

平成 28 年度 博士論文

成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を
高める教育プログラムの開発

看護学研究科看護学専攻

博士後期課程

高樽 由美

論文要旨

成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発

【目的】「成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」を開発することである。

【プログラムの開発過程】プログラムの開発は以下の 3 段階からなる。

〔第 1 段階〕文献検討、resilience の概念分析を行った。次に 1 型糖尿病患者の療養体験を明らかにすることを目的に、所属施設の看護倫理委員会の承認を受け、A 県の 1 型糖尿病患者会における 12 名の患者の語りを、質的帰納的研究方法を用いて分析し、プログラム開発のための基礎資料を得た。これらの結果を統合し、認知行動理論を基盤としてプログラム原案を作成した。プログラムの教育目標は、1 型糖尿病患者が、療養行動に伴う困難な出来事に適応するために必要な力を獲得し、周囲のサポートを得ながら療養行動を行うことにより、心身の状態を維持し社会生活を継続できることである。1 型糖尿病患者は、対処する力、捉え直す力、回復力を獲得することで resilience が高められると考えた。プログラムは、①病気の理解と取り組み、②ストレスのコントロール方法、③療養と社会生活の両立に向けて、④病気との向き合い方の 4 つのセッションで構成した。教育技法は、①説明的介入、②モデリング、③自己強化、④認知再構成法、⑤セルフモニタリング、⑥リラクゼーション法、⑦問題解決法、⑧強みの同定の 8 技法を組み合わせることにした。評価方法は、①参加者評価（質問紙・目標達成状況）、②プログラム実施者評価（理解度・目標達成状況）、③生理学的指標とした。

〔第 2 段階〕プログラム原案の適切性と実行可能性を検討することを目的に、看護専門職と、1 型糖尿病患者を対象に調査を実施した。プログラム原案、運営方法、プログラムの有効性について、慢性疾患看護専門看護師 6 名に質問紙調査を、糖尿病認定看護師 7 名にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。プログラム使用教材、運営方法について、1 型糖尿病患者 8 名にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。これらの調査は、高知県立大学研究倫理審査委員会及び、必要時研究協力者施設の倫理審査委員会の承認を受け実施した。

〔第 3 段階〕第 2 段階の結果をもとに、プログラム原案を修正した。修正したプログラムの内容について、糖尿病専門医とリエゾン精神看護専門看護師に助言を受け、最終的な成人期発症 1 型糖尿

病患者的 **resilience** を高める教育プログラムを作成した。

【考察】成人期発症1型糖尿病患者と、1型糖尿病患者の看護や教育に精通した看護実践者と研究者が協同して作成することにより、我が国初の新たな成人期発症1型糖尿病患者の教育プログラムを開発することができた。本プログラムは、参加者の状況に応じたプログラム提供が可能であり、プログラム実施者と参加者の相互作用により、**resilience** が高められることが期待できる。

慢性疾患看護専門看護師、糖尿病看護認定看護師、1型糖尿病患者への調査結果から、プログラムの有用性と実行可能性が示唆された。

Abstract

Development of an educational program to increase resilience among patients with adult-onset type 1 diabetes

Objectives: To develop an educational program to increase resilience among patients with adult-onset type 1 diabetes.

Educational program development: The program was developed in three stages, as described below.

Stage 1. We examined the literature and performed a conceptual analysis of resilience. Next, with the aim to clarify the treatment experiences of patients with type 1 diabetes, and with approval of the nursing ethics committees of affiliated institutions, we analyzed the narratives of 12 patients from prefecture a's adult onset type 1 diabetes patient group using qualitative inductive research methods and obtained basic data for the development of the educational program. After compiling the results from the analysis, we created a first draft of the program based on cognitive behavior theories. The educational goal of the program was to enable patients with type 1 diabetes to attain the strength required to adapt to various difficulties that accompany treatment activities, and by obtaining support from their surroundings while undergoing treatment, to maintain their physical and mental health and continue to live in society. By attaining the ability to handle, re-grasp, and recover, it is thought that patients with type 1 diabetes could increase their resilience. The program comprised 4 sessions, as follows: 1) understanding and addressing the disease, 2) ways to control stress, 3) balancing treatment and normal social life, and 4) how to face off with disease. A combination of 8 pedagogical techniques were utilized, including 1) explanatory intervention, 2) modeling, 3) self-strengthening, 4) cognitive reframing, 5) self-monitoring, 6) relaxation, 7) problem-solving, and 8) strength identification. Evaluation methods included 1) evaluation of participants (questionnaire/status of achieving objectives), 2) evaluation of program administrators (degree of understanding/status of achieving objectives), and 3) a physiological index.

Stage 2. In order to evaluate the suitability and applicability of the first draft of the program, we conducted a survey involving nursing specialists and patients with type 1 diabetes. A questionnaire survey was conducted with 6 certified nurse specialists in chronic care

nursing and a focus group interview with 7 certified nurses in diabetes nursing regarding the first draft of the program, management of the program, and effectiveness of the program. With respect to educational materials used in the program and management methods, a focus group interview was conducted with 8 patients with type 1 diabetes. These surveys were approved by the research ethics committees of the University of Kochi and, when necessary, affiliated institutions of research collaborators.

Stage 3. We revised the first draft of the program based on the results of Stage 2. Based on comments on the revised draft from physicians specialized in diabetes treatment and Certified Nurse Specialist in Psychiatric Mental Health Nursing, we created a final educational program to increase resilience among patients with adult-onset type 1 diabetes.

Discussion: Collaborative efforts between patients with adult-onset type 1 diabetes, nurse practitioners with a wealth of experience in caring for and educating patients with type 1 diabetes, and researchers allowed us to create the first educational program for patients with adult-onset type 1 diabetes in Japan. The present program can be adapted to the various conditions of participants. Cross-interaction between the program administrators and participants is anticipated to increase the resilience of the participants. Survey results from certified nurse specialists in chronic care nursing, certified nurses in diabetes nursing, and patients with type 1 diabetes confirmed the utility and applicability of our program.

目次

第 1 章 序論	1
I . 研究の背景	1
II . 研究の目的	2
III . 研究の意義	2
1 . 看護実践への貢献	2
2 . 看護研究への貢献	3
3 . 慢性看護学への貢献	3
第 2 章 文献検討	4
I . 糖尿病に関する動向	4
II . 1 型糖尿病の動向	4
III . 1 型糖尿病に関する研究	5
1 . 1 型糖尿病患者の療養行動	5
2 . 1 型糖尿病患者の心理	6
3 . 1 型糖尿病患者のソーシャル・サポート	7
4 . 1 型糖尿病患者の QOL	8
5 . 1 型糖尿病患者の教育	8
IV . 教育プログラムに関する研究	9
1 . 教育プログラムの目的	9
2 . 教育プログラムの枠組み	10
3 . 教育プログラムの内容	10
4 . 教育プログラムの評価	10
5 . 糖尿病の教育プログラムについて	11
6 . 教育プログラムのまとめ	13
V . resilience 概念の検討	13
1 . resilience が活用されるようになった背景	13
2 . resilience の研究の動向	14
3 . resilience の概念	14
4 . resilience 概念のまとめ	17
5 . 1 型糖尿病患者の resilience に関する概念の検討	17
6 . resilience プログラムに関する文献検討	18
7 . 糖尿病患者を対象とした resilience プログラム	19
VI . 認知行動理論	20
1 . 認知行動理論と認知行動療法	20
2 . 認知行動療法の基本概念	20
V . 研究目的	22
VI . 研究目標	22
VII . 研究の枠組み	22
VIII . 用語の定義	23

第 3 章 研究方法	25
1.〔第 1 段階〕教育プログラム原案の作成	25
2.〔第 2 段階〕教育プログラム原案の適切性と実行可能性の検討	25
3.〔第 3 段階〕教育プログラムの完成	25
第 4 章 教育プログラムの開発過程	27
I.〔第 1 段階〕教育プログラム原案の作成	27
1. 教育プログラム文献検討	27
2. 成人期発症 1 型糖尿病患者の療養体験に関する研究	27
3. 教育プログラムの作成	36
4. 教育プログラムの実施方法	45
II.〔第 2 段階〕教育プログラム原案の適切性と実行可能性の検討	47
1. 慢性疾患看護専門看護師への調査	47
2. 糖尿病看護認定看護師への調査	47
3. 成人期発症 1 型糖尿病患者への調査	48
4. 倫理的配慮	49
5. 看護実践者（専門看護師・認定看護師）の調査結果	50
6. 成人期発症 1 型糖尿病患者への調査結果	53
III.〔第 3 段階〕教育プログラムの完成	54
1. 教育プログラムの修正	54
2. 糖尿病専門医からの助言	57
3. リエゾン精神看護専門看護師からの助言	57
IV. 開発したプログラム	57
1. プログラムの目的	57
2. プログラムの教育内容	57
3. プログラムの教育技法と展開	59
4. 教育プログラムの運営	59
5. プログラムの評価	61
第 5 章 考察	63
I. 教育プログラムの特徴	63
1. resilience を高める教育プログラム	63
2. 2 型糖尿病患者の教育プログラムとの比較	63
3. 成人期発症 1 型糖尿病患者のニーズに添った教育プログラム ム	65
4. resilience が高められるプログラムの実施者	66
II. プログラムの実行可能性	67
III. プログラムの有用性	67
1. 教育プログラム開発による貢献	67
2. 教育プログラムを活用することによる貢献	67

IV. 1型糖尿病患者の支援への示唆	67
V. 本研究の限界	68
VI. 今後の課題	68
第6章 結論	70
謝辞	71
引用・参考文献	72

図表

図 1 研究の枠組み	28
図 2 プログラムの開発過程	31
図 3 プログラム評価の概要	74
表 1 定義	32
表 2 プログラムの概要 対処する力	38
表 3 プログラムの概要 捉え直す力	40
表 4 プログラムの概要 回復力	41
表 5 1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの 評価	44
表 6 修正したセッションの内容	71
表 7 2型糖尿病の教育プログラムと開発した教育プログラムの 比較	78

資料

資料 1 慢性疾患教育 プログラム	79
資料 2 resilience プログラム	83
資料 3 研究協力者の概要	85
資料 4 成人 1型糖尿病患者の療養体験	86
資料 5 -① 質問紙評価用紙	87
資料 5 -② 質問紙評価用紙	89
資料 6 プログラム実施者評価用紙	91
資料 7 患者用パンフレット	92
資料 8 プログラム実施マニュアル	143
資料 9 プログラム原案について	154
資料 10 評価指標について	156
資料 11 パンフレットの内容	157
資料 12 プログラムの運用について	159
資料 13 プログラムの有用性	161
資料 14 1型糖尿病患者の教育の難しさ	162

資料 15	患者用パンフレットの内容	163
資料 16	研究依頼書(施設用).....	165
資料 17 -①	認定看護師用研究依頼書	167
資料 17 -②	認定看護師用研究依頼書	168
資料 18 -①	専門看護師用研究依頼書	170
資料 18 -②	専門看護師用研究依頼書	171
資料 19 -①	患者用研究依頼書	173
資料 19 -②	患者用研究依頼書	174
資料 20	インタビューガイド(認定看護師用)	176
資料 21	インタビューガイド(患者用)	178
資料 22	質問紙調査(専門看護師用)	180
資料 23	倫理審査承諾書	181
資料 24 -①	承諾書	181
資料 24 -②	承諾書 2.....	182
資料 25 -①	承諾取り消し書	184
資料 25 -②	承諾取り消し書	185
資料 26 -①	同意書	186
資料 26 -②	同意書 2.....	187

第1章 序論

I. 研究の背景

全世界の糖尿病患者数は2億5千万人と推定されており、毎年700万人が新規に糖尿病を発症し、2030年には3億6,000万人と全人類の4.4%にまで患者数が増えると予測されている(国際糖尿病連合,2007)。

1型糖尿病は、主に自己免疫機序による膵β細胞の破壊性病変によりインスリンの欠乏が生じて発症する糖尿病であると定義される(日本糖尿病学会)。患者数は、日本糖尿病学会1型糖尿病調査研究委員会の報告によると、日本人の糖尿病患者の10~15%とされている。しかし、この報告はおもに糖尿病専門の医療機関に集まったデータから出されたもので、一般の臨床現場ではもっと少なく、5%未満と推測される。そのため1型糖尿病の患者数の把握は未だ十分ではないのが現状である。

1型糖尿病は、2型糖尿病とは異なり生活習慣が要因ではないことから、適切なインスリン補充療法ができれば、健康な人と大きく変わらない生活を営むことができるが、内因性インスリン分泌能が枯渇しているため、定期的なインスリン注射が一生欠かせない。そのため、1型糖尿病患者は、日常生活の中に食事療法、インスリン注射、自己血糖測定、低血糖の対処など糖尿病に関連した自己の生活管理行動を組み入れて生活しなければならない(駒井,2007)。しかし、1日数回インスリンを投与しても非糖尿病患者のような自然なインスリン分泌とは異なることから、食事、活動量のばらつきに伴う血糖の変動がある。とりわけ、女性の場合、月経の前後に血糖値が予想以上に変動するなど血糖コントロールは困難なことが多い。

糖尿病治療の大半は患者の自己管理に影響されるため、患者教育や指導内容が正しく提供されていないことが血糖コントロールの悪化要因と考えられており(大澤,2008)、糖尿病患者への教育は重要であると考えられる。2型糖尿病については、糖尿病教育入院などの教育システムが多く、多くの病院で取り入れられているが、1型糖尿病患者を対象とした患者教育方法の開発などがなされていないため、1型糖尿病に特化した教育的支援が行われていないことが問題であると考えられる。

糖尿病教育は、糖尿病治療において一つの重要な構成要素で、糖尿病を抱えた人々が病気やそれに伴う治療に対して、うまく適応するように支援するものであるが、糖尿病治療は現在、自己管理という自己責任に負うところが大きい。それゆえ患者教育に関わる看護師の役割は重要であると考えられる。

1型糖尿病は病態も十分に解明されていないため、2型糖尿病と比べると、血糖コントロールが難しく、患者も自己管理に苦慮していることが多い。さらに糖尿病という病名がつくことで、1型と2型糖尿病の違いを理解してもらえず病気のことを周りに隠している患者が多いことや、1型糖尿病を管理指導できる医師や医療スタッフも少なく、サポートや情報が充分得られないまま、個々で日常の血糖管理を行わなければならない生活を強いられ、孤独を感じているなど社会的問題を抱えている場合が多い。

1型糖尿病はあらゆる年齢層に発症し、多くは小児期や若年期に発症するため、若年層を対象にした研究は報告されているが(森山,2007)、成人期発症患者を対象とした研究の報告は少ない。そのため我が国の1型糖尿病患者への看護に関する研究は少なく、看護の実際や患者教育について

て十分把握されていないのが現状である。一方、米国を中心とした海外文献では、1型糖尿病患者の教育プログラムが提供され、介入評価も行われているが、日本にはそのプログラムさえも取り入れられていない。1型糖尿病患者は、血糖コントロールの知識・技術はもちろんのこと、血糖管理に対する捉え方や、心理社会的な適応に向けた対処能力の獲得が必要であると考え。以上のような1型糖尿病患者を巡る現状を考慮し、臨床実践で活用できる1型糖尿病患者のための教育プログラムを開発することが急務であると考え。

健康教育において、**resilience** の特性を高めることに重点をおいた介入が検討されている。**resilience** とは、周囲からの有効な働きかけにより、個人内部の **resilience** を高め、ストレスのある状況や逆境でも、うまく適応し、精神的な健康を維持し、回復へと導くもの(枝廣,2015)といわれている。2型糖尿病患者を対象とした研究では、**resilience** が自発的な行動変容に必要であり(Beverly G,2007)、看護師が、患者やその家族の **resilience** を促進させるような介入を行うことの必要性について報告されている(大久保,2012)。

糖尿病患者の教育プログラムでは、認知行動理論からなる認知行動療法を、プログラムの教育方法に取り入れているものが多い(森山, 2008;Moriyama,2009;Elizabeth A,2013)。認知行動療法の基盤となっている認知行動理論は、行動と認知の両面から介入し、セルフコントロール力を強化するものである。療養行動がうまくいかない原因を自分だけのせいにするという、糖尿病患者の認知の特徴(井澤,2010)に対し、認知の歪みを修正できるという点においても有用であり、1型糖尿病患者の教育に効果的な結果をもたらすと考えた。

そこで本研究では、認知行動理論を基盤に、「成人期発症1型糖尿病患者の **resilience** を高める教育プログラム」の開発を試みた。

II. 研究の目的

本研究の目的は「成人期発症1型糖尿病患者の **resilience** を高める教育プログラム」を開発することである。

III. 研究の意義

1. 看護実践への貢献

1型糖尿病は、頻繁な血糖管理、インスリン投与や栄養と身体活動に対して慎重な注意を含む複雑な自己管理を日々必要とされる。さらに疾病管理のための知識と技術の獲得のみにとどまらず、1型糖尿病をもちながらも病気と共に自分らしい生活ができ、1型糖尿病をもつ人の **resilience** を高める教育プログラムを開発することにより、患者の内面にある力を引き出し、患者自身が自分の力で困難を乗り越えることができると考える。また、この教育プログラムが1型糖尿病患者の自己管理能力を高め、血糖コントロールの改善につながれば、糖尿病合併症の発症、進展予防に寄与できる。これらのことから、1型糖尿病をもつ人やその家族の **QOL** の向上に貢献できると考える。それと同時に看護師の1型糖尿病患者への患者教育における具体的な提案ができ、必要な教育を提供することにつながる。また、教育プログラムを活用することで、1型糖尿病に関わる看護師が、教育的介入における質の保証や提供する看護職者の自信につながり、看護実践でも活用できると考える。

2. 看護研究への貢献

未だ成人発症 1 型糖尿病患者の教育プログラムは国内では開発されていない。今回の教育プログラムの開発を機にさらなる教育プログラム開発につながると考える。

看護学分野における resilience 研究がなされることにつながり、看護学における resilience の知見が広がると考える。

3. 慢性看護学への貢献

慢性疾患の中でも 1 型糖尿病患者は 2 型糖尿病と同じく生涯血糖のコントロールを行いながら、病いと共に生きていかなければならない。しかし、1 型糖尿病患者に関する文献は少なく患者教育、看護介入も十分に行われていない。1 型糖尿病患者への教育プログラム開発を通して、1 型糖尿病患者に関する研究も増え、1 型糖尿病患者に対する看護が発展していくことにつながると考える。

第2章 文献検討

文献検討は国内文献については、医学中央雑誌に掲載されている過去20年間の研究（1993年～2013年）より、「1型糖尿病」×「看護」、「2型糖尿病」×「看護」、「resilience」、「プログラム開発」、をキーワードとして検索を行った。海外文献については、過去20年間（1993年～2013年）のCINAHL、MEDLINE、PubMedのデータベースより、「Diabetes」、「Nursing」、「resilience」、「Program Development」、「Diabetes education program」のキーワードで検索を行い、関連文献も収集した。

I. 糖尿病に関する動向

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会環境の変化に伴い急速に増加している。糖尿病はひとたび発症すると治癒することはなく、放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、末期には失明、透析治療が必要となることがある。さらに、糖尿病は脳卒中、虚血性心疾患などの心血管疾患の発症・進展を促進することも知られている。これらの合併症は患者のQOLを著しく低下させるだけでなく、医療経済的にも大きな負担を社会に強いており、今後も社会の高齢化にしたがって糖尿病患者数は、増大するものと考えられる。

糖尿病の病型は、1型糖尿病、2型糖尿病、その他、妊娠糖尿病に大別できる。糖尿病の発症要因としては、遺伝的要因と環境要因が重要であるが、特に2型糖尿病では生活習慣が環境因子として重要である。我が国の糖尿病の大部分を占めるものは2型糖尿病である。2型糖尿病の対策としては、発症の予防・早期発見・合併症の予防が重要である。

日系移民を対象とした研究によると、日本人とは遺伝的背景は同一であるものの生活習慣の欧米化がさらに進行した米国の日系移民集団では、糖尿病有病率・罹患率はともにわが国の住民よりも2~3倍高いことが知られている（厚生労働省健康日本21,2012）。社会的状況を考えれば、現在の日系米国人は将来の日本国民の健康状況であるとも推測され、早急な糖尿病対策が必要であることの根拠としても注目すべきである。

II. 1型糖尿病の動向

1型糖尿病は臨床的に、「劇症型」、「急性型」、「緩徐進行型」の3つのタイプに分けることができ、膵島β細胞破壊のスピードが関与していると推定されている（川崎,2010）。1型糖尿病はその年齢でも発症するが、一般的に若年での発症例が多い。1型糖尿病は、国別・人種別に多様性が認められ、一般的に北欧で高く、日本を含めたアジア南米諸国で低い（宮脇,2012）。日本における小児1型糖尿病の発症率（10万人/年）は約1.5~2.5と、世界的にみると極めて少ないが、世界的にみると、1型糖尿病の全体の年間発生率は、約3%の割合で増加していると報告されている（DIAMOND Project Group,2006）。

1型糖尿病患者の予後について、1965~79年に日本、米国、フィンランド、イスラエルの4カ国における、18歳未満で1型糖尿病と診断された患者を追跡した長期追跡研究「DERI（Diabetes Epidemiology Research International）」の報告がある。それによると、日本、米国、イスラエルで急性合併症による死亡の割合が高かった。日本は他国に比べ

腎症による死亡の割合が高く、大血管疾患による死亡が少ないと報告されている（日本糖尿病学会編集, 2012）。

1983年から1993年、アメリカを中心に実施された1型糖尿病対象のDiabetes Control and Complications Trial (DCCT)では、継続した良好な血糖コントロールが合併症の発症・進展を有意に抑制することが明らかにされ、その後のEpidemiology of Diabetes International and Complications(EDIC)調査から、DCCT期間中血糖コントロールが不良であった群は、後のEDIC期間中の血糖コントロールが改善されても、合併症が有意に進展することが示された。このことから継続した良好な血糖コントロールが合併症予防に重要（大澤, 2008）であるとされ、適切な医療の提供と患者の生活そのものを糖尿病管理と捉える患者教育の必要性は大きい（山口, 2008）。

1型糖尿病は生命を維持するためにインスリン注射が不可欠であり、より生理的なパターンに近い血糖コントロールの達成を可能にするために、通常強化インスリン療法と、インスリン持続皮下注入療法（Continuous Subcutaneous Insulin Infusion ; CSII）の治療が行われている。インスリンアナログ製剤や新しいインスリン注入器が開発されているものの、現在のインスリン療法では、健常者のようなインスリン分泌の日内変動に対応しきれず、1型糖尿病患者が良好なコントロール状態を維持することは困難な状況である。インスリン補充の調整は、2型糖尿病患者のように内因性のインスリン分泌が残存している場合と異なり、1型糖尿病ではインスリンが枯渇していることに伴い、食事や運動などで血糖変動が激しくなり低血糖も頻発することから、患者はストレスや、無力感、不全感を感じている。病気について明らかになっていないことも多く、1型糖尿病患者は治療の進歩を望んでいる。

現在の1型糖尿病の治療では、内因性のインスリン分泌の回復が見込め、インスリン治療からの離脱を期待される膵島移植が我が国でも2004年から実施されている。しかし、ドナーの問題や、移植をしてもインスリンの完全離脱が難しいこと、免疫抑制剤の投薬による身体や、経済的な負担もあり、患者の誰もが受けられる治療法ではないのが現状である（井澤, 2010）。また、無自覚性低血糖は20-30%の1型糖尿病患者が経験する血糖管理上の副作用で、無意識のうちに低血糖になっていることや、低血糖発作による意識障害をおこすなど、重篤な低血糖エピソードの主要な危険因子である。低血糖による意識障害は患者や家族において、非常に苦痛な状態をもたらす（Thomas, 2006）。

Ⅲ. 1型糖尿病に関する研究

1. 1型糖尿病患者の療養行動

1型糖尿病患者の多くはインスリン量の自己調節を行っている。久保田（2011）によると、インスリンを自己調節している1型糖尿病患者は89%で、そのうち毎日調整しているのは47.2%、適宜調整しているのは52.8%であったと報告している。また、毎日インスリンを調整している方が適宜調整しているよりもHbA1cが良好であり、患者の負担感においても両群では有意差がなかったことから、インスリン調整を毎日行うことの重要性を示唆している。しかし、1型糖尿病に精通する医療者が充分でなく、多くの患者は自分で試行錯誤しながら血糖管理と向き合わなくてはならず、不安や負担も大きい（酒井, 2003）。1型糖尿病患者にとってインスリン注射は生命を維持するために必要不可欠であることから、医療者によるインスリン手技の確認と評価

の重要性について指摘している（高野, 2005; Spray, 2009）。

海外文献では、青年期 1 型糖尿病の血糖コントロールに焦点をあてた研究が多い。青年期は発達段階上難しい時期で、親のサポートを離れ治療の責任を担う必要がある。アルコール摂取の問題、体重を減らすようにコントロールする、インスリンの誤った管理などの影響をうけて、成人期では血糖コントロールが悪化することが知られている。医療者や両親などの介入の必要性について報告されている（Kathleen M, 2012; Chery, 2012）。

Wendy N (2013) は、自己血糖測定は集中的な糖尿病マネジメントの重要な構成要素で、目標血糖値が達成できない場合は、怒り、恐れ、失望の感情を引き出すなど、血糖値に一喜一憂している現状から、自己血糖測定へのより大きな固執は良好な血糖管理（HbA1c）につながると述べている。また酒井ら(2003)は「糖尿病＝死」という認識は一般社会では薄いですが、1 型糖尿病患者において、インスリンの自己分泌がないということは死を意味していた、ということを示している。日々インスリン注射を打つ、ということは単に血糖値をコントロールし、合併症を予防するというだけではなく、「生きる」とか「死にたくない」という願望をも意味していた、と述べている。

2. 1 型糖尿病患者の心理

瀧井 (2013) は 1 型糖尿病患者の心理として、少数派であるがゆえに病気のことを理解してもらえず、患者はしばしば糖尿病という病名から周囲の誤解や偏見を受け苦しむ。2 型糖尿病とは全く病因が異なるが、それを理解している人は少ないとして、患者、家族に余計な負担や苦しみを与えてきたと述べている。

糖尿病と鬱の問題など精神疾患の関連については明らかにされているが、1 型糖尿病では、2 型糖尿病とは異なる摂食障害、身体表現性障害、不安障害、気分障害などが比較的多くみられている。なかでも身体表現性障害のうち、心因性嘔吐は糖尿病神経障害により、胃腸の運動機能が低下して起こると考えられている。また不安障害では、1 型糖尿病患者にみられる激しい血糖のスパイクなどの影響による低血糖、高血糖恐怖が関連している可能性がある。また、故意にインスリン注射を省略したり、減量したりするインスリン・オMISSION 行為は、若い女性の 1 型糖尿病患者の約 40% にみられている。これは単に注射を打つのが面倒という理由だけではなく、インスリンを注射することにより、太ることを気にして行っていることも多い。この行為により、血糖コントロールの悪化や HbA1c の上昇による緊急入院、合併の出現につながっているとの報告もある（瀧井, 2013）。

川東ら (2011) は、罹病期間の長い若年発症 1 型糖尿病患者の心理について質的研究を行っている。その結果 10 のカテゴリーが抽出され、そのうち 7 カテゴリーは【普通を意識する】

【劣等感を持つ】【迷惑をかけているかもしれないという負い目がある】【普通に見えることに抵抗がある】【普通を意識する】【周りの目が気になる】【大事なことは言わない】【人が離れていくのが怖い】といった周囲との関わりの中における心理であった。また、3 カテゴリーは、【注射は面倒】【他の人は糖尿病に詳しくない】【食べなきゃ倒れると思う】といった血糖管理に関するものであったと報告している。また 1 型糖尿病の場合、小児から成人への移行に関してキャリーオーバーの問題が指摘されている。中野ら (2008) は、キャリーオーバーした 1 型糖尿病患者の療養

行動における感情について半構成的面接を実施し、1型糖尿病患者の療養行動に対する恐れや心配、自己嫌悪といった否定的感情が、病気の受容に影響していたことが明らかになったとしている。

このように1型糖尿病は心理的な問題だけにとどまらず、治療行動にも影響することから身体に直接的な影響も与えるため、環境面も含め継続的な支援や介入が必要である。

3. 1型糖尿病患者のソーシャル・サポート

ソーシャル・サポートは糖尿病患児のストレスを緩和する因子として報告されている。金丸(2006)は、診断後1年以内の10代糖尿病患児を対象に、知覚しているソーシャル・サポートと療養生活の関連について半構成的面接を行っている。診断後1年以内の10代糖尿病患児の知覚するソーシャル・サポートは、適切な療養行動のために有効であるとの結果を得た。しかし、療養生活上の問題を意識していない患児はソーシャル・サポートを必要としていないことで療養生活が改善していないことや、友人からのソーシャル・サポートを得られないときは、否定的な感情や認識が生じやすかった。このことから、10代糖尿病患児は病気に関連したソーシャル・サポートは求めにくい傾向がみられたと報告している。

小児1型糖尿病は、糖尿病キャンプや患者会の活動が盛んである。糖尿病キャンプでは、自己管理に必要な技術の獲得、糖尿病についての知識の獲得、血糖の変動の体験、その対応の経験などの教育と楽しいレクリエーションを目的としている(今田,1995)。さらに同じ病気をもつ子供とのふれあいは、心理的な効果が得られ、患児とその家族にとって有用だとされている(出野,2003)。

このように同じ問題を経験した仲間(ピア)は、医療専門職とは異なった視点や立場から1型糖尿病患者の生活や治療における自己管理を支援することにつながると考えられている。毎日の生活のなかで、病気の自己管理に取り組まなくてはならない1型糖尿病患者にとって、共感し支えてくれるサポーターとして、また治療や情報を提供してくれる教育者として、仲間(ピア)が果たす役割は大きい(小松,2012)。

森山ら(2007)は、妊娠、出産、育児を経験している成人期発症1型糖尿病患者の語りを健康生成論の概念を基に心理的特徴と疾病受容への影響因子について分析し、1型糖尿病患者の首尾一貫感覚を強化および変化させる要因を明らかにしている。診断時のショックや、療養行動の継続を受け入れ、自分なりの解釈をし、生きていくことや自己の成長を認識することが首尾一貫感覚を強める、もしくは変化させる要因になっており、ソーシャル・サポートや他者との関係が汎抵抗資源として支えになっていたと示唆している。

酒井ら(2003)は、青年発症の1型糖尿病患者への質的研究の結果で、就職試験で糖尿病とわかったら落とされた、など糖尿病があるがゆえに受ける誤解や偏見、差別を強く感じていることを明らかにした。このような1型糖尿病に対する誤解、偏見、差別は、1型糖尿病がどのような病気であるのかという社会の認識が不足していることが影響していると考えられる。それゆえ、病気の説明をしてもわかってもらえず、病気のことを周囲に隠している患者は少なくない。病気についての正しい理解者が増えることが必要であると考えられる。

4. 1型糖尿病患者のQOL

糖尿病は時間軸が長いために、医療におけるエンドポイントである生存年数や、合併症の有無のみでなく、生活の質を加味する必要がある。そのために糖尿病患者の心理・社会的な観点から捉えることが必要である（森川, 2004）。

松島（2004）は、若年発症1型糖尿病患者のQOLおよび心理特性を明らかにするために、HQOLスケールを用い、症例対照研究によって一般人口集団と2型糖尿病患者を比較した結果、若年発症1型糖尿病は一般人口集団および2型糖尿病患者と比較して、HQOLが低い得点を示した。

足立（2006）は、HQOLを総体的に測定するTime Trade-Off(TTO法)を用いて通院中の糖尿病患者に質問紙調査をしている。この結果、対象者の37.5%が「生存期間が短くなるが病気がない健康な状態ですごしたい」交換者で、62.5%が「糖尿病の状態のまま今後も過ごしていきたい」非交換者であった。交換者において、病状悪化や食事療法に対する精神的負担の軽減、身体的自覚症状の軽減などの援助の必要性を示唆している。中村（2010）は、小学校3年生以上22歳までの1型糖尿病をもつ子供、青年とその親を対象に、「生活の満足度」、「糖尿病に関連した満足度」、「親の生活満足度」、「親の糖尿病と疾患管理の負担」、「親の糖尿病管理への関わり」について調査している。結果、小中学生において「親の糖尿病管理への関わり」が大きいことは、「親の糖尿病と疾患管理の負担」を大きくしていたが、一方で子供の「生活の満足度」を高めていた。高校生以上では、「親の糖尿病管理への関わり」は青年の「生活の満足度」との関係は示さなかった。またHbA1cが高いことは、「親の糖尿病と疾患管理の負担」を大きくしていたが、子供の「生活の満足度」には関係がなかった。高校生以上ではHbA1cが高いことは、「親の糖尿病と疾患管理の負担」を大きくしてただけでなく、青年の「生活の満足度」も低下させていた。このことから、子供のQOLと親のQOLは関連があり、両方への看護援助が必要であること、また年齢に応じてQOLも変化していくため、それに応じた支援が必要であることが示唆された。Marisaら(2012)は青年期の低いQOLは、効果的な糖尿病管理に対する障害として作用し、以後の糖尿病コントロールに影響していたと報告している。

5. 1型糖尿病患者の教育

我が国における糖尿病患者教育は、1960年代に心理学や教育学など他領域の分野から患者教育に活用できる理論やモデルが紹介され、糖尿病のように慢性疾患患者に対する患者教育が報告されるようになった。2000年以降、患者教育の実践モデルの開発（河口, 2003）や、看護師の教育活動に対する実態調査についても研究が進められるようになったが（勝山, 2012）、まだそのような研究は少なく、個々の施設で独自に実施されている状況であり、その有効性や教育に対する標準化の報告はない。

初期の糖尿病教育は医療従事者やチームが、それぞれの計画でそれぞれの患者に関わるという個別対応であった。これらの報告のほとんどは、2型糖尿病患者を対象としており、1型糖尿病に対する患者教育の研究報告は、我が国では、若年発症の1型糖尿病を対象としたものが

ほとんどである。

糖尿病の患者教育は主に入院患者が対象であり、入院による患者教育は高い割合で実施されている(森山, 2007)。しかし在院日数の短縮化や、経済的な事情から入院が困難な患者がいるなど、外来での教育へと移行しつつあり、外来における専門的で効果的な患者教育の必要性は高まってきた(山口, 2008)。しかし、現状では病院機能分化による看護師不足により、理想通りの患者教育ができる環境ではなくなってきた。このことが患者教育に対する看護師のやりがいの低さや指導型の患者教育になりがちであること、病院間や、地域による患者教育の格差などの問題を生じさせている(勝山, 2012)。

1型糖尿病患者の教育入院は、2型糖尿病と同じプログラムで教育されていることが多く、不必要な食事制限などにより、食の自由などに関連した QOL が低下している可能性がある(萩原, 2001)。糖尿病専門医といえども、1型糖尿病患者の治療を数多く経験することはまれである。2型糖尿病のインスリン治療に精通した糖尿病専門医であっても、1型糖尿病患者は、2型糖尿病患者数と比べ少数であることから、1型糖尿病の治療に必ずしも精通していない(内潟, 2008)。

日本糖尿病学会は、「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン」を策定し、糖尿病医療のスタンダードを示すとともに日本糖尿病療養指導士(以下 CDE)の育成に力を入れている。しかし、糖尿病教育の質については、人材、構造ともに各施設でばらつきがあるのが現状である。さらに、1型糖尿病患者に関わっている CDE は教育的な介入の必要性は十分感じているものの、病因が生活習慣によるものではないことから、患者の負担感を考慮し、近づきたいと感じている。また、診断後何年も経過している1型糖尿病患者は、医療者よりも多くの知識を兼ね備えていると考え、ケア介入の困難感を感じていることが推測されている(川東, 2011)。

以上のことから、1型糖尿病患者は医療者から効果的な医療や介入を十分受けられていないことが予測される。Cooke ら(2012)は1型糖尿病では日常的ケアの一環としての体系的な教育介入は、1型糖尿病成人患者の血糖コントロールおよび QOL の持続的な改善と相関すると述べており、日常的ケアにおける教育プログラムの実施が効果的であることを示唆している。また最近の調査で、糖尿病教育を受けなかった患者は、ある種の教育的な介入を受けた患者の4倍、合併症を発症する危険があると報告されている(Susan.A, 2011)。

IV. 教育プログラムに関する研究

慢性疾患患者を対象とした教育プログラムの多くは糖尿病患者を対象としたものであった。他の慢性疾患の教育プログラムが食事療法といった単一の介入であるのに比べ、糖尿病教育プログラムは病気を管理する上で必要な知識、技術と心理、社会的援助、行動療法といった複合的なプログラム構成となっている(資料1)。

1. 教育プログラムの目的

教育プログラムの目的は、患者が疾患や治療を理解し、自らの症状や病状を自己管理する方法を獲得することを目的としたプログラムが多い。

2. 教育プログラムの枠組み

概念枠組みの基盤となる理論について明記していたのは 11 文献であった。海外の糖尿病患者を対象とした教育プログラムは、すでに公認されている糖尿病ガイドラインに沿ってプログラムを作成しているケースが多くみられた。また 2 型糖尿病は、行動変容が療養行動を実行するにあたり重要であることから、認知行動理論を取り入れているプログラムが多い。

糖尿病セルフマネジメント教育(DSME: Diabetes Self-Management Education)は、糖尿病のセルフケアのための知識、技術と必要な能力を促進する進行中のプロセスである。このプロセスは糖尿病患者に知識と技術を提供し、障害の明確化を助け、効果的なセルフケア行動に到達できるように、根拠に基づく標準によって導かれる (Finnel, 2010) ことから、DSME プログラムを使用していることが糖尿病教育プログラムの質の証明となっている。

3. 教育プログラムの内容

教育プログラムの内容をみると、知識、技術の提供のみの内容はなく、特に糖尿病では行動変容が必要となる疾患であるため、社会的認知理論や認知行動療法など心理・社会的なプログラムを取り入れた複合的なプログラムが多い。セルフマネジメントを目的とした教育プログラムでは、プログラムのカリキュラム数も多く、他職種で構成されたチームで介入を行っており、グループワークを取り入れているプログラムもある。行動および社会心理的戦略を組み込んでいるプログラムは、期待した効果が得られていた (Funnel, 2010) ことから、プログラムの内容として広く取り入れられていると考えられた。

海外の教育プログラムは、公認されている糖尿病ガイドラインに沿ってプログラムを運営しており、質が保証されていた。しかし、我が国の糖尿病教育プログラムは、各医療施設や、研究者独自のプログラム構成、評価にとどまっており、その有効性や標準化の報告はない (森川, 2005)。2 型糖尿病患者を対象としたプログラムでは、行動変容が療養行動を実行するにあたり重要となることから、認知行動理論を取り入れているプログラムが多い。

海外文献では知識、技術提供のみのプログラムは少なく、糖尿病は行動変容が必要とされるため、心理・社会的な教育技法を取り入れた複合的なプログラムが多い。困難に直面した時に機能するよう、実践に結びつくプログラム内容が効果的である (原, 2013)。1 型糖尿病患者を対象とした教育プログラムでは、重症低血糖、DKA の対策、カーボカウントなど、より疾患の特徴にコミットした内容となっていた (Berger, 2002; Jordan, 2013)。また教育内容としては、1 型糖尿病の知識、技術の習得ができる内容に加えて、療養を行ううえで問題となっている障害の明確化を助け、心理・社会的な側面を含む複合的な教育内容となっていた。

4. 教育プログラムの評価

糖尿病の評価指標は、ほとんどの文献で HbA1c 値といった生化学的指標が用いられていた。その他、合併症、知識の確認、目標達成度、自己効力、健康信念、態度、対処、QOL、認知の変化、ストレスマネジメント、うつの評価、変化ステージモデルなどを用いた心理状態があり、海外ではこれに加えてコスト効果についての評価をあげている。これらは既存のスケールを用いて

測定されていた。国内文献で用いられていたスケールは、国外で作成されたものを日本語に訳しているものがほとんどであった。

1 型糖尿病患者を対象としたプログラムでは、低血糖・高血糖の有無と判断、自動車違反の有無、食事満足度、インスリン量の変化、*lipohypertrophy* 出現の有無といった病気に特徴的な症状に対する評価が多い。

5. 糖尿病の教育プログラムについて

1) 1 型と 2 型糖尿病患者の教育プログラムの相違

初期の患者教育は正しい知識を提供すれば、患者は適切な行動をとることができることを前提としていた。しかし、教育に関する研究から、望ましい行動変容のためには、従来から行われている知識重視のプログラムでは十分ではなく、教育は情報とともに行動側面と感情的側面が組み込まれた時に、よりよいアウトカムがもたらされる (Martha M,2004) とされた。

近年、糖尿病の教育方法が「セルフケア支援型」から「セルフマネジメント支援型」へと移行している。前者では、患者の療養に必要な戦略について支援し、後者は行動を獲得するスキルを教育することに重点がおかれている。前者のプログラム構成は、食事、運動、薬物療法、フットケア、血糖測定といった総合的な糖尿病の療養行動一般の内容が組み込まれ、評価指標は検査データやセルフケアの実行度、であるが、後者の評価指標では臨床データ、QOL、満足度、*well-being*、マネジメント能力を用いている。

2 型糖尿病は生活習慣と大きく関連する疾患であり、療養には習慣化した行動を変容する必要があるが、これまで何十年と続けてきた行動を変えることは困難を伴うことから、認知行動療養をプログラムに取り入れているものも多い (森山, 2008;Moriyama,2009; Elizabeth A,2013)。認知行動療法は、症状や問題行動を改善し、セルフケアを促進するために、非適応的な行動パターン、思考パターンを系統的に変容していく行動科学療法のこと (熊野, 2009)、血糖コントロールに難渋している糖尿病患者に有効な介入であることが報告されている (Elizabeth A,2013)。

一方 1 型糖尿病患者を対象とした糖尿病教育プログラムでは、1 型糖尿病に特徴的な症状である重症低血糖、DKA の対策や、カーボカウントといった食事に関する内容など、より疾患の特徴にコミットしたプログラム構成となっていた。1 型糖尿病は小児期に発症することが多いことから、糖尿病の基本的な知識やインスリン注射、血糖測定といった技術はすでに獲得しているため、合併症予防や、重症低血糖の対処方法に、重点をおいていることが考えられた。

1 型糖尿病患者の教育プログラムの DAFNE (Dose Adjustment For Normal Eating) は、食物中の炭水化物量に見合ったインスリン量投与技術を提供する教育プログラムである。プログラム構成はカーボカウント、インスリン量調整が中心となっている。教育プログラムの介入効果としては、HbA1c の改善、重症低血糖の減少、DKA の減少、糖尿病に関する苦悩、抑うつ、不安の軽減、食の自由、体重増加がないことを報告している。またプログラムの効果についてプログラム修了後の参加者に面接を実施し検証している。結果、参加者がプログラムの内容を自己管理に結びつけていくためには医療スタッフの適切なサポートを提供し、動機づけを強化する必要性

を示唆している (Dympna,2011)。このプログラムは 1980 年代にドイツのデュッセルドルフで始められ、イギリスやロシア、ルーマニア、南米などの諸国でトライアルが継続されているが、日本ではまだ導入されていない。

我が国において、成人 1 型糖尿病患者を対象とした教育プログラムは、1 型糖尿病女性の妊娠・出産・育児に焦点をあて、行動変容をサポートできる「1 型糖尿病女性が妊娠・出産に臨むための教育プログラム」(田中,2012)のみであった。

以上のように 1 型糖尿病と、2 型糖尿病の教育プログラムの目的とするところは、血糖コントロールの改善と、合併症の予防で一致しているが、プログラム構成は異なっていた。このようなプログラムの違いは、それぞれの病態の違いが影響していると考えられた。また糖尿病教育プログラムは 2 型糖尿病患者を対象としたものが多く、1 型糖尿病患者を対象とした教育プログラムは少ない。これは海外文献でも同様の結果であった。

2) 欧米との糖尿病教育プログラムの比較

アメリカでは 1986 年に ADA(米国糖尿病学会)が、糖尿病教育の質の保証を図るため糖尿病を抱える人々に質の高い教育を提供することを目的とした糖尿病教育の全米基準『Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus』を発表し、それが今日の糖尿病教育プログラムのガイドラインとなっている。同時に NCBDE(米国糖尿病認定教育士認定機構)による CDE 認定試験が実施され、ADA 認定糖尿病教育プログラムにかかわるには CDE としての資格が求められるようになった(第 1 回糖尿病教育のナショナルスタンダードに関する公開シンポジウム,2005)。その後、入院による糖尿病教育への保険支払いが制限され、医療保険者が一定期間継続する患者教育プログラムの提供による臨床アウトカム改善を要求するようになってきたことをうけて、外来患者での疾病管理プログラムの導入が進んでいった。しかし糖尿病は、治癒することが困難な慢性疾患であり、治癒というアウトカムを得ることはできないことから、AADE(米国糖尿病教育者協会 American Association of Dental Editors)は 2003 年全米糖尿病教育アウトカムシステムを報告し、糖尿病教育アウトカムを測定するツールを開発した。それまで糖尿病教育のアウトカムは漠然としていたが、糖尿病教育ナショナルスタンダードを示すことによって、糖尿病教育の質が大きく向上し、医療者が自信をもって患者に患者教育を実施することを可能にした(森川,2004)。

