

## 平成 19 年度 厚生労働省障害者自立支援プロジェクト

事業名：精神障害者の自立支援のためのセルフ・マネジメントプログラム  
(CDSMP) の開発事業

調査事業名：精神疾患患者へのセルフ・マネジメントプログラム (Chronic  
Disease Management Program,CDSMP) の開発および評価に関する研究

代表：NPO法人 日本慢性疾患セルフマネジメント協会

共同事業実施者：宇佐美しおり（熊本大学大学院保健学教育部精神看護学，教授）

岡谷 恵子（近大姫路大学看護医療学部看護学部長，教授）

樺島 啓吉（芳和会 菊陽病院理事長）

池上 研（熊本大学医学薬学研究部脳機能病態学，助教）

山崎喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学，准教授）

湯川 慶子（東京大学大学院医学系研究科大学院生）

矢野 千里（芳和会 菊陽病院総師長）

馬場 香織（熊本大学大学院保健学教育部助教）

## 平成 19 年度 厚生労働省障害者自立支援プロジェクト

事業名：精神障害者の自立支援のためのセルフ・マネジメントプログラム  
(CDSMP) の開発事業事業

調査事業名：精神疾患患者へのセルフ・マネジメントプログラム (Chronic  
Disease Management Program,CDSMP) の開発および評価に関する研究

N P O 法人 日本慢性疾患セルフマネジメント協会

共同事業実施者：宇佐美しおり（熊本大学大学院保健学教育部精神看護学，教授）  
岡谷 恵子（近大姫路大学看護医療学部看護学部長，教授）  
樺島 啓吉（芳和会 菊陽病院理事長）  
池上 研 （熊本大学医学薬学研究部脳機能病態学，助教）  
山崎喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学，准教授）  
湯川 慶子（東京大学大学院医学系研究科大学院生）  
矢野 千里（芳和会 菊陽病院総師長）  
馬場 香織（熊本大学大学院保健学教育部助教）

助成金：2,700,000 円

## A.研究目的

スタンフォード大学で開発された慢性疾患セルフ・マネジメントプログラム（CDSMP：Chronic Disease Self-Management Program）は、精神疾患以外の患者・家族に対し、世界的に用いられ日本においてもプログラムが実施されるようになってきた。このプログラムは、慢性疾患に共通した内容を提供し、いわゆる「病ある人生を生きる」技術を包括的にサポートしようと、「自分らしい病ある生活・人生を送れるようにする」ことを自己管理目標として掲げている（Lorig K, 1999）。

日本において、山崎らは、2006 年度から精神疾患をのぞくりウマチ、糖尿病、心疾患など慢性疾患を有する患者および家族のセルフ・マネジメントプログラムの効果に関する前後比較研究を行い、このプログラムが慢性疾患を有する患者の QOL,健康行動や健康習慣の改善、自己効力感の向上、受講者の病ある生活への向き合い方への影響をおよぼすことを報告している（湯川, 2008）。

一方、精神疾患は慢性疾患でありながらも、精神疾患のもつ疾患の特徴を理由に、このプログラムは精神疾患患者へは適用されてこなかった。

精神疾患を取り巻く状況として、まず、これまでの入院中心の医療から地域中心への転換が進められている。精神障害者の社会復帰が国内外において急速に促進され、国内においても、精神障害者へのケア・マネジメント体制が地域において準備され、精神障害者の生活・就労の自立支援が急速に進み始めている。次に、医療の進歩により、診断基準や薬物治療が発達したことを受け、気分障害や適応障害、不安障害と診断される障害者の数もふえ、地域や職場で精神疾患を有する者の数も増えてきている。また、精神疾患のみを有するのではなく、身体疾患をもちながら精神的な不均衡を有する人々の数も増えていることから、リエゾン・コンサルテーションチームの構築も全国の病院において急がれている状況である。

その一方で、精神疾患患者の地域生活は、容易に促進されていない現状がある。精神障害者へのケア・マネジメント体制や、社会資源などの地域支援ネットワークの構築も今後さらに進めていく必要があるが、精神疾患を有する患者自身の生活に目を向け、症状のコントロールや生活の質の向上を図ることが重要であり、地域での生活が持続するような、患者自身の自己管理能力を促進させる支援が求められている。

