caused by Mite-Contaminated Okonomiyaki/Pancake-Mix in Japan: 8 Case Reports and a Review of 28 Reported Cases.	Allergol Int.	63(1)	51-6	2014
Minami T, Fukutomi Y, Lidholm J, Yasueda H, Saito A, Sekiya K, Tsuburai T, Maeda Y, Mori A, Taniguchi M, Hasegawa M, Akiyama K	IgE Abs to Der p 1 and Der p 2 as diagnostic markers of house dust mite allergy as defined by a bronchoprovocation test	Allergol Int.	64(1)	90-95	2015
Minami T, Fukutomi Y, Saito A, Sekiya K, Tsuburai T, Taniguchi M, Akiyama K	Frequent episodes of adult soybean allergy during and following the pollen season	J Allergy Clin Immunol Pract	3(3)	441-442	2015

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))

免疫アレルギー疾患予防・治療研究に係る企画及び評価の今後の方向性の策定に関する研究

平成 23～26 年度 総合研究報告書

平成 27 年 3 月 31 日

研究代表者 神奈川県相模原市南区桜台 18 - 1
独立行政法人国立病院機構相模原病院
長谷川 眞紀