アメリカではこのような教育プログラムを複数受講できるシステムが設けられている。アメリカでは、既に糖尿病教育プログラムの標準化が約 25 年前から実施されており、メディアを含む多くの保険会社は、ナショナルスタンダードに適合した糖尿病教育プログラムに対し、医療費の償還を行っている。ナショナルスタンダードは、多様な診療状況や、多種多様な社会背景をもつ住民に対しても、容認できる質を確保するために、糖尿病教育として必要な水準を満たしているかを規定することから、重要な意味がある。ナショナルスタンダードは介入研究の結果から糖尿病の教育と、そのフォローアップが患者の血糖コントロールに好影響を与え、血糖コントロールの改善と糖尿病に関する自己管理行動の促進に効果的であることを実証し、以後も定期的な改訂を行っている(森川,2005)。近年では専門看護師が中心となってプログラムを作成し、プログラムを運営する人材の教育を行っている報告もみられている(Susan A,2011)。

我が国では、2002年に『科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン』が出版され、診療の標準化、適正化を目指しているが、糖尿病教育ではADAの教育プログラムに相当するものがなく、報告されている糖尿病教育プログラムの研究をみると、各医療施設や、研究者独自のプログラム構成、評価にとどまっている（木下, 1997; Fukuda, 1999; 高見, 2008; 森山, 2009）。それゆえ、どのような糖尿病教育プログラムが実施されているのか全体像もはっきりしていない。中野ら(2007)は、糖尿病療養指導体制について実態調査を行っている。その結果、規模が大きい病院では糖尿病専門医や糖尿病療養指導士が、患者の生活指導以外に行動変容教育や、心理・社会的支援を実施していることを明らかにしている。糖尿病療養指導士の質の担保には専門スタッフの配置が重要であるが、診療所や小規模の病院では整備されていない。また我が国において、糖尿病専門医や糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士制度の整備が行われているが、教育プログラムの実施者の資格の有無について、明確に制限している研究はなかった。このことから、糖尿病教育プログラムにおける質の保障や担保の検討まで至っていないと考えられる。また糖尿病教育プログラムの目的として合併症の予防を掲げており、対象者を合併症のない患者やHbA1cの上限を設けるなどしており、症状としては軽い糖尿病を対象としていた。それに対して1型糖尿病患者教育プログラムは、重症低血糖を発症するなど、ある程度罹病期間が長い患者を対象にしているものが多かった。以上のことから、糖尿病教育を要する対象に応じた教育プログラムの開発が必要であると考えられる。

6. 教育プログラムのまとめ

慢性疾患は治癒することがなく長期の経過をたどること、治療と教育効果の違いが見出しにくいことから、アウトカムを出しにくい（森川, 2004）。糖尿病教育は様々な医療機関で行われているが、標準的な教育プログラムがなく、ばらつきがあることが指摘されている。また糖尿病患者が年々増加している現在において、糖尿病専門医や、糖尿病療養指導士といった専門のスタッフの数も充分ではない。糖尿病患者教育の質を高めるためにも糖尿病教育プログラムの開発と整備が必要である。

V. resilience 概念の検討

1. resilience が活用されるようになった背景

resilience という言葉は、ラテン語の *resilire* 「元に戻るという意味」にその語源がある（八木, 2011）。1600年代から「跳ね返す、跳ね返る」という意味で使われ、その後「圧縮された後元の形や場所に戻る力、柔軟性」の意味で使われるようになった。しなやかな強さという意味での resilience の概念は、生態系の分野と心理学の分野でそれぞれ発展し、現在は教育、子育て、防災、地域づくり、温暖化対策など様々な分野で使われている（枝廣, 2015）。

resilience の概念をはじめて用いたのは、逆境や困難な状況にいるトラウマをもった子供達の観察を行い、そのような逆境におかれた児童の中に、上手く適応して正常な発達を遂げることに児童精神科医の Rutter が注目し、研究が始められた。当初 resilience の研究は主に心理学の領域で行われ、幼児を対象にしたものが多かったが、1980年代から対象は成人へと展開され、精神疾

患に対する防御因子と抵抗力を意味する概念として成人の精神医学に導入され始めた（八木, 2011）。1990年代になると、resilience 概念に逆境だけでなく生活上のストレスも含まれるようになり、最近では2011年9月11日に起きたアメリカでのテロや、ハリケーンといった戦争や自然災害からトラウマにあった場合の、PTSDを対象とした研究が増えてきており、このような心理状態に対する方略についての研究がなされるようになった。世界情勢や社会の変化に対し、外的な衝撃がきても、折れることなくしなやかに強く立ち直れる力を、個人や社会、企業などが身に着けておく必要があることから、resilience を強化するための取り組みが行われている。

このように概念の捉え方や研究の対象者は異なっているが、当然誰もが危機的な状況になるであろうと考えられるような厳しい状況の中にあっても、なぜ良好な適応をしていく人がいるのか、という疑問を解明するところから研究が始まっている。

2. resilience の研究の動向

欧米での resilience の研究は、重篤な障害や虐待を受けた子供、養育上の問題に曝される子供や、戦争や自然災害、統合失調症などの重い障害をもつ患者など、非常に深刻な問題を取り上げ研究が進められてきた一方、我が国では、比較的誰もが経験しえる日常生活におけるネガティブイベントに着目し、予防的な視点からの研究が多い（渋谷, 2010）。

看護学領域の研究では、先天性心疾患をもつ中学生・高校生についての研究や、乳がん患者、摂食障害、高齢者を対象とした研究、看護学生や看護師を対象とした離職に関する研究などが報告されている。このように resilience は様々な学問領域で研究がなされている。

3. resilience の概念

近年多くの学問領域で研究がなされるようになり、定義も研究者によって様々であるが、共通しているのは「外的な衝撃に耐え、それ自身の機能や構造を失わない力」であると枝廣（2015）は述べている。resilience はもともと欧米で発達し、特に小児と若者を対象とした発達心理学の分野で進化してきた（Marie, 2007）。日本国内ではまだ研究が十分でなく、統一された訳語もないのが現状である。そこで resilience を本研究に活用するために、概念の検討を行った。

resilience に関する記述のあった心理学領域から 8 文献、教育学領域から 8 文献、精神医学領域から 3 文献、社会学領域から 1 文献、看護学領域から 26 文献の計 46 文献を対象とし概念分析を行った。

1) resilience の属性

分析の結果、【個人特性】【対処する力】【捉え直す力】【回復力】の4つの属性が抽出された（表1）。カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは [] で示す。

（1）【個人特性】

【個人特性】とは、そもそも人間が有している先天的要因が関係している個人の内的な人格特性である。具体的には、危機に対する肯定的な反応（武政, 2012）、楽観的な思考（Wagnild&Young, 1993; 新田, 2010）という〔楽観性〕や、ストレスに対して柔軟に対応できる（石井, 2009）〔順応性〕、困難な出来事に耐えられる〔忍耐力〕（新田, 2010）、他者と上手に共調して

いく(佐藤,2009)〔社会性〕、〔知性〕(Judith,1993;石井,2009;平野,2012)から構成されていた。

個人特性を生得性と捉えている文献(Wagnild&Young,1993;藤原,2009)と、経験などにより後天的に獲得していく特性と捉えている文献(石井,2007;三宅,2010;武政,2011;山下,2011;村角,2013)があるが、その区別については明白にされていない(Jecelon,1997;平野,2012)。多くの文献は resilience の要因として生得性が注目されにくく、誰もが後天的に獲得できるものであると捉えられやすいと平野(2012)は指摘している。

(2) 【対処する力】

【対処する力】とは肯定的な適応に向かって、様々な困難に上手く対処していくために必要な力で、経験を通して後天的に獲得する力である。【対処する力】は、〔問題解決力〕〔肯定的な見通しを立てる力〕〔自己をコントロールする力〕〔対人関係構築力〕から構成されていた。

〔問題解決力〕は、問題を見極め行動で解決していく(森,2002)ことである。具体的には安全な結果につながる解決策を見つけ(Kendra,2013)、よりよい方法で問題解決に導くことができる(森,2002;アメリカ心理学会,2008;村角,2013)、課題が完了するまで、または目的が達成されるまで貫く(Joyce,2008;Caryn,2011)、何事にも意欲的に取り組むことができる(森,2002)ことが示されていた。

〔肯定的な見通しを立てる力〕は、自分の将来について事態が良くなるという期待(Caryn,2011)や、希望(Brigid,2007)などの見通しをもつことである。物事は最後にはうまくいくと思う(森,2002)ことや、どんなことでも何とかかなりそうである、という肯定的な思考力があることが示されていた。

〔自己をコントロールする力〕は状況に応じて感情や言動を管理できる力(アメリカ心理学会,2008)のことである。感情を管理するために何が生じているのかを理解し、状況をコントロールすることができる(Kendra,2013)と示されていた。

〔対人関係構築力〕は、他者との信頼関係を築き、ネットワークを広げていく力のことである(薄井,2008)。具体的には、家族や友人、その他の近い人とよい関係をつくり、サポートを得るよう働きかける(アメリカ心理学会,2008)、自分の考えや思いを他者に適切に、また効果的に伝えるといったコミュニケーション力(森,2002;新田,2010;アメリカ心理学会,2008)をもっていることが示されていた。

(3) 【捉え直す力】

【捉え直す力】とは、自分あるいは周囲の環境について肯定的な見解をもつ力のことである。【捉え直す力】は、〔良好な自己認知〕〔良好なサポートの存在〕で構成されていた。

〔良好な自己認知〕は、自分の良いところも悪いところも含め自分自身を受け入れ(森,2002;中,2010)、肯定的に捉える力(Joyce,2008)のことである。田中ら(2010)は、個人内部の resilience を高めるためには、個人が自分をありのまま受け入れられるようにすること、自分の能力に自信をもたせること、周りに個人を助けてくれる人を存在させることが有効であると述べている。

〔良好なサポートの存在〕は、家族のみでなく家族外にも良好な関係性をもつ資源が在ること(森,2002;Grotberg,2003;新田,2010;Marisa,2012)で、サポートは家族や友人に限らず、地域の団

体や医療機関といったサービスも含まれる(Judith,1993)。 Kendra(2013)は、資源に富むことが resilience にとって重要で、いつ援助を求めるべきかについて知っていることも重要であると述べている。このように自分または自分の置かれた環境をどう捉え直すか、自分の体験をどう捉え直すか、という自己理解が重要であると庄司(2009)は指摘している。

(4) 【回復力】

【回復力】とは一時的にネガティブな心理状態に陥ったり身体にダメージを受けたりしても、それを乗り越え回復する力のことである。身体的な健康のみでなく精神的な健康管理も含まれる(八木, 2011)、心身の健康を自ら保とうとする力である。【回復力】は、[身体的回復力]と[精神的回復力]で構成されていた。

[身体的回復力]は、病気といった不適応状態そのものを跳ね返し、回復する力のことである(Brigid,2007;八木, 2011)。逆境にかかわらず、立ち直りそれまでの生活を続ける(Joyce, 2008)と示されていた。

[精神的回復力]は、一時的に心理的不健康な状態に陥ってもそれをはねのけ、後に回復することである。resilience の定義では、ストレスフルな状況や困難な状況に曝されても、重篤な精神病理的な状態にならない、あるいは回復できる個人の心理面の弾力性(石毛, 2006)や、ネガティブな心理状態に陥ったり心理的外傷を受けたりしても回復する能力(山下, 2011)であると示されていた。このように一時的に精神的ダメージを受けることは避けられないとしながらも、それを乗り越える(藤原, 2009)、または回復できる(尾野, 2011)力である。

2) resilience の先行要件

resilience の先行要件として、[脅威の存在][精神的不調の誘因となる出来事]の2つが抽出された。

[脅威の存在]は、個人にとって望ましくないリスクと捉えられる状況にあること(藤原, 2009)であり、脅威的な状況にさらされていること(小塩, 2002;藤原, 2009;武政, 2012)である。具体的には、劣悪な家族環境や生活状況、慢性的な病気(藤原, 2009)など個人の直接的な経験状況(石原, 2007)に加え、戦争、テロリズム(Grotberg, 2003)などの社会情勢、逆境(Brigid,2007;佐藤, 2009;庄司, 2009; Marisa ,2012;清野, 2012)と、多岐にわたっていた。

[精神的不調の誘因となる出来事]は、心身に何らかの影響を起こすと考えられるストレスを受けていることである。具体的には、脅威の存在、心的外傷を受ける、ストレスフルな経験(尾野, 2011)などの心理的危機状態(石井, 2009)、避けることができない劣悪な環境などの逆境下に直面する(アメリカ心理学会, 2008)、深刻な健康問題(石井, 2007;八木, 2011)、人間関係(石井, 2006;石井, 2007)が示されていた。

resilience の先行要件として初期の研究では、深刻な状況での心的影響について論議されていたが、近年では日常生活場面や、ネガティブなライフイベントが引き起こすストレスなどにおける resilience にも注目されるようになり(清野, 2012)、長内ら(2004)は resilience と日々経験するささいなネガティブイベントとの関連を明らかにしている。

3) resilience の帰結

resilience の帰結として、[病前の生活を取り戻す][社会的順応][well-being][自己の成長]の4つが抽出された。

[病前の生活を取り戻す]は、ストレスなどの困難な状況にもかかわらず、立ち直って病気になるまでの生活を続けること(Janyce,1996)、病気をもっているよりよい生活を送ることができる(山岸, 2010)ことである。

[社会的順応]は、社会生活における困難な出来事にもうまく対応し、効果的な結果となることである。つらい経験や困難な状況におかれていても、それを乗り越え適応する(富川, 2008; 木村, 2012)。具体的には、優れた医療を受ける(Judith,1993)、社会の中で他者と関わり、生活していくために必要な行動をとるなどのソーシャルスキルを高めることの他、根気強さ(Grotberg,2003)、ストレス反応の低減(山下, 2011)という個人の心理特性を高めること(石井, 2009)が示されていた。

[well-being]は、身体的、精神的、社会的に健康でよい状態となる(山下, 2011)ことである。山下(2011)は、resilience を発揮することによりストレス反応を低減させ、身体的、心理的、社会的に良い状態へと導くと述べている。

[自己の成長]は、自己受容(山下, 2011; Caryn,2011)や、これまでの経験を通して新たな価値を見出す(佐藤, 2009)ことである。その内容としては、現状を受け入れ(石井, 2011)、病気に向き合い(武政, 2011)、経験を自己の成長の糧として受け入れる状態に導くこと(山下, 2011)などが含まれており、時間の経過が必要となる二次的な帰結として捉えられた。

4. resilience 概念のまとめ

概念分析の結果より、resilience は、人が脅威の存在や精神的不調の誘因となる出来事に直面した時に、個人特性を発達させ、対処する力、捉え直す力を獲得し、回復へと導き、肯定的な方向に変化させるものである。resilience が肯定的に促進されることで、社会的順応、Well-being な状態へと向かい、病前の生活を取り戻し、自己の成長へとつながることが期待できる。

5. 1型糖尿病患者の resilience に関する概念の検討

1型糖尿病患者の中には病いの経験をもちながらも、社会的にうまく適応し、それまでの生活を維持している人がいた。さらには病いがあることを自分の特徴(個性)と捉え、生きていく意味を考えることができるようになるなど、年月をかけ人としての成長がみられた患者もいる。酒井ら(2003)は、病気や合併症、さらに自分の将来に対する不安など多くの問題を抱えて生活に積極的になれず、内向的になってしまう患者が多いなかで、ある患者達は不安は常にある、と言いながらも前向きに生活していた、と報告している。

resilience は前提として、特別な能力や特性ではなく、誰もが保有し得るものであるとされ、どの年代での人でも伸ばすことができる(Gortberg,2003)とされている。

田中ら(2010)は、大学生のレジリエンスとそれに関連する要因との関連を明らかにすることを目的にした研究を行っている。その結果、個人のレジリエンスを高めるためには、自尊感情を高めさせる、抑うつ症状を軽減させることの他、積極的なコーピングを行わせ、回避的コーピング

を行わせないなどの方法も有効である可能性を報告しており、これらの内容を取り入れた介入プログラムによるアプローチの有効性について示唆している。

以上のことから周囲の有効な働きかけにより、個人内部の **resilience** を高めることで、危機状況からの回復を促進できると考えられ、**resilience** を高める教育プログラムの介入は効果があると考えた。また **resilience** 状態をもたらす要因を多く持つ者は、強度なストレスを体験した際、一時的に落ち込んでも、そのまま精神疾患に移行するのではなく、早々に回復し、さらにはその体験を糧にして、よりよく適応することができる（小塩, 2002）としている。

6. **resilience** プログラムに関する文献検討

resilience は近年欧米で大変注目されているが、その注目の高まりと共に **resilience** を身につける必要性が示唆され、実際に **resilience** を育成する実践が行われたのは 1990 年代頃からである（原, 2013）。

resilience プログラムは、2000 年頃より報告されるようになった。両親の離婚というリスクをもつ子供を対象に、ロールプレイやフィードバックなど行動療法的技法によって、社会的な行動や認知面の発達を促すプログラム、問題行動のある子供に対して、社会的・情緒的・教育的な対処能力を促進するプログラム、葛藤状態の解決能力やコミュニケーションスキルなどを学ぶプログラム、ストレス対処、目標決定、問題解決などを学ぶ認知行動プログラムなどが報告されている（資料 2）。

このように **resilience** プログラムのベースとなっているのは、ポジティブ心理学、認知行動療法、といった心理学の理論である。**resilience** プログラムは子供を対象に **resilience** の育成を目的とした予防的介入プログラムがある一方で、成人を対象としたプログラムでは、**resilience** を強化することを目的としていた。主な成人の **resilience** プログラムとしては、米軍の軍人、及びその家族に対して、紛争地域に送られる兵士達の神疾患発症を最小限に抑え、それからを回避し、家族関係の向上や、帰還兵の PTSD 予防目的で広く取り入れられるなど、健常者においても **resilience** を高める事への関心は年々増大している。近年では **resilience** を高める研修やセミナーを導入している企業もあり、実際にメンタルヘルスの改善・精神疾患の予防として役立っている。自己効力感や職場での **well-being**、ワークライフバランスの改善、鬱病や不安障害などを予防し、個人に本来備わっている **resilience** を強化することで、個人の職場やチームへの適応力や問題対処能力を向上させ、結果として組織全体の **resilience** を強化し生産性を向上させるとして、企業がプログラムを取り入れることが多くなってきている。

原ら（2013）は、**resilience** プログラムの内容を、①様々なスキルの獲得を重視したスキル重視型のプログラム、②体験の中でスキルを学ぶ、体験重視型プログラム、③環境整備重視型プログラムに分類している。そして、これらのプログラムの共通点として体験を通してスキルを身に付けることをあげ、困難に直面した時に機能するように、実践に結びつくプログラム内容とすることが **resilience** を育成する際に重要であると述べている。平野（2012）は、**resilience** プログラムは個人の **resilience** を高めるといふより、起こりうるリスクに対する予防を目的とした内容となっているプログラムが多い。また **resilience** 要因は個人により異なるため（Kuyken, 2012）、実際の介入については、対象となる個人の状況に必要な **resilience** 要因を得られるように働きか

けていくようになると述べている。

resilience プログラムのアウトカムとしては、健康行動の獲得、抑うつ、セルフエスティーム、自己効力感、他者とのつながり、仕事の満足度、やる気、楽観的な考え方の増加、困難な状況における問題解決能力の向上、変化に対する対応力の強化、感情調整、ポジティブな状態にする、といった効果があることが示されている。

7. 糖尿病患者を対象とした resilience プログラム

Bradshaw ら (2007) は、2 型糖尿病患者を対象とした resilience トレーニングの有効性について介入研究を行っている。その結果、介入群の方が高い resilience があり糖尿病に関連した適切な判断をするための知識を充分もち、人生を楽しみ、より健常な食事をし、身体活動が増加していた。さらに HbA1c と腹囲が有意に改善していたと報告している。このことから、糖尿病患者に resilience を高める介入を行うことは、肯定的な生命の転帰において重要な貢献をするとしている。また、標準的な糖尿病教育プログラムに加えて、resilience アプローチを使用した場合、患者が糖尿病治療でより自発的になるのを支援することができると示唆している。

渡邊ら(2011)は、文献検討から 2 型糖尿病患者が resilience を高める効果として、自分自身で療養行動を選定できる、あるいはセルフケアマネジメント行動の改善が示されたことから、行動の変化は血糖値や HbA1c を改善する一因となることを示唆している。また Beverly ら(2007)は、resilience に従って行動した 2 型糖尿病をもつ人々は、罪の意識、絶望と欲求不満のかわりに、希望、楽観主義、幸福と生きる力を見つけたことができたと述べている。さらに Sood A(2011)も、resilience トレーニングは糖尿病患者の心理的苦痛、自己効力、自尊心が改善する可能性を示唆している。文献検討から、resilience を高めることにより期待される効果として、自分自身で療養行動を選定できる、あるいはセルフマネジメント行動の改善が示され、結果このような行動の変化が血糖値や HbA1c を改善する一因となると示唆している。三宅 (2010) は resilience を個人が経験した環境との相互作用を通して変化する動的な特性であると捉え、周囲の者の援助や個人の努力によって変容可能である、と述べている。また石井 (2009) は個人内及び環境要因の両方を活用しながら困難な状況に適応する心理的回復力であると述べている。さらにアメリカ心理学会 (2011) では、困難な経験からの回復を意味する行動や思考、行為が含まれ、誰でも学習し発達させることができるものであるとしている。

これらのことから、糖尿病患者に対する教育に resilience を高める介入を行うことは、療養行動のみにとどまらず、病気に対する考え方や QOL にも影響することが考えられ、効果的であると考えた。さらに resilience を高めることで合併症の出現など新たな逆境の場面に遭遇しても、落ち込まずに乗り越えていくことができるのではないかと考えた。

これまで 2 型糖尿病患者を対象とした resilience プログラム (Beverly,2007; Steinhartd ,2009) は報告されているが、成人発症の 1 型糖尿病患者を対象としたものは報告されていない。resilience のアプローチを教育プログラムに取り入れることは、療養行動のみでなく、病気に対する考え方や病気と共に生きることに影響することが考えられ、1 型糖尿病患者においても活用できると考える。

このように resilience の概念は、成人 1 型糖尿病患者が体験する様々な問題や困難な状況に対

してうまく対処し、慢性的な病と共に生きていくためのプロセスを支援するうえで適用できる概念であると考えられる。resilienceは、本来人間が有し、個人内で発達させることができ、また可逆的で促進させることができる、人間の基本的な生き方を強める機能である。周囲からの有効な働きかけにより個人内部のレジリエンスを高めることで、危機状況からの回復を促進できると考える。さらに状況に適応するための介入の可能性もあることから、1型糖尿病患者のプログラムに効果的であると考えられる。

VI. 認知行動理論

1. 認知行動理論と認知行動療法

学習に対する考え方には、2つの理論的な流れがあり、そのうちの1つは行動理論である。行動とは生理的行動に代表されるレスポナント行動と、オペラント行動にわけることができる。レスポナント行動とは、パブロフの古典的条件づけで知られているように、行動は先行する刺激によって影響を受けるという考え方である。オペラント行動とは、自発的行動を増減させるには、先行する刺激よりも行動の後の刺激が重要な役割を果たすというものである。そして、もう一つは、認知の変容の枠組みで説明されるとする認知理論である。この2つの流れは、行動理論を基盤とする行動療法と、認知理論を基盤とする認知療法として発展した。しかし、行動療法が発展するに伴い、従来の行動理論では説明できない現象が指摘されるようになり、行動理論に認知理論を統合するような形で認知行動理論が提唱されるようになった（竹中,2001）。

1970年代後半から、個人の考えやイメージ、様々な言語反応といった「認知」の持つ治療上の意義を重視し、その修正を治療の標的として、より良い治療効果をねらい認知に積極的に介入するという認知行動療法が発展してきた。

認知行動理論を用いた認知行動療法は、個人の思考・行動・感情の関係性に焦点をあてている。そこに含まれる行動上の問題、認知の問題、感情や情緒の問題、身体の問題、そして動機づけの問題を合理的に解決するために行動科学の諸理論や認知・行動変容の諸技法を用い、思考・行動様式を修正し、症状や問題を解決していく治療法である（木村,2011）。認知行動療法は、自己理解にもとづく問題解決とセルフコントロールに向けた学習のプロセスである、と定義されている（白石,2014）。具体的には、個人が抱えている環境、動機づけなどに働きかける行動的アプローチと感情、思考など働きかける認知アプローチが組み合わせられて用いられている。いずれもその問題となるネガティブな考え方や感情をポジティブな考え方や感情に置き換え、患者に気づかせることで治療効果を得ようとするものである。

このように認知行動療法は、患者がセルフコントロールを獲得する方法や自分自身の問題やコントロール能力を学ぶことができ、医療者側も、患者が抱えている問題を解決するコントロール能力を引き出すための具体的な援助が同時にできるという特徴がある。

2. 認知行動療法の基本概念

以下に認知行動療法の基本的概念について述べる。

1) スキーマ（中核信念）

スキーマとは中核概念ともよばれ、他者や環境との相互作用による個人の経験を通して幼少期から発達されるものとされる。スキーマは日常的には良好に機能しているが、ストレスを感じるような出来事が生じた際に活性化され、非機能的な自動思考が生じ、それによって、非機能的な感情や行動の変化が顕在化する。

また個人のなかにある「自分はダメな人間だ」というような一貫した知覚や認知の枠組みでもある。それは通常、自分でも気づかないことが多く、人生の様々な場面で強化されていき、さらに強い自己や世界、未来に対する中核的な信念となっていく。

2) 自動思考

自動思考は、ある特定の状況に直面した時に自動的に起こる習慣的で反射的な考えである。そのため、その考えは、自分自身にとって、受け入れやすく、もっともらしく見える。内省によって理解することが比較的困難なスキーマと違い、自動思考は内省することで気付くことが容易であり、直接考えていることを聞くことで、他者にも判断できることが多い。

3) 認知の歪み

認知の歪みは、ストレスなどで心理的苦痛を感じたときに、より明らかになる。それは個人の考え方の思い込みやルールとしてあらわされるが、不適切なものであることが多く、適応的な行動が妨げられるほど歪んでいる場合がある。認知の歪みにはいくつかのパターンがあり、患者に示すことによって認知や思考がどのように誤っているかを理解させる際に有用である。

4) 認知行動理論と resilience

resilience は、逆境やそのリスクにも関わらず、精神的健康を維持・回復できる能力として (Hjemdal,2007)、精神医学の分野でも治療として用いられている。

認知行動療法は、精神医学で対象とする病態に応じて適応する技法が概ね決まっているが、症例が重症、複雑であるほど個別の症例にあわせた治療計画を立案する。このような症例の診たてを症例の概念化という。この症例の概念化の際に、resilience の向上を意識した認知行動療法が報告されている (ウィレム・クイケンら,2012)。これは、認知行動療法は、認知の柔軟性を高め、積極的な行動変容を促す治療であり、心理的 resilience の向上に密接に関連しており (藤澤,2012)、問題となっている事柄だけでなく、対象となる患者を一人の人として理解し、支援することが重要であるという考えからなっている。

症例の概念化は、患者とセラピストが協同的に取り組むプロセスであり、患者の苦悩を軽減し、クライアントの resilience を獲得するように患者を導く。これは、患者の強みと経験 (患者がいかに適応的な対応をするのかを理解する) について、認知行動療法を用いて引き出すものである。このプロセスにおいて、患者の苦悩が軽減し正常な機能が回復するのみでなく、患者の生活の質が改善し、resilience が強化する可能性が高まる。症状をやわらげ悩みを軽くするには、悩み苦しんでいる人の力を利用するのが一番効果的である。逆にいえばその人がもっている力を活かす心理的な環境が整わなければ回復へと進むことはできないとして、患者の強みの取り入れが、resilience を修復し確立することつながるとしている。また患者の強みについて話し合うこ

とで、患者と医療者のよりよい治療同盟が築かれることが多いと考えられている（ウィレム・クイケンら,2012）。1型糖尿病患者に教育的な介入をする上でも、病態や患者背景の複雑さなど、個々の関わりや理解が不可欠であると考えられる。

認知行動理論は、行動と認知の両面において、患者の思考、態度、信念などの認知的要因は、患者自身の制御下にあるという前提がある。

ベックは、長年にわたる膨大な研究から、認知が感情を引き起こし、レジリエンスのある人とならない人の違いにおいて重要なのは、感情であることを認めた（カレンライビッチ,2015）。

また SPRP プログラム、PRP プログラム、SPARK プログラムなど resilience プログラムは、ポジティブ心理学や、認知行動療法を基盤とするものが多い。

以上のことから、resilience の確立と向上が期待できる認知行動理論を本研究の理論的な基盤とした。

V. 研究目的

本研究の目的は「成人期発症1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」を開発することである。

VI. 研究目標

1. 「成人期発症1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」の原案を作成する。
2. 作成した教育プログラム原案について、成人期発症1型糖尿病患者、1型糖尿病患者の教育、指導経験をもつ看護師（慢性疾患看護専門看護師・糖尿病看護認定看護師）から内容の適切性と、実現可能性についての評価をえる。
3. 教育プログラム原案を修正し、洗練化を図る。

VII. 研究の枠組み

認知行動理論を基盤にして1型糖尿病患者の resilience を高める研究の枠組みを作成した（図1）。成人期発症1型糖尿病患者の resilience を高めるとは、患者が病気の管理に必要な知識と技術を獲得し、社会的に適応することができ、病と共に生きることができるようになることである。

対処する力、捉え直す力、回復力を高めることで、1型糖尿病患者の resilience が高められるとした。1型糖尿病を発症した患者に、本プログラムを用いた教育的介入を行うことにより、対処する力、捉え直す力、回復力を獲得し、脅威の存在や、精神的不調となる出来事が起こった場合に、社会的順応、well-being な状態へと向かい病前の生活を取り戻すことができる。さらには自己の成長につながると考える。

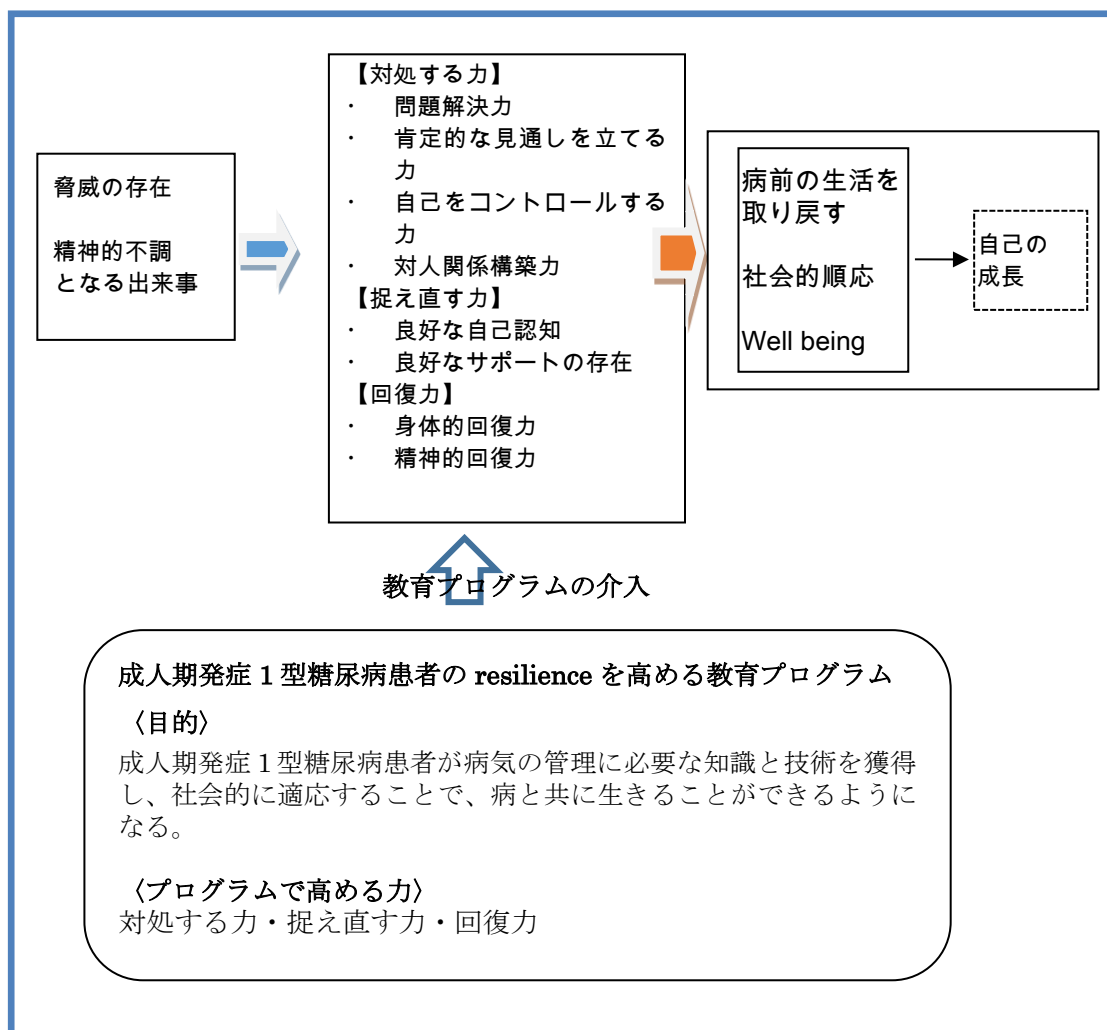


図1 研究の枠組み

VIII. 用語の定義

1. 成人期発症1型糖尿病患者の resilience

成人期発症1型糖尿病患者の resilience とは、患者自らがもつ資源や周囲との相互作用から獲得した対処する力・捉え直す力・回復力を用いて、身心の健康状態にむけた取り組みができ、自己の成長にむけて変化していくことである。

1) 対処する力

肯定的な適応に向かって、様々な困難に上手く対処していくために必要な力。

2) 捉え直す力

自己あるいは周囲の環境について、肯定的な見解をもつことができる力。

3) 回復力

一時的にネガティブな心理状態に陥ったり、身体にダメージを受けたとしても、それを乗り越え回復する力。身体的な健康のみでなく精神的な健康管理も含まれ、心身の健康を自ら保とうとする力。

2. 成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム

成人期発症 1 型糖尿病患者が病気の管理に必要な知識と技術を獲得し、病と共に生きることができ、成長を助けることを目指すプログラムである。

第3章 研究方法

成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム(以下教育プログラムと示す)の開発過程を図 2 に示す。

1. [第 1 段階] 教育プログラム原案の作成

1) 文献検討

- ・慢性疾患患者と糖尿病患者を対象とした教育プログラム、resilience プログラムについて文献検討を行い、教育目標を達成するために必要な教育内容を検討する。
- ・resilience の概念分析から、1 型糖尿病患者の resilience を高めるために必要な力を抽出し、それぞれの力を定義する。

2) 成人期発症 1 型糖尿病患者の療養体験に関する研究

成人期発症 1 型糖尿病患者の療養体験を明らかにするために、患者会の語りを、質的帰納的研究方法を用いて分析を行う。プログラムに必要とされる内容を抽出し、最終的な教育プログラム内容を決定する。

3) 教育プログラム原案の作成

- ・文献検討、resilience の概念分析、成人期発症 1 型糖尿病の療養体験に関する研究の結果から、プログラムの評価指標案を作成する。
- ・プログラムの教育目標を達成するために必要な使用教材を作成する。

2. [第 2 段階] 教育プログラム原案の適切性と実行可能性の検討

成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム原案の適切性と実行可能性を検討するために、以下の手順で実施する。

1) プログラム原案、運営方法、プログラムの有効性について、1 型糖尿病患者の看護や教育、指導経験のある慢性疾患看護専門

看護師(以下専門看護師)6 名に、質問紙調査を実施する。

2) プログラム原案、運営方法、プログラムの有効性について、

1 型糖尿病患者の看護や教育、指導経験のある糖尿病看護認定看護師(以下認定看護師)7 名に、フォーカス・グループ・インタビューを実施する。

3) 罹病歴が長い成人期発症 1 型糖尿病患者 8 名に、プログラムの使用教材と運営方法について、フォーカス・グループ・インタビューを実施する。

3. [第 3 段階] 教育プログラムの完成

1) 第 2 段階の結果を基に教育プログラムの洗練化を行い、教育プログラムを修正する。

2) 修正した教育プログラムの中で 1 型糖尿病の病態に関する内容について、1 型糖尿病患者の診療経験がある糖尿病専門医 2 名に助言を受ける。

3) 修正した教育プログラムの中で、心理的介入に関する内容について、リエゾン精神看護専

門看護師に助言を受ける。

4) 2) 3) の助言を基に教育プログラムを修正し、完成させる

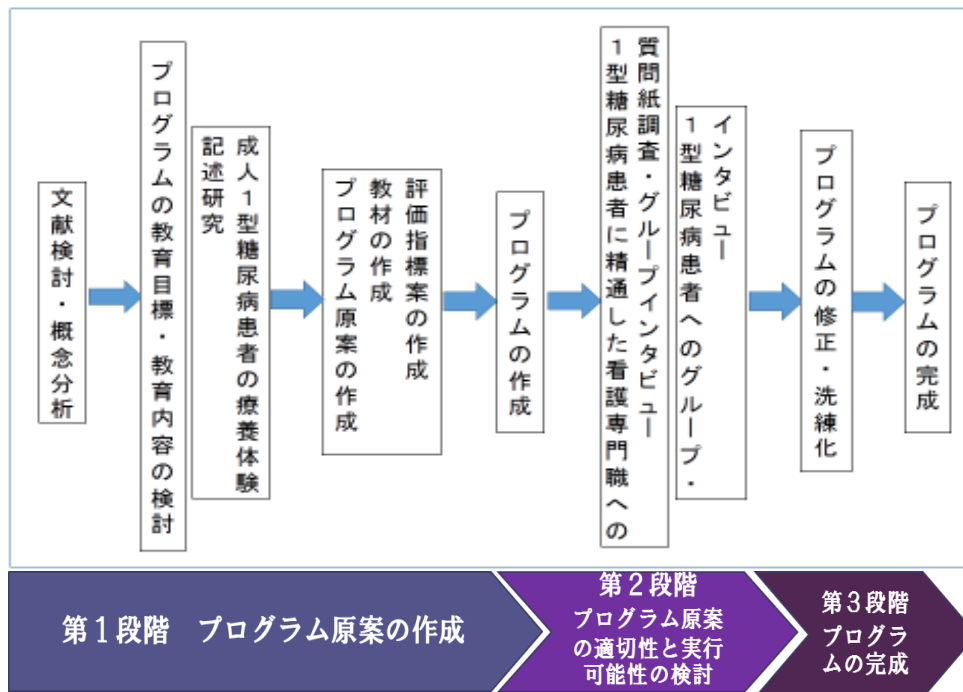


図2 教育プログラムの開発過程

第4章 教育プログラムの開発過程

I. [第1段階] 教育プログラム原案の作成

1. 教育プログラム文献検討

2型糖尿病患者を対象としたプログラムは行動変容が必要とされるため、糖尿病に必要な知識（低血糖、高血糖、合併症、食事療法）、技術提供（インスリン注射、血糖モニタリング）の他、生活スタイルや自己管理に向けた教育内容を取り入れていた。行動変容の条件とされる知識、情意、技術からなる複合的なプログラム構成のものが多い。また、2型糖尿病患者の教育プログラムは集団での介入を取り入れているものがほとんどである（資料1）。

1型糖尿病患者を対象とした教育プログラムは、海外文献がほとんどで、重症低血糖、DKAの対策、カーボカウント、インスリンの調整(Berger,2002;Jordan,2013)、CSII導入に伴う血糖認識トレーニングといった、より疾患の特徴にコミットした技術を習得し自己管理できることを目的とするプログラム内容と、心理的な介入として、うつや不安の軽減からなるプログラム構成となっていた。

resilienceプログラムでは、通常の状態において予防的に効果を示すものではなく、困難に直面した際に機能するよう、スキルや体験、環境整備といった効果的な実践を取り入れていた(原,2013)。

我が国において、成人期発症の1型糖尿病患者を対象とした教育プログラムは、女性の妊婦を対象とした教育プログラム(田中,2012)の報告のみである。成人期発症1型糖尿病患者の包括的な教育プログラムは未だ報告されていない。

2. 成人期発症1型糖尿病患者の療養体験に関する研究

1) 研究目的

成人期発症1型糖尿病患者の療養体験を明らかにし、病気と共に生きる患者の療養を支えるための方法を検討する。

2) 用語の定義

成人期発症1型糖尿病患者の療養体験とは、中木ら(2011)が示す体験の定義を参考「療養を行ううえで、環境との相互作用を通して、身体や精神も変化し続けながら存在している患者の生き方」と定義した。

3) 研究方法

(1) 研究デザイン

本研究は成人期発症1型糖尿病患者の主観的な療養体験を、茶話会の語りから探索するため、質的帰納的研究方法を用いた。

(2) 研究協力者

A県の1型糖尿病患者会が主催した成人1型糖尿病患者の茶話会に参加した患者で、

研究協力が得られた 13 名とした。

(3) データの収集方法・期間

A 県の 1 型糖尿病患者会と研究者は、病気に伴う体験を語り合い、療養における知識や経験などの情報交換を行うことを目的に、1 型糖尿病患者とその家族を対象とした茶話会を企画し、平成 20 年より 1 年に 1 回実施している。

研究を実施するにあたり、A 県の 1 型糖尿病患者会に研究協力についての告示を依頼し、患者会の許可が得られた後、研究協力の依頼について研究者から、研究の主旨と倫理的配慮について文書と口頭で説明し同意を得た。

研究協力者の許可を得て茶話会の内容を IC レコーダーに録音した。さらに茶話会に参加し、会の進行経験がある患者会会員（ケース A,B,C）3 名に、分析内容の解釈が妥当であるか、追加内容がないか等について検討する目的で、個別にインタビューを実施した。

データ収集期間は平成 20 年 12 月～平成 26 年 3 月であった。

(4) データ分析方法

茶話会の語りを逐語録にした。逐語録の中から療養体験に関連している文脈を抽出し、コードを作成した。得られたコードは、内容により共通性や関連性のあるものを比較、分類しながら時間的な経過を追って整理し、サブカテゴリーを抽出した。次に、サブカテゴリーの関係性や相違性などにより比較、分類して統合し抽象化を繰り返した。さらに分析内容と患者会会員 3 名のインタビュー内容を統合し、分析の妥当性を高めた。また、分析過程において研究者間で繰り返し討議し、真実性の向上に努めた。

4) 倫理的配慮

本研究は岡山大学病院看護倫理委員会の承認（倫理審査承認番号：1317）を受け実施した。茶話会開始前に研究協力者に、研究の主旨や方法、研究への参加、途中中断は自由意思であり研究参加の許諾が患者会との関係や茶話会への参加、研究者との関係に全く影響しないことを説明した。

得られたデータは研究以外では使用しないこと、結果を学会報告や論文等の形で発表する際、個人情報保護に努め、データは研究終了後に破棄すること、研究に対する質問や、同意の取り消しにはいつでも応じること、その際は研究者の連絡先に連絡するように説明し、研究を取り消した場合、全体のデータから削除し、その他の協力者のデータは使用することについて承諾を得る。以上の内容について、研究者が口頭、および文書で説明し同意を得た。

5) 結果

(1) 研究協力者の概要

研究協力者の年齢は 20～60 歳代で、男性が 6 名、女性が 6 名であった。発病からの罹病期間は 7 ヶ月～34 年で、平均罹病期間は 8 年であった。このうち、開催された 5 回の茶話会全てに参加した者は 2 名で、3 回参加した者は 1 名、2 回の参加者 2 名、1 回の参加者は 7 名であった

(表 1)。会に遅れて参加、また会の途中で帰られた方は研究協力者から除外した (資料 2)。

(2) 分析結果

成人の 1 型糖尿病患者の療養体験として、【病気がわからないことに対する不安】【試行錯誤しながら療養に取り組む】【療養と折り合いをつける】【社会生活の中で療養することの困難さ】【将来の見通しの曖昧さ】の 5 つのコアカテゴリーが抽出された (資料 3)。1 型糖尿病患者は、発症、診断時の【不確かな病に対する不安】から、時間の経過や療養体験を積み重ね、【試行錯誤しながら療養に取り組む】ようになり、【療養と折り合いをつける】という経過を辿っていた。