以上のことから、精神疾患を抱える人々が、地域の中で病と向き合いながら、症状と付き合い、よりよい生活・人生を歩むための支援が急務である。

スタンフォード大学の慢性疾患セルフ・マネジメントプログラムは、慢性疾患患者に対し、効果を上げていることから、精神疾患患者へも適用できることを明らかにすることで、精神疾患を有しながらも地域生活をおくる人々の自立を促し、生活の質を高めることに貢献できるとともに、日本型慢性疾患セルフ・マネジメントプログラムの開発を行うことができるだろうと考える。

そこで本事業は、精神疾患をもつ人々へこのプログラムを実施し、対照群と比較するとともに、CDSMP 実施前後の変化を評価することを目的とした。精神疾患患者に対し、このプログラムを適用することは、世界的にも初めてであり、スタンフォード大学のこれまでの慢性疾患セルフ・マネジメントプログラム評価に関する研究においても、学術的意義が大きいといえるだろう。

さらに、本研究を行うことで、精神疾患を有する患者の自己管理が向上することで、医療機関の使用が減少し、さらには国民すべてのニーズである自己管理の方法を高めることができ、医療費に関するコストの削減にも貢献することができるだろう。

## B.研究方法

### 1. 対象者

平成 19 年 6 月（倫理委員会で承認がえられた日）から平成 20 年 6 月までの間、慢性疾患セルフ・マネジメントプログラム（Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP）を 1 回以上受講し、研究に同意の得られた 18 歳以上 65 歳以下の精神障害者で、熊本大学医学部附属病院神経精神科、くわみず病院精神科外来、菊陽病院精神科外来へ通い、統合失調症・認知症以外で気分障害・不安障害・適応障害・身体表現性障害等と診断された患者 31 名を対象とした。また対照群としては、研究に同意はえられたが CDSMP への参加は行わない統合失調症・認知症以外の気分障害、不安障害、適応障害、身体表現性障害と診断された 18-65 歳の患者 34 名を対象とした。

### 2. 研究方法

熊本大学医学部附属病院、くわみず病院、菊陽病院の外来に通う患者で、研究に同意のえられた精神障害者 31（CDSMP 実施群）と CDSMP を実施しない対照群 34 名に、無記名にて質問紙調査を行った。両群とも、CDSMP 実施前、1 週間に 1 回計 6 回の CDSMP 終了後、実施から 3 ヶ月後に質問紙による調査を行った。CDSMP 実施群については同意の得られた対象者についてのみ、研究協力者もしくは共同参加者による参加観察を行った。CDSMP は、CDSMP のリーダー訓練を 30 時間以上うけた医療者および患者もしくは家族によって実施され、1 回 2.5 時間、1 週間に 1 回、合計 6 回で 15 時間実施し、①症状管理の方法、②体を動かすことや運動の紹介、③痛みと疲労の管理、④医療に関する将来計画や医療者とのコミュニケーション、⑤薬の使用やうつ状態の管理、⑥ふりかえり、の 6 回から構成され、スタンフォード大学患者教育開発センターで開発され、自分の病気や治療、日常生活を管理していくためにアクション・プランを実施し、自己効力感を高めるための自己管理方法である。

### 3. 用いた質問紙

調査には下記の質問紙を用いた。

#### 1) 健康状態

##### (1)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。得点が高いほど良好であることを示している。

##### (2)健康状態についての悩み：

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

##### (3)疲労・息切れ・痛み：

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

#### 2) セルフマネジメント行動

##### (1)症状への認知的対処実行度：

「不快な症状から離れて自分の体の一部でないと感じるように努める」「部分ごとに筋肉をリラックスさせる」等6項目、「0.全くしない」～「5.いつもする」の6件法で測定し、平均値を得点とした。得点が高いほど症状への認知的対処を頻繁に実施していることをあらわす。 $\alpha$ 係数は.76～.81であった。

##### (2)運動の実行度

###### ①ストレッチ実行度・筋肉トレーニング実行度（以下、ストレッチ実行度）：

過去1週間のストレッチ実行度・筋力トレーニングの合計時間について「0.なし」「1.30分未満」「2.30～60分」「3.1～3時間」「4.3時間以上」の5件法で測定した。

###### ②ウォーキング・水泳・サイクリング実行度・(以下、その他の運動実行度)：

過去1週間の「ウォーキング」「水泳またはアクアエクササイズ」「サイクリング(エアロバイクも含む)」「その他のマシンを使用した有酸素運動」「その他の有酸素運動」の5項目の合計時間について、各項目の合計時間「0.なし」「1.30分未満」「2.30～60分」「3.1～3時間」「4.3時間以上」の5件法で測定し、合計

点を得点とした。

3) 健康問題に対処する自己効力感：

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

4) 日常生活制限度

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

5) 日常生活充実度評価：

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

6) ストレス対処能力 (SOC ; Sense Of Coherence)：

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

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

7) 精神健康 (HADS ; Hospital Anxiety and Depression Scale)：

受講者の精神健康を測定するためにHADSを用いた。HADSは、身体疾患由来の症

状の影響を受けずに、抑うつ・不安度を測る尺度である。過去 1 週間の心の状態につき、抑うつと不安について各 7 項目、計 14 項目 4 件法 (range=0~42) から構成され、得点が高いほど抑うつ・不安度が高い。

#### 8) 日常動作困難度 (MHAQ : Modified Health Assessment Questionnaire) :

日常生活動作にどの程度支障があるかを測定するために MHAQ を用いた。「自分で身支度ができますか?」「就寝・起床の動作ができますか?」などの 8 項目につき、「0. 何の困難もない」～「3. できない」の SD 4 件法で尋ねた。8 項目の平均点を得点とした (range=0~3)。得点が高いほど、日常動作が困難であることを示している。

#### 9) 医療との関わり :

受講者が医師を受診する際の行動について、以下の 3 項目、「医師に質問したいことのリストを用意する」「治療について知りたいことや理解できていないことを質問する」「病気にかかわるあなたの個人的な問題について話し合う」を、「0. 全くしない」～「5. いつもする」の SD 6 件法で測定し、平均点を得点とした。

#### 10) 受講による病ある生活への向き合い方の変化の知覚 :

(実施群 6W、実施群 3M のみで測定)

ワークショップ受講による「病ある生活への向き合い方の変化の知覚」を測定するため、「(受講によって) 気持ちが楽になった」「できないことよりできることに目が向くようになった」等 5 項目を SD 5 件法で測定し、合計点を得点とした。得点が高いほど受講による病ある生活への向き合い方の肯定的な変化が大きかったことを表す。平均  $13.81 \pm 3.58$  (range 0 - 20) で、 $\alpha$  係数は .87 であった。

#### 11) 対象者の属性

年齢、性別、診断名および診断年齢、最終学歴 (小学校、中学校、高校、専門学校、短大、大学、大学院、その他の 8 カテゴリ)、婚姻状況 (未婚、既婚、離死別)、仕事の有無、仕事内容と 1 週間あたりの従事時間数、身体疾患の有無、生活上の支援者 (精神的支援、経済的支援、現実的な支援) について尋ねた。

また、この 1 ヶ月の治療費用 (入院費用、外来費用、訪問看護費用)、適用保険、障害年金の有無と支給額、生活保護の有無と支給額、これまでの入院回数と期間、一番近くで再入院した日時と期間を把握した。

#### 4. 研究の倫理的配慮

研究の目的、方法を説明し、研究に同意の得られた対象者に質問紙調査および参加観察を行う。また個人や施設名が特定できない形で、分析を行い、また専門学会への発表

や報告書作成を行っていくが、この際も、個人や施設名、県が特定されない形で発表を行うことを伝え同意をえた。

## 5. 分析方法

質問紙調査で得られた結果は、統計学パッケージ SPSSVer.16.0 を用い、CDSMP 実施前後の比較および 2 群間の比較を行った。さらに、参加観察については、質的内容の分析を行い、介入方法の再検討ならびに効果の補足判定に用いた。

## C.結果

### 1. 対象者の特徴（表 1）

調査の結果、CDSMP 実施群（以下、実施群）は 31 名（回収率 51.7%）、CDSMP を実施しない対照群（以下、対照群）は 34 名（回収率 56.7%）からの回答を得た。

分析対象者の基本属性は、実施群は男性 9 名（13.8%）、女性 22 名（33.8%）、対照群は男性 11 名（16.9%）、女性 23 名（35.4%）だった。平均年齢は、実施群は 39.87 歳（SD±9.71）、対照群は 45.06 歳（SD±15.51）だった。対象者の疾患は、実施群では気分障害 27 名（41.5%）、不安障害 4 名（6.2%）、対照群は気分障害 24 名（36.9%）、不安障害 10 名（15.4%）だった。