以下、本分中の【】はコアカテゴリーを、《》はカテゴリーを示す。

①病気がわからないことに対する不安

【病気がわからないことに対する不安】とは、病気を発症後診断がつき治療が開始され、入院、退院に至るまでの体験のことである。患者は 1 型糖尿病に対する知識がなく、医師から説明を受けても病気が理解できず、今後の見通しがたたないことによる不安や、退院後の生活がどうなるのか、という心配など混沌とした心理状態にあることで、《病氣の見通しがたたない》《糖尿病の診断に困惑する》《社会復帰に向けた不安》の 3 つのカテゴリーで構成されていた。患者は、病氣の見通しがたたず、これまでの生活が維持できるかどうか、社会復帰に向けた不安を抱いていた。

(a) 《病氣の見通しがたたない》

《病氣の見通しがたたない》は、病名を告げられ医師から病態について説明を受けても、病氣がわからず将来の予測が立たないことである。1 型糖尿病患者は、病氣がわからないことから 2 型糖尿病をイメージし、病氣はあまり深刻ではないだろうと受け止めていた。一方で、同じ 1 型糖尿病でも劇症 1 型糖尿病患者は、発症時にケトアシドーシスにより意識をなくし、ICU での全身管理を余儀なくされ、生命が脅かされた状況から生還するといった衝撃的な病のはじまりを経験し、何とか自分の身体が良くなるようにしなければという意志を発症時より感じていた。

(b) 《糖尿病の診断に困惑する》

《糖尿病の診断に困惑する》は、自分が糖尿病の診断を受けるとは思ってもみなかったという気持ちの表れのことで、どう受け止めればいいのか戸惑っていることである。この体験は、研究協力者がもつ 2 型糖尿病のイメージが影響していた。

(c) 《社会復帰に向けた不安》

《社会復帰に向けた不安》は、研究協力者が社会復帰に向けて、仕事を続けられるのか、職場の誰にどこまで病氣のことを話せばいいのか、低血糖時の対処をどうするのか、といった社会生活を継続できるのかどうか不安に感じていることである。研究協力者は、病氣になる前の生活に戻りたいという思いを抱いていた。

②試行錯誤しながら療養に取り組む

【試行錯誤しながら療養に取り組む】とは、研究協力者が血糖コントロールに向けた様々な療養法を試み、失敗を重ねながらも徐々に療養に取り組んでいることで、《療養に必要な情報を得る》《食べることの煩わしさ》《血糖管理における苦悩》《心の中で葛藤する》の4つのカテゴリーで構成されていた。研究協力者は、療養に必要な情報を得ながら、食事や血糖管理に伴う療養行動を行っていたが、この療養行動を行う際に心の中で葛藤していた。また【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は四季を経験する1年ほどの期間であると捉えており、翌年からはそれまでの経験をもとに療養ができるようになっていたと振り返っていた。

(a) 《療養に必要な情報を得る》

《療養に必要な情報を得る》は、病気や療養に関する情報が少ないことから患者会などに参加し、病気や療養法について必要な情報を得ようとしていることである。研究協力者は退院後より日常生活を営みながら、血糖測定、食事の選択、インスリン注射を実施することを余儀なくされ、さらにそこには自己判断を伴う。研究協力者は、刻々と変動する血糖値に不安を感じ、同病者の治療方法や自己血糖管理方法の情報から、自分の療養内容を確認していた。

(b) 《食べることの煩わしさ》

《食べることの煩わしさ》は、食事をする時に必要な一連の作業に負担を感じていることである。病気を発症するまで無意識に行っていた“食べる”行為が、今では血糖値を測定し、必要なインスリン量を判断して注射を打つ、というわずらわしい作業が必要となり、“食べる”ことを意識しなくてはならなくなったことを実感していた。研究協力者は、食べられない物はないと医療者から指導をうけていたが、カロリーの高いもの、血糖値が上昇する食物を食べることを自主規制し、食べ過ぎることに罪悪感を抱いていた。また血糖管理が上手くいっていない場合、インスリン量を調整するより、食べないようにする、という方法を選択していた。

(c) 《血糖管理における苦悩》

《血糖管理における苦悩》は、血糖管理に伴う血糖測定や、自己注射に関連した痛み、低血糖の不快感や、血糖コントロールに難渋するといった血糖管理に伴う苦痛のことである。研究協力者は、血糖管理に伴う苦痛や、血糖管理から逃れられないという苦悩を感じていた。しかしそのような状況の中でも、良好な血糖コントロールを目指し努力していた。

(d) 《心の中で葛藤する》

《心の中で葛藤する》は、療養するうえで生じる判断や、治療方法に対する迷いといった心の中で相反する感情が存在している状態にあることである。治療開始時は医師の指示による療養を遂行していたのが、徐々に自己で血糖管理を任されるようになることに戸惑い、血糖値を良くするのも悪くするのも自分次第だと感じていた。この体験は、自分の血糖コントロールがうまくいっていないと感じている研究協力者にみられていた。

③療養と折り合いをつける

【療養と折り合いをつける】とは、これまでの経験をもとに学習し、患者自身が妥協できる療養方法を見出すようになることで、《療養体験から気づく》《テーラーメイドの療養法を見出す》

《療養が生活の一部になっていく》の3つのカテゴリで構成されていた。研究協力者は、療養体験の気づきからテーラーメイドの療養法を見出していた。それと共に療養が生活の一部になっていくという体験をしていた。

(a) 《療養体験から気づく》

《療養体験から気づく》は、発症当初は血糖変動が起こるたびに身体への影響を心配するなど、不安を抱えていたが、知り得た情報や療養体験の積み重ねから、徐々に様々なことに気づくようになっていくことである。この“気づき”には、低血糖、高血糖の状態になっても、身体に大きな支障がおこらないことがわかる、自分の血糖パターンに気づくことが含まれ、自分が活動できる血糖範囲の身体感覚をつかめるようになる、という自己の血糖値の判断基準をもてるようになっていた。さらに研究協力者はインスリンが不可欠な身体であることを実感する、自分を支えてくれているサポートの存在への気づきや、病気をもって生きることを意味を見いだせるようになっていた。

(b) 《テーラーメイドの療養法を見出す》

《テーラーメイドの療養法を見出す》は、これまでの経験から自分にあった療養方法を見出すことである。これには低血糖を回避するための取り組み、病気の理解者を増やす、自分の療養に対する信念、血糖値を合わせることに楽しさを見出す、食べたい物を食べるために工夫する、インスリンを節約する、記録を振り返ることが含まれていた。研究協力者は、自分の療養法に対する価値観や考えをもって療養行動を行っていた。

(c) 《療養が生活の一部になっていく》

《療養が生活の一部になっていく》は、最初は不安が強く困難だと感じていた療養行動が、時間の経過とともに、自身も気づかぬうちに生活の一部として溶け込み、慣れていくことである。研究協力者は、療養行動に対して発症当初は嫌悪感があるものの、徐々に気にならなくなっていたと振り返っていた。

④社会生活の中で療養を実行することの困難さ

【社会生活の中で療養を実行することの困難さ】とは、社会生活を営みながら療養を実行することの難しさのことで、《病気を理解してもらえない》《病気に対する偏見を意識する》《低血糖の対応に注意を払う》の3つのカテゴリで構成されていた。研究協力者は低血糖の対応に注意を払っていた。それは病気を理解してもらえないことから、低血糖の発生が、病気に対する社会の偏見に繋がることを意識していた。

(a) 《病気を理解してもらえない》

《病気を理解してもらえない》は、見た目にはわからない病気のため、病気であることを他者に認識されにくいことや、1型糖尿病が社会的に知られていないことで、2型糖尿病と混合される、または重症であるかのように特別な病気だと捉えられていると感じていることである。研究

協力者は、病気のことを他者に話した時の反応から、病気を理解してもらえないと感じていた。

(b) 《病気に対する偏見を意識する》

《病気に対する偏見を意識する》は、糖尿病であることがわかることにより、他者から偏見を受けることを恐れていることである。病気のことにはふれずにすむのであれば、あえて自分から周囲に話す必要はないと考え、糖尿病であることを隠す傾向にあった。さらに、インスリン注射に対する社会の偏見が自分に向けられることを恐れ、インスリン注射を人前で打たないようにしていた。この“インスリンを打たない”という行為はその時々環境によって対応を変えており、中でも職場では打てないと感じていた。

(c) 《低血糖の対応に注意をはらう》

《低血糖の対応に注意をはらう》は、予測が不可能であり、インスリン注射を実施している以上避けることができない低血糖を、人前で起こさないよう注意をはらうことである。研究協力者は、低血糖の出現に対するストレスを感じると同時に、人前で低血糖を起こすことにより、他者に迷惑をかけるのではないかと危惧していた。

⑤将来の見通しの曖昧さ

【将来の見通しの曖昧さ】とは、将来を推測することができず、見通しがたたないと感じていることで、《将来への不安》《医学の進歩に対する期待》の2つのカテゴリーから構成されていた。教育入院で糖尿病に関連した合併症について学習し、発症当初は、近い将来合併症が出現するのではないかと、差し迫った《将来への不安》を抱いていた。しかし、時間の経過と共に、すぐに合併症はおこらないことがわかり、漠然とした不安に変化していた。高齢者の場合、認知症の発症によりインスリンの管理ができるのかという《将来への不安》を感じていた。

(a) 《将来への不安》

《将来への不安》は、将来合併症の出現や、年を重ねることにより認知症を発症するのではないかと漠然とした不安を抱いていることである。研究協力者は、糖尿病腎症、視力障害といった重篤な合併症の出現がなかった。それゆえ合併症についての知識はもっていても、合併症を身体感覚としてイメージすることができず、自分の身に起こる脅威とは受け止めていなかった。また、発症時と比較して時間の経過と共に療養がおろそかになっていることに対し不安を感じていた。その一方で、同じ病気をもつ仲間の突然の死や、インスリンがなければ死んでしまう身体になったことで、病気になる前は考えもしなかった死を身近に感じるようになっていた。さらに経済的な影響について、特にインスリンポンプを使用している場合、毎月の医療費による経済的な負担を感じていた。

(b) 《医学の進歩に対する期待》

《医学の進歩に対する期待》は、日々進歩する医学に対して、期待をもつことである。罹病歴の長い患者は、発症当初と比べ治療内容や、使用薬剤が進化していることを治療中

容の変化と共に実感しており、新たな治療の進歩を期待していた。

6) 考察

(1) 1型糖尿病患者の療養体験

成人の1型糖尿病患者は、発症、診断時の【病気がわからないことに対する不安】から、時間の経過や療養体験を積み重ね、次第に【試行錯誤しながら療養に取り組む】ようになり、【療養と折り合いをつける】という経過を辿っていた。しかし、療養法が見出せず、【試行錯誤しながら療養に取り組む】段階でとどまり、【療養と折り合いをつける】まで至っていない研究協力者もいた。また【試行錯誤しながら療養に取り組む】体験は、【社会生活の中で療養することの困難さ】と影響しあっており、1型糖尿病患者の療養は、病気を患う前の社会生活を継続するために行われていた。

(2) 1型糖尿病の療養が社会生活に及ぼす影響

1型糖尿病患者は、周囲に病気のことを隠す傾向にあった。瀧井(2013)は、少数派であるがゆえに病気のことが理解してもらえず、患者はしばしば周囲の誤解や偏見に苦しむと述べている。1型糖尿病患者は、糖尿病に対する社会の偏見、病気を理解されないことや、他者に病気を誇張して意識されることをうとましく思い、周囲との関わりを制限していることが推測された。

1型糖尿病患者は、社会生活を営む上で、インスリン注射を実施する行為や低血糖発作を人前で曝さないように注意をはらっていた。研究協力者にとって低血糖は、インスリン注射と同じく糖尿病であることを、周囲に知らしめることを意味していた。軽い低血糖でさえ、集中力の低下、いらつき、仕事の遂行に影響を与える(Daniel,2004)。このことで、研究協力者は、部署換えや、仕事をなくす可能性があるのではないかと不安を抱いていた。そのため、仕事では低血糖を回避するために、血糖値を高めにしておくなどの対処をしていた。

さらに人前でインスリンを打たないという行動は1型糖尿病患者のみでなく、2型糖尿病患者にも見られる。両者ともに Goffman(2008)のいう「信頼を失う事情のある者」である。それゆえ、1型糖尿病患者は、糖尿病であることを周囲に印象づけるインスリンの注射行為を、隠す(パッシング)のではないかと考える。しかし、インスリン注射に対する意味合いは両者で異なっていると推察する。2型糖尿病であれば、インスリン注射行為を隠すために注射をしないという行動をとることが可能であるが、1型糖尿病では、注射を打たずに生きていくことはできない。この違いは、2型糖尿病患者にとって、インスリン治療はあくまで病気の治療の一貫であるのに対して、1型糖尿病患者では、命をつなぐ必要不可欠なものであることを認識していることだと考える。

福田(2005)は、全身性エリテマトーデス患者の周囲への病気告知について、SLE 女性の場合、病気の可視性というよりも、他者との関係性の中で具体的にわかってもらえる、わかってもらえない体験をし、それらの他者の反応に基づき、病気を見せる、病気を見せないという選択を意図的に行うようになっていた、と述べている。1型糖尿病患者の場合、病気を公表するか否かの判断は、これまで病気を公表した時の他者の反応の他に、低血糖などの出現により他者に迷惑をかけるかどうかの影響していると考えられた。

このようにインスリンを人前で打たない、低血糖になってもその時の場所とタイミングによりすぐに対応しない、病気を周囲に隠すという行動は、病気になる前の社会生活を継続させたいという患者の意識の表れではないかと考えられた。

Strauss(2001)は、療養法・症状・病気の知識が社会関係に悪影響を及ぼすのであれば、病者は少なくとも外観上は正常な生活をしているふりをしなくてはならない、と述べている。しかし隠すことが、社会における1型糖尿病の理解が広がらない要因の一つになっているのではないかと考える。

この【社会生活の中で療養することの困難さ】は、【病気がわからないことに対する不安】、【試行錯誤しながら療養に取り組む】、【療養と折合いをつける】のすべての時期にあり、影響していた。

(3) 1型糖尿病患者の療養体験をふまえた看護支援

成人の1型糖尿病患者は、時間の経過にそって【病気がわからないことに対する不安】【試行錯誤しながら療養に取り組む】【療養と折合いをつける】という体験していることが明らかになった。患者がどの体験に在るのかを考慮しながら、支援をしていく必要があると考える。

①病気がわからないことに対する不安

この体験には、《病気の見通しがたたない》《糖尿病の診断に困惑する》《社会復帰に向けた不安》があることから、病気に関する知識や技術の習得に向けた支援を行い、病気の理解を深めることが必要である。また退院後スムーズに社会復帰できるよう、生活にあわせた細かな調整を患者と共に行う必要があると考える。この時期は、《糖尿病の診断に困惑する》《社会復帰に向けた不安》から、今後の社会復帰に向けた心理的な対処の模索にエネルギーが費やされ、学習できることは非常に限られている。そのため、必要最小限の学習支援を行い、退院後スムーズに社会復帰できるよう生活にあわせた調整を患者と共に行う必要があると考える。また、病気に関する知識や技術の習得にむけ、外来での継続支援が必要であると考えられる。

②試行錯誤しながら療養に取り組む

研究協力者は《療養に必要な情報を得(る)》ながら、療養に取り組んでいたが、《食べることの煩わしさ》や《血糖管理における苦悩》から《心の中で葛藤(する)》していた。この時期には心の中の葛藤を共通理解しながら、患者の気づきを引き出し、療養行動につなげることが必要であると考えられる。

【試行錯誤しながら療養に取り組む】から【療養と折合いをつける】へ移行する過程において、医療者の指示で療養していた状況から、患者自身で療養法を考えることができるよう移行を必要とされるが、中には【試行錯誤しながら療養に取り組む】状況から抜け出せず、その結果、医療者の指示に依存してしまうケースもみられていた。看護者は、1型糖尿病患者の発達段階や生活状況をふまえ、個々にあわせた療養法を提案し、徐々に患者自身が療養法を考えることができるように支援することが必要であると考えられる。

また【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は1年ほどの期間であると捉えられていたこと

から、この時期の医療者の支援はとても重要であると考え。療養体験に伴う患者の気づきを引き出し、心の中の葛藤を軽減し、療養行動につなげられるよう支援することで、【療養との折り合いをつける】時期にスムーズに移行できるのではないかと考える。

③療養との折り合いをつける

研究協力者は【試行錯誤しながら療養に取り組む】方法を模索し、経験から学習し、徐々に【療養と折り合いをつける】状況に移行していた。ここでは、《療養体験から気づく》ことで、《テーラーメイドの療養法を見出す》ようになっていた。この療養法は経験から見出されているため、その適切性について確認していく必要があると考える。その際患者の価値観を考慮したうえで、療養方法の確認を行う必要があると考える。またこの時期になると、療養生活に慣れ、《療養が生活の一部になっていく》ようになる。日々の仕事や時間に追われ、療養体験を振り返ることなく生活していることが推測される。したがって療養体験を共に振り返り、患者の気づきを促し、その気づきを知識や技術、判断に結びつけるような支援が必要であると考え。

また、どのように患者が療養と折り合いをつけているのかを確認することが必要であると考え。療養との折り合いのつけかたは、合併症を起こさないようできる限り HbA1c を下げることが目標にする患者もいれば、HbA1c がこれまでの数値より悪くならない程度に、無理なく血糖値をコントロールできればいいと考えている患者など個人差があった。後者の場合、血糖コントロールが悪くないとする HbA1c 値の設定は各々の患者の判断に委ねられ、合併症の出現がないことで自分なりに折り合いをつけていた。このことから個々の病態に応じた目標を医療者と患者で設定し、それに向かって支援する必要があると考える。

研究結果から、以下の課題が明らかになった。

- ①1 型糖尿病を発症後 1 年程度の期間、療養が非常に困難な時期であることから、患者の療養行動の獲得に向けた支援が必要である。
- ②成人期発症 1 型糖尿病患者は、療養が困難な【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期から、個人の療養体験をもとに、【療養との折り合いをつける】ことに移行していた。しかし、この療養との折り合いのつけ方は、体験的知識によるものが多く、個人差があったことから、早期に患者が適応できるような教育的支援が必要である。
- ③【社会生活の中で療養することの困難さ】は、【病気がわからないことに対する不安】【試行錯誤しながら療養に取り組む】【療養と折り合いをつける】のすべての時期に存在し、影響していた。
【社会生活の中で療養することの困難さ】には、「病気を理解してもらえない」、「病気に対する偏見を意識する」、「低血糖の対応に注意をはらう」ことが含まれていた。病気に対する社会的理解が十分でないことにより、人前で病気がわかる療養行動をとることを避けていた。このことから、社会生活を営みながら、療養を行えるよう支援する必要がある。
- ④【試行錯誤しながら療養に取り組む時期】は、療養行動のわずらわしさから、周囲との関わりを避けていた。このことから、他者との関係における支援が必要である。

3. 教育プログラムの作成

1) 教育プログラム案の作成

教育プログラムは、resilience の概念分析、文献検討、成人発症 1 型糖尿病患者の療養体験の先行研究の結果から、成人期発症 1 型糖尿病患者の教育プログラム案を作成した。以下にそれぞれの結果から、教育プログラム案に反映した箇所を示す。

(1) resilience の概念分析

resilience の概念分析の結果、resilience は、持って生まれた個人特性と、後天的に獲得する対処する力、捉え直す力、回復力で構成されていた。このうち、resilience の生得的な側面は容易に変えにくい可能性がある（平野;2012）とされており、個人特性を除いた、対処する力、捉え直す力、回復力を高めることで、1 型糖尿病患者の resilience が高められるとした。

resilience が高められることで、社会的順応、Well-being な状態へと向かい、病前の生活を取り戻し、自己の成長へとつながることが期待できる

(2) 文献検討

文献検討の結果から、1 型糖尿病の知識、技術の習得に向けた内容に加えて、療養を行う上で問題となっている障害の明確化を助け、心理・社会的内容を含む、複合的な教育内容が必要であると考えた。さらに resilience を高められるように学習したスキルを実際に取り入れながら体験する課題型のプログラムが必要であると考えた。

1 型糖尿病患者に必要な知識、技術の提供のほか、療養の障害となる問題解決を含む、心理・社会的側面に介入するプログラムとした。

(3) 成人期発症 1 型糖尿病患者の療養体験の基礎研究

①教育目標

成人期発症 1 型糖尿病患者の療養体験の基礎研究より、成人期発症 1 型糖尿病患者の療養は、病気の管理だけにとどまらず、社会生活に密接に影響しており、病気を患う前の社会生活を継続することを優先して実行されていた。このことから、社会生活を維持することができることを、教育プログラムの教育目標とした。

②プログラム介入時期

基礎研究の結果から、成人期発症 1 型糖尿病患者は、時間の経過にそって【病気がわからないことに対する不安】【試行錯誤しながら療養に取り組む】【療養と折り合いをつける】という体験していた。

なかでも【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は、研究協力者の退院後の社会復帰と重なり、療養が困難な時期であると振り返っていた。さらに、この【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は、四季を経験する 1 年ほどの期間であると捉えており、翌年からは経験したことをもとに療養ができるようになっていたと振り返っていた。

このことから、プログラム介入時期として【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期である、発症から 1 年未満が適切であると考えた。

③教育内容

プログラムの介入時期である、【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は、【社会生活の中で療養することの困難さ】と影響しあっていたことから、以下の内容を教育内容に含めた。

表2 教育内容

試行錯誤しながら療養に取り組む	療養に必要な情報を得る	セッション1
	食べることの煩わしさ	セッション1
	血糖管理における苦悩	セッション2
	心の中で葛藤する	セッション3
社会生活の中で療養することの困難さ	病気を理解してもらえない	セッション3
	糖尿病に対する社会の偏見を意識する	セッション4
	低血糖の対応に注意を払う	セッション4

2) 教育プログラムの教育目標

対処する力、捉え直す力、回復力を高めるための目標として以下の3つを設定し、それぞれに下位目標を設定した。

表3 教育目標

対処する力	目標	肯定的な適応に向かって、困難に上手く対処していくために必要な力を習得することができる。
	下位目標	①療養に必要な知識と技術が習得できる。 ②困難な状況における問題解決能力が高まる。 ③将来の見通しをたてる力が高まる。 ④人との良好な関係を構築する力が高まる。
捉え直す力	目標	自己あるいは周囲の環境について肯定的な見解をもつことができる力を高めることができる。
	下位目標	①自己肯定感が高まる。 ②社会的支援を形成する力が高まる。 ③病い体験を意味づけることができる。
回復力	目標	一時的にネガティブな心理状態に陥ったり、身体にダメージを受けたとしても、乗り越え回復する力を高めることができる。
	下位目標	①精神的ダメージからの回復が早まる。 ②身体的ダメージからの回復が早まる。

3) 教育プログラムの内容

作成するプログラムは、社会生活を維持できることを目指すものであるが、先行研究が少なく、1型糖尿病患者が体験している脅威の存在や、精神的不調となる出来事、療養上の問題を顕在化する必要があると考えた。原(2013)は、困難に直面した時に機能するよう、実践に結びつくプログラム内容が効果的であると述べている。そこで、教育プログラム開発のための基礎研究として、成人期発症1型糖尿病患者の療養体験を明らかにすることを目的に、A県の1型糖尿病患者会における12名の患者の語りを、質的帰納的研究方法を用いて分析した。その研究結果(資料3)と、resilienceの概念分析の結果から、プログラムを構成した(表4-①~③)。

プログラムの内容は、①病気の理解と取り組み方、②ストレスのコントロール方法、③療養と社会生活の両立に向けて、④病気との向き合い方の4つのセッションで構成した。各セッションの概要を以下に示す。

(1) 病気の理解と取り組み

1型糖尿病患者に現れる重要な症状と、必要な療養方法について患者用パンフレットを活用しながら紹介する。紹介をする際、他患者の体験を紹介し、象徴的なモデリングがとれるように関わる。またこれまでの血糖管理における経験の振り返りから気づきを促し、実践に向かう方法を参加者と共に検討するよう関わる。このような関わりを通して、参加者は成功体験を重ね、療養方法を確立や、新たな療養方法を探索するなど、前向きな行動ができるようになる考えた。

(2) ストレスのコントロール方法

成人の特性から病気とつきあう期間が長く、その間、ライフイベントやエイジングといった問題に向き合わなければならない。生活をするうえで、ストレスは避けられない。ストレスは、ストレッサーに対する自身の解釈とその反応の仕方に大きく影響されること、不安が大きくなると療養自体に問題が生じることについて説明する。

日々生じている問題から、療養と社会生活を両立していく上で生じている問題に対する解決方法の考え方を紹介する。発生した問題に対する思考・感情・行動を振り返り、どのような思考過程をたどっているのかを内省し、問題の本質は何かという問いを参加者とディスカッションする。その際に生じた原因を「自分に課せる傾向」もしくは「他者に課せる傾向」があるといったコントロールの所在について一緒に振り返り、参加者の思考過程の習性に気づき、思考が感情や行動に影響を及ぼしていることについて理解を深める。

(3) 療養と社会生活の両立に向けて

周囲のサポート状況を振り返り、支援の必要性についてどう考えているのかをディスカッションする。その上で、自分と他者を理解することで、他者の良さを再発見する、相手に自分のことを理解してもらうことの難しさについて、参加者の体験を振り返りながらディスカッションを重ねることで、対人関係において適切な行動をとることができるようになるのではないかと考えた。参加者は自分をどのように認識しているのか、自分を見直すことでその人の良さ（強み）を確認する。その上で自分の価値観を確認する。この作業を通して、「自分も持っている強み（能力）を理解し、自分に自信がもて、それを活用することができるようにする」、「自らの力を最大限に発揮し、課題にチャレンジできるようになる」という療養行動を行う上で期待される行動につながるのではないかと考えた。

(4) 病気との向き合い方

精神的なダメージを負った出来事から立ち直った経験について、語れる参加者には語ってもらう。その時、どのような思考・感情・行動をとったのか、またうまく立ち直れた時に、どのような **resilience** を活用していたのかを一緒に振り返る。そしてその経験から学んだことを話し合う。さらに1型糖尿病患者は、将来の合併症に対して不安を感じていることが多い。これは合併症に

ついでに理解が十分でないことが影響していた。このような病気に関連したストレスや不安は、不確かで解決が難しいことを理解し、合併症や1型糖尿病におこりうるリスクを理解し、その予防に向けた行動がとれるようになることで、未来の脅威に対する思考を変化させ、不安のレベルを現実的でコントロール可能なレベルまで引き下げることができるようになるのではないかと考えた。また普段の生活において、糖尿病を管理する行動がスムーズにとれない患者も多いことから、日頃の療養性生活を振り返り、対策について一緒に検討する。

表4-① 教育プログラムの概要 対処する力

目標	教育内容	教育技法
1. 療養に必要な知識と技術が習得できる。	<p>知識</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1型糖尿病について <input type="checkbox"/> 高血糖・低血糖の認識と対処 <input type="checkbox"/> 安全（運転操作） <input type="checkbox"/> 血糖値に影響するもの <input type="checkbox"/> 治療の目標 <input type="checkbox"/> 糖尿病合併症 <input type="checkbox"/> 無自覚低血糖について <input type="checkbox"/> 非常時の備え <p>技術</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> カーボカウント <input type="checkbox"/> インスリン量の調整 <input type="checkbox"/> 合併症予防法 <input type="checkbox"/> 血糖管理方法 	<p>説明的介入 療養に必要な知識と技術について説明する。</p> <p>モデリング 同病者が療養をどのように実行しているのか、具体的な対処方法や技術をパンフレットの内容を紹介し、行動の方法を伝達する。</p> <p>セルフモニタリング 日々の記録から生活を振り返り患者が自分自身の問題に気付くことができるように関わる。効果的な言動の変化があれば、評価する。</p> <p>自己強化 自分の行動や、反応の結果を自己観察（セルフモニタリング）し、自分で自分の行動の効果を判定する。良い行動の結果が得られた時には、報酬を与え、悪い結果の時には罰を与えることで、自分の行動・反応を適応的に変えていくことができるように関わる。</p>
2. 困難な状況における問題解決能力が高まる。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 問題解決方法 	<p>説明的介入 問題解決の方法と、その必要性について説明する。</p> <p>問題解決法 解決しなければならない課題を明確にし、様々な解決策を考えることができるよう支援する。実際の場面で、問題解決法の対処法を用いて練習しその内容を振り返る。可能であれば、今後起こることが予測される問題点をあげ、その対処方法を検討する。</p> <p>セルフモニタリング 問題解決法を実施した場合の記録を振り返り、患者がその問題の性質や対処法について、気付きができるように関わる。</p> <p>自己強化 自分の行動や、反応の結果を自己観察（セルフモニタリング）し、自分で自分の行動の効果を判定する。良い行動の結果が得られた時には、報酬を与え、悪い結果の時には罰を与えることで、自分の行動・反応を適応的に変えていくことができるように関わる。</p>
3. 将来の見通しをたてる力が高まる。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 未来の脅威に対する不安がもたらすデメリット <input type="checkbox"/> 未来の脅威に対する思考の対処 	<p>説明的介入 未来の脅威に対する不安がもたらすデメリットや未来の脅威に対する思考の対処について説明する。</p> <p>認知再構成法 患者が自分の自動思考に気づき、自動思考と感情</p>

		や行動との関係を明らかにすることができるように関わる。
4. 人との良好な関係を構築する力が高まる。	<input type="checkbox"/> 対人関係	説明的介入 対人関係に必要な知識と技術、その必要性（効果）について説明する。 モデリング 同病者が療養をどのように実行しているのか、具体的な対処方法や技術をパンフレットの内容を紹介し、行動の仕方を伝達する。

表 4-② 教育プログラムの概要 捉え直す力

目標	教育内容	教育技法
1. 自己肯定感が高まる。	<input type="checkbox"/> 自己理解 <input type="checkbox"/> 他者心理の理解 <input type="checkbox"/> 自己表現の必要性 <input type="checkbox"/> 価値観を明らかにする	説明的介入 自己理解、他者理解に必要な知識と技術、その必要性（効果）について説明する。 認知再構成法 自分自身の理解や価値観を理解や他者心理の理解を深めることで、認知の歪みがあることに気づくことができるように関わる。
2. 社会的支援を形成する力が高まる。	<input type="checkbox"/> 社会的支援の必要性 <input type="checkbox"/> 環境資源の認知 <input type="checkbox"/> 環境資源の活用 <input type="checkbox"/> 同病者とのネットワーク	説明的介入 社会支援を形成する必要性（効果）について説明し、ピアサポートについて紹介する。 モデリング 療養に必要なサポートとその活用方法について同病者の体験を紹介する。
3. 病いの体験を意味づけることができる。	<input type="checkbox"/> 過去の経験の意味づけ <input type="checkbox"/> 罹病の意味 <input type="checkbox"/> 1型糖尿病の捉え方	説明的介入 病いの体験を意味づけることの必要性について説明する。 強みの同定 参加者の語りの中から、強みやポジティブなところを見つけ、顕在化させる。参加者がうまく語れない場合は、「困難な状況のなかで、どのように過ごされてきたのですか？」などと尋ね、強みを引き出すように関わる。

表 4-③ 教育プログラムの概要 回復力

目標	教育内容	教育技法
1. 精神的ダメージからの回復が早まる。	<input type="checkbox"/> ストレスについて <input type="checkbox"/> ストレスの管理 <input type="checkbox"/> 感情のコントロール	説明的介入 ストレスやその管理の必要性、血糖コントロールに与える影響について説明する。 モデリング ストレスの対処方法について、同病者の体験を紹介する。 リラクゼーション法 リラクゼーションの方法について紹介し、その方法を一緒に実施する。 自分にあつたリラクゼーションの方法を見つけられるように関わる。 説明的介入 感情のコントロールの方法と、その必要性について説明する。 認知再構成法 患者が自分自身の自動思考に気づき、自動思考と感情や行動との関係を明らかにすることができるように関わる。

<p>2. 身体的ダメージからの回復が早まる。</p>	<p><input type="checkbox"/>生活の中で療養するうえでリスクとなる行動とその対処方法</p>	<p>説明的介入 生活の中で療養するうえでリスクとなる行動や、対処方法、治療継続の必要性について説明する。</p> <p>モデリング 社会生活を送るうえでリスクとなる行動と、その対処方法について同病者の療養方法を紹介する。</p> <p>セルフモニタリング 実際の療養経験を振り返り、療養上リスクとなる行動と、その際に生じる情動について整理し、気づきができるように関わる。</p>
-----------------------------	--	---

4) 教育プログラムの教育技法

文献検討の結果、resilience プログラムは、ポジティブ心理学、認知行動療法、といった心理学の理論をベースに作成されていた。教育技法では、対象者とのカウンセリングをベースに「バイオフィードバック」「ニューロフィードバック」「インタラクティブメトロノーム」「CES 療法 (Alpha-stim)」「マインドフルネス」「認知行動療法」などの方法で指導・実践していた。慢性疾患患者の教育プログラムでは、自己効力感を向上するための教育技法が取り入れられていた。

これらの教育プログラムは、集団を対象に実施されていたが、成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムは、患者数が少ないこと、心理・社会的な側面への介入を含むこと、発達段階の違いなど、参加者の背景が異なることから個人教育とした。resilience を高めるために必要なセッション内容を説明し、その内容について参加者とディスカッションを行い、それぞれの目標を提示して実践状況を確認するという学習形式とした。

本プログラムでは認知行動療法の技法を取り入れた。認知行動療法は、患者のセルフコントロールの獲得をねらいの一つとし、かつ患者の生活状態に応じた多様な行動変容の諸技法を提供でき、患者教育に有用であると考えられている (木村,2009)。欧米ではすでに生活習慣病のみならず、様々な慢性疾患のケアや予後管理に認知行動療法が適用され、効果をあげている (木村,2011)。我が国でも

2 型糖尿病患者の教育プログラムに活用されている。

認知行動療法には多くの技法がある。認知的技法には、「認知再構成法」「ソクラテス質問」「階層化スケーリング」「心理療法」「読書療法」「自己教示法」などがある。行動的技法には、「ホームワーク」「社会的技能訓練」「暴露療法」「自己主張訓練」「問題解決技法」「リラクゼーション法」などがある。本プログラムは、各セッションに必要とされ、プログラム実施者である CNS と CN が実施可能と考える技法を選択した。本プログラムでは、①説明的介入、②モデリング、③自己強化、④認知再構成法、⑤セルフモニタリング、⑥リラクゼーション法、⑦問題解決法、⑧強みの同定の 8 つとした。以下にそれぞれの教育技法について説明する。

①説明的介入

各セッションの内容や、学習する必要性、その技術について理解できるように説明する。

②モデリング

1 型糖尿病は患者数が少なく、身近にモデルとなる人がいないため、自己注射などの医療行為を看護師がモデルとなって手技を見せることで代用する。また、患

者の体験談を紹介するなどして、言葉を通じて行動の仕方を伝達し、モデルとなりうる人と知り合える機会や、患者会の紹介、他の1型糖尿病患者と話ができる機会を調整する。

③自己強化

自分の行動や、反応の結果を自己観察（セルフモニタリング）することから始まり、自分で自分の行動の効果を判定する。良い行動の結果が得られた時には、報酬を与え、悪い結果の時には罰を与える、または行動目標を課し、その行動が達成されると満足感が得られるといった、自分の行動に対して自ら強化を随伴させ、自分の行動・反応を適応的なものに変えていく。

④認知再構成法

考え方や、物事の受け止め方を学習された習慣とみなし、実生活で不都合になっている部分を修正し、効果的な対処法を見出すための技法である。患者の否定的思考を肯定的思考に変換することよりも、ある状況をみる視点はいくつも存在すること、そのなかに適応的、現実的視点が存在し得ることを患者が自覚できるように援助する。

⑤セルフモニタリング

患者が自分の行動や反応の結果をセルフモニタリング（自己観察・記録）することで、自己の行動を客観的に捉えて行動の生起に対する「気づき」を高め、意図的な行動コントロールをできるようにする。

⑥リラクゼーション法

交感神経そのものを直接的にコントロールすることはできないが、姿勢や呼吸を適切にコントロールすることにより、心身の過剰な緊張を間接的に緩和することができる（伊藤,2011）。本プログラムでは、呼吸法と、漸進的筋弛緩法について紹介する。呼吸法は、心身の安定とコントロールを図る容易な方法で、不安、抑鬱的な状態、筋肉の緊張、倦怠感、いらつきなどの改善が期待できる。漸進的筋弛緩法は、全身の筋肉を弛緩する方法のひとつで、最初に軽く筋緊張をしてから弛緩する方法で、筋肉がリラックスした弛緩状態は身体的緊張を低下させ、感情面でも同様の効果が得られるとされている（五十嵐,2001）。

⑦問題解決法

問題解決法は、現実的に問題を解決するための技法である。問題解決にあたり、解決しなければならぬ課題を明確にし、様々な解決策を考えることでできるよう支援する。

⑧強みの同定

参加者の語りの中から、強みやポジティブなことを見つけることで、参加者の強みを顕在化させることである。多くは患者が問題状況を話す中で、その内容を整理する過程において見つかることがある。参加者が自分の強みに気づくことで思考や感情などに肯定的な変化が生じる。ウィレム・クイケンら（2012）は、医療者の手助けにより、強みを同定できれば、これらの強みは次に活かせることができると述べている。

上記8つの教育技法は単独で用いることはなく、複数の技法を組み合わせながら実施する。組み合わせる教育技法は、教育内容にそって必要な技法を決定した。

5) 教育プログラムの評価

文献検討の結果から、評価内容には resilience の評価の他、生化学的指標、療養に必要な知識と技術、患者の周囲との関係性、心理社会的側面の評価が必要であると考えた。また各セッションで設定した目標に対する評価項目を作成した。

評価時期について、resilience が高まるには一定の期間が必要であると判断し、プログラム終了時と、終了後 6 ヶ月後に再度評価をすることとした。Prochaska ら (1994) によれば、行動変容の維持が起こる期間は 6 ヶ月と言われている。よってプログラム終了後 6 ヶ月後の評価を設定した。

評価指標と、評価時期を表 4 に示す。各評価の概要は以下の通りである。

(1) 評価用紙の作成

質問紙の評価項目は、成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience が高められる対処する力、捉え直す力、回復力の 3 つの力それぞれの構成概念である、問題解決、将来の見通し、対人関係、自己肯定感、ソーシャル・サポート、自己コントロール、ストレスマネジメントの項目と、糖尿病の知識で構成した。

問題解決、将来の見通し、対人関係、自己肯定感、ソーシャル・サポート、自己コントロール、ストレスマネジメントの評価項目は、Resilience Quotient (Reivich and Shatte, 2002) の邦訳版、二次元レジリエンス要因尺度 (平野, 2010)、大学生用レジリエンス尺度 (斉藤, 2010)、自己健康管理行動に対するレジリエンス関連尺度 (武政, 2012)、2 型糖尿病レジリエンス尺度 (村角, 2013)、大学生用ストレス・コーピング尺度 (加藤, 2000)、コーピング尺度 (尾崎, 1993)、ストレス対処尺度 (町田, 2009)、社会的自己制御尺度 (原田, 2008) を参考に作成した。

糖尿病の知識の評価項目は、1 型糖尿病の療養において必要な低血糖、高血糖の対処、合併症、食事と血糖の関係性、車の運転についての項目とした (資料 4-①, 4-②)。

(2) プログラム実施者の評価

各回のセッション終了後、各セッションの達成目標について、評価用紙 (資料 5) を使用して評価する。評価は次回以降のセッションで、課題の達成状況や、前回の教育内容を振り返る時に活用する。

(3) 生理学的指標

プログラム開始時と、プログラム終了時、プログラム終了後 6 ヶ月をめぐり、生理学的指標の評価を行う。

6) 教育プログラムの教材

教育プログラムで使用する教材として、患者用パンフレット「病気とうまくつきあうためのパンフレット」(資料 6)、「看護師用プログラム実施マニュアル」(資料 7) を作成した。

(1) 患者用パンフレットの作成

プログラムの開始前に resilience の説明と、その必要性について記載し、プログラムの内容にそって患者用パンフレットを作成した。

プログラムは4セッションからなり、目標を達成するための必要な知識と技術を提供し、ディスカッションの場を設けた。さらに各セッション終了時に、参加者が目標を立案し、次回のセッション時に評価を行うようにした。

①セッション1：病気の理解と取り組み

通院している医療機関によって、教育内容にバラツキがあることが推測され、参加者がどこまで病気に必要な知識をもち、どのような情報や知識が不足しているのか考えてもらう機会となるよう、1型糖尿病に特徴的な症状とその対処方法、そして1型糖尿病患者が知っておいた方がよい知識・技術について紹介している。

セッション1の内容は、血糖認識トレーニング (Daniel J. Cox, et al, 2004)、SMBG のすべて (小野, 2007)、1型糖尿病の治療マニュアル (丸山ら, 2013)、1型糖尿病お役立ちマニュアル (日本 IDDM ネットワーク, 2010) を参考に作成した。さらに作成したパンフレットの内容は、糖尿病専門医の資格を持ち、1型糖尿病患者の治療に携わっている医師に意見をいただいた。

成人期発症1型糖尿病の患者数が少なく、情報を得ることが難しい環境にあるため、A 県の1型糖尿病患者会の協力を得て、よくある療養上の質問について情報を得た。その内容を「先輩患者の血糖コントロールのコツ」として、巻末に紹介した。

②セッション2：ストレスのコントロール方法

セッション2は、「問題解決の方法」「感情のコントロール方法」「ストレスの解消法」で構成した。セッション2の内容は、レジリエンスの教科書 (カレンライビッチら, 2014) と認知行動療法 (認知療法活用サイト「こころのスキルアップ・トレーニング」、ストレス軽減ワークブック (ジョナサン・S ら, 2014)、困難を乗り越えるレジリエンス向上セミナー (日本能率協会, 2014) の内容、レジリエンスとは何か (枝廣, 2015) を参考に作成した。

③セッション3：療養と社会生活の両立に向けて

成人期発症1型糖尿病は、成人であることから何らかの社会的役割を担っている。そのため、周囲の協力や支援が必要である。また、自分のことをどう思っているか、といった生きていくうえで重要な感覚である自己肯定感を整える内容を入れた。

セッション3の内容は、困難を乗り越えるレジリエンス向上セミナー (日本能率協会, 2014) の内容と、成人期発症1型糖尿病患者の療養体験の研究結果を参考に作成した。

④セッション4：病気との向き合い方

セッション4は、「病気についての社会的理解」、「血糖管理を犠牲にしない生活に向けて」と、「病気になったことに伴う変化」で構成した。

セッション4の内容は、困難を乗り越えるレジリエンス向上セミナー (日本能率協会, 2014) の内容、成人期発症1型糖尿病患者の療養体験の研究結果を参考に作成した。

表 5 教育プログラムの評価

	目標	評価内容	介 入 前	1 回	2 回	3 回	4 回	6 M 後	帰結との関 連
対 処 す る 力	1.療養に必要な知識と技術が習得できる	糖尿病知識評価（参加者：質問紙）	●					●	Well-being
		生理学的評価 目標に対する評価（プログラム実施者）	●	●	●	●	●	●	
	2.困難な状況における問題解決能力が高まる	問題解決（参加者：質問紙）	●					●	社会的順応
		目標に対する評価（プログラム実施者）		●	●	●	●	●	
3.将来の見通しをたてることのできる	将来の見通し（参加者：質問紙）	●					●	Well-being 病前の生活を取り戻す	
	目標に対する評価（プログラム実施者）		●	●	●	●	●		
4.人との良好な関係を構築する力が高まる	対人関係（参加者：質問紙）	●					●	社会的順応 病前の生活を取り戻す	
	目標に対する評価（プログラム実施者）		●	●	●	●	●		
捉 え 直 す 力	1.自己肯定感が高まる	自己肯定感（参加者：質問紙）	●					●	自己の成長
		目標に対する評価（プログラム実施者）		●	●	●	●	●	
	2.社会的支援を形成する力が高まる	ソーシャル・サポート（参加者：質問紙）	●					●	社会的順応
		目標に対する評価（プログラム実施者）		●	●	●	●	●	
3.経験からの意味づけを理解する力が高まる	目標に対する評価（プログラム実施者）		●	●	●	●	●	自己の成長	
回 復 力	1.精神的ダメージからの回復が早まる	目標に対する評価（プログラム実施者）		●	●	●	●	●	Well-being
		2.身体的ダメージからの回復が早まる	生理学的評価（データ）	●				●	Well-being
		重篤な高血糖・低血糖の有無（データ・参加者の聞き取り）	●				●	●	