また、対象者の特徴を実施群と対照群で比較すると、診断年齢は実施群 26.00 歳（SD±6.03）、対照群は 36.24 歳（SD±16.56）、入院回数は実施群 9.23 回（SD±13.86）、対照群は 1.88 回（SD±2.82）、入院期間は実施群 1.50 年（SD±1.36）、対照群は 0.71 年（SD±1.70）、入院費用は実施群 38000.00 円（SD±22090.72）、対照群は 1363.64 円（SD±4533.67）で、有意な差が見られた。

障害年金の受給の有無では、実施群は有り 15 名、無し 10 名、対照群は有り 9 名、無し 22 名であり、有意な差が見られた（ $p<0.05$ ）。生活保護の受給については、統計的に有意な変化は見られなかった。

### 2. 実施群と対照群の比較（表 2）

CDSMP 実施前に、実施群、対照群ともに調査を行った。質問紙毎の得点の比較を表 2 に示す。まず、息切れについて、実施群は 4.42（SD±3.15）、対照群は 2.79（SD±3.09）であり、実施群が息切れを抱えているという有意な変化が見られた。その他の項目に関しては、統計的に有意な差はないものの、

また、実施群 6 ヶ月間の入院回数と 6 ヶ月間の入院泊数において、実施群は入院回数 0.82(SD±1.22)、入院泊数 30.41(SD±45.58)で、対照群は入院回数 0.13(SD±0.42)、入院泊数 2.68(SD±8.77)であり、有意な差が見られた。その他の項目に関しては、差は見られなかった。



### 3. CDSMP 実施群の経過別の評価（表 3）

CDSMP 実施群は、CDSMP 実施前（以下、実施群 BL）、CDSMP 直後（以下、実施群 6W）および、3 ヶ月後（以下、実施群 3M）に同様の質問紙調査を行った。

#### 1) 健康状態

健康状態の自己評価は、実施群 BL は 2.55(SD±0.89)、実施群 6W は 3.04(SD±0.98) で、統計的に有意な上昇がみられ ( $p<0.01$ )、実施群 6W - 実施群 3M 間でも維持されていた。一方、健康状態についての悩みは、実施群 BL は 1.94(SD±1.07)、実施群 6W は 1.48(SD±0.96)であり、実施群 BL - 実施群 6W で有意ではないものの軽減されたが、実施群 3M では 1.93(SD±1.28)であった。

疲労は、有意な変化は見られないものの、実施群 BL 5.81(SD±2.41)、実施群 6W 5.00(SD±1.90)、実施群 3M 5.00(SD±2.31)であり、受講前後で疲労度が軽減されていた。息切れも同様に、有意な変化は見られないものの、実施群 BL 4.42(SD±3.15)、実施群 6W 3.41(SD±2.77)、実施群 3M 3.00(SD±2.87)であり、受講前後で軽減されていた。痛みについては有意な変化は見られなかった。

#### 2) セルフマネジメント行動

症状への認知的対処実行度は、実施群 BL は 1.33(SD±0.89)、実施群 6W は 1.76(SD±0.88)であり、実施群 BL - 実施群 6W で有意ではないものの実行度が増加していたが、実施群 3M では 1.27(SD±0.82)であり、低下が見られた。

運動の実行度では、その他の運動実行度が、実施群 BL 2.19(SD±2.09)、実施群 6W 3.27(SD±2.60)であり、実施群 BL - 実施群 6W 間で有意に増加していた ( $p<0.05$ )。また、実施群 3M は 0.30(SD±0.48)であり、実施群 6W - 実施群 3M 間、実施群 BL - 実施群 3M 間では、有意な変化は見られなかった。ストレッチ実行度についても、有意な変化は見られなかった。

#### 3) 健康問題に対する自己効力感

実施群 BL は 4.46(SD±1.82)、実施群 6W は 5.79(SD±2.34)で、統計的に有意な上昇がみられ ( $p<0.05$ )、実施群 6W - 実施群 3M 間でも有意な変化はないものの、自己効力感の向上が維持されていた。

#### 4) 日常生活制限度

実施群 BL は 1.28(SD±1.09)、実施群 6W は 1.10(SD±1.05)、実施群 3M は 1.47(SD±1.16)であり、有意な変化は見られなかった。

#### 5) 日常生活充実度評価

統計的に有意な差は見られないものの、実施群 BL 4.97(SD±2.07)に対して、実施群 6W 6.13(SD±2.26)、実施群 3M 6.10(SD±2.23)であり、日常生活充実度の向上が見られた。