4. 教育プログラムの実施方法

1) 教育プログラムの実施時期

基礎研究（高樽ら, 2016）の結果から、成人期発症 1 型糖尿病患者は、発症、診断時の【病気がわからないことに対する不安】から、時間の経過や療養体験を積み重ね、次第に【試行錯誤しながら療養に取り組む】ようになり、自分なりの療養行動をとれるようになる【療養と折り合いをつける】という経過を辿っていた。

【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は、教育入院を終えて、社会復帰する時期である。入院中、医療者の指示で行っていた療養行動を、自らが組み立てなければならなくなることで、《食べることの煩わしさ》《血糖管理における苦悩》を抱え、《心の中で葛藤（する）》していた。

患者は、周囲に同じ病気をもつモデルがないことに加えて、療養の参考となる書籍も少ないことから、患者会等で《療養に必要な情報を得(る)》ながら、様々な療養法を試みていた。このことから、患者の学習意欲が高くレディネスが整っている時期であると捉え、プログラム介入が効果的な時期であると考えた。

また、効果的な療養行動がとれるようになるかは別として、【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は1年程度であると、患者は認識していたことから、プログラムの介入時期を発症から1年までの間とした。

2) 教育プログラムの実施者

教育プログラムの実施者は、糖尿病看護認定看護師と慢性疾患看護専門看護師とした。resilience の支援は、患者の内面にある力を引き出し、患者自身が自分の力で困難を乗り越えるように働きかけるといふ、比較的レベルの高い内容の看護援助である(藤原, 2009)。また、成人の1型糖尿病の発症年齢は20歳代から高齢者まで幅広く、病気の発症タイプも異なることから、個々の発達段階や、背景に応じた関わりが必要となる。以上のことを考慮し、プログラム実施者を糖尿病看護認定看護師と慢性疾患看護専門看護師に特定した。

3) 教育プログラムの学習方法

学習方法は、プログラム実施者が教材を使用して情報を提供する方法と、各セッションの内容に沿って、プログラム実施者と、参加者がディスカッションを行い、双方の方向性的関係性をもつように設定した。毎回のセッション終了時に課題を立案し、それを次回のセッションに持ち寄り活用することで、パンフレット内容の理解を助けることができると考えた。

4) 教育プログラムの対象者

プログラムの対象者は、教育入院後外来通院中の成人期発症1型糖尿病患者で、外来受診にあわせて個別に実施することとした。1型糖尿病は、発症のタイプによっても血糖コントロールが難しく、個々が抱えている背景が異なること、発症1年未満の成人期発症1型糖尿病患者は少ないと考えたからである。

5) 教育プログラムの実施回数と実施時間

実施回数は、外来受診日(1回/月)にあわせて合計4回実施し、全プログラムの終了に4~8週間程度要する。また、各セッションの実施は、順序を必ずしも守る必要はなく、その時々患者の状況に応じて、必要なプログラムから実施したのでよいこととした。本プログラムは個別介入となり、患者の心理社会的な部分への介入が不可欠であることから、プログラム実施者は患者との関係性の構築が必要であると考え、4回ともに同じ看護師が行うこととした。

実施時間は、1回60分とした。参加者とのディスカッションが重要であり、時間を要すると考えた。

Ⅱ.〔第2段階〕教育プログラム原案の適切性と実行可能性の検討

1. 慢性疾患看護専門看護師への調査

1) 研究目的

教育プログラム原案の適切性と実行可能性の検討を行う。

2) 研究方法

(1) 研究デザイン

質問紙調査

(2) 研究協力者

専門看護師の有資格者で、1型糖尿病患者の看護や教育、指導経験のある臨床経験5年以上の専門看護師で、本研究の主旨を理解し賛同が得られた6名。

(3) 調査方法と期間

リクルート方法は、専門看護師で組織されている研究会に、糖尿病をサブスペシャリティとしている専門看護師を紹介していただくよう依頼し、対象者に文書にて研究計画書の概要を説明し、研究協力者を募集した。リクルートの結果、研究協力の同意が得られた協力者に作成した教育プログラム原案と質問紙を送付し、研究者に返送を依頼した。質問紙の質問項目は、①プログラム原案について、②患者用パンフレットについて、③実施マニュアルについて、④プログラムの運用について、⑤プログラムの評価について、⑥プログラムの有効性について、それぞれの質問に自由に回答してもらった。

調査は2015年10月に実施した。

(4) 分析方法

質問紙の回答から、質問項目ごとにデータを整理し、分析を行った。

2. 糖尿病看護認定看護師への調査

1) 研究目的

教育プログラム原案の適切性と実行可能性の検討を行う。

2) 研究方法

(1) 研究デザイン

フォーカス・グループ・インタビュー

(2) 研究協力者

認定看護師の有資格者で、1型糖尿病患者の看護や教育、指導経験のある臨床経験5年以上の認定看護師で、本研究の主旨を理解し賛同が得られた7名。

(3) 調査方法と期間

リクルート方法はA県の認定看護師で組織された研究会に、研究協力について、メール配信を依頼し、研究協力を内諾していただける認定看護師に文書にて研究計画書の概要を説明し、研究協力者を募集した。リクルートの結果、7名の認定看護師に参加の同意を得て、6名がインタビューの対象となった。

調査は2015年10月に1回実施した。研究者が作成したインタビューガイドに沿って、1時間程度対象者にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。インタビュー内容は同意を得てICレコーダーに録音し、データとした。

インタビュー内容は、①教育プログラムの内容の妥当性（教育目標、教育内容、教育技法）、②患者用パンフレット内容の妥当性、③プログラム実施マニュアルの内容の妥当性、④プログラムの運用について、⑤プログラムの評価について、⑥プログラムの有効性についてであった。

(4) 分析方法

インタビューで得られたデータは、S,Vaughnら(2012)のグループ・インタビューの技法を参考に分析した。

3. 成人期発症1型糖尿病患者への調査

1) 研究目的

教育プログラム原案の適切性と実行可能性の検討を行う。

2) 研究方法

(1) 研究デザイン

フォーカス・グループ・インタビュー

(2) 研究協力者

重篤な合併症がなく、病状・精神的に落ち着いており、発語に問題がなく自分の思考を言語化して伝えることが可能な20歳以上65歳以下で本研究の主旨を理解し賛同が得られた成人期発症1型糖尿病患者8名。

(3) 調査方法と期間

リクルート方法は、A県の1型糖尿病患者会に依頼し、患者会ホームページに、研究協力について告示し募集した。リクルートの結果、8名の参加同意を得、インタビュー当日に研究の主旨について文書を用いて説明し、8名がインタビューの対象となった。

調査は2015年10月に1回実施した。研究者が作成したインタビューガイドに沿って、1時間程度対象者にフォーカス・グループ・インタビューを実施した。インタビュー内容は同意を得

てICレコーダーに録音し、データとした。

インタビュー内容は、①患者用パンフレットの内容について、②プログラムの運営方法について、③プログラムの効果についてであった。

3) データ分析

グループ・インタビューで得られた録音データは、逐語録にした。分析は、S,Vaughnら(2012)のグループ・インタビューの技法を参考に分析した。

4. 倫理的配慮

プログラム開発過程において、プログラム原案の作成と、プログラムの評価指標を作成する段階において、フォーカス・グループ・インタビューに参加協力していただける方に対し倫理的配慮を行う。

高知県立大学研究倫理審査委員会の審査及び、必要時研究協力者施設の倫理審査委員会の審査を経たのちに実施する(看研倫15-42号)。

1) 1型糖尿病患者の研究協力者への配慮

研究への参加は研究協力者の自由意志であり、強制力が働かないよう、患者会の許可を得たうえで、研究の了承が得られ、研究者自身が本研究の対象者の条件を満たしている研究協力者にのみデータ収集を実施した。

研究協力者の選択にあたっては糖尿病の合併症といった身体症状が強い患者や、精神的に不安定な状態にある患者など、本研究への参加が対象者に害を被る恐れが強いと考えられる者は研究協力者とししない。

2) 1型糖尿病患者の看護や教育、指導経験のある実践者への配慮

研究への参加は研究協力者の自由意思であり、強制力が働かないよう、実践者、施設管理者の許可を得たうえで、研究の了承が得られ、研究者自身が本研究の対象者の条件を満たしている研究協力者のみに研究協力を依頼する。研究協力については、実践者の業務の妨げや負担にならないように十分配慮する。

研究協力者に対し、本研究の主旨と倫理的配慮について記載した文書を提示し、口頭で説明を行った後、研究への同意が得られた者に同意書のサインをしてもらう。

専門看護師へのアンケート調査は、本研究の主旨と倫理的配慮について記載した文書と調査用紙を郵送し、アンケートの回答があったことで研究に同意したものとみなす。

3) 研究協力者への説明

研究協力者に対して、研究の目的と協力をお願いする内容、また研究協力の中断または拒否することによって不利益を被ることがないこと、プライバシーの保護について十分に説明を行う。

研究協力についての質問や相談はいつでも受け付けることを説明する。本研究で得られた内容は学会などで発表する予定であることを説明し了承を得る。

4) 安全の確保について

1 型糖尿病患者の研究協力にあたり、インスリンを使用していることから、低血糖の有無や、食事、インスリン投与時間に影響があれば、すぐに申し出てもらうよう説明し、低血糖時の対処ができるよう血糖測定道具やブドウ糖の準備をしておく。

5) 研究協力者のプライバシーの保護について

研究協力者から得られたデータについては本研究以外の目的では使用しないこと、プライバシーを厳守すること伝える。データ分析及び研究結果の公表にあたっては、個人が特定できないよう配慮する。

5. 看護実践者（専門看護師・認定看護師）の調査結果

1) プログラム原案について

プログラム原案について、「プログラムの目標達成の難しさ」、「プログラム構成の修正」、「教育技法の整合性」、「プログラム内容と技法の展開のわかりにくさ」、「プログラム実施に対する困難感」、「施設による教育の違いによる影響」の6カテゴリーが抽出された（資料8）。

(1) 「プログラムの目標設定の難しさ」

セッションごとに設定している目標が短期間で達成できるのかどうかという指摘と、本プログラムが目標としている、病気になる前の社会生活を維持することは難しいのではないかとの意見があった。

(2) 「プログラム構成の修正」、

セッション1に resilience の説明を組み込んでいたが、セッションとは別に説明したほうが良いとの意見や、セッション1の教育内容で、血糖管理方法、知識、技術としているが、知識、技術の提供が先にくるのではないかといった「プログラム構成の修正」について意見があった。

(3) 「教育技法の整合性」

セッションにおける教育技法の整合性についての指摘があった。

(4) 「プログラム理解の困難さ」

プログラムの内容や、プログラムの内容と教育技法の関係性の理解が難しいとの指摘があった。また、プログラムの内容が、1型糖尿病患者に特化したものであることが読み取れない内容がある、という意見があった。

(5) 「プログラム実施に伴う困難感」

プログラム全体を通して、プログラムを実施することに対する困難感を抱いていることが明らかになった。これは主に心理的な介入方法に対して、研究協力者は介入方法がわからず困難であると感じていた。

(6) 「施設による教育の違いによる影響」

本プログラムは、1型糖尿病の教育入院を受けた後に介入する。各施設によって、その教育内容は統一されていないことから、施設による教育の違いが、プログラムの実施に影響するので

はないかという懸念がみられていた。

2) 評価指標について

評価指標については、「評価に対する不安」、「質問紙の評価」、「評価時期の妥当性」の3カテゴリーが抽出された(資料9)。

(1) 「評価に対する不安」

特に心理的な介入に対するプログラム実施者評価が難しいとの意見があった。

(2) 「質問紙の評価」

参加者が実施する質問紙の評価に対しては、意見はなかった。

(3) 「評価時期の妥当性」

評価時期については、教育プログラム案の設定で妥当であるとの意見であった。中には、**resilience**が高まるまでにある程度の月日が必要であると考えられ、1年後にも評価をしたほうがいいのではないかと、との意見があった。

3) 患者用パンフレットについて

患者用パンフレットについて、「パンフレット内容の追加」、「パンフレット内容の修正」、「パンフレット内容の妥当性」、「パンフレットのレイアウト」の4カテゴリーが抽出された(資料10)。

(1) 「パンフレット内容の追加」

パンフレットの内容として、シックデイ、旅行中の注意点、インスリンの手技、CSII (continuous subcutaneous insulin infusion)、結婚・妊娠・出産、災害についての内容を追加したほうが良いとの意見があった。また低血糖対策やシックデイについては、教育入院で学習する内容ではあるが、1型糖尿病の療養において重要な内容であるため、パンフレット内容に入れたほうが良いとの意見があった。これは、入院中に低血糖やシックデイを経験することは稀で、社会復帰した後に発生することが多いからだと考えられた。

(2) 「パンフレット内容の修正」

パンフレット内容の修正として、低血糖時の対応といった知識や技術について具体的に示した方がいいとの意見があった。

(3) 「パンフレット内容の妥当性」

パンフレットの内容に対して、以下の意見があった。

① **resilience** について

プログラムの参加者が **resilience** について理解することが必要なのか、実施者は **resilience** の概念を理解しておく必要があるが参加者にはわかりやすい言葉を用いて説明したのでいいのではないかと、という意見があった。

②無自覚低血糖について

発症間もない患者に、無自覚低血糖についての知識を提供することが必要なのかという意見があった。

③病い体験の意味について

病気の受け入れもできていない患者に、病い体験の意味について取り上げるのはどうか、という意見があった。

(4)「パンフレットのレイアウト」

セッション毎にわけて記載する、字を大きくし、図を増やした方がいいなど、レイアウトを見やすくするための意見があった。

4) プログラムの運用について

プログラムの運用について、「プログラムの進め方」、「プログラム実施準備の必要性」、「プログラムの実施時間」、「プログラムの介入時期」、「プログラムの対象者」、「プログラムの実施者」の6カテゴリーが抽出された(資料11)。

(1)「プログラムの進め方」

提示していたようにセッション1から4までを順に実施するのではなく、その時々々の患者の状況に応じて必要なセッションを実施する方向性での同意を得られた。またプログラム実施後のフォローについては明示していなかったが、どのようにするのかという意見があった。

(2)「プログラム実施準備の必要性」

本プログラムの介入にあたり、心理的介入を必要とすることから、事前に参加者との関係性を築く必要がある、プログラムの理解や、1型糖尿病患者に対する理解といった内容が必要であるとの意見があった。

(3)「プログラムの実施時間」

参加者の疲労を考慮し、長くても1時間以内には終了した方がいいとの意見がみられた。

(4)「プログラムの介入時期」

プログラムの介入時期は、入院中よりも退院後の方がよいという、提示した方法が支持された。しかし、1型糖尿病患者を専門とする医療施設が少なく、教育入院のみの患者が多い点から、参加者の選定をどのようにするのかという意見があった。

(5)「プログラム実施者」

認定看護師、専門看護師が適切であるという回答であった。プログラム実施者のレディネスが必要ではないかとの意見があった。その理由としては特に心理的な介入を必要とするセッションが多いプログラムであり、実施が困難な専門職もいるのではないかとの指摘があった。

(6)「プログラムの対象者」

どのような患者が対象となるのか、といった対象者の選定について意見があった。

5) プログラムの有用性

プログラムの有用性について、「プログラムの効果」、「実施者による教育効果の違い」の2カテゴリーが抽出された（資料12）。

(1) 「プログラムの効果」

教育プログラムの介入により、プログラム実施者の個人差はでると考えられるものの **resilience** は高められる内容となっている、との意見がみられた。また、**resilience** は、プログラムの実施により高まると思うが、年月を経ることでさらに高まるのではないか、という意見がみられた。

(2) 「実施者による教育効果の違い」

本プログラムは、1型糖尿病の療養行動の側面と、心理的側面からの介入が必要となるため、教育プログラムの実施には高度なスキルが必要とされるとの意見があり、実施者による教育効果の違いが出るのではないか、という指摘があった。

その他の意見として、これまで1型糖尿病患者に対する療養支援が効果的でなかったといった、1型糖尿病患者に対する教育の難しさを糖尿病看護の専門職者が感じていることが明らかになった（資料13）。

6. 成人期発症1型糖尿病患者への調査結果

成人期発症1型糖尿病患者8名に、教材パンフレットの感想、必要であるとする教育内容、プログラム実施時の希望などについてフォーカス・グループ・インタビューを実施した。その結果、患者用パンフレットに必要な内容として8カテゴリーが抽出された（資料14）。

1) パンフレットの内容について

パンフレットの内容は「パンフレットの追加内容」と「パンフレット内容に対する希望」に分類された。

「パンフレットの追加内容」として、低血糖時の対応、異常時の判断、外食時の対応、日頃の備えがあげられた。これらの内容は、入院時に教育される内容であり、知識はあるものの、実際に経験した時に初めて理解につながることから、実用に向けた具体的な対応方法について追加記載してほしいとの意見があった。

「パンフレット内容に対する希望」では、基礎的な知識、周囲に異変に気づいてもらうことの重要性、病気に対する理解を社会に促す、深めたい内容、パンフレットのレイアウトがあげられた。

セッション3の「療養と社会生活の両立に向けて」の内容の理解を深めたいとの意見があった。周囲に異変に気づいてもらうことの重要性、病気に対する理解を社会に促す内容が含まれており、

1 型糖尿病患者が療養する上で、社会生活が重要だということを示していた。

パンフレットのレイアウトについては、文字数が多いと見ない、という意見や、セッション 1 の療養に必要な知識と技術の内容が多すぎるため、患者が必要な知識を選択できるようにしてほしいとの意見があった。

上記のようにパンフレットの内容については、内容の追加、希望意見のみで、内容の不備やわかりにくさについての意見はなかった。

2) プログラムの運用について

プログラムの運用については特に意見はみられなかった。このことから外来受診時の実施や、実施時間については、設定している運用方法で問題ないと考えた。

Ⅲ. [第3段階] 教育プログラムの完成

1. 教育プログラムの修正

1) 教育プログラムの内容について

(1) 教育目標

プログラムの目標設定が難しいと、看護職者から指摘があり、各セッションに設定した目標は全セッション終了後評価（長期評価）とし、短期評価として、各セッションでの知識・技術の理解度と、参加者が立案する目標の達成度を評価するよう修正した。また、本プログラムの目的である「1 型糖尿病患者が、療養行動に伴う困難な出来事に対して適応するために必要な力を獲得し、周囲のサポートを得ながら療養行動を行うことにより、心身の状態を維持し、病気になる前の社会生活を維持することができる」について、病気になる前の社会生活を維持することは難しいのではないかと意見があったが、社会生活の維持とは、病気になったことで、生活に制限を受けたり、自主制限を加えることなく、それまでの社会での役割が遂行できることであると考え、その旨実施マニュアルに表記し、プログラム実施者がプログラムの目的を共通理解できるようにした。

さらに、各セッションの目標についても、目標達成が難しい、評価がしにくいとの意見があり、評価しやすい目標に修正した。

(2) 教育内容

セッション 1 で実施する教育内容が多すぎるとの意見があり、**resilience** の説明はセッションとは別にプログラムの開始時に説明を行うようにした。また、教育内容がわかりにくいとの意見があり、プログラムの構成をわかりやすいように、教育内容の表現をわかりやすく修正し、セッションごとに整理して表示した。

セッション1は、「療養に必要な知識と技術が習得できる」ことを目標とし、知識と技術の教育内容のみに修正した。

セッション2は、「①問題解決する力が高まる」、「②ストレスに上手く対処することができるようになる」ことを目標とした。教育内容は、問題解決の方法、感情のコントロール、ストレス解消法とした。

セッション3は、「①人との良好な関係を構築する力が高まる」、「②社会的支援を形成する力が高まる」、「③自己に対する適切な評価ができる」ことを目標とした。教育内容は、他者との関係の築き方、1型糖尿病のネットワーク、自己肯定感について、とした。

セッション4は、「①身体的ダメージからの回復が早まる」、「②精神的ダメージからの回復が早まる」ことを目標とした。教育内容は、病気についての社会的理解、血糖管理を犠牲にしない生活に向けて、病気になったことに伴う変化、とした。修正前は、身体状況の管理についての教育内容を組み入れていたが、参加者によって個人差はあるものの、ここでは参加者の経験を語ることが含まれており、語ることにかなりの時間が費やされることを予測して、教育内容を変更した。

(3) 教育技法

それぞれの教育内容と教育技法における「教育技法の整合性」や「プログラム内容とその技法の展開のわかりにくさ」について指摘があった。再度教育内容と、教育技法を見直し修正した。

そして「プログラム実施における困難感」を抱えていることが明らかになった。そのため、実施マニュアルに具体的な介入方法について説明を加えた。

また教育技法は、プログラムの展開にそって表示し、プログラム実施者がわかりやすいように整理した。

2) 患者用パンフレット

本プログラムは、教育入院後の介入であることから、パンフレットの内容は1型糖尿病患者に必須であると思われる内容のみ明記していた。しかし、フォーカス・グループ・インタビューの結果、施設により入院時の教育内容に違いがあることが明らかとなり、知識や技術の追加内容が必要であるとの意見が多くみられた。いただいた追加内容をすべて網羅するパンフレットとなると、セッション1の内容が膨大となってしまい、患者も情報量が多くなりすぎることに対しては否定的であったため、追加した方がいいとされる知識と技術について、チェックリストを作成し、参加者の意向にそって各施設で教育をするように修正した。

また字の大きさや、図を取り入れることで、パンフレットを見やすいように工夫し、セッションごとにわかりやすいように分類した。パンフレットには、書き込みができるようメモ欄を作成し、ワークや、目標立案について書き込めるようにした。

最終的に作成した患者用パンフレットの病気の知識・技術についての内容妥当性を検討するために、1型糖尿病患者に精通した糖尿病専門医2名から助言を受けた。また、心理的介入を必要とする部分のパンフレットと、プログラム実施者マニュアルの内容について、リエゾン精神看護専門看護師に助言を受けた。

3) 教育プログラム実施マニュアルの内容

心理的介入について心理的な介入を必要とするセッション2から4までの関わり方が難しいとの指摘を受け、実施マニュアルに介入方法の解説を加えた。

また、実際にプログラムを実施した場合の、介入モデルを紹介してほしいとの意見がみられた。現時点ではプログラムを実施していないため、今後プログラムを実施するうえで、モデルケースを提示することを考えている。

4) 教育プログラムの運用について

外来で実施することに対して専門職、患者から否定的な意見がなかったことから、入院中ではなく、外来でのプログラム実施で問題ないとする。1型糖尿病患者は、インスリンが不可欠な状況であり、受診間隔に個人差はあっても、外来受診は必要であるため、プログラムの遂行が滞ることはないとする。しかし、外来業務や、参加者の疲労などを考慮し、1セッションの実施時間の上限を60分までにするよう時間制限を設けた。

また本プログラムは認定看護師と専門看護師が実施することとしている。これに対して反対意見はなかった。しかし、意見にもあったように認定看護師、専門看護師でも1型糖尿病患者に関わっていない場合、参加者の発言の意味を捉えることが難しいケースも考えられる。特に心理的な部分への介入が不可欠であり、今後必要に応じて、プログラム実施にあたり、心理的内容への介入方法について、研究者が事前に研修や説明を行うなどの対応を考える必要があると考える。

5) 教育プログラムの評価

教育プログラムの評価方法についての不安がみられていた。これは、心理的な介入に対する評価が難しいとの意見があった。前述したように、各セッションの目標は長期目標と捉え、参加者の目標における評価を実施するようにした。

参加者が実施する評価用紙に対しては、修正意見はなかった。時期についても、現行の設定で妥当であるとの意見であったが、**resilience** を高めるプログラムであることから、**resilience** の評価をどの時期に実施すると効果的であるのか、という意見があり、今後検討していきたい。

6) プログラムの有効性について

プログラムの実施効果として **resilience** は高まる、という意見を看護職からいただいた。しかし、今回はあくまで開発したプログラムの内容をみていただいたうえでの意見にすぎず、今後実際にプログラムを実施していくなかで、プログラムの有効性を評価する必要がある。

2. 糖尿病専門医からの助言

1 型糖尿病患者の診療経験がある糖尿病専門医 2 名に、患者用パンフレットのセッション 1 について助言を受けた。

大きく変更する内容の指摘はなく、文章の表現などについて助言を受けた。

3. リエゾン精神看護専門看護師からの助言

1 型糖尿病患者の看護や教育、指導経験のある認定看護師の意見から、教育プログラムの心理的介入に対する不安が見られたことを受けて、プログラム実施者用マニュアルの修正が必要であると考えた。そこで、心理的介入の部分についてリエゾン精神看護専門看護師からの助言を受けた。その助言から、内容について大きな修正は必要なかった。

IV. 開発したプログラム

1. プログラムの目的

成人期発症 1 型糖尿病患者が、療養行動に伴う困難な出来事に適応するために必要な力を獲得し、周囲のサポートを得ながら療養行動が行え、心身の状態を維持し、社会生活を継続することである。

2. プログラムの教育内容

プログラムで高める、「対処する力」、「捉え直す力」、「回復力」で掲げている目標が達成できるよう、プログラムの教育内容を検討し、以下の 4 つのセッションで構成した(表 7)。知識・技術の提供と心理的側面、社会サポートを含む内容となっている。

1) 病気の理解と取り組み

ここでの目標は、1 型糖尿病患者にとって療養に必要な知識と技術が習得できることである。

成人期発症 1 型糖尿病患者の多くは、発症時に教育入院し、基礎的な教育を受けている。しかし、基礎研究から、病気の診断を受けたばかりの時期は精神的なショックを受けている時期でもあり、入院時の教育効果が充分みられてないことが明らかになった。また患者の多くは、患者数が少なく周囲の同じ病気をもつモデルがないことに加えて、療養の参考となる書籍も少なく、病気の情報がないと感じていた。

ここでは 1 型糖尿病患者に現れる症状と、必要な療養方法について紹介する。紹介をする際、他患者の体験を紹介し、象徴的なモデリングがとれるように関わる。また血糖管理を行ってみてどうだったのか、というこれまでの経験を看護職と共に振り返り、そこから気づきを促し、

実践に向かう方法を参加者と共に検討するよう関わることで、自分の療養方法を確立していくとともに、成功体験を重ねることで、自信がもて、さらに新たな療養方法を探索するなど、チャレンジできるようになると考えた。

2) ストレスのコントロール方法

ここでの目標は、①問題解決する力が高まる、②ストレスに上手く対処することができるようになることである。

慢性疾患の特性から、生涯にわたり病状をコントロールするために、療養行動を継続しなければならない。療養と社会生活を両立していく上で生じる問題や、ライフイベントやエイジングに関連した問題などに対する解決方法の考え方を紹介する。また、発生した問題に対する思考・感情・行動を振り返り、どのような思考過程をふんでいるのかを内省し、問題の本質は何かという問いを参加者とディスカッションする。その際に生じた原因を「自分に課せる傾向」もしくは「他者に課せる傾向」があるといったコントロールの所在についても、一緒に振り返り、思考が感情や行動に影響を及ぼしていることについて理解を深める。

また、**resilience** を高めるためには、ストレスにうまく対処できるようになることが必要である。ストレスと直面した時の考え方を变えることで、ストレスを経験しないようにする、もしくはストレス量を最小化することが可能となる（カレンライビッチ,2015）。

ストレスは避けられないことや、ストレスは、ストレスに対する自身の解釈とその反応の仕方に大きく影響されること、不安が大きくなると療養自体に問題が生じることについて説明し、その対処方法を紹介する。

3) 療養と社会生活の両立に向けて

ここでの目標は、①人との良好な関係を構築する力が高まる、②社会的支援を形成する力が高まる、③自己に対する適切な評価ができることである。

療養を行う上で周囲の支援が必要となるが、患者の多くは病気を患うことにより、対人関係を避ける傾向にある。これは対人関係の中に「食べる」行為が在ることが大きく影響している。食事時の対応を考えなければならないという煩わしさから、周囲との関係が疎遠になっていく。病気のことを伝えるかどうかや、療養行動を見られることへの偏見が主な理由となっている。また「病気のことを言っても理解してもらえない」という経験から誰にも言えなくなるという状況に陥る。ここでは、周囲のサポート状況を振り返り、支援の必要性についてどう考えているのかをディスカッションする。その上で、自分と他者を理解することで、他者の良さを再発見できるように関わる。また相手に自分のことを理解してもらうことの難しさについて、参加者の体験を振り返りながらディスカッションを重ね、対人関係において適切な行動をとることができるようになるのではないかと考えた。

他者との関係性を構築するうえで、参加者は自分をどのように認識しているのか、自分の価値観について考える。この作業を通して、「自分が持っている強み（能力）を理解し自分に自信がもて、それを活用することができるようにする」、「自らの力を最大限に発揮し課題にチャレンジできるようになる」という療養行動を行う上で期待される行動に向けたヒントになると考えた。

4) 病気との向き合い方

ここでの目標は、1型糖尿病患者の①身体的ダメージからの回復が早まる、②精神的ダメージからの回復が早まることである。

語ることができる参加者には、これまで精神的なダメージをうけた出来事から立ち直った経験について、その時どのような思考・感情・行動をとったのか語ってもらう。また、うまく立ち直れた時にどのような **resilience** を活用していたのかを一緒に振り返る。そしてその経験から学んだことを話し合う。さらに1型糖尿病患者は、将来の合併症に対して不安を感じていることが多かった。これは合併症についての理解が十分でないことが影響していた。このような病気に関連したストレスや不安は、不確かで解決が難しいことを理解し、合併症や1型糖尿病におこりうるリスクを理解し、その予防に向けた行動がとれるようになることで、未来の脅威に対する思考を変化させ、不安のレベルを現実的でコントロール可能なレベルまで引き下げることができるようになるのではないかと考えた。

また、1型糖尿病に対する知識や技術を身につけても、日常の生活において、スムーズ療養行動がとれない患者は少なくない。日頃の療養性生活を振り返り、対策について一緒に検討する。

3. プログラムの教育技法と展開

本プログラムで活用する教育技法は、①説明的介入、②モデリング、③自己強化、④認知再構成法、⑤セルフモニタリング、⑥リラクゼーション法、⑦問題解決法、⑧強みの同定の8つである。これらの技法は単独で用いることはなく、複数の技法を組み合わせながら実施する。

プログラムの学習方法は、作成したパンフレットを活用し、プログラム実施者がプログラム内容の知識と技術について情報提供を行い、セッション毎に内容について対象者とディスカッションする時間を設ける。ディスカッションでは、成人の学習者の特性を考慮し、これまでの経験を引き出し、気づきや内省を促しながら進める。

各セッション終了時に、参加者自身に目標を立案してもらい次のセッション時に、目標の達成状況や、療養に対する困難事、質問などについて対応する。

4. 教育プログラムの運営

1) 教育プログラム実施者

教育プログラムは、1型糖尿病患者の看護や教育、指導経験のある臨床経験5年以上の糖尿病看護認定看護師と、慢性疾患看護専門看護師が実施する。

2) 教育プログラム対象者

教育プログラム対象者は、1型糖尿病を発症（診断をうけ）し、教育入院を経た後、外来通院している患者で、発症後1年未満とすることを対象者の条件として提示している。

しかし、専門看護師と認定看護師を対象とした調査結果から、発症後教育入院しない場合どうするか、他院に紹介になる場合の対応、参加者の年齢制限を設けるかなどの意見を受けて、参加者の適応基準を以下のように設けることとした。参加の有無は、教育プログラムの実施者である専門看護師と認定看護師が判断する。

<適応基準>

- ・重篤な合併症がなく、病状・精神的に落ち着いている。
- ・発語や理解力に問題がなく、自分の思考を言語化して伝えることが可能である。
- ・教育プログラムの参加意思がある。
- ・患者自身で療養行動を実施することができる。

3) プログラムの介入時期

発症後1年未満での介入が望ましい。

専門看護師と認定看護師を対象とした調査結果より、教育入院後、初回外来までの期間が、施設により異なることが明らかになった。このことから、開始時期はプログラム実施者の判断にゆだね、必要時研究者に問い合わせを依頼する。

4) 形式

個別教育とし、プログラム実施者は同じ人が担当する。各セッションの実施は、順序を必ずしも守る必要はなく、その時々患者の状況に応じて、必要なプログラムを実施してもよい。

表6 修正したセッションの内容

	内容
プログラムの紹介	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの趣旨 ・レジリエンスの紹介
セッション1 病気の理解と取り組み	
病気の理解 異常時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・1型糖尿病について ・低血糖、高血糖時の対処方法 ・シックデイ時の対応
血糖値の認識 生活にインスリンを合わせる	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖値と身体感覚の理解 ・食べ物と血糖値の関係 ・血糖測定の活用
目標設定	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロールの目標 ・インスリンポンプの紹介 ・次回までの目標設定
セッション2 ストレスのコントロール方法	
問題解決の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・問題解決方法の紹介
感情のコントロール方法	<ul style="list-style-type: none"> ・感情のコントロールの必要性和方法の紹介
ストレスの解消方法 目標設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ストレス解消方法の紹介 ・目標の達成状況と次回までの目標設定
セッション3 療養と社会生活の両立に向けて	
他者との関係の築き方	<ul style="list-style-type: none"> ・1型糖尿病でない人との関係性 ・医療者とのコミュニケーション
1型糖尿病患者のネットワーク 自己肯定感について	<ul style="list-style-type: none"> ・1型糖尿病患者の活動紹介 ・自己の長所の確認 ・自己の価値観の確認
目標設定	<ul style="list-style-type: none"> ・目標の達成状況と次回までの目標設定
セッション4 病気との向き合い方	
病気についての社会的理解	<ul style="list-style-type: none"> ・1型糖尿病患者が抱えるスティグマ

血糖管理を犠牲にしない生活に向けて

病気になったことに伴う変化

目標設定

- ・低血糖の予防
- ・病気を伝えること
- ・病気であることに向き合う術
- ・目標の達成状況と6ヵ月後までの目標設定

巻末資料 先輩患者の血糖コントロールのコツ

外食の対応

血糖値とインスリンの調整

車の運転について

災害への準備

- ・外食のインスリン量の調整と注射場所
- ・インスリン量の調整方法
- ・運転中の低血糖対策
- ・災害に備えた準備

5) 実施頻度と回数

外来受診時（1～2ヶ月）に、1セッションずつ実施し、あわせて計4回実施する（本プログラムは4回を1クールとする）。

6) 実施時間

1回の所要時間は、プログラムの教育内容と、参加者の負担を考慮して60分以内とする。

5. プログラムの評価

プログラムの評価は参加者による評価とプログラム実施者による評価、生理学的指標とした(図3)

1) 参加者による評価

(1) 質問紙

プログラム実施前後で、自記式質問紙調査を行う。

resilience の評価項目として、対処する力(問題解決、将来の見通し、自己コントロール、対人関係)、捉え直す力(ソーシャル・サポート、自己肯定感)、回復力(ストレスマネジメント)の19項目。

4件法で得点の高い方が、resilience が高いと評価する。

糖尿病の知識の評価項目として、低血糖・高血糖の対処、合併症、食事と血糖の関係性、車の運転について、14項目4件法とした。

質問紙の評価時期は、プログラム介入時、終了時と、終了後6ヶ月後の3回実施する。

(2) 目標達成度

セッション終了時に、参加者に目標を立案してもらい、次回セッション開始時に目標達成の状況について評価する。

2) プログラム実施者の評価

プログラムを実施して以下の点について、評価用紙を用いて評価し、次回のセッション時に参加者と振り返りを行う。

(1) セッションの理解度

セッション毎に参加者の理解度を評価する。プログラム実施時の参加者とのディスカッション

の内容から、言動や認知の変化を捉えて評価する。

(2) 目標の達成状況

各セッションで参加者が立案した目標の達成状況を評価する。

3) 生理学的指標

糖尿病に関連した生理学的評価として、HbA1c、体重、低血糖の回数、ケトアシドーシスの有無、総コレステロール、中性脂肪、HDL-C、LDL-C について、プログラム開始時と、プログラム終了時、プログラム終了後 6 ヶ月後を目処に評価する。

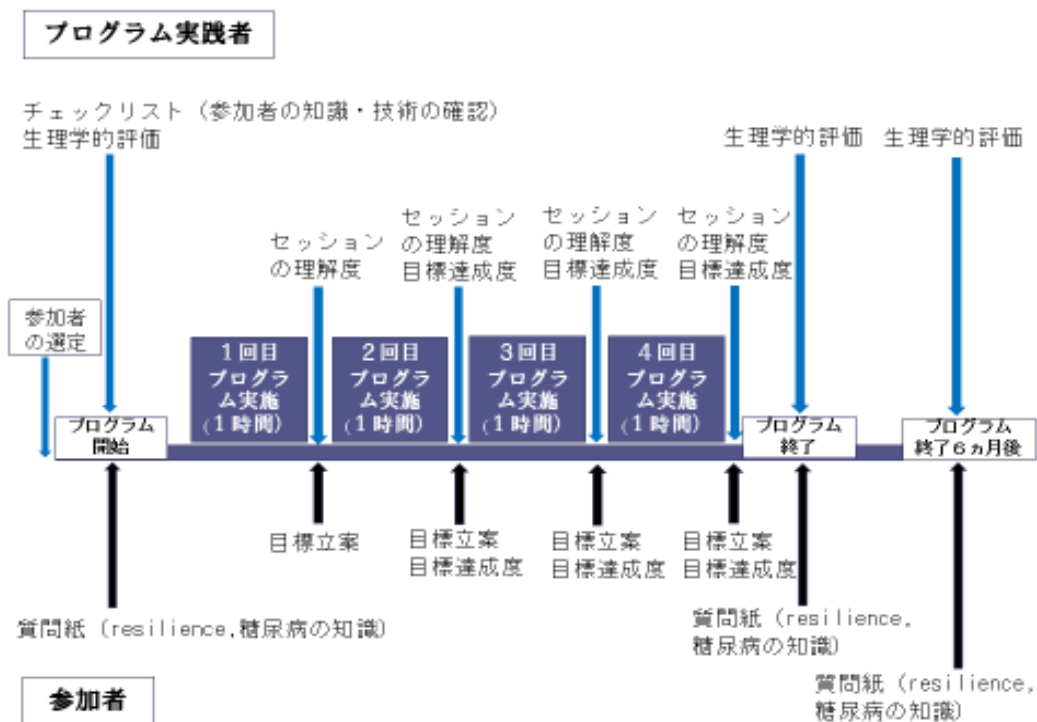


図3 プログラム評価の概要

第5章 考察

1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムは、認知行動理論を基盤とし、文献検討、resilience の概念分析、1型糖尿病患者の療養体験に関する先行研究の結果をもとに開発した。開発したプログラムについて考察する。

I. 教育プログラムの特徴

1. resilience を高める教育プログラム

開発したプログラムは、成人期発症1型糖尿病患者の resilience を高めることに焦点をあてている。

1型糖尿病を患うということは、当事者の身体的・心理的・社会的な状況を一変し、生命の危機や突然の身体機能の喪失をもたらす (Edelwich,2002) とされ、血糖コントロールのみでなく、病気に伴う心理・社会的影響に自ら対応することが不可欠となる。このような状況から生じる問題に立ち向かい、乗り越えるために、自分が保持している能力を引き出し、発展させ自己の成長につなげる (渡邊,2011) resilience が1型糖尿病患者には必要である。

専門看護師と認定看護師の調査結果から、開発したプログラムは、resilience が高められる内容であり、参加者とプログラム実施者間のディスカッションや、継続的な関係性の中で潜在的な resilience が強化されていくのではないかという結果がえられた。このことから、参加者とプログラム実施者間の相互作用により、教育プログラムの相乗効果が期待できると考える。

2. 2型糖尿病患者の教育プログラムとの比較

ここでは、高見ら (2008) が開発した、セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした2型糖尿病疾病管理プログラムと、開発したプログラムを比較して考察する。高見ら (2008) が開発したプログラムは、糖尿病の包括的な介入プログラムで、その効果の検証がなされており、比較対象とした。

1) プログラムの目的

高見ら (2008) が開発したプログラムは、2型糖尿病患者のセルフマネジメントスキルの獲得を目的としている。患者の行動変容を促し、臨床アウトカムの向上が目標となっている。

本プログラムは、**対処する力、捉え直す力、回復力**を高めることで、1型糖尿病患者の resilience が高めるとしている。

この3つの力を高める、1型糖尿病患者が病気の管理に必要な知識と技術を獲得し、社会生活に適応することで、病と共に生きることができるようになることを目的とした。

2型糖尿病は、遺伝因子と生活習慣が原因で発症することから、行動変容の改善が教育プログラムの焦点となっている (佐野,2003; 山口,2010; Khunti,2010; 高見,2011)。これと比較して1型糖尿病は生活習慣が関連していない。本プログラムは、生涯続く療養を継続できるよう resilience を高めることができることを目指しているのが特徴である。

2) プログラムの内容

高見ら (2008) が開発したプログラムの内容は、食事、運動、禁煙、節酒、薬物管理、ストレスマネジメント、合併症予防、気分の落ち込みへの対処となっており、行動変容と療養の自己管理の実施、継続に必要な知識と技術の提供が大半をしめている。

開発したプログラムは、療養を管理するために必要な知識と技術の他、ネガティブな心理状態や身体ダメージを乗り越え回復する力を高める支援、自己、周囲の環境について肯定的な見解をもつことができる力を高める支援内容が含まれている。

このことは **resilience** を高めるために、自己肯定感や、病気になったことに伴う変化といった 1 型糖尿病患者の内面に働きかけ、療養を行う周囲の環境を整えることを強調している。

高見ら (2008) の研究報告では、プログラム内容についての参加者評価があまりよくなかった点について、HbA1c の改善が見られなかったことをあげている。本プログラムは検査データの改善のみが目的ではないが、参加者の参加意欲の維持と、プログラムの有用性を考慮すると、検査データの改善は無視できないと考える。今後開発したプログラムを実施し、介入後の検査データの結果を踏まえ、プログラム内容を検討する必要があると考える。

3) プログラムの評価指標

高見ら (2008) が開発したプログラムの評価は、WHO-QOL26,PAID、生理学的指標 (HbA1c , 体重, 血圧, 総コレステロール, 中性脂肪)、心理学的指標として、自己効力感と心理的準備状態。目標達成度、医療経済的指標として定期外受診及び時間外受診の回数が評価指標となっていた。

本プログラムの評価指標は、糖尿病の知識、糖尿病の知識、生理学的指標(HbA1c, 体重, 総コレステロール, 中性脂肪, HDL コレステロール, LDL コレステロール)、Resilience 評価(問題解決、将来の見通し、自己コントロール、対人関係、ソーシャル・サポート、自己肯定感、ストレスマネジメント)、目標達成度、低血糖の頻度とケトアシドーシスの有無である。さらに個別介入を通して、参加者の変化をプログラム実施者が評価するように考えた。これは **resilience** の高まりに伴う参加者の変化を、プログラム実施者が捉えて評価するためである。

4) プログラム実施者

高見ら (2008) が開発したプログラムでは、プログラムの全過程を同じ看護師と、管理栄養士が実施している。管理栄養士がプログラムを実施することは、生活習慣を変えることにおいて、2 型糖尿病患者は食事に対する困難さがあるためであると考え (村上ら, 2009)。このプログラムのように、複数の医療職がプログラムに介入することは、より専門的な介入ができるという利点がある。

開発したプログラムは、1 型糖尿病患者の教育に精通した専門看護師と認定看護師が、統一したプログラムを実施する。これにより、教育プログラムの質の担保が期待できると考える。

表 7 2 型糖尿病の教育プログラムと開発した教育プログラムの比較

	本プログラム	2 型糖尿病患者を対象とした高見ら (2006) のプログラム
目的	1 型糖尿病患者の resilience (対処する力、捉え直す力、回復力) を高める	2 型糖尿病患者のセルフマネジメントスキルの獲得
内容	<p>(対処する力)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1 型糖尿病を管理するために必要な知識と技術の提供 ・問題解決方法 ・他者との関係の構築 <p>(捉え直す力)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己肯定感 ・1 型糖尿病患者のネットワーク ・病気についての社会的理解 ・病気になったことに伴う変化 <p>(回復力)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感情のコントロール ・ストレス解消方法 ・血糖管理を犠牲にしない生活に向けて 	<p>食事、運動、禁煙、節酒、薬物管理、合併症予防</p> <p>ストレスマネジメント</p> <p>気分の落ち込みへの対処</p>
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の知識 ・生理学的指標(HbA1c, 体重, 総コレステロール, 中性脂肪, HDL コレステロール, LDL コレステロール) ・Resilience 指標(問題解決、将来の見通し、自己コントロール、対人関係、ソーシャル・サポート、自己肯定感、ストレスマネジメント) ・目標達成度 ・低血糖の頻度 ・ケトアシドーシスの有無 	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO-QOL26, PAID ・生理学的指標(HbA1c, 体重, 血圧, 総コレステロール, 中性脂肪) ・心理学的指標(自己効力感, 心理的準備状態) ・目標達成度 ・社会的指標(ソーシャルサポート) ・医療経済的指標(定期外受診及び時間外受診の回数)
実施者	(個別介入) 専門看護師 認定看護師	(個別介入) 同じ看護師 管理栄養士

3. 成人期発症 1 型糖尿病患者のニーズに添った教育プログラム

本教育プログラムは、成人期発症 1 型糖尿病患者を対象とした包括的な教育プログラムとしては、初めて開発したものである。

プログラムの開発にあたり、成人期発症 1 型糖尿病患者の療養体験を明らかにした基礎研究を実施し、成人期発症 1 型糖尿病患者、1 型糖尿病患者の看護や教育に精通した看護実践者と、研究者が協同して取り組んだ。

このようなプロセスを踏んで作成した本プログラムは、成人期発症の 1 型糖尿病患者のニーズに添ったプログラムになっていると考える。

1) 発症早期に介入するプログラム

教育プログラムの対象は、1 型糖尿病発症後 1 年未満の患者としている。これは、成人 1 型糖尿病患者の療養体験の先行研究の結果より、発症直後である教育入院期間中は、診断によるショックから学習のレディネスが十分整っていないことが明らかとなったためである。教育入院を終えた社会復帰時期が、療養が一番困難であると患者が認識していた。この療養が困難な時期に適

応できるよう resilience を高める必要があると考える。

以上のことから、教育プログラムの介入は、【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期に実施することが効果的であると考えた。

さらに、【試行錯誤しながら療養に取り組む】時期は、発症から1年ほどの期間であり、翌年からは自身の体験的知識をもとに【療養と折り合いをつける】ことができるようになっていた。しかし、この療養との折り合いのつけ方は、医学的な根拠が充分あるものではなく、患者が模索しながら編み出した体験的知識によるものが多かった。このことから、この時期に介入することで、体験的知識のみでなく、医学的な根拠を踏まえた療養行動が獲得できるようになると考える。

2) 教育内容の選択

困難な出来事に遭遇してなかなか乗り越えることができない人がいる一方で、困難な出来事に遭遇してもそれを乗り越え良い社会適応をする人がいる(市川,2014)ことから、個々によって獲得している resilience は異なる。

また成人期発症1型糖尿病患者の療養体験を明らかにした基礎研究の結果、1型糖尿病の発症タイプにより、療養に対する準備性、血糖コントロールの困難さや、病気の受け入れが異なっていた。1型糖尿病の血糖コントロールの難しさには、病態からくるものと、社会生活を営むことによるものが影響していることが明らかになった。

このことから、成人期発症1型糖尿病患者のプログラムの実施者が、参加者の resilience や、病態、発達段階、心理・社会的問題といった参加者の背景に応じて、プログラムを計画し、実施できるようになると考える。

4. resilience が高められるプログラムの実施者

Resilience を高める教育プログラムは、1型糖尿病患者の看護、教育に精通した専門看護師と認定看護師が実施することが適任であることが、専門看護師と認定看護師への調査結果より明らかになった。

その理由として、本プログラムは心理的介入が重要であり、参加者との関係性を築く必要性があることや、プログラムの理解、1型糖尿病患者に対する理解が必要であり、臨床の看護師では実施が困難ではないのかとの結果であった。このことから、1型糖尿病患者の特徴をふまえ、専門的知識と技術に基づいた療養法を提供できる糖尿病看護の専門職である専門看護師と認定看護師が教育プログラムを実施することが適任であると考えられる。

奥井ら(2013)は、糖尿病看護認定看護師および慢性疾患看護専門看護師を対象に、所属施設で行われている2型糖尿病教育プログラムに関する質問紙調査を実施している。その結果、看護師が担当するプログラム内容は、糖尿病に関する知識など身体的な症状管理に関するものが多く、心理社会的適応への働きかけは十分ではなかったと報告している。このことからプログラム実施者のレディネスを考慮し、専門看護師、認定看護師が心理面への介入技術の獲得ができるよう、今後検討する必要があると考える。

II. プログラムの実行可能性

開発したプログラムは resilience を高める教育プログラムであり、心理面への介入が重要である。しかし、専門看護師と認定看護師への調査結果から、心理面への介入の経験が少ないことが明らかになった。プログラム実施者に心理面への介入ができるよう研修等を実施し技術の獲得ができるよう検討する必要がある。

プログラムの実施にあたっては、外来受診日にあわせて、採血結果が出るまでの時間を活用することにより、患者が参加しやすいと考える。

また専門看護師、認定看護師であれば、臨床の外来において、プログラムを実施する時間の確保が可能であると考えられ、プログラムは実行可能であると考ええる。

III. プログラムの有用性

1. 教育プログラム開発による貢献

成人期発症 1 型糖尿病患者を対象とする包括的な教育プログラムはこれまで存在していない。教育プログラムの介入により、1 型糖尿病患者に必要な知識と技術の提供ができると考える。また必要な教育を行うことで、合併症や、重症低血糖の予防に寄与できると考える。

2. 教育プログラムを活用することによる貢献

1) 成人期発症 1 型糖尿病患者への貢献

これまで成人期発症 1 型糖尿病患者の教育プログラムは報告されていない。このことから、各医療施設によって教育内容が異なっていたことが推測される。プログラムを活用することにより、1 型糖尿病患者が教育入院後、社会復帰に伴う障害が軽減することが期待できる。

また resilience は困難な状況に対処し適応するだけでなく、逆境を克服していく経験を糧に自分自身が成長できるという特性がある (Grotberg EH,2003)。1 型糖尿病になったことで経験する様々なことをポジティブにとらえ、人として成長できるよう支援することができると考える。

2) 1 型糖尿病患者に携わる専門看護師、認定看護師への貢献

教育プログラムを活用することにより、1 型糖尿病患者に携わる専門看護師と認定看護師の 1 型糖尿病患者への理解が深まり、教育的介入のスキルの向上が期待できる。1 型糖尿病患者の療養行動の獲得や、患者自身の能力の向上に寄与することが期待できると考える。

また、これまでに述べてきたように、1 型糖尿病患者に対する看護は確立されておらず、今後、resilience を高める介入の有効性を示すことができれば 1 型糖尿病患者への看護に貢献できると考える。

IV. 1 型糖尿病患者の支援への示唆

1 型糖尿病患者は、成人期から老年期までの幅広い発達段階にあつて、社会生活を営み、役割遂行といった様々な課題を抱えながら、療養生活を一生続けなければならない。

専門看護師、認定看護師は1型糖尿病患者が、療養と社会生活を営むために日々試行錯誤しながら療養行動を身に付けていくことに難渋していることを十分認識しているものの、患者本人に任せている傾向があることが、専門看護師、認定看護師への調査結果から明らかになった。これは、1型糖尿病の患者数が少ないことに加え、1型糖尿病患者は患者自らが療養行動を獲得していると医療者が認識しているためだと考える。そのため、1型糖尿病患者に対する教育的要素をもつ看護実践が発展してこなかった経緯があると推測される。

本研究ではこのような1型糖尿病患者への看護介入として1型糖尿病患者の **resilience** を高める教育プログラムを開発した。今後プログラムを実施し介入の成果が明らかになれば、1型糖尿病患者の療養法の獲得に寄与できると考える。

また、専門看護師、認定看護師が1型糖尿病患者の教育的介入におけるスキルの向上が期待できるのではないかと考える。

V. 本研究の限界

本研究は「成人期発症1型糖尿病患者の **resilience** を高める教育プログラム」を開発する研究であった。しかし開発したプログラムは、限られた看護専門職と、1型糖尿病患者による調査結果にとどまっており、プログラム介入による評価、検証には至っていない。

VI. 今後の課題

1. 教育プログラムの検証

研究者が1型糖尿病患者に、開発したプログラムを実施し、教育プログラム参加者に、質問紙調査、インタビュー調査を実施し、介入効果を検討する。

2. 教育プログラムの洗練化

1の結果からプログラムの評価時期、教育技法の組み合わせについて検討し、洗練化を図る。また、教育プログラム終了後6か月を目安に、質問紙調査を実施する予定であるが、**resilience** の変化を確認するために、評価時期を検討する必要がある。

3. 教育プログラム実施者の育成

教育プログラムは、プログラム実施者の能力が、アウトカムに影響すると考える。

本教育プログラムでは **resilience** という心理面への介入を必要とする。教育プログラム実施者である看護職は、心理的介入に対するトレーニングを受けておらず、不慣れである。今後教育プログラム実施者を対象とした、介入方法の提示や、プログラム実施者を対象とした研修の実施等を実施する必要があると考える。

4. 教育プログラムの発信

学会などを通して本プログラムを発信し、教育プログラムの改良や運営方法について検討を重

ねる必要があると考える。

また、看護職から、プログラムのフォローアップの必要性についての意見があり、今後実用化に向けた検討を行う段階で、計画していきたいと考えている。

第6章 結論

本研究は、成人期発症1型糖尿病患者が、病気の管理に必要な知識と技術を獲得し、周囲のサポートを得ながら療養行動が行え、心身の良好な状態を維持し、病気になる前の社会生活を継続できることを目的に、1型糖尿病患者のresilienceを高める教育プログラムの開発に取り組んだ。

本研究の結果、認知行動理論に基づき、文献検討、概念分析、成人発症1型糖尿病患者の療養体験に関する研究、専門看護師、認定看護師、成人期発症1型糖尿病患者への調査結果から、包括的な成人期発症1型糖尿病患者の教育プログラムを開発した。

本プログラムは、成人期発症1型糖尿病患者と、1型糖尿病患者の看護や教育に精通した看護実践者と研究者が協同して作成することにより、これまで知見がなかった成人期1型糖尿病患者の教育プログラムを完成させることができた。

専門看護師、認定看護師、成人期発症1型糖尿病患者への調査結果から、プログラムの有用性と実行可能性が示唆された。

今後、プログラムの検証を行い、臨床で活用できるように洗練化する必要がある。

謝辞

本論文を終えるにあたり、療養生活を続けられる中、当初から研究へのインタビュー調査にご協力いただきました、1型糖尿病患者会の方々に心から感謝いたします。病気をもつ自分達にできる社会貢献をしたいと、私の研究や、他の1型患者のための勉強会開催など社会活動に積極的に取り組まれている活動を通して多くのことを学ばせていただきました。

そして、研究に専念できるようご配慮いただきました、岡山大学病院看護部の皆様に深く感謝致します。

またお忙しい中、多大なるご協力を賜りました研究協力施設の看護部長様、糖尿病看護認定看護師、慢性疾患看護専門看護師の皆様、小寺亮先生、勅使河原早苗先生に深くお礼申し上げます。

本論文の研究計画書の作成段階から、論文作成の全過程においてご指導いただきました高知県立大学看護学部 藤田佐和教授、本論文の副査をして下さりご示唆を下さいました、池添志乃教授、内田雅子教授、長戸和子教授に、心から感謝いたします。

そして多忙な中、論文作成にお力添えをいただきました、大西ゆかり先生に感謝いたします。

最後に、長く見守り励ましていただいた家族に感謝いたします。

引用・参考文献

- AppathuraiBalamurugan,Robert Ohsfeldt(2006) ; Diabetes Self- management Education Program for Medicaid Recipients,The Diabetes EDUCATOR,2(6),893-890.
- 青木君恵, 田邊美佐子, 神田清子(2008) ; 病を抱える患者の生き方
・ 生きる意味をとらえた看護研究の動向と看護支援のあり方に関する課題, 群馬大学医学部保健学科, 44.
- アメリカ心理学会 (2011) ; The road to Resilience, <http://helping.apa.org/resilience>.
- アメリカ心理学会 (2012) ; NANDA- I 看護診断 2012ー2014, 医学書院.
- 有里典三(2014) ; 「スティグマの社会学」 烙印をおされたアイデンティティ, 通信教育部論集, 17.
- Brigid M Gillespie Wendy Chaboyer(2007) ; Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis, Contemporary Nurse,25,124-135.
- Beverly, Elizabeth A ; Fitzgerald, Shane (2013) ; Do older adults aged 60-75 years benefit from diabetes behavioral interventions,Diabetes Care (DIABETES CARE), 2013 Jun; 36 (6): 1501-6.
- Beverly G.Bradshaw,Glenn E.Richardson,karol kumpfer,et al(2007) ; Determing the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes, The Diabetes Educator 33,650-659.
- Caryn West, Lee Stewart(2011) ; The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry, Journal of Clinical Nursing,21,1284-1292.
- Edith Henderson Grotberg(2003) ; What is resilience?
In E.H.Groberg, Resilience for today; Gaining strength from adversity.Westport,Connecticut, PraegerPublishers,1-29.
- Erving Goffman(2001) ; スティグマの社会学 烙印を押されたアイデンティティ, せりか書房.
- 枝廣淳子 (2015) ; レジリエンスとは何か, 東洋経済新報社, 55.
- 藤原智恵子 (2009) ; 患者のレジリエンスを引き出す看護職者の支援, 看護研究,42 (1),37-44.
- 深尾篤嗣(2004) ; 糖尿病の行動療法, 日本心療内科学会誌, 8(2), 112-115.
- Grotberg,E,H(2003) ; What resilience? How Do You Promote it? How Do You Use it? 1-29.
- Gill Windle(2011) ; What is resilience? A review and concept analysis, Reviews in Clinical Gerontology, 21;152-169.
- 萩原友未, 瀧井正人(2001) ; ひとりぼっちを抱きしめて, 医歯薬出版株式会社.
- HaejungLEE,Myoung-Soo KIM(2009) ; Effects of a problem-solving counseling program to facilitate intensified walking on Koreans with type 2 diabetes,Japan Journal of Nursing Science,8,129-139.
- Hjemdel O(2007) ; Measuring protective factors,the development of two resilience scales in Norway,Child Adolesc Psychiatr Clin N Am16,303-321.
- 畑 栄一, 土井由利子(2003) ; 行動科学 健康づくりのための理論と応用, 南江堂, 24ー27.

- ・ 原 郁美, 都築繁幸;保健教育への応用を目指したレジリエンス育成プログラムに関する文献考察, 教科開発学論集, 第 1 号,225-
- ・ 廣美里, 吉田正(2012) ; 大学生のいじめを受けた経験と攻撃受動性及びレジリエンスに関する研究, 東海学校保健研究, 36(1),103-113.
- ・ 平野真理(2012) ; 生得性・後天性の観点からみたレジリエンスの展望, 東京大学大学院教育学研究科紀要,52.
- ・ 石井京子, 近森栄子(2006) ; 高齢者の介護を行う家族のレジリエンスの構造要素分析, ヒューマンケア研究, 7,64-72.
- ・ 石毛みどり, 無藤 隆(2006) ; 中学生のレジリエンスとパーソナリティとの関連, パーソナリティ研究, 14(3),266-280.
- ・ 石井京子・藤原千恵子(2007) ; 患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析, 日本看護研究学会雑誌, 30 (2) ,21-29.
- ・ 石井京子(2009) ; レジリエンスの定義と研究動向, 看護研究,142(1),5-15.
- ・ 石井京子(2011) ; レジリエンス研究の展望, 日本保健医療行動科学学会年報, 126,179-186.
- ・ 五十嵐透子(2001) ; リラクゼーション法の理論と実際,医歯薬出版株式会社,27,54.
- ・ 井澤美樹子(2010) ; 境界型糖尿病の人の受診中断をまねく認知の特徴,認知療法研究,379-387.
- ・ 石原由紀子・中丸澄子(2007) ; レジリエンスについてーその概念、研究の歴史と展望ー, 広島文教女子大学紀要, 42,53-81.
- ・ 市川大貴(2014) ; レジリエンスの変化に着目したスキルトレーニングプログラムの作成と評価, 三重大学学術機関リポジトリ研究教育成果コレクション.
- ・ 五十嵐透子(2005) ; リラクゼーション法の理論と実際, 医歯薬出版株式会社, 95-110.
- ・ 伊藤絵美(2011) ; 認知行動療法入門 BOOK2,医学書院,211-212.
- ・ 岩本安彦, 羽田勝計, 門脇孝(2013) ; 糖尿病最新の治療,52-57,南江堂.
- ・ Joyce P,Yi, Peter P.Vitaliano(2008) ; The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes, British Journal of Health Psychology,13,311-325.
- ・ Judith G.Rabkin,RobertRemien(1993) ; Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS, Hospital and Community Psychiatry 44(2),162-167.
- ・ Janyce G Dyer(1996) ; Resilience: Analysis of the concept, Archives of Psychiatric Nursing,X(5),276-282.
- ・ Jerry Edelwich,Archie Brodsky(2002) ; 糖尿病のケアリング 語られた生活体験と感情, 医学書院.
- ・ ジョナサン・S,アブラモウィッツ,高橋祥友監訳(2014) ; ストレス軽減ワークブック 認知行動療法理論に基づくストレス緩和自習書, 金剛出版.
- ・ Kathryn Mulcahy,MelindaMaryniuk(2004) ; テクニカルレビュー糖尿病セルフマネジメント教育コアアウトカム測定尺度, 看護研究, 37(6),3-26.,37(6),3-26.
- ・ Kuyken,W,,Padesky,C,A,,&Dudley,R, Collaborative care conceptualization,New York : Guilford Press,(ケイケン,W パデスキー、C,A、ダッドリー,R, 著, 大野裕監訳(2012) ; 認知行動

療法におけるレジリエンスと症例の概念化, 星和書店.

- ・ 木村 穰(2011) ; 肥満、糖尿病を有する患者のための認知行動療法, *The Japanese Society of General Hospital Psychiatry*,23(4), 348-353.
- ・ 神原知愛(2010) ; 青年期後期の挫折感に関する心理的考察—失敗観との違いに着目して, *哲学*,123,185-205.
- ・ 近藤房恵(2009) ; 腎不全患者への支援についての再考「指導」「教育」のあり方 セルフマネジメントとは何か, *臨床透析*, 25(11),1514-1518.
- ・ 日本糖尿病学会編集(2012) ; 改訂第5版糖尿病専門医研修ガイドブック.
- ・ 熊野宏明, 峯山智佳(2009) ; 糖尿病と認知行動療法, *プラクティス*, 26(1),75-80.
- ・ 川崎英二(2010) ; 解明が進む1型糖尿病の病態, *medicina*,47(12),1883-1887.
- ・ 勝山吉章, 芥川清香(2012) ; 日本の患者教育の課題に関する一考察—患者教育の歴史の変遷を中心に—,43(4),1-20.
- ・ 木村美也子(2012) ; 脆弱性とレジリエンス, *こころの科学*, 165(9),16-21.
- ・ 木村 穰(2009) ; 運動指導と認知行動療法, *臨床スポーツ医学*,26,353-357.
- ・ 厚生労働省(2012) ; 健康日本 21 (第2次) の推進に関する参考資料 www.ehealthnet.mhlw.go.jp/information/212nd/pdf/reference.
- ・ カレンライビッチ, アンドリューシャター(2015) ; レジリエンスの教科書 逆境をはね返す世界最強トレーニング, 草思社.
- ・ LutharSS,Cicchetti D&Becker B(2000) ; The Construct of Resilience:A Critical Evaluation and Guidelines for Future Works, *Child Development*,71:543-562.
- ・ LLAUARADO Gemma(2012) ; Arterial Stiffness Is Increased in Patients With Type 1 Diabetes Without Cardiovascular Disease: A potential role of low-grade inflammation,*Diabetes Care* ,35 (5),5 1083-1089.
- ・ 松田光信(2008) ; 看護師板【統合失調症患者】心理教育プログラムの基礎・実践・理論, 金芳堂.
- ・ 松本千明(2002) ; 健康行動理論 実践編, 医歯薬出版株式会社.
- ・ 森川浩子(2002) ; 全米糖尿病教育アウトカムシステム実践への適応, *プラクティス*,19(5),557-563.
- ・ 森敏昭・清水益治 (2002) ; 大学生の自己教育力とレジリエンスとの関係, *学校教育実践学研究*,8,179-187.
- ・ Marie Earvolino-Ramirez(2002) ; Resilience: A concept analysis, *Nursing Forum*, 42(2) ,73-82.
- ・ Michael Neenan(2015);あなたの自己回復力を育てる, 三報社印刷.
- ・ 森川浩子(2004) ; 糖尿病アウトカムに関する研究の動向と今後の課題, *看護研究*,37(6),45-61.
- ・ 森川浩子(2005) ; AADE 糖尿病教育アウトカム指標とは何か, *プラクティス*,22(1),113-117.
- ・ Michiko Moriyama(2009) ; Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: results of a 12 month trial,*Japan Journal of Nursing Science*, 6, 51-63.
- ・ Martha M. Funnel 訳黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 佐賀純子(2004) ; 糖尿病教育および心里社会的介入におけるアウトカム, *看護研究*, 37(7),9.
- ・ Martha M. Funnel(2010) ; National standards for diabetes self- management

education,DIABETESCARE,33(SUP),89-96.

- ・ 三宅広美(2010) ; レジリエンスに着目した大学生のパーソナリティ理解 文章完成法と半構造化面接による検討,創価大学大学院紀要 32, 355-384.
- ・ Marisa E,Hilliard・Michael A(2012) ;Diabetes Resilience A Model of Resk and Protection in Type 1 Diabetes, Current Diabetes Reports,12,739-748.
- ・ 森山敬子, 杉田 聡(2007) ; 成人期発症 1型糖尿病女性の疾病受容に関する研究－健康生成論を用いた分析－,保健医療社会学論集,18(1),51-62.
- ・ Prochaska,J.O.,Norcross,J.C., &DiClemente, C.C.(1994) ; Changing for good, New York, William Morrow (中村正和監訳 2006 チェンジング・フォー グッド 法研)
- ・ 中村正和(2005) 繰り返し逆戻りから学ぶ Changing for good,東京,法研,p270-295.
- ・ William MorrowSerena Gordon(2012) ; Diabetes Can Take a Toll on Your Emotions,Diabetes Technology & Therapeutics.
- ・ Takashi Murata,Kentaro Okazaki, Katsuyuki Yanagisawa(2013) ; Glucagon underutilized among type 1 diabetes mellitus patients in Japan,Diabetes Technol Ther,15(9),748-750.
- ・ 瀧井正人(2011) ; 糖尿病の心療内科的アプローチ, 金剛出版,48.
- ・ 辻本哲郎(2016) ; 患者管理のポイントー質の高い糖尿病治療に向けて 重症低血糖を避けるコツ,糖尿病治療薬 Update,116-119,医学書院.
- ・ 南 裕子監訳 (2001) ; 慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点, 医学書院.
- ・ 小塩真司・中谷素之(2002) ; ネガティブな出来事から立ち直りを導く心理的特性 精神的回復力尺度の作成, カウンセリング研究 35,57-65.
- ・ NazliAtak,TanluGurkan(2005) ; The effect of education on knowledge, self managementbehaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes,Australian Journal of Advanced Nursing,26(2),66-74.
- ・ 中野真寿美, 森山美知子(2007) ; 糖尿病患者教育の標準化/適正化に向けた療養指導体制の実態調査, 広大保健学ジャーナル,6(2),118-125.
- ・ 新田紀枝・河上智香(2010) ; 看護職者による患者家族のレジリエンスを引き出す支援とその支援に影響する要因, 家族看護学研究,16(2),46-55.
- ・ 布谷麻耶, 鎌倉やよい(2012) ; クロウン病患者への食事指導プログラムの開発と有効性の検証, 日本看護科学会誌, 32(3),74-84.
- ・ 長内綾,古川真人(2004) ; レジリエンスと日常的ネガティブイベントとの関連,昭和女子大学生生活心理研究所紀要,7,28-38.
- ・ 村上美華,梅木彰子,花田妙子(2009);糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因,日本看護研究学会雑誌,32(4),29-38.
- ・ 日本慢性疾患セルフマネジメント協会編,Kate Loring 他(2008) ; 病気とともに生きる,日本看護協会出版会.
- ・ 岡野憲一郎(2009) ; 心的外傷とレジリエンスの概念, ト라우マティックス・ストレス,7(2),52-60.
- ・ 大谷喜美江・荒木田美香子(2011) ; 20代女性労働者の精神的健康の実態とレジリエンスの関係,産

業精神保健 19(3),188-203.

- ・ 尾野明未,茂木俊彦(2011) ; 障害児をもつ母親の子育てレジリエンスに関する研究,心理学研究,2,67-77.
- ・ 大久保麻矢,杉田理恵子(2012) ; 看護学分野におけるレジリエンス研究の傾向分析,目白大学健康科学研究,5,53-59.
- ・ 尾野明未,奥田訓子(2012) ; 子育てレジリエンス尺度の作成,ヒューマンケア究,12(2),98-108.
- ・ 奥井良子,白水真理子,杉本知子,間瀬由記他(2013) ; 糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師所属施設における2型糖尿病患者に対する糖尿病教育プログラムの実態(第2報)ー看護師の関わりと連携の認識に焦点を当ててー,日本糖尿病教育・看護学会誌 17(2),125-132.
- ・ ピースマインド・イーブ株式会社(2014) ; レジリエンスビルディング「変化に強い」人と組織のつくり方,英治出版.
- ・ 小野百合(2007) ; Q&A でわかる SMBG のすべて カーボカウントから無自覚性低血糖まで,診断と治療社.
- ・ Roberta L.Woodgate(1999) ; A Review of the Literature on Resilience in the Adolescent With cancer:Part II , Journal of Pediatric Oncology Nursing,16(2),78-89.
- ・ 酒井真由美,澤田愛子,広瀬幸美(2003) ; 青年期発症1型糖尿病患者における「希望」の構成要素と看護的支援,富山医科薬科大学看護学会誌,5(1),49-58.
- ・ 佐野玉季,島田昌子(2003) ; 糖尿病患者の教育入院プログラム作成と評価,山梨大学看護学会誌,2(1),35-41.
- ・ 酒井真由美,澤田愛子(2003) ; 青年期発症1型糖尿病患者における「希望」の構成要素と看護的支援,富山医科薬科大学看護学会誌,5(1),49-59.
- ・ 佐藤琢志,裕宗省三(2009) ; レジリエンス尺度の標準化の試み,看護研究,42(1),45-52.
- ・ 斉藤敦子(1995) ; ワークブック カウンセリングを学ぶ,医学書院.
- ・ 庄司順一(2009) ; レジリエンスについて,人間福祉学究,2(1),35-47.
- ・ 白石大介(2001) ; 対人援助技術の実際 面接技法を中心に,創元社.
- ・ 佐野玉季(2003) ; 糖尿病患者の教育入院プログラム作成と評価,山梨大学看護学会誌,2(1),35-41.
- ・ S.ヴォーン,J.S.シューム,J,シナグブ(1999) ; グループ・インタビューの技法,慶應義塾大学出版会.
- ・ 洪倉崇行(2010) ; レジリエンスと子どもの成長,体育の科学,60(1),33-37.
- ・ Stuart tousman(2007) ; Depelopment, Implementation and Fvaluation of a New Adult Asthma Self-Management Program,Journal of Community Health Nursing,24(4),237-251.
- ・ 砂賀道子,二渡玉江(2011) ; がん体験者のレジリエンスの概念分析,北関東医学,61(2),135-143.
- ・ 杉本知子,白水真理子,間瀬由記,奥井良子,米田昭子,兼松百合子(2014) ; 糖尿病看護の高度実践者による高齢者への糖尿病教育プログラム実施上の影響要因と工夫ー成人との比較ー,日本看護科学会誌,34,113-122.
- ・ Susan Alexander(2011) ; Implementation of Customized Health Information Technology in Diabetes Self Management Programs,Clinical Nurse Specialist,63-70.

- ・ Shirley M.Ziegler 編, 竹尾恵子監訳(2002);理論にもとづく看護実践 心理学・社会学の理論の応用, 31-55, 医学書院.
- ・ 塚野弘明(2015); 認知行動療法の理論と基本モデル,岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要,14,451-459.
- ・ 坂野雄二, 前田基成(2003);セルフ・エフィカシーの臨床心理学, 北大路書房, 56.
- ・ 白石裕子(2014); 看護のための認知行動療法, 金剛出版, 17.
- ・ 清野純子・森和代(2012); 看護師のレジリエンスに影響する要因の検討, 日本ウーマンズヘルス学会誌,11 ,127-134.
- ・ 祐宗省三(1985); 社会的学習理論の新展開,金子書房.
- ・ 高見知世子, 森山美知子(2008); セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした2型糖尿病疾患管理プログラムの開発過程と試行の効果, 日本看護科学学会誌,28(3),59-68.
- ・ 竹中晃二(2001); 行動理論および認知行動理論, 日本体育協会スポーツ医・科学研究報告,2001(2),77-80.
- ・ 高樽由美, 藤田佐和(2016); 成人期発症1型糖尿病患者の療養体験に関する研究, 日本糖尿病教育・看護学会誌 投稿中
- ・ 富樫智子(2004); 自己効力を高める糖尿病教育プログラムの評価, 日本糖尿病教育・看護学会誌,8(1),2004.
- ・ 塚本尚子(2005); 中範囲理論入門, 日総研,285-291.
- ・ Thomas Kubiak (2006); Evaluation of a self-management-based patient education program for the treatment and prevention of hypoglycemia-related problems in type 1 diabetes, Patient Education and Counseling,60,228-234.
- ・ 富川順子(2008); 統合失調症をもつ人の resilience —概念の検討—, 高知女子大学紀要 看護学部編 58(53),53-74.
- ・ 田中千晶,児玉憲一(2010); レジリエンスと自尊感情、抑うつ症状、コーピング方略との関連,広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要,9,67-79.
- ・ 田中克子(2012); 1型糖尿病女性が妊娠・出産に臨むための教育プログラムの開発と検証, 大阪医科大学雑誌, 71 (3) ,69-81.
- ・ 谷口清弥・宗像恒次(2010); 看護師のレジリエンスにおける心理行動特性の影響—共分散構造分析による因果モデルの構築—, 日本精神保健社会学会年報, 16,62-70.
- ・ 谷口 洋(翻訳), 北岡 治子(翻訳), Daniel J.Cox(2004); 血糖認識トレーニング, 診断と治療社 .
- ・ 武政奈保子(2011); 災害ボランティアを行った被災地域住民のレジリエンス, 東都医療大学紀要 1(1),15-24.
- ・ 武政奈保子, 高橋フミエ(2012); 自己健康管理行動に対するレジリエンス関連尺度の妥当性の検討, 東都医療大学紀要,2(1),8-17.
- ・ 玉上麻美(2012); 不妊治療後に流産を経験した女性の態度とレジリエンスに関する研究, 母性衛生,53(1),55-64.
- ・ 薄井千恵子・永田俊明(2008); レジリエンスと罪責感, 心理臨床学研究,25(6),625 -635.
- ・ 浮ヶ谷幸代(2004); 病気だけど病気ではない 糖尿病とともに生きる生活世界,誠信書房.

- ・ ウィレム・クイケン, クリスティーン・A・パデスキー, ロバート・ダッドリー著 ; 荒井まゆみ, 佐藤美奈子訳(2012) ; 認知行動療法におけるレジリエンスと症例の概念化, 星和書店, 12,149.
- ・ 祐宗省三, 原野広太郎, 柏木恵子, 春木豊(1985) ; 社会的学習理論の新展開, 金子書房.
- ・ 山田富美雄, 大井紀代(2003) ; 難病患者の QOL 向上を目的としたストレスマネジメント教育プログラム, 9(1),25-37.
- ・ 山口曜子(2008) ; 糖尿病患者教育の変遷とその課題, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 4,1-8.
- ・ 山口曜子(2010) ; 2型糖尿病をもつ有職患者への行動意思を促進するクリニックでの糖尿病教育プログラム, 日本看護研究学会雑誌,33(5),65-74.
- ・ 山岸明子, 寺岡三左子(2010) ; 看護援助実習の受け止め resilience (精神的快復力) 及び自尊心との関連, 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究,6 (1) ,1-10.
- ・ 山下真裕子・甘佐京子(2011) ; レジリエンスにおける心理的ストレス反応低減効果の検討, 日本精神保健看護学会誌, 20(2),11-20.
- ・ 八木剛平, 加藤 敏(2011) ; レジリアンス, 金原出版株式会社.
- ・ 吉野 都, 江藤宏美(2010) ; Breast Awareness 支援のプログラム開発とプロセス評価, 日本助産学会誌, 24(2),375-385.
- ・ 祐宗省三(1985) : 社会的学習理論の新展開, 金子書房.
- ・ Werner,E,E(1993) ; Risk resilience and recovery,Perspectives from the Kauai longitudinal study, Development and Psychopathology,5,505-513.

資料 1 慢性疾患教育プログラム

	プログラム名	目的	対象者	プログラム内容	評価項目/測定用具
①	Blood glucose awareness training(BGAT)	低血糖, 高血糖を認識することを助ける	1型DM *CSII導入 前患者	血糖認識トレーニング, 血糖の変化による身体症状, 気分と感情, 食事内容とインスリン量	低血糖、高血糖症の有無, 低血糖、高血糖時の判断, 自動車違反の減少, QOL
②	Diabetes Mellitus intervention program for glucose reduction and lifestyle improvement "MIRAI"	血糖値の低下と生活様式の改善を図る	2型DM (合併症がない) IGT	<3日入院> 糖尿病の検査, 生活スタイルの自己管理教育, 生活スタイルに対する目標を検討, 検査結果の説明 <6カ月後電話カウンセリング> 個々の患者についてケースカンファレンスを実施, セルフチェックシートに関する医療者の助言	75g OGTT, HbA1c, 体重糖尿病知識テスト, 健康習慣指数 (health practice index), DQOL, self efficacy
③	Dose Adjustment for Normal Eating (DAFNE)	炭水化物量のインスリン量を管理する	1型DM *CSII導入 前患者	5日間のプログラム 知識の提供, カーボカウント, インスリン量の調整, 苦悩, 抑うつ, 不安の軽減	HbA1c, 体重, 重症低血糖発症回数, DKA 発症回数, PAID, HADS, QOL, 食の自由
④	難病患者のQOL向上を目的としたストレスマネジメント教育プログラム	神経系難病患者のQOLの向上	難病患者	ストレスの原因となるストレスサー、ストレス反応への気づきの促進、対処の癖への気づき、ストレスのコントロール、 ストレス緩衝要因の指導、リラクゼーションスキル、グループワーク	ストレスマネジメント、セルフエフィカシー、SF36、ストレスマネジメントの知識、考え方の変化、リラクゼーションに伴う感情の変化、各種ストレスマネジメントスキルの獲得
⑤	全米糖尿病セルフマネジメント教育DSME	糖尿病セルフマネジメントのために知識、技術と必要な能力を促進する	DM患者	知識提供(糖尿病の徴候, 低血糖症と高血糖, フットケア, シックデイ, 低・高血糖時の問題解決・自己血糖測定, 糖尿病合併症のリスクの回避, 食事療法), 技術提供(インシュリン投薬量調整, 血糖モニタリング), 情意(疾患と共に生きる)	短期・中期・中長期・長期にわけて評価 臨床指標(HbA1c, 血圧, 血清脂質, 眼の検査, 足の検査), 禁煙, 健康状態, QOL, 欠勤か不登校の日数, 糖尿病合併症, 医療費
⑥	自己効力を高める糖尿病教育プログラム	臨床指標の改善と自己効力を高めることに効果があるかどうか	DM患者	知識の提供, 実技、手技獲得への援助, 言語的説得, モデリング, スモールステップ法を取り入れた介入	HbA1c, FPG, BMI, 食事の自己効力感
⑦	Self management behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes	知識、セルフマネジメント行動とセルフエフィカシーを取り入れた患者教育の効果を評価する	2型DM	知識の提供, 血糖セルフモニタリング, 高血糖症, 運動, 食事, 体重管理, 合併, フットケア	生化学的評価, BMI, 合併症の発症, 知識に対するテスト(アンケート調査), 自己効力

	プログラム名	目的	対象者	プログラム内容	評価項目/測定用具
⑧	Self-management-based patient education program	低血糖症状の改善、予防	罹病期間の長い1型DM入院患者	低血糖症時の対処, 低血糖症認知のメカニズム, 無自覚性低血糖症の原因, 健康信念とセルフマネジメント	重篤な低血糖症の減少, HbA1c, 低血糖の発症の有無, 低血糖の認識, IPC アンケート
⑨	Diabetes Self-management Education Program	糖尿病セルフマネジメント教育プログラムの評価	2型DM	栄養と自己業務管理に関する12時間のグループ教育。糖尿病教育はグループ・セッションを通して提供される。カリキュラム(糖尿病疾病経過, 栄養, 身体活動, 薬物, 急性合併症、慢性合併症, 目標設定と問題解決, 社会心理的調整, 妊娠と妊娠糖尿病について)	HbA1c, プロセスと参加者の臨床転帰, ヘルスケア費用の評価結果
⑩	乳癌術後のリンパ浮腫に対するナーシングリンパドレナージブプログラム	患者自身の症状管理能力を引き出すリンパ浮腫を抱える乳がんサバイバーのQOLの向上	リンパ浮腫患者5名	リンパ浮腫のケアに関する、知識・技術・看護サポートを3週間実施	浮腫減少率、QOL 尺度、上肢のADL 評価尺度、セルフケア能力、リンパ浮腫側の上・前腕部の容積の測定
⑪	Adult Asthma Self-Management Program	参加者自らが問題を解決し、自己効力を高めるために使用することができる知識を得る	喘息患者	複数の職種によるチーム介入喘息知識, 喘息薬物, PEFのモニタリング, 喘息悪化予防の予防, 症状緩和の管理, グループワークにて参加者の体験を共有する	PEF 率, 喘息悪化の有無, 喘息知識値, QOL, 行動変化
⑫	セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした2型糖尿病疾病管理プログラム	外来教育において行動変容を促し、臨床アウトカムの向上を目指す	2型糖尿病(外来患者36名)	①教育内容(食事・運動・薬物管理・合併症予防・禁煙・節酒・ストレスマネジメント・気分のおちこみへの対処) ②現在の行動の分析と目標設定 ③セルフモニタリング④行動変容をきたすための認知行動療法, (長期目標設定・短期目標設定・検査データの評価・健康信念モデルによる動機づけ・日々の体重計測と目標達成率のモニタリング・スモールステップ法・認知再構成法・習慣拮抗法	身体的指標(血圧・体重・HbA1c・総コレステロール・中性脂肪), 心理社会的指標(SE・PAID・WHO-QOL), 心理的準備状態(変化ステージ), 目標達成度, 医療経済効果(受診状況)
⑬	クローン病患者への食事指導プログラム	クローン病患者が症状の寛解を維持し、食事満足度が向上する	クローン病患者	セルフモニタリング, 医療者による評価のフィードバック	体験行動の頻度, 身体症状, 検査データ, 食事満足度

⑭	セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラム	セルフマネジメント能力の獲得によって生活スタイルの是正と冠危険因子の除去を図る	虚血性心疾患患者 46 名	①行動の分析と目標設定②教育内容 (本人:食事・運動・禁煙・節酒・服薬管理・ストレスマネジメント・恐怖と不安への対処とプラス思考・緊急時の対応) ③教育内容 (家族:救急蘇生・長く支援していくための方法) ④セルフモニタリグ⑤スキル (意思決定や問題解決に必要な技術の学習・挫折感やマイナス思考を修正する技術の学習)	生理的指標 (血圧管理・脂質管理・血糖管理), 目標達成率 WHO-QOL, 心理的準備状態 (変化ステージ), 目標達成率, 特性的自己効力感尺度, Whooley 尺度
⑮	「DESMOND (diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed)」	患者自身の健康リスクを確認して、患者自身のゴールを決めるのを助ける 患者の主体性を尊重しながら自己管理を柱とする教育指導	2 型 DM 診断されてから 12 カ月以内	糖尿病を管理する主要な方法, 糖尿病の結果と糖尿病があることからの個人の危険, 糖尿病のコントロールを改善するために行動を起こす方法, 糖尿病患者のための食物選択, 身体活動と糖尿病, ストレスと感情と糖尿病	HbA1c, 体重, 血圧, 血清脂質, 喫煙習慣, 身体活動, QOL, 心理的苦痛, 抑うつ症状
⑯	2 型糖尿病の自己管理教育プログラムの有効性: 12 ヶ月の実験の結果	患者自身が 2 型糖尿病の自己管理と維持にまつわる行動を障害するものや感情をうまく対処すること	2 型糖尿病	教育 (病気と自己管理における基本的知識), 長期・短期目標の設定, 糖尿病合併症予防, 落ちこみに対する対処, セルフモニタリング法の習得・認知行動療法, 生活技能訓練, 認識再建法	生理的指標 (体重・腹囲・血圧・脂質・血糖, HbA1c), 目標達成率, WHO-QOL26, 心理的準備状態 (変化ステージ), 自己効力感尺度
⑰	問題解決カウンセリングプログラム	歩行を増進することを促進するプログラムの BMI、血糖管理、血管合併症に及ぼす介入効果	2 型糖尿病 57 人	12 週間の介入 ①グループワーク (セルフケア不足で経験した問題について検討), ②心拍数モニターを利用したウォーキング	BMI, 血糖値, HbA1c, 合併症評価, コレステロール, HDL-C, LDL-C, 中性脂肪, 心血管危険インデックス, CRP, コーピングスケール
⑱	有職患者への行動意思を促進する糖尿病教育プログラム	知識の提供と認識の修正を行い、血糖自己管理行動の行動意思を促進する	2 型 DM	知識の提供, 実技・手技獲得への援助, 生活習慣改善への動機づけ, 食事と運動療法の知識、技術の提供	糖尿病自己効力感, 空腹時血糖, HbA1c, 総コレステロール, 中性脂肪, BMI
⑲	1 型糖尿病女性が妊娠・出産に臨むための教育プログラム	1 型糖尿病女性の妊娠・出産を支援する教育プログラム	1 型 DM 女性	①DVD による教育介入 ②教育プログラムの目的に合ったテーマで個別面接	ソーシャルサポート尺度, 糖尿病自己効力感尺度, 糖尿病自己管理尺度, 包括的健康関連 QOL 尺度 SF-36, BMI, HbA1c, GA, 総コレステロール, 中性脂肪, HDL-C, LDL-C

⑳	The tayside insulin management course(TIM)	効果的なインスリン管理教育	1型DM	インスリン管理	BMI,HbA1c,インスリン量の変化,重症低血糖の頻度 lipohypertrophy 出現の有無
㉑	Diabetes Self-Management Education and Training 糖尿病セルフマネジメント教育およびトレーニング	前糖尿病および糖尿病のセルフケアに必要な知識、技術、能力を得るために行う総合的なカリキュラム	糖尿病	①糖尿病の経過と治療選択枝 ②健康的なライフスタイル③血糖値のモニタリング④糖尿病合併症の予防、発見、治療、意思決定のための個別の戦略の形成	血糖値の改善 糖尿病にかかる医療費の削減

資料 2 resilience プログラム

No	プログラム名	目的	対象者	プログラム内容	効果
①	Promoting Adult Resilience Program (PAR)	成人のレジリエンスを促進する	地方政府機関職員 人事部社員	7週間-11週間のプログラム 6ヵ月のフォローアップ 1時間 グループ形式 ・強みとレジリエンス ・冷静・穏やか ・自己陳述 ・問題解決（ワークライフバランス） ・対立の対処と予防	自己効力感, ワークライフバランスの向上, ストレス・抑うつ の低下, 仕事への満足度 やる気・楽観的な考 え方の増加
②	SMART プログラム	ストレスと不安を減少させるためのレジリエンス訓練	医師	<SMART プログラム> ・1回 90分の個別訓練 ・2時間の訓練を含む Stress Management、呼吸法 Resiliency Training	レジリエンス、ストレス、不安、QOL の改善
③	ウォークスルーレジリエンスモデル	帰還兵の PTSD 予防 家族関係の向上目的	軍人 その家族	紛争地域に送られる兵士たちが精神疾患の発症を最小限に留め、そのリスクを回避するための試み オンライントレーニング	
④	Diabetes Coaching Program (DCP)	プログラムの有効性を評価する	2型糖尿病患者 16名	4週間のレジリエンス教育と栄養教育	エンパワメント, セルフマネジメント, BMI, 血糖値, HbA1c, 総コレステロール, LDL-C の改善
⑤	Rochester Child Resilience Project (RCRP)	都市に住む子供のレジリエンス 自己効力感 自尊心を高める	小学生 (4-6年生)	ゲームや活動、ロールプレイなどを用いた 12 のセッション 学校で実施 ・自己理解 ・自己表現 ・対人的問題解決 ・セルフエスティーム	学習に関する問題や課題への志向性, 自己効力感に効果
⑥	The PORT-able approach	薬物などの健康に関する問題行動の減少	小学生	子供達の興味や強さを育てるためのレジリエンス教育 参加→観察→反映→変化の一連の流れ ・意思決定 ・情動理解	長期的に他者への関心や葛藤解決スキル, 内的なローカスオブコントロール, 自己効力感, 意思決定スキルの向上
⑦	KID CARE	飲酒や薬物乱用を減らす レジリエンスの育成	小学校 1~6年生	小学校 6年間を通して、活動やゲーム、議論を通して行う (1年生) 協力 (2年生) 自己、他者、持ち物への尊敬 (3年生) 他者へのサポート (4年生) 強さに目を向ける (5年生) 意思決定, 断るスキル (6年生) 自分の長所を友人に提供する	ハイリスクな児童において友人関係が改善
⑧	Resiliency Fostering Curriculum	レジリエンスの育成 ポジティブな要因を強化	小学生	・レジリエンスの理解 ・自身のレジリエントな性質を見つける ・レジリエントな関係の基礎	自己効力感や意思決定スキルが上昇