#### 6) ストレス対処能力 (SOC)

実施群 BL は 15.26(SD±5.47)、実施群 6W は 18.57(SD±6.01)で、実施群 BL - 実施群 6W 間において、統計的に有意な向上がみられた ( $p<0.001$ )。また、実施群 3M は 17.30(SD±7.24)であり、有意な変化は見られないものの、ストレス対処能力の向上が維持されていた。

#### 7) HADS

有意な差は見られないものの、実施群は BL 18.93(SD±14.61)、実施群 6W は 14.61(SD±6.78)であり、抑うつ・不安度が軽減されていた。実施群 3M は、17.10(SD±8.23)であり、実施群 6W - 実施群 3M 間、実施群 BL - 実施群 3M 間において、有意な差は見られなかった。

#### 8) 日常動作困難度 (MHAQ)

実施群 BL は 0.07(SD±0.15)、実施群 6W は 0.08(SD±0.18)、実施群 3M は 0.11(SD±0.19)であり、統計的に有意な差は見られなかった。

#### 9) 医療との関わり

統計的に有意な変化は見られないものの、実施群 BL は 2.04(SD±1.38)、実施群 6W は 1.76(SD±1.40)、実施群 3M は 2.77(SD±1.78)で変化がみられていた。

#### 10) 病ある生活への向き合い方の変化 (表 4-1、4-2)

実施群 6W と、実施群 3M のみ調査した。8 割を超える受講者が「気持ちが楽になった」「無理をしなくてよい」という感覚を得ていた。一方で、「他人の助けになっている」という感覚は 5 割の受講者にとどまった。

### D. 考察

今回、精神疾患を有する本プログラムについて、健康状態の自己評価、痛み、その他の運動実行度、健康問題に対処する自己効力感、ストレス対処能力 (SOC) においてのみ現れたものの、受講前後において全体的に肯定的変化をしており、有意に改善が見られていた。

まず、スタンフォード大学で用意されたアウトカムのうち、運動の実行力（その他の

運動実行力) について有意な向上がみられていた(実施群 BL-6W 間)。ストレッチ実行力については、変化はあるものの、有意な改善はみられなかった。疲労・息切れ・痛みの項目では、痛みのみ有意な軽減が現れ(実施群 BL-実施群 3M)、疲労・息切れは、有意な差はないものの、得点の低下が見られ、受講前後で軽減されていた。

CDSMP で重要とされる、健康状態の自己評価・健康状態についての悩み、症状への認知的対処実行度、健康問題に対処する自己効力感では、健康状態の自己評価において有意な向上が認められた(実施群 BL-実施群 6W)。また、健康問題に対処する自己効力感でも有意な向上が見られた(実施群 BL-実施群 6W)。自己評価、自己効力感ともに、実施直後(実施群 6W) から3ヶ月経過後も向上が維持されており、精神疾患患者においても CDSMP の有効性が示唆された。一方で、健康状態の悩み、症状への認知的対処実行力は、有意な変化はなく、また、実施直後の改善・向上はあるものの、3ヶ月後には実施前の得点まで戻っていた。受講直後の反応として、一時的な改善は見られたことから、定着しない要因について検討し、その後長期的に効果が持続する方策が必要である。

また、ストレス対処能力(SOC)は、本プログラムによって有意に改善されていた。HADS の得点も、有意な変化はないものの改善されていた。精神疾患患者にとって、ストレスの対処は、症状コントロールの大きな要素であり、病状への影響が大きいことから、精神疾患患者への本プログラムの有用性は明らかである。

一方、慢性疾患を対象とした湯川らの研究では、健康問題に関する自己効力感に有意な改善がみられていたが、痛み・運動に関する介入前後の変化はみられなかった。しかし「日常生活充実度評価」は改善しており、本プログラムによって喜びや満足がかわり、日常生活自体の質的な変化が生じることを示唆している(湯川, 2008)。

今回の精神疾患患者へのプログラムにおいても、有意な変化はないものの、日常生活充実度評価は改善していた。また、病ある生活への向き合い方の変化も、受講者8割以上が感じており、自分らしい病ある生活・人生を送れるようにするという CDSMP の狙いが、精神疾患患者へのプログラムにおいても作用していると考えられた。