		し、心と体と精神の健康的な統合を目的としている		を発展させる ・夢の力を認識する ・レジリエンスのパラダイムの理解 ・レジリエンススキルの発達 ・生涯レジリエンスを志向した道をとる	
⑨	ストレングス・ベースド・レジリエンス・プログラム (SBRP)	レジリエンスの啓発	成人	・ポジティブ感情/ネガティブ感情の理解・自分の思考スタイルを理解する (ATC モデル) ・非生産的な Fast 思考 (直観的・感情的な連想に基づく判断) の理解と対処法 ・実際のケースを活用した実践トレーニング	困難な状況に直面しても、現実を適切に認識できる, 自分の行動をコントロールできる, 自分が本来持っている強みを活用し目標に向かうエネルギーを高める
⑩	レジリエンスビルディング	レジリエンスを高める	成人	・自分の軸 ・人とのつながり ・しなやかな思考 ・対応力 ・セルフコントロール ・ライフスタイル	

資料3 研究協力者の概要

ケース	年代	性別	療養期間	病気のタイプ	治療法	職業の有無	参加回数
A	40代	女	10年	劇症	CSII	有	5回
B	60代	男	20年	劇症	MDI	有	5回
C	30代	女	4年	急性	CSII	有	3回
D	60代	男	3年	劇症	CSII	有	2回
E	60代	女	10年	緩徐進行	MDI	無	2回
F	40代	男	0.7年	劇症	MDI	有	1回
G	20代	男	1年	緩徐進行	MDI	無	1回
H	50代	女	1年	緩徐進行	MDI	不明	1回
I	50代	女	1.5年	緩徐進行	CSII	無	1回
J	50代	女	2年	劇症	CSII	有	1回
K	70代	男	10年	劇症	CSII	有	1回
L	60代	男	34年	不明	CSII	無	1回

資料4 成人1型糖尿病患者の療養体験

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
病気がわからない ことに対する不安	病気の見通しがたたない	病気がわからない あまり深刻ではない病気の受け止め 衝撃的な病のはじまり
	糖尿病の診断に困惑する	思いがけない糖尿病の診断を受ける
	社会復帰に向けた不安	退院後の血糖管理における不安 職場復帰にむけた不安
試行錯誤しながら療養に 取り組む	療養に必要な情報を得る	情報を収集する 同病者の血糖管理方法を知る 自分の療養方法を確認する
	食べることの煩わしさ	食べることに伴う作業に負担を感じる 食べることを意識しなくてはならない 食べ過ぎることに罪悪感をもつ
	血糖管理における苦悩	血糖コントロールを目指して努力する 低血糖に伴う不快感 血糖管理に伴う苦痛
	心の中で葛藤する	療養方法を考えることの戸惑い 治療方針に疑問を感じる
療養と折り合いをつける	療養体験から気づく	自己の血糖値の判断基準をもつ 自分の血糖パターンに気づく インスリンが不可欠な身体を実感する 経験から療養法を学習する サポートの存在を実感する 生きることに對する考え方の変化
	テーラーメイドの療養法を見出す	低血糖を回避するための取り組み 病気の理解者を増やす 自分の療養法に対する信念 血糖値を合わせることに楽しさを見出す 食べたい物を食べるために工夫する インスリンを節約する 記録を振り返る
	療養が生活の一部になっていく	生活の中に療養がなじんでいく
社会生活の中で療養する ことの困難さ	病気を理解してもらえない	2型糖尿病と混同される 見た目にはわからない病気 重病人に見られることに抵抗がある
	病気に対する偏見を意識する	インスリンに対する社会の偏見を意識する 糖尿病であることを知られるのを嫌がる
	低血糖の対応に注意をはらう	予測できない低血糖出現の不安 周囲に迷惑をかけたくない
将来の見通しの曖昧さ	将来への不安	死を身近に感じるようになった 将来に対する漠然とした不安 認知症発症の不安 療養がおろそかになっていくことに対する不安 経済的負担
	医学の進歩に対する期待	医学の進歩を実感する インスリンポンプの利便性を実感する

これからプログラムに参加される方へ

1. あなたが今もっている資源や力についてお聞きします。

右の線の 1（いいえ）から 4（はい）の中から、今のあなたに一番近い数字に○をつけて下さい。あまり考え込まず、気軽にお答え下さい。

	どちらかと		どちらかと	
	はい	はい	いいえ	い
いえ				
・問題が起こったとき自分で解決できる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・困難な問題が起こった時でも解決する努力をする	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・自分でコントロールできない問題は考えない ようにする	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・困難な状況でも将来よくなると思うことができる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・将来について心配がない	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・まわりの人とよいコミュニケーションがとれている	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・相手の様子からその人の気持ちを察することができる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・みんなの前で自分の意見を言うことができる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・自分の強みや長所を理解している	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・自分の強みや長所を活用できている	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・自分らしさを大切にしている	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・物事を前向きに考えることができている	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・自分に自信をもつことができている	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・困った時には助けを求めることができる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・困った時に相談できる人、あるいは場所がある	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・嫌なことがあっても自分の感情をコントロールする ことができる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・不安や緊張の中でも普段と変わらない行動ができる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・周囲の反応を恐れることなく、自分の意見や感情を 表現できる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
・自分が何を考え、それがどんな風に自分の気持ちに 影響するのか理解することができる	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>

2. あなたがストレスを感じた時にとる行動や、考え方であてはまるものにチェックして下さい。

- 問題の原因を見つけようとする
- 情報を集める
- 信頼できる人に解決策を相談する
- 何とかかなると思う
- 自分にはよい経験だと思ふようにする
- 大した問題ではないと考えるようにする
- 何もせず自然の成り行きにまかせる
- こんなこともあると思つてあきらめる
- 気分転換を試みる

3. 糖尿病の知識についてお聞きします。

右の線の1（いいえ）から4（はい）の中から、あてはまる数字に○をつけて下さい。

	どちらかと いうと		どちらかと いうと	
	はい	はい	いいえ	いいえ
・糖尿病合併症の知識がある	4	3	2	1
・低血糖を予防する方法を知っている	4	3	2	1
・低血糖症状が起こった時に対処することができる	4	3	2	1
・高血糖を予防する方法を知っている	4	3	2	1
・高血糖が起こった時に対処することができる	4	3	2	1
・血糖値に基づいたインスリンの調整がわかる	4	3	2	1
・体調の変化により血糖値を認識することができる	4	3	2	1
・車の運転時に注意する必要があることを理解できる	4	3	2	1
・車の運転時に血糖値を管理する方法を知っている	4	3	2	1
・血糖測定結果からの血糖値の値について原因を考えることができる	4	3	2	1
・生活の中で療養するうえでリスクとなる行動についてわかる	4	3	2	1
・無自覚低血糖の原因について知識がある	4	3	2	1
・食品と血糖変動の関係がわかる	4	3	2	1
・食品に含まれる炭水化物量がわかる	4	3	2	1

資料 5-② 質問紙評価用紙

プログラムを終了された方へ

1. あなたが今もっている資源や力についてお聞きします。

右の線の 1（いいえ）から 4（はい）の中から、今のあなたに一番近い数字に○をつけて下さい。あまり考え込まず、気軽にお答え下さい。

	どちらかと いうと		どちらかと いうと	
	はい	はい	いいえ	いいえ
・問題が起こったとき自分で解決できる	4	3	2	1
・困難な問題が起こった時でも解決する努力をする	4	3	2	1
・自分でコントロールできない問題は考えないようにする	4	3	2	1
・困難な状況でも将来よくなると思うことができる	4	3	2	1
・将来について心配がない	4	3	2	1
・まわりの人とよいコミュニケーションがとれている	4	3	2	1
・相手の様子からその人の気持ちを察することができる	4	3	2	1
・みんなの前で自分の意見を言うことができる	4	3	2	1
・自分の強みや長所を理解している	4	3	2	1
・自分の強みや長所を活用できている	4	3	2	1
・自分らしさを大切にしている	4	3	2	1
・物事を前向きに考えることができている	4	3	2	1
・自分に自信をもつことができている	4	3	2	1
・困った時には助けを求めることができる	4	3	2	1
・困った時に相談できる人、あるいは場所がある	4	3	2	1
・嫌なことがあっても自分の感情をコントロールすることができる	4	3	2	1
・不安や緊張の中でも普段と変わらない行動ができる	4	3	2	1
・周囲の反応を恐れることなく、自分の意見や感情を表現できる	4	3	2	1
・自分が何を考え、それがどんな風に自分の気持ちに影響するのか理解することができる	4	3	2	1

2. あなたがストレスを感じた時にとる行動や、考え方であてはまるものにチェックして下さい。

- 問題の原因を見つけようとする
- 情報を集める
- 信頼できる人に解決策を相談する
- 何とかかなると思う

- 自分にはよい経験だと思えるようにする
- 大した問題ではないと考えるようにする
- 何もせず自然の成り行きにまかせる
- こんなこともあると思ってあきらめる
- 気分転換を試みる

3. 糖尿病の知識についてお聞きします。

右の線の1（いいえ）から4（はい）の中から、あてはまる数字に○をつけて下さい。

	どちらかと		どちらかと	
	はい	いいえ	はい	いいえ
・糖尿病合併症の知識がある	4	3	2	1
・低血糖を予防する方法を知っている	4	3	2	1
・低血糖症状が起こった時に対処することができる	4	3	2	1
・高血糖を予防する方法を知っている	4	3	2	1
・高血糖が起こった時に対処することができる	4	3	2	1
・血糖値に基づいたインスリンの調整がわかる	4	3	2	1
・体調の変化により血糖値を認識することができる	4	3	2	1
・車の運転時に注意する必要があることを理解できる	4	3	2	1
・車の運転時に血糖値を管理する方法を知っている	4	3	2	1
・血糖測定結果からの血糖値の値について原因を考えることができる	4	3	2	1
・生活の中で療養するうえでリスクとなる行動についてわかる	4	3	2	1
・無自覚低血糖の原因について知識がある	4	3	2	1
・食品と血糖変動の関係がわかる	4	3	2	1
・食品に含まれる炭水化物量がわかる	4	3	2	1

資料 6 プログラム実施者評価用紙

セッション	達成目標		評価				評価理由・コメント	次回の方向性
			できている	どちらかというくらいできている	どちらかというくらいできていない	できていない		
第1回	療養に必要な知識と技術の習得ができる	療養に必要な知識の習得ができる						
		療養に必要な技術の習得ができる						
第2回	問題解決する力が高まる	問題が起こった時の自分の思考や行動パターンを理解することができる						
		ストレスからくる心身の影響について理解することができる						
第3回	人との良好な関係を構築する力が高まる	ストレスの解消法について理解することができる						
		人との良好な関係を構築する必要性が理解できる						
第4回	精神的ダメージからの回復が早まる	社会的支援の必要性が理解できる						
		自己に対する適切な評価ができる						

病気とうまく向き合うための パンフレット



1 回目	セッション No		月 日	2 回目	セッション No		月 日
3 回目	セッション No		月 日	4 回目	セッション No		月 日

目次

プログラムの説明 1

レジリエンスとは

セッション1 病気の理解と取り組み

1. 病気の理解
2. 異常時の対応
3. 血糖値の認識
4. 生活にインスリンをあわせる

セッション2 ストレスのコントロール方法

1. 問題解決の方法
2. 感情のコントロール方法
3. ストレスの解消法

セッション3 療養と社会生活の両立に向けて

1. 他者との関係の築き方
2. 1型糖尿病患者のネットワーク
3. 自己肯定感について

セッション4 病気との向き合い方

1. 病気についての社会的理解
2. 血糖管理を犠牲にしない生活に向けて
3. 病気になったことに伴う変化

巻末資料

- Q & A
- ・ 外食時の対応
 - ・ 血糖値とインスリンの調整
 - ・ 車の運転について
 - ・ 災害への準備

自分ノート

プログラムの説明

このプログラムは、1型糖尿病の知識の獲得と共に、病気をもちながら生活する上で必要な技術を学ぶことにより、1型糖尿病患者さんが、療養に伴う困難な出来事に適応するために必要な力の獲得や、周囲のサポートを得、心身の状態を維持することを目指します。そして病気になる前の社会生活を、維持することを支援します。

プログラムは4部構成になっています。毎回1つのセッションを行います。個人差がありますが、1回のプログラムの実施時間は30～60分かかります。低血糖時など、身体の調子が悪くなったときは、我慢せず申し出て下さい。

レジリエンスとは

日々生活をしていると、うまくいくことばかりではなく、失敗をすることもあると思います。生活をしながら病気の管理をしなければならなくなったことで、さらに困難なことに向き合わなければならないことも少なくないと思います。

このように困難な状況に**対処する**、自分と向き合い、自身が持っている力を発見し**自分を捉え直して**、**困難な状況から回復する力**のことを**レジリエンス**と言います。日々**レジリエンス**を高めるようにしていくことで、困難な状況が起こった時でも、早く立ち直ることができるようになります。

レジリエンスは、誰もが持っている、どの年代の方でも学習することにより、高めることができます。さらにレジリエンスを高めることにより、療養行動に自発的に取り組むことができるようになることが、これまでの研究で明らかにされています。

レジリエンスは、私達のたちの感情や行動は、出来事そのものから生じるのではなく、出来事に対する解釈の仕方によって生じるものである、ということが大前提になっています。

レジリエンスを高める上で必要な3つの力



ワーク

あなた自身がもっているレジリエンスについて、チェックしてみましよう。そして結果について話し合いましよう。

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

セッション1 病気の理解と取り組み方

1. 病気の理解

1型糖尿病は、インスリン製剤などの進化により、生活を糖尿病の治療に合わせる方法から、糖尿病の治療を生活にあわせることができるようになってきました。

病気と上手に向き合いコントロールしていけば、これまでのように生活を送ることができます。しかし、自由度が増えた分、療養に伴う自己責任が生じます。まずは正しい情報を集めて、病気の療養方法について知ることが必要です。

以下に示している項目は、これまでに学習している内容もあると思います。興味がある内容や、まだ知らない内容や知りたい内容がないかどうか、確認してみましょう。

チェックリスト	memo
<input type="checkbox"/> インスリンの注射手技	
<input type="checkbox"/> インスリン（基礎分泌・追加分泌）	
<input type="checkbox"/> インスリン注射部位の硬結	
<input type="checkbox"/> 責任インスリン	
<input type="checkbox"/> ソモジー効果と暁現象	
<input type="checkbox"/> 結婚・妊娠について	
<input type="checkbox"/> 性生活について	

血糖コントロールの目標について

米国糖尿病学会(ADA)の1型糖尿病の臨床ガイドラインでは、1型糖尿病と診断された成人の血糖コントロールは「HbA1c7.0%未満」、また治療が良好な高齢の方の場合「HbA1c7.5%未満」を維持することを推奨しています。

1型糖尿病患者の血糖コントロールは2型糖尿病と比べて困難で、このコントロールを達成しようとする、低血糖を起こすことが多くあります。患者さん個々の血糖コントロールの目標は異なるので、主治医と血糖コントロールの目標について確認しておきましょう。

今のあなたのHbA1cについて下の□の中に記入してみましょう。あなたはどのくらいのHbA1cを目標にしていますか？

現在のHbA1c %

あなたが目標とするHbA1c %



2. 異常時の対応

1) 低血糖時の対応について

1型糖尿病は、グルカゴンの分泌が障害されていることから低血糖が回復しにくく、一旦回復するとその後にインスリンの分泌が障害されているため、血糖値が著しく上昇することが起こりやすくなります。低血糖になるとどうしても本能的に必要以上に甘いものを食べてしまう方も少なくありません、その結果高血糖を引き起こします。また、高血糖への不安が強いと、低血糖の対処をすることで、血糖が上昇しすぎるのではないかという心配から、低血糖の対処が十分できない、インスリンを必要以上に追加して低血糖が頻回におきやすくなることがあります。これらのことは無自覚性低血糖になる可能性を高めま

す。

低血糖の症状には個人差があります。低血糖を経験するうちに自分がどんなときになりやすく、どんな症状が起こるのかわかってくるようになりますので、早めの対応ができるようになるようにしていきましょう。また低血糖で倒れるのではないかと不安に感じている患者さんの中には、実際には低血糖ではないのに、心配で補食をする方や、低血糖時に必要以上にお菓子や食事をとる方、常に血糖値が高い状態でないと安心できない方などがいます。しかし、過剰な補食や、必要のない補食は体重の増加につながり、血糖コントロールが乱れてしまいます。ここでは低血糖時の対応について紹介します。



低血糖時の対処として参考にしてほしいこと

- ・「低血糖になった！」と思ったら、すぐに血糖値を確認してみましょう。
- ・今の血糖値がどのくらいで、どの程度血糖値をあげたいか、という目標血糖値を決めておきましょう。目安として糖質 1g で血糖値が 5mg/dl 上昇するとされています。ただしその前に打ったインスリンの作用時間を考慮する必要があります。
- ・おおまかにどれくらいの糖質をとると、血糖値がどれくらいになるのかイメージをもっておくことが大事です。
- ・補食後 15～20 分で血糖値を再検しましょう。
- ・ブドウ糖を摂取してもすぐに血糖値があがらないことがあります。低血糖をおこしそうな時間帯などを予測して、何か食べるものを常に持参しておくなど、低血糖が起こってからではなく、早め早めに対応をするようにしましょう。
- ・低血糖を起こす時のパターンを知っておくことも重要です。
- ・意識を失うほどの低血糖がおこった場合、歯茎と唇の間にブドウ糖（なければ砂糖）を塗りこみます。飴のような固形物は、気道に入って窒息の危険があります。万が一のためにグルカゴン注射（血糖を上昇させるホルモン剤）をできるようにしておくことも必要です。手元にグルカゴンがあれば、救急車を待つ間に家族などに注射してもらおうと、血糖値が上昇し、意識の回復につながります。グルカゴンは、肩、お尻、太もものいずれかに筋肉注射することで速やかに血糖を上げることができます。インスリン注射とは少し手技が違いますので、家族や協力いただける方に、グルカゴン

注射の仕方について、医療機関で指導を受けていただくことをおすすめします。

グルカゴン注射の準備ならびに実施の仕方



深夜の低血糖予防の補食は、すぐに血糖があがるものではなく、低血糖のおこりやすい時間帯に血糖があがるよう、ゆっくり血糖をあげるチーズや、ヨーグルトの方がいいといわれています。

2) 重症低血糖について

低血糖を繰り返すと自律神経の反応が弱まり、低血糖の自覚症状の出現が乏しくなり、その結果かなり血糖値下がった状態にならないと低血糖がわかりにくくなります。そればかりでなく、重症の低血糖発作を起こす危険性が高くなり、突然死の原因となっているといわれています。しかし、無自覚性低血糖は可逆的で、低血糖をおこさなければ低血糖の症状に再び気づくようになります。日頃から低血糖にならないようにご自分の低血糖の症状を把握しておきましょう。

3) 高血糖について

高血糖の場合、インスリン注射の打ち忘れや、インスリン注射を間違っ打った、など様々な問題が考えられます。1型糖尿病は、インスリンがないと非常に危険な状態になることを認識しておくことが必要です。高血糖は、食事の影響で高くなっている時と、インスリンポンプが閉塞するなど、インスリンが体内に入っていないことで、高血糖になっている場合では、同じ血糖値でも症状が異なります。

低血糖は気にされている方が多いと思いますが、高血糖の場合も注意して、対応をするようにしましょう。

(1) 高血糖時の身体症状

以下のような自覚症状のある人は血糖値がかなり高くなっています。しかし大部分の人は無症状のことが多いです。

激しい口渇・多飲・頻尿・体重減少・強い体のだるさ・鼻・口・のど・目の乾燥
痛覚過敏・甘い、奇妙な味・吐き気・嘔吐

(2) 高血糖の対処方法

血糖値が高い時には超速効型インスリンの追加注射で補正します。追加するインスリンの量は、人により異なります。下の方法を参考にしてください。あくまで参考ですので、結果をご自身で確認するようにしましょう。

インスリン1単位で補正できる血糖 = $1700 \div$ (血糖値のコントロールが安定している時の1日の総インスリン量)

例) インスリン量 朝 4 昼 4 夕 4 就寝前 5 のとき、 $1700 \div 17 = 100$
インスリン1単位で血糖値が 100mg/dl 下がる

ディスカッション

あなたは血糖値がどれくらいの時高血糖だと判断していますか？

あなたは血糖値がどれくらいの時低血糖だと判断していますか？

低血糖、高血糖が起こった時のことを思いだし、その原因を考えてみましょう

あなたが低血糖を起こす時のパターンについて考えてみましょう。どんな時に低血糖になることが多いですか？

その時はどのように対処していますか？

それについてどのように感じていますか？

Memo

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4) シックデイについて

糖尿病の患者さんが、風邪などをひいて体調の悪いシックデイ(病気の日)の時には、インスリンの効果がとても悪く、インスリンが効きにくいことがあります。糖尿病以外の病気になって何らかの対応が必要な場合をシックデイと呼びます。

シックデイ時の対応は以下のとおりです。

①以下の症状がある場合は、主治医に連絡して指示を受けましょう。

- ・嘔吐または下痢が激しく半日以上続くとき
- ・食事摂取ができないとき
- ・高血糖と尿中ケトン体陽性が1日以上持続する

とき

- ・高熱が2日以上続くとき
- ・短期間で著しい体重減少がみられるとき
- ・口渇、多飲、多尿などの症状、あるいは尿量の減少がみられるとき



- ②食事がとれなくても、インスリンを中止せず、基礎インスリンは通常どおりに打ち、追加インスリンは食事量に応じた量を打ちましょう。
- ③十分に水分摂取をして脱水を防ぐ。
- ④消化のよい食物を選んでできるだけ食べるようにする。
- ⑤血糖値を3～4時間ごとに測定し、血糖値が200mg/dl以上さらに上昇する場合、追加インスリンを注射する。

各病院で、外来受診のタイミング（どのような時に来院すればいいのか）と、異常時の連絡先について確認しておきましょう。

3. 血糖値の認識

低血糖、高血糖の症状は一人一人異なります。低血糖の症状は個々で異なること、また朝血糖が低い時は、夕方低血糖になりやすいなど、低血糖になる一定のパターンがあります。自分の低血糖の症状やパターンについて把握しましょう。低血糖の症状は手の震え、動悸、冷汗など身体症状の他に、考えがまとまらないなどの作業能力の低下の症状もあります。自分は気がついていなくて

も、いつも一緒にいる家族や職場の同僚は、低血糖時のあなたの様子の変化をよくとらえていることがあります。Aさんは職場の同僚から、しゃべらない時は危ないと言われており、その時は低血糖の対処をするようにしています。また、Bさんのご家族は、顔つきや、しゃべり方がいつもと違う、怒り出す時は低血糖を起こしていることが多いそうです。

このように、症状がなくても低血糖のサインだと思って認識しておく必要があります。ご家族や、会社の同僚、友人などと話しあえる場合は、低血糖について話す機会をもち、低血糖時の対応について話しておきましょう。

ワーク

下に低血糖の時に感じる代表的な症状をあげています。症状はそれぞれ、身体的な症状、作業能力に関連した症状、感情などといった気分にわけて表示しています。ご自身の症状について以下の表の中で当てはまるものをチェックしてみましょう。表に記されていない症状があれば、追加してみましょう。その結果について話し合ってみましょう。

できる方は、家族や、友人、職場の方と一緒に、低血糖の症状について話をしてみましょう。

低血糖の症状

身体症状	作業能力	気分の変化
<input type="checkbox"/> 震え	<input type="checkbox"/> 動作が緩慢	<input type="checkbox"/> 動作が緩慢
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 頭がぼんやりする	<input type="checkbox"/> 悲しい
<input type="checkbox"/> 顔面紅潮	<input type="checkbox"/> 発音不明瞭	<input type="checkbox"/> リラックス
<input type="checkbox"/> 発汗	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 自信過剰・大胆
<input type="checkbox"/> 手が温かい	<input type="checkbox"/> 口唇、口のしびれ	<input type="checkbox"/> 元気旺盛
<input type="checkbox"/> 手が冷たい	<input type="checkbox"/> 舌のしびれ	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない
<input type="checkbox"/> 頻脈	<input type="checkbox"/> 視力がぼやける	<input type="checkbox"/> びくびくする
<input type="checkbox"/> 胃部不快感	<input type="checkbox"/> 集中困難	<input type="checkbox"/> 幸せ
<input type="checkbox"/> 息が重苦しい	<input type="checkbox"/> 思考遅延	<input type="checkbox"/> 不安
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 言葉がみつからない	<input type="checkbox"/> 神経質
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 苦惱
<input type="checkbox"/> 強い空腹感	<input type="checkbox"/> 動作がぎこちない	<input type="checkbox"/> 心配
<input type="checkbox"/> 足のうずき	<input type="checkbox"/> 無口になる	<input type="checkbox"/> いらいらする
<input type="checkbox"/> 瞳孔散大		<input type="checkbox"/> 欲求不満
<input type="checkbox"/> 冷感		<input type="checkbox"/> 怒り
<input type="checkbox"/> 足が重たい		<input type="checkbox"/> がんこ

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. 生活にインスリンをあわせる

1 型糖尿病患者さんは、「インスリン量を固定して、それに生活を合わせる」のではなく、「普通の生活ができるよう、インスリン量を調節する」ことを基本とします。

これは、運動や仕事、食事量内容に応じてインスリン量を調節して血糖値を安定させることです。このために必要なこととして、血糖測定があります。血糖測定は指先の痛みを生じ、わずらわしいと思っている方もおられると思います。

血糖測定の目的は、患者さん自身が血糖の日内変動を知り、その血糖に一番影響しているインスリンや食事量を調整したり、適切な補食ができるようになることです。また、体調が悪い日や、生活状況が変わった、普段食べてないようなものを食べる時などに、自分の生活や血糖値を修正するための根拠として血糖測定をします。

そのためには、漠然と血糖をはかるのではなく、目的をもって測定し、血糖値や、インスリン量、簡単なメモ(食事の内容、活動量、体調の変化など)を記録しておき、振り返ってみましょう。目的をもって測定することにより、血糖値に一喜一憂することなく、血糖測定を活用することができるようになります。



血糖測定から振り返ること

- ・ 高血糖や低血糖の原因を探る（ストレス・シックデイなど）
- ・ 血糖値の変動パターンをつかむ（女性の場合月経の影響など）
- ・ 血糖値と食事などの生活スタイルの影響を知る

ワーク

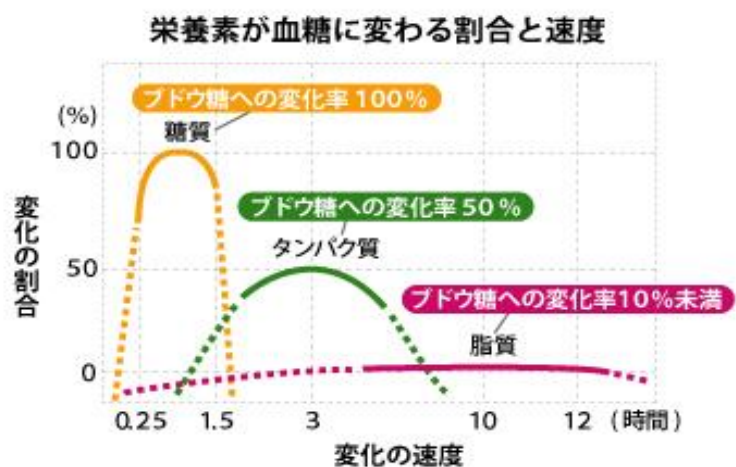
血糖値とインスリン量を記録するようにしましょう。その結果から、高血糖や低血糖の原因を振り返り、自分がとった療養行動がよかったのか、悪かったのか、どういう行動をとると低血糖になるのか、行動を振り返ってみましょう。できる方は、血糖測定の結果について一緒に話し合ってみましょう。

1) カーボカウントについて

食後の血糖上昇と、インスリン注射のバランスをとる方法のひとつとして、カーボカウントがあります。

同じカロリーの食事を食べた時、お米をたくさん食べれば血糖値はあがりませんが、ステーキだけだとほとんど上がりません。このように摂取する栄養素によって血糖が変化します。炭水化物に蛋白質が加わると、蛋白質の消化時間により消化吸収が延長し、炭水化物のみの時よりも血糖上昇がやや遅くなり、4～5時間後に血糖がピークとなります。炭水化物に脂質が加わると、脂質は胃内の停滞時間が長く、12時間後に血糖がピークになることから、脂質の量により次の食前の血糖の上昇につながります。食後血糖を正常に保つために、摂

取る炭水化物量を一定にしたり、摂取する炭水化物量によって注射するインスリン量を変更する、カーボカウントと呼ばれる方法が積極的にとりいれられています。


















出典：アメリカ糖尿病協会発行『糖尿病教室パーフェクトガイド』池田義雄監訳（医歯薬出版刊）

(1) 炭水化物を多く含む食品を知る

カーボカウントは、食事のエネルギー量ではなく、炭水化物量を計算します。炭水化物のみ計算するのは、炭水化物がたんぱく質や、脂質に比べて血糖値を大きく上昇させるからです。

炭水化物は主食、野菜の一部（いも、かぼちゃ、コーン、豆類）、乳製品（牛乳、ヨーグルト、チーズ）、果物、菓子類、ジュースなどに多く含まれます。肉や魚、油脂類には炭水化物はほとんど含まれないか、微量なのでカウントしなくてもかまいません。食品についているフードラベルや本、アプリを使用するなどして炭水化物量を知る練習をしてみましょう。

主な食品の炭水化物量

 コンビニおにぎり 40g	 ごはん 1 杯 150g 55g	 あんパン 80g 60g
 食パン 6 枚切り 1 枚 28g	 ロールパン 1 個 15g	 ハンバーガー 110g 30g
 中華麺 1 玉 200g 67g	 うどん 1 玉 200g 45g	 Piza 1 ピース 30g
 パスタ 1 人分 100g 72g	 寿司 2 貫 80g 24g	 オレンジジュース 200ml 21g
 お好み焼き 350g 50g	 さつまいも 1/2 本 32g	 牛乳 200ml 10g

 <p>みかん 1 個 100g 10g</p>	 <p>りんご中 1 個 250g 31g</p>	 <p>ビール 350ml 10g</p>
---	--	--

(2) 炭水化物の摂取量を知る

あなたは 1 日にどれくらい炭水化物をとっているでしょう。食べている食品の炭水化物量を記録してみましょう。1 日の理想的な摂取量と比較してみましょう。

1 日の総摂取カロリーに対し 50～60%は炭水化物、たんぱく質 15～20%、脂質 20～25%とされています。

1 日の炭水化物の理想摂取量 = 1 日の総エネルギー量 × 炭水化物量摂取目安% ÷ 4 (炭水化物 1 g あたりのエネルギー量)

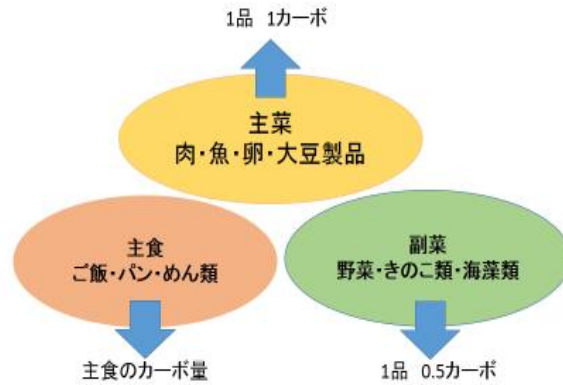
(例) 1 日エネルギー量 1800kcal の場合

炭水化物理想量 = 1800kcal × 0.6 ÷ 4 → 270 g

(3) 炭水化物の摂取量を一定にする

炭水化物の摂取量を一定にすることにより、食後血糖値の安定化をはかります。例えば、毎食のご飯の量を一定にして、炭水化物量のカウントをします。最初は図のように、主菜 1 品 1 カーボ (ここでは 1 カーボ = 炭水化物 10 g とします)、副菜 1 品 0.5 カーボ (炭水化物 5 g) と計算することからはじめてみましょう。

カーボカウントの始め方



(4) 炭水化物の量によりインスリン量を調整する

糖質インスリン比を用いて食事に含まれる炭水化物量によって、食前のインスリン量を調整します。そのためには以下の3つを決めておく必要があります。

- ①糖質インスリン比： 超速効型インスリンを1単位打つと食べることで
きる炭水化物量 (g)
- ②インスリン効果値： 1単位の超速効型インスリンで低下する血糖値
(mg/dl)
- ③目標血糖値： 食前・食後など目標とする血糖値

注：上記3つの設定については主治医に相談してください。

①食事に必要なインスリン

$$\text{食べる糖質量 (g)} \div \text{糖質インスリン比}$$

②血糖値を調整するためのインスリン

$$\text{食前血糖値} - \text{目標血糖値} = \text{下げたい血糖値}$$

$$\text{下げたい血糖値} \div \text{インスリン効果値} = \text{補正インスリン量}$$

① + ② = 食前に打つインスリン量

(5) カーボカウントの注意点

- ・炭水化物の量を気にすれば、たんぱく質、脂質をどれだけ摂取してもいいというわけではありません。たんぱく質、脂質の摂取により、カロリーの取り過ぎによる体重増加や、バランスが偏った食事になってしまいます。
- ・カーボカウントを利用するためには基礎インスリン量の調整ができていることが前提となります。
- ・糖質インスリン比とインスリン効果値は、1日の中でも違う場合があります。運動量でも変化します。朝はインスリンが効きにくいいため糖質インスリン比、インスリン効果値は低めに設定します。昼から夕方にかけては、仕事に行くため糖質インスリン比は低め、インスリン効果値は高めに設定するなどの工夫が必要です。それぞれ食前・食後の血糖値をみながら微調整をする必要がありますので、主治医と相談して下さい。
- ・超速効型インスリンの場合、注射後約3時間はインスリンの効果が残っています。これを残存インスリンといいます。これを考慮しながら調整する必要があります。例えば下の例をみてみましょう。

(例) 12時に昼食を食べて、15時におやつを食べる場合インスリンはどうすればいいでしょうか？

この場合12時に打ったインスリンが、まだ残っている可能性があり、補正インスリンをせずに、おやつの糖質インスリン比から必要なインスリンの量のみ注射します。

参考図書・アプリ・教材



糖尿病患者のためのカーボフラッシュカード

大阪市立大学大学院医学研究科発達小児医学教室

大阪市立大学医学部附属病院栄養部 編

A5 変型判 112 頁 定価 (本体 2,500 円+税)

ISBN978-4-7532-2276-6 C0047 2007 年 9 月発行



炭水化物量検索アプリ「カーボデータ 2014」(無料)

スマートフォン (Android) 用アプリ「カーボデータ」は日本で初めて、糖尿病患者による、糖尿病患者のための食事お助けアプリとして開発されたアプリで、カーボデータでできることは以下の内容です。

- ・ 食事メニューの炭水化物量、カロリー量の検索
- ・ ご自身の標準摂取量における割合
- ・ 食事を食べた時の血糖値の変化イメージ

iPhone・Android アプリ(無料)



スマートフォン用アプリ「スマート e-SMBG」(無料)

- ・ 血糖値の変動と、血糖値にかかわる食事(写真)や運動(歩数)などのデータの記録
- ・ 入力したデータを e-SMBG クラウドと連携させ、クラウドサーバー上での管理が可能。
- ・ 記録したデータを PDF 出力し、印刷やメール添付が可能
- ・ 以下の血糖測定器と Bluetooth(LE)接続が可能

グルコカード G ブラック (GT-1830) 販売元: アークレイ株式会社

グルテスト Neo アルファ (GT-1830) 販売元: 株式会社三和化学研究



はじめようカーボカウント

カーボカウントについて、わかりやすく紹介している教材です。

Medtronic のホームページよりダウンロードできます。

2) インスリンポンプについて

インスリンポンプ療法 (CSII : continuous subcutaneous insulin infusion) は、携帯型インスリン注入ポンプを用いて、インスリンを皮下に持続的に注入する治療法です。ポンプ機器管理と取り扱いは患者さんが自分で行います。超速効型または速効型インスリンを電動で持続的に注入して (基礎分

泌)、各食前には手動で追加注入（追加分泌）を行いますので、皮下に長くインスリンが留まることがなく、夜間の低血糖などのリスクが低いとされています。従来のインスリン療法では血糖コントロールが難しい、血糖コントロールをよりよくしたい、妊娠時、あるいは生活の自由度を高めたい場合などに考慮されます。

次のページに、インスリンポンプ療法を使用するメリット、デメリットを示します。インスリンポンプの使用については主治医と相談して下さい。

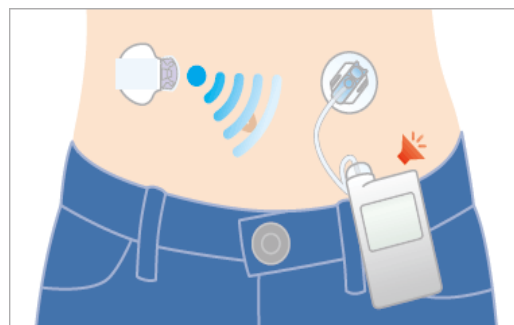
<インスリンポンプ療法を使用するメリット>

- ①あらかじめ基礎インスリンの注入をプログラムに設定することができ、ペン型よりも少ない単位を時間きざみで設定することができます。また日々変化する運動パターンや、夜勤などの勤務状況に応じて、基礎インスリンのパターンを複数設定することができます。
- ②インスリンポンプの交換は3日に1回で、頻回注射のペン型に比べて注射回数が少なくなります。
- ③間食など食事回数が頻回になる場合でも、簡単なボタン操作のみで追加注入でき、食事内容や食事のスタイルにあわせて、追加インスリンのパターンの選択ができます。

<インスリンポンプ療法を使用するデメリット>

- ① インスリン回路のトラブルがおこり、インスリンが注入されてなくても、すぐにはアラームが鳴らないことがあり、処置が遅れるとケトアシドーシスを引き起こす危険性があります。
- ② 医療コストがペン型と比べて約6,000円ほど高くなります。

- ③ インスリンポンプの刺入部を固定するテープによる皮膚かぶれなどのトラブルが起こることがあります。また刺入部の感染にも注意が必要になります。



- ④ インスリンポンプを常に身体に携帯しなければならぬことによる不便さやわずらわしさがあります。

ワーク
わたしの目標
今日の話し合いで学んだことを参考に、目標を立ててみましょう

番号	目標	どのように実行しますか	いつまでに目標を達成しますか

引用・参考文献

特定非営利活動法人 日本 IDDM ネットワーク(2010);1 型糖尿病お役立ちマニュアル Part4

1 型糖尿病根治の道を拓く－医療者 研究者 患者・家族とともに－,25-29.

小野百合 (2012) ; Q&A でわかる SMBG のすべて 訂第 2 版,診断と治療社.

北岡治子監訳 (2004) ;血糖認識トレーニング,診断と治療社.

丸山太郎・丸山千寿子編集 (2013) ;1 型糖尿病の治療マニュアル,南江堂,32.

DM TOWN サノフィ ; <http://www.club-dm.jp/basic/hypo/remendy.html> 糖尿病サイ

ト

セッション2 ストレスのコントロール方法

何らかの日常的なストレスは、生活をする上で避けられないことだと思います。多少のストレスはほどよい刺激になり、人として成長する上で必要だとされています。しかし、ストレスに曝され続け、それを強く感じると、ストレスに振り回され、自分でもコントロールできなくなるなど、精神的な問題のみにとどまらず療養にも影響がでてきます。過剰なストレスは交感神経が活発になり、血糖を上昇させるグルカゴンやアドレナリン、甲状腺ホルモンなどが働き、血糖値が上昇しやすくなります。またストレスにより分泌量が増える cortisol も、血糖値を上昇させ、血糖値にも影響するといわれています。

ストレスの程度は、ストレスをどのように解釈するかに影響を受けるといわれており、ストレスにうまく対処できるようになることが必要です。

1. 問題解決方法

ストレスの原因を取り除くことができれば、ストレス反応をなくすことができます。ストレスの原因となる環境から避難するといった環境をかえることが、最も自然な防衛手段ですが、この方法がとれない場合もあります。

その場合の方法として、問題解決法があります。

問題の解決法によって、脅威となっている問題を解決する、あるいは脅威でなくなるように働きかけることができます。



問題解決の方法

- 自分が問題だと思っていることを書き出してみましょう
- 問題に対して対処できる問題か、対処できない問題かどうか考え、解決すべき問題を選びます
- その問題についてどのように感じていますか
- その問題があることで、身体的な症状はありましたか
- この問題に対してうまくいきそうな解決策をいくつか考えてみましょう
- 解決策の中から、うまくいきそうな解決策を1つ選びましょう
- 実際に選んだ解決策を試してみましょう
- 結果どうなったか振り返ってみましょう

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

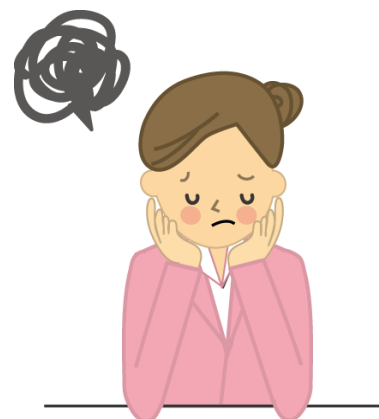
2 感情のコントロールについて

物事がうまくいかないと、人はうまくいかなかったことばかりに気持ちを奪われます。そればかりか、恐れや不安、怒りなどに巻き込まれ、自分がどうなっているかわからなくなってしまう。一体自分が何でそうなっているのか見えなくなり、エネルギーをかなり消耗します。

過去のことを悔やみ、未来のことを心配ばかりしている状況では、今集中して取り組まなければならないことに集中できません。ストレス状態では、行動や感情の「自己コントロール力」が失われてしまい、それまでできていた日常生活の作業ができなくなることがあります。このような場合、行動や感情の自己コントロール力を取り戻す必要があります。

現実には起こっていないことを、あれこれ考える思考自体も心理的なストレスの原因となります。例えば、合併症の出現といった将来の不安などです。このように答えが見えないことにとらわれていると、悪い方に考えがちになり、今が安全であっても危機を感じすぎてしまいます。何も考えない、気分転換など楽しいことに熱中することも一つの方法です。肯定的な人生の希望・夢・目標を持つと、現在の困難な状況や試練を乗り越える力が生まれてきます。

ここでは感情のコントロールの方法について説明します。自分で感情をコントロールできるようになると、自分をよい状態にコントロールする力に自信が持てるようになります。周囲のことに気をとられないようになると、自分のために時間を使えるようになります。



ワーク

下の問いについて考えてみましょう。

1. あなたにとって、困難だと感じることはどのようなことですか？

(例) 仕事と家庭の両立、糖尿病の療養 など・・・

.....

.....

.....

.....

2. 困難に直面した時にどのようなことを思い、考えましたか？

.....

.....

.....

.....

.....



3. 結果どうなりましたか？

.....

.....

.....

1) 自分の思考過程を振り返ってみましょう

人間の思考は、いつも合理的な判断をしているわけではなく、物事の捉え方に偏りがあるといわれています。自分の思考の偏りを知り、より適切な思考に改善していくこと



で、ストレスの原因となることからの影響を軽減することができます。下に「こころのクセ」について表示しています。これは考えが正しいとか間違っているということではなく、自分の考えを冷静に振り返る方法の一つです。ストレスに対する思考は感情や気分に影響を及ぼします。ストレスフルな状態だからこそ、いったん立ち止まり、自分自身の感情や、思考を冷静に整理することで、自分の主観的情報は捉えやすくなり、正当な自己理解が促進される可能性

があります。

こころのクセ

<p>・思い込み、レッテル貼り</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">「また、前と同じだ」</div> <p>・べき思考</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">「～すべきだ」 「～すべきでなかったのに」</div> <p>・深読み</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">「あの人は私のことを困った人間だと思っている」</div>	<p>・白黒思考</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">「何でも完璧にしないと」 「いつも失敗してばかり」</div> <p>・自己批判</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">「こんなことが起きたのは私の責任」</div> <p>・先読み</p> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">「きっとうまくいかない」</div>
---	--

Memo

.....

.....

.....

.....