実施内容の質的分析からは、同じく病気を持つ人から情報や励まし・助言をもらうことで、病気のある自分を受け入れられるようになる面もあると報告されているが(Carolyn E, 1999)、今回も同じ境遇にある人と話し合うことで気持ちが楽になったり、仲間と出会った心強さを得られたと考えられた。医療従事者からの知的サポート、家族・友人のサポートに限らず、患者仲間からの情緒的サポートが重要であることが明らかになった。しかし、医療との関わりの項目では、受講前後での改善は見られたものの、3ヶ月後には得点が下がっていた。医療者のサポートが必要な中、未だ患者自身が主体的に自分自身の病状を話したり、質問をするという、自己管理で重要となる部分が満たされていないと考えられる。患者が病ある生活と向き合うためには、外来での支援は不可欠であり、検討すべき課題であろう。

また、「病ある生活への向き合い方の知覚」の項目である「他人の助けになる感覚」は、肯定的変化の知覚を感じているのは5割の受講者にとどまった。ワークショップの受講によって、医療従事者や家族、患者仲間との交流等を通し、よりサポートを得られるよう、受講者同士の情緒的交流にも目を向けたさらなるプログラムの工夫が求められる。

よって、本研究における精神疾患患者へのCDSMPは、先行研究と同様に有用であることが明らかになった。しかし、実施直後の改善は見られるものの、3ヶ月後に効果が定着していない項目（健康状態についての悩み、症状への認知的対処行動、運動の実行度）もあることから、長期的に効果を持続させるためのプログラムの検討を行っていく必要があると考える。また、今回の研究では対象者に限りがあることから、今後対象者を増やし、さらには、長期的に追跡し、効果の測定を検討する必要がある。

## 引用・参考文献

Carolyn E, Helping others helps oneself : response shift effects in peer support. Social Science & Medicine 1999 ; 48(11):1563 - 1575.

Kate loring, 近藤房恵訳. 慢性疾患自己管理ガイドンスー患者のポジティブライフを援助する : 日本看護協会出版社, 2005

Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown BW, Bandura A, Ritter P, González V, Laurent D, Holman H. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial. Medical Care 1999 ; 37(1) : 5-14.

Loring K, Gonzalez V, Laurent D, 日本慢性疾患セルフマネジメント協会訳. 慢性疾患のセルフマネジメントプログラムワークショップリーダー用マニュアル: 日本慢性疾患セルフマネジメント協会, 2005

Lorig K, Gonzalez VM, and Ritter P. Community-based Spanish language arthritis education program: a randomized trial. Medical Care 1999; 37(9):957-63

湯川慶子, 山崎喜比古 : 日本における慢性疾患自己管理プログラム (CDSMP) が受講者の病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムに及ぼす影響の前後比較デザインによる検討, 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書, 2008年3月

表1 対象者の特徴

	全体		実施群		対照群		T値 および カイ 二乗	P
	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)		
年齢	65	42.58(13.23)	31	39.87(9.71)	34	45.06 (15.51)	-1.60	NS
性別	65	20 名	31	9 名	34	11 名	0.08	NS
		45 名		22 名		23 名		
診断	65	31 名	31	27 名	34	24 名	2.62	NS
		34 名		4 名		10 名		
診断年齢	60	31.80 (13.97)	26	26.00 (6.03)	34	36.24(SD±6.56)	-2.99	0.04*
入院回数	65	5.38(10.384)	31	9.23(13.86)	34	1.88(2.82)	2.90	0.00**
入院期間	65	1.58(951)	31	1.50(1.36)	34	0.72(1.70)	2.05	0.04*
最終入院から 開始までの 日数(月)	65	40.28(59.37)	21	37.48(58.65)	18	43.56(61.75)	-0.32	NS
入院費用	18	15611.1(22847.67)	7	38000(22090.72)	11	1363.64(4522.67)	5.42	0.00**
外来費用	40	5042.00(5029.78)	16	5508.75(4593.14)	24	4730.83(5374.61)	0.47	NS
障害年金	56	24 名	25	15 名	31	9 名	5.42	0.03*
		32 名		10 名		22 名		
生活保護	58	14 名	26	6 名	32	8 名	0.03	NS
		44 名		20 名		24 名		
仕事の有無	65	17 名	31	8 名	34	9 名	0.00	NS
		48 名		23 名		25 名		
最終学歴	65	10 名 中学校 37 名 高校 4 名 専門学校 7 名 短大 4 名 大学 1 名 大学院 2 名 その他	31	2 名 20 名 1 名 5 名 2 名 1 名 0 名	34	8 名 17 名 3 名 2 名 2 名 0 名 2 名	9.01	NS
婚姻状況	63	33 名 未婚 17 名 既婚同居 1 名 既婚別居 10 名 離婚 2 名 死別	31	19 名 8 名 1 名 3 名 0 名	32	14 名 9 名 0 名 7 名 2 名	0.25	NS

精神的支援者 (複数回答)	60		28		32		
父		16		6		10	
母		32		17		15	
祖父母・親戚		2		0		2	—
障害者の友人		5		1		4	—
健康な友人		16		7		9	
主治医		38		15		23	
看護師保健師		15		10		5	
その他		27		15		12	
経済的支援者 (複数回答)	47		21		26		
父		15		6		9	
母		24		12		12	—
祖父母・親戚		2		0		2	—
健康な友人		2		0		2	
主治医		1		1		0	
その他		18		8		10	
現実的支援者 (複数回答)	56		26		30		
父		15		6		9	
母		29		16		13	
祖父母・親戚		2		1		1	—
障害者の友人		2		1		1	—
健康な友人		6		1		5	
主治医		22		11		11	
看護師保健師		11		7		4	
その他		24		13		11	

表2 実施群と対照群の比較

	Range	実施群		対照群		P値
		N	M(SD)	N	M(SD)	
日常生活制限度	0- 4: ↓ better	31	1.28 (1.09)	34	1.37(1.17)	NS
健康状態の自己評価	1- 5: ↑ better	31	2.55 (0.89)	34	2.50 (0.99)	NS
健康状態についての悩み	0- 5: ↓ better	31	1.94 (1.07)	34	2.48(1.32)	NS
疲労	0-10: ↓ better	31	5.81 (2.41)	34	5.18 (2.80)	NS
息切れ	0-10: ↓ better	31	4.42 (3.15)	34	2.79 (3.09)	0.03*
痛み	0-10: ↓ better	31	2.71 (2.71)	34	3.35 (3.28)	NS
症状への認知的対処実行度	0- 5: ↑ better	31	1.33 (0.89)	34	1.14(0.91)	NS
運動 ストレッチ実行度	0- 4: ↑ better	31	0.39 (0.84)	34	0.59 (0.86)	NS
運動 その他の運動実行度	0-25: ↑ better	31	2.19 (2.09)	34	1.76(1.79)	NS
健康問題に対処する自己効力感	0-10: ↑ better	31	4.46 (1.82)	34	4.07 (2.47)	NS
日常生活充実度評価	0-10: ↑ better	31	4.97 (2.07)	32	3.75 (2.70)	NS
ストレス対処能力(SOC)	0-30: ↑ better	31	15.26 (5.47)	32	16.03(8.15)	NS
HADS	0-56: ↓ better	30	18.93 (7.21)	34	20.50(9.24)	NS
日常動作困難度(MHAQ)	0- 3: ↓ better	31	.069(0.15)	34	0.24(0.54)	NS
医療との関わり	0- 5: ↓ better	30	2.04(1.38)	34	1.64(1.15)	NS
6ヶ月間の受診回数		28	13.75 (7.12)	33	12.39 (7.23)	NS
6ヶ月間の救急外来利用回数		28	0.36 (0.68)	32	1.13 (3.93)	NS
6ヶ月間の入院回数		28	0.82 (1.22)	32	0.13 (.421)	0.00**
6ヶ月間の入院泊数		27	30.41 (45.58)	31	2.68 (8.77)	0.00**