3. ストレスの解消法

ストレスを軽減するためには、認知を変えることが重要になります。ストレスの感じ方や対処方法にも個人差があります。さまざまなストレスの解消方法を知り、あなたにあったストレス解消法を手に入れ、実際に日々の生活で活用することが大切です。下にストレス解消方法を紹介します。

1) 相談する

一人の力では対処できないことでも、援助してくれる人がいる場合、問題を解決したり、気持ちを前向きにすることができます。話をして、たまった気持ちを表現することは、ストレスを解消する重要な方法です。そのためには、話を聴いて、気持ちを受け止めてくれる人の存在が必要です。

人は「仲間に受け入れられている」「人から守られていることが実感できる」時に安心を得ることができます。問題を一人で抱え込まないで、色々な人に相談し、より良い解決方法を見つけることが大切です。身近な人で相談できる人がいない場合は、看護師に相談してみましょう。



2) リラクゼーション法

リラクゼーション法は、ストレス反応の軽減において即効性があり、続けることで心身の自律機能が回復し、ストレス反応が起きにくい体へと変化します。

リラクゼーション法の方法を2つ紹介します。

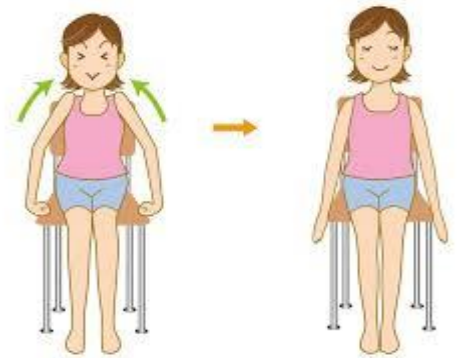
① 漸進的筋弛緩法

ストレス状態のときは、無意識のうちに筋肉が緊張状態になっています。筋肉の完全な弛緩を誘導するために、各部位の筋肉を数秒間緊張させた後に弛緩することを繰り返します。これによりリラックスしていく方法です。各部位の筋肉に対し、10秒間力を入れ緊張させ、15～20秒間脱力・弛緩します。力を入れる時にりきみ過ぎないように注意して下さい。

①**両手**：両手を強く握り（5秒）、力を抜いて手をひらきます(15秒)

②**両腕**：腕を曲げて力を入れて（5秒）、力を抜きます(15秒)

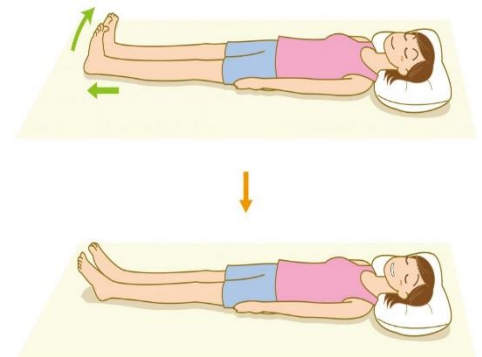
③**両肩**：両肩を上げて耳に近づける様に力を入れて（5秒）、力を抜きます(15秒)



④**顔**：目を思いっきりつぶり、唇を強く閉じ、歯は軽く食いしばって力を入れます（5秒）、その後顔全体の力を抜きます(15秒)

⑤**お腹**：お腹をへこませて、お腹に力を入れて（5秒）、力を抜きます(15秒)

⑥**足**：足全体に力を入れて（5秒）、力を抜きます(15秒)



②呼吸法

ストレスなど感情が高ぶっている緊張状態では、呼吸は浅く速い呼吸となり、十分な酸素が体内に取り入れられず、血行にも影響が出ます。反対に、リラックス状態では、深くてゆったりとした呼吸になります。緊張しているときに、深くてゆったりした呼吸をすると気持ちが落ち着きます。一見、単純なことかもしれませんが、呼吸は、感情のコントロールにとって重要なことです。

感情の高まりが少しおさまったところで、深呼吸を5回繰り返してみてください。新鮮な空気が入ってきて、脈も落ち着き冷静になることができます。このような状態であれば、自分がなぜ怒りや悲しみなどの感情になったのか、冷静に見つめることができ、感情のコントロールすることの第一歩となります。

特に腹式呼吸は、副交感神経系の活動を賦活させる効果があることが医学的にも確認されています。



腹式呼吸法

腹式呼吸法は、下腹部が膨らんだり、へこんだりするように呼吸する方法です。（臍の下に手をあて）体の力を抜いたまま、口からゆっくりと息を長く吐きます。このとき下腹部をへこます感じで息を吐いていき、苦しくならないところで、下腹部を膨らませる気持ちで、鼻から息を自然に吸っていきます。これを繰り返します。吐く息に気持ちを落ち着ける効果があるので、吐く息に注意を向けて、ゆっくりと息を吐きましょう。この時に、体の緊張も息とともに吐き出すようにイメージしながら脱力すると、リラックス効果が高まります。5～10分程度行います。新鮮な空気が入ってきて、脈も落ち着き冷静になることができ、全身の力を少し緩めることができます。

ワーク

わたしの目標

今日の話し合いで学んだことを参考に、目標を立ててみましょう

番号	目標	どのように 実行しますか	いつまでに目標 を達成しますか

引用・参考文献

NPO 法人レジリエンス（2010年）；傷ついたあなたへ わかしがわたしを大切にすると
いうこと,梨の木舎.

こころのスキルアップ・プロ

△;www.pref.osaka.lg.jp/attach/13282/00000000/relax.pdf

セッション3 療養と社会生活の両立に向けて

1. 他者との関係の築き方

生活をするうえで、他者と関わることは避けられないことです。しかし他者との円滑なコミュニケーションを築くことは、簡単なことではなく、他者に自分のことをわかってもらえないと感じることもあるかと思います。

しかし、他者を理解することや、自己を理解することにより、コミュニケーションを良好に築くことにつながります。

1) 他者を理解すること

うまくいっていない人とは、付き合いをやめたり、距離をとるなどの方法をとることがあるのではないかと思います。他者との意見や考え方、感じ方、性格、経験の違いがあることを前提として関わる必要があります。違うということがわかれば楽になり、次の方法を考えることができます。

他者とのコミュニケーションでは、他者の反応に合わせて柔軟に自分を変えなどの調整必要となります。これは決して自分をおさえるということではなく、相手を受け入れやすいようにすることで、相手の表情をみて反応を変える、ということなどが例としてあります。

よりよい人間関係を築くためには、自分の意思を相手に伝えるとともに、相手の話をしっかりと受け止め、理解するように努めることが大切です。

病気のサポートにかぎらず、愚痴を言ったり困り事について話をしたりという関係をもてる人がいることはとても大事です。心理的にそばにいてくれる人

がいると思えることで、心強く感じます。それは、専門家でなくても、家族でも友達でも、そばにいていただくことが大切です。

2) 医療者との付き合い方

1型糖尿病のように長期にわたる治療や療養が必要な場合、医療者側と患者さん側との協働が必要です。特に、生活の状況に合わせて、療養方法をどのように実施すればよいか、考えることができるようになることが大切です。患者さんの身体のことを一番よくわかっているのは患者さんご本人です。患者さんご自身が病気を理解し、困っていることや、自分の療養方法に対する考えを医療者に伝えることが必要です。そうすることによって、医療者からアドバイスを受けることができます。医療者に協力してもらいながら、療養の方法について、自分で決めていくことができるようになることが大切です。医師にはなかなか相談しにくいという方は、看護師に相談してみましょう。

ディスカッション

1. 周囲（家族や職場など）との関係性はどうですか？
2. 周囲にサポートや力になってくれる方はいますか？
3. 1. 2のことについて、どのように感じていますか？

2. 1型糖尿病のネットワーク

心配させたくないという思いなどから、家族や友人に相談していない、できない方もいらっしゃるのではないかと思います。すべてを自分で解決しな

ければならないと考え、独りで抱え込まないよう、辛くなった時に SOS をだすことができるサポートを作っておきましょう。

下記に 1 型糖尿病を支援しているサポートについて紹介しています。支援グループに参加することで、あなたが取り組んでいる課題や疑問について話しあい、サポートを得られることができる人々とのネットワークを見つける方法となります。そして必要な時に頼れる、頼りにされる関係を築くことが大切です。あなたのまわりには支えになってくれる人がいます。



1 型糖尿病治療のサポート体制

糖尿病治療は、医師や看護師などの病院スタッフの支援のほかに、糖尿病協会や患者会などがあり、情報提供やサマーキャンプなどの行事を主催しています。同じ病気をもつ方と出会うチャンスなので、積極的に利用してみましょう。

★日本 IDDM ネットワーク <http://japan-iddm.net/>

1 型糖尿病患者と家族を支援する全国のネットワーク組織です。

★WA ! の会 <http://www.geocities.jp/wanokaiokayama/>

岡山県の 1 型糖尿病の患者会です。2 か月に 1 回定例会があるほか、1 型糖尿病についての勉強会や、レクレーションなどを実施して活動しています。

3. 自己肯定感

自分のことを肯定的に認めることができていると、安心して人に関わることが出来ます。しかし、自分に自信がもてず、受け入れられていないと思っていると、人が自分のことをどう思っているか不安になります。このような状態では、人間関係が難しくなります。自己肯定感とは、そのままの自分を受け入れ、大切に思うことです。

他人や世間体を気にせず、自分の長所も短所も含めて、本来自分がもっている個性を知り、他者や世間体を気にせず、ありのままであることを良いとして、自分を卑下しないことが大切です。

価値観について

自分の価値観について考えてみましょう。下の表の中で、自分の価値観として、当てはまるものを囲んでみましょう。

価値観（例）

誠実	自然	独立	正直
率直	正確性	成功	前進
友情	規則正しさ	信頼	喜び
成長	達成感	つながり	自力
品格	名声	愛情	平和
奉仕	集中	挑戦	自由
勇気	教育	健康	美
貢献	冒険心	本物	忍耐
成果	感謝	誠実	真実
愛	忠誠	尊敬	協働
思いやり	ユーモア	ありのまま	神仏を敬う
コミュニティー		チームワーク	リスクをとる

ディスカッション

下記の内容について話し合ってみましょう。

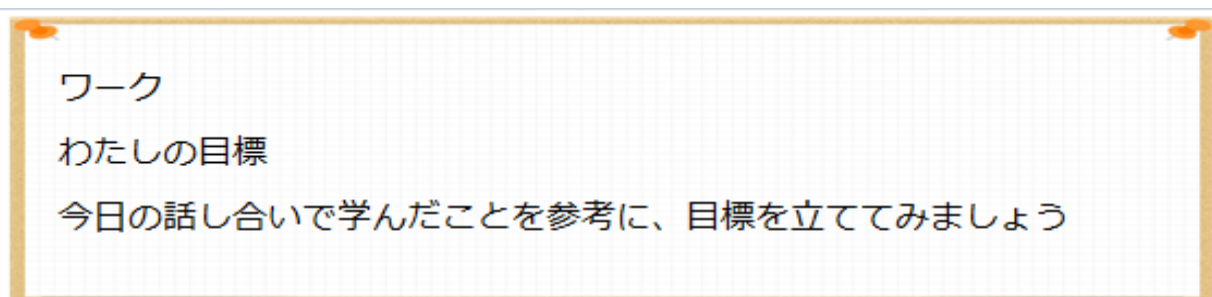
- ・自分のいいところについて
- ・自分の価値観についてどのように思いますか？
- ・自分のことをどのように感じていますか？

Memo

.....

.....

.....



番号	目標	どのように 実行しますか	いつまでに目標 を達成しますか

セッション4 病気との向き合い方

1. 病気についての社会的理解

1型糖尿病について、日本ではまだ十分認識されていませんので、社会から様々な誤解や偏見があります。また医療者でも1型糖尿病と2型糖尿病の治療法の違いを正確に理解されていない現状もあります。

病気について、正しい知識や情報をほしいと思っても、情報が少ないと感じていることと思います。このセッションでは、病気とどのように向き合うかについて、一緒に考えてみましょう。

ディスカッション

1. 自分の身体の状態をどのように感じていますか？
2. 血糖管理をすることについて、どのように感じていますか？

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

2. 血糖管理を犠牲にしない生活に向けて

病気と共に生きるうえで身体を管理していくことはとても重要ですが、社会生活を送る中で、療養行動を優先して行うことは難しいと思います。例えば、仕事中に低血糖になり、すぐに対応できなかった場合などです。周囲に病気のことを伝えていなければ、なおさらだと思います。日常生活において、なるべく血糖管理が犠牲にならない方法について、一緒に考えてみましょう。

1) 低血糖の予防

低血糖を起こしたと自覚していても工作中などで、すぐに対応できないこともあると思います。しかし、重症の低血糖を起こす人の半数は**早期の低血糖症状の対応をしそこねた人**であることがわかっています。2型糖尿病と比べ、血糖値の変動幅が大きくなりがちであり、意識障害が起こるなど重症な低血糖を起こす可能性があります。自覚症状がなくても、血糖値が70以下なら砂糖またはブドウ糖をとるなど、低血糖の対応ができるよう準備しておく必要があります。

ディスカッション

現在生活をする上で、改善した方がよい問題がありますか？

Memo

.....
.....
.....

2) 病気を伝えること

あなたは周囲の人に1型糖尿病であることを話していますか？ 1型糖尿病は患者さんが少ないこともあり、病気について社会の理解が得られにくいのが現状です。病気のことを理解してもらいたいと思い、勇気をだして周囲に話してもわかってもらえない、という体験をよく耳にします。そのような体験をすると、周囲に病気のことを隠すようになります。しかし、低血糖を起こす可能性があること、そしてそのときの対処方法を周囲に知っておいてもらうことも必要です。

病気について、患者さんにより伝える方と、伝えない方がおられます。中でも職場にどこまで病気のことを伝えるか、ということをお悩みの患者さんは多いです。伝える場合と伝えない場合のメリット、デメリットについて以下のようなことがあります。



病気を伝えた場合

病院の受診や体調が悪い時など、休みをとることが言いやすくなります。また急な低血糖で、補食を必要とする時でもその必要性を伝えていけば、周囲の理解は得られやすくなります。

1 型糖尿病であることを伝える人は、会社の上司、自分のことを理解してもらえる同僚に話していることが多いようです。また、病気であることが仕事に影響すると思われることが嫌で、仕事を頑張りすぎる傾向があります。

病気を伝えない場合

病気だからということ周囲に気遣われることなく仕事をする事ができます。一方で低血糖になっても職場だと我慢して対応が遅れる、外食時にインスリンを打たないでひやひやした経験をしている方もおられます。体調が悪くてもそれを理解してもらえず無理をする場合があるなど、血糖値の自己管理に慎重にならざるをえなくなります。

ディスカッション

1. 病気のことを誰にどこまで言っていますか？
2. 1 についてどのように考えていますか？

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

3. 病気になったことに伴う変化

とても悲しく苦しい衝撃的な経験（出来事）があった時に、それがあまりにも大きいと人はそれに伴う感情にふたをしてしまい、それに関連することもすべて拒絶するようになります。このような時期が過ぎると、徐々に心にふたをしていた感情を出すことができるようになります。それまで自分の中で処理されなかった感情を、他者に話すことで徐々に処理されていき、穏やかな感情がでてくるようになります。そして、自分らしさを取り戻すために、自分にとってプラスとなる新しいことを始めようとするなど行動をとれるようになります。

人は誰でも逆境に屈しない強さと能力を潜在的にもっており、その時は激しく傷ついても、立ち直り、経験をばねに人として成長するといわれています。この病気にならなければ、1型糖尿病について知ることもなかったと思います。病気になったことで、それまで知り得なかった人とのつながりができたり、それまで意識していなかった自分の価値や、周囲のサポートなどを確認する機会になると思います。

振り返ることができる方は振り返ってみましょう。まだ心の整理がつかず、話ができない場合は、話ができるようになった時に、話しをしてみましよう。整理して話す必要はありません。あなたが思ったこと、感じたことを自由に話して下さい。



ディスカッション

これまでの経験を振り返り、このような経験が、あなたの考え方や行動に影響したかどうかなどについて、話してみましょう。

1. 病気についてどのように感じたり、考えていますか？
2. 病気になってから、何か変わったことはありましたか？
3. 病気になる前に、精神的に辛い体験をして落ち込んだ時から立ち直った経験がありましたか？ある方は、その時にどのように立ち直りましたか？

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

ワーク

わたしの目標

今日の話し合いで学んだことを参考に、目標を立ててみましょう

番号	目標	どのように 実行しますか	いつまでに目標を 達成しますか

引用・参考文献

NPO 法人レジリエンス（2010年）； 傷ついたあなたへ わかしがわたしを大切にすると
いうこと, 梨の木舎.

< 巻末資料 >

Q&A



Q 外食時のインスリン量の調整をどのようにしていますか？



A 自宅で食事をする時は、比較的食べる物の炭水化物量を予測してインスリンを打つことができますが、外食、特にコース料理などの宴会は、何がでてくるかわからないため、困ることが多いようです。患者さんの中には次のような対応をしている方がおられます。



宴会ででる食事は、タンパク質のものが多いためすぐに血糖値が上がらない。ご飯がでてきたらインスリン(ペン)を打ちに行く。



なじみの定食屋をつくっておいて、ご飯の量を調整してもらう。



レストランなど宴会に行く場合、事前に病気のことを伝え、食事の内容を聞くようにしている。そうすることで、前もって準備ができる。



Q 外食時はインスリンをどこで打っていますか？



A 最初はトイレや車の中でしか注射できず、注射を打つタイミングが難しく困ることが多いようです。しかし、だんだん慣れてくると、自分が思っているほど周囲は気にしていないことに気づき、テーブル席で打っている方もおられます。その場合、すぐに注射ができるように、あらかじめインスリンに針をつけた状態でポケットに入れて、準備しているそうです。



トイレは汚いと注射が打てないから、なるべく店の隅とか、人に見られない席に座って、机に体をくっつけてお腹に注射する。職場の同僚と一緒にいったときは、気をつかうためトイレで注射をしている。



食事をする場所で、事前に病気のことを伝えていたところ、注射をうつ場所を、準備してくれていた。外食時に注射を打つ場所を探すのではなく、事前に伝えることで、注射をするタイミングを逃さず、打てるように自分から働きかけることも大事。その際は、店の迷惑にならないようにさりげなくできるように配慮することを忘れないようにする。



自分がインスリンを打つ時、周囲が気にしていると思うけど、案外誰も見ていない。自分が思っているほど、周囲は見てないと思う。



インスリンは血糖値に対してどのようにあわせていますか？



1 型糖尿病の患者さんは、食事内容にあわせてインスリン量を調整して注射します。注射したインスリンの量があっているかどうか気になる方も多いと思います。患者さんはインスリン量の調整を以下のように考え評価しています。評価をするために、記録をとって過去をふりかえり、どのような対応をしたか、何故血糖値の調整はうまくいったのだろうかということを考えます。それがコントロールのコツのようです。

超速効型インスリンの合わせ方

食前と食事を開始してから 4 時間後の血糖値を測定し、血糖値の変化が 20~50mg/dl までにおさまっていればインスリンの量があっていると考えます。

基礎インスリンの合わせ方

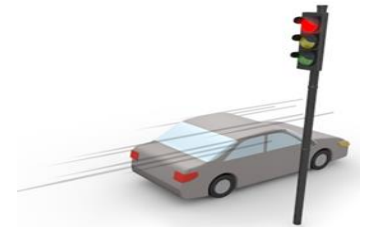
基礎のインスリンがあっているかどうかはとても重要です。寝る前の血糖値と朝食前に測定した血糖値がほぼ同じ (30mg/dl 以内) であればあっていると考えます。

1. 車の運転について

車の運転中に低血糖になり、ヒヤッとした経験をした事がある方もいるのではないのでしょうか？2013年6月に改正道路交通法が成立し、車の運転に支障を及ぼす可能性がある病気の患者さんが、運転免許証の取得や更新時に虚偽申告をした場合の罰則規定が新設されました。対象となる疾患には、無自覚性低血糖も含まれています。

適切な対応をすれば、運転時の低血糖を防ぐことができます。運転中におこる低血糖時にみられる症状として以下のようなことがあります。

- ・まっすぐな線上を進むことができない
- ・いつもよりゆっくり運転する
- ・信号を走りぬげる
- ・前の車にぴったりついて運転する



車に乗る時は以下の対策をしてから運転するようにしましょう。

交通事故を起こさないための低血糖対策

1. 運転前と長い時間の運転時には、一定間隔で血糖自己測定を行い、自分の血糖値をチェックしましょう。
2. 運転するときは、血糖自己測定器と、ブドウ糖やそれに代わるものを、常に側に置いておきましょう。
3. 低血糖のサインを感じたら、車を安全な場所にとめて血糖自己測定を行いましょう。血糖値が70mg/dL未満と低かった場合は、ブドウ糖をとりましょう。

4. 低血糖を確かめたときには、吸収の速いブドウ糖製剤や、ブドウ糖を多く含むジュースやスナックなど、血糖値を上げやすい食品をとりましょう。ブドウ糖を含まず低カロリー甘味料を使用した清涼飲料などでは血糖値が上がリません。あらかじめ成分を確かめておきましょう。
5. 補食をしてから 15 分待ち、血糖値が目標値に達していることを確認してから、運転を再開しましょう。
6. もしもあなたが無自覚低血糖を経験しているのなら、主治医に相談してください。
7. 糖尿病網膜症により視力障害が起きている場合や、末梢神経障害によりアクセルやブレーキのペダルの感じ方が弱まっている場合もあります。このようなことを経験しているのであれば、早めに医師に相談しましょう。

糖尿病患者さんとスタッフのための情報サイト 糖尿病ネットワーク,<http://www.dm-net.co.jp/calendar/2013/020463.php>

2. 災害への準備

日本全国どこでも、大規模災害は起こる可能性があります。地震によって注射器

が壊れるなど、インスリンを打てなくなる危険もあります。最悪命を失ってしまう可能性もあります。病院や薬局も被災するため、被災直後は糖尿病の治療を受けたり、インスリンを処方してもらうことが困難になります。1 週間程度のインスリンや注射器（ペン型注入器）等をいつでも持ち出せるようにしておくことが大切です。災害時には血糖が日頃より不安定になって当たり前です。災害時の血糖管理は病気にかかった際の方法（シックデイルール）を思い

出しましょう。避難所では一人で悩みや不安を抱え込まず、周りに相談できる人を見つけましょう。

災害時にこれだけは身につけておきたい品目 チェックリスト

- インスリン
- お薬手帳、処方せん（コピー）
- 保険証
- 病院や主治医など連絡先
- 補食（ブドウ糖、砂糖など）
- 穿刺針、穿刺器
- ペン型注入器（注射器）、注射針、ポンプ
- 血糖測定器、電極（チップ）
- 電池（血糖測定用 インスリンポンプ用）
- 脱脂綿、アルコール
- 使用済み針入れ
- メモ帳と筆記具（自分の体調を記録しておくため）
- その他（合併症や他の症状に必要な薬や器具）



自分ノート

日付	HbA1c	T-CHO	TG	HDL-C	LDL-C	体重	低血糖の頻度	ケトアシドーシスの有無

成人期発症 1 型糖尿病患者の resilience を高める
教育プログラム実施マニュアル

レジリエンスとは、人間に本来備わっている能力のことで、生きていく中で困難な状況に遭遇しても、しなやかに対応し、回復することができる力のことです。レジリエンスは、周囲からの働きかけや適切な支援により変化し、どの世代でも延ばすことができるといわれています。レジリエンスを高めることで、ストレスや問題に直面した時に解決策を見つけることができ、次に問題に直面した時に自分自身で療養行動を意思決定できることが期待できます。また、将来逆境に遭遇した時に素早く立ち直ることが可能になります。さらに自分自身と向き合い捉え直すことで、潜在的な能力を見出すことにつながると考えます。

成人期発症1型糖尿病患者の **resilience** を高める教育プログラムは、療養行動に伴う困難な出来事に対して適応するために必要な力を獲得し、周囲のサポートを得ながら療養することにより身心の状態を維持し社会生活を維持することを目指しています。

このプログラムは、「病気の理解と取り組み」「ストレスのコントロール方法」「療養と社会生活の両立に向けて」「病気との向き合い方」の4つのセクションで構成されています。

1. 対象者

発症後1年未満の成人期発症1型糖尿病患者

<プログラム対象者の適応基準>

- ・重篤な合併症がなく、病状・精神的に落ち着いている。
- ・発語や理解力に問題がなく、自分の思考を言語化して伝えることが可能である。
- ・教育プログラムの参加意思がある。
- ・患者自身で療養行動を実施することができる。

2. プログラム実施者

プログラムの実施者は、1型糖尿病患者の教育、指導経験のある慢性疾患看護専門看護師および糖尿病看護認定看護師が、個別に実施します。

3. 形式

このプログラムは参加者の心理的な面への介入があるため、プログラムは全て同一人物が行います。

4. 方法

患者用のパンフレットを活用し、プログラム実施者が知識や技術を提供し、参加者とのディスカッションを行いながら進めます。毎回セッション終了後に、参加者に目標を立案してもらい、次回のセッション時に一緒に評価します（詳細は実施マニュアルを参照）。

プログラムは1回目から4回目まで、セッションの順序を必ずしも守る必要はありません。参加者の状況に応じて、必要なプログラムから実施してかまいません。

5. 実施頻度と回数

1～2ヶ月に1回、外来受診日に合わせて、合計4回実施します。全プログラムの終了は4～8週間程度要します。

6. 実施時間

プログラム参加者の負担を考慮して1回約60分までとします。

7. プログラムで使用する教育技法

プログラムの教育技法として、認知行動療法で示されている①説明的介入、②モデリング、③自己強化、④認知再構成法、⑤セルフモニタリング、⑥リラクゼーション法、⑦問題解決法、⑧強みの同定の8つを使用します。これらの8つの教育技法を組み合わせで使用します。

以下にそれぞれの教育技法について、説明します。

①説明的介入

各セッションの内容や、学習する必要性、その技術について理解できるように説明することで

す。

②モデリング

1型糖尿病は患者数が少なく、身近にモデルとなる人がいないため、自己注射などの医療行為

を看護師がモデルとなって手技を見せることで代用する、患者の体験談を紹介するなど、言葉を通じて行動の仕方を伝達します。また、モデルとなりうる人と知り合える機会や、患者会などを紹介したり、他の1型糖尿病患者と話をする機会を調整します。

③自己強化

自分の行動や、反応の結果を自己観察（セルフモニタリング）することから始まり、自分で自

分の行動の効果を判定します。良い行動の結果が得られた時には、報酬を与え、悪い結果の時には罰を与える、または行動目標を課し、その行動が達成されると満足感が得られるといった、自分の行動に対して、自ら強化を随伴させ、自分の行動・反応を適応的なものに変えていくことです。

④認知再構成法

非機能的な思考に取り組み、修正し、それを用いて、効果的な対処法を見出すための技法です。

参加者の否定的思考を肯定的思考に変換することよりも、ある状況をみる視点はいくつも存在すること、そのなかに適応的、現実的視点が存在し得ることを参加者が自覚できるように援助します。

⑤セルフモニタリング

参加者が自分の行動や反応の結果をセルフモニタリング（自己観察・記録）することで、自己の行動を客観的に捉えて行動の生起に対する「気づき」を高め、意図的な行動コントロールをできるようにする方法です。

⑥リラクゼーション法

交感神経そのものを直接的にコントロールすることはできませんが、姿勢や呼吸を適切にコントロールすることにより、心身の過剰な緊張を間接的に緩和することができます。

本プログラムでは、呼吸法と、漸進的筋弛緩法について紹介します。

呼吸法は、心身の安定とコントロールを図る容易な方法で、不安、抑鬱的な状態、筋肉の緊張、倦怠感、いらつきなどの改善が期待できます。

漸進的筋弛緩法は、全身の筋肉を弛緩する方法のひとつで、最初に軽く筋緊張をしてから弛緩する方法で、筋肉がリラックスした弛緩状態は身体的緊張を低下させ、感情面でも同様の効果が得られます。

⑦問題解決法

問題解決法は、現実的に問題を解決するための技法です。問題解決にあたり、解決しなければならない課題を明確にし、様々な解決策を考えることでできるよう支援します。

⑧強みの同定

参加者とのやりとりの中から、強みやポジティブなことを見つけることで、参加者の強みを顕在化させます。患者が問題状況を話す中で、その内容を整理する過程において見つかることが多くあります。参加者が自分の強みに気づくことで思考や感情などに肯定的な変化が生じます。

8. 評価について

1) 患者の自己評価

(1) 質問紙調査

レジリエンスの質問紙調査は、初回時と全プログラム終了時、プログラム終了後3～5ヶ月の3回実施します。

レジリエンスの質問表は、「問題解決」、「将来の見通し」、「対人関係」、「自己肯定感」、「ソーシャルサポート」、「セルフコントロール」、「ストレス・コーピング」のそれぞれの項目があります（巻末資料参照）。

(2) 目標達成度

各回のセッション終了時に参加者が目標を立案し、次回のセッション開始時に目標の達成状況について評価します。第4回目のセッションは、次回評価が6ヵ月後になりますので、6ヵ月後の目標を立案します。

2) プログラム実施者の評価

毎回のセッション終了後に参加者の目標達成の程度について評価する。評価は次回のセッションで、課題の達成や、前回の教育内容を振り返る時に活用します。

3) 生理学的評価

第1回目のセッション時と、全プログラム終了時、プログラム終了後3～5ヶ月の間の3回実施します。

患者用パンフレットの最後のページに、検査データを記入できる「自分ノート」を作っています。自分で記入できる参加者には、記入してもらって下さい。

9. 教育内容について

各回のセッションで必要な内容を説明し、各セッションの内容にそって、ワーク、ディスカッションを実施するように構成しています。それぞれのワーク、ディスカッションについて一緒に振り返り、参加者の気づきを引き出すように関わります。

10. 各セッションについて

セッション1：病気の理解と取り組み

目標：①療養に必要な知識と技術が習得できる。

内容：・病気の理解

- ・異常時の対応
- ・血糖値の認識
- ・生活にインスリンをあわせる
- ・次回までの目標設定

1) 自己紹介

最初にプログラム実施者が自己紹介し、プログラムの目的、実施内容と方法、回数、所要時間について説明します。

2) 質問紙の回答

Resilience の質問紙の使用目的を伝え、回答してもらって下さい。回答の結果から以下の内容を確認します。

- ・質問紙の回答結果を見て、患者の resilience の高いところと、低いところを把握します。
 - ・質問項目の中で特に高い項目、低い項目がないか確認します。
 - ・上記の結果を踏まえて、患者と看護師が話し合う時間をもちます。
- まずは得点の高いところを示して参加者と共有します。次に得点の低い部分について、

参加者と共有します。

3) セッションの内容について

参加者は発症から1年未満のため、療養上困っていることも多いと推測されます。質問などがあれば対応をお願いします。施設により教育入院で、教育を受けている内容が異なっていると思います。パンフレットの内容は主治医とも相談しながら、進行することをお勧めします。また、p4のチェックリストを実施して、教育状況の有無や、その内容の理解について確認を行って下さい。チェック項目の内容は、パンフレットには記載していませんので、必要であれば、追加教育をお願いします。

1型糖尿病は患者数が少なく周囲に同じ病気をもつモデルがないことに加え、療養の参考となる書籍も少ないのが現状です。巻末に同病者の体験(Q&A)を紹介しているので、必要であれば紹介して下さい。

①理解度の確認

実施後患者の理解度を確認します。参加者より質問があれば対応して下さい。

②目標立案

実施したセッションの内容をもとに参加者に目標を立案してもらい、パンフレットの中の「私の目標」欄に記入します。目標立案では、以下の内容について注意してください。次回セッション時に目標の達成状況について確認して下さい。

<目標設定時の注意>

- ①具体的で実現可能な目標を設定する。
- ②意欲が湧くような目標を設定する
- ③評価可能な目標を設定する。
- ④長期目標が延長線上にある短期目標を設定する。
- ⑤肯定的な目標を設定する。
- ⑥達成日を決める。

セッション2：ストレスのコントロール方法

目標：①問題解決する力が高まる。
②ストレスにうまく対処できるようになる。

内容：・問題解決の方法
・感情のコントロール
・ストレスの解消方法
・次回までの目標設定

1) 前回の復習

前回実施した内容について振り返り、質問や疑問点があれば説明などを実施します。

2) 目標達成度の確認

目標の達成状況について確認します。目標が達成されている場合は賞賛し、達成が難しかった場合は、何が困難だったのかを一緒に振り返ります。

3) ストレスのコントロール方法

パンフレットにそって以下の内容について説明します。

- ・生活をしているうえで、ストレスは避けられないこと、ストレスの度合いはストレスの原因となっているストレッサーに対する自身の解釈とその反応の仕方に大きく影響されることを説明します。不安が大きくなると療養自体に影響することを説明します。
- ・ストレスの対処方法を紹介し、自分にあったストレス対処法を見つけられるよう、参加者と一緒にディスカッションします。

① 問題解決方法

- ・実際に抱えている問題をあげてもらい、問題だと思う原因について話し合います。そして起こった問題に対する思考・感情・行動を振り返り、どのような思考過程をふんでいるのかを内省します。問題の本質は何かという問いを参加者とディスカッションします。
- ・問題の原因について、自分でコントロールできて解決できる問題だと考えているか、あるいは、変らない、深く根差した人格的な側面によるものだと考えるかを確認します。問題の原因が自分に関することで、かつ変えられないものだと考えている場合 **resilience** がそこなわれてしまうため、認識を変えるように関わります。

② 感情のコントロール

感情のコントロールとは、レジリエンスが低いと自分の気落ちを抑えきれずに、恐れ、不安、怒りなどに巻き込まれ、感情がコントロールできなくなります。変えられない過去を悔やんだり、未来の心配をしていると、今やらなければならないことに集中できなくなります。

生じた原因を「自分に課せる傾向」もしくは「他者に課せる傾向」があるといったコントロールの所在についても、一緒に振り返り、参加者の思考過程の習性に気づいてもらい、思考が感情や行動に影響を及ぼしていることについて理解を深めます。

ねらい

自分が適切な行動をとり、有効な問題解決方法を成し遂げたことにより、自分で成し遂げることが出来る、という確信をもつことで、自分で問題をコントロールすることが可能になります。自分の陥りやすさ思考過程に気づけるように支援する。そうすることによって、問題を解決する能力が高まり、自分に対する自信が強まります。逆に問題解決に失敗することが続くと、自分不信に陥ることにつながるため、注意が必要です。感情やストレスに苦しんでいる時に、感情をコントロールする方法と、落ち着く方法、「今」に集中できるように支援します。

4) 理解度の確認

実施後患者の理解度を確認する。質問などがあれば再度説明して下さい。

5) 目標設定

今回実施したプログラムの内容をもとに目標を設定します。目標設定時の注意点は、セッション1を参考にして下さい。目標は、次回のプログラム実施日までに達成可能なものとし、次回面接時に目標の達成状況について話しあってください。

セッション3：療養と社会生活の両立に向けて

目標：①人との良好な関係を構築する力が高まる。

②社会的支援を形成する力が高まる。

③自己に対する適切な評価ができる。

内容：・他者との関係の築き方

・1型糖尿病患者のネットワーク

・自己肯定感について

1) 前回の復習

前回実施した内容について振り返り、質問や疑問点があれば再度説明します。

2) 目標達成度の確認

目標の達成状況について尋ねる。目標が達成されている場合は賞賛し、達成が難しかった場合は、何が問題だったのかを一緒に振り返る。

3) 他者との関係の築き方

安定した人間関係はレジリエンスを高めるために必要です。信頼できる人間関係があれば、相談できるなどストレスの対処に影響します。

- ・参加者の周囲のサポート状況を振り返り、支援の必要性についてどう考えているのかをディスカッションします。その上で、自分と他者を理解することで、他者の良さを再発見する、相手に自分のことを理解してもらうことの難しさについて、参加者の体験を振り返りながらディスカッションを重ねます。
- ・参加者は自分をどのように捉え、認識しているのか、自分を見直すことでその人の良さ（強み）を確認します。その上で自分の価値観を確認します。内面にある力を引き出し、参加者が自分の能力に気づき、潜在能力を引き出し高めることで療養にむけ取り組むことが期待できます。
- ・自分と向き合うことが辛いと感じる人もいるため、参加者の様子を見ながらディスカッションを進めて下さい。

4) 価値観について

価値観とは、自分にとって何に価値があるか、についての考え方で、その人の本質的な部分です。価値観は人それぞれで、価値観自体は正しい、間違っているということはありません。対人関係において、価値観の違いが影響します。相手の価値観をまずは認めて、

自分の価値観を認識したうえで、話しをすると何でも言える関係性を築くことにつながります。

以上の説明をした後、参加者に価値観についてチェックしてもらいます。もし自分の価値観がはっきりしない場合は、「これまで生きてきた中で感動したこと」について語ってもらいます。その話の中から、プログラム実施者は参加者の価値感を見出すように関わり、参加者にフィードバックして下さい。

5) 自己肯定感について

ディスカッションを通して、自分をどのように思っているか、自分の長所について答えてもらいます。自分に対する評価が低いと自分に自信がもてないことから、行動が消極的になってしまい、ストレスもたまりやすくなります。自分のことが嫌いと思っている人は、十分な人間関係が築けません。それは自分の良さを他者が理解できないことが影響します。自己を肯定的に捉え、自己を認めることができるよう働きかけて下さい。

6) 理解度の確認

実施後患者の理解度を確認する。質問などがあれば対応して下さい。

7) 目標設定

今回実施したプログラムの内容をもとに目標を設定する。目標設定時の注意点は、セッション1を参考にして下さい。目標は、次のプログラム実施日までに達成可能なものとし、次回面接時に目標の達成状況について話しあいます。

セッション4：病気との向き合い方

目標：①身体的ダメージからの回復が早まる

②精神的ダメージからの回復が早まる

内容：・病気についての社会的理解

・血糖管理を犠牲にしない生活に向けて

・病気になったことによる変化

・目標の達成状況と次回（6か月後）までの目標設定

1) 前回の復習

前回実施した内容について振り返り、質問や疑問点があれば対応する。

2) 目標達成度の確認

目標の達成状況について尋ねる。目標が達成されている場合は賞賛し、達成が難しかった場合は、何が問題だったのかを一緒に振り返る。

3) 生活上の血糖管理の犠牲

生活を営むうえで、糖尿病の療養行動がスムーズにとれないことがあります。日ごろの療養生活を振り返り、対策が考えられることについては一緒に検討して下さい。療養行動をとらなければならない場面で、とれない状況が続いている場合、血糖値の変動に困惑する他、精神的なジレンマやストレスを抱えていることが予測されるため、そのような場면을振りかえりながらフィードバックして下さい。

4) 病気と向きあう術

これまで精神的なダメージをおった出来事から立ち直った経験について、話すことができる参加者には語ってもらって下さい。その時どのような思考・感情・行動をとったのか、病気になってから気づいた点や、変化したことなどについて聞きます。またうまく立ち直れた時にどのような **resilience** を活用していたのかを一緒に振り返ります。そしてその経験から学んだことを話し合ってください。

辛い経験を思い出す事で、傷つく方もおられますので、無理に体験を引きださないように注意して下さい。辛い経験を忘れるというのも必要な力ですので、尊重して下さい。

5) 理解度の確認

実施後患者の理解度を確認する。質問などがあれば対応する。

6) 目標設定

今回実施したプログラムの内容をもとに目標を設定する。目標設定時の注意点は、セッション1を参考にして下さい。目標は、次回のプログラム実施日までに達成可能なものとし、次回面接時に目標の達成状況について話しあってください。

11. Resilience の質問紙の回答

4回のセッション終了後、Resilience の質問紙に回答してもらいます。回答の結果をから、前回と比べて得点に変化した質問項目や大項目について確認します。上記の結果を、参加者に伝え、得点に変化した理由について参加者と共に話しあう時間を持ちます。その話し合いの中から、参加者の成長が感じられた場合は、フィードバックして下さい。

12. 6か月後のフォローアップについて

プログラム終了から6か月後をめどに、参加者に質問紙の回答をお願いして下さい。時間があれば、質問紙の結果について参加者と話をする時間を設けて下さい。プログラムを実施したことによる変化などについても、聞いて下さい。

資料：resilience の評価表

(問題解決)

- ・問題が起こったとき自分で解決できる
- ・困難な問題が起こった時でも解決する努力をする
- ・自分でコントロールできない問題は考えないようにする

(将来の見通し)

- ・困難な状況でも将来よくなると思うことができる
- ・将来のことが心配である

(対人関係)

- ・まわりの人とよいコミュニケーションがとれている
- ・相手の顔色からその相手の気持ちを察することができる
- ・みんなの前で自分の意見を言うことができる

(自己肯定感)

- ・自分の強みや長所を理解している
- ・自分の強みや長所を活用できている
- ・自分らしさを大切にしている
- ・物事を前向きに考えることができている
- ・自分に自信をもつことができている

(ソーシャルサポート)

- ・困った時には助けを求めることができる
- ・困った時に相談できる人、あるいは場所がある

(セルフコントロール)

- ・嫌なことがあっても自分の感情をコントロールすることができる
- ・不安や緊張の中でも普段と変わらない行動ができる
- ・周囲の反応を恐れることなく、自分の意見や感情を表現できる
- ・自分が何を考え、それがどんな風に自分の気持ちに影響するか理解することができる

(ストレス・コーピング)

- 問題の原因を見つけようとする
- 情報を集める
- 信頼できる人に解決策を相談する
- 何とかかなると思う
- 自分にはよい経験だと思うようにする
- 大した問題ではないと考えるようにする
- 何もせず自然の成り行きにまかせる
- こんなこともあると思ってあきらめる
- 気分転換を試みる

資料9 プログラム原案について

分類	内 容
目標達成の難しさ	病気になる前の社会生活を維持するとは、病気になる前の状態にもっていくのは難しいのではないかな
	1回の支援で「療養に必要な知識や技術の習得ができること」を目指すのは難しいのではないかな。
	1ヶ月での目標達成は難しいのではないかな
プログラム構成の修正	最初にレジリエンスの説明が必要なのではないかな
	知識・技術の後に血糖管理方法を提示した方がいいのではないかな
教育技法の整合性	対人関係の教育技法はどれになるのかな
	ストレスの管理の必要性について説明することが言語的説得になるのかな
	抱えている不安について語れるように関わることが自己教示になるのかな
	遂行行動は提示や提案ではなく表示するのかな
	教育技法の言語的説得の内容は、自己効力感によるものであれば、知識についての説明ではなく、賞賛されることのように思う
	「言語による説得」は、日本語の「説得」という意味とは異なると思う。説得という言葉以外で表現した方がいいのではないかな
プログラム理解の困難さ	捉え直す力の教育内容「他者心理の理解」が「自己肯定感が高まる」ことにどのようにつながるのかな
	自己効力感を高めることで、自己肯定感が高まるという関係性をどのように理解すればいいのかな
	1型糖尿病の発症原因もまだはっきりとわかっていないので、経験の意味と resilience を高めること（経験からの意味づけを理解する力が高まる）がどのようにつながるのかな、支援する医療者側もどのように理解すればいいのかな
	プログラム全体の構造を図式化するなどの工夫をするとわかりやすくなるのではないかな
	レジリエンスについては理解できるが、レジリエンスとその先の教育内容が繋がっていないのでは、4つのセッションを実施することで、レジリエンスが高めるためにつながるとは読み取れない
	プログラムの内容が1型糖尿病患者に特化しているかどうか読み取れない部分がある
プログラム実施に対する困難感	ストレスに対する教育技法のうち、モデリングがあるが、看護師の経験により同病者の体験が不足している場合は使えず、どのような技法で精神的ダメージからの回復力が早まるか悩む
	参加者の精神状態や、おかれている状況下においては、説明しにくい感じがする
	プログラムの介入が難しい
	マニュアルを読んだだけでは実践は難しい

施設による教育の違いがプログラムに及ぼす影響	教育入院の教育内容との連動はあるのか、病院によって初回に教育される内容が異なる
	うちでは薬剤師が患者に個別にインスリンはここがピークでね、と話をして用紙を渡す。その辺は施設によって違う
	ポンプはあまりうちの病院では増えてない
	うちでは大雑把なカーボカウントの黒田式で指導している
	入院中にカーボを指導して、外来でも栄養士と共に応用カーボカウントまで指導している
	車の運転のところで、血糖値が70以下というのは低いのでは、100以下だったらか先生は言っている。80台ならほっとかないでとは言っている
	(血糖値の目標を) 主治医も言わないし示してもいない
	インスリンの調整が面倒だという患者には、医師が何単位だったらこれくらい打つように表を書いて渡す。すると考えずに打ってくれる。