Mann-WhitneyのU検定

表3 実施群の経過別比較

	range	実施群BL	実施群6W	実施群3M	t値	P値
		M(SD)	M(SD)	M(SD)		
健康状態の自己評価	1-5: ↑ better	2.55 (0.89)	3.04 (0.98)	2.90 (0.88)	①-3.22 ②0.00 ③-0.80	0.00** 1.00 0.44
健康状態についての悩み	0-5: ↓ better	1.94 (1.07)	1.48(0.96)	1.93 (1.28)	①1.21 ②-0.76 ③-0.19	0.24 0.47 0.85
疲労	0-10: ↓ better	5.81 (2.41)	5.00 (1.90)	5.00 (2.31)	①0.84 ②0.48 ③1.21	0.41 0.64 0.26
息切れ	0-10: ↓ better	4.42 (3.15)	3.41 (2.77)	3.00 (2.87)	①1.69 ②0.00 ③2.04	0.11 1.00 0.07
痛み	0-10: ↓ better	2.71 (2.71)	2.77 (2.86)	2.70 (3.43)	①-0.14 ②0.21 ③-2.41	0.89 0.84 0.04*
症状への認知的対処実行度	0-5: ↑ better	1.33 (0.89)	1.76 (0.88)	1.27 (0.82)	①-1.98 ②1.70 ③-0.40	0.06 0.13 0.70
運動 ストレッチ実行度	0-4: ↑ better	0.39 (0.84)	0.91 (0.92)	0.30 (0.48)	①-2.09 ②1.92 ③-0.55	0.05 0.10 0.60
運動 その他の運動実行度	0-25: ↑ better	2.19 (2.09)	3.27 (2.60)	2.20 (2.30)	①-2.51 ②0.14 ③-1.00	0.02* 0.89 0.34
健康問題に対処する自己効力感	0-10: ↑ better	4.46 (1.82)	5.79 (2.34)	5.90(2.14)	①-2.43 ②0.69 ③-1.16	0.02* 0.51 0.28
日常生活制限度	0-4: ↓ better	1.28 (1.09)	1.10(1.05)	1.47 (1.16)	①0.15 ②0.00 ③1.32	0.89 1.00 0.22
日常生活充実度評価	0-10: ↑ better	4.97 (2.07)	6.13 (2.26)	6.10 (2.23)	①-1.91 ②0.71 ③0.18	0.07 0.50 0.86
ストレス対処能力(SOC)	0-30: ↑ better	15.26 (5.47)	18.57(6.01)	17.30 (7.24)	①-3.27 ②7.32 ③7.74	0.00** 0.10 0.81
HADS	0-56: ↓ better	18.93 (7.21)	14.61 (6.78)	17.10 (8.23)	①1.20 ②-0.30 ③0.03	0.24 0.77 0.98
日常動作困難度	0-3: ↓ better	.069(0.15)	.076 (0.18)	0.11 (0.19)	①0.23 ②-1.00 ③-0.90	0.82 0.35 0.39
医療との関わり	0-5: ↓ better	2.04(1.38)	1.76(1.40)	2.77 (1.78)	①0.24 ②-1.14 ③0.13	0.82 0.29 0.90
病ある生活への向き合い方の変化	0-20: ↑ better		16.60 (0.55)	15.00 (2.12)	②1.84	0.14

対応のあるt検定

①介入群BL-介入群6W, ②介入群6W-介入群3M, ③介入群BL-介入群3M



表4－1 病ある生活への向きあい方の変化の知覚(実施群6W)

		気持ちが楽にな ったという感覚	無理しなくて いいという感覚	物事を冷静に うけ止める	他人の助けに なる感覚	仲間と出会った 心強さ
非 肯 定 群	減った/ まったく得られなかった	0 (0.00)	0 (0.00)	0(0.00)	3(18.8)	0(0.00)
	どちらかといえば 減った/得られなかった	2 (12.5)	1(6.2)	1(6.2)	3(18.8)	1(6.2)
	どちらとも言えない	0 (0.00)	1(6.2)	2(12.5)	2(12.5)	2(12.5)
肯 定 群	どちらかといえば 増えた/得られた	10 (62.5)	11(68.8)	10(62.5)	8 (50.0)	10(62.5)
	増えた/ 大いに得られた	4 (25.0)	3(18.8)	3(18.8)	0(0.00)	3(18.8)
	肯定群, 非肯定群	14(87.5), 2(12.5)	14(87.5), 2(12.5)	13(81.3) ,3(18.7)	8(50.0), 8(50.0)	13(81.3) ,3(18.7)

表4－2 病ある生活への向きあい方の変化の知覚(実施群3M)

		気持ちが楽にな ったという感覚	無理しなくて いいという感覚	物事を冷静に うけ止める	他人の助けに なる感覚	仲間と出会った 心強さ
非 肯 定 群	減った/ まったく得られなかった	0(0.00)	0 (0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
	どちらかといえば 減った/得られなかった	0(0.00)	0 (0.00)	0(0.00)	2 (22.2)	2(22.2)
	どちらとも言えない	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (11.1)	0(0.00)	0(0.00)
肯 定 群	どちらかといえば 増えた/得られた	5 (55.6)	6 (66.7)	5 (55.6)	5 (55.6)	6(66.7)
	増えた/ 大いに得られた	4 (44.4)	3 (33.3)	3 (33.3)	2 (22.2)	1(11.1)
	肯定群, 非肯定群	9(100.0) , 0(0.0)	9(100.0) , 0(0.0)	8(88.9) , 1(11.1)	7(77.8) , 2(22.2)	7(77.8) , 2(22.2)