資料 10 評価指標について

分類	内 容
評価に対する不安	教育者によって目標達成度が少し曖昧になる可能性があるように感じる
	表のように1回目をしたら、2項目、第2回目をしたら6項目の表というように行った回の評価でいいのか？第2回目の評価内容が多く、これを1回で実施し評価するのは難しいと感じる。
	価値観の評価は難しい
	言動から評価する場合、言動に表れないこともある。本当はできる力があるが、現れないと評価できないことになる
	知識と技術はできる、できないの評価でいいと思うが、他は4段階での評価が難しい
	プログラム原案のp7の項目と、プログラム実施者評価表の項目が微妙に違っているの、統一した方がいい
	評価する時に自分が患者の変化に気付くかどうか不安
	評価難しい、自分が気付くかどうかというのが不安材料
	「精神的ダメージからの回復力が早まる」の評価が難しい
質問紙の評価	あえて「どちらでもない」の回答を除いていると思う。4段階でどちらかの選択肢を選んでくれた方が関わりやすい
	どちらかという、という表記がついているのでいいと思う
評価時期の妥当性	評価時期については妥当だと思う
	レジリエンスの質問紙をプログラム終了後3~5か月後に再度とる意図がわからない。もし戻っていたら、関わりを開始するということなのか
	期間としては妥当である レジリエンスは短期間に身につくものかという疑問もあるので、1年後にも確認してもいいのかもしれない

資料 11 パンフレットの内容

分類	内容
内容の追加	高血糖の部分にシックデイの説明を加えた方がいい
	シックデイは入院中必ず指導するが、いざなったときじゃないとわからない
	旅行（国内外）での注意点の追加
	インスリン療法の手技や操作の不安や悩みも多いと思うが、その点はどうか
	内容が強化インスリン療法のみとなっているが、CSII はどうなのか
	患者に性生活について質問をうけたことがある、結婚、妊娠、出産などを考え、悩んでいる患者も多いと思う。聞きにくい内容だからこそプログラムに必要なように思う
	災害もあれば
内容の修正	補正インスリン量について文章での説明があったほうがいい
	インスリンの作用時間が急にでてくるので、説明があった方がわかりやすい
	低血糖と高血糖をわけるか、低血糖症状である身体症状、作業能力、気分についてわかるようにしたほうがいい
	低血糖時の捕食のとりかたについて 捕食の具体例は示さないのか
	臨床において、外来の予約時間が早く、朝欠食してこられて低血糖起こす患者がいる。具体例で伝えてはどうか
	常に糖質を携帯して、について、具体例はいらぬのか
	教育入院で、カーボカウントについて習得できているのであれば、応用編を多く記載した方が役にたつのではないか
	カーボカウントの活用方法などを多く入れた方が実践につながるのではないか
	車の運転について血糖値が 70 以下の時は必ず何か対処して、について具体例を挙げた方がいいのではないか
	車の運転について 血糖値が 70 以下は低すぎるのではないか
	血糖コントロールの目標について、発症したばかりでは、HbA1c が安定しない
	1 型糖尿病治療のサポート体制に、IDDM ネットワークを追加した方がよい
	参考アプリに e-SMBG も入れた方がよい
	ストレスとは何か。1 型糖尿病と生きることに伴う様々な苦悩がストレスになっているのか
	対人関係や精神的ダメージを負った時の思考・感情・行動や振り返りなど看護師に対するプロトコールがもう少し内容としていると思う
ケーススタディのようにプログラム内容を実施する場合のモデルケースがあった方がいいのではないか。実際の使用方法について、研究者が勉強会をすることにより、実施者のイメージがすっと入ってくると思う	

	<p>プログラム実施者がプログラムを見ながら支援していくと考えると、把握（支援者の知識など）しておくことと、実際に行うことが混在しているため、どこを見ていいのか、どう進んでいいのか、戸惑ってしまうように思う。表にするなど、視覚的にもわかるようにしてはどうか</p>
内容の妥当性	<p>発症後1年未満の患者に糖尿病合併症や無自覚性低血糖についての知識を伝えることが絶対必要なのか</p>
	<p>インスリンの作用時間の表は基本がすんでいる人であれば、インスリンのことが必要なのか。入れるにしても図の方が見やすい</p>
	<p>患者がレジリエンスという言葉を理解することが必要なのか？支援する医療者はレジリエンスをいう概念をしっかりと理解しておくことが大事だと思うが、患者にはわかりやすい言葉で理解を促してもいいのではないかと思う。パンフレットの表題には病気とうまくつきあうために記載しているので</p>
	<p>パンフレットの内容では、達成目標を達成するには難しいのでは</p>
	<p>経験の意味とはどうゆうことか？「どうしてこのような病気になってしまったのか」ということに執着し、それ以外のことを考えるゆとりがない状況に身を置いている患者がいた。教育プログラムはどのように活用すればいいのか</p>
	<p>「自分の思考過程を理解しましょう」の内容は説明になっている。どのように自分の思考過程を理解すればいいかわからない。ディスカッションの場で話しあって、気付くのか</p>
	<p>ストレス解消法はわかりやすい。一緒にその場で実践するようになるのか</p>
	<p>「他者との関係性の築き方、支援者を作る」のディスカッションでは、自分のいいところを書き出すのか</p>
	<p>価値についてといわれても難しい。どのように価値をチェックするのか、チェックリストといっても適切なものはないように思う</p>
	<p>それぞれの用紙を教育プログラム実施時にどのように使用するかがわかりにくい</p>
	<p>知識、技術の教育内容の糖尿病の合併症、非常時の備え、合併症予防法がパンフレットのどこにあたるかわからない</p>
レイアウト	<p>高齢者には行間が狭く読みにくい</p>
	<p>パート毎にページをわけた方がわかりやすい</p>
	<p>ディスカッションのところに書き出してみましようとするので、書き出せるスペースがあってもいいのではないか？このディスカッションは医療者とともに取り組むのか</p>
	<p>字が多すぎるように思う。もう少しイラストがあってもいいのでは</p>
	<p>方法の記述とイラストは続けて記載している方が見やすい</p>
	<p>字が少し小さい</p>
	<p>カーボカウントからのインスリン量の計算で、②が2つの□で記載されているのでわかりにくい</p>
	<p>全体的に文字が多く、文章が多いので、箇条書きにしたり、絵や写真などを入れたり工夫がある</p>
	<p>ワークや、ディスカッションは、本文とはレイアウトを別にした方がよい</p>

資料 12 プログラムの運用について

分類	内 容
プログラムの進め方	セッション1～4までは順序を変更してもいいと思う。患者の気がかりにそって進めた方が、目標達成につながりやすいと思う
	発症直後の患者と半年以上経過している患者も同じようにセッション1からのスタートになるのか
	各回で前回の復習があるが、プログラム終了後の患者の知識や技術の習得度によって今後のフォローアップはあるのかないのか。あるのであれば、どのような予定なのか
	プログラム終了後のフォローをどのようにするか
	最初に評価をして、弱いところを重点的に介入する、本人ができているところは褒めて、悪いところだけフォローし、プログラムにそって細かく聞いていけば、外来でも実施可能だと思う
プログラム実施者の準備の必要性	プログラムを開始するにあたっては、信頼関係を築いておく必要もあるので、入院中からの関わりも必要だと思う
	目標の意味を充分理解していないと、きちんとした教育内容を提供できない
	プログラムを実施するには、看護師の知識や技量などが非常に求められる
	CN、CNS が実施するのが妥当だと思う。CDE も実施できると思うが訓練が必要
	CN の中でもできる人と、そうでない人がいるのではないかと思う
	プログラムが完成して世に出た時に、ぱっとみて理解できるかという、認定看護師でもできる人とできない人といっているのではないかと思う
	レジリエンスの概念の理解と、実践への活用に関する理解、1型糖尿病のケアについて理解が必要
	このプログラムで使用する教育技法が、心理学（臨床心理士）の分野を含むため、この教育技法を理解し、実践することは難しいと感じる。このプログラムを使用する前に、トレーニングを受けるなどの医療者への支援が必要
	ディスカッションで患者とのやりとりについて、（特に聴き方）トレーニングが必要なのでは
精神的な関わりが中心となるプログラムだと思うので、看護師の技量が求められる内容だと思う	
プログラムの実施時間	内容から 60 分はかかると思うので、事前に参加者に伝えておく必要がある
	30 分であればプログラムを受けやすいと思うが、1 時間になると患者の負担も大きくなるのではないか
	個人によってかかる時間は異なると思うが、毎回 60 分以上程度かかると患者はしんどくなるのではないか
	1 回のケア時間が 30～60 分なので、1 型 DM 患者を全く経験のない（少ない）CNS、CN であれば、効率よく展開できないかもしれないと思った
プログラムの介入時期	発症・教育入院後の場合は 1 か月後くらいに初回の外来受診がある、その時期から開始することが適切かどうかは、考える必要があると思う

プログラムの 介入時期	患者の経験や、病気の受け入れの状態によって、どの程度の状態で開始すべきかわかると思う
	病気を発症した直後から退院までの時期よりは、外来通院の患者を対象にする方がいいと思う
プログラムの 対象	診断直後で、教育入院後の限定となっており対象が限られるのではないか
	発症後教育入院せずに、外来通院の場合はどうなるのか
	プログラム実施後通院してくる患者も対象となるようであれば、他院に紹介となる患者もいるため、参加者の選定をする必要がある
	小児発症で成人になった人は対象になるのか
	1型糖尿病は80歳で発症する方もいる プログラムの適応はもうちょっと若い年代を想定した方がいいのでは
	どの1型糖尿病の病態のタイプでも対象になるのか

資料 13 プログラムの有用性

分類	内 容
プログラムの効果	レジリエンスはプログラムの実施により、高まると思う。年月が過ぎた方がさらに応用・活用でき、レジリエンスが高まると思う
	ストレス対処方法や、問題解決法などを取り入れており、効果があると思う
	継続的、計画的にかかわることで、レジリエンスは高まると思う
	このプログラムを実施することで、患者の実践的な対処行動の良し悪しが患者とのディスカッションで具体的に出てこないところを強化し、患者と看護師の相互で確認しやすく、そのためレジリエンスが高まると思う
	レジリエンスを高める内容にはなっていると思う
実施者による効果の違い	実施者のコミュニケーション能力にかかっていると思う。特に3・4のセッションは、患者の内面的なところなので、1・2セッションで関係性を構築できれば有効だと思う
	実施者により差が出るかもしれない
	このプログラムがこの患者には効果的だと実施者が判断できる力が必要だと思う。その判断基準などがあれば導入しやすく、患者を支援できるのではないかと思う。

資料 14 1型糖尿病患者の教育の難しさ

1型糖尿病患者の教育の難しさ	これまで1型2型と区別せず教育を行い、1型患者にはおまかせの療養生活をしいてきた感がある
	確かにスタッフがインスリンの量を本当にかえていいのって思っている人も、ほぼそれなんで なかなか
	私達も指導というよりは、話を聞いているだけの関わりしかできてない
	本当にこの3年間お悩み相談で終わっている

資料 15 患者用パンフレットの内容

分類		内 容
パンレット の追加内容	低血糖時の対応	ブドウ糖を補食してもすぐに血糖値はあがらない(ケース 5)
		いつも食べる物をポケットや鞆に入れておく(ケース 5)
		低血糖を予測しながら、先手をとらないと大変(ケース 4)
		危ない時は、早め早めに対応するのがコツだと思う(ケース 2)
		仕事しながらでもなんかつまんで(ケース 6)
		絶対倒れられない仕事の日には血糖値をすごくあげている インスリン打たなくてもいいくらいの勢いで(ケース 3)
		自分が低血糖になるパターンを知っておく必要がある(ケース 2)
	異常時の判断	どこまでは様子を見てよくて、どうなったら、どこの病院に 連絡するとか、最初わからなかった(ケース 1)
		ポンプが詰まった時にそれをどうしていいかがわからず、不安に なったことがあった(ケース 7)
		先生は電話してっていわれるけど、実際大元の窓口に電話する と、対応が冷たかった。(ケース 3)
	外食時の対応	レストランや料亭なんかに行く場合、前もって 1 型の糖尿病患者 で、食事のことをあらかじめ教えて下さいという、教えてくれ て、注射を打てるように場所を作ってくれた(ケース 5)
		何がでてくるかわからない時はデュアルで設定する(ケース 3)
		外食時はインスリンをわけてうつ(ケース 4)
	日頃の備え	食べ過ぎて高血糖になっている場合と、ベースが入っていない場合 では同じ高血糖の値でもしんどさが全然違う。高血糖も注意しな いといけない(ケース 7)
		ポンプは注射を持ち歩かないと、何かあった時に対処ができない (ケース 3)
糖尿病であることを示すノートや、カードを持参することを入れ ておいた方がいい(ケース 5)		
パンフレッ ト内容に対 する希望	基礎的な知識	知識というか、基礎的な内容が入っているとありがたい(ケース 2)
		仕事上のストレスで 0.5 位 HbA1c が上がった(ケース 2)
	周囲に異変に気 づいてもらうこ との重要性	周囲にいる人間として、経験してみないとわからないが、顔つき とか、しゃべり方とかね、なんかわかります(ケース 4)
		周囲の人に低血糖をしってもらうというのも重要だと思う つつい大丈夫と言ってしまう(ケース 7)
病気に対する理 解を社会に促す	取引先の目の前でインスリンを打った時に何したんと言われた(ケ ース 2)	

		病気のことを説明して、それはそれでコミュニケーションの一つ (ケース 2)
		外食時、事前にインスリンを打つ場所の設定と、当日の食事内容を聞けば教えてくれると思う。うろうろ注射を打てる場所を探すのではなく、どうどうと注入できるように自分から働きかける事も必要(ケース 5)
	深めたい内容	「療養と社会生活の両立において大切なこと」の内容について深く知りたい
	レイアウト	字が多いと読まない
		糖尿病の知識のところを、全部パンフレットにもりこむのではなくて、資料は別に用意しておくなどして患者が知りたいと思う内容を選択してもらうようにしてはどうか

平成 年 月 日

〇〇病院

院長（看護部長）

〇〇〇〇〇〇 様

研究協力へのお願い

拝啓

時下皆様におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は慢性疾患看護専門看護師として病院で働きながら、高知県立大学大学院看護学研究科博

士後期課で学んでいる学生の高樽由美と申します。現在「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」に取り組んでおります。

1型糖尿病患者は、合併症予防にむけた血糖管理の知識や技術はもちろんのこと、心理社会的な適応や対処能力の獲得をふまえた患者教育が必要であると考えます。しかしながら、1型糖尿病を専門とする医療者は限られており、効果的な教育がなされていないのが現状です。そこで本研究は、1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発をすることを目的としております。

1型糖尿病患者の resilience とは、1型糖尿病患者自らがもつ資源や周囲との相互作用から獲得した能力を用いて、身心の健康状態にむけた取り組みができ、自己の成長にむけて変化していくことです。1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの介入により、病気の管理に必要な知識と技術を患者が獲得し、社会復帰をスムーズにし、病と共に生きることにつながるといった成長を助けることにつながる考えます。

この度、作成したプログラム原案と評価指標の適切性と、実現可能性を検討するため、その内容につきまして、グループ・インタビューを実施したいと考えております。

つきましては1型糖尿病患者様への看護ケアを実践されている〇〇〇〇様に、グループ・インタビューの研究協力をお願いしたく、依頼させていただきました。

本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

ご多用のところ恐縮ではございますが、研究計画書概要をご一読の上、研究の主旨をご理解いただき、研究に対するご承諾を頂きますようお願い申し上げます。

何かご不明な点やご意見がございましたら、お手数ですが連絡先にお問い合わせ下さい。

1. 本研究でご協力いただきたい内容

- ・「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」において、作成したプログラム原案と評価指標の適切性と、実現可能性を検討するため、グループ・インタビューの研究協力をお願いしております。

- ・本研究で使用させていただきますデータとしましては、グループ・インタビューでの発言内容としております。
- ・研究結果は、高知県立大学大学院看護学研究科博士公聴会および、専門領域の学会、論文、大学のホームページで公表する予定です。その際、施設や個人が特定できないように配慮いたします。
- ・研究協力の許諾の有無や、グループ・インタビューに応じた結果が、研究協力者の勤務評価につながらないようお願いいたします。

2. ご協力いただくにあたり、研究者がお約束させていただくこと

- ・本研究の協力を拒否されても、貴施設が不利益を被ることは一切ありません。
- ・インタビューの日時や場所は、研究協力者の皆様のご都合にあわせて調整し、業務に支障を来さないよう十分配慮いたします。
- ・本研究を通して知り得たデータは匿名として扱い、個人を特定できるような情報はすべて取り除き、研究者と研究指導者以外見ることはありませんし、研究目以外のことに使用することはありません。
- ・研究データは研究者が鍵のかかる保管庫にて責任をもって管理するとともに研究終了後に個人が特定される内容につきましては破棄いたします。
- ・本研究にご協力いただくことで、何かご負担が生じるようでしたら、いつでもご辞退いただいて構いません。インタビュー終了後にご辞退頂くことも可能ですし、そのことで不利益を被ることは一切ございません。
- ・研究協力の取り消しを希望された場合、研究協力者のデータのみ全体のデータより削除いたします。

本研究でご協力いただきたい内容、ご協力いただくにあたり研究者がお約束させていただくことにつきましては、研究者より研究協力者の方に紙面を用いてご説明させていただきます。お忙しいなか大変恐縮ではございますが、以上の点にご理解を頂き、研究協力者として依頼させていただきますことをご許可いただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

研究協力への許可がいただけるようでしたら、お手数ですが別紙の承諾書にご署名いただき、返信用封筒にて承諾書の施設用と研究者控えを____年__月__日までにご返送下さい。この依頼書は承諾書とともに保管いただきますようお願いいたします。

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
高樽 由美
連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1
(岡山大学病院)

Tel: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u. ac. jp

指導教員：藤田佐和（高知県立大学看護学部 教授）
研究室 Tel : * * * * *

平成 年 月 日

糖尿病看護認定看護師

〇〇〇〇〇 様

研究協力へのお願い

拝啓

時下皆様におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は慢性疾患看護専門看護師として病院で働きながら、高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程で学んでいる学生の高樽由美と申します。現在、「1型糖尿病患者の resilience(レジリエンス)を高める教育プログラムの開発」に取り組んでおります。

1型糖尿病患者は、合併症予防にむけた血糖管理の知識や技術はもちろんのこと、心理社会的な適応や対処能力の獲得をふまえた患者教育が必要であると考えます。しかしながら、1型糖尿病を専門とする医療者は限られており、効果的な教育がなされていないのが現状です。そこで本研究は、1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発をすることを目的としております。

1型糖尿病患者の resilience とは、1型糖尿病患者自らがもつ資源や周囲との相互作用から獲得した能力を用いて、身心の健康状態にむけた取り組みができ、自己の成長にむけて変化していくことです。1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの介入により、病気の管理に必要な知識と技術を患者が獲得し、社会復帰をスムーズにし、病と共に生きることにつながるといった成長を助けることにつながる考えます。

この度、作成したプログラム原案と評価指標案の適切性と、実現可能性を検討するため、その内容につきまして、グループ・インタビューを実施したいと考えております。

つきましては1型糖尿病患者様への看護ケアを実践されている〇〇様に、グループ・インタビューの研究協力をお願いしたく、依頼させていただきました。

本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

ご多用のところ恐縮ではございますが、研究計画書概要をご一読の上、研究の主旨をご理解いただき、ご協力をいただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

何かご不明な点やご意見がございましたら、お手数ですが連絡先にお問い合わせ下さい。

敬具

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
高樽 由美
連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1
(岡山大学病院)

Tel: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u. ac. jp

指導教員：藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)
研究室 Tel: * * * * *

お願いしたい内容とお約束事項

研究へのご協力をいただくにあたり、以下の点についてお願いとお約束をさせていただきます。

1. 本研究でご協力いただきたい内容

- ・「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」における教育プログラム原案と評価指標案の適切性と、実現可能性を検討するため、グループ・インタビューの参加協力をお願いいたします。
- ・グループ・インタビューは、5～10名程度のグループで1回60～90分程度お時間をいただき、作成した教育プログラム、使用教材（パンフレット）、プログラム実施マニュアル、評価用紙について、ご意見をお伺いさせていただきたいと思っています。
- ・本研究で使用するデータは、グループ・インタビューにおけるディスカッションでの発言内容です。
- ・お聞かせいただいた貴重なご意見を振り返り検討していきたいと思っておりますので、お話の内容をICレコーダーに録音させていただきますことをご了承ください。
- ・本研究にご協力いただくうえで、グループ・インタビューで知り得た他者に関する情報は研究者以外の人に漏らさないようお願いいたします。
- ・グループ・インタビューの参加に伴う交通費は、ご自身でご負担下さい。
- ・研究にご協力いただくにあたり、所属施設長へ研究協力の依頼をさせていただきます。

2. ご協力いただくにあたり、研究者がお約束させていただくこと

- ・研究へのご協力は自由意思によるもので、ご協力を頂けない場合でも研究今協力者に何ら不利益を被ることはないことをお約束いたします。
- ・グループ・インタビューの日時や場所は、研究協力者の皆様のご都合にあわせて調整いたします。その際、業務に支障を来さないよう十分配慮いたします。
- ・本研究を通して知り得たデータは匿名として扱い、個人を特定できるような情報はすべて取り除き研究者と研究指導者以外見ることはありませんし、研究目的以外のことには使用することはありません。理解できない質問や話したくないことについては、無理にお話しただかなくて結構です。
- ・お話しいただいた内容を研究者が振り返った結果、もう少しお伺いしたい内容がありました場合に、追加のインタビューをお願いすることがあるかもしれません。申しわけありませんが、ご協力を宜しくお願いいたします。
- ・研究データは研究者が鍵のかかる保管庫にて責任をもって管理するとともに、研究終了後に個人が特定される内容につきましては破棄いたします。
- ・研究結果は、高知県立大学大学院看護学研究科博士公聴会および、専門領域の学会

- 、論文、大学のホームページで公表する予定です。その際、施設や個人が特定できないように配慮いたします。
- ・この研究の主旨については研究者から説明し、ご協力がいただける方に同意書のサインをお願いしています。
 - ・研究協力についての同意が得られた時点で、研究の具体的な内容について説明を行う時に、同意書と一緒に同意取り消し書と、研究者への返信用封筒をお渡しします。
 - ・研究の協力を取りやめたい場合は、同意書にサインをした後や、インタビュー終了後でもかまいませんので、同意取り消し書に日付とサインをご記入のうえ、2015年12月末までに郵便ポストに投函していただきますようお願いいたします。研究協力の同意を取り消された方のデータは削除いたしますが、他の研究協力者のデータは使用させていただきますのでご了承下さい。
 - ・インタビューに応じた結果が、皆様の所属における勤務評価につながらないようお願いしています。

研究に関してご質問やご意見がございましたら、いつでも下記の連絡先までご連絡下さい。

以上の点について、ご理解を頂き、研究への協力についてご検討下さい。ご協力いただけるようでしたら、お手数ですが同封の同意書と同意書の研究者控えにご署名いただき、返信用封筒にて 2015年 月 日までにご返送下さい。その際あなたの連絡先（FAX番号もしくはメールアドレス）をご記載下さい。後日研究の日程などについて案内状を送付いたします。研究にご協力いただける場合には、1人にクオカード（1,000円）をお渡しいたします。

この依頼書（「研究協力へのお願い」と、「お願いしたい内容とお約束事項」）は、同意書とともに保管いただきますようお願いいたします。

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
高樽 由美
連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1
(岡山大学病院)

Tel/Fax: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u. ac. jp

指導教員：藤田佐和（高知県立大学看護学部 教授）
研究室 Tel：* * * * *

平成 27 年 月 日

慢性疾患看護専門看護師

〇〇〇〇〇 様

研究協力をお願い

拝啓

時下皆様におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は慢性疾患看護専門看護師として病院で働きながら、高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程で学んでいる学生の高樽由美と申します。現在、「1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」に取り組んでおります。

1 型糖尿病患者は、合併症予防にむけた血糖管理の知識や技術はもちろんのこと、心理社会的な適応や対処能力の獲得をふまえた患者教育が必要であると考えます。しかしながら、1 型糖尿病を専門とする医療者は限られており、効果的な教育がなされていないのが現状です。そこで本研究は、1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発をすることを目的としております。

1 型糖尿病患者の resilience とは、1 型糖尿病患者自らがもつ資源や周囲との相互作用から獲得した能力を用いて、身心の健康状態にむけた取り組みができ、自己の成長にむけて変化していくことです。1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの介入により、病気の管理に必要な知識と技術を患者が獲得し、社会復帰をスムーズにし、病と共に生きることにつながるといった成長を助けることにつながる考えます。

この度、作成したプログラム原案と評価指標案の適切性と、実現可能性を検討するため、その内容につきまして、質問紙調査を実施したいと考えております。

つきましては 1 型糖尿病患者様への看護ケアを実践されている〇〇〇〇様に、ご回答をお願いしたく、質問紙をお送りさせていただきました。

本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

ご多用のところ恐縮ではございますが、研究計画書概要をご一読の上、研究の主旨をご理解いただき、ご協力をいただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

何かご不明な点やご意見がございましたら、お手数ですが連絡先にお問い合わせ下さい。

敬具

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程 高樽 由美
連絡先：〒700-8558 岡山市北区鹿田町 2-5-1
(岡山大学病院)

Tel/Fax: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp

指導教員：藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)

研究室 Tel : 088-847-* * * *

お願いしたい内容とお約束事項

研究へのご協力をいただくにあたり、以下の点についてお願いとお約束をさせていただきます。

1. 本研究でご協力いただきたい内容
 - ・ 「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」において、作成した教育プログラム原案と評価指標案の適切性と、実現可能性を検討するために、質問紙調査の研究協力をお願いいたします。
 - ・ 本研究で使用させていただきますデータは、質問紙の回答内容となります。
2. ご協力いただくにあたり、研究者がお約束させていただくこと
 - ・ 研究へのご協力は自由意思によるもので、ご協力を頂けない場合でも研究今協力者に何ら不利益を被ることはないことをお約束いたします。
 - ・ 研究にご協力いただくにあたり、所属施設長の承諾が必要な場合は、所属施設長へ研究協力の依頼をさせていただきます。
 - ・ 本研究を通して知り得たデータは匿名として扱い、個人を特定できるような情報はすべて取り除き研究者と研究指導者以外見ることはありませんし、研究目以外のことに使用することはありません。
 - ・ 回答していただいた内容につきまして、もう少しお伺いしたい内容がありました場合に、追加のインタビューをお願いすることがあるかもしれません。申しわけありませんが、ご協力を宜しくお願いいたします。
 - ・ 研究データは研究者が鍵のかかる保管庫にて責任をもって管理するとともに、研究終了後、研究者が責任をもってデータを破棄いたします。
 - ・ 研究結果を、高知県立大学大学院看護学研究科博士論文公聴会および、専門領域の学会、論文、大学のホームページで公表する予定です。その際、施設や個人が特定できないように配慮いたします。
 - ・ 研究の協力を取りやめたい場合は、質問紙を投函後でもかまいませんので、同意取り消し書に日付とサインをご記入のうえ、____年__月末までに郵便ポストに投函していただきますようお願いいたします。研究協力の同意を取り消された方のデータは削除いたします。

研究に関してご質問やご意見がございましたら、いつでも下記の連絡先までご連絡下さい。

以上の点について、ご理解を頂き、研究への協力についてご検討下さい。ご協力いただけるようでしたら、お手数をおかけして申し訳ありませんが、同封のUSBメモリー

に入っております質問紙内容にご回答の上、プリントアウトしたものと、教育プログラム、パンフレット、プログラム実施マニュアル、評価用紙と共に返信用封筒にて2015年 月 日までにご返送下さい。なお、研究協力を取りやめる場合にも、お送りしたプログラム原案、パンフレット、実施マニュアル、評価表質問紙はご返送下さい。

この依頼書（「研究協力へのお願い」と、「お願いしたい内容とお約束事項」）は、保管いただきますようお願いいたします。

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程 高樽 由美
連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1
(岡山大学病院)

Tel/Fax: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u. ac. jp

指導教員：藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)
研究室 Tel : 088-847- * * * *

平成 27 年 月 日

患者様

研究協力へのお願い

拝啓

初秋の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は慢性疾患看護専門看護師として病院で働きながら、高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程で学んでいる学生の高樽由美と申します。1型糖尿病の患者様と関わらせて頂く中で、1型糖尿病と診断された方々が、ご自身で試行錯誤しながら日々療養に取り組んでおられることや、社会生活を送る上で様々な問題に直面していることを知りました。そして1型糖尿病患者様への支援は、医療施設によって差があることがわかりました。

現在、1型糖尿病をもつ患者様が、療養生活をスムーズに行うための支援として「1型糖尿病患者のレジリエンスを高める教育プログラム」の作成をしています。レジリエンスとは、本来、人間が持っている資源や、周囲との関わりの中から力を得ることで、心身の健康のために取り組みを行うことです。

この教育プログラムを用いることにより、患者様が病気の管理に必要な知識と技術を獲得し、スムーズに社会復帰し、療養生活を送ることを支援することにつながると考えています。患者様には、作成した教育プログラムで使用するパンフレットの内容について、ご意見をお伺いしたいと思っております。

ご協力いただきたいことを別紙「お願いしたい内容とお約束事項」に示しております。お忙しいところ、まことに恐れ入りますが、研究の主旨をご理解いただき、是非ともご協力をいただけますようお願いいたします。

なお、本研究は、高知県立大学大学院看護研究倫理審査委員会の承認を得ています。

何かご不明な点やご意見がございましたら、お手数ですが下記までご連絡下さい。

敬具

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程 高樽 由美
連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1
(岡山大学病院)
Tel/Fax: * * * * *
E-mail: * * * * *@* * * * *-u. ac. jp
指導教員：藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)
研究室 Tel : 088-847-* * * *

お願いしたい内容とお約束事項

1. お願いしたい内容

研究へのご協力をいただくにあたり、以下の点についてお願いいたします。

- 1) 研究に際してグループ・インタビューへの協力をお願いいたします。
 - ・グループインタビューは、5～10名程度のグループ・インタビューとし、1回で60分程度お時間をいただき、1型糖尿病患者様の教育プログラムで使用するパンフレットの内容について、ご意見をお伺いさせていただきたいと思っています。
 - ・お聞かせいただいた貴重なご意見を後ほど振り返り検討していきたいと思っておりますのでお話の内容をICレコーダーに録音させていただきますことをご了承ください。
 - ・研究に使用させていただく内容は、グループ・インタビューの発言内容となります。

2) 研究成果の公表について

この研究で得られた貴重な結果をもとに、教育プログラムの修正を行いたいと考えております。その結果を、高知県立大学大学院看護学研究科博士公聴会や学会、および論文としてまとめていきたいと考えております。その際には患者様の氏名など個人が特定できないよう配慮いたします。

2. お約束事項

ご協力いただくにあたり、以下の点について研究者がお約束させていただきます。

1) 研究のご協力について

- ・研究へのご協力は患者様の意思によるもので、ご協力を頂けない場合でも患者様に何ら不利益を被らないこととお約束いたします。
- ・この研究の主旨については研究者から説明し、ご協力がいただける方に同意書のサインをお願いしています。何かご不明な点がございましたら、どうぞ遠慮なくお尋ね下さい。

2) グループ・インタビューについて

- ・インタビューの中でお話された内容に関しましては、病院関係者に伝わることはありません。話したくないことについては、無理にお話しただけなくて結構です。
- ・お話しをお聞きしている最中でも、インタビュー中止の希望がございましたら、いつでも中止いたします。

- ・お話を聞かせていただいている最中に体調が悪くなった場合は、すぐに研究者におっしゃって下さい。
- ・お話しいただいた内容については、研究以外では使用せず、プライバシーの保護のため、氏名などはわからないように処理いたします。
- ・録音した内容は、研究者が鍵のかかる保管庫にて責任をもって管理するとともに研究終了後に破棄いたします。
- ・お話しいただいた内容を研究者が振り返った結果、もう少しお伺いしたい内容がありました場合に、追加のインタビューをお願いすることがあるかもしれません。申しわけありませんが、ご協力を宜しくお願いいたします。
- ・研究やインタビューに関するご質問やご意見がございましたら、インタビューが終了した後でも構いませんので、いつでも連絡先までご連絡下さい。

3) 研究を取りやめることについて

- ・研究協力についての同意が得られた時点で、研究の具体的な内容について説明を行う時に、同意書と一緒に同意取り消し書と、研究者への返信用封筒をお渡しします。研究の協力を取りやめたい場合は、同意書にサインをした後や、グループ・インタビュー終了後でもかまいませんので、同意取り消し書に日付とサインをご記入のうえ、2015年 月末までに郵便ポストに投函していただきますようお願いいたします。研究者が受け取った時点で取り消しが成立いたします。
- ・研究協力の同意を取り消された方がお話しした内容は削除いたしますが、他の患者様が話された内容は研究に使用させていただきますことをご了承下さい。

以上の点をご検討いただき、ご協力いただけるようでしたら、お手数ですが別紙の同意書にご記入、ご署名をお願いいたします。また「研究へのご協力のお願い」と、「お伺いしたい内容とお約束事項」を同意書と共に保管していただきますよう合わせてお願いいたします。

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程 高樽 由美
 連絡先：〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1
 (岡山大学病院)
 Tel/Fax: * * * * *
 E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp
 指導教員：藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)
 研究室 Tel : 088-847-* * *

グループインタビュー・インタビューガイド

1. インタビューについての説明

- ・ 研究協力者にフォーカス・グループと集まっていた目的、このインタビューで協力していただきたいこと、所要時間について説明する。
- ・ 本研究で使用するデータは、グループ・インタビューのディスカッション内容であることを説明し、得られたデータは施設・対象者が特定されないようすべて匿名化し、研究目的以外に使用することはないことを説明する。
- ・ 研究協力者にインタビュー内容を IC レコーダに録音させていただくことについて了解を得る。
- ・ 研究への協力は自由意志であり、研究協力の取り消しはいつでも可能であるが、研究協力を取り消す場合は、2015 年 12 月末までに同意取り消し書を研究者に返送していただくように説明する。その際、研究協力の中断または拒否することによって不利益を被ることがないことを説明する。
- ・ 研究協力の取り消しを希望された場合は、同意取り消し書を研究者が受けとった時点で、同意取り消しが成立し、インタビューのデータは使用しないことを説明する。その際他の対象者のデータは使用させていただくことについて了承を得る。
- ・ 研究データは研究者が鍵のかかる保管庫にて責任をもって管理するとともに、研究終了後に個人や施設が特定されるデータは破棄することを説明する。
- ・ インタビューについて、話したくない内容には答えなくていいこと、途中でインタビューの参加を中止したい場合には、研究者に言っていただく旨説明する。
- ・ フォーカス・グループ・インタビューから得られた内容を研究者が外部にもらさないことを説明する。
- ・ 研究協力者がインタビューの場で語ったことや聞いたことを、守秘するようお願いする。
- ・ グループ・インタビューの内容が、ケアの評価につながることはないことを保証する。
- ・ 研究結果は、高知県立大学大学院看護学研究科博士論文公聴会および、専門領域の学会、論文、大学のホームページで公表することを説明する。その際施設や個人が特定されないよう十分配慮することを説明する。
- ・ 研究協力についての質問や相談はいつでも受け付けることを説明する。
- ・ 「1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」の概要について説明する。
- ・ 配布した資料はインタビュー終了後に回収することを説明する。

2. 質問内容

1) 教育プログラム原案について

- ・ 教育プログラム原案の内容が、プログラムの目的や、1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムが目指す効果と比較して、教育効果のあるプログラムの内容となっているかどうか、ご意見をお聞かせ下さい。

- ・ 教育プログラムで提供される知識や技術が、1型糖尿病患者が必要としている教育内容と適しているかどうか、ご意見をお聞かせ下さい。
- ・ 教育プログラムで活用する教育技法が、各プログラムの内容とてらして適切であるかどうか、ご意見をお聞かせ下さい。

2)パンフレットについて

- ・ パンフレットの内容について、わかりにくい点や、不足しているところなど、ご意見をお聞かせ下さい。
- ・ パンフレットの内容が、教育プログラム原案の内容や目標を網羅している内容になっているかどうか、ご意見をお聞かせ下さい。
- ・ 字の大きさや文字の多さ、図の見やすさなどはいかがでしょう？
- ・ 他に入れたほうが良い内容があればご意見をお聞かせ下さい。

3)プログラム実施マニュアルについて

- ・ プログラム実施マニュアルの内容で、わかりにくい点や、不足しているところなど、ご意見をお聞かせ下さい。
- ・ プログラム実施マニュアルの内容で、実際に教育プログラムが実施できるかどうか、ご意見をお聞かせ下さい。

4)プログラムの運用について

- ・ このプログラムは、慢性疾患看護専門看護師、糖尿病看護認定看護師が実施するようになっていますが、この点についてご意見をお聞かせ下さい。
- ・ このプログラムは病気を発症後、教育入院をした後、外来通院になった患者様を対象に実施したいと考えていますが、この点につきましてご意見をお願いします。
- ・ 1回の教育にかかる時間は30分から60分程度と考えています。この点につきましてご意見をお願いします。

5)プログラムの評価について

- ・ 評価は患者による自記式評価、目標達成度、教育者による目標達成度と、生理学的評価にしていますが、評価方法につきましてご意見をお願いします。
- ・ 評価は4段階のリッカート尺度で評価することを考えていますが、この点につきましてご意見をお願いします。
- ・ 評価時期について介入初回と、プログラム終了時、6ヶ月後に評価することを考えています。この点につきましてご意見をお願いします。

6)プログラムの有効性について

このプログラムを実施することで患者さんのレジリエンスが高まると考えますか、ご意見をお願いします。

8)全体を通して

その他ご自由にご意見をお願いします。

グループインタビュー・インタビューガイド

1. インタビューについての説明

- ・ 研究協力者にフォーカス・グループと集まっていた目的、このインタビューで協力していただきたいこと、所要時間について説明する。
- ・ 研究協力者にインタビュー内容を IC レコーダに録音させていただくことについて了解を得る。
- ・ インタビューについて、話したくない内容には答えなくていいこと、途中でインタビューの参加を中止したい場合には、研究者に言っていただく旨説明する。
- ・ グループ・インタビューの途中で体調が悪くなった場合は、研究者に伝えていただくよう説明する。また、血糖測定や、低血糖に対する処置が必要な場合は、我慢せずインタビュー中でも対処していただくように説明する。
- ・ フォーカス・グループ・インタビューから得られた内容を研究者が外部にもらさないことを説明する。
- ・ 研究協力者がインタビューの場で語ったことや聞いたことを、守秘するようお願いする。
- ・ 「1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」の概要について説明する。
- ・ 配布した資料はインタビュー終了後に回収することを説明する。

2. 質問内容

1) パンフレットの内容について

質問 1：パンフレットの内容についてお聞きします。

①パンフレットの内容で、わかりにくいところや不足しているところがありますか？

気がついたことをお聞かせ下さい。

- ・セッション 1 の内容についてはいかがでしょうか？
- ・セッション 2 の内容についてはいかがでしょうか？
- ・セッション 3 の内容についてはいかがでしょうか？
- ・セッション 4 の内容についてはいかがでしょうか？

②字の大きさや文字の多さ、図の見やすさなどはいかがでしょうか？

③他に入れたほうが良い内容があればご意見をお願いします。

質問 2：Q&A について

①パンフレットの最後に Q&A として患者さんの体験を参考に紹介していますが、この内容についてわかりにくいところや不足しているところがありますか？

気がついたことがあれば教えて下さい。

②他に追加したほうが良い内容がありましたら、教えて下さい。

2) 運営方法について

質問 1：このプログラムは病気を発症後、教育入院をした後、外来通院になった患者様を対象に、外来で実施することを考えています。

- ① 実施時期についてはいかがでしょうか？ご意見をお願いします。
- ② 外来で実施することについてはいかがでしょうか？ご意見をお願いします。
- ③ 1回の教育にかかる実施時間は30分から60分程度と考えています。時間についてご意見をお聞かせ下さい。

3) プログラムの効果について

質問1：パンフレットの内容は、実際に活用できそうですか？

(答えについて) パンフレットの中のどの内容か具体的に教えて下さい。

そのように思われた理由を教えてください。

質問2：このプログラムに参加することによるメリットや得られるものがあるでしょうか？

ご意見をお聞かせください。

(答えについて) そのように思われた理由について具体的にお聞かせ下さい。

4) 全体を通して

質問：プログラムについて自由にご意見をお願いします。

資料 22 質問紙調査（専門看護師用）

1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム開発」のための調査

以下の内容についてお答え下さい。

- 問 1 「1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」の内容について、わかりにくいところや不足しているところなど、ご意見をお書き下さい。
- 問 2 「1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」教育プログラムを効果的に実施するうえで作成したパンフレット、教育方法、場所、期間についてどのように思われますか、ご意見をお書き下さい。
- 問 3 このプログラムは、慢性疾患看護専門看護師、糖尿病看護認定看護師が実施するようにしていますが、どのように思われますか。
- 問 4 「1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」を皆さんが実施するにあたり、運営方法や、実施方法などについて、どのように思われますか？
- 問 5 「1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラム」を実施する看護師のためのマニュアルについて、わかりにくいところや不足しているところなど気がついたところなど、ご意見をお書き下さい。
- 問 6 患者に使用するパンフレットについてわかりにくいところや不足しているところなどご意見をお書き下さい。
- 問 7 評価指標について
- ① 評価は患者による自記式評価、目標達成度、教育者による目標達成度と、生理学的評価にしていますが、評価方法についてはどのように思われますか。
 - ② 評価は 4 段階のリッカート尺度で評価することを考えていますが、それについてご意見をお書き下さい。
 - ③ 評価時期について介入初回と、プログラム終了時、6 ヶ月後に評価することを考えています。評価時期についてご意見をお書き下さい。
- 問 8 その他何かありましたら、ご自由にお書きください。

質問内容は以上です。ご協力ありがとうございました。

記入が終わりましたら、同封しています封筒に入れ、研究者まで返送をお願いいたします。

平成 27 年 8 月 27 日

承 認 書

高知県立大学研究倫理審査委員会

委員長 池田 光徳



下記の研究課題について、高知県立大学研究倫理審査委員会規程及び研究倫理審査に関する取り扱いについての迅速審査(オ)に基づき、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の審査結果を承認いたします。

高知県立大学看護研究倫理審査委員会

委員長 藤田 佐和



申請者 高樽 由美 様

研究課題 1 型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発

承認番号 看研倫 15-42 号

高知県立大学看護研究倫理審査委員会において、上記の研究計画における倫理を審査した結果、審査基準の全てを満たしていると判断しましたので、看護研究倫理委員会規程 8 条 6 項により、本研究計画を実施することを承認いたします。

承諾書

(施設用)

私は、この度、「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名

研究依頼者

平成 年 月 日

署名

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

高樽 由美

連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1

(岡山大学病院)

Tel: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp

指導教員: 藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)

研究室 Tel: * * * * *

この承諾書と別紙の「研究協力へのお願い」、「研究計画書概要」は、研究期間 (年 月 日) が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾書

(研究者控え)

私は、この度、「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名 _____

研究依頼者

平成 年 月 日

署名 _____

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

高樽 由美

連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1

(岡山大学病院)

Tel: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp

指導教員: 藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)

研究室 Tel: * * * * *

この承諾書と別紙の「研究協力へのお願い」、「研究計画書概要」は、研究期間 (年 月 日) が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾取り消し書

(施設用)

高知県立大学大学院 看護学研究科

高樽 由美 宛

私は自由意思に基づいて、「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者)

署名 (研究依頼者)

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

高樽 由美

連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1

(岡山大学病院)

Tel: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp

指導教員: 藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)

研究室 Tel: * * * * *

承諾取り消し書

(研究者

控え)

高知県立大学大学院 看護学研究科

高樽 由美 宛

私は自由意思に基づいて、「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」の研究への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者)

署名 (研究依頼者)

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

高樽 由美

連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1

(岡山大学病院)

Tel: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp

指導教員: 藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)

研究室 Tel: * * * * *

同意書

(研究協力者用)

私は、この度、「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

平成 年 月 日

研究協力者

署名 _____

研究依頼者

署名 _____

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

高樽 由美

連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1

(岡山大学病院)

Tel/Fax: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp

指導教員: 藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)

研究室 Tel: * * * * * * * * *

この同意書と別紙の「研究協力へのお願い」、「お願いしたい内容とお約束事項」は、研究期間 (年 月 日) が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

同意書

(研究者控え)

私は、この度、「1型糖尿病患者の resilience を高める教育プログラムの開発」の研究に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

平成 年 月 日

研究協力者

署名 _____

研究依頼者

署名 _____

高知県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

高樽 由美

連絡先：〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5 - 1

(岡山大学病院)

Tel/Fax: * * * * *

E-mail: * * * * *@* * * * *-u.ac.jp

指導教員: 藤田佐和 (高知県立大学看護学部 教授)

研究室 Tel: * * * * * * * * *

この同意書と別紙の「研究協力へのお願い」、「お願いしたい内容とお約束事項」は、研究期間 (年 月 日) が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。